

目 录

序言.....	张颖清(1)
植物全息胚理论.....	张颖清(5)
我的艾滋病理论的新证据:艾滋病的免疫超敏论和免疫抑制类药物	张颖清(19)
张颖清 328 减肥品减肥健身的独特优点和机理	张颖清(22)

1. 生物全息诊疗法临床应用

尿潴留、糖尿病、车祸致瘫痪、冠心病、心律失常、绝经后下丘脑紊乱综合症、产后出血、顽固性失眠、硬皮病、男性生殖系统疾病、股骨头缺血性坏死、老年性白内障、脑血管病后遗症、急性扁桃体炎、胃炎、术后肺部感染、胆囊炎、小儿腹泻、病毒性肝炎、咽炎

运用全息胚诊疗法治疗神经性尿潴留临床观察 ...	乔晋琳等(27)
全息穴位注射治疗磺脲类降糖药继发性失效 21 例疗效观察	蔡英奇等(30)
第二掌骨侧生物全息疗法治疗糖尿病 I 型 21 例.....	谢仿征(34)
全息生物学针灸疗法治疗车祸致瘫痪病人	Aardal(38)
针刺全息胚肺心穴对心阻抗血流图影响的临床研究	陈成志等(43)
针刺全息胚肺心穴对 30 例男性冠心病患者血清性激素的影响	陈成志等(48)
第二掌骨侧全息胚针刺疗法治疗冠心病 236 例疗效分析	杨象豫等(52)
第二掌骨侧疗法治疗心律失常过早搏动 68 例.....	肖 爽等(56)
全息按压术逆转心律失常的疗效观察	刘永泽等(59)

- 对慢性肺原性心脏病第二掌骨侧穴位压痛反应的研究
..... 张纪廷等(63)
- 生物全息药罐针疗法治疗冠心病 16 例的临床观察
..... 阳 明等(66)
- 应用全息疗法治疗绝经后下丘脑紊乱综合症的研究
..... 张曼华(69)
- 第二掌骨侧全息胚子宫穴注射防治产后出血 498 例临床观察
..... 孔晓燕等(74)
- 空地勤人员顽固性失眠的三种疗法的对比性研究
..... 李 珠等(76)
- 全息胚疗法治疗硬皮病取得奇效 陈 茜(82)
- 全息胚疗法用于治疗男性生殖系统疾病 岳 菊等(87)
- 生物全息疗法治疗股骨头缺血性坏死 151 例研究
..... 刘锡顺等(90)
- 老年性白内障生物全息疗法初探 陈 茜(94)
- 全息针刺治疗动脉硬化性脑梗塞 50 例..... 彭 丽等(97)
- 全息胚针刺治疗偏瘫 300 例体会..... 张健生(100)
- 运用“穴位全息律”治疗脑血管病后遗症 1488 例临床报告
..... 于宗祥等(104)
- 运用全息生物学理论治疗脑梗塞 31 例报告 张若芬(106)
- 应用第二掌骨侧针刺法配合蒙医药治疗中风偏瘫的临床体会
..... 乌图雅等(109)
- 全息针刺治愈颅脑外伤后遗症..... 张希华等(112)
- 第二掌骨侧全息胚穴位药液注射治疗急性扁桃体炎 100 例
疗效观察..... 邵洪彬等(115)
- 生物全息疗法治疗急性扁桃体炎 36 例疗效观察
..... 宋爱军等(117)
- 全息胚针刺治疗 50 例胃炎临床体会 张希华等(120)

- 生物全息疗法治疗普外术后肺部感染 97 例 李 勇等(123)
- 生物全息疗法治疗慢性胆囊炎 200 例..... 许 杰等(126)
- 生物全息诊疗法治疗小儿腹泻 100 例..... 陈善举等(128)
- 全息穴位按摩与推拿治疗小儿腹泻 144 例临床分析
..... 宋炳红等(130)
- 生物全息疗法治疗慢性乙型病毒性肝炎临床观察
..... 邹连珍等(134)
- 全息针刺与雾化吸入治疗急性咽炎 300 例临床效果分析
..... 张希华等(138)

I. 生物全息诊疗法临床应用

顽固性癌症疼痛、术后切口痛、肾绞痛、偏头痛、三叉神经痛、腰腿痛、胃痉挛、颈椎病、肩周炎、腰扭伤、落枕

第二掌骨侧疗法缓解顽固性癌症疼痛临床研究

..... 范士怀等(143)

生物全息针刺疗法在腹部术后切口镇痛中的应用

..... 王增章等(148)

全息穴位针刺-按摩法在疼痛治疗中的应用 方汉英(150)

全息胚疗法诊治肾绞痛 28 例疗效观察 王 军(153)

全息疗法治疗偏头痛 52 例临床疗效观察 黎道伦等(156)

应用生物全息诊疗法治疗头痛头晕 11 类 2719 例总结

..... 戴冠儒等(159)

生物全息治疗法与中药配合治疗顽固性头痛 68 例临床观察

..... 高俊英等(169)

生物全息疗法治疗三叉神经痛 200 例临床研究..... 景尧洲(171)

生物全息疗法治疗肾盂积水致腰痛 15 例 陈善举(175)

- 全息療法針刺坐骨神經點治療腰腿痛 46 例 曹正柳等(176)
- 生物全息針刺療法鎮痛效果的評估 朱元平等(180)
- 針刺第二掌骨側穴位群止痛效果觀察 劉津萍(183)
- 應用腹部全息胚療法治療胃脘痛、慢性腹瀉臨床觀察
..... 李紅偉等(186)
- 用全息針刺療法治療 209 例痛證療效觀察 李景祥等(188)
- 全息穴位治療不同病因疼痛 104 例報告 許明新等(190)
- 生物全息診療法治療胃痙攣 20 例 陳善舉(192)
- 頸椎病全息胚療法的療效觀察 朱元平(193)
- 全息胚針灸治療肩周炎 151 例臨床療效觀察 孫淑霞(196)
- 生物全息療法治療肩周炎的體會 高俊英等(200)
- 應用第二掌骨側療法治療急性扭傷 50 例臨床體會
..... 宋炳紅等(202)
- 全息胚療法治療腰扭傷 150 例療效觀察 文嶢(205)
- 生物全息診療法治療急性腰扭傷 62 例分析 利盛成(208)
- 生物全息療法治療落枕 215 例 陳善舉等(210)
- 生物全息療法治療落枕 62 例 趙紅(211)
- 生物全息療法治療急性運動損傷的療效觀察 劉勇(213)
- 全息胚療法治療軟組織損傷 160 例療效分析 周新(217)

II. 生物全息治療儀、生物全息電圖診斷儀

腹部術後的止痛和促進胃腸功能、急診止痛、脑梗、
急性胃腸痙攣、葡萄胎、糖尿病、腦血管病、婦科病、尘
肺、健身

生物全息治療儀用於婦科腹部術後止痛和促進胃腸功能

恢復的研究 郭美君等(220)

生物全息治療儀在急診中的止痛作用 蔣瑞英等(223)

生物全息治疗仪对脑梗病人的治疗观察·····	蒋瑞英等(226)
生物全息治疗仪治疗急性胃肠痉挛 351 例·····	蒋瑞英等(228)
应用生物全息治疗仪治疗恶性葡萄胎典型病例·····	王兆华(231)
应用生物全息治疗仪治疗糖尿病、脑血管病·····	张曼华(233)
生物全息治疗仪的应用·····	刘景亮(235)
生物全息治疗仪治疗耳鸣耳聋 32 例·····	张纪廷(237)
生物全息治疗仪对疼痛性疾病有特效·····	张印荣(239)
生物全息治疗仪的临床应用·····	山东省聊城生物全息医院(241)
生物全息治疗仪治疗妇科病的体会·····	彭 丽(244)
生物全息治疗仪疗效观察·····	孙 海(247)
简评生物全息治疗仪·····	蒋瑞英(249)
生物全息治疗仪和生物全息疗法效果好·····	曹水焕(251)
生物全息心电图诊断仪和生物全息治疗仪的临床应用 ·····	景尧洲(252)
生物全息心电图诊断仪、生物全息治疗仪临床应用 ·····	刘锡顺(255)
生物全息心电图诊断仪对尘肺患者应用初探·····	田国雄等(256)
生物全息心电图诊断仪 135 例临床应用报告·····	张明军等(260)
生物全息心电图诊断仪在健身运动中的应用(附 63 例分析) ·····	崔国斌等(264)

IV. 生物全息诊疗法临床应用:综合类

第二掌骨侧全息胚穴的临床应用·····	饭田清七(268)
生物全息诊疗法基础与临床的探讨·····	袁敏茹等(271)
全息胚针刺治疗老年病 156 例疗效观察·····	魏 欣等(277)
全息胚学说的临床验证和应用·····	朱迎新(283)
生物全息诊疗法 1664 例临床应用分析·····	邵永发(287)

简评生物全息诊疗法.....	蒋瑞英(292)
用第二掌骨侧穴位诊疗法诊治疾患 737 例.....	喻恒锋(295)
第二掌骨、足、胫腓骨节肢系统全息胚诊疗法 150 例总结	周 潮(303)
全息胚诊疗法临床应用体会.....	杨 光等(307)
生物全息诊疗法 820 例临床应用.....	郑秉祁(310)
生物全息疗法临床应用 250 例.....	姜会东等(314)
第二掌骨侧全息胚诊疗法 898 例临床应用.....	孙 海(316)
生物全息诊疗法 218 例临床应用.....	周体英(318)
生物全息针刺疗法具有抗菌消炎作用.....	王增章等(325)
生物全息诊疗法临床应用.....	张新学等(327)
全息穴位疗法给肠道易激综合征以全新而有价值的治疗手段	刘永泽等(331)
全息胚疗法在临床护理中的应用体会.....	张一英等(334)
生物全息疗法治疗 88 例疑难杂症的临床体会	张茂林(336)
全息穴区注射疗法在临床上的应用.....	徐三文等(339)
姜隔灸在生物全息疗法中的应用.....	张佑新等(343)
应用全息胚诊疗法一次见奇效医案 5 例.....	张希华等(345)
生物全息疗法临床实践体会.....	姜会东(347)
生物全息诊疗法在外科临床的应用.....	王绍隆等(349)
应用生物全息诊疗法的总结和体会.....	种金镇(353)
足部、胫骨侧全息反射区指压术治疗 46 种慢性病	马东华等(357)
生物全息诊疗法在飞行人员卫生保障中应用价值的探讨	李 珠等(362)
应用全息胚分化促进剂治疗疤痕增生临床观察	张希华等(367)
生物全息疗法治疗美尼尔氏综合征.....	李红伟等(370)

排针疗法的全息胚机理初探	邢凤琴等(372)
生物全息疗法在急症中的应用	陈毓文(375)
生物全息疗法临床应用 477 例报告	隋德华等(378)
用全息疗法减轻胃镜检查时病人的不良反应	赵泽环(381)
全息胚学说医学临床应用 2864 例	陈俊义等(383)
生物全息疗法在针灸临床中的应用和体会	俞言芝(388)
让 2000 年人人享受生物全息诊疗法	王世宜等(393)

V. 全息胚癌理论在肿瘤治疗中的应用

应用具有全息胚分化促进作用的中药治疗晚期癌症的研究	杨 锐(398)
全息胚癌理论在临床的应用	曹良清(403)
全息胚分化促进剂治疗肝癌 40 例	姬秀萍等(408)
应用全息诊疗法治疗肝癌一例报告	窦连俊(416)
全息胚分化促进剂治疗癌症体会	丁庆学等(418)
现代癌症研究与全息胚癌区滞育论	高凯民等(422)

VI. 全息生物学在植物学、农学中的应用

黄瓜子叶组培中器官发生的全息现象	汤朝起等(440)
全息胚定域选种法应用研究	邢作福等(448)
水稻全息定域选种实验总结	张仕贤(470)
全息胚定域选种法在马铃薯种植中的应用研究	施振云(473)
高粱全息胚定时选种实验总结	李景阳等(477)
荞麦全息胚定域选种法的研究	吴渝生(481)
在全息胚学说指导下的金花茶扦插试验	梁勇诗等(486)
小麦品种退化速率的全息生物学定量分析	傅兆麟等(493)

利用全息胚定域選種法處理小麥雜種 F₂ 代群體對單株

- 產量形狀選擇效應的研究..... 傅兆麟(501)
- 小麥全息胚定域選種試驗總結..... 畢宜華(506)
- 小麥全息胚定域選種研究..... 傅兆麟(510)
- 小麥不同粒位粒重差異及對後代產量的影響..... 傅兆麟等(518)
- 玉米自交系全息胚定域選種實驗..... 孫洪來等(529)
- 玉米全息胚定時選種測試總結..... 邢作福等(532)
- 玉米全息胚定域選種系列試驗總結..... 孫文軍等(535)
- 應用全息胚定域選種技術將玉米種子機械分級對產量
影響的試驗研究..... 王長椿等(540)
- 全息胚定時選種法應用..... 李景陽等(548)
- 馬鈴薯的全息生物學研究 I 王瑞庫等(555)
- 馬鈴薯的全息生物學研究 II 王瑞庫等(563)
- 提高甜菜含糖量的全息胚定域選種法 王瑞庫等(571)

VI. 其他

- 作為一個生物控制論個體的生物體..... V. Schjelderup(576)
- 以全息胚學說解釋杵狀指(趾)病理現象..... 孔憲明(587)
- 應用全息胚理論治療瘻管 158 例..... 姜渭賢等(593)
- 脊柱全息診療法..... 烏蘇日樂特(595)
- 靈龜八法的全息觀..... 莫少仙等(598)
- 生物全息針刺療法與辯證施針..... 王 穎(600)
- 張氏理論與呂氏刮痧療法..... 殷蘊華等(602)
- 針灸治療腰椎退行性改變引起的臨床綜合症 50 例臨床觀察
..... 張立新(605)
- 足部全息反射區點溫試驗..... 馬東華等(607)
- 新的交叉科學和新的生物觀..... 楊明震(610)

序 言

张颖清 教授

(山东大学全息生物研究所)

1973 年我发明了全新的医疗技术——全息胚诊疗法(生物全息诊疗法),并于 80 年代创立了全息胚学说和全息生物学。

全息生物学是研究全息胚生命现象的科学,全息胚是作为生物体组成部分的、处于某个发育阶段的、特化的个体。一个生物体是由处于不同发育阶段的、具有不同特化的众多个体组成的。这样,不论是在低等生物中,还是在高等生物中,一个个体是由众多个体组成的。这显然是一个全新的生物观。

现在人类对生物体的认识与达尔文进化论之前人类对生物界不同物种的认识是十分相似的。也就是说人们对生物体各个不同部分的认识,基本上是建立在解剖学之上的,注重的是生物体不同部分的差异性。这样的生物观,确实使生物学和与生物学相关的医学、农学等取得了长足的进步,并在这样的生物观的基础上,建立了现代生物学、现代医学、现代农学的理论大厦。但是,这种生物观是不完善的,从而遇到了许多理论困难。

全息胚学说在承认生物体不同部分的差异性的同时,又注重生物体不同部分间的统一性,即这些不同部分之间的共同属性。而有着共同属性的一类东西,就应有一个共同的概念和名词来概括和表述。这正像白马、黑马、大马、小马都必须用一个共同的概念和名词即“马”来概括一样。我们虽然不能没有白马、黑马、大马、小马

这样的概念和名词,但是也决不能没有“马”这样的概念和名词。中国的古代哲学家就曾指出“白马非马”。我发现,一个生物体上的不同的结构单位,在本质上都是同一种东西,即它们都是作为生物体组成部分的处于某个发育阶段的特化的个体。这就是它们的共同属性。对这些有共同属性的不同的东西,必须有一个统一的概念和名词来概括和表述。我用了全息胚这一新的名词,并给予这一过去的人类词典里从没有过的词以特定的定义:全息胚是作为生物体组成部分的处于某个发育阶段的特化的个体。这种个体所处的发育阶段,可能是较低的,如相当于早期的胚胎阶段,也可能是较高的,如相当于成体发育阶段。在一个生物体上,任何一个在结构和功能上与其周围的部分有着相对明确的边界的相对独立的部分都是全息胚。一个生物体是由处于不同发育阶段的具有不同特化的多重全息胚组成的。大全息胚又由小全息胚组成,一级套一级。从整体到细胞,最基本最低的一级全息胚,是单个的体细胞。一个生物体的不同的部分,在本质上是同一种东西,即全息胚,即生活在主体上的特化的个体。所以,首先,这样的构成个体的个体即全息胚,可以停止其发育在这一个体的个体发育的不同发育阶段上,从而就可以使之有不同的形态和功能;其次,这样的个体还可以有在不同方向上的和不同程度的特化,从而就更可以有不同的形态和功能了。所以生物体不同部分的差异性的原因,在于全息胚停止其发育的阶段不同和特化方向和程度不同。全息胚学说给出了一个全新的生物观,人类对生物体的认识将发生根本性和观念性的转变。

全息生物学在医疗、农业上也有重要应用。

全息胚医学是建立在全息生物学理论基础上的新医学。这是中国传统医学和西方现代医学的结合和发展。

全息生物学揭示了整体缩影式穴位分布形式在各个长骨节肢和其他相对独立的部分的重复。我首先发现了第二掌骨侧存在着

一个新穴位群。如果这些新穴以其所对应的整体上的部位的名称命名,则第二掌骨节肢恰像是整个人体在这里的缩影。并且发现了每一长骨节肢如其他掌骨节肢、桡尺骨节肢、肱骨节肢、胫腓骨节肢、股骨节肢等都存在着与第二掌骨侧相同的穴位分布规律。并且发现了这种全息穴位在人体的一般分布规律,即穴位全息律:人体任一长骨节肢或其他较大的相对独立的部分的新穴位或穴区,如果以其对应的整体的部位或器官的名称来命名,则这些穴位或穴区排布的结果,使每一节肢或其他较大的相对独立的部分恰似整个人体的缩影。这一穴位或穴区图谱,实际上是全息胚这种个体的未来器官图谱。

全息胚诊疗法(生物全息诊疗法)是全息胚医学中的重要内容。全息胚诊疗法是应用全息胚穴位(穴区)系统的诊疗方法和技术。全息胚诊法主要是生物全息电图诊断仪方法和全息胚压痛点诊断法。全息胚疗法主要是生物全息治疗仪方法、全息胚针灸或全息胚按摩疗法。全息胚诊疗法已被临床应用 100 多万例,治疗病种 200 余种,平均治疗总有效率 90% 以上,并多有奇效。全息胚疗法对各种功能性疾病和疼痛性疾病通常有很好的疗效。经临床对照研究,对许多疾病的治疗,全息胚疗法的疗效都高于西医现代方法和传统医学方法的疗效。全息胚诊疗法现已得到 30 多个国家医生的验证和应用。全息胚诊疗法理深法简、疗效高,成为最受欢迎的诊疗法之一。凡是掌握了全息胚诊疗法的医生,其医术和治疗效果都得到了极大的提高。全世界已有千千万万人由于我的这一发现和发明而受益。作为一个科学工作者,我毕生的追求就是,探索自然,造福人类。现在看到自己的发现和发明能够被众多的学者重复和验证,并得到了广泛的实际应用,解除了千千万万患者疾病的痛苦,拯救了许多人的生命,还有什么能比这更令我高兴的呢?!

1975 年,我发明了全息胚定域选种法以来,全息生物学在农业上也得到了成功的应用。在全息胚定域选种这一术语中,是将种

子、芽、插条、接穗、组织、细胞等可繁殖后代的材料统称为“种”的。现在,这项不用增加投入即可提高产量,防止良种退化的选种法,已在农业方面得到应用,取得了显著的增产效果和经济效益。

第三届国际全息生物学和全息胚针灸医学学术讨论会暨首届国际全息胚医学和全息胚针灸医学学术讨论会,于1996年8月17~18日在美国洛杉矶召开。在这本论文集中发表的论文,是1992年在挪威奥斯陆第二届国际全息生物学学术讨论会之后全息生物学在各个领域应用的一部分,还有许多论文由于本书容量所限没有收入,也有许多论文已经散在发表于不同的杂志上。我相信第三届国际全息生物学学术讨论会之后,全息生物学会得到更加广泛和深入的应用,进一步造福人类。

植物全息胚理论

张颖清 教授

(山东大学全息生物学研究所)

摘要 本文证明了枝、叶、小叶、叶裂片、叶脉、叶束、花、花萼、花瓣、心皮、雄蕊、花粉、根、块茎、鳞茎、球茎、根状茎、茎卷须、枝刺、苞片、叶卷须、鳞片、叶刺和体细胞等,都是作为植株组成部分的处于某个发育阶段的特化的个体即全息胚,揭示了植物不同器官或部分的统一性,建立了植物全息胚理论,对发育的本质和产生托叶、复叶、裂叶、对生叶、枝先出叶的原因也作出了新的解释。

关键词 个体;植物器官;全息胚;植物发育;细胞全能性

一、引言

植物各种不同器官或相对独立的部分,如枝、叶、小叶、叶的裂片、叶脉、叶束、花、花萼、花瓣、心皮、雄蕊、花粉、根、体细胞等,是否具有本质上的统一性?这是植物学中具有普遍意义的重大问题。以前的研究一直没有解决这一问题,如 Goethe 认为植物的各种器官都是叶的变态^[1],Bower 则认为叶是次生的,茎才是植物的基本单位^[2],虽然这些研究结果对解释某些器官之间的演化非常有用,但却没能找到植物的所有器官的共同本质。本文的研究则指出,植物的各种不同器官或相对独立的部分,都是作为植株组成部分的处于某个发育阶段的特化的个体,揭示了植物的各种不同器官在本质上的统一性,为重新认识有关植物的众多问题,提供了一个全

新的植物观,并为按照人类需要定向改变植物的性状开辟了道路。

过去,胚胎这一术语是指个体发育初期的新个体即幼体。而在本文中,胚胎被赋与了更广的含义,泛指处于个体发育各个阶段的新个体,而不论这一新个体是处于个体发育的初期、中期或后期的。如受精卵可以看作是发育程度最低的胚胎,成体可以看作是发育程度很高的胚胎。作者已经提出^[3-11],一个生物体不仅是由一个胚胎发育而来,而且又是由该生物体整体以下各层次的众多胚胎组成的。组成整体的胚胎有以下3个特点:①这种胚胎是生活在亲体本体上的,是亲体的组成部分;②这种胚胎是特化了的,在生物体上可以行使为整体服务的某种功能;③这种胚胎是处于某个发育阶段的,并在许多情况下,由于其本身的特化和整体对其发育的抑制,已不能继续向前发育成为独立的成体。作者已命名这种胚胎为全息胚(ECIWO,即 embryo containing the information of the whole organism 的缩写)。全息胚的定义是:作为生物体组成部分的处于某个发育阶段的特化的个体。

本文将证明,枝、叶、小叶、叶的裂片、叶脉、叶束、花序、花、花萼、花瓣、雄蕊、心皮、花粉、根、块茎、鳞茎、球茎、根状茎、茎卷须、枝刺、苞片、叶卷须、鳞片、叶刺、叶状柄和体细胞等植物的器官或相对独立的部分,都是全息胚。本文将建立植物全息胚理论,并对发育的本质和产生托叶、复叶、裂叶、对生叶、枝先出叶的原因等作出新的解释。

二、植物全息胚判别条件

植物的某一器官或部分,只要满足以下全息胚判别条件中的一个,则该器官或部分就被证明是全息胚。

全息胚判别条件 1. 某一器官或部分的主要自主发育过程,大致重演了这种植物的一段个体发育过程。

器官或部分的自主发育过程是指其自身的发育过程。全息胚判别条件 1 的根据是,只能是个体,才可能重演即经历个体发育过

程;只能是处于某个发育阶段的个体,才可能重演了一段个体发育过程。作为亲体组成部分的个体,由于其自身的特化和整体对其发育的抑制,其对植株个体发育的重演,可以是大致重演,如有所简略的重演。用全息胚判别条件 1 判别某种植物的一个器官或部分是否是全息胚的方法是:首先,将这一器官或部分的自主发育过程和该种植物的个体发育过程,各自划分为一些主要发育阶段,划分的原则是,每个发育阶段都应有各自的标志即独特的形态特征,以便同相邻发育阶段相区别,从而由一个发育阶段到相继的另一阶段有能够观察到的形态变化;然后,分析这一器官或部分的主要自主发育过程是否大致重演了该种植物的一段个体发育过程。

全息胚判别条件 2. 某一器官或部分具有发育成完整植株的潜在能力即全能性,在某种条件下这种潜在能力能够得到表现。

全息胚判别条件 2 的根据是,只有处于某一发育阶段的个体,才有继续发育成完整植株的可能。

全息胚判别条件 3. 某一器官或部分从形态特征上已可看出是完整植株。

全息胚判别条件 4. 某一器官或部分,是其他已被证明是全息胚的器官或部分的变态。

全息胚判别条件 5. 某一器官或部分与其他已被证明是全息胚的器官或部分间存在着过渡。

全息胚判别条件 3、4、5 的根据是显而易见的,本文不逐一说明。

三、枝是全息胚

观察和比较马齿苋(*Portulaca oleracea*)、大花马齿苋(*P. grandiflora*)、鸡冠花(*Celosia cristata*)、紫茉莉(*Mirabilis jalapa*)、丁香(*Syringa vulgaris*)、月季(*Rosa chinensis*)、黑松(*Pinus thunbergii*)、瓜叶菊(*Senecio cruentus*)、灰菜(*Chenopodium album*)、升马唐(*Digitaria adscendens*)等随机选取的植物的枝的主要自主发育过程与

植株的个体发育过程,发现,枝大致重演植株的由子叶萌出到某一阶段的个体发育过程。下面以大花马齿苋和鸡冠花为例作具体分析。

马齿苋的枝从芽开始的自主发育过程,可以按时间先后顺序划分为4个阶段:Ⅰ.2叶期,全枝共有2叶即一对先出叶;Ⅱ.4叶期,全枝共有4叶;Ⅲ.6叶期,全枝共有6叶;Ⅳ.8叶期,全枝共有8叶,而在马齿苋的个体发育过程中,也可以按时间先后顺序划分出与上述枝自主发育的4期——对应的4期:Ⅰ.2叶期,全株共有2叶即两个子叶;Ⅱ.4叶期,全株共有4叶;Ⅲ.6叶期,全株共有6叶;Ⅳ.8叶期,全株共有8叶。处于某一自主发育阶段的枝,与处于相对应的个体发育阶段的植株,在总体形态特征上是相同的。从而,枝的自主发育过程是植株一段个体发育过程的重演。马齿苋枝满足全息胚判别条件1,所以是全息胚。

鸡冠花的枝从芽开始的自主发育过程可以按时间先后顺序划分为4个阶段:Ⅰ.2叶期,全枝共有2叶即一对先出叶;Ⅱ.多叶簇生期,多叶簇生,茎尚未伸长;Ⅲ.长茎期,枝已有长的茎;Ⅳ.花期,茎顶开花。而在鸡冠花的个体发育过程中,也可以按时间先后顺序划分出与上述枝自主发育的4期——对应的4期:Ⅰ.2叶期,全株共有2叶即两子叶;Ⅱ.多叶簇生期,多叶簇生,主茎尚未伸长;Ⅲ.长茎期,已有长的主茎;Ⅳ.花期,茎顶开花。处于某一自主发育阶段的枝,与处于相对应的个体发育阶段的植株,在总体形态特征上是相同的。从而,枝的自主发育过程是整个植株一段个体发育过程的重演。鸡冠花的枝满足植物全息胚判别条件1,所以是全息胚。枝在重演植株的一段个体发育过程时,可以是有所简略的大致重演。如鸡冠花主茎上的枝,越是靠上的枝,在枝的自主发育过程中开花越早,可以只生较少的叶后即开花,略去多叶簇生期。

双子叶植物在个体发育早期,要经历首先发生和萌出一对子叶的一段个体发育过程;双子叶植物的枝在自主发育的早期,要首

先发生和萌出一对先出叶。而单子叶植物在个体发育早期,要经历首先发生和萌出一个子叶的一段个体发育过程;单子叶植物的枝在自主发育的早期,要首先发生和萌出一个先出叶。从而,双子叶植物和单子叶植物的枝在自主发育的早期,重演了子叶发生和萌出这段植株个体发育过程。双子叶植物和单子叶植物的枝满足全息胚判别条件 1,所以是全息胚。

无论藻类、菌类、地衣、苔藓、蕨类植物等孢子植物,还是裸子植物、被子植物等种子植物,植株从无分枝到第一次分枝,是个体发育的一段过程。植株第二级及以后各级枝的分枝,总是重复第一次分枝的形式,从而植物才有二叉分枝式、总状分枝式、合轴分枝式或假二叉分枝式等有规律的分枝形式。这样,第二级及以后各级枝的自主发育,都重演了植株个体发育的第一次分枝的过程。孢子植物和种子植物的枝满足全息胚判别条件 1,所以是全息胚。

枝具有与主茎同样的构造,同样的生长方式,即都是具有顶芽和腋芽的枝条,并从腋芽发育出下一级分枝。主茎与其基部的根系组成了完整植株。枝如果也在其基部有根系,则显然也是一个完整植株。在许多情况下,枝基部确实生有根。这样的枝满足全息胚判别条件 3,所以是全息胚。蕨类植物石松目(*Lycopodiales*)和卷柏目(*Selaginellales*)植物枝基部有根托及根托先端的不定根。木贼属(*Equisetum*)植物的侧枝基端生有根。升马唐、小麦(*Triticum aestivum*)、稻(*Oryza sativa*)等,在分枝基部也有根。榕(*Ficus microcarpa*)枝基部可有粗大的气生根。大花马齿苋的枝基部则有纤细的气生根。但马齿苋的枝却是无气生根的。马齿苋与大花马齿苋是同属的植物,亲缘关系最近,从大花马齿苋到马齿苋是从有气生根的枝到无气生根的枝的过渡。这样,一般无气生根的枝满足全息胚判别条件 5,所以也是全息胚。在众多植物中,枝都可扦插成活,原来基部无根的枝会分化出根来,从而可以成为完整植株。所以,枝满足全息胚判别条件 2,枝是全息胚。正因为枝是全息胚,枝才

会有相对独立的自主生命,在离体后才能存活一段时间,在改变宿主后才能继续存活,从而使枝的嫁接成活成为可能。

四、叶、叶脉、小叶、叶的裂片是全息胚

从叶的起源来说,叶或是起源于古代植物轴器官表面的突起(小型叶),或是起源于古代植物的分枝的植物体的侧生轴扁化而合生(大型叶)。叶可以看作是枝的变态。枝已被证明是全息胚,叶满足全息胚判别条件 4,所以叶也是全息胚。某一枝可再分出各级分枝,枝和各级分枝都是全息胚;叶的主脉也可分出各级支脉,主脉和各级支脉都是枝的变态,满足全息胚判别条件 4,所以也都是全息胚。

叶是全息胚,还可以用全息胚判别条件 1、3、和 5 作重复证明。

在双子叶植物,植株在个体发育早期,要经历首先发生和萌出一对子叶的一段个体发育过程;而其营养叶在自主发育的早期,一般要首先发生和萌出一对托叶。如月季(*Rosa chinensis*),在营养叶的自主发育过程中,是托叶先得到充分生长,然后叶片(即组成将来的复叶的小叶)才从托叶间长出。月季植株的子叶数是 2,而托叶数也恰恰是 2。从而,双子叶植物的营养叶,重演了子叶首先发生和萌出这段植株个体发育过程,满足全息胚判别条件 1,所以是全息胚。托叶实际上是营养叶这一全息胚的子叶即全息胚子叶,这就是托叶的本质。而过去,托叶被认为是“营养叶的具有迷一般的特征”。

月季的复叶是由多级全息胚组成的。如把某复叶称为第 n 级全息胚,则托叶是第 n 级全息胚的子叶。而托叶之间的芽,又在重演植株的子叶萌出这段个体发育过程,是第一对小叶先萌出,从而托叶之间的芽,满足全息胚判别条件 1,是全息胚。这是第 $n+1$ 级全息胚。复叶的第一对小叶是第 $n+1$ 级全息胚的子叶。之后,在第 $n+1$ 级全息胚的子叶间,又长出一对新小叶和芽,这是第 $n+2$

级全息胚。第 $n+2$ 级全息胚又重演植株的个体发育的一对子叶先长出的过程。第 n 、 $n+1$ 和 $n+2$ 级这三重全息胚使整个叶成为叶柄基部具有一对托叶、再加 5 个小叶的复叶。此外,复叶的小叶也可以有自己的托叶,如菜豆(*Phaseolus vulgaris*)的小叶,这表示小叶也是全息胚。

全息胚的子叶除了以托叶和小叶的形式出现以外,还可以以叶的裂片形式出现。如西瓜(*Citrullus vulgaris*),在全株共有两子叶一营养叶的三叶苗期,整个植株是第 1 级全息胚,该营养叶是第 2 级全息胚,第 2 级全息胚所处的自主发育阶段,恰好相当于子个体发育的三叶苗期阶段,从而第 2 级全息胚与第 1 级全息胚在总体性状上是相似的。第 1 级全息胚这时所具有的主叶总数是三,而第 2 级全息胚这时具有的主裂片总数也是三;第 1 级全息胚的两个子叶是对生的,而第 2 级全息胚的两个侧裂片也是对生的。第 2 级全息胚即第一营养叶,是第 1 级全息胚即三叶苗期整个植株扁化的缩影。第 2 级全息胚的左右两个侧裂片,实际上是第 2 级全息胚的子叶;第 2 级全息胚的中裂片,实际上是第 2 级全息胚的营养叶。在三叶苗期以后发育阶段的西瓜植株,某一新生的营养叶被称为第 n 级全息胚,具三裂片,并且它的中裂片即第 $n+1$ 级全息胚,也可以自主发育到相当于个体发育的三叶苗期阶段,则第 $n+1$ 级全息胚又成为三裂的,从而使整个营养叶即第 n 级全息胚的主裂片的总数成为 5。如果第 $n+1$ 级全息胚的中裂片又自主发育到相当于子个体发育的三叶苗期阶段,则整个营养叶即第 n 级全息胚的主裂片的总数就成为 7。

植物的叶的多回裂和多回复叶,是叶的多重全息胚的自主发育的结果。西瓜叶的最下部的大裂片上又有自己的三裂,这显示出叶的第 1 回侧裂片也是全息胚,也可以像中裂片一样,把自己的作为全息胚的自主发育,进行到相当于子个体发育的三叶苗期阶段,而使整个叶出现第 2 回裂。

在种子植物中,叶在大多数情况下,其自主发育在相当于个体发育的早期或中期阶段就停止了,而不能象枝一样,能自主发育到开花结果的后期阶段,但在一些植物,如青莢叶(*Helwingia japonica*)或中华青莢叶(*H. chinensis*),叶也能够自主发育到在其上开花结果的阶段。

叶或叶裂片或小叶,它的作为全息胚的自主发育停止在相当于整个植株个体发育的哪一阶段,它的总体性状就和这一发育阶段的整个植株在总体上是相似的。如瓜叶菊(*Senecio cruentus*),在临近花期的个体发育阶段,全株下部的叶大,上部的叶小;这时的叶的自主发育,也恰好是达到了相当于植株的这一个个体发育阶段,从而叶也是基部宽上部窄,叶相当于是处于这一个个体发育阶段的全株的扁化缩影。与此相反,如井冈山杜鹃(*Rhododendron jiangangshanicum*),在叶丛生的苗期,在全株是上部的叶较大而多,下部的叶较小而少;而这时的叶的自主发育也恰好达到相当于植株这时所处的个体发育阶段,所以叶是上部较宽,下部较窄,叶相当于这一个个体发育阶段的全株的扁化缩影。作者已在32个科的植物中讨论过叶与植株整体的相关性^[12,13]。在同一株植物,不同的叶的自主发育可以停止在相当于植株个体发育的不同阶段上,并可有不同方向上和不同程度的特化,从而叶可以有不同的形态,这是产生异形叶和变态叶的原因。

双子叶植物的每一子叶,也是全息胚,不同植物的子叶可以达到的自主发育阶段,可以相当于植株个体发育的不同阶段,从而不同植物的子叶也可以有不同的形态。如白菜(*Brassica pekinensis*)子叶顶部中央有一浅凹,牵牛(*Pharbitis nil*)子叶顶部中央有一深凹,它们的子叶可以达到的自主发育阶段,分别相当于植株个体发育中于叶发生的早期阶段(胚顶有一浅凹)和中期阶段(胚顶有一深凹)。而羽裂独行菜(*Lepidium pinnatifidum*)子叶三裂,子叶可以达到的自主发育阶段,相当于植株个体发育的三叶苗阶段。

一些植物,如大花马齿苋,叶的基部生有气生根,叶具有了作为一个完整植株的外在特征,满足全息胚判别条件 3。所以叶是全息胚。但在马齿苋,叶基部却没有气生根。马齿苋和大花马齿苋是亲缘关系最近的同一个属的植物,从大花马齿苋到马齿苋是从有气生根的叶到无气生根的叶的过渡。从而一般无气生根的叶,满足全息胚判别条件 5,是全息胚。

五、叶束、花序、花、花萼、花瓣、雄蕊、心皮、花粉、根、块茎、鳞茎、球茎、根状茎、茎卷须、枝刺、苞片、叶卷须、鳞片、叶刺、叶状柄、体细胞是全息胚

裸子植物黑松(*Pinus thunbergii*)是子叶数为 2 的植物,植株上两针一束的叶束的发生和萌出,正是植株的子叶发生到两子叶萌出这段个体发育过程的重演。而白松(*P. armandii*)其子叶数为 5 以上,则相应的白松针叶为 5 针一束,也有 6 或 7 针一束的。针叶束满足全息胚判别条件 1,所以是全息胚。在被子植物营养生长期,主茎或分枝顶端最新展开的叶、叶下的节间和顶芽的总和,本文称之为顶叶组。双子叶植物顶叶组的新叶通常共二叶,且对生,如一品红(*Euphorbia pulcherrima*)、黄杨(*Buxus microphylla*)、虾衣草(*Calliaspidia guttata*)、巴豆(*Croton tiglium*)、玄参(*Scrophularia ningpoensis*)、女贞(*Ligustrum lucidum*)、土牛膝(*Achyranthes aspera*)、千日红(*Gomphrena globosa*)、华泽兰(*Eupatorium chinense*)、枇杷(*Eriobotrya japonica*)、薄荷(*Mentha haplocalyx*)、金鱼草(*Antirrhinum majus*)、水花生(*Alternanthera philoxeroides*)、血苋(*Iresine herbstii*)、彩叶草(*Coleus scutellarioides*)、山茶(*Camellia japonica*)、绣球(*Hydrangea macrophylla*)、蜡梅(*Chimonanthus praecox*)等;单子叶植物顶叶组的新叶为一叶。顶叶组与植株子叶数相同的新叶的发生和萌出,重演了植株个体发育过程中子叶发生和萌出这段过程,满足全息胚判别条件 1,所以顶叶组是全息胚。被子植物顶叶组所处的自主发

育阶段,相当于植株个体发育的子叶苗期阶段。新叶相当于是这一全息胚的子叶,新叶下的节间相当于是子叶下的茎。顶叶组中的顶芽是顶叶组中的次级全息胚,顶芽又可以发育成新的顶叶组。如此重复下去,主茎和分枝就得以不断长叶和伸长。在双子叶植物,每次产生的顶叶组都留下的一对全息胚子叶,就成为了枝上的对生叶。这就是对生叶的成因。也有许多双子叶植物的叶是互生的。这是两个全息胚子叶的不均等发育和前后相继发育的结果。如灰菜顶叶组的两个叶,已是一大一小不对称了,从而它们的叶是互生的。西瓜顶叶组的两叶相差很大,一叶已完全展开,另一叶很小且未展开,甚至可以看作顶叶组是只有一片叶了,所以西瓜叶为互生。在叶对生与互生间存在着过渡。蜡梅顶叶组的叶是对生的,枝上的叶通常也是对生的,但在枝上却可以看到明显的叶互生情况,并且,从叶对生到节间很短的叶互生,再到节间较长的叶互生,存在着过渡。另有 Goebel 的材料^[14]指出,在大多数情况下,在幼年的双子叶植物,可以看到对生的叶序,虽然后来的叶是二列互生的。还有研究指出,从叶的互生到叶的轮生,也存在着过渡。

花序是枝的一种存在形式,所以也是全息胚。花的各个部分是叶的变态,已是 Goethe 时期的结论^[13],De Candolle^[15]加以发展,认为花是一种茎干,其中的附属器官(花的各部分),在形态学上与叶子相等或同源。后来的许多研究不断充实了这一理论。如 Tepfer 的观察^[16]已说明了花萼、花瓣、雄蕊、心皮原基的细胞分化的发生方式和早期阶段,基本上与苞片及营养叶的个体发育早期十分相象。既然前面已证明了枝和叶是全息胚,所以花、花萼、花瓣、雄蕊、心皮满足全息胚判别条件 4,是全息胚。花粉可以在人工培养的条件下发育成植株^[17],满足全息胚判别条件 2,也是全息胚。

果是由单朵花的雌蕊群增大和变形发育而成,或花的其他部分如萼片、花瓣和雄蕊的基部也参与果的组成。果可以看作是枝及其附属部分的变态和合生。果满足全息胚判别条件 4,所以是全息

胚。种子中的胚,虽然是有性生殖的产物,但其在未与亲体脱离之前,也是亲体的一个组成部分,符合全息胚的定义,也是全息胚。

不定芽可从根上长出。许多树种从根上生出根蘖苗。在植物的组织培养中,也可先产生钉状的根,然后在根的非根尖的一端分化出不定芽^[18]。从而由根开始,可以发育成完整的植株。根满足全息胚判别条件 2,所以也是全息胚。

块茎、鳞茎、球茎、根状茎、茎卷须和枝刺等都是茎即枝的变态,苞片、叶卷须、鳞片、叶刺、叶状柄等都是叶的变态,它们都满足全息胚判别条件 4,从而都是全息胚。

植物的体细胞,具有发育上的全能性,许多植物的体细胞在人工培养的条件下可以发育成植株。植物的体细胞满足全息胚判别条件 2,所以是全息胚。

六、植物全息胚理论

一个植株本身是一个全息胚,它又是由多级全息胚组成的。枝是全息胚,而枝又可多次分枝,从而枝全息胚又可由多级全息胚组成。枝上的叶是全息胚,叶又可由多重裂片或多重小叶这样的多级全息胚组成。叶脉是全息胚,叶脉又由多级支脉即多级全息胚组成。花序是全息胚,花也是全息胚,组成花的花萼、花瓣、雄蕊、心皮、和药粉也是全息胚。生活在亲体本体上的种子中的胚也是全息胚。根是全息胚,根又由许多级支根全息胚组成。叶束、块茎、鳞茎、球茎、根状茎、茎卷须、枝刺、苞片、叶卷须、鳞片、叶刺、叶状柄体是全息胚。组成植物体的最基本的单位——细胞也是全息胚。如果把低等植物中以单细胞个体或多细胞个体组成的群体作为植物整体,则群体中的单细胞个体或多细胞个体显然也是全息胚。

植物全息胚理论的要点可以归纳为以下 4 条。

1. 全息胚是作为植株个体的组成部分的处于某个发育阶段的特化的个体。全息胚首先是相对独立的个体,其次才能够是植株的组成部分。植株上一个部分能够成为全息胚的条件是,该部分与其

周围的部分有相对明确的边界,从而与其它部分相对隔离。植株上任何一个与其周围的部分有着相对明确边界的相对独立的部分,都是全息胚。

2. 全息胚的自主发育是它作为相对独立的个体的个体发育。某种植物全息胚自主发育的各个阶段,各自有着在该种植物个体发育过程中的对应阶段。处于某一自主发育阶段的全息胚,大致重演了植株从发育起始阶段到个体发育对应阶段的个体发育过程。处于某一自主发育阶段的全息胚,与处于个体发育对应阶段的植株,在总体性状特征上相似。全息胚可以有不同的自主发育程度,又可以有不同方向、不同程度的特化,从而可以具有无穷变态的能力,成为植株的不同器官和部分。

3. 一个植株是由处于不同发育阶段、具有不同特化的多重全息胚组成的。某一个全息胚可以划分成多个较低层次的全息胚,多个全息胚也可以组合成更高层次的一个全息胚。在多细胞组成的植株,在植株整体层次与细胞层次之间,存在着逐级包含的多级别的全息胚;整个植株是发育程度最高的全息胚,单个的体细胞是发育程度最低的全息胚,他们都是全息胚的特例。在一个植株上,不同全息胚间存在着物质交换,并且互相协调为整体服务。

4. 植物发育的本质是,全息胚的增殖、各自发育和特化。

过去,细胞学说已揭示了不同细胞间的统一性,但不能解决细胞层次之上的不同器官间的统一性问题。植物的全息胚理论却揭示,从细胞到整个植株,各个层次的各种器官或相对独立的部分都是全息胚,都具有本质上的统一性。细胞仅是全息胚的一种,从而植物的细胞学说就被包含在植物全息胚理论之中了。

体细胞的全能性是全息胚存在的遗传学基础。在人工培养基中,离体体细胞可以发育成个体;而在亲体本体这样的天然培养基中,不离体的体细胞也可以向着个体发育,并且在发育的同时发生特化,从而使植株的任何一个相对独立的部分,成为处于某个发育

阶段的特化的个体即全息胚。植物全息胚理论与体细胞全能性理论又有着明显的重大区别。体细胞全能性理论指出的是体细胞具有发育成新个体的潜能。而植物全息胚理论指出的是,体细胞向个体的发育在自然生长着的植物体本体上是在表现着的事实。仅有体细胞全能性理论并不能说明植物体上各种器官或相对独立的部分的本质,也不能解释不同器官或相对独立的部分的统一性和多样性。

植物全息胚理论揭示了一株植物是由共生的多重全息胚组成的,植物体的不同部分之间在本质上是统一的,都是全息胚。一个个体由众多个体组成,一个个体又是一个群体。从而给出了一个全新的植物观。这对植物学来说,可以说是一个根本的观念性的转变,从而会对与植物有关的各个理论和应用领域都会产生重要的影响。例如,植株上的全息胚既然在本质上是个体,就应既有遗传性又有变异性,而变异性在很大程度上,是由全息胚在亲体上所着生的部位的特定性状决定的,并使变异性是倾向于在后代加强亲体这一部位所具有的特定性状的,从而用这一部位的全息胚作繁殖材料可以发生定向变异。关于这一问题,作者已提出在基因组中cDNA 返接与缺失动态平衡论、全息胚定域选择有效理论、全息胚定域选种法和在全息胚理论基础上的强化期望形状转基因组合理论。^[4,11~13] 全息胚定域选种法已在农业、园艺、植物组织培养等领域得到成功应用。植物的全息胚理论又有着一般的生物学意义,这对于人们理解和接受全息胚生物观即包括人体和其它动物在内的一般生物体是由全息胚组成的理论^[3~11] 将会有重要帮助。

参 考 文 献

- [1]Goether, J. W., Versuch die Metamorphos der Pflanzen zu erklären, Gorha, 1790.
- [2]Bower, F. O., Primitive Land Plants, Macmillan, London, 1935.

[3]张颖清,全息生物学(上册),高等教育出版社,1989。

[4]张颖清,新生物观,青岛出版社,1991。

[5]张颖清,全息胚及其医学应用,青岛出版社,1992。

[6]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

[7]张颖清,山东中医学院学报,1987.11(1):5~16

[8]张颖清,全息生物学研究,山东大学出版社,1985。

[9]Zhang Yingqing (张颖清),ECIWO Biology and Medicine,Neimenggo People's Press,Huhehote,1987。

[10]Zhang Yingqing(张颖清),ECIWO and Its Application to Medicine,Shandong Science and Technology Press,Jinan,1991。

[11]Zhang Yingqing (张颖清),New View of the Organism,Peace Book Co.Ltd.,Hong Kong,1992。

[12]张颖清,自然杂志,1981.4(4):243~248。

[13]张颖清,生物体结构的三定律,内蒙古人民出版社,1982。

[14]Goebel,K.,Organographie der Pflanzen,Ed.3,Erster Teil.G.Fischer,Jena,1928。

[15]De Candolle,A. P.,Organographie vegetale,Vol.1,Germer Bailliere,1844。

[16]Tepfer,S. S.,Univ. Calif, Publ. Bot.,1953,25;513~648。

[17]Bourgin,J. P.,Nitsch,J. P.,Ann. Phtsiol. Veg.,1967.9:393。

[18]Thomas,E.,Street,H. E.,Ann. Bot. N. S.,1972.36:239~247。

我的艾滋病理论的新证据： 艾滋病的免疫超敏论和 免疫抑制类药物

张颖清 教授

(山东大学全息生物学研究所)

摘要 1991年我在我的书中提出了艾滋病机制的免疫超敏论。目前,国际上用在器官移植时为了防止排斥反应才用的免疫抑制类药物,经发现对艾滋病有效,或者用可以治疗妊娠恶心这种免疫超敏反应的酞胺呱啶酮(反应停)也可以对艾滋病有效。这样的事实恰恰是我的艾滋病机制的免疫超敏论的证据。

关键词 艾滋病;免疫超敏;酞胺呱啶酮

1991年,在我的书中,我提出了一种关于艾滋病的新理论,即艾滋病机制的免疫超敏论。我的这一理论现在有了新的证据。我的这本1991年出版的书是《新生物观》(青岛出版社1991年出版,此书的英文版1992年由香港Peace Book Company Limited出版,英文版的书名是:A New View of the Organism)。

我在该书第四章“艾滋病机制的免疫超敏论和艾滋病的全息胚疗法”中写到:

“本书作者给出的艾滋病的定义是:由人类免疫缺陷病毒(HIV)感染引起的免疫超敏反应(hypersensitivity)疾病。

“根据这样的对艾滋病的认识,治疗艾滋病的关键应该是将机体从免疫超敏状态中解脱出来,只有这样,才可能使艾滋病的症状

消除,才可能消除继发性感染,才可能达到完全艾滋病的临床治愈。

“1986年,美国疾病控制中心根据临床症状将 HIV 感染分为 4 组。

“第一组:患者(抗 HIV 抗体阳性)感染初期特有的短时间的乏力、发热、关节痛、肌肉痛、淋巴节肿大、腹泻等症状。

“第二组:抗 HIV 抗体阳性但无症状的病人。

“第三组:持续性的全身淋巴结肿大的病人,此种病人除淋巴结肿大外没有其他症状,除腹股沟处外,至少还有两个区域有淋巴结肿大持续 3 个月以上,淋巴结肿大在 1cm 以上。

“第四组:不论有无淋巴结肿大,有其他合并症的病人。这又分为 5 个亚组。亚组 1,患者具有全身性持续性症状:有 1 个月以上的发热、体重减少 10%以上、1 个月以上的腹泻,有上述三症状之一者。亚组 2,出现神经症状:痴呆综合症、脊髓病、末梢神经病,有上述三症状之一者。亚组 3,继发感染合并症,由于其他感染引起的细胞免疫缺陷并发 HIV 感染的患者。亚组 4,以 HIV 感染为病因的继发的恶性肿瘤,如卡波济氏肉瘤、非何杰金氏淋巴瘤、颅内原发淋巴瘤,有上述三种之一的。亚组 5,以上 4 个亚组未包括的病人。

“上述 4 组实际上是艾滋病病毒感染后病程的 4 个阶段。

“第一组,是艾滋病病毒感染后病程的第 1 期或第一阶段,也称急性期。这是自遭受病毒感染至血清中出现抗体阳性的阶段,此期可能由于症状轻微未能被注意。第 2 组,即第 2 期是无症状期。第 3 组即第 3 期,是艾滋病相关综合症期(ARC)。第 4 组即第 4 期为完全 AIDS 期,有机会感染卡波济氏肉瘤。

“在本书中,作者提出,从艾滋病病毒感染后各期的症状来看,第 1 期是艾滋病病毒感染所致免疫超敏反应期;第 2 期是脱敏后的免疫反应期,病毒没有对人体造成明显的伤害;第 3 期是在免疫

佐剂作用下或再次艾滋病病毒感染所致的免疫超敏反应期，超敏反应导致了免疫细胞损伤，导致免疫缺陷；第4期是第3期的继续，仍然处于免疫超敏状态，但有了机会感染卡波济氏肉瘤等继发性疾病。”

现在，我的艾滋病机制的免疫超敏论已有了可以被证实的新事实。

我的艾滋病机制的免疫超敏论是1991年发表的。而1995年见到国外有报导，对艾滋病患者，使用了通常只有在器官移植时为了防止排斥反应才用的免疫抑制类药物，结果艾滋病却有明显好转。对这一事实，目前通行的理论解释不了。而用免疫抑制类药物可治疗艾滋病这一新的事实，恰恰可以由我的先于这一事实的艾滋病机制的免疫超敏论做出解释。同时这一事实，也恰恰为我的艾滋病机制的免疫超敏论提供了证据。

我的理论的第二组证据是，酞胺哌啶酮(俗称反应停)，是治疗孕妇的妊娠恶心的，但是这种药却在近年被发现是一种治疗艾滋病的有效药物。美国马里兰州医药公司的负责人说：实验结果是那样的另人吃惊。而用我的艾滋病机制的免疫超敏论来解释这种药是一种治疗艾滋病的有效药物，则是很合理的。孕妇的妊娠恶心实际上也是一种免疫超敏反应，既然酞胺哌啶酮可以治疗妊娠恶心这种免疫超敏反应，当然应该也可以治疗艾滋病这种免疫超敏反应(hypersensitivity)疾病。

张颖清 328 减肥品减肥 健身的独特优点和机理

张颖清 教授

(山东大学全息生物学研究所)

一、独特优点

肥胖,增加了患多种疑难疾病的危险,如心脏病、癌症、糖尿病、白内障等。世界著名的医学刊物《新英格兰医学杂志》发表了美国波士顿研究人员对 15.5 万名妇女进行的一份调查报告说,即使适量超重也能显著增加患心脏病和癌症的危险。另外,美国的研究人员对 1.7 万名 40 岁至 84 岁的中老年人进行了追踪观察,发现白内障是美国老年病残的第二个主要原因。而 34% 的白内障是归咎于体重过重。由以上资料可见,肥胖不仅影响人的外表美,而且已成为人类健康的大敌。因此,减肥保健已刻不容缓。

经过科学的研究和实验,1995 年我发明研制了“张颖清 328”减肥品,为人们健康减肥开拓了全新的途径。

“张颖清 328”减肥品的独特优点是饮食习惯改变小,即在减肥期间每日的早午两餐能够照常吃饭吃饱吃好,吃肉吃菜不限,只在晚餐时使用“张颖清 328”减肥品。减肥的同时,又能保持营养充分、体力充足、精力充沛。“张颖清 328”减肥品无西药成分,是以纯天然食品原料制成,无任何副作用,口感好,食用“张颖清 328”减肥品后无饥饿感,不腹泻,不厌食。“张颖清 328”减肥品减肥效果明显,减肥主要从腹部开始,据应用“张颖清 328”减肥品的资料统

计,前两周期 20 天,腰围共可减少 5~12 厘米,体重可减 4.6 至 13 斤,一般 3 至 6 个月可减到基本合理体重。“张颖清 328”减肥品是以纯天然食品原料制成,含有维生素、胡萝卜素、类胡萝卜素、苹果酸、钙、磷、铁等多种对人体有益的成份。

二、方法

1. 每日“张颖清 328”减肥品一袋在晚餐时食用,以代替晚餐。早午两餐照常吃饭,特别是午餐要吃饱吃好,吃肉吃菜不限。

2. 将“张颖清 328”减肥品一袋倒入小碗内(勿用塑料碗),再用约 80 毫升(约 6 汤匙)的沸水调成稀糊状,然后用“张颖清 328”减肥品盒内的小勺慢慢食用。每日食用“张颖清 328”减肥品后,也可食用少量水果,但不可食用水果罐头等高糖食品。可喝水饮茶,但不可喝含糖饮料。

3. 十天为一个周期,周期之间无间隔,应连续服用。前两周期共可减体重 4.6 至 13 斤。随着主要多余脂肪的消除,以后周期体重减少量若少于第一、二周期则是正常现象。这样循序渐进,一般 3 至 6 个月即可减到基本合理体重。

4. 开始食用“张颖清 328”减肥品前,应称量体重并作记录。之后每周期结束时再称体重并作记录。以便作减肥前后的体重对比,自己能够知道体重减少的程度。

5. 严格遵循上述方法,就能达到理想的减肥效果。

6. 身材略胖希望苗条者,使用“张颖清 328”减肥品,效果亦佳。

三、机理

我在全息胚学说中曾经指出:生物体是由处于不同发育阶段和具有不同特化的多重全息胚组成的。因此,人体整体肥胖,组成整体的各个器官,即各级全息胚也都出现了异常,特别是组成整体的各个重要器官这样的全息胚也都出现了异常,因此就增加了人体患多种疑难疾病的危险,如心脏病、脂肪肝、糖尿病、白内障等。

体内脂肪过多,则人体就会肥胖,对健康不利。但是人体生命活动又离不开脂肪。脂肪是体内的重要能源,以脂肪酸为主要能源的组织有肝脏、肾皮质、心肌、休息状态和运动后期的骨骼肌。脂肪能协同皮肤、骨骼、肌肉保护内脏。脂肪还是人体必需脂肪酸的来源。如果食物中必需脂肪酸缺乏时,会导致多种疾病。必需脂肪酸是体内合成前列腺素的原料,又能降低血清胆固醇的浓度,还可通过合成磷脂而维护生物膜的完整和功能。人体必需的脂溶性的维生素A、D、E、K也只能在人体食用脂肪时才能获得。人体缺维生素A、D、E、K会引起发育不良、干眼症、夜盲症、皮肤干燥以及眼部、呼吸道、泌尿道和肠道对感染的抵抗力降低。儿童易患佝偻病,成人易患骨软化病,会引起肌肉萎缩、不育、流产,皮下、肌肉及胃肠道内常出血。

综上所述,我认为正确的营养观是,既不能肥胖,又不能使人体缺了脂肪。因此,过去,很多采用抑制食欲、造成腹泻、单纯节食减肥的方法都是消极的。正确的减肥思路与措施,应该是在脂肪的吸收、储存和消耗之间建立合理的动态平衡。“张颖清 328”减肥品正好符合这样的营养观。

“张颖清 328”减肥品减肥方法的机理简而言之是:均衡营养,调动体内的自然的反馈能力,使脂肪的吸收、储存与动员(或消耗)之间达到合理的动态平衡,使过量的储存脂肪被作为能源消耗掉。同时该法又能确保人体对必需脂肪酸和脂溶性维生素的吸收和补充。该减肥品中的植物源全息胚分化促进剂,又可促进机体免疫能力的提高和组织成分的更新。

“张颖清 328”减肥品是纯自然的,即调动人体内的自然的反馈机制,而不对人体的正常生理机能进行任何有害的干扰。“张颖清 328”减肥品又是纯天然食品原料制成的全息胚分化促进剂。所以无任何副作用,也无饥饿感,不会腹泻更不会厌食。服用“张颖清 328”减肥品减到基本合理体重后,已经建立了体内新的合理的脂

肪吸收、储存与动员之间的动态平衡,同时也建立了新的合理的饮食习惯。此后只要继续保持这新的合理的饮食习惯,体重将不会再反弹。

四、典型例证

1. 楼女士,29岁。身高168厘米,原体重79公斤,腰围2.45尺(82厘米)。第一周期减3公斤,3个月共减11公斤,腰围减至2.08尺(69厘米),减少了3.7寸(12厘米)。胸围变化不大,只减少1.5寸(5厘米)。服用张颖清328减肥品后睡觉好了。而过去是:老是想睡觉,睡的早,但睡的质量不好,半夜就醒很不舒服。过去减肥从来没下来过75公斤,腰围最细时也是2.4尺(80厘米)。服用“张颖清328”减肥品后,精神特别好,原来打乒乓球一场就很累,现在打好几场都没事,非常有活力。

2. 李女士,47岁,身高160厘米,原体重80公斤,腰围3尺(100厘米)。第一周期减1.5公斤,前两周期共减4.5公斤,4个月共减12.5公斤,腰围由原来的3尺(100厘米)减至2.45尺(82厘米),减少了5.5寸(18厘米)。青少年时是运动员,停止运动后发胖,曾采取过多种减肥方法均不奏效。过去向左侧睡觉时,左胸里面痛,服用“张颖清328”减肥品后一点都不痛了,胸也不闷了。原来腿痛得不能蹲,现在也不痛了,也能蹲了,打太极拳时腿抬得高了。过去很多衣服不能穿、系不上扣,现在能穿漂亮的衣服,非常高兴。

3. 张小姐,24岁,身高160厘米。原体重64公斤,腰围2.1尺(70厘米)。不属于肥胖,但希望苗条,结果如愿以偿,第一周期减2.5公斤,两周期(20天)共减4.5公斤,腰围减至2尺(67厘米)。

4. 刘先生,23岁,身高180厘米,原体重114公斤,第一周期减3公斤,七个周期共减14.5公斤。腰围由原来的3.4尺(113厘米)减至2.85尺(95厘米)减少5.5寸(18厘米)。原来看上去很大的肚子,已经看不着了。

I. 生物全息診療法臨床應用

尿潴留、糖尿病、車禍致癱瘓、冠心病、心律失常、絕經後下丘腦紊亂綜合症、產後出血、頑固性失眠、硬皮病、男性生殖系統疾病、股骨頭缺血性壞死、老年性白內障、腦血管病後遺症、急性扁桃體炎、胃炎、術後肺部感染、膽囊炎、小兒腹瀉、病毒性肝炎、咽炎

运用全息胚疗法治疗神经性 尿潴留临床观察

乔晋琳 主治医师 陈琳 副主任医师

(中国人民解放军海军总医院中医科、内分泌科)

摘要 我们运用张颖清教授发明的全息胚诊疗法,以第二掌骨侧全息胚下腹穴为主,治疗了以脑血管疾病、内分泌疾病、脑肿瘤或脑外伤、脊髓神经病变引起的神经性尿潴留,计32例。疗效标准:经1~2次治疗,排尿完全自如者为痊愈;经4次治疗后,排尿困难大部分消除,可取消留置导尿者为显效;经4次治疗仍未保留导尿者为无效。治疗结果:经1次治疗后痊愈者18例,总显效率93.8%,总治愈率78.1%。我们认为,本方法是治疗神经性尿潴留的首选疗法之一。

关键词 神经性尿潴留;全息胚疗法

从1993年至今,我们运用全息生物学的创立者张颖清教授发明的全息胚诊疗法,以针刺第二掌骨侧“下腹穴”为主,观察治疗了32例神经性尿潴留住院病人,取得了较满意的疗效,报告如下。

一般资料

1. 病例选择:全部病人均为我院住院病人。主要是脑血管疾病、内分泌疾病、脑肿瘤疾病或脑外伤、脊髓神经病变引起的神经性尿潴留。排除膀胱尿道器质性病变。

2. 年龄:年龄40~49岁1例;50~59岁7例;60~69岁12例;70岁以上者2例,平均57岁。

3. 病程:1~10天者5例;11~20天者12例;21~30天者8例;30天以上者7例。平均27天。

4. 性别比例:男性14例,女性18例,男女之比1:1.29。

治疗方法及疗程

1. 寻找双侧第二掌骨侧全息穴位群“下腹穴”附近压痛点,以结节、索状物或病人主诉酸、胀、痛为特征。

2. 在双侧压痛点周围行常规消毒,以30号1寸毫针快速垂直叩刺入皮肤1~2厘米,行提插捻转复式手法,以病人耐受为度。

3. 留针30分钟,隔5分钟加强刺激一次,手法同前。

4. 对于病情重、病程长者,加用三阴交、足三里穴,针用泻法。

5. 本组病人疗程1~4次,每日1次,平均治疗2.4次。

疗效标准

1. 痊愈:经1~2次治疗,排尿完全自如者。

2. 显效:经4次治疗后,排尿困难大部分解除,同时可取消导尿管者。

3. 无效:经4次治疗后,排尿困难无缓解仍需保留导尿者。

治疗结果

32例病人中,1次治疗痊愈者18例;2次治疗痊愈者7例;3~4次治疗显效者5例;4次治疗后无效者2例。总治愈率78.1%,总显效率93.8%。

典型病例

黄××,男性,54岁,干部,患糖尿病21年。于1994年10月18日入院。入院时空腹血糖210mg/dl,尿糖(+++),同时伴有烦渴引饮,皮肤搔痒,排尿困难,尿潴留。经1个多星期西药治疗后血糖得以控制,但尿潴留未见好转,仍需留置导尿。遂请我去会诊,解决糖尿病尿潴留问题。我去会诊时,尿管已拔去,病人膀胱充盈,于是选择病人双侧“下腹穴”针刺,病人反应很敏感,述酸胀感明显。在我继续行提插捻转补泻手法时,病人已有排尿感,令其家属拿过

尿壶,即排尿 400ml 左右。第二天再去看病人,述排尿已很畅快,无需针刺了。面对这神奇的效果,病人和医生们无不为之动容,深表佩服。

讨 论

1. 张颖清教授于 1973 年就发明了以第二掌骨侧疗法为代表的全息胚疗法(生物全息疗法)。这种崭新的疗法是在第二掌骨节肢或其他长骨节肢相关部位给以针刺或其他方式的刺激(如电磁等),以治疗人体所相关的部位的疾病的一种方法。它的理论基石是全息胚学说。

2. 第二掌骨侧全息穴位群指导临床医学,具有广泛性、实用性、有效性和科学性。在临床治疗中,应注重脏腑器官部位与反应点相对应的原则进针,才能获得奇效。

3. 患神经性尿潴留的病人,在精神上和生活上极其痛苦,医疗护理上也有许多困难。因此,尽早解除尿潴留,对于病人的早日康复,对于消除感染等并发症具有重要意义。以针刺第二掌骨侧“下腹穴”为主治疗神经性尿潴留,取得总显效率 93.8% 的良好效果,是治疗尿潴留的首选疗法之一。临床研究表明,病程越短,治疗效果越理想。

全息穴位注射治疗磺脲类降糖药继发性失效 21 例疗效观察

王新陆 蔡英奇 崔伯瑛

(山东省烟台市中医院)

摘要 通过对 21 例磺脲类口服降糖药继发性失效的非胰岛素依赖型糖尿病人的治疗观察,在原用降糖药不变的情况下,采用生物全息位点——第二掌骨侧胰腺穴位,用胰岛素增敏剂 654—2 两侧交替注射,发现此法可使业已失效的磺脲类口服降糖药重新出现效果。

关键词 全息穴位注射;磺脲类药物继发性失效;非胰岛素依赖型糖尿病

磺脲类口服降糖药(SUs)是治疗非胰岛素依赖型糖尿病(NIDDM)的主要药物。通常将严格控制饮食和运动治疗的糖尿病人,经口服磺脲类药物 4~6 周,临床症状未控制,空腹血糖 $>14\text{mmol/L}$ 者,称为磺脲类药物原发性失效。若开始用磺脲类药物效果明显,但在连续给药数月或 1 年后,疗效逐渐减弱或终因血糖过高而改用他法者,称为磺脲类药物继发性失效(SFS)。SFS 年发生率约为 5~10%,连续 5 年后可达 40~50%,故 SFS 目前已成为 NIDDM 病人在临床治疗上颇为棘手的难题之一。笔者通过长期对比观察,摸索出在生物全息穴——第二掌骨胰腺位点^[1],使用胰岛素增敏剂 654—2,两侧交替注射,可有效地提高 SFS 原药的降糖作用,现总结报道如下。

一、一般资料

本组病例全部来自本院糖尿病专科病房住院病人,共计 21 例,均符合世界卫生组织(WHO)糖尿病诊断标准,NIDDM 诊断成立。其中男性 11 例,女性 10 例;年龄 37~61 岁;病程 17 个月~11 年;磺脲类降糖药继发性失效时间 4~9 个月。

二、诊断标准

因目前有关磺脲类降糖药继发性失效尚无统一诊断标准,故采用国内外多数学者普遍认可的诊断标准。

1. 初用磺脲类降糖药显著有效时间在 1 月以上。
2. 口服优降糖,每日达 15mg 以上。
3. 空腹血糖 $>10\text{mmol/L}$ 以上。

三、治疗观察方法

本组全部患者住院期间,在计划饮食,运动量相对恒定,每日口服优降糖 15mg,以 ONETOUGH II 血糖仪分别于治疗前、治疗中、治疗后每日查空腹血糖,餐后 2 小时血糖(第 1 日为早餐后,第 2 日为午餐后,第 3 日为晚餐后),连续 3 天,取平均值。

治疗:取生物全息位点——第二掌骨侧胰腺穴,用胰岛素增敏剂 654-2 10mg,4 $\frac{1}{2}$ 号针头穴位缓慢注射,每日 1 次,两侧交替使用,每周 1 疗程,中间休息 3 天(治疗中观察)再进行第二疗程,两个疗程后观察治疗效果。

四、疗效判断标准

取空腹和餐后 2 小时血糖,连续 3 天的平均值。

显效:临床症状消失或基本消失,较治疗前血糖平均值降低 30%以上。

有效:临床症状好转,较治疗前血糖平均值降低 15~30%。

无效:临床表现无变化,较治疗前血糖平均值低于 15%。

五、治療結果

本組 21 例中,顯效 16 例,占 76.19%,有效 2 例,占 9.52%,無效 3 例,占 14.28%,總有效率為 85.70%。

六、典型病例

邵××,男,53 歲,幹部,1989 年查體時發現糖尿病,先後服消渴丸、D-860、降糖靈等,血糖一直波動在 10.4~17.1mmol/L 之間,控制不滿意。1992 年 6 月住某海軍醫院進行正規系統治療,服優降糖 5mg,每日 3 次,硫酸鋅及活力源等,臨床症狀迅速緩解,血糖連續 14 個月控制在 8.1mmol/L 以下,並未發生低血糖,效果滿意。自 1993 年 8 月開始,在原用藥物及生活起居習慣未改變的情況下,三多症狀日趨嚴重,伴有倦怠乏力,自汗出,氣短懶言,煩熱,心悸失眠,溲赤便秘,舌紅少津,脈細數,空腹血糖連續 3 次在 15mmol/L 以上,擬診為 NIDDM 磺脲類降糖藥繼發性失效。中醫辯證,氣陰兩虛型。在門診給予原口服藥加二甲雙胍 250mg,每日 3 次,治療 2 周血糖控制仍不滿意,遂以 SFS 收入院。入院後經飲食運動量調整 1 周,在原口服藥未變情況下,測得治療前平均血糖值:17.6mmol/L,繼取第二掌骨側胰腺穴用 654-2 10mg 注射治療,1 周後血糖平均值:12.5mmol/L,2 周後血糖平均值:8.5mmol/L,較治療前下降 52%,效果顯著。

七、体会

生物全息理論是中國山東大學張穎清教授於 1973 年創立的,他認為人體每個節段或節肢都含有人體各器官的全部相關信息位點^[1]。我們就是利用第二掌骨節肢胰腺位點,用胰島素增敏劑 654-2 穴位注射,去影響或加強業已失效的內源性刺激,激发已經低下或麻痺狀態下的胰島功能重新恢復正常。我們認為,体表信息位點傳給 B 細胞或胰島素靶細胞是超長的高濃度的增敏反饋信息,強大的刺激量可使“沉睡”的 B 細胞或靶細胞蘇醒,重新恢復其分泌作用和調動胰外功能。我們的体会是,它不是採用藥物的內源性

刺激,而是在体表信息位点给以强刺激,通过信息通路去影响或激发已经低下(麻痹)的胰岛功能恢复正常。这里需特别强调的,一是刺激物一定要与疾病原因相关,二是信息位点的选择要与胰岛功能密切相关,三是刺激量要足够大,这样才能确保已经低下的功能恢复正常。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

第二掌骨侧生物全息疗法 治疗糖尿病Ⅱ型 21 例

谢仿征 中医内科副主任医师

(湖北省宜昌市葛洲坝集团公司三峡医院)

提要 运用生物全息疗法,取第二掌骨侧相关全息穴位按摩(针灸),治疗中老年糖尿病Ⅱ型 21 例。显效 6 例占 28.6%;有效 13 例占 61.9%;无效 2 例占 9.5%。总有效人数 19 例;总有效率 90.5%。

关键词 糖尿病Ⅱ型;第二掌骨侧生物全息疗法;饮食疗法;药膳

糖尿病是一种常见病、多发病。而且随着我国人民生活水平的提高,其发病率有越来越高的趋势。据上海市初步统计,在 1980 年前后患病率约 1%。而近年约以每年 0.1% 的速度递增。对于糖尿病的防治,目前世界上尚无很满意的方法。

笔者于 1990 年 10 月~1994 年 6 月,运用张颖清第二掌骨侧生物全息疗法^[1],治疗中老年人糖尿病Ⅱ型患者 21 例,临床取得良好效果,展示了满意的前景。现报告如下。

一、一般资料

21 例糖尿病Ⅱ型患者中,男性 13 例,女性 8 例;40~49 岁者 5 例,50~59 岁者 13 例,60~69 岁者 3 例;病程最长者 3 年零 5 个月,最短者两个月;13 例是在各自单位体检时发现;21 例患者均属中老年糖尿病Ⅱ型;空腹血糖在 7.5mmol/L~19.5mmol/L,尿

糖在(+)~(+++)之间。

二、疗效标准

与治疗前所检验之血糖值尿糖比较。

1. 显效:血糖恢复正常值,尿糖(-)
2. 有效:血糖下降达 2.5mmol/L 以上,尿糖下降(+).
3. 无效:经治两个疗程后复查血糖,尿糖仍无改变者。

三、治疗方法

1. 21 例糖尿病 I 型患者,均取第二掌骨侧肺、胃(或脾、胰)、肾三穴(双侧)。适当选配同侧下肢内侧肺、胃、肾三穴,取穴务求准确。分左右两组交替使用。每日按摩(或针刺)两次,每次 10 分钟。如针刺、得气后留针 15 分钟。均以 15 次为一个疗程。

2. 在第二掌骨侧用按摩法,^[1]同时下肢在股骨内侧找出穴位压痛点后,用拇指尖以压痛点为圆心,作小环绕运动或揉动,揉压力量以穴位深处组织有较强的酸、麻、胀、痛等感觉为度。

3. 经治两个疗程后复查血糖、尿糖,与治疗前对照。

四、治疗结果

1. 显效 6 例,占 28.6%;
2. 有效 13 例,占 61.9%;
3. 无效 2 例,占 9.5%;
4. 总有效人数 19 例;总有效率 90.5%。

五、典型病例

例 1, 陈某,女,48 岁,某厂会计。1994 年 3 月 17 日因近期尿频,自晓体力不支来医。患者形体消瘦,乏力状,两颧潮红,口渴喜冷饮,时而烦躁,查血糖 8.6mmol/L,尿糖(+). 西医诊为糖尿病 I 型。

用第二掌骨侧方法,取双第二掌骨侧肺、胃、肾三穴,分左右两组交替针刺,得气后留针 15 分钟,每日两次,15 次为一个疗程。经治两个疗程后复查,尿糖(-),血糖 7.4mmol/L。临床有效。休息

一周后,患者要求繼續治療,又兩個療程後復查,尿糖(+),血糖已恢復正常。教會其按摩方法,囑其堅持自療,配合飲食療法、心理療法、適當運動。在患者主動積極配合下,隨訪年餘,病情穩定。

例2,韓某,男,54歲,某學校幹部。1993年11月21日體檢時發現:血糖16.9mmol/L,尿糖(++++)。平素多汗,體胖,畏寒怕冷,口渴、喜熱飲。西醫診為糖尿病Ⅱ型。用第二掌骨側方法治療。取雙第二掌骨側肺、胰、腎三穴,配雙下肢(股骨)肺、脾、腎三穴,左右兩組交替,針刺加按摩每日兩次,每次分別為15、10分鐘。15次為一個療程。因考慮其病情較重,病機複雜,根據中醫辨證,配用自擬藥膳:三七冬蓮淮子老鴨湯服用。處方:三七10克,冬蟲夏草3克,蓮肉30克,淮山30克,枸杞子30克,雄老鴨一只備用。制法:先將老雄鴨一只洗淨,再將上藥納鴨腹內加清水適量,放鍋內隔水燉熟,調味隨意服食,每周一次。經治兩個療程後復查,尿糖(-),血糖恢復正常。前述諸症悉減,病情穩定,臨床取得滿意效果。亦囑其自療,常服藥膳。隨訪至今,未見復發。

六、體會

生物全息療法,適當配用藥膳、飲食療法、心理療法、體育鍛煉等強化療法手段,教會患者按摩自療並長期堅持,既可作為全息療法療效的長期觀察和鞏固療效的方法之一,又可不藥而愈。

《儒門事親·三消之說當從火斷》篇指出:“不減滋味,不戒嗜飲,不節喜怒,病已而復作”。其中就說明了飲食療法的重要性。故筆者認為在運用第二掌骨側生物全息療法治療糖尿病Ⅱ型病人的同時,應避免精神過度緊張,應節制情欲,起居有常、飲食有節,每餐不可過飽,以適量主食配以蔬菜、豆类、瘦肉、雞蛋為宜。禁忌辛辣刺激之品或肥甘原味,適當運動,強化治療手段。誠如是,則糖尿病Ⅱ型患者可不必要服用降糖藥物,血糖、尿糖也能得到控制。如前述之典型病例,全治療過程未曾服用一付降糖藥劑而療效可佳。堅持自療的患者,部分病隨訪,一年來未出現反跳現象,故此條亦可

做为远期疗效观察的一种方法。

对病情较重,病机复杂的患者,在全息治疗期间,可根据中医辨证配用药膳,效果尤佳。如典型病例 2,即配用了自拟三七冬莲淮子老鸭汤。盖三七活血化瘀,冬虫夏草专补命门之虚,莲肉、淮山、健脾益气敛精,枸杞子汤补肝肾,阴阳两调,四药皆为补益之圣品,老鸭补肺益气,合上药炖服,共奏补虚损,益精气之能。

生物全息诊疗法,是一套新的高效诊疗技术,方便实用,易学易会。生物全息疗法,见效快,效率高,可治疗全身多种疾病且多有奇效。就本组病例而言,总有效率为 90.5%。有条件的医疗单位如能使用全息治疗仪治疗,则疗效更迅速更准确。该法符合中西医结合防治糖尿病研究的思路和方法,宜大力宣传、广泛推广,应用于国内外、中西医各科临床,并将为我国 2000 年人人享有医学保健事业而做出重大贡献!造福我国,造福世界!

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

全息生物学针灸疗法治疗 车祸致瘫痪病人

A. Aardal

(莫克萨拿针灸中心,阿斯克,挪威)

摘要 一个因车祸致全身瘫痪的患者,已被医院判定余生将100%残废。而用全息生物学针灸方法,已使之可以拄拐行走,自己开车,独立生活。

关键词 车祸;瘫痪;全息胚理论

朴素的全息思想早在古代就有过不完整的发现和记载。但在张颖清教授的理论提出之前,没有人能够在一个统一的理论的基础上对此做出完整的解释。

正如细胞学说在生物学史上占有重要的地位,张颖清教授创立的全息胚学说将极大地促进生物学和医学的发展。我坚信这一学说将在生物学史上占有极其重要的地位。

正如全息胚学说指出,一个细胞是一个发育程度最低的全息胚。所以,细胞是全息胚的一个特例。这样,在生物学史上占有重要地位的细胞学说,就成为全息胚学说的一个特例。全息生物学同细胞学一样,是非常重要的基础学科。

以全息胚理论为基础的大量临床实践将得到进一步发展。张颖清教授提出的针刺或按摩第二掌骨侧穴位的方法已在全世界许多国家得以实践并取得了巨大的成功。我应用这个疗法已有4年,并取得了惊人的效果。

根据全息生物学的概念,个体的每个部分,当它形成后,都有发育成一个完整个体的能力,正如一个胚胎。然而,它在其发育过程中滞育并特化,从而形成了脚,手指或是一个肝脏。根据全息胚学说,一个生物体的所有部分,无论它是树木的一根枝条,还是猫的一只耳朵,都是全息胚。

全息胚律可表述如下:

1. 一个全息胚的每个部分,在整体或同一整体的其它全息胚上,都有其一一对应的部分。

2. 一个全息胚的任何区域,与同一全息胚上的其它区域相比,在生物学性质上与整体或其它全息胚上相对应的区域一致。

3. 一个全息胚内各区域的分布形式与整体上或其它全息胚上与之相对应区域的分布形式相同。

4. 在两个生长轴连续的全息胚上,两个生物性状相同的点总是处在相对的位置上。

全息胚往往由较低级的全息胚组成。一个手臂由许多低级全息胚组成。树木的一个枝条是比一片树叶发育程度更高的全息胚。

被应用于进行全息胚治疗的分布在人体第二掌骨侧或其它长骨节肢上的整体缩影式穴位系统,与诺吉尔博士发现的耳针,格莱迪士博士发现的口针一致。

一个长骨系统或耳是高度发育的全息胚。一个全息胚正如一个真正的胚胎,其发育是不连续的,并且还具有未来器官图谱即全息胚穴位图谱。

人体中的一个区域与其在一个高度发育的全息胚的穴位分布图谱中的对应区域之间,所具有的共同生物性状,要远大于与其它区域之间。

这样,当人体的一个部位患病,则在一个高度发育的全息胚上与之对应的穴位区域也会患病,并成为病理反应点,这个病理反应点可应用于诊断或治疗。针刺病理反应点可以刺激人体内特

定生化物質的流動,從而達到調節和修復被針刺區域及其對應器官的目的。

由於針刺區域與人體患病部位生物性狀相同,所以患病部位也同時被治愈。

長骨節肢的全息穴位,尤其是第二掌骨側上的全息穴位,其可靠性高於90%。當然,從第一到第五掌骨都可用於診斷和治療。據我的經驗,對於診斷和治療更為敏感。

經過了17年的應用傳統中醫針灸的工作,我改用了全息胚針灸療法,因為其具有非常高的療效。下面是一個我治療的車禍至癱瘓的病例。

一個年輕人,奧列·強尼·安東生,今年22歲,在1990年12月17日遭遇了一場非常嚴重的車禍。檢查顯示4~6度骨折。他被送往挪威·聖諾新科醫院接受治療和外科手術。接著,他被置於呼吸器中。

醫生告訴奧列·強尼的父母說,強尼從脖子以下全部癱瘓,他將在呼吸器中度过余生。

然而,一段時間後,強尼開始能夠呼吸了。他於1991年1月9日被送入“瑞杰西克塞·I·強德海姆”醫院生理醫學部進行恢復治療。10個療程後,他被送回家。逐漸地,他開始恢復了一部分皮膚的觸覺。他可以輕微地移動雙臂。右足可以抬高一點兒。但他還不能講話。

醫生盡了最大的努力向奧列·強尼的父母解釋他不可能比這恢復的更好了,他的余生將是100%的殘廢。醫生還告訴他們,強尼必須留在研究所,他的父母只能自己生活了。

但是這對父母並沒有接受這一事實。所以,當有一天他們從報紙上看到了關於我的採訪後,他們為他們的兒子找到了新的希望。他們於1991年9月把強尼帶到了我的診所。我總共治療他五天,每天兩次。但由於他們所居住的地方離我所住的城市非常遠,所

以,他们不能在我的诊所停留更长的时间。

五天的治疗后,奥列·强尼感到非常的沮丧和疲劳。他的父母把他带回家,以为自己的幻想又一次破灭了。然而,几天以后,奥列·强尼开始令人惊奇地好转。医院里的专家医生也发现新的神经通路开始工作。

冬天和紧接的 1992 年春天,他的病情有了极大的好转。他开始训练自己。从夏天到秋天,他又进行了一所专门的训练医院。但他的情况开始停止好转,于是,他希望能够再接受全息胚针灸疗法。

当时,我在我的诊所里非常忙,所以我不能去他所在的医院治疗他。于是,我告诉我的一个学生去治疗他。我的学生叫爱尼·鲁德,她用全息胚针灸疗法治疗强尼一个疗程大约 10 次。如同第一次一样,强尼又开始感到沮丧和疲劳,但很快他的病情有了戏剧性的变化,他可以走 8~10 米了。车祸后第一次,他的心中有了想要活下去的念头。

1995 年 7 月 24 日的状况:他已经学习了两年,他可以讲话,虽然声音并不像他想象的那么低沉。他可以写字,可以拄着拐杖走路。他现在有了自己的汽车,并已经独自一人驾驶走了很多地方。他总要去超越极限,他要证明他完全有能力安排自己的生活和学习。

以上提到的两所医院的专家们认为,强尼在受那样的伤后能够得到这样惊人的恢复是不可能的。

结 论

就我们所知的 TCM,以上所提到的损伤要想经治疗好转是非常困难的。所以,我真心地希望全世界的医生都尽快开展有关全息胚理论的研究工作。

虽然全息胚诊疗法第一眼看起来好像是反解剖学的体系,但实际上它却与整个生物体密切相关。它诊疗的高质量同时也反映

并证实了古代中国医学的原理,包括著名的五行理论。

这一病例及其它许多我所遇到的病例,及全世界的医生们所遇到的病例,都是对全息胚理论有力的验证。根据这一理论,人体的每一个节肢,都包含了整体的全部信息。穴位的分布可由这一理论解释。张颖清教授把这种新的穴位分布律定义为穴位分布的全息律。他这样描述这一定律:

“如果任一节肢或任一人体上相对独立的部分所存在的新穴位群由与之相对应的人体器官(即可由对应的穴位治疗和反映的器官)命名,则穴位分布的结果,使每一节肢或相对独立的部分,都恰恰是一个整体的缩影。”

由于全息胚律,我们可以有目的地了解,并通过科技手段调节器官功能。这样,全息胚工程,一个新的生物工程即形成了。

我希望所有从事全息胚研究工作的人,能够互相合作,互相交流,为了取得更快的进展而努力工作。

(张阳译自英文原文)

针刺全息胚肺心穴对心阻抗血流图影响的临床研究(附 120 例临床观察)

陈成志 李春梅 朱海珍

黄美香 颜桂英

(广西南宁第一人民医院)

摘要 用针刺全息肺心穴治疗冠心病 90 例,在针刺前后,分别测定心阻抗血流图,观察心搏出量 (SV)、心输出量 (CO)、心脏指数 (CI)、C 波高度及总外周阻力 (TPR)。结果 SV 由针前 47.09ml/每搏提高到针后 66.61ml/每搏 ($P < 0.01$), CO 由针前 3.55L/min 提高到针后 4.63L/min ($P < 0.01$), CI 由针前 2.43L/min/m² 提高到针后 2.94L/min/m² ($P < 0.01$), TPR 由针前 42.38 牛顿·秒·米下降到针后 29.82 牛顿·秒·米 ($P < 0.01$)。说明冠心病患者针刺全息胚肺心穴后能增加心脏排血量降低总外周阻力。

关键词 冠心病;心阻抗;生物全息诊疗法;全息胚肺心穴

本研究小组自 1988 年 6 月,开展生物全息诊疗法(张颖清教授发明^[1])在心血管疾病的临床研究。该计划分几部份进行:①针刺第二掌骨侧全息胚肺心穴对冠心病的临床观察。②针刺全息肺心穴对左心功能的影响。③针刺全息肺心穴对心阻抗血流图的影响。④针刺全息肺心穴对男性激素水平影响。前二项历经 5 年已完成总结^[2,4],1992 年 9 月份在挪威首都奥斯陆召开的“第二届国

际全息生物学学术会议”上有关论文已被邀请在会上宣读,并在“全息胚学说医学应用”中英文版上刊登。为了给生物全息诊疗法在冠心病诊断治疗、推广使用提供全面科学理论数据。我们开展了针刺全息胚肺心穴区对心阻抗血流图影响的临床观察。我们选择诊断明确的冠心病患者(均伴随肺心穴区压痛)共120例分治疗组与对照组,分别在针刺全息肺心穴及内关穴前后进行心阻抗血流图测定并探讨临床意义,现总结如下。

一、临床资料

1. 本组患者均来自本院住院或门诊病人。都经确诊为冠心病并伴随全息胚肺心穴区压痛者,冠心病诊断标准按1979年全国冠心病座谈会修订标准,心阻抗按1984年南京修订“心阻抗血流图草案”标准测定。

2. 本组共120例,其中男64例,女56例,年龄37~84岁,平均年龄65.85岁,随机分为观察组90例,男42例,女48例,平均年龄67.66岁,对照组30例,男21例,女9例,平均年龄60.43岁。

二、指标测定

采用SJ-42多道生理仪同步记录心电图,心音图、阻抗图(ΔZ)及阻抗微分图(dZ/dt)、定标 ΔZ 三角峰值10毫米,为0.1欧姆/秒(0.1 Ω /sec),纸速100mm/sec,按1984年南京修订心阻抗血流图修定草案规定进行操作。即采用四极法,E1及E2电极置于颈部,E3及E4电极置于剑突下缘,每对电极相距为3厘米,并测E2下缘与E3上缘垂直距即为L长度,嘱受检者休息10分钟,先记录基础阻抗Z。待仪器稳定后,嘱受检者平静呼气末摒气即描10个心动周期计算5个心动周期平均值,按Kubicek公式测定SV、CO、CL、 \bar{C} 波高度,TPR之值^[5]。

三、观察方法

1. 观察组:采用针灸毫针针刺第二掌骨侧全息肺心穴(双

侧),^[1]每天针刺一次(深度 1~1.5cm),7 天为一疗程。在针前先记录心阻抗血流图形,针刺留针 30 分钟,拔针时描记心阻抗血流图形,疗程完成,取最后一次针刺后的心阻抗血流图形作为判断标准。在针刺期间停用强心及扩冠类药物。

2. 对照组:采用针灸毫针针刺内关穴(双侧)每天 1 次,7 天为一疗程,在针刺前记录心阻抗血流图,针刺后留针 30 分钟,拔针即刻记录心阻抗血流图,疗程完成最末一次针刺后的心阻抗血流图作为判断标准,针刺期间停用强心及扩冠类药物。

四、结果

1. 观察组与对照组针刺前后心阻抗血流图各项指标变化
(见表 1,2)

表 1 针刺全息肺心穴前后心阻抗血流图变化

	<u>C(L/秒)</u>		<u>SV(ml/每搏)</u>		<u>CO(L/min)</u>		<u>CI(ml/min/m²)</u>		<u>TPR(牛顿·秒·米)</u>	
	前	后	前	后	前	后	前	后	前	后
n	90	90								
\bar{x}	1.33	1.85	47.09	66.61	3.55	4.63	2.43	2.94	42.38	29.82
SD	0.56	0.42	14.27	15.88	1.01	1.45	0.85	0.99	9.30	14.21
P	<0.01		<0.01		<0.01		<0.01		<0.01	

表 2 针刺内关穴前后心阻抗血流图变化

	<u>C(L/秒)</u>		<u>SV(ml/每搏)</u>		<u>CO(L/min)</u>		<u>CI(ml/min/m²)</u>		<u>TPR(牛顿·秒·米)</u>	
	前	后	前	后	前	后	前	后	前	后
n	30	30								
\bar{x}	1.45	1.44	49.44	51.62	3.85	3.77	2.40	2.97	40.87	40.71
SD	0.28	0.45	18.97	18.23	1.28	1.31	1.13	1.82	15.8	14.90
P	>0.05		>0.05		>0.05		>0.05		>0.05	

其中观察组针刺全息肺心穴后测定心排血量的几项平均指标 SV、CO、CI、C 波均提高,SV 由针前 47.09ml/每搏提高到 66.61ml/每搏, $P<0.01$;CO 由针刺前 3.55L/min 提高到 4.63L/min, $P<0.01$;CI 由针刺前 2.43L/min/m² 提高到 2.94L/min/m², $P<0.01$,C 波高度由针刺前 1.33 Ω /秒提高到 1.65 Ω /秒, $P<0.01$;TPR 由针刺前 42.38 牛顿·秒·米下降到 29.82 牛顿·秒·米。(见表 1)

表 3 观察组和对照组针刺前后心阻抗血流图变化

	C(Ω /秒)	SV(ml/每搏)	CD(L/min)	CI(ml/min/m ²)	TPR(牛顿·秒·米)
观察组 90 例	+0.33	+19.52	+1.08	+0.51	-12.56
对照组 30 例	-0.01	+2.18	-0.08	+0.57	-0.16
P	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2. 对照组 SV 由针刺前 49.44ml/每搏提高到 51.62ml/每搏, $P>0.05$;CO 由针刺前 2.4L/min/m² 提高到 2.97L/min/m², $P>0.05$;C 波针前后无改变, $P>0.05$ 。

3. 观察组与对照组针前心阻抗血流图各项指标的对比无显著性差异,针刺后两组各项指标的对比经统计学处理有极显著性差异($P<0.01$),见表 3。

说明观察组针刺全息肺心穴后心排血量、心搏出量、心输出量、心肌顺应性协调性改善、降低总外周阻力均明显优于对照组。

五、讨论

1. 国内外已有数十篇论文用一些创伤性技术(热稀释法、染料稀释法、Fick 法、同位素法)与心阻抗对照比较,证明有良好相关关系。相关系统(r)在 0.58~0.97 间,多数证明在 0.3 以上,一般认为用心阻抗法测获的心搏出量比热稀释法的数值要高 20~30%,实践表明用心阻抗法测定心输出量作为群体对照比较,治疗前后自身对照,还是可靠的^[2]。本组针刺全息肺心穴后能使 SV、

CO、CI、C 波提高,证明针刺全息肺心穴后能提高心排血量,心肌收缩增强,而对照组改变不明显。

2. 从总外周阻力由针刺前 42.38 牛顿·秒·米下降到 29.82 牛顿·秒·米,经统计学处理 $P < 0.01$,说明针刺全息胚肺心穴后可能降低心室射血阻力或外周血管阻力,从而减轻心脏后负荷,增加心排血量。

3. 我们从 88 年起采用张颖清教授创立生物全息诊疗法针刺全息胚肺心穴治疗冠心病 90 例,治疗心绞痛,心律失常,心电图 SF 改变,都取得良好疗效,此后又对 100 例冠心病患者作针刺全息胚肺心穴对左心室功能影响的临床观察,结果 QS_2 , PEP 缩短、LVET 增大, PEP/LVET、A/E—O 比值缩小^{[3][4]}。本组研究主要观察针刺全息肺心穴对阻抗血流图影响,心排血量各项指标;观察到心搏出量、心输出量、心脏指数、C 波高度及总外周阻力均有明显改变,经统计学处理各项指标 $P < 0.01$,具极显著性差异,证明针刺全息肺心穴后能提高心排血量,这些改变可能与心电改变、心肌顺应性协调性改变、总外周阻力降低紧密联系,为生物全息疗法治疗冠心病提供了科学数据,更进一步证实生物全息疗法对冠心病治疗是一种新的有效疗法。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1984
- [2]顾菊康等,心功能检测技术,青海人民出版社,1982
- [3]陈成志等,生物全息诊疗法治疗冠心病 120 例临床观察,全息胚学说医学应用,高等教育出版社,1992
- [4]陈成志等,针刺全息肺心穴对左心功能影响的研究,全息胚学说医学应用 高等教育出版社,1992
- [5]朱婉而等,收缩时间间期和舒张时间间期,心血管疾病进展资料,1984.10

针刺全息胚肺心穴对 30 例男性 冠心病患者血清性激素的影响

陈成志 陈 军 黄美香 朱海珍
李春梅 颜桂英 翁敏梅 赵桂团

(广西南宁市第一人民医院)

摘要 对 30 例男性有性激素失衡冠心病的患者使用生物全息诊疗法针刺全息肺心穴,分别在针刺前后测定血清中睾丸酮(E₂)及 E₂/T 比值,结果针刺全息肺心穴后能改变血清中 E₂ 和 E₂/T 比值,T 由针前 18.98nmol/L,针后增加到 20.34nmol/L, $P < 0.05$, E₂ 水平由针刺前 228.21, Pmol/L, 针后降至 128.01Pmol/L, $P < 0.01$, E₂/T 比值由针前 12.04, 针后降至 6.14, $P < 0.01$, 说明针刺全息肺心穴对 E₂ 水平和 E₂/T 比值起调节作用, 对有性激素失衡男性冠心病患者,应用针刺全息肺心穴是治疗冠心病并性功能紊乱的一个新途径,而且取得良好疗效。

关键词 冠心病;雌二醇;睾酮;全息肺心穴

60 年代翁心植等提出缺乏男性激素可引起脂质代谢障碍,并可能使动脉粥样硬化易发生,而补充睾酮可能有益冠心病的治疗。70 年代 Phillips 提出高雌激素血症是男性冠心病易患因素学说^[1]。流行病学资料表明,冠心病的发病存在明显性别差异,老年男性冠心病患者存在性激素平衡失调,血清中雌二醇(E₂)与睾酮(T)比值(E₂/T)升高被认为是老年男性冠心病的易患因素之一^[2]。本组对 30 例已经确诊男性冠心病患者测定血清 E₂ 及 E₂/T

均增高。应用针刺全息肺心穴前后测定血清 E2 及 E2/T 比值变化,结果 E2 与 E2/T 发生变化,明显降低。结果报道如下。

1. 对象与方法

1.1 治疗对象

男性冠心病病人 30 例,均为住院病例,均符合 WHO 诊断标准,年龄 61~70 岁,均无生殖系统、内分泌及肾、肝疾病,并排除药物影响。另选 30 例年龄相匹配的健康男性空腹抽血测其性激素水平。

1.2 治疗方法及观察指标

针刺全息肺心穴,按张颖清“生物全息疗法”^[3]取第二掌骨侧全息肺心穴方法进行自身对照针刺治疗,在针刺前抽血测定血清 E2、T、E2/T 比值,每天针刺治疗一次,留针 30 分钟,针刺 7 天后复查血清 E2、T、E2/T 作为判断标准。

采用上午 7:30~8:30 抽取空腹静脉血,离心分离血清置零下 20℃ 低温保存待检,用放射免疫法测定 T 和 E2。

结果

30 例男性冠心病与 30 例健康者的激素水平(见表 1),30 例男性冠心病患者在针刺全息肺心穴前血清中 E2 水平及 E2/T 比值均增高, E2 为 228.21Pmol/L, E2/T 比值为 12.04,而针刺全息肺心穴 7 天后测定 E2 为 128.01Pmol/L 而 E2/T 比值为 6.14 (见表 2),经统计学处理 $P < 0.01$,说明具极显著性差异。

表 1 冠心病组与健康者性激素水平

组 别	例数	T(nmol/L)	E2(Pmol/L)	E2/T(X100)
冠心病组	30	18.96	228.12	12.04
健康组	30	18.86	115.41	6.25
P 值		>0.05	<0.01	<0.05

表2 針刺全息肺心穴前後 E2 水平及 E2/T 比值變化:

例數:	T(nmol/L)		E2(Pmol/L)		E2(T($\times 100$))	
	前	後	前	後	前	後
30	18.96	20.84	228.21	128.01	12.04	6.14
P	<0.05		<0.01		<0.01	

討論

性激素水平變化與冠心病的關係已引起人們的重視,男性冠心病患者存在性激素失衡。國內外有一些研究文章表明,男性冠心病患者血清 E2 水平及 E2/T 比值較健康對照組顯著升高。可能是冠心病一個易患因素。通過各種手段使之趨於正常可能有助於冠心病的防治^[4]。本組對男性冠心病 30 例及年齡匹配男性健康性激素水平對比,發現冠心病患者血清中 E2 及 E2/T 均增高,而健康者則不增高。亦證實 E2 及 E2/T 增高是冠心病易患因素。88 年作者臨床觀察 90 例冠心病患者使用針刺全息肺心穴治療心絞痛、心律失常、ST 改變各 30 例,總有效率為 92.2%。而對照組 30 例(常規藥物治療)的總有效率為 50%,92 年又觀察 100 例冠心病患者針刺全息肺心穴,觀察 ST 改變,針刺後 LVET 平均值增大,從針刺前的 $274.03 \pm 25\text{mg}$ 增至 $296.35 \pm 24.33\text{mg}$ ($P < 0.01$),而 PEP、PEP/LVET、 $\alpha/\text{E-0}$ 平均值明顯減少,提示針刺全息肺心穴後左心室搏出量和輸出量平均有所增加,左心室收縮功能明顯得到改善^{[6][7]}。在針刺全息肺心穴治療冠心病的同時,發現伴性功能障礙如陽萎等有所改善。這與針刺全息肺心穴後,T 水平升高、E2 水平及 E2/T 比值下降是一致的,說明 E2 和 E2/T 變化水平增高是冠心病易患因素,而針刺全息肺心穴能影響心臟生理功能,能調節心肌順應性、協調性,增加心排量,而且能調節 E2 及 E2/T 水平,亦可作為治療冠心病並性激素失衡之手段之一。

参 考 文 献

[1]杨晓春等,男性冠心病患者血清激素变化及其与血脂的关系,中华医学杂志,1989.69(6)329。

[2]吴赛珠等,肌注长效睾酮制剂治疗老年男性冠心病疗效观察,实用内科杂志,1992,12(8)410。

[3]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

[4]黄洪章等,雌激素与男性冠心病 66 例临床对照研究,实用内科杂志,1992.12(2)76。

[5]胡凯等,冠心病患者性激素及高密度脂蛋白改变的观察,临床心血管杂志,1989.5(2)65。

[6]陈成志等,生物全息诊疗法治疗冠心病 120 例临床观察,全息胚学说医学应用,高等教育出版社 1992。

[7]陈成志等,针刺全息肺心穴对左心功能影响的研究,全息胚学说医学应用,高等教育出版社,1992。

第二掌骨侧全息胚针法治疗 冠心病 236 例疗效分析

杨象豫

(青岛电子元件二厂保健站 青岛全息诊疗专科门诊部)

冯 剑

(青岛市立医院)

摘要 笔者运用山东大学张颖清教授创立的生物全息学说和第二掌骨侧全息针法治疗冠心病 236 例,近期疗效达 95% 以上。236 例病例中男性 157 例,女性 79 例。有心绞痛者 168 例,有高血压者 96 例,心电图有异常改变者 196 例。并有陈旧性心肌梗塞 6 例,2 例合并有风湿性心脏病,5 例有脑血栓史。病程以 5 年以上为最多。疗效标准:(1)显效:心绞痛消失,心电图 ST—T 复位。(2)有效:心绞痛消失或减轻,心电图 ST—T 无明显好转。(3)无效:心绞痛无减轻,心电图 ST—T 无好转。结果显效 119 例,有效 109 例,无效 8 例。总有效率 96.60%。

关键词 第二掌骨侧全息针法;冠心病

冠心病的中医治疗手段效速莫过于针刺,传统针灸治疗冠心病已有大量临床和实验资料报道,而用全息诊疗法治疗冠心病报告较少。自 1988 年以来笔者运用山东大学张颖清教授创立的全息胚学说^{[1],[2],[3]}和生物全息诊疗法诊治冠心病 236 例,近期疗效达 95% 以上,而且无副作用,说明全息针法治疗冠心病效果是确切可靠的,现介绍如下。

一、临床资料

1. 性别与年龄:男性 157 例,女性 79 例,男:女约 2:1;年龄 35~39 岁共 8 例,占 3.38%;40~49 岁共 108 例,占 45.76%;50~59 岁共 72 例,占 30.50%;60~69 岁共 34 例,占 14.40%;70 岁以上 12 例,占 5.00%。

2. 发病情况:有心绞痛者 168 例,占 71.18%,有高血压者 96 例,占 40.67%,心电图有异常改变者 196 例,占 83.05%,236 例中有陈旧性心肌梗塞 6 例,2 例合并有风湿性心脏病。5 例有脑血栓史。病程 1~4 年者 48 例,5~9 年者 69 例,10~14 年 86 例,15 年以上 33 例。

3. 诊断标准:根据全国 1979 年中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会修订的冠心病诊断和疗效评定标准^[4]。

二、方法

急症者主要表现在第二掌骨全息穴区的肺心穴压痛为主。缓症者则以第二掌骨侧全息穴区胃、肝胆穴和肾穴的压痛为主,通常以左手反应为主,男女无差异。

本文患者均采用 26 号 1 寸毫针,针刺第二掌骨侧相应全息穴,每日一次,针刺 10~12 天为一疗程,疗程视病情而定,每次留针 30~40 分钟。

(1)取穴:第二掌骨侧肺心穴,胃穴,肝胆穴,肾穴。

(2)操作方法:病人取仰卧位或坐位,双手手握拳,如握鸡卵状,医者在患者左手第二掌骨拇指侧与第二掌骨平行处,紧靠第二掌骨且顺着第二掌骨长轴的方向轻轻来回按压即可感觉到一浅凹长槽,在长槽内按第二掌骨侧速诊法找到冠心病反应最强点。通常,此反应点多在肺心穴、胃穴、肝胆穴、肾穴。若左侧反应点不明显,可取右侧反应点,穴位选准后,每次根据病情取 1~2 个穴位,以取穴准,少取穴为原则,穴位常规消毒后,用 26 号 1 寸毫针刺入 1.5~2 厘米。有心绞痛者 1~3 分钟后即可感觉疼痛减轻或完全

消失,并可感觉心前区发热感。每隔5~10分钟提插捻转一次,留针30~40分钟。

三、疗效结果

一般2~4个疗程后,病情稳定停止治疗一个月后判断疗效。

疗效标准:

1. 显效:心绞痛消失,心电图ST—T复位。
2. 有效:心绞痛消失或减轻,心电图ST—T无明显好转。
3. 无效:心绞痛无减轻,心电图ST—T无好转。

结果:

显效:119例,占50.42%;有效:109例,占46.18%;

无效:8例,占3.38%;

总有效率:96.6%。

四、典型病例

1. 毕××,男,69岁,干部,1988年12月19日初诊。患高血压病10余年,头痛头晕,大便干燥,近二年来经常阵发性胸背痛,每次3~5分钟,伴胸闷。体型胖,面色红润,血压26.5/14.2kPa,心电图示ST—T改变并提示有陈旧性心肌梗塞。

诊断为冠心病。

查:左手第二掌骨侧肺心穴,肝胆穴压痛明显,肾穴微压痛。右手第二掌骨侧肝胆穴压痛明显。

治疗取左肺心穴,右肝胆穴,以26号1寸毫针刺入2厘米,轻捻1分钟,每隔5分钟捻一次,留针40分钟后起针。起针后即觉心前区痛消失,头痛头晕减半。连针10天,每天1次。

1988年12月26日复诊。

头痛已减,心前区痛已很少发生,自觉体力倍增,血压23.6/14.4kPa,心电图示ST—T已有改善。

查:左手第二掌骨肺心已经不痛,肝胆穴仍压痛明显,肾穴次之,右手第二掌骨侧肝胆穴仍压痛。

治疗取双肝胆穴,以 26 号 1 寸毫针刺入 1.5 厘米,捻针 1 分钟,每间隔 5 分钟捻转一次,留针 30 分钟。连针 10 天后停 5 天,改为双手第二掌骨侧双肾穴针刺,连针 10 天。

1989 年 1 月 20 日复诊,诸症消失。血压 22.2/13.5kPa 心电图示 ST—T 已恢复正常,停针一年,随访未见复发。

2. 张××,男,50 岁,干部,1989 年 9 月 26 日初诊。

一年来左心前区疼痛,呈阵发性,每日 10 余次,每次发作 2~5 分钟,伴有胸闷憋气,心悸。血压 24/12.1kPa,心电图检查 ST—T 明显异常,化验检查胆固醇 260mg%, β -脂蛋白 970mg%,诊断为冠心病,曾住院经中西药物治疗效果不明显。

查第二掌骨侧肺心穴压痛明显,肾穴压痛次之。右手肺心穴压痛中度,胃穴压痛次之。

治疗取双手第二掌骨侧肺心穴,以 26 号 1 寸毫针刺入 1.5 厘米,轻捻 30 秒,患者即觉心前区疼痛大减,每隔 5 分钟捻一次,留针 30 分钟后起针,起针后患者即觉诸症悉减,第天一次,共针 10 次后,又针一疗程即又针 10 次心绞痛消失,心电图检查 ST—T 复位,胆固醇 210mg%, β -脂蛋白 680mg%,连续治疗 4 疗程,停针 2 年随访至今未见复发。

小结

第二掌骨侧全息针法治疗冠心病的疗效是肯定的,特别是对中西药治疗效果不明显的病例效果也很明显,而且具有易掌握易取穴等优点,无副作用,痛苦小,易为广大患者接受,是值得推广的好方法。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息律,自然杂志,1981 年第四期。
- [2]张颖清,生物体结构三定律,内蒙古人民出版社,1982 年。
- [3]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1988 年。
- [4]冠心病诊断标准,医学研究通讯,1979 年,12:14。

第二掌骨侧疗法治疗心律 失常过早搏动 68 例

肖 爽

(天津市委机关门诊部)

崔志潭

(天津医科大学)

摘要 68例心律失常过早搏动病例应用第二掌骨侧疗法总有效率达76.5%。该疗法对由功能性因素和心脏神经官能症引起的室性早搏效果尤佳;对洋地黄过量或缺钾所致过早搏动,除进行本疗法外,尚需停用洋地黄或补钾;对器质性心脏病引起的过早搏动尚需针对病因进行治疗,也取得良好效果。

第二掌骨侧疗法治疗心律失常过早搏动取得良好的临床效果,现将近年来应用张颖清教授的第二掌骨侧疗法^[1]治疗心律失常过早搏动68例报告如下。

临床资料

1. 一般情况:本组病例男性54例,女性14例,年龄最大76岁,最小25岁。

2. 诊断依据:经坐位听诊2分钟以上或心电图示早搏次数75次/分为频发或呈二联律、三联律。

3. 早搏性质和原因^[2]:本组室性早搏29例,房性早搏36例,房室交接处早搏3例。其中情绪激动、精神紧张、疲劳、消化不良、过度吸烟、饮酒或喝浓茶引起发作者22例,心脏神经官能症12

例,因服用洋地黄、拟交感神经类药物引起发作者 2 例,缺钾 1 例,冠心病 14 例,高血压性心脏病 12 例,风湿性心脏病 3 例,肺心病 2 例。

4. 病程: <1 周 8 例, <1 月 15 例, <1 年 14 例, <2 年 11 例, <3 年 8 例, <10 年 12 例。

5. 治疗方法: 在应用第二掌骨侧疗法治疗前停用抗心律失常药物,并作听诊情况及心电图记录,治疗后每 3~7 天复查一次。治疗时令患者将手自然放松,在其第二掌骨侧浅凹长槽内的穴位群探测心穴敏感点和相关的穴位,然后以 70% 酒精消毒皮肤,垂直于患者拇、食二指所在的平面,以 26 号 1 寸针刺入,深度为 2cm,针入穴位后有较强的胀、麻、重、酸感,留针 30 分钟,其间每隔 5~10 分钟略为转动或提插针体,以保持较强的针感。取针后,嘱患者及其家属回家后用拇指尖以穴位为圆心作小圆周按摩,巩固针刺的效果。按摩穴位以每一小圆周为一下,频率为每分钟 150 下左右,每次按摩 3 分钟,每天早、中、晚各按摩 1 次,7 天为一疗程。

6. 结果:

表 1 第二掌骨侧疗法对各种过早搏动的疗效观察

早搏性质	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
室性早搏	29	7	16	6	79.3
房性早搏	36	8	19	9	75.0
房室交接处早搏	3	0	2	1	66.7
合 计	68	15	37	16	76.5

讨 论

本组病例应用第二掌骨侧疗法治疗心律失常过早搏动,经临床观察,效果良好,总有效率 76.5%。该疗法对功能性因素(如情绪激动精神紧张,疲劳,消化不良,过度吸烟、饮酒或喝浓茶)和心脏神经官能症引起的室性早搏效果尤佳。对洋地黄过量或缺钾所

表2 第二掌骨侧疗法对各种病因过早搏动的疗效观察

早搏病因	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
功能性早搏	22	6	14	2	90.0
心脏神经官能症	12	4	7	1	91.7
洋地黄类药物	2	0	1	1	50.0
缺 钾	1	0	1	0	100.0
冠 心 病	14	2	7	5	64.3
高血压性心脏病	12	2	6	4	66.7
风湿性心脏病	3	1	0	2	33.3
肺源性心脏病	2	0	1	1	50.0
合 计	68	15	37	16	76.5

致过早搏动,除进行针刺、按摩外,尚需停用洋地黄或补钾,过早搏动则明显减少。对器质性心脏病(冠心病、高血压性心脏病、风湿性心脏病、肺源性心脏病)引起的过早搏动,尚需针对病因进行治疗,也取得良好的效果。而且,第二掌骨侧疗法极为简便,易懂易学,经医生针刺治疗后,患者及其家属还可在第二掌骨侧穴位群进行按摩,巩固疗效。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]上海医科大学,实用内科学,人民卫生出版社,1993。
- [3]杨医亚,中医学,人民卫生出版社,1985。
- [4]汤德安,实验针灸学,天津科学技术出版社,1990。

全息按压术逆转心律失常的疗效观察

刘永泽 主任医师 杨玉屏 主治医师

李世荣 副主任医师

(武汉冶金科技大学医院)

摘要 自全息生物学创立问世,特别是第二掌骨侧全息穴位诊疗法在医学领域里应用以来,一直依其独具的特色与内涵,显示着自身的强大学术生命活力,经过国内外数以千计的学者广泛的多学科临床实验,业已证实全息疗法在各类急症、痛症、难症的治疗中显示出良好的、甚至是奇特的临床效果。现就笔者以第二掌骨侧全息穴位按压术逆转数种以急诊就医的心律失常的可喜疗效,对这一方法作为有效治疗新手段的前景进行探讨。

关键词 全息生物学;全息穴位按压术;逆转心律失常

临床经心电图明确诊断心律失常患者 12 例,其中男 5 女 7 例,年龄最小者 22 岁,最长者 73 岁,平均年龄 50 岁,大于 40 岁者共 9 例(75%)。

男患 5 例中包括:室上性心动过速、心动过缓伴室性早搏、冠心病伴室上性阵发性心动过速、高血压冠心病伴阵发性室上速伴频发房性早搏、窦性心动过缓伴室性早搏各 1 例。

女患 7 例中包括:窦性心动过缓伴室性早搏 2 例,风湿性心脏病二尖瓣狭窄伴快速房颤、高血压伴冠心病伴劳力性心绞痛伴室性早搏、室上性心动过速伴房性早搏、窦性心动过速、高血压心脏

病伴频发室性早搏各1例。

方 法

器械:以充球气针一枚,针总长约50mm,针柄约12mm,针尖端园钝,直径1.2mm。术者以右手拇、中指持针,食指按压在针柄端上,持针方便且旋转按压力度好。得气显著则奏效迅速。治疗时以双侧第二掌骨侧心肺穴(即第二掌骨远心端第二区)进行按压。

按压要求:一般采取先左侧后右侧,针端必对准第二掌骨侧微呈弧形的沟槽内,在患者有明显的得气感之心肺点,顺时针旋转按压各侧300次。双侧交替施术,直至患者主诉症状明显好转乃至消失,物理学检查或心电图心律失常逆转为止。

典型病例

1. 男患,60岁,高血压伴冠心病,曾多次发作住院治疗。于1990.11.24下午4时,以突感心悸、气急、胸闷、乏力三小时急诊。重病容、无力少语、呼吸稍现急促,心率148~152次/分钟,律齐,BP12/8kPa,EKG示室上性阵发性心动过速、心电轴右偏并完全性右束支传导阻滞。由于患者已有明显的血液动力学改变、有效血循环溶量减少,当即在内科诊室给患者按压左侧第二掌骨全息心肺穴、另一医师监测脉搏以明确逆转时间,仅按压旋转150次时脉率转复至90次,患者主诉明显好转,经双侧按压各300次,患者不适症状渐消失而转复。

2. 女患,62岁,风湿性心脏病二尖瓣狭窄,曾因多次心房纤颤并心功不全住院治疗。于1992.12.5上午9时突感心悸、气喘、头昏站立不稳、症候紧迫与心脏有跳出来的难受感,而于一小时后急诊求医。当时虽笔者在会议室开会仍当即给以物理检查,脉率每分钟120次左右、律绝对不齐、脉短绌>20次,提示风湿性心脏病二尖瓣狭窄并快速房颤。立即在会议室经给予左侧第二掌骨侧心肺穴按压数次,得气感强。患者讲:这里很胀(指穴位),心跳好了。当时笔者不敢相信,有这样大的奇效?!继续按压至200次时,由于穴

位高度敏感而不能再继续按压,只得停下来复查,竟出现快速房颤完全转复,脉率 72 次,患者诉完全恢复,高兴地回家了。

结果:12 例中,完全转复 5 例(41.6%),显效 6 例(50%),有效 1 例(8.3%)。

讨 论

1. 全息按压术系无创性、非介入性、无痛苦、无毒副作用的治疗方法,有极广泛的适应症,不需什么条件,易学易懂,奏效迅速,是节约医疗费开支和减少患者经济负担的全新预防保健医疗康复的手段。

2. 作为急症的心律失常一旦发生,必须及时纠正。其复律的快慢直接影响疾病的预后及致残率和死亡率。就处理速度而言,按压术已达到即刻、瞬间奏效,本文例二之快速房颤仅数秒症状明显缓解而 2 分钟竟转复,效果奇特。

3. 由于全息按压术有双向调节逆转失衡作用,故无论快速型、缓动型或紊乱型心律失常均为适应症。其治疗措施到位速度是药物、直流电转复所不及,因为按压术无虑于心律失常的各种复杂的鉴别诊断,无虑于对各种心律失常的电生理学认识而分门别类的正确选择药物;更无虑于药物剂量、吸收、排泄、毒副作用以及个体差异等。故本法方便及时、应急性强、得心应手,适用于心血管监测病房药物转复或直流电转复、心内起搏准备时的最佳首选方法,应加以推广。

4. 本法特别适用于医院外、家庭和无任何医疗设施的场所发生的各种急症的救治。随着社会医疗保健需求和疾病谱的变化,特别是老年病发病率上升,全息按压术将成为传统医学和现代医学结合的最佳治疗方法,给自然疗法宝库中又增添了瑰宝。

5. 未来学家对 21 世纪的医疗保健提出了“自我保健模式”,强调自我负责、自我预防、自我爱护和自我保健。而自我保健方法遵循主要通过“强刺激医术”学,刺激人体免疫系统,提高人的免疫功

能,增强人体的整体健康水平,预防和治疗疾病。这恰是《第二届国际全息生物学学术讨论会》宣言中提出的:“在生物医学科学方面,全息生物学可以对再生和痊愈过程提供合理的科学解释。对临床医学最为重要的是,它提供了一套简便和明显有效的方法,从而可以在生物体上激励和引导痊愈过程。”笔者认为,作为自我保健方法,全息诊疗法必然通过普及而成为自我保健、自我医疗和自我康复的疗法而渗透到社会与家庭,而发挥其预防、保健、医疗、急救、康复的多层次良好作用而适应未来医学模式的需要。

对慢性肺原性心脏病第二掌骨侧 穴位压痛反应的研究

张纪廷 霍振业

(中国人民解放军 280 医院)

如果身体上的一个部位或脏器有病,在第二掌骨侧相对应的穴位就会出现压痛反应,这已被大量病例所证实。当患某种慢性病,因一个脏器有病,因一个脏器功能衰竭引起另一个脏器功能衰竭、或多脏器衰竭时,第二掌骨侧穴位压痛反应规律如何?我们以慢性肺原性心脏病(简称肺心病)为样本并与其他呼吸系统疾病(简称对照组)进行对比研究,结果肺心病与其他呼吸系统疾病第二掌骨侧穴位压痛反应有非常显著差异。现报告如下。

1. 一般资料

所有病例均为我院内科呼吸系统疾病住院患者。肺心病组 38 例,男 35 例,女 3 例,年龄 38~82 岁,平均 64 岁。对照组 34 例,男 23 例,女 11 例,年龄 10 岁~76 岁,平均 41 岁。支气管扩张 1 例,胸膜炎 16 例,肺炎 8 例,肺气肿 1 例,肺癌 2 例。

2. 方法

按照张颖清第二掌骨侧速诊法,^[1]进行双侧穴位逐一按压,记录压痛穴位名称、个数,然后对照病历诊断,分为肺心病组与对照组。同时两组均除外了患有肾脏病或腰部疾病的病例。

3. 结果

两组间第二掌骨侧肺心穴压痛穴数的对比见表 1。

表1 两组间肺心穴压痛个数比较

组 别	压痛	无压痛	合计	χ^2	P 值
肺心病组	16	60	76		
对照组	63	5	68		
总 计	79	65	144	71.42	<0.01

两组间第二掌骨侧肾穴压痛穴数的对比见表2。

表2 两组间肾穴压痛个数比较

组 别	压痛	无压痛	合计	χ^2	P 值
肺心病组	75	1	76		
对照组	22	46	68		
总 计	97	47	144	68.84	<0.01

4. 讨论

肺心病与其他呼吸系统疾病同位于胸部,按照部位对应原则,第二掌骨侧压痛穴位应当相同,但研究结果肺心病压痛穴位却集中在肾穴,与其他呼吸系统疾病比较有非常显著差异。其原因可能与疾病演变有关。祖国医学认为五脏在生理上相互联系,病理上相互传变。我们所观察的肺心病病例大都为晚期病人,由于肺胸部疾病久治不愈,最终结局是久病累及肾,出现一系列肾气亏虚(中医语)表现。压痛穴位也由病初的肺心穴转移为肾穴。本研究说明第二掌骨侧速诊法对疾病不仅能作出定位诊断,而且能进行辩证分型,即定性诊断,为施治提供有力证据。另外,遇有第二掌骨侧压痛穴位与疾病部位不符,又无充足理由解释时,应想到疾病传变可能,如由肺及脾,由肺及肾等。

肺心病 80~90%由慢性支气管炎、肺气肿发展而来。慢性支气管炎至今仍没有很有效的治疗方法,作为肺心病预后更不容乐

观。肺心病急性发作,经过适当治疗可使病情缓解,但所给心肺造成的病理上的损害,并不因缓解而减轻,相反是日益加重。所以减少肺心病的急性发作是稳定病情,延长病人生命的关键。我们指导部分患者按摩双侧肾穴,每次每侧 3~5 分钟,加腹式呼吸锻炼每次 5~15 分钟,每天至少 1 次,多则不限。已有部分在冬春季节未出现急性发作的病例,但确切疗效需积累更多病例资料来证实。可望能为缓解肺心病病情开辟一条新路。

肺心病患病年龄多在 40 岁以上,且病程较长;而对照组病例多为青年战士,病程短,所以两组患者年龄相差较大。年龄对第二掌内侧速诊法影响如何,尚未见报道,有待进一步研究。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1988,8~9

生物全息藥罐針療法治療 冠心病 16 例的臨床觀察

陽 明 助理研究員 崔東祥 副教授

(內蒙古醫學院)

陽 易 副主任醫師

(內蒙古自治區中蒙醫院)

生物全息診療法(全息胚診療法)是山東大學張穎清教授在發現生物全息律的基礎上創立的一種嶄新的診療方法^[1]。張穎清指出,第二掌骨節肢和其他長骨節肢都是全息胚。每個全息胚的各個部位與整體的各部位相對應。凡是機體某一器官或部位有病就必然反映到特定的穴位上,並在穴位上相關地產生對痛刺激敏感、皮膚電阻降低等病理生理反應,同時若在特定的穴位上加以刺激,如針刺、艾灸、按摩等,即會在相應的病变部位產生療效。這一理論和醫療技術的發現,受到了國內外學者的高度重視,並在臨床醫學領域中被廣泛地應用。筆者自 1993 年 8 月以來,運用張穎清教授的全息胚診療法,用藥罐針在第二掌骨側相應穴位治療冠心病 16 例,療效滿意。現報告如下。

臨床資料

一般資料:共診治冠心病患者 16 例,男 9 例,女 7 例;年齡 47~73 歲,平均 59.2 歲;其中 47~59 歲 4 例,60 歲以上 12 例。病程為 3~18 年,均經一年以上中、西藥物治療未愈,可作為自体對照。

診斷標準及療效評定:診斷標準及冠心病心絞痛心電圖療效

评定标准均按 1979 年全国心血管病普查预防座谈会修订标准。

材料与方法

自制药罐选华北制药厂产注射用青霉素钠(80 万单位)空药瓶 1 个,清洗干净后,将空药瓶瓶底磨去,并把瓶底部四周瓶壁磨平磨圆备用。同时准备应用器具 5 毫升针管 1 个,5 号针头 1 个,3~4 寸针灸毫针 1 枚,消毒棉球、碘酒、酒精。

治疗方法:采用张氏生物全息诊疗法,让患者手如松握鸡卵状,肌肉自然放松,虎口朝上,食指尖与拇指间相距约 3 厘米,术者用手托住患者的同侧手,用另一手拇指尖在患者第二掌骨拇指侧与第二掌骨平行处,紧靠第二掌骨且顺着第二掌骨长轴方向,按照第二掌骨侧全息穴位的排布,作顺时针方向螺旋式揉压动作。压痛点一般位于肺心穴(全息胚穴位),最为敏感,其次为肾穴较为敏感。当找到压痛点后,术者用针灸毫针在消毒过的自制药罐顶部胶盖中心处穿透,针灸毫针要求穿透整个药罐,针体前端外露约 1~1.5 厘米。再将 5 号针头插入胶盖中心偏侧处(针头不能穿透罐体),这时用碘酒、酒精对压痛点处进行常规消毒,并快速用药罐针进针到罐底,捻转使其得气,即有酸、麻、胀感后,用注射针管插入针头抽吸罐内空气,使罐内呈负压状时将针头拔出,然后再用针管抽吸丹参注射液 2 毫升,排尽针管内空气,按原拔针处刺入注药后将针头急速拔出。一般留针 45 分钟,每日 1 次,肺心穴与肾穴交替进行,连续 10 天为一疗程。治疗期间停用扩冠药物及抗心律失常药物。共治疗 16 例冠心病患者,全部获效,其中显效 11 例,占 68.8%。(症状及体征消失,心电图正常,或心绞痛症状降低二级,不用硝酸甘油片),好转 5 例(症状、体征和心电图较治前改善,或心绞痛降低一级),总有效率为 100%。

典型病例

病例一,周××,女,64 岁,患冠心病已 14 年。近 3 天频发心绞痛、胸闷、头晕。查体:急性病容,脸色苍白,血压 130/90mmHg,

心率 164 次/分,心电图示室上性心动过速 164 次/分,ST·T 段改变。第二掌骨侧肺心穴区有明显压痛,即予肺心穴区施以药罐针疗法 45 分钟,患者上述自觉症状消失,心电图示窦性心律,心率 80 次/分,血压为 120/80mmHg。连续于肺心穴与肾穴交替施以药罐针治疗一疗程,追访 3 个月未见复发。

病例二,陈×,男,59 岁。患急性前位壁心肌梗近 1 个月,经 PSS 等治疗后病情稍有好转,但心电图所示 ST 段抬高始终未见下降。现心前区闷胀不适,偶发心绞痛。查体:慢性病容,血压 120/80mmHg,心率 92 次/分,第二掌骨侧肺心穴压痛敏感,肾穴次之。施以生物全息药罐针治疗一个疗程,症状完全消除,心电图正常。

讨论

全息生物学是研究生物体部分与整体、部分与部分间在生物学特征上全息相关的规律及这些规律应用的学科^[2]。这一崭新的学科理论的提出丰富了临床诊疗学,尤其是第二掌骨侧速诊法具有迅速、准确之特点,且在任何一独立的全息胚的全息相关部位(全息胚穴)进行治疗,可以达到治疗相应组织器官疾病的目的。笔者采用生物全息第二掌骨侧诊疗方法,并结合中医心肾相交,水火相济的理论,运用针刺、拔罐、药物三结合的方法,以自制药罐针取肺心穴区和肾穴交替施治,经治冠心病 16 例,总有效率为 100%。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]张颖清,全息生物学研究,山东大学出版社,1985。

应用全息疗法治疗绝经后下丘脑紊乱综合症的研究

张曼华 副主任医师

(山东济南市第四人民医院)

摘要 本文报道绝经后妇女(46~68岁)的卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)、雌二醇(E₂)、孕酮(P)内分泌性激素的变化情况,以及发生植物神经系统和心血管系统等病变与卵巢功能衰退的关系。为了探讨全息治疗对绝经期妇女可能产生的影响,笔者应用生物全息诊疗法观察 E₂、P 与血清甘油酯(TG)及总胆固醇(TC)的关系。治疗后 E₂、P 性激素有显著增加,而血指 TG、TC 有明显下降,血 E₂ 与 TG、TC 呈负相关,血 P 与 TG、TC 也呈负相关。血 E₂、P 增高的程度与临床症状改善相一致。

关键词 绝经期妇女;全息胚治疗;女性激素;血脂水平

妇女到了 49 岁前后,便进入绝经期,但也有早在 40 岁左右,晚在 55 岁左右进入绝经期的。绝经后下丘脑紊乱综合征临床主要症状是情绪不稳定,容易烦躁激动。阵发性潮热、嗜睡、腰酸关节疼,此外还可有心律失常、血压波动、厌食消瘦或多食肥胖。常规治疗多用更年康、谷维素或增用靶腺激素替代治疗。笔者应用张颖清教授所创立的生物全息诊疗法,在双手第二掌骨侧全息穴位群中卵巢穴、肾穴探查到最敏感点,以 ET—I 型生物全息治疗仪穴位刺激,根据症状辅佐其它穴位按摩,获得满意效果。应用随机法将绝经期妇女 75 名,分为全息穴位治疗组和单纯药物组进行对照治

療觀察,現報告如下。

對象和方法

1. 對象:75例對象均系濟南市絕經後婦女,平均年齡52歲(46~68歲),主要是職業婦女,肝、腎功能正常,3月內未用過性激素製劑及影響脂代謝的藥物。已排除冠心病、糖尿病、甲亢等疾病。

2. 方法:血清甘油三酯(TG)及總膽固醇(TC)用酶法高密度測定,血雌二醇(E_2)、孕酮(P)、黃體生成素(LH)及卵泡刺激素(FSH)用放射免疫分析法測定,質控指標均符合要求。隨機分兩組:1. 藥物治療組(30例),應用谷維素20mg,更年康2片每日三次口服。2. 全息治療組(45例),應用山東大學全息生物學研究所生產的ET-1型生物全息治療儀對第二掌骨側卵巢穴、腎穴進行穴位刺激,每次45分鐘,25天為一療程,結合病人症狀輔佐腹部的全息穴位群按摩,如有頭暈、嗜睡加第二掌骨側全息頭穴,有心律失常加上第二掌骨側全息心穴,有腰腿疼加上第二掌骨側全息腿足穴等。

結 果

1. 藥物治療組及全息治療組在治療前的各項指標,測定情況見表1。由表1可知FSH、LH均分泌增加,然而二組的靶腺激素 E_2 、P均低於正常月經周期婦女,血脂略高於正常值。2組6項指標對比, $P>0.05$,無顯著差異,具有可比性。

2. 藥物治療組治療前後性激素及血脂變化情況見表2。由表2可知: E_2 、P在治療後有所增加,且有統計學意義($P<0.0001$),血TG、TC治療前後有差異($P<0.01$)。

3. 全息治療組治療前後性激素及血脂變化情況見表3。由表3可知: E_2 、P、TG、TC在治療前後差異顯著。 E_2 及P($P<0.0001$),TG及TC($P<0.001$),並對治療後 E_2 、P與血脂指標間作了直線相關分析:血 E_2 與TG、TC呈負相關(r 分別為-0.226, -0.208, $P<0.05$);血P與TG、TC呈負相關(r 分別為-0.198, -0.206,

$P < 0.05$ 。

表 1 各项指标的测定结果(治疗前)

	药物治疗组 $\bar{x} \pm SD$	全息治疗组 $\bar{x} \pm SD$	T	P
FSHmiu/ml	65.70 ± 18.34	68.00 ± 35.13	0.65	>0.05
LHmiu/ml	62.37 ± 13.28	78.97 ± 56.31	1.75	E>0.05
E ₂ pg/ml	7.25 ± 5.29	7.29 ± 4.70	0.03	>0.05
P ng/ml	0.19 ± 0.16	0.17 ± 0.18	0.40	>0.05
TG mmol/L	2.04 ± 0.38	2.12 ± 0.26	1.04	>0.05
TCmmol/L	6.26 ± 0.37	6.12 ± 0.26	1.75	>0.05

表 2 药物组治疗前后性激素、血脂变化表

项目	治疗前($\bar{x} \pm S$)	治疗后($\bar{x} \pm S$)	P 值
E ₂ pg/ml	7.25 ± 5.29	8.13 ± 5.20	<0.0001
P ng/ml	0.19 ± 0.16	0.20 ± 0.17	<0.0001
TG mmol/L	2.04 ± 0.38	2.03 ± 0.38	<0.01
TCmmol/L	6.26 ± 0.37	6.25 ± 0.38	<0.01

表 3 全息组治疗前后性激素、血脂变化表

项目	治疗前($\bar{x} \pm S$)	治疗后($\bar{x} \pm S$)	P 值
E ₂ pg/ml	7.29 ± 4.70	37.70 ± 27.47	<0.0001
P ng/ml	0.17 ± 0.18	0.84 ± 0.41	<0.0001
TG mmol/L	2.12 ± 0.26	1.55 ± 0.23	<0.001
TC mmol/L	6.12 ± 0.26	4.07 ± 0.40	<0.001

4. 治疗后两组症状改善情况见表 4, 由表 4 可知: 全息治疗组有效率均高于药物治疗组。

表4 两治疗组症状改善情况表

症状	药物治疗组 n=30			全息治疗组 n=45		
	例数	减轻/消失	有效率	例数	减轻/消失	有效率
阵发性潮热	16	12	75%	19	18	95%
嗜睡	3	1	33%	6	6	100%
腰酸关节疼	3	1	33%	5	5	100%
心律失常	2	1	50%	4	3	75%
血压波动	4	2	50%	6	5	83%
喜怒无常	2	2	100%	5	5	100%

讨论

本文实验证明了山东大学张颖清教授创立的新理论:“各对应位点在这些全息胚上排布的结果使各全息胚都各自成为整体的缩影”,因此各组织脏器的疾病就可以在对应位点上反应出来,通过刺激对应位点,可以达到改善调节相关脏器组织功能去除疾病的目的,这就是他所发明的生物全息诊疗法^[1]。本文结果显示由于刺激第二掌骨侧卵巢穴、肾穴,对绝经期妇女有保护作用的血雌二醇(E_2)、血孕酮(P)有明显增加,且有统计学意义($P < 0.0001$),而对绝经后导致冠心病发病的血脂(TG、TC)有下降趋势, ($P < 0.001$),这充分证实了全息胚与相对应部位在诊断、治疗、病理生化方面的相关性。

卵巢是妇女产生并分泌性激素的主要器官,而中医又认为女子绝经期所致下丘脑紊乱综合征多因年老肾衰,精血不足,阴阳失调而起,尤以肾阴不足,虚火上炎为常见。绝经后血清TG、TC水平较绝经前有所增加,与既往的研究结果^[2]一致。

实验观察:穴位刺激卵巢穴、肾穴提高了性激素的水平,与此同时,降低了血脂浓度。本结果显示血 E_2 与TG、TC呈负相关(r

分别为 -0.226 , -0.208 , $P < 0.05$)与 Barrett 的研究结果一致^[3]。

本文 E_2 与 LH、FSH 负相关, (r 分别为: -0.7683 , $P < 0.001$; -0.7604 , $P < 0.001$), 说明 E_2 下降, 而 FSH、LH 升高, 提示在健康绝经期妇女, 雌激素对促性腺激素仍有负反馈作用, 与绝经后妇女雌激素对促性腺激素正负反馈系统的机制仍保持完整的观点一致^[4]。

应用全息诊疗法治疗绝经期下丘脑紊乱综合征, 方法简便, 节约药源, 减少冠心病及心肌梗塞的发生, 可使我国数千万妇女安全渡过绝经期, 这是张颖清教授对现代医学发展所作出的重大贡献。

参 考 文 献

[1] 张颖清, 生物全息诊疗法, 山东大学出版社, 1987。

[2] Thomas DW, Nordin BE Change in plasma lipid fractions with menopause and response to different hormonal treatments. *Maturitas* 1984, 6 (2):200.

[3] Barrett-Connor E, Etal. Heartdiseases risk factors and hormone use in postmenopausal women. *JAMA* 1979, 24(20).

[4] 俞霭峰主编, 妇产科内分泌学, 第一版, 上海科技出版社, 1983, 195。

第二掌骨侧全息胚子宫穴注射 防治产后出血 498 例临床观察

孔晓燕

(山东济宁医学院附属医院)

岳 菊

(山东济宁市任城中医院)

预防和治疗产后出血是保证产妇身心健康的重要环节。本文对我科 1988 年 8 月至 1992 年 8 月分娩、引产产后出血有记载的 498 例产妇出血的防治进行综合分析,报告如下。

1 临床资料

498 例孕妇均住院。年龄 18~38 岁。其中中妊引产者 268 例,晚妊引产者 70 例,分娩者 160 例。引产者根据月份大小分别采用羊膜腔内、羊膜腔外注入雷凡诺尔 100mg。患者因阴道持续出血而有面色苍黄、心悸、口干、四肢厥冷等症,肌注缩宫素半小时内无效。

2 治疗方法

按张颖清方法。^[1]取单侧第二掌骨侧子宫穴,找准压痛点,快速注入缩宫素 0.3~0.5ml,必要时重复注入对侧穴区。

用于预防产后出血,可于胎儿或胎盘娩出后即刻注入;用于治疗产后出血,可于症状出现后即刻注入。

3 疗效与结果

498 例产妇用药 1~3 分钟后全部有效。表现为残留的胎盘胎膜完全娩出,宫体缩复良好,阴道出血停止或明显减少,产妇一般情况如面色、唇色、精神等恢复良好,血压渐升至平稳。证明本法可常规用于各种产后宫缩不良性出血的妇女。

4 典型病例

病例 1:庞×,26 岁,孕 42⁺4 周,宫缩乏力,阴道手术产后半小时胎盘不下,阴道持续出血达 800ml,给予按压宫体,并于臀肌和宫体肌各注射缩宫素 10 万单位,20 分钟内无显效。继于右第二掌骨侧子宫穴快速进针强刺激,有针感后速注缩宫素 0.5ml,2 分钟后触按有明显的宫缩,5 分钟后宫体紧缩,按压宫底,牵拉脐带,胎盘胎膜完整娩出,出血状即刻得到改善。1 小时后同法注入对侧第二掌骨侧子宫穴,住院三天观察未再患。

病例 2:贾×,32 岁,孕 6⁺月引产术后,胎盘胎膜部分残留,阴道少量鲜血外溢。因宫颈缩复未行清宫术。于第二掌骨侧子宫穴(右)注入缩宫素 0.5ml 后血渐少,常规每日 2 次于双第二掌骨侧子宫穴、双胫骨侧子宫穴的其中一穴交替注入缩宫素 0.5ml 共 2 日,观察 3 天后无异常出血有正常恶露,平安出院。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

空地勤人員頑固性失眠的三種 療法的對比性研究

李 珠 副主任醫師 姚阿慶 副主任醫師

孫景泰 醫師 寧照琛 主治醫師

趙三苗 主管護師

(空軍青島療養院)

周志勇 主治醫師

(空軍杭州療養院)

翟相坡 主治醫師

(空軍長春醫院)

摘要 本文對門診隨診的68例頑固性失眠患者採用三種不同的治療方法分三組進行對比分析。針灸1組採用腕踝針療法,針灸2組採用生物全息診療法+腕踝針療法,綜合治療第3組為採用生物全息診療法+腕踝針療法+自擬中藥引陽入陰湯。三組人員均為長期服用催眠藥療效不明顯的頑固性失眠患者。三種療法對比分析結果表明:三種方法臨床有效率均為100%。而臨床治愈率針灸1組為81.25%;針灸2組為93.75%;綜合治療3組為94.5%。證明綜合治療方法和生物全息療法加腕踝針療法聯合應用其療效優於單獨腕踝針療法。

關鍵詞 頑固性失眠;生物全息診療法;腕踝針療法

頑固性失眠是指临床上以失眠为主要症状,经长期常规催眠药物治疗疗效不明显的一组功能性和心理性症候群,在现役飞行

人员中造成的发病率和停飞率较高,约占 7~11%。且无有效的防治措施。本文对 68 例顽固性失眠患者采用三种不同的疗法进行治疗,并对其疗效进行对比分析,旨在筛选一种疗效可靠,简便易行,毒副作用小的治疗方法,用于空地勤人员顽固性失眠的治疗。现将结果报告如下。

一、临床资料

1. 治疗对象:门诊随诊地勤人员 68 例,其中男性飞行人员 16 例,年龄 26~40 岁,平均 30.4 岁,病程 2 个月~2 年;地勤人员 52 例,男 23 例,女 29 例,年龄 13~76 岁,平均 44 岁,病程半年~40 年,上述人员均经临床医师诊断排除了引起失眠的器质性疾病,均为长期服用催眠药而疗效不明显者。将上述人员分为 3 组:针灸 1 组为采用腕踝针疗法随机治疗的 16 例男性地勤人员;针灸 2 组为生物全息诊疗法+腕踝针疗法随机治疗的 16 例男性飞行人员;综合治疗 3 组为生物全息诊疗法+腕踝针疗法+自拟中药引阳入阴汤随机治疗男 7 例,女 29 例共 36 例地勤人员。各组人员临床资料见表 1。3 组的治疗结果进行 t 测验。

2. 治疗方法

(1)用 75%酒精常规消毒皮肤,用无菌 3 寸毫针在双上肢腕横线上二横指处小指侧的尺骨缘前方沿手少阴心经的向心走向皮下平行进针 2 寸,其部位相当于腕踝针的上 1 穴。要求无痛、麻、酸胀针感,留针 45 分钟,每日一次,10 次为一疗程。

(2)根据生物全息疗法的脏腑所主原则^[1],采用第二掌骨侧诊疗法的各脏腑相对应穴位,辩证选穴针刺。辩证选穴原则为凡症见夜间不易入睡,睡则多梦易醒,心悸健忘,头晕目眩,肢倦乏力,易出汗,脘痞、便溏、苔薄白、舌质淡、脉细弱者,属心脾两虚致心失濡养配全息胚心穴;症见虚烦不寐即醒,头晕耳鸣,腰膝酸软,遗精,健忘,五心烦热,舌质红,脉细数者属阴虚火旺致心肾不交配全息胚心、肾穴;症见忧郁多怒,难以入睡,头晕头痛,胁肋胀痛,口苦,

舌苔薄黃,脈弦數者屬肝火上擾配全息胚肝穴;症見睡眠不實,心中懊惱,脘痞,噯氣,噯腐吞酸,苔厚膩,脈滑者屬胃腑不和,配全息胚胃穴;症見心悸多夢,善驚多恐,舌質淡,脈弦細者屬心胆虛怯配全息胚胆穴。根據上述原則取穴位,用無菌1.5寸毫針在常規消毒條件下沿第二掌骨拇指側邊緣相應穴位上垂直進針約2厘米,探刺到酸麻脹針感最強點為穴准。以補法,每10分鐘運針一次,持續最強針感,留針45分鐘,每日一次,10次為一療程。

(3)上述針灸方法加服引陽入陰湯。其組成:半夏、秫米、夏枯草、干百合、紫蘇葉、生地黄、玄參、夜交藤、棗仁等。水煎,每日一劑,分早晚二次服,10劑為一療程,愈後為防止復發繼用1~2個療程。

3. 療效評定標準

(1)臨床症狀消失,睡眠時間 >6 小時為臨床治愈。

(2)臨床症狀明顯改善,睡眠時間增加 >2 小時但睡眠時間未達6小時以上者為有效。

(3)臨床症狀改善不明顯者,睡眠時間增加 <2 小時為無效。

二、治療結果

68例空地勤人員的臨床資料及治療結果如表1所示。由表1所見,針灸1組16例地勤人員,單純採用腕踝針療法,其治療效較其它兩組差。臨床治愈率為81.25%,而針灸2組16例飛行人員採用腕踝針療法加生物全息診療法治療後療效顯著,臨床治愈率達93.75%。二者有統計學顯著性差異($P<0.05$)。這種差異主要反應生物全息診療法對頑固性失眠的治療作用。同時亦可能與針灸2組飛行人員病程較短,病情較輕有關,因而較短療程可達到臨床治愈程度。綜合治療組的臨床治愈率為94.5%,雖比針灸2組臨床治愈率有所提高,但無統計學顯著性差異($P>0.05$)。由此可見針灸2組和綜合治療組的療效優於單純腕踝針療法針灸1組($P<0.05$)。這充分證實生物全息療法和引陽入陰湯有較好療效。本

文结果亦提示其疗效与病程长短,病情轻重程度有密切关系,对病程短,病情轻的飞行人员单用腕踝针疗法和生物全息疗法治疗即绝大多数人可达到临床治愈效果。此外本文对综合治疗组的20名患者进行3~12个月的跟踪随访,除一例因心因性精神病而失眠复发外其余均未见复发。在治疗中和治疗后及维持治疗中未见药物的毒副作用。

表1 68例空地勤人员治疗结果的对比性分析

组别	N	年龄 (岁)	病程 (月)	治疗前睡 眠时间(h)	治疗 次数	治疗后睡眠 时间(h)	有效率 (%)	临床治愈率 (%)
针灸1组	16	32	6~72	2~4.5(3.6)	16	5~9(6.7)	100	81.25(13)
针灸2组	16	30.4	2~24	3~5.5(4.8)	8	5.5~10(7.8)	100	93.75(15)
综合治疗3组	36	44	6~480	1~4(3.1)	15	4~10(6.8)	100	94.5(34)

典型病历

李××,女46岁,工人,患者失眠20年,常因家务事而生气,忧郁易怒,难以入睡,时常每晚仅睡2~3小时并伴头晕头疼。一生气时,两肋胀痛,曾在地方医院诊断为“神经衰弱症”、“更年期综合症”。服用多种催眠药物疗效不佳,闻名来我院门诊。查体神经系统未见异常。当即给以双上肢腕踝针上1穴,配第二掌骨侧诊疗法肝穴,每日一次留针1小时,同时服用引阳入阴汤每日一剂,分早晚二次服,治疗五天后症状明显好转,晚间能睡5~6小时,继续治疗15次症状消失,每晚能睡7~8小时而痊愈。为巩固疗效停针后继续服用汤剂一个疗程。门诊随访一年未见复发及药物的毒副作用。

霍××,男,31岁,某部飞行员。患者主诉失眠半年,常常晚上仅睡3小时左右,难以入睡,多梦易醒,头晕乏力,健忘,易出汗,时有心悸,曾服安定疗效不明显。入院查体神经系统未见异常。即给以双侧腕踝针上1穴,配第二掌骨侧全息胚心穴。每日一次留针

45分钟,治疗二次见效,一个疗程结束。临床症状消失,每晚能睡8小时而愈。

张××,男,64岁,工人,患者失眠30年。常彻夜不眠,或稍睡即醒,每晚仅睡1~2小时,非常痛苦且伴有头晕耳鸣,心烦健忘,腰膝四肢酸软无力。曾在地方医院诊断“顽固性失眠”,到处求医,服用多种安眠药疗效不佳。初服略有效,继用则无效。亦用中药和针灸治疗均效果不显著。闻名来我院门诊,即给以双侧腕踝针上1穴、配第二掌骨侧全息胚心、肾穴,每日一次,留针一小时。同时服用引阳入阴汤,每日一剂,分早晚2次服,3剂后即见效,症状有所改善,每晚能睡5小时,患者感到有精神,全身有力,经过25天连续治疗,临床症状基本消失,每晚能睡6小时以上,停针后,继用引阳入阴汤1个疗程。随防3个月未见复发和药物毒副作用。

三、讨论

用腕踝针加生物全息诊疗法或综合疗法治疗飞行人员失眠症实用价值探讨。

资料表明飞行人员失眠症有较高的发病率或停飞率。据某疗养院1987年2000名飞行人员健康状况调查表明神经科疾病97例中,失眠30例占31%。我院对1719名飞行人员健康状况调查证明单纯睡眠障碍占神经疾病发病的第三位约占6.1%。进入90年代资料表明与失眠有密切关系的神经衰弱症的停飞率占神经科疾病的7~11%。而这类病症的发生绝大部分属功能性和心理性障碍所致。由此可见,失眠是飞行人员的常见病症,其危害较大。失眠可使飞行员精力不足,注意力分散而致飞行事故。长期失眠又能使飞行员身体素质下降,飞行耐力降低,因失眠服用催眠药又限制飞行人员第二天飞行出勤率。故研究一种高疗效、无毒副作用的治疗措施非常迫切,而目前国内外对失眠症的治疗仍延用常规的催眠药物的临床对症治疗。由于药物的毒副作用而限制了在飞行人员中的使用。本文结果表明生物全息诊疗法和腕踝针疗法有机结

合,对病程短、病情轻的飞行人员可有较好疗效。如病程较长和病情较重时可加服引阳入阴汤疗效较佳。其方法简便,安全可靠,临床治愈率较高,无毒副作用,适合飞行人员使用。这对于保障飞行安全、提高飞行出勤率具有较大的经济和社会效益。

总之,该方法简便可靠,临床治愈率高,复发率低,无毒副作用,便于推广应用。

(本文承蒙李玉林主任医师指导和审阅修改,在此表示衷心感谢)

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987.

全息胚疗法治疗硬皮病取得奇效

陈 茜 副主任医师

(江西省商业职工医院)

摘要 进行性系统性硬皮症(旧称硬皮病)是一种全身结缔组织病症,是自身免疫疾病。迄今为止,中西医治疗尚无肯定疗效,但本院根据全息生物学理论采用全息胚穴位群针刺治疗为主,药物治疗为辅的综合治疗法,在本组6例病例中均取得了显著的临床效果。

关键词 硬皮病;器官损伤;全息胚针刺;穴位

中国科学家张颖清教授发现的生物全息律和发明的全息胚疗法是国内外医学史上的创举,这是对生物科学的重大贡献,亦是现代医学科学的重大突破。自1990年以来,本人采用张教授的这一新的理论和疗法治疗20种常见病取得了极为满意的疗效。为了尽快地推广普及全息胚理论和疗法,我们组织医务人员和系统内干部职工及离退休人员学习全息胚理论及其诊疗法,播放了科学电影《全息胚人体观》及《全息诊疗法》等录像数次,使大家受益匪浅。我们医院设立了全息门诊部,使许多疾病的治疗效果显著提高。1994年11月上旬,一位同窗好友来院看我,谈及其兄弟因患硬皮病,在南昌、上海、北京等大医院及硬皮病研究所住院一年有余,经过中西医治疗,病情未见好转反而日渐加重,几天前绝望而归,几度轻生被阻。在病人痛苦的呻吟之中,我萌发出试用全息胚疗法,要为病人减轻一丝儿痛苦,延长一分钟生命的愿望。我将此法推荐

给患者。通过针刺第二掌骨侧穴位群的探索治疗,四个月後,患者临床症状得到了控制,取得了意想不到的神奇效果。江西电视台闻悉后,到本院全息门诊部进行现场采访,并在江西电视台晚间 8:00 节目向全省播放(1995 年 3 月 17 日)。1995 年 3 月 28 日南昌晚报和 1995 年 4 月 12 日江西日报对全息胚疗法也分别刊登了报导。近一年,共治疗硬皮病患者 6 例,均有明显的近期临床效果。现将其中 2 例报告如下:

病例 1:刘××,男,40 岁,南昌铁路电务段工人。1993 年 7 月中旬发病,初起时畏寒,发热,咳嗽,似上呼吸道感染症状,半月后双下肢浮肿,大腿外侧皮肤对称性变硬。手指、手背明显肿胀,继之出现雷诺现象。手指、腕、肩、膝、踝等大关节酸痛难忍。1994 年 2 月起全身皮肤奇痒,手背及上臂内外侧、大腿外侧及足背皮肤色素沉着,呈现蛇皮样脱色白斑,似皮革状,手背及双小腿前外侧有几处淡黄色粘液样组织液渗出。手指、腕、膝、踝关节僵直、双腿不能提起和下蹲,双足不能内外转动,行走似机器人。且有张口困难、呼吸急促、胸闷、进食明显减少,疲倦乏力等症状。先后在各大医院治疗一年以上,诊断为系统性硬皮病。经服用强的松、昆明山海棠、中成药、硬皮灵等药物及中草药方剂百余剂,曾用黄瑞香、天麻、维生素 B₁₂等混合药物针剂进行传统穴位注射等联合治疗后,一直未能奏效。于 1994 年 11 月 8 日接受全息治疗,笔者采用第二掌骨侧疗法进行治疗。由于患者系全身性结缔组织病,四肢及多个器官受累及,故在按压第二掌骨侧穴位群时几乎都极敏感。在治疗过程中,必须遵循全息胚理论,根据部位对应原则、同侧对应原则、脏腑所主对应原则,结合临床症状体征,选择穴位,进行针刺。针刺第二掌骨侧治疗二天后,患者右肩关节酸痛消失,感觉下肢较前轻松、皮肤瘙痒减轻。针刺第 10 天,上肢关节疼痛基本消失,皮肤无明显瘙痒感觉,针刺 15 天,下肢肿胀减退,行走较前轻快。20 天后双下肢能提起下蹲,行走较自如,能原地跳跃,能上自行车,到 30 天时,下

肢、手背部組織滲液再無出現。治療期間根據症狀、體征及時改換穴位。第三個月中配合使用復方丹參液(5%GS500ml+復方丹參液 16ml)靜脈點滴,一個療程(10天一療程)。經過4個多月的治療,患者呼吸平穩,尤氣迫感。食欲增加,精神尚佳。自覺症狀明顯好轉,開口明顯改善,上、下齒間隙由1指增加到2指半,病變部位皮膚彈性恢復、色素消退,膚色正常,下肢關節僵直基本消除,活動如常。隨訪觀察半年至今無復發。

病例2:李××,女,39岁,江西新余市冶金技校家属。1995年7月20日入本院治疗。住院号5980。患者1991年冬季发病,起病时全身风疹,以裸露部分尤为明显,遇风及冷水症状加重,持续数月,继之全身皮肤弹性减退。当地医院以关节炎治疗,1994年下半年起,两手指及腕以及肘关节肿胀,逐渐僵直,颈项部、胸前部、腹部、臂部及双大腿内侧皮肤变硬,呈白斑样脱色。新钢医院诊断为系统性硬皮病。经用强的松、硫唑嘌呤、环磷酰胺、秋水仙碱等药物治疗,并多方求医,症状未见好转。1994年6月12日发现小便呈褐色。未用药物2天后小便颜色正常。6月15日起出现肉眼血尿、呈鲜红色,每次尿中带有2~3块似鹌鹑蛋大小血块、小便次数多,每1~2小时一次,持续40余天。经用大量中西药物治疗未能奏效,家人抱着试试看的态度要求全息治疗。入院时,发热,体温38℃左右,呈重度贫血貌,精神不振倦怠乏力,面容刻板,颜面肿胀,张口困难,舌伸出不利,舌质淡,边有齿痕,少苔、雷诺现象明显,面部、颈项、前胸及两肘关节处皮肤色素沉着。有脱色白斑样变,双手浮肿,手背皮肤光亮,手指缩短内陷,双手指、腕、肘关节僵硬肿胀,双上肢屈伸受阻,伸臂卷弯曲状,左上肢呈100度、右上肢呈80度。心率速,腹部、双大腿内外侧皮肤粗糙,压之较硬,两腿下蹲受阻。尿八项检查:潜血4(+),红细胞3(+).血象检查:血色素52g/L、(7月20日),44g/L(7月23日),36g/L(7月26日);红细胞^b: $1.79 \times 10^{12}/L$ (7月20日), $1.5 \times 10^{12}/L$ (7月23日), $1.1 \times$

$10^{12}/L$ (7月26日);白细胞: $24 \times 10^9/L$ (7月23日)。我们采用第二掌骨侧穴位群针刺。选穴方法,根据生物全息律理论结合临床症状、体征而定。治疗原则:先对症止血、抗炎。经过全息针刺及用中西药物安络血、维生素 K_1 、云南白药、田七粉等止血,氨苄、氧哌嗪、青霉素等抗炎,强的松口服及成分输血等,综合治疗10天后,血尿未见停止,病情极其危重,家人十分灰心,准备出院返家。此时患者双手肿胀明显消退,手掌出现皱纹。因而增加了治疗信心。入院第12天,膀胱镜检查为药物性膀胱炎,发现膀胱内膜大面积糜烂、多处血管明显渗血,膀胱粘膜病理切片示腺性膀胱炎(属癌变前期)。根据张教授癌机制的全息胚理论,我们针刺第二掌骨侧膀胱穴同时并运用全息胚分化促进剂,每次1单位。立止血针剂,每次1单位,每天1~2次,共应用10支。连续17天针刺治疗血尿停止。多次小便常规正常。继续第二掌骨侧穴位群针刺3个疗程患者自觉症状明显好转,体温正常、精神较佳、容貌自然、面部表情正常、张口较前大,病变部位皮肤变软、色素沉着减少,病变关节僵硬较前松弛,双上肢伸臂动作较前灵活,弧度增大,左上肢150度,右上肢110度,下蹲程度改善,上、下楼自如,甚至去公园散步。血象检查:血色素102g/L(9月26日),红细胞 $3.5 \times 10^{12}/L$ (9月26日)。目前仍在继续巩固治疗。

体 会

进行性系统性硬皮症(旧名硬皮病)是一全身结缔组织病,亦是一自身免疫病。特点是退行性及炎性改变,纤维母细胞过度产生胶原,导致纤维化,影响皮肤、血管、肌肉及内脏。硬皮病病因及发病机理,迄今不明,目前,中西药物尚无肯定办法阻止其病情发展。

应用全息胚疗法,治疗硬皮病,对于皮肤弹性恢复,关节功能及肌张力的改善确有疗效。我们认为全息胚疗法对硬皮病人僵直的关节和皮革样皮肤的改善,可能因其有活血化瘀、增加血流量、改善微循环障碍等作用。由此能调整机体免疫能力,促进了机体的

康复。通过针刺全息胚穴位,使相应的患病器官或部位得以修复和调整,从而达到治疗目的。我们采用全息胚穴位群针刺为主,药物配合为辅的综合治疗法,治疗效果明显高于常用药物的方法及传统穴位药物注射的方法。

我们应用全息胚疗法治疗硬皮病病人,例数少、时间短,但改善症状明显,短期疗效肯定。症状缓解率达100%,近期疗效还有待观察。目前应用全息胚疗法治疗硬皮病,国内外尚未见报道,作为一种新的探索,我们取得了初步成效。今后有待于进一步探索研究与实践应用。

在两例病人的整个治疗过程中,多次得到了张颖清教授和王兆琴老师的电话指导,深表谢意。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

全息胚疗法用于治疗男性生殖系统疾病

岳 莉 张 莘

(山东济宁市任城中医院)

摘要 本文对 40 例性功能异常及睾丸产生精子减少的男性病人应用全息胚疗法疗效显著,且不易复发。

关键词 全息胚疗法;不孕

张颖清教授发明的全息胚疗法,用于治疗各种疾病均表现为实用、方便、安全,立竿见影并多有奇效。本文作者自应用全息胚疗法六年来,曾多次为广大病患除治了各科疑难病例,现仅就男性因素所致不孕症,应用生物全息胚疗法的情况报告如下。

一、临床资料

自 1990 年 6 月至 1994 年 6 月,我们应用全息胚疗法治疗了确系男方原因造成的 40 例男性不孕患者。其中,性功能异常者 30 例,表现为阳痿、早泄、性欲低下等;精液异常者 10 例,表现为睾丸产生精子减少,精子活动率低,成活率低等。多因先天性睾丸发育不全、腮腺炎引起的睾丸炎等原因造成。

二、方法

1. 针刺法:28 号 1~1.5 寸不锈钢毫针,进针深度依照上、下肢穴区的浅深分别为 1~1.5 厘米,1.5~2.5 厘米,每次 40 分钟,10 分钟捻转一次。

2. 速刺与药物注射结合法:抽取所需药液,接 5 $\frac{1}{2}$ 号注射针

头,针对所选用的病变全息胚相关穴区快速直刺,深度同针刺法,强针感后速注药物。

3. 选穴方法:双手第二掌骨侧生殖穴,双胫骨侧生殖穴。其四穴中每次治疗选用上、下肢交叉的两穴,每日一次,7天一疗程。

4. 穴位注射药物的选用:所选药物有:细胞色素C,叶酸、Vit B₁等。

三、疗效标准与结果

1. 标准

性功能正常(生育年龄男性有每周至少一次性要求,性交时间超过三分钟以上者),精液实验室查多于3ml,活动率大于60%为痊愈。

自觉性功能有提高,化验查精液量近3ml,但精子活动度小于60%,且精子数目少为有效。

治疗前后无变化为无效。

2. 结果

40例病患全部有效。其中痊愈36例(性功能异常者28例,精子活动率低下6例,精子过少症2例),好转4例。

四、典型病例

1. 刘某,男,32岁,食品厂技工,住本市。婚后5年未孕。自结婚后,性欲低,性交时阴茎勃起无力,而且仅能维持1分钟左右。曾在附属医院男性外科检查,见生殖系发育正常,禁房事一周查精液量不足3ml,精子数少于每毫升3000万个,活动率25%。追问病史:家弟有婚后3年不孕史,本人无特殊病史、无接触有害物质史。查见青年男性,发育营养尚可,第二性征一般。综合诊断该病人为:①性功能异常。②睾丸组织功能低下。治疗:针刺与药注同时进行,即所选用交叉的两穴中,一穴针刺,一穴注药。一疗程后患者感精力充沛,性要求强烈,性交时阴茎坚硬有力,且能持续3~4分钟;二疗程后查精液量达3ml,活动率40%,精子数量每毫升达4000

万个,自我感觉一切功能正常。同法治疗 4 疗程,其妻已孕。

2. 李某,38 岁,工人,本市。婚后 3 月,阴茎不坚,早泄伴时常阳痿。曾几处求治无效。查体:大龄青年男性,发育正常,营养好,第二性征明显,外生殖器发育正常。化验:精液量及精子活动度正常范围。诊为性功能异常—阳萎、早泄、性功能失调。给予针刺加针注 VitB₁ 疗法予胫骨外阴生殖穴注入,进针 2 厘米深,其间嘱禁房,一疗程后患者即有明显的性要求和较正常的性功能,二疗程后性功能完全恢复正常,后随访未复发。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

生物全息疗法治疗股骨头 缺血性坏死 151 例研究

刘锡顺 主治医师 刘金红 医师

刘金平 医士

(黑龙江省嫩江县文金川全息诊疗研究所)

摘要 股骨头缺血性坏死是世界骨科疑难症,属尚未攻克
的疾病。目前,西医采取手术疗法,中医往往口服中药与外敷结合,
亦有尝试气功的,都不理想。1987年来,笔者采用张颖清教授的生
物全息疗法辅以我们自拟中药,取得了较为理想的效果。治疗时
间一般3~4个月,医疗费仅为其它疗法的三分之一,100例2~6
年追访,86%以上疗效巩固。所以生物全息疗法为彻底攻克股骨
头坏死带来了新的希望。

关键词 全息疗法;股骨头坏死

股骨头缺血性坏死是世界骨科疑难症之一,属于尚未攻克
的疾病。目前,治疗本病,西医采取手术疗法,中医往往口服中药与外
敷相结合,亦有尝试气功疗法的,应该说,都不十分理想。而且治疗
时间过长,尤其远期疗效欠佳,巩固率极低。这样,寻求一种治疗时
间相对短些,治疗费用尽量低些,坏死修复较为彻底些的方法,一
直是中外同道共同努力的一个方向。

1987年以来,笔者采用张颖清教授的生物全息疗法^[1]辅以中
药治疗股骨头缺血性坏死151例,取得了较为理想的效果。治疗时

间一般 3~4 个月,医疗费只为其它疗法的三分之一,100 例经 2~6 年随访,80%以上疗效巩固。所以,生物全息疗法结合中药治疗股骨头缺血性坏死,为彻底攻克该病带来了新的希望。

一、一般资料

计收治股骨头缺血性坏死患者 151 例,其中,男 89 例,女 62 例。年龄 4~10 岁 8 例,11~18 岁 22 例,19~50 岁 92 例,50 岁以上 29 例。151 例病程最短两个月,一般为 1~2 年,最长者 17~30 年。

二、治则疗法

1. 股骨头缺血性坏死为中医经典著作中的“骨蚀”,凡以“痹症”论治多不收效。经现代临床审症求因,大体有如下致病病因:创伤史、激素类药物致病史、长期饮酒史、肾虚史、贫血史、饮食结构单一史、减压史以及很少一部分风湿类风湿史。

2. 运用传统医学理论,根据临床辨证,综合全部致病原因,可以置繁就简为:肾主骨,骨生髓;西医则认定骨髓造血,两种学说在此接轨。治骨、通络、活血、生血乃为治疗本病大法。据此,笔者自拟了中药方剂“补正缀骨王”,而重点则是施以张氏生物全息疗法。

3. 张氏疗法的运用。均与患侧同侧取穴,一般第二掌骨侧以针为宜;大腿长骨处以按摩为佳。时间早饭后一小时最为理想或于痛时行针施法也可。手、腿选穴必须明确,均以股穴、肾穴为主穴,肝、腰穴配合。在此基础上,短期内服用“补正缀骨王”即可。

三、疗效与病例

笔者所在研究所根据临床情况自拟了临床痊愈、显效、有效、无效的标准。151 例中,符合临床痊愈(临床症状全部消失,X 片股骨头密度均匀,骨小梁清晰或囊状消失,坏死呈现修复)者 122 例;显效(临床症状基本消失,X 片股骨头已趋均匀,局限性塌陷无加重)者 9 例;有效(症状明显改善,停治 1 年,活动时功能受限,X 片所示无明显变化)者 14 例;无效(治疗 1 月症状无缓解,停治,亦未

拍片)者6例。以上患者,除无效的6例外,145例,一般治3~4月,最短者2月,最长者6个月(仅2人)。

典型病例:

王××,男,31岁,本县液化气公司职工。该患于1987年至1988年在哈尔滨等多家医院治疗9个月无效而来本所。X片显示股骨头塌陷,小梁弯曲,整头呈多处裂纹状,属重患。由60多岁老父背进。在双侧第二掌骨侧股穴、肾穴行针40分钟,10分钟捻1次。在大腿股、腰二穴施以按摩200圈。1日见效,17日能自由行走,且骑自行车带人,3月病愈。“补正缀骨王”仅服2月。5年追访无复发。

王××,男,35岁,本县邮电局工人。1992年8月收治,双侧股骨头坏死,推车送至本所门口,双拐进诊室。采用生物全息疗法针灸按摩,辅以中药。至13日扔掉拐杖如同常人行走,基本不痛。3月后病愈上班。93年2月因劝架,被歹徒摔入壕沟狂击后复发,再治亦效。

郭××,女,29岁,河北省大成县人,中学教师。患双侧股骨头坏死,先后治于北京、天津、河北省、辽宁省、吉林市、哈尔滨市均不见效而来本所。一周后,经针灸按摩、口服中药而出现显效,一月后拍X片证实死骨开始修复。来时上不了二楼,至此可以轻松上下四楼,自我感觉无任何受限,3月后痊愈。

闫××,女,年仅22岁,左侧股骨头缺血性坏死,较重,需人或扶或背。1993年4月收治,运用全息疗法,第一日无效,次日再治,顿觉患侧轻松,第三日针、按摩、药并用,一次性原有自觉症状全部消失,原活动受限均恢复如初,不敢令人相信。她立即在众人面前行走、下蹲、外展内旋均如常人。该患只治20日,出于侥幸心理不再治疗,实际应治到3个月方能巩固。

四、体会

1. 全息疗法能治愈股骨头缺血性坏死本身就说明这样一个

问题:仅仅证明全息疗法有效的历史应该翻过去了,今天,应该对于张氏全息疗法有更高、更深层的发现。可以预言,21 世纪攻克世界主要疑难症,生物全息诊疗法有着巨大的潜力。

2. 全息疗法与中药结合治疗股骨头缺血性坏死,是传统中医理论与现代临床的完美结合。所以全息疗法治疗股骨头坏死实际是传统医学整体观的一次升华,也是对中西医结合研究的一个高层次的突破。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

老年性白内障生物全息疗法初探

陈 茜 副主任医师

(江西省商业职工医院,南昌)

摘要 老年性白内障是老年人常见的疾病之一,也是老年人主要致盲原因之一,我们应用生物全息疗法对 12 例老年性白内障提高视力进行探索治疗,取得了良好的近期疗效。

本组病例根据张教授创立的全息生物学及全息诊疗原理运用中医肝主明目、肾主生发的原理,在头穴的基础上加用肝穴和肾穴,使之疗效更显著,本组病例在针刺穴位治疗半月至 2 月后,裸眼视力平均提高 0.4 度,随访至今近 7 个月,疗效稳定。

生物全息疗法是世界医学的一大发展,且实用性强,几乎不引起并发症及医源性疾病,此疗法将对人类医疗保健起到不可估量的作用。

关键词 白内障;裸眼视力;全息胚针刺;穴位

老年白内障是老年人常见的老年病之一,也是老年人主要的致盲原因之一。到目前为止还没有发现任何有效药物可以吸收晶状体浑浊或阻止白内障进展。西医对于成熟期白内障的唯一疗法就是施行白内障摘出术,我们应用生物全息疗法对 12 例白内障提高视力进行探索治疗。取得较好的近期疗效。现将其中 4 例分列如下。

病例 1:陈××,男,66 岁,江西省土产公司退休干部,1994 年 12 月 1 日接受治疗。白内障病史 2 年。1 天前骑自行车外出途中

突感右眼有一篮球大小之黑团挡住视野。自用白内停眼药水点眼无效,第二天来医院眼科就诊(患者一周前曾患坐骨神经痛经全息胚针刺治疗4次痊愈)。笔者向患者提出为其试用全息胚针刺治疗,经同意后当即为其双侧第二掌骨侧头穴、肝穴针刺、在留针10分钟时,患者连声说神了、神了,黑团没有了。在场者无不称奇。第一次针刺后,患者两眼稍有不平衡感,继续治疗10次,视觉正常,巩固治疗20次,裸眼视力为左1.2、右1.2。患者喜悦地告诉旁人:全息疗法真神,我眼也亮了,皮肤变白净了,人年轻了。随访7个月,疗效稳定。

病例2:肖××,男,65岁,江西省供销社办公室退休干部,1995年2月6日,接受治疗,患白内障10余年同时合并有高血压,心律失常。(半月前经用全息胚疗法针刺治疗25天,患者血压稳定,房性早搏消失,心电图示心律正常)。近一年眼睛发干,双眼雾状模糊,裸眼视力为左0.08,右0.5。我们采用第二掌骨侧头穴、肝穴、肾穴针刺治疗。每天1次,得气后留针1小时。23次后患者感觉眼睛亮多了,双眼雾状感明显减少。左0.4右0.6,继续治疗12次后至今已7月有余,疗效稳定。

病例3:王××,男,68岁,江西省供销社离休干部。于1995年2月20日接受治疗,患者白内障18年,10多年来从未摘过眼镜看报纸,连视力表上最大的一个“M”都看不清,裸眼视力左0.05,右眼光感,我们采用第二掌骨侧头穴、肝穴、肾穴针刺,但穴位点反应不敏感。即加用桡骨节肢头穴、肝穴、肾穴并使用电针加强刺激。每天一次,每次1小时。治疗21次后,于3月17日下午患者高兴地摘下眼镜,拿起一份报纸流利地朗读起来。在场的人都说全息胚疗法真了不起。随访7个月疗程稳定。

病例4:李××,男,59岁,江西省副食公司退休干部,1995年6月22日经人介绍来全息门诊治疗。主诉:自5岁患脑膜炎时起发现白内障至今50多年。一直视物模糊,双眼常有浮动性黑影。6

年前患脑血栓形成,偏瘫、伴有高血压。经多方求医,左上肢恢复正常,但左下肢感到酸软无力,走路时,因左侧肢体无力容易摔倒,经常头昏,血压常波动在150~180/95~120mmHg之间。裸眼视力为左光感,右0.02。遵循张氏穴位律所揭示的穴位分布规律原则,我们采取第二掌骨侧与桡骨节肢和胫骨节肢的头穴、肝穴、肾穴与脾穴、肺穴、上、下肢交替针刺治疗,每天一次,得气后留针90分钟,4天后双眼浮动样黑影减少。继续间歇治疗2个月,右眼活动性黑影明显减少,视物较前清晰,裸眼视力,左眼有指感,右眼0.03,病人自觉症状好转,精神极佳,腿有劲,行走自如,血压稳定,颜面皮肤由褐色转白净,头顶两鬓部及枕部约1/2白发转为黑发。病友们都说该患者象换了一个人似的。

体 会

张颖清教授发明的生物全息疗法是世界医学的一大发展,为疾病的治疗开辟了一条捷径。使许多疾病的治疗效果显著提高。此法无疑也为老年白内障患者带来福音。生物全息疗法实用性强、简便、造价低,治疗各种疾病无副作用,几乎不引起并发症及医源性疾病,此疗法将对人类医疗保健起到不可估量的巨大作用。

本组病例根据张教授创立的全息生物学及全息诊疗法原理,运用中医的肝主明目,肾主生发的机理,在头穴的基础上加用肝穴和肾穴,故使之疗效更为显著、效果更佳。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

全息针刺治疗动脉硬化性脑梗塞 50 例

彭 丽 医师

(益阳齿轮厂职工医院)

李淑莲 主治医师

(益阳市人民医院)

摘要 本文报道 50 例动脉硬化性脑梗塞病人,全部采用低分子右旋糖酐,尿激酶,必要时加用 20%的甘露醇。治疗组 25 例加用全息针刺疗法治疗,其余 25 例为对照组。其结果治疗组有效率 24 例(占 96%);对照组有效率 17 例(占 68%)。

关键词 动脉硬化性脑栓塞;全息针刺

我们于 1993 年 1 月—1994 年 5 月对 50 例动脉硬化性脑栓塞患者,随机分为治疗组(常规综合治疗加全息针刺)及对照组(常规综合治疗)各 25 例,现将治疗情况总结报道如下。

治疗组:男 18 例,女 7 例,60 岁以下 11 例,60~80 岁 14 例,发病前患高血压病 12 例,冠心病 10 例,脑动脉硬化病 3 例,全部病例均有偏瘫,部分有失语等症状。肌力 0 级 14 例,Ⅰ级 5 例,Ⅱ级 5 例。由脑脊液检查确诊 16 例,CT 检查确诊 9 例。

对照组:男 16 例,女 19 例,其它情况均与治疗组相同。

治疗方法:50 例病人入院后全部使用低分子右旋糖酐 500ml 静脉滴注,每日 1 次,10 日为 1 疗程,根据颅内压增高的情况运用 20%甘露醇 125~250ml 静脉滴注,间隔 6~8 小时 1 次,以减轻脑

水腫。尿激酶加入5%葡萄糖500ml靜脈滴注,每日1次,7日為1療程。治療組加用全息針刺療法。按照同側對應、臟腑對應原則,取第二掌骨側頭穴、肝穴、心肺穴、患側橈骨側上肢穴,患側股骨側下肢穴,交替使用。7日為1療程,針法沿骨膜垂直進針1~1.5寸深,得氣後留針40~60分鐘。

療效標準。顯效:肌力恢復正常,失語等臨床症狀消失,生活自理。有效:肌力在原基礎上提高2級以上,或可扶杖行走。無效:以上各項症狀無好轉,或存在本病偏癱後遺症。

療效結果見表1。

表1 治療組與對照組療效觀察

	例 數	顯 效	有 效	無 效	總有效率
治療組	25	16	8	1	96%
對照組	25	10	7	8	68%

典型病例

1. 沈天喜,男,56歲,住院號55128,湖南省益陽縣廢品回收公司工人。因頭痛嘔吐,左側肢體活動障礙,於1993年11月25日入院。查口角向右歪斜,左上肢肌力0級,左下肢肌力Ⅲ級,肌張力增加,左邊巴氏征(+),腦脊液檢查及CT檢查,診斷為動脈硬化性腦梗塞,11月27日進行全息針刺加常規治療,14次後開始學走路,24次後獨立行走,左上肢能摸到頭部,能用湯匙吃飯。

2. 嚴宇高,男,52歲,住院號55017,益陽縣水營站工人。因頭昏1月,右側肢體活動障礙1天,於1993年11月13日入院。診斷為腦血栓形成。查:說話吐詞不清,口角向左歪斜,右上肢肌力0級,右下肢肌力Ⅲ級,不能咽任何食物。上午扎針,下午便能進食。扎針第2天吐詞清晰,扎針第7天可扶杖行走,扎針第21天可獨立行走,右上肢能完成精細動作,生活自理。

王金蓮,女,67歲,住院號55001,益陽航運公司職工,1993年

1月4日,突然摔倒,右侧肢体活动障碍,于1月5日入院。查:左鼻唇沟变浅,口角向右歪斜,右侧肢体,肌张力增高,右上、下肢肌力0级,诊断为脑血栓形成。针刺10次后,右上肢肌力达Ⅲ级,能完成精细动作,针刺20次后,右下肢能扶杖行走。

讨 论

动脉粥样硬化血栓形成性脑梗塞(简称动脉硬化性脑梗塞),是脑部动脉粥样硬化和血栓形成,使管腔变窄闭塞,导致急性脑供血不足所致局部组织坏死。本文对50例动脉硬化性脑梗塞患者的治疗,随机分为二组(对照组及治疗组),其对照组25例只使用常规药物综合治疗,疗效结果有8例无效或遗留永久性偏瘫,总有效率为68%;而治疗组25例,无效及遗留永久性偏瘫的只有1例,总有效率为96%,两组结果对比分析,对照组疗效明显低于治疗组,充分说明过去的单纯采用药物常规综合治疗的效果较差,后遗症多,而在常规药物综合治疗的基础上配合全息针刺治疗动脉硬化性脑梗塞能缩短病程,提高疗效,减少后遗症的发生。在实践中,我们还体会到,动脉硬化性脑梗塞所致的面神经瘫痪,肢体瘫痪,运用全息胚针刺治疗,对上述症状,特别是患侧肢体功能恢复起着重要作用。

张颖清教授的全息生物学理论对临床确有现实指导意义。通过50例动脉硬化性脑梗塞治疗观察,证明了全息针刺配合药物的综合治疗疗效满意,无副作用,无痛苦,病人乐意接受,而且简单易学,便于推广,也值得我们进一步探讨和研究。

全息胚针刺治疗偏瘫 300 例体会

张健生 主治医师

(济南天桥医院全息胚专科门诊部)

挪威全息生物学国际会议以来,笔者进一步应用张颖清发明的全息胚针刺^[1,2]加药物法(自拟全息胚分化促进剂胶囊),治疗因各种原因所致的脑血管障碍的偏瘫 300 例收到了满意的疗效,赢得了病员对该疗法的高度赞扬,也使本人在运用全息胚疗法治疗各类脑血管病方面积累了经验,现将体会报告如下。

一、临床资料

本报告 300 例中,男性 212 例,女 88 例,年龄自 23 个月至 81 岁不等,病程最长者 17 年,最短者半天,全部病例均为门诊病人,除 12 例早期急性患者外,均经上级医院 CT 确诊,其中脑溢血 56 例,脑萎缩 15 例。脑梗塞 88 例,脑血栓 126 例,脑外伤所致 1 例,脑动脉硬化 2 例。

二、治疗方法

全部病人均取张氏第二掌骨侧穴位 1~3 个。采用 28 号 1 寸毫针施刺。进针深度 8 分至 1 寸,留针 30 分钟以上。其间行针不少于 5 次。70% 以上病例于第二疗程后加服“全息胚药物胶囊”(由中药全蝎、蜈蚣、三七、丹参等组成),每日 3 次每次 5 粒,(每粒含生药 0.3 克)。根据病情以 10 至 20 天为一疗程。

三、疗效标准

痊愈:症状、体征全部消失,恢复工作或生活自理。

好转:主要症状消失或明显好转,生活基本自理。

无效:经治 2 个疗程,症状体征无改善。

治疗结果:痊愈 92 例,好转 201 例,无效 7 例,总有效率 97.6%。

四、典型病例

病例一:许××,男,58岁,济南第五职业高中干部。1994年初诊,家属代诉,患者素有高血压史10余年,于昨日下午洗菜后起身时突感左侧肢体失去活动能力,语言不清,因其子慕名我们诊所已久,当时未送医院,于今日来诊。查血压17/10kPa,鼻唇沟左偏,伸舌向左,语言蹇涩,左腿直腿抬高试验0度,左手上举不及胸。治疗取双手第二掌骨侧腿穴各刺一针,左手加刺上肢穴一针,留针50分钟,每间隔10分钟行针一次,起针后左腿抬高可达70度,左手可用力指鼻,每日针一次,五天后可在亲属搀扶下行走,一个疗程后(20天)自己来诊,行走如常,左手可握拳,上举过头,继续巩固治疗如前法并加服全息胶囊。三个疗程后痊愈可骑自行车上班,左手可上举10kg哑铃15次。

病例二:于××,60岁,女,新汶矿务局退休人员。于1994年9月8日在集贸市场买菜时突然口眼歪斜,左侧肢体失去活动能力,因正处于我门诊部附近,被行人搀入,诊见患者左眼睑下垂,口角向右偏、流涎。左腿不能独立持重,左上肢上举仅可及耳垂,立即用全息胚针刺法,取双手第二掌骨侧腿穴,左手加刺头穴,行针四次,于35分钟时上述症状消失即行出针,不料出针后不到30秒,病人又急诉口角抽动,有刚才发病时的感觉,我判定为刺激量不足,遂按前法再针,强刺激,留针30分钟,起针后病人一切恢复如常,为巩固疗效,嘱其继续治疗,共针7次结束。按照我们建议,患者于第8天经某大军区医院CT检查诊断为基底节区梗塞,但此时病人已完全恢复正常,无任何不适。

病例三:周××,女,60岁,济南第一印染厂退休工人。1989年

曾患脑血栓基本治愈。于1991年7月28日因左腿沉重左手麻木无力,到我院内科就诊,诊为脑血栓复发,给予输液治疗(维脑路通等),3天后症状加重于第5天左侧偏瘫,不能下床,左手不能抬起,语言欠流利。邀我诊治,取左手第二掌骨侧头穴、腿穴,右手腿穴针刺,并加服全息胶囊,5天后可下床行走,20天后恢复正常,可从事各项家务。

病例四:李××,男,36岁,山东省莱西市农民,患者于四年前因头痛,视物不清,逐渐至右上肢不能上举右腿瘫痪不能行走。89年曾经某医学院附属医院CT诊为松果体瘤,先后到青岛某医院数次治疗,花费医疗费用近2万元,因经济负担过重,又无明显疗效已丧失生活信心。经其在济南的同乡介绍并催促,抱着试试看的想法于1992年5月20日来济南,诊见患者语言不清,右上肢不能抬举,手不能握物,右腿直腿抬高仅30度,脚尖不能离地,需家属用力搀扶。治疗取双手第二掌骨侧头穴,右手加腿穴,配合针中医经络穴位百会穴一针。每日一次,并服全息胶囊每日3次每次5粒。一疗程后语言清晰,手上举至胸,可自己扶墙行走,如法治疗4个疗程,生活可自理,能自行上下公共汽车,右手上举过头,现已返乡参加农业生产,返乡前非常激动地托我向全息胚疗法创始人张颖清教授转达敬意,非常朴实地说:“俺代表那些瘫了想重新站起来的人谢谢张教授”。在场的患者及家属都为之感动。

讨论

1. 笔者在临床上遇到的脑血管病患者中,经病史询问,绝大多数病人在发病早期(即到医院就诊之前或就诊初期)都没有出现偏瘫症状,多以肢体沉重等不适感为主,而在接受常规治疗(多为输液治疗)后数小时至数日内反而出现了运动功能障碍的偏瘫症状,说明对这类疾病的早期救治,以减少致残率方面尚需进一步探讨。笔者认为仅仅将上述情况解释为疾病的必然进展似乎不妥。我们门诊因是基层单位,急重症较少。多数病员是几经周折,从各地

大医院慕名而来的后遗症患者。但从近几年来遇到的仅 12 例患者(如病例一、二及例三)发病早期经全息胚针刺后全部出现即刻效应,经治 7 天至 3 个疗程全部治愈,恢复工作或生活自理,无明显后遗症,这一疗效看来,说明在脑血管病发病初期,及时应用全息胚疗法,具有很大的优越性。

2. 全息胚针刺疗法治疗初期脑血管病,可痊愈而不留后遗症,这种捷效病例,过去往往被误认为是诊断定性不确,被误解为“癱病性瘫痪或一过性脑缺血发作”与针刺的巧合。笔者在文例二中的患者完全恢复后所做的 CT 检查证实依然仍是“基底节区梗塞”,说明病人是否出现偏瘫,关键在于脑血管意外后对脑神经细胞的压迫程度和时间。

3. 集数年来在张教授亲切指导下学习、应用全息胚疗法的实践,我体会到该法理深、法简、效捷,理应发扬光大以更好地造福于人类健康事业。

参 考 文 献

[1]张颖清,新生物观,青岛出版社,1991。

[2]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1981。

运用“穴位全息律”治疗脑血管病后遗症 1488 例临床报告

于宗祥 副主任医师

李跃龙 主治医师

(黑龙江省牡丹江市同仁血栓病医院)

我们从1988年到1995年,根据张颖清“穴位全息律”的理论,选用针刺双侧肢体,并区别取穴的方法,治疗脑血管病后遗症1488例,效果满意,报告如下。

一、临床资料

本组患者均经脑CT检查,临床诊断为脑梗塞或脑出血。其中男870例,女618例,年龄25~78岁,平均58岁;出血性脑血管病后遗症235例,缺血性脑血管病后遗症941例,脑血管病先兆312例。

二、治疗方法及取穴

1. 针刺方法:选用0.38mm×40mm不锈钢毫针,常规消毒。病人仰卧,术者选准穴位进针即可。

2. 取穴:①瘫肢上肢取穴:肱骨节肢“上肢穴”,桡尺骨节肢“上肢穴”,第二掌骨侧“上肢穴”。②瘫侧下肢取穴:股骨节肢“腿穴”,胫腓骨节肢“腿穴”,足底“腿穴”。③健侧取穴:肱骨节肢“头穴”,桡尺骨节肢“头穴”,第二掌骨侧“头穴”。

3. 疗程:每日针一次,每次60分钟,每10分钟行针一次,10天为一个疗程。

三、疗效观察

按 1980 年全国第二次脑血管病学术会议临床疗效评定标准执行。治愈或基本治愈 744 例,占 50%,显效 546 例,占 36.7%;好转 119 例,占 8%;无效 79 例,占 5.3%。总有效率为 94.7%。

四、体会

我们在 7 年多的大量临床中体会到,“穴位全息律”运用于脑血管病后遗症,对加速肢体、言语各方面体征的康复是很理想的,采用的越早,至残率就越低。我们在选穴时,既照顾到病位——脑,又照顾到患者最痛苦的症状——肢体、言语。所以,取“头穴”、“上肢穴”、下肢穴为主。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

运用全息生物学理论 治疗脑梗塞 31 例报告

张若芬 副教授、副主任医师

(山东中医学院第四附院全息科)

脑梗塞近年来发病率居高不降,是中老年致死致残的主要原因之一。发病急,不少患者有昏迷,病势凶险。近10多年来,笔者根据张颖清教授所提出的“全息胚学说”和“全息胚分化促进剂药物系列”两种理论,选用由山东大学全息生物研究所生产的生物全息治疗仪为主治疗脑梗塞住院病人31人(即观察组)。并随机选择对照组30例进行临床观察,现报告如下。

临床资料

所治观察组31例中,男19例,女12例,最小年龄26岁,最大75岁,平均年龄53岁。发病最短2个小时,最长6.5年,平均37.6天。所治对照组30例中,男18例,女12例,最小年龄33岁,最大年龄73岁,平均年龄54岁,发病最短30分钟,最长7年,平均发病时间36.4天。

辅助检查

生物全息电图诊断,观察组异常者97.82%;对照组占96.43%;CT检查两组异常者均占100%;多功能彩超扫描观察组异常99.2%,对照组98.72%血液流变学检查,观察组异常者占91.63%,对照组89.58%。

治疗方法

1. 治疗的药物:

①观察组:全息通脉丸(自拟方)6克,3次/日。

②对照组:消栓通络丸5片,3次/日。

③两组均配合静脉输液:盐酸川芎嗪 200~500 毫克,或丹参注射液 20~40 毫升加入 706 代血浆 500 毫升静脉点滴,日一次。间隔 3 天,再进行第二个疗程。若并发颅内压增高、感染等,可按常规给脱水、抗菌素等对症处理。

2. 生物全息治疗仪和传统针灸疗法:

(1)观察组:运用生物全息治疗仪,按照部位对应,取双手第二掌侧全息穴:头穴,上下肢穴。治疗前可遵照全息治疗法要求,找到对应敏感点进行治疗。同时要按祖国医学脏腑所主对应原则选穴。如对痰湿阻络型,加全息脾胃穴;肝肾阴虚,肝阳上亢型配合全息肝肾穴,根据病情,一次治疗 30~60 分钟,日一次。

(2)对照组:按传统的体针疗法;再按中医辨证分型治疗。①痰湿阻络型:取穴百会、风池、足三里、中脘、歧沟、三阴交、阴陵泉。②肝肾阴虚、肝阳上亢型:取穴百合、天冲、正营、曲池、太冲、肾俞、肝俞。③气虚血瘀型:取穴百会、通天、天柱、足三里、血海、曲池、足三里。

选穴

上肢瘫:肩髃、肩髃、曲池、手三里。下肢瘫:环跳、伏兔、阳陵泉、足三里。口眼歪斜:颊车透地仓穴。失语:哑门。以上均留针 60 分钟。

疗效标准及结果

1. 疗效标准:

(1)痊愈:经治疗一个疗程后,临床症状与体征消失,生物全息电图诊断、CT 扫描、多功能彩超和实验室复查均在正常范围。(2)显效为临床症状体征消失,辅助检查四项中有两项以上复查正常。

(3)好转:临床症状体征明显好转,但辅助检查中有两项以上经复查不正常者。(4)无效:临床症状体征虽有一定改善,但四项辅助检查,复查后有三项以上异常者。

2. 治疗结果:

观察组 31 例中,痊愈 23 例,占 74.4%,显效 5 例,占 6.13%,好转 2 例,占 6.45%,总有效率 97%。对照组 30 例中,痊愈 19 例,占 63.33%,显效 4 例,占 13.33%,好转 5 例,占 16.66%,总有效率 90%。

讨论

脑梗塞是临床中较危重疑难病种,以前我们多采取单纯西医或中西医结合治疗,并取得一定疗效。但近年来,我们根据张颖清教授创立的全息生物学理论,采用自拟方药含全息胚分化促进剂的全息通脉丸和山东大学研制的生物全息治疗仪为主的新方法治疗,见效快,疗效客观,是无损伤治疗,病人满意。

应用第二掌骨侧针刺法配合蒙医药治疗 中风偏瘫的临床体会

乌图雅 赵双德

(内蒙古自治区阿拉善盟蒙医药研究所)

蒙医医学称之为“中风偏瘫”“半身不遂”等与祖国医学的“中风”相似,其临床表现是突然口眼歪斜,手足麻木,语言不利,口角流涎,半身不遂,头晕、头痛,甚至突然昏仆,不省人事、目合口开、鼻鼾息微,汗多不止,二便自遗,肢体软瘫,功能废止,常使患者丧失独立生活和工作能力,给患者带来极大的痛苦。此病比较难治,治愈率低,功能恢复更加困难,治疗经验证明,单纯用药物治疗,治疗疗程长,效果欠佳,易留后遗症,但应用全息生物学——第二掌骨侧针刺法配合蒙医药治疗中风偏瘫疾病,可缩短疗程,治疗效果好、不易留后遗症,本文重点讨论二例典型病案。

病例一:张××,男,60岁,工人,汉族,1992年12月30日入院。自述三个月前突然发病,即送当地医院用西医治疗一个月,病情未见好转,出院后来我院就诊。患者素嗜烟酒,自诉头痛、头晕、左侧半身及手脚麻木。查体:左半身及上下肢不遂,脚不能站立,语言蹇涩,面赤气粗,神清,体温 36.8°C ,血压 $25/16\text{KPa}$,脉象低弱,做脑部CT示:右侧脑梗塞。

治疗:全息诊疗法——第二掌骨侧针刺法配合蒙药治疗。

主要蒙药为:萨布拉诺日布、扎冲朱苏木、达格玛、哈日苏达拉乃日塔等药。

应用第二掌骨侧疗法针刺治疗,每日两次,每次进针留30分钟左右。

经4个月的第二掌骨侧针刺法配合蒙医药治疗,病人已能握拳,手指头能轻松的夹烟头,肘臂伸缩如常,腿已能跨大步行路,也能跑步和参加轻活。查:左侧上下肢活动自如,言利,体温 36.5°C 、血压 $19/12\text{kPa}$,脉正常,复查脑CT示:右侧脑部梗塞已吸收,于1993年4月27日出院,出院后随访至今未复发。

病例二:道尔吉,男,60岁,牧民,蒙古族。患者自述5天前半夜突然头痛、头晕、恶心、呕吐,右侧肩关节及大腿疼痛难忍而晕倒,醒后左手拿不了东西,腿软不能站立,语言不清。于1993年2月13日以“左半身不遂”收住院。查体: $T36.8^{\circ}\text{C}$,BP $19/12\text{kPa}$,P82次/分,头颅五官外观正常,心肺隔未见异常,肝脾未触及。左手上举受限,不能握拳,左腿失去活动能力并麻木,语言不清。

治疗:全息诊疗法——第二掌骨侧针刺法配合蒙医药治疗。

蒙药主要有:萨布拉诺日布、扎冲朱苏木、达格玛、哈日苏达拉乃日塔、永瓦西汤等十余种蒙成药。

主要应用第二掌骨侧针刺疗法,每日两次,每次进针留30分钟,内服以上蒙药。

经过近两个月的第二掌骨侧针刺法配合内服蒙药萨布拉诺日布等十余种药的治疗,患者已能握拳,手臂伸缩及上下抬举活动自如,行走如常,出院时T、P、BP均正常,于1993年4月10日出院。出院后随访至今病情未复发也未加重。

讨论:1973年张颖清教授发现第二掌骨侧以及其他长骨节肢各存在着一个新的对应着全身部位的有序穴位群,并称为穴位全息律。他在全息律的基础上,提出了生物全息律。第二掌骨节肢系统的穴位群可以被用来诊治全身的疾病。这些与整体各部位在生理学和病理学上相关的位点分布的结果,使第二掌骨节肢象整体的缩形式胚胎,包含全部整体各部位的病理生理信息。如果整体上

的一个部位或器官有病,则在第二掌骨侧有明显的反应或其他异常病理生理反应。在第二掌骨侧有压痛反应或其他异常病理生理反应的此穴针刺或按摩,可以对应地治疗整体上的对应部位或器官的疾病。张颖清教授把他的发明称为生物全息诊疗法。

如果把生物全息诊疗法与蒙医药结合起来溶于一体来诊治中风病,可以加强疗效,减轻后遗症,降低复发率。蒙药萨布拉诺日布、扎冲朱苏木等药的配方里有麝香、珍珠、犀角、藏红花等多种贵重药品,而这些药物对脑血栓、脑出血的吸收作用比其它药好,并且蒙药的配方、材料来源和服用等各方面都比较方便,副作用少,因此在临床上与第二掌骨侧针刺法结合蒙医药治疗中风偏瘫有很大的推广实用价值。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

全息针刺治愈颅脑外伤后遗症

张希华 主治医师

宋炳红 护师

(山东省临沂市市直机关医院)

摘要 本文介绍运用张颖清教授发明的生物全息针刺疗法配合口服中草药全息胚分化促进剂,成功地治愈1例严重颅脑外伤所致后遗症瘫痪,疗效神奇。

关键词 全息针刺;颅脑外伤后遗症;疗效

运用山东大学全息生物学研究所所长张颖清教授发明的“生物全息诊疗法”(全息胚诊疗法)^[1],配以口服中草药全息胚分化促进剂,我们成功地治愈1例颅脑外伤后遗症瘫痪,疗效神奇,为我院全息诊疗各种疑难疾病开辟了新途径。

一、治疗与效果

患者,徐××,男,44岁,农民。山东省郯城县泉源乡北家埠村。1994年1月6日外出时,不慎从火车上摔下受伤,伤势严重,昏迷3天。在广州某铁路医院治疗两个星期,脱险后被运回原籍,瘫痪卧床如废人。经地级几家大医院检查,CT颈椎、腰椎、胸椎拍片均已无异常发现,确诊为颅脑外伤后遗症,保守治疗1个月,症无改变。患者又于1994年3月21日来我院求治,初诊时患者由二人架扶送上三楼。经查,右侧上肢0度瘫痪,下肢1度瘫痪,语言欠清,反应迟钝,神志尚可。以自制简易探穴笔,遵循穴位全息律所揭

示的穴位分布规律及其部位对应原则、同侧对应原则、脏腑所主原则,测其双第二掌骨侧、桡骨侧、胫骨内侧双头穴、双上肢穴、双肝穴、双肾穴、双下肢穴,均有明显的敏感点。取用26~28号1至2寸毫针给以针刺。每次任选2~4个穴位,交替应用。刺准穴后,待患者有明显的针感时,接通脉冲电源,程度以患者适应为度。留针45分钟,每日1次,10天为一疗程。同时配以口服中草药全息胚分化促进剂:黄芪20克,川芎10克,当归10克,蜈蚣1条(焙干研末分2次冲服),甘草10克,加水500毫升,煎至200毫升,二合一,分二次温服,每日服1剂,早晚各服1次。当治疗三次时,患者上肢抬离床位约 25° 角,6次时上肢能抬至脐腹部约 65° 角,下肢明显有力。治疗10次时,上肢能摸到锁骨中线约 135° 角,可用筷子就餐。下肢不需任何辅助物即能上下医院三楼。连续治疗2个疗程共20天。嘱其中间休息三天。患者在回家时中途下车后,自行8公里路回到家,并能下地拔草。语言、神志、反应复如常人。为巩固疗效,加治1个疗程。3个月后随访,患侧上肢能提10公斤水,并能下地割麦子,赶小驴车,扬麦场。全家人高兴地说:“做梦也没想到会好的这样快,此方法真神奇。”为此患者及其家属为我们医院赠送了匾牌和感谢信。

二、体会

1. 颅脑外伤后遗症是临床常见病、疑难病。长期以来用传统的针刺作为治疗本病症的主要手段,发挥了重要作用。但是传统的取穴法,疗程长,用针多,事倍功半,多数患者对遍体群针产生恐惧心理。我们首次应用生物全息诊疗法,配以口服中草药全息胚分化促进剂治疗颅脑外伤后遗症,取得了奇迹般的疗效。证明此诊疗法对疑难病症也有奇效,且方便易行,花钱少,疗效高,有推广应用价值。

2. “全息生物学”指出:“全息胚分化促进剂能够促进机体的免疫机能,所以全息胚分化促进剂在治疗和预防疾病方面具有广泛

性……”;“低等动物多有变态、分化发育迅速、再生和无性生殖力强。这标志着低等动物含有较多的全息胚分化促进剂。许多植物具有气生根、变态根、叶多开裂,多缺刻或多复叶,有块根或块茎,无性生殖力强,分蘖力强。这些标志着多种植物含有较多全息胚分化促进剂。”^[2]根据上述理论,笔者选用了上述含有较多全息胚分化促进剂的动、植物源性药物配成中药方剂给患者煎熬口服,加以生物全息针刺疗法,获得了良好的治疗效果。

参 考 文 献

[1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987年。

[2]张颖清,全息胚学说医学应用,第二届国际全息生物学学术讨论会文集,中文版,高等教育出版社,1992年。

第二掌骨侧全息胚穴位药液注射治疗 急性扁桃体炎 100 例疗效观察

邵洪彬

(山东聊城地区中医院主治医师)

崔东升

(山东阳谷县李台乡临河卫生院)

急性扁桃休炎是常见的咽喉疾病。以咽喉两侧赤肿疼痛,吞咽不利为主要征候特征,对人民健康危害较大。按祖国医学传统疗法治疗,由于疗程长,痛苦大,有很多患儿难以接受。自 1987 年以来,我们运用张颖清教授的全息胚理论^[1],在第二掌骨侧全息胚穴位上,注射数种药物混合液,治疗多种疾病,疗效比单纯针刺有所提高,下面把药物注射治疗急性扁桃体炎 100 余例的显著疗效报告如下。

一、诊断选穴均按常规全息胚疗法规则进行

器械:1 毫升注射器 1 支,5 号针头 1 个,消毒棉球,碘酒,酒精。

药物:青霉素 80 万单位,用水 5 毫升(做皮试)

方法:按全息胚理论诊断选穴后,用碘酒、酒精常规消毒。抽 1:100 单位青毒素 0.2 毫升,患者坐卧均可。每次选一侧穴,日 2 次,两穴交替。2~5 分钟见效,咽痛见轻。

二、一般资料与临床疗效结果

本组观察 100 例,有效率为 100%,本组 100 例,男 64 例;女 36 例,年龄最小 7 个月,最大 50 岁。病程最长 5 天,最短 2 天。一天治愈者 25 例,二天治愈者 50 例,3~5 天治愈者 20 例,其中有 5 例,因对药物过敏而改用其他药物。

三、典型病例

1. 刘××,女,10 岁,本乡大寺村人。院外诊断急性扁桃体炎,给予口服复方新诺明、土霉素 3 天,仍有咽痛,发热 38.6℃,化验:白细胞 14500/立方毫米,停止服药,改用全息胚穴位注射。注入第二掌骨侧扁桃体穴,3 分钟后,自述咽部疼痛减轻,8 小时后体温恢复正常,共治疗 3 次痊愈。

2. 曾××,男,48 岁,本乡明堤村人。咽痛,头痛 2 天,体温 39℃,曾服解热止痛片、复方新诺明,肌肉注射洁霉素等治疗无效而就诊。查扁桃体 I°红肿,无分泌物,诊断为急性扁桃体炎,按上法取穴注射治疗,1 天后咽部疼痛消失、体温下降至正常,扁桃体已无红肿。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

生物全息疗法治疗急性扁桃体炎 36 例疗效观察

宋爱军 主治中医师

杜荣秀 主治医师

辛雪萍 主管护师

(青岛生建医院)

盖玉琳 主治中医师

(青岛市中医院)

摘要 根据张氏所创全息生物学理论,对 36 例急性扁桃体炎进行治疗观察。治疗过程中,治愈 24 例占 66.7%;好转 8 例占 22.2%;无效 4 例其中针刺 1 次治愈 6 例,占 16.7%,2 次治愈 12 例,占 33.3%,其余均为 3~7 次治愈或好转,4 例无效为针刺 1 次未见效而中断治疗。

关键词 生物全息疗法;扁桃体炎

1988 年至 1991 年笔者根据张颖清所创“全息生物学”^[1]理论,在我院门诊对 36 例急性扁桃体炎进行治疗观察,疗效较显著。特报道如下。

一、临床资料

36 例患者均在门诊观察治疗。其中,男,24 例,女,12 例;年龄 7~45 岁,平均 26.6;岁病程 1~5 天,平均 1.87 天。病情多为单纯红肿肿痛,无化脓,腭扁桃体 I~II°肿大,主要症状为咽红、咽痛、全身不适,少数伴有发热、头痛,周围血象白细胞总数偏高或正常,

或中性偏高。

二、治法与结果

根据张氏全息生物学理论,按照第二掌骨侧全息胚图谱,取头穴(双侧),用28号1寸不锈钢毫针,针刺0.6~0.8寸,运用传统针灸法的重泻手法,使患者有较强的电麻感,每隔5分钟行针1次,留针45分钟,每天针治1次。

治疗结果,治愈24例,占66.7%;好转8例,占22.2%;无效4例。其中针刺1次治愈6例,占16.7%,2次治愈12例,占33.3%,其余均为3~7次治愈或好转;4例无效者为针刺1次未见效而中断治疗。

三、典型病例

1. 吴××,女,20岁,门诊病历号00251

“感冒”4天,咽痛头痛、流涕、口服“土霉素”、“病毒灵”等药治疗无效,咽痛加重。查:T37.6℃,双侧咽峡及咽后壁充血,腭扁桃体Ⅱ°肿大,未见脓点,周围血象白细胞总数 $9.7 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.80,诊为“急性扁桃体炎”。遂针其第二掌骨侧头穴,1次后咽痛头痛止,仍有轻咳。第二天续针1次,诸症悉除,扁桃体已不肿大,咽后壁已不充血,化验血象已正常。

2. 薛×,男,28岁,门诊病历号00334

咽痛2天,伴发热。查T:38.8℃,咽峡及咽后壁充血,腭扁桃体Ⅱ°肿大,查周围血白细胞总数 $12 \times 10^9/L$,中性0.78,诊为“急性扁桃体炎”。取双侧第二掌骨侧头穴依法针治,针1次后,热退痛止,扁桃体Ⅰ°肿大,但感全身不适,续针2次后,诸症悉除,血象复常,扁桃体也复常而愈。

四、讨论

“生物全息诊疗法”实际是生物全息律在医学中的应用。穴位全息律指出了人体上无穷的部位和位点构成了靶集“T”。那么,人体上的某一部位又与全身各全息胚图谱中同名部位或位点又组成

了同类集“Ts”。当身体某一部位发生疾病时,也就是这一部位的细胞和组织发生了异常的生理病理变化,这些异常的变化应看作是内环境的异常造成的,不同内容的内环境异常,就造成着不同部位或同一部位的不同类型的疾病。急性扁桃体炎即是咽部的病变,同时全身各全息胚未来器官图谱中的同名部位也产生了异常变化,即全身各全息胚未来器官图谱中的头穴压痛敏感。针刺双手第二掌骨侧全息胚图谱中的头穴,可能经过神经中枢的中介传导或体液的调节作用而提高机体的免疫力和抗病能力,达到修复和治疗疾病的目的。

我们用此法治疗的 36 例急性扁桃体炎,疗效较显著,方法简便易行,随时可以应用,但要求选穴准,刺激强,而达到较强的感觉,方能获得明显的疗效。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987 年。

全息胚针刺治疗 50 例胃炎临床体会

张希华 主治医师

宋炳红 护师

袁兆荣 副主任医师

(山东省临沂市市直机关医院)

摘要 本文介绍运用第二掌骨侧生物全息诊疗法治疗胃炎 50 例,其中男性 30 例,女性 20 例,治愈 22 例,显效 26 例,有效 2 例,总有效率 100%。证实了全息胚穴位群的客观真实性及其独特疗效。

关键词 全息胚针刺;胃炎;临床观察

全息生物学是山东大学张颖清教授创立的新学科,引起国内外学术界的高度关注。这个学科的新理论指出:“各对应点在这些全息胚上排布的结果使全息胚都各自成为整体的缩影。”因此各组织脏器的疾病就可以在对应点上反应出来。通过针刺对应位点,可以达到改善相关脏器组织功能祛除疾病的目的。自 1993 年以来,我们应用全息胚学说和全息生物学理论,广泛从事临床诊疗工作,运用第二掌骨侧疗法诊治 50 例常见病胃炎,取得了良好疗效。报道如下。

一、临床资料

50 例病人均为 1993 年以来门诊随诊患者。其中男性 30 例,

女性 20 例,年龄最大者 64 岁,最小者 25 岁,平均年龄 42.5 岁;离退休人员 20 例,机关干部 19 例,工人 1 例,炊事员 1 例,农民 3 例,会计员 2 例,司机 4 例。

二、治疗方法

选用第二掌骨侧疗法,患者以坐姿,先诊后治,用自制简易探穴笔,从头穴依次排查至足穴,取最敏感患病穴位,每次针刺双手或一手两个穴,用 1 寸 28 号毫针,准确进针约 0.8 寸深,提插捻转,针感较强时接通电脉冲,以助行针,每次留针 30~45 分钟,7 次为一疗程。

三、治疗标准

痊愈:治疗后,体征完全消失,3 月内无复发者。

显效:治疗后,体征基本消失,无需服胃药者。

有效:治疗后,体征较前有明显好转者。

无效:治疗前后,体征毫无改变者。

四、治疗效果

共 50 例胃炎病人,其中痊愈 22 例,显效 26 例,有效 2 例,无效 0 例,总有效率 100%。

五、典型病例

1. 于××,女,58 岁,山东省临沂地区工商银行离休干部,1993 年 3 月 8 日来我院求诊。主诉:胃中隐痛多年,每因情志不畅,饥饿时疼痛加重。经多家省、地医院诊查,均确诊为大面积表浅胃炎。口服国外进口、国内最新产品胃药后好转,停药病便复发。整日愁伤满腹,经常流泪。诊查双手第二掌骨侧肝穴、胃穴均有明显压痛点。随即选用胃穴、肝穴,准确进针 15 分钟后,患者反映胃中有轻微灼热感;25 分钟时,胃痛有明显好转。连续针治 2 个疗程,胃痛消失。3 个月后随访无复发。病人高兴地说:“多年的痛苦,耗资数千元也没治好。没料到被你们给扎扎针治好了。真神妙。”并以亲身体会,先后介绍 6 人来我院治疗,均取得了良好效果。

2. 王××,男,25岁,山东省临沂地区陶然居大酒家服务员。1994年2月6日,经友人介绍来我院求诊。主诉:胃中灼热、胀痛5个多月。纤维胃镜检查(镜号4201)诊断为浅表性胃炎。口服三九胃泰、胃友、盖胃平等药,效果欠佳。诊其第二掌骨侧(双)胃穴有明显敏感点。即行针刺治疗,共针5次,痊愈。3个月后随访诸症消失。

3. 宋××,女,28岁,山东省临沂地区地直机关医院医务工作者。胃中烧灼,隐痛2年。1992年曾以急性胃穿孔入院治疗(住院号003989,X光胃透号2496)。经保守治疗痊愈出院。出院后,胃中经常不适、隐痛,不敢进硬食,2年来一直进软食,偶有饮食欠慎或情志改变,症状加重,口服中西药后,症状缓解,停药症复如故,影响工作学习。探及双手第二掌骨侧,胃穴、肝穴有灵敏的压痛点。先取双手或一手2穴位针刺24次,诸症皆除。半年多,停服一切胃药,进普食,一切如常人。

六、体会

张氏发明的《生物全息诊疗法》^[1],经实践应用,确实具有操作方便,易学,易记,不受任何条件限制的特点。这与传统的体针、耳针、鼻针等疗法是不能相比的。通过临床验证,充分证实了全息胚穴位群的存在及其全息穴位系统的客观真实性。此诊法经济实用,治疗面广,安全无副作用,病人易接受,疗效奇特。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1978年。

生物全息疗法治疗普外术后肺部感染 97 例

季 勇 医师 施耀辉 医师

(江苏通州市三余中心医院 外科)

摘要 笔者自 1990 年以来,应用生物全息疗法治疗普外术后肺部感染 97 例,总有效率 97.94%,症状消失时间 3.9 天,针刺 2~4 次后症状逐渐减轻,5~6 次痊愈,疗效满意。同时对肺部感染并呃逆或麻醉术后头痛、头晕能缓解。总之,生物全息疗法应用于临床显效快、费时少、显效率高,简便易行,可在临床推广使用。

关键词 生物全息疗法;肺穴;普外术后;肺部感染

肺部感染(支气管炎、肺炎、肺脓肿)是外科术后尤其是普外术后常见气道性感染性肺部并发症,其发病率差别很大,以 2.9~70%不等^[1]。Wightman 统计资料分析与手术类型、病人情况如年龄、吸烟、肥胖等有关^[2]。我院自 90 年以来,应用张颖清的生物全息疗法^[3]治疗普外术后肺部感染 97 例,疗效满意且可为患者尽早解除疾患,对促进恢复有明显效果,且有防止进一步演变为更为严重的疾患如肺不张、ARDS 等。现报告如下:

一、临床资料

97 例中男 60 例,女 37 例,年龄 17~74 岁,平均年龄 52.1 岁。70 例为阑尾术后,15 例为 Billroth I、II 式胃切除、胃癌根治

(R_1 、 R_2)与姑息切除术后,5例为胆道术后,2例为脾切除术后,5例为剖腹探查术后,其中有吸烟史者45例,占46.4%。

二、治疗方法^[3]

取双侧第二掌骨侧“肺穴”及原有基础疾病相应穴位如“肝穴”、“胃穴”、“下腹穴”等,先试按压穴位,均有明显压痛后以26号1寸针针刺上述穴位,到相应穴位有得气感且相应病患部位有“微热”感,约留针15~40分钟,平均27分钟,每日1~2次,视病情轻重而定,且可适当增加次数。

三、治疗效果

97例中治愈80例,好转15例,2例无明显效果(原有吸烟史、老慢支、肺气肿),总有效率为97.94%,症状消失时间平均3.9天。针刺后约10~15分钟出现向双上肢、肩部放射性疼痛、酸、胀等,平均30分钟肺部及原有患部均出现不同程度的“微热”感,针刺2~4次后症状减轻,5~6次后痊愈。其中有一例贲门癌根治术后出现顽固性呃逆,经常规治疗未奏效,后用全息穴位针刺30分钟加局部注射胃复安1毫升约15分钟后呃逆自止。5例有麻醉剂损伤性头晕、头痛,加用辅穴“头穴”针刺约3~4次后明显缓解。97例中无一例切口感染发生。

四、讨论

肺部感染(普外术后)中以支气管炎、支气管肺炎多见,其中咳嗽、咳痰、低中度发热、血象可升高。对早期术后尤其是禁食状态下,经常规处理如深吸气、吸痰、雾化吸入及抗生素应用未显效或显效甚微。此时很可能进一步发展成肺炎、肺脓肿、阻塞性肺不张、ARDS等。常规治疗需时长,效果不明显。且患者极其痛苦,如切口疼痛加剧、切口裂开、线结脱落内出血等,需再手术,均可引起一系列近期并发症。我院使用张氏发明于1973年的生物全息治疗法具有显效快、费时少、治疗有效率高的优点,为解除患者痛苦赢得宝贵时间。本法简便易懂,易在临床尤其基层医院推广,值得借鉴。

参 考 文 献

- [1] Tisi GM et al, Preoperative evaluation of pulmonary function; Validity, indication and benefits, ARRD, 1979, 119:293
- [2] Wightman JAK. Propective survey of the incidence of postoperative pulmonary complication, Br J surg 1968;55:85
- [3] 张颖清, 生物全息诊疗法, 山东大学出版社, 1987.

生物全息療法治療慢性膽囊炎 200 例

許 杰 主治醫師 孫鈺瑋 主治醫師

高俊英 主治醫師

(牡丹江醫學院附屬三院)

摘要 筆者用張氏生物全息療法治療慢性膽囊炎 200 例。治療方法按照中醫辨證施治的原則分肝胆實熱型及氣滯血瘀型兩型治療。並按張氏全息療法針刺治療。效果顯著。

關鍵詞 生物全息;膽囊炎;中醫辨證

1990 年 8 月至 1995 年 6 月,筆者用張氏生物全息療法^[1]治療慢性膽囊炎 200 例,獲得較好療效,現介紹如下:

臨床資料

一般資料:200 例病人,最小 18 歲,最大 58 歲,病程最短半年,最長 15 年。本組病例均有不同程度的上腹部脹痛或隱痛、惡心、厭食等症狀,舌苔多黃膩,舌質多紅絳,個別舌質暗紫。脈弦、數或弦澀。全部病例均經 X 線膽囊造影檢查或 B 超檢查,均符合慢性膽囊炎診斷。部分患者合併肝實質性輕度損害或慢性胃炎。

治療方法

按照中醫辨證施治的原則,根據患者臨床症狀分為兩型進行治療。肝胆實熱型 103 例,症見右肋下或右上腹疼痛、脹滿、食欲不振,噯氣、惡心,胸骨後灼熱感,舌苔淡黃或黃膩,脈弦數。氣滯血瘀型 97 例。症見上腹或兩肋肋隱痛不適,食欲不振,食後作脹更甚,胃氣上逆,口干舌燥,胸骨後或右肋下灼熱感較重,舌質紅或紫暗,

或有瘀斑,苔黄燥少津。脉细涩。

按张氏全息疗法针刺治疗^[1]一日治疗两次,21天为一疗程。疗程结束后定期B超检查,根据症状改善情况,分别判定疗效。

治疗结果

本组200例经全息疗法治疗后,临床症状、体征基本消失或显著减轻,饮食完全恢复,评为显效者133例(56.5%);临床症状体征大部分消失,或主要症状显著减轻,食欲基本正常,评为好转者80例(40%);临床症状体征无明显变化,评为无效者7例(3.5%)总有效率96.5%。

治疗后的病例作X线造影复查,治疗后胆囊轮廓,清晰,边缘光滑,或已无明显病理特征,共计192例;治疗后胆囊X线造影或B超复查,胆囊壁仍增厚;体积无明显减小共计8例。

黄型病例:李×,女,38岁,慢性胆囊炎史5年,就诊时右肋胀满,沉闷不适,上腹拒按,有隐约灼痛,暖气纳差。舌苔黄厚腻,舌质暗红,脉弦。1991年2月6日胆囊X造影检查报告为“慢性胆囊炎”,2月10日B超复查,胆囊壁增厚,体积增大,胆囊壁不光滑且粗糙。临床诊断为慢性胆囊炎,中医辨证属肝胆实热型。用生物全息针刺法治疗一疗程后症状基本消失。经X造影复查,胆囊壁轮廓清晰光滑,大小形态基本正常。

体会

慢性胆囊炎是一种常见病。我们用张氏全息疗法治疗肝胆实热型和气滞血瘀型慢性胆囊炎,疗效较好。治疗后原上腹部反复发作性疼痛、饱胀、食后腹胀、食欲不振、频频暖气等症状、胸骨后烧灼感,均获明显缓解或消失,X线造影、B超检查亦有显著改善,说明全息疗法治疗慢性胆囊炎效果是较好的,值得临床推广应用。

参考文献

[1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

生物全息诊疗法治疗小儿腹泻 100 例

陈善举 王一添

(牡丹江市西安区卫协会)

李红伟 李宛尉

(牡丹江纺织厂职工医院)

急慢性消化功能紊乱是小儿常见病,日久不愈,可导致体质衰弱,妨碍患儿生长发育。我们从1990年3月至1994年6月采用山东大学张颖清教授发明的生物全息疗法,^[1]治疗100例该病患者,收到满意效果,报告如下。

一、临床资料

本组为门诊患儿。100例中,男孩81例,女孩19例。年龄最大为6岁,最小者为8个月。在100例中,有39例是原已用一般常规治疗调节饮食、控制肠道内外感染、补液、投婴儿素、消化酶等而未获效者。其病程最长持续6个月,最短者为一天,本病诊断标准,系按《实用儿科学》所述项目。

二、治疗方法

采用全息针刺疗法,在患儿第二掌骨侧取胃穴、肾穴,用26号1.5cm不锈钢毫针,针刺深度为1至1.5cm,留针30分钟。中间行针一次。6天为一疗程,一般1~3次即见功效。

三、治疗结果

1. 疗效标准:腹泻消失,每天便2次以下,呕吐止,饮食精神状态逐渐好转,两周内未复发者为痊愈。

2. 治疗结果:100例中有96例获得痊愈,有效率为96%。一疗程之内治愈66例,2疗程内治愈18例,3疗程治愈12例,4例无效。

四、典型病例

张××,男孩,8个月。代诉:经常腹泻,偶有呕吐。曾经各科会诊,治疗3个多月,用过消化酶、抗菌素未获疗效。检查:营养欠佳,心肺未见异常,肝肋下1.5cm,脾可触及边缘,体温正常,胸透正常,肝功能检查正常,便常规为稀水样便,诊断为慢性消化不良,用全息疗法5天,症状消失痊愈。

五、小结

对100例腹泻患儿,运用全息疗法,96例获得满意效果。本疗法疗效高,见效快,经济简便,易于推广。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

全息穴位按摩与推拿治疗小儿腹泻

144 例临床分析

宋炳红 护师

张希华 主治医师

刘炯宇 主治医师

(山东省临沂市市直机关医院)

张丽华 护师

(山东省临沂市肿瘤医院)

摘要 本文介绍运用张教授创立的生物全息诊疗法,选用全息胚下腹穴区按摩治疗小儿腹泻 144 例,收到满意疗效。设立了对照组:传统小儿推拿组和西药组。结果肯定了全息胚疗法的优点:方法简便实用,无痛苦、无副作用,疗效显著,病儿乐于接受。

关键词 全息穴位按摩;小儿腹泻;临床分析

我们根据山东大学张颖清教授发明的生物全息诊疗法^[1],选用全息胚下腹穴区按摩治疗小儿腹泻,收到满意的疗效。现将张氏全息胚穴位按摩和传统小儿推拿及西药常规相对照,治疗小儿腹泻的临床情况,总结报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料

四组各取 36 例,共 144 例,其中男性 70 例,女性 74 例,年龄最小四个月,最大 6 岁;病程最短一天,最长 2 个月;疗程最短一

天,最长 15 天。

2. 病例选择

均为单纯性腹泻,不夹杂脓血便(必要时大便镜检,以排除其它情况)。多起病急重,一般大便次数多,水样便或稀便,或完谷不化(消化不良性腹泻)。

二、治疗方法

1. 第一组(称治疗组):全息胚穴位按摩配合传统小儿推拿

(1)全息胚穴位按摩:根据张氏取穴法选取患儿第二掌骨侧及胫骨内侧、前正中线上的下腹穴按摩,每日一次,每次选 1~2 穴,每穴 300~400 圈。多用顺时针旋转按摩。湿热及伤食型腹泻用逆时针方向旋转按摩。

(2)传统小儿推拿(详见第三组)。

2. 第二组(称全息组):方法详见第一组。

3. 第三组(称推拿组):根据腹泻类型不同选取不同的推拿方法。(1)寒湿型腹泻:温中散寒,化湿止泻。处方:补脾、运大肠,推三关,揉外劳宫、龟尾、足三里。(2)湿热型腹泻:清热利湿,调中止泻。处方:清脾胃、大肠、小肠,退六腑,揉天枢与龟尾穴。(3)伤食型腹泻:消食导滞,和中助运。处方:补脾,清大肠,运内八卦,揉中脘、天枢、龟尾穴。(4)脾虚型:健脾益气,温阳止泻。处方:补脾胃,补大肠,推三关,推上七节骨,揉龟尾,捏脊。

4. 第四组(称西药组)、采用西药常规治疗。复方苯乙呱啉,口服补液盐,消化不良者给以口服胃酶合剂,症状较重,腹泻量较大时给予静脉补液和庆大霉素治疗。

三、疗效标准

痊愈:治疗后大便次数及性状恢复正常者。显效:治疗后大便次数及性状基本恢复正常者。有效:治疗后大便次数及性状有改善者。无效:治疗前后大便次数及性状无改善者。

四、治疗结果

治疗组:治疗3天36例全部痊愈;全息组:治疗4天34例痊愈;推拿组治疗6天36例全部痊愈;西药组:治疗10天,痊愈30例,显效2例,有效1例,无效3例。为了便于对比,现选取前4天治疗结果作比较。见表1、表2。

表1 四组前四天治疗结果对比表

	例数	治疗次数	痊愈例	显效	有效	无效	治愈率	总有效率
治疗组	36	1~3	36	0	0	0	100%	100%
全息组	36	1~4	34	1	1	0	94%	100%
推拿组	36	1~4	33	2	1	0	90%	100%
西药组	36	1~4	20	6	5	5	56%	86%

表2 四组四天内治愈情况表

	1次(例)	2次	3次	4次	3次内经济消费(元)
治疗组	16	18	2	0	9
全息组	13	12	7	2	9
推拿组	12	12	6	3	9
西药组	4	4	5	7	约40

结果表明,全息胚穴位按摩配合传统小儿推拿(即治疗组)和全息胚穴位按摩(即全息组)疗效最好,治愈率分别为100%和94%。推拿组为90%,居第三。西药组为56%,疗效最差,而且花钱多。这证明,运用全息胚诊疗法治疗小儿腹泻花钱少,疗效显著。

五、典型病例

病例1:程圆圆,男,5个月,母乳喂养,腹泻十余天,一日十余次,早期呈绿色泡沫样便。近四日转为黄色水样便,便有大量未消化乳块,曾肌注庆大霉素治疗二天,无效,改为输液,四天仍不见好转。经友人介绍,于1994年5月11日下午其母抱来求治。当即按

治疗组方法按摩(顺时针)。次日上午患儿母亲满面笑容抱儿来再次治疗,高兴地说:“从昨天按摩后到现在只有一次稀便。”共治疗两次痊愈。

病例 2:王冠楠,女,1岁,腹泻一天,水样便二天,量多,无异味,无泡沫,一日4~5次,于1994年6月28日其母抱来治疗。按治疗组方法按摩,嘱其母多给患儿饮些淡盐水(因患儿有轻度脱水现象)。次日其母专程来告诉我们,孩子的病好了。一次痊愈。

病例 3:张丽,女,6岁。其父代诉,近二月来纳差、厌食,时有呕吐,一日2~3次稀便,有酸臭味。辅助检查已排除肝炎等其他疾病,诊断为消化不良性腹泻。曾用庆大霉素8万单位5%葡萄糖盐水300CC静滴,治疗5日后好转,停药后复发。又改用中药,六剂疗效仍不佳。经友人介绍来我科治疗。查第二掌骨侧胃穴、下腹穴压痛明显,当即按摩上述二穴区,每穴300圈,顺时针按摩。取人体前正中线上的全息胃穴、下腹穴按摩。一次显效,三次痊愈。3个月后随访,病未复发。

六、体会

小儿腹泻为临床常见病,多发于夏秋季,如治疗不及时,影响小儿的正常发育与健康。临床多采取药物治疗,此法既不经济,又给患儿带来诸多痛苦,还有一定的难以避免的毒副作用。

传统小儿推拿治疗小儿腹泻,确有方便、实用、经济、无痛苦、无副作用的优点。患儿乐于接受,且疗效显著,深受广大患者及家长的欢迎。应用张氏全息穴位按摩后,治疗效果更是喜人,疗程短,操作方便,疗效高。它不但能治疗疾病,而且能通过介质与体液的调节提高机体的免疫能力和抗病能力,达到治疗与保健的双重目的,值得推广应用。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法山东大学出版社,1987。

生物全息療法治療慢性乙型 病毒性肝炎臨床觀察

鄒連珍 李之清 劉 堅 張赤志 李雲洲

(湖北中醫學院附屬醫院)

摘要 30例慢性乙型肝炎患者,在常規中西藥治療基礎上,加用生物全息針刺療法,另以30例僅用中西藥物治療為對照,以觀察兩組的療效。通過兩月的治療,加用全息針刺的患者,肝炎症狀的改善、肝功能的恢復及乙肝病毒複製指標的陰轉等方面,均優於對照組,有統計學意義,顯示出較好的療效。

關鍵詞 慢性乙型肝炎;生物全息療法

我國慢性乙型病毒性肝炎發病率高,其中慢性活動性乙型肝炎一部分轉為肝硬化,甚至肝癌。現國內外對慢性乙肝尚無特效療法,探索新的治療途徑具有現實意義。為此我們運用生物全息針刺加電脈沖療法治療慢性乙肝30例,取得較好療效,特總結如下。

一、臨床資料

1. 病例选择

選用我院住院病人60例,均符合1984年第三次全國病毒性肝炎(南寧)學術會議修訂的診斷標準。其中慢性遷延性乙型肝炎(慢遷肝—CPH,32例,慢性活動性乙型肝炎(慢活肝—CAH)28例;HBsAg陽性者37例;男55例,女5例;年齡在23~45歲,平均年齡32歲;病程最短半年,最長10年,平均5年。

2. 治疗方法

本组患者 60 例,随机分为 A、B 两组,每组 30 例。A 组用常规中西药治疗,中药辩证论治,每日服汤药一剂,日二服,西药保肝,对症等治疗,称为“药物组”;B 组在药物组基础上加用生物全息疗法,称为“全息组”。根据山东大学张颖清教授的生物全息律理论,我们选择胫腓骨节肢系统这个全息胚,通过测身高、胫腓骨长度,算出各该病人胫腓骨节肢上相当于肝脏的位点,以此为针刺点,常规消毒,选用一寸长度针灸针垂直进针,针入后使患者有较强的酸、麻、重、胀感,再用 6805 电脉冲治疗仪(南京医疗仪器厂制造),进行脉冲刺激治疗,强度以患者能耐受为准。每日治疗二次,上、下午各一次,每次 20 分钟。两组疗程均为二个月,治疗前查肝功能及乙肝全套,治疗结束后各再复查一次。

3. 观察指标

(1)临床症状:胁痛、纳差、乏力、腹胀等症状消失或减轻均称为好转,症状不变或加重为无效。

(2)肝功能:主观察 SGPT 及 A/G 之升降,SGPT 较前下降或恢复正常,称为好转;A/G 较治疗前接近正常或达正常,称为好转。SGPT 用赖氏法(正常值 30 赖氏单位以下),A/G 用双缩法(正常值 1.5~2.5:1)。

(3)乙肝检测指标:主观察 HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe 之转换情况,抗-HBc 是否阴转。HBsAg、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc 均用 ELISA 法测定。

二、结果

见表 1、2、3。

HBsAg、抗-HBc 两组无一例阴转,抗-HBs 无一例阳转。

三、讨论

全息生物学是山东大学张颖清教授于 1973 年创立的一门新兴生物学科。该学说认为,人的身体每一小部分都包含着人的整体

表1 临床症状变化情况

	胁痛	纳差	乏力	腹胀
	好转率	好转率	好转率	好转率
药物组	(10/27)	(12/26)	(14/30)	(10/18)
	37%	46%	46.7%	36%
全息组	(18/28)	(20/26)	(22/30)	(18/28)
	64%	77%	73%	64%
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表2 肝功能变化情况

	SGPT		A/G	
	好转数	好转率	好转数	好转率
药物组	7/30	23.3%	3/22	13%
全息组	15/30	50%	8/20	40%
P 值		≤0.05		≤0.05

表3 e 抗原 e 抗体变化情况

	HBeAg		抗-HBe	
	阴转数	阴转率	阳转数	阳转率
药物组	2/19	11%	2/12	16%
全息组	7/18	39%	6/14	43%
P 值		<0.05		<0.05

的全部信息,任何一个在结构和功能上有着相对完整性并与其周围有明显边界的独立部分,叫做“全息胚”,它是全身整体的缩影,“全息胚”的某点,相当于整体中的某个部位或某个脏器,实验证明,以其它部位为对照,任何全息胚上肝点的细胞,与整体中的肝

细胞,其生物学特性相似程度较大^[1],针刺全息胚的某个脏器点来治疗某脏器的疾病,称为生物全息针刺疗法。我们对本文全息组的乙肝患者,在胫腓骨全息胚的肝点给予针刺和电脉冲刺激,必然造成该处组织细胞轻度的损伤,这就激发机体产生针对此处损伤细胞的抗体,也赋予 T 细胞作用于该损伤组织细胞的信息。由于此肝点的细胞与整体肝脏的肝细胞生物学特性相似程度较大(以其它部位为对照),于是被激活的免疫物质除修复全息胚的肝点损伤外,同时也作用于带肝炎病毒的整体肝脏^[2],杀灭病损的肝细胞内的肝炎病毒,调节异常免疫反应。正因全息针刺疗法能激活和提高机体的自身免疫功能,故能使免疫能力低下的慢性肝炎患者的病情好转或治愈。

本组病例观察结果显示,全息组对肝炎的临床症状,如胁痛、纳差、乏力、腹胀等症状有明显的缓解作用,症状的好转或消失均优于药物对照组,两者有显著性差别(见表 1);对 SGPT、A/G 的改善,乙肝标志物——HBeAg 的阴转,抗-HBe 的阳转,全息组均明显优于药物组,有统计学意义(见表 2、表 3)。故以上结果提示,生物全息针刺疗法加上常规中西药物治疗法,治疗慢性乙型肝炎,在改善临床症状,肝功能的恢复及 HBeAg 的阴转,抗-HBe 的阳转等方面,均有较显著的疗效,值得进一步的研究和论证,我们相信,生物全息针刺疗法一定会在此疑难病症的治疗上开辟一条新的道路。

参 考 文 献

[1]张颖清主编,《生物体结构的三定律》,内蒙古人民出版社,1982, —21—29。

[2]张颖清主编,《新生物观》,青岛出版社,49~51。

全息针刺与雾化吸入治疗急性咽炎 300 例 临床效果分析

张希华 主治医师

宋炳红 护 师

(山东省临沂市市直机关医院)

摘要 运用第二掌骨侧全息穴位针刺,并配合中药雾化吸入治疗急性咽炎 300 例,疗效显著。为了突出此疗法的优点设立了对照组,单纯针刺组、西药雾化组。结果表明全息穴位针刺配合中药雾化疗效明显优于对照组,且疗程短,见效快。

关键词 全息针刺;雾化吸入;急性咽炎;临床分析

山东大学张颖清教授发明创造的《生物全息诊疗法》^[1]广泛用于临床后,疗效显著,深受广大患者的好评。为进一步探讨张氏诊疗法在临床上的准确性和实用性,我们于 1993 年以来用此法为主治疗各类疾病千余例,均取得了理想的治疗效果。其中观察治疗急性咽炎 300 例,包括运用第二掌骨侧全息穴位针刺法配合中草药(自制利咽 1 号)雾化吸入治疗 100 例;应用第二掌骨侧全息穴位针刺法治疗 100 例,单纯中草药雾化吸入法治疗 100 例。经临床疗效对比分析,证实了全息针刺法不可置疑的治疗效果,并显示全息针刺配合雾化吸入的疗效最佳。现报道如下。

一、临床资料

300 例急性咽炎患者均来自门诊,且有较完整的治疗记录。其

中男 185 例,女 115 例,年龄最小 4 岁,最大 60 岁,平均年龄 32 岁。病程最长 7 天,最短 1 天。其中慢性咽炎急性发作者 98 例。随机分 3 组,应用 3 种不同的治疗方法,每组取 100 例。每组患者年龄档次见表 1。

表 1 患者年龄档次表

	合计	20 岁以下人数	20~40 岁人数	40~60 岁人数
针加雾组	100	12	74	14
针刺组	100	10	75	15
雾化组	100	11	75	14

二、治疗方法

1. 针刺加雾化组:根据病人临床体征,选取第二掌骨侧全息头穴、肺穴,皮肤常规消毒,用 1.0 寸毫针,头穴用斜刺法,肺穴用垂直进针法,针刺深度约 1~2 厘米,仔细运针,得气后,留针 30 分钟,并接以电脉冲治疗仪以助行针,惧针者行穴位按压法,每穴 5 分钟约 400 圈。配合中药利咽 1 号(双花、麦冬、桔梗、大海、甘草等水煎过滤)用超声波雾化器做咽部雾化吸入。每日 1 次,每次 25 分钟。5 次为 1 疗程,重者可日行 2 次。

2. 针刺组:单纯应用第二掌骨侧全息头穴、肺穴针刺,方法同上。

3. 雾化组:单纯应用中草药利咽 1 号作雾化法,方法同上。

以上三组规定疗程均为治疗 5 次。

三、疗效标准

痊愈:临床自觉症状完全消失。

显效:临床自觉症状明显好转。

有效:临床自觉症状基本好转。

无效:临床自觉症状治疗前后无改变。

四、治疗结果

从三组每组 100 例应用不同的方法治疗结果显示,以全息针刺配合雾化吸入中草药制剂即针雾法,治疗效果最好,痊愈率为 92%,总有效率为 100%;单用全息针刺法次之,痊愈率为 86%,总有效率为 98%;只用中草药制剂雾化吸入法疗效最差,痊愈率仅为 60%,总有效率仅为 89%(见表 2)。再从治疗一次疗效来看,仍然以针雾法疗效最好,针刺法次之,雾化法最差,一次治疗痊愈率加一次显效率分别为 97%、92%和 75%(见表 3)。由此充分证明,应用全息针刺法在治疗急性咽炎病症中起到了决定性的良好的主导作用,从而取得了显著的治疗效果。

表 2 应用不同方法治疗总效果表

	总例数	痊愈数	显效数	有效数	无效数	总有效率%
针雾组	100	92	7	1	0	100
针刺组	100	86	10	2	2	98
雾化组	100	60	21	9	10	89

表 3 应用 3 种不同方法一次治疗效果表

	1 次痊愈	1 次显效	1 次有效	1 次无效
针雾组	50	47	2	1
针刺组	42	50	4	4
雾化组	30	45	11	14

五、典型病例

例 1:刘×,男 34 岁,临沂地区科教办干部。1993 年 8 月 21 日,因外感导致咽部干痒痛一天。检查咽部明显充血。探第二掌骨侧头、肺穴有明显压痛点。即以针刺双侧肺穴、一侧头穴,外加中药雾化剂,30 分钟后,症状消失。次日携妻前来治咽痛,特告治疗后自觉症状完全消失。其妻尊上方治疗二次痊愈。

全息針刺療效顯著

例2:唐××,男,68岁,退休干部。慢性咽炎多年,急性发作一天,于1994年2月28日,取第二掌骨侧头、肺穴,针刺,配合雾化一次显效,二次痊愈,为巩固疗效加治1次,4个月后随访,未复发。

例3:赵××,女,45岁,临沂地区机械公司职工。1994年3月3日因急性咽炎,伴双侧扁桃体化脓性炎症,体温38.5℃,不能说话,其夫代诉,因咽痛1天滴水未进。当即取第二掌骨侧双手肺穴针刺,配雾化吸入,1日2次,治疗30分钟后,患者说:“咽疼好多啦。”次日复诊,进门便高兴地说:“此法真奇验。”共治疗五次痊愈。

例4:孙×,男,4岁,临沂地区机关幼儿园儿童。1994年4月3日因咽痛,吞咽困难,未能入托。查咽部充血,双侧扁桃体Ⅰ度肿大,因患儿惧针,取肺穴按压6分钟,约500圈,配合雾化吸入,20分钟后,临床症状基本消失,二次痊愈。2月后随访,病未复发。

六、体会

急性咽炎为全球性的一种常见呼吸道疾病。虽不能危及生命,但给患者工作学习带来极大痛苦和不便。雾化吸入法临床应用已久且疗效较好,但应用张氏全息针刺治疗法疗效更显著,且疗程短,显效快。两法合用,效果更佳。单纯全息针刺法效果也明显优于单纯雾化法。全息针刺法无副作用,且疗法简便,易于操作,可免除运用抗菌素给患者带来的毒副作用,经济实效。

参考文献

- [1]张颖清,《生物全息诊疗法》,山东大学出版社,1987。

Ⅱ. 生物全息诊疗法临床应用

顽固性癌症疼痛、术后切口痛、肾绞痛、偏头痛、三叉神经痛、腰腿痛、胃痉挛、颈椎病、肩周炎、腰扭伤、落枕

第二掌骨侧疗法缓解顽固性癌症 疼痛临床研究

范士怀 主治医师 彭京凤 护师

贾中跃 主治医师 刘 勇 主治医师

贺方学 主治医师 葛来增 主任医师、教授

魏玉学 主治医师

(山东临沂市肿瘤医院)

摘要 癌症疼痛,一般药物治疗效果较差,副作用较多,目前还是一个十分棘手的问题。作者自1990年12月~1994年12月,采用自身对照研究方法,对120例顽固性癌症疼痛病人用第二掌骨侧疗法进行治疗,达总缓解率98.3%(118/120),完全缓解率33.3%(40/120),Karnofsky评分平均提高20分。该方法简便、易学,便于家庭自疗,有推广、实用价值。

关键词 癌症疼痛;第二掌骨侧疗法;Karnofsky评分

恶性肿瘤在其发展过程中出现的疼痛,简称癌痛。据统计,中期癌肿50%病人伴有疼痛,晚期病人可高达71%。对中、晚期癌肿病人给予良好的止痛方法,既可有利于其他抗癌治疗,延长病人寿命,又可使无法治愈的晚期癌肿病人能够在无痛和较舒适的条件下渡过生命的最后时光,因此,具有很大的社会意义^[1]。但,除“三阶梯药物疗效”可靠、副反应较少外,尚无无创伤、无副反应的止痛

方法面世^[1]。为此,为了寻求不增加任何痛苦的癌症止痛方法,我们应用张颖清教授创立的全息生物学,结合临床药物注射疗法,用第二掌骨侧疗法对癌痛治疗进行研究。自1990年12月~1994年12月,采用自身对照研究方法,对120例癌痛进行治疗,收到较满意疗效,现将资料报告如下。

1. 临床资料

1.1 性别、年龄:120例中,男82例,女38例。年龄13~81岁,平均49.3岁。

1.2 癌症分类、分期及Karnofsky评分:晚期肺癌合并胸、背痛61例,鼻咽癌侵犯颅骨合并头痛21例,食管癌术后复发合并咽下疼痛14例,肝癌合并腹痛10例;左腮腺瘤术后复发、纵隔淋巴瘤广泛转移、甲状腺癌术后复发、扁桃体癌、恶性神经纤维鞘瘤术后、牙齿癌、乳腺癌术后双肺及脑转移、直肠癌术后复发、脑胶质细胞瘤术后、腹膜后淋巴结转移癌、右面部皮肤鳞癌、胃癌术后复发、右颈部转移癌、会阴部转移癌各1例。120例均属癌症晚期患者, Karmofsky评分平均50~70分。

1.3 癌痛分级:根据 McGill-Melzack 疼痛问卷分级^[2]:5级疼痛39例,4级疼痛63例,3级疼痛14例,2级疼痛4例。

1.4 应用杜冷丁止痛情况:采用自身对照研究方法,120例均属应用杜冷丁麻醉止痛药无效或效果欠佳者。具体应用情况:肌注杜冷丁100mg仅缓解2~3小时78例,缓解3~4小时31例;口服杜冷丁50mg有效3例,杜冷丁药物依赖性6例(500~800mg/日),无效2例。

1.5 疗效评价标准:根据 McGill-Melzack 疼痛问卷分级^[2],癌痛级别降1级以上者,为缓解(有效);癌痛级别无降级或明显升级者,为无效;癌痛完全消失或无需服任何止痛药者(≥ 1 月),为完全缓解。

2. 治疗方法

根据癌痛或癌症所在人体解剖位置,在双手第二掌骨桡侧全息穴位群上找到相对应穴位,用王不留行4~5粒胶布固定压穴,每日按摩4~8次,400下/次,顺逆时针方向各200下,每次按摩2~5分钟,并在该穴内注射1%利多卡因+氟美松混合液1.5ml(1:2),2次/日,7天为一疗程。医生示范,患者及陪人3~5分钟即可完全学会进行自我治疗,在医院和家庭均可施用该方法止痛。并可反复应用(可重复性)。

3. 治疗结果

3.1 疗效:120例治疗一疗程后,评价疗效。止痛每次均在治疗10秒~60秒钟内迅速见效。总缓解率98.3%(118/120),2例无效。118例中,癌痛消失40例,完全缓解率33.3%(40/120)。癌痛降为2级者63例,3级者15例,均可用一般止痛药如消炎痛、阿斯匹林等消除余痛。63例应用第二掌骨侧疗法后每次止痛时间达9小时以上。6例对杜冷丁发生药物依赖者全部纠正,改用一般止痛药物如消炎痛+安定可以止痛达2级。2例无效者,为癌症短期迅速恶化,1月后死亡。

3.2 癌痛与癌症转归:120例癌症病人,在治疗中,27例短期内(1~3月)迅速恶化,经第二掌骨侧疗法止痛2~3疗程,癌痛最后回升至4~5级,再用止痛无明显疗效,均于1~3月内死亡。提示:用第二掌骨侧疗法止癌痛无效或最后回升者,警惕癌症预后极差。

3.3 Karnofsky评分:治疗1~3疗程后,Karnofsky评分:平均70~80分,平均提高20分,主要表现:(1)增加无痛睡眠时间;(2)解除休息时的疼痛;(3)解除站立或活动时的疼痛;(4)解除对癌症恐怖心理。

3.4 副反应:120例应用第二掌骨侧疗法后,无任何副反应,无任何创伤,没有增加任何新痛苦,可重复应用,均为病人及家庭

所接受和喜爱。

4. 讨论

4.1 第二掌骨侧疗法的特点

张颖清于1973年发现,在人第二掌骨侧存在着一个新的有序穴位群,继之,1975年和1982年曾用针刺疗法成功地快速止痛1例肝癌,1例胃癌,其他类似报导少见^[3]。我们曾试用该疗法,对30例癌症进行预试验,癌症止痛总缓解率为96.67%,完全缓解率达10%^[4]。今天我们对120例癌痛患者进行进一步治疗研究,结果:把癌痛止痛总缓解率提高至98.3%(118/120),把完全缓解率提高至33.3%(40/120),把晚期癌症病人生存质量Karnofsky评分平均提高20分。张颖清把人体不同的部位在手部第二掌骨桡侧不同的信息反应区称“全息穴”。把人体的各个部分和器官画在手第二掌骨桡侧各自所对应的区域中;结果,第二掌骨就成了以第二掌骨为脊柱位置的实体的人或小整体,成了整个人体在这里的大致缩影。如:第二掌骨桡侧近心端为“足穴”,远心端为“头穴”,头穴与足连线的中点为“胃穴”,“胃穴”与“头穴”连线的中点为“肺心穴”。肺心穴与头穴连线分为三等份,从头穴端算起的中间两个分点依次是颈穴和上肢穴;肺心穴与胃穴连线的中点为肝穴;胃穴与足穴的连线分六等份,从胃穴算起的五个分点依次是十二指肠穴、肾穴、腰穴、下腹穴、下肢穴^[3]。故,第二掌骨侧包含着整体各部位的生理、病理的信息。我们用全息穴按摩+全息穴内注射1%利多卡因和氟美松混合液(1:2),达到刺激该穴位的目的,起到癌痛所在部位提高癌痛阈值的作用。由于第二掌骨侧疗法还能促进癌的正常化^[3],故在该穴内按摩或注射特定药物,可起到抗癌作用及癌症止痛双重作用。我们研究的结果充分证实这一理论的客观性和实用性,是无创伤性癌症止痛临床研究的重要依据。

4.2 疗效及副反应分析

根据1984年WHO制订的“三阶梯药物疗法”治疗癌症疼痛

并在全世界推广,虽然使 90% 病人疼痛得到缓解,但是应用止痛药后,仍合并大量副反应:恶心、呕吐、嗜睡、精神错乱、头晕/站立不稳、便秘及耐药或麻醉药物依赖性等,给癌症病人增加了新的痛苦。第二掌骨侧疗法(按摩+穴位注射药物),属无创伤性疗法,总缓解率达 98.3%(118/120),完全缓解率达 33.3%(40/120),无任何副反应,不增加病人新痛苦,Karnofsky 评分平均提高 20 分,显著提高了晚期癌症病人的生存质量。用第二掌骨侧疗法止痛无效或最后疼痛级别回升者,提示癌症预后极差。

4.3 应用推广价值

第二掌骨侧疗法,疗效高,癌症止痛总缓解率 98.3%(118/120),完全缓解达 33.3%(40/120),Karnofsky 评分平均提高 20 分。此法简单、易学,便于推广,特别适应于在基层医院开展治疗和癌痛病人的自疗。同时可避免各种药物疗法使癌症病人产生的副反应及增加新痛苦,可防止对杜冷丁等麻醉药物的依赖。第二掌骨侧疗法与其他癌症止痛方法如麻醉药止痛、神经阻滞、神经外科手术相比,无副作用、无创伤、无后遗症,可达到快速止痛目的(止痛起始时间为 10~60 秒内),特别适于广泛推广应用。

参 考 文 献

- [1]宋文阁,类维富,疼痛诊疗手册,山东科学技术出版社:1993;532。
- [2]R. Melzack and P. D. Wall, The Challenge of Pain, 中文版,陕西科学技术出版社:1990;32。
- [3]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社:1988;190、6、141、189~190。
- [4]范士怀、彭京凤,第二掌骨侧疗法缓解顽固性癌症疼痛 30 例报告,实用中西医结合杂志,1994;11(7):643。

生物全息针刺疗法在腹部术后 切口镇痛中的应用

王增章 郭方兰 陈予军 高岸英 赵君静

(山东省滨州地区中心医院外三科)

切口疼痛是手术后最常见的症状。而腹腔手术后的切口疼痛,常给病人造成不同程度的痛苦,甚者可引起一系列并发症。怎样选用有效而副作用少的镇痛方法,以利病人康复,一直是外科工作者探求的课题。笔者从1987年后应用张氏生物全息针刺疗法^[1]行腹腔术后的切口镇痛425例,取得了较满意的临床效果。

临床资料

病人425例,为腹腔手术后随机抽取。男317人,女108人。年龄21岁~73岁。手术种类:胃癌根治193人,胃癌探查13人,胃、十二指肠溃疡胃大部切除21人,肝癌半肝切除3人,胆总管切开取石56人,胆囊切除11人,胰头癌根治7人,胰腺囊肿内引流4人,肠梗阻手术92人,结、直肠癌根治35人。

治疗方法

病人术后麻醉作用消失,出现较剧疼痛时,根据其切口部位,于患侧第二掌桡骨侧选取相应敏感的穴位。局部皮肤消毒后,嘱患者手半握拳状,桡侧向上,取1.5寸毫针,于第二掌骨桡侧近掌面侧进针,探出最敏感处,一般进针1cm左右。大幅度提插捻转(以病人能耐受为度),留针30分钟左右,5分钟行针一次,据情日1~3次。本组病人于第二掌骨侧取穴375人,胫骨胫侧取穴150人。

结果

经针刺治疗后,247例切口疼痛于1分钟内缓解,121人于3分钟内缓解,57人于5分钟内缓解。切口痛于5分钟内消失者215人,173人于10分钟内消失,余者切口疼痛虽明显缓解但未完全消失,另给予镇痛药。针刺止痛效果维持时间长者7小时,最短者仅40分钟。其镇痛时间,效果与手术创伤大小无显著关系,与身体条件、精神状态、忍耐力有一定关系。

讨论

疼痛是患者对于躯体组织伤害性刺激所引起的一种不愉快的感受。当术后麻醉作用消失后,病人即出现切口疼痛。根据手术部位,切口创伤的大小及耐受力不同,其程度亦有差别,一般均于术后24小时内最剧烈。凡是增加切口张力的任何动作,如咳嗽、翻身,都会加剧其程度。2~3日后渐减轻,在安静状态下即不至于疼痛。术后切口疼痛,不仅给病人造成肉体上的痛苦,影响休息及睡眠,还可限制躯干活动,影响有关器官的生理功能,抑制呼吸、咳嗽及排痰,导致肺部感染、肠粘连等并发症。因而,必须有效地解除。以利减轻病人痛苦,改善病人睡眠,有利于病人康复。传统观念认为:切口疼痛为术后所必然发生。对其处理往往较被动。轻者多不给予处理,重者给予成瘾性镇痛药。对于手术创伤较大,切口痛较剧者,一般镇痛药效多不理想。成瘾性镇痛药虽效较好,但因其亦有一定适应范围及禁忌症,而应用受到一定限制。据生物泛控原理,人体是一个泛控系统。向这个系统从较少的方向输入强的信息,可以调动整体对这个信息的较强的响应,产生较强的泛作用,从而可以有较好的疗效。生物全息针刺疗法正是基于这个原理,应用于术后切口镇痛。经临床425例验证,该疗法具有:简便、经济、易行、止痛作用迅速、效好之优点。但应注意:因该疗法刺激较强烈,身体衰弱或有心脏病等严重患者应慎用,以防发生意外。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

全息穴区针刺—按摩法在疼痛 治疗中的应用

方汉英 副主任护师

(湖北中医学院附属医院)

疼痛是临床上常见病症之一,它涉及内、外、妇、儿、五官各科。笔者根据张颖清教授创立的全息胚学说,在第二掌骨侧的穴位,采取自我按压或针刺的方法,治疗疼痛,取得满意的疗效,兹报告如下。

一般资料

本组 20 例中,男性 7 例,女性 13 例,年龄最大 65 岁,最小 8 岁。其中胃脘痛 6 例,痛经 4 例,坐骨神经痛 2 例,偏头痛 2 例,晚期肝癌痛 3 例,胰腺癌转移痛 1 例,头痛 1 例,上腭术后痛 1 例。

治疗方法

1. 取穴方法:取穴时,按照张氏法^[1]先在第二掌骨内侧取头足两穴,这两穴连线的中点为胃穴。头胃两穴连线中点为肺心穴。肺心穴与头穴连线分为三等份,从头穴算起,中间两个分点依次为颈穴和上肢穴。胃足两穴连线分为 6 等份,从胃穴算起的 6 个分点依次为十二指肠穴、肾穴、腰穴、下腹穴和腿穴、足穴。

2. 取穴原则:选取穴位遵循部位对应和同侧对应原则。通常对应于疾病部位的穴位正好是非常敏感的压痛点,这样的压痛点正好是需要进行按摩的穴位。偏头痛取头穴,胰腺癌取胃穴,胃脘痛取胃穴,痛经取下腹穴,坐骨神经痛取腰穴,肝癌取肝脾穴(胃穴与肺穴之中点)。

3. 操作:先按上述取穴方法,找到对应疾病部位压痛反应最强的点用拇指按摩。时间 3~4 分钟,频率 150 次/分。其中按摩 14 例,针刺 6 例,留针 40 分钟。

疼痛程度的估计

重度:疼痛难忍,坐卧不安,要求立即用止痛药。中度:疼痛重,患者勉强可耐受。轻度:有疼痛,尚可忍受。

疗效标准

显效:疼痛消失。有效:疼痛减轻。无效:疼痛不减。

治疗结果

重度疼痛的病人 5 例,显效 3 例,有效 1 例,无效 1 例。中度疼痛的病人 11 例,显效 7 例,有效 4 例。轻度疼痛的病人 4 例,显效 4 例。总有效率为 95%。

典型病例

病例一:张××,女,62 岁,胰腺癌晚期,为我院家庭病床病人。1993 年 6 月底开始腹部疼痛厉害,每天用盐酸二氢埃托啡片 20 毫克 5 片二小时一次含服止痛,晚上还需肌肉注射盐酸哌替啶 100 毫克,止痛仅维持四小时,每晚睁眼盼天亮。患者极度痛苦。笔者于 7 月 9 日接受每晚为其肌注盐酸哌替啶 100 毫克的任務,于第二次注射时,加用了全息穴位针灸,取第二掌骨侧胃穴和胫骨侧胃穴,次日病人惊奇地反映 24 小时未痛,以后每天晚 8 时专用上述全息穴位针刺,左右交替,留针 40 分钟,同时与病人交谈,鼓舞患者的治疗信心,患者诉说服用埃托啡后舌麻口干难受,故自用全息针刺后,停用了所有的止痛药。由于疼痛缓解,患者一改原来呻吟不安状,交谈之中常流露笑容,家属反映这是一年来未有过的表现。

病例二:患者涂×,男,42 岁,肝癌介入治疗后,每天肝区胀痛难眠,不能自主翻身,笔者采用右侧第二掌骨侧肝脾穴和下肢胫骨侧肝脾穴,针刺留针 40 分钟,未用止痛药,次日病人反应疼痛减

轻,并能自主翻身,四次后疼痛消失,翻身活动自如。

病例三,孙××,男,30岁,本院职工,在球场上赛篮球,突然腹部绞痛难忍(原有胃痛病史)。笔者立即采用第二掌骨侧胃穴按摩2分钟症状缓解,稍休息片刻,又继续上场打球。

讨论:山东大学张颖清教授于1973年发现,人体任何一个相对独立的部位都是“全息胚”,它包含着肌体整体的全部信息。第二掌骨节肢也是一个全息胚。第二掌骨侧存在着对应全身各部位的整体缩影式的穴位群,针刺、按摩第二掌骨侧的一个穴位,可以治疗人体对应部位的疾病。人体的一个部位或器官有病,在患者第二掌骨侧的某个部位相应地就有明显的压痛反应或其他异常病理生理反应。在有压痛反应的穴区进行针刺或按摩,就可对应地治疗这一部位或器官的疾病。从而创立了“全息胚”疗法^[1]。对于疼痛这一症状,亦可按照张氏上述理论进行治疗。张氏并已阐明了本法治病和止痛的作用机理。^[2]笔者应用第二掌骨侧的全息穴位群治疗疼痛病症20例,证明有效,特别对腹部病痛疗效更为显著。

临床上常用的止痛药有解热镇痛药(如阿斯匹林)、消炎止痛药(如消炎痛)。这些药物对头痛、神经痛有效,但都有副作用,特别是胃肠道反应甚重。我们曾遇到一例服消炎痛一片,导致胃痛厉害及上消化道出血。这些药物对外伤性疼痛、内脏平滑肌绞痛无效,后者宜用麻醉药和解痉药,但副作用更重,且前者有成瘾性,用量受限,故直至现在,止痛仍是临床上有待解决和完善的问题。张氏创立的全息穴位按压、针刺止痛是一种自然疗法。此诊疗方法简便,易于掌握,疗效显著,特别是穴区按摩法,不用针,不消毒,不受医疗条件的限制,可在家庭、野外、旅途、工作场所,随时互相或自我治疗,对老年、小孩惧针者更易使用,值得普及与推广。

参 考 文 献

[1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

[2]张颖清,新生物观,青岛出版社,1991。

全息胚疗法诊治肾绞痛 28 例疗效观察

王 军 主治医师

(江西省人民医院泌尿外科)

摘要 全息胚诊疗法是一种独特的诊疗技术,作者自 93 年起应用全息胚诊疗法,按摩、针刺第二掌骨侧穴位观察治疗中泌尿系结石引起的肾绞痛 28 例,疗效满意。该方法迅速、有效、安全,为临床医生增加了一种新的诊疗手段和辅助诊断方法,应用前景广阔。

关键词 全息胚诊疗法;第二掌骨侧穴位;肾绞痛

张颖清教授创立的全息胚疗法是具有独特疗效的一种治疗方法^[1]。目前,全息胚疗法已被国内外越来越多的人所认识和应用,使许多疾病的治疗效果显著提高。我们应用张教授发明的全息胚疗法按摩、针刺第二掌骨侧穴位观察治疗由泌尿系结石引起的肾绞痛 28 例,疗效满意。

资料和方法

一般资料:28 例患者中男性 22 例,女性 6 例;年龄最小 18 岁,最大 66 岁,平均年龄 42 岁;初诊病人 21 例,复诊病人 7 例。

诊断标准:1)典型的症状体征。2)腹部平片可见结石阴影。3)B 超报告有结石。4)实验室检查尿中有红细胞。

治疗方法:用拇指尖在第二掌骨侧按穴位图从头穴到足穴顺序以病人能耐受的压力按压,探寻压痛点,观察病人反应。如病人

有麻胀酸痛或剧痛的穴位即压痛点,表明此穴所对应的身体部位或器官有病。确定穴位后进行按压或针刺,按压时间约5分钟左右;如针刺,则在得气后留针1小时,每10分钟捻针一次,以保持较强刺激,并记录观察患部疼痛减轻、缓解及消失的时间和情况。

疗效评定:28例病人在针刺或按摩期间均不用西药止痛,每一例疗效评价均以一次按摩或针刺为准。

显效:疼痛在10分钟内减轻,30分钟缓解,24小时内无复发者。

有效:疼痛在30分钟内减轻,60分钟内缓解,24小时内有复发者。

无效:起针或按摩后,疼痛未见减轻缓解,改用其他方法治疗者。

28例病人中,显效19例,占67.86%;有效7例,占25%;无效2例,占7.14%,总有效率为92.86%。

典型病例:

病例1:刘××,男性,40岁,突发右侧腰痛1天,呈持续性绞痛,阵发性加剧,并向下腹部放射。查体,急性病容,出冷汗,面色苍白,右肾区压痛(+),叩击痛(+),患者右手第二掌骨侧肾穴、腰穴压痛明显,门诊腹部平片诊断为右输尿管中段结石,尿常规红细胞(++++),经针刺第二掌骨侧肾穴10分钟后,患者疼痛缓解,30分钟后疼痛基本消失,步行回家。

病例2:孙××,男,63岁,以左输尿管下段结石,左肾绞痛收入院。患者两年前曾因左肾绞痛在我院门诊检查发现“左输尿管结石”。两年来反复出现左肾绞痛,血尿,入院前一天,再次出现类似症状,门诊查尿常规:红细胞(+++),腹部平片提示左输尿管下段结石,先后用阿托品、杜冷丁及非那根点滴后,症状仍未彻底改善,停药数小时后,疼痛再出现,而收入院。入院后,本人采用双侧第二掌骨肾穴按压,5分钟后,自觉疼痛减轻,半小时后,疼痛明显

缓解,24 小时内,未再出现疼痛。

体会

肾绞痛是一种因输尿管痉挛引起的剧烈疼痛,大部分由泌尿系结石引起,是常见的急腹症之一。西药常用阿托品、杜冷丁等解痉止痛。本组病例在没有采用止痛药物的情况下,运用第二掌骨侧全息胚诊疗法能迅速、有效、安全地使相应部位疼痛减轻,进一步验证了张颖清教授发明的生物全息律的客观存在以及临床实用价值。第二掌骨侧诊疗法简单易行,为我们临床工作者增加了一种新的诊疗手段。该方法敏感性高,对临床医生,特别是一些条件较差的基层医院的医生,不失为一种良好的辅助诊断方法,应用前景广阔。作者自 1993 年起将全息胚诊疗技术运用于临床,通过两年来的工作实践,证实全息胚诊疗法与临床疾病的部位符合率高,与 B 超、X 线片结果相吻。全息胚疗法治疗效果迅速,大部分在 10 分钟内症状缓解,而药物治疗通常在 30 分钟左右见效。全息胚诊疗法方法简单卫生、经济,不需要任何特殊器械,无副作用,既可作为一种初级诊断方法,又可作为一种治疗手段。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987 年。

全息療法治療偏頭痛 52 例臨床療效觀察

黎道倫 李愛媛

(廣東省台山市人民醫院)

全息生物學表現人體的每一肢節恰像整個人體在這裡的一個縮影,通過這種現象和規律的研究,從而產生全息生物學。張氏創立的生物全息療法^[1,2],有其獨特顯著的療效。我們從1988年7月採用張穎清教授發明的第二掌骨桡側診療法應用水針穴位封閉,治療偏頭痛,療效好,方法簡單,特此報告。

一般資料

男18例,女34例,年齡4歲~84歲,平均年齡30.6歲,病程平均5年9個月。

診斷標準

1. 多在青春前期後同期發作,每次頭痛性質相似。
2. 頭痛發作時伴有明顯植物神經功能紊亂。
3. 應用麥角胺治療有顯效,此藥是血管收縮劑,能減少組織血流量而減輕頭痛。

方法

患者在門診就診,經體檢,腦電圖或CT檢查,排除器質性疾病所致的偏頭痛。

治療組:

用維生素B₁₂注射液在第二掌骨側的頭穴或耳根療法上頭穴位上,注入每側0.2~0.4毫升,每隔5天一次,共3次為一療程,

观察 1~2 年。

对照组：用去痛片 0.5，每日三次，服二周。

疗效标准

(1)治愈：头痛完全消失，半年内未见复发。

(2)显效：头痛基本控制，半年内发作一次。

(3)有效：头痛发作次数减少，减轻，时间缩短。

(4)无效：头痛无明显改善。

治疗组：

(1)治愈 39 例占 75%。(2)显效 11 例占 21.1%。(3)有效 2 例占 3.9%。(4)无效 0 例。

对照组：

(1)治愈 5 例占 25%。(2)显效 6 例占 30%。(3)有效 8 例占 40%。(4)无效 1 例占 5%。

典型病例

例一，伦××，女性，40 岁，台山市人，1990 年 2 月，右侧颞部疼痛 3 年，每月发作 2~3 次，每次发作时间持续 3~7 天，曾到广州就诊过，久治不愈，有时全头痛，有眩晕，恶心。CT 检查，右侧脑部有小血管栓塞，脑电图正常，用维生素 B₁₂注射液在第二掌骨侧头穴处注射 0.3 毫升(双)，当注入 10 分钟后头痛减轻，能睁眼。隔五天治疗一次，共注射 3 次，观察 3 年未见复发。

例二，黄××，女，27 岁，头痛 10 年，每次月经来时头痛，头昏，有时复视，每次发作要卧床二天，持续 7 天，头痛停止，检查脑电图正常，经久治无效。在 1991 年 7 月 2 日来我院门诊，诊断偏头痛。当时头痛难忍，用维生素 B₁₂注射液，分别在全息疗法第二掌骨侧头穴上注射 0.3 毫升(双)。经 10 分钟头痛明显减轻，隔 5 天注射一次，共 3 次，观察 3 年未见复发。

讨论

全息疗法是由张颖清教授创立的，它是在人体的某些特定穴

位——全息穴位上进行针刺或按摩从而快速诊治疾病的。张氏提出人体全息胚的新概念,并总结出全息穴位在人体分布的全息律。提出了生物全息律理论,为微针疗法提供了现代生物学的基础。全息疗法不仅对功能性疾病引起的疼痛有镇痛作用,对器质性疾病引起的疼痛也有镇痛作用,证明本法有广泛性镇痛作用。我们在1988年开始,应用该治法疗偏头痛,先用针刺或按摩,后改用水针穴位治疗,本法方便易于掌握,临床效果好,在我们的临床实践中体会到慢性头痛效果好,远期治疗效果作一观察总显效率为97%,对照组只有30.5%。与吴氏报告第二掌骨侧法治疗头部疾病132例总有效率95.5%是相符的。这种方法不仅为第二掌骨疗法在国内外推广应用提供科学的依据,而且为张颖清教授关于全息胚学说的科学性进一步提供了证明,也为偏头痛病患者带来了福音。虽然病例少,但远期疗效令人满意,值得推广应用。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物结构三定律,内蒙古人民出版社,1982。
- [2]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

应用生物全息诊疗法治疗头痛头晕 11 类 2719 例总结

戴冠儒 主治医师

(海南东方医馆头痛头晕科)

戴 维

戴 萌

(河南开封卫校附属医院) (河南医科大学)

1987 年以来,由于应用了张颖清教授的生物全息诊疗法^[1],我们在头痛头晕诊疗中,取得了可以引以自豪的进展。门诊常常遇到在第二掌骨侧进行按压诊断时,由于这种穴位按压作用,患者症状就已消失,或显著减轻;有的正剧烈发作,针一刺入,便立刻头清目明;还有的头痛 30 年、50 年,正像被纽约西奈山医疗中心最新临床头痛部主任誉为头痛“百科全书式专著”中指出的那样,“有些人甚至从来不曾记得有一天舒适过”。^[2]但经一次全息治疗后却说:“从来没有像今天这样舒适过。”

大家知道,由于“发病多,表现形式千奇百怪,发作起来使人精疲力竭——偏头痛已成为头痛病学中主要的研究对象。”^[2]美国 90 年代初所作的研究表明:“大部分偏头痛患者都认为自己将‘与病共存’,无治愈希望。”然而,在张氏理论指导下,^[1]我们结合中医宏观认识和西医病机发现,经过临床反复验证,目前可以充满自信地说,通向治愈偏头痛之门已经打开!

我们对紧张性头痛、眶上神经痛、丛集性头痛、枕神经痛、颈性

头晕痛、血管性头晕、美尼尔氏病等,也都取得了相当满意的治疗效果。三叉神经痛治疗也取得了进展。其中眶上神经痛,在中原、在海南都是临床常见类型,可惜一般头痛专著及神经病学均不记载,1988年国际头痛分类^[1]亦未列入。

下面介绍我们 2719 例临床资料。首先,有几点说明:

1. 从头痛国际诊断标准^[4]看,目前尚无确切的实验室及特异检查指标。主要靠综合的临床表现和鉴别诊断,以及必要的试验性诊断。同时,尽量排除器质性病因(所谓原发性三叉 N 痛已被证实病变骨髓的存在,说明病因认识有待深化)。

2. 我国第一部《头痛头晕诊断治疗学》提示:“头晕是一个临床症状,病因十分复杂”,“诊断常感棘手,致使病人不得不频繁往来于临床科室,多方就诊和检查,甚至长期不能确诊。”^[4]为此,本着在总体上能体现生物全息疗法的效果,在统计上比较方便,我们把头晕只分为真性头晕(旋转性)和假性头晕(非旋转性)两组。

3. 在生物全息疗法^[1]的启示下,结合中药物归经,我们研制出效果较理想的偏头痛丸、晕痛丸等,同时,探索出一些全息穴与耳穴准确配伍规律,这对提高常规治疗效果起到了积极作用。

治疗方法

1. 一般每次选取一个全息胚。针刺后用中国经络诊疗器或生物全息治疗仪电疗 30 分钟。畏针者,选用山东大学全息生物学研究所生产的生物全息治疗仪、或用远红外针灸治疗仪。6 天一个疗程,间隔 6 天(其间服自制丸药)治第二个疗程。共 1~3 个疗程。

2. 对顽固病例少量选用过传统穴位;部分病例采用过全息穴位封闭;伴肌紧张者也施以简单手法。

疗效评定

临床治愈:症状消失,观察两月以上未复发者(有的已随访 8 年稳定)。显效:症状大部消失,偶有短时或轻度发作;及初发症状典型,仅一次治疗症状消失者。有效:周期、频度、时间、症状,有不

同程度减轻者。无效：一疗程以上治疗病情无改善者。

I. 偏头痛性血管性头痛

一般资料

784 例中,男 160 例占 20.5%,女 624 例占 79.5%。男女之比为 1:3.88。年龄最大者 82 岁(女),最小者 7 岁(男)。病程:1 年以内者 39 例,1~5 年者 284 例,5~10 年者 145 例,10~20 年者 205 例,20~30 年以上者 40 例。其中 50 年以上者 3 例(女)。

诊断要点

(1)慢性复发性(或初发症状典型);(2)多为一侧。病程较长者则很少固定一侧。(3)痛为重度或中度。(4)峰期搏动跳痛,伴恶心、呕吐(非喷射性)。或同时伴头晕。(5)发作数小时至数日不等。(6)少数有视觉先兆。(7)有家族史更为明确。

治疗结果

784 例中,痊愈:236 例占 30.1%;显效:360 例占 45.9%;有效:153 例占 19.5%;无效:35 例占 4.5%。总有效率为 95.5%。

病案举例

(1)金××,女,67 岁,农民,河南中牟县南仁。1992 年 5 月 11 日诊。患偏头痛 30 余年,经常发作,无家族史。近十多年头痛几乎持续不断。经脑电图、脑电流、CT 等多项多次检查无明确发现。诊时正剧烈发作,已一周彻夜未眠。痛在两颞额顶,呈持续搏动跳痛,伴恶心、吐少量稀涎。一次胫骨节肢全息穴位治疗,症状便基本消失,一夜安枕。次晨又痛但已显著减轻。自二次治疗后便基本未发作。因嘱三个疗程可愈,患者虽逢数次暴雨,仍坚持每天自 50 里外乘大巴来诊。共三疗程,观察半年未见复发。

(2)唐××,女,26 岁,个体户,开封市繁塔东街 65 号。1994 年 3 月 20 日诊。患偏头痛 11 年,发作频繁,近年加重。平时畏光、乏力、颈肩酸僵。现颞额部及眶上部剧烈搏动跳痛,不时恶心、呕吐伴刺痛。经诊,系偏头痛合并紧张性头痛。选用第二掌骨、胫骨、桡骨

节肢全息胚的全息穴位,每次治疗几乎均能使症状顿消,但不够稳定。三个疗程中,病情渐次好转。我们原认为本例仅属显效,但一年后随访,患者从未发作。

(3)高××,女,35岁,干部,海口市南航路20号。1995年4月25日诊。患左偏头痛十数年。因症状典型,虽多项检查阴性,省市级医院均诊断为偏头痛。患者每月发作2~3次,每次数小时数日不等。间歇期正常,月经前必发。经第二掌骨侧全息治疗一次症消,共治三次。嘱服偏头痛丸一周。四月后她介绍病人前来,说自己已经痊愈(按:根据笔者经验,该患仍需巩固治疗)。

(4)范××,女,30岁,营业员,开封相国寺商场工作。1989年9月26日诊。主诉:头痛十余年。逐渐加重。痛在眶额颞部,时左时右,剧时霍霍跳痛。伴恶心、呕吐、思大便。阳性家族史。因在市级医院多次住院检查治疗仍频繁发作,正准备到省级医院进一步诊治。后经介绍来我处就诊。此次发作已持续二天一夜。不时呻吟、呕吐。一个疗程的第二掌骨侧全息治疗,仅仅有效。一月后患者来补交治疗费时,充满谢意。自述治后痛渐平复,至今一直未痛。目前已稳定6年(按:例4、例2可以看出,全息疗法的远期效果不容忽视)。

II. 紧张性头痛

一般资料

705例中,男312例占44.3%,女393例占55.7%,男女之比为1:1.25。年龄最大80岁(女),最小9岁(女)。病程:1年以内者271例,1~5年者250例,5~10年者91例,10~20年者63例,20~30年者21例,30年以上者9例。

诊断要点

(1)病程较长,疼痛持续。(2)痛在两颞额顶或全头。轻型较多,重型少见。急性发作痛为重度。(3)紧箍感、重压感、迷糊感、闷胀感。(4)疲劳、心烦、健忘、多梦、颈僵。(5)情绪波动、超负荷劳作可

诱发或加重。(6)恶心罕见。

治疗结果

705 例中,痊愈 369 例占 52.3%;显效 239 例占 33.9%;有效 81 例占 11.5%;无效 16 例占 2.3%。总有效率为 97.7%。

病案举例

(1)高××,女,37 岁,工人,开封市化建公司。1994 年 8 月 11 日诊。患头痛 15 年。基本持续不断。时因过劳,情绪不悦而加重。痛在额颞,右半侧较重。头昏沉闷胀,疲乏多梦,记忆力下降,厌食,经常感冒,头皮一触即痛,已病休多年。对治疗丧失信心,系其爱人强迫来治疗一次。结果第二掌骨侧一次治疗,显著减轻症状,一个疗程逐渐稳定。食欲、精神、睡眠显著改善,三个疗程痊愈,遂恢复工作。嘱服晕痛丸 12 天巩固。观察半年无复发。

(2)董××,女,43 岁,干部,海口市海秀路大华新村。1995 年 6 月 18 日就诊。患头痛 6 年,近两年加重。两颞交替,首发一侧,平均每周一犯,一次 3~5 天。常日夜持续,为剧烈胀痛刺痛。恶心偶有。热、累、睡眠缺乏、用脑多即发。CT、RMI、TCD 等等,多项检查未能确诊,中西药均不奏效。又花费 3 万余元购买了日本磁床垫,也无济于事。我们详慎诊断后,认定为紧张性头痛(类型罕见)。按该型治疗方法,选第二掌骨侧全息穴位,一次治疗头已不痛。后又选用过桡骨节肢全息穴位。3 次治疗基本控制,稍有波动轻不足言,共治 3 个疗程。其间到三亚出差,天热劳累,一连 3 天很好。后去北京,睡眠缺乏并多用脑,半月头痛也未发作。遂嘱再服晕痛丸两周以求巩固。观察两月已愈。

Ⅲ. 眶上神经痛^[5,6,7,8]

一般资料

194 例中,男 71 例占 36.6%,女 123 例占 63.4%,男女之比为 1:1.73。年龄最大者 82 岁(女),最小者 3.5 岁(女)。病程:1 年以内者 56 例,1~5 年者 65 例,5~10 年者 35 例,10~15 年者 26

例,15~30年者10例,30年以上者2例。

诊断要点

(1)不定期发作或发作定时。(2)部位在眶上额颞。单侧者易与偏头痛混淆,剧烈者不易与丛集性头痛区别。(3)闷胀钝痛一般中度,定时而发者常为重度。(4)可伴头晕,恶心呕吐少见。(5)感冒常诱发或加重。眶上切迹压痛阳性。

治疗结果

194例中,痊愈86例占44.3%;显效73例占37.7%;有效28例占14.4%;无效7例占3.6%。总有效率为96.4%。

病案举例

(1)孙×,男,12岁,小学生,开封市运输公司家属院。1993年2月15日诊。患双侧眉棱骨痛数月。近八天规律发作,上午8点开始,10点后进入高峰,过午渐止,至晚如常。重时抱头痛哭,泪流满面。见光更剧,伴恶心畏冷。曾在省级医院专家门诊诊断为三叉神经痛,服卡马西平无效且日渐加重。学校已决定让其休学。来诊时正剧烈发作。患者系典型眶上神经痛。经劝同意接受针刺,第二掌骨侧全息穴治疗不久便破涕为笑。次日10点复发但较轻,针入即止。3次治后控制,一疗程痊愈即复学。观察2年稳定。

(2)马××,女,39岁,营业员,开封市北后街2号。1994年3月16日就诊。患头痛15年。初为发作性,近年持续不断。系右眶上、颞部钝痛、麻木,下午较重。感冒、冷热、生气均能诱发或加重。眶上切迹压痛明显,并向痛区放散。确诊后取第二掌骨侧疗法治疗。一疗程治后一直未痛。第二疗程中复发一次时间较短。两疗程后嘱服眶上丸12天巩固。观察半年未复发。

IV. 丛集性头痛

一般资料

6例中,男5例占83.3%,女1例占16.7%,男女之比为5:1。年龄最大为60岁(男),最小26岁(男)。病程:1年以内者2例,5~15年者4例。

诊断要点

(1)基本男性,年龄多在30~50岁。(2)恒定一侧。部位在眼、眶周、太阳穴。(3)有何纳氏征(结膜充血、流泪、鼻溢、流涎、眼睑下垂)。(4)发作定时,也可一日数次。(5)炸裂样、棒击样、穿凿样、深在密集难忍发作。(6)血压偏高,脉缓,入夜及卧位加重。

治疗效果

6例中,痊愈3例占50%;显效1例占16.7%;有效2例占33.3%。总有效率为100%。

病案举例

(1)谢××,男,58岁,干部,开封市农技站。1988年3月21日诊。偏侧头痛持续状态两周。近7~8天,因剧烈疼痛均彻夜无眠。患者在多家市级医院分别诊为三叉神经痛、偏头痛等,服卡马西平、麦角胺及镇静止痛剂无效,因而有轻生之念。自诉头部象火锥穿凿和频频棒击的感觉。右眶周、眼后,太阳穴处最甚。时时恶心、剧烈呕吐,并吐出胆汁。血压150/90mmHg。见患者有典型何纳氏综合征,知非喷射性呕吐,查无运动感觉障碍,诊为丛集性头痛持续状态。遂在第二掌骨侧详细用手按压全息穴位诊断,后选准对应穴位,以新痛液(自制)封闭,一分钟后疼痛迅速缓解,走时痛已基本消失,整夜安睡。次日第二掌骨侧穴位巩固治疗一次。4月7日又有轻痛,恐复发,又治一次痊愈,现近8年未复发。

(2)汤××,男,36岁,干部,开封市解放胡同39号。1989年3月3日诊。患右侧头痛15年。规律发作、5年一次。每犯历时半月,均为午夜12点发作,至晨缓解。系眶颞部密集钻眼样难忍疼痛。过

去治疗从来无效。昨夜是此次初发。血压140/100mmHg。查无明确阳性体征。诊为丛集性头痛。第二掌骨侧全息穴配耳穴压豆治疗一次,三夜安然,第4天急事出差,遂愈。当年未再复发。

V. 三叉神经痛

一般资料

44例中,男18例占40.9%,女26例占59.1%,男女之比为1:1.44。年龄最大83岁(女),最小22岁(女)。病程:1年以内者5例,1~5年者22例,5~10年者6例,10~15年者9例,15年以上者2例。

诊断要点

(1)有一个以上扳机点。(2)单侧面部,不过中线。(3)触摸、说话、风吹、进食等机械刺激可以诱发。(4)反复发作,愈犯愈重。(5)突发突止,每日数次至数十次。(6)电灼样、刀割样剧烈闪痛。

治疗结果

44例中,痊愈:12例占27.3%;显效:10例占22.7%;有效:15例占34.1%;无效:7例占15.9%。总有效率为84.1%。

病案举例

(1)张××,女,47岁,工人,海南省儋州木牌热胶厂。1995年3月16日诊。患左三叉神经痛(Ⅱ、Ⅲ支)十年。多次及CT、MRI检查无异常发现。病初曾在广州某院作半月神经节无水乙醇封闭,虽然面已麻木,但剧痛不减。中西药物,针灸气功、偏方土法、求神问卜全告失败。无奈日靠6~8片卡马西平度日,仅有小效,又凭添头晕。现不敢说话、吃饭,稍不经心,便诱发电击样抽搐灼痛。眶下孔周、下唇有扳机点。夜常痛醒。手诊第二掌骨侧压痛广泛,知病情复杂。经第二掌骨侧、桡骨节肢全息疗法交替使用,并加刺面部阿是穴(每选一个),共11次。患者除刷牙外,症状基本解除。其间因体弱,日均补液支持。同时,配耳压、偏头痛丸以增效果。一月后复诊已显著减轻。又治12次,除刷牙有无痛轻抽搐感外,其他症状完

全消失。观察四个月稳定。

(2)马××,女,62岁,开封火电厂家属院。1994年5月10日诊。患右面痛7年。经拔牙、封闭、服卡马西平仍不能止。且颈部活动、洗脸、刷牙、风吹、进食均能激发电击样灼痛。下颌部扳机点集中。诊为三叉神经痛(Ⅱ、Ⅰ支)。第二掌骨侧全息穴一次治疗立刻显著减轻疼痛,牙龈憋胀感消失。间选桡骨、胫骨节肢全息穴及面部每次一个阿是穴,共治两个疗程痊愈。一年后介绍亲人诊治头痛,述及未再发作。

VI、其他

见表1。

表1 其他类型头痛头晕症疗效统计

病名	总例数	痊愈(%)	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率%
枕神经痛	87	53(61%)	24(27.6%)	6(6.9%)	4(4.5%)	95.5%
颈性头晕痛	140	58(41.4%)	49(35%)	21(15%)	12(8.6%)	91.4%
外伤性头晕痛	62	21(33.9%)	26(41.9%)	11(17.7%)	4(6.5%)	93.5%
非偏头痛性 非器质性 血管性头痛	248	87(35.1%)	92(37.1%)	55(22.2%)	14(5.6%)	94.4%
假性头晕	244	69(28.3%)	105(43%)	55(22.5%)	15(6.2%)	93.8%
真性头晕	205	69(33.7%)	91(44.4%)	39(19%)	6(2.9%)	97.1%

小结

头痛头晕共11组、总计2719例。痊愈:1063例占39.1%;显效:1070例占39.4%;有效:466例占17.1%;无效:120例占4.4%;总有效率为95.6%。

体会

(1)头痛头晕既是疑难病(病程可鉴),又是常见多发病。在偏

头痛、紧张性头痛、眶上神经痛方面,我们认识上有了升华,治疗上获得了突破,若没有生物全息理论是不可想象的。

(2)2719例统计,总有效率高,治愈率不高,但事实上疗效是满意的。因真正完成三个疗程的患者为数不多。如偏头痛,北京协和医院神经科专家认为,仅要找到适合患者服用的药物就需要三个月^[9]。而第一军医大学南方医院头痛专科专家则强调,治愈是可能的,即便辨证用药准确,“起码连服一个月以上的中药”。^[10]相比之下,患者给我们的治疗时间是短了些。当然,门诊流动性大、经济负担、路远等也是客观原因。

参 考 文 献

- [1]张颖清,《生物全息诊疗法》,山东大学出版社,1987。
- [2]奥瑟·S·弗里泽,《头痛的秘密》,山东科技出版社,1980。
- [3]王明礼,《临床头面痛学》,中国医药科技出版社,北京,1993。
- [4]李建章等,《头痛头晕诊断治疗学》,中国医药科技出版社,北京,1993。
- [5]冯兰馨等,《注射外科学》,科学普及出版社,北京,1985。
- [6]杨树立,《常见头痛症》,河北人民出版社,1979。
- [7]朱元操等,《神经阻滞疗法》,杭州市下城区卫生局(内部发行),1981。
- [8]《现代针灸文献精萃》,中医古籍出版社,北京,1988。
- [9]李舜伟等,《头痛》,中国协和医科大学、北京医科大学联合出版社,北京,1993。
- [10]陈宝田等,《头痛鉴别诊断与治疗》,广东科技出版社,广州,1994。

生物全息诊疗法与中药配合治疗顽固性头痛 68 例临床观察

高俊英 主治医师 王安景 主治医师

(牡丹江同仁血栓病医院) (牡丹江医学院附属三院)

许 杰 主治医师

(牡丹江医学院附属三院)

应用张颖清教授创立的生物全息诊疗法,单取第二掌骨侧全息胚头穴,配合中药芎丹汤,治疗 68 例顽固性头痛患者,效果显著,现报告如下。

68 例病人,其中男性 26 例、女性 42 例,年龄最大 72 岁,最小 30 岁,平均年龄 48 岁。病程最短 2 个月,最长 34 年。有家族史者 28 例,其中女性 19 例,从发病到治疗时平均为 3.54 个月。

一、治疗方法

本组病例症候为头痛,特点为顽固性,基本方由川芎 20~40 克,丹参 30~50 克组成,每日一剂,10 天为一疗程。

在采用中药的同时,医生以左(右)手拇指尖在患者右(左)手第二掌骨拇指侧头穴区,以适中的压力揉压,患者自觉酸、胀、重、痛为压痛点,在其上针刺或按摩。选穴要遵循同侧对应原则。少针穴准原则,一般一针即可。进针深度为 1.5~2cm,留针 20~30 分钟,间隔 5~10 分钟提插捻转刺激。或采用穴位按摩 100~300 次左右,可获得与针刺同样的效果。10 次为一疗程,每日一次。

二、疗效标准

头痛及伴随症状全部消失,或头痛偶有轻微发作,评为显效者 35 例(51.4%);头痛发作次数减少,疼痛程度减轻,持续时间缩短,评为有效者 28 例(41.1%);头痛及伴随症状经全息疗法配合中药 10 天后仍无明显改善,评为无效者 5 例(7.5%),总有效率 92.5%。

三、典型病例

病例一:赵××,女,30岁,头痛半年,每次发作疼痛剧烈,如刀割一样,痛不欲生,伴恶心、呕吐。针刺全息胚头穴(双侧),配合中药芎丹汤,15分钟疼痛消失,30分钟治疗结束,病情好转。

病例二:高××,男,40岁,头痛15年之久。常伴有耳鸣、记忆力减退,有时睡眠欠佳,曾多次采用中西药效果不明显,脑电地形图提示:血管弹性降低,双侧脑血管痉挛。经第二掌骨侧及桡骨侧头穴治疗配合芎丹汤水煎,治疗一次后即感头痛减轻,第二次治疗后,睡眠转好,头已不痛,治疗10次后症状消失,记忆力良好,治疗三个疗程后脑电地形图恢复正常。

四、讨论

现代药理学研究提示:川芎含有生物硷、挥发油、川芎内脂等,可通过血脑屏障,改善脑细胞的供血状态。丹参含有丹参酮,具有抗凝、镇痛作用。两药对治疗顽固性头痛提供了较好的理论依据。

生物全息诊疗法是山东大学张颖清教授创立的,其镇痛作用显著,能减轻病人对痛觉的感受,改善机体对疼痛的反应,导致疼痛感觉的减轻或消失。在治疗顽固性头痛时除选用生物全息诊疗法外,再配合中药芎丹汤治疗,其止痛效果更佳,值得临床推广。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]张颖清,全息生物学(上册),高等教育出版社,1989。

生物全息疗法治疗三叉神经痛 200 例临床研究

景尧洲 主治医师

(北京军区后勤部门诊部)

摘要 三叉神经痛是临床上发病率较高的一种常见病。我们运用全息胚医学理论,在第二掌骨侧全息胚穴位治疗三叉神经痛,经临床对照组分析疗效满意。

关键词 三叉神经痛;全息胚医学;全息疗法;第二掌骨侧;全息胚穴

三叉神经痛是临床上发病率较高的一种常见病,此病治疗方法虽多,但疗效均不确切,内服药有苯妥英钠、卡马西平、颠通定等,这些药物初用都有缓解疼痛的效果,日久则渐趋无效。中药汤剂、穴位埋线、注射疗法及外科手术等都不是理想的办法。为寻找有效的治疗措施,我们运用张氏全息胚医学的理论^[1~4],在第二掌骨侧全息胚穴^[2]治疗三叉神经痛,并经临床治疗对照组研究分析,取得极为满意疗效。证明这是现阶段治疗三叉神经痛最理想的方法。

一、临床资料

(一)一般资料:病人均系门诊病人。经随机分组:

(1)全息治疗组 200 例中,男性 95 例,女性 105 例;左侧头痛 156 例,右侧头痛 44 例;年龄最大者 48 岁,年龄最小者 14 岁;病史最长者 11 年,病史最短者 2 个月,(2)两个对照组(苯妥英钠组

和卡马西平组)60例中男性28例,女性32例;左侧头痛49例,右侧头痛11例;年龄最大者56岁,年龄最小者32岁;病史最长者16年,病史最短者6个月。

(二)诊断标准:按上海人民出版社1971年出版《内科手册》规定。

二、治疗方法

在患者第二掌骨侧全息胚穴位上施以针刺术,每侧只取头穴,用16号1寸针灸针进针2cm深,留针30分钟至40分钟,根据针感的强弱决定行针的次数及时间,根据中医辨证按照“实泻虚补”之原则行提插捻转之手法。每日针刺一次。

三、疗效标准

全息胚穴治疗组:

1. 痊愈:停止一切其他治疗,经全息胚穴治疗3次,症状完全消失(3个月内未复发者)。
2. 好转:停止一切其他治疗,经全息胚穴治疗3次,症状基本消失或发作次数及疼痛程度均有明显减轻者。

苯妥英钠及卡马西平治疗组

1. 痊愈:停止其它治疗单用苯妥英钠每次0.1克,一天3次。或单用卡马西平每次0.1克,每天3次。分别用药3天。症状完全消失(3个月内无复发)。
2. 好转:停止其它治疗,单用苯妥英钠每次0.1克,一天3次,或单用卡马西平每次0.1克,每天3次。分别用药3天,症状明显好转者。
3. 无效:停止其它治疗,单用苯妥英钠每次0.1克,一天3次,或单用卡马西平每次0.1克,每天3次。分别用药3天,症状无明显好转者。

四、治疗结果

见表1。

全息生物学学术讨论会文集

表1 3种方法治疗结果对比分析

分组	例数	痊愈	%	好转	%	无效	%	有效率%
全息胚组	200	188	94	12	6	0	0	100
苯妥英钠组	30	4	13	13	43	13	43	56.7
卡马西平组	30	9	30	11	36	10	33	66.7
合 计	260	201		36		23		91

经统计学处理 $\chi^2 = 152.28 > 14.86, p < 0.005$, 3组疗效有效率之间有高度显著性差异。

五、研究讨论

张颖清教授已指出全息生物学是研究生物体部分与整体、部分与部分之间在生物学特性上全息相关的规律以及这些规律的应用学科^[3]。生物体是由不同发育程度和不同特化程度的全息胚组成的。全息胚是整体的结构单位,又是自主发育单位。在多细胞生物体中,细胞是发育程度最底的全息胚,整体本身是发育程度最高的全息胚。穴位全息律和生物全息律是全息胚胚胎性质的外部表现^[4]。整体与各全息胚存在着密切全息相关性,任何相对独立的全息胚都包含着全部整体各相应组织器官的生理、病理信息。因此在任何一独立的全息胚的全息相关部位(全息胚穴)进行针刺,就可以达到治疗相应组织器官疾病的目的。

目前在临床应用上已经证实了全息胚穴治疗疾病不仅能改变神经兴奋性而且可使体内免疫球蛋白和补体的含量增加^[5],人体的免疫功能对机体防御疾病的作用非常重大,如果能恢复病人的正常免疫功能或提高其免疫功能就可以对防治疾病发挥重要作用。虽然全息胚穴针刺对机体的有效作用是多方面的,但改善和加强机体的免疫功能则是占着主导作用,可以认为机体免疫功能的增强为全息胚穴治疗疾病提供了重要的物质基础,而这种物质基础对疾病的康复起着至关重要作用。

选择第二掌骨侧这块方寸之间的部位治疗疾病,不受条件限制,简易安全无副作用,全息胚头穴治疗三叉神经痛,这是数年来临床探索与研究治疗三叉神经痛的最佳全息胚穴位点。

从本文3组治疗对照不难看出,全息胚组明显优于两个对照组,说明全息胚穴针刺是现阶段国内外治疗三叉神经痛的最佳方案,根据中医不通则痛的治病机理,证明全息胚穴针刺还能起到活血化淤作用,这就为一些病人一次全息胚穴针刺治疗,疾病即愈找到了理论根据。

参 考 文 献

- [1]张颖清,《全息生物学》,高等教育出版社,1989。
- [2]张颖清,《生物全息诊疗法》,山东大学出版社,1987。
- [3]张颖清,《全息生物学研究》,山东大学出版社,1985。
- [4]张颖清,《新生物观》,青岛出版社,1992。
- [5]《国际全息生物学学术讨论文集》,高等教育出版社,1990。

生物全息疗法治疗肾盂积水 致腰痛 15 例

陈善举

(牡丹江市西安区红十字全息医疗门诊)

我采用张颖清生物全息疗法治疗肾盂积水致腰痛,治愈率 100%。现介绍如下。

一、临床资料

男 6 例、女 9 例;年龄最小 20 岁,最大年龄 58 岁;工人 5 例,农民 3 例,干部 3 例,教师 4 例。一般中药治疗与西药结合治疗其它症状消失,如:尿频、尿痛而好转,而腰痛仍然不好转。

二、治疗方法

用全息针刺疗法,在病人第二掌骨侧取肾穴,用 28 号毫针,针刺 40 分钟,行针 3 次,一般一个星期见效。

三、疗效观察

本组 15 例腰痛经针刺第二掌骨侧肾穴区后均达到临床治愈。

典型病例 曹德顺,男,35 岁,干部。主诉:腰痛,左侧严重。尿频、尿痛。病人一般状态良好。活动后或站立久腰痛明显加重。用超声波诊断为肾盂积水。我采用张颖清生物全息疗法,在患者第二掌骨侧肾穴区针刺 20 分钟,行针一次,针刺三天腰痛症状消失。

体会 生物全息疗法不仅对急症有效而且对急慢性疾病也有较好疗效。

参考文献

[1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

全息療法針刺坐骨神經 點治療腰腿痛 46 例

曹正柳 副教授、副主任醫師

(江西醫學院第二附屬醫院)

陳 茜 副主任醫師

(江西省商業職工醫院)

摘要 本文運用張氏生物全息診療法理論,針刺肱骨內側緣坐骨神經點,治療腰腿痛 46 例,其中急性腰扭傷 5 例,反復腰扭傷或有腰痛史者 10 例,腰椎骨質增生 18 例,腰椎壓縮性骨折 3 例,腰椎間盤突出症 4 例,根性坐骨神經痛 6 例。採用強刺激提插捻轉混合手法,得氣後留針 20~30 分鐘,每隔 5 分鐘行針 1 次,每日治療 1 次,5 天為一療程,治療 2 個療程後統計療效。結果:臨床痊癒 12 例,顯效 18 例,有效 14 例,無效 2 例,總有效率為 95.65%。人體任何節肢的新穴位若以其對應的整體部位或器官命名,那麼,每一節肢恰象是整個人體在此處的縮影,基於這一觀點作者將上肢作為人體縮影,而坐骨神經點恰相當於人體整體的腰骶部,凡腰腿痛者均可在此處找到壓痛敏感點,體現了中醫學的整體觀。

關鍵詞 腰腿痛;生物全息療法;針刺;坐骨神經點

我國於春秋時期已發明並運用穴位有序排列規律並提出了經絡學說,几千年來指導著中醫學的經絡研究和針灸治療疾病。1973 年張氏根據生物個體是一個大系統,它由許多相對獨立的小系統

组成,在大系统与小系统之间存在着全息对应关系^[1],并提出了生物全息现象、生物全息律、生物全息学说、生物全息工程、全息生物学及生物全息诊疗法等理论。导师张志钧运用经络理论及穴位阳性反应物的理论,针刺坐骨神经点治疗腰腿痛 46 例,疗效满意,报道如下。

1. 一般资料

本组 46 例,男 31 例,女 15 例;年龄最小者 27 岁,最大者 69 岁,平均年龄 48 岁;病程 10 天~12 年,平均 3.7 年。46 例中,急性腰扭伤 5 例,反复腰扭伤或有腰痛病史者 10 例,腰椎骨质增生 18 例,腰椎压缩性骨折 3 例,腰椎间盘突出症 4 例,根性坐骨神经痛 6 例。

2. 治疗方法

取穴:坐骨神经点(张志钧导师经验方)取穴方法:鹰咀突上方 1 寸左右肱骨内侧缘,与肱骨内踝成一三角形。左侧腰痛伴左下肢活动不便者取左上肢该穴;右侧腰痛伴右下肢活动不便者取右上肢该穴;腰两侧疼痛者取双上肢穴;用 28 号 1.5~2.0 寸毫针,采用强刺激(以患者耐受为度)提插捻转混合手法,得气后留针 20~30 分钟,每隔 5 分钟行针 1 次,每日针刺 1 次,5 天为一疗程。一疗程结束后休息 2 天,可进行第二疗程治疗,治疗 2 疗程作为统计对象,无效者改用其他方法治疗。

3. 治疗结果

(1)疗效判断标准,根据中药新药临床研究指导原则^[2]制定疗效判断标准。

临床治愈:腰痛及其相关症状全部消失,不影响活动及工作,随访 3 个月无复发。

显效:腰部疼痛近乎消失,仅劳累或天气变化时有轻度疼痛,功能恢复,不影响日常工作,或病情由重度转为轻度。

有效:腰痛的症状和体征有减轻或改善,但病情不稳定,停药

后有复发,对重体力劳动有影响。

无效:临床症状和体征无变化,甚或病情加重。

(2)结果:临床治愈 12 例,显效 18 例,有效 14 例,无效 2 例(其中 1 例为腰椎压缩性骨折,1 例为腰椎间盘突出症)。总有效率为 95.65%,无效率为 4.35%。

4. 体会与探讨

张氏提出全息律揭示了人体存在着一系列有规律的新的穴位群,人体任何一节肢的新穴如果以其对应的整体上的部位或器官来命名,则每一节肢恰象是整个人体在这里的一个缩影^[3]。张氏将上肢初定为每一节肢可为一个缩影,如第二掌骨、桡骨、肱骨等节肢,经反复临床验证证实。本文将上肢作为人体的缩影,而坐骨神经点则恰恰相当于人体整体的腰骶部,腰疾患者在此相对应点上有明显压痛反应,体现了中医学的局部与整体理论。

运用生物全息诊疗法——针刺坐骨神经点,其取效迅速,相当一部分病例进行第一次治疗后直腿抬高试验明显改善,确有针去痛减之感,而尤以病程短者疗效好,病程长而神经根压迫严重者疗效差。本组 31 例在第一疗程内获效,若二个疗程仍无效者即改用其他方法治疗。由此可见,运用生物全息疗法治疗腰痛,具有疗效迅速、疗程短等特点。

生物全息诊疗法与经络阳性反应物互参探讨,目前运用病例数较少,如何有机地将两者联系,进行深入研究,尚需今后继续进行理论与临床研究。

5. 典型病例

病例一:王某某,男性,42 岁,南昌某厂工人。患者缘于 2 天前劳动时扭伤腰部而腰痛难忍,尤以右侧为甚,行走不便,活动则疼痛加剧,仰卧直腿抬高左腿 60°,右腿 40°,舌质淡红,苔薄白,脉细弦。证属外伤性腰痛气滞血瘀,治以针刺双侧坐骨神经点,每日一次,强刺激捻转提插混合手法。行针 4 天,诸症悉除而愈。

病例二:李某某,女性,46岁,某工厂技术员。反复腰痛5年余,与气候变化无关,但每于劳作后疼痛加剧,曾经中西药诸法治疗,症状可缓解,但易复发,近来伴有左下肢麻木不适,摄腰椎正侧位片示腰椎第3、4椎体肥大性改变,舌质暗红,苔薄黄,脉细弦。证属气滞阻络腰痛,治以针刺坐骨神经点,捻转提插混合手法,留针20分钟,每隔5分钟行针一次,一疗程后腰痛减轻,左下肢麻木症除;治疗二疗程腰痛十去八九,以理气活血通络煎剂善后。

参 考 文 献

[1]张颖清,全息生物学研究·全息生物学概论,山东大学出版社,1985,10:1。

[2]中华人民共和国卫生部制定发布,中药新药临床研究指导原则,1993:208。

[3]张颖清,生物全息诊疗法,全息生物学研究,山东大学出版社,1985,10:22。

生物全息针刺疗法镇痛效果 的 评 估

朱元平 宋爱军

(青岛生建机械厂医院)

摘要 生物全息疗法在治疗诸多疾病中镇痛效果显著。针刺全息穴可对病变系统产生较强的“泛”作用、特异性效应、节段性效应,通过神经、体液循环的调节,达到镇痛和治疗疾病的目的。

关键词 生物全息;泛控;镇痛

自1988年以来,我们将张氏^[1]生物全息诊疗法广泛应用于临床。在治疗诸多疾病中发现针刺全息胚图谱穴位的镇痛效果尤为显著,现评估如下。

一、临床资料

1. 一般资料:针刺全息胚图谱穴位镇痛272例;其中,男性211例;女性61例;年龄最大69岁,最小5岁;平均49.5岁。

2. 方法:遵照张氏全息诊疗法取第二掌骨侧,根据不同的病变区域寻找全息胚图谱的相应器官部位的压痛敏感点。选用1~1.5寸28号不锈钢毫针,行常规消毒后,进针1~1.5寸深,病人出现电麻感或酸、重、胀痛并放射为止;留针45~60分钟,5~10分钟行针一次。根据疼痛轻重程度的不同,分别实施轻、重不同的“补、泻”法。行针时间10~30秒到1分钟。

二、镇痛效果

针刺全息穴的镇痛效果尤为明显,一般性疼痛针刺产生电麻感后 1~3 分钟即可见效;剧痛时应当延长行针时间,同时运用“重泻”手法亦会很快见效。

著多病种的镇痛时间见表 1。

表 1 生物全息针刺疗法镇痛效果

疾病种类	例数	选穴	敏感度	镇痛效果	
				见效时间	止痛时间
头痛	19	头穴	+	3~5 分钟	10~15 分钟
三叉神经痛	3	头穴	++	1~3 分钟	5~15 分钟
牙痛	48	头穴、肾穴	++	1~3 分钟	5~10 分钟
胃脘痛	23	腹穴	++	3~10 分钟	10~20 分钟
急性肠炎腹痛	34	下腹穴	++	3~5 分钟	10~15 分钟
损伤痛	145	腰穴足、穴	++	5~10 分钟	15~20 分钟

三、典型病例

病例一:申××,男性,54 岁,1994 年 12 月 6 日初诊。患者三天前感到牙痛,坐卧不安影响睡眠和饮食,经检查右侧上颌牙齿触痛叩击痛明显,不能咬颌,诊断为根尖炎;服用复方新诺明片、牙周康、去痛片等药物治疗,未见明显疗效,改用生物全息诊疗法。取第二掌骨侧全息图谱的头穴、肾穴均压痛敏感。治疗经过:用 28 号 1.5 寸不锈钢毫针,常规消毒,取双侧第二掌骨侧的“头穴、肾穴”,皮肤消毒后进针 1.4 寸深,出现电麻、酸、胀痛感后持续行针 30 秒钟立即止痛,留针 45 分钟,每日一次,共治疗 3 次痊愈,两个月后随访未再复发。

病例二:傅××,女性,60 岁,1990 年 10 月 24 日初诊。患者两天前晨起突感左侧面部疼痛,颞部眶上下及颌部疼痛难忍,并逐渐

加重,坐卧不安,痛哭流涕,痛重时欲想寻死。经检查,诊断为三叉神经痛。口服止痛药和镇静药及注射止痛针不能止痛,来全息门诊求治。取双侧全息图谱的“头穴”均压痛敏感。治疗经过:用28号1.5寸不锈钢毫针,常规消毒后进行双侧第二掌骨侧全息穴“头穴”皮肤消毒,进针1.5寸深,出现电麻、酸、胀痛感。采用祖国传统经络针灸法的“重泻法”持续行针约1分钟,3分钟后疼痛逐渐减轻,15分钟后痛止,每日一次,共治疗7次痊愈,一年后随访未再复发。

病例三:韩××,男性,20岁,1988年7月6日初诊。患者晨4时许感到腹部疼痛坠胀、腹泻,至今已腹泻11次,口服“阿托品片、痢特灵片等”无明显疗效。查体:体温36.5℃,一般情况可,皮肤弹性尚可,心肺(-),腹软、肝脾未触及,脐周压痛明显,无反跳痛,大便常规化验,为稀粘液便,镜检:红细胞“+”/高,脓细胞“+”/高,血象正常。诊断:急性肠炎。双侧第二掌骨侧下腹穴压痛敏感。治疗经过:用28号1.5寸不锈钢毫针,常规消毒,取双侧第二掌骨侧全息图谱的下腹穴皮肤消毒后进针1.4寸深,出现电麻感后用“泻”法,持续行针30秒,五分钟后腹痛减轻,15分钟后腹疼止,留针45分钟,未再腹疼腹泻,续针两次痊愈。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

针刺第二掌骨侧穴位群 止痛效果观察

刘 津 萍

(天津硅酸盐制品厂职工医院)

二年来,我应用张颖清教授发明的第二掌骨侧生物全息疗法治疗各类病因所致疼痛 138 例。该疗法止痛效果明显,获得了较为满意的疗效,受到了患者的欢迎。

1. 临床资料

在各类原因所致疼痛的 138 例患者中,男 57 例,女 81 例;年龄最小 32 岁,最大 58 岁;其中颈肩痛 47 例,落枕 15 例,腰痛 28 例,头痛 14 例,牙痛 14 例,胃痛 12 例,双膝关节痛 8 例。

2. 治疗方法

2.1 取穴疗法:取疼痛部位在第二掌骨侧的相对应穴位。

2.2 选穴与配穴:根据疼痛部位选穴:头痛取头穴;胃痛取胃、肝穴;双膝关节痛取腿穴;颈肩痛、落枕取颈穴、上肢穴;腰痛取腰穴;牙痛取头穴配肺穴。

2.3 针法:第二掌骨侧穴位群常规消毒后,用 28 号 1 寸或 1 寸半毫针,快速刺入,进针深度 0.5~0.8 寸,可采用提插捻转法得气后,留针 30~40 分钟,每隔 10 分钟行手法一次,以保持强针感。部分患者在针数分钟后疼痛部位即有明显的发热,出现酸、麻、胀感。

2.4 疗程:每天针一次,5 次为一个疗程,疗程间隔 3~5 日。

3. 治疗结果

3.1 疗效标准:

A. 痊愈:疼痛完全消失,无明显体征,近期无反复发作。

B. 显效:疼痛基本消失或显著减轻,无明显阳性体征,偶有疼痛,轻微发作。

C. 好转:疼痛有不同程度减轻,但时有发作。

D. 无效:治疗后疼痛无好转。

3.2 疗效分析(表1)

表1 针刺第二掌骨侧穴位群止痛疗效分析

病种	痊愈	显效	好转	无效	合计
头痛	8	4	2	0	14
牙痛	8	2	2	2	14
胃痛	3	6	3	0	12
落枕	5	7	3	0	15
腰痛	8	9	8	3	28
颈肩痛	20	14	9	4	47
双膝关节痛	3	2	2	1	8
合 计	55	44	29	10	138
%	39.9	31.9	21	7.2	

本疗法治疗各类疼痛 138 例,一次性治愈例数 55 例,一次性治愈率 39.9%,有效例数 128 例,有效率 92.8%。

4. 典型病例

张××,女,43岁,干部。1993年8月10日就诊。主诉:剧烈胃痛2小时。患者出冷汗,面色苍白,由两人扶来就诊。患者平时无胃病史。查体:腹软,剑突下有压痛。诊为急性胃痉挛。测其第二掌骨侧胃穴压痛明显。治法:针其双手第二掌骨侧胃穴,针后10

分钟患者即感疼痛有所减轻,留针 30 分钟左右,患者疼痛消失。第二天又针治一次,痊愈。随访一周未见复发。

5. 体会

138 例临床止痛效果观察分析,针刺第二掌骨侧穴位群治疗止痛,一次性治愈率 39.9%,有效率 92.8%,是一种简便易行,收效迅速,安全可靠的疗法。本疗法因用针少,止痛快,患者容易接受,特别适用于基层,便于推广,是值得提倡的。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

应用腹部全息胚疗法治疗胃脘痛、 慢性腹泻临床观察

李红伟 李宛蔚

(牡丹江纺织厂医院)

王安景

(牡丹江市同仁血栓病医院)

生物全息疗法^[1]是中国科学家张颖清提出的,临床应用疗效显著。1991~1994年,我们在临床中应用此法治疗胃脘痛 60 例,慢性腹泻 40 例,均收到满意效果,报告如下。

一般资料

100 例中男 60 例,女 38 例。年龄最小 18 岁,最大 65 岁,病程最短一周,最长 15 年。

方法

按张氏法将腹部全息胚(任脉)划分为 12 个穴区,各穴区代表相应的器官,在与患病器官相联的穴位上用手指点穴,每次 1~2 穴,每穴点按 3~15 分钟。

疗效标准

以症状消失、身体恢复正常为痊愈。临床体征明显改善者为有效。治疗一周病情无改善者为无效。

治疗结果

胃脘痛、慢性腹泻 100 例中,有 96 例临床治愈,4 例无效,改用其它疗法住院治疗。

典型病例

王某,男,32岁,农民。于1993年10月6日初诊。胃脘胀痛已多年,时发时止,喜热畏寒,口吐清水,痛时肢冷。运用腹部全息胚疗法点按胃穴后诸症皆除,为巩固疗效治疗一周,痊愈。

洪某,女,46岁,肠鸣、腹痛、腹泻,每日便5~6次已半年余。现四肢酸软,小腿肌肉时有痉挛,腰膝无力。临床诊断为慢性肠炎,采用腹部全息胚疗法在相应的穴位点按三次见效,6日诸症皆除。

讨论

点按腹部全息胚穴位治疗胃脘痛、慢性腹泻,有效率为96%,疗效可靠,经济方便,值得临床研究推广应用。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息疗法,山东大学出版社,1987。

用全息針刺療法治療 209 例 痛證療效觀察

李景祥 陳善舉 王安景

(牡丹江市西安区衛協會)

李宛蔚 李紅偉

(牡丹江紡織廠職工醫院)

我們運用生物全息針刺療法治療急診痛症 209 例,取得較滿意的療效。現報告如下。

一、一般資料

1988 年 5 月至 1994 年 8 月在臨床選擇急診腹痛、胃脘痛、肋痛、腰痛、頭痛、牙痛、咽喉痛、痛經等病症共治療 209 例,其中男性 108 例,女性 101 例,年齡最小 8 歲,最大 68 歲。

二、治療方法

運用全息胚針刺術,分別在第二掌骨側、第三掌骨側、胫骨全息穴位群用 26 號不銹鋼毫針在相應的穴區進行全息胚針刺療法。針刺得氣後,留針 40 分鐘。將 209 例病人隨機分為三組。

第一組病例為用第二掌骨側全息穴位群治療疾病。

第二組病例為用第三掌骨側全息穴位群治療疾病。

第三組病例為用胫骨節肢全息穴位群治療疾病。

三、治療結果

1. 療效標準:疼痛完全消失,為痊癒。疼痛基本消失,為顯效,疼痛症狀減輕,或須結合其他方法治療為好轉。症狀體征無變化,

改用其他方法治疗为无效。

止痛开始时间:最短 2 分钟,最长 40 分钟,超时作为无效。

2. 疗效分析:见表 1。

全息疗法 209 例有效率为 94.74%。

表 1 各组疗效的比较

取穴方法	例数	痛愈	显效	好转	无效	显效率%	有效率%	无效率%
第二掌骨侧	75	31	34	5	5	86.67	93.33	6.67
第三掌骨侧	93	31	43	14	5	79.57	94.62	5.37
胫骨侧穴位群	41	13	17	10	1	73.17	97.56	2.44
小 计	209	75	94	29	11	80.86	94.74	5.26

四、典型病例

赵××,男,42岁,农民。1992年10月18日下午13时急诊。患者上午10时突然上腹剧痛,已持续3小时,伴恶心,呕吐。面色青,汗出,四肢厥冷,舌质红苔白,脉沉弦。腹部平软,上腹明显压痛,无反跳痛,肝脾未触及,肺无异常,心率整。证属胃脘痛。运用生物全息疗法在第二掌骨侧胃穴针刺。约10分钟腹痛开始减轻。用泻法行针20分钟腹痛完全消失。获得临床治愈。

五、体 会

山东大学张颖清发明的生物全息疗法治疗痛证,有效率94.74%,值得进一步研究推广。

参 考 文 献

[1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

全息穴位治療不同病因疼痛 104 例報告

許明新

(河南開封醫專一附院)

劉冠秀

(河南開封縣半坡店鄉)

自 1990 年以來,筆者應用對全息穴位按摩或針刺治療不同疾病所致的疼痛 104 例,止痛效果顯著,有效率達 100%。現將有關資料介紹如下並討論。

臨床資料

男 59 例,女 45 例;最小年齡 10 歲,最大 85 歲,40~60 歲 78 例。癌症引起疼痛 23 例,其中病理學或細胞學明確診斷 17 例,其他以臨床結合影像學而診斷;10 例已發生胸、腹膜、淋巴結、骨等 1 或數處轉移。風濕或類風濕性關節痛 43 例,老年性退行性關節病所致關節痛 17 例,胃、腸炎 10 例,胃或十二指腸潰瘍 5 例,腰椎間盤突出症 6 例。

止痛效果

104 例病人的疼痛均有程度不同的減輕,有效率 100%。起效時間:2~40 分鐘,多在 10 分鐘左右。療效維持時間 1~數小時,最長達 1~2 周,亦有少部分病人經一次治療疼痛消失無復發者。

治療方法

按照張穎清教授所著《生物全息診療法》^[2]。

讨论

为病人祛除或减轻疼痛引起的痛苦是治疗的重要内容和目的之一;尤其是癌症晚期的患者,疼痛已成为临床工作中一个十分棘手的问题。笔者对 10 例经病理学或细胞学明确诊断并有转移的癌性疼痛进行全息穴位刺激均有止痛效果;其中 2 例肝硬化合并肝癌,腹水中发现癌细胞,必须注射杜冷丁方能入睡的病人,经全息穴位针刺可停用杜冷丁,止痛 1 天、1 周各 1 例;同时出现利尿效果。风湿或类风湿性关节炎 43 例,化验血沉 38 例,其中 32 例异常者,经 2~4 周治疗,复查血沉 20 例下降或恢复正常。笔者观察对于已应用杜冷丁止痛剂的患者,全息穴治疗大多数可减少或全部停用杜冷丁,这是十分可喜而难得的。同时,该法优于止痛剂仅止痛或存在成瘾的弊端等等;另外该法尚具有调整内脏功能,祛除原发病,调节免疫的作用^[2]。

据笔者有限观察认为全息穴位治疗对不同原因的疼痛均有止痛效果。当今医疗费用过快增长已成为国际性问题;加之,部分地区卫生资源贫乏,而生物全息诊疗法,确有实效,简便、易学、无副作用^[2]。该法为实现“2000 年人人享有卫生保健”的目标,降低医疗费用方面,一定会发挥巨大的作用。

参考文献

- [1]张颖清,《生物全息诊疗法》,山东大学出版社,1987。
- [2]张颖清,《全息胚学说医学应用》,高等教育出版社,1992。

生物全息诊疗法治疗胃痉挛 20 例

陈善举

(牡丹江市西安区卫协会)

胃痉挛,起病较快,疼痛难忍,患者求治迫切。我们自 1990 年 8 月到 1994 年 6 月在门诊用生物全息疗法,治疗胃痉挛 20 例,见效迅速,治愈率 100%,现报告如下。

一般资料

20 例中,男 13 例,女 7 例,年龄最小 16 岁,最大 45 岁。职业:学生 6 例,教师 4 例,工人 5 例,营业员 5 例。病因多为腹部受凉或过食生冷而发病。症状大都发病急骤,胃痛阵发如绞,冷汗淋漓,四肢厥冷。

治疗方法

按张颖清方法将人体各个节肢较大相对独立部分各分为 5 个穴区,在胃区施以针刺术,用 28 号毫针,强刺激,留针 40 分钟。

疗效观察

本组 20 例均为复诊经针第二掌骨侧胃穴区后均达到临床治愈,有效率 100%。

典型病例

李军,男,40 岁,工人。主诉:腹部受凉后,胃区急剧疼痛难忍。经服解痉药“去痉宁”无效。检查:患者面色苍白,烦躁不安,出冷汗,剑突下压痛明显。诊断为急性胃痉挛。立即针刺第二掌骨侧胃穴区,强刺激。上腹部急剧疼痛顿解。

体会

生物全息疗法对胃痉挛缓解作用快效果好。

颈椎病全息胚疗法的疗效观察

朱元平

(青岛生建机械厂医院)

颈椎病属于颈椎的慢性退行性病变,是由骨赘的形成,压迫神经根而发生的临床综合症。以中老年人发病率最高。X线表现为颈椎骨赘形成、椎间隙变窄、小关节移位、生理曲度改变和项韧带钙化等约占 2/3;颈椎周围纤维组织增生和结缔组织增生,尚未骨质改变或无 X 线征象的约占 1/3。我们用张颖清的生物全息针刺疗法^[1]治疗 75 例,获得满意疗效,现分析报告如下。

I 临床资料

75 例颈椎病患者,男 52 例,女 23 例;年龄为 23~70 岁,平均 48.73 岁。病程最短 2 个月,最长 21 年,平均 2.7 年;有明显外伤史者(摔伤)1 例,占 1.33%。

75 例颈椎病的分型及各年龄组分布见表 1。

II 治疗方法

全息胚疗法取穴:双侧第二掌骨侧全息胚颈穴。

针刺方法:行常规皮肤消毒后,用 2.5cm 针灸针,直刺 2cm 深,直至患者感到酸、麻、胀、重感,留针 45 分钟,10 天为一疗程,每隔一周治疗一个疗程。手法:进针后按张氏方法^[1]每隔 5~10 分钟行针一次。

注意事项:取穴要准确,进针深度要达 2cm 以上,必须使患者出现酸、麻、胀、重为止。

表1 75例颈椎病的分型及年龄组

年龄	例数	神经根型		椎动脉型		脊髓型		混合型	
		例	%	例	%	例	%	例	%
<30	2	1	50	0	0	0	0	1	50*
30~31	15	15	100	0	0	0	0	0	0
32~41	20	14	70	5	25	0	0	1	5
42~51	36	17	47.2	11	30.6	1	2.8	7	19.4
52~61	2	0	0	2	100	0	0	0	0
合计	75	47	62.7	18	24	1	1.3	9	12

注* 为外伤所致

Ⅲ 治疗效果

1. 疗效标准。痊愈:颈背部酸胀、沉板、痛麻木及牵引痛消失,头晕等症状完全消失,挤压试验阴性,Adson征阴性,一年之内无复发。

好转:颈背部酸胀、痛麻木等证状基本消失或无自觉症状,但劳累时症状略加重,或症状消失后一年内有复发但症状较前轻。

有效:临床症状基本消失,但劳累时症状加重,或治疗就轻,不治疗就重。

无效:治疗一周后无明显的症状减轻,停止治疗或改用其它疗法。

2. 疗效。本组病例痊愈 25 例,占 33.3%;好转 37 例,占 49.3%;有效 13 例占 17.3%;总有效率为 100%。治疗最多的 4 疗程,最少的 1 疗程,多数病例治疗 2 个疗程后可见明显疗效。

Ⅳ 讨论与体会

颈椎病的治疗目前尚无特效疗法,除骨质形成的一部分患者可手术治疗外,多数不宜手术。笔者曾用传统的经络针灸法和多种理疗法均未收到满意的疗效。自 1989 年以来采用张氏全息胚疗法取得了较为满意的效果。

本组病例通过全息治疗法取得了较好的效果,但骨赘形成者难以恢复,随着年龄增长或其损伤因素的影响仍有复发的可能。全息疗法应用于治疗多种疾病都取得了较好的效果,至于能否彻底治愈颈椎病并且不再复发,有待于广大同仁来共同研究探讨。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

全息胚针灸治疗肩周炎 151 例 临床疗效观察

孙淑霞 主管针灸医师

(辽宁兴城林业部疗养院康复科)

摘要 采用第二掌骨侧全息穴位“上肢穴”,配肱骨节肢全息穴“上肢穴”及肩髃、天宗穴治疗肩周炎 88 例;对照组体针 63 例,取肩髃、肩髃、曲池、外关等穴。治疗组治愈率为 40.91%,对照组治愈率为 20.63%,两组疗效有显著性差别。

关键词 肩周炎;全息穴位;毫针;电疗仪

笔者从 1990 年以来,采用第二掌骨侧全息穴位群进行诊断并治疗多种疾病,收到满意的效果,现报道如下。

临床资料

1. 一般资料:

本组病例治疗组 88 例,对照组 63 例。两组病人女性居多,好发于 50 岁左右人群。病程最短一周,最长两年半,两组均为住院患者。

2. 诊断要点:

根据病人的主诉,病史、临床症状和体征及第二掌骨侧全息穴位群的检查即可确诊。

病人以肩部疼痛、功能障碍为主要症状,严重时伴肌肉萎缩。后期肱骨头上移。

查第二掌骨侧全息穴位时,“上肢穴”有压痛反应的比率为

100%。“颈穴”也有不同程度的压痛。其中上肢穴 30%有结节,说明了病重且病程长。

3. 取穴原则:

同侧部位对应原则;少针穴准原则。

治疗方法

1. 治疗组:

(1)取穴:第二掌骨侧全息“上肢穴”为主穴;肱骨节肢“上肢穴”及体针中的“天宗穴”、“肩髃穴”为配穴。

(2)操作方法:

第二掌骨侧之“上肢穴”选 1 寸 30 号毫针进针至 8 分深左右。要求针感传导为适宜。病变部位出现冒凉风、发热、出汗、舒适等感觉。然后将针轻轻上提,每隔 10 分钟行针 1 次,留针 45~55 分钟,针用平补平泻法。

肱骨节肢之“上肢穴”及各配穴常规消毒法,用 30 号 1.5 寸针,刺入 1.2 寸深,要求针感传导,留针 45~55 分钟,行平补平泻手法,接通武进三厂生产 KWD-808 全功能脉冲式电疗仪。行连续波治疗,电流量以病人能耐受量为适宜。每次选 2~3 穴。6 天为一个疗程,疗程间休息 2~3 天。

2. 对照组:

(1)取穴:选两组穴位:①肩髃、肩井、曲池、秉风、②肩髃、天宗、肩前、外关。以上两组穴位交替使用。

(2)操作方法:常规消毒法,选用 30 号 1.5 寸毫针,要求针感酸麻胀重并上下传导,接通 G6805 治疗仪,用连续波、电流量以病人能耐受为适宜。

取针后用拔罐吸着法拔 10 分钟左右,15 次为一个疗程,疗程间隔 3~7 天。

3. 疗效标准:

痊愈:临床症状及体征基本消失,功能恢复正常,半年内无复

发。

显效:症状及体征明显消失,每于天气变化时偶有不适。

好转:功能及症状比治疗前进步。

无效:治疗前后无明显改变。

治疗结果

治疗组临床症状经过1~6天的治疗有显著好转;对照组在15~20天好转;治疗组平均治疗天数16.3天;对照组为43.5天,治疗结果如表1。

表1 两组肩周炎病人治疗结果

	例 数					百分比 %				
	总数	治愈	显效	好转	无效	治愈	显效	好转	无效	总有效率
治疗组	88	36	27	19	6	40.91	30.68	20.15	6.81	95.30
对照组	63	13	25	17	8	20.63	39.68	26.98	12.69	87.30

治疗组的治愈率为40.91%;对照组治愈率为20.63%,两组疗法的治愈率有显著性差别($p < 0.05$),说明全息律针法疗效更好。

典型病例

谢某某,女,60岁,工人,住院号506,1993年5月8日就诊。主诉:自觉右肩疼痛半年余,洗脸、梳头、穿脱衣服困难,右手够不着脸及后头颈部,疼痛难忍,夜间痛重影响睡眠。查体:肩关节活动受限。外展低于 45° ,后伸仅 $10^\circ \sim 20^\circ$,内外旋低于 10° ,上举小于 90° 。右肩部及上肢肌萎缩,冈上肌,三角肌处明显。查第二掌骨侧全息穴位群时,“上肢穴”、“颈穴”、“肺心穴”压痛明显。特别是“上肢穴”压痛强烈可至全身出汗,上肢穴有结节,双侧查右侧痛重。

诊断为:肩周炎(粘连期)

治疗:用全息针法治疗六次痊愈,为巩固疗效休息3天,又行4天治疗,收到满意效果。再查体:患肢上举 130° ,外展 90° ,后伸

50°~60°, 内外旋近 45°角, 肌紧张度明显消失。患肢可达对侧肩部, 自觉肩部疼痛消失, 夜间睡眠正常。穿脱衣服, 洗脸恢复正常。

体 会

1. 采用本法治疗肩周炎、初期病人治疗效果要优于中晚期病人。其中风寒湿邪型效果较佳, 外伤及其它病变应以治疗原发病为主。

2. 治疗过程中应有针感传导为宜, 针刺通过神经传导和体液调节, 引起相应的机体反应, 提高新陈代谢机能, 从而达到治疗疾病的目的。应视病人体质情况灵活运用手法。有针感后将针轻轻提起以免损伤神经。

生物全息疗法治疗肩周炎的体会

高俊英 主治医师

(牡丹江医学院附属三院)

王玻 主治医师 李红伟 主治医师

(牡丹江中医院) (牡丹江纺织厂职工医院)

摘要 应用张颖清教授生物全息疗法治疗 30 侧肩关节周围炎,并设药物及红外线对照组,按张氏全息针刺法,第二掌骨及肱骨全息疗法及按摩法,西药消炎痛对症治疗配合红外线理疗。临床效果满意。

关键词 生物全息;肩周炎;头痛;中药

1990 年 6 月至 1995 年 3 月,我们应用张颖清教授发明的生物全息疗法^[1]治疗 30 例肩关节周围炎患者,并设药物及红外线对照组疗效明显,报告如下。

临床资料

一般资料:30 例中,男 16 例,女 14 例,年龄最大 58 岁,最小 40 岁;发病最长 2 年,最短 1 个月。

治疗方法:(1)按张氏全息针刺法;第二掌骨节肢及肱骨节肢全息疗法的按摩法,(2)西药消炎痛,对症治疗配合红外线理疗。

两种治疗方法均定为 10 天一个疗程。

疗效标准:症状消失、活动范围正常,为痊愈。疼痛明显减轻,肩关节活动范围增大,功能有明显改善为显效。疼痛无减轻,肩关节功能活动无改善为无效。

治疗结果

生物全息疗法组：肱骨及第二掌骨侧，全息针刺按摩为主。

药物组：西药消炎痛配红外线理疗为主。治疗结果见表 1。

表 1 全息疗法与药物红外线理疗比较表

方 法	例数	治愈		显效		无效		总有效率	
		例	%	例	%	例	%	例	%
全息疗法组	30	17	56.7	12	40	1	3.3	29	96.7
药物消炎痛 配理疗组	30	5	16.7	18	60	7	23.3	23	76.7

全息疗法 30 例患者，在治疗期间，症状体征都有不同程度减轻或消除。其中痊愈 17 例，占 56.7%，显效 12 例，占 40. %；无效 1 例，占 3.3%，总有效率为 96.7%。以临床效果看，全息疗法治疗肩关节周围炎，优于药物消炎痛、红外线对照组。一般 1~3 个疗程痊愈。最长 4~5 个疗程。

典型病例：郎×，女，55 岁，退休教师，1990 年 7 月 6 日初诊，主诉：右上肢及肩周围疼痛，入夜尤甚，影响睡眠，活动受限，梳头、穿衣不能自理，已半年余。曾在某医院拍片，颈椎未见异常，诊断为肩关节周围炎。经口服消炎痛，红外线理疗及外用药，效果不显而来诊。查体：右上肢肩部无红肿，肩周软组织有压痛，手臂上举，内外旋转均受限。采用全息疗法治疗二次后，疼痛明显减轻，肩关节活动范围明显增大，治疗一疗程后痊愈，随访一年未复发。

体会：采用全息疗法治疗肩周炎，优于药物消炎痛红外线理疗对照组。全息疗法有行气活血止痛作用，对因受寒湿引起肩关节肿胀疼痛尤为相宜。全息疗法治疗肩周炎是较简便之有效方法，应在临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 张颖清，生物全息诊疗法，山东大学出版社，1987。

应用第二掌骨侧疗法治疗 急性扭伤 50 例临床体会

宋炳红 护师 张希华 主治医师

刘炯宇 主治医师

(山东省临沂市市直机关医院)

摘要 本文介绍运用张颖清教授创立的全息胚第二掌骨侧针刺疗法,治疗急性扭伤 50 例,均获显著疗效,总有效率 100%。其中一次治疗痊愈 17 例,两次治疗痊愈 21 例,三次治疗痊愈 8 例,三次内治愈 46 例,达 92%。证实此疗法见效快,疗程短,效果好。

关键词 第二掌骨侧疗法;急性扭伤

根据山东大学张颖清发明的“张氏全息胚穴位图”^[1]及“生物全息诊疗法”(又称全息胚诊疗法)^[2],在临床实践中运用第二掌骨侧相应穴位,治疗颈、腰、踝部急性扭伤 50 例,均获显著疗效。现报告如下。

一、临床资料

50 例均为门诊病人,其中男性 34 例,女性 16 例,年龄最小 15 岁,最大 62 岁;50 例均为急性扭伤,且排除骨折的可能,病程最短 1 小时,最长 5 天。其中颈部扭伤 14 例;腰部扭伤 23 例;踝部扭伤 13 例。

二、治疗方法

根据少针穴准、同侧对应原则,按照张氏取穴法,在相应的第二掌骨侧选取相应穴位 1~2 个,用 2cm 长毫针刺入 1~1.5cm 深,行提插捻转手法,使其得气,即有酸、麻、胀感为得气,得气后,强刺激,同时嘱患者适当活动患处,以增强疗效。留针 40 分钟,隔 5 分钟行针一次。每日一次,3~5 天为一疗程。

三、疗效标准

痊愈:症状、体征完全消失、功能恢复正常。

显效:疼痛基本消失、功能部分恢复正常。

有效:受伤部位能做小幅度活动,疼痛明显减轻。

无效:症状、体征基本无改变。

四、治的结果

50 例病人中,颈扭伤 14 例,其中一次治愈 2 例,二次治愈 6 例,三次治愈 2 例,四次以上占 1 例,治愈率 92%;腰扭伤 23 例,其中一次治愈 9 例,二次治愈 8 例,三次治愈 2 例,四次以上治愈 1 例,治愈率 91%;脚踝扭伤 19 例,其中一次治愈 3 例,二次治愈 5 例,三次治愈 3 例,四次以上治愈 1 例,治愈率 92%。以上总治愈率 91.7%,总有效率 100%。

五、典型病例

病例 1:孔××,男,32 岁,机关干部。颈部扭伤两天,曾做理疗治疗无效,来我院治疗。查体发现病人颈部活动受限,右侧胸锁乳突肌紧张,并有压痛,速诊病人右手第二掌骨侧颈穴,压痛明显,胃穴有轻压痛。即针刺该两穴。15 分钟后,病人颈部前屈、后伸、旋转运动自如。一次治愈。

病例 2:刘××,男,30 岁,某报社记者,因腰部扭伤来诊。病人痛苦面容,腰部活动明显受限,局部压痛。速诊其左手第二掌骨侧腰穴,压痛明显。查其右手腰穴,疼痛较左侧为轻。当即针刺左手第二掌骨侧腰穴,5 分钟后,病人腰部能做小幅度屈伸运动,40 分钟后,腰部活动自如。一次痊愈。

病例 3: 趙××, 女, 15 岁, 某體校學生, 因左踝關節扭傷當日來診。病人左踝部明顯腫脹, 並有壓痛, 活動時尤其該足內翻時明顯疼痛。左手第二掌骨側足穴壓痛明顯, 左胫骨內側足穴壓痛明顯, 針刺該兩穴, 留針 45 分鐘後拔針, 拔針後, 病人即能獨自緩慢行走。第二日來診時症狀減輕。共治療兩次, 7 天後赴外地參加比賽。

六、體會

近年據資料介紹, 生物全息療法已在我国各地和 30 余个国家得到广泛应用, 治疗疾病达 250 种, 诊治病人 60 多万例, 治疗总有效率达 90% 以上, 并多有奇效。通过上述 50 例急性扭伤的治疗效果观察, 证明应用第二掌骨侧疗法, 对治疗急性扭伤效果明显, 且治疗时间较短, 见效较快, 确实是一种简便、可及时施治、效果显著的疗法。第二掌骨侧疗法, 理深法简, 便于记忆, 经济方便, 病人乐于接受, 治疗疾病范围较广。给广大医务工作者提供了一种新的快速诊疗方法。

参 考 文 献

- [1] 張穎清, 張氏全息胚穴位圖, 山東大學全息生物研究所編印, 1993。
- [2] 張穎清, 生物全息診療法, 山東大學出版社, 1987。

全息胚疗法治疗腰扭伤 150 例疗效观察

文峥嵘

(琼海市工交门诊部)

摘要 急性腰扭伤的 150 例病例,均曾在外院经用镇痛药和理疗、穴位注射等手段治疗乏效。本文作者以全息疗法为主,随证配用相应的民间疗法进行治疗,日施术一次,三天为一疗程,临床治愈 138 例,治愈率为 92%,显效 12 例,显效率为 8%,总有效率为 100%。方法简便,见效迅速可靠,值得推广。

关键词 急性腰扭伤;疼痛;全息胚疗法

腰扭伤是临床颇为多见的急症,尤其多见于成年人。现代医学中的腰部软组织急性损伤可归入本证范畴。症见发病突然,疼痛剧烈,转侧或俯仰明显不利。有的扭伤一次后,因治疗不彻底,常会反复发作。根据笔者近年的实践心得,以生物全息疗法为主,辨证综合施治的方法,治疗急性和反复发作性腰扭伤 150 例,获得十分满意的治疗效果,现总结报告如下。

一、一般资料

本组共收集观察 150 例,其中男性 95 例,女性 55 例,年龄最大 60 岁,最小 18 岁,病程最长一年,最短两三天,以两三天为最多。本组患者均为在外院经 X 光拍片,排除了腰椎间盘突出症、腰椎骨质退行性病变、椎体增生等,确诊为急性腰扭伤,并施以药物,结合理疗而效果不佳后经人介绍而来诊者。

二、治療方法

在生物全息診療法中的第二掌骨側腎腰穴進行點按,尋找和對照找到明顯痛點,先輕揉,然後重手法刺激,同時,令病人不斷地活動腰部,當疼痛減輕時,囑其嘗試作下蹲、彎腰、側轉等動作。當諸多活動自如而無痛感時停止施術。如此每日一次,一般一次即見效,多則三次而愈或顯效。

如若點按效果不佳,則加用局部刮痧療法。刮痧後,痧點密集處,可針挑刺血拔罐,然後再復按第二掌骨側腎腰穴一次。

治療全過程不配用任何內服藥物。

三、療效標準

一次痊愈:點按第二掌骨側後,1小時內症狀及體征完全消失者。一次顯效:點按第二掌骨側後,1天內症狀及體征明顯減輕者。顯效者,若繼續治療,在3天內症狀及體征即可消失。

四、治療結果

本組150例中,一次痊愈138例,占92%,一次顯效12例,占8%,總有效率達100%。治愈時間最短期1次(5~10分鐘),最長者一個療程(3天)。

五、典型病例

例1,林××,男,50歲,本市房地產開發總公司技術幹部,93年4月29日初診,自訴因搬東西負重,不慎腰扭傷兩天,經某醫院肌注、靜滴,並局部貼敷麝香虎骨膏等,未效,坐不能臥,臥不能起,動則劇痛難忍,大小便只得在床上拉,後經人介紹來此就診。症見腰痛不能俯仰及側轉,咳嗽及深呼吸時疼痛加重,壓痛點不明顯,舌淡紅,舌邊有紫黯點,苔薄白,脈弦,辨證屬氣滯血瘀,於是取第二掌骨側全息腎腰穴點按施術,並囑其作深呼吸和活動腰部,兩分鐘後,駝背伸直,腰痛消失,活動自如。為鞏固療效,再予局部循經刮痧一次,一次治愈。

例2,覃××,男,46歲,琼海市朝陽鄉古調村人,93年5月15

日初诊,自诉因搬自行车不慎扭伤腰部,坐立不安,卧床不能翻身转侧,曾请人作正骨整筋舒筋等理疗,又用中草药热烫和贴敷麝香虎骨膏等,但疗效甚微,至今已有6天。当即取第二掌骨侧全息肾腰穴点按施术,同时嘱其咳嗽、深呼吸及活动腰部,五分钟痛减,继续点按10分钟,再施局部刺血拔罐及循经刮痧,加强委中、承山穴,这时临床体征消失,共用半小时而愈。

六、临床体会

急性腰扭伤一症的治疗,笔者体会,以全息疗法为主,疗效满意。腰因负重用力不均匀而扭伤,则气血瘀滞,经络闭阻而痛。“急治其标”,取生物全息疗法中的第二掌骨侧肾腰穴点按,补泻兼施,通经活络止痛,临床体征改善,腰部活动自如,再取命门、腰俞、委中、承山等穴刮痧,以去瘀血舒筋脉,巩固疗效。笔者认为,点穴、刮痧,刺血拔罐,各有所长,取长为用,能共奏良效。

临床观察证明,以全息疗法为主治疗腰扭伤,见效迅速,无副作用,无损伤,疗效可靠,颇受患者的欢迎。另,生物全息疗法,方法简单,易于掌握,且在第二掌骨侧施术,不受环境和条件的限制,便于推广,值得推广。

生物全息診療法治療急性腰扭傷 62 例分析

利盛成 外科副主任醫師

(廣東省東莞市石龍人民醫院)

摘要 生物全息診療法治療急性腰扭傷 62 例。男 44 例、女 18 例。年齡 18~66 歲。62 例全部在第二掌骨側腰穴有壓痛敏感點。針刺留針平均 1.5 小時,針感反應需加強者加刺桡骨節肢腰穴,並囑患者適當活動腰部。診斷符合率 100%。治愈 42 例,占 67.91%;有效 19 例,占 30.64%;無效 1 例,占 1.61%,總有效率 98.51%。生物全息診療法治療急性腰扭傷、止痛迅速,無副作用,具有診療法方便簡單易推廣普及的特點。

關鍵詞 生物全息;針刺;腰扭傷

山東大學張穎清教授發明的生物全息診療法在醫學上應用以來,已在國內外取得了可喜的成果。本人在臨床中應用生物全息療法針刺治療急性腰扭傷 62 例,療效滿意,現報告如下。

一、一般資料

62 例病人中,男性 44 例,女性 18 例。發病年齡 18~19 歲 2 例;20~29 歲 6 例;30~39 歲 12 例;41~49 歲 32 例;50~59 歲 10 例;60 歲以上 4 例。最小年齡 18 歲,最大年齡 66 歲。

二、診療方法

根據第二掌骨側穴位分布規律,用拇指尖在第二掌骨側近心端頭穴到遠心端足穴順序按壓,確定與腰損傷部位相對應的壓痛最敏感點。然後,針刺第二掌骨側的這一最敏感點。得氣後即有酸麻脹感。加用桡骨節肢全息腰穴。每療程 3~6 天,針刺時囑病人

适当活动腰部或作弯腰、下蹲等动作,以增强疗效。

三、诊疗效果

62例患者用第二掌骨侧按压法均在全息腰穴测得最敏感点。腰损伤程度愈重,第二掌骨侧腰穴压痛感愈明显。诊断符合率为100%。通过针刺第二掌骨侧相应点或加桡骨侧节肢相应点治疗,治愈42例,占67.74%;有效19例,占30.64%;无效1例,占1.61%;总有效率为98.39%,其中一次性治愈率达67.74%。

四、典型病例

病例1,王××,男,40岁,农民,就诊时间1994年9月,患者因砍柴时不慎扭伤腰部一天,疼痛难忍,不能站立、下蹲,夜间不能翻身,其家人用担架抬来就诊。查体发现腰1~4棘突两侧压痛明显,本人采用第二掌骨侧腰穴进行针刺,20分钟疼痛减轻,针刺半小时,患者由人扶起腰部仍有不适感,嘱其活动腰部,45分钟,病人说腰部已不疼痛,行走如常,满意而归。随访未再复发。

病例2,张××,女,52岁,农民,于1994年6月就诊。2小时前到井边挑水,不慎扭伤腰部,不能弯腰、下蹲,不敢翻身,痛苦异常,由家人抬来就诊。查体发现腰1~4棘突两侧压痛明显,针刺第二掌骨侧腰穴,反应不敏感,加用桡骨节肢相应穴位针刺,患者有明显酸麻胀感。加强刺激留针,并嘱其活动腰部,约25分钟,病人喜笑颜开,说腰部已不痛了,感谢再三,满意而归。

五、体会

张颖清教授发明的生物全息诊疗法,将在医学及人类保健事业中起到巨大作用。生物全息疗法是一种新的针刺疗法和按摩法,此法比较多的是在手的第二掌骨侧进行,不受治疗时条件的限制,这种疗法有很大的普及和推广价值。通过实践观察,本人认为第二掌骨侧全息诊疗法诊断符合率高,疗效迅速,无毒副作用。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

生物全息疗法治疗落枕 215 例

陈善举 王一添

(牡丹江市西安区红十字全息医疗门诊)

李宛蔚 李红伟 丁惠仁

(牡丹江纺织厂职工医院) (牡丹江市卫生局)

生物全息疗法是中国科学家张颖清发明的^[1],临床应用收到满意效果。自 1992 年 3 月至 94 年 4 月我们运用全息疗法治疗 215 例落枕患者,收到满意效果,报告如下。

一般资料:215 例中男 119 例,女 96 例。年龄 18 至 30 岁 35 例,31 至 46 岁 59 例,45 至 60 岁 81 例,60 至 72 岁 40 例。病程最短二小时,最长两天。

方法:按张氏法将第二掌骨侧划分为 12 个穴区。在颈穴区施以全息针刺疗法,用 2 寸不锈钢毫针,针刺第二掌骨侧颈穴区,针刺深度为 1.5 至 2.5cm,留针 45 分钟,行针两次。

疗效标准:以症状消失一切恢复正常为痊愈。

治疗结果:一次治愈 165 人,二次治愈 36 人,三次治愈 14 人。

典型病例:刘××,男,教师,夜间睡眠不好,第二天起床时,觉颈部疼痛,痛感并向肩部上臂放射,上肢伸展受限,穿衣困难。用全息针刺疗法一次治疗即痊愈。

体会:全息针刺疗法治疗落枕手到病除疗效可靠。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

生物全息疗法治疗落枕 62 例

赵 红 王丽霞 戚爱玉 姜 枫

王玉生 毕可玲 庄桂荣

(青岛海军 401 医院)

我们于 1988 年~1995 年期间,采用张颖清“生物全息诊疗法”^{〔1〕}即第二掌骨侧穴位群针刺治疗落枕 62 例,效果满意,一次治愈率达 98.38%,总治愈率达 100%。现报告如下。

一、临床资料

62 例中男性 41 例,女性 21 例,年龄最小 17 岁,最大者 56 岁,病程最短一天,最长五天。

二、治疗方法

所有病例均按穴位全息律取双手第二掌骨侧头、颈穴,用 26 号 1 寸针,进针 0.8 寸,每穴留针 30 分钟。在行针过程中,嘱患者活动旋转头颈。

三、疗效标准

颈项前后伸屈,左右旋转灵活如常,疼痛完全消失为治愈;疼痛减轻,局部仍有不适感者为好转;颈部活动依旧困难,疼痛毫无减轻为无效。

四、治疗结果

在上述 62 例中,针刺 1 次后完全恢复正常者 61 例,治愈率为 98.38%。针刺 1 次好转,第二天又针 1 次,第三天完全恢复正常者 1 例,占 1.62%。总治愈率为 100%。

五、典型病例

成××,男,25岁,于95年7月18日起床后,突感颈部活动受限,向左侧转头时颈部明显疼痛,全身别无不适,随来就诊。患者既往健康。查体:头颈向左旋转到60度即疼痛难忍,左侧颈部肌肉痉挛、压痛,针刺第二掌骨侧头穴、颈穴,采用中强刺激手法,边行针边嘱患者左右旋转头颈,针刺局部除有酸、麻、胀感外,颈部亦有热、胀感,留针30分钟,病人即感头颈活动自如,左右旋转均大于90度,恢复正常。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

生物全息疗法治疗急性运动损伤的疗效观察

刘 勇 副教授

(阜阳师范学院体育系)

摘要 在笔者多年从事教学和临床实践中,运用全息生物学诊疗法的方法,结合针灸学“以痛为输”的观点,在急性运动损伤的治疗中,收到了令人满意的效果。

关键词 全息生物学;急性运动损伤;阿是穴;疗效

笔者在运用生物全息疗法治疗运动损伤中,取得了很好的效果。但是在针刺第二掌骨侧治疗急性损伤时,发现一些损伤距离施治处远(例如踝趾处损伤),疗效不能令人满意。而且治疗时所需刺激强度相对靠近针刺部位的损伤要大的多,才能获得疗效。较大刺激强度,给伤患者增加了肌体 and 精神的痛苦和负担。根据张颖清人体各个相对独立的部分都是全息胚的观点,在遵从同侧对应原则的前提下,在探索靠近急性损伤部位选取全息穴位,结合针灸学“以痛为输”的原则选取“阿是”穴位,治疗急性运动损伤 159 例,疗效显著。

一、一般资料

159 例损伤均为急性。男 123 人,女 36 人,年龄在 9~56 岁;其中上肢伤 51 例,下肢伤 82 例,颈背伤 26 例。

二、治療方法

選穴

生物全息穴:盡量選取靠近損傷部位的全息穴位。

阿是穴:選取損傷部位壓痛最為明顯的點為阿是穴。

針具選擇:用30號一寸至五寸的毫針。

方法

張氏理論認為,人體是一個泛控系統,從較少的方向輸入強的信息,可以調動整體對這個信息的較強的響應,產生較強的泛作用。故在治療中,如果損傷部位與全息穴位相靠近或者兩位置重疊時,只選一個穴位;如果損傷部位與全息穴位距離較遠時,可選擇兩個穴位。

手法

阿是穴與全息穴位置重疊,選擇壓痛最強烈點,直接進針,得氣後留針30~50分鐘。阿是穴與全息穴靠近時,由全息穴位進針透阿是穴,得氣後留針20~30分鐘。而後再直針全息穴,得氣後留針20~30分鐘。

阿是穴與全息穴距離稍遠時,先針阿是穴,得氣留針20~30分鐘,起針後再針全息穴20~30分鐘。為保持較佳效果,幾種方法均要每隔5分鐘行針一次。

三、治療標準

痊癒:經三次治療,疼痛腫脹消失,運動功能完全恢復或基本恢復正常。有效:三次治療後症狀減輕,但恢復較慢。無效:經三次治療後,症狀不減輕,運動功能無改善。

四、治療結果

治療急性損傷159例,總有效率95.6%。其中上肢傷痊癒38例,有效11例,總有效率96.1%;下肢傷痊癒72例,有效7例,總有效率93.9%;頸背傷痊癒20例,有效4例,總有效率92.3%。雖然在確定治療標準時,是以治療三次為限的,但很多的急性損

伤,即在第一次的治疗中即取得非常明显效果,二次就基本痊愈。详见表1。

表1 生物全息疗法结合阿是穴治疗159例
急性运动损伤疗效统计

损伤部位	例数	痊愈	有效	无效	%
上肢	51	38	11	2	96.1
下肢	82	72	7	3	93.9
颈背	26	20	4	2	92.3
合计	159	130	22	7	95.6

五、典型病例

回×,工人,干活时被砖砸伤足部,曾初步处理。来诊时,检查有红肿,功能障碍,伤位于足外侧前部,即在第五跖骨节肢的足穴处进针,先透伤点阿是穴,得气后留针30分钟,后退针直刺全息足穴20分钟,在整个治疗过程中,每隔3~5分钟即行针一次,以保持较强针感。起针后就感到疼痛好多了,第二天肿胀已消,未再针。

张××,学生,踢球时挫伤右脚大拇趾,肿胀不能屈伸。即在第一跖骨节肢的足穴处进针,只针此一处。进针得气后留针50分钟,并每隔5分钟行针一次,三次痊愈。

刘××,学生,打沙袋时右手大拇指指掌关节挫伤,肿胀疼痛。因阿是穴与全息穴位基本重叠,即在第一掌骨上肢穴进针,得气后留针60分钟,每隔5分钟行针一次,起针后疼痛大减。

陈××,教师,搬重物时拉伤左肩胛内侧肌肉,痛点沿骶棘肌方向呈索状。即在躯干全息穴位进针透阿是穴,得气后留针50分钟。每隔5分钟行针一次,第二天疼痛减轻很多,针第二次后就基本痊愈了。

六、小结

本文运用生物全息疗法结合针灸学“以痛为输”的原理治疗急

性運動損傷 159 例,總有效率 95.6%。很多傷患經一次治療,即痊愈。

全息穴結合阿是穴在治療急性運動損傷時,應採取就近取穴,透針追效,二穴重疊,療效最佳。在運用此法治傷時,保持較強的刺激,可促進急性損傷的康復。故在施治時,為減輕傷患者的痛苦,方法要靈活,要注意觀察傷患者的反應,以防止發生暈針現象。

參 考 文 獻

- [1]張穎清,生物全息診療法,山東大學出版社,1987年。

全息胚疗法治疗软组织损伤 160 例疗效分析

周 新

(江西赣州全息反射诊疗康复应用研究组)

软组织损伤在日常生活中十分常见,给人们生活工作造成一定的困难。笔者应用张颖清教授发明的全息胚疗法能快速有效解除软组织损伤造成的痛苦,现报告如下。

临床资料

本组 160 例,其中腰部软组织损伤 100 例,肩部软组织损伤 20 例,胸部软组织损伤 10 例,膝部软组织损伤 20 例,踝关节软组织损伤 5 例,腕部软组织损伤 5 例;男性 80 例,女性 80 例,其中工人 70 例,干部 60 例,其他 30 例;病程最长 5 年,最短数小时;部分病人曾经其他方法医治。

治疗方法

根据损伤部位,在各节肢上选用与损伤部位对应的全息穴位,并施以刺激,达到消除损伤部位的症状的作用。腰部软组织损伤选用第二掌骨侧腰穴并配上足部腰椎反射区;肩部软组织损伤选用第二掌骨侧上肢穴并配上足部肩反射区;胸部软组织损伤选用第二掌骨侧肺心穴并配上足部胸反射区;膝部软组织损伤选用第二掌骨侧下肢穴并配上足部膝反射区;踝关节软组织损伤选用第二掌骨侧足穴;腕部软组织损伤选用第二掌骨侧上肢穴。

操作:选好所需要的全息穴位,然后在选好的全息穴位上消毒,随后选用 26 号 1.5 寸的毫针,针刺入选好的全息穴位,病者可

出现胀、酸等感觉并向患部放射,以出现微热效果最佳,每隔5~10分钟行针一次,每次留针45分钟;再配上足部相应的反射区,在反射区按压5~10分钟,以产生酸、胀、痛等感觉为宜,按压足部反射区的手法参照杭雄文主编《足部反射区健康法学习手册》。

操作治疗时先针刺第二掌骨侧全息穴位,然后再按压足部相应的反射区。每日一次,十四次为一疗程。

疗效标准 痊愈:5次治疗后局部肿痛消失,按之无痛,功能恢复正常。显效:10次治疗后,局部肿痛消失,按之无痛,劳累后关节周围轻微疼痛,功能基本恢复。无效:经10次治疗后,局部疼痛及功能无明显好转。

治疗效果 痊愈80例,显效78例,无效2例(因治疗次数仅2次),总有效率98.75%。

典型病例

病例1:吕××,男,26岁,赣南医学院附属医院医师,因运动量过大损伤胸大肌。胸大肌处只要做扩胸运动就感疼痛。笔者选用双手第二掌骨侧肺心穴并配上足部胸部反射区,经两次治疗症状完全消失。

病例2:李××,女,45岁,个体户,外出采购商品时,不慎撞伤双膝引起双膝肿痛、活动受限。笔者先用第二掌骨侧下肢穴并配以足部膝反射区,共治疗三次关节肿痛、活动受限症状完全消失。

体会

1. 本文所用方法疗效高,主要是因为:一是刺激全息穴产生一些疗效;二是足部按摩产生一定疗效;这两种方法合在一起就疗效更加显著。2. 本法快速有效,修复损伤部位,无不适反应,病人易于接受。3. 可以把全息胚疗法当成康复医学中的一个治疗手段,本人从事康复治疗工作,业已把此法作为一种主要的康复治疗手段,并已取得较好成绩。

Ⅲ. 生物全息治疗仪、生物全息电图诊断仪

腹部术后的止痛和促进胃肠功能、急诊止痛、脑梗、急性胃肠痉挛、葡萄胎、糖尿病、脑血管病、妇科病、尘肺、健身

生物全息治疗仪用于妇科腹部术后 止痛和促进胃肠功能恢复的研究

郭美君 副教授 王爱民 主管护师
李国惠 主治医师 苏 光 硕士研究生
周淑琴 主管技师

(内蒙古医学院第一附属医院妇产科)

摘要 本文采用张颖清发明的生物全息治疗仪,应用于妇科肿瘤腹部手术后,观察其缓解伤口疼痛作用以及对恢复胃肠功能的影响。与常规使用药物治疗的方法相比较,结果表明,应用生物全息治疗仪第二掌骨侧全息穴位治疗法,对腹部手术后伤口镇痛有明显效果,有效率为 91.66%,与常规药物镇痛无显著性差异;同时,有效地促进了术后胃肠功能的早期恢复,平均比对照组提前排气 21 小时,效果显著。该疗法使用方便,安全有效,在临床应用中无毒副反应以及不良影响。

我们采用张颖清发明的生物全息疗法应用于妇科腹部手术后缓解伤口疼痛,同时观察该疗法对术后患者胃肠道功能的影响,与常规治疗的患者相比较,进行了生物全息疗法在妇科腹部手术后应用的临床研究。

临床资料

使用山东大学全息生物学研究所生产的 ET-1 生物全息治疗仪,对术后患者于第二掌骨侧全息穴位上给予微小脉冲电流刺激,观察其镇痛效果及对胃肠道功能的影响。

120 名连续硬膜外麻醉的妇科腹部手术的患者,按双盲法分为两组,①ET-1 生物全息治疗仪治疗组(以下称治疗组),②对照组。其中子宫全切除术 56 人,子宫次全切除术 28 人,附件切除术及输导管切除术 36 人。年龄最大 69 岁,最小 16 岁。

方法:①治疗组 60 例,手术当日术后 8~10 小时,双手第二掌骨侧下腹穴电刺激 30 分,必要时,术后第一天、第二天,每日一次。②对照组 60 例,在上述时间内,按常规治疗方法,加注杜冷丁 50mg,非乃根 25mg;对于患者排气,不做任何处理,观察等待自行排气。

疗效与结果

1. 对术后伤口镇痛的观察:①有效为疼痛缓解,患者安静入睡;或疼痛明显减轻,但未完全缓解,加注安定后入睡。②无效为疼痛无明显减轻,需加注镇痛药物。在治疗组 60 例中 49 例在治疗后 10 分钟内自觉伤口疼痛明显缓解,并渐入睡。6 例疼痛减轻,但在肌注安定后入睡。5 例无效,需肌注镇痛药物。该疗法镇痛有效率为 91.66%。治疗组与对照组镇痛有效率无显著性差异。

2. 对术后胃肠道功能影响的观察,记录患者自手术室回病室至第一次经肛门排气的时间。在治疗组 60 例患者中术后排气时间平均为 38 ± 5 小时,最短 10 小时,最长 60 小时。对照组术后排气时间为 59 ± 4 小时,最短 24 小时,最长 72 小时。两组比较有显著性差异。

讨论

手术部位疼痛主要是由于手术造成机体创伤,作用于痛觉感受器,经神经传导至丘脑、大脑皮层而产生,同时还与内啡肽激素有关。临床上常规使用的术后镇痛药物度冷丁能选择性地抑制疼痛感觉中枢的有关部位,与非乃根合用可引起人工冬眠的作用,以达到镇痛、镇静、入睡。但是一些患者对这类药物有不良反应,注射后,恶心,频繁呕吐,眩晕等,使患者备受痛苦。

胃腸道功能在手術時受到麻醉劑和手術的影響,從而出現術後胃腸道張力下降,出現腸麻痺,功能恢復一般要在術後3~4天,有些患者可能還需更長時間,功能障礙者,可導致形成術後腸梗阻,因此,應盡快恢復手術後患者的胃腸道功能。如患者術後遲遲不排氣,同時,腹脹、惡心、不能進食,會進一步影響身體康復。但是,目前尚無促進術後胃腸道功能恢復的良好方法,多採取觀察等待,臨床醫生也有使用肌肉收縮劑促進胃腸蠕動或肛管排氣以減輕患者腹脹。

生物全息療法是根据生物全息律的原理,提出的一種全新的治療方法。認為機體中任何一個相對獨立的部位(如第二掌骨側)都有著與整體相對應的關係,通過局部可以反應整體,同時可以由這些局部的某一區位輸入信息(如電刺激)去調節整體對應部位的機能狀態,因此能夠治療多種疼痛,已被廣泛應用。但是,目前尚無將該療法應用於婦科術後的報道。我們的臨床研究表明:生物全息治療儀第二掌骨側全息穴位治療法,對腹部手術後傷口鎮痛有明顯效果,有效率為91.66%,與對照組比較無顯著性差異。同時還觀察到,該療法有效地促進術後胃腸道功能的早期恢復,比對照組提前排氣21小時,兩組比較有顯著性差異。而且,生物全息治療儀使用方便,容易掌握,安全有效,費用合理,在應用過程中无一例患者發生不良反應,無藥物引起的毒副反應。因此,我們認為對婦科手術領域有推廣應用價值。

參 考 文 獻

- [1]張穎清,生物全息診療法,山東大學出版社,1987。

生物全息治疗仪在急诊中的止痛作用

蒋瑞英 副主任医师 王燕燕 主管护师
高秀兰 主管护师 景 荣 主管护师
李淑芳 护师

(北京军区总医院急诊科)

摘要 急症病人中各种急性疼痛占有相当比例。我科从 1992 年 5 月至 1994 年使用生物全息治疗仪治疗急性疼痛病人 541 例,有效率 90.5%。临床证明,生物全息治疗仪对各种急性疼痛的止痛效果肯定,作用显著。

关键词 生物全息治疗仪;急性疼痛;止痛作用

急诊科每天都要接诊大量的急症病人,其中各种急性疼痛,占有相当的比例。病人由于突然发生的剧烈疼痛,神情紧张、恐惧,就诊后期望能有立即止痛的方法。

我科于 1992 年初采用张颖清教授创立的生物全息诊疗法^[1]在第二掌骨侧全息穴,用手按摩治疗泌尿系结石肾绞痛 42 例获成功后^[2],又于同年 5 月从山东大学全息生物医学研究所先后购进该所研制和生产的生物全息治疗仪 ET-1、ET-2 共 4 台,在急诊病人和观察病人中应用。1994 年底统计资料较为齐全的急性疼痛病例有 541 例,有效率 90.5%。临床实践证明:生物全息治疗仪对各种急性疼痛的止痛效果肯定,作用显著。

一、一般资料

3 年中急性疼痛病人共 541 例,男性 285 例,女性 256 例;年

龄 11~20 岁 47 例, 21~30 岁 126 例, 31~40 岁 132 例, 41~50 岁 74 例, 51~60 岁 75 例, 61~70 岁 51 例, 71~80 岁 32 例, 81 岁以上 4 例。

二、方法

在第二掌骨侧各全息穴寻找压痛点, 针后将生物全息治疗仪的治疗电极对准病人第二掌骨侧全息穴位上的压痛点缚好, 打开仪器上的电源开关, 调好刺激强度, 时间定为 30 分钟。

三、穴位选择

快速止痛常选穴位: 第二掌骨侧胃穴、肾穴、肝胆穴、腰穴、下腹穴配足三里。

疗效判断: 显效, 10 分钟内疼痛减轻, 30 分钟疼痛缓解; 有效, 30 分钟疼痛缓解; 无效, 疼痛始终不缓解。

四、结果

见表 1。由表可见急性胃肠痉挛在常见的急性疼痛中占据首位, 有效率高。除表上常见的三种疾病引起的急性疼痛外, 其它急性疼痛有肠梗阻腹痛, 坐骨神经痛, 乳腺癌术后及急性腰扭伤等引起的疼痛。用生物全息治疗仪止痛效果也不差, 因例数少未列入表内。

表 1 生物全息治疗仪对三种常见急症急性疼痛的止痛效果

疾 病	例数	显 效		有 效		无 效		总有效率
急性胃肠痉挛	351	295	84%	35	10%	21	6%	94%
泌尿系结石肾绞痛	147	106	72%	30	20%	11	8%	93%
胆石症胆绞痛	43	24	56%	11	25%	8	19%	84.6%

五、讨论

急诊病人大多数是一次性应急止痛治疗, 很少重复治疗。但大量病例证明, 生物全息治疗仪对各种急性疼痛均有一定的止痛效果, 特别是对平滑肌痉挛为主的急性疼痛效果更好, 适合急诊中用

于迅速止痛治疗。其止痛机理在于能选择性地抑制痛觉中枢的相关部位,提高痛阈,减轻对痛觉的感受,改善机体对疼痛的反应,导致疼痛感觉的减轻或消失,促进疾病的恢复^[2]。该仪器具有针灸的疗效又优于针灸,因为它不会造成创伤,既无杜冷丁的成瘾性,也无阿托品的口干、舌燥、尿潴留等副作用,止痛效果也比药物快。而且不用担心晕针,把电极带往病人所选用穴位的肢体上缚好,打开电源开关,选好适当的刺激强度,就不需护理。30 分钟后关机即可,是急诊科对急性疼痛应急治疗较理想的仪器。

总之,生物全息治疗仪只需在人手第二掌骨侧或其他节肢的全息穴位上给予微小脉冲电流刺激,就可以止住人体对应部位疾病的疼痛。无副作用,安全可靠,疗效满意,既可用于急诊病人,也可用于一般临床病人。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]张颖清,全息胚学说医学应用,高等教育出版社,1992 年。282 页、357 页。

生物全息治疗仪对脑梗病人的治疗观察

蒋瑞英 副主任医师 高秀兰 主管护师

景 荣 主管护师 王燕燕 主管护师

李淑芳 护师

(北京军区总医院急诊科)

摘要 我科观察室对脑梗病人在输液治疗的同时,使用生物全息治疗仪协助病人肢体功能恢复,取得一定疗效。登记较为详细的有 449 例,419 例肢体功能有不同程度的恢复,总有效率 93%,但这种治疗只是脑梗病人综合治疗措施之一。方法,病人平躺输液的同时,连接生物全息治疗仪进行治疗。

关键词 生物全息治疗仪;脑梗;治疗

脑血管意外是内科和神经科的主要急症,也是急救医学研究的课题之一。北方地区脑血管病发病率高,在急诊观察室中,脑梗病人占绝大多数,以往采用西医输液治疗的同时,予以头皮针协助病人肢体功能的恢复取得一定疗效,但用针多,有些病人害怕而不愿接受。为此,我们对观察室的脑梗病人采用生物全息治疗仪治疗,登记详细的有 449 例。有效率 93%。临床实践证明,生物全息治疗仪对脑梗病人偏瘫侧肢体功能恢复有明显的促进作用。

一、一般资料

449 例脑梗病人,均经 CT 确诊,其中男性 237 例,女性 212 例;年龄 31~50 岁的 25 例,51~60 岁的 112 例,61~70 岁的 186 例,71~80 岁的 100 例,81~90 岁的 21 例。

二、方法

病人平躺输液的同时,连上生物全息治疗仪的电极带,调好生物全息治疗仪的刺激强度,定时 30 分钟。

三、穴位选择

按照部位对应,少针穴准原则,取双手第二掌骨侧全息穴位的头穴、上肢穴、下肢穴、足穴。

疗效判断:有效,治疗 30 分钟瘫侧肢体有活动;无效,瘫侧肢体始终无活动。

四、结果

449 例脑梗病人中,419 例用生物全息治疗有效,肢体功能有不同程度的恢复;30 例无效,总有效率 93%。

五、讨论

生物全息治疗仪对脑梗病人瘫痪肢体功能恢复有促进作用,但这种促进肢体功能恢复的作用,与头皮针一样,只是脑梗病人综合治疗措施之一,急性期仍须靠输液脱水治疗。其肢体活动出现快,有些病人的肢体很快就能抬离床面,有的治疗结束手能摸到额头,使病人兴奋,给病人信心。

生物全息治疗仪对脑梗病人治疗的实践证明,不找寻压痛点,按照张颖清全息穴位图指出的人体各主要脏器在第二掌骨侧的全息穴点,缚电极带同样能起治疗作用。因为脑梗病人都是这样治疗的。由于急诊工作量的繁重,一般情况下病人输液疗程结束,全息治疗也随之结束,疗程 3~10 天不等,后继功能的进一步恢复未加追踪。但治疗观察明确显示,生物全息治疗仪对脑梗病人肢体功能的恢复有促进作用,无副作用,无痛苦,是治疗脑梗病人的一项辅助措施,在临床上有一定的推广价值。

参考文献

- [1]张颖清,全息胚及其医学应用,青岛出版社,1992 年。

生物全息治疗仪治疗急性胃肠痉挛 351 例

蒋瑞英 副主任医师 李爱民 主管护师
齐 平 主管护师 王燕燕 主管护师
高秀兰 主管护师
(北京军区总医院急诊科)

摘要 使用生物全息治疗仪的 351 例急性胃肠痉挛病人,显效(10 分钟内疼痛减轻)295 例,有效(30 分钟疼痛缓解)35 例,总有效率 94%。方法,取第二掌骨侧全息穴位群对应胃肠疾病的病理反应点;穴位选择,胃穴、十二指肠穴、肝胆穴、双下肢足三里。

关键词 生物全息治疗仪;急性胃肠痉挛;治疗

一、一般资料

急性胃肠痉挛 351 例,男性 170 例,女性 181 例,年龄 15~20 岁 35 例,21~30 岁 39 例,31~40 岁 98 例,41~50 岁 36 例,51~60 岁 34 例,61~70 岁 28 例,71~80 岁 17 例,81 岁以上 41 例。

二、方法

取张颖清发现的第二掌骨侧全息穴位群^[1]对应胃肠疾病的病理反应点,缚上生物全息治疗仪的电极带,打开仪器电源开关,调节刺激强度,以病人能耐受为止,定时 30 分钟。

三、穴位选择

常用穴位:胃穴、十二指肠穴、肝胆穴、双下肢足三里。

疗效判断:显效,10 分钟内疼痛减轻,30 分钟疼痛缓解;有效,

30 分钟疼痛缓解;无效,疼痛始终不缓解。

四、结果

经生物全息治疗仪治疗的 351 例急性胃肠痉挛病人,显效 295 例(84%),有效 35 例(10%),无效 21 例(6%),总有效率 94%。

五、讨论

1. 急症中急性胃肠痉挛占急性疼痛的首位,从性别看以女性为多,从年龄看以中青年发病率高,年龄组 21~40 岁病人的发病率占病人总数的 56.1%,以在岗工作者为主,因而就诊时立即止痛的心情迫切。用生物全息治疗仪治疗,病人很快有了安全感,能很快安静入睡,止痛起效快。

2. 生物全息治疗仪的止痛原理在于第二掌骨侧全息穴的胃穴具有调节神经和体液的作用,胃穴能使迷走神经兴奋,使胃调节其蠕动解除痉挛^[2],有上消化道 X 线钡餐检查所证实。有人对 305 例钡检中,对钡在胃内滞留时间较长,胃蠕动非常缓慢的病人,采取第二掌骨侧胃穴按摩,立即能使腹胀症状减轻或消失;在荧光屏上立刻可见到胃的正常蠕动,钡经幽门逐步排向十二指肠^[2]。另有人在第二掌骨侧胃穴针刺观察胃电图,发现通过第二掌侧胃穴的针刺,胃电振幅有增高和降低的双相调节效应,节律也变得较为规则,同时具有加快和减慢的双相调节效应,使偏离正常水平的胃电振幅和频率恢复或接近正常^[3]。还有人 对 43 位住院接受第二掌骨侧生物全息针刺疗法患者免疫球蛋白 IgG, IgT 和 IgM 以及补体 C3 进行了测量,结果观察到所有免疫球蛋白的参数大幅度增加,这表明该疗法促使免疫系统的反应能力增加。^[4]

总之,生物全息治疗仪与生物全息针刺疗法一样,其整体效果能增强或产生有助于自我痊愈和自我修复的有机过程的协调一致的生理反应^[5],所以生物全息治疗仪与针刺一样适用各种疾病的治疗,尤其对急性胃肠痉挛止痛效果明显。

3. 生物全息治疗仪对急性胃肠痉挛的止痛效果明显,但是内脏器官究竟出现何种病理改变是不清楚的,所以痉挛缓解,疼痛止住后还应对病人进行必要的详细检查,因为消化系统是最容易反映人体病态的一个系统,多种疾病都可引起胃肠痉挛性疼痛,止痛仅是治表,防止疼痛的再发还必须治本。

参 考 文 献

[1] 张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

[2] 罗铸炼等,生物全息诊疗法在上消化道 X 线钡餐检查诊断中的应用,《第二届国际全息生物学学术讨论会文集》(中文版),高等教育出版社,1992年,426页。

[3] 刘荣先 第二掌骨侧胃穴针刺效应与胃电图观察 80 例分析,《第二届国际全息生物学学术讨论会文集》(中文版),高等教育出版社,1992年,404页。

[4] 岳宝生,生物全息疗法对人体免疫功能的影响,《第一届国际全息生物学学术讨论会文集》,高等教育出版社,北京,1990年

[5] Vilhelm Schjelderup,全息生物学和未来医学,《第二届国际全息生物学学术讨论会文集》(中文版),高等教育出版社,1992年,80页。

应用生物全息治疗仪治愈恶性葡萄胎典型病例

王兆华

(内蒙古通辽东煤第六勘探公司)

病例资料

王晓燕,女,32岁,通辽市啤酒厂职工。因39天无月经,并有妊娠反应,到通辽市妇婴医院行人工流产,手术后无阴道流血,但一直有妊娠试验阳性。遂到哲盟医院住院治疗。住院号:B. NO. 0052494。

1992年10月12日住院病历记录,查:

一般情况较好,无明显贫血貌,心肺正常。

内诊:经产型阴道通畅,宫颈糜烂2度,下唇口 $1\times 1\text{cm}$ 大息肉样组织,子宫前位稍大;活动好,压痛不明显,附件正常。

诊断:刮宫不全?再孕?待诊。

10月15日,做清宫手术,刮出物:部分胎盘样烂肉组织及3个水泡样米粒大小组织物。子宫收缩情况:欠佳,阴道流血不多,考虑可能为混合性葡萄胎。

10月17日,病理检查报告:送检标本,水泡状组织。病理诊断葡萄胎,滋养叶上皮细胞轻度增生。

10月18日,病历记录:患者无阴道流血,病理回报:葡萄胎。

* ET-2型生物全息治疗仪:山东大学全息生物学研究所生产

10月22日,病人葡萄胎,行二次刮宫,刮出宫内残留组织约5g。

10月23日,患者因多次施刮宫手术,腹痛,不能再继续刮宫,要求出院静治疗,医嘱按期复查。观察2个月后,若妊娠反应仍为阳性,可确诊恶性葡萄胎,需化疗治疗或子宫切除。

患者至11月12日,去哲盟医院做尿妊娠试验,检查结果阳性。

11月13日患者来笔者处求医,接受生物全息诊疗法治疗。

全息胚治疗法

1. 应用张颖清的穴位全息律的诊法^[1],指压患者第二掌骨节肢小腹穴区,患者压痛感强烈,确定压痛最敏感点。

2. 将张颖清发明的ET-2型生物全息治疗仪尼龙带上的穴位电极对准确定的压痛敏感点,系扎好尼龙带后,将治疗电极插头插入输出孔内,把生物全息治疗仪上的两个输出旋钮全部旋至最小位置,调整脉冲频率,最后打开电源开关,慢慢地旋转输出旋钮,直至患者感觉刺激适度停止,一次治疗时间45分钟,一天一次。

治疗观察

患者在治疗十分钟后,小腹部位有微热感觉,微热后慢慢消失。患者上午接受治疗,夜间月经出现(正常量),身体有明显舒适感。按同样方法连续治疗八天,让患者到哲盟医院做化验检查,化验报告结果为阴性、正常。之后间断治疗三次,病愈。一个月后随访,患者月经正常无病痛感觉,患者说:“真没想到这么吓人的病,这么简单就治好了”。两个月随访,患者身体健康,精神愉快。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

应用生物全息治疗仪治疗 糖尿病、脑血管病

张曼华

(山东省济南市第四人民医院内分泌科)

全息生物学是由中国山东大学张颖清教授在八十年代初创立的一门生物学新学科。全息胚学说是全息生物学的核心理论。任何一个在结构和功能上有相对的完整性并与其周围的部分有相对明确边界的相对独立的部分都是全息胚。根据这一理论:人体任一节肢的新穴如果以其对应的整体上的部位或器官来命名,则每一节肢恰像是整个人体在这里的一个缩影,用穴位全息律来诊断治病,这样的诊治方法称之为生物全息诊疗法。

自 1992 年 10 月 23 日我们应用生物全息治疗仪 ET-1 型治疗糖尿病、脑血管病等四百余人次,获得良好效果(截至 12 月 10 日)。

一、糖尿病疗效判定标准

(一)显效 血糖恢复正常值,尿糖(一)或(±)。

(二)有效 血糖下降达 2.5mmol/L 以上,尿糖下降(+),指同原有血糖、尿糖比较。

(三)无效 全息治疗一疗程后,血糖尿糖无变化。

治疗糖尿病 19 例,均采用第二掌骨“胰穴”14 天为一疗程。

1. 显效 6 例,占 31%。住院号:219993 220407 220543
220640 220700 221099

2. 有效 12 例,占 63%。住院号:219717 219827 220459

219099 219237 220848 220889 220995 221030
221178 221138 221154

3. 无效 1 例。住院号:219903

二、脑血管病肌力恢复判定标准

1. 显效 肌力恢复 2°以上。

2. 有效 肌力恢复 1°以上。

3. 无效 肌力无变化。

治疗脑梗塞 11 例,均取第二掌骨足穴。

1. 显效 4 例,占 36%。住院号:219409 219512 219847
220798

2. 有效 6 例,占 55%。住院号:220143 220575 219810
220816 221046 221159

3. 无效 1 例。住院号:220708

三、典型病例

1. ×××,男,31岁,因口渴、多饮、多尿半年入院。92年11月4日血糖 11.0mmol/L。全息治疗 10 次后,血糖恢复正常为 5.0mmol/L。在全息治疗期间,未用一片降糖药。

2. ×××,男,61岁,多饮、多尿伴消瘦 17 年。92年12月8日血糖 8.9mmol/L,尿糖++。全息治疗 14 天一疗程后,血糖降至正常 5.9mmol/L。自我感觉睡眠好,全身有劲多了。

3. ×××,女,58岁,CT证实,左内囊中央部脑梗塞,查体有右半侧肢体活动失灵,右上肢感觉消失,取全息“头”、“足”穴位治一疗程,头痛好转,右上肢感觉恢复,右下肢肌力由 I°恢复至 IV°。

4. ×××,男,62岁,CT证实脑梗塞,左侧肢体活动失灵,取“头”、“足”穴全息治疗 14 天,上肢活动灵活,肌力由 I°恢复至 IV°,且语言功能有所恢复。

生物全息治疗仪的应用

刘景亮

(山东省胸科医院外科)

自张颖清先生于 1973 年发明了生物全息诊疗法之后,国内外已有数十万典型治愈病例。我院自 1992 年 10 月将其应用于临床。生物全息治疗仪治疗疾病的效果,已得到病人、临床医师及院领导的承认和赞扬。现将典型病例报告如下。

1. 杨××,男,62岁,济南保温瓶厂职工,因刺激性干咳三个月,痰中带血 10 余天入院,入院时查体,右侧呼吸音低,余(-),经胸片和纤支镜检查,见右肺上叶被肿物阻塞,累及右主支气管,择期于 1992 年 7 月行右全肺切除术,术后病理报告为鳞型,术后恢复后,10 月份因头晕入院,支持治疗。11 月 27 日患者在病房内行走时摔倒,当时查:神志昏迷,双侧瞳孔散大,对光反射存在,左侧肺呼吸音清,心率 100 次/分,律规整,无间歇,心音低,腹软肝脾肋下未触及,双下肢不能活动,无大小便失禁,半小时后呕吐 3 次,呈喷射状。两天后仍昏迷不醒,行 CT 检查,见颅内转移瘤约 1cm 大小,有 2 个,于 12 月 4 日用全息生物治疗仪治疗,每天两次,每次半小时,2 天后瞳孔缩小,双上肢可活动,4 天后可站立,10 天病人可在床边行走,坚持治疗 1 个月,于 2 月 10 日又行 CT 检查,见颅脑内肿瘤仅在 1cm 左右,较前无进展。(按常规约 1 个月可增 1 倍,两个月应 3—4cm)。

2. 王××,男,58 岁,济南铁厂职工,于 1992 年 12 月 22 日因胸背部疼痛半年余,加重伴双下肢运动障碍 20 天入院,入院时查:

脊柱四肢無畸形,劍突下痛覺減退,觸壓覺存在,雙下肢肌力Ⅱ級(右),Ⅰ(左),雙膝反射減弱,胸片示T7、8椎間隙變窄,並有骨質破壞明顯,椎旁陰影增寬,診斷為胸椎(7、8)結核並膿腫和不完全性截癱。入院行抗癆治療,並於1993年11月7日行手術治療。術後雙下肢肌力Ⅰ級,至拆線後僅為Ⅱ級(即雙下肢只有肌收縮現象,不能抬起)於10天後應用ET-1生物全息治療儀治療,四天後肌力Ⅲ級(即可抬起),持續治療,現肌力有Ⅳ級。

3. 邊××,男,43歲,齊河縣人,因腰痛2月餘入院,入院時查:第5、4腰椎有輕壓痛,余(-),CT示L5椎體及左側橫突破壞,左側椎旁膿腫。入院後行抗癆治療,但患者疼痛難忍。應用杜冷丁解除疼痛,僅有2小時效果。後用ET-1生物全息治療儀治療,2次後疼痛消失,一直持續下去,後再不疼痛。

4. 王××,32歲,濟南人,因黃疸7天,右下腹疼痛1天入院。入院時查:皮膚、粘膜黃染,右肋緣下膽囊點壓痛明顯,行B超檢查,診斷為膽囊結石,準備行手術治療,术前應用ET-1生物全息治療儀治療,一次疼痛減輕,3次後黃疸減輕,疼痛消失。

5. 張××,男,54歲,淄博人,因肺結核行手術治療,術後刀口疼痛,用生物全息治療儀治療3天明顯減輕。

6. 路××,女,60歲,歷城人,因右下腹疼痛3天刺激性嘔吐入院。入院後除對症處理外,用ET-1生物全息治療儀治療1次,嘔吐消失,3天後疼痛消失,出院。

綜上所例,ET-1生物全息治療儀在治療各種疾病引起的疼痛,不明原因的嘔吐等症狀上有明顯療效。我們曾對術後40例刀口疼痛的患者用ET-1生物全息治療儀治療,全部患者感疼痛明顯減輕,80%的患者疼痛消失。曾對30例肺癌患者應用全息治療,因無對照組不知效果如何,但例1楊××患者的治療說明,生物全息治療儀在阻止癌細胞繼續增長和擴散有確切療效,至於能否治愈,我們繼續嘗試。

生物全息治疗仪治疗耳鸣耳聋 32 例

张纪廷

(中国人民解放军第 280 医院)

1993 年初,我院应用张颖清发明的 ET-2 型生物全息治疗仪(山东大学全息生物研究所生产),在张颖清发现的第二掌骨侧全息胚穴位上^[1],给一位脑梗塞患者治疗时,患者发现自己聋了两年的右耳重新听到了声音。受此启示,我们将其应用于耳鸣耳聋的治疗,收到了较满意的疗效。

1. 一般资料

32 例中男 22 例,女 10 例。年龄最小 8 岁,最大 72 岁。病程 5 天至 24 年。累计单耳 6 例,双耳 26 例。单纯耳鸣 10 例;单纯耳聋 6 例;耳鸣耳聋混合存在 16 例。

2. 方法

2.1 取穴 按张颖清方法,以取患者右手第二掌骨侧穴位为例。术者与患者相对而坐或相对而立,以右手托着患者右手,肌肉自然放松,虎口朝上。在第二掌骨的拇指侧紧靠第二掌骨,从头穴到足穴(从远端到近端),用左拇指尖以大小适中且相等的压力顺序揉压 1 次,如果 1 次测试结果不明显可再重复揉压 1~2 次。在揉压时注意观察患者的表情和询问患者在揉压穴位上的感觉。如果在揉压某穴时患者此穴有明显麻、胀、重、酸、痛的感觉,并在此穴稍用力揉压或按压,患者就会因不可忍受而发生躲闪、抽手等躲避反应,面部出现皱眉等表情,则称此穴为压痛点,并作标记。32

例中,双肾穴压痛 28 例,双肝穴压痛 4 例。

2.2 将 ET-2 型生物全息治疗仪的穴位电极按压在压痛点上。参考电极放在穴位电极对侧,局部皮肤涂擦甘油酒精液(甘油与 75%酒精比例 1:8)。用尼龙带固定,松紧适宜。然后打开电源开关,旋转脉冲频率及强度旋钮,至患者能耐受为止。

2.3 每次 40 分钟,每天 1 次,14 次为 1 疗程。

3. 疗效标准

显效:耳鸣消失,听力恢复正常。如耳鸣耳聋同时存在,则其中之一须恢复正常。有效:自觉症状好转或双耳仅一侧恢复正常。无效:症状无改善或加重。

4. 结果

显效 12 例;有效 16 例;无效 4 例。总有效率 87.5%。显效者治疗次数最少 3 次,最长 2 疗程。无效 4 例中治疗均满 1 疗程。

5. 讨论

我们在治疗中均以第二掌骨侧的全息胚穴位系统中的压痛点为治疗穴位,32 例中双肾穴 28 例,双肝穴 4 例。

在治疗中未发现明显不良反应。有时因穴位电极放置不当,或参考电极所接触皮肤甘油酒精液涂擦不够,或尼龙带固定过紧过松,穴位局部可有烧灼感,适当调整即可消失。有的患者因接受治疗时间较长或电流过大,穴位局部皮肤结痂增厚影响疗效,可将穴位电极安放位置向穴位内侧或外侧稍稍移动即可。该治疗痛苦小,对惧怕针刺及儿童患者尤为适宜。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987;8~9。

生物全息治疗仪对疼痛性疾病有特效

张印荣

(北京邮电医院)

生物全息治疗仪是在人手第二掌骨侧与人体各部位相对应的穴位上进行微小电刺激来治疗全身对应部位的多种疾病的仪器。无痛,无创伤,无副作用。

全息生物学的创立,是张教授一大发明,在人手的第二掌骨侧存在着对应全身各部位的人体穴位群。我治疗了 200 例疼痛性疾病,如头痛、胃痛、腰痛、风湿症、肩周炎、脑血栓等。用生物全息治疗仪在全息穴位群上进行微小电刺激治疗全身各种疾病有特效。

在这 200 例中,男性 152 例,女性 48 例,年龄最大 76 岁,最小 20 岁,一般 1~3 次治疗即可有明显的病症减轻或消失,显效率占 86%,有效率占 10%,总有效率在 96%以上,个别人无效约占 4%。

从门诊治疗情况看,此疗法确实简单、易行、实用,不用针刺只用微小电刺激穴位就能及时治好病,也不用吃药,符合当前的公费医疗的改革,此疗法深受广大患者的欢迎,临床医生对此仪器也很满意,大大提高了医院的社会效益及经济效益。

下面介绍五例典型病例:

1. 尹××,男,28 岁,北京邮局工人,患者在工作中搬邮袋时突然把腰部扭伤,当时疼剧,活动困难,生活不能自理,经外院门诊服药理疗等治疗无效,故来门诊用全息治疗仪治疗,两次即愈。诊

断:急性腰扭伤。

2. 王××,女,25岁,北京电报大楼工人,患者在3月6日,突然头痛,剧痛伴有恶心,呕吐,服去痛片无效,门诊用生物全息治疗仪,在第二掌骨侧头区微电刺激,即刻止痛,两次痊愈。诊断:神经性偏头痛。

3. 刘×,女,58岁,市话局退休工人,患者胃痛2小时,呕吐,疼痛难忍,腹胀,经服用阿托品等药无效,我用生物全息治疗仪在第二掌骨侧胃区进行微小刺激约30分钟,一次止痛。诊断:急性胃炎。

4. 程××,男,68岁,电管局退休干部,腰痛两天,痛剧,步行困难,X光拍片为腰椎3、4、5椎体骨质增生症,伴有左下肢串痛(神经)感觉,经门诊检查诊断:腰椎骨刺,左下肢坐骨神经痛,经用生物全息治疗仪微电刺激三次,症状明显减轻,早已上班工作。

5. 孙××,男,72岁,邮票厂退休工人,患者右肩剧痛两天,肩关节活动范围受限,活动则痛。经门诊按摩,无效。诊断:急性肩关节周围炎。用生物全息治疗仪治疗,三次症状明显见好,现已功能完全恢复。

生物全息治疗仪的临床应用

山东省聊城生物全息医院

我院自 1992 年 9 月份应用 ET—1 生物全息治疗仪,共治疗疾病 14 种,包括头痛 12 例,失眠 2 例,软组织损伤 9 例,急性阑尾炎 1 例,胃炎 4 例,胆囊炎 6 例,腹泻 4 例,落枕 2 例,咽炎 2 例,不明原因胸痛 2 例,胃痉挛 14 例,呕吐 3 例,牙痛 9 例,小儿尿频 6 例,共 80 例,现统计如下。本文统计的患者指单纯应用全息仪治疗的,配合全息针刺和全息按摩及使用全息胚分化促进剂的患者除外。

疾病名称	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
头 痛	12	7	2	1	2	83%
失 眠	6	3			3	50%
软组织损伤	9	4	5			100%
急性阑尾炎	1	1				100%
胃 炎	4	2	1	1		100%
胆囊炎	6	1	4	1		100%
腹 泻	4	4				100%
落 枕	2	2				100%
咽 炎	2	2				100%
不明显胸痛	2	2				100%
胃痉挛	14	10	4			100%
呕 吐	3	3				100%
牙 痛	9	5	2		2	77%
小儿尿频	6	4	1		1	83%
统 计	80	50	19	3	9	88%

典型病例

1. 急性软组织损伤

患者:刘××,男,23岁,聊城市南朱村人,农民。患者92年11月劳动时,左踝扭伤,不能站立。遂来院就诊。查体:左踝部肿胀,触痛,活动受限。即做全息仪治疗,取第二掌骨侧足穴(双),30分钟后,左踝部发热且触之烫手,痛感基本消失,又做2次,左踝部肿胀消失,活动自如而获愈。

2. 急性腰扭伤

患者:杨××,女,45岁,聊城地区机械电子局干部。患者93年2月17日,因驮煤气罐时不慎腰部扭伤,急来我院就诊。检查:腰部前屈位不能站立,双侧腰肌紧张触痛,不能活动,局部可触及条索状物,俯仰、侧屈均不能。即做全息仪治疗,取第二掌骨侧双腰穴,以疏密波治疗,10分钟后,自觉腰痛减轻。30分钟后,能自己下床,又经全息仪治疗2次,活动较前灵活,并能下地行走10余步,共治疗6次腰痛基本消失,俯仰侧屈基本自如,恢复正常工作。

3. 急性阑尾炎

患者:邢××,男,27岁,聊城人,农民。患者因受凉受累,加上暴饮暴食,92年12月2日突发腹痛,在本村经注射止痛药,效差。第2天又出现恶心呕吐, $T37.8^{\circ}\text{C}$,立即来我院求治,检查: $T37.9^{\circ}\text{C}$,P80次/分,心肺无异常,上腹部轻压痛,右下腹麦氏点压痛,无反跳痛,测第二掌骨侧全息下腹穴压痛极明显,以右侧较甚。诊为急性阑尾炎。取双股骨节肢下腹穴,经全息仪治疗,2次疼痛大减,恶心呕吐消失, $T36.8^{\circ}\text{C}$ 。继续全息仪治疗5次,患者诸症消失而愈,随访至今未复发。

4. 头痛

患者:梁××,女,41岁,聊城市东姚村农民。患者近日因与家人生气而发头痛,左侧较重伴左耳鸣。于93年2月10日来院就诊,测BP14/9kPa,取第二掌骨侧双肝穴,左侧头穴,经全息治疗仪

治疗一次后,患者即感头痛减轻,每日1次,共4次,头痛、耳鸣消失。复测BP12/8KPa,临床治愈。随访月余未见复发。

5. 胃痉挛

患者:任××,男,42岁,聊城地区农机公司职工。患者平素有胃痛史,曾做X线钡透无异常发现。近日因受凉,劳累又发胃痛,服止痛药效差。于93年2月6日急来我院就诊,查体:急性病容,胃脘部有一硬结,约4×5cm大小,触之痛甚,体温不高,无腹泻、呕吐,诊为胃痉挛。即取双胫腓节肢胃穴,经全息治疗仪治疗35分钟后,患者自述腹内鸣响,疼痛消失,又经全息治疗仪治疗1次,以巩固疗效。

6. 落枕

患者:孙××,女,41岁,山东省第二轻工业机械厂工人。患者于93年3月18日来我院诊治。自述晨起即感脖子痛,活动受限,以左侧颈部疼痛较甚。查体:患者左颈部僵硬,触之硬痛,转颈向右可,向左不能,甚则连及左头部亦痛,诊为落枕。取双第二掌骨侧全息颈穴给予全息仪治疗,1次后颈部疼痛大减,活动稍可,每日1次,共治疗4次,诸症消失,临床治愈。

生物全息治疗仪治疗妇科病的体会

彭 丽 医师

(湖南益阳齿轮厂职工医院全息生物室)

摘要 本文报道 56 例妇科病,运用生物全息治疗仪进行治疗的临床资料。结果:痛经 34 例,治愈 34 例。闭经及催乳等 13 例,治愈 11 例,好转 2 例。子宫肌瘤 6 例,1 例完全消失,好转 5 例。表明生物全息治疗仪治疗痛经、闭经及催乳疗效显著,对于子宫肌瘤有一定疗效。

关键词 妇科病;生物全息治疗仪

我室自 1992 年 6 月~1995 年 6 月,运用张颖清教授发明的生物全息治疗仪治疗妇科疾病,收到很好疗效,特总结如下。

一般资料

56 例,均为女性病人,年龄最大者 45 岁,最小者 16 岁;病程最长者十余年,最短者 1 月。

方法:按张氏生物全息治疗法,采用部位对应,同侧对应,少针穴准原则,在第二掌骨侧,用生物全息治疗仪电脉冲刺激,疼痛者用密集波,不痛者用疏密波,每天一次,每次 40 分钟,7 天为一疗程。

自觉症状消失,病灶消失为痊愈;自觉症状消失,病灶较前缩小为好转;治疗前后无改变为无效。

治疗结果

痛经病人大多在治疗数秒钟至 20 分钟内疼痛消失。子宫肌瘤

6 例。子宫肌瘤 1 例患者经治疗 49 次,完全消失,其余 5 例均有不同程度较前缩小,平均缩小 3~4cm。(见表 1)

表 1 全息治疗仪治疗妇科病 56 例统计

	治疗 人数	治 愈 人数	好 转 次数	无 效 人数	有 效 百分比
痛 经	34	34	1		100%
闭 经	2	2	3		100%
催 乳	2	2	4		100%
乳腺小叶增生	1	1	30		100%
卵巢囊肿	2	1	60	1 14	50%
更年期综合症	3	1	7	1 7	33%
人流综合症	1	1	4		100%
附件炎	4	3	7	1 14	100%
子宫肌瘤	6	1	49	5 60	100%
合 计	56	44	7		98%

典型病例

1. 韩战英,女,36 岁,本厂职工,1993 年妇检及 B 超检查,确诊为子宫肌瘤,其大小为约 7.2~4.5cm。1994 年 4 月来我室就诊,要求用生物全息疗法治疗子宫肌瘤疾病,我采用生物全息治疗仪,取第二掌骨侧胫骨侧(双)下腹穴,交替治疗,每次 40 分钟,7 天为一疗程,共 7 个疗程,患者腹痛、腰痛消失,1995 年 3 月 25 日 B 超复查,子宫肌瘤完全消失。

2. 孙玲,女,38 岁,本厂职工,1993 年 10 月 29 日,因怀孕 60 天人流术后,十余天仍腹痛,畏寒,阴道持续流出紫黑色夹杂血块的分泌物,曾静滴肌注青霉素一周症状仍如前。前来我处就诊,测第二掌骨侧、桡骨侧、胫骨侧下腹穴、肝穴压痛剧烈,当即按摩上述

穴位各 200 下,接通生物全息治疗仪,选密集波 40 分钟。治疗过程中,腹痛逐渐减轻,治疗完毕,疼痛完全消失。第二天复诊诉血块减少,出血量减少,并由紫黑色转为红色。第三天复诊出血停止,精神恢复正常。

3. 王丽明,女,24 岁,本厂工人,1994 年 3 月 24 日就诊,患痛经 10 年余,每月行经前痛苦异常,腰痛,下腹痛,面色苍白,冷汗淋漓,四肢厥冷,辗转不安。来诊时正逢经前期痛,即测第二掌骨侧肝穴,下腹穴压痛剧烈,用生物全息治疗仪接通上述 2 穴,选密集波,5 分钟后,腹痛减轻,冒汗减少,手脚转暖,留针 40 分钟,一次治愈。从此以后,每月行经再没出现过疼痛。

4. 符可雄,女,30 岁,本厂工人,停经 60 天,疑受孕,经妊娠试验(一),5 月 18 日前来就诊。查第二掌骨侧肝穴、下腹穴压痛剧烈,予双穴全息治疗,第二次复诊,诉腹部、乳房胀痛,第三次复诊经至,行经正常。

5. 庄飞燕,女,24 岁,外单位工人,1993 年 12 月以地区人民医院诊断为双乳腺小叶增生。乳房内有蚕豆大小硬块,活动可,无红肿,触痛明显,经生物全息治疗仪治疗,取心肺穴(第二掌骨侧),一周后疼痛减轻,第二周后硬块变软,第三周后经医院复查,乳腺小叶增生消失,婚后怀孕哺育正常。

讨论

妇女痛经、闭经及更年期综合症等,中医观点认为,是由于肝气瘀结失于条达疏泄,气血运行不畅而致,病人深受痛苦,我选用肝穴和下腹穴起到了活血化瘀,调经止痛的作用。很多患者经过一次治疗后,再也不受痛经的折磨了,患子宫肌病瘤的患者,免除了动手术的痛苦,很受患者欢迎。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

生物全息治疗仪疗效观察

孙 海

(山东烟台市芝罘区下曲卫生所)

一、临床资料

应用山东大学全息生物学研究所生产的生物全息治疗仪治疗 10 例不同患者。男性 6 例,女性 4 例,年龄 24~55 岁。其中神经衰弱一例,胃疼一例,感冒 3 例,上肢疼 2 例,牙疼一例,酒后胃胀胸闷一例,胃炎同时腿疼一例。

二、治疗方法及结果

我们使用 ET-2 型生物全息治疗仪进行治疗,使用方法详见说明书。

三、典型病例

例 1,曲×,男,31 岁,烟台市下曲家。93 年 3 月 27 日下午因饮酒过量觉得胸闷,胃胀,当时我正在为另一人治疗,该患者要求试试。我取其右手第二掌骨侧肺心穴和左手第二掌骨侧胃穴,接好治疗仪,打开电源,用高频中强刺激 10 分钟后就觉得胸部清亮许多,胃部有微热感,40 分钟后,胸部基本不闷,胃胀消失,自觉酒也醒了。

例 2,吕××,男,49 岁,93 年 3 月 24 日就诊,当时牙疼正重,取其双手第二掌骨侧头穴,接好仪器后,用高频中强度刺激,使用 5 分钟后,牙疼开始减轻到能忍住了。40 分钟后基本不疼。

例 3,陈×,男,49 岁,93 年 3 月 24 日就诊,患者右肩带右上

肢劇疼,呼吸時都覺得疼。我取其雙手第二掌骨側上肢穴和肺心穴,用高頻中強度刺激。15分後,呼吸時不覺得很疼,45分後,疼感明顯減輕。可以正常工作。

例4,何××,47歲,女,煙台市朱家莊,93年3月16日就診,該患者右腿疼有一個多月,還患有胃炎,我取其右手腿穴和左手第二掌骨側胃穴,接好治療儀,開始用高頻中強度,3分鐘後患者覺得口乾心慌不好受;關閉電源休息5分鐘,再用中頻弱中強度刺激;25分鐘左右,患者覺得胃部溫熱,腿疼也輕了。每次用60分鐘,二個療程(7天為一療程),患者的胃和腿有了明顯好轉,基本不影响正常的生活和工作。

例5,任××,女,24歲,93年2月12日,患者因感冒引起頭疼,取患者雙手第二掌骨側頭穴,中頻低強度刺激,10分鐘內,頭就開始清亮,疼痛減輕。留45分鐘,第二天又使用了一次,頭疼就好了。

10例患者中,3例痊愈,3例显效,2例有近效,2例无效。

体会

使用该治疗仪对各种针灸适应症有效。操作简单易学。无副作用。通过10例观察,对急性疼痛疾病具有良好的效果。

简评生物全息治疗仪

蒋瑞英

(北京军区总医院急诊科)

张颖清教授研究发现了生物体上不同部位的统一性;人体生理或病理相关部位分布的全息胚律^[1];创立了全息胚学说。根据全息胚律图谱,当人体主体的某一部位发生疾病时,则每一长骨节肢上与该部位相关的部位就会出现相关的病理反应,从而可以根据一个长骨节肢上可以检测到的病理反应点的有无和在全息胚律图谱中的位置来判定全身有无疾病和患病的部位。同样根据全息胚律图谱,在某一长骨节肢的与整体上疾病部位相关的点造成小的损伤(如针刺、按摩、微电流刺激),则可以治疗整体上所对应部位的疾病^[1]。张教授发明了生物全息治疗仪,只要在人手第二掌骨侧或其他节肢的全息穴位上给予微小的脉冲电流刺激就可以治疗人体上对应部位的疾病。本文就生物全息治疗仪的作用谈点看法。

一、生物全息治疗仪的应急作用

急症病人病种多,病情急,要求接诊快,诊断快,治疗快,期望能尽快解除痛苦。生物全息治疗仪体积小,重量轻,操作简单,使用方便,根据相应疾病所检测到的相应部位的全息穴,缚好电极带,打开电源,调整好刺激强度,就可对病人进行治疗。临床见到不少病人,表情痛苦,紧张而恐惧,用上生物全息治疗仪后,很快安静入睡。我科自1992年初在急诊中采用山东大学全息生物医学研究所生产的生物全息治疗仪治疗各种急症,至1994年底,资料较为齐全的有990例,有效率91.1%,疗效满意,没发现副作用,相当安全,

適應範圍廣,對多種疾病都有一定的療效。適合在急診中對某些疾病應急治療用。

二、生物全息治療儀具有針灸的療效又優於針灸

自古以來針灸療法經久不衰,被國內外醫生所注目,也受到病人的歡迎,而且不斷有不同部位的微針系統被提出,被應用。如耳針、鼻針、舌針、頭皮針、手針、足針等,應用中發現都有治療效果。實際上這些微針系統都可納入穴位全息律這一統一的體系之中^[2]。只不過第二掌骨側全息穴位較傳統的微針系統,簡單易學,易普及,應用起來也極方便,更易被人接受。但針灸畢竟還是創傷性的治療,病人多少有點緊張,怕針、怕痛、怕暈針、滯針的現象臨床都可遇到。目前,國內外乙型肝炎及澳抗陽性者較多,因而針灸治療還涉及到嚴格消毒,預防交叉感染的问题。由於生物全息治療儀是無創傷性、無痛性治療,病人容易接受,治療時比較放鬆,無需嚴格消毒,只要穴位找得准或記准人體各個臟器在手第二掌骨側的反應區域,即可用生物全息治療儀進行治療。其療效與針灸是一樣的,甚至超過針灸療法的療效,因為病人上機後比較放鬆,安全感強,不用擔心交叉感染和暈針。所以生物全息治療儀具有針灸的療效又優於針灸,值得在臨床上廣泛應用和進一步探索。

三、生物全息治療儀的發展前景

生物全息治療儀由於其使用簡單,實用,易學,易普及,公眾容易接受,具有進入家庭的發展前景。近年來研製的ET-2型,體積更小,重量更輕,可供病人在家庭中自己使用。總之,生物全息治療儀具有潛在的發展前景,關鍵在於更實用、更方便。

參考文獻

- [1]張穎清,全息胚學說醫學應用,高等教育出版社,1992年,2頁、8頁。
- [2]張穎清,生物全息診療法,山東大學出版社,1988年,79頁。

生物全息治疗仪和生物全息疗法疗效好

曹水焕

(韩国, 汉城)

中国山东大学张颖清教授创立的全息生物学, 是一门新兴的交叉学科。全息生物学的创立, 在医学领域, 创出了崭新的治疗方法, 取得了辉煌的硕果。张氏的全息胚疗法, 已经在 30 多个国家, 广泛地被应用, 疗效之妙, 涉及医学学科之多, 真可谓是医学史上的一大创举。

许多国家专家、学者实践探讨, 这种疗法最普遍适用于第二掌骨侧, 此处存在着对应全身各部的穴群。即头、颈、上肢、心肺、肝胆、胃、十二指肠、肾、腰、下腹、腿、足。它包含着人的整体各部位的病理、生理信息。已被张颖清教授所验证。尤其对人体罹患的疾病, 可由此而抓病机、抓主症, 根据中医四诊、八纲辨证, 施针、按摩、脉冲电流刺激等疗法, 其效果显著而独特。

张氏发明的生物全息治疗仪, 只在人手第二掌骨侧或其他长骨节肢的全息穴群上给予微小的脉冲电流刺激就可以治疗人体上对应部位的疾病。笔者应用本仪器, 取得了很好的疗效, 深受广大患者的欢迎, 是方便、实用、安全、神效的康复治疗仪, 值得推广。

笔者接受张氏生物全息疗法之后, 解决了众多临床上已用过药物而无法治好的疾病, 如胃脘绞痛、胁痛、下腹绞痛、头痛如劈、腰痛、神经性皮炎、鼻炎、气管炎、咽炎, 哮喘等众多疾病。张氏生物全息疗法, 机理奥妙, 疗效神奇。

生物全息电图诊断仪和生物 全息治疗仪的临床应用

景尧洲

(北京军区后勤部门诊部)

我们根据张颖清教授生物全息理论^[1,2],运用张氏发明的生物全息电图诊断仪和生物全息治疗仪在手第二掌骨侧全息胚穴位上,进行诊断和治疗,取得满意效果,现报告如下。

生物全息电图诊断仪的应用

生物全息诊断仪是一种无创伤性诊断仪,在手的第二掌骨侧全息胚穴位群进行扫描,只需15秒钟就可诊断全身各部位有无病变。特别是对早期疾病的早期诊断,具有很适用的临床价值,我们临床上诊断100例病人中准确率为94%。见表1。

表1 生物全息诊断仪100例分类表

穴位	准确例数	不准确例数	总准确率%
头	26	2	92.4
上肢	13	0	100
心肺	5	1	80
肝	10	1	90
胃	5	0	100
腰	8	0	100
腹	10	1	90
下肢	12	0	100
足	5	1	80
合计	94	6	94

例 1, 申×, 女, 30 岁, 干部, 1991 年 3 月 20 日就诊, 说你看我有什么病? 用生物全息诊断仪在右手第二掌骨侧全息胚穴群扫描, 记录纸的图形分析在其胃区及腹区有明显的波形出现。告诉病人说你有胃肠疾病。患者说: “很对, 我有胃炎和阑尾炎”。

例 2, 王×, 女, 28 岁, 办事员, 1991 年 3 月 22 日就诊时说: “看我有什么病?” 即用全息诊断仪在右手第二掌骨侧全息胚穴群扫描, 记录纸的图形分析在其上肢区有明显的高波出现。告诉患者说你有肩周炎, 患者即说: “对, 我有肩周炎。”

例 3, 李××, 女, 56 岁, 家庭妇女, 1992 年 4 月 20 日就诊时让给检查有没有病。用生物全息诊断仪在其右手第二掌骨侧全息穴群扫描, 记录纸图形上在其肝区有不正常图形出现。告诉患者说你肝有问题。病人说肝一直很好, 劝其查 B 超, 结果是脂肪肝。

生物全息治疗仪的应用

生物全息治疗仪是在手第二掌骨侧全息胚穴位上进行无创伤性的微小电刺激, 治疗全身对应部位的多种疾病, 无副作用, 可替代针刺治疗, 适用于怕针、晕针的病人, 我们在临床上对 200 例病人进行治疗, 有效率达 84.5%。见表 2。

表 2 生物全息治疗仪 200 例疗效结果

病症	例数	治愈	显效	无效	总有效率%
头痛	40	24	12	3	80
肩背痛	13	8	2	3	80
肠炎	9	5	2	2	87.5
腰痛	14	7	4	3	78.5
足痛	15	9	3	3	85.7
胃痛	29	14	11	4	86.2
心脏病	6	2	2	2	66
上肢痛	35	20	11	4	88.4
下肢痛	39	20	13	6	84.5
合 计	200	109	60	31	84.5

例 1, 任××, 女, 47 岁, 职工, 1992 年 2 月 24 日就诊。主诉:

右肩疼痛一周余,右上肢不能抬舉。用生物全息治療儀在病人雙手第二掌骨側肩穴治療三次症狀減輕。又繼續治療一個療程,病人右肩疼痛消失。右上肢抬舉自如。

例2,熊××,男,22歲,戰士,1992年3月2日就診。主訴:左側偏頭痛數日。用生物全息治療儀在病人雙手第二掌骨側頭穴治療一個療程,頭痛症狀消失。

例3,劉××,女,26歲,職工,1992年2月6日就診。主訴:胃痛三天。用生物全息治療儀在病人雙手第二掌骨側胃穴治療三次,胃部痛覺消失。

討論

1. 運用生物全息電圖診斷儀和生物全息治療儀診斷和治療疾病,是張穎清教授生物全息診療法的具体應用,是一種新的診療方法,其治療机理是全息胚學說的基本理論^[1]。

2. 生物全息電圖診斷儀,診斷快,準確率高,特別是对功能性疾病,当臨床上沒有客觀指標時,其診斷更為可取。便于早期發現疾病,早期治療。

3. 生物全息治療儀,無創傷,無痛苦,病人乐于接受,是一種理想的醫療方法。

參考文獻

[1]張穎清,全息生物學(上冊),高等教育出版社,1989。

[2]張穎清,全息生物學研究,山東大學出版社,1985。

生物全息电图诊断仪、生物全息治疗仪临床应用

刘锡顺

(黑龙江省嫩江县文金川全息诊疗研究所)

自 1993 年 2 月 12 日始,我所使用了山东大学全息生物学研究所生产的生物全息电图诊断仪和生物全息治疗仪。截止 1993 年 4 月 4 日止,应用情况如下。

一、应用生物全息电图诊断仪

1. 诊断人数 364 人,男 126 人,女 138 人,符合人数 302 人,占 83%。不符合人数 62 人,占 17%。

2. 患者反映:大部分患者认为该仪器诊病迅速、方便,且能预报尚未感觉到的病,每诊一次,等于作了一次全身疾病纵横比较,有病、无病、失调、先兆一目了然。

二、应用生物全息治疗仪

1. 治疗人数计 42 人,男 11 人,女 31 人。有效 41 人,无效仅 1 人。一次显效 35 人,3 次显效 5 人。

2. 先后治疗了颈椎综合症、肩周炎、头痛、腰椎间盘突出、乳房纤维瘤、冠心病、股骨头坏死、糖尿病、深层静脉炎等 53 种疾病。

生物全息电图诊断仪对尘肺患者应用初探

田国雄 副主任医师 于爱民 护师
刘 琴 主管医师 管君荣 理疗技师
郑保民 护师

(山东胜利油田防疫站职防所)

摘要 用张颖清教授的疗法和ED—1生物全息电图诊断仪对尘肺123人与对照45人测试检查:肺心区病定位敏感性0.902,特异性0.778,重现率0.922,与尘肺诊断符合率(0.862)极显著的高于对照组($P < 0.001$)。认为该图用于尘肺定位诊断较为客观、准确、简便。

关键词 尘肺;生物全息电图诊断仪

张颖清教授的全息胚学说^[1]在医学界应用已逾54万例。我们应用该学说和山东大学全息生物医学研究所生产的ED—1型生物全息诊断仪(简称全息电图仪)对已确诊的尘肺123人次及时对照组45人次进行检测,旨在引进先进诊法并对职业病人机能状况及疗效进行观察评价。

一、对象与方法

1. 观察对象:尘肺组123人次为经省级诊断组确诊的住院病人。男117人次,女6人次,年龄45~60岁;矽肺、水泥尘肺与石棉肺分别有111、6与6人次;I、II、III期尘肺各有107、10与6人次。对照组为随机收集健康查体经X线、ECG等检查确认为无肺

心胸背部疾病的机动车司机和医生共 45 人,其年龄、性别构成与尘肺组相近。

2. 检测方法:全部检测仪器和人的技能均经省卫生厅认证。专人用张颖清发明的 ED—1 生物全息电图诊断仪按说明书对受试者第二掌骨节技系统^[1]纵向扫描记录,得到一条穴位-电位坐标系中的全息电图。每例重测 2 次,选较清晰的图观察统计。

3. 定位诊断标准:全息电图曲线上比正常穴区波幅高出 2 倍的波峰所在区段为病穴区;借助山东大学的全息电图诊断尺区分病或正常穴区的部位,以确定病穴分布在头颈(A)区,肺心背胸(B)区,肝胃(C)区,腰、腹中(D)区或腹下(E)区中的那一穴区。

4. 测试的准确性^[2]及重现性^[2]标准

以全息电图病区部位与病历上客观检查、记录对照,两者相符为准确,否则为不准确。

选病情稳定者 11 名,在测试条件相同的连续 2 天分别测试,每人每天测 2 次,2 次间隔 5 分钟;把同 1 人同 1 只手 2 天的全息电图对比,高波峰出现的穴区相同时为该测试稳定(重现性好或精确度高)。

二、结果

1. 尘肺全息电图病穴区分布:123 人次的检出人次及检出率依次为:B 区,111 人次及 0.90;A 区,92 人次及 0.75;C 区,77 人次及 0.63;E 区,75 人次及 0.61;D 区,57 人次及 0.46。五个穴区共检出 412 个病区,与病历符合的 355 个(0.862)。检出对照组 B 区假阳性^[2]10 人次。经统计学处理,尘肺全息电图 B 区高波检出率极显著地高于对照组($\chi^2=75.66, P<0.001$)。

2. 全息电图 B 区定位诊断准确性见表 1。

重复 2 天测定 11 人 44 张全息电图,发现 B 区高波区 64 处,2 天的结果对比有 59 对(0.922)重现性好;另 5 对未重现。

表1 尘肺全息电图B区定位准确性统计表

对照(n=45)		尘肺(n=123)		敏感性	特异性	诊断指数	诊断效率	综合诊断值
+	-	+	-	(%)	(%)		(%)	(%)
10	35	111	12	90.2	77.8	1.68	86.9	119.1

三、讨论

1. 测试结果的客观性:张氏全息电图初步实现了全息诊断的客观性^[3]。本文结果:尘肺穴区阳性与病历总符合率 0.862,与文献^[3]报告 0.891 相近。病穴区检出率特点:①B 区最高,且显著高于对照组;②B 区、A 区较高与病人肺心、气管、鼻咽部病损率高的事实相符;③C 区 0.63 可能与粉尘性肝损伤及胃病多发有关。以上提示本文结果客观性较强。

2. 测试方法的科学性:本文 B 区定位准确率(敏感性)(0.90)、特异性(0.78)、诊断指数(为 1.68,一般 ≥ 1.70 时该法有诊断价值^[2])、综合诊断值(119.1%,最高理想值是 141.4%)等指标均较高。测试法的重现率为 $59/64=0.922$ 。以上提示全息电图用于尘肺 B 区定位诊断的价值较高,准确性、重现性较好。

3. 测试方法的实用性:国内外目前尚无根治尘肺方法,故监测患者功能状态、防治并发症和多发病是尘肺临床工作和健康监护的重要内容。综上认为全息电图用于尘肺患者机能状态检测或病情检测的方法是科学和实用的。加之方法简便、快速、无创伤、无痛、安全、经济(较 X 线摄片、心肺功能测定等),适宜在各级防治机构推广应用。

本文漏诊率 0.098,文献^[3]报告 0.109;本法定量尚欠精确,这些美中不足应设法解决。但是,深入学习张颖清教授全息胚学说,不断提高监测质量,可能提高全息电图仪的应用效能。

参 考 文 献

[1]张颖清,全息胚及其医学应用,青岛出版社,1992年10月第1版。

[2]廖二元、魏启幼主编,最新临床检验手册,湖南科学技术出版社,第1版,1993,6,18。

[3]张颖清等,生物全息心电图诊断仪对肺心血管性疾病的诊断价值,见第一届国际全息生物学学术讨论会论文集(中文版),高等教育出版社,1990,322。

生物全息電圖診斷儀 135 例 臨床應用報告

張明軍 講師 王紹隆 講師

(勝利油田衛生學校)

摘要 本文報告了用生物全息電圖診斷儀臨床查體 135 例,受檢者的診斷符合率為 93.78%,不符合率為 6.22%。本文還報告了 14 例月經期的健康女性查體,生物全息電圖表現為陰性。本文不但介紹了用該儀器檢查的方法、診斷標準,而且還闡明了該診斷儀的先進性、科學性、準確性。作為定期查體,推廣和利用生物全息電圖儀在當前是最佳的選擇。

關鍵詞 生物全息電圖診斷儀;查體

自 1995 年 7 月以來,我們用中國科學家山東大學教授張穎清發明、山東大學全息生物學研究所生產的 ED—2 型生物全息電圖診斷儀進行了臨床查體,收到了好的效果,現報告如下。

一般資料

共查體 135 人,男 61 人,女 74 人,其中女性在月經期間 14 例,年齡最大者 68 歲,最小者 5 歲,勝利油田衛生學校師生及油田所屬醫療衛生單位人員共 114 例,其餘為 21 例。受檢查的診斷符合率為 93.78%,不符合率為 6.22%,健康人屬生理變化的情況,儀器報告均為陰性。

檢查方法

根據張穎清教授提出的全息胚理論^[1-3],準確的在被查者的

右手第二掌骨侧定出头穴和足穴,然后用生物全息电图诊断仪的探头,从头穴到足穴进行一次自动直线扫描,测试结果可显示在微机屏幕上并被打印成图,借助微机编定的程序,根据生物全息电图曲线波峰的高低和微机显示的阳性或阴性结果,先判定出患者的病变部位,再与受检者的病案和自觉症状、临床体征加以对照。

诊断标准

生物全息电图波峰高并且结果显示阳性,与受检者的病案记录或自觉症状和临床体检相符完全一致者,为准确例数,否则为不准确例数;生物全息电图波峰低并且结果显示阴性,受检者该部位无任何疾患者,为准确例数,否则为不准确例数,生物全息电图波峰较高,诊断结果报可疑,受检者该部位有病变或症状者为准确例数,否则为不准确例数。

检查结果

135 例受检者,5 个区部位,共 675 例次的检查结果统计如下。

生物全息电图查体 675 例次统计资料

受检查区部位	准确例数	不准确例数	准确率(%)
头颈区	124	11	91.85
肺胸背区	119	16	88.15
肝胃区	127	8	94.07
腰腹中区	134	1	99.26
腹下腿足区	121	6	95.56
合 计	633	42	93.78

$P < 0.05$

典型病例

例 1,王××,男,44 岁,胜利宾馆职工,生物全息电图诊断仪诊断所得全息电图显示下腹及腿足区波峰高,并报告阳性结果,告诉患者下腹及下肢有病变,患者当即回答患慢性肠炎和脚气。

例 2,芦××,16 岁,胜利油田卫生学校学生。生物全息电图健

康查體中顯示腿足區波峰高,並報陽性,告訴患者腿部有病,患者告知半月前踢足球時右小腿扭傷,至今未愈。

例3,趙××,女17歲,勝利油田衛校學生,生物全息電圖胃區波形異常,報告為陽性,指出其胃區有病。患者講有慢性胃炎史。生物全息電圖顯示腹下髁腿足區陰性,患者自述正置月經期、下腹隱痛,雙下肢沉重感,告訴受檢者,此屬生理變化範圍內,生物全息電圖示陰性。

討論

1. 生物全息電圖診斷儀的發明,為在人群中进行大宗例數的體格檢查提供了方便的條件,該儀器只需在10分鐘左右就可完成一次全面性的體檢,這是在目前其他的儀器或方法無可比擬的,該儀器只需要在被檢查者的第二掌骨側檢查,對病人無任何刺激,對身體無任何的損害和副作用,這就使更多的人樂於接受這種檢查。在人群中應進行定期的查體工作,為疾病的預防、治療提供第一手資料。該儀器如能推廣,對人類的健康監測有着重要而深遠的意義。

2. 生物全息電圖診斷儀有較高的準確率,有文獻報導可達96.2%^[4],從本文提供的135例受檢者的資料中,675個部位的診斷符合率可達93.78%。同時它還對一些潛在性的病變,如腫瘤、心腦血管性疾病,在無明顯的症狀和現有其他儀器不能診斷的情況下,做到早期預報,對一些病因不明的全身性症狀群提供重點檢查部位和區域,是臨床醫生的一個得力幫手。當然該儀器和其他儀器一樣,還需要進一步改進,達到更高的水平,操縱者要規範自己的工作,進一步體現和反映張穎清教授提出的全息生物學理論。

3. 生物全息電圖診斷儀對健康人的體檢亦有很高的準確性,本文在收集該指標時,特別注意到了這個問題。健康人在生理狀態下也有一些較大的變化,例如女性的月經期,利用該儀器檢查的結果均顯示出陰性,說明機體處於健康狀態。本文中有14例女性月

经期受检者,仪器均报阴性,人们可对这些变化出现的一些症状、体征不必忧虑,生物全息电图诊断仪可帮助被检查者相信这个道理。每一个健康人都需要进行定期查体,为指导自己的生活和工作提供重要依据,推广和利用生物全息电图诊断仪在当前是最佳的选择。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]张颖清,全息生物学(上册),高等教育出版社,1989。
- [3]张颖清,全息胚及其医学应用,青岛出版社,1992。
- [4]张颖清,全息胚学说医学应用,高等教育出版社,1992。

生物全息电图诊断仪在健身运动中的应用(附 63 例分析)

崔国斌 张明军 王绍隆

(胜利油田卫生学校)

摘要 本文介绍了生物全息电图诊断仪在健身运动中的应用,并对 63 例志愿者运动后的电图变化和出现的症状进行了分析,指明了监测健身运动的重要性和生物全息电图仪进行监测的原理以及进一步探讨和应用该仪器的重要意义。

关键词 生物全息电图诊断仪;健身运动;监测

搞清运动对人体各系统、脏器的影响是开展运动医学工作的基础,是指导人们进行健身运动的重要课题。自 1995 年以来,我们采用了全息生物学的创始人张颖清教授发明的生物全息电图诊断仪对长跑运动进行了监测,并对 63 例志愿者运动后生物全息电图的变化,结合出现的症状进行了分析。现报告如下。

一般资料

63 例志愿者全部为中专卫校在校学生,其中男 13 例,女 50 例,年龄最大 22 岁,最小 15 岁。

测试方法

运动前对志愿者做生物全息电图检查,要求每人尽最大努力跑完 2000 米路程后,再做电图检查并记录运动后出现的症状体征。

结果

运动后出现临床症状 75 人次, 心电图报告阳性 48 人次, 无症状者 15 人次, 心电图报告阴性或可疑者 23 人, 有 2 种以上症状者 24 人, 心电图报告两个区以上阳性者 7 人, 其中女生心电图报告阳性者 44 人次, 占女生总人数 88%, 男生心电图阳性 4 人, 占男生总人数 30.76%。男女两者差异显著($P < 0.01$)。

表 1 63 名志愿者运动后生物全息心电图变化
与临床症状人次统计表

受检查区部位	生物全息心电图		临床症状	
	阳性人次	非阳性人次	发现人次	未发现人次
头颈区	19	44	27	36
肺胸背区	15	48	28	35
肝胃区	4	59	6	57
腰腹中区	7	56	6	57
腹下骶腿足区	3	60	8	55
合 计	48	267	75	240

典型病例

例 1, 高××, 女, 19 岁, 94 级社区医学专业学员, 运动前感觉与查体皆无异常, 生物全息心电图检查除肝胃区可疑外, 其余各区为阴性。跑完 2000 米后, 心电图报告头颈区阳性, 自觉运动后头晕、咽部不适。嘱其今后运动锻炼时, 活动的量和强度应低于这次长跑。

例 2, 刁××, 女, 17 岁, 95 级医学影像诊断专业学员, 运动前一切正常, 生物全息心电图报告肺胸背区可疑。跑完 2000 米后, 感觉胸前区发闷、疼痛, 电图示肺胸背区阳性。嘱其今后健身运动时, 其量和强度应低于这次活动。

例 3, 王×, 男, 20 岁, 94 级社区医学专业学员, 运动前无异常, 2000 米长跑结束后, 电图示头颈及肺胸背区可疑, 学员除感到劳累外, 无其他感觉, 嘱其今后体育锻炼时, 可参考此次的运动量和强度。

讨论

健身运动是人们普遍关心的问题,对于不同年龄、不同性别、不同体质的人,采用何种运动方式、运动的量和强度又是多少,一直是亟待解决的问题。医生们只是在轮廓性的框架上去指导病人,人们仅靠自我的感受去运动,显然还是不够的。人们盼望着,能系统地科学地去指导自己的健身运动,以便达到最佳效果。

生物全息电图诊断准确、快速,对人体无任何副作用。该诊断仪是根据第二掌骨侧的小区域来判断全身有无疾病和疾病的部位,因为该区域各部位与整体上的各部位存在着——对应的关系。根据这一点,我们可以判断运动中机体各区部位的适应情况,即电图报告阳性者,可视为该区部位不能耐受运动所要求的指标,反之可视为基本适应其要求。为此我们认为,凡运动后出现临床症状体征,电图示阳性者,应调整运动的方式、量和强度;凡运动后出现临床症状,电图报告阴性或可疑者,或运动后无症状,电图报告阳性者,可能为生理性代偿变化或其他因素,应注意继续观察;凡运动后无临床症状体征,生物电图示阴性者,可进行该次运动量和强度的锻炼。从本文的资料可以看到,相同的运动量的情况下,男生电图的阳性率明显低于女生,两者差异显著,说明该组男生比女生更适应于2000米的长跑运动。利用电图的报告结合受检者的症状和体征,指导健身运动的方式、量和强度是合理的。通过反复的测试,能够帮助人们确定更合适的运动。

张颖清教授创立的全息生物学中,全息胚学说是该学科的核心部分,这一理论在医学界有着重要的广泛的应用,而且在临床医学中已经发挥出巨大的奇特作用。在运动医学方面,不少作者^[3]也在积极地探索,但是他们主要用于诊断和治疗运动后损伤性疾病方面较多,在指导、监测全民健身运动方面的工作尚少。如何应用这一理论去指导、监测全民的健身运动,广泛地增强人民体质,还有不少的问题需要大家共同努力去探讨。

IV. 生物全息诊疗法临床应用: 综 合 类

第二掌骨侧全息胚穴的临床应用

饭田清七

(日本,宫城仙台市)

一、手上的全息胚穴是止痛的特效穴位

在针灸学中“穴”就指的是“俞穴”。俞穴分属于十四经络的经穴和不属于十四经穴的奇穴两类。但最近不属于俞穴的新穴也在临床上很多地使用起来。

在一般的针灸治疗中,多以患者的症状取穴,且经穴为主穴,经外奇穴用于辅助治疗。以经络理论为基础的针灸治疗可以起到缓解患者症状的效果。但在临床实践中,有时以经络理论为基础的取穴治疗却不能取得理想的效果。这种时候,如果取穴已在临床上试验过的手上新穴(第二掌骨侧的穴群),在缓解疼痛和消除不快感方面,会取得令人惊讶的良好效果。

这里讲的第二掌骨侧穴位群,也就是属于针灸理论上讲的全息胚穴。并且,这些全息穴位相对于俞穴来讲,属于新穴范畴。

下面笔者就介绍一下有关手上新穴的学习心得和临床病例。

二、关于手上的新穴

记载手上新穴的文献基本上都是中国的针灸文献。手上新穴的说法是在1960~1970年初期,即所谓的文化大革命时期出现的。这一时期,中国的针灸界以针刺麻醉为代表,出现了划时代的技术革新。但同时也有人沽名钓誉,发表了新穴说,给中国的针灸技术带来混乱。这种混乱随着文革的结束而逐渐平息。南京中医医院邱茂良教授写的论文“关于新穴问题”,发表在《上海针灸杂

志》(1982年创刊号)上。文章指出“十年内乱(即文革)期间新穴激增,造成混乱。”且就新穴问题的解决方向上,他又提出:“当然,在众多的新穴和新疗法中,确实存在着若干的确有效的宝贵经验,这是值得肯定的。但如果不除去那些流于轻浮却又貌似强大的东西,不除去那些错误的东西,那么真正的发明创造也得不到应有的评价,针灸医学的正常发展也就会受阻。”

手上的新穴第二掌骨侧穴群,已经经过中国针灸界的考验,在中国已由众多的临床实例所证实,是可以信赖的新穴。

笔者希望在现代针灸理论内容中,继经络理论之后,再加入全息胚针灸理论。

三、第二掌骨侧穴群

笔者常用第二掌骨侧穴群诊断和治疗。这一穴群是山东大学全息生物研究所张颖清教授于1973年在生物全息胚研究中发现的新穴群,这一穴群在诊断和治疗上都可发挥奇特的功效。

笔者翻译了马孝魁发表在《新中医》1982年第1期上的论文“第二掌骨侧速诊法的临床应用”,并以“新诊断法介绍”为题,发表在《医道之日本》的1982年7月号上。与此同时,在文章发表直到现在这一时期里,笔者一直利用第二掌骨侧穴群进行诊断,并常将它作为治疗经络针灸治疗后遗症的特效穴加以利用。

第二掌骨侧穴群诊断准确率在中国为90%以上,笔者也做过试验,141例病例中,结果表明诊断准确率为87.7%。(《医道之日本》1985年12月号载“针灸和第二掌骨侧指压诊断法”)。

笔者的诊断是在听患者主诉,问诊之前进行。根据有指压压痛反应的第二掌骨侧的穴位,可以告诉患者他的患病部位和全身症状。其准确程度,令患者感到吃惊。

接受笔者治疗的患者,几乎都曾经经过西方医学的治疗,或者受过其他针灸方法治疗,但都没有效果。而笔者的治疗方法是,首先调整全身的阴阳平衡,进行全身性经络针灸治疗。但是由于患者

是全身性疾病,只靠经络针灸治疗,还不能完全解除病状,这时,可采取选择第二掌骨侧穴位群的针刺疗法。选用这种方法百分之百地可以缓解症状。

例如,当进行经络针灸治疗后,仍然还有背疼、肋疼等症状时,可取患部的穴位,或同侧的第二掌骨侧的肝穴,以及附近的穴位。当对这些穴位进行指压,找到最痛点时,取穴针灸,症状会立即消失。胃不舒服时,取胃穴。腰痛没有完全解除时,要取患部或同侧的腰部穴位。对于西方医学难治的带状疱疹,在发病部位取穴针灸,捻针数次,疼痛会缓解。

典型病例:K. S,男性,66岁。综合医院管理干部。1991年8月,左肋间部发生带状疱疹。得病后,住院治疗两个月,左肋间部的疼痛仍未完全消除,出院后,每月仍继续在患病部位的神经网络处进行注射治疗,但总不能取得满意效果。1993年5月,他到笔者处进行治疗。利用第二掌骨侧穴群的指压诊断,得出左右肝穴有反应痛的结论。对这个穴位进行了针刺和捻针疗法,疼痛消失。在5~6个月期间,共进行8次同样的新针疗法,其结果,左肋间部的疼痛完全消失。以后再也没看到复发。患者从持续两年多的疼痛的痛苦中解脱出来,非常高兴。于是他讲了下面的话:“在西方医学治疗过程中,用尽了各种方法,其症状也未得到缓解,左肋间部的疼痛仍未减轻。而用新针疗法只进行了8次针疗,疼痛就完全消失。全息穴位针疗法真是太好了。”他感到很惊叹。

在日本,利用第二掌骨侧穴位群进行指压家庭疗法,已经普及起来。在发行量达26万册的健康杂志《壮快》(1994年12月期刊)上,登载了第二掌骨侧穴位群指压疗法的特集。1995年1月10日,在大阪的朝日电视节目,由两名有名的电视演员来作模特,在30分钟的现场直播节目中,进行了第二掌骨侧穴群的指压表演。同年2月27日,读卖电视的长时间节目组中用15分钟播放了同样的指压疗法。

生物全息诊疗法基础与临床的探讨

袁敏茹

(天津市妇女保健所)

崔志潭

(天津医科大学)

肖 爽

(天津市委机关门诊部)

摘要 我们用张颖清创立的生物全息诊疗法针刺或按摩第二掌骨侧全息胚穴位, 治疗 32 个病种 454 病例。总有效率是 93.83%。

生物全息诊疗法是张颖清^[1]创立的一种新的针刺疗法和按摩疗法。本文对第二掌骨侧诊疗法的临床进行一些探索, 希望有助于生物全息诊疗法的推广。

一、方法与结果

为适应世界卫生组织提出的“2000 年人人享有卫生保健”的战略目标, 有效地降低医药费用, 努力提高人民的健康素质, 我们从 1993 年 7 月开始将张颖清的生物全息诊疗法^[2]应用于临床。在一年多的时间里, 治疗了 32 个病种, 454 例病人。据统计, 总有效率为 93.83%, 各类疾病疗效请见附表(表 1, 表 2)。经生物全息诊疗法施治, 许多急病, 立见奇效, 有些痼疾, 亦被治愈。

表1 生物全息诊疗法临床疗效观察

病种	例数	显效	有效	无效
1 牙痛	16	5	10	1
2 三叉神经痛	3	0	2	1
3 神经性头痛	28	8	18	2
4 落枕	5	1	3	1
5 肩周炎	24	8	14	2
6 心绞痛	11	2	7	2
7 网球肘	8	2	5	1
8 肋间神经痛	3	0	2	1
9 腰椎间盘突出	5	0	3	2
10 腰肌劳损	32	8	22	2
11 胃痉挛	17	6	10	1
12 胆绞痛	4	0	3	1
13 肾绞痛	1	0	1	0
14 坐骨神经痛	7	1	5	1
15 风湿性关节炎	12	4	6	2
16 类风湿关节炎	8	1	6	1
17 膝关节增生	22	4	17	1
18 踝扭伤	6	2	4	0
19 痛经	29	8	19	2
20 软组织挫伤	16	4	11	1
21 脑血栓后偏瘫	4	1	2	1
22 肠炎	24	5	18	1
23 便秘	6	1	5	0
24 美尼尔氏综合征	4	1	3	0
25 消化不良	19	8	10	1

26 失眠	9	2	5	2
27 过敏性鼻炎	7	2	4	1
28 膈肌痉挛	4	1	3	0
29 阴道炎	23	4	18	1
30 附件炎	31	3	26	2
31 月经不调	36	4	30	2
32 更年期综合征	30	3	25	2
合 计	454	99	327	38
总有效率	93.83%			

表 2 生物全息诊疗法临床疗效观察

病 种	例数	显效	有效	无效
第一类:疼痛				
牙痛	16	5	10	1
三叉神经痛	3	0	2	1
神经性头痛	28	8	18	2
心绞痛	11	2	7	2
肋间神经痛	3	0	2	1
胆绞痛	4	0	3	1
肾绞痛	1	0	1	0
坐骨神经痛	7	1	5	1
痛经	29	8	19	2
合计	102	24	67	11
总有效率	89.02%			
第二类:运动系统				
落枕	5	1	3	1
肩周炎	24	8	14	2

病 种	例数	显效	有效	无效
网球肘	8	2	5	1
腰椎间盘突出	5	0	3	2
腰肌劳损	32	8	22	2
风湿性关节炎	12	4	6	2
类风湿性关节炎	8	1	6	1
膝关节增生	22	4	17	1
膝扭伤	6	2	4	0
软组织损伤	16	4	11	1
合计	138	34	91	13
总有效率	90.58%			
第三类:消化系统				
胃痉挛	17	6	10	1
肠炎	24	5	18	1
便秘	6	1	5	0
消化不良	19	8	10	1
合计	66	20	43	3
总有效率	95.45%			
第四类:妇科				
阴道炎	23	4	18	1
附件炎	31	3	26	2
月经不调	36	4	30	2
更年期综合征	30	3	25	2
合计	120	14	99	7
总有效率	94.17%			
第五类:其它				
脑血栓后偏瘫	4	1	2	1

病 种	例数	显效	有效	无效
美尼尔氏综合征	4	1	3	0
失眠	9	2	5	2
过敏性鼻炎	7	2	4	1
膈肌痉挛	4	1	3	0
合计	28	7	17	4
总有效率	85.71%			

二、讨论

(一) 疗效显著, 见效迅速

1. 生物全息诊疗法是通过第二掌骨侧有序穴位群的针刺或按摩, 达到防病治病的一种非药物疗法, 是根据全息生物学原理创立的一种高效诊疗技术。我们应用此疗法在临床上取得了明显的效果, 特别是对某些目前中西医治疗难以奏效的功能性疾患, 疗效尤为显著, 深受患者的欢迎。

2. 通过对第二掌骨侧穴位群的针刺或按摩, 可以加速血液循环, 使末梢循环中的瘀滞现象得以缓解。利用这一机理, 可以治疗一些由于血管受阻所致的疾病, 如脑血栓及后遗症, 心肌梗塞恢复期等。一位 62 岁男性脑血栓患者二年来左侧肢体偏瘫, 生活不能自理, 多方医治均未奏效, 经针刺第二掌骨侧穴位一个疗程 (7 天) 左侧上下肢可以自动抬起, 又经二个疗程的治疗, 可以拄着拐杖行走。

3. 通过对第二掌骨侧穴位群的针刺或按摩可以调节神经反射, 调整心血管舒缩中枢, 使心血管的缩舒功能得以恢复, 根据这一机理, 治疗心绞痛、高血压、心律失常等获得较好的效果。如一位 54 岁的女性干部, 稍事活动, 心绞痛即频繁发作, 精神紧张, 药不离口。接受生物全息诊疗法一个疗程后, 心绞痛缓解, 可以坚持日

常工作。

4. 通过对第二掌骨侧穴位群的针刺或按摩调整人体内部的生理机能,治疗各种功能性疾病,且对某些器质性病变也有疗效。一个痛经患者,经期来临,疼痛难忍,只在有关穴位按摩3分钟,疼痛明显缓解。另有一位63岁男性患者因腰椎压缩性骨折(X光片报告,第4腰椎呈楔形)经常腰痛、腿痛,经生物全息诊疗法二个疗程的治疗,腰痛、腿痛明显减轻。

(二)方法简便,易懂易学。

生物全息诊疗法不但诊断迅速,疗效显著,而且方法简便,易于操作。在普及推广时易懂易学,迅速掌握。

(三)适应需要,前途广阔。

生物全息诊疗法极为切合社会的需要,具有广阔的发展前途。

1. 适应卫生保健事业发展的需要。生物全息诊疗法疗效显著,操作简便,普及生物全息诊疗法可以把医疗保健由少数医院引进千家万户,增强全民的自我保健意识,有助于实现世界卫生组织提出的“2000年人人享有卫生保健”的宏伟目标。

2. 适应社会的需要。生物全息诊疗法不受环境和条件的限制,随时随地均可应用,既可为他人速诊速治,也可以自诊自治,利于保健和养生,有较高的社会效益,易被千家万户所接受。

3. 适应医疗制度改革的需要。在当前医药费用严重超支的情况下,推广生物全息诊疗法可以节省大量医疗费用,因此可受到各级卫生部门的重视。

参 考 文 献

[1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社(1987)。

[2]曹晓章,第二掌骨“生物全息律”的解剖学基础探讨,《天津医学院学报》,15(1991)24~25。

全息胚针刺治疗老年病 156 例疗效观察

魏 欣

(河北省石家庄市国棉六厂职工医院)

张书栋 郭春华

高 明

(河北省高阳县中医院)

(河北省高阳县防疫站)

杨焕景 魏国平

(河北省石家庄军分区第二干休所门诊部)

摘要 全息胚疗法是张颖清教授发明的^[1]。我们自 1991 年 4 月至 1993 年 7 月用此法诊治老年病 156 例, 诊断准确率 99.35%。年龄最小 60 岁, 最大 84 岁。病程最短数分钟, 最长 30 年。病种 84 种。治愈率 67.95%、显效 23.1%、好转 6.4%、无效 2.6%。总有效率 97.44%。平均治疗次数 3.4 次。全息胚针刺时间与疗效成正比。穴位压痛与疗效成正比。年龄小压痛较敏感, 年龄越大越迟钝。全息胚疗法具有调节机体功能、提高免疫力、镇痛、镇静催眠、抗过敏、消炎迅速等作用。是解决老年常见病、多发病、疑难病的好方法。该疗法简便易行、经济安全、适应症广见效快、疗效显著, 有时竟能出现意想不到的疗效。全息胚疗法疗程短, 无副作用, 不受设备及条件的限制, 为老年人自我保健、自救与互救、延年益寿, 开辟了一条简单易行的新途径。该疗法适合广大农村、工厂、机关、部队应用。对那些缺医少药、医药经费不足的地区更有实用价值。该疗法深受患者及广大医务人员的欢迎。

关键词 全息胚、针刺、泛作用

一、临床资料

(一) 一般资料

共156例,其中男性96例,女性60例。年龄:60~69岁116名、70~79岁37名、80~89岁3名。年龄最小60岁,最大84岁。病程:最短数分钟,最长者30年。病种84种。用全息胚诊法诊断准确率99.36%(表1)。

(二) 治疗

1. 选穴原则:

全部病例均在张颖清发现的第二掌骨侧全息胚穴位上进行治疗。首先在第二掌骨侧根据压痛点的有无和位置,就能判定整个机体有无疾病及在哪些部位有病^[2]。然后,按张氏选穴原则,我们采用部位对应与脏腑所主对应相结合的原则,同侧对应与脏腑所主对应相结合的原则,确定所需全息胚穴位后,针刺或按摩,就可以治疗在整体上相对应部位的疾病。

2. 针刺方法:

(1)选针具:使用26~28号2.5cm毫针。

(2)选穴位:一般1~2个穴。

(3)针刺深度:2~2.5cm。

(4)中间行针:10~15分钟一次。

(5)留针时间:45~60分钟。部分病可延长。

(6)疗程:每日针一次,7次为一疗程。若病情需要,隔2~3天再进行下一疗程。

3. 全息胚疗法治疗84种。按总后《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[1]。

4. 治疗结果:

共156例,治愈106例,占67.95%;显效36例,占23.1%;好转10例,占6.4%;无效4例,占2.6%;总有效率97.44%。各种病疗效。其中,全息一针治疗急性胃肠炎更为显著(见表2)。

表 1 第二掌骨侧速诊法 156 例资料分析

疾病部位	总例数	准确例数	不准确例数	准确例数(%)
头	32	32		100
颈	8	8		100
肩(上肢)	21	21		100
肺(心胸背)	26	25	1	96.15
胃	10	10		100
十二指肠	1	1		100
腰(肾)	15	15		100
下腹	11	11		100
下肢	28	28		100
足	4	4		100
合计	156	155	1	99.36

表 2 全息一针治疗急性胃肠炎 13 例疗效观察

疾病	例数	治疗次数	平均治疗次数		留针时间(分)			疗效	
			按摩次数	指压	60	90	120	痊愈(%)	有效率(%)
急性胃肠炎	1	1	1		1			100	100
急性肠炎	66	1			5	1	6	100	100
食物中毒	2	3	1.5			2		100	100
慢性腹泻	4	5	1.3	1	2	1		100	100
合 计	13	15	1.2	1	2	9	1	100	100

5. 疗效判断标准:

痊愈: 症状完全消失, 阳性体征基本消失, 可以正常工作和生活。

显效: 症状大部分消失或显著减轻, 阳性体征显著减少, 功能有显著提高。

好转: 症状和体征都有程度不同的明显减轻。

无效:症状和体征无明显变化或减轻不明显。

二、典型病例

例 1. 朱××,女,64岁,家属。病历号:1048。全身红肿、痒,皮疹反复发作半年。患者 1992 年 4 月始,无诱因,全身出现丘疹,融合成片,分布在面部、手背、上下肢,开始皮肤呈红色,逐渐变暗紫色,因搔痒夜间不能入睡,在和平医院诊断:过敏性皮炎。给予扑尔敏、尿素软膏、炉甘石等治疗后仍复发。查:面部红肿,全身有红色突出皮肤的皮疹,以手背及下肢明显,并有搔抓痕迹。压痛全息胚穴位:肺(+++). 诊断同前,停所有药。在第二掌骨侧肺穴针刺,留针 60 分钟,第二次扎针后全身不痒,睡眠好,未出皮疹。第三次,全身红肿、皮疹全部消失,无任何不适,3 次治愈。

例 2. 陈××,男,70岁,离休干部。病历号:1100。尿频、尿急月余。每夜小便 6~7 次。少者 30 分钟,多者 60 分钟排尿一次。夜间不能入眠,白天头晕、头胀痛、疲倦、无力。检查:B 超:前列腺 $4.3 \times 6.6\text{cm}$ 。白细胞数 $4.4 \times 10^9/\text{L}$,中性 0.54,淋巴 0.36,单核 0.10。尿常规(一)。医院诊断:前列腺肥大。”给前列康无效。压痛全息胚穴位:前列腺(+++). 在第二掌骨侧前列腺穴针刺,留针 60 分钟。针刺后自述排尿通畅。尿频、尿急缓解,7 次治愈。

例 3. 王××,男,62岁,离休干部,病历号:1075。患者 12 天前夜 1 点多突然胸腹痛:虫爬样又像切割样疼痛,以后头重。曾在省二院诊断:“静脉炎”。给红霉素、麦迪霉素、通脉灵等治疗无好转而来所就诊。查:身体向左侧弯,不敢伸直走路。右乳腺增生。在左胸前及左腹部浅在静脉有 35cm 长条索状物,硬,触痛明显。诊断同前。在第二掌骨侧胸、胃穴针刺留针 60 分钟,针后患处不痛,站立、走路均不痛。摸静脉索条状物变细、软、不痛,2 次治愈。

例 4. 高××,女,70岁。农民。病历号:1142。进食不畅 4 个月,加重 5 天。患者于 1992 年 3 月 25 日在省肿瘤医院诊断:“食道中段癌”一个疗程放疗,又作第二个疗程化疗 7 月 16 日出院。患者

自觉无力、没精神、唾液多、口干恶心、呕吐。近5天不能进食。每天仅喝水5匙,牛奶1~2匙。查:精神欠佳、消瘦、贫血面貌、锁骨下及腋下淋巴结不大。心肺(一)。肝脾未触及。下肢无浮肿。食道造影:病变位于主动脉弓右侧长约3cm。压痛全息胚穴位:头(++)、颈(+++)、胸(++)、肝(++)、胃(++)、十二指肠(+++)、肾(++)、腰(++)、下腹(+++),诊断:食道上段癌晚期。经第一次治疗自觉有精神、有力、喝开水约15ml,未吐。口唾液明显减少。第二次针刺后喝水80ml,自觉有精神、有劲。第三次自述从扎针后有精神、有劲。上午2点又喝点水,无不适感,喝面条汤150ml。第四次喝牛奶220ml,水120ml。第七次治疗后原怕风现在一般不怕,胸背痛减轻。一日进牛奶425ml,水125ml,黑芝麻糊125ml,大米稀粥250ml,挂面小半碗。

例5. 刘××,女,73岁,家属。病历号:1127。头痛10年余。手颤1年半。患者于10年前开始头痛、恶心服去痛片好转,基本每天上下午各服去痛片一片。坚持10多年。1991年因摔伤后双手颤抖,不能端碗喝水。压痛全息胚穴位:头部(+++)、手(++)、脾(++)。诊断:①头痛。②震颤麻痹。在第二掌骨侧头、手、脾穴针刺。留针60分钟,针后头痛一次治愈。全息胚针刺5次手颤终止。

例6. 刘××,男,64岁,离休干部。腰痛5天。患者于1990年4月在和平医院诊断为“腰椎间盘突出”。经对症治疗可慢慢行走,但还经常腰痛。1992年4月9日因提水浇地不慎腰痛加重。不能弯、直腰,行走困难,扶杖行,用正骨水按摩等无好转。压痛全息胚穴位:肾(++)、腰(+++)。诊断同前。在第二掌骨侧肾、腰穴针刺治疗后,腰痛消失、丢掉拐杖,一切活动如常,一次治愈。

三、体会

1. 全息胚疗法方法简单、经济安全、简便易学、取穴方便、用针少。治病广泛,见效快,有时竟出现意想不到的疗效。疗程短、无副作用、不受设备和条件限制。适合广大农村、工厂、学校、部队应用。

在边远地区和缺医少药地区就更有实用价值。

2. 第二掌骨侧速诊法准确率高,穴位压痛反应敏感程度与病的轻重、缓急成正比。老年人反映迟钝,压痛穴多、敏感程度低,需要反复两次以上,以防漏诊。用生物全息电图诊断仪可避免。

3. 全息胚针刺,针感越强疗效越好。治疗急性肠炎6例,均一次治愈。再如,腰痛15例,针刺1~5次,痊愈14例,显效1例。压痛程度与疗效成正比。针刺时间与疗效成正比。

4. 镇痛作用强。全息胚疗法无论是对功能性疾病或器质性疾病的疼痛,均有广泛镇痛作用,疗效奇特。

5. 全息胚疗法消炎迅速,竟出现不可思议的疗效。比青霉素抗菌、消炎作用强,治疗时间减少一半以上,如:疖肿、急性冠周炎、牙槽脓肿、化脓性扁桃腺炎、手部过敏并感染、急性阑尾炎、丹毒、烫伤感染及静脉炎等。

6. 全息胚针灸具有抗过敏作用。对变态反应性疾病全息胚针刺9例,有效率及治愈率均为百分之百。

7. 全息胚疗法具有镇静催眠作用。对神经衰弱、神经官能症、更年期综合症等疗效显著。

8. 全息胚疗法为老年人自我保健、自救与互救,开辟了一条简便易行的新途径。

参 考 文 献

[1]张颖清:全息生物学上册,高等教育出版社,北京,1980。26~31。

[2]张颖清:生物全息律,《自然杂志》,4,4(1981)。

[3]总后勤部卫生部:临床疾病诊断依据治愈好转标准,人民军医出版社,1989。

全息胚学说的临床验证和应用

朱迎新 副主任医师

(山东滨州市胜利石油管理局第五医院)

张颖清教授发现:人体每一长骨节肢(如第二掌骨节肢)这样的全息胚或其他大的相对独立的部分(也是全息胚)的各部位与全身各部位一一对应,每一对对应部位之间存在着生理或病理上的相关性^[1]。这种相关性被用于临床实践,取得了确实的诊疗效果。现将我院生物全息诊疗室的部分病例总结报告如下。

一、437 例全息生物电图测试结果

我们采用山东大学生产的 ED—I 型生物全息电图诊断仪,对 437 例来诊者的第二掌骨侧进行扫描,测试结果统计表明,诊断符合率 97.1%。

典型病例

病例 1:孙××,男,48 岁,滨南采油厂一矿工人。因颈部外伤二年,于 1993 年 1 月 4 日来诊。生物全息电图显示:颈区、左第二掌骨侧肺区及胃区有明显电脉冲高峰。询问病史,患者陈述:颈外伤后经常头痛,并患有气管炎三年,每年冬季呼吸困难,咳嗽加重,胃及十二指肠溃疡七年。上述病症已由胸部 X 光透视和上消化道钡餐透视证实。

病例 2:周××,男,49 岁,滨南采油厂高级工程师。1993 年 1 月 12 日因鼻塞、咽部发干、咳嗽、恶心来诊。经生物全息电图检查第二掌骨侧,不仅颈区及上胸段病理生物电波峰存在,肝区及下肢

區也有明顯的電脈衝高峰。据此推斷:他的肝和下肢有病。他說:十分準確,三年前因車禍雙下肢受傷,右下肢傷的較重,至今仍有腿痛,每逢陰雨天氣則疼痛加重。另外,自1961年患急性肝炎臨床治愈後,經常肝區不適。

例3:饒××,女,30歲,本院護士,1993年2月23號來診,不訴病情,經生物全息電圖儀測試第二掌骨側內緣,電位曲線頸區有明顯的波峰,遂指出其咽部有病。她說:太對了!我就是慢性咽炎。經檢查:其咽壁可見充血、水腫和淋巴濾泡增生。

二、“肺主皮毛”的相關性應用

本組共12例,其中蕁麻疹8例,痒疹2例,血管神經性小腫并脂溢性皮炎1例,腎炎并藥物疹1例。

療效標準:以症狀消失,一切恢復正常為痊愈。

治療結果

凡上述12例,均以第二掌骨側肺穴為主,最少治療一次,最多治療八次,均治愈。總有效率100%。

典型病例

例1:范××,男,57歲,预制廠退休工人。因全身廣泛痒疹,曾先後在某醫學院附院和地區級醫院住院治療50天未效,1993年8月6日來診。查體可見口唇起瘡,面腫,全身散在暗紅色成片皮疹。擬診:尋常性痒疹。遂在雙手第二掌骨側肺穴予以全息胚針刺療法,每次留針1小時,隔日1次。治療的當天晚上皮疹見消。經三次治療後皮疹消淨。為了鞏固療效,又連續在該穴針療兩次,病人無意中發現:連續了一年之久的咳嗽也悄然消除了。

例2:朱××,女,26歲,濱海采油廠工人。淌污水後,全身出現大面積的紅斑4天,1994年7月20號來診,查體發現患者胸背及四肢均有大面積高起皮膚的環形紅斑,皮膚輕度水腫,觸之發燙,有的斑塊呈紫紅色,按之退色,放後手復原,診斷為:巨大蕁麻疹。隨即在其雙第二掌骨側肺穴行針刺療法,每日一次,每次留針1小

时,5分钟行针1次,经三次治疗后,皮疹消失。

例3:胡××,男,41岁,滨县杜店信用社职员。因血尿、腰痛、下肢水肿三天,在滨洲医学院附院确诊为肾炎。并肌注氨苄青霉素两次。1994年2月10日来我院全息诊疗室就诊。查体发现:双下肢Ⅰ度水肿,全身遍布高粱米样皮疹,按之退色。抬手后紫红色又起。尿化验蛋白±,镜检:颗粒管型0—3/HP,RBC2—5/HP,遂取其双第二掌骨侧的肺穴和肾穴行全息疗法,每日一次,每次留针10分钟,并结合中药治疗,针疗三次后,皮疹消失。7次治疗后,腰痛等自觉症状消失,尿常规化验正常,追访半年未复发。

三、相关对应在治疗各类疼痛中的应用

本组病例共55例,年龄最小17岁,最大70岁。其中头痛10例,肩痛4例,胸胁痛6例,腰痛19例,牙痛6例,痛经1例,肘关节痛1例,下肢痛2例,腹痛2例,胃痛3例,晚期肝癌痛1例。

在第二掌骨侧按照张颖清教授划分的对应穴区^[2],寻找最低电阻点或敏感点,然后采用针刺或穴位药物注射法,均达到了消除疼痛,减轻或治疗原发病的效果。

典型病例

例1:王××,男,30岁,滨南采油厂工会工作人员。患阵发性剧烈头痛3年余,每次发作前,先有眼花,恶心。发作时每需要采用静脉注射50%葡萄糖100毫升才可缓解,不然,剧烈头痛要持续数小时。1994年1月8日再次发作,紧急来诊,检查发现:舌淡红,苔薄白,脉弦。生物全息电图示两第二掌骨侧头穴及左第二掌骨侧肝穴电脉冲高峰。遂在其头穴及左肝穴各针1针,针深分别为0.5~1.5cm,进针后一分钟,疼痛明显减轻,留针半小时后疼痛消失,高兴而去,追访数月,未再复发。

例2:赵××,男,37岁,滨采小车队司机,左肩痛举臂困难十天,取同侧第二掌骨侧肩穴和肝穴,针深1.5cm,数秒钟后,肩部疼痛减轻,臂能上举,留针半小时,隔日一针,共3次,臂痛消失。

例3:許××,女,21歲,濱采四礦幼兒教師,胃痛並嘔吐4年,持續存在,間斷加劇。斷斷續續服藥治療3年餘無效。1993年3月2日來診,舌淡紅,苔薄微乾,脈細數,領餐示:胃竇炎和十二指腸炎。遂在其雙手第二掌骨側胃穴注射維生素B₁,各0.2毫升。注射後,胃內熱乎乎的,中午即感胃痛減輕,晚飯時胃內完全無不適感,隔日注射一次,經過七次治療不再胃痛,追訪一年餘,未再復發。

四、體會

1. 實踐證明,全息胚之間的全息對應的相關性是客觀存在的。
2. 全息電圖儀的探頭在第二掌骨側的全息穴經掃描,描出的曲線分別對應着人體各部位。可準確的確定穴位,有利於療效的提高

參考文獻

- [1]張穎清,全息生物學,上冊,高等教育出版社,1989年。
- [2]張穎清,生物全息診療法,山東大學出版社,1987年。

生物全息诊疗法 1664 例临床应用分析

邵永发 医师 车铁君 主任医师

刘秀勤 护师

(黑龙江省大庆石油管理局第十采油厂职工医院)

摘要 本文对 1664 例患者,进行测试,我院采用的是张颖清教授所发明的生物全息诊疗法及第二掌骨侧速诊法,诊断疾病 703 例,准确率 95.39%,应用全息疗法,治疗疾病 916 例,治愈率 69.7%,总有效率 94.78%,病种达 81 种。

关键词 全息疗法;临床分析

生物全息诊疗法是山东大学张颖清教授在 1973 年首创的^[1]。我们 1987 年秋在一次偶然的机会看到张颖清教授的论著时,对书中出现神奇诊疗法技术感到非常吃惊,有一种奥妙之感。经过深入学习张颖清教授《生物全息诊疗法》专著之后,经验证,在我的一些病人身上也得到神奇的疗效,深感生物全息诊疗法是完全可以信赖的。生物全息诊疗法的诞生,具有重要的医疗研究价值和临床实用意义。6 年来,我们运用第二掌骨侧速诊法,诊断疾病 703 例,准确率 95.39%,应用生物全息诊疗法治疗疾病 961 例,总有效率达 94.78%。并有许多神效。在第二掌骨侧穴位上,无论是针刺或按摩,都收到理想的疗效,展示了生物全息诊疗法,在临床诊治及医疗保健方面有着广阔应用前景。张颖清教授研究的生物全息诊疗法,对许多疑难顽症,也有着神奇的疗效。

1. 生物全息診法的臨床應用

測試者根據被測者第二掌骨側的壓痛點的位置指出被測試者在整體上的那一部位有病。然後再問病人的這一部位是否有自覺症狀,住院病人可以對照病歷,測試結果與測試者主訴或病歷記載相符合的為準確,否則為不準確。1987年10月,我用第二掌骨側速診法測試703例,其中男480例,女223例,年齡最小的9歲,最大的67歲,診斷準確的共計670例,不準確的33例,準確率為95.39%,我測試的703例準確率(表1)與1985年山東大學張穎清教授用第二掌骨側速診2074例一文中的準確率的数据基本相符。

2. 第二掌骨側治療法臨床資料

用第二掌骨側療法治療適應症961例,其中男590例,女371例,年齡最小的10歲,最大的62歲,痊愈463例,有效448例,無效50例,總有效率為94.78%(表2)。療效標準:痊愈,針刺按摩後無復發;有效,症狀減輕或有明顯進步;無效,療效不明顯。以上病例全部採用門診疾病普查及就診病人。

表1 第二掌骨側速診法703例資料分析

疾病部位	準確例數	不準確例數	準確率%
頭	110	11	93.22
頸	87	7	92.55
上肢	94	10	90.38
心肺	68	0	100
肝	52	2	98.33
胃	99	0	100
十二指腸	20	1	95.23
腎	27	0	100
腰	41	0	100

下肤部	95	0	100
下肢	28	1	96.55
足	19	1	95
合计	670	33	95.39

表 2 第二掌骨侧疗法 961 例疗效分析

疾病部位	痊愈	有效	无效	总有效率%
头	43	64	9	93
颈	41	58	4	96.11
肩(上肢)	52	33	6	93.4
肺(心胸背)	12	28	2	95.23
肝(胆囊)	15	36	1	98
胃	87	31	4	96.72
十二指肠	24	9	2	94.28
背	8	17	2	92.58
腿	64	58	14	89.77
下肤部	83	67	1	99.33
下肢	14	29	3	95.47
足	20	18	2	95
合计	463	448	50	94.78

典型病例

病例 1: 石××, 男 30 岁, 公安干警, 患支气管哮喘症 10 余年。经常服药有时因病发作较重不能坚持上班, 或需住院治疗。于 1987 年 11 月 8 日, 我为他测试双手第二掌骨侧, 发现颈穴、肺穴明显压痛。在颈穴、肺穴行针刺二个疗程, 病情大有好转。我嘱咐病人, 每天在第二掌骨侧颈穴、肺穴自我按摩二次, 每天约 3~5 分钟, 坚持半年自我按摩, 哮喘症状消失。

病例2:黄××,男,43岁,干部。患眶上神经痛5年经常发作,疼痛时口服或注射镇痛剂。近日发作,用药效果不佳,经人介绍于1992年7月12日来院就诊。测试患者双手第二掌骨侧头穴和下腹穴部位压痛明显。我询问患者下腹部是否有病,他说近一个多月尿血,去医院检查诊断血尿待查。在他的第二掌骨侧头穴行针刺一次,眶上神经痛痊愈,至今未再复发。

病例3:王××,女,28岁,机关干部,患慢性鼻窦炎3年。于1991年6月17日,检测其双手第二掌骨侧头穴,胸穴、胃、下腹均有压痛,问她这几个部位有什么不适,她说:有时心悸,去医院检查心电图报告阵发性心动过速,胃镜诊断为慢性表浅型胃炎,妇产科检查宫颈糜烂度。采用生物全息疗法针刺三次,然后嘱咐病人在双第二掌骨侧头穴、胸穴、胃、下腹穴作自我按摩,每天二次,通过三个月治疗,经摄片鼻窦炎症消失,心电图检查正常,胃炎,宫颈糜烂痊愈。

病例4:张××,42岁,工人。于1992年10月16日,经测试其双手第二掌骨侧头穴、颈穴、下腹穴有压痛,经耳鼻喉科检查诊断慢性咽喉炎,妇产科检查诊断为附件炎。采用生物全息疗法,嘱咐患者每天在双手第二掌骨侧头穴、颈穴、下腹穴自我按摩二次,一个月后复查,慢性咽喉炎治愈,经B超检查附件炎症消失。

病例5:郝××,女,29岁,炊事员。患胃病7年余,经常胃痛服药,近日服药不见好转。1990年7月20日该患者捧腹而来不敢直腰,检查其双手第二掌骨侧胃穴压痛明显。当即我为她双手第二掌骨侧胃穴按摩,病人感觉胃区有发热感,10分钟后胃痛完全消失。她说:胃痛时服什么药也没有这样见效快呀!嘱咐病人在双手第二掌骨侧胃穴,自我按摩每天二次,治疗二个疗程至今胃痛未发作。

病例6:齐××,女,23岁,地质大队化验员。患者平时感觉上腹部不适,于93年5月9日,检测双手第二掌骨侧胃穴、胆穴有压痛,经作胃镜检查诊断慢性表浅性胃炎,胆囊作B超检查提示为

胆囊炎,嘱咐病人在其双手第二掌骨侧胃、胆穴作自我按摩,每天二次。4个疗程后复查胃炎、胆囊炎消失。

病例7:田××,女,24岁,助理工程师。于1992年8月20日,测试其双手第二掌骨侧头穴、颈穴和足穴均有压痛。患有慢性咽炎,6年前不慎右脚在下楼梯时跌伤,有时酸痛。嘱咐患者每日自行在双手第二掌骨侧头穴、颈穴、足穴按摩二次,治疗二个疗程咽炎痊愈,右脚酸痛症状再没有发生。

病例8:赵××,男,40岁,作业工人,在1992年5月14日来测试双手第二掌骨侧头穴、颈穴、上肢穴、腰穴、下腹穴,均有压痛,我问他这几个部位有什么不适,他说:颈椎3、4、5和腰椎4、5骨质增生,还患有肩周炎,他又说:你这种检查方法真灵!

体会与讨论

1. 张颖清教授所创立的第二掌骨侧速诊疗法,通过大量临床实践证明是有较高的实用价值,在诊治和医疗保健方面显示了生物全息疗法强大的威力。

2. 第二掌骨侧疗法具有诊断快,定位准确率高,诊治不受时间地点限制,治愈率高,患者无痛苦等特点,很值得全面普及推广。

3. 应用生物全息诊疗法,要结合中医辨证施治基础理论;如:急性化脓性扁桃腺炎,在双手第二掌骨侧头穴,压痛不明显,则在肺、胃穴压痛显著,在这二穴治疗收效较好。同时也要用现代科学手段去检查验证。如:妇女在双手第二掌骨侧下腹部压痛,可考虑到妇科疾病,经B超检查,提示附件炎。

4. 建议有关部门领导能给重视及关怀,有条件的地区可建立生物全息疗法医院或设专科门诊及病房,此项工作是一件很有意义利国利民的事。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987年。

简评生物全息诊疗法

蒋瑞英 副主任医师

(北京军区总医院急诊科)

摘要 自张颖清教授提出生物全息诊疗法后,已在医疗实践中广泛应用,显示了一定的生命力。这是因为:1. 张颖清教授提出的生物体上统一的结构和功能单位是全息胚,这一学说,是以生物学和胚胎学的理论为依据,所以生物全息诊疗法是科学的客观规律;2. 张颖清教授提出的“少针穴准”原则,从较少的方向输入强的信息,以压倒疾病的“噪声”,使生命活动重趋有序状态,逆转病变恢复健康,说明这一诊疗法具有实用性;3. 由于生物全息诊疗法具有较简便、用途广、疗效快、易掌握等特点,是一种易为公众接受的大众化的现代诊疗法。

关键词 生物全息诊疗法;科学性;实用性;大众性

自全息生物学创始人张颖清教授提出生物全息诊疗法后,引起了许多医务工作者的关注,并在医疗实践中广泛应用,在国内外医学领域显示了一定的生命力。其原因是由于其科学性、实用性、大众性和发展前景所决定的。

一、生物全息律是科学的客观规律

古代许多科学家发现了“人体的某些部分反映着整个人体”,当某一器官病变时,相关区域就变得敏感或疼痛^[1]。但直至70年代才由张颖清教授确立了生物全息或全息胚理论,指出了生物体上统一的结构和功能单位是全息胚,提出了人体上生理或病理相

关部位分布的全息律,在医学界创立了生物全息诊疗法。十多年来国内外临床医生以大量病例证实:当人体主体的某一部分发生疾病时,则每一长骨节肢上与该部位相关的部位就会出现相关的病理反应,根据检测到的病理反应点的有无和在全息胚图谱中的位置可测定全身有无疾病和患病部位,采用按摩、针刺和微电流刺激等方法,在被检测过的某一长骨节肢与整体上疾病部位相关点上造成小的损伤,即赋予一个强的新信息,则可调整或治疗整体上所对应部位的疾病。而且全息胚生物学是以生物学和胚胎学的理论为坚实的科学基础。所以,生物全息诊疗法具有科学性。

二、生物全息诊疗法的实用性

张颖清教授提出的“少针穴准”原则,从较少的方向输入强的信息,使新的信息来调动整体机能,逆转病变,恢复健康。临床实践证实了这一论点,显示了生物全息诊疗法所具有的实用性。

三、生物全息诊疗法的大众性

生物全息诊疗法除了科学性、实用性还有其独特的优点大众性。可以说生物全息诊疗法是迄今为止最简便、用途广、疗效佳、易掌握的现代诊疗法。掌握了生物全息诊疗法,就增加了一种自我保健和自我治疗的方法。尤其是手第二掌骨节肢系统与人体的任何节肢系统一样,包含了全部整体各部位的生理、病理的信息(即从头到脚的全身信息),而全息穴位的分布就象整个人体在此的大致缩影,有着使人不易忘记的形象化和规律性。穴位以能够诊断和治疗整体上对应部位的名称来命名,易找、易用、易普及。生物全息疗法不仅适合医生临床使用,而且能为一般人所掌握,无论何时何地何人,突然发病或患病,即使身边无医生、无药物、无其它治疗条件,仍可应急治疗,只要患者在自己特定的全息穴位上按摩或由他人针灸,就可缓解病情。日常生活中每个人都有可能患病,但不可能在所有场合和所有的时间都有医生跟随,所以说生物全息诊疗法较其他微针系统(如头皮针、耳针、舌针等)更具优越性,更易为

公眾所接受。掌握了生物全息診療法,不僅可以隨時進行自我診療,還可進行自我測試,以及時了解自身各部位和器官健康狀況,探測早期疾病信號,利于及早採取措施。

四、生物全息診療法前景可觀

隨着醫藥衛生事業的發展,新葯產品不斷湧現,葯物所致的不良反應的突出表現葯源性疾病,愈來愈為臨床醫生所擔憂。已有大量資料證實一些葯物確是某些疾病的致病因素,80年代報告的有關葯源性疾病可侵及人身的各個臟器系統,以及致突變、癌變和畸形等^[2]。對臨床醫生來說,葯物治療的不良反應是一個幾乎天天面臨的問題。在自我醫護趨向不斷發展的今天,生物全息診療法具有獨特的優勢。因為十多年來的臨床實踐顯示此療法,既不會引起葯源性疾病,又顯示其相對安全、有效、易于接受和掌握。一旦公眾接受了自我測試和自我治療的方法,生物全息診療法將對人類健康有預防作用,將對預防醫學作出一定的貢獻。所以生物全息診療法將隨着全息生物學基本概念和基本理論的充實、完善,將被更多的人接受和應用,也將有更多的醫務工作者去探索 and 發展,前景是可觀的。

參 考 文 獻:

- (1)張穎清,生物全息診療法,山東大學出版社,1988年。
- (2)王世凡,孫定人等,葯物不良反應,人民衛生出版社,1988,60頁。

用第二掌骨侧穴位诊疗法 诊治疾患 737 例

喻恒锋 副主任医师

(江西省人民医院骨科)

第二掌骨侧穴位诊疗法,是我国张颖清教授发现的。笔者自1991年起学习、运用该疗法收到很好的疗效。

一、临床资料

本组病例中年龄最小者9岁,最大者90岁;男性333例,女性404例。诊断737例,诊断准确者为705例,其准确率为95.7%。治疗737例。一次治疗便痊愈者298例(占40.4%)。治疗无效者69例(占9.4%)。

二、诊疗方法

1. 体位:坐、立、卧、行走等均可。

2. 取穴原则:遵循穴位全息律所揭示的穴位分布规律。穴位的选取应掌握“部位对应原则、同侧对应原则、脏腑所主原则、少针穴准原则”。

三、诊断方法

预先不知疾病者,医者触摸病者第二掌骨的近端、远端骨最高点,作二标记,将“第二掌骨侧取穴尺”的头穴、足穴对合上述二标记,则其他各穴位即可对应而取。然后用“第二掌骨取穴仪”逐个穴位,用同样大小压力测试,便可准确地测得疾病所在部位,根据压痛点的位置,就能确定身体哪些部位或器官有病或无病。诊断的准

确与否,应与现代医学检查或患者临床症状相对照。

四、治疗方法

1. 针刺法:根据第二掌骨侧的诊断,选好穴位,常规消毒(70%酒精),插入针灸针。一般直刺,针刺深度2cm左右,行针后如病人无明显针感,可稍拔出改变针尖方向,直到病人有强烈的酸、胀、麻、重、痛感,针感应持续,如针感不强,宜旋转,提插,以加强刺激,保持有强烈针感。行针时如病人手心发热或出微汗或患部有轻松感或发麻等表现者效果较佳。否则应调整针刺方向。头穴针刺宜斜刺,与皮肤表面约呈 $30\sim 40^\circ$ 角。针刺每天一次。急、重病人应每日二次,强刺激,直到能忍受为度。8~10天为一疗程,每疗程之间休息2~3天。病史长者可作2~3个疗程。

2. 按摩法:在第二掌骨侧与疾病部位相对应穴位上行按摩,即以拇指尖在穴位上作小圆形运动,揉压力量由轻面重,使穴位深层组织有较强的酸、胀、麻、重、疼痛感为宜,每次按摩10~40分钟。治疗次数、疗程同针刺法。

五、疗效标准

优:疼痛消失、功能恢复;

有效:疼痛缓解可忍受,其他阳性体征改善;

无效:治疗前、后病情无明显变化。

六、结果

见表 1。

表 1 “第二掌骨侧诊疗法”737 例病例分析

穴位	临床诊断及症状	男性	女性	左	右	双	合计	诊 断			治 疗			有 效 率
								符合	%	不符	1 次	2~8 次	9 次以上	
头 穴	牙 痛	11	23	16	18		34	32	94.1	2	24	5	3	32 94.1
	感 冒	13	12				25	24	96.0	1	10	5	7	22 91.2
	头 痛	10	15	7	12	5	25	25	100		15	5	4	24 96.0
	扁 桃 体 炎	2	2	1	2	1	4	4	100		3	1		4 100
	周期性偏头痛		1	1			1	1	100				1	1 100
	双 耳 痛	6	7			13	13	12	92.3	1	10	2	1	13 100
穴	颜面神经麻木	1		1			1	1	100			1		1 100
	小 计	43	60	26	33	19	103	99	96.1	4	62	20	15	97 94.2
颈 穴	颈 痛	13	17				30	28	93.3	2	18	4	5	27 90.0
	颈 椎 病	11	8	12	7		19	17	89.5	2	3	4	10	17 89.5
	落 枕	13	13	15	11		26	25	96.2	1	15	6	3	24 92.3
	颈部外伤	1		1			1	1	100		1			1 100
穴	咽 喉 炎	2	5	4	2	1	7	7	100		4	2	1	7 100
	小 计	40	43	32	20	1	83	78	94.0	5	41	16	19	76 91.6

上肢穴	肩周炎	21	20	13	15	13	41	38	92.7	3	10	20	8	38	92.7
	菱形肌痛	2	4	3	3		6	6	100		3	1	1	5	83.3
	上臂刀伤		1	1			1	1	100			1		1	100
	肱骨干骨折	1	2	2	1		3	3	100		1	1	1	3	100
	肱骨外上髁骨折	1	1	2			2	2	100		1		1	2	100
	网球肘	11	15	8	17	1	26	26	100		8	9	6	23	88.5
	桡骨嗜酸性肉芽肿	1		1			1	1	100			1		1	100
	柯力氏骨折	3	7	6	4		10	10	100		2	4	3	9	90.0
	肘臂疼痛	2	5	3	4		7	7	100		4	1	1	6	85.7
	扳机指	5	7	6	6		12	11	91.7	1	1	2	7	10	83.3
心肺穴	指骨骨折	1	2	2	1		3	3	100			1	2	3	100
	上肢肌腱痛	1	1		2		2	2	100		1	1		2	100
	小计	49	65	47	53	14	114	110	95.5	4	3	14	2	30	103 90.3
	鼻炎	7	6				13	12	92.3	1	2	4	4	10	76.9
	胸背部神经痛		1		1		1	1	100			1		1	100
	岗上肌炎	4	10	6	8		14	13	92.9	1	5	2	5	12	85.7
	肋间神经痛	2	4	5	1		6	6	100		1	1	3	5	83.3
	支气管哮喘	4	6				10	9	90.0	1	1	2	5	8	80.0
	心绞痛	3	5				8	8	100	4	1	2	7	87.5	1
	吸烟过度	1					1	1	100				1	1	100
心肺穴	心脏病	1	4				5	4	80.0	1		2	2	4	80.0
	肺炎	1	1				2	2	100			1	1	2	100
	高血压	1	3				4	4	100			1	2	3	75.0
	血液病	1					1	1	100				1	1	100
	小计	25	40	11	10		65	61	93.8	4	13	15	26	54	83.1

肝胆穴	慢性鼻炎	1		1			1	1	100			1	1	100
	牙齿痛	5	3	3	4	1	8	8	100		4	2	1	7 87.5
	肝病	1	1				2	2	100				1	1 50.0
	周期性偏头痛		1	1			1	1	100		1			1 100
	脓毒血症	1					1	1	100				1	1 100
	咽喉炎	2	3	2	2	1	5	5	100		2	2	1	5 100
	胆结石	3	6				9	8	88.9	1	4	1	3	8 88.9
	眼结膜炎	2	3	2	1	2	5	5	100		1	2	2	5 100
小 计		15	17	9	7	4	32	31	96.9	1	12	7	10	29 90.6
胃穴	慢性胃炎	5	3				8	7	87.5	1	3	1	3	7 87.5
	胃溃疡	2	1				3	3	100		1	1	1	3 100
	胃癌	3	2				5	4	80.0	1		1	3	4 80.0
	小 计	10	6				16	14	87.5	2	4	3	7	14 87.5
十二指肠穴	十二指肠疡	4	3				7	6	85.7	1	2	2	2	6 85.7
	小 计	4	3				7	6	85.7	1	2	2	2	6 85.7
肾穴	肾结石	17	8	10	11	4	25	23	92.0	2	22	1	1	24 96.0
	遗精病	2					2	2	100		1		1	2 100
	小 计	19	8	10	11	4	27	25	92.6	2	23	1	2	26 96.3

腰 穴	腰痛	22	14			36	34	94.4	2	8	15	10	33	91.7
	腰扭伤	11	7	10	8	18	17	94.4	1	13		4	17	94.4
	腰肌劳损	12	16			28	26	92.9	2	10	8	8	26	92.9
	腰椎骨折	3	2			5	5	100			3	2	5	100
	腰椎间盘突出	4	2	4	2	6	6	100			1	2	4	80.0
	风湿性腰痛	3	1	1	3	4	4	100				4	3	75.0
	第四腰椎峡部 骨不连并滑脱	1		1		1	1	100		1			1	100
	腰肌纤维织炎	3	2	2	3	5	5	100		1	2	1	4	80.0
	腰腿痛 1)	7	13	5		18	17	94.4	1	4	8	5	17	94.4 1
小 计		70	51	31	21	121	115	95.0	6	37	37	36	110	90.9
下 腹 穴	腹痛	6	8			14	14	100		6	2	6	14	100
	直肠癌		1			1	1	100				1	1	100
	痛经		31			31	30	96.8	1	26	5		31	100
	耻骨上支骨折	1		1		1	1	100			1		1	100
	髂部皮肤 硬斑病	1		1		1	1	100			1		1	100
	卵巢囊肿		6	2	3	1	6	6	100		1	3	1	5 83.3
	子宫肌瘤		2			2	2	100			1	1	2	100
	生殖器病	1				1	1	100			1		1	100
	阴痒		1			1	1	100			1		1	100
小 计		9	49	4	3	1	58	57	98.3	1	33	15	9	57 98.3

下 肢 骨 节 穴	坐骨神经痛	7	16	14	9		23	21	91.3	2	8	8	5	21	91.3
	腿 痛	5	2	2	5		7	7	100		5	2		7	100
	膝关节痛	7	5	4	8		12	12	100		5	3	3	11	91.7
	股骨颈骨折	4	3	4	3		7	7	100		1	1	3	5	71.4
	股骨粗隆骨折	1	3	1	3		4	4	100		1		2	3	75.0
	股骨中段骨折	3	2	1	4		5	5	100		1	1	2	4	80.0
	股骨髁间骨折		1	1			1	1	100			1		1	100
	膝关节滑膜炎	1	2	1	2		3	3	100				2	2	66.7
	胫骨上段骨软 骨瘤	1	1	2			2	2	100				1	1	50.0
	胫骨骨折	3	1	1	3		4	4	100				3	3	75.0
足 穴	腿抽搐	2	4	2	3	1	6	5	83.3	1	1	2	2	5	83.3
	小 计	34	40	33	40	1	74	72	97.3	2	22	18	23	63	85.1
	足跟痛	8	10	7	10	1	18	18	100		10	3	3	16	88.9
	踝关节扭伤	7	6	4	9		13	13	100		7	3	2	12	92.3
总 计	拇外翻		6	2	2	2	6	6	100		1	2	2	5	83.3
	小 计	15	22	13	21	3	37	37	100		18	8	7	33	89.2
总 计		333	404				737	705	95.7	32	298	184	186	668	90.4

七、典型病例

1. 万××, 男, 19岁, 因抬一重物而致腰部疼痛剧烈, 不敢活动, 痛苦面容, 由两人架入病房, 以双侧第二掌骨侧诊断腰穴压痛明显。即按摩腰穴, 约7~8分钟后, 患者感腰部轻松感, 边按摩穴位, 边嘱其作站立, 坐下动作, 虽然动作缓慢, 但能活动, 且疼痛明显减轻, 继续按摩20分钟后, 站立、坐下动作自如, 且能迈步行走。总共按摩40分钟后, 患者自行走回家。第二天骑自行车来院就医。再作约40分钟按摩, 患者腰痛完全消失, 痊愈回家, 至今两年余未

复发。

2. 李××,女,本院护士长,左踝关节扭伤,局部疼痛,不能(敢)行走,查之左侧足穴压痛明显,医者边按摩该穴,边与其并肩交谈,行走约30米左右,护士长已“忘”了疼痛,行走自如。问其踝关节痛否?她说“真奇怪,踝关节一点也不痛了。”

3. Susan M. Kuenzi,女,美国人,双耳不明原因疼痛二天。影响睡眠,双侧第二掌骨侧头穴压痛明显,针刺10分钟后,疼痛消失,留针15分钟后起针,即痊愈。

4. 王××,男,63岁,左肾结石。患者1987年夏,左肾区阵发性绞痛,伴肉眼血尿,经X线片、B超、逆行肾造影检查,均诊断为左肾结石。每年肾绞痛(2~4次),均需肌注杜冷丁100mg/次,并用解痉剂如阿托品等,才慢慢(约1~3小时)绞痛缓解。93年夏,晚间旧病复发,急诊入院,当时大汗淋漓,疼痛难忍,辗转不安。经左侧第二掌骨侧肾穴压痛剧烈,即行穴位按摩,约5分钟疼痛明显减轻,可与医者轻松地交谈,10分钟后腰痛消失,共按摩40分钟,病人兴奋地说“这种治疗非常好,比打杜冷丁还舒服的多。”至今一年三个月未复发。

八、体会

1. 穴位病理反应的轻重程度与病情轻重及病程正相关,即病情越重、病程越长,穴位病理反应越重,反之则轻。治疗后随着病情的好转穴位病理反应程度亦随之减轻。

2. 第二掌骨侧穴位诊疗法针刺止痛疗效高,比用镇痛药要好,能立竿见影,又简单、经济、安全。

第二掌骨、足、胫腓骨节肢系统全息 胚诊疗法 150 例总结

周 潮 医师

(香港, 九龙, 颚塘)

自 1993 年 10 月以来我用张颖清教授创立的生物全息诊疗法^[1~3]治疗疾病得到了满意的效果。

一、第二掌骨侧全息胚疗法 100 例应用

1. 方法: 按生物全息诊疗法, 将第二掌骨侧分为 11 个穴位, 各穴位代表相应的器官, 在患病器官的穴位上施以针刺术, 每次取两穴, 用 30 号 1 寸不锈钢毫针, 进针深度 2cm 左右, 得气后留针 45 分钟, 中间行针数次, 每天一次, 七次为一疗程。

2. 治疗结果: 在 100 例中, 男 37 人, 女 63 人, 年龄最大 80 岁, 最小 12 岁, 病程最短两天, 最长的十五年。疗程最短一次, 最长六个疗程。

3. 疗效标准:

痊愈: 症状消失功能恢复, 未复发。

好转: 症状减轻, 有明显进步。

无效: 疗效不明显。

100 例疗效: 痊愈 43%, 好转 44%, 无效 13%, 总有效率 87%。治疗结果见表 1。

表 1 100例第二掌骨侧针刺疗法疗效表

疾病部位	痊愈	好转	无效	有效率%
头	4	2	1	
肺心	5	7	2	
肝	1	3	1	
胃	11	9	2	
腰	3	5	2	
下腹	5	6	2	
腿足	14	12	3	
合计	43	44	13	87

(四)典型病例:

病例 1:曾××,男,41岁,头痛多天,西医检验查不出原因,服用止痛片药物治疗十天症状无好转,1994年3月27日初诊,经检查后取第二掌骨侧头穴、肝穴,针刺30分钟头不痛了,一次即愈。随访半年未复发。

病例 2:陈×,女,72岁,近几年来每个月都胃痛,经多方治疗服用胃药多年症状无大好转。1993年12月20日初诊,经检查后取第二掌骨侧胃穴针两个疗程后痊愈,随访至今未复发。

病例 3:李××,女,69岁,右小腿痛多日。1994年3月16日初诊,取第二掌骨侧腿足穴针一次即愈,随访半年未复发。

病例 4:杨××,男,64岁,两膝红肿胀痛,一星期站立不稳,走路无力。经药物治疗,症状无好转。1994年1月6日初诊,取第二掌骨侧针腿足穴、肾穴。三次后红肿胀痛好转。一疗程后肿痛消失,可以正常行走。

病例 5:潘××,女,66岁,1993年3月左腿麻、痛,经药物治疗无效。1994年1月23日初诊,在第二掌骨侧针腿足穴、腰穴,两

个疗程后,症状消失痊愈。

二、足、胫腓骨节肢全息胚疗法 50 例应用

治疗效果见表。

表 2 50 例足、胫腓骨节肢按摩疗法疗效表

疾病部位	痊 愈	好 转	无 效	有效率%
肺	4	4	2	
胃	5	6	3	
腰	1	3	2	
下腹	3	5	1	
腿足	4	5	2	
合计	17	23	10	
	34%	46%	20%	80%

典型病例

病例 1:杨××,女,26 岁,左足踝扭伤。1993 年 10 月 29 日初诊,取胫腓骨节肢腿足穴按摩治疗一次痊愈。

病例 2:朱××,女,56 岁,两小腿水肿。1994 年 3 月 29 日初诊,取足、胫腓骨节肢肾穴、下腹穴按摩治疗一个疗程水肿减轻,三个疗程症状消失痊愈,随访至今未复发。

病例 3:陈××,女,9 岁,过敏性鼻炎多年,经药物治疗症状无好转。1994 年 1 月初诊,取足、胫腓骨节肢头穴、肺穴按摩治疗两个疗程症状消失痊愈,随访半年未复发。

病例 4:张××,男,46 岁,近几年每个月都感冒一、二次,经药物治疗无改善。1994 年 1 月初诊,取足、胫腓骨节肢肺穴、大肠穴按摩三个疗程痊愈,随访半年未再出现感冒。

病例 5:伍××,男,49 岁,大腿麻木一个月,经药物和物理治疗无效。1993 年 12 月初诊,取足、胫腓骨节肢腿足穴、腰穴按摩 3 次

痊愈,随访至今未复发。

三、全息胚速诊诊断结果

诊断结果见表3。其中准确91%,不准确9%。不准确者一般在全息穴区无明显压痛点,亦测不清正常穴区与患病部位穴区的压痛变化。

速诊三例:

王××,在第二掌骨侧头穴、肾穴压痛明显,患者近日每天耳鸣。

陈××,在第二掌骨侧头穴、肺穴压痛明显,患者几年来经常感冒,鼻敏感。

黎××,在第二掌骨侧腿足穴压痛明显,患者膝痛。

表3 速诊结果表

全息 穴位	头	颈	上 肢	肺	肝	胃	十二	肾	腰	下 腹	腿 足	准 确	不 准 确
人数	3	7	6	14	9	10	9	6	8	13	15	91	9

四、体会

生物全息诊疗法,实际是生物全息律在医学中的应用,穴位分布的全息律,从理论基础研究到临床疗效观察和实践证明,它都是客观存在的,在理论和实践上都有重要意义。生物全息诊疗法诊断准确疗效显著,有时竟有意想不到的疗效,尤其对痛症,是一种有效的治病、防病的好方法,深受患者欢迎。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

全息胚诊疗法临床应用体会

杨光 副主任医师

(江西省妇幼保健院)

陈茜 副主任医师

(江西省商业职工医院)

张颖清教授发明的全息胚学说是生物医学科学领域中的一个新的理论。张氏穴位全息律^[1]揭示了人体存在着一系列有规律的新的穴位群。人体任一节肢的新穴如果以其相对应的整体上的部位和器官来命名,则每一节肢恰象是整个人体在这里的一个缩影。张教授根据穴位分布的全息律创立了全息胚诊疗法。一年来,我们运用第二掌骨侧全息胚诊疗法在临床实践中试用,取得了较好的临床效果。

我们对 260 例病人采用第二掌骨侧按压法进行测试诊断疾病,准确率达 92.8%。运用第二掌骨侧穴位群按摩针刺疗法治疗疾病 180 余例,总有效率达 91%以上。痊愈率达 58%以上,有效率达 42%以上。临床实践证明,运用全息胚疗法对脑血栓后遗症、内分泌失调、头痛、胃炎、肾盂肾炎、胆囊炎、肾绞痛、痛经、月经不调、三叉神经痛、心律失常、糖尿病、前列腺增生症、高血压、坐骨神经痛、急性腰扭伤、肩周炎、牙痛等疾病的治疗及美容均有满意的效果。

病例 1:张××,男性,18 岁,学生。主诉上腹部疼痛伴腹胀 4 小时。查体心肺听诊无异常,腹软,左上腹压痛(+),腹部无包块及

肠型。拟诊胃痉挛。经服用西药,症状未见缓解。全息查:第二掌骨侧胃穴压痛明显(双侧),即按摩双侧第二掌骨侧胃穴各400下,5分钟后腹痛消失。

病例2:张××,男性,64岁,退休干部。1976年诊为冠心病。反复发作室上性心动过速14年。1993年3月13日中午突感心悸、胸闷,心前区明显压迫感,伴有倦怠乏力,查体BP107/60mmHg,神清,急性病容,脸色苍白,心率214次/分,心电图示:室上性心动过速,心室率210次/分。即静脉注射25%葡萄糖20ml+异博停10ml(2支)半小时内未见缓解。全息查第二掌骨侧心穴压痛明显,立即针刺第二掌骨侧肺心穴(双侧),10分钟后,病人自觉症状减轻,心跳减至160次/分。25分钟后,病人自觉症状消失,心率90次/分。心电图复查示窦性心律188次/分,血压136/87mmHg。

病例3:刘××,男性,24岁,职员。主诉3天前骑自行车不慎左踝部跌伤,且疼痛难忍,行走困难。查体,左脚踝关节内侧肿胀,有明显压痛,左脚向外转动时疼痛更剧烈,查第二掌骨侧足穴压痛明显。即针刺第二掌骨侧足穴,得气后留针1小时,10分钟捻针一次,每天1次。同法治疗3次后,局部肿胀及疼痛消失,行走自如。

病例4:董××,女性,44岁,医师。主诉腰痛二年,尿短,乏力,中段尿培养阳性,诊断为肾盂肾炎。用第二掌骨侧速诊法检查,发现肾穴压痛强烈,针刺双侧第二掌骨侧肾穴,得气后留针1小时,每天一次,10日为一疗程。共治疗二个疗程,病人腰痛消失,尿培养阴性。随访10个月未见复发。

病例5:熊××,女性,43岁,工人。曾生育3胎,二年来每次月经来潮经量多,经期长达8~15天,色黑,伴腰痛、下腹部胀痛、头昏。曾服用多种中西药物,症状未改善。经针刺双手第二掌骨侧下腹穴、肝穴、肾穴6次,以后月经来潮无不适感,经血色红,经期4~5天。随访8个月,一直正常。

体会

第二掌骨节肢是人体的一个较小的节肢,裸露于衣服之外,应用时比其他节肢更为方便。通过临床观察,验证了全息律的存在。第二掌骨侧全息胚诊疗法,诊断符合率高,疗效显著,方法简单易行,对病人无毒副作用。值得推广普及。张颖清教授发明的全息胚诊疗法为临床疾病的诊断治疗开辟了一条新途径。全息胚诊疗法将对人类防病治病起到巨大的作用。此法普及后将会产生巨大的经济效益和社会效益。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

生物全息诊疗法 820 例临床应用

郑秉祁 主治医师

(贵州省剑河县林业局 医务室)

我自 1989 年以来,运用山东大学张颖清教授创立的生物全息诊疗法^[1],治疗 820 例,治愈好转率为 93.7%。现报告如下。

一、临床资料

820 例中,男 514 例,女 306 例,年龄最小 21 岁,最大 70 岁,病程最短 15 天,最长 5 年。

疗效标准及疗效。基本痊愈即症状消失或基本消失,功能恢复正常 162 例。显效即症状明显减轻,体征明显好转,但活动仍有轻度疼痛 354 例。有效:症状和体征稍有减轻,活动仍受影响 252 例。无效:症状和体征均无明显改善 52 例。总有效率为 93.7%。

二、治疗方法

1. 针刺法:在第二掌骨侧的凹槽内或桡肱骨节肢取穴。用指压法找准压痛感最强的点然后在压痛点直刺进针。针刺深度为 8 分。取准穴进针立即会得气,有较强的酸、麻、胀、重感。针入后如无强针感,必须将针尖稍许变换一下方向(不必拔针),一直保持着强针感留针 30 分钟左右,其间要隔 5 至 10 分钟略转动或轻轻提插几下针。

2. 按摩法:首先在第二掌骨侧或桡、肱骨节肢与疾病部位相关的穴位上按摩,然后在压痛点及其周围揉压,手法由轻到重,由浅入深,揉压要有力,以在穴位深层组织有较强的酸、麻、胀、重感为

宜,每次按摩以 5 至 10 分钟为宜。每天一次,7 天为一疗程。休息 2 至 3 天后再继续第二疗程。

三、典型病例

病例 1:金××,女,52 岁,医生。1992 年 3 月 14 日就诊。患者曾因疲劳过度,致使颈椎病发作,自觉头晕、目眩、肩臂疼,手指麻木颈部不能自如活动。经县医院拍片确诊为第 4、5、6 颈椎骨质增生,经中医药及理疗治疗无效前来诊治,采用全息针刺和按摩,治疗一次后疼痛和麻木明显减轻。七次(每日一次)一个疗程,各项症状消失,一年后未复发。

病例 2:刘××,男,55 岁,农民。患者因劳动过度,不慎扭伤腰部。坐、立、走都疼,特别是弯腰痛得厉害,经服药和贴止痛膏无效,于 1991 年 9 月 14 日前来就诊。

诊断:经采用“速诊指压法”诊断发现患者左右第二掌骨侧及肱骨节肢腰穴有明显的压痛点。确诊为急性腰扭伤。

治疗:针刺和按摩第二掌骨侧腰穴和肱骨节肢腰穴,进针 0.5 至 1 寸深,手法:采用中等刺激,留针 15 至 20 分钟。

效果:针刺和按摩后患者可以弯腰左右活动,腰部疼痛全消失。二月后随访而愈。

病例 3:李××,女,55 岁,干部,1993 年 2 月 13 日就诊。主诉:颈肩痛伴双手麻木,头晕,失眠,经县医院住院治疗无效前来要求诊治。检查:颈部外观(-),活动功能前屈右侧弯受限明显,颈部僵板,颈前屈、后伸、旋转时头晕加重。诊断:颈椎病。

经全息穴位针刺和按摩治疗一次后,主要症状基本消失。10 次(每日一次)治疗后疼痛、麻木等症状消失。半年后未复发。

病例四,张××,男,29 岁,职工,1992 年 12 月 22 日就诊,患者搬重物不慎扭伤腰部,腰痛难忍,咳嗽时疼痛加剧,功能活动受限。检查:双手叉腰撑身跛行,前俯后仰均受限,两侧腰肌紧张有明显压痛。双第二掌骨侧及桡、肱骨节肢腰穴压痛明显。诊断:急性

腰扭伤。当即采用全息诊疗法,在患者第二掌骨侧及桡、肱节肢腰穴及阿是穴按摩10分钟,并嘱患者轻微旋转腰部,疼痛明显减轻,腰部能弯屈。经二次治疗而愈。

病例五,张××,男,31岁,职工。1993年1月31日因右肩疼多年,近来疼痛难忍前来就诊,检查:诊见患者右肩关节前抬不能达90度,不能向后旋转,三角肌轻度萎缩,结节向沟部压痛明显,被动活动后剧疼。诊为右肩周炎。

治疗:采用全息穴位疗法,加以滚、揉、按、拿、搽、摇为主,以患者感觉酸、麻、胀、重,舒适轻松为宜。持续15至20分钟后,让患者活动右肩臂时疼痛完全消失。右臂上举180度,外展可90度。后伸可摸胸椎,经七次(每日一次)治疗,疼痛、麻木等症状消失,一年后随访未复发。

病例六,许××,女,59岁,农民。患者腰腿痛多年,经中西医结合治疗无效,近来疼痛难忍,上下楼困难,活动受限。于1992年5月3日前来求医。在患者第二掌骨、肱骨节肢腰穴及压痛点(阿是穴)进行针刺和按摩,经7次(每日一次)治疗后,疼痛消失,腰腿活动自如,一年后随访未复发。

生物全息疗法治疗820例疗效统计表

疾病部位	痊愈	显效	有效	无效	合计	有效率(%)
头 痛	12	40	24	6	82	92.7
肩、颈痛	10	30	24	6	70	91.4
心、肺、胸	6	24	6	4	40	90
肝、胆	14	40	20	6	80	92.5
胃、肠	40	102	92	12	246	95.1
腰、腿、足	60	80	70	10	220	95.5
其 他	20	38	16	8	82	90.2
合 计	162	354	252	52	820	93.7

体会

全息诊疗法是山东大学张颖清教授 1973 年发现生物全息律的基础上发明的一种崭新的诊疗方法。多年来,笔者在运用生物全息诊疗法中,认为这种诊疗法,比传统针灸学或耳针疗法都较简明,易懂,易学,易于掌握,疗效满意,使用方便,费用低廉,无副作用,很值得提倡和推广,特别适用于在偏僻农村、林区和缺医少药的地方普及推广。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987 年。
- [2]张颖清,生物体结构三定律,内蒙古人民出版社,1982 年。

生物全息疗法临床应用 250 例

姜会东 李玉萍 李彩云

(长城铝业公司中州铝厂职工医院)

笔者应用张氏全息疗法,^[1]对以下十几种疾病进行探索治疗,都不同程度获得满意效果。如:肩周炎、痔疮、肛裂、腰腿痛、头痛、多发性神经根炎、幼儿大脑发育不良、糖尿病、低烧、脑血栓后遗症、遗尿、急性腰扭伤、隐性骶裂所致腰痛、牙痛、急性扁桃体炎、神经性头痛、更年期综合症等。几个月来共收治 250 例,男 145 例,女 105 例,最小的 8 岁,最大 70 岁,最长的病程二十几年,最短的几天。

治疗方法

取穴:根据不同疾病,分别取单或双侧第二掌骨侧和上肢桡骨侧、肱骨侧或下肢股骨侧、胫骨侧的全息穴位。交替取穴行针治疗,在骨侧附近探测和寻找到最佳敏感点,使穴位有得气感出现即有酸麻胀感。留针 45 分钟~1 小时,根据病情而定,7~10 次为一疗程,个别患者需第二疗程治疗时,与第一疗程间隔 4~5 天即可。

疗效判定

痊愈,为症状完全消失不再复发。显效,为症状明显缓解。有效,为症状减轻。无效为症状无改变。

治疗结果

痊愈 212 例占 84.8%,有效 16 例占 6.4%,显效 21 例占 8.4%,无效 1 例。

典型病例

本院张××,男,41岁,干部,腰痛二十几年,曾多处寻医治疗无效。用全息疗法取第二掌骨侧和桡骨侧交替行针,三天症状明显减轻,一周腰痛痊愈。休息一周,第二疗程巩固治疗,至今随访无复发。

本厂职工邢××,女,19岁,工人,发病头痛,发烧经我院门诊治疗,头痛、发烧好转。后发现左侧上、下肢活动受限,手不能持物。本人接诊查体患侧神经反射比对侧弱,肌张力高,肌肉轻度萎缩,语言不清,用全息疗法治疗,三天症状明显好转,手能持物,语言清楚,7天痊愈,至今无复发。

本厂崔××,女,36岁,工人,环形痔,便血数日,脱肛下坠感数周,贫血面容,经外科门诊介绍转本科治疗。行针时患者感觉肛门有上提和发热感。三天治疗后,下坠感减轻。7天后就无任何症状。休息一周。第二疗程巩固治疗,至今随访无复发。

讨论

我厂老工人多,常见病较多,特别头痛、腰腿痛、痔疮、肩周炎甚多,本人采用全息疗法治疗,工人愿意接受。工人们对此疗法,具有较高评价。说此方法有三少,取穴少,用针少,痛苦少;有一快,疗效快;有一高,即治愈率高;有一低,即复发率低。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

第二掌骨侧全息胚诊疗法 898例临床应用

孙 海

(山东烟台开发区星达电子公司)

中国科学家张颖清教授创立的全息生物学已被越来越多的人接受,生物全息诊疗法也使成千上万的患者受益。自1990年10月至1994年5月,笔者应用生物全息诊疗法治疗各种疾病898例,取得满意效果,现报道如下。

一般资料

898例患者中,男354例,女544例。最小6岁,最大96岁,病程最短2小时,最长40年。

治疗方法

具体操作见张颖清《生物全息诊疗法》^[1]。

疗效标准

痊愈为病症消失且5个月内无复发。有效为临床症状减轻,部分症状有复发。无效为治疗2个疗程无改善者。

治疗结果

898例百十种疾病患者的治疗,大部分收到满意的效果,临床治愈386例(42.9%),有效464例(51.6%),无效48例(5.5%)。总有效率达94.5%。

典型病例

病例1:吕××,女,52岁,山东烟台市芝罘区下曲家工人。

1992年9月8日就诊。患者自述近一年来右腿疼,夜间睡觉不敢翻身,影响正常生活劳动,用其他治疗方法疗效不理想。检查:第二掌骨侧腿穴为明显压痛点,胃穴也有压痛反应。我指出患者胃部也有病。患者讲胃疼近四年了。治疗:取第二掌骨侧全息腿穴进针加强刺激。20分钟时,患者右腿有热感且疼痛减轻。次日二诊:进原穴,10分钟后右腿开始发热并伴有一阵阵跳疼。第三天进针后腿微热,疼痛基本消失。至此患者告诉我这两天睡眠很好,腿疼明显减轻,干一般工作不受影响。第四天针后患者腰腿部和胃部很难受。第五、六两天针后患者右腿微热,腰部和尾椎部也有热感。第七天针后腿微热不疼。停针两天后患者高兴地告诉我腿好了,睡眠和饮食很好,工作也不受影响。五个月后追访患者。患者说,腿一直没疼,同时以前的胃疼现象自针好腿后再也没疼。

病例2:邹××,女,36岁,山东烟台市芝罘区下曲家工人。1992年11月17日就诊,患者近几日牙痛。当时疼痛难忍,我为其在第二掌骨侧头穴进针,不到2分钟患者就感到疼痛大减,留针60分钟,起针时已没有痛感了。

病例3:曲××,男,33岁,山东烟台市芝罘区下曲家工人。1992年9月7日就诊。当时患者胃痛严重,止痛药作用不大。因患者惧针,我为其在第二掌骨侧胃穴进行强力按摩。半分钟后,患者全身发热有微汗出,胃疼明显减轻,3分钟后胃疼完全消失。

体会

几年的临床应用更觉得全息胚诊疗法简单易行易学效果快,应急性强,安全可靠。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

生物全息诊疗法 218 例临床应用

周体英

(安徽省岳西县林业局)

全息生物学是产生于 20 世纪 80 年代的学科,由中国科学家张颖清教授创立。全息生物学具有与细胞学同等重要的地位,对生命科学的进步具有重大的贡献,在生物学的众多领域中都具有重要意义。

在生物医学科学方面,全息生物学精辟的、科学的解释了再生和痊愈,并提供了明显有效的治疗方法,从而可以在生物体内激励和引导痊愈过程,治疗人类众多的疾病。全息生物学将改变中医的面貌,沟通了中医学和现代生物学与医学,为中医现代化开辟了广阔的道路。我是中医爱好者,有幸拜张颖清教授为师并拜读了张教授全息生物学众多的著作,运用了全息诊疗法于临床,1993 年~1994 年进行诊断、治疗 218 例,结合中医方剂,取得了很好的效果,现将临床应用结果小结如下。

一、生物全息速诊法的应用

临床资料:运用第二掌骨侧速诊法查病人 218 例,其中男性 122 例,女性 96 例,年龄 1~75 岁,病例来源为求医者及自愿受试者。

诊断方法:运用拇指(或助诊用具),在受试者双手第二掌骨侧,从头穴到足穴顺序按压一次或数次,根据压痛点的有无和异常手感及位置,来确定在整体上哪些部位或器官有病或无病。诊断准

确与否与现代医学检查或患者临床症状相对照,结果 218 例中诊断准确率为 98%(表 1)。

表 1 第二掌骨侧速诊法 218 例资料

疾病部位	诊断例数	准确例数	不准确例数	准确率
头	15	14	1	93%
颈	15	15		100%
上肢	20	20		100%
肺(心)	30	29	1	97%
肝(胆)	15	15		100%
胃	30	30		100%
十二指肠	8	7	1	88%
肾	13	13		100%
腰	22	22		100%
下腹	30	30		100%
腿足	20	20		100%
合计	218	215	3	98%

典型病例

病例 1:王××,女,54 岁,工人。自以为身体无病,我为别人用第二掌骨侧速诊时,她试探性的要求诊断。第二掌骨侧速诊,发现其肝穴有压痛点,我告诉她:“你肝部有病!”她惊讶地说:“从来没有感觉!”去经 B 超检查:左肝下有 42mm×28mm,大小形态欠规则的囊性包块。

病例 2:袁××,男,55 岁,林业工程师。我用第二掌骨侧速诊法为其测试,在胃穴有较重压痛点,即告诉他:你胃部有病。他讲:自读高中胃部就经常痛,吐酸水,1992 年县医院已诊断为胃溃疡。

病例 3:刘××,男,33 岁,高级教师。因眼睛发炎要求治疗。我

為其用第二掌骨側速診法診斷,發現頭穴有壓痛點,心肺穴有較重壓痛點。告訴他:你心肺區有病。第二天下午他電話講:縣醫院某醫生用聽診器檢查沒有問題,我平常沒有感覺。20多天後的某一早上6點多鐘,他愛人打電話講劉××心絞痛一夜未睡,要求治療。後經縣醫院診斷為:心絞痛。

二、生物全息療法的应用

臨床資料:治療158例,其中男性88例,女性70例,年齡1~75歲,病程最短3天,最長30年。

治療方法:(1)針刺。取26號2.5cm針,刺入2cm深處得氣後留針45分鐘,10分鐘行針一次,每日一次,3~7天為一療程。(2)按摩。用拇指在相應穴位上按摩,每日一次,每穴位按摩60~180下(或2~3分鐘),3~7天為一療程。

療效標準:(1)治愈:經治療後,症狀完全消失,功能恢復正常。(2)顯效:經治療後症狀基本消失,功能基本恢復者,或症狀好轉,中斷治療者。(3)無效:經治療1~3次,症狀無改善者。

治療結果:生物全息治療158例。其中,第二掌骨側針刺(或按摩)118例;針刺治療80例,痊愈42例,顯效33例,無效5例,有效率为94%;按摩治療38例,痊愈24例,顯效11例,無效3例,有效率为92%(表2)。其他長骨節肢按摩40例,痊愈22例,顯效13例,無效5例,有效率为87.5%。(表3)

典型病例

(1)第二掌骨側全息穴位針刺(或按摩)治療典型病例

病例1:王××,男,62歲,縣農資公司經理。患前列腺增生伴鈣化,1993年11月14日持安徽醫學院檢查報告,請我治療。報告示:右腹隱痛半年,小便難解三月,前列腺左右徑5.0mm,厚3.8mm;上下徑4.4mm,形態規則。我測其第二掌骨側下腹穴壓痛,針刺第二掌骨側下腹穴5次,每次留針45分鐘,小便次數減少,阴茎疼痛好轉。7次為一療程,共進行兩個療程,每療程後休息3天,

月余后随访,一直不再复发。

表 2 第二掌骨侧 118 例治疗资料

疾病 部位	针 刺					按 摩				
	例数	痊愈	显效	无效	有效率	例数	痊愈	显效	无效	有效率
头	5	3	1	1	80%	3	3			100%
颈	5	2	2	1	80%	5	2	3		100%
上肢	5	2	3		100%	3	1	2		100%
肺心	10	7	2	1	90%	4	1	2	1	75%
肝胆	8	3	5		100%	3	2		1	67%
胃	15	10	4	1	93%	5	4		1	80%
十二 指肠	3		3		100%					
肾	4	1	3		100%	2	1	1		100%
腰	5	5			100%	5	5			100%
下腹	10	4	5	1	90%	4	2	2		100%
腿足	10	5	5		100%	4	3	1		100%
合计	80	42	33	5	94%	38	24	11	3	92%

表 3 其他长骨节肢侧按摩 40 例资料

疾病部位	例数	痊愈	显效	无效	有效率
上肢	5	5			100%
肺心	10	4	4	2	80%
胃	12	6	5	1	92%
腰	10	6	3	1	90%
下腹	3	1	1	1	67%
合计	40	22	13	5	87.5%

病例 2:王××,男 51 岁,电影院技师。自 50 年学生时代患胃

病,后加重,常服些胃舒平等。近几年来胃酸多、胃常胀痛,没有饥饿感,不想进食,不放屁,多次服中西药效果甚微。1993年11月7日请我看病,我为其测第二掌骨侧胃穴有压痛点,并即针刺40分钟,每10分钟行针一次。次日复诊高兴地说:胃部感到舒服!又诊说:口味好多啦!有饥饿感了,通气也好多了!共针刺7次,每日一次。12月随访,痊愈。

病例3:汪××,女,57岁,板材厂厂长。1993年11月13日省立医院检查归来,呈检查报告:右上腹疼痛半年,阴道流血十多天,腹部发胀,发热、疼痛,未发现组织结构变化,暂作炎症。测其第二掌骨侧下腹穴压痛感明显,针刺第二掌骨侧下腹穴每次留针45分钟,5次病情明显好转。11月24日同上穴位再针刺7次,半月随访痊愈。

病例4:金××,女,31岁,精麻厂工人。1989年输卵管结扎后,刀口疼痛,腹部下沉,影响劳动。1993年11月4日请我看病,测其第二掌骨侧下腹穴压痛,针刺双手第二掌骨侧下腹穴5次,每次留针35~45分钟,每10分钟行针一次。一周后高兴地说:“现在全好了,过去每天只能做6分工,半个小时就要休息一次,现在每日做12分工都不累了”。

病例5:储××,男,48岁,工程师。多年自觉肝部不舒服,但没有引起重视,1992年10月大发作时只好住院,B超示:胆囊炎,住院50天。1993年11月12日请我看病,自诉:近期肝区疼痛数日,夜间更甚、大便干燥、低烧心慌、头昏。测其第二掌骨侧肝穴压痛,为其按摩第二掌骨侧肝穴,当即疼痛大减,每日按摩第二掌骨侧肝穴一次,每次约2~3分钟,共5次。一月后随访,痊愈。

(2)其他长骨节肢全息穴位按摩治疗典型病例

病例1:金××,男,40岁,本县高湾村居民,80年腰部扭伤始终不能负重,天阴疼痛加剧,1993年11月3日找我看病,测其第二掌骨侧全息腰穴压痛,我为其按摩桡骨侧、胫骨侧全息腰穴各

300下,每日一次共三次。2月后随访,痊愈。

病例2:张××,女,30岁,建行职工。1994年元月1日落枕颈部疼痛,医院治疗无效。1994年1月10日请我治疗,测其第二掌骨侧颈穴压痛,为其按摩第二掌骨侧、桡骨侧全息颈穴各300下,每日一次,二日痊愈。

病例3:李××,男,45岁,省委组织部干部。因下楼失足造成膝部疼痛,四日无法行走。1993年12月10日,电话告诉我情况,要我为其治病。11日,测其第二掌骨侧全息腿足穴压痛,为其按摩腿足穴300下,立即站起来可以行走。20分钟后又按摩双腿胫骨侧全息腿穴各300下,第二日痊愈上班。

病例4:胡×,男,3岁半,金麻厂。1991年颈部出现结核,因发烧住院,在住院期间以青、连霉素为主的抗菌素治疗,烧退出院,但颈部结核不消。1991年12月、1992年6月以及1993年2月、5月、8月多次住院治疗不愈。1993年11月4日请我看病,测其第二掌骨侧肺穴、颈穴均有压痛点,颈部结核右侧蚕豆大三粒,绿豆大二粒;左侧蚕豆大一粒,黄豆大二粒。X光片示:小儿肺结核。患者低烧虚汗,精神不振,身出紫斑,不想吃饭。我为其按摩双手第二掌骨侧肺穴和颈穴,桡骨侧肺穴和颈穴,胫骨侧肺穴和颈穴,每穴轻度300次,每日一次,7次为一疗程,共进行2个疗程。二次按摩,患儿要吃东西,精神好转,要下地玩,四次按摩颈部结核明显缩小,身上紫斑退,体温正常,一个疗程结束后,颈部结核除1991年最早生的一粒未全消,其余已全部消失。1994年元月5日X光拍片,已痊愈。

病例5:刘××,男,8个月,县医院宿舍住。1993年11月27日腹泻已4日,越来越次数越多。其父医院医生,多方治疗无效,特来请我治疗。我按摩其双手第二掌骨侧下腹穴300次,20分钟后又按摩其左右胫骨侧、桡骨侧下腹穴各150次。当晚泻止,第二天正常。

三、体会

(1)生物全息诊疗法,疗效高,使用方便、安全简便,在临床上有着广阔的应用前景。

(2)中医学是祖国的医学宝库。生物全息诊疗法的发明,将为这座宝库增辉。多年来我摸索出治牛皮癣中医组方,治愈率可达60%,有效率在80%。结合运用全息诊疗法针刺后,奇迹出现了!治愈率提高到80%,有效率在98%以上。

(3)要严格掌握少针原则。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]张颖清,全息生物学(上册),高等教育出版社,1989。
- [3]张颖清,第二届国际全息生物学学术讨论会文集,高等教育出版社,1992。
- [4]张颖清,新生物观,青岛出版社,1991。
- [5]张颖清,全息生物学研究,山东大学出版社,1985。

生物全息针刺疗法具有抗菌消炎作用 (附 2 例典型病例治验报告)

王增章 高岸英 隋德华

(山东省滨州地区中心医院外三科)

生物全息针刺疗法对于多种疾病引起的痛疼具有神奇止痛效果,这已被大量临床实践所证实。但其抗菌消炎作用尚鲜见于文章报导。笔者曾经治炎症及感染病人各一例,取得意外效果。现介绍如下。

例一,患者女,13岁。于1989年12月3日因摔伤右上肢2小时就诊。经拍X线片为右尺桡骨横断骨折。于X线下手法整复,小夹板固定。5小时后患肢剧痛,服去痛片无效。复查:右前臂肿胀,骨折处尤著,触痛明显。给予松动夹板及服用强痛定治疗,效仍不著。又给予右第二掌骨桡侧上肢穴针刺。强刺激,行针数秒钟痛感减轻。5分钟行针一次。10分钟痛明显减轻,按压患处痛亦明显减轻。肿胀处张力变小。留针至28分钟起针时患臂肿胀基本消失。中等力按压患处亦无痛疼。后未再发生剧疼及肿胀。

例2,患者男,68岁。因左下肢肿痛12天,发热2天于当地医院以浅静脉炎并脓肿形成,给予抗生素及理疗治疗,效不著。于1989年12月27日就诊。查左下肢大隐静脉明显迂曲、扩张,红肿压痛。左膝关节内侧处明显肿胀,触痛明显,中央有轻度波动。诊为左大隐静脉曲张,并浅静脉炎及脓肿形成。欲行切开引流。该患者拒绝切开,且痛较剧。笔者先给予左第一跖骨内侧下肢穴针刺。

用强刺激,大幅度提插捻转。2分钟后痛疼减轻。20分钟后痛明显缓解。同时肿胀处渐出现张力变小,皮肤颜色变淡,压痛减轻,压之肿胀处明显变软。留针40分钟时,肿胀明显消失,中心波动处亦变硬,痛及压痛基本消失。在场多人均感惊奇,笔者亦不敢相信。后以针刺为主,配以抗生素及外用消肿药膏治疗。

生物全息针刺疗法不仅具有神奇止痛效果,通过该2例病人说明,其尚有重要的抗菌、消炎作用。其消肿时间之短为其它疗法所不及。这无疑为抗感染的治疗开创了一条新的途径。

生物全息诊疗法临床应用

张新学 李洪斌

(五二九九六部队医院)

生物全息诊疗法自山东大学张颖清教授 1973 年发明以来,笔者应用此疗法,在临床上取得了明显效果。现介绍如下。

一、应用第二掌骨侧速诊法

我们应用指压法在病人第二掌骨侧速诊 85 例。男 46 例,女 39 例,年龄最小 19 岁,最大 71 岁,病程最短的三小时,最长 18 年。病种有 12 种:如:神经性头痛、失眠症、颈椎病、肩周炎、冠心病、肺癌、胃炎、胆结石、急性腰扭伤、老年性关节炎、类风湿性关节炎、便秘等。结果见下表。

第二掌骨侧速诊 85 例资料

指压区	例数	准确例数	不准确例数	准确率
头颈区	37	35	2	94.6%
心肺区	11	10	1	90.9%
肝胆区	4	4	0	100%
胃区	15	13	2	86.7%
腰肾区	10	9	1	90%
腹区	3	3	0	100%
下肢足区	5	5	0	100%
总计	85	79	6	92.94%

二、应用生物全息按摩针刺疗法

1. 方法:经第二掌骨侧速诊法确定病人病症及病变器官相应的全息位点后,按摩10分钟左右,而后应用针灸针针刺病变相应的敏感点,留针30分钟,一日一次,6次为一疗程。

2. 疗效标准:

痊愈:治疗几次症状完全消失,观察一个月无复发。

显效:治疗几次症状基本消失,观察一个月无加重。

有效:治疗几次症状明显好转,发作次数减少。

无效:治疗6次症状无好转。

3. 治疗结果:

本组共统计43例。治愈18例,占41.86%。显效15例,占34.88%。有效7例,占16.27%。无效3例,占6.97%。总有效率93.03%。

张氏疗法治疗43例疗效观察

病症	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率
头痛失眠	24	8	9	5	2	91.7%
冠心病	3	0	3	0	0	100%
急性胃炎	6	2	1	2	1	38.33%
腰扭伤	2	1	1	0	0	100%
咳嗽	2	2	0	0	0	100%
胆绞痛	2	1	1	0	0	100%
便秘	2	2	0	0	0	100%
牙痛	2	2	0	0	0	100%
总计	43	18	15	7	3	93.03%

三、典型病例

例1:朱××,女,58岁,丰台糕点厂工人。

患者于1992年4月因胸闷、胸憋、气短,不缓解,经某医院检查诊断为:冠心病、心绞痛。反复发作,生活不能自理。于1993年3月8日被人扶着来院就诊。检查双手第二掌骨侧、双桡骨侧、双肱骨侧心肺区明显压痛。按摩心肺区时疼痛,头及全身发热、出汗。胸闷、气短明显减轻。然后又针刺第二掌骨侧心肺区,留针30分钟起针后病人步行回家时,病人胸闷、气短症状消失。第二天病人来诊时,感激地说:“我因病卧床半年余,就是去厕所都要扶着。你们治疗一次,我就能走了,你们给了我第二次生命。”

例2:李××,女,71岁,某部队家属。

患者于1993年2月14日不慎摔倒,即感腰部疼痛,活动受限。于2月16日就诊,检查双手第二掌骨侧腰区压痛明显。询问病史:病人腰部疼痛明显,活动受限。拾物试验(+),诊断为:急性腰扭伤。因老人怕针,在病人双手第二骨侧腰区按摩10分钟,病人感腰部疼痛明显减轻,可扶物行走。第二天按摩原区,病人腰部疼痛基本消失,活动基本正常。

例3:孙××,男,58岁,河北省赤城县人。

患者于1992年8月因肺癌行左肺上叶切除术后病人出现胸腔积水和心包积液,引起阵发性咳嗽,服用复方桔梗片,每次3片,一日3次,仍控制不了咳嗽。使用生物全息治疗仪,在双手第二掌骨侧心肺区治疗一小时,病人阵发性咳嗽消失,气喘减轻,又连续治疗3次,气喘消失。

例4:高××,男,37岁,某部干事。

病人患慢性胆囊炎、胆石症二年余。于1993年1月13日突然出现右上腹绞痛,出汗,不能直腰,经服用颠茄片和肌注654-2注射液10mg,疼痛无缓解,而后应用全息诊疗法,检查双手第二掌骨肝区明显压痛,经过痛点按摩15分钟,右上腹疼痛缓解,而后在双痛点压木瓜水丸各一粒,让病人间断按压,胆绞痛未再发作。

例5:刘××,女,39岁,河北省滦南县人。

患者便秘3年,不服用瀉藥和牛黃解毒丸排不下便。於1992年11月22日來院就診,經檢查雙手第二掌骨側下腹區明顯壓痛。針刺下腹區,留針40分鐘,一次治療後,病人不服用瀉藥即能排便。3個月後隨訪病人說:“你們二針解除我三年服藥的痛苦”。

例6:陳××,男,28歲,河北省滄州人。

患者上腹疼痛、反酸,反復發作三個月,經醫院診斷為“慢性胃炎”。服了多種治胃炎藥不見好轉。來採用生物全息療法。經檢查雙手第二掌骨側胃區明顯壓痛,在壓痛點針刺,留針30分鐘,病人胃痛消失,嗝氣反酸消失。經過隨訪二個月,病人未見復發。

四、體會

1. 生物全息診療法,診斷迅速、準確,治療方法簡單、療效快,許多功能性疾病應用其它方法無效時,採用此療法能取得顯著效果。

2. 治療過程中,穴位一定要準確。如一例膽石症膽絞痛病人,在第二掌骨側肝區按摩,觸及似米粒大小的節結,只要按壓這個結節,膽絞痛即可緩解。另外我們體會腹部疾病在下肢取穴比在上肢取穴效果顯著,再對急性腰扭傷,按摩第二掌骨側腰區同時配合腰部疼點按摩效果更佳。

3. 在第二掌骨側速診時,有些病人痛点多反應強烈,這類情況多是一些疾病綜合症,影響診斷準確性。還有些病人訴說某病、某症狀,但測不出敏感點,可能与病人免疫功能低、痛閾低有關,這些机理方面的問題有待於進一步客觀檢查證實。

全息穴位疗法给肠道易激综合征 以全新而有价值的治疗手段

刘永泽 主任医师 王丽凤 主管护师
李世荣 副主任医师 李淑萍 主管技师
(武汉冶金科技大学医院)

摘要 肠道易激综合征是肠道的一种功能性紊乱疾病。多数缓慢起病,反复发作,病程拖延时间很长,药物疗效不佳,是内科医师认为临床棘手的疾病之一。笔者临床所遇数例症状较重且药物疗效甚微,在无计可施的情况下,用全息穴位治疗共7例,获得意外良好效果。

关键词 肠道易激综合征;全息穴位;经络治疗仪

肠道易激综合征(IRRITABLE BOWEL SYNDROME IBS)又称过敏性结肠炎、痉挛性结肠炎、粘液性结肠炎、结肠神经官能症或神经性腹泻等,是肠道的一种功能性紊乱疾病。多数缓慢起病,反复发作,病程拖延时间很长,药物疗效不佳,是内科医师认为临床棘手的疾病之一。笔者临床遇症状较重且药物效果甚微病例。在无计可施的情况下,想起了全息疗法这个奇特的方法^[1],以该法治疗IBS共7例,获得意外良好效果,验证全息疗法确系临床有价值的治疗手段,现报道以供同行研讨。

资料和方法

本文共诊IBS 7例,均以陈复明、蔡贵娣编《内科若干疾病新诊断标准》^[2]为依据,其中男4例女3例,年龄21~60岁,平均40.3岁。病程长短悬殊、短则年余,长则十年余。所有病例停用一切口服药与针剂,采用KB86—1型经络治疗仪,以其脉冲电输出

(脉冲频率 50Hz)和旋磁输出(轴向磁场强度 3000~5000 高斯),先后分别作用于第二掌骨侧腰腹中穴区即“4”区和头颈区即“1”区各 20 分钟。每天一次,十次为一疗程。疗程间可根据患者情况休息 1~2 天。该法对带有心脏起搏器者及创伤出血者忌用。

IBS 诊断参考标准:以腹痛、腹胀、腹泻及便秘为主诉,伴有全身性神经官能症状。多次粪常规及培养均阴性,粪潜血试验阴性。X 钡剂灌肠检查无阳性发现,或结肠有激惹征象。(本文例 1 发现降结肠痉挛变细)。血、尿和血沉正常。无痢疾、血吸虫等寄生虫病史,试验性治疗无效。本文病例全部进行 B 超检查,其肝、胆、脾、胰和肾均无异常,但 5/7(占 71%)病例发现结肠肝曲或脾曲积气并蠕动亢进。

典型病例

例 1:男患,60 岁,近 10 年来自认为胃肠不适,消化不良,大便黄稀,次数增多。近一年来腹痛腹泻逐渐加重,每天稀便 3~5 次,性状无特异。半年来排便急,自主无法控制,常污染内裤,以致不敢外出。心理压力与思想负担很重。经服中药香连丸、西药土霉素及其他对症处理,月余无效而始用全息疗法并停服一切中西药。通过第二掌骨侧“4”区经络治疗仪脉冲电极与旋磁交替治疗第八天后方始显效,采取连续治疗至十八天(次)后,症状完全控制,大便一天一次,且能自我控制,并经过了春节期间饮食质量明显改变以及患者因牙周病全口拔牙,进食与消化功能有明显影响的考验,至今追踪一年大便仍保持一天一次。(该患者共治疗四个疗程)。

例 2:女患,41 岁,腹痛、肠鸣、腹泻与便秘交替,经反复多次中西药物治疗无明显效果,病程 4~5 年。精神烦躁或饮食稍有改变以上症状即加重。经过全息疗法五次后,症状明显控制,为巩固疗效继续完成两个疗程,其症状未再复发。

例 3:女患,53 岁,自 1988 年以来大便不成形,饮食稍有不当或劳累休息睡眠不好症状即加重。长时期以来不敢进普食与荤食,

更不能进辣椒等刺激性食物。每早大便竟 2~3 次,为带少许粘液便,由于影响正常上班时间,精神负担很重,虽长期内科门诊治疗症状未能控制。后该患者得知例一疗效特别好而来我院理疗室求医。经询问病史与体检初步确诊为 IBS 后,采取全息疗法治疗,经三个疗程症状明显得到控制,疗效明显,腹疼、腹胀已消失,大便每早一次,已能进普食、荤食与辣椒,头昏也明显好转。

结果

本文共治疗 7 例,其中症状最快控制时间 4 天,最慢 30 天,平均 10.28 天。治愈 4 例,显效 2 例,有效 1 例,共显效率 85%。

讨论

本组报道的 IBS 是一种临床疗效极差且具有复发倾向的疾病。医师在此类患者面前总显得无能为力,笔者为解除患者疾苦,治疗前也仅做了试试看的思想准备,然而临床出现的效果是笔者在四十年的医疗实践中未曾见过的。的确,全息生物学自问世以来,在医学领域里,给很多难治之症以全新的诊疗、康复手段,已显现其强大的生命力,有着广阔的发展前景和重要的应用价值。

我们同意第二届国际全息生物学学术讨论会宣言中的结论:“全息胚学说是生物医学科学领域内的一个全新的具有根本性意义的理论。在生物医学科学方面,全息生物学可以对再生和痊愈过程提供合理的科学解释。对临床医学最为重要的是,它提供了一套简便和明显有效的方法,从而可以在生物体上激励和引导痊愈过程。这套建立在全息胚学说基础上的治疗方法确具有惊人的疗效,可以用于治疗人类所患的众多疾病,迄今为止还没有发现这套方法会产生不良效果或严重的并发症。”

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]陈复明、蔡贵娣编,内科若干疾病新诊断标准,浙江省医学情报研究所,1989。

全息胚療法在臨床護理中的應用體會

張一英 主管護師 陳 茜 副主任醫師

(江西省婦幼保健院) (江西省商業職工醫院)

張穎清教授根據穴位分布的全息律而創立了全息胚療法,有着重要的理論和臨床實踐意義。一年來,我們運用第二掌骨桡側全息胚療法在臨床應用於手術前後病人護理工作中,效果滿意。

對 108 例臨床手術病人在手術前後引發的各種非器質性疼痛,採取第二掌骨桡側穴位按摩法,即用拇指以穴位為圓心的圓周揉動,順時針或逆時針均可,按壓要有力,局部感覺酸、疼、麻、脹,每次按壓 5 分鐘為宜。對牙痛、頭痛、失眠、嘔逆、胃腸痙攣、腹脹、痛經、尿瀦留及由於手術的強迫體位而引起的頸、肩、腰、腿疼痛均有較滿意的效果。

病例 1: 柴××, 女性, 40 岁, 诊断: 左侧乳腺癌, 手术前心情特别紧张, 心悸, 失眠几天。检查: 心电图及其它均正常。笔者在安慰病人时, 分别按摩病人左右手的第二掌骨桡侧的心穴, 使其有酸、麻、胀、痛感觉, 5 分钟后, 病人安静入睡, 直致手术正常进行。

病例 2: 李××, 女性, 45 岁, 诊断: 多发子宫肌瘤, 手术后第三天突然呃逆不停, 以至伤口疼痛。查: 腹软、已排气、伤口无血干燥, 属“膈肌痉挛”。笔者嘱病人深呼吸时, 分别按摩病人左右手的第二掌骨桡侧的胃穴, 使其有酸、麻、胀、痛感觉, 5 分钟后, 病人呃逆停止, 安静休息。

病例 3: 吴××, 24 岁, 女性。诊断: 孕 36 周临产, 骨盆狭窄, 行剖腹产手术后 48 小时仍未排气, 病人感腹部胀气而致伤口疼痛。

笔者嘱病人右侧卧位后,再分别按摩病人左右手的第二掌骨桡侧脐周穴使其感酸、麻、胀、痛难忍,再加压按 5 分钟后,病人自行排气,腹胀消失,安然入睡。

病例 4:章××,女性,26 岁,诊断:孕 36 周临产,因宫缩无力行胎头吸引术后,由于产时儿头压迫膀胱,而致膀胱平滑肌麻痺引起尿潴留,病人感小腹胀痛难忍,呻吟不止,笔者分别针刺病人左右手的第二掌骨桡侧腰穴,因腰穴主肾、膀胱、子宫、小肠管,针刺使病人有局部酸、麻、胀、痛感觉后,留针 40 分钟,病人自行排尿 1000ml,感腹胀消失。

病例 5:李××,女性,32 岁,诊断:卵管阻塞,行输卵管吻合变通手术时,麻醉为局麻加强化,但由于病人对麻药不敏感,而使麻醉失败,术中腹肌紧张,子宫及输卵管牵拉痛及难配合进行。笔者在安慰病人时,分别按摩及针刺病人左右手的第二掌骨桡侧腰腹穴 15 分钟后,病人安静入睡,腹肌也松弛了,使手术进行及顺利。

体会

张氏穴位全息律是一种不同于传统经络的穴位分布的新形式,经临床实践验证确实存在,而且第二掌骨桡侧是人体较小的节肢,应用起来比其它节肢方便,虽暴露于身体外面,又易于掌握,在理论与临床实践上均有重要意义,特别是张教授的全息胚疗法广泛应用于临床手术病人的护理工作中,能为病人解决痛苦,效果满意,值得推广。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]张颖清,生物全息律,自然杂志,1981 年,第 4 期。

生物全息疗法治疗 88 例 疑难杂症的临床体会

张茂林

(中医研究院广西民族医学研究所临床部)

我自 1990 年以来学习应用山东大学张颖清教授的生物全息疗法,治疗子宫肌瘤 15 人、乳腺增生 20 人、卵巢囊肿 17 人、病后失语五年 1 人、偏瘫 30 人、颈椎增生 5 人共 88 人,平均总有效率 92.4%。

一、临床资料

资料来源均是门诊。男 36 人,女 52 人。年龄最大 77 岁,最小 14 岁。病程最长 12 年,最短 15 天。

二、治疗方法

在第二掌骨侧全息胚穴位群探找最敏感的痛点进针治疗,留针 20~30 分钟,保持强刺激。7 天一疗程,休息 3 天,再继续治疗。

表 1 88 例疑难症患者治疗效果统计

病名	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
子宫肌瘤	15	11	1	2	1	
乳腺增生	20	15		5		
卵巢囊肿	17	13		2	2	
病后失语	1		1			
颈椎增生	5	3		1	1	
偏 瘫	30	15		12	3	
合 计	88	57	2	22	7	92.4%

三、典型病例

例 1: 陈桂中, 男 45 岁, 香港工作(广州天河区天河村人)。颈肩疼痛五年, 头昏、头痛, 双肩麻木, 活动受限, 胸前区闷胀。1993 年 10 月 15 日回广州探亲由其爱人引来诊治。CT 片号 3666。颈 4—5 椎增生。首先用中草药活血化瘀, 通经活络, 外用一周, 效果不佳。后改用生物全息疗法。在第二掌骨双侧颈穴、肱骨节肢双侧上肢穴、胫骨双侧肾穴, 用生物全息治疗仪强刺激电疗 7 天。并嘱其回家每天俯卧按摩阿是穴、风池、肩井穴 10 分钟。结果疼痛麻木有明显减轻, 患者信心百倍。每天按时按穴继续按摩。一疗程 7 天, 共 14 天。一切症状消失。痊愈。

例 2: 苏某, 男, 62 岁, 广州铁路局法院离休干部。1993 年 8 月中风, 右侧半身不遂。进铁路中心医院留医二周, 后又转广州脑血栓防治中心医院留医 20 多天, 未见好转。该院诊断: 脑血栓。1993 年 9 月经医院同意, 患者处来人求医出诊, 每隔日来车接我入院治疗。查: 患者病状右侧半身不遂, 口流清涎, 言语不清, 丧失活动力, 饮食困难, 舌有紫色瘀点, 舌向右侧歪斜, 病情严重。我觉得希望不大。我没有信心给其治疗。但其家属迫切要求尽量挽救治疗。我采用张氏理论, 选取第二掌骨侧头穴、肱骨节肢双侧上肢穴、下肢取双侧下肢肾穴, 进针强刺激, 留针 50 分钟。一周后, 患者精神好转, 能进食一碗稀饭, 唾涎停止, 可扶起坐在床边。休息三天后, 改用生物全息治疗仪治疗, 按原方法, 下肢双侧另增加肝穴。电疗一周。症状大有改善, 手可举至头, 言语稍为清楚。不需拐杖可以慢步行走几十米远。全家高兴, 要求出院回家疗养。

例 3: 刘英, 女, 27 岁。广州海丰医院职员。已婚, 3 年未孕。平素经来块状色黑, 下腹隐痛, 白带较多, 月经失调。1993 年 7 月 19 日来诊。经 B 超检查: 子宫发育正常。右下腹输卵管处有 4.8×3.5 cm 囊肿。转中医专家门诊治疗。我用生物全息疗法, 选取肱骨节肢下腹穴, 胫骨节肢下腹穴、肾穴, 同时进针。治疗 15 分钟后, 感觉

下腹有發熱感。留針 30 分。因其要求回院上班,故只好教她自己按我扎針的穴位每天按摩強刺激 10 分鐘,不需服藥。但每隔 3 天需要來電療一次,堅持一個月。結果經停,有想嘔不適感。1993 年 9 月 10 日,二診。主訴:下腹疼痛已無,白帶減少,停經 40 天。經本院尿妊娠試驗陽性。我不信其言,令作 B 超重檢,確實輸卵管區縮小 1/2,已早孕。

例 4:劉棟華,男,14 歲,廣州市白雲區人。1993 年 10 月 24 日來診。不會說話,其父代訴。1988 年因受風寒,感冒、發燒,到醫院治療。感冒好了,但不知因何故就不能說話了。雙手顫動,精神痴呆,飲食不好,身體較差,曾在廣州市各大醫院治療,仍未有效果。又經 B 超、CT 檢查,大腦、內臟未發現異常。其父說“昨日開會,聽眾人議論邊防局門診有位醫師用所謂生物全息療法治療各種疑難雜症效果好,我抱著一線希望來尋醫。”查患者精神痴呆,健康狀況一般,脈平,舌質淡紅,難以診斷病因病根。用生物全息診療法,在第二掌骨側探索按摩心肺穴胃穴均有強刺激反應感,在肱骨節肢按摩,同名穴位有同樣穴位壓痛反應。即在雙手第二掌骨側心肺穴、肱骨節肢胃穴、下肢足三里穴進針。不到 3 分鐘,患者即能發音叫“爸爸痛啦。”周圍在座候診的患者異口同聲贊我是神針。10 月 26 日二診患者精神舒暢說話基本清楚,手顫消失,神態痴呆改善。繼續按原方原法取穴進針強刺激,留針 30 分,獲痊愈。

參 考 文 獻

- [1]張穎清,生物全息診療法,山東大學出版社,1987 年。

全息穴区注射疗法在临床上的应用

徐三文 汪厚根

(湖北省鄂州市康复医院)

张氏穴位全息律^[1]的提出给针灸临床开辟了一个全新的研究领域。笔者自 1993 年以来,运用其理论指导针灸临床工作,治疗多种疼痛性疾病,取得了较好疗效,深受患者的欢迎。其中全息穴区的药物注射疗法效果更为满意。现报告 223 例资料如下,总有效率为 96%。

一、一般资料

本组 223 例中,男性 98 例,女性 125 例,年龄 26~72 岁之间,病程最短 1 小时,最长 30 余年。主要病种有:颈椎病、颈肩综合症、头痛、偏头痛、胃病、急性腰扭伤、慢性腰肌劳损、坐骨神经痛、风湿性关节炎、肺癌等九种病症,且均为门诊病人。

二、诊断方法

运用中国山东大学全息生物医学研究所生产的 ED-I 型生物全息电图诊断仪予以诊断。必要时可配合其他检查以明确诊断。

三、治疗方法

选好穴区和药物(一般常用药物有 654-2、麝香针剂、当归针剂、维生素 B₁₂、普鲁卡因等)后,再根据所选穴区和药量的不同选择注射器和针头。局部皮肤常规消毒后用无痛快速进针法将针刺入皮下组织,然后缓慢推进和上下提插,探得酸麻胀痛等强烈针感后,回抽无血,即可将药物推入穴区。其速度可根据病情的性质和

患者的实际情况而定。注射药物多少亦作灵活掌握,一般第二掌骨侧缘每穴可注 0.5~2ml,桡、胫骨侧缘等肌肉丰厚处可注射 1~5ml,刺激性较强的药物(如麝香)可适当少量。注射完毕后,快速拔针,用药棉按压片刻即可。一般隔日一次,反应强烈者可间隔 2~3 日一次,或可作掌骨、桡骨、胫骨侧缘等同一穴区交替使用。7 次为一疗程,两疗程间无需间隔。

四、疗效标准

1. 痊愈:经全息穴区封闭后,症状及其阳性体征完全消失,功能恢复正常,3 月内未见复发。

2. 显效:经治疗后症状基本得以控制,疼痛消失,功能状态基本恢复正常。

3. 有效:经治疗后症状及阳性体征有好转,功能状态有改善者。

4. 无效:经多次治疗诸症仍无改善者。

五、治疗结果

经穴区封闭治疗后 223 例中,痊愈 172 例,占 77%;显效 35 例,占 16%;有效 7 例,占 3%;无效 9 例,占 4%。总有效率 96%。(详见表 1)

六、典型病例

1. 骆××,女,42 岁,农民。1993 年 12 月 5 日来诊。诉左侧头痛如针刺,伴耳鸣头晕,目眩多梦,口干口苦。用全息诊断仪查见头颈区有明显的大幅度的波峰曲线,测其第二掌骨侧头穴区压痛敏感。用 5ml 注射器吸取 654-2 针剂 10mg,将两侧第二掌骨侧头穴常规消毒后作穴区封闭,以有强烈刺激感向上放射后快速推入药物,每穴 5mg,针后令其深吸气,5 分钟后疼痛明显好转,经治 5 次后诸症消失。令其出院后作经常性的全息穴区按摩,随访三月未见复发。

2. 余××,男,50 岁,干部,1994 年 3 月 8 日就诊。诉颈项强直

疼痛 3 年余,近日来加重且见双手拇指麻木,时觉有手套样或袜子样感觉,偶见头晕失眠。经他院放射科检查见 C₂—C₅ 椎体后缘有明显的唇样骨质增生,诊为:颈椎病(神经根型)。用麝香配当归针剂作两侧第二掌骨侧颈区注射,每穴 2ml,隔日一次,10 次后麻木疼痛诸症消失,颈项强直明显好转,令其回家后配合功能锻炼,随访未见复发。

表 1 全息疗法 223 例疗效统计

病 名	总例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率%
颈椎病	82	78	3		1	98.8
颈肩综合症	21	17	2	1	1	95.2
头痛偏头痛	9	5	1	1	2	77.8
胃病	5	2	2	1		100
急性腰扭伤	12	10	2			100
慢性腰肌劳损	43	30	7	3	3	93.0
坐骨神经痛	23	17	5		1	95.7
风湿性关节炎	27	13	12	1	1	96.3
肺 癌	1		1			100
合 计	223	172	35	7	9	96.0

3. 晏××,男,64岁,农民,1994年5月21日来诊。诉胸闷、胸痛两年。查诊为肺癌。近因天气变化而见疼痛加重,难以忍受,咳嗽及不能深吸气,气息急促,不能平卧,盗汗偶有咯血。今由其子前来要求出诊。诊之见第二掌骨侧肺区及双胫骨侧缘肺区有明显压痛,按压时其酸麻感向胸部放射,即用 654-2 针剂 10mg,地塞米松 20mg 作四穴区封闭,针后令其呼吸,见疼痛缓解,嘱其用全息治疗机长期治疗,间隔 2~3 天穴位注射一次,配用含全息胚分化促进剂中药内服,半月后诸症有明显好转,疼痛消失,至今尚在。

七、讨论与体会

经临床实验观察,全息穴区注射,具有取穴少、穴区刺激时间长、镇痛作用迅速、疗效持久等特点,且简单易行,适应症广,经济实用,无毒副作用。且药物本身亦有治疗作用,故而常能加强疗效。为了能更准确有效地治疗疾病,全息穴区封闭还必须注意以下几点:

1. 全息穴区的准确选取应遵循张氏^[1]的四个原则,即:部位对应原则、同侧对应原则、脏腑所主对应原则、少针穴准原则。

2. 在穴位注射操作前应向患者作好解释工作,以消除顾虑,保证良好的心理状态。

3. 在其操作过程中应严格遵循无菌原则,防止感染,如出现局部红肿发热及疼痛时应及时处理。

4. 治疗时必须严格依病掌握药物的选用与配伍,剂量的大小以及治疗的时间和强度。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987年。

姜隔灸在生物全息疗法中的应用

张佑新 主治医师 迟艳富

(济南军区空军司令部门诊部)

自 1991 年 6 月至 1993 年 6 月,我们应用了山东大学张颖清教授发明的生物全息诊疗法(第二掌骨侧诊疗法,其它各节肢的生物全息诊疗法),在临床中诊断和治疗头痛、头晕眼花、腰痛、腿痛、失眠、胃痛、痢疾、厌食、呕吐、挫伤等 10 余种疾病,获得了满意效果。现介绍如下。

1. 一般资料

本组病例共 1000 例,男性 770 例,女性 230 例,年龄最小 2 岁,最大 79 岁。平均年龄为 39.2 岁。

材料:药艾条和鲜姜数片。

2. 治疗方法

医生和患者相互对坐体位适当。医生用左手测患者右手第二掌骨侧的各个全息穴位。从全息穴位的头穴到足穴,逐一用等同压力进行测试。若某一穴是压痛点,则表明此穴对应脏腑有病。若左侧第二掌骨侧穴位压痛较右侧明显,则说明左侧疾病重于右侧,反之右侧疾病重于左侧。若全息穴位群的穴位无压痛,则说明相对应脏腑无病。在治疗过程中,停止使用任何药物。在压痛穴位先轻压揉 5 分钟,使病人感到有酸、麻、胀感觉为佳,然后在相应压痛穴位上放上鲜薄姜片,再用药艾条熏灸 20 分钟,以患者感到温热为度。每天两次。

3. 治療結果

本組共計 1000 例患者,治療時間最短 1 次,最長 20 次,平均用 6 天,總有效率為 96%,其中治愈率為 58.2%,收到了良好的效果。

4. 典型病例

王××,女,40 岁。经常头昏昏沉沉,并伴有头痛 2 年。作 CT 检查未见脑病变,脑电图也正常,服用脑复康、复合维生素、谷维素,不见效。后来我院治疗,经测右侧、左侧两侧第二掌骨侧胃穴均有明显压痛。先轻揉双侧胃穴 5 分钟后,患者自觉头不那么疼痛了。再用姜隔艾灸胃穴 25 分钟后,患者说头不沉不重不痛了,有一种非常轻松的感觉。连续治疗 3 天患者完全治愈。半年后再随访,患者说已恢复健康。

张××,男,50 岁。患有季节性顽固性腹泻 3 年。3 年前因喝酒吃肉不慎泄痢,在省级医院服用痢特灵、复方新诺明、注射庆大霉素,还是泻不止。每年夏季,经常腹泻。后经人介绍来我院治疗。经全息检查胃穴压痛敏感。先在他双侧胃穴轻揉压 5 分钟,再用艾灸隔鲜姜片灸之,三次后则泻止。半年后随访再也没有发生腹泻。

应用全息胚诊疗法一次见奇效医案 5 例

张希华 主治医师 宋炳红 护师

(山东省临沂市市直机关医院)

摘要 张颖清教授创立的生物全息诊疗法具有广泛的适应性。本文运用第二掌骨侧针刺等生物全息疗法治疗 5 例西药治疗效果不佳的较疑难病症,仅一次治疗即取得神奇疗效。

关键词 全息胚疗法;医案

根据山东大学张颖清教授创立的全息生物学理论^[1]及其发明的“全息胚诊疗法”^[2],我们除了诊疗常见病以外,有意识地诊治一些较为疑难的病症,也取得了意想不到的神奇效果。下面是我们治疗一次见奇效的 5 例医案。

病例 1:邱×,女,24 岁,山东省临沂地区邮电局职工。1994 年 5 月 6 日初诊。主诉:因忙于结婚,劳累过度心慌 2 个星期,时好时犯,在单位医务室治疗,口服心得安、安定等药物,治疗效果欠佳。心电图示:窦性心动过速,每分钟 130 次。选取第二掌骨侧肺心穴、肾穴,针刺深 1 寸,进针 10 分钟,患者心率降至 120 次/分;20 分钟降至 90 次/分;40 分钟时降至 78 次/分,起针。嘱其次日复诊。第二天患者一进医疗室便高兴地说:“大夫,我从昨天起针到现在没吃药,心一点儿也不感到慌了,您的针法真奇妙!”

病例 2:李×,男,64 岁,原山东省临沂地区民政局局长,离休。1994 年 3 月 2 日,因牙痛服消炎与止疼药物,疼仍不止。友人介绍来我诊室治疗。我们选取第二掌骨侧左手头穴、肝穴,准确进针 10

分钟,牙痛止。次日复诊,患者说:“牙已经不痛了,但还有一个病,右手不自主震颤,越是情绪紧张,震颤就越明显,能否诊治?”我们即选取右手第二掌骨侧肝穴、肾穴,准确针刺后留针45分钟。次日来告诉,从起针到现在24小时内,未见震颤发作。2个月后随访未见复发。

病例3:王××,男,66岁,原临沂地区行署办公室行政科科长,退休。1994年2月19日初诊。主诉:右侧面部痉挛性疼痛,日发数次,痛如刀割,食卧不安,痛苦难忍,达2个星期之久。口服止痛片也无济于事。笔者取第二掌骨侧左手头穴斜刺、肝穴直刺,准确进针,针深约0.8寸,患者自觉酸麻、胀痛感时,接以电脉冲,留针35分钟,上述症状消失。次日回告痊愈。3个月后随访,病未复发。

病例4:李××,77岁,山东省临沂地区原卫生局局长,离休。1994年3月3日来我院求诊。主诉:患腰椎间盘突出症15年,近期左下肢疼痛,从臀部放射至足跟,发作时触电样,不能行走,其老伴陪同前来就诊。取传统环跳穴,胫骨内侧左下肢腰穴,准确进针后留针40分钟,接通电脉冲以助行针。起针后即自行下三楼。数日后回告,一针见效。4个月后随访,病未发作。

病例5:梁×,女,21岁,临沂地区地直医院医务工作者。1994年4月19日初诊。主诉:下腹痛、腹泻1月余。每天早晨5时左右,腹中雷鸣,继则疼痛,随即有便意,速去蹲厕所,稀便后,疼痛缓解。口服多种抗菌素好转,停药即发。选取第二掌骨侧右手胃穴、下腹穴,准确进针,留针45分钟后起针,嘱其次日再诊。第二天上班后患者走进医疗室,高兴地说:“今天早晨肚子没有疼,也没有拉稀。”3个月后随访,病未发作。

参考文献

- [1]张颖清,《全息生物学》上册,高等教育出版社,1989年。
- [2]张颖清,《生物全息诊疗法》,山东大学出版社,1987年。

生物全息疗法临床实践体会

姜会东

(中州铝厂职工医院,河南新乡)

做为一名麻醉医生,以往为解除病人疼痛,常用方法为“神经阻滞”。但这一方法有相对禁忌症,合并症,有时还会给患者造成不能挽回的损失。随着张颖清教授的生物全息疗法的问世,本门诊采用此疗法作为疼痛患者的首选方法,在临床应用中,生物全息疗法不但能止痛,能逐渐解决其它科室长期所无法治愈的疾病,并且无任何创伤,易被人们接受。两年来本门诊用全息疗法,治疗千例各种各样的疼痛病人,如神经性头痛、肩周炎、慢性咽炎、血管性头痛、扁桃体炎、阑尾炎、胸背痛、肝区痛、胃痛、胃下垂、颈淋巴结肿痛、乳腺炎、乳房小叶增生,急性腰扭伤、腰腿痛、坐骨神经痛、以及脑血管意外所致的偏瘫,外伤所致的截瘫,月经失调、闭经、痛经、更年期综合症、癌痛等,总有效率占 87.9%,无效占 12.1%。

典型病例

方某,女,36岁,双乳小叶增生,疼痛。接受生物全息疗法治疗,两个疗程后肿块消失,疼痛解除,随访至今无复发。

孟某,男,57岁,肩周炎数年。多次中西医、物理疗法治疗效果不理想,生物全息疗法治疗两次痊愈,功能恢复正常。至今无复发。

赵某,女,44岁,本厂干部,腰痛数年,X线诊断为“骶椎隐裂”,多次中西药和其它疗法治疗效果不佳,经济损失几千元之多。本人产生轻生念头。现抱着试一试的想法来疼痛门诊接受治疗,用

生物全息疗法针灸,刚刚刺入全息穴位,病人疼痛立即缓解,3个疗程腰痛基本痊愈,至今无复发。

杨某,女,51岁,农民,腿痛两年。经省医院诊断为“坐骨神经痛”,治疗效果不佳。后来经人介绍来我院疼痛门诊治疗。用生物全息疗法,疼痛缓解;连续治疗两个疗程,大有好转;休息一周,又继续治疗两个疗程,基本痊愈。至今无复发。

徐某,男,40岁,本厂干部。腰痛长达3年之久,治疗花费上千元不见好转,来疼痛门诊接受生物全息疗法治疗,共治疗4个疗程,基本痊愈,至今无复发。

疗效标准

特殊病历随访,常见病不随访,一般随访3至6个月。痊愈:治疗后症状消失无复发。显效:治疗后,症状明显减轻,3个月内病情无大复发。有效:治疗后,症状不同程度减轻。无效:治疗后,症状无改善,第一次针刺无效者即放弃本疗法治疗。

体会

本疗法经临床实践验证,确实优于传统经络针灸。见效快,用针少,选穴少,简便易行治疗不受条件限制,无合并症,安全可靠。

生物全息诊疗法在外科临床的应用

王绍隆 张明军 王秀庭

(胜利油田卫生学校)

摘要 本文报告了用生物全息诊疗法治疗外科病人 158 例, 其中治愈和有效者 154 例, 占 97.47%; 无效者 4 例, 占 2.53%, 效果满意。此种疗法已为外科疾病的治疗提供了新途径。

关键词 生物全息诊疗法; 全息胚; 外科疾病

1988~1995 年 5 月, 我们用张颖清教授发现的生物全息诊疗法^[1]诊治外科常见疾病 10 余种, 共 158 例病人。其中治愈者 97 例, 占 61.39%; 显效 42 例, 占 26.58%; 好转 15 例, 占 9.49%; 无效 4 例, 占 2.53%。总有效率为 97.47%, 效果满意。见表 1。

典型病例

例 1: 高××, 女, 41 岁, 农民。经临床查体及 X 线拍片诊断为腰椎间盘突出症。曾口服止痛药物、牵引治疗, 效果差。检查双侧第二掌骨侧腰穴压痛敏感。选用右手第二掌骨侧腰穴, 用 26 号 1 寸针灸针快速垂直进针 2cm, 捻转并提插, 中强刺激 3 分钟, 并嘱病人平卧位做挺胸收腹拔伸脊柱活动。治疗 3 周后, 病人腰腿痛症状消失, 在家能胜任一般农活劳动。4 年后随访, 病情未见复发。

例 2: 田××, 男, 40 岁, 工人。在劳动时抬铁管子不慎腰扭伤 1 小时后就诊。病人腰区疼痛, 不能活动, 不敢深呼吸, 呻吟不止。查双侧第二掌骨侧腰穴压痛明显, 选用左手第二掌骨侧腰穴, 用 26 号 1 寸不锈钢针灸针快速垂直进针 2cm 左右, 捻转加提插中强

刺激,并嘱病人逐渐地适当活动腰部,经3分钟治疗,病人腰痛症状完全消失,活动如同平时,一次治愈。

表1 生物全息疗法治疗外科疾病158例资料

病名	治愈(%)	显效(%)	好转(%)	无效(%)	合计	有效率(%)
腰椎间盘突出症	2(14.21)	6(42.86)	5(35.71)	1(7.14)	14	92.86
腰扭伤	22(88)	3(12)			25	100
颈椎病	4(25)	6(37.5)	4(25)	2(12.5)	16	87.5
落枕	10(100)				10	100
肩周炎	32(91.43)	2(5.71)	1(2.86)		35	100
急性胆囊炎	4(25)	10(62.5)	1(6.25)	1(6.25)	16	93.75
肠痉挛	9(81.82)	2(18.18)			11	100
痔	8(53.33)	4(26.67)	3(20)		15	100
脱肛	1(50)	1(50)			2	100
肛裂	2(66.66)	1(33.33)			3	100
遗尿症	3(100)				3	100
骨折后疼痛		7(87.5)	1(12.5)		8	100
合 计	97(61.39)	42(26.58)	15(9.49)	4(2.53)	158	97.47

例3:王××,男,25岁,农民。遗尿症多年,曾口服中草药及西药治疗,效果均不满意。查体发现双侧第二掌骨侧腰穴压痛,选用左侧第二掌骨侧腰穴,用26号1寸不锈钢针灸针快速垂直进针2cm左右,强刺激3分钟。每日一次,共治疗两次,尿床症状完全消失,2年后随访,无复发。

例4:田××,女,42岁,干部。右髌骨骨折2小时,患肢剧痛难忍,活动受限,难以配合手法复位、石膏固定。查体发现双侧第二掌骨侧腰、足穴间压痛敏感,取右侧第二掌骨侧压痛点,用26号1寸针灸快速进针2cm,捻转提插,中等刺激2—3分钟后,疼痛症状明显减轻,顺利配合治疗,针后12小时内,患肢疼痛症状轻微。

例 5: 刘××, 男, 48 岁, 农民。右肩周炎已 1 年, 右肩活动受限, 外屈难达 90 度。选用左腿胫骨外侧颈、胸穴交界处, 用 28 号 2 寸针灸针快速垂直进针 4cm 左右, 提插捻转强刺激, 并嘱病人做患肩内旋外展及旋转活动, 每次治疗 5~6 分钟, 经两次治疗, 病人右肩痛及活动受限症状消失, 患肩外展达 90 度并活动自如。

例 6: 郭××, 女, 67 岁, 退休家属。上腹部隐痛 1 月余, 阵发性剧痛 5 小时, 急诊科诊断疑为冠心病、心绞痛, 病人不愿住院治疗。查体发现双侧第二掌骨侧肝穴压痛敏感, 心穴处压痛不明显, 初步诊断为胆囊炎、胆绞痛。取右侧第二掌骨侧肝穴, 26 号 1 寸不锈钢针灸针快速垂直进针 2cm, 轻微捻转 5 分钟时, 病人腹痛症状明显减轻, 留针 40 分钟, 并配合口服抗生素治疗, 经针刺 2 次治疗后, 病人腹痛症状完全缓解。后经 B 超检查证实病人胆囊壁肥厚, 诊断为慢性胆囊炎急性发作。

例 7: 王××, 女, 42 岁, 工人。肛门周围疼痛、便血 5 年, 加重 3 天, 临床诊断肛裂。检查发现双侧第二掌骨侧胃腰穴间压痛明显, 取右侧第二掌骨侧压痛点, 26 号 1 寸不锈钢针快速垂直进针 2cm, 捻转提插, 强刺激 3 分钟, 并嘱病人做肛门括约肌的收缩运动, 经第一次治疗后, 便血症状减轻。次日改用桡骨侧胃腰穴间敏感点, 用 28 号 2 寸不锈钢针灸针快速垂直进针 3cm 左右, 捻转提插强刺激 3 分钟, 嘱病人收缩肛门括约肌运动。治疗结束后, 病人感到肛门括约肌自发性规律收缩并且感受良好。经第二次治疗后, 病人便血及疼痛症状完全消失。

讨论

1. 张颖清教授发现的以第二掌骨侧的穴位群为代表的微针系统及其揭示的人体穴位分布的全息律^[1]是人类医学史上的一个重大发现。无数的事实和大宗病历的报道^{[1][2][3]}证实了该理论的正确性。它已成为人类用来治疗疾病、预防疾病、保持健康长寿的重要途径。止血、止痛、恢复器官的正常功能是临床外科医生努力急

需解决的重要问题,从本文提供的资料及其他作者报道的资料^[3]来看,生物全息诊疗法已为该领域提供了最好的有效途径。为了在短时间内取得最佳治疗效果,我们的体会是,该方法应与其他一些行之有效的治疗方法联合应用。例如,属运动系统疾病应辅以合适的功能锻炼,属炎性病变应配合应用抗生素。

2. 全息胚学说所揭示的人体任一节肢或其他较大的相对独立的部分是有着统一属性的结构和功能单位,它包含人体各个部位的生物学性质的信息。^[2]我们的体会是,同一种疾病在人体上的不同节肢上敏感点的敏感程度不同,同一病人在不同的时期这种程度亦有变化。在各个全息胚中,一定存在着一个最佳的选择点。不少的作者报道了同一种疾病而选用了不同节肢上的全息胚穴位^[3]。例如,急性腰扭伤,有的在第二掌骨侧选穴,亦有的将穴位选在桡骨侧,还有的选在肱骨侧。本文资料例7显示,同一病人选用不同节肢上的相关穴位,取得了不同效果,可能提示选用最佳的全息胚穴位来治疗疾病是一个有意义的问题。探讨和筛选治疗穴位,把握其中变化规律,是医务工作者共同努力的方向。

3. 张颖清教授提出的全息胚学说已经在世界各国多个领域开展了广泛的应用,特别是在医学上,已取得了辉煌的成就。大量的事实显示了这一伟大学说的强大生命力和广阔的发展前景。这是一个划时代的发现。但是,就现有情况来看,这一学说的作用远没有得到充分发挥。为了将这一成果更加广泛地造福于人类,各级行政长官、政府部门及相关研究部门应积极推动这一理论和方法的推广。不仅要在现有的医疗卫生专业人员中推广应用,而且还应在各类医学院校中,将该学说纳于正规的教育中。

参考文献

- [1]张颖清主编,全息生物学研究,山东大学出版社,1985年,22页。
- [2]张颖清,全息生物学,高等教育出版社,1989年版,77页。
- [3]张颖清主编,全息胚学说医学应用,高教育出版社,1992年中文版。

应用生物全息诊疗法的总结和体会

种金镇 主治医师

(河南省商丘市机械厂职工医院)

自 1990 年至 1993 年 12 月,我运用张颖清教授生物全息诊疗法^[1],通过针刺第二骨侧、桡骨节肢、胫骨节肢的全息穴位,治疗疾病 914 例,总有效率达 96% 以上,痊愈率达 57% 以上。实践证明运用生物全息疗法对偏瘫,失眠,脑血栓,类风湿性关节炎,风湿性关节炎,急慢性胃炎及各种原因引起的疼痛,均有良好的疗效。现将资料较为完整的 914 例总结报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料。914 例患者中,男性 483 例,女性 431 例,年龄最小半岁,最大 68 岁,病程 1 天~3 年,病种 27 种(详见表 1)。

2. 治疗方法

(1)取穴:以第二掌骨侧、胫腓骨、桡骨节肢的穴位应用最多,取穴原则以部位对应原则和脏腑对应原则为主。取穴数目一般为 1~2 个穴位,一般采用测量法和压痛点法取穴。

(2)针具:全息针刺一般选用 28 号 1 寸或 1.5 寸毫针。

(3)方法选择:大部分运用全息针刺,部分不能针刺者采用全息穴位按摩,全息针刺和全息穴位按摩均是每日一次,7 天为一疗程,全息针刺每次留针 45 分钟至 1 小时,全息穴位按摩每次按 300~500 下。

3. 疗效判定标准:痊愈,症状完全消失,阳性体征基本消失。显效,症状大部分或显著减轻,阳性体征显著减少,功能有显著提

高。有效:症状与体征都有程度不同的明显减轻。无效:症状与体征无明显变化或减轻不明显。

4. 疗效:914例中,治愈521例,占57%;显效316例占34.5%;好转46例,占5%,无效31例,占4%。总有效率96%。

表1 生物全息诊疗法治疗27种疾病914例疗效分析

病名	总例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
高血压	22	4	1	5	4	81.8%
血管性头痛	56	31	18	2	5	91.1%
神经性头痛	50	10	25	10	5	90%
眩晕	24	5	13	2	4	83.3%
冠心病	30	2	23	5		100%
急性胃痛	64	58	2	2	2	96.9%
隔肌痉挛	30	24	2	2	2	93.3%
脑血栓形成	10	2	4	2	2	
急性气管炎	36	18	15	2	1	97.2%
风湿性关节炎	54	23	27	2	2	96.3%
网球炎	20	10	7	1	2	90%
肩周炎	45	20	23	2		100%
坐骨神经痛	68	30	32	4	2	97.1%
腰扭伤	175	144	31			100%
落枕	64	41	23			100%
胸胁岔气	10	10				100%
肋间神经痛	8	8				100%
咽炎	20	10	5	5		100%
急性扁桃体炎	14	8	6			100%
牙痛	21	10	11			
荨麻疹	8	4	4			
小儿腹泻	10	6	4			
尿道炎	5	2	3			
乳腺炎	20	8	12			
下肢麻木	10	3	7			
腓肠肌痉挛	30	20	10			
踝关节扭伤	10	10				
合计	914	381	231	41	31	96%

二、典型病例

病例 1:许××,男,54 岁,就诊日期 1992 年 12 月 25 日。患者时感胸闷、胸疼。近几天发作频繁,每次持续几十分钟,服用硝酸甘油、消心痛可以缓解,但无法治愈,特来就诊。经查心电图报告(1)窦性心律(2)房室传导阻滞(3)慢性冠状动脉供血不足。诊断:心绞痛,房室传导阻滞。治疗:停用药物,针刺第二掌骨侧心肺穴,1 次后胸闷胸痛明显减轻,一个疗程后胸闷胸痛完全消失,心电图 T 波有明显改善,随访一年未复发,已恢复正常工作。

病例 2:乔××,男,52 岁,就诊日期 1992 年 3 月 12 日,患者以往有高血压病史,近日头痛眼晕,经查血压 180/110mmHg。治疗:针第二掌骨刺头穴肝穴。一次后头晕痛大减,经针 3 次后血压降至 150/90mmHg,一个疗程恢复工作,经一年随访,至今血压正常。

病例 3:闫××,男,53 岁,就诊日期 1992 年 10 月 20 日。患者腰腿疼 25 年,近日因劳累而加重,疼痛不能翻身,走路艰难,痛苦万分。经查腰腿点压痛明显,经全息针刺腰穴和双腿穴 1 个疗程后疼痛明显减轻,生活可自理。2 个疗程后症状完全消失,恢复正常工作。

病例 4:马××,男,35 岁,就诊日期 1994 年 8 月。患者打篮球扭伤腰部,由同伴扶着来就诊,经查访为腰肌扭伤,全息穴位腰穴压痛明显,针刺腰穴,10 分钟即可活动腰部,1 小时后腰痛完全消失。

病例 5:杨××,女,44 岁,就诊日期 1991 年 10 月 15 日,患者突发胃痉挛,疼得冷汗直淌,在床上打滚,笔者应邀前去就诊,经查属胃痉挛,全息穴位压痛明显,针刺全息穴位胃穴,10 分钟后疼痛缓解,留针 1 小时症状消失,随访一年未复发。

三、体会

1. 生物全息诊疗法是一种建立在现代生物学基础上的现代针

灸,为传统的中医针灸学的应用和发展开辟了更加广阔的前景,增加了穴位的数目,完善和发展了传统的针灸学。

2. 生物全息诊疗法理深、法简而疗效甚高,经济安全实用,易学易记,诊法不受时间条件限制,既可治别人也可自治,有很大应用推广普及的价值。

3. 生物全息疗法的机理在于调整和修复各种异常和损害,因此对各种疼痛性、功能性、失调整性疾病见效极快,疾病越早治愈率越高,治疗中应找准穴位,留针的时间长效果才好。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

足部、胫骨侧全息反射区指 压术治疗 46 种慢性病

马东华 吕志刚

(宁夏科委全息生物学课题组)

雷光礼

(宁夏农学院医院)

李立梅

(宁夏医学院中医系)

全息生物学^[1]是我国学者山东大学张颖清教授于 80 年代初提出并创立的。全息生物学中的生物全息诊疗法^[2],对加速实现世界卫生组织提出的 2000 年人人享有卫生保健的宏伟目标有重要意义。足部反射区健康法,是生物全息现象特例之一,疗效显著,简便易行。为许多人解除了病痛。现将部分病例总结如下。

临床资料

1. 详见表 1。

2. 保健方法:

检查:运用生物全息诊疗法和足部反射区检查相结合。生物全息诊疗法选用人体任一具有诊疗价值的全息穴位系统迅速诊病。全息穴位系统包括人体任一节肢或其他较大的相对独立的部分,以长骨节肢全息胚中的第二掌骨侧和胫骨侧穴位系统应用最多。

取穴(区):一般采用压痛点法、无痛诊断法相结合确定应选取穴区。取穴原则以部位对应原则、同侧对应原则、脏腑所主对应原

则、少穴原则为主。取穴数目在长骨节肢以1~2个穴位,较常加用不同节肢的同名穴位;在足部以重点加强为主。足部按摩一般在按摩之初和按摩的最后,要按摩肾、输尿管、膀胱反射区。基本反射区包括肾、输尿管、膀胱、脑垂体、脾、胸腺淋巴、上半身淋巴、下半身淋巴等反射区。重点反射区根据患者具体情况而定。

方法选择:长骨节肢全息胚中每个穴位按摩30~50次,足部全息反射区每个穴区按摩15~30次。足部、胫骨侧全息反射穴区按摩一般每日一次,每次按摩30~40分钟,十天为一个疗程。

3. 保健效果判断标准:显效,2~3个疗程以内症状大部分消失或显著减轻;有效,2~3个疗程内症状与体征都有不同程度减轻;无效,2~3个疗程内症状与体征无明显变化或减轻不明显。

4. 保健效果:278例中,显效149例,占53.6%;有效111例,占40.6%;无效2例,占0.1%;中断治疗16例,占5.7%。总有效率为94.2%。46种疾病保健康复效果详见表1。

典型病例

1. 孙某,男,22岁,汽车司机。酒后头部摔伤、昏迷。宁夏医学院附属医院诊断为脑干损伤。高压氧等治疗4个月后解除昏迷状态,但仍卧床不起,头晕,四肢关节僵硬,右肘曲后只能伸至90度,右臂不能上举。双手无力,连一只香蕉都拿不住。小便时需要按压腹部。易感冒。

治疗时足部反射区反应敏感,尤其头部、胸腺、淋巴腺、生殖腺、肝、肾、甲状腺、运动中枢等反射区痛觉敏感。治疗采用全足按摩,重点加强的方法。1个疗程后已能在床边坐住,扶着走时脚不能抬起。小便时无需按压腹部。左手已能抓握食物。2个疗程后,不再头晕,扶着能在屋里走两圈,各关节灵活,右臂曲伸、上举均自如,双手有力,仅有一次感冒。

表 1 47 种疾病 278 例疗效统计表

病 名	总 例 数	显 效 数	有 效 数	无 效 数	中 断 治 疗 数	病 名	总 例 数	显 效 数	有 效 数	无 效 数	中 断 治 疗 数
偏头痛	5	5				胃炎	16	7	6		3
头 痛	7	4	3			厌 食	11	8	3		
高血压	7	3	2		2	积食、腹胀	9	6	3		
眩 晕	10	5	4		1	胆囊炎	4		2		2
耳 鸣	3	2	1			胰腺炎	2	1	1		
目 疼	5	2	3			糖尿病	3		2	1	
失眠、多梦	21	12	8		1	十二指肠球部溃疡	2		2		
震颤麻痹	2		1	1		结肠炎	2	2			
神经衰弱	15	12	3			脐周痛	2	1	1		
坐骨神经痛	5	3	2			腹 泻	3	2			1
肩周炎	3		3			便 稀	3	2	1		
肘僵直	2		2			便 秘	14	7	6		1
胸 疼	5	1	4			痔 疮	2	2			
肩背痛	5	2	3			肾 虚	13	2	10		1
颈椎增生	5	2	3			腰 痛	13	7	6		
骶椎隐例	6	4	2			乏 力	3	2	1		
髌关节炎	1		1			浮 肿	6	4	2		
膝关节炎	8	3	5			内分泌紊乱	8	7	1		
腿 痛	12	6	6			前列腺炎	2	2			
心 悸	4	3			1	附件炎	9	4	5		
鼻 炎	4	3			1	月经不调	2	1	1		
咽 炎	6	2	2		2	妊娠斑	2	1	1		
感 冒	6	6				皮 炎	2	2			
总 计	278	149	111	2	16	总有效率	94.2%				

2. 庄某,女,8岁,学生。患者唇紫面黄,自1岁起反复呼吸道感染,咳嗽不止。便秘,需每天一只香蕉。中西医诊断为免疫力低下,脾、胃虚弱。经按摩肺及支气管、扁桃腺、结肠、各淋巴反射区。1个疗程后已不咳,面色由黄变白逐渐粉红,唇色由深紫色变为红润。又经一个疗程保健。随访6个月仅感冒一次。

3. 李某某,女,50岁,工人。主诉头痛、耳鸣,颈部囊肿 $4.0 \times 3.0\text{cm}$,服药多年。经按摩垂体、肾上腺、肝、胆、三叉神经、耳、平衡器官、肾、颈椎等反射区,3个疗程后,颈部囊肿消失,头痛症状很大程度缓解,耳鸣消失,追踪3个月未复发。

4. 梁某,男,31岁,干部。患有浅表性胃炎、前列腺炎、小便疼痛、尿频。经按摩前列腺、生殖腺、膀胱、胃、胰、十二指肠等反射区,不到1个疗程小便疼痛消失。2个疗程后前列腺炎、胃炎,症状明显改善。以后改为自我保健。

5. 王某某,男,13岁,学生。因1993年银川“7.23”空难,胸部、腰部骨折形成囊肿压迫神经,臀肌萎缩。腿部肌肉萎缩,无法站立和行走。右腿及双足冰凉。膝上 16.5cm 处腿的周长,左腿 28.5cm ,右腿 25.5cm 。按摩足部反射区只感到麻木面无痛感。腓骨侧全息穴位系统反应亦不明显。经胫骨侧全息穴位系统的头穴、腰穴、腿穴等处以及与髋关节对应的肩关节之敏感点进行按摩,经3个多疗程,膝上 16.5cm 处右腿增粗至 26.5cm ,腿足凉感消失,可自行站立和搀扶行走。

结论与讨论

1. 实践证明了第二掌骨侧全息穴位系统和胫骨侧全息穴位系统确实是客观存在的。同时证明了张颖清教授提出的全息胚理论的正确性。

2. 足部、胫骨侧全息反射区指压术总有效率为94.2%,证明其诊疗效果非常显著。随着医疗费用的日益增长,掌握足部、胫骨侧全息反射区指压术无论是解除他人病痛还是自我保健,都既简

便又节省医疗开支。

3. 实践证明, 足部、胫骨侧全息反射区指压术对于一些药物无法解决的疑难病症也有明显的疗效。

4. 无论足部反射区还是胫骨侧穴位系统按摩时都要配穴合理、找穴准确、力度适当, 才能效果最佳。

5. 人体全息胚泛控系统多元穴区较单元穴区刺激有更显著的保健疗效。

参 考 文 献

- [1]张颖清, 全息生物学, 高等教育出版社, 1989。
- [2]张颖清, 生物全息诊疗法, 山东大学出版社, 1987。

生物全息诊疗法在飞行人员 卫生保障中应用价值的探讨

李 珠 副主任医师 孙景泰 医师
姚阿庆 副主任医师 朱敬秀 副主任医师
赵三苗 主管护师
(空军青岛疗养院)

摘要 用生物全息诊疗法对 76 例随诊的空地勤人员进行诊治。各种疾病的有效率达 95.5~100%, 临床治愈率 72.2~93.75%。其中对 16 例急性腰扭伤的患者分针刺组和按摩组对照分析, 无显著性差异。飞行员是特殊职业, 其独立活动机会较多, 如在执行飞行任务, 战时跳伞救生等情况下。因而飞行人员掌握生物全息诊疗法这套可以自诊、自治、自救、自我保健的方法, 对提高飞行人员身心素质、保证飞行安全、提高飞行部队的战斗力大有益处。

关键词 飞行员; 卫生保障; 生物全息诊疗法; 第二掌骨侧诊疗法

生物全息诊疗法是由山东大学张颖清教授于 1973 年发明的一种新的针刺疗法^[1]。它以全息胚理论为基础, 在各肢节系统与各脏腑相对应的穴位上针刺、按摩为治疗手段。经国内外专家对数十万例病人的临床实践证实是一种理深法简、疗效显著、易记忆、易推广的医疗和保健措施^[1]。本文采用第二掌骨侧诊疗法对门诊和康复疗养的 76 例空地勤人员进行治疗观察, 旨在探讨第二掌骨侧

诊疗法作为飞行人员自诊、自治、自救、自我保健手段的可行性和有效性,现将结果报告如下。

一、临床资料

随诊病人 76 例,男 52 例,女 24 例,年龄 13~76 岁,平均 41 岁。其中男性飞行人员 16 例,年龄 26~40 岁,平均 30.4 岁,病程 2 个月~30 年。腰腿痛 22 例,其中急性腰扭伤 16 例,分针刺组 6 例,按摩组 10 例进行两组对照。头痛 22 例,失眠 32 例,上述患者均经临床医师检查诊断明确者。

二、治疗法及疗效评定方法

采用第二掌骨侧诊疗法诊断和选穴^[1]。常规皮肤消毒,用无菌 2 寸毫针在所选穴上垂直进针 2 厘米,探刺到酸麻胀针感最强点后留针 45 分钟。疗效不明显者加用腕踝针,每 10 分钟运针一次保持针感最强。每日一次,10 次为一疗程,并嘱患者在针刺穴位上每次按摩 200~400 下,每日 2~3 次。

疗效评定:以临床症状体征消失,失眠患者每晚睡眠时间达 6 小时以上者为临床治愈;临床症状,体征明显改善,失眠患者每晚睡眠时间增加 2 小时以上者为有效;临床症状体征改善不明显,失眠患者每晚睡眠时间增加小于 2 小时者为无效。

三、治疗结果

接受针刺的 12 例腰腿痛患者平均针刺 3 次见效,12 次临床治愈,有效率达 100%,临床治愈率达 83.4%。2 例未治愈,其中一例急性腰扭伤患者既往有乳腺癌病史,6 年前已做根治术,针刺左侧腰腿穴 7 次临床症状消失。停针 3 天后,左腿痛亦复发。即令再做 X 光拍片检查证实乳腺癌坐骨转移送院治疗。另一例腰椎间盘突出,患者左腿痛麻呈放射性痛,神经根刺激征阳性,针刺左侧腰腿穴 5 次症状明显减轻,继续治疗两个疗程症状及体征未完全消失而停针改用手法复位治疗。急性腰扭伤患者分二组治疗,针刺组 6 名患者每日接受一次患侧的腰、腿穴和肾穴针刺,留针一小时,

一般1~3次明顯見效,5~7次臨床痊癒;而按摩組10名患者每天按摩患側第二掌骨側的腰腿穴、腎穴3~4次,每次300~400下,3~5天明顯見效,7~10天臨床痊癒。兩者之間沒有明顯統計學差異。22例頭痛患者中,血管性頭痛12例,神經性頭痛6例,肌緊張性頭痛4例,除一例血管性頭痛無效外,總有效率95.5%,臨床治癒率72.2%(16例)。我們按照臟腑所主原則,根據《素問·陰陽應象大論》所說的怒傷肝,喜傷心,思傷脾,憂傷肺,恐傷腎的理論,採用第二掌骨側診療法辯證選穴,同時根據心主神明的原則,每名患者均刺腕踝針的上1穴(相當於手少陰心經走向)作為基礎治療。治療了32名失眠患者,其中16例男性飛行人員年齡26~40歲病程2~24個月。治療前睡眠時間4~4.5小時,平均針刺6次臨床痊癒。治療後睡眠時間達6.5~9小時,平均7.8小時,有效率100%。臨床治癒率達93.75%。16例男性地勤人員為長期服用催眠藥物療效不明顯的頑固性失眠患者年齡20~64歲,病程半年~6年。治療前睡眠時間2~4.5小時,平均3.6小時,平均針灸16次治癒。治療後睡眠時間可達5~9小時(平均6~7小時)。有效率100%,臨床治癒率81.3%,兩組t測驗 $P<0.05$,這可能與治療對象的病程和病情有關。

四、典型病例

徐××,男,56歲,諸城市供電局幹部。主訴左下肢痛麻18年,伴行走困難痛麻加重3個月。患者1975年搬油罐時不慎腰部扭傷伴左下肢痛麻,一直未加重視。1993年秋季回鄉扶犁耕地時突感左下肢放射性痛麻難忍即到當地醫院門診治療,給以理療止痛藥未見明顯療效。後到其它醫院針灸、服中藥治療效果亦不佳。1993年12月11日由兩人架扶著來我院門診。查體:神清、顱神經未見異常;四肢感覺運動正常,四肢肌力正常,病理征陰性,腰X光片示:第四腰椎兩側骨質增生左側明顯,即給以左腰腿穴針刺。留針30分鐘時令其左腿單獨站立,不覺痛麻,一小時起針後能單

独上下五层楼三次,未见痛麻,连续针五次痊愈,随访8个月未见复发。

张××,男,60岁,某部干部。患者中午去食堂打饭途中,打哈欠时突感右侧头痛难忍,即回家卧床休息,笔者获悉即去家中治疗,查体,血压18/11kPa,神清痛苦面容,颅神经未见异常,四肢感觉运动正常,病理征阴性,即给以第二、五掌骨侧头穴针刺45分钟痛缓解,第二天去电话询问疼痛完全消失。

阎××,男,29岁,某部歼击机飞行员。患者主诉失眠3个月,常常晚上仅睡3小时左右,难以入睡,多梦易醒,头晕乏力,健忘,易出汗,时有心悸,曾服安定片疗效不明显。入院体检神经系统未见异常,查双侧第二掌骨侧心穴酸麻胀痛明显,即给以两则心穴配腕踝针上1穴针灸,每日一次留针45分钟,每晚能睡约8小时而愈。

张××,男,64岁,工人。患者失眠30年,常彻夜不眠或稍睡即醒,每晚仅睡1~2小时,非常痛苦且伴有头晕耳鸣,心烦健忘,腰膝四肢酸软无力,曾在地方医院检查治疗诊断为顽固性失眠,到处求医服用多种安眠药物疗效不佳。初服略有效,继用则无效,亦用中药和针灸治疗效果均不显著,闻名来我院门诊,即给以第二掌骨侧全息胚心、肾穴针灸,每日一次留针一小时,同时服用引阳入阴汤每日一剂分早晚两次服。3天后见效,症状有所改善,每晚能睡3~4小时。经过25天连续治疗,临床症状基本消失,每晚能睡6小时以上,停针后随访3个月未见复发。

五、讨论

1. 生物全息诊疗法在卫生保障中应用价值的探讨

飞行人员由于所担负的任务不同而在卫生保障方面具有不同于一般地勤人员的特点。因而在体格检查、疾病诊断、鉴定以及矫正治疗等方面均与一般地勤人员有所差别^[2]。尤其在用药和治疗手段的选择方面受到较大限制,如催眠药的服用,就限制了第二

天的飞行出勤率,甚至因为用药不当,或医务人员未注意药物的毒副作用,使飞行员服用后飞行,而造成严重飞行事故,带来不必要的损失。本文采用第二掌骨侧诊疗法与腕踝针相结合治疗76例空地勤人员常见病的结果表明,该方法对失眠、头痛,急性腰扭伤等症状效果显著,且无不良反应,其方法简便可靠,易学,易推广,具有可自我诊断、自我治疗且疗效快、高等优点。本文对急性腰扭伤两组病人对比治疗表明,针刺与按摩均能达到同样治疗效果,仅在疗程上按摩组稍长些。采用第二掌骨侧穴位按摩进行自我治疗,按摩可减少针刺痛苦,病人乐于接受。

2. 生物全息诊疗法作为飞行人员在战时救生中自救措施可行性探讨

飞行人员无论在平时或是战时,都具有活动的独立性,尤其歼强击机飞行员单独执行任务可能性更大。不可能航空医师随时跟在身边,如夜间就寝,出差在火车上,在飞行中,以及战时跳伞逃逸等。均可能发生身体不适,疾病或战伤,因而掌握一套自救自治措施非常必要。该方法是指按摩人体任一长骨节肢系统客观存在着的与人体各脏器部位一一对应的全息穴位或位点。其穴位有压痛、酸麻胀等病理生理反应,即反映了某一穴位所对应的脏器有病变。这指出了该方法的自我诊断性,如果对该穴位进行按摩,随按摩的次数增加,其压痛、酸麻胀等病理生理反应逐渐消失,这表明它的自我治疗性。根据张颖清教授对数万人的治疗实践证明,该方法对心绞痛或其他疼痛性疾病等急症疗效更佳。因而这是一种简便可靠易学易推广,无不良反应的急救措施。如使每个飞行员掌握这项方法,可能会在卫生保障中起到较大作用。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]王云德等,飞行人员健康鉴定,空军后勤部卫生部,1986。

应用全息胚分化促进剂治疗 疤痕增生临床观察

张希华 主治医师

(山东省临沂市市直机关医院)

王继法 副主任医师

(山东省临沂市中医医院)

摘要 本文介绍运用张颖清教授创立的“全息生物学”理论及其提出的“癌机制的全息胚癌区滞育论”,选取具有抗癌指示性状的全息胚分化促进剂中草药水煎外洗,治疗顽固性疤痕增生,取得了可喜疗效。

关键词 全息胚分化促进剂;疤痕增生;疗效观察

中国山东大学张颖清教授创立的“全息生物学”理论及其提出的“癌机制的全息胚癌区滞育论”^[1,2],对癌症的机制作出了全新的阐述,并提出了新的抗癌战略和治疗方法,从而为治疗癌症、征服癌症开辟了一条新的有效途径。在该理论的指导启发下,笔者应用全息胚分化促进剂试治两例增生性疤痕,疗效可喜。现报道如下。

一、典型病例

病例 1: 薄××,女,60岁,原山东省临沂市工会主席,离休。1994年3月25日初诊。主诉:40年前胸前起一小米粒大小红色丘疹,偶尔发痒,逐渐长大,高起皮肤,肤色正常,呈条索状,痒即搔之。有时如蚁行感。未加介意,没有治疗。于1993年3月经友人介绍,做冷冻处理,术后5个月,疤痕组织明显增生。以左右为序,

分为头尾。头尾增生更著。头如虾头状,尾如手掌半握状。并痒痛如虫咬蝎蜇,日发数次。增生组织不敢触及衣物。伴有心焦、忧虑、恐惧感。曾去省级大医院求名医专家诊治无效。痒甚时用95%的酒精棉纱做湿敷。来院再次取酒精时,入我室求治。按张教授发明的全息胚诊疗法理论,选用以下具有抗癌指示性状的全息胚分化促进剂中草药治疗观察。取黄芪50克,仙鹤草50克,蝉衣20克,龙衣20克,天虫16克,浮萍30克,甘草20克,水煎外烫洗,每日1~2次,3天用药1剂。烫洗后用桑叶粉30克、蜈蚣粉(约一条)加1:2白酒和食醋调成糊膏状,涂于患处至糊膏干掉为止,每日1次。用上方3剂,痛痒明显好转,连续用药20剂,痒痛基本消失,触及衣物亦无异常不适,解除了昼夜湿敷酒精棉纱之苦。原增生组织萎缩,未见新增生迹像,达到基本痊愈。

病例2:王××,女,46岁,山东郯城县政府幼儿园保育员。初诊1994年4月2日。主诉:5年前肩背部被水烫伤,留下疤痕。遇下雨阴天,患处作痒。近1年来痒加重,入夜尤甚。痒严重时难以入睡,直抓之出血水,痒方缓解。察其疤痕表面粗糙,高凹不平,扣之结硬,表面皮色红嫩,高起皮肤约1厘米。曾多方求医诊治,疗效不佳,求之于我们。随取例1病人之方,用法亦同,5剂后痒大减。效不更方,连用15剂,痒苦基本解除,并安然入睡,趋于正常。

二、体会

疤痕增生一症,目前临床尚无确切有效的治疗方法。由于各人的体质差异(疤痕体质),多数患病者一般无明显的临床体征。增生者少见,临床报道甚少。笔者在张教授关于“癌机制的全息胚癌区滞育论”的启蒙下,推断本病是滞育在细胞增生前区阶段的全息胚,完全可以选取全息胚分化促进剂治疗。选择理由:黄芪,叶羽状裂有毛,可促进免疫细胞的分化发育和成熟,从而提高机体的免疫机能和抗病能力,提高吞噬细胞总数及网状内皮细胞功能。甘草,茎生柔毛,复叶,无性繁殖。仙鹤草,原为龙牙草,全株密生长柔毛,

单数羽状复叶,小叶边缘有锯齿,叶两面均疏生柔毛。具有突出的抗癌指示性状。蝉衣、龙衣,两者原动物均再生性强,含有脱皮激素。天虫、蜈蚣为低等动物,变态力强。浮萍,无性繁殖。桑叶,叶锯齿,无性繁殖,本地区种植很多,经济实惠。从全息生物学角度来看,以上这些药物可以认为是全息胚分化促进剂,有促进或诱导全息胚分化作用,即能促进增生细胞突破发育滞区,穿出增生区。因而可用来治疗增生性疤痕。因全息胚分化促进剂主要是针对增生细胞高生长、低(或未)分化起作用,对正常细胞没有攻击(破坏、杀伤)作用,所以没有副作用,亦不会导致新的细胞增生,这是冷冻、乙醇湿敷而不能比拟的。此方值得临床再试用,再观察。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]张颖清,全息生物学,上册,高等教育出版社,1989。

生物全息疗法治疗美尼尔氏综合征

李红伟 李宛蔚

(牡丹江市纺织厂医院)

王安景

(牡丹江市同仁血栓病医院)

生物全息疗法是中国科学家张颖清教授提出的^[1]临床治疗美尼尔氏综合征收到满意效果。

我们自1991年9月到1994年11月为止临床观察了60例,疗效显著,报告如下。

一般资料

60例中,男32例,女28例,年龄最大68岁,最小15岁,病程最短1天,最长8年。

方法

按张氏法^[2]将人体各个节肢较大的相对独立部分分为五个穴区,各穴区对应人体的相应的部位或器官。在患病器官的对应穴区上按生物全息疗法施以针刺术,每次取1~2穴,用28号1.5寸不锈钢毫针,进针深度2cm左右,得气后留针30~60分钟,15分钟行针一次,行针为1分钟。

疗效标准

症状体征消失,功能恢复者为痊愈;临床体征明显改善者为有效;治疗一周病情无改善者为无效。

治疗效果

60 例中,痊愈 38 例,占 63.3%;有效 16 例,占 26.7%;无效 6 例,占 10%。总有效占 90%。

典型病例:张某,女,36 岁,教员。于 1993 年 10 月 18 日就诊。患者头晕眩已两日,视物旋转不敢睁目,如坐舟车,伴恶心呕吐,曾经某院诊断为美尼尔氏综合征,用药无效。用生物全息疗法针刺第二掌骨侧肾穴、头穴,留针 40 分钟,症状缓解。继续治疗三日,诸症悉除。

参考文献

- [1]张颖清,全息生物学,高等教育出版社,1989。
- [2]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

排针疗法的全息胚机理初探

邢凤琴 主治医师 吴月明 教授

(上海同济大学生物医学工程研究所)

摘要 本文对全息胚学说指导下的针灸疗法新模式——排针疗法的机理做了探讨。结合典型病例的分析,提出了排针疗法的可行性及注意事项。

关键词 全息胚;手掌骨侧排针疗法

全息生物学是由山东大学张颖清教授创立的一门新兴学科,它的创立,为生物学及其它相关学科的发展注入了新的生命力。张颖清指出,任何一个全息胚都包含着整体的信息,整体某部位的病变必然会在各个全息胚的相应部位上得到反映,针刺或按压,以及用其它适当的形式刺激这一部位,就能使整体中的相应部位得到治疗。^[1,2,4]全息诊疗法常用的方法是:第二掌骨侧、第五掌骨侧、桡骨侧、肱骨侧、股骨侧、胫骨侧的有序穴位群的针刺疗法,另配以电针疗法或穴位注射疗法。全息诊疗法中临床最常用的是第二掌骨侧的有序穴位群,因为人的双手裸露于衣着之外,便于接触,利于医务人员诊治。^[2]本文作者在全息诊疗的实践中,依据全息胚学说,摸索了一种新模式——掌骨侧排针疗法,疗效显著。

一、排针疗法应用的典型实例

病例1:沈××,男,50岁,安徽寿县来沪工程队队长,1992年5月在建筑工地被坠落的翻斗车的车斗砸伤腰部,无法动弹,急送上海新华医院急诊,经检查拟收入院治疗,因无床位转同济医院治

疗。根据病人当时的病情,医生认为病人最快3个月下床,6个月恢复行走。在病人的一再恳求下,我们用排针法给病人治疗,当时患者腰部有明显热感;第二天,患者竟可下床,一周后,患者能单独来院治疗,7天一个疗程,4个疗程后病人痊愈。

病例2:陆××,男,52岁,同济大学教授,患腰腿痛四年,用掌骨侧排针疗法配合患侧肢体体针治疗,一月后痊愈,二年未复发。

病例3:姜×,男,18岁,车祸至小脑共济失调,治疗3个月,共7个疗程,前五个疗程取双侧头穴(第二掌骨侧),进针十几分钟后即感小脑区域发热,症状不断改善,可站稳并独立行走。第6、7个疗程改用掌骨间排针疗法,患者即感后脑区热感比以往强烈,第7疗程结束后,患者步态正常,且能独立行走1000米左右。

二、掌骨排针疗法的具体操作方法

在第二、三、四、五掌骨侧有序穴位群上,对应于整体某部位的病变的同名穴位上,同时进针,即以排针方式进行刺激,持续30~60分钟不等,5~10分钟加强刺激一次。如腰痛,则针掌骨侧各对应的腰穴,通常腰部会有反应,如麻、酸、胀、痛、热等;肝病则针右手(同侧对应原则)各掌骨侧肝穴,一般肝区会有反应。

三、手掌骨侧排针疗法的机理探讨

利用排针同时刺激各手掌骨侧有序穴位群,反应极为强烈,尤以麻、酸、热感觉较为明显,有些病人对刺激甚至难以忍受。经临床观察,疗效显著。根据病例分析,笔者认为:

1. 手部位的特殊意义:手不受严寒酷暑和体位的限制,裸露于外,治疗方便。人手上的神经末梢极其丰富、敏感,疗效比体针高,也容易观察针感。手上的穴位很多,现已发现的就有82个,而且浅刺穴位很多,容易激发生物电,产生热效应。“手针最为突出的地方,就是能在控制疼痛的同时,使创伤、损伤、水肿消褪并修复得如此之快,是值得进一步研究的。”^[3]

2. 排针强化了“少针穴准”的效应:对同类型全息胚上同名穴

位进行同步刺激,强化了同一信息的传递,使大脑对穴位所对应的器官的修复指令加强,达到大幅度增强疗效的目的。

3. 穴准:一方面取穴准确,针刺手法正确,即会在针刺部位得到较强的胀、麻、酸、热等感觉,产生较强的治疗作用。(对穴位的选择,不一定是腰痛针腰穴,脚痛针下肢穴;而要针对具体病人的病情而定。如感冒针肺穴,耳聋针肾穴等。)另一方面,进针的角度、方向及深度要掌握好。只有穴准,才会有强针感,疗效才会提高,因此,穴准是最重要的。排针疗法不但能加强刺激强度,还提高了保证穴准的机率。

笔者认为,手掌骨侧排针疗法与张教授的观点一致。因为排针疗法的选穴是选取与疾病器官所对应的同名穴同时进针,这里强调的是同名穴及同时进针。这些同名穴位或同名穴区间生物学性质相似程度较大,而在针刺时选取的穴位是与疾病部位生物学性质相似程度较大的细胞群;当针刺这些同名穴位时,大脑得到靶“受伤”的信息,通过神经及体液的调节去修复和调整患病器官。排针在这里并不代表多针及多方向的刺激,而代表对同一穴位的加强刺激。这就完全体现着“少针穴准”原则。

最后,要提醒一点的是,由于排针疗法选穴较多,刺激强度很大,要注意针对病人的年龄、性别、体质及病情决定排针针数及安排疗程长短。

参 考 文 献

- [1]张颖清:全息胚及其医学应用,青岛出版社。
- [2]张颖清:生物全息诊疗法,山东大学出版社。
- [3]朱振华:手针新疗法,人民军医出版社。
- [4]张颖清:全息生物学上册,高等教育出版社。

生物全息疗法在急症中的应用

陈毓文

(海南省三亚市南新医院)

张颖清教授发明的生物全息疗法^[1]已在世界许多国家广泛应用,其疗效之迅速使人刮目相看。临床中,在遇到某些急症患者时,我习惯于先运用生物全息疗法进行抢救,屡屡取得满意的疗效。几年来,我不禁惊讶于这疗法的魔力,更加相信于它对某些急症有一定的防治作用。

临床例证一:一位年轻女患者,因车祸昏厥 3 分钟。患者被滚动的长长的钢线从正在行驶的摩托车后座牵拉下地且抛出约 5 米远处的公路上。当时我正好路过,看到这一惨剧,估计受害者必死无疑。于是,我立即快步上前,只见患者脸色苍白,口唇紫绀,呼吸微弱,已不省人事。患者无出血。我立即给予按揉患者左手第二掌骨侧心肺穴,约 2 分钟,患者大喊一声“痛”,并忽地抬头想坐起,我劝说再静卧,继续按揉 5 分钟,患者神清,紫绀消失,能正常回答我的提问。最后叫来车子送到医院做进一步的治疗。

临床例证二:有一年轻男性患者,傍晚时分忽然上腹疼痛,伴恶心呕吐,到我处就诊时患者已不省人事,全身冰冷,瞳孔反应迟钝,脉搏微弱,考虑为“休克”。我立即给予双侧第二掌骨侧心肺穴、胃穴针刺治疗 3 分钟,患者苏醒,述说上腹疼痛,呈持续性疼痛阵发加剧,继续留针 30 分钟,疼痛消失,而后自己健步回家。观察 2 天没有复发。

临床例证三:有一男孩,约3岁,玩耍间不慎跌倒,前额先着地,脸色苍白,四肢瘫软,昏厥。其母亲急送我处就诊。我立即给予按揉两手第二掌骨侧心肺穴,约3分钟就听到患儿轻微的叹息声,5分钟后患儿大哭大闹,再轻按揉3分钟,嘱其母亲给予儿科七厘散1/2瓶水冲服,每天2次。观察2天患儿与往常一样活泼天真。

临床例证四,有一中年男患者,2月前有高血压病,经内科治疗,症状已基本消失,血压已恢复正常为130/85mmHg。有一天傍晚,患者刚要出门,忽然一阵风迎面吹来,患者全身哆嗦,于是,头晕眼花,四肢乏力,全身颤抖,蹒跚欲倒。家人匆忙搀扶平卧,急叫我就诊。只见脸色发紫,畏寒,全身颤抖,大汗淋漓,血压165/95mmHg。于是,我立即按揉患者双手第二掌骨侧心肺穴,10分钟后,畏寒颤抖消失,患者自感舒适些,继续按揉30分钟,侧血压150/85mmHg,嘱其服用降压药及其它支持治疗。第二天病情基本恢复。一周不见复发。

体会:急症简单地说,发病急,病情严重而且病情瞬息万变,可能在短时间内危及生命。在治疗上需要为医者及时迅速、果断准确。在临床上,我遇到了许多急症病人,有的是突然发病,有的是病情忽然加重,我及时果断地采取了张教授的第二掌骨侧疗法(主要按揉心肺穴),能很快使病情减轻或消失。一般地,急性发病,不同程度上都使组织细胞损伤,而损伤了的神经元可释放细胞毒化合物入细胞外液,从而反过来加重损伤,使病情加重。这是急症病情笃重、瞬息万变的主要原因之一。所以我们要最大限度地有效地抢救急症患者,首先必须具有两个条件:第一,要及时迅速地抢救。因为损伤的组织细胞必然有细胞毒化合物的释放,使细胞不同程度缺氧,缺氧使其存活期大大地缩短,只有抢救及时,才能使组织细胞的缺氧得到及时的纠正,才能使组织细胞功能得到恢复。第二,要果断准确采取有效措施。只有有效的措施能及时抑制或消除细胞毒化合物的释放以及中和细胞毒化合物,使细胞损伤得到恢

复。我们采用的第二掌骨侧疗法从本质上解决了这两个问题。因为,其一它操作简便,能就地抢救;其二它能产生特定生化物质组合修复或调整损伤的细胞,从而清除细胞毒化合物释放入细胞外液的后果。

参 考 资 料

- [1]张颖清著,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1988。
- [2](美)乔治·R·施瓦茨著,急诊医学,上海翻译出版公司,1990。

生物全息疗法临床应用 477 例报告

隋德华 主治医师 王增章 副主任医师

陈予军 住院医师 苏 军 主治医师

(山东滨州地区中心医院外三科)

摘要 我科采用张颖清教授的生物全息疗法对 13 种疾病 477 例病人进行了治疗观察,痊愈 249 例、显效 95 例、有效 49 例、无效 11 例,总有效率达 97.69%。该疗法能迅速有效地治疗全身多种疾病,特别是急性疼痛的治疗,对某些慢性病、疑难病也有独特效果。

关键词 生物全息疗法;第二掌骨速诊法

我科自 1987 年 10 月至 1994 年 5 月采用张颖清教授的生物全息疗法这项崭新的医疗技术对 13 种疾病 477 例病人进行治疗,疗效显著,现总结报告如下。

临床资料

一般资料:共治疗 477 例,其中男 321 例,女 156 例,年龄 12~75 岁,病程 2 小时~12 年。

治疗方法:先采用张氏第二掌骨侧速诊法,用手指尖或细棒探测敏感点,与疾病相关穴位相对应,然后采用针刺,每次取 1~2 个穴位,每隔 5~10 分钟提插捻转一次,每次半小时左右。疗效欠佳时,用同样方法针刺小腿全息胚相应穴位,5 次为一疗程。

疗效标准:症状、体征消失,功能恢复正常为痊愈;疼痛消失,局部压痛,阳性体征明显改善为显效;症状、体征减轻为有效;治疗

前后无变化为无效。

治疗结果

共治疗 477 例,痊愈 249 例,显效 95 例,有效 49 例,无效 11 例,总有效率 97.69%。详见表 1。

表 1 生物全息疗法治疗 477 例疗效统计

病种	例数	痊愈		显效		有效		无效		总有效率	
		例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
肩周炎	84	67	79.69	10	11.90	7	8.30			84	100
胸痛肺炎	23	13	56.52	8	34.78	2	8.70			23	100
胆绞痛	32	25	78.13	5	15.62	1	3.13	1	3.13	31	96.88
胃炎溃疡	54	32	59.25	10	18.52	10	18.52	2	3.70	52	96.30
胰腺炎	28	25	89.29	3	10.71					25	100
肾绞痛	15	8	53.33	6	40.00			1	6.67	14	93.33
腰痛	30	21	70.00	5	16.67	4	13.33			30	100
关节炎	12	8	66.67	3	25.00	1	8.33			12	100
头痛	20	13	65.00	6	30.00	1	5.00			20	100
癌痛	56	23	41.07	18	32.14	15	26.19	1	1.79	55	98.21
肠梗阻	22	5	22.73	6	27.27	6	27.27	5	22.73	17	77.27
脓肿	26			5	19.23	20	76.92	1	3.85	25	96.15
青光眼	1			1	100					1	100
合计	477	247	52.20	95	19.92	49	10.27	11	2.31	466	97.69

典型病例

病例 1:王××,男,27 岁,县运输公司司机,颈部疼痛不适,活动受限半年。拍片无异常,服用中西药物,外用药膏,理疗,针灸推拿治疗效果均欠佳。针刺第二掌骨颈穴,10 分钟后见效,半小时后痊愈。

病例 2: 张××, 女, 73 岁, 农民, 右侧偏头痛 10 余年, 加重 2 小时。疼痛剧烈, 述头痛欲裂, 且出现右眼失明。先后服用去痛片, 阿斯匹林, 肌注杜冷丁、曲马多、鲁米那钠, 静滴甘露醇均无效。针刺右小腿头穴, 得气后即述头痛消失, 但有头胀, 5 分钟后头胀亦消失, 而出现左侧头痛, 即针刺左小腿头穴, 很快头痛消失。第二天仅有头胀满不适, 再次针刺双小腿头穴, 7 分钟后不仅无头痛, 头胀, 奇迹般右眼复明, 很快能在 2 米外数手指。眼科会诊为青光眼。

病例 3: 位××, 男, 26 岁, 农民, 腰肌劳损半年, 加重 2 天, 不能弯腰, 下蹲不能站起。针刺第二掌骨腰穴, 10 分钟后能自由活动, 半小时后痊愈。

病例 4: 王××, 男, 18 岁, 中学生, 因细菌性肝脓肿致右侧胸腔积液, 以后形成脓胸引起胸膜肥厚粘连, 经反复冲洗引流, 积液不能消失, 病人体质差, 无手术条件。针刺双侧第二掌骨侧, 桡尺骨侧、胫腓骨侧全息肺穴, 交替进行, 二疗程后积液消失出院。

病例 5: 李××, 男, 53 岁, 农民, 急性充血水肿性胰腺炎, 腹痛剧烈, 经输液消炎及肌注阿托品杜冷丁治疗 2 天无效, 针刺左侧第二掌骨胰穴, 即刻见效, 15 分钟后入眠, 治疗 3 次痊愈。

体会

1. 生物全息疗法能全面迅速地治疗多种疾病, 为我们临床医生提供了新的疗法, 特别是对急性疼痛治疗, 能够手到病除, 针到痛消, 是任何药物和疗法无法相比的。对某些慢性病、疑难病也能取得难以置信的疗效。

2. 我们在治疗过程中体会到虽然第二掌骨节肢取穴方便, 但由于长度较短, 穴位分布密集取穴时有时欠准、费时, 应用小腿胫腓骨节肢全息穴位治疗, 取穴较准, 疗效更佳。

3. 生物全息疗法经济安全, 治疗范围广, 简单易学, 易掌握, 未发现明显副作用及严重并发症, 值得推广。

用全息疗法减轻胃镜检查 时病人的不良反应

赵泽环 主管护师

(北京邮电医院内窥镜室)

病人在做胃镜检查时,进镜时可引起恶心。反射性的呕吐厉害时,还可引起喉肌痉挛和不能呼吸等现象。我采用了山东大学张颖清教授的第二掌骨侧全息疗法,在全息胚胃区,采用指按手法。这减轻了病人的痛苦,使胃肠蠕动减慢,病人反应减轻,医生操作时也觉得病人比较安静了,加快了检查的速度。共观察 52 例病人,情况如下。

1. 观察对象:凡是在做胃镜检查时,患者精神紧张、胃蠕动增快、出现恶心、呕吐等症状时,都可以用此种方法。

2. 方法:在第二掌骨内侧胃区按压 50~100 次。

3. 护理要点:患者在做胃镜检查时,全身精神紧张,出现一系列的反应,恶心、呕吐,使大夫不能顺利地进行检查。助手在旁边,开始用手指按压第二掌骨内侧相当于胃区部位,并告诉病人怎样配合就能舒服些,使大夫很顺利地将胃镜进入胃区,进行比较仔细的检查,此法医生、病人都比较满意。

4. 注意事项:病人作胃镜检查恶心、呕吐反应大时,就指压病人双手第二掌骨内侧胃区部位,如果反应不太大时,用手指按患者一只手掌骨内侧胃区即可,指压次数可根据病人反应程度而决定指按胃区多少次。

5. 效果:病人在做胃镜检查时,对消除恶心反射性呕吐、精神紧张等不良反应,第二掌骨侧胃区指按压效果都比较满意。个别效果差些,但都有效果,总有效率 100%(表 1)。

表 1 第二掌骨侧胃穴按压减轻胃镜检查时的不良反应

性别	年龄	例数	合计	有效	好转	无效
男	26~72 岁	29	52	31	21	0
女	25~56 岁	23		(59.6%)	(40.4%)	

全息胚学说医学临床应用 2864 例

陈俊义 主治医师 孙人俊

(湖北天门市卫校人体全息诊疗所)

从 1988 年 6 月至 1994 年 7 月,在这整 6 年中,笔者均将张颖清的全息胚诊疗法^[1]作为常规运用于临床。近 3 年来,采用三合诊断法在人体各节肢全息胚穴区进行诊疗验证,并取得了显著的效果。现总结报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料:病例来源为门诊和机关自愿受检者,在 2864 例中,男 1598 例,女 1266 例,年龄最大 73 岁,最小 1 岁,病程长的 18 年,最短的 5 小时。病种及例数见附表 1~2。

2. 诊疗方法:采用三合诊断法(全息胚速诊法;84--1 型诊断仪电探法;生物全息电图诊断仪扫描法)。首先在不知受检者有无疾病和疾病部位的情况下,在第二掌骨侧按压双手十二穴区,同时再按压肱桡骨双侧穴区,根据压痛点指出其整体上那一部位有病,问病人这一部位是否有自觉症状相对照,相符为准确。次用 84—1 型探诊仪电探(方法:手握极置患者劳宫穴,探棒极置患者合谷穴调基准穴,使电探指针或数字达基准电流值,然后将探棒在第二掌骨侧探测各穴区)。最后用生物全息电图诊断仪扫描证实。三法对比后,得出正确的诊断依据,然后在患病器官的代表穴区上按同侧对应原则,根据病情和病人适应性选用全息治疗仪或全息电针、按摩、磁疗等仪器进行全息穴区治疗。每侧只取 1 穴,每日一次,每次

20分鐘,六次為一療程,不用任何藥。

二、療效觀察

1. 療效標準 痊愈:症狀體征消失,功能恢復正常。顯效:疼痛消失、局部壓痛及陽性體征明顯改善。無效:治療前後病情無任何變化。

2. 診療結果:第二掌骨側診斷700例,準確率為96.86%(表1)。第二掌骨側及其它節肢治療2164例,痊愈1574例,顯效565例,無效26例,總有效率為98.80%(表2)。

三、典型病例

病例一:何××,男,36岁,教员。受检者主动要求全息穴区检查,先按压双侧第二掌骨侧十二穴区均无压痛反应,后用生物全息电图诊断仪扫描,其测试结果,各穴区均未见有异常波峰,健康。

表1 生物全息电图诊断仪诊断700例

疾病部位	总例数	准确例数	不准确例数	总准确率%
头颈区	112	105	7	93.75
肺心胸背区	123	120	3	97.56
肝胃区	133	128	5	96.24
腰腹中区	125	121	4	96.80
腹下腿足区	124	121	3	97.58
健康	83	83		100
合计	700	678	22	96.86

表2 全息胚疗法2164例资料

病种	总例数	治疗次数	痊愈	显效	无效	总有效率%
偏瘫	29	6~24	17	11	1	96.55
神经性头痛	65	3~6	40	23	2	96.92
面神经麻痹	32	12	24	8		100

病种	总例数	治疗次数	痊愈	显效	无效	总有效率%
耳鸣耳聋	37	6~18	21	15	1	97.30
中耳炎	28	6	16	12		100
鼻炎	36	6~12	19	17		100
落枕	54	2	54			100
牙痛	62	2	36	26		100
急性腰扭伤	264	2~4次	212	52		100
慢性腰腿痛	245	10	184	58	3	98.78
坐骨神经痛	73	6~12	51	21	1	98.63
肩周炎	92	6~10	61	30	1	98.91
气管炎	85	6~12	48	35	2	97.65
肋间神经痛	61	3	40	21		100
风湿性关节炎	214	6~18	159	51	4	98.13
颈腰椎骨质增生	176	21	140	34	2	98.86
神经衰弱	84	3~6	66	17	1	98.81
急慢性胃炎	146	4~7	136	8	2	98.63
腱鞘囊肿	23	5~7	15	8		100
闭经痛经	71	5~9	51	19	1	98.59
痔疮	21	5~9	15	6		100
阳萎	23	6~12	16	7		100
泌尿系结石	31	6~12	18	12	1	96.77
癲	15	7~18	7	8		100
急性软组织损伤	162	4~7	112	48	2	98.77
其它	35		18	15	2	94.29
合计	2164		1576	562	26	98.80

例二:李××,男,65歲,退休幹部。用生物全息電圖診斷儀測試與病人主訴相符。背區(2區)有波峰,對應着所患的背痛。胃區(3區)有波峰,對應着所患的胃炎。腰區(4區)波峰明顯,對應着所患的腰椎骨質增生症。以上各病症,均按全息胚療法治療,共治療19天痊愈,隨訪半年未見復發。

例三:楊××,男,57歲,工人。1991年12月12日就診。事先不知患者有何病,採用第二掌骨側指壓12穴區,結果在左側胃穴、肝穴、腿穴(++)壓痛,右側肝、腿穴(+)壓痛,繼按壓肱骨桡側,同樣有胃、肝、腿穴壓痛感。再用84—1型電探儀電探,同樣是上述穴區有敏感壓痛。最後用生物全息電圖診斷儀掃描,見肝胃區、腿區有較高的病理波峰。三診合參確診為胃膽病腿關節病。病者對診斷很滿意的說:檢查真准,我現正在胃痛,有慢性膽囊炎,慢性風濕關節炎。當即採用生物全息治療儀給予治療。選患側第二掌骨側胃肝腿穴施治20分鐘,同時在肱骨桡側的胃肝腿穴上用磁鍆針按壓,每穴各按壓5分鐘,40分鐘後,胃痛消失,其它症狀相繼減輕。然後在肝腿穴上貼綠豆丸,囑患者自己按壓,每日一次,共治療12次,慢性膽囊炎關節炎均痊愈,隨訪一年,未見復發。

例四:馮××,男,55歲,幹部。素有腰痛史,近日由於抬重物不慎扭傷腰部,劇痛不止,腰不能轉側。由小車送來門診,兩人扶進診室。全息檢查:在患者兩手第二掌骨側按壓,右側腰穴壓痛明顯拒按,左側腰穴有輕微壓痛感。當即用食指端在右側腰穴施壓300次後,改用电針負極夾右側、正極夾左側,20分鐘後,患者感覺腰部發熱,功能活動基本恢復常態,僅向左侧弯腰時稍有酸痛感。次日復治一次,共治療2次痊愈。隨訪半年未見復發。

例五:江×,男,38歲,農民,1993年9月26日就診。患者經B超報告左側腎有积液,左側輸尿管結石(結石約一黃豆大)。全息檢查:用生物全息電圖掃描,腰腎區(4區)有明显脈沖高峰。即用全息診療儀在腎腰穴區治療,同時用旋轉磁療機在體穴腎區磁療,配

合穴位按摩。每日一次,每次 30 分钟,到第 7 日下午患者小便时,感觉尿道剧痛,随及尿出结石三小粒。后经 B 超复查,左肾积液消失,输尿管无结石存留。共治疗七次痊愈,随访 10 个月,未见复发。

例六:吴××,女,58 岁,农民,1993 年 11 月 21 日就诊。患者因脑栓塞住院三个月余。患者 1993 年 11 月 17 日 2 次复发,右侧偏瘫、言语不清、嘴歪、流口水。采用生物全息疗法,对第二掌骨侧头穴、肝穴治疗,配合按摩患侧肢体,治疗 5 次后,患者已能站立扶杖慢步行走数步,10 次后,不流口水、嘴不歪斜、讲话清楚,起居饮食,大小便等均能够自理。21 次治疗后,完全恢复正常。随访 8 个月,未见复发。

四、体会与小结

1. 全息胚诊疗法是科学的最新诊疗方法,特别是采用三合诊断法,更迅速准确。用生物全息电图诊断仪诊断,它能定量诊断、重复性强、病人持有诊断依据。采用第二掌骨侧速诊法和 84—1 型探诊仪电探法再加电图扫描三法合用,这样使诊断更正确、更客观化。

2. 全息胚诊疗法,具有方法简便、易于掌握,适用于各级医院及医疗部门使用。

3. 84—1 型探诊仪不单纯用于耳穴,可在人体各节肢全息穴区诊疗,更扩大了使用和治疗范围。

4. 在人体施行全息穴位治疗时,要因人而宜,要采用多种方法。笔者对小儿和畏针患者,采用旋转磁疗或磁针治疗,不畏针者用电针治疗,深受病人欢迎。

参 考 文 献

- [1]张颖清,全息生物学,上册,高等教育出版社,1989。

生物全息疗法在针灸 临床中的应用和体会

俞言芝 中医师

(江苏泰兴机床总厂保健站)

近6年来我将张颖清教授发现的生物全息疗法^[1]应用于针灸临床,常获佳效,现报告如下。

一般资料

在560例中男355例,女205例。年龄最大78岁,最小1岁,病程最短1小时,最长20年。病症有:头痛、肩周炎,网球肘,风湿性关节炎,腰扭伤,胸痛,心肌梗塞,胃痛,痔疮,骨折(止痛),疔疮,痛经,脑瘫,面瘫,偏瘫等30多种。

治疗方法及器械

用张氏生物全息疗法,必要时配以体针、刺血等。应用器械:电子针灸按摩器、脉冲电疗仪、市售针灸毫针、三棱针等。

疗效标准:以症状,体征消失,功能恢复为痊愈;以病况明显好转或减轻为有效;以治疗前后症状无明显改善为无效。

治疗结果:见表1。

典型病例

病例1:心肌梗塞。褚××,男,63岁,离休干部。患者于1984年、1988年几次发生心肌梗塞均抢救脱险。同时患者有糖尿病。1984年7月16日23时患者家属电话告知其夫老病又犯(因多次发生心肌梗塞家属已有经验),邀我为之针灸。即驱车前往。患者家属告知:患者今日有发病迹象,经服消心痛、硝酸甘油、速效救心

表1 生物全息疗法 560 例资料

病症名称	例数	痊愈	有效	无效	总有效率(%)
头痛	41	20	18	3	92.7
落枕	42	30	10	2	95.2
肩周炎	20	10	8	2	90.0
网球肘	13	6	5	2	84.6
足扭伤	50	25	22	3	94.0
腰扭伤	55	30	23	2	96.4
膝关节炎	19	9	8	2	89.5
手腕扭伤	20	10	8	2	90.0
胸痛	24	11	11	2	91.7
背痛	26	13	11	2	93.7
肩脾痛	25	9	14	2	92.0
手指麻木	4	2	1	1	75.0
红眼	85	50	31	4	95.3
中耳炎	4	0	3	1	75.0
鼻炎	5	1	2	2	60.0
牙痛	8	2	5	1	87.5
心肌梗塞 (心绞痛)	2	1	1	0	100.0
失眠	9	4	4	1	88.9
胃痛	30	15	13	2	93.3
痔疮	6	0	4	2	66.7
肛裂出血	1	1	0	0	100.0
骨折(止痛)	5	4	1	0	100.0
肝血管瘤(临 床症状减轻)	1	0	1	0	100.0

癫痫	5	0	3	2	60.0
疔疮	5	4	1	0	100.0
痢	10	8	2	0	100.0
痛经	15	10	5	0	100.0
脑瘫	8	0	7	1	87.5
面瘫	10	6	3	1	90.0
偏瘫	12	7	5	0	100.0
合计	560	288	230	42	92.5

丸无效。当时患者大汗、唇紫、脉结代、呼吸困难,正在吸氧。即取针于第二掌骨侧心穴、肝穴针刺,同时配取左右内关,左右足三里。20分钟后患者即症状减轻。留针一小时。患者入睡而脱险。

病例2:骨折(止痛)。巫××,女,31岁,泰兴机床总厂职工。患者于1994年5月18日工作中右手指不慎被磨齿机扎断,造成第一指骨远端第二指骨近端粉碎性骨折,其食指伤部肌肉呈粉碎状。经市人民医院处理后,于下午3时回厂静脉滴注青霉素时伤指痛甚。我即在患者左手第二掌骨侧上肢穴、肾穴针刺,同时在右耳指穴、肾穴、肾上腺穴针刺并接通电针。20分钟后疼痛大减,留针130分钟,当夜只有轻微疼痛。

病例3:疔疮。曹××,男,42岁。泰兴仪器厂生产调度员。患者因患鼻疔,肌注青霉素、静脉滴注红霉素仍不能阻止病情发展,1989年7月10日抱试试看的态度就诊。刻诊:患者自觉患部刺痛、跳痛,因上唇疼痛而不敢多说话。右鼻翼红肿,头面肿胀明显。据面部与主体脏腑全息相关部位而知,患部在方上(即胃)位置。查得右侧胫骨内侧胃穴部压痛最甚。遂予以针刺,进针2.5寸,行泻法。针入2分钟,患者惊喜叫道:现在不怎么痛了。并连声说:“真是灵丹妙药”。留针45分钟痛止。问其针后有何感觉,患者说:“进针后就觉有一般冷气从针处沿大腿内侧,经腹、胸直达患处后疼痛

即去八成。”说话时上嘴唇就不觉疼。继针 3 次而愈。

病例 4: 头痛。吴××, 女, 35 岁。泰兴仪器厂职工。1989 年 5 月 17 日 10 时就诊。患者近几年每年 5、6、7 三个月每天上午 10 时左右开始头痛达两个小时。服去痛片痛可止, 不服去痛片, 两小时后头痛也自止。虑其疼痛有时间节律且为足太阴脾经旺盛之时。遂取足部全息穴十二指肠穴(相当于足太阴脾经之公孙穴部位)予以针刺, 留针 45 分钟。几年宿疾, 一针而愈。

病例 5: 落枕。葛××, 女, 30 岁。泰兴机床厂工人。1994 年 6 月 5 日就诊。患者晨起后觉左侧头颈部疼痛, 活动障碍。余准备给予针刺, 患者忙摇手, 表示怕针。即在第二掌骨侧头颈部按摩, 并令其活动颈部。5 分钟后患者高兴地说: “不痛了”。头颈活动自如。

病例 6: 肩周炎。周××, 女, 32 岁。泰兴机床厂工人。1994 年 5 月 25 日就诊。患者右肩部疼痛半年余, 曾服布洛芬, 贴追风膏等, 症状不减。现上肢外展上抬困难, 影响工作和家务。于右手第二掌骨侧肝穴和胃穴(均明显压痛)施针, 同时配针肩部阿是穴, 阿是穴用阻力针法^[2], 留针 45 分钟。一诊后疼痛大减, 工作不受影响。次日二诊, 取穴及手法同前, 三诊后疼痛基本消失。

病例 7: 网球肘。曾××, 女, 47 岁, 泰兴市十里甸乡人, 农民。患者右肘患网球肘 2 年多, 经服中西药及针灸无效。1993 年 9 月 14 日就诊。取第二掌骨侧胃穴, 肝穴, 配针对应穴^[3]左侧股骨外侧髁并加灸。一诊后疼痛明显减轻, 继针 5 次而愈。

病例 8: 痛经。李××, 女, 19 岁。泰兴机床厂工人。1994 年 9 月 3 日上午就诊。患者近年来每逢月经来潮, 小腹疼痛难忍。当时患者满头大汗, 双手按腹, 呻吟而来。即于第二掌骨侧下腹穴(明显压痛)针刺。配下腹部阿是穴并接通电针。留针 40 分钟, 疼痛消失。

体会

1. 张颖清教授发现的生物全息诊疗法, 特别是第二掌骨侧疗法具有简单、方便、易学、易记、用途广、疗效高、经济安全的特点。

在医疗经费紧张和缺医少药地区尤有实用价值。

2. 张教授生物全息诊疗法的创造发明对中医学,尤其对针灸学的发展发生着极其重要的影响,是对世界医学的重大贡献。以前有人问及中医为什么诊脉,望舌能知内脏病,为什么耳针、鼻针等能治疗全身疾病。我们费尽口舌,人们都不尽理解。现在用张教授的全息胚学说解释,人们很容易接受。作为中医针灸工作者,我们为张教授使中医针灸理论升华而庆贺。

3. 运用第二掌骨侧疗法时,有些病需结合中医脏腑、经络、气血辨证进行治疗。如眼病可取肝穴。运用第二掌骨侧疗法时,适取桡尺骨节肢、肱骨节肢、胫腓骨节肢,股骨节肢、耳针等的同名穴,可提高疗效。运用第二掌骨侧疗法,有时配1~2个特定穴可提高疗效。运用第二掌骨侧疗法治疗软组织伤痛如同时加刺阿是穴并采用阻力针法,比单纯用第二掌骨侧穴位效果更佳。运用第二掌骨侧疗法治疗急性炎症,如配刺血,常收立竿见影之效。对于发病有时间节律的病症,在运用生物全息疗法时,如将脏腑经络气血运行节律考虑进去取穴,常可出现奇效。在第二掌内侧针刺,针感强(以患者能忍耐为度)效果好,加用电针效果更好。

4. 在运用第二掌骨侧治疗过程中,如患部出现热、冷、跳动、过水样抽动、入睡等效果往往很好。有些病例经几次治疗后,原有症状不见好转反而加重,或其它部位出现原来没有的症状,这样的病例如坚持治疗,效果也将很好。因此在针刺前要把这些可能出现的情况向患者预先讲清,减轻患者的心理负担,增强患者的治疗信心,求得患者密切配合。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]史宇广,阻力针法初探,中国针灸,1986;(4):8。
- [3]杨占林,同经相应取穴法,山西科学教育出版社,1986。

让 2000 年人人享受生物全息诊疗法

王世宜 陈全平

(湖北宜昌葛洲坝水电工程学院)

笔者是业余全息胚学说研究者,自 1990 年以来,学习了张颖清教授创立的“生物全息诊疗法”及全息胚生物学理论,并进行了长达五年的社会诊疗实践,在取得一定经验的基础上,先后在各机关、厂矿、大中学校及各级老年活动中心,特别是缺医少药的贫困地区实施了张氏理论的推广讲座,教病人自行诊疗,累积讲课 50 场次,听课人数近 5000 人次,其中经过诊疗在册的人数近 1000 多人,从病人后来反馈的信息统计分析:治愈率近 70% 以上,有效率为 96%,特别是对常见而又难治愈的病症(如下表 2),经过培训后,由病人自行按摩和我们进行针刺相结合,均取得满意的治疗效果,解除了病人多年的病痛,病痛痊愈的病人又当上医生和宣传员,达到了生物全息诊疗法的普及及推广。

几年来,我们在全息胚诊断理论推广中,使很多病人提前发现疾病,从而得到及时治疗,同时也使由于医院误诊的病人得到重新治疗,很多病人称之为“手上 CT 诊断法”,以下是我们进行诊疗后的统计表。

表中疗效判断标准:

痊愈:症状完全消失。显效:症状显著减轻。有效:症状有明显好转。好转:症状有不同程度的减轻。无效:症状变化不明显。

表1 第二掌骨侧全息速诊疗法 724 例统计

诊断部位	准确例数	不准确例数	准确率
头	40	2	95%
颈	100	1	99%
上肢	120	1	99%
肺心	50	4	92%
肝胆	45	1	97%
胃	67	0	100%
十二指肠	54	0	100%
肾	46	3	93%
腰	53	2	96%
下腹	74	1	98%
下肢	47	0	100%
足	28	1	96%

表2 全息胚疗法 373 例疗效分析

疾病名称	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
头痛	4	2	2			100%
失眠	23	20	3			100%
颈椎病	18	15	3	3		100%
鼻炎	10	4	4	2		100%
肩周炎	15	13	1	1		100%
感冒	40	40				100%
冠心病	3	1	2			100%
脑溢血后遗症	4	2	2			100%
慢性胃炎	84	73	8	1	2	97%
厌食症	10	8	1	1		100%
积食	12	11	1			100%

疾病名称	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
面肌痉挛	2	1	1			100%
慢性胆囊炎	10	3	5	1	1	90%
风湿关节炎	17	11	3	1	2	88%
痛经	40	34	3	2	1	97%
附件炎	17	15		1	1	94%
闭经	4	4				100%
髌关节炎	5	3		1	1	100%
关节扭伤	20	18	2			100%
肾炎	6	4	1	1		100%
慢性肠炎	29	26	1	3		100%

典型病例

例 1: 刘某某(男), 32 岁, 工程师, 医院判断为浅表性胃炎, 五年中曾用各种胃药物治疗无效, 教病人自行在双手第二掌骨胃穴不定时坚持按摩三个月, 胃炎症状完全消失。

例 2: 郑某某(女), 40 岁, 会计, 不定时后脑疼痛, 发作时难以忍受, 教其每天按摩双手第二掌骨侧头穴 400 下, 坚持两月头痛不再发作, 半年后随访, 仍然正常。

例 3: 石某某(女), 45 岁, 干部, 慢性肾盂肾炎, 住院一年半, 常规治疗, 病人病情无好转, 时有晚间发作, 腰痛难忍, 后在其双手第二掌骨侧肾穴针刺 14 天, 病情明显好转, 教其自行按摩两个月后, 到医院做尿液常规检查, 炎症基本消失。

例 4: 余某某(女), 21 岁, 大学生, 继青春期以来长期闭经, 在医院利用药物注射治疗, 注射一月则经期正常, 停针则病症恢复。后经采用针刺第二掌骨腹穴加足部按摩两个月, 月经正常, 半年后随访不见复发。

例 5: 徐某某(男), 21 岁, 大学生, 慢性结肠炎 6 年, 每天大便 5~6 次, 便水泻状, 医院诊断后常规性药物治疗无效, 该生学习生物全息诊疗法后, 自行针刺治疗, 四疗程后再无腹泻病症, 经医院检查证明炎症消失。

例 6: 雷某某(男), 63 岁, 退休干部(原职业大学校长), 患冠心病和颈椎病, 经医院治疗一年多无效, 该病人爱人为机关医生, 教其在第二掌骨侧颈穴及肺心穴交替针刺, 4 疗程后病情好转, 颈椎病基本缓解, 心痛再不发作。

实践证明, 按照全息胚理论在各节肢相关穴上进行诊断或治疗, 准确性及治疗效果均显著, 而且简便易行。同时, 在诊断治疗过程中进行全息胚诊疗理论及方法的培训讲座, 可以大大推广全息诊疗法, 正如张教授所说, 即使不是医生的工人、农民、士兵、学生和服务人员等都能显示出治疗的作用。特别对于缺医少药的贫困地区, 推行这一疗法, 可以使人人得到保健治疗, 及早发现疾病, 及早治疗, 不仅解决了缺医少药的困难, 同时能使贫困地区人民享受医疗保健, 这对中国的扶贫工作是一种无形的援助。我们设想如果按照上述实践过程, 在全民中推行生物全息诊疗法, 培养上千万的业余爱好者, 到 2000 年可以使人人享受生物全息诊疗保健。

V. 全息胚癌理论在肿瘤 治疗中的应用

应用具有全息胚分化促进作用的 中药治疗晚期癌症的研究

杨 锐 副主任医师

(山东省平度市人民医院)

摘要 应用含有全息胚分化促进作用的中药治疗晚期癌症,结果表明,肿瘤治疗缩小率达80%,症状、体征改善情况和生活质量改善情况达95.8%,半年、1年到5年生存率分别为95.8%、91.2%、80%、64.1%、33.3%、28.6%。

关键词 全息胚;发育时间轴;癌区;滞育;全息胚分化促进剂

若癌症进入晚期,目前医学上尚缺乏很有效的方法来减少病人的痛苦和延长病人的生命。由山东大学张颖清教授创立的全息胚学说,^[1]使癌症的治疗有了新的途径。全息胚学说认为:癌是其发育停滞在发育时间轴上卵裂期和桑椹期的全息胚。如果这种全息胚沿着发育时间轴向前发育达到囊胚或更高的发育阶段或分化阶段,细胞就会脱离了癌的疯长特性,就会正常化。癌的治疗关键是使癌突破滞育状态,冲出发育时间轴上的癌区,进入安全的发育阶段。凡是能促进和诱导全息胚向前分化的药物,可被用来促进癌突破发育滞点,穿出癌区。中药中许多种药物都具有促进全息胚分化的作用,因此是治疗癌症的有效药物。它们的治疗特点是对癌细胞具有单刃两利作用,比目前常用的具有双刃两害作用的细胞抑制剂有更好的发展前景。近年来,我将张教授的治癌战略思想结合

应用于临床实践中,收到较为满意的效果。

1. 资料

1.1 一般资料

临床资料完整的共 71 例。其中男性 29 例,女性 42 例。年龄最小的 25 岁,最大的 89 岁。经病理确诊者 64 例。其余虽没经病理确诊,但化验、B 超、CT、磁共振均揭示为晚期癌症病人。已做手术切除者 41 例,未做手术切除者 30 例。

1.2 诊断标准

(1)具相应部位癌的症状、体征。

(2)病理诊断明确。

(3)癌未经病理确诊者均有免疫、B 超、CT 或磁共振诊断阳性指征。

(4)按国际 TNM 分类,所有病例均在 III、IV 期。

1.3 疗效评价标准

参考 1986 年中国抗癌协会第一届食管癌学术会议制订的肿瘤疗效修正标准。

(1)完全缓解:(CR),肿瘤完全消失,维持一个月以上。

(2)部分缓解:(PR),肿瘤缩小 50%以上,维持一个月以上。

(3)微效:(MR),肿瘤缩小 25%以上,但不足 50%,维持一个月以上。

(4)有效率为:CR+PR+MR。结果见表 1。

1.4 症状、体征改善情况

按精神、食欲、疼痛、发热、出血(便血、咯血、吐血、痰血、血尿)咳嗽、咯痰、胸水、腹水、浮肿、胸闷、腹胀、恶心、呕吐、黄疸、腹泻等 16 项症状、体征考核。凡一项或一项以上症状、体征改善即为症状、体征改善有效病例。结果见表 2。

1.5 生活质量改善效果

按卡诺夫斯基记分方法作健康状况评分。100 分:健康状况正

常,无主诉或明显客观症状。90分:能带病维持正常活动,有轻微征候或客观症状。80分:经努力可维持正常活动,有少量征候或客观症状。70分:生活虽能自理偶需他人帮助。50分:生活大部分不能自理,经常需治疗及护理。40分:生活不能自理,需专科治疗及护理。30分:生活完全不能自理,虽非危重但需住院治疗。20分:病情危重必需接受支持疗法。10分:垂危,病情急剧恶化。0分:死亡。本文将治疗后较治疗前提高30分并维持一个月以上视为生活质量提高有效病例。结果见表3。

1.6 治疗后生存期

随访半年、1年、2年、3年、4年、5年及5年以上生存情况。结果见表4。

2. 方法

2.1 常用的具有促进全息胚分化作用的中药

植物源:白英、半枝莲、仙鹤草、败酱草、山豆根、人参、大枣、柴胡、甘草等。

动物源:紫河车、蜂房、土元、僵蚕、蛤壳、壁虎、全蝎、蛇蜕、鳖甲、蜈蚣等。

2.2 临床应用

具有促进全息胚分化作用的中药,全息胚学说称之为全息胚分化促进剂。它分布于各类药性的中药中。应用时结合中医脏腑学说和八纲辨证立方遣药。由于晚期癌症的临床表现多由“内虚”引发的相应的证和症。所以施治时重在脾和肾,治法用滋阴补阳法。遣药时,应依症的不同,适当调整全息胚分化促进剂的用量。

3. 总结

从表1~4的统计资料分析,应用全息胚分化促进剂治疗晚期癌症,可收到较好的效果。肿瘤治疗缩小率达80%,症状、体征改善情况和生活质量改善情况达95.8%。通常认为多没希望的晚期癌症病人半年生存率达95.8%,1年生存率达91.2%,2年生存率

达 80%，3 年生存率达 64.1%，4 年生存率达 33.3%，5 年生存率达 28.6%。这些通常被认为只有几个月或几周生存可能的癌症病人，在被减少痛苦后又延长了生存时间或治愈的事实说明，应用全息胚分化促进剂治疗癌症，能够使癌突破滞育状态冲出发育时间轴上的癌区进入安全发育阶段。

多年来癌症治疗多使用细胞抑制的方法，但很难制止癌的疯长状态。本文通过实践资料表明，帮助全息胚突破滞育恢复正常发育状态是科学和正确的方法，这表明全息胚学说是攻克癌症的新的希望。

表 1 治疗后肿瘤缩小效果*

名称	例数	缩瘤有效数	有效率%
肝癌	7	6	85.7
胃癌	9	7	77.8
肺癌	5	3	60.0
其它**	9	8	88.9
合计	30	24	80%

* 本表仅统计没作手术和只作剖胸、腹探查的病人 30 例。

** 内含胆管癌 1 例，膀胱癌 2 例，恶黑 1 例，卵巢癌 1 例食道癌 2 例，乳腺癌 2 例。

表 2 症状、体征改善效果

名称	例数	有效	有效率%
肝癌	7	6	85.7
胃癌	13	12	92.3
肺癌	5	4	80.0
卵巢癌	8	8	100
乳腺癌	29	29	100
其它*	9	9	100
合计	71	68	95.8%

* 含胆管癌 1 例、膀胱癌 2 例，睾丸癌 2 例，结肠癌 2 例，恶黑 1 例，喉癌 1 例。

表3 生活质量改善效果

名称	例数	有效数	有效率%
肝癌	7	6	85.7
胃癌	13	12	92.5
肺癌	5	4	80.0
卵巢癌	8	8	100
乳腺癌	29	29	100
其它*	9	9	100
总计	71	68	95.8%

* 含胆管癌 1 例,膀胱癌 2 例,睾丸癌 2 例,恶黑 1 例,喉癌 1 例,结肠癌 2 例。

表4 治疗后生存时间

存活时间	随访人数	存活人数	生存率%
0.5(年)	71	68	95.8
1	68	65	91.2
2	65	52	80.0
3	39	25	64.1
4	24	8	33.3
5	7	2	28.6%

参考文献:

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987,149~189。
 [2]郁仁存,中医肿瘤学,科学出版社,1983,18~23。
 [3]邱佳信等,健脾法为主治疗晚期胃癌的探讨,中医学杂志,1992,33(8):23。

全息胚癌理论在临床的 应用(附 31 例报告)

曹良清 副主任医师

(四川省宜宾地区第二人民医院)

张颖清教授创立的全息胚癌理论^[1]为筛选广谱抗癌药物提出了新途径、新思路,也给癌症的治疗带来了新的曙光,现将作者运用张氏理论筛选植物抗癌药,并治疗各种癌症病人 31 例报告如下。

一、一般资料

本组 31 例病员有住院及门诊病人,其中男性 21 例,女性 10 例,民族主要是汉族和彝族,职业涉及干部、医生、工人、农民、居民等。40 岁以上的 24 例,40 岁以下的 7 例。疾病类型分布如下:胃癌 16 例、食道癌 2 例、肺癌 2 例,乳癌 2 例、肠癌 5 例、宫颈癌 3 例、卵巢癌 1 例。31 例中 30 例作了相应手术切除,1 例食道癌未作手术,全组病例均未作任何化疗及放疗。

二、诊断标准

各种癌症病人均经临床病史、体征及相应的特殊检查,均有细胞病理诊断确诊。

三、植物抗癌药配方组成

主要成分由紫杉醇浸膏、乌骨藤浸膏、藤梨根浸膏、柘根皮浸膏、广香根五种树木的根皮组成“复方紫杉冲剂”。见表 1。

四、治疗方法

各种癌症病人手术后,当生命体征稳定及肠鸣音恢复后开始口服“复方紫杉冲剂”,每日3次,每次一包,两周为一个疗程,连用2~4个疗程,有6例连服3年,有2例连服7~8年至今未停药。各种癌症病员按其疾病性质不同,施以综合治疗,配合支持疗法。另有12例在服药的基础上,加用生物全息疗法,在第二掌骨侧选取与患部对应的穴位,用28至30号毫针施刺,得气后留针30分钟,其间每5分钟行针一次,以患者穴位深部有较强的酸、麻、胀痛为度。视情况每日或隔日治疗一次,15次为一个疗程。本组治疗观察最长者8年,最短者一个疗程。

表1 药物组成、抗癌指示性状和功效(复方1号)

药名	生药量	抗癌指示状	主要成份	作用
紫杉 浸膏	8g	皮浅裂、基部有数对鳞皮、枝密小枝互生、短叶螺旋状互生	紫杉烷二萜化合物	新型高效抗癌活性物质,治多种癌症
藤梨根 浸膏	50g	枝有柔毛,叶卵圆形,先端尖边缘锐锯齿,果实多毛,复叶	含猕猴桃硷、维C等	抗癌作用,抗风湿、抗病毒,清热利尿、活血止血等
柘根皮 浸膏	30g	灌木、单叶互生雌雄异株,树干有刺棘	含黄酮类、 β -谷甾醇生物硷、有机酸	抗癌作用、活血化瘀、祛风利湿等
乌骨藤 浸膏	15g	灌木,藤枝有毛,叶缘细齿,复叶	含内珊瑚甙元,糖类、树脂	抗癌作用,止咳平喘、利尿通乳等
广香根	10g	全株短柔毛,根有皱纹、叶缘齿状	含木香内酯、醇等	抗癌作用,抗菌消炎、理气、开胃等

五、疗效评定标准和治疗结果

1. 临床治愈:症状及客观检查阴性征象消失,恢复一定劳动

能力,连续观察五年以上无复发者。

2. 显效:症状基本消失,客观检查有明显好转,3年以上5年以内无复发。

3. 有效:症状有所改善,客观检查有好转,病灶基本稳定,一年以上无复发。

4. 无效:症状及客观检查无改善,或仅有短期改善,一年内迅速恶化者。

治疗效果见表2。

表2 治疗结果的统计

临床治愈 (5年以上存活)	显效 (3~5年存活)	有效 (1~3年存活)	无效 1年以内死亡	合计
10人	14人	6人	1人	31人
32.2%	45.2%	19.4%	3.2%	

六、典型病例

病例1:曹××,男,43岁,医师,1987年5月23日突感咽喉部不适,吞咽似有异物感,吞钡X线食道(一),纤维胃镜发现食道中段粘膜色稍深,局部轻度充血水肿,结论,慢性浅表型食道炎。食道“拉网”脱落细胞检查结果:食道原位癌I期。全身其它部位未见异常。病员拒绝手术治疗,坚持口服“复方紫杉冲剂”。每次一包,每日3次;配合生物全息疗法,双手第二掌骨侧颈穴强按摩两次,每次500下,常年每日未间断,至今已8年,一直坚持工作、学习及科研第一线。体力、精神、食欲未减,至今无任何不适症状。

病例2:王××,女,24岁,农业局干部,1988年4月21日发现右乳房长包块,经华西医大附院行乳房抽吸细胞学检查,诊断为右乳腺管内乳头状癌。并在此医院作了乳癌根治术(未作卵巢切除),术后病人拒绝放疗及化疗。在我院服“复方紫杉冲剂”,每日3次,每次一包,连用7年,配合生物全息疗法:双手第二掌骨侧肺心穴压痛点,每日针一次,留针30分钟,共治疗30次后,自我及家属在第二掌骨侧按摩,每天2次,每次500下,常年不间断,至今已7

年未復發,工作、生活、學習正常進行。

病例 3: 苦××, 女, 42 岁, 彝族, 工人, 1990 年 2 月 13 日, 因阴道出血就诊妇产科, 发现宫颈有一小包块, 取活检病理诊断为: 宫颈鳞状细胞癌结节型 I 级。立即作子宫全切术, 肠鸣音恢复后, 在综合治疗的基础上, 口服“复方紫杉冲剂”, 每次一包, 每日 3 次, 连用 3 年。配合生物全息疗法: 双手第二掌骨侧下腹穴, 每天针一次, 留针 30 分钟, 共治疗 30 次后, 改为自我或家属在第二掌骨侧下腹穴强按摩, 每天 2 次, 每次 500 下, 常年不间断, 至今已 5 年, 随访未复发。

病例 4: 白××, 女, 37 岁, 彝族, 农民, 1989 年 6 月 28 日发现下腹部长包块, 腹部 B 超示: 子宫右侧附件占位性病变; 妇科查发现子宫右侧 $6 \times 5 \times 3\text{cm}^3$ 大小椭圆形包块, 与子宫相连, 诊断为“卵巢肿瘤”, 行右卵巢切除术, 术后病理报告: 卵巢囊性恶性畸胎瘤。术后肠鸣音恢复后, 口服“复方紫杉冲剂”, 每次一包, 每日 3 次, 连服三年。配合生物全息疗法: 双手第二掌骨侧下腹穴位, 每日针一次, 留针 30 分, 共 30 次。以后教会自我穴位按摩, 每日两次, 每次按摩 500 下, 常年不断。病员至今 6 年, 随访未复发, 工作、学习、生活正常。

七、讨论

1. 张颖清教授提出的全息胚癌理论为筛选广谱抗癌药物提出了新途径, 我们所选的具有抗癌指示性状的植物源药物, 组成复方, 称“复方紫杉冲剂”, 正是张教授癌理论的有力佐证。

2. 按张教授的全息胚学说认为, 凡是能促进和诱导分化、再生、修复的物质都是全息胚分化促进剂, 某种植物或动物的抗癌指示性状越突出, 越多, 这种植物含全息胚分化促进剂越多, 抗癌能力越强。本组癌症病人 31 例, 其中 30 例作为原发病灶手术治疗, 1 例未行手术治疗, 全部病例均没有进行任何放疗和化疗, 我们给口服全息分化促进剂“复方紫杉冲剂”的基础上加用生物全息疗

法,其疗效令人满意出乎意料之外,总显效率达到 77.36%(治愈率+显效率),临床治愈(生存在 5 年以上)占 32.2%,全组病人 1 年后仍有 2/3 病人存活,5 年以上仍有 1/3 病人存活。值得进一步探讨。因收集的病例太少,特别是单病种太少,有待继续观察研究。未发现副作用。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987 年。

全息胚分化促进剂治疗肝癌 40 例

姬秀萍 医师 葛新兰

(焦作市上白作荣复医院)

摘要 我们根据张颖清教授全息胚学说研制的全息胚分化促进剂肝零号至肝5号中成药胶囊和中草药合剂。在治疗40例肝癌患者中,痊愈率57.5%,显效占30%,好转占12.5%。所有病例均以现代医学诊断为确诊依据。

自1993年元月至1994年10月,我们根据张颖清教授全息胚学说研制的全息胚分化促进剂治疗肝癌40例,疗效显著,现报告如下。

一、临床资料

(1)一般资料:40例中,男,28例,女,12例,年龄最大68岁,最小7岁。病程最长的是6个月,最短半月。

(2)确诊方法和依据:

所有病例均以现代医学诊断为全部病例的确诊依据。如:肝功能化验指示,B超影像提示,结合CT诊断及磁共振检查。例如原发性肝癌B超提示:肝内占位性病变,回声异常粗糙、肝表面不光滑,肝细胞结节状、肝巨大、肝功能化验指标不正常,胎甲球高等。

(3)治疗方法:

全部病例均采用中医治疗方法。一般以服用全息胚分化促进剂肝零号、肝1号、肝2号、肝3号、肝5号中成药胶囊为主。对有

并发症和合并症的,必要时服用中草药分化促进剂合剂(3号~4号或5号)调整使用更为理想。一般8天为一疗程,每服用完一至两个疗程后就必须复诊,根据病人自我感觉和望、闻、问、切与触诊情况调用药物,必要时结合现代医学诊断依据辨证论治调换药物,以便掌握病情的进展变化情况。

(4)疗效标准:

痊愈:症状完全消失,自觉良好,可正常生活。肝功能化验全部正常,胎甲球正常,B超提示肝内回声无异常,稍有密集微波,自感正常,治疗期与恢复期一般为4个月到半年。

显效:症状大部消失或显著减轻,肝功能有显著提高。B超与CT诊断肝脏结节不平改变为肝大、肝内回声粗糙暗区有好转,肝功能化验指标异常值大幅度降低,中医触诊肝脏坚硬高低不平症状明显消失,肝脏变大而软光滑。

有效:症状与体征都有程度不同的明显减轻,肝功化验指标向正常值接近,B超指示肝内出现密集微波,肝细胞坏死与结节无改变,患者自觉症状有好转,中医触诊包块软化好转。

二、治疗结果

以全息胚分化促进剂,治疗40例肝癌者,其中,早期13例,中期11例,晚期16例,痊愈率占57.5%,显效的占30%,好转的占12.5%。

三、典型病例

病例1(乙肝,肝内实质弥漫性病变——早期肝癌):李××,女,34岁,自诉:1988年患乙肝,1991年12月23日经焦作市卫校附属医院B超提示:肝内实质弥漫性病变,胆囊炎。并患双侧乳房瘤,经多方治疗无效。

患者于1993年元月前来我院就诊时,不能正常进食,肝区疼痛不止,精神欠佳,四肢无力,双侧乳房疼痛难忍,面色灰青,两眼圈发黑。当天取肝1号和肝5号胶囊中成药回去服用8天后,疼痛

减轻,饮食增加,精神好转,约服肝零号三个月后症状全部消失。乳房瘤消除。93年4月27日经焦作矿务局医院B超提示:肝内未见病变,肝、胆、脾、胰均正常,患者自感一切正常。

病例2(乙肝、脂肪肝、肝弥漫性损伤病变——早期肝癌):曹××,男,60岁。自诉:患乙肝病十多年。经多家医院医治无效。B超提示:肝弥漫性改变。脂肪肝、胆囊炎。CT提示:早期肝硬变、脂肪肝、平扫不能除外肝脏占位性肿瘤,建议增强检查。肝五项化验:第五项阳性。

患者于1993年4月29日前来就诊时:面色紫暗、舌苔白薄、舌尖红、口臭、脉沉细而滑,腹部膨隆、饱胀、腹中有气体。叩诊:臌音。触诊:肝区痛反射到背后,5月2日开始服用全息胚分化促进剂肝零号胶囊中成药,配合肝五号汤剂。8天后自感明显好转,上腹部舒适,饮食增加,精神也有所好转。5月10日,又服8天,服后病情一天比一天好。连服一个月后。B超提示:肝弥漫性损伤好转,改换服用肝3号中成药胶囊,共服4个月后B超提示:肝、胆、脾、胰未见异常病变,排除肝占位,肝功化验正常。肝五项化验:全部阴性。自感一切正常痊愈。

病例3(乙肝、肝实质弥漫性病变——早期肝癌):姚××,男,50岁。自诉:有肝炎家史(几口人都是死于肝病)。自感上腹部不适,两肋下压痛,1993年12月6号经焦作市卫校化验肝五项提示:1、3阳性,肝功化验:谷丙转氨酶130单位。B超提示:肝实质弥漫性病变。患者于1993年12月21日前来我诊时:面色紫暗青,两面颊部毛细血管浓涨,口唇紫暗,舌苔微黄,口干、舌质紫有淤斑,脉细沉无力,腹部饱胀、肋下压痛。触诊:肝脏肿大而硬痛。叩诊:腹部臌音。两下肢轻度浮肿。

12月21日开始服用肝1号中成药胶囊,配合肝3号合剂。8天后,自感心里燥热消失,体温正常。根据患者的病情变化,改换服用肝2号中成药胶囊服10天后,效果明显好转,腹部疼痛基本消

失。饮食增加,睡眠良好,腹部舒适通畅。连续服用肝2号2个月。自觉症状消失。但因有乙型肝炎,又改服肝零号中成药胶囊和肝4号合剂24天后,肝功化验基本正常,肝五项化验:全部转阴。B超提示:肝、胆、脾、胰未见异常病变,自感一切正常痊愈。

病例4(乙肝合并黄疸型肝炎肝硬化肝实质弥漫性病变——早期肝癌):吴××,男,56岁。自诉:患肝炎病十多年,1993年1月感到上腹部不适,胸剑下疼痛。经检查化验,肝五项:1、3、5阳性,肝功化验,都在不正常值范围:黄疸指数32单位,谷丙转氨酶179单位、谷草转氨酶366单位、总蛋白83.2克%、白蛋白38.6克%、球蛋白45.8克%。住院5个月无好转,后又经多家医院治疗仍无明显效果。B超提出:肝实质弥漫性病变,胆囊壁增厚、脾厚。

患者于1993年9月13日前来就诊时,面色灰暗,两眼巩膜黄染、舌苔中黄腻、边白、舌尖红、舌质紫暗、口臭、牙齿出血、脉洪大而硬滑。腹部膨隆。叩诊:臌音。触诊:腹部右肋下摸到肝区有坚硬包块,肝左叶触及不清。并有微量腹水。两下肢轻度浮肿。

9月13日开始服用肝1号中成药胶囊配合肝5号中草药合剂。8天后感觉上腹部舒适,能进少量饮食。15天后,感觉良好,精神好转,饮食增加,各方面都明显转变。一个月后,肝功化验接近正常。根据患者的病情变化和治疗情况,改换服用肝3号中成药胶囊、肝3号中草药合剂,一个月后复诊,腹部症状明显消失,触诊腹部包块变软缩小,患者自感一切良好。共服药4个月痊愈,肝5项化验全部转阴。B超提示:肝、胆、脾、胰未见异常。最后为巩固目的继续服用肝5号中成药胶囊一个月。

病例5(肾病综合症、肝实质弥漫性病变——早期肝癌):杨××,男,44岁。自诉:1993年10月感到尿急次数多,尿浊,到县医院检查化验诊断确诊为肾病。左肾 $116 \times 49 \times 48\text{mm}$,右肾 $110 \times 54 \times 47\text{mm}$ 。同时自感上腹部不适,经化验肝功、谷丙转氨酶偏高,硫酸锌浊度10单位。尿蛋白+++。肝五项化验:1、3、5阳性。B超提

示:(1)肝實質弥漫性病变。(2)双肾炎性改变。

患者于1993年10月18日前来就诊时,面色黄白。面部有轻度浮肿,眼巩膜黄染、舌苔白、舌质淡。腹部饱胀。叩诊:膨音。触诊:肝区有轻微的压痛感。10月18日开始服用肝2号中成药胶囊,10天后浮肿明显消失。又服10天后,自感症状好转,饱胀消失,饮食增加。根据病情的好转程度,改换服用肝3号中成药胶囊。与肝2号配合服用。10天后复诊,病人自感一切病症消失如正常人一样。共服药3个月。经医院尿常规化验正常,肝五项转阴,肝功化验硫酸锌浊度10单位外,其它均正常。B超提示:肝内回声均匀,胆囊大小正常,肝胆脾未见异常,一切良好。

病例6(肝炎、胃幽门梗阻,肝右叶占位性病变,结节状——中期肝癌):张××,男,55岁。自诉:患慢性肝炎十余年。1992年因胃幽门梗阻手术。打开腹腔后,发现肝脏肿大。1993年经焦作市CT诊断中心诊断:胆囊积水,并肝内胆管扩张,脾大,肝右叶占位性病变。

患者于1993年3月31日来我院就诊时,上腹部饱胀,肝区疼痛,食量少,面色青黄,精神不振,四肢无力,触诊肝区有高低不平结节状硬块。确诊为中期肝癌。当天取药回家服用8天后,脾脏有明显软化,饮食增加,腹部舒适好转,经过6个月的服药,肝区疼痛解除,患者自觉症状消失。B超提示:肝、胆、脾大小形态回声均正常,未见占位病变,患者感觉一切正常。

病例7(乙肝、肝实质弥漫性病变、肝右尾叶占位——中期肝癌):李××,男,29岁。自诉:患乙肝3年多了。一直服用保肝药治疗,没有什么好转。93年以来自感肝区疼痛、饮食差、无精神,自摸右肋下有硬块,每到下午两下肢轻度浮肿,后经医院肝功化验各项都不正常。B超提示:(1)肝区实质弥漫性损伤病变。(2)肝右尾叶占位(肝右下叶尾叶有一团块 $7.2 \times 5.5\text{cm}$)。(3)胆囊炎。(4)门脉增宽。肝五项化验:1、4、5阳性。

患者于 1993 年 8 月 31 日前来就诊时,面色灰暗、唇紫暗、舌苔薄白、舌质紫暗、腹部叩诊臌音。触诊:右肋下有一鸭蛋型团块,有压痛感。两下肢轻度浮肿。8 月 31 日开始服用肝 5 号、肝零号中成药胶囊。8 天后复诊,自感稍有好转,饮食有所增加。又服 8 天后,腹胀减轻,精神好转。第三次复诊后,改服肝零号中成药胶囊,效果明显。肝区疼痛消失,团块变小,舌觉良好。共服肝零号中成药胶囊五个月余,一切正常。肝功化验正常。肝 5 项化验:全部转阴。B 超提示:肝、胆、脾、胰未见异常病变。

病例 8(肝炎、肝癌、伴腹膜后转移、肝实质细胞癌——晚期肝癌):郭××,女,57 岁。自诉:患慢性肝炎十余年。1993 年 3 月 31 日经沁阳市人民医院 CT 和切片检查提示:肝癌,伴腹膜后转移。又经沁阳市人民医院 B 超提示:肝实质细胞癌。

患者于 1993 年 4 月 3 日前来我院就诊时,不能正常进食,腹部饱胀,精神差,肝区疼痛并放射后背,不能入睡。当天取药回家服用 8 天后,肝区疼痛减轻、食量增加。一天比一天好转。经过 6 个月的服药。现饮食良好,肝区疼痛解除,患者自觉症状消失,能做一些较轻的家务。但 B 超提示:肝内占位。这是肿瘤消除后,其包膜仍存在的痕迹所致,患者自感一切正常。

病例 9(肝硬化腹水、脾脏巨块肿大、肝癌——晚期肝癌):姬××,男,7 岁。家长代诉:饮食差,精神疲倦一年多,体质消瘦,摸到上腹部有大肿块,经其医院化验肝功不正常。谷丙转氨酶 482 单位,麝香草酚浊度 105 单位。总胆红素 30.7ml,肝 6 项化验:1、3、5、6 项阳性。B 超提示:(1)脾脏巨块肿大。(2)肝硬化腹水。(3)肝癌。

患者于 1994 年 9 月 8 日前来就诊时:面色青黄,眼巩膜黄染,口唇紫暗、口干、口苦、舌质紫、舌苔中黄边白、鼻子出血、腹部膨胀,按之如囊,触诊:脾脏肿大、压痛。两下肢浮肿,脉沉细无力。体形消瘦皮包骨一样。

患者于1994年9月8日开始服用肝零号中成药胶囊和肝3号中草药合剂。8天后腹部水有所消失,肝脾仍大硬。又服8天,腹水消失,触诊肝脾厚硬而变软。鼻子出血消失,饮食增加。又服8天,服后复诊精神好转。因脾大改服肝零号和肝1号中成药胶囊。连服24天,复检触诊:肝脾不大如常,一切病症消失。后经B超提示:肝内回声片状底回声。肝胆脾未见占位。肝功化验正常。表面抗原阴性,3、5、6转阴,共服药3个月。现今一切正常。

病例10(胆结石、肝硬化、肝右叶实质性占位——晚期肝癌),屈××,男,60岁。自诉:患有病毒性传染性肝炎10多年。经多家医院诊治没有多大效果。1994年4月份感到右肋下刺痛,心口下面有一块按之痛的硬块。曾患有胃贲门炎。后经检查B超提示:(1)肝弥漫性回声改变(肝硬化)。(2)肝右叶实质性占位。(3)胆囊结石、胆囊炎。肝功化验。谷丙转氨酶62单位。胃镜报告:贲门部有炎症。

患者于1994年3月1日前来就诊时,面色稍暗,舌苔白燥裂、舌质胖大、舌色淡,脉沉细无力,大便溏,小便正常。触诊:上腹部胸剑突下有包块,坚硬高低不平,推之不动。右肋下3cm质硬,两下肢有轻度浮肿。患者于1994年3月1日开始服用肝零号中成药胶囊和肝3号中草药合剂。8天后复诊,自感上腹部舒适,饮食稍有增加,肝区疼痛减轻,精神有好转。又服8天后,病情明显好转。又服8天后,病情明显减轻,饮食正常,精神良好。根据病情的变化程度,调换改服肝3号中成药胶囊和肝4号中草药合剂,16天后复诊,自感病症消失如常人一样。自摸包块消失,临床检查、包块摸不到,无任何不适反映。肝功化验:除硫酸锌浊度10单位外其它正常。B超提示:(1)肝区回声稍有点状增强。(2)肝内未见占位。(3)有轻度的胆囊炎,共服药5个月一切正常,经走访患者自感一切良好。

体会

1. 张颖清教授提出的全息胚学说、生物全息律和治癌新战略,在医学应用中,方法简便,治疗目的明确,疗效快。特别是在治“癌”方面,为医生提供了新的理论依据。通过神经、体液循环的调节,使相应的患病器官或部位得到修复和调整,从而达到治病的目的。

我们根据这一新的理论,结合中医药学和药用植物学,筛选抗癌指示性状明显的药用植物、动物、矿物,研制组成具有分化促进作用的分化促进剂,应用临床效果很好。

通过临床验证说明,全息胚学说提出的治癌新战略为早日征服“癌”指明了正确的方向。这种方法用于临床,不但能缩短治疗周期,减少病人的痛苦,而且能较快的改善和恢复人体的免疫功能。

2. 据临床验证表明,肝癌患者都与肝炎、乙肝有关,特别与乙肝关系更为密切,从临床上,按全息胚学说筛选的抗癌药物,在治疗乙肝,其它肝炎方面,疗效也比较显著,但相比之下,没有治肝癌疗效那么理想。这就给我们又提出了新的课题。当然有关具体的机理及更深层的理论还有待进一步去探讨研究。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]张颖清,全息生物学,高等教育出版社,1989。
- [3]张颖清,新生物观,青岛出版社,1991。

应用全息诊疗法治疗肝癌一例报告

窦连俊 副主任医师

(山东电力中心医院)

应用山东大学张颖清教授发明的全息诊疗法5年来诊治各种疾病万余人次,定位确诊率为94.6%,治疗有效率为98%。对诊疗疾病及保健养生均取得满意效果。以下对治疗肝癌一例的经过报告如下。

患者芦氏,女,65岁,农民,住山东鄄城县城关镇。于1995年3月突然发病。主要症状为高烧持续不退,腹胀,纳滞,大便短赤,小便稀溏,四肢无力等,中西医治疗月余不见效,于4月5日来诊。老年女性重病容,心率120次/分,呼吸急促有干湿性罗音,腹软有轻度腹水,肝可及肝胆区有明显的触痛及叩打痛,脾未及,体温39.5℃,其他无异常发现。取第二掌骨侧检查,发现肝胆穴胃穴有强烈的压痛,其他穴位亦有轻度压痛。

治疗方法

①急用解热止痛药物对症治疗。②病人极度衰竭用中西药支持疗法。③在第二掌骨侧取肝胆穴胃穴进行强刺激30分钟,病人立即感觉症状减轻。④进一步作CT检查及查肝功能。CT检查结果是肝胆占位病变(癌)。肝功异常。治疗方案除用中西药对症及支持疗法外主要用全息疗法:取第二掌骨侧肝胆穴胃穴进行强刺激按摩每穴位100~150下每日3次,双手轮换进行,半月后症状体征明显减轻,继续坚持按摩全息穴治疗,2个月后由于感冒,病情有所反复,除配合药物外全息穴又增加肾穴以扶正祛邪,并改用

电针刺激全息肝胆穴、胃穴、肾穴,每次留针一小时左右。半月后腹水基本消失,诸症大减,食欲增加。治疗3个月后一切症状基本消失,饮食二便正常。又坚持二个月的全息穴按摩治疗后,复查一切正常,患者康复可以理家务活动。嘱其病人坚持全息肝胆、胃、肾穴自我按摩以巩固疗效防止复发。经随访半年病人一切正常恢复健康。

体会

①此例病人较重,CT提示为肝胆恶性肿瘤,在治疗上必须采取综合疗法可见效。②药物只是治标而全息治本,标本兼治方可根除。③全息穴必须选穴准强刺激时间长方可达到治疗目的。四、选肾穴是提高机体免疫力的重要手段,肾是先天之本生命之根,肝病可出现肝肾综合症,肝属木肾属水,肾水足则肝木旺,这是五行辨证与全息理论的结合。五、嘱病人自我全息穴按摩是巩固疗效提高健康水平的重要方法。

全息胚分化促进剂治疗癌症体会

丁庆学 原国才 田河水

(中加肿瘤生物治疗协作中心)

我中心是由北京医科大学免疫学研究中心、加拿大桑德贝肿瘤中心和鹤壁市中医院联合创办的,主要从事肿瘤的生物治疗和中医药治疗研究。我们运用张颖清教授的全息胚癌理论^[1],结合中医辨证论治,利用现代生物技术,选择天然抗癌药物种子作为“定向药物载体”,研制的全息胚分化促进剂,治疗中晚期癌症取得了一定疗效,经实验室动物实验,该药物有明显的抑癌作用。现报告如下。

一、药物制备方法

人参、半枝莲、水蛭、蜈蚣等药物水煎浓缩,高压消毒,配入一定的细胞培养液(内含 RPMI1640、Heaps 等),在一定环境下,使天然抗癌种子萌动发芽,经灭活、烘干、粉碎,单用或加入一定量的辅助药物服用即可。

二、典型病例

1. 李××,男,62岁,住院号16623。病人因胃脘部持续隐痛,胃纳减少1年,伴有呕血或柏油样便多次。1992年10月在市人民医院钡餐透视和胃镜检查,诊断为胃小弯癌性溃疡。因病人患高血压、冠心病,不适宜手术。患者及家属又惧怕化疗,遂来我中心就诊。病人极度消瘦,中上腹部可扪及7×5cm肿块,质地坚硬,推之不移。第二掌骨侧胃区有明显压痛,遂服用我中心研制的全息胚分

化促进剂(急性子作为定向孵育种子),并配合液体支持疗法。一个月后病人自觉症状大有好转,胃纳增多,体力增强,自述病情已减大半。查中上腹部肿块减为 $5 \times 4\text{cm}$,病人及家属信心很大,遂坚持治疗半年,肿块已扪及不到,体重增加 5.5 公斤,面色红润,精神焕发,胃镜活检肿块为炎性病变,现经常参加业余体育比赛。

2. 陈××,男,52岁,住院号为18709。病人因吞咽不顺,食人不畅,时有呕吐。于1993年7月做钡餐透视提示:食管中段癌(3~5cm),病理诊断为鳞状细胞癌。因病人伴陈旧性心肌梗塞及脑血栓后遗症,无法手术,经人介绍来我中心就诊,当时食人即吐,只能喝稀粥。我们运用急性子定向孵育的全息胚分化促进剂含化,5天后,病人能食软面条,食入偶有呕吐,作钡餐透视食管病变部位增宽1cm,遂坚持服药5个月,查钡餐透视提示:食管各段光滑,扩张良好,临床治愈。病人已前往省人民医院复查,结果一样,现已重返工作岗位。

3. 齐××,男,65岁,患者于1992年3月低烧、咳嗽、胸闷、气喘、咳吐血痰,在市人民医院诊断为肺结核,经抗结核治疗,症状不减,遂前往省肿瘤医院诊断为中心性肺癌。患者体质消瘦,痛苦面容,体温 38.5°C ,胸闷,胸痛,咯血痰。右肺呼吸音消失,X线提示:右肺门块状阴影,右肺不张。经用全息胚分化促进剂(用瓜蒌籽作定向发育种子)配合液体支持疗法,治疗半个月,胸痛消失,胸闷大减,咯血痰已止,听诊右肺呼吸音清晰。X线提示:右肺张开。现仍坚持用药,已二年半,无任何痛苦症状。

三、体会

张氏全息胚理论认为,癌是滞育在卵裂期或桑椹期发育阶段的全息胚,从而提出了新的治癌战略:促进癌的分化和发育,以突破滞点,使癌的发育穿出发育时间轴上的癌区而正常化。凡能促进和诱导分化、再生、修复的物质都是全息胚分化促进剂。在低等动物中多有变态、再生和无性生殖能力强,这些标志着动物内含有

比较多的全息胚分化促进剂。张氏称变态、再生和无性生殖为抗癌指示性状,指示性状越突出,这种动物越有希望成为好的抗癌药物。在植物中以气生根、变态根、开裂叶、锯齿叶、复叶或者比较强的无性生殖能力和分蘖能力,以及具有块根茎为抗癌指示性状、某种植物的抗癌指示性状越突出、越多,这种植物含全息胚分化促进剂越多,抗癌能力越强。

我们选用的药物定向培养基中蜈蚣、水蛭、全蝎等低等动物,具有变态和分化发育迅速的特点,按生物重演律,这些低等动物在进化上相当于人的早期胚胎阶段,含有较丰富的全息胚分化促进剂,至于人参、半枝莲等都具有较强的抗癌性状,也具有较全强的全息胚分化促进能力。

我们选用急性子、瓜蒌籽等天然抗癌种子进行定向培育。急性子本身首先就具有降气行淤、散结消肿之功,可治疗食管癌、胃癌、贲门癌等。瓜蒌甘寒清热化痰、宽胸散结、排脓消肿,可治疗乳腺癌、胃癌、淋巴肉瘤等恶性肿瘤。在药物定向培养基中,在一定环境、一定条件下促其萌发,然后处理成药。萌发的种子中含有类似细胞激动素的物质,细胞激动素是一种促分化能力较强的植物激素。张颖清教授认为,凡能促进植物全息胚发育和分化的激素也能促进动物全息胚的发育和分化,属于全息胚分化促进剂之列,可以用来治疗人类的癌症,细胞激动素有很好的促分化作用,所以应该具有很好的抗癌能力。这样,我们研制的全息胚分化促进剂具备有动物源、植物源两种全息胚分化促进剂,更重要的是具有“定向”作用。我们根据不同的癌肿选择不同的“载体”,有似于现代肿瘤生物治疗中的“导向药物”,是一种很好的生物反应调节剂(BRM),不仅可使癌细胞穿出发育时间轴上的癌区而分化为正常细胞,而且还能促进免疫细胞的分化、发育和成熟,从而加强机体的免疫功能。

从我们治疗的病例体会中,我们选用急性子作为种子萌发体,

对食管癌、胃癌、贲门癌等消化道癌症疗效较好,大多数病人服用后食欲增加,精神好转,继之疼痛减轻,其它症状也改善,部分病人肿瘤消失或明显缩小,对于消化道出现的梗阻症状,运用全息胚分化促进剂含化,能在短时间内改善患者梗阻症状。运用瓜蒌籽、王不留行等作为定向发育体治疗肺癌、乳腺癌也取得了很好的疗效。实践证明全息胚癌理论应用于临床治疗癌症具有广泛的前景,值得我们进一步深入研究。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。
- [2]张颖清,新生物观,青岛出版社,1991。

现代癌症研究与全息胚癌区滞育论

高凯民

(解放军济南医学高等专科学校)

由银华

(解放军空军门诊部,北京)

癌症是既老又新的问题,人类在征服癌症的道路上已经跋涉了几个世纪。癌作为一种复杂的生物医学现象,涉及到广泛的生命科学的关联学科。因此对癌本质的深入了解同我们对基本的生命过程的了解所取得的进展,基本上是同时并进的。早在18世纪末,法国生理解剖学家 Marie Francois Bichat 根据人体解剖学的研究明确指出,癌是一种组织,其生长方式与体内其它组织基本相似^[1]。这一观察代表了一种非常重要的进展,是从宏观上对癌本质的初步认识。而随着细胞生物学和分子生物学的诞生和发展,对癌本质的研究又深入到了细胞和基因层次,从发育生物学的角度求得各种肿瘤所共有的基本特性:细胞分化能力的缺失。并提出了细胞的去分化、异分化和未分化等不同的观点,众说纷纭,各抒己见,迄今未能给癌下一个确切的可为大家普遍接受的定义。正当人们在众多学科的繁杂的资料面前感到眼花缭乱、莫衷一是的时候,山东大学张颖清教授在其创立的全息生物学理论中提出了癌机制的全息胚癌区滞育论学说,揭开了蒙在肿瘤这个令人恐怖的病魔身上的神秘的外衣,露出了癌的本质:癌是滞育在卵裂期和桑椹期发育阶段的全息胚^[2]。这是肿瘤问题理论性发展的一个重要的里程

碑。本文拟就肿瘤研究近年来的进展,从肿瘤的细胞分子生物学、生理病理学、生物化学、流行病学和临床医学 5 个研究领域,对全息胚癌区滞育论做进一步的探讨。

一、癌细胞的细胞分子生物学研究

张颖清教授在全息胚癌区滞育论中指出:“全息胚具有重演性、滞育性和生长性。如果生物体上的这些由体细胞而来的全息胚在重演整体发育的过程中,全息胚的发育受到了抑制,全息胚恰好滞育在卵裂到桑椹胚这一发展阶段,不向前发育了,而只是进行单纯的生长,那么,全息胚的细胞就会快速分裂,密集成团,细胞大小不一,这个全息胚就成为通常所说的癌。这样,就可以给出关于癌的本质的定义:癌是滞育在卵裂期或桑椹期发育阶段的全息胚。”^[3]这一学说非常精辟地指出了癌是被滞育在细胞发育早期(卵裂期或桑椹期)的未分化的细胞;癌区,是高等动物发育时间轴上的一个发育阶段,以下将围绕这一论点,从细胞分子生物学角度,介绍迄今有关癌细胞与分化的关系的有关研究和对细胞分化机理的一些概略认识。

在研究癌症的历史过程中,癌细胞与正常细胞究竟有什么不同,一直被反复提出来的大致可分 3 种观点:即①去分化;②异分化;③未分化。去分化观点和异分化观点基本上是以基因突变做为癌变的本质,那就意味着癌变是不可逆的,而未分化观点则认为癌变是基因表达上的失常,因此就具有潜在的可逆性。近年来大量的基础研究和实验研究,均越来越多地证实了未分化观点的可信性。下面从 3 个方面予以介绍。

1. 癌细胞是未分化的细胞

(1)从细胞及分子生物学的研究工作可以看到细胞分化的一个重要特点为分化过程的不可逆性,即由分化而产生的细胞差异发生之后,即使引起或诱导分化的因子已不复存在,但分化的过程仍将继续下去,如甲状腺素引起蝌蚪变态后将不复原^[4]。因此穿过

癌区的分化细胞一般不会再返回成为癌细胞。

(2)发育生物学的研究认为:已经成熟的动物体,其绝大多数细胞是由分化特征完全显现出来的细胞所组成,但是在多数组织和器官中保留有极少数的属于分化初期阶段的未分化细胞即干细胞,干细胞具有分裂潜能,是机体组织器官修复、再生、更新的“预备队”^[4]。一旦需要,它们便开始增殖,以补充失掉了的分化细胞。干细胞具有“重演”体细胞分化过程的可能性,因此也就具有滞育在卵裂或桑椹期的可能性,成为癌细胞的来源。肿瘤起源于干细胞的直接证据是 Stevens(1967)从小鼠睾丸畸胎瘤来源于原始生殖细胞的观察中所提供的^[5]。因此,对于畸胎瘤来说,本种属的干细胞已被鉴定就是肿瘤的起源细胞。如果畸胎瘤干细胞起源于正常未分化的生殖细胞,并且在超微结构上十分相似的话,便可以想像其它的肿瘤也可能从未分化细胞发展而来。Franks 和 Wilson (1970)比较了培养的正常成纤维细胞与致癌病毒转化了的成纤维细胞的超微结构。发现它们的分化程度可相比拟^[5]。Pierce 等(1977)曾对乳腺和结肠干细胞与其各自的腺癌细胞的分化情况做了比较,证明正常干细胞和恶性干细胞有同样的未分化程度^[5]。大量证据进一步证实正常干细胞,即组织的反应性细胞,是致癌作用的靶子。致癌作用与未分化细胞有关,癌不是去分化的结果,而是未分化的结果。这正是张颖清教授的全息胚癌区滞育论的基本观点。

近年来通过对不同组织肿瘤的深入研究,发现某些肿瘤的发生确与原先存在于组织中的贮备细胞即干细胞有关,现举例如下^[6]。

A、肝癌

从人体肝癌的研究资料表明,人的肝细胞肝癌与慢性肝炎和肝硬化关系密切,在这两种肝组织中有较多卵圆细胞及增生结节,在肝癌的周围组织亦有此等病变出现。动物实验表明,在诱癌的早

期阶段,肝组织中即出现较多的卵圆细胞。卵圆细胞的出现早于增生结节在致癌剂作用下大量增生。由卵圆细胞演变而来的小肝细胞形态与胚胎肝细胞相似,甲胎蛋白和 r-GT(r-谷氨酰转肽酶)反应阳性。这种幼稚型的细胞,通过增生形成结节,可视为癌前期病变。卵圆细胞是一种肝内的干细胞,由其演变的过渡细胞、小肝细胞与肝癌之间的内在联系,使人们不难推测,肝癌细胞来源于卵圆细胞(干细胞)。

B、肾癌

应用致癌物质引起的实验性肾癌的癌变过程中也可见到一种癌前期病变即增生结节。这种结节由小管状结构组成。构成小管的细胞 Bannasch 等(1977)描述为体积小,呈立方形,具嗜硷性胞浆,胞核大而不规则,染色质多,核仁明显,核分裂相增多。Ohmori (1982)发现此种增生结节 r-GT 是阴性和胚胎肾相同,而正常肾小管上皮细胞显示阳性。这表明肾癌前期病变的细胞也是有胚胎化倾向的幼稚性细胞,与肝癌的组织发生有类似的情况。

C、胃癌

根据组织化学粘液反应可将胃癌分成肠型胃癌和胃型胃癌,肠型胃癌与肠化生关系密切,有人推测化生细胞来自胃粘膜的未分化干细胞。有些早期胃癌位于胃小凹和腺颈部上皮,推测细胞起源于腺颈部或小凹部的干细胞,这种细胞是一种胃的未分化细胞,具有多向分化的潜能,在癌变过程中其具有肠型上皮特性的基因被激活,形成肠型胃癌。至于胃型胃癌的发生,则认为是由未分化细胞癌变后向粘液细胞分化的结果。近年来发现胃切除手术后残胃也较易有癌变。这说明,不论是组织更新、再生、增生或化生,组织中的干细胞群都是组织反应性的源泉。

D、脑瘤

Lantos 等(1979)用致瘤物质 ENU 诱发脑瘤的实验资料表明其癌前期病变表现为一种不正常的细胞群,位于室管膜下区域。细

胞群中包括三种类型的细胞,即:①异位的室管膜细胞和星形细胞;②成胶质细胞;③少枝胶质细胞和未分化室管膜干细胞。这种癌前期病变可进一步增大而发展形成微瘤。微瘤中包括不同成熟时期的胶质细胞,发生部位也和上述异常细胞群相一致,以侧脑室角最多见。上述实验表明脑的胶质细胞瘤来自室管膜下的未分化细胞,此种细胞为致癌物质的靶细胞。有人设想人的脑瘤发生也和这种未分化干细胞有关。

E、子宫颈癌

子宫颈癌多开始发生于宫颈外口或其附近粘膜,即腺上皮与鳞形上皮的移行区。该处的贮备细胞(干细胞)较多,位于腺上皮的基底层。这种细胞是一种分化不成熟的幼稚细胞,在刺激作用下可以增生,还可以通过化生而转变为鳞形细胞。子宫颈癌中最为多见的鳞形细胞癌的发生往往是由上皮鳞形化生、不典型增生而发展为原位癌,在此基础上演变为浸润癌。可见子宫颈癌的发生与宫颈贮备细胞的增生、鳞形化生有着密切关系。

F、乳腺癌

Mendelsohn 曾用 ^3H 胸腺密啶核苷连续 5 天灌注长有乳腺癌的小鼠,发现大约一半肿瘤细胞在此期间并不合成 DNA,认为这些细胞为处于 G_0 期的干细胞^[7]。

以上介绍了一些常见肿瘤的组织发生,其癌变早期的变化均与干细胞有关,说明了致癌作用与未分化细胞有关,而不是去分化的结果。

2. 癌细胞的分化潜能

张颖清全息胚癌理论认为癌是滞育在卵裂或桑椹期的未分化细胞。如果滞育因素解除,则可以使癌自发地正常化。事实也确是如此,例如:

(1)往往可以在大鼠口唇的鳞状上皮癌中观察到有鳞状上皮珠的出现,一般认为这是正常分化的标志^[7]。

(2)在某些病例中可见到成神经细胞瘤的自发消退。在年幼的儿童患者中更为多见。体外研究时将人成神经细胞瘤细胞进行培养,起初为圆形,没有胞浆突起,然而一旦它们附着于基质,它们便产生轴突和树突,特别当它们聚集在一起时更为明显。电子显微镜的观察证明,它们已有了分化,并且和神经节细胞相似^[7]。

(3)早在 70 年代有人便报道生长于半固体琼脂培养基上的急性粒细胞白血病能进行分化。Greenberg 等曾将急性粒细胞白血病病人的细胞进行体外培养,获得了许许多多小的集落,这些集落最终只含有成熟的粒细胞。在体内急性粒细胞白血病的复发期可观察到有分化的缺陷,但是在缓解期又可回复正常化。在来源于慢性髓单核细胞性白血病病人的组织培养中,可见早期出现的多形核白细胞,以后又为大量的巨噬细胞所代替——这是一种相似于正常骨髓分化所见到的分化形成^[7]。

这些实验表明白血病细胞具有分化的能力。

(4)白血病是一种恶性血液肿瘤。可以通过给小鼠注射 Friend 白血病病毒而诱发,肿瘤可广泛地扩散。现已分离出一些未分化细胞系,这些细胞极少或全然没有分化。如把这种细胞注射到经致死放射量照射的小鼠体内,它们可以使脾脏细胞克隆化,并且进行分化产生血红蛋白,说明它们已是良性的^[7]。

(5)Everson 和 Cole(1966)复习了自 1912 年以来的 600 个病例,认为有少于 50 个是真正的自发性消退。其中包括有神经母细胞瘤、膀胱癌、乳腺癌、黑色素瘤、肝癌和肉瘤^[5]。

3. 癌细胞分化的可诱导性

既然癌细胞是未分化细胞,并且具有分化潜能,因此,除了极少数情况会自发地正常化外,还存在着被诱导分化的可能性,事实也确是如此。如从已做过的大量诱导实验中证明,许多化合物可以诱导敏感细胞系的分化,如极平面化合物(DMSO、DMF、HMBA),细胞毒抗肿瘤药物,维甲酸类、丁酸、cAMP、VitD₃ 衍生

物、鸟本苷^[7]和 MGI 蛋白质^[1]以及张颖清教授在《生物全息诊疗法》一书中所举出的全息胚分化促进剂^[3]。而体外已被诱导分化成功的癌细胞包括 Friend 白血病细胞(诱导物为 DMSO)^[8],神经母细胞瘤(诱导物为 cAMP)^[8],人食管癌细胞(诱导物为 cAMP 和氮茶硷)^[8],人急性白血病细胞(诱导物为 MGI 蛋白质)^[1]。体内实验(动物和人体)表明,维甲酸对大多数类型的恶性肿瘤细胞均有促分化活性^[7],其中最著名的实验材料,目前广为应用的,如 Friend 白血病细胞的诱导实验^[8]:将二甲基亚砷(dimethyl sulphoxide, DMSO)加入培养基中,白血病细胞则开始合成血红蛋白。反言之, Friend 白血病本来就是应分化成红细胞的细胞,在其发育的某一阶段里陷入不能分化的状态,以致继续维持着较高的增殖能力从而引起本病。这种癌细胞保持着潜在的分化能力,说起来,也就是(正常的)前红母细胞或嗜硷性红母细胞(图 1)^[8]。

4. 癌细胞分化和诱导的分子机制

(1) 癌细胞的基因组是正常基因组

著名的麦金奈尔和金的把青蛙癌细胞核植入去核卵发育成蝌蚪的移核试验,明兹(Mintz)把黑棕色小鼠的腹水型癌细胞注入白色小鼠的囊胚中发育成黑棕色和白色条纹相间的小鼠的实验,均说明癌细胞的基因组和正常体细胞的基因组是相同的^[2]。

(2) 癌细胞和正常细胞发育的分化诱导机制相同

分子生物学的研究表明,细胞是通过基因转录过程表现出基因调节所造成的种种显著不同的后果——细胞分化。也就是说细胞分化主要发生在转录水平上,即特殊基因的活化和决定分化细胞所具特殊性的 mRNA 的合成上。如果说癌细胞在本质上是一种未分化细胞,那么对细胞分化的调控机制,将可以应用到对癌细胞的分化诱导上,事实上也确是如此。例如:张颖清教授根据全息胚癌理论所制定的癌的全息胚疗法中所用的全息胚分化促进剂即特化基因转录促进剂。下面仅简析几种动物源全息胚分化促进剂:

A、蜕皮激素

反映基因表达的调节在转录水平上进行的最明显的直接证据是果蝇和其它双翅目昆虫幼虫唾腺染色体所看到的“胀泡”的形成,这些“胀泡”随发育情况不同而相继出现(胀泡区基因正在进行转录),因此,多线染色体“胀泡”被认为是基本的分子和发育过程——特殊基因活化——的一种形态上的表现。蜕皮激素能使果蝇幼虫唾腺染色体胀泡顺序出现^[4]。中国传统医学中的药物蝉蜕为黑蚱(*Gryllotalpa atrata*)若虫经几次蜕皮羽化后蜕壳,应含有蜕皮激素。而佐藤的实验证明,蝉蜕对体外培养的癌细胞的抑制率为100%^[3]。

B、甲状腺素

给动物一次注射甲状腺素后,最先发现某些 RNA 增加,随之 RNA 聚合酶的活性增加,然后发生一系列酶活性增加^[9]。虽然对甲状腺激素增强 RNA 及蛋白质合成的机理了解不多,但已经发现:甲状腺激素在细胞中能迅速结合到线粒体,促进线粒体中的生物氧化,然后改变染色质的功能,增强 RNA 及各种酶蛋白的合成^[9]。甲状腺素在动物中确实可以激起变态这样的迅速的分化和发育^[3]。而已有许多事实证明甲状腺素的缺乏与癌有关。如缺碘与乳腺癌发病率在统计上的正相关性^[3]。

C、促甲状腺素(TSH)

TSH 是来自垂体前叶的肽类激素。动物实验显示,当把 TSH 加到甲状腺薄片上或整体动物时,甲状腺细胞对碘的吸取能刺激到高达 500 倍^[10]。另外 TSH 能激活细胞膜上的腺苷酸环化酶,从而使 cAMP 生成加速,增加细胞内 cAMP 的浓度。而在诱导神经母细胞瘤的细胞分化中最好的物质之一就是 cAMP^[8]。

D、雌激素

分子生物学的研究认为,DNA 螺旋在某一局部分离而松开是选择性基因转录发生 RNA 合成的必要分子特征,因此,能够选择

结合单股 DNA 链从而能诱使 DNA 螺旋松开的核配合基,能增加 DNA 模板上 RNA 合成的活性,而雌二醇即是能结合于单股链状态的配合基^[11]。雌激素可以选择性激活基因的显著的例子是对小鸡体内两种特种蛋白质合成的影响。已知当母鸡体内的卵形成时,鸡的卵巢产生的雌激素刺激肝脏形成两种卵黄蛋白(卵黄高磷蛋白和卵黄脂磷蛋白),正常的公鸡不合成这两种蛋白质。然而,如给公鸡摄入雌激素,其肝脏就会形成大量的这两种卵黄蛋白。这种正常被抑制的基因被雌激素选择性地激活^[1]。而古河(日本)用小鼠做的实验已证实雌激素确实能够抑制胃癌^[3]。此外,雌激素还可以抑制前列腺癌的生长^[3]。

E、孕酮

注射孕酮激素可以使鸡输卵管大量分泌卵清蛋白,分泌量增加与 mRNA 分子的增加呈平行关系^[4]。根据孕酮对输卵管作用的研究,发现孕酮进入细胞与受体形成的活性复合物进入细胞核后,可分为 A 和 B 两个亚基,其中 A 亚基与染色质中 DNA 结合,而 B 亚基则与染色质上一种酸性蛋白质进行特异结合,它们共同作用,促进特异的转录作用,从而诱导合成特异的蛋白质,成为改变细胞功能的基础^[9]。显然,孕酮是可以诱导分化和发育的,所以,孕酮可用于治疗癌症,如子宫内膜癌和乳腺癌^[3]。

F、糖皮质激素

糖皮质激素是肾上腺皮质类固醇激素的一种,可进入细胞与受体蛋白形成活性复合物,该复合物进入核内能迅速结合到染色质 DNA 上使基因活化,合成新的 mRNA,从而合成特异的蛋白质^[4]。如糖皮质激素在肝细胞内能加速 RNA 及蛋白质的合成,但却抑制细胞核内 DNA 的合成,并抑制肝细胞增殖。这种作用正是促进癌细胞分化而抑制癌细胞增殖的双重作用,所以可以抗癌。而事实上,1981 年 Evans 等已发现糖皮质激素有抑制靶细胞癌变的作用^[3]。

二、癌的生理病理学研究

张颖清的全息胚癌区滞育论认为癌是滞育在卵裂期和桑椹期的全息胚。也就是说,癌与早期胚胎在基本的生物学性质上应是相同的。癌的生理病理学研究对于上述关于癌的本质认识提供了如下几个方面的证据:

1. 形态:癌细胞的特征为大小不一,边界不清,密集成团,分裂快,缺少分化,而这正是卵裂期和桑椹期胚胎的细胞的特征。高度恶性细胞的胞核常呈不规则形,深锯齿状,沿着核膜有染色质的浓缩,现已证明,这些变化也是许多胚胎细胞胞核的特点^[5]。

2. 转移性:癌细胞具有在血管中转移的性质,而在哺乳动物,卵裂或桑椹期的胚胎具有在输卵管中转移的能力。

3. 浸润性:癌中的一些细胞如已达到囊胚的发育阶段,便会出现侵袭邻近细胞或器官并继续生长的浸润过程,而真正的胚胎在进入囊胚期时在子宫内膜的植入过程,也是一种浸润过程。

4. 附着性:就某些方面来说,肿瘤细胞从原发部位脱离下来,然后转移到机体的其它部位与胚胎细胞的迁移颇为相似,即有其最佳的附着区。例如将恶性黑色素瘤细胞与正常体细胞一起旋转,结果显示黑色素瘤细胞与肺细胞比其它细胞更容易粘附在一起,体内实验也证明,肺是发生继发性肿瘤最多的部位^[7]。胚胎细胞在迁移时也有其最佳附着区。例如:原始生殖细胞由胚胎的卵黄囊壁迁移至生殖腺内进一步增殖与分化,视神经细胞迁移到眼顶盖层。因此粘附识别控制了胚胎细胞迁移部位,也控制了继发性肿瘤形成的部位。^[7]

5. 加成性:从癌上脱离开来的单个癌细胞是处于受精卵发育时期的全息胚,要形成新的肿瘤,需要多个癌细胞在靶器官加成而形成新的卵裂型全息胚。Wood 实验中发现,转移灶的形成至少需要 3 个癌细胞,一般需要 6~10 个^[3]。这与胚胎发育有一个相似的过程。Grobstein 和 Zwilling(1953)证明要形成一种组织需要一定

数量潜能相同的细胞。他们研究了鸡胚头部形成的细胞动力学,在孵育 25 小时后,把头原基细胞从胚胎取出进行组织培养,这些细胞可以增殖、分化和形成头。如果把原基分成 4 份和 8 份,每份进行分别培养,则每一份都可形成一个头。但如果只取较小部分进行培养,则不能分化成头。而如果将较小的组织拼在一起再培养,就会形成头^[5]。

6. 掠夺性:胚胎细胞通过胎盘与母体建立了进行物质交换的循环系统,靠着母体的营养而发育成长。与此相似的是,许多肿瘤都具有一种由网状结缔组织构成的基质。基质内有血管,藉以从宿主供给肿瘤氧气和营养物质,并排出代谢的废物,肿瘤本身能产生血管生成因子(TAF),专门诱导新血管的形成,以利生存^[1]。

三、癌的生物化学研究

张氏全息胚癌理论认为癌是停止在由体细胞向新整体发育的早期阶段的全息胚,所以癌这类全息胚的发育阶段与真正胚胎的早期阶段是等价的。近年来,对癌细胞的生化特异性已进行了广泛的研究。这些研究中最值得注意的是癌细胞所具有的某些抗原和酶的胚胎特性,提供了癌与早期胚胎等价的事实。

1. 抗原

在人体,某些抗原只在胚胎时期才存在,出生后不久即消失了,这类抗原称为胚胎抗原。而在成人肿瘤中也发现了胚胎抗原,这证明了癌是处于由体细胞向新整体发育的某一较早阶段上的全息胚。已经在肿瘤中发现的胚胎抗原有:甲胎蛋白(AFP)、癌胚抗原(CEA)、 α_2 H 铁蛋白、 β S 胎蛋白、丙胎蛋白(rFP)、胚胎性硫糖蛋白、S₂ 肉瘤抗原、胎盘硷性磷酸酶、人类绒毛膜促性腺激素(HCG)、白血病相关抗原(LAA)等^[3]。

2. 酶

有关肿瘤与酶关系的研究已有数十年的历史,目前已积累了大量的资料,发现了肿瘤时酶变化的特征和一些基本规律。其中在

恶性肿瘤同工酶谱变化中的胎儿性酶偏倚,对于癌本质的认识有极大的现实意义。组织恶变后最常见的同工酶谱变化就是表达了胎儿型同工酶,或者胎儿型同工酶从极微量猛增而成为肿瘤组织中酶的主要形式。

另据 1995 年的最新消息^[12]:美国科学家在癌细胞中多次发现了端粒细胞酶,这种酶是胎儿发育的一部分,在健康细胞中找不到这种酶,这种酶可做为探测癌的最好标示物。端粒酶能使癌细胞无限期地再增殖。因此如能控制住这种酶,便可抑制住癌细胞的无限分裂,并最终找到治疗癌的新方法。

四、癌的流行病学研究

流行病学在疾病病因的探讨中起着独特的作用。癌症的流行病学历史较短,但已经在探索癌症的病因上做出了贡献。例如,肯定了肺癌与吸烟的关系,阐明了许多化学物质对人体的致癌性等。本文拟围绕着全息胚癌理论,对有关的癌的流行病学资料进行分析。

1. 组织器官的全息胚滞点与患癌率

全息胚学说指出,生物体是由处于不同发育阶段的、具有不同特化程度的全息胚组成。全息胚具有重演性、滞育性和生长性。全息胚在重演整体发育的过程中,将有不同的滞点。对于羊膜动物来说,发育时间轴将分成受精卵期、卵裂期、桑椹胚期、囊胚期、原肠胚期、神经胚期、成体期等不同阶段。全息胚的发育可以停止在向新整体发育的不同阶段上,这个位置就是滞点。全息胚的发育在到达滞点之前要缓慢下来,从而滞点邻近癌区的全息胚在发育过程中,在癌区所经历的时间比滞点远离癌区的全息胚在癌区所经历的时间要长,从而癌化的危险性提高了,为近癌区效应。因此在人体,某一部位全息胚的滞点越接近癌区(卵裂期或桑椹期),这一部位患癌的危险性越高。肺、乳腺是处于囊胚或原肠发育阶段的全息胚,处于发育时间轴上的近癌区^[3],所以这些部位比其他部位更容

易生癌。据美国癌症学会 1983 年的资料,肺癌和乳腺癌分居男、女性癌发病率的首位^[3]。中国抗癌协会流行病专业委员会 1995 年公布了北京、上海地区 18 年肿瘤流行趋势和预测,到 2000 年时,肺癌和乳腺癌仍稳居男、女性癌发病率的首位^[13]。这种巧合并非偶然,是符合全息胚癌理论的。

2. 组织器官的细胞类型与患癌率

高等动物如人体成体体细胞按分化程度高低、可塑性及细胞分裂能力可分为三大类:一类是高度特化,可塑性极低,不能再分裂而趋于分化终极的细胞。如神经细胞、肌肉细胞、成熟红细胞、角质上皮细胞;一类是 G_0 期细胞,即有较高分化的程度,在一般情况下不分裂,但仍保持有继续分裂能力,在特殊刺激下可分裂繁殖。如肝、肾、上皮细胞、淋巴细胞等。一类是干细胞(stemcell),分化程度较低,在个体生命过程中永远保持着分裂能力并可不断分裂,产生同类型子细胞^[4]。根据全息胚癌区滞育论,这 3 类细胞的患癌率应是:干细胞 $> G_0$ 期细胞 $>$ 高度分化细胞。关于干细胞是肿瘤的起源靶细胞在前文中已充分阐述过。 G_0 期细胞和高分化细胞组织患癌率也是有流行病学资料可查证的。例如:在世界各国均属常见多发的肿瘤如肺癌、肝癌、胃癌、肠癌、乳腺癌的组织来源均为上皮细胞;而属绝不会生癌的神经元细胞和心肌细胞的细胞类型均为高度分化,丧失分裂能力的细胞^{[9][5]}。

3. 组织细胞分化和发育的阻滞与患癌率

全息胚癌区滞育论明确指出,癌是滞育在卵裂期和桑椹期发育阶段的全息胚。也就是说由体细胞而来的全息胚在发育过程中受到了阻滞,不向前发育了就有癌化的危险。中国抗癌协会流行病专业委员会 1995 年公布的北京、上海地区 18 年肿瘤流行趋势中,显示女性发病率最高的乳腺癌的发病率增长达到 37.6%,这不能不引起人们极大的关注:原因何在? 针对我国的国情,结合全息胚癌理论进行分析,似存在如下两方面原因:

(1)缺碘:我国是一个缺碘较严重的国家,缺碘会导致甲状腺素的合成减少,而甲状腺素是一种促进生长、发育和分化的激素。甲状腺素分泌减少,对细胞的分化是不利的。流行病学的资料显示,缺碘的地区和甲状腺功能低下患者乳腺癌患病率均高,而甲亢患者则相反^[3]。

(2)生育:妇女在妊娠期间,因胎盘合成大量雌激素和孕激素,血中这两种激素的水平均升高,能促使乳腺导管和乳腺泡的发育,为泌乳作好准备。流行病学的资料显示,未生育或生育较少的妇女,易患乳腺癌^[3]。说明生育对乳腺细胞的促发育分化作用。与此相反,人工流产因突然中止妊娠,除去了胎盘和胎儿,使血中雌激素和孕激素水平突然降低,使大量正在增殖的乳腺细胞滞育,不再向前分化发育,这种幼稚细胞的过剩存在便成为癌变的源泉。美国 Seattle's Fred Hutchinson 癌症研究中心及华盛顿大学的研究者的病例对照研究发现:45 岁以下,至少怀孕一次并且做过一次人工流产的妇女,比怀过孕但没做过人流的妇女发生乳腺癌的危险性高 50%^[14]。因此,人工流产率的增加势必会引起乳腺癌发病率的增加。

五、癌的临床医学研究

最近几年,生物学的迅速进展显著地推进了癌的基础研究,增添了许多令人感到惊奇的新知识,并为癌的临床研究开辟了广阔的天地。基于全息生物学和全息胚学说基础上的全息胚癌区滞育论对癌机制的阐明,为癌的临床医学研究提供了全新的积极的预防战略和正确的治疗战略。

1. 癌的预防

防患于未然,预防癌症是最积极的战略。避免接触致癌因素和避免食用含有致癌物的食品,是防癌的一个方面。癌机制的全息胚癌区滞育论开辟了预防癌症的新的方向:适当摄入全息胚分化促进剂,可以预防癌症。人体每天都有新旧细胞的更替,新的细胞发

育要穿过发育时间轴上的癌区,如果被滞育在癌区,就成为癌。这样,人体经常都处在癌的危险之中。如果经常选用含有全息胚分化促进剂的抗癌性食物,就保证了全息胚分化促进剂的充足的供给。张颖清教授为我们设计了全息胚抗癌食品系列^[3]。为癌症的预防提供了简便有效的最好办法。

另外,根据癌区滞育论,积极治疗某些疾病,如甲状腺机能低下,性功能紊乱,肾上腺皮质功能低下,长期不愈的炎症等等,可以提高机体内全息胚分化促进剂的水平,改善细胞代谢,以预防癌症。

2. 癌的诊断

目前,对付癌症最常用的手段都往往为时过晚,因为大多数癌症在被发现时,已有侵犯和(或)转移。因此,癌症病人的死亡率仍居高不下。寻求早期发现的诊断方法,仍然是当前人们努力探讨的重要课题。全息胚癌区滞育论所阐明的癌机制向我们提供了癌本质的核心问题是揭示了癌本身是一种胚胎即全息胚,也就是说癌与早期胚胎的基本生物学性质是相同的,特别是前文中已阐述过的癌与早期胚胎具有相同的胚胎抗原和某些酶类,为癌的早期诊断,提供了新武器,并已在世界上得到普遍关注和实际应用。例如法国的阿兰·菲纳著的《肿瘤标记》^[15]和中国的王坤等编著的《实用诊断酶学》^[16],都介绍了用胚胎抗原和酶进行肿瘤早期诊断的方法。

3. 癌的治疗

目前对于癌症的治疗手段主要有手术、化疗和放疗三种常规方法,这些方法都是以同时损害机体的正常组织为代价。并且因为正常细胞的被破坏和抑制,使其处于滞育在癌区的危险境地从而可能诱发出新的癌。而张颖清提出的癌的全息胚疗法则是由全息胚分化促进剂,全息胚针刺疗法和DNA复制抑制剂三部分组成的一种促分化抑分裂的崭新的治疗方法,其总体效果是促使癌穿

出发育时间轴上的癌区,从无限期的分裂状态解脱出来而正常化。这种治疗方法已初步得到了临床治疗的实践而被证明是行之有效的^[17]。癌的全息胚疗法虽然目前正处于起步阶段,还有不少技术和理论问题有待进一步阐明,但可以预期,在不太遥远的将来,这种全新的治疗方法将造福于人类,使癌症治疗学的面貌改观。

综上所述,涉及到肿瘤研究的从微观的分子生物学到宏观的流行病学等五个学科。这些学科的大量研究成果均从不同角度有力的证实了和支持了全息胚癌区滞育论。回顾医学发展史,可以看到,医学的发展和生物学的发展是相互依赖与相互丰富的。现代医学的每一项重大成就,其直接根源都来自对某个问题的生物学上的认识的深化。以张颖清教授所创立的全息胚学说为基础,解决了当代生物学、医学前沿领域的许多重要的疑难问题,其中对癌的本质的揭示,使人类在征服癌症的征途中,超乎寻常地靠近了征服这个顽敌。虽然并不是最终的胜利,但却可以为癌症的研究带来根本性的变化。全息胚癌区滞育论是现代癌症研究的一个重要的里程碑。

参 考 文 献

- [1]A·C·Braun,癌,人民卫生出版社(1981)3,82,22,23,37。
- [2]张颖清,新生物观,青岛出版社(1991)23~28。
- [3]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社(1988)150,166~187,158,160,153~154。
- [4]郭煜等,细胞生物学简明教程,武汉大学生物系(1991)398~415,426,423。
- [5]G·B·波尔斯,癌——一个发育生物学问题,科学出版社(1981)91~95,59,19,86,209。
- [6]朱世能,肿瘤基础理论,上海科学技术出版社(1986)155~158,111。
- [7]章静波,胚胎发育与肿瘤,北医大、协和医大联合出版社(1991)101~108,87。

- [8][日]山村雄一等,癌の分子生物学,人民卫生出版社(1983)216,217, 225。
- [9]上海第一医学院,医用生物化学,人民卫生出版社(1979)534,666, 665,505。
- [10][英]E·J·安布曼期等,细胞生物学,科学出版社(1977)228。
- [11]A·C·布朗,癌生物学,科学出版社(1978)140。
- [12]参考消息,1995. 7. 2(7),1995. 11. 13(7)。
- [13]健康报,1995。
- [14]国外医学情报,1995. 9. (3). 3。
- [15][法]阿兰·菲纳,肿瘤标记,中国医药科技出版社(1991)。
- [16]王坤等,实用诊断酶学,科学技术文献出版社重庆分社(1989)。
- [17]张颖清主编,全息胚学说医学应用,高等教育出版社(1992)中文版, 567。

Ⅵ. 全息生物学在植物学、 农学中的应用

黄瓜子叶组培中器官发生的全息现象

汤朝起 王琦 岑益群 蒋如敏 倪德祥

(复旦大学 环境与资源生物学系)

摘要 本文以黄瓜(*Cucumis sativus* L.)子叶的1/2叶切块和1/3切块为外植体,用不同激素处理进行芽器官诱导和发根培养实验。发现黄瓜叶子切块在离体培养时同样存在全息现象,无论是芽的诱还是根的分化,其器官发生的部位以及器官发生的数量、频率的梯度变化都遵循生物全息律。激素的不同、外植体大小的不同都不改变生物全息律在黄瓜子叶组培中发生作用。

关键词 黄瓜;子叶切块;器官发生;全息现象

张颖清(1985)提出的生物全息律^[1]认为,生物体含有整体全部信息的相对独立的部分作为一个全息胚,它上面的各个部位分别在整体上或其他全息胚上有各自对应部位;各部位在一个全息胚上的分布规律与各对应部位在整体上或其他全息胚上的分布规律相同。目前,生物全息律已被广泛应用于医学、农学、园艺等领域,并取得了一定的经济效益。倪德祥(1985)以大蒜鳞茎、香石竹嫩茎段等为材料,首次探讨了组培过程中有关实验形态学的生物全息律^[2],随后(1991),又通过观察 Ri 质粒在绿豆离体器官培养中转导发根的全息现象^[3],进一步证实了组培中器官发生的生物全息律。本文拟以黄瓜子叶切块为材料观察其全息现象,探讨其全息规律。

有关黄瓜子叶离体培养中芽器官发生的研究,周菊华等

(1992)^[4]、钟华鑫等(1993)^[5]、庞基良等(1994)^[6]已有报道。本工作一改通常的以整块子叶为实验材料的研究方式,而以黄瓜子叶的 1/2 切块和 1/3 切块为材料,探讨这些不同级全息胚之间以及同级全息胚之间的全息相关性。

材料与方法

黄瓜(*Cucumis sativus* L.)“夏丰一号”种子由山东省农科院提供。经 70% 酒精浸泡 1 分钟,再用 0.1% HgCl_2 灭菌 12 分钟,无菌水冲洗 5 次,接种在 MS_0 固体培养基上,萌发培养至露白。取露白种子在无菌操作台上剥去种皮,撑开两片子叶后用解剖刀切去生长点,再把子叶四周切去一圈,其余部分横切成约 $3 \times 3\text{mm}$ 上、下两小块或 $3 \times 2\text{mm}$ 上、中、下三小块,将它们远轴面向下接种在不同培养基上培养两个月。室温 $25 \pm 1^\circ\text{C}$,每日光照 11 小时,光强 1500Lx。培养基以 MS 培养基为基本培养基,琼脂粉 9g/L, pH 5.7,按常规步骤制备和灭菌。

结果与讨论

1.0. 芽器官发生的全息现象

子叶切块在添加 1.5mg/L KT 或 1.5mg/L BA 的 MS 培养基上培养 5 天时,逐渐转绿且迅速膨胀变大,往往中间拱起呈拱桥状,切块四周有愈伤组织发生,有的可见白色根的出现。10 天左右,绿色的“下块”子叶切块基部伸长成叶柄,在子叶叶柄部有绿色颗粒状小突起出现。培养 15 天后,有些小突起逐渐分化出茎叶成为小植株,有些只分化出一片叶而无苗的形成,一个月左右,在再生叶的着生部位有成簇小花蕾发生。“上块”和“中块”子叶切块,它们的生长较全面,培养 10 天左右,切块近似呈中间拱起的长方形状,一个月左右可见少量切块的形态学下端有芽的发生。

两种细胞分裂素诱导芽的形态建成基本相似,不同的只是 BA 能更有效地诱导芽的生成。具体数据见表 1。

表1 不同激素处理对芽器官发生的影响以及
不同切块在芽诱导能力上的差异

芽诱导率(%)	1/2 子叶切块		1/3 子叶切块		
	上	下	上	中	下
MS ₀	0	0	0	0	0
MS+1.5mg/L KT	1.4	24.3	0	0	14.4
MS+1.5mg/L BA	7.1	34.3	4.2	6.7	26.7

1.1. 不同切块在芽诱导能力上存在显著差异(表1)

BA 诱导 1/2 切块时其“上块”芽诱导率为 7.1%, 下块为 34.3%; 诱导 1/3 切块时其上块芽诱导率为 4.2%, 中块 6.7%, 下块为 26.7%。可见, 子叶从上到下各块的芽诱导率逐渐增大, KT 诱导芽器官发生时也有类似现象(表1)。这种梯度变化与 Robb (1957)^[7]用百合鳞片诱发小鳞茎, 以及倪德祥(1985)用蒜瓣培养所发现的规律是一致的^[2]。Kato(1974)认为不定芽的发生与叶片不同部位取下的组织的再生能力呈梯度相关^[7], 组织的再生能力越强就越容易诱导出不定芽。而细胞分裂的状况与组织的再生、器官的分化有密切关系。对此, 钟华鑫等(1993)专门研究了黄瓜子叶不同部位的有丝分裂状况与离体培养反应间的关系^[5]。他们发现, 黄瓜子叶不同部位的细胞其有丝分裂指数从上到下呈梯度递增(子叶 0.43%, 子叶基部 1.77%, 子叶叶柄部 20.7%)。这与培养子叶的芽器官发生多集中于叶柄部的结果相符合。子叶切块芽诱导能力上的梯度变化还可能跟外植体组成细胞的发育阶段有关, 由于发育程度的不同而引起脱分化和再生能力上的差异。究其生化机理, 这种梯度变化可归因于外植体中某些酶活性的梯度分布^[8], 其分子机制有待深入研究。

1.2. 不定芽的发生都位于外植体的近基端

实验中还发现, 芽的发生都是在每个切块的近基部一端的切

口处。钟华鑫等(1993)用相同品种的整块黄瓜子叶诱导器官发生时也发现离体培养黄瓜子叶的芽器官分化集中发生于子叶柄部,子叶上尚未见有任何芽器官分化出来^[6]。也就是说,芽的发生无一例外地处于外植体的近基端。由生物全息律可知:生物体每一相对独立的部分作为一个全息胚在化学组成的模式上与整体相同,是整体的成比例的缩小^[9],并且它上面的各部位都分别在整体上或其他全息胚上有各自对应部位,其分布规律亦相同^[11]。上述整块黄瓜子叶、1/2 子叶切块以及 1/3 子叶切块作为外植体都可以看作是一个个全息胚。而黄瓜苗期呈莲座状,侧芽分化都集中在植株基部,这种莲座状侧芽分化规律最典型的例子就是大白菜(*Brassica pekinensis*),它在自然贮存的条件下,在植株基部就可以长出小的植株。因此,根据全息对应规律,不定芽的发生都集中在外植体近基端也就可理解了。由此而论,前述黄瓜子叶切块的芽诱导率从上到下呈梯度递增的现象也正是这一全息对应律的良好反映。

1. 3. 不同激素处理对芽诱导率的影响

子叶切块在不加任何激素的 MS₀ 培养基上培养时不能诱导芽的生成,而 KT 和 BA 两种激素在芽诱导能力上又存在着显著差异(表 1)。BA 的诱导效果明显较 KT 为好:1.5mg/L BA 能使 1/3 子叶切块的上、中、下三块都有芽的发生,而相同浓度的 KT 却只能诱导“下块”出苗,而且芽的诱导率又是 BA 远高于 KT(例:1/2 切块的诱导情况)。对于某一全息相关质(全息相关的内容,这里就指不定芽的诱导生成)来说,它的表达与否以及表达的程度(全息相关度)是全息胚与环境条件相互作用的结果,一言以蔽之:全息现象的表达是有条件的。环境条件合适则某一全息相关质就可以表达,且全息相关度也较高;反之,条件不适则某一全息相关质就得不到表达或表达的程度较低。这也说明全息对应关系是相对的^[1]。

1. 4. 外植体越小其芽诱导率越低

由表1可以看出,相同部位的芽诱导率,1/3切块较1/2切块为低。例如:同是“下块”子叶切块,KT诱导的1/3切块的下块其芽诱导率为14.4%,而1/2切块的下块芽诱导率则为24.3%。参考周菊华等(1992)的实验得知,他们也用1.5mg/L KT处理“夏丰一号”黄瓜整块子叶时芽的诱导率高达62.5%^[4]。可见,随着外植体被切成1/2、1/3,其芽诱导率也随之降低。在以高等植物为材料的组织培养中外植体的大小往往是影响器官再生的因素之一。对于某一材料来说,通常是外植体越小器官再生就越难。用全息生物学的话来说,这是因为全息胚的级越低,全息胚的独立性越大,全息胚与整体的联系就越疏远,全息相关度就越小的缘故^[1]。生物体是巨系统,构成整体的全息胚分属于不同的层次,大全息胚中又包含着小全息胚,所谓全息胚的级就是这整体以下的全息胚的层次,由高到低,由大到小依次称为第1级,第2级……^[1]。当然,随着植物种类的不同,培养环境的差别,这种全息能力的表达也会有所不同。

2.0. 发根培养中的全息现象

接种在MS₀, MS+0.1mg/L IBA, MS+0.1mg/L NAA以及MS+0.1mg/L 2,4-D四种培养基上的1/3子叶切块,培养5天左右已基本转绿。此时,MS₀中的子叶切块几无愈伤组织发生,而培养在其他三种培养基上的子叶切块的切口处已有少量白色愈伤组织发生。一周后,在愈伤组织上可见大量根的发生,MS₀中的子叶切块在其切口处直接分化出根。培养10天后统计如表2。

由表2可知,培养在MS₀中的子叶切块,其根的发生都集中在近基端。倪德祥(1985)以云南素馨嫩茎段为外植体进行发根培养^[2],也发现不定根都集中发生在茎段近基端。经典理论认为这一现象正是“位置效应”的又一例证,同时也是激素极性运输的结果。尤其是生长素自形态学上端向形态学下端的极性运输,致使外植体形态学下端积累较高浓度的生长素,从而诱导根的大量发生。生

物全息律则认为子叶切块作为黄瓜植株上的一个相对独立部分,其近基端全息对应于全株的根部,根的发生集中于近基端该是理所当然的事情。而“下块”子叶切块发根数多于“中块”,“中块”又多于“上块”(表 2),也正是生物全息律的再次体现。高浓度生长素类激素的加入打破了子叶切块内部原有的激素平衡,影响了激素代谢,使得子叶切块远基端也有少量根发生。但这并不能改变生物体固有的规律——生物全息律的表达;尽管远基端也有根发生,但近基端的发根数总比远基端多得多(表 2);子叶切块的发根数仍然遵循从上往下递增的规律(表 2)。

表 2 不同激素诱导平均每块黄瓜子叶切块的发根数(单位:条/块)

培养基	子叶切块	远基端	近基端
MS ₀	上	0	1.76
	中	0	1.79
	下	0	2.16
MS+0.1mg/L IBA	上	1.65±2.20	11.26±5.37
	中	1.32±1.87	18.29±6.50
	下	1.58±2.43	18.82±8.39
MS+0.1mg/L NAA	上	4.24±3.21	13.64±4.47
	中	3.90±2.39	21.15±5.02
	下	4.32±3.37	26.65±6.40
MS+0.1mg/L 2,4-D	上	0	2.00
	中	0	3.60
	下	0.17	4.00

再看子叶切块的发根率。

四种处理诱导根的发生,其发根率也都遵循上→中→下渐增的规律。可见,无论子叶切块的发根数还是发根率都与植株整体具

有很高的全息對應性。對於植物組織培養中出現的某些現象若能用經典實驗的“位置效應”、“極性”等理論再結合全息生物學的分析,將能得到更完美的解釋。

植物細胞“全能性”學說(Haberlandt, G., 1902; Steward, F. C., 1958)認為離體植物細胞具有發育成新個體的能力,但沒有說明這一“全能性”表達的時空特點^[10]。而全息胚學說打破了生物體的整体與部分,部分與部分之間的絕對界限,對“全能性”表達的時空特點作了概括性研究,它揭示出生物體各個相對獨立的部分本質上都是處於向着新個體發育的某個階段上,而同時又是向着某個方向特化了的**胚。張穎清發現所有的全息胚都具有鑲嵌性的結構^[11]。即在全息胚上的各個部位都確定性地發育成新個體的對應部位,從而全息胚上已經有了未來器官的圖譜,未來新個體的各器官就象預先鑲嵌在全息胚的對應部位上一樣。並且,這種鑲嵌性不僅僅表現在形態結構上,全息胚內部的化學組成及分布同樣具有這一特點。在這種觀點指導下進行組培、取材、育種以及次生代謝物等研究,將會減少工作盲目性,提高工作效率。

參考文獻

[1]張穎清,全息生物學概論,見全息生物學研究,山東大學出版社,1985,1~22。

[2]倪德祥,生物全息律在植物組織培養中的應用初探,見全息生物學研究,山東大學出版社,1985,36~43。

[3]倪德祥、李建兵,Ri質粒在綠豆離體器官培養中轉導發根的**現象,江西科學,1991,9(4):214~218。

[4]周菊華、馬國玲、羅紫娟等,黃瓜子葉直接開花的**研究,科學通報,1992,37(20-):1905~1908。

[5]鍾華鑫、杜勤、周利民等,黃瓜子葉有絲分裂與離體培養反應關係的**研究,科學通報,1993,38(16):1506~1509。

[6]鹿基良、林波、梁海曼,幾種生長調節劑對離體培養黃瓜子葉直接開

花的作用,植物生理学报,1994,20(3):185~187.

[7]中国科学院上海植物生理研究所细胞室编译,植物组织和细胞培养,上海科技出版社,1978,180~182.

[8]章美云、韩碧文,烟草薄层培养的花芽诱导和开花梯度研究,作物学报,1992,18(1):17~22.

[9]张颖清,生物全息律,自然杂志,1981,4(4):243~248.

[10]倪德祥,全息生物学的创立及其研究状况,大学科技,1993,1:9~11.

[11]陈其荣,生物体全息相关规律的研究:全息生物学,见自然辩证法导论,1995,上海复旦大学出版社,125~131.

全息胚定域選種法應用研究

邢作福 高級農藝師 李景陽 高級農藝師
毛桂英 高級農藝師 沈翠珍 高級農藝師
申利志 農藝師 趙壽年 農藝師

(山東省臨沂市種子總站)

張玉廣 高級農藝師 崔雪梅 助理農藝師
(山東省臨沂市農技推廣中心) (山東省臨沂市水稻研究所)

摘要 由中國著名科學家張穎清教授創建的全息生物學,是研究全息胚生命現象的新興邊緣學科。全息胚是生物體新的統一的结构和功能單位。一切生物體都是由全息胚構成的,細胞是全息胚的特例,是發育程度最低的全息胚。在全息生物學原理指導下,根據生物全息律、遺傳勢理論、期望性狀部位法則和全息胚定域選擇原理,在農作物全息胚的期望性狀特定部位取種的留種方法,就稱為“全息胚定域選種法”。本文闡述了定域選種促進生產的原理,介紹了定域選種法的優勢類型、主要農作物定域選種要點、研究成果和山東省臨沂市1988年到1995年應用定域選種法所取得的顯著成效,為今後推廣應用這一選種新技術提供了科學依據。

關鍵詞 全息胚;全息生物學;高活性基因組合;農作物全息胚定域;選種

“全息胚”、“全息胚學說”和“全息生物學”,是由國際全息生物學會終身主席,中國山東大學全息生物學研究所所長、國家級有突

出贡献的著名科学家张颖清教授发现和创立的。这是本世纪生物学史上最重要的事件之一。其科学意义,可以与 19 世纪以来细胞学说、达尔文进化论、孟德尔遗传规律、沃森和克里克的 DNA 双螺旋四项划时代的伟大发现相媲美^[2]。由张颖清教授发明的全息胚定域选种法,^[1-3]是国内外选种育种史上的重大技术突破。其理论依据是生物全息律,遗传势理论,期望性状部位法则,全息胚定域选择原理等。而 cDNA 返接与缺失动态平衡论和纯系或非纯系内全息胚定域选择有效理论,为全息胚定域选种法提供了分子生物学的理论基础。这一科学的选种方法,已经得到了广泛应用。山东省临沂地区在多种作物上推广应用这一选种新技术,取得了显著的增产效果,现将六年来应用研究成果简要报告如下。

一、全息胚定域选种法的概念及其作用

全息胚学说与全息生物学在农业上有着广泛的应用。张颖清教授发明的建立在全息胚学说基础上的全息胚定域选种法,是一种新的科学的选种技术,既可直接应用于大田农业生产,直接取得增产效益,又可在育种、良种繁育、农作物细胞与组织培养选取外植体等方面应用,做到按人类需要定向育种,创造新的品种类型。

张颖清教授发明的利用全息胚特定部位取种的留种方法,叫做“全息胚定域选种法”。这种方法最简单和最本质的概念,是在全息胚的期望性状特定部位或在全息胚未来器官图谱中与整体的期望性状部位同名的特定部位取种(或芽、插条、接穗、组织、细胞)来繁殖后代,使后代的期望性状得到加强,从而定向改变生物性状。全息胚定域选种法是一种全息胚遗传工程,适用于各种农作物。

二、主要农作物全息胚定域选种技术操作要点

见表 1。

表1 主要农作物全息胚定域选种技术操作要点一览表

作物名称	全息胚定域选种优势类型	期望性状	期望性状强遗传势区域选种部位	选用强遗传势部位的种子(或芽、插条、接穗、组织、细胞)比用其他部位的种子或混合种子增产百分率(%)	全息胚定域选种技术操作要点
玉米	中部优势作物	果穗	果穗中部	一般增产 5.9~19.9%, 最高增产 35.47% ($P < 0.01$)	丹玉 13 号等果穗长锥型品种去掉顶部和基部各 1/3 或 1/4; 掖单 2 号等果穗筒型品种去掉顶部和基部各 1/4, 留下中部脱粒留种
高粱	顶部优势作物	果穗	果穗上部	一般增产 6.74~15.9%, 最高增产 26.3% ($P < 0.01$)	将全果穗 1/3 的上部用剪刀剪下, 混合脱粒留种
谷子	顶部优势作物	果穗	果穗上部	一般增产 5~16.1%, 最高增产 18.52%, 均达极显著水平	将全果穗 1/3 的上部和中部 1/3 的上部混合脱粒留种
黍子	顶部优势作物	果穗	果穗上部	一般增产 16.1%~24.3%, 达极显著水平	将果穗 1/3 的上部用剪刀剪下, 混合脱粒作物
小麦	中部优势作物	麦穗	麦穗中部	一般增产 6~10%	用剪刀将麦穗上部和下部各剪去 1/3, 留下麦穗中部一段混合脱粒作种
水稻	顶部优势作物	稻穗	稻穗上部	一般增产 13.2~17.4%, 达极显著水平	将稻穗 1/3 的上部和中部 1/3 的上部或整个中部剪下混合脱粒作种
地瓜	基部优势作物	块根(瓜块)	夏地瓜秧苗顶部苗	一般增产 7.2~32.7%, 最高增产 62.5~70.1%, 均达到显著水平	剪取每根秧苗的顶部段秧苗插秧栽植。

表 1 续表 1

全息 作胚定 物域选 名种优 称势类 型	期望性 状	期望性状 强遗传势 区域选种 部位	选用强遗传势部位的种子(或芽、插条、接穗、组织、细胞)比用其他部位的种子或混合种子增产百分率(%)	全息胚定域选种技术操作要点
大豆 中部 优势 作物	荚果	植株 中部 荚果	一般增产 10% 以上	有限结荚习性品种选留主茎中上部荚果作种;无限结荚习性品种选留主茎中下部荚果作物;亚有限结荚习性品种,选取主茎中部荚果作种
马铃薯 基部 优势 作物	块茎	块茎 顶部	一般增产 20% 左右,国内外最高增产 56.8% 和 52%, 均达到显著水平	把一个种薯在中部横切一刀,顶部(即底部)作种,基部(即脐部)另作他用
油菜 中部 优势 作物	角果	主花 序中 部角 果	一般增产 11.1~14.3%,最高增产 26.6%, 均达到极显著水平	在田间选好单株,剪下主花序(主穗)去掉顶梢和下半部,只选取主花序中部角果留种
芝麻 顶部 优势 作物	蒴果	主枝 顶部 果穗	一般增产 7~13%	选取主茎顶部果穗留种,第一分枝、第二分枝种子另作他用
花生 基部 优势 作物	荚果	第一对侧 枝荚果或 荚果先豆	一般增产 7.6~9.8%,最高增产 16.6%	选取第一对侧枝 10 节以下荚果,或选取荚果的先豆作种
棉花 中部 优势 作物	棉铃	植株中部 内围铃	一般增产 10~14.9%,最高增产 19.5%, 达极显著水平	选取植株中下部第三到第六果枝上的第一、第二果节上所结棉铃,即选留中下部内围铃(中喷花)作种

表1 续表2

作物名称	全息胚定域选种优势类型	期望性状	期望性状强遗传势区域选种部位	选用强遗传势部位的种子(或芽、插条、接穗、组织、细胞)比用其他部位的种子或混合种子增产百分率(%)	全息胚定域选种技术操作要点
萝卜	基部优势作物	肉质根	植株中、下部角果	一般增产14.1~23.6%	选取植株主枝中、下部和中部一次侧枝中、下部内围角果留种
大白菜	中部优势作物	叶球	主枝花中、下部角果	一般增产11~18.5%	选取植株主枝花中、下部位内围角果留种
菜豆	中部优势作物	荚果	植株中部荚果	一般增产5~10%,最高增产15%以上。	蔓性菜豆选取中下部荚果,矮性菜豆选取中部荚果留种
黄瓜	中部优势作物	瓠果	植株中、下部果	一般可增产10%左右	选取植株中下部所结第二个、第三个瓜的籽粒作种
烟草	中部优势作物	叶片	植株中部内围部位蒴果	一般增产4~17.6%,烘烤质量优良	选取植株主枝中部内围蒴果留种

三、机械化全息胚定域选种效果

由于各种作物的期望性状部位不同,定域选种部位不同,籽粒大小不同,因此,对多数作物来说,由于目前还没有设计出专用的全息胚定域选种机械,所以,仍然以手工操作进行定域选种为主要手段。为了加快扩大应用这项选种新技术的步伐,从1991年开始,临沂地区不少县、市种子分公司,根据不同作物种子籽粒的比重、大小的不同或选种部位的不同,并根据现在能利用的机械,在前述全息胚的期望性状标准特定部位进行选种的标准化全息胚定域选种法的基础上,对部分作物提出了新模式化全息胚定域选种法(在本

篇论文中,凡在“全息胚定域选种法”一词之前未加定语“新模式化”四字的均称为“标准化全息胚定域选种法”),采用新模式化定域选种法,可以利用现有机械对玉米、水稻、大白菜、萝卜等作物进行机械定域选种,获得了成功,基本上达到了与手工操作进行全息胚定域选种相同的效果。虽然定域精确度不如手选高,增产幅度也较手选的偏低,但既可用手工操作,更适合于机械选种,从而使全息定域选种机械化,为加快推广应用全息胚定域选种新技术的步伐提供了新途径。例如,对玉米采用新模式化全息胚定域选种技术,即先用果穗中部强遗传势和下部较强遗传势区域部位的籽粒作种,比播用全果穗混合粒作种的可增产 4.00~7.10%,虽然比只用果穗中部籽粒作种增产幅度偏低,但可以用机械代替手工定域选种,并且仍可以获得显著的经济效益。莒县种子分公司试验,用 6MM、7MM 和 8MM 不同孔径的种子精选机,对丹玉 13 号一代杂交种进行新模式化全息胚定域选种,可以把果穗上部 82.32% 的最弱遗传势部位不作种用的籽粒和果穗中部和下部 79.42% 强遗传势部位可作种用的籽粒分离开来。郟城县种子分公司试验,用脱粒机脱粒,用石家庄市种子精选机厂生产的重力式“5X10-3 型”通用种子精选机,以鲁玉 2 号进行新模式化定域选种,可将果穗上部 82.50% 不作种用的籽粒,和果穗中部和下部 79.19% 留作种用的籽粒分离开来^[4]。莒县种子分公司对水稻京引 119 原种果穗不同部位籽粒的比重进行测定,结果是:穗上部籽粒比重为 1.042,中部籽粒比重为 1.031,下部籽粒比重为 1.000。水稻是顶部优势作物,由于稻穗不同部位籽粒比重不同,就可用重力式精选机把比重值接近的穗上部和中部籽粒精选分离出来留作种用,把比重低的穗下部籽粒精选分离出来不作种用。试验表明,用穗上部籽粒和中部籽粒作种的比全穗混合粒作种的增产 6.80~10.00%。该公司利用上海市向明农业机械厂制造的重力 5XX-1.0 精选机,按照新模式化全息胚定域选种法,对水稻京引 119 原

种进行机械定域选种试验,可将穗下部 90.33% 的籽粒精选分离出来不作种用,只留下穗上部、中部和少量误入的上部籽粒混合留作种用,仍然达到标准化全息胚定域选种法增产增收的效果。上述三项试验结果表明,由县以上种子公司统一管理经营的玉米、水稻杂交种子,或常规水稻种子,用重力式精选机进行新模式化全息胚定域选种,基本上可以达到应用标准化全息胚定域选种法增产增收的效果,从而为迅速大面积推广应用这一选种新技术创造了有利条件。

五、部分农作物全息胚定域选种小区试验增产效果

为了验证全息胚定域选种法的科学性和实用性,在本文作者参与和指导下,从 1988 年到 1993 年山东省临沂地区在 10 个县市连续安排小区试验 70 多处,对玉米、高粱、谷子、小麦、水稻、甘薯、大豆、花生、马铃薯、萝卜、大白菜、棉花、烟草等 13 种作物进行了全息胚定域选种小区试验,写出了试验总结 60 余份,获得了大量的第一手材料和可靠的正确数据,同时,还先后在郯城、费县、莒县、沂水、平邑等 10 个县市安排玉米、高粱、谷子、甘薯、马铃薯等作物大面积生产示范开发片 28.6 万亩,同样获得了可靠的选择增产效果。这些小区试验和大面积生产示范结果,从定性和定量上为在临沂地区大力推广应用全息胚定域选种法提供了科学依据,也是向广大农民群众传授技术的过程,从而为农民接受应用这一选种新技术打下了有利基础。现将部分农作物部分小区试验和生产示范关键资料总结如下。

1. 玉米全息胚定域选种小区试验资料:

1988 年,在临沂市大岭乡道沟村作了 160 亩丹玉 13 号玉米全息胚定域选种示范,平均亩产达到 513.75 公斤,比播用同一品种全果穗混合粒增产 8.1%。同年,同一品种、同一方法,在沂水县前和庄示范 200 亩,平均亩产 681.56 公斤,增产率为 13.00%;在郯城县西南村示范 60 亩,平均亩产 554.00 公斤,增产率 15.40%。

1989年,郯城县种子站在四个乡、镇十五个村作了1万亩玉米全息胚定域选种示范,平均亩产511.00公斤,比同品种全果穗混合粒作种的一般大田每亩增产40.00公斤,增产率为8.50%,共增产玉米40.00万公斤,增加收入36.00万元人民币。这项成果获临沂地区科委科技进步一等奖。

1989年,在沂水县试验,选用果穗中部籽粒作种比用上部籽粒作种增产14.70%,达到极显著水平,比用基部和全果混合籽粒作种分别增产6.33%和7.20%,达到显著水平(如表2)。

表2 玉米全息胚定域选种试验产量结果表 1989

处理	小区产量(公斤)					亩产 (公斤)	中部比各区亩 增(+)-减(-) (公斤)	增产率 (%)
	I	II	III	处理合计 (Tt)	平均 (\bar{X}_t)			
上部	23.71	22.14	23.50	69.35	23.12	462.4	+68.2	+14.7
中部	27.52	26.65	25.41	79.58	26.53	530.6	0	0
下部	24.84	25.10	24.91	74.85	24.95	499.0	+31.6	+6.33
混合	24.43	24.83	25.00	74.26	24.75	495.0	+35.6	+7.20
区组合计 (Tr)	100.50	98.72	98.82	298.04 (T)				

1989年,在郯城县试验,选用果穗中部籽粒作种,比选用上部和混合籽粒作种分别增产11.62%和8.87%,达极显著水平。用下部籽粒作种比用整果穗混合粒作种和上部籽粒作种分别增产5.42%和8.10%,亦达极显著水平(如表3)。

表3 田间试验产量结果 1989

处理	I	II	III	Tt	\bar{X}_t	折亩产 (公斤)
上部种子	20.1	19.6	19.7	59.4	19.8	495.0
中部种子	21.9	22.6	21.8	66.3	22.1	552.5
下部种子	21.5	21.1	21.6	64.2	21.4	535.0
整穗种子	20.0	20.5	20.3	60.8	20.3	507.5
Tt	83.5	83.8	83.4	T=250.7		

1991年,在沂南县对玉米340自交系试验,选用果穗中部种子比用上部和基部种子分别增产8.25%和12.00%,达到极显著水平(如表4)

表4 玉米340自交系产量结果表 1991

处 理	小 区 产 量				折合亩产 (Kg)	中部比上、下部 ±%
	I	II	III	X		
上部种子	26.95	28.90	30.67	28.67	286.70	+8.25
中部种子	28.95	31.75	33.05	31.25	312.50	0
下部种子	24.95	27.60	29.55	27.50	275.00	+12.00

1992年,在沂水县进行配制沈单7号玉米单交种试验,用E28自交系全果穗混合粒作父本,与母本5003自交系果穗中下部籽粒作种进行杂交,所产一代杂交种,比用母本自交系果穗上部籽粒、基部籽粒、混合籽粒作种的,分别增产20.10%、14.74%和13.50%,差异达显著和极显著水平(如表5)

表5 产量统计分析表

处理	小区杂交种产量 (公斤)/亩			总和 (Tt)	平均 (\bar{X}_i)	杂交种折亩产 (公斤)	中下部籽粒作种 比其他部位±%
上部	5.674	5.523	6.005	17.202	5.734	191.10	+20.10
中下部	7.130	6.682	6.848	20.660	6.887	229.60	0
基 部	6.076	5.912	6.024	18.012	6.004	200.10	+14.74
整果穗 混合粒	6.086	6.374	5.748	18.208	6.069	202.30	+13.50
总和 (Tt)	24.966	24.491	24.625	74.082 (T)		—	—
总平均					6.174	—	—

2. 夏甘薯秧苗全息胚定域选种试验资料:

1989年,在费县薛庄镇安定庄、姚家庄试验,栽插夏甘薯顶部秧头苗比中部苗、基部苗,分别增产24.70%和45.80%,达极显著水平(如表6)。在该县费城镇党家庄试验,栽插顶部苗比基部苗增产39.20%,达显著水平(如表7)。同年,费县种子站农技站在全县作了11.60万亩夏地瓜秧苗全息胚定域选种大面积示范开发,平均亩产鲜瓜1301.20公斤,比混合苗一般大田每亩增产206.80公斤,增产率为18.90%。按国家规定折算,每亩增产瓜子41.35公斤,共增产479.80万公斤,共增加收入383.84万元人民币。这项成果获临沂地工科委科技进步一等奖。

表6 试验田鲜瓜产量表

1989

项目 处理	小区产量(公斤/20m ²)							折 亩 产		
	安定庄			姚家庄			平均	公斤	顶比中、基增产	
	I	II	III	I	II	III			公斤/亩	%
顶部蔓苗	54.8	58.5	62.3	61.7	60.4	60.4	59.68	1988.4		
中部蔓苗	48.0	40.5	45.0	52.9	51.4	49.2	47.83	1594.6	393.8	24.7
基部蔓苗	34.5	30.8	40.8	46.5	50.2	40.93	1364.1	624.3	45.8	

表7 试验田鲜瓜产量表

费城镇党家庄村 1989

项目 处理	小区产量(公斤/20m ²)				折亩产 (公斤)	顶比基增产	
	I	II	III	X		公斤/亩	%
顶部蔓苗	32.85	32.85	32.85	32.85	1095.0		
基部蔓苗	23.85	21.6	25.35	23.6	786.7	308.3	39.2

3. 高粱全息胚定域选种试验资料:

1989年,在沂水县试验,选用果穗上部籽粒作种,比用中部、基部和全果穗混合籽粒作种的,分别增产6.40%、26.26%和8.71%,达极显著水平。用中部籽粒作种比基部和混合作种的分别增产18.68%和21.78%,均达到显著水平(如表8)。同年,沂水县

種子站在該縣前賀庄作了 40.00 畝高粱全息胚定域選種示范,平均畝產 287.20 公斤,比鄰近大田常規全果穗混合粒作種的每畝增產 28.9 公斤,增產率為 11.20%,共增產 1156.00 公斤,增加收入 924.8 元。

表 8 高粱全息定域選種試驗產量結果表 1989

處理	小區產量(公斤)					折合 畝產 (公斤)	同中部比畝增 (+)減(-) (公斤)	增產率 (%)
	I	II	III	處理合計 (Tt)	平均 (\bar{X}_i)			
上部	6.75	6.86	5.85	19.46	6.49	259.6	—	—
中部	6.63	6.15	5.52	18.30	6.10	244.0	+15.60	6.40
基部	4.95	5.20	5.27	15.42	5.14	205.6	+54.00	26.26
混合	6.38	6.12	5.40	17.90	5.97	238.8	+20.80	8.71
區組合計 (Tt)	24.71	24.33	22.04	71.00 (T)				

4. 谷子全息胚定域選種試驗資料:

1990 年,在莒南縣洙邊張鄉中書院村試驗,選用穗上部籽粒作種比用中部、下部、全穗混合粒作種的,分別增產 9.40%、18.52 和 6.67%,達到顯著水平(如表 9)。1990 年,平邑縣種子站作了 3000.00 畝谷子全息胚定域選種示范,比全果穗混合粒作種的增產率為 10.20%,共增產 5.55 萬公斤,增加收入 49950 元。

表 9 田間試驗產量結果表 1990

處 理	I	II	III	合 計	平 均	折畝產(斤)
頂部種子	13.5	12.0	13.0	38.5	12.8	638.7
中部種子	11.5	11.0	12.5	35.0	11.7	583.8
下部種子	10.5	10.0	12.0	32.5	10.8	538.9
混合種子	12.0	11.5	12.5	36.0	12.0	598.8

全息胚定域選種試驗資料

5. 小麦全息胚定域选种试验资料:

1992~1993 年试验,播用麦穗中部籽粒种子,比用上部和全穗混合籽粒种子,分别增产 16.95% 和 13.90%,达到极显著水平(如表 10)。良种繁育联系点山东六四农场三分场,从 1989 年开始应用全息胚定域选种新技术,繁育、提纯复壮小麦良种,到 1993 年,累计应用面积达 1912 亩,平均亩产 467.00 公斤,当季比全穗混合粒作种的每亩增产 44.50 公斤,增产率为 10.26%,该场累计共增产 8.50 万公斤。同时,为社会累计提供质量达到国标一级小麦良种 89.30 万公斤,可播种 17.86 万亩,比常规留种法作种的每亩增产 20.00 公斤,共增产 357.20 万公斤。两项总计共可增产 365.70 万公斤,共增加经济效益 292.56 万元人民币。

表 10 试验产量结果表

1993

处理	小区产量(公斤)			总和	平均	折亩产 (公斤)	中部比其它 部位±%
	I	II	III				
上部	8.00	8.65	8.50	25.15	8.38	419.0	+16.95
中部	9.21	10.16	10.03	29.40	9.80	490.0	0
下部	8.46	9.29	9.71	27.46	9.15	457.5	+7.10
全穗	8.55	8.80	8.46	25.81	8.60	430.2	+13.90
总和(Tb)	34.22	36.90	36.69	(T) 107.32	—	—	
平均(Xn)	8.56	9.23	9.17	—	(X) 8.98	—	

6. 马铃薯全息胚定域选种试验资料:

1989 年,在费县薛庄镇东南哨村试验,用块茎顶部(远心端)芽作种比用基部芽作种的增产 27.58%,达极显著水平;比混合芽增产 12.48%,达显著水平(如表 11)。同年,费县种子站作了 1 万亩马铃薯全息胚定域选种大面积示范开发,平均亩产 1478.60 公斤,比常规全块茎、混合芽作种栽培法每亩增产 278.60 公斤,增产

率为 23.22%,共增产 278.60 万公斤,每亩增加纯收入 119.30 元,共增加纯收入 119.30 万元人民币。这项成果获临沂地区科委科技进步一等奖。

表 11 马铃薯全息定域选种试验产量结果

单位:公斤,1989

芽眼部位	小区产量					亩产	产量位次
	I	II	III	合计	平均		
顶部	114.3	108.5	115.6	338.46	112.82	1128.2	1
混合	100.6	97.1	103.2	300.9	100.3	1003	2
基部	91.7	89.8	83.8	265.3	88.43	884.3	3
	306.6	295.4	302.6	904.66			

1991 年,在沂南县试验,用块茎顶部芽作种比用基部芽作种增产 24.70%,达显著水平(如表 12)。

表 12 产量结果表(公斤)

1991

处理	重 复			平 均	折亩产	亩增产	增产率 (%)
	I	II	III				
顶部	9.9	12.9	12.5	11.8	1961	389	24.7
基部	7.8	10.9	9.6	9.4	1572		

六、大面积推广应用全息胚定域选种法增产效果

山东省临沂地区自 1984 年以来,特别是 1988 年到 1995 年,8 年来,全市 12 个县区在 10 大作物上大面积推广应用,累计应用面积达到 2129.17 万亩,占播种面积的 28.45%,共增产粮食 81215.215 万公斤(162430.43 万市斤),增产马铃薯、大白菜、萝卜等蔬菜 31772.06 万公斤(63544.12 万市斤),增产皮棉 616.59 万公斤(1233.18 万市斤),累计共增加社会经济效益 100734.

全息生物学与农业应用

83 万元人民币。每年平均,应用面积 266.15 万亩,增产粮食 10151.901 万公斤(20303.802 万市斤),增产蔬菜 3971.51 万公斤(7943.02 万市斤),增产皮棉 77.074 万公斤(154.148 万市斤),增加收入 1259.853 万元人民币。其中,1995 年,全市应用面积达 386.1 万亩,共增产粮食 14905.55 万公斤,增产马铃薯 2606.54 万公斤,增产蔬菜 6674.67 万公斤,增产皮棉 68.93 万公斤,共增加收入 37806.45 万元。8 年来分作物推广全息胚定域选种技术累计应用面积和增产、增收情况如下:

1. 玉米:累计应用面积 410.5387 万亩,占播种面积的 24.17%,每亩增产 35.52 公斤,增产率为 7.3~19.0%,共增产 14501.27 万公斤,每公斤市场价格 1.019 元,共增加收入 14787.59 万元。

2. 夏地瓜:累计应用面积 1273.90 万亩,占播种面积的 62.00%,每亩增产瓜干 46.10 公斤,增产率为 8.72~13.48%,共增产瓜干 58723.34 万公斤,每公斤市场价格 0.968 元,共增加收入 56872.842 万元。

3. 高粱:累计应用面积 19.65 万亩,占播种面积的 15.67%,每亩增产 21.97 公斤,增产率为 8.13~14.2%,共增产 431.76 万公斤,每公斤市场价格 1.0234 元,共增加收入 441.89 万元。

4. 小麦:累计应用面积 145.20 万亩,占播种面积的 5.92%,每亩增产 29.11 公斤,增产率为 7.30~11.44%,共增产 4226.99 万公斤,每公斤市场价格 1.242 元,共增加收入 5250.91 万元。

5. 水稻:累计应用面积 78.50 万亩,占播种面积的 27.21%,每亩增产 36.71 公斤,增产率为 6.34~10.92%,共增产 2882.09 万公斤,每公斤市场价格 1.705 元,共增加收入 4915.27 万元。

6. 谷子:累计应用面积 20.437 万亩,占播种面积的 17.82%,每亩增产 22.01 公斤,增产率为 7.78~15.00%,共增产 449.79 万公斤,每公斤市场价格 1.213,共增加收入 545.732 万元。

7. 马铃薯:累计应用面积 36.6843 万亩,占播种面积的 36.97%,每亩增产 245.23 公斤,增产率为 8.96~17.39%,共增产 9066.14 万公斤,每公斤市场价格 0.794 元,共增加收入 7199.912 万元。

8. 萝卜:累计应用面积 17.713 万亩,占播种面积的 28.90%,每亩增产 436.23 公斤,增产率为 7.50~16.20%,共增产 7726.91 万公斤,每公斤市场价格 0.231 元,共增加收入 1784.91 万元。

9. 大白菜:累计应用面积 31.10 万亩,占播种面积的 26.60%,每亩增产 481.64 公斤,增产率为 8.20~16.80%,共增产 14979.01 万公斤,每公斤市场价格 0.22 元,共增加收入 3296.168 万元。

10. 棉花:累计应用面积 87.42 万亩,占播种面积的 48.70%,每亩增产 7.053 公斤,增产率为 9.65~18.04%,共增产 616.59 万公斤,每公斤市场价格 8.99 元,共增加收入 5541.61 万元。

分年度、分作物推广应用增产增收情况见表 13。

表 13 山东省临沂市 1988 年—1995 年八年推广应用全息胚定域选种技术增产情况汇总表

年 度	总 计							五 米						
	推广 面积 (万亩)	占播种 面积%	增产 粮食 (万公斤)	增产 土豆 (万公斤)	增产 蔬菜 (万公斤)	增产 皮棉 (万公斤)	共增加 收入 (万元)	推广 面积 (万亩)	占播种 面积%	每亩 增产 (公斤)	增产率 %	共增产数 (万公斤)	每公斤 市场价 (元)	共增加 收入 (万元)
全市 合计	2129.17	28.45	81215.215	9066.14	22705.92	616.59	100734.83	410.5387	24.17	35.32	7.3— 19.0	14501.27	1.019	14787.59
1988 年	112.6472	20.32	4244.75	42.70	0	55.50	3754.15	0.042	0	65.61	19.00	2.7556	0.70	1.93
1989 年	191.6918	33.40	5158.385	420.70	0	111.00	4967.92	1.3587	4.31	47.21	13.96	55.425	0.91	59.43
1990 年	235.615	39.73	9546.66	779.40	3265	61.20	7139.53	40.605	13.87	23.01	7.30	9.34.32	0.56	524.04
1991 年	250.046	42.38	9089.98	520.20	820.85	105.85	5572.81	51.533	18.18	34.45	11.00	1775.31	0.54	958.67
1992 年	293.66	21.96	11534.47	939.00	2025.00	100.73	8119.30	67.10	24.40	35.9	11.15	2408.89	0.61	14.69.42
1993 年	348.55	27.42	13647.45	2083.20	4070.40	61.95	11535.732	69.70	26.10	36.12	10.62	2520.35	0.60	1512.21
1994 年	310.86	24.46	13087.96	167.40	5850.00	51.98	21838.942	78.30	30.12	38.88	10.27	3044.30	1.40	4262.02
1995 年	386.10	29.80	14905.55	2606.54	6674.67	68.93	37806.45	101.90	35.32	36.80	9.22	3749.92	1.60	5999.87

注明:日照、沂源两县、市统计到 1989 年;莒县统计到 1992 年。

表 13 续表 1

年 度	夏 地 瓜						高 粱							
	推广 面积 (万亩)	占播种 面积%	每亩 增产 (公斤)	增产率 %	共增 产数 (万公斤)	每公斤 市场价格 (元)	共增加 收入 (万元)	推广 面积 (万亩)	占播种 面积%	每亩 增产 (公斤)	增产率 %	共增产数 (万公斤)	每公斤 市场价 (元)	共增加 收入 (万元)
全市 合计	1273.90	62.00	46.10	8.72— 13.48	58723.34	0.958	56872.842	19.65	15.67	21.97	8.13— 14.21	431.76	1.0234	441.89
1988年	105.00	47.72	40.40	10.55	4242.00	0.80	3393.60	0	0	0	0	0	0	0
1989年	172.40	78.36	29.47	8.72	5081.20	0.80	4064.96	0.33	1.30	17.52	10.49	5.78	1.81	10.50
1990年	170.80	54.27	50.25	13.20	8584.05	0.50	5150.44	0.60	2.60	20.00	8.86	12.02	0.827	10.00
1991年	169.80	56.23	42.848	11.67	7275.75	0.50	3638.00	1.20	6.10	13.50	8.13	16.20	0.59	9.50
1992年	170.00	59.90	49.92	13.48	7977.00	0.52	4148.04	4.35	23.30	18.25	11.96	79.40	0.665	52.78
1993年	169.50	80.71	50.00	12.50	8475.00	0.60	5085.00	6.10	46.92	27.00	14.21	164.70	0.70	115.29
1994年	152.80	60.16	57.23	13.00	8744.74	1.30	11368.162	2.60	18.31	22.31	11.44	58.00	1.40	81.20
1995年	163.60	65.44	51.00	10.37	8343.60	2.40	2004.64	4.47	41.16	21.40	9.60	95.66	1.70	162.62

表 13 续表 2

年 度	小 麦							水 稻						
	推广 面积 (万亩)	占播种 面积%	每亩 增产 (公斤)	增产率 %	共增 产数 (万公斤)	每公斤 市场价格 (元)	共增加 收入 (万元)	推广 面积 (万亩)	占播种 面积%	每亩 增产 (公斤)	增产率 %	共增产数 (万公斤)	每公斤 市场价 (元)	共增加 收入 (万元)
全市 合计	145.20	5.92	29.11	7.30~ 11.44	4226.99	1.242	5250.91	78.50	27.21	36.71	6.34 10.92	2882.09	1.705	4915.27
1992年	13.80	2.10	28.56	10.65	394.00	0.74	291.56	12.00	12.90	49.167	10.92	590.00	0.90	531.00
1993年	55.10	9.26	31.00	11.44	17.08.10	0.80	1366.48	15.50	24.60	40.00	9.10	620.00	0.90	558.00
1994年	33.10	5.52	21.44	7.30	709.66	1.60	1135.46	15.50	23.48	30.12	6.34	466.86	2.00	933.72
1995年	43.20	7.21	32.76	10.58	1415.23	1.80	2457.41	35.50	53.58	33.95	7.15	1205.23	2.40	2892.55

表 13 续表 3

年 度	谷						马						共增加 收入 (万元)	
	推广 面积 (万亩)	占播种 面积%	每亩 增产 (公斤)	增产率 %	共增 产数 (万公斤)	每公斤 市场价格 (元)	推广 面积 (万亩)	占播种 面积%	每亩 增产 (公斤)	增产率 %	共增产数 (万公斤)	每公斤 市场价 (元)		
全市 合计	20.437	17.82	22.01	7.78— 15.00	449.79	1.213	545.732	36.6843	36.97	245.24	8.96— 17.39	9066.14	0.7947	199.912
1988年	0	0	0	0	0	0	0	0.1052	1.51	405.9	17.39	42.70	0.60	25.62
1989年	0.46	1.90	13.0	7.78	5.98	0.89	5.38	2.1161	19.16	198.8	17.39	420.70	0.384	161.65
1990年	0.907	4.00	17.915	9.91	16.27	1.10	18.02	2.703	27.98	388.34	14.50	779.40	0.60	468.03
1991年	1.40	8.00	16.25	10.03	22.75	0.82	18.60	2.60	24.76	200.07	15.70	520.20	0.60	312.70
1992年	4.65	27.40	18.32	11.30	85.18	0.86	73.26	4.16	41.60	225.72	15.50	939.00	0.60	564.03
1993年	5.90	49.17	27.00	15.00	159.30	0.912	145.272	9.30	44.08	224.00	8.96	2083.20	0.666	1386.942
1994年	2.70	18.62	23.85	12.55	64.40	1.45	93.38	6.50	54.17	257.60	16.20	1674.4	1.00	1674.40
1995年	4.42	47.78	21.70	9.23	95.91	2.00	191.82	9.20	51.30	283.32	17.17	2606.54	1.00	2606.54

表 13 续表 4

年 度	萝 卜							大 白 菜						
	推广 面积 (万亩)	占播种 面积%	每亩 增产 (公斤)	增产率 %	共增 产数 (万公斤)	每公斤 市场价格 (元)	共增加 收入 (万元)	推广 面积 (万亩)	占播种 面积%	每亩 增产 (公斤)	增产率 %	共增产数 (万公斤)	每公斤 市场价 (元)	共增加 收入 (万元)
全市 合计	17.713	28.90	436.23	7.50— 16.20	7726.91	0.231	178.91	31.10	26.60	481.64	8.2— 16.8	14979.01	0.22	3296.168
1990年	1.20	18.77	458.30	16.20	550.00	0.08	44.00	4.40	25.43	517.04	16.8	2715.00	0.16	435.00
1991年	0.413	5.50	171.549	7.50	70.85	0.16	11.34	3.00	16.46	250.00	8.20	750.00	0.20	150.00
1992年	1.00	14.28	425.00	15.20	425.00	0.16	68.00	2.80	15.47	571.42	15.10	1600.00	0.161	256.40
1993年	3.50	40.22	465.00	11.63	1627.50	0.20	325.50	5.10	30.53	479.00	9.58	2442.90	0.22	537.438
1994年	4.00	49.40	450.00	10.00	1800.00	0.20	360.00	8.10	34.32	500.00	11.10	4050.00	0.22	891.00
1995年	7.60	32.20	428.10	12.10	3253.56	0.30	976.07	7.70	33.48	444.30	11.90	3421.11	0.30	1026.33

表 13 续表 5

年 度	棉						
	推广面积 (万亩)	占播种面积 %	每亩增产 (公斤)	增产率%	共增产数 (万公斤)	每公斤 市场价格 (元)	共增加收入 (万元)
全市合计	87.42	48.70	7.053	9.65—18.04	616.59	8.99	5541.61
1988年	7.50	46.78	7.40	14.80	55.50	6.00	333.00
1989年	15.00	61.34	7.40	18.04	11.00	6.00	666.00
1990年	14.40	66.00	4.25	9.65	61.20	8.00	490.00
1991年	12.10	36.60	8.702	16.11	105.30	4.50	474.00
1992年	13.80	46.00	7.30	15.86	100.73	6.60	664.81
1993年	8.85	59.00	7.00	16.67	61.95	8.00	495.60
1994年	7.26	37.23	7.16	14.32	51.98	20.00	1039.60
1995年	8.51	42.34	8.10	13.50	68.93	20.00	1378.60

七、推广应用全息胚定域选种法增产效果经济效益评价分析

前述科学实验和生产实践已充分证明,推广应用全息胚定域选种技术,理深法简,好学好用,易于推广,可以显著的增加产量,那么,其经济效益如何呢?对此,在严格测定统计增产数据完全可靠,在同样用种量,种子本身不计价的情况下测算,采用全息胚定域选种法与采用一般常规选种法所需选种成本费相比较,额外增加支出的费用数额是很小的。以每亩用种为单位计算,有的作物用种单位用手工操作只增加的工时费,高粱为 0.31 元,谷子为 0.50 元,小麦为 5.00 元,水稻为 15.00 元,玉米不需增加费用。有的作物不用手工操作,由种子公司用机械进行全息胚定域选种,只增加少量的费用,玉米为 1.17 元;水稻为 4.05 元,大白菜为 6.25 元,萝卜为 3.50 元,有的作物如马铃薯增加多用种费 40 元;有的作物如夏地瓜和棉花不需增加选种费用。从总体上说,由于应用全息胚定域选种法,所选种子质量好,大大提高了播种质量,可以节约用种量,又可从另一方面降低用种成本。所以,扣除每亩应用全息胚定域选种法所需增加的少量成本费,在本文第六部分每种作物所列增加的纯经济效益是显著的,是令人信服和不可怀疑的。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物体结构的三定律,内蒙古人民出版社,1982 年。
- [2、3]张颖清,新生物观,青岛出版社,1991 年。
- [4]邢作福主编,全息胚定域选种法在农业上的应用,山东科技出版社,1993 年。

水稻全息定域选种实验总结

张仕贤 农艺师

(安徽省含山县科委)

摘要 运用生物全息律选取水稻穗上部籽粒作种比用穗下部籽粒作种增产 6.6%,经变量分析,差异显著。经对小区稻株进行室内考种分析,证明增产的原因系由于稻穗上部籽粒作种,其后代的有效穗数和每穗实粒数均高于穗下部籽粒作种的小区的缘故。另外,在稻穗灌浆期间,将稻穗的中下部籽粒剪除,只保留穗上部籽粒,让其灌浆结实,这样取得的种子其后代比下部小区增产达 14%,说明该选种法可使稻穗上部籽粒的遗传势进一步加强而取得更大幅度的增产效果。

过去的全息胚选种实验已证实了张颖清全息胚定域选种法^[1]的增产效果,本研究拟进一步探讨该选种法在水稻上的增产效应及对有关性状的影响。

一、实验设计

于 1990 年 9 月中旬,在实验小区收割前,在穗上部籽粒作种的小区内随机取稻穗 250 个,每穗按等分取种法各取穗上部 1/3 的籽粒,计取种子 5000 粒,取名为“上”。另外,又在穗下部籽粒作种的小区内随机取稻穗 250 个,每穗按等分取种法各取穗下部 1/3 的籽粒,计取种子 5000 粒,取各为“下”。又在 A 区稻穗灌浆期间,将部分稻穗的中下部籽粒剪除,只保留穗上部籽粒,让其灌浆结实,计留种子 1200 粒,取名为“A”。将“上”种子和“下”种子分别

播在面积相同的秧田小区内。移栽、下小区采用顺序排到,重复6次;A种子秧苗另栽两小区。小区面积均为12尺×5尺=60尺²(0.01亩)

二、实验经过

于1991年5月3日播种,6月7日移栽,行株距为4.8×6寸,每小区穴数为11×21=231穴,每穴二苗。各小区水肥管理皆完全相同。

三、实验结果

1. 产量:各小区均于9月20日成熟,于当天收割。各小区分别脱粒,晒干,扬净,产量如表1。由表1可知,上部籽粒作种比下部籽粒作种增产6.6%,经变量分析,差异显著(表2)。而A区则比下部小区增产14%,比上部小区增产6.9%,说明顶端优势强化后的种籽其后代增产幅度更大。

2. 考种结果(表3):在重复I和重复IV的4个小区及A区内,每小区各取10穴进行考种。从表3可见运用生物全息律选取稻穗上部籽粒作种,后代的穗长、每穴有效穗数和每穗实粒数均高于穗下部籽粒作种的小区。说明上部小区比下部小区增产,系由于上部籽粒作种其后代的有效穗数和每穗实粒数高于下部籽粒作种的缘故。而A区增产更显著的原因系由于每穗部粒数和实粒数高于其他小区的缘故。

表1 产 量

处理名称	小区产量(斤)							比 值
	I	I	II	IV	V	合计		
上	11.9	11.2	11.3	11.8	12.3	12.2	70.7	上:下=1.066:1 A:下=1.140:1
下	11.4	11.0	10.8	11.3	11.3	10.5	66.3	
A	12.4	12.8						

表2 变量分析

变异原因	自由度	平方和	变 量	F
重复间	5	0.9167	0.1833	1.26
处理间	1	1.6133	1.6133	11.10*
机误	5	0.7267	0.1453	
总和	11	3.2567		

表3 室内考种主要经济性状汇总

处 理	穗长(cm)	每穴穗数	每穗总粒数	每穗实粒数	千粒重(克)
上 I	25.1	9.5	110	68.5	28.0
下 I	23.3	9.1	100	68.8	28.0
上 IV	23.9	9.6	113.1	78.1	27.8
下 IV	24.3	9.0	120	73.6	28.2
A I	24.4	7.7	125.6	83.4	28.2
A II	23.5	10.3	119.8	78.9	27.8

四、小结与讨论

1991年的实验不仅继续证明了选取水稻穗上部籽粒作种比用穗下部籽粒作种增产,差异显著,而且从A区种子每穗粒数和实粒数高于其他小区、增产更显著的事实,可初步证明,在稻穗刚抽出时剪去穗中下部颖花,只保留上部颖花让其灌浆结实,这样可进一步加强稻穗上部籽粒的遗传势。遗传势增强的籽粒,其后代主要表现为由于每穗总粒数和实粒数的提高而导致了增产。说明定域选取稻穗上部籽粒作种,其后代性状的改变主要表现在每穗籽粒数的提高上。

参 考 文 献

- [1]张颖清,全息生物学研究,山东大学出版社,1985。

全息胚定域选种法在马铃薯种植中的应用研究

施振云 农艺师

(上海市崇明县土壤肥料站)

摘要 本文按照全息生物学原理,将马铃薯横切、纵切成横切上部薯块、横切下部薯块、纵切薯块三种大小相等(重量)的切块,将其种植后,来自横切下部薯块的农艺性状最好,产量最高,最差的为来自横切上部薯块。上述结果完全符合生物全息现象,表明在马铃薯种植中应用全息对应关系定域选种,在后代中能加强期望性状。为了经济用种,在大面积生产中应用纵切薯块种植,也可获得增产效果。

关键词 全息胚定域选种;马铃薯切块;期望性状;

马铃薯的块茎在整株的下部。而全息生物学指出:马铃薯的块茎是一个具有期望性状的全息胚,在这个全息胚上,有许多芽眼,有的在块茎的上部(接近地上茎处),有的在块茎的中部,有的在块茎的下部(远离地上茎处),将块茎与整株马铃薯相比,二者的全息对应关系是块茎上部芽眼对立于植株的上部,这种芽眼种在田地后,应该有较强的生长能力;而块茎的下部芽眼对应于整株的下部,也就是期望性状部位,这样就可以按照全息对应关系预料,用马铃薯块茎的上部芽眼和下部芽眼作种时,其出苗情况和产量会有不同。本试验就是按照张颖清全息生物学原理^[1],旨在探索全息胚定域选种法在马铃薯种植中的应用效果。

一、材料與方法

1. 供試品種:雙豐一號。

2. 供試土壤:黃夾砂,中等肥力。

3. 試驗方法:選擇均勻一致的馬鈴薯 1200 個,用其中 800 個馬鈴薯橫切成上下二塊重量相等的薯塊;再用 400 個馬鈴薯取自薯頂部至臍部縱切成左右二塊重量相等的薯塊。本試驗的上下左右各二薯塊均勻為 11 克。設三個處理:1. 橫切後上部薯塊(近地上莖處);2. 橫切後下部薯塊(遠離地上莖處);3. 縱切薯塊。於 2 月 20 日種植於大田,隨機區組排列,四次重複,小區面積 16.67 平方米(5 米 \times 3.33 米),行株距為 0.5 米 \times 0.33 米,每畝 4000 穴,每穴 2 塊,密度 8000 株。苗高 7 厘米時結合中耕進行間苗、每穴留苗 4 株。

4. 考察項目:觀察出苗時間,考查株高、復葉數,收穫時每重複處理選代表性 5 穴查每穴結薯數、每穴克數。最後分收後稱其實產。

二、結果與分析

(一)出苗時間、主莖株高、復葉數的差異

橫切下部薯塊(處理 2)的出苗期為 3 月 27 日,較橫切上部薯塊(處理 1)的出苗期 3 月 30 日提前 3 天,較縱切薯塊(處理 3)的出苗期 3 月 29 日提前 1 天;據 5 月 4 日的考查結果(見表 1),橫切下部薯塊(處理 2)較橫切上部薯塊(處理 1)的株高高 3.2cm、復葉多 4.2 張;較縱切薯塊(處理 3)的株高高 1.0cm、復葉多 2.9 張;縱切薯塊(處理 3)較橫切上部薯塊(處理 1)的株高高 2.2cm、復葉多 1.3 張。

表 1 全息胚定域选种在马铃薯上应用研究农艺性状考查汇总表

处理	行穴距 (米)	亩株数 (千株)	穴块 数(块)	穴主 茎高 度 (cm)	穴茎 数 (茎)	穴结 薯数 (块)	穴复 叶数 (张)	产 量				平均 单块 茎重 克
								克/茎	克/穴	理论 产量 公斤/亩	实产 公斤/亩	
1. 横切上 部薯块	95×0.33	8	2	38.5	6.4	8.0	53.1	36.2	231.6	924.0	925	29.0
2. 横切下 部薯块	0.5×0.33	8	2	41.7	6.6	8.4	57.3	38.4	253.6	1015.6	999	30.2
3. 纵切薯 块	0.5×0.33	8	2	40.7	6.4	8.3	54.4	37.8	242.1	968.4	981	29.2

* 主茎株高、茎数、复叶数均为5月4日考查,其它为收获期考查,每小区选代表性5穴。

三、产量构成因素间的差异

横切下部薯块(处理2)较横切上部薯块(处理1)的每穴结薯数、每茎克数、每穴克数、平均单块茎分别增0.4个、2.2克、22克、1.2克,较纵切薯块(处理3)的每穴结薯数、每茎克数、每穴克数、平均单块茎重分别增0.1个、0.6克、11.5克、1.0克,纵切薯块(处理3)较横切上部薯块(处理1)的每穴结薯数、每茎克数、每穴克数、平均单块茎重分别增0.3个、1.6克、10.5克、0.2克。

四、产量间的差异

马铃薯收获时,各小区分收后称其实产,其产量结果见表2,对表2作各处理间平均数的比较,采用新复极差测验LSR法,SE=9.91,其最小显著极差为: $P=2$, $LSR_{0.05,6}=34.29$, $LSR_{0.01,6}=51.93$; $P=3$, $LSR_{0.05,6}=35.48$, $LSR=54.60$ 。多重比较表3表明,横切下部薯块(处理2),纵切薯块(处理3)较横切上部薯块(处理1)的产量差异均达极显著水平,每亩分别增产74公斤、56公斤,增产率分别为8.0%、6.1%;横切下部薯块(处理2)与纵切薯块

(处理3)间无显著差异。

表2 全息胚定域选种在马铃薯上应用研究产量结果表

产量公斤/亩 处 理	I	II	III	IV	平均
1.横切上部薯块	928	920	912	940	925
2.横切下部薯块	952	1004	1024	1016	999
3.纵切薯块	972	972	996	984	981

表3 全息胚定域选种在马铃薯上应用研究产量差异比较

处 理	产量(公斤/亩)	差异显著性	
		5%	1%
1.横切上部薯块	925	b	B
2.横切下部薯块	999	a	A
3.纵切薯块	981	a	A

五、讨论

1. 马铃薯二种不同方法的切块种植后分别有三种不同的产量表现,来自下部芽眼(处理2)的马铃薯产量极显著高于来自上部芽眼(处理1)的马铃薯产量,其增产率为8.0%左右。其试验结果表明,马铃薯应用全息对应关系的定域选种,在后代中能够加强期望性状,全息定域选种在马铃薯上应用效果显著。

2. 为经济使用马铃薯切块考虑,切块应采取自薯顶部至脐部纵切,使每一切块都带有块茎的下部芽眼,以保证期望性状,也可获得一定的增产量。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息律,潜科学杂志,2(1980)50。

高粱全息胚定时选种实验总结

李景阳 高级农艺师 邢作福 高级农艺师
毛桂英 高级农艺师 王秀清 高级会计师

(山东省临沂市种子总站)

朱逢年 农艺师 王成超 农艺师

(山东省郯城县种子分公司)

摘要 根据中国山东大学张颖清教授提出的全息胚遗传工程理论,按照高粱期望性状穗部籽粒成熟期不同发育阶段的特征特性,在蜡熟期进行全息胚定时收获选种的,测试结果证明,可比早收和在完熟期延迟收获选种的有明显的选择增产效果。

关键词 高粱;全息胚定时;选种;测试总结

根据中国山东大学张颖清教授提出的全息胚遗传工程理论和全息胚定时选种法^[1],按照高粱期望性状穗部及其籽粒成熟期不同发育阶段的特征特性,在蜡熟期进行全息胚定时适期收获选种的,可比在完熟期延迟收获选种的有明显的选择效果。为了验证这一理论的正确性,特作如下实验。

一、当季选择效果测定

1992年秋,在山东省郯城县小埠乡西南村鲁玉2号玉米制种田高粱隔离区条带村披头松品种测定,在蜡熟期进行全息胚定时选种收获的,千粒重为14.9克,亩产264.85公斤;完熟期选种收获的,千粒重为14.9克,亩产216.85公斤。在蜡熟期发育阶段进行全息胚定时收获选种的,比在完熟期发育阶段非定时收获选种

的,千粒重高 3.3 克,每亩增产 48 公斤,增产率为 22.14%^[2]。

二、小区试验测定

将上述在蜡熟期和完熟期两个成熟发育阶段所选留的种子,于 1993 年在该村进行夏播小区试验,结果如下:

(一)试验材料与方法

1. 试验材料:品种为披头松,分蜡熟期种子、完熟期种子。

2. 试验设计:本试验设蜡熟期种子和完熟期种子 2 个处理,3 次重复,随机排列。小区长 9.2m,宽 2.9m,面积为 26.69m²。7 行区,行距 40cm,株距 30cm,密度每亩 5555 株。

3. 试验田管理:试验田前茬作物为小麦,地势平坦,地力均匀,有水浇条件。6 月 17 日播种,6 月 21 日出苗,播种时每小区施 0.2kg 磷酸二铵作种肥。7 月 4 日幼苗 4 叶 1 心时统一定苗。7 月 24 日中耕除草 1 次。9 月 28 日统一收获,取小区中间 5 行计算产量。

(二)试验结果

1. 通过试验可知,播用在蜡熟期进行全息胚定时选种的种子,出苗齐、全、壮,苗期生长势强,后期气生根层数多、条数多,抗倒伏能力强。同时,抽穗早,开花早,成熟期比在完熟阶段非全息胚定时选留的种子早 3 天(见表 1、2)。

表 1 生育期记载表

1993

处理	播种	出苗	抽穗	开花	成熟	全生育期
完熟期种子	6 月 17 日	6 月 21 日	8 月 8 日	8 月 12 日	9 月 28 日	106 天
蜡熟期种子	6 月 17 日	6 月 21 日	8 月 6 日	8 月 9 日	9 月 25 日	103 天

2. 蜡熟期处理生长旺盛、叶面积大,光合作用时间长。在收获前 4 天调查,蜡熟期处理的高粱旗叶叶面积为 178.3cm²,比完熟期处理的旗叶叶面积 172.6cm² 多 5.7cm²。蜡熟期处理的株高 307cm,比完熟期处理的 303cm 高 4cm,节数多 0.4 节(如表 2)。蜡

熟期处理的穗粒数、千粒重分别比完熟期处理的高 173 粒和 0.8 克。蜡熟期处理的亩产 183.5 公斤, 比完熟期处理的亩产 172.75 公斤增产 10.75 公斤, 经统计学处理, 达显著水平(见表 3、表 4、表 5)。

表 2 生物学性状调查表

1993

处 理		完熟期	蜡熟期
株 高 (cm)		303	307
节 数 (个)		10.6	11.0
茎 节 长 (cm)	1	4.2	4.5
	2	8	9.7
	3	15	18
	4	25.3	25
	5	26.7	27.3
	6	28	28.3
	7	30	30
	8	31.7	30.7
	9	30.7	29.3
	10	29.3	27.7
	11	51.3	51.7
气生根层数		1.2	2.0
气生根条数		5.7	13.7
旗叶叶面积(cm ²)		172.6	178.3

表 3 室内考种表

1993

处理	穗长(cm)	茎粗(cm)	穗粒数(个)	千粒重(g)	亩产量(kg)	
完熟期种子	30.4	1.2	1562	23.0	172.75	
蜡熟期种子	30.3	1.5	1735	23.8	183.50	

表4 产量结果表

1993

处 理	小区产量(kg)					亩产 (kg)	蜡熟期比完熟期 增(+)减(-)	
	I	I	■	合计(Tt)	平均(\bar{X}_t)			
完熟期种子	6.89	7.00	6.84	20.73	6.91	172.75		
蜡熟期种子	7.18	7.46	7.38	22.02	7.34	183.50	+10.75	+6.22
合计(Tt)	14.07	14.46	14.22	42.75				

表5 变量分析表

1993

变 因	平方和	自由度	变量	F 值	F0.05	F0.01
区组间	0.04	2	0.02			
处理间	0.28	1	0.28	56.00	18.51	98.49
机误	0.01	2	0.005			
总和	0.33	5				

三、结论

测试结果表明,在高粱蜡熟发育阶段进行全息胚定时选种适期收获的,在当季可比在完熟期发育阶段非定时选种延迟收获的每亩增产48公斤,增产率为22.14%,播用在蜡熟期全息胚定时选留的种子,可比在完熟期非全息胚定时选留的种子,小区试验每亩增产10.75公斤,增产率为6.22%,方差分析,F值56.00>F0.05值18.51,达到显著水平。因此,对所有种值高粱的单位和个人,都应该推广应用在果穗蜡熟期发育阶段进行全息胚定时收获和选种技术,以促进高粱生产的发展。

参 考 文 献

- [1]张颖清著,新生物观,青岛出版社,1991年。
- [2]邢作福等主编,全息胚定时选种法,农业出版社,1993年。

荞麦全息胚定域选种法的研究

吴渝生 讲师

(云南农业大学农学院)

摘要 采用两因素随机区组设计,对 6 个荞麦品种不同部位籽粒作种进行产量和叶面积系数的比较。结果表明,上部籽粒作种产量最高,叶面积系数最大,混合部次之,下部最低,其差异均达到极显著水平。因此,荞麦全息胚定域选种法是选择上部籽粒作种,以获取较高产量。

关键词 荞麦;全息生物学;全息胚定域选种

农作物优良性状的遗传信息都是通过种子遗传给后代的。做好选种工作在农业增产技术中占有重要地位。根据张颖清^[1]创立的全息生物学理论而提出的全息胚定域选种法,已在多种农作物上得到应用^[2]。荞麦作为一种多用途的作物,正日益受到重视。但荞麦产量较低,这已成为发展荞麦生产的限制因素。提高产量是荞麦生产急待解决的问题。本研究运用全息生物学的理论,确定荞麦全息胚定域选种的方法,为荞麦增产提供一项经济、简捷的措施。

1 材料和方法

供试的 6 个荞麦品种是陆选 1 号(A_1)、滇 21(A_2)、8361(A_3)、W52(A_4)、C—1(A_5)、云 66(A_6)。自地面起植株高度一半以上为上部,一半以下为下部。上部籽粒和下部籽粒分别为 B_1 、 B_2 处理,上、下部混合籽粒为 B_3 处理。试验采用两因素随机区组设计,3 次重复,6 行区,小区行长 5 米,行距 0.7 米。1994 年秋在云南农业大

學農場進行試驗。前茬休閑,肥力中下等。8月23日條播,每公頃施1500千克有機肥、45千克尿素、90千克普鈣和30千克硫酸鉀作基肥。按45萬株/公頃留苗。生長期間人工除草、培土1次。盛花期每小區隨機抽取10株,測定葉面積系數。11月21日收穫時測定小區產量,並折合成每公頃的產量。數據在計算機上用Basic程序計算。

2 結果與分析

蕎麥品種不同部位籽粒作種試驗的田間排列、產量和葉面積系數列於圖1。

I			II			III		
A ₅ B ₂	1254	2.20	A ₂ B ₂	1210	1.80	A ₄ B ₁	1710	2.56
A ₆ B ₃	1494	1.99	A ₁ B ₂	1241	2.17	A ₁ B ₃	1495	2.39
A ₆ B ₂	1245	1.84	A ₁ B ₁	1703	2.54	A ₆ B ₂	1240	1.79
A ₅ B ₁	1715	2.65	A ₅ B ₃	1500	2.40	A ₅ B ₂	1231	2.24
A ₃ B ₃	1502	2.47	A ₆ B ₃	1493	1.96	A ₆ B ₁	1706	2.10
A ₅ B ₃	1504	2.48	A ₃ B ₂	1500	2.37	A ₄ B ₃	1491	2.38
A ₄ B ₁	1717	2.64	A ₄ B ₃	1501	2.40	A ₄ B ₂	1234	2.26
A ₂ B ₁	1687	2.00	A ₆ B ₂	1240	1.82	A ₃ B ₁	1713	2.56
A ₂ B ₃	1470	1.98	A ₄ B ₂	1250	2.19	A ₃ B ₃	1501	2.39
A ₂ B ₂	1220	1.82	A ₅ B ₂	1249	2.18	A ₁ B ₂	1241	2.26
A ₁ B ₂	1246	2.20	A ₄ B ₁	1713	2.54	A ₁ B ₁	1706	2.55
A ₁ B ₁	1707	2.64	A ₁ B ₃	1501	2.37	A ₁ B ₃	1495	2.39
A ₃ B ₁	1716	2.54	A ₂ B ₁	1683	2.15	A ₂ B ₃	1479	2.00
A ₅ B ₃	1503	2.49	A ₃ B ₂	1250	2.27	A ₃ B ₂	1248	2.26
A ₁ B ₃	1500	2.47	A ₄ B ₃	1471	1.94	A ₂ B ₁	1680	2.10
A ₆ B ₁	1707	1.84	A ₆ B ₁	1703	2.05	A ₅ B ₃	1492	2.37
A ₃ B ₂	1251	2.30	A ₃ B ₁	1714	2.54	A ₆ B ₃	1491	2.01
A ₄ B ₁	1255	2.21	A ₅ B ₁	1712	2.55	A ₂ B ₂	1215	1.79

圖1 蕎麥試驗田間排列、產量和葉面積系數

注:圖中前者為產量(千克/公頃),後者為葉面積系數

表 1 荞麦试验的方差分析

变异来源	自由度	平方和	均方	F	$F_{0.05}$	$F_{0.01}$
区组	2	336	168	10.06		
		0.0189	0.0095	5.88		
品种	5	5912	1182.4	70.80	2.49	3.61
		2.3837	0.4767	298		
部位	2	1956864	978432	58589	3.28	5.29
		0.9454	0.4727	295		
品种× 部位	10	128	12.8	0.77	2.12	2.89
		0.0215	0.0022	1.38		
误差	34	568	16.7			
		0.05344	0.0016			
总	53	1963808				

注：表中上部数值为产量的，下部数值为叶面积系数的。

从表 1 可见，在产量和叶面积系数的 F 测验中，品种间和部位间的 F 值都大于 1%F 的临界值，说明产量和叶面积系数在品种间和部位间存在着极显著的差异。而品种×部位的 F 值小于 5%F 的临界值，表明不同品种与不同部位在产量和叶面积系数上不存在交互作用。以下分别对品种间和部位间的平均数进行多重比较，确定任意两个平均数间的差异显著性。

表 2 荞麦品种间产量和叶面积系数的 SSR 测验

品种	产量 (千克/公顷)	差异显著性		叶面积 系数	差异显著性	
		5%	1%		5%	1%
A ₃	1488	a	A	2.41	a	A
A ₄	1486	ab	AB	2.41	a	A
A ₅	1485	ab	ABC	2.41	a	A
A ₁	1482	bc	BC	2.39	a	A
A ₆	1479	c	C	1.97	b	B
A ₂	1457	d	D	1.95	b	B

从表 2 可见，A₃ 品种产量最高，与 A₁、A₅、A₂ 品种有显著差

異。 A_6 品種與 A_2 品種的產量也存在顯著差異。 A_3 、 A_4 、 A_5 品種間， A_4 、 A_5 、 A_1 品種間， A_1 、 A_6 品種間產量差異均不顯著。 A_3 、 A_4 、 A_5 、 A_1 品種的葉面積係數與 A_6 、 A_2 品種有顯著差異， A_3 、 A_4 、 A_5 品種均為 2.41， A_1 為 2.39。而它們之間與 A_6 、 A_2 品種間的葉面積係數差異不顯著。

表 3 荞麥品種不同部位間產量和葉面積係數的 SSR 測驗

部位	產量 (千克/公頃)	差異顯著性		葉面積 係數	差異顯著性	
		5%	1%		5%	1%
B_1	1705	a	A	2.41	a	A
B_3	1493	b	B	2.27	b	B
B_2	1240	c	C	2.09	c	C

從表 3 得知，上部籽粒產量最高，混合部的次之，下部的最低，它們之間均存在極顯著差異。葉面積係數的分析結果也相同。

3 討論與結論

根據全息生物學理論和實際觀察結果，筆者認為蕎麥是上部優勢作物，著生于分枝上部的籽粒為期望性狀，处于植株上部區域的籽粒較其它部位籽粒有更強的遺傳勢。這樣選擇上部籽粒作種應比其它部位籽粒作種產量更高。本試驗結果證實了上述論點。不同部位的籽粒作種產量變幅為 1240~1705 千克/公頃，差異達 212~465 千克/公頃。用上部籽粒作種產量最高，混合部的次之，下部的最低，且它們之間產量差異達極顯著水平。對不同部位籽粒作種葉面積係數的分析也得出相同結論。上部籽粒作種的光合面積顯著高于混合部和下部籽粒作種的光合面積，最終導致在產量上表現出顯著差異。

綜上所述，蕎麥全息胚定域選種的部位是自地面起植株高度一半以上著生的籽粒。按此法選出的籽粒作種比常規選種方法選

出的籽粒作种,产量高 14%。可见,荞麦全息胚定域选种法是提高荞麦产量的最经济有效的措施。

致谢本校纪文红、张国云、王云华同学对试验给予很大帮助,在此一并致谢。

参 考 文 献

[1]张颖清,全息生物学(上册)。高等教育出版社,1989。

[2]邢作福,农作物全息定域选种法。山东科技出版社,1989:16~110。

在全息胚学说 指导下的金花茶扦插试验

梁勇诗 工程师

赵瑞峰 高级工程师

蒋水元 研究实习员

(广西植物研究所)

摘要 本文报道金花茶、显脉金花茶完整梢的留叶部位、梢的不同部位对其生根率、根的数量与长度的影响。结果表明:扦插两种金花茶,以取梢之中段扦插为好,生根率高,根系发达;同时发现:留叶面积与梢的部位对生根共同起作用。证明生物全息律与遗传势理论的正确性。

关键词 生根;梢的留叶部位;梢的部位

金花茶是我国一级保护的珍稀濒危植物,誉称“茶族皇后”、“植物大熊猫”。它不仅是世界珍贵观赏名花,而且还是一种重要药用保健植物。目前利用野生金花茶叶已经开发出系列金花茶保健品,但国家不允许掠夺贫缺的野生金花茶资源。为解决金花茶叶的来源,必须走人工栽培的道路,而金花茶的高产栽培,需要高产的种苗,这就涉及到繁殖问题。对于金花茶苗木的繁殖,虽然已有人作过试验报道,但还没有从全息生物学方面进行探讨。为了选育根系发达、枝繁叶茂的金花茶高产种苗,我们对金花茶(*Camellia chrysantha*)、显脉金花茶(*C. euphlebia*)的无性繁殖材料进行了全息胚定域选种扦插试验,现将试验结果报道如下。

材料与方法

供试的金花茶、显脉金花茶插穗来自广西植物研究所金花茶园。选择一次完整梢作如下处理。

一、梢的留叶部位

1. 1994年3月采用具有6片(互生)叶的金花茶梢,从顶叶开始分别留第一、二、三、四、五、或者第六叶,去掉其他五叶,各处理40条。扦插基质为黄泥;

2. 1993年3月选用具5片(互生)叶的显脉金花茶梢,分别留顶叶开始上部第一、二两叶与下部第四、五两叶,插于沙+黄泥的基质上,每处理20条,5重复,随机排列。

二、梢的部位

1. 上、下部位:1993年3~4月对金花茶、显脉金花茶梢自中央节间上部剪成上下两段,各留一叶,上半梢为顶下第二叶,下半梢为基部叶。金花茶每处理40条,3重复,随机排列插于沙+火土上;显脉金花茶每处理30条,插于沙+黄泥上。

2. 上、中、下部位:1994年3月(下同)选用具7~8片叶的金花茶粗壮长梢,分为上、中、下三段,各留一叶,自顶叶算起,上段留第二或三叶,中段留第四或五叶,下段留第七或八叶;各段下切口在节下附近或梢基(下同),每处理30条,插于黄泥基质上(下同)。

3. 上、中上、中下、下部位:选用粗壮长梢,分为四段,各留一叶。

在扦插前均用100ppm萘乙酸溶液处理一个晚上。插床上面搭棚遮荫,插后常规管理,三个月检查生根情况。

结果与分析

一、不同留叶部位对金花茶梢生根的影响

金花茶梢从顶叶开始留第一、二、三、四、五、六叶的生根率分别为30%、62.5%、70.0%、77.5%、82.5%、60%;单株平均根总

长分别为 1.9、3.6、3.5、4.4、7.0、2.4 厘米;单株平均根条数分别为 1.7、3.3、3.6、3.8、4.6、2.7 条,它们均呈现出从顶叶起随留叶部位的下降而逐渐增大,到留第五叶时达到最大值,而后至留第六叶又减少的趋势。但就生根率而言,由二项分布置信区间可知,只有留第一叶与留第三、四、五叶的生根率之间达到差异显著性水平,留第一叶与留节二、六叶的生根率之间接近差异显著,而留第二、三、四、五、六叶的生根率之间差异不显著,即是说留第一叶的生根率低于留其他叶的,特别是显著地低于留五、四、三叶的生根率。因此,扦插金花茶完整梢,以留中部叶的生根效果较好。

显脉金花茶梢留上、下部二叶扦插的平均生根率分别为 25.3% 和 50.9%;单株平均根总长分别为 9.5、17.1 厘米,平均单株根条数分别为 8.0 和 12.3 条。经 t 测验,显脉金花茶留上部二叶与下部二叶的生根率,单株平均根总长之间均达到差异极端显著性水平,但平均单株根条数之间仅接近达到差异显著性水平。可见,扦插显脉金花茶完整梢,以留下部二叶的生根率高,根系较发达(见表 1)。

表 1 不同留叶部位对显脉金花茶生根的影响

观察项目	成活率(%)		单株平均根总长(厘米)		单株平均根数量(条)	
处 理	留上部二叶	留下部二叶	留上部二叶	留下部二叶	留上部二叶	留下部二叶
I	26.7	64.3	9.5	16.4	6.8	8.0
II	25.0	46.7	11.8	17.4	6.3	15.8
III	15.0	35.0	11.6	22.7	9.3	16.3
IV	40.0	45.0	9.7	10.2	12.5	12.5
V	20.0	63.6	4.7	18.7	5.3	9.0
平均	25.3	50.9	9.5	17.1	8.0	12.3
T 值	3.62		5.15		2.00	
差异显著性	极端显著		极端显著		不显著	

$$T_{0.05}=2.30 \quad t_{0.01}=3.36$$

二、梢的不同部位对金花茶扦插生根的影响

1. 以金花茶梢的上、下两半梢作为插穗扦插,其平均生根率分

别为 57.5% 和 65%；单株平均根总长各为 12.1 厘米和 20.2 厘米；单株平均根条数分别为 4.3 条和 7.2 条。经方差分析，它们的生根率之间差异不显著，根总长、根条数之间差异显著。可见，梢上、下部位不影响扦插生根率，但影响根系生长，以下半梢扦插根系发达（见表 2）。

表 2 上下半梢对金花茶扦插生根的影响

观察项目	生根率(%)		单株平均根总长(厘米)		单株平均根数量(条)	
处 理	上半梢	下半梢	上半梢	下半梢	上半梢	下半梢
I	57.5	80.0	9.3	18.5	3.8	8.0
II	70.0	62.5	15.5	21.4	5.4	6.4
III	45.0	52.5	11.4	20.6	3.8	7.2
平均	57.5	65.0	12.1	20.2	4.3	7.2
F 或 t 值	F=0.048		t=4.02		t=4.18	
差异显著性	差异不显著		差异显著		差异显著	

$$F_{0.05}=7.71 \quad t_{0.05}=2.78 \quad t_{0.01}=4.18$$

显脉金花茶上、下两半梢的扦插生根率分别为 73.3% 和 96.7%，后者比前者虽提高 23.4%，但从二项分布区间看，它们分别为 54~88% 和 83~100%，二者相交少部分，故差异接近显著。其单株平均根总长分别为 2.6 和 9.2 厘米，单株平均根条数各为 2.8、8.1 条，经 t 测验，前者差异显著，后者差异极端显著。由此可见，显脉金花茶上、下半梢对扦插生根率有一定影响，对根系生长则有显著作用，以下半梢扦插根系最发达，生根率亦较高。

2. 将金花茶完整梢分为上、中、下三段来扦插，其生根率分别为 86.7%、93.3% 和 76.7%；单株平均根总长分别为 20.2、17.2 和 15.0 厘米；单株平均根条数各为 6.8、6.5、7.1 条；单根平均长分别为 2.5、2.3、1.5 厘米/条，经统计分析，梢上、中、下各部位扦插生根率、根总长、根数量、平均根长之间均差异不显著，但根总长

与平均根长则自上而下呈逐渐缩短的趋势。

3. 金花茶梢分成上、中上、中下、下四段,其扦插生根率各为90%、96.7%、93.3%、83.3%,二项分布区间均相交,故差异不显著;单株平均根总长分别为17.7、15.8、8.7、8.5厘米,经方差分析与多重比较,中上段梢与上、下两段梢之间,中下段与上段梢之间的差异显著,中上和中下段、上段与下段之间差异不显著,中下与下段之间差异接近达到显著性水平。其单株平均主根总条数分别为4.3、5.8、5.8、3.8条,亦以中上、中下两部位的数值较大,但方差分析结果,各部位间的根条数差异不显著。由此可见,梢分四段,各部位对生根的影响,主要是影响根总长度,而对生根率,根条数则影响不大(见表3)。

表3 金花茶梢各部位生根结果表

部位	生根率(%)	差异性	单株平均根总长(厘米)	差异性	单株平均根条数(条)	差异性
中上	96.7	a	17.7	a	5.8	a
中下	93.3	a	15.8	ab	5.8	a
下	83.3	a	8.7	bc	3.8	a
上	90.0	a	8.5	c	4.3	a

讨 论

根据生物全息律和遗传势理论^[1],完整梢是一个全息胚,梢的不同部位具有不同的生根遗传势。本试验表明,梢的各部位的生根率间均差异不显著,而只有根总长度和数量存在显著差异。因此,金花茶梢各部位的生根遗传势不是表现在生根率上,而主要是表现在根系发达程度,即表现在根总长度和数量上。按照遗传势理论,梢的下部对应植株根部,它应有较强的生根遗传势,生根能力较强,但是试验表明,这种趋势仅在梢分两段时有所表现,即下半梢比上半梢的根系显著发达。当梢分三、四段时则看不出这种规

律,并非最下段根系最发达,梢分三段的各部位的生根状况差异不大,梢分四段的以中间两段根系最发达,上下两部位的根系都很小。究其原因,我们认为这是因为梢上各部位的叶对于生根所起的作用不同所引起的。因为梢包括茎和叶两部分,在研究梢全息胚不同部位对于生根的影响时,不能机械地应用生物全息律和遗传势理论,而要同时研究茎和叶对生根的共同作用。

过去试验已知,金花茶插穗不留叶扦插不能生根,留两片叶比一片叶扦插根系发达。说明在一定范围内,叶面积越大,光合作用越强,促进生根的作用也越大。就全息胚而言,全息胚上叶遗传势最强处即叶面积最大处,促进生根的能力最强。据观察,金花茶自然生长的植株,树冠、梢和叶具有相似性,树冠呈近圆锥形,其最大处位于整株(包括根系)的中部;顶部较窄;叶片多为卵状披针形,先端渐尖,包括叶柄以中部最大;互生叶在一个梢上的分布呈近似大披针形,梢基对应叶柄,通常不长叶或少长叶、长小叶;梢顶对应叶尖,叶极小;梢中部对应叶中部,叶最大,这些特征均表明叶遗传势在全息胚的中部最大处最强,顶部和基部最弱。叶遗传势最强处,促根作用最大,反之最小。为了证明这一观点,我们同时进行了不同留叶部位对于金花茶、显脉金花茶梢的生根效应试验。结果表明,梢上留叶部位不同,其各部位的生根率、根总长度和数量之间均存在显著差异或极端显著差异,它不仅影响其根系发达程度,而且还影响生根率。说明梢上留叶部位较之不同梢位更重要。其生根率和根系大小均以叶遗传势最强的中部为最佳。因此,当梢分为两段时,由于下半梢叶较上半梢叶为大,故下半梢的根系较发达;当梢分成三段,而各保留位于中部大小基本相等的叶片时,各部位的生根状况差异不显著。当梢分成四段时,由于中下、中上两部位位于中部,叶较大,遗传势较强,促进生根的作用较大,因此根系发达,面上部和下部叶极小或较小叶遗传势弱,促根作用小,根系小。

综上所述,在生物全息律和遗传势理论指导下的试验表明,扦插金花茶,以梢之中部扦插为好,同时可推论,选择各级全息胚的中部为繁殖材料,生根率高,根系发达。由于这是叶遗传势最强的部位,可以预言,以这种苗木来造林,较之于其他部位的苗木,可望获得更为高产的茶叶。这种预测我们将继续试验证实。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息律,自然杂志,1981,4,4。

小麦品种退化速率的全息生物学 定量分析

傅兆麟 马宝珍

(山东省滨州地区农科所)

摘要 根据全息生物学遗传势理论,利用6个小麦品种为试验材料,对品种的年退化速率进行了定量分析。结果表明,小麦品种内因弱遗传势种子的比例高于强遗传势种子的比例而引起的品种退化现象是普遍发生的,其年退化速率为1.54~3.49%。

关键词 小麦;遗传势;品种退化速率

生产实践表明,一个小麦优良品种育成后用于生产,不过几年,就会严重退化,失去种用价值。根据全息生物学遗传势理论可知,品种退化除抗性丧失,更重要的是因不加选择地将品种内强、弱遗传势不同的种子混合作种所致。因此,对小麦进行定域选种,不仅能有效地防止品种退化,还能进一步提高品种的产量和种性,具有重要的理论和实践意义。关于小麦定位选种研究,作者(1993, 1994)曾进行过报道,但限于目前国内外这方面的研究资料报道不多,定量分析研究更属空白,为弥补这方面的空白,我们进行了进一步的研究,应用全息生物学原理对小麦品种的退化速率进行了初步定量分析,为更深入系统地进行小麦全息胚定域选种研究与应用提供参考依据。

1. 试验材料与方法

1990年麦收时,在我所试验农场小麦育种试验地小麦良种繁

育田中,分别选取济南13号、鲁麦12号、鲁麦14号、烟25、鲁麦8号和鲁麦3号6个品种生长发育良好、整齐一致的穗子各500个。室内风干后,将每个品种的500个穗取450穗平均分成3份,每份150穗,按小穗和籽粒从基部向顶端的顺序,依次把全穗籽粒取下,相应粒位上的籽粒放在一起,取完后用1%天平分粒位称重后计算出各粒位籽粒的干粒重,然后将各品种剩余的50穗混合脱粒,并测定其干粒重。将穗部各粒位籽粒以超过或低于选穗混合粒干粒重的10%为界限值,划分为强遗传势、中遗传势和弱遗传势粒位区籽粒,对各品种穗部总结实粒数、各粒位区结实粒数和所占比例、最高最低粒重粒位值进行了统计。最后将所有种子分别保存好以备秋季播种用。

1990年秋播时,将上述6个品种各粒位区内的种子分别混合,以全穗混合粒为对照,每品种有4个处理。田间接150粒/米²密度播种,各品种均为随机区组排列,重复3次,小区为8行区,行距0.25米,面积为5米²。按高产水平进行常规田间管理。收获时分区收割,单独脱粒,风干扬净后称实产,并对结果进行统计分析。

根据各品种强、弱遗传势区内种子比例和较混合种子增减产百分率分别计算其年退化速率。计算方法如下:

$$\begin{aligned} \text{品种年退化速率}\% &= \text{弱遗传势区籽粒数百分率}(\%) \times \\ &\quad \text{弱遗传势种子比混合种子减产率}(\%) \\ &\quad - \text{强遗传势区籽粒数百分率}(\%) \times \\ &\quad \text{强遗传势种子较混合种子增产率}(\%) \end{aligned}$$

2. 结果与分析

2.1 穗内不同部位籽粒粒重差异分布的定量分析

2.1.1 穗内最高与最低粒重粒位籽粒差异比较

将6个品种穗内最高与最低粒重粒位籽粒的千粒重值整理于表1。可以看出,6个品种穗内最高粒重粒位上的籽粒,其千粒重比全穗混合粒高6.6~14.2克,平均为10.0克,高出14.3%~

31.5%, 平均为 21.9%; 最低粒重粒位上的籽粒比混合粒低 16.3~23.0 克, 平均为 19.7 克, 低出 33.8%~51.0%, 平均为 43.2%; 最高与最低粒重粒位间千粒重相差 25.1~37.2 克, 平均为 29.7 克, 最高粒重粒位上的籽粒较最低粒重粒位上的籽粒千粒重高 81.2%~168.3%, 平均为 117.2%。虽然品种间的穗内不同粒位籽粒千粒重差异程度不完全相同, 但其差异趋势是完全一致的, 这表明穗内不同粒位间的粒重差异是普遍存在的, 是品种本身所固有的遗传特性。

2.1.2 穗内强、中、弱遗传势粒位数差异比较

为进一步了解不同粒位粒重的差异表现, 依据超过还是低于混合粒粒重的 10% 为界限值, 将穗内各粒位上的籽粒划分为强、中、弱遗传势 3 个粒位区, 即粒重值超过混合粒粒重 10% 的粒位为强遗传势粒位, 低于 10% 的为弱遗传势粒位, 介于两者之间的为中遗传势粒位。统计结果见表 2。

从表 2 中看出, 6 个品种全穗结实粒数为 46~69, 其中以济南 13 号 46 粒为最少, 烟 25 为最多 69 粒。各品种不论结实粒数多少, 粒位间的强、中和弱遗传势现象是普遍的。6 个试验品种中, 强遗传势粒位数为 10~21 个, 占结实粒位数的 21.7%~34.8%; 中遗传势粒位数为 11~36 个, 占结实粒位数的 23.9%~52.2%; 弱遗传势粒位数为 15~27 个, 占结实粒数的 26.1%~42.2%。从整个穗部结实粒位来看, 强遗传势、中遗传势和弱遗传势粒位数比例以强遗传势粒位为最少, 弱遗传势粒位数比例高于强遗传势粒位数比例。这表明, 在整个品种种子群体中, 弱遗传势种子比例大于强遗传势种子比例, 这就是品种逐年退化的根本原因。

2.1.3 穗内强、中、弱遗传势粒位的区域分布比较

根据全息生物学遗传势理论可知, 穗内强、中和弱遗传势粒位的分布是有区域和比例的。从整个麦穗来看, 强遗传势部位处在穗中下部, 弱遗传势部位处在顶部、最基部和外围部位, 中遗传势部

位介于二者交界处。从本试验结果来看,也正是如此。强遗传势粒位在每个小穗的第1粒和第2粒位,所占比例分别为15.0%~50.0%和25.0%~60.0%,在主轴上处在穗中下部小穗上,下限小穗为第3~第7,上限为第8~第12小穗。弱遗传势粒位在顶端和基部第1小穗者所占比例为100.0%,处在小穗顶部粒位者为61.5%~100.0%。中遗传势粒位大都处在第1粒、第2粒和第3粒位强遗传势与弱遗传势粒位交界处。详细结果见表3、表4和表5。

表1 小麦穗内最高最低粒重粒位籽粒千粒重差异比较

品种	全穗平均千粒重(克)	最高粒重粒位千粒重		最低粒重粒位千粒重		最高最低粒重粒位比			
		比平均千粒重高		比平均千粒重低		相差值(克)	相差%		
		千粒重		千粒重					
		克	%	克	%				
济南 13 号	48.3	59.1	10.8	22.4	26.1	22.2	46.0	33.0	126.4
鲁麦 12 号	45.1	59.3	14.2	31.5	22.1	23.0	51.0	37.2	168.3
鲁麦 8 号	46.2	52.8	6.6	14.3	27.7	18.5	40.0	25.1	90.6
鲁麦 14 号	45.8	56.2	10.4	22.7	25.1	20.7	45.2	35.1	123.9
烟 25	48.2	57.8	9.6	19.9	31.9	16.3	33.8	25.9	81.2
鲁麦 3 号	40.9	49.3	8.4	20.5	23.2	17.7	43.3	26.1	112.5

注:最高最低粒重粒位比,相差%为相差值/最低粒重粒位千粒重

表2 小麦穗内强、中、弱遗传势粒位数差异比较

品种	全穗总结实粒位数	强遗传势粒位		中遗传势粒位		弱遗传势粒位	
		粒数	占总结实粒位数(%)	粒数	占总结实粒位数(%)	粒数	占总结实粒位数(%)
济南13号	46	16	34.8	11	23.9	19	41.3
鲁麦12号	64	21	32.8	16	25.0	27	42.2
鲁麦8号	44	10	22.7	19	43.2	15	34.1
鲁麦14号	56	14	25.0	23	41.1	19	33.9
烟25	69	15	21.7	36	52.2	18	26.1
鲁麦3号	66	16	24.2	27	40.9	23	34.8

表 3 小麦穗内强遗传势粒位分布区域及其比例

品 种	第 1 粒		第 2 粒		第 3 粒		第 4 粒	
	所在小穗	占总小穗 %	所在小穗	占总小穗 %	所在小穗	占总小穗 %	所在小穗	占总小穗 %
济南 13 号	3~11	50.0	3~11	56.3	0	0	—	—
鲁麦 12 号	4~12	45.0	3~14	60.0	0	0	0	0
鲁麦 8 号	6~11	35.3	7~10	25.0	0	0	—	—
鲁麦 14 号	7~9	18.8	4~11	50.0	5~7	21.4	0	0
烟 25	6~8	15.0	5~11	35.0	5~9	25.0	0	0
鲁麦 3 号	7~12	30.0	3~13	52.6	0	0	0	0

表 4 小麦穗内中遗传势粒位分布区域及其比例

品 种	第 1 粒		第 2 粒		第 3 粒		第 4 粒	
	所在小穗	占总小穗 %	所在小穗	占总小穗 %	所在小穗	占总小穗 %	所在小穗	占总小穗 %
济南 13 号	1~2 13~17	50.0	3 13~15	25.0	0	0	—	—
鲁麦 12 号	2~3 14~16	25.0	2 15~16	15.0	5~13	60.0	0	0
鲁麦 8 号	3~5 12~5	38.9	2~5 11~14	50.0	6~10	41.7	—	—
鲁麦 14 号	3~6 11~15	56.3	2~3 12~14	31.2	3~4 9~12	42.9	0	
烟 25	2~5 9~17	65.0	1~4 12~16	45.0	3~4 9~14	50.0	4~9	38.5
鲁麦 3 号	4~9 16~21	57.9	3~4 16~19	31.6	9~14	5~15	62.5	0

表5 小麦穗内弱遗传势粒位分布区域及其比例

品 种	第1粒		第2粒		第3粒		第4粒	
	所在小穗	占总小穗 %	所在小穗	占总小穗 %	所在小穗	占总小穗 %	所在小穗	占总小穗 %
济南13号	1 18~19	16.7	2~3 16~17	25.0	3~14	100.0	—	—
鲁麦12号	1 17~21	30.0	1 17~21	30.0	2~3 14~16	35.7	5~14	100.0
鲁麦8号	1~2 16~17	23.5	2 15~17	25.0	3~5 11~14	58.3	—	—
鲁麦14号	1~2 16	18.8	2 15~16	18.8	1~2 13~14	28.6	2~11	100.0
烟25	1 18~20	20.0	17~20	20.0	1 15~16	18.8	2~3 9~14	61.5
鲁麦3号	1 22	10.0	20~21	10.5	1~2 14~16	31.3	3~13	100.0

2.2 穗内不同遗传势区内种子的后代产量差异比较

穗内不同遗传势区内的种子后代产量表现是不同的,作者(1993,1994)曾有过报道。本试验利用不同遗传势区内的混合种子进行的小区产量比较试验结果(表6)也表明,6个品种的强、中、弱及全穗混合粒4个处理间的产量差异显著,其中以强遗传势区种子产量最高,以弱遗传势区种子产量最低,说明按区定位选种增产效果显著,全息胚定域选种有效。

表6 穗内不同遗传势区内种子后代产量差异比较

种子来源	济南13号	鲁麦12号	鲁麦8号	鲁麦14号	烟25	鲁麦3号	平均
强遗传势区	3.715 A	4.229 A	3.846 A	3.932 A	3.871 A	3.447 A	3.80 A
中遗传势区	3.243 B	3.781 B	3.283 B	3.325 B	3.395 B	2.912 B	3.323 B
弱遗传势区	2.422 C	2.938 C	2.521 C	2.697 C	2.703 C	2.399 C	2.613 C
全穗混合粒	3.150 B	3.765 B	3.227 B	3.354 B	3.342 B	2.968 B	3.301 B

注:A、B、C为1%显著水平,相同字母间为不显著,不同字母间为显著。

2.3 小麦品种的退化速率定量分析

关于小麦品种退化速率的研究迄今还未见报道, 研究中, 我们根据强遗传势及弱遗传势种子的数量比例及其相对全穗混合粒的增减产率, 用强遗传势区种子相对全穗混合粒增产的百分率低于弱遗传势区种子相对全穗混合粒减产的百分率差值表示品种的年退化速率。6 个品种的年退化速率见表 7。从表 7 中看出, 强遗传势种子占品种种子百分率及比品种混合种增产率平均值分别为 26.9% 和 16.44%, 弱遗传势种子占品种种子百分率及比品种混合种子减产率平均值分别为 35.4% 和 21.57%。6 个品种的年退化速率为 1.55%~5.23%, 平均退化速率为 3.31%。

表 7 6 个小麦品种的年退化速率(%)

品 种	品种强遗传势种子		品种弱遗传势种子		品种年退化率(%)
	占品种种子数百分率(%)	比品种混合种子增产百分率(%)	占品种种子数百分率(%)	比品种混合种子增产百分率(%)	
济南 13 号	34.8	17.94	41.3	23.11	3.30
鲁麦 12 号	32.8	12.32	42.2	21.97	5.23
鲁麦 8 号	22.7	19.18	34.1	21.88	3.11
鲁麦 14 号	25.0	17.23	33.9	19.59	2.33
烟 25	21.7	15.83	26.1	19.12	1.55
鲁麦 3 号	24.2	16.14	34.8	23.72	4.34
平均	26.9	16.44	35.4	21.57	3.22

3. 结论与讨论

理论和实践证明, 小麦品种的退化现象是普遍存在的, 品种的退化是由品种内强遗传势种子所占比例和增产效应小于品种内弱遗传势种子所占比例和减产效应引起的。这种现象还没有引起人们的足够重视, 因此, 生产上大多数种植者一直在用混有很大比例弱遗传势种子的品种。从本研究结果看, 6 个品种的平均退化速率

为 3.31%,所以说,一个新育成的优良品种如果不进行有效地继续选种工作,将很快失去原品种的种性。对小麦品种退化速率的定量分析,只是初步尝试,但这是很值得深入研究的问题。全息生物学的创立,将为研究品种的退化及其防止退化提供科学依据和方法,根据全息生物学原理进行的小麦品种退化速率定量分析也将为研究作物品种退化及其选种提供参考。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物体结构的三定律,内蒙古人民出版社,1980。
- [2]张颖清,全息生物学(上册),高等教育出版社,1989。
- [3]邢作福,农作物全息定域选种法,山东科技出版社,1989。
- [4]傅兆麟,小麦定位选种原理与技术,中国农学通报,1993(2):56。
- [5]傅兆麟,小麦定位选种研究,种子,1993(6):38,43。
- [6]傅兆麟等,小麦穗部不同粒位籽粒重量差异性及其后代产量表现初探,作物杂志,1994(6)28~30。

利用全息胚定域选种法处理小麦杂种 F_2 代群体对单株产量性状选择效应的研究

傅兆麟

(山东省滨州地区农科所)

摘要 本文利用 3 个小麦杂种 F_1 代材料穗部强遗传势、弱遗传势和全穗混合种子播种成 F_2 代选种群体,对 F_2 代个体产量性状的全息胚定域选种进行了研究。结果表明,利用弱遗传势种子播种成的 F_2 代群体,对产量性状的选择是无效的;强遗传势种子播种成的 F_2 代个体产量性状显著优于全穗混合种子播种成的 F_2 代个体,3 个组合优异单株选择效率平均提高 273.0%。本研究结果证明,利用全息胚定域选种法处理小麦 F_2 代播种群体,能够提高产量性状优异单株个体的选择比率,说明全息胚定域选种法对 F_2 代单株产量性状的选择有效。

关键词 小麦;产量性状;全息胚定域选种法; F_2 代

在小麦杂种育种过程中, F_2 代是分离和选择的关键世代,但因在该世代中能够分离出的优良个体的概率往往较小,育种者不得不扩大其群体规模。而在实际工作中,由于人力、财力和土地的限制, F_2 代群体规模又受到很大限制,因此, F_2 代优异个体的选择效率往往很低,这就严重影响了小麦育种的工作效率。从张颖清的全息生物学遗传势理论来看,利用 F_1 代强遗传势种子能够提高 F_2 代单株产量性状的选择效率,但目前国内外还未见有这方面的

研究报告。为了验证张氏全息胚定域选种法在 F_2 代群体中单株产量性状选择方面的有效性,我们利用3个小麦杂种 F_1 代材料进行了初步研究,并得到了肯定的研究成果。

1. 材料与方法

试验选用3个 F_1 代杂交组合:鲁麦12号×滨州91—6、核生2号×滨州91—6、核生2号×鲁麦14号。 F_1 代每个组合,点种100株,株距10厘米,行距30厘米。收获时只收生长发育良好的 F_1 代表穗,每组合收100穗。(1)取其30穗混合脱粒。其余者为:(2)按从基部开始的第5~12小穗的第1~2粒取下混合作为强遗传势种子。(3)穗部外围即基部小穗、顶部小穗和中部小穗的顶端籽粒取作弱遗传势种子。3个处理每处理每次重复种植120个单株,田间为3次重复随机区组排列,株距10厘米,行距33厘米。每个组合每个处理的各重复收获100株,室内考种,考种项目为单株穗数、每穗粒数、千粒重和单株籽粒重。对考种结果进行统计分析,并计算出不同处理的优良单株入选概率值。

2. 结果与分析

2.1 不同处理间单株产量构成因素表现差异比较

各处理单株产量构成因素考种结果整理于表1。可以看出,在3个产量构成因素单株穗数、单穗粒数和千粒重中,以单株穗数在各处理间差异幅度为最大。其次为穗粒数。千粒重相差最小。各组合处理间3个构成因素差异均达显著水平,以强遗传势种子的产量构成因素值平均表现为最高。3个组合,单株穗数平均值:强遗传势种子比全穗混合种子高13.03%,比弱遗传势种子高27.57%。单穗粒数平均值:强遗传势种子比全穗混合种子高5.03%,比弱遗传势种子高10.23%。千粒重平均值:强遗传势种子比全穗混合种子高2.80%,比弱遗传势种子高4.97%。

表 1 不同种子来源间产量构成因素差异比较

产量构成因素	杂种组合	种子来源	平均值	相对百分率 (%)	差异比较 (5%) (1%)	
单株穗数	鲁麦 12 号×滨州 91—6	强遗传势种子	9.81	113.7	a	A
		全穗混合种子	8.63	100.0	b	B
		弱遗传势种子	7.20	83.4	c	C
	核生 2 号×滨州 91—6	强遗传势种子	9.43	110.2	a	A
		全穗混合种子	8.56	100.0	b	B
		弱遗传势种子	7.33	85.6	c	C
	核生 2 号×鲁麦 14 号	强遗传势种子	9.72	115.2	a	A
		全穗混合种子	8.44	100.0	b	B
		弱遗传势种子	7.38	87.4	c	C
单穗粒数	鲁麦 12 号×滨州 91—6	强遗传势种子	47.6	106.0	a	A
		全穗混合种子	44.9	100.0	b	AB
		弱遗传势种子	41.7	92.9	c	B
	核生 2 号×滨州 91—6	强遗传势种子	43.7	103.8	a	A
		全穗混合种子	42.1	100.0	b	A
		弱遗传势种子	40.3	95.7	c	A
	核生 2 号×鲁麦 14 号	强遗传势种子	45.3	105.3	a	A
		全穗混合种子	43.0	100.0	b	AB
		弱遗传势种子	41.6	96.7	c	B
千粒重 (克)	鲁麦 12 号×滨州 91—6	强遗传势种子	53.4	103.1	a	A
		全穗混合种子	51.8	100.0	ab	A
		弱遗传势种子	50.7	97.9	b	A
	核生 2 号×滨州 91—6	强遗传势种子	54.2	102.5	a	A
		全穗混合种子	52.9	100.0	ab	A
		弱遗传势种子	51.5	97.3	b	A
	核生 2 号×鲁麦 14 号	强遗传势种子	50.6	102.8	a	A
		全穗混合种子	49.2	100.0	ab	A
		弱遗传势种子	48.3	98.2	b	A

2.2 不同处理间单株籽粒重表现差异比较

从表 1 中我们已可看出,强遗传势种子的后代的产量构成因素,显著优于弱遗传势种子和混合种子。由于单株籽粒重是单株产量构成因素的综合表现,也是 F_2 代单株产量性状选择的最终目标。因此,了解其单株籽粒重表现更为重要。表 2 为 3 个组合不同

处理单株平均籽粒产量的考种结果。可以看出,3个组合的不同处理间单株平均籽粒重均达极显著差异,以强遗传势种子为最高,比全穗混合种子和弱遗传势种子3个组合平均高出21.73%和42.44%。强遗传势种子和弱遗传势种子两处理的单株粒重变异系数均小于全穗混合种子,而强遗传势种子是在较高水平上的低变异系数,弱遗传势种子是在较低水平上的低变异系数。

表2 不同处理间单株籽粒差异比较

杂种组合	处理	单株平均相对百分差异比较				极差值 (克)	变异系数 CV(%)
		粒重(克)	率(%)	5%	1%		
鲁麦12号×滨州91—6	强遗传势种子	24.9	123.9	a	A	12.6	28.9
	全穗混合种子	20.1	100.0	b	B	15.8	46.7
	弱遗传势种子	15.2	75.6	c	C	10.8	28.4
核生2号×滨州91—6	强遗传势种子	22.3	116.8	a	A	11.2	27.6
	全穗混合种子	19.1	100.0	b	B	14.7	44.7
	弱遗传势种子	15.2	79.6	c	C	10.4	27.1
核生2号×鲁麦14号	强遗传势种子	22.5	125.7	a	A	11.9	28.6
	全穗混合种子	17.9	100.0	b	B	16.3	47.3
	弱遗传势种子	14.8	82.7	c	C	10.3	26.4

2.3 不同处理方法对 F_2 代选择效率的影响

为了比较各处理间后代产量性状优良个体的入选概率,我们把鲁麦12号×滨州91—6、核生2号×滨州91—6和核生2号×鲁麦14号3个组合的产量性状选择指标分别确定为单株粒重达30.0、28.5和29.0克为入选个体,各组合各处理的入选个体数及其概率整理于表3。从表中看出,3个组合都是以强遗传势种子的优良个体的入选数最多,入选概率量大,其次为全穗混合种子,弱遗传势种子的后代入选概率则全为零。强遗传势种子比全穗混合种子的后代入选概率显著提高,3个组合平均提高273.0%。

表3 不同处理后代产量性状优良个体入选概率比较

杂种组合	强遗传势种子		全穗混合种子		弱遗传势种子		强混合
	入选单株数	入选%	入选单株数	入选%	入选单株数	入选%	
鲁麦12号×滨州91—6	14	14	4	4	0	0	3.50
核生2号×滨州91—6	15	15	5	5	0	0	3.00
核生2号×鲁麦14号	14	14	3	3	0	0	4.70
平 均	14.3	14.3	4	4	0	0	3.73

3. 结论与讨论

小麦穗内不同部位上的种子具有显著的遗传势差异,这已为许多研究者所肯定。根据遗传势差异选用强遗传势种子作种,增产显著,也为许多研究者所证实。在小麦杂交育种过程中,人们也早就注意选用穗中部的小穗上的第1、2粒作为授粉粒,但在 F_1 代收获材料上却没有注意选用强遗传势种子播种 F_2 代,致使 F_2 代群体中混种了相当比例的弱遗传势种子,这些弱遗传势种子对 F_2 代的产量性状选择是无益的,且给育种工作增添很多麻烦。本研究结果表明,弱遗传势种子在 F_2 代产量性状的优良个体选择上是无效的,强遗传势种子 F_2 代的优良个体入选概率为最大,比播种全穗混合种子高273.0%。这说明,选用 F_1 代收获穗上的强遗传势种子对提高 F_2 代优良产量性状个体的选择效率是有效的,肯定了全息胚定域选种法处理 F_2 代种子群体能够提高优良产量性状个体的入选概率,这对提高小麦育种效率和节约人、财、物力具有十分重要的意义。因此,在育种中,应尽量选用 F_1 代收获穗上的强遗传势种子播种 F_2 代群体。

参 考 文 献

- [1]张颖清,《生物体结构的三定律》,内蒙古人民出版社,1982年。
- [2]邢作福,《农作物全息定域选种法》,山东科技出版社,1989年。
- [3]傅兆麟,小麦定位选种研究,《种子》,1993(6):38,43。
- [4]傅兆麟,小麦定位选种原理与技术,《中国农学通报》,1993(6):56。
- [5]傅兆麟,小麦定位选种研究,1.穗内不同粒位籽粒重量差异及后代产量表现,《全国第二届青年农学学术年会论文集》,中国农业科技出版社,1995年,187~192。

小麦全息胚定域选种试验总结

毕宜华 高级农艺师

(山东省平度市良种繁育场)

摘要 小麦是中部优势作物,麦穗及其籽粒是期望性状,期望性状最强遗传部位是麦穗中部所结籽粒。选用这一特定部位的籽粒作种比选用其它部位和整个麦穗的籽粒作种,可以获得显著增产。

本实验试图通过对不同处理的小麦籽粒作种的产量水平表现进行比较,对小麦全息定域选种的增产效果进行研究,为小麦全息胚定域选种提供实践依据。

关键词 小麦;全息胚;实域选种

小麦是中部优势作物,麦穗及其籽粒是期望性状^[1,2],期望性状最强遗传部位是麦穗中部所结籽粒。选用这一特定部位的籽粒作种,比选用其他部位和整个麦穗的籽粒作种,可以获得显著增产^[3]。为了验证这一选种新技术的正确性,特设本试验。

一、试验材料及方法

1. 试验材料的选择:

供试品种为鲁 215953,将麦穗分为上部、中部、下部(各占全穗的 1/3)和全穗四种,分别脱粒称重和测定千粒重如表 1。

表1 小麦穗上不同部位的性状差异

部 位	重量(g)	千粒重(g)	公斤籽粒数
上部	635	55	18180
中部	860	65	15384
下部	705	60	16666
全穗	660	62.5	16000

从测定结果看中部籽粒千粒重比上部增加 10g, 比下部增加 5g, 比全穗混合粒增加 2.5g。

2. 试验设计:

采用随机区组法, 重复 3 次, 区长 8.74m, 区宽 1.7m, 小区面积 0.02 亩, 每畦 6 行, 基本苗每亩 13 万。根据各部位千粒重的不同, 计算每小区播种量分别是上部 196.7g, 中部 233.3g, 下部 248g, 全穗 220g。

3. 主要栽培管理措施:

前茬秋玉米, 地面平整, 有水浇条件, 结合耕地亩施沙鸡粪 1500kg, 碳铵 35kg, 钾肥 15kg, 结合耙地亩施三元复合肥 40kg。

1992 年 10 月 10 日播种, 方法: 小铧开沟并将每小区种子平均 6 份, 人工撒播均匀, 并亩施 1kg812 毒土防治地下害虫危害。

1992 年 11 月 18 日浇封冻水, 1993 年 4 月 1 日浇春水一次, 并结合追尿素每亩 17.5kg。

全生育期降雨 194.9mm, 于 1993 年 6 月 20 日收获。

二、试验结果及产量分析

播用上部籽粒作种的亩产 419.0kg, 播用中部籽粒作种的亩产 490.0kg, 播用下部籽粒作种的亩产 457.5kg, 播用全穗混合籽粒作种的亩产 430.2kg。以播用中部籽粒作种的产量最高, 比上部、下部和全穗混合籽粒作种的分别增产 16.95%、7.10%和 13.9%(见表 2~表 5)。

表2 小麦全息胚定域选种试验产量结果表 1993

处 理	小区产量(kg)			总 和	平 均	折亩产 (kg)	中部比其它 部位±%
	I	II	III				
上部	8.00	8.65	8.50	25.15	8.38	419.0	+16.95
中部	9.21	10.16	10.03	29.40	9.80	490.0	0
下部	8.46	9.29	9.71	27.46	9.15	457.5	+7.10
全穗	8.55	8.80	8.46	25.81	8.60	430.2	+13.90
总和(Tb)	34.22	36.90	36.69	(T)107.82	—	—	
平均(Xn)	8.56	9.23	9.17	—	(X)8.98	—	

表3 变量分析表 1993

变 因	平方和	自由度	变量	F 值	5%F 值	1%F 值
区组间	0.93	2	0.465			
处理间	3.6	3	1.2	10.45	4.76	9.78
机误	0.69	6	0.115			
总和	5.22	11				

从表2可看到F值达到极显著,再计算最低差异标准值:

$$5\%LSD=0.678 \quad 1\%LSD=1.03$$

表4 各处理间平均产量差异显著性比较表 1993

处 理	平均小区产量(kg)	中 部	下 部	全 穗
中 部	9.80			
下 部	9.15	0.65		
全 穗	8.60	1.20**	0.55	
上 部	8.38	1.42**	0.77*	0.22

表 5 多重极差法差异标准表

1993

A	SSR0.05	SSR0.01	SX	LSR0.05	LSR0.01	比较代号
2	3.45	5.24	0.196	0.676	1.027	1
3	3.58	5.51	0.196	0.702	1.08	2
4	3.64	5.69	0.196	0.713	1.115	3

三、小结

试验结果经统计学处理,中部比上部增产 71.00kg,增产率为 16.95%;中部比全穗混合粒增产 59.80kg,增产率为 13.90%,差异均达到极显著水平;中部比下部虽增产 32.50kg,增产率为 7.10%,但差异不显著。总的来说,选用麦穗中部籽粒作种比选用其它部位和全穗混合粒作种有明显的增产效果。因此,对小麦应用全息胚定域选种技术,确实是一项理深法简、花费少效果大、行之有效的增产措施,应该大力推广应用。

参考文献

- [1]、[2]张颖清,生物体结构的三定律,内蒙古人民出版社,1982年。
- [3]邢作福,农作物全息定域选种法,山东科技出版社,1989年。

小麦全息胚定域选种研究

傅兆麟

(山东省滨州地区农科所)

摘要 小麦全息胚定域选种是一种科学的选种方法。这种选种方法是根据穗部不同粒位籽粒的遗传势差异,利用强遗传势粒位上的大粒优势种子来大幅度提高小麦的产量。本文对小麦穗部不同穗部粒位上粒重的异质性现象及其对后代产量的影响进行了研究,结果表明:(1)位于穗近中部和中部小穗上的中基部粒位上的籽粒遗传势较强,千粒重较高;位于顶端和基部小穗上的籽粒和中部小穗上的顶部粒位上的籽粒遗传势较弱,千粒重较低。粒位间粒重差异极显著。(2)不同粒位上的种子后代产量差异也极显著。相关分析表明,不同粒位籽粒的重量与其后代产量呈极显著正相关,这表明不同粒位粒重遗传势差异能遗传给后代,通过产量这个期望性状表现出来。这说明全息胚定域选种是有效的。

关键词 小麦;全息胚定域选种;遗传势

小麦育种工作者经过近十年的艰辛工作选育成一个优良品种,当这个优良品种用于生产后,就会产生巨大的社会效益。然而,一个优良品种一旦用于生产,由于不加选择地将强弱遗传势的种子混合作种,很快使其退化减产,不下几年便被生产淘汰,严重影响其产量和利用价值。

根据张颖清教授全息胚生物学原理可知,小麦品种内种子大

小的遗传势差异是由于着生于穗内不同部位粒位的遗传势不同引起的,强遗传势粒位上的种子粒重高,弱遗传势粒位上的种子粒重低。不同粒位籽粒的这种遗传势差异,能够通过期望性状——产量,在后代中表现出来,强遗传势粒位上的大粒种子后代产量高,弱遗传势粒位上的小粒种子后代产量低。因此,根据籽粒所在粒位进行选种,对提高品种的利用价值和产量,具有重要意义。笔者根据前人研究资料及本人研究结果对小麦定域选种进行了讨论。

1. 品种内籽粒大小的异质性现象及其普遍性

小麦品种内籽粒大小的异质性现象早就引起国内外许多研究者的注意,并对产生的原因作过种种解释,但没有找出产生的根本原因是什么。品种内籽粒的粒重差异幅度甚大,而且,这种现象极其普遍,现将国内几位研究者的考查结果整理于表 1。从表 1 中

表 1 22 个小麦品种大粒种子与小粒种子的千粒重比较

品种	大粒	小粒	大小粒 差值	大小粒 比值	品种	大粒	小粒	大小粒 差值	大小粒 比值
川育 6 号	46.8	18.8	28.0	2.489	济南 13 号	58.8	26.7	32.1	2.202
繁 6	47.7	20.2	27.5	2.361	鲁麦 12 号	58.9	22.0	36.9	2.677
红矮	47.6	18.9	28.7	2.519	鲁麦 14 号	56.2	25.0	31.2	2.248
绵阳 11 号	53.2	21.3	31.9	2.498	鲁麦 8 号	52.6	27.8	24.8	1.892
大头黄	52.2	20.3	31.9	2.571	鲁麦 3 号	49.1	23.3	25.8	2.107
10666	51.8	19.4	32.4	2.656	烟 25	57.5	31.8	25.7	1.808
巴麦 18	48.3	20.2	28.1	2.391	临汾 10 号	53.0	25.0	28.0	2.120
76—3—15	52.7	19.5	33.2	2.703	百农 3217	43.4	14.6	28.8	2.973
6016	47.2	18.5	28.7	2.551	郑引 1 号	50.0	19.5	30.5	2.564
76—3—19	53.8	20.9	32.9	2.574	7023	51.4	15.8	35.6	3.253
扬麦 5 号	44.5	16.9	27.6	2.665	丰产 1 号	46.5	20.1	26.4	2.313
22 个品种平均	51.06	21.20	29.86	2.461					

看出,品种内的籽粒间千粒重相差幅度很大,22个品种的大粒与小粒千粒重比值为1.808~3.253,平均为2.461。从表1中还会看出,品种内籽粒间的粒重差异是普遍存在的,不以品种的不同和栽培环境的不同而消失,只有差异量上的不同。

为了进一步了解小麦品种籽粒的异质性及产生的原因,我们于1990年麦收时,在育种试验地繁种田中,取生长发育良好的鲁麦14号麦穗300个,分别摘取每个粒位上的籽粒考查其千粒重,并进行统计分析。结果见表2。

表2中结果表明,小麦穗部粒位间千粒重差异极显著,同一小穗上不同粒位上的籽粒千粒重差异极显著,同一粒位不同小穗间千粒重差异极显著。穗部优势粒位处在穗中部和由基部开始的近中部小穗上;在同一个穗上优势粒位为近中部粒位或中基部粒位上的籽粒。劣势粒位处在穗顶端和基部小穗的粒位上或者出现在中部小穗的顶端粒位上。小穗部籽粒千粒重表现为中部和近中部优势,这与小麦的近中部生长优势现象是一致的。

2. 不同粒位籽粒的后代产量表现

有关小麦大粒种子与小粒种子的后代产量表现,前人曾有过许多试验报道,一般认为大粒种子生活力高,比小粒种子增产显著。沈天民(1990)报道,大粒种子比小粒种子增产8.6%~32.6%;葛察明等(1986)试验结果表明,机械精选的一级种子比未精选的增产11.3%;陈鸿佑教授在《提纯复壮》一书中也曾指出,大粒种子比小粒种子增产10.2%~34.0%,比原样未分级种子增产12.0%。这些试验结果均证明,大粒种子比小粒种子增产显著。其实,这是人们无意识地利用了强遗传势种子所得的结果,也是对穗内不同粒位异质性可遗传性的验证。

为了进一步了解小麦穗内不同粒位异质性的可遗传性,明确不同粒位种子异质性对后代产量的影响,以更好地为定域选种提

表 2 鲁麦 14 号穗内各粒位粒重(克/1000 粒)差异比较

小穗序号	第 1 粒		第 2 粒		第 3 粒		第 4 粒	
	千粒重	差异比较	千粒重	差异比较	千粒重	差异比较	千粒重	差异比较
1	37.2 B	I	40.0 A	K	31.7 C	J		
2	40.3 B	G	48.4 A	G	40.2 B	G	25.0 C	F
3	43.2 C	E	49.6 A	F	47.1 B	D	33.8 D	D
4	47.2 B	C	51.2 A	E	46.3 B	E	33.7 C	D
5	48.4 C	B	52.5 A	D	50.5 B	B	37.2 D	BC
6	48.8 C	B	56.2 A	A	51.7 B	A	37.0 D	C
7	51.2 B	A	54.8 A	B	51.3 B	A	38.0 D	AB
8	50.4 B	A	54.6 A	BC	50.0 B	B	37.4 C	BC
9	50.4 B	A	53.6 A	C	48.8 C	C	38.5 D	A
10	51.2 B	A	52.0 A	D	48.7 C	C	32.4 D	E
11	48.2 B	B	50.0 A	F	45.7 C	E	32.1 D	E
12	47.3 A	C	47.8 A	GH	42.7 B	F		
13	46.2 B	D	47.3 A	H	39.2 C	H		
14	44.2 B	E	45.5 A	I	32.7 C	I		
15	42.5 A	F	39.9 B	K				
16	39.3 B	H	42.9 A	J				

注: A、B 等字母表示极显著水平, 相同字母表示差异不显著, 不同字母表示差异极显著。

供科學依據,我們1990~1991年對魯麥14號56個粒位上的種子分別進行了三次重複隨機區組排列試驗,以比較各粒位上種子對後代產量的影響。試驗結果見表3。從表3中看出,穗內不同粒位種子的後代產量差異極顯著。其中以穗軸中部和近中部小穗上的種子產量較高,以頂端和基部小穗上的籽粒產量較低。在同一个小穗上,以近中部和中基部粒位上的種子產量為高,以頂端粒位上的種子產量較低。從不同粒位上的種子後代產量表現來看,也是中部和由基部開始的近中部優勢最強。

3. 不同粒位粒重與籽粒的後代產量相關分析

從不同粒位籽粒的粒重和後代產量表現,可以看出,其變化趨勢完全一致,這表明,穗內粒位間的異質性是可以通过期望性狀——產量在後代中表現出來的。為了深入了解不同粒位籽粒千粒重與後代產量的關係密切程度,對不同小穗間的相同粒位上的籽粒千粒重與後代產量進行了相關分析,相關系數(r)為:第1粒位 0.8789^{**} 、第2粒位 0.8267^{**} 、第3粒 0.9591^{**} 、第4粒 0.8969^{**} 。不同小穗間的相同粒位,千粒重與後代產量均達極顯著相關程度。因此說,利用穗內的籽粒異質性差異進行定位選種是有效的,粒位間的種子遺傳勢差異是可遺傳的。

4. 問題討論

4.1 小麥穗內不同粒位籽粒的異質性及可遺傳性

小麥穗內不同粒位籽粒的粒重差異是造成品種內種子大小不一致的根本原因。這種異質性現象是普遍存在的,並且是可以遺傳的,前人及作者的研究結果證實了這點。從作者的研究結果來看,強遺傳勢優勢粒位區內的種子後代產量高,弱遺傳勢劣勢粒位區的種子後代產量低。從我們進行的不同粒位種子的第2代和第3代產量比較試驗來看,強遺傳勢粒位上的大粒種子比弱遺傳勢粒位上的種子,仍有增產作用。有關這方面的研究需要深入進行。

表3 鲁麦14号穗内不同粒位籽粒的后代产量(克)差异比较

小穗序号	第1粒		第2粒		第3粒		第4粒	
	产量	差异比较	产量	差异比较	产量	差异比较	产量	差异比较
1	329 B	G	367 A	D	313 C	F	175 C	FF
2	371 B	DE	441 A	B	375 B	CD	256 C	DE
3	384 B	CD	465 A	AB	382 B	BC	188 C	DE
4	390 B	BC	466 A	A	382 B	BC	222 C	B
5	393 B	BC	475 A	A	398 B	AB	243 C	A
6	395 B	AB	488 A	A	400 B	A	253 C	A
7	404 B	A	484 A	A	398 B	AB	244 D	A
8	410 B	A	481 A	A	395 C	AB	207 D	C
9	407 B	AB	479 A	A	386 C	AB	189 D	D
10	404 B	AB	473 A	A	382 C	BC	167 D	F
11	399 B	B	465 A	AB	362 C	CD		
12	385 B	CD	461 A	AB	359 C	CD		
13	373 B	DE	442 A	BC	340 C	DE		
14	356 B	EF	419 A	C	320 C	E		
15	342 B	FG	384 A	CD				
16	306 B	H	365 A	D				

4.2 定域選種的利用價值和意義

4.2.1 定域選種的生產利用價值

既然小麥穗內不同粒位籽粒的異質性現象是客觀地和普遍地存在,並且能夠通過期望性狀——產量遺傳給後代,強遺傳勢粒位上的大粒種子後代產量高,弱遺傳勢粒位上的小粒種子後代產量低,強遺傳勢粒位上的大粒種子具有極顯著的增產作用。因此,在進行選種時,盡量選取穗中部和由基部開始的近中部粒位上的大粒種作種,這樣定會顯著提高小麥產量。

4.2.2 定域選種在良種繁育中的利用價值

過去提純復壯曾在小麥良種繁育中起過積極的作用,但隨著科學技術和生產的發展,品種選育周期縮短,加之提純復壯技術方法不很對路和周期較長,近年來有人對該法提出疑意,並認為還是用保純復壯提法好,故近年來提純復壯法應用較少。全息胚定域選種,由於從優良品種開始選原品種的優良單株,到最後定域選種,均是在優良的基礎上選擇優良的種子,因而全息胚定域選種具有突出優點,在此基礎上若能連續選擇,肯定具有提純復壯之效果。利用全息胚定域選種還能加快原種的生長速度,可當年選種當年生產原種,這比一圃三田制繁育方法提前兩年生產出原種,而且用此法生產出的原種質量高,還可以直接為大田生產選種。全息胚定域選種法有快、優、活三個特點。快即原種生產周期短出種快,優即生產出的原種質量高;活即可以生產原種再生長種子為大田生產用,也可直接應用於大田生產。

3.2.3 全息胚定域選種在選擇處理雜交後代材料中的利用價值

利用定域選種技術,在 F_1 代材料中選取強遺傳勢粒位上的優質種子種成 F_2 代群體,對提高 F_2 代中產量性狀的選擇效果是肯定的。這樣做還會節省人財物力。對於成熟期、抗逆性和品質等性狀的選擇效果如何,有待於繼續探討。

参 考 文 献

- [1]巴萨尔斯卡娅等,1955,小麦的栽培及生物学特性,科学出版社,北京。
- [2]夏镇奥等,1962,小麦丰产研究论文集,上海科技出版社,上海。
- [3]Ф. 米普罗茨柯夫,1959,作物选种及良种繁育学讲义,高等教育出版社,北京。
- [4]傅兆麟,1993,小麦定域选种研究,种子,(6):38,53。
- [5]邢作福,1989,农作物全息胚定域选种法,山东科学技术出版社,济南。
- [6]张颖清,1985,全息生物学研究,山东大学出版社,济南。
- [7]沈天民,1990,小麦种子不同粒度对产量的影响,种子世界,(10):22,21。
- [8]伍程荫,1985,小麦粒型分级与生活力关系的研究,种子,(5):9~13。

小麦不同粒位粒重差异及 对后代产量的影响

傅兆麟 李风云 纪家华

(山东省滨州地区农科所)

摘要 利用3个小麦品种,研究了穗部不同粒位上的籽粒重量差异及对后代产量的影响。结果表明:(1)不同粒位间籽粒重量差异极显著。小穗间比较,以从穗轴基部开始的近中部和中部小穗上的籽粒最重,顶端和基部小穗最轻,中等粒重小穗位于二者之间;同一小穗粒位间比较,2粒小穗多以第1粒为重,在3粒和4粒小穗上以第2粒最重,第1和第3粒次之,第4粒最轻。(2)不同粒位籽粒的后代产量表现,各粒位间籽粒后代产量差异也极显著。且差异变化规律与粒重变化规律一致。相关性分析,各粒位间粒重与后代产量也呈极显著正相关,说明不同粒位籽粒的重量差异能够在后代期望性状产量上表现出来。小麦穗部不同粒位间籽粒重量差异的这种可遗传性,为定位选种提供了科学依据。

关键词 小麦;粒位;遗传势;粒重;产量;定域选种

近年来,在张颖清生物全息律和遗传势理论指导下的农作物全息胚定域选种,取得了可喜成果。据报导,水稻、棉花、玉米、甘薯和高粱等作物,利用全息胚定域选种法进行选种,具有明显的增产效果,并取得了明显的经济效益。

小麦是我国的主要粮食作物之一,开展小麦定域选种,具有重要意义,但目前这方面的研究报导却未见到。据文献资料和观察结

果表明,在小麦一个品种内,籽粒大小差异显著,这是由于着生在小麦穗部不同部位上的籽粒重量差异所造成的。用全息生物学观点来考查,麦穗是整个植株上的一个全息胚,每一个小穗是整个穗部的一个全息胚;一个籽粒又是它所在小穗的一个全息胚。籽粒由于所在粒位不同,具有不同的遗传势,其遗传势还能在后代产量这个期望性状上表现出来,强遗传势粒位的种子产量高,弱遗传势粒位的种子产量低。为系统了解穗部不同粒位籽粒重量遗传势差异性及对后代产量的影响,给小麦定位选种提供科学依据,作者于近年来进行了小麦定域选种研究。本文是其中部分资料,整理出来,以供参考。

研究材料和方法

1. 1990 年麦收时,在本所小麦育种试验田良种繁育圃中,对当时大面积种植的鲁麦 12 号、鲁麦 14 号和烟 25 三个品种,分别选取生长发育良好的主茎穗子各 300 个。风干后将三个品种的籽粒,分别按小穗和籽粒由基部开始向顶端的顺序依次取下,相同粒位籽粒放在一起,待 300 穗取完后,按实有粒数分成 3 份,称重,然后计算出干粒重。按不同小穗间和同一小穗不同粒位间两个方向进行显著性测验。

2. 将三个品种各粒位的籽粒称重后,放置干燥处保存好,留作秋季播种用。播种时,将各粒位的种子分别播种,田间为随机排列,重复 3 次,3 行区、行长 3 米、行距 0.3 米、株距 0.1 米,每行 30 株。收获时只收小区中间行,并在收获行两端各去 3 株,实收 24 株。风干后单独脱粒测产,然后按前述方法进行显著性测验。

3. 对不同小穗间相同粒位籽粒重量与后代产量进行相关性分析,分别计算出相应的相关系数。

结果与分析

1. 不同粒位粒重差异比较

将鲁麦 12 号、鲁麦 14 号和烟 25 三个品种各粒位籽粒干粒重

及差异显著性测验结果列于表 la, b, c 中。

从表 la, b, c 中看出,三个品种各粒位间籽粒千籽重差异极显著,且三个品种各粒位间粒重的变化趋势完全一致。

(1)最大籽粒与最小籽粒

在三个品种的穗部上,都有最大粒重籽粒和最小粒重籽粒,两者差值较大。鲁麦 12 号第 11 小穗第 2 粒粒重最高为 58.9 克,第 12 小穗第 4 粒粒重最轻为 22.0 克,差值为 36.9 克;鲁麦 14 号第 6 小穗第 2 粒粒重最高为 56.2 克,第 2 小穗第 4 粒最轻为 25.0 克,差值为 31.2 克;烟 25 第 8 小穗第 2 粒最重 57.5 克,第 20 小穗第 2 粒最轻 31.8 克,差值为 25.7 克。

(2)小穗间和同一小穗各粒位粒重差异比较

主轴上同一个粒位不同小穗间粒重差异极显著,以基部开始的近中部和中部小穗千粒重较高,鲁麦 12 号为第 5~12 小穗,鲁麦 14 号为第 5~10 小穗,烟 25 为第 5~11 小穗;顶端小穗和最基部小穗千粒重最轻,鲁麦 12 号第 1~2 和顶部第 17~21 小穗,鲁麦 14 号第 1 和第 14~16 小穗,烟 25 第 1 和第 16~20 小穗;介于这两部分之间的小穗千粒重居中。

(3)同一个小穗上的各个籽粒的粒重差异也极显著。在 3 粒和 4 粒小穗中,除个别品种的个别小穗外,均以第 2 粒最重,且显著重于其它 3 粒;其次是第 1 粒或者第 3 粒;最轻者是顶端籽粒。

2. 不同粒位籽粒的后代产量表现

三个品种不同粒位籽粒的后代产量表现及差异显著性见表 2a、b、c。

表 la 鲁麦 12 号不同粒位粒重差异比较

粒 位 小穗序号	第 1 粒	第 2 粒	第 3 粒	第 4 粒
1	—	—	—	—
2	32.6 N A	27.3 O B	—	—
3	43.4 I B	45.4 I A	33.3 G C	—
4	47.8 G B	51.9 F A	38.5 D C	30.4 E D
5	50.6 E B	52.2 F A	44.9 B C	31.8 D D
6	51.6 D B	55.0 D A	45.4 B C	37.6 A D
7	53.4 C B	55.8 D A	47.5 A C	37.9 A D
8	54.3 BC B	56.3 C A	47.9 A C	37.8 A D
9	55.4 A A	57.0 BC A	47.9 A B	37.9 A C
10	54.9 AB B	58.0 AB A	47.9 A C	37.1 A D
11	53.4 C B	58.9 A A	47.4 A C	35.1 B D
12	51.9 D B	54.0 E A	43.8 C C	33.3 C D
13	50.0 E B	51.4 G A	42.5 D C	22.0 F D
14	49.0 F B	51.0 G A	40.2 E C	—
15	47.9 G B	50.0 H A	39.2 F C	—
16	45.3 H A	44.4 J A	32.8 G B	—
17	38.5 K A	35.9 L B	—	—
18	40.4 J A	37.7 L B	—	—
19	37.0 L A	31.7 K B	—	—
20	31.9 O A	31.3 K A	—	—
21	34.9 M A	30.6 K B	—	—

注: A, B, ……表示 1% 的显著水平。下表均同。

表 1b 鲁麦 14 号不同粒位粒重差异比较

粒位 小穗序号	第 1 粒	第 2 粒	第 3 粒	第 4 粒
1	37.2 B I	40.0 A K	31.7 C J	—
2	40.3 B G	48.4 A G	40.2 B G	25.0 C F
3	43.2 C E	49.6 A F	47.1 B D	33.8 D D
4	47.2 B C	51.2 A E	46.3 B E	33.7 C D
5	48.4 C B	52.5 A D	50.5 B B	37.2 D BC
6	48.8 C B	56.2 A A	51.7 B A	37.0 D C
7	51.2 B A	54.8 A B	51.3 B A	37.4 D BC
8	50.4 B A	53.6 A C	50.0 B B	38.0 C AB
9	50.4 B A	52.0 A D	48.8 C C	38.5 D A
10	51.2 B A	50.0 A F	48.7 C C	32.4 D E
11	48.2 B B	47.8 A GH	45.7 C E	32.1 D E
12	47.3 A C	47.3 A H	42.7 B F	—
13	46.2 B D	45.5 A I	39.2 C H	—
14	44.2 A E	39.9 B K	32.7 C I	—
15	42.5 A F	42.9 A J	—	—
16	39.3 B H	—	—	—

表 3c 烟 25 不同粒位粒重差异比较

粒 位 小穗序号	第 1 粒	第 2 粒	第 3 粒	第 4 粒
1	41.3 I B	46.1 J A	41.7 K C	—
2	45.6 G B	48.9 H A	44.8 H B	38.9 G C
3	46.5 F B	50.0 G A	48.8 E A	43.4 D C
4	50.0 D B	51.8 F A	52.8 C A	43.4 D C
5	51.2 C C	54.7 D A	53.4 B B	43.8 D D
6	54.0 A B	56.8 B A	53.9 B B	45.2 B C
7	53.4 A C	57.0 AB A	54.8 A B	45.5 AB D
8	53.4 A C	57.5 A A	55.3 A B	46.2 A D
9	52.2 B C	57.3 A A	53.2 BC B	44.1 C D
10	51.1 C C	55.8 C A	52.5 C B	43.0 D D
11	50.6 CD C	55.7 C A	52.5 C B	41.4 E D
12	50.0 D B	52.7 E A	50.0 D B	40.4 F C
13	49.3 E B	52.5 F A	47.7 F C	34.4 H D
14	45.9 FG B	50.0 G A	45.9 G B	—
15	45.5 G B	48.2 H A	42.9 I C	—
16	43.4 H B	47.1 I A	39.8 J C	—
17	43.6 H A	43.2 K A	—	—
18	40.2 J A	36.5 L B	—	—
19	33.8 L A	33.2 M A	—	—
20	36.4 K A	31.8 N B	—	—
21				

表 2a 鲁麦 12 号不同粒位籽粒后代产量的差异比较

粒 位 小穗序号	第 1 粒	第 2 粒	第 3 粒	第 4 粒
1	—	—	—	—
2	131 A	114 B	—	—
3	158 B	251 A	141 B	—
4	182 B	271 A	168 B	132 C
5	208 B	275 A	174 C	144 D
6	217 B	297 A	190 C	164 D
7	225 B	303 A	213 C	168 D
8	255 B	313 A	223 C	178 D
9	271 B	319 A	257 C	176 D
10	287 B	326 A	274 B	166 C
11	259 B	339 A	261 B	151 C
12	220 B	308 A	226 B	135 C
13	213 B	296 A	203 C	128 C
14	194 B	274 A	171 C	—
15	192 B	264 A	145 C	—
16	189 B	255 A	141 C	—
17	174 B	189 A	—	—
18	164 A	152 B	—	—
19	145 A	126 B	—	—
20	123 A	116 A	—	—
21	112 A	104 A	—	—

表 2b 鲁麦 14 号不同粒位籽粒后代产量的差异比较

粒 位 小穗序号	第 1 粒	第 2 粒	第 3 粒	第 4 粒
1	339 B G	367 A C	313 C F	—
2	371 B DE	441 A B	375 B CD	175 C EF
3	384 B CD	465 A AB	381 B BC	186 C DE
4	390 B BC	466 A AB	382 B BC	188 C DE
5	393 B BC	475 A A	398 B AB	222 C B
6	395 B BC	488 A A	400 B A	243 C A
7	404 B AB	484 A A	398 B AB	253 C A
8	410 B A	481 A A	395 C AB	244 D A
9	407 B A	479 A A	386 C AB	209 D C
10	404 B AB	473 A A	382 C BC	189 D D
11	399 B B	465 A AB	362 C D	167 D F
12	385 B CD	461 A AB	359 C D	—
13	373 B DE	442 A B	340 C E	—
14	356 B EF	419 A B	320 C F	—
15	342 B FG	384 A C	—	—
16	308 B H	365 A C	—	—

表 3c 烟 25 不同粒位籽粒后代产量的差异比较

粒 位 小穗序号	第 1 粒	第 2 粒	第 3 粒	第 4 粒
1	138 G B	185 I A	133 J B	—
2	183 EF B	209 H A	178 I B	130 H C
3	194 EF B	226 G A	203 H B	169 F C
4	228 CD B	258 F A	293 D A	178 F C
5	257 B B	288 E A	296 D A	198 E C
6	303 A B	322 CD A	312 CD AB	208 DE C
7	319 A B	353 B A	328 B B	219 CD C
8	319 A C	382 A A	354 A B	269 A D
9	308 A C	374 A A	350 A B	234 B D
10	306 A C	361 B A	344 A B	205 DE D
11	286 AB B	327 C A	297 C B	177 F C
12	257 BC C	307 D A	278 E B	168 F D
13	242 C B	285 E A	250 F B	152 G C
14	202 DE C	254 F A	226 G B	119 I D
15	186 EF B	231 G A	178 I B	—
16	174 F B	216 GH A	131 J C	—
17	167 FG A	175 I A	—	—
18	161 FG A	157 I A	—	—
19	137 G A	125 K A	—	—
20	141 G A	111 L B	—	—
21				

从表 2a、b、c 看出,不同粒位籽粒的后代产量差异也极显著,

其差异情况与籽粒粒重差异完全一致,即高粒重粒位的籽粒,后代产量也高,低粒重粒位的籽粒后代产量低。这表明,不同粒位粒重的差异,可在籽粒后代产量上得到表现。

3. 不同粒位籽粒重量与后代产量的相关分析

为进一步了解不同粒位籽粒重量与后代产量的相关关系,对三个品种不同小穗间相应粒位籽粒的重量与后代产量进行了相关分析。各品种各粒位相关系数见表 3。

表 3 不同粒位粒重与籽粒后代产量的相关系数(r)

品 种	第 1 粒位	第 2 粒位	第 3 粒位	第 4 粒位
鲁麦 12 号	0.9375**	0.9795**	0.8510**	0.9804**
鲁麦 14 号	0.8789**	0.8267**	0.9591**	0.8969**
烟 25	0.9229**	0.9384**	0.9552**	0.8739**

** 表示显著水平达 1%。

表 3 中相关系数表明,不同小穗间相应粒位上的籽粒,粒重与后代产量呈极显著正相关。这进一步证明,粒位间的籽粒重量差异能在后代产量上表现出来,对后代产量有显著的影响。

结论和讨论

1. 本研究结果进一步肯定了小麦品种内籽粒间的异质性,是普遍存在的,这与前人的研究结果是一致的。小麦穗部粒位不同,籽粒重量不同,近中部小穗和中部小穗的第 2 粒粒重最高,顶部小穗和最基部小穗的粒位及中部小穗的顶端粒位粒重最低,介于上述小穗和粒位之间的粒重居中,这是品种内籽粒间产生异质性的根本原因。不同粒位粒重不同,可以用全息生物学的生物全息律和遗传势理论来解释。穗部不同部位间的遗传势强弱不同,近中部和中部遗传势较强,顶部和最基部遗传势较弱;同样每一个小穗上的各个籽粒,也具有不同的遗传势,近中部籽粒遗传势较强,顶端粒位遗传势较弱,在强遗传势粒位的籽粒粒重高,在弱遗传势粒位的籽粒粒重低。因此说,不同粒位粒重的差异受全息生物学的遗传势

控制。

2. 不同粒位籽粒的后代产量差异与粒重差异变化规律一致,且两者呈极显著正相关,表明,不同粒位粒重对籽粒的后代产量有极显著的影响。不同粒位粒重差异在籽粒后代产量上得到表现,也可以用全息生物学遗传势理论加以解释。不同粒位粒重的遗传势不同,可在后代期望性状得到表现,籽粒粒重遗传势的期望性状是产量,而不是粒重本身,所以强遗传势粒位的大粒种子后代产量高,弱遗传势粒位的小粒种子后代产量低。为尽可能地发挥和利用优良品种的产量潜力,根据不同粒位遗传势与籽粒后代产量的关系,进行定域选种是完全有效的。

3. 穗部不同的小穗遗传势不同,同一小穗不同粒位遗传势也不同,在一个麦穗上肯定有一个或几个遗传势最强的粒位,其籽粒粒重最高,后代产量也最高,本研究也证明了这一点。如果利用最强遗传势粒位上的种子进行繁种,或者连续“强中选强”进行定向选择,对提高和延长品种的利用价值,乃至培育新的品种可能有重要价值。

参 考 文 献

- [1]张颖清,全息生物学,高等教育出版社,1989。

玉米自交系全息胚定域选种实验

孙洪来 农艺师 孙文军 农艺师

程夏强 农艺师 王沂青 助理农艺师

滕平云 助理农艺师 滕立国 助理农艺师

(山东省沂水县种子站)

摘要 玉米全息胚定域选种在玉米大田生产上应用已初具规模,而在自交系生产上应用较少。为此,我们根据张颖清教授的全息胚遗传势理论,选用标准 5003 自交系果穗为试验材料,进行定域选种实验。实验结果经统计分析表明,选取自交系果穗中部籽粒作种较其它部位作种显著增产。

关键词 玉米全息胚;自交系;定域选种

张颖清教授发明的全息胚定域选种法^[1,2]已推广多年,在许多农作物上应用都获得显著的增产效果和经济效益,搞好玉米杂交制种,是玉米增产的主要环节,而作为杂交制种的亲本自交系却历年产量较低,为了大幅度的提高自交系的产量和品质,我们特设立本试验,以便为今后提高自交系生产产量及自交系改良等提供科学依据。

一、试验材料及方法

(一)试验材料:品种为 1992 年沂南产标准 5003 自交系果穗,将果穗均等分为顶部、中部、基部及全果穗混合粒,共四个处理。

(二)田间试验与结果

1. 田间设计:本试验 4 个处理,采用随机区组排列,重复 3 次,

小区面积 0.04 亩,密度每亩 4000 株。

2. 田间管理措施:试验地前茬作物为小麦,地势平坦,肥力均匀,有水浇条件。6月15日播种,6月25日锄地灭茬,7月1日足苗,每亩追施复合肥 20kg,9月30日收获。

3. 产量结果与统计分析

表1 产量结果表

处理	小 区 产 量					亩产 (kg)	中部较其它 部位增(+) 减(-)(kg)	增产率 (%)
	I	II	III	处理合计	平均			
顶部	6.6	7.8	7.2	21.6	7.2	180	+60	33
中部	9.2	9.6	10.0	28.8	9.6	240		
基部	8.0	8.2	7.8	24.0	8.0	200	+40	20
混合	8.4	9.0	9.0	26.4	8.8	220	+20	9
区组合计	32.2	34.6	34.0	100.8(T)				

表2 变量分析表

变异原因	自由度	平方和	变量	F	F _{0.05}	F _{0.01}
区组间	2	0.78	0.39			
处理间	3	9.60	3.20	32.99**	4.76	9.78
机 误	6	0.58	0.097			
总变异	11	10.96				

表3 小区平均产量 SSR 测验最小显著极差

P	2	3	4
SSR6, 0.05	3.46	3.58	3.64
SSR6, 0.01	5.24	5.51	5.65
LSR6 0.05	0.62	0.64	0.66
LSR6 0.01	0.94	0.99	1.02

SE=0.18(kg)

表 4 不同处理间差异显著性比较表

处 理	小区平均产量 (kg)	差异显著性	
		5%	1%
中部作种	9.6	a	A
混合作种	8.8	b	AB
基部作种	8.0	c	BC
顶部作种	7.2	d	C

二、小结

通过本试验结果及统计分析可以看出,中部籽粒作种小区平均产量最高,较混合籽粒作种的亩增 20kg,增产 9%,达到显著标准,较基部和顶部籽粒作种的分别增产 20%和 33%,均达到极显著标准。充分说明了张颖清教授所创立的生物全息律、遗传势理论、cDNA 返接和缺失动态平衡论及纯系或非纯系内全息定域选择有效理论,在玉米自交系定域选种中同样有显著的增产效果。因此,选用玉米自交系果穗中部籽粒作种繁育亲本自交系有显著的增产作用,应大力推广应用。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物体结构的三定律,内蒙古人民出版社,1982年。
- [2]邢作福,全息胚定域选种法在农业上的应用,山东科学技术出版社,1993年。

玉米全息胚定时选种测试总结

邢作福 高级农艺师 李景阳 高级农艺师
毛桂英 高级农艺师

(山东省临沂市种子站)

伦玉德 高级农艺师 孙庆海 农艺师

(山东省莒县种子分公司)

王宗武 农艺师 庄兆金 农艺师

(山东省郯城县种子分公司)

摘要 根据中国山东大学张颖清教授提出的全息胚定时选种法的理论,按照玉米果穗籽粒成熟阶段,进行小区试验和测试,结果表明,在玉米籽粒成熟阶段的乳线消失期进行定时收获选种,对制种产量和种植一代杂交种都可显著增产。

关键词 全息胚定时选种法;玉米;全息胚定时;选种测试

根据中国山东大学张颖清教授提出的 cDNA 返接与缺失动态平衡论、纯系或非纯系内全息胚定域选择有效理论和高活性基因组合理论,植物不仅通过全息胚定域选种可以有选择效果,而且通过在不同发育时期取种的方法也有不同的选择效果^[1],这就是全息胚定时选种法。按照玉米果穗籽粒成熟状况,在玉米籽粒乳线消失期发育阶段(即完熟期)进行全息胚定时选种收获的,可比在籽粒半乳线期发育阶段(即蜡熟期)选种收获的有明显的增产效果。

一、当季选择效果

1992年秋季,在山东省郯城县小埠乡西南村鲁玉2号制种田取样测定,在玉米籽粒半乳线期成熟发育阶段非全息胚定时选种收获的一代杂交种,千粒重286.10g,亩产194.06kg,在玉米籽粒乳线消失期成熟发育阶段进行全息胚定时选种收获的一代杂交种,千粒重346.55g,亩产235.67kg。乳线消失期定时适期选种收获的比半乳线期不定时提早选种收获的,千粒重高60.45g,制种产量每亩多收41.07kg,增产率为21.10%^[2]。

对玉米在成熟期进行全息胚定时选种,不但有显著的数量选择效果,提高产量,而且有明显的质量选择效果,种子色泽好,饱满,生活力强,发芽势、发芽率都高。据对上述样品室内考种结果,半乳线期提早收获的,种子粒色浅而淡黄,无光泽,粒小秕瘦不饱满,生活力弱,饱满度为94.00%,发芽势88.00%,发芽率94.00%,而在乳线消失期进行全息胚定时选种的,粒大饱满有光泽,呈现本品种固有的深红色,饱满度为99.00%,比在半乳线期提早收获的提高5个百分点,其发芽势为92.00%,发芽率为98.00%,比在半乳线期收获的分别提高4个百分点。

二、小区试验

将上述成熟期两个不同发育阶段的鲁玉2号杂交一代种子,于1993年夏季,在莒县浮来山乡前官庄村杨树华承包田中进行夏播小区试验,设玉米籽粒乳线消失期种子和半乳线期种子两个处理,3次重复,随机排列,密度每亩4000株。产量结果与统计学分析见表1、表2。

三、结 论

测试结果证明,在玉米籽粒乳线消失期发育阶段进行全息胚定时选种收获,在当季可比在半乳线期发育阶段提早收获的每亩增产41.07kg,增产率为21.10%。播用在乳线消失期发育阶段选留的种子,可比在半乳线期发育阶段选留的种子,小区试验每亩增

产 37.33kg,增产率为 7.60%,方差分析, F 值 19.20 > F0.05 值 18.51,达到显著水准。所以,对所有种植玉米和配制单交种、繁殖自交系的单位或个人,都要推广应用在玉米籽粒乳线消失期(即完熟期)发育阶段进行全息胚定时收获和选种技术,以促进玉米生产的发展。

表 1 玉米全息胚定时选种 F1 试验产量结果表 1993

项目 处理	小区产量(kg)					亩产 (kg)	乳线消失期 比半乳线期 增(+) 减(-)(kg)	增(+) 减(-) 产%
	I	I	II	合计(TI)	平均(XI)			
乳线消失期种子	8.24	8.07	7.48	23.79	7.93	528.69	+37.33	+7.60
半乳线期种子	7.63	7.31	7.16	22.10	7.37	491.36		
合计(TI)	15.87	15.38	14.64	45.89				

表 2 变量分析表

1993

变 因	平方和	自由度	变 量	F 值	F0.05	F0.01
区组间	0.39	2	0.195			
处理间	0.48	1	0.48	19.20	18.51	98.49
机 误	0.05	2	0.025			
总变异	0.92	5				

参 考 文 献

- [1]张颖清著,新生物观,青岛出版社,1991年。
- [2]邢作福等主编,全息胚定时选种法,农业出版社,1993年。

玉米全息胚定域选种系列试验总结

孙文军 农艺师 孙洪来 农艺师

邵珠良 农艺师 程夏强 农艺师

刘 峰 助理农艺师 滕平云 助理农艺师

(山东省沂水县种子站)

邢作福 高级农艺师

(山东省临沂市种子站)

摘要 根据生物全息律和遗传势理论,玉米为中部优势作物,其强遗传势区域部位在果穗中部,选取该部位籽粒作种能显著提高产量。1989~1993年我们先后在玉米杂交种、杂交制种、自交系上作了连续系列定域选种应用试验。试验结果经统计分析,选取玉米果穗中部籽粒作种均较其它部位显著增产。

关键词 玉米全息胚;杂交种;杂交制种;自交系;定域选种

根据张颖清教授的生物全息律、遗传势理论^[1,2]、cDNA 返接与缺失动态平衡论和纯系或非纯系内全息胚定域选择有效理论^[3],我们自1989~1993年连续在玉米一代杂交种、杂交制种及自交系上作了应用全息胚定域选种系列试验。玉米为中部优势作物,其期望性状强遗传势区域部位在果穗中部,选取该部位籽粒作种能够显著提高产量,经系列试验结果证实了这一论点。

一、试验方法与结果

试验方法:将选取的标准果穗均等分为顶部、中部、基部和全

果穗混合粒,作為四個處理,觀察其特徵、特性和產量性狀差異情況,小區採用隨機排列,重複三次,其它條件與方法均同常規試驗,系列試驗結果如下:

1. 一代雜交種:1989年在沂水鎮前賀庄村試驗,品種為丹玉13號玉米單交種,小區面積0.04畝,產量結果如表1。

表1 玉米全息定域選種試驗產量結果表 1989年

處 理	小 區 產 量					畝 產 (kg)	中部較其它 部位增(+) 減(-)(kg)	增產率 (%)
	I	II	III	處理合計	平 均			
頂 部	23.71	22.14	23.50	69.35	23.12	462.4	+68.2	14.7
中 部	27.52	26.65	25.41	79.58	26.53	530.6	—	—
基 部	24.84	25.10	24.91	74.85	24.95	499.0	+31.6	6.3
混 合	24.43	24.83	25.00	74.26	24.75	495.0	+35.6	7.2
區組合計	100.50	98.72	98.82					

從表1中可見,選取果穗中部籽粒作種的畝產530.6kg,比頂部作種的增產68.2kg,增產14.7%;比基部籽粒作種的每畝增產31.6kg,增產6.3%;比混合籽粒作種的每畝增產35.6kg,增產7.2%。經變量分析,中部籽粒作種的較基部、混合及頂部籽粒作種的分別達到顯著和極顯著標準。

1993年,我們在沂水鎮徐家洼村試驗,品種為沈單7號單交種,小區面積0.04畝,產量結果如表2,由表2可見,選取果穗中部籽粒作種的比混合籽粒作種的增產5%,比基部、頂部籽粒作種的增產17%和22%,經統計分析,分別達到顯著和極顯著水平。

2. 雜交制種:1990年,在沂水鎮前賀庄村沈單7號制種田內試驗,沈單7號制種組合為5003×E28。試驗方法採取對母本5003標準果穗進行全息定域選種,父本E28同制種田,為混合籽粒作

种,授粉期全部自然授粉的方法,小区面积 0.03 亩,试验产量结果如表 3。

表 2 全息定域选种试验产量结果表 1993 年

处 理	小 区 产 量					亩产 (kg)	中部较其它 部位增(+)或 减(-)(kg)	增产率 (%)
	I	Ⅱ	Ⅲ	处理合计	平 均			
顶 部	18.4	18.4	18.0	54.8	18.3	457.5	+100.0	22
中 部	21.4	23.0	22.6	67.0	22.3	557.5	—	—
基 部	18.9	19.1	18.9	56.9	19.0	475.0	+82.5	17
混 合	20.2	21.7	21.5	63.4	21.3	532.5	+25.0	5
区组合计	78.9	82.2	81.0	(T) 242.1				

表 3 玉米全息胚定域选种杂交制种产量结果表

处 理	小 区 产 量					亩产 (kg)	中部较其它 部位作母本的 增产(kg)	增产率 (%)
	I	Ⅱ	Ⅲ	处理合计	平 均			
顶 部	5.674	5.523	6.005	17.202	5.734	191.1	+38.5	20.1
中 部	7.130	6.682	6.848	20.660	6.887	229.6	—	—
基 部	6.076	5.912	6.024	18.012	6.004	200.1	+29.5	14.7
混 合	6.086	6.374	5.748	18.208	6.069	202.3	+27.3	13.5
区组合计	24.966	24.491	24.625	(T) 74.082				

由表 3 可见,选取母本 5003 标准果穗中部籽粒作种的制种产量 229.9kg/亩,比混合籽粒作种的增产 13.5%;比基部和顶部籽粒作种的分别增产 14.7%和 20.1%,经统计分析,分别达到显著和极显著标准。

为了进一步验证全息制种各部位杂交后的差异及可遗传性,我们将所获得各部位的一代杂交种,翌年进行了示范观察,结果是选取果穗中部籽粒制种的 F_1 大田产量达到 568.5kg,比用母本混合粒制种的 F_1 大田产量 494.5kg 亩增 74kg,增产 13%;比用母本基部籽粒制种的 F_1 大田产量 485.5kg,亩增 83kg,增产 17%;比用母本顶部籽粒制种的 F_1 大田产量 460kg,亩增 108.5kg,增产 23.6%。

3. 自交系:1993年,我们在沂水镇徐家洼村试验,小区面积 0.04 亩,试验材料为 5003 自交系。由产量结果表 4 可见,选取 5003 自交系果穗中部籽粒作种的每亩产量 240kg,较混合籽粒作种的增产 9%;较基部、顶部籽粒作种的各增产 20%和 33%,经统计分析,分别达到显著和极显著标准。

表 4 5003 自交系全息定域选种试验产量结果表 1993 年

处 理	小 区 产 量(kg)					亩产 (kg)	中部较其它 部位增产 (kg)	增产率 (%)
	I	II	III	处理合计	平 均			
顶 部	6.6	7.8	7.2	21.6	7.2	180	+60	33
中 部	9.2	9.6	10.0	28.8	9.6	240	—	—
基 部	8.0	8.2	7.8	24.0	8.0	200	+40	20
混 合	8.4	9.0	9.0	26.4	8.8	220	+20	9
区组合计	32.2	34.6	34.0	(T) 100.8				

二、小结

通过连续系列试验可以看出,玉米果穗中部籽粒是强遗传势区域部位,选用该部位籽粒作种是提高玉米产量的有效途径。

1. 增产原因分析。根据全息生物学的一系列理论,选取玉米果穗中部籽粒作种的增产原因是:生物体因分化造成各部位基因表

达不同,而使生物体各部位对某一期望性状的遗传势不同;中部花丝出现早,受精结实早,营养优先充足供应,酶含量高,活力强,并能将此信息传递给子代。用该部位籽粒作种表现为种子萌芽快、植株生长势强等特点,因而产量显著提高。

2. 建议。玉米全息胚定域选种法是一项建立在全息胚学说基础上的选种新技术,是具有严格的科学试验为依据的玉米增产新方法。建议在各玉米产区和科研育种单位,尽快扩大应用这一新技术。并建议农业机械研究部门研制生产玉米果穗定位脱粒机或分选机,以便加速玉米全息胚定域选种法在玉米生产上的应用,为“高产、优质、高效”农业服务。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物体结构的三定律,内蒙古人民出版社,1982年。
- [2]邢作福,农作物全息定域选种法,山东科学技术出版社,1989年。
- [3]张颖清,全息胚定域选种法,中国农学通报,1991年,第5期。

应用全息胚定域选种技术将玉米种子 机械分级对产量影响的试验研究

王长椿 工程师

(吉林省长春种子总站)

郑志强 工程师

(黑龙江省农副产品加工机械研究所,佳木斯)

王怀宝 工程师

(公主岭市种子公司)

刘 伟

(吉林省东辽县种子公司)

摘要 本试验研究应用全息胚定域选种法对玉米种子按不同粒度进行机械分级,从而达到全息胚定域选种增产增收的目的,同时为今后我国引进和建设大、中型现代化种子加工厂机械设备的配置、设计、研究提供科学依据。

关键词 全息胚;定域选种;机械分级;增产试验

运用张颖清全息胚学说^[1]对农作物进行定域选种,推广和普及全息胚定域选种技术,可以大幅度提高农作物产量,因此,是一项具有重大意义的增产措施。

全息胚定域选种,即把玉米种子的最佳遗传优势部位选留作种子,比用全果穗混合籽粒作种出苗早,长势强,幼苗健壮,增产显著。为了加速全息胚定域选种这一新技术的推广应用,满足农业生

产现代化,机械化对精量和半精量播种的要求,达到应用全息胚定域选种增产增收的目的,同时也为今后我国引进和建设大、中型种子加工厂机械分级设备配置、设计、研究提供科学依据。我们利用从国外引进的大型现代化种子加工机械设备对成熟后的玉米种子进行机械干燥并按全息胚定域选种技术进行玉米种子不同区域机械分级对产量影响的试验,现将试验研究结果分析报告如下。

1. 试验材料

试验用玉米种子由我国从美国、瑞士引进的大型现代化种子加工设备进行机械干燥,将种子水分降到 14.0%,对干燥后的玉米果穗脱粒,并按全息胚定域选种理论分为中上部(即小扁粒、小圆粒),中下部(即大扁粒、大圆粒)和全果穗混合粒五个处理。

2. 试验方法

2.1 田间设计

试验采用随机区组排列,4次重复,小区行长 10 米,行距 0.6 米,穴距 0.4 米,每小区 150 株(穴),每公顷保苗 41,500 株,小区面积为 $10 \times 36(\text{米}) = 36$ 平方米,每穴点播 3 粒种子,播种同时施用磷酸二铵 200 公斤/公顷,不施有机肥,全区收获,经机械干燥后将种子水分降至 14.0%,然后脱粒、称重,产量结果用方差分析法进行统计分析。

试验总面积为 720 平方米。

2.2 试验条件

(1)试验地选择地势平坦,肥力均匀,前茬一致的黑壤土,并能旱涝保收,不受外界侵害。

(2)试验地于 4 月 20 日前用人工等距点播,每垅下种 3~5 粒,复土深浅要一致。

(3)每公顷施入二铵 200 公斤,每小区追肥一次,在 6 月初追施硝铵 300 公斤,田间管理进行三铲三趟。

3. 試驗結果與方差分析

3.1 生育性狀及生物學特性

在3葉期對幼苗生長性狀進行田間調查,苗期表現情況為中下部大扁粒種子成苗率為96.0%,比對照高2.0%,大圓粒種子為95.0%,比對照高1.0%,中上部小扁粒和小圓粒種子均為94.0%,與對照相同。見表1,從表中可以看出,在玉米苗期和成熟期,株高和莖粗差異不明顯,而成熟期穗長、穗粗、千粒重有明顯的差異,用玉米果穗中、下部(即大扁、大圓)區域做種子的穗長分別比對照混合種子(對照)穗長多2.1和4.1厘米,穗粗分別多0.7和0.6厘米,千粒重分別多21.0和18.0克。

表1 玉米全息胚定域選種試驗生育性狀及生物特性

結果 處理	項目	出苗期	成熟期	抽雄期	抽絲期	成熟期	生育期	株高
		(月、日)	(月、日)	(月、日)	(月、日)	(月、日)	(天數)	(cm)
中下部	大扁	4、20	5、11	7、27	8、2	9、22	133	281
	大圓	4、20	5、11	7、26	8、3	9、22	133	279
中上部	小扁	4、20	5、11	7、26	8、2	9、22	133	279
	小圓	4、20	5、11	7、27	8、3	9、22	133	284
整果穗混合粒(對照)		4、20	5、11	7、26	8、3	9、22	133	280

結果 處理	項目	莖粗	穗位高	穗長	穗粗	粒行數	行粒數	百粒重
		(cm)	(cm)	(cm)	(cm)	(個)	(個)	(g)
中下部	大扁	2.7	111	23.5	5.3	16	52	37.4
	大圓	2.8	122	21.3	4.8	16	49	36.2
中上部	小扁	2.9	110	25.5	5.2	16	53	37.1
	小圓	2.5	111	21.7	4.7	16	49	36.0
整果穗混合粒(對照)		2.6	109	21.4	4.6	16	48	35.3

3.2 隨機區組試驗結果的統計分析

3.2.1 简易分析法

(1) 将试验所得小区产量数据整理, 并计算各品系产量总和及各个重复产量总和, 折算出各品系的平均亩产量, 见表 2。

(2) 将各品系平均产量与对照品种分别计算百分数并排列位次, 计算结果见表 3。

表 2 玉米全息胚定域选种试验产量结果统计

结果 处理	项目	小区产量(kg/20m ²)				处理合计 (Tv)	处理平均 值(Tx)	平均亩产 量(kg)
		I	II	III	IV			
中下部	大扁	21.50	20.80	21.20	21.90	85.40	21.35	711.67
	大圆	20.70	20.20	20.10	20.20	81.20	20.30	676.67
中上部	小扁	17.60	17.50	17.80	17.70	70.60	17.65	588.34
	小圆	21.00	20.70	20.80	20.70	83.20	20.80	693.34
整果穗混合粒(对照)		16.70	18.10	19.40	18.60	72.80	18.20	606.67
区组重复总和(Tb)		97.50	97.30	99.30	99.10	393.10		

表 3 玉米全息胚定域选种试验产量结果分析

结果 处理	项目	平均亩产 (kg)	与对照增加 (%)	位次
中下部	大扁	711.67	17.31	1
	大圆	676.67	11.54	3
中上部	小扁	588.34	-3.02	5
	小圆	693.34	14.29	2
整果穗混合粒(对照)		606.67	0	4

(3) 由上面表 2、表 3 中可以看出, 在四次重复中, 玉米果穗的中下部区域籽粒做种子的小区产量均高于整果穗混合粒(对照)做种子, 其中中下部区域大扁籽粒的种子比对照整果穗混合粒种子

增產 105 公斤,增產率為 17.3%,大圓籽粒種子比對照整果穗混合粒種子增產 70.0 公斤,增產率為 11.5%。為了更加準確分析全息胚定域選種對玉米種子不同粒度機械分級對產量影響的差異是否顯著,我們採用變量分析法進一步說明如下。

3.2.2 變量分析法

(1)求得各項平方和

$$\text{矯正系數 } C = \frac{(\sum x)^2}{nk} = \frac{(393.20)^2}{4 \times 5} = 7730.313$$

其中上式中 $n=5$ 為小區處理數, $k=4$ 為小區重複數。

$$\begin{aligned} \text{總平方和 } T_s &= (\sum x^2) - C \\ &= 21.50^2 + 17.60^2 + \cdots + 19.40^2 + 18.60^2 \\ &\quad - 7730.313 \\ &= 7778.101 - 7730.313 = 47.78809 \end{aligned}$$

重複間平方和

$$\begin{aligned} S_r &= \frac{\sum T_b^2}{n} - C \\ &= \frac{85.40^2 + 70.6^2 + 81.20^2 + 83.20^2 + 72.80^2}{4} - 7730.313 \\ &= 7773.2603 - 7730.313 = 42.94727 \end{aligned}$$

機誤平方和 $= T_s - S_v - S_r$

$$= 47.78809 - 0.6547852 - 42.94727 = 4.186035$$

(2)求各種自由度

$$\text{總自由度 } T_f = nk - 1 = 20 - 1 = 19$$

$$\text{重複間自由度 } F_r = k - 1 = 4 - 1 = 3$$

$$\text{品種間自由度 } F_v = n - 1 = 5 - 1 = 4$$

$$\text{機誤自由度} = T_f - F_r - F_v = 19 - 3 - 4 = 12$$

(3)求各種方差

$$\text{品種間方差} = \frac{42.94727}{4} = 10.736818$$

$$\text{重复间方差} = \frac{0.6547852}{3} = 0.2182617$$

$$\text{误差方差} = \frac{4.186035}{12} = 0.3488362$$

误差方差越小,说明精确度越高,现将上面计算结果列于表4。

表4 玉米全息胚定域选种试验方差分析

变异原因	自由度	平方和	方差	F 值	5%F 值	1%F 值
品种间变异	4	42.95	10.74	30.78	3.26	5.41
重复间变异	3	0.65	0.22	0.63	3.53	6.0
试验误差	12	4.19	0.35			
总 和	19					

(4)求 F 值

$$\text{品种间 F 值} = \frac{\text{品种方差}}{\text{误差方差}} = \frac{10.74}{0.35} = 30.685714$$

查 F 表, $F_{12}^4(0.05) = 3.26$, $F_{12}^4(0.01) = 5.41$, 现求得 $F = 30.69 > F_{0.05}$, 表明上述五个品种间的产量差异是显著的, 同理求得:

$$\text{重复间 F 值} = \frac{\text{重复间方差}}{\text{误差方差}} = \frac{0.22}{0.35} = 0.6285714$$

查 F 表, $F_{12}^3(0.05) = 3.53$, $F_{12}^3(0.01) = 6.0$, 现求得 $F = 0.63 < F_{0.05}$, 表明重复间产量差异不显著。

(5) 分析各品种间差异的显著性(SSR 法)

多个品种间差异显著性测验的标准常用新复极差法的 SSR 法表示, 超过 L, S, $D_{0.05}$ 值认为达到显著水平, 超过 L, S, $D_{0.01}$ 值认为达到极显著水平。

$$L, S, D_{0.05} = t_{0.05} \times Sd$$

$$= t_{0.05} \times \sqrt{\frac{s^2}{n}} \times 2 = 2.179 \times \sqrt{\frac{0.35}{4}} \times 2 = 0.91$$

$$L, S, D_{0.01} = t_{0.01} \times Sd$$

$$= t_{0.01} \times \sqrt{\frac{S^2}{n} \times 2} = 3.055 \times \sqrt{\frac{0.35}{4} \times 2} = 1.30$$

将上面计算结果列入表5,在表5中,将超过 $L, S, D_{0.05}$ 值达到显著水平的用 * 表示,超过 $L, S, D_{0.01}$ 值达到极显著水平的用 ** 表示。

(上述试验的方差分析数据计算处理由长春市农业科学院计算机中心协助完成。)

表5 玉米全息胚定域选种试验产量差异比较

品 种	平均数	差 数			
大扁粒种子	21.4				
小圆粒种子	20.8	0.6			
大圆粒种子	20.3	1.1*	0.5		
整果穗混合粒种子(ck)	18.2	3.1**	2.6**	2.1**	
小扁粒种子	17.7	3.7**	3.1**	2.6**	0.6

4. 结论

1. 大扁种子即用全息胚定域选种玉米果穗中、下部籽粒,播种后种子田间成苗率高,幼苗发育健壮,植株长势一致,亩产为 711.67 公斤,比对照整果穗种子增产 105 公斤,增产率达 17.3%,居第一位。

2. 大圆种子即用全息胚定域选种玉米果穗中下部籽粒,种子幼苗发育健壮,长势整齐一致,亩产为 676.67 公斤,比对照整果穗种子增产 70 公斤,增产率达 11.5%,居第三位。

3. 小圆种子即用全息胚定域选种玉米果穗中上部籽粒,播种后种子幼苗健壮,幼苗植株略不齐,亩产为 693.34 公斤,比对照整果穗种子增产 86.67 公斤,增产率为 14.39%,居第二位。

4. 小扁种子即用全息胚定域选种玉米果穗中上部分籽粒,播

种后种子幼苗长势健壮,亩产为 588.34 公斤,减产 18.33 公斤,比对照整果穗种子产量低 3.12%,居第五位。

综上所述,全息胚定域选种技术对玉米种子机械分级产量有一定的影响,采用现代化种子加工厂机械设备,能够准确地把玉米果穗中上部、中下部(基部)籽粒,按大、中、小分成大扁、大圆、小扁、小圆准确地分离开,从而达到应用全息胚定域选种增产增收的目的。因此,在种子生产过程中,应大力推广全息胚定域选种技术,并在种子加工厂设计中积极配置种子精选分级设备,对种子进行分级处理,并实现精量播种,从而达到良种的增产优势。

参 考 文 献

- [1] 张颖清,全息胚学说,cDNA 返接与缺失动态平衡论和全息胚定域选种法,高技术、新技术农业应用研究,中国科学技术出版社,1991 年。

全息胚定时选种法应用

李景阳 高级农艺师 邢作福 高级农艺师

毛桂英 高级农艺师 杜庆峰 高级农艺师

杨进芹 高级农艺师 姜新民 农艺师

(山东省临沂市种子总站)

周新国 农艺师

(山东省种子管理总站)

杜立树 农艺师

(山东省临沂市农技站)

韩克俊 高级农艺师

(山东省临沂市农科所)

摘要 由中国山东大学张颖清教授提出的全息胚定时选种法,是全息生物学在生物选种育种上的重大技术突破。这种建立在全息胚学说基础上的选种新技术,可以在农业生产、园艺生产、林业生产、食用菌生产、畜牧业生产、人类计划生育和强化期望性状转基因组合工程等七个方面有着广阔的应用前景。本文简要地阐述了全息胚定时选种法的概念、理论基础以及在各方面应用要点,介绍了山东省临沂市在农业生产上应用全息胚定时选种法所取得的显著经济效益,为今后开发和研究应用这项新技术提供了依据。

关键词 全息胚;全息生物学;农业生产;全息胚定时;选种

由中国山东大学张颖清教授发明的全息胚定时选种法^[1],是全息胚生物学在生物选种育种上的重要应用,这项建立在全息胚学说基础上的选种新技术,已经取得显著的选择效果。并且在全息胚定域选种法与全息胚定时选种法基本思想和基因重组基本技术组合的基础上,张颖清教授提出了强化期望性状转基因组合工程^[2],从而在理论上和实践上,把生物选种、育种技术推向了一个新的发展阶段。

一、全息胚定时选种法的应用原理与概念

全息胚学说和全息生物学认为^[3],全息胚是生物体新的统一的结构和功能单位,一切生物都是由全息胚组成的,个体整体是发育程度最高的全息胚,细胞是发育程度较低的全息胚,是全息胚的特例。科学实验和生产实践充分证明,植物不仅通过采用全息胚定域选种法可以有显著的选择效果,提高有益于人类利用的性状,培育新的品种类型,而在不同的发育时期采用全息胚定时选种法,同样有显著的选择效果,并且比全息胚定域选种法应用范围更广。

那么,什么是全息胚定时选种法的应用原理与概念呢?根据张颖清教授的研究和实践证明^[4],就植物而言,整个植株这样发育程度最大的全息胚,或者是各个器官和部分这样发育程度较小的全息胚,在不同的发育时期,其共有高活性基因组合以及特有高活性基因组合是不相同的,从而才表现出各个不同发育时期性状的差异。在某一个发育时期,当某种基因有较高的活性时,就会有较多的这种基因的复本被返接到细胞基因组中。一种植物在某一发育阶段,某些基因组合会有较高的活性,以表达这一发育阶段的特有的性状。从而,这些基因的复本就会较多的返接到细胞基因组中。如果以这一发育阶段植物体上的繁殖材料(如种子、芽眼、芽、插条、接穗、细胞、组织等)作种,这些基因所表达的性状就会在后代的总体性状中有较强的表现,从而可以做到定向育种。这种在植物体或某一全息胚特定发育时期选种的方法,就称为“全息胚定时选

种法”。全息胚定时选种法是一种全息胚遗传工程。cDNA 返接与缺失动态平衡论和纯系或非纯系内全息胚定域选择有效理论为全息胚定时选种法提供了分子生物学的理论基础^[4]。

二、全息胚定时选种法的实践应用

根据本文作者初步研究^[5],全息胚定时选种法可以在农业生产、园艺生产、林业生产、食用菌生产、畜牧业生产和人类计划生育、基因工程等七个方面有着广阔的应用前景(详细内容请参阅由邢作福等编著、农业出版社于1993年8月出版的《全息胚定时选种法》一书)。

全息胚定时选种法在农业生产上的应用主要有以下三个方面:①根据农作物种子成熟期不同发育阶段进行全息胚定时选种和全息胚定时适期收获;②根据农作物苗期生长发育阶段进行全息胚定时选种选苗;③根据农作物苗期生长发育阶段进行全息胚定时间苗、定苗和移栽。在上述这三个方面对27种作物45项应用实践中,证明采用全息胚定时选种法都有良好的选择效果。山东省临沂地区从1992年至1993年两年来,全区有7个县在玉米、小麦、高粱、谷子四种作物籽粒期望性状成熟期不同发育阶段应用全息胚定时选种法,累计应用面积达到152.294万亩,共增产粮食和玉米一代杂交种子5110.632万公斤,共增加纯收入3479.33万元人民币。

1. 玉米:应在籽粒乳线消失期进行全息胚定时收获和选种。1992在郯城县西南村鲁玉2号制种田试验,半乳线期(蜡熟期)收获的一代杂交种千粒重286.10克,亩产194.60公斤,乳线消失期(完熟期)进行全息胚定时选种收获的千粒重346.55克,亩产235.67公斤,乳线消失期定时收获选种的比半乳线期收获选种的千粒重高60.45克,当季制种产量每亩多收41.07公斤,增产21.1%。乳线消失期收获选留的种子饱满度99.00%,发芽势92.00%,发芽率98.00%,比在半乳线期收获选种的分别提高5个百

分点和4个百分点。1993年在莒县前官庄村试验,播用全息胚定时选留的鲁玉2号一代杂交种子比非定时选留的种子,每亩增产37.33公斤,增产率为7.60%,方差分析达显著水平。两年全区全息胚定时选种技术应用面积达到114.394万亩,共增产粮食和一代杂交种4161.232万公斤,共增加收入2720.15万人民币。其中:①在一般大田应用全息胚定时选种技术适期收获面积达33.35万亩,当季每亩增产35.293公斤,增产率为10.57%,共增产1177.02万公斤,共增加收入711.65万元。②在玉米单交种制种田应用全息胚定时选种技术面积为3.844万亩,每亩当季增产一代杂交种33.25公斤,增产率为16.67%,共增产一代杂交种127.812万公斤,共增加收入294.66万元。③播用实行全息胚定时选留的玉米一代杂交种面积77.20万亩,比不采用这一新技术选留的一代杂交种种子,每亩增产37.00公斤,增产率7.60%,共增产粮食2856.40万公斤,共增加收入1713.84万元。

2. 高粱:应在籽粒蜡熟期发育阶段进行全息胚定时收获和选种。1992年在郯城县西南村对披头松品种测定,在蜡熟末期选种收获的千粒重为18.20克,亩产264.85公斤;完熟末期收获的千粒重14.9克,亩产216.85公斤。在蜡熟末期发育阶段进行全息胚定时选种的比完熟末期发育阶段收获的千粒重高3.30克,每亩增产48.00公斤,增产率为22.14%。1993年在该村试验,播用全息胚定时选留的种子亩产183.50公斤,比非定时选留的种子亩产172.75公斤,每亩增产10.75公斤,增产率为6.22%,方差分析达到显著水平。全区应用面积0.20万亩,当季每亩增产32.00公斤,增产率为16.84%,共增产6.40万公斤,共增加收入4.48万元人民币。

3. 小麦:应在蜡熟末期发育阶段进行全息胚定时收获和选种。1992年在临沂地区农科所对两个品种进行试验测定。第一个测定品种为临沂85—14,在蜡熟末期进行全息胚定时选种收获的,千

粒重 52.833 克,亩产 538.90 公斤,比在完熟期发育阶段不是定时选留收获的千粒重 51.666 克高出 1.167 克,亩产 527.00 公斤,高出 11.90 公斤,增产 2.26%。第 2 个测试品种为鲁麦 14 号,在蜡熟末期进行全息胚定时选种收获的千粒重 49.116 克,亩产 554.21 公斤,比在完熟期非定时选种收获的千粒重 46.195 克,高出 2.921 克,亩产 521.25 公斤高出 32.96 公斤,增产率为 6.32%。同年,在郯城县小埠乡西南村、东南村连片繁殖的 1500 亩鲁麦 15 号原种田大面积试验、示范,严格掌握在蜡熟末期进行全息胚定时适期收获留种,平均亩产达到 461.00 公斤,比非全息胚定时适期收获的亩产 437.79 公斤,每亩增产 23.51 公斤,增产率为 5.37%。临沂地区全息胚定时选种技术应用面积累计为 37.60 万亩,比在其他成熟发育阶段早收或晚收的当季每亩增产 25.00 公斤,增产率为 9.23%,共增产 940.00 万公斤,共增加收入 752.00 万元人民币。

4. 谷子:应在籽粒完熟期进行全息胚定时选种,据试验,以此发育阶段为标准,早收获 5 天的每亩减收 25.00 公斤,早收获 8 天的每亩减收 33.00 公斤,晚收获 5 天的每亩减收 17.50 公斤,减产率为 9.72~18.33%。全息胚定时选种技术应用面积为 0.10 万亩,比在其他发育阶段选种收获的,当季每亩增产 30.00 公斤,增产率 16.67%,共增产 3.00 万公斤,共增加收入 2.70 万元人民币。

三、全息胚定时选种法实践应用意义

全息胚定时选种法,与同全息胚定域选种法一样,都是在自然条件下(有时在人为的控制条件下),通过 cDNA 返接的方式,在基因组中扩增期望性状基因组拷贝数量以在后代中加强期望性状的方法^[6]。因此,有着十分激动人心的应用前景和实践意义,主要表现在以下 7 个方面。

1. 对农作物进行全息胚定时选种和适期收获,可以提高当季

留种产量、质量和大田产量,播用全息胚定时选留的种子又可以显著地提高下季大田产量和质量。例如,在最佳成熟期发育阶段进行全息胚定时收获选种,比非全息胚定时选种的当季可增产 10% 左右,有的作物如玉米、高粱、大蒜等可增产 20% 以上,而且可以获得饱满度、发芽势、发芽率等量化指标都较高的优良种子。

2. 对部分农作物、蔬菜作物、园艺作物、花卉作物和林木等植物进行全息胚定时选种,特别是在育苗移栽、密植补苗、分株繁殖、嫁接、扦插时,可以显著提高成活率,促使早生快发,有利于培育壮苗、壮秧,加快生长发育,给夺取高产打下基础。

3. 对农作物、林木、牲畜进行全息胚定时选种,可以提纯复壮品种,提高优良品种的综合丰产性状,防止在后代发生性状分歧,从而避免品种的自然退化,延长优良品种的使用年限。

4. 在期望性状表现最强的发育时期,或在种子、细胞、细胞群生活力表现最强的发育阶段,对植物或动物采收花粉或采取精液,并在雌性生殖细胞、细胞群生命力表现最强、活力最高的发育阶段进行人工授粉或受精,可以获得期望性状非常强的后代,从而使某种植物或某种动物更能满足人类的需要。

5. 在全息胚定域选种法与全息胚定时选种法的基本思想和基因重组基本技术组合的基础上,张颖清教授提出了强化期望性状转基因组合工程的新概念和具体操作步骤,这是基因工程的一个极为重要的新方向^[7]。实施这一新的基因工程方案,会创造出更多的奇迹,将会极大地满足人类的与动植物有关的食物或其他物质需要。例如,在以提高棉花纤维产量和质量为目标的强化期望性状转基因组合工程的操作中,选取中部枝上的中部铃的中部棉子近合点端的突起的生毛细胞作为取材部位,并且应在开花后的 15~20 天进行全息胚定时选种,就可达到预期的目标。由此推断,强化泌乳性状转基因组合乳牛的产奶量将比现在乳牛的产奶量提高数倍;强化籽粒性状转基因组合农作物可以提高数倍的产量;强化浆

果性狀轉基因組合葡萄可以象蘋果那樣大;強化花冠性狀轉基因組合花卉可以開出更大的花朵,等等。在這些強化期望性狀轉基因組合工程中,一個重要的必不可少的關鍵操作步驟,就是進行全息胚定時選種取材。

6. 對植物或動物,同時運用全息胚定域選種法和全息胚定時選種法進行選種、育種和繁育良種,可以收到更加顯著的增產效果和經濟效益,可以改良動物和植物品種,可以更快地定向培育人類需要的動、植物新品種和新物種,促進廣義農業生產的迅速發展。例如種植玉米,在乳線消失成熟期發育階段進行全息胚定時收穫選留一代雜交種,在播種時進行全息胚定域選用果穗中部健康籽粒,這樣,就可把玉米籽粒的全部優良性狀遺傳給後代,使期望性狀得到最強的表现,能够大幅度提高玉米產量和質量,這是發展玉米“三高”生產最簡便易行的有效途徑。

7. 運用全息胚定時選種法的理論,可以科學的、有效的指導人類按計劃生育,优生优育,控制人口正常發展,提高人類的整體素質,促使人類社會更加興旺發達,更加繁榮富強。

参 考 文 献

[1、2、4、6、7]張穎清,新生物觀,青島出版社,1991年。

[3]張穎清,全息生物學(上冊),高等教育出版社,1989年。

[5]邢作福等編著,全息胚定時選種法,農業出版社,1993年。

1996年8月,美國,洛杉磯

马铃薯的全息生物学研究 I

——形态学、生理学和发育生物学

王瑞库 副教授

(济南市农业高新技术开发区)

刘沂东 高级工程师

(济南市林业局)

杜景升 高级工程师

(济南市农业高新技术开发区)

摘要 作者从形态学、生理学、发育生物学等方面较系统地研究了马铃薯的全息生物学。根据张颖清的理论,研究了叶、枝、花、果的自主发育,进一步证明了它们在本质上的统一性,都是生活在植物体上的特化的新植株;划分出 5 类全息胚。

关键词 马铃薯;全息生物学;自主发育

张颖清全息胚学说^[1]提出以来,人们主要集中研究全息胚定域选种法在农业上的应用,对形态全息、生理全息和全息发育生物学方面研究甚少。张颖清已用大花马齿苋、鸡冠花、西瓜、菊为材料进行了研究,提出了叶或枝重演植株个体发育过程的理论^[3]。但这理论用于马铃薯未见报道。作者以马铃薯克新一号、克新四号等 10 余份材料,通过广泛的观察,测定和认真分析,得出与常规的对马铃薯认识极为不同的新观点,使人们得以重新认识马铃薯。

1. 材料与方法

马铃薯材料有克新一号、克新四号和一些农家品种,生育期间

觀察,取植株室內測量。在這些資料基礎上,再參考當代生物科學在形態學、解剖學、生理學和遺傳學等方面的研究成果,對它們綜合分析,反復推敲,以求深入揭示馬鈴薯的全息生物學。

2. 結果與分析

根據張穎清教授的發育生物學理論^[2,3]馬鈴薯的個體發育按時間先後順序分為五個階段:Ⅰ、受精卵形成期;Ⅱ、胚發育早期階段;Ⅲ、有1—幾片真葉的苗期;Ⅳ、有多片真葉的營養生長期;Ⅴ、開花、結實期。在各個時期的全息胚相應地被稱為合子型全息胚、早期胚型全息胚、真葉苗型全息胚、營養生長型全息胚和生殖生長型全息胚^[2]。馬鈴薯中所有單細胞在形態上和受精卵一樣,位於胚胎發育的起點,是合子型全息胚,其它的全息胚的發育都超出這一階段。

2.1 葉

張穎清已指出,葉是生活在植物主體上的特化新植株即全息胚,其自主發育重演植株的個體發育;植株的個體發育是先出子葉後生真葉,葉的自主發育,是托葉先得到充分生長,然後葉片才從托葉間長出。因此,托葉相當於植物整體的子葉^[3]。在研究葉這類全息胚的形態結構和自主發育時,必須先找出托葉,作為胚胎發育中“起始座標”。

馬鈴薯為羽狀複葉,托葉一對,在葉柄基部貼生,並延伸到莖上,以葉翼的形式存在。葉的發生,首先分化一對全息胚托葉,然後在托葉間伸出一個新葉,這樣的小植株與有一個大葉的發育階段的全株在總體形態特徵上是相似的,是一真葉苗型全息胚。這個新葉即真葉,是生活在托葉這一級植株上的二級小植株,它再自主發育,從其基部分化一對托葉,然後葉軸引長,出現一對小葉和一個頂葉。這對小葉便是三級植株的子葉,又是將來複葉的第一對側小葉,頂葉是三級植株的真葉,從而三級植株也是一真葉苗型全息胚。這時,整個複葉有一對側小葉和一個頂小葉,與三大葉的發育

全息生物學學術討論會文集

阶段的全株在总体形态特征是相似的,是三大真叶苗型全息胚。三级植株自主发育,在它的子叶基部分化一对小叶,然后叶轴引长,新叶形成,这是四级植株。这对小叶是四级植株的子叶,又是复叶的第二对侧小叶。这样,复叶有2对侧小叶和一个顶小叶,是五大真叶苗型全息胚。如果四级植株又进行一次向下产生2子叶形成五级植株的自主发育,则整个复叶是七大真叶苗型全息胚。这样,叶上多重新植株自主发育的结果,组成了马铃薯的羽状复叶。由于小叶自上而下奠基,故复叶倒卵形,叶缘曲线为上升型。

复叶中小叶也是全息胚,有着与大叶相同的自主发育过程。小叶下侧的叶性物在其柄(或轴)的下方贴生,并延伸到复叶轴上,无柄的叶耳就发生在叶性物上,托叶也包含它之中。小叶的这种结构,恰说明了它也可以是复叶。小叶的发生过程如下:在托叶(一级植株)出现后,从托叶间出现一真叶(二级植株),这样,整个小叶有2托叶一真叶,属于一真叶苗型全息胚。二级植株即真叶向前发育,从其基部分化一对新叶,这对新叶是三级植株的子叶,植物学上称为叶耳。小叶这时有一对叶耳和一个顶叶,处于三真叶苗期阶段。三级植株又独立发育,从其子叶即叶耳基部(下侧)产生一对新叶,这对新叶是四级植株的子叶,又是小叶的第二对叶耳。这时,小叶共有2对叶耳和一个顶叶,是五大真叶苗型全息胚。以后新的植株不断重复这样的发育过程,从而,小叶也是羽状复叶。但新形成的叶耳往往因发育不足,在很早期就退化,特别是小叶轴上侧的叶耳,所以实际叶耳数很少,不具有典型的羽状分布。这是自然选择而使叶发生的一种特化。

综合以上研究,我们得出三个非常明确的结论:第一,马铃薯的叶可以是高度特化了的二回羽状复叶,它是全息胚等滞点复式跟随发育产生的复式结构。第二,托叶贴生,包括在叶翼中;托叶不是一般资料中所认为的存在叶腋间的那对叶状物,这对叶状物是分枝的先出叶。第三,有一种被认为异常叶型的叶,其小叶轴两侧

分布對生的葉耳,這種葉比一般品種的葉,是更明顯的二回羽狀複葉,它的存在恰是上面結論的證據。異常葉並不異常,它是全息胚發育過程中正常出現的一種正常葉。

葉的自主發育,可以停止在胚胎發育時間軸的不同位置,結果在同一植物體範圍內的複葉,可以表現不同數量的小葉。我們觀察一株馬鈴薯,它的第一葉為單葉,第二葉2裂,第三葉3裂,第四葉4裂,第五葉5裂,這些葉分別處在一真葉苗期、二真葉苗期、三真葉苗期、四真葉苗型、五真葉苗型。

由於馬鈴薯葉的這種形成方式,可以推測,葉的發育程度不同,如葉的淺裂、深裂不同,將會造成眾多類型的馬鈴薯葉。如果葉的發育最後在2托葉一真葉階段,這是全緣葉類型馬鈴薯;如果葉的發育最後在2托葉5小葉階段,便是2對側小葉類型馬鈴薯。這一結果對研究馬鈴薯進化具有指導意義。

2.2 枝

張穎清指出^[3],枝也是生活在植株主體上的新植株即全息胚,其自主發育是植株個體中先出現一對子葉,然後從兩葉間出現真葉,最後開花、結實過程的重演。枝發育的各階段與植株個體發育的相應階段,在總體形態特徵上是相同的:如2子葉苗期與2先出葉苗期相同,都屬於子葉苗型全息胚;植株的真葉苗期與枝的真葉苗期相同,都屬於真葉苗型全息胚;植株開花期與枝開花期相同,都屬於生殖生長型全息胚。在植株,子葉伸出後,子葉一般不再向前發育,而枝的先出葉卻顯示較強的發育能力,變成2裂片、3裂片、4裂片的複葉,達真葉苗期。

枝與主莖葉序相同,是2/5、3/8或5/13式;氣孔密度分布規律相同,總的趨勢是上部葉多於下部葉(表1)。葉干重、鮮重、面積在主莖和分枝不同部位分布有明顯的規律性,一般是中下部大於上部和下部(表2)。

表 1 植株气孔密度分布(个/mm²1992)

器官	上部叶	中部叶	下部叶
主茎	119.7	110.7	99.3
分枝	178.1	108.2	105.8

表 2 植株叶部性状分布(克新一号 1993 年)

器官	各部位叶鲜重(g)				各部位叶干重(g)				各部位叶面积(cm ²)				
	下	中下	中上	上	下	中下	中上	上	下	中下	中上	上	
主茎	1 ₀	2.6	16.2	7.2	1.6	0.9	2.7	1.4	0.5	102.7	325.5	163.9	54.9
分枝	1 ₁	1.5	2.9	1.3	0.5	0.4	0.6	0.4	0.2	45.9	74.8	46.8	25.2
	1 ₂	3.7	4.7	2.3	1.0	0.8	1.0	0.6	0.4	89.9	117.9	67.9	42.6
	1 ₃	2.1	2.1	1.0	0.4	0.5	0.5	0.3	0.1	59.9	62.7	37.9	21.5
	1 ₄	2.4	2.6	1.1	0.5	0.6	0.6	0.3	0.2	67.1	68.9	40.8	23.1

注:分枝编号由下向上。

气生块茎是枝的变态,它的发育过程是在伸出一对先出叶后,上轴部分形成膨大的茎,枝上的腋芽就成为块茎的芽眼,复叶则退化为鳞片。依同样的发育方式,气生块茎再次产生新块茎。

2.3 块茎

块茎是枝的变态,是营养生长型全息胚。块茎与主茎及分枝的对应部位有较高程度的相似性,如顶端与顶端,基部与基部,芽眼与腋芽,鳞片与复叶。块茎芽眼分布与枝腋芽分布完全相同,为2/5、3/8或5/13式。芽眼中含有2个副芽1个主芽,副芽是先出叶的叶腋芽,与子叶的叶腋芽生物学性质相似;主芽就是长在全息胚先出叶上的二级小植株。这是主芽和副芽的来源和性质。由于块茎顶芽产量>中部芽产量>基芽产量,故主芽产量应当高于副芽产量,产量遗传势最强的部位应是块茎的顶芽的主芽。生产上应尽量保护主芽不受伤。

葡萄茎是长在地下的分枝。主茎或枝生长到一定阶段,顶部孕

蕾成花、结果;葡萄茎生长达一定阶段,顶部膨大、结块茎,当其伸出土面时,顶部又能开花结果。从存在部位看,花位于茎、枝之顶,块茎位于葡萄茎之顶,花和果与块茎恰好全息对应。从而表明,块茎是花、果的变态,它们之间有高度的相似性。通过广泛的观察,看出块茎与花在胚胎发育中的平行变化关系。把花、果的个体发育按时间先后顺序分为四个阶段:(A)花芽分化期,形成花原始体;(B)开花结实期,浆果重量和体积急剧增加;(C)物质积累和果成熟期,开花结果结束,茎叶养分向果中积累;(D)种子滞育期。块茎的个体发育按时间先后顺序也分为四个阶段:(a)块茎雏形形成期,以葡萄茎顶端停止极性伸长,开始由下向上膨大为标志,此期决定单个块茎节数和总体块茎数;(b)增长期,块茎重量和体积成倍增加;(c)物质积累和成熟期,茎叶养分向块茎中积累,体积不再增大,而重量继续增加;(d)芽滞育期。块茎发育的四个阶段与果发育的四个阶段,在形态、生理上基本对应相似,如A与a相似,B与b相似,C与c相似,D与d相似,并且在时间上可能是同步的,如A期正是a期,B期正是b期,C期正是c期。用花的发育状态反映块茎的发育时期,以在不同时期制定相应的栽培措施。

块茎与果的相似性还表现在:浆果中沿其中轴着生许多种子,在一块茎中沿其纵向轴也着生许多与种子属于同型同功全息胚的芽;心皮中轴全息于块茎纵轴,两者相关变异,如颜色方面,它们总是保持一致。例如,克新四号,子房断面有色,块茎皮就为黄色。由于种子藏于果皮内,那么进化上更早期的马铃薯的芽眼也可能象种子那样内藏,藏于块茎表皮下,由于人工选择,才使其裸露。现存的深芽眼类型可能属于半隐藏状态。

块茎是个多芽体,芽中有先出叶,幼叶和生长点,相当于一粒种子。但与种子又不同,芽是生长在母体块茎这样的天然培养茎中的,对外界适应能力差,遇高温易萌发,从而降低生活力,导致退化。这是高温退化的原因。

由于匍匐茎与枝是同源的,采取压枝法、高培土法,使枝化为匍匐茎,增加匍匐茎数量,可提高产量。我们试验,压枝可以增产10%。具体做法是:摘顶促进分枝,把基部几个分枝压入土中,腋芽生出匍匐茎,匍匐茎顶端结成块茎。另外,采取一定的措施,增加茎的粗度,也就增加了块茎重,提高了产量。

2.4 花

花是全息胚,它的自主发育当然重演整体的发育过程,自然也重演枝的发育过程,所以花的各部分器官应与叶是同源的,是叶的变态。完全有理由认为,花是变态的枝。但花与枝在形态上又有许多不同:①花的先出叶过早退化;②叶是单叶,不是复叶,并且高度特化;③叶基部合生;④节间没有伸长,聚集成花托。马铃薯花在自主发育中,共分化17片叶;其中,5片特化为萼片,5片特化为花瓣,5片特化为雄蕊,最后的2片叶,也就是最上面的2片叶合并成子房。有时,萼片7片,花瓣亦7片,雄蕊亦7个,似乎三者间数目有相关变异。

在马铃薯,花序的形成是一个全息胚等滞点复式跟随发育过程。首先形成花序中顶部最大的一朵花,是主茎花,称一级全息胚,一级全息胚上又生长着二级全息胚——花,二级全息胚上又生长着三级全息胚——花,……,依次类推。下一级花长在上一级花的基部,并且只有一朵,第 n 级花垂直于 $n-1$ 和 $n-2$ 级花所在的平面。这样的复式跟随发育一直进行下去,使花的数目增加,这些花的排列形式与同属的番茄的相同。一般的马铃薯书刊中都把花序画成基部并合的伞形结构,似不科学。

2.5 其他

马铃薯的叶脉、茎枝及根系排列形式全息相似,叶有主脉和各级侧脉组成的网状脉,主茎上有一级到几级分枝,种子根有主根和几级分枝侧根。主根全息对应主茎和主脉,侧根全息对应侧枝和侧脉。根系可以看做是生长在地下的向下生长的小植株。植株整体

是全息胚复式跟随发育形成的复式结构。根系的形成也是基于全息胚等滞点复式跟随发育。在根系的发育过程中,可以看做各级全息胚都将其发育滞点停在相同阶段。因为根不能过渡到花和果的形式,营养生长型全息胚就是各级根的共同滞点。

参 考 文 献

- [1]张颖清,全息生物学概论,全息生物学研究,山东大学出版社,1~20,1985。
- [2]张颖清,全息生物学(上册),高等教育出版社,237~245,1989。
- [3]张颖清,全息胚学说的新证据:枝或叶的自主发育重演植株的个体发育,第二届国际全息生物学学术讨论会文集(中文版),高等教育出版社,11~19,1992。

马铃薯的全息生物学研究 II

——多层次、多方向全息胚定域选择

王瑞库 副教授 刘沂东 高级工程师
(济南市农业高新技术开发区) (济南市林业局)

杜景升 高级工程师
(济南市农业高新技术开发区)

摘要 根据遗传势理论,对马铃薯在不同层次上对几个性状定域选择,结果如下:①块茎、枝、主茎遗传势编码顺序相同,上部或顶部最强,向下递减;②定域选择可以提高产量,改善品质,增强抗逆性,防止退化;③地下部分优势最强的部位是,块茎区的下部区的块茎的顶芽的主芽,由此设计了顶芽留种田和连续顶芽留种新留种程序;④总结出六种全息胚定域选择技术。

关键词 马铃薯;全息生物学;全息胚定域选种法;遗传势

迄今,有关全息胚定域选择^[1~2]试验主要集中在产量方面^[3]对其它性状研究尚少,以马铃薯为材料来研究多个性状的根本未见报道。继我们在马铃薯产量、淀粉含量^[4]的研究以后,又在不同层次,对产量、抗病性、形态等性状定域选择,这又是选种方面的几个新的研究领域。本研究为马铃薯栽培、育种提供理论依据。

1. 材料与方法

试验材料有克新一号和克新四号两个品种。

1.1 秋天取健康植株若干株,在每株结薯区按上部结薯区(简称“上区”)和下部结薯区(简称“下区”)各取 2 个整薯,每个整薯切成顶芽和基芽两部分。上区的 4 个切块种 4 穴于一垄上,下区的 4

个切块相应地种于另一垄4穴上,构成一对比组。两垄的土壤肥力、施肥、管理条件完全一致。

1.2 把每个块茎分成顶芽、中芽、基芽三种处理,或设顶芽、混合芽、基芽三个处理。克新一号产量试验用的顶芽是结薯区的下区块茎的顶芽,混合芽、基芽及克新四号用的种芽都来自不分区域的混合块茎。小区面积 33.3m^2 , 植 200 株, 三次重复, 随机区组排列。前茬小麦, 地面平整, 肥力一致。

1.3 茎、枝段芽做种试验用克新一号。块茎播种, 幼苗长到 7~13 叶时, 选取健康、生长旺盛的茎或枝, 切成上、中、下三段, 每段 4~5cm, 带有 1~2 叶, 为一个做种切段, 各切段分别称上部芽, 中部芽, 下部芽。切段先经 α -NAA 或生根粉处理, 然后斜插入苗床中, 深度 3~5cm, 上面只留一个叶片。待切段生有数条根时, 带土移到田间和温室中, 坐水栽植, 对应的一组三株相邻种植。植株生长期间, 各项观察、测试均按常规法。

2. 结果与分析

2.1 结薯区不同层次选择

从全株看, 主茎地下部分有匍匐茎和块茎, 地上部分有分枝, 故地下部分是形成匍匐茎和块茎的强遗传势区。在地下部分, 越是向下即越近茎基部, 匍匐茎和块茎越大, 因而下区比上区形成块茎能力强。在克新一号, 1992 年试验下区块茎做种比上区的增产 24.1%, 1993 年试验下区块茎做种比上区的增产 17.4%, 都达到显著或极显著水平(表 1)。克新四号下区做种比上区做种增产 13.3%, 达显著水平(表 1)。除了有块茎产量提高外, 其它性状也不同程度地表现优势, 如出苗早, 现蕾早, 开花早, 植株高, 茎秆粗, 叶片多, 叶片重, 叶面积系数大, 光合强度高(表 2)。这些性状的强化, 奠定了下区高产的生理基础。

表 1 结薯区两部位做种产量比较(kg/株)

品 种	处 理	平均产量	增产%	显 著 性
克新一号	上区	0.29	0	$t=4.87(V=19)$
(1992 年)	下区	0.36	24.1	$P<0.01$
克新四号	上区	0.30	0	$t=2.56(V=19)$
(1992 年)	下区	0.34	13.3	$P<0.05$
克新一号	上区	0.23	0	$t=2.48(V=22)$
(1993 年)	下区	0.27	17.4	$P<0.05$

表 2 块茎上不同的芽种植后植株性状差异

品种	克新一号(原种)			克新一号			克新四号			克新一号	
处理	顶芽	中芽	基芽	顶芽	中芽	基芽	顶芽	中芽	基芽	下区	上区
出苗期(日/月)	13/6	14/6	16/6	13/6	17/6	18/6	10/6	14/6	19/6	0	2*
出苗(%)	98.1	95.6	74.5	91.6	85.0	87.8	96.1	78.4	67.6	96.9	88.7
现蕾期(日/月)	28/6	30/6	1/7	29/6	30/6	30/6	28/6	30/6	2/7	0	+2*
开花期(日/月)	13/7	15/7	17/7	15/7	17/7	19/7	15/7	17/7	19/7	0	+2*
株高(cm)	24.5	18.7	15.2	23.6	19.4	14.5	23.4	19.3	16.6	20.7	16.5
茎粗(cm)	1.48	1.29	1.17	1.48	1.31	1.15	1.55	1.41	1.22	1.23	1.04
茎叶鲜重(kg)	0.28	0.19	0.11	0.44	0.26	0.17	0.37	0.21	0.14	0.20	0.12
茎叶干重(kg)	0.03	0.02	0.01	0.05	0.03	0.02	0.05	0.03	0.02	0.03	0.02
单株叶数	12	11	10	12	10	9	13	11	10	12	10
叶面系数	3.4	2.4	1.3	5.5	3.5	1.7	3.5	2.5	2.0	3.53	1.82
光合强度 (mg/d ² hr)	5.08	3.78	3.18	4.03	3.43	1.79	4.44	3.54	2.78	4.9	3.7

* 比下区推迟 2 天

同一匍匐茎,顶部直接结块茎,对形成块茎,顶部比其它部位遗传势强。块茎是膨大了的匍匐茎。在同一块茎中,与匍匐茎顶端相对应的块茎的顶芽比其它部位芽,形成块茎能力强,产量遗传势高。在克新四号,顶芽比基芽增产 19.5%,比混合芽增产 14.7%,增产幅度显著性达到或超过 5%水平(表 3)。既然下区强于上区,顶芽又强于基芽和混合芽,所以下区块茎的顶芽遗传势应最强。如

克新一號,下區塊莖的頂芽比混合塊莖的莖芽增產 22.8%。比混合塊莖的混合芽增產 13.9%,增產的差數達顯著標準或極顯著標準(表 3)。頂芽除了產量優勢外,還有其它方面的鮮明的優勢。如克新一號(原種)。頂芽種比基芽種出苗早 3 天,開花早 4 天,株高超 9.3cm,莖粗增 0.31cm,葉鮮重增加 0.17kg,葉干重增加 0.018kg,葉數多 2 片,葉面積系數高 1.6 倍,光合強度提高 1.90 mg/d²hr(表 2)。這些性狀的強化,奠定了頂芽種高產的生理基礎。

表 3 塊莖不同部位芽種產量分析(kg/區)

品種	處理	I	II	III	X	增產%	顯著性	
							%水平	1%水平
克新一號	頂芽*	63.4	60.5	61.8	61.9	22.8	a	A
	混合芽	56.1	53.0	53.7	54.3	7.7	b	B
	基芽	49.8	50.4	51.1	50.4	0	c	B
克新四號	頂芽	56.7	53.1	54.0	54.6	19.5	a	A
	混合芽	49.4	46.8	46.5	47.6	4.2	b	B
	基芽	48.7	44.1	44.4	45.7	0	c	B

* 下區塊莖的頂芽。表中其它的種芽來自混合塊莖。

表 2 的結果還表明,下區比上區,頂芽比中芽,中芽比基芽生長勢強,生活力強,因而抗病性強,退化率低。馬鈴薯退化的原因,一是高溫,二是病毒。從病毒原因看,病毒分布不均勻,在一個芽中上部少下部多,故培養莖尖可以脫毒。塊莖是一個芽的全息放大,病毒分布也應是,頂部少于基部,故頂芽種比其它部位的芽種退化率低。在克新一號,下區比上區病株率低 11.2%,退化率低 1.0%。克新一號原種,頂芽病株率為 1.5%,比中芽、基芽低 3 倍和 3.6 倍;頂芽退化率為 0,比中芽、基芽低 1 倍和 3.4 倍(表 4)。

表 4 不同的芽种抗病性比较

品种	处理	病株%*	退化株%
克新一号	下区	4.7	0.9
	上区	15.9	1.9
克新一号 (原种)	顶芽	1.5	0
	中芽	6.3	1.0
	基芽	6.9	3.4
克新一号	顶芽	3.9	1.7
	中芽	3.3	3.3
	基芽	6.6	3.9
克新四号	顶芽	4.9	1.9
	中芽	4.9	3.9
	基芽	4.9	7.8

* 包括早疫病、晚疫病、环腐病。

2.2 地上部分茎、枝做种

块茎是枝的变态,块茎与茎、枝对应部位包括遗传特性在内的生物学特性相似程度较大。根据前面的研究,可以推断,枝的上部是产量性状强遗传势区,上部芽做种除了有产量增加外,其它性状如开花期、株高、叶数也有不同程度的优势。表 5—表 9 的试验结果完全证明了这一点。从表 5、表 6 结果看出,单株块茎产量,上部芽比中部芽高 31.1%,差异不显著;比下部芽高 54.5%,差异极显著。单株茎叶鲜重,上部芽比中部芽高 25.2%,差异不显著;比下部芽高 65.2%,差异极显著。

根据整体的形态特点,分析现蕾期、叶片数强优势部位,结果与上述推断的相同。在主茎,越是上部的分枝达到开花时形成的叶数越少(表 10),从腋芽出现到现蕾开花所经历的时间越短。根据这个规律和遗传势理论,认为上部芽对形成较少的叶数便开花有

表5 块茎产量结果分析(g/株)

处理	平均产量	增加%		显著性
上部芽	173.0	54.5	31.1	$t_{上 \cdot 中} = 2.536 (v=38)$
中部芽	132.0	17.9	0	$t_{中 \cdot 下} = 3.708^{**} (v=33)$
下部芽	112.0	0		$t_{上 \cdot 下} = 4.915^{**} (V=38)$

表6 地上部分鲜重结果分析(g/株)

处理	平均鲜重	增加%		显著性
上部芽	164.0	65.2	25.2	$t_{上 \cdot 中} = 1.671 (v=38)$
中部芽	131.0	31.9	0	$t_{中 \cdot 下} = 4.37^{**} (v=33)$
下部芽	99.3	0		$t_{上 \cdot 下} = 4.996^{**} (V=38)$

表7 开花期叶片数结果分析(个/株)

处理	平均叶数	增加叶数		显著性
上部芽	10.7	0		$t_{上 \cdot 中} = -4.308^{**} (V=34)$
中部芽	13.9	3.2	0	$t_{中 \cdot 下} = -2.898^{**} (v=32)$
下部芽	15.2	4.5	1.3	$t_{上 \cdot 下} = -6.722^{**} (V=39)$

表8 现蕾期结果分析(日/月)

处理	平均现蕾日	增加		显著性
上部芽	15.2/9	0		$t_{上 \cdot 中} = -2.054^{*} (v=35)$
中部芽	20/9	4.8	0	$t_{上 \cdot 下} = -2.625^{*} (v=38)$
下部芽	22.2/9	7.0	2.2	$t_{中 \cdot 下} = -2.033 (V=32)$

表9 植株高度结果分析(cm)

处理	平均株高	增加高度		显著性
上部芽	33.0	4.7	1.5	$t_{上 \cdot 中} = 0.260 (v=33)$
中部芽	31.5	3.2	0	$t_{中 \cdot 下} = 2.245^{*} (v=32)$
下部芽	29.3	0		$t_{上 \cdot 下} = 2.028^{*} (V=37)$

着强的遗传势,对较快的时间达到现蕾开花期也有较强的遗传势。

在表 7 中,在开花期上部芽平均叶数 10.7 片,比中部芽少 3.2 片,比下部芽少 4.5 片,三者间差异极显著。在表 8,上部芽平均现蕾日在 9 月 15 日,比中部芽显著($p < 0.05$)提前 4.8 天,比下部芽显著($p < 0.05$)提前 7 天。

表 10 主茎与不同部位分枝开花时节数

主茎		分 枝				
I ₀	I ₁	I ₂	I ₃	I ₄	I ₅	I ₆
16	12	12	12	11	9	6

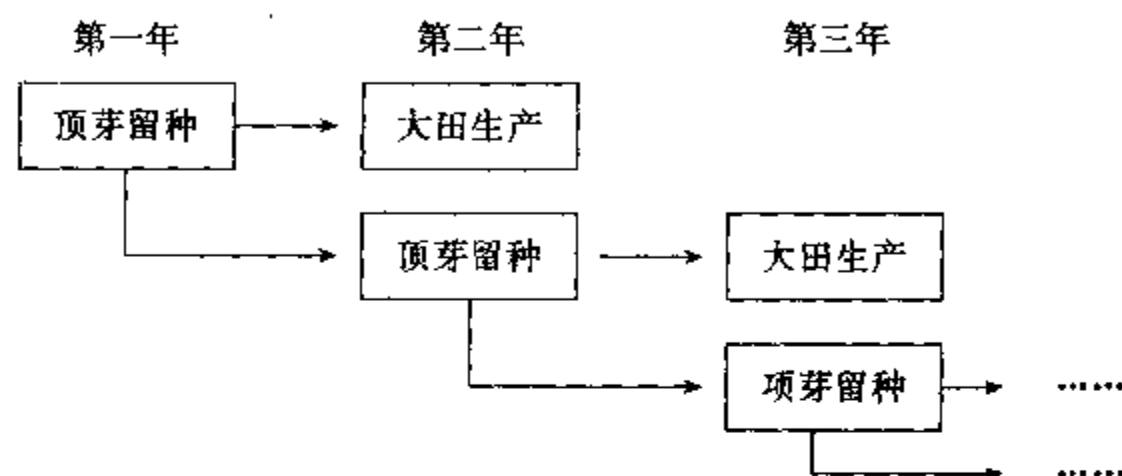
从生理上分析,上部芽(或块茎顶芽)是幼嫩芽,形态上表现继续生长的优势,而下部芽(或块茎基芽)是老芽,形态上表现有限生长,从而上部芽比下部芽株高遗传优势强。上部芽平均株高 33cm,比中部芽高 1.5cm,比下部芽高 4.7cm(表 9)。

3. 讨论与小结

3.1 块茎与茎、枝遗传势编码顺序相同,上部或顶部遗传势最强,向下递减;强的这个部位的芽做种不仅产量高,而且出苗早,开花早,植株高,茎粗,叶面积大,光合强度高,抗病性强,退化率低。说明,某一部位的遗传优势表现是多方面的,不是一、二个性状的单独表现。几年的研究看出,全息胚定域选种法确实可以提高产量,改善品质^[4],增强抗逆性,提高种性,防止退化,缩短开花期和成熟期。因此,在马铃薯栽培、育种和脱毒苗生产中,应尽可能用生产性能好的顶芽和上部芽。

3.2 马铃薯上形成产量优势最强的部位应是,块茎区的下部区的块茎的顶芽的主芽,用这样的芽做种,将比混合块茎的顶芽做种产量高出很多,但实际中用种量大,可以考虑用于优质无毒苗生产,提高繁殖系数。即使不分结薯区域的混合块茎的顶芽做种,用种量也较大。为此,作者设计了建立顶芽留种田和连续顶芽留种新留种程序。连续顶芽留种,就是每年选择顶芽留种田上健壮株上结薯区的下部区的优质薯,选择顶芽做为来年留种田的种薯,这样使

种薯始终是用顶芽做种,可以不断提高种性。顶芽留种田和大田生产田面积比例为1:10。



马铃薯连续顶芽留种示意图

3.3 全息胚定域选择不仅对产量选择有效,而且对其它性状选择也有效。据选择内容和育种目标,定域选择技术分为以下几种:①产量定域选择技术,如表1、表3、表5和表6的产量结果;②品质定域选择技术,如马铃薯淀粉含量^[4]、甜菜含糖量选择;③抗病定域选择技术,如表4结果;④形态定域选择技术,如表7的叶数选择,表9的株高选择,还有金边虎尾兰^[2]的叶色选择;⑤开花期选择,如表8结果;⑥其它,如抗逆性选择,成熟期选择,高光效选择等。

参考文献

- [1]张颖清,生物全息律,自然杂志,4(4):243~248,1981.
- [2]张颖清,全息生物学研究。山东大学出版社,1985.
- [3]邢作福等,全息胚定域选种法的增产效果,第二届国际全息生物学学术讨论会文集(中文版),高等教育出版社,624~633,1992.
- [4]王瑞库,提高马铃薯淀粉含量的全息胚定域选择法,第二届国际全息生物学学术讨论会文集(中文版),高等教育出版社,645~646,1992.

提高甜菜含糖量的全息胚定域选种法

王瑞库

(济南市农业高新技术开发区)

刘沂东

(济南市林业局)

杜景升

(济南市农业高新技术开发区)

摘要 根据遗传势理论,对甜菜糖分含量进行全息胚定域选种。结果表明,用糖分含量高的根头基部的侧芽做种比根头顶部的顶芽做种增加糖分含量,统计分析,达到显著水平。本研究结果对甜菜高糖分栽培、品质育种及其它作物上品质性状定域选种具有一定指导意义。

关键词:甜菜含糖量;全息胚工程;遗传势理论;全息胚定域选种法

张颖清提出的全息胚定域选种法^[1~2]已在众多作物上用于提高产量,取得显著的经济效益^[3]。这些研究,都是对产量性状选择。而选种法的本身含义不仅如此。继我们在马铃薯^[4]上首报品质性状定域选种法后,又用甜菜继续研究,进一步证明了这种选择法能增加糖分,在理论和实践上都具有重要的意义。

1. 材料与方法

供试材料为 ft-40 和 k-11。选择健康无病的母根若干个,按两种方案试验。

方案 I,把同一母根從頂部向基部縱向切成大小近等的兩部分:一部分削去根頭頂部芽,留下基部側芽,用帶側芽的塊根做種,此為側芽種;另一部分保留頂芽,用帶頂芽的塊根做種,此為頂芽種。兩者組成一對比組。兩種塊根經表面消毒,移到田間,相對應種植兩行,兩行的土壤、施肥和管理措施完全相同。ft-40 設置 48 個對比組,k-11 設置 36 個對比組。用錘度計測單株含糖量。

方案 II,也設兩個處理:完整母根直接削去頂部芽,留下基部側芽,此為側芽種;完整母根挖去側芽,保留頂部芽,此為頂芽種。小區面積 10m 行長×3 行,重複 5 次,隨機區組排列。每區取 10 株測糖含量。

2. 結果與分析

甜菜植株糖分含量不均勻。從整株來看,地下部分塊根含糖率高,地上部分莖葉含糖率低;從塊根的縱剖面觀察,根頭頂部含糖分最低,向下到根莖、根體糖分漸次增加,到根體中下部達最大值,再向下反而減少。根頭是縮短的莖,其頂芽部位含糖量低於側芽部位含糖量。從張穎清的遺傳勢理論可以認為,根頭側芽對糖含量有強的遺傳勢,由側芽形成的植株應當比頂芽形成的植株糖分含量高。本試驗採用兩種方案,結果證明了這一點。ft-40 側芽種比頂芽種含糖量高 6% 和 6.9%,方案 I 中達顯著水平(表 1—表 4),K-11 側芽種比頂芽種增糖分 6.4%(表 1)。

表 1 甜菜含糖量定域選種結果——方案 I

品種	處理	平均含糖量%	增加%
ft-40	側芽	17.23	6.0
	頂芽	16.25	0
k-11	側芽	17.53	6.4
	頂芽	16.48	0

表 2 ft-40 两部位芽做种的含糖量(%)——方案Ⅱ

处理	I	Ⅰ	Ⅱ	Ⅳ	V	Ⅵ	糖增加%
侧芽	17.56	17.56	16.92	17.00	18.10	17.43	6.9
顶芽	16.40	16.50	16.70	15.96	15.90	16.29	0

表 3 方差分析表

变异来源	DF	SS	MS	F	F _{0.05}	F _{0.01}
区组间	4	0.42	0.13			
处理间	1	3.22	3.22	12.88*	7.71	21.20
误差	4	0.99	0.25			
总变异	9	4.64				

表 4 含糖量差异显著性测验

处理	含糖量(%)	差异	备注
顶芽	16.29		LSD _{0.05} =0.88
侧芽	17.43	1.14*	LSD _{0.01} =1.47

另外,两种植株在田间生长表现明显不同。有顶芽的母根容易萌发,生长快。而削去顶芽的母根,出苗缓慢,抽苔期和开花期延迟;在根横切面的边缘上出现较旺盛的芽簇。按第一实验方案,被纵切的母根容易腐烂,抑制萌发,破坏对比组。因此,第二种实验方案比较合理,实施容易。

3. 讨论与小结

含糖量是甜菜重要品质性状,用侧芽做种来提高含糖量,这对甜菜高糖栽培和高糖育种具有重要指导意义。

根据马铃薯上的试验,我们提出了品质性状或生化性状全息胚定域选种法,本试验又进一步证明这种方法可行,提高了甜菜糖分。根据生物全息律、遗传势理论,品质性状或生化性状全息胚定域选择法的具体内容表述为:生物体上某一部位的特定性状是这

一部位高活性基因组合表达的结果,取生化物质含量高的部位组织繁殖后代,能使该物质含量得到加强,从而使作物改善品质,中草药上物质含量富集。前已述及,根体中下部含糖最高,是全株中含糖量遗传势最强部位,培养这部位细胞所再生的植株将比亲体植株及其它部位的细胞所再生的植株糖分高。我们培养这一部位的细胞,但至今没有得到完整的再生植株,这一推测也没有得到验证。甜菜的种子也可做为选种材料,侧枝种子应比主茎种子做种含糖量高。由于条件和时间限制,我们尚未进行这一试验。以上两种糖分定域选择方案的提出,是希望有志之士通力合作,继续研究。

参 考 文 献

[1]张颖清,生物全息律,自然杂志,(4)243~248,1981。

[2]张颖清,全息生物学概论,全息生物学研究,山东大学出版社1~21,1985。

[3]邢作福,农作物全息定域选种法及其应用成果,第一届国际全息生物学学术讨论会文集(中文版),高等教育出版社,367~368,1990。

[4]王瑞库,提高马铃薯淀粉含量的全息胚定域选种法,第二届国际全息生物学学术讨论会文集(中文版),高等教育出版社,645~646,1992。

Ⅶ. 其他

作为一个生物控制论个体的生物体

Vilhelm Schjelderup 医学博士

(挪威)

许多互补的理论都是建立在这样一个简单的基础上,即整个有机体在身体内一个有局限性的部位可以得到表现。这些理论被分成微针系统,或全息体型决定法,或生物全息法。这些方法每年都在全世界范围内被应用于治疗数以百万计的病人,并在临床实践中证明了其应用价值。目前,它们正在逐步获得世界范围内的广泛认可。

很明显,这些方法反映了这样一条生物学原理:整个生物体在其组成部分中的一种全息投影。这是一种机能上的、双向的关系:整体上的病理变化会在每个这样的微系统上反映出相应的变化,并且治疗在其中之一微系统上的介入,将会在整个生物体上表现出相应的变化。这就是为什么我们可以将这些方法用于诊疗目的。

这些方法的内在本质提示出它们同属于一个总的生物学原理。直到前些年,我们还没有一个系统的生物学理论能够让我们有所根据地去探索生物体中的这种全息结构的全部含义。然而,现在,这样的一个新理论在中国诞生,并提出了生物学和医学的新规律,这就是全息生物学。

全息生物学

全息生物学由中国山东大学的张颖清教授创立。它建立于这样一个前提之上,即生物体实际上由多级全息胚组成,每一级都包

含了整体的全部信息,并具有发育成胚胎的可能性,我们称之为全能性。在术语 ECIWO——全息胚中,“E”代表胚胎,“C”代表包含,“I”代表信息,“W”代表全部,“O”代表整体。这样的思想,即生物体的每个部分代表一个一定发育程度的个体,它包含了整体的所有信息,并具有发展成为可产生同种新个体的胚胎的潜能。(张颖清,1990)^[8,9]

对于植物,这种整体组成部分的细胞全能性已被以经验为根据的事实极好地证明。如果我们取一条树木的枝干,甚至是一根枝条或一片树叶,将它植进土壤,它将生根并长成同种的一株新树。每一个这样的部分,枝干,枝条,还有树叶,都代表了一个胚胎单位——或如全息生物学中所说,“一个全息胚”——一个不同发育阶段的胚胎个体。这就是为什么我们说生物体由多级全息胚组成。最低级全息胚即细胞,最高级全息胚即整个生物体。细胞和整个生物体在全息生物学中相应地代表了全息胚的两个特例。

对于较为低等的动物,同样广为人知的是,整体的一个部分可以发展成为一个胚胎,这个胚胎可以发育成为一个新的个体。例如,我们将蚯蚓切成适当的几块,每一块都将长成为一个新的蚯蚓。对于较高等的动物,整体组成部分的这种发展成为胚胎并进一步发育成新个体的能力已经丧失或受到了抑制。根据全息生物学,这些整体的组成部分仍包含了整体的所有信息,它们的发育成胚胎的能力表现为发生在整体上的再生能力。

由于全息胚全能性而发生的再生,在医学上具有重大意义,无论是其实践意义,或是其理论意义都是重大的。它使我们对于生物整体与其组成部分之间的生物关系有了一个全新的认识。并且,它给我们提供了一个解释再生现象及整体康复过程的新的科学依据。

80年代,四届全息生物学学术讨论会在中国举行。第一届国际全息生物学学术讨论会于1990年在新加坡举行。第二届国际全

息生物学学术讨论会于1992年在挪威的奥斯陆举行。中国卫生部副部长胡熙明,这样评价:“全息胚学说和全息生物学的创立,是本世纪生物学史上最重要的事件之一。它将使人们对生物体的认识发生一次根本性的改变。它对生物学及医学的发展,特别是对传统医学,如中医学的现代化有着重要的意义。……现在全息生物学已被应用于医学、农学、动物学、植物学、中草药学、园艺学、古生物学等许多领域。”^[3]

研究活动与各医学院所得的临床功效相比,实在是太少了。黄际群,中国江西信丰中医院主治医师,进行了这样一项研究,并对治疗结果进行了比较分析。3400名病人构成了这项平行研究。所治疗的常见临床病症包括小儿腹泻,急性肝炎,普通感冒,痛经,骨折疼痛及软组织损伤疼痛等。病人用西医,或中医或全息胚医学方法进行治疗。在急性肝炎组中,全息胚医学与传统中医取得了同等的良好效果,除此之外,在其它的所有各组中,全息胚医学都取得了最好的效果。相反,所有应用西医治疗的组都被远远落在了后面。^[9]像这样的研究工作应在其它国家及他们的医疗、科学研究条件下重复。这项来自中国的研究可以看作是全息胚医学在日常临床治疗中具有很好疗效的表示。

在本文中,我将讨论有关在医学实践中得到发展的生物全息方法是怎样证实了全息胚假设;生物控制论概念是怎样有助于更好地理解全息生物学;以及全息生物学是怎样给我们一个关于生物体的全新认识。在最后的讨论中,我将试着说明全息生物学的基本要求实际上说明了柏拉图的对话“Parmenides”中的基础超自然辩证法。^[4]

生物全息方法

全息胚学说将在医学实践中发现的不同的“生物全息”方法解释为从属于人体不同层次的全息胚。这些方法,如耳针,足部反射,是建立在这样一个原理上,即人体的不同器官和部份都被反映在

人体的具有相对边界的相对独立的部分内；成为穴位或小穴区。这些区域已被发现与相对应的器官间有着有意义的病理联系。这种联系可被用于诊疗目的。

关于这些生物全息方法，我曾在 1982 年论述：“我们吃惊地看到，这些不同的方法是怎样建立于同一原理之上。这一原理以经验为根据，在世界上不同的地方得到了发展。也许其中一些的正确性仍存在争议，但收集到的证据显示，这一原理必定具有伟大的和远远未被开发的医学重要性。它还具有生物学上的意义。这值得我们进行更深入的研究”。^[5]

自从 1982 年，更多的一些“生物全息”方法开始为人所知，并收集到了数量更大的临床、实验证据。这些方法被发现于外耳（耳针和耳医）；鼻及鼻粘膜（鼻针及粘膜反射疗法）；手（手针及手部反射）；足（足部反射）；头皮（新、旧头皮针）；耳后及颈部（Yamamoto 的新头皮针）；牙及口腔粘膜（Jochen Gleditsch 的口针）；磨牙后的区域（Jochen Gleditsch）；虹膜（虹膜学）；及眼眶周区域（眼针）。

这些在全息生物学外独立发现、发展的方法，已在临床医学中被证实为是高效的。全息生物学又加入了新的类似方法，如张颖清的第二掌骨侧系统，并给予所有这些方法在生物学理论中的更为广泛的科学基础。^[8,9]所有这些方法都与全息胚原理相一致，并说明了部分是怎样包含了整体的全部信息，不同全息胚的相对应区域是怎样依据全息律相关联的，及整体的组成部分是怎样具有胚胎的性质并可以在整体上产生再生效应。将所有这些方法结合在一起，即为全息胚学说提供了一个非常强有力的科学论据，并为其医学意义提供了数量巨大的临床、实验证据。

生物控制功能

在生物全息诊断中，有两个主要的参数我们用来确定一个全息胚中与整体患病部位所对应的反应区域。第一是压痛敏感性的增强。另一个就是电灵敏性的增强，总体表现为皮肤电阻的明显降

低。

从生物控制论的观点来看,生物全息反应区域压痛敏感性的增强应符合一个生物学目的。例如,如果我们取足部反射的区域来看,这些区域在我们行走的时候会被连续地按摩。在操作上,这意味着敏感性增强的反应区域应被有选择地作用,通过一个反馈机制来增强人体内对应的患病部位,一个类似的生物控制功能将作用于人体的其它全息胚,或生物全息系统。生物全息区域系统很明显地具有一个重要的生物功能,即作用于恢复体内平衡并调节再生过程,这正是一个生物体内所需的。

生物全息反应点电导率的增大可能也作用于一个类似的目的。从生物电的观点来看,人体可以从周围环境中吸收所需的电子并释放多余的电子。全息生物反应点电灵敏性的增强在这一点来看可以产生一个生物控制功能,来促进人体的体内平衡及再生过程。这样一个前提的先决条件应为在人体中存在一个生物电系统,用来调整体内平衡和再生过程。并且这一系统即是生物全息区域存在电灵敏性的原因。

这样的—个生物电系统,实际上已被美国的矫形外科医生 Robert Becker 所发现。他测量截去前腿的蜥蜴在再生过程中的皮肤电势,于 1958 年发现阴性的电子流动与再生过程一致。Becker 通过进一步的研究发现,这一“再生”电流是由神经系统传递的,半导体类型的直流电。然而,其并非完全由神经和神经细胞传递,而是由神经末梢区域的许旺氏细胞(神经鞘细胞),及神经中枢系统的神经胶质和室管膜细胞传递。^[1]这样一个神经周系统,很明显地起一个电信息系统类似物的作用,用来调节人体内的再生及修复过程。

这个由 Becker 发现的以半导体为基础的生物电系统,可以很好地解释生物全息反应点的电灵敏性。这样,我们就有理由得出结论,即生物全息反应点压痛灵敏性和电灵敏性的提高都产生生物

控制功能。这样的一个生物控制功能不应限制于压力和电性的物质形式。其它的物质刺激、促进因素也应起着类似的作用,即通过生物全息区域系统在整体上产生一个生物控制作用。

从生物学角度看,生物体内生物全息组织结构所具有的生物控制功能必定具有非常伟大的意义。它们有助于解释生物体巨大的恢复力,以及为何生物体比机械体远远复杂。这一生物体的生物控制恢复力解释了我们是怎样通过运动及与周围环境的相互作用和影响,来保养和增强我们的健康。全息胚理论提供了一个人类健康的动力学观点。

一个生物物理学解释?

生物体的生物控制性质,根据全息胚原理应归于其结构。这解释了它们的功能及强适应性。这一解释必定具有伟大的生物学意义。我们看到生物体是怎样功能地形成一个动态整体,即本质上整个生物体与其不同组成部分相互联系增强并构成了我们所说的密不可分的组织统一体。

如果这是关于生物学问题的“怎样”的答案的一部分的话,由全息生物学提出,它却不是对于更加重要的科学问题“为什么”的详尽无遗的答案。什么是全息生物学的更深一层含义?为什么我们要去发现生物体是以这样的方式由包含整体全部信息和潜能的部分组成?

1982年讨论有关生物全息原理的生物学意义,我试着在物理的全息,及物理的波的作用的基础上回答这一问题:

“在数学中,全息理论属于不完全干涉的经典理论。在物理的辐射中,综合衍射图被制成为来自于物体的衍射辐射与干涉背景之间的干涉图,正如一系列驻波。从这一综合衍射图的一部分来看,关于原始物体的描述可由物理或数学方法修复。实际上,这一综合衍射图的任一部分,都包含着整体的全部信息,只是修复的形状将决定于这一小部分的大小。

“对于我们在医学中所遇到的全息方法,生物体作为一个整体,可以看作在其一组成部分上投射了一种综合衍射图,如在外耳,鼻粘膜,足部,双手,头皮,虹膜或大肠。这一全息图谱又作为整体反映回生物体。正是这一双向全息过程——或者是我们称之为动力学全息——构成了这些方法用于诊疗目的的使用基础。

“全息过程这样可以看做起到了双重的功能,在部分上表达整体的信息,并使整体通过一个反馈系统在其组成部分上表达一个变化做为反应。这一双重功能很显然将服务于生物体的目的:从分析的角度来看由无限多部分组成的组织体,是怎样作为一个整体行使功能并保护内部的一致性。这一巨大的,尚未解决的关于生物体及其一致性的问题将对关于它的任何物理学方面的解释提出极高的要求并将使任何关于不完全干涉的数学理论达到极限。实际上,我们不应该对这一数学物理及全息科学的惊人产物感到惊奇,这一产物将在这一联系中起到重要的作用。

“这样,利用全息过程的能力就成为生物体中的一条基本的性质。我们应期待它成为胚胎发育的一项固有机制。正是由于这一方式,胚胎的发育程序才为我们所知。Nogier 博士关于耳和胚胎的想象,实际上传达给我们关于耳内组织的推测,及全息原理在胚胎发育中的重要意义的双重见解。

“在物理学范畴,全息原理是物理现实波动性质的结果。如果在医学实践中所发现的全息系统,真正表示物理意义上的全息图谱,则它们由于生物波谱的原因,就一定要在生物物理学的理论基础上加以解释。而这样的生物物理学理论已于近年被提出。”^[5]

在物理学上的全息及生物物理学理论基础上关于生物全息系统的解释。所存在的一个主要争议,即为,生物全息图谱并不符合我们通常所理解的物理学上的综合衍射图。然而,这于争议并不是决定性的。对一胚胎发育早期阶段,或者是我们这个行星上生命形式的早期进化情况的生物全息图谱的发展情况,物理的全息仍将

成为其原因。在 V. Injushin 教授所提出的原生质理论中,全息过程是生物体生物物理结构的一个一体的部分。并且,在一个更为深入的物理水平上,生物体的全息胚结构应在 David Bohm 的“内含指令及全运动”理论的基础上加以解释。^[2]Bohm 的理论将向我们提供一个关于高效顺势疗法的医疗效果的物理解释,正如我试图所要说明的。这样,在内含指令理论的基础上去发展康复过程科学理论,其中包括全息生物学的生物全息方法,及顺势疗法,即成为可能。

整体与单元

关于全息生物学在全息照相及物理实际的波动性质中的可能物理基础的研究显然是可取的。然而,我认为这一生物物理学解释对于全息胚原理中的“为什么”这一问题显然是不够充分的。解释生物体整体,及整体与部分之间的相互关联,将涉及到一个很大的范围。但是它不能够对生物体的个体给出一个全面的解释。

一个生物体是一个整体。但对于我们来说更为基础的,是去了解组成生物体的单位——单元。正是生物体的单元构成了它独特性的基础,并且我们可以将其视为与外部世界对抗的主体,整体暗指单元这一概念。然而,整体是众多部分的一种复合物,同时,单元却被定义为相对独立的东西。在我们关于何为生物体的认识中内含的是,我们面对着一个逻辑上与通常见解对立的反论需要阐明。

关于这一与通常见解对应的反论的解答已超越了总体来看属于生物科学的范畴。这一问题实际上属于哲学及玄学领域。然而,它将非常深入地与我们关于全息生物学的认识有关,而且它具有更深的科学内含。

关于这一与通常见解对应的反论的经典讲解可以在柏拉图的对话“Parmenides”中找到。在这部对话中,柏拉图揭示了存在于两个基础玄学观点“个体”与“存在”之间的逻辑关联。他揭示了“Parmenides”第二假设的逻辑结果:“如果这就是”——即,如果个体具

有存在性,——它则符合“数量是”及“连续直线”^[4]:这就是说,现实具有一个数学的结构。“Parmenides”第二及第四假设(“如果此是,则必成为非此的其它的所需结果”)(柏拉图:“Parmenides”157B6- --- 159B1)即给予数学物理功能以唯物的和数学的结构。该结构是已被科学中研究过了的物理现实。

对于我们的讨论来说重要的是,柏拉图在对他的“Parmenides”第二及第四假设结论所做的逻辑分析中消除了欧几里德几何学中关于整体/部分规律的基础。这一整体/部分规律指出,部分永远不可能成为一个整体,因为它是整体的一部分。正如Riemann在1840年推翻了欧几里德平行规律的严格数学必然性,德国数学家Cantor也终于在上世纪末证明整体/部分规律不成立。Riemann的几何学形成了爱因斯坦广义相对论几何学系统阐述的基础,同样,Cantor的群论也成为二十世纪物理学中同等重要的一种数学工具。Hermann Weul的经典“群及量子动力学理论”或许仍是现今量子论中第一流的数学公式表达。

一个部分,正如柏拉图在他的“Parmenides”第四预言中所展示的那样,并不是所有部分的一个部分,而是整体的一个部分。如果不存在整体,则就没有部分,有的只是一些分散的物质。“整体”这一概念具有不同的含义。从一个生物体来看,它是一个统一体,这一统一体不能用组成部分的组合来解释。但从全息生物学的角度来看,整体及组成整体的不同全息胚,属于群论中的同一个群。正如我们在全息生物学中所知道的,整体只不过是全息胚的一个特例。并且,每一个部分,或者说每一个全息胚,都携带着整体的信息,即图谱。

整体和其组成部分的关系被我们称做“holomeric”(“holon”表示整体,“meros”表示部分)。在这一关系中,部分并不仅仅是组成整体的一个部分,同时整体又是每一其组成部分的一部分。^[7]这正是我们在全息生物学中所找到的整体与其组成部分之间的关系。

由于这一原因,使用“holomeric”代替“全息”来指示全息生物学中的这种关系则更为科学、准确。

柏拉图在其“Parmenides”第二假设的说明中给出了关于这一 holomeric 关系的玄学基础。如果统一性,严格来讲“超越”了个性,又参与了个性,将同时确立为包含两项元素,“统一性”及“个性”。做为一个合成体,它可被分为部分,每一部分都同时含有“统一性”及“个性”。每一个部分这样就构成了一个新个体,这一个体具有与整体相同的图谱,同时它又是一个可继续再分的合成体。根据“Parmenides”第四假设,有“一即统一体”的结果,“多”即“一”,即“多”将被允许作为带有“一”的性质即统一性的东西。

在“Parmenides”中,柏拉图给予我们解决关于生物体是一个个体,同时又是一个由部分组成的组合体这样一个与生物学的通常见解相对立的反论的玄学框架。我们可以看到这样的—个解决方法与全息生物学—致。全息生物学中的发现,将唤起在基础科学及生物学哲学基础上的新思想。顺便提—句,柏拉图在“Parmenides”中同样回答了亚里士多德关于其理论思想的批判,同时将他的玄学理论基础提到了一个更高的理论水平。全息生物学这样就触及了包含在西方哲学传统中的深刻问题。它不仅将唤起中国医学及哲学思想的复兴,还将导致西方生物学和哲学的复兴。这里,东西方将在一个关于生命及其与宇宙的关系的新认识上走到—起。

参 考 文 献

- [1]Becker,Robert O,(1985):“The Body Electric”,William Morrow and Co,New York.
- [2]Bohm,David(1980):“Wholeness and the Implicate Order”,Routledge and Kegan Paul,London.
- [3]Hu,Ximing(1990):Congress adress in: Progress in ECIWO Biology,

Higher Education Press, Beijing(pp. 1~2)

[4]Plato(380 B. C. ?); "Parmenides"

[5]Schjelderup, Vilhelm(1982); "The Principle of Holography: A Key to a Holistic Approach in Medicine", American Journal of Acupuncture, Vol. 10, No. 2, June 1982 (pp. 167~171)

[6]Schjelderup, Vilhelm(1989); "Nytt lys på medisinen", J. W. Cappelen, Oslo(pp. 252~260)

[7]Wyller, Egil A. (1981); "Enhet og annethet", Dreyers forlag, Oslo(pp. 222~231)

[8]Zhang, Yingqing (1990); "An Outline of the ECIWO Theory" in Progress in ECIWO Biology, Higher Education Press, Beijing(pp. 51-264)

[9]Zhang, Yingqing (1991); "ECIWO and its Application to Medicine", Shandong Science and Technology Press, China.

(张阳译自英文原文)

以全息胚学说解释杵状指(趾)病理现象

孔宪明 副教授

(山东医科大学附院)

摘要 杵状指(趾)(*culbbed finger*)是西方医学之谜,是近 30 余种疾病的特殊表现,例如:紫绀型先天性心脏病、肺癌、肝癌、溃疡性结肠炎、脊髓空洞症等。1947 年 *mauer* 认为其与局部缺氧及血流加速有关,机理未明。依全息胚理论,指(趾)是人体的相对独立部分,是全息胚。能够与全身的各部位有生理或病理上的相关性,而(趾)杵状指是全身疾病在指(趾)上的一种病理反应。

关键词 全息胚;杵状指(趾);疾病诊断

一、序

我选取西方现代医学中的重要病理征象“杵状指(趾)”作为代表,用张颖清教授发现的全息胚理论,揭开现代医学中这一长期令人困惑不解的谜团,以此向现代医学界呼吁:全息生物学理论,将会给西方医学与东方医学带来巨大影响,必将促进医学发展。

二、神奇的杵状指(趾)与杵状指(趾)之谜。

(一)神奇的杵状指(趾):杵状指(趾)是手指或足趾末端软组织,包括甲床部位的特殊增厚、膨大,与指(趾)甲纵脊与横脊均呈高度弯曲。典型特征有三:①最早的改变是指(趾)甲基部与皮肤之间的正常凹陷消失而呈凸形,此后指甲的面积也增大,呈表玻璃状。②末稍指(趾)节背面与指(趾)甲之间所形成的角度大于 180°

(正常為 160° 左右),此時形成的指甲彎曲如鸚鵡嘴狀。③指(趾)根部軟組織增生、腫脹、膨大如鼓槌狀,故又稱之為鼓槌指(趾)。^[1-5]

杵狀指(趾)是下列疾病的先兆:

1. 心血管系統疾病:

A 先天性紫紺型心臟病(左向右分流):①法魯氏四聯症。②艾氏曼格氏綜合征。③大動脈干轉位。④總動脈干永存等。

B 後天性心臟病:感染性亞急性細菌性心內膜炎(S·B·E)。

2. 呼吸系統疾病:①慢性廣泛性毀損性肺結核。②慢性嚴重性支氣管炎。③慢性支氣管擴張。④肺膿瘍。⑤慢性膿胸。⑥慢性肺氣腫或囊仲。⑦塵肺、矽肺症。⑧原发性或轉移性肺癌。⑨縱膈腫瘤。⑩慢性肺源性心臟病等。

3. 消化系統疾病:①肝硬化。②斑替氏綜合征。③肝癌。④局限性結腸炎。⑤潰瘍性慢性結腸炎。

4. 其他:①脊髓空洞症。②淋巴肉瘤。③慢性脊髓炎。④甲狀腺切除後。⑤鼻咽腫瘤等。

杵狀指(趾)是西方醫學上的一個普通病理征象。歷來被臨床醫學家所重視,一旦發現杵狀指(趾),據不完全統計,要與近 30 余种重要疾病相鑒別,可謂一指(趾)牽動几十種病,可為神奇。

(二)杵狀指(趾)之“謎”:如上所述,從 Mauer 氏 1947 年對杵狀指(趾)的研究算起,迄今其形成机理仍是個“謎”。

(三)西方醫學對杵狀指(趾)研究的片面性及遺留下的難題:

A. Mauer 氏(1947 年)認為,杵狀指(趾)形成原因不太清楚,但必須有兩個因素同時存在,即組織缺氧及周圍血流增加與加速,杵狀指(趾)方能產生。即缺氧使周圍血管擴張,血流增加或加速,從而使指(趾)端營養增加,軟組織發生肥大,組織缺氧的發生或由於動脈氧未飽和度增加(如心臟或肺部疾病)。或由於血液纖維蛋白原增加,使部分紅細胞在毛細血管中呈縵線狀態,減少了紅細胞

对外的接触面。

B. 但有人认为是局部血流过度充沛的结果。显微镜检查,可见到甲床下的微血管增生,扩张与新生,微血管的静脉丛扩大。这种改变,支持前一种论点(即 A),即组织缺氧、血流缓慢、迫使毛细血管开放与丛生以资代偿,从而促使指(趾)端软组织增生、膨大如鼓槌状。

C. 有关杵状指(趾)留下的难题主要有:

1. 为什么杵状指(趾)是那么多(30 余种)疾病的先兆表现?

2. 心、肺等器官的结构与功能各不相同,为什么却能同时在杵状指(趾)上反映出相同的病理表现出来?

3. 消化系统肝、肠等器官结构与功能各异,为什么都会形成杵状指(趾)?

4. 为什么心、肺、肝等疾病最容易形成杵状指(趾)?

5. 为什么其他长骨不能象杵状指(趾)那样准确而灵敏地反映全身的疾病?

6. 为什么后天性心脏病伴有心力衰竭和紫绀的病例(肺源性心脏病除外)不会发生杵状指(趾)?

7. 下列疾病与杵状指(趾)有何关系? ①甲状腺切除后②鼻咽肿瘤③脊髓空洞症④肺性肥大性骨关节病⑤淋巴肉瘤⑥红细胞增多症等。

小结:西方现代医学家对杵状指(趾)的研究有以下三大特点:其一,是研究时间长(从 1947 年始),手段先进,涉及解剖学、组织学、病理学、显微镜学。其二,是不仅看到杵状指(趾)的外部结构形态的改变,也剖析了它的内部细微结构(微血管增生,扩张与新生等)及功能(血流速度缓或加速等)的变化。其三,只着眼于局部即杵状指(趾)及周围,没看到整体;只着眼于现象,没看到内在的联系。换言之,西方医学家对杵状指(趾)的研究带有很大片面性,仅停留在对杵状指(趾)局部的、现象上的研究。一句话,没能从局部

到整体地把杵状指(趾)与人体(整体)的内在的,本质的,带有必然性联系揭示出来。

三、用全息胚理论揭开杵状指(趾)之谜。

(一)与本文有关的全息胚理论摘要:^[6~9]

依张氏全息胚理论(ECIWO theory),所谓动植物体细胞的全能性,在自然正常生活着的生物体本体上的也有一般的表现,即,构成动物或植物个体上的每一个相对独立的部分,都是生活在动物或植物个体上的、已向某个方向特化了的小(新)个体,或称之为胚胎,即全息胚。

张颖清已指出,“当人体整体这一发育程度最高的全息胚的某一部位发病成为病灶时,这一部位的组织和细胞就会出现异常,从而引起机体的免疫反应。病灶部位的组织和细胞是引发这一免疫反应的抗原,而这样的抗原是人体自身的组织和细胞,所以是自身抗原。”这种病灶部位的自身抗原张颖清称之为自身病灶抗原。自身病灶抗原激发机体产生能够攻击自身病灶抗原的抗体,这种抗体张氏称之为抗自身病灶抗体。张氏指出:“由于体液循环,抗自身病灶抗体在体内是处处存在着的。根据生物全息律,人体各个高发育程度的全息胚未来器官图谱中与整体疾病部位同名的部位和整体的疾病部位生物学性质相似程度较大,也就是说,抗原性相似程度较大,从而,处处存在的抗自身病灶体也要攻击各个高发育程度全息胚未来器官图谱中与整体病灶部位同名的部位,使这些同名部位造成免疫损伤,从而在这些同名部位有着可以检测到的病理反应,也就是通常免疫学中所说的炎症反应。”^[6]上述过程是自身免疫的交叉反应,张颖清称之为不同全息胚同名部位第一类自身免疫交叉反应。

张氏已指出“由于第一类自身免疫交叉反应,人体任何局部的病变,都不会是仅仅局限在这一病灶部位的,而是在全身各个全息胚的对应部位都会造成损害,产生炎症反应”。^[9]正是这种自身免

疫交叉反应,才造成了肺、心等疾病患者的杵状指(趾)。同时,正是上述的第一类自身免疫交叉反应,造成的指(趾)末端软组织包括甲床部位的炎症反应,也才会使这些部位毛细血管扩张,使血流增加。

指(趾)的每一个节肢都是一个全息胚,都是一个长在主体上的小个体。主体某一部位有病,则指(趾)这一小个体的与主体病灶指对应的部位也病了,也有可以看得到的病理反应即发生了炎症反应。而由于主体上的疾病是严重的和长期的,从而这种炎症反应也是长期的和较严重的,从而就使指(趾)成为杵状。这不仅解答了所有有关的难题,而且更重要的是揭示杵状指(趾)与 30 余种或更多疾病之间的内在的、本质的必然性联系。

为了更详细起见,还要略作几点说明:

1. 为什么心、肺消化等系统的疾病在杵状指(趾)上最易表现出来?

依杵状指(趾)特征(即全息胚学说之全息胚律看出,简言之,可以引起杵状指(趾)改变的核心区域(依杵状指(趾)定义),即是一一指这一全息胚相当于头部以下至结肠区(穴)以上之部位。从指(趾)上看,此核心部位恰在指(趾)根部凹陷区附近,而且指(趾)甲根部血管、神经极其丰富,一旦有病理性变化极易表现出来且极易发现。

2. 为什么人体的其他节肢(例如长骨)不能像杵状指(趾)那样灵敏而较准确地反映出整体的疾病来?

从①中可以看出,末节指(趾)有得天独厚的条件,即有指(趾)甲,有甲根部,而指(趾)甲根部恰好相当于穴位全息律的心穴、肺穴、肝穴、肠穴的相应部位,而且此部位皮肤薄、血管、神经分布极其丰富,一旦有病极易表现出来。即定位明确,一目了然。而其他长骨上一没有指(趾)甲、甲根部作为明确定位的标志,而且其他长骨外而之皮肤较厚,皮下软组织较多(与指甲根部相比),不易于观

察。所以用眼無法一目了然,必須要用穴位按壓法或生物全息電圖診斷儀才能將病理反應區測量出來。

3. 為什麼後天性心臟病伴有心力衰竭和紫紺的病例(肺源性心臟病除外),及無紫紺型的先天性心臟病不發生杵狀指(趾)?

這個問題不僅要用全息胚理論,即杵狀指(趾)是整體疾病在指(趾)上的縮影,而且還要用西方現代醫學家研究的結果加以補充。即杵狀指(趾)形成不僅是整體疾病部位在此縮影的結果,而且與組織缺氧與血液緩慢(或加速)達到相當的程度有關。換言之,先天性紫紺型心臟病缺氧最嚴重,故最易形成杵狀指(趾);先天性無紫紺型心臟病缺氧不太嚴重,故不易發生杵狀指(趾);後天性心臟病若缺氧嚴重,如肺源性心臟病,則極易發生杵狀指(趾);若後天性心臟病伴有心衰與紫紺,但其缺氧程度沒有達到肺源性心臟病那樣嚴重程度,所以就不易形成杵狀指(趾)。

參考文獻

[1]董承琅等,實用心臟病學,上海人民出版社,1993年12月第三版。

[2]上海第一人民醫院編,簡明鑑別診斷學,上海人民出版社,1977年9月第一版。

[3]山東醫學院編,診斷學,人民衛生出版社,1979年第1版。

[4]白曼頤等,心血管疾病診斷與治療手冊,科學技術文獻出版社,1982年8月第1版。

[5]王賢才譯,希氏內科學,內蒙古人民出版社,1985年9月第2版。

[6]張穎清,自然雜誌,4.(1981).4:243~284。

[7]張穎清,生物體結構的三定律,內蒙古人民出版社,1982年。

[8]張穎清,上海中醫藥雜誌,(1983年)6:46~48。

[9]張穎清,新生物觀,青島出版社,1991年。

应用全息胚理论治疗瘰管 158 例

姜渭贤 副教授

(包头市包钢职工大学)

耿胜男 高级工程师

(包头市包钢劳动卫生研究所)

摘要 瘰管多发生于局部软组织及体表,范围广泛,发病率较高。作者认为瘰管是机体局部免疫功能低下所致。为此,在治疗上作者应用生物泛控论和全息胚学说理论研制了由香油、蜈蚣、紫草等药炮制的“紫草油”外用药。本药含有全息胚分化促进剂,能提高机体免疫功能,该药作用于瘰管,通过生物泛控使患部修复。本文收集 158 例各种瘰管,治愈率为 85.44%,有效率为 96%,所有病例均为长期不愈者,愈后不复发。

关键词 瘰管;生物泛控论;全息胚;紫草油

瘰管多发生于人体的体表或局部软组织,范围广泛,发病率较高。其病因中医认为,虽然发生于人体的体表,但与人体的脏腑经络有关。人的七情(喜、怒、忧、思、悲、恐、惊)是人体对外界环境的一种正常生理反应,一般是不会致病的,但是如果情感发生过度的兴奋或抑制,就会伤及脏腑而诱发疾病。如,心主血,如过喜,则伤心,心绪动、则心火盛,易生疮,疮不愈则变瘰。又如,肝主筋,过悲则伤肝,肝伤则血脉不潮,筋无营养,引肝经湿热过盛,易生丹毒。肝郁气滞,易生瘰癧肿核,病久则破溃变瘰。风、寒、暑、湿、燥、火即在正常情况下的气候变化,人体是能够适应的,但在人体免疫功能

低下时就会致病。

但是病因的生物学本质过去无人阐述,近年诞生的张颖清全息生物学^[1]指出:生物体由处于不同发育阶段的具有不同特化程度的全息胚组成,全息胚各部位与整体的各部位一一对应,对应部位之间生物学性质相似程度较大。为此,作者认为瘰管是脏腑病变在体表的局部表现,是因为机体某部位免疫功能低下,而造成某部位或与其相对应的体表部位的病变。在治疗上作者应用了生物泛控论和全息胚学说理论研制了“紫草油”外治瘰管,其机制是紫草油作用于瘰管,通过神经体液调节,使药物这种泛作用在体内广泛分布,药物不仅使患部得到修复,而且也使与患部生物学特性相似程度较大的相应脏腑的免疫功能也得到调整,从而疾病得到了治疗。

药物由香油、蜈蚣、全蝎、马钱子、壁虎、斑蝥、紫草等炮制成外用“紫草油”。本药含有全息胚分化促进剂,能提高机体的免疫功能。具有杀菌、消肿、解毒、排脓生肌、愈合的作用。本文158例临床疗效观察,其治愈率分别为:结核瘰 94%(47/50),溃疡瘰为 97.73%(43/44),骨髓炎瘰 46.16%(6/13),肛瘰为 78%(27/36),其他为 83%(12/15),总治愈率为 85.44%(135/158),总有效率为 96%(151/158)。

本文158例中,男性90例,女性58例,年龄4~74岁,病程平均为18年,所有病例均为长期不能治愈者,疗程为7~90天,愈后不易复发。为此,作者认为全息生物学理论对疑难症的治疗有重大指导作用。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

脊柱全息诊疗法

乌苏日乐特

(内蒙古阿拉善盟蒙医药研究所)

斯琴高娃

(内蒙古阿拉善盟医院)

蒙医学是蒙古族祖先在漫长的游牧生活中,通过反复的卫生保健实践,创造出的医药理论和治疗经验的结晶。蒙医学是中华民族传统医学宝库中一门独立的学科,也是世界传统医学的不可缺少的组成部分。她的独特医疗技术和方药,已为世界瞩目。

全息生物学是由中国山东大学张颖清教授在 80 年代初创立的一门生物学新学科。这门学科将在本世纪生物科学史上占有极为重要的地位。

全息胚学说是全息生物学的核心理论。全息胚是作为生物体组成部分的处于某个发育阶段的特化的胚胎。全息胚学说揭示了生物体不同部分之间的统一性,揭示了一个生物体是由许许多多,大小,属于不同层次,具有不同发育程度和不同特化的胚胎即全息胚组成的。这大大深化了人类对生物体的认识。

全息胚学说和全息生物学的创立是本世纪生物学史上最重要的事件之一。它将使人们对生物体的认识发生一次根本性的改变。它对生物学和医学的发展,特别是对传统医学,如蒙医学的现代化有着重要的意义。

脊柱穴位压诊是蒙医学触诊(切诊)的重要组成。脊柱穴位压

诊的穴位是由第七颈椎与第一胸椎节至骶骨与尾骨节为止,共 23 个骨节特定穴位组成。蒙医学统称其为脊柱穴位^[1]。

蒙医学临床医师们,用手指按压脊柱穴位观察其有无明显压痛感和位置为依据,诊断和判定与此穴位相对应的人体三元及内脏器官有病或无病,我称此诊法为蒙医学脊柱穴位压诊法。

蒙医学临床医师,在具有压痛反应的脊柱穴位上进行针刺或灸疗,缓解或消除与此穴位相对应的三元以及躯干内脏器官疼痛,达到其治疗目的。这就是脊柱穴位疗法。我把蒙医学的这种诊断法和治疗法统称其为蒙医学脊柱穴位压诊疗法。

据蒙医学文献考证,脊柱穴位由特定 23 个穴位组成。根据其脊柱穴位的特定性质,脊柱穴位可分为三组。第一组由第七颈椎与第一胸椎节至第二胸椎与第三胸椎节三个穴位;第二组由第三胸椎与第四胸椎节至第一骶骨与第二骶骨节 16 个穴位;第三组由第二骶骨与第三骶骨至第五骶骨与第一尾骨节 4 个穴位组成。

这 23 个穴位的对应器官是:第一节为郝(气)的穴位;第二节为夏拉(火)的穴位;第三节为巴德钢(水,土)的穴位。

第 4 节为肺后部穴位。第 5 节为肺前部穴位。第 6 节为主动脉穴位。第 7 节为心穴位。第 8 节为横膈膜穴位。第 9 节为肝穴位。第 10 节为胆穴位。第 11 节为脾穴位。第 12 节为胃穴位。第 13 节为生殖器官穴位。第 14 节为肾穴位。第 15 节为脏腑俞穴位。第 16 节为结肠穴位。第 17 节为小肠穴位。第 18 节为膀胱穴位。第 19 节为卵巢、睾丸穴位。这 16 个穴位可统称为脏腑压诊穴位。

第 20 节为下行郝(气)穴位。第 21 节为止泻穴位。第 22 节为治疗坐骨神经痛、腹泻穴位。第 23 节为治疗肛痛穴位^[3]。

以上所述穴位是在人体躯干脊柱上分布的一种有序穴位群。我称它为脊柱穴位图谱。

脊柱穴位是由三组穴位群所组成的一个有序的穴位群。脊柱穴位群的每个组具有独特的特性。第一组穴位群是三元特定穴位,

是诊断和判定保持人体生理平衡状态的三种基本生物要素即三元病理与生理状态的特定穴位。所以可统称为三元穴位。第二组穴位群是人体躯干内脏腑器官的外在俞穴。可统称为脏腑诊断穴位。第三组穴位群是专治某种病症的穴位。所以可称为治疗穴位。

这三组穴位是具有诊断治疗功能为一体的特殊穴位群。

张颖清教授创立的生物全息律是生物体上相关部位分布的规律。根据生物全息律,可以指出人体上的任何一个部位与整体上的哪些部位是相关的。而且,相关部位之间的相关性不仅局限在生理学和病理学性质上,而是在广泛的一般的生物学性质上的。蒙医学脊柱穴位群与人体(整体)三元及内脏各器官之间存在着相关性,这种相关性已经揭示了人体在生理学和病理学性质上相关的部位分布的规律,所以它属于生物全息律范围。

参 考 文 献

- [1] 乌苏日乐特,蒙医病历书写(蒙文版),民族出版社,1993年。
- [2] 张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1988年。
- [3] 伊希巴拉吉尔著,甘露之泉,藏文木刻版。

灵龟八法的全息观

Dr. 莫少仙

(曼彻斯特,莫少仙针灸推拿诊所,英国)

Dr. 叶太极

(伦敦中医学院 英国)

张颖清全息诊疗法的临床效果已逐渐为传统中医所接受,但依然有一种情绪耿耿于怀。那就是数千年的医道渊源,传统针灸那多采多姿的手法与变化万千的治疗方法,连同那花费数十年精力心血研究的医经古典,积累的临床心得,到了全息诊疗法则简便如斯。这确实令我们中医针灸界同行们难免有一种恋旧心态,这是笔者在英国推广全息诊疗法中所遇到的一种普遍反响。

如果说传统针灸是以玄奥深邃行世,则与此相反,全息诊疗法则是以直捷简明传人,这正是全息诊疗法的本质特性,为解脱那种恋旧而不愿纳新的情绪,笔者曾用全息生物学的基本观点演绎子午流注法、灵龟八法及内经、难经中传统针灸的一些法则,总能得心应手,化繁为简,很有助于对全息诊疗法的正确理解。限于篇幅,本文仅以全息生物学的方法论来演释禹王得龟文于洛水,龟文记载的八脉八法。

八法穴与人体的全息

八法穴分布于手和足,分主人体全身各部,它们是:

申脉主脊颈腰背 临泣,公孙主肠中病

照海主咽喉少腹 内关主心痛

后溪主前上部位 外关主肩背

刘缺主全身脉气

古人用这八穴来治疗全身疾病,,既可单独施针,也可配合,二穴一组用以治疗七经八脉两脉交会部位之病症,八法穴位系统与第二掌骨全息穴系统,原则上并无区别,只是在分布形式上,前者为散布,后者为群居。

生物全息针刺疗法与辨证施针

王 颖 副主任医师

(牡丹江水泥厂医院)

张颖清发明的生物全息疗法,依中医学理论和医疗实践为基础,吸收了生物全息律以及其他边缘科学内涵,创出了一条新路取得了辉煌的硕果,在医学领域里占据了令人瞩目的科学阵地。是一种别具一格的神奇疗法。

这种疗法它适用于人体的各种长、短骨系统。但通过医疗实践的验证,应用最普遍的是第二掌骨的一侧。第二掌骨侧穴位群由十二个穴位所组成,即头、颈、上肢、心肺、肝胆、胃、十二指肠、肾、腰、下腹、腿、足。它包含着全部整体各部位的病理、生理信息,已被专家所验证。

此疗法在临床应用上,方法简便易于学习和掌握。笔者在医疗实践中善于妙用医圣张仲景的病传论指导施针。如《金匱要略》曰:“见肝之病,知肝传脾,当先实其脾”。其仲景论述的旨意,病传的规律往往是按着五行相克的脏腑相传。所以医家见病家患病定位于肝胆脏腑,那么治疗大法,首先是直中脾脏的证候群,根据八纲:阴、阳、表、里、寒、热、虚、实进行辨证施治,以此来切断病传途径,使病邪无路怯步难行,望实脾而生畏,使病邪困在病传的途径中而逐渐消亡。怯邪扶正,使病人逐日康复。这就是仲景治病的妙法。以此类推,触类旁通,除了见肝之病以外,那么就知见脾之病,知脾传肾,当先实其肾;见肾之病,知肾传心,当先实其心;见心之病,知

心传肺,当先实其肺;见肺有病,知肺传肝,当先实其肝。根据五行(金、木、水、火、土)相克的脏腑病传模式,定性、定位、直中十二个相应的穴位,进行辩证施针,达到了显著而独特的疗效。

笔者多年来应用这个病传模式,广泛把辨证施针治疗众多疾病。如扁平苔癣,虫咬皮炎,无名肿毒,全身瘙痒症,胃脘绞痛,咳嗽、鼻炎、神经性皮炎,心悸等疾病。往往出现药石所不能达到的神奇疗效。

笔者曾于1980年患虫咬皮炎。其部位于左右合谷处,几乎对称。初期如黄豆粒,五年后八厘米乘九厘米的面积。外涂多种药物,上服数十剂汤剂,诸药不效,深感古医曰:“医者不治癣,治癣丢了脸”。自认为无法医治了,苦闷而又无处诉说,在一次偶然的会,笔者接受了生物全息针刺疗法,根据病传模式,以八纲为准绳,结合病机19条,进行定位、定性、定时辩证施针,直刺心肺,脾胃穴系,历经33次治疗疾病痊愈。此后又针刺了数例患癣证的病人,均获痊愈。目前笔者已是当地“医者能治癣,治癣不丢脸”的医生了。针刺显效的病例,枚不胜数,本疗法能够治疗内、外、妇、儿、皮肤等科众多的常见病,多发病及许多奇难杂证。

综上所述,神奇的生物全息针刺疗法与经络学说,有殊途同归之效,有异曲同工之妙。它不仅治疗已病,而且治疗未病,它关系着人体预防保健学,康复养生学等。其疗法很值得弘扬、普及;其机理有必要深入探讨。

参 考 文 献

- [1]张颖清,生物全息诊疗法,山东大学出版社,1987。

张氏理论与吕氏刮痧疗法

殷蕴华 副教授 徐易发 副研究员
(江西师范大学) (江西行政学院)

摘要 本文以张颖清教授的全息生物学观点来阐述和认识吕季儒教授的刮痧疗法。

关键词 刮痧疗法;全息胚;自身免疫交叉反应;全息穴位

1. 引言

刮痧疗法是自古就有的中医传统疗法之一。吕季儒教授大胆创新提出了一套系统的循经走穴刮痧健康法。^[1]此法具备治病范围广、实用性强且易学易掌握之特点,是一种治病、健身的行之有效的健康法。张颖清教授——全息生物学之父,他所提出的崭新的生物学观点可以很好地帮助我们 from 理论上来认识、充实吕氏刮痧疗法。

2. 穴位的充实

张氏发现了第二掌骨侧的全息穴位群,进一步又指出了人体各个长骨节肢系统——各个高发育程度的全息胚的整体缩影式的全息胚未来器官图谱,也就是说人体任何一长骨节肢或大的相对独立的部分都有着与第二掌骨侧相同的有序穴位群或说相同的穴位分布规律,这就是张氏有名的穴位全息律。因而在现有的经络穴位基础上,我们在刮痧时又可应用张氏的一系列穴位群,这将使刮痧疗法更上一个台阶。

3. 第一、二类自身免疫交叉反应

根据全息胚学说,人体各个高发育程度的全息胚未来器官图谱的同名部位生物学性质相似程度较大,从而这些同名部位对人体同一的内环境变化就会有相似的反应——即抗原性相似程度较大。人体内到处存在的抗自身病灶抗体也要攻击各个高发育程度全息胚未来器官图谱中与整体病灶部位同名的部位,使这些同名部位造成免疫损伤,显然,在这些同名部位有着可以检测到的病理反应,即炎症反应,如皮肤电阻降低,有压疼反应等,这就是张氏称之为不同全息胚同名部位单一类自身免疫交叉反应。张氏又指出,在人体,没有仅仅局限在单一部位的疾病。而刮试有关穴位时,很易测到较强的病理反应。

第一类免疫交叉反应的逆过程——第二类自身免疫交叉反应,即刺激一个高发育程度全息胚未来器官图谱的病理反应点可以治疗整体上病灶部位的疾病。人体某一部位有病而不能自愈是由于机体对病灶部位异常组织的免疫抑制造成的,而用针刺、刮痧等方法造成小损伤,在这一被刺激部位就会成为新的免疫原,就会激发机体的新的自身免疫反应,使疾病得以治愈,而这种人为的刺激所激发的自身免疫交叉反应,是张氏称之为不同全息胚同名部位的第二类自身免疫交叉反应。

这二个“交叉反应”,使我们更进一步认识了刮痧这种人为刺激的科学性,也进一步理解了刮痧何以能诊断疾病。与此同时,我们还能指出它的优点,刮痧不仅在点或线上,它是在面上,它常能使疾病清晰地呈现于体表——俗称出痧,因而这种方法更有助于人们对疾病的诊断、对疾病的治疗。循经刮痧能激发出针对病灶部位的免疫反应,人体又是一个全息感应的网络,因而此法实则上是一种从整体上、从本质上治疗疾病的方法。

4. 合适的刺激方法

免疫学已阐述过,过大或过小剂量的抗原都可导致免疫抑制,只有合适的刺激方式才会产生合适剂量的自身抗原,针刺是如此,

刮痧也是如此,它们都能最佳地调动长期生物进化过程中人体形成的防卫能力,中国的针刺按摩、中国的刮痧都为最好的激发免疫交叉反应的方式。

合适的刺激不但表现在使用手法上、使用工具上,还应体现在当遇到一个病人有多种疾病时,不能一次治多种疾病,刮许许多多的相关穴位,这样的刺激将不是合适的刺激,有时会出现免疫的超敏反应,病人也吃不消,也会削弱疗效。这个问题,张氏明确指出过,人体是一个泛控系统,向这个系统从较少的方向输入强的信息,可以调动整体对这个信息的较强的响应,产生较强的泛作用,从而可以有较好的疗效,如果从较多的方向输入信息,显然会分散整体对单个信息的响应。从这可理解:一次刮许多穴位想治几种病是不可取的。吕氏提出刮痧需等患处无疼感再实施(一般3~7天,因人而异),也是这个道理。

5. 二个“简易”的结合

群经之首《易经》内涵极为丰富,但它阐述的仍然是简易、变易的道理;牛顿、爱因斯坦的伟大发现,最终却以简单的公式表现出来。张氏的全息穴位群分布有序,使一般人都能较易地记住和掌握,特别是第二掌骨侧的全息穴位群是如此方便而又易实施;而吕氏的循经刮痧方法、工具均简单、易学易行、安全方便。二个“简易”的结合使治病、保健更加易行简便,也极易推广,这无疑是造福于人类的发现与创新。

参 考 文 献

- [1]吕季儒,吕教授刮痧疏经健康法 300 种祛病临床大辞典,陕西科学技术出版社,1993。
- [2]张颖清,全息生物学,高等教育出版社,1989。
- [3]张颖清,新生物观,青岛出版社,1991。

针灸治疗腰椎退行性改变引起的临床综合症 50 例临床观察

张立新

(北京红十字朝阳医院针灸科)

腰椎退行性改变所引起的临床综合症主要表现为腰腿的痛、胀、酸、麻、无力、肌肉萎缩、无汗、发凉、行走或关节活动困难以及二便障碍等,笔者采用针灸疗法。自 1992 年以来对以上综合症 50 例进行治疗,并取得满意效果,现报道如下:

1. 一般资料

50 例均系门诊病人,其中男 22 例,女 28 例;年龄最小 31 岁,最大 80 岁;病程最短 20 天,最长 20 年;以上病人均经 X 光片或 CT 确诊为腰椎退行性改变。其中 42 例曾经中、西药物治疗。

2. 治疗方法

2.1 取穴主穴:肾俞、大肠俞、环跳、足三里、丘墟、丰隆、阿是,以股外侧痛麻为主的加风市、梁丘、有二便障碍的刺关元、水道、三阴交。肢体发凉而怕风惊凉者宜加灸。腰部痛剧者宜用远部水沟、养老配合局部点刺放血加拔罐,肢体痛重者宜用火针泻之。

2.2 具体操作:进针后,以提插为主,指下出现沉、紧感觉为度,不宜苛求针感。初宜深刺,后期宜浅刺。取穴以患侧为主,留针 30 分钟。10 次为一疗程。休息 5 天后继治第二个疗程,观察 4 个疗程。

3. 疗效标准

痊愈:疼痛等不适症状消失,关节功能恢复正常,一年随访未

见复发者。有效:疼痛等不适症状明显好转,关节功能略有障碍,一年内随访有复发者。无效:经治三、五次症状不见缓解而中断治疗或改为其他方法治疗者。

4. 治疗结果

本组 50 例中,痊愈 23 例占 46%,有效 24 例占 48%,无效 3 例占 6%,总有效率 94%。

5. 典型病例

胡××,女,72岁。初诊于1992年9月3日。左下肢串痛伴有小腿、足背、足趾麻木8年,加重二个月,近两个月串痛剧烈,活动尤重,不能走路、翻身。动则痛不可忍。口服止痛药不效。曾在北京多家医院久治不效。X光片、CT检查结果:①腰椎行性骨关节病;②椎间盘退变;③椎管狭窄。建议其手术治疗。因患者惧怕手术,故来我科门诊求治。舌质淡红、苔薄白、多津、脉弦。印象:腰椎退变综合症。治疗:肾俞、大肠俞、环跳、阿是、三里、丰隆、丘墟、太冲。经治二次后剧痛明显减轻,一个疗程后剧痛消失。走路翻身已不痛。活动基本自如,偶有酸痛,但麻木无变化,仅大拇趾麻木明显减轻。加八风、涌泉继之两个疗程诸症消失,共治疗四个疗程。随访两年未见复发。

足部全息反射区点温试验

马东华 王晞晔 马建军

(宁夏科委全息生物学课题组) (宁夏农学院生物系)

刘建忠

(宁夏农学院数学教研室)

摘要 足部全息反射区疗法主要通过手感(由轻至重,气泡感、颗粒感、条索感和硬结感)压痛感等宏观的手段进行诊断。我们试图借助某个仪器通过接触这些反射区来诊病,并使之达到量化。在这方面,山东大学张颖清教授将生物全息电图诊断仪用于第二掌骨侧的全息诊疗。1995年4月中旬,我们运用点温仪对人体50例足部共2196个反射区次进行点温实验,效果非常显著,总符合率在90%以上。

关键词 足部全息反射区;点温实验

一、方法

在点温测量实验之前,首先登记病例以及主诉及足诊,同时测量当时的室温。这些准备工作完后,根据主诉及足诊在足部相应的全息反射区进行点温测量,每个穴区分别在三个不同的位点各测一次,求其平均值。测量毕,将上述测量数据进行比较,得出的结论是否与主诉及足诊相符合。

二、标准

如果相关反射区的点温平均值比正常反射区的点温平均值高 $0.7\sim 0.9^{\circ}\text{C}$ 以上,则说明这些反射区所对应的机体的某个器官功

能失調;相反,如果這些反射區的點溫平均值比正常反射區的點溫平均值高(0~0.6℃)之內,由說明正常。

三、臨床資料

1. 米××,男,30歲,幹部,於5月10日前來就診,據患者自述,身體各方面良好健康,當測及小腦及腦干反射區時,溫度明顯地上升到34.4℃(左),34.5℃(右),問他頭部是否不舒服;或腦部是否受過傷,患者否定了。最後,問及他祖輩頭部是否有病時,米說:“我祖父就是因患高血壓,腦血管破裂而亡的。”經分析,這很可能與家族史有關,當即告訴他應注意頭部反射區保健。

2. 閻××,女,45歲,由於消化不良,於6月5日前來治病。用點溫儀測其足部的脾、胃、胰、十二指腸、小腸、橫結腸、乙狀結腸及直腸、肝臟和膽囊等反射區。這些反射區的點溫平均值分別為:32.9℃、33.2℃、33.5℃、33.5℃、33.4℃、33.5℃、33℃、33.5℃、33.2℃。它們均比其它正常反射區的點溫平均值高1.0~1.5℃,但查其內耳迷路反射區時,發現該反射區的點溫平均值達33.6℃。詢問患者平衡是否不好,患者驚訝地說:“我這幾天除了消化不良之外,走路也不穩”,坐車老頭暈,其它沒有問題。”

3. 滕××,男,41歲,退役軍人。滕某自述其身體健康,B超檢正常。足部反射區點溫測量結果與之相符,點溫平均值差值範圍為0.1~0.5℃,只有下身淋巴腺反射區點溫平均值比其它反射區高0.7℃。

表1 50例足部全息反射區點溫統計

性別	例數	符合情況		不符合情況	
		符合例數	符合率	不符合例數	不符合率
男	19	17	89.5%	2	10.5%
女	31	29	93.5%	2	6.5%
總計	50	46	92%	4	8%

統計學處理:P<0.05

四、讨论

1. 在 50 例人体足部全息反射区点温实验中,有两例具有特殊性。其中一例是男性,一例是女性,根据当时主诉及足诊,在其相关的反射区进行点温实验,发现这些反射区的点温平均值明显地低于正常反射区的点温平均值,这一点还有待于进一步深入研究和探讨。

2. 关于为什么机体脏器功能失调或有病,相应的反射区的温度就明显地升高的机理问题,还有待于在更加完备条件下,深入研究。

3. 本文实验为足部全息反射区诊病提供了量化的指标,验证了足部全息现象存在的真实性和客观性,此法简便,易于操作,为更好地预防和保健,提供了可靠的保障。

新的交叉科学和新的生物观

杨明震 教授

(兰州铁道学院哲学教研室)

本文的主题旨在论述全息生物学的学科性质、特征和生物观。

自从近代科学诞生以来的数百年间,生物学就是一门单一的基础科学。这是历来的科学分类学家和科学家的共识。但是,张颖清教授创立的全息生物学,不仅是一门新兴的生物科学,而且是一门新型的交叉科学。作为一门交叉科学,它有不同于其它交叉科学的鲜明的个性特征,作为一门生物科学,它又有不同于其它生物科学的鲜明的生物统一观。

首先,全息生物学是一门新型的交叉科学。

第一,全息生物学是生物学与物理学的交叉。属于交叉科学中的边缘科学。“全息”本是激光中的一个物理学概念,而今成了全息生物学中一个至关重要的观念、思想。当然,这决不是有的学者说的那样只是概念的移植,而是张颖清在生物学领域发现了普遍存在的生物全息的现象、规律及其物质客体全息胚。这正是张氏所作的具有重大科学价值和应用价值的科学发现。

第二,全息生物学是生物学与横断科学、哲学的交叉,属于交叉科学中的综合科学。张氏在创立全息生物学的过程中,不仅创造性地运用了许多科学方法、哲学方法,而且还创造性地论述了泛控论,由单靶到多靶、由以反馈为主要观念到以识别响应为主要观念。为横断科学增添了新内容,并在此基础上,对“相互作用”这一

古老的哲学问题作了新的论述,从而对新的哲学——系统哲学作了创造性的贡献。并用系统科学、哲学的新方法深化了对全息生物学的规律、理论的阐述,不仅更简明、精炼,而且具有更大的普适性。

张氏将“生物泛控论”放在他的主要著作《全息生物学》(上册)的最后一章,这是全息生物学最高的理论概括和最深刻的理论论述,是全息生物学的高峰,是这一学科走向成熟的重要标志。因此,全息生物学决不象有人说的那样刚刚处于创立的初期,也不象有人说的那样全息生物学是自然科学,不是哲学,不该过问哲学问题。显然,这种见解是肤浅的、错误的。在科学史上,任何重大的科学发现,都有自己的哲学理论基础。张氏这样作正是科学技术发展的一种必然、一种逻辑、一种优良传统。还须指出,当代自然科学的发展愈来愈向哲学靠近。美国著名物理学家惠勒说:“我们并不满足于只了解粒子、场、几何、时间和空间,今天我们还要求理解存在本身。”物理学家在研究物理实在本性、生命科学在寻找意识的真释,宇宙学在探索宇宙的起源,统计学在研究统计决定,还是机械决定。总之,处于科学前沿的一切科学都在向哲学一再探讨并且不能放弃的那些问题前进,这正是当代自然科学发展的一个重要趋势和特征。全息生物学问系统哲学的前进正是与这一趋势、特征合拍的。这恰好从一个重要方面体现了它的先进性、时代性和重要价值。

第三,全息生物学还是基础科学、技术科学和工程技术学(应用科学)的交叉,是由这三大部分构成的有机统一整体。这是中国科学传统的优势,与西方科学和技术相分离的传统迥然不同。这一科学体系,从起始到现在由张氏一人完成(并不否认,在表述、论证等方面他人提出的意见、观点,在实验等方面他人提出的例证等),这在科学史上还是十分罕见的。这正是这门新型的交叉科学独有的最大特色、优势。

全息生物學中的基礎科學有:全息胚學說、以生物全息律為主的規律體系,生長的相关性理論等。技術科學有:穴位全息律、關於癌的本質和防治癌的技术原理、全息胚定域選種的技术原理等。工程技術學有:生物全息診療法、關於癌的防治戰略和方法、全息胚定域選種法等。還有生物全息電圖診斷儀、治療儀等技術設施。從這個體系可以看出,全息生物學還有進一步完善和發展的必要;特別是它的技術科學和工程技術學部分,還有很多工作要做。

第四,中西科學文化傳統的交叉。這是超出當前一般交叉科學之外,全息生物學的一個十分突出的特征。

眾所周知,近、現代科學都是沿着西方科學文化傳統產生、發展而來的,儘管目前出現了一些體現中西交融的科學技術成果,但為數較少,而且都是以西方科學文化傳統為主體的。全息生物學則迥然不同,它體現的中西科學文化傳統的交融,不僅十分鮮明、突出,而且是以中國科學文化傳統為主體的。也就是說,它是在中國科學文化傳統的土壤中誕生出來的。它的誕生說明了:在西方科學文化傳統中的缺陷、薄弱環節(注重對個別事物的分析、解剖、求異,而略聯繫、整體、綜合、求同)所不能解決的問題,恰好正是中國科學文化傳統(注重有機整體、綜合、聯繫、求同)的明顯優勢和用武之地。著名科學史家薩頓指出:“傳統正是科學的生命”。著名的中國科學技術史家李約瑟認為,中國文化確實是與歐洲文明有同樣複雜而深邃思想的獨一無二的另一個偉大的實體。認真考察中國的科學文化傳統,至少可以得出兩點認識:

一、在本世紀後半葉,為什麼從中國科學文化傳統的土壤中生長出來的首先是一門新興的生物科學,而不是一門別的科学?

(一)在中國,只有中醫學是世界醫學領域中現存的兩大相對獨立的科學體系之一,它和西方醫學共同成為世界醫學寶庫中不可或缺和替代的重要組成部分。而且,西醫學是與近現代科學一脈相承的,中醫學則與近現代科學無緣,它是在中國科學文化思想土

壤中生长出来的一门历史悠久、源远流长、理论完备、临床经验丰富、学科相当齐全、独立自成体系、学术水平与疗效足以与西方医学相抗衡的科学,是当今硕果仅存的东方科学。

全息生物学正是在中医学土壤上生长出来的一门新兴的生物科学。可见,当今在中国科学传统中首先生长出来的是一门有东方特色的生物科学,而不是别的科学,就不足为奇了。

(二)还在于中医学比西医学具有很多优势和特色(体现了中国科学文化传统对西方科学文化传统的优势和特色),又是与当今世界科学技术发展的潮流、方向、趋势是一致的。主要有:

1. 有机整体观优于“解剖观”。

中医学认为,人是一个有机整体,人体的各个组织器官在结构上是相互沟通的,在功能上是相互协调、互为所用的。人与外界环境也有密切联系,人在能动地适应环境的过程中,维持着自身稳定的机能活动。这种人与环境的统一性、联系性、机体自身的完整性、稳定性的思想,就是中医学的有机整体观。它指导着中医对生理、病理、诊法、辨证、治疗等一切方面的认识,是中医学的特点和优点。钱学森曾经指出:“人体科学一定要有系统观,而这就是中医的观点”。表明了这种整体观与当代自然科学、医学发展方向的一致性。

西医学的传统方法则是解剖法、分析法,把部分从整体中分离出去进行单变量因素的线性考察,固然可以对人体正常的生理过程和病理发展机制的认识日益丰富和精确化(这一点是西医的优势,中医的弱点),但是,这种方法忽视整体联系,只见树木不见森林,而且习惯于静止的看待生命活动,显然,与现代科学、医学发展的方向是相违背的。

以中医学为基础,中西互补,乃是现代医学、生命科学发展的方向。全息生物学正是体现了这一科学发展的时代潮流。

2. “环境形神医学模式”优于“生物医学模式”。

中医学从来反对把人看成是单纯具有躯体的人,而是强调“形与神俱”、“形神合一”的人,也就是形(生物体)和神(精神的)活动有机结合的人。中医学强调将人置于周围环境(自然的和社会的)变化之中,注重在人与环境的相互联系、协调、制约之中,考察人体的机能状态,进行治疗预防,这就是“环境(自然、社会)形神(生物、心理)医学模式”。西方医学中占统治地位的是“生物医学模式”。其基础是分子生物学。它认为,只要通过测定人体的各种生物学变量,从测定值偏离正常值的大小与程度就能判明疾病的情况。完全无视社会和心理等因素对人体的影响,把人看成是完全孤立的生物个体、“机器人”。

当今,科学技术的发展,社会的进步,转变西医学的传统模式势在必行。80年代国际西医学界一些学者的“社会——心理——生物医学模式”受到普遍关注。中医学的模式在基本点上同当今医学模式的变革与发展趋势是相通的。在此基础上生长出来的全息生物学,比在解剖学基础上产生的现代生物学无疑具有极大的优势,体现了生物学发展和变革的趋势。

3. “随症治疗”的辩证思维方式优于机械论方式。

中医学在思维方法上也颇具特色。治疗疾病,西医往往停止于病的共性,中医决不满足于共性,必须以病人的个性作为首要考察的出发点,西医看来属于同一种疾病的患者,均可服用同一种药,中医却必须判明患者们阴阳虚实的差异开出不同的药方。中医还重视不同患者不同的空间时间条件下得病的差异。考虑天体运行(四季变化)和其他时间要素同疾病发展的联系,正是中医学的特色。相比之下,西医过于机械了,中医更切合个性、切合病人的具体实际。中医的妙处就在于“随症治疗”,不断调整处方。

此外,中医学中反映出的系统方法,以及诊断用的取象比类、司外揣内、心法和顿悟、试探和反证等方法,都体现了辩证思维的特色。

全息生物学在此基础上提出了泛控论,使西方的系统方法与中医的辨证方法结合起来,而又高于二者,不仅对解决医学、生物学的问题发生了革命性变革,而且适用于自然、社会和思维领域,具有更广泛的方法论意义。

4. 中药和方剂的特色和优势。

在中药中,动、植物类的药占了很大部分,西药则以化学合成制品为主。中药在人体与自然环境进行物质、能量、信息交换的过程中能够发挥正常的积极作用,而副作用小,不会干扰人体正常的生理过程,有的甚至还有适应和调节的作用,故有“药食同源”说。当今,西药合成药物致毒、致畸和致癌的情形日益增多,已酿成严重的社会问题。“面向大自然”、“回到中药去”已成了越来越强烈的呼声。

中药的方剂也颇具特色,可以产生各单位药物所没有的整体功效。西方到20世纪40年代提出的系统论思想,在中医方剂中已运用了2000多年,这不能不是人间罕有的奇迹。它具有大力开发、挖掘的价值和巨大潜力。中医方剂是按照中药的药性及其配伍组成的规律组合而成的,医生通过有意识的药物配伍,以组合药物的协同作用和调节药性的偏胜,这是中医学方剂独具的特色。这也是中医整体观念的生动反映之一,它不仅包含丰富的辩证法思想,如果细细品味和深入探析,就不难发现其中还包含着当今系统科学的前沿成果——耗散结构论、协同学、突变论的可贵思想。全息生物学,特别是全息诊疗法,对癌病防治的药物系列,都继承和发展了这些科学方法。

怪不得普利高律一再兴致勃勃的到中国来,并声言要用他创立的耗散结构论架起接通东西方科学文化交融、互补的桥梁,对人类文明作出更大的贡献。我们说,张氏的全息生物学已经在这方面率先迈出了第一步。

二、既然这门生物学,不同于从西方传统中生长出来的近现代生物学,因而它的生物观也具有不同于西方生物观的明显特点。它是:

其次,新型的生物统一观。

(一)现代系统科学结构决定功能的原理认为,不同的结构决定不同的功能。而全息生物学却揭示了生物体不同的结构和功能单位的同一性。一个生物体上,各个不同的结构和功能单位,象某一个动物的头、颈、节肢,某一个植物的叶、枝、花瓣,在本质上都是同一种东西——全息胚(包含着全部整体信息的胚胎)。全息胚是作为生物体组成部分的处于某个发育阶段的特化的胚胎。通俗地说,全息胚是长在亲体本体上的成为了亲体本体的器官或部分的小个体。一个生物体是由处于不同发育阶段的、具有不同特化的多重全息胚组成的。这就得出了一个全新的生物观,这就需要人类来重新认识生物体了。这就会使过去建立在解剖学基础上对生物体的认识发生一次观念性的革命变革。从而对医学和其它与生物学相关原科学领域发生重要的和革命性的影响。

(二)全息生物学揭示了人体上新的相关规律。人体每一长骨节肢(如第二掌骨节肢)的各部位与人体全身的各部位是一一对应的,每一对对应部位之间存在着生理或病理上的相关性。相关部位的分布图谱使每一长骨节肢象是一个小个体或胚胎。这就为疾病的诊断和治疗开创了一个新方向,即通过一个长骨节肢,如第二掌骨节肢,来诊断和治疗全身的疾病。这就是张氏发明的全息诊疗法,截至1992年9月,这一诊疗法已得到30余个国家34万余例成功的应用。

(三)已往的生物学重大发现,或为宏观层次,或为微观层次,而张氏发现的全息胚,则是横跨宏观和微观两大层次(包括两大层次之间)的生物学的重大发现。构成生物体的任何器官,包括个体本身,都是全息胚,而细胞则是发育程度最低的全息胚,是全息胚

的特例。这样,全息胚的发现和全息胚学说的创立就揭示了生物个体、器官这样的宏观层次部分与细胞这样的微观层次部分在本质上的,即胚胎性质上的统一性。这是生物学领域具有革命意义的发现。当今,科学界将世界分为宇观、宏观和微观世界(即三大层次)进行探索,并在各大层次内取得了相当可观的成果,而横跨这些大层次,揭示这些大层次之间的规律性联系的具体科学的重大成果至今还十分罕见。张氏这一新的成果和新的生物统一观,无疑会对具体科学的研究产生不可忽视的影响。

(四)全息生物学继承和发扬了中国传统中注重功能与实效,强调科学和技术的统一、理论和实效的统一的现实主义的科学观。这与西方把科学与技术相分离,只片面地注重理论、而忽视功能与实效的理性主义科学观的缺陷形成鲜明对比。这也正是中医学和全息生物学的生命力所在。同时也说明,不能以西方科学观为标准来看待和评价中医学和全息生物学,必须考虑中国科学文化传统独有的特征和优势。

总之,全息生物学的学科性质和生物观表明,中国科学文化传统对当今科学技术的发展是大有作为、大有潜力的,立足于中国科学文化土壤,吸收西方传统中的优势,克服西方传统中的缺陷,完全可以作出新发现,创立新理论,建立新科学,对人类文明作出卓越贡献。

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 第三届国际全息生物学学术讨论会文集 中文版 (1 9 9 6 年 8 月 ,
美国 , 洛杉矶)

作者 = 张颖清

页数 = 6 1 7

S S 号 = 1 0 0 3 4 7 0 2

出版日期 = 1 9 9 6 年 0 8 月第 1 版