

澳門中醫藥雜誌

MACAU JOURNAL OF CHINESE MEDICINE 第二十二期 2021.06



澳門中醫藥雜誌(第22期)

社長、總編輯：石崇榮

副社長：郭光龍

出版：澳門中醫藥學會

地址：澳門西灣卑第巷5至7號地下D座

出版日期：2021年6月

設計：自由人設計有限公司

印刷：華輝印刷有限公司

發行：澳門中醫藥學會

發行數量：1,500冊

所有權實體：澳門中醫藥學會

新聞局登記號：361

ISSN 2219-777X

版權所有 翻印必究

非賣品 / 免費贈閱

澳門中醫藥雜誌



澳門中醫藥學會

ASSOCIAÇÃO DOS INVESTIGADORES, PRATICANTES
E PROMOTORES DA MEDICINA CHINESA DE MACAU

編輯委員會



社長、總編輯：石崇榮



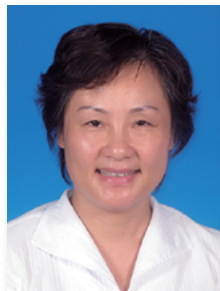
副社長：郭光龍



主編：鄭其昌



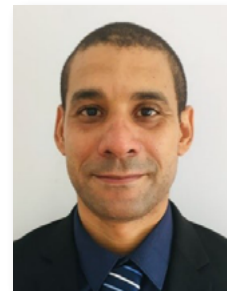
副主編：馮上柱



副主編：莫蕙



副主編：趙永華



副主編
Associate Editor-in-Chief:
雷福 Ephraim

編委：	王新華	朱紅梅	江泓成	李偉華	李永嫻	李健溢
	李殿寧	李麗珠	利棟銘	邢詒漢	阮慶賢	冼紹祥
	周岱翰	林志秀	柳成剛	秦應中	袁炳勝	馬凱旋
	梁恩賜	梁漢榮	梁靜敏	許能貴	郭桃美	陳 群
	陳光雲	曾兆榮	程偉強	董泳珊	劉群英	黎銘康
	蕭國全	鄭梓恆	羅發蘭	羅頌平		

(按姓氏筆劃排序)

目錄

灣區中醫藥合作與機遇

- 53 名澳門中醫入駐珠海市人民醫院醫療集團橫琴醫院 _ 石崇榮.....5
中醫抗疫齊建灣區大健康 _ 石崇榮.....6

疫病專區 - 新冠肺炎探析

- 淺說“寒疫” _ 李登嶺 李好 李喬 趙紅霞.....7
基於臨床實踐淺談中醫治療新冠的思路和方法 _ 郭媛.....13
營養“抗疫”，守護國民健康 _ 闕旗旗.....22

中醫保健與食療

- 小滿節氣與營養 _ 珠海市營養學會.....23
補肺強身增健康 _ 石崇榮.....25
蘇東坡的養生法 _ 阮慶賢 李永嫻.....27
“一氣周流”理論對失眠的病因病機探析 _ 梁永耀.....28
淺談中醫暖宮育嬰 _ 李灼珊.....32

臨證心得

- 泌尿系結石病案 _ 黃志忠.....34
子宮肌瘤的治療 _ 呂志揚.....35
針藥結合治療下肢靜脈曲張病案舉隅 _ 譚嘉偉.....37
鮑慶祥主任診治 Miller-Fisher 綜合征經驗探析 偶鷹飛 陳子弘 肖福君
張海峰 鮑慶祥.....40

針灸聚英

- 登堂入室乃見宗廟之美 _ 謝強.....45

名家經驗與傳承

- 老昌輝教授病案二則 _ 梁可雲 戴勇 郭美林.....50

論文選錄

- 長者失眠症的中西醫治療研究進展 _ 馮雪 周英 鄒小芳 梁倩茹.....55

Article

A Inspeção Da Língua Em Pacientes Com Doença De Parkinson Segundo A M.t.c.....	64
Conhecimento Popular Na Amazonia	70
Distal acupuncture and local acupuncture in musculoskeletal pain.....	83
Foto Acupuntura nas Dores Orofaciais e Disfunções Temporomandibulares	89
New acupuncture method in cervical dystonia	94
O Mesentério é a Viscera (Fu 腑) San Jiao (三焦) _Izana Rodrigues Fiterman.....	99

* 約 稿 *

- 1 本刊物為澳門中醫藥學會出版的綜合性中醫雜誌，歡迎投稿。來稿內容須與中西醫藥有關。
- 2 凡涉及宗教，政治，人身攻擊，觸犯醫藥法例的文章，恕不接納。
- 3 來稿一律採用電子文件 (word)，文章篇幅一般不超過三千字。收稿電子郵箱：paulolc@macau.ctm.net
- 4 編輯部對來稿有取舍與刪改權，如不願被刪改者，請在稿末聲明。本部一般不會退還原稿。
- 5 來稿一律文責自負，如有侵犯版權行為，本刊不負任何法律責任。
- 6 來稿除必須註明真實姓名，通訊地址外，尚應註明作者工作單位和職稱，聯絡電話與電子郵箱等。
- 7 澳門中醫藥學會《澳門中醫藥雜誌》編輯部：西灣卑弟巷 5-7 號海港大廈地下 D 座，電話：66819938
- 9 聯絡處：澳門南灣般皇子馬路 24 號，聯絡電話：28710058
- 10 聯絡處：澳門筷子基和樂大馬路宏建大廈第六座 109N 地下 C 聯絡電話：28267177
聯絡人：石崇榮電話：66819938 電郵：paulolc@macau.ctm.net
網站：<https://aipmcm.org>

Notes for Contributors

- 1 The publication is a comprehensive Chinese medicine journal published by the Associação dos Investigadores, Praticantes e Promotores da Medicina Chinesa de Macau. Contributions on Chinese and Western medicine are welcome.
- 2 Articles relating to religion, politics, or containing personal attacks, or violating medical laws/regulations will not be accepted.
- 3 Articles should be submitted in electronic form (MS Word format), and should be within 3,000 words. In order to be environmentally friendly, we encourage authors to submit by email.
- 4 Our Editorial Office has the right to choose and alter any submitted articles. Authors who do not wish their contribution to be altered should indicate such at the end of the article. The submitted article will not be returned.
- 5 Authors are responsible for their article. We bear no legal responsibility in the case of authors' infringement on copyright.
- 6 Authors who submit article from abroad should indicate their real name, postal address, as well their organisation/ company name and job title, contact phone number and email address.
- 7 Contributions should be emailed to paulolc@macau.ctm.net, the Macao Journal of Chinese Medicine Editorial Office, the Associação dos Investigadores, Praticantes e Promotores da Medicina Chinesa de Macau.

學術顧問

陳凱先院士	上海中醫藥大學原校長
張伯禮院士	天津中醫藥大學校長
高思華教授	北京中醫藥大學原校長
吳勉華教授	南京中醫藥大學原校長
項平教授	新加坡中醫學院院長
呂玉波原院長	廣東省中醫院
王承德教授	國家中醫藥管理局、臺港澳交流合作中心原主任
李俊德教授	中華中醫藥學會副會長
李振吉教授	世界中醫藥學會聯合會秘書長 國家中醫藥管理局原副局長
姜再增教授	世界中醫藥學會聯合會副秘書長 國家中醫藥管理局原副司長
楊金生所長	中國中醫科學院中醫基礎理論研究所醫學博士、 主任醫師
老昌輝院長	廣東省中西醫結合醫院名譽院長
關之義會長	香港中醫師公會
鄭心錦教授	前新加坡中醫學院院長
王彥暉教授	廈門大學醫學院 副院長
孫升雲教授	暨南大學醫學院中醫教研室主任、中醫科主任、 博士生導師
徐愛生博士	澳門中醫藥學會治未病、工作室總顧問專家
朱文立醫生	澳門外科學會副會長

(排名不分先後)

澳門 53 名中醫入駐 珠海市人民醫院醫療集團橫琴醫院

石崇榮

2021年1月6日下午，珠海市人民醫院醫療集團橫琴醫院舉行澳門醫生團入駐珠海市人民醫院醫療集團橫琴醫院啟動儀式暨橫琴醫院建院一周年慶典活動。

橫琴新區黨委副書記李偉輝、區社會事務局局長朱自琴、副局長劉偉國，市人民醫院醫療集團院長陸驪工、黨委委員忻勇傑、橫琴醫院執行院長馮晉康，寧愛（澳門）董事會主席曾厚沃、澳門婦聯總會副理事長黃潔貞、澳門中醫藥學會會長石崇榮、澳門中醫藥學會理事長、澳門醫務委員會委員程偉強、副會長李健溢等出席活動。

為了促進粵港澳大灣區中醫業界的互動交流和合作，回應國家支持粵港澳大灣區醫療資源互助共用，以利澳門中醫人才在灣區的建設和發展，落實中醫特色療法深入走進民間，在得到珠海市人民醫院醫療集團領導大力支持下，本會與珠海市人民醫院醫療集團在2019年分別簽訂多項中醫藥合作協定，包括澳門年青中醫人才培養及灣區行醫就業發展計劃。

今次是灣區內最多澳門中醫人數入駐發展的醫療團隊，現時已有53名本澳中醫辦理好珠海市人民醫院醫療集團橫琴醫院多點執業報備及簽訂工作合約，經醫院安排內部培訓後，會分派到珠海市人民醫院門診及相關社區門診進行應診服務，亦有部份駐診年青中醫，會先安排接受醫院規範臨床培訓才會進行應診工作，珠海市人民醫院醫療集團橫琴醫院同時會將設立名醫傳承工作室，引進名醫為本澳中醫提供更高層次的臨床跟診技術培訓，橫琴醫院會建立中醫治未病中心，主要在防病、養生及慢性病的防治，而團隊成員會主要由內地專家及本澳中醫共同組成運作。

這次珠澳兩地中醫藥人力資源的融合發展，相信定能加深澳門年青一代中醫對灣區的認識和瞭解，將有助推動澳門年青一代融入灣區發展。



中醫抗疫齊建灣區大健康

石崇榮

中醫藥學是融合預防、治療、康復為一體的整體醫學，歷史源遠流長，是中華文明的一個瑰寶，凝聚著中華民族的博大智慧。

隨著時代的發展，疾病譜正在發生變化，新發流行性、傳染性疾病的不斷出現，中醫更凸顯其優勢。如去年，內地面對突如其來的新冠肺炎疫情，中醫全程參與、發揮了重要作用，彰顯出中醫治療流行性疾病成效，成為我國打贏疫情防控阻擊戰的“利器”。

為了加強推動粵港澳大灣區中醫藥的交流和合作，充分發揮中醫藥在防控新冠肺炎疫情中所起的協同作用，展現出中醫藥特色和優勢，需要進一步推動本澳中醫向灣區各城市在新冠肺炎疫情下中醫藥在防控及臨證工作方面的學習和研究，本會與珠海市人民醫院橫琴醫院兩地共同合作，設立治未病工作室，共同推進中醫藥在防治慢性病、傳染病方面的特色和優勢。「未病先防」是中醫理論的大原則，如能增強自身的抵抗力和免疫力，對病毒感染後的自我恢復能力也有了重要的保障作用，中醫認為「正氣存內，邪不可幹」，當「正氣充足」，疾病便難以侵犯，根據國務院國辦發 2014-3 號《中國食物與營養發展綱要 2014-2020》第四部分指出“提高全民營養意識，提倡健康生活方式，樹立科學飲食理念，大量的臨床實踐證明，營養與中醫藥結合不僅可以提升人體預防疾病的能力，減少併發症，促進疾病的康復，而且對提高臨床醫治水準、推遲疾病進程、改善生存品質起著非常重要的作用。

本澳年青中醫大多欠缺在新冠肺炎疫情等傳染病方面的臨床治療經驗，中醫傳承重視臨床經驗學習，在得到珠海市人民醫院橫琴醫院、珠海市營養學會、內地相關專家學者大力支持下，將會由各地有相關臨床經驗的中醫治未病專家、抗疫專家有系統地培訓本澳年青中醫，傳承中醫在慢性病、傳染病，對防（預防）、治（治療）、養（養生）方面的臨床經驗和心得。同時成立以青年中醫為骨幹的治未病宣教隊伍，以治未病為方向，向學校、社團及廣大市民進行宣傳教育的工作，宣教中醫治未病的特色，提升市民重視自身的健康狀況及抵抗力，重視未病先防，既病防變的思維和心態，發揮中醫學特色和優勢，以“治未病”為核心，突出亞健康干預，將慢性非傳染性疾病控制在發生之前、傳染病控制在感染前，相信定能與現代醫學起到協同防治疫情作用，為現時澳門抗疫防疫工作多出一分力量。



淺說“寒疫”

李登嶺¹ 李好^{2*} 李喬 趙紅霞¹

摘要 目的：探討“寒疫”概念及新冠肺炎的“寒疫”、“濕疫”歸屬。方法：對歷史有關“寒疫”概念的文獻檢索、查閱、對比、歸納，及對現代規範化、標準化中醫藥學名詞“寒疫”、“濕疫”概念進行解析。結果：認為中醫經典的“寒疫”概念是明確的，且中國科學技術名詞審定委員會審定的“中醫藥名詞術語”，已有明確的“寒疫”、“濕疫”概念。結論：據國家衛生健康委員會“2019年12月以來，湖北省武漢市出現了新型冠狀病毒肺炎（簡稱新冠肺炎）疫情，截至2020年2月2日24時”的累計病例報告。其“新冠肺炎”屬於中醫學“寒疫”、“寒濕疫”的範疇尚待商榷；中醫概念、術語規範化任重而道遠。

新冠肺炎疫情以來，中醫藥早期全程、廣泛介入成了這次疫情防控的中國特色。在沒有特效藥和疫苗的情況下，中醫藥的參與，彰顯了抗疫的中國智慧。“中西醫結合、中西藥並用，是這次疫情醫療救治的一大特點，也是中醫藥傳承精華、守正創新的生動實踐”。疫情是中醫藥發展的機遇和挑戰，也反映了當代中醫學界疫病相關的中醫理論和臨床水準之不足。本文依照中醫經典文獻及現代規範化、標準化的

中醫藥學名詞“寒疫”概念，結合“2019年12月以來，湖北省武漢市出現了新型冠狀病毒肺炎（簡稱新冠肺炎）疫情，截至2020年2月2日24時”^[1]的累計病例報告資料。淺談一下我們有關新冠肺炎是否屬於寒疫的一些看法。

1. 疫、寒疫概念的歷史沿革。

《素問·刺法論篇第七十二》有“天地迭移、三年化疫”；有“五疫之至，皆相染易，無問大小，病狀相似”；又有小金丹方“……服十粒，無疫幹也”之說。但後世多認為“素問·刺法論篇第七十二篇”為後世續貂之作^[2]，這也許是“五疫分類”方法，後世未得到發展的真正原因。因為隋、唐、宋本皆無此篇，文為後世補入。既然《內經》隋、唐、宋本無此篇，則“五疫分類”無以指導該時期疫病理論的發展。

隋·巢元方《諸病源候論》有“傷寒病諸侯”、“時氣病諸侯”、“熱病諸侯”、“溫病諸侯”，另有“疫癘病諸侯”。宋本《傷寒論》與其篇中對疫、時行寒疫的論述一致。唐·孫思邈《備急千金要方》認為“傷寒”與“溫疫”有別。文中有“傷寒例第一”引王叔和語：“夫陽盛陰虛（《外台》作表和裡病），汗之則死，下之則愈。陽虛陰盛（《外台》作裡和

¹ 莘縣中西醫結合研究 ² 山東中醫藥大學 * 在讀本科生

表病），汗之則愈，下之則死。……桂枝下嚔，陽盛則斃（《外台》作表和則斃）。承氣入胃，陰盛以亡（《外台》作裡和已亡）。且又有“辟溫第二”篇。從經典中醫著作分析及臨證心悟可得，唐代及唐代以前，經典中醫對傷寒、溫病的發病原因、傳變途徑、初期症狀，認識趨於一致。且認為時氣病是和季節相關的特殊“溫病”^[3]。

寒疫一詞首見於《傷寒論》之“傷寒例”篇。北宋之前，經王叔和整理的《傷寒論》版本不一、差異甚多，北宋官方校正醫書局，全面、系統的校正出定型、統一、標準的宋本《傷寒論》^[4]。至宋本《傷寒論》問世。“傷寒例”篇中已將傷寒分出“傷寒”、“伏寒化溫”、“四時正氣為病”及“非時之氣為病”。詳如：其傷於四時之氣，皆能為病。以傷寒為毒者，以其最成殺厲之氣也。中而即病者，名曰傷寒；不即病者……至春變為溫病，至夏變為暑病。……凡時行者，春時應暖，而復大寒；夏時應大熱，而反大涼；秋時應涼，而反大熱；冬時應寒，而反大溫。此非其時而有其氣，……此則時行之氣也。夫欲候知四時正氣為病，及時行疫氣之法，皆當按鬥曆占之。……從霜降以後，至春分以前，凡有觸冒霜露，體中寒即病者，謂之傷寒也。……其冬有非節之暖者，名曰冬溫。冬溫之毒，與傷寒大異，冬溫複有先後，更相重選，亦有輕重，為治不同，證如後章。……從春分以後，至秋分節前，天有暴寒者，皆為時行寒疫也^[5]。宋本傷寒論的編校者，辨識傷寒、伏寒化溫、冬溫、時行寒疫等等，已經架構了自己的體系^[6]。正因為宋本《傷寒論》的全面、系統，堪稱完美的闡釋了熱病，致使其頒行傳播後，學術界“遂開以《傷寒論》統治溫病之風，這也是後世寒、溫學派爭論的根由”^[7]。

朱肱在《傷寒類證活人書》中指出，不可拘泥使用經方。王安道在《醫經溯洄集》中明確指出，溫病不可混稱傷寒。直至明清溫病學名篇《溫疫論》、《溫熱論》、《濕熱病篇》、《溫病條辨》、《溫熱經緯》等著述問世。這樣，溫病，源於《內經》、《難經》，經漢仲景之說，隋唐以降，至明清時期，溫病學形成獨立學科。致使熱病學自“溫疫概寒疫”，到“《傷寒論》統治溫病”，再到“溫病學形成獨立學科”。熱病學術學說在學術爭鳴中進步、發展，形成兩個獨立的學科。

須要指出的是：吳又可雖論“溫疫之為病，非風、非寒、非暑、非濕，乃天地間別有一種異氣所感”，但仍以《內經》、《難經》經典理論傷寒學、溫病學為指導中醫治療^[8]，且多化裁仲景用方；葉天士《溫熱論》有“論衛氣營血與傷寒同”；薛雪之《濕熱病篇》、吳瑭之《溫病條辨》無不是深諳經典，學出仲景傷寒學，而又天才的豐富和發展了仲景學說。筆者同時認為：宋本《傷寒論》講疫病，傷寒例篇原文將傷寒首先分出四時正氣為病和時行疫氣為病；將疫病單列為時行疫氣，又將時行疫氣分為冬溫和時行寒疫。分類明確、臨床適用。

高飛老師《說寒疫》中有：寒疫是感受寒性疫邪所引起的具有較強染易性、易引起大流行性的一類急性發熱性疾病；其發病與天時運氣、季節、氣候密切相關，其辨治可參考《傷寒論》的辨證體系進行^[9]。筆者認為，其“寒疫”概念，雖然將“非時之氣”換成“疫邪”，

對疫病概念的認識和仲景學說不相吻合。但仍支持其“寒疫論治可參考《傷寒論》的辨證體系進行”的學術觀點。在支持邱模炎、高飛老師“辨證仍按傷寒論的辨證體系進行”的同時，筆者認為六經辨證和衛氣營血、三焦辨證可共容互鑒，應充分借鑒後世溫病學發展了的論治思想。

2. 對現代規範化、標準化中醫藥學名詞“寒疫”、“濕疫”概念的解析。

認識“寒疫”，我們有必要學習一下全國科學技術名詞審定委員會·中醫藥學名詞審定委員會（中醫藥學名詞審定委員會於2000年8月正式成立，王永炎院士任第一、二、三屆主任委員），審定的規範性中醫藥名詞“寒疫”、“濕疫”概念。

寒疫（cold pestilence）是指感受寒邪癘氣，以頭痛，身痛，寒熱無汗，狀如傷寒等為主要表現的疫病。

濕疫（damp pestilence）是指感受濕溫癘邪，以乍寒乍熱，損傷肺氣，暴嗽嘔逆，或體熱發癩，喘咳引氣等為主要表現的疫病。

顯而易見，“寒疫”概念在科學技術名詞審定委員會審定的中醫藥學名詞（第二版）中已有定論；該在中醫藥學名詞（第二版）中“濕疫”概念與“寒疫”概念之相對；且在中醫藥學名詞（第二版）中無“溫疫”概念，而有瘟疫統稱為疫。亦即寒疫（感受寒邪癘氣）、濕疫（感受濕溫厲邪）同屬瘟疫（疫），是一對相對的概念。應當明確一個問題：濕疫之“濕”，似“濕”非“濕”。濕疫之“濕”，並非“六淫”之“濕”，更非“六氣”之“濕”，乃“癘氣”之“濕”也^[10]。正如後面章節中，有學者始認為新冠肺炎是“濕疫”，後又改為新冠肺炎是“寒疫”、“寒濕疫”。若從規範的概念來看，極易造成概念和邏輯的混亂。中國中醫科學院西苑醫院、北京中醫藥大學循證醫學中心相關學者，《立足“濕疫”分析新型冠狀病毒肺炎各中醫診療方案及專家建議》^[11]一文，已經發現了這個問題，並試圖立足“濕疫”，以“濕疫”為核心病機協調各個方面。中國中醫科學院廣安門醫院齊文升教授認為：新冠肺炎屬“濕疫”“天行感冒”，為“瘟疫”的一種^[12]；楊華升等總結北京地區27例患者的臨床證候，認為北京地區病例的中醫病性為“濕熱”^[13]；張俠等歸納南京地區42例患者證型為濕困肺衛證和熱毒鬱肺證；發熱以中、低熱為主，咯痰以白痰多見，兼見疲勞乏力、納差、嘔惡、腹瀉，此為濕濁困阻之象；再察舌象，舌質紅但舌苔多白膩，為有濕有熱^[14]；盧幼然等通過對新冠肺炎國內中醫藥界一線救治資料進行的整理與回顧，認為本病屬於疫病範疇，疫癘毒邪的性質以濕毒為主，六淫等為發病誘因，核心病機為“濕、毒、熱、痰、癩、虛”^[15]；天津中醫藥大學循證醫學中心鄭文科、張俊華等亦認為應從濕毒疫論證新型冠狀病毒肺炎^[16]。

3. “新冠肺炎”屬於中醫學“寒疫”、“濕疫”範疇的解析。

2019年12月份以來，湖北省武漢市陸續發現COVID-19以來，有關COVID-19此疫的寒疫、溫疫之爭即已顯現。如有作者認為“武漢區域內河湖較多，濕氣較重，恰逢異常氣候，冬季

氣溫偏高，當寒不寒，濕熱蘊蒸，異常氣候為溫疫爆發流行創造了有利條件”^[17]。新冠肺炎(COVID-19)是一種變症快、人群普遍易感的呼吸道急性傳染疾病。根據此次疾病的病症特點，其當屬中醫“溫疫”範疇^[18]。我們暫不爭論COVID-19是謂溫病還是溫疫(瘟疫)，因為在新型冠狀病毒感染的肺炎診療方案(試行第五版)^[19]，新型冠狀病毒感染的肺炎診療方案(試行第六版)^[20]，以及新型冠狀病毒感染的肺炎診療方案(試行第七版)^[21]，對COVID-19是謂“疫病”已有定論。此處針對中國中醫科學院專家組王永炎院士等關於新冠肺炎寒疫、寒濕疫之論，做一簡要分析，其中原委，便可了然。

王永炎院士等以下兩點認識寒疫：一，漢代張仲景在《傷寒論》序中述其宗族亡者眾多，傷寒十居其七，說明張氏家族所患傷寒非普通外感傷寒，應屬寒性疫病”^[22]。二，吸納《傷寒論》傷寒例篇中的“時行寒疫”概念，做為“第一種情況”入王永炎院士等界定的“寒疫”概念中。王院士等似將其“寒疫”概念等同於《傷寒論》之“傷寒”大概念，即傷寒=寒疫，用《難經》“‘傷寒’有五”之“傷寒”大概念等同於“寒疫”。則從這個寒疫(等同於傷寒)大概念論治新冠肺炎，則終於可以講通了“新冠肺炎寒疫論”，然則這無疑於講“天下疫均是‘寒疫’”！這種貌似尊崇仲景學術學說的觀點，其實質是無視仲景學說學術的發展。殊不知：若不以歷史、發展的眼光看問題，傷寒例中有：“凡傷寒之病。多從風寒得之。始表中風寒。入裡則不消，然未有溫覆而當不消散者”。您如何能講的通？寒疫都能因“溫覆適當而消散”如何理解？讀仲景書，必須洞明：仲景之作，從臨床中來，始為臨床方書，後世為使其指導臨床有普通性，故架構更大更完備的理論，進行了大量的修正，時至今日，他已經是一種對付疾病、尤其是外感熱病的一個方案！必須明白一個淺顯的道理：認識新冠是否為寒疫，或者說認為新冠非屬寒疫，或者說認為新冠屬於廣義溫病，這一切，並不影響仲景學說對新冠肺炎診治的指導意義！

宋本《傷寒論》之“傷寒論序”為宋校書之儒臣高保衡、孫奇、林億等，校定《傷寒論》時所作。其“以為百病之急，無急於傷寒，今先校定張仲景《傷寒論》……”^[23]。其書名中有“傷寒”這一大概念。同時本書“傷寒例”篇有“寒疫”小概念。今以“寒疫”大概念等同於傷寒論書名之“傷寒”顯系荒謬！若以“漢代張仲景在《傷寒論》序中述其宗族亡者眾多，傷寒十居其七，說明張氏家族所患傷寒非普通外感傷寒，應屬寒性疫病”。又以“晉代王叔和在《傷寒例》中首次明確提出‘寒疫’概念”，視其寒疫概念為大概念第一種情況，則顯系邏輯混亂。這也反映了對仲景學說認識的狹隘思維！新冠肺炎寒疫論者，若通讀過宋本《傷寒論》，即不會違論寒疫的概念視同為《傷寒論》書名之“傷寒”；新冠肺炎寒疫論者，若粗通仲景學說發展史，即不會違論“傷寒論是專研傳染病之書”^[24]；如果還給傳統中醫學留一點獨立空間，就不會將新冠肺炎的中醫病名，以科學主義命名為“寒疫”。一易寒暑，當時“據所謂數‘九九’這種諺語，說明氣候寒冷，推斷病屬寒疫的說法，恐無法自圓其說”^[8]；今年的夏天北京新發地“新冠肺炎”，時間和氣候特徵使原作者這種推導結論，不攻自破，因為這種所謂的“嚴冬發病、氣候寒冷已不復存在。可喜的

是，2020年入夏以來，北京新發地新冠肺炎發生後，北京市中醫管理局新方案^[25]已去“寒疫”化。也沒有推薦清肺排毒湯。在紐約中醫論壇新冠專題講座第十二講中，齊文升教授對2019年末發生的武漢疫情有專門論述：2019年12月21日，劉清泉、齊文升做為第一批專家組隊長、副隊長到武漢診治新冠肺炎，提出診療方案，指出新冠肺炎屬疫病、濕疫、濕毒疫，齊文升為薛伯壽國醫大師的學術繼承人，齊文升對“新冠肺炎屬疫病、濕疫、濕毒疫”的認識（筆者主張以疫病認識新冠肺炎，但對新冠肺炎對應寒疫還是濕疫，不持態度。僅就張伯禮院士團隊發表的病例樣本，認為其證候符合濕溫特點，可參閱薛生白《濕熱病篇》論治〈見紐約中醫論壇新冠專題講座第二十一講，主講人：李登嶺〉），也驗證了薛伯壽起初認為“新冠肺炎屬疫病、濕疫”，後在王永炎院士1月26日在中國中醫科學院會議室會議上，附合將“濕疫”改為“寒濕疫”的說法^[26]。值得注意的是，按規範化、標準化中醫藥學名詞“寒疫”、“濕疫”概念，濕疫和寒疫不相能！必須再次強調一個問題：濕疫之“濕”，並非“六淫”之“濕”，更非“六氣”之“濕”，乃“癘氣”之“濕”也^[10]。

我們常以《難經》界定廣義的傷寒概念：傷寒有五，有中風、傷寒、濕溫、熱病、溫病。認為《傷寒論》涵蓋廣義傷寒，而仲景論傷寒、中風之治法詳備，而略于論述溫病證治。竊以為是仲景以陽氣為“大寶”，側重於述寒之傷人，重人之陽氣，重溫散表寒於外，重扶陽；對“寒之化熱，保陰津，清泄裡熱，保胃氣”略論而不缺失。重視、突出仲景學說在新冠肺炎救治中的地位，不必謬說新冠肺炎是“寒疫”！且使自己陷入無法自圓其說的境地！而應該認識到“傷寒學、溫病學本是一家，外感熱病學包括傷寒學、溫病學……各溫病學著作如《溫病條辨》一樣，‘雖為溫病而設，實可羽翼傷寒’^[8]。也就是說，沒有傷寒、溫病學派之爭，溫病學是出於臨床、在仲景學說的基礎上發展起來的，是對仲景學說的進一步發展和補充說明。就中醫學發展之今天看來，再立“寒疫”一說，首先要確切把握“時行寒疫”、“寒疫”、“濕疫”、“瘟疫”的基本概念，而不應因新冠肺炎“寒疫”論的不當，而再造“寒濕疫”論。

筆者認為，現階段有必要重視研究討論以下問題：廢除習慣上的疫病二元、多元概念，以疫一統之；參照熱病辨治方法（包括傷寒、溫病）整合論治思路，如傷寒重扶陽亦不忘救陰，同樣溫病顧陰尤重、亦須防傷陽；三是兩條腿走路，保持中西醫結合中的科學探索，同時堅持以中醫經典學說為根基發展中醫。中醫概念、術語規範化任重而道遠！

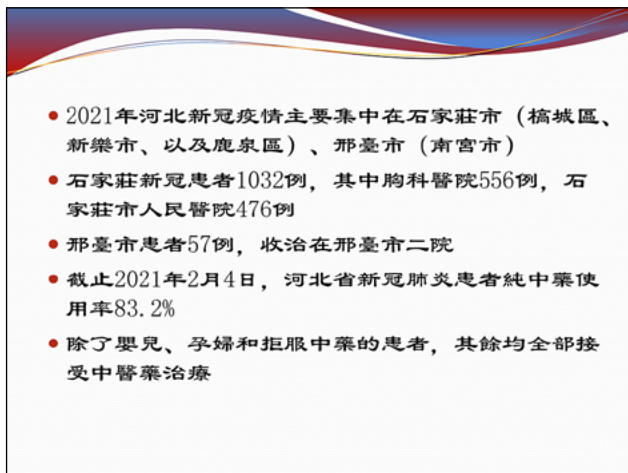
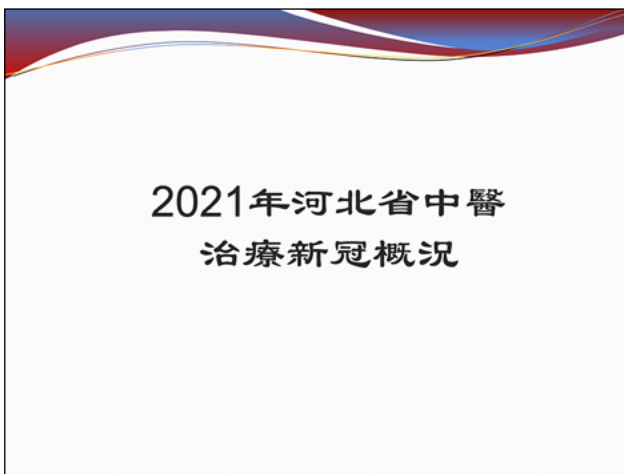
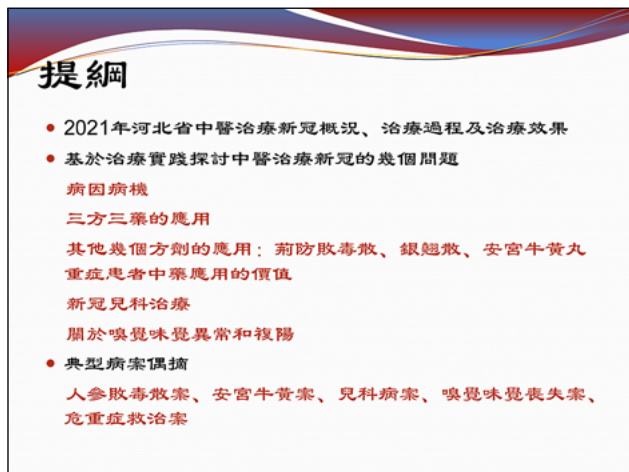
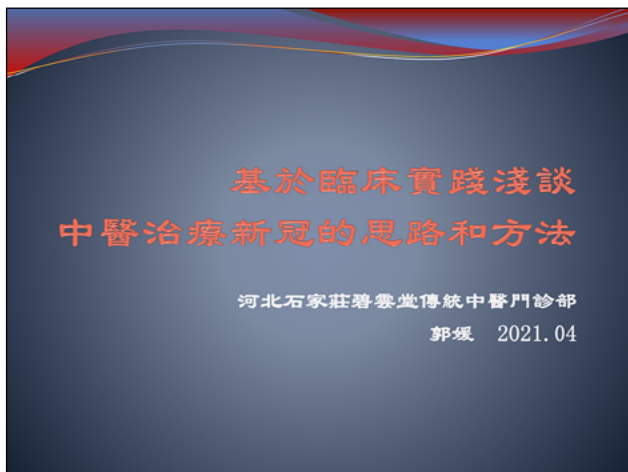
參考文獻

- [1] 國家衛生健康委員會. 截至2月2日24時新型冠狀病毒感染的肺炎疫情最新情況 [EB/OL]. (2020-02-03) [2020-02-04]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/202002>
- [2] 明·吳崐·內經素問吳注 [M]·山東中醫學院中醫文獻研究室，校點·濟南：山東科學技術出版社 1984：340·
- [3] 王明炯，餘鈺·論《傷寒論》對後世“溫病”的啟迪（下） [J] 河南中醫，2019，39（4）：1-3·
- [4] 張仲景著，李順保校注·金匱玉函經· [M]·北京：學苑出版社，2013：4-5·

- [5] , 張仲景·古本康平傷寒論 [M] ·黃一九, 編輯·長沙: 湖南科學技術出版社, 1988: 4-5 ·
- [6] , 李登嶺, 趙紅霞·《傷寒論》厥陰病篇考辨 [J] 中醫文獻雜誌, 2020, 35 (6) : ·
- [7] , 邱模炎, 劉美嫦等·疫病學中醫名著選編 [M] ·北京: 中國醫藥科技出版社, 2020: 4 ·
- [8] , 李登嶺, 趙紅霞, 張耀文·就“試析從寒疫論治新型冠狀病毒肺炎”一文與王永炎等商榷 [J] 國醫論壇, 2020, 35 (3) : 22 ·
- [9] , 高飛·說寒疫 [J] 北京中醫藥大學學報, 2007, 30 (5) : 296 ·
- [10] , 黃飛, 張亞強等·新型冠狀病毒肺炎之似“濕”非“濕”淺析 [J] 北京中醫藥: <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5635.R.20200814.1148.004.html>
- [11] , 宋卓, 許雲, 唐末等·立足“濕疫”分析新型冠狀病毒肺炎各中醫診療方案及專家建議 [J] 江蘇中醫藥, 2020, 52 (4) : 65-69 ·
- [12] , 鄧彥, 楊金亮, 石嘉恒, 齊文升·從邪伏膜原理論探討新型冠狀病毒肺炎的證治特點·北京中醫藥. <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5635.R.20200731.1434.006.html>
- [13] 楊華升, 李麗等·北京地區新型冠狀病毒肺炎中醫證候及病機特點初探 [J] ·北京中醫藥, 2020, 39(2) : 115-118 ·
- [14] 張俠, 周仲瑛等·南京地區 42 例新型冠狀病毒肺炎臨床特徵及中醫證候初探 [J] ·南京中醫藥大學學報, 2020, 36(2) : 145-148 ·
- [15] 盧幼然, 王玉光等·新型冠狀病毒肺炎中醫證治研究進展 [J] 中醫雜誌·2020, 61 (21) : 1850 ·
- [16] , 鄭文科, 張俊華, 楊豐文, 等·從濕毒疫論證新型冠狀病毒肺炎 [J] 中醫雜誌·2020, 61 (12) : 1024 ·
- [17] , 苗青, 叢曉東, 王冰, 等·新型冠狀病毒肺炎的中醫認識與思考 [J]. 中醫雜誌, 2020, 61(4):286-288.
- [18] , 黃倩倩, 於滔, 等·從濕溫論治新冠肺炎探析中醫膜原病症 [J] 貴州中醫藥大學學報, 2020, 42(4) : 5 ·
- [19] 國家衛生健康委員會·關於印發新型冠狀病毒感染的肺炎診療方案(試行第五版)的通知。(2020-02-05) [2020-02-06].
- [20] 國家衛生健康委員會·關於印發新型冠狀病毒肺炎診療方案(試行第六版)的通知。(2020-02-19) [2020-02-19].
- [21] 國家衛生健康委員會·關於印發新型冠狀病毒肺炎診療方案(試行第七版)的通知。(2020-03-03) [2020-03-03].
- [22] , 範逸品, 王燕平等·試析從寒疫論治新型冠狀病毒肺炎 [J] 中醫雜誌, 2020, 61 (5) : 1 - 5 ·
- [23] , 閻松·傷寒論 [M] ·北京: 線裝書局, 2012. 4 ·
- [24] , 仝小林·《傷寒論》之“傷寒”是一種傳染病(下) [N] 。中國中醫藥報, 2013 - 1 - 21 (4) ·
- [22] , 李秀惠, 劉清泉·北京市新型冠狀病毒肺炎中醫藥防治方案(試行第五版) [J] 北京中醫藥·2020, 35 (7) ·
- [26] , 薛伯壽, 劉魁武等·“清肺排毒湯”快速有效治療新型冠狀病毒肺炎的中醫理論分析 [J] 中醫雜誌·2020, 61 (6) : 461 ·

基於臨床實踐淺談中醫治療新冠的思路和方法

郭媛



治療過程

- 河北省胸科醫院為例，1月7日病人轉入胸科醫院，1月8日河北省抽調中醫防治新冠肺炎中醫專家組成員到胸科醫院支援一線治療，在一線連續奮戰至3月1日，最長一線工作時間達53天，無假期無休息日
- 胸科醫院中醫專家團隊5位元專家，分管全部16個病區；平均每位分管3-4個病區；本人分管4個病區，150余名患者
- 無症狀感染者、輕型、普通型、危重症、兒科，中醫快速全面介入治療，保證患者在第一時間能用上中藥
- 專家組每天到各自分管的病區查房，到病房為患者把脈、看舌苔、問診、處方
- 與西醫病區主任、護士密切配合，及時溝通瞭解患者病情變化及服藥情況

治療效果

- 石家莊市新冠肺炎輕型、普通型占絕大多數，確診重症患者比例 < 1%
- 胸科醫院4位上了ECMO患者，在中西醫結合努力下最終都成功離線
- 石家莊報告死亡病例1例，邢臺市無死亡病例報告
- 其餘患者均治療出院，進入康復階段

小結

- 2021河北新冠肺炎疫情有幾個特點
- ★ 感染人數較多（超過北京新發地）
- ★ 病情普遍較輕
- ★ 重症患者人數不多
- ★ 兒科患者人數較多，石家莊兒科患者160餘名
- ★ 中醫直接救治，且介入時機很早很及時，救治效果良好，純中藥使用率高

小結

- 2021河北新冠肺炎疫情，中醫收穫了什麼？
- ★ 創造了中醫為主的新救治模式：藥物+人文關懷
- ★ 增強了中醫治療新冠肺炎的信心
- ★ 實踐檢驗了中醫有效方劑在臨床中的應用效果
- ★ 中醫在新冠肺炎重症的救治中發揮很關鍵的作用
- ★ 摸索出中醫在新冠肺炎兒科救治中的規律
- ★ 逐步探索中醫治療複陽及新冠康復期治療方案
- ★ 從預防到治療到康復，中醫中藥貫穿全過程

基於治療實踐 探討中醫治療新冠的幾個問題

病因病機

- 石家莊新冠患者多表現為類似普通感冒起病，初起發熱惡寒咳嗽咳痰均不明顯，多由核算檢測陽性入院，入院時診斷為無症狀感染者或確診患者輕型，後隨病情進展轉為確診患者普通型
- 發病後的3-7日是一個分水嶺，此時是否發熱是判斷疾病走向的一個重要指標
- 發病3-7日，患者逐漸出現咳嗽、或伴有咳嗽、痰色白泡沫樣，時有胸悶；發熱或不發熱，以低熱為主；伴有乏力，頭蒙，肢體酸痛；舌質淡舌苔白；脈滑數；有些患者出現噁心嘔吐或腹瀉，多與開始時服用阿比多爾有關，停藥後消化道症狀基本消失
- 未出現高熱的患者，脈象以滑、弦滑或滑數為多；舌質淡紅或紅；舌苔或白或薄黃或黃膩

- 患者入院3-7日後可出現高熱，體溫超過39度，此時表現為高熱，伴有咳嗽咳痰、痰色白粘稠或黃白相間；胸悶胸疼、惡寒、頭暈、大便不暢、舌質紅苔白膩或黃膩、脈滑數或洪數
- 發病3-7日，CT出現肺部陰影，條索狀或磨玻璃樣改變，符合新冠肺炎感染特徵；部分患者影像學改變滯後於症狀變化
- 治療後期，體溫平穩，諸症大減，此時患者則多轉為輕微咳嗽或不咳，伴有咽痛咽癢，咳少量白粘痰或無痰
- 兒科患者出現高熱者少見，多出現咳嗽、乾咳少痰或咳吐少量白色泡沫樣痰、舌質紅苔黃

- 根據此病發病季節、臨床表現等，我認為石家莊此次新冠疫情是比較典型的中醫瘟疫，感受疫戾之邪氣是其最重要的致病原因
- 巢元方《諸病源候論》：此病皆因歲時不和，溫良失節，人感乖戾之氣而生病，則病氣轉相染易，乃至滅門
- 吳又可《溫疫論》：夫瘟疫之為病，非風非寒非暑非濕，乃天地間別有一種異氣所感……邪自口鼻而入
- 喻嘉言《瘟疫論》：夫四時不正之氣，感之者因而致病，同病致死，病氣戾氣混合不正之氣，斯為疫也……無分老少，觸之即同一病狀矣

- 疫氣是不同於六淫邪氣的另外一種致病邪氣
- 疫氣形成與六淫有關：六淫是促使疫氣形成的條件，如寒暖失調、疾風陰雨、久旱苦澇、山嵐瘴氣、污穢雜物處理不當、食物腐敗、病氣屍氣流行等
- 可見，疫病病因是感染疫戾邪氣，傷害人體的途徑是自口鼻而入，如飲食不潔之物或呼吸不正之氣而致
- 疫氣致病具有強烈傳染性，發病急驟，不分年齡性別且症狀多相似，病情變化快，發病時即有明顯的裡證

- 石家莊地處北方，冬季氣溫零下10度左右，且寒冷乾燥，少雨多風；乾冷，是石家莊冬季氣候主流
- 石家莊新冠疫情，發病時節、傳染規律、症狀表現均符合中醫所說之“瘟疫”的特點
- 石家莊冬季室外寒冷乾燥，室內則溫熱乾燥，這點與武漢冬季之寒冷潮濕有天壤之別，故石家莊新冠患者起病多表現為夾寒或入裡化熱者為多，而夾濕者則較少見；後來轉為重症的患者才表現出夾濕熱、舌苔黃厚膩的症狀
- 正氣強盛與否，是決定疾病轉歸的決定性因素

三方三藥

- 根據國家衛健委、中醫藥管理局：關於印發新型冠狀病毒肺炎診療方案（試行第八版）的通知，其中關於中醫治療部分
- 三方：清肺排毒湯、宣肺敗毒方、化濕敗毒方
- 三藥：蓮花清瘟（膠囊或沖劑）、金花清感顆粒、血必淨注射液

清肺排毒湯

2. 臨床治療期（確診病例）

2.1 清肺排毒湯

適用範圍：結合多地醫生臨床觀察，適用於輕型、普通型、重型患者，在危重症患者救治中可結合患者實際情況合理使用。

基礎方劑：麻黃 9g、炙甘草 6g、杏仁 9g、生石膏 15-30g（先煎）、桂枝 9g、芍藥 9g、豬苓 9g、白朮 9g、茯苓 15g、柴胡 16g、黃芩 6g、姜半夏 9g、生薑 9g、紫菀 9g、冬花 9g、射干 9g、細辛 6g、山藥 12g、枳實 6g、陳皮 6g、藿香 9g。

服法：傳統中藥飲片，水煎服。每天一付，早晚各一次（飯後四十分鐘），溫服，三付一個療程。

如有條件，每次服完藥可加服大米湯半碗，舌干津液虧虛者可多服至一碗。（注：如患者不發熱則生石膏的用量要小，發熱或壯熱可加大生石膏用量）。若症狀好轉而未痊愈則服用第二個療程。若患者有特殊情況或其他基礎病，第二療程可以根據實際情況修改處方，症狀消失則停藥。

處方來源：國家衛生健康委辦公廳 國家中醫藥管理局辦公室《關於推薦在中西醫結合救治新型冠狀病毒感染的肺炎中使用“清肺排毒湯”的通知》（國中醫藥辦發政函〔2020〕22號）。

宣肺敗毒方

2.3 普通型

(1) 濕毒郁肺證

臨床表現：發熱，咳嗽痰少，或有黃痰，悶悶氣促，腹脹，便秘不暢，舌質暗紅，舌体胖，苔黃膩或黃燥，脈滑數或弦滑。

推薦處方：宣肺敗毒方

基礎方劑：生麻黃 6g、苦杏仁 15g、生石膏 30g、生薏苡仁 30g、芽蒼朮 10g、廣藿香 15g、青蒿草 12g、虎杖 20g、馬鞭草 30g、干芦根 30g、葶苈子 15g、化橘紅 15g、生甘草 10g。

服法：每日 1 劑，水煎 400ml，分 2 次服用，早晚各 1 次。

2.4 重型

(1) 疫毒閉肺證

臨床表現：發熱面紅，咳嗽，痰黃黏少，或痰中帶血，喘悶氣促，疲乏倦怠，口干苦粘，惡心不食，大便不暢，小便短赤。舌紅，苔黃膩，脈滑數。

推薦處方：化濕敗毒方

基礎方劑：生麻黃 6g、杏仁 9g、生石膏 15g、甘草 3g、藿香 10g（后下）、厚朴 10g、蒼朮 15g、草果 10g、法半夏 9g、茯苓 15g、生大黃 5g（后下）、生黃芪 10g、葶苈子 10g、赤芍 10g。

服法：每日 1-2 劑，水煎服，每次 100ml-200ml，一日 2-4 次，口服或鼻飼。

化濕敗毒方

其他幾個方劑的應用

荊防敗毒散

- 出自《攝生單妙方》
- 羌活、獨活、柴胡、薄荷、枳殼、茯苓、桔梗、川芎、甘草、荊芥、防風
- 功用：發汗解表，散風祛濕
- 主治：外感風寒初起，惡寒發熱，頭疼身痛，胸悶咳嗽，痰多色白，苔白脈浮

- 1、均用於風寒濕寒之證
- 2、均可用於時行瘟疫
- 3、適用於寒疫初起，表寒夾濕者，宜酌減寒之力量
- 4、中病即止，久用溫燥
- 5、疫毒入裡之後不宜使用
- 6、人參敗毒扶正祛邪之力更動，且人參不宜以它參代替

人參敗毒散

- 出自《太平惠民和劑局方》
- 人參、羌活、獨活、柴胡、薄荷、枳殼、茯苓、桔梗、川芎、甘草；生薑、薄荷為引，原方用散劑
- 功用：益氣解表，散風祛濕
- 主治：傷寒時氣，頭痛項強，壯熱惡寒，身體煩疼，寒熱咳嗽
- 《張氏醫通》：隨時疫初起，用人參敗毒，得毋助邪為虛之虞乎，又何以治非時寒疫，汗後熱不止？蓋時疫之發，必入陽中土，土主百脈，蒸沙成粒，毒氣流行，隨處輻射，最難區測，逸舉邪氣未陷時，盡力峻攻，庶免有滯。其立方之妙，全在人參一味，力取開合，始則鼓舞氣、獨、柴、荷，各走其經，而與熱毒分解之門；繼而領藥津精血氣，各守其鄉，以斷邪氣複入之路，以非時之邪，復病短中，履行疏表不處，邪伏而隨不出，非藉人參之大力，不能載之外泄也

銀翹散

- 出自吳鞠通《溫病條辨》
- 銀花、連翹、苦桔梗、薄荷、竹葉、甘草、芥穗、淡豆豉、牛蒡子、蘆根；原方為散劑
- 功用：辛涼透表，清熱解毒
- 主治：溫病初起，發熱無汗，或有汗不暢，微惡寒，頭痛口渴，咳嗽咽痛，舌尖紅，苔薄白或薄黃，脈浮數者
- 勿過煮，肺藥取輕清；過煮則味厚而入中焦
- 病重者約二時一服，日三服夜一服；輕者，三時一服，日二服夜一服；如病不癒者，作再服

實際應用，新冠初起，取銀翹散和荊防敗毒之意，清熱解毒與宣肺化濕散寒並舉，效果也很可喜，特別是兒科

安宮牛黃丸

- 新冠患者出現高熱、神昏譫語即可應用，2020年搶救滄州兩名新冠危重患者效果良好；2021年胸科醫院重症應用效果良好
- 未轉為重症，但屬於高危人群者：男性；形體肥胖；基礎病；發病3-7天出現高熱，雖神智清醒但高熱持續不退；即可應用
- 及早應用，清熱解毒，鎮驚開竅，可快速有效截斷熱勢，轉危為安
- 0.5粒/次，2次/日，溫涼開水化開，送服

其他方劑

- 麻杏甘石湯
- 小柴胡湯
- 柴胡龍骨牡蠣湯合黃連溫膽湯
- 平胃散
- 銀翹散合沙杏甘石湯

重症患者中藥應用的價值

- 重症救治堅持中西醫結合，中藥始終線上
- 安宮牛黃丸清熱解毒，醒腦開竅的優勢得以發揮，對控制體溫，促進患者神智清醒，促進炎性滲出吸收均有效
- 人參在新冠重症救治中對血氧保持穩定有積極作用，對血壓有雙向調節作用，用量最大可達100g
- 參附湯與清瘟敗毒飲合用的意義
- 中醫多種治療手段在新冠救治中的協同作用：針灸、中藥灌腸、中藥靜脈注射、中藥鼻飼
- 西醫必要的搶救方法對中醫辨證的影響：鎮靜劑的使用、冰袋的使用、機械通氣的影響等
- 該如何看待這個問題：辨證、靈活、協同互補、相互配合

新冠兒科治療

- 2021年河北省新冠兒科患者較多，共計約160餘人，最小12天，最大不超過14歲；其中胸科醫院兒科病區患者71人，最小7個月，最大14歲
- 之前的國家方案和河北省方案，對兒科、中醫兒科治療都提及不多，這是新問題新挑戰
- 在中西醫醫護密切配合下，兒科患者中藥服用率97%
- 7個月月齡嬰兒通過母親服藥再哺乳給她服藥；1歲9個月唐氏兒家長拒絕服中藥；1歲7個月嬰兒疑似中藥過敏未服中藥；其他孩子全部服用中藥
- 患兒發病時普遍症狀較輕，中藥干預早，後期普遍症狀沒有加重，中藥早起介入起到了非常重要的作用

- 根據臨床觀察，石家莊患兒的病理特點是熱象比較明顯，濕邪則少見，考慮還是寒邪入裡化熱為毒
- 患兒病機相對單純，多數患兒呈現舌質紅，舌苔黃，或薄黃，或白，伴有咳嗽，或伴有咽痛咽紅咽癢，有痰或無痰，痰色不易觀察，個別患兒有嗅覺味覺減退的症狀，經過中醫治療都能得到緩解
- 3歲以下患兒主要是觀察指紋變化
- 患兒脾胃發育尚未完善，個別低齡幼兒出現消化不良，發熱，噁心，嘔吐的症狀，考慮是飲食不習慣，或寒溫不當引起的，而非中藥造成；治療時特別兼顧健脾，注意消食和胃
- 患兒服藥困難，中藥處方儘量用藥輕靈，藥味精簡，儘量不苦，亦不可過於寒涼

- 前期：銀翹散合荊防敗毒散加減（銀花、連翹、大青葉、菊花、蘆根、荊芥、防風、黃芩、炒神曲、炒麥芽、桑葉、桔梗、炒枳殼），服藥後患兒症狀改善明顯，咳嗽發熱均快速減輕
- 中期：清肺排毒湯，3歲以下1/4量，4-6歲1/2量，6-14歲成人量，但分成多次服用
- 後期：宣肺敗毒方、竹葉石膏東加減，這兩個方子能很快改善患兒咳嗽，咽痛，咽癢的問題
- 後期：自擬低齡患兒快速轉陰處方（蘆根，茅根，桑葉，菊花）
- 中藥治療新冠兒科安全，69例患者服藥均未出現肝腎損傷的問題

關於嗅覺味覺異常和複陽

嗅覺味覺異常

- 患者發病3-7天開始出現不同程度味覺嗅覺減退，嚴重者基本完全喪失
- 現代醫學：病毒感染呼吸導管致黏膜充血或因病毒攻擊嗅覺味覺神經導致功能喪失
- 中醫辨治思路：肺開竅於鼻，心開竅於舌，脾開竅於口；鼻為清氣道，司嗅覺；舌連於心，主五臭；脾主升清，清陽出上竅；與肺心脾密切相關

- 《溫病條辨上焦篇》：燥氣化火，清竅不利者，翹荷湯主之（連翹、薄荷、梔子、桔梗、綠豆皮、甘草）…翹荷湯者亦清上焦氣分之燥
- 此次嗅覺味覺異常多出現在疫病初起，乃疫毒邪氣化火，致使清竅不利而致，患者多兼見舌質紅舌苔黃或黃膩，大便不暢，口幹心煩等症
- 嗅覺味覺異常乃是毒邪攪擾清竅之故，且大有入裡化熱化燥之勢，必當及時投以清熱宣肺，解毒開竅之品，否則後患無窮
- 通竅同時尚需兼顧健脾化濕，急則治標，緩則治本，方為上策

複陽

- 2020年5月7日，國務院聯防聯控機制新聞發佈會公佈的新冠肺炎患者複陽的病例整體發生率：5%~15%
- 2021年石家莊新冠患者複陽率8%-10%
- 複陽：達到出院標準；出院後又出現核酸檢測陽性
- 複陽患者沒有真正的病毒消失，上呼吸道咽拭子、鼻咽拭子查不到，但是下呼吸道在肺裡還有病毒
- 第二種情況是檢測的敏感性還不足夠強，比如低病毒水平、低病毒載量的時候，上呼吸道標本就可能查不到
- 個別患者由於免疫功能比較低下，所以導致持續陽性或者複陽
- 複陽發生與年齡、性別、體質、基礎病、治療方案等均有可能相關
- 複陽患者是否真的沒有傳染性？應該怎樣收治？亟待解決的問題

典型病案偶摘

人參敗毒散案

- 患者劉某某，男，67歲，2021年1月7日入院，新冠病例，普通型
- 刻下：發熱，體溫有持續升高之勢，最高38.4度；輕度咳嗽，咳吐少量粘痰；伴有肢體酸痛，精神可，食欲欠佳，無噁心嘔吐，無明顯咳嗽咳痰，無明顯胸悶憋喘；CT示雙肺感染性病變；舌質暗，舌苔白，脈細滑數
- 治療：祛風散寒，宣肺化痰
- 方劑：人參敗毒散

人參10g、柴胡15g、羌活12g、獨活10g、川芎12g、荊芥10g、防風10g、前胡10g、茯苓30g、桔梗10g、枳殼10g、薄荷6g、生薑10g、甘草6g、紫苑10g

- 患者服藥3劑，發熱退，咳嗽咳痰減輕，自述胸悶大減，肢體酸痛減，食欲轉佳；繼續服藥3劑，CT示肺部感染灶較前吸收

安宮牛黃丸案

- 患者紀某某，男，41歲，2021年1月8日入院，形體肥胖，既往有高血壓病史，血壓控制一般
- 初起為新冠無症狀感染者，入院時舌紅少苔，舌中裂紋，脈弦數；給予自擬“藿朴夏苓湯合銀翹散加減”
- 服藥3天后病情進一步進展，修改診斷為“新冠普通型”，舌質淡，花刺苔，脈滑，二便可；給予人參敗毒散加減；服藥3天后，改清肺排毒湯
- 清肺排毒湯繼服3付後突然出現蛛網膜下腔出血，繼而出現高熱，體溫最高39.4度，熱勢持續不退；神志清，舌質紅，舌苔黃膩，脈弦數，二便可；給予安宮牛黃丸，0.5粒/次，2次/日
- 安宮牛黃服用4天，體溫平穩下降；CT示出血吸收好
- 及時應用安宮牛黃，此高危患者最終未轉為重症

兒科病案

- 患兒劉某某，男，12歲，2021年1月9日入院；入院診斷“新冠肺炎無症狀感染者”，後修正為“新冠肺炎普通型”
- 患兒僅表現為輕度咳嗽，舌質紅，舌苔白，脈滑數；其他症狀均不明顯；但CT示“雙肺炎症性改變”，且患兒形體肥胖，故需特別關注
- 治法：清熱解毒，宣肺散寒
- 處方：銀翹散合荊防敗毒散加減
銀花10g、連翹10g、大青葉10g、菊花5g、蘆根10g、黃芩10g、荊芥9g、防風10g、炒神曲10g、炒麥芽10g、桑葉9g、桔梗9g、炒枳殼9g、柴胡10g、法半夏9g
- 患兒服藥6劑，咳嗽明顯減輕，CT示肺部病變較前吸收，其他情況良好

嗅覺味覺喪失案

- 患者王某，男，30歲，2021年1月10日入院，診斷為“新冠肺炎普通型”
- 患者咳嗽、咳痰、咽痛咽中痰粘難咳；稍感惡寒；伴有味覺嗅覺喪失；面部麻木，右側為甚；下肢酸困；大便不成形3-4次/日，舌質暗紅，舌苔黃白；脈弦細
- 治法：清熱解毒，宣肺通竅
- 處方：銀翹散加減
銀花12g、連翹10g、大青葉15g、白芷9g、辛夷8g、細辛3g、玄參12g、路路通30g、王不留行30g、僵蠶15g、羌活6g、菊花6g、石膏30g、黃芩12g、射干10g、荊芥10g、炒杏仁10g
- 患者服藥5劑後，嗅覺味覺開始恢復；服藥9劑嗅覺味覺恢復80%；後續繼續以宣利通竅加健脾化濕之劑調理，15劑後基本痊癒

危重症救治案

基本情況

- 患者郭某某，女，主因“發熱12天，憋氣4天”於2020年2月6日收入滄州市人民醫院
- 患者為新冠肺炎密切接觸者，其丈夫已確診
- 現病史：12天前患者出現發熱，體溫37.4-38.4℃，低中度熱，無惡寒、無咳嗽，就診於當地醫院，相關檢查提示：淋巴細胞偏低，肺CT提示左下肺炎，給與抗病毒、抗炎等治療；病情無明顯緩解，並呈進行性加重趨勢；4天前出現胸悶憋氣，伴有乾咳，活動後加重，多次血氣分析提示低氧血症，經多方會診及核酸檢測陽性於2月5日確診為重症，並轉入滄州市人民醫院新冠肺炎病區

入院所見

- 患者精神萎靡，反應淡漠，喚之可應答，呼吸略促，活動後憋氣，口唇輕度紫紺
- 聽診：心律不齊；心電圖提示：可見頻發房性早搏，T波異常
- 診斷：新型冠狀病毒肺炎（危重症）、急性呼吸窘迫綜合征（ARDS）、心律失常-頻發房性期前收縮
- 治療：給予抗病毒、干擾素、血必淨靜點等治療；同時予無創呼吸機輔助通氣

治療經過

- 2月7日初診：患者神清，精神可，雙眼窩凹陷，呼吸略促，活動後憋氣，口唇輕度紫紺，納差，無惡寒發熱，無咳嗽咳痰，小便正常，無大便。舌質暗紅，苔黃膩
- 治法：給予清肺排毒東加減治療。
- 處方：蜜麻黃9g、炙甘草6g、杏仁9g、石膏30g、桂枝9g、澤瀉9g、豬苓9g、炒白術9g、茯苓15g、柴胡16g、黃芩6g、姜半夏9g、紫苑9g、冬花9g、射干9g、細辛6g、炒山藥12g、枳實6g、陳皮6g、廣藿香9g、生薑9g 共3劑
- 煎服法：水煎服，取汁400ml，分2次溫服

- 2月10日二診：患者精神萎靡，低熱，波動於37.3-37.5℃，活動後胸悶氣短，胃納差，咳嗽，咳痰，舌質暗紅，苔黃厚。省衛健委新型冠狀病毒肺炎救治專家組中醫專家會診後，認為此患者為濕熱未盡，鬱熱未除，正氣受損，熱擾營分，予柴芩溫膽湯合小柴胡湯、葶藶大棗泄肺東加減
- 處方：青蒿15g、黃芩10g、陳皮12g、清半夏10g、茯苓15g、甘草6g、牡丹皮10g、竹茹10g、蜜麻黃8g、杏仁10g、僵蠶10g、赤芍10g、柴胡15g、黨參10g、葶藶子15g、大棗10g 3劑
- 煎服法：水煎服，取汁400ml，分2次溫服

- 2月13日三診：患者呼吸窘迫加重，肺部病變進展，雙側白肺，於2月11日19時行氣管插管接呼吸機輔助呼吸
- 刻下：鎮靜鎮痛狀態，發熱，氣道分泌物量多，黃色膿性痰液，量多，大便2日未解，小便不利，雙下肢水腫
- 省衛健委新型冠狀病毒肺炎救治專家組中醫專家會診後，建議於二診處方中加用黃連6g、瓜蒌15g。3劑，繼服

- 2月15日四診：患者面色萎黃，嗜咳好，痰液黃白色，略粘稠，量中等，間斷煩躁，無發熱，大便多日未解，小便量可
- 中醫救治組專家：予麻杏石甘湯合達原飲加減，喘中藥濃煎以減少對容量負荷的影響
- 處方：蜜麻黃8g、杏仁10g、石膏20g、赤芍15g、黃芪20g、草果9g、炒檳榔10g、蒼術12g、姜半夏9g、茯苓15g、藿香9g、厚樸15g、黃連6g、瓜蒌15g、大黃12g、炒薏仁20g、冬瓜子12g、生薑15g，3劑，每劑濃煎100ml

- 2月18日五診，患者鎮靜鎮痛狀態，去甲腎上腺素+多巴胺維持治療中，焦慮，時有煩躁，手足冷，無發熱，痰液量中等，為白色稀薄痰，大便2日未解，小便混濁，量少，脈浮無力
- 省新冠肺炎中醫藥防治專家組巡視到滄州，分析認為目前屬於濁毒閉肺，內閉外脫之證；病機為虛實夾雜；治則為開閉固脫，解毒救逆；予參附湯合清瘟敗毒飲加減
- 處方：人參10g（單煎，取汁50ml，頻服）、黃芪20g、山萸肉15g、附子10g、黃連9g、黃芩12g、水牛角絲6g、地黃12g、石膏15g、仙鶴草20g、桃仁12g、牡丹皮15g、茯苓20g、佛手12g、玫瑰花15g、廣藿香12g、佩蘭15g、紫蘇梗9g 3劑
- 煎服法：濃煎2劑，濃煎，取汁200ml，鼻飼注入

- 2月21日六診：患者自20日出現心率偏快，140-150次/分，血壓低至90/50mmHg，考慮存在應激性心肌病，患者仍藥物鎮靜鎮痛狀態，黃色粘痰，大便2日未解，小便量少，脈沉滑無力，予18日處方中加用大黃10g、厚樸15g、枳實15g、瓜蒌30g，1劑，取汁150ml，灌腸
- 2月23日七診：患者藥物鎮靜狀態，清醒，無發熱，呼吸機輔助通氣，自主呼吸模式，黃色粘痰，大便無，小便量少，脈沉滑無力。于上方中酌加清肺化痰桑白皮20g、瓜蒌20g。2劑，濃煎，取汁200ml，鼻飼注入

- 2月24日八診：患者意識清醒，無發熱，呼吸機輔助通氣，黃色粘痰，胃脘部脹滿，噁心，睡眠欠佳，灌腸後已解大便1次，量多，黃色軟便。脈左沉細右弦滑。給予針灸治療。內關（雙）、上脘、中脘、下脘、天樞（雙）、陰陵泉（雙）、足三里（雙）、上巨虛（雙）、太沖、公孫（雙）
- 2月25日九診：患者意識清醒，無發熱，痰液黃白色粘稠，略帶血性，胃脘部脹滿，噁心，睡眠欠佳，大便質稀，脈左沉滑右沉細，專家組指示：2月23日中減生地、水牛角絲，加用澤瀉10g、豆蔻10g、砂仁10g以理氣醒脾化濁。2劑，濃煎，取汁200ml，鼻飼注入

- 2月27日十診：患者于2月25日10時30分拔除氣管插管。刻下：意識清醒，語言清晰，無發熱，乾咳無痰，有食欲，但納差，噁心，無嘔吐，胃脘脹滿，無呃逆，無反酸燒心，大便不暢，小便可。舌質紅，苔薄，舌根苔白，脈沉滑較前有力。專家組認為患者處於疾病恢復期，既存在肺氣陰不足，又存在濕邪未盡，困阻脾胃之象
- 治則：補肺和胃降逆
- 處方：黃芪20g、黃芩20g、澤瀉10g、砂仁10g、浙貝母12g、桃仁6g、牡丹皮12g、茯苓20g、佛手12g、竹茹10g、薏苡仁10g、蘆根15g、瓜蒌15g、豆蔻10g、蜜棗12g、生薑6g、郁金9g、地黃9g、三仙各20g、麥冬20g，2劑
- 煎服法：水煎服，取汁200ml，分2次服用

討論

- 此例患者為新冠肺炎危重症患者，住院期間伴發急性呼吸窘迫綜合征、應激性心臟病、心源性休克、心率失常、嚴重電解質紊亂、導管相關血流感染等多種併發症；但一直堅持中西醫結合治療，中醫藥治療一直貫穿治療的始終，發揮了重要作用
- 患者素體肺脾虛弱，正氣不足，加之與武漢回當地患者密切接觸而不幸染病。患者家族呈聚集性發病，多個親人罹患此病，心理創傷較大，焦慮難安，情緒低落，故亦存在肝氣鬱結不舒問題
- 疫毒之邪，與濁相攝為毒而成毒，是本病最重要的病理因素。患者外感疫毒之邪，內有脾虛濕盛之宿疾，內外夾雜，而化為濁毒
- 熱、毒、痰、濕、瘀互結，共同為患，更使病機複雜，氣血津液、經絡臟腑同時受累，變證百出，一度十分凶險；濁毒之邪不僅內閉於肺，並且上泛於腦，呈現呼吸困難，狂躁不安等危象

- 治療過程中，堅持“化濁解毒，扶正祛邪”的治療方向，根據病程中不同時期的主症，在辨證的基礎上，以解毒為中心環節，靈活運用了通腑瀉濁、滲濕利濁、芳香辟濁、祛痰滌濁的方法
- 將濁毒辨證用藥方法與溫病衛氣營血辨證很好的結合，在危重時期，清瘟敗毒飲用的很及時，起到了開閉固脫，解毒救逆的效果，挽救垂危於頹勢

總結

- 中醫對於新冠肺炎各型的治療，從快速緩解症狀到縮短病程、促進轉陰、促進肺部炎症吸收、減少後遺症併發症、乃至後期康復等各個階段都有至關重要的治療意義
- 中醫對於預防新冠肺炎也是有效的，石家莊留觀點全部服用中藥
- 中醫中藥在此次河北疫情中起到了關鍵性的作用，這是作為中醫人的驕傲和自豪
- 本篇是基於臨床實踐基礎之上的概述，僅代表本人在此次新冠肺炎救治中的所見與所思，僅是窺豹一斑，亦可作拋磚引玉之用
- 同為新冠肺炎，然2021年的石家莊與2020年的武漢確有很多不同之處，中醫臨床辨證用藥亦相應有些變化，但都能行之有效，充分說明了中醫辨證論治思維和因時因地因人制宜機變思想的難能可貴
- 新冠肺炎之謎尚未完全打開，但我們相信在中醫整體思維和辨證論治思想指導下，我們最終可以戰勝它

我的名片

碧雲堂

- 地址：河北省石家莊市永安街46號金世界4號樓金裕商務1008室
- 電話：031186697775, 15830116566 (同微信號)
- 郵箱：dadays@126.com

郭媛個人微信號 

碧雲堂微信客服號 

碧雲堂中醫微信公眾號 

謝謝觀看



營養“抗疫”，守護國民健康

闕旗旗博士

2020年，中國經歷了“抗疫”大考，取得了抗疫的決定性勝利！從過往新冠肺炎患者治癒過程看，病毒攜帶者自身免疫力成為與病毒抗衡成敗的關鍵，最終戰勝病毒還要靠恢復患者自身免疫系統。抗擊新冠肺炎疫情的實踐證明：增強全民健康，提高公民身體素質及免疫能力至關重要。

“防疫”再次成為千家萬戶要共同面對的話題，“防疫”的關鍵就是就是要提高自身的免疫能力，做好預防，迎接挑戰。合理、均衡的營養供給則是增強免疫力的必備基礎。

一個人的健康狀況在某種程度上講，是由其飲食行為和生活方式決定的。而一個人的行為與認識有關，而認識的形成又和知識的學習有關。

人們通過學習，獲得相關的營養健康知識和技能，逐步形成營養健康的認識和理念，從而產生健康行為，才能維持良好的健康狀況。營養知識普及是改善人群營養狀況的一種方便、經濟的干預措施，是指導人們實現平衡膳食、建立健康生活方式的重要手段。

澳門中醫藥學會與珠海市營養學會攜手合作，獲授權成為澳門公共營養師行業，在社會上形成人人講營養、時時講營養、處處講營養的氛圍，提高澳門市民對營養的重視和參與。

小滿節氣與營養

珠海市營養學會

正如民諺所說：“小滿小滿，江滿河滿。”小滿時節高溫多雨，在高溫高濕、濕熱交加的環境中，人體感覺濕熱難耐，卻又無法通過水份蒸發來保持熱量的平衡。這種體溫調節上的保障，會導致機體出現胸悶、心悸、精神不振、全身乏力等一系列的不適症狀。所以我們也要借助現在的氣候來保養身體，掌握自然規律、順應自然界的變化，保持體內體外環境的和諧，這樣做好未病先防、防病保健的目的。

一 防濕邪

暑多挾濕，暑季氣候炎熱，且常多雨而潮濕，熱蒸濕動，水氣瀰漫，故暑邪致病，多挾濕邪為患。脾最怕濕，因為濕氣會阻滯在脾胃，導致人們出現胃口不佳、經常乏困、無精打采等。脾與其他臟腑關係密切，脾胃差很容易影響其他臟腑，所以有“脾胃一傷，四髒皆無生氣”的說法。可見，夏季防濕邪有多重要。

要祛濕，先調脾胃

脾胃是運化水濕的“大總管”。我們平時喝的水滿足人體需要，滋潤到全身，就像澆花一樣。但當脾胃失調，水分排不出去停留在體內，就容易形成濕氣。容易出現脾胃虛弱症狀的人群最好多吃一些利水滲濕、芳香醒脾、益氣養陰的食物，比如薏苡仁、蓮藕、冬瓜、白扁豆、山藥、砂仁、五味子、花旗參、麥冬等。

適量運動，排除濕氣

運動可以緩解壓力，促進身體器官代謝，加速濕氣排出體外。不過要注意，夏季應避免劇烈運動，時間最好安排在涼爽的早晨或傍晚，其間注意少量多次補水，運動項目可以選擇游泳、釣魚、太極拳等。

二 防暑邪

暑為陽邪，其性炎熱升散，暑易傷津耗氣，導致口渴汗多，氣短乏力。而解暑之法，在於醒脾酸斂，培土透氣，則正氣不傷而暑氣可退。這是真正的治本之道，是王道治法。在這裡，特別推薦：

烏梅醒脾湯草果 20 克，烏梅 15 克，生甘草 10 克，葛根 10 克，白扁豆 10 克。用法：用五碗水煮出三碗，放涼後飲用。

三 防過度“貪涼”

如果過食生冷、空調溫度低、久臥風口等，極易損害脾胃之陽氣，導致腹痛、腹瀉等不

適的發生。當你在室內感覺涼意時，要站起來活動四肢跟軀體，以加速血液迴圈。人的消化系統也宜暖而不宜寒。瓜果類的生冷食物是天然的，大家可以等伏天之後再吃，適量吃挺好的還能利尿；但是雪糕、冰水這種人工的生冷食物建議最好整個夏天都不要吃，特別是中老年人。

喝熱茶

營養學教授周儉指出，喝一杯熱茶其實是解暑的法寶。這是因為，飲用熱茶能促使毛孔張開，促進汗腺的分泌，體內的大量水份通過皮膚上的毛孔滲出並蒸發掉，同時帶走體內的熱量，使降溫效果更好。另外，熱茶能起到良好的利尿作用，使體內多餘熱量隨尿液排出體外，可以達到散熱的效果。而且，熱茶還能提高脾胃運化能力，把水運送到周身。熱茶中的茶多酚、果膠、氨基酸、糖等物質，可與口中唾液發生反應，滋潤口腔，使人產生清涼的感覺。

補肺強身增健康

石崇榮

中醫學向來重視治未病，在預防呼吸道傳染病方面，除了注重個人衛生外，肺臟的保養亦是非常重要，中醫認為肺是嬌嫩的臟器，開竅於鼻，咽喉為肺的門戶，是臟腑之華蓋，不耐寒熱、容易受到外邪侵犯，其他臟腑的病變，亦可常累及於肺，因此增強肺功能是顯得非常重要。

俗語說「藥補不如食補」，補肺亦可從食療開始，根據《黃帝內經》提出五色入五臟的理論認為，白色潤肺、黃色益脾、紅色補心、青色（綠色）養肝、黑色補腎。故此可以多食白色及黃色等顏色的食物（白色食物如淮山、蓮藕、雪梨，而黃色食物有南瓜、玉米..等等），可以起到補氣健脾的作用，澳門地區比較濕熱，建議盛夏季節多飲用健脾補氣的藥膳或湯水有助調補肺臟，增強抵抗力，身體強壯自然可以降低感染新冠肺炎病毒等傳染病的風險。

中醫五行學說認為，脾屬土，肺屬金，脾土能生肺金，若飲食得宜、脾氣健旺則肺氣充足，大大減少患上如傷風、感冒等上呼吸道感染的機會。

現向大家介紹一款適合現時飲用的健脾補肺食療湯水：

材料：虎乳靈芝 30g、鮮石黃皮 300g、太子參 30g、南北杏 20g、陳皮 1 片、無花果 2-3 枚

配料：蜜棗 2 枚、瘦肉適量（約 300-600g）、水 1800-2500 毫升（約 8-12 碗水量）。

功效：健脾益氣、清熱潤肺

份量：4-5 人份量。

適宜人群：肺氣虛、易感冒、咳喘、咽痛、經常捱夜及想增強抵抗力的人士飲用。

適宜地域：嶺南地區居住人群，粵港澳大灣區。

注意事項：嬰兒、孕婦、哺乳期婦女、體弱多病患者或有長期病患的人士，請先諮詢中醫意見，再按個人體質情況調整，看看是否適宜飲用。



虎乳菌：也叫虎乳靈芝，是一種珍貴的食用菌和藥用菌，有止咳定喘、健脾化濕的功效，對肺氣虛弱、哮喘、久咳、氣管及鼻敏感的人士特別適合，有補氣強身，提高人體免疫力的功效。

石黃皮：石黃皮則是腎蕨植物的圓形塊莖，有清熱利濕，寧肺止咳，也有消積的作用。

太子參：補益脾肺，益氣生津的功效，可適用於食欲不振、脾胃虛弱，倦怠乏力、乾咳少痰、病後體虛、夜間盜汗、夜間驚哭、小兒夏季熱等。

南北杏：祛痰寧咳、潤腸。

無花果：清熱生津；健脾開胃；解毒消腫等功效。

陳皮：有理氣和中（調理消化道功能正常的作用）、燥濕化痰。

蘇東坡的養生法

阮慶賢臨床醫學博士
李永嫻臨床醫學博士

眾人皆知蘇東坡是我國北宋時期赫赫有名的一代文豪，他的詩，或自然流利，或氣勢雄渾；他的詞，豪放恢弘。

其實，蘇東坡不僅是一位傑出的文學家，而且精通養生之道，他著有《上張安道養生中央論》、《續養生論》、《問養生》等。這就是儘管蘇東坡一生道路坎坷曲折，飽嘗艱辛，又為何年過花甲後，仍然精力旺盛，雙目炯炯有神的重要原因。

蘇東坡習慣用梳發健身，“羽蟲貝月爭翩翩，我亦散髮虛明軒；梳冷快肌骨醒，風露氣人霜蓬根”。意思是：在皎潔的月光下，我在空曠的軒閣上站立，散開長髮頻頻梳理，直梳得頭腦十分清醒、筋骨也越來越有力。寒風露氣吹到白髮根上，精神抖擻，痛快淋漓。茶歷來為文人名士所喜愛，對養生頗有研究的蘇東坡，對茶葉的作用也有不少獨到見解，他在《論茶》中指出：「除煩去膩，世固不可無茶。」在牙膏、牙刷尚未問世的古代，他提出了食後用茶漱口的辦法，「每食已，以濃茶漱口，煩膩既出，而脾胃不知；肉在齒間，消縮脫去。不煩挑刺。而齒性便若緣此堅密」。將茶葉與口腔衛生聯繫在一起。

「擦腳」是蘇東坡又一重要的健身方法，他每天早晚盤腿坐在床上，雙目緊閉，用力按摩腳掌和腳趾，對許多疾病，如貧血、關節炎、糖尿病、週期性偏頭痛、陽痿、經痛及腎功能紊亂等都有一定的緩解作用。

蘇東坡對自己的飲食生活有嚴格要求，曾給自己規定：“自今日以往，不過一爵一肉”（一餐不超過一杯酒，一個肉菜），真正實踐了「飲食有節」的養生之道。

「達觀好動」這是蘇東坡極力倡導的。事實上，他也是這樣做的。他多次遭貶，輾轉流離，還受誣人獄，幾被處死，但就是這樣境遇中，他一直注意身體的鍛鍊，保持了達觀開朗的情緒。即使在最不得志的時候也不甘寂寞，或泛舟、登山，盡情領略山川古蹟風光，積極增強體魄，努力從苦悶中解脫，給自己開拓從內心到外在的開闊世界。他在政事之余，習射放鷹，從事畋獵；他關心平民生活，興利除弊，在各地任上，盡力為百姓做好事，「蘇堤」、「東坡肉」的命名就銘記了他的政績和人們對他的深情。

“一氣周流”理論對失眠的病因病機探析

梁永耀（澳門仁誠醫療中心 心身科，澳門）

摘要：清代名醫黃元禦非常重視臟腑的氣機升降運動，並提出“一氣周流”為基本理論指導中醫臨床的辨証施治。其理論的特點以“左路木火升發，右路金水斂降，中焦土氣斡旋”為基礎的理論模型。本文運用“一氣周流”理論來解析失眠的病因病機，筆者認為陽虛和濕鬱是產生失眠的關鍵因素。

關鍵詞：一氣周流 失眠 陽虛 濕鬱

1. “一氣周流”的理論認識

“一氣周流”理論初見於清代醫家黃元禦的《四聖心源》中，其理論源於傳統的氣化學說及天人一體觀，運用氣的運動來闡述自然的天地之氣、機體的人身之氣的運行。天地之一氣與人之一氣的性質相同，中氣為氣機升降之樞軸，木、火、金、水為四維。脾胃己土、戊土相對應，己土應脾左升，陰升而化陽，左路肝木升發而養心火；戊土右降，陽降而化陰，右路肺金沉降而滋腎水^[1]。陰升而後陽能自降，陽降而後陰能自升，這一循環就形成了“一氣周流”的氣機升降的整個過程。民國彭子益上承黃元禦“一氣周流”的理論，提出“圓運動”是自然界及人體中氣機運作的基本形式^[2]。此為一陰先升而後陽降，陽能降而後陰轉升的生理循環，中間的任何一個環節出現異常，均可導致相應的病變。

黃元禦指出：“脾升則腎肝亦升，故水木不鬱，胃降則心肺亦降，故金火不滯。火降則水不下寒，水升則火不上熱，平人下溫而上清者，以中氣之善運也”^[3]。楊志敏教授基於“一氣周流”的思想，將運氣學說、體質學說、心身統一的理念結合，主張調動人身之一氣的調節自身氣的圓運動，達到機體的與自然的平穩態，提出“和態”健康觀，促使機體對抗內外病邪，恢復機體自我調節和自我療癒的能力^[4]。楊志敏教授認為陰升陽降，陰陽轉化的過程，樞軸脾胃占據了主導的地位，是四維運轉的核心關鍵，中焦樞軸的氣機升降協調，四維都能和緩有序的運作^[5]。緩升脾氣，和降胃氣。緩升脾氣的關鍵是舌苔，和降胃氣的關鍵是大便^[6]。

2. 失眠的中醫內科學認識

失眠相當於中醫學的“不寐”範疇，《中醫內科學》中將“不寐”的病因病機就認為人的睡眠是為心神所主，而營衛氣血陰陽的正常運行是維持心神調和的基礎^[7]。《靈樞。營衛生會》就曾指出：“壯者之氣血盛，其肌肉滑，氣道通，營衛之行不失其常，故晝精而夜暝。老者之氣血衰，其肌肉枯，氣道澀，五藏之氣相搏，其營氣衰少而衛氣內伐，故晝不精，夜不暝。”指出只要是會影響營衛氣血陰陽的正常運行，均會使心神不和，而形成導致失眠的

病因病機。根據病因病機分為6個証型：肝鬱化火証、痰熱內擾証、胃氣不和証、心脾兩虛証、心腎不交証、心膽氣虛証。可見“不寐”之証，早期實証，後期虛實夾雜以虛為主。

3. 運用“一氣周流”理論解析失眠

基於“一氣周流”的思路，楊志敏教授指出失眠的病因病機“必陰先升而後陽乃降，必陽能降而後陰轉升的循環過程，此過程中任何一個環節出現病變，均可導致失眠的發生^[8]。腎為元陰元陽之本，一方面腎水滋肝木，而使肝木升發之相火不會太過而成賊火；再加上腎火溫肝木之相火，相火升而養君火（心火），君火得相火之相助而溫潤。溫潤之火尤如少火，在《素問·陰陰應象大論》中就有提及“壯火之氣衰，少火之氣壯；壯火食氣，氣食少火；壯火散氣，少火生氣。”心火得肺金、膽木之沉降而回潛於腎水中，這能維持在“交通心腎”的狀態。要順利協調完成整個升降的過程的關鍵就在中焦脾胃的樞軸，脾主升，而胃主降，脾胃的升降有度，使氣機的升降協調。以上我們可見腎中元陽為氣的根本，肝膽肺大腸乃行陽之道^[9]，脾胃升降以調中氣之樞機，交通心腎，水火既濟，人身之一氣就恢復暢達，睡眠自和。

運用“一氣周流”理論指導失眠的病機，只要以下的三個環節出現異常，均可以導致失眠的發生。(1) 腎陰、腎陽相對平衡，以助肝木生溫潤的相火而後養君火；(2) 君火得肺金、膽木之沉降之力而回潛腎水；就是陽能降(3) 樞軸的協調，即脾胃的協調。

3.1. 腎陰、腎陽的功能失衡

《四聖心源》指出：“神發於心而交於腎，則神清而不搖。”可見交通心腎為神之本也。若腎陽不足，一方面，生化乏源，導致一身陽氣自當不足，一氣周流就動力就會缺乏；另一方面，無以溫化腎水上承，導致腎水不能上濟心火，形成心腎不交，水火未濟之象。臨床上，失眠患者除主症外往往兼有陽虛症狀。陽虛合併煩（急）躁者，為相火不降的表現。陽虛合併焦慮（擔心、驚恐）者，為腎不能封藏陽氣^[10]，陰平陽秘，腎封藏的功能有賴腎陰、腎陽的平衡才能維持腎封藏的能力，腎封藏失司，則相火上浮^[11]。

3.2. 肝膽氣機升降失司，氣鬱擾神

肝氣不升，肝氣鬱結，鬱而不升，相火（膽火）則不能降；肝鬱木火氣上生長之左路受阻，鬱而化火，表現為肝火擾心之象。肝膽相表裡，膽火亦無下降之右路。《四聖心源》中就曾指出：“神不交精…其原由於膽胃不降”。木火之生長，全賴脾土之升，金水之收藏，也全賴胃土之降。中氣衰弱，膽木無路必乘胃土，胃土鬱滯而不降，相火無法下行滯留於心必擾亂君火而產生失眠^[11]。

葉天士在《臨証指南醫案》中指出：“人身氣機合乎天地自然，肝氣從左而升，肺氣從加而降”。肝肺之升降正常，氣機暢順可期。君火與相火的根原都在腎水，君相之火能回腎水都是依靠肺金斂降有度。而肺氣不能降的源頭，則在於陽明胃上逆，濁氣滯留於上，故

肺金無下降之路。《四聖心源》：“陽明不降，則火金浮升而神飄於上”。肺主氣之肅降，降則氣機條達，水道也隨之通利，金水之斂降而有利收藏。金水之收藏，全賴胃土之降，胃土不降，金水就失去收藏的功能，君火相火就留於上，耗損心肺之陰液，導致上焦陰虛而生熱。胃氣上逆的主因是土濕，土濕導致中氣不運，陽明胃土則不降。

3.3. 脾胃樞機不利，濕鬱始生

脾升，肝腎隨之升，胃降，心肺亦隨之降。脾升胃降乃樞機順逆之根本。胃土之不降，由於脾土之濕，導致太陰升清之不運，《四聖心源》：“太陰不升，則水木沉陷而精遺於下”。又“脾陷則精不交神，胃逆則神不交精”。“脾陷之根，因於土濕，土濕之由，原於水寒”。陰升陽降的功能正常運作，皆由中氣所主，中氣衰敗，則導致陰升陽降功能障礙，金水的收藏功能就出現異常，木火的生長功能被抑制，此乃精與神的分離而致病。《四聖心源》指出：“胃土不降，相火失根，虛浮驚怯，神宇不寧。陽神秘藏，則甘寢而善記，陽泄而不藏，故善忘而不寐也。”故和解濕鬱，培養中氣，使胃土能降以助金水收藏，使脾升能助木火生長，促使全身一氣的暢通，精神平和。

3.4. 痰濁、瘀血等病理產物

痰飲者，肺腎之病也，而根源於土濕。《四聖心源》曰：“肺腎為痰飲之標，脾胃乃痰飲之本”；又有“痰者，顛狂之標，濕者，顛狂之本。”。中氣氣機升降功能障礙，生化失司，痰濁內生，鬱而化熱，上蒙神竅擾心而出現失眠的症狀。

黃元禦認為“血以溫升為性”，在《四聖心源》中提及到：“蓋血中溫氣，化火之本，而溫氣之原，則根於坎中之陽。坎陽虛虧，不能生發乙木，溫氣衰損，故木陷而血瘀。”指出血瘀之根本在腎陽虛。又一方面，肝血的不升，其原因在脾土不升，甚至脾陷，脾陽虛又與腎陽虛相關，故中氣抑鬱，肝氣自然沒行陽上達之道路。在《醫林改錯。血府逐瘀湯所治之症目》指出血瘀導致不寐：“夜不安者，將臥則起，坐未穩又欲睡，一夜無寧刻，重者滿床亂滾。此血府血瘀。”，“夜睡材多是血瘀”。

結論：

筆者認為“陽虛濕鬱”的是失眠症的基礎病機^[12]，《四聖心源》指出：“陽虛則土濕而不升，己土不升，則水木陷矣……其原總由於濕盛也。”可以看出“土濕”為阻礙中氣樞機正常運作的關鍵所在。脾升則肝腎亦升，故水木不鬱，胃降則心肺亦降，故女金火不滯。反之“濕鬱”則直接耗損中氣，故均可以使四維生病。在《四聖心源》曰：“中氣衰則升降窒，腎水下寒而精病，心火上炎而神病，肝木左鬱而血病，肺金右滯而氣病。神病則驚怯而不寧，精病則遺洩而不秘，血病則凝瘀而不流，氣病則痞塞而不宣。”，精神氣血的病皆可因中氣衰些而導致。另一方面，按照晝夜陰陽“開闔樞”有序的觀點指出入睡困難與太陰濕土有關，實則陽明，虛則太陰^[13]；實則陽明，陽陰積滯，此為胃氣不降。虛則太陰，脾虛

濕困，脾氣不升也。綜上可知，對陽虛濕鬱是導致一氣周流升降障礙的關鍵，故筆者提倡臨床治療失眠應重視恢復一氣左升右降的流通，全身氣血陰陽調和，情志亦平和。“一氣周流”理論指導理解失眠的病機，和臨床上選方用藥提供了一種系統的思路。“一氣周流”的目的不只是治標，更是幫助人體恢復中氣斡旋，讓左升右降的氣機暢達，讓人體進入一個良性循環，從根本上改善人體的健康。

參考資料：

- [1] 劉志梅，肖長國．《四聖心源》“一氣周流”理論探討[J]．山東中醫雜誌，2011，30(6)：365-366.
- [2] 李玉賓．破解中醫治病密碼：臨證辨象[M]．人民軍醫出版社，2010.
- [3] 黃元禦．四聖心源[M]．北京：人民軍醫出版社，2011.
- [4] 羅翠文，徐福平．楊志敏臨床辨治運用“一氣周流”理論經驗探析[J]．江蘇中醫藥，2014，46(9)：16-17.
- [5] 傅文錄，彭子益．“陽氣降升圓運動”學術思想發微[J]．河南中醫，2010，1
- [6] 梁永耀．許允佳教授基於“兒為虛寒”論治小兒脾虛綜合症的經驗[J]．澳門中醫藥雜誌(2)：49-52.
- [7] 王永炎，魯兆麟．中醫內科學，北京：人民衛生出版社，1999.
- [8] 黃春華，範宇鵬，張錦祥，等．楊志敏從圓運動理論解析失眠病機[J]．江西中醫藥，2013，3
- [9] 張勤生，李振華．運用一氣周流法治療失眠經驗探討[C]．2018：
- [10] 楊志敏，原嘉民，黃春華，等．基於決策樹的陽虛型失眠症同證異治方辨證思路研究[D]2013.
- [11] 李義成，張曾亮．從“一氣周流”論治失眠症[J]．中國中醫藥現代遠端教育，2013，1
- [12] 潘芝儀．從黃元禦一氣周流理論探析失眠的證治及臨床典型醫案分析[D]．山東中醫藥大學，2018.
- [13] 陸淑萍 陸．運氣理論對失眠的辨證論治[J]．世界睡眠醫學雜誌，2020，7：965-968.

淺談中醫暖宮育嬰

李灼珊博士

中醫內科博士 香港註冊中醫 澳門力報中醫常識專欄作者

以前的女子比較好生養，可以生上10個8個以上的孩兒，真是多生粗養也無妨。但現今的女子很多都比較難懷孕。結婚2~5年仍未能懷上BB是一個令女性困擾的問題。為什麼呢……？究其原因是現今飲食的不良影響和生活環境的改變，令很多女子求「有孕」都難了。

什麼是飲食的不良影響呢？大家是否知道，現今的飲食基本上已經破壞了自然的供求規律。例如：以前我們飼養一頭豬，要用一年的時間才可以供人作營養食用。那時候的食物很珍貴而且很美味，我們要等待節日、喜慶的時候才有一頓美味的肉食。但現在，科學家們用生長素把豬在2~3個月就摧大了。

實際上，我們所食的所有肉類都是用生長素飼養的。肉類食物泛濫，人類對食物的需求大增，多食和長期食各種用生長素養大的動物對人類的危害非常之嚴重。要知道生長素可以將動物速大，但亦會令動物早衰。人類在各種食物中間接地大量吸收了飼養動物的生長素，生長素擾亂了我們自身的生長規律，也令人類的生殖器官提早老化和衰退，便大大地降低了人類的生殖能力。這個問題的存在值得醫學界思考。

什麼是生活的環境改變呢？以前；人們要在太陽底下做粗重的體力工作，強烈的紫外綫和體力勞動可以增強人體的陽氣和溫度。中醫認為，陽氣可溫煦身體各個器官，令身體血液加速循環和細胞加快新陳代謝。陽氣更能增強人的性功能和生育能力。現代人的工作普遍不用體力，而且經常坐在有冷氣的室內，年青人又喜歡飲冰凍的飲料，這些都會降低身體內的陽氣和降低身體內的溫度。如此長期令體內冷冰冰的生活環境，都會令女子的子宮和男性的腎臟缺失了陽氣帶來的溫度，而提早衰退影響了生育能力。

所以女子要想正常懷孕必須要增加身體的溫度；首先要注重身體的保暖，不要經常飲冰凍的飲品，不要長期在有冷氣的室內，和盡量少食寒涼的食物。什麼是寒涼食物呢？例如西瓜、雪梨、蘿卜、白菜、芥菜、涼茶……等都屬於寒涼的食物不宜多食。平時需要食些溫補的食物，溫補的食物如雞湯、羊肉煲、魚湯、和溫補的中藥等。在我的中醫臨床中一般助孕的中藥有鹿茸、黨參、杜仲、淫羊藿、關沙苑、菟絲子、鎖陽、肉鬆蓉、桑寄生、蛇床子、黃精……等，這些中藥可以補腎陽暖子宮，有利精子和卵子著床生長。在我的臨床中發現，很多女性，結婚2~5年仍未能懷孕，祇要幫她們用補腎陽的中藥暖子宮，便很快就懷孕了。現今的女性身體偏寒，子宮內溫度不夠是受精的卵子不能在子宮生長的主要原因。

還有的是，用針灸也可以助孕：一般助孕的穴位有；子宮、關元、中極、氣穴、大赫、水道、歸來等對穴，和下肢血海穴、足三里、三陰交等穴位落針加艾灸。達到興奮人體沖脈和任脈的目的，也可溫經散寒，促進女性的雌激素和助孕酮分泌令女性卵子成熟。每星期針灸2次，一般針灸半年見效。

「陽虛生內寒」即是身體陽氣不足會引致體內寒冷的意思。平時多些用中藥補陽助陽能提升身體的生育能力和工作能力。因為陽氣幫助我們的血液循環和幫助身體的新陳代謝。我們身體的陽氣是來自心臟的動力和腎臟中的命門之火。命門之火可以溫暖子宮，可以培育健康的嬰兒。以上是個人的理念和經驗供大家參考。

泌尿系結石病案

黃志忠

李 xx，59 歲，男

病例：膀胱不適，反覆發作年余，小尿時有尿血跡象，曾在醫院作膀胱檢查，膀胱區 0.5*0.3 厘米結石陰影多粒。

方名及主治：溶石加減方，主治泌尿系結石。

組成及用法：夏枯草 30g，金錢草 30g 鵝不食草 30g 篇蓄 30g 虎杖 15g 車前子 15g 薏仁 30g 澤瀉 15g 仙鶴草 30g 敗醬草 15g 甘草 10g。

文火煎沸後 30 分鐘再入金錢煎煮 20 分鐘，得藥汁 300 毫升，渣覆煎 45 分鐘，再得藥汁 300 毫升，兩煎藥合兌，分早，晚溫服。

方解：泌尿系結石大多由於過食肥甘酒熱，以致濕熱蘊積于下焦，復與尿中沉濁物互結，日積月累，遂緩緩結聚成塊，又或熱傷血絡，迫血妄行。治宜清利濕熱，通淋排石，利尿止痛。方中夏枯草，金錢草，鵝不食草能利尿通淋，軟堅化石，故為方中主藥，鵝不食草亦名天胡荽，近代醫學研究天胡荽全草含黃酮昔，酚類，揮發油，氨基酸，香豆精，具有清熱解毒，利尿散結之功。夏枯草清肝火，散郁結，具有降血壓及利尿作用，并有較強的抗菌消炎功效，篇蓄通淋利尿金錢草，消化濕熱，利水通淋，解毒消腫。車前子清熱利濕，分清別濁，虎杖活血祛瘀，清熱利濕，解毒。薏仁，清熱排膿，淡滲利濕。澤瀉，利水滲濕，化濁降脂，清濕熱。仙鶴草收斂止血，止癰止痢，解毒。敗醬草，清熱解毒，消癰排膿，活血行瘀。甘草調和諸藥合用，共奏化石通淋，利尿排毒之功。

注意事項：治療期間可配合針刺穴位腎俞，三陰交。宜多飲水，并作適當全身運動。

療效：服藥 20 濟為一療程，停藥 3 天後，再服 15 濟，覆查結石陰影全部消失，尿血不再，身體康復。

子宮肌瘤的治療

中醫生 呂志揚

子宮肌瘤是女性生殖器官中最常見的一種良性腫瘤，又稱為纖維肌瘤、子宮纖維瘤。由於子宮肌瘤主要是由子宮平滑肌細胞增生而成，其中有少量纖維結締組織作為一種支持組織而存在，故稱為子宮平滑肌瘤更為確切。此病常見於30-50歲女性，而孕齡期婦女臨床發病率高達20%。因肌瘤臨床症狀大部分不明顯，故臨床上往往是進行健康檢查時發現。

此病在臨床上常表現為：1. 子宮出血；2. 腹部包塊及壓迫症狀；3. 腹部腰部疼痛伴有下腹墜脹；4. 白帶增多；5. 不孕及流產；6. 繼發性貧血及低血糖症狀。臨床上診治婦科疾病時，若條件足夠，應建議患者進行影像學檢查，已避免錯診漏診。

子宮肌瘤的治療上，現代醫學主要推薦的是手術治療，包括：肌瘤切除術，子宮切除術及子宮動脈栓塞術。此方法治療的好處是直截了當，隨著技術的成熟，安全性以及大大提高。實際在臨床上，切除完之後有一定機率再發，並且哪怕是進行微創手術，但對子宮的影響風險卻始終存在。正如上文所述，此病是子宮平滑肌的異常增生，切除後子宮平滑肌的組織結構即發生改變，對未來是好是壞只能說有待觀察。

對於此病的治療，個人推薦以中藥及針灸進行針對性治療。

子宮肌瘤屬中醫學的“石瘕”、“癥瘕”、“腸覃”或“積聚”等範疇。在中醫角度上，此病主要與血瘀和氣滯關係最密切，其次則是脾的運化，在治療過程中主要以活血化瘀，疏肝理氣，健脾化濕，軟堅散結為主。在治療上桂枝茯苓丸，少腹逐瘀湯，逍遙散，桃紅四物湯，失笑散等為代表方藥，切勿在沒有診治醫生的情況下自行用藥，防止出現意外。治療過程中，尤其注意需添加一定補氣收斂藥物，避免出現大出血情況。需提醒患者改變飲食習慣和結構，除了各種疾病因素，不健康飲食其實亦是一個產生疾患的因素。輕則影響療效，重則持續加重病情。

此病的治療時間上，請保持足夠的耐心，一個療程大概在三個月，經過治療兩個療程後，根據一些臨床數據，四成的病人可以達到完全治愈，症狀及肌瘤完全消失，五成的病人可以控制到原來的三分之一以內，繼續治療有極大的可能完全消失，但仍有一成的病人或因生活習慣，或因體質問題，或因精神問題，導致治療效果不明顯，只能達到控制症狀，無法起到消除肌瘤的目的，亦希望患者能以客觀的思維看待。

在中藥治療過程中，若患者願意接受其他治療，推薦以針刺及艾灸輔助治療，在治療上可以有效加強療效。

針刺在此過程中可以起到改善局部血液循環及刺激局部自我代謝更新的作用。記得曾經有一患者身體局部有紫色瘀斑十餘年，我嘗試每次治療其主訴症狀時，在該處多加一針，結果第二次即出現瘀斑從中間消失轉白，數次后直接好轉的情況。同理，在治療子宮肌瘤的時候，針刺可以有效改善其氣滯血阻，瘀瘀互結等情況，幫助子宮建立良性的血液循環及代謝過程。在選穴位上，可集中在小腹及腰骶處，適當進行遠端取穴，如血海，三陰交等。

艾灸可以加強活血，起到改善血供的作用，在內科上，艾灸本質收斂止血，在外用灸治時，易可提現其作用，活血而不至失血，調經而不至閉經。進行治療時，可簡單選擇艾盒或手持艾條來回灸治，易可以製作小塊艾條，放置針上，通過針刺將艾灸熱力傳導入內。

在治療期間，應囑咐患者不要過度緊張，保持身心的放鬆，身體與精神本身就是容易互相影響，身體長期存在疾患，精神容易出現壓力，緊張，失眠；精神長期緊繃，壓力大，身體也容易產生各種瘀滯問題，像甲狀腺，乳腺，卵巢，子宮都有這種特性。

針藥結合治療下肢靜脈曲張病案舉隅

譚嘉偉 澳門仁誠醫中心

摘要：下肢靜脈曲張是一種臨床常見的周圍血管疾病，尤其常見於長久體力勞動或久站工作的人員。隨著病程的進展，嚴重影響人們的生活質量。西醫治療本病以手術為主，但術後易覆發及伴有術後併發症的風險。筆者通過針藥結合治療本病，不良反應少，且取得較好的療效。

關鍵詞：下肢靜脈曲張；中醫；針藥結合

下肢靜脈曲張是臨床常見的疾病之一。由於患肢靜脈壓增高、靜脈瓣功能不全、靜脈壁結構破壞等多種原因致使患肢大隱靜脈及其屬支迂迴擴張，使靜脈內血液瘀滯。患者早期無特殊不適，但隨著病程的進展，患者除了會出現患肢淺靜脈顯露隆起，還會出現患肢酸脹、乏力、沉重等症狀，嚴重者出現皮膚營養不良性改變，並發瘀滯性皮炎、血栓性淺靜脈炎等^[1]。西醫治療本病以手術為主，手術治療有嚴格手術指征，具有治療風險較高、切口多、費用高的特點，並常伴術後併發症，且易覆發^[2]。筆者通過使用針藥結合治療本病，不良反應少，且取得較好的療效，現將其經驗報道如下。

1. 病因病機

1.1 中醫病因病機

中醫學認為本病因先天不稟賦不足，筋脈薄弱，加之久坐久站，勞傷筋脈，以致經脈不合，氣血運行不暢，血壅於下，瘀血阻滯脈絡擴張充盈，日久交錯盤曲而成。《靈樞·刺節真邪》言“虛邪之入於身也熱，寒與熱相搏，久留而內著，……有所疾前筋，筋曲而不能伸，邪氣居其間而不發，發為筋瘤”。《外科正宗·癭瘤論》亦對筋瘤有所描述“筋瘤者、堅而面紫、壘壘青筋、盤曲甚者，結若蚯蚓。”《外科正宗·臙瘡論》言“臙瘡者，風熱濕毒相聚而成，有新久之別，內外之殊。”

1.2 西醫病因病機

現代醫學認為本病發生的主要原因為下肢靜脈瓣膜功能不全、先天性靜脈壁薄弱。1. 在受到長期站立或腹腔壓力等因素影響時，靜脈血受重力所產生的壓力長期作用在瓣膜上，瓣膜受力後會將壓力傳導至靜脈壁，導致局部的靜脈擴張，靜脈一旦擴張，瓣膜之間會出現裂隙，血液會沿著裂隙返流到下面的靜脈，使往下靜脈管腔內壓力增大，從而變得迂曲、擴張，形成靜脈曲張。2. 先天性瓣膜薄弱、炎性反應等。當瓣膜功能開始變差，淤滯在腿上的靜脈血就會增多，加重靜脈負擔，導致靜脈出現曲張^[3]。

2 治療方法

2.1 刺絡放血

①選穴：選取靜脈曲張最明顯的最高點部位約 4-6 個點（避免選取動脈或高度曲張的靜脈和靜脈大血管），②操作：術前應向患者說明治療目的、風險和操作流程，消除患者心理上的恐懼；器材：碘伏、75% 的酒精棉球、棉簽、一次性手套、一次性無菌採血針和輸血貼；患者取坐位或立位，充分暴露施術部位，選取患肢靜脈曲張最高點 4-6 點，施術部位使用碘伏局部消毒，術者洗手後消毒後戴一次性手套，右手持針頭，左手固定，針身與曲張靜脈呈 $45^{\circ} \sim 60^{\circ}$ 角迅速點刺，讓血液隨針眼流出。根據患者體質及病情控制出血量，每次 50 ~ 100mL 為宜。治療結束後用 75% 的酒精棉球擦淨血漬，針眼用碘伏棉簽消毒，消毒後貼上輸液貼，叮囑患者 24 小時內勿使針眼沾水，以預防針眼感染，勸誡不要過度疲勞，注意休息。每 7 天刺絡放血 1 次，3 次為 1 個療程（療程內痊癒者停止治療）。

2.2 中藥內服

以“養血通絡、溫通經脈”，予當歸四逆湯合四妙散加減

3 醫案

患者謝某，男，54 歲，酒店前台服務員，2020 年 12 月 29 日初診，主訴：反覆左下肢內後側疼痛 5 年余，以痹痛為主，伴左下肢沉重乏力，行走困難，偶見左下肢麻木，平素下肢易怕冷，無惡寒發熱、無意識障礙等，精神尚可，納寐可，二便調，舌淡黯，苔黃略膩，脈弦細。查體：左側小腿內後側青筋隆起，局部皮膚紅腫、壓痛，皮溫升高，觸之有硬結塊，壓痛，局部皮膚無潰瘍、糜爛滲液，深靜脈通暢試驗陰性。中醫診斷為筋瘤，辨證為濕熱下注、瘀血阻絡，予刺絡放血療法。操作如上述，每 7 天刺絡放血 1 次，3 次為 1 療程。中藥內服予以當歸四逆湯合四妙散加減，處方如下：當歸 15g，通草 3g，牛膝 15g，木瓜 15g，細辛 3g，白芍 20g，黃柏 12g，蒼術 12g，生薏仁 20g，黑棗 5 枚，桂枝 10g，延胡索 15g，炙甘草 5g，7 劑，水煎服，早晚分 2 次服。

2021 年 1 月 5 日二診，患者訴仍有雙下肢乏力、肢體沉重，行走困難，左側小腿內後側疼痛較前緩解，性質同前，口乾較前緩解，納寐可，二便調，舌淡黯，苔黃略膩，脈弦細，查體：左側小腿內後側青筋隆起較前稍減退，局部皮膚仍紅腫，壓痛緩解，皮溫不高，觸之索狀腫物或硬結塊較前變軟，壓痛緩解，局部皮膚無潰瘍、糜爛滲液。治法同前不變

2021 年 1 月 12 日三診，患者訴仍有左下肢乏力沉重較前好轉，但仍存，左側小腿內後側疼痛較前緩解，性質同前，口乾較前緩解，大便日行 2 次，質偏溏，納寐可，舌淡黯，苔略膩，脈弦細，查體：左側小腿內後側青筋隆起較前稍減退，局部皮膚仍紅腫，壓痛緩解，皮溫不高，觸之索狀腫物或硬結塊較前變軟，輕壓痛，局部皮膚無潰瘍、糜爛滲液。刺絡法同前，因其大便質偏溏及平素易怕冷，原方加製附子 15g，黨參 15g，白術 15g，7 劑，

水煎服，早晚分 2 次服。

2021 年 1 月 19 日四診，患者訴服藥後左小腿內后側疼痛已有明顯緩解，能行走，左下肢乏力、肢體沉重較前緩解，無明顯口乾，舌淡黯，苔薄白，脈弦細。查體：左側小腿內后側青筋隆起較前消退，左小腿內側稍有腫脹，無明顯紅腫，皮溫不高，觸之索狀腫物或硬結塊較前減小，輕壓痛。治法同前不變並進行適當的健康教育。1 月後隨訪，患者左側小腿內后側已無明顯疼痛，索狀腫物或硬結已逐漸消散。

4 討論

中醫認為本病乃氣血運行不暢，瘀血阻滯脈絡而成筋瘤病。《靈樞·九針十二原》：“凡用針者，虛則實之，滿則泄之，宛陳則除之。”表示血瘀證可使用刺絡放血，使惡血出盡，祛瘀生新，並且連同濕熱等無形之邪，隨瘀滯之有形之血一起排出。

筋瘤濕熱下注、瘀血阻絡偏多，久瘀必虛。患者為酒店前臺服務員，大部分工作時間都是站立來完成，久站則勞傷筋脈，且患者平素易下肢怕冷，偶見下肢麻木，提示肝血不足。寒凝血虛致瘀，久瘀則化熱。當歸四逆湯由當歸、桂枝、白芍、細辛、通草、炙甘草、大棗組成，本方為養血通脈的常用方，當歸苦辛而溫，與白芍合用，善補血虛和營，桂枝辛甘而溫經散寒，配伍細辛，善除內外之寒邪，炙甘草、大棗甘平益氣補脾，通草通暢經脈，使陰血充而寒邪除。四妙散由蒼術、黃柏、牛膝、薏苡仁組成。蒼術健脾除濕邪，黃柏走下焦除肝腎之濕熱，薏苡仁入陽明胃經祛濕熱而利筋絡，牛膝補肝腎兼領諸藥之力直達下焦。二方相合各奏其功，使濕熱瘀既除且能通經活血補血。

筆者通過辨證論治針藥結合治療下肢靜脈曲張取得較好的療效，適當地對患者進行健康教育，使其認識不同類型體質的特點，從飲食調養、體育鍛煉、生活起居、情志調攝等各方面進行健康管理，制定下肢靜脈曲張的個體化健康調護方案，能有效地提高患者的生活品質^[4]，值得臨床推廣應用。

參考文獻

- [1] 聂明, 金朝晖, 李静云. 临床路径管理在激光治疗下肢静脉曲张患者中的应用效果 [J]. 重庆医学, 2017, 3
- [2] 贺小靖, 赵志恒. 贺氏火针治疗下肢浅静脉曲张的临证体会 [J]. 天津中医药, 2019, 6
- [3] 宋小军, 叶炜. 下肢静脉曲张病因, 表现及治疗方法 [J]. 血管与腔内血管外科杂志 2020 年 6 卷 5 期 460-462 页, 2020,
- [4] 姜振, 张玥, 杨康, et al. 下肢静脉曲张 304 例中医体质及生活质量调查分析 [J]. 收藏, 2017, 3

鮑慶祥主任診治 Miller-Fisher 綜合証 經驗探析

偶鷹飛¹ 陳子弘² 肖福君³ 張海峰⁴ 鮑慶祥⁴

¹ 蘇州大學附屬太倉醫院，太倉市第一人民醫院 江蘇太倉 215400；

² 太倉市港區醫院 江蘇太倉 215434；

³ 太倉市浮橋鎮金浪衛生院 江蘇太倉 215423；

⁴ 太倉市中醫醫院 江蘇太倉 215400

[摘要] Miller-Fisher 綜合征 (MFS) 是吉蘭 - 巴雷綜合征 (Guillain-Barre 綜合征, GBS) 的一種變異型, 以眼外肌麻痺、腱反射減退或消失和共濟失調為三聯征。現代醫學治療手段主要有免疫球蛋白、激素以及應用 C5 補體抑制劑等。江蘇省先進中醫、太倉市名中醫鮑慶祥主任, 從事針灸臨床 50 餘年, 擅長針藥結合治療疑難病, 其堅持中醫辨證思維, 針對本病分期論治, 充分發揮針藥結合的優勢, 臨床上取得了滿意的效果。

[關鍵字] Miller-Fisher 綜合征; 中醫療法; 針藥結合

Director Bao Qingxiang's Experience In Diagnosis and Treatment of Miller-Fisher Syndrome

Ou Yingfei¹ Chen Zihong² Xiao Fujun³ Zhang Haifeng⁴ Guidance: Bao Qingxiang⁴

1.Taicang Affiliated Hospital of Soochow University, The First People's Hospital of Taicang, Jiangsu Taicang 215400;

2.Taicang Port District Hospital, Jiangsu Taicang 215434;

3.Jinlang Health Hospital, Jiangsu Taicang 215423;

4.Taicang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Taicang 215400

[Abstract] Miller-Fisher Syndrome (MFS) is a variant of Guillain-Barre syndrome (GBS), which is characterized by extraocular muscle paralysis, tendon reflex loss or disappearance and ataxia. Modern medical treatments include immunoglobulin, hormone and C5 complement inhibitor. Director Bao Qingxiang, an advanced Chinese medicine doctor in Jiangsu Province and a famous Chinese medicine doctor in Taicang City, has been engaged in acupuncture and moxibustion for more than 50 years. He is good at combining acupuncture and medicine to treat difficult diseases. He adheres to the Chinese medicine dialectical thinking, focuses on the treatment of the disease by stages, and gives full play to the advantages of the combination of acupuncture and medicine. A satisfactory result.

[Key words] Miller-Fisher syndrome; TCM therapy; Combination of Acupuncture and Medicine

1932年，Colher報導了眼外肌麻痺、腱反射減退或消失和共濟失調形成的三聯征，並認為其是吉蘭-巴雷綜合征（Guillain-Barre綜合征，GBS）的一種變異型。1956年，Miller-Fisher再次報導了3例類似的病例^[1]，此後的文獻中將此三聯征定義為Miller-Fisher綜合征（MFS）。目前，大多數學者認可MFS為急性炎症性脫髓鞘性多發性神經根神經炎（GBS）的變異型類型或特殊類型。MFS可表現為典型的三聯征，也可表現為不完全型，如急性共濟失調性神經病、急性眼外肌麻痺、急性瞳孔散大^[2]。該病可發生於任何年齡和季節，多數患者病前有前驅呼吸道或者胃腸道感染史，急性起病，臨床症狀在數天至數周內達到高峰^[3]。目前，免疫球蛋白為MFS治療的主要手段，另外，口服或者靜脈滴注激素是否對MFS治療有效尚待證實^[4]，亦有研究證實C5補體抑制劑能阻斷膜攻擊複合物和隨後的下游損傷形成^[5]，可能將是MFS治療學中的一種新思路^[6]。中醫藥以其“簡、便、驗、廉”的特點，在本病的治療中有很大的優勢，江蘇省先進中醫、太倉市名中醫鮑慶祥主任，從事針灸臨床50餘年，擅長針藥結合治療疑難病，現予以總結鮑慶祥主任診治Miller-Fisher綜合征的學術經驗。

1. 病因病機

鮑主任認為Miller-Fisher綜合征，因其有肢體輕癱、乏力等症狀當歸屬於中醫學“痿症”範疇，如合併有肢體麻木，則又兼“血痺”，屬虛實夾雜之症。“邪之所湊，其氣必虛”、“正氣存內，邪不可幹”，臨床發現此類患者，大多素體虛弱，或年老體衰，氣血生化不足，“清陽出上竅、氣行則血行”，氣血不足，則衛外不固，卒受風邪，則脈絡痹阻，腦神、肢體、經脈失養而發為本病。治療當分急性期與恢復期兩個階段，循序漸進。

2. 分期論治

2.1 急性期治療

此階段為病之初起，當以解表透邪，活血通絡為法，遵《金匱要略·血痺虛勞病脈症並治第六》：“血痺，陰陽俱微，寸口關上微，尺中小緊，外證身體不仁，如風痺狀，黃芪桂枝五物湯主之。”以黃芪桂枝五物湯益氣和營，加赤芍、川芎、桃仁、紅花等活血通絡，蘊“治風先治血、血行風之滅”之義，再入地龍、僵蠶、蕪蛇等蟲類藥增強透風之力，同時注意顧護脾胃，健脾化濕。針灸以督脈、膀胱經、手足少陽經穴為主，施以疏通、疏調、以通為補的手法為主，從陰引陽，從陽引陰。

2.2 恢復期治療

《素問·痿論》曰：“治痿獨取陽明”、“各補其榮而通其俞，調其虛實，和其逆順”^[7]。《景嶽全書·痿論》認為“元氣衰敗則精虛不能灌溉，血虛不能營養者，亦不少矣，若概從火論，則恐真陽衰敗，及土衰水潤者有不能堪”。鮑主任認為：針灸調陰陽氣血，痿則獨取陽明，氣血生則痿症得復，故恢復期以健脾益氣為總則，脾胃強，飲食得增，氣血津液充足，

臟腑功能旺盛，筋脈得以濡養，則有利於痿症的恢復。又痿症日久，精血虧虛，血行不暢，因此在治療時當兼顧養血活血及滋補肝腎，以使精血氣互相轉化，氣血運行暢達。中藥以補中益氣湯合桃紅四物湯為底方，隨證加減。針灸則以督脈、膀胱經、手足陽明經穴為主，施以溫補手法，並加強背俞穴的使用，亦補益臟腑精氣。部分患者早期失于透表，就診時多表邪未解，內氣已虛，則宜扶正達邪，針刺則以補法、平補平瀉為主要抓手，免犯虛虛實實之戒。

3. 驗案舉隅

陳某，男，23歲。以“行走搖晃伴複視、眼球活動不利半月余”就診于鮑主任處。患者無明顯誘因下感行走搖晃，頭暈，2天后出現雙眼複視，眼球活動不利，噁心，走路不穩，面部遇冷則刺痛難忍，無視物模糊，無視物旋轉，無耳鳴，無聽力下降，無意識障礙，無肢體麻木，無四肢抽搐，當地醫院查頭顱MRI未見明顯異常，遂至蘇州、上海等地求診，完善相關檢查，明確為MFS，予“強的松、丙球、彌可保”等治療，病情改善不明顯。刻下：患者精神倦怠，眼球活動不利，複視，行走搖晃，舌淡胖苔白膩，脈結代。

中醫診斷：痿症——脾胃虛弱、脈絡瘀阻。屬於恢復期，治宜健脾益氣，活血通絡。治療方案如下：

針灸：四關、曲池、足三裡、支溝、三陰交、懸鐘、風池、腎俞、昆侖、通天、絡卻（以上均雙側同取），百會、大椎、印堂（以上為單穴）。四關、足三裡、腎俞針刺得氣後用撚轉調補法，另外足三裡、腎俞、百會隔10分鐘運用通調手法一次，連續3次，余穴平補平瀉，留針20分鐘，隔日針灸一次。

中藥：予補中益氣湯合桃紅四物湯加減

黨參 16g 黃芪 20g 白術 10g 茯苓 12g

當歸 16g 赤芍 9g 熟地黃 16g 桃仁 10g

紅花 6g 山萸肉 12g 澤瀉 9g 雞血藤 16g

丹皮 9g 益母草 20g 杜仲 30g 懷牛膝 16g

桑寄生 12g 川芎 9g 地龍 9g 丹參 12g

三七片 10g 僵蠶 6g 蕪蛇 6g 菟絲子 16g

水煎服，每日一劑，分早晚二次飯後溫服。

療效：患者每月功能評估一次，治療後首次評估見眼球已能少許左右活動，行走搖晃感明顯減輕，仍有複視，中藥增黨參為20g，白術15g，茯苓15g，熟地黃25g，加補骨脂15g，益智仁15g繼服，針灸方案同前。二次評估時眼球活動較前明顯改善，複視減輕，稍

有行走搖晃感。半年後眼球活動恢復正常，無複視，行走如常人，生活恢復，體質健壯，後繼續隨訪2年未見病症復發。

分析：本案經蘇州、上海予以明確診斷為MFS，系統治療後療效不明顯，整個辨治過程很好的體現了鮑慶祥主任關於本病的學術經驗，因早期失於透表，邪氣內入，脾胃虧虛，脈絡瘀阻，故疾病遷延不愈，治療在健運脾胃，益氣養血的總則下，兼顧活血補腎、扶正達邪，針藥結合、補瀉同施，陰陽同調，疾病得愈。

4. 總結

MFS是GBS的少見變異型，國外報導其發病率為1-2/10萬，臺灣報導MFS發病占GBS的19%，西方報導MFS占GBS 1%-5%[8]。2014年GBS分類專家組[2]提出了GBS和MFS分類和診斷標準診斷，該標準採取臨床核心症狀及支援特徵的表述，對於MFS，其核心臨床特徵為：腱反射減弱或喪失、共濟失調、眼外肌麻痹；支持症狀為：檢測到抗GQ1b抗體。而對臨床無典型三聯征表現的患者，如起病前有相關誘因，腰穿腦脊液檢查出現蛋白-細胞分離現象及血清檢測到抗GQ1b抗體等相關特徵支援，亦可進行診斷。並且對不完全型MFS根據其臨床表現及受累部位分為：急性眼外肌麻痹、急性共濟失調性神經病(ANN)、急性眼瞼下垂(AP)、急性瞳孔散大(AM)等；對於伴肢體無力患者，則提示MFS與GBS重疊。臨床對疑似MFS患者極易誤診，需與其他引起眼外肌麻痹、共濟失調及腱反射消失的疾病相區別，如Bickerstaff腦幹腦炎、強直性肌營養不良、甲狀腺眼病、急性小腦炎、重症肌無力、遺傳性共濟失調等，頭顱MRI對鑒別上述疾病，有重要的參考價值[4、8]。案例中的患者診斷為MFS應無異議，然免疫球蛋白的應用並未產生明顯的效果，2007年的一項大型回顧性研究也發現靜脈注射丙種球蛋白不能改變MFS患者的結果[9]。中醫藥治療本病的文獻報導較少，鮑慶祥主任堅持中醫辨證思維，分期論治，充分發揮針藥結合的優勢，最終達到臨床治癒效果，對於探索和研究的該病的中醫治療提供了新的思路。

參考文獻：

- [1] Fisher M. An unusual variant of acute idiopathic polyneuritis (syndrome of ophthalmoplegia, ataxia and areflexia) [J]. N Engl J Med, 1956, 255(2):57-65.
- [2] Wakerley BR, Uncini A, Yuki N, et al. Guillain-Barre and miller fisher syndromes- new diagnostic classification [J]. Nat Rev Neurol, 2014, 10(9):537-544.
- [3] 中華醫學會神經學分會. 中國吉蘭-巴雷綜合征診療指南 [J]. 中華神經科雜誌, 2010, 43(8):583.
- [4] 馬蓮, 張其梅. 4例Miller Fisher綜合征臨床分析 [J]. 神經損傷與功能重建, 2018, 13(1):46-47.
- [5] Mc Gonigal R, Cunningham ME, Yao DG, et al. C1q-targeted inhibition of the classical complement pathway prevents injury in a novel mouse model of acute motor axonal neuropathy [J]. Acta Neuropathologica Communications, 2016, 4:23.
- [6] 張旭, 李佳. 吉蘭-巴雷綜合征臨床免疫學研究現狀 [J]. 中國神經免疫學和神經病學雜誌, 2011, 18(4):240-242.

- [7] 周仲英. 中醫內科學 [M]. 北京: 中國中醫藥出版社, 2007:481.
- [8] 李清雲. Miller-Fisher 綜合征臨床分析 [J]. 中國實用神經疾病雜誌, 2009, 12(12):11-13.
- [9] 郭虎, 盧孝鵬, 徐瑾, 鄭幗. 對米勒-費舍爾綜合征的再認識 [J]. 中華全科醫學, 2012, 10(11):1683-1684.

第一作者簡介: 偶鷹飛 (1985——), 男, 副主任中醫師, 碩士。研究方向: 針灸療法在功能康復中的應用。

電話: 18915768373 E-mail: 439917333@qq.com

地址: 江蘇省太倉市常勝南路 58 號

通訊作者簡介: 鮑慶祥 (1944 年 3 月——), 男, 副主任中醫師, 太倉市中醫醫院特聘專家, 太倉市名中醫, 蘇州

尤氏針灸傳人, 長期從事神經系統疾病、各種疑難病的針藥結合治療。

電話: 13962402791 E-mail: 524034437@qq.com

地址: 江蘇省太倉市城廂鎮人民南路 140 號

登堂入室乃見宗廟之美

——盱江名醫魏稼教授早年求學求學往事

謝強

(江西中醫藥大學附屬醫院 南昌 330006)

摘要： 魏稼教授為承淡安先生的再傳弟子，早年私淑承淡安先生，又師從承淡安先生的弟子趙爾康先生，盡的承門針學真諦。魏稼教授精于臨床，救人無數，平生注重治學，既注意博覽群書，更重視拜師求教，曾師事三大針灸名家，對入室求學頗有心得。他認為，入室求學，必須具有誠心、慧心和恒心，方能登堂入室，盡睹宗廟之美，獲得真傳，修成“正果”。

基金資助： 國家中醫藥管理局全國中醫學術流派傳承工作室建設專案（國中醫藥人教函（2019）62號）

第一作者： 謝強（1953-），男，江西臨川人，主任醫師，教授，博士研究生導師。研究方向：盱江醫學史，針灸及五官科學。Email：1162694185@qq.com

關鍵字： 承淡安；盱江醫派；盱江；魏稼；求學；針灸療法；

求師問業，是中醫傳統教育的主要方式。子貢說：“夫子之牆數仞，不得其門而入，不見宗廟之美，百宮之富。”是說大凡一門科學都有高牆隔堵，必須覓其門徑，穿牆而入，方可目睹科學殿堂中的“富”和“美”。韓愈且說：“古之學者必有師，師者所以傳道、授業、解惑也。”又強調要“不恥相師”。魏稼教授認為，治學宜有師承，然師門豈易入，仁術豈易得，欲成“正果”更為不易。只有具有誠心、慧心和恒心，方能登堂入室，盡睹宗廟之美，修成“正果”。

魏稼（1933年-2020年），江西省都昌縣人，江西中醫藥大學教授、主任中醫師，為承淡安先生再傳弟子，為國際著名針灸學家，是我國針灸流派學、無創痛針灸學、針灸敏化學說的宣導者，當代江西盱江醫學針灸流派的旗手。盱江魏氏針灸醫門弟子眾多，其中家傳有魏小明（兒）、魏海（孫），國家級師承弟子有張橋保、謝強，研究生（碩士）弟子有洪恩四、王建新、崔峻、單寶枝，門中主要弟子還有宋南昌、魏慧強、梁清湖、譚劍飛、劉敏勇、呂承德、洪忠興、何春盛、張聖利、王仲彬等。

魏老師少小，傳承家學（叔父魏荷生），隨叔父魏荷生習方脈。青年時期，私淑承淡安先生，習針學，熟讀承氏《中國針灸治療學》；並且，拜趙爾康先生（承淡安之徒）為師，後又入承淡安先生的江蘇中醫學校（現南京中醫藥大學）學習（承淡安任校長）；中年，入江西徐少廷先生門下習針灸。從師多門，盡得師傳。臨證精于內外婦兒五官，救人無數；一

生治學，既注意博覽群書，也注重拜師求教，曾師事三大名家，對入室求學頗有心得。他認為，入室求學，必須尊師重道，方能入于師門，獲得真傳。

我師從魏老師多年，悉得真傳。1974年，我分配於江西中醫學院中醫系，即在魏稼教授身邊工作。1990年，我與師兄張橋保批准為全國首批老中醫學術經驗繼承人，至今師從魏稼先生業已三十載。2002年始，我亦受命為國家第三批、四批、五批、六批老中醫藥專家學術經驗繼承工作指導老師，收徒鄧琤琤、楊淑榮、何興偉、廖為民、陳丹、張波、李芳、胡啟煜，授徒之余，深感魏老師入室求學精神之可貴。茲將魏老師入室求學的經驗介紹如下，以為緬懷，亦冀希對廣大青年中醫藥學生、學者及醫者傳承中醫藥學術有所借鑒。

一、不恥相師見誠心 獲師信賴入門徑

自古學習中醫有三條途徑，一是家傳，二是師承，三是自學。魏老師學習中醫，三徑兼而有之，此外還本著“虛心處處皆學問”之旨，經常向有一技之長者不恥討教。由於他心誠好學，博採眾長，因而能成為一代名家。

魏老師說，古往今來欲成大器者，必投於名門，但拜師求學極難。歷代名醫擇徒極其嚴格，對求學者先考其有無仁愛至誠之心，若無此心則決不收為門徒。究其原因有三：其一，因為醫術乃仁術，醫而不仁，則有損師門之譽。其二，舊中國醫生賴醫術糊口，倘徒弟不誠，恐其學成搶了自己的飯碗；而解放後，不少徒弟是“拉郎配”的，由於老中醫是從舊社會過來的人，加之文革前政治運動頻繁，發生過不少“徒弟打師傅”的悲劇，因而有些老中醫不願帶徒。其三，老中醫手中的寶貴經驗是經過幾十年艱辛摸索而得，若傳授與人則片刻即可授完，甚至有些絕招和秘方可一語道盡，僅寥寥數語即可學得；因此，輕易授人，實不甘願。正如《物理論·論醫》指出：“夫醫者，非仁愛之士不可托也；非聰明理達，不可任也；非廉潔淳良不可信也。”可見，為徒者應胸懷赤誠之心，虔誠對待老師，熱誠對待病人，“精誠所致，金石為開。”這樣，方可獲得老師的信賴，才能真正登堂入室，繼承衣鉢。

魏老師于二十世紀四十年代，師從叔父魏荷生先生，私淑承淡安先生針學並熟讀承氏《中國針灸治療學》；二十世紀五十年代初，又求贅于承淡安弟子趙爾康先生門下，就讀於他辦的針灸函授。常言說：“一日為師，終身為父。”魏老師對恩師之情，耿耿不忘，恭敬從之終生。幾十年來，魏老師初衷未改，始終如一，時時恭敬問安，頻頻誠懇求教，魚雁傳書，始終未息。他好學不倦，謙恭至誠之心，使先生深為感動。長期以來，師生之情極為融洽。學生有疑竇不解，先生每次回復求教之函，總是認真解難，諄諄告示，唯恐不詳，情同慈父。

魏老師的叔父魏荷生先生是江西都昌縣名醫，擅治內科雜病，理驗俱豐。收侄為徒，無

甚顧慮，但雖愛而嚴，對他嚴以《千金方》之“大醫精誠”訓導，以修仁愛至誠之心，冀其能成蒼生大醫，光耀門庭。在良好家風的薰陶下，魏老師不僅醫術精湛而且醫德高尚。至今他帶徒訓教，總以醫德為要，處處示以軌範，不收受病人錢財。一次，他為江西臨川縣農機廠陳成武廠長治頑疾獲效，陳廠長包一大紅包以示感謝，他誠懇地勸其收回紅包，使陳廠長敬佩不已。

家傳學習是比較順心適意的，而出外做學徒卻非常艱苦，要想獲得先生的理解和信賴則需要經過很長一段時間的考驗。五十年代中期，魏老師考入江西中醫進修學校（江西中醫學院前身），並被選派在江西名醫徐少廷先生門下為高徒。對於上面派來的徒弟，徐老先生不甚樂意。開始愛理不理，若請教之，不是一問三不答，就是“王顧左右而言他”。怎樣才能改變先生這種態度呢？那只有以誠心換誠心。先生俸金優厚，家有傭人，在生活上不需徒弟侍奉。但是他卻注意在其他方面處處照顧先生。例如在工作時，給先生沏茶送水；先生生病了，則端藥侍奉；在院內坐診或出外會診，不論早晚，時時刻刻侍診於旁，持針抄方，一絲不苟等等。久而久之，備受先生信賴和疼愛。以後，每次臨證，先生必親演針法，手把手示教，每逢節假日，還請他來家作客改善伙食，增加營養，關心備致，勝似父母。

二、善思創新有慧心不怕金針不度人

魏老師認為，為徒者應善思善悟，慧心獨具，常有創見，則孺子可教。古詩去：“鴛鴦繡出從君看，不把金針度與人。”先生手中的金針——“絕活”，未必是都不度人的，只是不輕易度人，在眾多弟子中僅度給資質聰慧且深受其器重的弟子，以便傳其衣鉢。這是因為“絕活”的難度大，資質鈍拙者難於體悟，不易掌握。

在治學中，魏老師注重學用結合，善於獨立思考，讀活書不讀死書，時有所悟，常有所得。例如，他初學《素問·瘧論》便欲體驗如何治瘧。適逢一人病瘧，開始他按常法治之無效，隨後認真體會“瘧論”所言，悟其症與“陽已傷，陰從之”相合，便按“先其時緊束其處，令邪氣不得入，陰氣不得出，審候見之，在孫絡盛緊而血者，皆取之。”之意，緊紮病人四肢，在曲澤、委中二穴刺絡放血。不料卻獲效甚佳，止住寒熱。此後，每當讀書或臨證，他都多思多悟，以求甚解，頗有創見。這些見解是否正確，他不貿然提出，適逢先生高興時方提出，這樣即便錯了，先生也不責怪；若正確則使先生青睞有加，更為器重，多加指教。例如，在跟徐老先生學習中，一次先生正講到針刺以強刺激為瀉，弱刺激為補時，他見先生興致很高，便提出“不可一概而論”的不同見解，認為針刺以強弱分補瀉太絕對了，還要對病人的體質、神經類型等綜合起來分析，臨床曾見有給予強刺激而感覺很弱之人，也有給予弱刺激而感覺很強之人，這說明強刺激不一定都為瀉，弱刺激不一定都為補。又引證《千金

方》有：“重者為補，輕者為瀉”之說。此番論說，深得先生的讚賞，使之刮目相看，認為“孺子可教”。高興之餘，即傳授二法。其一，在治療坐骨神經痛時，遇患側扎針痛未減，反覺針刺部痛甚，可改刺健側，則患側痛可減緩，且患側痊癒很快；若不知其故，仍在患側下針，不僅治不好病，反使之愈發加重。其二，在治療急性咽喉腫塞時，可同時刺少商和老商二穴，每穴放血量宜在2毫升以上則效佳；人不知其故，僅出1~2滴血則少效。由於他聰慧過人，倍受先生的賞識和器重，認為他不僅能繼承衣鉢，而且能發揚光大。繼後，先生又親傳家珍秘法，教授他掌握了特殊針法——“飛針術”以及“飛針”的製作術。從此，魏老師如虎添翼，醫術更上一層樓。

魏老師求知懇切，常魚雁傳書求教于趙爾康先生，受益頗多。有時，自己的見解一下子難於被先生理解，誠知為徒者切莫操之過急。古人說：“此事難知”。任何新事物都有一個認識的過程。例如，魏老師近年來根據當今科學的發展，針灸工具的不斷更新，針對傳統針灸有疼痛、有創傷等的不足之處，向針灸界提出了針灸跟上時代，走向現代化的新學說——“無創痛針灸學說”。此說開始不被趙先生所理解，曾向他提出商榷。魏老師則虛心向先生請教，並耐心予以解釋，經過一段時間的認識，先生終於理解並贊同了這一新說。為了表達器重熱愛之情，先生特意將自己珍藏幾十年，不輕易示人的家珍——十余枚純金打制的金針傳授與魏老師，以表“金針度人”之深意。

三、成功之母謂恒心 終成正果升岱嶽

荀子說“鍥而舍之，朽木不折；鍥而不捨，金石可鏤。”孫中山亦說：“有恆為成功之母”。魏老師認為，治學一定要勤奮，要有李太白“鐵杵磨成針”的恒心，持之以恆，才能終成正果，升達岱嶽。

魏老師自幼繼承家學，叔父藏書甚富，四書五經俱備，四大醫經及各家諸說更全。叔父督促他“先窮經，後證史”，用經典奠基。在讀書中，他摸索出“五步”學習法，即讀（泛讀、精讀、熟讀相結合）、摘（摘卡片）、整（分研究專題整理資料）、用（學以致用，用以實踐）、寫（將讀書與實踐的體會昇華為理論，撰寫成論著）。在臨床實踐中，他力求做到“四勤”，即眼勤（帶著問題多讀書）、口勤（有疑問多求教）、手勤（勤摘卡片，寫心得，動手實踐）、腦勤（多獨立思考）。魏老師正是以這“五步”、“四勤”治學方法，幾十年來持之以恆，從不懈怠，終成既精醫學又通文史哲、理驗俱豐的一代名家；繼承和發揚了師學，結出了累累碩果。例如，他繼承叔父用艾灸治療熱證瘡毒的經驗，並結合整理歷代醫家有關熱證用灸的經驗，提出了“熱證可灸論”，打破了“熱證禁灸”的定論；他繼承徐少廷先生的刺絡放血治療喉痹的經驗，並結合整理《內經》以及後世二十餘位醫家的刺絡放血思想，

自五十年代始便陸續發表有關刺絡放血學說，且在《絡刺論縱橫》中提出了“虛證可刺論”，給刺絡療法開闢了更廣闊的治療領域。此外，他提出了三大理論，一是各家針灸學說理論，二是提出了無創痛針灸理論，三是宣導針灸腧穴敏化學說理論，這為傳統針灸走向現代化，走向世界指出了方向，促進了針灸學術的發展。

魏老師認為，繼承師學，要注意遵師不泥師，既要注重繼承，又要不忘發揚。如此才能光大師學，才能促進中醫事業的發展，這才算真正將老中醫藥專家學術經驗繼承工作做好了。

作者簡介：謝強，國家一級主任中醫師，二級教授，博士生導師，國家級名中醫，享受國務院政府特殊津貼，世界中醫藥學會聯合會耳鼻喉口腔科分會副會長，全國第三批至六批老中醫藥專家學術經驗繼承工作導師，獲中國中西醫結合學會中西結合貢獻獎。曾任江西中醫藥大學嗓音言語聽力醫學研究所所長、江西中醫藥大學附屬醫院（江西省中醫院）科主任。

擅長用中藥、針灸、按摩、導引等方法治療疑難病症及腫瘤，抗五官衰老和五官顏面針灸美容，尤其是治療咽喉炎、扁桃體炎、聲帶病、喉源性咳嗽、鼻出血、過敏性鼻炎、鼻竇炎、打鼾、口腔潰瘍及白斑、牙齦炎、顳頰及環杓關節炎、面癱、顏面黃褐斑及痤瘡、偏頭痛、中耳炎、神經性耳鳴、突發性耳聾、眩暈、失眠、健忘、早衰、中風語蹇、放療化療及手術後遺症等有獨到的經驗。

聯繫方式：手機：13870991139 QQ:1162694185

老昌輝教授病案二則

梁可雲 戴勇 郭美林

老昌輝教授，廣東省名中醫，碩士研究生導師，第五批全國老中醫藥專家學術經驗繼承工作指導老師，第二屆鄧鐵濤中醫醫學獎獲得者。從事中醫臨床工作五十餘年，擅長中醫為主、中西醫結合治療內科、婦科及兒科雜症，治療肺系疾病尤有造詣。筆者有幸跟師侍診，現擷其病案二則，介紹如下。

病案一：血府逐瘀湯治療經行腹痛案

鄧某，女，37歲，2013年6月6日初診。

經行小腹脹痛2年。

患者2年前始出現經行小腹脹痛，以月經第一、二天為主，月經量少，色暗紅，夾血塊，排出血塊後疼痛減輕，伴乳房脹痛，心煩不得眠，易怒，顴部黃褐斑逐漸增多。末次月經5月11日。刻下見：乳房脹痛，心煩，難入寐，納可，二便調。舌淡暗尖紅，舌底瘀絲，苔黃白，脈沉細弦。中醫診斷：經行腹痛，證屬氣滯血瘀。治以疏肝理氣，活血化瘀，方用血府逐瘀湯加味。處方：紅花5克，桃仁10克，赤芍15克，生地15克，川芎10克，柴胡10克，枳殼15克，當歸10克，桔梗10克，懷牛膝15克，甘草5克，土鱉蟲10克，益母草20克。7劑，日1劑，水煎服。

二診（6月20日）：訴月經於6月11日至，下腹隱痛稍減，腰酸、乳房脹痛減，經色暗紅，血塊減少，月經已淨，經後自覺睡眠改善，舌脈同前。改以健脾化濕，舒肝解鬱法治療。處方：黨參15克，白術15克，甘草5克，茯苓15克，藿香15克，綿茵陳15克，砂仁10克（後下），玫瑰花10克，黃芪30克，浮小麥30克，百合15克，炒棗仁15克，白芍15克，佩蘭15克。7劑，煎服法同前。

三診（7月4日）：考慮月經將至，守初診方，7劑。

四診（7月11日）：7月10日月經至，經前乳房脹痛輕，下腹隱痛、腰酸較上月減輕，經量增多，血塊較上月減少。

囑其經前一周服藥，先後治療3月，9月再無經行小腹脹痛，察其顴部黃褐斑顏色變淡。

按：經行腹痛之發生，總不離虛、實兩端，虛者，“不榮則痛”，即氣血虧虛或肝腎虧損；實者，“不通則痛”，即氣滯血瘀、寒凝血瘀或濕熱瘀阻。老師認為，現代社會工作節

奏快，競爭激烈，生活壓力大，人們憂思過度，易致肝氣鬱結，肝失條達，沖任氣血瘀滯，經血不利，不通則痛，故氣滯血瘀型的經行腹痛最常見。痛經的患者，通常還伴有面部痤瘡、經前咽痛、感冒等，而且痤瘡多出現在面王之下，是“膀胱子處”的反射區，而反觀面王之下有痤瘡者，大多有痛經等月經不調之證。本案患者經行小腹脹痛，伴乳房脹痛、心煩不寐、易怒、經色暗夾血塊，舌暗、舌底瘀絲，脈沉細弦，乃肝鬱氣滯，瘀阻胞宮。

老師擅用血府逐瘀湯治療氣滯血瘀型之經行腹痛。血府逐瘀湯出自王清任的《醫林改錯》，主治胸中血瘀證。老師認為，血府逐瘀湯中活血與行氣相伍，既行血分瘀滯，又解氣分鬱結；祛瘀與養血同施，活血而無耗血之慮，行氣又無傷陰之弊；升降兼顧，既能升達清陽，又可降泄下行，使氣血和調，凡一身之氣滯血瘀諸證，皆可用之。月經期胞宮由藏轉瀉，以瀉為順，老師提倡于經前一周開始用藥，因勢利導，使瘀血隨月經而出，較非月經期用藥更為有效，一般可連服3-7天，嚴重者亦可在月經期服用，待經淨後再根據臟腑虛實、胞宮的藏瀉情況調整用藥。故本案患者前後治療三月，氣滯得行，瘀血得化，諸症悉減，乳房脹痛、不寐、黃褐斑等症亦隨之減輕。

加減法：月經後期，瘀血甚，伴舌下脈絡迂曲、血塊量多者，加水蛭或土鼈蟲破瘀通經；經前痤瘡者，加夏枯草、紫花地丁、月季花；顏面黃褐斑者，加玫瑰花、月季花；經前咽痛者，合二至丸。

血府逐瘀湯治療痛經，一般堅持連續數月乃至1-2年，原發性痛經可獲痊癒，但繼發性痛經病程更長，效果亦不如前者。若加水蛭、土鼈蟲效果更佳，雖書雲其破血逐瘀，但即使經前或經期使用，亦未見有經期延長等副作用，皆瘀去氣血自安也。

老師認為，血府逐瘀湯不但對治療氣滯血瘀型之經行腹痛有確切療效，對月經前後諸證亦可獲奇效，尤其是對中年婦女的黃褐斑的消除，對婦女月經前後的健康調養極有意義。但凡月經病見氣滯血瘀者，如崩漏、月經後期、經前頭痛、經前粉刺等，皆可用之，用藥時機和原則與經行腹痛一致，待經淨後，再根據辨證及胞宮藏瀉狀態分期治療。即使是崩漏之證，只要有瘀血存在，即可大膽用藥，順勢澄源，亦未見有動血之弊，待月經4-5天后塞流與澄源相結合，療效更佳。

病案二：分期論治哮喘證案

劉某，女，30歲，2013年3月18日初診。

反復喘促3年餘，再發3小時。

患者于3年前開始反復出現咳嗽，氣促，每因天氣變化、外感、遇刺激氣味誘發，發作時可聞喉間哮鳴，多次至我院就診，確診為“支氣管哮喘”，但患者未接受規範治療。近2天患者風寒外感風寒，曾自服感冒通，3小時前患者再發喘促。刻下見：呼吸急促，喉間哮鳴有聲，咳嗽痰多，痰黃咯之不爽，無鼻塞流涕，無發熱，無汗出，納可，二便調。舌紅，

苔膩，脈滑。體查：R 25 次 / 分，三凹征陰性，心率 90 次 / 分，律齊，未聞及病理性雜音，雙肺呼吸音粗，雙肺可聞散在哮鳴音。中醫診斷：哮喘。證屬熱哮；治以清熱宣肺，化痰定喘，方用老師經驗方宣肺化痰方加味。處方：麻黃 15 克，北杏 15 克，枳殼 10 克，地龍 20 克，魚腥草 20 克，法夏 15 克，橘紅 10 克，甘草 10 克，桑白皮 15 克，瓜蒌皮 15 克，浙貝 15 克，冬瓜仁 20 克，乾薑 10 克，細辛 5 克，旋覆花 15 克（包煎）。3 劑，日 1 劑，水煎服。配合 (160ug) 布地奈德福莫特羅粉吸入劑治療（早、晚各 1 次，每次 1 吸）

二診（3 月 25 日）：患者咳嗽氣促明顯減輕，轉咯白稀痰，舌淡紅，苔白滑，脈弦。體查：雙肺哮鳴音減少。患者痰熱已去，病因於寒，痰升氣阻，喘息未平，改投射幹麻黃湯合三子養親東加味。處方：細辛 5 克，五味子 10 克，款冬花 15 克，法半夏 15 克，射干 15 克，大棗 15 克，萊菔子 10 克，麥冬 15 克，蘇子 15 克，白芥子 15 克，炙麻黃 15 克，紫菀 15 克。7 劑，煎服法同前。

三診（4 月 8 日）：患者無咳嗽氣促，畏風，易噴嚏、流涕，溫度環境改變尤著，觀其神疲體倦，氣短，面色黧黑，滿面雀斑。舌淡紅，苔白膩，脈細。體查雙肺哮鳴音消失。患者發作已緩，改用培生金之法以固本培元，陳夏六君子湯化裁。處方：甘草 10 克，茯苓 15 克，白術 15 克，陳皮 10 克，黨參 15 克，法半夏 15 克，大棗 15 克，五味子 10 克，紫蘇葉 10 克（後下），麥冬 10 克，桂枝 10 克，紫菀 15 克。7 劑。加服本院中成藥益肺養陰膠囊（老師經驗方，每天 3 次，每次 2 粒）。

四診（4 月 22 日）：咳嗽少，舌尖紅，苔薄白，脈細。上方去蘇葉，加靈芝 15 克、阿膠 15（烱化），加強養陰補肺之力。7 劑。

五診（5 月 6 日）：咳嗽好轉，無氣喘，仍有噴嚏、鼻塞。舌尖紅，苔白，脈細。守上方，7 劑。

六診（5 月 20 日）：病情穩定，守上方，7 劑。

七診（6 月 3 日）：繼續守方治療，7 劑。

八診（6 月 17 日）：患者近幾天感冒，咳嗽增多，上方去桂枝、阿膠，加細辛 3 克、紫蘇葉 10 克（後下）以疏散表邪。7 劑。

九診（7 月 1 日）：感冒已愈，咳嗽減少，舌淡紅，苔白，脈細。加上方加阿膠 15 克（烱化）、紫河車 15 克，以加強養肺補腎，納氣平喘。7 劑。加服本院中成藥補腎培元膠囊（老師經驗方，每天 3 次，每次 3 粒）。

十診（7 月 15 日）、十一診（7 月 29 日）：患者無咳嗽，噴嚏亦減，惟服上藥後胃脘部不適。舌淡紅，苔薄白，脈細。上方去蘇葉、細辛，加黃精 10 克，考慮阿膠滋膩礙胃，減量為 10 克，14 劑。

十二診（8月19日）；患者訴近一月餘無不適，上方加加鹿角膠15克（烱化），以加強補腎益精之功，7劑。

十三診（9月2日）：患者無咳嗽氣促，偶有嘔噎，天氣轉涼，改用膏方治療以圖緩治。處方：黨參300克，白術300克，茯苓300克，靈芝300克，法半夏150克，陳皮90克，大棗300克，五味子150克，黃精300克，阿膠300克，紫河車150克，鹿角膠300克，紫菀300克，紅花60克。以飴糖作矯味劑。

十四診（10月24日）：訴服膏方後無不適，面色紅潤，自覺精神好轉。繼續膏方一料。隨訪一年，支氣管哮喘無發作。

按：哮喘相當於現代醫學的支氣管哮喘，雖經西醫的吸入劑規範治療，仍易反復發作。老師認為，哮喘的發病，稟賦為基礎，肺脾腎虛為根本，因於宿痰伏於內，複因外邪侵襲、情志內傷、飲食不節、勞累過度而觸動伏痰而發。哮喘分發作期和緩解期，發作期又有寒哮喘和熱哮喘之分，緩解期為虛實夾雜之證，肺脾腎虛為主，兼有痰飲內伏。本案患者近幾年頻頻發作，久病遷延，致正氣大虛，年紀不大，但見面色黧黑，滿面雀斑，形倦氣短。本有痰飲宿疾，初診乃外感風寒，入裡化熱致痰熱內蘊之熱哮喘，二診哮喘減，咯痰轉白稀，知其痰熱已去，被引動之伏痰仍壅塞氣道，痰升氣阻，喘息未平。三診哮喘已平，發作已緩，神疲體倦，面色黧黑，畏風流涕，乃肺脾腎俱虛。

老師治療哮喘，分發作期和緩解期，視其臟腑、邪正虛實而治之，並配合身體鍛煉和注意起居飲食，發時利氣豁痰祛邪，緩時固本培元。寒哮喘者，治以溫肺散寒，化痰平喘，方用射干麻黃湯，常合三子養親湯、旋覆花加強降氣平喘之力；如有化熱之象，加桑白皮、黃芩清泄肺熱；如寒象明顯者，加乾薑；如表寒裡飲著者，改用小青龍湯。熱哮喘者，治以宣肺通腑，定喘湯或宣肺化痰方合承氣湯，加加射干、旋覆花；若夜間咳嗽、喘鳴甚，乃外感風寒化熱或本虛複感熱邪，加乾薑、細辛；若痰多氣湧，加三子養親湯。承氣湯之用是釜底抽薪，速逐病邪，挫敗病勢，縮短病程。其使用則視大便情況而定，如腹脹，大便數日未行，脈滑數者，雖腑實之候未盡全，亦可用大承氣湯；若大便幹結，無腹脹者，可用調胃承氣湯，大便正常而正氣不虛者，酌減量用之。大黃用量一般5-10克，芒硝5-10克，用藥期間須觀察大便情況，中病即止，以防損傷正氣。若大便每天7、8次甚則10數次，應立即減量或停用。

緩解期固本培元，選用陳夏六君子東加味為基本方（黨參15克，白術15克，茯苓15克，炙甘草5克，陳皮10克，法半夏15克，大棗15克，乾薑10克，細辛3克，五味子10克）。加減法：氣虛甚、汗出多者，重用黃芪、白術，加防風，嚴重者或伴有畏寒肢冷者加肉桂、熟附子以期脾腎雙補；痰多者，合三子養親湯；咳嗽較多而痰少者，加枇杷葉、款冬花、百部；痰少，宜加阿膠以增強養肺之力；氣陰皆虛者，加黃精、麥冬、天冬；咳嗽不爽者，加川貝、桑白皮、枇杷葉。如病久及腎，腎不納氣，加補腎納氣之品。在湯劑基礎上，老師喜加用中成藥益肺養陰膠囊。對病程長、反復發作，肺脾腎俱虛，腎陽虛則不能溫煦，畏寒肢

冷，老師以培補先天，溫腎填精為法，多予右歸丸化裁，酌加蛤蚧、金櫻子、乾薑、五味子、核桃肉、肉蓯蓉等，或服中成藥補腎培元膠囊。

哮喘患者正氣虛衰，服藥亦非一朝一夕有效，老師在秋、冬季改用膏方為患者調治，以圖緩補。本案患者正是通過個體化膏方的治療而獲良效。

老師認為，哮喘是一個慢性疾病，在反復發作過程中形成了一種惡性循環，正氣越虛越容易發作，發作次數越多正氣越虛，久之肺脾腎俱虛，而宿飲難除，甚至變生他證，所以需要持續的綜合干預，包括中西醫治療、食療、運動、心理，才能達到最佳的療效。老師治哮喘不遠溫，甘溫補脾腎之陽以扶正氣，如肉蓯蓉、紫河車、鹿角膠、胡桃肉、黃芪之屬，辛溫溫陽化飲、苦溫燥濕化痰以除宿根，如法半夏、細辛、桂枝、白芥子、陳皮之屬。緩解期的治療以膏方為優，膏方糾偏卻病，補治結合，且藥力緩和，效果持久，可事半功倍。秋、冬季服食膏方，可效法大自然之秋收冬藏，收斂肺氣，藏精於腎，提高機體免疫力，能起到養精蓄銳的作用，對預防及減少哮喘復發尤為重要。在膏方中加入烏雞、烏龜、甲魚等血肉有情之品，補益之力更強。使用膏方時須注意：①邪氣已盡方食用，以防“閉門留寇”②膏方收膏及矯味的均是滋膩之品，需在大隊補益藥中酌加少許運脾理氣之品。③若出現脘腹痞滿、大便溏薄、納少等胃腸功能紊亂時宜暫停服食。

長者失眠症的中西醫治療研究進展

The research progress on traditional Chinese medicine and western medicine of insomnia among older adults

馮雪¹ 周英² 鄒小芳³ 梁倩茹^{4*}

(^{1,2} 廣州醫科大學護理學院 ³ 廣州醫科大學附屬第三醫院 ⁴ 澳門理工學院)

* 通訊作者：梁倩茹，女，博士，副教授，澳門理工學院健康科學及體育高等學校

Email:suleong@ipm.edu.mo

摘要：

目的： 探討當前臨床中治療長者失眠症的研究進展。

方法： 通過萬方、中國知網、維普、中國生物醫學文獻、PubMed、EBSCOhost 等資料庫進行文獻查閱、文獻回顧並進行文獻總結。

結果： 隨著人口老齡化的到來，經歷失眠和面臨失眠風險的人數逐漸增加；長者失眠癥狀的發生率已經達到一半，長者所面臨的失眠問題急待解決。當前，常見的臨床治療包括藥物治療與非藥物治療；藥物治療的不良反應極多且極易成癮，非藥物治療提供了有效的長時間治療，被推薦作為治療失眠症的一線選擇，但也存在費用高、操作規範不統一等弊端。

結論： 分析當前臨床中常用的治療方法，各有利弊，探討一種高效、安全、簡單的治療方法極為重要，也是臨床急需解決的問題；本文旨在分析、總結當前治療長者失眠症進展，為醫學工作者提供臨床依據。

關鍵詞： 長者；失眠症；藥物治療；非藥物治療；中醫治療

Abstract

Objective: To explore the current clinical treatment of insomnia among older adults

Methods: The literature review is performed by searching several databases like CNKI, Wanfang, VIP, Chinese Biomedical Literature, PubMed, EBSCOhost, and other related databases.

Results: With the advent of an aging population, the number of people experiencing insomnia and at risk of insomnia is increasing; The incidence of insomnia symptoms in the elderly has reached half, the elderly are facing insomnia problems urgent to solve.

At present, the common clinical treatment includes drug therapy and non-drug therapy;

Drug therapy has many adverse reactions and is highly addictive. Non-drug therapy provides effective long-term treatment and is recommended as the first-line choice for the treatment of insomnia, but it also has disadvantages such as high cost and inconsistent operating standards.

Conclusion: The analysis of the current clinical commonly used treatment methods, whether

nonpharmacological or pharmacological treatment has its advantages and disadvantages. Not even exploring an efficient,safe,simple treatment method is extremely important,but also is a clinical need to solve the problem. The purpose of this paper is to analyze and summarize the current progress in the treatment of insomnia among older adults,and to provide clinical evidence-based information for healthcare staff.

Key Words: Older adults,insomnia,pharmacology and nonpharmacology treatment; traditional Chinese medicine

當前世界老年人口增長快速，據國家統計局數據顯示：2019 年末，全國 60 歲及以上人口占 18.1%，共計 25388 萬人，其中 65 歲及以上人口占 12.6%，共計 17599 萬，與上年同期相比發現，老年人口比例呈現持續上升趨勢，60 歲及以上人口上升 0.25 個百分點，增加 439 萬人，65 歲及以上人口上升 0.64 個百分點，增加 941 萬人，人口老齡化趨勢愈加顯著^[1]。預計到 2022 年左右，國內 65 歲以上老年人口將佔到總人口的 14%，實現向老齡化社會的轉型，而到 2025 年 "十四五" 規劃完成時，65 歲以上的老年人更將超過 2.1 億，約佔總人口數的 15%^[2]。預計到 2050 年，全球 60 歲以上老齡人口數將達到 20 億^[3]。隨著人口老齡化趨勢的日益加重，所面臨的老齡問題也越來越來多，老年人患有睡眠障礙的幾率也隨之增高；其中，失眠是長者最常見的睡眠障礙之一^[4-5]。失眠是指儘管有合適的睡眠環境和睡眠機會，但依然對睡眠品質和（或）睡眠時間感到不足，並且影響日間社會功能的一種主觀體驗^[6]。有研究顯示，在 65 歲以上人群中，失眠症的發病率為 20%-50%，且女性高於男性^[7]。國外針對特殊人群的研究顯示：養老院居民失眠症患病率為 44.4%-67.9%^[8-9]；伴有慢性疼痛的老年人臨床失眠症患病率為 24.6%^[10]。國內也有研究數據顯示：養老機構老年人睡眠障礙發生率約為 49.9%-64.9% 之間^[11]；與國外研究結果大約相一致。

當前，長者失眠症的發生率已達到一半，長者所面臨的失眠問題急待解決，若不及時治療處理，將會對長者的身心健康造成難以預估的影響。有研究顯示：長期反覆的失眠會對長者身體健康造成嚴重的負面影響；失眠會帶來精神疾病、心理健康等方面的問題；其中，失眠長者出現抑鬱癥狀的風險會增加 23%^[12]；失眠還會增加自殺傾向的風險^[13]；失眠也可能使慢性疾病惡化，加劇身體虛弱和跌倒的風險，Chen 等^[14]人發現，有更嚴重失眠癥狀的長者跌倒的風險更高；並且患肥胖、糖尿病、心血管疾病、慢性疼痛等疾病的風險也會隨之增加^[15]；甚至會導致藥物消費的增加，從而增加公共衛生的負擔。由此可見，長者失眠的治療是至關重要的；當前現有的研究中，針對長者失眠症的治療方法頗多，茲將近年長者失眠症的治療進展綜述如下。

當前，國內外治療長者失眠的方法主要分為藥物治療和非藥物治療，此外，中醫治療也逐漸受到青睞。

1. 藥物治療

目前臨床上常用的治療失眠的藥物有苯二氮草類藥物、非苯二氮草類藥物、褪黑素受體激動劑、食慾素受體拮抗劑和抗抑鬱類藥物等。

1.1 苯二氮草類藥物受體激動劑 (Benzodiazepine receptor agonists, BZRAs) BZRAs 分為苯二氮草類藥物 (Benzodiazepine drugs, BZDs) 和非苯二氮草類藥物 (Nonbenzodiazepine drugs, Non-BZDs)

美國食品和藥品管理局 (FDA) 批准了艾司唑倫、氟西泮、誇西泮、替馬西泮和三唑倫 5 種 BZDs 藥物用於治療失眠；國內常用於治療失眠的藥物還有阿普唑倫、勞拉西泮和地西泮^[6]。BZDs 的短期療效已在臨床試驗中得到證實，表明可明顯改善睡眠潛伏期及睡眠質量。在美國，每年大約有 1500 萬到 2000 萬份 BZDs 的處方，大約有 6-10% 的人使用過催眠藥^[16]。Non-BZDs 以唑吡坦和右佐匹克隆為代表藥治療臨床失眠症狀^[6]；Non-BZDs 屬於快速起效的催眠藥，能誘導睡眠始發，有效治療入睡困難和睡眠維持障礙。BZDs 和 Non-BZDs 均能有效治療失眠的相關症狀，如睡眠開始的潛伏期、夜間醒來的次數、總睡眠時間及睡眠質量，但不可長期使用；長期使用這些藥物可導致住院老年人的耐受性、依賴性、反彈性失眠，日間殘餘鎮靜、運動協調障礙、認知障礙，並增加跌倒的風險。有相關研究結果顯示：BZDs 有早晨鎮靜、焦慮、順行性遺忘、平衡障礙、摔倒和髖部骨折增加、以及與睡眠有關的複雜行為，如夢遊、飲食、駕駛和性行為等副作用^[17]。早期研究表明 BZDs 和 non-BZDs 均會出現反彈；更早的一項長者失眠患者使用鎮靜安眠藥風險和益處的 meta 分析中顯示：BZDs 不良影響大於有益影響^[18]；最近的一項研究：2015 年 Beers 標準強烈建議老年人避免使用這些藥物^[19]。

1.2 褪黑素受體激動劑

褪黑素受體激動劑可作為不能耐受 BZRAs 催眠藥物患者及易發生藥物依賴患者的替代療法；是美國食品和藥品管理局 (FDA) 批准治療失眠的藥物。歐洲已批准褪黑素 (2mg) 用於 55 歲及以上患者的失眠短期治療^[20]。褪黑素的副作用最小，是最安全的藥物治療方法，但它可能不如其他藥物治療失眠的方法有效，在臨床上正式推薦使用褪黑素治療失眠還需要進一步的研究。

1.3 食慾素受體拮抗劑

食慾素受體拮抗劑是第一種 FDA 批准的雙促食素受體拮抗劑，用於成年人失眠 (入睡困難和睡眠維持障礙)，在減少睡眠潛伏期和增加總睡眠時間方面有效，現有的研究數據顯示具有較好的臨床療效和耐受性^[21-22]。長者對它的耐受性也很好，但是仍然缺乏長期安全性的數據。

1.4 抗抑鬱藥 常用於治療失眠症的抗抑鬱藥物有三環類抗抑鬱藥 (Tricyclic antidepressants, TCAs)、曲唑酮 (Trazodone)、米氮平 (Mirtazapine) 等

抗抑鬱藥物具有鎮靜催眠作用，能改善服藥者的主觀睡眠品質，縮短睡眠潛伏期、減少夜間覺醒次數^[23]；但三環類抗抑鬱藥中阿米替林能夠減少慢波睡眠和快速眼動睡眠，不良反應多，如抗膽鹼能作用引起的口乾、心率加快、排尿困難等，因此老年患者和心功能不全的患者慎用，不能作為治療失眠藥物首選^[6]。

2. 非藥物治療

與催眠藥物治療相比，非藥物治療提供了非常有效的長時間治療，被推薦作為治療失眠症的一線選擇；常包括睡眠衛生教育、認知行為療法、刺激控制療法、睡眠限制療法和放鬆療法。

2.1 睡眠衛生教育

睡眠衛生教育主要通過說明失眠患者認識不良睡眠習慣及其在失眠發生與發展中的重要作用，重建有助睡眠的健康行為習慣；包括避免白天小睡，保持有規律的睡眠時間，限制咖啡、濃茶、尼古丁和酒精等對睡眠有不利影響的興奮性物質，睡前不暴飲暴食或進食不易消化的食物，保持臥室環境安靜、光線和溫濕度適宜，消除不利於睡眠的影響因素，保持良好的睡眠衛生，但在長者失眠人群中僅依靠睡眠衛生教育治療失眠是不夠的，當睡眠衛生教育不起作用時，應嘗試對長者失眠有效的認知行為療法。

2.2 認知行為療法

失眠症的認知行為療法 (cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I) 是認知療法和行為療法的組合；CBT-I 是一種首選的、非常有效的非藥物治療方法。美國醫師學會推薦 CBT-I 作為成人失眠的一線治療方法^[24]，尤其長者失眠症治療首選非藥物治療且強調推薦 CBT-I。CBT-I 短期效果與藥物治療相當，長期療效優於藥物治療^[25]；它能夠有效緩解長者失眠程度、縮短睡眠潛伏期、減少覺醒次數、提升睡眠效率，在改善長期失眠方面行之有效，並且風險極小；以失眠為導向的 CBT-I 已被證明可以有效地治療醫學和精神疾病的共病性失眠^[26]，有證據表明 CBT-I 治療失眠比藥物治療更有效。

2.3 刺激控制療法

刺激控制療法是一套行為幹預療法，試圖將床的使用和想要的就寢時間重新聯繫起來，不在床上進行看報、聽收音機或者玩手機，在有睡意時上床，若臥床 20 分鐘不能入睡則起床離開臥室做一些輕微的活動，待有睡意時再回到臥室，消除不利於睡眠的一切影響因素。

2.4 睡眠限制療法

睡眠限制療法是通過減少清醒的臥床時間，將臥床時間限制在實際睡眠的小時數內，達

到增加入睡驅動的能力，直到睡眠效率提高；可以有不超過半小時的規律午睡時間，避免長者多餘的日間小睡、打盹，保持規律的起床時間。

2.5 放鬆療法

放鬆療法（Relaxation therapy）又稱鬆弛訓練，是治療失眠症使用最廣泛的一種非藥物行為療法，主要包括在專業人員的指導下有意識的肌肉緊張和放鬆、引導想像、有節奏地腹式呼吸訓練或冥想，減少夜間覺醒和誘導睡眠產生；有研究表明，對於緩解75歲以上長者的失眠，放鬆療法療效顯著^[27]。

3. 中醫療法

在國內外藥物治療和非藥物治療的運用基礎上，我國學者發現中醫藥可以明顯改善患者的失眠癥狀，提升睡眠品質。為了探尋更有效的治療失眠症的方法，很多學者充分利用中醫特色傳承文化，使用中醫療法對長者失眠症進行治療，均取得較好療效。常用的中醫療法有：

3.1 芳香療法

芳香療法（Aromatherapy）簡稱芳療，又稱香薰療法^[28]。早期，芳療是一種使用精油以緩解人體緊張的精神壓力和增進機體健康的古老療法。現代大量研究結果表明，芳香療法能有效治療疾病、增強記憶、增強機體抵抗力、安撫機體緊張情緒、減輕女性經期疼痛、分娩痛苦及緩解抑鬱症。在治療失眠症的運用中，多有學者採用薰衣草芳香療法，通過藥枕、花茶等方式來達到鎮靜、安神、催眠的作用。郝秀齊等^[29]將82名存在睡眠質量問題的老年淋巴瘤患者隨機分成芳香療法組及對照組，結果顯示芳療能夠有效改善老年淋巴瘤患者的睡眠品質，提高其睡眠效率。李衡等^[30]對56名老年人實施芳療8周後顯示芳香療法能夠緩解和改善老年人的睡眠品質，是一種安全有效的幹預手段。

3.2 艾灸

艾灸是常見的中醫外治灸法之一，以經絡學說為原理，利用艾條燃燒時的熱量和藥力疏通經絡，使藥物透過穴位，起到調暢氣血，調和陰陽，安神定志的作用^[31]；以達到預防治療疾病的目的。常取百會穴，可抑制大腦的異常興奮，恢腦功能復平衡，刺激頭部穴位，改善局部微循環，使機體達到放鬆狀態而入眠；取湧泉穴，灸之可達滋陰降火、寧心安神之效，有引火歸元之妙。一篇臨床文獻評析顯示：從療效上看，單獨艾灸湧泉或聯合艾灸湧泉治療失眠症總有效率在85.7%以上^[32]。

3.3 針灸

針灸是中醫外治法之一，也是臨床應用頻率較高的一種療法。針灸療法通過臟腑經絡的補虛瀉實，調節氣血平衡，從而達到陰平陽秘、目瞑而寐的作用^[33]。針灸治療失眠常用的方法為針刺和耳針療法；常取的基本穴有百會、神門、三陰交、安眠穴等。最近的一篇綜述

報告顯示：針灸治療失眠的總有效率為 88.2%，針灸療法在治療失眠的療效和改善失眠的症狀方面優於單純的中藥和西藥治療^[34]；且對人體損傷輕，副作用小、治療不良反應少。

3.4 中藥藥枕

我國傳統醫學中，藥枕是改善睡眠的一項重要治療措施；藥枕療法是基於中醫基礎理論中臟腑經絡、陰陽五行等有關理論加以完善的一種外治療法，是將具有疏通經絡、調暢氣血等作用的中草藥按一定劑量經炮炙後用作枕芯，製成藥枕^[35]；通過藥物持續作用於頭部、頸肩至大椎穴的經絡及穴位，藥物較緩地對部分穴位加以刺激，使藥力透過皮膚，進入氣虛經絡，發揮治療功能，使經絡氣血流通趨向正常，調整各神經系統而得到刺激效應，促進各組織功能活動得到最大限度地改善，使提高睡眠品質^[36]，以達到防治未病和延壽抗衰的目的。

3.5 中藥足浴

中醫學認為，足部與全身所有臟腑經絡關係密切，刺激足部可以起到調節臟腑功能、增強體質的作用，而且對消除疲勞、改善睡眠有益^[37]。中藥足浴通過熱力使中藥的有效成分進入皮膚，可促進血液向下肢末梢血管流動，減少大腦血流量，抑制大腦皮質層，達到通筋活絡、養心安神的功效，促進入眠；常配合遠志、合歡皮、黃連、肉桂等中藥材，協同發揮安神作用，促進睡眠的功效。潘衛真等^[38]選擇 65 歲以上的老年失眠症患者 30 例應用中藥足浴按摩，結果顯示能有效的改善老年失眠症患者的睡眠品質。

3.6 耳穴按壓

耳穴是指分佈在耳廓上的一些特定穴位，根據耳穴分佈圖在耳廓上找到與之相對應的身體部位，刺激耳部穴位可以治療相應部位病症。常用穴位有肝、心、脾、腎、神門、交感、安眠穴等；多以王不留行籽為貼壓物，當前臨床採用耳穴貼壓治療失眠的報導非常多，也是較常用的療法之一。韓怡菊^[39]採用耳穴，每次單耳取穴，雙耳交替，消毒後將王不留行籽貼於相應耳穴，並適度按壓，壓致耳郭微紅微熱，每日按壓 3 次，治療有效率為 100%。

3.7 穴位貼敷

穴位貼敷是通過藥物刺激穴位及皮膚對藥物有效成分的吸收，通過經絡氣血的傳導，使臟腑調和、陰陽平衡，從而增強機體抵抗力，去除疾病^[40]。穴位貼敷治療失眠症主要以神闕、三陰交、湧泉、內關、心俞等以辨證取穴為主；其藥物主要以硃砂、黃連、肉桂、酸棗仁、吳茱萸等能安神、交通陰陽的藥物為主。趙娜等^[40]認為中藥穴位貼敷能夠調整經絡、臟腑功能，以達到治療中醫不寐的症狀。馮運會等^[41]採用中藥穴位貼敷治療老年失眠症，可縮短入睡時間，延長深睡眠時間，提高睡眠質量，療效明顯。

近年來，臨床上治療失眠症的中醫療法多種多樣，除上述治療方法外，還有中醫五音療法、穴位按摩、放血療法、熏洗療法、埋線療法、刮痧等；這些治療方法既可以單獨使用，

也可互相配合應用，大多有養心安神、寧心定志、鎮靜催眠的作用，對失眠症均有顯著的療效。

小結

綜上所述，當前面臨失眠的人越來越多，失眠所帶來的危害也越來越大；現有的治療方法也很豐富，儘管都被證明有很好的臨床療效，但依舊存在許多不足，藥物治療短期使用效果尚佳，但長期服用毒副作用大、不良反應多，且一些藥物使用缺乏長期有效的臨床實驗數據，及有效性和安全性系統的評估；非藥物治療也存在價格高昂、需依賴專業人員指導、長期治療長者難以依從等問題；中醫療法在治療長者失眠中療效較佳，且中醫外治法創傷小、毒副作用輕，治療費用低，長期使用不良反應少，越來越受老年人群的青睞；但當前的研究中依然只有小樣本試驗，且本人認為長者感知覺較差、皮膚薄弱且容易過敏，一些療法可能會給長者帶來損傷，所以未來的研究中可以進行大樣本、多中心的隨機對照試驗，充分發揚國醫精髓，為臨床更好地治療失眠提供科學依據。長者失眠症是當前亟需解決的問題，探尋一種安全、有效、簡單的治療方法是至關重要的，有效治療失眠不僅能減少長者身體健康的負面影響、藥物消費，還有助於減少公共衛生負擔、提高長者晚年生活品質，進一步推進健康老齡化。

【參考文獻】

- [1] 黃穎嫻. 人口老齡化背景下老年人社區心理健康服務的現狀探討 [J]. 今日財富 (中國智慧財產權), 2021 (01): 245-246.
- [2] 金柯. 65 歲以上人口 5 年後將破 2 億, 我國老齡化迎來最重要視窗期 [J]. 老同志之友, 2020 (15): 16-17.
- [3] United Nations Department of Economics and Social Affairs: Population Division. World population ageing: 1950-2050. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>. Published 2001. Accessed May 23, 2017.
- [4] Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. Lancet. 2012; 379(9821):1129-1141.
- [5] Shochat T, Loredó J, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. Curr Treat Options Neurol. 2001; 3(1):19-36.
- [6] 張鵬, 李雁鵬, 吳惠涓, 趙忠新. 中國成人失眠診斷與治療指南 (2017 版) [J]. 中華神經科雜誌, 2018, 51 (05): 324-335.
- [7] 張峻弓, 馮威, 陸崢. 老年失眠症的病因和治療研究進展 [J]. 世界臨床藥物, 2018, 39 (4): 229-234.
- [8] Kuok K, Li L, Xiang YT, Nogueira B, Ungvari GS, Ng CH, et al. Quality of life and clinical correlates in older adults living in the community and in nursing homes in Macao. Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society. 2017; 17(3):194-9.

- [9] Castello-Domenech AB, Del Valle VI, Fernandez-Garrido J, Martinez-Martinez M, Cauli O. Sleep Alterations in Non-demented Older Individuals: The Role of Cortisol. *Endocrine, metabolic & immune disorders drug targets*. 2016; 16(3):174–80.
- [10] Dragioti E, Bernfort L, Larsson B, Gerdle B, Levin LA. Association of insomnia severity with well-being, quality of life and health care costs: A cross-sectional study in older adults with chronic pain (PainS65+). *European journal of pain (London, England)*. 2018; 22(2):414–25.
- [11] 陳秋杏, 張青, 趙姪, 等. 老人院老年人睡眠質量及影響因素現狀調查 [J]. 齊魯護理雜誌, 2014, 20 (5) : 69.
- [12] Jaussent I, Bouyer J, Ancelin ML, et al. Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*. 2011; 34(8):1103–1110.
- [13] Pigeon WR, Piquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry*. 2012; 73(9):1160–e1167.
- [14] Chen TY, Lee S, Buxton OM. A Greater Extent of Insomnia Symptoms and Physician Recommended Sleep Medication Use Predict Fall Risk in Community-Dwelling Older Adults. *Sleep*. 2017; 40(11).
- [15] Gureje O, Oladeji BD, Abiona T, Lebowitz MD. The natural history of insomnia in the Ibadan study of ageing. *Sleep*. 2011; 34(7):965–973.
- [16] Buysse DJ. Insomnia. *JAMA*. 2013 Feb 20; 309(7):706–16. doi: 10.1001/jama.2013.193.
- [17] Walsh JK, Roth T. Pharmacologic treatment of insomnia: Benzodiazepine receptor agonists. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and Practices of Sleep Medicine*. Fifth ed Elsevier; St. Louis: 2011. pp. 905–915.
- [18] Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005 Nov 19; 331(7526):1169.
- [19] By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Nov; 63(11):2227–46.
- [20] Wade AG, Crawford G, Ford I, et al. Prolonged release melatonin in the treatment of primary insomnia: evaluation of the age cut-off for short- and long-term response. *Curr Med Res Opin*. 2011; 7(1):87–98.
- [21] Herring WJ, Snyder E, Budd K, Hutzelmann J, Snively D, Liu K, Lines C, Roth T, Michelson D. Orexin receptor antagonism for treatment of insomnia: a randomized clinical trial of suvorexant. *Neurology*. 2012 Dec 4; 79(23):2265–74.
- [22] Herring WJ, Connor KM, Ivgy-May N, et al. Suvorexant in Patients With Insomnia: Results From Two 3-Month Randomized Controlled Clinical Trials. *Biol Psychiatry*. 2016 Jan 15; 79(2):136–48.
- [23] 尹貞雲, 趙忠新. 鎮靜催眠作用藥物對失眠患者睡眠結構的影響 [J]. 中華神經科雜誌, 2010, 43 (1) : 69–71.
- [24] Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016; 165(2):125–133.
- [25] 葉圓圓, 劉娟. CBT-I 對乳腺癌失眠患者臨床療效的系統評價 [J]. 海南醫學, 2020, 31 (17) : 2285–2291.

- [26] Chand SP. Comorbid insomnia and cognitive behavior therapy. *Int J Psychiatry Med.* 2015; 50: 412–421.
- [27] 張家煦, 劉曉慧, 劉娜, 單墨水, 郭曉東, 楊清風, 崔紅. 放鬆療法對高齡老年失眠患者的有效性研究 [J]. *現代生物醫學進展*, 2014, 14 (23) : 4501-4503+4506.
- [28] 胡春艷, 董旭婷, 趙梅. 芳香療法在臨床護理工作中的應用 [J]. *護理研究*, 2013, 27 (6) : 1793—1796.
- [29] 郝秀喬, 馮蕾, 宋博寧, 等. 芳香療法改善老年人睡眠品質的效果研究 [J]. *世界臨床醫學*, 2019, 13 (4) : 21-22.
- [30] 李衡, 林琳, 李彥章, 等. 芳香療法改善老年人睡眠品質的效果研究 [J]. *成都醫學院學報*, 2016, 11 (1) : 112-115.
- [31] 周瑾, 廖榮榮, 蔡劍虹, 吳秀梅. 艾灸聯合子午流注治療腫瘤相關性失眠的方法及效果 [J]. *解放軍護理雜誌*, 2019, 36 (03) : 78-81.
- [32] 何芙蓉, 趙百孝, 鄭美鳳. 艾灸湧泉治療失眠症的臨床文獻評析 [J]. *中國針灸*, 2018, 38 (05) : 541-544.
- [33] 李國森, 焦國亮, 畢忠艷. 失眠症的中醫證候及針灸辨證施治治療綜述 [J]. *中國療養醫學*, 2020, 29 (5) : 473-475.
- [34] 謝晨, 黃琴峰, 劉婕, 等. 基於隨機對照試驗分析針灸治療失眠的臨床規律 [J]. *上海針灸雜誌*, 2021, 40 (1) : 120-126.
- [35] 鄭舒月, 王媛媛, 楊菲, 等. 中藥藥枕對肝鬱化火型失眠影響的臨床研究 [J]. *中國醫藥導刊*, 2018, 20 (9) : 547-551.
- [36] 金鳳財. 中藥藥枕提高老年人睡眠質量影響的探討 [J]. *臨床醫藥文獻電子雜誌*, 2019, 6 (82) : 33, 36.
- [37] 萬松燕, 俞慧仙, 黃文紅. 中藥足浴聯合穴位貼敷提高胃癌患者術前睡眠質量臨床觀察 [J]. *上海針灸雜誌*, 2015, (6) : 531-532.
- [38] 潘衛真, 錢曉路, 陸建平. 中藥足浴按摩對老年患者睡眠質量的療效分析 [J]. *上海護理*, 2005 (06) : 12-14.
- [39] 韓怡菊. 耳穴貼壓治療失眠症 196 例 [J]. *上海針灸雜誌*, 2009, 28 (4) : 212--213.
- [40] 趙娜, 劉臻, 謝晨, 等. 中藥穴位敷貼治療不寐的臨床研究 [J]. *吉林中醫藥*, 2014, 34 (8) : 850-852.
- [41] 馮運會, 曹紅軍, 孫皓, 李璐紅, 李曉芳. 中藥穴位敷貼治療老年失眠症 50 例 [J]. *臨床合理用藥雜誌*, 2013, 6 (35) : 46.

A INSPEÇÃO DA LÍNGUA EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON SEGUNDO A M.T.C.: uma análise multivariável para um diagnóstico precoce

Autores: Scheyla P. B. Oleskovicz Nogueira,^(1,3) Marcelo Fabian Oliva⁽¹⁾, Alessandra Swarowsky Martin⁽²⁾

⁽¹⁾Faculdade de Tecnologia em Saúde CIEPH – Brasil,

⁽²⁾Universidade do Estado de Santa Catarina UDESC – Brasil,

⁽³⁾Centro Catarinense de Reabilitação CCR – Brasil.

INTRODUÇÃO

A língua, para a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é como uma janela dos órgãos internos do corpo, refletindo objetivamente todas as mudanças fisiológicas e patológicas.

Durante o curso da enfermidade e do tratamento, as características da língua mudam consideravelmente. Por isso ela é um dos instrumentos mais sensíveis para refletir a evolução do quadro clínico.

De todos os microssistemas, a língua é considerada o mais importante por corresponder-se ao coração, sendo chamada de “*BROTO DO CORAÇÃO*”.

Mesmo em pacientes mudos, crianças e pessoas inconscientes, a *língua fala*.

Na prática clínica é até difícil atender a todos os sinais evidenciados pela língua, e provavelmente só os grandes mestres chineses seriam capazes de fazê-lo. No entanto, podemos aprender os princípios básicos e aperfeiçoá-los com o tempo.

A língua ajuda a confirmar um diagnóstico ou até desvendar algo que o paciente não nos conta. E a língua, assim como o pulso, não mente. Eles definem a síndrome, em caso de dúvida.

A aparência normal da língua é descrita como tendo um corpo flexível e macio, vermelho claro, úmida e brilhante, nem muito gorda nem muito magra, e moldada normalmente. Apresenta uma cobertura fina e branca com grãos claros, que, uniformemente espalhados e enraizados à língua, não podem ser removidos, e que não é nem molhada nem seca, pegajosa ou gordurosa, descrita como sendo “*língua vermelho claro com película fina e branca suja*” (Liu Jiayi, s/data).

Segundo a Medicina Ocidental, a Doença de Parkinson é conhecida como “paralisia agitante”. É uma doença degenerativa do sistema nervoso central, que acomete pessoas de após a meia idade. Suas características clínicas incluem tremor, rigidez muscular e hipocinesia.

O início da “paralisia agitante” é lento, mas se agrava com o passar do tempo. O tremor incipiente ocorre no término distal das extremidades, geralmente começando no término distal do braço, como os dedos, por exemplo, que depois se estende gradativamente para o membro inferior do mesmo lado, e depois para o

braço e a perna opostos. Os dedos tremem ritmicamente. Esta espécie de tremor ocorre quando o paciente está parado, mas diminui quando ele se move ocasionalmente, é agravado por excitação emocional, mas desaparece completamente durante o sono. Os sintomas e sinais concomitantes incluem rigidez muscular e hípermiotonia. Os pacientes freqüentemente apresentam uma postura típica de corpo de dobrar-se para a frente, inclinando os ombros e o tronco ou arqueando a espinha. O andar é lento e arrastando os pés sem qualquer balanço dos braços. Alguns pacientes podem ter dificuldade para começar a andar, o que depois é seguido por caminhada rápida para ser interrompida numa corrida de passos curtos com dificuldade de parar ou virar-se noutra direção.

Diferentemente da medicina ocidental, para a Medicina Tradicional Chinesa, a Doença de Parkinson é entendida como uma *Deficiência de Yin de Rim (Xu Yin Shen)*, *Deficiência de Yin de Fígado (Xu Yin Gan)* e *Vento interno de Fígado (Nei Fong)*.

Vemos aqui claramente sua diferença etiológica em relação à medicina ocidental.

Num estudo realizado por Chen et al. (2003), com 40 casos de pessoas com doença de Parkinson, foi constatado que 30 apresentavam *Def. de Yin de Rim e de Fígado, com estagnação de canais por fleuma e agitação de vento interno*; 6 apresentavam *Def. de Yin de Rim e de Fígado com def. de Qi e do Xue*; 4 apresentavam *Def. de Yin e Yang geral, com estagnação de fleuma nos canais*.

Com base nisso, o objetivo desta pesquisa foi “Avaliar a língua de pacientes com doença de Parkinson a fim de encontrar algumas características principais nesta população que possam facilitar o diagnóstico precoce”.

METODOLOGIA

Esta foi uma Pesquisa Clínico-experimental, sendo submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil), sob os termos da resolução 466/2012 e aprovado sob o parecer número 1.251.231.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Para coleta dos dados foi utilizada a Ficha de Avaliação do Paciente da Clínica Escola do CIEPH. Nesta ficha foi utilizada a parte inicial (de dados pessoais, gênero, idade, tempo de diagnóstico), e parte da avaliação da língua. Nesta anotamos as características da língua para cor (normal, vermelha, pálida, petéquias, violácea, negra), tamanho (normal, fina, edemaciada, longa), saburra (ausente, branca, amarela, espessa, fina), e outras como tremor, denteada, sulcos, seca, úmida, flexível.

A coleta foi realizada no Centro Catarinense de Reabilitação, órgão da Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina, onde acontecia nas terças e sextas-feiras, entre 14h-16h, o encontro do Grupo de Pacientes com Doença de Parkinson, do Projeto de Extensão “Iniciativa Brasileira de Reabilitação na Doença de Parkinson” da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). O paciente permanecia na posição sentada de maneira confortável, sob luz natural, com duração máxima de 10 minutos. Eram convidados de 2 a 4 pacientes por tarde para avaliação. Fazia-se então a pergunta: “Posso ver sua Língua?” e as anotações das características observadas. Além disso, fazia-se a filmagem e uma foto da língua do paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos pacientes avaliados

Foram avaliados 30 pacientes, sendo 16 do gênero masculino e 14 do feminino, com média de idade 68,2 anos. O tempo médio de doença era de 9 anos.

Tabela 1 - Caracterização dos Pacientes Avaliados (n=30)

SEXO	
M	16
F	14
IDADE	
	68,2 anos (média)
M	47-82 anos (média de 66,81 anos)
F	61-86 anos (média de 69,78 anos)
TEMPO DE DOENÇA	
	9 anos (média)
M	2-24 anos (média de 10,62 anos)
F	1-20 anos (média de 7,14 anos)

Cor da Língua

A cor do corpo da língua é uma característica avaliada e reflete a condição dos órgãos *Yin*, do *Xue* e do *Qi* nutritivo, e vai diferenciar as condições de frio e calor (*Yin e Yang*), sendo o item mais importante na observação, pois quase sempre reflete a verdadeira condição do corpo.

A cor normal tem característica vermelho-pálida e as cores patológicas são pálida, vermelha, vermelha-escura, roxa, azul (Oliva, 2014).

Em nossa amostra, 56,67% das línguas apresentaram vermelhas.

Nas doenças crônicas, a cor vermelha corresponde ao vazio de *Yin*, calor importante (Auteroche & Navailh, 1992).

A língua vermelha indica calor, que pode ser por plenitude ou por vazio. Para isso é preciso perceber a saburra. (Claudino, S/data).

Saburra

A saburra reflete o estado dos sistemas *Yang* (estômago – *wei*), sendo formada por resíduos “úmidos impuros” da digestão do estômago que ascendem para a língua.

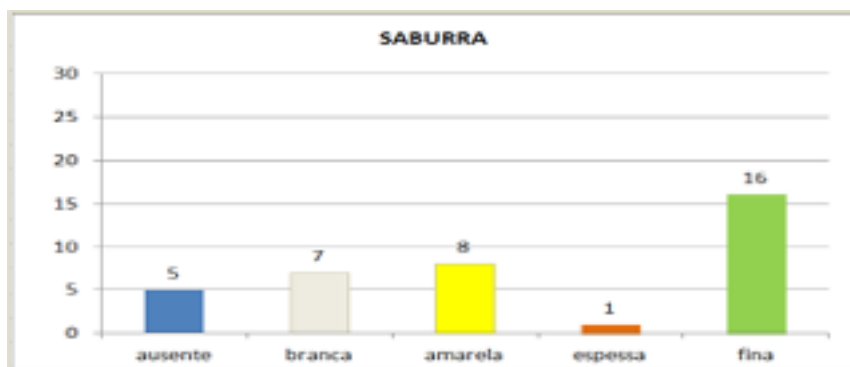
A saburra normal é fina e branca suja, podendo ser levemente mais espessa na raiz e permite ver a superfície da língua. A forma como a saburra se apresenta indica a presença ou ausência de fator patogênico e sua força (Oliva, 2014).

Onde há calor a saburra é amarela; onde não há é branca suja, e se há calor ou frio extremos geram a cor cinza e preta.

A espessura da saburra, que representa a força dos patógenos, significa que quanto mais espessa a saburra está, mais forte é o fator patógeno e a doença mais interna.

A ausência ou pouca saburra (ou saburra fina), significa calor falso, falta de *yin* (Oliva, 2014).

Em relação aos nossos pacientes, 5 não tinham saburra. Em relação à cor, 7 eram de cor branca e 8 de cor amarela. Um paciente tinha saburra espessa e em 16 pacientes a saburra era fina.



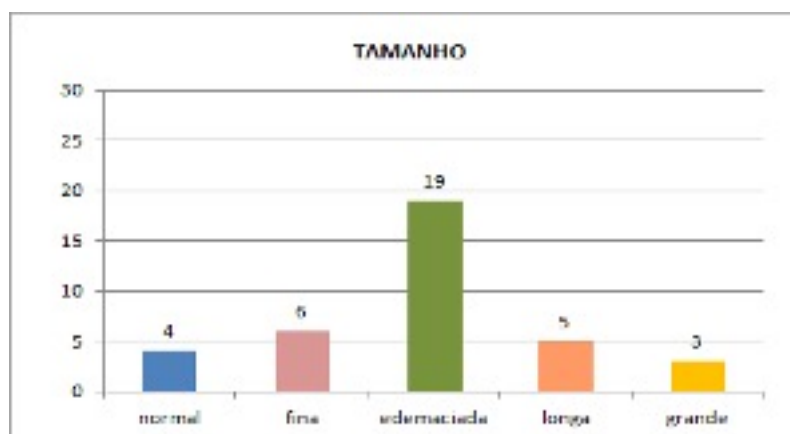
Tamanho da Língua

Em relação à forma do corpo da língua 63,33% apresentam-se edemaciadas.

Em sua forma mais benigna, é definida como uma língua aumentada que se prende à boca e está marcada com sinais dos dentes.

Em sua forma aguda, é definida como uma língua inchada. Ela enche a boca mas é difícil de retrain-se, de maneira que a boca não pode fechar-se (Liu Jiayi, s/data).

Em relação aos 30 pacientes avaliados nesta pesquisa, 4 tinham tamanho de língua normal, 6 tinham língua fina, 19 edemaciadas, 5 longas e 3 grandes.



Outras características da Língua

O tremor foi a principal característica, sendo observada em todos os pacientes da nossa amostra.

O estudo citado por Toda et al., 2017, relata que o tremor de língua é um sintoma inicial raro na doença de Parkinson (Jaulent et al., 2015) e outras condições parkinsonianas.

Delil et al. (2015) citam que o tremor re-emergente da língua como primeira manifestação da doença de Parkinson é raramente descrito.

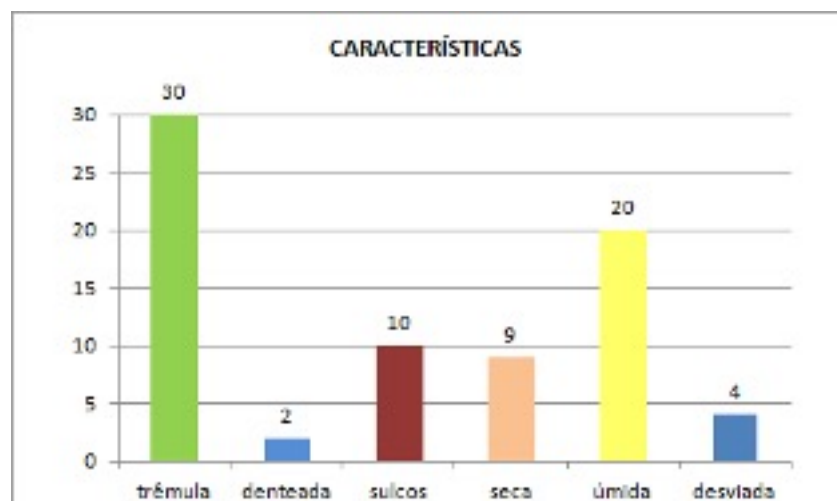
Outra característica importante encontrada com alto porcentual foi de línguas úmidas, correspondendo a 66,67% das línguas.

A umidade indica o estado dos fluidos corporais (*Jin Ye*); diferencia o estado relativo *Yin/Yang* e Calor/Frio. Quando o Estômago funciona bem, há suprimento adequado de fluidos e uma parte deles alcança a língua.

A língua normal é levemente úmida; a língua seca refere à insuficiência de *Jin Ye* e a língua molhada é

característica de acúmulo de *Jin Ye* (ou seja, o *Yang Qi* não está transformando nem transportando os fluidos) (Oliva, 2014).

Em relação às outras características observadas, tivemos a língua denteada em 2 pacientes, a presença de sulcos em 10 pacientes. A língua estava seca em 9 pacientes e desviada em 4 pacientes.



CONCLUSÃO

A característica principal encontrada na língua dos pacientes avaliados foi o tremor, seguido por edema de língua e cor vermelha.

Estas caracterizam principalmente o *vazio de yin de rim e de fígado, levando ao falso calor, que gera vento interno*. Estes levam ao tremor apresentado pelas pessoas com doença de Parkinson, seja o tremor nos membros, já bastante conhecido na literatura médica mundial, mas também leva ao tremor de língua, apresentado por 100% dos pacientes avaliados neste trabalho.

Filho (2014) relata que no mais importante texto da história da medicina Chinesa, o Clássico Interno do Imperador Amarelo, Huang Di Nei Jing, há diversas citações destacando as características da língua, suas associações, relações com Canais e colaterais, além de indicações de tratamento de diferentes situações ou ainda como local a ser integrado com outros pontos.

A inspeção da língua proporciona avaliar sinais de desarmonia do paciente, reflete o padrão básico e subjacente da disfunção, reflete o estado dos sistemas internos, mostra as condições da Energia (*Qi*) e do Sangue (*Xue*), revela a natureza do fator patogênico e a gravidade da doença, auxilia na avaliação da evolução do quadro e no diagnóstico, além de favorecer um diagnóstico diferencial (Oliva, 2014).

REFERÊNCIAS

- Apetauerova, D. Doença de Parkinson. IN: Jones Jr.,H.R. Neurologia de Netter. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- Chen, J., Guo, J., Sun, J., Jiang, W., Wu, B. TCM Treatment of Parkinson's Syndrome - A Report of 40 Cases. Journal of Traditional Chinese Medicine 23 (3): 168-169, 2003.
- Claudino, Analyce. Roteiro da Aula de Diagnóstico. Segunda Parte. Diagnóstico. CIEPH. s/data.
- Delil Ş, Bölükbaşı F, Yeni N, et al. Re-emergent Tongue Tremor as the Presenting Symptom of Parkinson's Disease. Balkan Med J 2015;32:127-8. IN: Numao A, et al. BMJ Case Rep 2017.

Filho, Reginaldo. Acupuntura Lingual. São Paulo: EBMC, 2014.

Jankovic J. Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79:368–76. IN: Numao A, et al. *BMJ Case Rep* 2017.

Jaluent P, Laurencin C, Robert H, Thobois S. Parkinson's Disease Revealed by a Resting Tongue Tremor. *Mov Disord Clin Pract* 2(2015)432-33. IN: Toda H, Asanuma K, Kondo T, Terada Y, Saiki H, Tongue tremor as a manifestation of atypical Parkinsonism treated with coaxial deep brain stimulation of thalamus and subthalamic area, *Parkinsonism and Related Disorders* (2017).

Liu Jiayi. A Diagnose na Medicina Tradicional Chinesa (s/data).

Nogueira Pérez, A.C. & Alvarez Martínéz, A.J. Acupuntura Tomo III Patología y Tratamiento. 6ed. CEMETC: España, 2007.

Oliva, MF. Apostila do "Seminário Internacional de Glosodiagnose: Significado clínico e aprofundamento no diagnóstico da língua desde a medicina chinesa. Investigações atuais da Universidade de Shandong", 2014.

Pereira D, Garrett C. Factores de risco da doença de Parkinson um estudo epidemiológico. *Acta Med Port* 2010;23:15-24.

CARACTERÍSTICAS E SEMELHANÇAS DA MTC COM OS DITOS DO CONHECIMENTO POPULAR NA AMAZÔNIA

Characteristics and similarity of mtc with the titles of popular knowledge in amazon

Daiana Priscila Mejia de Sousa ¹

Ronaldo aa Silva Cruz ²

rscfisio@gmail.com

Resumo: *Ao longo da pós graduando em acupuntura por quase dois anos, percebi algumas semelhanças entre conhecimentos da Medicina tradicional Chinesa e experiências de infância no contexto dos ditos populares conhecimentos populares amazônicos. Foi realizada uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, para verificar se havia alguma característica ou semelhança entre a Medicina Tradicional Chinesa e os ditos e/ou saberes populares. Para alcançar nossos objetivos, foi utilizado a metodologia da Análise Textual Discursiva, a qual promove uma unitarização em que os textos são separados em unidades de significado, gerando conjuntos de unidades oriundas da interlocução empírica, teórica dos pesquisados e das interpretações feitas pelo pesquisador. O processo metodológico da Análise Textual Discursiva é composto por 4 fases: Desmontagem de textos, Estabelecimento de relações, Captação do novo emergente, e Processo de auto-organização, tudo gera meta-textos analíticos que irão compor os textos interpretativos, os quais tendem a compor os resultados da pesquisa. Entre os resultados, foi perceptível alguma semelhança e características entre a MTC e os saberes populares na Amazônia.*

Palavras-chave: *Acupuntura; Medicina Tradicional Chinesa; Conhecimento Popular.*

Abstract: Throughout my postgraduate degree in acupuncture for almost two years, I noticed some similarities between knowledge of traditional Chinese medicine and childhood experiences in the context of the popular Amazonian popular knowledge. A qualitative field research was carried out to check if there were any characteristics or similarities between Traditional Chinese Medicine and popular sayings and / or knowledge. To achieve our goals, the Discursive Textual Analysis methodology was used, which promotes a unitarization in which the texts are separated into units of meaning, generating sets of units derived from the empirical, theoretical interlocution of the respondents and the interpretations made by the researcher. The methodological process of Discursive Textual Analysis consists of 4 phases: Dismantling texts, Establishing relationships, Capturing the new emerging, and Self-organization process, all generate analytical meta-texts that will compose the interpretative texts, which tend to compose the search results. Among the results, some similarity and characteristics between MTC and popular knowledge in the Amazon were noticeable.

1. Fisioterapeuta, especialista em metodologia do ensino superior, mestre em bioética, ética aplicada e saúde coletiva.
2. Fisioterapeuta; especialista em gestão hospitalar e de serviços de saúde, especialista em didática do ensino superior, especialista em educação em saúde para preceptores do SUS, mestre em ciências da saúde.

Keywords: Acupuncture; Traditional Chinese medicine; Popular Knowledge.

1. Introdução

No início do curso de Pós-graduação em Acupuntura, ainda nas primeiras aulas, chamou-me atenção em especial, o quanto a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) tem em semelhança com os saberes tradicionais dos povos das florestas brasileiras, em especial na região norte.

Para a formatação deste artigo, foi necessário resgatar lembranças com pessoas de notório saber, referente ao assunto em tela, além de abordagens às poucas pessoas reconhecidamente atuantes na comunidade como benzedores e práticos em preparos de substâncias ditas com propriedades medicinais. Outro desafio foi pesquisar em sites e literatura específica uma vez que percebemos uma pluralidade de termos e olhares para situações semelhantes.

Houve grande dificuldade em parear dois mundos, os quais, à primeira vista são distintos, a rigor pela origem antropológica, entretanto, parecem compartilhar uma raiz de conhecimento ancestral comum, a qual transcende a visão atual de reverência aos costumes antigos.

Muitos destes saberes e conhecimentos populares foram, e ainda são transmitidos ao longo do tempo pela tradição oral, assim como nos primórdios da MTC, motivo pelo qual, podem se perder da memória coletiva.

A Medicina Tradicional Chinesa é mundialmente reconhecida e muito difundida e estuda em países orientais. Muitos estudos e tratados ainda não foram traduzidos do idioma chinês, sob o pretexto de perda da essência do conhecimento, uma vez que, quando ocidentalizado, tais conhecimentos são observados pelos olhares ocidentais por outros prismas.

Epistemologicamente, os conhecimentos populares transmitidos muitas vezes por meio da tradição oral, de forma empírica e em diversos aspectos copiados e melhorados pela indústria farmacêutica, formam um conjunto de saberes e empoderamento tecnológico (material e não material), também conhecido entre os Modelos de Atenção à Saúde como Medicina Popular. Esse termo, deveras abrangente, abriga todo e qualquer conhecimento não previsto nos Modelos: Médico, Biopsicossocial ou Mítico-Religioso, e que corresponde a soma de centenas de anos em tradições, superstições, empirismo e transmitido pelos vários povos habitantes da região norte do Brasil.¹

Embora alguns membros da comunidade científica ainda negligenciem a riqueza destes saberes, estudar os fundamentos da MTC nos faz refletir, vez por outra, a respeito das semelhanças, mesmo que longínquas, entre esses dois patrimônios da humanidade, eternizados em forma de conhecimento. Pesquisar acerca da semelhança entre estes conhecimentos é valorizá-los e torna-los cada vez mais acessíveis e menos esquecidos.

Este trabalho não tem a pretensão de esgotar o assunto por meio desta humilde contribuição, e sim, abrir uma janela para um novo olhar, de resgate das tradições populares em consonância com a MTC, da valorização dos saberes e conhecimento popular, e trazer à tona situações talvez esquecidas por conta das novas tecnologias e falta de documentação própria da medicina popular.

2. Fundamentação Teórica

As literaturas mais antigas em termo da MTC, datam de 2953 a 2300 a.C. durante a dinastia Fu Hi de onde poderia ter sido escrito os oito trigramas na lendária tartaruga sagrada. Nesta época, no ocidente, conforme os livros de história, ainda não haviam ocorrido as grandes navegações, tão pouco, a descoberta das Américas. Outrossim, estas terras já eram habitadas, e segundo vestígios históricos, possivelmente, oriundos do continente Africano ou Ásia, durante o período em que era acessível a migração pelo estreito de Bering.²⁻⁴

Quando os primeiros navegadores chegaram ao Continente Americano do Sul denominaram as índias ocidentais, e a população que aqui residia já possuía costumes, forma de organização própria, inclusive alguns métodos e tecnologias de tratamento de doenças endêmicas.⁵

Com a chegada dos escravos oriundos da África, e imigrantes europeus, começou e perdura até hoje o processo de miscigenação de raças e costumes, os quais, transmitidos e associados ao sincretismo religioso, fortaleceu as crenças nos rituais de cura e tratamento.⁶

No início do Séc. XIX com a abolição dos escravos, muitos imigrantes orientais, entre eles chineses, japoneses e coreanos, vieram ao Brasil para trabalhar nas fazendas. Até os anos 1970, o Brasil estava deixando de ser um país rural para se erguer como nação produtora de tecnologias e conhecimento. Neste período, muitos imigrantes vieram de várias partes do mundo, inclusive do Japão e da China, muitos do ramo têxtil e moageiros, além de outros profissionais.⁷⁻⁹

Antes de ser amplamente utilizada no Brasil, a acupuntura já era um dos vários componentes da Medicina Tradicional Chinesa conhecida. Graças ao noticioso "*EU SEI TUDO*", em vasta matéria divulgou em 1954, sob o título: "*O OCIDENTE ADOTA A ACUPUNCTURA*", os benefícios das terapias chinesas, bem como do estudo como disciplina na faculdade de medicina de Paris. A revista também divulgou o 7º Congresso Internacional de Acupuntura em Munich, Alemanha.¹⁰

Notadamente os imigrantes orientais, trouxeram em sua bagagem, os conhecimentos da MTC, os quais passaram a fazer parte do contexto social da população brasileira. Tanto no contexto dos tratamentos na saúde e estética, quanto na harmonização de ambientes como é conhecido o Feng Shui, entre outras práticas e costumes.¹¹⁻¹³

Em se tratando da Medicina Tradicional Chinesa, no contexto da acupuntura, tanto a parte sistêmica, quanto os microsistemas, nos servem como fonte de diagnóstico, em associação com a biotipologia, são a base para o tratamento no contexto das síndromes yin e yang.¹⁴

Ainda em acupuntura, conforme Hicks, Hicks e Mole¹⁵ aprendemos que a doença seria "a interrupção de um estado de harmonia dentro do corpo". Essa mesma visão também é compartilhada pelos portadores do conhecimento popular. Embora nem todos desconheçam a fundo outras ciências e tecnologias modernas de avaliação clínica, conseguem correlacionar, sinais e sintomas às ocorrências cotidianas que se manifestam em forma de bem ou mal estar.¹⁶

Conforme Cruz e Macedo¹, no Brasil, um dos raros documentos trazem legitimidade a medicina popular e oferece reconhecimento às práticas não comuns no Modelo Biomédico, são: Artigo 198 da Constituição Federal do Brasil, e Portaria MS N°. 971 de 03 de maio de 2006 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde – SUS. Conforme a referida Portaria "as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS como: Medicina Tradicional (MT) e Medicina Complementar ou Alternativa (MCA), a Fitoterapia, a Crenoterapia e o Termalismo Social", práticas essa, aplicadas a milênios, em algumas culturas orientais, entretanto, também praticadas nas Américas, desde que seus primeiros habitantes aqui chegaram.^{4,17-19}

Uma das muitas especialidades da MTC é a acupuntura, a qual, no Brasil, tem seu início oficial em 1958, com a fundação da Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental, mas temos consciência de que, um conhecimento tão importante, poderia ter sido trazido ainda nos tempos do Brasil colônia.^{5,11,20}

Os saberes e conhecimentos da MTC foram transmitidos entre seus praticantes, através da tradição oral e entende que o ser humano tem a sua força vital (o Qi – "*Tchi*") presente no organismo desde a concepção. Para a MTC, os desequilíbrios do Qi causam os sinais e sintomas relatados pelos pacientes e que podem ser diagnosticados por meio da atenção meticulosa à sintomatologia e análise dos microsistemas: língua, pulsos,

mãos, cabeça, face, tom da voz e movimento do corpo.²¹⁻²³

Não menos importantes, mas, nem sempre reconhecidos pelo modelo biomédico, os saberes tradicionais são baseados no Senso Comum, o qual, na opinião de Neto²⁴ é uma forma de conhecimento vulgar ou popular, caracterizado por elementos empíricos acumulados ao longo da vida e passados entre gerações. Os saberes populares emergem das observações ao longo de gerações. Para determinados grupos, são coerentes e possuem sentido, mantendo vivo o “conhecimento” e, desta forma, preservam a história, costumes e tradições locais.²⁵

Essa sabedoria, nos dias atuais, em plena segunda década do Séc. XXI, ainda é tão respeitada e valorizada, que, em alguns locais, mesmo onde se encontram estabelecidas as políticas públicas de saúde, percebe-se que o uso dos remédios caseiros, bem como, da orientação e consulta aos *benzedores e puxadores*, são práticas diárias. Os serviços públicos são acessados somente na falha ou falta de recursos naturais ou até são acessados, entretanto, as normatizações e estatísticas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mascaram os dados por mera qualificação desses.^{19,26}

3. Metodologia

A pesquisa foi realizada em dois momentos. Primeiro conduzindo extenso levantamento bibliográfico em literatura especializada própria ao tema em tela, ou seja, o melhor possível do todo, dos conteúdos científicos nas bibliotecas virtuais e físicas disponíveis aos autores.

Num segundo momento, procedeu-se a aplicação de questionário com pessoas de notório saber junto à sociedade civil, a fim de inventariar os principais conhecimentos da sabedoria popular, utilizada no dia-a-dia das curas e prevenções de doenças, sob o prisma da medicina popular.

Esta pesquisa foi apresentada ao CEP, recebendo CAAE N.º 29523620.0.0000.5301, e aprovada por meio do Parecer Consubstanciado N.º 3.909.690 em 11 de março de 2020.

Por se tratar de pesquisa em domicílios e não em entidades públicas ou privadas, não se fez pertinente a confecção ou solicitude de Termos Autorização dos locais da pesquisa, uma vez que, sendo as entrevistas realizadas em logradouros públicos ou domicílios dos entrevistados, necessitou-se apenas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos mesmos.

A aplicação de questionários ocorreu na cidade de Boa Vista – RR, sendo que, nos dias da pesquisa, foi apresentado, explicado e esclarecido antes da participação dos sujeitos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE o qual ao ser assinado, indica o aceite do sujeito da pesquisa em participar da mesma. Entre os sujeitos que aceitaram participar da Pesquisa, realizou-se uma coleta de dados por meio de questionário contendo perguntas abertas e respostas livres. Posteriormente foi executada a Análise Textual Discursiva (ATD), método empregado por Küster, Ribeiro e Robaina²⁷, que assim como Moraes & Galiuzzi²⁸ entendem ser, um protocolo adequado aos objetivos desta pesquisa.

A Análise Textual Discursiva (ATD) promove uma unitarização em que os textos são separados em unidades de significado, gerando conjuntos de unidades oriundas da interlocução empírica, teórica dos pesquisados e das interpretações feitas pelo pesquisador. O processo metodológico da ATD é composto por 4 fases: Desmontagem de textos, Estabelecimento de relações, Captação do novo emergente, e Processo de auto-organização, tudo gera meta-textos analíticos que irão compor os textos interpretativos, os quais tendem a compor os resultados da pesquisa.

Os resultados da pesquisa foram comparados com revisão bibliográfica e artigos científicos do período compreendido entre 2010 e 2020, considerando a pouca quantidade e longo espaço temporal entre as referências prévias levantadas.

4. Resultados e Discussão

4.1 Resultados

Para Küster, Ribeiro e Robaina²⁷ existe uma necessidade urgente de preservar esses muitos saberes populares que estão em risco de extinção". Sendo que esse conhecimento é carente de documentação.

As questões norteadoras da pesquisa (QUADRO 01) foram feitas com base na necessidade de entender se os sujeitos praticavam ou tinham conhecimento prático convergente com a MTC.

1. Você conhece algum dito/saber popular? Por experiência própria ou por indicação familiar ou de conhecidos? Eles estão relacionados à natureza, aos astros, ou entidades espirituais? Cite mais 2 ditos/saberes populares que você conhece.
2. Acredita que são verdadeiros os ditos/saberes populares? Por que?
3. Já atendeu alguém que sofre algum problema de saúde, por motivo de algum dito/saber popular? Como foi o atendimento?
4. Sabe por quê não é bom acordar com o "corpo quente" e pisar no chão descalço?
5. Sabe por quê pegar vento no rosto pode causar paralisia?
6. Conhece Medicina Tradicional Chinesa ou Acupuntura? Sabe como elas funcionam?

Quadro 01 – Questões norteadoras da pesquisa

Na continuidade da pesquisa, os dados inicialmente coletados seguiram a sequência de tratamento de informações, sendo desconstruídos e tendo as suas relações estabelecidas por meio de categorias, as quais foram impregnadas pelo prisma da análise dos autores, no que tange aos objetivos da pesquisa.

Após a análise dos questionários foi possível qualificar quatro categorias e sete subcategorias, das quais passamos a relacionar os contextos abstraídos dos questionários com a percepção dos entrevistados e a correlação com a temática da pesquisa.

1. Você conhece algum dito/saber popular? Por experiência própria ou por indicação familiar ou de conhecidos? Eles estão relacionados à natureza, aos astros, ou entidades espirituais? Cite mais 2 ditos/saberes populares que você conhece.

Respostas:

- a – Cuidado com o olho gordo que ele seca pimenteira;
- b – Não abrir geladeira com o corpo quente;
- c – Orelha quente tão falando mal da gente;
- d – Não pisar descalço no chão frio pra não adoecer;
- e – Quando a oreia tá queimando tem gente mal da gente falando;
- f – Não banhar muito tarde ou muito cedo pra não ofender "mãe do corpo";
- g – Puxar a orelha para acalmar o menino;
- h – Fulano está no mundo da lua;
- i – Soprar na moleira de criança que se assustou
- j – Não andar descalço para não pegar frieza nos pés;
- k – Não sair pra fora de casa com corpo quente pra não pegar derrame;
- l – Usar branco na sexta-feira para chamar a sorte.

2. Acredita que são verdadeiros os ditos/saberes populares? Por que?

Respostas:

- a – Sim. Por experiência própria. Teve uma pessoa que veio aqui e matou a planta.
- b – Sempre ouvi falar na minha família, minhas tias e minha mãe.
- c – Sim. Já ouvi muita gente falar que aconteceu.

- d – Desde menina já ouvia falar minha avó. E se não obedecia, adoecia. E quando ficava boa era “taca”.
- e – Tem relação com algum conhecimento que nem sempre é conhecido. Não se originou do nada.
- f – Sim. De tanto que se ouve.
- g – Se faz de tudo um pouco, conforme o caso. A reza é sempre o melhor remédio.
- h – Depende. Tem uns que são crendices.
- i – As vezes tem algum fundamento.

3. Já atendeu alguém que sofre algum problema de saúde, por motivo de algum dito/saber popular? Como foi o atendimento?

Respostas:

- a – Sim. Foi difícil, muita reza.
- b – Muitos atendimentos diferentes. Com reza, com banhos e garrafadas.
- c – Muita gente, nova e “véia”.
- d – Reza três “dia”. Quando tem rasgadura faz reza e “costura”. Pode até dá baforada de cigarro pra espantá os maus fazejo.
- f – Sim. 3 dias de reza.
- g – Pessoas que se sentem lunáticas por não conseguir se organizar. Técnicas de atendimento para reconectar as ideias. Escuta empática, orientações das reflexões e autoconhecimento.
- h – Sim. A pessoa só precisava de oração.
- i – Se faz de tudo um pouco, conforme o caso. A reza é sempre o melhor remédio.
- j – Não.

4 – Sabe por quê não é bom acordar com o “corpo quente” e pisar no chão descalço?

Respostas:

- a – Não. Deve ser porque o chão é frio.
- b – O corpo quente no chão frio dá o quê? Não é bom pro corpo essa friagem subindo pelos pé.
- c – A friagem entra pelos pé e magoa a “mãe do corpo”.
- d – Porque dá choque térmico e a pessoa pode ter um “ramo” derrame.
- e – Por causa das energias. Choque térmico.
- f – Não.
- g – Choque térmico.
- h – Faz mal.
- i – Não é bom pra saúde. O corpo fica “amarrado”.

5 – Sabe por quê pegar vento no rosto pode causar paralisia?

Respostas:

- a – Deve ser pela friagem.
- b – Também não é bom pegar friagem de jeito nenhum.
- c – O mesmo de pisar descalço.
- d – Sei não.
- e – As energias também. Choque térmico.
- f – Porque a natureza quer.
- g – Também, choque térmico.
- h – Faz mal.
- i – Não.

6 – Conhece Medicina Tradicional Chinesa ou Acupuntura? Sabe como elas funcionam?

Respostas:

- a – Conheço de ouvir falar. Diz que é com agulha.
- b – Não.
- c – Não.
- d – Já ouvi falar que é feito com umas agulhas, mas nunca vi.
- e – Conheço de ouvir falar. Diz que é com agulha.
- f – Ouvi dizerem que é um conhecimento antigo que trata a saúde com agulhas.
- g – A MTC faz correlação dos órgãos com alguns pontos do corpo e através de aplicações ou massagem nesses pontos consegue tratar os órgãos.
- h – Não
- i – Não

Quadro 02 – Perguntas norteadoras da pesquisa

As categorias e subcategorias emergentes da desconstrução e estabelecimento das relações entre as categorias podem ser observadas (QUADRO 03) abaixo.

Categorias	Subcategorias
1 – Conhecimento/dito/saber popular	1.1 – Próprio adquirido/abstraido (experiência) 1.2 – Passado pelas gerações 1.3 – Contexto do dia-a-dia
2 – Crença no Conhecimento/dito/saber popular	2.1 – Percepção pessoal da efetividade dos saberes 2.2 – Experiência própria
3 – Experiência no tratamento de pessoas com agravos à saúde relacionados com conhecimento/dito/saber popular	3.1 – Relato de êxito/insucesso no atendimento
4 – Conhecimento da MTC/Acupuntura	4.1 – Estabelecimento de relação dos conhecimentos empírico e científico

Quadro 03 – Categorias e Subcategorias emergentes

O novo emergente pode ser evidenciado após o estabelecimento das relações, no contexto das respostas (QUADRO 04), estas correlacionadas com os temas próprios da MTC/Acupuntura, as quais foram percebidas como semelhantes, inicialmente pelos autores.

Em suma, dos achados da pesquisa ocorre convergência em duas direções:

A – O contexto em que os costumes e conhecimento popular se aproximam das tradições milenares da MTC; e B – O contexto em que as tecnologias aplicadas são aproximadamente semelhantes aos aplicados na MTC.

Achados (Desconstrução)	Características e Semelhanças (Categorização)		Novo emergente (Confluência)	Auto-organização
	Conceitos Sabedoria popular	Correlação com a MTC		
<p>1 – Conhecimento/dito/saber popular.</p> <p>1.1 – Próprio adquirido/abstraido do contexto do dia-a-dia (experiência)</p> <p>1.2 – Passado pelas gerações</p>	<p>A – Não abrir geladeira com o corpo quente e/ou Não sair pra fora de casa com corpo quente pra não pegar derrame; e/ou Não banhar muito tarde ou muito cedo pra não ofender “mãe do corpo”;</p> <p>B – Orelha quente tão falando mal da gente e/ou Quando a “oreia” tá queimando tem gente mal da gente falando;</p> <p>C – Não pisar descalço no chão frio pra não adoecer e/ou não andar descalço para não pegar frieza nos pés;</p>	<p>A – os Meridianos anteriores e superiores do corpo (Estômago - Terra - E1 a E30, Baço Pâncreas - Terra - BP12 a BP20), Pulmão - Metal - P1 e P2, Intestino Grosso - Metal - IG19 e IG20; e Meridianos posteriores nos pontos anteriores e superiores (Intestino Delgado - Fogo - ID19, Circulação Sexualidade - Fogo - CS1, Triplo Aquecedor - Fogo - TA23, Bexiga - Água - B1 a B6, Rim - Água - R11 a R27; Vesícula Biliar - Madeira - VB1, VB13 a VB18, VB24, VB27e VB28; Fígado - Madeira - F13 e F14). Além do Ren Mai VC2 a VC22 e Du Mai VG21 a VG27.</p> <p>B – Auriculoterapia – Nos pontos de acupressão relacionados com</p> <p>C – O meridiano de entrada/saída rim - água - R1</p>	<p>A – é perceptível que em ambas correntes terapêuticas, ocorre o reconhecimento das leis da física, no que concerne na crença de que as forças da natureza, podem causar agravos à saúde, quando em situação de contraste, excesso ou resguardo excessivo.</p> <p>B – É aceito que certos comportamentos e/ou procedimentos, terapêuticos ou não, podem impactar na condição comportamental dos indivíduos tratados ou que sofram alguma situação que se assemelhe ao tratamento terapêutico.</p> <p>C – Existe estreita correlação entre conhecimento e ciência (MCT) no contexto da percepção de causa e efeito, em relação a certos comportamentos que possam incidir em comportamento deletério.</p>	<p>É possível notar algumas semelhanças nos procedimentos, tecnologias, modus operandi e resultados, quando comparamos a prática da sabedoria popular e a medicina tradicional chinesa.</p> <p>A falta de um sistema próprio de catalogação dos saberes e conhecimentos amazônicos é uma fragilidade a ser corrigida, para que futuras gerações possam ter acesso a esses saberes de conhecimentos.</p>
<p>2 – Crença no Conhecimento/dito/saber popular</p> <p>2.1 – Percepção pessoal da efetividade dos saberes</p> <p>2.2 – Experiência própria</p>	<p>2.1 A – Sempre ouvi falar na minha família, minhas tias e minha mãe e/ou desde menina já ouvia falar minha avó. E se não obedecia, adoecia. E quando ficava boa era “taca”.</p> <p>2.1 B – Tem relação com algum conhecimento que nem sempre é conhecido. Não se originou do nada e/ou às vezes tem algum fundamento.</p> <p>2.2 A – Se faz de tudo um pouco, conforme o caso. A reza é sempre o melhor remédio.</p>	<p>A – Huang di nei jing – Imperador Amarelo. Um dos mais antigos textos a respeito da Medicina Tradicional Chinesa.</p> <p>B – Certa semelhança com o que é descrito por Jung no contexto do inconsciente coletivo (Silveira, 1991)</p> <p>A – As práticas da MTC não se limitam apenas a acupuntura. Um atendimento realizado por um profissional da MTC é multifatorial, sendo utilizados os diversos recursos, conforme a experiência e formação do profissional em MTC.</p>	<p>Há uma discrepância no tocante à preservação do conhecimento. Enquanto a MTC possui diversos tratados e estudos com datação milenar, a sabedoria popular demanda do interesse da comunidade científica para sua documentação.</p> <p>Um ponto comum entre as terapêuticas é a prática de atividades que convergem para a auto concentração, a espiritualidade o encontro consigo mesmo e as energias transcendentais.</p>	

<p>3 – Experiência no tratamento de pessoas com agravos a saúde relacionados com conhecimento/dito/saber popular</p> <p>3.1 – Relato de êxito/insucesso no atendimento</p>	<p>A – 90% relatam êxito no contexto da resolução dos agravos à saúde;</p> <p>B – 100% relatam que utilizam a oração ou reza como único ou um dos métodos utilizados para se obter a cura;</p> <p>C – Outras tecnologias utilizadas são: banhos, garrafadas, baforada de cigarro (com e sem filtro), defumação (velas feitas com cera e outros materiais vegetais ou animais naturais), o ato simbólico associado à reza também é empregado (“costurar” com agulha e linha sobre o local afetado);</p> <p>D – O tempo máximo das sessões de atendimento varia de 1 hora por sessão durante até 7 dias;</p> <p>E – Não foi informado contraindicação e a faixa etária é indiferente.</p>	<p>A – A MTC bem como a Acupuntura não promete cura, mas sim, a harmonização dos desequilíbrios por meio do equilíbrio das energias Yin e Yang no corpo do indivíduo. Mas já existem estudos que comprovam que cerca de 3% da população não reage aos procedimentos.</p> <p>B – Uso de práticas físicas e/ou exercícios integrados com a respiração, a concentração, e a circulação de energia (chi kung, tai chi)</p> <p>C – Moxabustão, pedras quentes, agulhas, fitoterapia, tuiná, dietoterapia, ventosaterapia,</p> <p>D – Conforme cada caso e com a terapêutica aplicada. Varia entre 5 minutos e 7 dias.</p> <p>E – As contraindicações são relativas, conforme o diagnóstico e condição clínica do paciente. A faixa etária é indiferente.</p>	<p>Como qualquer outra terapêutica, não apresenta garantia de pleno sucesso.</p> <p>As tecnologia e procedimentos possuem algumas semelhanças, podendo-se inferir algum ponto convergente.</p>	
<p>4 – Conhecimento da MTC/Acupuntura</p> <p>4.1 – Estabelecimento de relação dos conhecimentos empírico e científico</p>	<p>A – 90% tem conhecimento da MTC e da Acupuntura por ouvir falar. Sabem que é um conhecimento antigo do povo chinês e, associam esse conhecer ao ato da inserção de agulhas no corpo.</p> <p>B – Não percebem ou não fazem correlação dos seus conhecimentos com a MTC ou com a acupuntura</p>	<p>São necessários questionamentos aos terapeutas da MTC para correlacionar esses achados.</p>	<p>Interessante fazer uma pesquisa com o outro público para complementar esta demanda.</p>	

Quadro 04 – Captação do novo emergente e processo de auto-organização

4.2 Discussão

No contexto do conhecimento aos ditos e saberes populares, embora a riqueza de conhecimentos da sabedoria popular seja de domínio público, alguns estudos tem garantido a perpetuação destes saberes, se não pela iniciativa de comunidades tradicionais e projetos socioculturais. Esses ditos e saberes se confundem com uma infinidade de costumes, de regionalismo e do sincretismo religioso.²⁸⁻³¹

Para a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) as energias fluem pelo corpo do ser humano através dos meridianos, sendo que estes meridianos são invisíveis, mas podem ser acessados por meio de determinados pontos superficiais na pele, os acupontos no trajeto dos meridianos.^{15,32}

A confluência entre todo esse conhecimento acumulado através de eras poderia ser explicada por meio da hipótese de Jung do Inconsciente Coletivo, que, no entender de Sánchez³³ a medicina tradicional é reflexo de um saber advindo dos modelos Jungianos, os quais tem sua essência no inconsciente coletivos, perceptíveis através dos tempos em distintas sociedades, culturas e continentes. Pois, para Jung, embora a anatomia seja comum, a despeito da raça, os seres humanos evoluíram anatomicamente com poucas diferenças, entretanto, em sua psique se apresenta uma herança transcendente em todas as culturas, a qual denominou de inconsciente coletivo. Essa seria uma qualidade emergente manifestada por idênticas reações, humanas, a qual Pinheiro Júnior³⁴ correlacionou com a teoria do paracérebro, como o principal instrumento de ressonância energética.

Para Silveira³⁵ esse inconsciente coletivo também seria o motivo para que os conhecimentos transcendessem de um tronco comum psíquico, tendo sua herança advinda de tempos remotos.

Dentre os achados que se aproximaram no contexto do conhecimento e costumes estão as práticas terapêuticas manuais, das quais a massagem converge com a acupressão, o DO-IN e o Tuiná (HICKS, 2007). O uso de ervas medicinais assemelha-se à fitoterapia chinesa através banhos, chás, garrafadas com os fitoterápicos chineses, que curam e previnem as mazelas e energias negativas como o “mau olhado”, o “quebranto” e “desmentidura”. Esses termos também são conhecidos como a inveja, má sorte e sub-luxação.

A crença no conhecimento, nos ditos e saberes populares também está presente no simples ato de molhar os pulsos para baixar a temperatura do corpo ao chegar em casa, pode ter semelhança com reduzir a intensidade do calor nos pontos que representam o elemento fogo, os quais também se encontram nos pulsos, como por exemplo o ponto C7 (Shen Men) que também pode ser utilizado para dispersar o calor do sangue e do meridiano do coração. Assim como o ponto ID5 (Yanggu) também tem a função energética de dispersar o calor-humidade, eliminar o calor e o fogo perverso.^{15,36}

Outro costume ou dito popular percebido nas falas dos entrevistados foi, no que diz respeito a andar descalço em piso frio ou úmido. Tem fundamento na ideia de que as coisas ruins que caem no chão ou emergem dele, podem entrar através da pele, no corpo como energias perversas “Xie” e invadir o corpo em alguma área que está temporariamente com vácuo de Qi (Tchi), embora o Qi defensivo possa expulsar esse Xie, mas desde que o organismo esteja em equilíbrio. Na mesma corrente de pensamento, os choques térmicos que causam “derrame” e paralisia facial.^{37,38}

No entendimento dos entrevistados e em nossa interpretação dessa crença, o choque térmico deixaria lacunas no que foi descrito pela maioria como a “mãe do corpo” a proteção do corpo contra os “maus externos”

o que se assemelha ao Wei Qi, ou nosso Qi defensivo predominante no exterior do corpo.^{37,39}

As experiências no tratamento de agravos à saúde relacionados com conhecimento nos ditos e saberes populares, percebemos, fortalecem a crença e são o motivo da notoriedade e reconhecimento dos atores no seio da comunidade que faz uso e recomenda os serviços, mesmo desconhecendo o real funcionamento, mas crendo na eficácia dos resultados. Ou seja, ficou evidente entre os entrevistados que um dos principais movimentos terapêuticos utilizados pelos mesmos reside na crença que suas ações/indicações.

Quanto ao conhecimento da Medicina Tradicional Chinesa pelos entrevistados, nem todos possuíam esse saber do que é ou de sua funcionalidade, mas as semelhanças de prática de suas ações é incrivelmente perceptível para os praticantes de acupuntura, que tenham uma leve sensibilidade para correlacionar as ações de uma com a outra prática. Um sugestivo exemplo, conforme observado por alguns autores, no coração existem receptores para o sabor amargo, algo que confirma 5000 anos de conhecimento da MTC, onde o coração (SHIM) e o intestino delgado estão para o sabor amargo, assim como os praticantes do conhecimento popular regional do norte de Brasil, indicam os chás de ervas amargas para desintoxicar órgãos como o fígado, o baço e o coração, pois, para Hirsch⁴⁰, o sabor amargo nutre o coração, que nutre o sangue e aos demais órgãos.^{41,42}

Todas essas observações neste estudo nos arremetem a uma música de Nogueira e Pinheiro⁴³ "... Força nenhuma no mundo interfere sobre o poder da criação... uma luz que chega de repente...que acende a mente e o coração...faz pensar que existe uma força maior que está no ar...". Essa força nos impele a criar novos conteúdos enquanto resgatamos os conhecimentos populares para manter firme as tradições.⁴⁴

É importante manter um espírito de contínuo aprendizado para melhor promover a saúde, pois, conforme Capra⁴⁵, "o objetivo da educação para a saúde será fazer com que as pessoas entendam como seu comportamento e seu meio ambiente afetam sua saúde, e ensiná-las a enfrentar o estresse em sua vida cotidiana". E porque não, de uma forma natural e resgatando conhecimentos populares e tradicionais milenarmente utilizados.

5. Conclusão

A Medicina Tradicional Chinesa, assim como os conhecimentos e saberes populares do povos amazônicos tem despertado grande interesse para estudo e pesquisas, pois da segunda, são copiadas ideias para ativos vegetais e animais, que são utilizados na indústria farmacêutica e cosmética.

Houve grande dificuldade em encontrar pessoas de notório saber ainda atuantes, como benzedeiras e rezadeiras, de modo que tivemos que ouvir outros atores, inclusive com formação clínica-terapêutica, mas que ainda tentavam manter viva a chama do conhecimento de seus antepassados.

Os saberes e conhecimentos amazônicos não podem ser legados ao esquecimento, devendo ser valorizados e replicados para sua manutenção e entendimento. Quem sabe, em algumas décadas venha a ser no mundo tão importante quanto hoje é a Medicina Tradicional Chinesa.

6. Referências:

1. CRUZ, R. D. S.; MACEDO, N. T. D. Saberes e Estratégias de Cuidado na Medicina Popular - Uma revisão epidemiológica em medicina popular ou fitoterapia. *Revista Cathedral - Ciências da Saúde*, v.2, n. 201, p. 157-169, 2019. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/201>.
2. TORRES, A. FU-HI imperador chinês instituiu o casamento e as diferentes classes sociais. 2020 2020.
3. BRASIL, J. D. América já seria habitada muito antes do que se pensava - *Ciência e Tec.* 2019-08-30 08:46:30 2019.
4. BUENO, L. Arqueologia do povoamento inicial da América ou História Antiga da América: quão antigo pode ser um Novo Mundo ? *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 14, p. 477-496, 2019.
5. SILVA, D. N. **Descobrimto da América: expedições e colonização - Brasil Escola.** 2020. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historia-da-america/descobrimto-da-america.htm>. Acesso em: 24-07-2020.
6. LEME, A. D. S. CULTURA AFRO-BRASILEIRA: AS CONTRIBUIÇÕES DA CULTURA AFRO-BRASILEIRA NA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE CULTURAL DO POVO BRASILEIRO. <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia>, 4, n. 5, p. 56, 2018-02-17 2018. Dissertações.
7. ALE-SP. **História da imigração japonesa no Brasil.** Notícias ALE_SP, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/noticia/?10/01/2008/historia-da-imigracao-japonesa-no-brasil>.
8. LOURENÇO, B. 5 curiosidades sobre a imigração japonesa no Brasil. Galileu. São Paulo: Revista Galileu 2020.
9. JYE, C. T.; SHYU, D. J. Y.; DE MENEZES JR, A. J. B. Os imigrantes chineses no Brasil e a sua língua. *Synergies Brésil*, n. 7, p. 57-64, 2009.
10. REVISTA "EU SEI TUDO": O OCIDENTE ADOTA A ACUPUNCTURA. N° 448, ano XXXVIII, ed. 4, set. 1954.
11. DALLEGRAVE, D.; BOFF, C.; KREUTZ, J. A. Acupuntura y Atención Primaria de Salud: análisis de las necesidades de los usuarios e integración de la red. <https://rbmfc.org.br/rbmfc>, 2012-02-11 2012. Artigos de Pesquisa.
12. SHOJI, R. Reinterpretação do Budismo chinês e coreano no Brasil. *Revista de Estudos da Religião*, 3, p. 74-87, 2004.
13. ZICA, M. D. C. E. **Daoismo, Estéticas Chinesas & Outras Artes.** 1a. ed. Curitiba-PR: Appris, 2019. 978-85-473-1139-1.
14. LIMA, P. R.; RAPOSO, C. **Zang Fu: Revelando a cara da síndrome.** Porto Alegre - RS: Zen, 2018. 276 p. 978-85-92569-05-1
15. HICKS, A.; HICKS, J.; MOLE, P. **Acupuntura Constitucional do Cinco Elementos.** Tradução RODRIGUES, M. I. G. 1a. ed. São Paulo: Roca, 2007. 978-85-7241-677-1.
16. LO, V. Crossing the Neiguan 內關 "Inner Pass": A Nei/Wai 内外 "Inner/Outer" Distinction in Early Chinese Medicine. *East Asian Science, Technology, and Medicine*, n. 17, p. 15-65, 2000.
17. SENADO. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988 da Saúde às Artes 196-200. Capítulo II 1988.
18. BRASIL. Portaria MS N ° 971 de 03 de maio de 2006, uma Aprova Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). SAÚDE, G. D. M. D.: Diário Oficial da União 2006.
19. SOUSA, I. M. C. D.; BODSTEIN, R. C. D. A.; TESSER, C. D.; SANTOS, F. D. A. D. S. et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.
20. ROCHA, S. P.; GALLIAN, D. M. C. A acupuntura no Brasil: uma concepção de desafios e lutas omitidos ou esquecidos pela história- Entrevista com dr. Evaldo Martins Leite. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20, p. 239-247, 2016.
21. CONTATORE, O. A.; TESSER, C. D.; BARROS, N. F. D. Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25, p. 841-858, 2018.
22. MORAES, M. R. C. **A reinvenção da acupuntura: estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira.** São Paulo-SP, 2007. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=87613. Acesso em: 23/12/2019.
23. TESSER, C. D. **Medicinas complementares: o que é necessário saber (homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura).** São Paulo-SP: UNESP, 2010. 232 p. 9788539300303.
24. NETO, J. S. L. **Contos Gauchescos.** L&PM Pocket, 2012. 978.85.254.2567-6.
25. ZANOTTO, R. L.; SILVEIRA, R. M. C. F.; SAUER, E. Ensino de conceitos químicos em um enfoque CTS a partir de saberes populares. *Ciência & Educação (Bauru)*, 22, p. 727-740, 2016.
26. WAWZNIAC, J. V. Percepção da internação e do ambiente hospitalar por ribeirinhos do Tapajós, Pará, Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 5, n. 2, p. 85-100, 2011.

27. KÜSTER, J., RIBEIRO, M. E. M., ROBAINA, J. V. L. Popular Knowledge and Conceptions in School. *Brazilian Journal of Education, Technology and Society (BRAJETS)*, 12, n. 2, p. 220-226, 2019.
28. MORAES, R.; GALIAZZI, M. D. C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Ciência & Educação (Bauru)*, 12, p. 117-128, 2006a.
29. GUIMARÃES, M.R.C. Os manuais de medicina popular do Império e as doenças dos escravos: o exemplo do "Chernoviz". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2008;11:827-40.
30. LACERDA, M. C. **MEDICINA TRADICIONAL PRATICADA POR REZADEIRAS, PAJÉS E HERBORISTAS: OUTROS SABERES A SER RESPEITADOS PELO SABER ACADÊMICO**. Ji-paraná - RO: Revista SABERES, 2015. https://unijipa.edu.br/wp-content/uploads/sites/2/2019/02/35_870.pdf
31. LOPES, N.dS., Conde BE, Fonseca AS, Macedo AL, Campos BC. MEDICINA COMPLEMENTAR E ALTERNATIVA NO CONTEXTO DA AYURVEDA E DA MEDICINA POPULAR NO BRASIL *Revista Científica Perspectiva Online - Ciências Biológicas e da Saúde*. 2016:30-44.
32. LIAN, Y. L., Chen, C. Y., Hammes, M., & Kolster, B. C. Atlas gráfico de acupuntura seirin. Editado por Dr. Hans P. Ogal & Dr. Wolfram Stör. Slovenia. (2000).
33. SÁNCHEZ, S. B **EL TRASPASO GENERACIONAL Y FAMILIAR SE SABERES POPULARES EN LA MEDICINA TRADICIONAL**. In: *Familia, educación y diversidad cultural*. Ediciones ed. [S.l.]: Universidad de Salamanca, 2004. p. 113–121.
34. PINHEIRO JÚNIOR, I. O PARACÉREBRO: Novos Horizontes para Medicina. 2a. ed. Goiania - GO: Espaço Acadêmico; 2018.
35. SILVEIRA, N. Jung: Vida e Obra. 21a. (Coleção Vida e Obra) ed. Rio de Janeiro - RJ: Paz e Terra, 2007
36. ATLAS Meihuanet 2.0 Atlas de pontos de acupuntura do aplicativo Meihuanet 2.0
37. AUTEROCHE, B; NAVAILH, P. O Diagnóstico na Medicina Chinesa. Andrei. São Paulo, 1995.
38. MACIOCIA, G. Fundamentos da Medicina Tradicional Chinesa.
39. LINNA, P. Como Tonificar o Wei Qi. Aumentar as defesas do organismo. Fitoki: Fitoterapia Chinesa Tradicional [internet], 2018 [citado em 20/11/2020]; Disponível em: <https://fitoki.pt/artigos-de-medicina-chinesa/tonificar-o-wei-qi>
40. HIRSCH, S. Manual do Herói ou a Filosofia na Cozinha. 2a. ed. Rio de Janeiro - RJ: Mauad, 1990.
41. MEDEIROS, A. Entendendo o Yin e Yang por Amanda Medeiros. Live 01 do Canal Estudando MTC no YouTube. acessado em: 18/11/2020 disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1Ob-eZMYjas>
42. FOSTER, S. R., PORRELLO, E. R., PURDUE, B., CHAN, H. W., VOIGT, A., FRENZEL, S., ... & ROURA, E. (2013). Expression, regulation and putative nutrient-sensing function of taste GPCRs in the heart. *PLoS One*, 8(5), e64579.
43. NOGUEIRA, J.; PINHEIRO, P.C. Poder da Criação. Polydor1980
44. CASTRO, R. C. "Ninguém faz samba só porque prefere": a origem divina das artes, de Píndaro a João Nogueira. *International Studies on Law and Education*, CEMOrOc-Feusp / IJI-Univ. do Porto, 2011.
45. CAPRA, F. Ponto de Mutação. São Paulo – SP: Cultrix, 1995.

Conceptual differences of distal acupuncture and local acupuncture in the treatment of musculoskeletal pain

Diferenças conceituais da acupuntura distal e acupuntura local no tratamento da dor musculoesquelética

遠側針灸和局部針灸 在治療肌肉骨骼疼痛中的概念差異

Marco Vieira^{1,3}; Pedro Albuquerque²; Amir Mekaiten²; Vanessa Leite²; Cláudia Ramos²

⁽¹⁾Viseu Superior School of Health, Viseu Polytechnic Institute, Portugal.

⁽²⁾MLA, Lisbon, Portugal.

⁽³⁾Oriental Med Clínicas, Viseu, Portugal.

Abstract: Musculoskeletal pain is one of the main causes for the occurrence of acupuncture treatment. This article aims to demonstrate the conceptual differences of the use of distal acupuncture and local acupuncture in the treatment of pain, as well as the differences in the dynamics of therapy. This analysis shows that distal acupuncture can obtain immediate relief of the patient's symptoms or modifications of his condition. The author's hope that sharing this analysis can serve as a starting point for a discussion that can scientifically validate theories of distal acupuncture.

Keywords: Distal acupuncture; Pain; Tan; Tung.

Introduction

Musculoskeletal disorders are the main cause of pain in the world population¹. In general, virtually all adults have one or more brief episodes of musculoskeletal pain, which may be associated with injury or excessive use of structures.

Although prevalence rates can be varied, in general back pain is very common and affects 30 to 40% of adults, while fibromyalgia pain is 2% or less in Portugal¹.

In Chinese Medicine there is a varied range of therapeutic approaches in the treatment of painful conditions, from techniques considered more classical to more contemporary techniques, from combinations

that employ stimuli directly over the region of the patient's complaint, to combinations where stimuli are applied in regions far from the patient's complaint.

In older medical texts, such as Huang Di Nei Jing (Yellow Emperor's Inner Classical) it is possible to find citations about the use of acupuncture techniques with points away from the patient's complaint region, such as Ju Ci (opposite needle) and Miao Ci (contralateral needle), where the first is more related to the stimulation of the Channels (Jing) and the second to the stimulus of the Collaterals (Luo).²

In this article we have the objective of analyzing methodologies of selection and combination of points in places far from the region of the patient's complaint.

Conceptual differences of distal acupuncture and local acupuncture

A little around the world, the vast majority of Chinese Medicine students learn to treat pain locally, that is, by inserting the needles into the respective painful area.³ According to this approach, to treat low back pain, local points are selected, such as: BL 23 Shenshu, BL 25 Dachangshu, BL 52 Zhishi among others located in the lower back. For a shoulder pain, the selection may fall on points such as LI 14 Binao, SJ 15 Tianliao, located on the shoulder.⁴

Applying this method of treatment, you can only verify the patient's condition at the end of the session by asking him to move the affected area and assess how he feels. In this regard, Dr. Wei Chieh Young states that this technique does not depart much from what nurses do by injecting pain relievers directly into the muscle, in order to relieve tension or pain.⁵

However, and according to several references, books and specialists, the treatment performed should be distal in relation to the affected area.^{6,7} As a general rule, the patient is asked to perform the movement that causes the pain. This technique allows to move the affected area, then after the insertion of the needles and in this way evaluate the possible changes.

Another example of a patient who complains with neck pain, where we can use local acupuncture points in the neck area and evaluate the results after the session, or, we can use acupuncture points located on the wrists and ankles, while the patient makes movements with the neck and evaluates how he feels immediately. According to Takako Matsubara et al.⁸ this method will produce instant results, and citing Dr. Richard Tan⁷, the improvement must be significant.

Another example would be inflammation of the ear, in local acupuncture points of the auricular area that benefit the ears would be used such as: SJ 17 Yifeng, SJ 21 Ermen, SI 19 Tinggong, GB 2 Tinghui.^{3,4} According to Dr. Richard Tan must select points on the knees and elbows for a distal treatment, producing immediate effects.⁷

According to the Orthodox Acupuncture of Master Tung, we can even apply bleeding at points 77.22 Ce San Li and 77.23 Ce Xia San Li located distally in relation to the ears, in the lower leg area.⁶

These differences between local and distal acupuncture techniques can be explained through different approaches.

In the case of local acupuncture, the needles stimulate local nerve fibers, causing the release of endorphins in the local and thus helping pain control.⁹

On the other hand, distal acupuncture works at a completely different level.

In the latter, the choice of points is made according to the location of the affected area and the perfect knowledge of the channel path; It is based on the notions of "Image" and "Mirror", on the type of tissue affected, on the interactions that each channel presents with the remaining channels of the body. Once the channels involved, those that balance them, the image we are going to use and the tissue we want to treat are identified, we can then select the points that best fit our diagnosis, and in this way, look for quick results. If we return to the approaches of Dr. Richard Tan and Master Tung, in their works both refer to the techniques of Distal Acupuncture and how they are revealed more effective, producing much faster results when compared with the results of regular techniques of local acupuncture. Both work according to the principles of Distal Acupuncture mentioned above.

When it is intended to treat a member distally, we can resort to what is called in Chinese Medicine of "Mirror", also known as Holographic Correspondence (Quan Xi Tong Ying). This method is only used in the treatment of the limbs and has some options: the left hand can treat the right hand, the left wrist can treat the right wrist, the left elbow can treat the right elbow, the left shoulder will treat the shoulder law, etc., the same applies to the contrary (vice versa).

Another option to deal distally with the "Mirror" technique is to reflect the upper limb in the lower limb or vice versa, that is, use the arm as a mirror of the leg and vice versa. Thus the shoulder represents the hip, the elbow the knee, the pulse represents the ankle and the hand represents the foot.

There is also what we call "inverted mirror", where one arm is represented on the other arm: the shoulder of the left arm represents the hand on the right side, the upper part of the left arm represents the right forearm and the elbow of the Left arm still represents the right elbow.

Finally, they have, what we call "inverted mirror" of the lower and upper limbs, that is, from one arm to one leg. In this case, the hand represents the buttock, the forearm represents the upper part of the leg, the elbow represents the knee, the upper part of the arm represents the lower part of the leg and, finally, the shoulder represents the foot.

The arms and legs can still treat the head and the trunk, in this case the method used is not called "mirror", but "image".

Matching the image of an area of the body will help find distal points to treat the area.

For example, the image of the hand may correspond to the head, the wrist to the neck, the elbow to the umbilical line and the shoulder to the genital area. In this way, any area of the body can be treated using only the limbs (Figure 1).



Figure 1 - Representation of "Image"

The skull can still be used as an image of the whole body: the area of the point Du 24 Shenting represents the upper part of the head, Du 20 Baihui represents the navel and Du 16 Fengfu represents the coccyx (Figure 2).

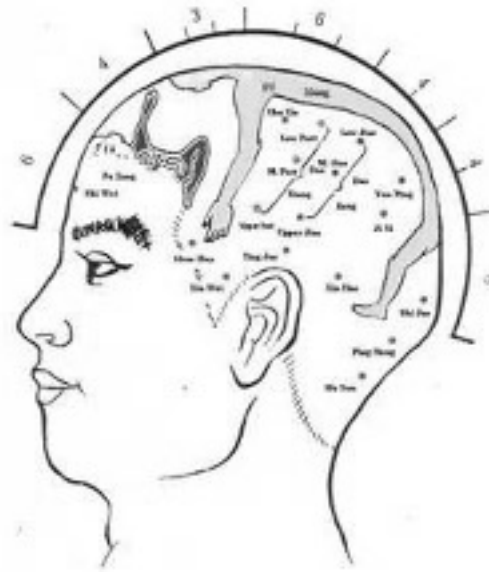


Figure 2 - Representation of the Body in the Skull

However, the techniques of "image" and "mirror" are not by themselves sufficient to produce better results compared to those achieved by regular acupuncture, with selection of local points.

It is necessary to take into account the affected channel and use the corresponding channels that will treat it.

When talking about corresponding channels, one of the main options to consider is to treat the affected channel with the channel that shares the same energy level (Table 1) or use the pairs according to the "Interior-Exterior" principle and the relationship we find in the Zang-Fu theory (Table 2). This system is known as Divergent Connection Correspondence (Zang Fu Bie Tong).

Tai-Yin	Major Yin	Spleen and lung channels
Shao-Yin	Minor Yin	Kidney and heart channels
Jue-Yin	Absolute Yin	Liver and pericardium channels
Yang-Ming	Brilliant Yang	Large intestine and stomach channels
Tai-Yang	Major Yang	Small intestine and urinary bladder channels
Shao-Yang	Minor Yang	Sanjiao and gallbladder channels

Table 1 - 6 energy levels (Liu Jing)

Zang	Fu	Movement
Lung	Large Intestine	Metal
Spleen	Stomach	Earth
Kidney	Bladder	Water
Liver	Gall Bladder	Wood
Heart	Small Intestine	Fire

Table 2 - "Exterior-Interior" Relationship (Biao-Li)

Finally, the last principle to observe before choosing the distal points is the correspondence between the tissues, also called Analog Correspondence (Tong Qi Xiang Qiu). In this Correspondence system we can consider two subsystems: "Five layers to treat the five layers" (Table 3) and "Treatment of the five viscera through the five layers" (Table 4).

Points in Bone regions to treat Bone diseases
Points in Skin regions (superficial) to treat Skin diseases
Points in Vessel regions to treat Vessel diseases
Points in Muscle regions to treat Muscle diseases
Points in Tendon regions to treat Tendon diseases

Table 3 - Five layers to treat the five layers

Punctuate the Skin to treat the Lung
Punctuate the Muscle to treat the Spleen
Puncturing the Vessel to treat the Heart
Punctuate the Tendon to treat the Liver
Puncture the Bone to treat the Kidney

Table 4 - Treatment of the five viscera through the five layers

In local acupuncture, the tissue that is affected is used: if it is the scapular area, the affected area is more related to the bones, as it is a large bone area. Thus, who suffers from scapular pain should be punctuated in an area related to the bones or then in an area where the bone is not too deep, as in the shoulder blade. In this case, when we punctuate locally, the tissue that is related to the bone that surrounds it is punctured.

When we use Distal Acupuncture and the principle of correspondence between the tissues, in the same situation, for example, areas in the leg where the tibia bone is superficial will be sought, because it is anatomically similar.

For pain in the tendons of the neck, Master Tung recommends points 77.01 Zheng Jin and 77.02 Zheng Zong, which are located in the Achilles tendon, using the same body tissue that corresponds to the affected area (tendon-tendon) ^{6,7} In this case for local acupuncture, the options would fall on Du 20 Baihui, BL 10 Tianzhu points and ASHI points on the tendon of the neck.^{3,4}

From this explanation, it will be possible to see more clearly the differences in thinking and develop a treatment that distinguishes local acupuncture from distal acupuncture. If on the one hand we apply needles in the place and achieve the release of endorphins to combat pain, on the other hand we have a less western and more Chinese way of thinking that explains that following some specific and rigorous principles we can choose distal points that will balance the affected channel that is causing the symptoms.

If so, why do some researchers claim that the effect of Distal Acupuncture is not as effective or as lasting in certain situations? ¹⁰ According to our experience, many acupuncturists do not take into account all the necessary principles that underpin the theory of distal acupuncture, mentioned above to elaborate the treatment. They tend to choose the points according to their indications, points for the headache for example, without really thinking about what type of headache it is, what is the location of the pain in the head or what area it represents, the points that go to choose will not serve equally for all patients, or for two patients who have a different location of pain in the head.

For this reason, a correct diagnosis of the affected channel is a surplus value, such as the correct choice of points according to the corresponding channel that treats it, the tissue and the image / mirror.⁷

Conclusion

This analysis tries to explain how the treatment through local acupuncture and distal acupuncture differ in pain treatment, both in reasoning and in the selection of points. Distal acupuncture relies on logical reasoning and very specific criteria such as those mentioned throughout the article (the path of the channels, the interactions between the channels, the correlations between the various areas of the body and body tissues). In this way, it is intended to obtain immediate relief of the patient's symptoms or changes in his condition (which may include: paraesthesia, paresis, thermal sensations, etc.). It is true, and it has also been shown, that local acupuncture can and uses distal points along with local ones, but in this reasoning the most distal points are not selected by the theories described above.

The fact that the patient can mobilize the affected area allows the perception of the evolution of the pain and where it is moving, allowing a more precise selection of points while allowing the structures to adapt more quickly to the information received during the treatment.

The authors hope that sharing this analysis can serve as a starting point for a broader discussion with the hope that others, with greater economic and technical-scientific capacity, can scientifically validate the theories of distal acupuncture.

Referencies

1. APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor; <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/global-year-pain/dor-musculo-esqueletica> (Accedido en 2018 Marzo 20).
2. UNSCHULD, Paul (trad). Huang Di Nei Jing Su Wen: an annotated translation of Huang Di's inner classic – Basic Questions. 2 v. Chapter 63, Berkley, Los Angeles: University of California, 2011.
3. Claudia Focks, Atlas Of Acupuncture, 2nd edição. Munique: Churchill Livingstone; 2008.
4. Vieira, M., Breviário de Medicina Tradicional Chinesa, Lisboa: A Causa das Regras; 2015.
5. Young, Wei-Chieh, Lectures on Tung's Acupuncture: Points Study, 5th edição. Taiwan: American Chinese Medical Culture Center; 2013.
6. Young, Wei-Chieh, Lectures on Tung's Acupuncture: Therapeutic System, 2nd edição. Taiwan: American Chinese Medical Culture Center; 2010.
7. Richard Teh-Fu Tan, Acupuncture 1,2,3. San Diego: Richard Tan; 2007.
8. Takako Matsubara, Young-Chang P. Arai, Yukiko Shiro, Kazuhiro Shimo, Makoto Nishihara, Jun Sato, Takahiro Ushida, Comparative Effects of Acupressure at Local and Distal Acupuncture Points on Pain Conditions and Autonomic Function in Females with Chronic Neck Pain. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine. [Online] 2010;2011(543291). Disponível em: doi: 10.1155/2011/543291. [Accedido en 2015 Abril 5].
9. S.Andersson, T. Lundeberg, from empiricism to science: Functional background to acupuncture effects in pain and disease Pain and disease. Medical Hypotheses. [Online] 1995;45(3): 271-281. Disponível em: DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0306-9877\(95\)90117-5](http://dx.doi.org/10.1016/0306-9877(95)90117-5). [Accedido en 2015 Abril 5].
10. C. C. L. Xue PhD, L. Dong MAppSc, B. Polus PhD, R. A. English MAppSc, Z. Zheng PhD, C. Da Costa PhD, C. G. Li PhD, D. F. Story PhD, Electroacupuncture for Tension-type Headache on Distal Acupoints Only: A Randomized, Controlled, Crossover Trial. Headache: The Journal of Head and Face Pain. [Online] 2004;44(4): 333-341. Disponível em: DOI: 10.1111/j.1526-4610.2004.04077.x. [Accedido en 2015 Abril 5].

Foto Acupuntura nas Dores Orofaciais e Disfunções Temporomandibulares

Adriana Schapochnik- Bacharel em Fisioterapeuta pela Centro Universitário São Camilo/ Brasil-SP, Especialista em Medicina Chinesa (CEATA/ Brasil-SP), Mestre e Doutoranda em Biofotônica (Universidade 9 de Julho/ Brasil-SP).

Paula Tatiane Alonso – Bacharel em Educação Física pela UNICAMP/ Brasil-SP, Especialização em Fisiologia do Exercício e Treinamento e Nutrição Desportiva (UNICAMP/ Brasil-SP), Pós-graduada Lato Sensu Acupuntura (EBRAMEC/ Brasil-SP), Estudos Avançados em Acupuntura e Moxabustão (Shandong University of TCM- China).

Resumo

A Fotobiomodulação (FBM) hoje é presente nas mais diversas modalidades de tratamento na área da saúde. Apresenta-se com aparelhos de LASER que emitem fótons, de fácil manuseio cuja aplicação é realizada geralmente no local acometido. Indolor e não invasiva é amplamente utilizada no controle das mais diversas afecções com caráter inflamatório, antioxidante, alto poder analgésico e ainda, sugere-se ausência de efeitos colaterais. Este recurso terapêutico é multiprofissional, utilizado na Fisioterapia, Odontologia, Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e principalmente na Medicina Tradicional Chinesa (MTC) nos acupontos substituindo as agulhas e com mesmos efeitos. Estudos iniciais sobre esta tecnologia eram baseados no efeito cicatricial, todavia, atualmente sabe-se que são várias as possibilidades de intervenções como nos quadros algícos, que enfrentam insucessos terapêuticos nos modelos tradicionais, inclusive os farmacológicos que podem não apresentar eficácia satisfatória e efeitos colaterais indesejáveis. Portanto, o presente artigo apresenta direcionadores clínicos baseados na literatura e relatados com excelente prognóstico, para profissionais que utilizam a FBM com aparelho de LASER (acrônimo da palavra inglesa Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) nos acupontos (Foto Acupuntura) para tratamentos das Dores Orofaciais (DOFs) e Disfunções Temporomandibulares (DTMs).

Introdução

A Fotobiomodulação (FBM) hoje é presente nas mais diversas modalidades de tratamento na área da saúde. Apresenta-se com aparelhos que emitem fótons, de fácil manuseio cuja aplicação é realizada geralmente no local acometido de maneira não invasiva e indolor. É amplamente utilizada no controle das mais diversas afecções com caráter inflamatório, antioxidante, alto poder analgésico e sugere-se ainda, a ausência de efeitos colaterais. Na FBM o principal aparelho utilizado é o LASER que apresenta os seguintes conceitos físicos: Monocromático (emite uma onda eletromagnética de um único comprimento de onda); Coerência (sincronia); Colimação (fótons em única direção e paralelos); Emissão (Contínua/ CW ou Pulsada/ Puls); Meio Ativo (Diodo e Hélio- Neônio/He-Ne); Potência (representada pela medida em miliwatts/ mW que variam entre 30mW a 250mW e quanto maior a potência do aparelho menor é o tempo de aplicação no tecido biológico); Comprimento de onda λ (Violeta/400/440nm, Azul/ 440/490nm, Âmbar/590-630nm, Vermelho /630/780nm e Infravermelho/780/1000nm, pode-se emitir e selecionar o comprimento desejado sendo esse o fator determinante da interação do LASER com o tecido biológico); Energia (expressa em Joule /

J) e a Densidade de Energia/Exposição Radiante/Fluência medida J/cm² (representa a quantidade de energia por unidade de área transferida à matéria).^{1,2,3,4}

Para que o aparelho de LASER seja considerado de Baixa Intensidade deve apresentar-se com potência abaixo de 500 mW, pode ser operado no modo contínuo (CW) ou pulsado (Puls), e com estas características é classificado como um recurso terapêutico modulador de processos biológicos por Bioestimulação ou Bioinibição, de acordo com a forma de aplicação e os objetivos do tratamento.

Os mecanismos de ação da FBM com aparelho de LASER no tecido biológico são alvo de constantes pesquisas no meio acadêmico tanto in vitro, estudos experimentais e também clínicos. Quando o estímulo da entrega de fótons é absorvido pelas células teciduais através dos cromóforos (que são átomos ou moléculas que absorvem fótons), ocorre o deslocamento da órbita dos elétrons promovendo excitação nos mesmos que, ao retornarem ao estado anterior liberam ATP. Este, por sua vez, será utilizado pelas células para o desenvolvimento de suas funções e em consequência, reações bioquímicas favorecem a resposta biológica pretendida (anti-inflamatório, analgésica, cicatricial, antiedematoso, reparação nervosa, performance muscular e bactericida) e permite a proliferação celular e a síntese proteica.^{5,6,7,8,9,10,11,12,13,14}

O modo de aplicação no tecido biológico pode ser pontual em contato (técnica aplicada em tecidos íntegros e saudáveis, que atinge com precisão o tecido a ser tratado) ou pontual sem contato (técnica aplicada em tecidos não íntegros e a entrega será com uma leve distância, sem encostar o aparelho na lesão e provocar desconforto ao paciente).

É importante destacar que a FBM com aparelho de LASER não tem potencial de produzir efeitos deletérios nos tecidos ou ao sistema biológico, e se caracteriza como um recurso terapêutico e facilitador durante o processo de reabilitação do paciente, muitas vezes tornando-se o recurso de primeira escolha em diversas terapêuticas.

Todo aparelho usado na FBM segue normas de biossegurança e contraindicações fornecidas pelo fabricante do aparelho. Vale destacar que é obrigatório ao paciente e ao profissional o uso de proteção ocular durante a terapia e sugere-se a colocação de placa de advertência sobre esse aspecto.

Sabe-se que a FBM não possui ainda exatidão quanto à dosimetria para se obter o efeito final desejado, pois ela depende de variáveis físicas e clínicas individuais para cada tipo de tratamento. Assim, deve-se levar em conta para determinar a dosimetria o tipo de doença, número de pontos e aplicações, modo de aplicação, frequência de aplicação, doenças concomitantes e as características de cada paciente como o fototipo de pele, estágio evolutivo da doença, bem como o tipo de tecido irradiado.

No avanço da discussão sobre dosimetria na FBM com aparelhos de LASER, as comunidades científicas estão tomando iniciativas na elaboração de um consenso em dosimetria, como nos documentos da World Association for Laser Therapy (WALT).¹⁵

No que diz respeito à Medicina Tradicional Chinesa (MTC), o uso da FBM com aparelho de LASER em acupontos possui terminologias baseadas na literatura como “Acupuntura a LASER”, “Laserpuntura”, “Laseracupuntura”. Contudo, a WALT em 2018 sugeriu a nomenclatura Foto Acupuntura para a técnica. O uso do LASER e de outras tecnologias nos acupontos apresentam-se nas bases científicas por substituir as agulhas, principalmente para aqueles pacientes que tem pânico de agulhas. Além disso, demonstra resultados promissores, pois associa os efeitos terapêuticos da luz com a função dos acupontos para o tratamento traçado na MTC.^{16,17,18}

Aplicabilidades Clínicas da Foto Acupuntura nas Dores Orofaciais e DTMs

As Dores Orofaciais (DOFs) constituem um grande problema de saúde pública e interfere nas atividades diárias. Uma das causas mais comuns de DOFs é a Disfunção Temporomandibular (DTM). Esta patologia é multifatorial, porém sabe-se que a mesma apresenta quadro inflamatório, presença de edema e consequentemente estresse oxidativo no paciente. A DTM ainda não possui uma etiologia definida, porém acredita-se que esteja relacionada às alterações oclusais, fatores psicológicos, hábitos parafuncionais, lesões traumáticas ou degenerativas da articulação temporomandibular, apertamento dos dentes diurno e noturno, mastigação unilateral, desarmonia do côndilo com o disco, apoio mandibular e alterações posturais. O equilíbrio funcional da articulação temporomandibular depende da sua condição biodinâmica em harmonia com as estruturas do sistema estomatognático (oclusão dentária, músculos da mastigação) e composições anatómicas músculo-articulares do crânio.¹⁹

Para o controle das DOFs e DTMs recomenda-se diversas modalidades de tratamento conservadores e inovadores. A FBM aplicada no local através da Foto Acupuntura, emerge como uma terapêutica inovadora na reparação álgica e inflamatória.^{20,21,22}

Assim, a aplicação da FBM com aparelho de LASER tem sido descrita na literatura como uma proposta de intervenção nesses quadros, sendo importante que a atuação do profissional seja baseada em evidências científicas para tratamentos assertivos. Por esse motivo, o presente trabalho realizou uma pesquisa e compilou dados para aplicabilidade da Foto Acupuntura com objetivo de nortear o tratamento das DOFs e DTMs.^{21,22,23,24}

No contexto da terapia com Foto Acupuntura nas DOFs e DTMs sugere-se 4 pontos sistêmicos, bilaterais, pré-estabelecidos por bases de dados científicas. São eles: Estômago 7 (E7) - Articulação Temporomandibular; Estômago 6 (E6) – Músculo Masseter; Triplo Aquecedor (TA18) - Processo Mastoideo; Ponto Extra Tayang- Músculo Temporal. Tais pontos são recomendados em pesquisas para controle e sintomas associados às DOFs e DTMs, todavia os parâmetros dosimétricos não são bem claros.^{21,22,23,24}

Assim, o quadro 1, apresenta direcionadores para tratamento com Foto Acupuntura nas DOFs e DTMs e respectivos parâmetros dosimétricos. Vale ressaltar que tais parâmetros são apenas norteadores. A recomendação (inclusive da WALT) aos profissionais que utilizam a FBM em seus tratamentos é que, as doses estão sujeitas a alterações, a qualquer momento, conforme novas pesquisas são publicadas. A aplicação em pacientes deve ser realizada a critério exclusivo e de responsabilidade do terapeuta.

QUADRO 1: Direcionadores com Foto Acupuntura para tratamento das DOFs e DTMs

FONTE DE LUZ	LASER
MODO OPERAÇÃO APARELHO	Contínuo (CW)
POTÊNCIA	100mW
COMPRIMENTO DE ONDA	Infravermelho
ENERGIA	1 a 3J
TEMPO DE APLICAÇÃO	10" a 30"
MODO DE APLICAÇÃO	Pontual em contato
LOCALIZAÇÃO	Estômago 7 (E7) - Articulação Temporomandibular – Figura 1 Estômago 6 (E6) – Músculo Masseter- Figura 2 Triplo Aquecedor (TA18) - Processo Mastoideo- Figura 3 Ponto Extra Tayang- Músculo Temporal- Figura 4
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	5 a 10 sessões

Figura1: Estômago 7 (E7) - Articulação Temporomandibular



Fonte: Arquivo Pessoal Autora

Figura 2: Estômago 6 (E6) – Músculo Masseter



Fonte: Arquivo Pessoal Autora

Figura 3 - Triplo Aquecedor (TA18) - Processo Mastoideo



Fonte: Arquivo Pessoal Autora

Figura 4: Ponto Extra Tayang- Músculo Tempora



Fonte: Arquivo Pessoal Autora

Conclusão

Sugere-se que Foto Acupuntura pode ser eficaz na redução da dor em pacientes com DOF e DTMs, porém é considerada academicamente de qualidade moderada à baixa. No entanto, são necessários mais estudos bem projetados para melhoria das evidências científicas e trazer melhor assertividade da técnica na prática clínica.

Referências Bibliográficas

- 1- FERNANDES KPS, FERRARI RAM, FRANÇA CM, organizadores. Biofotônica: conceitos e aplicações. São Paulo: Universidade Nove de Julho - UNINOVE, 2017.
- 2- DALL MA, DALL A, NICOLAU RA, DE LIMA CJ, MUNIN E. Comparative analysis of coherent light action (laser) versus non-coherent light (light-emitting diode) for tissue repair in diabetic rats. Lasers Med Sci. 2009; 24(6): 909-16.

- 3- CHAVANTES MC, TOMIMURA S. Fundamentos do laser. In: Chavantes MC, ed. Laser em bio-medicina: princípios e prática. São Paulo: Atheneu; 2009.
- 4- Laser Therapy (WALT) de 2004, disponíveis na internet no workshop "Dosimetria em Laserterapia de Baixa Intensidade" do Incor, em 2007.
- 5- CASALECHI HL, FARIAS MARQUES AC, SILVA EA et al. Analysis of the effect of phototherapy in model with traumatic Achilles tendon injury in rats. *Lasers Med Sci.* 2014; 29(3): 1075–81.
- 6- KERPPERS II, DE LIMA CJ, FERNANDES AB et al. Effect of light-emitting diode (λ 627 nm and 945 nm λ) treatment on first intention healing: immunohistochemical analysis. *Lasers Med Sci.* 2015; 30(1): 397–401.
- 7- ASSIS L, MORETTI AI, ABRAHÃO TB et al. Low-level laser therapy (808 nm) reduces inflammatory response and oxidative stress in rat tibialis anterior muscle after cryolesion. *Lasers Surg Med.* 2012; 44: 726-35.
- 8- ANDRADE G, VILLALPANDO KT. Avaliação clínica do laser de baixa potência no controle da dor, edema e do desconforto após cirurgia plástica periodontal. XX Encontro de Iniciação Científica, V Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação. 2015 Set 22-23. Campinas: Puc; 2015.
- 9- FELISMINO AS, COSTA EC, AOKI MS et al. Effect of low-level laser therapy (808 nm) on markers of muscle damage: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Lasers Med Sci.* 2014. 29(3): 933-8.
- 10- MUÑOZ ISS HAUCK LA, NICOLAU RA et al. Efeito do laser vs LED na região do infravermelho próximo sobre a atividade muscular esquelética – estudo clínico. *Rev Bras Eng Bioméd.* 2013; 29(3): 262-8.
- 11- MATTOS LH, ÁLVAREZ LE, YAMADA AL et al. Effect of phototherapy with light-emitting diodes (890 nm) on tendon repair: an experimental model in sheep. *Lasers Med Sci.* 2015; 30(1): 193–201.
- 12- CAMPOS L, CARVALHO DLC, CASTRO JR et al. Laserterapia no tratamento da mucosite oral induzida por quimioterapia: relato de caso. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2013; 67(2): 102-6.
- 13- GOMES CF, SCHAPOCHNIK A. O uso terapêutico do LASER de Baixa Intensidade (LBI) em algumas patologias e sua relação com a atuação na Fonoaudiologia. *Rev Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 29(3): 570-578, setembro, 2017*
- 14- CONCEIÇÃO E. LED-terapia e LASER-terapia He-Ne intravenosa e cutânea tipo ILIB. Associação Brasileira de Medicina Complementar. Conceitos e princípios de Medicina Complementar, Medicina Alternativa e Medicina Unificada, dez, 2017.
- 15- WALT (World Association for Laser Therapy). Recommended treatment doses for Low Level Laser Therapy. 2010. Acesso em: 11 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://waltza.co.za/wp-content/uploads/2012/08/Dose_table_780-860nm_for_Low_Level_Laser_Therapy_WALT-2010.pdf
- 16- LITSCHER G. Definition of Laser Acupuncture and All Kinds of Photo Acupuncture. *Medicines.* 2018; 5(4), 117–.
- 17- TORTELLI SAC, SARAIVA L & MIYAGAKI DC. Effectiveness of acupuncture, ozonio therapy and low-intensity laser in the treatment of temporomandibular dysfunction of muscle origin: a randomized controlled trial. *Rev Odontol UNESP.* 2019;48:e20190107.
- 18- PANHOCA VH, LIZARELLI RDFZ, NUNEZ SC, DE ANDRADE PIZZO RC, GRECCO C, PAOLILLO FR, BAGNATO VS. Comparative clinical study of light analgesic effect on temporomandibular disorder (TMD) using red and infrared led therapy. *Lasers in medical Science.* 2015; 30(2), 815-22.
- 19- MENDES LMR. Validação da versão brasileira do World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) para indivíduos com disfunção temporomandibular. 2020. 70 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.
- 20- NUNEZ SC, GARCEZ AS, SUZUKI SS, RIBEIRO MS. Management of mouth opening in patients with temporomandibular disorders through low-level laser therapy and transcutaneous electrical neural stimulation. *Photomed Laser Surg.*, v.24, p.45-9, 2006.
- 21- TORTELLI SAC, SARAIVA L, MIYAGAKI DC. Effectiveness of acupuncture, ozonio therapy and low-intensity laser in the treatment of temporomandibular dysfunction of muscle origin: a randomized controlled trial. *Rev Odontol UNESP.* 2019;48:e20190107. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.10719>
- 22- PACHECO JA, SCHAPOCHNIK A. Fotobiomodulação, com laser de baixa intensidade, fotobiomodulação, nos músculos mastigatórios masseter e temporal para tratamento de bruxismo. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.* Ano 03. Ed. 09, Vol. 07, pp. 114-120 Setembro de 2018. ISSN:2448-0959
- 23- ROSTED P. Practical recommendations for the use of acupuncture in the treatment of temporomandibular disorders based on the outcome of published controlled studies. *Oral Dis.* Março de 2001; 7 (2): 109-15.
- 24- FOCKS C. Guia prático de Acupuntura: localização de pontos e técnicas de punção. Barueri: Manole, 2008.

New acupuncture method in cervical dystonia

Novo método de acupuntura na distonia cervical

針刺性肌張力障礙的新針灸方法

Luis Mendes¹; Marco Vieira^{2,3}

⁽¹⁾BodySoul Clinic, Lourinhã, Portugal.

⁽²⁾Viseu Superior School of Health, Polytechnic Institute of Viseu, Portugal.

⁽³⁾Oriental Med Clínicas, Viseu, Portugal.

Luis Mendes: luis.carlos.mendes@sapo.pt

Marco Vieira: marcovieiraetc@hotmail.com

Abstract

Cervical dystonia, also called spasmodic torticollis, is a painful condition in which the neck muscles involuntarily contract, causing the head to twist or turn to one side, or it may also create a disruption in forward leaning or behind.

The most common worldwide treatment for spasmodic torticollis is the use of botulinum toxin type A (Botox). Over the years, we have developed a treatment method to be more successful in the oriental medicine clinic.

22 successful cases of cervical dystonia using Gua-sha, Cupping, Acupuncture and Moxibustion. The union of therapies in favor of successful treatment. 16 Cases that previously had used Botox injections (botulinum toxin), and 8 cases in which only this method of treatment was used. The results are a reduction of muscle pain and relief of spasms, reduction of inflammation and strengthening of muscle tone. 90,9% of cases of muscle pain reduction is immediate, and 45,5% of muscle tone strengthening is in 6 weeks. Patients were diagnosed with cervical dystonia for more than one year and those who had been treated with regular Botox injections were diagnosed for more than a year and a half. They were directed to this method of treatment to control pain and muscle spasms, and to improve muscle tone. After excellent results after 6 months of treatment, 59,1% still maintain regular treatments every 2 weeks. Only 2 cases returned to using Botox injections.

Keywords: Acupuncture; Moxibustion; Cervical Dystonia; Spasmodic Torticollis.

Introduction

Dystonia is a diverse set of movement disorders characterized by involuntary muscle contractions, which may cause twisting and repetitive muscle movements, or abnormal postures¹.

Different classifications of dystonia have been proposed based upon the following criteria: distribution of

affected body parts, age at onset, cause, and genetic criteria. Cervical dystonia is one of the most common subtypes of dystonia^{1,2}.

Treatment options for dystonia include drug treatment and surgical procedures.

Drug treatment can be subdivided into the application of systemically active orally administered drugs and local botulinum toxin injections, while surgical treatment may involve selective peripheral denervation or functional brain surgery³.

We treated patients with cervical dystonia using acupuncture, and followed their progress by clinical evaluations.

In this report, we introduce our new acupuncture method and provide clinical evaluations of the outcome.

We used the needle retaining method for tonify, and needle stimulation for take tender spots out.

The Gua Sha treatment in first place in all cases, for unlock the channels and vessels⁴.

If blood stagnation, We use needles techniques.

If blood deficiency, We use cuppings and moxa, before needles techniques.

Thus, we applied these different and specific acupuncture treatments once a week.

After 10 sessions of acupuncture treatment, clinical examination showed improvement in 72.7% of the patients, and with no side effects in any patients.

The characteristics of patients who did not respond to our acupuncture treatment were as follows:

- 1) longer duration of disease,
- 2) longer intervals of treatment of more than a week.

These findings suggest that acupuncture treatment using the needle retention method combined with needle stimulation is one of the most effective and promising methods in patients with cervical dystonia.

Materials and Methods

To determine the most appropriate acupuncture method for each patient with cervical dystonia, clinical evaluations were performed before acupuncture treatment.

Gua sha method

We use gua sha technique along the meridian and muscles affected. The pressure applied respects the sensitivity of the patient, and the duration respects the perception of the previous diagnosis.

Cupping method

We put cupping in motor point of muscle affected until obtain a satisfaction color. - (Nourish blood muscle)

Moxibustion method

For muscles, was used Japanese techniques (rice moxa – directly) in muscle motor points.

For meridians, was used Chinese techniques (tube moxa - indirectly) in selected acupoints.

Acupuncture methods

For the needle retention method, pre-sterilized disposable acupuncture needles (0.25 mm in diameter, 40 mm in length).

For stimulation on tender spots, was used pre-sterilized disposable acupuncture needles (0.35 mm in diameter, 40 mm in length).

Acupuncture needles were inserted 5 mm in depth and left in place for 5 minutes to decrease and 10 minutes to increase muscle tonus.

Point's selection^{5,6}

Ipsilateral LI 4 Hegu when the sternocleidomastoid muscle or radial nerve was affected.

Also, we selected ipsilateral SJ 5 Waiguan (when the trapezius or Posterior interosseous nerve was affected and ipsilateral SI 3 Houxi when the splenius capitis lateral muscle or ulnar nerve was affected.

The selection of these acupoints was based on the meridian concept of typical distal acupoints on the meridians running through the affected muscles.

If the affected muscles included the trunk flexor or extensor muscles, select ipsilateral ST 42 Chongyang and ipsilateral BL 60 Kunlun, respectively.

A retained needle on GV 20 Baihui at the top of the head was used for treating unsustained head movement.

Results

Among 22 patients (7 males and 15 females), ages – 18 to 78, mean age of 40.8 years.

Disease diagnostic – 3 to 180 months, mean disease duration of 44.8 months.

Reduce muscle pain in 91% in first treatment.

Stop muscle contractions in 16 patients (72.7 %), and no change in 6 patients (27.3%) after 10 sessions of acupuncture treatment.

Can strengthening muscle tone in 45,5% of patients in 6 weeks.

There were no side effects in any of the patients.

After excellent results after 6 months of treatment, 59,1% still maintain regular treatments every 2 weeks. Only 2 cases returned to using Botox injections.

The characteristics of patients who did not respond to our acupuncture treatment were as follows: longer duration of disease, and more than 1 week intervals between acupuncture sessions.

Discussion

Treatment of cervical dystonia includes several methods such as medication, injection of botulinum toxin, surgery, and so on, but presently, there are no specifically effective methods. Although acupuncture is not widely accepted as a common method to treat this intractable neurological disease, we applied acupuncture in patients with cervical dystonia, and developed a unique method of acupuncture treatment. Our method employs knowledge of both modern medical technology and ancient Oriental traditional medicine, particularly that of meridians.

The following is a summary of our unique acupuncture method:

Using clinical evaluations findings on motion analysis, we divided affected muscles into two groups, muscles affected by primary disorder and those by secondary disorder.

First, we use Gua Sha technique, for clean the channels, and take off some inflammation. Secondary, we choose the motor points of each affected muscle and put one cupping in each one. Waiting 5 minutes, for check if blood nourished the muscle or not. If blood nourish muscle we use acupuncture, if not we use moxibustion in indirectly technique until blood nourish the muscle.

Thereafter, we applied different and specific acupuncture methods to each group.

For muscles with primary disorder, we used the needle retention method on distal acupoints along the meridian running through the affected muscle. For muscles with secondary disorder, needle stimulation on tender spots was applied.

In addition, we applied the same acupuncture method to trunk muscles, and found that it was very important to improve trunk function for the successful treatment of cervical dystonia. When we assessed patients who had both cervical and trunk postural abnormalities, we realized that correction of the trunk muscles positively influenced the postural abnormality of the neck.

We decided the depth of retained needles to be 5 mm since the potential in the primary sensory area during acupuncture treatment with 5 mm depth showed a significant change in the somatosensory evoked potential.

We decided the standard duration of retained needle treatment to be 5 minutes to decrease muscle tonus and 10 minutes to increase it, although we changed the duration to some extent according to the condition of the affected muscles, determined by manual palpation in individual cases. Importantly, techniques such as botulinum toxin injection can only decrease muscle tonus, where as we found that acupuncture can produce bidirectional effects, both increasing and decreasing muscle tonus.

For stimulation on tender spots, we learned from our experience that we should continue stimulation until the tenderness disappears in each treatment.

In the end of the treatment, we use moxibustion in direct technique if have some painful points.

In patients with dystonia exhibiting both primary and secondary disorders, we found that we have to treat muscles with secondary disorders first.

Although the effectiveness by clinical evaluations after 10 sessions was 72.7 %, there were some patients who did not show any improvements using our method.

Therefore, we need to develop other new techniques of acupuncture treatment for those patients, particularly with retrocollis and unsustained head movement.

Conclusions

Botox therapy is useful in this case, but not the unique therapy with good results. We have developed a unique method of acupuncture treatment using knowledge of modern medical techniques as well as ancient Oriental traditional medicine. We believe that our method will become one of the most effective treatments for patients with cervical dystonia in our clinics. We will be continue making research about other acupuncture techniques in cervical dystonia for people who do not show results with this technique. We understand the importance of nerves and motor points of muscle in this several problem. We hope show more results and the difference between using each nerve and motor point separately soon.

With this article, the authors - aware of the need for more studies, with a greater number of clinical cases - hope to warn about the importance of financing a greater number of scientific papers in this area, taking a final objective to validate the inclusion or not of a cycle of our acupuncture treatment in the follow-up protocol of the patient with cervical dystonia.

Authors: All research done by the authors.

Financial support: no.

Conflict of interest: none.

References

1. T. Seaman,
Diagnosis Dystonia: Navigating the Journey
CreateSpace Independent Publishing Platform, 2015.
2. D. Dressler, E. Altenmüller, J. Krauss
Treatment of Dystonia
Cambridge University Press, 2018.
3. J. Anderson
Botox: Treats Blepharospasm, Cervical Dystonia, Chronic Migraine,
Overactive Bladder, Severe Underarm Sweating when Antiperspirants
Fail, Strabismus, ... the Appearance of Wrinkles on the Face
CreateSpace Independent Publishing Platform, 2015.
4. Z. Wu
Gua Sha Scraping Massage Techniques: A Natural Way of Prevention
and Treatment through Traditional Chinese Medicine
Shanghai Press. 2018.
5. M. Vieira
Breviário de Medicina Tradicional Chinesa
Lisboa: A Causa das Regras; 2015.
6. P. R. Lima
Manual de Acupuntura: Direto ao Ponto
Editora Zen. 2ªed. 2016.

O Mesentério é a Víscera (Fu 腑) San Jiao (三焦): Uma nova teoria para elucidar a “forma” (形) do Triplo Aquecedor

Izana Rodrigues Fiterman¹

Valquir Jesus de Oliveira²

Ephraim Ferreira Medeiros^{3,4}

O debate sobre a existência ou não de uma estrutura anatômica correlacionada ao Sanjiao (三焦) (Triplo Aquecedor/Triplo Reaquecedor) é muito antigo na Medicina Chinesa havendo opiniões que reforçam percepções do Sanjiao (三焦) como sendo apenas uma função e outras teorias que discutem Sanjiao (三焦) como sendo uma víscera (Fu 腑) que tem uma estrutura anatômica.

A teoria de que o Sanjiao (三焦) tem uma forma anatômica foi firmemente estabelecida na Dinastia Song (960-1279).

Ren Yingqiu 任秋 (1914-1984) em “Theories of Schools of Chinese Medicine” 《中医各家学说》 resumiu as explicações históricas referentes ao “San jiao” presentes nas obras médicas desde os períodos dos Três Reinos (220-265) até os dias atuais. Nessa obra ele descreve uma escola de pensamento representada por Yu Tuan (虞抄, 1438-1517) e Zhang Jinyue (張景岳 c. 1555-1632) que considera o “San jiao” como uma cavidade.

Por exemplo, Zhang Jiebin sustentava que o Sanjiao (三焦) é um dos seis fu (腑) ou palácios, residindo “fora dos zang-fu, mas dentro do corpo, abrangendo todos os zang, e sendo o maior fu como uma cavidade. Na obra Lei Jing 《类经》, Zhang Jinyue 張景岳 afirma que o Sanjiao (三焦) é uma estrutura oca em forma de saco, sendo responsável pelo fluxo de fogo e qi no corpo humano. É o caminho para o fluxo do fogo e qi no corpo.

Zhang descreveu o Sanjiao (三焦) como uma bolsa de cor vermelha dentro do corpo humano: “assemelha-se a uma grande bolsa. A camada interna do corpo é a mais vermelha na cor, como os seis hemisférios, e protege todo o yang 5:

張景岳言：「狀若大囊者，果何物耶？

且其著內一層，形色最赤，象如六合，總護諸陽，是非三焦而何？」

1 Especialista em acupuntura pela Associação Brasileira de Acupuntura – ABA – São Paulo/Brasil. (nanafiterman@yahoo.com.br)

2 Especialista em acupuntura pela Associação Brasileira de Acupuntura - ABA - São Paulo/Brasil. (valquir_oliveira@hotmail.com)

3 Diretor do Departamento de Educação e Pesquisa Internacional do Centro de Estudos de Acupuntura e Terapias Alternativas DEPI-CEATA - São Paulo/Brasil. (webmaster@acupunturabrasil.org)

4 Membro da International Academy of Sciences / Health&Ecology – (IAS-HE) - Munique/Alemanha

5 《三焦包絡命門辨》，《類經附翼》，收入李志庸主編，《張景岳醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，1999年），頁796。

Há diversos trabalhos modernos que vislumbram relacionar aspectos da medicina chinesa com achados da medicina e ciência moderna ocidental. Um dos campos mais interessantes são investigações sobre as fáscias corporais, estruturas que envolvem músculos, vasos e nervos ou alguns órgãos adjacentes (Priberam, 2021).

Como foi demonstrado na última definição realizada em 2015, no V Congresso Mundial de Fascia:

“Sistema fascial consiste no contínuo tridimensional de tecidos conectivos moles, contendo colágeno, frouxos e densos que permeiam o corpo. Ele incorpora elementos como tecido adiposo, adventícia e bainhas neurovasculares, aponeuroses, fáscias profundas e superficiais, epineuro, cápsulas articulares, ligamentos, membranas, meninges, expansão miofasciais., periosteas, retináculos, septos, tendões, fáscias viscerais, todas as artérias intramusculares e extramusculares, além de tecidos conjuntivos intermusculares incluindo endo/Peri/epimísio. O sistema fascial interpenetra e envolve todos os órgãos, músculos, ossos e fibras nervosas, dotando o corpo de uma estrutura funcional e proporcionando um ambiente que permite que todos os sistemas do corpo operem de maneira integral.”

Outras dezenas de definições foram elencadas por MIRKIN (2007).

Em princípio, os estudos relacionados às fáscias detêm informações sobre disfunções musculoesqueléticas e o estudo anatômicas dessas estruturas, havendo envolvimento relativo a dores com suas vias e extensões, assim como desordens das próprias fáscias. Há também um atlas demonstrando as conexões entre elas (STECCO, 2007; 2015) e pesquisas sobre o envolvimento visceral associado a dores pélvicas (Weiss (2000) e Hoffman (2011)), assim como estudos sobre imagens demonstrando a dissecação destes tecidos com objetivo de tentar entender a extensão da participação destas estruturas com o corpo, o que hipoteticamente já é relacionado, visto a semelhança dessas estruturas com os mapas dos meridianos da MTC (BIANCO, 2019), e visto que, coincidentemente, as estruturas anatômicas das fáscias se distribuem por todo o corpo, quase que em sobreposição aos locais identificados pelos chineses para acessar energia dos canais e meridianos relacionados aos Zang Fu (órgãos e vísceras).

Nas bases da Teoria moderna da Medicina Chinesa, no sistema Zang Fu, o Sanjiao (三焦) é considerado um “órgão virtual” com funções que são desempenhadas estruturalmente por outros órgãos como pulmão, fígado, coração, baço ou rim, e se interrelacionam com os Sanjiao (三焦) superior, médio e inferior no corpo.

O Sanjiao (三焦) engloba diversas funções que se desenvolvem no interior do corpo e, em citação ao Ling Shu, Borsarello afirma que o Sanjiao (三焦) é um verdadeiro motor, vital para o organismo. Diz que ele ocupa os três “níveis” do corpo, (DULCETTI,2001; AUTEROCHÉ, 1980).

Autores especializados na Medicina Tradicional Chinesa a exemplo de Giovanni Maciocia, Jeremy Ross, Van Nghi, entre outros, descrevem o Sanjiao (三焦) responsável pelo transporte, transformação, subida – descida e entrada – saída de todas as energias que circulam pelo corpo. Além de realizar o transporte e circulação de sangue, da energia defensiva (Wei Qi), da energia nutridora (Yin Qi), da comunicação entre os órgãos internos e o meio externo. Entre outras palavras o Sanjiao (三焦) regula, transforma e transporta todos os elementos constituintes do metabolismo.

Mas, o Sanjiao (三焦) por mais que esteja envolvido com todos esses engendramentos de passagem de energia (do alto ao baixo, posterior – anterior, de um lado para o outro, no controle de saída e entrada de

energia, exatamente por ter a tripla atuação), continua sendo identificado como uma função e não como um órgão .

Uma demonstração dessa relação pode ser vista quando se realiza incisões na parte frontal do abdômen e os pacientes relatam dores na região posterior, caracterizando interrupção do fluxo energético entre as regiões anterior e posterior o que demonstra a continuidade das estruturas, através de redes de conexões estruturais (RAMIN, 2016).

Na medicina Chinesa é sabido que as cicatrizes deixadas após cortes na pele, fâscias e músculos, consequência de incisões cirurgias causam bloqueio no fluxo do Qi. Esse bloqueio de passagem a estímulos é reconhecido pela medicina moderna e reforça uma possível correlação dos meridianos com os caminhos definidos pelas fâscias,

A linha Alba, está sobre uma larga aponeurose situada na linha mediana da região abdominal, uma faixa fibrosa com limites que vai do apêndice xifóide até a sínfise pubiana (FILHO,2014), o que corresponde a um conglomerado de fâscias, como um centro ventral de ligação das fâscias que sustentam os músculos abdominais e apresenta alto grau de correspondência na MTC à região do vaso Ren Mai (Vaso Conceção 任脈) e que faz conexão com as fâscias que recobrem os músculos Psoas que se encontram, na região dorsal, lateralmente à coluna vertebral, o que corresponde à região do Dumai (Vaso Governador 督脈), ao pontos Shu Dorsais e aos pontos Huatuo Jiaji (华佗夹脊). Da mesma forma, sustentadas por ligamentos e fâscias, dispostos na parte terminal das costelas à altura da cintura, onde se faz a ligação Ren Mai-Du mai, também se encontra o Daimai (Vaso da Cintura 帶脈).

Nas fâscias, percebe-se um emaranhado organizado de sustentação, uma verdadeira rede e muito tecido conjuntivo, base de estruturas como nervos, vasos, septos, hilos (parte da víscera onde se encontra o ponto de penetração dos vasos e nervos do órgão correspondente), junções de cápsulas articulares, estruturas sub epidermes, etc.

Segundo Bordoni, todo corpo é estruturado e envolvido pelo tecido conectivo, ou fascia, criando uma continuum estrutural que dá forma e função a cada tecido e órgão e segue dizendo que o ser humano está abalizado como uma unidade funcional, com comunicação entre partes através do continuum fascial, promovendo um equilíbrio perfeito de tensegriedade. (BORDONI,B., Journal of Multidisciplinary Healthcare-2014).

Desta forma, poderia, a princípio, se questionar se seria a função desempenhada pelo Sanjiao (三焦) a responsável por essa distribuição de energia por todo o corpo. Mas qual órgão do corpo seria o mentor para dar ordem estrutural para o funcionamento do Sanjiao (三焦) ? Qual órgão teria a capacidade de agir através dos canais relacionados ao Sanjiao (三焦), estando conectado aos conglomerados de fâscias e seus ligamentos, órgãos (Zang) e vísceras (Fu) e ainda ter capacidade junto com o pâncreas, baço, fígado, vesícula biliar, de participar de reações de defesa, como também encontrar-se intimamente ligado ao sistema nervoso simpático e parassimpático, com inervação a vasos, e permitir a passagem através de suas estruturas para todas as cavidades de energia, sangue e fluidos orgânicos essenciais à vida?

O órgão com localização medial interna (centro do corpo), intenso, com extensão parietal e visceral, de

relevada importância e de extrema amplitude e capacidade conectiva, para ser o responsável pela função milenar do Sanjiao (三焦), é o Mesentério (parietal e visceral).

Este órgão, que só foi relacionado como órgão em 2016, através de um estudo realizado por J Calvin (2016), em conjunto com sua equipe da University Hospital Limerrik, na Irlanda, publicado na revista científica *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, onde se definiu uma reclassificação para mesentério.

Nesse estudo que durou seis anos, J. Calvin Coffey e Peter O’Leary, demonstraram que o mesentério é uma dobra dupla do peritônio, que une o intestino com a parede do abdômen e permite que ele se mantenha no lugar.

Estes pesquisadores apresentaram uma reclassificação para o que era tradicionalmente descrito como uma membrana delgada de tecido conjuntivo revestida por mesotélio em ambos os lados e que realizava a sustentação dos intestinos. O mesentério passou então a ser visualizado como uma estrutura contínua e única, o que ampliou as possibilidades de mecanismos intrínsecos ao novo órgão, sendo as seguintes funções descritas na nova classificação: suporte, fixação, sustentação, transporte de substâncias, entre elas, o sangue, a linfa, e outras substâncias ligadas ao sistema imune.

Podemos identificar nas palavras do próprio Coffey a observação centenária incorreta da estrutura do mesentério realizada por Treves nos anos que antecederam sua pesquisa.

“Esta descrição anatômica apresentada (por Treves) há mais de cem anos está incorreta — diz Coffey. — Este órgão está longe de ser fragmentado e complexo, e é simplesmente uma estrutura contínua”.

E suas explicações para o seu artigo :

“Neste artigo, que foi revisado e avaliado, dizemos que temos um órgão no corpo que não foi reconhecido como tal até agora. E quando o abordamos como todos os outros órgãos, podemos categorizar as doenças abdominais em seus termos.”

Após a reclassificação, o professor de gastroenterologia da USP e ex-presidente da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Carlos Sobrado, destacou, em entrevista, que o mesentério e os outros segmentos do órgão que tinham sido referenciados na nova pesquisa, tinham funções que iam além da simples sustentação estrutural, sendo responsáveis também pela irrigação sanguínea, defesa imunológica e transporte de nutrientes dos intestinos e para eles, assim como para parede abdominal e que os estudos mostraram que o mesentério é uma estrutura contínua e de grandes responsabilidades e considerou que muitas doenças que acometem os intestinos, identificados na prática clínica, são decorrentes de problemas na irrigação sanguínea, mas que até então não analisavam essas anomalias do ponto de vista mesentérico.

Estudos recentes demonstram maior conexão deste órgão e a existência de um Sistema Nervoso Entérico – SNE. A serotonina é sintetizada principalmente no intestino, chegando a aproximadamente 90% de sua produção e está relacionada com o peristaltismo intestinal. A estimativa que se tem é que o SNE se compõe de cem milhões de neurônios ligados ao trato Gastrointestinal, que atuam independente dos controles cerebrais e aproximadamente três mil que o conectam ao Sistema Nervoso Central (FILHO, R, 2014). O peristaltismo intestinal ocorre por controle próprio do SNE, tendo a serotonina como neurotransmissor.

Portanto a continuidade estrutural do mesentério permite que ele esteja desempenhando uma série de funções em cadeia e com um domínio do todo, com entrada e saída de nutrientes, sejam eles sangue (Xue), energia (Qi), linfa, impulsos elétricos através de constituintes neurais que fazem parte de sua cadeia ganglionar e de neurônios.

Sobre esse órgão existem muitas considerações. Crer-se, inclusive, que o mesentério tem um papel sensível em enfermidades como câncer coloretal, enfermidade inflamatória, digestiva, diabetes, obesidade e outras e outras patologias metabólicas e circulatórias.

Algumas funções foram sinalizadas, mas ainda não foram desvendados na sua totalidade dependendo de pesquisas mais direcionadas e aprofundadas, mas diante de tamanhas evidências já podemos inferir que o órgão mesentério representa o Sanjiao (三焦). O Mesentério já está no corpo desde as primeiras semanas de vida e através do estudo desse órgão é possível explicar diversas funções do Sanjiao (三焦).

Quanto à ação de sustentação, normalmente atribuída ao Baço na MTC, por ser um tipo de fásia e sua junção anatômica às mesmas, também “empodera” o mesentério, que aparece cobrindo e sustentando músculos que poderia estar relacionado a uma função primordial estrutural desse órgão, que foi atribuída pelos chineses ao Baço (Ba), como mencionado anteriormente, quando a MTC relacionou o Baço à músculo (ligado à forma estrutural, carne) e à de sustentação dos órgãos da cavidade abdominal e de tecidos que ficava sem muita explicação, visto que o Baço fisicamente não tinha extensão para realizar a sustentação da bexiga, reto e pálpebra, mas o mesentério sim, com toda a sua conexão fascial.

Na MTC, sabe-se que ao estimular o baixo influencia-se o alto, ou acupunturar o alto age-se no baixo, a fazer o mesmo na frente age-se atrás, acupunturar de um lado resulta em efeitos no outro, e isso, em parte, se explicaria pelo caminho extensivo e fractal do mesentério, que funciona como uma rede de extensão desse órgão por onde efetua sua comunicação através de fásias e ligamentos distantes.

Estes estudos ajudam a elucidar a atuação dos canais extraordinários que apresentam e efetuam conexões diversas como por exemplo o caso do canal extraordinário Daimai (Vaso da Cintura 帶脈), que conecta o Dumai (Vaso Governador 督脈) ao ventre, na linha Alba, posicionada sobre um conglomerado de fásias e estas ao órgão denominado como mesentério parietal e visceral, e que tem comunicação direta profundamente com o peritônio parietal que é exatamente a parte do mesentério que recobre a parede da cavidade abdominal, extensão do mesentério visceral que recobre e sustenta vísceras (intestino grosso e delgado, se conecta com fígado, baço, pâncreas e bexiga, assim como o estômago) e que se liga ao diafragma, por onde dá passagem a veias artérias e tubo digestivo.

Na extensão da linha Alba, localização do Renmai (Vaso Conceção 任脈) na MTC encontram-se os seguintes pontos e sua atuação nos órgãos correlacionados: E25- Intestino Grosso; VC12- Estômago; F13 – Fígado; VC14 – Coração; VC4 Intestino Delgado; VC3 – Bexiga; VC5 – Triplo Aquecedor/Sanjiao (三焦); VB24 – Vesícula Biliar; F14 – Fígado.

Outro aspecto a ser destacado são os pontos responsáveis por tratar desequilíbrios emocionais e que estão no limite superior do Sanjiao (三焦) médio como a sequência de acupontos do VC14 ao VC17. O Diafragma, se encontra intimamente ligado ao mesentério parietal e se comunica com o pericárdio, acoplado do Sanjiao

(三焦), através de ligação com a fásia pleural do diafragma, com ligamento conectado ao saco pericárdico.

O ponto VC8, localizado sobre o umbigo, é o mais centralizado na cavidade abdominal, e que segundo o Dr. Bo, citado por Filho (p. 27, 2014), está intimamente relacionado internamente com os órgãos e vísceras (Zangfu) e os canais e colaterais (Jingluo), gerando externamente um microssistema para regulação de todo o corpo com ação reflexa nos desequilíbrios, sendo muito utilizado na prática clínica (FILHO,R., p.23-24, 2014). Destaca este ponto como um centro de energia que distribui Qi e sangue para diversas partes do corpo e influencia o equilíbrio de centenas de vasos e canais.

Filho (p.13, 2014) cita Tomio Kikuchi, na relação que faz com a raiz e os órgão abdominais.

“Quando lançamos uma semente sobre a terra, a parte que primeiro cresce é a raiz. No processo embrionário da formação humana, também acontece o mesmo. São os órgãos digestivos, os primeiros a serem formados. A sua formação se inicia antes mesmo de qualquer outros órgãos internos. Em seguida, uma parte dos órgãos digestivos se transforma em órgãos externos e, assim, todos os órgãos internos são a transformação gradativa dos órgãos digestivos.”

Assim como destaca a íntima relação entre o umbigo e o Sanjiao (三焦) e cita o Clássico das dificuldades na Sexagésima Dificuldade:

“Aquecedor médio localizado no centro do ducto do estômago, nem para cima, nem para baixo, controla a quebra e digestão da água e dos grãos, trata-se nos lados do umbigo. Aquecedor inferior, localizado na boca superior da bexiga, controla a separação do puro e do impuro, controla a saída e não a entrada, serve como transmissor, trata-se a 1 cun abaixo do umbigo, Por esta razão é dito que o Sanjiao (三焦) é a mansão das vias do Qi.”

Segundo Filho (p. 28, 2014), estas palavras reforçam a importante relação do umbigo na difusão do Qi por todo o corpo através do San Jiao (三焦).

O que vale ressaltar o papel desempenhado pelo Sanjiao (三焦) como víscera (Fu) ou Yang associando a ele, dentro do elemento fogo, um órgão Yin (Zang) denominado Pericárdio (ou Circulação da sexualidade/ CS ou ainda Mestre do Coração/MC) (Ling Shu pag. 303).

Grande parte das vísceras está conectada através de ligamentos fasciais ao diafragma. Fígado, Baço, estômago se ligam através de ligamentos ao diafragma e qualquer alteração no funcionamento desta estrutura repercute nos órgãos, a via inversa também pode se considerar. O que demonstra as respostas sensíveis de desconforto respiratório quando pacientes se encontram, com problemas na cavidade abdominal e respiratórios quando há uma desordem no abdômen (FILHO, 2014).

Podemos também observar a relação íntima do mesentério visceral e parietal com o diafragma, sendo quase que uma extensão do mesentério dada a sua embriogênese, constituição tecidual, e ligamentos de sustentação.

Embriologicamente, na quarta semana ocorre o desenvolvimento do mesotélio, que é o revestimento das camadas originárias do mesoderma. Nesse período, o mesentério passa a ser uma camada dupla do peritônio que cobre órgãos conectando-os à parede do corpo de forma a nutri-los com vasos e nervos. Cada canal pericárdio peritoneal se situa lateralmente à parte proximal do intestino anterior e dorsalmente ao septo transversal, que é o precursor do tendão central do diafragma, formado por genuíno tecido conjuntivo. Os

broto brônquicos crescem no interior dos canais pericardioperitonias. (MOORE, 2016)

Nessa porção mesentérica existem plexos ganglionares neurais que permitem aos pesquisadores usarem o termo Sistema Nervoso Enteral, onde a cavidade abdominal é abastecida por um entroncamento de artérias, veias, vasos linfáticos e nervos que estão presentes no mesentério visceral que se ligam através de ligamentos ao mesentério parietal, onde também está ligado o músculo diafragmático na sua fásia ligamentária por onde se prende às cavidades e permite a passagem de veia e tubo digestivo.

Por exemplo, no gato, é formado por neurônios imersos em abundante matriz conjuntiva fibrosa, envoltos por uma cápsula contendo fibras elásticas, colágenas e reticulares responsáveis pela inervação do estômago, intestinos, fígado, pâncreas, e ainda contribui para a inervação do baço, essenciais ao controle da motilidade, de grande utilidade para a clínica médica. (COPPI, 2000).

Através da extensão do mesentério parietal abdominal se explica parcialmente a ação dos pontos de Renmai (Vaso Conceção 任脈) e Dumai (Vaso Governador 督脈), dos pontos de alarme e sua conexão com os órgãos internos, tendo em vista sua amplitude anatômica desde o ventre e através das costelas.

CONCLUSÃO

O debate sobre a existência de uma “forma” (órgão) para o Sanjiao (三焦) existe desde os tempos antigos na China e após a recente reclassificação do mesentério como um órgão com todos os seus ligamentos e fásias atribuídas a ele, esse debate parece estar próximo à uma conclusão definitiva.

Através desse estudo concluímos que há grande possibilidade de ser o mesentério o órgão que corresponde às funções do Sanjiao (三焦) na Medicina Chinesa (e possivelmente ao ponto zero por sua semelhança ao local do cordão umbilical relativo à representação do feto no sistema da auriculoterapia).

Essa associação das funções do Sanjiao (三焦), também conhecido Triplo Aquecedor ou também Triplo Reaquecedor ou ainda, na nomenclatura antiga, “San Chiao”, com o órgão mesentérico, aproxima o conhecimento das duas medicinas e poderá trazer inúmeros benefícios futuros permitindo novos entendimentos para diagnósticos e tratamentos como por exemplo Doença de Chron, desordens autoimunes, desordens emocionais e outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUTEROCHE, B. Diagnóstico e Medicina Chinesa, Andrei, 1980.
- BIANCO, G. Fascial neuromodulation: emerging concept linking acupuncture, fasciology, osteopathy and neuroscience. European Journal of Translational 2019
- BORSARELLO, J.F. Tratado de Acupuntura. Editora Andrei, 1ª edição. 370p. 2008
- Bordoni, B. Journal of Multidisciplinary Healthcare- 2014) acesso: 15:00h - 09/02/2021.
- COFFEY, J. The mesentery: structure, function, and role in disease. The Lancet Gastroenterology & Hepatology. 2016. Vol:1(3)PP:238-247. DOI:10.1016/S2468-1253(16)30026-7.
- COPPI, A.A. ET AL. Estudo Anatômico do Ganglio Celíaco, celíacomesentérico e mesentérico cranial e de suas conexões no gato doméstico (Felix domestica, Linnaeus, 1758).
- CBO – acesso: cboosteopatia.com.br/2015Internet

MIRKIN,S. What is fascia? Unveiling na obscure anatomical construct. Boston. I Fascia Research Congress; 2007. Disponível em URL: [http://www.fasciacongress.org/2007/\[2008 mai12\]](http://www.fasciacongress.org/2007/[2008 mai12]).

Fengli LAN , Triple Jiao: Having a Name but No Shape? em Fengli LAN 、 Friedrich G. WALLNER The Concepts of Health and Disease: From the Viewpoint of four Cultures (libri nigri 46) (German Edition). Pp.13-22. 2015

FILHO, R. Acupuntura Abdominal- Fu Zhen Liao Fa. Editora Brasileira de Medicina Chinesa. EBMC 2014 Pg 10, 12, 25, 27. São Paulo.

HOFFMAN, D. Understanding multi symptom presentations in chronic pelvic pain: the inter-relationships between the viscera and myofascial pelvic floor dysfunction. Headache Rep 15(5), 343, 2011. <HTTP//doi.org/101007/s11916-011-0215-1>

HUANG TI NEI CHING SU WEN SU WEN. O Livro de Acupuntura do Imperador Amarelo, 160 p. cap. Pag. 7 e cap. 5 Yin - Yang.

INADA,T. Vasos Maravilhosos- Revisão dos textos clássicos e contemporâneos.Cromoacupuntura – Desmistificando a tartaruga e decifrando os cálculos. Editora Roca. São Paulo, 2000

MACIOCIA, Giovanni. Os Fundamentos da Medicina Chinesa. São Paulo, Ed. Roca, 2015.

MOORE KEITH L., T.V.N. PERSAUD, MARK G. TORCHIA. EMBRIOLOGIA BÁSICA, 9ª EDIÇÃO (tradução), 384p. Editora Elsevier Brasil. 2016.

MOREIRA E. Desenvolvimento do sistema nervoso e sua organização geral. Coleção monografias neuroanatômicas morfo-funcionais. vol 1. Disponível em: < <http://web.unifoa.edu.br/editorafoa/wp-content/uploads/2017/04/Volume-01.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2021.

O Sistema nervoso entérico: seu segundo cérebro. São Paulo. Despertaí 2017. Disponível em< <https://wol.jw.org/pt/wol/d/r5/lp-t/102017091>>. Acesso em 24 de Novembro 2018.

OLIVEIRA, T. C. C. e colaboradores. Neurogênese e as interrelações entre SNE e SNC. Arquivos do MUDI, v 23, n 3, p. 359-370, 2019.

Dicionário Priberam <https://dicionario.priberam.org/> 2021 acesso: 14:30 - 09/02/2021

RAMIN, A.,MACCHI,V. e col. Fascial Continuity of the pelvic floor with the abdominal and lumbar region. Continuidade das fâscias da parede abdominal , assoalho pélvico e região lombar. Pelviperinology 2016;35(1):3-6.

SOBRADO,C. – presidente da sociedade de gastroenterologia entrevista. Acesso: [oglobo.globo.com – http://oglobo.globo.com/sociedade/ciencia/cientistas-reconhecem-mesenterio-como-79-orgao-do-corpo-humano-20727371](http://oglobo.globo.com/sociedade/ciencia/cientistas-reconhecem-mesenterio-como-79-orgao-do-corpo-humano-20727371).

STECCO,A.; SFRISO,M.M. e col. MICROSCOPIC ANATOMY OF THE VISCERAL FASCIAE.Anatomia microscópica da fascia visceral. Dói.10.1111/joa.12617.

SUSSMAN,D. 2005 Acupuntura – Teoria e prática. Editora Kier SA , Buenos Aires,p. 98 - 104, 2005.

SANTOS, Vanessa Sardinha dos. "Mesentério"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/mesenterio.htm>. Acesso em 17 de janeiro de 2021.

WEISS J.M. Chronic pelvic pain and myofascial trigger points. Clinical Journal of Pain. 2000;2(6):13-18

GONG CZ, Liu W. Convergence of Medicines: West Meets East in Newly-Discovered Organs and Functions. Chin J Integr Med. 2019 May;25(5):323-326. doi: 10.1007/s11655-018-2570-9. Epub 2018 Sep 4. PMID: 30178089.

《張景岳醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，1999年），頁796。

Zhang Jingyue's Complete Book of Medicine (Beijing: Chinese Medicine Publishing House, 1999), p. 796.

《類經》（北京：人民衛生出版社，1995年7月），頁35—36。

The Classified Classic (Beijing: People's Health Publishing House, 1995), pp. 35 - 36.

贊助



澳門基金會
FUNDAÇÃO MACAU



澳門中醫藥學會

ASSOCIAÇÃO DOS INVESTIGADORES, PRATICANTES
E PROMOTORES DA MEDICINA CHINESA DE MACAU

著作權所有，本雜誌圖文未經本會同意不得轉載

All rights reserved . Photos and articles may not be reprinted without our permission

ISSN 2219-777X

