



世界中醫藥學會聯合會會刊

美國版

US Edition
Initial Issue

World Chinese Medicine

世界中醫藥

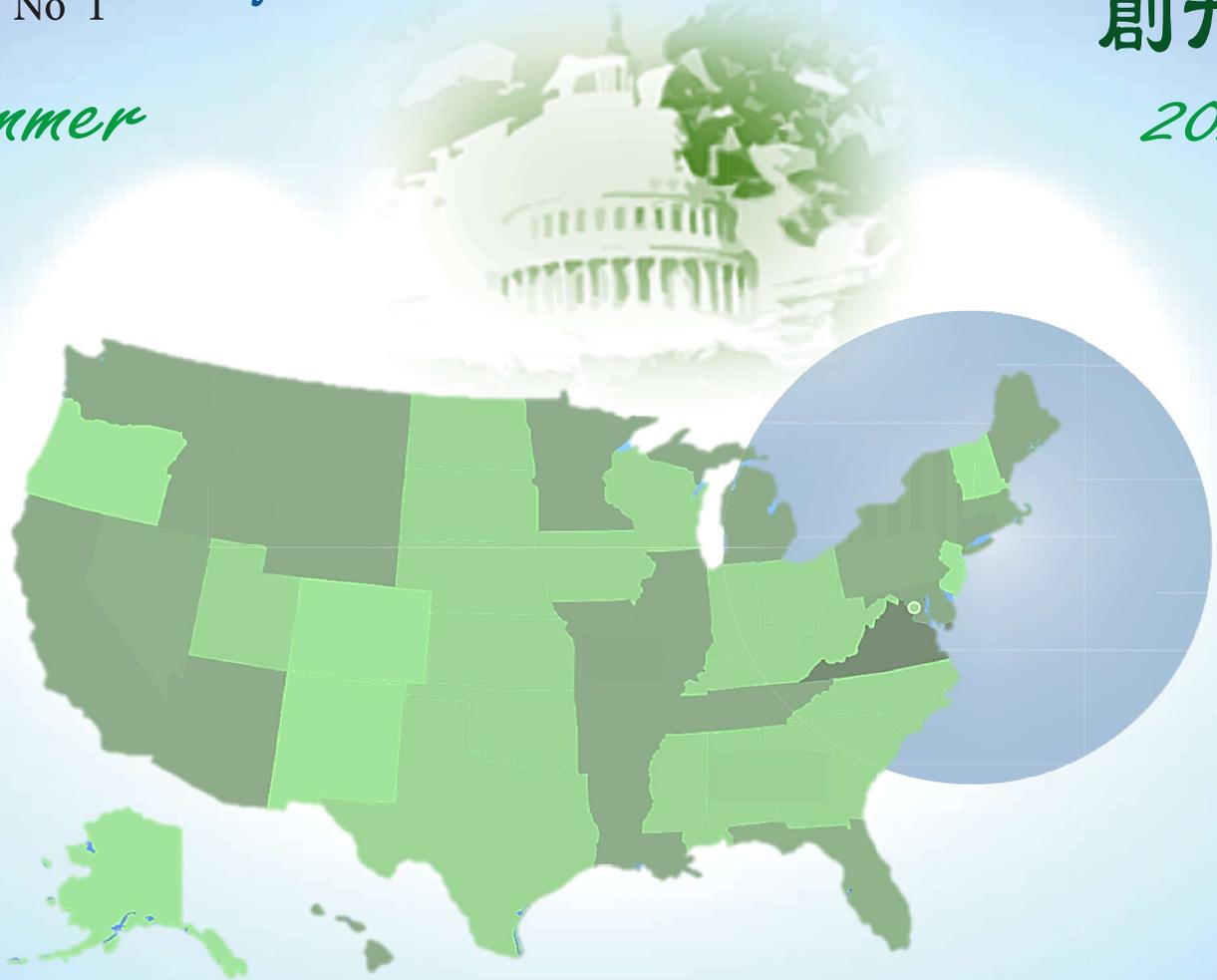
A Journal of Traditional Chinese Medicine

Vol 1. No 1

Summer

創刊號

2020



主管 World Federation of Chinese Medicine Societies
主辦 World Journal of Traditional Chinese Medicine
承辦 American TCM Association

世界中醫藥學會聯合會
世界中醫藥雜誌社
全美中醫藥學會



ATCMA
全美中醫藥學會

TCM[®] Zone

20 years

植根于传统的创新中药

不忘初心感恩相伴20年 TCMZONE伴随美国中医药行业成长

20年前，我们有个简单想法：为美国针灸中医师提供高品质中药，今天，TCMZONE已经成长为美国中医药行业知名品牌。

20年来，我们把产品、服务和培训做为公司立足的三块基石，致力于为全美针灸中医师提供强有力临床解决方案。在公司成立20周年之际，我们对广大针灸中医师客户和他们的患者深表感激，对分布于中国和日本各地的签约生产商深表感激，对不断成长的美国中医药行业深表感激，没有您们就没有TCMZONE的今天。

未来20年，将是中药在美国更加广泛应用的20年，TCMZONE愿与大家一道迎接充满机遇与挑战的20年！

2020

新冠肺炎疫情期间发布新品，全力支持行业抗疫，举办大型公益讲座，并向非营利组织捐赠抗疫中药



2014

成为美国最大针灸学校太平洋东方医学院独家中药颗粒剂提供商，并相继进入各地针灸学校



2010

TCMZONE配方颗粒剂上市，目前已有300多种配方颗粒，分成两种剂型



2006

产品进入美国专业医生分销商渠道包括 Emerson Ecologics, Lhasa OMS等，现已覆盖全部分销商渠道



2000

日本医疗用汉方药 Honso[®]进入美国专业医生市场



2018

TCMZONE复方中药进入全美第二大医院克利夫兰医学中心



2011

启动TCMZONE网上继续教育计划，目前参加过TCMZONE WEBINAR的已达6000多人次



2008

TCMZONE颗粒剂复方系列上市。同年，上海临床培训计划启动（至今全美已有数百名针灸师接受培训）



2005

日本小柴胡汤获得FDA批准进入纽约纪念斯隆凯特琳肿瘤医院进行丙型肝炎二期临床研究



扫码进入
微信公众号



扫码进入
公司网站



888-788-8086 | TCMzone.com

名誉主编：田海河

主 编：贺德广

副 主 编

樊莹 何崇 巩昌镇 金鸣 欧阳晖 唐代屹 王德辉 魏辉 闻集普

编 委

常 萱 陈德成 郑国萍 陈永萍 韩羽山 胡柏清 傅 迪 黄立新
蒋凡凡 金 雷 靳建华 李旭辉 李 瑛 刘大禾 刘宏伟 刘 伟 乐贵祥
陆 飏 欧阳剑锋 秦佑平 邱玉霞 施 敏 梁慎平 沈晓雄 苏毅文 苏达世
王为群 王真平 钱心茹 王展翔 萧苏红 杨 磊 杨常青 尹承超 赵软金
郑 群 赵振平 朱燕中 孙 健 丁继红 林思哲 林文英 王 宁 王雅荣 舒 健

指导委员会

陈业孟 黄立新 胡柏清 麻仲学 王英秋

编 辑

王展翔 刘 鸿 金 雷 邱玉霞 张寒梅 李 娟 王雅荣 仇玺源

封面设计：刘 鸿

排 版：王 宁 张秀云 步小妮

广 告：舒 健

网 络：黄喆 仇玺源

Editorial Board

Honorable Editor-in-Chief: Tian Haihe

Editor-in-Chief: He Deguang

Associate Editor-in-Chief

Fan (Arthur) Yin, He (Charles) Chong, Gong Changzhen, Jin Ming, Ouyang Hui,

Tang Daiyi, Wang David Dehui, Wei Hui, Wen Jipu

Editorial Board Members

Chang Xuan, Chen Decheng, Zheng Guoping, Chen Yongping, Han Yushan,

Hu Baiqing, Fu Di, Huang Lixin, Jiang Fanfan, Jin (Louis) Lei, Jin Jianhua, Li Xuhui, Li Ying, Liu (David) Dahe,

Liu Hongwei, Liu Wei, Le Guixiang, Lu (Bill) Biao, Ouyang Jianfeng, Qin Youping, Qiu Yuxia, Shi Min,

Liang Shenping, Shen Xiaoxiong, Su Yiwen, Su Dashi, Wang Weiqun, Wang Zhenping, Qian Xinru,

Wang Zhanxiang, Xiao Suhong, Yang Lei, Yang (Joseph) Changqing, Yin Chengchao, Zhao Ruanjin,

Zheng Qun, Zhao Zhenping, Zhu (Kevin) Yanzhong, Sun Jian, Ding Jihong, Lin (Scott) Sizhe, Lin Wenying,

Wang (Nina) Ning, Wang Yarong, Shu Jian

Advising Committee

Chen Yemeng, Huang Lixin, Hu Baiqing, Mah (Jeffrey) Zhongxue, Wang Yingqiu

Editors

Wang Zhanxiang, Liu (Daisy) Hong, Jin (Louis) Lei, Qiu Yuxia,

Zhang Hanmei, Li Juan, Wang Yarong, Qiu (Alex) Xiyuan

Cover design: Liu (Daisy) Hong

Typesetting: Wang (Nina) Ning Zhang Xiuyun Bu Xiaoni

Advertising: Shu Jian

Website: Huang Zhe, Qiu (Alex) Xiyuan Jin (Louis) Lei

目 录

CONTENTS

发刊词.....(1)

新冠瘟疫专题

新冠全球大流行中美国针灸诊所复工开诊的指导建议/Advisory for the Work Resumption of the American Acupuncture Clinics during COVID-19 Global Pandemic.....欧阳晖等 Ouyang Hui etc (3)

新冠肺炎访谈(上)/COVID-19 Interview (part1)魏 辉等 Wei Hui etc. (10)

樊莹 2 月 1 日在全美中医药学会中医抗击新冠病疫情微信讲座上的发言.../Speech on Wechat conference of treating COVID 19樊莹 Fan ArthurYin (23)

从三横三纵论述新冠瘟疫的机理和治法/TCM Pathology and Treatment of COVID-19 Based on three pathways and three layers models.....马寿椿 Ma Shouchun (27)

20 例 COVID-19 死亡病例初步分析与中医药治疗思考/Preliminary Analysis of 20 Death Cases of COVID-19 and Thinking of TCM Treatment.....张国梁等 Zhang Guoliang etc (35)

谈谈瘟疫与神志病的关系/The relationship between epidemics and menta illllness杨常青 Yang (Joseph) Changqing(40)

新型冠状病毒湿温瘴气说浅析/A analysis study on Covid-19 caused by Dampness-plague miasma肖世武 Xiao Shiwu(47)

全美中医药学会 ATCMA/美国中医校友联合会 TCMAAA 关于美国中医针灸执业人员应对新冠疫情的建议/ATCMA/TCMAAA's Advice for U.S. Acupuncture and TCM Practitioners on the COVID-19 Pandemic欧阳晖等 Ouyang Hui etc(53)

临床经验与学术思想

怎样提高中医临床疗效/How to improve the clinical efficacy of TCM裘沛然 Qiu Peiran(58)

上海方氏针灸学术思想概述/Overview of Academic Thoughts on Shanghai Fang' s

Acupuncture Style.....陈业孟 Chen Yemeng(61)

学术探讨

针灸的优势思考/The Advantage of Acupuncture Treatment

..... 何崇 He (Charles) Chong(66)

针灸治疗效应的现代分析/Modern Analysis of The Therapeutic Effect of
Acupuncture and Moxibustion闫怀士等 Yan Huaishi etc(73)

临床各科

消 化

The Advantages of TCM Treatment for Helicobacter Pylori Infection Positive

.....田海河 Tian Haihe (81)

骨 科

颈肩枢纽，功能开关 ---洞察“肩颈”之觉悟/The neck and shoulders are the pivot
of the body structure, the switch of the body function -- Inspiration through
“the well in shoulders”欧阳晖 Ouyang Hui(88)

针 灸

Treating multifidus muscle caused chronic lower back pain with Jia Ji Points/
夹脊穴治疗多裂肌引起的慢性腰痛Thomas Shiunan Leung(91)

逆向刺激针法治愈特发性胃轻瘫一例/A case of Idiopathic gastroparesis being
cured using Counter Stimulation Therapy Needling赖红 Lai Hong(196)

后溪穴的临床应用/Clinical Application of Houxi Point薛雨芳 Xie Yufang(104)

男 科

男性不育的中医临证策略.../TCM Treatment Strategy of Male Infertility

.....梁东云 Liang Dongyun(108)

气 功

三调放松预备功/Preparatory Qigong form of Three Adjustments Relaxation

.....刘天君等 Liu Tianjun etc(116)

《本草纲目》专栏

《本草纲目》——李时珍留给后代的实用宝典/*Compendium of Materia Medica - A Practical Revered Classic from Li Shizhen of Ming Dynasty*

..... 赵中振 Zhao Zhongzhen(120)

中 药

中药免煎颗粒及中药饮片所含有效成分的对比研究/*A Comparative Study on the Effective Components of Chinese Herbal Medicine in Decocting-Free Granules and Decocting Pieces*何洪俊等 He Hongjun etc(124)

实验研究

右归丸对肾阳虚模型大鼠下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响.../*Effects of Yougui Pills on Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Cortex Axis in the Kidney-Yang Deficiency Model Rats*.....张文钊等 Zhang Wenzhao etc(132)

基础理论

浅谈《中医基础理论》在美国中医学院的教学心得/*Adapting Teaching Methods of Basic Theory of Traditional Chinese Medicine for the Postsecondary Audiences in the United States: Experience at the American Academy of Acupuncture & Oriental Medicine (AAAOM)*.....李乾等 Li Qian etc(142)

病例报道

身痛逐瘀汤治疗糖尿病周围神经炎临床分析.../*Clinical Analysis of Shen Tong Zhu Yu Tang in Treating Diabetic Neuropathy*.....李娟等 Li Juan etc(151)

荟萃分析

针刺治疗慢阻肺急性加重疗效的系统评价.../*Systematic Evaluation of the Therapeutic Effect of Acupuncture on Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*..... 李珊等 Li Shan etc(154)

世界中医药杂志美国版——征稿.....(166)

发刊词

亲爱的读者朋友们：大家好！

非常高兴《世界中医药》杂志-美国版首刊如期和大家见面了。这个杂志是由世界中医药学会联合会主管，世界中医药杂志社主办，全美中医药学会承办的具有美国特色的中医药杂志。《世界中医药》杂志目前在世界多个国家出版发行，通过交流学习，相信对提升中医药业界的学术水平能起到积极的作用！

全美中医药学会是在美国中医校友联合会基础上建立起来的全美性中医药学术组织，汇聚了中医针灸领域的众多专家学者。大家都受过了系统的医学教育，正规的临床培训，有深厚的中医药基础，并通过多年在海内外临床一线的打拼，积累了丰富而宝贵的经验，利用这个平台，可以分享理论探讨，学术观点，实验研究，临床实践，经验体会和最新动态等各方面的内容。

编辑委员会阵容强大，编委会成员都是在美国的学术精英和业界领袖，在繁忙的诊务之余，不辞劳苦，辛勤工作，在收集、整理、审阅、编辑论文各个细微环节中都付出了很多心血和汗水，力争把高质量优秀的论文呈现给大家，使读者多多受益，指导临床，更好地帮助病人解除或减轻病痛，以期造福更多的民众，感谢全体编委会同仁们的无私奉献！

因为这是首期，肯定会有一些不足之处和很大的提升空间，请广大读者积极反馈，提出改进意见和建议，并积极投稿，分享自己的所思所得，这样可以互相学习，共同提高。

希望在贺德广主编的带领下，编委会齐心同德把杂志办好，努力把学术见解新颖，临床经验实用性强，科研设计合理的学术质量高的论文及时刊登发表出来，以飨读者，衷心祝愿杂志越办越好，越办越成功！也感谢大家的大力支持和鼓励，希望读者喜爱这本杂志。

谢谢大家！

田海河

《世界中医药》杂志-美国版名誉主编

全美中医药学会会长

美国中医校友联合会主席

本期主要内容

针对新冠瘟疫肆虐全球的残酷现实，本期开设了“新冠瘟疫专题”。在这里登载了全美中医药学会/美国中医校友联合会对美国中医针灸从业人员的建议，这些建议值得临床专业人员一读，据此可以更好地帮助病人和保护自己。“新冠肺炎访谈”一文，是记录了多位知名专家的发言，从不同角度阐释了中医对新冠瘟疫的理解和应对方法。樊莹结合中西医的观点，提出了新冠疾病不同阶段的中医辨证和治疗方法。马寿椿综合伤寒，温病等历代医家对疫病的论述，总结出三横三纵的新冠疾病诊疗方案。张国梁从分析死亡病例的独特视角，归纳了中医药对危重病人的治疗理念。杨常青和肖世武分别从情志病和湿瘟瘴气方面发表了自己的见解。

已故著名中医大家裘沛然的文稿，实属不可多得！“怎样提高中医临床疗效”是经由金鸣从裘老传人李孝刚处得来。陈业孟介绍的方氏针灸学术思想，从学术传承和学术特点两方面，让大家了解海派针灸四大针灸学派之一的先进性和实用性。

何崇认为针灸不是简、便、廉、验，而是汇集多种效果于一体的治疗方法，有不可替代的优势。闫怀士试图从物理学的角度解释针刺和艾灸的作用。

临床各科有众多各个专业的顶级专家，发表自己的观点和临床经验。田海河阐述了中医治疗感染幽门螺旋杆菌病人的优势和方法。中国此类病人甚多，中医治疗大有可为。欧阳晖“洞察肩井之觉悟”，是结合中医观点，西医解剖，临床经验而得出的，治疗肩颈及其他疾病的最有效方法。刘天君介绍的气功锻炼方法，对初学者和有经验的气功专业人士都有很大帮助。针灸科和男科的多篇文章，对针灸临床和不孕症的治疗有莫大的助益。

赵中振的“本草纲目专栏”，向我们介绍了本书分类的新颖之处：“按自然属性进行分类，令人耳目一新。”我们期待他继续讲解这一部举世闻名的伟大著作。

主编贺德广

新冠瘟疫专题



新冠全球大流行中美国针灸诊所复工开诊的指导建议

(2020 年 5 月 8 日)

欧阳晖 王德辉 巩昌镇 金 鸣 田海河 魏 辉 贺德广 樊 莹 闻集普 何 崇

【关键词】 新冠大流行，美国中医针灸，复工，自我保护，诊所消毒，医患接触，全美中医药学会，美国中医校友联合会

【文摘】 建立合格的防疫环境，开展并恢复美国针灸诊所的工作，为美国针灸师提请指导建议如下：1. 选择时机是针灸诊所复工开诊的关键。2. 排查新冠病人是针灸诊所复工开诊的开始。3. 针对新冠病毒的医护和病人的防护是针灸复工的基础。以普遍预防作为常规来防护。

新型冠状病毒疾病（COVID-19）全球大流行期间，美国的针灸诊所将随着各州的疫情控制的程度陆续复工开诊。复工后的临床门诊，接触新冠病人是无法回避的。如何建立合格的防疫环境，开展并恢复美国针灸诊所的工作，我们为每一位美国针灸师提请指导建议如下：

1. 选择时机是针灸诊所复工开诊的关键。

美国各个州复工的时间表不一样，各个针灸诊所具体情况不一样。我们需要全面评估，决定复工时间。请参考下面几点因素：

(1) 遵守联邦和州，郡，市各级机构的行政命令；

(2) 听取公共卫生负责人员的建议和行业的专业分析；

(3) 参考西医，整脊和牙医等其他各行业的规定；

(4) 查看误医保险的覆盖范围；

(5) 检查诊所的结构空间和家具布置是否满足隔离消毒的要求；

(6) 确定防护消毒用品储备数量是否充足；

(7) 衡量自身和家庭成员的身体条件和经济状况；

(8) 培训每一位员工的传染病知识和防护技能。

诊所附近社区新发现的新冠病人处于低相且趋于稳定，是针灸诊所考虑复工开诊的前提。

2. 排查新冠病人是针灸诊所复工开诊的开始。

我们在美国的中医针灸执业人员不具备直接治疗新冠病人的条件,应该尽量避免接触具有传性的新冠病人。在我们复工后,又不可避免地会遇到新冠病人或无症状的新冠病毒携带者。对我们中医针灸诊所来说,医护接触病人之前,首先要排查新冠病人。

(1) 在诊所网站和电话留言中,告示病人全球大流行期间的特殊政策。本诊所不面对面接诊新冠或疑似病人,请他们咨询家庭医生或当地公共卫生局电话热线。

(2) 电话预约每一个病人,详细询问是否有发热,咳嗽,呼吸急促,味觉和嗅觉改变,消化系统症状,近期皮肤病变等等,以及是否有新冠或疑似病人接触史。对任何可疑病人或轻症,普通型病人,建议病人不要来诊所。不接受未经预约排查的病人。

(3) 控制诊所复工进程,逐步开放开诊时间。从一周开放三个半天,隔天看诊开始,逐渐完全恢复到停诊前的正常水平。

经过排查,新冠无症状感染者,仍然无法完全鉴别出来。在疫情高峰期,以普遍预防(Universal Precautions)为原则,即假设每个病人都是潜在的感染者,进行诊疗步骤。

3. 针对新冠病毒的医护和病人的防护是针灸复工的基础。以普遍预防作为常规来防护。

3.1 诊所的消毒

a. 备齐合格的消毒液或70%的消毒酒精,消毒湿巾和/或其它消毒设备(如紫外线消毒灯等)。可查询国家环保局的注册消毒液名单,使用合格的消毒剂。

b. 每间诊室保持通风良好和空气新鲜,如条件允许,打开门窗。每天看诊结束,使用紫外线灯照射或精油,消毒诊室空气;使用来苏尔,消毒厕所水池便器。

c. 每位病人治疗后的消毒:每次使用过的诊床都要严格消毒,尽量使用一次性的床纸,将其直接铺在治疗床上,最好覆盖所有床枕表面,以便治疗后消毒。多次使用的布料床单,毛巾和盖单,在每个病人治疗结束后,要进行更换,进行高温清洗。治疗室内的灯开关,门把手,病人使用过的椅子,电针仪表面及其连线,火罐等,用酒精或消毒湿巾,进行清洁消毒。

d. 医护和病人经常触摸的表面,如门的把手,楼梯扶手,洗手液瓶手柄,台面,水龙头,水池,座椅,马桶座垫,水箱按钮,办公室的桌椅,电话,键盘,鼠标等,都用酒精或消毒湿巾,进行清洁消毒。每天要清空垃圾桶,用合格的消毒液湿抹布拖地。

3.2 医护的防护

a. 准备口罩,手套,护目镜/面罩,隔离衣等保护隔离装备。

b. 保持清洁干燥,口罩可以使用1天。如果有条件的话,佩戴N-95口罩。在诊治病人之间,可以更换口罩。脱戴口罩的前后,都要洗手;不要触碰口罩内部。

c. 建议戴手套针灸。不同病人之间,更换手套。移除手套时,由里向外,翻转包裹丢弃。移除手套后,必须洗手。搬运换洗衣物,清洁和消毒诊疗室时,都应戴手套。

d. 口罩之外,面罩或护目镜可以保护面目。

e. 医护人员着装工作服，建议穿手术衣或隔离衣。另备服装以便污染后更换。每天高温清洗诊所服装。在下班之前，更换生活衣服回家。下班之后，先洗澡，再接触家人。

3.3 医患的接触

a. 准备体温计，口罩，肥皂，消毒洗手液（酒精含量至少为 60%）。

b. 张贴告示大门上，病人在门外车里候诊。陪伴人员在看病过程中，也在车内等候（儿童除外）。

c. 医护给每位病人测体温。测体温的地方在诊所门口，最好在门外。病人不在候诊室停留，直接进入诊室。如果病人体温高（ $>100.4^{\circ}\text{F}$ ），或有相关症状，应该转诊看专科医生，并向地方公共卫生部门备报。？

d. 病人进入诊室前先肥皂水或消毒液洗手。如果病人没有口罩，给病人预备口罩，并要求病人全程戴口罩。

e. 每位病人的诊治前后，医生都要用肥皂和流水认真彻底洗手至少 20 秒钟，或

使用消毒洗手液清洁双手。避免用未洗的手触摸眼睛，鼻子和嘴巴。

f. 医护和病人之间，尽量保持社交距离。尽量减少面对面的飞沫传播，避免握手等直接接触。医护和病人，在一个房间里不要超过 15 分钟。

g. 诊治两个病人之间，至少间隔 30 分钟，以便消毒诊室。病人不要进出多个房间，以降低感染风险。

h. 前台尽量使用有机玻璃挡板，尽量减少飞沫传播的机会。登记和付款，尽量以非接触形式。

i. 针灸诊所，如果医护人员发觉自我感染，应该立即自我隔离；如果针灸师新冠感染确诊，并电话告知两周内治疗过的所有病人。

新冠（COVID-19）全球大流行，美国疫情在不断演变。请关注我们的官方网站和社交媒体。我们会及时更新新冠的信息和防控措施，以保障美国针灸诊所尽快恢复正常运行。

常务理事

全美中医药学会 ATCMA

美国中医校友联合会 TCMAAA

www.atcma-us.org www.facebook.com/atcmaus



Advisory for the Work Resumption of the American Acupuncture Clinic during COVID-19 Global Pandemic

(April 29, 2020)

Written by: Ouyang Hui, Wang (David) Dehui, Gong Changzhen, Jin Ming, Tian Haihe, Wei Hui, Fan (Arthur) Yin, He Deguang, Wen Jipu, He (Charles) Chong

Translated by You Bing

During the global pandemic of the novel coronavirus disease (COVID-19), the acupuncture clinic in the United States will resume work with the degree of epidemic control in each state after the peak period in the United States. It is unavoidable to contact patients with COVID-19 in the clinic after the resumption. We have established the guidance for each American acupuncture practitioner to create a qualified epidemic prevention environment to resume the work of the Acupuncture Clinic:

1. Choosing the right time is the key to reopen the acupuncture clinic.

The timetable for the resumption of work in different states of the United States is different, and the specific situation of each acupuncture clinic is different. We need a comprehensive assessment to determine when to resume work. Please refer to the following factors:

- (1) Comply with the administrative orders of the federal, state, county, and city agencies;
- (2) Listen to the suggestions of the person in charge of public health and the professional analysis of the industry;

- (3) Consider the regulations of the other healthcare professions, such as Western medicine, chiropractic and dentistry;
- (4) Check the coverage of the individual malpractice insurance;
- (5) Inspect whether the structure space and furniture arrangement of the clinic meet the requirements of isolation and disinfection;
- (6) Ensure sufficient reserves of protective disinfection supplies;
- (7) Evaluate the physical health and economic status of yourself and your family members.

(8) Assess whether each employee has sufficient knowledge and protective skills for infectious diseases.

The number of new confirmed patients in the community near your clinic is in a declining phase and tends to be stable, which is the premise for the acupuncture clinic to consider reopening.

2. Excluding of COVID-19 patients is the beginning of the reopening of the acupuncture clinic.

As an acupuncturist working in the United States, we do not have the right to provide direct treatment for patients with COVID-19, so we should try to avoid contact with COVID-19 patients. After we return to work, we will inevitably encounter COVID-19 patients or asymptomatic virus carriers. For our acupuncture clinic, the first thing is to exclude the COVID-19 patients before the medical staff touches the patient:

(1) In the clinic website and voice message, inform the patients that the clinic will not hold face-to-face appointment with the COVID-19 or suspected patients. Advise them to consult their family doctor or local public health bureau through the telephone hotline.

(2) Make an appointment with every patient on the phone, ask patients in detail whether they have a fever, cough, shortness of breath, changes in taste and smell, digestive symptoms, recent skin lesions, etc., and whether there is a COVID-19 or suspected

patient contact history. For any patients with suspected or confirmed COVID symptoms, it is recommended that patients not come to the clinic. No walk in patients.

(3) Control the process of resumption of the clinic and gradually increase the opening hours, from three half days per week, to every other day, until the normal opening time.

After investigation, the asymptomatic COVID-19 carriers were still not fully identified. At the peak of the pandemic, the principle of Universal Precautions is adopted, that is, each person is assumed to be a potentially infected patient, and the corresponding medical procedure should be provided.

3. Protection for medical staff and patients against COVID-19 is the basis for the resumption of the clinic. Take universal prevention as routine protection.

3.1 Clinical Disinfection

(1) Prepare disinfectant or 70% alcohol, disinfecting wipes and / or other disinfection equipment (such as ultraviolet disinfection lamp, etc.). You can check the list of registered disinfectant solutions of the State Environmental Protection Agency.

(2) Keep each room well ventilated with fresh air, and open doors and windows if conditions permit. At the end of each day, use ultraviolet light or essential oil to

disinfect the air in the clinic; use Lysol to disinfect the sink and toilet.

(3) Every table should be strictly disinfected every time after each usage. Try to use disposable paper sheet and spread it directly on the treatment table. It is best to cover all surfaces making it easy for disinfection. The reusable linens, towels and cover sheets should be replaced and cleaned at a high temperature after the treatment.

(4) Surfaces that are frequently touched by medical staff and patients, such as door handles, stair handrails, hand sanitizer handles, countertops, faucets, sinks, seats, toilet seats, water tank buttons, used cupping cups, electroacupuncture device surfaces and cables, should be cleaned and disinfected, by using alcohol or disinfecting wipes.

3.2 Medical protection

(1) Prepare personal protective equipment (PPE) such as masks, gloves, goggles / face masks, and isolation gowns.

(2) The mask can be used for one day if you keep it clean and dry. If possible, it is better for doctors to wear N-95 masks. Between each patient, the mask can be changed. Wash your hands before putting on and taking off the mask. Don't touch the inside of the mask.

(3) It is recommended to wear gloves between each patient. Moving the replaced clothes, cleaning and disinfecting treatment

rooms, gloves should be worn. When you remove the gloves, it is better to turn the inside out and discard it. After removing gloves, hands must be washed.

(4) In addition to masks, face shields or goggles can protect the eyes and face.

(5) It is recommended to wear surgical gowns or isolation gowns. Medical staff should have extra uniforms available in case of contamination. Clean clinic clothing at high temperatures every day. Before leaving work, change clothes to go home. After work, take a shower before coming into contact with family members.

3.3 Doctor-patient contact

(1) Prepare a thermometer, mask, soap, and disinfectant hand sanitizer (alcohol content is at least 60%).

(2) Post a notice on the door, and let the patient waiting in the car outside the door. The accompanying person is also waiting in the car during the appointment (except for children).

(3) Measure every patient's body temperature, at the entrance, better outside the door. Patients should enter the exam room directly. If the patient's body temperature is high (>100.4F), the patient should be referred to a specialist and report to the local public health department.

(4) If the patient does not have a mask, prepare a mask for the patient and ask the

patient to wear the mask throughout the entire visit.

(5) Before and after each patient's diagnosis and treatment, doctors should wash hands thoroughly with soap and running water for at least 20 seconds, or use disinfectant hand sanitizer to clean hands. Avoid touching eyes, nose and mouth with unwashed hands.

(6) Try to maintain a social distance between medical staff and patients. In order to minimize the droplets spread, avoid direct contact patients. Medical staff and patients should not be in a room for more than 15 minutes.

(7) Appointments between each patient should be at least 30 minutes in order to disinfect the room. Patients are not allowed to enter different room to reduce the risk of infection.

(8) Non-contact registration and payment are highly recommended.

(9) If the staff in the clinic are suspected of infection, they should immediately self-quarantine; if the acupuncturist has COVID-19 confirmed, all patients should be called that are treated for the past 2 weeks.

During the global pandemic of COVID-19, the situation in the United States is constantly evolving. Please follow our official website and social media. We will update the information and preventive measures of COVID-19 in time to ensure that the American acupuncture clinic resumes normal operation as soon as possible.

Executive Committee

American TCM Association ATCMA

TCM American Alumni Association TCMAAA

www.atcma-us.org www.facebook.com/atcmaus

新冠肺炎访谈

Covid-19 interview

2020 年 2 月 1 日

魏 辉 巩昌镇 田海河 吴 霞 刘清泉 王成祥 刘国晖 殷鸿春 樊 莹

本来全球华人已经准备好的宁静的鼠年春节被突如其来的疫风戾气冲走了。一时间，武汉封城，湖北告急，神州大地举国进入了抗疫防疫的人民战争之中。2020 年 2 月 1 日晚，正直武汉封城一个星期之际，全美中医药学会组织了这场新冠肺炎访谈报告会。这是全球组织的第一次有多位海内外资深专家参加的新冠肺炎访谈报告会。

主 持 人：

魏辉：全美中医药学会常务副会长兼 CEO，美国中医校友联合会 CEO，世中联理事，内科专业委员会理事。1990 年毕业于皖南医学院，就职于天津胸科医院，胸内科医生。1992 年考入北京中医药大学，西学中首届第二学位班，1994 年毕业获得中医第二学位。于 1999 年来到美国佛罗里达，并于同年考取针灸执照，开始从事中医针灸工作至今在 Lake Worth, West Palm Beach 一带开业。

巩昌镇：美国中医学院院长，美国明尼苏达中医协会会长、全美中医药学会副会长、教育委员会主任，美国《国际针灸临床杂志》副主编，中国《针刺研究》杂志编委，《中医海外赤子学术文丛》总主编。主编《中华针灸要穴丛书》20 卷；《中华针灸临床精粹系列丛书》10 卷；主编《难病奇方系列丛书》72 卷；合著《现代针灸学》。在东西方中英文杂志报纸上发表中医针灸学术、科普、对话文章 500 余篇。世界中医专业核心课程教材《温病学》英文版主译。巩昌镇曾获山东大学数学硕士，明尼苏达大学经济学博士。山东大学管理学院创建人之一，独立创建明尼苏达大学中国经济课目，后创建美国中医学院与美国中医健康中心。

特邀访谈嘉宾：

吴霞：湖北省中医院呼吸科主任，主任医师，抗疫最前线医生，湖北省中医院光谷院区隔离病房牵头负责人。

刘清泉：首都医科大学北京中医医院院长。兼任中国中西医结合学会急救专业委员会委员，北京市中西医结合急救专业委员会委员，青年专业委员会委员，北京市中医药学会中医急诊专业委员会委员，中华中医药学会内科学会热病专业委员会委员，中华中医药学会急诊专业委员会委员兼副秘书长，原抗击非典专家，第一批国家队派去武汉专家。

王成祥：医学博士，主任医师，博士生导师，北京中医药大学第三附属医院院长，中华中医药学会肺系病分会副主委，北京中医药学会肺系病专业委员会主委，研究方向：中医药治

疗病毒性呼吸道感染性疾和耐药菌株肺炎的临床及作用机制研究。

刘国晖：师从脾胃专家冉品珍和首届全国名温病专家张之文教授。现在美国俄勒岗波特兰开业。美国著名温病专家，其温病学专著为美国各中医院校采用。

殷鸿春：国际现代舌诊学会会长、英国中医师学会学术部理事、《英国中医》编委及责任编辑。创立现代舌诊诊疗体系，获得多项舌诊专利，凭舌用药、凭舌用针自成一体。

樊莹：全美中医药学会副会长，科研部长，急重症与疑难病专业出身的中医博士。

魏辉：武汉于 2019 年 12 月开始出现少量的特殊的肺炎患者，1 月 10 日有了正式诊断为新型冠状病毒肺炎的患者。由于该病传染性强、发病急骤、病死率高，1 月 23 日中国宣布对武汉地区采取封城、其他地区也是采取了高度的防疫措施。1 月底是中国特别是武汉地区疫情井喷式高发的时候，当时在武汉中西医结合医院某病区住院的该病患者，22 例中有 4 例死亡（18%）。武汉每家医院都聚集了大量的该病患者和疑似病人，众多患者，寻求住院救治的机会。武汉疫情正处在一个危急时刻。今天 2 月 1 日晚，我们全美中医药学会发起组织了这场中医抗击新冠病疫情报告会。

巩昌镇：瘟疫无情地践踏人类。读一读百年瘟疫史，触目惊心。1918 年的西班牙流感夺去了 5000 万人的生命；1957 年 200 万人死于亚洲流感；1968 年的香港流感夺去了 100 万人的生命；2003 年非典夺去了 774 人的生命；2003 年起源于津巴布韦的霍乱 4293 人丧失生命；2012 年的中东呼吸综合征夺去了 858 人的生命；2013 年起源于西非的埃博拉夺去了 11323 人的生命；2015 年开始于印度的猪流感 2035 人丧失生命。如同战争，瘟疫也是人类的最大杀手之一。一部人类史既是一部战争与和平的历史，也是一部抗击瘟疫的历史。中华民族虽然有躲不过的瘟疫，但是中国医

学有着两道靓丽的风景线，那就是中医的伤寒学和温病学。桂麻-承气-柴胡-四逆，银翘-白虎-承气-复脉不但是建立了两个逻辑医学体系，更是中华民族抗击瘟疫的利器。今天我们全美中医学学会邀请了众位资深专家报告抗疫前线的最新进展，分享经典医学体系为我们提供的智慧，贡献我们自己的独特思考与分析。

魏辉：作为奋战在一线的医生，我们首先请吴霞大夫介绍一下新冠肺炎发病的经过、症状，病情进展情况，目前施行的中西医治疗原则和方案方法，以及湖北武汉当地的使用中医治疗的现状。

吴霞：这次新冠肺炎的诊治方案已经更新到第四版了。在临床上我们基本上按照诊治方案进行。新冠肺炎的潜伏期一般为 3-7 天，一般不超过 14 天。临床症状包括发热、乏力、干咳。少数患者伴有鼻塞、流涕、腹泻等症状。重型病例多在一周后出现呼吸困难，严重者快速进展为急性呼吸窘迫综合征、脓毒症休克、难以纠正的代谢性酸中毒和出凝血功能障碍。部分患者仅表现为低热、轻微乏力等，无肺炎表现，多在 1 周后恢复。

实验室检查发现发病早期外周血白细胞总数正常或减低，淋巴细胞计数减少；肝酶、肌酶和肌红蛋白增高；C 反应蛋白（CRP）和血沉升高；严重者 D-二聚体升高、外周血淋巴细胞进行性减少。在咽拭

子、痰、下呼吸道分泌物、血液等标本中可检测出新型冠状病毒核酸。

胸部影像学发现早期呈现多发小斑片影及间质改变,以肺外带明显。进而发展为双肺多发磨玻璃影、浸润影,严重者可出现肺实变,胸腔积液少见。

发病前14天内有武汉地区或其他有本地病例持续传播地区的旅行史或居住史;发病前14天内曾接触过来自武汉市或其他有本地病例持续传播地区的发热或有呼吸道症状的患者;有聚集性发病或与新型冠状病毒感染者有流行病学关联进入疑似病例。疑似病例再加上发热;上述肺炎影像学特征;发病早期白细胞总数正常或降低,或淋巴细胞计数减少的其中两条,并且呼吸道标本或血液标本实时荧光RT-PCR检测新型冠状病毒核酸阳性;或者呼吸道标本或血液标本病毒基因测序,与已知的新型冠状病毒高度同源,就可确诊。

临床上分为普通型,重型和危重型。疑似病例单人单间隔离治疗,确诊病例可多人收治在同一病室,危重型病例收入ICU治疗,包括呼吸支持和循环支持。

医学观察期的中医治疗包括藿香正气胶囊(丸、水、口服液)或金花清感颗粒、连花清瘟胶囊、疏风解毒胶囊、防风通圣丸。在发病期的治疗上,寒湿郁肺的初期临床症状包括恶寒发热或无热,干咳,咽干,倦怠乏力,胸闷,脘痞,或呕恶,便溏。舌质淡或淡红,苔白腻,脉濡。推荐处方:苍术15g、陈皮10g、厚朴10g、藿香10g、草果6g、生麻黄6g、羌活10g、生姜10g、槟榔10g;疫毒闭肺的中期临床症状身热不退或往来寒热,咳嗽痰少,或有黄痰,腹胀便秘。胸闷气促,咳嗽喘憋,动则气喘。舌质红,苔黄腻或黄

燥,脉滑数。推荐处方:杏仁10g、生石膏30g、瓜蒌30g、生大黄6g、生炙麻黄各6g、葶苈子10g、桃仁10g、草果6g、槟榔10g、苍术10g;内闭外脱的重症期临床症状包括呼吸困难、动辄气喘或需要辅助通气,伴神昏,烦躁,汗出肢冷,舌质紫暗,苔厚腻或燥,脉浮大无根。推荐处方:人参15g、黑附片10g(先煎)、山茱萸15g;肺脾气虚的恢复期临床表现:气短、倦怠乏力、纳差呕恶、痞满,大便无力,便溏不爽,舌淡胖,苔白腻。推荐处方:法半夏9g、陈皮10g、党参15g、炙黄芪30g、茯苓15g、藿香10g、砂仁6g。

全小林院士与湖北省、武汉市专家组讨论后拟定的新冠肺炎疑似病人推荐通用方也已经分发到各医院:生麻黄6g,生石膏15g,杏仁9g,羌活15g,葶苈子15g,贯众15g,地龙15g,徐长卿15g,藿香15g,佩兰9g,苍术15g,云苓45g,生白术30g,焦三仙各9g,厚朴15g,焦槟榔9g,煨草果9g,生姜15g这个通用方的治疗原则是宣肺透邪,解毒通络,避秽化浊,健脾除湿。

武汉目前还在不断完善中医诊疗方案,充分发挥中医药的优势,对疑似患者和确诊患者中医药诊治的力度正在加大。正在要求各定点救治医疗机构要按国家中医药管理局要求成立中医药防治专班,由分管中医药工作的领导和相关工作人员、专家组成,加强对中医药临床使用的组织实施。各定点救治医疗机构要成立中医药治疗专家组,对每位患者按照中药协定方辨证用药原则辨证施治,并做好病程记录。各定点救治医疗机构尽快确保所有患者服用中药,每天将前一日用药量和患者服药后病情变化情况上报市卫健委中医药管理处。

巩昌镇：作为国家首批援助到武汉的专家以及非典时期的领军人物，刘清泉教授实地考察武汉疫区后，首先提出中医对新冠肺炎的认识，治疗的原则，并参与了诊疗指导规划的制定和修订过程。我们请刘教授给我们介绍一下。

刘清泉：去年12月在武汉发现了许多例不明原因的肺炎疫情，也就是我们大家现在关注的2019年新型冠状病毒。为了能进一步控制疫情，国家卫生健康委员会、国家中医药管理局在今年1月21日派了我和广安门医院齐文升教授等人到武汉进行协助。我们在武汉诊治过百名患者后发现患者发病时的常见症状为发热、咳嗽、肌痛、乏力/疲劳，而上呼吸道的鼻塞、流涕相对少见，同时可有消化道症状。重症病例会伴有呼吸困难。我们与武汉当地专家共同研讨制订诊治方案，这个方案已经被纳入国家卫生健康委员会印发的《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第三版）》。我今天的报告基本上都包含在我们刚刚发表在《中医杂志》的文章中了。

要防治新冠肺炎的疫情，首先需要了解本病的病因病机。在病因方面，武汉自去年12月份以来属于暖冬气候，同时兼有阴霾冷雨缠绵，不时之气留连持续。这种气候学的异常是本次武汉疫情发生的外因基础。本次病毒感染具备流行性、传染性，属于急性传染病，也就是中医所谓温疫的范畴，并且是以肺部为主要病位的传染病。从我们团队前期搜集的200余例患者的中医资料来看，本病的病因是以湿为基本属性的疫疠之气，从发病季节及病邪性质来看，可归属于湿邪为主的疫疠范畴，也可以称为“湿毒症”。

从我们初步对感染患者的早期观察，

我们发现下面几个主要特点：第一是多伴有发热。虽然患者以发热为主要症状，但大多身热不扬，多不伴恶寒，无壮热或烦热，也有部分病例不发热；第二是干咳，痰少，咽喉不利；第三是乏力、倦怠突出；第四是多伴有消化道症状，食欲差，甚至出现一些恶心、大便溏泻等消化道症状；第五是口干，口苦，不欲饮；第六是舌质多暗或边尖稍红，80%的舌苔可表现为厚腻。

新冠肺炎的基本病机为“湿、毒、瘀、闭”。因湿邪缠绵，如油裹面，在病程也表现为缠绵不愈，因此在治疗上我们需要始终围绕关注湿邪的论治。中医的肺为娇脏，治疗早期宜化湿以防湿邪郁闭后化热，热邪进入阳明导致腑实不通，再因肺与大肠相表里，使得肺气不宣与腑实不降形成恶性循环。而如果出现阳明腑实，让邪气有所依附，导致湿热邪气化为毒邪，瘀闭肺络及心包，就会出现咳喘、呼吸困难、咯血。此时如不积极治疗，则极容易湿毒瘀闭气机，闭阻清窍，气机不达而进入热深厥深的休克状态，导致多器官功能障碍综合征。临床上我们可以发现危重症患者存在呼吸衰竭，处于脓毒症休克的状态，需要呼吸机辅助通气，甚至应用ECMO，此时患者往往表现为胸腹灼热、手足逆冷，与湿毒瘀闭气机的病机是一致的。所以，早期正确、及时地化湿，通腑泄浊，是治疗新冠肺炎的关键环节。

我们知道温疫治疗总是以祛邪为主，极其重视病因治疗。然而在其中需要注意的是本病属于“湿毒化热”为主，而非“热毒夹湿”，因此临床治疗侧重在祛湿，而非清热，如果冒然清热解毒，过早使用寒凉药物，必然会导致湿邪加重，出现“冰伏”，反而影响治疗效果。所以治

疗本病应该在辨治规律的基础上,注重湿邪的祛除,芳香化浊避秽,透表散邪,升降脾胃,给邪以出路,才是我们中医治疗的核心。因此我们拟定出了三点治疗原则:第一是早治疗:早诊断,尽早使用中医药;第二是重祛邪:本病是感受湿毒疫疔之邪,明代吴又可强调“逐邪为第一要义”,故宣肺祛湿透邪要贯穿治疗始终;第三是防传变:病机初见端倪即可采取措施,用药先于病机病势,以阻止传变,防范其他脏器的损伤。

在治疗方法方面,我们提出了分期论治的概念。由于本次疫情以湿毒为主要特点,经临床观察,以中医的症、舌、脉为主体,结合证候特征,初步可将本病分为四期论治,即早期、进展期、极期(危重期)、恢复期。我们团队拟定了中医四期的辨治方案。

早期的临床表现:发热常见,但以低热常见,大多身热不扬,多不伴恶寒,无壮热或烦热,也有部分病例不发热;干咳,痰少,咽喉不利,乏力倦怠突出,多伴消化道症状,食欲差,甚至恶心、大便溏等,舌质多暗或边尖稍红,80%的患者舌苔表现为厚腻,脉濡数。病机为湿毒郁肺,枢机不利。治法用辟秽化浊、宣肺透邪。我们推荐的处方为达原饮,神术散,升阳益胃汤。基本方药有槟榔、厚朴、草果仁、知母、芍药、黄芩、黄连、甘草、苍术、荆芥、半夏、防风、羌活、独活、橘皮、柴胡、茯苓、泽泻。如有便秘加枳壳;发热轻者加栀子、豆豉;发热重加升降散或紫雪散。

进展期的临床表现为高热,喘憋气促,动则气短,痰少或黄或白,或伴咯血,口渴不欲饮水,乏力倦怠加重。纳

差,或伴腹胀、便秘,舌暗红或红,苔浊腻或黄腻,脉滑数。病机为湿毒化热,肺壅腑实,毒损通络。治法用宣肺通腑、清热解毒、化痰通络。我们推荐的处方为宣白承气汤,解毒活血汤,升降散。基本方药有杏仁、瓜蒌、生大黄、生石膏、连翘、葛根、柴胡、当归、生地、赤芍、桃仁、红花、枳壳、甘草。如有高热加紫雪散;喘重加葶苈子、麻黄;大便秘结者加芒硝。

极期(危重期)的临床表现为高热,喘憋加重,气短持续,口唇紫绀,面色黯黑,极度乏力,烦躁,或伴手足灼热及手足逆冷,或伴少尿,甚则神昏,舌暗红,苔浊腻或黄腻,脉细数。本期多见氧合下降,肺部CT检查有大量的渗出,需吸氧或呼吸机支持。病机为内闭外脱。治法用开闭固脱、解毒救逆。我们推荐的处方为参附四逆汤,温病“三宝”,苏合香丸。基本方药有人参、附子、生大黄、赤芍、牡丹皮。如有热闭冲服安宫牛黄丸或紫雪散;阴闭冲服苏合香丸。

恢复期的临床表现为高热已退,可有低热,精神改善,纳差,胸闷,大便黏滞不爽,舌质暗,苔多腻,脉细数。病机为邪去正虚。治法用清解余邪。我们推荐的处方为五叶芦根汤。基本方药有藿香叶、薄荷叶、鲜荷叶、冬瓜子、佩兰叶、枇杷叶、芦根。如有气虚加西洋参,寒湿明显加半夏、生姜。脾虚加白术、茯苓。

在新冠肺炎的鉴别诊断方面需注意的是武汉及北方仍处于流感流行季,要与风温、春温、冬温进行鉴别。湿毒症早期可有表证,但实无表邪,因此不当单纯辛温发汗解表,而重在透散邪气。进展期、极期的出血并非热入营血,而是湿毒伤络所

致。危重症湿化热更多见，湿为主体，湿毒化热伤络，侵袭肺脾。

此外关于本病我们几点需要厘清，首先是疾病早期是否存在寒邪表证？早期患者多具有发热、无汗、乏力等症状，同时伴有口干。上述症状容易被医家依据《伤寒论》太阳病具有“发热、恶寒、身疼痛、不汗出”的症状，而误辨为感受风寒湿夹杂而侵袭人体卫表所表现的表证、太阳病，进而误用辛温解表发汗治疗。但本次疫病初起，鼻塞流涕等表证相对少见，虽有发热、体痛，但多为低热，身热不扬，无明显恶寒表现。本病以湿邪致病为特点，起病缠绵，进展缓慢，不见其“寒主收引”的特点，少见肌肉酸痛、关节疼痛及恶寒。由于湿邪阻滞气机、肺主一身之气，故气短、乏力、倦怠等症状常见。湿邪袭肺多为干咳，少痰。湿邪易困阻脾胃，多伴有纳呆、或腹胀、大便不畅。口不渴，或口渴不喜饮，且舌苔多厚腻。故我们认为早期仍以湿毒为主，邪气郁遏所致的气机不能外达，并非寒邪表证，考虑应遵吴又可思路，无表邪，邪不在表，故不能解表。早期应当透邪外达，却绝对不能解表发汗治疗，否则易加重热势使病情恶化。

其次是关于本病的分期辨证论治。传染病与其他疾病相比较，临床突出的特点就是发病过程的阶段性，历代医家创造性地凝练形成了“寒”为主的伤寒六经辨证，“温热”邪气的卫气营血辨证，“湿热”邪为主的三焦辨证等。经临床观察确诊病例200余例，我们认为本病的四个阶段中，早期大概1-10天，进展期10-20天，以高热喘憋为特点，极期（危重期）20天以上，危重症以内闭外脱为特点。

关于本病的传变，依据薛生白《湿热病篇》，本病存在正局（顺传）和变局（逆转）之分。湿性黏滞，病程缠绵，留恋在肺，在一经不移，在早期经治疗后，发热逐渐减轻、乏力缓解、咳嗽减少，为顺证，大部分患者在本期自愈或治愈。若病情在10-14天逐渐出现高热、喘憋气促加剧、咯血，此为湿毒化热，毒损肺络，由肺及胃腑，为逆证，将转化为危重症。

需要注意的是，临床观察到的病例因住院治疗而进行了输液治疗，一定程度上掩盖了湿邪化燥、伤阴的特点，并加重了湿邪，湿热壅肺、闭肺，内闭外脱，肺之化源绝，将进入极期，则为变局。

在疾病过程中，需要重视乏力倦怠、喘憋气促、咯血，若出现极度的乏力倦怠，即使没有出现胸闷喘憋，也需要高度重视。出现喘憋气促、咯血，均提示病情重，预后不良，需要进一步结合影像学资料、氧合情况判断病情及诊治。

其三是进展期及极期的咯血并非热入营血。本病在进展期、极期时，部分病例存在咳血，本病为温病，故医家临床多用温病学说的卫气营血辨治理论指导。邪热入营入血后，迫血妄行可致出血。如叶天士所谓“入血就恐耗血动血，直须凉血散血”。但需要明确，本病的咳血并非热入营血。本病归属于湿瘟疫范畴，病性为湿毒化热，除外出血症状外，并无其他明显热入营血的指征，如“身热夜甚，口干反不甚渴饮，心烦不寐，时有谵语，斑疹隐隐，舌质红绛，脉细数等”。并非热炽营血、迫血妄行，而是湿毒化热，湿邪困阻气机，热无出路，损伤肺络所致，仍以祛湿清热宣肺为主。

魏辉：我们请王成祥博士结合温热病理论，从中医药治疗病毒性呼吸道感染性疾病的临床实践中谈谈防治本病的思路。

王成祥：新型冠状病毒病的中医认识与防治。2019 年 12 月以来，湖北省武汉市陆续出现多例不明原因肺炎病例。2020 年 1 月 7 日，中国疾病预防控制中心证实，该疾病由一种新型冠状病毒所引起。根据我国国家卫生健康委员会的最新文件，由新型冠状病毒感染引起的肺炎，暂命名为新型冠状病毒肺炎（novel coronavirus pneumonia, NCP），简称新冠肺炎。

所以，今天就与大家一起聊聊，新冠病毒是什么？新冠肺炎为何属于温疫？中医对温疫的认识，中医对温疫发病、传变规律的认识及中医对温疫预防、治疗的一些认识。

1、新冠病毒是什么？

病毒是病原微生物的一种，冠状病毒是一个大型病毒家族，直径约为小米粒的二百万分之一，约在 60~140nm 之间，外面包膜上存在的凸起使得病毒看上去像分布在球形上的王冠，内部是正链单股 RNA 病毒，因为单股 RNA 结构不稳定，所以复制过程中容易产生变异。1937 年首先在鸡身上分离出来，1965 年从人身上分离出来，1975 年正式命名。

目前发现感染人类的冠状病毒有 7 种，患者表现为从普通感冒到重症肺部感染等不同临床症状，平时大家所谓的“伤风感冒”主要是冠状病毒和鼻病毒引起。新型冠状病毒就是有别于引起普通感冒的冠状病毒，其中有 2 种是大家所熟悉的，一种是 2003 年的严重急性呼吸综合征（SARS）的元凶，另一种导致了 2012 年的中东呼吸综合征（MERS）。这次的 2019 新

型冠状病毒是目前已知的第 7 种可以感染人的 β 属冠状病毒。

2、中医如何认识新冠病毒病？什么是瘟疫？属于温病中的哪一类？

中医把这类传染性强、流行快的传染性疾疾病称之为温疫。那么咱们再看看新冠肺炎，从 2019 年 12 月出现，向各地蔓延迅速。具有极强的传染性和流行性，所以属于中医温疫的范畴。

流感算不算温疫？中医又叫时行感冒，与普通伤风感冒不同，会引起大流行或地域性流行，所以也属于温疫范畴。

温疫，是外感热病中有季节发病特征，且具极强传染性的一种。疫，《说文解字》说：“疫，民皆疾也”。

为什么叫疫呢？疫是形声兼会意字，疒（nè）为形，役（省略彳）为声，役也表意，役指服兵役、劳役者。明代医家吴又可“热病即温病也。又名疫者，以其延门阖户，又如徭役之疫，众人均等之谓也”。徭役是古代的一种出义务的制度。所以说疫指的是传染性与流行性。

《内经》“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似。”瘟疫是外感热病里面具有很强传染病的一种类型。

大家都知道有本中医名著叫《伤寒杂病论》，里面记载的伤寒是不是传染病？是不是瘟疫？我看到有医家说，伤寒不是温疫。

张仲景《伤寒杂病论》序中写道：“余宗族素多，向余二百，建安纪年以来，犹未十稔，其死亡者，三分有二，伤寒十居其七”。（建安元年是公元 196 年）。曹植在《说疠气》描述“建安二十二年，疠气流行，家家有僵尸之痛，室室

有号泣之哀，或合门而殆，或覆族而丧”。这个描述里面，把伤寒的疫的特点（也就是其传染性流行性）都描述出来了，所以也是温疫范畴。

3、为什么说中医可以治疗新冠？中医怎么治疗

新冠是新发现的疾病，西医没有治过，中医也没有治过，为什么中医就敢说有什么办法治疗，是谁给了中医这种自信？相信不单是西医专家，老百姓也会怀疑。答案是肯定的，其实了解了中医诊断治病的理论体系，就不难理解。

3.1 异病同治理论为中医治疗不明原因疾病提供了辨证治疗的理论指导

大家都知道中医看病讲究辨证论治，而辨证论治里面有“同病异治”和“异病同治”两个理论。

“同病异治”是说同一种疾病因为不同的季节、不同的地域、不同的性别与年龄，甚至是同一个人患病在不同的阶段，因为表现出不同的证候，所以治疗方法也不同。这体现了个性化的精准治疗理念。

“异病同治”理论则是说不同的疾病，因为表现出了相同的证候，就采取相同的治疗方法。这个理论特别有用，可以用于指导对于新型和未知病因疾病进行治疗。虽然你是未知的，但你表现出的证候与我已知的疾病变化规律相同，我就采用相同的治疗方法。同样对于新型或未知的致病微生物引起的疾病，只要表现出相同的证候就采用同样的治疗方法。同样是新冠肺炎，初期表现的是寒湿，就用散寒祛湿法，如果入里化热，湿热蕴毒，就用化湿清热解毒法。所以看到不同的阶段，用的方子确实不尽相同，但都能收到相应的疗效。

这是古人在科技落后的情况下，苦于太多的未知而创造的一种非常有用的理论，如果知道了“异病同治”的理论，那么在本次新型冠状病毒肺炎治疗中，有些中医在此理论指导下，结合文献及自己治疗温热病的经验，拟定处方，在使用过程中根据不同情况随证加减，相信是可以取得较好的疗效的。

3.2 中医是怎么治疗温疫的？

中医几千年与温疫斗争的历史，积淀了大量的经验

文献颇多，比如著名的四大经典著作如《伤寒论》、《温病条辨》本身就是外感病和温疫的专著。历代的中医名家几乎都是在与这类感染性与传染性疾病作斗争而出名的，张仲景及明清时代温热病学家吴又可、叶天士、吴鞠通等。

温热病学家，在与温疫在斗争中，发现了不同性质的病邪引起的温疫病其发病、症状、传变都是有规律可循的，从而创立了专门针对这类疾病的辨证方法，如六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等，用于指导临床治疗、预测变化，预先安非受邪之地，防止病情加重等等。

比如说：温热类的疾病用卫气营血辨证，初起卫分证，气分证，营分证，血分证。在卫汗疏风解表，在气清热解毒，在营凉营透热，在血凉血活血。

也有专病专方：普济消毒饮治疗大头瘟。

有位中西医结合的大家，姜春华的，根据温病毒邪重的特点，提出截断学说，如大江断流。大量清热解毒对抗免疫炎症性损伤。

3.3 如果从现代研究看，中药对这些传染病是如何发挥作用的？中药复方的产生与多靶点效应

1) 中药抑制病毒方面的研究：散寒解表、疏风解表、清热解毒、芳香化湿等类的药物具有抑制或杀灭多种已各病毒的作用。

2) 中药抗免疫损伤方面的研究：

3) 改善症状的作用

如：国家中医局推荐的清肺排毒汤就是由麻杏石甘汤、小柴胡汤、五苓散、射干麻黄汤四个经方组成，而每个方子又是一个复方，作用的靶点是多方面的。

当然历史上我们医学家的先辈们也在不断寻找具有特效的单味药或小的复方，这类药往往具有抗病原微生物的作用，如果从中提取有效成份或改变结构提高疗效，可能成为有效的新药。比如说：青蒿素、黄连素等。

4、治未病理论与温疫预防

新型冠状病毒肺炎的防控措施主要采取以管理传染源、切断传播途径和保护易感人群为主要内容。因此隔离是最基础的控制疫情的方法，隔离能够最大程度地减少疫情的扩散，从目前疫情形势来看，隔离已经取得实效。

从公共卫生的角度来说，不仅要对患者进行隔离，跟患者接触的病人也要按要求进行隔离，这样才能把传染源控制住。

古代医家怎么说的？《内经》黄帝曰：“余闻五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似，不施救疗，如何可得不相移易者？”歧伯曰：“不相染者，正气存内，邪不可干，避其毒气，…”

这句话什么意思？疫病一发，无论长幼，普遍易感，症状相似，如果不治疗，如何不让它传染呢？歧伯说：如果不让它传染，一方面提高正气抵抗外能力，另一方面避开引起疫病的毒气。这是古人最早对疫病流行时切断传播途径的认识。

《素问·四气调神大论》云：“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎”。

什么叫治未病？对于新冠这类的温疫如何治未病？

治未病是什么？通俗地讲就是预防。治未病理论来自内经，为什么要治未病？

《素问·阴阳应象大论》：“故邪风之至，疾如风雨，故善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏。治五脏者，半死半生也。”说明外感病发病快，变化快，不得不早发现，早预判。怎么办？

治未病的具体内容：未病先防，已感防萌，既病防变，瘥后防复。

4.1 治未病之未病先防

现在讲传染病的预防有三个环节：管理传染源；阻断传染途径；保护易感人群。

古人怎么认识的呢？《内经》“不相染者，正气存内，邪不可干，避其毒气”。意思是说：如果不让它传染，一是提高正气，二是避其致病毒气。

为什么说：在预防时，正气与邪气都要注意呢？首先了解一下中医对外感热病（相当于西医感染性疾病和传染性疾

发病的认识。中医认为,外感热病的发病是由正气和邪气双方决定的。

正气是是否发病的内在因素,所以咱们看到年老体弱有基础病的这次新冠肺炎发病率和死亡率高。但是如果邪气过强,会出现普遍易感的现象。

所以,对于正气虚弱者,当没有接触病邪时,其预防措施:以扶正增加抵抗力为主,这是中医治未病观念中“未病先防”中扶正气的理念。如果素体健康者就没必要用,只须睡好、吃好、多户外活动,少到人群安密集处逗留即可。

从现代研究看,扶正提高的是非特异性免疫功能,所以其预防注定不是完全的。特异性免疫是针对性最强的免疫功能,它的产生是少接触病毒或者是病后,或者是接种疫苗而产生。我国曾记载接种人痘预防天花(患儿痘的结痂碎后放鼻腔,类似现代的吸入性疫苗),这个产生的是特异性免疫。另外,患者愈后的血清,含的也是特性抗体。

邪气:邪气是外感热病致病的关键因素,如果没有外感邪气就不会患外感热病。《素问·上古天真论》说:“虚邪贼风,避之有时”,《素问·刺法论》强调:要“避其毒气”。所以避开邪气,防止邪气入侵是最重要的办法。

4.2 治未病之已感防萌

首先要避,若避不开,就再加防,如果接触了患病的患者,这时的预防就要用治疗药物来预防,属于中医治未病中的“已感防萌”,就是说病毒已经侵入,在它还没有大量繁殖发病时,先行治疗,防止萌芽发病。这时用的药物就是治疗药物,这类疏风解表、清热解毒、芳香化湿等类的具有一定抑制病毒作用的药物。适

用于接触患者后或者所活动的范围内有多个病例出现的预防用药。如果没接触患者,用这类药物是没必要的。

晋人葛洪在《肘后备急方·治瘴气疫病温毒诸方》中,列举了数首“辟瘟疫”、“辟天行疫病”的方剂,可以说是最早出现的预防与治疗疫病专方。葛洪就是提供思路给屠呦呦老师治疗疟疾的青蒿素的古代医者。

本次邪气特点,疫毒夹湿,就用清热解毒加芳香化浊祛湿的药物来预防,我用的方子是:大青叶、苏叶、苍术、草果。

香囊:苍术、藁本、霍香。挥发油的作用。(端午节快来了,喜欢做手工的可以做一个)

4.3 治未病与既病防变

温疫的发病及演变具有其规律的,叶天士讲,“温邪上受,首先犯肺,逆传心包”。这一类疾病初期邪在卫分,继则传到气分,轻症或得到良好治疗的则治愈。重者则传到营分、血分,经治疗部分透热转气,转为气分证,重者出现厥脱证成为危重症。

所以阻止病情向营血分传变,是重要的治未病措施。通过治疗阻止轻症转为重症。按照卫气营血理论,在气分证截断。如果病人有正虚或有原发病所脏虚,先安未受邪之地,也是防止传变的必要措施。

重症患者通过治疗变为轻症,透热转气。

4.4 治未病之瘥后防复

看到广东一个资料,说初步数据表明,14%出院患者有病毒核酸“复阳”现象。许多医务工作者在感叹病毒太狡猾外,也对该病的出院标准进行了进一步的制订。因为任何检测都会有一定的误差。

从中医该病的认识：感染疫毒之气而发病，不同地区兼夹邪气有所不同，在恢复期表现为伤气和伤津两个转归，部分邪去正虚，部分正虚仍有邪气留恋的证候。

恢复期，防复，“复”有药复、食复、劳复等。

药复：清代名医叶天士《温热论》“面色苍者，须顾其津液，清凉到十分之六七，往往热减身寒，不可就云虚寒而投补剂，恐炉烟虽熄，灰中有火也。”

食复：病新瘥后而多食复发者

劳复：病新瘥后，因劳动再发。

新冠患者，出院后又出现核酸复阳的问题。

我们北京中医药学会肺系病专业委员会在王琦院士、晁恩祥国医大师、孙光荣国医大师，杜怀棠教授、武维屏、姜良铎教授等指导下，专委会大多数成员参与制订了《新型冠状病毒肺炎恢复期中医药综合干预方案专家指导意见（草案）》。对恢复期的中药及针灸等中医技术治疗、运动康复、饮食、心理调摄等提供了专家指导意见。

魏辉：刘国晖教授是海外著名温病专家。他今天将从“气”的角度谈谈对新冠病毒的认识。病因从正邪之气，疠气（疫毒之气）非物之气；病机从肺气津痰瘀热毒，肺气化源绝；治疗从疏利补肺气着手。

刘国晖：从“气”的角度谈谈对新型冠状病毒肺炎防治的认识。新型冠状病毒肺炎在武汉爆发，牵动全球华人的爱国之心。目前治疗新型冠状病毒肺炎的防治，多注重祛邪解毒，似忽略扶正解毒，扶正御毒。笔者从正气和疠气的角度交流对此

病防治的看法，认为扶正应与祛邪同用。扶正应尽早使用。祛邪除宣、清、透外，通腑亦是重要方法之一，尤其是在其它祛邪方法乏效时，宜早用。

一、从病因上看：

1. 万物皆气聚而成，病毒也不例外。

《庄子·知北游》指出：“人之生，气之聚也……故万物一也。^[1]”《黄帝内经素问·五常政大论》亦云；气始而生化，气散而有形（流散于物中），气布而蕃育，气终而象变，其致一也。^[2]因此，阻止其病毒之气布散是防止新型冠状病毒扩散的关键。

2. 为什么新型冠状病毒在动物身上虽传而不致病，而转移到人体则传而致病。

《金匱要略·脏腑经络先后病脉证治》第8条云：“有未至而至，有至而未至，有至而不去，有至而太过。^[3]”此讲四时六气之变而致病。据当地医生言，今年一月初，武汉气温异常高，出现暖冬，故发病时有“未至而至”的因素。然而，真正致者实乃病毒 - 疫疠之气。即除风寒暑湿燥火六气化六淫外，天地之间致病者，还有疫疠之气。

那么新型冠状病毒是怎样在人群间传染致病？众所周知，六气致病中非其时有其气之说。由于此病毒是长期存在于动物，后转移到人体传染发病，笔者认为新型冠状病毒致病，则属非其物而致其病（转移宿主）。故除积极治疗已病之人，还要隔绝带病毒之动物以断其源。

为什么动物带病毒而不患病？笔者认为需要仔细观察该动物的生活习性和饮食习惯，或可找到答案。有临床医生呼吁寻找治疗新型冠状病毒的较强中药或大规模

控制疫情的中药。由于每次瘟疫流行，病原不同，很难迅速找到此药。待到疫情一过，无人再究。故就我所知，文献几无记载。我也请教首届全国名医温病专家张之文教授，目前没有答案。不过，个人认为，仿效猎人追崇受伤出血的野鹿食用三七叶后血止而发现三七的故事，审视动物习性，或可找到此药。

3. 新型冠状病毒可以兼热，挟湿，带寒等，但本质上与六淫不同。

明末吴有性在《温疫论·序》中写道“夫瘟疫之为病，非风非寒，非暑非湿，乃天地间别有一种异气所感……然历年较之，瘟疫四时皆有。^[4]”基于此，他进一步在《温疫论·原病》中指出：“伤寒与中暑，感天地之常气，疫者，感天地之疠气。^[5]”结合新型冠状病毒肺炎传人致死的情况来看，显然此病的不是一般的疾病，是疫毒所致。因此，若主要从六淫论防治新型冠状病毒引起的肺炎，或失靶的。

此次瘟疫（新型冠状病毒肺炎）病因上的特点为：毒性很强，速亡正气，致肺之化源绝（呼吸衰竭，白肺），心神内闭外脱而死。

从《黄帝内经》的角度审视此病重症期白肺属肺之真脏色见，诚如《黄帝内经素问·五脏生成篇》所言“白如枯骨者死。^[6]”清代著名温病学家吴塘更进一步在《温病条辩·上焦篇》第11条中指出：细按温病死状百端，大纲不越五条：“一曰肺之化源绝者死；二曰心神内闭，内闭外脱者死……^[7]”

二、从发病看：

新型冠状病毒发病，不管兼挟风寒湿热，与风温发病相似，多从口鼻呼吸之气（飞沫）而入，首先犯肺，但极易传染。

老人居多，有潜伏期（伏气），且有不少带病毒而无症状者（正气胜而疠气伏）。

虽然《黄帝内经素问·遗篇刺法论》有“五疫之至，皆相染易，无论大小，病状相似^[8]”，但上述发病特点提示发病与否与正气密切有关。故保护和扶助正气对预防发病治疗本病至关重要。

三、从病情发展看：

1. 肺气阻滞，肺气上逆是病机的中心；胸闷、咳嗽、呼吸困难（肺通气换气功能受阻，氧饱和度低）。气滞与痰凝；气滞与蕴热；气滞与血瘀；互为因果，形成恶性循环。有形之痰湿瘀血使疠气更为胶着不去，致病势缠绵。

2. 肺气虚，疠气深入，肺气即伤；肺气伤而疠气留。肺气伤而痰瘀生。致疠无去处。

3. 发热与否是判断正气强弱的标志：《伤寒论》第7条写道：“发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。^[9]”

在讨论中，湖北省中医院吴霞主任提到一病例：发热一去，五天后，满肺毛玻璃状。此即证明发热一去，预示阳气即衰，病势深入。

4. 肺气衰竭，内闭外脱。

四：从治疗上看：疏、利、补以透、泄、祛邪。

1. 透表宣肺：《温病条辩·治病法论》：治上焦如羽，非轻不举^[10]”。宜选花、叶等体轻之品。

2. 清热宜轻清以利肺气：何廉臣在《重订广温热论》指出：“轻清化气，王孟英所谓展气化以清轻，如梔、苓、薤、苇等是也。^[11]”

3. 化痰化瘀：痰热清，血必净。

4. 扶正补肺: 黄芪(提高免疫力)、西洋参、虫草(提高免疫力), 党参。足三里注射黄芪注射液。注射剂量丙种球蛋白。

笔者认为, 在即今无法找到治疗此病毒特效药, 尽早扶助正气以制毒以阻其传变似更为重要。

5. 通腑泄毒: 临床报道, 在新型冠状病毒肺炎患者中发现, 肺泡里的病毒很难清除。虽然可以干扰剂雾化治疗, 但雾化的微粒比病毒大很多, 追不上到肺部的深处和远处的病毒。从中医角度认识, 此属宣肺清透之法失效, 疠气无从出。肺与大肠相表里。瘟疫之毒无法从肺透出, 可以从大肠排出。且临床分析中, 疫毒闭肺型, 有腑实证(腹胀便秘)的表现, 自是下法指征。据最新《新英格兰医学杂志》报道: 美国首例新型冠状病毒感染发病并治愈者, 除咳嗽, 轻微发热, 恶心, 呕吐外, 出现腹部不适, 腹痛, 在其粪便中检测到新型冠状病毒的存在^[12]。虽然粪便中出现病毒提示此为另一传染途径, 但事物有阴阳二性, 是否可以理解为人体开辟另一条排病毒的途径呢。联系上述病毒藏于肺泡深处而干扰素雾化颗粒不可及和《伤寒论》106条和124条论述太阳蓄血证“血自下, 下者愈^[13]”, “下血乃愈^[14]”(分别用桃核承气汤和抵当汤), 此粪便中有

新型冠状病毒是否提示治疗此病应顺势而为, 尽早按照“温病下不厌早”之

说, 大胆使用通腑法为驱除病毒提供

出路。考虑到此时正气已虚, 可按吴有性大黄与人参或莱菔子与黄芪同用。

五. 从预防上看: 既然尚未找到治

疗新型冠状病毒的较强中药或大规模控制疫情的中药, 那么, 扶正气以御疠气, 防止此病的扩散显得格外重要。

1. 虚邪贼风, 避之有时。

2. 饮食有节。

3. 起居有时。

4. 不妄作劳。

1). 形劳: 避免长途旅行和持续体劳。

2). 神劳(调理情志): 《庄子·刻意》“水之性, 不杂则清, 莫动则平; 郁闭而不流, 亦不能清。天德之象也^[15]”, 上善若水。神闲方能气定, 气定则卫外之力(免疫力)强, 做到“精神内守, 病安从来”而防病。应避免《黄帝内经素问·举痛论》所说的: “怒则气上, 喜则气缓, 悲则气消, 恐则气下, 惊则气乱, 思则气结。”

综上所述, 从正气和疠气的角度, 笔者认为, 此病防治, 应扶正应与祛邪同用。扶正应尽早使用。祛邪除宣、清、透外, 通腑亦是重要方法之一, 尤其是在其它祛邪方法乏效时, 宜早用。

参考文献:

- [1]孙通海. 庄子. 北京:中华书局, 2007, 3:299-300
- [2]王冰. 黄帝内经素问. 北京:人民卫生出版社, 1963, 6: 451
- [3]张机. 金匱要略方论. 北京:人民卫生出版社, 1963, 4: 2
- [4]吴有性. 温疫论. 沈阳: 辽宁科学出版社, 1997, 1: 1
- [5]吴有性. 温疫论. 沈阳: 辽宁科学出版社, 1997, 1: 1
- [6]王冰. 黄帝内经素问. 北京:人民卫生出版社, 1963, 6: 72
- [7]吴塘. 温病条辨. 北京:人民卫生出版社, 1963, 4: 21
- [8]王冰. 黄帝内经素问. 北京:人民卫生出版社, 1963, 6: 581
- [9]张机. 伤寒论. 上海:上海科学技术出版社, 1983, 4: 2
- [10]吴塘. 温病条辨. 北京:人民卫生出版社, 1963, 4: 202
- [11]何廉臣. 重订广温热论. 人民卫生出版社, 1960, 9: 160
- [12]Michelle L. Holshue, M.P.H., Chas DeBolt, M.P.H., Scott Lindquist, M.D., Kathy H. Lofy, M.D., John Wiesman, Dr.P.H., Hollianne Bruce, M.P.H., Christopher Spitters, M.D., Keith Ericson, P.A.-C., Sara Wilkerson, M.N., Ahmet Tural, M.D., George Diaz, M.D., Amanda Cohn, M.D., et al., First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States, 2020, 1: 1
- [13]张机. 伤寒论. 上海:上海科学技术出版社, 1983, 4: 29
- [14]张机. 伤寒论. 上海:上海科学技术出版社, 1983, 4: 34
- [15]孙通海. 庄子. 北京:中华书局,

樊莹 2 月 1 日在全美中医药学会中医抗击新冠病疫情微信讲座上的发言

Speech on Wechat conference of treating covid 19

Fan ArthurYin

【背景】：武汉于 2019 年 12 月开始出现少量的特殊的肺炎患者，1 月 10 日有了正式诊断为新型冠状病毒肺炎的患者。由于该病传染性强、发病急骤、病死率高，1 月 23 日中国宣布对武汉地区采取封城、其他地区也是采取了高度的防疫措施。1 月底，是中国特别是武汉地区疫情井喷式高发的时候，当时在武汉中西医结合医院某病区住院的该病患者，22 里中有 4 例死亡（18%）。而每家医院都聚集了大量的该病患者和疑似病人，很多患者，得不到住院救治的机会。当时方仓医院尚未提上日程。2 月 1 日晚，全美中医药学会发起了中医抗击新冠病疫情微信讲座。以下是樊莹医生的发言（根据录音整理）：

谢谢主持人和来自抗疫一线的吴霞主任、刘清泉院长、王成祥院长以及美国的刘国晖老师、英国的殷鸿春老师的分享。我作为出身急症和疑难病专业的中医博士，曾经探讨过

老师、英国的殷鸿春老师的分享。我作为出身急症和疑难病专业的中医博士，曾经探讨过急性传染病的中医证候的内在机制和一般传变过程，我来谈几点。我的看法同许多专家的看法也许不一致，但应该有些合理的成分，也许在今后制定中医的新冠病诊断和治疗的指南（更新）时，可以参考。

第一，隔离是至关重要的干预

无论中、西医，隔离是最重要的干预，其次才是治疗。中医在历史上抗疫，也是主张隔离的，虽然许多书籍把重点放在了讨论救治。我强调对新冠病人隔离，对于所有确诊或没确诊的疑似病例都要隔离，这是重中之重。这个病何时真正地消失，取决于气候对病毒毒力和传播力的影响、也决定于人类对病毒形成的免疫能力（包括今后如果有疫苗注射与否），如果病毒毒力和传播力减小了、或人类对这个病毒有了免疫力，那它就不成为疫病了。

第二，关于寒湿证和药物的影响

从流行病学讲，现有资料表明，重症和危证大约合起来有 20%，我们看到好几个国家派往武汉的专家提出的辨证主导意见，认为是寒湿或者湿热导致的疫病，我认为可能有偏差，可能这只是基于专家当时所见重症患者某一个阶段所得到的判断。因为他们一开始接触的就是这些重症病人。现在在微信里发的舌苔照片，也多为重症。我认为要做全程的中医证候流行病学调查。轻症或早期的患者未必都是寒、湿。

有的专家讲到输液和使用抗生素产生并加剧了“寒湿”，提到要尽量减少输液和使用抗生素。我是部分同意这个意见

的。我认为，对于住院的病情趋向严重的患者，适当输液是需要的、目的在于：

（1）保留急救用药通路；（2）对于消化道症状比较中的患者、通过静脉途径补充营养、调节酸碱平衡是重要的；但要注意输入的液体量不能太多，太多确实会加重体内的“湿”。对于抗生素、有合并细菌感染的，还是可以或者应该用的。而造成“寒湿”症状比较重的，可能是普遍使用的抗病毒药、比如克立芝等，会造成痉挛性腹痛、恶心、腹泻、肌痛乏力、面色萎黄无华，当然舌苔会有厚腻。中药同时使用时、必须要留意西药的副作用引起的症候变化。

第三，关于新冠病毒本身引起的证候及其治疗

现在各地中医对于本病的辨证认识比较混乱。不仅国家派去武汉的几个专家看法不一致，有的强调“湿热”、有的强调“寒湿”，各地发表的指南中，谈到中医的证候也是比较不统一的。比如表证，在国家出台的第三版中提到表证，而第 4 版没提，西部某省的指南里提到凉燥、温燥的表证。有没有表证呢？我个人认为，这个病早期没有症状或仅有不典型的表证，这些表证症状的强度达不到《伤寒论》所表述的太阳经麻黄汤或桂枝汤证、也没有达到典型的《温病条辨》卫分银翘散证，只是可能有点轻度的发热、干咳无痰、咽喉有点干，舌苔也不厚，有点类似于凉燥

或温燥，但是内在的表现可能已经有肺部炎症形成，如果没有做胸部的 CT，发现这种早期肺炎是困难的，CT 其实可以作为望诊的现代发展，CT 的检查发现可以作中医辨证的证据，事实上大家都已经这么用；这个病没有多少症状，几天后忽然呼吸加速或者因为血氧下降而出现有濒死感（却没有明显的气急，这时 CT 会提示有严重的肺炎）而病重。我认为，对于教科书上描述的线性的辨证论治规范要重新认识。传统的中医辨证是基于“有诸内、必形诸外”，意思是内在的病症会表现在外，把握外在的症候和体征就可以很好地判断内在的病情。然后根据外在的证，来制定对应的治疗措施。这种辨证施治，对于慢性病可能在大多数情况下是适合的，但对于急性病、特别是进展快的疫病，比如新冠病、显然是不完全合适的，我们应该“关口前移”，辨证要“前移”并找出其核心病机。我的老师是周仲瑛教授，长期从事传染病、急性病的研究（比如出血热、流感高热、急性肝炎等），通过对许多急性炎症的临床观察和动物实验研究，发现其相对应的中医证候核心病机是“湿热”或“瘀热”（病情发展期和极期）——当然我们也不可一概而论，要结合具体病人、具体情况，可能要作一些修正。根据我所观察的新冠病演变，这个病是外来疫毒由口鼻等处侵袭，直中“肺、脾”（中医概念）相关的组织结构（呼吸、消化等系统），造成急性炎症、损害这些组织结构的功能，衍生出一系列的证候，在其初期，造成一系列内在的局部“湿热”、“瘀热”，外在表象比较轻微，但是里证发展比较迅猛，“湿热”和“瘀热”证候

会来不及外显。而内证进一步发展，到炎症风暴、病毒血症严重时，严重影响呼吸和循环、造成一脏器（比如肺）或多脏器功能障碍，发生“内热炽盛”、同时“内闭”、“外脱”，这时就发生了性质变化，出现“阳证”转“阴证”现象。所以，本病是“疫疠之气”外邪疫毒（直接用“新冠病毒”这个名称更好）直中并损伤“肺、脾”结构，引起的组织损伤是“湿热、瘀热”，外证比较轻微、可以只表现为“凉燥”、“温燥”，有明显的内证与外证表现不一的现象。早期的中医治疗、如果病人没有使用西药的抗病毒药物，本人主张，应“关口前移”、根据本病内在病机，早用清热解毒、清解瘀热，折其病势，截断病情恶化使用银花、连翘、黄芩、栀子、赤芍、丹皮、丹参，当然，由于病位主要在于“肺、脾”，影响“肺”的宣发和“脾”的运化，应该及早加入宣肺和化湿、利湿、燥湿的药物。对于新冠病这样的急性传染病，中药可以一日两剂（4 次分服）。但也要考虑中病即止，不应过用，特别要频繁地观察病情演变而及时地改变处方。我们看到国家发布的对于本病诊断和治疗的指南中用于本病早期的、无论是清肺排毒汤或抗疫一号方，与病人早期的外在证候是对不上号的，都是“关口前移”了的，可以说并不符合“有是（外）证、用是方”的书本上的辨证施治线性方案，至少是确定了病毒必定损害肺部、即使没有《伤寒论》所描述的麻杏石甘汤证症候，也及早以该方剂为主方。要透过现象看本质，看内证和关键病机。叶天士有一句话，“通阳不在温，而在利小便”，意思是说，有些疫病

造成阴闭证,可以使用利小便的方法通利气机而解决,并不一定需要大剂量的温阳通阳药物。在没有本病极期、轻症转重,可以考虑使用中国的江南地区某些中医前辈治疗各类温病(瘟疫)的经验,只要病人没有“脱证”,可以考虑使用大剂量的大黄(60-120g、久煎),用久煎的大黄并不造成腹痛、腹泻,而是让病人排出软便,有通利气机作用-气机通畅了、湿邪自然去除,而其核心作用在于清解瘀热、消除湿阻。寒湿证应该与用西药或过用寒性中药等诸多因素有关,一旦发现有寒湿,无论如何-不管是不是疾病本身引起、应该使用或并用温中散寒除湿的药物。

之前国家发布的指南,没有重视中成药,我认为,中医是多样性的,不仅仅有辨证施治的方案,也要因地、因时、因人制宜,采用辨病的方法。这种严重的传染病,已经波及这么多人口,可以采用更加变通的方式,比如使用比平常加大剂量的成药银翘解毒片、小柴胡片/冲剂,藿香正气片/水等,并可以考虑试用含砷的六神丸、砒霜注射液,以及治疗疟疾的青蒿素,这是基于他们的辟秽作用(疫疠属于“秽气”、“瘴气”)。

第四,关于针、灸,拔罐、刮痧等外治法的应用

针刺、特别是电针,许多研究对于急、慢性炎症有很好的疗效、甚至在某些情况下优于药物疗法。其主要机制是在于激活了边缘系统、下丘脑系统对于炎症的调控。我建议-在确保操作者有防护措施、尽量避免被传染的前提下,对于新冠病这类死亡率高的传染性疾病可以试用针刺疗法、特别是大一点剂量的电针。具体穴位

可选择:大椎、肺腧、孔最、曲池、合谷、足三里、三阴交。其中曲池、孔最可以接电针,2Hz与10Hz,或10Hz与100Hz交替,刺激强度以可以承受为度。

我个人的临床体会,在治疗其他低血氧相关疾病(早产儿肺发育迟缓、以及ALS病人)中发现,针刺可以显著改善肺部的气体交换和低血氧状态。虽然新冠病低血氧与我治疗疾病的低血氧形成的机制不同,但可以尝试。

如果对针刺有顾虑,可以采用经皮电刺激(TENS),主要刺激区,可以一个电极接肺腧、另一个电极接脾腧。电量大一点。

凡针刺、电针、经皮电刺激,可以刺激20-30分钟/次,每天1-2次。当然,若采用徒手针刺,可引导得气并使得病人微微出汗、即刻取针。在抢救重症患者时,针刺可表现出出人意料的作用。对兼有过度惊恐、焦虑的病人,采用额3针、额5针,也许会非常有效、当然耳针神门和零点也很好。

凡是疫证,另一个重要视角,就是它都造成急性“痧证”,下丘脑(通过自主神经)对于微循环的调控出现急性的障碍。那么,背部(及胸部)的刮痧、大面积的拔罐,以及手指尖(特别是拇指)、肘弯或膝弯静脉刺血,都是非常好的疗法。问题也是在于要做好预防传染工作。拔罐可以采用一次性罐,不应重复使用。

在病愈之后,可以灸肺腧、足三里。

以上方法,轻症病人可以自己尝试着做,有的穴位不方便自己治疗(如在背部),可以不用。

第五,恢复期的治疗

本病痊愈出院，有气虚、阴虚或气阴两虚者，可以采用滋补气阴的方法，若有余热未清，可以用竹叶石膏汤。这是传统的辨证。

我们也要考虑这个并肺部有过严重的炎症，肺的深部有痰，由于炎症吸收过程中

会有纤维组织（肉芽肿组织等）形成（或类似这样）的一个过程，应用中药时，理应结合内在病理（内证）而使用化痰、消痰的中药。

另外，可以练习气功，特表示强调腹式呼吸的功法。

作者简介：

樊莹(Arthur Yin Fan)，1986年毕业于南京中医药大学中医专业，1998年获南京中医药大学中医内科学博士。是南京中医脑血管病中心的实际创建人和南京中医研究所副所长。2002年至2005年在马里兰大学医学院结合医学中心工作，是美国国立卫生研究院(NIH)最早期的中医学专科高级培训人员之一(Fellow)。现于华盛顿市郊开业，任美京中医中心主任、全美中医药学会(ATCMA)副会长、美国中医院校联合会科研部部长，《结合医学杂志》副主编、斯坦福大学针灸研究顾问，美国中医学院(AAAOM)博士生导师。

从三纵三横探讨新冠肺炎的机理和治法

马寿椿博士 马蕾

【摘要】：中医有几千年与瘟疫斗争的经验和教训，伤寒、温病是其结晶。在此思想指导下，本文在参考大量临床资料的基础上，根据自己五十年的临床经验，结合对伤寒、温病的长期理解而完成。认为新冠病毒属温病范畴，病位在肺，病源在脾，病因是湿毒，通路是三焦。并以三纵三横为模式，阐述了病机，治法和方药。倡导在专病专方的基础上辨证论治。

【关键词】：瘟疫、新型冠状病毒肺炎、三横三纵、病机

TCM Pathogenesis and Treatment of COVID-19 Based on three pathways and three layers models

MA, Shouchun and MA, Marlena Lei

【Abstract】：The article is based on reference to a large number of clinical cases, taking author's five decades of clinical experience, and the long term understanding of cold damage and warm disease. It is believed that the presentation of COVID-19 is a type of warm disease. The warm epidemic that is COVID-19 is located in the Lung, but its origin is in the Spleen, the etiology is damp toxin, and it travels through the Triple Burner (Sanjiao). And with three pathways and three layers models, describes the pathogenesis, treatment

and formulas. Advocate differentiate diagnosis and treatment based on specialized formulas for a disease.

【Key words】: warm disease, COVID-19, three pathways and three layers models, TCM pathogenesis

中医瘟疫 - 新冠肺炎特点

1. 温疫三个要点

1.1 病因

一种疠气，与六淫的风寒暑湿燥火有关，但又是不同的邪气，为害更烈。

1.2 性质

多兼秽浊，秽浊属湿邪的一种，比湿邪更胶结难解，更具毒性，故也称疫毒。

1.3 很强的传染性

家家如是，若疫使然。武汉去冬的多雨潮湿，是发病的基础。外湿是新冠病毒的载体。

内湿是新冠病毒生存的环境。

2. 新冠肺炎属温病范畴

2.1 新冠肺炎不属于伤寒范畴

虽然难经五十八难说伤寒有五，中风、伤寒、湿温、热病、温病。但是伤寒论一书并没有讨论温疫。尤其没有讨论温疫初起的治疗。新冠肺炎不按伤寒六经传变规律。死证多在肺，而不在六经中之三阴。

《伤寒论》第六条就与温病作了切割。“太阳病，发热而渴，不恶寒者为温病”。这是温病的定义，津液亏耗，表里皆热。“若发汗已，身灼热者为风温”，如果按照太阳表证来治，就会变成严重的风温坏证。“若被下者，小便不利，直视

失溲”，如果按照阳明来治，误用下法。就会出现危证。“若火熏之，一逆尚引日，再逆促命期”，再用灸法治疗，一错再错，就会促使病人早死。那么温疫该怎么治疗呢？仲景在《伤寒论》中没有讲。后人前仆后继的探索，直到约一千五百年后，温病学派成熟，这个问题才得以解决。

2.2 新冠肺炎应该归属于温病范畴

《温病条辨》第一条“温病者，有风湿、有温热、有温疫、有温毒、有暑温、有湿温、有秋燥、有冬温、有温疟。”温疫（新冠肺炎）是放在温病这个大范畴里面讨论的，只是在特色处另有彰显。不管是叶天士，还是吴鞠通。

2.3 温疫用伤寒论方，属异病同治

《温病条辨》一书引用了36个《伤寒论》方，引伸发展的更多。因此，新冠肺炎虽然不属伤寒范畴，但可以用伤寒方治疗。

研究表明新冠病毒传播的途径比较广泛，潜伏期比较长，对热比较敏感，喜寒冷潮湿的环境。综上所述，新冠病毒肺炎是中医的温疫，属温病范畴。

新冠肺炎的中医探讨

1. 病位、病源

新冠肺炎的病位在肺，病源在脾，路径是三焦。三焦，有多层含义，这里讨论

与温病相关的两层。一是指部位，上焦心肺、中焦脾胃、下焦肝肾。二是指腠理，即细小的通道，皮肤有腠理、肌肉有腠理、脏腑有腠理。这种腠理全身上下内外无处不到，亦即三焦。在三焦里面运行的是一身之气，如雾状。一旦运行失职，便会积聚成湿。

湿是一种有毒的水液，质地粘稠，不易排出人体。这次第一线医生武大人民医院感染科主任说，“死因，本质上和淹死的一个道理，大量的水进了肺里面之后，氧进不去，肺被果冻状的分泌物给占满了”。解剖也是发现“大量的粘液，痰栓”。这些就是中医说的湿、秽浊。湿由脾所生，脾有两份工作，一是消化吸收，二是运化水湿，这个路径还是三焦。脾虚就会生湿，脾为生痰（湿）之源，肺为贮痰（湿）之器。

2. 病机

疫毒通过口鼻，首先进入上焦心肺，由于肺主呼吸，湿易聚集。湿毒阻肺，致肺失宣散和肃降的功能，于是肺气上逆，咳嗽，胸闷，呼吸困难由此而作。肺主表，初起就会出现一系列表证，如头痛，身痛，发热恶寒。肺主气，司呼吸，因此会有体倦乏力，甚至举手抬足，翻身的力气都没有。肺与大肠相表里，因此会出现腹泻，甚至便秘。肺为水之上源，上源不通会影响到肾和膀胱排小便的功能。百脉朝肺，病久气滞血瘀。

3. 治法

3.1 表证

解表，初期把湿毒从体表排出去。因为表邪是湿毒，因此应该用芳香化湿化浊的药物解表。肺主皮毛，初期湿毒散漫表

浅，只是影响了肺的功能，并未浸渍于肺，易治。

3.2 里证

宣肺化湿降浊，此阶段湿毒已入里，困著于肺。肺失宣散和肃降的功能。因此呼吸困难，极度疲倦。方法对，仍然可治，病程稍长。

3.3 危重证

肺的化源绝、心神内闭外脱，《温病条辨》上焦篇曰“阳明太实，土克水者死”。难治。抢救性治疗，变化多，稍纵即逝。

从三纵三横论述新冠瘟疫诊治

作者把它分为三纵三横，便于一目了然。三纵是发病的三个途径。三横是发病的三个阶段。

1. 三纵

三纵是三条直线，中线和两翼。中线是温病三焦，左线是少阳三焦，右线是募原三焦。其中以温病三焦为主，故定为中轴，少阳三焦和募原三焦为辅，为两翼。

1.1 左翼少阳三焦

少阳三焦亦即《伤寒论》中的少阳病。主证是往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，口苦咽干目眩。素有胆热者，病邪初入就引起少阳病，但这个阶段短暂，若其人湿不重，治疗得法，短期痊愈，甚至不治自愈。若湿重，转为温病三焦。

少阳病只有一法即和法，只有一方，小柴胡汤（含加减法），因此容易掌握。在少阳仅是短暂过路而已。

1.2 右翼募原三焦

病邪直入募原。新冠肺炎中时有所见，发病就急重。稍有延治或误治，便会发生危险。募原一词出自内经。清代温病学家薛生伯解释比较清楚。他说募原内邻胃，外邻肌肉，是三焦的门户，一身的三焦。作者理解类似病入膏肓的那种部位，药物不易到达的地方，所以发病就很危重。

1.3 中线是温病三焦

温病三焦源于清代温病大家叶天士，他把病邪始终留连在气分，不入营血，称为三焦。为什么这种病邪始终留连气分不传营血呢？因为夹湿，兼秽浊，进入不了血分。新冠病毒就具备这种性质。这也是新冠病毒患者常常死于肺，而少有死于血分及下焦肝肾的原因。新冠从发病到死，大都在气分，所以作者说温病三焦是主轴。

1.4 三个三焦的鉴别，最直接的着眼点是舌像

- 1) 少阳三焦，苔薄黄，舌体红活，有津液。
- 2) 温病三焦，苔厚腻，舌暗。
- 3) 募原三焦，苔厚如积粉，或者象白碱。舌边绛紫色。

鉴别点很多，也可以很细，可以互参。但大道至简，常常抓准一点就够了。

2. 三横

即三个阶段，表证阶段，里证阶段，危重症阶段。

临床包括常见：表证阶段（第一横）；少阳三焦，温病三焦有表证阶段；募原三焦没有表证阶段。

2.1 第一横

2.1.1 少阳三焦表证

舌体红活，苔薄黄。脉多弦数。

主证：往来寒热，或高热。口苦咽干目眩。胸胁满闷不适，情绪低落而不嗜食，心烦，呕吐。

治疗：和解少阳，小柴胡汤。

用于发汗解表退烧，柴胡量宜重。常用 15 克到 24 克。柴胡量大，而又性刚，煎煮时应守古法，一剂药加入 12 杯水（一斗二升），煮至 6 杯，去药滓，再煮至三杯。一次一杯。注意，小柴胡汤不可用于出血病患者。

2.1.2 温病三焦表证

舌体暗，苔满布，中等厚腻。

既然在表，就有表证的特征，发热恶寒常见，一般来说发热不高，因为湿遏热伏。咳嗽，肺气逆。此外体痛、头痛，身体困重等，肺与大肠相表里，也可见腹泻。

既然邪在表，治疗的方法就是解表，把邪从最近的地方一一体表排出。新冠的特点是湿浊在表，因此一定要用芳香的药物化湿化浊。只有这样人才能排出湿浊。如果纯用发汗剂，结果是“风去湿存”。使病入里。

之所以讲这么多，是因为新冠的表证阶段特别重要。这一个阶段把握得准，就不会使病邪入里，更不会造成危重症。这是因为：

- 1) 湿浊之邪，非芳香不能化，非淡不能渗。
- 2) 初起阶段若湿浊不重，其它解表法也许可暂用。
- 3) 温病三焦表证的主方藿香正气散。

新冠病毒的大部分患者，初起都是温病三焦。藿香正气散是最合拍的方。该方

的第一组药是辛温芳香解表药。以藿香为主，辛温发散，芳香化湿。协助它的药有苏叶和白芷，都是芳香解表药。苏叶助其治疗身痛，白芷兼治头痛，白芷还有提壶揭盖，宣肺而畅小便的作用。

第二组药，二陈汤，能和胃，化湿祛痰。茯苓、白术健脾祛湿。此外还有行气化湿的枳实、大腹皮。该方，芳香化湿祛浊，行气解表。

也许有人质疑，说经常吃藿香正气丸，怎么没见发汗解表？如果要用藿香正气丸发汗解表，应注意以下三点：

- 1) 服正常量的两倍。
- 2) 多饮热水助汗。
- 3) 盖上被子睡两小时。

这样常常就会出汗了。如果病邪束表太重，还是不出汗呢？按藿香正气散的加法，加入麻黄。麻黄有强大的宣肺解表功能。它能够推动藿香等药的宣肺和发散作用。但是不能以麻黄汤为主去发汗，因为在表的是混浊之邪而不是寒邪。如果发汗而不化湿，其结果是风祛湿存，汗出了但是湿还在。发汗的最好效果是，汗一出，病马上就减轻。要全身微汗出。但忌大汗淋漓。

如果阳气虚的人，能用这个方解表吗？可以的，用另一组加法，加上干姜、附子，亦即四逆汤。

藿香正气散有九个加减法供选择，1 表邪偏重：加香薷。2 里湿偏盛：加薏苡仁、泽泻、厚朴、苍术。3 食滞纳呆：加山楂、神麴、莱菔子。4 无汗恶风：加防风、荆芥、麻黄。5 咽痛：加银花、连翘。6 腹痛：加芍药。7 腹痛泻痢：加苍术、黄连。8 寒甚：加附子、干姜。9

口渴下痢，小便不利：合五苓散。所以用藿香正气散治疗新冠肺炎是最佳选择。即使用药不精，方向也是对的。

募原三焦那一行，没有表证。因此新冠病毒的表证阶段只有两个方，小柴胡汤和藿香正气散。而又以藿香正气散症多见。只要把握好了表证阶段，一般就不会入里成重证。因此正确的治疗表证阶段是非常重要的。

2.2 第二横，即里证阶段

2.2.1 左边少阳三焦 这一阶段没有里证，因为在表证期间已经治愈了。个别未愈者，已转入温病三焦。

2.2.2 温病三焦的里证 这一阶段，不仅是肺的功能受到影响，连肺的实体都被湿浊困阻。不仅咳嗽气喘，呼吸都很困难。因为肺主气，此时出现严重的类似气虚状态，极度乏力，连说话，翻身都没有力气，甚至抬手都不能。有的病人还会出现持续高热状态。

这一阶段切不可当作气虚治疗。因为病机是湿浊困阻于肺，只有将湿浊化去并渗出，肺才能工作。这一阶段的主方是三仁汤。此方主要功能是化湿渗湿排浊。以解湿浊困阻于肺，而恢复正常呼吸。方中用杏仁宣肺降浊。伍以半夏助降。用芳香辛散的白叩、厚朴畅气机，化湿浊，护脾胃。更用大队药物渗湿，滑石、苡仁、淡竹叶、白通草。因此，本方是温病三焦的里证主方。当然可以随症加减。比如加入藿香，茯苓，苍术、枳实等。亦即与藿香正气散复方。但苏叶、白芷等表药不必加入，因为病已入里。

名医吴耀仙(1892-1976))曾对我讲过一段医事。50年代末，他与成都中医药大

学的老校长李斯焱应邀到省医院会诊。患者持续高烧超过一同,已下病危通知书。吴老和李老约定,看病不交谈,写在手上。出门后把手伸向对方,都吃了一惊,都写的是三仁汤,分量都一样。吴老随即背出歌诀,滑苡六兮杏夏五,三钱叶朴叩通良。一剂后烧退了,一周内证平复。可见三仁汤之功力,可见前辈用方之自信!

2.2.3 募原三焦里证的里证 此病无表证阶段,直接入里且病重。舌苔是其标志,白如积粉,舌边尖紫绛。叶天士称之为“凶”,为什么“凶”?作者认为是邪重且部位特别。募原一词,首见于内经,清代温病学家薛生白作了比较清楚的解释。它的部位在胃之外,肌肉之里,亦即在胃和肌肉之间。薛氏还补了一句,这里是三焦的门户,一身之三焦。作者认为有点和膏肓一样,是特殊的部位,针灸药都去不了,因此是绝证,难治之证。幸好明末医家吴又可有一首特别的方,叫达原饮,意即可以到达募原的方药。此后一直遵用此方。新冠病毒的募原三焦,还以达原饮为主方。方可随证明加减,主要体现在准确的使用下法。再次强调,这类病人发病就重,也许两三天就进入重危证,辨舌非常重要,白如积粉很厚,舌边尖紫绛色。

2.2.4 小结 少阳三焦无里证。温病三焦和募原三焦有里证。新冠病多数表现为温病三焦,虽有里证,仍然容易治愈。少数为募原三焦。募原三焦发病就重,治疗较困难。

2.3 第三横,即第三阶段-危重证阶段

左线少阳三焦无此阶段。中线温病三焦,右线募原三焦均有此阶段。

2.3.1 温病三焦 危重阶段的出现,是因为里证阶段失治或误治造成的。肺被湿浊困阻,长时间得不到有效治疗,功能就越来越弱,生机渐渐消失。这就是吴鞠通所说的,“肺之化源绝者死。”

之法还是以中上焦的治法为基础。芳香化湿化浊,宣肺通畅气机,渗湿。仍以中上焦方为基础。因气滞而血瘀,略加活血化瘀之品,如桃仁、赤芍之类。

新冠病毒,不管在哪个阶段,凡咳嗽就加止嗽散。这阶段的另一个治法是酌情使用下法。很难掌握,用得好,可以使大肠的湿气排出,腾出肺气下降的空间。使肺得到松解。换言之,肺气下降后,能给吸氧创造机会。赢得治疗的时间。新冠病毒的下法,仍有发展的空间,根据病情,灵活使用,摸索创新。能有西医作后盾更好。可挽救垂危患者。但是下法用得不好会脱气而死亡。吴鞠通说,湿温的下法宜轻,主要是下湿浊,便溏的时候可泻,泻到了大便硬的时候就不能再下了,因为湿邪已下完了。《温病条辨》备有湿温下法方药,如宣清导浊汤、半硫丸、术附汤等可参考。

温病第三阶段的另一表现形式是暴死。有的病人指标尚稳定,就突然死亡,有的在吃饭时,有的在入厕时。中美的西医都发现了这个问题,并引起了注意。在美国为了避免患者入厕死亡,不让重症患者上厕所,而让他们躺在床上大小便。这是温病上焦死因之二,心神内闭外脱。类似于伤寒亡阳,阳气外越或下脱。急救应在阳气未动之前,给以大剂量的回阳固脱方,如四逆汤、参附汤之类。总之要及时使用大剂量的姜、桂、附。而不是其它,

只有温阳才能固脱。本文作者的老师施济民有一句名言,“大辛大热,大封大固”,指的就是这种情况!什么叫阳气未动?就是阳气还没有开始外逃和下脱的时候。表现是手足冷,身体冷,气下坠,有轻微的便意。但是还没有开始出汗,还没有强烈的便意。这叫阳气未动。是抢救的最后时刻,稍有延误,就不可挽回。阳气已动就来不及了。一旦开始出汗或有强烈的使意,就是阳气已动。抢救都来不及了,很快死亡。我很高兴地见到,在固脱这一点上,中西医有了共同的认识和相近的防范措施。以前施老回阳固脱的方法,常被懂“科学”的人嘲笑。其法是抱坐病人于膝上,以封住肛门,不使气脱,并迅速灸百会。现在美国西医为防气脱,不让患者入厕而躺在床上大小便,不是跟堵住肛门一个道理吗?为杜绝突然死亡,问诊要细。早施抢救,预备好药物,四逆汤,参附汤等应早备。又,艾灸百会,是回阳固脱的急救法,但恐在ICU难以施行,因为有氧气瓶等易燃物品。作者的老师曾用火柴棍在百会穴及周边连挂几十下,救活一个因注射青霉素过敏的患儿。

2.3.2 募原三焦 是危重证的右线,除了达原饮外,要恰当地使用下法,此处的下法与温病三焦的下法不同。常常会用上小承气汤等方药。有时需反复下,或用扶正支持下法。这个阶段,必须借助下法,为肺气肃降腾出空间,争取救助的机会。纯用补法是误治,会使肺气更加固结,湿浊更加凝固。内闭外脱的诊治与温病三焦同。

2.3.3 第三横(危重证)中,以温病危重证为多见,募原三焦少见。少阳三焦

无危重证。危重证的治理应在治疗内证的基础上掌握好下法和回阳固脱。常用方有四逆汤类,小承气汤类以及宣清导浊汤等。内闭外脱的诊治与温病三焦同。

附,关于羟氯喹。羟氯喹是一种治疗疟疾的西药,现用于新冠病。颇有争议,一些医生认为是特效药,一些医生认为无效,且有副作用。作为中医,本无权也无能力讨论西药。但医学上有暗合之处,特从中医角度谈谈看法。笔者认为羟氯喹可以治疗少阳三焦和募原三焦的新冠病毒。因为从这两条途径进入人体的病邪,都会引起往来寒热和高热的症状,类似疟疾的主症。中医治疟疾在于和解和清透,常用小柴胡汤或达原饮加味,而治疗新冠亦用同样的方剂,病异而治同。羟氯喹是治疗疟疾的,从中医来看也有和解和清透的作用,可用于少阳和募原的新冠治疗。笔者在线看的一位患者,被确诊新冠肺炎入院。看患者舌像后告之,病不重,属少阳,可用小柴胡汤治疗。患者三天后就出院了,除了中药外,西医用了羟氯喹,患者一共用了三次,用了一次后就退烧了。这只是个案,但是并非偶然,个案中蕴含了普遍的规律。

羟氯喹对温病三焦是无效的,温病三焦湿浊很重,中药要用藿香正气散和三仁汤之类的化湿解表。羟氯喹无化湿的功效,因此无效。西医用羟氯喹治疗新冠病,有些有效,有些无效。如果能把中医辨证加入其中,一定能够提高准确率、治愈率。

预防和善后

新冠病毒的病因是湿、浊、毒,损害

涉及五脏六腑，但主要在肺和脾，因此预防和善后，都应以此为重点。

1. 预防方

1.1 香砂六君子丸

此方中的四君子汤健脾补气益肺（土生金）。二陈汤化痰祛湿。木香芳香行气化湿，通畅三焦。砂仁芳香通脾肾。因此是强健脾胃补肺的首选方。预防可服半量。此方偏燥，若服药后过度亢奋，好象过度饮用咖啡者，应减量或不服。若服后反觉疲倦者不服。二者都可能是阴虚血燥。

1.2 藿香正气散

用于新冠传染期间，每日服藿香丸半量。能有效预防。该方功效前面已讲，此处从略。

2. 善后

2.1 普遍适用

香砂六君子汤或参苓白术丸、或六君子汤，半量。

2.2 仍有腹泻纳呆者

藿香正气丸+参苓白术丸。各半量。

2.3 仍有咳嗽者

可继续使用止嗽散，量减半，以持续巩固疗效。

2.4 气阴两虚者

可采用参脉散善后，根据患者具体情况，可酌情调整用量，参考用量为常规半量。

小结：本文论述了新冠肺炎即中医的瘟疫，属温病范畴，用伤寒方治疗属异病同治。

新冠肺炎进入人体有三条途径，少阳三焦、温病三焦和募原三焦，作者将其称为三纵。而以温病三焦为多见。

其病有三个阶段，表证阶段、里证阶段和危重证阶段，是为三横。温病三焦可见完整的三个阶段，少阳三焦只有表证阶段，而募原三焦无表证阶段。

治疗上，小柴胡汤、藿香正气散、三仁汤和达原饮是表证阶段和里证阶段的主方。当据病情加减化裁。

危重证阶段需要在以上基础上掌握好温阳法与下法。四逆汤类，承气汤类及参芪当灵活应用。

至于血凝血栓，非其因而是其果，气滞血瘀所致。若能通畅三焦，祛邪化浊则气行血行，不致为瘀。若瘀成或久病入络，又当加入红花、桃仁等活血祛瘀之药。

新冠肺炎很繁杂，但能抓住三纵三横则可执简御。

作者介绍：

成都中医药大学伤寒专业硕士，中国中医科学院博士。成都中医药大学客座教授，全美中医药学会（ATCMA）顾问。

曾任重庆中医研究所主治医师，病房副主任。1988 年应美国西北东方针灸研究院之邀，赴美讲学带习。曾被聘为全美首批东方针灸医药学博士班导师，任教于俄勒冈中医学院。曾应邀赴德，为西学中医讲伤寒、金匱。

20例 COVID-19 死亡病例初步分析与中医药治疗思考

张国梁¹ 侯勇¹ 施美¹ 徐经世¹

安徽省中医院 感染科 (1 安徽中医药大学第一附属医院, 中国合肥 230031)

【摘要】: 根据 20 例 COVID-19 死亡病例临床流行病学特点分析, 提出重症和危重症救治中呼吸衰竭、心肌损伤、反复感染、营养不良、预防血栓、抗炎抗渗出、提高免疫等 7 个中医治疗的关键环节, 提出相应的治疗原则与方药, 以期达到中西协同, 优势互补, 提高临床疗效。

【关键词】: 新冠肺炎 临床死亡 关键环节 中医治疗 思考

Preliminary Analysis of 20 Death Cases of COVID-19 and Thinking of TCM Treatment

Zhang Guoliang¹, Hou Yong¹, Shi Mei¹, Xu Jingshi¹

(1 The First Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 230031, China)

【Abstract】: Based on the analysis of the clinical epidemiological characteristics of 20 COVID-19 death cases, seven TCM treatments including respiratory failure, myocardial injury, repeated infections, malnutrition, prevention of thrombosis, anti-exudation, and improve immunity in the treatment of severe and critical illness are proposed. The key link of the treatment is to corresponding treatment principles and prescriptions, in order to achieve synergy between TCM and Western Medicine, complementary advantages, and improve clinical efficacy.

【Key words】: New Coronavirus Pneumonia; Clinical death; Key link; TCM treatment; Thinking

COVID-19 疫情发生至今已近 6 个月, 经过努力, 疫情得到了明显控制和缓解, 笔者张国梁受国家中医药管理局指派, 赴武汉参加国家卫健委 COVID-19 重型和危重型专家巡视组工作, 现将参与讨论 20 例 COVID-19 死亡病例相关情况做一初

步分析, 并就中医药在重型和危重型治疗方面提出自己思考, 供大家探讨。

一、临床资料:

抽选 2020 年 1 月份至 2020 年 3 月 5 日 20 例参与讨论救治的 COVID-19 死亡病人, 分析如下:

1.1 年龄分布情况（表₁）：

表 1 年龄分布情况（岁）

总例数	最小	最大	平均	>60 (%)
20	29	84	63.5	12 (60.0)

1.2 性别（表₂）：

表 2 性别情况（例）

总例数	男	女	男：女
20	12	8	1:0.66

1.3 患者合并基础疾病情况（表 3）：

表 3 合并基础疾病情况（例，%）

总例数	血液透	冠心病	高血压 脂肪肝	高血压 冠心病	冠心病 糖尿病 肾功能不全
8	1	1	2	3	1
	(12.5)	(12.5)	(25.0)	(37.5)	(12.5)

1.4 住院天数（表 4）：

表 4 住院天数（天）

总例数	最短	最长	平均
20	5	28	15.5

1.5 呼吸支持技术应用（表 5）：

表 5 呼吸支持技术应用（例，%）

总例数	插管	无创面罩	ECOM	无
20	13	5	1	2
	(65.0)	(25.0)	(5.0)	(10.0)

注：插管是指应用插管呼吸机，无创面罩

是指应用面罩呼吸机，无是指没有应用前面两种技术。

1.5 中药使用情况（表 6）：

表 6 中药使用情况（例，%）

总例数	中药饮片	中成药	无
20	4 (20.0)	13 (65.0)	3 (15.0)

1.6 直接死亡原因（表 7）

表 7 直接死亡原因：

总例数	心源性猝死	感染性休克	心源性休克	呼吸衰竭	肺栓塞
20	6	7	3	2	2

一、临床特点

从 20 例 COVID-19 死亡病例中，可以知道：1. 年龄与性别：60 岁以上患者占了 60%，

男性多于女性；2. 合并许多基础疾病：例如高血压、冠心病、糖尿病、脂肪肝、慢性肾功能不全等；3. 住院时间：最短 5 天，最长 28 天，平均在二周左右，最短的患者系慢性肾功能不全行血液透析，基础条件非常差，一旦感染病毒难以耐受病情打击；4. 病情多变：终末期阶段病情复杂，治疗困难，主要表现：①有反复难以控制的感染，包括细菌、真菌等；②出现多脏器功能衰竭，尤其是呼吸、循环、肾脏等；③长期低氧血症造成的组织器官的不可逆的损伤，包括肺、心、脑等；④一部分病人出现心肌酶谱的改变，心肌受损，一部分病人表现凝血功能的异常；⑤大多数病人表现免疫功能低下，淋巴细胞

绝对值明显下降,多数都低于 350/L; 5. 中药方面: 饮片应用有 4 例, 中成药有 13 例, 病情危重, 口服制剂比较困难、治疗团队中西医人员不会中医辨证论治等有关关系; 6. 直接导致死亡原因: 感染性休克、心源性猝死、心源性休克、呼吸衰竭、肺栓塞, 其中死亡一例病人做尸检证实为肺栓塞, 终末期病情复杂多变, 治疗困难; 7. 其他方面: 例如激素使用存在争议、抗病毒药物使用与病情程度相关性、核酸检测已经阴转但病情依然进展等诸多问题需要进一步研究。

三、中医药治疗的思考

本次 COVID-19 从中医角度而言, 多数都认同属于“疫病”范畴, 其传染途径是从口鼻而入, 其发病急骤, 病情重笃, 完全符合本次疫情特点。综合各家之言, 普遍认同“湿”邪为病, 至于属“寒”还是“热”有不同争论^[1, 2], 可能与不同区域、不同病程、治疗干预等有密切关系, 此外“毒、瘀、虚”也是比较认同, 有关轻型和普通型很多人都有大量论述, 总体而言只是认识角度不同, 中医治疗已有很多应用, 具有比较肯定的疗效^[3, 4]。

本人结合 20 例 COVID-19 临床死亡病例特点, 探讨中医在重型和危重型病人治疗应该采用的方法与思路。

3.1. 关于辨证分型 国家颁布七版《新型冠状病毒肺炎诊疗方案》(下面简称“七版”)中将中医的治疗分为医学观察期、临床治疗期、重型、危重型、恢复期等 5 个阶段, 重型中医辨证分为疫毒闭肺证、气营两燔证; 危重型辨证为内闭外脱证, 同时给予了相应的治疗原则、中药方剂及中药注射剂等, 为临床治疗提供了

方法与思路^[5]。COVID-19 重型和危重型是临床治疗非常重要的阶段, 是降低病死率最主要时间窗口。虽然“七版”中有明确规定重型和危重型诊断标准, 由于 COVID-19 病情变化迅速, 进展很快, 有时往往很难区分开了, 近日中华医学会重症医学专业委员会出台了《重症新型冠状病毒肺炎管理专家推荐意见》中就建议将重型和危重型划为“重症型”, 便于临床关口前移与治疗^[6]。COVID-19 处于这个阶段, 临床表现复杂, 从 20 例病人临床特点来看, 既有基础疾病的表现例如高血压、糖尿病、肾功能不全等, 也有 COVID-19 导致的心肌损伤、反复难以控制的感染(细菌、真菌、耐药菌等)、呼吸衰竭(I 型)、低氧血症、多脏器衰竭、ARDS、酸碱平衡失调、电解质紊乱、血液粘稠度异常、淋巴细胞显著减少等^[7], 临床表现很难用中医一、两个证型全部囊括, 而且中医在这个时间窗口并不能解决所有问题, 必须与西医一起, 针对临床突出问题或关键环节, 发挥中医优势才能提高临床疗效。

3.2. 关于关键环节 鉴于上述认识, 中西医各自发挥优势, 提高临床疗效, 降低病死率。为此, 提出以下临床关键环节, 针对性提出中医治疗策略。

(1) 呼吸衰竭 COVID-19 导致的基本都是 I 型呼吸衰竭, 病变在肺泡, 与 ACE2 受体分布有关系。此类病人临床主要表现为胸部憋闷显著, 呼吸困难, 与 COPD 或支气管哮喘导致的呼吸困难有较大差异, 干咳少痰或无痰, 口唇紫绀较为明显, 舌质紫偏暗。临床病理为疫毒闭肺, 肺气不宣, 治疗应温阳宣肺, 解毒活血为法, 方剂选用麻杏石甘汤合活血解毒汤加减。药

物:炙麻黄、杏仁、石膏、生地、赤芍、当归、连翘、牛蒡子、黄连、紫草、川芎、甘草等。方中的石膏,若病人有发热可以用,没有发热可以不用以防苦寒伤阳气。一般出现呼吸衰竭时,都使用呼吸机包括无创面罩或插管,严重时可选用 ECOM 以改善缺氧状态,如果经过呼吸支持技术治疗,缺氧状态得到明显改善,本方剂可以间断服用。

(2) 心肌损伤 COVID-19 有一定数量病人可以出现心肌酶谱的改变,提示除了肺组织外心脏组织细胞的同样受累,20 例病人中因心脏原因直接导致死亡有 9 例。因此,加强心肌组织细胞的保护显的非常重要。这类病人临床中多有心悸、短气、活动后更甚,易出虚汗等,实验室指标心肌酶谱异常升高,与中医的心气阴两虚十分类似,临床治疗应以益气养阴,活血通络。方药选择以生脉饮为主加减,药物:生黄芪、太子参、麦冬、枸杞、川芎、甘草等,如果出现心衰,可以加用西洋参、附片等温阳之品,益气温阳的药物剂量可以大剂或重剂,已达到截断病势之作用。

(3) 反复感染 COVID-19 继发性细菌、真菌、耐药菌等感染非常多见,这个与病毒造成免疫功能损伤、激素长期大剂量使用、不恰当的抗生素应用等多种因素有关,临床多见反复发热,咳嗽频繁,有时出现咳吐黄色粘稠痰,肺部听诊可闻及干湿性啰音,实验室检查指标中血常规中中性粒细胞、炎性标志物明显升高,痰或血液培养出病原微生物及耐药菌等。20 例中有 7 例死于感染性休克,部位均为肺。临床使用抗生素、抗真菌药物等往往疗效有效。这类病人病程较长,病情反复,中

医采用宣肺化痰,益气养阴之法,方药可采用千金苇茎汤、止嗽散加减,药物:枳壳、陈皮、桔梗、前胡、杏仁、麦冬、沙参、半夏、茯苓、黄芩、地骨皮等,不可采用大剂量清热解毒等苦寒之品,以免损伤脾胃。

(4) 营养不良 COVID-19 重症或危重症病人大多数都可以出现白蛋白明显下降,可能与感染、分解代谢旺盛、营养摄入不足、肝脏损伤等众多因素有关,机体处于负氮平衡状态,对机体维护正常,抵抗疾病损伤,促进康复非常不利。临床中除了补充白蛋白、补充能量等外,中医可采用健脾益气方法,药物:人参、黄芪、茯苓、白术、砂仁、山药、陈皮、扁豆、山萸肉等,补气扶正的药物剂量可以大一点。这个临床状态,中药是有较大优势,能够使病人较快解决纳差等营养摄入不足,为机体恢复提供能量。

(5) 预防血栓 COVID-19 重症和危重症病人,由于卧床、血液凝血系统异常等,易导致肺栓塞,本病例中有 2 例就是这个原因导致死亡,其中一例被尸检证实。虽然临床常规使用抗凝药物,但由于各种因素依然难以防范。因此,对于临床有凝血指标异常的,提升有高凝状态,可采用中药活血化瘀通络方法,药物:桃仁、红花、三七、水蛭、丹参、牡丹皮、赤芍、三棱、莪术、大黄等药物,破瘀之品可以重用。

(6) 抗炎抗渗出 COVID-19 重症和危重症患者肺部 CT 片显示的炎症与渗出有时需要较长时间,而且与病情轻重程度密切相关。在常规的治疗方法外,加强活血化瘀、益气养阴的药物配合应用,可以促进

肺部炎症吸收,减轻肺泡炎性渗出,延缓病情进展具有十分重要的作用。药物:桃仁、红花、三七、丹参、赤芍、三棱、莪术、沙参、麦冬、白芍、枸杞子等。

(7) 提高免疫 COVID-19 对机体的免疫打击非常大,临床可见淋巴细胞明显减少,本病例中最少一例为 $0.08 \times 10^9/L$,目前发现淋巴细胞减少程度与死亡率有密切关系。推测可能与病毒感染,引起免疫器官的损伤,同时免疫风暴导致的过度打击等因素有关系。^[7]因此,迅速促进机体的免疫功能恢复,促进抗体的形成,加快对病毒的清除,减轻免疫风暴导致的过度打击是提高重症和危重症救治成功率的重要措施。中医可采用扶正驱邪方法,药物:黄芪、人参、黄精、山萸肉、枸杞、麦冬、茯苓、白术等益气扶正药物,同时可以用金银花、贯众、大青叶、车前草等清热解毒驱邪药物配伍使用,尤其是扶正的药物黄芪、人参、黄精、山萸肉等之品可以大剂量或重剂运用,往往可以起到扶正祛毒作用。

(8) 其他方面 ①本次疫情,以

“湿”为注,因此在治疗过程中需要注意温阳化湿药物使用,没有舌苔黄腻出现,均可加用附片、藿香,佩兰等类药物;②注意活血化瘀药物的应用,在不同治疗方剂中均可加用一些活血化瘀类药物使用,可以促进炎症吸收,抗肺间质纤维化;③注意具有抗氧化类中药使用,可以保护靶器官,减轻免疫风暴造成的过度打击;④重症和危重症阶段,中医治疗的方法应该多样化,包括中药静脉注射剂、针灸、穴位敷贴、穴位注射等。

3.3. 中西医协同 根据临床特点,提出7个关键环节,临床治疗过程中随时调整中医治疗策略,对中医有优势的环节采用中医治疗,西医能够解决的问题采用西医办法,优势互补,提供临床疗效,让病人受益。

总之,COVID-19 重症和危重的治疗,中药可以根据临床病情不同方面,灵活采用辨证治疗与对症治疗等方法,与西医协同,以达到提高疗效,降低病死率之目的。

参考文献:

[1]全小林,李修洋,赵林华,等.从“寒湿疫”角度探讨新型冠状病毒肺炎(covid-19)的中医药防治策略[J/OL].中医杂志.(2020-02-17)[2020-02-21].

<http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2166>

[2]王玉光,齐文升,马家驹,等.新型冠状病毒(2019-nCoV)肺炎中医临床特征与辨证初治探讨[J/OL].中医杂志.(2020-01-29)[2020-02-21].<http://kns.cnki.net/kcms/>

[detail/11.2166.R.20200129.1258.020.html](http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2166.R.20200129.1258.020.html)

[3]郑文科,张俊华,杨丰文,等.中医药防治新型冠状病毒肺炎各地诊疗方案综合分析[J].中医杂志,2020,61(4):227-280.

[4]过建春, 万同海. 新型冠状病毒肺炎的中医病因病机与治则治法探讨[J/OL]. 中医杂志. (2020-02-26 09:42:09) . <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2166.R.20200225.0919.002.html>

[5]国家卫生健康委员会. 新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第七版）[EB/OL]. (2020-3-4)[2020-3-4] <http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku>

[6]管向东, 邱和波, 杜斌, 等. 重症新型冠状病毒肺炎管理专家推荐意见[J]. (中华重症医学电子杂志, 2020,06: 网络预防表. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2096-1537.2020.0026)

[7]高钰琪. 基于新冠肺炎病理生理机制的治疗策略[J/OL]. 中国病理生理杂志. (2020-03-03 16:42:07) . <http://kns.cnki.net/kcms/detail/44.1187.R.20200302.1432.004.html>

基金项目:

中医药治疗新型冠状病毒感染的肺炎临床疗效观察（国家中医药管理局科研项目 2020ZYLCJ02-1）

作者简介:

张国梁, 男, 主任医师, 硕导。1984 年毕业于安徽中医药大学中医专业, 从事中医药防治传染病医疗, 教学, 科研工作 36 年。

谈谈瘟疫与神志病的关系

杨常青

12340 Santa Monica Blvd #251. Los Angeles. California 90025

【论文摘要】:

本文的目的在于理解瘟疫与神志病的关系, 以及中医相应的治疗方法。本文的方法以经典为依据, 进行理论探讨和治疗上的简要总结。本文概述了以中医经典皇帝《内经》为代表的中医理论所论述的关于瘟疫与神志的关系, 以及简要地例举了《伤寒论》, 《瘟疫论》, 和《温病条辨》为代表的, 关于中医药治疗瘟疫病中神志疾病的相关病症。所以, 本文的内容分成三个部分。第一个部分谈一谈《皇帝内经》中有关瘟疫理论和神志心理准备的有关论述, 这是中医瘟疫与神志病关系的理论根源。第二个部分将以《伤寒论》探讨寒疫, 《瘟疫论》的疫病, 以及《温病条辨》的温热病, 对神志病的影响, 在时代顺序上, 瘟疫与神志病的理论与实践内容逐渐丰富与发展。以这三个疫病的经典著作的内容为基本依据, 简单地探讨一下瘟疫和人的神志病的关系。本文既探讨理论上的一些问题, 也探讨这几个历代医家的具体方证治疗神志病的例子, 依次对这三个经典关于治疗神志病

的内容进行一个简要的回顾与举例。第三个部分是讨论中医治病救人的机要，首先就是需要回神救逆，其次要理解“得神者昌，失神者亡”在临床上的意义，最后是需审慎用方，精神同调。本文的结论是通过整理和理解瘟疫和人的神志相互关系的认识观点和理论体系，并且总结已有的治疗经验，就可以应用于今日的临床实践而提高治疗效果。

【关键词】：疫病，神志病，中医学

The Relationship between Epidemics and Mental Illness

Yang Changqing

【Abstract】：The purpose of this article is to understand the relationship between epidemics and mental illness, and the corresponding treatment methods of traditional Chinese medicine (TCM). The method in this article is based on the classics, and carries out theoretical discussions and a brief summary of treatment. This article outlines the relationship between the epidemics and mental disorders, as discussed in the theory of TCM represented by the *Huangdi Neijing*, and a brief example of *Discussion of the Cold Epidemics*, *Discussion of Epidemics*, and *The Diagnosis of Warm Diseases*, on the related diseases of mental illness in the treatment of epidemics by TCM. Therefore, the content of this article is divided into three parts. The first part talks about the exposition of the epidemic theory and the mental preparation of the clinic in the *Huangdi Neijing*. The second part will use *Discussion of the Cold Epidemics*, *Discussion of Epidemics*, and *The Diagnosis of Warm Diseases* to discuss the effects on the mental illness. In the chronological order, the theoretical and practical contents of the epidemics and mental illness have gradually enriched and developed. This article not only discusses some theoretical issues, but also discusses the specific prescriptions of several medical doctors in the past to treat mental illness. A brief review and examples of the three classics on the treatment of mental illness in turn. The third part is to discuss the importance of TCM to treat people and save lives. The first is the need to regain the shen and save the life. The second is to understand the clinical significance of "the prosperity when gaining shen and the death when losing shen." The last is the need to use caution when doing herbal prescription to recover mental harmony under the epidemic condition. The conclusion of this article is that by sorting out and understanding the principle and diagnostic system and the herbal formulae, we will well aware of the relationship between the epidemics and human mentality, therefore, it can be applied to today's clinical practice to improve the treatment effect.

【Key words】: Epidemics, Mental illness, Traditional Chinese Medicine.

中医治神的历史久远,至少可以追溯到《内经》的年代,以《内经》的理论体系为依据,中医关于神以及神气的概念已经是非常的明确,而且,与治神相关的理论体系已经形成。《素问,移精变气论》的“得神者昌,失神者亡”明确了“神”是生命的概念;《灵枢,天年篇》的“血气已和,营卫已通,五脏已成,神气舍心,魂魄毕具,乃成为人”阐明了神以气为根,所以,“神气”是生命能量,也是人的神志心理能量,神气源自于自然,以人体为居所而形神合一。

瘟疫病会对人体身心产生极大的伤害,因此,《内经》提出的瘟疫理论和神志病的发病关系至为重要,历代医家多有继承并且予以临床应用和详细阐述,其中,《伤寒论》,《瘟疫论》和《温病条辨》是本文选材进行探讨的重点经典。这三部经典为中医治疗瘟疫病所导致的各类神志疾病提供了较为详实的理论与临床内容,不仅为后世医家,也为当代,特别是对当前新冠病毒的治疗,同样有着重要的参考价值。

一、《内经》中的瘟疫致病特点和神志心理调适技术

(一) 疫病的致病特点与意念调神方法

在《刺法论》中论及疫病时认为:“黄帝曰:余闻五疫之至,皆相染易,无间大小,病状相似,不施救疗,如何可得不相移易者?岐伯曰:不相染者,正气存内,邪气可干,避其毒气,天牝从来,复得其往,气出于脑,即不邪干。气出于脑,即室先想心如日。”所以,在疫病的攻击下,人们非常容易得病,而且传染性

强,得病迅速,而且无论长幼,病状也非常相似,即便如此,为什么有的人他不得病呢?岐伯回答说“正气存内,邪不可干”也就是说,当人的正气充足,就能够抵御外邪,包括疫病这样毒害邪气。另外还要注意的就是有的人知道如何避其毒气。如就像这次新型冠状病毒类疾病,在病变开始流行之初,有的人就会避而远之了,也就是避其毒气而不会受到传染。如今就是世界性的交通阻断,各种集会,聚会和外出都受到禁止,目的就是要回避毒气的侵袭,特别是医疗工作者在与患者接触的过程中更应当防护好自己而回避疫毒。文中的“天牝”就是我们的鼻子,呼吸道,所以《内经》中讲解的非常清楚,很多的疫病都是通过我们的呼吸道传播进来的。而且,还提出了如果想战胜这种邪气的一个非常重要的原则,就是通过意念,而且是具有特殊图像的形象,就是想象心中如一轮太阳升起,可以使人体的正气上升于脑,特别是在进入疫病的病房之前应该进行的神志调节活动。这种意念活动为中医学的自我调神方法,以及神志的自我暗示方法都提供了非常精辟的理论和实际运用技术。

(二) 接触瘟疫毒气的神志心理准备

在《刺法论》中,还详细地讲解了自我神志心理调节和暗示的具体方法,认为:“欲将入于疫室,先想青气自肝而出,左行于东,化作林木;次想白气自肺而出,右行于西,化作戈甲;次想赤气自心而出,南行于上,化作焰明;次想黑气自肾而出,北行于下,化作水;次想黄气

自脾而出，存于中央，化作土。五气护身之毕，以想头上如北斗之煌煌，然后可入于疫室。”从文中详细的内容就可以理解到，在进入有疫气存在的病室之前，这种心理准备是通过意念活动，而且以五行的原则为指导的思维活动过程。以意念活动想象五行的五种气体，分别为青，白，赤，黑，黄这五气，分别出自其色彩相应的五脏，而且，这种意念的想象，要将这五种气化作与五行相应的事物，所以就会有林木，戈甲，焰明，水和土，至此称之为“五气护身”，进而还要想象头上有如北斗星的光明闪亮，在此之后才可以进入有疫情的病室。这里所讲的这个内容，就是一个非常重要的和强烈的自我的心理暗示。而且，这种自我心理暗示是从肝木开始的，然后按照五行相克的反向，也就是五行相侮的次序进行的。这是通过五脏所藏之神的气机气化运动，用以充分调动五脏的气机气化活动而激发的五脏之气的功能，达到增强人体内在正气能量的过程。我们知道精气和神气是以气为根。那么通过神志心理能量的调动，也即是神气的功能活动就可以影响到精气，达到影响和调节全身功能的目的。头上有如北斗之星就是升提气机的意念技术，就会使身体的气机气化达到一个高度，这个时候才可以进入疫室。在今天看来，当我们面对疫疠之气这种具有非常强烈的传染性疾病患者的时候，我们是需要进行一个充分的心理准备过程，通过这种心理准备，就会增强信心而有足够的心理能量，这样当接触患者的时候就会不出差错和少出意外，而且，稳定充足的神气，这种心理的能量一旦激发出来，就能够稳定我们的神经，内分

泌，交感副交感神经，以及免疫系统。古人在那样古老的年代用五行这样的道理，把这个心理的功能活动描写的如此细致，这对我们今天的医疗工作者来说是非常具有临床实用价值的。

二、瘟疫病名家关于瘟疫种类与神志失调的论述

(一) 疫疠之毒气有寒疫

在继《内经》理论之后，关于瘟疫与神志的关系后世医家多有论述。其中东汉医家张仲景在其著名的《伤寒论序》中有言：“余宗族素多，向余二百，建安纪年以来，犹未十年，其死亡者，三分有二，伤寒十居其七。”所以从《伤寒论》的序来看，这种不到十年，三分之二的家族人口死亡，而且是伤寒占据了十分之七，这种惨烈的致病寒邪而且又有如此高发的致死率，应该就是寒疫。

吴鞠通在《寒疫》一篇讨论寒疫时认为：“世多言寒疫者，究其病状，则憎寒壮热，头痛骨节烦疼，虽发热而不甚渴，时行则里巷之中，病俱相类，若役使者然；非若温病之不甚头痛骨痛而渴甚，故名曰寒疫耳。”这种论述寒疫的观点和《内经》论述疫疠之毒气的观点如出一辙，因而，称《伤寒论》中的寒气伤人导致伤亡惨重的现象来看，称之为寒疫确实是正确的。

伤寒论中治疗神志病的方剂较多，如第六十一条的干姜附子汤治疗“昼日烦躁不得眠”；第七十八条栀子豉汤治疗“烦热”；第九十六条小柴胡汤治疗“嘿嘿不欲饮食，心烦”；第一百零二条小建中汤治疗“心中悸而烦者”；第一百零六条桃核承气汤治疗“热结膀胱，其人如狂”；

以及第一百零七条柴胡加龙骨牡蛎汤治疗“烦惊”等等不一而足。

(二) 瘟疫总论

再来看一看明代医家吴又可在其《瘟疫论》中的论述, 以下的内容均来自《瘟疫论》。首先, 在其《瘟疫总论》中提出了著名方剂达原饮, 其组成为: “槟榔(二钱), 浓朴(一钱), 草果仁(五分), 知母(一钱), 芍药(一钱), 黄芩(一钱), 甘草(五分)。上用水二钟, 煎八分, 午后温服。”对于该方的方义吴氏认为: “槟榔能消能磨, 除伏邪, 为疏利之药, 又除岭南瘴气; 浓朴破戾气所结; 草果辛烈气雄, 除伏邪盘踞; 三味协力, 直达其巢穴, 使邪气溃败, 速离膜原, 是以为达原也。”从《内经》本神的理解来认识本方就是本神解方, 同理也可以进行本神解药。所以, 用本神解方的观点来看, 达原饮有化浊解毒, 除疫醒神的功效。从本神解药的观点来看, 槟榔的形神主治为: 驱虫消积, 行气利水。化积安神。厚朴的形神主治: 行气, 燥湿, 消积, 平喘。行气安神, 化浊醒神。草果的形神主治: 燥湿散寒, 除痰截疟。化浊醒神。因此就不难理解该方的治神特点。

(三) 虚烦似狂有危重失神之象

在《虚烦似狂》篇言: “时疫坐卧不安, 手足不定, 卧未稳则起坐, 才着坐即乱走, 才抽身又欲卧, 无有宁刻。或循衣摸床, 撮空捻指, 师至才诊脉, 将手缩去, 六脉不甚显, 尺脉不至, 此平时斫丧, 根源亏损, 因不胜其邪, 元气不能主持, 故烦躁不宁, 固非狂证, 其危有甚于狂也。”所以, 这类虚烦之症, 是元气虚衰, 神气不守, 生命垂危之象, 不是狂症

的表现, 而是比狂症跟家危险的病症。

(四) 夺气不语需大补元气元神

《夺气不语》篇中说: “时疫下后, 气血俱虚, 神思不清, 惟向里床睡, 似寐非寐, 似寤非寤, 呼之不应, 此正气夺, 与其服药不当, 莫如静守虚回, 而神思自清, 语言渐朗, 若攻之脉必反数, 四肢渐厥, 此虚虚之祸, 危在旦夕, 凡见此证, 表里无大热者, 宜人参养荣补之。能食者, 自然虚回, 而前证自除; 设不食者, 正气愈夺, 虚证转加, 法当峻补。”该病症属于神气虚弱, 正气大虚, 神志功能严重缺失的状况, 该病症非人身不可救药。本神解药的人参形神主治为: 大补元气, 补脾益肺, 生津安神。大补神气。《神农本草经》认为: “主补五脏, 安精神, 定魂魄, 止惊悸, 除邪气, 明目, 开心益智。久服, 轻身延年。”

(五) 小儿有神气娇嫩却弱的特点

关于小儿, 在《小儿时疫》中认为: “小儿神气娇怯, 筋骨柔脆, 一染时疫, 延挨失治。凡五六岁以上者, 药当减半, 二三岁往来者, 四分之一可也。又肠胃柔脆, 少有差误, 为祸更速, 临证尤宜加慎。”从文中可以看出小儿的神气是娇嫩和却弱的, 也就是小儿的生命和神志能量都是柔弱不足的, 所以临床上提出了治疗小儿时疫, 药量要相应地减少, 同时也要考虑到小儿肠胃的脆弱特点而务必谨慎。

(六) 温病总论

清代医家吴鞠通在其《温病条辨》中也同样地应用了治病又治神的原则, 以下篇章将引用本书的内容。其理论将温病分为九类, 认为: “温病者: 有风温、有温

热、有温疫、有温毒、有暑温、有湿温、有秋燥、有冬温、有温疟。风温者，初春阳气始开，厥阴行令，风夹温也。温热者，春末夏初，阳气弛张，温盛为热也。温疫者，厉气流行，多兼秽浊，家家如是，若役使然也。温毒者，诸温夹毒，秽浊太甚也。暑温者，正夏之时，暑病之偏于热者也。湿温者，长夏初秋，湿中生热，即暑病之偏于湿者也。秋燥者，秋金燥烈之气也。冬温者，冬应寒而反温，阳不潜藏，民病温也。温疟者，阴气先伤，又因于暑，阳气独发也。”结合前面所涉及的《内经》理论，就会理解这些温病都会影响人的神志功能导致神志病的发生。

(七) 温病风论

在《温病风论》篇认为：“再寒为阴邪，虽《伤寒论》中亦言中风，此风从西北方来，乃发之寒风也，最善收引，阴盛必伤阳，故首郁遇太阳经中之阳气，而为头痛身热等证。太阳阳腑也，伤寒阴邪也，阴盛伤人之阳也。温为阳邪，此论中亦言伤风，此风从东方来，乃解冻之温风也，最善发泄，阳盛必伤阴，故首郁遏太阴经中之阴气，而为咳嗽自汗口渴头痛身热尺热等证。”所以，伤寒和温病不同，而相应季节的风，有着不同的特性，因而就会有不同的寒热伤人结果。

(八) 温病方药与本神解方举例

《温病条辨》中的治神方剂非常丰富和重要，如清营汤主治热入营分证。身热夜甚，神烦少寐，时有谵语，目常喜开或喜闭，口渴或不渴，斑疹隐隐，脉细数，舌绛而干。紫雪丹主治温热病、热邪内陷心包，症见高热烦躁，神昏谵语、抽风痉

厥、口渴唇焦，尿赤便闭，及小儿热盛惊厥。至宝丹主治痰热内闭心包证。神昏谵语，身热烦躁，痰盛气粗，舌绛苔黄垢腻，脉滑数。亦治中风、中暑、小儿惊厥属于痰热内闭者。安宫牛黄丸主治清热解暑，豁痰开窍。治热邪内陷心包所致高热烦躁，神昏错语，口干舌燥，舌餐肢厥，舌红或绛，脉数；中风昏迷窍闭，小儿惊厥属痰热内闭者。清宫汤：温病液伤，邪陷心包证。发热，神昏谵语。以上诸方毫无例外地或是清营分热，清心包热，清痰热，或是开窍等，都是救急治神的经典方剂。

还有如清洛饮：治暑温经发汗后，暑证悉减，但头微胀，目不了了，余邪未解者；或暑伤肺经气分之轻证。本神解方为清暑温而清神。三仁汤：头痛恶寒，身重疼痛，舌白不渴，脉弦细而濡，面色淡黄，胸闷不饥，午后身热，状若阴虚，病难速已，名曰湿温。汗之则神昏耳聋，甚则目瞑不欲言。该方化湿温而性神。加减银翘散治疗热多昏狂，谵语烦渴，舌赤中黄，脉弱而数，名曰心疟，加减银翘散主之，所以为清热安神制狂之剂。翘荷汤：燥气化火，清窍不利者，翘荷汤主之。清窍不利，如耳鸣目赤，龈胀咽痛之类。翘荷汤者，亦清上焦气分之燥热也。故为除燥清热开窍醒神之方。而四苓加木瓜草果浓朴汤治疗：湿困中焦，则中气虚寒，中气虚寒，则阳光不治，主正阳者心也，心藏神，故神昏。心主言，心阳虚故不语。而为温阳化湿醒神良方。

三、治病救人的机要

综上所述，首先是瘟疫为患危及生命，需要回神救逆。疫病伤人可以有传染

性高和病死率高的特点，因此，治疗疫病之气所导致的疾病，就应该特别重视如何有效地救助生命，也就是保护生命的能量，神气的存亡，所以医生的首要任务就是回神救逆。其次，就是临证须知“得神者昌，失神者亡”。不可以仅仅着眼于躯体性的症状，和其病理性的反应脏腑，还要注意神志心理的症状和临床反应，时刻牢记如何得神，防止治病不治神，治病不救命的错误观点。三是要注意和理解治病之方药无不动神，需审慎用之。尤其是峻猛之药伤神愈速，神却体弱，久病，衰老和小儿之人都不可肆用过量的药物以避免伤

神。中医所谓的“血肉有情之品”其言不虚，各类动物制品尤宜谨慎，防止动气伤神。最后就是作为中医要时刻牢记形神合一，精神同调。也就是在临床治疗各种疾病都需要从形神两个方面进行诊断和治疗，时而有所侧重，但不可忽视神志心理因素在临床疾病诊治上的重要意义。瘟疫是伴随人类健康历史的一个重要因素，也是一个不可避免的致病因素，理解对人的形神两个方面的伤害会更有利于有效地治疗由于疫病邪气所导致的各种形神失调病症。

参考文献：

1. 全注全译黄帝内经，张登本，孙理军主编，新世界出版社 2008 年 10 月出版
2. 黄帝内经素问校注语译，郭霭春编著，天津科学技术出版社，1981 年 12 月出版
3. 黄帝内经灵枢校注语译，郭霭春编著，天津科学技术出版社，1999 年 7 月出版
4. 中医各家学说，高等医药院校教材，任应秋主编，上海科学技术出版社，1986 年 5 月出版
5. 伤寒论讲义，梅国强主编，人民卫生出版社，2003 年 12 月出版
6. 温病学，杨进主编，人民卫生出版社，2003 年 1 月出版
7. 中医神志病治疗纲要，第一卷，本神理论与诊断，第 29 页至 67 页。杨常青主编，美国中医精神健康研究院，2019 年 11 月出版
8. 中医神志病治疗纲要，第二卷，本神针法与临床，第 3 页至 12 页。杨常青主编，美国中医精神健康研究院，2019 年 11 月出版
9. 中医神志病治疗纲要，第三卷，本神方药与临床，第 15 页至 24 页。杨常青主编，美国中医精神健康研究院，2019 年 11 月出版
10. 中医神志病治疗纲要，第四卷，本神心理与养生，第 1 页至 40 页。杨常青主编，美国中医精神健康研究院，2019 年 11 月出版
11. 瘟疫论，明，吴又可 著，何永 较，中国医药科技出版社，2011 年 1 月出版
12. 温病条辨，清，吴瑭 著，人民卫生出版社，2012 年 4 月出版

作者简介：

杨常青 1984 年毕业于黑龙江中医药大学，87 年取得中医诊断学硕士学位并留校任教。1990 年前往日本爱知医科大学公派进修精神医学，尔后于 1998 年在日本神户大学取得精神神经科医学博士学位。现任全美中医药学会情志专业委员会主任，任教于仁爱医科大学及其他多所美国中医大学的硕士和博士班课程，并在个人诊所诊治患者。

电话：（310）699 - 1028 传真：（310）453 - 2691

网页：<http://www.acufather.com>，<http://www.aimhtcm.org>

新型冠状病毒湿温瘴气说浅析

肖世武 哈敏伯德中医医疗中心

丁 玎 加拿大阿尔伯塔省卡尔加里市西南 71 街

506 医疗大楼 106 号 T2V 4V4

【摘要】：基于新冠病毒相关症状学证候学调查文献，根据审证求因原则，应用中医伤寒六经辨证，温病卫气营血辨证三焦辨证方法进行综合分析，发现本病具有明显湿浊温病的特征，局部密闭环境区域甚至可能出现气溶胶状态，演变成为瘴气疫毒，提出新型冠状病毒肺炎属于湿温范畴，病因湿温疫疠瘴气，因为具有流行病大流行特点，故可称为湿温疫。

【关键词】：新冠病毒 湿温瘴气

A analysis study on Covid-19 caused by Dampness-plague miasma

Xiao Shiwu. Ding Ding Hummingbird Acupuncture Herbs & Massage Center

106#,506 professional building, SW. Calgary. Alberta. Canada T2V 4V4

【Abstract】：Under the principle of syndrome differentiation to identify etiology, TCM methods of Shang Han Six Meridian Syndrome Differentiation, Wen Bing Wei Qi Ying Xue Differentiation and San Jiao Syndrome Differentiation have been applied to make an analysis on Covid-19 symptoms and signs based on documents reported, discovered that Covid-19 has an apparent characteristics of Turbid Dampness, may turn to be aerosol in a close circumstance as a miasma plague, it belongs to the Dampness Plague pattern in TCM and caused by Dampness-plague miasma since its pandemic character.

【Key word】：Covid-19 .Dampness plague miasma

2019 年末新冠病毒湖北武汉初一暴发，伤寒温病之争重又燃起，南北各派，众说纷纭，名医大家，仁智互见，虽有林总方案，仍感莫衷一是，本文拟对这一全新疾病作一中医病因病机初步分析，如《千金方·论诊候》所言：“夫欲理病，先察其源，候其病机”。

中医界目前大致看法：广义的伤寒是研究发热为主要表现的热病(Pyreticosis)亦即感染性疾病(Infectious Diseases)，《内经》说得很清楚“今夫热病者皆伤寒

之类也”。它包含了狭义的伤寒和温病，如《难经·五十八难》所谓：“伤寒有五，有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病。”，当出现一定的传染性就是温病(contagious, transmission)(后世始于王孟英将狭义有传染性的伤寒亦归入温病，所谓寒温合一，经纬温热)，而一旦病情变得严重就成为疠气，再呈现流行甚至大流行的特点(Epidemic or Pandemic)就是瘟疫，而吴鞠通《温病条辨》又定义：温病者，有风温、有温热、有温疫、有温毒、

有暑温、有湿温、有秋燥、有冬温、有温症,计有9种之多,新型冠状病毒作为一种可致严重呼吸道综合症的全新病毒(Sars-Cov-2, Covid-19),我们经过分析认为属于其中湿温,理由如下:

首先,本病具有湿浊的明显特征,这是由当地自然气候地理社会饮食等多因素决定,所谓天运疫,地运疠,发病跟地球暖化,全球经济一体化,高度城市化,人口流动频繁,人口高度集中密切相关,局部密闭环境区域甚至可能出现气溶胶状态,演变成为瘴气疫毒,化热化火,出现流行甚至大流行,演变为湿瘟疫疠,即《素问·本能病》篇:湿令不化,民病温疫,吴鞠通自注曰:“温疫者,厉气流行,多兼秽浊,家家如是,若役使然也”。

1. 自然气候因素:湖北省为亚热带季风气候^[1],多云潮湿突出,夏日酷暑熏蒸,内热难解,至冬季易发伏暑之疾,冬天严寒,潮湿透骨,至春季易发温病疫疠,雾霾严重,紫外线照射消毒差,易于发生传播病邪^[2],2019年12月以来暖冬,应寒未寒,气候异常,阴霾冷雨缠绵逾旬。

2. 地理因素:湖北号称千湖之省,三面环山,武汉两江三镇,四分之一地表为水面,年降雨1269毫米,相对湿度可达75%—90%,地貌由平原湖泊山丘组成^[3],空气流动差,两湖两广岭南岭北历史上就是潮湿瘴气肆意之地。

3. 社会因素:武汉号称中国地理经济交通中心,九省通衢,人口高度密集.高度城市化,超大城市,世界最重要产业链城市之一,全国重要的工业基地,高科技基地和交通枢纽,人口一千一百万,仅高校学生就有一百万,人口密度12万/平方公里(纽约2.8万,旧金山1.7万/平

方英里),工业增值年轻人口净流入全国第二(年轻人45%)^[4].

4. 饮食肆食辛辣厚味,人民善思劳作,容易内生湿热,诚如薛生白所言:太阴内伤,湿饮停聚,客邪再至,内外相引,故病湿热。

5. 最重要的是临床表现具有湿邪的明显症候学特征:

1) 粘腻易于传染,高传染度 $Ro3.8-6.6$ (流感1.8-1.9, SARS2.5)^[5].

2) 重浊阴邪,身热不扬(83%)^[6],日晡尤甚,汗出粘衣,咳嗽连连,呼吸不畅,气急憋闷,动则尤甚,痰饮胶结,如溺水中,口渴不欲饮,恶心呕吐腹泻(8.9%)^[7].

3) 头身关节疼痛困重(25.8%)^[8],疲乏(38.1%)^[9],神差懒言,清窍闭阻的嗅觉味觉下降明显(15-30%)^[10],身困重,反应迟缓,貌似正常

4) 舌苔多厚腻(80%)^[11],皮肤白痞。

5) 隐匿假阴性无症状者多. 6) 瘥后劳复,余邪易恋,易于复阳,趋于久病缠绵。

6. 同时新冠病毒具有湿热三焦病变特点:

首先上犯上焦肺,发热咳嗽气急(88%)可兼见中焦脾胃受困,呕吐腹泻。可三焦弥漫,上蒙蔽心窍神昏(45.6%)下损下焦肝肾(肾损害2.1%)^[12],生殖功能下降)。

其次,新冠病毒具有温邪的共同特点:

温邪上受,首先犯肺(88.2%发病即

肺炎)严重者(18-20%)化热化火化毒,脓毒血症,触发炎症风暴,逆传心包(神昏45.6%,50%ICU病人继发心肌炎心包炎心衰)入营入血,白痞斑疹紫斑出血,继发血管内弥漫性凝血(DIC),广泛小血管炎血栓出血川崎病征,中毒性休克,多脏器衰竭死亡。舌红,深红,绛红,紫红,舌黑,杨酶舌。

封闭环境通风差湿度高地方有气溶胶(aerosol)状态成瘴气趋向:游轮,军舰如航母,潜艇,医院监护室,监狱,办公大楼,老人院,屠宰厂等,如钻石公主号邮轮,戴高乐号航母等成为事实上的实验模型,也是当前欧美加拿大等地区气候仍然寒冷室内透气差,居民不习惯戴口罩,虽然居家隔离,保持社交距离,疫情仍然难以控制的推测原因之一。

已知气溶胶状态的新冠病毒成活时间,空气传播距离,转播高度都远远大于预期,它是典型的生物气溶胶(Bio-aerosol),其中可能包含病毒细菌真菌花粉等,传统中医称之为瘴气,是无形之热入于有形之湿相结合形成,湿热是瘴气形成的基础,瘴气是湿热化毒的最严重形式(瘴毒)。瘴气可以是局部的(瘴云,瘴水,瘴田),亦可是区域的(瘴乡瘴海)高风险需要封闭疏散地段,张景岳就指出封城措施:唯内境不出,外境不入(以防瘴气瘟疫),指出居家隔离的重要性,因为:居者安静,途者劳伤(容易被传染病),途者十病八九。《景岳全书》瘴气四季皆有,其证候可分为冷瘴,热瘴,哑瘴,或者疟疾类疟疾的疟瘴,它可以人传人,可以是动物传人瘴(蛇,鸟,宠物孔雀蜂,鸡鸭,蚯蚓等),张仲景就告诫过狸肉,李时珍警告过食用蝙

蝠,瘴气甚至可以是植物传人(桂花瘴,菊花瘴等)(未被证实,疑为花粉诱发过敏性休克)。

现在已经证明气溶胶状态的新冠病毒空气传播是唾沫传播接触传播以外最重要的传播途径,尤其是经鼻吸入,而鼻粘膜具有高表达 Ace2,甚至有学者推测为主要途径,在中医,唯湿温瘴气一说才能解释新冠病毒的高致病性传染性和严重性,隔离病人,疏散正常人群是最重要的避毒气(瘴气)措施,统计结果也显示了这一点:湖北省的ICU的住院率显著高于中国其他地区:21.9%比0.5%($p < 0.001$),而Covid-19在湖北省的病死率也显著高于非湖北地区:10.4%比0.6%($p < 0.001$)^[13]。

再其次,新冠病毒具有瘟疫特大流行性特点:2019年12月至今,中国湖北省武汉市发现的新型冠状病毒肺炎疫情蔓延,已经在全球范围呈现大流行,成为继1918年西班牙大流感世界百年来最大的公共卫生危机,截至目前(2020年6月4日),全球确诊6.58百万,死亡38.82万,6大洲,221国家波及。

最后也是最循证的是:中国国内尤其是湖北武汉成功的中药实践,内服芳香化湿达原饮升降散三香汤三消饮等等,外用芳香熏蒸艾叶苍术等有效,不论内服外用药物都具为芳香化湿淡渗利湿之物。

综合上面所述,新型冠状病毒肺炎属于湿温范畴无疑,病因湿温疫疠瘴气,因为具有流行病大流行特点,故可称为湿温疫。正如《叶选医衡·温疫论》说:一人受之即为湿温,一方遍传,温为疫也。俞

昌所谓:湿温包疫证在内,湿温至盛,长幼相似即为疫。一如元代危亦林所说:秋多淫雨,人患湿疫…乍寒乍热,损肺伤气,暴嗽呕逆,或体寒发斑,咳嗽引气,名曰湿(温)疫。其描述与新冠病毒肺炎惊人相似。

新冠病毒肺炎的中医病因病机传变研究属于初步探索阶段,本文症状学证候学信息来源主要基于:世界卫生组织万例特征报告,钟南山团队3千例报告,柳叶刀报道特征分析研究,中国卫生保健委员会组织病理解剖报告,北京中医院,中医研究院,武汉金银潭医院,武汉市中医院,广东省中医院以及深圳中医院相关症候报告(按证据循证评分顺序):

分析上述信息的方法为:伤寒六经辨证,温病卫气营学辨证,湿热三焦辨证,结合八纲辨证,

脏腑辨证,通过全面分析,试图发现新冠病毒肺炎中医各方面特征,探索认识其实质,以期为下一步的治则治法设立,方药针灸选择提供指南,我们初步发现如下:

1. 新冠病毒肺炎遵循六经传变规律:初发三阳太阳少阳阳明,然后三阴经太阴厥阴少阴,可以是顺传可以是直中,常常表里同病,三阳合病,阳经阴经同病,三阳阶段相对轻,三阴阶段重,三阳多在气,三阴尤其入厥阴后在血,最终入少阴危所言,预后不良:温病死状百端,大纲不越五条:在上焦有二:一曰肺之化源绝者死,二曰心神内闭,内闭外脱者死,在中焦亦有二:一曰阳明大实,土克水者死,二曰脾郁发黄,黄极则诸窍为闭,秽浊塞窍者死,在下焦:则无非热邪深入,销烁精液,涸尽而死也。

重。

2. 新冠病毒肺炎遵守卫气营血传变规律,首发卫气,直接犯肺,化毒化火,然后逆传心包,气营两燔,热灼津液,热入营血,脓毒血症,引出炎症风暴,合并血管内弥漫性凝血,继发休克,多脏器功能衰竭,病危难治。

3. 新冠病毒肺炎符合三焦传变规律:首发上焦肺,合并中焦脾,继而弥漫三焦,蒙蔽心包,下焦肝肾受损,病至危殆。

总之,我们认为新型冠状病毒肺炎:病机为湿温疫疔瘴气,每每首犯上焦肺卫,膜原不达.肺气闭阻,肺失宣降,继而,入里化热化燥,痰饮雍盛,气血淤堵,肉败血腐,发为肺痈。

几经搏斗,正胜邪弱年轻治疗正确及时者常常转入顺证正局,或气虚,或阴虚,每兼湿痰血瘀,余邪留恋,终至正胜邪却恢复。

体衰邪盛年老失治误治者往往化火化毒,热毒内陷,或热入营血,或毒漫三焦.常至阳明府实,热毒内结,陷胸结胸,悬饮水积,肝肾损害,甚者闭证脱证,病入逆证变局,危在旦夕,一如《温病条辨·上焦》

其病位在肺为中心,五脏皆受损,气血皆波及,三焦可弥漫,其病多湿浊,多火毒,多痰饮,多血热,多燥,多血瘀,虚实夹杂,虚则至虚可脱,实则大实可闭窍,意识丧失,恢复期常常正虚邪恋,正邪俱微,痰瘀互结,水湿留恋,胶着缠绵,呈现复阳常阳之态势。

本文最后再来排开其它可能的温病, 或有问: 湿温通常发作季节为夏季, 缘何新冠病毒病发冬春?

前面已经提到其发作是多种因素共同作用的结果, 此亦为非其时而有其气, 气候反常所致。

再问: 新冠病毒发于冬春, 是风温, 冬温吗? 非也, 风温, 冬温是常常由风寒风热之流感造成, 病气喜气候寒冷干燥, 非湿热所为, 其病每于气候转暖季节, 或暖和干燥地区缓解消失, 新冠病毒从发作到现在已逾五月, 气候也从寒冷转暖和, 全球流行也涵盖南半球干燥高温地区如非洲, 病势仍然呈现迅猛, 大有迁延缠绵之势,

吴鞠通《温病条辨》评价道: 温疫者, 疠气流行, 多兼秽浊, 家家如是, 若役使然也... 湿为土气, 土可承载万物, 疫疠之气更易借助湿邪为患...

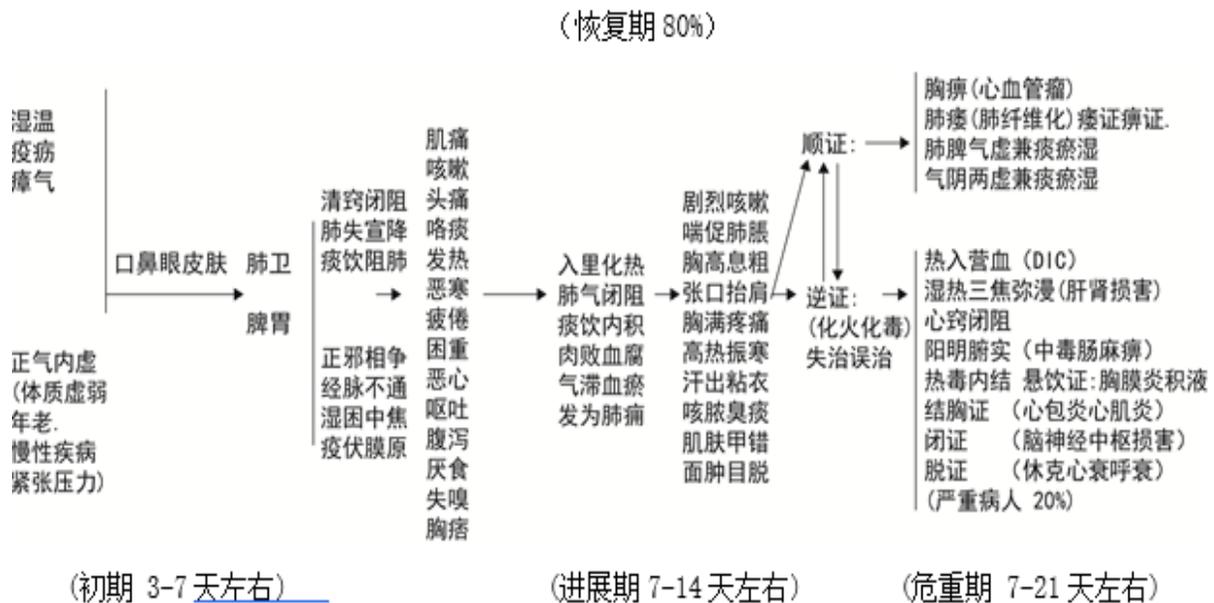
盖土为杂气, 寄旺四时, 藏污纳垢, 无所不受, 错综变化, 不可枚举. 提到湿邪为患可以全年四季, 六淫邪气中唯有湿邪能够四季四方。

但是, 疫情的控制取决于多种因素如政府动员, 社会隔离, 病毒检测, 药物治疗, 疫苗开发等等, 是否会继续蔓延, 有待时间跨度的观察, 毕竟人类有完败于鼠疫, 完胜于天花, 西班牙流感神秘消失的历史. 今年庚子立夏五月五号, 夏至六月二十一号, 提请大家留意。

最后附表总结如下:

之

新冠病毒肺炎中医病因病机及传变示意图



参考文献:

- [1][3][4] 维基百科湖北省
- [2] 2020 年 5 月 28 日 MedRxiv Jianli Zhou Linyuan Nan Liu Ambient air pollutants, metrological factors and their interaction effect confirmed cases of COVID-19 in 120 Chinese cities.
- [5] Journal of Travel Medicine. 2020;DOI:10.1093/jtm/taaa021. Joacim Rocklov
- [6][7][8][12][13] Clinic Characteristics of Coronavirus pneumonia 2019: An updated Systematic Review MedRxiv 2020.03.07 Zhangfu Fang Fang Yi Kaifang Lai Xizhou Sun Nanshan Zhong 钟南山团队回顾 3470 例报告
- [9][10]. Wikipedia Coronavirus diseases.
- [11] 新型冠状病毒（2019-nCov）肺炎中医临床特征与辨证治疗初探. 北京中医院. 中医研究院. 武汉金银潭医院. 武汉市中医院. 广东省中医院联合报告. 王玉光 齐文升. 阮连国. 刘清泉等. 中医杂志. 2020. 第 61 卷. 第 4 期。

检索数据库:

PubMed. Embase. Cochrane Library. CNKI. 万方数据库.

WHO (<https://www.who.int/>)

CDC (<https://www.cdc.gov/>)

NICE (National Institute For Health and Clinical Excellence <http://www.nice.gov.cn>)

China National health commission (<http://www.nhc.gov.cn>)

State administration bureau of TCM (<http://satcm.gov.cn>)

鸣谢:

本文作者探讨写作过程中有幸得到多位国际国内知名伤寒温病专家指教, 参加武汉抗疫国家专家组专家实战经验传授, 以及国内多位教授朋友提供大量科研临床资料, 在一并表示感谢!

张光华教授(成都中医药大学附院). 马寿椿教授(美国. 西雅图). 刘国辉教授(美国. 波特兰). 包宗昭教授(成都中医药大学附院). 谢萍教授(成都中医药大学附院). 卢云教授(成都中医药大学附院)

本文特别献给作者的导师吴教授康衡先生(已去世), 全国中西医结合带头人, 温病临床大师, 国家七五重点攻关项目中药治疗热病系列研究负责人.

作者简介:

肖世武 原成都中医药大学附属医院儿科住院部呼吸病房温病研究室. 副主任医师, 副教授, 曾参与国家七五重点攻关项目: 中医药治疗热病系列研究的热毒清注射液清肺口服液等研发, 温病卫气营血动物模型建造, 现任职加拿大中医研究院中医系主任, 主要从事伤寒论温病学教学研究. 联系电话号码: 1-403-5852895 cnmedxiao@hotmail.com

全美中医药学会 ATCMA/美国中医校友联合会 TCMAAA

关于美国中医针灸执业人员应对新冠疫情的建议

(2020 年 2 月 29 日)

欧阳晖 田海河 王德辉 魏 辉 樊 莹 贺德广 闻集普 何 崇 金 鸣 巩昌镇

【文摘】 ATCMA/TCMAAA 提供了：1. 美国新冠疫情的应对举措，2. 关于美国执业针灸医师应对疫情的指导建议，3. 关于美国执业针灸师自我保护和诊所消毒的指导建议，4. 美国新冠疫情资讯，5. 新冠病毒中医诊所防护指南，6. 医务人员和来访者报告表。

【关键词】 全美中医药学会，美国中医校友联合会，新冠疫情，美国中医针灸，自我保护，诊所消毒

ATCMA/TCMAAA's Advice for US Acupuncture and TCM Practitioners on the COVID-19 Pandemic

Ouyang Hui, Tian Haihe, Wang David Dehui, Wei Hui, Fan Authur Yin, He Deguang, Wen Jipu,
He Chong, Jin Ming, Gong Changzhen

【 Abstract 】 ATCMA/TCMAAA proposed: 1. The countermeasures for the COVID-19 pandemic, 2. The guidance and recommendations for American TCM and acupuncture practitioners to deal with the pandemic situation, 3. Guidance on self-protection and clinic disinfection for licensed acupuncturists in the United States, 4. COVID-19 Information in the United States, 5. TCM Clinic Protection Guidelines for COVID-19, 6. Medical Staff and Visitor Report Form.

【 Key words 】 ATCMA(American TCM Association), TCMAAA(TCM American Acupuncture Association), COVID-19, American TCM and Acupuncture, Self-protection, clinic disinfection

亲爱的全美中医药学会会员和美国中医校友联合会各位校友，大家好！自 2019 年底爆发新型冠状病毒疾病 COVID-19 后，疫情不断扩大。因其传染性很强，在很短的时间内迅速波及全中国和世界各地。发病人数已经将近 9 万人，死亡将近 3 千人，不仅对众多家庭造成了巨大的痛苦和伤亡，还有大批医护人员被感染，造成了严重的经济损失，对人们的生活质量产生了严重的影响。据目前形势而言，这次疫情非常严重。大家对其病理特性认识不足，至今尚没有特效治疗方法，对其难以有效控制。近日来，新冠疾病在世界范围内继续蔓延。据不完全统计，已经传播到 30 多个国家和地区，美国也是被影响到的国家之一。美国政府已经举行了几次关于此事的听证会，开始重视并积极开始备战。有些地方甚至宣布了“紧急状态”。这都说明事态严重。我们这些在美国的中医针灸执业人员，每天都在接触不同的病

人，遇到新冠疾病的病人不能说是完全没有的。特别是我们大都是不经西医转诊直接诊治病人的针灸医师，更需要提高警觉。发现疑似，及时转诊，保护自己，家人和工作人员以及其他就诊患者是我们的责任和义务。这对防止此病毒在美国的传播和蔓延具有重要意义。

1 ATCMA /TCMAAA 经过专家讨论和论证，提出美国新冠疫情的应对举措，供大家参考：

1.1 及时收集和跟踪最新疫情信息，在美国政府部门相关法律规定下，指导美国执业针灸医师应对疫情；

1.2 积极与联邦，州，郡，市各级机构的公共卫生负责人员联络沟通；

1.3 积极与西医，整脊和牙医等其他各行业医务人员合作防疫抗疫；

1.4 积极与其它美国针灸行业学会/公会协作防疫抗疫；

1.5 协调美国各地针灸师，发挥专业优势合作防疫抗疫；

1.6 指导华裔/亚裔针灸师应对可能遭受的种族歧视和偏见。

2 ATCMA/TCMAAA 关于美国执业针灸医师应对疫情的指导建议：

2.1 不建议美国中医针灸诊所独立治疗新冠疾病病人，但鼓励与美国传染病法律规定的医疗提供者（provider）合作，参与治疗。虽然中医药在国内抗击新冠病毒过程中发挥了重要作用，但是中国美国国情不同，我们不是美国法律许可的诊断与治疗传染病的医疗提供者。中国中医主要用中药介入治疗，但在美国我们主要用针灸，而中药在 FDA 界定下不是药物，使得我们针灸师在美国参与抗疫治疗有困难。同时我们没有必要而有效的防护措施。所以，我们在美国的中医针灸执业人员不具备直接治疗这类病人的条件。中医针灸诊所是人员汇集之地，每日接触病人很多，

万一出现感染，作为传染源，不只是诊所要停业关张，更重要的是难以承担责任。故建议在诊所公告张贴和语音留言，并训练前台接待人员，告知有呼吸道感染症状与有发热的病人，不要首先到中医针灸诊所就诊，而应去相应专科医生处进行及时诊治。按目前美国法律，针灸师无权独立从事传染病治疗，但可以与有关部门进一步咨询与沟通，争取参与治疗。

2.2 避免广告宣传中医针灸治疗新冠疾病，认真鉴别疑似病人，及时转诊给予相应治疗。

2.3 如果病人网上问医，可以以某种形式，给予中医治疗建议，并提供中药资源/零售商。

2.4 如果其他医疗行业需要我们参与会诊，提供中医针灸辅助治疗，可以在充分防护的情况下小心介入，保证安全，避免被感染。

2.5 加强我们中医针灸执业人员和诊所雇员的个人卫生，自我保护；诊所应严格消毒，保持清洁。

2.6 注意自己与家人的防护，避免因为我们接触病人而引发家人感染。自己配备一些中药，一旦有可疑状况，及早到相应医疗机构就诊，并试用中药防治，同时自我隔离观察。

3 ATCMA/TCMAAA 关于美国执业针灸师自我保护和诊所消毒的指导建议：

3.1 备齐消毒液，清洁纸巾。每位病人的诊治前后都要用肥皂和流水认真彻底洗手至少 20 秒钟，或使用酒精含量至少为

60% 的酒精洗手液清洁双手。避免用未洗的手触摸眼睛，鼻子和嘴巴。

3.2 每位病人使用过的床单，枕套要按照洁针技术操作规范的要求及时更换和清洗，诊床要严格消毒。每一间诊室都要定期使用紫外线灯照射或精油消毒空气。病人经常触摸的表面，如门的把手，楼梯扶手等，每天都要清洁和消毒。

3.3 准备体温表，口罩，手套，护目镜，隔离衣等等，保护隔离装备。防护新冠病毒，医生必需佩戴 N-95 口罩。

3.4 关注相关的官方疫情资讯，如万一遇到疑似病例请即刻联系相关机构，做好疫情报告，并向大众普及防疫知识。

3.5 全面照顾自身健康。接种流感疫苗，拥有良好饮食习惯。保持身体最佳的状态，充分休息，防止过度疲劳，避免机体免疫力下降。

3.6 坚持锻炼身体，如太极拳和气功等等，增强自身体质，提高机体免疫力。

4 美国新冠疫情资讯

4.1 CDC Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>

4.2 World Health Organization: Infection Prevention and Control During Health Care When Novel Coronavirus Infection is Suspected

[https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)

4.3 Update and Interim Guidance on Outbreak of 2019 Novel Coronavirus (2019-

nCoV)

<https://emergency.cdc.gov/han/HAN00427.asp>

4.4 Frequently Asked Questions from the CDC <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/faq.html>

4.5 WHO daily situation reports <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

4.6 Healthcare Professional Preparedness Checklist For Transport and Arrival of Patients With Confirmed or Possible COVID-19

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/hcp-personnel-checklist.html>

4.7 预防冠状病毒疾病 2019 (COVID-19) 在家庭和住宅社区中传播的暂行指南

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-prevent-spread-chinese.html>

5 新冠病毒中医诊所防护指南

5.1 医务人员有哪些个人防护方法：

当在诊所处理疑似病例时，医务人员可以使用下列方法防护：

- 常规手的卫生
- 手套
- 常规隔离衣
- 呼吸保护—佩戴医用外科口罩，必要时使用医用 N95 口罩
- 眼睛保护—必要时使用护目镜

5.2 需要做 COVID-19 检测的三类病人：

根据美国疾病控制中心的信息，下面三类人需要做新冠病毒检测：

第一类：病人有发热症状，或有呼吸道症状，并且在过去 14 天有去过“疫区”的旅游史。

第二类：病人有发烧或呼吸道症状，有近距离接触在过去 14 天有临床症状发生，而且实验室确定 COVID-19 阳性的病人。

第三类：有发热，而且有严重的急性下呼吸道疾病，不能做出其它的合理诊断，也没有暴露在 COVID-19 病源的病人。

5.3 中医诊所遇到疑似病例的处理方法：

中医诊所在下列三种情况下，可能遇到疑似病例：1) 近期从疫区（如中国，南韩，伊朗，意大利，日本）回来，有发热，咳嗽等症状，打电话来诊所，预约就

诊；2) 有发烧，咳嗽等呼吸道症状，直接来诊所就诊；3) 病人因其他疾病就诊，但伴随呼吸道症状。如果是打电话来的疑似病人，我们要详细询问病人的症状，旅行史，可能暴露于 COVID-19 病源的病史等，如果认为是疑似病例，则要求病人不要随便出来，指导病人打电话给指定的急诊部门就诊。如果疑似病人出现在诊所，第一步，立即给病人戴上常规外科口罩，引导病人到一间独立的房间，关上门；第二步，医务人员应该戴上 N-95 口罩和手套，穿上隔离衣，戴上护目镜（可以参照美国 CDC 或 WHO 的推荐）；第三步，进入房间进一步详细了解和确定疑似病例。尽量限制来访者和家庭成员进入房间；第四步，如果确定为疑似病例，立即联系有关部门做下一步的诊治；第五步，诊所的医务人员和来访者填表登记，以便追查与病人密切接触者。医务人员在工作中与 COVID-19 病人有接触，应该通知当地公共卫生部门。

6. 医务人员和来访者报告表（见附表）

EMPLOYEE AND VISITOR LOG FOR COVID-19

ROOM NUMBER:

Date	NAME	SIGNATURE	TIME OF ROOM ENTRY	VISITORS ONLY			TIME OF ROOM EXIT
				PHONE NUMBER	ADDRESS & COUNTY	DATE OF BIRTH	

7. 给发热/呼吸疾病病人的通知（见附信）



To our patients with fever / respiratory symptoms:

Currently, cases have been reported of community transmission in the U.S. with confirmed COVID-19 infection, which raises a lot of concerns in our patients. Here are our recommendations:

If you have NOT traveled to an area of the world with sustained community transmission of COVID-19 within 14 days and you are symptomatic, YOU SHOULD FOLLOW the same steps that you would take if you thought you had the flu. This includes staying home from work / school, unless you feel that you need medical attention.

If you HAVE traveled to infected areas, or had contact with someone who has, and you feel sick within a 14 day period with a fever, cough, or shortness of breath, you should call your primary doctor's office, urgent care clinic, or emergency department BEFORE GOING and tell them of your recent travel and symptoms. They can help make decisions about evaluating your condition and when and where this should be done.

– KEEP UPDATED w/
American TCM Association

www.atcma-us.org www.facebook.com/atcmaus

临床经验与学术思想

怎样提高中医临床疗效

裘沛然

裘沛然(1913年—2010年),原名维龙,浙江省慈溪县人。中国国医大师,全国首批老中医药专家学术经验继承工作指导导师,上海中医药大学终身教授,博士研究生导师,上海中医药大学专家委员会主任,上海市政协常务委员。担任《辞海》副主编兼中医学学科主编,主编医学著作40余部。其中,《裘沛然选集》获中华中医药学会学术著作奖一等奖,《中国医籍大辞典》获国家辞书一等奖、教育部科技进步二等奖。撰写论文30余篇,其中《疑难病症中医治法研究》一文获中华全国中医学会颁布的优秀论文一等奖。早年主持研究的“经络玻璃人”模型及脉象模型,分别荣获国家工业二等奖、三等奖。

裘老是我国著名的中医学大家,在医学上有高深的造诣,临床以善治疑难杂病著称,活人无数,医泽广被。他长期从事中医教育和中医理论、临床研究,在中医基础理论、各家学说、经络、伤寒、温病、养生诸领域颇多见解,为培养中医人才做出了突出贡献。

【关键词】: 精; 奇; 巧; 博

我国医学界现存在着中医学和西医学。两种医学互有短长。就它们形成和发展的过程来说,两者迥不相同。西医学是借助和吸收近现代科学技术,其理论、方法、手段大多是建立在实验室的基础上而逐步完善的。中医学由于历史条件限制,在吸收现代科技知识方面,未免相形见绌,中医应该补上这一课。但是,中医在临床治疗方面,则有它独到的优势,这是因为中医学知识是在数以亿计的人体上直接进行观察、实践,行之有效而存在和发展的。人体中有许多奥秘,西方医学到目前还无法了解或难以解释,而中医学在这方面却占有大量资料。中国医学通过历代医家长期的精密观察,发现人体除了现代解剖学上所载的各个系统之外,还存在其他许多规律性现象和多种联系途径,中医治疗,不仅注意病,而更注意人,还注意人与自然

界及社会环境等多种因素的全面分析,从而制订治疗方案。这种动态的整体的辩证的治法,显然具有先进意义。

中医用药,多采用天然药物。它具有过敏性低,后遗症和毒副作用少的优点,能不损害人体而取得较好疗效,这就理所当然会引起国内外有识之士的关注和重视。

随着科学的日益发展,新兴学科名目繁多。医学的分科也越来越细。但医学的主要目的在于治愈疾病。衡量医生水平的高低,首先看你能够治好病还是治不好病,这是中医学能否存在和发展的关键。虽然它在临床的很多方面占有优势,但我们又如何运用和发挥这一优势呢?现就这个问题,略谈个人五十余年在临床的体验和教训,我认为要提高疗效,可概括为精、奇、巧、博四个字。

兹依次介绍如下。

一、处方贵精

处方用药，首贵于精，精者至当不易之谓。我无法具体形容什么叫做精，只能举例说明：我治过不少心脏病人，诸如心肌缺氧，房室传导阻滞，频繁性早搏，心律不齐以及房颤等，临床如表现为心阳不振，血行欠畅而见舌质淡胖，脉微细或结代者，就常用炙甘草汤稍事加减，药后虽有效果，但常易反复或者效果不显著，改用其他方药，亦有同样情况。最后，就径用仲景炙甘草汤原方，一味药不更动，只因古今度量有异，在剂量上稍加斟酌，如甘草、桂枝，一般各用二十克左右。有许多心脏病人，曾屡更多医，中西药物备尝，也服过我以炙甘草汤加减之方，均无良效。自改服仲景原方后，有不少病人症状竟得消失或基本缓解，以后仍用原方续服数月，病人主诉：过去几乎每日发病，自服该方后，竟有历数年而安然无恙者。病家方钦我技之精，而我则既惊又惭。我研究仲景之学且数十年，而未识仲景处方“用思之精”竟到如此惊人程度！我过去常用本方，仅辅佐药加减一、二味，而效果判若天壤。说明我对该方的组成，远未研究到家，乃浪负虚名，深滋愧疚。

自秦皇士著《伤寒大白》，创江南无正伤寒之说，耳食者遂畏麻桂等方不敢用。事实上，临床所见头痛高热，恶寒无汗，骨节酸痛，脉浮紧带数者极多，我径用麻黄汤原方，剂量较重，往往一剂知，二剂已。始知秦氏《大白》之书出，而仲景竟蒙不白之冤。前人称“仲景垂妙于定方”，良非虚语。除张机外，历代名家，

各有精妙之方，用之得当，皆效如桴鼓。这是因为前贤的某些方剂，其配伍组合，已经过反复实践，千锤百炼筛洗而成，我们取精而用，可提高疗效。

二、立法宜奇

用药如用兵，兵法有堂正之师，有奇譎之法。用药之道，初无二致。我平生体弱而少病，偶染小恙，亦不服药。有一次患感冒咳嗽，连续数日，旋致咳嗽昼夜不停，彻夜不能睡眠。不得已乃自处一方，方用诃子 30 克，黄芩 30 克，龙胆草 9 克，甘草 9 克，又加乌梅、干姜、细辛三药。服药约二个小时后，自觉泛泛欲吐，旋即呕吐痰涎及食物残渣，隔半小时又大吐一次，自觉精神困疲，未进晚餐，即卧床安息。事出意料，这个昼夜连续不停的剧咳，竟得一吐而痊愈。是夜安睡通宵，嗣后亦无一声咳嗽，精气爽朗，工作如常。这是用酸苦涌泄的吐法而愈外感剧咳的例子。我自用有捷效，后用治他人，亦每收奇功。此法张子和最擅长，今人多弃置不用，殊为可惜。

中医学上有通可行滞之法，故凡气阻痰壅停饮蕴湿之病，概用通药为主，而重浊厚腻之品，列为禁药。明代张景岳则对治疗痞满、肿胀、痰饮、泄泻等常重用熟地，为世医所呵斥，我年少时亦觉介宾之偏见。以后临床渐多，遇上述病症，在应用常法久而无效之后，乃一试用景岳方，多以熟地为君，用量至少 30 克。某些患者，服后竟得痞胀消，泄泻止，痰饮化，胃纳香。病者获愈狂欢，我亦得手而惊喜。此即中医学上所称的圆机活法。然非学问根柢深厚兼有胆识者不敢用亦不能

用。上述两法,我过去在写论文时,曾经提及,可见奇方非偶致,多自教训中得来。张景岳独擅此奇妙之法。如按一般常规,则临阵先怯,是无法知道此中甘苦的。

三、用药在巧

古哲有言:“大匠能与人规矩,不使人巧”。临床时循法度以用药,学习较方便,至于用巧,则谈何容易!可是自古高手,往往心灵手巧,治法能独出机杼而愈顽痼宿疾。如宋杨吉老的用冰代水,朱丹溪的酒制剂,皆在前医处方上稍加更动而疾顿瘳。《浪迹丛谈》载叶桂治邻妇难产几死,仅在前医催生方中加梧桐叶一片,产立下。后有他医效之者,天士笑曰:“吾前此用梧桐叶,以是日立秋故耳,过此何益!”天士此法,我初不置信,及今思之,似或符合时间生物学的巧思。他如孙思邈处方具有“反、激、逆、从”的巧妙配伍方法。许胤宗的治病风不语,陆严治产妇血晕,皆以药物煎汤薰蒸而起沉痾。清徐灵胎用巧法有鬼斧神功之妙。张子和用汗吐下三法巧治众多疾病,他治一日饮水数升的消渴患者,竟用生姜自然汁饮服而其病得以缓解。他所著的《儒门事亲》中载述的巧法不胜枚举。子和还擅用改变情志法治愈了不少难治的疾病,其构思之巧,在古代名医中最为杰出。目前,医学心理学和行为医学,已为西方医学所重视,子和是此道的先驱者。

四、关键在博

过去程门雪先生在日,尝与我煮茶论医,均认为高明的医生,贵在审证明而用

药准。然而,人体多奥秘,肺腑不能言,正如张机所说:“经络府俞,阴阳会通,玄冥幽微,变化难极”。故虽名家处方,未必药皆中病,叶香岩属纆临歿前夕,对子孙乃有“医可为而不可为”的告诫。所以,品评医生水平的高低,还得看他对每一种病所掌握的治疗方法是多还是少。程公与我,咸有同感。孙思邈所称“医之所患患方少”者,其意正复相同。

试以治眩晕为例来说,近人多囿于“阳化内风”及“无痰不眩”之论,故平肝潜阳或化痰降逆如天麻钩藤饮、珍珠母丸、大定风珠、半夏天麻白术汤、黄连温胆汤等视为枕中鸿宝。其实,治眩方法很多,阳亢可致眩,肝阳不升或下焦虚冷,亦可致眩。升肝阳莫如大芎辛汤,温脾肾则术附汤、真武汤皆有捷效。肾虚致眩,除左、右归之外,无比山药丸更佳。阳虚而风寒入脑者,古方三五七散有卓效。汉防己散治风痰攻注之眩。上热下冷者用增损黑锡丹,上尽下虚者用沉香磁石丸。郁金、滑石、川芎同用,能达木郁之眩。柴胡实治眩良药,今人为“劫肝阴”说而废。他如羚羊附子法、补中益气、当归补血、人参养营等汤,以及攻下、清火、温中、涌吐等法,皆治眩所不废,而目前临床应用者甚少,将何以提高疗效!故博览群书与博采众方,实为当务之急。非博采则不能取精去粗,故“博”为深入研究中医学所必需。

上述的精、奇、巧、博四字,是密切联系的。处方之精、源于博采,奇不离正,巧生于熟,亦皆以博为基础。我的经验教训是:要学好中医,必须继承前人的

宝贵经验,精读诸家医书,又要具备敢于 人的。
实践的精神,只要勤苦钻研,锲而不舍,
相信临床疗效必可提高,功夫是不负有心

*本文由裘老传人李孝刚提供。

上海方氏针灸学术思想概述

陈业孟

美国纽约中医学院 美国 纽约 11501

【摘要】:以方慎盒、方幼安父子为代表的方氏针灸疗法乃近代海派中医四大针灸学派之一,被列入上海市非物质文化遗产名录。方氏针灸学术思想主要体现为师古不泥、变通为用,辨证精确,取穴精少,强调手法、明确补泻,临床上重视风科、擅治瘫痪。思想开拓、善于创新也是方氏针灸的一大特色。方氏针灸传承逾百年,有必要进一步深入研究方氏针灸流派的学术渊源、临床经验,以期发扬光大。

【关键词】:方氏针灸;方慎盒;方幼安;学术思想。

Overview of Academic Thoughts on Shanghai Fang' s Acupuncture Style

Chen Yemeng

New York College of Traditional Chinese Medicine, New York, USA, 11501

【Abstract】: Represented by the father and son of Fang Shen-An and Fang You-An, Fang' s Acupuncture Style was one of the four major schools of acupuncture and moxibustion in modern practice of Shanghai Style Chinese Medicine. Fang' s Acupuncture Style has been included in the Shanghai Intangible Cultural Heritage List. The academic thoughts of Fang' s Acupuncture Style are mainly recognized as respecting the ancient classics but not limiting its further development, making syndrome differentiation accurately thus selecting less acupoints during practice, and emphasizing manipulative methods and affirming the needle techniques of tonifying and reducing. During their clinical practice, they were skillful to the cases related to Wind pathogenic factors so they had rich experiences in neurological disorders especially paralysis cases. Pioneering ideas and innovations are also a major feature of Fang' s Acupuncture Style. Fang' s Acupuncture Style has been inherited for more than 100 years thus it is necessary to further study the source of academic thoughts and clinical experience in order to carry forward which will be beneficial to promote acupuncture developing in the modern society.

【Keyword】：Fang's Acupuncture Style; Fang Shen-An; Fang You-An; Academic Thoughts

20 世纪的中国上海曾是中国中医界的半壁江山，人才辈出，流派纷呈，无论是理论与实践，都对近、现代中医的发展产生过巨大影响。以方慎盒、方幼安父子为代表的方氏针灸乃近代海派中医四大针灸学派之一^[1]，2015 年 6 月上海市人民政府公布“方氏针灸疗法”列为上海市非物质文化遗产名录。方氏针灸理论精深、临床精湛，影响深远，在海外更具一定的影响力。

1. 学术传承与成就

方氏针灸源于清末民初的针灸大师黄石屏。黄石屏（1856 - 1924），名灿，以号行世，祖籍江西清江（现樟树市）。石屏公幼年起习武学医，身怀绝技，针法特殊，以金针“绕指柔”传世，其手法与气功内家功法相结合，特别精到。他善用赤金针，还擅用药灸，学术渊源更溯至明代针灸学家凌汉章^[2, 3]。清末民初悬壶于扬州、上海及家乡一带，医术高明，名闻遐迩。著有《针灸论述》（1915 年），清末状元暨实业家张謇亲自为序，该书对于中风、痹症、咳症、霍乱等症分证选穴详尽。他曾与武术界前辈霍元甲齐名，民国年间畅销书《近代侠义英雄传》多篇章介绍其传奇，上世纪 80 年代电影《魔针》即以黄大师之原型拍摄。2017 年《黄石屏金针疗法传承录》出版问世，“金针”黄石屏再次享誉业内。

方氏针灸创始人方慎盒医师（1893 - 1961），名墉，祖籍安徽合肥，自号知足

斋主人，工于书画，精于针法。师事针灸大师黄石屏，尽得其真传，又随名医宋德宗学中医内科，学成后即在扬州开设诊所，针药兼使，疗效极佳，年方二十已成名一方。上世纪 20 年代起在上海悬壶，并开设馥南金针医院。1929 年中医拟被废止时，曾组织“医学回澜社”中医学学术团体，出版针灸书籍。曾任上海市中医师公会学术科主任，名誉沪上，擅治疑难杂症，为近代针灸的传承与传播作出积极的贡献^[4-6]。著《金针秘传》（1937 年初版、1939 年再版）、《风症指南》（1939 年）和《针灸学源流之大概》等书，其中《金针秘传》一书于 2008 年再次由人民卫生出版社重版。

方幼安教授（1925 - 2004），名正，字善钟，开业后改为幼盒，中华人民共和国成立后通行简体字，改为幼安，乃慎盒公哲嗣，1941 年起随父学习针灸，并师从沈德建、黄西爽、朱少鸿等名家学习中医理论，1944 年就读上海光华大学文学院。1947 年起悬壶沪上，从医 50 余载。早在 1951 年即担任《新中医药》杂志副社长兼总编辑之一。历任上海胸科医院顾问医师、上海市静安区余姚路地段医院医师（文革期间）、原上海医科大学（现复旦大学）教授暨附属华山医院针灸科主任，中国针灸学会理事、上海市针灸学会副理事长、《中国针灸》杂志编委，《上海针灸杂志》副主编、阿根廷中华针灸学会顾问。著有《颜面神经麻痹的金针疗法》（1954 年）、《针灸学精简手

册》(1959年,未刊)、《胸科疾病的针灸疗法》(1960年,未刊)、上海医科大学教材《针灸学讲义》(1986年)、《针灸学多选题评述》(1986年)、《针灸防治中风》(1987年)、《针灸防治小儿脑病》(1988年)、《针灸有效病症》(1990年)、《方幼安针灸临证论文选》(1991年)等专著,共发表论文30余篇。

方氏第三代方兴医师远在阿根廷以针灸悬壶济世,传承家族薪火。笔者有幸于1985年成为方幼安教授临床硕士研究生,忝列方氏针灸之门墙。上海非物质文化遗产“方氏针灸疗法”基地挂靠于以张仁主任医师领衔的上海中医文献馆方氏针灸研究室。复旦大学中西医结合研究院针灸推拿骨伤临床研究所也专门成立了方氏针灸研究室,该研究所另成立北美方氏针灸研究室,挂靠于纽约中医学院。

2. 学术思想特色

2.1 师古不泥、变通为用

方慎盒认为学习针灸首应熟娴经典,不依规矩不能成方圆。《金针秘要》中所列《内经》数篇及《难经》第六十二难以后二十条,“为学人立一基础,……倘由此而探本寻源,推求经义”。认为《灵枢·经脉》为“医学之大本原”,《灵枢·本输》“为针灸家根据认穴、扼要治病之祖,其十二经五脏六腑之井荣输经合各穴之发明,……尤为针灸家不可不读”,《灵枢·九针十二原》乃“针法之祖”。但学经典不宜泥于古法,而要融会贯通,不断进取,以求突破,应知“随机应变之理,而得圆机活法”。如《素

问·咳论》有言“治脏者治其俞,治府者治其合”,而方氏师承的黄石屏大师则认为可以反其说而用之,谓“治痹者,脏取合而府取俞”,因咳症与痹症均有五脏六腑辨证,“如同属肺经受病,是咳则取肺经五输穴之俞穴太渊,是痹则取肺经五输穴中的合穴尺泽;同属大肠经受病,是咳则取大肠经五输穴中的合穴曲池,是痹则取大肠经五输穴之输穴三间”。

慎盒公认为治病无定穴,要根据病情变化与病人个体差异而灵活应用。大凡邪中与人,与正周流上下,或在气分,或在血分,无有定止。故喻用针,正如用兵,彼动则此应,或出以奇,或守以正,无有定则。如医者不究其因,不察传变,惟守某穴主某病之说,执中无权,按谱施治,譬之狂潦泛滥,欲塞下流而获安者,亦偶然而。夫病变无穷,针法也无穷,病或在上而泛下取之,病或在下而从下取之,或近取,或直取,审经与络,分气和血,病随经而在,穴随经而取,庶得随机应变之理。

2.2 辨证精确、取穴精少

石屏公留下资料不多,其《针灸论述》仅列四个病症,估计为未竟之作。但每一病症均详列不同证型的针灸取穴,如咳证,“咳之为病,分风咳、寒咳、火咳、湿咳、痰咳、干咳、劳伤咳各种,而主脏不离乎肺经”。方慎盒认为,治病辨证遵循阴与阳,取穴讲究少而精。认为不依四诊八纲,何能辨别证候?何处可以下手?治脏腑病,常取相应背腧穴,仅一对而已,或取与病脏相关经络之五输穴,亦一对而已,或循经取一、二穴。方幼安教

授继承其父精髓,施治前必先辨证,认为“针灸临床中只有在辨证的基础上才能识别证候的表里阴阳、虚实寒热,才能决定合理的治疗方案”。方教授指出,六淫辨证与经络有密切关系,六淫传递之途径,常借经络之通道,或为害于脏腑,或羁留于肢节,既有外因,复有内因,亟宜辨证施治,方能治病求源。如外风,宜取督脉、太阳经与阳维脉,而内风宜首取肝胆两经以疏肝利胆熄风,兼顾脾胃两经以健脾化痰利湿。其临床辨证简明扼要,且结合针灸特点,如咳嗽,辨病在肺金、肾水、脾土;神经衰弱症常辨证分型为肾虚肝阳上亢与肝脾失调;慢性泄泻辨脾虚湿胜运化无权、或命门火衰不能生土等。在其《针灸有效病症》中设计了各病症首选穴与按辨证配穴组合的处方,简明、实用、有效而获得广大同道欢迎,尤其是许多出国执业针灸者以之为临证指南,至今仍有影响。

2.3 强调手法、明确补泻

方氏针灸常用针刺补泻法为徐疾结合开阖,主张针刺必须得气,但不主张针感强烈,认为行针“轻可去实”,故对实证、热证、表证、阳证亦用轻捻微转之手法,常获良效。方慎盒医师常取同穴施不同手法,治疗虚实不同之病症。如腰痛一症,虽然均取肾俞,但对在阴雨之先或节气之前,腰部不能转侧且肤冷如冰者行补法,以温通肾府祛寒湿而助元阳;而对腰腿热痛,岁在冬季而腰部所盖棉被亦不能紧覆,两足必须露在被外方能入睡者,行泻法以应湿热之邪恋于下焦。慎盒公常谓“针法各有不同”,须看准病原,自然发

无虚射。而方幼安教授也善用不同手法进行补泻,已达不期之临床疗效。如大椎、曲池、合谷三穴,以徐疾结合捻转补泻手法之泻法治疗表实不解之高热不退病例,又以徐疾结合捻转补泻之补法治疗阳气不升、阴邪为祟导致颈项背部寒冷彻骨案例,方教授尤认为大椎一穴为督脉与六阳交会之处,刺之能振奋阳气,既可以解表,又可以固表,确有其独到之处,应讲究操作手法才能达到寒者热之、热者寒之、虚者补之、实者泻之双向良性调节作用。方教授对于控制任脉下腹部针感导向、风池、天突等穴进针方向与针刺手法亦有独到之经验。

2.4 重视风科、擅治瘫痪

1939年方慎盒医师编著《风症指南》一书,提纲挈领,以按语形式解释经典《内经》、《诸病源候论》、《外台秘要》中不同风类大证,如偏枯、痲风、五脏之风、胃风、首风、漏风、泄风、风厥、劳风、酒风、痺风等,以及风瘕、口噤、舌强、贼风、风痉、角弓反张、柔风、不仁、风惊悸、刺风、蛊风、口喎、风猥退、风弹曳等症,同时列举痺症、厥逆、痿症、历节等风类变证,梳理风症产生原因,与人体正气之间的消长关系,辨明病情及主症,为论治风症提供了指导原则,对临床有相当参考价值。中风多由内风引起,亦有兼痰湿蕴留、阻滞络道而成偏枯,如辨证属此类型者,仅治偏瘫而忽视内风,为舍本逐末,必然收效缓慢,如能标本兼顾,将会事半功倍。故在治瘫同时,考虑平肝熄风,蠲涤痰浊。方氏针灸对于中风偏瘫尤有心得,其师承的黄石屏

大师治疗中风偏枯以阳证与阴证区分,各证均有几组有效穴位处方。方慎盒医师常据中风不同见证而选用不同穴位。方幼安教授对中风患者,除对症治疗外还考虑辨证取穴,常分痰浊内蕴、肝肾阴虚、气虚血瘀诸型;他又结合现代医学诊断手段,对中风偏瘫患者头颅CT扫描所发现的病灶性质、部位、范围的结果与针灸疗效进行对比研究,探索其内在规律^[7-9]。当然以体针为主,同时交替使用头针,并选用电针刺刺激或激光穴位照射^[10]。

2.5 兼收并蓄、善于创新

思想开拓、与时俱进也是方氏针灸的一大特色。方慎盒医师早在上世纪30年代初已采用不隔衣进针、并用酒精局部消毒,30年代中还使用铅印《方慎盒诊病表》病历,内容详细,在当时殊不多见,除患者姓名、性别、年龄、地址、年月日、编号外,其他内容还包括“初病经过、现在情形、特别症状、标准治法、处方、结果”,并列有“体气、面色、脉象、舌、嗜好、寒热、汗、饮食、睡眠、大便、小便”以及“身体各部位“头、颈、眼、耳、口、齿、胸、腹、背、腰、手臂、腿足”等项,中医病例如此完整,可谓领时代之先风。他曾自行设计定制过两种针灸器械,一是像是近代梅花针之针具,另一种为“温灸器”,为薰灸结合药

物,而无灼烫之痛苦,均为前人和当时所未有。方幼安教授早年自行设计了针灸辨证取穴的转盘卡,便携实用。长期以来方教授积极探索针灸有效病症,1950年即制作了“针灸疗法适应症”小册子详列十二大系统146种适应症,向病人宣传介绍,三十年后世界卫生组织所推广的43种针灸有效病症中与之重复的竟有28种之多。1990年又与笔者合著《针灸有效病症》,除上述世界卫生组织推广的病症外,书中还介绍其他有效病症41种。从上世纪五十年代开始,方教授参与多项针灸临床研究,如聋哑症、肺结核、子宫脱垂,直至八、九十年代的耳针戒烟、针灸治疗中风偏瘫、糖尿病心脏植物神经病变、颅脑损伤等^[11-14],涉及面之广,令人敬佩。

3. 小结

方氏针灸的学术思想有其先进性、实用性,对临床有相当指导意义,既不失中医针灸传统,又能与时俱进,正所谓“发皇古义,融会新知”,恰是海派中医之精髓。方氏针灸的优势与特色,具有文化价值、历史价值、学术价值与临床价值^[15],已在近代中医发展史上留下重要一笔。方氏针灸传承已逾百年,有必要进一步深入研究方氏针灸流派的学术渊源、临床经验,以期发扬光大,推动现代针灸发展。

作者简介:

陈业孟(1962-),男,医学博士。纽约中医学院院长、全美针灸与东方医学院认证委员会卸任主席、全美华裔中医药总会会长。研究方向:针灸教育与针灸临床研究。Email: yemeng.chen@nyctcm.edu

参考文献:

[1] 传播学术,兼收并蓄一方慎盒[G]//上海市中医文献馆、上海中医药大学医史博物馆编著.海派中医研究丛书:海派中医学术流派精粹.上海:上海交通大学出版社,2008:195-203.

- [2] 魏稼. 黄石屏及其学术思想考略 [J]. 中医杂志, 1987, (4):56-58.
- [3] 魏稼. 黄石屏的针灸学说 [J]. 中医学通报, 2006, (2):14-16.
- [4] 陈业孟. 方慎盒 [G] //施杞. 上海历代名医方技集成. 上海, 学林出版社, 1994, 380-384
- [5] 陈业孟. 针灸名家方慎盒学术经验介绍 [G] //马瑞寅, 黄琴峰. 名医针灸精华. 上海: 上海中医药大学出版社, 1994, 21-25.
- [6] 邴守兰, 纪军, 张馥晴, 等. 方慎盒及其学术思想考略[J]. 中医文献杂志, 2014, (6):28-30.
- [7] 方幼安, 陈业孟, 张其美. 108 例中风偏瘫针刺疗效与 CT 扫描分析 [J]. 上海针灸杂志, 1989, 8(4):1-3.
- [8] Chen Yemeng & Fang Youan. The Principles and Advanced Clinical Observation of Stroke Induced Hemiplegia with Acupuncture Treatment. [J] Dynamic Chiropractic (U. S. A.), 7(15):22, 1989, reprinted in the Journal of The American College of Traditional Chinese Medicine, 1989, 7(3):5-7.
- [9] Ye-Meng Chen & You-An Fang. 108 Cases of Hemiplegia caused by Stroke: The Relationship between CT Scan Results, Clinical Findings and the Effect of Acupuncture treatment [J]. Acupuncture & Electro-Therapeutics Research, The International Journal. 1990, 15(1):9-17.
- [10] 陈公白, 方幼安, 李盛昌, 等. 激光穴位照射治疗中风偏瘫及 CT 随访 [J]. 上海针灸杂志, 1986, (3):6-7.
- [11] 方幼安, 侯耀珍, 包国庆, 等. 耳针戒烟的临床研究 [J]. 上海针灸杂志, 1983, (2):30-31.
- [12] 方幼安, 侯耀珍, 屠天纯, 等. 耳针戒烟与味觉、血浆脑啡肽关系的研究 [J]. 上海针灸杂志, 1985, 4(3):1-3.
- [13] 钱肇仁, 方幼安, 钟学礼, 等. 针刺治疗对糖尿病心脏植物神经病变的影响 [J]. 中西医结合杂志, 1988, (2):81-83.
- [14] 顾国柱, 陈公白, 方幼安, 等. 激光穴位照射治疗康复期颅脑损伤 [J] 上海针灸杂志, 1990, (1):12-13.
- [15] 王海丽. 方氏针灸的优势与特色[G]//张仁, 王海丽. 海派中医学术流派系列图书: 方氏针灸百年集萃. 北京: 科学出版社, 2017: 35-37.

学术探讨

针灸的优势思考

何崇

【摘要】

目的：通过反思与温故，重新认识针灸价值与优势。

方法：文献总结与串读，揉入个人的临床思考，进行思路梳理。

结论：认为针灸的优势在于集兴奋与抑制于一体，集定位与远程治疗于一体，集祛邪与强壮于一身，融对抗性治疗与协调性治疗于一炉这四大方面。

【关键词】 针灸疗法的优势，激励，展示，坐姿治疗，远程治疗，逆势，协调

The Advantage of Acupuncture Treatment

He Chong, AP, OMD, PhD

【Abstract】

Objective: Re-evaluating the advantage or clinical superiority of acupuncture therapy.

Method: general bibliographic review, and reviewing of personal understanding and clinical experiences

Conclusion: The advantage of the acupuncture therapy are intergrade excitation with exhibition, in sit treatment with remote treatment, pathogen removal with energy strengthening, and contraria with coordinating.

【Key Words】: Advantage of Acupuncture therapy, Excitation, Exhibition, in sit treatment, remote treatment, contraria, coordinating

谈到针灸的优势，很多人想到的是针灸的好处，大多从实用性与经济性的角度去考虑，总结出“简、便、廉、验”的针灸的优点。但深入地思考这一问题后，就会发现，这些都不是针灸的优点。

其一，针灸根本不“简”，从技术操作上看，好的针灸刺激是一种稳健与均衡

的刺激，优质针刺会达到“刺浮瓜而不沉，刺睡猫而不睡”的境界，为了实现手指对针体的自如控制，保证针力的单点聚焦深透，去除运针过程中的赘动，医生需要极为艰苦的历练，甚至是一辈子的修行，怎么可能会简呢？怎么复杂都不为过。从治疗技巧上看，临证之时，医生要

从针下之气而对病气与神气的揣摩，然后根据情况，或因势利导，或径行截断，或协调均衡，是一个心中易了，口中难明言，极为精巧的高大上的学问，怎一个“简”字了得？

其二，针灸也不“便”，针灸所指向的目标，与西医较为明确可见的目标不同，是一个可感可意会的东西，却不可以直观的显现，所以，对临床来看，也是非常的不便，《内经》曾对针灸从业者的个人素质有严格的要求，“手巧而心审谛者，可使行针艾”^[1]，这可能与针灸治疗过程中体验与意会的高要求不分不开的。虽然，针灸疗法较之西医的大宗器械，看起来是便了，但从从业者的眼中看，非但不便，而且由于非常的抽象和不直观，以及对意会能力的极高要求，其艰深让大多数人不明就里，根本不“便”。从病人的角度而言，只要解决我的病情，不存在便不便的问题。

其三，针灸也不“廉”，世界上任何好的东西，都是被市场定以高价，因此，低价并不应该是优点，恰恰是缺点，它反映了人们对该治疗方法的低估，从而使这一方法缺少足够的资金投入，从长远的观点看，对技术的发展本身不利，针灸的发展百废待兴，需要大量的资金投入，岂可便宜。当今的欧美医疗的市场对针灸治疗的定价各不相同，但大多数不认同低价，并不存在廉的问题。

其四，“验”是对某一治疗方法的最基本的要求，不可作为其优势。一个不验的东西，连存在的可能性都没有，遑论优势。所以，“验”不是一个特异性的东

西，任何一种治疗方法都必需以“验”为前提。

所以，针灸的优点，不能以物质匮乏时代的经商眼光去界定，应该将针灸疗法放到当今医疗行业的大环境中，与其它治疗方法比较，来找出它的优势所在。

通过比较，有人会说，针灸属于自然疗法，没有毒副作用，应该属于针灸的优势之一，显然，针灸的没有毒副作用，是其优势之一，但没有特异性，因为其它自然疗法如热疗，磁疗等物理治疗方法都具有这一优势，非针灸所独有。

还有些人会说，针灸属于不依赖于胃肠的治疗方法，对胃肠功能不好的病人，还是可以正常的发挥作用。这也是针灸疗法的一个很大优点，但是同样也不是针灸所独有，其它如气功，冥想，音乐等治疗方法，也都具有相似的优点，也非针灸独有的优点。

有人提出，针灸属于体外治方法，可对体表的病变作精确定位治疗，它较之内服药治疗，将全身拖入治疗场中，而不能保证病灶部位的优势药性效价，针灸这一外治方法，具有无可比拟的优势。诚然，它是一个优点，但也并不具有针灸特异性，因为手术疗法及其它各类外治疗法同样也具这一特性，今天的放射介入治疗，将这一治疗优点发挥到了极致，因此，也不能看作是针灸的优势。

那么，中医的优势究竟是什么呢？

在讨论针灸治疗之前，首先，我们引入两种治疗理念。单靶点对应治疗与多靶点协调性治疗。

单靶点对应的治疗,是指针对单一病态靶点进行治疗的方法,这个靶点可以是某细菌,某病毒,某种特定位置、某特定损伤类型,根据这一靶点,选择特殊的、有针对性的治疗手段,对靶点定点清除与纠正的治疗方法。该方法的优点是治疗准确性高,作用力聚焦,显效快,结果可精确对照与判别。不足是成本高,作用单一,而且其“正常”的判别标准固定,缺乏个体的灵活性。

多靶点协调的治疗,是指对体内多种紊乱加以调整的治疗。协调性治疗不着眼于纠正某单一病理靶点,而是将每一病理靶点都放入一个整体的系统中,通过协调各病理靶点间的关系,从而达成在该环境状态下机体系统效益的最大化,以保证人体生理功能的顺利达成。协调多靶点治疗的优点是简洁而高效,它可以在众多病态共存时,不去一一处理各病理靶点,而用最少的干预措施获得最大的临床效果,并且它具有突出的个体特异性。缺点是,对系统评价的动态性、多角度性,时效性以及内外环境相关性,难以用同一的标准来规范,同时,它对病理靶点缺少针对性的修正,而依赖调整后系统对个体靶点泛泛的优化,可能会为系统稳定性留下隐患。

一个好的治疗理念,应该是集以上两者为一体的治疗观,任何执一于某一治疗理念的态度都是片面的。那么,针灸疗法的优势体现在什么地方呢?通过临床的观察与总结,可以看出针灸疗法正是集单靶点治疗与多靶点治疗于一体的治疗方法。针灸的临床优势可以有以下四个方面。

1. 针灸是集兴奋与抑制功能与一体的治疗技术

兴奋性的治疗作用与抑制性的治疗作用在其它治疗手段上一般都是以单一的形式出现的,以其作用目标相反,又可能会有相互效应抵消的问题,一般不会同时出现某治疗过程中。而针灸疗法则可将兴奋的作用与抑制的作用整合在同一个治疗过程中。这种现象曾被称为针灸的“双相调节”作用。

临床上的例子不一枚举,如对于中枢性的瘫痪,既有失神经支配后的肌力丧失,需要兴奋性激发治疗,亦有失上位中枢控制的肌兴奋性增高的表现,应该作抑制性处理,一对互为矛盾的临床表现同时显现于一个病例上,单独治疗任一方面,都会恶化另一方面的病情,治疗上一般被看作是一个令人进退失踞,左右为难的难题。

针灸疗法则可通过取阴经穴的方法加以治疗,既可以缓解肌束颤,肌张力增高的问题,同时也可以提高肌力,有机地融合兴奋与抑制效应于一体,改善肢体的运动功能。这种用一种治疗而调整相反相成的两面的治疗手段在其它的疗法中是不多见的。

中医对于此效应的解释是,对于中风瘫痪,病症早期可见“阳缓而阴急”的问题,即内侧肢拘急,而外侧肢弛缓,属于阴阳蹇经络的失调,《灵枢·寒热病》说“足太阳有通项入于脑者,正属目本,名曰眼系。头目苦痛,取之在项中两筋间。入脑乃别阴蹇、阳蹇,阴阳相交,阳入

阴, 阴出阳, ”^[2]这条经络出了故障, 就会出现“阳缓而阴急”的问题。该问题的核心是阴伤, 或曰阴脏伤, 由于阴阳相交, 阴脏伤则“阳缓而阴急”, 即肢体外侧面软瘫, 内侧面相对性痉挛。而通过针灸径治其阴, 就能调节肌肉内外侧的张力差异, 而使瘫痪的症状得以缓解。

兴奋与抑制, 从某种角度上看是事物的一体两面, 只着眼于面, 则会在是兴奋抑或抑制方法的选择上首尾两端, 无所适从, 如果站到一个或高的角度去看, 从整体去分析, 则会豁然开朗。针灸疗法的角度看, 一个疾病的发生, 或会有一个根, 在这个根上出了问题, 可以出现单相的症状, 也可能出现多相的症状, 在解决根的问题后, 各类症状均会消失, 即便是相反的一对表现, 也会统一于根这个主要矛盾上, 而得到共同的缓解。

2. 集局部定位治疗与远程调功能于一体的技术

针灸疗法是一个既可提供局部疗效也可以作远程调控的疗法。作为一种体表治疗方法, 针灸是一种对定位靶点的准确性要求很高的治疗方法, 它是辨经施治的基础, 如果定位不准, 针不在位, 就会出现搔不到痒处的问题, 也不会获得气到病症的感觉。

针灸不仅是一个治疗体表局部病变的方法, 同时也是一个通过体表刺激治疗全身病症的工具, 即所谓的远程的治疗效应。

针灸的奥妙所在, 就是把局部病症, 从全身角度来治, 如“头面之疾针至阴,

脚腿有疾风府导”, 全身性疾病局部治, 如“伤寒痞气结胸中, 两目昏黄汗不通。涌泉妙穴三分许, 速使周身汗自通。”^[3]更精到之处是, 它还能将局部与全身的疾病的治疗整合到一个治疗之中, 即在一个治疗中, 既治疗局部病又治疗全身性疾病, 尤其是全身与局部关联性疾病, 更是一石双鸟, 四两拔千斤。

比如患者患有胃炎, 同时有唇肿的症状, 唇疹可取承浆, 而该穴同时又可治疗胃肠道消化酶分泌不足的问题, 针一穴, 既缓解了唇部的肿胀, 也对胃部的胀气, 消化不良起到了疗效, 这就是集局部定位与远程调控为一体的治疗技术。

3. 集祛邪与强壮功能于一体的技术

针灸疗法既可以有祛邪的疗效, 同时也具有身体的强壮的效应。临床上, 对于一些既有炎症发作, 同时又有体质虚损的病例, 两者常常会相互影响, 使病情向负面发展, 炎症可以加重元气的消耗, 使虚损益盛, 而虚损后, 由于机体抵抗力不足, 往往又使炎症的治疗的效应滞后, 有经验的医生都会考虑用祛邪与补虚同治, 以打破这个恶性循环。而由于针灸具有这个双相效应, 因而, 临床上就会有无可比拟的优势。

针灸的祛邪效果, 已被临床观察所证实, 《行针指要歌》有“或针风, 先向风府百会中。或针水, 水分侠脐上边取。或针结, 针着大肠泄水穴。或针劳, 须向膏肓及百劳。或针虚, 气海丹田委中奇。或针气, 膻中一穴分明记。或针嗽, 肺俞风

门须用灸。或针痰，先针中脘三里间。或针吐，中脘气海膻中补。翻胃吐食一般医，针中有妙少人少知。”^[4]都是针灸治疗邪盛之证的重要记述。

针灸的强壮作用并不为大多数人所认可，关于这一点，古来就有不少争议。有人曾从针灸属一种有创性刺激，对人体有着或多或少的损伤，因而提出了“针无补法”的观点。临床上，常见病人接受针灸治疗后，会有一种疲倦感，晕醉感，都被看作是针灸伤气的证据。但临床上还发现，作长期针灸的病人，却出现精力与精神状态的改善的情况，因此可以作出一个初步结论，单一针灸刺激后，病人会出现暂时性的气损情况，但长期针灸治疗，由于持续的外在刺激，可能会将机体的免疫机制保持在一个常规性的唤醒状态，从而增壮了机体的自我防护能力，使机体一直保持着活跃的代谢状态，从而令身体强壮。

由此，可以将这一特色归纳为针灸既有祛邪功能，又有强壮功能，是一个集祛邪与强壮功能于一体的治疗方法，它能使祛邪与补虚同步进行。不但可通过穴位配伍的方式达成，又可通过单穴的治疗而获得。

妇女的盆腔疾病，尤其发生在更年期后，病人既有盆腔的炎性病证，如湿热，瘀血等，同时又存在冲脉的虚损问题，选三阴交，阴陵泉，既可以化瘀消炎，也可以调补冲脉，健脾益血。一针而兼两任，是非常有效的方法。

谈到补虚，《内经》说“虚则补

之”，似乎补益之法是治疗虚证的不二法门。临床观察发现，真正给予患者营养，始终存在患者能不能受的问题，真正的强壮之法，往往不是因为我们给予了病人什么，而是我们打通了病人自我摄取、自我完善的通道，最终神气归之，则强壮自来。辨证地看等强壮治疗，应该是在某种程度上，祛邪亦扶正，我们并不能给予患者任何东西，患者可以拥有的东西都是上帝给的，针灸仅是患者自我康复与强壮道路上的一个开路先锋而已。

4. 集协调与对抗功能为一体的技术

针灸疗法既可作对抗性治疗也可以作调整性治疗。

所谓对抗性治疗是指采取然对疾病本身的成因直接对抗、移除，使用药物成份或物理操作等方治疗疾病的方法，这是一个由塞缪尔·哈内曼 1810 年提出的概念。

虽然很多人认为针灸只存在基于神经支配下的功能调整作用，并不具有对抗性治疗作用，它不能象西药那样具有杀菌杀病毒等其它病原体的作用，但通过临床观察，似乎表明针灸是可以做对抗性治疗的，即针灸对于细菌与病毒性疾病是有作用的。

如针灸治疗红眼病，急性球睑结膜炎，内迎香刺血，太阳刺血，均可达到症状的迅速改善作用，而且治疗后，效果稳定。化脓性中耳炎，用足少阳胆经穴位配合局部治疗，可以在治疗 2-4 次使外耳道流脓停止，这是针灸对于细菌性疾病急性症状控制作用的又一个实例。邱茂良教

授曾经对针灸治疗细菌性痢疾的临床观察发现，针灸后大便细菌培养转阴。这都是针灸治疗病源体所致疾病的例子，从侧面佐证的针灸的对抗性治疗效应。

协调治疗是刘绍武先生提出的，他认为，人体是一个整体，任何疾病，尽管是局部的，也不能凌驾于整体之上，只有整体的存在，才有局部表现的意义。没有整体的根本调节，就没有持久意义上局部的症状改善。协调治疗就是以整体平衡为目标的治疗方法。

针灸运用传统中医基础理论，经络理论，其特色之一就是整体观念，长于对于整体的协调与调整性，在针灸医生的眼里，任何外在病证的出现都是内在不协调的产物。《灵枢·邪客》说：“肺心有邪，其气留于两肘；肝有邪，其气流于两腋；脾有邪，其气留于两髀；肾有邪，其气留于两膕。凡此八虚者，皆机关之室，真气之所过，血络之所游。邪气恶血，固不得住留。住留则伤筋络骨节；机关不得屈伸，故痠挛也。”^[5] 揭示了内外病证间的相互映射关系。其它如，胃病则肩病，大肠病则鼻病等，也为临床所常用。这种内外病证的相互映射关系对于针灸医生临床的诊断与选穴治疗关系重大，这类关系认识得越透，临床治疗的针对性就越高。

针灸还可以通过奇经协调多经同病的问题，如通过调冲脉治疗胃心胸的病证，通过取阴维治疗多种胸腹部的内脏病证，诸血证，取血会，诸筋证取筋会，不一而足，都是取一经而多经可得以调整治疗先例。先贤提出“多针可恶”，反对“广络

原野”，漫身下针，但临床上要能够做到精准选用穴，则必须对身体的紊乱状态有较敏感的洞察力，才可达单针轻捷的治疗效果。

由上可知，针灸既可用作对抗性治疗，又作协调与调整性治疗，它的妙处就在于，好的治疗方法可以将两者有机的结合，直击病的死结之处，方简效宏，可能更是一个从根本上解决问题的治疗方法。

将对抗性治疗与协调性治疗加以有机结合的治例之一就是四缝穴治疗小儿疳积的方法。

小儿疳积，多见于婴幼儿，很多是由于肠道结核感染所致，一方面，患儿有虚热，另一方面，还有食积，消化酶分泌不足，同时由于营养不良，孩子经常感冒，咳喘，由于涉及到多个器官的问题，整个人体的自我协调与平衡功能受到了严重影响，当人体自我协调功能缺位时，整个病情都向坏的方向发展，四缝的选用就是一个

体现了集对抗性治疗与协调性治疗于一体的方案。

从对抗性治疗角度看，四缝映射机体的胸，膈，上腹与下腹四个部位，这四个部位的真气不从，气血阻闭，需要选用该穴针对局部病变的对抗性治疗，可以清泻内脏的邪气，杀菌消毒，宣通气机，破瘀化滞。

另一方面，它还是一个多脏器的功能调整方案，它既可调节消化酶，又可以调整肝胆的功能，同时，还可以治疗咳喘，便秘与腹泻等问题，一穴多用，使整个病情的势头都拉回来了，在这类复杂症候群

的情境下,任何一种单目标的治疗手段都是显得较苍白的。

临床上仅用一组经外奇穴,将对抗治疗的效应,与协调治疗的效应有机地结合在一起,实现了同步对于痞疾这一极为复杂疾病的全方位治疗,直中病证的死结所在,所谓“小针之要,解结而已”,是一

个高水平针灸医生所设计的非常理想治疗方案,很值后学的效仿。

关于针灸优势的问题,曾经有过不少的人对这个作过思考,很多人的思考非常的深入,这里只是我个人的一些观点,很可能有不妥当的地方,希望能得到大家的批评与指正。

参考文献:

1. 王冰辑,吴连胜,吴奇译,黄帝内经.灵枢.官能七十三,中国科学技术出版社,北京,1997,783.
2. 王冰辑,吴连胜,吴奇译,黄帝内经.灵枢.寒热病二十一,中国科学技术出版社,北京,1997,610.
3. 施土生,针灸歌赋校释,山西新华书店发行,太原,1987,151-152.
4. 施土生,针灸歌赋校释,山西新华书店发行,太原,1987,119.
5. 王冰辑,吴连胜,吴奇译,黄帝内经.灵枢.邪客七十一,中国科学技术出版社,北京,1997,775.

针灸治疗效应的现代分析

闫怀士¹,周瑾²,高晨³

- 1.中国科学技术大学附属第一医院中医针灸科,
- 2.安徽医学高等专科学校,
- 3.中国科学技术大学附属第一医院麻醉科

【摘要】“针”“灸”是两种不同的治疗方法。用现代物理学物质的基本理论“波粒二象性”,解释“灸”治疗效应的原理,为进一步研究艾灸和隔物灸治疗的机理提供了思路与方向。在神经电生理中,肌电图(MEG)检查显示的“插入电位”指标与针刺原理有着密切的关系,能更好地理解“针”刺的治疗效应,可以为研究各种针刺手法最基本的机理提供相对应的和最直观的实验方法。同时,为正确使用电针治疗仪,提供相对标准化和可重复性的模式。以上针灸治疗效应的现代分析,为实现针灸现代化奠定了基础。

【关键词】 艾灸的波粒二象性;插入电位;电针治疗仪;针灸治疗效应

Modern Analysis of The Therapeutic Effect of Acupuncture And Moxibustion

Yan Huaishi, Zhou Jin, Gao Chen

1. The First Affiliated Hospital of USTC, Division of Life Sciences and Medicine, University of Science and Technology of China, Traditional Chinese Medicine and acupuncture department

2. Anhui medical college, Hefei, Anhui, China

3. The First Affiliated Hospital of USTC, Division of Life Sciences and Medicine, University of Science and Technology of China, Anesthesiology Department

【 Abstract 】 “Acupuncture” and “moxibustion” are two different treatment methods. With the basic theory of matter in modern physics “wave particle duality”, this article explains the principle of the therapeutic effect of “moxibustion” and provides ideas and directions for further research on the mechanism of moxibustion and object-separated moxibustion treatment. In neuroelectrophysiology, the index of “insertion potential” shown by electromyography (MEG) is closely related to the principle of acupuncture, which can better understand the therapeutic effect of “acupuncture” and provide the corresponding and most intuitive experimental method for studying the most basic mechanism of various acupuncture techniques. The above modern analysis of acupuncture treatment effect lays a foundation for the realization of acupuncture modernization.

【 Key words 】 wave-particle duality of moxibustion; insertion potential; electroacupuncture therapeutic apparatus; therapeutic effect of acupuncture and moxibustion

前 言

与现代医学相比，对于针灸治疗原理的科学研究相对滞后。这个“滞后”决不是我们的针灸治疗（操作）手段落后，而是目前诠释针灸治疗机理和原理不太符合现代科学的标准。本文结合自己在综合性（三级甲等）医院从事临床针灸工作 30 多年的探索与研究，

从现代科学的角度诠释针灸,分析针刺疗法和艾灸疗法治疗效应的基本原理,使我们从新的高度重新认识针灸,为针灸治疗效应机理的研究提供思路与方向。

1. 艾灸效应

根据现代物理学的基本理论“波粒二象性”,微观粒子的存在形态既具有波的力场性质,又具有粒子的实物性质^[1]。波粒二象性能够间接解释艾灸燃烧时治疗效应的原理,为进一步研究艾灸和隔物灸治疗的机理提供思路与方向,将会使我们在新的高度重新认识艾灸治疗。

1.1 艾灸疗法“波的性质”

现代物理学已经证明,活的人体本身是一个天然的红外辐射源体,同时也不断地吸收外界的红外光,并且人体通过辐射热交流,保持机体与外界环境的平衡,维护人体内各系统器官的正常功能。温热刺激是灸法临床治病的最为关键的因素之一^[2]。不同的艾灸距离产生的红外温度不同,在未达灼痛感时的最佳施灸距离行针灸治疗能达到最佳疗效^[3,4]。

当艾灸的红外光作用于局部组织时,组织吸收光能将其转化为生物能储存在三磷酸腺苷(ATP)分子中。随着ATP的水解,ATP转化为二磷酸腺苷(ADP),并释放能量,释放的能量作为生命活动的能源,借助于机体反馈调节机制,纠正或改善病理生理状态,以达到恢复正常机体功

能的目的。这就是艾灸治疗疾病的原理之一。

艾灸的温度是可以简单模仿的。近些年研制出的仿灸仪器,就是通过研究分析艾叶燃烧发出的热频谱,模拟艾灸产热波的频率与温度,研制出的仿灸仪器如TDP神灯^[5]、红外线理疗仪^[6],收到良好的临床疗效。

1.2 艾灸疗法“粒子的性质”

任何物质都是由其特有微小的粒子组成的。物质在燃烧前,加热到一定温度的过程中,会四散逸出该物质所特有的微小粒子,这种分散的微小粒子是物质原有性质的最小微粒,保持着这种物质对人体的特有的生物学特性。

我国传统的艾灸疗法,艾叶在点燃之前,在加热过程中,艾叶的特有粒子会四散逸出。这种粒子具有艾叶的对人体的特有的生物学特性(药理)效应。这就是艾灸疗法“粒子的性质”。

虽然科学研究已经知道,物质燃烧会产生其特有微小粒子的现象,但是还没有进一步研究这种特有微小粒子的科学手段。

1.3 艾灸疗法的“波粒二象性”

其一,就是艾叶燃烧发出相应光谱波能的温度,具有热的治疗作用^[7];

其二,艾叶在燃烧加热过程中不仅产生红外辐射,同时释放挥发油、黄酮类、鞣质类和多糖等物质,四散逸出具有艾叶特有药理作用的粒子,与热辐射波能一起改变疾病的转归^[8,9]。艾灸疗法这种热(波)与药(粒子)的双重作用就称为艾灸的“波粒二象性”。

这样就不难理解艾灸治疗中隔物(药)灸的特有的治疗原理了。理解了艾灸疗法的“波粒二象性”,将会使我们在新的高度重新认识隔物灸治疗。

1.4 间接隔物灸

间接隔物灸是将纯净的艾绒,用手搓捏成圆锥形的艾炷,在艾炷与皮肤之间用某种药物隔垫开,然后点燃艾炷施灸^[10]。药物加热时,会逸出药物特有的微小粒子,并可以有效的穿过皮肤组织,通过相应的腧穴而发挥独特的治疗作用。根据所用隔垫的药物不同,其治疗作用也不相同。间接灸有许多种,如隔姜灸、隔蒜灸、隔盐灸、隔附子饼灸、隔龟甲灸、隔中药灸^[11-13]等。

1.5 艾灸疗法的研究方向

艾灸治疗不只是单纯利用燃烧产生的温度,还考虑到艾叶本身的药物粒子作用。据此可以拓展艾灸治疗的范围,为发

明和利用其它药物的各种隔物(药)灸疗法指明方向。

从了解了艾灸疗法“波粒二象性”,得知艾灸治疗是通过温度和艾草药性双重作用于人体穴位,发挥其治疗效果。艾灸研究需从两个方向着手,缺一不可。回顾艾灸治疗的研究文献,绝大多数的报道,只是对艾灸所产生温度的热辐射“波”的研究。艾灸产生的热辐射光谱(频率)能量,生物组织对其吸收性强及产生的生物效应亦明显增强。目前,虽然艾灸的替代品(灸疗仪)已有不少,但疗效不尽人意。究其原因,这些仪器可能只简单模仿了艾灸所产生的温度这一单一变量对人体的影响。

而艾叶及其它中药所具有的独特药性治疗作用的微小粒子,由于目前的科学技术手段,还没有能力分析这些逸出的微小物质粒子,更谈不上利用艾灸所产生的药物治疗作用了。因此,目前的艾灸替代仪器产品,不能完全代替传统的艾灸疗法。以这些为切入点,研究探讨艾灸治疗对机体产生良好作用的机理,将会使我们在新的高度重新认识艾灸治疗。

2. 针刺效应

艾灸具有良好的治疗效果,同时针刺也不失为提高中医疗效的有效方法。当代的针灸医生一直在探求针刺人体穴位,究

竟是通过什么来治疗疾病的？从现有的西医学中能否找到产生针刺效应的线索和指标呢？

2.1 针刺的效应指标——插入电位

早在上个世纪七十年代开始的神经电生理的肌电图（MEG）检查^[14]中就能检测出插入电位。“插入电位”操作与针灸“提插捻转”的行针操作相似，此项可视、可测定的指标与针刺原理有着密切关系。所谓插入电位，就是正常肌电图在针（电极）插入正常人体肌肉的瞬间，因刺激而产生的短暂的、相当大的电位爆发。如果针在肌肉中，连续地做“提插捻转”操作，就能够产生由机械刺激引起的一连串可以记录到的高电位^[15,16]。这就是针刺“提插捻转”手法，对机体产生（神经电生理）效应的基础之一。“插入电位”为理解针刺最基本的机理，找到了相应的、最直观的实验依据。

“插入电位”电信号在通过神经传入大脑前，被记录了下来。检测所显示的这个“插入电位”的电量相当大，远远大于肌肉静止留针时的“静息电位”。这种由针刺所产生的插入电位是毫伏（mV）级的；而人的静息电位是微伏（ μV ）级的，二者是 1000 倍的数量级。也就是说，针灸医生“提插捻转”的行针操作动作所产生的电信号，是人体静息状态电信号的 1000

倍。

另外，“插入电位”的电量与针的直径粗细程度和行针深度和频率也有关系^[15,17]。古代最细的针灸针，也比现代最粗的针要粗得多。如果使用现代的不锈钢毫针产生古代（粗）针的针感（效应），通过加强“提插捻转”操作手法，可以完全做到同样的针感，但当今没有几个人愿意接受如此强度（疼痛）的刺激。

2.2 合理的微损伤——针刺疗法

针灸是调动了人固有的自我修复能力，而进行合理的微损伤性疗法。客观地讲，目前西医学对于“插入电位”的研究并不是很清楚。根据人类具有“与生俱来”的神经自我保护机制看，插入电位是人体组织为了告知中枢大脑，由针刺伤害性刺激源所产生的电信号。这种电信号，通过神经传导到大脑，使大脑启动相应的、人固有的自我修复系统，做出相应的应激反应^[18,19]。这恰恰说明了针灸治疗的实质：合理性的针灸微损伤，调动了人体固有的强大的修复能力。

简单地说，针刺可以使人体组织产生“电”，这使我们更好地理解针刺的治疗效应，针灸的“得气”可以理解为“得电”，得到电信号。“插入电位”还可以为研究针刺各种手法，提供相对应的、最直观的实验方法。

3.提高针刺治疗效应的手段——电针治疗仪

随着科学的进步，医学仪器的发展，电针治疗仪应运而生。医生在掌握针灸操作的同时，通过电针治疗仪的使用，产生加倍的治疗效果，不禁让人无限惊喜。

3.1 电针频率的补泻原理

外界刺激对神经的影响，可以简单的分为两大类，一是兴奋神经，二是抑制神经。结合“补泻”的定义，兴奋神经就能发挥“补”的作用；抑制神经就能发挥“泻”的作用。

日常生活中，不同频率的声音会对大脑功能活动产生不同的影响。听觉器官（内耳）将外界声音转换成电信号传入大脑，不同频率的声音产生不同频率的电信号，对大脑神经兴奋度，产生着明显的不同影响。我们以此来清晰直观地理解，不同频率的电针，会对神经产生的不同影响^[20]。

3.1.1 固定频率：乘坐汽车的发动机和火车震荡的噪音，都是固定频率的噪音。传入耳中，内耳将转换成固定频率的电信号传入大脑，大脑会出现抑制反应现象——打瞌睡。车开动一会儿就使人昏昏欲睡。这是由于大脑受到固定频率刺激时，产生的本能抑制反应。

3.1.2 变化频率：人们在听到变化频率大的乐曲，如雄壮的进行曲、迪斯科音乐等频率变化大的声音，大脑神经则产生兴奋的冲动，会使人精神抖擞、兴奋不已，这也是大脑做出的情不自禁的反应。这就是不同频率的电，对神经产生不同影响的基本原理。

当神经受到变化频率的电刺激时，会激活神经元、神经功能网络、神经核团，使神经兴奋。电兴奋可以鼓舞人的脏腑之气，就是针灸“补法”所追求的治疗效果；反之，当神经受到固定频率电刺激时，会使神经的兴奋性受到抑制，就是针灸“泻法”的治疗效果^[21]。

3.2 电针频率补泻的具体应用

3.2.1 频率“补法”选用变化频率的“疏密波”，电刺激时间一般半小时以内，可以增加能量代谢、促进血液循环，使脏腑、肌肉的神经兴奋。我们在临床上常用于治疗各种“痿证”，如面瘫，上、下肢的瘫痪等^[22]。

3.2.2 频率“泻法”与“补法”相对，选用固定频率的“连续波”，电刺激时间一般半小时以上。当神经受到较长时程刺激后，会使神经的兴奋性受到抑制，产生的止痛效应，相当于麻醉药的作用。我们在临床上常将电针“泻法”应用于治

疗三叉神经痛、肾结石的痉挛性疼痛,甚至癌症引起的各种疼痛等^[23]。

除了频率,关于电针治疗时电量大小的选择也是补泻的关键。

3.3 电针电量的补与泻

现代电生理学研究表明:人静息状态产生的电位是微伏(μV)级;“提插捻转”等针刺手法产生的插入电位是毫伏(mV)级;而电针治疗仪所使用的电量是伏特(V)级的。它们彼此之间的差别是1000倍的数量级。也就是说,电针治疗仪器输出的“电信号”是伏特(V)级的,比针灸“提插捻转”各种行针所产生的“电信号”毫伏(mV)级,要大1000倍。电针治疗的效应可想而知,但在人体可接受的治疗范围内。

关于“补泻”的刺激量,从主观上说是一个相对的量。每个人对疼痛的耐受度不一样;同样,每个人对电的反应和耐受度也不一样。“补法”应该以患者不难受为度,输出的电量开到患者能感受到“疏密波”变化频率的电麻感即可。也就是说,能忍受,不感到难受或比原有病痛有舒适感。反之,电针仪的输出电量尽量开大,开到病人能忍受的极限就是“泻法”。

另外,前期实验表明电针刺刺激电量的大小有规律可循。一般面部小于额部,上

肢小于下肢的电刺激量;电刺激量与针刺穴位离神经干的远近有关,距离神经干近的用电量小,远的用电量大;同一个病人,随着疾病的病情好转,电刺激量会下降,逐渐接近正常组织耐受量。

相对于受到医生个体因素的影响,很难有客观的标准和量化的指标来衡量单纯针灸操作技术,电针治疗仪的应用使针灸操作技术就有了一个相对标准化和可重复性的模式。

4. 结语

“针”“灸”作为我国最古老的疗法应用于治疗各种疾病,作为两种不同的治疗方法,既可以单独使用,亦可以联合使用^[24-25]。本文通过物理学原理通俗易懂地间接解释各种艾灸治疗方法的治疗效应,既有“波”的效应,又有“粒”的效应。初步从理论上揭示了各种灸法的科学性所在,为进一步研究艾灸疗法指明了方向。同时,利用与针刺操作相似,可产生“插入电位”的肌电图这一现象,看作是针刺对机体产生的神经电生理效应,为进一步研究针刺疗法,找到最直观的实验依据。并根据不同频率电信号,对大脑神经兴奋度的影响,初步阐明了电针治疗的补泻依据。从理论上证实了现代针灸电针治疗仪的可行性和治疗优势。

通过对针灸治疗效应的现代分析,为实现针灸治疗技术现代化奠定了基础。我们相信,现代针灸关键技术的突破,必将

推动针灸理论的推陈出新;理论的发展必将把技术推向更高层次。

参考文献

- [1] 司振阳. 从波粒二象性角度探讨中西医结合的思路[J]. 中医杂志, 2018, v. 59(16):93-95.
- [2] 黄河, 欧阳里知, 胡明岸, 等. 基于生物传热学的艾灸疗法物理学剂量研究[J]. 世界中医药, 2019, 14(3):521-526.
- [3] Liu Qiong, Sun Tian-ai, Liang Hao, et al. Clinical observation on the correlation between moxibustion sensation and distance of moxa stick. [J]. J Acupunct Tuina Sci, 2017, 15(4):237-241.
- [4] Lin LM, Wang SF, Lee RP, et al. Changes in skin surface temperature at an acupuncture point with moxibustion[J]. Acupunct Med, 2013, 31(2):195-201.
- [5] 邝玲玲, 解晖. 针灸结合 TDP 神灯治疗颈肩腰腿痛的临床疗效分析[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(8):114-115.
- [6] Io, H, Nakata, J, Aoyama, R. et al. Far-infrared therapy for secondary vascular access patency of hemodialysis patients. J Ren Replace Ther, 2019, 5:31.
- [7] 郭媛, 许雪梅, 尹林子, 等. 不同灸材和艾材燃烧辐射的光谱特性[J]. 中国组织工程研究, 2018, 022(014):P. 2233-2238.
- [8] 郑婷婷, 田瑞昌, 刘国辉, 等. 艾叶及其燃烧产物有效成分的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(01):243-246.
- [9] Liu H R. Effects of moxibustion on dynorphin and endomorphin in rats with chronic visceral hyperalgesia[J]. World Journal of Gastroenterology, 2010, 16(32):4079-4083.
- [10] Yang H S , Fang Y G , Xu H F , et al. Systematic evaluation on the clinical efficacy of acupoint stimulation therapy for treatment of premature ovarian insufficiency on the basis of network Meta-analysis[J]. World Journal of Acupuncture Moxibustion, 2017, 27(3):26-39.
- [11] Pang G S, Chen Z L. Therapeutic observation of acupuncture plus turtle-shell-partitioned moxibustion for diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. J Acupunct Tuina Sci, 2016, 14(1): 22-25.
- [12] Yung T Y, Zhang H, Tang L C, et al. Acupuncture and herbal moxibustion for the treatment of 'BiQiu' (allergic rhinitis symptoms) in a Hong Kong Chinese medicine clinic: a randomized controlled trial[J]. Chinese Medicine, 2019, 14:50.
- [13] Yang Ling, Zhao Ji-meng, Guan Xin, et al. Observation on the effects of different partitioned moxibustion in treating ulcerative colitis[J]. Journal of Acupuncture & Tuina Science, 2016, 14(4):231-241.

- [14]Jonsson B , Reichmann S . Radiographic control in the insertion of EMG electrodes in the lumbar part of the erector spinae muscle[J]. zeitschrift für anatomic und entwicklungsgeschichte, 1970, 130(3):192-206.
- [15]李涛,任景,彭新.不同频率浮针治疗顽固性面瘫的疗效观察[J].针灸推拿医学(英文版),2019,17(6):432-437.
- [16]刘立安,孙佰君.根据表面肌电图选穴电针治疗周围性面瘫临床观察.[J].中国针灸,035(6):553-556.
- [17]Joshi N, Araque H. Neurophysiologic basis for the relief of human pain by acupuncture[J]. Acupunct Electrother Res, 2009, 34(3-4):165-174.
- [18]李磊,孙冬玮,俞梦瑾.针灸对颅脑损伤患者氧化应激反应的影响[J].中国伤残医学,2019,27(13):30-31.
- [19]蔡伟彬,杨柳,闫晓宁,等.头穴电针对帕金森小鼠运动功能及氧化应激反应的影响[J].广州中医药大学学报,2017,034(002):204-209.
- [20]闫怀士.指尖上的医术--针灸[M].北京:人民卫生出版社,2017:19-21.
- [21]何晓茜,唐雪青,刘旭峰,等.关于针刺捻转补泻法的演变及思考[J].环球中医药,2019,12(7):1028-1032.
- [22]刘立安,朱云红,李清华,等.不同波形电针治疗周围性面瘫的疗效比较与安全性评价[J].世界针灸杂志(英文版),2013,23(2):17-21.
- [23]陈顺.电针治疗缺血性脑卒中后肩关节痛临床疗效观察[J].亚太传统医药,2019,15(6):146-149.
- [24]Li J , Hu X , Liang F , et al. Therapeutic effects of moxibustion simultaneously targeting Nrf2 and NF- κ B in diabetic peripheral neuropathy[J]. Applied Biochemistry & Biotechnology, 2019, 189(3):1167 - 1182.
- [25]Sun Y, Yuan, J. & Yang Z. Effectiveness and safety of moxibustion for primary insomnia: a systematic review and meta-analysis.[J]. BMC Complementary & Alternative Medicine, 2016, 16:217.

临床各科

The Advantages of TCM Treatment for Helicobacter Pylori Infection Positive

(Chinese Acupuncture and Herbs Center, 10333 Seminole Blvd. Suite 5 Largo, FL 33778 USA)

Tian Haihe

【Abstract】：

Helicobacter pylori (*H. pylori*) is a type of special bacteria which mainly stays in G.I. tract. Evidence has shown that it connects with many diseases and is not limited to gastritis, peptic ulcer or carcinoma. Western medicine can provide some treatments, but Traditional Chinese Medicine (TCM) can offer better options. The patients could get much better results as well as minimum side effects, with a low relapse rate. TCM can improve the clinical symptoms and eliminate *H. Pylori*, it can restore the G.I.'s functions as further help. TCM, includes herbal medicine and acupuncture for this disease will be introduced.

【Key Words】 : *H. Pylori*; G. I.; TCM; Acupuncture; Herbal Medicine

中医治疗幽门螺杆菌感染阳性的优势

田海河

【中文摘要】 :

幽门螺旋杆菌（简称：幽门螺杆菌）是一种特殊类型的细菌，主要寄栖在胃肠道。证据显示它和很多疾病都有关联，尤其是，但不只局限于胃炎，消化性溃疡和肿瘤。西医对它有一些治疗方法，但中医药更有好的选项，病人会获得更好的效果，同时它只有很小的副反应，并且复发率也较低。中医药可以改善临床症状，消除幽门螺杆菌，进而恢复胃肠道的功能。中医药，包括中药，针灸在内的治疗方法将会被介绍。

【关键词】 : 幽门螺旋杆菌; 胃肠病; 中医药; 针灸; 中药

About 80% population have G.I. disorders reported by W.H.O. Most people will have different kind of G.I. diseases in their life. It could be varied from mild to severe. TCM and western medicine have their own advantages respectively, although their efficacy, prognosis and relapse rate possible be different. Lifestyle, eating habits and other factors can influence the diseases. Scientists discovered *H. pylori* in 1982, they found this germ was the cause of most stomach ulcers.

Helicobacter pylori (*H. pylori*) is a type of bacteria. These germs can enter the body and live in the digestive tract. About up to two-thirds of the world's population has *H. pylori* infection positive. Although many people are not adversely affected by its presence, but some people could develop stomach and duodenal inflammation and ulcers. In a very small percentage of the population, infection from *H. pylori* bacteria leads to stomach cancer. *H. pylori*

is the major factor for peptic ulcer and chronic gastritis. 【1】

(Dr. Haihe Tian, Florida, USA, Tel: 1 727 392 7782 email: caahc99@yahoo.com)

H.P. was confirmed as I category cancer factor by W.H.O. Drs. Robin Warren and Barry Marshall won the Nobel prize because the H. Pylori research. 【2】

1. The transmissions of H. pylori:

Dirty silverware, share food, deep kiss, mother-infant, eat contaminated food, drink polluted water and social contacts are the common transmission pathways. One person can acquire H. pylori bacteria from another, either by a fecal-oral or oral-oral route. Children are the demographic most likely to contract H. pylori. People who live in crowded areas, or in places that lack clean, running water, are at greater risk of contracting the bacteria, as are those living in developing countries where general living conditions are unsanitary. More than 90% of duodenal ulcer and 70% of stomach ulcer patients are infected. 【3】

2. The damages from H. Pylori:

Once the bacterium enters the gastrointestinal (GI) tract, it

attaches itself to the lining of the stomach and produces certain toxins like Vac-A that causes inflammation of the stomach lining, which further damages the stomach lining.

3. Clinical manifestations:

When acid gets through the lining of a stomach damaged by bacteria, it causes painful ulcers. A dull or burning pain in the stomach, nausea, loss of appetite, indigestion, frequent burping, bloating, vomiting, unintentional weight loss, possible bleeding or perforation as further complications:, that could link with persistent abdominal pain, dark or bloody stool, difficulty breathing, fatigue, pale skin, vomit that looks like coffee grounds or contains blood, dizziness or fainting could be happened.

4. Diagnostic methods:

There are many ways to test H. pylori infections:

1) Blood tests: The blood of an infected person will contain antibodies that indicate that the patient has had the infection recently. Since antibodies can show up for years after eradication of the infection, a blood test is a good way to diagnose past or current H. pylori infection.

2) Urea breath test: The patient drinks a liquid or swallows a

capsule of urea. Then breathes into a bag, Higher-than-normal levels of carbon dioxide confirm the presence of *H. pylori*. 【4】

3) Stool test: A stool sample was sent to the lab to test for foreign proteins to indicate the infections.

4) Upper gastrointestinal endoscopy. An endoscopy can evaluate the ulcers and take a tissue sample for biopsy. This is the classical and most trustable confirmation.

5) X-ray: The patient drinks barium to take X-ray to show the damages, but it is not to show the bacteria.

5. Treatment options from western medicine:

Treatment for *H. pylori* infection with ulcers usually consists of one to two weeks of medication. The infected individual will take antibiotics, often two kinds to get rid of the bacteria, as well as an acid-blocker medication to heal the stomach lining, keep the ulcers from returning, and reduce pain and inflammation.

The newest treatment for *H. pylori* - sequential therapy consists of an antibiotic plus an acid blocker for five days, followed by two other antibiotics plus an acid blocker for the next five days.

1) Antibiotics to kill the bacteria in your body, such as amoxicillin, clarithromycin (Biaxin), metronidazole (Flagyl), tetracycline

(Sumycin), or tinidazole (Tindamax), most likely take at least two from this group.

2) Drugs that reduce the amount of acid in the stomach by blocking the tiny pumps that produce it. They include dexlansoprazol (Dexilant), esomeprazole (Nexium), lansoprazole (Prevacid), omeprazole (Prilosec), pantoprazole (Protonix), or rabeprazole (Aciphex).

3) Bismuth subsalicylate, which may also help kill *H. pylori* along with your antibiotics.

4) Medicines that block the chemical histamine, which prompts the stomach to make more acid. These are cimetidine (Tagamet), famotidine (Fluxid, Pepcid), nizatidine (Axid), or ranitidine (Zantac).

The antibiotics could upset the stomach and interrupt the GI's functions, They will damage the liver and kidneys as side effects, Long-term using will build tolerance, they could cause flora imbalance, also easy cause relapse, some allergic reactions are possible happened. There are some arguments about Bad H.P. and Okay H.P. Somebody thinks there are other bacteria in the stomach, too. Do not have kill them if no problem occurred. Bacteria balance in stomach same as in the intestine. Some experts' viewpoints are HP (+) indicates imbalance of bacteria. We just need to balance it, rather than kill it. But if some conditions are present, such as: peptic ulcer, MALT, stomach cancer, post gastric

operation, long term pain killer users, unexplained bleeding, then they need to be eliminated.

6. Herbal treatment strategies:

Chinese herbal medicine can be used to eliminate H. Pylori directly, protect the gastro membrane, reduce symptoms, restore the GI's functions, with less side effects, very safe for long term use and very low relapse rate.

6.1 Eliminate H. pylori category:

Key points to reach this goal are to clear heat, detoxify and transform dampness.

Other methods should combine with harmonize stomach and downward Qi, sooth liver and regulate Qi, invigorate blood and eliminate blood stasis.

Herbs usually used to eliminate H. pylori: Huang Qin, Huang Lian, Lian Qiao, Pu Gong Ying, Chuan Xin Lian, Bai Hua She She Cao, Sheng Gan Cao, Ku Shen, Huang Bai, Sheng Yi Yi Ren, Pei Lan, Cang Zhu.

Formulas to choose from: Huang Lian Jie Du Tang, Lian Qiao Bai Du San, San Ren Tang.

Attention: Most bitter taste herbs easily damage stomach Yang Qi and cause stomach upset, it is important to evaluate the physique, stomach condition (strong or weak), so this category herbs could not be used long time and large dosage, or

better use them alternatively with other kind herbs.

6.2. Protect the membrane category:

H. pylori enters the human body, mainly stays in stomach, then gradually damage the membrane, when the membrane was damaged, not only can cause inflammation, but also could let more H. pylori get in and stay in GI tract. It is very important to protect the gastric membrane and maintain its strength.

Chinese herbs: Sheng Gan Cao, Dang Shen, Fu Ling, Huang Qi, Feng Huang Yi, San Qi Powder.

Formulas: Xiang Sha Liu Jun Zi Tang, Xiao Jian Zhong Tang, Gui Pi Tang.

6.3. Relive symptoms category:

Dull or burning pain in the stomach: Yuan Hu Suo, Jin Ling Zi, Pu Huang, Wu Wei Zi, Bai

Shao, Gan Cao

Nausea: Ju Pi, Zhu Ru, Chen Xiang, Jiang Xiang, Xuan Fu Hua, Dai Zhe Shi

Loss of appetite: Jiao San Xian, Da Fu Pi, Lai Fu Zi, Mu Gua, Fu Ling

Frequent burping: Chen Pi, Zhi Qiao, Da Fu Pi, Dao Dou Zi, Jiang Xiang, Xiang Fu

Bloating: Da Fu Pi, Zhi Shi, Lai Fu Zi, Mu Xiang, Fu Ling, Chen Xiang

Vomiting: Ding Xiang, Shi Di, Xuan Fu Hua, Dai Zhe Shi, Chen Pi, Zhi Qiao, Sheng Jiang

Unintentional weight loss: Ren Shen or Dang Shen, Fu Ling, Gan Cao, Chao Bai Zhu

6.4. Restore GI' s functions:

Digestive, Absorption, Motility, Secretion, Excretion, these five major GI functions are related. Usually secretion of acid, enzyme, could not be too much or too little, excretion of the waste materials regularly, motility could not be either too fast or too slow. When the digestive functions are normal, the nutrition will be absorbed and supplied to the whole body. This is the final goal to treat this disease. Jiao San Xian, Lia Fu Zi to promote digestion; Fu Ling, Bai Zhu strengthen absorption; Zhi Ke, Da Fu Pi to fasten the motility while Bao Shao, Gan Cao to slow down the movement; Shan Zha, Wu Wei Zi increase secretion while Wu Bei Zi, Bie Tao Gan to decrease secretion, Da Huang, Mang Xiao purge the bowel while Ke Zi, Shi Liu Pi to stop diarrhea. Any functions were interrupted by H. pylori, all need to be restored.

6.5. Prevent relapse:

After the H. pylori was eliminated, it does not mean for good. A lot of cases, the H. pylori will return and cause problems again. So, to prevent

relapse is very important. Also pay attention on personal hygiene, take some invigorate blood herbs to improve the local micro-circulation, such as: Dan Shen, San Qi, and membrane protecting herbs like Huang Qi, Sheng Gan Cao is useful.

7. Acupuncture treatment:

Acupuncture can be independently used to treat this disease, or as assistant to herbal medicine. Working together will be better combination with good result. Acupuncture can adjust the nerves which are controlling all the GI functional activities. Plus, it can work the center nerve system to relax the body.

The principles to choose points include:

- 1) Front Mu points and local points, such as Ren 13, Ren 12, St.25
- 2) Back Shu Points: UB18, UB 19, UB 20, UB 21, UB22
- 3) Hua Tuo Jia Ji Points
- 4) Lower He Points: St 36, St 37, ST 39
- 5) Special points: LI 11, LI 4, DU 14, PC 6, SP 6, SP 9
- 6) Ear points: Shen Men, Stomach, Sympathetic
- 7) Reflective points or areas: In the mid back and front abdomen some sensitive points or area could be detected, they could be selected to

treat this disease.

8. Lifestyle adjustment:

With majority of the population carrying the bacteria, it may not be possible to avoid an H. pylori infection altogether. However, the following hygiene measures can lower the chance of contracting H. pylori:

- 1) Follow good hygiene techniques after using the bathroom and being outside, and before eating
- 2) Avoid food served by people who do not use good hygiene techniques
- 3) Avoid contaminated water. While traveling in developing countries, drink only bottled water
- 4) Cook meats and other animal products thoroughly before eating

For people who already carry the H. pylori bacteria, the following changes can help prevent stomach ulcers: stop smoking, reduce alcohol intake, substitute acetaminophen for other pain-relieving drugs, avoid caffeine, avoid spicy foods and reduce stress levels.

9. Prognosis:

People with mild symptoms have an excellent prognosis. Approximately 20 percent of patients with serious symptoms will have a recurrence of the infection, although ulcers usually heal well with little to no scarring. Severe infections left untreated can lead to damage to the

stomach and upper GI tract, such as bleeding and perforation, which can be fatal. **【5】**

One more reason to treat this infection: H. pylori infection raises the risk of certain types of stomach cancer. About two percent of people with H. pylori infection develop gastric cancer.

Summary: H. pylori infection is very common problem in the clinics. Although Western drugs offer some treatments for it, but TCM provides much more options with better results. TCM, includes herbal medicine and acupuncture can play important roles in many areas, such as: to eliminate H. pylori, protect the gastro membrane, relieve symptoms, restore GI's functions and prevent relapse.

10. References:

1. *Collagenous Gastritis and Helicobacter pylori Infection: A Mere Coincidence?*

Vinsard DG, Mejia Perez LK, Nassar A, Vazquez Roque MI. *ACG Case Rep J.* 2017; 4: e69 Epub 2017 May 24

2. J. Robin Warren: Helicobacter Pylori and Peptic Ulcer.

Steensma DP, Kyle RA, Shampo MA. *Mayo Clin Proc* 2016 Sep; 91 (9): e129-3

3. Prevalence of Helicobacter pylori in Gastric Hyperplastic Polyps.

Horvath B, Pai RK. *Int J Surg Pathol.* 2016 Dec; 24: (8)704-7

4. Accuracy of urea breath test in Helicobacter pylori infection: Meta-analysis.

Ferwana M, Abdulmajeed I, Alhajiahmed A, Madani W, Firwana B,

Hasan R, Altayar O, Limburg PJ, Murad MH, Knawy B. *World J Gastroenterol.* 2015; 21(4):1305-14.

5. Helicobacter pylori: The Past, Present, and Future in Management.

Kamboj AK, Cotter TG, Oxentenko AS. *Mayo Clin Proc.* 2017 Apr; 92(4):599-604 Epub 2017 Feb 13

颈肩枢纽，功能开关——洞察“肩井”之觉悟

欧阳晖

全美中医药学会，休斯敦针灸整脊

903 S Friendswood Dr, Friendswood, TX 77546, USA

DrO@yinandyanghealthcare.com

The neck and shoulders are the pivot of the body structure, the switch of the body function -- Inspiration through "the well in shoulders"

Ouyang Hui

American TCM Association, YIN & YANG Healthcare

【Abstract】 The neck and shoulders are the pivot of the body structure, the switch of the body function. Based on the observation of the human body structure and the treatment of diseases by ancient Chinese medical experts, and comparing the findings of modern anatomy and physiology, the author often has a sense of inspiration through "the well in shoulders".

【Key words】 GB20, AcuChiroTherapy, SGB, VNS

【文摘】 颈肩部是身体结构的枢纽，功能的开关。以中国古代医家对人体结构的观察和对疾病治疗的经验，对比现代解剖生理的发现，笔者常有透过“肩井”的觉悟感。

【关键词】 肩井，针灸整脊，星状神经节阻滞，迷走神经刺激

颈肩部是身体结构的枢纽，功能的开关。以中国古代医家对人体结构的观察和对疾病治疗的经验，对比现代解剖生理的发现，笔者常有透过“肩井”的觉悟感。

人体躯干体腔，圆柱桶状。肩在躯干体腔高处，相当于井桶的井口，因而称为“肩井”(GB20)。之所以称为“井”，而非“窗”，是因为“井”比“窗”更为深入身体内部。透过“肩井”这个井口，可以洞察人体体腔脏器；通过颈肩这个枢纽，更能调整体腔脏器的功能。

颈肩部是手足少阳相交之处，手足少阳交会之穴位就是肩井。少阳主司阴阳之转枢，颈肩部是人体功能的开关所在。温度感受器分布全身皮肤，颈肩部对冷热温度尤为敏感。这可能和颈肩浅层皮肤有第4、5、6颈神经后支重叠分布，相对密集有关。我们都有感受风寒后，脊背发凉和汗毛竖立的经历。中国人认为头颈受寒后容易感冒，人类都知道在寒冷天气围脖保暖。竖毛肌由交感神经支配，竖毛肌收缩，毛囊处隆起如鸡皮。突然受寒后起“鸡皮疙瘩”，就是交感神经兴奋的征象。将冰块置于颈后，数秒钟后，像打开开关一样，立即出现竖毛反射。

斜方肌和胸锁乳突肌，是由(脊)副神经支配。副神经，是第XI对脑神经，分为脑神经和脊神经两部分。副神经和迷走神经联系紧密。副神经的脑神经根和脊神经根两部分，分别起自延髓和上颈脊髓；向外走向颈静脉孔时，副神经的脑神经即延髓根与脊髓根合并。副神经脑神经部分，穿颈静脉孔出颅后，又与脊髓部分分开而加入迷走神经。我们精神情志改变

后，也会有脊背发凉和汗毛竖立的经历，即“毛骨悚然”。视听刺激，也会引发竖毛反射。

现代的神经解剖告诉我们，颈肩部深层有交感神经链和迷走神经干通过。通过刺激调节交感/副交感神经，可以调整内脏功能，治疗内脏乃至情感方面的疾病。由此原理发展出来了星状神经节阻滞(SGB)(1)，和迷走神经刺激(VNS)(2)，等等神经外科技术。调节靶标的星状神经节和迷走神经干，都在颈肩部。因此，人体的自主神经系统对体腔内脏调节的开关就在颈肩部；在颈肩部，开关交感/副交感，调整脏器功能，治疗神志疾病。

拿肩井是一个传统推拿手法，一般做为推拿的启式，不仅发汗解表，还能开窍醒神。肩井穴是手足少阳和阳维脉的交会穴。阳维脉主一身之表，拿肩井即刻解表发汗。肩井又名“膊井”穴。(3)膊，膀上大肉块。肩井穴位于肩上肌肉丰满之处，主要有斜方肌和肩胛提肌。颈后三角，是以胸锁乳突肌和斜方肌为前缘后缘，加上锁骨中间的三分之一为下缘，在颈后侧面围成的三角区域。胸锁乳突肌和斜方肌的汇合在枕骨上项线是颈后三角顶尖。颈后三角里有(脊)副神经，颈丛的分支，臂丛的神经根和干，和膈神经(颈3-5)，等等。(脊)副神经直下颈后三角，进入后缘的斜方肌。拿肩井时，病人马上会起鸡皮疙瘩，从汗毛竖立，到微微汗出。通常(脊)副神经被认为是纯运动神经，现在被认为包含本体感受神经。象拿肩井这样，对颈肩部(主要是斜方肌)

的机械刺激，可能通过交感神经链，也会引发竖毛反射。

交感神经起于脊髓胸 1-腰 2，纤维连接成链。交感神经链上升到颈部，行于颈椎椎体两旁，横突前方。颈部有三个交感神经节，在颈 3，颈 6 和颈 7 水平，分别称为颈上，颈中和颈下神经节。颈下神经节较大，呈形状不规则放射状，通常称星状神经节。星状神经节（80%）多与胸 1 神经节融合，成为更大的颈胸神经节。星状神经节，就位于第 1 肋骨颈之前，颈 6 横突前结节（Chassaignac's Tubercle）之后。椎动脉从锁骨下动脉发出，跨过星状神经节之前，进入颈椎横突孔。

星状神经节阻滞（SGB）开始意图阻断交感神经，而治疗各种自主神经系列的病症，目前已成为疼痛临床上应用最多的治疗方法之一。应用治疗的疾病范围广泛，包括从复杂的区域性疼痛综合征，到创伤后应激综合综合征，从中枢到外周的许多病症，人体有很强的自愈能力和自我平衡能力。星状神经节阻滞对机体的某些

功能失调，具有双向调节的治疗作用。因此，如果说颈肩部是身体的枢纽，功能的开关，那么拿肩井引发竖毛反射，就是自主神经系统的重启过程。

山之高峰也是最薄弱之处，犹如火山口。肩井之下就是肺尖。星状神经节阻滞，操作风险高，可造成气胸和穿刺血管等意外，必须在影像的引导下才能进行。针灸操作时，必须特别注意，不能深刺，防止扎穿胸膜，引起气胸意外。在针灸行医中，极少的不良反应中，气胸最严重，可能危及生命。（4）象拿肩井这样的颈肩部的整脊推拿手法，非常安全，同样有效。

颈肩枢纽，功能开关；针脊结合，取长补短。在洞察“肩井”觉悟之下，针灸整脊安全强效地诊疗解剖。

参考文献：

1. Yamamoto T. Vagus nerve stimulation therapy: indications, programming, and outcomes. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2015;55(5):407-15.
2. Piraccini E, Munakomi S, Chang KV. Stellate Ganglion Blocks. [Updated 2020 Apr 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507798/>
3. 杨继洲. 足少阳胆经穴歌, 出自《针灸大成》中国中医药出版社 2008: 8, 249.
4. Huisma F, Konrad G, Thomas S. Pneumothorax after acupuncture. *Can Fam Physician*. 2015;61(12):1071 - 1073.

作者简介：

欧阳晖博士，出身于中医之家。在中国中医针灸本科毕业后，就职于厦门市中医院针灸和骨伤科。赴美后曾在德州大学医学分院从事有关针刺和电刺激的科研工作。在美国又获整脊博士学位。现在是德州执照针灸师和执照整脊师，创办休斯敦针灸整脊诊所，运用一套独特的针灸整脊疗法，专长于肌肉骨骼神经系统，如运动创伤，创伤后遗症等等。在几所中医学院教授博士班课程。担任全美中医药学会秘书长，骨伤康复专业委员会主任。

Treating multifidus muscle caused chronic lower back pain with Jia Ji Points

Thomas Shiuman Leung

801 W. Valley Blvd, Suite 206, Alhambra, CA 97810

【Abstract】 : In the Yellow Emperor's Classics in Medicine, it had mentioned using Jia Ji points to treat low back pain. The locations of Jia Ji points coincides with the multifidus muscle's surface projection. Dysfunction of multifidus muscle is a recently found important cause of chronic low back pain, as it fails to provide stability to the spinal column. Reactivating and training up this muscle become the important treatment principle. However, exercise training is not effective as not everybody is able to contract this muscle specifically. Use of electro-neurostimulation with surface electrodes is not promising, because of the muscle's deep location. Effect of implanted electrodes is undermined by the complications from the implanted leads and device. The acupuncture of Jia Ji point with electro-stimulation can be considered as reactivating the multifidus muscle and provide a convenient and scientific based treatment for chronic low back pain.

【Keywords】 : Multifidus muscle; Jia Ji points; chronic low back pain;
acupuncture

夹脊穴治疗多裂肌引起的慢性腰痛

Thomas Shiuman Leung

801 W. Valley Blvd, Suite 206, Alhambra, CA 97810

【摘要】：

近年研究發現多裂肌與長期腰痛密切相關。多裂肌功能障礙令脊柱失穩，從而產生腰痛。故恢復多裂肌功能便成為治療長期腰痛的重要原則。然而，多裂肌體積細小和位處脊柱深

層，自主控制困難，所以運動鍛煉和經皮肌肉電刺激都無法達到理想的治療效果。唯有使用植入式電極才可以有效強化該肌肉。但植入式電極不但成本高昂，且引發其他問題，如電極移位和儀器障礙等。據中醫經典黃帝內經「繆刺論篇」和「經筋篇」均有指出使用夾脊穴來治療腰痛。從解剖學上看，夾脊穴亦正好和多裂肌體表投影吻合。故此有理由相信針刺夾脊穴就可以針刺多裂肌。透過電針刺激亦可達到近似植入式電極的效果。綜合近年對多裂肌和腰痛治療的研究，可以為夾脊穴治療提供了科學依據。

【关键词】：多裂肌， 夹脊穴， 慢性腰痛， 针刺

Introduction

Low back pain (LBP) is a very common disease among adults, however, the causes of the LBP are still controversial and subjected to continuous research. ^[1]

One of the new discovered causes of LBP in the past 2 decades is the dysfunction of the multifidus muscles (MF). ^[2] The purpose of this article is to discuss the relationship of the MF dysfunction and the Jia Ji points (JJP) in acupuncture. This relationship provides an evidence base to support the acupuncture treatment of using JJP as mentioned in the ancient text of Yellow Emperor Classic of Medicine. And, the knowledge of MF location also provides a refinement in the JJP acupuncture technique.

Anatomy of Multifidus muscle and its importance in spinal stability

MF is at the deepest layer of spinal intrinsic muscles. The muscles fibers arise from the dorsal aspect of the sacrum, posterior superior iliac spine, mammillary processes of the lumbar vertebrae, transverse processes of the thoracic vertebrae and the articular processes of the lower four cervical vertebrae. It ascends two to four vertebral segments and inserts to the spinous process. This muscle attached to all the vertebrae except the atlas. ^[3]

The MF is most well developed in the lumbar spine region. The primary function of MF is to provide stability to the spine. ^[4]

In the past two decades there are vast amount of researches reported

that the malfunctioning and atrophy of the MF is highly associated with chronic LBP. ^[5]

With aging or chronic LBP, the MF tends to be weak, atrophied and infiltrated by fatty tissues. As a result, the MF failed to provide stability to the spinal column, and is considered as one of the major causes of chronic LBP. ^[6]

Treatment of the multifidus related lower back pain.

To reverse the situation, the MF has to be reactivated and trained up to regain its function in stabilizing the spinal column.

Exercise training is difficult as not many people is able to contract

the MF voluntarily and specifically. To overcome this, different training and re-education methods have been proposed and evaluated. Unfortunately, there is still no satisfactory consensus on the best training method. [7] [8] [9]

Another method to activate a muscle is to use electro-neurostimulation. It is to stimulate the muscle contraction by passing electrical stimulation through surface electrodes that adhered to the skin over the muscles. This gives new hope to reactivate the MF [7]

However, the use of surface electrodes is not satisfactory to stimulate this deeply situated MF, as the electrical signal is difficult to penetrate that deep to the muscle.

To overcome this, an international multicenter study employing an implanted electrodes method to produce episodic contraction of the lumbar MF. It resulted in clinically meaningful, statistically significant, and lasting improvements in LBP and disability. [10]

However, there are numbers of limitations for using implanted electrodes and device for LBP patients. These limitations include irritation from the device and leads implantation, the lead complication (e.g. migration and breakage), bleeding and infection, etc. The complication rate can be high as

34.6%, and the revision and explanation rate is at 23.9%. [11]

In view of the above recent findings in the important role of MF in LBP, and treatment limitations, acupuncture at JJP can provide a convenient and scientific based solution.

Jia Ji Point

Use of JJP to treat low back pain was first mentioned in the ancient text of Traditional Chinese Medicine text, the Yellow Emperor's Classic of Medicine. It is described in the chapter 63 of the "Suwen" or "Simple Question".

When a pathogen attacks the luo of the Leg Taiyang, it causes sudden spasms of the back, and pain that radiates from the back to the ribs. Follow along the neck, down both sides of the spine, and acupuncture the painful spots three times. "

“邪客於足太陽之絡，令人拘攣背急，引脇而痛，刺之從項始數脊椎俠脊，疾按之應手如痛，刺之傍三瘡，立已。” [12]

In the text, it describes the symptom of pain and muscle spasm along the spine that also may refer to the ribs or the front of the body. The treatment as was to use points that at "both sides of the spine". In the original text, it is mentioned as "脊椎俠脊". The direct translation of the meaning should be "along and closely adjacent to the spine". The term "俠脊" is the nowadays pin yin

term of “Jia Ji”, i.e. pinching to the vertebra.

In another volume of the Yellow Emperor’s Classic of Medicine, Ling Shu, chapter 13, there is also a description of using JJP to treat back pain.

The Leg Taiyang muscle channel…
“It continues up along the pinch of the backbone on both sides to the neck…disease of this muscle channel…a backward bend backbone, spasm in the neck.” “上挾脊上項…其病…脊反折，項筋急。”
“ [13] [14]

Therefore, it is clear that the JJP are particular suitable for patients who suffer from back pain with difficulty in bending forward. The location of needling is at the tender spot and is very close or pinching at the responding vertebral segment.

With reference to the regional anatomy, there is the paraspinal muscle groups lying adjacent to each vertebra. The superficial layer is erector spinae m., and the deep layer is the MF and the rotatores m. With reference to myofascial pain pattern of MF, the pain is at the dysfunctional MF segment and the referred pain can be at the front of the body. [15]

The modern way of locating the JJP is that it starts from the T1 vertebra to the L5 vertebra. On each segment, the JJP is 0.5 cun lateral to the inferior margin of each spinous process. The points locate

on both sides. Each side has 17 points and add up to be 34 points on both sides. [16] [17] The JJP location, therefore, is tightly closed to the spinous process of each vertebra, i.e. 0.5 cun lateral to the spinous process.

In recent etiology findings, the MF dysfunction is a major cause of chronic back pain. The location of the JJP of each vertebrae is right at the surface projection of this muscle. Therefore, needling the JJP can reach and reactivate this muscle.

The depth of acupuncture needle insertion can be ranging from 1 inch at the thoracic region to 2 inches at the lumbar region. It can easily reach to the deeply located MF, and deactivate any possible myofascial trigger point of the MF. This can be done by manual acupuncture technique, such as thrusting and spinning the needle. [15]

In the dry needling approach of the multifidus m., it is also stressed that the point of insertion is below the spinous process and at the “valley” next to the spinous process. [18]

This is exactly the same location of the JJP along the spine. Therefore, acupuncture at the JJP to treat LBP should be the same as needling at MF.

To be more effectively and safely needling the JJP or MF, the needle should be slightly directing caudally and medially. In this direction, the needle will can reach

the MF, and without the risk of penetrating into the epidural space or pleural cavity in the thoracic region. [15]

Electro acupuncture at the JJP also can help in reactivating the malfunctioning MF, and regain its strength as in electro-neurostimulation with implanted electrodes.

Any pain-generating myofascial trigger point of the MF can be deactivated by manual acupuncture technique. This can be accomplished by thrusting and spinning of needle at the trigger point. [15]

Meanwhile, electro-acupuncture at the JJP can simulate the implanted electrodes in electro-neurostimulation that help in reactivating the malfunctioning MF. [10]

Reference:

1. H. Shemshaki, S. M. A. Nourian, M. Fereidan-Esfahani, M. Mokhtari, M.R. Mohammad Reza Etemadifar. What is the source of Low Back Pain, J Craniovertebr Junction Spine. 2013 Jan-Jun; 4(1): 21 - 24.
2. M. Hildebrandt, G. Fankhauser, A. Meichtry, H. Luomajoki, Correlation between lumbar dysfunction and fat infiltration in lumbar multifidus muscles in patients with low back pain. BMC Musculoskelet Disord. 2017; 18: 12.
3. M. E. Lonnemann, S. Paris, G. Gorniak. Morphological Comparison of the Human Lumbar Multifidus by Chemical Dissection. J Man Manip Ther. 2008; 16(4): E84 - E92.
4. S. R. Ward; C. W. Kim; C. M. Eng; L. J. Gottschalk; A. Tomiya; S. R. Garfin; Ri. L. Lieber, Architectural Analysis and Intraoperative Measurements Demonstrate the Unique Design of the Multifidus Muscle for Lumbar Spine Stability J Bone Joint Surg Am. 2009 Jan 1; 91(1): 176 - 185.
5. B Bahar Shahidi, J. Hubbard, M. Gibbons, S. Ruoss, V. Zlomislic, T. Allen, et al. Lumbar Multifidus Muscle Degenerates in Individuals with Chronic Degenerative Lumbar Spine Pathology. J Orthop Res. 35(12): 2700 - 2706, 2017

Conclusion: The malfunctioning of MF is considered as a newly found cause of chronic LBP. The location of the JJP is directly on top of this muscle at each vertebral segment. Use of acupuncture at the JJP, including electro-acupuncture, can be an effective and direct method to stimulate and re-activate this muscle. This context of patho-anatomy findings and treatment method provide a scientific base for using JJP in the treatment of LBP. The research findings provide

support to this ancient wisdom in the Yellow Emperor's Classic of Medicine for LBP treatment.

6. M. Woodham, A. Woodham, J. Skeate, M. Freeman. Long-Term Lumbar Multifidus Muscle Atrophy Changes Documented with Magnetic Resonance Imaging: A Case Series. *J Radiol Case Rep.* May; 8(5): 27 - 34, 2014
7. L. Danneels, G. Vanderstraeten, D. Cambier, E. Witvrouw, J. Bourgois, W. Dankaerts, et al. Effects of three different training modalities on the cross sectional area of the lumbar multifidus muscle in patients with chronic low back pain. *Br J Sports Med.* Jun; 35(3): 186 - 191, 2001.
8. R.S. Jemmett. Rehabilitation of lumbar multifidus dysfunction in low back pain: strengthening versus a motor re-education model. *Br J Sports Med.* 37:91 - 94, 2003
9. M. Russo, K. Deckers, S. Eldabe, K. Kiesel, C. Gilligan, J. Vieceli, P. Crosby. Muscle control and non-specific chronic low back pain. *Neuromodulation*, Jan; 21(1): 1 - 9, 2018.
10. K. Deckers, ; K. De Smedt, B. Mitchell, D. Vivian, M. Russo, P. Georgius, et al. New therapy for refractory chronic mechanical low back pain—restorative neurostimulation to activate the lumbar multifidus: one year results of a prospective multicenter clinical trial. *Neuromodulation.* 21: 48 - 55, 2018
11. J. Shim. **Limitations of spinal cord stimulation for pain management.** *Korean J Anesthesiol.* Aug; 68(4): 321 - 322, 2015.
12. Translated by M. Ni. **Yellow Emperor’ s Classic of Medicine**, published by Shambhala Publications Inc. 1995, p170.
13. Translated by J.Wu, **Ling Shu or The Spiritual Pivot**, distributed by University of Hawai’ i Press. 2004, chapter
14. 薛立功著. 中國經筋學 . 中醫古籍出版社, 2009.
15. D. Simons, J. Travell, L. Simons. *Myofascial Pain and Dysfunction, The Trigger Point Manual*, Vol 1, Published by LWW, 1999, chapter 48.
16. 孫國傑主編, 中醫藥學高級叢書 針灸學, 人民衛生出版社, 2000.
17. 上海中醫學院編 , 針灸學, 人民衛生出版社 1974
18. J. Dommerholt,. C. de las Penas. *Trigger Point Dry Needling, An Evidence and Clinical-Based Approach*, published by Elsevier, 2018.

逆向刺激针法治愈特发性胃轻瘫一例

赖 红

福建中医药大学康复医学院, 福建省福州市闽侯上街邱阳路 1 号, 350122; 赖医生针灸,
266 Jericho TPKE, STE 1, Floral Park, NY 11001; 电话: 516-270-9908; 电邮:
myneedles@yahoo.com

【摘要】：胃轻瘫是胃肠无机械梗阻而存在排空延迟，导致恶心、呕吐等症的状态。目前药物治疗胃轻瘫效果不佳。穴位敏化成为针灸研究与临床的重要发展方向，而逆向刺激疗法针刺是以敏化为依据，在内经经典五体刺法的基础上，整合针刺临床经验与神经科学进展而构建的的针灸诊治体系。此文报告一例 72 岁男性患者，在胰腺、胃、小肠部分切除后，持续 44 天严重进食障碍、恶心、呕吐、体重下降，完全依赖静脉营养。在采用逆向刺激疗法针刺，10 分钟开始症状减轻，病情迅速好转，8 次治疗后临床痊愈，恢复既往工作，随访十个月无复发。结论：有必要采用随机对照设计观察逆向刺激疗法治疗胃轻瘫的疗效。

【关键词】 针刺，逆向刺激疗法，胃轻瘫，腧穴，敏化点，腧穴敏化。

A case of Idiopathic gastroparesis being cured using Counter Stimulation Therapy Needling

Lai Hong

College of Rehabilitation Medicine, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, 1 Qiuyang Road, Minghou Upper Street, Fuzhou 350122; Lai Acupuncture, 266 Jericho TPKE, STE 1, Floral Park, NY 11001; Tel: 516-270-9908; Email: myneedles@yahoo.com.

【Abstract】 Gastroparesis is defined as a condition of nausea, vomiting without gastrointestinal mechanical obstruction. Currently gastroparesis management with medicine is unsatisfactory. Sensitization of acupoint has been an important direction of acupuncture research and clinic. Counter Stimulation Therapy is based on acupoint sensitization, developed from Five Body Needling in Huang Di Nei Jing, incorporated acupuncture clinic experience and new knowledge of neuroscience. A 72 years old male post partial resection of pancreas, stomach and small intestine, suffered severe eating difficulty, nausea, vomiting and weight loss, rely totally on nutrition via vein for 44 days. He received Counter Stimulation Therapy needling, started to experience symptoms relieve 10 min post the initiation of needling, and cured with 8 visits of treatments. He returned to work regularly, no re-exacerbation for ten month follow up. Conclusion: It is necessary to investigate the effects of Counter Stimulation Therapy on gastroparesis with random controlled trial.

【 Keywords 】 acupuncture, Counter Stimulation Therapy, gastroparesis, acupoint, sensitive tissue.

介绍:

胃轻瘫是非胃肠机械梗阻而存在排空延迟而产生恶心、呕吐的状态^[1]，它降低患者的生活质量^[2,3]。中国尚无大数据统计胃轻瘫发病率的数据。美国第一份大数据统计胃轻瘫发病率最近发表^[4]：在全美范围总体发病率是 0.16%；I 型糖尿病胃轻瘫的发病率是 4.59%，II 型糖尿病胃轻瘫的发病率是 1.31%；特发性胃轻瘫胃轻瘫的发病率是 0.05%。糖尿病性和特发性胃轻瘫，两者在恶心、呕吐的特征上有差异^[5]。内窥镜下幽门支架置入可以治疗顽固性胃轻瘫^[6]。有针灸治疗胃轻瘫报道^[7]，但对特发性病例的疗效仍需探索。

目前胃轻瘫比较公认的标准是：经一项或多项检查提示无胃流出道机械性梗阻；胃肠减压引流量 ≥ 800 毫升/天，持续时间超过 10 天；排除水电解质平衡失调、影响平滑肌收缩的药物导致的恶心呕吐等情况。疗效评价包括胃排空评价与患者主观症状评价，但症状改善与胃排空改变并不呈明显相关性，且各种胃排空实验在临床应用有较大的局限性，因此有些研究中采用症状评价作为疗效的主要指标^[8, 9]。如果患者胃轻瘫各种症状完全消失，饮食完全恢复正常即为临床痊愈。

目前针灸临床研究中腧穴主要是以

1990 年版《经穴部位》（GB/T12346-90）和 2006 年版《腧穴名称与定位》（GB/T12346-2006）为依据进行定位的，称为标准腧穴。该定位标准与《黄帝内经》的腧穴描述有显著差异，没有经过科学方法进行系统验证，主要以专家组的观点为主进行讨论整理而成。研究发现，标准腧穴的局部解剖与周围组织并没有发现任何差异^[10,11]，且循证医学证据并不支持标准腧穴定位^[12]。近年来发现，在疾病或者损伤的情况下，相关穴位的感觉神经的阈值降低^[13-17]。人体有 A- δ 和 C 神经能够感受伤害性刺激而产生疼痛^[18]，它们分别传导快痛和慢痛^[19]。生理条件下，A- δ 和 C 神经的阈值高，但在疾病或者损伤条件下阈值降低^[20,21]，即敏化。A- δ 和 C 神经也感受温度刺激，在疾病或者损伤条件下对温度的阈值也降低^[20,21]。针对敏化组织针刺^[12,13,22,23]和艾灸^[24-26]都积累了初步的证据。穴位的敏化研究进展在最近的综述^[27]中有系统总结。以敏化为基础的针灸可能是未来针灸发展的重要方向。

如何将这些进展运用于临床，在 2017 出版的《痛症经络逆向刺激疗法》^[28]中进行了系统阐述。《黄帝内经》中记载了五体刺法，分别被冠以“病在皮肤”“病在脉”“病在筋”“病在肉”“病在

骨”。这与在疾病或者损伤的情况下相关穴位的感觉神经的阈值产生降低可能存在内在的一致性。将五体刺法与敏化进行整合,并创立五体触诊技术,完善“病在皮肤”“病在脉”“病在筋”“病在肉”“病在骨”的诊断与鉴别诊断,构成逆向刺激疗法的主要框架^[28]。逆向刺激疗法是以敏化为基础的针灸理疗知识体系,是目前仅有的两个以证据为基础的针灸模型之一^[29]。它所采用的五体触诊,运用了痛阈在病理条件下降低的原理,方便、可靠^[30-34]地探寻压痛点。笔者学习逆向刺激疗法后,针灸临床疗效显著提高。此文报告一例顽固性胃轻瘫病例,患者持续严重恶心、呕吐44天,不能进食而完全依赖静脉营养,体重减轻,呈恶病质状态。采用逆向刺激针法治疗,10分钟患者感觉症状开始减轻,共8次针刺而痊愈。

诊治记录:

病史:72岁白人男性,2018年12月10日行胰腺、胃、小肠部分切除,术后产生严重的恶心、呕吐,以致无法饮水、进食44天。采用止呕药物治疗无效,依赖静脉输液、营养维持生命。44天内体重锐减35磅,严重蛋白质-卡路里营养不良,处于极度虚弱状态。

初诊:2019年1月23日。患者口干,不能饮水,不能进食,极度乏力,由

妻子搀扶进入诊所。患者静脉输液后小便秘,每两个小时一次,已经八天无大便。体检:患者面色皑白、语音低微、舌唇干裂无津,腹部、脐周多处手术疤痕,脐周肌肉紧张、压痛,以脐左上方为甚。舌干裂暗红无苔,脉数重按无力。

中医诊断:呕吐。病机:胃阴不足,胃气上逆。

西医诊断:胃轻瘫伴严重蛋白质-卡路里营养不良。

敏化点:脐周、公孙、内关、太溪、三阴交、太冲、内庭、膈腧、肝腧、胃腧等穴附近组织敏化点,脐周12点、3点附近触诊到痛性结节(见图2)。

治疗:采用逆向刺激疗法,通过触诊找到敏化点,采用毫针刺,针尖到达敏化组织,留针30分钟,每周三次。

治疗反应:针刺留针10分钟时,病人报告舌润津生,甚为惊讶。舌诊时舌面有津液。共留针三十分钟,病人诉舌干缓解,舌润津生。

二诊:2019年1月25日。患者可以饮水,恶心、呕吐、口干舌燥好转,但无食欲,余症同。治疗同上。治疗前舌象见图1。

三诊:2019年1月28日。患者可以饮用果汁、无恶心呕吐、排便一次,停止呕药。治疗同上。治疗前舌象见图1。

四诊：2019 年 2 月 1 日。患者可以进食流质饮食、舌明显润滑、大便三日一行。触疹内关敏化点消失、脐周肌肉明显变软、压痛明显减轻。针脐周、足三里、太溪、太冲、内庭附近。逆向刺激疗法针刺三十分钟。

五诊：2019 年 2 月 4 日。患者食欲增加，继续进食流质饮食，面色略红润，诉昨晚于右侧侧卧时腹痛不适一小时，仰卧后疼痛消失，大便略干二日一行。触疹支沟、大横穴敏化，逆向刺激疗法针刺三十分钟。

六诊：2019 年 2 月 8 日。患者可进食面包、肉类食品，大便干二日一行，略有腹胀矢气。治疗同上。

七诊：2019 年 2 月 11 日。患者体力明显改善，可以食用蔬果类食物。大便一日一行，舌脉均有改善。治疗同上。

八诊：2019 年 2 月 15 日。患者饮食、二便正常，体重较针刺前增加 7 磅。临床痊愈。

2019 年 3 月 30 日患者回访，饮食、二便正常，体重较针刺前增加 13 磅。已恢复工作，无任何不适。2019 年 11 月 25 日电话回访，患者一切正常，无任何不适。

案例分析：

本例患者胰腺、胃、小肠部分切除术后，出现严重恶心、呕吐，排除了机械梗

阻，诊断明确。患者无糖尿病，排除糖尿病性胃轻瘫，因此属于特发性胃轻瘫。

患者脐周、内关、公孙、太溪、太冲、内庭、膈腧、肝腧、胃腧触诊到敏化点。这些部位在正常人身上是不会有明显压痛的，这些敏化点与患者当时的病情相关，与研究报告是一致的^[13-17]。这些敏化点分布有一定的规律性：1. 脊髓节段性敏化点：膈腧、肝腧、胃腧分别在 T7、T9、T12 肋间；脐周的敏化点脊髓节段为胸 7-9。胃交感传入 C 神经的脊髓节段为 T5-9。可见，膈腧、肝腧、脐周敏化点与胃传入 C 神经在 T7-9 这部分是重叠的，即它们从相同的脊髓节段进入脊髓。胃腧低于胃传入 C 神经两个脊髓节段。2. 与脊髓节段无关的敏化点：公孙、三阴交、内庭分别在脾、胃经上，这与经脉理论是吻合的。这些敏化点的分布，也与《痛症经络逆向刺激疗法》^[28]描述一致。

针对敏化点的针刺是一种个体化治疗，即使对同一证型的不同病人选择的腧穴可能不同，即使选择同一腧穴，针刺的靶组织层次可能不同。这比辨证论治为基础的针刺更加个体化。从治疗反应来看，仅十分钟针刺，患者恶心、呕吐、口干舌燥明显缓解，且干裂的舌面（可惜首诊针刺前没有拍舌象照片）开始湿润生津。患者每次治疗均有明显好转，共 8

次治疗而痊愈。

以敏化为基础的逆向刺激疗法虽然整合了经典针灸与现代神经科学研究进展，但尚未引起广泛重视。此文是首次逆向刺激疗法的临床报告。

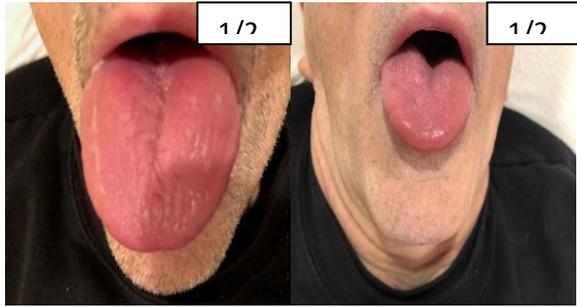


图1. 第2、3次针刺前的舌相。1/25/2019

患者舌质干，有裂纹，舌面少津。1/28/2019患者舌面无裂纹，有薄白舌苔，且有津液。



图 2. 第 2 次针刺的敏化点，分别在腹部、脚、小腿等处。

Reference:

[1] Parkman HP, Hasler WL, Fisher RS. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of gastroparesis. *Gastroenterology*. 2004; 127(5):1592-1622.

[2] Jaffe JK, Paladugu S, Gaughan JP, et al. Characteristics of nausea and its effects on quality of life in diabetic and idiopathic gastroparesis. *J Clin Gastroenterol*. 2011; 45(4):317-321.

[3] Cherian D, Parkman HP. Nausea and vomiting in diabetic and idiopathic gastroparesis. *Neurogastroenterol Motil*. 2012; 24(3):217-22, e103.

[4] Syed AR, Wolfe MM, Calles-Escandon J. Epidemiology and Diagnosis of Gastroparesis in the United States: A Population-based Study. *J Clin Gastroenterol*. 2019. doi: 10.1097/MCG.0000000000001231.

[5] Parkman HP, Hallinan EK, Hasler WL, et al. Nausea and vomiting in gastroparesis: similarities and differences in idiopathic and diabetic gastroparesis. *Neurogastroenterol Motil*. 2016;28(12):1902~1914.

[6] Khashab MA, Besharati S, Ngamruengphong S. Refractory gastroparesis can be

successfully managed with endoscopic transpyloric stent placement and fixation (with video). *Gastrointest Endosc.* 2015;82(6):1106-9. doi: 10.1016/j.gie.2015.06.051

[7] 夏德鹏; 杨晓林; 杨冠男. 针灸治疗胃轻瘫综合征 40 例. *广西中医药.* 2011;2:31.

[8] Ejskjaer N, Dimcevski G, Wo J, et al. Safety and efficacy of ghrelin agonist TZP-101 in relieving symptoms in patients with diabetic gastroparesis: a randomized, placebo-controlled study. *Neurogastroenterol Motil.* 2010;22:1069-e281.

[9] McCallum RW, Lembo A, Esfandyari T, et al. The TZP-102 Phase 2b Study Group. Phase 2b, randomized, double-blind 12-week studies of TZP-102, a ghrelin receptor agonist for diabetic gastroparesis. *Neurogastroenterol Motil.* 2013;25:e705-e717.

[10] Lu Y., Zhang Z. T., Luo Y. F., et al. Anatomic structure of “Shaoze” (SI1), “Qianggu” (SI2), “Houxi” (SI3), “Yanggu” (SI5) and “Xiaohai” (SI8) regions of hand taiyang meridian in the rabbit’s forelimb. *Zhen Ci Yan Jiu.* 2013; 38(6): 473 - 477.

[11] Sun X. G., Zhang L. Q., Wang N., et al. Macroscopical anatomic structure of acupoint “Shangyang” (LI 1), “Erjian” (LI 2), “Sanjian” (LI 3), “Hegu” (LI 4) and “Quchi” (LI 11) regions in the forelimb in rabbits. *Zhen Ci Yan Jiu.* 2012;37(1): 31 - 37.

[12] Lai H, Leng SH, Yang GH, et al. Evidence-based medicine research on low-back pain with sham-acupuncture controlled design and the analysis on dynamic acupoint positioning. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2019;39(5):545-8. doi: 10.13703/j.0255-2930.2019.05.023.

[13] Zhu B. *Systems Acu-Medicine: The Revival of Body Surface Medicine*, People’s Medical Publishing House, Beijing, China, 2015.

[14] Yu XC, Zhu B, Gao JH, et al. Scientific basis for dynamic process of acupoints. *Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2007; 48(11);971 - 973.

[15] Zhu B. The plasticity of acupoint. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2015; 35(11):1203 - 1208.

[16] He W, Wu M, Jing XH, et al. Entity of acupoint: kinetic changes of acupoints in histocytochemistry. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2015;35(11):1181 - 1186.

[17] Kim DH, Ryu Y, Hahm D H et al. Acupuncture points can be identified as cutaneous neurogenic inflammatory spots. *Scientific Reports.* 2017;7(1):15214.

- [18] Dong WK, Ryu H, Wagman IH. Nociceptive responses of neurons in medial thalamus and their relationship to spinothalamic pathways. *J Neurophysiol.* 1978;41(6):1592-1613.
- [19] Basbaum AI, Bautista DM, Scherrer G, et al. Cellular and molecular mechanisms of pain. *Cell.* 2009; 139(2):267-84.
- [20] Schmidt R, Schmelz M, Forster C, et al. Novel classes of responsive and unresponsive C nociceptors in human skin. *J Neurosci.* 1995;15(1 Pt 1):333-341.
- [21] Zurowski D, Dobrek L, Bugajski A, et al. The role of sensory C-fibers in response of vagal afferent stimulation by gastric distension in rats with experimental chronic gastric ulcer. *J Physiol Pharmacol.* 2008;59 Suppl 2:179-189.
- [22] Wang KF, Zhang LJ, Lu F, et al. Can ashi points stimulation have specific effects on shoulder pain? A systematic review of randomized controlled trials. *Chinese Journal of Integrative Medicine.* 2016;22(6):467 - 472.
- [23] Wong D, Wan Lit, Wang Y, et al. Local and distant acupuncture points stimulation for chronic musculoskeletal pain: a systematic review on the comparative effects. *European Journal of Pain.* 2015;19(9):1232 - 1247.
- [24] Lin Y F, Lu J M, Su Y N, et al. Clinical trials for treatment of allergic rhinitis with heat sensitive moxibustion and its regularity of heat-sensitization acupoint distribution. *Zhen Ci Yan Jiu.* 2017;42(6):527 - 532.
- [25] Chen R, Chen M, Su T. et al. Heat-sensitive moxibustion in patients with osteoarthritis of the knee: a three-armed multicenter randomized active control trial. *Acupuncture in Medicine.* 2015;33(4):262 - 269.
- [26] Zhang W. The Correlated Study between Moxibustion Sense and Moxibustion Effect through Heat-Sensitive Moxibustion Treating Primary Dysmenorrhea. Hunan University of Chinese Medicine. Changsha, China, 2012.
- [27] Tan H, Tumilty S, Chapple C, et al. Understanding Acupoint Sensitization: A Narrative Review on Phenomena, Potential Mechanism, and Clinical Application. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2019;2019:6064358. doi:10.1155/2019/6064358.
- [28] 冷三华. 痛症经络逆向刺激疗法 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017.

[29] Gong CZ, Liu W. Two Evidence-Based Acupuncture Models. *Chin J Integr Med.* 2019. doi: 10.1007/s11655-019-3177-5.

[30] Yan CQ, Zhang S, Li QQ. et al. Detection of peripheral and central sensitisation at acupoints in patients with unilateral shoulder pain in Beijing: a cross-sectional matched case-control study. *BMJ Open.* 2017; 7(6): e014438. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014438.

[31] Chen S, Miao Y, Nan Y, et al. The Study of Dynamic Characteristic of Acupoints Based on the Primary Dysmenorrhea Patients with the Tenderness Reflection on Diji (SP 8). *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:158012. doi:10.1155/2015/158012

[32] Chen X, Qi L, Zhang X, et al. Distribution of algisia sensitized acupoints in the patients of intestinal cancer. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2017;37(9):963 - 966.

[33] Rasmussen JO, Smidth M, Hansen TM. Examination of tender points in soft tissue. Palpation versus pressure-algometer. *Ugeskr Laeger.* 1990;152(21):1522-1526.

[34] Rathbone AT1, Grosman-Rimon L, Kumbhare DA. Interrater Agreement of Manual Palpation for Identification of Myofascial Trigger Points: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin J Pain.* 2017;33(8):715-729. doi: 10.1097/AJP.0000000000000459.

后溪穴的临床应用

薛雨芳

Healing Sage Acupuncture and Herbal Clinic

【摘要】：后溪为手太阳小肠经输木穴，也是八脉交会穴之一而通督脉，功善祛风通络、柔筋止痛。它既可用于手太阳小肠经和督脉循行部位的各种病症，又对某些精神情志疾病和各种热病也有显著疗效。临床上，后溪穴常配合其它腧穴使用，如后溪配腕骨、后溪配列缺、后溪配合谷、后溪配环跳、后溪配申脉等，既提高临床疗效、又扩大主治范围，既可以治疗正经病、又可以治疗奇经病。最后，列举了以后溪为主穴治疗面瘫、落枕和腰痛三个病例。

Clinical Application of Houxi Point

Xue Yufang

【Abstract】: SI3 (hou xi) belongs to the Small Intestine meridian of Hand Tai-Yang, is Shu-stream and wood-phase point in Five-element theory, also one of the eight confluent points of the Eight Extraordinary Vessels, confluence with DU vessel. SI3 is good at expelling wind pathogen, activating meridians, smoothing spasms, and stopping pain. It can be used for diseases related with the Small Intestine meridian of Hand Tai-Yang and DU vessel, and for some mental and spiritual disorders and warm diseases. Clinically, SI3 is often paired with other points such as SI4, LU7, LI4, GB30 and BL62. This can increase the effectiveness and usage of SI3 including disorders of the regular twelve meridians and eight extraordinary vessels as well. Lastly, there are three cases, Bell's palsy, neck stiffness and back pain, illustrating the successful treatments with SI3.

后溪为手太阳小肠经腧穴，它前有前谷、后有阳谷，两谷之间为溪；又因位居手掌横纹末端，握拳时，穴处肉起如山峰，按之似小溪之曲处（《会元针灸学》），故名后溪。《灵枢·本输》：“手太阳经者，……注于后溪，后溪者在手外侧本节之后也，为腧。”张介宾注：“此小肠经所注为也，属阳木。”可见，后溪在五输穴中为输穴，阳经输穴在五行属木，木生火，因此，后溪又是小肠经之母穴。同时，后溪也是八脉交会穴之一，通督脉。

（一）后溪穴的穴性与功效

后溪为手太阳小肠经的输木穴。“输主体重节痛”（《难经·六十八难》），木气通于肝，肝主风与筋，故后溪具有较好的祛风通络、柔筋止痛功效。后溪通督脉，督脉循行腰背正中，上至头面，其间“入脑”、“贯心”，督脉又为一身诸阳之总督，因此，后溪对精神情志疾病和各种热病也有显著疗效。《西江月（后溪）》对后溪的主治、功效有一个简要概括：“手足拘挛战慄，中风不语痲

痲，头疼眼肿泪涟涟，腿膝背腰痛遍，项强伤寒不解，牙齿腮肿咽喉，手麻足麻破伤牵，盗汗后溪先砭。”

手太阳小肠经循行，《灵枢·经脉》曰：“小肠手太阳之脉，起于小指之端，循手外侧上腕，出踝中，直上循臂骨下廉，出肘内侧两筋之间，上循臑外后廉，出肩解，绕肩胛，交肩上，入缺盆络心，循咽下膈，抵胃属小肠；其支者，从缺盆循颈，上颊、至目锐眦，却入耳中；其支者，别颊上页，抵鼻，至目内眦，斜络于颧。”经脉所过，主治所及。因此，后溪可以治疗本经循行部位如头面、颈项、肩背、肘臂上肢以及手指部位的各种病症、尤其是疼痛症状。《通玄指要赋》：“头项痛拟后溪以安然。”《千金翼》：“后溪主五指尽痛。”

后溪还可用于督脉相关的病症。手太阳小肠经与督脉在大椎穴处相互交通。

《十四经发挥》载手太阳小肠经：“循手外侧之前谷、后溪……乃上会大椎，因左右相交于两肩之上。”《奇经八脉考》：

“督乃阳脉之海。其脉起于肾下胞中……

并脊里上行。历腰俞……陶道、大椎，与手足三阳会合。”临床上，“督脉为病脊强而厥”。因此，后溪可用于脊腰痛症，如角弓反张、闪腰叉气、坐骨神经痛等。《肘后方》：“肋肋腿疼后溪妙。”督脉在循行过程中又与多个脏腑组织直接相连，尤其是“上巅入脑”、“上贯心”。因此，后溪还可治疗精神、情志疾病，如癫痫、中风偏瘫、癔病性下肢瘫痪等。《拦江赋》：“后溪专治督脉病，癫狂此穴治还轻。”《通玄指要赋》：“痫发癫狂兮，凭后溪而疗理。”同时，督脉与诸阳经有密切联系，素有“阳脉之海”之说，具有通阳解表、振奋阳气、助阳散寒等功效。因此，后溪也常用于治疗各种热性病证，如小儿高热惊厥、疟疾寒热往来等。《玉龙歌》：“时行最难禁，穴法由来未审明，若把后溪穴寻得，多加艾火即时轻。”

(二) 后溪穴的常见配伍应用

后溪因其穴性独特，功效显著，可用于多种不同病症。但在临床上，后溪穴又常与其他腧穴配合使用，以达到相互协调、增强疗效、拓宽临床应用的目的。

1、后溪配腕骨 后溪、腕骨同属手太阳小肠经，且为相邻腧穴。两穴同用，可以相互合作、协同增效，对疏通经络、调畅气血具有一鼓作气的强化作用。临床上，后溪配腕骨可用于因经脉痹阻而出现各种拘挛和疼痛病症，如肩周炎、手臂疼痛、急性腰扭伤、坐骨神经痛等。《肘后方》：“肋肋腿疼后溪妙。”《杂病穴法歌》：“腰连腿疼腕骨升。”

2、后溪配列缺 后溪配列缺常用于颈椎疾病，如落枕、颈椎增生。后溪为手太阳小肠经的输穴、木穴，可通经活络、柔筋止痛。后溪又通督脉，手太阳小肠经和督脉均循行于颈部。因此，后溪对颈项病症有良好的治疗效果，《通玄指要赋》：“头项痛拟后溪以安然”。列缺为手太阴肺经络穴，络手阳明大肠经。同时，列缺也是八脉交会穴之一，通任脉。手阳明大肠经“从缺盆上颈贯颊”，任脉循行“至咽喉、上颐、循面、入目”（《灵枢·经脉》）。因此，列缺同样用于颈项病症，素有“头项寻列缺”之说。后溪配列缺，其所属经脉、所络经脉、所通经脉之循行均与本病的病位相符，其穴性及其主治功效又与治疗本病的立法相投，是颈椎疾病的有效处方。

3、后溪配合谷 合谷为手阳明大肠经原穴，善治头面疾患，“面口合谷收”。手阳明大肠经从手走头，“从缺盆上颈贯颊，入下齿中，还出挟口，交人中，左之右，右之左，上挟鼻。”（《灵枢·经脉》）可见，手阳明大肠经和手太阳小肠经同属手之阳经，其循行规律均为从手走头、二者均循行并终止于头面。因此，后溪配合谷可以有效地治疗头面疾患，如头痛、牙龈肿痛、过敏性鼻炎、三叉神经痛、面神经麻痹等。

4、后溪配环跳 后溪配环跳，常用于腰骶痛、坐骨神经痛、下肢痿痹等。后溪善治腰背、下肢病症，原因有二：后溪通督脉，又与足太阳膀胱经气相连。手太阳小肠经和足太阳膀胱经，同属太阳经，同名而脉气相通，两经循行直接在睛明穴

相交会。因此,后溪同样可以调畅足太阳膀胱经经气。后溪又为八脉交会穴之一,通督脉。督脉在其循行过程中多次与足太阳膀胱经直接交会,不仅在大椎穴处,还有睛明穴,《素问·骨空论》载:“督脉…与太阳起于目内眦。”环跳属足少阳胆经腧穴,又为“足少阳、太阳二脉之会。”(《素问·气府论》王注)这样,环跳具有一穴调二经的作用。循行于人体背部有督脉、足太阳膀胱经和足少阳胆经,后溪配环跳,直接而有效地疏通上述经脉,故善治人体腰背、下肢部病症。

《百症赋》:“后溪环跳,腿疼刺而即轻。”

5、后溪配申脉 后溪配申脉,属八脉交会穴相配,且为同气相应配穴法(即同名经配穴法),主治目内眦、项、肩胛病症。后溪属手太阳小肠经通督脉,申脉属足太阳膀胱经通阳蹻脉。手太阳小肠经、足太阳膀胱经、督脉及阳蹻四经循行直接会合于肩胛和目内眦。会于肩胛,如《灵枢·经脉》:“膀胱足太阳之脉…其支者,从膊内左右,别下贯胛…小肠手太阳之脉…出肩解,绕肩胛。”会于目内眦,如《灵枢·经脉》:“膀胱足太阳之脉,起于目内眦…小肠手太阳之脉…别颊上出页抵鼻,至目内眦。”《素问·骨空论》载:“督脉…与太阳起于目内眦。”《奇经八脉考》载:“阳蹻者…至目内眦,与手足太阳、足阳明、阴蹻五脉会于睛明穴。”后溪配申脉,为手足太阳同名经相配,也是奇经督脉和阳蹻脉相配。两穴相配,上下呼应、同气相求,使经气贯通,扩大了治疗范围,也提高了临床疗效。

(三) 典型病例

后溪穴穴性独特、功效显著,以后溪为主配合其他腧穴用于临床不同病症,可收到显著疗效。

1、后溪配合谷治面瘫

男,34岁。2017年5月8日就诊。主诉:面瘫5天。

5天前,患者晨起自觉右耳后疼痛,面部板滞、麻木,照镜时发现右侧面部活动不利,眼睑不能闭合,鼓气时漏气。刻下:右侧额纹消失,眼睑不能完全闭合,露睛落泪,口角向左侧歪斜,鼻唇沟平坦,微有听觉障碍,语言稍有蹇涩不利,但神志清醒,四肢活动正常。舌质淡苔薄白,脉浮紧。诊断:面瘫,风寒入侵,阳明、太阳经气不利。治疗:后溪、合谷、阳白、地仓,针用泻法,留针30分钟,治疗一周2次。同时,每天热敷面部20分钟。2次治疗后,病人面部感觉好转,听力正常,语言流利。经6次治疗,面瘫完全消失。

按语:面瘫多起病急、以头面症状为主,起因于脉络空虚、风邪猝中。后溪、合谷、阳白通调手太阳、阳明及少阳之经气,舒经活络、疏风祛邪。合谷、地仓分属手、足阳明经,阳明经多气多血,两穴合用以鼓舞正气、驱邪外出。《百症赋》:“颊车、地仓穴,正口喎于片时。”后溪、合谷为远道取穴,但又可循经直达病所。阳白、地仓为近部取穴,对病患部位有直接而显著的治疗作用。

2、后溪配风池治落枕

男,29岁。2017年4月7日就诊。主诉:落枕2天。

昨天晨起,患者即觉颈部酸痛,不能转侧,头向左侧歪斜。刻下:项颈强直,不能俯仰或转侧,酸楚向肩背部扩散,局

部肌肉痉挛，压痛明显。舌质淡红，苔薄白，脉浮紧。诊断：落枕，风寒侵袭项背，局部经气不调。治疗：后溪、风池，针用泻法，留针 20 分钟。一次治疗后，疼痛其本消失，颈部活动恢复正常。

按语：落枕又称颈部伤筋，多因睡眠姿势不当，或感受风寒所致，治宜祛风散寒、通络止痛。后溪为输木穴，祛风、柔筋、止痛。风池穴居项部，功善祛风。后溪配风池，疏风止痉、通络止痛。取穴少，但力专而效宏，故效如桴鼓。

3、后溪配环跳治闪腰叉气

女，49 岁。2018 年 2 月 10 日就诊。
主诉：腰腿痛 2 天。

患者 2 天前搬家，因突然用力不当而致腰部疼痛难忍。刻下：患者呈强直样姿

势，不能前后俯仰或左右转侧，举步艰难，咳嗽、深呼吸均感疼痛加剧。检查：两侧腰肌均有明显压痛、尤以右侧为重，疼痛放射到右腿外侧，抬腿困难。舌质稍暗，苔薄黄微干，脉弦。诊断：腰痛，足太阳、少阳经经脉痹阻。治疗：后溪、环跳、束骨，针用泻法，留针 30 分钟。第 1 次治疗后，腰腿疼痛基本消失，行走自如。隔二日，再次治疗而痊愈。

按语：本例因闪挫而致足太阳、少阳经经脉痹阻，不通则痛。后溪、束骨分别为手足太阳经输穴，输主体重节痛，两穴相配，上下呼应、同气相求，使经气贯通，增强疗效。环跳为“足少阳、太阳二脉之会”，一穴通二经，助后溪、束骨疏通足太阳经气而治疗腰痛主症，又可直接治疗足少阳经之腿疼次症。三穴相配，主次分明，相得益彰。

男性不育症的中医临证策略

梁东云

8200 SW 117th Avenue Suite: 308 Miami, FL 33183 USA Tel: (305)595-2999

Email: Orientaltherapycenter@gmail.com

【摘要】从中西医的角度结合作者本人多年的临床经验来探讨男性不育的病因，病机，得出临床上予以综合全面的治疗（针，灸，拔罐，中药，心理治疗），对于男性不育特别是顽难疑案可以收到良效。

【关键词】男性不育；中医辨证；针药并治

TCM Treatment Strategy of Male Infertility

Liang Dongyun

Dongyun Liang, Oriental Therapy Center 8200 SW 117th Avenue Suite: 308 Miami, FL 33183 USA

【 Abstract 】 : The author discussed Male Infertility from the viewpoint of Chinese and Western medicine. The conclusion is that comprehensive treatment (Chinese herbs, acupuncture, cupping suction, moxibustion and psychotherapy) can get good results, especially for the difficult case on male infertility.

【 Key words 】 : male infertility; differentiation and treatment; Chinese herbs and acupuncture

男性不育是指由于男性因素引起的不孕不育,指婚后同居1年未采取任何避孕措施而女方未怀孕者。在育龄未孕中,不孕的发生率为10-15%,且有逐年上升的趋势。其中单纯男方因素约为30%,女方因素50%,男女双方因素占20%。据2014年6月17日一个全国性的调查显示,平均每6对育龄夫妇就有一对夫妇面临着不孕不育的难题。

1.古代医籍对男性不育的记载:

《黄帝内经》“素问上古天真论”曰:“丈夫二八,肾气盛,天癸至,精气溢泻,阴阳和,故能有子”。《灵枢,决气》篇:“两神相博,合而成形”。明朝的万全《广嗣纪要》“调元”篇中:“无子之因,多起于父气之不足,岂可归罪于母血之虚寒”。《脉经》曰“男子脉微弱而涩,为无子,精气清冷也”。明朝张景岳《证治汇新》曰:“故有房劳太甚,宗筋弛纵,发为阳萎者,乃命门火衰,譬之严冬百花卉凋残也”。清朝叶天士《秘本种子金丹》是一本关于生育的专著,其中男性不育症的论述最为丰富,在种子总论中,强调了种子之法:“男当养其精而节其欲,使阳道之常健;女子养其血而平其气,使月事以时下,交相培养,有子之道也”。明朝王肯堂《证治准

绳》“求子论”曰:“医治上工,因人无子,语男则主于精,男从补肾为要”。古人对男子无子的病因病机也有叙述,《广嗣纪要》“五不男”:即天,漏,健,怯,变。天即天宦,泛指男性先天性外生殖器或睾丸缺损及第二性征发育不全;漏,即精液不固,常自遗泄;健,即睾丸切除者;怯,即阳痿;变,即两性畸形,欲称阴阳人。

2.男性不育的四种常见原因:

2.1 精液异常:包括无精;少精;弱精;精子畸形;血精;死精

2.2 生精障碍:精索静脉曲张;先天性睾丸发育不良;隐睾;睾丸炎;睾丸萎缩;内分泌疾病(甲亢,甲低,高泌乳素血症)

2.3 输精受阻:附睾,输精管,射精管及尿道的病变

2.4 射精障碍:阳痿;畸形;外伤;逆行射精

3.影响精子产生的因素:

3.1 先天发育异常:隐睾;先天性睾丸发育不全

3.2 全身性因素:

3.2.1 慢性消耗性疾病;长期营养不良

3.2.2 慢性中毒,长期服用或接触化学药物,嗜烟、酗酒、核放射等

3.2.3 精神过度紧张

3.2.4 性生活过频无节制

3.3 局部性因素:

3.3.1 腮腺炎并发的睾丸炎{致睾丸萎缩进而不产精子或数量少,形态异常}

3.3.2 睾丸结核

3.3.3 精索静脉曲张

3.4 免疫因素:病毒、细菌、支原体感染均可产生对抗自身精子的抗体,使精子自己汇集不能穿过宫颈粘液

4.男性不育的中医辨证:(辨证施治;辨精施治)

4.1 辨证施治:

4.1.1 肾阳亏虚,命门火衰:阳萎,精清,精冷,性欲低下,腰膝酸软,怕冷喜热,舌淡苔薄白,脉沉迟。

治则:温补肾阳,补益命门。

代表方:右归丸,金匱肾气丸,二仙汤

常用药物:附子,肉桂,鹿茸,巴吉天,淫羊藿,仙茅,菟丝子,菲菜子,锁阳,肉苁蓉,补骨脂等。

4.1.2 肾阴亏虚,精液不足:精少,畸形,失眠多梦,遗精早泄,头发稀疏,舌体瘦小,舌红少苔或无苔,脉细数。

治则:滋养肾阴,填精益髓

代表方:六味地黄丸,右归饮,五子衍字丸

常用药物:枸杞,山芋肉,桑椹子,女贞子,龟板,鳖甲,紫河车等。

4.1.3 肝气不疏、气郁化火:婚后多年不育,精子畸形高,精神紧张,心烦易怒,白睛赤红,手足出汗,肌肤发热,喜冷饮,舌尖红,脉弦大,苔白或卜黄。

治则:疏肝理气,清热开郁

代表方:丹栀逍遥丸,柴胡疏肝散,龙胆泻肝丸

常用药物:柴胡,香附,佛手,川楝子,白芍,丹皮,栀子,龙胆草等。

4.1.4 脾虚湿盛:多年不育,精液多不液化,形体肥胖,乏力便溏,舌体胖大有齿痕,苔白厚,脉濡滑。

治则:健脾益气,芳香化湿

代表方:香砂六君汤,香砂养胃丸,补中益气丸

常用药:木香、砂仁、黄芪、山药、白术,石菖蒲,荷叶、佩兰、绞股蓝等。

4.1.5 瘀血阻络:多见于输精管阻塞,少精或无精患者,兼有少腹疼痛,舌质发紫,舌下静脉曲张,脉沉涩。

治则:通络活血,行气化瘀

代表方:少腹逐淤汤合柴胡疏肝散

常用药:乌药,丹参,赤芍,王不留行、莪术、路路通、穿山甲、僵蚕、柴胡、地龙等。

4.1.6 湿热下注:常见于前列腺炎,精囊炎,附睾丸,尿道炎等,精液内有红细胞,浓细胞,白细胞。苔黄腻,脉滑数。

治则:清利湿热、解毒增精

代表方:知柏地黄丸,龙胆泻肝汤,五味消毒饮

常用药：佩兰，荷叶、石菖蒲、龙胆草、公英、双花、知母、黄柏，丹皮、败酱草。

4.1.7 肺虚肺实：两者均可见精子畸形，前者少气不足以息，语音低微，自汗易感，脉沉无力。后者鼻塞，流涕，嗅觉不灵，咳嗽胸闷，无汗恶寒，脉浮紧。二者常见于过敏性体质。

治则：宣肺理气，改善体质

代表方：肺虚——玉屏风散加味；肺实——麻杏石甘汤加减

常用药：黄芪，白术，防风，桔梗，麻黄，荆芥，生甘草，金银花，菊花，徐长卿

注：临床上男性不育症的大部分治疗，古代医家大都是以肝脾肾为主，较少从肺治疗。对男性不育的治疗，宣发肺气，助其肃降也是临床上一个非常重要的治疗原则，特别对精子畸形率高的患者。其理论根据如下。

a. 肺为“相傅之官，治节出焉”，肺是掌管全身气血疏布的器官。“肺为气之主，肾为气之根”。

肺肾两脏关系密切，对精子的生成有协同作用。肺肾同补，即金水相生。

b. 肺主宣发，外合皮毛。《灵枢·决气篇》说“上焦开发，宣五谷味，熏肤、充身、泽毛，若雾露之溉，是为气”。肺主皮毛，即肺功能好的健康男性往往皮肤弹性好，毛发致密。按子午流注纳支法早晨为营气寅时（3-5点），正是手太阴肺经掌管的时间，肺气盛的男子可以此时出现晨勃，因为肺气旺盛可将气血疏布到肢体的末端阴茎上。

c. 肺主胡须。胡须是男子第二性征的体现，是由冲脉所生，而冲脉起于会阴，与睾丸（卵巢）

相连。冲脉沿人体正中线任脉的两边慢慢上升，由于女人多血，冲脉就会散于胸中，连于乳房，故称乳房是血的储备仓库，奶血相通。而男人多气，阳气充足，冲脉继续上行，停留在下巴及人中处。所以胡须的情况也可以反映出肺脏及冲脉的盛衰。

d. 肺主气，司呼吸。肺与免疫系统密切相关，临床上鼻炎，哮喘，皮肤病等各种过敏性疾病，属于表证外邪不解，应先解表祛邪，后治不孕。有时过敏解除后，精子的指标也恢复正常。“邪去正自安”既是此意。

4.2 辨精施治：

高质量的精子，是生命起源的基础。精液是由前列腺液、精囊液、附睾液、尿道球腺和尿道旁腺液组成。按照阴阳学说，精气属火为阳，精液属水为阴；精子为阴中之阳，精液为阴中之阴；精子本身又可分为阴阳，精体为阴，即阳中之阴；精子的存活率及活动力为阳中之阳。根据阳化气、阴成形的理论，精子数量的多少及形态，多依赖于肾阴的盈亏；而精子活动力的强弱，则取决于肾阳的盛衰。所以临床上，如精子数量少，精子畸形，应以滋补肾阴为主；而精子存活率低，活动度差，则以补肾壮阳为主。当然阴中有阳，阳中有阴，处方用药时当阴阳兼顾，方能收效。

5. 针灸疗法

针灸治疗精液异常与性功能障碍有肯定的疗效已被临床所证实。除选穴准确外, 针灸的手法和技巧也是非常重要。

5.1 常用主穴: 大赫, 曲骨, 三阴交, 命门, 八髎, 肾俞, 腰俞, 腰阳关, 百会等。

5.2 常用配穴:

5.2.1 太溪, 照海——滋补肾阴以助先天

5.2.2 气海, 关元——益气温阳以壮真阳

5.2.3 三阴交, 地机, 阴陵泉——调补三阴经气, 培后天之本

5.2.4 肾俞, 志室, 复溜——调节水源, 使肾气得以转输

5.2.5 大椎, 肺俞——增强体质, 助其宣肃。适于男性不孕兼有过敏性疾病(鼻炎, 哮喘, 荨麻疹等)者

5.3 几个特殊穴位的应用

5.3.1 阳痿穴: 共5个穴位, 由神阙至耻骨联合上联线的上三分之一, 中三分之一, 下三分之一, 各1穴, 中三分之一穴旁开各1寸分出左右2穴, 共5个穴合称阳痿穴。针刺要点: 用雀啄刺法强刺激使针感放射至阴茎, 然后留针半小时。功能: 引发一身之阴气, 促发精血, 体阴而用阳。

5.3.2 督5针: 腰俞, 腰阳关, 命门, 至阳, 百会。针刺手法要点: 采用刘伟老师的经验, 根据督脉的走形, 进针需从下向上, 约30°角斜刺, 先行滞针, 然后将针呈弓状, 左右摇摆10-20次后再上下呈抛物线运针20-30次, 将针体呈钓鱼状, 切记行针时尽量做到意守劳宫, 自感手心发热时即可取效, 通常患者会感到

下背部发热似火炉, 得气后可留针半小时。功能: 振奋人身之阳气, 温通督脉, 体阳而用阴。

5.3.3 腰俞穴: 是督脉的第二个穴位, 阳气升发的起始处。用1.5寸针以腰俞穴为中心扎一针, 然后上下左右扎4针形成围刺, 即梅花刺。行针时上下, 左右双手同时捻转, 病人会感到阴部发紧或放射感。其目的就是促进局部血运, 刺激性腺, 振奋一身之阳气。此穴曾是妇科摘除子宫, 卵巢手术的针麻有效穴。

5.3.4 天枢穴: 枢即为枢纽之意。此穴具有转输, 调节中焦(脾)和下焦(肾)的气化功能。对于顽固性不孕患者往往会增加受孕机率。

5.4 艾灸八髎穴: 八髎是通治一切妇科和男科疾病的神奇区域。可补助元气, 温养冲任, 消炎止痛, 活血化瘀, 升阳举陷。对于前列腺炎, 尿频尿急, 阳痿早泄, 精子成活率低下均有效果

5.5 拔罐: 肺主宣发肃降, 心主血脉, 肝主疏泄, 脾主运化, 肾主生殖。五脏相联, 五行相生。从背部肺俞到肾俞至上而下拔4-6个火罐, 以达宣发肺气, 补养心气, 疏发肝气, 振奋脾气, 鼓舞肾气, 从而为精子的生长发育打下基础, 以确保精子的质和量。

6.个人临床经验体会:

6.1 针药并用, 疗效可靠。对不育的治疗, 针药并用的有效率明显高于单纯针灸或单纯中药的治疗效果。针灸在安神安志(缓解紧张情绪), 疏通经络,(扩张疏精管)方面效果明显; 而中药在调节内

分泌紊乱,平衡阴阳(激素)方面略盛一筹。

6.2 夫妇同治:怀孕是夫妻双方的事情,如果夫妇同治,则治疗时间短,见效快。如果经济条件不允许,建议至少在排卵期夫妇同天接受一次针灸,腰背部拔罐。同时予以电刺激以达到扩张输精管,输卵管;而利于精子,卵子的正常排出。

6.3 年轻男性不育,多以肝郁、湿热为主;中老年男性不育多以脾肾阳虚,精血亏乏为主。

6.4 心理疏导:科学研究显示心理压力已成为人类生育能力下降的一个重要因素。当人们处于较大压力下,身体的下丘脑—垂体—肾上腺轴发生变化,从而引发不孕不育。所以治疗的同时要给予心理疏导,让病人有一个乐观平稳的心态,医患相互配合,才能收到良效。

6.5 用药需知:

6.5.1 精子的活动度差,多以补肾壮阳为主,不用或慎用苦寒之品。

6.5.2 精子数量少,畸形,死精症,多以补肾添精为主。少用或慎用燥热之品。(附子,肉桂)

6.5.3 精液不液化多以芳香化湿,温通升散,活血化瘀药为主,同时辅以少量的清热解毒之品,切不可妄用大量寒凉之药。

6.5.4 根据“辛甘发散为阳,酸苦涌泄为阴”的理论,仙灵脾,山芋肉是非常有效治疗不孕的药对,二者合用能酸甘化阴,辛甘化阳。在澳洲著名不孕专家 Jane Littleton 的科研中,单味中药促精子活动荧光镜下,可以看到成千上万的小蝌蚪(精子)在山芋肉的营养液中,奋

勇直前,全速前进的壮观景象。仙灵脾则被称为是推动“精子火箭”的打火机。

6.5.5 精液 PH 值偏高者(碱性程度高),可加乌梅、酸枣仁,山楂等酸性药物。精液 PH 值偏低者(酸性程度高),可予龙骨,牡蛎,珍珠粉,乌贼骨等含碳酸钙高的药物。

6.5.6 免疫不育多采用清热解毒,活血化瘀,滋阴降火等方法。可适当加用徐长卿、双花、黄芩、黄精。

6.5.7 治疗男性不育处方用药时,需稍加几味宣通肺气之品,麻黄,荆芥,桔梗,苦杏仁以增强肺的雾露灌溉和营养精虫之功。如和补肾药同用则取其金水相生,母子互补之意。

6.5.8 阴阳转换:青壮年男性多怕热,老年男性多怕冷,是阳盛转阳虚的表现。反之年轻女性多怕冷,更年期女性多怕热则为阴盛转阴虚的表现。所以临床用药当辨阴阳。

7.男性不育的常用成药

7.1 9405:冬虫夏草,人参,灵芝,黄芪,枸杞子,

功效:大补阴阳,益气生精。对性功能减弱,睾丸素低下,精子数目减少,活动度低下,效果尤佳。

7.2 五子衍宗丸:枸杞子,菟丝子,覆盆子,车前子,五味子。

功效:补肾填精,为“古今种子第一方”。对肾虚腰疼,遗精早泄,精子畸形有效。

7.3 成孕丸:即“四二五”方。由四物汤 + 二仙汤 + 五子衍宗丸 3 方组成。

功效:阴阳双补,益精养血。对阴

阳两虚，精血亏虚，性欲下降，精子量少，活动度低下，精子畸形均有效。

7.4 加减用药：肝郁明显——逍遥丸；肝郁化火——丹栀逍遥丸；肾阴亏虚——六味地黄丸；阴虚火旺——知柏地黄丸；肾阳亏虚——金匱肾气丸；脾气亏虚——补中益气丸

日期	06/02/2017	09/08/2017
精子密度 (Concentration)	14 (mill/ml)	26 (mill/ml)
精子总数 (Total Acct)	87 (mill)	99 (mill)
精子活力 (Mobility)	58	65
精子形态 (Morphology)	0%	4%

8. 男性不育的辅助用药：

8.1 MACA (玛卡)：被称为“秘鲁人参”，“天然伟哥”。是生长在秘鲁安第斯高原的一种植物。有 2000 多年的历史，经研究 MACA 含有刺激性欲的元素，可以大大提升男性的性原动力和体力。定期服用 MACA 会使男性身体内的荷尔蒙增加，提高持久力，促进睾丸激素的分泌，增强勃起组织的反应性，促进精子的生成，增加性快感，提高生育能力

8.2 DHEA：是由位于人体的肾上腺皮质分泌的一种作用神奇的原始激素，别名“性黄金”，对性功能有双向调节作用。

8.3 L-Arginine (左型精氨酸)：具有改善性功能障碍及有效提高精子数量及活动力。

8.4 胡萝卜：人体可以将胡萝卜素转成促进健康的抗氧化剂，抗氧化剂可中和

人体内自由基，防止 DNA 受损，从而提高精子质量和活力。

8.5 西红柿：含有抗癌物质番茄红素，可减少精子畸形率使正常精子数增加 8-10%。

8.6 维生素 E, C：可以参与保护精子中的 DNA。

8.7 锌：人体锌的总量约为 1.5 克左右，主要集中在睾丸，附睾和前列腺。锌缺乏可导致男性不育。呈现精子数量少，精液质量差。锌与精子代谢，精子膜稳定性及精子活动力有关。锌不足或缺乏可引起性腺发育不良，间接影响脑垂体促性腺激素的释放。所以不育男性应适当的补锌。

10. 注意事项：

10.1 精液检查前要禁欲 3-5 天，检查一次不准确，通常要检查 3 次，然后取其平均值。如想要对比治疗前后的结果，需等 2.5-3 个月重新再行测试，因精子从头到体的生长需要 2.5-3 个月的时间。

10.2 睾丸是一个非常娇嫩的器官，惧怕高温，阴囊内的温度相对恒定，需维持在一个比体温稍低的水平。如果周围温度高，就会影响精子的产生。所以长时间高温作业，骑自行车，泡热水澡，穿牛仔裤等，都不利于精子的成长。

10.3 吸烟，酗酒均可致精液质量下降，精子畸形率高，密度活力降低。

10.4 长期放射线照射可以杀伤，破坏精子，造成精子的不可性逆转。

10.5 化学药物：磺胺药，抗生素，甲氧咪胍，抗高血压药，镇静安眠药，激素类，毒品等长期

服用,均可造成男性不育。

10.6 豆制品类:男性不可长期大量服用豆制品,因为富含大量的植物雌激素,而雌激素会抑制正常的生精功能,进而促使女性化。

11 病案赏析:

病例 1.患者,男,35岁,大学教授,已婚5年。2017年6月3日就诊。

主诉:不育。伴性欲低下,精液清冷,腰酸乏力,平素寡言少语,时有头疼,胃胀纳呆,舌体胖大,苔白腻,脉弦滑,双尺沉细。

辨证为脾肾阳虚,肝郁气滞。治以健脾补肾,疏肝理气。中药补中益气汤加逍遥丸加减,针灸安神定志,疏肝健胃。患者治疗3个月后,重新做了精子测定,结果明显好转,妻子于治疗后的第4个月顺利怀孕,生产一健康男婴

治疗前后3个月的精子测定主要指标

病例 2.男,44岁,白人,办公室职员,结婚8年,2014年1月9号就诊。

主诉:不育。曾被不孕中心诊断为“Y染色体缺失症”(Y Chromosome Deletion)。伴有失眠多梦,颈背紧痛,急躁易怒,喜冷怕热,手脚出汗,舌尖红,苔薄白,脉弦数,双尺沉细。妻子43岁,曾借用捐精行人工受精3次,均未成功。经他人推荐来我处要求治疗。

中医辨证为肝郁化热,肾阴亏损。予丹栀

逍遥散加六味地黄丸合针灸疏肝理气,滋阴补肾。

夫妻同治,针药调理3个月后,本打算5月份接受捐精再次行IVF,因生殖医生欧洲度假,故IVF延迟,安排在6月份。结果妻子于当月意外怀孕,顺利生产一健康女婴。

治疗前后3个月的精子测定主要指标

检查日期	01/09/2014	06/12/2014
精子密度 (Concentration)	2.6 (mill/ml)	2.9 (mill/ml)
精子总数 (total Acct)	1.37 (mill)	16.24 (mill)
精子活力 (Mobility)	12.50%	43
精子形态 (Morphology)	0.00%	2%

小结:针药并治对精子数量减少,精子活力降低,精子畸形都有非常好的疗效。按照现代医学理论,染色体缺失的患者只有借精,通过IVF才可有希望。但是病案2由于治疗得当,病人的精子密度,总数和精子形态都得到了改善,所以发生了理论上不能完全解释的成功怀孕案例。中医的生命在临床,疗效是根本,灵魂是辨证,所以治疗时无论针灸、中药都要求予以辨证准确,处方用药需灵活掌握,因人而异,不可拘泥于一方一药一穴。

参考文献:

- [1] 张敏健,郭军,陈磊,等.男性不育症中西医结合诊疗指南.中国中西医结合杂志2015,9(35):1034-1037

[2] 沈晓雄, 杨观虎, 胡继玲, 等。美国 TCMAAA 妇科轮值周 男性不孕探讨 2016, 6 (22)

[3] 白文俊, 耿冲。男性因素与复发性流产。中国生殖不孕不育网平台 2016, 6 (20)

[4] 金维新, 不孕症的诊断与中医治疗。科学出版社 1996, 6 (30-35)

作者简介:

梁东云 (1957-), 山东曲阜人, 副主任医师, 讲师, 研究方向: 男女不孕不育的中医治疗。
Email: liangyd57@gmail.com

三调放松预备功

刘天君

(北京中医药大学针灸推拿学院临床教学部, 北京市朝阳区北三环东路 11 号,
100029)

梁 翀

(移空技术研究院推广部, 北京市海淀区文慧园北路 9 号, 100082)

【摘要】 气功是调身、调息、调心三调合一的心身锻炼技能。三调放松预备功, 是气功修炼的预备阶段, 是为了达到三调合一所做的预备工作。作为一个专为初学者设计的具有普遍适用性的功法, 三调放松预备功简便易学, 可以增进心身健康。

【关键词】 气功; 三调合一; 心身健康

Preparatory Qigong form of Three Adjustments Relaxation

Liu Tianjun

Clinical Instruction Department of Acupuncture and Massage College, Beijing University of Chinese Medicine, No.11, North 3rd Ring East Road, Chaoyang District, Beijing, 100029

Liang Chong

(Promotion Department, Technique of Transforming Symptom-Images into Nothingness Research Institute, No.9, Wenhuiyuan North Road, Haidian District, Beijing, 100082)

【Abstract】 Qigong is a mental and physical exercise skill that integrates body adjustment, breath adjustment and mind adjustment onto one. Three adjustments relaxation is the preparatory stage of Qigong technique and the preparatory work to achieve the integration of three adjustments. As a universal and applicable skill designed for beginners, three adjustments relaxation is easy to learn and can improve mental and physical health.

【Key Words】 Qigong; integrates body, breath and mind adjustments onto one; mental and physical health

三调放松预备功定义

气功是调身、调息、调心三调合一的心身锻炼技能^[1]。三调放松预备功，是气功修炼的预备阶段，是为了达到三调合一所做的预备工作。

2.三调合一的气功境界

气功是中医的三种非药物治疗法之一，针灸、推拿、气功，其中气功是最绿色的疗法，也是历史最悠久的疗法，重在扶正祛邪。通过加强自身的抵抗力、提高自身的正气，达到防病和治病的目的。中医的思路主要是以扶正为主，而在扶正的方法里，最能调动自身潜力的、依靠自然的扶正方式，就是气功。通过学练气功来防病治病的效果，取决于练功境界的深浅；而练功境界的关键，就在于三调是否能够合一。气功修炼的操作内容是三调，其中调身是调节肢体活动，调息是调节呼吸活动，调心是调节心理活动。气功修炼的操作目的是三调合一，在三调合一的状态中，三调已非各自独立地存在，而是融合为统一的境界。三调是否合一是气功修炼与一般体育运动的主要区别，一般体育运动的操作内容也由三调构成，但三者各自独立，不要求合成一体。

三调合一的气功境界不是主动操作，而是

自然发生的；这个发生，不管重复多少遍，在感觉里总是第一次，永远做在当下，才叫三调合一。如果用头脑去指挥身体做出动作，头脑和身体就是分离的，这个时候三调是不合一的；只有当呼吸、头脑和动作完全融合一体，这个动作才是自然发生的。在达到三调合一的境界之前，动作练习都还属于体育锻炼；只有进入三调合一的境界，才是气功练习。三调合一才是真正的气功疗效，到了这个境界之后，心身健康就恢复得快，而且可以感知到它是如何起效的，治病效果是确凿的。有很多实验证明，气功修炼可以有效提高、加强和平衡免疫能力，特别是保持免疫力的平衡有效。平衡状态是最佳的状态，这一点药物很难做到。另外，练功直接促进内部的气机运行，可以让学练者非常细致地体验到自己心身的细微变化，对这些变化有更敏感、更深刻的觉察。感觉变得敏锐之后，身体内外细微的异常和不适就可以及时感觉到，并且感觉到时它非常细微，细微到可以用三调的方式解决掉，而不会发展成真正成形？的疾病。这就是中医的治未病：治未病的前提，就是能否锻炼出对心身内外非常细微异常的觉察。所以中医治未病的重要方法就是练功，而不是别的，吃药也在其次。就好像一杯比较浑浊的水，把它放平了，让它静

了，杂质就会沉底儿，水变得非常清澈。三调可以让身体静下来、呼吸静下来、意识静下来，将人的自主调节功能发挥到极致以开发自身潜能、增进身心健康。

3.三调放松预备功的学练方法

要做到完全顺其自然地自然发生，而且又要做到每一遍都是新的，达到三调合一的气功状态并不容易，一般需要至少 3 到 5 年时间的修炼。三调实际上包括了人可以自主调节自身的全部内容，不仅练功离不开三调，人的任何操作性活动均不可能脱离身体、呼吸和心理的调节。三调融为一体的气功境界，可以从三调分别练习入手。三调放松预备功就是这样一个气功修炼的预备阶段，是为了达到三调合一所做的预备工作。作为一个专为初学者设计的具有普遍适用性的功法，三调放松预备功的操作方法非常简便易学，没有很多特殊要求，但是一定要静下心来，专心致志、循序渐进、逐渐积累、持之以恒，然后会有收获。三调，就是调身、调息和调心。

1.1 调身

调身是调控身体的姿势和动作，使身体的状态与练功的要求相应。在练习三调放松预备功的阶段，可以选取自己舒服的任何姿势：站、坐、盘腿都可以，过于疲劳的时候躺着也可以。在日常状态下，坐着是最好的，自然地坐下来，坐椅子、坐床、抱着腿坐等都可以，找到一个最舒服的姿势，让身体放松下来，再坐定即可。唯一的要求是：腰背伸直。以坐姿为例，可以坐在椅子的前三分之一，不倚不靠，

伸腰直背，正襟危坐，双手手心向下自然平放在膝盖或者大腿上，两腿稍微分开，与肩同宽。

1.2 调息

调息是调控呼吸的操作活动。三调放松预备功只要求做自然的深呼吸，不刻意加深，随着练功的深入再逐渐越深越久。第一，注意不要吸满或呼尽，避免造成过度换气，前后两口气中间不好转折。吸 80%左右，呼 80%左右，使呼吸节律平稳，呼吸之间的衔接转换自然顺畅。第二，把注意力仅仅放在呼气上，不管吸气。吸气是兴奋交感神经，呼气则是兴奋副交感神经，把注意力放在呼气上，相当于强调了副交感的兴奋，副交感神经系统的兴奋性增高，有利于情绪平静、身体放松。

1.3 调心

调心是调控心理状态的操作。简单但是要求比较高：随着呼气，把脑海放空，把头脑中的一切念头都排出去，让头脑变得很空灵、很安静。不要刻意，而是顺势做，如同顺水推舟，借呼气的放外之势清理思绪，在呼气的时候，把头脑中所有的念头呼走，使意识状态归于平静。随着呼气的渐长，清除念头的渐长，慢慢就可以做到了。随着呼气把脑海放空，让头脑变得非常清晰。身体放松、头脑放空，就会觉得很轻松、很安静，有一种淡淡的愉悦感，在这种感觉里待住，尽可能待到 10 分钟以上。如果能待到 10 分钟，视为三调放松预备功学练及格，可以接着往下进入气功修炼。

1.4 时长

三调放松预备功按照调身、调息、调心的顺序,一个一个接着往下做,这个时候并没有要求做到三调合一,先学练一段时间。做完三调的操作之后,脑海放空,在这个空的状态下待着,能多长时间就待多长时间,2~3分钟、7~8分钟、10分钟,10分钟以上更好。做到10分钟是学练三调放松预备功及格的标准。也就是说,能够通过三调放松预备功,进入一个头脑放空的状态,在这个空的状态持续10分钟以上,就可以进入下一个阶段;如果还不行,就得在这个阶段待着,每天练习,持之以恒。做到这个及格的标准,通常需要几个月的时间。

1.5 练功要领

1.5.1 灵活自然 调身、调息、调心三个操作步骤都要符合生理心理的自然,不能勉强,而应通过锻炼逐步深入。依据各人不同的生理、心理特点和练功阶段,因人、因时、因地制宜,适当地选择姿势和调整时长等。

1.5.2 循序渐进 遵循客观规律,不能急于求成,三调放松预备功的操作技能是可以在短期内学会的,但是要达到及格标准并有所收获,必须逐渐积累经验,随着练功时间的进程而逐步显现出来。

1.5.3 持之以恒 练功是技能性知识,要在实践中学习,经过长期扎实的摸索,才能学有所成。从三调放松预备功的阶段,就要开始形成这样的信心和耐心,专心致志,坚持不懈。

1.5.4 注意事项 内三调是指调身、

调息、调心;外三调是指饮食、冷暖、劳逸。通过外三调先做好练功前的准备活动,例如练功时不要过饱或者过饿、不要直接吹风注意保暖、根据自然规律作息,外三调有了,再做内三调,调身、调息、调心,然后空下来。

4.三调放松预备功的应用

三调放松预备功安全有效,不受环境条件限制,易学、易练、易见效果,既适合健康人练习,也适合患者康复练习,适应范围很广。初学能够起到一定的防病作用,身体、精力会有恢复,心情也会变得比较平静。学练三调放松预备功对于解除紧张、消除疲劳、安定心神、缓解疼痛有非常明显的作用,长期坚持练习还可以起到调节和改善呼吸系统、神经系统、心血管系统、消化系统功能的作用。

在中医治神为先的学术思想指导下,三调放松预备功也被应用到心身治疗技术当中,作为新兴的本土化临床治疗“移空技术”中的操作步骤,在治疗心理障碍和生理疾患的临床案例中都有确实的疗效。在其他心理治疗过程中,也有诸多咨询师使用三调放松预备功的操作技术作为接诊来访者的起始方式。放松心身,能够平静地面对和提出自己的问题,对于任何心理治疗都不啻为一个良好的开端。

5.结语

练功的目的并不仅仅是为了强身健体,而是要达到天人合一。强身健体是通往天人合一目标的必经之路,在这个初级阶段很多疾病可以痊愈,接着往下走到三

调合一境界，然后是更深层次，最后找到天人合一。天人合一是练功的终极目标，是中国传统文化思想之归宿，是中国文化最重要的特点，也是中国文化对人类的最大贡献。2014 年 5 月 15 日，习近平主席在中国人民对外友好协会成立 60 周年纪念活动上的讲话，首次提出阐释中国和平发展基因的“四观”：天人合一的宇宙观、协和万邦的国际观、和而不同的社会观、人心和善的道德观。天人合一居首位。

参考文献

[1] 刘天君、章文春，《中医气功学(供中医学针灸推拿学中西医临床医学护理学等专业用新世纪第 4 版全国高等中医药院校规划教材)》[M]中国中医药出版社，出版时间:2016 年 09 月。

作者简介:

梁翀，移空技术研究院推广部负责人，三调放松功研习组负责人。从事儿童教育行业十余年，后追随刘天君老师致力于发展和推广移空技术。

刘天君 北京中医药大学教授、主任医师、博士生导师，中国医学气功学会名誉会长，中国心理学会及中国心理卫生协会心理督导师，中国认知行为治疗专委会顾问。

本草纲目专栏

《本草纲目》——李时珍留给后代的实用宝典

赵中振

Compendium of Materia Medica - A Practical Revered Classic from Li Shizhen of Ming Dynasty

Zhao Zhongzhen

引言:

提到《本草纲目》，大家都很熟悉，可谓家喻户晓。2011 年，《本草纲目》与《黄帝内经》一起被联合国教科文组织列入了世界记忆名录，这也是到目前为止被列入其中的、仅有的两部来自中国的医药著作。

三调放松预备功是一个起步的功法，还不到三调合一，但是通过学练三调放松预备功可以知道怎么做能够到三调合一，进而通往天人合一的境界。无论学练何种功法，都必须学习其三调操作的内容。调身、调息、调心，从外到内、逐渐深化，符合顺其自然的练功原则，有助于细致、准确地掌握基础性操作内容，从而为以后练功境界的深化、融合打下扎实的基础。

《本草纲目》自明末问世以来，先后出现有160多个版本，中文版之外，还有各种外文版，翻印者更是不计其数。然而，这样一部伟大的著作，真正系统地读过的人，恐怕还不是太多。为什么呢？因为《本草纲目》的部头太大了，52卷约190万字，又是四五百年前的书，往往会让人望而却步。

1. 《本草纲目》讲了什么？

不少朋友说，开始读《本草纲目》时候，难以理清头绪。40年前，当我刚接触这部本草巨著时也有过同样的困惑。看一本书，首先要分析它的题目，然后再看目录，这样更容易入门。

《本草纲目》的书名，是由两个关键词组成的，一个是“本草”，说的是本书的专业归属；第二个是“纲目”，说的是本书特点，纲举目张。“纲”是渔网的总绳，“目”就是一个一个的网眼。“纲举目张”这个词，引申为抓住事物的关键部分、其它问题迎刃而解了。“纲目”正是李时珍独创的药物科学分类体系。

从《神农本草经》开始，到《本草纲目》之前，历代本草采用的是以人为本的分类方法，关注的是药物作用于人体后产生的反应，按照上中下三品分类，即上品无毒、中品小毒、下品大毒。

这样的分类方法也逐渐反映出了一些问题，例如连动物、植物、矿物都混编在一起；同一种植物，被分开成了两个条目；还有将不同的中药合二为一放在了一起；还有的药物被张冠李戴用错了名字。

李时珍对此进行了开创性的改革，一反千年来，以药性分类为原则的做法，改为按自然属性进行分类，令人耳目一新。

2 《本草纲目》分类新在何处呢？

《本草纲目》52卷，把药物大致分为矿物、植物、动物，以16部为纲，我简单概括为四句话：水火土金石；草木果菜谷；服器虫鳞介；禽兽与人部。

第一句：水火土金石

火中的火部，是李时珍第一次增加的；土金石：对应的是现在的矿物类药物。

第二句：草木果菜谷

这是《本草纲目》的核心，占的篇幅最大。从12卷到37卷，一共26卷，占了《本草纲目》的二分之一。

先来看草部，下面还又分了十类。

比如山草类：主要是野生品种，生长在山区，多数为《神农本草经》开始就收录的常用中药。一个个似开国元勋一样，是久经沙场的精兵强将，比如人参、甘草、黄芪、黄连等。

芳草类：指的是芳香类草本，很多都是目前国际上最为流行的芳香油的主要原料，除了有药用价值的草本外，其中还有很多是作为观赏的花卉，还包括有我们每天厨房中离不开的辛香料，如当归、芍药、薄荷等。

隰草类：雨露滋润禾苗壮，这类植物，多在平原生长，不少亦可在大田栽培，如菊花、艾叶、青蒿等。

毒草类：听起来可能让人不寒而栗，但中医理论说以毒攻毒，这些草药都是一

员一员的猛将，可让疾病退避三舍，如附子、大黄、天南星等。

说到木部：这里有我们熟悉的栋梁之才松和柏，也有香木中的沉香、檀香、降香。有使用树皮杜仲、厚朴、黄柏；还有使用树脂的，乳香、没药、龙脑冰片、藤黄、大漆。包括一些颜料与染料。有个词叫寓木，有些树木可以为人们提供居所提建筑材料，也能为其它植物提供生存场地时，所以叫寓木。这些树上可以长出桑寄生、槲寄生等的植物，还有松根部附着生长出茯苓等。

谷部、菜部、果部：都是我们的主食与副食。例如米口袋里的五谷杂粮；厨房中的葱姜蒜、酱油醋；中国人发明的豆腐；菜篮子里面的白菜、萝卜；大果盘中的瓜果梨桃、干果与鲜果。这一类，也是我们的祖先，从千百年的实践中，从上千种的植物当中，筛选出来的，美味的、无毒的、人体又不可或缺的植物，这一部分，有的是中国原产的，也有外来引种的。

第三句：服器虫鳞介

说到服器部，李时珍曾记载：蒸病人衣衫，可以预防传染病。其实，这就是一种湿热灭菌的方法。从这一部分里，我们可以了解到明代当时的科技水平、工艺水平，其中提到了绫罗绸缎与健康的关系，透过一张纸、一个符咒，就能了解当时人们的一种思维方式。

虫类动物用药：大有潜力，这里有蜜蜂，有虫瘻五倍子，有蟾蜍，有蛤蚧，有地龙（蚯蚓），还有人们日常生活中最厌烦的蟑螂——蜚蠊。

海洋药物更是大有可为，不但有名贵的珍珠，还有转废为宝的牡蛎，即生蚝的外壳。

第四句：禽兽与人部

古人定义两个腿的、会飞的是禽鸟，四个腿，地上跑的是野兽。动物药中，有动物的全体，如乌骨鸡；动物的甲壳，如龟板、鳖甲；也有动物的病理产物，如牛黄。人们都说牛黄是牛的结石、马宝是马的结石，那么象胆呢？是大象的结石吗？我们熟悉的阿胶究竟是用驴皮还是牛皮，如何用好，如何熬成的？

这些都可以在《本草纲目》中找到答案。

说到人部：发为血之余，人的头发炒炭可以止血，这就是血余炭。秋石，人中白，是我国宋代从人尿当中提取出的相当纯净的性激素。这一成果，被载入世界科技史册。李时珍在秋石的附录中，特别记录了用皂角汁液来沉淀甾体化合物的“阳炼法”。《本草纲目》还提到了西方一度流行的木乃伊？木乃伊也能入药吗？《本草纲目》都能告诉您。

总体上，《本草纲目》的排列次序，反映了从无机物到有机物，从低等生物到高等生物的进化规律。按照“从贱至贵，终之以人”的顺序。掌握了这个规律，再来看《本草纲目》，纲中有目，目中有纲。那真是：博而不繁，详而有要。《本草纲目》是世界科学史上的巨著，李时珍所建立的自然分类系统，开创了前后李时珍时代。

达尔文，当年就关注到《本草纲目》，称其为中国古代的百科全书。因为在探讨大自然分类方面，他与李时珍做的

是一个大课题。达尔文曾航海五年环游世界做野外考察，历时二十多年潜心研究，勤于思索，终于在1859年发表了他的代表作《物种起源》，探讨的就是生物之间的进化与亲缘关系。

对于大自然演化与相互亲缘规律的探讨，工作还远远没有完结。随着现代科学与技术飞速发展，相信未来的植物分类学将会更为合理。

3 让我们一块儿来读《本草纲目》

明代大文豪王世贞曾在《本草纲目》的序言中称赞说：“岂仅以医书觐哉！实性理之精微，格物之通典，帝王之秘笈，臣民之重宝也。”

《本草纲目》的内容涉及到了中国人的一天、中国人的一年、中国人的一生。谈到了世界上谁都会遇到的生、老、病、死的问题。阅读《本草纲目》，就是让我们一起来看看李时珍给子孙后代留下了什么宝贝，看他老人家教您：怎么吃得好，怎么睡得香，同时更重要的是帮助您培养好的生活习惯。

作者简介：

赵中振 1982年北京中医药大学中药系 学士学位，1985年 中国中医科学院中药研究所 硕士学位，1992年 东京药科大学 博士学位。香港浸会大学中医药学院讲座教授，北京中医药大学特聘教授。兼任中国药典委员会委员、香港卫生署荣誉顾问、美国药典委员会草药专家委员会委员等职。赵教授长期从事本草学和世界传统药物学研究，同时积极推动中医药文化普及与传播。2014年获香港特区政府颁授荣誉勋章(MH)。

《本草纲目》是科学的史诗，是实用的宝典，李时珍建立了自己的分类系统，收录了1892种药，其中有374种是他新收录的。在很多药物的“发明”项下阐述了自己的真知灼见。还有一些条目是以问句作为结语的，也就是说，李时珍也留下了很多的未解之谜，留待后人去探索、发现，这也正是本书的魅力所在。

特别需要说明一点，限于当时人们的认识水平与历史的局限性，《本草纲目》并不是完美无缺的。但如果还原到那个时代，我们客观地、历史地看，这在当年就是可以理解。我们今天学习纪念李时珍，不会、也不应当停留在500年前。我们应当以更加宽阔的视野、博大的胸怀，汲取《本草纲目》的精华，剔除其中不合理的糟粕成分。

岐黄有术、本草无疆，《本草纲目》是李时珍留给后代的实用宝典，它将带领我们一起走进中医药王国，共同探寻中医药的宝藏。

中药

中药免煎颗粒及中药饮片所含有有效成分的对比研究

何洪俊 李进 黄新强

(滁州市第一人民医院药房, 滁州, 239000)

【摘要】 目的: 研究对比中药免煎颗粒及中药饮片所含有有效成分。方法: 选取深圳三九现代中药有限公司生产的大黄中药免煎颗粒与大黄中药饮片, 以高效液相色谱法检测大黄中药免煎颗粒与大黄中药饮片中大黄酚、大黄酸、大黄素的含量。同时, 采用高效液相色谱法检测大黄中药免煎颗粒与大黄中药饮片中黄芪甲苷的含量。结果: 大黄免煎颗粒中大黄酚、大黄酸、大黄素含量分别为 3.50 mg/g、9.44 mg/g、3.13 mg/g, 大黄饮片中大黄酚、大黄酸、大黄素含量分别为 3.34 mg/g、9.57 mg/g、3.05 mg/g。黄芪饮片中的黄芪甲苷含量分别为 0.80 mg/g、0.83 mg/g。结论: 大黄中药免煎颗粒与大黄中药饮片中大黄酚、大黄酸、大黄素以及黄芪甲苷的含量差异不明显, 在临床实际工作中可根据患者的具体情况灵活选用。

【关键词】 中药免煎颗粒; 中药饮片; 有效成分; 黄芪甲苷; 高效液相色谱法; 大黄酚; 大黄酸; 大黄素

A Comparative Study on the Effective Components of Chinese Herbal Medicine in Decocting-Free Granules and Decocting Pieces

He Hongjun, Li Jin, Huang Xinqiang

(Pharmacy of Chuzhou First People's Hospital, Chuzhou 239000, China)

【 Abstract Objective 】 : To study and compare the active ingredients contained in decocting-free granules and decocting pieces of Chinese herbal medicine. **Methods:** The content of chrysophanol, chrysophanic acid and emodin in *Radix et Rhizoma Rhei* decocting-free granules and *Radix et Rhizoma Rhei* decocting pieces produced by Shenzhen Sanjiu Modern Chinese medicine Co., Ltd. was detected by high performance liquid chromatography (HPLC). Meanwhile, HPLC method was also used to determine the content of astragaloside in *Radix et Rhizoma Rhei* decocting-free granules and *Radix et Rhizoma Rhei* decocting pieces. **Results:** The contents of chrysophanol, chrysophanic acid and emodin in *Radix et Rhizoma Rhei* decocting-free granules were 3.50 mg/g, 9.44 mg/g, 3.13 mg/g, respectively. The contents of chrysophanol, chrysophanic acid and emodin in *Radix et Rhizoma Rhei* decocting pieces were 3.34 mg/g, 9.57 mg/g and

3.05 mg/g, respectively. The contents of astragaloside in *Radix Astragali seu Hedysari* decocting pieces were 0.80 mg/g and 0.83 mg/g respectively.

Conclusion: There is no significant difference in the content of chrysophanol, chrysophanic acid, emodin and astragaloside in *Radix et Rhizoma Rhei* decocting-free granules and *Radix et Rhizoma Rhei* decocting pieces. It can be selected flexibly according to the specific conditions of patients in clinical practice.

【Key Words】 Decocting-free granules of Chinese herbal medicine; Decocting pieces of Chinese herbal medicine; Active ingredients; Astragaloside; High performance liquid chromatography; Chrysophanol; Chrysophanic acid; Emodin

中图分类号: R282

中药免煎颗粒是近年来于中药饮片的基础上发展形成的一种新剂型, 由于其具有剂量准确以及使用简便等优势, 在全球范围内中药市场上颇受欢迎^[1]。然而, 免煎颗粒在临床治疗中是否能完全替代中药饮片, 临床治疗效果优劣与否尚未完全明确, 亦是目前临床医务人员重点关注的热点问题之一^[2-4]。迄今为止, 临床上关于中药免煎颗粒及中药饮片中有有效成分含量比较的相关研究并不多见。因此, 应从质量标准、临床疗效以及药效学等方面对中药免煎颗粒及中药饮片予以全面评价, 并以此作为根据评估中药免煎颗粒及中药饮片的质量差异情况^[5-7]。鉴于此, 本文通过选用大黄作为研究对象, 对其中药免煎颗粒及中药饮片中主要有效成分含量进行测定对比, 旨在为临床中药免煎颗粒及中药饮片的选用提供指导作用, 现将结果报道如下。

1. 仪器与试药

1.1 仪器 1) LC-10AT 高效液相色谱仪(日本岛津公司生产); 2) LC-10AT 泵; 3) SPD-10A 可变波长紫外检测器; 4) C-R8A 数据处理系统。

1.2 试剂 1) 甲醇; 2) 乙腈; 3) 蒸馏水; 4) 正丁醇; 5) 氢氧化钠。以甲醇和乙腈作为色谱纯, 其他试剂均为分析纯。

1.3 分析样品 主要包括大黄免煎颗粒与大黄中药饮片(深圳三九现代中药有限公司生产, 生产批号 1069001W)、大黄酚对照品、大黄酸对照品、大黄素对照品, 黄芪甲苷对照品, 上述对照品均由中国药品生物制品鉴定所生产, 生产批号分别为 0796-200313、0756-200210、0756-200210、0781-200309。

2. 方法与结果

2.1 色谱条件 4.6 mm×250 mm 的 C18 色谱柱(天津深杭公司生产);流动相为甲醇与浓度为 0.1%磷酸的混合溶液,将 2 者按照 85:15 的比例进行混匀;流速控制为 1.0 ml/min;检测波长设置为 254 nm;以室温作为柱温。

2.2 对照品溶液的制备 分别精密称取大黄酚对照品、大黄酸对照品、大黄素对照品适量,并加入甲醇溶液进行定容,制备成 1.2 mg/ml、2.5 mg/ml 以及 0.56 mg/ml 的对照品溶液。精密称取适量的黄芪甲苷对照品,加入甲醇进行溶解处理,制备成 0.27 mg/ml 的对照品溶液。

2.3 供试品溶液制备 精密称取 10 g 的大黄免煎颗粒以及 100 g 的大黄饮片。将大黄免煎颗粒采用蒸馏水予以溶解,并定容至 100 ml。大黄饮片则予以粉碎处理,并过 14 目筛,置入 8 倍量的蒸馏水反复煎煮 3 次,每次煎煮完成后均 40 min 过滤,合并滤液,水浴浓缩,待其冷却后采用蒸馏水定容至 100 ml。精密吸取大黄免煎颗粒与大黄饮片所制备好的样品溶液 10 ml,严格根据 2000 版《中国药典》^[8-9]中所制定的相关方式予以制备,最后定容至 100 ml 的供试品溶液。精密称取 10 g 的大黄免煎颗粒以及 100 g 的大黄饮片。将大黄免煎颗粒采用

蒸馏水予以溶解,并定容至 100 ml。大黄饮片则予以粉碎处理,并过 14 目筛,置入 8 倍量的蒸馏水反复煎煮 3 次,每次煎煮完成后均 40 min 过滤,合并滤液,水浴浓缩,待其冷却后采用蒸馏水定容至 100 ml。精密吸取大黄免煎颗粒与大黄饮片所制备好的样品溶液 10 ml,严格根据 2000 版《中国药典》中所制定的相关方式予以制备,最后定容为 100ml 的供试品溶液。分别精密吸取供试品溶液 20 ml 采用水饱和正丁醇重复 4 次萃取,合并正丁醇液,并加入浓度为 0.5%的氢氧化钠溶液重复洗涤 3 次,除去碱液层,将正丁醇彻底挥发干净,采用甲醇溶液对残渣进行溶解,定容至 50 ml。

2.4 专属性试验 分别取 10 μl 的各对照品溶液及供试品溶液,按 2.1 描述的色谱条件实施专属性试验,发现有关对照品溶液和供试品溶液均在色谱图相同的时间区域未出现相同的色谱峰,表明此次试验的专属性良好。

2.5 线性关系考察 分别精密称取大黄酚对照品、大黄酸对照品以及大黄素对照品溶液 1.0、2.0、3.0、4.0、5.0 ml,并分别将其放置于 100 ml 的容量瓶中,加入甲醇予以定容处理,采用 0.45 μm 的微孔滤膜予以过量处理。随后精密吸取 10 μl 的溶液注入液相色谱仪中,

将进样量设为横坐标(X),峰面积设为纵坐标(Y),完成标准曲线的绘制,并计算出回归方程以及相关系数情况。大黄酚对照品、大黄酸对照品、大黄素对照品的回归方程、线性范围及相关系数如表1所示。表明了上述对照品于颌联该范围内和峰面积具有良好的线性关系。

表1 大黄酚对照品、大黄酸对照品、大黄素对照品的回归方程、线性范围及相关系数

对照品	回归方程	线性范围 (μg)	相关系数 (r)
大黄酚	$Y=84771X-$	0.12	~
	6278	0.61	0.9999
大黄酸	$Y=64083X+$	0.24	~
	5340	1.26	0.9998
大黄素	$Y=47511X+$	0.057	~
	2762	0.281	0.9999

分别精密吸取 1.0、2.0、3.0、4.0、5.0 ml 对照品溶液放置于 100 ml 的容量瓶中,采用甲醇进行稀释、定容。并予以 0.45 μm 微孔滤膜进行过滤处理,随后精密吸取 10 μl 的溶液,注入液相色谱仪中,将黄芪甲苷进样量设为横坐标(X),峰面积设为纵坐标(Y),完成标准曲线的绘制,并计算出回归方程以及相关系数情况: $Y=1787344.5X-301.03$, $r=0.9998$ 。结果显示黄芪甲苷在 0.028~0.137 μg 范围内,与峰面积具有良好的

线性关系。

2.6 中间精密度试验 精密吸取大黄酚对照品、大黄酸对照品、大黄素对照品溶液 10 μl ,重复进样 5 次,对其含量的相对标准偏差值进行测定,结果显示大黄酚、大黄酸、大黄素的相对标准偏差值分别为 1.21%、1.67%、1.17%,表明了该方法的精密性良好。精密吸取个对照品溶液 10 μl ,重复进样 5 次,对其含量的相对标准偏差值进行测定,结果显示其含量的相对标准偏差值为 1.30%,提示该方法的精密度较佳。

2.7 供试品溶液稳定性试验 于室温条件下,分别于大黄免煎颗粒的样品溶液配制完成后的 0、2、6、8、12 h 内对其含量进行测定,结果显示相对标准偏差值为 1.88%,表明黄芪甲苷的含量至少与 12 h 内处于稳定状态。于室温条件下,分别于大黄免煎颗粒的样品溶液配制完成后的 0、2、6、8、12 h 内对其含量进行测定,结果显示大黄酚、大黄酸以及大黄素的相对标准偏差值分别为 0.66%、1.89%、0.92%,结果显示大黄酚、大黄酸以及大黄素的含量至少于 12 h 内处于稳定状态。

2.8 重复性试验 为保证本次实验的客观性,实施短时间内 HPLC 重复试验,精密量取相同批号的供试品溶液,设

置进样量为 10 μ l, 给予连续性进样, 此次研究表明色谱峰的 RSD 均值是 1.79%, 且各色谱峰 RSD 均 < 3%, 这提示本次研究涉及的供试品溶液的重复性良好。

2.9 回收率实验 精密称取 5 分已知含量的大黄免煎颗粒, 分别角度定量的对照品, 根据供试品的制备方式完成制备, 随后精密吸取 10 μ l 完成进样测定, 计算器加样回收率以及相对标准偏差值。结果显示大黄酚、大黄酸以及大黄素的加样回收率以及相对标准偏差值分别为 96.0% (5.2%)、94.6% (3.3%)、95.0% (2.6%)。精密称取适量已知含量的黄芪免煎颗粒, 加入一定量的对照品, 严格根据供试品的制备方式制备, 精密吸取 10 μ l 进样测定, 结果显示加样回收率以及相对标准偏差值分别为 95.97%、5.5%。

2.10 样品测定结果 将上述供试品溶液予以 0.45 μ m 的微孔滤膜予以过滤处理, 分别进样 10 μ l 测定含量, 并将大黄免煎颗粒中的大黄酚、大黄酸以及大黄素含量转变为相当的生药中的含量后予以对比分析。结果显示大黄免煎颗粒中大黄酚、大黄酸、大黄素含量分别为 3.50 mg/g、9.44 mg/g、3.13 mg/g, 大黄饮片中大黄酚、大黄酸、大黄素含量分别为 3.34 mg/g、9.57 mg/g、3.05 mg/g。见表 2。

表 2 大黄免煎颗粒与大黄饮片中大黄酚、大黄酸、大黄素含量测定结果对比

主要成分	大黄免煎颗粒 (mg/g)	大黄饮片 (mg/g)
大黄酚	3.50	3.33
大黄酸	9.44	9.57
大黄素	3.13	3.05

将上述供试品溶液予以 0.45 μ m 的微孔滤膜予以过滤处理, 分别进样 10 μ l 测定含量, 并将大黄免煎颗粒中的黄芪甲苷含量转变为相当的生药中的含量后予以对比分析。结果显示黄芪免煎颗粒、黄芪饮片中的黄芪甲苷含量分别为 0.80 mg/g、0.83 mg/g。见表 3。

表 3 大黄免煎颗粒与大黄饮片中黄芪甲苷含量测定结果对比

组别	黄芪甲苷含量 (mg/g)
大黄免煎颗粒	0.80
大黄饮片	0.83

3. 讨论

由于中药具有疗效显著、毒副反应较少以及预后较佳等优势, 近年来开始被广泛用于临床多种疾病的治疗中, 且已获得显著的效果^[10-12]。中药饮片主要是指中药材通过中医药理论以及传统中药炮制方式, 经由加工炮制后可直接用于临床治疗的一类中药, 主要包括部分经产地加工的中药切片, 原形药材饮片, 切割或炮制的

饮片^[13]。中药免煎颗粒主要是指单味中药配方颗粒,其主要是采用现代制药技术提取、浓度、分离、干燥、制备以及包装而成,乃是在传统中药饮片汤剂的基础上开展而来,两者相比,中药免煎颗粒具有有效避免中药煎煮过程以及煎煮过程的繁琐和煎煮过程中难以精准掌握的技巧等,且有效避免了中药煎煮所散发出来的令人不悦的气味。且有研究报道显示^[14-16],中药免煎颗粒相比中药饮片具有有效成分含量较高,服用量较少,应用简便等优点。然而,另有研究报道显示^[17-18],中药免煎颗粒相比中药饮片可能存在有效成分降低的可能,从而对患者的临床治疗造成不利影响。

本文结果显示,大黄免煎颗粒中大黄酚、大黄酸、大黄素含量分别为 3.50 mg/g、9.44 mg/g、3.13 mg/g,大黄饮片中大黄酚、大黄酸、大黄素含量分别为 3.34 mg/g、9.57 mg/g、3.05 mg/g。与此同时,黄芪饮片中的黄芪甲苷含量分别为 0.80 mg/g、0.83 mg/g。这说明了大黄中药免煎颗粒与中药饮片中的大黄酚、大黄酸、大黄素以及黄芪甲苷等主要有效成分含量无明显差异。这提示了在临床予以患者中药治疗时,可综合患者的综合情况选用更为适合的中药。本研究主要是从

大黄的主要功效成分含量方面对比中药免煎颗粒和中药饮片之间的质量差别,但中药饮片及其制剂质量的优劣与否并非仅单凭某一种或一类化学成分含量的高低便可进行准确判断^[19-21]。笔者认为,借鉴临床上中药化学研究的成果,正确选用专属性强、能效为全面评价中药材质量的化学标准成分,同时充分利用指纹图谱等一系列现代中药分析技术,可在一定程度上完善中药免煎颗粒质量标准评价体系。这为今后的研究提供了方向,可针对上述方面予以深入研究,从而获取更为准确、可靠的数据,为临床中药免煎颗粒与中药饮片的选用提供指导作用^[22-23]。另有研究报道显示^[24-26],中药免煎颗粒不仅可有效保留中药的所有属性,通识课提升中药的利用率;而中药饮品的炮制过程遵循着严密的中医理论,其独特的煎煮以及其他炮制方式会形成糊化的淀粉,从而有利于促进酶性药物的溶解,进一步达到促进药效发挥的作用。

综上所述,中药免煎颗粒与中药饮片的主要有效成分含量无明显差异,在临床实际工作中可按照患者的具体情况灵活选用,在保证治疗效果的基础上,尽量实现良好的药学价值。

参考文献

- [1] 李睿,翟华强,田伟兰,等. 中药煮散的历史源流及其与现代配方颗粒的对比性分析[J]. 中国中药杂志, 2016, 41(5):965-969.
- [2] 王宪英,刘国强,刘洋,等. 免煎颗粒剂与中药饮片治疗风热感冒临床疗效的系统评价与Meta分析[J]. 中国药物经济学, 2018, 13(8):120-125.
- [3] 赵鑫,韩燕霞,吉军霞,等. 中药免煎颗粒和中药饮片的对比研究概述[J]. 山西职工医学院学报, 2017, 27(5):62-63.
- [4] 郝磊,李军山,高晗,等. 不同企业中药配方颗粒规格的差异及分析[J]. 中国现代中药, 2016, 18(9):1097-1099.
- [5] 穆瑶,彭其胜,陈欢,等. 葛根、槐花饮片及其免煎颗粒中黄酮类有效成分的含量比较[J]. 贵阳中医学院学报, 2017, 39(2):19-22.
- [6] 李睿,翟华强,田伟兰,等. 中药煮散的历史源流及其与现代配方颗粒的对比性分析[J]. 中国中药杂志, 2016, 41(5):965-969.
- [7] 林朝龙,廖琳燕. 中药饮片与免煎单味中药配方颗粒临床使用情况比较[J]. 按摩与康复医学, 2015, 33(14):78-79.
- [8] Gao J, Zhang J, Qu Z, et al. Study on the mechanisms of the bronchodilator effects of Folium Eriobotryae and the selected active ingredient on isolated guinea pig tracheal strips[J]. Pharm Biol, 2016, 54(11):2742-2752.
- [9] 常姗,宋芳,马琳琳,等. 中药免煎颗粒剂散装与小剂量包装应用的对比分析[J]. 中医临床研究, 2017, 9(1):135-136.
- [10] Guan HW, Xu LJ, Dong H, et al. Application of reverse molecular docking technology in target prediction, active ingredient screening and action mechanism exploration of traditional Chinese medicine[J]. Zhongguo Zhong Yao Za Zhi, 2017, 42(23):4537-4541.
- [11] 任雷生,赵军磊,付旭晖,等. 红光照射联合中药塌渍和他克莫司软膏治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎疗效观察[J]. 新乡医学院学报, 2017, 34(3):238-240.
- [12] Yu L, Jin W, Li X, et al. Optimization of Bioactive Ingredient Extraction from Chinese Herbal Medicine Glycyrrhiza glabra: A Comparative Study of Three Optimization

Models[J].Evid Based Complement Alternat Med,2018,15(2018):6391414-6391415.

[13] 邱承权. 中药免煎颗粒与中药饮片中有有效成分含量比较分析[J]. 中国处方药, 2018, 16(3):32-33.

[14] 李燕, 吴皓东. 黄芩、金银花免煎颗粒与中药饮片不同剂型的对比研究[J]. 新疆中医药, 2018, 36(3):37-40.

[15] Zhang J, Zhang J, Wang S, et al. Development of an Oral Compound Pickering Emulsion Composed of Nanocrystals of Poorly Soluble Ingredient and Volatile Oils from Traditional Chinese Medicine[J]. *Pharmaceutics*, 2018, 10(4):170-171.

[16] Tang T, Yang S, Zhao H, et al. Analysis of traditional Chinese medicine components by high performance liquid chromatography with diode array detection based on double qualitative principles[J]. *Se Pu*, 2018, 36(8):766-771.

[17] Xin T, Su C, Lin Y, et al. Precise species detection of traditional Chinese patent medicine by shotgun metagenomic sequencing[J]. *Phytomedicine*, 2018, 1(47):40-47.

[18] 张永红. 中药免煎颗粒和中药饮片的主要特点及药效比较[J]. 世界临床医学, 2016, 10(14):149-149.

[19] Li Q, Sun Y, Guo H, et al. Quality control of the traditional Chinese medicine Ruyi jinhuang powder based on high-throughput sequencing and real-time PCR[J]. *Sci Rep*, 2018, 8(1):8261-8262.

[20] 张斐姝, 蔡舒婷, 舒忻, 等. 中药配方颗粒的临床运用概况与未来趋势[J]. 中国医药导报, 2016, 13(16):70-73.

[21] Wang N, Tan HY, Chan YT, et al. Identification of WT1 as determinant of hepatocellular carcinoma and its inhibition by Chinese herbal medicine *Salvia chinensis* Benth and its active ingredient protocatechualdehyde[J]. *Oncotarget*, 2017, 8(62):105848-105859.

[22] Huang L, Li H, Xie D, et al. Personalizing Chinese medicine by integrating molecular features of diseases and herb ingredient information: application to acute myeloid leukemia[J]. *Oncotarget*, 2017, 8(26):43579-43591.

[23] Hou F, Wen L, Peng C, et al. Identification of marine traditional Chinese medicine

dried seahorses in the traditional Chinese medicine market using DNA barcoding[J]. Mitochondrial DNA A DNA Mapp Seq Anal, 2018, 29(1):107-112.

[24] 任树林, 贺佩瑾. 薄芝糖肽注射液、注射用血塞通联合水蛭煎颗粒治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床观察[J]. 河北中医, 2018, 40(2):196-200.

[25] Li Y, Wang J, Lin F, et al. A Methodology for Cancer Therapeutics by Systems Pharmacology-Based Analysis: A Case Study on Breast Cancer-Related Traditional Chinese Medicines[J]. PLoS One, 2017, 12(1):169363-169364.

[26] Hitomi S, Ono K, Terawaki K, et al. [6]-gingerol and [6]-shogaol, active ingredients of the traditional Japanese medicine hangeshashinto, relief oral ulcerative mucositis-induced pain via action on Na⁺ channels[J]. Pharmacol Res, 2017, 3(117):288-302.

基金项目: 滁州市科技指导性计划项目(201501)

作者简介: 何洪俊(1974.07—), 女, 本科, 主管中药师, 研究方向: 中草药的调剂、储存保管, 中成药的调理、不良反应, E-mail:2624112278@qq.com

本文首次发表于《世界中医药》2019年11月第14卷第11期

实验研究

右归丸对肾阳虚模型大鼠下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响

张文钊 田洪昭 左军 李冀

(黑龙江中医药大学, 哈尔滨, 150040)

【摘要】: **目的:**探讨右归丸对肾阳虚模型大鼠下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响。**方法:**将60只健康雄性SD大鼠随机分为右归丸组、模型组和空白组, 每组20只。右归丸组大鼠接受肾阳虚模型制备后予右归丸灌胃给药干预; 模型组大鼠接受肾阳虚模型制备后接受右归丸组同体积的0.9%NaCl灌胃, 连续灌胃20 d; 空白组大鼠不接受造模制备, 第16日起同右归丸组同体积的0.9%NaCl灌胃, 连续灌胃20日。造模结束后每隔4日常规记录大鼠体质量、肛温、饮水量、尿量、以及抓取激惹反应。比较3组大鼠促肾上腺皮质激素释放因子(CRF)、促肾上腺皮质激素(ACTH)、大鼠皮质醇(CORT)、促肾上腺皮质激素释放激素受体1(CRHR1)的含量变化。**结果:** 1)造模后发现接受模型制备的大鼠表现为肛温降低, 饮水量及摄食量

减少, 体质量下降, 大便溏薄, 尿量增多, 抓取激惹反应减弱。进行药物干预后, 右归丸组大鼠的肛温、饮水量、摄食量、抓取激惹反应、体质量均高于模型组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 尿量减少, 且大便干湿趋于正常; 2) 与空白组比较模型组及右归丸组肾上腺、下丘脑、垂体的脏器指数均下降 ($P < 0.05$), 其中模型组下降的趋势更为明显, 右归丸组较模型组肾上腺、下丘脑、垂体的脏器指数有所上升 ($P < 0.05$); 3) 与空白组比较, 模型组及右归丸组大鼠接受造模后血清CRF、ACTH、CORT以及肾上腺、下丘脑、垂体的CRHR1含量均明显下降, 经过右归丸干预后, 该组别的大鼠CRF、ACTH、CORT、CRHR1含量均得到提升, 其中CRF、ACTH含量接近空白组水平。4) 与空白组比较, 模型组及右归丸组大鼠接受造模后肾上腺、下丘脑、垂体的CRF、ACTH、CORT及CRHR1 mRNA水平均明显下降, 经过右归丸干预后, 该组别的大鼠CRF、ACTH、CORT、CRHR1 mRNA水平均得到提升。**结论:** 右归丸可能是通过调节下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的功能发挥温肾补阳的作用。

【关键词】 肾阳虚; 右归丸; 机制; 下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴; CRF; ACTH; CORT; CRHR1

Effects of Yougui Pills on Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Cortex Axis in the Kidney-Yang Deficiency Model Rats

Zhang Wenzhao, Tian Hongzhao, Zuo Jun, Li Ji

(Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China)

【Abstract Objective】 : To explore the effects of Yougui Pills on hypothalamus-pituitary-adrenal cortex axis in the kidney-yang deficiency model rats. **Methods:** A total of 60 healthy male SD rats were randomly divided into a Yougui Pills group, a model group and a blank group, with 20 cases in each group. After the kidney-yang deficiency model establishment, the rats of Yougui Pills group had Yougui Pills by intragastric administration; After the kidney-yang deficiency model establishment, the rats of the model group had the same volume 0.9% NaCl as Yougui Pills by intragastric administration, continuous for 20 days; The rats in the blank group did not accept model preparation, and had the same volume 0.9% NaCl as Yougui Pills by intragastric administration began with the 16th day, continuous for 20 days; After model establishment, the weight, anus temperature, water intake, urine volume, and grab irritability reaction of rats were recorded every 4 days. The content changes of corticotrophin releasing factor (CRF), adrenocorticotrophic hormone (ACTH) and cortisol (CORT) of rats, adrenocorticotrophic hormone releasing hormone receptor 1 (CRHR1) among the 3 groups of rats were compared. **Results:** (1) after the model establishment, it was found that the established model rats had anal temperature reduction, drinking water and food intake decrease, weight loss, thin sloppy stool, urine volume increased, fetching irritability

reaction weaken. After the pharmacological intervention, the rats of Yougui Pills group were higher than that in the model group in anal temperature, water intake, food intake, grab irritability reaction and weight. The comparison was with statistical differences ($P < 0.05$) and the urine volume reduced and stool moisture returned to normal. (2) Compared with the blank group, the indexes of adrenal gland, hypothalamus and pituitary decreased in the model group and the Yougui Pills group ($P < 0.05$). The model group had more obvious decreased trend. The indexes of adrenal gland, hypothalamus and pituitary increased in the Yougui Pills group compared with model group ($P < 0.05$); (3) Compared with the blank group, the rats had model establishment in the model group and Yougui Pills group had the significantly reduction of serum CRF, ACTH, CORT and CRHR1 content of adrenal gland, hypothalamus and pituitary, after the intervention of Yougui Pills. CRF, ACTH, CORT, CRHR1 content of the rats in the group had improved. CRF and ACTH levels were close to the blank group levels. (4) Compared with the blank group, the model established rats in the model group and Yougui Pills group had the significantly mRNA levels reduction of CRF, ACTH, CORT and CRHR1 in adrenal gland, hypothalamus and pituitary. After the Yougui Pills intervention, CRF, ACTH, CORT and CRHR1 mRNA levels were improved in the group. **Conclusion:** The Yougui Pills may exert the function of warming the kidney and tonifying yang by adjusting the hypothalamus-pituitary-adrenal cortex axis.

【Key Words】 Kidney yang deficiency; Yougui Pills; Mechanism; Hypothalamus-pituitary-adrenal cortex axis; CRF; ACTH; CORT; CRHR1

中医现代研究表明肾阳虚的临床症状改变与下丘脑-垂体-肾上腺轴(Hypothalamus-Pituitary-Adrenal, HPA)功能紊乱密切相关,HPA轴通过反馈调节通路参与控制包括应激反应、免疫等在内的诸多生理的反应,肾阳虚患者体内应激反应持续性存在,导致HPA轴过度兴奋并逐渐消耗其储备能力;且长期的应激介导于HPA轴释放糖皮质激素,诱发机体淋巴细胞过度凋亡,引起免疫抑制^[1]。因此我们推测,各种干预措施(药物、各种刺激等)如果能

够明显改善HPA轴,就可以在在一定程度上改变肾阳虚引发的临床症状。右归丸出自《景岳全书》,基于“阴中求阳”的理论所创,具有温补肾阳,填精益髓之功效,主治肾阳不足引起的诸症。本课题组已从临床角度证实右归丸有增强肾阳虚患者免疫功能的作用,但该方增强免疫的机制有待进一步探讨。本研究拟从下丘脑-垂体-肾上腺轴与肾阳虚之间的关系着手,利用改良的“氢化考的松肾阳虚”动物模型为载体,探讨右归丸的科学内涵。

1. 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 动物 选用健康雄性SD大鼠60只,平均体质量(230 ± 20) g,由中国上海SLAC实验动物有限责任公司提供[合格证号:SCXK(沪)2007-0005],于实验动物中心适应性喂养5 d后体质量达(300 ± 20) g进行实验研究。食物和水在整个实验过程中均由实验动物自由索取。实验经成都中医药大学动物管理制度和使用委员会批准而进行,实验过程中动物的处理均严格按照国际道德准则和国家健康指南关于维护和使用实验动物先关条例进行。

1.1.2 药物 右归丸(浓缩丸,北京同仁堂股份有限公司同仁堂制药厂,国药准字Z11021040)。右归丸混悬液制备:将右归丸完全溶解于双蒸水中,参照成人的体质量及计量,根据^[2]《药理实验方法学》中换算动物剂量折算方法将右归丸配置成含药0.2439 g/mL的混悬液,备用。

1.1.3 试剂与仪器 苯甲基磺酰氟(Phenylmethanesulfonyl fluoride PMSF,美国,批号:W98923),Trizol试剂(美国Invitrogen公司,批号:828392),聚丙烯酰胺凝胶(中国碧云天公司,批号:392-32),RPMI 1640和胎牛血清(美国Thermo公司,批号:16000-044)。大鼠促肾上腺皮质激素释放因子(CRF)Elisa试剂盒(南京森贝伽生物科技有限公司,批号:FA021572),大鼠促肾上腺皮质激素(ACTH)ELISA试剂盒(南京森贝伽生物科技有限公司,批号:FA02106B),大鼠皮质醇(CORT)ELISA试剂盒(南京森贝伽生物科技有限公司,批

号:YM-S2070),单克隆大鼠促肾上腺皮质激素释放激素受体1(CRHR1)抗体(Abcn公司,美国,批号:ab150561)。高速冷冻离心机,转膜仪,凝胶成像系统,聚合酶链式反应(Polymerase Chain Reaction,PCR)扩增仪(美国ABI公司,型号ProFlex),切片机(美国RMC公司,型号PowerTome-PC),酶标仪(美国Thermo labssystem公司,型号Multiskan FC),脱色摇床(美国Thermo labssystem公司,型号MaxQ8000)及PL 203型电子天平(瑞士METTLER TOLEDO,型号PL203),全自动生化分析仪(日本日立公司,型号:7180型)。

1.2 方法

1.2.1 分组与模型制备 肾阳虚模型制备方法:大鼠接受改良邝安堃式^[3]肾阳虚模型制备,大鼠每日接受25 mg/kg氢化可的松肌肉注射,连续注射15 d。将40只造模成功大鼠按照随机数字表法随机分为右归丸组、模型组,每组20只,其余20只为空白对照组。

1.2.2 干预方法 右归丸组大鼠接受肾阳虚模型制备后予右归丸混悬液灌胃给药干预,连续灌胃20 d,1次/d,2 mL/200 g·次。模型组大鼠接受肾阳虚模型制备后接受右归丸组同体积的0.9%NaCl溶液灌胃,连续灌胃20 d。空白组不接受造模制备,第16天起同右归丸组同体积的0.9%NaCl溶液灌胃,连续灌胃20 d。

1.2.3 检测指标与方法

1.2.3.1 大鼠一般症状 造模结束后每隔4 d常规记录大鼠体质量、肛温、饮水量、尿量、以及抓取激惹反应。

1.2.3.2 取材 将各组大鼠按照0.3 mL/kg的比例腹腔注射10%水合氯醛麻醉后,进行腹主动脉采血,迅速离心后取上清液。随后于冰上迅速分离下丘脑、垂体及肾上腺储存于-80℃超低温冰箱中保存备用。同时参照宝森方法计算脏器指数。

1.2.3.3 酶联免疫吸附试验(ELISA)法 将收集的辅助动脉血在4℃条件下进行9 000 r/min离心5 min后,使用高压枪头吸取离心后的上清液,送至检验中心,应用全自动生化分析仪检测CRF、ACTH、CORT浓度。使用酶联免疫吸附试验(ELISA)进行检测,包被、封闭酶标反应孔、洗涤、加入待检测样品、加入酶标抗体、加入底物液、终止反应等过程均严格按照说明书进行,试剂盒由广州达安基因股份有限公司提供,OPD显色后采用492 nm波长,TMB反应产物检测需要450 nm波长。检测时一定要首先进行空白孔系统调零,用测定标本孔的吸收值与一组阴性标本测定孔平均值的比值(P/N)表示。

1.2.3.5 蛋白质印迹(westernblotting)法 取收集的组织200 mg,加入1 mL含蛋白酶抑制剂(PMSF)裂解缓冲液于冰上进行匀浆,4℃,15 000 r/min离心,取上清液,100 μL分装后-80℃备用。根据DAB方法对所提蛋白液进行浓度测定。以100 μL蛋白液中加入25 μL的上样缓冲液于100℃金属浴中变性。按照,每泳道上样量为50 μg蛋白,计算上样量。电泳(4%浓缩胶,12%分离胶,120 V,50 mA,1.5 h)结束后将凝胶取出,用PVDF膜转印,遵循胶在负极,膜在正极的原则,50 V,100 mA,2 h。5%脱脂奶粉

液的封闭2 h,TBS洗3次,5 min/次,分别加入5%脱脂奶粉按1:1 000稀释的抗CRHR1和β-actin抗体(1:1 000),4℃孵育过夜,TBS洗3次,5 min/次,加入碱性磷酸酶标记山羊抗兔IgG(1:2 000)室温2 h,TBS洗3次,5 min/次。将滤膜放入配好的显色液中显色15~30 min,计算机扫描图像,并由生物图像分析系统(Bio-Rad公司,美国,Model Gel Doc 2000)分析处理。

1.2.3.6 聚合酶链式反应(RT-PCR)法 取收集的组织200 mg加入1 mL Trizol匀浆,震荡30 s后加入氯仿0.2 mL,剧烈摇动30 s,室温下放置3 min后置于4℃,12 000 r/min条件下离心15 min。轻吸上层无色水相至另一试管后加入0.5 mL的异丙醇,室温下放置10 min。加入75%乙醇1 mL,震荡10 s后置于4℃,7 500 r/min条件下离心5 min,摒弃上清液,小心吸取残留乙醇,并开盖干燥5 min,加入20 μL纯化乙醇溶解RNA。采用RNA逆转录试剂盒检测CRF、ACTH、CORT、CRHR1的基因表达水平。取5 μL产物进行1.5%琼脂糖凝胶电泳,凝胶成像所得DNA条带采用凝胶成像系统进行分析,读取条带ID值。用于扩增的引物序列如下:β-actin mRNA正向序列:5'-actggcattgtgatggactc-3',反向序列:5'-acgcactgtggcataga-3';CRF mRNA正向序列:5'-ccagcaacctcagccgattc-3';反向序列:5'-aaaaagtttagccgcagcctg-3';ACTH mRNA正向序列:5'-atcaactaaccattgatata-3';反向序列:5'-agtttcattgattattatt-3';CORT mRNA正向序列:5'-atagtagaagaatgtctctg-3';反向序列:5'-aaattactggatgagtttca-3';CRHR1 mRNA正向序列:5'-agacttgctcgcgcagggcg-3';

反向序列:5'-agccagagcctgccggtggg-3'。

1.3 统计学方法 采用SPSS 16.0统计软件进行数据分析,所有结果均选择3个或3个以上数据,各实验数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,应用t-检验和单因素方差分析对实验数据进行方差比较和组间比较,以 $p < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般症状比较 造模后发现接受模型制备的大鼠表现为肛温降低,饮水量及摄食量减少,体质量下降,大便溏薄,尿量增多,抓取激惹反应减弱。进行药物干预后,右归丸组大鼠的肛温、饮水量、摄食量、抓取激惹反应、体质量均高于模型组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),尿量减少,且大便干湿趋于正常。见图1~5。

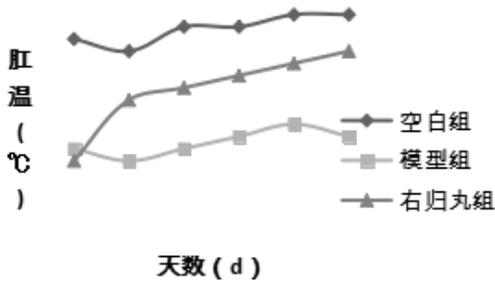


图1 3组大鼠肛温比较

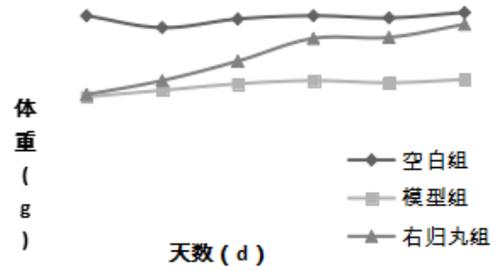


图2 3组大鼠体质量比较

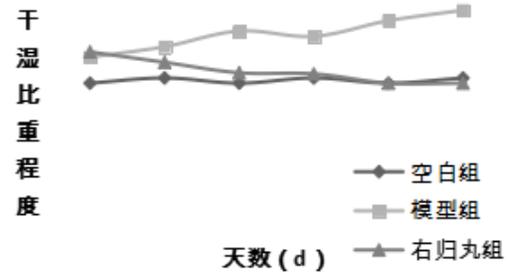


图3 3组大鼠大便干湿程度比较

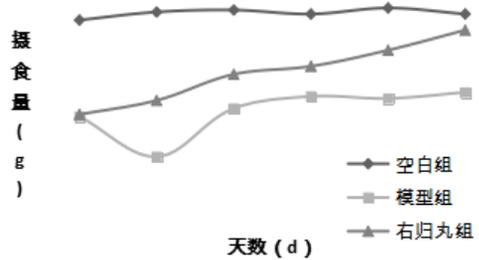


图4 3组大鼠摄食量比较

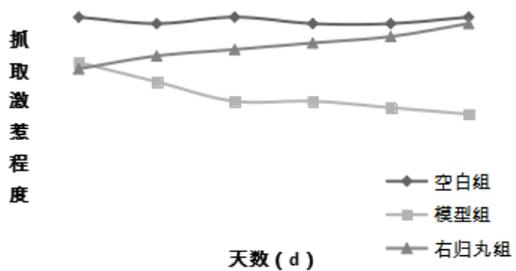
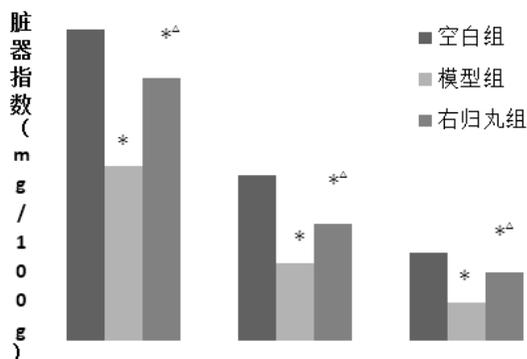


图5 3组大鼠激惹反应比较

2.2 对肾阳虚证大鼠脏器指数的影响
与空白组比较模型组及右归丸组肾上腺、下丘脑、垂体的脏器指数均下降(P<0.05),其中模型组下降的趋势更为明显,右归丸组较模型组肾上腺、下丘脑、垂体的脏器指数有所上升(P<0.05)。见图6。



注:与空白组比较,*P<0.05;与模型组比较,Δ P<0.05

图6 3组大鼠脏器指数比较

2.3 血清CRF、ACTH、CORT含量的变化
与空白组比较,模型组及右归丸组大鼠接受造模后血清CRF、ACTH、CORT以及肾上腺、下丘脑、垂体的CRHR1含量均明显下降,经过右归丸干预后,该组别的大鼠CRF、ACTH、CORT、CRHR1含量均得到提升,其中CRF、ACTH含量接近空白组水平。见表1,图7。

表1 3组大鼠血清CRF、ACTH、CORT含量的变化(x±s, μg/L)

组别	CRF(μg/L)	ACTH(μg/L)	CORT(μg/L)
空白组	200.89±0.93	98.65±0.71	201.65±2.40
模型组	114.31±0.	43.69±0.	131.92±1.7

	31*	08*	6*
右归丸组	195.92±0.41*Δ	95.91±0.20*Δ	167.28±1.31*Δ

注:与空白组比较,*P<0.05;与模型组比较,Δ P<0.05

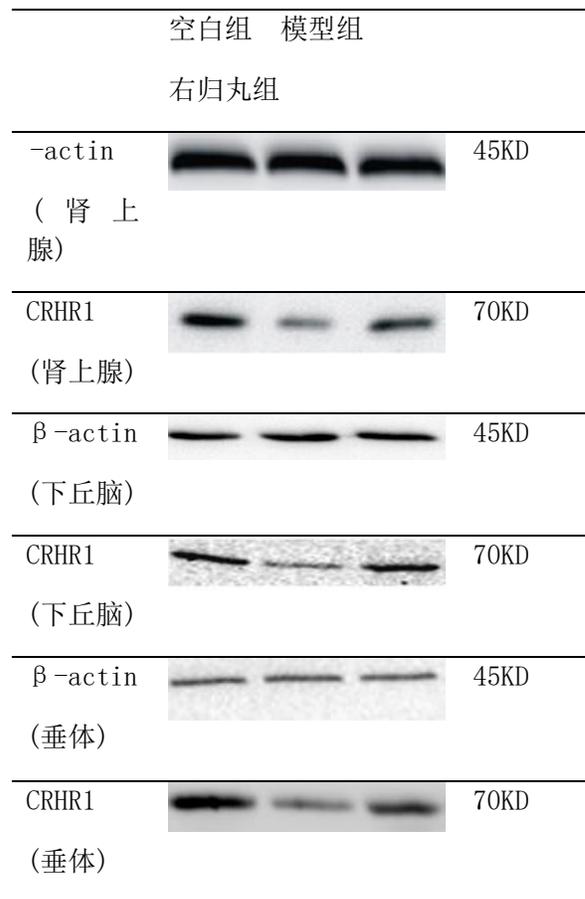


图7 3组大鼠CRHR1表达变化

2.5 CRF、ACTH、CORT及CRHR1 mRNA水平的变化
与空白组比较,模型组及右归丸组大鼠接受造模后肾上腺、下丘脑、垂体的CRF、ACTH、CORT及CRHR1 mRNA水平均明显下降,经过右归丸干预后,该组别的大鼠CRF、ACTH、CORT、CRHR1mRNA水平均得到提升。见图8。

空白组

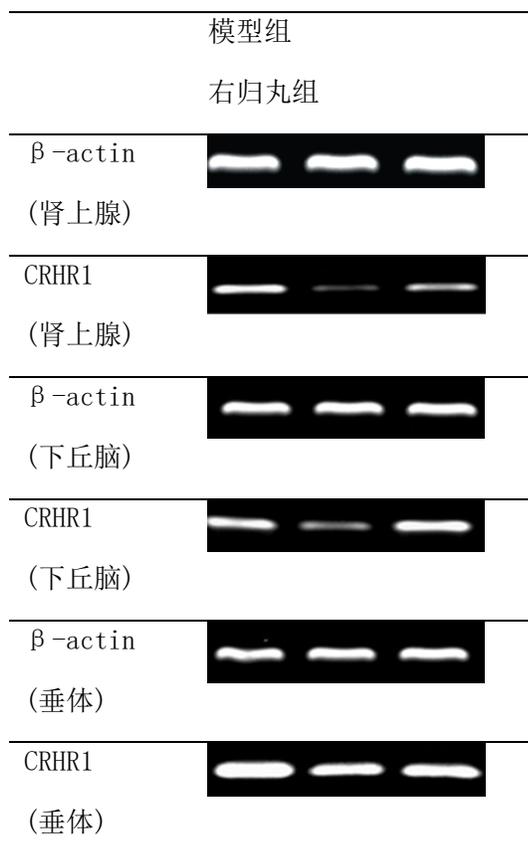


图8 3组大鼠3部位CRHR1, β -actin水平比较

3 讨论

肾乃脏腑阴阳之本,亦是人体生长、发育、生殖之源,是生命活动之根本故为“先天之本”。一身之阳气由肾主导,肾阳虚即肾脏阳气虚衰,是肾脏阳气衰竭表现的症候,火衰其本则阳虚之证迭出。通过国内外大量文献^[5-9],我们可知邝安堃于60年代首创的肾阳虚模型可以理想的模拟机体肾阳虚所发生的病理性改变。而基于中医脏腑辨证依据,我们所确定的肛温、体质量、饮食及抓取激惹反应等变化可以准确的体现中医关于肾阳虚证的变化,可作为造模成功与否的一个标准。本文结果显示:接受模型制备的大鼠均出现一系列

符合肾阳虚证的症状,这和徐文聃^[4]等近期研究结果相符合。且经过右归丸干预后大鼠症状出现改善,进一步证实了本研究模型制作成功。

肾阳虚的现代医学本质一直是各医家讨论的热点话题,沈自尹^[10]通过研究证实HPA轴发生功能紊乱是肾阳虚证的共同点。闵建新^[11]等通过对肾阳虚模型大鼠HPA轴进行免疫组化形态学观察后发现肾阳虚时大鼠肾上腺皮质组织的CRF阳性纤维数量明显减少,肾上腺束状带明显变薄,上述报道和本研究发现氢化可的松长期肌肉注射的大鼠肾上腺、甲状腺、垂体的脏器指数均发生明显变化具有一致性。肾阳虚时神经内分泌网络连接点受破坏,导致下丘脑、垂体、肾上腺轴等环节功能失衡,神经元中CRF的释放受抑制,进而抑制其对下一级ACTH及CORT的促分泌能力,导致ACTH及CORT水平下降。机体自身肾上腺分泌糖皮质激素的功能降低,并且HPA轴在长期的反馈抑制过程中逐渐发生形态学的变化。

国际上屡屡有学者想要探索促进HPA轴恢复的方法,但均以失败告终。Markowska^[12]等通过上调ACTH的水平抑制大鼠肾上腺皮质细胞过度凋亡,增加了肾上腺皮质组织内皮质酮和醛固酮的含量,但是对大鼠外周血清中皮质酮和醛固酮的含量并没有产生任何改善作用。Gomez-Gil^[13]等对抑郁症患者使用丁螺酮后发现其血浆中ACTH浓度增加,认为丁螺酮可能可以通过促进ACTH的分泌而改善抑郁症患者HPA的抑制状况,但Gomez-Gil并未从HPA轴的其他环节进行进一步深入研究。

中药复方是中医学发挥临床疗效的应用形式,配伍是中药复方的灵魂。本方由熟地黄、附子(炮附片)、肉桂、山药、山茱萸(酒炙)、菟丝子、鹿角胶、枸杞子、当归、杜仲(盐炒)组成,方中以附子、肉桂、鹿角胶为君药,温补肾阳,填精补髓。臣以熟地黄、枸杞子、山茱萸、山药滋阴益肾,养肝补脾,阴中求阳。佐以菟丝子、杜仲补益肝肾,强筋壮骨;当归补血养肝,诸药配合,共奏温补肾阳,填精补髓之功。现代药理研究显示^[14-17]:熟地黄、山茱萸提取物可有效的抑制皮质酮损伤性大鼠脑组织神经元的凋亡,山药提取物可以升高去甲肾上腺素的含量而达到改变HPA轴形态的目的;杜仲提取物可以调节去卵巢骨质疏松模型大鼠的HPA轴形态而改善症状;当归提取物能够降低氢化可的松造成“阳

虚”小鼠的淋巴细胞凋亡率,提高其机体免疫力,负反馈于HPA轴,改善其病理变化。本研究使用右归丸作为干预手段后,发现大鼠的CRF、ACTH、CORT、CRHR1含量均得到提升,从HPA轴的下丘脑、垂体、肾上腺环节均可实现,提示右归丸具有改善肾阳虚HPA轴功能的作用,揭示了右归丸的现代内涵。

综上所述,我们认为HPA轴功能紊乱是肾阳虚的关键,右归丸通过改善下丘脑、垂体、肾上腺轴等环节的平衡,进一步体现了中医治疗的整体观。另外考虑中医药对机体多靶点、多途径性,右归丸整体调节机制仍处于不断探索中,待进一步拓宽及深入。

参考文献

- [1]文健,沈自尹,张新民,等.补肾法对老年男性下丘脑-垂体-性腺轴作用的临床和实验研究[J].中医杂志,1986,27(4):32.
- [2]宋洪涛,张汝华,郭涛.中药药物动力学研究概况与展望[J].西北药学杂志,1998,13(3):125-127.
- [3]邝安堃.某些助阳药对于大剂量皮质激素所致耗竭现象的影响[J].中华内科杂志,1993,12(2):113.
- [4]徐文聃,王欣,王琛,等.从下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴探讨附子肉桂在肾气丸中补肾阳的作用[J].浙江中医药大学学报,2014,38(7):831-836,841.
- [5]李亚,王通,王广飞,等.牡蛎肽对肾阳虚大鼠下丘脑-垂体-甲状腺轴调节作用的研究[J].食品工业科技,2019,40(12):291-294.
- [6]陈颖颖,罗莎,杜梦梦,等.不同造模方法对骨关节炎肾阳虚证动物模型相关指标的影响[J].世界中西医结合杂志,2018,13(12):1677-1680.
- [7]邹移海,徐志伟,张薇,等.肾阳虚证动物模型造模方法和评价指标规范化研究[C].北京:亚洲实

验动物学会联合会(AFLAS)第三次会议暨中国实验动物学会(CALAS)第八届学术年会,2008.

[8]郑龙飞,韩玲,郝宇,等.金匱肾气丸加味膏、汤方干预肾阳虚模型大鼠的药效学比较研究[J].北京中医药大学学报,2018,41(7):567-571.

[9]马晓宇,姜梦如,穆祥,等.温肾益精散对肾阳虚模型大鼠生长性能的影响[J].中国兽医科学,2018,48(9):1187-1195.

[10]沈自尹.中西医结合肾本质研究回顾[J].中国中西医结合杂志,2012,32(3):304-306.

[11]伍庆华,王建红,刘海云,等.肾阳虚大鼠垂体-甲状腺轴与垂体-性腺轴相关性研究[J].江苏中医药,2007,39(3):56-57.

[12]Markowska A, Macchi C, Nussdorfer GG et al. Effects of pneumadin (PNM) on the adrenal glands. 5. Potent stimulating action of PNM on adrenocortical growth of dexamethasone administered rats [J]. *Histochemistry*, 1996, 11(3):583-585.

[13]Gomez Gil E, Navines R, Martinez De Osaba MJ et al. Hormonal responses to the 5-HT agonist buspirone in remitted endogenous depressive patients after long-term imipramine treatment [J]. *Psychoneuroendocrinology*, 2010, 35(4):481-489.

[14]赵新永,金国琴,顾翠英,等.左归丸和右归丸对皮质酮所致大鼠海马神经细胞病理模型学习记忆相关信号转导蛋白表达的影响[J].中华中医药杂志,2010,8(12):1983-1987

[15]HUANG W, JIANG J, Yuan-qiang LU. Value of T-tube in biliary tract reconstruction during orthotopic liver transplantation: a meta-analysis [J]. *浙江大学学报:英文版: B辑: 生物医学和生物技术*, 2011, 12(5):357-364.

[16]郑轶峰,张力华,秦剑,等.右归丸对骨髓抑制小鼠造血功能的影响[J].浙江中西医结合杂志,2009,19(4):212-215.

[17]于化新,王德山,单德红.右归丸对阳虚型慢性肾衰大鼠肾功能的保护作用[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(7):203-204.

基金项目:国家自然科学基金项目(81874426)

作者简介:张文钊(1990.03—),男,博士研究生在读,研究方向:方剂配伍规律与药效物质基础研究, E-mail:zhengpeinegd@163.com

通信作者: 李冀 (1960. 11—), 男, 研究生, 教授, 研究方向: 方剂配伍规律与药效物质基础研究, E-mail: ly900311@126.com

本文曾发表于《世界中医药》2019 年 11 月第 14 卷第 11 期

基础理论

浅谈《中医基础理论》在美国中医学院的教学心得

李乾¹ 刘伟¹ 魏盛² 张丰聪² 李娜³ 梁潇⁴ 巩昌镇¹

1. American Academy of Acupuncture and Oriental Medicine (AAAOM), Roseville, MN, 55113

2. 山东中医药大学, 山东 济南 250355

3. 青岛市第五人民医院急诊科, 山东 青岛 266000

4. Saint Mary's University of Minnesota, Minneapolis, MN, 55404

【摘要】: 《中医基础理论》课程是中美中医高等教育体系中的一门入门级课程。为了促进《中医基础理论》课程在美国的进一步发展和传播, 本文探讨了美国中医学院 (American Academy of Acupuncture and Oriental Medicine, AAAOM) 《中医基础理论》课堂教学的五种方法。根据美国学生的需要调整课堂教学大纲, 提供准确易懂的中医术语翻译, 采用课堂互动式教学方法, 用实例促进中医学习, 和基于 National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine (NCCAOM) 东方医学基础 (FOM) 考试内容大纲的教学, 是美国中医学院《中医基础理论》课程教学的五种实践策略。

【关键词】: 中医基础理论, 美国中医学院, 教学方法

Adapting Teaching Methods of Basic Theory of Traditional Chinese Medicine for the Postsecondary Audiences in the United States:

Experience at the American Academy of Acupuncture & Oriental Medicine (AAAOM)

Li Qian¹, Liu Wei¹, Wei Sheng², Zhang Fengcong², Li Na³, Liang Xiao⁴, Gong Changzhen¹

1. American Academy of Acupuncture and Oriental Medicine (AAAOM), Roseville, MN, 55113

2. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, Shandong, China
3. Emergency Department, Qingdao Fifth People's Hospital, Qingdao 266000, Shandong, China
4. Saint Mary's University of Minnesota, Minneapolis, MN, 55404

【Abstract】:

The Basic Theory of Traditional Chinese Medicine course is one entry-level course in both Chinese and US Traditional Chinese Medicine (TCM) postsecondary education system. In order to facilitate further development and dissemination of TCM theories in the US, this paper applies five methods to effectively teach the US postsecondary TCM related-major audiences the Basic Theory of Traditional Chinese Medicine course. The authors are optimistic about the five methods' application in a US TCM classroom. They found that adjusting class syllabus based on the US students' needs, providing precise and understandable TCM terminology translation, proposing interactive teaching methods at class, using examples to foster learning, and teaching students based on NCCAOM Foundation of Oriental Medicine (FOM) exam content outline are all practical strategies in AAAOM's the Basic Theory of Traditional Chinese Medicine class.

【 Keywords: 】 : traditional Chinese medicine (TCM), Basic Theory of Traditional Chinese Medicine, American Academy of Acupuncture & Oriental Medicine (AAAOM), teaching methods

中医是东方医学的一种治疗技术,起源于中国,因其疗效而日益流行。目前,中医药在我国已逐渐成为高等教育的标准学科之一。随着中医在美国的知名度增加,生活在美国的民众对现代医学之外的替代性治疗方法的认可度增强、需求增加,以及越来越多的保险公司将中医的相关治疗措施纳入医保,众多因素的共同作用极大促进了中医药在海外的交流和发展。

在我国中医相关学科的高等教育中,《中医基础理论》课程往往被安排在本科教学的第一个学期。通过介绍中医学的基本理论、知识、概念和原理,《中医基础

理论》是学生们中医学习的起点,这门课程更为学生们后续的中医学习和研究奠定了基础。与此同时,《中医基础理论》课程也是众多美国中医药院校中医学硕士教学计划的基础课程。美国中医院校培养的毕业生如果未来有获得美国针灸及东方医学国家认证委员会(National Certification Commission of Acupuncture and Oriental Medicine, NCCAOM)颁发的证书的意向,《中医基础理论》课程的教学内容是NCCAOM中医基础考试(Foundation of Oriental Medicine, FOM)的重要部分。

座落于美国明尼苏达州的美国中医学院（AAAOM）创建于1997年，是一所所有资质提供针灸和东方医学硕士和博士学位课程的中医药院校。美国中医学院致力于挖掘中国传统医学精华，构建优质师资队伍，创建特色门诊，是美国少数几个有权授予博士学位的针灸学院之一。希望本文针对美国中医学院《中医基础理论》五种课堂教学方法的探讨，能为中美中医教育工作者的《中医基础理论》教学起到抛砖引玉的作用，也希望为中医药海外教学和发展尽绵薄之力。

1. 适应美国本土学生需求的教学大纲

美国中医学院院长巩昌镇博士在美国的中医教育访谈录中说到：“美国中医院校的中医教育没有统一的教学大纲，没有统一的管理结构，没有统一的师资队伍，更没有统一文化背景的学生群体，这是由美国文化的根本特征决定的。正是这些多元性决定了每个学校有每个学校的特点”^[1]。巩昌镇博士的演讲阐明了美国文化多样性的特点。也正是因为根植于美国文化的多样性，很难要求所有美国的中医药院校在一门课程上共享相同的教学大纲。同时，也很难期待所有入学的美国学生在中医专业入学之初能秉持着对中医知识相同层次的理解。这种多元的文化背景造就了《中医基础理论》授课大纲要适应本土学生需求的现状。本文将美国中医学院为例，讲述《中医基础理论》课程的课程设计和课程大纲要求。

美国中医学院的《中医基础理论》课程设置在硕士专业课程的第一学期，共15周，每周四个学时，共六十学时。学

生最终绩点（GPA）由平时表现，学期第八周的期中考试成绩，和第十五周的期末考试成绩共同构成。教学大纲对总共的学时、每堂课程的课前预习、课程任务、及课后作业都做了非常详细的要求。学生在开课之前会拿到本门课程的教学大纲，以便为上课做好基础。教学大纲的内容既督促学生按照教学要求完成规定阅读，跟上课堂讲解，按时完成作业；同时也是教师在教学过程中的指导大纲。

考虑到美国中医院校的学生没有统一的文化背景，以及学生对中医知识的接受程度有差异，所以美国中医学院就《中医基础理论》的教学内容做出了调整。国内中医教育体系中关于《中医基础理论》课程的一些篇章在美国中医学院被拆分到了其他课程。例如：国内中医基础理论课程包括绪论、阴阳五行、藏象、精气血津液、经络、体质、病因、病机、和防治原则等章节^[2]。国内《中医基础理论》课程中的体质、病因、病机和防治章节被归到了美国中医学院的《中医诊断学》。国内《中医基础理论》课程中的经络章节被归到了美国中医学院的《经络学》。

就中医基础理论作为一门独立课程而言，国内的《中医基础理论》课程在知识面涵盖层次上更丰富。在美国的教学过程中，考虑到美国学生成长的文化背景和知识结构不同，为了防止在有限教学时间里的满堂灌，故把原本属于《中医基础理论》的部分章节移到之后学习的《中医诊断学》和《经络学》里面。美国中医学院的教学大纲做了如此拆分，看似减缓了效率、压缩了教学内容，实则是根据不同的教学环境而做出的应对之策，更加适合美

国本土化的需求。正如古语所言“明着因时而变，知者随事而制”。万事万物皆在变化，因时因地做出相应改变，目的是使得《中医基础理论》教学适合美国国情、帮助学生为中医药学习打好更扎实的基础。

2. 着重准确而易懂的中医翻译

语言差异和文化背景的多样性导致的翻译困难是《中医基础理论》在美国教学面临挑战的主要原因之一。迄今为止，误译、漏译和不准确的翻译的确干扰了中医药的国际传播^[3]。中医基础理论涉及到许多以文言文为基础的经典语录。将晦涩难懂的中医古籍翻译成准确易懂的英语，是对教师教学能力的挑战。

国内的《中医基础理论》课程教授者只需要把涉及的古文翻译成汉语白话文。在美国教授《中医基础理论》的教师们还需要在此基础上进行二次翻译，将汉语白话文翻译成准确易懂的英语。因此，在美国中医学院教授中医，就翻译层次而言，教师第一不能拘泥于字面的直译；第二要在准确的基础上，结合当地的文化背景，以生动、形象、易懂的英文把中医经典表达出来。

有些中医概念晦涩难懂，直接翻译容易引起歧义。比如五行中的“木”，如果仅是浮于表面翻译成“Wood”，学生会将字面翻译直接联系成实际的木头。然而，木材的实际性状并不等同于五行中“木”的含义。因此，在美国中医学院讲授到五行中“木”的时候，将由“Wood”（木）引申到“Tree”（树）的翻译。“树”的翻译给了“木”这个元素更多的注解，以阐明“木”的特性。比如“木曰

曲直”（Wood is characterized by bending and straightening）。树木的枝条具有生长、柔和、能屈能伸的特性，引申为具有生长、升发、条达、舒畅等性质或作用的事物和现象，均归属于木^[4]。在这个基础上帮助学生向外拓展具有“木”的属性的事物和现象。比如“十年树木，百年树人”（It takes ten years to grow a tree and a hundred years to nurture, awaken, and empower a generation of good person）。由树及人，可见人才的培养来之不易。只有做好教育这样的百年大计，才能保证人才输送的延绵不绝。关于五行之中“木”的翻译，是美国中医学院《中医基础理论》教学中以单个的词为例子，帮助学生准确认识中医概念和拓展中医思维的表达。

又如，在《中医基础理论》的课堂上讲到“壮水之主，以制阳光；益火之源，以消阴翳”时，如果直接翻译为“strengthen source of water to restrict sunlight, supplement source of fire to disperse yin clouds”，会让学生疑惑。在美国中医学院，教师会将“水”（Water）解释为“阴”（Yin），将“阳光”解释为“阴虚”（Yin Deficiency）；将“火”（Fire）解释为“阳”（Yang），将“阴翳”解释为“阳虚”（Yang Deficiency）。这句话，强调的是，补阴和补阳的重要性（Nourish yin to clear away heat, warm up yang to expel deficiency cold）。这个例子说明了仅拘泥于字面的直接翻译往往会造成南辕北

辙的结果，教师有责任用准确的翻译帮助学生解惑这些晦涩难懂的中医文献的含义。

3. 用互动的教学方式替代传统的课堂满堂灌

作为中医教育的基础课程，《中医基础理论》里面抽象的中医概念常困扰美国学生。目前，以老师讲解为主的课堂教学，仍是《中医基础理论》课程的主要教学方法。这种教学模式很容易陷入课堂满堂灌的尴尬境地。坎布里亚大学（University of Cumbria）高级研究员彼得·奥文思（Peter Ovens）对这种教学方法提出了质疑，他认为“学生的自主性是唯一可以培养的最大价值；学术界不应将学生视为装满知识的空容器”^[5]。云南新兴职业学院的潘琼认为“课堂满堂灌不利于激发学生的学习积极性，这种教学模式将使难以理解针灸的抽象知识和记住实际操作要领”^[6]。

在美国中医学院《中医基础理论》的课堂上，授课教师们也发现满堂灌式教学很难形成课堂中学生与老师之间，学生与学生之间互相讨论的课堂氛围。这样不仅影响美国学生专业的学习，更难于培养对中医的兴趣。美国中医学院的课堂氛围非常鼓励学生的积极提问。授课教师在每堂课的备课中已经预留出了足够的课堂讨论时间，如果在授课过程中学生有问题，也可以随时打断老师的讲解。重视课堂上交互的提问与回答，也是培养学生自学能力，启发独立性思考、创造性思维和思辨模式，帮助学生共享信息源，合作解决疑问非常好的练习。

讨论之余，为了更好的解释中医基础理论中晦涩难懂的术语，美国中医学院《中医基础理论》的课堂也会穿插学生自愿参与的课堂游戏。美国中医学院的学生反馈，积极的参与感有助于加深他们的课堂印象，提高对中医抽象概念的理解力。比如在阴阳这一篇章，请一位男学生和一位女学生作为志愿者，通过游戏来解释阴阳的概念。在阴阳的概念中，凡是运动的、外向的、上升的、温热的、明亮的，都属于阳；凡是相对静止的、内守的、下降的、寒冷的、晦暗的，都属于阴。在游戏互动中，授课教师让两位志愿者同学两手手心相对，代表阴阳处于平衡状态。阴阳理论中，阴阳双方的量和比例不是一成不变的，而是处于不断的增长或消减的运动变化之中。在正常情况下，阴阳双方应是长而不偏盛，消而不偏衰。若超过了这一限度，出现了阴阳的偏盛或偏衰，是为异常的消长变化。阴阳的消长变化一般有两类不同的形式：一是阴阳的此消彼长，此长彼消；二是阴阳的皆消与皆长。为了更直观的解释，用两位志愿者同学手心的移动来代表阴阳消长。男同学打破原本手心相对的静止状态，将自己掌心加力向上移动，而女同学保持不动，此为阳长阴消；反之阳消阴长。若是两位志愿者同学手心都加力向上移动，此为阴阳皆长；反之阴阳皆消。

通过互动式的教学方法，美国中医学院包容性的课堂环境有助于教师和学生保持开放的心态，彼此坦诚地分享对《中医基础理论》课程的想法、建议和不足。这些互动式的教学方法，比如鼓励学生提问、为小组交流创造适宜的条件、提高学

生的课堂参与度,有助于使美国中医学院《中医基础理论》课堂变得有趣、生动、信息量大。

4. 举例教学,提升中医海外教学的适应性

如果教育工作者期待《中医基础理论》课程得到更多美国学生的认可,提高《中医基础理论》教学方法在美国本地的适应性十分重要。在现实生活中,也有很多身边的例子证明了适应本地需求的重要性。比如肯德基在中国市场广受欢迎,其中一个重要原因是它的产品适应了本土化的需求。如,肯德基早餐菜单中的油条和豆浆极好地与中国客户的早餐饮食习惯相契合。相反,达美乐披萨(Domino's Pizza)在澳大利亚几乎失败了,因为它低估了根据当地民众口味调整产品的必要性;只有当把它交给澳大利亚当地的特许经营商之后,达美乐披萨才成为当地最大的披萨连锁店^[7]。同理,这种适应性原则也适用于教育领域。在中医课堂上应用美国学生熟悉的例子是美国中医学院用来培养学生学习《中医基础理论》兴趣的一种策略。这篇文章将从利用自然现象和美国历史故事,利用美国流行文化,和利用类比三个方面阐述美国中医学院的举例教学方法。

1.1 利用自然现象和美国历史故事促进举例教学

五行之间木生火、火生土、土生金、金生水、水生木的相生关系一向以它抽象的特点困惑美国学生。为了更好得帮助学生理解和记忆五行相生关系,美国中医学院的授课教师以自然现象和美国历史故事为例激发美国学生的情感共鸣。美国中医

学院的课堂将用以下例子解释五行的相生关系。

尽管众所周知,印第安人使用了几种生火方法,但更普遍的做法是通过木材摩擦生火。钻木取火,便是结合自然界特点和人类智慧解释“木生火”的例子。“火生土”,可以解释为任何物质经过燃烧后都变成一抔尘土,回归大自然。即使是人类这样的高等生物,作为食物链中最充满智慧的一环,也终将以回归尘土的方式参与自然界生生不息的循环。“土生金”,可以联想到1848年至1855年风靡加州的淘金热(California Gold Rush),珍贵的金属来源于对地球宝藏的开采。“金生水”,则是固态的金属经由锻炼可以变成像水一样的液态物质。“水生木”,教师引导学生思考水资源在人类文明中的重要性。清冽的水资源孕育、滋养着树木的成长。人类的文明自古依大河而居。正如发源于美国明尼苏达州北部的密西西比河,一路向南注入墨西哥湾,不仅为沿岸的城市带来了丰沛的淡水和植被资源,更因生机勃勃的自然环境带来了经济的发展。

以上五个小例子展示了美国中医学院的教师在《中医基础理论》课程教学中利用美国学生熟悉的自然现象和历史故事讲解五行之间的相生关系。

1.2 利用美国的流行文化促进举例教学

在《中医基础理论》藏象篇章关于心的教学中,美国中医学院的教师利用美国流行文化促进举例教学。心,主血脉、藏神,是君主之官;心居脏腑中最重要位置,人的精神意识思维活动都由此而出^[8]。美国的流行文化中也有很多作品凸

显了心的重要性。《泰坦尼克号》的主题曲《My Heart Will Go On》歌词唱道，“Near, far, where ever you are / I believe that the heart does go on / Once more you open the door / And you're here in my heart / And my heart will go on and on”。歌词以心为中心，展示了《泰坦尼克号》男女主人公的深情相爱。这首抒情诗的关键词“心”支持了《中医基础理论》中“心者，君主之官也，神明出焉”的观点。

在美国中医学院的《中医基础理论》课堂上，像以上这样贴合美国流行文化的例子屡见不鲜。这样的方式，不仅能唤起美国学生对本土文化的共鸣，也有利于培养美国学生学习中医的趣味性，为《中医基础理论》海外教学起到事半功倍的效果。

1.3 用类比促进举例教学

血液在血脉中运行需要三个条件：心气充沛、血液充盈，脉道通利。美国是一个车轮上的国家，美国中医学院的教师利用一个耳熟能详的交通场景类比血液之于血脉的重要性。帮助乘客顺利运载到目的地也需要三个条件：一是车子引擎动力充足，二是汽油充足，三是道路通畅。心气充沛相当于引擎动力充足，血液充盈可以类比为汽油充足，脉道通利类似于道路通畅。在实际交通中，若是任何一环有障碍，都会成为到达目的地的阻力。在人体中，若血液在血脉中运行所需的三个条件，有任何一个出现问题，则血液在血脉中运行不利。

1.4 总结

举例教学可以帮助美国的中医初学者

更好的理解《中医基础理论》课程晦涩难懂的概念，拉近中西方文化的差异。然而，在《中医基础理论》授课过程中举例教学法的有效应用还取决于其他因素，如教学团队安排的任务、学习者本身的中医知识储备、理解能力和对其学习过程的反馈。因此，如何在《中医基础理论》课程中运用举例教学有效培养美国学生学习中医的兴趣，将是美国中医学院几代教师不断探索的课题。

5. 将《中医基础理论》教学与NCCAOM的中医基础考试(FOM)相结合

教学和考试是一对伙伴关系，两者相互联系、相互影响。在教学中，教学目标起着决定性的作用，它决定了教什么和怎么教。教学目标是否达到，需要考试作为它的评估手段。美国中医学院《中医基础理论》的教学有两个目标：一个是帮助学生掌握基本的中基内容，为中医学打下基础；另一个是帮助学生提高NCCAOM的中医基础考试(Foundations of Oriental Medicine, FOM)通过率。美国中医院校的毕业生NCCAOM考试的通过率是在美国判断一个中医院校教学实力的重要指标之一。

美国针灸及东方医学国家认证委员会(National Certification Commission of Acupuncture and Oriental Medicine, NCCAOM)成立于1982年，该机构作为一家独立的非赢利性机构，负责对美国中医师(Diplomate of Oriental Medicine)、针灸师(Diplomate of Acupuncture)和中药师(Diplomate of Chinese Herbology)进行资格考试和认

证^[9]。而绝大多数来美国中医学院学习的学生,都有意向考取 NCCAOM 所提供的证书。获得不同的证书,申请人需要完成不同的考试科目组合。但是中医基础考试 (Foundations of Oriental Medicine, FOM) 是取得任何一种证书的必考科目。根据 NCCAOM 2020 年中医基础考试 (FOM) 大纲所示,考试内容涉及到中医基础理论中的阴阳理论、五行学说、藏象学说和精气血津液理论等章节,约占考试总比例的 30%^[10]。

美国中医学院《中医基础理论》课程的教学内容部分依赖于 NCCAOM 更新的中医基础考试内容大纲。美国中医学院的教师会根据中医基础考试大纲的要求适当调整教学侧重点,力求在讲课过程中穿插 NCCAOM 中医基础理论的考试要点,并辅以习题培养学生的答题思维。这些策略旨在帮助学生从一入学开始就熟悉 NCCAOM 中医基础考试的考试大纲、有的放矢的学习中医基础理论这门课,加速他们的考试计划,并提高中医基础这门考试的通过率。

NCCAOM 考试通过率是评价美国中医药院校教学能力的重要指标之一。2019 年 NCCAOM 考试常见问题公布了通过途径 1: 正规教育: 美国本土申请人 (Certification Route 1: Formal Education: United States Applicants), 中医基础考试在 2015 年、2016 年、2017 年和 2018 年的通过率,分别为 78.1%、78.0%、79.1% 和 78.6%^[11]。一些美国中医药院校将使用 NCCAOM 发布的考试通过率来评估其学校的中医基础考试通过率是否可以超过全国

水平。近几年,美国中医学院毕业生的中医基础考试通过率高于 NCCAOM 公布的美国平均通过率。

6. 结语

根据美国劳工统计局 (U. S. Bureau of Labor Statistics) 的数据,包括中医药相关工作在内的健康诊断和治疗工作需求预计将以比许多其他职业更快的速度增长,到 2026 年,所需工作岗位可能增长 13%; 2018 年 5 月,包括针灸师在内的健康诊断和治疗从业者的年中位数工资为 73960 美元^[12]。一项就持证针灸师的调查显示,2015 年美国持证针灸师人数为 34481 人;截至 2018 年 1 月 1 日,美国持证针灸师人数为 37886 人。所有这些迹象都证明了中医药在美国的快速发展和繁荣前景^[13]。

《中医基础理论》课程是在美国中医院校学习中医的学生们的必修课程,这门课程的学习将为学生们未来的中医从业道路打下坚实的基础。本文探讨了美国中医学院《中医基础理论》教学的五种方法,旨在重视《中医基础理论》教学策略,培养美国学生热爱中医、相信中医、主动学习中医、和实践中医的信念与能力。美国中医学院调整后的《中医基础理论》课堂教学大纲为海内外中医教育工作者提供了一个了解美国课堂《中医基础理论》课程设置的途径。美国中医学院的教师专注于精确的中医翻译,以避免误译、漏译和不准确翻译对中医药传播的影响。互动式教学分享了如何激发美国学生的中医课堂参与兴趣,避免传统课堂满堂灌教学的枯燥乏味。本文还介绍了如何运用贴近美国学生生活的实例来促进中医学习。本文的最

后一个策略是将 NCCAOM 的中医基础考试（FOM）内容融入美国课堂的《中医基础理论》教学，帮助学生熟悉未来的考试，提高考试通过率。

鉴于中美两国文化背景和教育体制的差异，美国中医学院的教师仍在探索有效的教学方法，以求更好地帮助美国学生学习《中医基础理论》。未来的《中医基础

理论》授课将继续秉承包容开放的态度，加强与美国学生的交流，听取学生们的反馈；与海内外同行相互切磋，以孜孜不倦的态度上下求索；在实践中检验和反思，以求使得《中医基础理论》这门课程在海内外发扬光大，帮助更多的人享受中医学的成果。

参考文献：

- [1] 魏辉, 巩昌镇, 田海河, 陈业孟, 焦望义, 王德辉, 杨观虎, 朱燕中, 沈晓雄, 黄立新, 吴潜智, 赵振平, 杨冰, 刘大禾, 杨常青, 黄珠英, 王宁. 美国中医教育访谈录(一) [J]. 中医药导报, 2017, 23(14):1-5.
- [2] 孙广仁. 中医基础理论 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002, 目录:1-7.
- [3] Ou & Hua. (2020). Study on Translations of Five Xing Theory of TCM and Its Core Terminologies. *Theory & Practice in Language Studies*, 10(2), 203 - 207.
- [4] 孙广仁. 中医基础理论 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 49.
- [5] Cunnane, S. (2011). To spoon-feed is not to nurture. *Times Higher Education*, 2026, 7.
- [6] Pan, Q. (2019). An Interactive Teaching Mode Based on Educational Games -- Case Study of Acupuncture Course. *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, 14(17), 167 - 181.
- [7] Bell, D. E., & Shelman, M. L. (2011). KFC's Radical Approach to China. *Harvard Business Review*, 89(11), 137 - 142.
- [8] 孙广仁. 中医基础理论 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 74-75.
- [9] NCCAOM. (2020). About NCCAOM. Retrieved from <https://www.nccaom.org/about-us/>
- [10] NCCAOM. (2020). The foundation of Oriental medicine content outline. Retrieved from <https://www.nccaom.org/wp-content/uploads/pdf/2020%20FOM%20Content%20Outline%20and%20Bibliography%20Jan%202020.pdf>
- [11] NCCAOM. (2019). NCCAOM examination frequently asked questions and answers. Retrieved from <https://www.nccaom.org/wp-content/uploads/pdf/2019%20NCCAOM%20Examination%20FAQs%2050119.pdf>
- [12] MCPHS. (2020). Acupuncture. Retrieved from <https://www.mcphs.edu/academics/school-of-acupuncture/acupuncture>

[13] Fan, A. Y., Stumpf, S. H., Faggert Alemi, S., & Matecki, A. (2018). Distribution of licensed acupuncturists and educational institutions in the United States at the start of 2018. *Complementary Therapies in Medicine*, 41, 295 - 301.

病例报道

身痛逐瘀汤治疗糖尿病周围神经炎临床分析

李娟

加州五系中医药大学

【摘要】：糖尿病周围神经炎是临床多发病，严重影响患者生活质量。本文从西医病理变化结合中医病机进行论述，并附以临床实例进行分析论证。归纳总结出该病基本病机变化为瘀血阻络，针对其基本病机，笔者采用活血通络，驱邪止痛之身痛逐瘀汤进行治疗，临床疗效显著，值得临床推广运用。

【关键词】：糖尿病、周围神经炎、基本病机、身痛逐瘀汤

Clinical Analysis of Shen Tong Zhu Yu Tang in Treating Diabetic Neuropathy

Li Juan

Five Branches University

1885 Lundy Ave, Suite 108, San Jose, CA 95124

【 Abstract 】 : Diabetic Peripheral Neuropathy is a common and serious complication of diabetes. This condition is a global epidemic threatens health and quality of lives. This article reviews the pathological process in both Western Medicine and Traditional Chinese Medicine fields and comes to a conclusion that the basic TCM pathology of Diabetic Peripheral Neuropathy is blood stasis in collaterals. Shen Tong Zhu Yu Tang can invigorate blood and remove the pathogenic factors in the collaterals. It is an effective cure for Diabetic Peripheral Neuropathy.

【 Key Words 】 : Diabetic Peripheral Neuropathy, TCM pathology, Shen Tong Zhu Yu Tang

身痛逐瘀汤出自王清任《医林改错》，其功在活血行气，祛瘀通络，多用

治痹症，尤其是经久不愈者。现代临床，诸多医家将其广泛运用于各类关节损害^[1]

或炎性病变,如腰椎间盘突出引起的坐骨神经痛^[2]、风湿性关节炎^[3]或类风湿性关节炎^[4]。临床随证加减,往往起到很好的消炎止痛效果。笔者从中医病因病机学角度结合八纲论治,将身痛逐瘀汤运用于糖尿病周围神经炎的治疗,临床效果显著。

随着人类寿命的延长,糖尿病的发生率显著上升。疾病控制预防中心(CDC)2014年数据表明,美国至少有2900万(约9%)例糖尿病患者,且其中25%患者并不知道患有糖尿病^[5]。而周围神经病变是糖尿病最常见亦是最困扰患者的并发症之一,其主要病理变化为微血管病变,包括微循环障碍、微血管瘤形成及微血管基底膜增厚。同时山梨醇旁路代谢增强以致山梨醇增多,导致细胞水肿。临床表现初期为肢端感觉异常,伴有麻木、针刺、灼热、有时伴有痛觉过敏。随后出现明显肢体疼痛,往往在夜间或受寒时加重。日久更会合并肌力、肌张力减弱,甚至肌萎缩或瘫痪。在中医学理论中,该病乃属于痹症范畴。由于患者往往伴有肢端麻木,厥冷等异常感觉,受寒是其重要诱因,临床医家多以痛痹(寒痹)论治。给予针灸、温通等治疗^[6],临床可取得一定效果,但总体疗效欠佳。同时由于患者有痛觉过敏,临床常常听到患者抱怨针刺治疗后疼痛反而加重。该类患者病程既久,阴阳失调,无论外邪内侵,抑或内生痰瘀均可凝于络脉,阻碍气血畅行,发为肢末疼痛,入夜尤甚。因此考虑患者存在瘀血阻络的基本病机。这一病机正符合王清任在对身痛逐瘀汤所治之证进行的总结:“……(风寒湿热)入于血管,痛不移处。如论虚弱,是因病而致虚,非因虚而

致病……”正是出于对瘀血阻络致痛的理解,确定了身痛逐瘀汤为治疗糖尿病周围神经炎的基础方剂。附临床病例2例,以作说明:

病例一:患者,女性,越南裔,74岁,双下肢疼痛10余年。患者周身疼痛,以双下肢尤为明显。西医诊断为双膝关节退行性关节炎,未予系统治疗。患者曾寻求针灸治疗,诉针刺后肩颈疼痛稍缓,但下肢疼痛未见减轻,反而感觉针孔位置亦有痛感。入夜转侧痛醒,不得安睡。患者糖尿病病史年20年,自诉每日检测微量空腹血糖,波动于6mmol/L上下,控制饮食,从未服用降糖药物。平素偶有胸闷,进1年来反复尿路感染,余无不适。体检发现患者四肢皮温降低,双足轻度浮肿。舌淡胖,苔灰腻,脉沉滑。患者久病,病机复杂,从目前脉证来看,以乃瘀血阻络,气虚水停为主要矛盾。急则治其标,予身痛逐瘀汤原方5剂。一周后复诊,患者诉双膝以下疼痛消失,唯双膝关节仍有痛感,但亦明显缓解,夜间安睡,再无痛醒。后续治疗以身痛逐瘀汤合补阳还五汤化裁。

病例二:患者,男性,白人,62岁,右足疼痛20余年,加重4年。患者于20余年前右足外踝受伤,当时无骨折,未行系统治疗。随后自觉受伤部位时有疼痛,运动及劳累后明显。及至4年前,该部位疼痛明显加重,为持续疼痛,程度有时高达8,且伴有足底外侧麻木感、灼烧感。同时左侧足底亦逐渐出现疼痛、麻木及灼烧感觉,但程度较右足为轻。患者有II型糖尿病病史10年,现口

服降糖药物,自诉平素无检测血糖,但每3个月抽血检查,结果在正常范围。患者双足皮肤干燥、暗沉,可见皮下静脉曲张。舌红,苔薄黄,脉沉弦有力,双尺微涩。与身痛逐瘀汤原方4剂,首2煎口服,第3煎浴足20分钟。一周后患者欣喜而至,诉双足疼痛及异常感觉完全消失,双足皮肤较前有光泽。

以上两例病患均以关节、四末疼痛为主要表现,由于患者合并其他疾病,如退行性膝关节炎、外伤史,之前诊治受到干扰,症状不能得到很好控制。详询病史,会发现这类患者的共同点:疼痛部位广泛,尤其是四肢末端;有皮肤异常感觉;入夜、遇寒疼痛加重;同时患者有糖尿病或血糖偏高病史。糖尿病微血管的病变并不会因血糖数值上的控制而完全终止^[7],由于其典型症状多出现于糖尿病确诊多年以后,持续加重,在患病早期,症状容易被患者忽略。加之患者往往年高,多种疾

病缠身,或同时罹患其他致痛疾病,医者亦会忽视身体疼痛与糖尿病的关系。基于基础理论的不同,中、西医的诊疗思路并不能完美结合。但每一个西医诊断均有相同的病理改变,转化为中医思路,那么同一西医诊断下的患者,尤其是病理诊断相同的患者,他们有着相同的中医病机变化。我们可以称之为该病的基本病机。宗观糖尿病周围神经病变,其临床表现提示,该病的基本病机为:瘀血阻络。糖尿病病程长,并发症多,在临床上往往存在虚实夹杂、寒热错杂的复杂病机,但在患者就诊,为身痛所困时,其当下的主要矛盾为瘀血阻络。患者即使有虚像,亦如王清任所论,为因病致虚,而非因虚致病,故亟需活血驱邪,令络脉通常,通则不痛。当然根据三因治宜的原则,我们还需要考虑具体患者的证型偏颇。但临床可以身痛逐瘀汤为基础方,随证加减。

参考文献:

- [1] 仲超,马勇. 身痛逐瘀汤在骨伤科的临床应用与实验研究进展[J]. 山东中医药大学学报,2019(2).
- [2] 王秀超,闫垒,刘鹏. 身痛逐瘀汤为主治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 陕西中医,2017(8).
- [3] 蓝寿煌. 身痛逐瘀汤加减治疗风湿病156例临床观察[J]. 实用中医内科杂志,2013(7).
- [4] 王佳,王钢,王涛等. 身痛逐瘀汤联合西药治疗类风湿关节炎瘀血痹阻证的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2017(24).
- [5] Miriam E. Tucker. Almost 10% of US Adults Have Diabetes, 1 in 4 Is Unaware, Says CDC. www.medscape.com, June 11, 2014.
- [6] 邸维莹,方朝晖. 中医药对糖尿病周围神经病变防治新进展[J]. 中医药临床杂志,2018(12).
- [7] 朱明瑛,吴坚. 糖尿病周围神经病变临床诊断的研究进展[J]. 医学信息,2019(8).

荟萃分析

针刺治疗慢阻肺急性加重疗效的系统评价

李 珊 谢惠芳 高 峰

(中国中医科学院望京医院呼吸科)

【摘 要】目的：系统评价针刺治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重的临床疗效和安全性。方法：通过检索电子数据库万方、VIP、CNKI、CBM、PubMed、Embase 以及 Cochrane library，收集针刺治疗慢阻肺急性加重的随机对照研究，在对文献进行筛选、数据提取、研究方法学质量评价基础上对结局指标进行分析，评价其疗效与安全性。结果：符合纳入标准的文献共 8 篇，498 例患者。Meta 分析结果：针刺联合西医常规治疗 AECOPD 改善 FEV1%，(MD=4.93, 95%CI [1.75~8.11], P=0.002)；改善 FEV1/FVC%，(MD=4.4, 95%CI[0.72~8.08], P=0.02)；改善 CAT 评分，(MD=-4.25, 95%CI [-5.70~-2.80], P<0.00001)；改善 mMRC 评分，(MD=-0.63, 95%CI[-0.86~-0.39], P<0.00001)；在不良反应发生率方面，(RR=1.14, 95%CI[0.83~1.56], P=0.42)。结论：针刺联合西医常规治疗慢阻肺急性加重较西医常规治疗临床疗效更佳。但目前的临床随机对照试验质量较差，无法为该结果提供高可信度，还需根据文献质量合理解读报告。

【关键词】 慢阻肺急性加重；针刺；随机对照试验；Meta 分析

Systematic Evaluation of the Therapeutic Effect of Acupuncture on Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Li Shan, Xie Hui-fang, Gao Feng

(Department of Respiration, Wang Jing Hospital of CACMS, Beijing, 100102, China)

【 Abstract 】 Objective: To evaluate the clinical efficacy and safety of acupuncture in the treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD). **Methods:** By searching the electronic database Wanfang, VIP, CNKI, CBM, PubMed, Embase and Cochrane library, the randomized controlled study of acupuncture in the treatment of AECOPD was collected. The outcome indexes were analyzed on the basis of screening the literature, extracting the data and evaluating the quality of the methodology, and the curative effect and safety were evaluated. **Results:** A total of 8 articles and 498 patients met the inclusion criteria. The results of Meta analysis showed

that acupuncture combined with routine treatment of western medicine improved FEV1%, (MD=4.93, 95%CI [1.75 × 8.11], $P \leq 0.002$), FEV1/FVC%, (MD=4.4, 95%CI [0.72 ≤ 8.08], $P \leq 0.002$), improved CAT score (MD=-4.25, 95%CI [- 5.70 ≤ 2.80], $P < 0.00001$). The mMRC score was improved (MD=-0.63, 95%CI [- 0.86 ≥ 0.39], $P < 0.00001$), and the incidence of adverse reactions (RR=1.14, 95%CI [0.83 ≤ 1.56], $P \leq 0.42$). **Conclusion:** Acupuncture combined with routine western medicine is more effective than routine western medicine in the treatment of AECOPD. However, the quality of the current clinical randomized controlled trials is poor, which can not provide high reliability for the results, and the report needs to be interpreted reasonably according to the quality of the literature.

【 Keywords 】 acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD), acupuncture, the randomized controlled study, Meta-analysis

慢性阻塞性肺疾病(简称为慢阻肺或 COPD),是目前常见的慢性呼吸系统疾病,其主要病理特点为气道慢性炎症致气流受限不完全可逆,病情呈进行性发展。据报道,在我国慢阻肺的患病率已经超过 10%,并呈逐年增长的趋势。^[i]慢阻肺的发病率具有地域差异,在我国西部地区发病率较高,尤其在农村地区,经调查,我国西部农村地区 50 岁以上的人群中其患病率高于其他地区,可高达至 15.9%^[ii]。慢阻肺的急性加重(AECOPD)起病较急,是指患者出现呼吸系统症状的急剧恶化,表现为咳嗽、咳痰、喘息的症状较稳定期明显加重,疾病超出了日常的变异程度,且需要改变维持用药方案^[iii]。有研究表明,每个 COPD 患者每年大约发生 0.5-3.5 次急性加重^[iii]。而 AECOPD 不仅增加患者经济负担,同时增加死亡风险,在西医方面主要以药物治疗、辅助通气治疗为主。而在中医理论的指导下采取中医传统方法治疗 AECOPD 患者已取得一定临床疗效,特别是针刺治疗,具有价格低廉、安全有效,又不增加患者服药负担的优点。中医理论与现代研究为针刺治疗 AECOPD 提供了理论依据,但对其疗效与安全性需要客观评价。

1 研究资料和方法

1.1 文献纳入与排除标准

1.1.1 文献纳入标准:(1)研究类型:均为随机对照试验(RCT);(2)研究对象:明确诊断的 AECOPD 患者。COPD 的诊断标准参照中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组修订的 2007、2013 版慢性阻塞性肺疾病诊治指南^{[iv]-[v]}。(3)干预措施:对照组只给予常规

的西医治疗, 试验组于对照组的基础上联合针刺治疗, 主要包括了手针、耳针、腹针、浮针、皮内针等针刺治疗。(4)结局指标: 主要结局指标包括: FEV1%; FEV1/FVC%; CAT 评分; mMRC 评分。评估安全性指标: 不良事件、死亡率。

1.1.2 文献排除标准: ①临床试验设计方法存在明显缺陷。②治疗组干预措施除针刺外尚合并了其他治疗方法。③主要结局指标不符合纳入要求者。④研究中的统计学数据无法进行数据的提取和 Meta 分析。⑤通过各种途径未能获得研究报告全文者。⑥重复发表的研究, 予剔除重复文献, 保留其中数据最完整最多的文献。

1.2 文献检索策略

检索电子数据库: 万方数据知识服务平台数据库(wangfang)、维普(VIP)、中国知网数据库(CNKI)和中国生物医学文献数据库(CBM)、PubMed、Cochrane library、以及 Embase; 检索时间为从建库至 2019 年 1 月 31 日。文献发表的类型无限制。中文检索词为: 慢性阻塞性肺疾病急性加重、针刺、皮内针、腹针、浮针、耳针等。英文检索词为: Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, Acupuncture。检索之间采用布尔逻辑运算符连接, 针刺方法之间使用逻辑“或”、“OR”连接, 针刺方法与疾病间采用逻辑“与”、“AND”连接, 如“针刺”或“皮内针”, “针刺”与“慢性阻塞性肺疾病急性加重”。

1.3 文献筛选、数据提取及质量评价

按照文献的纳入与排除标准, 由两名研究员独立开展文献筛选。运用 EndNote 软件的查重功能, 阅读剩余文献的题目、摘要及全文, 剔除不符合要求的文献。再由二人按预先制作好的表格, 提取相关的资料。采用 Cochrane Handbook5.0 推荐的“偏倚风险评估”方法对纳入的 RCT 研究方法进行质量评价。

1.4 统计学方法

主要运用 RevMan 5.3 统计软件对结局指标进行处理与分析。如果数据类型属于二分类变量, 那么则采用比值比(OR)或相对危险度(RR)和 95%的可信区间(CI)合并效应量; 而对连续性变量的数据类型, 则采用均数差(MD)与 95% CI 合并效应量, 倘若出现测量单位不统一的情况, 则将 MD 换成标准化均数差 SMD。异质性可采用 Q 检验与 I^2 检验, 依据考克兰手册, 只要 $I^2 \leq 50\%$ 都可以接受。如果研究之间没有显著的异质性 ($I^2 \leq 50\%$,

$P > 0.1$), 采用固定效应模型分析。如果研究间之间具有显著的异质性 ($I^2 > 50\%$, $P < 0.1$), 采用随机效应模型分析。

2 研究结果

2.1 检索流程及结果

经检索各大数据库, 共得到文献 171 篇, 运用软件查重功能排除重复文献剩余 132 篇文献, 再经过阅读题目和摘要后人工手动排除重复文献 104 篇; 余下 28 篇文献, 通过下载并阅读全文, 再次排除不符合条件的 20 篇文献, 最终纳入针刺治疗 AECOPD 的 RCT 研究共计 8 篇, 全部中文文献。具体操作流程见图 1。

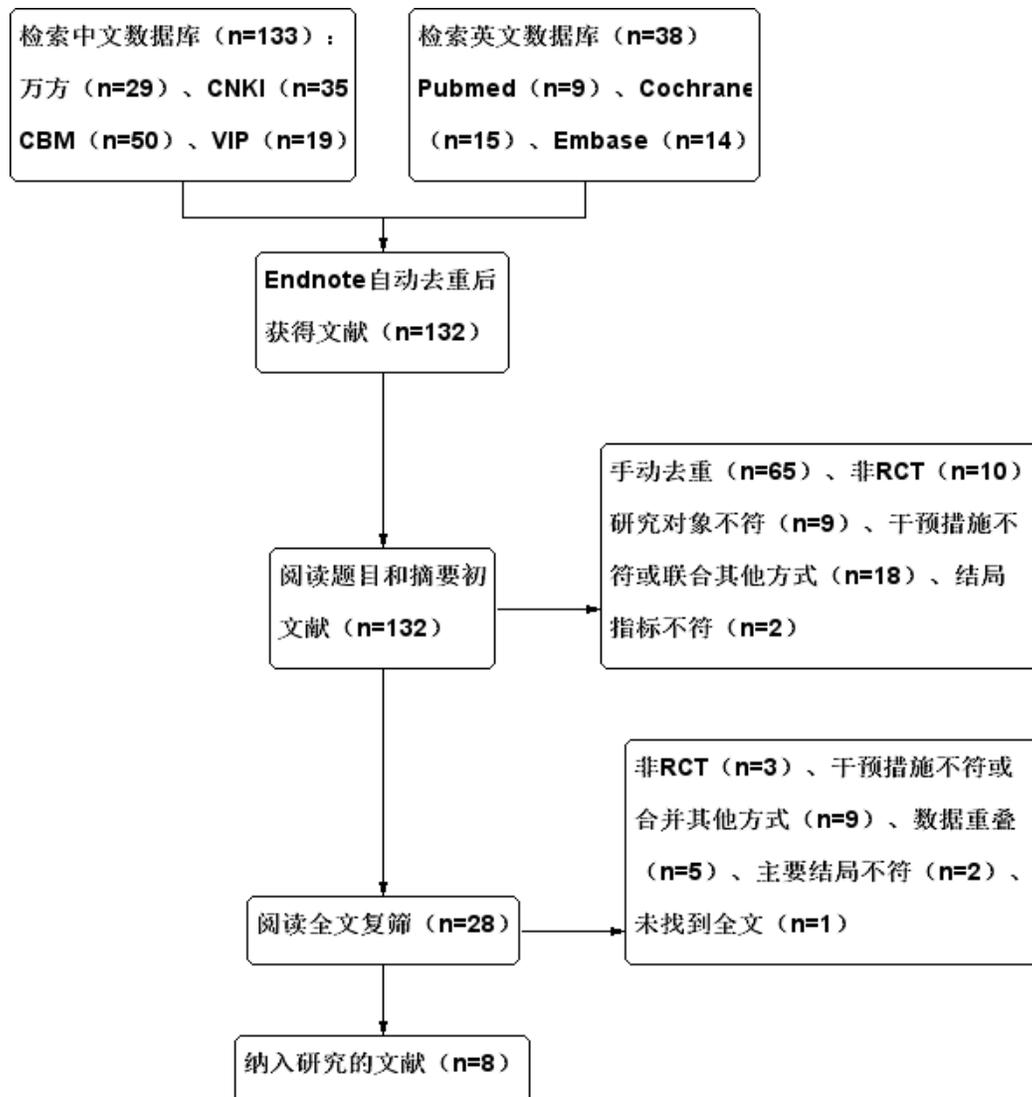


图 1、筛选流程图

2.2 纳入文献情况

2.2.1 文献基本信息表

所纳入的研究对象均为明确诊断 AECOPD 的患者。根据干预措施不同，将其中 1 篇文章拆成 3 项研究(张艳敏 1、张艳敏 2、张艳敏 3)，最终相当于纳入 10 个研究记录。共有 498 例患者被纳入研究，其中观察组共计 280 例，对照组共计 218 例。6 条研究记录报告了 FEV₁%，10 条研究报告了 FEV₁/FVC%，2 条研究记录报告了 CAT 评分。3 条研究记录报告了 mMRC 评分。研究文献的基本特征如基本信息表 1。

表 1、基本信息表

研究 ID	对照/ 观察人 数	对照组	观察组	穴位	疗程	主要结局指标
代利利 ^[vii] 2018	35/33	西医常 规	对照组+ 针刺	双侧肺俞、心俞、肝 俞、脾俞、肾俞、三阴 交、丰隆、神门和百 会、膻中	14 天	①
关炜 ^[viii] 2016	34/33	西医常 规	对照组+ 腹针	中脘、下脘、气海、关 元、滑肉门（双侧）、 天枢（双侧）、大横 （双侧）、带脉（双 侧）	14 天	①
周雪 ^[ix] 2016	30/30	西医常 规	对照组+ 浮针	肌筋膜激痛点 1-5 个 点，若无肌筋膜痛点则 膻中、定喘(双侧)、膏 肓(双侧)5 个	14 天	①
张艳敏 1 ^[x] 2013	30/33	西医常 规	对照组+ 针刺	肺俞	14 天	②
张艳敏 ^[x] 2Error! Bookmark not defined. 2013	30/32	西医常 规	对照组+ 针刺	支沟	14 天	③

张艳敏 ^[x]	30/30	西医常规	对照组+ 针刺	肺俞、支沟	14天 ④	
曹琳 ^[xi]	2012	15/14	西医常规	对照组+ 针刺、耳穴(模拟)	膻中、尺泽、列缺、足三里、阴陵泉、丰隆、三阴交、太溪	20天 ① ③④
邵媚媚 ^[xii]	2012	14/15	西医常规	对照组+ 针刺	尺泽、列缺、丰隆、膻中、太溪、足三里;	15天 ① ③④
郭锦桥 ^[xiii]	2017	30/30	西医常规	对照组+ 针刺	列缺、尺泽、丰隆、太渊、太溪、足三里、肾俞、肺俞、脾俞、胃俞、大肠俞、中脘	14天 ①
金在艳 ^[xiv]	2016	30/30	对照组	对照组+ 皮内针+ 耳穴皮内针	耳穴: 耳穴: 心、肺、神门、交感; 体穴: 尺泽、列缺、合谷、太冲	14天 ① ④

①: FEV1%; ②: FEV1/FVC%; ③: CAT评分; ④: mMRC评分

2.3 文献质量评价

所有文献均为 RCT 研究, 共有 6 篇文献报道了具体的分组方法, 其中有 5 篇文献^[7, 8, 9, 10, 13]采用随机数字表法来排序分组, 1 篇文献^[11]是采用计算机 SAS 9.1 版统计软件进行分组, 余下 2 篇文献^[12, 13]只是提及试验采取了随机对照的方法, 并未明确描述具体的随机方法。仅有 1 篇文献^[11]采用了密封信封隐藏, 余下文献未说明, 不清楚是否采用隐藏方式。2 篇文献^[11, 12]提及采用了盲法, 1 篇文献^[8]试验组脱落 1 例, 未表述脱落的原因, 余下文献人数经核查无误, 有脱落的均说明了原因。所有研究均未具体说明研究方案但均报告了预先设计的全部测量指标。纳入文献质量详情, 具体见质量评价表 2 与质量评价图 2。

2、文献质量评价表

第一作者发表时间	随机方式	分配隐藏	研究者和研究对象设盲	结局采集及评价者设盲	结局不完整	选择性报告	其他偏倚
代利利 ^[7] 2018	随机数字表法	不清楚	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
关炜 ^[8] 2016	随机数字表法	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	低风险	不清楚
周雪 ^[9] 2016	随机数字表法	不清楚	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
张艳敏 1 ^[10] 2013	随机数字表法	不清楚	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
张艳敏 2 ^[10] 2013	随机数字表法	不清楚	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
张艳敏 3 ^[10] 2013	随机数字表法	不清楚	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
曹琳 ^[11] 2012	SAS 9.1 版软件	低风险	低风险	不清楚	低风险	低风险	不清楚
邵媚媚 ^[12] 2012	随机对照	不清楚	低风险	不清楚	低风险	低风险	不清楚
郭锦桥 ^[13] 2017	随机数字表法	不清楚	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
金在艳 ^[14] 2016	随机对照	不清楚	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚

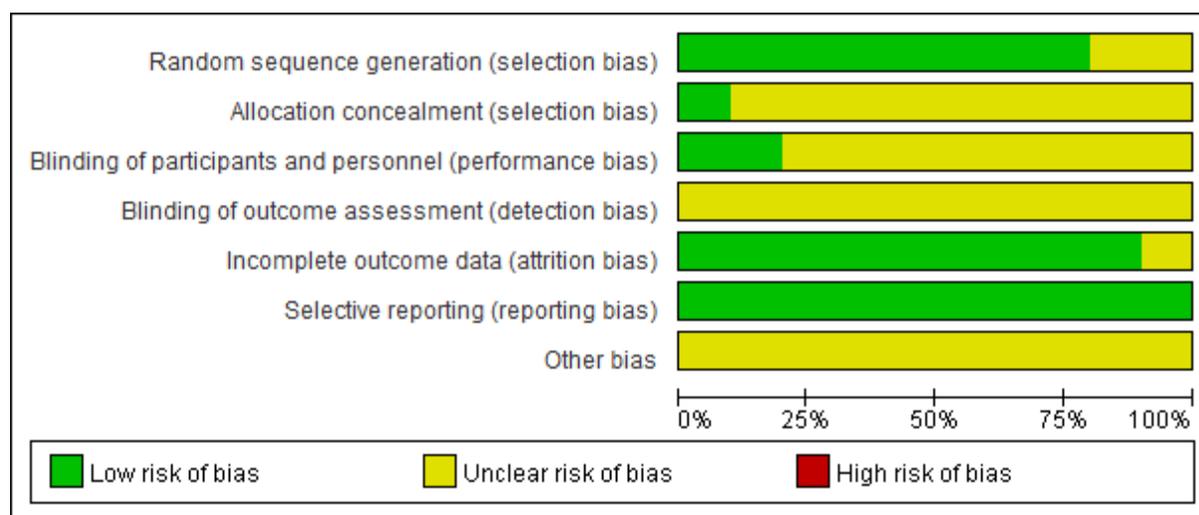


图 2、文献质量评价图

2. 4Meta 分析结果

2. 4. 1FEV1%改善情况

其中共有 6 条研究记录^[7,8,9,11,12,13] 报告了治疗前后 FEV1%改善情况。异质性检验示：P < 0.0001，I²=81%，各研究之间有较大异质性，采用随机效应模型分析，两组差异具有显著的统计学意义 (MD=4.93，95%CI [1.75~8.11]，P=0.002)。详见图 3。

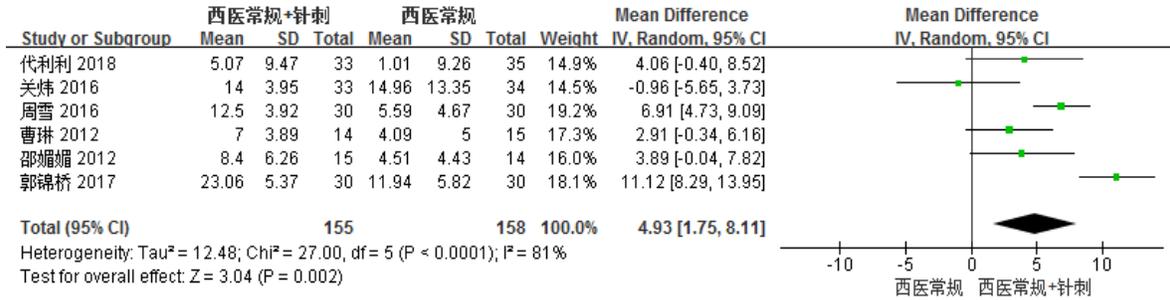


图 3、针刺联合西医常规与单纯西医常规治疗 AECOPD 患者 FEV1%改善情况比较

2. 4. 2FEV1/FVC%改善情况

共有 10 条研究记录^[7,8,9,10,11,12,13] 报告了治疗前后 FEV1/FVC%的改善情况。异质性检验示：P < 0.00001，I²=88%，各项研究间存在显著异质性，因此采用随机效应模型进行分析，结果显示，两组差异具有统计学意义 (MD=4.4，95%CI [0.72~8.08]，P=0.02)，详细情况见图 4。

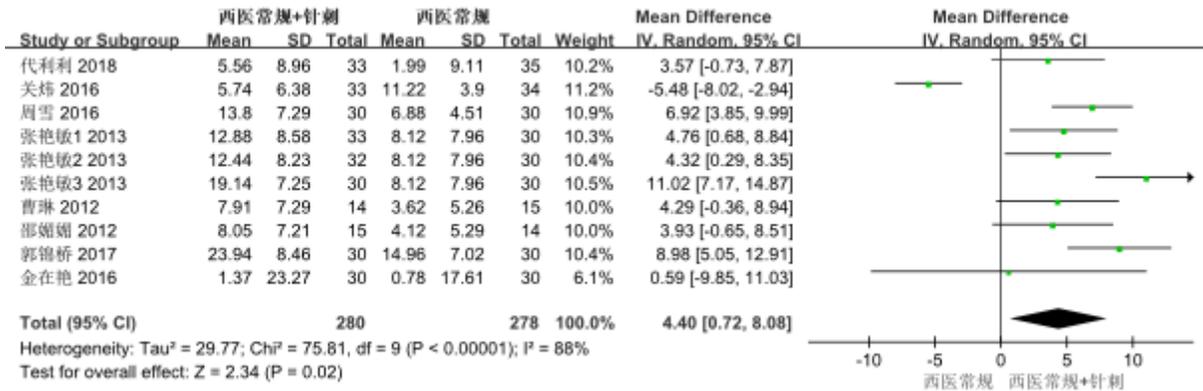


图 4、针刺联合西医常规与单纯西医常规治疗 AECOPD 患者 FEV1/FVC%改善情况

2. 4. 3CAT 评分改善情况

共有 2 条 RCT 研究^[11,12] 报告了治疗前后 CAT 评分情况。异质性检验示：P=0.95，I²=0%，表明各研究间无异质性，因此采用固定效应模型分析，结果显示：两组差异具有显著的统计学意义 (MD=-4.25，95%CI [-5.70~-2.80]，P<0.00001)。具体详见图 5。

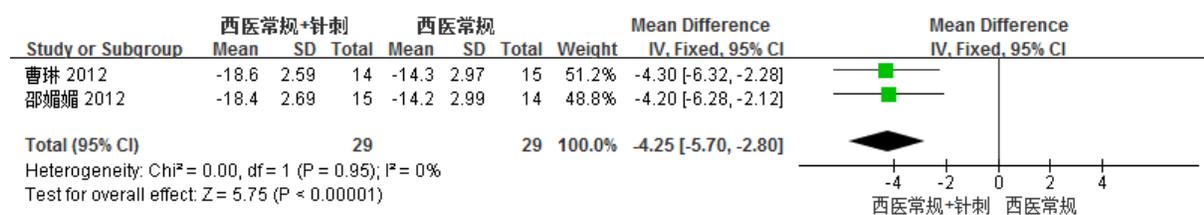


图 5、针刺联合西医常规与单纯西医常规治疗 AECOPD 患者 CAT 评分比较

2. 3. 4mMRC 评分改善情况

共有 3 条研究记录^[11,12,14]报告了 mMRC 评分情况。异质性检验示：P=0.5，I²=0%，说明各个研究之间无异质性，故采用了固定效应模型进行分析，结果显示，两组差异具有显著统计学意义(MD=-0.63，95%CI[-0.86~-0.39]，P<0.00001)。具体情况详见图 6。

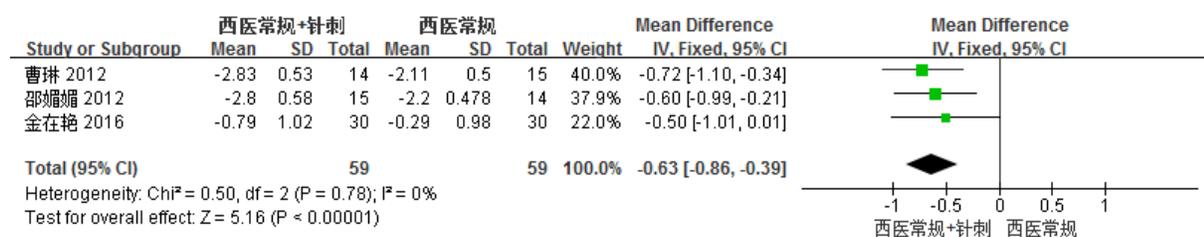


图 6、针刺联合西医常规与单纯西医常规治疗 AECOPD 患者 mMRC 评分比较

2. 3. 5 不良反应事件与死亡率情况

在纳入的研究中，有 3 篇文献 5 条记录^[7,10,11]对针灸疗法不良反应事件进行了统计报道，不良反应主要包括晕针、疼痛以及不能耐受等。具体情况为：1 个研究^[7]记录了试验组因 1 例不能耐受而退出研究；1 个研究^[11]记录了试验组出现 1 例晕针而退出；张艳敏^[10]研究针刺抑喘方对 AECOPD 患者影响的 4 组随机对照试验中报告了，安全分级为 2 级的患者（即出现轻度不良反应，安全指标检查正常，无需任何处理）在 3 个试验组分别为 16 例，14 例，15 例；对照组为 13 例；其余研究无不良事件发生。针刺联合西医常规治疗与单纯西医常规治疗不良反应事件比较，异质性检验：P= 0.92，I² =0%；各研究间无异质性，选择固定效应模型进行 Meta 分析，结果显示两组差异无统计学意义（RR=1.14，95%CI[0.83~1.56]，P=0.42）。在纳入研究中均未出现患者死亡的情况。不良反应事件详见图 7。

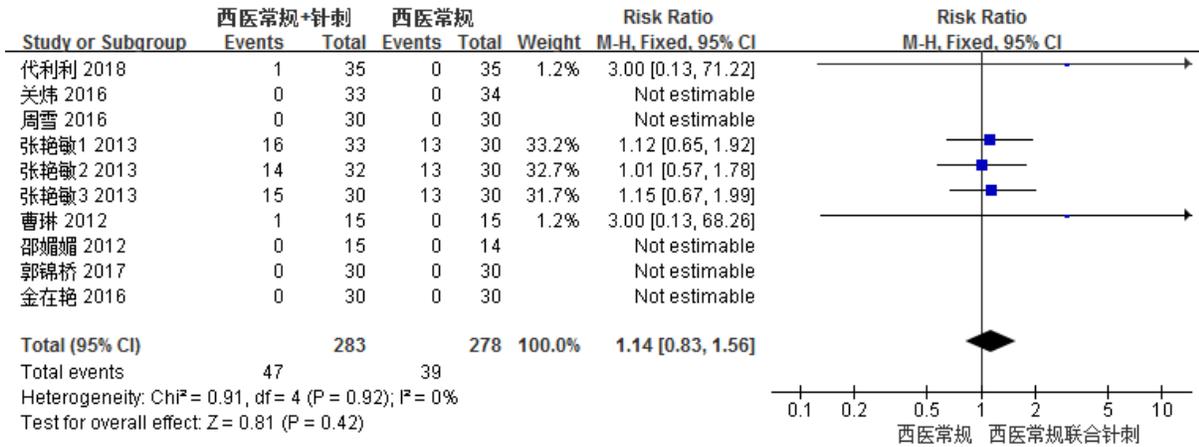


图 7、针刺联合西医常规与西医常规治疗 AECOPD 患者不良反应事件

2.4 偏倚分析

对针刺联合西医常规与西医常规治疗 AECOPD 患者 FEV1/FVC%改善情况的 10 个研究记录进行偏倚分析，以效应量 MD 为横坐标，标准差 SE 为纵坐标绘制漏斗图，图中对称轴左右明显不对称提示结果存在发表偏倚。余指标记录的研究不足 10 例，故未进行偏倚分析。如图 8。

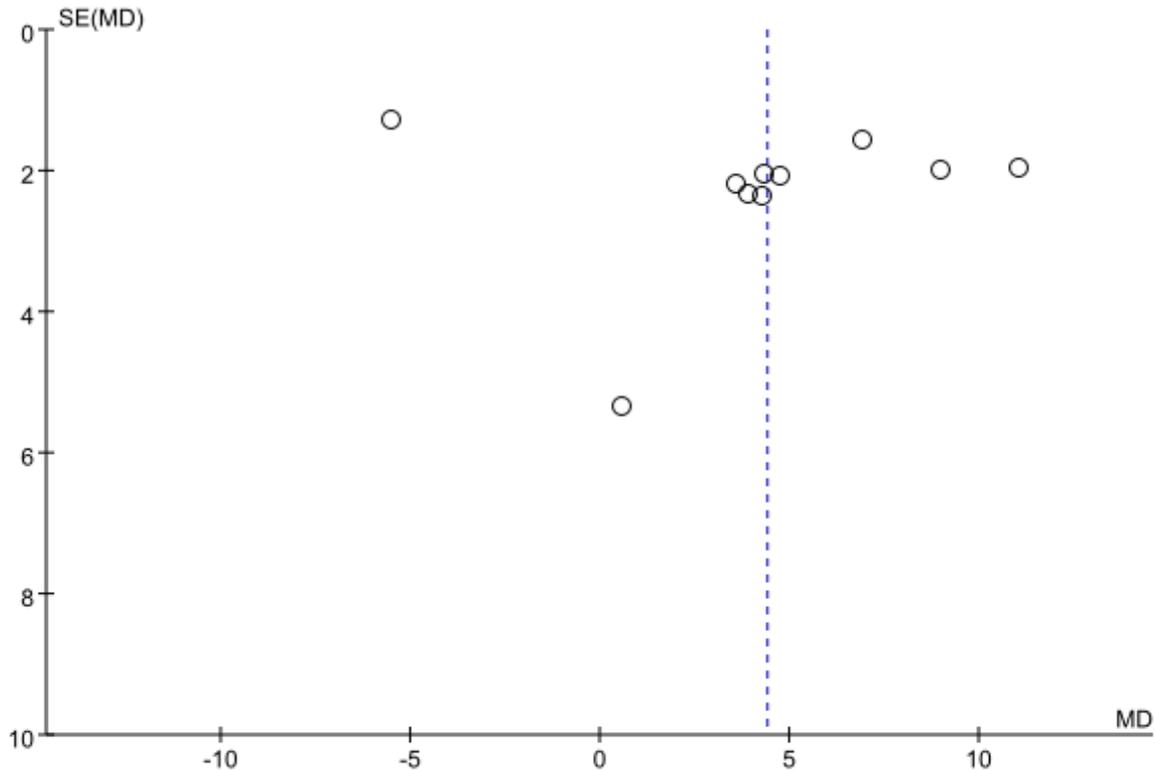


图 8、针刺联合西医常规与西医常规治疗 AECOPD 患者 FEV1/FVC%改善情况比较漏斗图

3. 讨论

慢阻肺急性加重属于中医的“喘证”与“肺胀”范畴，《诸病源候论》提到：“肺虚为微寒所伤则咳，肺胀则气逆，而肺本虚，气为不足，复为邪所乘……故咳逆短气也。”指出其本虚标实的特点。现代医学研究发现，其发病机制与慢性炎症及细胞因子浸润、蛋白酶与抗蛋白酶的失衡、自身免疫反应、氧化和抗氧化失衡等相关^[xiv]。针刺具有调节免疫，增强人体抵抗力，抗氧化反应、抗蛋白酶等作用，针刺治疗慢阻肺急性加重临床疗效改善，可能与这些原因有关^[xv, xvi, xvii, xviii]。

本研究结果显示，针刺联合西医常规治疗 AECOPD 患者在肺功能（FEV1%、FEV1/FVC%）改善情况均优于西医常规组，差异具有统计学意义，说明针刺可以改善气流受限情况。在 CAT 评分与 mMRC 评分的改善情况针刺联合西医常规治疗均较单纯西医常规治疗明显更优，差异具有统计学意义，说明针刺可以改善患者呼吸困难，并提高患者的生活质量。在不良反应发生率方面，两组无明显区别。虽然个别患者可出现晕针或是疼痛、无法耐受等情况，但是这些反应均无需特殊处理。所有研究均未出现患者死亡的情况，因此认为针灸疗法是一种较为安全、可靠的治疗方式。但本研究仍存在局限性：①纳入的均为 RCT 研究，文献质量除 1 篇外其他质量不高，主要原因是分配隐藏和盲法是否实施不能明确，部分文献未提及随机分组的方式，研究结果真实性可能会受到研究者的选择性偏倚的影响；②各研究的纳入与排除标准不完全一致、患者的病情程度、干预的针灸疗法不同、西医常规治疗的不一致、治疗疗程及穴位的选择不完全相同，因而部分结果存在明显的异质性，因为受到多个因素影响，难以明确异质性的来源。③部分结局指标总样本量比较少，如 CAT 评分、mMRC 评分，可能使结果出现偏差，精确性不足。

综上所述，针刺在一定程度上可有效改善患者呼吸困难、提高其生活质量，且较为安全。在未来应多开展单纯针刺治疗的临床研究、研究设计方案严谨、大样本的 RCT，提升研究结果的报告质量，才够更好地判断结果真实性与可靠性，以便进一步证实针刺对 AECOPD 患者的临床疗效。

注解：

[1]文富强. 2017 年慢性阻塞性肺疾病全球倡议再解读[J]. 华西医学, 2018, 33(01):23-27.

[2]唐永江, 周海霞, 刘倩茜等. 西部农村慢性阻塞性肺疾病患者诊治现状及问题[J]. 中国呼吸与危

重监护杂志,2014,13(03):233-236.

[3]Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al, Prevention of Acute Exacerbations of COPD. American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. Chest, 2015, 147: 894-942

[4]蔡柏蔷. 慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(草案)[J]. 中华哮喘杂志(电子版), 2013, 7(01):1-13.

[5]慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2014, 6(02):67-80.

[6]慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007年修订版)[J]. 中华内科杂志, 2007, 46(03):254-261.

[7]代利利, 倪光夏. 针刺治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并失眠 33 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2018, 50(10):51-53.

[8]关炜, 尚芳, 王洋. 腹针治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期呼吸肌疲劳的临床随机对照研究[J]. 中国中医急症, 2016, 25(04):594-597+615.

[9]周雪. 浮针对轻中度慢性阻塞性肺疾病患者肺通气功能影响的临床研究[D]. 南京中医药大学, 2016.

[10]张艳敏, 廖辉. 针刺抑喘方对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者肺功能和体液免疫的影响[J]. 天津中医药大学学报, 2013, 32(02):80-83.

[11]曹琳. 针刺配合耳穴对改善 COPD 急性加重期患者生活质量及肺功能的临床研究[D]. 新疆医科大学, 2012.

[12]邵媚媚. 针刺和穴位贴敷对 AECOPD 患者肺功能和生命质量影响的比较研究[D]. 新疆医科大学, 2012.

[13]郭锦桥, 王付德, 陈金鹏. 平喘调中针刺法改善无创通气治疗 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭临床研究[J]. 山东中医杂志, 2017, 36(09):773-776.

[14]金在艳, 李光熙, 边永君等. 皮内针治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期伴焦虑抑郁的疗效观察[J]. 中医药导报, 2016, 22(19):53-54+63.

[15]丁明静, 徐桂华, 高笑宇, 孙德俊. 慢性阻塞性肺疾病发病机制研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(22):118+123.

[16]李锦宇, 韩霞, 汪晓斌. 针灸免疫研究概况[J]. 动物医学进展, 2008(11):107-110.

[17]孙亦农, 尚明华, 卞慧敏. 针灸“足三里”对环磷酸腺苷小鼠超氧化物歧化酶的影响[J]. 中国针灸, 1996(06):49-50.

[18]赵秋阳, 马贤德. 针刺百会、四神聪对 CI/RI 模型大鼠抗氧化作用实验研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(08):66-69.

[19]周震,王遵来,王秀云等.“四天穴”针方对颈椎病模型大鼠外周炎症因子及基质金属蛋白酶表达的影响[J].天津中医药大学学报,2009,28(04):188-190.

世界中医药杂志美国版——征稿

1 征稿内容

涉及中医药的专论、综述、论著(包括实验研究、临床研究等有实验过程及创新数据的论文)、技术交流、教育,历史,理论,知识介绍和信息、针灸推拿、中药方剂、中西医结合,临床各科等方面的文章,

投稿请寄电子邮箱: wcmus2020@aol.com

2 文稿要求

2.1 文稿应具有科学性、实用性、时效性、可读性和可借鉴性。要有一定学术技术水平和实用价值。论点明确,资料可靠,文字精炼,层次清楚,数据可靠。

2.2 论著、综述、讲座等包括图表和参考文献一般不超6 000字,经验交流、病例报告一般不超过1 000字。来稿要求字迹清楚、书写规范,对特殊文种、上下角标符号、字母大小写、正斜体等均应予注明。文稿中所用数字以阿拉伯数字为主。病例介绍要写清患者性别、年龄、初诊日期、主诉、病史、现病症状、检查及化验、诊断、辨证、病机、治法、处方、药名、剂量、用法、穴位、治疗结果、按语等。

3 文稿格式

3.1 文题

文题应做到简明、醒目。论文所涉及的课题凡取得基金资助项目者,请予说明。论文刊登后获奖者,请及时将获奖证书复印件寄送本刊。来稿必须确认无一稿两投、不涉及保密、署名无争议等项内容。

3.2 作者及单位

作者署名和单位,置于题目下方。作者姓名要全部依次列出,排序应在投稿时确定,在稿件编排过程中如须更动,应由第一作者出具书面证明,作者单位需写全称(包括具体科室、部门),并注明详细地址(××省××市、县、区××路××号)和邮政编码。在每篇文章的作者中,请注明通讯作者,在论文首面脚注第一作者及通讯作者的姓名以及联系电话、E-mail地址或传真号。各类文稿均须附英文题目和全部作者姓名汉语拼音,以便

编制目次。汉语拼音姓在前,名在后。姓字母均大写;名的第1个汉字汉语拼音的首字母大写,其余均小写。文稿请附英文摘要,需将全部作者姓名的汉语拼音、单位的英文名、单位的英文地址,置于英文题目的下方。

3.3 脚注

论著、综述可附第一作者简介。无另定通讯作者的,加联系方式。通讯作者标注星号,写明联系方式。以上两项置于文稿首页左下端,用10字线相隔。

3.4 摘要

除经验交流、病例报告的文章外,均须附中文和英文摘要。中、英文摘要的内容要一致。采用第三人称撰写,不用“本文”等主语。论著类文稿的摘要形式使用结构式。结构式摘要主要分目的(Objective)、方法(Methods)、结果(Results)和结论(Conclusion)4部分。以200字左右为宜,最多不超过350字。

3.5 关键词

选词要规范,应尽量从美国国立医学图书馆编辑的最新版Index Medicus的Medical Subject Heading(MeSH)词表中选用规范用词,中文译名可参照中国医学科学院医学信息研究所编译的《医学主题词注释字顺表》。中医药词汇以中国中医研究院图书情报研究所编著的《中医药学主题词表》为准。未被词表收录的词,如确有必要可作为关键词标注。关键词数目一般3~5个,关键词之间用“;”分隔。无摘要的文稿,只需标注中文关键词,关键词置于正文之前;附中英文摘要的文稿须中英文关键词,中文关键词置于中文摘要下方;英文关键词应与中文词相对应,置于英文摘要下方。

3.6 文章层次

文中标题层次用阿拉伯数字连续编号,例如:1..., 2..., 2.1..., 2.1.1..., 一律左顶格。一、二级标题后的正文另起,缩进2字。三级标题后空1字接正文。

层次与序号写法如下:

△△△△△△(黑体)(居中)

1 △△△△△(黑体)(正文另起行)

1.1 △△△△△(楷体)(正文另起行)

1.1.1 △△△△△(宋体)(空一格接排)

夹在段落内连排的序号用1) 2) 3) 4) 5) ……

3.7 材料与仪器

应写明型号、等级等,后用括号写明生产单位,例如:牛血清白蛋白(生化试剂, Sigma);润洁滴眼露(生产批号,山东正大福瑞达制药);5890A型气相色谱仪(惠普)。

3.8 医学名词

以1989年及其以后由全国自然科学名词审定委员会审定公布、科学出版社出版的《医学名词》和相关学科的名词为准,暂未公布者仍以人民卫生出版社编的《英汉医学词汇》为准。中文药物名称应使用2000年版《中华人民共和国药典》(法定药物)或卫生部药典委员会编辑的《药名词汇》(非法定药物)中的名称,必要时注明商品名,英文药物名称则采用国际非专利药名,不用商品名。

3.9 计量单位、统计符号、缩略语

3.9.1 计量单位 实行国务院1984年2月颁布的《中华人民共和国法定计量单位》,并以单位符号表示,具体使用可参照1991年中华医学会编辑出版部编辑的《法定计量单位在医学上的应用》一书。根据有关规定,血压计量单位恢复使用毫米汞柱(mm Hg),但在文中首次出现时应注明mm Hg与千帕斯卡(kPa)的换算系数(1mm Hg=0.133kPa)。

3.9.2 统计学符号 必要时应做统计学处理,如做统计学处理请务必注明所用统计学方法。按国家标准GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定书写,常用如下:1)样本的算术平均数用英文小写(中位数仍用M);2)标准差用英文小写s;3)标准误用英文小写±s;4)t检验用英文小写t;5)F检验用英文大写F;6)卡方检验用希文小写 χ^2 ;7)相关系数用英文小写r;8)自由度用希文小写 ν ;9)概率用英文大写P(P值前应给出具体检验值,如t值、 χ^2 值、q值等)。以上符号均用斜体。

3.9.3 常用符号及名词缩略语 静脉注射iv,肌肉注射im,腹腔注射ip,皮下注射sc,口服po,饭前ac,饭后pc,每日1次qd,每晚1次qu,每4小时1次q4h,每日2次bid,每日3次tid,每日4次qid,灌胃ig,滴/每分gtt/min,1秒1s,2分钟2min,5周5wk,4天4d,7岁7a,摩尔/每升mol/L,千帕kPa(压力),白细胞WBC,血小板Plt,血小板计数BPC,血红蛋白Hb,葡萄糖Glu,尿素氮BUN,肌酐Cr,总胆红素IBI,总蛋白TP,白蛋白AL,球蛋白G,总胆固醇Tch,甘油三酯TG,尿蛋白UTP,尿糖US,单位u,国际单位IU,重量wt,容量vol。缩略语在文中应尽量少用,必须使用时,于首次出现处先叙述其中文全称,然后在其后括号内注明中文缩略语、英文全称及英文缩略语,三者间用“,”分开(如该缩略语已熟知,也可不注出其英文全称)。

3.10 数字

3.10.1 执行中华人民共和国国家标准GB/T15835-1995《出版物上数字用法的规范》,时间:公历世纪、年代、年、月、日、时刻和计数、计量均用阿拉伯数字。年份用4位数表示,如公元前8世纪,1994年不宜写成94年。避免用时间代词,如“今年”,

“去年”等。小时用“h”表示,分钟用“min”表示,秒用“s”表示。小数点前或后超过3位数字时,每3位数字一组,组间空1/4格,如“7869.34”应写成“7 869.34”,“7.86934”应写成“7.869 34”。序数词和年份、页数、仪表型号、标准号不分节。

3.10.2 参数和偏差范围 1) 数值范围:表示范围用“~”不用“-”,五至十写成 $5\sim 10$;5万至10万应为5万~10万,不能写成 $5\sim 10$ 万; $3\times 10^3\sim 8\times 10^3$ 可写成 $(3\sim 8)\times 10^3$,但不能写成 $3\sim 8\times 10^3$;2) 百分数范围:20%~30%不能写成20~30%或60%至70%, $(30\pm 5)\%$ 不能写成 $30\pm 5\%$;3) 具有相同单位的量值范围:1.5~3.6mA不必写成1.5 mA~3.6mA;4) 偏差范围:如 $(25\pm 1)^\circ\text{C}$ 不能写成 $25\pm 1^\circ\text{C}$;5) 长度单位的数值表示方法:每个数值后的单位不能省略。如 $40\text{mm}\times 20\text{mm}\times 30\text{mm}$,不能写成 $40\times 20\times 30\text{mm}$,也不能写成 $40\times 20\times 30\text{mm}^3$ 。

3.10.3 有效数字的修约不能用纯数学的四舍五入法,应按以下口诀修约:4舍6入5看右,5右有数便进1($3.7502\rightarrow 3.8$),5右为0看左方,左为奇数要进1($3.7500\rightarrow 3.8$),左为偶数(包括0)全舍去($3.6500\rightarrow 3.6$, $3.0500\rightarrow 3.0$),且要一次修完毕。数值的修约应执行国家标准GB3101-93附录B的规定,其简明口诀为“4舍6入5看齐,奇进偶不进”。

3.11 图片表格

凡用文字能够说明的问题,尽量不用表和图。如用表和图,则文中不需重复其数据,只需强调或摘述其主要发现。每幅图表单占1页,集中附于文后,分别按其在正文中出现的先后次序连续编码,每幅图表应冠有图(表)题。说明性的资料应置于图(表)下方注释中,并在注释中标明图表中使用的全部非公知公用的缩写。本刊采用三线表,栏头左上角不用斜线,表身不用纵线,表中上下行数字对齐(有小数点的则以小数点对齐)。一组数字中有±号者,则±号上下对齐。表的两侧各空一格。

一篇文章中,表格应控制在3~5个,附在正文内,采用“三线式”,表格均应有简要的表题,其内容不可与文字有差异。表内不设备注栏,如有需说明的事项(如P值等),以简练文字写在表的下方,表内依次用*、△、▲、□、■号标注在相应内容的右上角。表序号一律用阿拉伯数字,分别按其在正文中出现的先后次序连续编码,并在正文中标示。即使只有1张表,也须标示“表1”。表中量的名称和单位名称应是量的名称(或其符号)在前,单位符号在后,其间加一斜线的方式表示。例如:波长/nm,表示以nm为单位的波长;长度/m或*i*/m,表示以m为单位的长度。量的符号用斜体。表内参数的单位应尽量相同,放在表的右上方;如各栏参数的单位不同,则放在各栏的表头内。均值±标准差,用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,置于表题后的括号内。表内数据要求同一指标保留的小数位数相同,一般比可准确测量的精度多1位。统计学处理结果统一用*、△、▲、□、■表示 $P<0.05$;**、△△、▲▲、□□、■■表示 $P<0.01$,P为大写,斜体。

3.12 参考文献

按国家标准 GB7714—87《文后参考文献著录规则》，采用顺序编码制著录，仅限作者亲自阅读过的以近 5 年公开发表的文献为主（论著类不少于 15 条，近三年的文献不少于 50%；综述类不少于 20 条，近三年的文献不少于 70%；经验交流及病例报告不少于 5 条，近三年的文献不少于 40%），文中参考文献角码按照文中出现的次序编号，在文中相应处的右上角用阿拉伯数字加小方括号注明如[5]。参考文献中的作者，1~3 名全部列出。3 名以上只列前 3 名，后加“，等”或其他与之相应的文字。外文期刊名称用缩写，以《Index Medicus》中的格式为准；中文期刊用全名。参考文献必须由作者与其原文核对无误。将参考文献按引用先后顺序（用阿拉伯数字标出）排列于文末。

4. 注意事项

4.1 来稿请附作者工作单位、详细地址、邮编和联系电话。

4.2 本刊拥有所刊登稿件的版权，包括电子媒体。

请电子邮件投稿。切勿一稿两投。因条件所限，凡投寄本刊的稿件均不退稿，请作者自留底稿。来稿一律文责自负。依照有关规定，本刊可对来稿做文字修改和删节；如不愿删改者，免投本刊。收到投稿后，三个月之内杂志社给与答复。



E-FONG HERBS

一方制藥

TEL: 866.626.5666

FAX: 866.626.1889

www.e-fongherbs.com

email: admin@e-fongherbs.com

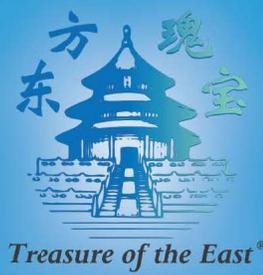
暢銷30多個國家 行業最大生產規模 GMP認證

- 單味中藥濃縮顆粒
- 複方濃縮顆粒及丸劑
- 小包裝高倍濃縮顆粒
- 代客加工



- 無痛針灸針，德國材料技術制作





天
江
藥

Authentic Herbs

500 Single Herbs and Formulas Available
from our New York Fulfillment Center

Potent and Pure

Trusted by Practitioners Around the World,
including those at 8,000 Hospitals Across Asia.

World Class Manufacturing

Manufactured by the Global Market and Technology
Leader in Concentrated Herbal Extracts

Private Labeling Available

Bulk and Private Labelling Services for
Health and Wellness Companies, Licensed Medical
Professionals, and TCM Schools



Blue Light, Inc.
Treasure of the East Herbs
530 W. State Street, Ithaca, NY 14850
1-607-275-9700 | www.TreasureOfTheEast.com

