

发 刊 词

2008 年开办网上杂志时, 我们承诺最后会办成一份学刊——学术期刊, 现在终于兑现的时候了。在中国, “杂志”这个词是混用的, 许多学术刊物都叫“杂志”, 例如《中华医学杂志》, 《中华内科杂志》等等。但英文中, magazine (杂志) 是指那些无所不包、杂七杂八、消遣消闲性的刊物, 在学术界人士看来, 是不入流的。只有 journal (学刊) 才是学术性的, 研究型的, 有较高水平的。

我们现在要办的就是这样一份学刊。我们遵从以下一些原则:

1. 学术性。这是一份探讨中医学术的刊物, 学刊不刊登与中医无关文章。
2. 严肃性。做学问要严谨, 有证据; 写文章要严肃, 不允许造假、剽窃、抄袭。
3. 开放性。学术要开放才有前途, 创造的火花才会迸发。学术讨论是平等的, 不同的学术观点可以自由发表。批评和讨论都是可以的, 但人身攻讦和歪曲、诋毁是不被容许的。

在上述原则之下, 本刊欢迎大家投稿。我们希望本刊具有海外特色。《英国中医》理应体现英国的中医特色, 反映英国中医的实际, 所以文章以在英中医师及研究者撰写他们的临床经验、学术思考、研究所得等等为主。英国中医又是海外中医的一个组成部分, 与其它国家的中医有更多相通之处, 所以我们也刊登其它国家中医文章, 互相交流学术心得。国内中医师愿意提供他们的稿件, 对海外中医师临床有好处者, 我们无任欢迎。

本刊鼓励所有在英中医师拿起笔来撰写文稿。将自己的临床经验、心得体会写出来, 需要有一番功夫。这需要历练。写文章、发表文章是提高本人学术水平的必要途径。本刊特为此提供一片园地。

我们当然希望老中医多多惠赐稿件。老中医是中医事业的宝贵财富, 几十年的经验积累丰富了、丰富着中医药这个伟大宝库。在本刊发表, 一是“库存”它们, 使后世有所借鉴; 二是泽被当今, 使读者直接受益。

本刊将优先刊登研究文章。在英国, 有不少大学、研究所、药物制品公司、医院瞩目于中医药和针灸研究。他们的研究成果, 是对中医科学性的有力证明。尽管目前研究的方法论、方法、仪器和实验室设备等等还不完全适应于中医研究, 但有一点是一点。只要是正面的结果, 都是有利于中医发展的。我们举双手欢迎。

本刊初创, 谨候批评。

马伯英

2012 年 1 月 5 日于伦敦

PREWORDS TO A PERIODICAL

5th January 2012

Since the publication of FTCMP's Web Magazine in 2008 four years ago we are now starting a new edition of the journal: CHINESE MEDICINE IN THE UK. This journal is different from magazine in that it will be purely academic and of higher level. In this case the editors of the JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK would like to defer to the following principles:

1. The journal focuses on publishing academic TCM papers but not non-TCM papers.
2. The articles should be serious, rigorous and evidential. Editors reject any inaccurate or plagiarized papers.
3. The journal is open to different academic opinions, ideas and everything can be discussed fairly. In this way innovation will come and promote the development of TCM. However, any personal attacks, misrepresentations and slander are not permitted.

Therefore we welcome papers from all of you. The Journal of Chinese Medicine in the UK should have features of overseas TCM, in particular linking with the experience, ideas and research from authors who are practicing in the UK or other countries. We also accept papers from China that will be of benefit to overseas TCM practitioners.

It will be welcomed if more of the younger TCM practitioners furnish their papers. The journal is opening up a vast field of activity for them. Of course we wish senior TCM practitioners unceasingly to support us to unceasingly with their rich experiences that will be a part of the TCM treasure-house.

We realize that quite a few universities, institutions, hospitals and pharmaceutical companies are interested in the research of Chinese medicines and acupuncture. Any positive results are evidence that not only proves the validity of Chinese medicine but also can carry TCM forward to a new stage although there are so many difficulties at the moment. To have some evidence is better than none.

The Journal of Chinese Medicine in the UK is just beginning. Please give your comments.



Professor Bo-Ying Ma

目 录

CONTENTS

论著 Original Articles

EBM 分级标准与中医临床研究评价体系的建立	马伯英	5
Establishing a TCM Clinical Research evaluation system with EBM	BoYing MA	
针灸治痛的科学调节规律介绍	袁其伦	8
The introduction of scientific regulating laws of acupuncture treating pain	QiLun YUAN	

学术探讨 Academic Reports and Discussion

中医药治疗异位性湿疹的研究	安家丰	11
A Study on TCM Therapy of Atopic Eczema (AE)	JiaFeng AN	
中医治疗更年期综合症重在肝脾肾	龚玲	14
The TCM Treatment for Menopause Focus on Liver, Spleen and Kidney	Ling GONG	
小议针灸“气至病所”临床运用	向谊	16
How to Guide Qi to the Source of Illness with Acupuncture in Clinic	Yi XIANG	

临床经验 Clinical Studies

通法三举——痛症的一点临证心得	王友军	18
Unblocking Method on Pains	Youjun WANG	
尿失禁的中医治疗	孙飞宇	20
The TCM treatment for Urinary Incontinence	Feiyu SUN	
马氏奇穴临床应用体会	王世杰	21
The Clinic Application experience of Professor Ma's special acupoints	Shijie WANG	
针推结合治疗颈源性头痛的体会	叶雷	24
Acupuncture and Tuina Massage for Cervicogenic Headache	Lei YE	
杨氏手足五穴针法配合经络按摩诊疗术的临床应用心得	杨青林	25
Yang's five-points acupuncture and meridian massage in the clinical application	Qinglin YANG	

中药研究 Chinese Herbal Research

康德松软膏 (KANDERSOL) 的研制及治疗湿疹和银屑病的疗效观察	施冶	28
The invention and effect observation of KANDERSOL on treating eczema and psoriasis	Ye SHI	
中药砷的配伍治疗癌证的临床运用	王明波	31
The clinic use of herbal medicine—Arsenic to treat cancer	Mingbo WANG	

文献综述 Classic literature Reviews

- | | | |
|--|------------------|----|
| 中医药治疗癌症的进展
A Review on TCM Therapy Against Cancer | 李凤栖
Fengxi LI | 33 |
| 中西医结合治疗软组织疼痛性疾病的现代主流学派与比较
Compare the academic schools of soft tissue lesion treatments in combined treatment of western medicine and TCM | 金峥
Zheng JIN | 36 |

老中医笔谈 Experts' Notes

- | | | |
|--|-------------------|----|
| 胃痛证治举要
Highlights of stomach pain syndrome differentiation and treatment | 朱步先
BuXian ZHU | 41 |
| 在英行医十五年的点滴体会
Personal Experience of How to Be a TCM Doctor after 15 years' Practice in the UK | 安家丰
JiaFeng AN | 43 |

杏林论坛 TCM Forum

- | | | |
|--|------------------|----|
| 英国中医药 21 世纪展望
Prospects for Chinese Medicine in Britain in the 21st Century | 马伯英
BoYing MA | 45 |
|--|------------------|----|

英国中医 JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK

ISSN: 2049-4289

出版 Publishing

英国中医师学会 FTCMP

总编辑 Editor-in-Chief

马伯英 Bo-Ying MA

主编及策划 Managing Director

金 峥 Zheng JIN

学术专业委员会 Academic Professional Committee (姓氏笔画为序 listed in no particular order) :

马伯英 Bo-Ying MA, 朱步先 BuXian ZHU, 安家丰 JiaFeng AN, 向谊 Yi XIANG, 应跃明 YueMing YING, 陈汉源 HanYuan CHEN, 金峥 Zheng JIN, 施冶 Ye SHI, 贾明华 MingHua JIA, 龚玲 Ling GONG

编辑部 Editorial Board

执行编辑 Executive Editor: 金峥 Zheng JIN

本期编辑 Editors: 孙飞宇 FeiYu SUN, 叶雷 Lei YE, 张卓涵 ZhuoHan ZHANG, 张欣 Xin ZHANG

英文编辑 English Editor: 黄冠鸿 Douglas WONG

联系方式 Contact Us

电子邮件 Email: ftcmpuk@gmail.com

联系电话 Tel: 0044 (0)788252188

通信地址 Post Address: FTCMP, PO Box 10103, Ashby-de-la-zouch, LE65 9DP

学会网站 Website: www.ftcmp.co.uk

学会博客 Blog: ftcmp.blogspot.com

感谢:《英国中医》的顺利出版,得到了在英中医同仁的广泛支持,特别感谢为本杂志捐款的诸位中医同仁、会友:施冶、袁其伦、丁会明、王世杰、张欣、金峥、孙飞宇、李凤栖、王明波、卢秋菊、耿鲁琴、车爱华、贾学铭、姜安、樊志超、牛云生、周斌、刘清宝、沈贵岚(排名不分先后)

《英国中医》编辑部 敬启

EBM 分级标准与中医临床研究评价体系的建立

Establishing a TCM Clinical Research evaluation system with EBM

马伯英 Prof. Boying MA Kingston University UK

【摘要】 本文以西方医学 1992 年开始流行的“循证医学”(EBM)的分级标准作为参照,提出中医临床研究的评价体系。笔者反对一些西方学者将循证医学归结为单一的随机对照的“金标准”的做法,那样做会扼杀许多有价值的创造性因素;同时也不同意“金标准”完全不适合中医研究的说法,主张“金标准”下得出的正面结论是可取的,负面结果则不要用来轻易下否定中医的结论。中医的许多临床研究可以用 EBM 原创者所描述的次级标准进行评价。这种评价是符合目前的研究水平的,并且对促进中医学的科学体系建立在扎实的根基上大有好处。本文特别提出以病人中医治疗前后的病状对照进入统计学处理,是一种可以普遍采用的研究和评价方法。

【ABSTRACT】 This paper shows that a clinical evaluation system of TCM can be established according to the classifications of EBM. Recently some western scholars want to only use the first classification as the “Gold Standard” to judge every result of TCM research. This is a unilateral approach in which some inventive ideas could be strangled in the cradle. Actually at the moment the 2nd – 5th standards of EBM are particularly suitable to evaluate TCM clinical research. This paper primarily submits a new research and evaluation method for clinical study in which a patient’s condition can be self-contrasted for statistics.

1. 引子

1990 年代“循证医学”(EBM, Evidence-Based Medicine)开始被人们注目。此概念最初由苏格兰出生的医生 Dr Archie Cochrane (1909-1988)在他的著作 *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* 一书中提出。1992 年 EBM 才有人将之作为术语在 JAMA 医学杂志上使用。循证医学意思是看病治病要凭证据(Evidence)。他们认为,最早讲求治病要讲证据的是古希腊和中国医学,至 11 世纪则有阿维森纳。可见中医学是 EBM 的渊藪之一。

但在西方医学的现行研究和临床实际推行中,却与此有严重的背离。这种背离,是对 EBM 中提出的分级标准采取片面取舍的态度,而对第一级标准,即“金标准”予以不当强调,甚至将之渲染成为 EBM 的唯一标准。这既不符合 EBM 始创之原意,也不符合医学临床研究之实际。尤其是被别有用心地拿来打击中医。对此扭曲了的 EBM 状况,我们必须予以澄清,恢复原貌;同时以此为基础,建立一个中医临床研究的评价体系,以促进中医学的研究。

2. EBM 的分级标准

关于 EBM,有各自略微不同的分级评估。

2.1 美国预防医学中心制订的标准分成 3 个等级级别,5 种区分。它们是:

2.1.1. 证据得自至少一次严格设计的随机的对照性试验;

2.1.2. 证据得自很好设计的非随机的对照性试验;

2.1.3. 证据得自很好设计的组群或有对照的病例分析研究,最好是得自一个以上的研究中心或研究小组;

2.1.4. 得自多次、系列性的、干预或非干预的证据;在非对照的试验中的一些惹人注目的结果,也可以被认为是此一类型的证据;

2.1.5. 受尊敬的专家的观点,这些观点是基于临床经验、描述性的研究或专家委员会的报告。

2.2. 英国 NHS (国家保健服务)的四级标准是:

A 级:始终如一的随机对照临床试验,组群研究,全或无,在不同人口中生效的临床决定原则。

B 级:始终如一的回顾性的组群研究、探索性的组群研究、生态学的研究、结果研究、病例对照研究、或 A 级水平的延伸研究。

C 级:病例系列研究或者从 B 级水平延伸出来的研究。

D 级：专家观点。不必管有无明晰批评或评价，或者是否基于生理学、实验室研究（bench research）、或“第一原则”。

以上是根据 Wikipedia 的 Free Encyclopedia 中 Evidence Based Medicine 条。

注 1. http://en.wikipedia.org/wiki/Evidence_based_medicine, 但区结成先生对 EBM 的诠释似略有不同。

注 2. 区结成：（《当中医遇上西医》P172-177. 北京：生活·读书·新知，三联书店，2005）

2.3. 区结成先生综合 EBM 的五级评定是：

一级：所有随机对照试验（randomized controlled trials, RCT）的系统性评述（systematic review, SR），或 Meta-分析（meta-analysis）。

二级：单个的样本量足够的随机对照试验结果。

三级：设有对照组但未用随机方法分组。

四级：无对照的病例观察。

五级：专家意见。

看来三部评级标准并不完全一致。但是，有两条是相同的：一是第一级高水平的标准，即所谓“金标准”：随机化的、以安慰剂作对照的试验（Gold standard. i.e. randomized double-blind placebo-controlled trials）。二是大家都认同专家观点。这一点美国要求有严格依据，而英国认为，不必。只要是专家，他的意见就可以算数。

所以，在 EBM 系统中，在最高和最低标准之间，是有一个可变通回旋的余地的。实际上，即使是西医医院的临床，也很少能按“金标准”去做。一是医生没有可能先去寻求符合金标准的治疗方药，然后才开始对病人进行治疗。如果那样，很多病人的治疗将被耽误，本来能治好的病，也就可能因此而治不好了。二是大量的研究并不完全符合金标准的要求，但可以符合循证医学其它次级标准的要求，所以就按那些“非金标准”办。这是西医临床医学的实际。

3. 医学的金标准质疑

然而，在西方医学的领域里，EBM 被单一地以“金标准”为唯一依凭。其它 4 或 5 项标准被无形排除。不仅如此，在英国一些人的文章里，还把“双盲”作为金标准的一项必要条件。

显然，这是有违 EBM 始创者原意的。片面强调金标准既不符合实际，又可能造成这样的情况：人们在泼脏水的同时，把孩子一起泼掉了。也就是说，金标准固然保证通过标准的那些研究有“绝对”可靠性和安全性，但很可能一大批有一定价值

的成果或有前景的研究，也一起被否定了。西医对中医的研究就是处于这种状态。一言不合就“砍”。他们对中医的研究成果的评价，采取的是“双重标准”态度。他们可以容许西医循“次级标准”办，却不容许中医循“次级标准”办。不难看出，有些人故意这样做，是他们对中医的偏见和歧视态度。金标准，被别有用心的人拿来作为打击中医的大棒，这种状况应当得到纠正。

问题的另一方面，面对健康的新理念和医学的新模式，“金标准”是苍白无力的。金标准根本没有办法对健康新理念（即 WHO 的健康定义：“健康不仅仅是没有疾病或虚弱，而且是社会和心理的良好状态。”）或医学新模式（即“生物、社会、心理医学模式”）下的健康和疾病进行宽泛、深入、行之有效的研究。如果以“金标准”为取舍标准，则将摧毁健康新理念 and 医学新模式。而健康新理念与医学新模式是与时俱进的，合乎时代的潮流和要求。不是健康新理念 and 医学新模式去适应“金标准”的要求，而是“金标准”得改变自己，去适应新理念和新模式。否则，“金标准”将只能局限在狭窄的范围内使用。

4. 中医临床研究评价系统的建立

根据以上论述，EBM 在总体上是适合于所有医学研究的临床评价系统的。理所当然，也是适合对中医的临床研究进行客观、如实和有效的评价的。我们不反对 EBM 的第一级标准作为医学的金标准，但更应强调，其它各级标准不可被忽视和摒之于评价系统之外。为此本人提出，就中医临床研究的评价体系（注意：这里不涉及实验室研究，例如动物实验、化学分析及分子生物学等的研究评价）建立而言，以下的分级评判可以考虑。

第一级：医学的金标准。即严格设计的随机、对照的试验所做出的结果并经过统计学处理。

第二级：临床研究的银标准。半随机的对照研究，即排除主观性的选择、具有一定随机性的对照研究，例如大样本的对照组研究；严格设计的大范围的非主观选择的组群调查统计研究；有由不知名的第三者进行监督的，以病人自身对照建立组群的调查统计研究等等，均可认为符合银标准的要求。

第三级：专家组的权威鉴定意见。临床疗效的观察结果得到观察单位之外第三方专家组的认可；医学历史文献记载的专家组评定意见；现代临床报告（包括同类型病例个案报告汇集）的文献回顾性调查得到专家组认定通过。

第四级：有对照但未能作随机分组的研究报告。

第五级：特殊的病例个案报告，包括与以上三级标准之结论相勃的病例报告。

能通过以上第一、二、三级标准而认定的临床研究结论，可被认为是可靠的、普适的、能指导临床诊疗的权威性结论。

第四、五级标准的临床研究报告可以作为临床医生在处理疑难病、少见病等时的重要参考；可以作为进一步研究的起点，以避免一些具有潜在可能性的因素被忽视或抹杀。

5. 一种海外中医可行的研究和评价方法

现今的中医临床研究，处于十分困难的境地。其原因有二：病人不愿意把自己身体提供作临床试验，特别是作为对照组；即使有足够的病例供分组试验，对照组也很难建立：标准穴位外的穴位未必完全没有治疗作用；中药的色泽气味极易被病人辨认出来自己属于对照组，从而失去双盲对照的意义。

海外中医的临床中，经常遇到的病人是长期在西医那儿治疗，却收不到满意疗效的。他们多半已有西医的明确诊断。如果暂时不考虑他们的中医辨证证型，而单单从病人所患的疾病诊断作为试验基础，是否有可能进行临床的研究呢？海外中医的病人基本上是零散的，很难集成一批分两组进行临床观察研究。但是，同一种疾病的病例，却可以在同一个诊所积累到较多数量；或

者几家诊所联合起来，聚成同病群体，进行分析和比较研究。一般有 20-30 例，其结论就具有相当重要意义。

在目前情况下，可以简单地以病人自身的先西医后中医治疗的结果作分析对比处理。原先西医化验及仪器诊断的数据和中医治疗后重新进行的复核化验和仪器检测，是对比分析的主要依据。至于西医用过什么药、什么治疗方式，以及后来中医用的什么方药或针灸、推拿等方法，均不必在此临床研究范围之内。可以放在下一步的研究中考虑。

由于中医治疗前后的检测数据是由医院或 GP 提供的，不受中医师和病人的影响，就具有较大客观性；病例是中医诊所的该病种的病人全记录，而不是光选择有效病例的记录，因此有半随机的性质。所以，此种临床研究可以认为符合上述 EBM 第二级标准。

这种方法，也可以应用于病例的回顾性调查。

6. 结语

以上的中医临床评价系统如果得以建立，将大大有利于中医临床研究的拓展，有利于中医学的全球化进程。这里还没有涉及统计学的改革问题，而这是今后必走的一步，留后别论。

以上意见尚为粗疏，有待各位专家进一步完善。

作者简介 About the author



马伯英 教授

Professor Dr. BoYing MA

马伯英教授，英国中医师学会会长，中西医结合和医学史专家。在国内外任多所大学教授，在英国为 Kingston University 客座教授。是李约瑟博士《中国科学技术史》医学卷合作者。临床擅治疑难杂症。著作十余种，发表论文 300 余篇。近著《中国医学文化史》二卷本 175 万字，在海内外深受好评。

Professor Dr. BoYing MA is the Chairman of FTCMP and an expert of Chinese and Western medicine. He is/was professor of many universities in China and overseas as well as in Kingston University. He is a Life-fellow of the Royal Society of Medicine and a co-operator of Dr Joseph Needham (1900-1995) for the volume of TCM in the *Science and Civilization in China*. Dr Ma is in particular skilled in the treatment of difficult cases. He published more than 10 books and 300 articles: the new 2 volume book *A History of Medicine in Chinese Culture* was published in 2010.

针灸治痛的科学调节规律介绍

The introduction of scientific regulating laws of acupuncture treating pain

袁其伦 QiLun YUAN

【Abstract】 In the therapeutic principle of traditional acupuncture method, there are already some therapeutic laws which have express the traditional theories very well. Such as nourishing deficiency and expelling excess, treating the root and treating the symptoms; treating urgent symptoms and treating chronic symptoms; reinforcing healthy Qi and expelling pathogenic factors, etc. But these therapeutic principle are little broadly, the conceptions are little vague, they are basically empirical level, it is easily to make misunderstanding in the practice in today, therefore it affect clinic effect improving significantly and acupuncture interflow scientific promoting. The author based on the blood vessel and sympathetic nerves surrounding the meridians as main physical foundation, analyzing traditional acupuncture laws and experiences, summarized three scientific relationship of acupuncture pain releasing, that are three regulating laws of modern acupuncture between acupuncture stimulation factors and acupuncture effect, such as General (Reflex) regulating laws; Sympathetic inhibitory (Inhibitory) regulating laws; Defensive (Excitability) regulating laws.

在传统针灸疗法的调节和施治法则中,已经较好地体现了某些依照传统理论的调节规律。例如“补虚”与“泻实”、“治本”与“治标”、“治急”与“治缓”、“扶正”与“祛邪”等等。但是,这些治则比较笼统,概念比较含混,基本处于经验水平,在现今实际应用中出入较大,因而影响到了临床疗效的明显提高和针灸交流的科学推广。本作者以充任经络的血管及其交感性神经为主要物质基础,又通过分析传统针灸规律和经验,归纳总结出了实现针灸治痛效应的三个科学关系,即针灸刺激因素与针灸效应之间的现代针灸学的三大调节规律。下面具体阐述之。

1. 一般性(反射性)调节规律

在针灸的实验研究和临床治疗中,现代针灸学把用超小、小或中等刺激量作用于与病灶相关的穴位,进而通过比较局限的神经节段性反射活动为主要调节作用的一类规律归纳为一般性调节规律;应用这一规律的针灸方法称为一般反应调节法,简称反射法。例如比较典型的例子可以举如河北董承统教授对“烧山火”和“透天凉”的研究。他们认为在烧山火手法作用下,针下可出现温热感,同时肢体容积曲线上升,反映了末梢血管呈舒张反应;在透天凉手法作用下,针下出现寒凉感,同时引起肢体容积曲线下降,反映了末梢血管呈收缩反应。另外在临床治疗中,如以局部艾灸治疗冻疮,以轻揉按摩手法治疗局部皮肤痛,以针刺阿是穴治疗网球肘等。这些基本上都是通过比较小的或中等刺激量,又以局部穴位或患处(阿是穴)为主要刺激对象的针灸方法。

对于其中的机理,研究表明是以两条路径向中枢传导的,即意识传导道和反射传导道。意识传导道通过比较粗的神经纤维向中枢直至大脑皮层快速传导,并产生相应的激感,如针感、灸感及循经感传等,也即开通了意识性感觉通路。由于针灸刺激与病痛部位处于基本相同的神经节段内,因此这种激感所产生的良性灶可以在大脑皮层诱导,甚至覆盖各种小病小痛在皮层所引起的劣性灶(痛性灶,病理灶)。这就是“气至而有效”的皮层机理。上述不同针法所引起温热感或凉寒感,就是“烧山火”或“透天凉”的皮层意识感觉即激感。

在意识传导道被激活的同时,反射传导道也被激活了,只不过后者的速度较慢,并且主要是在脊髓和皮层下中枢起反射性调节作用。例如在脊髓内形成内脏器官的初级特异性反射性调节已是大家所熟知的;另外,脊髓内的所谓“闸门系统”,就可以产生由小或中刺激量所激活的粗纤维(如I、II类)的传入冲动,抑制由病痛所激活的细纤维(如III、IV类)的传入冲动。研究表明这个过程就可以初步治痛。又例如在延脑的孤束核、迷走神经核群等与内脏器官相关的特异性调节核团,以及兰斑、中缝核群等与痛觉相关的核团,都可能被激活并参与器官的调节活动和治痛作用。在中脑,主要是各脑神经核团可以形成反射性联系,以调节相应器官的功能状况和感觉功能。

通过这些机理分析,可以知道针灸的一般性调节规律的治疗或效应特点,是以中枢的较局限的反射性和特异性联系为主,尽管这种联系可

以在脊髓、延脑、间脑、以至大脑皮层等处发生,并较少发生弥散性的植物性神经反应和体液反应。自古流传的“心胸内关诀”,“肚腹三里留”治疗经验,在一般情况下的针灸调节也应归入这一规律。其中以交感性神经局部节段的自主性反射活动及效应,解释了针灸对内脏器官的双向性调节作用。

在针灸治疗中还有与一般性调节规律不同的另两类特殊情况,即应用比较强烈的或强烈的刺激以激活全身性的神经反射和体液反应为指标,以治疗全身性的或更为复杂的病症。这其中包括了交感抑制性调节规律和防御性调节规律。下面分述之。

2. 交感抑制性(抑制性)调节规律

在针灸治疗和实验研究中,常常以中等或大刺激量的针灸方法,作用于那些压敏穴及多能穴以激活中枢内啡肽能神经和 5-羟色胺能神经为特征,并以交感神经系统发生抑制为主要表现的调节,我们把这一类的调节规律归纳为交感抑制性调节规律;应用这一规律的针灸方法称为交感抑制调节法,简称抑制法。北京的韩济生教授对交感抑制反应有比较系统的研究。归纳众多的资料可以知道,在比较强烈的针刺刺激下,比较容易激活穴位内兴奋阈值较低的外周神经粗纤维,如 I 类和 II 类纤维及其末梢感受器。其中所激发的神经冲动可以通过意识通道快速地到达意识领域导致产生激感并形成良性灶。这种良性灶可以诱导或覆盖由病痛所形成的劣性灶。研究表明,交感抑制性反应对于镇痛有较好的效果,其皮层机理之一是它可以接受粗纤维冲动的大量传入并使良性灶的范围加大和程度加深;之二是本来就有抑制趋向的大脑皮层被上述合适的穴位和刺激量所产生抑制冲动所激活,从而阻止病痛冲动(上行抑制)进入意识领域。尤其是在针刺麻醉的刺激条件下,皮层抑制能力发挥到了极限,良好的中枢性镇痛作用就表现了出来。

如果再进一步探讨交感抑制性反应的神经机理,下面四个因素也是很重要的:一是上述刺激条件可以激发外周血管的交感性传入神经(此点明显与经络本质相关),使大量内脏性传入冲动激活中枢内的上行抑制系统,由此可导致皮层发生弥散性的抑制;二是皮层抑制的深化可以产生明显的下行性抑制作用(如对丘脑和下丘脑的抑制),这种作用所伴有的神经递质及体液活动会使抑制更为深刻和持久;三是除了人的主观意识之外,皮层的抑制及其对情绪整合中枢(如边缘系统等)的抑制,都有助于镇定情绪和减少痛觉的感受。

四是在交感神经被抑制的情况下,血管系统呈广泛的舒张状态,这对于经络“通到不痛”是一个良好条件。这些因素不仅有镇痛作用,而且也表现了广泛的调节作用。

具体地说,上述刺激条件可以激活机体中枢的脊髓胶原区、延脑中缝大核、中脑中央灰质、下丘脑弓状核等富含内啡肽能神经元的核团,并形成以交感神经系统抑制为主要表现的交感抑制性调节反应。临床研究表明,在医治某些疾病如高血压、冠心病、神经失调症和多种痛症的时候,如果应用痛感不明显或可耐受的中、大刺激量作用于那些对压觉敏感的穴位并产生针感,那末就容易产生较好疗效,从而达到镇痛、降压、调节脏器功能、修正神经失调、恢复机体平衡等目的。究其特点,是以全身性的神经-体液反应为主导并仍存在着局部神经反射;在刺激适宜并持续的情况下,不仅交感神经系统处于抑制状态,血中内啡肽等内源性阿片样物质增加,而且还可促使大脑皮层进而达到内抑制的新境界。这在针刺麻醉中表现的更为清楚。当然,如果刺激时间过长,机体即进入耐受状态;如果刺激量过大或过强,机体就会产生防御性反应而兴奋起来,先前的抑制状态也就被破坏了。

3. 防御性(兴奋性)调节规律

在针灸治疗和实验研究中,应用大刺激量甚至超大刺激量作用于敏感穴(如痛敏穴、血管神经穴、淋巴管神经穴等),以激活交感神经-肾上腺髓质系统为特征,并以交感神经系统发生兴奋为主要表现的调节。我们把这一类的调节规律归纳为防御性调节规律;应用这一规律的针灸方法称为防御反应调节法,简称兴奋法。其中安徽马如纯教授的实验研究提出,在强烈或特别强烈的刺激作用下,很容易激活兴奋阈值较高的外周神经细纤维,如 III 类和 IV 类纤维及其末梢所形成的各种感受器。这些感受器大多是痛觉类感受器,易于传向中枢,直至皮层意识领域,并促使皮层产生痛性激感和兴奋性反应。这时,针灸刺激所产生的可以耐受的痛感仍归为良性,对于在大脑皮层诱导或覆盖病痛的劣性灶也有相当的意义。如临床用三棱针刺血或麦粒灸灼烧,以达到以痛治痛的即时功效就主要是这样的机理。

还有,皮层的兴奋性反应以及由细纤维所传入的神经冲动所兴奋的各级神经核团,也都激活了全身性的神经-体液反应,其中的明显指标就是交感神经-肾上腺髓质系统的兴奋,以及血中去甲肾上腺素的明显增加。机体交感神经系统的激活,

通过它的弥散性反射活动影响到整个机体的兴奋作用。其中以延脑兰斑核，下丘脑室旁核，以及交感-肾上腺髓质系统，下丘脑-垂体-肾上腺皮质系统为主。这种神经-体液的应激变化，还可以促进整个神经系统的兴奋性，加强血液免疫系统的机能，提高机体的新陈代谢水平，增加机体的防疫抗炎能力。

临床研究表明，在医治某些疾病如休克、昏迷、神经麻痹、以及急性扭挫伤、淋巴管炎等感染性疾病时，往往可以应用大或超大的刺激量(如三棱针刺血)，作用于某些对痛觉比较敏感的穴位(如水沟、十宣、阿是穴等)，那末就可以出现复苏，提高血压，促进新陈代谢、及抗炎、消肿等功效。即使治疗某些慢性病如慢性支气管炎、哮喘、淋巴结核、痔疮等，也可以在相关穴位用化脓灸、穴位埋藏、三棱针挑刺等刺激量大的方法刺激之，并能达到上述功效。很明显，防御性调节规律的特点是以全身性的神经-体液反应为主导，亦有针刺局部痛阈暂时上升，血液免疫和内分泌等系统随之被激活等表现。但必须指出是，当刺激量过大造成伤害时，机体内部将出现病理应激过程。

4. 小结

通过上述针灸调节在选择刺激量和穴位方面的三种典型方式方法的归纳，以及相应中枢变化的总结，使三种针灸的现代调节规律显露了出来。进一步说，其中不仅可以基本涵盖古代针灸经验中的各种法则或治法，而且在本作者 40 多年的临床治疗中也得到了充分的验证并取得了良好的疗效。

根据本作者在 1986 年“第一届全国经络研究学术讨论会”上所提出的经络本质的血管及其神经学说，和针灸针麻原理的系统性调节学说，针灸针麻的刺激可以激活体内的生理应激系统(主要包括交感神经系统、血管系统、血液免疫系统、内分泌系统、神经递质系统、中枢神经痛觉调制系统、内脏系统等七个子系统)，并产生各子系统内相应的反应性调节和子系统之间的平衡性调节；这两种调节就可以表现为针灸针麻的各种功效。深入的研究还表明，我国生理学泰斗蔡翘教授提出的生理应激概念，也适合于全面地认识针灸刺激及功效。或者说主要以镇痛效应为特征的针灸针麻术，其原理应归为生理应激原理。现代针灸学提出的三大调节规律正是较好地反映了这一原理。

在现代针灸学系统阐述针灸针麻原理及其三大调节规律的指导下，还可以深刻地这样认识针灸疗法：即任何针灸刺激(包括超小到超大刺激量)，都可以激活机体内的生理应激系统，并形成系统性调节以恢复体内平衡或达到新的平衡状态。所以，在许多临床和实验情况下人们往往只关注某些局部或某些指标的时候，不应该忘记系统性调节的过程和影响。例如应用一般性调节规律时，体内实际上也有全身性调节；在应用交感抑制性调节规律镇痛时，实际上也有免疫效应；在应用防御性调节规律抗炎时，实际上也有镇痛效应。由此，一方面说明针灸的调节效应本身就很全面；另一方面说明现代针灸学所总结的三大调节规律，为有的放矢地指导临床重点治疗提供了理论基础。

作者简介 About the author



袁其伦 教授
Professor QiLun YUAN

中西医结合主任医师
Chief Physician of Integrative Medicine of Chinese and Western Medicine
美国世界传统医学科学院传统医学博士
MD of American Academy of World Traditional Medicine
俄罗斯和乌克兰特邀针灸专家
Invited by Russia and Ukraine as an acupuncture expert
中国袁氏现代针灸学的创立人
The founder of Yuan' modern acupuncture in China
现代针灸学四部专著的编著者
The author of four monographs of Modern Acupuncture
英国现代中医针灸有限公司门诊部专家
Specialist of Modern Chinese Medicine & Acupuncture Limited (UK)

中医药治疗异位性湿疹的研究

A Study on TCM Therapy of Atopic Eczema (AE)

安家丰 JiaFeng AN

【摘要】 本文报告采用健脾消导中医疗法治疗异位性湿疹的临床研究。266 例患儿分为两组，中医药组采用中医辨证施治草药治疗；对照组采用抗组织胺药治疗。两组使用相同的辅助治疗及外用药。

婴儿期多表现为湿热型，治法为清脾消导、清热除湿；少儿期及成年期多见脾胃虚弱型，治法为健脾除湿消导、养血润肤止痒。

治疗结果显示中药组和对照组婴儿期的治愈率分别为 58.6% 和 34.8%，总有效率分别为 97.9% 和 78.3%，统计学处理有显著性差异 ($p < 0.05$)；中药组和对照组少儿期的治愈率分别为 49.1% 和 28.1%，总有效率为 91.1% 和 75%，也有显著性差异 ($p < 0.05$)。说明中医药对异位性湿疹具有独特疗效。

【Abstract】 This paper reported that the therapeutic manipulation of invigoration the function of spleen and curring in digestion of Traditional Chinese Medicine (TCM) had been used for treatment of 266 cases with Atopic Eczema (AE) which were divided into two groups. The treated groups were taken Chinese medicinal herbs according to the differential diagnosis of TCM. The control group antihistamine. Two groups were employed same accessory management and external drug.

1. Treatment for patients with Damp- heat symptoms and sings (more often in baby) was carried out using clearance the spleen and promoting digestion to remove pathogenic heat and dampness.
2. Syndrome of insufficiency of the spleen and stomach (usually occur children) was treated by invigorating the function of spleen and promoting digestion to remove dampness. Enrichment of the blood and moisture of the skin to arrest itch.

The results showed that the cured rate of treated group of babies and control group were 58.6% and 34.8% and the total effective rate were 97.9% and 78.3% respectively. There was significant difference ($P < 0.05$). in children, the cured rate were 49.1% and 28.1% and the total effective rate were 91.1% and 75% respectively, with significantly difference ($P < 0.05$).

The results showed that the effective of TCM for Atopic Eczema is better than western medicine.

异位性湿疹又称遗传过敏性湿疹，是英国常见的皮肤病。本人采用中医健脾消导理论治疗异位性湿疹，积累了丰富的经验。现报告五年来治疗异位性湿疹及与西药疗效对照共 266 例临床研究。

1. 诊断标准：

- 1.1. 有哮喘、过敏性鼻炎、荨麻疹、湿疹、鱼鳞病等家族史。
- 1.2. 对异种蛋白过敏。
- 1.3. 皮疹有多形性、对称性、渗出性、复发性及瘙痒等特性，好发于肘窝、腘窝。
- 1.4. 白色皮肤划痕征阳性。
- 1.5. 血液嗜酸性白细胞增多，血清 IgE 增高。

2. 病例资料：

266 例中男 187 例，女 79 例。年龄最小的 1 个月，最大 16 岁。平均年龄 3.2 岁。2 岁以下婴

儿组 122 例，其中中药组 99 例，对照组 23 例。少儿组 144 例，其中中药组 112 例，对照组 32 例。266 例均有阳性家族史，149 例伴有过敏性鼻炎、哮喘等其他过敏性疾病，平均病史 3.06 年，259 例白色皮肤划痕征阳性，56 例血液嗜酸细胞增多，血清 IgE 增高。

3. 治疗方法：

3.1. 中医药治疗组采用中医辨证施治：

3.1.1 湿热内蕴型：婴儿组 99 例中占 90 例，表现为急性脂溢性湿疹样红斑丘疹、丘疱疹多于生后第二个月开始发病，好发于头面部，皮疹红肿糜烂渗出瘙痒，津脂多，味腥微臭，也可波及躯干四肢，婴儿燥热哭闹剧痒，大便干结或见奶瓣，舌红苔黄、脉滑数。中医辨证为湿热内蕴，热重于湿。治法清脾消导，清热解毒除湿。方取金银花、生槐米、竹叶、白茅根、车前草、枳壳、薏米、芡实、

焦四仙、莱菔子、马齿苋、冬瓜皮、土茯苓、六一散。用量根据小儿体重加减。婴儿服药液量宜少，一般加水半升、先浸泡半小时，煎后加糖或蜂蜜、分数次喂服，不要强灌，也可用中药汤冲奶粉或煮粥内服。病起表热重有发热者可加芦根、桑白皮、生石膏，发于面部的皮疹加菊花。外治渗出性皮疹可用内服方第三煎或苍肤洗剂煎汤冷湿敷后外用芩柏膏。

- 3.1.2 脾胃虚弱型：少儿组 112 例中占 103 例，多有消化不良及营养不良，平素体弱，食欲不振，挑食纳差，饭后腹胀，大便溏泻或数日不行。皮疹好发于肘窝、腠窝，故中医称之为四弯风，皮损色淡或暗、粗糙干燥肥厚，可见抓痕血痂，部分皮损糜烂渗出，面色苍白，早老面容，躯干四肢毛孔角化呈鸡皮样外观，双小腿外侧可有鱼鳞样皮损。舌质淡，舌体胖嫩、舌边有齿痕，苔白、脉缓。中医辨证为脾虚湿滞，肌肤失养。治法健脾除湿消导，养血润肤止痒。方取白术、枳壳、薏米、芡实、厚朴、山药、炙甘草、莱菔子、茯苓皮、土茯苓、白蒺藜、赤白芍、夜交藤、酸枣仁、茯神。
- 3.2. 对照组由西医采用克敏能、扑尔敏、仙特敏等抗组织胺类药物，部分给抗生素服用，均由家长提供可靠病历资料。
- 3.3. 两组均给予治疗建议，如做过敏试验寻找并避免诱发因素，穿纯棉衣物，戴手套、剪指甲以避免搔抓，避免热水洗烫，室温不要过高，服用维生素及微量元素等。

4. 疗效标准：

- 4.1. 临床治愈：全身皮疹及症状基本消退，随访三个月以上无复发者。
- 4.2. 好转：治疗四周全身皮疹及症状明显消退。
- 4.3. 无效：治疗四周全身皮疹及症状无明显改善。

5. 治疗结果：

- 5.1. 中药组 211 例，平均疗程 30.1 天，西药治疗组 55 例，平均疗程 27.2 天，统计学处理无显著性差异 ($p>0.05$)。
- 5.2. 中药组婴儿期 99 例，临床治愈 58 例，治愈率 58.6%，好转 39 例，总有效率 97.9%。

对照组婴儿期 23 例，治愈 8 例，治愈率 34.8%，好转 10 例，总有效率 78.3%。中药组治愈率及总有效率均明显高于对照组，统计学处理均有显著性差异 ($p<0.05$)。

- 5.3. 中药组少儿期 112 例，临床治愈 55 例，治愈率 49.1%，好转 47 例，总有效率 91.1%。对照组少儿期 32 例，临床治愈 9 例，治愈率 28.1%，好转 15 例，总有效率 75%。中药组治愈率及总有效率均明显高于对照组，统计学处理均有显著性差异 ($p<0.05$)。
- 5.4. 毒副作用：对照组服用抗组织胺类药物后有 9 例出现厌食、昏睡、平衡失调等副作用，1 例出现抽搐、翻白眼现象，占 18.2%。中药组偶有服药后大便溏泻，调整处方后消失，未见明显毒副作用。

6. 讨论：

异位性湿疹又称遗传过敏性湿疹，是具有遗传倾向的过敏性皮肤病。常有家族性过敏性疾病如哮喘、花粉症、荨麻疹、鱼鳞病等家族史。患儿对食物或外界因子如肥皂、毛衣、羽绒及花粉等过敏。临床可分为婴儿期、少儿期、成年期。婴儿期表现与婴儿湿疹相似，但两岁以后停止哺乳仍有皮损瘙痒。少儿期多表现为慢性湿疹样改变，皮肤干燥粗糙，好发于肘窝、腠窝等处，与中医文献记载的四弯风相似。本病剧痒，迁延不愈，西药抗组织胺类药物疗效不好，且难以根治，患儿十分痛苦，而中医药健脾消导，治标治本具有良好的近期和远期疗效。

集数十年诊治本病的经验，本人认为异位性湿疹与脾胃功能关系十分密切。婴儿期多因胎中遗热遗毒或幼时填鸭式喂养，以至胃热积滞，脾失健运，湿热蕴蒸，外感风邪所至。少儿期或由于婴儿期病情迁延反复发作，缠绵不愈，或过食生冷，饮食失调，致使脾虚湿困，肌肤失养。故脾虚湿滞为本病之本，风湿热邪为本病之标。我采用健脾消导法治其本，又以清热除湿解毒之品治其标，从而收到了良好的疗效。本人认为，婴儿期本病多表现为湿热型，治法应清脾消导，清热除湿。方中金银花、槐米、菊花、白茅根、竹叶清热解毒凉血，车前草、薏米、芡实、冬瓜皮、六一散清热解毒利湿，土茯苓、马齿苋清热除湿止痒，枳壳、焦四仙、莱菔子消导除食滞，诸药协同，共奏清脾消导，清热解毒之功。少儿期多见脾虚湿滞型，治法应健脾除湿消导，方中白术、薏米、芡实、炙甘草、山药健脾燥湿，厚朴、枳

壳、莱菔子理气和中导滞，土茯苓除湿止痒，久病必虚，脾虚血燥，肌肤失养，再辅以白蒺藜、赤白芍、酸枣仁、夜交藤等养血润肤之品，药到功成。

治疗中还要经常想到婴幼儿为稚阳之体，而且小儿不能吃苦药，故当用甘淡平和之品。婴儿期湿蕴化火而非实火，故切忌大苦大寒之品，以免伤其阳，致使虚其虚。少儿期虽脾虚湿蕴，也切忌大热大补之品，以免补药滞胃伤脾，致使热其热。正如《景岳全书》卷 40 所云：“必其果有实邪，果有火证，则不得不为治标。然治标之法，宜精简轻锐，适当其可，及病则已，毫无犯其正气，斯为高手。但见虚象，便不可妄行攻伐，任意消耗，若见之不真，不可谓姑去其邪，谅亦无

害，不知小儿为柔嫩之体，气血未坚，脏腑甚脆，略受伤残，萎谢极易，一剂之谬，尚不能堪，而况其甚乎！”故我采用的均为甘淡平和之药，易于喂服又不伤脾胃。

临床研究证实异位性湿疹患儿皮肤缺乏油脂，对细菌清除力低，又加上搔抓容易继发感染，是本病加重的一大原因，故应适当使用具有抗炎作用的芩柏软膏，外洗方也选用马齿苋、黄柏、射干、苦参、百部、地榆、花椒等解毒之品。本病加重的另一原因是伤食，小儿进食时应平和放松，不要惹他生气哭闹，少食生冷，避免冰箱胃肠炎，动物蛋白类食物应煮老一点，以减轻过敏反应，综合防治十分重要。

作者简介 About the author



安家丰 教授
Professor JiaFeng AN

1968 年毕业于第四军医大学医疗系

Graduated from the Fourth Military Medical University, Medical Department, 1968

1980 年毕业于兰州军医学校西学中班

Graduated from Lanzhou Military Medical College, Traditional Chinese Medicine, 1980

曾从师我国著名皮肤科专家张志礼教授

Has studied with the well-known dermatologist Professor ZhiLi ZHANG.

擅长中西医结合治疗系统性红斑狼疮、银屑病、湿疹、小儿皮肤病等

Specializes in treating lupus erythematosus, psoriasis, eczema, children skin diseases.

主持过十几项科研课题并获国家中医药管理局科技成果三等奖

Presided over a dozen research projects and awards the echnological achievements prizes of the State Administration of Traditional Chinese Medicine.

撰写医学论文近百篇，在国家级刊物上发表 24 篇

Approximately 100 articles were written and 24 were published in the national journals.

主编《张志礼皮肤病医案选萃》和《实用中西医内科临床》等著作

Editor of *Skin disease medical Records Clippings by Zhang Zhi-li* and *Practical Clinical Medicine* etc.

1997 年来英国工作，现担任英国中医师学会 (FTCMP) 学术顾问。

Has worked in Britain since 1997, Currently serves as academic advisor in FTCMP.

《英国中医》购买办法

FTCMP 会员可每人免费得到本学术刊物一本，对非本会会员收取每本 10.00 英镑（英国境内免费邮寄），如需购买《英国中医》者，支票请付 FTCMP，并注明您的姓名、回邮地址及联系方式，支票请寄往如下地址：FTCMP, PO Box 10103, Ashby-de-la-zouch, LE65 9DP。款到货发。

This journal is free to FTCMP members (one copy per member), and £10.00 for others (Delivery free in the UK). If you want to buy the journal, please make your cheque payable to FTCMP and send it to the address: FTCMP, PO Box 10103, Ashby-de-la-zouch, LE65 9DP. Please allow 14 days for the delivery.

中医治疗更年期综合症重在肝脾肾

The TCM Treatment for Menopause Focus on Liver, Spleen and Kidney

龚 玲 Ling GONG

【摘要】更年期综合症是一个现代词汇，古时并没有这个词，但古人对妇女从成长发育成熟到衰老的过程有着精辟的描述。妇女最重肝脾肾。冲任二脉不能看成是独立的经络，而是附属于肝，脾，肾三脏的两条脉络，与肝，脾，肾三脏间接相通，因此，冲任二脉的生理功能也可以说是肝，脾，肾三脏功能的体现。对于冲任二脉为病也应通过调理肾肝脾三脏的功能来达到治疗目的。肾肝脾三脏为妇科之重。更年期综合症也可以分为肾阴不足，肝郁气滞和脾虚失统三型。

【Abstract】 Menopause syndrome is a modern word, there was such word in ancient time, but the ancients have described insightfully the women life process from growth, development, maturation to aging. The key points of women health focus on Liver, Spleen and Kidney. Thoroughfare vessel and Conception vessel could not be two separate channels, but two channels attached to Liver, Spleen and Kidney, indirectly connect to Liver, Spleen and Kidney, therefore the physiological function of Thoroughfare vessel and Conception vessel can be call as the reflections of Liver, Spleen and Kidney function. For the diseases related to Thoroughfare vessel and Conception vessel, we should readjust Liver, Spleen and Kidney function to achieve therapeutic purpose. Kidney, Liver and Spleen are the key points in gynecology. Menopause syndrome can be divided into three types as: Kidney Yin deficiency, Liver Qi stagnation and Spleen deficiency, loss functioning.

更年期是女性生理功能从成熟到衰退的一个转变期，也是从生育成熟期进入老年时期的过渡阶段。妇女进入更年期，由于雌激素水平波动性下降，导致发生以植物神经系统功能紊乱为主，伴有精神心理障碍的一组症候群，称为更年期综合症。更年期妇女 85%-90%会出现多少不等的症状。症状轻重程度受职业，文化背景，社会环境，性格等因素的影响，症状可持续 2-10 年不等。

更年期综合症是一个现代词汇，古时并没有这个词，但古人对妇女从成长发育成熟到衰老的过程有着精辟的描述。《黄帝内经·素问·上古天真论》云：女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子；三七肾气平均，故真牙生而长极；四七筋骨坚，发长极，身体盛壮；五七阳明脉衰，面始焦，发始坠；六七三阳脉衰于上，面皆焦，发始白；七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。妇女到了七七四十九岁，任脉冲脉虚衰，生殖能力衰竭，月经停止，形态容貌憔悴而不能生孩子了。月经的行止，孕育与冲任二脉息息相关，而“冲任不能独行经”，冲任二脉的生理功能是通过肝，脾，肾三脏的生理功能来体现的。

1. 肝脾肾与冲脉的关系

1.1. 肾与冲任

冲脉出入会阴至气街，与足少阴肾经相并而上行。任脉为阴脉之海，在腹部与足少阴肾经相会，所以冲任二脉皆与肾经间接相通。肾主二阴，肾气充盛则任脉通。太冲脉盛，月事才能如潮按时而下，且能孕育生子。若肾气衰竭，必然涉及任脉虚衰太冲脉虚弱，地道不通，故形坏而无子。

1.2. 肝与冲任

足厥阴肝经络阴器，与冲任二脉相通。肝主血液的储藏与调节。血液化生之后，除营养周身外均藏于肝。肝血有余，下注血海，变化而为月经。

1.3. 脾胃与冲任

足太阴脾经，足阳明胃经在少腹部的气街，以及上中下三脘穴与冲任二脉相通。古有“太冲脉隶属阳明”之称，所以，冲任二脉间接与脾胃相通。脾胃为气血生化之源，月经之本。“血者水谷之精气也，和调于五脏，洒陈于六腑，妇人上为乳汁，下为月经。”脾胃精气充盛，则冲脉盛，血海盈，月经以时下。

肝在生理上能养五脏六腑，脾胃为机体气化生降之枢纽，为后天之本。肾为先天之本，天癸赖以滋养，妇女最重肝脾肾。冲任二脉不能看成是独立的经络，而是附属于肝，脾，肾三脏的两条脉络，与肝，脾，肾三脏间接相通，因此，冲任二脉的生理功能也可以说是肝，脾，肾三脏功

能的体现。对于冲任二脉为病也应通过调理肾肝脾三脏的功能来达到治疗目的。

2. 更年期综合症中医分型

肾肝脾三脏为妇科之重。更年期综合症也可以分为肾阴不足，肝郁气滞和脾虚失统三型。

2.1. 肾阴不足

临床可见潮热盗汗，心悸，心烦，失眠，手足湿热，腰膝酸软，身倦乏力，口干欲饮，或有头晕目眩。舌红少苔，脉细数无力。治以滋补肾阴。方用麦味地黄汤或青蒿鳖甲汤。

2.2. 肝郁气滞

临床可见烦急易怒或精神抑郁或哭笑无常，睡眠不安。像中医所说的“脏躁症”。《金贵要略》云：“妇人脏躁，喜悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸，甘麦大枣汤主之。”临床上常合用加味逍遥散。

2.3. 脾虚失统（更年期崩漏症）

崩漏症是妇女更年期常见的病症，虚，瘀，热为崩漏三纲。

2.3.1. 气虚崩漏。气虚是指中气虚弱。其原因大多由于饮食不节或思虑过度或过劳伤气。证见面白微浮，气短畏寒，自汗，四肢肿胀，纳呆，便溏，月经量多，舌质淡，苔薄白腻，边有齿痕。治以四君子汤加味或归脾汤。

2.3.2. 血虚崩漏。血虚的原因大多由于产多乳众，消耗营血，或因平素善怒多郁，怒则伤肝，肝伤则血不能藏，火郁则营血被灼。以上原因都可造成血虚。证见面色苍白，头发干枯，月经淋漓不断，血色淡红，或有头晕目眩。舌质淡，脉细濡弦。治疗主方为四物汤。如有寒象用胶艾四物汤，如有热象，用芩连四物汤。

2.3.3. 血热崩漏。血热崩漏是指营血有热而引起的崩漏。血热的原因大多由于火邪入营，所谓天暑地热，则经血沸溢。或平素喜食辛辣而使胃中积热。胃为足阳明经，冲脉隶属阳明，冲为血海，阳明热则血海不宁，故血妄行。症见烦热，月经量多如崩，经色紫暗。或有鼻衄，齿衄。渴喜冷饮，大便燥结，小便短赤。舌苔深黄，脉洪数。治以清化胃热，凉血泻火，可用清胃散或犀角地黄汤。

2.3.4. 血瘀崩漏。血瘀的原因或因负重劳作，或因经期受寒，寒凝血流不畅而瘀，或经期饮冷，经血凝滞，或月经量多，用涩药太早，均能使血滞而瘀。症见下腹疼痛拒按。月经淋漓不爽，色黑紫有血块，舌暗有瘀点或瘀斑。脉沉实。治以四物汤和失笑散或桃红四物汤或桂枝茯苓汤。对瘀血症的治疗必须考虑到积瘀的轻重和体质的强弱，然后分别对待。身体壮实而积瘀重者应用活血破瘀法，体质虚弱而瘀重者，当顾及其本。宜用扶正化瘀法。

我们在治疗更年期综合症时，一定要顾及病人的脾胃。

作者简介 About the author

北京首都医科大学中医系 1982 年毕业，1992 公派留学于日本东京大学。

Graduated from Traditional Chinese Medicine College, Beijing Capital Medical University in 1982, Studied at the University of Tokyo, Japan, Sent by Chinese government in 1992

北京首都医科大学教授

Professor of Beijing Capital Medical University

北京市宣武医院中医科主任医师，妇科专家

Gynecologist, Chief physician of Beijing Xuanwu Hospital

从医 40 年，发表论文近百篇

40 years of clinical experience, nearly one hundred published papers

2002 年来英工作，现担任英国中医师学会（FTCMP）学术顾问。

Has worked in Britain since 2002, Currently serves as academic advisor in FTCMP.



龚玲 教授

Professor Gong LING

小议针灸“气至病所”临床运用

How to Guide Qi to the Source of Illness with Acupuncture in Clinic

向谊 Yi XIANG

【Abstract】 In clinic practice using acupuncture to gain better result, it is considered that the key point is “Guiding Qi approaching ill area”. The meaning of “guiding Qi approaching ill area” is while the needles are inserted in the patients’ body, the patients will have the sensation of soreness, numbness, distension, and pressure, sometime even hurt or tingling feeling, etc; doctor will feel tight underneath the needles. If at the mean time the doctor applies some manipulation on or around the needles, those feeling above will spread from where the needles are inserted to other related area, this is called as “needling response conduction”. There are some practical methods to make the needling response happen easily, such as acupuncture response induction by muscle movement; acupuncture response induction by breath; acupuncture response induction by idiodynamics.

在针灸临床上要取得好的疗效,一般认为“气至病所”是取得疗效的关键之一。

1. 何谓“气至病所”

当针刺入人体后,患者会由针刺部位产生酸、麻、胀、重感,有时甚至为痛或触电样等等诸多感觉,医者会觉得指下针有沉紧感。如果同时辅以相应的行针手法,将这种感觉从针刺部位向别处扩散,即所谓“针感传导”。一般而言,采用手法调控传导的路线主要有两条:一是循经脉循行路线传导;二是将针感向病灶区域驱动传导,尤其是病灶区域的针感传导被认为与针刺效应呈高度的正相关,认为传导越接近病灶疗效越佳,这就是“气至病所”。

2. 如何达到“气至病所”

通常有几种方法来促使“气至病所”:如

- 2.1. 针尖的朝向,即针刺入人体后针尖朝向病变部位,以鼓动经气达至病所;
- 2.2. 排列针刺,即沿着通向病位的经络顺序取穴针刺,像接力赛样顺序引导经气直达病所;
- 2.3. 经络的扞、按、扣、击,针刺入穴位后沿着穴位通向病位的经络扞、按、扣击等引导经气直达病所;
- 2.4. 按压穴位通向病位的反方向使经气不致扩散集,中流向病所等等诸多方法。

但在临床实际工作中,尤其是在国外,许多患者惧怕针灸,不能耐受针刺入穴位后产生的“得气”针感,故很多针灸术者浅刺和病变部位取穴,多采用“头痛医头”“脚痛医脚”为主,

即所谓“刺至病所”。当然这也不失为一种有效的治疗手段,但在某种状况下如疤痕组织,皮肤感染,皮肤破损,疗效的维持等又有一定的局限性,况且以上诸多手段都是由针灸术者进行的操作技巧,如何更有效地达到“气至病所”提高疗效?根据我26年的针灸临床体会,认为如果在临床治疗的同时,根据病人的具体状况,因势利导,积极调动患者的主动性,激发医患双方的互动,以助“气至病所”往往能取得事半功倍之效。

3. 常用的方法

3.1. 以动引气:

在针刺前、中、后不同时期嘱患者活动患部,以助病患部位的气血运行。在针刺前让患者活动患部,可观察其活动范围及受限情况,既是检查也是为针刺前做准备,然后根据辨部辨经的取穴原则,远道取穴得气后,嘱患者再次活动患部,由轻微小幅度活动,随着针刺时间的延长活动幅度逐渐加大,通常病人会感觉疼痛减轻,活动幅度增大,此法尤其适用于各种运动性损伤。中风等但要排除骨折、骨肿瘤、骨结核及腰椎间盘突出等不利于活动的病变。本法通过病人主动活动患部,引导经络之气通向患部,促使患部经络气血的运行,有利于消除肿胀,减轻疼痛,加速病患部位功能的恢复,效果卓著。

本人曾用此法治疗一土耳其国家足球队员取得很好的疗效,如按西医建议手术治疗就会断送其运动生涯。在希腊雅典奥运会前夕,土耳其国家电视台给我做了电话采访,并在其国家黄金新闻时间播出。

另举病例如下:

病例 1:

一女, 32 岁。因下楼梯踩空, 右脚踝内翻扭伤, 致右脚踝外侧红肿疼痛, 不耐着地两日, 由其夫背来求诊。当时给予巨刺, 嘱其下地站立, 伴随针刺捻转, 轻微活动脚踝关节, 5 分钟后能搀扶跛行, 10 分钟后可独立行走, 留针 30 分钟疼痛大减, 后复诊 2 次而愈。

病例 2:

一男, 40 岁, 装修工。因负重不慎扭伤腰部三日来求诊, 当时患者佝腰跛行, 腰部各方向活动受限, 动则痛甚, 咳嗽深呼吸均牵引作痛, 腰肌紧张, 右侧为著。取右侧手穴——腰痛点, 针尖朝向腕背, 且针感向上肢放射, 同时嘱患者活动腰部, 3-5 分钟后病人已感腰部松动可以做转侧运动, 10 分钟后可做前屈后仰运动, 25 分钟后疼痛已不明显, 一次即愈。

3.2. 呼吸引气

让病人做呼吸运动, 以助调气至病所此法犹适合于呼吸系统方面疾患和胸部部闪挫损伤。

病例 1:

患者女, 12 岁, 患支气管哮喘 8 年, 加重一年。以往春季发作或加重, 现持续发作, 自感胸闷, 呼吸不畅, 甚至喘促, 入夜犹甚, 每日需用喷雾剂暂时缓解。观其形体瘦小, 鸡胸, 唇微绀, 可闻及喉间哮鸣音。针前嘱患者深呼吸, 只见胸部稍稍膨起, 给与辨症取穴针刺后, 嘱其再次深呼吸, 尽量作腹式呼吸, 至腹部膨起, 1 分钟女孩即诉呼吸较前轻松, 留针 30 分钟后取针, 女孩兴奋的告诉其父, 胸廓好象打开了一样非常舒服。一周后复诊诉, 自上次针灸后, 未再使用喷雾剂, 继续巩固治疗五次, 一年后随访未再发作。

病例 2:

患者男, 32 岁, 因搬家不慎, 致胸部部闪挫。翌日来诊, 右胸部疼痛, 不能转侧活动, 喷嚏或咳嗽疼痛加重。取右侧内关穴, 迎随补泻法, 得气后嘱患者深吸一口气屏住, 医者用掌轻轻拍击患者背部, 然后缓缓呼气, 患者顿感疼痛消失, 一次即愈。这是利用深呼吸时胸腔膨起作为内固定, 再轻扣后背, 调整局部的气血运行, 使挫伤的软组织得以恢复而病痛自愈。

3.3. 以意引气

所谓以意引气是当病患部位既不能动又与呼吸无关, 只是引导病患的意念关注患部, 这与人们练气功时意守丹田一样。此法我多用于中风及一切肢体废用之疾患。

病例 1:

2003 年, 中央电视台 4 套做过一个针灸治疗中风的专题节目, 来我院采访我。当时我在门诊工作, 他们在门诊录音访谈结束后, 要求录制一段现场治疗, 我们一起去中风病房, 找了一个中风的男性病人, 54 岁, 右侧肢体偏瘫, 在征得病人同意后, 准备拍摄。当灯光架起来, 摄像机对着病床时, 病人很紧张, 脸孔通红, 我轻拍他的肩膀, 和他聊天让他放松, 等我扎上针后, 要求他做右拇指掌屈运动及与小指做对掌运动, 他抱怨说: 我瘫了, 根本就动不。我暗示他已经扎上的针可以帮助他恢复运动功能, 现在虽然手动不了, 但你要想着你能动, 同时配合着去努力。没过几分钟, 病人的拇指开始颤动, 渐渐的动了起来, 病人非常高兴, 就更加努力的去动, 结果右手功能很快就基本恢复了正常。当时那个编导也看呆了, 说我好象在变魔术, 摄像师也忘了继续拍摄, 将画面定格在了病人手部功能恢复的那一刻。当然, 并不是每一个病人都能达到这种即时效果, 这只是说明如果行针时能配合病人的意念引导去主动进行运动, 对疾病的恢复大有裨益。

病例 2:

患者女, 67 岁, 有高血压, 糖尿病史二十余年, 口眼歪斜半年, 其 GP 诊为中风。患者本人求诊过多家中医诊所, 给予中药和针灸治疗, 因为经常在面部针灸, 时间一久, 她感觉面部疼痛, 不能耐受。来诊时右眼闭合不全, 露睛 0.5cm, 右眉纹消失, 右鼻唇沟变浅, 右面颊部感觉减退, 有板滞感, 舌头轻微麻木, 口角向左歪斜, 诊为“周围性面神经麻痹”, 后经医院进一步检查也证实了这一诊断。当时考虑病程日久, 且宿疾良多, 脏腑空虚, 正气不足, 故以腹部取穴为主, 辅以少数面部手部穴位, 同时嘱患者用意念去想, 做眼睛闭合运动, 用舌尖从口腔内部舔触两侧颊部, 感受两侧的感觉有何不同。刚开始时, 病人诉右颊部较左侧为厚(因神经麻痹感觉减退所致)随着留针时间的延长, 其右颊厚度感逐渐减轻, 舌体麻木逐渐消失。经过 10 次治疗面瘫基本痊愈。在治疗过程中让病人做这些动作并感受之, 就是在不经意间让病人的意念守于患部, 引经络之气达于此, 以利疾病恢复。

可能有人认为这只是一些偶然现象。几例病例不能代表什么, 但在治疗某些疾病时, 如能正确引导病人的意念, 对治疗确实有很大益处。我认为这与心理治疗师调节病人心理, 作为某些疾病治疗方法的组成部分的原理差不多。人的意念与临床疗效之间的关系有待进一步研究, 但这确实是临床上存在的现象。

通法三举——痛症的一点临证心得

Unblocking Method on Pains

王友军 Youjun WANG

【Abstract】 This essay was a speech on 2009 Annual Conference of FTCMP. Three interesting cases on pains reviewed with stress on personalized treatment. Although unblocking is the basic principle of pain relief, the following aspects of diagnosing and treating are to pay much attention to: pattern identification, adjusting Qi or Blood, treating Root and Branch, balance of Reinforcing or Reducing method, choosing appropriate herbs to aim at the focus, etc.

来英三载，临床痛症居多，虽经手颇众，但并未留意汇总，所以统计学的报告实在难以成文，即或可能，“XX 法治疗 XX 病 XX 例”之类，恐未必有多少新意，重复而已。今仓促应研讨会之约，姑且择比较有启发性的验案数则，谈点滴心得，期就正于同道，并求自己之长进。

《古今医鉴》云：“通则不痛，痛则不通”，此话已成痛症之公理。治疗痛症必要通达气血经络，气血通达则痛可除，邪可散，正可复。然细究之，通法绝非行气活血四字所能赅尽。正如高士宗《医学真传》中所论：“通之之法，各有不同，调血以和气，通也；上逆者，使之下行，中结者，使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也”。如下三案或可为通法添些注脚。

案 1

某老者，男，86 岁，双肩臂痛 2 个月，夜卧则痛作，不得安眠，起则痛止，常夜间起床在房内散步以缓疼痛，深为所苦。有冠心病、房室及束支传导阻滞、高血压，服西药。体胖大，面赤，脉弦滑，舌红裂，剥苔，仅根部有薄黄白苔。患经数次针刺推拿，右臂痛如失，然左臂痛不减。经建议看西医，已排除不典型心绞痛。考虑左为阳而右为阴，此人体质证候较典型，属肝肾阴虚，肝阳上亢，臂痛当为经络郁热，宜对证治之。遂建议加用草药，拟养阴平肝、辛凉通络之剂，时诊所缺白芍、丝瓜络、苡仁，用：熟地 10g，山萸肉 10g，枸杞子 10g，菊花 10g，麦冬 15g，酸枣仁 30g，丹皮 10g，郁金 10g，桑枝 10g。因病人对服草药抵触，先处一剂试服。孰料服后作泻而倦乏，臂痛如故，询之无腹痛，但大便素溏，思忖此上盛下衰，脾有不足，不耐凉滋，舌脉无征，症有其情；夜卧则痛，活动则减，为血中气滞。更方健脾和中，活血行气通痹。山药 15g，

砂仁 3g，鸡血藤 10g，夜交藤 10g，桑枝 5g，香附 10g，元胡 5g，赤芍药 10g，姜黄 10g，郁金 10g。一剂。复诊，诉服后无腹泻，臂痛稍减，诊其脉依旧，舌面干。减山药、砂仁、元胡，加钩藤 18g，三剂。服后痛日减，得安睡。复进三剂而收全功。病人十分高兴，以葡萄酒一瓶见赠。

此案值得回味之处在于取效之立法舍本逐末，活通为要，组方选药入细，切合病机，且力避寒温，免生旁节。鸡血藤、夜交藤、赤芍、郁金等皆血分药，凉而不燥。姜黄为上肢痹痛要药，在此案中尤为恰当，周岩《本草思辨录》说：“姜黄辛苦温而色黄，故入脾治腹胀，片子姜黄兼治臂痛，是为脾家血中之气药。”香附，主治血中之气病，不漫同于诸治气之味，也较中肯綮。

案 2

某男，55 岁，左足大趾关节肿痛 3 个月。已确诊为痛风，同时患有糖尿病、高血压，服西药。患趾根节红肿，压痛（+），舌胖淡，舌边齿痕，左脉弦滑，右脉濡软。辨证为土虚水侮，湿热阻滞。针药并用，穴选阴陵泉、太溪、大都、太白、太冲，常规刺法，每周一次。处方：山药 15g，白术 10g，苡仁 15g，茵陈 10g，泽泻 15g，猪苓 10g，白茅根 15g，黄柏 10g，桑枝 10g，丹参 10g。每日一剂。守方 3 周，效不佳，仅针后痛缓一二日，随又如故。复审症候，初断无误。固守原法基础上加强活血通络和引经。处方：山药 15g，苡仁 15g，茯苓 15g，泽泻 15g，丹参 10g，当归尾 10g，赤芍 10g，川牛膝 10g，木瓜 15g，藕节 10g，威灵仙 10g。痛减显著，守方 4 周红肿消而痛除。

此案特点是有明显脾虚征象，加之病灶亦正在脾经走行部位，故不容忽视健脾利湿。初期不效，主要是局部阻滞严重，非强力之药不得通达。标本兼顾，是为常途。

案 3

某男, 47 岁, 以左髌和左腿疼痛无力 11 周, 加重 2 周就诊。余接手时已经他医针推草药治疗 5 周, 罔效。针灸方案未记录而不详, 审前药皆活血通络, 理气止痛之类。询问病史, 起因不明, 可能跟职业相关, 常搬重物, 身体左右负重不均。左髌关节及腿外侧沉痛, 左腿无力, 且感左腿变长, 不能并腿站立, 须拄双拐助步。服消炎止痛药无效, X 线除发现左髌关节间隙增大外未见其它异常, MRI 见左股骨头水肿, 髌关节间隙正常。病人不明诊断, 但专科医生提到可能将来需要关节置换。检查见左髌关节活动受限, 股内旋外展均引发疼痛, 俯卧位左足跟较对侧长出约一寸。舌淡红少苔, 脉缓。考虑为股骨头骨软骨炎, I 期。痛而至此必有阻滞, 不通必以通之为当。前法理气活血, 但通之不应, 自是有未合之处。《灵枢·经筋篇》曰: “筋寒则收引, 热则纵弛。”《素问·生气通天论》则谓: “湿热不攘, 大筋短, 小筋弛长。”此病人髌部松弛不收, 正符此说。病位在足少阳部位, 而左为少阳之气领全身阳气上达之道路, 少阳不能升达, 则枢机不利。故中医辨证为湿热阻滞, 少阳不利。取左胞育、秩边、环跳、阳陵泉, 常规针刺, 以开达少阳之

气, 针后推拿, 活通脉络经筋, 每周一次。草药清热利湿, 舒筋活络, 升发清阳。处方: 知母 15g, 黄柏 10g, 苍术 10g, 川牛膝 10g, 白芍 15g, 木瓜 10g, 熟地 15g, 桑枝 10g, 柴胡 10g, 升麻 5g。每日一剂。一周后复诊, 痛减轻, 拄单拐。二次复诊, 已脱离拐杖。四周痛除, 但仍有髌关节松弛不利感, 加取带脉一穴, 收束机括。察舌偏红而少苔, 减苍术, 加玉竹 15g。守法续治 6 周, 双腿一样长短, 可并腿平衡站立。因无法负担费用, 停用中药, 每 2—4 周来针灸推拿一次巩固善后, 大多时候感觉不到异常, 有时会有髌部不利感, 无碍行动。

该病例取效关键是认明证候, 直求根本。从脉缓筋弛, 断为湿热; 从左腿弛纵, 认清少阳不及。祛邪升阳, 获通则不痛之效。

总结三案, 各有个性, 较能体现中医个体化治疗的特点。其把捉病机之处, 或在症状, 或在舌脉, 或在脉症合参, 颇具理法思辨性, 显露中医的妙处。其治标治本, 虽各不同, 或专或兼, 然无非通之之法。其选药细心, 不拘成法, 切合机要, 方可达成目的。痛症疑难, 或可从中获得启示。

作者简介 About the Author



王友军 医生
Dr. YouJun WANG

副主任医师

Deputy Chief Physician

北京中医药大学中医系毕业, 1992

Graduated from Beijing University of Chinese Medicine, 1992.

青年中医专家, 发表过专业论文 9 篇, 善治疑难杂症。

Young expert of Chinese medicine, 9 papers published, Good governance in difficult cases.

英国中医师协会会员, 目前在英国行医。

Member of the FTCMP, Currently practicing in the UK.

尿失禁的中医治疗

The TCM treatment for Urinary Incontinence

孙飞宇 Feiyu SUN

【Abstract】 Urinary incontinence (UI) is any involuntary leakage of urine. It is a common and distressing problem, which may have a profound impact on quality of life. There are more than 50% of nursing facilities admissions are related to incontinence; Up to 35% of the total population over the age of 60 years is estimated to be incontinent. Urinary incontinence always related to an underlying treatable medical condition. For simplex urinary incontinence, modern medicine uses drugs to relax urinary smooth muscle, or install urinary catheter, but they all have severe side effect. Whereas, the traditional Chinese medicine can use acupuncture to readjust Qi circulation, to enhance organ function, help body to control the urination, at the mean time, combine with taking some herbal remedies to improve body water metabolism, help body regain the well being.

根据英国 NHS 的统计，尿失禁的患者在 60 岁以上的老年人中占 35%，女性患者更是男性患者的两倍，据估计有三分之一的 60 岁以上的女性患有排尿的控制障碍疾病。在英国的养老院系统中，有将近 50% 的入住老人是有尿失禁问题的。尿失禁在中医的范畴里，并不作为一个独立的病名而存在，而是在淋病和消渴病当中作为一个症出现。这里只讨论单纯性尿失禁。笔者认为淋病的中后期的症型更接近于对单纯性尿失禁的描述。现代医学也只将尿失禁作为一个症状看待，尽管这个问题对于病人的生活质量的影响很严重。因为尿失禁可以出现在泌尿系感染，糖尿病，前列腺炎，神经系统疾病，骨盆创伤后遗症，甚至精神病的患者中，所以对尿失禁的治疗更侧重于机械性的矫正，例如放松膀胱平滑肌的药物，但是他们的副作用甚至比他们治疗的疾病还严重；或者是直接下尿管，戴尿袋，这导致病人生活中的很多不便。

尿失禁按照现代医学的描述就是：尿频，尿急，小便点滴不禁，局部最基本的病理变化就是膀胱逼尿肌异常收缩，腹腔压力突然增高，导致排尿压力大于膀胱括约肌而尿急；或者是膀胱括约肌异常舒张，导致尿道闭合不全，小便点滴不禁。这些与中医淋病的中后期描述相似，即从早期的湿热郁结下焦，影响膀胱气化不利，发展至久病肾气亏损，而湿热未净，形成的肾虚与膀胱湿热的虚实夹杂证——尿频，尿急；和后期肾阳虚衰，湿浊之邪壅滞，三焦气化不利的虚证——小便失约，点滴不禁。

笔者在英国的临床中，曾接治了十余例尿失禁的病人，其中只两例是直接来看尿失禁的，其余都是来看其他病，连带出尿失禁的治疗的。总有

效率达到 100%，治愈率超过 60%。现举其中两例为据：

病例一，白人，女性，19 岁，主因遗尿 19 年前来就诊，其母陪同。查其面色恍白，精神萎靡，情绪低落，体型微胖。其母代其主诉，19 年来患者排尿一直没有感觉，现仍早晚都要穿尿裤，很不利于其身心的健康成长，其母非常焦虑。西医没有办法治疗。患者舌质淡，略胖，苔薄白，脉沉细略涩。辨证为：肾阳虚，三焦气化不利。治则以温阳行水，醒脑开窍为法，施以针灸为主，配合金匱肾气丸治之。针灸取穴：大椎，肾俞，上髂，次髂，复溜，昆仑；同时神灯照射八髂穴。第一周治疗两次，之后每周一次，患者从第二周开始白天排尿有感觉，经过六次治疗后，患者夜晚排尿已可控制，但是还不敢脱去尿裤，遂又继续针灸治疗六次后，痊愈。

病例二，白人，男性，54 岁。主因阳痿，前列腺肿大前来就诊。患者主诉阳痿数年，伴有尿频，尿急，点滴不禁。年轻时曾是拳击运动员，有酗酒嗜好，现已戒断。既往有高血压病史，三四年前又有一次轻微中风病史。因其妻较其年轻十余岁，以前就一直服用伟哥壮阳，但是中风后，再服伟哥不再起任何作用，中风症状已完全消失。查其舌质暗红，苔厚腻略黄，脉浮弦。辨证为肾气阴两虚，痰湿郁结下焦，三焦气化不利。治则以活血化瘀，醒脑开窍，补中益气，健脾祛湿为法。施以针灸为主，配合当归丸，参苓白术丸治之。针灸取穴：百会，悬颅，中脘，天枢，中极，带脉，外关，丰隆，三阴交。每周针灸一次。第一次针灸后，尿频症状明显改善，同时困扰其多年的足趾疼痛也突然消失，但是阳痿症状未变。从第二周开始给与男宝内服，针灸同前法。第三周患者自诉尿频和夜尿多的症状基本消失，但是

阳痿仍未改善。针灸改取百会，风池，心俞，肝俞，肾俞，上髎，次髎，三阴交。并加用中药伟哥四片。第四周回来时非常高兴，自觉雄风重振。四次后终止治疗，因其妻又来接受治疗，故能随访该病人一年以上，其未再出现问题反复，并于数月后令其妻再次怀孕。

综上所述，根据笔者在英国的临床经验，针灸在治疗尿失禁方面有其独到的疗效，因为三焦的气化功能正常是人体水液代谢通道通畅的关键，而以针灸调畅三焦的气化功能，能达到意想不到的功效。明代的戴元礼《证治要诀·小便血》中强调“盖津道之逆顺，皆一气之通塞”。《临证指南医案》中华轴云总结叶天士临床经验时说“用滑利通阳，辛咸泄急，佐以循经入络之品，只在气虚与湿热推求，实者宣通水道，虚者调养中州，若虚实两兼，又有养脏通腑之法。”笔者受近代名医——张锡纯的影响启发最大，张氏善用山药治疗淋病，其认为“阴虚小便不利者，服山药可利小便，气虚小便不摄者，服山药可摄小便，盖

山药为滋阴之良药，又为固肾之良药，诚为有一无二之妙品。”山药通补肺脾肾三脏之气，可见升补三焦之气化功能是尿失禁治疗的关键所在。

《难经》中说“脐中肾间动气者，人之生命也，十二经之根本也，故名曰原（气）。三焦者，原气之别使也，主通行三气，经历五脏六腑”，以针灸疏导三焦，可使原气正常散布全身，脏腑功能既能恢复正常。笔者临床选取背俞穴，关元加委阳，百会，复溜，三阴交等穴，以俞募穴为君，辅助穴选择皆依据《灵枢·邪气脏腑病形篇》所说“荣输治外经，合治内腑”，按照病人的不同情况，随症加减。患者可在头一两次治疗后就感到疗效，并且配合金匱肾气丸和参苓白术丸，在不同的治疗阶段可以帮助病人巩固疗效。笔者体会，以金匱肾气丸治疗白天为主的尿失禁比较有效，取助肾阳，升补三焦气化功能之意；以参苓白术丸治疗以夜尿多为主的尿失禁病人，较为有效，取健脾利湿，帮助身体水液代谢。

● 临床经验 ●

马氏奇穴临床应用体会

The Clinic Application experience of Professor Ma's special acupoints

王世杰 Shijie WANG

【摘要】马氏奇穴是马伯英教授在几十年临床，教学工作中总结发掘出来的一组新的经外奇穴组。本文通过对 9 个病例治疗的结果分析，介绍马氏奇穴的临床应用。

【Abstract】The Professor Ma's special acupoints are a group of new acupoint out of regular meridian system that Professor Ma Boying excavated and sum up from his several decades of clinic and education experiences. This article introduces the clinic application of Professor Ma's special acupoints on 9 different cases, including one case of anxiety, two cases of menopause, one case of simple insomnia, one case of eczema, one case of stomach pain with stress and insomnia, one case of severe depression, one case of Ulcerative Colitis with Indigestion, one case of diarrhoea with stress and Osteoporosis. Result: the total efficiency is 88.8%, inefficiency rate is 11.2%. Conclusion: In TCM, the Professor Ma's special acupoints could readjust the Qi and blood circulation in two directions, regulate the meridian system and organs function, to rebalance our body; In modern medicine, because those special acupoints are located on the head, they could stimulate neurohumoral regulation, to alter the disorder inside the body.

1. 引子

马氏奇穴组是马伯英教授发掘于 1996 年，推广于 1998 年，普及于今年（2010 年）的 FTCMP 夏季工作坊。我是于今年夏季工作坊中系统学习认识马氏奇穴组的，并于此后应用于临床实践，取得了满意的临床疗效。此次临床应用由于时间

短，只对 9 例病人进行了临床治疗观察，现予以报告。

2. 临床资料

烦躁易怒 1 例，更年期 2 例，（1 例伴有经前期紧张综合征），单纯严重失眠 1 例，紧张性湿疹 1 例，紧张性失眠伴胃脘痛 1 例，严重抑郁症 1 例，溃疡性结肠炎伴消化不良 1 例，紧张、骨

软件泄泻 1 例等 9 例，临床运用马氏奇穴为主进行治疗，取得了满意的临床疗效。

通过治疗，8 例显效，1 例无效，显效率 88.8%，无效率 11.2%。

3. 病例报告

3.1. 患者男性，26 岁，工人，首诊日期：2010 年 9 月 6 日。主诉为抑郁症 20 年，近期加重。患者从小易紧张，沮丧，恐慌，发作时伴头痛，背痛，出汗。服西药 10 年，近半年服用多种抗抑郁症西药治疗均无效。也曾用过针灸，中成药，中草药，推拿等中医方法治疗，疗效甚微。近期由于失眠，多思引起抑郁症频繁发作来诊。患者神清，面略赤，舌淡粉，苔薄脉玄。诊断为郁症，失眠，汗症，头痛。治则：泻肝止痛，利眠止汗。治法取针刺马氏奇穴第一，二对应点为主，配曲池，阳陵泉，三阴交，行间，留针 30 分钟。只针一次。针后告知当夜睡眠好，余症尚在。后又经西医电击治疗仍无效。

3.2. 患者女性，39 岁，教师，首诊日期：2010 年 9 月 11 日。主诉为失眠一个月。患者由于工作、生活压力大，一个月前开始失眠，每日仅维持 3-4 小时睡眠，并伴有头晕，头痛，乏力，纳呆，周身不适，未经西医疗。患者神清，疲劳，身瘦，声低语怯，目赤眶黑，胸腹正常，四肢自如。尿赤，便秘，5-6 日一行大便，努挣汗出，舌淡红，苔薄，脉玄细数。月经量少，色暗有块，经前烦躁，多语。诊断为脏躁，失眠，便秘，经前期紧张综合症。治则：平肝扶脾，益气滋阴，通便。治法：针刺取神门，安眠，脾俞，肾俞，足三里，三阴交（均补），双行间（均泻）。留针 20 分钟。内服中草药：逍遥散和知柏地黄汤加柏子仁，夜交藤，沙参，麦冬，桃仁，去生姜，泽泻，茯苓。经上述三次治疗后，头晕头痛症状缓解，大便 3 日一行，睡眠仍差。四诊改为针刺马氏奇穴第一，二对应点为主穴，辅以心俞，盲俞，足三里，三阴交。中药同前。五诊自述：上次针后各症大好，眠 8 小时，心情舒畅，大便日一次，有饥饿感，身体有劲，且本次月经来潮 3 天，经前无不适，量较以前增加。又同前治疗 5 次告愈。

3.3. 患者男性，62 岁，退休教师，首诊日期：2010 年 9 月 29 日。主诉为紧张易怒。现病史：易怒 60 年，其中有 5 次非常严重的发怒。近 2 年来发怒较频，几乎每周发作 2—3 次，近一个月内自觉怒气加重，伴失眠易醒，每晚醒 3—4 次，夜尿 2 次，饮食差，便秘，每日 4—6 次，食肉后加重。既往有花粉症 30 年，前列腺癌术后 2 年，10 年吸

烟史。舌淡苔白脉弦。诊断 为郁症(肝郁脾虚型)、泄泻、不寐。治则：泻肝扶脾安眠。治法取针刺马氏奇穴组，第 1 第 2 对应点为主，配以中脘，双足三里，留针 30 分钟。服中成药逍遥丸，保和丸。3 天后自述症状好转，3 天没有发怒，心情舒畅，睡眠好，夜尿 1 次，大便 2 次/日，成形。血压：120/90mmHg，舌淡苔薄，脉和缓有力。同前治疗 6 次，改保和丸为参苓白术散。患者自述从第 1 次治疗后未再发怒，心情一直很好，告愈。

3.4. 男性患者，48 岁，职员，2010 年 10 月 20 日首诊。主诉：头额湿疹伴精神紧张 1 个月。现病史：头额部湿疹 40 年，时好时坏，用西药药膏无特效，10 年前曾用过中草药，自觉湿疹与紧张，粉尘有关。既往有哮喘史 40 年，每日使用西药喷雾剂。其面额部皮肤红赤，涂有膏脂，局部小丘疹，双耳略干，无分泌物，舌淡有齿痕，苔白，脉弦略数。诊断为湿疹，精神紧张，哮喘。以祛风除湿，疏肝益气为治则。针刺取马氏奇穴第 1，2，3 对应点为主穴，配风池，曲池，外关，阿是诸穴配合服用凉血消风丸与皮肤止痒丸。经 7 次治疗，面额红退，丘疹消失，不痒，紧张缓解，临床治愈。

3.5. 女性，62 岁，退休，2010 年 11 月 13 日就诊。主诉为溃疡性结肠炎，消化不良，胃灼热。溃疡性结肠炎 20 余年，胃灼热不适，恶心，反酸近两年加重，消化不良近半年加重，同时伴有紧张，失眠。曾用西药治疗无效，两年前放弃西医疗。左下腹略有压痛，夜尿 3-4 次，大便日 4-5 次，稀便。舌淡红，苔白，脉弦。诊断为泄泻，紧张性失眠。以疏肝健脾，利眠止泻为则。针刺马氏奇穴，配中脘，双足三里，双天枢。服草药归脾汤加香附，柴胡。常规煎服。针后 1 周，告知各症均好，已无不适。

3.6. 患者女性，57 岁，教师，2010 年 11 月 23 日首诊。以更年期，紧张，胃痛为主诉。现病史：更年期 6 年，紧张，失眠，胃痛，伴稀便反复发作，近一周加重，未用西药治疗，曾中医治疗效果好，近一周因工作压力大再次发作。大便稀，日 2 次。舌淡，苔白，脉弦。诊断为脏躁，失眠，胃脘痛，泄泻。治则：疏肝健脾，和胃止泻，利眠。针刺马氏奇穴第 1，2 对应点为主，配中脘，双足三里补法，留针 30 分钟。中成药归脾丸，逍遥丸常规口服。又诊于 2010 年 12 月 7 日，上述各症均好转，已无不适。

3.7. 患者女性，47 岁，职员，首诊于 2010 年 11 月 20 日。以背痛初诊。经 1 次治疗后，背已不痛。又主诉紧张，失眠，乏力 6 个月，经前期紧张及烦躁易怒 10 余年，求予治疗。查：舌淡，苔薄，

脉细弦。诊断为脏躁，失眠，经前期紧张综合征。治则：疏肝解郁，除烦安眠。针刺马氏奇穴第 1，2 对应点为主，配三阴交，行间，留针 30 分钟。中成药归脾丸，常规口服。经上述 2 次治疗后，自述各症均好，无不适，本次月经来潮前无任何不适，患者满意。

3.8. 女性，31 岁，职员，2010 年 12 月 2 日以胃痛三个月伴紧张，失眠为主诉就诊。3 个月前无诱因胃痛，紧张，失眠，乏力，便秘。每日睡眠 4—5 小时，易醒难眠，大便 2—3 次/日，未经西医治疗。既往有湿疹 29 年，饮酒 10 余年，吸烟 16 年，10 支/日，坐骨神经痛 2 年。舌淡，边尖红，苔薄白，脉弦细。诊断胃脘痛，失眠，脏躁，泄泻。以疏肝健脾，利眠止泻为则。针刺马氏奇穴为主，配中脘，天枢，足三里，（补）留 30 分钟。服归脾汤合四逆散加香附，乌药，蒲黄。常规煎服。2 诊自述全身放松，睡眠改善，胃痛大减，大便成形，烟 7 支/日，余好。同前治疗 3 次告愈。

3.9. 患者男性，29 岁，教师。2010 年 11 月 13 日以牙易碎，骨软，紧张为主诉就诊。现病史：近 2 年来发现牙易碎，经牙医诊治后，认为骨软。紧张，失眠，稀便，膝关节痛，踝易扭伤，头痛，鼻痒等。未经西医治疗。曾于 3 个月前用中医治疗好转，现以紧张为主。患者体胖，舌淡，苔白，脉弦细。大便，3 次/日，稀便，小便正常。诊断为紧张，骨软，泄泻。治则：疏肝健脾，补肾壮骨。针刺马氏奇穴为主，配双足三里，双三阴交，留针 30 分钟。以左归丸粉合参苓白术散冲服。针后电话告知，紧张已减轻 70%，其它症状均得以好转。

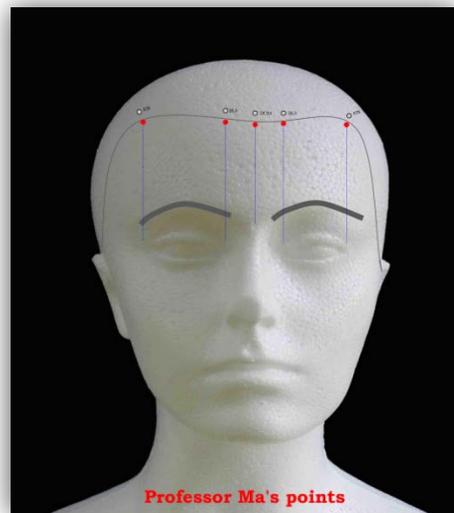
通过治疗本组 9 例病人 8 例显效，1 例无效。显效率 88.8%。无效 11.2%。由于时间较短，治愈率有待于进一步观察治疗。

4. 体会

应用马氏奇穴组治疗疾病，个人认为，进针不宜过深，如果紧贴骨膜层或过浅，于真皮层则痛感较强。当进针深度确定后沿头皮向上进针，

以 13mm-25mm 之间为好，起针后有少量出血要好于不出血。

该奇穴组对神经精神系统，消化系统及妇科器质性，非器质性的疾病治疗疗效确切。对于妇科疾病，按照金元，刘河间《素问病机气宜保命集》所说“妇人童幼天癸未行之间，皆属少阴；天癸即行，皆从厥阴论之；天癸以绝，及属太阴经也”，认为凡有月经初潮之后的妇女，凡患妇科疾病不论阴阳表里均可取马氏奇穴为主，辅以其他穴位，辩以补泻进行治疗。该奇穴组具有双向调节，平衡脏腑的作用。



马氏奇穴示意图

5. 讨论

马氏奇穴组有 4 个对应点，第 1 对应点在鬓角发迹前 0.5 寸处；第 2 对应点在督脉旁开 1 寸，发迹前 0.5 寸处；第 3 对应点在近阳白穴处；第 4 对应点在督脉旁开 0.5 寸，发迹前 0.5 寸。第 1，2 对应点针尖向上进针，第 3 对应点针尖向下进针。针刺与头部络脉相通，因足够长的时间和恰当的深度激发了络脉的气机，间接的疏通了十二经脉和奇经八脉，起到双向调整体内气机，迅速鼓舞体内正气的功效。

由于时间短，例数少，对于马氏奇穴组的临床应用范围有待于进一步的观察与实践。

针推结合治疗颈源性头痛的体会

Acupuncture and Tuina Massage for Cervicogenic Headache

叶雷 Lei YE

【Abstract】 Studies suggest that Cervicogenic headache (CH) account for around 70% clinic complaints. It is the most recently diagnosed type of headache and are musculoskeletal in nature. TCM (traditional Chinese medicine) has a very consistent and philosophically based framework for headache etiology, diagnosis and treatment strategy. Acupuncture and Tuina massage as a set of treatment modality has been applied to headaches from the earliest beginnings of TCM, and particularly are effective for CH. The greatest advantage of acupuncture and tuina massage over Western medicine is that it does virtually no harm and the procedures of the treatment are much less invasive than surgery. This article gives brief introduction on the treatment procedures of acupuncture and tuina massage, and hope to generate more clinic discussion and attention.

头痛是临床常见病，病因复杂，种类繁多，既可以是多种疾病的症状，又可以是独立的一种疾病。据统计，头痛病人中有 70% 为颈源性头痛。

颈源性头痛这一概念由美国医生 Sjaastad 于 1983 年正式提出，经过了多年的发展研究，现已被临床广为接受。具体定义为：颈源性头痛是由颈椎和或颈部软组织的器质性或功能性病损所引起的，以慢性头部疼痛为主要临床表现的一组综合症状。疼痛性质为牵扯痛，在头枕部，顶部，颞部，额部，眼眶等区域出现钝痛和酸痛，同时伴有上颈部压痛，局部僵硬，或活动时颈肩疼痛，活动受限。多有头颈部损伤病史。

笔者认为本病应归纳于中医骨伤科颈椎痛的论治范畴，对应于传统伤科文献中关于颈部“骨错缝”的论述。临证时，笔者主要以颈部解剖结构为基础，参考西医的检查结果，在中医辨证论治的原则指导下，抓住“不通”和“瘀”这两个主要病机，采用传统的推拿正骨手法结合针灸，以理筋复位，活血化淤为主要治则，临床收到显著疗效。

1. 治疗方法：

- 1.1. 病人先取坐位，术者手法做颈肩放松，滚，提，捏，分，点，按等，力度以病人耐受为宜，节奏轻缓，10 分钟左右至肌肉放松为止。
- 1.2. 病人俯卧，暴露颈部皮肤，常规消毒，针刺颈夹脊穴，垂直进针，深度 0.5~0.8 寸，针感以局部酸、沉、胀为主，有时向上肢放射。针大椎穴时，进针 0.8~1 寸，针尖向上与皮肤呈 80~85° 角，使针感向上肢

放射。针刺外关穴时，应力求针感沿经络向上传导效果更佳，手法平补平泻，得气为度，留针 20~30 分钟。

- 1.3. 推拿理筋手法治疗，以推、揉、点、捏和旋转法为主。病人俯卧位，医者用双拇指自双乳突部紧贴皮肤徐徐推至肩峰，反复操作多次。揉法以拇指作用于颈肩疼痛处，作半环形按压移动，也可用一手捏住病人项肌，作揉法。在阿是穴或经穴上用一指禅法点压。
- 1.4. 在病人放松的情况下，根据痛点的不同，采用不同手法进行环枕关节，环枢关节，颈 3 到颈 7 等不同部位的错缝整复。

2. 注意事项：

- 2.1. 颈部解剖结构复杂，诊断和治疗一定要细心。
- 2.2. 鉴别诊断中要排除颈部骨结核，以及肿瘤等其他病变。
- 2.3. 环枕、环枢关节的解剖特点决定了这两个部位理筋整复手法不同于其他颈 3 到 7 部位的治疗。手法一定要轻柔细。
- 2.4. 本病常见原因为长时间低头，坐姿不佳所致，因此预防为本，调整改善坐姿睡姿，并加强锻炼。

总之，针推结合治疗颈源性头痛效果明显，能够最大限度地解除病人痛苦，特别对由于颈椎小关节紊乱，筋膜嵌顿造成的急性头痛，往往手到病除。

杨氏手足五穴针法配合经络按摩诊疗术的临床应用心得

Yang's five-points acupuncture and meridian massage in the clinical application

杨青林 Qinglin YANG

【摘要】作者发掘整理家族口耳相传已五代的杨氏手足五穴针法配合经络按摩诊疗术治疗各种疑难杂病的经验,重点介绍该疗法的操作规范、作用机理、适应证、典型医案。杨氏手足五穴针法只选取前臂和小腿的五个穴位:三阴交、地机、足三里、偏历、阳溪,以独特的杨氏进针和操作手法调和患者体内阴阳平衡。配合经络按摩诊疗术按摩前臂和小腿的经络,边按摩边观察寻找经络上的病变,如结节、凹陷、压痛、滑涩、以及经络皮肤的色泽、皮损及温度的改变等。按摩要求从外到内,从远端到近端,先结节后凹陷,循经按摩,力度以病人不感到疼痛为要。根据中医古籍文献记载考证,“手足五穴”是十二经经气循行流注的重要站点,是调整阴阳平衡的首要穴位。现代医学研究也证实针刺“手足五穴”能提高人体的免疫功能,该疗法具有简便廉验安全易学的优点,具有临床推广应用的價值。如今后多学科进一步深入研究,阐明其生理病理机制,确立其学术地位,将填补针灸学上的一项空白,其广阔的前景及潜在的经济效益不可估量。

【Abstract】 Author explored Yang's five-points acupuncture and meridian massage which have been inherited five generations by the family's word of mouth in the experience of treating various miscellaneous diseases, focusing on the treatment practices, mechanism, indications and a typical medical case. Yang's five-points acupuncture only needs to select five points on forearm and leg: SanYinJiao, DiJi, ZuSanli, PianLi, YangXi. Yang's unique operation of the needle balances patient's yin and yang. Combine meridian massaging patient's forearm and leg meridian, observing the meridian lesions while massage the meridian, such as nodules, depression, tenderness, smoothness and roughness, notice the skin color, skin lesions and temperature changes on the meridian. Massage required along the meridian from outside to inside, from the remote to proximal, massage the nodules first, then depression. Do not let the patient feel pain intensity as to be. According to ancient Chinese medicine literature research, "The five-points" is the important acupoint of twelve meridian-Qi traveling and balance yin and yang. Modern medical studies have confirmed that needling "the five-points" can improve the body's Immune system. The advantage of five-points is convenient, efficacious safe and easy to learn. It has the value of clinical application. Therefore, the multi-disciplinary take further study in future to clarify the physiological and pathological mechanisms and establish its academic status. It will fill the gap on the acupunctureology and broad the prospects with the potential incalculable economic benefits.

本人生于中医世家,从小耳濡目染。医学本科毕业后,致力于发掘整理杨氏家传中医,尤其痴迷于家族口耳相传已五代的杨氏手足五穴针法配合经络按摩诊疗术治疗各种疑难杂病的神奇疗效。为早日揭示真正的治病机理,广施福泽患者,现将本人研究应用杨氏的临床心得体会加以总结,与同行共同切磋。

1. 操作规范。

1.1. 治疗前的经络诊断

《灵枢·刺节真邪第七十五》“用针者必先查其经络之虚实,切而循之,按而弹之,视其应动者,乃后取之而下之”。

“察色按脉先别阴阳”,治疗前通过仔细询问病人的病史、症状,结合舌象脉象,再循经查病,得之经络的虚实,何处阻塞,何处虚损,以确定治疗方案。要注意在经络上出现的疼痛、凹陷、

结节、温凉、滑涩、色泽、明暗。嘱患者平躺或半坐卧位,全身放松,停止思维活动,不要有任何的紧张情绪。

1.2. 手足五穴

三阴交、地机、足三里、阳溪、偏历。

1.3. 针刺操作手法

取 1 寸 (0.25×25mm) 毫针,在手足五穴或其周围找到的结节或凹陷的边缘处进针,直刺或斜刺。进针时稍遇阻力即止,不必再深入进针,一般进针 0.3-0.6 寸左右。稍稍平和捻针,不补不泄,以针尖触破暗流即可。进针时患者没有得气(酸、麻、胀、痛等)感觉,病人闭目放松,自感体内有波涛暗流涌动为佳。留针 30 分钟,不需旋转提插,缓慢出针,不必按压。

1.4. 经络按摩诊疗术

针刺结束后在前臂和小腿循经络走向, 对手太阴肺经、手阳明大肠经、手少阳三焦经、手少阴心经、手厥阴心包经、足太阴脾经、足少阳胆经、足厥阴肝经和足阳明胃经进行按摩诊疗。通过循、摸等特定的手法在经络循行线上或其特定穴上寻找阳性反应物或点作为客观指标, 来诊断经络脏腑的疾病。经络按摩诊疗术较之单纯的穴位点压诊断法有更强的客观性。经络按摩诊疗术手法分为滑摩法、按揉法、点拨法、点压法、提拿法和推动法。检查前臂和小腿经络的阳性反应物(圆形、方形、扁平状、条索状、片状结节或凹陷)或敏感点, 注意其质地软硬、光滑度、活动度、温度、粘连等情况, 以及压痛、痠胀、麻木、放射传导感的有无等等, 同时结合皮肤外观、形态、色泽、温度及肌肤凹凸变化, 进行诊断和治疗。通常身体左侧的病变为阳, 身体右侧病变为阴, 结节为阳为实, 凹陷为阴为虚。诊断治疗要一看二摸三体会。摸包括: 触、摸、按、压、推、揉、点、拨等手法。按摩时要用指腹和掌侧, 沿经络走向, 从手到肘, 从踝到膝, 进行推按、揉按。遇到有结节、凹陷时, 要轻轻的揉按, 从外到内。切忌从中央开始。要先揉结节, 后揉凹陷。以结节散开, 凹陷平复为有效。

2. 手足经络穴位的病理反应形式

2.1. 感觉异常: 当身体出现病变时, 病人常在手足经络的多个穴位处出现感觉异常。常见的感觉异常有痛、麻、胀、痠感, 以及痒感、蚁爬感、电击感、发热、发冷等。最常见的是穴位痛感, 即穴位处出现疼痛, 或按压穴位时出现明显的疼痛。尤其是急性病时, 压痛明显, 其程度因人而异。

2.2. 组织形态改变: 脏腑病变时, 手足经络的穴位病理反应通常表现为局部皮肤色泽改变或形态改变, 如出现瘀点、红点、白斑, 或出现皮肤局部凹陷或隆起、丘疹、脱屑等, 或在穴位皮下出现硬结、条索状反应物等, 需要用按压、循摸、推揉等方法才能触摸到。

3. 治病的机理

《灵枢·九针十二原第一》: “往者为逆, 来者为顺, 明知逆顺, 正行无问。逆而夺之, 恶得无虚, 追而济之, 恶得无实。迎之随之, 以意合之, 针道毕矣”。张介宾《类经》曰: “凡病邪久留不移者, 必于四肢八溪之间有所结聚, 故当节之会处索而刺之”。手足的穴位通过经络与脏腑气

血相通, 是脏腑活动变化的反应点, 是诊断人体病证的客观指标。

《灵枢·始终第九》: “从腰以上者, 手太阴阳明皆主之; 从腰以下者, 足太阴阳明皆主之”。杨氏手足五穴针刺法采用的就是取手阳明和足太阴, 足阳明经的五个穴位, 三阴交是足太阴脾经、足少阴肾经、足厥阴肝经三经交汇穴, 可治三经的病变。地机是足太阴脾经的郄穴, 是本经经气深聚的部位及经气开合的机关。足三里是足阳明胃经的合穴, 是手阳明与足阳明胃经间的沟通和足阳明胃经与足太阴脾经间的沟通。阳溪是手阳明大肠经的经穴, 针刺阳溪透太渊, 太渊是手太阴肺经的原穴。偏历是手阳明大肠经的络穴, 偏历络和太阴, 是手太阴与手阳明的沟通, 可治表里两经的疾病。因此, 针刺手足五穴配合手足经络按摩沟通了十二经和十五络的循行交接, 周而复始, 使人体不断地得到精微物质而维持各脏腑组织器官的功能活动, 达到调理全身阴阳平衡的作用。

4. 适应症及典型医案

4.1. 适应症: 杨氏手足五穴针法配合经络按摩诊疗术可广泛应用于临床各科全身的疾病。特别对软组织损伤的各种伤痛症、脊柱相关疾病、糖尿病、甲低、甲亢、高血压、支气管哮喘、强直性脊椎炎、多发性硬化病(Multiple Sclerosis)、盆腔炎、急性腹膜炎、不孕症、子宫内膜异位症、皮肤病等疑难杂病有较好的疗效。

4.2. 典型医案举例:

支气管哮喘 11 年。病案号 R024, 女, 1977 年 09 月 26 日生。德国人。2007 年 4 月 4 日初诊。自诉 1996 年 4 月开始出现鼻咽眼睛痒、打喷嚏、流涕、口干、咳嗽无痰。2000 年增加胸闷气短、呼吸急促、有哮鸣音。此后每年 4 月至 7 月频繁发作, 服西药不能控制哮喘症状, 必须使用气雾剂才能控制哮喘。按摩诊察偏历穴摸到结节, 三阴交穴有凹陷。舌尖红, 苔黄, 脉细数。针刺手足五穴配合手足经络按摩, 每周两次, 加服中药止咳平喘, 每天一剂。治疗一周后哮喘停止, 停用气雾剂, 原有的花粉过敏症也未发作。继续巩固治疗一年。随诊两年半无复发。体重由原来的 94Kg 减少到 84Kg, 腹围由原来的 106cm 减小到 88cm。

二型糖尿病 11 年。病案号 O024, 男, 1945 年 12 月 28 日生。英国人。2009 年 07 月 22 日初诊。1996 年发现患有糖尿病, 病情逐渐加重, 服四种西药不能控制血糖。按摩诊察三阴交、地机

穴有凹陷，偏历穴有结节，舌淡，舌边有齿痕，苔厚白，脉沉迟。针刺手足五穴配合按摩手足经络，第五次治疗后血糖即恢复正常，此后每周一次巩固治疗半年，随访至今血糖无异常。

帕金森氏综合征 5 年。病案号 G024，女 1962 年 04 月 21 日生。英国人。2007 年 04 月 21 日初诊。患有帕金森氏综合征五年，服西药五年无明显好转，2006 年曾在英国医院住院一年，症状仍未缓解，医生建议做脑部手术，患者拒绝手术出院，到本诊所寻求中医帮助。症见面部肌肉、舌头、双手严重颤抖，不能持物，生活难以自理。诊查三阴交穴、地机穴有明显凹陷，偏历穴、悬钟穴有圆形结节。舌淡紫，苔薄白，脉弱。给予针刺手足五穴，按摩手足经络，加服中药辅助治疗，每天一付。第一次治疗后手颤抖明显减轻，治疗三次后手颤抖完全消失，单手能持稳水杯，仅舌头还有轻微颤。因经济原因间断治疗一年。观察至今无复发。

5. 后话

杨氏手足五穴配合经络按摩诊疗术是来自于民间的家传无创伤性自然疗法，其神奇的疗效已引起有关专家学者的关注，为什么各种疑难杂病采用针刺手足五穴配合经络按摩诊疗术而不需要配伍其他穴位都能产生良好的效果呢？有的专家认为本疗法可能对人体的免疫功能有强大的增强作用，也有的专家认为本疗法有效的关键在于独特的针刺操作手法与常规的中医针刺手法不同，甚至有人认为本疗法也许是激发了人体的某种物质而产生自愈的机能。我们期待早日揭开其中的真正奥秘。本疗法具有简便廉验，安全易学的优点，具有临床推广应用的价值。如今后多学科进一步深入研究，阐明其生理病理机制，确立其学术地位，将填补针灸学上的一项空白，其广阔的前景及潜在的经济效益不可估量。

作者简介 About the Author:



杨青林 医生
Dr. QingLin YANG

副主任医师

Deputy Chief Physician

13 岁开始学习中医

Has studied Chinese Medicine since 13 years old.

1978 - 1982 湖南衡阳医科大学临床医学系

1978 - 1982 Heng Yang Medical University, Clinical Medicine

1982 - 1987 湖南衡阳第一人民医院，中医外科

1982 - 1987 HengYang First People's hospital, CM Surgery

1987 - 2005 湖南长沙第七人民医院，中医外科

1987 - 2005 ChangSha Seventh People's hospital, CM Surgery

2006 年来英国工作，FTCMP 会员。

Has worked in Britain since 2006, Member of the FTCMP.

康德松软膏 (KANDERSOL) 的研制和治疗湿疹和银屑病的疗效观察

The invention and effect observation of KANDERSOL on treating eczema and psoriasis

施治 Ye SHI

【Abstract】: KANDER(UK) Ltd bases on related theories and prescription principle in Traditional Chinese Medicine(TCM), made a exterior used cream--KANDERSOL with modern biological technology. It preserves sufficiently active ingredients inside the herbal medicine, through skin's absorbing and penetration, makes the natural biological and chemical ingredients of herbal medicine easily getting into inner parts of body, to get multifunction, such as anti-inflammation, stopping itching, releasing pain, arresting, repairing, and protecting, etc. it could be used as either clinic treatment, or daily skin caring. After over 10 years and tens thousands cases clinic practices and constantly developing, it finally becomes a effective product for treating skin conditions exteriorly, and has unique formula and preparation method with its own intellectual property rights.

英国康德尔公司根据中医学的有关理论和组方原则,以现代生物技术手段制成的中药外用膏剂康德松软膏有效地保留了中草药的有效活性成分,通过皮肤的吸收和渗透作用,使得中药的天然生物和化学成分很容易进入到机体的组织内部,达到了消炎,止痒,止痛,收敛,修复,和保护等多重功效,即可用于临床治疗又可用于平日养肤。经过十多年和数万例临床实践和不断改良,最终形成了具有自主知识产权的独特配方和配制方法,也为皮肤病的外用治疗提供了一款有效产品,现介绍如下。

1. 主要成分

康德松软膏的主要成分含有十多种传统中药材,配制完成后形成简易包装供本公司内部使用(本公司内部称白膏和黄膏两种剂型,下同)。

康德松白膏:白癣皮,白芷,白芨,黄芩,樟脑,冰片,凡士林等。

康德松黄膏:黄柏,金银花,苦参,地肤子,枯矾,冰片,凡士林等。

2. 制备方法

取上述中药,经灭菌,洗涤,浸泡,磨浆,过滤,提取,分析,浓缩,干燥,配制等十多道工序处理后,再与其它辅助成分和基质按一定的比例混合后分别配制成康德松白膏和康德松黄膏,置凉暗处贮放备用。

3. 性状

本膏为淡黄色、黄色两种剂型,呈软膏状,具樟脑,冰片气味,抹于皮肤时有清爽凉感。

4. 刺激性检验

直接涂于皮肤,经24小时观察无红肿,丘疹,起疱,过敏等不良反应。

5. 卫生学检验

按卫生部《药品卫生标准》和医院制剂规范[1,2]的规定进行,未检出致病性细菌,如金黄色葡萄球菌,绿脓杆菌等。样品贮藏检验:在5℃、15℃、35℃,放置6个月,未见分层,霉败、变色,异臭现象。

6. 临床资料

6.1. 病例选择:本组700例为1997年8月~2008年7月本中心门诊患者。随机选择只接受了康德松软膏治疗,而没有内服中药或其他外用中药治疗的患者。全部患者被分为治疗组600例和对照组100例。治疗组中,男436例,女164例,年龄9-77岁(平均38.5岁);对照组中,男性66例,女性34例,年龄11-65岁(平均年龄37.6岁)。

6.2. 临床分型:治疗组中各型湿疹为380例,其中急性湿疹115例;亚急性湿疹76例,慢性湿疹189例。各型银屑病为220例,其中寻常型银屑病45例,红皮型银屑病63例,关节型银屑病70例,脓疱型银屑病31例,其他11例。对照组中各型湿疹为60例,其中急性湿疹35例;亚急性湿疹16例,慢性湿疹9例。各型银屑病为40例,其中寻常型银屑病11例,红皮型银屑病12例,关节型银屑病11例,脓疱型银屑病6例。

6.3. 治疗方法:治疗组应用本公司所制作的康德松软膏治疗。其中湿疹治疗组(康德松白膏治疗组)380例,每日涂抹康德松白膏两次。银屑病治疗组(康德松黄膏治疗组)220例,每日涂抹康德松黄膏两次。对照组应用Dermatological E45 Cream和凡士林混合后制成的对照软膏治疗,其中湿疹对照组60例,每日涂抹对照软膏两次;银屑病对照组40例,每日涂抹对照软膏两次。上述

各组每十天一个疗程，共治疗三个疗程，并进行疗效对比观察。

6.4. 疗效标准: 全愈，患处皮肤完全或基本正常，无或少量色泽沉着，临床症状完全消失，三个月以内不复发。显效，经治疗，患处范围显著缩小，皮肤症状愈合良好，临床症状明显减轻。有效，经治疗，患处范围缩小，皮肤症状有改善，临床症状有所减轻。无效，经治疗，奏效慢，患处范围无明显改善，身体和皮肤症状无明显变化，需

要配合内服中药或采用其它外用治疗方法方能够达到治疗效果。

6.5. 结果: 用本公司制作的康德松软膏治疗湿疹和银屑病，治疗组疗效明显优于对照组，差异显著 ($P < 0.05$)，详情见表 1。经临床观察不同类型的湿疹和银屑病之间无明显差异 ($P > 0.05$)，性别，以及各年龄组之间也无明显差异 ($P > 0.05$)。

表 1: 康德松软膏对治疗湿疹和银屑病的疗效观察

	湿疹组 (康德松白膏组)		银屑病组 (康德松黄膏组)	
	治疗组	对照组	治疗组	对照组
总例数	380	60	220	40
治愈	123	0	38	0
显效	155	0	108	1
有效	79	11	55	7
无效	23	49	19	32
总有效例数	357	11	201	8
总有效率(%)	93.94	18.33	91.36	20.00
统计学处理	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$

7. 讨论

7.1. 英国是各种皮肤病多发的国家，西医除了使用各种剂量不等的激素药膏外几乎没有特别的外用治疗手段。像肤轻松，去炎松，地塞米松等激素药膏治疗湿疹和银屑病在短期内是有效的。有些患者看到初步治疗效果之后往往会自觉或不自觉的要求长期使用这些产品，而部分医生在没有找到其它有效的外用治疗方法之前，也只能使用激素类的化学药品以满足患者的需求。在英国，我们常常可以看到许多长期滥用激素类药物的皮肤病患者来中医诊所求医，这些患者比较多的是反跳性皮炎，我常常将此皮炎称为激素依赖性皮炎，也就是说使用一段时间激素类药膏后皮肤症状趋于正常或有好转，一旦停药后，原有症状很快复发，此时病人常常会很自然地重新涂用激素类药膏，这种用用停停的不断重复，使得局部皮肤变得异常敏感，随而产生皮肤变薄，毛细血管充血等一系列副作用，病人经常处于好好坏坏的恶性循环之中，备受痛苦。其中一些患者只能选择替代疗法，如中医，西草药等。

7.2. 中医中药在治疗各类皮肤病方面的确有它的独到之处，内服和外用中药对湿疹和银屑病治疗效果是举世公认的。湿疹和银屑病的发病原因很复杂，既有内在因素，也有外在因素，如环境，外伤，感染，饮食，药物，精神，遗传内分泌，免疫和生活习惯等。这些因素直接或间接地作用于体内或皮肤，使得湿疹和银屑病成为发病原因复杂且不易有效预防和治疗的常见皮肤病。根据湿疹和银屑病的致病特点，多数中医认为是身体的血热、湿热、血燥、风邪，血瘀等症状反馈到皮肤上的一些毒素，也就是说机体所产生的代谢物质通过皮肤和其它排泄器官排出体外时遗留在皮肤上的“垃圾”，以及由这些“垃圾”所产生的毒素反应。所以如何去除这些“垃圾”，以及它们复合反应，也就成了外用中药治疗皮肤病的关键所在。

7.3. 比较理想的治疗湿疹和银屑病的方法是内服中药方剂加上外用方法相配合的综合性辩证施治方法，对症下药，标本兼治，内外兼治的方针，基本可以达到临床治愈的效果。同时我们也注意到，临床上过多或不适当的内服苦寒中药使用往往会引发不同个体和不同时期的不良反应，尽管

它们是清除机体内毒素的重要手段。为了避免长期服用可能给身体带来潜在的影响，通常需要停药或间断服用。在病人停药中药期间，外用中药将发挥重要作用。还有一种常见的情况，就是患者拒绝，或不能服用中药，这时单独使用外用中药治疗也能达到较为理想的效果。当然许多行内人士也意识到，外用中药在其疗效上似乎不如内服中药来得快和彻底，无论是剂型还是效果都显得略逊一筹，所以在中国和英国市场上均出现各种各样的以粗制的中药软膏混和激素药膏制成所谓的“中西医结合”的产品，而这些产品在英国的中医诊所使用是违法的。另外，由于这些产品隐瞒了激素类产品的存在，既侵犯了病人的知情权，长期使用同样可以引起各种副作用。有鉴于临床的不断需求，很多年前我们就开始研究自己的外用中药药膏。我们在传统剂型的基础上，对外用药物进行了仔细的筛选，并在制作方法上作了一些新的尝试，使外用药膏针对性更强，产品更加纯正，制作方法更加简便，基本上满足了临床需要。

7.4. 根据湿疹和银屑病的发病特点和皮肤表现，我们将解毒作为治疗湿疹和银屑病的指导思想，采取了以解毒和修复为目的的选药原则。在解毒方面，使高浓度的有效活性成分被皮肤表面吸收并和缓均匀地渗透到皮肤深层，起到疏通经脉，透达腠理，祛风除湿，清热解毒，消肿化痰，通络止痒，最后达到清除病灶的目的。在修复方面，相关的有效药物成分能够在皮肤表面形成保护膜，增强表皮细胞新陈代谢，改善皮下和组织的微循环，减少色素和疤痕的形成，基本达到了荣养生肌、排毒退斑的良好功效。在中药材的配伍方面，除了使用临床上常用的中药材作为治疗湿疹和银屑病的重要武器外，我们还适当使用一些像樟脑，枯矾和冰片等具有通窍，散郁火，消肿止痛等方

面的中药作为辅助药材，这些中药具有温和的透皮渗透和刺激皮肤末梢感受器的作用，经皮肤粘膜达到皮下和肌肉层，从而达到祛瘀，泻火，消肿，收敛，修复，等功效。当然，任何一种外用治疗药品不可能达到百分之百的治疗效果。湿疹和银屑病的确不易治愈，病程迁延难愈，并且容易复发。我们通常除了会告诉患者从体质，环境，饮食，卫生，情绪，和控制过敏原等诸多方面配合治疗以外，还会要求患者在较长一段时间内继续使用康德松软膏来维持治疗或者预防，特别是在停用激素治疗或停药中药期间。

8. 展望

康德松软膏不但具有配制合理，药性稳定，对湿疹和银屑病的临床治疗有良好的疗效，而且不含激素，无副作用，即使长期或大面积使用也不会引起皮肤萎缩，毛细血管扩张等局部和全身副作用，也不会产生对该药的依赖性，因而具有一定的市场前景。在临床上，我们除了使用康德松软膏治疗湿疹和银屑病外，还用来治疗其它一些皮肤病，如皮炎，荨麻疹等多种皮肤病，同样达到较好的临床治疗效果。尽管临床实践证明康德松软膏具有多种优越性，但仍然需要做大量的基础实验，以验证和完善它的作用机理，通过对其进行深入的整理和发掘以期在理论和技术上，特别是在药物，材料和制作方法上进一步完善，最终制备出更高效，更先进的外用中药制剂，以满足更大的市场需求。

参考文献

1. 中华人民共和国卫生部药政局：中国医院制剂规范（2版），中国医药科技出版社，北京，1995
2. 中国医院药剂管理，中国医药科技出版社，北京，1996
3. Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull HU8 7DS, UK.

作者简介 About the Author



施治 医生
Dr. Ye SHI

主任医师，英国康德尔中医药集团主席兼总裁，伦敦康德尔学院院长。

Chief Physician, President and Chief Executive Officer of Kander (UK) Ltd, Principal of Kander College London.

获得过中国军队科研成果奖励7次，其中包括一等奖一次，三等奖三次，四等奖二次，优秀奖一次。

Received 7 Military Awards of China for good research which included one outstanding award.

曾经担任全英中医联合会副主席(FTCM)，全英中医药联合会医师学会副会长(FTCMP)，现为英国皇家医学院会员(RSM)，英国针灸学会会员(BAcC)，英国中医和针灸学会会员(ATCM)，和英国中草药注册学会会员(RCHM)，英国 NHS 注册中医会员 (NHS.D.CHM)。

Vice-Chairman of the Federation of Traditional Chinese Medicine (FTCM) in the UK; Member of The Royal Society of Medicine, Member of the British Acupuncture Council, Member of the Association of Traditional Chinese Medicine and Acupuncture, Member of the Registry of Chinese Herbal Medicine, Member of NHS Directory of Chinese Herbal Medicine, etc.

中药砷的配伍治疗癌证的临床运用

The clinic use of herbal medicine—Arsenic to treat cancer

王明波 Mingbo WANG

【Abstract】 This article introduces the author's ancestral formula of herbal medicine which contains Arsenic and Mercury for treating cancers, including compatibility, the compound after combination, pharmacology, and the nature of herbs; also summarize the clinic experiences and effect of treating various cancers. He proposes "fire with fire", uses the Mercury and Arsenic compound to poison cancer cell, to kill it, and then help our body to expel the dead cell. He emphasizes that during the clinic application, we need put attention on the dosage of compound and how to process it.

癌瘤是当今世界严重威胁人民健康及生命的恶性疾病之一，作为中医临床工作者，当看到无数的癌症患者在死亡线上挣扎，看着他们用乞求的目光寻求帮助，在痛苦和绝望中离去，而我们又苦于爱莫能助。怀着强烈的责任感，为解除广大癌症患者的痛苦，还千百万家庭的幸福，给死亡线上挣扎的患者一线生机，现将家父祖传几代的秘方：含砷、汞中药的配伍及配伍后的产物、药理、药性等治疗各种癌瘤的临床经验及疗效进行整理如下：

1. 家父简介

家父是当地的名医，承接了几代的中医宝贵经验，在家传秘方的基础上家父在无数次的失败，无数次的亲身体验，甚至无数次损伤身体健康的艰苦实践中，终于化剧毒药为无害之宝，创制出稳妥有效安全的砷汞化合物配伍中药治疗各种癌瘤的开拓。在 60 年代经家父治愈的有鼻咽癌，喉癌，食道癌，肝癌，肠癌，睾丸癌等。许多晚期癌症患者经治疗后，减少痛苦，延长生命数十年。

2. 谈癌症

癌症是恶性肿瘤，发病机制及其病理与其他疾病有着本质的区别，因为有着独特的治疗原则，尽可能的杀灭肿瘤细胞，肿瘤是由气滞血瘀，痰凝湿聚，毒邪（包括疫毒，药毒，虫毒，病毒，火毒，热毒等）多种因素，郁结脏腑，阴阳失去平衡，蓄毒成瘤，癌瘤不论何种因素，尽管变化，错综复杂，邪毒结于病体，是本病的根本原因。癌系毒邪致病，属肿毒性疾病，癌瘤与毒并存，形成瘤毒-癌毒。此毒恶性程度大，这种癌毒可以等同于现代医学的癌细胞。并非草木树皮善药能

取效，行气活血，化瘀补虚等方法难能奏效，甚至无效，毒邪深陷，非攻不可，必须求之有毒之剂，正如《医学正传》“大毒之病，必用大毒之药攻之”。因此癌毒才是肿瘤治疗的核心。在中医辨证的基础上，采用砷汞化合物以毒攻毒，抑毒制癌，使癌瘤萎缩坏死继而排出体外。

3. 谈砷

砷，远古时代，人们就知道元素砷（砒霜）：
1) 有剧毒；2) 它可以作为一种贵重药物。早在 4000 多年以前，我国民间就知道雄黄（含砷）的运用。罗马·马格努斯直到 1250 年才发现了砷，比中国晚了 600 多年。1890 年，现代医学之父，威廉·奥斯勒宣称“砷是治疗白血病的最有效的药物。”实际上，如今砷仍被医学界当做治疗急性白血病的化疗制剂使用。说明砷元素早已运用于临床，有着悠久历史的。《本草纲目》中记载，“中药砒霜有剧毒”，砒霜毒性之凶人人皆知，正是这种令人谈之色变的砒霜，亦称大毒虎狼之药。如用量得当，进行特殊炮制，治疗顽疾是有神奇功效的。“毒药能致人死亡，也能治病，剂量不剂就是毒药”这是 16 世纪德国医师帕拉塞尔苏斯的名言，他认为“所有物质都有毒性，没有什么东西是无毒的，毒药或良药之区别在于剂量的控制，毒药多一份则致人死命，剂量得当则成为治病良药。”毒，其实无处不在，不只是像砷这样的毒药过量才会出现问题，几乎所有的药物过量都会有毒，过服维生素 A：可以导致维生素 A 过多，会损伤肝脏；过服维生素 D：则会影响肾功能；摄取太多的水：导致低钠血症。根据病情及人体正常砷汞的含量，超过人体的正常量易中毒死亡。如人体汞 Hg 正常含量 13 毫克，砷人体正常含量

98 毫克（每天食物及海产品摄入 30-40 毫克砷正常量），保持人体内的微量元素平衡。又如卤水有毒，卤水点豆腐，人人吃豆腐没有发生中毒，有道是：有病病受之，无病体受之，有故无陨，攻有毒就不中毒。

4. 砷的炮制

中药讲究炮制，如半夏生姜相畏，生姜能解半夏之毒性，又增强半夏降逆止呕的疗效；砷加入其它物质，给予一定的条件（中药炮制独特的方法）进行化学反应，生成砷的衍生物；汞经炮制生成新的复方 $HgCl_2$ ，这样降低了砷汞原有的毒性，提高了用药的安全性，增强了治癌的疗效，这种砷汞产生的化合物即中国民间传统的化学药物，其制作工艺要求严格，配伍精湛，根据药物的性能和按一定的比例及遵循君臣佐使互相配伍，减轻毒性，研制出最新最佳剂量与配方，确保在临床上合理、科学、安全地使用。

5. 砷化合物中药配伍后的作用

5.1. 对肿瘤有抑制作用和对癌细胞有直接的细胞毒作用，可做到杀死癌细胞不伤害健康细胞，使恶性肿瘤逐步变为良性肿瘤并最终完全消失。

5.2. 使癌细胞逐渐萎缩凋亡。

5.3. 复方 $HgCl_2$ 是一种恢复机体免疫系统平衡的治癌药物，不像其它化疗药物对人体造血系统有严重的损伤，癌变是细胞繁殖调节系统发生障碍造成的，因癌细胞繁殖产生二硫化物键， $HgCl_2$ 是不导电的盐类， Hg 离子会使二硫化物键断开，从而使癌细胞停止分裂，癌细胞酸性高，吸引汞离子多，砷汞化合物在中医辨证的基础上配伍搜剔虫类，植物类药针对病位，病情，病机进行用药。

6. 用药特点及服药后反应

剂量小，疗效高，多数患者服药后，便泻下粘冻和烂肉状物，气味恶臭难闻，泻下秽物越多，

参考资料

1. 《不容忽视的砷》
2. 《香港大学研发成功口服砷剂》治白血病并获专利新闻报道
3. 《砷化合物治疗白血病原理与研究进展》刘菲，郭超
4. 《氧化砷在癌症治疗之应用》台大医院，肿瘤医学部，杨志新医师
5. 《砒霜治癌偏方引发 40 年的科学探索》黑龙江日报 2010 年
6. 《有毒中药能治癌吗》人民日报：王群 2010 年



王明波 医生

Dr. MingBo WANG

作者简介 About the Author

主治中医师

Attending CM Doctor

1957 年生于中医世家，1988 年毕业于辽宁中医学院中医医疗系。

Born in 1957 into a Chinese Medicine family, Graduated from Liaoning University of Chinese Medicine, 1988

30 年的丰富临床经验，祖传秘方治疗各种癫痫病，精神病，特别是治疗癌症，在延长癌症患者的生命和提高生命质量方面，受到癌症患者的好评。

30 years of clinical experience, effective prescriptions for epilepsy, mental disease, extending the life of cancer patients and improving the quality of their life.

发表国家级优秀论文 6 篇。

6 professional papers published in national journals.

英国中医师协会会员，目前在英国行医。

Member of the FTCMP, Currently practicing in the UK.

中医药治疗癌症的进展

A Review on TCM Therapy Against Cancer

李凤栖 Fengxi LI

【Abstract】 Author reviewed the history of research on anticancer Chinese herbal remedy, summarized the benefits of Traditional Chinese Medicine(TCM) on its application in clinical oncology and introduced some results of molecular biological researches on antitumor herbs. Comparing with conventional therapy, TCM has its specific advantages on some aspects of oncotherapy, such as systematic effects, physical recovery, side-effects, prevention and medical economics. Researches show positive effects in many links of human anticancer mechanism on cellular and molecular levels.

癌症的治疗是医学治疗上的一个难题, 中医在癌症治疗中的普及, 提高了患者的生存时间。因为恶性肿瘤的治愈困难的特点, 导致了其单一的西医治疗不能得到良好的效果, 临床上一般采用中西医结合的方式对恶性肿瘤进行治疗。尤其是中晚期没有手术可能的患者, 其中医治疗就显得更为重要。中医中药治疗恶性肿瘤一直是医学界引人注目的课题。过去长时期从消除肿瘤的角度寻找方案。近年来从中医研究、中药研究出发, 充分发挥中医药特长, 使中医药治疗肿瘤的疗效得到了提高, 抗肿瘤中药也得到了发展。近年来中医中药抗肿瘤研究的进展是多方面的, 从几个重要方面进行一下总结:

1. 中医药治疗癌症的优势

1.1. 具有较强的整体观念, 往往能从患者全身的特点加以考虑, 而不只是局限在癌症病灶本身。

对多数的癌症病人来说, 局部治疗是不能解决根治问题的, 还必须从整体观点来看待癌症, 问题在于: 癌症本身的多中心生长, 癌症局部治疗的复发或再生长; 癌症的转移问题等, 这也是局部治疗所不能解决的; 还有癌症的全身性异常表现问题, 癌症局部治疗对全身所产生的影响。

由于中医在整体地看待人体和疾病两个方面有它自己固有的特点。因此, 在整体治疗中, 中医有它独特的长处。

1.2. 改善症状的效果和其他几种治疗方法不一样, 中医中药在这方面也有它的特长。例如: 手术治疗能将癌症切除, 但有时会带来术后的功能障碍, 而出现一些新的症状。放射治疗后的反应和后遗症也是明显的。化学药物治疗对消化道和造血系统也有明显的影响。因而癌症引起的各类症状,

在服用中药后, 常可获得一定时间的改善。如癌症本身也因服用中药而好转, 则症状常可明显缓解, 甚或消失。

1.3. 对体能的恢复: 中医治疗一般不会因治疗本身的原因而影响癌症患者的机体活动能力, 这是与其他方法相比的另一个特点。中药治疗, 一般不会对机体产生新的破坏, 在癌症好转的同时, 身体各项体能也会逐渐得到恢复。

1.4. 副作用较少: 按中医传统的辨证用药, 一般没有副作用, 当然服用以抗癌为主的中药时, 也可能有一定的副作用, 特别是单方、验方。如斑蝥、汞制剂、砷制剂等。可以出现严重的毒性作用, 需要加以注意。我们并不主张采用这些毒性颇大的药物, 因为他们的疗效并不好, 对于一般的中药, 能掌握适应证和适当的剂量, 通常是没有任何副作用的。

1.5. 经济上的优点: 中药应用方便, 价格低廉。

1.6. 癌症预防方面: 基于中医对癌症病因、病机的认识, 以现代医学对某些癌症发病的危险因素的分析, 可以采有某些中药来治疗高危人群, 以降低癌症的发病率。又如可以根据中医的舌象和脉象, 来对癌症的预后加以判断和分析, 脉象转为弦劲、洪大、数, 常提示病情恶化; 脉象趋于缓和、濡软, 常提示病情好转。

舌象变化方面, 如舌质红绛、干燥, 出现剥苔或舌光, 常提示预后较差; 舌质不红、舌润、苔薄, 常提示病情好转。此外, 脉证不符, 例如证实而脉虚, 或证虚而脉实, 也常提示病情不佳。对脉象和舌象的动态观察, 可以在一定程度上弥补现代医学检测手段之不足。

2. 从验方研究到单体研究再到复方研究

建国初期和文革期间搜集了大量的民间单方和验方,进行了广泛深入地研究,筛选出了很多有效的方药。如西黄丸治疗肺癌、六神丸治疗白血病、当归龙荟丸治疗慢粒、大黄蟪虫丸治疗肝癌、肺癌、子宫肌瘤等、鳖甲煎丸治疗妇科肿瘤及腹腔盆腔转移癌、五海瘰疬丸治疗甲状腺癌、乳腺癌、三品一条枪治疗皮肤癌、宫颈癌、夏枯草膏治疗皮肤癌、浅表转移性淋巴结破溃等。在验方研究的基础上进行了大量的中药单体研究,如鸦胆子油治疗肺癌、肝癌,蟾酥中提取的华蟾素治疗肝癌疗效肯定,薏米中提取的康莱特也已广泛应用,青黛中提取的靛玉红治疗白血病。甚至有些中草药的有效成分已提纯为化疗药如:长春新碱、长春花碱;喜树中提取的喜树碱等。近年来又开始大量的复方研究如日本学者用小柴胡汤对肝硬化人群进行前瞻性随机对照研究,发现五年肝癌累计发病率明显低于对照组,而去掉甘草则得不出同样的结果;我国学者用 V79 细胞证实四君子汤具有反突变作用,若去掉甘草,该方的反突变作用则明显低于完整的四君子汤。像目前常用的平消胶囊,安替可胶囊、金龙胶囊、复方斑蝥胶囊、复方红豆杉胶囊、参一胶囊等都是常用的复方制剂。

3. 中药抗肿瘤作用机制的研究进展

肿瘤细胞生物学及分子生物学的研究进展,新的肿瘤治疗途径及靶点的发现,为中药抗肿瘤研究提供了新的思路和方法,其抗肿瘤机制得到了进一步的阐明。中药抗肿瘤机制主要有以下几个方面:

3.1. 诱导细胞分化

诱导肿瘤细胞向正常细胞分化作为一种潜在的治疗措施备受重视,维甲酸治疗白血病实验和临床都得到了证实,研究证明部分中药具有诱导肿瘤细胞分化的作用,如葛根的有效成分可诱导人早幼粒细胞向粒细胞系统分化,使 G1 期细胞群体明显增多。同样在诱导黑色素瘤细胞分化时,是细胞中的黑色素含量增加,细胞呈网状排列。活血药中的丹参所含的丹参酮对宫颈癌细胞具有较好的诱导分化作用,经处理后的细胞形态向良性分化,生长缓慢,集落形成率明显降低。温补肾阳的淫羊藿的有效成分淫羊甙可以诱导 HL-60 细胞分化。三氧化二砷治疗急性早幼粒其诱导分化作用于维甲酸极为相似。复方青黛片也有相同的作用。

3.2. 促进细胞凋亡

细胞凋亡是其程序化的死亡,中药可以促进肿瘤细胞凋亡已在实验中得到证实。我们临床中常用的榄香烯就是从中药莪术中提取的,它能阻止细胞从 S 期进入 G2 期和 M 期,促进细胞凋亡,电镜下可以细胞的凋亡过程和榄香烯用量关系。天花粉蛋白可使肿瘤细胞的 G0/G1 呈现明显的阻止现象,较大剂量时 24 小时诱导凋亡最为明显。三氧化二砷治疗白血病缓解后骨髓中可见粒细胞退行性变,核固缩、核破裂的“凋亡小体”,这些变化完全符合细胞凋亡的形态学特点。

3.3. 免疫调节作用

机体的免疫系统具有限制肿瘤生长的作用,通过生物调节剂改变宿主对肿瘤细胞的反应,可以达到治疗肿瘤的目的。以扶正为主的中药大多可以起到生物调节作用,目前我们常用的象贞杞扶正,黄芪注射液、参芪扶正等可以活化巨噬细胞,促使 B 细胞产生抗体,调节 T 细胞亚群,提高 NK 细胞、LAK 细胞活性,诱导 IL-2、INF 杀伤瘤细胞。

3.4. 杀伤瘤细胞

许多中药具有的有效成分可以抑制细胞增殖,如 DNA、微管和其相关的酶,影响瘤细胞的分裂和 DNA 的复制,直接杀伤瘤细胞。象青黛主要是抑制 DNA 聚合酶而发挥作用,其它长春碱类、喜树碱、三尖杉等。冬凌草甲素、马钱子素、苦参碱、斑蝥素、华蟾素、巴豆碱等都具有杀伤瘤细胞的作用。

3.5. 抗多药耐药

肿瘤细胞的多药耐药是化疗失败的主要原因之一,P-糖蛋白的高表达是多药耐药的可能机制,中药汉防己的有效成分汉防己甲素可完全逆转人乳腺癌对阿霉素、长春新碱的耐药菌株,川芎嗪可显著增加对阿霉素耐药肿瘤细胞的敏感性,补骨脂提取物 R3 与异博定有协同作用,可完全抑制 P-糖蛋白的表达观察 48 小时耐药细胞 P-糖蛋白表达完全消失。

3.6. 抗侵袭转移

肿瘤转移是肿瘤治疗失败影响预后的主要原因之一。活血化瘀中药及其复方具有抗凝和激活纤溶系统的作用,能改善肿瘤病人的高黏状态,减少肿瘤细胞的血行扩散和转移。实验证实川芎嗪、水蛭均可有效控制黑色素瘤的肺转移。

总之,中药抗肿瘤作用的机制是多途径、多靶点,过程复杂,随着中药的现代化和国际化发展,国家对中药开发投入的加大,中医中药抗肿瘤的研究会更加深入,会在肿瘤的治疗上做出更大的贡献。

参考文献

1. 汤岳龙,吴一纯辩证恶性肿瘤经验.北京中医,2001 ;20 (5) :3~5
2. 宋洪恩.三参化痰汤及拔毒攻坚散治疗恶性肿瘤 336 例疗效观察.河南中医,1997 ;5 :17~9
3. 刘嘉汀,施志明,赵丽红 et al .益肺抗癌饮治疗 271 例非小细胞肺癌临床观察.上海中医药杂志,2001 ;2 :4~6
4. 陈四清.原发性支气管肺癌辨证分型探讨.新中医,2002 ;34 (11) :6~8
5. 章永红,金树文.扶正软坚汤治疗肺癌临床观察.河南中医,1998 ;18 (2) :44
6. 杨传标,王建华,陈蔚文 et al .连黛胶囊治疗胃肠肿瘤疗效与中医证型关系的探讨.新中医,2001 ;33 (12) :16~7
7. 杨勤建,雷良蔚,李波 et al .香龙散诱导人胃癌细胞凋亡的机理探讨.中医杂志,2000 ;41 (7) :428
8. 杨继泉,张斌斌.中医药治疗中晚期胃癌 102 例临床观察.中医杂志,2000 ;41 (8) :483~4
9. 程剑华.肠癌证治琐谈.新中医,2000 ;32 (12) :3~4
10. 曲良义,宋玲,杜友明.消瘤液治疗肝肿瘤 36 例疗效观察.新中医,2001 ;33 (1) :53
11. 朱海洪,姜国盛.中药内外治疗中晚期肝癌 38 例.中医杂志,2002 ;43 :609
12. 李雅玲,张淑萍.中医健脾理气法治疗原发性肝癌 127 例疗效观察.天津中医,2000 ;17 (5) :12~3
13. 贾喜花,高尚璞,郑勇 et al .唐汉钧治疗乳腺癌经验.中医杂志,2003 ;44 (2) :96~7
14. 李玉英,谢建兴,王玺坤.中西医结合治疗甲状腺癌 45 例临床观察.新中医,2001 ;33 (9) :39
15. 时水治,武迎梅.通窍搜瘤汤配合金龙胶囊治疗脑胶质瘤 30 例临床观察.北京中医,2001 ;20 (5) :61~3
16. 潘苏白,潘大江.虫蝎搜瘤煎为主治疗颅内肿瘤 30 例.新中医,2001 ;33 (1) :54
17. 尤建良,赵景芳.调脾抑胰方治疗晚期胰腺癌 42 例.中医杂志,2002 ;43 (1) :49
18. 刘义祥.刘伯尧治疗肿瘤医案 2 则.中医杂志,2000 ;41 (2) :118
19. 蔡永梅,李根林.阿麒贴治疗癌症疼痛 178 例临床观察.中医杂志,2002 ;43 (3) :200
20. 陶襄,刘永年,李俊松 et al .癌痛宁巴布剂治疗癌性疼痛的临床试验研究.中医杂志,2002 ;43 (7) :507
21. 李佩文,谭煌英,万冬桂 et al .中药消水膏外敷治疗癌性腹水 120 例临床及实验研究.中医杂志,2000 ;41 (6) :358~9
22. 蒋士卿,杨钦河.开结汤治疗癌性不全硬阻 28 例.新中医,2001

英国中医师学会 About the FTCMP

FTCMP 的中文名称为英国中医师学会,是由在英行医的中医师们组成的一个专业学术团体,马伯英教授任会长。FTCMP 注重学术交流,钻研医疗技术,提倡结合英国实际,因地制宜、因人制宜的开创英国中医事业,因此聚拢了一大批中医名医、新秀。近几年来,FTCMP 多次举办学术研讨会、技术交流工作坊,积累了一大批有价值的学术论文,现择其优者予以专业期刊形式出版,以飨同道。

FTCMP (Federation of Traditional Chinese Medicine Practitioners Institute) is a professional association of TCM practitioners in the UK. The Chairman is Professor Bo-Ying Ma. The aim of FTCMP in particular is focusing on encouraging the TCM academic level through clinical practice and research; exchange of information and experience. It has organized conferences and workshops every year, proving useful articles in the website everyday. Now FTCMP starts to edit the Journal of TCM in the UK in which many valuable and practical articles from overseas TCM practitioners will be published for everybody to share.



FTCMP Workshop 2011
London

中西医结合治疗软组织疼痛性疾病的现代主流学派与比较

Compare the academic schools of soft tissue lesion treatments in combined treatment of Western Medicine and Chinese Medicine

金峥 Zheng JIN

【摘要】 宣哲人软组织外科学，冯天有中西医结合治疗软组织损伤和朱汉章的针刀医学是当今中西医结合治疗软组织疼痛性疾病的三大主要学术流派。总结和比较三家主要学术派别的形成过程、理论学说、诊断方法和治疗特点等。对软组织疼痛性疾病的中西医结合治疗有一个全面的认识。

【Abstract】 The three new schools for the treatment of soft tissue lesion are: Soft tissue surgery as represented by Xuan Zheren, treatment via integration of Chinese and Western medicine represented by Feng Tianyou and Accupotomology with Zhu Hanzhang as the leading practitioner. This paper is a survey for these three new approaches. The aim of this paper is to provide a comprehensive review of these approaches. Furthermore, this survey looks at the historical and theoretical differences between the three schools and analysis their treatment methods and results.

【关键词】 软组织疼痛 学术流派 中西医结合

【Keywords】 soft tissue lesion, soft tissue treatments, integration of Chinese and Western medicine,

软组织疼痛性疾病是指人体的骨骼肌、筋膜韧带、关节囊、滑膜、脂肪垫等运动系统，在急性损伤后期或慢性劳损之后，以疼痛为主，或伴有神经系统症状、功能活动障碍等临床表现的一系列常见的疾病。本病以疼痛为主诉，并可同时伴有其他的临床相关症状。时至今日，中外学者对本病的病因、病理、生理、诊断标准、治疗方法都还没有达成统一的共识。在临床上单纯以西医或者中医的治疗方法都不能取得满意的疗效。中国学者在长期的临床实践中，以中西医结合的特殊理论为指导来治疗软组织疼痛性疾病，在对本病的认识和治疗等方面，均取得了显著的成绩，走在了世界的前列。

在中西医结合治疗软组织疼痛性疾病的领域中，我国医坛近 50 年来出现了一大批佼佼者，而最具代表性的主流学派有三家，他们分别是创始于 1954 年，成形于 1981 年的宣哲人软组织外科学派，代表人物为宣哲人教授；始于 1969 年，1975 年理论成熟并向国外推广的中西医结合治疗软组织损伤学派，代表人物为冯天有教授；发明于 1976 年，1986 年向全国推广的小针刀疗法，2003 年更名为针刀医学，代表人物为朱汉章教授。三家学说的共同特点是均采用了中西医结合的研究方法，并在此基础上建立了各自独特的理论体系和不同的治疗方法。虽然三家学说在基础理论研究、治疗方法上存在着很大的差异，但因为都取得了令人满意的疗效，所以形成当今三家学说并存，各自发展的争鸣格局。下面对这三家主流学

说在形成过程，理论学说，诊断方法，治疗特点等方面进行系统的比较，使读者对中西医结合治疗软组织疼痛性疾病这个领域有一个全面的认识。

1. 形成过程的比较

中西医结合治疗软组织疼痛性疾病的三家主流学说因各家学派代表人物的从医经历不同，产生了各自不同的理论体系。下面就各家学派的形成过程分别述之：

1.1. 宣哲人教授（1923.3—2008.5），1950 年 7 月毕业于上海同济医学院医学本科，1954 年开始，从事软组织损害性疼痛的研究诊治工作，1978 年基本完成了全身各个部位定型的软组织松解手术，1981 年创立了软组织外科新学说，至 2002 年《宣哲人软组织外科学》一书的问世，经历了 48 个春秋。宣哲人教授是我国解放后最早的一批西医骨科医生，他从大量的临床手术实践中，认识到传统西医机械性压迫神经的致痛学说不能合理的解释在临床手术中发现的现象：即正常神经组织受急性机械性压迫引起的仅是神经压迫征象——麻木，而不会引发疼痛，神经组织对慢性机械性压迫具有强大的抗压作用而不易引起压迫征象，更不会引起疼痛。始于 1934 年，国际医坛针对机械性压迫的治疗手段——椎板减压手术仅有近期镇痛效应而缺乏远期的治痛效果，针对这个难题，宣哲人教授大胆的提出了软组织无菌性炎症是导致疼痛的唯一原因，并进一步在发病学、病理学、

生理学、诊断学、治疗学、征象学、预防学等七个方面做出了与传统医学概念截然不同的新学说。在长期的临床实践中,可靠的近远期疗效佐证了对这一致病因素判断的正确性。从而将疼痛学科的镇痛对标治疗发展成为治本除痛的根本性治疗,创新和完善了软组织疼痛学科建设。宣氏软组织外科学在治疗学上的演变,是一个从复杂的软组织松解手术到后期创新出来的银质针灸和压痛点强刺激推拿,治疗程序由繁化简的过程。银质针灸和压痛点强刺激推拿这两种简便易行的治疗方法是根据临床上新的无菌性炎症致痛理论创造出来的。

1.2. 冯天有教授(1942.2—), 1966年毕业于第四军医大学, 毕业后的第3年,有机会向民间中医骨科医师罗有名学习中医骨伤的治疗经验,再结合自己的临床实践,拜访了十多位当时国内的骨科名家,最后以现代的科学知识和方法整理出来,总结和提高了这一民间的骨科技术。1975年冯天有教授编写了《新医正骨讲义》,同年在中医研究院开始向全国推广这一骨伤科新技术,1976年向国外介绍了新医正骨疗法。1977年人民卫生出版社出版的《中西医结合治疗软组织损伤》,代表着冯氏中西医结合治疗软组织损伤学科的正式建立。1994年出版了《中西医结合治疗软组织损伤临床研究》,标志着这一新疗法在学科建设上走向成熟。冯氏中西医结合治疗软组织损伤学科的建立,是一个在总结前人的有效经验基础上,将民间疗法科学化,系统化的过程,是治疗经验在先,经过再思考和再实践而建立起来的。

1.3. 朱汉章教授(1949.8—2006.10), 自学成才、乡村赤脚医生出身,于1976年秋,一个偶然的的机会,使用了9号注射针头给一位老木匠治疗手掌部屈肌腱粘连而获得灵感,发明了小针刀。1987年开始向全国推广小针刀技术,1991年出版了《小针刀疗法》一书,从此小针刀疗法趋向成熟,2002年《针刀医学原理》一书由人民卫生出版社出版,标志着朱氏针刀医学的发展走向了顶峰。针刀医学形成的过程是:在医疗实践活动中偶然发明了一种实用的医疗工具——小针刀,经过26年的发展完善,不断的拓展治疗疾病的种类,形成独立的、比较完整的理论体系和比较完善的诊疗规范,治疗的适应症范围从慢性软组织损伤和骨科疾病扩大到了内科、外科、皮肤科、五官科、儿科等疾病。

宣哲人软组织外科学从建立到最终成型,经历了48年的时间,积攒了大量的非常有价值的病历和病人远期疗效随访,这是宣氏软组织外科学取得成功的最有说服力的证明。冯天有的中西医

结合治疗软组织损伤从学习、总结到成立学说,仅用了8年的时间,早期全国性的推广,培养出大批的掌握了这门新技术的临床医生,总结了大量的病历。朱汉章从发明小针刀到建立起针刀医学王国,用了26年,因在全国的大范围推广和宣传有方,使针刀医学的从业医生最多。

2. 理论体系的比较

中西医结合治疗软组织疼痛性疾病的三家主流学说,因最初采取的治疗手段不同,从而对软组织疼痛实质的研究角度和侧重不同,建立起不同的理论体系,用来指导临床工作中具体的诊断和治疗操作。各家的理论体系是建立在对同一种疾病的病因病机不同的认识上,下面我们做一个具体的比较和分析。

2.1. 宣哲人教授经过48年6000多例软组织松解手术,6000多例密集型压痛点银质针针刺疗法,4000多例压痛点强刺激推拿疗法的临床实践,提出了局部软组织无菌性炎症致痛学说,他认为致痛的直接原因是以劳损为主的各种因素导致了局部的无菌性炎症对神经末梢的化学性刺激。原发点的疼痛刺激引起了相关肌肉的痉挛和组织液的渗出,最终造成相关肌肉的挛缩,这种相关肌肉的挛缩又成为引起疼痛的另一个重要的继发因素。使机体的软组织损伤进入一种恶性循环的状态,迁延日久而不能痊愈。

2.2. 冯天有教授提出了脊柱内外平衡失调学说和单(多)个椎体位移的理论。其理论描述为累积性劳损和(或)组织退变使脊柱的稳定性减弱,当特定体位急剧的变化时,可使脊柱之间的连接部位因超荷载失衡而造成着力点部位的软组织损伤。因而可引起单(多)个椎体位移,关节突关节面的错位,破坏了椎体间的内在平衡,使维持脊柱生理形态的外在肌肉支架系统产生相应改变。机体为了增加椎间孔和椎管的矢状径,减轻或消除神经、血管的压迫,随之出现了颈(腰)肌僵硬、僵直、疼痛、活动受限及代偿性脊柱曲线。久之,出现代偿性骨质增生和椎间韧带肥厚、变性,以维持和稳定损伤后的代偿性脊柱曲线。增生和退变如对周围组织产生刺激或压迫就会出现相应的临床表现。

2.3. 朱汉章教授认为软组织(除骨组织以外的全身所有组织)受到各种形式的损伤后,在治疗和自我修复过程中,又导致了一种新的慢性软组织损伤性疾病。他总结了11种造成全身软组织损伤的原因:暴力性、积累性、情绪性、隐蔽性、疲劳性、侵害性、人体自重性、手术性、病损性、

环境性、功能性损伤。提出了造成慢性软组织损伤疾病的四种基本病理因素：粘连、结疤、挛缩和堵塞，由此而引发了真正的病因：动态平衡失调。

宣氏的无菌性炎症理论是建立在临床病理学观察的基础上，但对无菌性炎症产生的机理和病理转归还不清楚，在临床上观察到消除了无菌性炎症就能治愈慢性软组织疼痛的因果关系，在医疗实践中，证明了此理论的可行性和正确性。

冯氏的脊柱内外平衡失调学说是在临床手法治疗有效的基础上，反向推理出来的假设理论。经手法治疗纠正了患椎（棘突）的偏歪，可以使疼痛症状迅速缓解的这种因果关系，推理出疼痛是由于椎体偏歪引发的，通过纠正这种椎体内在的平衡失调，从而使疼痛得以治疗，但冯氏学说缺乏对造成椎体偏歪的病因给予针对性的治疗，从而显出理论上的片面性。

朱氏的动态平衡失调学说是以 Dr. Ida Pauline Rolf (1896/5/19—1979/3/19) 提出的人体软组织动态平衡失调理论为基础，经过临床观察进而推理出粘连、结疤、挛缩和堵塞四种病理因素。虽然提出了可以导致软组织损伤的 11 种病因，但由其所造成的粘连、结疤、挛缩和堵塞四种病理因素不能被证明为致痛的直接原因，因为在临床实践观察中，有此四种病理因素存在的病人，不一定会出现疼痛的症状。所以笔者认为慢性软组织疼痛与此四种病理因素缺乏直接的必然关联。动态平衡失调学说只能说是一种推理性的假设，是一种概念性的理论，对临床治疗不能给予确切而有效的指导和帮助。因为如果以动态平衡失调理论为依据，来指导小针刀的闭合性手术操作，仅从体表检查是不能反映出深部软组织的动态平衡失调，无法对治疗点（进针点）进行准确的定位选择。

不论是无菌性炎症致痛学说，脊柱内外平衡失调学说还是动态平衡失调学说，描述的是同种疾病在不同发展时期的不同病理表现，无菌性炎症是所能观察到的最直接的致痛因素，因这种疼痛继发性的产生相关肌肉的痉挛甚至挛缩，使机体肌肉间的平衡被打破，最终影响到脊柱的内外平衡失调，而产生了相关的临床症状和相关的影像学表现。

3. 诊断学方法的比较

快速而有效的诊断方法是保证临床治疗应验的先决条件，是治疗方法实施的保障。在慢性软组织疼痛性疾病的诊断方法上有常规的医学检查

程序，已详尽的记录在医学教科书中，是临床骨科医生必须掌握的基本功。中西医结合治疗软组织疼痛性疾病的三家主流学说因阐述病因病机理论有所不同，在对疾病的认识方面也就不尽相同，在诊断学方面，也就存在着适应各自理论学说的不同方法。下面进一步在诊断学上比较一下。

3.1. 宣哲人的软组织外科学提出了大部分软组织疼痛是由椎管外软组织无菌性炎症引起的，总结了一套区分椎管内外软组织损害的检查方法。临床检查中更重视医生对病人的临床检查和征象的分析，而不是依赖日益发达的医学影像学诊断，常规只拍 X 光片，以排除骨性病变。其具体的操作是使用宣哲人创用的人体特定部位规律性特效压痛点检查方法。在鉴别诊断中创用了腰脊柱“三种试验”检查以鉴别腰椎管内外软组织损害，以及颈脊柱“六种活动功能结合压痛点强刺激推拿”检查以鉴别颈椎管内外软组织损害的新方法，准确性极高。

3.2. 冯天友提出脊柱内外平衡失调是损伤性退变性脊柱疾病发病的理论基础，单（多）个椎体位移是其发病的主要病理改变，以此确定了临床的诊断方法——“椎体棘突四条线”触诊法，用来检查棘突有无偏歪，以及偏歪棘突的位置和方向，为下一步治疗奠定基础。重视 CT 和 MRI 的影像学检查，但同时也发现了影像学检查有时与临床表征不相符合，过于强调影像学检查结果会给患者心理上带来不必要的压力和精神上的创伤。

3.3. 朱汉章在《针刀医学原理》一书中，把针刀医学的特殊诊断方法总结为病因学方面的诊断，骨质增生病因方面的诊断，脊柱区带病因的诊断，电生理线路故障的诊断。还总结出功能分析法和综合分析法。重视影像学诊断。总的来说，包含了所有的临床基础诊断学方法和常规检查，但对真正能够指导针刀实施操作的独特诊断方法没有明确的提出。在崔秀芳的《针刀医学》一书中，记录了压痛点是针刀治疗的主要治疗点。也就是说，对选取针刀切入点有指导意义的诊断方法是寻找压痛点，这与宣哲人的人体特定部位规律性特效压痛点诊断方法相同。

同一位患者，同一种病患，因不同学派的医生对疾病认识和见解的差异，最终所收集来的有效临床信息不尽相同，各有取舍，这种有效临床信息的取舍与利用是各学派临床基础理论应用的具体表现，是对同一疾病不同认识的结果，对各学派临床治疗学的实施有直接的指导意义。

4. 临床治疗学的比较

中西医结合治疗软组织疼痛性疾病的三家主流学说在临床基本理论上认识的差异,也造成了临床治疗学上治疗方法的不同。随着对疾病认识的提高与成熟,在治疗方法上,存在着不同时期的特点,这种与时俱进的特色,正是我国医学实践者继往开来的一种风范。

4.1. 宣哲人的软组织外科学所阐述的椎管内外软组织损害性疾病的治疗原则是根据疾病不同时期的病理变化而辨证施治。对就诊的软组织疼痛病人,首先采用对患病部位压痛点强刺激推拿术,一般可取得立竿见影的满意疗效,对那些屡次复发和征象严重的病例则采用银质针疗法多能治愈,只有极少数失效者才会选用定型的椎管外软组织松解手术进行治疗。这种因病理损害期不同而选择由简单到复杂的治疗方法是符合病人的最高利益。在这三种治疗方法中,银质针疗法最常用,适用于最多见的尚可逆转的晚期继发性因素肌挛缩初期的病例,其具体操作为以银质针刺入局麻皮丘下的骨面痛点,按手术松解要求的范围刺遍整个病变区,再利用艾燃导热使皮下针身到针头出现 55~40℃ 的温度,此热能可以完全消灭针刺病变区内所有的无菌性炎症以达到无痛效果。宣氏疗法中禁止采用深层浸润麻醉和激素的封闭疗法,治疗后也不用牵引、手法整复、中西药内服或外敷、薰洗等辅助疗法。因针刺操作严格掌握在针刺安全区内,并且使用较钝性的银针操作,从而保证了治疗的安全性,宣氏所治疗的 6000 多病例中,出现医源性的致残致死率为零,并且采用 5 年以上的远期疗效观察,治愈率达到 90% 以上。这种近于神化般的零医源性损害和高远期治愈率,确实可以说明宣哲人的银质针疗法已经攻克了慢性疼痛这个痼症。

4.2. 冯天有的中西医结合治疗软组织损伤学,主要采用脊柱(定点)旋转复位法。这种治疗方法强调在于定点,当复位瞬间,医生牵引之手将病人重心落在患椎单侧关节突关节上,使脊柱暂时处于失衡的状态,复位拇指再拨动偏歪棘突,同时,通过医生复位的拇指使患椎承受了直拉力旋转分力,并且运用杠杆力而使偏歪的患椎易于复位。手法要求稳、准、轻、巧。在采用脊柱(定点)旋转复位法治疗全过程当中,还需要注意五关,即手法关(医患配合,酌用手法)、平卧关(静态防脊柱旋转椎体变位关)、行走关(动态防脊柱旋转椎体变位关)、端坐关(防上半身垂直压患椎错位关)和巩固关(适宜休息配合功能锻炼)。只有切实的落实了这五关,才可以使治

愈后的病患处不再复犯,保持住患椎已恢复的常态或代偿状态下相对稳定的位置。

冯氏手法治疗后有复发的可能性,究其原因,可概括为病理改变因素和主观因素。对椎间盘,关节突关节变性,关节面已硬化,关节囊已变性者施术后易复发;突出的椎间髓核已钙化、骨化或与神经根粘连的病例治疗效果差。主观因素为医源性的错误诊断,不完善的诊治过程和手法后期没有必要的辅助措施等。

冯氏手法疗效观察:1980 年 11 月~1987 年 6 月,腰椎间盘突出住院病人,随访 278 例,平均时间 1391 天。患者年龄 14~61 岁,平均 39.22 岁。治愈 185 例(66.55%)好转 69 例(24.82%)。观察 1005 例 1~6 周就诊的颈椎病病例的治疗效果,作为即时疗效。近期显效 234 例(23.3%),有效者 718 (71.4%),无效者 53 (5.3%),其中无效者中有 3 例因施行手法不妥,病情加重。手法施行 1 次者占 54%,2~4 次占 44%,5 次以上者 2%。

4.3. 朱汉章发明的小针刀疗法,其基本治疗工具为一枚带 0.8 毫米刃宽的 1 毫米直径有柄针形带刃工具——针刀,针刀既有针刺的作用,又有小范围的切割、剥离作用。针刀疗法属于闭合性的介入疗法,因在盲视下进行的,所以实施操作的医生必须具备丰富的精细解剖、立体解剖、动态解剖和体表定位等解剖知识,按照其介绍的进针四步规程:定点、定向、加压分离和刺入,避免误伤神经血管等重要组织。朱氏针对不同疾病和不同部位发明了 11 种不同的闭合性手术入路,共有切开、剥离、松解、铲削等 23 种手术方法。并研制了 14 种类型 33 种型号的针刀,以用于不同类型疾病的治疗。

朱氏针刀医学的治疗方法包括了四个部分:针刀为主,手法为辅,药物配合,器械辅助。朱氏认为有些疾病的治疗要配合针刀医学独特的手法才能彻底消除致病因素。应用少量的药物以达到吸收闭合手术所引起的组织渗出和防止出血,有促进微循环恢复和预防感染等目的,以保证治疗的安全性。针刀仅仅是针刀医学的主要器械,还要依靠很多必需的辅助器材,才能取得更好的治疗效果。

针刀医学的疗效观察:针刀治疗颈椎病 622 例,男性 284 例,女性 338 例,年龄 22~72 岁,平均 57.2 岁,病程 1 个月至 23 年,平均 4.3 年。疗效标准以解放军总后勤部《临床疾病诊断依据治愈好转标准》为评判。痊愈为 529 例,占 85%,有效为 64 例,占 10.3%,无效为 29 例,占 4.7%。

一年后复发率统计：随访率 534 人，复发 47 人，复发率为 8.9%。针刀治疗骨性关节炎治疗效果显示：病例总量为 3374 例，治愈为 1991 例 占 59%，显效 1046 例，占 31%，好转 270 例，占 8%，无效 67 例，占 2%。针刀治疗慢性支气管炎的疗效观察，确诊的 778 例患者，经 20~30 天治疗后临床治愈 505 例，显效 189 例，好转 68 例，无效 21 例。两年后随访 521 例，临床治愈 427 例，显效 80 例，好转 8 例，无效 6 例。远期效果好于近期。

从以上三家主流学说不同的治疗方法我们可以看出，宣氏的治疗以强刺激的定点推拿和银质针针刺疗法为主，可以解决绝大多数临床中常见的软组织慢性疼痛问题，其优点为：临床检查和治疗方法简单有效，不需要大型的医用设备，对治疗环境没有特殊要求。不足之处笔者总结为 5 点：① 银质针针体较粗（1.1 毫米），排针较密，一次治疗用针数量巨大（宣哲人教授在 2003 年的一次性治疗中在一位病人身上同时使用了 839 支银质针），② 治疗过程中会出现可忍受的强烈酸麻重胀感觉，③ 在行针的过程中使用艾燃助热，污染环境（现改良的电加热仪器可解决此问题）。④ 银质针由于针本身的价格昂贵，不能做到一次性使用，并且常规要一次性基本配备 500 支不同型号的银质针，才可以保证每天完成 4~5 例的治疗任务。⑤ 银质针的消毒方法只能用高压蒸汽消毒法，每次治疗后对银质针修复和保养也是一项工作量不小的工作。

冯氏的脊柱（定点）旋转复位法对脊柱方面引起的常见病有很好的近期疗效，其优点是：对治疗环境没有特殊要求；在诊断明确的基础上，每天接诊的病人量比较大；治疗的价格相对便宜；因仅采用手法治疗，病人易于接受。不足之处在于远期疗效不理想，易于复发；对于脊椎发生骨性退行性改变较为严重的病人，施行脊柱旋转手法复位有一定的困难性和危险性；在病例选择上有一定的局限性。

朱氏针刀闭合性手术对于病位表浅的骨性关节炎来说，治疗效果比较可靠，近远期疗效比较满意，但对于深部软组织损伤疾病的治疗，由于是盲针操作，容易引起不必要的医源性出血和神经损伤，给患者和医生都带来了不确定因素的危险性；针刀闭合性手术操作要求严格按照开放式手术无菌操作要求，对治疗环境要求较高，这些是针刀医学不足的地方。

5. 综而述之：

中西医结合治疗软组织疼痛性疾病之所以能够在中国取得成功，有其必然的因素。首先是时代因素，建国后的建设时期，中国人民自力更生，艰苦奋斗，在医疗界也是中西医团结起来，集思广益，为了一个新医学的目标而奋斗，闯出了独具中国特色的中西医结合道路。再者是医疗制度上的优越条件，提供了中西医结合研究的大量病例源。公费医疗使大量病例局限在国家医院，为医生采集专科病例提供了极大方便，使医生能够连续观察并总结出真实的临床经验，这与现代西方医学实验室中动物实验所得出的临床经验有着天壤之别的优势。其三，我国有着 5000 年的中医药学的传承，针灸术、推拿术、中药的内服和外用都有着完整的理论体系和丰富的临床经验，现代医学中的解剖学知识、病理学知识和先进的诊断设备，对能更好的发挥出中医药学的长处起了关键的作用，这也是治疗软组织疼痛性疾病中西医能够结合的理论根据，也是中医科学化的具体表现。

在软组织疼痛学领域，中国的医学工作者经过几十年的临床实践而总结出来的理论体系代表了先进性和科学性，在世界慢性疼痛领域中独领风骚，这是不容置疑的。但在治疗手段上，我们需要更能体现高科技含量的治疗工具和方法，在临床基础工作中，还需要大量的基础研究支持，才能够把中西医结合治疗软组织疼痛学方面的先进经验传遍世界。

参考文献

1. 宣哲人. 宣哲人软组织外科学[M]. 上海. 文汇出版社, 2008
2. 宣哲人, 王福根, 赵惠民, 等. 软组织外科理论与实践[M]. 北京. 人民军医出版社, 1994
3. 王福根, 傅国信, 高谦, 等. 银质针导热治疗软组织痛[M]. 河南. 河南科学技术出版社, 2008
4. 陈永强, 杨琳, 高秀来. 软组织外科学的基础研究现状[J]. 首都医科大学学报, 1998, 20 (1). 64-67
5. 王福根. 银质针疗法在临床疼痛诊治中的应用[J]. 中国疼痛医学杂志, 2003, 9 (3) 173-181
6. 冯天有. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京. 人民卫生出版社, 1977
7. 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤的临床研究[M]. 北京. 中国科学技术出版社, 2002
8. 朱汉章. 针刀医学原理[M]. 北京. 人民卫生出版社, 2002
9. 朱汉章. 针刀医学体系概论[J]. 中国工程科学, 2006, 8 (7) 1-15
10. 临床治疗效果评定标准[S]. [S]. 卫生部主编, 1981
11. 崔秀芳. 针刀医学[M]. 北京. 科学出版社, 2009
12. 黄开斌, 胡贤荒. 中国针刀学[M]. 香港. 世界医药出版社, 2000
13. 李玉玲. 针刀治疗腰椎间盘突出症研究进展[J]. 实用中西医结合临床, 2010, 10 (2) 91-92

作者简介：金峰，副主任医师，骨伤科专家，出国前在天津市天津医院工作，临床经验丰富，擅长骨与关节损害性疾病的治疗。

About the Author: Dr. Zheng JIN, Deputy Chief Physician, Specialist of orthopedic, had been worked in Tianjin Orthopedic Hospital before came to England, 20 years medical practical experience, Specialise in pain, Musculoskeletal disorders .

胃痛证治举要

Highlights of stomach pain syndrome differentiation and treatment

朱步先 BuXian ZHU

【Abstract】 About syndrome and treatment of stomach pain, there are lots of classifications in ancient medical book, summarize them into two types: one is other organs affecting; the other is itself being ill. The meaning of other organs affecting is the stomach pain caused by other organs' diseases, among them, the contact between liver and stomach is closest. The meaning of itself being ill is pathogenic cold, pathogenic hot, phlegm, blood stasis and food stasis infect the stomach, make stomach lose the function of passing down, and then cause stomach pain. These two types of syndrome usually make trouble together, in clinic practise should differentiate primary and secondary to get the key point. This article only discusses the crucial point of these two types of stomach pain: Disharmony between liver and stomach; Pathogenic cold attacking stomach; stomach pain caused by internal heat due to stagnation of internal toxin; Blood stasis staying in the stomach.

关于胃痛的证治,方书分类甚繁,约其大纲有二:一为它脏影响,一为本脏自病。所谓它脏影响,是指胃痛因其他脏腑的病变而引发者,其中尤以肝与胃的关系最为密切。所谓本脏自病,是指寒邪、热邪、痰浊、瘀血、食滞等伤及胃腑,致使胃失通降之职,从而引发胃痛。此二者往往错综为患,临症当分清主次,方能切中要害。兹举其大要,略加探讨,善学者一隅三反之。

1. 肝气犯胃的证治

前人尝将胃脘作痛责之于肝,痞满责之于胃,因很多胃痛其源在肝。不言胃而言肝,求其本也。

1.1. 倘脘痛连胁,两肋撑胀,欲暖不爽,舌苔薄白或薄腻,脉弦者,乃肝郁不舒,胃失和降之徵。法当疏肝和胃,理气止痛。可用四逆散为主方,酌加苏梗、香附、郁金、娑罗子之属。俾木郁得伸,胃气顺降,疼痛自己。若肝阴不足,或舌上苔少,不耐柴胡升疏者,用川楝子代之。张山雷谓:“川楝清肝,最为柔驯刚木之良将。”由升疏变为疏降,一味之更,方义有别。

1.2. 倘脘痛不休,胸闷胁胀,暖气频作,口苦,吐酸或吞酸,乃肝经气郁化火,横逆犯胃,法当泄肝安胃。可用左金丸加木瓜为主方,配合二陈汤降逆和中,苏梗、郁金、青皮理气疏肝。方用黄连之苦,直折肝火;吴茱萸辛通达郁,引热下行;木瓜之酸,柔肝缓急,且木瓜与黄连同用,有酸苦泄热之意。三味同用,为刚柔互济之剂。简而言之,苦辛同用以利疏泄,意在达肝之用;酸味泄肝阳,敛肝阴,意在益肝之体。任凭泄肝之方千变万化,不出苦辛酸之大法。胆附于肝,中寄

相火,胆火犯胃与肝气犯胃既相关联,又有不同的着眼点。一般说来,肝气犯胃者,脘痛暖气吐酸;胆胃逆行者,脘痛口苦,甚则呕吐青绿胆汁;此为辨证之要诀。凡胆胃逆行,痛呕交作,法当苦辛通降,宜用泻心汤意,取黄连、黄芩、半夏、枳壳、生姜为主药以治之。非连、芩之苦,不足以折胆火炎上之势;非半、枳、生姜不足以降胃止呕;且胃气顺降下行,胆火方得宁谧。

1.3. 倘营阴素虚,肝失濡养,肝郁不达,横逆犯胃,以致脘胁疼痛,咽乾口燥,舌红少津,脉弦细者,治当养阴柔肝,缓急止痛。余常用芍药甘草汤加川楝、木瓜、白蒺藜、郁金、青皮、生大麦芽、玫瑰花等以治之。此类用法,是以酸甘为主,参用苦辛。酸甘化和阴气,敛之、缓之;苦辛以利疏泄,以肝喜条达之故。

2. 本脏自病的证治

2.1. 胃寒痛:多因劳累过度,中阳不振,复受寒饮冷,以致胃脘疼痛,得温稍舒,有舌苔薄白或白腻,脉弦紧等见症可凭。治当温通胃阳,散寒止痛。李东垣《兰室秘藏》草豆蔻丸(草豆蔻仁、神曲、柴胡、姜黄、当归、青皮、黄芪、人参、益智仁、吴茱萸、陈皮、僵蚕、泽泻、半夏、炒麦芽、甘草)正为此证而设。其中草豆蔻温胃寒、散滞气、解湿郁,为方中之主药,亦是胃寒作痛之要药。若脘痛兼见胸闷不舒,口吐清涎,可用良附丸。

2.2. 郁热胃痛:胃寒痛日久,郁则化热,此郁热胃痛之由来。症见胃痛屡发不已,口苦,嘈杂,胸闷欲暖不爽,或小溲色黄,大便乾结,舌尖红、

苔薄黄、脉弦数等。其发病特点，有一个渐进而增剧的过程。治疗此证，法当清中定痛。朱丹溪倡用山梔，他认为山梔有“解热郁、行结气”之功，为“热厥心痛”之要药。他又说：“大凡心膈之痛，须分新久，……久郁则热蒸，热久必生火……古方中多以山梔子为热药之嚮导，则邪易伏，病易退，正易复而病易安。”《丹溪纂要》治“胃脘火痛”，用“大梔子七枚至九枚炒焦，水一盏，煎七分，入生姜汁饮之”。并谓药后胃痛“立止”。山梔是凉而能散者，炒焦可减其寒凉之性，姜汁只宜用小量，假辛味以开达郁结，且辛与苦合，能通能降，这是配伍的精妙之处。余常用梔子乾姜汤为主方，胸中窒闷，加桔梗、枳壳；夹痰郁，加蛤粉、瓜蒌；夹血郁，加丹参、赤芍；每可获效。若郁热伤及胃阴，脘痛如灼，舌质偏红、苔薄而乾或薄黄少津，不耐苦寒、辛热之剂者，可用蒲公英为主药，辅以川楝、白芍、石斛、香附、郁金、绿萼梅等，可收濡养胃阴、清中定痛之效。

2.3. 瘀阻作痛：胃痛初期在气，久病入血。叶天士谓：“胃痛久而屡发，必有凝痰聚瘀”。此瘀阻作痛之由来。此证往往痛如针刺，舌质衬紫或舌质紫暗，治当化瘀止痛。余常用丹参饮加莪朮为基本方，随证损益。丹参养血活血，兼可养胃，可用至 15-30 克；砂仁、檀香行气通络，气行则瘀行；莪朮宜用面裡煨熟用之为佳。王执中《资生经》：“执中久患心脾疼，服醒脾药反胀，用……莪朮面裹炮熟研末，以水与酒醋煎服立愈，盖此药能破气中之血也。”若证见酸水频多，宜加煨瓦楞子，以其不仅功善制酸，兼祛老痰积血，一药多用，终不离化瘀止痛之主旨。

以上仅就胃病之辨证、立法、遣方、用药，粗举其要，聊供参酌。明乎规矩准绳，方能化裁变通，有所创获。清人费伯雄谓：“巧不离乎规矩，而实不泥乎规矩。”旨哉斯言！愿与诸君共鉴之。

作者简介 About the Author



朱步先 医生

Dr. BuXian ZHU

1945 年生，江苏泰兴人。始承家学，后拜朱良春、朱则如为师，学习中医，从医五十载。

Born 1945, TaiXing JiangSu. Started to study Chinese Medicine with family, then studied with Famous doctors, Dr. LiangChun ZHU and Dr. ZeRu ZHU. has 50 years clinical experience.

1983 年任江苏省泰兴县（现泰兴市）中医院副院长。

He was vice President of Taixing hospital in 1983,

1985 年奉调中国中医研究院（现中国中医科学院），先后任《中医杂志》编辑部副主任，《中医杂志》社副社长兼编辑部主任。曾任《中国大百科全书·传统医学卷》编委，该书《理论分支》副主编，《中国医学百科全书·中医学》编委，《现代中医内科学》副主编等。

He worked in the China Academy of Traditional Chinese Medicine since 1985, Vice President & Editorial Director of the *Journal of Traditional Chinese Medicine* etc.

1992 年出国，在海外传播中医学，专注临床及学术研究，现居英国牛津。

1992 Came to Britain to spread the influence of Chinese medicine overseas, focus on clinical and academic research, Now he is living in Oxford, UK.

现担任英国中医师学会（FTCMP）学术顾问。

Currently serves as academic advisor in FTCMP.

在英行医十五年的点滴体会

Personal Experience of How to Be a TCM Doctor after 15 years' Practice in the UK

安家丰 JiaFeng AN

【摘要】我认为在英国作一个成功的中医，必须具备的条件：一要有经营头脑；二要有好的医术；三要有英语沟通能力，靠你丰富的医学知识和西医化的英语解说去说服病人。要在诊治后认真查找资料，不断改进治疗方案。在行医过程中，要总结各种病症的治疗经验，登记成册，对于皮肤病应收集疗效照片，可制作各种皮肤病治疗前后对比的相册，保留病人的感谢信。要重视发挥中医的强项，以己之长补西医之短。要宣传中医是整体根治，而不是仅仅对症缓解，并要强调中药无毒副作用。要把中医知识西医化，通俗化，让病人能够听懂你在说什么。而不是把中医神秘化。我撰写了大量英文资料，包括全套中英对照病名，化验检查英文名、接待、问诊、解答问题、常见病销售示范英语及几十份治疗建议。用通俗英语解释病情、舌脉、治则，让病人知道你真正掌握了他的病情，病人也懂得了中医药治疗方法，他就会信任你。要适应英国国情，注意中医本土化。中药不能太苦，针灸不能太疼。要重视中西医结合提高疗效。注意中药西用。

【Abstract】 I think there are three essential characteristics to be a successful TCM doctor in the UK. Firstly, you have to understand the business and have the business acumen. Secondly, you have to have good medical knowledge and skills. Lastly, you have to have good language and communication skills. You have to be able to convince your patients with abundant medical knowledge and explain the principle and theory in western medicine terms.

It is important to do a number of things:

---You should do some studies of outcome after your diagnosis & treatment in order to improve results. You should sum up your experience and file all records and reports. Take skin problems as example, it's a good idea to take photos before & after treatment. And also keep patients' feedback letters and thank-you letters well because they have a big convincing power.

---You should explain clearly to patients the advantages of TCM over conventional western medicine. You should emphasize that TCM is a holistic treatment rather than only aiming to relieve symptoms and TCM is natural approach to health.

---Chinese medicine is different medical system, you should explain TCM terms in western medicine. You should always use common English to explain patient's condition to avoid making TCM too mysterious. I have edited many Chinese-English materials such as the names of illness; index of laboratory tests. I have also written the best practice of reception, consultation, asking & answering questions, OTC sales on common illness and many articles on different treatments. It is important you explain to the patient his/her condition, tongue and pulse diagnosis and the direction of treatment. Once your patient knows you really understand his/her condition and gets idea of treatment, he/she will then put trust on you.

---To adapt to the UK market, you should try to avoid using very strong-taste herbs and painful approaches in acupuncture treatment to improve the acceptance.

---To achieve better treatment results, you should adapt TCM to the way that western medicine approaches.

我在英国从事中医职业已经十五年了，我所在的康泰中医药公司伦敦一号诊所，营销业绩始终稳定保持公司金牌的位置，无论金融危机还是媒体抹黑，都没有影响我们在华人和英国客户中良好的口碑。究其原因，除了康泰公司坚持以人为本、重视专家治店和广告宣传等成功的经验，我认为在英国作一个成功的中医，必须具备的条件，一是要有经营头脑，二是要有好的医术，三是要有英语沟通能力。

首先要善于营销。哪怕你是个大教授，抓不住病人，诊所亏本，无法生存，还谈何发展？许

多同仁都有丰富经验，不需多谈。要想长远发展，一靠医疗技术，二靠推销艺术，三靠优质服务。真正为病人解决问题，病人才能回头复诊。国内流行求医难，病人有求于医生，故送红包屡禁不绝；在英国中医诊所是医生求病人，你必须靠你的优质服务“求”病人接受治疗。要设身处地为病人着想，让他感到你是真正担心他，为他好，而不是为赚他的钱。要百问不烦，百拿不厌。要靠你丰富的医学知识和西医化的英语解说去说服病人。我曾诊治一位英国女士，她患乳腺癌已是晚期，曾在医院作化疗、放疗等各种治疗均无效。医院通知她 terminal 了，让她回家等死。她抱着

一线希望，但又没有信心，先后三次来找我，咨询了几个小时，第四次咨询才接受治疗。随着疗效的出现，她逐渐有了信心。坚持服药一年，经医院复查，完全治愈。现追踪八年，无复发。她先后给卫生部、全国癌症协会写信，赞扬中医，并介绍了许多癌症病人前来就诊。

英国西医水平很高，全民都有公费医疗，因此来中医诊所诊治的多是疑难杂症，如湿疹、牛皮癣、不孕症、关节炎、偏头痛、花粉症、抑郁症（Stress）、IBS等等。这就要求大家努力，不断提高诊疗水平。要认真分析病情，对于新病人，要使出你的全部本领。对于慢性病病史长的，可以先治标，也就是针对病人最痛苦而又能够快见效的症状给予治疗，如退烧、止痛、止痒。争取有效，病人能够复诊，再慢慢调理。要在诊治后认真查找资料，不断改进治疗方案。在行医过程中，要总结各种病症的治疗经验，登记成册，对于皮肤病应收集疗效照片，可制作各种皮肤病治疗前后对比的相册，保留病人的感谢信，以及针对不同病症的宣传单，供就诊病人阅读参考。病人对中医药治疗的疗效了解多了，相信了，就会接受中医治疗，回头率就高。疗效好的病人还会相互传颂，起到宣传作用。由于作好了以上工作，我店拥有几千个遍布世界，长达十几年的客户。对于价格，可以灵活掌握，根据病人不同情况酌情定价。对于顾客，不论贫富要一视同仁，不能歧视贫穷的顾客；对于推销，不能急功近利，搞短效的宰人行为。古语说：善有善报。我们善待病人，病人才会回报于你。

要重视发挥中医的强项，以己之长补西医之短。西药品种单调，多用激素、抗生素、维生素等。要宣传中医是整体根治，而不是仅仅对症缓解，并要强调中药无毒副作用。我曾用化腐生肌之法治愈了西医六年未治好的臃疮腿，用药捻治愈多次手术拔甲痛苦不堪的嵌甲病人，震惊了大医院的西医专家。

要重视提高英语水平，直接和病人沟通，真正掌握病情，取得病人信任。要把中医知识西医化、通俗化，让病人能够听懂你在说什么。而不要把中医神秘化。这样，英国病人可以用他们的知识初步了解中医的基本理论，了解你的思路，接受你拟定的治疗方案。我曾是中国国家中医药管理局中医翻译课题组成员，一直主张必须意译，

而不能音译。我来英后不仅在华文报刊上发表了上百篇科普文章，而且撰写了大量英文资料，包括全套中英对照病名，化验检查英文名，接待、问诊、解答问题、常见病销售示范英语及几十份治疗建议。协助公司网站把中医知识通俗化。有医术还要有语言艺术，巧妙地解释病情，说服病人接受治疗。我注意用通俗英语解释病情、舌脉、治则，让病人知道你真正掌握了他的病情，病人也懂得了中医药治疗方法，他就会信任你。信则灵，疗效必然会好。

要适应英国国情，注意中医本土化。就像中餐要适应英国人地口味一样。首先英国人服药怕苦，而中药多苦辛酸涩，病人很难入口。除了要向病人讲明良药苦口的道理，还要尽量少用苦药。我来英后把上百种苦药换成疗效相近的甘平之品。我长期研究使用的治疗小儿湿疹的方剂，婴儿都可以饮用。英国白领绅士爱面子，怕跑厕所，给他们的方剂就尽量不用泻法，以免引起便溏腹泻，如果用有滑肠作用的中药用量要小。英国人不理解发疹排毒，服药后把疮疹皮疹排出来，他会以为越治越重，我就不用疏风解表、托毒透脓之法。动物药、昆虫药、矿物药更是尽量不用，皆因国情民情不同。中药不能太苦，针灸不能太疼，绝不可坐位针灸。晕针、拔罐出血疱都会吓坏病人，一定要事先讲清楚。心理暗示治疗很重要，宁可用半寸针，多扎几个阿是穴，也不要一针灵，选用疼痛敏感、易出血、有风险的穴位进针。

要重视中西医结合提高疗效。医学科技不断进步，中医也要与时俱进。北京中医医院的中国十大名医如关幼波等，早就结合X光及化验检查结果做诊断，并把经验电脑化了。要认真看病人带来的西医资料，以提高诊断水平。中西互补、中西医结合必能提高疗效。例如，我治疗不孕症疗效颇佳，除了中医辨证施治，也得益于用西医理论来指导病人，减少做爱次数提高精子浓度和选择排卵期做爱就是很重要的两个方法。我还注意中药西用，按中药疗效分为抗菌、抗病毒、止痛、镇静、止咳平喘、抗过敏等，进行灵活组方，疗效很好。

以上个人体会，共同探讨。希望大家看远一些，不要急功近利，努力提高医术医德才是根本。相信笑到最后的是有真才实学的、老实肯干的真正中医。谢谢大家！

英国中医药 21 世纪展望

Prospects for Chinese Medicine in Britain in the 21st Century

马伯英 Professor BoYing MA 全英中医药联合会主席 *Chairman of the FTCM*

【摘要】 中医信息传到欧洲 350 年, 但真正发展起来是近 30 年。本文分析中医学跨文化传通成功的条件和在英 30 年所遇到的问题 and 困难。英国中医经过大家艰苦奋斗, 建立了相对稳定的框架基础。尽管争论不断, 问题层出不穷, 但此次中医跨出国门以后, 已经不会退缩了。前景是光明的。不过, 要求中医在海外有更大发展, 需要海内外中医同仁作出进一步的努力。关键是在中医药的安全性和有效性的证据提供方面, 我们有大量工作要做。如果这方面的工作做扎实了, 中医在海外文化土壤里的根就能牢固, 就能长成大树。二、三十年后, 海外中医的主力有可能转化为以当地人士而不是中国中医师为主的局面。近年中医的科学研究在海内外正蓬勃兴起, 这是极好的苗头。研究的困难仍然很大, 但日积月累, 终有一天会有大的突破。本世纪末, 应该能达到一个新阶段。那时, 海外中医上升为世界性的主流医学, 是完全可能的。

【Abstract】 Information on TCM has been transferred to Europe for 350 years, but the development of TCM has only occurred during the recent 30 years. This paper analyses the essential conditions for the cross-cultural transmission and what problems and difficulties have appeared in the UK for TCM. However, a more reliable base of TCM has now been established in the UK. Some arguments regarding TCM may persist but it is impossible that TCM in the UK be returned to China. The future of TCM is brilliant. To promote such a future the TCM sector needs to submit more and more solid evidence proving its safety and curative effects in order to establish a solid base for TCM overseas. It is possible that indigenous peoples will become the main practitioners of TCM in several countries in 20-30 years to come. TCM research has recently interested more and more western scientists. This is a good omen for TCM and it will surely reap the desired results although the difficulties are still tremendous. I anticipate that the TCM will attain a new status and that it is possible that TCM becomes one of the orthodox medicines in the world as is the western modern medicine.

1. 条件

现在人人侈谈全球化, 中医的全球化是一典例。鲁迅先生有一名言: “愈是民族的, 就愈是世界的。”于是人们普遍认为, 中医走向世界是必然的、早晚的事, 一定会受世界各国人民青睐。然而问题有那么简单吗? 中医在中国发展了两千余年, 欧洲人得到中医的信息也已起码有了 350 年, 为什么中医只是在近四十年才在欧美兴起? 其实鲁迅是从民族文化的特殊性角度谈问题, 说明自我尊重、保存发扬民族文化的意义。但从人类学角度看, 跨文化传通是有条件的。不是所有民族文化都能被异域世界所认同、所接受。中医的全球化有其特殊性。中医药之所以能够在上世纪九十年代开始在英国立足并迅速发展, 是基于以下的条件和因素:

1.1. 信息的新异性和广泛传播。

中医学对西方人而言, 是一个完全不同的医学理论和临床实践体系。其信息的新异性是足够的。350 年前波兰传教士医生卜弥格 (Michel-Pierre Boym, 1612-1659) 将中医中药作为博物学的知识带回欧洲, 荷兰人布绍夫 (H.

Busschof) 将中国的灸术施用于治疗痛风, 这些信息对于欧洲人来说都是新奇的。不过由于时代的原因, 它们行之不广。后来陆陆续续的中医信息仍不断有去, 都同样仅仅在局限的范围内起作用。直到 1972 年尼克松总统访华, 美国记者目睹并报道了针刺麻醉手术的成功案例, 西方世界才掀起了针灸热。这显然是信息广泛传播的功劳。从此中医的信息成为媒体关注的敏感点。媒体作为信息的载体和通道, 在全世界范围内通行无阻, 只有现代信息社会才做得到。中医的全球化是受惠于信息化时代的到来而到来的。

1.2. 信息的需要度。

如果一种异文化信息毫无用处, 不为该地文化所需要, 就会被束之高阁, 无人过问。需要是创造之母, 同样是异文化信息落地生根的基础。300 年前中医信息适应了欧洲小范围的需要——博物学和痛风病人治疗的需要, 所以进来了; 但行之未远。近 40 年中医在英国和欧洲广泛传播, 适合了病人苦于西医药抗药性、耐药性、副作用太多而需要有替代和补充之法。中医药恰恰有此能力。而且此次传入的信息, 不是仅仅灸术治疗痛风那样单纯一法, 而是全面介绍中医; 不是博

物学知识单单为少数学者之需，而是有实用的医疗价值。于是中医药在英大行其道。需要度相当高。

1.3. 信息的可信度。

新异的信息如果可信度不高，将随着新鲜度的降低而只是昙花一现。针灸的可信度因为镇痛机理经实验证明与内啡肽的产生有关而得到支持；中药治疗皮肤病的有效性经 Dr David Atherton 用西方“医学金标准”双盲、随机、对照的临床实验研究证实，令公众一时哗然倾倒。可信度的显示是中医为西方认可并接受的真正起点。可信度体现的是中医的科学性。经验有效可以帮助信息泛化效应，但不能替代信息可信度的科学证明。

1.4. 信息的可学习和可操作性。

一种科学技术或医学治疗手段，如果只能口谈而不能实际学习和应用，那就是纸上谈兵，不足为训。这是科学技术的可重复性和可操作性所要求的。近三十年的西方人学习中医热潮，他们回到祖籍地后能够施行并获得相近疗效，证明中医信息是可学习、可操作的。换言之，中医不是只有中国人才能学、才能做的。世界各国，不同民族、不同文化背景的人咸可得而知之，得而用之。一种异文化的医疗技术和理论要坚固立足下来，最后依赖的还是该国的原住民。不然，就只不过是文化移植，而不是传通。

1.5. 法律的罅隙。

按理，像英国这样现代医学极为发达的国家，“卧榻之侧岂容他人安睡？”居然能容得下中医行走！原来事出有因。早在 1543 年，亨利八世有过法令：任何人都可用草药治病。1968 年修改的医学法，保留了这一基本点。1994 年政府有意废除此一条款，但遭到业界反对。中医正是走了这法律上的罅隙，进了英国的国门。对比一下欧洲的法国、德国、意大利、西班牙等国，就没有这样的幸运。至今在这些国家，中医中药除了有西医证照的西医师之外，是不可以执业使用中药的。

1.6. 市场的推动力量。

当今之世，任何忽视或否定市场力量的看法、做法，都有不能与时俱进之虞。1990 年代 David Atherton 证实中药对治疗湿疹有效的消息不胫而走，罗医生诊所门外病人通宵排队，生意火猛。一对犹太夫妇看到商机，找使馆科技处到中国聘中医师，马上开出几家诊所。随之中国人也抓住了这商机，一大批中医诊所开了出来。1998 年英国中医诊所达到 3000 家。一些有识之士开起了连锁店诊所公司。大批中医师被聘请来到英国。英国的中医才有了如此盛大局面。

2. 障碍

有了上述条件，中医堪称顺利地进入了英国。但随之而来的是处处遇到麻烦。归纳起来，不外以下一些：

2.1. 安全性受质疑

1998 年前后陆续有几例肾功能衰竭病人，因为服过中药，就被认定为中药不安全的证据。“中药肾病”的帽子盖下来，变成凡病人有副反应出现而又是吃过中药的，统统算在中药头上。英国药物委员会一位教授在药物管理局的新闻发布会上宣称：中药在最低标准下也是不安全、不可靠的。

2.2. 有效性受质疑

一位自诩为英国唯一的 CAM（辅助和替代医学）教授到处发文攻击中医中药无疗效。所谓有效“都是安慰剂样作用”。舆论要求中医拿出“双盲、随机、对照”金标准作临床研究的证据来。在讲授针灸和中医药的课堂上，学生也要求讲者“拿出证据来”。

2.3. 法规管手管脚

英国的法规林林总总，有很多与中国不同。中医不能用西药，不能用动物药、矿物药（尤其是含重金属者）、濒危动植物药、明令禁用药（例如龙胆泻肝丸，复方芦荟胶囊，木通，防己，马兜铃，青木香等）。广告不能说能治愈甚至治疗疾病。不准称 Doctor。诊所一定要有厕所、洗手池、防火设备、保险等等。许多新手几乎动辄得咎。

2.4. 立法争论不休

2000 年年底上议院蓝皮书将中医药和传统针灸打入 3a 组别，谓是“无科学证据而与某种哲学、宗教相联系的医疗体系，不能予以财政支持做研究或教学。”经过争辩，这种意见慢慢退出舞台。但政府担忧中医在英发展太快而失控，安全性堪虞，于是 2002 年开始着手准备立法。立法之初，中医师不被认可，要在草药师名下注册。经过两轮抗争，中医药获得了单独立法注册的地位，中医师的头衔得到认可和保护。现在正进入第三轮。问题的焦点是：针灸要独立立法注册，中医学的整体性有被分割之虞；中医药的安全性仍多质疑；中国的中医药大学学历未被承认可以豁免考试；中药的使用大受限制；对中国来的中医师英语水平要求过于严苛（雅思 6.5 分）等等。最后尘埃落定，立法将立到什么程度，我们正在继续论争，但也只能拭目以待。决策权毕竟不在我们手中。

3. 化解

遇到以上种种困难是不奇怪的。“忍耐、沉默不语”？“束手待毙”？“在人矮檐下怎敢不低头”？“逆来顺受”、“有口饭吃再说”？中国人性格中消极的一面曾经弥漫在英中医界。中国来的中医师英语水平不够也是无力反击的重要原因，但英语好的人可能更主张妥协。各人的利益出发点是不一样的。我们怀着一种强烈的历史使命感、责任感，感到中医走出国门之不易、机遇之难得，面对强势压迫，唯一的选择是抗争。

“明知不可为而为之”。我们的原则是：

3.1. 要为海外中医争取最佳前途，今后的路走起来顺畅些；

3.2. 保护已在英行医的 3000 名中医师，不要让他们失去继续从业的机会；

3.3. 捍卫中医的主体性、完整性，既要与各方人士争取和谐相处，又要反对歧视、贬低中医的错误言论，对无端攻讦予以反击。

我们写信给首相、卫生部长、立法工作组、报刊，上法庭辩护，向议员公关等等，说明我们的立场，解释中医的特点，提出我们认为的合适方案。这些工作是有成效的，在立法进程中取得了阶段性成果。但“革命尚未成功，同志仍须努力。”

对于那些恶意攻讦中医的人，我们据理力争。“以子之矛攻子之盾”，将他们的无理性揭发出来，大大抑止了他们的气焰。

对于英国既有政策法规，我们要求中医师加以遵守。不了解的逐步了解之，遵守之。加强中医师的法律意识和自觉性，取得了良好效果。

跨文化传通过程中一些争论将不可避免。“不打不相识”，有伤和气的，也有不伤和气的。加深互相理解，增加互信，这个目标是可以达到的。

4. 展望

中医在英国，由于政府 8 月 3 日公布的咨询文件立法意图不明朗，其前景最近变得有些扑朔迷离起来。原定的立法管理（SR, Statutory Regulations）准备过程进行了 7 年，现在忽然说为了节省费用，将予中止。我们本来想，如果中医在英国立法，等于是西方最发达国家之一的英国赋予中医法律地位，将成为其它国家承认中医的示范，有不可估量的正面意义。如果现在不立法了，不免有倒退之感，令人遗憾。

然而此次咨询文件，对中医有了一个比过去任何一次文件都好和准确的定义，是对中医的充

分肯定。就此而论，我们似乎不必因不立法而感沮丧。

针灸因其在英国人数众多，影响大，将被视为一个独立行业。这意味着某种程度上针灸从中医分离，破坏了中医的整体性。西方社会是很实用主义的，而且他们的思维方法总是朝细分的方向思考，故而针灸独立的趋向将难以扭转。不过，在中医定义中包含了中药、针灸、推拿、气功等；在头衔保护中 TCM Practitioners 指的是既能做中药治疗又能做针灸的中医师。在这个意义上，中医的整体性是受到肯定和保护的。

中医师的资格认定和谁来执行注册，目前没有定论，要求公众提出一个合宜而省钱的办法来。争取中医有一个自主的组织机构，例如有政府认可的中医学会来实施注册，是比较理想的选择。这需要中医界团结，形成一个统一组织，困难有点大。另外一些选项，例如交由别的组织来管；由地方政府来管等等，特别是后者，很可能是卫生部隐而不言的打算。

中药的原形植物使用并无问题。成药与欧盟草药制品法（2011 年 4 月全面执行）有关。其中有一条，各国有权相机制订适合自己国家的办法执行。英国药物管理局容许让合乎资格的业者、在一对一诊断的条件下使用由第三方提供的草药制品。即可以处方用之，但不能零售。这是一条控制中药成药安全使用的办法。对业主而言，会缩减一大半营业额。大商场的中医商店可能面临关门命运。

英语水平仍被定在雅思 6.5 分。但已在英执业的中医师有可能借祖父母条款豁免，以配置翻译等办法弥补语言沟通的不足。但尚未定论。对将来想到英国行医的中医师而言，6.5 分看来是躲不过去的一道关口。不过，到一个英语国家行医，必要的英语能力是题中应有之义，对海外中医的长远发展，也是有利的，我们不能反对。我们也应加强对已在英执业的中医师的英语培训，提高语言能力。

总体来看，英国的中医，立法也好，不立法也好，加强注册管理是肯定的，这对于整顿中医市场也是有好处的。

从全局考察，中医的地位在英国，比起 7 年之前是上升的，框架基础已经建立。除非发生重大变故，这个基础被抹出局外的可能性很少。21 世纪的英国中医是如何夯实这一基础，进一步提高发展的问题。

今后将遇到的问题是能否提供足够的中医中药安全和有效的证据。这方面国内研究机构应当

有所作为。就大部分病症和中药及针灸方法而言，目前我们只能说经验有效、经验证明副作用较少。拿不出数据来。海外中医要做这方面研究难度较大，国内的医院、研究机构较容易和较快做出结论来。如果有那么一本书，把研究结果汇总并列列表，是海外中医顺利发展的必要条件，也是海外中医的福音。这样的研究结果出示给那些指责中医无科学根据的人，将令之闭嘴。中医能立于不败之地。

有一种趋向值得考虑：由于语言等原因，20-30年后英国中医的主体力量是否仍为中国来的中医师，这是大有疑问的。就海外中医的发展，中医全球化的势头而言，这未必是坏事。现在需要做的是：海外中医教育如何向高标准、高水平方向进步。国内的中医教育机构、世界中医药学会联合会应当承担起此一责任。

2007年以来，中国政府加重了中医药国际合作研究的经费投入力度。欧洲和英国的研究者趋

之若鹜。21世纪将成为中医药研究有重大突破的世纪。这一突破，能使中医地位提升，最后与现代西方医学并驾齐驱，成为世界性的主流医学之一。

总之，尽管近期中医在海外的争论还将继续，困难和波折不可避免，但中医已经跨出国门，只要中医的核心竞争力（有效和安全）在，中医药在海外的市场需求仍然兴旺，国内外中医界仍在不断提高中医水平，中医在海外的前途就是光明的。前述的种种障碍都不是不可克服的。21世纪英国中医的前景在经历一段调整时期之后，会发展得更好；其能否发展得更快一些，则取决于科学证据的提供之早晚快慢；而中医是否有可能成长为世界主流医学之一，端看中医研究的成果达到什么程度。

我对21世纪的英国中医药充满信心和期待。

征稿启事

《英国中医》杂志为中英文双语中医药学术期刊，每年出版两期。为了提高本刊在海外中医界的学术水平，恳请诸位中医同仁及各界朋友赐稿。稿件中文或英文均可，中英双语为佳。字数要求：中文3500字以内，英文2500字以内，并附300字以内中英文摘要。投稿以电子邮件发往：ftcmpuk@gmail.com，请注明“《英国中医》杂志投稿”字样。

Call for Papers

The Journal of Chinese Medicine in the UK is a bilingual TCM periodic, publish twice a year. Its' aim is to encourage communication and to raise academic standard in the field of TCM. We now ask TCM patricians and experts to submit academic papers. Submission can be either Chinese or English, but preferably in both. For papers in Chinese, please limit it to 3500 words, for English submission, please limit to 2500 words. Abstract should be no more than 300 words for both Chinese and English submission. Please send your submission to ftcmpuk@gmail.com, and title the subject as "Paper submission".