

ISSN: 1745-6843
Volume 24 Issue 1
第 24 卷 第 1 期



英国
中医
针灸
杂志

**The Journal of Chinese Medicine
And Acupuncture**

An Official Academic Journal of
Association of Traditional Chinese Medicine and Acupuncture UK

30th March 2017

英国中医药学会会刊



Professional quality for effective results



QUALITY 质量

Authentic herbs grown with the DaoDi concept
原产地地道药材

100% non sulphur treated

100% 无硫磺熏蒸处理

State-of-the-art spray drying granulation for
higher concentrations and purer end product

业内领先高纯度干式提纯工艺

Batch to batch analysis under EU standards

欧盟认可实验室质检报告

Official supplier to the **NHS** clinical trials
in Chinese herbal medicine

英国卫生部医院系统唯一指定中药供应商

Wholesale phoenixmd.co.uk

CPD courses phoenixtcm.org.uk

Dispensary chineseherbaldispensary.co.uk

Sales: +44 (0) 1245 350822

Email: sales@phoenixmd.co.uk

目录 Contents

临床经验与报告 Clinical Experience and Reports		
皮肤病辨痒止痒临证录	祝柏芳	1
Evaluation on Scalp Acupuncture Treatment for Hemiplegia after Stroke	Hui Nie	4
Experience of Chinese Medicine and Acupuncture Treatment during In-Vitro Fertilisation (IVF)	Qing Zhang	6
浅谈中医在 IVF 中的治疗体会	张青	12
痛经合并痤疮的中医临床治疗研究	宋志香	16
浅谈腰痛中医治疗	陈松岩	19
仲景方治疗肿瘤的研究和临床应用	程剑华	20
针灸与气功 Acupuncture and Qi Gong		
“八段锦” 锻炼要点及健身作用探讨	解余宏 杨舜民	26
Literature Review of Commonly Used Acupuncture Points in Treating 50 Kinds of Diseases	Translated by Huijun Shen	28
综述与文献研究 Systematic Review & Literature Study		
Treating Tension-Type Headache with Acupuncture: Evidence from Research and Methodological Pitfalls	Attila Szanto	30
试论中医脑为神五脏	徐廣文	36
病案报道 Case Studies		
ATCM 会员微信群病例讨论之一：昏迷病案	沈惠军 等	41
ATCM 会员微信群病例讨论之二：I 型糖尿病	瞿宇 等	42
ATCM 会员微信群病例讨论之三：特异性下身挛急掣痛	江丹 等	43
Two Case Reports on Peripheral Neuropathy	Hui Nie	46
2 例周围神经病病案的临床分析	聂卉	47
原发性不孕四次 IVF 失败，中医辅助 IVF 成功	郑国平	48
医案医话 MND	付筱笙, 宋新灵	50
带状疱疹后遗神经痛治验举隅	郝秀兰, 宋新灵	50
浮针治疗股骨头坏死的临床经验	田亚丽, 李康	51
浮针疗法治疗桡骨茎突狭窄性腱鞘炎 1 例	李康, 田亚丽	53
中国中医政策及法规 介绍 Policies and Legislation of TCM in China		
Coming into Force: Law of the People's Republic of China on Traditional Chinese Medicine	Editorial Committee	56
TCM in China: White Paper Issued by China's State Council	Editorial Committee	56
2017 首届世界浮刺针灸学论坛会议通知		41
A letter to Editor	Lilli Cooper, Martin Jones	58
欢迎加入 ATCM 会员微信群		58
征稿启事	杂志编辑委员会	59
Call for Papers	Editorial Committee of JCMSA	59

皮肤病辨痒止痒临证录

祝柏芳 (Herbs Plus Ltd)

以剧烈瘙痒为主要临床表现的皮肤病很多，最常见的有瘙痒症、结节性痒疹、神经性皮炎、原发性皮肤淀粉样变、疥疮、体癣、荨麻疹、夏季皮炎等，至于在不同病变过程中出现明显的全身性和局限性瘙痒的皮肤病那就更多了。本文从本人皮肤科临床收录的实例入手，归类整理，对上述不同皮肤病的中医病理特征和瘙痒机理进行归纳辨析，分享个人诊疗体会和用药思路与特点，结合文献复习，酌加按语小结，希望对临床上治疗瘙痒性皮肤病，特别在提高其止痒效果方面有所裨益。

Differentiation and Treatment for Skin Itchiness in Dermatological Diseases

Bai Fang Zhu

Abstract: Itchiness is a main clinical manifestation of many dermatological conditions, most commonly seen in pruritus, nodular prurigo, neurodermatitis, primary skin amyloidosis, scabies, tinea, urticaria, and summer dermatitis, etc. General or localized skin itchiness is also a common symptom in the progress of vast range of various diseases. In this paper, the author analyses and summarizes the TCM pathogenesis and mechanism of skin itchiness in various syndrome patterns that are seen in different diseases. Based on his own clinical experience on how to accurately differentiate and effectively treat various kinds of itchiness. With the demonstration of case studies, the author also presents his 8 treatment methods for stopping itchiness. Hopefully this should be beneficial to readers with their own clinical practice in treating itchy skin diseases, particularly improving the efficacy of their treatment.

【辨痒临证录】

1. 皮肤瘙痒症(Pruritus)

Margaret, 女 72 岁

初诊：2015 年 4 月 24 日

主诉：全身性皮肤瘙痒，失眠 10 个月。

全身皮肤干燥，灼热，四肢、胸腹部皮肤抓痕、血痂，明显的色素沉着，四肢屈侧尤为明显，手足掌皮肤肥厚、皲裂、苔藓样变明显，瘙痒明显，阵发性加剧，尤以夜间明显，性情烦躁，失眠，口干，小便热黄，大便干结，舌红少苔而干，脉细数

辨证：肝肾阴虚，血虚风燥，虚热上扰心神。

治疗原则：补益气血，滋养肝肾，兼以祛风清热，润燥止痒安神。

处方：“当归饮子”加味：生地 15 白芍 20 当归 10 川芎 8 何首乌 10 黄芪 15 荆芥 8 防风 8 白蒺藜 10 白鲜皮 8 蝉蜕 6 僵蚕 8 黄连 3 酸枣仁 8 生龙骨 20 生牡蛎 20 炙甘草 6

复诊：2015 年 6 月 12 日

皮肤瘙痒消失，抓痕结痂减少，皮肤润滑，不热不燥，二便干调和，舌红苔薄白，脉弦细。痊愈。

【按】

临床特征：好发于冬秋季节，多发于老年人，无明显诱发因素，以自觉皮肤阵发性瘙痒，搔抓后常出现抓痕、血痂、色素沉着和苔藓样变等继发性皮损为特征。临床上可分为局限性和泛发性两种。局限性者，以阴部、肛门周围瘙痒最多；泛发性者，则多泛发全身主要是以皮肤干燥，阵发性皮肤瘙痒，夜间尤甚为主要临床表现。瘙痒机理：“体虚受风，风入腠里，与血气相搏”（《诸病源侯论》），血虚风燥为主。

治痒方法：滋阴养血，祛风止痒。养血定风汤（生地、当归、川芎、赤芍、麦冬、天冬、首乌、丹皮、僵蚕）《外科证治全书》

2 结节性痒疹 (Prurigo nodularis)

Mrs Price, 40 岁

初诊：2016.9.13

四肢躯干泛发暗红色皮肤结节，表面溃疡，坏死，结痂，脓性分泌物，伴剧烈瘙痒 5 年，加重两个月。病例确诊为：“结节性痒疹”，用激素软膏外涂及抗生素内服两个月无效。

辨证：湿毒血瘀，热胜肉腐。

治疗：除湿解毒，清热凉血，祛瘀止痒。

处方：土茯苓 20 黄柏 6 知母 6 车前子 10 苦参 8 生地 10 蒲公英 20 玄参 8 当归 8 乳香 6 没药 6 生牡蛎 20 地肤子 8 白鲜皮 8

复诊：2016.10.11，皮损近愈——皮肤瘙痒消失，结节变软缩小，溃疡愈合，残留疤痕，就诊时无新发皮损。

【按】

临床特征：多见于成年女性，好发于四肢身侧及手足背部。以黄豆至蚕豆大小红褐色或灰褐色半球形结节，表面粗糙呈疣状，阵发性剧痒，因搔抓而有色素沉着及苔藓样变，慢性病程为特征。

瘙痒机理：内蕴湿邪，复感风毒，经络阻隔，或毒虫叮咬，毒汁内侵所致。

治痒方法：搜风除湿，解毒止痒。赵炳南全虫方【1】（全虫、皂刺、牙皂、白鲜皮、威灵仙、黄柏、苦参、槐花、刺蒺藜）或者朱仁康的乌蛇驱风汤【2】（乌蛇、

蝉蜕、荆芥、防风、羌活、白芷、黄连、黄芩、金银花、连翘，甘草)

3) 神经性皮炎 (neurodermatitis)

王 xx :

初诊：2015.10.2

主诉：双侧颈部境界清楚的暗红色斑块，皮肤肥厚，苔藓样变明显，瘙痒剧烈。

治疗：养血润肤，祛风除湿，安神止痒。

处方：当归 8 川芎 8 赤芍 8 生地 15 荆芥 6 首乌 10 防风 6 生甘草 5 白蒺藜 8 苦参 6 苍耳子 4 生龙骨 30 生牡蛎 30 酸枣仁 5 白鲜皮 8 银花 8

治疗结果：10月7日复诊明显好转（近愈）。

【按】

临床特征：以皮肤多角形扁平丘疹，稍具光泽，后期明显苔藓样变，境界清楚，阵发性皮肤瘙痒，夜间尤甚为特征。

瘙痒机理：“乃风湿热虫四者而成，……，总由血燥风毒客于脾肺二经耳”。风湿热蕴，血虚风燥。

治痒方法：内治---急性泛发以凉血清热，消风止痒为主，皮癣汤【3】（朱仁康：生地、丹皮、赤芍、苍耳子、白鲜皮、苦参、地肤子、黄芩、生甘草）

慢性肥厚苔藓化明显：养血活血，润燥驱风为主（朱仁康：风癣汤---熟地黄、当归、白芍、丹皮、红花、荆芥、苦参、白蒺藜、苍耳子、白鲜皮）

4) 荨麻疹 (Urticaria)

林先生，男，54岁，长沙人。初诊：2016.5.7

（中国会诊病人）

主诉：每日起风团伴瘙痒6个月。中西医治疗无明显效果。

处方：荆芥 6g 防风 8g 僵蚕 8g 金银花 8g 牛子 8g 牡丹皮 10g 黄芩 8g 生甘草 6g 蝉蜕 8g 连翘 8g 生地 15g 当归 8g 赤芍 8g 白鲜皮 8g 地肤子 8g 丹参 8g 紫草 8g 生石膏 30g。每日一剂，早晚各一煎服，药渣煎水外洗。

治疗结果：三日后瘙痒开始减轻，风团减少，连续治疗2周痊愈，随访三个月无复发。

【按】

临床特征：以全身泛发风团，皮疹来去迅速，消退后不留痕迹，自觉痒甚为特征。

瘙痒机理：卫外不固，风邪客于肌表；或血虚风燥，风气搏于肌肤。

治痒方法：疏风解表，或养血祛风。

处方：秦艽牛蒡汤--秦艽、牛蒡子、枳壳、麻黄、犀角、黄芩、防风、甘草、玄参、升麻）（《医宗金鉴》）、当归饮子--熟地黄、川芎、当归、白芍、黄芪、荆芥、首乌、防风、甘草、白蒺藜（《医宗金鉴》）

5) 夏季皮炎 (dermatitis aestivale)

袁 xx，男，37岁。

初诊：2016.7.25

（英国中医群）会诊病人：四肢、颈项、面部皮肤发红，丘疹，灼热瘙痒三周。别处大夫处方：金银花，荆芥、防风、茯苓、柴胡，前胡、川芎、枳壳、桔梗、薄荷、甘草7剂效果不明显。

治疗：清热利湿，祛暑解毒。黄柏 8 知母 8 丹皮 8 紫草 8 车前子 10 滑石 20 生甘草 6 金银花 8 土茯苓 20 薏苡仁 30 白鲜皮 8 防风 8 青蒿 8 当归 8 蒲公英 10
结果：治疗7天痊愈。

【按】

临床特征：由于气候炎热引起的一种季节性的炎症性皮肤病，常在6~8月份发病。以对称发生于躯干、四肢，尤以小腿伸侧为甚的大片鲜红色斑，在红斑基础上有针头至粟粒大小的丘疹、丘疱疹。伴有剧痒，搔抓后可出现抓痕、血痂，久之皮肤粗糙增厚为特征。

瘙痒机理：湿热风毒熏蒸，肌肤不得疏泄。

治痒方法：清热祛湿，祛风解毒凉血。

处方：除湿解毒汤【4】（赵炳南）：白鲜皮、大豆黄卷、生苡米、土茯苓、山梔子、丹皮、金银花、连翘、地丁、木通、滑石块、生甘草

6) 疥疮 (Scabies)

叶 xx 女，58岁

初诊：2016.9.9

一个月前丹麦出差回伦敦后全身出现红色皮疹，小水泡，瘙痒剧烈，夜不能寐。医院A&E急诊后，予以抗过敏药治疗一周，瘙痒及皮损加重。皮损为米粒大小丘疹、小水泡，抓痕及血痂为主，以下腹部、乳房下、大腿内侧和手指缝为多。

治疗：利湿清热，祛风解毒，杀虫止痒。

内服：土茯苓 30 黄柏 8 知母 8 苦参 8 蛇床子 10 苍耳子 6 地肤子 10 车前子 10 荆芥 8 防风 8 黄连 3 大黄 6（后下）

外治：洗澡后5%硫磺软膏外涂，从颈部以下至脚部涂擦，连续3天，期间不洗澡，不换衣服。煮沸消毒内衣内裤和被单、枕套等。

效果：4天后电话告知病已痊愈。2周后复查无复发。

【按】

临床特征：

是由疥螨寄生于人皮肤表皮层所引起的一种接触性传染性皮肤病。临床表现以皮肤柔嫩之处有丘疹、水疱及隧道，阴囊瘙痒性结节，夜间瘙痒加剧为特征。

瘙痒机理：湿热内蕴，虫毒侵袭，郁于皮肤

治痒方法：清热化湿，解毒杀虫

处方：消风散、秦艽丸（秦艽、苦参、大黄、黄芪、防风、漏芦、黄连、乌蛇）（《医宗金鉴》）

7) 体癣 (tinea corporis)

刘 xx，男，45岁

初诊：2016.1.31

右膝部内侧皮肤境界清楚的红斑丘疹2月余，环状皮损，瘙痒明显。用过针灸治疗，效果不理想。

治疗：利湿祛风，解毒止痒。

处方：

内治方--荆芥，白鲜皮，独活，苍耳子，苦参，地肤子，蛇床子，当归，牡丹皮，生地，蝉蜕，土茯苓，黄柏，知母，青蒿，车前子，生甘草

外洗方--青蒿，艾叶，芒硝，明矾，石菖蒲，何首乌，黄精，儿茶，地骨皮，侧柏叶，苦参

治疗结果：2周就明显好转。

【按】

临床特征：**是**发生在平滑皮肤上的浅层真菌感染。以局部皮肤发生红斑、丘疹、水疱和脱屑，皮损中央部分有自愈倾向而呈环状或多环状，边缘隆起，界线清楚，形如铜钱为特征。

瘙痒机理：风湿热虫毒外感，郁于腠里

治痒方法：解毒利湿，杀虫止痒。

处方：散风苦参丸（《医宗金鉴》）--苦参、大黄、独活、防风、枳壳、玄参、黄连、黄芩、栀子、菊花

外治：1) 复方土槿皮酊（市售）：土槿皮、水杨酸、苯甲酸、冰醋酸、枯矾

2) 1号癣药水【5】【7】--羊蹄跟、土槿皮、制川乌、槟榔、百部、海桐皮、白鲜皮、苦参、蛇床子、千金子、地肤子、番木鳖、蛇衣、大枫子、蜈蚣、白信、斑蝥、高粱酒

3) 2号癣药水【7】：土槿皮、千金子、斑蝥、高粱酒

8) 原发性皮肤淀粉样变(primary cutaneous amyloidosis)

Mrs Horgan, 65岁。初诊：2012.10.24

主诉：双小腿丘疹、结节，阵发性奇痒4年。

双消退伸侧密集念珠样半球形丘疹，孤立不融合，表面色白，苔藓样变明显，基底暗红色，散在的抓痕和血痂。瘙痒明显，阵发性加重。口苦口干，烦躁不安，便秘尿赤。

治疗：除湿解毒，活血祛风。

处方：土茯苓 20 黄柏 8 丹参 8 白鲜皮 8 蜂房 8 地肤子 8 当归 8 乌梢蛇 8 苍耳子 4 徐长卿 10 生牡蛎 20 生龙骨 20 生甘草 6

效果：上方加减治疗共2个月，红斑丘疹明显减轻，瘙痒减少80%。最后改用乌蛇止痒丸、皮肤病血毒丸和血府逐瘀丸治疗后基本痊愈。

【按】

临床特征：**是由淀粉样蛋白物质沉积于皮肤所致**，好发于男性。以胫前，臂外侧和背部，芝麻至绿豆大小的半球形，圆锥形或多角形丘疹，质硬褐色，部位丘疹可密集分布，丘疹顶端可见苔藓样变，角化过度和少许鳞屑，自觉剧烈瘙痒为特征。

瘙痒机理：血虚风燥，痰浊蕴阻

治痒方法：养血祛风，活血化痰。

处方：当归、白芍、赤芍、丹参、薏米、豨莶草、苍耳草、地肤子、生山楂、枳实、麦芽、生甘草、海藻、昆布（顾伯华）【6】

【治痒八法】

在上面八种常见的以瘙痒为主要临床表现的皮肤病的实际诊疗过程中，不难发现其治疗、用药方面还是有**相当的规律性**可以借鉴和参考，我将之归纳总结为“**治痒八法**”，以**适应于不同类型的瘙痒**如下：

1.祛风清热止痒

适应证：风热型瘙痒如急性荨麻疹偏热型，红色风团，泛发全身者。

处方：秦艽牛蒡汤、荆防汤【4】

2.祛风散寒止痒

适应证：风寒型瘙痒，如急性荨麻疹偏寒型，白色风团，遇冷加重者。

处方：麻黄桂枝各半汤、麻黄连翘赤小豆汤

3.清热利湿止痒

适应证：湿热型瘙痒，如夏季皮炎，红斑丘疹水疱明显者。

处方：除湿解毒汤

4.解毒杀虫止痒

适应证：虫毒所致的瘙痒，如疥疮、体癣、手足癣、虱子等。

处方：散风苦参丸、芦荟丸、秦艽丸等。

5.养血祛风止痒

适应证：血虚风燥之瘙痒，如老年性瘙痒症，泛发性神经性皮炎皮肤干燥脱屑，抓痕、苔藓样变明显者。

处方：当归饮子、养血润肤汤、地黄饮。

6.搜风解毒止痒

适应证：瘙痒因风湿热毒结聚不散，经久不愈时，如结节性痒疹、原发性皮肤淀粉样变、局限性神经性皮炎、疥疮结节，皮肤干燥皮损肥厚，结块发硬，瘙痒剧烈者。

处方：全虫方、乌蛇驱风汤【2】

7.活血祛风止痒

适应证：瘙痒日久，气滞血瘀，如慢性荨麻疹、皮肤痒症皮肤暗红，血痂抓痕，或者肌肤甲错，舌紫脉涩者。

处方：活血祛风汤【2】（朱仁康）--归尾、赤芍、桃仁、红花、荆芥、蝉蜕、白蒺藜、甘草。

8.安神平肝止痒

适应证：泛发性神经性皮炎、慢性荨麻疹，阵发性夜间瘙痒，失眠，烦躁易怒者。

处方：潜阳息风方【2】（朱仁康）--紫贝齿、磁石、生龙骨、生牡蛎、代赭石、珍珠母、白芍、生地黄、熟地黄、当归、首乌

【结语】

以**瘙痒**为主要特征的皮肤病有很多，最常见有皮肤痒症、结节性痒疹、荨麻疹、神经性皮炎、夏季皮炎、疥疮、体癣、皮肤淀粉样变等等。虽然理论上每一种皮肤病都是独立的病种，因而需要采取与其相适应的内外疗法，比如**抗过敏、镇静、抗真菌、抗炎**等等。在治疗上面，有一点也却是共同的，也是最为重要的---**那就是如何控制瘙痒**。可以这么说，如果瘙痒得到了及时、全面的控制，病就好了一半，即使不是痊愈。

这是“**异病同治**”的中医理论在皮肤科临床中的具体运用。在我本人近**30年**的皮肤科临床实际工作中，我发现不同皮肤病的瘙痒的形成机理大概有以下几方面：1) 风热；2) 风寒；3) 湿热；4) 虫毒；5) 血虚风燥；6) 风毒凝聚；7) 血瘀；8) 阴虚肝旺。归纳了“**止痒八法**”，

即：1) 祛风清热止痒；2) 祛风散寒止痒；3) 清热利湿止痒；4) 解毒杀虫止痒；5) 养血祛风止痒；6) 搜风解毒止痒；7) 活血祛风止痒；8) 安神平肝止痒，并推荐了与其相对应的有效处方。希望对大家的皮肤科临床有所裨益。

我需要指出的是，在皮肤病诊疗过程中，止痒固然重要，甚至是治疗的成败所系，而尽可能的查处病因，消除诱因，“治病必求其本”，预防复发，改善生活质量，才是作为一个中医大夫需要达到的最高医疗境界。

【参考文献】

【1】张小微.全虫方加减治疗结节性痒疹的疗效观察.北京中医.2007 (07) : 47-48

- 【2】朱仁康.朱仁康临床经验集.人民卫生出版社.2005
 【3】丁刚.皮癣汤合卤米松乳剂治疗血热型局限性神经性皮炎疗效观察.现代中西医结合杂志.2004 (2) .639-640
 【4】赵炳南等.赵炳南临床经验集.人民卫生出版社.1975
 【5】丁佳频、胡仕翔.一号癣药水治疗手足癣 280 例.上海中医药杂志.2005 (07) : 34-35
 【6】顾伯华等.实用中医外科学.上海科技出版社.1985
 【7】上海中医学院外科学教研组.中医外科临床手册.上海科技出版社.1966

Evaluation on Scalp Acupuncture Treatment for Hemiplegia after Stroke 对头皮针治疗中风偏瘫的评估

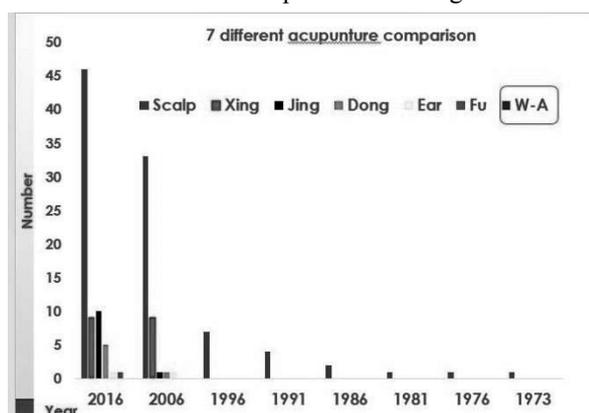
Dr Hui Nie
Manchester

Abstract:

The author assesses and summarizes the four key areas in the use of scalp acupuncture for treating hemiplegia caused by stroke. 1. Compared with other types of acupuncture, scalp acupuncture can be used as a leading treatment for the hemiplegia caused by stroke. 2. Scalp acupuncture is based on the functional mapping of cerebral cortex and from TCM theory. 3. The key issues in treating hemiplegia by scalp acupuncture are explained. 4 A small scale clinical trial offering a demonstration on the efficacy of scalp acupuncture.

1 Scalp acupuncture is the leading treatment for hemiplegia after stroke.

There are many kinds of acupuncture to manage hemiplegia, so we need to compare scalp acupuncture with other kinds of acupuncture for hemiplegia treatment, such as ear acupuncture, Jing's 3 needling technique, abdominal acupuncture, Master Tung's points, Xing Nao Kai Qiao therapy, Wrist and ankles therapy. We searched articles using key words "acupuncture" and "hemiplegia" from journals published in last 45 years in China(1). The chart below shows the comparison among 7 different

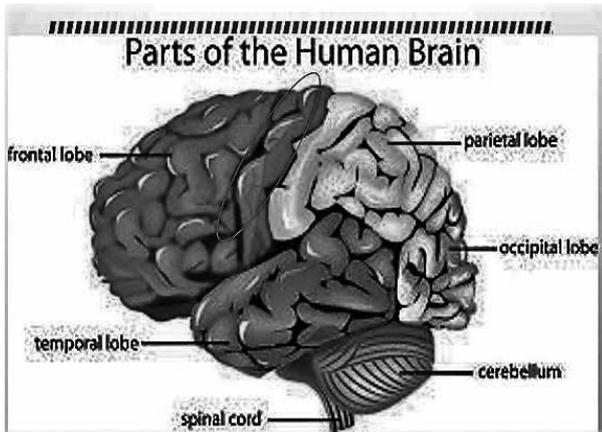


acupuncture techniques. The figures on left side are the total numbers of articles published on the study of seven different acupuncture techniques.

In 2016 the 45 reports studied the use of scalp acupuncture for hemiplegia by stroke, while 9 applied Xing Nao Kai Qiao therapy, 10 studied Jing's needling technique and 5 articles on Master Dong's technique. These figures clearly show that scalp acupuncture is much more popular and commonly used than other types of acupuncture for hemiplegia after stroke.

2 Why is scalp acupuncture the foremost option for hemiplegia?

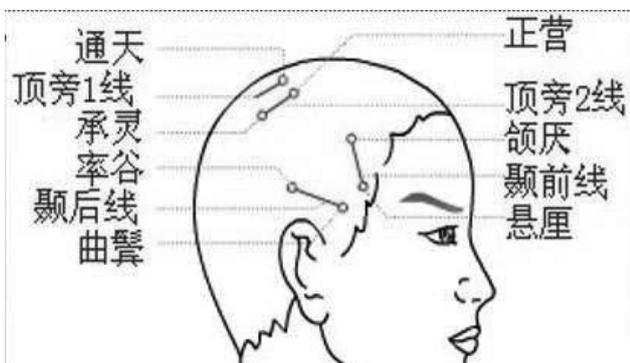
To answer this question we need to look into the fundamental principles of scalp acupuncture. It is firstly based on the anatomical and functional mapping of cerebral cortex. The brain has 5 lobes and 3 sulcus. Frontal lobe is believed to be mostly associated with hemiplegia. The points of the scalp acupuncture are related to cerebral anatomy and correspondent to the functions of cerebral cortex.



Secondly it is based TCM theory. An ancient Chinese medicine book 《普济方》: “凡忽中风，言语见蹇涩，半身不遂……穴百会、耳前发际(曲鬓)……神效”。<Puji Recipe> “when stroke happens and results in blurred speech, and hemiplegia ……., the points of Baihui (Du 20) and qubing (GB7) should be selected. This treatment is very effective”.

Also as we know, all 14 meridians go through human head. Yin meridians go up to the head by the divergent meridians (经别) into the corresponding yang meridians. The important point Du20 governs all the meridians and collaterals in the head as the meeting point of qi of the body according to the TCM classic, so acupuncture and moxibustion on DU20 has the effect of supplementing life and treating “one hundred disease”.

Thirdly there are two main types of scalp acupuncture in the world, which are the 14 locations of scalp lines (2) and Jiao's scalp acupuncture (3). The latter was invented by Chinese scholar Dr. Jiao Shunfa in 1971. Since then the scalp acupuncture has become popular in China, with different styles being developed. The 14 locations of scalp lines were founded by The World Federation of Acupuncture Societies (WFAS) in 1984, in order to unify scalp acupuncture for a common criterion. The 14 locations of scalp lines is also called the international standard scheme for scalp acupuncture.



3. The key issues in treating hemiplegia by scalp

acupuncture.

Firstly, the timing to start the treatment is crucial. For ischemic stroke, scalp acupuncture should be used as early as possible, even on the day of stroke attack. For hemorrhagic stroke, scalp acupuncture can be used once the six vital signs (heart rate, blood pressure, breathing, etc) are in stability.

Secondly, the recovery phase can take different length depending on how soon the treatment is given after stroke. Normally within 6 months after stroke, the recovery is quickest; between 6 to 12 months it becomes gradual to recover; in 2-18 months the recovery becomes rather slow; and if longer than 18 months after stroke, there will be hardly any significant recovery.

Thirdly point selection is also crucial. The motor area from Jiao's scalp acupuncture has been applied in early years. The 14 locations of scalp lines is mainly taught in the university in China and applied in the young doctors. The points commonly selected are MS 6 Anterior Oblique Line of Vertex-Temporal, MS 7 Posterior Oblique Line of Vertex-Temporal, MS 5 Middle Line of Vertex, MS 8 lateral line 1 of vertex and MS 9 lateral line 2 of vertex. Dr Shi Xian believed Anterior points on scalp are more effective than posterior points in some studies, so he recommended the significance of using the points in rhombus district for scalp acupuncture (4).

Lastly it is the manipulation that also matters. The angle of insertion should be 15 degree. The position of needling must be in loose connective tissue. Rotating speed is about 100-150 twists per minute for acute stage and 150-200 twists per minute for post-acute stage. For needle pulling and pushing, mild reinforcing-reducing method is for post-acute phase. Reducing method (pulling forcefully, pushing gently) is for recovery phase and sequelae. Reinforcing method (pushing forcefully, pulling gently) is for acute phase. So called “Red phoenix flying” method is for acute stage of stroke, which is one of the 4 needling techniques of Qi flying across channels. (赤凤迎源, 飞经走气四法之一)。

4 There was a proof of effectiveness of scalp acupuncture treatment for hemiplegia from my own clinical trial in 1999(5).

It was my Research about hemiplegia with electrical spoon needles (鍤针) with SEP test. There were the 30 patients suffered from hemiplegia following ischemic stroke in two weeks. I selected the Points, MS 5, MS 6 (upper 1/5, 2/5), both lines on the head and needles were retained for 30 minutes. The objective indicator for the observation was the somatosensory evoked potential test (SEP) during the instant effect by Electrical spoon needles. The change before and after acupuncture through SEP test for 30

(continued on Page 11)

Experience of Chinese Medicine and Acupuncture Treatment during In-Vitro Fertilisation (IVF)

Qing Zhang
Southampton

Abstract: Chinese medicine and acupuncture can support IVF effectively. IVF can achieve better results with the use of Chinese medicine and acupuncture to regulate menstruation before IVF. Women's Basal Body Temperature (BBT) of the menstrual cycle is indicative of the internal variations of Yin, Yang, Qi, and Blood, which can then help practitioners construct diagnoses and treatment principles. Chinese medicine and acupuncture treatments are desirable before and during IVF. Chinese medicine and acupuncture treatments are also effective for common problems encountered with IVF. Also described are further clinical experience and case histories.

Key words: Infertility, IVF, menstrual cycle, Polycystic Ovary Syndrome, endometriosis, Premature Ovarian failure, Chinese medicine, acupuncture.

Introduction

In recent years infertility has become more and more common in many developed countries. In-vitro fertilization (IVF) has become the main medical method attempting to overcome this infertility; but IVF success rates are not very high. Acupuncture however can improve the success rate of IVF (1). Hence more and more people are seeking acupuncture support during their IVF. Consequently infertility is the second most common health condition behind the treatment of pain for which people seek acupuncture in the UK (2). Some IVF clinic doctors even suggest that their patients to go for acupuncture to support their treatment during IVF. This means that it is important that, as practitioners, we can effectively support IVF treatment. I would like to share my experience in supporting IVF cases in recent years.

1. Regulate menstruation before IVF

It is important to regulate the menstrual cycle before IVF. Most people coming for IVF have been trying to get pregnant for some time. The cause of their infertility can vary. They might have endometrial problems, ovulation problems or insufficient progesterone. Some suffer stress related problems. Hence we regulate menstrual cycles depending on the individual, and treat symptoms as well as root causes. After our treatment, their menstrual cycles improve, their Yin, Yang, Qi and Blood are more balanced, hormones level are more balanced, and uterine and ovarian functions are improved. So that some patients fall pregnant naturally before they start IVF. The remaining patients tend to have better results with IVF.

Overall, I recommend that patients have three menstrual

cycles of TCM preparation before the start of their IVF.

1). Menstruation – the Period

The key point of the treatment in the Period phase of the menstrual cycle is to activate Blood circulation and to remove Blood stasis. Clearing out the old blood and remaining endometrial lining totally, so that the new blood and endometrium will built up nicely.

Basal body temperature charts (BBT) record the condition of body metabolism (3). The BBT of the menstrual cycle indicates internal changes of Yin, Yang, Qi and Blood. This then helps Chinese medicine practitioners make diagnoses and construct treatment principles. After treatment during the period, the BBT chart's changes help us to judge if our diagnosis and treatment were correct or not.

From day one of the period, the basal body temperature chart (BBT) should drop to its basic level. If it doesn't drop low enough, it shows there is still some Blood stasis, which may result in a painful period. This stasis needs to be cleared out.

Treatment principles:

Activate Qi and Blood circulation, remove Blood stasis, nourish and harmonize Blood and regulate period.

Basic formula: dang gui, bai shao, chi shao, chuang xiong, dan shen, yi mu cao, hong hua

Plus add herbs for -

Blood stasis: e zhu, rou gui, wu ling zhi, yan hu suo

Phlegm retention: yi yi ren, cang zhu, ban xia

Liver Qi stagnation: chai hu, yu jin, zhi zi, mu dan pi

Spleen Qi deficiency: dang shen, baizhu, huang qi, sha

ren

Patent formulas : tao hong si wu wan, wen jing tang, ba zhen yi mu wan

Acupuncture points: qi hai, zhong ji, san yin jiao, he gu, zu san li, xue hai, tai chong, ci liao, diji.

2). Post-period phase (Follicular Phase)

After menstruation or labour, the body has lost blood, so The Sea of blood could be depleted and it may be unable to perform its function. This Phase is important for nourishing Blood, and tonifying Yin and Jing, plus regulating the Chong and Ren channels. After Yin and Jing are established, they start to build up. So kidney Yin, Jing and Blood nourishing herbs have an important role as they can help follicular and endometrial development. They thus are major contributors to this important phase of preparation for ovulation, implantation, pregnancy and the prevention of miscarriage. It also helps Yin and Jing development if we add some Yang tonic herbs. So when Yin and Jing development nears the peak stage, add some small amounts yang tonic herbs such as tu si zi and xu duan which then help Yin and Jing develop so Yin can transform to Yang (4).

The Follicular Phase of the cycle in the BBT chart is naturally a lower phase. This level can vary from woman to woman; its average range is 36.2-36.5°C. If the follicular phase is too low, too long or too short, it needs attention. If the temperature is below 36°C, this indicates a low metabolic rate, which is a general Yang deficiency. With a long follicular phase, there is a deficiency of Kidney Jing, Kidney Yin, or Blood. With a short follicular phase, it shows Heat, which is usually Yin deficient Heat.

Treatment principles:

Nourish Yin and Jing, Nourish Blood and regulate Blood. Nourish both Yin and Yang (5).

Main formula: dang gui, bai shao, shu di, shan zhu yu, shan yao, huai niu xi, mu dan pi, fu ling, ze xie

Patent herbs : gui shao di huang wan

Plus add herbs for:

Yin deficiency: mai dong, nu zhen zi, han lian cao

Spleen and stomach deficiency: dang shen, bai zhu, mu xiang, chen pi, sha ren

Heart Yin deficiency: suan zao ren, bo zi ren, wu wei zi, ye jiao teng

Liver qi stagnation: chai hu, yu jin, gou teng, mu dan pi, zhi zi

Acupuncture points: gan shu, pi shu, shen shu, ci liao, qi hai, guan yuan, tai xi, san yin jiao. zu san li, xue hai, lei que zhao hai, bai hui, nei guan, yin tang

Ear points: shen, shen men, nei fen mi, luan chao, brain.

3). Mid –cycle phase (Ovulation phase)

In the follicular phase Yin and Jing develop to an extreme Yin stage, extreme Yin transforms to Yang, and ovulation will happens.

Treatment principle:

Nourishing Yin by assisting Yang and regulate Qi and Blood, opening the channels.

Main formula: dang gui, chi shao, bai shao, shu di, huai nu xi, hong hua, dan shen, ji xue teng, chong wei zi, lu lu tong

Plus add herbs for:

Kidney Yin deficiency: nu zhen zi, shan yao, shan zhu yu
Kidney Yang deficiency, Spleen deficiency and Dampness retention: gui zhi, fu ling, ban xia, cang zhu, xu duan, xian ling pi, tu si zi

Liver Qi stagnation and Heat: chai hu, yu jin, cuan lian zi, zhi zi, mu dan pi

Heart fire and restlessness: yuan zhi, shi chang pu, he huan pi

Acupuncture points: qi hai, guan yuan, zi gong, gui lai, di ji, xue hai, san yin jiao, yin ling quan, nei guan, he gu, tai chong, yin tang, dai mai

4). Pre –period phase (Luteal phase)

During the pre-period phase Yin wanes and Yang waxes. Yang waxes to its extreme point and Yin wanes to its lowest (5). The BBT is at its highest. It should be higher than the follicular phase by 0.3 -0.5°C and it should be maintain this level for at least 12 days, but preferably 14 days, if the menstrual cycle is 28 days. That gives the best chance of implantation. It is problematic if the luteal phase is too short, too low and slow rising, with an early decline. With a low luteal phase, Kidney Yang is deficient. With an early decline Kidney Yang is deficient and Spleen Qi is deficient. If the luteal phase is unstable it shows Liver or Heart Qi are unstable with Kidney yang deficiency. Slow-rising luteal phase shows Kidney yang deficiency and Spleen qi deficiency. Long luteal phase shows pregnancy.

Treatment principle:

Tonify Kidney and warm up Yang, regulate Liver, regulate Qi and menstruation

Main Formula: yu lin zhu

dang gui, bai shao, ba ji tian, tu si zi, rou cong rong, mu dan pi, yu jin, dang shen, fu ling, shan yao, xu duan, xiang fu

Plus add herbs for:

Spleen qi deficiency: dang shen, bai zhu, yi yi ren

Blood deficiency: dang gui, bai shao, chuan xiong, shu di, du zhong

Patent herbs: jin kui shen qi wan, you gui wan, nuan gong yun zi wan, xiao yao wan, bu zhong yi qi wan

Acupuncture points: shen shu, pi shu, gan shu, ming men, zu san li, bai hui, nei guan, tai chong, tai xi, san yin jiao, shen que

2. TCM treatment during IVF (For example, the long protocol)

1). Down regulation phase:

This period is normally from day 21 of the menstrual cycle before the start of IVF. This procedure will allow the ovaries to rest, and to regulate hormones. TCM treatment should regulate Liver Qi and invigorate Blood, strengthen Spleen and Kidney, and calm the mind.

Basic formula: dang gui, chai hu, dan shen, bai shao, fu ling, bai zhu, zhi ke, gan cao

Acupuncture points: zu san li, san yin jiao, guanyuan tai chong, tai xi, he gu, yin tang

2). Stimulation Period:

Two or three days after menstruation cycle starts, IVF drugs will start to stimulate in similar ways to FSH and LH, in order to produce more follicles. In this period the TCM treatment principle should be tonification of the Kidney and Jing, and promotion of Blood circulation to regulate Blood. Acupuncture support of the IVF protocol should help the response of the ovaries, improve the quantity and quality of eggs, and therefore improve pregnancy rates (6) During this time, the most suitable time for acupuncture is 2-3 days after the period; acupuncture can help to promote blood circulation, to remove blood stasis, and improve the uterus's internal environment; it also improves the ovaries' blood circulation and improves follicular development. About day 9 of the cycle, acupuncture can improve egg maturation and luteal formation. During this phase acupuncture can decrease HCG dosage, thus reducing the side effects of the drugs (6).

Basic formula: ding jing tang (7)

dang gui, shu di, shan yao, fu ling, tisizi, baishao, dang shen, bai tian, mix- fried gan cao

Acupuncture points: gan shu, pi shu, shen shu, qi hai, guan yuan, gu lai zi gong, zu san li, san yin jiao, xue hai, tai xi, tai chong, he gu, Zhao hai, bai hui, yin tang

3). After collection, before transfer period

In this stage, acupuncture can help patients relax, recover from the operation, promote Blood circulation to remove Blood stasis inside of the uterus and prepare for embryo transfer (8).

Acupuncture points: qi hai, zhong ji, tian shu, shui dao, zigong, xue hai, tai chong, zu san li, san yin jiao, di ji, yin ling quan

A. Before Embryo transfer, during the day of transfer
Acupuncture points: bai hui, nei guan, qi hai, guan yuan, di ji, tai chong, san yin jiao.

Ear points: shenmen, brain, uterus, endocrine

B. After embryo transfer during the day of transfer

Acupuncture points: Nei guan, zu san li, guan yuan, tai chong, tai xi, yin tang.

Ear point: shen men, brain, uterus, endocrine

2-3 days after the transfer it is the time for the embryos start to implant. Acupuncture can improve uterus blood circulation, relax the uterine muscles, control uterine muscle contraction, so as to help embryo implantation. 14 days after transfer, acupuncture can improve hormone levels, regulate Qi and Blood circulation, and relax and calm patients, helping to prevent miscarriage. (6)

Treatment principle: Tonify Kidney, Spleen, lift up Yang, calm mind and prevent miscarriage.

Basic formula: tu si zi, xu duan, sang ji sheng, shan zhu yu, bai shao, bai zhu, dang shen, gou qi zi, gan cao.

3. Common problems during IVF.

1). Stress and anxiety

The IVF procedure can be a very stressful. Many people have been trying for a family for a long time, they want success from the IVF, and so they are very anxious about failure. Acupuncture is a very effective way to help people relax. After acupuncture treatment, patients are much more relaxed, body Yin, Yang, Qi and Blood and hormones are more balanced, and harmonized, and so there tends to be a much better response to IVF. That is why doctors of IVF clinics recommend their patients to seek acupuncturist support; because they can see the different results with acupuncture and without acupuncture.

Treatment principle: regulate Liver Qi, anti stagnation. Calm the mind.

Acupuncture points: feng chi, tai chong, he gu, nei guan, zu san li, yin tang, bai hui.

2). Endometrial lining not thick enough

Some patients do not respond to drugs well. Such patients suffer from high FSH, Low AMH, amenorrhea, frequent miscarriage, complications from operations and low hormone levels. From research, there are better implantation and pregnancy rates if the endometrial thickness is from 10-14mm, and there is plenty of blood circulation in the uterus (9).

Chinese medicine should thus work on nourishing Kidney Yin and Jing, invigorating Blood and activating Blood circulation, so as to increase endometrial lining.

Main formula: dang gui, shu di, bai shao, shan yao, mu dan pi, fu ling, ze xie, huai niu xi, han lian cao, xu duan, ti si zi, ba ji tian.

Acupuncture points: shen shu, pi shu, ci liao, yao shu, ming men, da zhui, qi hai, guan yuan, yin jiao, tai xi, zhao hai, lei que, zu san li, san yin jiao, xue hai bai hui.

3). Follicular and egg quality and quantity

Some patients do not respond well to stimulation drugs. They produce few follicles and have poor egg quality. Such patients tend to suffer from high FSH, Premature Ovarian failure and Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). Chinese medicine can improve ovarian blood circulation, stimulation the ovaries, and help ovarian function to respond to drugs better. They then produce better quality and quantity of follicles and eggs. We can work on nourishing Kidney Yin, Yang and Jing, strengthening the Spleen, eliminating Dampness, invigorating Blood, and regulating Qi and Blood, so as to increase the quantity and quality of follicles and eggs. For patients suffering from high FSH, low AMH, PCOS, POF, we should encourage them to have Chinese medicine treatment three months before start IVF.

Treatment principles: Nourish Kidney Yin, Yang and Jing, nourish Blood and regulate Qi, activate Blood and move stasis, warm the Spleen and Kidney yang, eliminate Dampness.

Acupuncture points: gan shu, pi shu shen shu, da chang shu, ba liao, yao shu, ming men, da zhui, qi hai, guan yuan, gui lai zi gong, zu san li, san yin jiao, yin ling quan, xue hai, tai xi, tai chong, bai hui, yin tang.

4). Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS)

Some patients are very sensitive to the stimulation drugs, especially in the cases of PCOS and young women with good ovarian function. They can have symptoms of sickness, vomiting, bloating, discomfort, painful abdomen, shortness of breath, headaches, insomnia, anxiety etc.

Treatment principle: warm Kidney Yang and Spleen, eliminated dampness, activate Qi and Blood circulation, and calm mind.

Acupuncture points: yao shu, yao yang guan, da zui, fei shu, pi shu, shenshu, bai hui, zhong wan, xia wan, qi hai, guan yuan, hua rou men, wai ling, shui fen, shui dao, zu san li, yin ling quan, feng long, gong sun, nei guan, wai guan, zu ling qi.

5). Implantation difficulties

Chinese medicine can improve the uterus's blood circulation, relax uterine muscles, improve the uterus's internal environment, and improve endometrial receptivity, thus helping embryo implantation, preventing miscarriage and improving pregnancy rates. Chinese medicine to help implantation should concentrate on strengthening the Spleen and Kidney, invigorating Blood and activating Blood circulation. It should work on improving the quality of eggs, hormone balance and improving endometrial receptivity. That is why preparation with Chinese medicine before the start of IVF is very important.

Acupuncture points: shen shu, pi shu, ci liao, zhong wan, xia wan, qi hai, guan yuan, shen que, zu san li, san yin jiao, xue hai, yin ling quan, san yin jiao, bai hui, yin tang.

4. Case Studies

Case Study One

C, 39, solicitor had an FSH level of 31 mlu/ml. Ultra sound showed both fallopian tubes were blocked. There was also endometrial scar tissue and both ovaries were small. Her diagnosis was premature ovarian failure. The consultant suggested that she come to my clinic, so that acupuncture could reduce FSH levels, and prepare her for IVF in the next menstrual cycle. She had a stressful job and her period has only two and half days of bleeding. Additionally she suffered from hot flushes during period, insomnia and pre-menstrual tension (PMT). Her tongue had a red tip; her pulse was weak, thin and wiry. Diagnosis: Liver and Kidney Yin deficiency causing infertility

Treatment principle: Nourish Liver and Kidney Yin, activate Liver Qi, move stagnation, nourish Blood, clear xu fire and calm mind

Treatment: She did not want herbs so we proceeded with acupuncture

Acupuncture points: xin shu, shen shu, qi hai, zhong ji, zu san li, tai xi, tai chong, nei guan, shen men

Treatment continued for four weeks, waiting for next menstrual cycle's period, when she would start the IVF. The period was then delayed and a pregnant test was positive. In June 2011, she gave birth to a healthy boy of 6lbs 11ozs.

Case Study Two

S, 40, suffered from premature ovarian failure. From 17

to 28 years old, she had received injections of contraceptive drugs. When she was 29 years old, she stopped the injections, and had not had a period since. Her ultrasound scan indicated that she had a fragmented endometrium. Her blood tests showed high FSH and low AMH. Her diagnosis was premature ovarian failure.

Before coming to see me she had tried for a baby for five years and received seven rounds of IVF. These included different drug regimes at the strongest doses. But her endometrial thickness never exceeded 4-5mm. So they had to cancel the latest round of IVF. Hence the consultant suggested her try another IVF cycle with a donated egg, or go for adoption. She opted for egg donation. At this point the consultant suggested that she come to my clinic so that acupuncture could increase the thickness of her endometrial lining. She first came on 16th July 2012; her tongue was small and pale, with little coating. Her pulse was thin and wiry.

Diagnosis: Liver and Kidney Yin deficiency and Kidney Jing deficiency

Treatment principles: nourish Kidney Jing and Kidney and Liver Yin, invigorate Blood, regulate Liver Qi and strengthen Spleen, regulate Chong and Ren meridians
Chinese herbal formulas: gui shao di haung wan, fu ke yang rong wan

Acupuncture once a week regulated her menstrual cycle: guan yuan, gui lai, xue hai, san yin jiao, zu san li, zhao hai lei que, tai chong, bai hui

In October 2012, she started IVF with donor eggs. Ultrasound showed her endometrium was 6.5mm. She transferred two embryos and she fell pregnant with twins. When she was six weeks pregnant she started to have spotting. I prescribed her An Tai Fang to support her pregnancy, which consists of tu si zi, xu duan, sang ji sheng, shan zhu yu, dang shen, bai shao, gou qi zi, bai zhu and gan cao. Her bleeding then stopped. Her ultrasound scan indicated that she had lost one baby but the other one survived. In July 2013, she gave birth to a health boy 8lbs 13ozs

Case Study Three

C, 36, was a school teacher with unexplained infertility. She had previously tried two IVF cycles without success. During the first and second IVF cycles her cervix totally closed, so the doctor had difficulty doing the transfer procedure. The doctor then suggested that she have acupuncture in preparation for next IVF cycle to help her to relax and open her cervix. She also suffered from insomnia and poor appetite

Diagnosis: Blood deficiency causing infertility

I suggested that she go to the doctor for blood tests, which indicated her to be Vitamin D deficient, which she then supplemented.

Treatment principle: nourish Spleen, invigorate Blood, regulate Chong and Ren channels

Patent herbs: ren shen gui pi wan, yang xue an shen wan, liu wei di haung wan

Acupuncture once week: qi hai, guan yuan, tian shu, zu

san li, san yin jiao, xue hai, shen men, xin shu, gan shu, pi shu, shen shu

After four months of treatment, her sleep improved, general energy was much better, and her digestive system worked better. She then started the IVF. She came to acupuncture during embryo transfer, and the transfer procedure was done smoothly. Consequently she fell pregnant and had a beautiful baby girl who is now four years old.

Case Study Four

J, 34 was a hair dresser. She had been trying for family for a few years. She had severe endometriosis. Her consultant suggested to her to have an operation, and then to try naturally for six months after operation. Consequently she might try IVF. Two years ago she had the operation which removed some endometrial tissue from her abdomen. After the operation her period pain was less, but in the following year, her pain came back and then worsened. Sometimes the pain was so severe that it made her faint. She also suffered from IBS, abdominal bloating, constipation and acne. About one and half years ago her ultrasound scan showed polycystic ovaries. The consultant then suggested that she have acupuncture in preparation for IVF.

Diagnosis: Spleen and Kidney Yang deficiency, Damp retention, Qi stagnation and Blood stasis, Chong and Ren meridian disharmony

Treatment principle: regulate menstruation, regulate Chong and Ren channels.

Herbal formula (as powder): dang gui, chi chao, chuang xiong, bai zhu, di huang, gui zhi, zhi qiao, tao ren, xiang fu, yi mu cao, yan hu suo, gan cao

Acupuncture points: zu san li, san yin jiao, xue hai. Yin ling quan, tai chong, Zhong wan, tian shu, qi hai, zhong ji, shui dao, yin tang, he gu

After three menstrual cycles of treatment, she waited for the next period and started IVF. Her period was delayed, and the pregnancy test was positive. She gave birth to a beautiful girl of 7lbs 6ozs.

Case Study Five

J, 39, was a police woman. She suffered from asthma and had been anaemic since she was a little girl. Her period was irregular. When she was 19 years old, her left ovary was removed as cysts were found there.

From 32 years old, she started to try to have a family. At this point uterine fibroids were found during a check up. So before she started IVF these were removed. She subsequently had five IVF rounds in total. In the first, during stimulation, the ultrasound found that there were polyps. They collected eggs and froze embryos. The IVF then stopped. For the second and third IVF rounds, she was transferred two embryos each time. But these rounds were not successful. The fourth IVF round was successful and she had a boy who is now 2 years old. One year later, she started the fifth IVF round. Her blood tests

indicated that she suffered from premature ovarian failure with an AMH of 2.4ng/ml. She was prescribed stronger drugs, but her ovaries did not respond well; a few follicles formed but with no eggs. So egg donation was suggested as the only alternative.

She came to my clinic on 15th October 2015, to prepare for IVF with donated eggs.

Diagnosis: Kidney Jing and Qi deficiency, Spleen and Lung Qi deficiency, Blood deficiency and Blood stasis causing infertility.

Herbal formulas: jin kui shen qi wan, gui shao di huang wan, fu ke yang rong wan with modification.

Acupuncture once a week, nourishing her Kidney Jing, strengthening Spleen and Lung, invigorating Blood and moving Blood stasis. Regulate the menstrual cycle.

On 9th January 2016, before her IVF started, her period was delayed and a pregnancy test was positive. She gave birth to a healthy baby girl on the 6th September 2016.

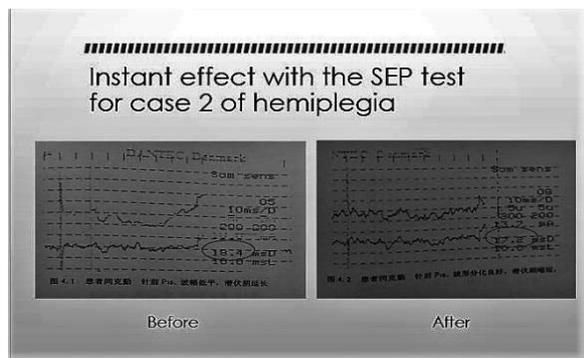
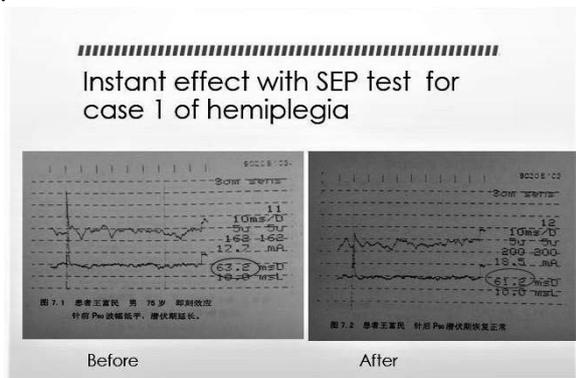
References:

- 1 Eric Manheimer, University of Maryland School of medicine and colleagues. 8 February 2008 British medical journal
- 2 Hopton AK, Curnoe S, Kanaan M, Macpherson H. Acupuncture in Practice: mapping the providers, the patients and the settings in a national cross-sectional survey. *BMJ Open* 2012; 2:e000456.
- 3 Jane. Lyttleton [Treatment of infertility with Chinese medicine]Churchill livingstone 2004
- 4 Xia Gui Cheng (1.2000) [Infertility and regulating of menstrual cycle] People's health publishing house ,Beijing, China.
- 5 Shu lan Tang: Infertility lecture online .
- 6 Shen. Xiaoxiong Ph.D Lac Los Angeles, USA [Progress on the diagnosis and TCM treatment of infertility]
- 7 Lifang Liang [Acupuncture &IVF]Blue Poppy Press ,first Edition, August,2003
- 8 Li Qin Zhao : TCM & IVF lecture online .
- 9 Zhang wei Endometrial receptivity and infertility *Journal of Chinese Clinical Medicine*, 2004, Vol. 5, No. 10



(Continued from Page 5)

patients was summarized by statistical analysis. There was a significant result. I just show the test of the two typical cases here.



Conclusion

The above four key points demonstrate and explain the advantage of scalp acupuncture in treating hemiplegia after stroke, which is the area attracting more clinical attention. In general, scalp acupuncture is deemed to be useful in treating other diseases related to the functional damage of the brain, such as cerebral palsy , persistent vegetative state ,Parkinson's disease and multiple sclerosis. More studies should be carried out in this area.

References

1. China national knowledge infrastructure CNKI (中国知网) , search time on 8th September 2016.
2. Jiao shunfa (1976) primary summary of six diseases by the scalp acupuncture management. *Chinese journal of physician.* (3) 48.
3. Sun Guojie (1998) acupuncture textbook. Shanghai science press.
4. Shi Xian (1991). *Academic journal of acupuncture in China.* (3) :35.
5. Nie Hui (1999) Dynamic observation of stroke hemiplegia by SEP with electronical spoon needles. *Journal of Chinese acupuncture* 19(6):369

浅谈中医在 IVF 中的治疗体会

张青

Southampton

摘要: 中医针灸可以有效地帮助辅助生殖技术 (IVF)。调节月经周期是 IVF 的之前重要准备工作, 月经周期基础体温表 (BBT) 可以显示机体内部分气、血、阴、阳和荷尔蒙的变化情况, 可以作为中医的诊断和辩证治疗的依据和检测治疗的结果。IVF 之前和过程中的中医针灸治疗。IVF 容易出现的问题和中医针灸的治疗。典型病例。

关键词: 不孕症, 月经周期, IVF, 多囊卵巢综合症, 子宫内膜异位, 卵巢早衰, 中医, 针灸。

近年来许多发达国家不孕证病人越来越多。辅助生殖技术 In vitro fertilization (IVF) 已经成为治疗不孕症的主要方法。但是辅助生殖技术的成功率并不高。针灸可以提高 IVF 的成功率。(1) 很多不孕症病人在接受辅助生殖治疗的同时寻求中医针灸的帮助。在英国, 生育问题是仅次于疼痛相关状况的第二健康状况, 人们寻求中医针灸治疗。(2) 我愿把自己近年来协助西医试管婴儿技术的治疗体会与大家分享如下。

1. IVF之前月经周期的调理

在 IVF 开始之前进行月经周期的调理非常重要。进行 IVF 治疗的病人大都试孕多年, 或者多次 IVF 没有成功。他们有各种各样的问题, 不能自然怀孕。我们发挥中医的特长, 根据整体原则, 辩证施治, 按照月经周期进行调理。调理的过程就是治疗的过程。经过我们的治疗, 病人机体气、血、阴、阳的平衡, 荷尔蒙水平的平衡, 子宫, 卵巢功能的改善, 他们有可能自然怀孕, 有些病人在 IVF 开始之前怀孕。经过月经周期的调理, 大多数病人的 IVF 治疗会得到较好的效果。我建议病人在 IVF 治疗之前三个月来诊所进行调理。

1). 月经期 (卵泡期)

调理月经期的关键是活血祛瘀, 排除陈旧的经血和排除脱落的子宫内膜。只有排除的彻底才有利于新血和子宫内膜的新生, 为新的月经周期奠定良好的基础。基础体温表 Basal Body Temperature chart (BBT) 记录着机体代谢的情况。有它自身的规律。女性月经周期 BBT 的变化可以显示机体内部分气、血、阴、阳的变化, 从而为我们中医的诊断, 辩证治疗做出依据。经过一段时间的治疗, BBT 表的变化也可以验证我们的诊断和治疗是否正确。(3) 这个时期的基础体温应该由高温相下降到低温相。如果月经第一, 二天基础体温没有下降或下降不够, 显示宫腔内还有淤血或残留脱落的子宫内膜, 这是痛经病人的病因所在。治疗上应该活血祛瘀。

治疗原则: 理气活血祛瘀, 养血和血调经

基本方剂: 当归, 白芍, 赤芍, 川芎, 丹参, 益母草, 红花。血瘀较重: 莪术, 肉桂, 五灵脂, 延胡索。痰湿偏盛: 薏苡仁, 半夏, 苍术。肝气郁结: 柴胡, 郁金, 牡丹皮。脾气虚弱: 党参, 白术, 黄芪, 砂仁。中成药: 桃红四物丸, 八珍益母丸, 温经汤。

针灸穴位: 气海, 中极, 三阴交, 足三里, 血海, 地机, 合谷, 太冲。

2). 经后期 (卵泡期)

经行产后, 血海空虚。经后期是养血, 养阴精的重要阶段。阴精建立以后, 开始增长, 滋养肾阴精血的药物起到重要作用。通过补肾养血, 活血祛瘀, 疏肝理气 滋养卵泡, 促进卵泡的生长发育; 促进子宫内膜增生, 为排卵, 着床, 怀孕成功做准备。张景岳“善补阴者, 必于阳中求阴”在经后期, 在滋阴养血的药物中加少量补阳的药物可以帮助阴精的增长。尤其在阴精滋长临近高峰, 重阴转阳之际如果加少量续断, 菟丝子, 可以推动阴精的增长达到重阴转阳的水平。(4) 经后期的 BBT 基础体温是低相。这个阶段的体温每个人不同, 大约 36, 2-36, 5 度。如果这个阶段体温过低, 这个阶段过长, 过短, 都显示着身体气、血、阴、阳的问题。如果体温曲线过低。低于 36 度, 显示机体代谢水平过低, 身体阳气不足。如果这个阶段过长, 显示肾阴, 精血不足; 如果这个阶段过短, 显示有热, 阴虚虚热多见。

治疗原则: 补肾填精, 养血和血。

基本方剂: 当归, 白芍, 熟地黄, 山茱萸, 怀牛膝, 山药, 牡丹皮, 茯苓, 泽泻。阴虚较重: 麦冬, 女贞子, 旱莲草。脾胃虚弱: 党参, 白术, 木香, 陈皮, 砂仁。心阴虚, 心神不宁: 酸枣仁, 柏子仁, 五味子, 夜交藤。肝气瘀滞, 肝郁化火: 柴胡, 郁金, 钩藤, 丹皮, 栀子。

中成药: 归芍地黄丸

针灸穴位: 肝腧, 脾腧, 肾腧, 次髎, 中脘, 下脘, 气海, 关元, 子宫, 太溪, 太冲, 三阴交, 血海, 百会, 内关, 印堂, 神门, 列缺, 照海。

耳针 内分泌, 卵巢, 肾, 神门, 脑

3). 经间期 (排卵期)

在经后期阴精生长达到重阴的水平, 重阴必阳, 完成由重阴到阳的转化, 排除卵子。

治疗原则: 补阴助阳, 理气活血通络。

基本方剂: 当归, 赤芍药, 熟地, 怀牛膝, 红花, 丹参, 鸡血藤, 菟蔚子, 路路通。肾阴虚导致排卵不利: 女贞子, 山药, 山茱萸。肾阳不足, 脾虚湿盛: 桂枝, 茯苓, 半夏, 苍术, 续断, 仙灵脾, 菟丝子。肝气瘀滞, 气郁化火: 柴胡, 川楝子, 郁金, 栀子, 牡丹皮。心神不宁: 远志, 石菖蒲, 合欢皮

针灸穴位: 气海, 关元, 子宫, 归来, 地机, 血海, 三阴交, 阴陵泉, 内关, 太冲, 合谷, 印堂, 带脉

4). 经前期 (黄体期)

经前期是阴消阳长, 阳长逐步达到高峰的时期, 从而达到重阳转阴, 形成下个周期月经的到来。(5)

经前期的 BBT 呈现高温相。卵巢排卵后, 黄体产生孕酮, 孕酮刺激丘脑下部的体温调节中枢, 使体温比平时升高 0.3-0.5 度。所以排卵后 BBT 呈现高温相。这个阶段连续至少 12 天, (如果月经是 28 天周期, 最好 14 天。)才有可能胚胎着床。受孕成功。如果体温升高缓慢, 不足; 或者高温相不稳, 体温下降提前都显示脾气不足, 肾阳不足, 黄体不足。如果温度曲线波动相, 肾阳升高受阻, 显示肝气郁结, 痰湿淤阻。

治疗原则: 补血温阳, 养阴疏肝, 理气调经。

基本方剂: 毓麟珠加减: 当归, 白芍, 巴戟天, 茯苓, 菟丝子, 肉苁蓉, 牡丹皮, 郁金, 党参, 山药, 续断, 香附, 鹿角片。脾气不足: 党参, 白术, 茯苓, 薏苡仁。血虚: 当归, 白芍, 川芎, 熟地, 杜仲, 鹿角霜
中成药: 金匮肾气丸, 右归丸, 逍遥丸, 补中益气丸
针灸穴位: 肝腧, 脾腧, 肾腧, 命门, 足三里, 百会, 内关, 太冲, 太溪, 三阴交, 神阙

2. 中医在IVF中的治疗

1). 降调阶段(Down regulation period)

这个阶段一般从 IVF 开始之前月经周期第 21 天开始。一般以口服避孕药来使卵巢达到“休眠状况”, 调节荷尔蒙以利于产生一点数量的卵泡。中医治疗原则是调肝理气, 养血和血, 镇静安神。

基本方剂: 当归, 柴胡, 丹参, 白芍, 茯苓, 白术, 枳壳, 甘草

针灸穴位: 合谷, 太冲, 足三里, 三阴交, 印堂, 百会。

2). 促排卵阶段 (stimulation period)

促排卵是从月经二, 三天开始, 这个时期是卵泡成熟

和子宫内膜增殖的时期, 是 IVF 的关键时期。中医治疗原则是补肾填精, 养血活血。补肾活血法配合促排卵的方案可以提高卵巢反应性, 增加卵细胞数量, 改善卵子质量。(6) 进入促排卵阶段适宜针刺的时间有几个时间点。月经开始二, 三天, 这个阶段的针灸治疗要活血通经, 祛瘀生新, 改善子宫的内环境。同时改善卵巢的血液循环, 促进卵泡的发育。月经第九天左右, 针刺促进卵子的最后成熟, 和黄体的行成。此时针刺可以减少 HCG 的用量。从而减轻促排卵药物的副作用。(6)

基本方剂: 定经方 (7) 当归, 白芍药, 熟地黄, 山药, 山茱萸, 茯苓, 菟丝子, 柴胡, 巴戟天, 炙甘草。

针灸穴位: 肝腧, 脾腧, 肾腧, 气海, 关元, 归来, 子宫, 足三里, 三阴交, 血海, 太溪, 太冲, 合谷, 列缺, 照海, 百会。

3). IVF 取卵手术之后, 胚胎移植前

在这个阶段, 针灸可以帮助病人缓解紧张情绪, 减轻手术的刺激, 改善子宫内膜的血液循环和子宫内环境, 为胚胎移植做准备。(8)

针刺穴位: 关元, 中极, 血海, 太冲, 三阴交, 足三里。

耳针: 子宫, 卵巢, 内分泌, 脑

A 胚胎移植当天, 胚胎移植前

缓解病人的精神压力, 放松子宫的肌肉, 改善子宫的内环境, 改善子宫的容受性。病人在胚胎植入时和植入后, 减少子宫收缩, 减少疼痛。

中极, 太冲, 内关, 地机, 归来, 百会。

耳针: 神门, 脑, 子宫, 内分泌

B 胚胎移植当天, 胚胎移植后。

针灸可以增加子宫的供血量, 放松子宫的肌肉, 控制子宫收缩。为胚胎着床进行准备。

针刺穴位: 合谷, 血海, 足三里, 三阴交, 印堂, 百会。

耳针: 神门, 脑, 子宫, 内分泌。

4). 胚胎移植后

这个阶段针刺可以改善子宫内的血液循环, 放松子宫的肌肉, 控制子宫收缩, 帮助胚胎着床, 帮助胚胎生长。预防流产。在胚胎移植后 2-3 天, 胚胎即将着床, 针刺可能有助于维持子宫种植的窗口期, 有利于胚胎着床。着床后第 14 天, 针刺会有利于平衡激素水平, 调畅气血, 缓解不安情绪。(6)

治疗原则: 补肾, 补脾, 提升阳气, 安神保胎。

针刺穴位: 肝腧, 脾腧, 肾腧 足三里, 内关, 百会, 太溪, 印堂

基本方剂: 安胎方。菟丝子, 续断, 桑寄生, 山茱

英, 白芍, 白术, 党参, 枸杞子, 甘草。

3. IVF过程中容易出现的问题。

1). 精神过度紧张

IVF 的过程是一个令人精神紧张的过程。很多病人试孕多年, 渴望 IVF 成功的心理, 使人们在治疗中压力重重, 精神上高度紧张。从而影响 IVF 的效果。而针灸又是最有效的放松机体的治疗方式之一。

治疗原则: 疏肝理气, 镇静安神

针灸穴位: 太冲, 内关, 足三里, 印堂, 百会

2). 子宫内膜增生不好

多见于高促卵泡激素 Follicle-stimulating Hormone(FSH), 闭经, 多次流产, 手术, 或者由于自身激素水平低下病人, 对激素反应不好, 子宫内膜增生不好。科研证明, 子宫内膜 10-14 公分, 三线型, 血流灌注丰富, 子宫内膜容受性好会有很好的着床率和妊娠率。(9) 中医可以通过补肾活血辨证施治来帮助子宫内膜的增生。这是中医能够帮助辅助生殖技术的关键所在。

治疗原则: 补肾活血, 根据病人具体情况辨证施治。养肾活血方: 熟地, 山茱萸, 丹参, 白芍, 赤芍, 龟板, 续断, 菟丝子。

针灸穴位: 肾腧, 脾腧, 次髎, 腰腧, 中脘, 下脘, 气海, 关元, 阴交, 太溪, 照海, 足三里, 三阴交, 血海, 百会。

3). 产生的卵泡数量过少, 质量不好

常见于高龄女性, 促卵泡激素高, (AMH 低 (Anti-mullerian hormone) 卵巢储备功能低下, 卵巢早衰, 多囊性卵巢综合症的患者。

中药针灸可以增加卵巢的血流量; 增加卵巢局部血液循环; 调节卵巢的功能; 调节内分泌; 有助于卵泡的增长; 使其产生更多, 更好质量的卵泡和胚胎。帮助受孕, 着床, 孕育成功。预防流产。对于高龄女性, 卵巢储备功能低下, 卵巢早衰的病人, 鼓励提前几个月接受中医针灸的治疗, 改善卵子的质量。

治疗原则: 补肾填精, 调气养血, 活血祛瘀, 滋补冲任。

针灸穴位: 肝腧, 肾腧, 大肠腧, 次髎, 百会, 中脘, 下脘, 气海, 关元, 子宫, 足三里, 三阴交, 阴陵泉, 丰隆, 血海, 太溪, 太冲。

耳针 内分泌, 卵巢, 脑, 神门, 肾。

4). 卵巢过度刺激综合症。Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS)

多囊卵巢综合症, 年轻女性卵巢功能好的患者, 对促排卵药物的刺激比较敏感, 容易发生卵巢过度刺激综合症。典型表现是卵巢肿大, 恶心呕吐, 腹胀, 腹痛,

呼吸困难, 头痛, 失眠, 焦虑等症状。中医治疗原则是温阳补肾, 燥湿醒脾, 行气利湿, 镇静安神。

针灸穴位: 腰腧, 腰阳关, 大椎, 肺腧, 脾腧, 肾腧, 百会, 中脘, 下脘, 气海, 关元, 滑肉门, 外陵, 水分, 水道, 归来, 三阴交, 阴陵泉, 丰隆, 复溜, 公孙, 内关, 外关, 足陵泣。

5). 有的病人着床不利, 多次 IVF 失败

中医对着床不利的病人治疗应该着重温补肾阳, 健脾化湿, 养阴清热, 益气养血, 活血祛瘀。增加子宫的血液循环, 放松子宫的肌肉, 改善子宫的内环境, 增加子宫内膜的厚度和容受性。同时改善卵子, 胚胎的质量; 平衡机体的内分泌。这是在 IVF 之前用中医针灸调理身体的重要所在。

针灸穴位: 肝腧, 肾腧, 脾腧, 次髎, 命门, 神阙, 中脘, 下脘, 气海, 关元, 足三里, 三阴交, 血海, 阴陵泉, 外关, 足陵泣, 百会, 印堂。

4. 典型病例

病例 1:

C 39 岁, 律师 FHS 31mlu/ml。超声波诊断, 双侧输卵管堵塞, 子宫内膜有瘢痕, 卵巢偏小。西医诊断是卵巢早衰, 准备 IVF 治疗。患者自述工作紧张精神压力大, 失眠, 月经不规律。经期只有 2 天半。月经期潮热虚烦。经前期精神紧张。她的舌红少苔, 脉弦细。中医诊断: 肝肾阴虚引起的不孕。治疗原则, 滋补肝肾, 疏肝解郁, 安神补心。调理冲任。病人不愿意服中药, 针灸治疗按照月经周期调理。针灸处方: 肾腧, 肝腧, 心腧, 气海, 中极, 子宫, 足三里, 太溪, 太冲, 血海, 神门, 内关。治疗四个星期。等待月经来临开始 IVF。月经逾期不至。妊娠试验阳性。2011 年 6 月, 足月顺利分娩一健康男婴, 重 6.111B。

病例 2:

S 40 岁。保险公司主管。她的诊断是卵巢早衰。自从 17 岁开始注射避孕药, 直到 28 岁停止。避孕药停用后, 一直没有月经。更年期开始。超声波显示她的子宫内膜有瘢痕, 血液化验显示高 FSH, 低 AMH。7 次 IVF 治疗。卵子质量不好, 子宫内膜增生不利。在 IVF 中, 医生使用不同的药物, 增加药物剂量, 但是她的卵巢和子宫内膜对药物的刺激没有反应。子宫内膜厚度最厚 4-5MM。医生建议她采用捐献卵子 IVF。医生并建议她到我诊所通过中医帮助增加子宫内膜厚度, 为 IVF 做准备。2012 年 7 月 16 日 她来到我诊所接受治疗。她的舌小, 淡红, 少苔。脉细弦。中医诊断是肝肾阴虚, 肾精不足导致不孕。补肾精, 补血。舒肝理脾, 调理冲任。中药处方 归芍地黄丸, 妇科养荣丸加减。山药, 山芋肉, 何首乌, 丹参, 当归, 白芍, 柴胡, 知母, 泽泻。夜交藤。针灸穴位, 关元, 中极, 归来, 血海, 三阴交, 足三里。列缺, 照海。太冲。

2012年10月她采用捐献卵子开始IVF。超声波检查子宫内膜6.5MM。植入两个胚胎。妊娠试验阳性。怀孕6个半星期，她阴道有不规则流血。我给她安胎方保胎。菟丝子，续断，桑寄生，山茱萸，党参，白术，白芍，枸杞子，炙甘草。她的阴道流血停止了。超声波显示，她双胞胎流产一个，另一个保住。2013年7月，40周足月生产健康男婴，重8.13IB。

病例 3:

C 36岁，学校教师。一切检查正常。原因不明性不孕。3次IVF没有成功。IVF治疗期间子宫口紧闭。胚胎植入困难。IVF诊所医生建议她来我诊所，针灸帮助她子宫口放松，为下次IVF胚胎植入做准备。患者疲乏，面白，精神抑郁，睡眠不好，食欲不振，腹胀，便溏。月经期正常，经色偏淡。舌淡，脉象细涩弱。诊断：血虚不孕。建议医生做进一步血液检查。血液检查显示维生素D不足。治疗原则：疏肝理脾，益气养血安神，调理冲任。六味地黄丸，人参归脾丸，养血安神丸。补充维生素D。针灸穴位：心膻，肝膻，脾膻，足三里，三阴交，血海，天枢，气海，关元。治疗4个月经周期。患者睡眠改善，体力，精力明显改善。IVF治疗时，取卵，移植前来诊所针灸。顺利取卵，移植顺利。IVF成功。足月生产一个健康女婴。现在她女儿已经4岁，每年圣诞节发来她女儿的照片。

病例 4:

J 34岁。患重症子宫内膜异位症多年。专家建议她手术切除异位的子宫内膜。术后试孕半年，如果没有怀孕，进行IVF治疗。两年前她手术切除部分异位的内膜。术后疼痛有所减轻，但是手术一年后症状加重。排卵期到月经期，小腹胀痛。月经期痛重，有时疼痛引起昏厥。近一年检查左侧卵巢有囊肿。痤疮严重。病人患有IBS。腹胀，腹痛，便秘。专家建议她针灸治疗，为IVF做准备。中医诊断：脾肾阳虚，痰凝血瘀，冲任受阻。中药药粉：当归，赤芍，川芎，白术，地黄，桂枝，枳壳，桃仁，香附，益母草，延胡索，炙甘草。针灸穴位：脾膻，肾膻，大椎，膈膻，命门，大椎，肺膻。足三里，三阴交，血海，阴陵泉，太冲，气海，中极，水道，印堂，合谷按照月经周期调理。治疗三个疗程。等待月经开始进行IVF。月经延迟。妊娠试验阳性。她足月生产一健康女婴，重7.61IB。

病例 5: J 警察。39岁。自幼患有哮喘，贫血。月经周期不规律。19岁时，发现左侧卵巢囊肿，手术切除了左侧的卵巢。从32岁开始试孕。没有成功。超声波检查时发现子宫肌瘤。手术切除了肌瘤。2012年开始IVF。共进行5次IVF。第一次IVF，促排卵阶段，子宫腔内生长多发息肉。取卵，冷冻。第二次，三次冷冻卵子植入。没有成功。第四次IVF怀孕。生有一子。现在两岁。一年后，第五次IVF。AMH 2.4。血液化验更年期前期。医生给予最大剂量的药物。卵巢反应不好。

取卵时，没有成熟的卵子。医生建议进行捐献卵子IVF或者放弃治疗。2015年10月15日，她来我诊所就诊，准备采用捐献卵子IVF。诊断：肝肾不足，气血亏虚，冲任失养。归芍地黄汤，妇科养荣，金匮肾气丸加减。针灸每周一次。按照月经周期调理。2016年9月2日。在开始IVF之前，月经延期。妊娠试验阳性。继续每周一次针灸保胎治疗到12周。以后针灸每两周一次。40周分娩一健康女婴，重6.8IB。

参考文献

- (1) Centers for Disease Control and Prevention .Assisted Reproductive technology success Rate: national Summary and Fertility Clinic Reports 2009 (M)Atlanta,GA:US Department of Health and Human Services .Centre for Disease Control and Prevention 2011
- (2) 1 Eric Manheimer, University of Maryland School of medicine and colleagues . 8 February 2008 British medical journal
- (3) Jane. Lyttleton [Treatment of infertility with Chinese medicine]Churchill livingstone 2004
- (4) Xia Gui Cheng (1.2000)[Infertility and regulating of menstrual cycle] People's health publishing house ,Beijing, China.
- (5) Shu lan Tang: Infertility lecture online .
- (6) Shen. Xiaoxiong Ph.D Lac Los Angeles, USA [Progress on the diagnosis and TCM treatment of infertility]
- (7) Lifang Liang [Acupuncture &IVF]Blue Poppy Press ,first Edition, August,2003
- (8) Li Qin Zhao : TCM & IVF lecture online .
- (9) Zhang wei Endometrial receptivity and infertility Journal of Chinese Clinical Medicine, 2004, Vo1. 5, No. 10



痛经合并痤疮的中医临床治疗研究

宋志香

英国伦敦宋氏医馆、英国中医药学会全科会员

摘要

目的 探讨痛经合并痤疮的中医临床治疗。

方法 选取15例痛经合并痤疮患者作为研究对象，治疗时机：于每月行经第一日及第三日作为治疗时间，共计6次治疗。治疗方法：督脉二穴（腰阳关，命门）火针；下膀胱经六穴（次髎、环跳、承扶）火针并痣点刺络拔罐；上膀胱经六穴（肺俞、心俞、肝俞）痣点刺络拔罐。针灸中脉七穴（百会，印堂，天突，膻中，巨阙，中脘，气海）；胞宫八穴（关元、中极，子宫、水道、归来）；冲任四穴（列缺、公孙）；脾胃四穴（阴陵泉、足三里）；精血六穴（太溪、三阴交、血海）；疏肝六穴（太冲、外关、足临泣）；调神四穴（大陵、神门）。下丹田艾灸。同时配合宋氏痤疮膏每天2次面部涂抹。

结果 治愈12例，有效3例，总有效率100%。

结论 命门、腰阳关火针暖宫补肾阳以升督脉。次髎、环跳、承扶火针并痣点刺络拔罐，辛散下焦风寒托痰淤外出；肺俞，心俞，肝俞痣点拔血罐祛六淫外邪除痰热淤毒。针灸中脉七穴降任脉并宽胸解郁引上焦之火下行；胞宫八穴并艾灸下丹田补肾暖宫，逐寒水通经络祛淤浊；列缺公孙，调养冲任；阴陵泉足三里升脾胃调中气；太溪，血海，三阴交补肾填精养血活血；太冲，外关，足临泣疏肝解郁降火；大陵，神门养心血安心神清心火。上述治疗使虚得补，毒得祛，郁得通。全身气机通畅，五行一气周流，痛经止，痤疮消；兼以具有清热利湿化淤功效的宋氏痤疮膏面部涂抹，协助消退面部痤疮及痘印，取得非常好的疗效。

关键词 痛经合并痤疮；一气周流；火针；刺络拔罐；针灸；艾灸；宋氏痤疮膏

Clinical Study on the Effect of Traditional Chinese Medicine for Dysmenorrhea with Acne

Dr Zhixiang Song, BMed, MSc

Dr Song Clinic in London

Full member ATCM

Abstract

Objective: To observe the clinical effect of comprehensive traditional Chinese medical therapy on patients with dysmenorrhea and acne

Methods: All 15 patients with dysmenorrhea and acne received traditional Chinese medical treatment on the first and the third day of menstruation for three menstrual cycles, making six treatments in total for each patient.

Treatment method: 1) Patients in supine position: two acupoints (DU3, DU4) at the DU meridian received acupuncture with heated needles; six acupoints (BL32, BL36 and GB30 bilaterally) received acupuncture with heated needles plus pricking and cupping; six acupoints at the back (BL13, BL15, and BL18 bilaterally) received pricking and cupping. 2) Patients in prone position, acupuncture was carried out at "seven mid-median acupoints" (DU 20, EX-HN3, RN22, RN17, RN14, RN12, RN6); "eight acupoints for the uterus" (RN4, RN3, EX-CA1, ST28, ST29); four acupoints for the Chong and REN meridians (LU7, SP4); four acupoints for the spleen and stomach meridians (SP9, ST36); six acupoints for essence and blood (KI3, SP6, SP10); six acupoints for soothing the liver (LR3, SJ5, GB41) and four acupoints for regulation of the mind (PC7, HT7). Moxibustion was applied on acupoint RN4. Dr Song's herbal acne cream was prescribed to be applied to the face twice daily.

Results: Twelve cases were cured and three cases were effective. The total effective rate was 100%.

Conclusion: Acupuncture at DU3 and DU4 by heated needle can give the uterus warm energy and more energy to the whole body. Acupuncture at BL32, BL36 and GB30 by heated needle plus pricking and cupping can drive cold feeling away and take metabolic waste out of blood capillaries. Pricking and cupping at BL13, BL15 and BL18 can drive away all uncomfortable feelings such as hot, wet and stress, and remove metabolic waste from the body. Acupuncture at DU20, EX-HN3, RN22, RN17, RN14, RN12 and RN6 guides heat from the head

down to the lower abdomen, to give the uterus warm energy. Acupuncture at RN4, RN3, EX-CA1, ST28 and ST29 and Moxibustion at acupoint RN4 can warm the uterus, give the body strong energy and good blood circulation and remove cold water and stasis of blood from the uterus and bladder. Acupuncture at LU7 and SP4 can give nourishment to the Chong and REN meridians which connect to the uterus. Acupuncture at SP9 and ST36 makes energy circulate smoothly inside the body. Acupuncture at KI3, SP6 and SP10 improves essence and blood circulation inside the uterus and ovaries. Acupuncture at LR3, SJ5 and GB41 can make the patient happy and reduces stress. Acupuncture at PC7 and HT7 can make the patient sleep well, relax and have good blood circulation.

These Chinese medical treatments achieve health-improving results by way of detoxification, channel stasis and improvements in energy. Energy and blood circulates smoothly inside the body, no cold or wet stays in the uterus and ovaries and no hot wet stasis stays inside the skin, then dysmenorrhea and acne dismiss. Dr Song's herbal acne cream applied to the face helps in acne recovery by taking the hot wet stasis away and promoting good blood circulation in the face.

Key words Dysmenorrhea and acne. Good circulation of energy and blood. Heated needle. Pricking and cupping. Acupuncture, Moxibustion. Dr Song's herbal acne cream

现代女性喜喝冰镇饮料,吃冰激凌,长期下来导致上热下寒,痛经与痤疮并存,且月经期痤疮加重。西医以止痛药治疗痛经,抗厌氧菌药物及去角质的药物治疗痤疮,效果不佳,病情迁延不愈。因此有必要探索中医治疗,笔者将2年来针罐灸并用,配合宋氏痤疮膏外用治疗此类患者取得良好的疗效,现临床报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本组15例病人均为2015年1月—2017年1月宋氏医馆诊治的女性病人,年龄18~35岁,平均年龄27.5岁,发病时间3个月~5年,平均病程2.1年。

1.2 临床表现

症状:所有病人均有面部痤疮,平时较轻,月经期聚集性爆发,同时伴有严重痛经,经血不畅,暗色血块。均有长期喝冰镇饮料,喜吃冰激凌,经期不注意腹部保暖的生活习惯。睡眠不踏实,精神略焦虑。

查体:所有患者面部痤疮表现为斑丘疹型,多分布在面颊部。背部的痣点基本都是痤疮疹,有丘疹型,结节型,脓疱型,萎缩型,主要分布肺俞与胆俞之间及臀部。腰骶臀部足心阴冷寒凉。舌尖边红,边齿痕,舌根苔白腻。双手关脉旋紧,左寸浮,左尺沉实有力,右尺脉不足。

辨证诊断:下焦寒湿,上焦火旺,中焦气机阻滞郁而不畅,一气不能周流。

辨病诊断:痛经合并痤疮

1.3 治疗方法

1.3.1 病人俯卧位:予火针及血罐补命门之火,升督阳,祛膀胱经瘀毒。

督脉二穴:命门及腰阳关穴火针。

下膀胱经六穴:双侧次髎、环跳、承扶,火针并痣点刺络拔罐。

上膀胱经六穴:双侧肺俞、心俞、肝俞,痣点刺络拔罐。

1.3.2 病人仰卧位:针灸如下穴位以补血填精,温养冲任;升督降任,一气周流。

中脉七穴:百会,印堂,天突,膻中,巨阙,中脘,气海。

胞宫八穴:关元,中极,双侧子宫、水道、归来。同时艾灸关元。

冲任四穴:双侧公孙、列缺。

脾胃四穴:双侧阴陵泉、足三里。

精血六穴:双侧太溪、三阴交、血海。

疏肝六穴:双侧太冲、外关、足临泣。

调神四穴:双侧大陵、神门。

任脉穴位针尖均指向会阴穴。足临泣针尖为逆经方向。其它穴位在十二经脉的针刺方向均按气血流注的方向。腹部及下肢穴位金属针柄接电针仪,予疏密震动波。留针时间为40分钟。

1.3.3 宋氏痤疮膏:由金银花,白芷,桃花,茯苓等中草药制成的软膏,每天早晚各1次面部涂抹,早晨可作为打底霜使用。

1.4 疗程:

每月行经第一日及第三日作为治疗时间。即每月经期2次治疗,共计6次治疗(在三个月经周期内)。

1.5 疗效判断标准

痛经消失,同时按照寻常痤疮疗效判定标准[1]进行疗效判定。痤疮部位皮损消退率>95%,或仅留少许色素沉着斑,或粒性大小小隐痕,无新发皮损出现为治愈;痤疮部位皮损消退率>70%,症状明显好转,无新发皮损出现为有效;痤疮部位皮损消退率<50%,或症状加重,连续治疗4周以上仍有新发皮损出现为无效。

2. 结果

共计调查病例15件,治愈12件,治愈率80%;有效3件,总有效率100%。

3. 讨论

大部分临床医师都注意到女性痤疮与其月经有很大的联系,痛经同时痤疮加重。

3.1 病机分析:患者长期喝冰镇饮料,喜吃冰激凌,经期不注意腹部保暖,日久寒湿沉积下焦,肾阳被伤。

阴阳不能和合化为肾精，肝肾同源，肝为冲脉之本，肾为任脉之本，肝血肾精不足，冲任不养；加之经期，血海由盈而泻，胞宫空虚，风寒湿邪乘时而作，寒则凝，胞宫不温，气血运行不畅，经血流通受阻，以致不通则痛；或致冲任胞宫失于濡养不荣而痛。肾为生痰之根，肾阳虚，命门火衰，下焦寒水凝聚，气化无权，水不生木，肝血不温，无以生发，肝气郁结。木不生火，难以济养心阴，心阴虚火旺，加之肝失疏泄郁而化火，携脾湿上扬于面，面部湿热，痤疮形成。心主血脉，其华在面，患者心之气血不足，血脉凝滞，面部经络不通，无力清运湿热瘀浊，使得痤疮聚而不散；另患者心神失养，焦虑失眠，面容憔悴。肺朝百脉，心之百脉不运，肺气不宣，郁而化火，肺为贮痰之器，痰火不能肃降；肺主皮毛，主一身之表，肺之痰火进一步加重皮毛之痤疮，使得背部主表的膀胱经亦出现痘疮痣点。《四圣心源》“土枢四象，一气周流”[2]，患者命门火衰，火不生土，脾为生痰之源，脾虚湿盛，则脾不升清，胃不降浊，中气不转，一气不能周流，则肾之寒水难升，心肺之痰火难降；上焦痰火集聚，下焦寒湿凝结，痤疮与痛经并存，皆因五行一气不能周流。下焦寒湿是其因，一气不能周流是其本，上焦湿热是其标。责之于肾、脾、肝、心、肺。

3.2 治则：补下焦之真阳，助一气之周流，清上焦之痰热。

3.3 治法：

督脉二穴火针，补命门之火暖胞宫，蒸腾气化下焦寒水，助升督脉助排肾浊。

下膀胱经六穴火针并痣点刺络拔罐，火针补正气散风寒，助拔罐除血瘀。火针与血罐并用，给下焦风寒湿邪以出路，祛瘀滞，通经络，活气血，祛邪而不伤正。

上膀胱经六穴痣点刺络拔罐。祛上焦之湿热，清络脉之瘀滞。因为疾病借助经络通达内外，卫分，气分，营分及血分任何一处的病症，都可以在体表找到反应点即痣点，痤疮的患者的痣点多为痤疮痘疹，痣点拔血罐正是从体表入手，使内外病邪拔而去之。肺俞，心俞，肝俞膀胱经痣点刺络拔罐，使肝郁得舒，心火得降，肺气得宣，肺浊得清。

针灸中脉七穴通降任脉，阴携阳降，使上焦痰火通过肺胃肃降至下焦。同时宽胸安神宁心。

针灸胞宫八穴并下丹田艾灸。养肾精助肾阳，暖胞宫通经络。命门火足，下焦寒湿得以蒸腾气化，寒水瘀浊通过膀胱及经血排出体外。阳携阴升，肝脾得以升清，水火得以济济。

针灸冲任四穴，八脉交会穴列缺通任脉，公孙通冲脉。任冲脉同起于胞宫。任脉为阴经之海，主胞胎（子宫，卵巢），任脉属肾。冲脉为12经脉之海，血海，主月事及孕育，冲脉属肝。此二穴相互配伍，冲任得以调养。肝血肾精得补；血海充，胞宫养，气血畅。

针灸脾胃四穴调理中气，升脾降胃，中气升降协

调，一气周流，进而促进肝血的温升及肺火的肃降。

针灸精血六穴具有补肾精养肝血，活血化淤，调理冲任之功效。肝为冲脉之本，肾为任脉之本，冲任同起于胞宫。此六穴实为调养胞宫。

针灸疏肝六穴具有疏肝解郁降火功效。足临泣亦通带脉。任脉、冲脉同起于胞宫，均联系于带脉，三脉协调，保证月事的正常。另外，患者面颊部及后背部痤疮，提示三焦经及膀胱经实证，二经均属五行中的壬水，实则泻其子，水之子为木，胆属木，故泻胆经的本穴足临泣。

针灸调神四穴：大陵属心包经，神门属心经，二穴养心血安心神。同时按照手全息，大陵穴正对应胞宫，针刺该穴同时具有清胞宫瘀浊，止痛经之功。

针刺方向：任脉以降为顺，任脉穴位针尖均指向会阴穴。足临泣针尖为逆经方向，是采用迎随补泻法中的泻法。其它穴位在十二经脉的针刺方向均按顺经方向，这是由于12经脉一气周流，气血流注升降有序，故针尖方向按气血流注的方向是其大道，如脾升胃降。

宋氏痤疮膏：由金银花，白芷，桃花，茯苓等中草药制成的软膏，具有清热解毒，化痰利湿，行气化痰的功效。

总结：上述治疗使下焦阳虚得补，寒湿得除，冲任得以调养，痛经止；上焦热毒得祛，心血得养，肺气得宣，痤疮消；中焦的郁滞得通，清阳得升，浊阴得降，一气得以周流。阳生阴长，肾水在命门之火的推动下温升，则脾升，肝升，心阴得养，心阳生隆，此为阳携阴升。心火在心阴的敛收下，随肺胃肃降至肾，藏于肾水之中，故肾中藏真阳，此为阴携阳降。五行一气周流则体安，痛经止，痤疮消；兼以具有清热利湿化痰功效的宋氏痤疮膏面部涂抹，进一步协助消退面部痤疮及痘印，取得非常好的疗效。

参考文献：

[1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 (CM) 北京：中国医药科技出版社，2002:292.

[2] 黄元御，清代，《四圣心源》

作者简介

作者宋志香，英国伦敦宋氏医馆主诊医生，英国注册中医师，通过中国国家考试，取得卫生部和北京市卫生局颁发的中医执业医师资格证书、西医执业医师证书、全科医师证书，院内感染控制医师证书等多专业行医资格的执业医师。宋大夫毕业于中国知名学府哈尔滨医科大学学士学位及北京中医药大学硕士学位。曾在北京三甲医院工作及私人中医馆兼职20余年。多年来利用中医治疗方法治愈很多疑难杂症。发表医学论文30余篇，多次在中西医国际医学学术会议上作论文报告。

浅谈腰痛中医治疗

陈松岩

摘要：腰痛是门诊很常见的疾病，通常占门诊很大的比例。如何能让患者在首次治疗中既建立起对医生的信任，并树立继续治疗的信心，这是一个挑战。本文是本人临床点滴体会，简要综述腰痛中医诊治，目的抛砖引玉。

关键词：腰痛 结筋病灶点 横络 经筋疗法 圆利针 毫针 推拿

腰痛治疗首诊极为关键，最理想的效果是手到病除。比如一部分急性腰扭伤、腰椎棘上韧带炎等这样的疾病，大部分效果可以说是立竿见影，甚至可以一次治愈。但在实际临床工作中，腰痛患者五花八门，有几十种之多，想都取得良好的疗效是不可能的。那么首诊中如何取得相对满意的疗效呢？尽量明确诊断是成功治疗的第一步。

中医望闻问切是确诊最主要的方法，如主诉、现病史等。切诊里的触摸法，最主要的是压痛点的检查，通过压痛点的部位就可以有大致的诊断：如压痛点在棘突表面或相邻两个棘突之间，一般考虑为棘上或棘间韧带炎；如果是第三腰椎横突压痛，一般考虑为第三腰椎横突综合征；如果在骶棘肌的中外侧，一般考虑为腰肌劳损；如果是在腰骶椎与髂后上棘之间，一般为比较常见的腰骶韧带劳损；如果是深压痛或叩击痛，一般考虑是腰椎小关节椎体以及椎间盘的病变。

查体中有特殊检查，包括直腿抬高试验，4字试验等，检查中有一个非常重要的鉴别诊断，就是椎管内外病变鉴别法。著名的骨伤专家宣蛰人教授认为，辨别椎管内外病变的最主要方法包括：脊柱侧弯法、俯卧位腰椎屈位加压试验以及胫神经弹拨法，此三项检查一般用于腰痛症状严重的、活动受限明显的患者，或怀疑有椎管内疾病的脊髓肿瘤、脊髓血管瘤、脊膜瘤等患者，尤其是鉴别临床常见的急性腰扭伤与急性腰椎间盘突出，有重要的意义。此两种腰痛的临床表现相似，但治疗却完全不同。急性腰扭伤包括腰椎小关节、腰骶小关节的错位，腰部小关节的滑囊嵌顿，还有局部皮神经的损伤，筋膜的损伤，一般来讲属椎管外疾病。治疗上有旋腰复位法，滑膜嵌顿松解法，侧搬法，扎腿交、人中、手部的腰痛穴，配合主动伸屈腰部等治疗方法，往往获得非常好的效果。而急性腰突是指腰椎间盘各部分（髓核、纤维环及软骨板）尤其是髓核，有不同程度的退行性改变后，在外力因素的作用下，椎间盘的纤维环破裂，髓核组织从破裂之处突出（或脱出）于后方或椎管内，导致相邻脊神经根遭受刺激或压迫，从而产生腰部疼痛，一侧下肢或双下肢麻木、疼痛等一系列临床症状。急性腰突如果髓核突出至椎管内，则是椎管内病变。治疗上如果像治疗腰扭伤一样，膝顶旋腰、推扳或者重力按压椎体两侧痛点等，则极有可能加剧神经根的水肿，甚至导

致脊髓损伤等严重后果。

两种腰痛的临床表现相似，而急性腰扭伤严重时转化成急性腰突，这使椎管内外鉴别检查更显重要。急性腰扭伤是腰部的肌肉、筋膜、韧带等软组织因外力作用突然受到过度牵拉而引起的急性撕裂伤，它可能导致局部肌肉组织处于高度痉挛的状态，如果没得到及时处理，长时间高度痉挛的软组织会造成椎间盘压力过大，很可能引起椎间盘纤维环破裂或已有椎间盘突出的再次发作。

上述三种检查后，一旦排除椎管内的病变，就可以安全地使用按压、弹拨痛性结节，各种搬法及复位法，在首诊中取得良效。尤其是腰椎及腰骶小关节错位的患者，用旋搬等综合手法往往立竿见影。

特殊检查中的直腿抬高试验也是检查腰腿痛非常重要的方法，用于腰突、坐骨神经痛等疾病的检查。但这个试验不能区分椎管内外的病变，因为很多椎管外的腰痛也有可能直腿抬高试验阳性。

经过上述的问诊与查体，有了明确或大致明确的诊断，下一步就是治疗。中医治疗主要是按摩、针灸、中药等方法。中医最基本的理论是不通则痛，以痛为腧，畅通气血。对此《黄帝内经》有一段非常精彩的论述：“一经上实下虚而不通者，此必有横络盛加于大经之上，令之不通。视而泻之，此所谓解结也。”意思是说：如果某一经脉出现上实下虚而经气不通的现象，则必定有横络的雍盛之气加在正经才使得经气不得通畅，治疗时应找到横络，施行泻法，就是所谓的解结的方法。从这段文字中可以看出几千年前中医对痛症的理论研究已经有了相当高的水平。现在西医较流行的“肌筋膜激痛点学说”认为超过习惯负荷的肌肉会造成肌肉短缩和压痛及结节。而《黄帝内经》中所说的横络有一些就是激痛点，而另一些则是由其他病变所导致的压痛点。换句话说，西医最流行的有说服力的理论之一，早在几千年前就已经被中医的先辈先知所掌握，并相应提出了筋膜疗法，单独立篇，形成了完整的体系。在病因方面，总结出外伤、外感、劳损等因素；在病理方面，提出“风寒湿邪杂至”和“横络盛加于大经之上”；在治疗方面，提出了关刺、恢刺、短刺、输刺、燔针劫刺等解结之法。

经筋疗法的核心内容是寻找结筋点，然后解结。治疗的方法包括理筋推拿、圆利针、毫针等。理筋推

拿包括摸、滚、揉、按、拿、弹筋、扳、推、抖等手法，治疗的关键是找准结筋病灶点。结筋点不能简单理解为阿是穴，它包括的内容更为广泛，除了激痛点、压痛点外，还有肌肉痉挛所致的痛性结节、肌束痉挛所致的痛性条索以及软组织损伤所致的各种形状的痉挛性团块。有时痛点很多，比如坐骨神经痛是大范围的扩散痛和传导痛，这时的病灶点主要找原发的压痛点，一般这种压痛点是在筋膜上，肌肉的起止点，两肌交界或相互交错的部位。找到了疼痛的原凶，再应用手法逐一解结。上述的各种手法都有其精妙之处，按摩时手下感觉很重要，这很大程度决定了治疗的效果。必须强调的是，掌握人体的解剖能帮助中医师清楚地了解骨体、筋肉的形态和分布，这对治疗尤为重要。吴谦《医宗金鉴·正骨心法要旨·手法总论》一书说到：“一旦临征，机触于外，巧生于内……筋之弛、纵、卷、挛、翻、转、离合，虽在肉里，以手扪之，自悉其情。”

理筋推拿应注意一些禁忌症，如已经明确或者怀疑有骨关节、软组织肿瘤的患者。对于肿瘤以及恶性肿瘤的早期患者，应建议其及早手术治疗，对术后遗留疼痛再行中医治疗比较合适。对诊断尚不明确的急性脊柱损伤伴脊髓症状的患者，一旦出现压迫脊髓的症状，一定要行系统查体，包括生理反射和病理反射的检查，并需要做MRI或CT检查，在没有确诊之前，禁用扳法、脊柱旋转复位等治疗，以免发生意外。有的患者受伤后，MRI检查无异常，无脊髓的病变，但在几天后渐进性地出现肢体疼痛、麻痹甚至瘫痪的症状，这有可能是外伤导致脊髓的血运欠佳，出现渐进性的机体肌肉瘫痪

针灸疗法针具主要是圆利针及毫针等，现在针

具针法百花齐放，为传统的针灸疗法注入强大的活力，传统针灸取穴原则是辨证处方，以十二经筋的结筋点为主穴加十二经脉输穴。对于跌打损伤坠堕之证，根据部位加取足厥阴肝经的穴位。《医宗金鉴》说：“凡跌打损伤坠堕之证，恶血留内，则不分何经，皆以肝为主。盖肝主血也，故败血凝滞，从其所属，必归于肝。”对于有痿症的患者，加取阳明经的穴位。《素问·痿论》说：“痿疾者，取之阳明。”

中药疗法是另一个重要的治疗方法。主要是根据疼痛的不同时期辨证处方，主要有活血散瘀、散风利湿、舒筋活络、祛风止痛、滋补肝肾等。常用中药有：独活、桑寄生、杜仲、牛膝、秦艽、肉桂、川芎、当归、白芍、地黄、防风、人参、甘草等。用法分汤剂口服、中成药口服、外用等。

总之，在腰痛的治疗上，中医的“动静结合、整体治疗”理论及“急则治其标，缓则治其本，标本兼治”的原则，显示出强大的优势。正如《内经》所说的：“善行水者，不可往冰；善穿地者，不可凿冻；善用针者，亦不可取四厥……故行水者，必待天温冰释冻解，而水可行，地可穿也。人脉犹是也。治厥者，必先熨，调和其经……火气已通，血脉乃行”

参考文献：

- 薛立功著《经筋理论与临床疼痛诊疗学》中国中医药出版社2002年1月
宣蛰人著《软组织外科理论与实践》北京人民军医出版社，1994年

仲景方治疗肿瘤的研究和临床应用

香港中文大学香港中西医结合医学研究所 程剑华

摘要：《伤寒杂病论》是汉前经方治疗疾病有效的临床经验总结，系统论述了外感急性病的辩证论治规律，也系统论述了常见病、多发病的辩证论治规律，其中亦包括了常见的各种肿瘤。经方药少而精，配伍严谨，法度森严，为历代医家所推崇。本文总结作者近年来用经方治疗肿瘤的验案，每个病案数据完整、图文并茂、疗效确切、真实可信、说服力强。并详细论述了五苓散加味治疗化疗后肾衰竭及预防和治疗高剂量顺铂所致肾毒性的临床和实验研究，文章还介绍了经方防治化疗毒副作用的应用。

一、概述

《伤寒杂病论》是汉前经方治疗疾病有效的临床经验总结，经千百万人体的实践验证，又经几十代医家的科学总结。其系统论述了外感急性病的辩证论治规律，也系统论述了常见病、多发病的辩证论治规律，其中亦包括常见的各种肿瘤。经方药少而精，配伍严谨，法度森严，出神入化，效如桴鼓，为历代医家所推崇。本文详细论述了经方五苓散加味治疗化疗后肾衰竭及

预防和治疗高剂量顺铂所致肾毒性的临床和实验研究，文章还介绍了用经方治疗肿瘤的有效验案以及经方防治化疗毒副作用的临床应用。

二、五苓散加味治疗和预防化疗肾毒性的临床和试验研究

1、五苓散加味治疗化疗肾衰的临床研究

我们用五苓散加味治疗化疗后所致急性肾衰取得了很好的效果[1], [2]。

肾衰治疗组为化疗后出现尿少, 浮肿, BuN>7mmol/L、SCr>177 μmol/L者共40例(44例次), 服五苓散加味: 白朮10g, 桂枝10g, 茯苓15g, 泽泻10g, 猪苓10g。气虚加黄芪15g、党参15g; 便秘加大黄10g; 浮肿加桑白皮15g、茯苓皮15g。连服5-7天, 肾衰严重者连续服药, 平均服药10.6剂。

疗效标准: 肾衰治疗组疗后, 临床症状与体征消失, BuN、SCr正常为临床缓解(治愈)。症状体征改善, BuN、SCr有1项正常, 另1项降低30%为显效。BuN、SCr无变化或升高为无效。治疗后临床缓解率87.5%, 总有效率93.18%

(41/44), 服药7天内肾功能恢复正常27例(67.5%), 最多服药40剂肾功能恢复正常。治疗前 BuN9.21±1.97mmol/L、Cr230.25±32.69 μmol/L, 治疗后5.59±2.93mmol/L、134.32±39.70 μmol/L。治疗前后有显著性差异(P<0.01)。

五苓散本为气化不利, 水蓄下焦病证而立。《伤寒论·太阳病篇》“太阳病, 发汗后, 大汗出, 胃中干, 烦躁不得眠, 欲得饮水者, 少少与饮之, 令胃气和则愈。若脉浮, 小便不利, 微热消渴者, 五苓散主之。”化疗后肾功能衰竭出现小便不利, 渴欲饮水, 水入即吐等症, 与五苓散证吻合, 故收效甚捷。

2、五苓散加味预防和顺铂所致大鼠肾毒性的实验研究[3]

实验方法: 将黄芪、党参、白朮、茯苓、泽泻、桂枝、甘草、猪苓煎液浓缩制成中药煎剂。将Wistar大鼠随机分成正常组(空白对照组)、造模1组、预防组、造模2组和减毒组。造模1组、预防组在第4-6天, 造模2组和减毒组在第1-3天皮下注射顺铂0.3mg。预防组从第1-7天、减毒组从第4-6天给服中药制剂。造模组在同样时间用等量葡萄糖盐水灌胃。第八天后将所有大鼠称重, 取血测 BuN、Cr、NAG、β2-MG。最后取肾脏, 右肾做病理切片, 左肾配制成匀浆测定Na⁺-K⁺-ATP酶活性。

结果:

(1). 動物表現: 正常組、預防治療組、造模1組均無大鼠死亡。造模2組死亡8隻, 存活率為42.86%,

組別	鼠數	平均體重		增加平均值	P 值 Δ Δ
		第1天	第8天		
正常	8	89.1±10.83	106.8±18.76	17.7±11.29	<0.01
預防	10	98.2±11.27*Δ	109.1±10.93** Δ	10.9±7.61	<0.01
造模1	9	96.8±12.2 Δ	98.9±7.13v	2.1±8.70	>0.05
減毒	8	101.38±12.73★	95.56±9.08★	-5.8±4.90	>0.05
造模2	6	106.67±8.06★	98.0±5.40v	-8.7±9.29	<0.05

減毒治療組死亡5隻, 存活率為64.29%。減毒治療組優於造模2組, 但無統計學意義。(P>0.05)

(2). 各組大鼠治療前後體重比較(χ² ±S, g)
注: 與正常組相比 ΔP>0.05; vP<0.05; ★P<0.01; 與造模1組相比 *P>0.05; ** P<0.05; Δ Δ 為第1天和第8天相比。

正常組、預防組治療前後體重增加有非常顯著差異(P<0.01)。造模2組治療前後體重減輕有顯著差異(P<0.05)。

(3). 各組大鼠生化指標比較(χ² ±S)
注: 與正常組相比 *P<0.01; 其餘P>0.05; 預防治療組和造模1組相比,

組別	鼠數	BUN(mmol/L)	Cr(μmol/L)	NAG(u)	β ₂ -mG(μg/ml)
正常	8	6.84±4.49	175.3±56.10	26.9±2.46	0.301±0.271
預防	10	13.04±5.21 Δ Δ*	242.8±175.10	40.16±6.77 Δ*	0.371±0.214 Δ Δ
造模1	9	27.3±17.19*	344.9±223.80	77.16±7.49*	0.683±0.232*
減毒	8	22.8±8.68★*	286.3±151.10	41.16±11.71*	0.640±0.154★*
造模2	6	34.6±10.14*	387.4±254.54	42.3±4.12*	0.958±0.286*

Δ P<0.01, Δ Δ P<0.05; 減毒治療組與造模2組相比 ★P<0.05。

(4). 各組大鼠腎臟 Na⁺-K⁺-ATP 酶活性比較(χ² ±S)

組別	鼠數	Na ⁺ -K ⁺ -ATP 酶 (μmol*pi/mg 蛋白*h)
正常	8	10.2±2.30
預防	10	6.54±4.32★ Δ
造模1	9	2.4±1.27*
減毒	8	6.70±2.19n
造模2	6	4.64±1.62*

注: 與正常組相比 Δ P>0.05, *P<0.01; 與造模1組相比, ★ P<0.05;

與造模2組相比 nP>0.05。

(5). 各組大鼠病理切片比較: 正常組腎臟切片顯示結構正常。造模组切片腎小管顯著腫脹, 腎皮質腫脹, 部分上皮細胞氣球樣變, 有蛋白和紅細胞管型, 并有細胞損傷壞死。預防組腎小管病變明顯輕微, 蛋白管型較少。偶有氣球樣變。減毒治療組介於上述兩者之間。

結論: 五苓散加味對 PDD 所致大鼠腎毒性有明顯的預防和治療作用, 與臨床研究結果是一致的。其機理之一有可能是通過調節機體的代謝實現的。

3、五苓散加味預防高劑量順铂化療腎毒性的臨床研究 [4]

化療是惡性腫瘤的主要治療方法之一。順铂(Cisplatin, PDD)作為主要抗癌藥在臨床取得了較好療效。但其腎毒性是臨床應用受限

的主要因素。我们应用五苓散加味进行预防高剂量顺铂肾毒性的临床研究。

将 95 例使用高剂量顺铂 (100mg/m²) 治疗的肿瘤患者随机分为中药预防组和水化对照组, 用多项指标观察不同药物对肾功能的影响。五苓散加味: 黄芪 15g, 白朮 10g, 桂枝 6g, 茯苓 10g, 猪苓 10g, 泽泻 10g, 党参 10g, 甘草 3g 组成。预防组静脉滴注 PDD 时不水化, 静注液体为 1000ml, 使用 PDD 平均剂量为 88.46mg/次, 同时服用五苓散加味中药, 化疗前 10 天开始服用。水化对照组静脉滴注 PDD 时采用水化利尿脱水方法, 静注液体为 3500ml, 使用 PDD 平均剂量为 90.68mg/次, 连续 3 天水化利尿脱水和止吐治疗。

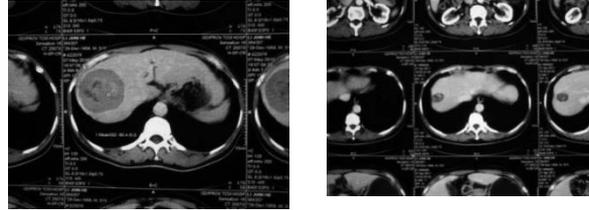
疗效标准: 治疗后 BuN、SCr 均正常为有效, 高于正常值为无效。

三、经方治疗肿瘤验案举隅

验案 1: 四逆散合小柴胡汤加减治疗原发性肝癌^[5]

李某某, 男, 51 岁, 广州市人。

2010 年 5 月 3 日首诊, 症见发热, 右肋痛, 右肩痛, 口干。4 月上腹部 CT 示右肝 7.6x7.5x8.5cm 占位 (见下左图), AFP2252.0。舌淡苔薄白, 脉弦。诊为原发性肝癌。



分組	BUN		SCr		血 β ₂ -mg		血 NAG		尿 NAG	
	療前	療後	療前	療後	療前	療後	療前	療後	療前	療後
中藥預防	100 (73/73)	100 (73/73)	100 (73/73)	100 (73/73)	64.3 (18/28)	67.9 (19/28)	68.0 (17/25)	65.5 (19/29)	60 (15/25)	78.6 (22/28)
水化預防	100 (73/73)	94.5 (69/73)	100 (73/73)	94.5 (69/73)	45.8 (11/24)	64.3 (18/28)	40.7 (11/27)	51.7 (15/29)	73.1 (19/26)	75.9 (22/29)

治疗结果:

(1). 兩預防組生化指標正常率比較 (%)

注: 括號內斜線下為檢測總例次, 斜線上為檢測正常例次。

中药组有效率 (100%) 优于水化组的 (94.5%), 两组预防肾衰有显著差异 (u=2.04, P<0.05)。其余指标无差异。

(2). 治療前後兩組各項指標檢查結果比較

中药预防组治疗后 BuN、Sr、尿 NAG、血 β₂-Mg 均较疗前下降, 血 NAG 稍上升, 但无差异。水化组治疗后 BuN、Sr 较疗前稍升高, 血 β₂-Mg、血尿 NAG 均较疗前下降, 但无差异。中药预防组治疗后 BuN、SCr 与水化对照组相比, 有显著差异 (P<0.05)。

注: 表內數字為均值±標準差 (例數); 與對照組療後比較: *P<0.05, #P<0.01。

		BUN(mmol/L)	Cr(μmol/L)	血 β ₂ -MG (μg/ml)	血 NAG(U)	尿 NAG(U)
對照組	療前	4.91±1.16(73)	120.5±24.5(73)	3.64±1.22(24)	27.2±11.3(29)	18.4±10.9(26)
	療後	5.04±1.37(73)	120.8±27.6(73)	3.16±1.19(28)	25.6±9.84(29)	16.3±9.84*(29)
治療組	療前	4.58±1.13(73)	111.0±22.6(73)	3.34±2.05(28)	23.3±11.6(29)	25.8±21.19(25)
	療後	4.52±1.10(73) *	109.0±20.5(73)#	3.08±1.79(28)	25.9±11.2(29)	19.0±14.6(28)

结论: 中药五苓散加味对正常人体及实验动物均有明显利尿作用, 其预防高剂量顺铂肾毒性优于水化对照组。

治宜四逆散合小柴胡汤加减: 柴胡 15g、白芍 15g、甘草 5g、枳实 10g、太子参 20g、七叶一枝花 15g、黄芩 15g、茵陈 30g、半支莲 20g、鸡骨草 15g、白花蛇舌草 15g、鳖甲 20g (先)、青天葵 10g、全虫 10g、蜈蚣 1 条、徐长卿 20g、山甲 10g (先)、溪黄草 20g。药后热退, 右肋痛减, 继服药, 病情稳定。同时服金龙胶囊、康力欣胶囊。治疗半年余, 病情明显好转。2010 年 11 月 11 日, 复查彩超示右肝占位 5.2x3.8cm, 较 5 月明显缩小, 续以上方治疗。随证加减。2011 年 5 月, 复查 CT 示右肝占位为 3.2x2.2x3.0cm (见上右图), AFP2.3, 患者诸证悉平, 继续治疗, 2011 年 11 月复查彩超示右肝占位较 5 月继续缩小, 继续治疗。2012 年 5 月复查 CT 示右肝占位较 2011 年 5 月片有缩小。

2013 年 5 月复查彩色 B 超示右肝肿块约 2.1x1.9cm。肿块继续缩小, 患者无明显不适, 生活工作正常。患者诸证悉平, 继续治疗, 确诊肝癌治疗后达 PR。

体会: 肝癌多为肝气郁结、气滞血瘀而成。该患者右肋胀痛, 时有发热, 纳呆, 正符合“四逆散”合“小柴胡汤”之证。加上抗

癌软坚散结之中成药, 方药合证, 诸药合用, 共奏疏肝理气、活血化瘀、软坚散结之功, 而使病情得到明显好转。治疗后肝癌从 7cm 缩小至 2cm, AFP 从 2252

降至 2.3, 肝癌治疗后达 PR。整个治疗过程完全用中药, 没有放化疗。治疗期间患者生活自理, 可从事正常工作。现仍健在, 患者疗后缓解期已达 30 月。现已健康存活 37 月。

验案2: 中药理中汤和半夏泻心汤加减治疗胃窦腺癌存活6年余^[6]

关某某, 女, 78岁, 广州市人。2005年10月2日因反复上腹胀满1月, 伴呕吐2周入院。检查胃镜示: 胃窦癌, 胃大弯侧溃疡, 约15x10mm。病理为胃窦部中分化腺癌。

CT示: 脑萎缩, 双基底节腔隙性脑梗塞。B超示: 胆囊多发性结石。X片示: 右上肺硬结灶, 颈椎退行病变, 骨质疏松。患者拒绝手术和化疗, 10月12日自动出院。要求中药治疗。

症见: 腹胀满, 进食呕吐, 不发热, 口干苦, 大便干结, 不泛酸, 无便血, 舌淡红苔薄, 脉细滑。辨证: 胃气上逆, 痰气交阻。治宜温中和胃、降逆化痰, 方选理中汤和半夏泻心汤加减: 党参20g、白术10g、茯苓15g、半夏15g、柿蒂15g、莱菔子30g、干姜5g、厚朴10g、枳实10g、吴茱萸5g、甘草3g。

2006年3月20日 患者治疗后病情好转, 无腹痛, 心口闷满减轻, 食纳增加, 大便可解, 精神转好, 口淡, 舌淡红苔薄, 脉细滑。上方减乌药10g、槟榔10g, 加鹰不泊30g、穿破石30g、黄芪20g、五爪龙30g。随症加减, 同服西黄胶囊和金龙胶囊等。每周诊疗1次, 治疗6月余。

2006年9月8日 药后好转, 无胃痛, 不呕恶, 可进食1碗饭, 两便可, 近日头晕, 肢麻, 行走可, 舌淡红苔薄, 脉细。证属气虚血瘀, 治宜益气活血, 方药: 天麻15g、首乌20g、柴胡10g、乌梢蛇20g、桃仁10g、水蛭5g、毛冬青20g、丹参20g、熟地20g、黄芪20g、桑椹子20g、白芷15g。随症加减, 同服西黄胶囊、血府逐瘀汤和金龙胶囊等。治疗2月余。

2006年11月30日药后头不晕, 无肢麻, 行走自如, 近日胃胀满, 时有呕吐, 恶寒, 大便可, 舌淡红苔薄, 脉细。治宜温中和胃、降逆化痰, 方选理中汤和半夏泻心汤加减: 党参20g、白术10g、茯苓15g、半夏15g、柿蒂15g、莱菔子30g、干姜5g、厚朴10g、枳实10g、吴茱萸5g、甘草3g。同服西黄胶囊、泮托拉唑钠胶囊和金龙胶囊等。治疗后好转。患者每周诊疗1次, 基本用以上2方交替使用, 治疗胃癌和脑梗塞, 没有住院, 治疗1年5月余, 病情稳定。

2008年2月23日 患者恐惧做胃镜, 行上消化道钡餐检查示: 胃下垂, 胃大弯充盈缺损约17mm。患者确诊为胃癌, 中药治疗后2年半病情好转, 病灶稳定无变化。现食纳可, 每餐约1碗饭, 时有头晕, 大便少, 舌淡红苔薄, 脉细滑。患者每周诊疗1次, 基本用以上方随证加减, 继续治疗3年余。

2011年4月15日 患者病情稳定, 胃不痛, 可进食1碗饭, 吃硬饭则隐痛, 时有呕恶感, 服药后则舒, 时有心悸心慌, 大便有, 舌淡红苔薄, 脉细滑。中药以

理中汤、半夏泻心汤、香砂六君子汤、补阳还五汤、炙甘草汤等辨证使用, 治疗至今已6年, 患者生活自理, 行走自如, 食纳正常。

体会: 患者为高龄胃癌合并脑梗塞患者, 不愿手术及化疗, 用中药治疗6年余, 用经方半夏泻心汤、理中汤、桔皮竹茹汤和香砂六君子汤等辨证加减, 加鹰不泊、穿破石、五爪龙、全蝎、蜈蚣、石上柏等以抗癌散结治疗胃癌; 用补阳还五汤、炙甘草汤、天麻钩藤饮等辨证加减治疗脑梗塞和高血压心脏病, 病情一直稳定, 胃癌病灶无增大, 也没有出现转移。脑梗塞及高血压心脏病也稳定, 患者生活自理, 行走自如, 食纳正常。没有住院, 现已健康存活6年余。

验案3: 橘皮竹茹汤合旋覆代赭石汤治疗食道贲门腺癌^[7]

陈某某, 男, 80岁, 广州市人。

2010年11月9日初诊: 患者胸闷满, 胸痛, 纳呆, 胃镜检查见食道下段至贲门见一环半周肿块, 胃镜活检病理为食道贲门腺癌。患者年老体弱, 不愿手术和放化疗, 要求中药治疗, 舌淡红苔薄, 脉细滑。辨证: 痰瘀互结、壅阻中焦。治法: 和胃降逆、化痰散结。

证符橘皮竹茹汤和旋覆代赭石汤, 故予此方加减。方药: 代赭石30g(先)、法夏15g、姜竹茹20g、浙贝20g、丁香10g、鹰不泊20g、肿节风30g、生姜10g、茯苓15g、姜竹茹20g、橘皮10g、僵蚕10g、穿破石20g、瓜蒌皮20g、柿蒂10g、蜈蚣1条。随证加减治疗3周, 同服泮托拉唑钠胶囊。

2010年11月30日 药后明显好转, 胸不痛, 食纳增, 可进烂饭, 不呕恶, 舌淡红苔薄, 脉细滑。继续以上方加柿蒂15g、红豆杉2g、太子参20g, 随证加减, 同服金龙胶囊、安康欣胶囊、康力欣胶囊等, 治疗6月余, 病情稳定, 诸证悉平。

2011年4月19日 药后可进普食, 无胸痛, 二便调, 不呕恶, 舌淡红苔薄, 脉细滑。方药: 旋覆花10g(包)、代赭石30g(先)、法夏15g、太子参20g、生姜10g、茯苓15g、姜竹茹20g、橘皮10g、甘草5g、浙贝20g、丁香10g、鹰不泊20g、肿节风30g、僵蚕10g、穿破石20g、瓜蒌皮20g、柿蒂10g、蜈蚣1条。随证加减, 同服金龙胶囊、安康欣胶囊等, 治疗至今, 药后明显好转, 食纳增, 可进烂饭, 不呕恶。生活自理。现健康存活, 已带瘤生存15月。

体会: 该患者为年老食管贲门癌患者, 不愿手术和放化疗, 给予中药治疗。橘皮竹茹汤源自《金匱要略·呕吐哕下利》“哕逆者, 橘皮竹茹汤主之。”方药由橘皮、竹茹、大枣、人参、生姜、甘草组成。旋覆代赭石汤源自《伤寒论》“伤寒发汗, 若吐, 若下, 解后, 心下痞硬, 噎气不除者, 旋覆代赭石汤主之。”该方由旋覆花、代赭石、人参、半夏、甘草、生姜、大枣组成。患者诸症与经方论述相符, 故投旋覆代赭石汤和橘皮竹茹汤加减。方中旋覆花、竹茹、橘皮下气涤痰、和中止呕, 代赭石重镇降逆为主药, 并根据病情, 加肿节风、鹰不泊、僵蚕、浙贝、蜈蚣、穿破石等清热

解毒、散结化痰。此方源于经方，又不拘泥于经方，治疗过程中灵活应变，随证加减。全方药证相符，虚实兼顾，攻补兼施，治疗后患者胃气复存，噎膈消除，痰浊消散，瘀消气行，诸症悉平，现已带瘤生存15月余，生活如常人。

验案 4：茵陈蒿汤合大柴胡汤加减治疗胆管癌^[8]

杨某某，男，52岁。广州人。

2009年2月，CT检查示肝门区占位病变，4.7x2.2cm，考虑胆管癌，并肝内胆管扩张，肝脾肿大，胆囊结石。患者不愿手术，寻求中医治疗。初诊症见全身发黄，目黄，尿黄，右胁痛，大便结。舌暗紫苔黄腻，脉沉细。证属肝胆湿热，胆汁淤阻。治宜清热利湿，利胆退黄。方选：茵陈蒿汤合大柴胡汤加减。茵陈 30g、栀子 15g、大黄 10g（后）、柴胡 15g、虎杖 20g、金钱草 30g、岗稔根 30g、党参 15g、甘草 5g、肿节风 30g、猫爪草 20g、水蛭 5g、溪黄草 30g。同服西黄胶囊、血府逐瘀汤、金龙胶囊。治疗半年余，病情稍好转，黄疸稍退。仍周身乏力，尿黄，舌淡白苔黄腻，脉弦。上方加穿山甲 5g（先）、牛黄粉 2g、珍珠草 30g、鬱金 15g、红豆杉 2g、赤芍 30g、水牛角 30g（先）等。以此方随证加减，治疗1年余，病情好转，面黄身黄明显消退，小便转清，时有反胃，腹胀，方选茵陈蒿汤合大柴胡汤、半夏泻心汤化裁。

治疗至今，病情稳定，不发热，食纳可，小便不黄，黄疸退，生活自理，能参加一般工作。共服中药700余剂，现已存活2年6个月（带瘤生存30月）。疾病缓解期达16月，期间未住院，未行西医治疗，生活质量好。

体会：此病为湿热内蕴、瘀毒阻滞、胆汁外溢而成。符合茵陈蒿汤合大柴胡汤，方中大黄、牛黄、郁金、枳实合用可荡涤肝胆湿热积滞、利胆退黄，柴胡、白芍、枳实合用可疏肝理气，加用穿山甲、蜈蚣、肿节风、猫爪草、红豆杉等抗癌软坚散结。全方合用可疏肝理气、利胆退黄、化痰散结。标本兼治，攻补同用，邪去正自安。此为晚期胆管癌，未进行任何西医治疗，完全用中药治疗现已带瘤生存30月。

验案 5：葶苈大枣泻肺汤合百合地黄汤治疗肺腺癌并胸水

石某某，女，74岁，香港人。

2011年5月19日首诊。患者2010年2月检查肺积水，西医检查确诊为肺腺癌伴积水。为肺癌晚期。未行放化疗。从2010年4月至2011年5月服靶向药1年。5月11日检查肺癌病灶增大，并出现新病灶，伴肺积水。因此停服靶向药。要求服中药治疗。证属悬饮内停、气阴两虚。治宜益气补阴、化饮利水。方选葶苈大枣泻肺汤合百合地黄汤加味。葶苈子 20g、大枣 10枚、百合 20g、生地 20g、仙鹤草 30g、芦根 30g、猪苓 20g、太子参 30g、橘红 12g、五爪龙 30g、浙贝 20g、金荞麦 20g、白英 20g、七叶一枝花 10g、全蝎 6g。服药2月余。7月12日，药后好转。西医复

查示肺癌病灶稳定，未出现新病灶，胸积水较5月减少。继续守方，随证稍有加减。现治疗已11月余，患者一般情况好，食纳正常，精神好，不咳，无气促，生活起居自理，饮食正常。

体会：《金匱要略》曰“支饮不得息，葶苈大枣泻肺汤主之”。此方具有下气化痰、宣肺排饮之功。现代药理证明，葶苈子能改善血液循环，减轻肺水肿，增强胸膜及肺的吸收功能，利于胸腔积液的吸收。《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病脉证并治》：“百合病者，百脉一宗，悉致其病也。”其病邪少虚多，属阴虚内热之证，治以补虚清热，养血凉血，用百合地黄汤。老年肿瘤患者，正气亏虚，故以百合地黄汤加太子参益气润肺养阴。全方合用有宣肺利水、益气润肺之功。治疗后病情明显好转。

四、经方治疗放化疗毒副作用的研究

仲景组方，严谨精炼。临证抓住主证，审证求因，熟谙方义，灵活运用，使用精方治疗放化疗后毒副作用，用之得当，收效甚捷。

1、竹叶石膏汤合百合地黄汤治疗放射性肺炎[9]

《伤寒论》“伤寒解后，虚羸少气，气逆欲吐，竹叶石膏汤主之。”凡热病气津已伤，身热有寒不退，胃失和降等均可使用。对热病发热气津已伤者，尤为适合。放射性肺炎是肿瘤经放射治疗后主要并发症，中医认为以气阴两虚为本，兼有痰、热、瘀毒为标。治疗宜益气养阴、清热化痰、解毒祛瘀，方选竹叶石膏汤合百合地黄汤甚为合拍。某肺癌患者，经放射治疗后出现高热不退，检查示双肺放射性肺炎。干咳、气短、动则气喘、口干乏力，曾用多种抗生素合激素治疗无效。后用中药竹叶石膏汤合百合地黄汤治疗月余，发热退，咳喘减轻，食纳恢复，病情明显改善而出院。

体会：此病乃热病后期，余热未清，气阴已伤，肺阴不足，脾胃不和。主证符合竹叶石膏汤证，故投竹叶石膏汤合百合地黄汤，治疗月余，病获好转，诸证悉减。方药中竹叶配石膏清透气分之余热，除烦止渴为君，太子参配麦冬、生地益气养阴、生津为臣，百合润肺养阴，法夏和胃降逆为佐，甘草、粳米和胃健脾为使。全方合用清热与益气养阴并用，祛邪扶正兼顾，清而不寒，补而不滞，使热清烦除，气津得复，诸证自愈。

2、小半夏加茯苓汤治疗胃底贲门癌呕吐[10]

小半夏加茯苓汤为水饮停聚、上逆呕吐之证而设，凡此诸变，皆属膈间有水饮之故。根据此论点，对化疗所致呕吐，多加服小半夏加茯苓汤，可收和胃止呕、引水下行之效。对消化道肿瘤所致得急性呕吐，证属饮停上逆者，投小半夏加茯苓汤，每有收效。

何某某反复呕吐伴解黑便入院，诊为胃底贲门癌。因体弱无法手术。先用中医药调理。患者呕吐频频，不能进食，腹痛，食入即吐，大便色黑。舌淡红苔薄，

脉细滑。证属水饮停聚、上逆呕吐，故投小半夏加茯苓汤，加厚朴、砂仁、白芨、田七粉等，5剂后呕吐顿减，可进软食，大便转黄色，病情好转。方中半夏、生姜温化寒凝、行水散饮、降逆止呕。茯苓、砂仁、厚朴健脾益气、渗利水湿、降浊升清。田七、白芨活血化瘀止血，方药对症，收效甚佳。病情改善后行姑息性手术好转出院。

3、金匱腎氣丸合右歸丸治療鼻咽癌放疗后放射性腦病

放射性腦病是鼻咽癌放疗后出现的严重后遗症之一，无有效治疗方法，此病逐渐发展，以致病人失去生活自理能力，最终死亡。此病机为热毒灼损、气虚阴亏、髓海不足。治疗必须温肾填精、祛风化痰、活血化淤、通络开窍。

胡某某，2008年诊为鼻咽癌，行放射治疗后好转，从2010年开始出现头晕，说话不清，行走不稳，须依杖走路，健忘，口角流涎，恶寒，听力下降，食纳可，吞咽不利，口干，舌淡红苔薄腻，脉沉细。MR检查示放射性腦病，先予祛风通络、补髓养阴、活血化痰，处方：天麻15g、首乌20g、白芍20g、山萸肉15g、熟地20g、龟板20g(先)、白蒺藜15g、鳖甲20g(先)、乌梢蛇20g、地龙10g、全蝎10g、蜈蚣1条、桃仁10g、红花10g、黄精20g。再予温肾益气、滋阴填精、祛风通络为治。方选金匱腎氣丸合右歸丸化裁：制附子10g、肉桂3g、熟地30g、山萸肉15g、淮山20g、茯苓15g、黄精20g、枸杞子20g、仙灵脾20g、当归10g、黄芪30g、首乌20g、乌梢蛇20g、全虫10g、地龙10g、水蛭5g、龟板胶20g。治疗半年余，病情明显好转。语言减轻，头不晕，行走平稳，口角不流涎，精神好转，声音洪亮。继续守方治疗至今。方中附子、肉桂、仙灵脾培补肾中之元阳，温肾祛寒；熟地、首乌、黄精、龟胶、枸杞等滋阴补肾，填精补髓，取“阴中求阳”之义；以当归、水蛭、乌梢蛇、蜈蚣、全蝎以养血活血、搜风通络；以黄芪、太子参益气。诸药合用，肝肾阴阳兼顾，温肾阳，滋肾精，妙在阴中求阳，使阳得以归源。风痰得除，血瘀可散，髓海得充，肾阳重振，故疾病得以好转，生活质量提高。

(上接第40页)

是形五脏和神五脏合而为一的生命整体；形五脏在胸腹腔，神五脏聚于脑，则脑为神五脏。形五脏与神五脏同俱于“以五脏为中心”的生命整体中。

中医人体是“形神合一”，是形五脏和神五脏合而为一“以五脏为中心”的生命整体。脑为“形之上神也”，则脑为形五脏之上的神五脏。神五脏者脑精髓神明，神五脏是心肝脾肾所藏诸神而聚于脑，神五脏是心肝脾肾所主脑的生理功能，是脑神明的五大生理功能系统。神五脏所主的生理功能是脑的功能，主宰和调节生命整体，故试以脑神五脏的理论，为创立独特的中医脑生理病理学，探索可行性思路。敬与同道讨论切磋。

参考文献

[1] 印会河, 邓铁涛主编. 中医基础理论[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985. 30(6)

总之，经方许多方药，不但可以治疗各种肿瘤及并发症，亦常用于肿瘤术后调理及放疗化疗治疗的减毒增效，这些经验值得继承和进一步研究。

参考文献

- [1] 程剑华, 龙浩, 赵德慧, 等. 五苓散加味治疗化疗性肾衰的临床研究. 中医杂志. 1993年第13卷第1期: 42-43
- [2] 程剑华, 张所乐, 龙浩, 等. 健脾益气利水汤预防和化疗化疗肾毒性临床研究. 中国中西医结合杂志. 1994年第14卷第6期: 331-333
- [3] 程剑华. 健脾益气利水汤对顺铂所致大鼠肾毒性的预防治疗作用. 中国中西医结合杂志. 1992年第12卷第10期: 614-616
- [4] 程剑华, 张所乐, 黄兆明, 等. 芪苓汤预防高剂量顺铂肾毒性的临床和实验研究. 中医杂志. 1993年第34卷第6期: 349-351
- [5] 程剑华. 中医论治十大癌症杀手-程剑华中医肿瘤临床验案丛书4-肝癌. 灵兰阁国际图书出版公司. 2013年3月第1版. 香港.: 81-82
- [6] 程剑华. 中医论治十大癌症杀手-程剑华中医肿瘤临床验案丛书5-胃癌. 灵兰阁国际图书出版公司. 2013年6月第1版. 香港.: 74-76
- [7] 程剑华. 中医论治十大癌症杀手-程剑华中医肿瘤临床验案丛书7-食管癌. 灵兰阁国际图书出版公司. 2013年5月第1版. 香港.: 77-79
- [8] 程剑华. 癌症的中医论治思路和临床实践. 化学工业出版社. 2016年4月第1版. 北京: 76-77
- [9] 程剑华. 经方防治放化疗毒副作用. 中医杂志. 1993年第34卷第2期: 111-112
- [10] 程剑华. 急症呕吐证治体会. 江西中医药. 1987年第18卷第1期: 41

[2] 程士德, 校译. 《黄帝内经素问》. 北京: 春秋出版社出版, 1988, 08

[3] 黄志杰. 《内经》论脑初探. 湖北中医学院学报 1999年第3期第1卷 2005, 24(01)

[4] 王冰注解. 《黄帝内经》. 北京: 中国古籍出版社出版, 2003, 11

[5] 徐广文, 源《内经》相关理论 试论中医脑功能用五脏分区命名法[M]. 美国: 第十届世界中医药大会论文集; 2014, 10

[6] 王新陆, “脑主神明”对中医理论发展的重要性. 天津中医药; 2007年12月第24卷第6期

【作者简介】徐广文, 1955年出生。毕业于上海中医药大学, 硕士, 主任医师。英国注册中医师。邮箱: year.365@hotmail.com

“八段锦” 锻炼要点及健身作用探讨

英国 LLANDUDNO 中医诊所 解余宏 杨舜民

关键词：八段锦 锻炼要点 健身作用

气功是中华民族传统的养生文化遗产，为增强人们的健康和中华民族的繁衍作出过不可磨灭的贡献。经历代中医、养生家的不断创新和发展，流传至今的功法不下数百种；自古以来，气功作为一种健身、养生、医疗的手段在民间广泛发展和传播；尤其是八段锦健身气功更是以其独有的健身效果和优美的造型而蜚声海内外。

一、什么是八段锦

八段锦是调身为主的功法，练习中侧重肢体运动与呼吸相配合。据说在隋唐时期就有此名，但该功法大多认为是在南宋初年创编，文字记载见于宋代洪迈的《夷坚志》，距今已有八百多年的历史。

古人称上等的丝织品为“锦”。八段锦的名称是将该功法的八节动作比喻为上等的丝织品，以显其珍贵，称颂其精炼完美的编排和良好的祛病保健作用。该功法柔筋健骨，养气壮力，行气活血，调理脏腑，且其运动量恰到好处，既达到了健身效果，又不感到疲劳。现代研究认为这套功法能改善神经调节功能，加强血液循环，对腹腔内脏有柔和的按摩作用，可激发各系统的功能，纠正机体异常的反应，对许多疾病都有医疗康复作用。

二、八段锦的锻炼要点

1、动作正确，套路完整

八段锦的动作简洁，易学易练，健身效果良好，但是，如果在锻炼时动作马虎，伸臂弯腰皆不到位，只是耍耍花架子，甚至动作不正确，必定不能收到强身的效果。因此八段锦锻炼，首先要求动作要正确。在刚开始锻炼时，由于平常缺乏必要的运动，正确的动作可能使肢体、肌肉产生酸胀感，这是正常的现象，表明锻炼达到了一定的效果。

人体是一个有机的统一体，八段锦各个动作的特点决定了它对相关的内脏或经络有较多的作用，具有针对性。但总的看来，作为保健体操，八段锦的作用是综合的，全身性的。只有把八段锦各节动作综合起来，按完整的套路去锻炼，才能起到调理脾胃、坚固腰肾、疏通经络等作用，从而达到健身的目的。

2、思想集中，呼吸均匀

八段锦起源于古代导引术，不只是简单的肢体活动，而是包括“意念”和有节奏的呼吸在内的一种全身心的健身运动。简言之，八段锦的意念活动就是在做动

作时要集中思想，排除杂念，不受外界干扰，将注意力放在丹田部位，使自己处于一种“虚无”的状态。这就是通常所说的“意守丹田”。当然，在集中思想的同时还应做到精神放松。通过“意守丹田”可在大脑皮质中形成局部的兴奋点，产生一种负诱导，使保护性内抑制区域更加扩散和加深，对大脑皮质功能的提高起到积极有效的作用。

实验表明，“意守丹田”可以调节局部的血液分配和调动机体的潜能，达到调节体内阴阳平衡的目的。在八段锦锻炼时“意守丹田”，可有助于腹式呼吸的形成，促进腹腔的血液循环。同时使头部和胸部虚灵而身体重心下降，使人体“上虚而下实”。这样既可以克服中老年人因生理功能衰退而发生的头重脚轻等“上盛下虚”的病理表现，同时由于下盘牢固，两足沉稳，做起动作来又能轻灵稳健。

3、强度适中

由少到多是锻炼八段锦的重要原则。开始时次数少些，随锻炼时间的延长，逐渐增加每节动作重复的次数。一般每节动作可以做4~20次，每天可练整套动作1~2次，练到微微出汗为度。

八段锦有用力和不用力两种方法，用力者，运动量比简化太极拳略大；不用力者运动量较简化太极拳稍小。这里的用力，决不是用死力，而是指刚柔相济，松中有紧，柔中有刚。锻炼时，全身肌肉、神经都要尽可能放松，然后用缓劲做动作，使劲用得均匀沉稳，含蓄在内。“不用力”也只是相对而言。刚开始锻炼时或体质弱的人，可先做强度较小的“不用力”法，待锻炼一段时间，体力增长后，再根据自己体力的情况，改练强度大的“用力法”，增加运动量。

三、八段锦的健身作用说明

中医认为人是一个有机的整体，肌肉、关节与内脏间，内脏与内脏之间，存在着十分密切的联系。八段锦通过肢体的伸展曲屈和肌肉的放松收缩，疏通了经络，促进脏腑气血的运行，有助人体正气的强壮，可以达到祛病延年的目的。

1、双手托天理三焦

这节动作主要是以四肢和躯干伸展运动为主，对全身各系统都能起到一定的调整作用，所谓理三焦就是这个意思。

该势主要是四肢和躯干的伸展运动，使手臂、颈、肩背、腰等部位的肌肉、骨骼、韧带得到调理，对颈椎

病、肩周炎、腰背痛等有一定的防治作用。手臂上举时配合吸气，可增大膈肌、肋间肌的运动，加大呼吸深度，使更多的富含氧的血液供给大脑，使大脑清醒，解除疲劳。此外，该式采用逆腹式呼吸法，腹壁的起伏对腹腔的内脏起到充分的按摩作用，促进腹腔、盆腔内脏的血液循环。

2、左右开弓似射雕

本节动作重点是扩胸运动，通过扩胸伸臂调理人体的上焦，增强心肺呼吸和血液循环的功能，并可进一步纠正因日常生活中的不正确姿势造成的病态体型。

练习此势重点是在颈椎、胸椎和腰椎的左右旋转运动，可改善相应部位的血液循环。特别是头部的血液循环。并同时心肺进行有节律的按摩，从而增强心肺的功能。再加上伸臂、扩胸、转颈，使肩臂、颈部和胸肋部的肌肉、骨骼、韧带得到锻炼和加强。

3、调理脾胃须单举

一手上举，一手下按，上下用力对拉的动作，使内脏器官，特别是能加强脾胃的升降功能，即是增强胃肠道的蠕动，增加消化液的分泌，维持和促进消化系统的正常功能，既能增进食欲，又能保持大便通畅，尤其适宜于消化功能减退、食欲不强和患有习惯性便秘的中老年人锻炼。

4、五劳七伤往后瞧

这节动作通过头部反复左右转动，活跃头颈部血液循环，增强颈部肌肉和颈椎活动能力，可预防和治疗颈椎病。据现代研究，还具有消除中枢神经系统的疲劳，改善高血压和动脉硬化患者平衡能力的功能，故能减轻眩晕。这节动作还能调节中枢神经系统对脏腑器官的作用，因此说能治疗“五劳七伤”等病症。



5、摇头摆尾去心火

本节动作是以腰部为主的全身性运动，通过摇摆使各关节和肌肉处于一种紧张和松弛的交替过程中。

练习此式势强调入静放松，以解除紧张。该势结合呼气时以意引气由下丹

田至足心，并意守涌泉，可引气血下行，以泻心火，使头脑清醒。同时运动腰、颈部的关节，有助于任、督、冲三脉经气的运行，可用于防治颈椎、腰椎疾病，以及心火亢盛所致的失眠、心烦、心悸等症。

6、两手攀足固肾腰

这节动作既前俯又后仰，可充分伸展与收缩腰背部肌肉，起到一定的“强肾”作用，有助于防治常见的腰肌劳损症，对中老年人前列腺肥大所致小便癃闭症也有一定的辅助治疗作用。

此势的动作重点在腰部，腰为肾之府，长期运动腰部可起到和带脉，通任督的作用。具有强肾、醒脑、明目的功效。患有高血压、脑血管硬化者，操作时头不宜过低。



7、攒拳怒目增气力

本节动作，在马步站立的基础上，通过有力的冲拳，可以促进手臂和腿脚肌肉的发达，增加体力和耐力。怒目圆睁，可增加眼肌力量，既可调节睫状肌的舒缩防治“老花眼”，又可使眼轮匝肌肌力增强，防治中老年人眼睑下垂等病。

该势主要运动四肢、腰和眼肌，能锻炼中医“肝”的功能，增加肌力，具有强筋健骨之功。

8、背后七颠百病消

功中两脚跟有节律的弹性起落，通过震动，使椎骨之间各关节韧带得以锻炼，并使浊气自涌泉排出。同时有利于脑脊液的循环和脊髓神经功能的增强，防治椎体病变。

现代研究表明：八段锦锻炼具有舒利颈肩腰膝等关节，加强臂力和下肢肌力，发达胸部肌肉群，有助于防治脊柱后突和圆背等不良姿势的优点。在锻炼中由于四肢和躯干的伸展和收缩运动了肌肉，使胸腔内压力不断变化，改善血液循环状态，促进肺脏的呼吸和气体的交换。还可增进胃肠蠕动，提高消化系统的功能，治疗胃肠功能紊乱、腹泻、便秘等疾病。八段锦对内脏具有明显的自我按摩作用和调理作用，能提高人体抗病能力，并可消除疲劳，恢复精力，可用于配合治疗内脏下垂等疾患。经常锻炼可增强体质，益寿延年。因此，八段锦运动老少皆宜。由于其动作舒缓，运动量不很大，对中老年人，尤其是体质较弱的中老年人，以及一些慢性病患者更为适合。此外，八段锦也适宜于肌肉不够发达或姿势习惯不良的青少年练习。

Literature Review of Commonly Used Acupuncture Points in Treating 50 Kinds of Diseases

<http://www.wendangku.net/doc/cd8ca034d1f34693dbef3e05.html>

English Translation: Huijun Shen

In order to explore the basic rules of acupoint selection in acupuncture prescriptions, we have selected 5733 articles of clinical study or reports on acupuncture from the medical journals since the founding of the People's Republic of China in 1949, especially since the 1980s. All articles were in Chinese language and published in China. 50 Diseases most commonly treated by acupuncture were selected to investigate the acupoint prescriptions for each of these diseases. All the data were then coded and entered electronically to establish a database for statistical analysis through the use of FoxBase language. The results of the investigation are highlighted in the table below to demonstrate the most common acupoints used by Chinese acupuncturist in treating these 50 kinds of diseases over past several decades, in order to offer some guidance for the acupuncture practice and as a reference for further in-depth study.

	Diseases	Number of total points used*	Total points used**	Number of top points	Top points for the disease (In the order of use frequency)
1.	Cerebral palsy /encephalitis sequelae	Over 200	1510	18	ST36, GB34, LI4, LI11, SP6, DU14, GB30, GB39, LI15, BL23, GB20, SJ5, DU15, BL40, PC6, BL60, DU20, LV3
2	Paralysis: polio sequelae	Over 180	1009	13	ST36, GB30, GB39, GB34, LI11, LI15, BL23, DU14, GB31, SP6, ST41, SJ5
3	Lump	Over 50	151	8	LI4, SJ20, ST6, SJ17, LI11, LU11, Er Jian, SJ5
4	Bacterial dysentery	Over 70	306	10	ST25, ST36, Ren6, LI11, LI4, Ren4, Ren12, ST37, DU14, Ren8
5	Hepatitis	Over 50	629	10	ST36, BL18, SP6, BL19, GB34, Ren12, LV3, BL20, DU14, LV14
6	Arrhythmias	Over 60	203	8	PC6, BL15, HT7, ST36, Ren17, SP6, BL14, KI3
7	Hypertension	Over 80	269	10	ST36, LI11, DU20, GB20, LI4, Tai Yang, LV3, SP6, LV2, PC6
8	Asthma	Over 80	777	13	BL13, Ren17, ST36, DU14, Ding Chuan, Ren22, BL23, BL12, ST40, BL43, LU9, LI4, LU5
9	Bronchitis/ Cough	Over 70	387	13	BL13, Ren17, BL23, Ding Chuan, Ren22, ST36, DU14, BL12, BL15, ST40, BL43, BL20, LU10
10	Hiccups	Over 70	280	8	PC6, ST36, Ren12, Ren17, BL17, Ren22, LV3, SJ17
11	Gastroptosis	Over 30	151	8	ST36, BL21, Ren12, BL20, Ren6, PC6, ST21, DU7
12	Epigastric pain, gastritis, duodenal ulcer	Over 110	835	12	ST36, Ren12, PC6, BL21, BL20, ST25, Ren13, LV3, SP6, Ren10, ST21, ST34
13	Diarrhea	Over 90	737	10	ST36, ST25, Ren8, DU7, DU1, Ren4, PC6, BL20, Ren6, BL25
14	Enuresis	Over 60	386	9	SP6, Ren4, Ren3, BL23, DU20, Ren6, ST36, BL28, SP9
15	Urinary retention	Over 70	566	10	SP6, Ren3, Ren4, SP9, ST36, Ren6, Ren2, BL23, BL28, BL32
16	Hyperthyroidism	Over 40	125	6	SP6, ST36, PC6, LV2, HT7, GB20
17	Obesity/hyperlipidemia	Over 60	219	8	SP6, ST36, ST40, LI11, PC6, SP9, ST44, ST25
18	Shoulder pain	Over 110	873	14	LI15, LI11, SI9, SI11, LI14, ST38, LI4, SJ5, Jian Qian, SJ14, GB21, SI3, LI16, BL57
19	Lower Back Pain /Sciatica	Over 130	1268	15	GB30, GB34, BL40, BL57, BL60, BL54, GB39, BL37, BL23, BL25, GB31, BL36, ST36, Jia Ji, BL32
20	Headache	Over 130	785	12	GB20, LI4, Tai Yang, DU20, Yin Tang, ST8, LV3, ST36, SP6, DU23, GB8, PC6

21	Facial palsy	Over 160	2601	14	ST4, ST6, LI4, GB4, ST2, Tai Yang, ST7, BL2, LI20, SJ17, GB20, DU26, Yu Yao, SI18
22	Trigeminal neuralgia	Over 80	360	10	ST7, LI4, ST4, Tai Yang, GB4, ST2, BL2, ST4, Yu Yao, LI20
23	Migraine	Over 80	323	10	Tai Yang, GB20, GB8, LI4, LV3, ST36, SJ23, DU20, ST8, GB5
24	Stroke	Over 240	3414	18	LI11, LI4, ST36, GB34, LI15, GB30, SJ5, LV3, GB39, SP6, Ren23, DU20, GB20, PC6, ST4, ST6, GB31, LI10
25	Epilepsy	Over 110	513	11	DU14, DU20, ST36, ST40, PC6, Yao Qi, Ren15, DU26, DU1, LV2, LI4
26	Neurasthenia/insomnia	Over 80	276	7	PC6, ST36, HT7, SP6, GB20, DU20, BL15
27	Hysteria	Over 80	263	8	LI4, PC6, DU26, KI1, ST36, Ren12, LI11, LV3, HT7
28	Stiff neck/neck sprain	Over 40	131	7	GB20, GB39, SI3, GB21, SJ5, SI15, SI6
29	Cervical spondylitis	Over 90	391	11	Jia Ji, DU14, GB20, LI15, LI11, BL10, LI4, SI3, SI11, GB21, SJ5
30	Lumbago / acute lumbar sprain	Over 110	630	11	BL40, BL23, SI3, DU26, DU3, BL25, BL60, DU4, GB30, BL37, BL32
31	Urinary lithiasis (urinary stone)	Over 40	199	11	BL23, SP6, GB25, SP9, ST36, ST22, BL28, Ren3, KI3, ST28, ST25
32	Male infertility, impotence, spermopenia	Over 90	845	13	SP6, Ren4, BL23, Ren3, DU4, BL32, ST36, KI3, Ren6, LV3, HT7, Ren2, PC6
33	Intestinal diseases, acute abdominal pain, intestinal obstruction	Over 70	282	12	ST36, Ren12, St25, PC6, Ren8, LI4, Ren6, SP6, ST37, Ren4, BL25, SP9
34	Gallstone / biliary colic	Over 40	168	9	GB34, BL19, GB24, ST36, LV14, LV3, BL18, Dan Nang Xue, GB40
35	Mastitis	Over 40	136	7	Ren17, GB21, ST18, PC6, ST36, SI1, LI11
36	Hemorrhoids	Over 30	83	5	DU1, BL57, BL32, Er Bai, BL25
37	Menstrual disease, uterine bleeding	Over 80	491	12	SP6, Ren4, ST36, BL23, Ren6, Ren3, LV3, SP10, BL32, SP8, PC6, SP1
38	Incorrect fetal position	5	33	2	BL67, SP6
39	Postpartum hypolactation	Over 40	191	5	Ren17, ST18, ST36, SI1, LI4
40	Rickets plot (Malnutrition plot)	Over 40	89	3	Si Feng, ST36, PC6
41	Carbuncle / furuncle	Over 40	110	5	BL40, LI4, LI11, DU14, ST36
42	Acne	Over 40	106	5	BL13, LI4, LI11, ST36, DU14
43	Urticaria	Over 50	222	9	LI11, SP10, ST36, DU14, LI4, SP6, BL40, GB31
44	Herpes Zoster	Over 50	192	10	LI11, GB34, LV3, LI4, ST36, SJ6, PC6, BL13, SP10, SP6
45	Hordeolum (Stye, sty)	Over 20	41	6	Tai Yang, LI11, LI4, BL18, BL1, ST2
46	Myopia (short sight)	Over 60	311	10	BL1, ST1, GB20, BL2, Tai Yang, ST2, LI4, GB37, GB1, SJ23
47	Deafness, Deafness with dumb	Over 90	495	12	SJ17, SI19, GB2, SJ21, LI4, SJ3, DU15, GB20, DU20, Ren23, SJ5, KI3
48	Epistaxis	Over 90	439	12	LI4, LI20, DU23, Yin Tang, ST36, LU11, GB20, DU20,

	rhinitis, sinusitis, loss of smelling sense				LV3, BL13, BL2, LU7
49	Aphasia (loss of speech) / loss of voice	Over 60	231	12	LI4, Ren23, DU15, KI1, PC6, Jin Jin Yu Ye, DU26, Ren22, LI6, HT7, HT5, LU7
50	Throat disorders	Over 60	328	12	LI4, LU11, LI11, DU14, Ren22, ST9, Ren23, KI6, KI3, ST44, LU10, LU5

Notes:

*: the figures are the total numbers of individual acu-points used in all studies for the disease. Repetitively used points in different studies are counted only once.

***: the figures are the total numbers of all acu-points used in all studies for the disease. Repetitively used points in different studies are counted repetitively.



Treating Tension-Type Headache with Acupuncture: Evidence from Research and Methodological Pitfalls

Attila Szanto PhD

Abstract

The aim of this paper is to assess the available evidence on the efficacy of acupuncture in the treatment of tension-type headache (TTH). The paper reviews six randomised controlled trials (RCT) that compare verum acupuncture (defined as the needling of TCM acupuncture points) with sham (blunt needling or superficial needling of non-acupuncture points). As the discussion below reveals, the results are somewhat mixed. Some studies have identified a significant benefit of verum acupuncture over sham while other studies conclude that verum acupuncture is not superior to sham. Nevertheless, all studies acknowledge that both verum and sham acupuncture have significant clinical benefits in reducing the frequency and/or severity of TTH. A closer look at the studies, however, reveals significant methodological shortcomings of the RCT trials conducted on this topic to date. These trials operate with an overly simplistic notion of acupuncture that disregards core TCM principles such as differential diagnosis and individualised point selection to the extent that doubts regarding the validity of findings arise. Inevitably, more and better-designed studies are required to assess the efficacy of TCM acupuncture in the treatment of TTH.

Keywords: tension-type headache, acupuncture

Introduction

Tension-type headache (TTH) is the most common form of headache and according to the International Headache Society affects up to 80 percent of the population at some point in their life (IHS 2013, p. 659). It is a common cause of occupational absence and has a substantial economic impact; a longitudinal study revealed a 10 percent increase in the occurrence of TTH between 1989 and 2001 (Davis *et al.* 2008, p. 667).

Tension-type headache in Western medicine

The National Institute for Health and Care Excellence distinguishes three types of *primary* headache: tension-type headache, migraine and cluster headache (NICE 2016a). These differ from *secondary* headaches that may have similar symptoms but are caused by an

underlying health problem, injury or medication. Once the diagnosis of secondary headache has been ruled out, TTH can be diagnosed and distinguished from other headaches as follows: (see Table 1 on next page)

Little is known about the causes of TTH (IHS 2013, p. 659) but it is suspected that poor health status, stress and insomnia contribute to the condition (Davies *et al.* 2008, p. 667). TTH is commonly treated with painkillers such as Aspirin, Paracetamol or NSAIDs. For sufferers of chronic TTH (i.e. headaches on 15 or more days per month), NICE (2016c) recommends up to ten sessions of acupuncture.

Headache type	Location	Type of pain	Intensity	Duration
Tension-type headache	Both sides of head, face or neck	Sensation of pressing or tightness around the head	Fairly painful	30 minutes or longer
Migraine	Either one or both sides of head, face or neck	Pulsating, throbbing or banging Sensitivity to lights or sounds Nausea or vomiting	Very painful	4 hours to 3 days
Cluster headache	One side of head or face and around one eye	Sharp, burning, throbbing, drilling or tightening pain. Restlessness. Sweaty forehead or face. Red or watering eye on the side of the headache.	Extremely painful	Up to 3 hours at least every other day, for at least 2 weeks

channel, patterns and pain²

In treating headaches, acupuncturists consider all the above factors and subsequently devise a treatment tailored to the unique combination of symptoms and underlying patterns present in a patient.

Table 1: Types of primary headache¹

Headaches in Traditional Chinese Medicine

By virtue of their widespread occurrence, headaches assume a prominent position in Traditional Chinese Medicine (TCM). In diagnosing and treating headaches, TCM practitioners distinguish between a number of factors, such as the nature and location of the pain, the acupuncture channels involved and the underlying patterns of disharmony (see Maciocia 2008, p. 1-65). Table 2 summarises the main types of headache recognised by TCM.

Location	Involved Channel	Main Patterns and Type of Pain
Top of the head	• Liver Channel	• Qi and/or Blood deficiency (dull pain) • Liver Yang rising (throbbing pain)
Sides of the head incl. temples	• Gallbladder Channel • San Jiao Channel	• Liver Yang rising (throbbing pain) • Liver Fire (throbbing pain)
Behind the eyes	• Liver Channel	• Liver Blood deficiency (dull pain) • Liver Yang rising (throbbing pain)
Forehead	• Stomach Channel • Large Intestine Channel	• Stomach deficiency (dull pain) • Stomach Heat (sharp pain) • Dampness/Phlegm (dull pain, head feels heavy) • External Pathogenic Factor (EPF) (acute pain)
Occiput	• Bladder Channel	• Kidney deficiency (chronic dull pain) • EPF Wind (acute pain, stiffness)
Whole head		• Kidney Yin deficiency (chronic dull pain) • EPF Wind (acute pain)

Table 2: Headaches by location, involved acupuncture

That is, there is no standardised TCM treatment for headaches and the points needled will differ from patient to patient. Nevertheless, one might assume that, whatever the location of pain, practitioners will consider needling both local and distal points. For example, a frontal headache might be treated by needling ST 8 (Touwei) and ST 44 (Neiting), while GB 8 (Shuaigu) and SJ 5 (Waiguan) might be selected in the case of a temporal headache.

Methods

In order to assess the available evidence on the efficacy of acupuncture in the treatment of TTH, a systematic search for peer-reviewed research papers containing the words “acupuncture”, “tension” and “headache” in the title was conducted in February 2016 using Google Scholar, Acupuncture in Medicine (www.aim.bmj.com), European Journal of Oriental Medicine (www.ejom.co.uk), The Journal of Chinese Medicine (www.jcm.co.uk) and PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed). Overall, 93 potentially relevant papers were evaluated using the following criteria for inclusion:

- Articles that report the outcome of a randomised controlled trial (RCT), whereby patients in the treatment group receive verum acupuncture and patients in the control group receive sham acupuncture;
- Articles that reports the findings of primary research or conduct a meta-analysis of such articles;
- The entire article (not just the abstract) is available in English.

Case reports or pilot studies with less than ten participants; trials that compare acupuncture with

¹ This is a condensed version of the table published at NICE (2016b).

² Table compiled by the author based on Maciocia 2008, p. 6-16.

other therapies (e.g. physiotherapy); articles that focus on research methodology rather than the outcome of research; and trials involving electro acupuncture were not included.

The following eight articles were identified to meet the above criteria.

- **Davis, M et al.** (2008) Acupuncture for Tension-Type Headache: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *The Journal of Pain*
- **Endres, H et al.** (2007) Acupuncture for tension-type headache: A multicentre, sham-controlled, patient-and observer-blinded, randomised trial. *Journal of Headache Pain*
- **Hansen, P and Hansen, J** (1985) Acupuncture treatment of chronic tension headache: A controlled crossover trial. *Cephalalgia*
- **Karst, M et al.** (2001) Needle acupuncture in tension-type headache: A randomized, placebo-controlled study. *Cephalalgia*
- **Linde, K et al.** (2009) Acupuncture for tension-type headache (Review). *The Cochrane Library*
- **Melchart, D et al.** (2005) Acupuncture in patients with tension-type headache: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*
- **Tavola, T et al.** (1992) Traditional Chinese acupuncture in tension-type headache: A controlled study. *Pain*
- **White, A et al.** (2000) Acupuncture for episodic tension-type headache: A multicentre randomized controlled trial. *Cephalalgia*

Results

The discussion focuses on six articles that report the findings of primary research, while the two articles that conduct a meta-analysis of RCT trials (Davis *et al.* 2008 and Linde *et al.* 2009) will be discussed in the next section.

Endres *et al.* (2007) report the outcome of a randomised, controlled, multicentre, patient- and observer-blinded trial carried out in Germany on 409 patients with a long-standing history of TTH and ten or more headache days per month (Endres *et al.* 2007, p. 307). 209 of these patients received verum acupuncture while 200 received sham acupuncture consisting of superficial needling at non-acupuncture points. Each patient received ten 30-minute sessions over a six-week period. Verum treatment consisted of needling DU 20 (Baihui), LI 4 (Hegu), LIV 3 (Taichong) and GB 20 (Fengchi), but practitioners were allowed to select additional points.

Treatment success was measured as the reduction in headache days. Six months after commencement of treatment, 66% of verum patients reported a reduction in headache days per month by at least 50%, compared to 55% of sham patients. On average, verum patients reported 1.8 fewer headache days than sham patients

(Endres *et al.* 2007, p. 312). The authors conclude that '[b]oth true and sham acupuncture led to persisting, clinically relevant improvements in outcome' (ibid., p. 310), with acupuncture offering a statistically significant benefit over sham.

These results are consistent with those of an early patient- and observer-blinded Danish study (Hansen and Hansen 1985). This study looked at a relatively small sample of 36 long-term TTH sufferers each of which were subjected to both verum and sham treatments: 18 patients received six sessions of verum acupuncture over a three-week period, followed by a three-week break and a further six sessions of sham; the remaining 18 patients received six sessions of sham acupuncture followed by six verum treatments. A fixed set of points – GB 20 (Fengchi), LI 4 (Hegu) and BL 60 (Kunlun) was needled in the verum group. Sham treatment consisted of superficial needling of nearby non-acupuncture points (Hansen and Hansen 1985, p. 137-139).

Outcome was measured as the combined frequency and intensity of pain (the so called Period Index) during the three weeks before the first course of treatment (Period 1), the three weeks between the two courses of treatment (Period 2) and the three weeks following the second course of treatment (Period 3). The results showed a greater and statistically significant reduction of pain frequency and intensity in patients who received verum acupuncture.

Table 3: Effects of verum and sham acupuncture on pain frequency and intensity*

Treatment Sequence	Period Index		
	Period 1	Period 2	Period 3
Verum followed by sham treatment	42.2	26.4	30.1
Sham followed by verum treatment	40.7	35.2	30.9

* Table adapted from Table 3 (Hansen and Hansen 1985, p. 140)

Despite their different research design, both studies discussed above conclude that both verum and sham acupuncture have a significant positive effect on pain frequency or intensity. That is, patients benefit from being needled even if non-TCM points are needled. Yet while both Endres *et al.* (2007) and Hansen and Hansen (1985) conclude that verum acupuncture is significantly more effective in treating TTH than sham, the results of the four studies discussed below are somewhat mixed.

In a patient- and observer-blinded study conducted in Germany by Karst *et al.* (2001), 69 TTH patients received ten 30-minute sessions of acupuncture over a five-week period. The study trialled a new placebo method that causes a pricking sensation to the skin

without actually penetrating it. Verum treatment consisted of needling GB 20 (Fengchi), LI 4 (Hegu) and LIV 3 (Taichong) and optional additional points up to 15 needles in total (Karst *et al.* 2001, p. 637-639).

Outcome was measured as a reduction of pain intensity on the visual analogue scale, ranging from 0 (no pain) to 10 (strongest pain). Five months after the last treatment, pain intensity decreased in both verum and sham patients significantly, from an average of 6.4 to 4.4 in the verum group and 6.4 to 4.8 in the sham group (Karst *et al.* 2001, p. 640.). Headache days per month decreased in both verum (from 21.1 to 16.7) and sham groups (from 20.5 to 17.2) (*ibid.*). Six weeks after the end of treatment analgesics intake decreased by 41% in the verum group but increased by 66% in the placebo group (*ibid.*, p. 639). However, the apparent benefits of acupuncture were statistically not significant.

The issue of statistical significance is even more pronounced in a study conducted by Tavola *et al.* (1992). In this patient- and observer-blinded study 30 patients with eight years of TTH on average were randomly assigned to two groups of equal size. All patients received 12 treatments over an eight-week period. Sham patients received up to 12 needles inserted superficially into nonacupuncture points. The authors do not specify the points needed in the verum group but claim that '[t]he choice of points was made on an individual basis relative to the evaluation of the patient's 'energy' status according to the criteria of traditional Chinese acupuncture' (Tavola *et al.* 1992, p. 326).

Table 4: Design of the six RCT trials(see above)

One month after the last treatment, headache frequency decreased by 44.3% in the verum group compared to 21.4% in the sham group. The Headache Index (computed as headache Intensity x Duration x Frequency / 30) decreased by 58.3% in the verum group compared to 27.8% in the sham group. Analgesic consumption decreased by 57.7% in verum patients compared to 21.7% in sham patients (*ibid.*, p. 327). However, the authors argue that the seemingly spectacular benefits of verum acupuncture are statistically not significant due to the small sample size and 'the wide dispersion of the values of the parameters considered able to nullify even the

differences of 48%, 46% and 23% between acupuncture and placebo-treated patients' (*ibid.*, p. 328).

Study	Treatment	Acupuncture Group		Sham Group	
		N	Points needed	N	Method
Endres <i>et al.</i> (2007)	10 sessions over a 6-week period	209	DU20, LI4, LIV3, GB20 plus optional points	200	Superficial needling at nonacupuncture points
Hansen & Hansen (1985)	6 sessions over a 3-week period	18	GB20, LI4, BL60	18	Superficial needling at nonacupuncture points
Karst <i>et al.</i> (2001)	10 sessions over a 5-week period	34	GB20, LI4, LIV3 plus optional points	35	Blunt needling (skin not penetrated)
Melchart <i>et al.</i> (2005)	12 sessions over an 8-week period	132	GB20, GB21, LIV3 plus optional points	63	Superficial needling at nonacupuncture points
Tavola <i>et al.</i> (1992)	8 sessions over an 8-week period	15	Unclear	15	Superficial needling at nonacupuncture points
White <i>et al.</i> (2000)	6 sessions over a 6-week period	23	GB20, LI4, BL60 plus optional points	23	Blunt needling (skin not penetrated)

Table 4: Design of the six RCT trials

In conclusion, both Karst *et al.* (2001) and Tavola *et al.* (1992) argue that both verum and sham acupuncture have significant clinical benefits for TTH but that the apparent benefits of verum over sham are statistically not significant. In this respect their conclusions differ from the two RCT studies yet to be discussed.

Like Endres *et al.* (2007), Melchart *et al.* (2005) designed a decentralised study with a large sample size of 270 participants, carried out across 28 outpatient centres in Germany. 132 patients received verum acupuncture consisting of GB 20 (Fengchi), GB 21 (Jianjing) and LIV 3 (Taichong), with additional points needed as appropriate. 63 patients received sham (superficial needling at non-acupuncture points). As a unique feature of this study, 75 patients were placed on a waiting list and received no treatment at all. Both verum and sham patients received 12 treatments over an eight-week period and were allowed to treat acute headaches with analgesics provided they recorded this in a headache diary.

Treatment success was measured as the reduction of headache days during the four weeks following the last treatment. In the acupuncture group, headache days decreased by 7.2 per month compared to 6.6 in the sham group and 1.5 in the waiting list group (Melchart *et al.* 2005, p. 3-5). 46% of patients in the acupuncture group, 35% in the sham and 4% in the waiting list group experienced a reduction in headache days of at least 50% (*ibid.*), but the differences between verum and sham acupuncture were statistically not significant.

The final RCT study discussed here is that of White *et al.* (2000) and was carried out across multiple NHS funded health centres in the UK. The study involved 50 participants, of which 25 received verum and 25 sham

treatments. Like in the study by Karst *et al.* (2001), sham acupuncture involved blunt needling at non-acupuncture points using a cocktail stick. Patients received six treatments over a six-week period. Verum patients were needled at GB 20 (Fengchi) and LI 4 (Hegu), but in some cases GB 20 was substituted for a nearby tender spot. Practitioners were allowed to select up to four optional points on the head and shoulders. The study involved an unusual needling technique: points were needled in succession with a single needle; each point was stimulated for 15 seconds and no needles were retained.

Outcome was measured as a reduction in headache days, duration and severity, comparing the three-week pre-study period with the three weeks following the first six treatments. Findings revealed a reduction in headache days per week from 4.3 to 2.7 in the verum and 3.6 to 2.5 in the sham group. Headache duration decreased from 24.4 to 10.7 hours per week in the verum and 19.9 to 11.6 in the control group. 60% of verum patients reported a decrease in headache days by 50%, compared to 40% of sham patients (White *et al.* 2000, p. 634). However, these differences were statistically not significant and led the author of a review article comment: 'A cocktail stick is as good as brief acupuncture in episodic tension-type headache' (Cummings 2001, p. 56).

Table 5: Summary of the main findings of the RCT trials discussed above

Study	Main findings
Endres <i>et al.</i> (2007)	<ul style="list-style-type: none"> Both TCM and sham acupuncture reduce number of headache days/month TCM acupuncture is more effective than sham acupuncture
Hansen & Hansen (1985)	<ul style="list-style-type: none"> TCM acupuncture is significantly more pain relieving than sham
Karst <i>et al.</i> (2001)	<ul style="list-style-type: none"> Both TCM and sham acupuncture reduce pain frequency and intensity TCM acupuncture is more effective than sham acupuncture (but the difference is statistically not significant) Analgesics intake decreased in the TCM but increased in the sham group
Melchart <i>et al.</i> (2005)	<ul style="list-style-type: none"> Both TCM and sham acupuncture have clinical benefits over no treatment TCM acupuncture is not more efficient than sham acupuncture
Tavola <i>et al.</i> (1992)	<ul style="list-style-type: none"> Both TCM and sham reduce headache frequency and analgesic intake TCM acupuncture is more effective than sham acupuncture (but the difference is statistically not significant)
White <i>et al.</i> (2000)	<ul style="list-style-type: none"> Both TCM and sham acupuncture reduce headache frequency and severity TCM acupuncture is not more efficient than sham acupuncture

Discussion

What do the RCT trials discussed above reveal about the efficacy of acupuncture in treating TTH? The results are, as it might have been expected, mixed. All six studies conclude that both verum and sham acupuncture have significant clinical benefits for patients with TTH and help reduce the frequency and intensity of headaches, or the intake of painkillers. Yet which method is more efficient: verum or sham?

- Two studies (Endres *et al.* 2007; Hansen and Hansen 1985) conclude that verum acupuncture is

significantly more beneficial in the treatment of TTH than sham;

- Two studies (Karst *et al.* 2001; Tavola *et al.* 1992) conclude that although verum acupuncture appears to have benefits over sham, the differences are statistically not significant;
- Two studies (Melchart *et al.* 2005; White *et al.* 2000) argue that the differences between verum and sham acupuncture are too small to be clinically relevant.

Overall, the results suggest that verum acupuncture is efficient in treating TTH and also appears to have some advantage over sham. This is consistent with the findings of two meta-analyses (Davies *et al.* 2008; Linde *et al.* 2009). Based on complex statistical calculations with aggregated data from eight and eleven RCT trials respectively, both papers conclude that verum acupuncture has a small but statistically significant benefit over sham regarding headache frequency and intensity (Linde *et al.* 2009, p. 2; Davies *et al.* 2008, p. 675). Long-term pooled data of five high quality RCTs demonstrated 1.34 fewer headache days per month and 3.74 points lower headache intensity (Davies *et al.* 2008, p. 674). Inevitably, more studies are required to support this conclusion and resolve the discrepancies between the studies conducted to date.

There is, however, more to be said about the subject. The discussion so far has implicitly accepted that the above studies are of a sufficiently high quality to make

statement
s about
the
efficacy
of verum
acupunctu
re in the
treatment
of TTH –
perhaps
because
an RCT
research
design is
generally
accepted

as a measure of quality.

An essential quality criterion for any RCT trial is that of validity, 'defined as the extent to which a concept is accurately measured in a quantitative study' (Heale and Twycross 2015, p. 66). That is, a survey designed to measure the efficacy of TCM acupuncture but which operates with a simplified notion of acupuncture could not be considered to meet the validity criterion. The above trials claim to measure the efficacy of TCM acupuncture and hence, in order for their findings to be valid, their methodologies must conform to those of TCM. This is important since the consequences of

operating with an oversimplified notion of acupuncture would not only be detrimental to TTH patients (who

Table 6: Evidence of the application of TCM principles in the studies discussed above

Publication	TCM diagnosis	Point selection	Background of study authors*	Background of practitioners administering treatment
Endres et al. (2007)	No evidence	Fixed (DU20, LI4, LIV3, GB20); flexibility for optional points	Western medical doctors	Physicians with specialist acupuncture training
Hansen & Hansen (1985)	No evidence	Fixed (GB20, LI4, BL60)	Western medical doctors	Most likely physicians with specialist acupuncture training
Karst et al. (2001)	No evidence	Fixed (GB20, LI4, LIV3) with flexibility for optional points	Western medical doctors	Unclear
Melchart et al. (2005)	Evidence	Fixed (GB20, GB21, LIV3) with flexibility for optional points	Western medical doctors	Most likely physicians with specialist acupuncture training
Tavola et al. (1992)	No evidence	Points selected by practitioner	Psychiatrists	Unclear
White et al. (2000)	No evidence	Fixed (GB20, LI4, BL60) with flexibility for optional points	Western medical doctors	Physicians with specialist acupuncture training

would not receive the best available treatment) but also negatively impact on the perception of TCM acupuncture in the Western scientific community.

I will therefore conclude this paper by highlighting four methodological shortcomings of the above studies.

First, five of the six RCTs lack evidence of the application of TCM principles in the diagnosis or treatment of TTH. These studies do not differentiate TTH by its location (e.g. *shao yang* as opposed to *yang ming*); affected acupuncture channels (e.g. *Stomach* as opposed to *Gallbladder* channel); its type (e.g. a *deficiency* type headache resulting in dull pain as opposed to an *excess* type headache resulting in sharp pain); or cause (e.g. *Liver Yang Rising*) (see Table 6 below).

Second, a key principle of TCM acupuncture is the individualised selection of points, based on the differential diagnosis of patterns and causative factors, the location and nature of pain and affected acupuncture channels (see Maciocia 2008, p. 6-16). Ignorant of this imperative, five of the six studies involved the needling of fixed points (with some flexibility for selecting additional points); only one study (Tavola *et al.* 1992) allowed practitioners to select points freely but did not specify which points these were. While points such as GB 20 (Fengchi), LIV 3 (Taichong) or LI 4 (Hegu) may in some circumstances be indicated for TTH, the very notion of fixed points is at odds with the TCM principle of tailoring treatments to the individual and the unique way in which his or her symptoms manifest. For example, GB 20 (Fengchi) may be indicated in TTH affecting the lateral side of the head but would not be the first option in treating frontal headaches. Standardisation, which is key to Western medicine, is at odds with the highly individualised discipline of acupuncture that its most distinguished practitioners would liken to an art (Kapchuk 2000, p. 283).

* As indicated by authors' institutional affiliation

Third, one might argue that in order to assess the efficacy of TCM acupuncture in the treatment of TTH, studies ought to be designed and carried out by TCM acupuncturists rather than Western medical doctors. However, all studies discussed above were authored by Western medical doctors (neurologists, psychiatrists, anaesthesiologists), and in four studies treatments were performed by Western medical doctors (with the background of practitioners being unclear in the remaining two studies). These practitioners received specialist acupuncture training, but the extent to which they embrace TCM principles remains unclear.

Fourth, none of the studies discuss the peculiar role of placebo in acupuncture. From a TCM perspective, the placebo effect is both desirable and intrinsic to treatment success: the patient's expectation to benefit from acupuncture aids relaxation, which in turns helps relieve Qi stagnation that is often implied in TTH. Therefore, one might argue that in the studies discussed both "verum" and "sham" patients in fact received *verum* (albeit not necessarily TCM) acupuncture. Arguably, any needle inserted into the body will produce at least some physiological effect, that is, it will move Qi.

In conclusion, while all RCT trials claim to make statements about verum or TCM acupuncture, the above analysis suggests that this claim is largely unjustified. It is important to note that the needling of TCM acupuncture points does not necessarily constitute a TCM treatment. Rather, one might conclude that the studies discussed have measured the efficacy of an oversimplified notion of acupuncture, rather than of TCM acupuncture itself. Therefore, more and better-designed studies are required to assess the efficacy of TCM acupuncture in the treatment of tension-type headache.

References

- Cummings, M (2001), A cocktail stick is as good as brief acupuncture in episodic tension-type headache (Research Review). *Acupuncture in Medicine* 19(1), 56-57.
- Davis, M *et al.* (2008), Acupuncture for Tension-Type Headache: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *The Journal of Pain* 9(8), 667-677.
- Endres, H *et al.* (2007), Acupuncture for tension-type headache: A multicentre, sham-controlled, patient-and observer-blinded, randomised trial. *Journal of Headache Pain* 8, 306-314.
- Hansen, P and Hansen, J (1985), Acupuncture treatment of chronic tension headache: A controlled crossover trial. *Cephalalgia* 5(3), 137-142.
- Heale, R and Twycross, A (2015), Validity and reliability in quantitative studies. *Evidence Based Nursing* 18(3), 66-67.
- International Headache Society Headache Classification Committee (2013), The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 33(9), 629-808.
- Kaptchuck, T (2000), *Chinese Medicine: The Web that has no Weaver*. 2nd edition, New York: Rider.
- Karst, M *et al.* (2001), Needle acupuncture in tension-type headache: A randomized, placebo-controlled study. *Cephalalgia* 21(6), 637-642.
- Linde, K *et al.* (2009), Acupuncture for tension-type headache (Review). The Cochrane Library 2009, Issue 4.
- Maciocia, G (2008), *The Practice of Chinese Medicine*. London: Churchill Livingstone. Second edition.
- Melchart, D *et al.* (2005), Acupuncture in patients with tension-type headache: Randomised controlled trial. *British Medical Journal* [Online] 331(7513) available from www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1184247/pdf/bmj33100376.pdf [Accessed 30/04/2016].
- NICE (2016a), *Headaches*. [Online] Available from www.nice.org.uk/guidance/cg150/ifp/chapter/Headaches [Accessed: 12/05/2016].
- NICE (2016b), *Diagnosis*. [Online] Available from www.nice.org.uk/guidance/CG150/ifp/chapter/Diagnosis [Accessed: 12/05/2016].
- NICE (2016c), *Treatments for tension-type headache*. [Online] Available from www.nice.org.uk/guidance/cg150/ifp/chapter/Treatments-for-tension-type-headache [Accessed: 12/05/2016].
- Tavola, T *et al.* (1992), Traditional Chinese acupuncture in tension-type headache: A controlled study. *Pain* 48(3), 325-329.
- White, A *et al.* (2000), Acupuncture for episodic tension-type headache: A multicentre randomized controlled trial. *Cephalalgia* 20(7), 632-637.

About the Author

Attila Szanto PhD LicAc DipNat
 Owner, Body Mind Acupuncture
 (www.bodymindacupuncture.co.uk)
 Diploma in Acupuncture, College of Naturopathic
 Medicine (2016)
 ATCM Prize for Excellence in TCM Studies 2016
 PhD in Sociology, London School of Economics (2010)
 Email: a.szanto@bodymindacupuncture.co.uk

试论中医脑为神五脏

徐廣文 伦敦

摘要: 本文根据《黄帝内经》，中医经典医著和医圣医家对脑功能的认识，试从脑与五脏、五官与脑、五脏与目、经络与脑、脑与髓、髓与肾等方面，探讨阐述五脏藏神，神脏聚脑，脑为神五脏。中医五脏是“形神合一”，脑脏合一，是形五脏（血肉之五脏）和神五脏（脑）合而为一“以五脏为中心”的生命整体。形五脏在胸腔腹腔，神五脏聚于头内脑神。神五脏所主的生理功能是脑的功能，故脑为神五脏。脑神五脏主宰和调节生命整体。

关键词: 中医理论 研讨 脑 神五脏

Discussion on the TCM Understanding of Brain as Shen Five Zang-organ

Guangwen Xu (London)

Abstract: Based on the discussions from Yellow Emperor's Classic and other TCM classic literatures, this article explores the various connections between brain and five Zang organs, between brain and five sensory organs, as well as between brain and meridians, marrows etc., trying to elaborate that with the morphological five Zang organs, the brain is the spiritual or Shen Zang organ (or namely Shen Five Zang) of the human body. The human body has morphological Zang organs as well as Shen Zang organ, to form a holistic unity of body and mind, morphological Zang organs and spiritual Zang (the brain). Morphological Zang organs are located in thoracic and abdominal cavities while the spiritual Zang organ is situated in the head. The brain as Shen Five Zang dominates and regulates the physical activities of the whole life

Key words: The theory of TCM ; Brain; Shen five zang-organs

由于中医人体“以五脏为中心”，脑为“奇恒之府”，在五脏之外。中医药大学教材《中医基础理论》里认为《内经》把脑功能分属于五脏[1]。所以，被西医认为中医无脑。中医确实无脑吗？中医有脑！中医的脑就是神五脏。根据《黄帝内经》，中医经典医著和医圣医家对脑功能的认识，试从脑与五脏、五官与脑、五脏与目、脑与髓、髓与肾、经络与脑等生理功能方面的相互关系，探讨阐述脑为神五脏。

一. 中医的五脏为形五脏和神五脏合而为一的生命整体

1. **中医的五脏是形神合一：**《黄帝内经》强调“形与神俱”，“形神合一”[2]。中医生命人体的形神，形是形体、形脏（血肉之脏）、肌肉、筋骨等。神是主宰和调节人体生命活动的脑神明。中医藏象学说的整体观，认为人体“以五脏为中心”形成一个统一的生命整体。中医的五脏是形神合一。所以，中医的五脏是形五脏和神五脏合而为一“以五脏为中心”的生命整体。

2. **中医的五脏主要是人体生理功能系统，**是形五脏和神五脏合而为一。所以，不能把中医的五脏理解和套用为西医的心脏脾脏，按西医的解剖位置把中医的五脏定位固定。如《素问·刺禁论》：“肝生于左，肺藏于右，心部于表，肾治于里，脾为之使，胃为之市……。”显然这不是五脏的解剖位置，而所述的是五脏所处的四时方位，生理特点。

3. **中医的五脏是血肉之脏和神明之脏合而为一。**如明代医家李挺在《医学入门》中说：“有血肉之心，形如未开莲花，居肺下肝上是也。有神之心，神者……主宰万事万物，虚灵不昧者是也，然形神亦恒相同。”明确指出中医的心“有血肉之心”，和“有神之心”。是最典型的说明：中医的心是“形神合一”，是“血肉之心”和“神明之心”合而为一。“血肉之心”即心脏的脏器，[3]“神明之心”，则是心所主的脑神明的生理功能。同理，五脏是血肉之脏和神明之脏合而为一。

4. **五脏所藏神皆聚于脑：**《黄帝内经太素》：“头者，心神所居”。头内者脑也，说明“神明之心”居于脑，心藏的神居于脑。明·张景岳的《类经·疾病类》：“心为五脏六腑之大主，而总统魂魄，兼赅意志”。张志聪曰：“神藏者，藏五藏之神也。”《修真十书》：“头脑为神、魂、魄、意、志汇聚之所也。”说明五脏所藏神皆聚于脑，则脑为五神脏。

5. 《黄帝内经》早有“神藏五”的记载：

《素问·六节脏象论篇》岐伯曰“故形藏四，神藏五，合为九藏以应之也。”《素问·三部九候论》：“故神脏五，形脏四，合为九脏。”《素问·宣明五气篇》：“五脏所藏，心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，肾藏志。”王冰注曰：“神藏五者，一肝、二心、三脾、四肺、五肾也。所谓神藏者，肝藏魂，心藏神，肺藏魄，脾藏意，肾藏志。”[4]马蒨曰：“曰肝，曰心，曰脾，曰肺，曰肾，此神藏计有其五。”张志聪曰：“神藏者，藏五藏之神也。……藏五藏之神者，心藏神、肝藏魂、脾藏意、肺藏魄、肾藏志也。”《黄帝内经·心论》：“即心神、肺神、肝神、肾神、脾神，合称五神脏。”高士宗的《素问直解》：“神藏五，谓肝心脾肺肾，所以藏无形之气，故曰神。”

可见“神藏五”，“神藏者，藏五藏之神”和“五藏神”，皆说明五脏藏神，神藏五脏，五脏有神，神有五脏。根据中医的“形神合一”论，有神五脏，必有形五脏，故中医五脏是形五脏和神五脏合而为一，由脑神五脏总主宰和调节生命整体。

下面重点试探讨阐述神五脏，脑为神五脏。

二. 试阐述脑为神五脏

《黄帝内经》，经典医著和医圣医家对脑和脑功能的认识非常明确，内容极其丰富，充分说明脑为精髓神明，脑藏五藏神，为神五脏。

1. 《黄帝内经》对脑的认识：

1.1. 2000多年前的《黄帝内经》就认为精成而脑髓生，脑为精髓神明。如《内经·灵枢经》黄帝曰：“人始生，先成精，精成而脑髓生”。《黄帝内经·素问》：“人先生于脑，缘有脑则有骨髓。”认为脑是由父母精血结合的先天之精而化生，生成于诸器官的形成之前。《黄帝内经灵枢注集》：“人始生先成精者，本于先天水火之精气而先生两肾，脑为精髓之海。肾精上注于脑而脑髓生。”

1.2. 《素问·脉要精微论》曰：“头者，精明之府”。“夫精明者，所以视万物，别白黑，审短长。”张志聪在《黄帝内经素问集注·脉要精微论》注：“诸阳之神气，上会于头，诸髓之精，上聚于脑，故头为精髓神明之府。”张锡纯在《素问·脉要精微论》注释：“头者，精明之府”，认为“夫精明即神明也。”这说明眼睛精明与脑髓神明的生理关系是：眼是精明之窗，脑是精明之神。脑神明主目的视觉功能，目“精明者，所以视万物，辨黑白、审长短”是发自脑精髓神明。[5]

1.3. 《素问·五脏生成论》：“诸髓者，皆属于脑”；《灵枢·海论》：“脑为髓之海。……髓海不足，则脑转耳鸣，眩酸眩冒，目无所视，懈怠安卧。”脑精髓不足“则脑转、耳鸣、眩酸眩冒，目无所视。”是从临床表现，生理病理说明耳目，精神、运动和听觉、视觉与脑精髓神明的关系。说明脑神明主耳目的视听功能。

1.4. 《内经》：头为“诸阳之会”，“全身的阳气皆上汇于脑”；《素问·五脏生成论》：“诸髓者，皆属于脑”，《灵枢·海论》：“脑为髓之海”；《素问·解精微论》：“……脑者，阴也”。诸阳汇于脑，脑为髓海，髓海属阴。说明脑为阴阳之所聚，则脑为阴阳之枢，总调一身阴阳。[5]

1.5. 《灵枢·本藏》第四十七：“人之血气精神者，所以奉生而周于性命者也。”“志意者，所以御精神，收魂魄。”“五脏者，所以藏精神血气魂魄者也。”此说明五脏是人体精神、意识，思维，生命活动的中心。故此五脏者，是神五脏。

1.6. 《素问·刺禁论篇》：“脑不可伤，若针刺时，刺头、中脑户，人脑立死。”早认识到脑是生命最重要的，如果刺伤脑，则立刻危及生命。

1.7. 《素问·八正神明论》帝曰：何谓神？岐伯曰：“请言神，神乎神，

耳不闻，目明心开，而志先慧然独悟，口弗能言，俱视独见，适若昏，昭然独明，若风吹云，故曰神。”

说明眼目望诊的洞察力如神。但眼神的精准应出自头脑思维判断的极度明晰和明锐的灵感。因头(脑)为精明之神，眼为精明之窗，故精明者视万物，是眼神出自脑神而视万物。从而也说明耳闻、目视、口言、意志、思维皆脑神所主。[5]

1.8. 经络入脑，脑神调节全身经络。《灵枢·寒热病》曰：“足太阳有通项入于脑者，正属目本，名曰眼系，……入于脑。”《素问·骨空论》：“督脉者，……贯脊属肾。与太阳起于目内眦，上额交巅上，入络脑。”“督脉……沿脊柱上行，经项后部至风府穴，进入脑内。”《灵枢·邪气脏腑病形篇》：“十二经络，三百六十五络，其气皆上于面而走空窍，其精阳气上走于目而为睛，其别气走于耳而为听，其宗气出于鼻而为嗅，其浊气出于胃，走唇舌而为味。”《灵枢·经脉》篇：“胆足少阳之脉，起于目锐眦，上抵头角，下耳后。”说明经络上行头部入脑，或走耳鼻循眼系入脑，脑主经络，脑神调节全身经络。

1.9. 《黄帝内经》有关“神藏五”的主要生理功能：“心者，君主之官也，神明出焉；肺者，相傅之官，治节出焉；肝者，将军之官，谋虑出焉；胆者，中正之官，决断出焉；膻中者，臣使之官，喜乐出焉；脾胃者，仓廪之官，五味出焉；……肾者，作强之官，伎巧出焉。”“神藏五”所藏神：“心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，肾藏志。”“神藏五”在志：“心在志为喜，肝在志为怒，脾在志为思，肺在志为忧，肾在志为恐。”“神藏五”所主五官：“肝主目，心主舌，脾主鼻，脾主口，肾主耳。”“神藏五”所主五体：“心主脉、肺主皮、肝主筋、脾主肉、肾主骨。”说明《内经》“神藏五”的生理功能主要是脑的生理功能，故脑为神脏五。

2. 中医经典医著和医圣医家对脑和脑功能的认识：

2.1 汉代·医圣张仲景《金匮玉函经·卷一·证治总则》中说“头者，身之元首，人神所注。”最早指出头者元首所居。

2.2. 随朝·杨上善的《黄帝内经太素》：“头者，心神所居。”最先提出心神居于头内。头内者脑也，故心神居于脑。

2.3. 隋唐·孙思邈的《备急千金要方·灸法》：“头者，身之元首，人神之所注，气口精明，三百六十五络，皆上归头。头者，诸阳之会也。”

2.4. 宋代·陈无择《三因极一病证方论·头痛证治》：“头者诸阳之会，上丹产于泥丸宫，百神所居。”说明头不但是诸阳之会，而且头为“泥丸宫”，“泥丸宫”者脑也，百神居于脑。

2.5. 元末《修真十书》：“头脑为神、魂、魄、意、志汇聚之所也。”陈绍勋注解：“神指精神、意识、思维、情感等活动；魂指脏腑、经络活动和躯体四肢运动等；魄指人体对外界反映及感觉等；意指构思、意向；志指记忆。”[3]说明五神汇聚在脑，脑神主宰和调节生命活动。“夫脑者，一身之宗，百神之会，道合太玄，故曰泥丸。”说明脑者泥丸，百神聚于脑。

2.6. 明·张景岳《类经·疫病类》：“五脏六腑之精气皆上注于头，以成七窍之用，故头为精明之府。”《类经·疾病类》“心为五脏六腑之大主，而总统魂魄，兼赅意志。”《类经·脏象类》：“分言之，则阳神曰魂，阴神曰魄，以及意志思虑之类皆神也。”

2.7. 明代·李时珍《本草纲目》云：“脑为元神之府。”“人之头，圆如盖，穹窿象天。泥丸之宫，神灵所集。”说明头内泥丸宫者脑神所集，脑为元神。

2.8. 明代·赵台鼎的《脉望》：“脑为上器元神所居之官，人能握元神栖于本宫，则真气自升，真息自定，所为一窍开则百窍开，大关通而百关尽通也。”指出脑为元神所居，脑窍通则百窍通。

2.9. 明代医家李梴在《医学入门》中说：“有血肉之心，形如未开莲花，居肺下肝上是也。有神之心，神者……主宰万事万物，虚灵不昧者是也，然形神亦恒相同。”明确指出中医的心“有血肉之心”，和“有神之心”。并指明血肉之心肝肺的位置。[5]

2.10. 清代王清任的《医林改错·脑髓说》：“精汁之清者，化而为髓，由脊骨上行入脑，名曰髓，……两目即脑汁所生，两目系如线，长于脑，所见之物归于脑。”

“舌中原有两管，内通脑气，即气管也，以容气之往来，使舌动转

能言。”“灵机记性不在心在脑”。说明舌目通脑，脑主视觉和语言功能。思维反应记忆在脑。

2.11. 清代张志聪《素问集注》曰：“诸阳之精气，上会于头，诸髓之精，上聚于脑，故头为精髓神明之腑。”首提出脑为精髓神明。

2.12. 清代·王昶《本草备要》：“人之记性，皆在脑中……。”

2.13. 清代冯兆张的《锦囊秘录》：“脑为元神之府，主持五神，以调节脏腑阴阳，四肢百骸之用。”

2.14. 清代朱沛文编撰《华洋脏象约纂》指出：“夫居之首之内，贯腰脊之中，统领官骸，联络关节，为魂魄之穴宅，生命之枢机，脑髓是也。”说明脑髓居首内，为魂魄神明，为脑神元首，生命之中枢。

2.15. 清代·邵同珍《医易一理》：“人身能知觉运动，及能记忆古今，应对万物者，无非脑之权也。”“脑者人身之大主，又曰元神之府”，“脑气筋入五官脏腑，以司视听言动”

2.16. 清代喻昌《寓意草·卷一》：“头为一身之元首……其所主之脏，则以头之外壳包藏脑髓。”

2.17. 清代·林琴《类证治裁·卷之三》：“脑为元神府，精髓之海，实记忆所凭也。”

2.18. 清代·唐容川在《医经精义》中说：“盖髓者，肾精所生，精足则髓作。髓在骨内，髓作则骨强，所以能作强，而才力过人也。精以生神，精足神强，自多伎巧。髓不足者力不强，精不足者智不多。”说明精髓神与精神智慧，活动的关系，是脑精髓神明与精神智慧，生命活动的关系。

2.19. 清代张锡纯《医学衷中参西录·人身神明论》曰：“脑中为元神，心中为识神。元神者，藏于脑，无思无虑，自然虚灵也。识神者，发于心，有思无虑，灵而不虚也。”

2.20. 清代·张锡纯《素问·脉要精微论》：“头者，精明之府”，认为“夫精明即神明也。头即脑之外廓，脑即头之中心点也。国家之货财藏于府，兹则名之为府者，确定其为神明所藏也。”指出精明即神明，脑为神明。

2.21. 《道枢平都篇》说：“夫脑者，一身之灵也，百神之命窟，……魂精之玉宝也。”“泥丸者，形之上神也。”说明脑者百神所居。泥丸者脑也，脑为形之上的神明。

2.22. 《孙朝宗中医世家经验辑要》：“脑位于颅内，为元神之官，生命主宰。脑藏神，主神志，智能出焉。脑协调于五脏六腑，统辖于四肢百骸。脑开窍于五官，机灵现于童子，应于语言。脑之经脉为督脉而统帅诸阳”。简捷高度概括了脑功能。

上述可见《黄帝内经》，经典医著和医圣医家对脑功能的认识，内容极其丰富。

认识到头内“泥丸者”脑也，精髓神明在头内，则脑为精髓神明。百神居于脑、脑为元神，脑主神明，阴阳会聚居于脑；五脏六腑之精气皆上聚于脑、全身经络阳气皆汇于脑。人的思维、意识、情志、记忆皆在脑；认识到脑髓精明与眼目精明的关系，眼为精明之窗，脑为精明之神，脑髓精明者，视万物；脑神主五官，视、听、味、嗅觉和语言功能皆由脑神所主；脑神五脏总调节脏腑经络，四肢百骸，主一身之运动；脑为阴阳之枢，总调全身阴阳等。

2000多年前的《内经》就记载“神藏五”。“心藏神，肝藏魂，肺藏魄，脾藏意，肾藏志。”之后医家明注“神藏者，藏五藏之神也。”“神藏五，谓肝心脾肺肾”，“头脑为神、魂、魄、意、志汇聚之所也。”“头者，心神所居”。说明五脏所藏五神皆聚于脑，则脑为“五神藏”。

中医人体是“形神合一”。中医的心“有血肉之心”和“有神之心”，即中医的心是血肉之心”和神明之心合而为一。五脏皆有形神，是形脏和神脏合而为一，是血肉之五脏和神明之五脏合而为一，故五脏是形五脏和神五脏合而为一的“以五脏为中心”的生命整体。神五脏聚于脑，则脑为神五脏。

3. 试以脑与五官的关系，阐述脑之神五脏主五官七窍。

《内经》：“诸髓者，皆属于脑”；《灵枢·海论》：“脑为髓之海……髓海不足，则脑转耳鸣，眩暈眩冒，目无所视，懈怠安卧。”脑精髓不足“则脑转、耳鸣、目无所视。”其从临床表现，生理病理方面说明耳目，精神、运动和听觉、视觉与脑精髓神明的关系密切，是脑精髓神明主耳目的视听功能。

王宏翰的《医学原始》指出：“五官居于身上，为知觉之具，耳目口鼻聚于首，最显最高，便于接物。耳目口鼻之所导入，最近于脑，必以脑

先受其像而觉之，而寄之，而存之也。”

《医林改错》：“两耳通脑，所听之声归脑；两目系如线长于脑，所见之物归脑；鼻通于脑，所闻香臭归于脑；小儿周岁脑渐生，舌能言一二字”。

杨上善说：“七窍者，精神之户牖”，五官的七窍是脑精神之窍，而七窍皆与脑相通，故脑神明主司七窍之运动和感觉功能。

说明眼耳鼻舌为五脏外窍，是脑精神之户牖，其皆位于头面，与脑相通。人的视、听、嗅、味觉和语言等，皆与脑有密切关系。是脑精髓神明主五官。

3.1. 试以肝主目的关系，阐述眼脑相系相通，脑神之肝调节眼睛视觉：

根据《灵枢·大惑论》曰：“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精。睛之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑睛，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束，裹摄筋骨血气之精而与脉并为系，上属于脑。”《灵枢·动输》：“胃气上注于肺，其悍气上冲头者，循咽，上走空窍，循眼系，入络脑。”中医认为瞳子属肾，黑睛属肝，内外眦血络属心，白睛属肺、上下眼胞属脾[1]。则眼之心肝肺脾肾，由“眼系，入络脑”；目“裹摄筋骨血气之精而与脉并为系，上属于脑。”“肝主目”，“肝开窍于目”；“肝气通于目，肝和则目能辨五色矣。”（《灵枢·脉度》）；王清任《医林改错·脑髓说》：“两目即脑汁所生，两目系如线，长于脑，所见之物归于脑。”说明脑目相系相通，是脑神之肝主目，调节视觉，目才能视万物，辨五色。[5]

3.2. 试以心与目的关系，阐述脑神之心调节眼的视觉：

根据《素问·解精微论》曰：“夫心者，五藏之专精也，目者，其窍也。”《灵枢·大惑论》曰：“目者，心之使也，心者，神之舍也。”；“目者，心使也，心者，神之舍也，心藏神，神明则见，故目之视物，心所使也。”（清·黄元御 著《灵枢悬解》卷七 大惑论五十九）：“目为神之牖”（《推蓬寤语》）；心藏神，“目为神之外使”；《医林改错·脑髓说》：“两目即脑汁所生，两目系如线，长于脑，所见之物归于脑。”说明“目者，心窍也”，“目之视物，心所使也”，目“所见之物归于脑”；“眼系入络脑”，目系通于脑，则脑神之心调节眼睛视觉，目才能视万物，辨五色[5]。

3.3. 试以眼睛精明与脑髓精明的关系，阐述脑精髓神明，主目视万物：

《素问·脉要精微论》曰：“头者，精明之府”。“夫精明者，所以视万物，别白黑，审短长。”张锡纯《素问·脉要精微论》注释：“头者，精明之府”。认为“夫精明即神明也。”《灵枢·动输》：“眼系，入络脑”。清朝张志聪《素问集注》：“诸阳之精气，上会于头，诸髓之精，上聚于脑，故头为精髓神明之府。”说明眼系入络脑，脑目连系相通，头是“精明之府”，脑为髓之精明所聚。故“精明者”，“精髓神明”也，是异名同类，脑也。“夫精明者，所以视万物”，是指眼“精明”入脑，则脑神精明者视万物，别黑白，审短长。所以，“头者，精明之府”，脑者精明之神也，是脑精髓神明主目视万物。[5]

3.4. 试以心开窍于舌耳目，脑与舌耳目相系相通，阐述脑神之心主舌耳目：

根据《素问·解精微论》曰：“夫心者，五藏之专精也，目者，其窍也。”《灵枢·大惑论》曰：“目者，心之使也，心者，神之舍也。”《素问·金柜真言论》：“心开窍于耳”。《素问·阴阳象大论》：“心主舌，在窍为舌”。说明心主舌，开窍于舌耳目。《灵枢·脉度》曰：“心气通于舌，心和则舌能知五味矣”。因心开窍于舌耳目，心主舌，也主耳目，故同理：心气通于耳，心和则耳能闻五音，心气通于目，心和则目能辨五色。《灵枢·动输》曰：“胃气上注于肺，其悍气上冲头者，循咽，上走空窍，循眼系，入络脑。”耳咽相通，舌咽相连，“眼系，入络脑”。进一步说明脑与舌耳目，相系相通，脑神之心主舌耳目，则脑神之心调节舌耳目的生理功能[5]。

3.5. 舌通于脑，脑神之心主舌的语言味觉功能：

《医林改错·脑髓说》：“舌中原有两管，内通脑气，即气管也，以容气之往来，使舌转动能言。”《灵枢·脉度》曰：“心气通于舌，心和则舌能知五味矣。”舌通于脑，心气（脑神气）通于舌，则舌能辨五味发声。说明脑神之心调节味觉和语言功能。

3.6. 鼻通于脑，肺气通于鼻，是脑神之肺主鼻：

《素问·解精微论》：“泣涕者，脑也。脑者，阴也。”王冰注曰：“鼻窍通脑，故脑渗为涕”。《素问·阴阳象大论》：“肺主鼻……在窍为鼻”。《灵枢·脉度》云：“肺气通于鼻，肺和则鼻能知臭香矣。”《灵枢·经脉》篇：“胆足少阳之脉，起于目眦，上抵头角，下耳后。”明·昆在其《黄

帝内经素问·吴注》：“头角通于巅，通于脑，通于颊，通于鼻。”《医林改错》上卷·脑髓说：“鼻通于脑，所闻香臭归于脑”。说明“鼻窍通脑”，“肺气通于鼻”，是脑神之肺主鼻，脑神之肺气通于鼻，调节鼻的嗅觉功能[5]。

3.7. 两耳通脑，肾气通于耳，是脑神之肾主耳：

《素问·阴阳象大论》：“肾主耳……在窍为耳”；《灵枢·脉度》云：“肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣”；《医林改错》上卷·脑髓说：“耳孔内小管通脑”，“两耳通脑，所听之声归于脑”。唐容川对此作了概括：“肾主脑髓，耳通于脑，路甚直捷，所以肾开窍耳也。”（《医经精义》）。肾通过脑髓与耳联系。说明耳捷邻脑，两耳通脑，是脑神之肾气通于耳，脑神之肾主耳，调节耳的听觉功能[5]。

3.8. 试以经络循系五官入脑，阐述五官通脑，脑神明主五官七窍：

《灵枢·邪气脏腑病形篇》：“十二经络，三百六十五络，其气血皆上于面而走空窍，其精阳气上走于目而为睛，其别气走于耳而为听，其宗气上出于鼻而为嗅，其浊气出于胃，走唇舌而为味。”

手少阴、足厥阴、足太阳、足少阴、足阳明的经别循行于目，环孔窍与脑连系。说明经络循系五官七窍入脑，七窍通脑，则脑神明主五官七窍，调节五官生理功能。[6]

3.9. 以经络循口舌咽喉，阐述脑神主口舌咽喉的味觉和语言功能：

经络循口舌（咽喉）与脑相连系的有：手少阴心经，“其支者，从心系上挟咽，系目系”；足厥阴肝经“循咽喉之后，上入颞颥，连目系”，“其支者，以目系下颊里环唇内”；“手少阴之别，系舌本，属目系”。（《灵枢·经脉》）“眼（目）系以入于脑”。（《灵枢·大惑论》）。脑神明的调节功能正常，则口舌（咽喉）发音和对酸苦甘辛咸味觉正常。[3]

4. 试以目与五脏关系，阐述眼之精明反应脑神五脏精明：

《证治准绳》：“目窍于肝，出于肾，用于心，运于肺，藏于脾。”《灵枢·大惑论》：“目者，心之使也”。因目与五脏关系密切，五脏精气皆上注于目，则眼之精明反应五脏之神。五脏之神聚于脑，故眼之精明反应脑神五脏的精明。

5. 试以心神居于脑，阐述五脏所藏神皆聚于脑，则脑为神五脏：

《黄帝内经太素》曰：“头者，心神所居”。张介宾在《类经》说：“心为臟腑之主，而总统魂魄，并兼该意志。”说明“心藏神”，“心神神明”居于头内，头内者脑也，则脑为神脏。张志聪曰：“神臟者，藏五臟之神也”。即脑为神脏，藏五脏之神。故五神脏聚于脑，脑为五神脏。根据《医学入门》的“有血肉之心”，和“有神明之心”说。同理，有血肉之脏，心肝肺脾肾，和有藏神之脏，心肝肺脾肾。脑为神脏，五脏所藏之神皆聚于脑神，[5] 故脑为神五脏。

6. 试以五脏所藏五神聚于脑，阐述脑为神五脏：

《素问·宣明五气篇》：“五脏所藏：心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，肾藏志。”《锦囊秘录》：“脑为元神之府，主持五神，以调节脏腑阴阳，四肢百骸之用。”《修真十书》：“头脑为神、魂、魄、意、志汇聚之所也。”“头者，心神所居”。说明五脏所藏的五神：神、魂、魄、意、志汇聚居于脑，则脑为神五脏。

三. 讨论：

以上重点探讨阐述了人体有神脏和形脏，为血肉之脏和神明之脏合而为一，脑脏合一；中医五脏是形五脏和神五脏合而为一，形五脏和神五脏同俱于“以五脏为中心”的生命整体中。神五脏聚于脑，则脑为神五脏。进一步讨论探讨如下：

1. 张景岳《类经》注曰：“人之脑为髓海，是谓上丹田，太乙帝君所居。”葛洪《抱朴子》：“两眉之间为上丹田，俗称脑门，其内是脑髓聚会之所。”元末《修真十书》说：“夫脑者，一身之宗，百神之会，道合太玄，故曰泥丸。”说明上丹田者脑门也，脑门内是脑精髓，百神所居，谓“泥丸”。故“泥丸者”脑也。脑为“百神之会”，脑为精髓神明。

2. 《素问遗篇·本病论》：“心为君主之官，神明出焉，……在帝太一帝君泥丸宫下。”汉代·张仲景《内经》旨意，指出：“头者，身之元首，人神之所注。”随唐·杨上善的《皇帝内经太素》：“头者，心神所居”。《本草纲目·天灵盖》：“人之头如盖，穹窿像天，泥丸之宫，神灵所集。”《道樞·平都篇》：“泥丸者，形之上神也。”认为头内“泥丸者”脑也，脑为人神所集。“心主神明”，居于头内“泥丸宫”，即心神明居于脑，脑为神明。脑为“形之上神也”，故脑为形五脏之上的神五脏。

3. 张介宾的《类经》：“心为臟腑之主，而总统魂魄，并兼该意志，故忧动于心则肺应，思动于心则脾应，怒动于心则肝应，恐动于心则肾应，此所以五志唯心所使也。”说明人的精神、意识、思维、情志皆总统于心，分主于心肝脾肺肾。而心藏神居于脑，则五脏所藏神皆居于脑。

4. 《黄帝内经》奠定了中医学的基础理论，是以阴阳五行学说为中医藏象理论的基础。《黄帝内经》认为“天有五行，人有五脏”，而把五脏相对应自然界五行，按其运动规律、属性、特点，将人体的五体、五神、五志、五官、五味等归属于五脏，[1]从而构成了“以五脏为中心”的统一的生命整体。所以，脑为神五脏，遵循了中医藏象理论，完全符合“以五脏为中心”的整体观。

5. 本文阐述的“脑为神五脏”，源于《黄帝内经》的“形与神俱”，“形神合一”。和“神臟五”，“神臟者，藏五臟之神”等理论。因中医的人体为“形神合一”的整体，是“以五脏为中心”的由脑神主宰的生命整体。所以，中医的五脏是“形神合一”，是形五脏和神五脏合而为一的整体。是由脑神五脏主宰的统一生命整体。

6. 根据中医的藏象理论和上所述论的形五脏和神五脏的概念，形五脏为血肉之脏，神五脏为五脏所主的脑精髓神明。形五脏在胸腹腔，神五脏聚于头脑。神五脏的功能就是脑的功能，则脑为神五脏。

7. 脑为神五脏，神五脏的心肝脾肺肾，是脑神明的五大系统，即以心肝脾肺肾把脑神明分为五大系统。如同西医的脑神经分为感觉神经，运动神经和混合神经3类，共12对。所以，神五脏，非西医解剖学的五脏器，不能理解为固定的五脏器器名。如《黄帝内经·心神》说：“即心神、肺神、肝神、肾神、脾神，合称五臟神。”“五臟神”聚于脑，是脑的五大功能系统。

8. 中医的脑为神五脏，即明确了神五脏所主的是脑的生理功能，脑的生理功能是神五脏，神五脏者脑，脑者神五脏。又明确体现了“形神合一”，形五脏和神五脏合而为一“以五脏为中心”的整体生命观。

9. 《黄帝内经》把脑神明的功能谓“神臟五”，更充分体现了中医“形神合一”，“以五脏为中心”的生命整体论。五臟藏神，神脏聚脑，脑为神五脏；形五脏和神五脏合而为一，可分不可离。这就是中医的“天人合一”、“形神合一”、脑脏合一的科学自然观和科学人体生命观。

10. 只有充分理解和认识了《黄帝内经》的“神臟五”，脑为“形之上神也”，“头者，心神所居”、五臟所藏神皆聚脑、“形神合一”、脑脏合一、中医五脏是形五脏和神五脏合而为一，和“以五脏为中心”等中医的整体藏象理论，才能理解脑为神五脏的涵义和意义。

11. 中医的五脏是血肉之脏（脏器）和神明之脏（脑）合而为一，是“形神合一”，脑脏合一，即形五脏（血肉之脏）和神五脏（脑）合而为一。血肉之五脏是在胸腹腔的心肝脾肺肾，神五脏是心肝脾肺肾所藏神而聚于脑。形脏和神脏合而为一，是脑脏合一，更充分突出和体现中医的藏象整体论。

12. 根据《素问·六节脏象论篇》岐伯曰“故形臟四，神臟五，合为九臟以应之也”。《内经》首言：“形臟四，神臟五”。《医学入门》的“有血肉之心”为形脏，“有神明之心”为神脏。说明人体有形脏和神脏。王冰注曰：“神臟五者，一肝、二心、三脾、四肺、五肾也。”更说明神五脏为心肝脾肺肾。“头脑为神、魂、魄、意、志汇聚之所也。”故脑藏五臟之神，神五脏聚于脑，脑为神五脏。

13. 神五脏的心肝脾肺肾是脑神明的五大功能系统。如同经络的心肝脾肺肾5对经络系统一样，经络的心肝脾肺肾是5对经络的循行路线和功能系统[5]。经络用五臟六腑命名的心经、肝经、肺经、脾经、肾经等，都是经络名。不会把经络的心肝脾肺肾认为是脏器。脑藏“神臟五，谓肝心脾肺肾”，“心神、肺神、肝神、脾神、肾神”皆聚于脑，脑为“形之上神也”，为神脏，神五脏。故脑神明以心肝脾肺肾命名为五大系统，则脑神五脏为脑神明的五大功能系统。

14. 一提到五脏，就认为是胸腹腔的五脏之脏器，是不符合中医藏象学说的脏腑理论。就胸腹腔的形五脏，与西医的解剖也不同。如中医的脾，其解剖位置和生理功能与西医的脾脏差别很大。所以《内经》的“神臟五”，要理解为藏于脑的“神臟五”，脑“神臟”。要理解脑为形之上神明，脑为形五脏之上的神五脏。不可受西医解剖和生理的限制，而囚困了中医脑生理病理学的发展。

15. 《黄帝内经》早有“神臟五”的记载，并没有把脑神明分属于五脏的分属之意和分属二字。王冰、馬蒔曰、张志聪、高士宗等对《皇帝内经》“神臟五”的注解：“神臟者，藏五臟之神也。……藏五臟之神者，心藏神、肝藏魂、脾藏意、肺藏魄、肾藏志也。”“神臟五，谓肝心脾肺肾。”都没有脑神明分属于五脏之意。经典医著和医圣医家对脑功能的认识，也没有将脑神明分属于五脏的内容。只有大学教材《中医基础理论》里有“分属”或“归属”二字。所以，把脑功能分属于五脏，[1]用分属，归属这是一种误导。

16. 根据阴阳五行为基础形成的中医藏象理论，认为“天有五行，人有五脏”。人体“以五脏为中心”构成统一的生命整体。按五行对人体归属的规律，和人体“以五脏为中心”的生命整体论，“人有五脏”，则脑有五神。和《内经》的“神臟五”。说明脑为“神臟五”，“神臟五，谓肝心脾肺肾。”故脑为神五脏。

17. 中医“形神合一”的生命观非常科学。形神可分，不可离。“形神合一”构成了人体的生命整体，神是生命的主宰。“神本于形而生，依附于形而存，形为神之基，神为形之主。”所以“形与神俱”，形五脏与神五脏同俱于“以五脏为中心”的整体生命中。神五脏为形五脏之主。

附脑为神五脏的生理功能简图：



总结

《黄帝内经》记载“神臟五”，经典医著和医圣医家，早认识到脑为“精髓神明”，脑主神明；“脑为元神”，为“神臟五”。“神臟五，谓肝心脾肺肾”，“所谓神臟者，心藏神，肝藏魂，肺藏魄，脾藏意，肾藏志。”“心为五臟六腑之大主，而总统魂魄，兼赅意志。”“头者，心神所居”；“头脑为神、魂、魄、意、志汇聚之所也。”明确说明五臟所藏五神皆聚于脑，则脑为“五神臟”。

《黄帝内经》强调“形与神俱”，“形神合一”。《医学入门》中说：“有血肉之心，……有神明之心，神者……主宰万事万物。”明确指出中医的心“有血肉之心”，和“有神明之心”。是最典型的说明：中医的心是“形神合一”，是“血肉之心”和“神明之心”合而为一。“血肉之心”即心脏的脏器。“神明之心”，则是心所主的脑神明的生理功能。同理，五臟皆藏神，“形为神之基”，有神脏，必有形脏，有神明之五臟，必有血肉之五臟。故说明五臟是血肉之五臟和神明之五臟合而为一，即形五臟和神五臟合而为一。神五臟所藏神皆聚于脑，则脑为神五臟。脑主神明。思维、意识、情志、记忆皆在脑；脑神五臟主宰和调节生命整体；说明阴阳经络皆汇聚于脑，脑为阴阳之枢，总调全身阴阳经络；说明中医的五臟是“形神合一”、神脏和形脏合一、脑脏合一；（下接第25页）

ATCM会员微信群 的三则病例讨论

ATCM 会员微信群病例讨论之一：昏迷病案（23/12/2016）

沈惠军等

沈惠军 伯明翰：今天回归学术，向大家汇报一个 Home Visit 的病人，希望得到群内针灸高人的指点。一位 English Girl，现年 20 岁半。天资聪明，16 岁时考 GCSE 得了 11 个 A*。三年半前突发头痛，两次急诊被给与止痛片返家，以致出现神志症状第三次送医院，急症 MRI 诊断颅内出血，病因为先天性脑血管异常 AVM（Ateriovenous Malformation，或译为动静脉短路）。急诊手术取出血块，但不幸造成颅内感染再行二次开颅手术。性命得保但自此昏迷不醒。

可想而知，父母要不惜一切救醒女儿。两年前在 Surrey 请当地一位针灸师开始针灸治疗，其母亲送女儿唯一对 Acupuncture 有反应。2015 年 5 月举家搬回伯明翰附近，在网上联系我开始 Home Visit。查体：昏迷状态，口眼歪斜，四肢时常僵硬，但也不时松软。眼睛睁闭眼球活动如常人，但无对光反射无视觉。有吞咽反射故能进半流质饮食。脉细微。四肢肌肉有萎缩，但不时可有随意简单动作或抽缩。

针灸：1. 采用部分石学敏醒脑开窍法，先刺人中，内关，尺泽，三阴交。因体位关系，未用极泉，委中。

2. 体针：四肢面部穴位：下肢取足三里，阳陵泉，解溪，太溪，太冲，足临泣，地机，血海，梁丘；上肢取手五里，手三里，外关，合谷，后溪。面部取地仓，颧髎，下关，印堂。足三里-三阴交和手五里-外关加电针强刺激。

3. 头针：因右侧手术切除颅骨，用朔料材料固于头皮下，故仅左侧取穴，运动区，语言区，百会，神庭。

一年半以来每周六针治一次，但时常 miss 掉，因其父母时常带病外出度假，体能训练，期间也住院两次，有时我周末外出而中断治疗，大约迄今治疗接近 40 次。患者每次对人有较强反应，显痛苦表情，下肢针刺可引起抽缩动作。有趣的是，昏迷以来月经停止，在 Surrey 针灸治疗后月经恢复，每两月一次。我接手治疗后每月一次。但两次长时间（超过两个月）的中断治疗期间，月经也停止。显然针刺对调理其内在机能（神经-内分泌？）在起作用。这样的昏迷病人，决不可能仅仅是 Placebo Effect 安慰剂效应。上周六出诊时，其母亲兴奋地告诉我 Good News，女儿上周说出了几个单词，是三次不同的人听到的。母亲上前拥抱我，高兴地流出了眼泪，说这是她今年收到的最好圣诞礼物。但现在全家又外出，我下次出诊是 1

月 14 日，尚不知进展如何。

各位针灸高人们，请赐教我的治疗有什么需要改进吗？还有什么绝招可以让她尽快复苏吗？谢谢。

聂卉 曼城：@沈惠军 本周轮值 再加廉泉，风池，三穴速刺，行手法不留针，你已经很棒了。

王剑 伦敦：@沈惠军 本周轮值 看这个病人脉细微，是否可以加气海，关元，以补中气？

伦敦 付阳红：@沈惠军 本周轮值 你好棒！如果患者没有行气管切开，可以考虑针刺天突穴。如果能配合按摩手法，效果会更好。

沈惠军 伯明翰：@聂卉 曼城 @王剑 伦敦 @伦敦 付阳红 谢谢三位老师。廉泉，风池下次可用。病人有气管插管瘢痕，但在天突之上，该穴也可用。关元，气海一直未用，主要是年轻女孩昏迷中，不便身体暴露过多，我一直没用任何躯干穴位，包括极泉，曾用过几次公孙。

四肢按摩每次都做。我教会了其父亲简单手法，每天给女儿按摩 10-15 分钟。

伦敦 付阳红：@沈惠军 本周轮值 沈老师针刺极泉穴时可以配合上肢的被动运动。廉泉可以考虑留针。

聂卉 曼城：@沈惠军 本周轮值 可针刺旁廉泉（廉泉旁开 1、5 寸），两穴，功能可帮助吞咽和语言功能。速刺不留针。

沈惠军 伯明翰：@伦敦 付阳红 没用极泉，穿有袖衣服没法用。我不要求宽衣。@聂卉 曼城 这得再学习，从未用过。

李玉华 利物浦：@沈惠军 沈大夫，您的医术很高明，很高兴您的病人好转了。如此疑难之症，您成功了，可喜可贺！还让我们分享您的成就感与治疗经验，善莫大焉。

王天俊 伦敦：@沈惠军 本周轮值 谢谢分享昏迷病人的治疗经验。

沈惠军 伯明翰：@李玉华 利物浦 谢谢谬赞。还不能说成功，真不知道病人能否苏醒，什么时候？

@王天俊 伦敦 谢谢。这个病人长期治疗直到最近才算有点儿起色。风府导气我可没敢用，我也导不出什么气来。

王天俊 伦敦: 对于如此昏迷的病人, 经过一年多大约 40 次的治疗, 取得了初步的临床效果, 可喜可贺。建议可以考虑以下几点: 1) 体针可加涌泉, 适当强刺激, 另外可加腹针的引气归元以及气穴、气旁、补脾气等。2) 头皮针可加感觉区、视区、足运感区等, 适当粗一点的针, 主穴快速捻转 1-2 分钟(每分钟 200 次左右), 可加电针。3) 建议重用风府、哑门等, 导气针法。供参考

沈惠军 伯明翰: 这个病人让我觉得她的天资聪明是否与先天性 AVM 有关, 脑细胞一直得到额外的血供? [Shocked][Shocked][Shocked] 看来太聪明不一定是好事?

AVM 对于许多非脑科专业人员大概不熟悉。传统的出血性脑血管意外只分脑溢血和蛛网膜下腔出血, 现在应该是包括 AVM 了。因造成颅内出血, 比蛛下更凶险。当然好发于年轻人。

陈雄杰: @沈惠军 本周轮值 我想沈老会长所说的 AVM, 应该是属于那种“先天的脑血管畸形”, 又或叫做“脑血管瘤”吧, 它是生下来就有的, 与众不同的脑血管, 或许这些人确实会比我们普通人聪明许多, 但这些人因为先天存在着脑血管畸形, 有易于破损的危险因素, 故通常此病多好发于年轻人, 所以活命不长, 又或者可以用通俗的话来说“天嫉英才”吧! 因为在我以前国内上班医院的中药房, 有一位约 30 左右的女同事也是死于这种病的, 就是平常没有这方面不适的任何征兆, 突然说头痛难忍, 剧烈呕吐, 查 CT 和 MRI, 示颅内出

血, 立刻开颅手术减低颅内压, 止血等, 众所周知, 经开颅手术患者的预后都是不太良好的。

梅海军 Glasgow: @沈惠军 本周轮值 沈老师好, 刚看了您介绍的女患者的情况, 很多老师都提了很好的治疗方法, 我注意到您说针刺人中穴时患者反应较大, 证明醒神健脑类穴位可能对她很重要, 王天俊老师已提了加刺涌泉穴, 我本人治疗此类病时, 除了常用穴外, 会在手足十宣放血, 供沈老师参考。

后记:

感谢以上各位老师的指导和建议, 特别感谢马志民老师专门打来电话与我详尽讨论了这个问题, 并提出许多很好的建议, 如建议配合中药治疗等。该患者在圣诞节期间中断了几周治疗之后, 元月中旬恢复治疗, 基本保证每周一次。在与家长商议之后, 一月下旬开始了“intensive treatment”, 主要就是采纳了各位老师建议, 在原有治疗基础上, 增加了天突, 廉泉, 涌泉, 和几次中指指尖放血。并给与中药颗粒剂内服(由经腹壁胃管注入), 处方为党参, 黄芪, 白术, 当归, 白芍, 熟地, 丹参, 红花, 桃仁, 瓜蒌, 远志, 郁金, 石菖蒲, 香附, 各 4 克(后增至 5 克), 为一周用量。意在补益气血, 活血通络, 化痰醒神。两个多月的治疗期间, 患者共有 3-4 次说出单个单词, 如 Mummy 等, 有 1 次上肢出现可能的随意动作, 家长陈述女儿近来更 alert 和 brighter. 近期医院专家检查说瞳孔对光反射有一些恢复, 我用手指在其眼前晃动可引起眨眼反应(并非每次)。目前治疗仍在进行时。

ATCM 微信学术群病例讨论之二: I 型糖尿病 (30/01/2017)

瞿宇 等

瞿宇: 祝老师一声令下, 赶快来完成任务。

这个病人, 女, 50 岁, 20 号初诊。大概情况: 从 12 岁开始为一型糖尿病, 胰岛素注射。最近 2 个月血糖越来越不稳定, 2013 年乳腺癌, 手术切除加放疗, 放疗后更年期症状出现, 最近健忘。查脉沉细寒虚, 舌淡有小裂纹, 苔稍白腻。

她有朋友(2 型糖尿病)在我这里曾在我这里治疗过, 她朋友比较满意疗效, 所以介绍她过来。以前, 对于一型糖尿病我一般都是拒绝参与治疗的, 主要是觉得不可能再有疗效也不想冒险, 但最近一段时间对中医有了些新的体会, 所以决定一试, 但明确和病人说了: 从未尝试过治疗一型糖尿病, 如果试, 我们试一个月, 一个月没效的话, 我们放弃, 不指望能减少胰岛素用量之类的, 只是尝试能否让血糖处于比较稳定的状态, 病人表示完全理解和同意。

其治疗前 1 月 11 号到 1 月 18 号的血糖记录, 最高值 17.7。她从 20 号开始进行针灸和服中药粉剂。20 号凌晨的血糖最低, 只有 3.3。

然后接下来的照片是每天一个记录, 可以看到她的血糖高的慢慢降下来, 特别是周三周四(25, 26 号)的时候, 血糖最高是 8.2, 周四出现了两个 3 左右的测值, 正在考虑是不是要调整胰岛素量, 但因为没经验, 所以还没给她建议, 让她自己注意观察和控制用量。其实像这样的病人, 他们对于胰岛素用量经验比我要高多了。

这个病人的治疗思路是: 这样的病人, 尽量不考虑西医的思路, 比如如何去再让胰腺分泌胰岛素之类的思路, 而是完全跟从中医的脏腑关系辨证论治, 所以治疗不管是针灸还是中药都是以健脾补肾, 补气益血为主。

针灸处方: 神门, 下脘, 关元, 足三里, 阴陵泉, 太溪, 太冲

中药处方：党参，白术，柴胡，桂枝，干姜，肉桂，枸杞子，熟地，茯苓，泽泻，黄柏，知母，石菖蒲
这个病人上周五 27 号回来二诊，治疗按照原法治疗。

听从祝老师的吩咐分享一个病例，最后决定选择这个才刚开始治疗，还看不到整个过程会怎么样的病例，是有感于前段时间关于针灸是否科学这个话题。这个病例，从西医的科学如何去分析？而从中医的整体观去调理她的整个身体机能状况会不会是一个转机？请各位同行一起来分享，也请各位对治疗一型糖尿病有体会的老师一起来分享，急需各位的帮助，谢谢。

江丹：@瞿宇 伦敦 把一型糖尿病的治疗摸出一个规律也很有意义。也许并不一定完全停用胰岛素，但是让病人的情况趋于稳定，控制免疫系统，胰岛功能的激惹状况，中医是能有效的。建议用 Ki7，复溜，这是据报道针灸治疗糖尿病的特效穴。

祝柏芳：@瞿宇 伦敦 我们平时用中药治疗糖尿病时，很难跳出“消渴”辩证思维，按上、中、下“三消”来处方用药，先入为主的处方用药，比如六味地黄汤、益胃玉竹汤、增液汤几乎成了家常便饭。看了你的处方思路，真正意识到辨证论治才是王道，有时候不要把自己囿于传统的思维方式，不要纠结中医西医诊断和经典语录，大道至简，也许才是取消的关键所在——一点小感言。

段翠红：@瞿宇 伦敦 你好，对你的病例谈一点个人的体会。如有不对，请海涵[Fight][Fight]患者 12 岁患一型糖尿病，目前病情越来越不稳定。说明本患者病情在逐渐加重，胰岛功能可能全无，只能依靠胰岛素维持血糖，患者测血糖很细，但许多都是无用功。以空腹血糖，4.6mmol/L_6.4mmol/L 和餐后 2 小时血糖 <12mmol/L 最为有意义。总体血糖水平下降，确实可喜可贺，说明你的治疗对提高胰岛功能有很大的帮助。向你学习。但其血糖有 3mmol/L，要注意低血糖昏迷，血糖以平稳下降为好，最忌上下反复，且糖尿病并发症较多。要时刻注意，以防好心，办错事。

瞿宇：@段翠红 南安 感谢段老师，太感谢了，我正需要这样不同角度的建议。

请教，有没有什么方法可以平稳下降血糖的方法？把治疗的量减轻？或其他的思路？感谢。

江丹：@瞿宇 伦敦：对这个患者恐怕求稳比求快更有意义。我建议制定个针灸处方规律实施一个阶段，观察血糖稳定下降不反跳就是有意义。段医生讲的血糖曾降到 3 以下，也是要小心的！这是复杂的内科病，不比一般疼痛症。注意远期疗效会更有意义。

瞿宇：@江丹 好！这是我第一次尝试治疗一型糖尿病，你们的任何建议都对我有极大的帮助。感恩[Rose][Rose][Rose][Coffee][Coffee][Coffee]

沈惠军：@瞿宇 伦敦 个人拙见，您的治疗如果药量未突破常用剂量的话，还是很平稳的。病人的血糖不稳定应该这是由于 I 型糖尿病的不稳定性所致，而非您的治疗过渡，何况病人还在用胰岛素。方药中的肉桂干姜是个亮点，一般对糖尿病不太用这种温里药，但只要辩证对路，当然可用。我以为，治疗之外，还要多向病人解释清楚本病的不稳定性，这样一旦有变故病人不会怪罪到中医治疗，而且更可能坚持治疗。

瞿宇：@沈惠军 伯明翰 林肯所有药量都是正常量甚至偏小。谢谢沈老师，放心多了，一定会和病人好好沟通，争取双赢。

段翠红：@瞿宇 伦敦 调胰岛素用量，是调血糖的关键，在这很难办。一般以一周降 1mmol/L 为好。目前空腹血糖数不确定，建议让患者规律测空腹血糖，早晨醒后，最好 6-8 点。看其波动，才能决定怎样调血糖。正常血糖每天波动很大，餐后血糖可升高到 12mmol/L。

告诉患者病情变化的不稳定性。中药是在帮助改善胰岛功能，而降血糖。同意沈老师的建议。你的中药，针灸治疗，目前安全性大。

沈惠军：@段翠红 南安 段老师应该是这方面的专家，说的都是行话。学习了，谢谢。

瞿宇：@沈惠军 伯明翰 林肯 沈老师，我也在这样想的，不知道能否请段老师做个糖尿病方面的讲座？当然，前提是段老师有时间的话，@段翠红 南安

祝柏芳：@沈惠军 伯明翰 林肯 沈老师的分析很到位。

“辩证对路”是基础，也是我们临证时需要排除干扰透过现象看本质所追求的。至于遣方用药则会随每个人的经验不同，会有所差异，效果自然会有所不同。所以恳请大家拿出自己的最珍贵的第一手资料来交流互动，其结果和启示一定是最直接、最靠谱和难忘的。

瞿宇：不知道各位老师是否还记得三周前在群里讨论的一型糖尿病病人，如还有人感兴趣，继续跟踪报道如下：今天刚回来，这三周血糖基本处于稳定状态，大多数时候血糖在 5-8 之间。胰岛素用量病人自己在慢慢的非常谨慎的减量之中。这个病例比较意外的是从 1 月 19 号开始来治疗，到今天 2 月 17 号刚好四周，这四周阴道的干燥症状明显好转，并逐渐出现白带分泌物，13 年癌症治疗后已经停经 2 年，从昨天开始竟然出现月经，今天第二天，说月经的量是以前的正常状态。。。。以后会怎么样，还是不知道，继续治疗，并继续观察中。报告完毕。

ATCM 微信学术群病例讨论之三 - 特异性下身挛急掣痛 (31/01/2017)

江丹 等

江丹：感谢本周群主柏芳的邀请，今天再为大家提供一例典型案例——特异性下身挛急掣痛致“瘫”四年，伴发作性眩晕，周身疼痛近 1 年。患者是我上两周回京

遇到的我的初中同学，女，65 岁，2012 年始初感腰骶痛，西医认为肛周病变所致，遂与直肠镜手术切除息肉与被认为脱肛的肠段，术后即开始腰骶，肛周，至会阴

的挛急掣痛，向双侧下肢放射，坐，立，行都会使疼痛加重而难以忍受，故只得每日侧卧于床。复诊，术者坚决否定手术意外；患者遍诊遍治北京各大西，中医院，求治多位专家，已遍经针灸，推拿，理疗，中药，封闭，针刀，各式止痛药，都不得根本取效。近一年又出现颈痛，发作性眩晕，患者已彻底绝望。到京听了她的状况，先与在广安门医院做肛肠科主任医的老同学协商，决定一同出诊去看这位患者。老同学先做了肛门指诊，手术的确做的很好，瘢痕清晰，周围肌肉平滑；我来做全身检查：脊柱平直，腰骶段，颈 6/7，胸 1/2 处明显肿胀，腰骶段关节僵硬，腰骶周围肌肉挛急紧张，颈肌亦然。患者因长期卧床，忧郁，便秘，亦使腹胀，腹痛频作... 舌边尖红，苔白厚腻，脉沉细弱。我诊断：1 退行性脊柱炎，骶神经压迫症；2 脊柱颈，上胸段也使累及，故使发作性头痛眩晕；3 便秘，忧郁等为长期卧床后遗症；中医：痹症，湿热蕴郁三焦，气滞血瘀。治疗：1 浮针：上背部肺腧，腰部秩边各两针；2 骶四针；3 体针：百会，风池，夹脊于颈胸相应锥体；八髎，三阴交，照海，外关，足临泣等。留针半个小时后，患者战栗起身，可坐，可站，还可按我的要求转动腰部，在室内行走。她告知挛急掣痛感消 80%，眩晕，头痛已逝。我给她开了汤药，因长时间的病变针灸可能瞬时有效，初诊疗效不一定持久。药方清除湿热，荡涤内郁：苍术 10，黄柏 10，川牛膝 15，薏苡仁 30，羌活 10，独活 10，忍冬藤 15，秦艽 10，白芍 30，川芎 10，莪术 10，地龙 10，番泻叶 5，枳壳 10，炙甘草。患者送我们离家，直呼惊奇。

江丹：其后电告：的确好转一天，次日始肛周外阴的挛急掣痛日渐加重，5 天之后再针，给予腹部浮针关元，使针感向下传导，随即给予腹针：引气归元，上下风湿，外风湿，气穴，外陵，滑肉门。

江丹：在京期间一共三诊，患者诉颈痛消，腰痛轻，肛周外阴的挛急掣痛感还有，但是基本无痛了，大便一行，腹痛胃痛消失，可以在家里行走，正常生活。其一直规律每日服汤药。检查：颈胸段脊柱的肿痛已平复；腰骶锥的肿大还在，压痛减轻，周围肌紧张大为好转。建议服汤药三个月，并介绍了个在北京的浮针群友继续针灸治疗。这是一较为严重，复杂的病患，我选用了多种针灸治疗技能，给予她足够的治疗力度是保证瞬时治疗取效的关键；而辩证应用汤药则可以有效治疗根本是保持稳定的远期疗效必要手段。

陈敏灵：@江丹 江医生这次回北京度假，先是在飞上用浮针救助因为痛经晕厥的女乘客。在京期间又帮助被疼痛折磨多年的老同学祛除病痛。您的精神和医术非常令人感动敬佩！

藺京凤：@轮值祝柏芳 (Beckenham) @江丹 首先我非常非常敬佩两位老师的品德及医技，另外请教江丹老师，您用的浮针是符中华的那种，还是康力生的那种？看来当下的很多针技您都用过，能否具体讲一下您在什么情况下，用什么针法？

藺京凤：我大约一个月前也碰到过类似的病人，是个法国人，针一次的效果自然不如您的好，但开了类似于您

的粉剂，两周前又打电话来要了两瓶粉，据说是吃粉略好一些。

江丹：@藺京凤 newcastle：你的问题很好！我这次用的是符中华的浮针 FSN。我认为浮针的立时止痛效果是确切的，疗效与进针的部位关系密切。针入扫散一定要在皮下层，过浅过深都会有局部痛，而患处止痛效果不好。康氏浮刺针 KSN 没有浮针的止痛作用强，但是针小，方便易行，也可以扫散，还可以连续数针同用，是他的特点。我正在准备系统地总结一下浮针与浮刺针的临床应用。希望我们共同关注总结他们各自的优势，与弊端。

轮值祝柏芳：@江丹 谢谢江老师在百忙之中为我们无私分享其治疗疑难杂症的切身体会和经验。理法方药，浮针体针腹针相结合，因地因人因时制宜，手法娴熟，经验老道，起沉痾，却痼疾，一气呵成，令人眼花缭乱，柏芳心生佩服。回想起 1994 年我来英国前夕，我在湖南师大做副校长的同窗好友不无感慨地对我说：20 年后中医的未来不再会是在国内，将来要学习好的、更纯的中医，恐怕要派人去欧美学习了。现在想起来他的感慨和担忧也不无道理呀。努力加油吧，英国中医人，振兴中医，匹夫有责。再次谢谢江老师的经验分享。请大家来踊跃发言，我为人人，人人为我。

蔡琳：@江丹 医术精湛，博采众长，集大成者！另一方面，祖国首都的医学人才如此匮乏，真是堪忧。

江丹：蔡琳：我觉得这个患者在北京遍寻各种治疗手段未能取效的根本原因在于：医院的患者多，医者常会固守自己熟悉的治疗手段，对这位复杂的重痛患者可能治疗的力度不够，当然诊断可能也有误区。我们在西方可以博采众长，学习多种针灸技艺，对这样的疑难杂症，有针对性地联合应用多种技艺可能会提高对具体病症的治疗力度，而取得好的疗效。用中药治本也是保持远期疗效的必要手段。

李文卿：@江丹 真感动在家期间帮助多年前的同学而且有较好疗效。我想请教，这个病例的治疗同时选则了浮针，体针，腹针和中药。这个病例的疗效是是各疗法的综合，还是某一方法起主要作用？三种针刺的手法？

祝柏芳：@江丹 我完全同意你的观点。针灸的近期疗效很显著，鉴于时间和地点以及费用等关系，中药紧跟善后则可以直捣病巢，断其根源，也是必须之手段。

江丹：文卿：谢谢鼓励！对于各种痛症，针灸是可以起到即时疗效的有效手段；我选择联合针法就是考虑到她已经长时间，多疗程地接受过针灸推拿，甚至针刀的治疗，我们必须有足够的治疗力度才可能取效；但是针灸初作一般只有即时疗效，而难于保持长远疗效，是因为局部的病理状况不改善就不可能有稳定的远期疗效。汤药则是可以改善整体与局部病变，进而保证远期疗效的必要手段。

江丹：就具体针法而言：浮针的止痛作用是确切有力的，但对这个全身病状的久病患者尚不足；为这个患者我用了骶 4 针，这是上中医学者多年前来英介绍的特殊针法，主要针对腰骶，外阴，膀胱，下

焦的病变，对二便失禁，滞涩都是有特殊疗效的，因而我认为对这位患者的速效应该是浮针与骶4针发挥的重要作用！

江丹：这个患者的病痛是由于骶骨退行性病变压迫骶神经而导致整个盆腔肌肉的协调弛作用失常。因而初针后背部痛减轻；二诊，我就改浮关元，并让针感从腹部进外阴，进而用腹针以调盆腔多处肌肉的痉挛抽掣。实践证明这个治疗的策略好像是正确的。第三次是我走前的上午，疼痛已很轻，所以还是取的背部诸穴。

李文卿：丹对顽疾和痼疾使用综合的治疗方法是快速改善症状的和长远考虑的好方法。请教，针法需要有补泻吗？

沈惠军：@江丹您说的骶四针大概就是2013年atcm主办伦敦国际中医论坛时上海的汪司佑教授介绍的方法，他是用于女性尿失禁的治疗。看来用于其它盆腔疾病也有效。我在YouTube上找到骶四针治疗前列腺疾病的视频。以下是链接。

[https://www.youtube.com/watch?v=UQCKSrQ83T](https://www.youtube.com/watch?v=UQCKSrQ83TA)

A

江丹：惠军：谢谢分享视频链接。这个骶4针对外阴骶部病症的确有独到特殊的作用。文卿：对以疼痛为主的患者，当然以泄实为主了。至于浮针，骶4针应该都属于泻法。

祝柏芳：@李文卿 谢谢你的参与和提问。鉴于目前可选择的针法很多，就像用不同的辨证体系来处方，可以开出截然不同的中药处方一样，临证时如何具体的综合运用不同针法以期达到最佳的效果，的确是一个值得探讨的问题。综合@江丹老师的体会，结合我个人的经验，我觉得对于这些顽固性的痛症可以考虑—1) 体针：辨证取穴，实施手法，调理全身气机，疏通经脉，使气至病所，去除病因，或温经散寒，或荡涤湿热，或活血理气，或祛除痰浊，是为缓则治本，以绝后患；2) 浮针、腹针、圆利针 etc：大刀阔斧，局部施术，散筋解结，泻实破郁，通则不痛，所谓急则治标。我个人也是这样运用的，几种针法的结合运用，特别是单一针法取效不明显的时候，往往会有意想不到的近期和远期效果。

夏均宏：@轮值祝柏芳 (Beckenham) 赞同。临床上我的治方也类似于你，有时大刀阔斧，有时细润抽丝。总之辨证施治…同时取各家治法之所长。

李文卿：@轮值祝柏芳 (Beckenham) 谢谢主持，@江丹 谢谢丹在节日休假期间通过实例给大家讲一课。@沈惠军 伯明翰 林肯推鉴的信息。@夏均宏 伦敦 这就是我在思考的。在临床上，中医的临床疗效特别是综合治疗的疗效是有好的疗效。在研究中，在单一针灸或中药的临床研究中如何提高疗效？

朱圣兵：现在好像缺乏中医单一疗法治疗同一疾病的临床疗效对比观察数据，综合疗法就如现在

英国中医常用的针推罐加中药套餐，是否有过度医疗之嫌？

祝柏芳：中医的临床疗效是科研的根基所在，没有大量足够有说服力疗效的科研无疑是水中月、镜中花。我们非常需要像@李文卿 李老师@曾白云 伦敦 曾老师这样的科研人才，为中医临床量身打造适合我们自己又被主流科研体系所认可和接受的科研方法和模式来处理中医的科研问题，虽然是任重而道远，只要我们不懈的努力为之奋斗，这一天迟早会到来。

李文卿：@轮值祝柏芳 (Beckenham) 高度概括。我们既需要有强的临床疗效去治疗病人，去感动国外主流医学和中医政策制定者；也需要有证据有力的科研去说服他们，将来中医进入NHS，患者得到需要的，认可的中医，或西医或中西医结合的治疗服务。

田野：骶四针上两针可以刺激 S4，连着阴部神经和提肛神经，下两针可以刺激股后侧皮神经和阴部神经的下段。

2017 首届世界浮刺针灸学论坛 会议通知

首届世界浮刺针灸学论坛暨国际浮刺针灸学会成立会议定于2017年8月26-27日在荷兰 DEN BOSCH 城市举办。

浮刺针灸学论坛的征文内容包括：

- 1、浮刺针、筋针针、铍针等各种新型皮下针具疗法。
- 2、腕踝针、尺胫针、皮三针、头皮针等各种皮下针刺疗法。
- 3、皮下埋线、皮下注射和皮下留管等各种皮下置入疗法。
- 4、符氏浮针、新式浮针等各种皮下针刺+置管疗法。
- 5、浮刺针具的改进与研究。
- 6、浮刺针灸学的文献研究和中医理论论述。
- 7、浮刺与皮下组织的现代医学研究。

征文截止日期：2017年7月30日，征文要求电子版文稿，字数限于5000之内，中英文均可，并附200字论文摘要。

会议特别课程：浮刺针灸学

主讲人：康力升 教授（荷兰） 吴继东 博士（英国） 郭长青 院长（北京中医药大学针灸学院）

会议邀请海内外浮刺针灸学科的顶级专家莅会和商讨浮刺针灸学的学科建设，同时成立第一届国际浮刺针灸学会。

会议工作语言：中文、英文、荷兰文

会议及浮刺针灸学网站：www.sfacupuncture.net

会议费用待定。

会议报名联系：程晓玲

电话：0031 639 5757 86

E-mail: tcmtrader@gmail.com

通讯地址：Brede Haven 3, Den Bosch 5211 TL, The Netherlands

主办单位：国际浮刺针灸学会（筹）

欧洲北京中医药大学校友会

欢迎其它中医学会参与协办

Case Reports

病例报告

Two Case Reports on Peripheral Neuropathy

Dr Hui Nie (Manchester)

Case one:

A 52-year-old male, Indian origin with a medium build. First visit: 18/10/2016

Main complaint:

He has had numbness on his left lower leg and foot for three weeks. There was no previous medical history, and he is still waiting for the result of blood test. The muscle strength of both legs and feet was normal. Left Patellar reflex was weak and left Achilles' tendon reflex disappeared. There were no pathological reflexes.

He had a pale tongue with thick white coating, and his pulses were weak particularly in both Cun area.

Diagnosis:

- Left peripheral neuropathy in the early stage, possibly due to diabetes (Western Medicine).
- Xue Bi (TCM) - Deficiency of Qi and Blood and insufficiency of kidney essence

Principal of treatment:

Tonifying Qi and blood, nourishing kidney essence.

Methods of treatment:

1. Acupuncture points: Left Sp-10 Xuehai, St-36 Zusanli, Liv-5 Ligou, Kid-5 Shuiquan, GB-40 Qiuxu, Sp-3 Taibai, Bafeng;
2. Acupuncture spirit (针灵): Reinforcing left LU-8 Jingqu and reducing right Yangxi LI-5;
3. Plum-blossom needling on affected area;
4. Tuina;
5. Herbal powder: Dang Gui 6g, Shu Di 8g, Huang Jing 6g, Gui Zhi 5g, Huang Qi 6g, Bai Shao 5g, Zhi Gan Cao 3g, Xi Qian Cao 8g, Si Gua Luo 5g, Ji Xue Teng 8g, Hong Hua 3g, Nv Zhen Zi 8g, Han Lian Cao 5g. Taking 4g each time, twice daily.

Following visits with same TCM treatment:

20/10/2016: He had a bit sensation on his left dorsal foot;

24/10/2016: The same as last time;

27/10/2016: The report of blood glucose test: 11 mmol/L, high cholesterol.

01/11/2016: The touch sensation of his left lower leg recovered, he had 6x7 cm of the light touch sensation on his

left dorsal foot

03/11/2016: He had 4x5cm of the light touch sensation on his left dorsal foot, and 2x7 cm of light pricking on the lateral area of his left lower leg.

08/11/2016: He had the 2x4 cm of the light touch sensation on his left dorsal foot

12/11/2016: When he visited GP, GP checked him, who was in good condition, so that GP surprised.

15/11/2016: He visited me for the final treatment and check. I prescribed 70 grams of herbal powder again. Hong Hua was removed from and Huang Qi was added into the last prescription.

Case two:

A 72-year-old male, tall, white. **First visit:** 26/09/2014

Main complaint:

He has had numbness and tingling on both of his knees and feet for three years particularly the latest three months. He has been diagnosed with peripheral neuropathy. He has had diabetes and hypertension for years. EEG has confirmed the part lesions of peripheral neurology on both lower legs. Examination: He looked haggard and was teetering. The colour of his tongue was dark red with thin and yellow coating. Both of his pulses were deep and slight rapid and particularly weak on Chi. The muscle strength of both legs and feet was normal. Both Patellar reflex were weak and both Achilles' tendon reflex disappeared. There were no pathological reflexes.

Diagnosis:

1. Chronic peripheral Neuropathy caused by diabetes (Western Medicine)
2. Xue Bi (TCM) - Yin deficiency of liver and kidney, deficiency of Kidney essence and blood stasis

Principal of treatment:

Tonifying liver and kidney, nourishing kidney essence and regulating blood.

Methods of treatment:

1. Acupuncture: Du 20, LI-9 Taiyuan, Sp-10 Xuehai, Sp-9 Yinlingquan, St-36 Zusanli, Liv-5 Ligou, BL-64 Jinggu, Kid-5 Shuiquan, GB-40 Qiuxu, Sp-3 Taibai, Bafeng

The above points are selected on both sides, reinforcing method used before the needles were remaining for half an hour.

2. Plum blossom needling applied on affected area for 15 minutes.
3. Tuina applied on both lower legs and feet for 10 minutes.

The above treatments were applied twice a week for three months. His symptoms have improved gradually.

26/12/2014 Last visit:

Examination: He had slight numbness and tingling on both of his toe tips. Patellar reflex on both sides was almost normal but achilles' tendon reflex on both sides was weak. His tongue appears red with thin white coating; his pulses

were thready and a bit rapid. He discontinued his treatment due to personal financial reasons.

Discussion:

Multiple neuropathy is also known as peripheral neuropathy, and peripheral neuritis. This disease manifests symmetric disorder of sensation, motion and automatic never function in extremities. The aetiology is commonly due to metabolic disorders, or endocrinal and nutritional factors, as well as poison, infarction, etc. Pathology is the axon degeneration of peripheral nerves, segmental demyelinating and neurogenic degeneration etc. The phase of disease is divided into the acute, sub-acute, chronic and recurrent stages.

According to TCM theory, this disease is mostly caused by the deficiency of qi and blood or deficiency of kidney essence, resulting in inanition of channels and muscles which manifests the numbness and tingling of limbs or weakness of limbs in the late phase. In some cases it can be due to damp and cold invasion or endo-retention of damp heat, leading to the stagnation of channels into the inanition of channels gradually.

Case one was a patient whose diagnosis was sub-acute peripheral neuropathy in early stage. He visited my clinic while his problem was getting worse for three weeks during his waiting for the blood test result from NHS.

He had some improvement from the first treatment as he started treatment in the early stage of his condition. He received a good recovery soon after his nine sessions of treatment, with his touching sensation coming back fully without tingling. This successful case resulted from the timely TCM treatment with sugar controlled diet in his early stage of diabetes.

Case two was an elder man, who suffered from chronic peripheral neuropathy for the three years which was gradually getting worse. The aetiology was obviously due to diabetes for many years. He had got a significant improvement from TCM treatment in three months.

This report unfolds that acupuncture is very efficient for Xue Bi syndrome in these two successful cases of diabetic peripheral neuropathy. TCM takes the symptom numbness as due to deficiency of Qi and blood or deficiency of yin and blood, resulting in blood vessel stasis and inanition of tendons and muscles. According to analysis of western medicine, acupuncture can regulate the nutrition metabolism and endocrinal functions and therefore improve

the nourishment to the neurologic lesions, leading to a complete or partial neurological recovery. The treatment effect for peripheral neuropathy depends on the course of disease – the earlier to start the treatment, the better.



2 例周围神经病病案的临床分析

聂卉 曼彻斯特

病例 1, 男性, 52 岁, 印巴人。

2016/10/18 初诊

主诉: 左下肢和左足触觉缺失三周, 渐加重。既往健康, 无疾病史。近日去 GP 验血等着结果。检查, 体态中等, 舌色淡红, 舌苔白厚, 脉弱双寸不及。左膝健反射弱, 左跟腱反射消失, 无病理反射引出。

诊断:

西医: 左下肢亚急性周围神经病, 可能糖尿病引起, 等化验结果。

中医: 血痹麻木, 气血不足, 肾精亏损。

治疗原则: 补肾填精, 益气活血。

治疗手段:

针灸取穴: 左侧血海, 足三里, 蠡沟, 水泉, 丘墟, 太白, 八风。

针灵: 补左侧经渠, 泻右侧阳溪。

配以推拿, 梅花针。

以后体针针灸治疗, 推拿, 梅花针相同, 针灵有所不同。

中药粉剂: 当归 6g, 熟地 8g, 黄精 6g, 桂枝 5g, 黄芪 6g, 白芍 5g, 炙甘草 3g, 稀签草 8g, 丝瓜络 5g, 鸡血藤 8g, 红花 3g, 女贞子 8g, 旱莲草 5g。每次 4 克, 日两次冲服。

2016/10/20: 左足背有一点感觉。

2016/10/24: 症状同上, 治疗同前。

2016/10/27: 血糖结果报告: 11 mmol/L, 血脂也高 (病人不知数值)。诊断明确: 糖尿病, 高血脂症, 早期周围神经病。GP 建议三个月后复查血糖, 没有给予任何治疗, 让观察, 一周后复查。中医综合治疗同前。

2016/11/01: 左小腿触觉恢复, 目前仅有左足背面 6X7CM 面积的轻度触觉。中医综合治疗同前。

2016/11/3: 有左足背面 4X5CM 面积的轻度触觉。左小腿外侧 2X7CM 的轻度刺痛感。中医综合治疗同前。

2016/11/8: 有左背面 2X4CM 面积的轻度触觉。中医综合治疗同前。

2016/11/12: GP 检查, 一切正常, GP 迷惑不解病人如何恢复。中医综合治疗同前。

2016/11/15: 左下肢, 左足触觉正常, 无刺痛感, 舌色淡红, 略胖大, 少量齿痕, 薄白苔。脉滑稍数。中医综合治疗同前。上述粉剂减红花, 黄芪量 10 克。继续服中药巩固治疗, 无继续约诊。

病例 2, 男性, 72 岁, 西方人。

2014/09/26

初诊, 主诉, 双膝以下及足麻木刺痛感 3 年近三个月加重。西医已明确诊断双下肢周围神经病。既往糖尿病史, 高血压病史。肌电图检查已确认双下肢周围神经部分损伤。检查: 面容疲惫, 体态中等, 步履艰难, 舌暗红, 微薄黄苔, 双脉沉稍数伴双尺弱。四肢肌力 5 级, 双下

肢膝腱反射弱，跟腱反射消失，病理反射没引出。

诊断：

西医：慢性双下肢周围神经病；

中医：血痹麻木，肝肾阴虚，精亏血瘀。

治疗原则：滋补肝肾，填精行血。

针灸取穴：百会，双侧太渊，血海，阴陵泉，足三里，蠡沟，京骨，水泉，丘墟，太白，八风。留针半小时。

手法以补法为主。

另加推拿，梅花针治疗。

上述针灸治疗，推拿，梅花针每次相同，一周两次，总共做了三个月，症状逐渐好转。

2014/12/26

最后一次治疗，仅有双侧足趾尖部微微麻木刺痛感。检查：舌红，舌苔薄白，双脉细稍数。双侧膝腱反射尚可，跟腱反射弱。由于经费问题，停止治疗。

讨论：

多发性神经病，又称末梢神经病，也称周围神经炎或末梢神经炎。主要表现为四肢远端对称性感觉和运动障碍及自主神经功能障碍性疾病。病因多见于代谢及内分泌障碍，营养障碍，中毒及感染等多种原因。病理改变主要为周围神经轴突变性，节段性脱髓鞘病变及神经源性变性等。病程可分为急性，亚急性，慢性，复发性。

中医认为此病多数为气血不足或肾精不足而引起的脉络空虚，肌肉及经筋失养而出现肢体麻木刺痛或后期无力感。少数病人是因寒湿侵袭，湿热浸淫而至脉络痹阻，病变日久，寒凝血瘀 脉络失养而造成此病。

病例 1 是一位早期亚急性周围神经病病人，既往健康，由于英国的 NHS 系统诊断时间缓慢，病人是一个富人，很重视自己的健康，在三周病情没有缓解，而且有加重的趋势下，在等候 NHS 诊断报告的同时，就到中医私人诊所治疗，可以说治疗比较及时，第一次治疗后就有改善，近四周的 9 次主要针灸治疗后，左下肢的触觉完全恢复，无刺痛感。病因主要是糖尿病引起，该病人快速恢复与中医的及时治疗有关。

病例 2 是一个慢性多发性周围神经病，病程三年缓慢加重的老年人，有多年糖尿病史，所以病因明确，经过三个月的治疗也得到了很明显的改善。

通过两例针灸治疗多发性神经病成功经验，说明针灸治疗血痹麻木疗效肯定。中医认为麻木的病因病理是气血不足或阴血不足，血脉不利，肌肤经筋失养。针灸可以调气活血，益气养血，血盛精充，肌肤得养。从西医分析，针灸可以调节人体内分泌营养代谢，从而病损的神经得到了充分的营养，神经可以完全恢复或部分恢复，所以治疗成功与否也取决于病程。

【病例讨论】原发性不孕四次 IVF 失败、中医辅助 IVF 成功

报告人：郑国平博士

患者：女性，41 岁，白人，就诊日期：2013 年 10 月 11 日

病史：

患者于 2008 年开始试孕，其年 36 岁，自然试孕一年后开始不孕症专科治疗，并于 2009 年底开始接受第一次 IVF，取出 4 个卵子，2 个受精，结果为生化妊娠。相隔数月后复行第二次 IVF，取出 8 个卵子，5 个受精，移植 3 个，未受孕，其间医生告知，受精卵质量中等。患者在两年多后，2013 年 5 月来到位于纽约的知名医学院不孕症中心开始第三次 IVF 周期，因仅 3 个卵泡发育，医生取消周期将 IVF 改为 IUI，未孕。其后，病人于同年 8 月在另一个不孕中心再行一次 IVF，取出卵子 2 个，受精 1 个，因胚胎停止发育，移植取消。距第四次失败的 IVF 周期不到 2 个月，病人再次来到这家知名医学院不孕症中心，希望做第五次 IVF，其主治医生见其在半年间已有两次半途取消的 IVF，恐其成功把握不大，故介绍到我诊所咨询，希望通过中医配合以提高成功机会。接诊时患者素体尚健，食寐如常，精力一般。因已试孕 5 年，4 次试管婴儿无果，因此心情不佳，情绪低落、抑郁。

检查：

五年来，患者 AMH 检查正常，周期第二或第三天的激素各项指标均在正常范围。妇科超声检查无异常发现，男方精液常规在正常范围。

月经情况：

月经 10 岁来潮，周期 30 天，行经 5 天，无痛经，量色质尚可，末次月经：9/20/13；初诊日为周期第 22 天，距新的 IVF 周期约一周左右。

舌脉情况：舌略红，苔薄白，脉细尺弱。

病情评估：

患者试孕 5 年，已行 4 次 IVF 未成，其诊断应可考虑为原发性不孕及反复试管婴儿失败，其中今年近半年内二次 IVF 均中途取消，一为数量不够、二为质量不好。其不孕及反复 IVF 失败的原因可能与卵子的数量不足和质量不佳均有关系。

此患中医临床可辨之症不多，年过四十，近半年两次 IVF 因卵子数量及质量问题均得取消，脉细弱。依中医“肾主生殖”及“七七肾虚”的理论，其中医辨证应为肾精亏虚，加之心情抑郁不佳，肝气郁结可见，故最终辨证为肾精亏虚为主，兼肝气郁结。

治疗方案：

1. 情绪疏导，建立信心：患者从未接受中医治疗，让其了解中医治疗的好处，从而帮助建立信心。同时让患者了解，情绪对身体的影响，建立正向思维，尽量保持平和，愉悦心情。

- 健康饮食，身心合一的运动，如瑜伽，冥想(meditation)等等。
- 针灸加火罐隔日一次，每周3次
- 中药治疗，每日2次，经与其西医主诊医生沟通，同意其从准备期直到整个IVF周期中均用中药配合。
- 配合保健品调理，如DHEA, Co-Q10, OMEGA3, Inositol, L-arginine, Pycnogenol, 等。

中药处方：归肾丸加减，剂型为浓缩中药粉

枸杞3g, 菟丝子3g, 熟地3g, 淮山3g, 山萸肉2g, 牛膝2g, 茯苓2g, 陈皮1g, 甘草1g, 香附1g, 丹参2g, 红花2g.

方以枸杞, 菟丝子, 熟地, 山萸肉, 淮山之温润以补肾养精; 淮牛膝补肾而引诸药下行, 助其药到病所, 淮山, 茯苓, 陈皮, 甘草以健运脾胃, 以助水谷及补肾中药精微之敷化, 转输而能为身体所用; 加香附之疏肝理气, 丹参红花之养血活血行血, 以助全身气血运行。上药合用, 生殖之精得养, 生殖之气得壮, 周身气血调顺, 整体阴阳平秘, 孕育之机易成。

基本针灸取穴:

- 中极、关元、归来(双)、子宫(双)——妇科六针
- 太溪、三阴交、阴陵泉、足三里
- 神门、合谷、神庭
- 耳针: 卵巢、子宫、肾、神门

取神庭以安定神志, 放松身心; 合谷以疏理气机, 运行血液; 妇六针(中极、关元、归来、子宫)以调补冲任气血以濡养卵巢而强壮子宫; 太溪、三阴交、阴陵泉以调补肝肾精血, 助养卵巢子宫; 足三里以健脾胃调中气; 合诸穴以振奋生殖之气; 诸穴合用, 即可帮助调理改善生殖系统功能, 又可放松身心, 调理气机, 平衡阴阳, 造就良好内环境以利孕育。

拔罐疗法:

通常拔罐于背部相当于八髻位置及腰阳关等穴以振奋阳气, 改善气血循环, 协同针灸疗法, 提高治疗效果。

治疗过程简介:

1. 准备期

患者于10/11/13初诊日开始接受中药、针灸治疗, 针灸隔日一次, 约5诊后, 月经于10/22/13来潮, 新周期开始; 亦即IVF周期开始。

2. 促排期

患者Day2各项血液指标均在正常范围, 超声示右侧卵巢有4-6个小卵泡, 左侧无一卵泡。西医医生给行常规IVF方案, Day2晚开始Lupron 20IU以降调, Day3开始使用药物刺激, 联合使用Menopur & Gonal-F。

针灸于Day2开始, 约隔日一次, 至Day12取卵共行5次, 分别在Day2, 3, 7, 9 & 11。中药每日2次, 处方如前所述。每日服用保健品(Supplement)。

Cycle Day7, 超声显示, 右卵巢有4个卵泡在10-12mm, 另有2个小的, 左侧无卵泡, cyst消失, lining 7mm

3. 取卵及移植

于周期Day11晚HCG shot, Day13 ER, 取出4个卵子, 2个受精, 于Day16, 即取卵后3天移植, 受精卵分别为7&8 cells, 质量Grade B & C.

针灸于移植当日前后各行一次:

移植前取穴: 神庭, 耳针(子宫、卵巢、神门、肝), 内关, 妇六针, 血海, 三阴交, 太冲。

移植后取穴: 百会, 神门, 耳针(子宫、肾)合谷, 足三里, 三阴交。

移植后中药改方为: 补肾健脾、益气调血; 以促着床, 促生长。

方用寿胎丸及泰山盘石散合方加减化裁, 剂型为浓缩中药粉。

处方如下:

桑寄生2g, 川断2g, 枸杞2g, 菟丝子3g, 陈皮1g, 香附1g, 党参3g, 黄耆2g, 白术2g, 茯苓2g, 当归2g, 甘草1g.

方以寄生、川断、枸杞子、菟丝子以补肾益精而养胎元; 党参、黄耆、白术、茯苓以健脾益气而固胎元, 少量香附以疏肝而调血, 在大量补肾健脾基础上加少许行气和血之品可使气血充盈而顺畅, 以保证移植后的胚胎在母体里可得到母体肝肾精血(营养物质)之滋养, 又可得母体脾肾之气(生命能量)之振奋。针灸诸穴可在这两个层面互相配合。总之, 帮助母体形成一个良好的内环境, 以利胚胎着床及健康地生长、发育。

4. 移植后支持:

患者于移植后第2天回到诊所继续针灸治疗以支持, 其间在移植后至验孕的12天内共行4次针灸, 分别在ET Day2, 5, 7, 9, 至移后Day12, 验孕显示阳性, HCG值为294, 隔天后, HCG增长为680, 显示成功受孕。

5. 孕后支持:

患者血HCG值显示成功受孕并正常增长后继续针灸每周2次及中药每日2次, 至约孕6周半, 第一次超声显示胎儿心率在167次/分, 一周后复查在150, 均属正常。患者自不孕医生处转至妇产科医生处。因孕情稳定, 患者第二次超声探及正常心率后即停用中药, 仍继续常规针灸支持, 约每周1-2次至孕12周。其后约每2周一次孕期调养至孕20周, 其间各项胚胎发育及染色体检查指标显示正常, 患者整个孕期非常健康, 至孕37周复返回诊所针灸产前调理, 以期帮助正常自然分娩, 缩短产程, 减轻产痛。结果: 患者于足月自然分娩一健康女婴。

讨论:

1, 本例患者就诊前已试孕5年, 近4年有4次失败的试管婴儿, 其中最近的两次试管婴儿在近6个月内, 一次因卵泡数太少而取消取卵, 改为IUI; 一次因受精卵停止发育而取消移植。第5次试管婴儿, 先经中药针灸调理11天后进周, 并在周期中继续支持, 可以看出, 取卵前卵泡数, 取出卵子数, 受精卵数都较近期的两次IVF成倍增加, 更重要的是受精卵质量明显提升, 移植后成功受孕, 并娩出健康女婴(见上表)。结果提示中药针灸的调理和支持对此例患者的卵子数量和质量均产生良好影响。此外, 还有可能对子宫内膜的容受性产生良性影响, 使得受精卵成功着床, 并在良好的内环境中继续健康成长。

2, 我们知道, 胚胎的质量和子宫内膜容受性是影响试管婴儿成功率的两大重要因素, 而胚胎的质量取决于

卵子和精子的质量。近年来，本人及不少临床医生的个案，及一些临床观察研究提示中药或针灸或针药配合可能通过改善卵巢功能，提升卵子质量，及改善子宫内膜容受性而提高试管婴儿的成功率，而针灸在这一领域的研究相对多些。虽然，作为一名临床中医师，尤其是中医妇科、不孕症专科医生，大量的临床实践使得我们坚信中药针灸治疗不孕症或辅助支持试管婴儿的效果。但是，为了更好的推广中医的方法，让更多的患者受益，尤其让西医不孕症专科医生、主流医学界也能理解和接受。我们需要做大量的工作，首先是疗效证实，其次是机制探讨。

3, 关于中药针灸辅助试管婴儿的“五期三法”思路及方法探讨：

1) 准备期：即进入促排卵周期之前，准备期的长短主要取决于患者的卵巢功能状态，包括卵巢储备及卵子质量。此外，机体内环境状态，包括子宫内膜的容受性及整体状态。一般短则一个月，一般来讲3个月，有的需要6个月。建议以“补肾填精为主，兼运脾调气活血”为大法来调理卵巢功能，提升卵子质量。

方子建议左归、右归系列，加少量运脾、行气活血之品。针灸取穴建议：妇科六针、太溪、三阴交，阴陵泉、足三里加合谷轻刺。

2) 促排期：即促排卵开始至取卵前

此期当继续调理卵巢功能，提升卵子质量，并帮助调节卵巢对促排药的反应。治疗大法及方药、针穴如准备期，并注意调神安神，酌情加用电针。

3) 取卵至移植期：即取卵后至移植日。

比期当注重调节子宫内膜功能，改善子宫内膜容受性及注意保持整体阴阳气血和顺，为移植作准备。治疗大法在填补肾精的基础上，加重行气活血、疏肝安神方药选用。移植当日于移植前后各做一次针灸，移植前之针灸可加电刺激。

4) 移植后期：即移植后至验孕日

此期当继续保持子宫内膜供血良好，以及整体阴阳平和、生机旺盛。如此，一则以帮助胚胎获取足够能量而顺利着床；二则，着床后胚胎能继续获得足够能量，且在良好环境中继续成长。

治疗大法：补肾健脾、养精益气为主，兼调气血。

方药选用寿胎丸合泰山盘石散化裁。

针灸取穴：百会、中脘、妇六针、足三里、三阴交，其中妇六针及三阴交注意轻针。

5) 孕后支持：验孕阳性至妊娠12周

此期思路与方法当与移植后相同，继续支持妊娠，预防流产。超声查到正常胎心后，无习惯性流产史者中药可渐停，妇六针去中极、关元、加气海；孕8周后，不取妇六针，其他照旧。

医案医话 MND

英国伯明翰 付筱笙
吉林大学第二医院放射科 宋新灵

MND 是运动神经原病即 motor neurone disease. 患者

男，61岁，英国建筑师。于2001年8月20日来就诊。一年前由好朋友猎头公司老总介绍来治疗，但由于本人想弄清楚自己为什么患此病而做了许多研究和查找了大量资料，故推延了近一年的时间并且病情迅速加重，最后来时说因为“Bad luck”患有此病。病人在1999年自觉疲劳，左侧肌肉萎缩，去西医诊治，经检查确诊为MND。但无任何治疗措施，只有对症治疗，口服维生素E、B等营养神经的药物，还建议加入了患有同样病的团体，大家经常一起分享病情发展信息，互相鼓励，增强战胜疾病的勇气。患者身高体瘦，左手拄拐杖，走路不稳，左侧上下肢肌肉萎缩，口齿说话不伶俐，饮食可，睡眠可，二便可，舌淡，苔白腻，脉沉细。

诊断：MND

治法：补中益气

处方：1, 中药：补中益气丸 每日三次 一次10粒

2, 针灸：百会 承浆 廉泉 手三里双侧 合谷 双侧 梁丘双侧 足三里双侧 三阴交双侧 解溪左侧留针 25分钟，每周3次。

3, 头针：运动区 语言二区 留针 25分钟

4, 梅花针叩打：沿着膀胱经 阳明经走行 中等刺激微出血为度

七年后，经过上述治疗病情发展缓慢，西医复查后感觉满意。上了当地的报纸三次和电视两次。他们认为患有此病并不可怕，只要积极治疗是可以延长寿命的。

讨论：运动神经原病，一经诊断后平均存活为二年半。一般以走路，说话，吞咽困难和呼吸困难等常见症状。中医认为“气为血之帅，血为气之母”。补足中气即有领气上行加强各个脏器的功能，又有生血作用，加强神经肌肉的营养，使身体由于病的消耗和治疗加强的营养持平衡，这样病情相对稳定。

带状疱疹后遗神经痛治验举隅

哈尔滨医科大学附属第一医院针灸科郝秀兰
吉林大学第二医院放射科宋新灵

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒感染引起的，呈密集丘疹样水疱群，沿周围神经组织走行呈带状分布于皮表。带状疱疹后遗神经痛是带状疱疹最常见的并发症。[1]其多发于老年及免疫力低下的患者，以持续性、长期性疼痛为临床特征。

带状疱疹中医称蛇丹，又称“缠腰火丹”等，俗称“蛇盘疮”。清·祁坤在《外科大成》中曰：“缠腰火丹，一名火带疮，俗名蛇串疮。初生于腰，紫赤如疹，或起水泡，痛如火燎。”笔者认为带状疱疹后遗神经痛是由于瘀血引起。瘀血致痛，多因经脉阻滞不通和组织失养所致。其邪毒内侵，毒血搏结，形成瘀滞，瘀血阻络，血脉不通，气血不和，不通则痛。王肯堂《证治准绳》阐述“污秽之血为瘀血”。患者常感刺痛、灼痛，痛处固定不移且拒按，疼痛于夜间加重，扰其睡眠。

治疗方法

每七日为一疗程。即首次用放血针在患者痛处点刺，先刺破血络，后用真空气罐拔出瘀血，以祛瘀通闭。出血量应视病情而定，一般在 1-5ml。其后用通经活络，调理五脏气血的方法，每日针刺治疗。针刺选穴原则：取患处所在经络临近的穴位和足太阳膀胱经的五脏膈穴为主。

病例一

患者 男 62 岁 就诊日期 2016 年 10 月 18 日 主诉：右侧背部第七至第九肋间呈烧灼样疼痛，长达一月有余，且夜间更甚。现病史：2016 年 9 月初患者住院治疗带状疱疹。皮损治愈后，患者背部的遗留疼痛持续不消。

治疗：选取疼痛部位和肺俞、膈俞、胆俞点刺放血，每个穴位的出血量约为 3-5ml。针刺取穴，肝俞、肾俞、阳陵泉、血海、三阴交。

一个疗程疼痛即减轻，三个疗程后治愈。

病例二

患者女 68 岁 就诊日期 2016 年 4 月 10 日。主诉：舌面部疼痛，饮水进食困难。现病史：2016 年 2 月带状疱疹发于面颊部和舌上，经住院治疗疱疹消失，遗留有面舌痛，患者疼痛不已，难以正常进食，日渐消瘦。疼痛迁延二个月。

治疗：选取舌面点刺放血，每次约 1ml。针刺取穴，身柱和肝俞、血海、三阴交。

两个疗程后疼痛明显缓解，五个疗程后疼痛消失，患者可正常饮食。

病例三

患者 女 65 岁 就诊日期 2016 年 5 月 17 日 主诉：患者左侧肋肋灼痛，夜间烧灼感更甚，难以入眠。现病史：患者 2016 年 2 月末患带状疱疹后于当地就治。以中药外敷后皮疹消失但疼痛未消。其后曾住院采用神经阻断治疗，疼痛无缓解。患者以服用止痛药镇痛。

治疗：选取疼痛部位和身柱、肝俞、胆俞点刺放血，每个穴位的出血量约为 2-4ml。针刺取穴，血海、三阴交、脐四针（神阙穴上下左右各 0.5 寸）。

三个疗程后疼痛明显缓解，六个疗程后，患者服用止痛药量减半，八个疗程后，停止服药，疼痛基本消失。

病例四

患者 男 62 岁 就诊日期 2016 年 8 月 2 日 主诉：面部疼痛并伴有面瘫。现病史：2016 年 5 月面颊及口周患带状疱疹并留有后遗症。住院治疗期间用 7 次神经阻断治疗，疼痛不减。一次神经损毁治疗后患侧出现面瘫症状，靠服用止痛药维持。

治疗：选取太阳、牵正、地仓、翳风点刺放血。每个穴位的出血量约为 1-3ml。针刺取穴，身柱、肝俞、胆俞、胃俞、阳白、四白、颊车、迎香、合谷。

三个疗程后疼痛有所缓解，患者服用止痛药量减半。

小结

中医治痛多遵循古人“不通则痛，通则不痛”的原则。或以药治之，或以针取之。目的在于开瘀破结，疏通经络，调和气血，安养五脏。本法立意取自《灵枢·小针解》“菟陈则除之者，去血脉也”。[2]瘀血可通过刺破络脉，迫血外泄，使毒随血出，祛瘀通闭，疏通脉络，使经气通畅，营血顺达，达到邪毒外泄，活血祛瘀，理

气止痛功效。结合针刺，调理脏腑，扶正固本。

参考文献：

- [1] 徐世正. 安德鲁斯临床皮肤病学 [M]. 10 版. 北京科学出版社 2008: 395—400
[2] 中国医学百科全书 针灸学 1 版 上海科学技术出版社, 1989: 143—145

浮针治疗股骨头坏死的临床经验

田亚丽 李康

南京中医药大学第二临床医学院

第一作者：田亚丽（南京中医药大学针灸推拿专业 2015 级硕士研究生）

[摘要]

股骨头坏死是临床常见病，目前其主要治疗方法有主要有非手术治疗和手术治疗，临床上的各种治疗方法其主要目的是改善股骨头的血液供应。浮针治疗主要是解除肌肉的病理性紧张状态，改善局部组织的血液循环，即通过浮针的扫散和再灌注活动使股骨头的血液得以重新分配。

[关键词] 股骨头缺血性坏死；浮针；患肌

Fu's Subcutaneous Needling Treatments Clinical Experience of Femoral Head Necrosis

Ya Li Tian, Kang Li

[Abstract]

Femoral head necrosis is a clinical common disease, at present the treatment method is mainly non-surgical and surgical treatment which improve the blood supply of the femoral head. Fu's Subcutaneous Needling (FSN) mainly removes the muscle pathological tension and improve the blood circulation of the local tissue. It is believed that the sway and corresponding reperfusion technique in FSN can improve the blood supply to the femoral head.

[Key words] femoral head necrosis; Fu's Subcutaneous Needling; pathological tight muscle

股骨头缺血性坏死是临床常见疾病，主要是因为股骨头的血供不足或遭到破坏，出现股骨头的缺血、坏死、塌陷。临床以髋关节疼痛、功能障碍为主要表现。刘铁刚^[1]等报道的 555 例股骨头缺血性坏死的病例中男女之比 2.4:1，双侧发病 328 例占 59.1%，表明非创伤性股骨头坏死以青壮年为主，男性多于女性，且多为双侧发病。

1、病因及发病机制

引起股骨头坏死的原因很多，根据损伤原因分为创伤性

和非创伤性两大类。创伤性的如股骨颈骨折、髌关节脱位、髌部外伤等，可直接或间接损伤股骨头血运，从而导致股骨头缺血性坏死；非创伤性的主要有：大量应用激素^[2]、长期酗酒、高血压、动脉栓塞或者血栓形成、放射病等。目前已公认饮酒和使用激素是非创伤性股骨头坏死的主要病因^[1]，但股骨头坏死的病理机制仍不清楚。

2、 治疗

虽然股骨头坏死的各种治疗方法其疗效不令人满意，但是不采取治疗其结果将会更差，甚至严重影响患者的生活质量。目前临床上根据股骨头坏死的临床分期采取不同的治疗方法，主要分为非手术治疗和手术治疗。非手术治疗主要有药物治疗和介入治疗^[3]，手术治疗主要有髓芯钻孔减压^[4-5]、带蒂肌骨瓣移植^[6]、骨髓干细胞移植^[7]、截骨术、股骨头表面置换术、人工关节置换^[8]等。

3、 浮针治疗

股骨头的血液供应主要来源于关节囊动脉和圆韧带动脉，如图1，因此股骨头的血液供应为多渠道，目前临床上的各种治疗方法其主要目的是改善股骨头的血液供应。

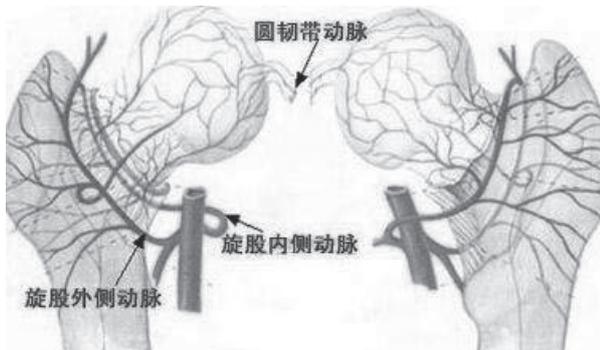


图1 股骨头血液供应

(修自: <https://image.baidu.com>)

浮针疗法 (Fu's Subcutaneous Needling, FSN) 用一次性使用浮针 (FSN needle) 等针具在引起病痛的患肌 (运动神经系统正常的情况下，目标肌肉放松时触摸，医生手下感觉紧张、僵硬、滑动等感觉的肌肉，pathologic tight muscle) 周围或邻近四肢进行皮下针刺^[9]。临床已广泛用于治疗各种疼痛类疾病，病种较为广泛，尤其适用于肌肉及软组织损伤引起的疼痛，并较常规针刺及西药治疗等更为有效、安全^[10]。

浮针治疗股骨头坏死主要对股骨头周围的肌肉做干预，通过解剖可知，血管一般穿行在肌肉或肌间隙中，若肌肉处于痉挛性的病理紧张状态，压迫到周围的血管，导致血管周围压力升高，血管的血流动力学受到影响，股骨头的血液循环将会出现障碍。浮针操作过程中的扫散和再灌注活动^[11]，使得相关肌肉持续的收缩或舒张，肌

肉交替的收缩和舒张使得血管周围的压力得到改变，即通过浮针的扫散和再灌注活动解除肌肉的病理性紧张状态，在再灌注活动中，因为肌肉周围压力的不同使血流呈波浪式循环，浮针操作中通过扫散及配合一系列的再灌注活动使股骨头的血液循环得到改善，通过临床观察发现股骨头坏死涉及的肌肉主要有腹横肌、腹斜肌、臀大肌、臀中肌、臀小肌、阔筋膜张肌、股四头肌、内收肌群等。

浮针治疗股骨头坏死并不像其他痛症一样会收到立竿见影的效果，因此在治疗过程中要有足够的耐心坚持下去，一般4-6个月就会发现骨小梁等有变化，浮针治疗的目标是阻止影像学的发展，不影响生活。浮针治疗过程中不同于传统针灸的是每次所选的进针点并不是固定不变的，进针点的选择，即查找患肌是根据患者的主诉及症状，且在治疗过程中对患肌的消除必须要彻底。治疗股骨头坏死是一场“持久战”，医生和患者必须要有足够的耐心和信心。

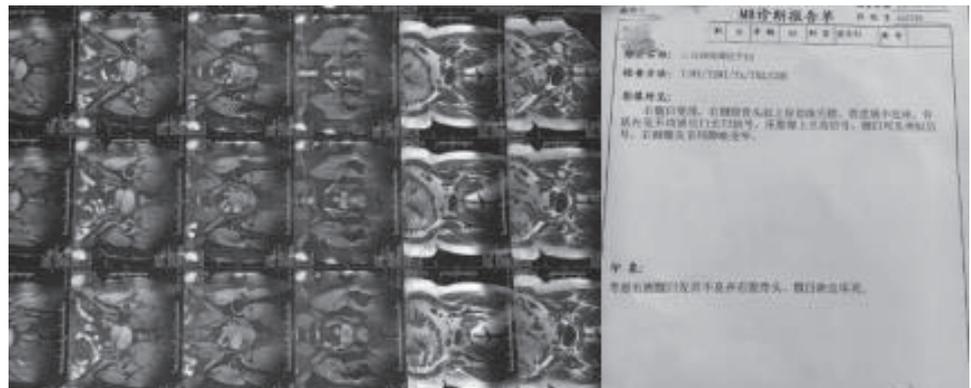
4、 典型病例

患者，女，54岁，2016年12月27日初诊。

主诉：右侧腹股沟及大腿前侧反复疼痛20年，加重1年。

现病史：患者20年前无明显诱因间断出现右侧腹股沟、大腿前侧疼痛，曾多次去外院予针灸推拿等理疗，治疗后疼痛稍好转，大约每年去治疗一次。1年前自觉右侧腹股沟及大腿前侧疼痛加重，予针灸推拿等理疗后症状未见明显缓解，2016-12-21遂至荣成市人民医院就，MRI示：右侧髌臼发育不良并右股骨头、髌臼缺血坏死。予浮针治疗后效果不佳，经别人介绍我处。

刻下：右侧腹股沟及大腿前侧疼痛，右腿不能承重，上楼时疼痛加重且无力，走平路尚可，行走跛行，久坐站立后不能立马行走，右侧翻身时有疼痛，休息后疼痛稍好转，劳累及天阴下雨时疼痛加重，无间歇性跛行，右下肢无麻木，双侧直腿抬高试验(-)，右“4”字试验(+)，左“4”字试验(-)。



患者MRI报告及结果

触诊检查：触摸腹斜肌、腰大肌、胫骨前肌、股外侧肌、股内侧肌、臀中肌、臀大肌等肌肉表现为紧张、僵硬。操作方法：进针点选在上述患肌的周围进针，针尖指向肌腹，使用一次性使用浮针沿皮下水平进针，针体在皮下层向前推进，皮肤表面可见线状隆起，进针深度一般以软管套全部埋入皮下为度。进针后以拇指为支点，示指和环指一前一后做扇形扫散，每部位扫散频率约100

次/min, 扫散的同时根据肌肉功能配合相应的再灌注活动。医者右手持浮针扫散, 左手对抗患者的患肢, 对抗10s后告诉患者放松肢体, 每组再灌注活动交替做3次。操作完毕后抽出针芯, 将软管留置皮下, 用胶布固定, 留置4h, 嘱患者在家中自行拔出软管。

2016年12月28日二诊: 右腿力量较前有所改善, 右侧腹股沟疼痛明显减轻, 大腿前外侧疼痛明显, 缓慢行走时基本不跛行, 首诊症状均有所减轻。触摸查体: 胫骨前肌、缝匠肌、股薄肌、腹内斜肌、阔筋膜张肌、股外侧肌、臀中肌等表现为紧张、僵硬。治疗上继续处理上述相关肌肉, 同时配合再灌注活动。

2016年12月30日三诊: 患者自觉症状减轻, 右腿力量增加, 治疗方案同前。

2017年1月2日是四诊: 昨天因劳累后大腿前外侧疼痛加重, 右侧腹股沟疼痛减轻, 右侧腰部疼痛, 自觉右侧膝关节无力。触摸查体: 胫骨前肌、股内侧肌、股直肌、股外侧肌、腹斜肌、腰方肌等表现为紧张、僵硬。治疗上继续处理上述相关肌肉, 同时配合再灌注活动。

2017年1月5日五诊: 久坐站立后不能立马行走, 大腿前外侧仍有疼痛, 严重时引起小腿前外侧麻木, 右侧力量逐渐恢复。触摸查体: 腓骨长肌、股外侧肌、腹内斜肌、腰大肌、腰方肌等。治疗针对上述患肌。

2017年1月10日六诊: 缓慢行走时右腿不跛行, 大腿前外侧疼痛面积及程度均有所减轻, 力量逐渐恢复。触摸查体: 股外侧肌、胫骨前肌、腹斜肌、腰大肌、臀中肌、腰方肌、髂胫束。

2017年2月15日十四诊: 大腿前外侧及腹股沟疼痛减轻, 右腿较前明显有力, 久坐站立后可立马行走。触摸查体: 腰大肌、腹斜肌、竖脊肌(右)、臀中肌、髂胫束、髂肌等表现为紧张、僵硬。针对上述患肌给予治疗。

十四诊治疗结束后患者正常行走时右髌无明显不适, 自觉右腿有力, 嘱患者勿长时间站立、行走, 注意休息及局部保暖, 定期治疗。

参考文献

- [1]刘铁刚, 陈卫衡. 非创伤性股骨头坏死的流行病学研究[J]. 当代医学, 2008, 14(24): 64-65.
- [2]Juery P. Avascular necrosis after a steroid injection[J]. Canadian Medical Association Journal, 2007, 176(6): 814.
- [3]陆建东, 茅旭平, 曹建民. 股骨头缺血性坏死的介入治疗[J]. 实用放射学杂志, 2008, 24(2): 237.
- [4]Parsons SJ, Steele N. Osteonecrosis of the femoral head: Part 2 Options for treatment [J]. Cur Orthop, 2008, 22(2): 349.
- [5]Editorial. Mechanisms of osteonecrosis [J]. Joint Bone Spine, 2008, 79(6): 639.
- [6]隋吉生, 蒋纯志, 王黎明, 等. 带旋股外动脉升支血管蒂髂骨瓣移植治疗2、3期股骨头坏死的临床观察[J]. 临床医学工程, 2009, 16(9): 62.
- [7]徐军, 田军, 许超蕊, 等. 髓芯减压+自体外周血干残暴移植治疗早期股骨头坏死[J]. 临床骨科杂志, 2008, 11(1): 12.

[8]田庆良, 田庆海, 郭旭东, 等. 人工全髋关节置换治疗成人股骨头坏死[J]. 医药论坛杂志, 2009, 30(8): 52.

[9]符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 22.

[10]陆瑾, 孙建华, 符仲华, 等. 浮针治疗肩周炎的即刻疗效及安全性[J]. 中国针灸, 2008, 28(6): 414-416.

[11]符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 158.

浮针疗法

治疗桡骨茎突狭窄性腱鞘炎1例

作者: 李康 田亚丽

南京中医药大学第二临床医学院

通讯作者、第一作者: 李康(南京中医药大学针灸推拿学专业2015级硕士研究生)

摘要

本文为浮针疗法治疗一例患有桡骨茎突狭窄性腱鞘炎, 每次治疗后症状明显得到缓解, 缩短治疗疗程。初步显示了浮针疗法在该病治疗中潜在优势, 值得进一步深入研究。

A Case Report:

Fu's Subcutaneous Needling for the Treatment of De Quervain's Disease

Kang Li, Ya Li Tian

Abstract

This case report is on the FSN treatment for De Quervain's disease of a 29-year-old woman. Fu's subcutaneous needling (FSN) directing towards the tightened muscles results in immediate alleviation of pain in Finkelstain test and it shortens the recovery period. The result preliminarily reveals the potential advantage of FSN in the treatment of De Quervain's disease, which deserves further research.

1 前言

Fritz de Quervain 在1895年首次描述了桡骨茎突狭窄性腱鞘炎(De Quervain's Disease) [1, 2], 将其描述为腕背第一伸肌间隔疼痛性狭窄性腱鞘炎症[3, 4]。临床以桡骨茎突部位疼痛, 拇指和腕部活动受限或活动时疼痛加重, 以及腕背第一伸肌间隔内肌腱纤维性增粗为特征[5]。拇指活动时, 疼痛常由桡骨茎突部向前臂或拇指方向传导, 持物能力下降。本病多因日常生活、职业因素导致腕部活动频繁, 致使拇长展肌(abductor pollicis longus, APL)和拇短伸肌(extensor pollicis brevis, EPB)肌腱的过度使用、反复活动, 造成应力损伤, 产生炎症反应[6]。男女发病率比约为1:3, 易患人群为孕妇、哺乳期妇女、机械师、高尔夫球运动员、乐器工作者、装配工人等[6, 7]。

桡骨茎突狭窄性腱鞘炎治疗方法多种多样,因外科手术治疗效果欠佳,不是治疗的首选方案[8];保守方法有早期制动、热疗、冷疗、针灸、推拿、口服非甾体抗炎药和局部注射皮质醇激素等[3, 9],这些方法都有疗效,但孰优孰劣,无从确定。

浮针疗法(Fu's Subcutaneous Needling, FSN)诞生于1996年[10, 11],是运用一次性浮针等针具在引起病痛的患肌(tightened muscle)周围或邻近四肢进行皮下针刺法[12],属于非药物治疗方法,具有疗效确切、取效快捷、安全无副作用等特点,对腰痛、颈痛、MTrP(myofascial trigger point)等软组织伤痛疗效突出[13-15]。浮针治疗靶点在于消除患肌,患肌是符仲华教授在长期临床实践基础上提出来的,是指在运动中中枢正常的情况下全部或一部分处于紧张状态的肌肉;因Myofascial Trigger Point(MTrP)是患肌形成的原因,因此简单地说,患肌就是MTrP所在的肌肉[12],医生触摸该肌肉时指腹下常有“紧、僵、硬、滑”的感觉,伴随患者局部有酸胀不适感。在临床上我们使用浮针疗法治疗了一些桡骨茎突狭窄性腱鞘炎,取得了很好的临床疗效,现择一典型病例报道。

2 病例介绍

张某,女,29岁,因“右手腕部桡侧疼痛1月”于2016-12-28至我处就诊。患者处于哺乳期,诉哺乳婴儿2月后开始出现右腕部桡侧疼痛,活动时疼痛牵涉前臂背侧,右手拇指活动受限。桡骨茎突处压痛明显,握拳尺偏试验(Finkelstain test)[16]呈阳性,如图1。诊断为桡骨茎突狭窄性腱鞘炎。采用浮针疗法治疗,隔天一次,该患者总计治疗三次。



图1:握拳尺偏试验阳性(患者拇指屈曲握拳,将拇指握于掌心内,然后使腕关节被动尺偏,引起桡骨茎突处明显疼痛为阳性征)

3 浮针疗法专科检查

及治疗方案

3.1 查找患肌

查找患肌时,根据患者主诉和关节功能评定,在可疑部位用指目触摸查找患肌。该患者首诊检查时拇长展肌肌腹走形区域呈现紧张状态,所以拇长展肌为患肌。如图2用红色标记处于紧张状态下拇长展肌近心端肌腹。



图2:患者前臂上方红色区域为患肌(拇长展肌),在其下方5cm处选择进针点,进针方向朝向患肌,使用浮针专用进针器辅助进针。

3.2 治疗操作方法

在患肌周围确定进针点,如图2在患肌下方5cm处确定进针点,常规消毒,

使用一次性浮针(FSN trocar acupuncture needle,

由Nanjing FSN Medical CO., Ltd提供)在浮针专用进针器辅助下,针尖朝向患肌方向刺入皮下组织,后缓缓推进针体,使针体全部进入皮下疏松结缔组织(如图3),皮肤表面可见现状隆起[12]。

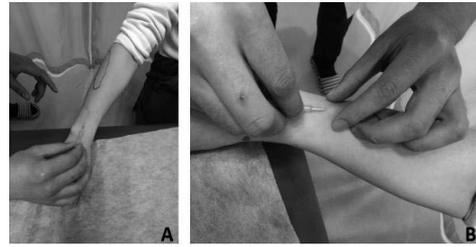


图3:A一次性浮针针尖快速透皮完成后;B运针,沿皮下疏松结缔组织缓慢向前推进,直至针体完全在皮下为止,推进过程中若患者觉疼痛难忍,可微调进针方向

然后退出针芯少许固定在针座卡槽上,进针后以右手拇指为支点,食指和无名指一前一后作扇形扫散(Swaying Movement),扫散频率约100次/min,扫散时间约2min。在扫散的同时,配合患肌的再灌注活动(Reperfusion Approach, RA),嘱患者作拇指外展或背身动作(如图4),医者左手同时予抗阻,每次持续约10s,每个动作重复2次。再灌注活动是浮针疗法的重要组成部分,主动或者被动活动某些肌肉或者其他相关器官,将临近丰富的血液重新灌注到缺血的局部组织,这个动作称为再灌注活动[17]。每次治疗结束后拔出针芯,把浮针软管留置皮下用胶布固定4小时。

然后退出针芯少许固定在针座卡槽上,进针后以右手拇指为支点,食指和无名指一前一后作扇形扫散(Swaying Movement),扫散频率约100次/min,扫散时间约2min。在扫散的同时,配合患肌的再灌注活动(Reperfusion Approach, RA),嘱患者作拇指外展或背身动作(如图4),医者左手同时予抗阻,每次持续约10s,每个动作重复2次。再灌注活动是浮针疗法的重要组成部分,主动或者被动活动某些肌肉或者其他相关器官,将临近丰富的血液重新灌注到缺血的局部组织,这个动作称为再灌注活动[17]。每次治疗结束后拔出针芯,把浮针软管留置皮下用胶布固定4小时。

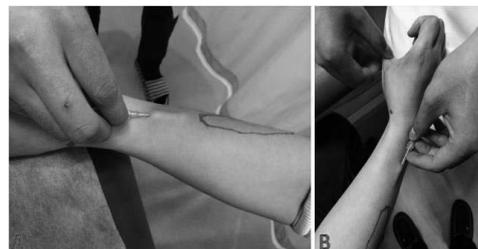


图4:A进针完成后右手拇指和食指、中指、无名指持针柄行扫散手法;B同时嘱患者外展拇指或背身拇指,医者左手予抗阻

左手予抗阻

治疗期间嘱患者尽量避免拇指活动。每次治疗前都要触摸查找患肌,不可以未经探查而下针。二诊时发现肱桡肌也为患肌,浮针操作同上,根据肱桡肌功能设计再灌注活动,如屈肘抗阻。

3.3 治疗期间疗效评估

每次治疗后,患者自觉症状立刻缓解,我们使用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)[18]记录患者尺偏试验中疼痛程度,如图5所示。该患者总共治疗3次,最后一次治疗完成后的第十日向患者进行电话回访,患者诉疼痛无反复,日常生活不受影响。

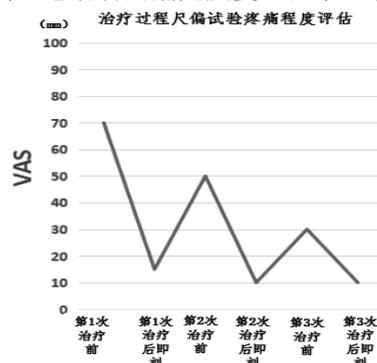


图5:用视觉模拟评分法(VAS, 100mm表示难以忍受的剧痛, 0mm表示无痛)评估每次治疗前

及治疗后即刻评估尺偏试验疼痛程度

4 讨论

浮针疗法治疗方案与其他疗法明显不同,其中关键的一处在于找患肌,患肌是浮针医学的重要概念。肌肉过度劳累,局部缺血缺氧在肌内形成痛性结节即 MTrP, MTrP 有显性 (active) 或隐性 (latent) 之分,但所在的肌肉整体表现出紧张度增加、压痛明显等,即患肌的表现 [12]。MTrP 相关疼痛不仅表现在局部,更多出现在远部,如拇长展肌 MTrP 可出现在腕部桡侧 [19]。同理患肌与疼痛也有可能并不在一处,中间间隔一定的距离。但从临床角度认识, MTrP 探查比触摸患肌困难多,且 MTrP 检查伴有患者局部酸胀痛,给病人造成医源性痛苦,触摸患肌则不会,经过一段时间训练的医生都可掌握触摸的患肌方法、手感,所以患肌更具有临床指导意义。

桡骨茎突狭窄性腱鞘炎,以往人们关注焦点都在腱鞘局部,想办法如何在局部消炎止痛。然而在该病例中患者的前臂背侧发现患肌, Da Silva 等人 [16] 认为日常生活中急性或慢性肌肉过度使用,肌肉缺少足够休息,损伤肌肉,导致其内部张力增加,牵拉肌腱,发生继发性损伤,产生炎症反应、病理性增粗,而大多数缓解疼痛、消除腱鞘炎症的治疗,都忽略了原发性肌肉病变;即使腱鞘炎症是原发性病变,但相关肌肉参与了疼痛的产生,因此治疗都不能忽略肌肉,主张肌腱、肌肉同时施予针刺刺激。我们认为 Da Silva 等人的观点具有合理性,浮针疗法的治疗进针点在患肌周围,针尖朝向患肌,消除相关肌肉的紧张和 MTrP,降低紧张的患肌对发生炎症的肌腱过度牵拉,从而缓解疼痛、减轻炎症。

浮针疗法针刺特点,属于皮下浅刺,刺激组织唯有单一的皮下疏松结缔组织,这和传统针刺深度较深,涉及多种组织截然不同。也有证据表明针灸可能是通过刺激疏松结缔组织而发挥作用 [14, 20, 21], 从目前针刺方法来看,浮针疗法对皮下结缔组织刺激量较大,故疗效也较佳。目前解释浮针疗法的机制主要有“液晶态理论”,该理论 [12] 认为皮下疏松结缔组织是液晶态状态,具有压电效应和反压电效应,当浮针直接挤压、牵拉,特别是扫散运动时,可导致液晶状态的疏松结缔组织的空间构型改变,由于压电效应,释放出生物电,疏松结缔组织具有良好的半导体导电性能,能够高效率地传导生物电,当生物电到达病变组织时,产生反压电效应,改变细胞离子通道,调动人体内在的抗病机制,从而迅速缓解病痛。

浮针疗法中配合再灌注活动,再灌注活动是针对患肌中缺血组织部分,通过主动或被动地活动肌体,将临近丰富的血液灌注到局部缺血的组织,改善缺血环境,目前这一方法经临床检验配合浮针扫散可明显提高浮针疗法的临床疗效 [22, 23]。

在这份病例首次治疗前后,显示出了浮针疗法具有很好的即时疗效、彰显了针灸学首次效应 [24], 这种明显的首次效应对于患者和医生都是非常重要的,为后续的治疗建立了良好的医患关系,让患者和医生都有信心面对后续的治疗,这在疑难杂症疾病诊疗方面意义非同凡响。

在这份病例报告,桡骨茎突狭窄性腱鞘炎浮针疗法

治疗取得明显疗效,为该病治疗提供新的思路;一种新的疗法在临床上推广使用,需要循证医学的支持,因此将来可开展大样本随机对照试验来进行系统的临床研究。

参考文献

- [1] Huang T H, Feng C K, Gung Y W, et al. Optimization design of thumbspica splint using finite element method[J]. *Med Biol Eng Comput*, 2006, 44(12):1105-1111.
- [2] Peters-Veluthamaningal C, Winters J C, Groenier K H, et al. Randomised controlled trial of local corticosteroid injections for de Quervain's tenosynovitis in general practice[J]. *BMC Musculoskelet Disord*, 2009, 10:131.
- [3] Rettig A C. Athletic injuries of the wrist and hand: part II: overuse injuries of the wrist and traumatic injuries to the hand[J]. *Am J Sports Med*, 2004, 32(1):262-273.
- [4] Avci S, Yilmaz C, Sayli U. Comparison of nonsurgical treatment measures for de Quervain's disease of pregnancy and lactation[J]. *J Hand Surg Am*, 2002, 27(2):322-324.
- [5] Moore J S. De Quervain's tenosynovitis. Stenosing tenosynovitis of the first dorsal compartment[J]. *J Occup Environ Med*, 1997, 39(10):990-1002.
- [6] Howell E R. Conservative care of De Quervain's tenosynovitis/ tendinopathy in a warehouse worker and recreational cyclist: a case report[J]. 2012, 56(2):121.
- [7] Crawford J O, Laiou E. Conservative treatment of work-related upper limb disorders: a review[J]. *Occup Med (Lond)*, 2007, 57(1):4-17.
- [8] Kay N R. De Quervain's disease. Changing pathology or changing perception?[J]. *J Hand Surg Br*, 2000, 25(1):65-69.
- [9] Hadianfard M, Ashraf A, Fakheri M, et al. Efficacy of Acupuncture versus Local Methylprednisolone Acetate Injection in De Quervain's Tenosynovitis: A Randomized Controlled Trial[J]. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 2014, 7(3):115-121.
- [10] 符中华. 浮针镇痛验案举隅[J]. *针灸临床杂志*, 1997(02):24-25.
- [11] 符仲华, 黄泳, 夏东斌等. 初论浮针的特性——兼答关心浮针的读者[J]. *针灸临床杂志*, 1997(12):3.
- [12] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京:人民卫生出版社, 2016:22, 121-122, 148, 160-164.
- [13] Fu Z H, Chen X Y, Lu L J, et al. Immediate effect of Fu's subcutaneous needling for low back pain[J]. *Chin Med J (Engl)*, 2006, 119(11):953-956.
- [14] Fu Z H, Wang J H, Sun J H, et al. Fu's subcutaneous needling: possible clinical evidence of the subcutaneous connective tissue in acupuncture[J]. *J Altern Complement Med*, 2007, 13(1):47-51.
- [15] Fu Z, Hsieh Y L, Hong C Z, et al. Remote subcutaneous needling to suppress the irritability of myofascial trigger spots: an experimental study in rabbits[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2012, 2012:353916.
- [16] Da Silva J B G, Batigália F. Acupuncture in De

Quervain's disease: a treatment proposal[J]. *Acupuncture in Medicine*, 2014, 32(1):70-72.

[17] 符仲华. 再灌注和再灌注活动——关于外治法中边治疗边活动的方法[J]. *中国针灸*, 2015(S1):68-71.

[18] Inoue M, Nakajima M, Hojo T, et al. Acupuncture for the treatment of trigger finger in adults: a prospective case series[J]. *Acupunct Med*, 2016, 34(5):392-397.

[19] Hwang M, Kang Y K, Shin J Y, et al. Referred pain pattern of the abductor pollicis longus muscle[J]. *Am J Phys Med Rehabil*, 2005, 84(8):593-597.

[20] Langevin H M, Churchill D L, Wu J, et al. Evidence of connective tissue involvement in acupuncture[J].

FASEB J, 2002, 16(8):872-874.

[21] Ho M W, Knight D P. The acupuncture system and the liquid crystalline collagen fibers of the connective tissues[J]. *Am J Chin Med*, 1998, 26(3-4):251-263.

[22] 陈冬, 夏有兵, 凌立君, 等. 浮针配合再灌注活动治疗乳腺增生病疼痛疗效观察[J]. *中国针灸*, 2016(03):251-255.

[23] 钟敏莹, 张熹煜. 符仲华浮针治疗颈椎病临证经验[J]. *中国针灸*, 2015(08):823-826.

[24] 胡光勇, 张建斌. 试论针灸首次效应[J]. *中国针灸*, 2016(01):3-5.

Coming into Force:

Law of the People's Republic of China on Traditional Chinese Medicine

President Xi Jin Ping issued the Order of the President of the People's Republic of China (No 59) on December 25 2016. "The Law of the People's Republic of China on Traditional Chinese Medicine, as adopted at the 25th Session of the Standing Committee of the Twelfth National People's Congress of the People's Republic of China on December 25, 2016, is hereby issued and shall come into force on July 1, 2017."

Law of the People's Republic of China on Traditional Chinese Medicine, the new law at the state level of China, will come into force on 1st July 2017 to replace the old state regulations on TCM - Regulations of the People's Republic of China on Traditional Chinese Medicine. The latter was promulgated by Decree No. 374 of the State Council of the People's Republic of China in April 2003, and effective as of October 1, 2003, which was amended in 2009.

The new forthcoming law of China on TCM contents 9 Chapters and defines the legal position of TCM in China's national health system, and it provides the statutory foundation for government policy making etc, in promoting and developing TCM in China, as well as in dealing with administrative issues related to TCM. These include TCM Services, TCM Protection and Development, Education of TCM, TCM Scientific Research, TCM Inheritance and Cultural Transmission, etc.

It is widely believed that this China's new law will certainly promote the development of TCM further, both domestically and internationally. The texts in Chinese of this law can be downloaded from http://www.npc.gov.cn/npc/xinwen/2016-12/25/content_2004972.htm

TCM in China: White Paper Issued by China's State Council

China's State Council Information Office on 6th December 2016 issued a white paper on the development of traditional Chinese medicine (TCM) in China. The paper is titled as Traditional Chinese Medicine in China and its contents includes The Historical Development of TCM, Policies and Measures on TCM Development, Carrying Forward the Tradition and Ensuring the Development of TCM, International Exchanges and Cooperation in TCM.

This is the first time for Chinese government to issue a white paper specifically on TCM, in response with the forthcoming new Chinese law on TCM. The full English texts of the white paper can be downloaded from <http://www.scio.gov.cn/zfbps/32832/Document/1534710/1534710.htm>.

In order to explore the current real situation on the

development of TCM and the role it plays in China's health system, we abstract some parts of the White paper with the official figures on the scale of TCM etc.

TCM originated in the Chinese culture. It explains health and diseases from a macro, systemic and holistic perspective. It shows how the Chinese perceives nature. As a unique form of medicine, TCM exercises a profound influence on the life of the Chinese people. It is a major means to help the Chinese people maintain health, cure diseases, and live a long life. The Chinese nation has survived countless natural disasters, wars and pestilences, and continues to prosper. In this process, TCM has made a great contribution.

China lays great store by the development of TCM. When the People's Republic was founded in 1949, the

government placed emphasis on uniting Chinese and Western medicine as one of its three guidelines for health work, and enshrined the important role of TCM. In 1986, the State Council set up a relatively independent administration of TCM. All provinces, autonomous regions, and municipalities directly under the central government have established their respective TCM administrations, which has laid an organizational basis for TCM development. In 2003 and 2009, the State Council issued the "Regulations of the People's Republic of China on Traditional Chinese Medicine" and the "Opinions on Supporting and Promoting the Development of Traditional Chinese Medicine," gradually forming a relatively complete policy system on TCM.

Statistics collected at the end of 2015 show that there were 3,966 TCM hospitals across the country, including 253 hospitals of ethnic minority medicine and 446 hospitals of integrated Chinese and Western medicine; there were 452,000 practitioners and assistant practitioners of TCM (including practitioners of ethnic minority medicine and integrated Chinese and Western medicine); there were 42,528 TCM clinics, including 550 for ethnic minority medicine and 7,706 for integrated medicine; there were 910 million visits that year to TCM medical and health service units across the country and 26,915,000 inpatients treated.

Building a distinctive system of training for TCM professionals. By the end of 2015, there were throughout the country 42 institutions of higher learning in TCM (including 25 TCM colleges), and more than 200 Western medicine institutions of higher learning or non-medical higher learning institutions offering programs in TCM, enrolling in total as many as 752,000 students.

Positive progress made in TCM scientific research. Sixteen national TCM clinical research bases have been built as part of the clinical research system for preventing and treating infectious diseases and chronic non-infectious diseases with TCM. This, together with a number of key research centers and labs covering all disciplines of TCM and national engineering (technology) research centers and labs in this respect, have brought into being a TCM sci-tech innovation system that is based on independent TCM research institutes, TCM universities, and TCM hospitals at and above the provincial level, and participated by comprehensive universities, general hospitals and TCM enterprises.

In recent years, 45 TCM research achievements have been awarded national sci-tech prizes, of which five were first-prize winners of the National Science and Technology Progress Award. Tu Youyou won the 2011 Lasker Award in clinical medicine and the 2015 Nobel Prize in Physiology or Medicine for discovering qinghaosu (artemisinin). Wang Zhenyi and Chen Zhu were awarded the Seventh Annual Szent-Gyorgyi Prize for Progress in Cancer Research for combining the Western medicine ATRA and the TCM compound arsenic trioxide to treat acute promyelocytic leukemia (APL).

Rapid development of the TCM pharmaceutical industry.

A number of laws and regulations have been enacted and implemented on strengthening the protection of TCM wild medicinal resources; a number of national and local nature reserves have been established; research has been conducted on the protection of rare and endangered Chinese medicinal resources; and artificial production or wild tending have been carried out for certain scarce and endangered resources.

In 2015, the total output value of the TCM pharmaceutical industry was RMB786.6 billion, accounting for 28.55 percent of the total generated by the country's pharmaceutical industry, and becoming a new source of growth in China's economy. Planting Chinese medicinal herbs has become a key means of adjusting the rural industrial structure, improving the eco-environment, and increasing farmers' incomes. Trade in Chinese medicinal products has maintained rapid growth, and the export value of Chinese medicines amounted to US\$3.72 billion in 2015, signifying the great potential of Chinese medicines in overseas markets.

Promoting the globalization of TCM. Traditional Chinese medicine has been spread to 183 countries and regions around the world. According to the World Health Organization, 103 member states have given approval to the practice of acupuncture and moxibustion, 29 have enacted special statutes on traditional medicine, and 18 have included acupuncture and moxibustion treatment in their medical insurance provisions. TCM medicines have gradually entered the international system of medicines, and some of them have been registered in Russia, Cuba, Vietnam, Singapore, United Arab Emirates, and other nations. Some 30 countries and regions have opened a couple of hundred TCM schools to train native TCM workers. The World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies, headquartered in China, has 194 member organizations from 53 countries and regions, and the World Federation of Chinese Medicine Societies has 251 member organizations from 67 countries and regions.



A letter to Editor: Acupuncture may have negative impact on plastic surgery

Dear Sir

After mastectomy, a significant proportion of women opt for breast reconstruction using their own tissue. One commonly performed operation in our plastic surgery unit uses the skin, fat and sometimes muscle from the lower abdomen, kept alive on a particular artery and vein, and plumbs it into blood vessels in the chest. The plumbed-in 'flap' of tissue, now receiving a blood supply from the chest vessels, is sculpted into a breast shape and stitched in place. The operation usually takes between four and six hours to perform.

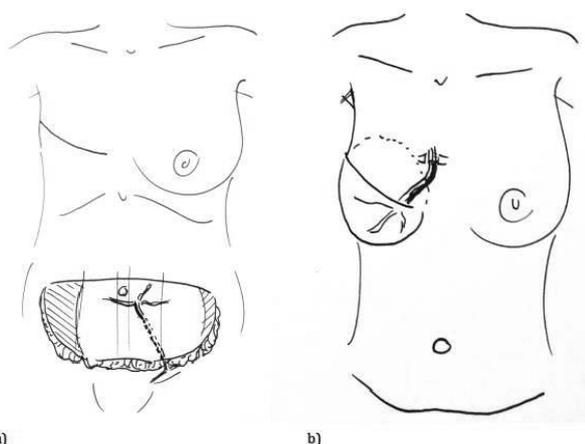


Figure 1: a) Lower abdominal skin and fat with a feeding artery and vein. b) The artery and vein are joined to the internal mammary artery and vein through a space in the rib and the skin and fat 'flap' is inset to make a new breast

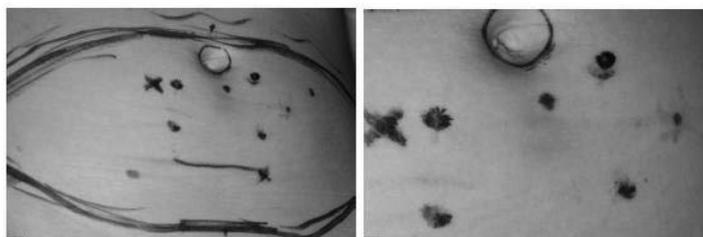
Before the operation, we routinely organise a computed tomography (CT) scan of the blood vessels supplying the abdominal skin, to identify the best one for the job. Sometimes there is only one artery that is robust enough to support the 'flap'. This one arterial trunk divides like the branches of a tree to spread out through the tissue and nourish the skin, fat (+/- muscle).

Last month, a patient came into hospital on the day of her operation. We found the artery that we had identified as the best, next to her belly button, on the CT scan. When we saw her in person, we noticed a bruise just next to this artery, which she said had appeared after an acupuncture session the week before (Fig. 1). We were very concerned that the blood vessel had been damaged, and considered cancelling her operation. In the end, we performed it for her, but did so very slowly and carefully, keeping other less good options just in case the artery was damaged.

Figure 1: A 40-year-old patient presenting for an abdominally based breast reconstruction. She had a visible bruise inferior to the umbilicus (A), shown close up (B). The black ellipse marks the outline of the flap, and the black

dots and crosses the arteries.

We wanted to write to you to explain the nature of this operation, as it is performed increasingly commonly. In this case the patient did well, and there was no clinical impact of



her acupuncture apart from a longer anaesthetic. However, there is a danger that the blood vessels might be damaged, or that the operation might be cancelled, both of which would impact on the patient's outcome, as well as financially for the hospital. We would not recommend acupuncture needling directly to the area that will be used for breast reconstruction within the months before the operation. If you or your patients are ever unsure what area of the body will be used in a breast reconstruction (which do often have confusing names) there are some excellent diagrams and descriptions at the addresses below or we would, of course, be happy to advise.

- <http://www.bapras.org.uk/public/patient-information/surgery-guides/breast-reconstruction>
- www.microsurgeon.org

Yours sincerely,

Lilli Cooper and Martin Jones
Plastic surgery registrar and consultant,
Queen Victoria Hospital, East Grinstead, UK

欢迎加入ATCM会员微信群

ATCM的微信群---ATCM会员学术群于2015年6月建立, 本群是专门为ATCM的会员而建立的(因语言限制, 仅适用于讲中文的会员), 目前已有320余位会员入群。本群突出以学术交流为主, 同时促进会员之间的信息交流和沟通。许多会员在此交流中医中药和针灸推拿等临床经验和病例讨论等, 以及由学会安排的专题学术讲座等, 使得本群已然成为ATCM及其会员的一个重要和便捷的学术交流平台。本刊陆续发表一些学术群内的讲座和病例, 并向几位主讲人表以感谢和敬意。ATCM理事会号召会员们积极参加这个会员群, 相信您一定会从中受益。您可以直接联系学会秘书王剑霞女士(微信号ATCM-OFFICE), 以便被邀请入群。

The Journal of Chinese Medicine and Acupuncture

《英国中医针灸杂志》征稿启事

《英国中医针灸杂志》为英国中医药学会主办的中英文双语学术期刊，每年三月和九月发行两期，并可在学会网上阅览。本刊宗旨着重在于为大家提供一个平台和论坛，借此互相沟通学习，不断提高学术水平和质量，从而推动中医针灸的发扬光大。欢迎诸位会员，中医同仁及各界读者慷慨赐稿，与大家共同分享你们的临床经验，典型病例分析，行医心得，理论探讨，中医教育和发展的文献综述和研究报告。并建议大家推荐本刊给病人及其周围之人阅读，让更多英国民众看到并亲身体会到中医之奇妙果效，从而提高中医之声誉，扩大中医之影响。

来稿中文或英文均可，中英双语更受欢迎。字数中文 5000 字以内，英文 4000 字以内，并附 200 字以内摘要。文章必须符合以下格式：标题，作者，摘要，关键词，概要，文章内容，综述/讨论或结论，以及参考文献。每篇文章也可附带一份单独的作者简介。

所有来稿必须是尚未在其它杂志上发表过的文章，也不得同时投稿于其它杂志。若编辑审稿后认为需做明显改动，将会与作者联系并征得同意。本刊保留版权，未发表的文章将不退稿。投稿一律以电子邮件发往 info@atcm.co.uk。请注明“杂志投稿”字样。下期来稿截至日期为 2017 年 8 月 20 日

The Journal of Chinese Medicine and Acupuncture

Call for Papers

The Journal of Chinese Medicine and Acupuncture (JCMA) is a bilingual TCM academic journal, which is published twice annually in March and September. It is intended as a platform and a forum, where the journal concerning the profession can be developed, debated and enhanced from the greatest variety of perspectives. All of ATCM members, other TCM professionals and members of public are welcomed and invited to contribute papers for the journal. The journal may feature articles on various topics, which including clinical experience, case studies, theory and literature, education and development, book reviews and research reports etc.

Papers should be in Chinese or English, or bilingual, with up to 5000 words in Chinese or 4000 words in English. Papers in English are particularly welcome. An abstract of 150-200 words should also be attached. The article must comply with the following format: Title, Author, Abstract, Key Words, Introduction, Text, Summary/Discussion or Conclusion and References. Each article may also be accompanied by a short biography on a separate page.

All the submitted articles or papers must not be simultaneously submitted to other journals, and also have not been published in any other journals unless particularly specified. Submitted articles are reviewed by our editors. If the editors suggest any significant changes to the article, their comments and suggestions will be passed on to the authors for approval and/or alteration. JCMA maintains copyright over published articles. Unpublished articles will not be returned unless specifically arranged with the editors.

All the papers should be sent to the Editorial Committee via email info@atcm.co.uk. Please indicate "Paper for JCMA".

Deadline of submission for next Issue (Volume 24 Issue 1) is **20th August 2017**.

Papers received after the deadline may still be considered for publication in the later issue.

TCMswiss – Centre for Traditional Chinese Medicine (TCM) in Switzerland is looking for

TCM Therapists

健康

Do you have a solid TCM training/university degree (acupuncture, tuina, phytotherapy, cupping) and several years of experience? Are you a citizen of EU or Switzerland? If the answers are yes, you may be the person we are looking for. Please do not hesitate to contact us for more details. Basic salary CHF 84'000.-, plus performance bonus.

Please send your application/CV to: eva.villanyi@tcmswiss.ch

TCMswiss AG
Wallisellerstrasse 114
8152 Opfikon, Switzerland
+41 44 861 18 18
www.tcmswiss.ch



TCMswiss – 瑞士中医中心, 诚聘

中医师

健康

您享有深厚的中医教育/大学文凭(针灸, 推拿, 开中药处方, 拔罐)和多年的临床经验, 并且拥有欧洲共同体或瑞士国籍。详情请联系我们。基本年薪84'000瑞士法郎, 加业绩奖金。

请将您的履历附照片通过电子邮件寄给: eva.villanyi@tcmswiss.ch

TCMswiss AG
Wallisellerstrasse 114
8152 Opfikon, Switzerland
+41 44 861 18 18
www.tcmswiss.ch



英国中医针灸杂志编辑委员会 Editorial Committee of JCMA

主编: 沈惠军

编辑: 向阳, George Cooper, 叶静

本期编辑: 沈惠军, 向阳, George Cooper, 叶静

版面设计: PCL Wollaston Print

Chief Editor: Huijun Shen

Editors: Yang Xiang, George Cooper, Jing Ye

Editors of this Issue: Huijun Shen, Yang Xiang,

George Cooper, Jing Ye

Graphics: PCL Wollaston Print

英国中医药学会

The Association of Traditional Chinese Medicine and Acupuncture UK

地址 Address:

ATCM, Suite

10 Brentano House

Unit 5 The Exchange,

Brent Cross Gardens

London NW4 3RJ

电话/传真 Tel/Fax: 0044 (0)20 8457 2560

微信 WeChat: ATCM-OFFICE

电子邮件 Email: info@atcm.co.uk

网站 Website: www.atcm.co.uk



聘

瑞士 Sinoswiss Medical AG 连锁中医诊所诚聘中医师

我公司成立于2005年, 拥有20家诊所, 分布在瑞士各大城市。因发展需要, 诚聘中医师。

应聘条件:

- 正规大学毕业, 从事针灸/推拿临床工作15年以上, 年龄在35-55岁之间。
- 精通中医诊断、针灸/推拿、拔罐、艾灸和中药。
- 外貌端正, 为人开朗, 适应异国文化, 有独立解决问题的能力, 诚实守信, 认真负责。
- 拥有英国护照或其他欧共体国家护照。

工作待遇:

- 基本工资年薪8.4万瑞郎, 每月根据业绩发放奖金(上不封顶)。
- 公司给员工交养老金和退休金(大约为收入总额的10%), 按政府政策离境后退回个人。

在瑞士中医的治疗由医疗保险中的附加保险来负责报销。

有意者请提供履历表和个人近照:

联系人: Grace Zhang

地址: Bahnhofstrasse 32,
6300 Zug, Schweiz

电话: 0041 41 500 01 24

网址: www.sinoswiss.ch

邮箱: g.zhang@sinoswiss.ch

微信: QQ1001809





Authenticity Quality Experience Safety Consistency Transparency



70年科學中藥的專家 • 頂尖科藥的品質
堅持品質，因為生命價值

70 Years of Experience in the manufacture
of Chinese Herbal Extracts.
Dedicated to providing the World's best
quality products for Life.

實驗證明 品質最優, 歡迎索取相關檢驗報告

UK / Ireland sole distributor : Herbprime Co., Ltd
Unit 2 Fourways Trading Estate, Longbridge Road,
Trafford Park, Manchester, UK M17 1SW
tel: +44 161 877 2382 (Main Line)
fax no. +44 161 872 1288



Herbprime Co., Ltd.
RCHM & ATCM approved supplier