

· 论著 ·

从《伤寒论》解读“君火以明，相火以位”及其临床意义

陈 明

(北京中医药大学基础医学院, 北京 100029)

摘要: 从《伤寒论》方证解读《黄帝内经》“君火以明，相火以位”的内涵与临床意义。认为“君火以明，相火以位”是中医“心肾相交”理论的基础，并重点从君、相二火的功能及状态失调论述了《伤寒论》中心肾不交的方证及其相关经方的临床运用。文章分4部分阐述：①君火痞塞，独焰于上：大黄黄连泻心汤证；②君火痞塞，相火不应：附子泻心汤证；③君火不明，相火不位：桂枝加桂汤证、茯苓桂枝甘草大枣汤证；④相火不位，肝风内动：真武汤证。

关键词: 黄帝内经；伤寒论；君火；相火；心肾相交；经方应用

Exploring the meaning and clinical significance of ‘sovereign-fire lightening and ministerial’ fire functioning from *Treaties on Cold Pathogenic Diseases*

CHEN Ming

(School of Basic Medical Science, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract: The author investigated the theory ‘Ministerial fire operating well is based on monarch fire with normal function’ From *Yellow Emperor’s Internal Classic* in term of the theory of *Treaties on Cold Pathogenic Diseases*, and try to explore and summarize the clinical practicing of ‘disharmony between heart and kidney’ theory by analyzing the physiology and pathological mechanism of ministerial fire and monarch fire, which helped to drive the understanding that the theory of ‘ministerial fire operating well is based on monarch fire with normal function’ would make sense of ‘coordination between the heart and kidney’ and build the foundation for it. There are examples which help to explain the theory ‘ministerial fire operating well is based on monarch fire with normal function’ from four aspects in this article. Firstly, Dahuang Huanglian Xiexin Decoction syndrome reflects the blocking status of Monarch Fire, which would bring more fire on the upper of the body. Secondly, Fuzi Xiexin Decoction syndrome reflects the blocking status of monarch fire without response of ministerial fire simultaneously. Thirdly, Guizhi Jia Gui Decoction and Fuling Guizhi Gancao Dazao Decoction syndrome reflects the status of both monarch fire and ministerial fire with abnormal function. Finally, Zhen Wu Decoction syndrome reflects the status of ministerial fire with abnormal function and liver wind agitation.

Key words: *Yellow Emperor’s Internal Classic*; *Treaties on Cold Pathogenic Diseases*; Sovereign-fire; Ministerial fire; Heart-kidney interaction; Application of classic formulas

《素问·天元纪大论》^[1]指出：“君火以明，相火以位”。笔者以为该理论对临床指导意义重大，盖五脏之中，心为君主，肾为根本，所以君火即心火，相火即肾火。所谓“君火以明”，意指君火藏于心，则神明彰显，血脉通畅，五脏六腑皆受其温煦，犹如离照当空，万物皆彰，《素问·灵兰秘典论》所谓“主明则下安”；而“相火以位”，是指肾主蛰藏，相火寄于肾，则宜藏不宜露，须守本位之意。相火潜藏于肾而不露，

五脏六腑皆受其温通，而为脏腑阳气之根本。对此，张景岳在《类经·运气篇》^[2]论述道：“君火以明，相火以位，虽注义如前；然以凡火观之，则其气质上下，亦自有君相明位之辨。盖明者光也，火之气也。位者形也，火之质也。如一寸之灯，光被满室，此气之为然也。盈炉之炭，有热无焰，此质之为然也。夫焰之与炭皆火也，然焰明而质暗，焰虚而质实，焰动而质静，焰上而质下，以此证之，则其气之与质，固自有上

通讯作者：陈明，北京市北三环东路11号北京中医药大学基础医学院中医临床基础系，邮编：100029，电话：010-64287073

E-mail: cmwg185@yahoo.com.cn

下之分,亦岂非君相之辨乎?是以君火居上,为日之明,以昭天道,故于人也属心,而神明出焉。相火居下,为原泉之温,以生养万物,故于人也属肾,而元阳蓄焉”。对君火、相火从功能、形态、性质及隶属诸方面进行了区别,所说颇为中肯。

君火、相火各是相对而言,君火在心,为五脏六腑阳气之用;相火藏肾,为五脏六腑阳气之根。相火以君火为统帅,君火以相火为根本。君相二火协同配合,从而温煦脏腑、长养气血、交通经络,推动机体各项功能活动,共为全身生命活动之动力。《黄帝内经》的这个认识成为后世“心肾相交”理论的基础,即心火下煦,以温肾水;肾水上滋,以济心火。心肾相交,水火既济,坎离相应,上下交泰,则人体“阴平阳秘,精神乃治”(《素问·生气通天论》),正如孙思邈《备急千金要方》^[3]所说:“夫心者火也,肾者水也,心肾相交,水火相济”。

在人体脏腑间之生克关系协调及阴阳升降消长之动态变化中,形成诸多功能性“轴心”、“枢纽”,如脾气之升与胃气之降,形成人体气机上下升降之枢纽;肝气之出与胆气之入,共掌人体气机内外出入之枢机;“肝生于左,肺藏于右”(《素问·刺禁论》),开通人体气机左右斡旋之通道。同样,“君火以明,相火以位”,则维持人体水火交通既济之平衡。如心肾不交,水火失济,如君火不明而晦,相火不守而动,君相各自为政,画地为牢,则会导致人体“阴阳离决,精气乃绝”(《素问·生气通天论》)。

《伤寒论》乃《黄帝内经》之忠实实践者,其内容虽未引《黄帝内经》之一言一句,然其诸方证亦无不是《黄帝内经》理论之指导,诸如心肾水火失济之候,见于《伤寒论》者众多。笔者于临证中,亦每遇心肾不交之病患,运用《黄帝内经》“君明相位”之理论指导及《伤寒论》经方之治疗,可获良效。今不揣浅陋,录案以示。

君火痞塞,独焰于上

需要指出,心肾阴阳水火在相互交通中,更需脾胃枢纽协助,脾气升有助于肾水升,胃气降有助于心火降。故若脾胃升降失常,心肾相交亦受影响,如心火不得下降或降而不畅,则会痞塞于中、上二焦,渐积而成邪火,每每熏灼胃脘,燎原头面,而见心下痞满、烧心、泛酸、口臭、口苦、面部痤疮、口腔溃疡、耳鸣、脱发诸多症候。《伤寒论》大黄黄连泻心汤证即是一典型例证,第154条云:“心下痞,按之濡,其脉关上浮者,大黄黄连泻心汤主之”。此心下痞,后世称为“热痞”,因火热壅滞心下胃脘所致。然此热

从何而来,则见仁见智,笔者以为,此胃中火是由心火嵌顿于中焦所致。或因胃素有伤,难助心火下行于肾,则令君火痞塞,独焰于上,而见心下痞伴诸多热症。关脉独浮,则更知热在心下胃中,以关脉候胃,胃热涌动气血于表故。所以治以大黄黄连泻心汤清泻胃热。

本方药仅两味,黄连清胃热,大黄泻胃热。为使大黄寒降之性缓恋于中上二焦,本方不用煎服而特用“麻沸汤浸渍”,即用滚开水浸泡药物,厚味薄取,以免水煮后其药直趋下焦,于清胃热不利。当然在临床使用中,也应灵活机动,不可囿于浸泡一法。本方临床应用十分广泛,诸凡胃热痞胀、烧心泛酸、口疮牙痛、面热、痤疮、耳鸣、脱发等,皆可使用^[4]。

案1 患者某,女,55岁,河北廊坊人,2009年9月26日来诊。患浅表性胃炎伴糜烂,HP(-)。平素胃脘胀满,食后为甚,而最为痛苦者则是烧心难奈,以致影响睡眠,伴有吞酸,大便不调,干稀不定。舌苔薄黄略腻,脉细滑。始以二陈、左金、香砂之属,服两周效果平平,仍呼烧心,且时有加重。三诊更方为:黄连10g,熟大黄^(后下)6g,黄芩10g,连翘30g,栀子10g,吴茱萸3g,乌贼骨30g,白及10g,三七粉^(冲)3g。嘱清淡饮食,忌生冷、辛辣、肥腻之物。连服21剂而愈。2009年11月复查胃镜,胃黏膜糜烂消失。

本案可定为热痞,用大黄黄连泻心汤合左金丸加味取效。临床所见,胃病相当一部分乃胃热或有宿食所致,究其原因,不外过食肥甘厚腻、辛辣之品,造成肝胃郁热,勃而不发,则烧心泛酸、胃脘胀满,甚则两胁发胀。遇此,余常用黄连、大黄、黄芩、连翘、吴茱萸、乌贼骨等药取效,基本是大黄黄连泻心汤合左金丸方底。如舌苔厚腻者,合平胃散;两胁胀满者,合金铃子散;呃逆者,加木香、砂仁、白蔻仁;胃镜检查发现有糜烂者,加白及、三七粉等。

君火痞塞,相火不应

如上所述,胃气降助心火下行,脾气升助肾水上济,脾胃功能失调会导致君火下降不畅,不但积于中焦胃中,而且导致心火亢于上。这种状态如若继续发展,则下焦肾阳因得不到心火之温煦而出现下寒,导致上下阴阳水火阻隔,出现上热下寒,热者自热,寒者自寒。除表现为心烦、口干口渴、咽喉疼痛,甚至口舌生疮、牙痛、齿衄、面部痤疮、耳鸣、脱发、目赤、上半身出汗等火热亢于上的症状外,同时又见腰酸怕冷、下肢发凉,尤其是膝关节以下凉甚、小便清长。有些病人极易上火,却又畏服凉物,服即下利,甚至食凉即泻,此皆为上热下寒、寒热错杂之表现,乃君

火痞塞、相火不应所致。纵观临床,上热下寒证多现心热与肾寒,即上为心火亢盛,下为肾阳不足,《伤寒论》附子泻心汤证即属于此。第155条云:“心下痞,而复恶寒汗出者,附子泻心汤主之。”本条紧接第154条大黄黄连泻心汤证而论,是大黄黄连泻心汤证的进一步发展,两方证可视为同一疾病之两个不同阶段。当心火嵌顿于中焦时,下焦肾阳失于君火之温而渐寒,继而导致卫阳不足,因“卫出于下焦”故(《灵枢·营卫生会篇》)。卫阳不足,温煦、固护体表之力下降,故在火热心下痞的同时伴见汗出恶寒,热壅于内,卫虚于外,水火失调,寒热并见。故其治必清心火、温肾阳并行,用附子泻心汤。

本方药仅4味,以黄连清心、胃之火,并伍以黄芩助之,仍以大黄泻火。同时用附子温下寒。本方在煎服方法上,3味清热药物仍以“麻沸汤渍之”,取气之轻清以泻心消痞;而附子则另煮取汁,取其辛热厚味以扶助肾阳。正如尤在泾《伤寒贯珠集》所云:“方以麻沸汤渍寒药,别煮附子取汁,合和与服,则寒热异其气,生熟异其性,药虽同行,而功则各奏,乃先圣之妙用也”。但在实际运用中,亦可四味同煎。笔者在临床常用本方治疗上热下寒之证,疗效确切。

案2 患者某,男,40岁,2007年仲秋日来诊。所患头中蒸热,夜晚为甚,影响睡眠,数年不愈,同事皆取笑他为“头脑发热”。该病人有脑萎缩家族史,故此疑惑自己患上此病,但经CT、核磁等脑部详细检查,未发现明显病变,故特请中医治疗。初诊诉曰:除脑热外,脊背间亦有热感,甚至从头至项背皆热,二便尚可,舌尖红,脉细数。辨为肾阴不足,虚火上亢,处以“大补阴丸”(地黄、知母、黄柏、龟版、猪髓)治之。笔者自以为方证无间,服后脑热必得清彻,嘱病人一周后再来复诊。岂料一个月后,病人方来复诊,诉其服药一个月,脑热丝毫无减,反增腹泻。细察之间,病人一句随意之言,令笔者顿悟!病曰:小腿以下,尤其两足常年发凉,犹如赤脚站在冰雪之中。笔者曰:初诊时为何不讲?答曰:足凉痛苦尚能耐受,而脑热难忍,一热一凉,恐有矛盾,影响治疗脑热,故而未敢详告。笔者曰:非当如此,中医治病需详察整体,汝之所云很有辨证价值。此乃上热下寒之证,寒热格拒,热者自热,寒者自寒,上下水火不相交通,致使头脑热如火,腿脚凉如冰。但使寒热交流,阴阳交通,其症自消。即处附子泻心汤加味:炮附子^(先煎)12g,黄连10g,黄芩10g,熟大黄^(后下)3g,肉桂^(后下)6g,川牛膝10g,炒杜仲10g,淫羊藿15g。同时,用细辛适量,研磨成面,蛋清调匀,于睡前敷于肚

脐,晨起去之。两周后,病人复诊:脑热、脚凉顽症基本得到解除,又巩固服用两周,痊愈。

本案为临床所见典型之上热下寒证,附子泻心汤为首选之方。本案加肉桂、川牛膝,意在引火归元,尤其肉桂,不仅如此,还能温补肾阳。细辛亦有引火归元之功,且肚脐为人体上下之交通点,用细辛敷脐具有促进阴阳寒热上下交通之作用。

值得提出的是,如此心肾不交果因脾胃升降失序所致,当加健脾和胃之品,如党参、半夏、枳壳、升麻等,以运转中焦枢机,尤其于治疗上热下寒之慢性口腔溃疡时,笔者更喜用此法。

君火不明,相火不位

上述两证,皆以心火亢盛为主要病变。然“君火以明”功能亦有不足之时,即心阳亏虚,谓之君火不明。心阳不足,不能下温肾水,肾水寒而不化,反上凌欺君,诱发水气凌心之证,可导致奔豚病的发生。所谓奔豚,即以猪的奔跑状态来形容患者自觉由气从小腹上冲胸咽之证,具体表现为患者突觉有一股冷气从小腹部向上窜扰,至腹部时则觉腹部胀满欲裂,至心胸时则觉异常胸闷、心悸、气短,至咽喉时则觉咽喉哽咽不利,若直窜巅顶,可致昏迷。西医多谓之为“神经官能症”。《伤寒论》茯苓桂枝甘草大枣汤证、桂枝加桂汤证即属于此范畴。《伤寒论》第65条云:“发汗后,其人脐下悸者,欲作奔豚,茯苓桂枝甘草大枣汤主之”。第117条云:“烧针令其汗,针处被寒,核起而赤,必发奔豚,气从少腹上冲心者,灸其核上各一壮,与桂枝加桂汤,更加桂二两也”。两证皆为过汗所致,汗为心之液,发汗太过,损伤心阳,心阳虚不能下蛰以暖肾中相火,肾水无以蒸化而停于下,反因心阳虚而上凌之。当然,水气凌心,有水凌、气凌之别:水凌之发,必有下焦水停之先决条件,所冲势缓,多在脐周上下筑动,所谓“脐下悸”也,同时下焦水停,影响膀胱气化,多有小便不利之表现;而所谓气凌,则指水寒之气上冲,其势迅速,其冲位高,可由小腹直达心胸、头巅之上,出现典型的奔豚发作。本证究其根本,乃是心阳先虚,故无论水冲、气冲,皆以温振心阳为首务。故茯苓桂枝甘草大枣汤用桂枝、甘草温振心阳,加茯苓、大枣以化气行水,健脾崇土;桂枝加桂汤乃是桂枝汤加重桂枝用量,以重温心阳,平冲降逆。《伤寒论》第117条对桂枝汤加重桂枝自注曰:“所以加桂者,以能泄奔豚气也”。其实,桂枝并无降气作用,之所以能泄奔豚气,源于其温振心阳之功,桂枝为温心阳之首选,《伤寒论》温心阳基本方剂即为桂枝甘草汤,心阳得温而振奋,则下焦寒水、

寒气皆无从上凌,故桂枝之能平冲降逆,乃得益于其温通心阳之功。笔者用本方于临床治疗奔豚病,殊获效验。

案3 患者某,女,61岁。2010年3月4日初诊。气从小腹上冲五年余,每次发作心慌欲死,自觉心脏不在胸腔而悬于咽喉,惶惶不可终日,难以入眠。近来发作次数频繁,每日发作少则四五次、多则十数次不等。同时腹部胀满,大便秘结难下,约三四日一次大便。舌淡,脉细。此奔豚之典型发作,乃心阳不振,坐镇无权,致下焦阴寒之气乘虚上凌。处桂枝加桂汤加味:桂枝20g,白芍10g,炙甘草6g,生姜3g,大枣4g,炮附子^(先煎)10g,肉桂^(后下)6g,小茴香10g,乌药10g,砂仁^(后下)6g,石菖蒲15g,远志10g。7剂水煎服,日服1剂,分两次服。

2010年3月11日二诊:上述奔豚、腹胀诸症明显减轻,本周只发作2次,且程度较轻。上方再服7剂。2010年3月17日三诊:奔豚未再发作,大便仍秘结,上方加决明子15g,7剂水煎服。2010年3月29日四诊:奔豚没有发作,大便通畅,一日一次。调整处方巩固:桂枝20g,白芍10g,炙甘草6g,大枣4g,生姜3g,肉桂^(后下)6g,小茴香10g,乌药10g,石菖蒲10g,远志10g,肉苁蓉15g,决明子10g。7剂,水煎服。2010年10月带其胞姐来看胃病,自述奔豚从此未发,大便正常。

本案即为《伤寒论》所说奔豚病之典型发作,临床较为多见,余已经治数十例,多获痊愈。其基本处方为:桂枝20g,白芍10g,炙甘草4g,生姜6g,大枣4枚,肉桂6g,川牛膝10g。所以加肉桂、牛膝,仍为引(气)火归元之意。见之临床,奔豚病常有小腹胀满,可加乌药、小茴香;小便不利者,加茯苓,其实即为桂枝加桂汤与茯苓桂枝甘草大枣汤之合方,二方相合,平降奔豚气之力更强。

相火不位,肝风内动

君火不明而相火不位,相火不位而水气内动,水气内动不仅上凌心君,而且还可欺侮肝脾,浸渍筋脉肌肉,致发水土流失、肝风内动诸候,如泄泻、水肿、眩晕、肢体瞤动等症,不一而足。试看《伤寒论》之真武汤证,本证凡二见,第316条云:“少阴病,二三日不已,至四五日,腹痛,小便不利,四肢沉重疼痛,自下利者……真武汤主之”。第82条云:“太阳病,发汗不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身润动,振振欲僻地,真武汤主之”。真武汤为温阳利水之名方,所治则为脾肾阳虚,水气内停之证,如第316条所云确为此候,脾肾阳虚,水气内停,浸渍大肠则下利;困扰膀胱则小便不利;泛滥四肢则四肢沉重,或疼痛,甚或

水肿;阳虚寒凝于腹则腹痛。一派阳虚不温、水土流失之象。此证临床多见,无论理论理解或临床运用,多无疑义。唯第82条所云,值得深思,在此张仲景告诉后世,真武汤可以治疗头晕目眩、肌肉润动、站立不稳诸症,系列分析之,诸症体现了“动”的特点,应为动风病症之列,而动风皆与肝相关,谓之肝风内动。故此,问题的核心则集中在肾阳虚水停为何会导致肝风内动?纵观肝肾间之密切关系,为水木之母子关系,肾为肝母,肝为肾子。一般而言,水能涵木,肾水涵肝木,水涵则木荣,水亏则木枯,若水不涵木,则肝阳上亢化风,而为中风疾病,此为临床对水不涵木之常解。然殊不知,肾水不足固可以导致肝风内动,而肾水泛滥同样可影响到肝木的生长,所谓水淫则木浸,亦可导致肝风内动,轻者眼睑、肌肉跳动、头晕目眩,重者则昏倒、不省人事。所以,临床遇肝风内动之候,当察有无水气,果属此型,用真武汤有很好疗效。以笔者所见,水气内动所致肝风内动,最多见于眼睑、肌肉的跳动,多选用真武汤治疗。兹举一顽固性肌肉瞤动案以证。

案4 患者某,女,64岁。2010年5月29日初诊。全身不自主肌肉跳动40余年,每遇疲劳、紧张、睡眠不好或受风寒时即发全身肌肉瞤动,动时难受异常,病人自述无法用语言形容其痛苦。来诊时笔者亲见其发作,见患者上肢、大腿、腹部、腰胁部等多处肌肉颤动,此起彼伏,病人表情痛苦,心悸胸闷,紧闭双眼以求片安。素常左脚跟疼,大便不成形,一日二三次。舌暗,苔白略厚,脉沉略弦。笔者辨某为肾阳虚水气内停,浸渍肝木,致其肝风内动。治以温阳化气,平肝熄风。方用真武汤合牵正散加味:炮附子^(先煎)9g,茯苓30g,炒白术10g,白芍10g,生姜10g,白附子9g,僵蚕10g,地龙6g,天麻10g,钩藤15g,白蒺藜10g,生龙骨^(先煎)和生牡蛎^(先煎)各30g。7剂水煎服,每日1剂,分两次服。

2010年6月8日二诊:服上方7剂后身瞤动症状大减,发作次数明显减少,本周只在食猪油后有一次剧烈发作。大便不成形有所改善,每日一次大便,仍左脚跟疼。舌暗,苔薄白水滑,脉沉。上方炒白术增至15g,再加川续断10g,以增健脾补肾之力。7剂。

笔者因于2010年6月11日赴台湾讲学半月,患者自续又服上方7剂,于6月26日患者在北京之女来告,其母各种症状完全消失,已自带药10剂返回故里,特此致谢。

谈及肝风内动,临床有肝阳化风、热极生风、血虚生风之分,然对水气生风一型,教科书多无论及,

实为缺憾! 观《伤寒论》真武汤证, 言之凿凿, 临证所见, 的确如此, 应当引起广泛重视。

综上所述,《黄帝内经》“君火以明, 相火以位”的论述是中医“心肾相交”理论形成的基础, 对临床指导意义重大。当然,“心肾相交”理论发展到现在, 赋予了更多的内涵, 远不只上述几种形态, 即使在《伤寒论》中亦不仅此数个证型, 譬如著名的黄连阿胶汤证, 更是心肾不交所致的典型证候, 只不过该证是由相火不位而发, 且世人多知, 本文囿于篇幅, 不再及述, 仅从君火不明一点出发而论, 以强调心肾不交之另一方面。管窥拙见, 仅供参考。

参 考 文 献

[1] 王冰. 黄帝内经素问. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 367

WANG Bing. The Yellow Emperor's Inner Classic Basic Questions. Beijing: The People's Medical Publishing House, 1963: 367

[2] 张景岳. 类经. 北京: 学苑出版社, 2005: 1635

ZHANG Jing-yue. The Classified Classic. Beijing: Academy Press, 2005: 1635

[3] 孙思邈. 备急千金要方. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 56

SUN Si-miao. Important Formulas Worth a Thousand Gold Pieces for Emergency. Beijing: The People's Medical Publishing House, 1982: 56

[4] 陈明, 刘燕华, 张保伟. 刘渡舟伤寒临证指要. 北京: 学苑出版社, 2000: 111

CHEN Ming, LIU Yan-hua, ZHANG Bao-wei. Guidance on Clinical Application of Treatise on Cold Damage by Liu Duzhou. Beijing: Academy Press, 2000: 111

(收稿日期: 2012年9月10日)

• 论 著 •

谈针灸治疗偏头痛的临床设计

方海亮^{1,2}, 沈燕^{2,3}, 杨沙^{2,3}, 王舒^{2,3}

(¹天津中医药大学, 天津 300193; ²天津中医药大学第一附属医院针灸研究所、天津市针灸学重点实验室, 天津 300193; ³国家中医药管理局脑病针刺疗法研究室, 天津 300193)

摘要: 检索总结分析科学引文索引(SCI)源期刊近年来所收录的针灸治疗偏头痛的随机对照试验(RCT)研究, 为探索适合我国的针灸治疗偏头痛临床设计方案提供借鉴。文章纳入2006年1月–2012年5月在SCI源期刊发表的针灸治疗偏头痛的RCT, 分析比较了其研究设计及实施过程中的差异, 总结了高质量RCT的优点和可学习之处, 提出应该结合针刺自身特点和偏头痛病临床特点, 建立符合针刺自身特点并被现代医学认可的高质量临床研究方案。

关键词: 针灸; 偏头痛; 临床研究设计; 随机对照试验

基金资助: 长江学者和创新团队发展计划资助, 天津市中医药管理局中医中西医结合科研课题(No.11047)

Discussion on clinical trial design of treatment of migraine with acupuncture and moxibustion

FANG Hai-liang^{1,2}, SHEN Yan^{2,3}, YANG Sha^{2,3}, WANG Shu^{2,3}

(¹Tianjin University of TCM, Tianjin 300193, China; ²Tianjin Key Laboratory of Acupuncture and Moxibustion, Institute of Acupuncture and Moxibustion, the First Affiliated Hospital of Tianjin University of TCM, Tianjin 300193, China; ³Key Laboratory of Cerebrovascular Treatment with Acupuncture, the State Administration of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China)

Abstract: This article conducted analysis of RCT researches of acupuncture for migraine which published in SCI journals in recent years so as to provide experience to the design of clinical research on its treatment. Comparing the differences of the researches involved, the article summed up the merits of these researches which we could learn from. In order to design the high quality clinical research which accepted by modern medicine, we should pay attention to the features of acupuncture-

通讯作者: 沈燕, 天津市南开区鞍山西道314号天津中医药大学第一附属医院针灸研究所、天津市针灸学重点实验室, 邮编: 300193
电话: 022-22432207, E-mail: swhstj@163.com