

山东中医杂志

(SHANDONG ZHONGYI ZAZHI)

(月刊)

1981年10月创刊

2025年第44卷第1期

(总第447期)

(2025年1月5日出版)

ISSN 0257-358X
中国标准连续出版物号 CN 37-1164/R

国内发行代号 24-044

国外发行代号 M0826

主编 王新陆

副主编 王振国 王琳 崔亚洲

执行主编 吴俊玲

执行副主编 成建军

主管 山东省卫生健康委员会

主办 山东中医药学会

山东中医药大学

编辑出版 《山东中医杂志》编辑部

地址 济南市长清区大学路4655号

山东中医药大学

(邮政编码250355)

电话 (0531)89628058(编辑室)

89628059(编务室)

印刷 济南康如印务有限公司

国内发行 中国邮政集团有限公司

山东省分公司

国外发行 中国国际图书贸易集团

有限公司

(100048,北京399信箱)

广告经营许可证3700004000092号

在线投稿 <http://www.sdzy.chinajournal.net.cn>

net.cn

网址 sdzz.sdutcm.edu.cn

国内定价 10.00元



欢迎关注本刊微信公众号

目次

专家共识

中西医结合诊治妊娠胚物残留专家共识(2024年版)

..... 山东中医药学会妇科专业委员会

山东中西医结合学会生殖外科专业委员会

山东省疼痛医学会妇产科专业委员会(1)

西苑中医肾病学术传承经验系列研究

余仁欢辨治药物性肾损害经验

..... 展婧怡 杨嘉仪 王文茹 詹添 王湘鹏 梁莹(12)

肺系疾病证治体系的创建与应用

“瘀毒”理论指导下不同肺系疾病诊疗思路..... 张伟(18)

论著

●临床理论与方法

帕金森病病因病机新探——毒邪主导,历损三阴

..... 刘家文 付凤明 聂林军 张鑫宇 刘红杰(24)

基于络病理论与“主客交”学说探讨黑棘皮症病机演变与治疗方法

..... 何吉甜 王上 熊斌(28)

基于“四位一体”理论探讨瓜蒌薤白半夏汤治疗经皮冠脉

介入术后心绞痛..... 王春宝 王丹 张龙 司国民(33)

从口渴症状探讨和法在治疗消渴中的应用

..... 庄子凡 吴倩 倪青(38)

从《伤寒杂病论》痰饮病邪的悸动性特征辨治特发性震颤

..... 孙飞 徐洁 周瑜 钱丽雅 杨凯(42)

●临床研究

芪参通脉饮 I 号联合电针夹脊穴治疗气虚血瘀型 Wagner 0 级

糖尿病足临床观察

..... 顾召林 权夏联恒 李婉婷 高杰(48)

益心通络汤联合运动康复训练对急性心肌梗死患者经皮冠脉

介入术后的影响研究

..... 孙晓溪 张新元 尹彤 马丽虹(54)

脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后复发危险因素的Logistic 回归分析

..... 梁洁 闵沙 王一清 李彤 石啸双(61)

●外治理论与应用

隔药灸脐法治疗肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征临床研究

..... 马凤君 刘芳 张巍 刘桐 李昕芮 马玉侠(66)

足外洗方Ⅱ号干预踝外翻合并跖痛症术后的回顾性研究

..... 郭紫嫣 熊冰朗 孙旭东 潘雅欣 邱佳明 孙卫东(72)

安胎止血散穴位贴敷辅助治疗肾虚型先兆流产临床研究

..... 陈惠惠 陈慧 冯文图 康旻 王庆一 陈映婷(78)

基于“皮损为腧”理论的带状疱疹后遗神经痛康复体系构建

..... 李志杰 韩兴军 赵荧荧 李欣莹

汤晓艳 周子阳 龙慧欣 李浩天 雍雪雪 朱辰龙(85)

●名医经验

王茂生从毒瘀虚辨治慢性白血病经验

..... 潘秋双 范华 李迎巧(89)

汪悦运用辛味药治疗类风湿关节炎经验

..... 严云 张晶(96)

“国医楷模”陈景河辨治寒地慢性头痛经验

..... 王虎 王婷萱 姜德友(101)

齐元富基于“解毒”治疗观辨治肺癌经验

..... 夏蕾 谭兆峰 秘亚鑫(105)

医案医话

程丑夫运用升阳益胃汤验案四则

..... 杨耀间 周怀能 肖海燕 刘建和 龙俊杰(108)

综 述

基于血浊理论辨治脑病研究进展

..... 李柏金 妍 王栋先

王琦 候志会 张永臣 贾红玲(112)

针刺治疗干眼症作用机制研究概述

..... 王瑞 衣华强(118)

《山东中医杂志》2025年稿约..... (124)

山东中医杂志

中国知网全文收录期刊

《中国学术期刊综合评价数据库》收录期刊

《中文科技期刊数据库》收录期刊

《中国核心期刊(遴选)数据库》收录期刊

“万方数据——数字化期刊群”收录期刊

《中国期刊全文数据库》收录期刊

《中国期刊网》收录期刊

《中国生物学文献数据库》收录期刊

《中国生物医学文摘光盘数据库》收录期刊

《中国学术期刊(光盘版)》收录期刊

《国家科技学术期刊开放平台》收录期刊

《中国科技资料目录·医药卫生》收录期刊

《中国科技资料目录·中草药》收录期刊

《中国医学文摘·中医》收录期刊

《中国药学文摘》收录期刊

《全国报刊索引》(自然技术版)收录期刊

《中国报刊订阅指南信息库》收录期刊

瑞典开放存取期刊目录(DOAJ)收录期刊

WHO Research4Life(Hinari)收录期刊

日本科学技术振兴机构数据库(JST)收录期刊

哥白尼索引期刊数据库(ICI World of Journals)收录期刊

乌利希期刊指南(Ulrichsweb)收录期刊

[期刊基本参数] CN37-1164/R*1981*m*A4*120*zh*P* ¥ 10.00*1000*22*2025-01

本期责任编辑、外文编辑 毛逸斐

SHANDONG JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

(monthly)

Jan. 2025

Vol. 44, No.1

CONTENTS

- Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Retained Products of Conception by Integrated Traditional Chinese and Western Medicine(2024 Edition)
..... Gynecology Professional Committee of Shandong Association of Chinese Medicine, Reproductive Surgery Professional Committee of Shandong Association of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Obstetrics and Gynecology Professional Committee of Shandong Association of Pain Medicine(1)
- YU Renhuan's Experience in Differentiating and Treating Drug-Induced Kidney Damage
..... ZHAN Jingyi, YANG Jiayi, WANG Wenru, ZHAN Tian, WANG Xiangpeng, LIANG Ying(12)
- Diagnosis and Treatment Ideas for Different Pulmonary Diseases Under Guidance of Theory of Blood Stasis and Toxicity..... ZHANG Wei(18)
- New Insights into Etiology and Pathogenesis of Parkinson's Disease: Dominance of Toxic Pathogens and Gradual Erosion of Three Yin Meridians
..... LIU Jiawen, FU Fengming, NIE Linjun, ZHANG Xinyu, LIU Hongjie(24)
- Discussion on Pathogenesis Evolution and Treatment Methods of Acanthosis Nigricans from Theory of Collateral Diseases and Concept of "Interaction Between Host and Guest"
..... HE Jitian, WANG Shang, XIONG Bin(28)
- Discussion on Gualou Xiebai Banxia Decoction(瓜蒌薤白半夏汤)in Treatment of Angina Pectoris After Percutaneous Coronary Intervention Based on "Four-in-One" Theory
..... WANG Chunbao, WANG Dan, ZHANG Long, SI Guomin(33)
- Discussion on Application of Harmonizing Method in Treatment of Consumptive Thirst Based on Symptom of Thirst..... ZHUANG Zifan, WU Qian, NI Qing(38)
- Differentiation and Treatment of Essential Tremor Based on Dynamic Characteristics of Phlegm and Fluid Retention Pathogen in *Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases*
..... SUN Fei, XU Jie, ZHOU Yu, QIAN Liya, YANG Kai(42)
- Clinical Observation of Qishen Tongmai Decoction I (芪参通脉饮 I 号) Combined with Electroacupuncture at Jiaji Points(EX-B2) in Treatment of Diabetic Foot with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome at Wagner Grade 0
..... GU Zhao, LIN Quan, XIA Lianheng, LI Wanting, GAO Jie(48)

- Study on Influence of Yixin Tongluo Decoction(益心通络汤) Combined with Exercise Rehabilitation Training on Patients After Percutaneous Coronary Intervention for Acute Myocardial Infarction SUN Xiaoxi,ZHANG Xinyuan,YIN Tong,MA Lihong(54)
- Logistic Regression Analysis of Risk Factors For Postoperative Recurrence of Colorectal Adenoma with Spleen Deficiency and Blood Stasis Syndrome LIANG Jie,MIN Sha,WANG Yiqing,LI Tong,SHI Xiaoshuang(61)
- Clinical Study on Herb-Partitioned Moxibustion on Navel in Treatment of Irritable Bowel Syndrome with Diarrhea Induced by Liver Depression and Spleen Deficiency MA Fengjun,LIU Fang,ZHANG Wei,LIU Tong,LI Xinrui,MA Yuxia(66)
- Retrospective Study of Zuwaixi Formula II (足外洗方II号) in Treating Hallux Valgus Complicated with Metatarsalgia After Surgery GUO Ziyang,XIONG Binglang,SUN Xudong,PAN Yaxin,QIU Jiaming,SUN Weidong(72)
- Clinical Study on Acupoint Application of Antai Zhixue Powder(安胎止血散) as Adjuvant Therapy in Treatment of Threatened Abortion with Kidney Deficiency Syndrome CHEN Huihui,CHEN Hui,FENG Wentu, KANG Min,WANG Qingyi,CHEN Yingting(78)
- Construction of Rehabilitation System for Postherpetic Neuralgia Based on Theory of "Taking Skin Lesion as Acupoint" LI Zhijie,HAN Xingjun,ZHAO Yingying,LI Xinying, TANG Xiaoyan,ZHOU Ziyang,LONG Huixin,LI Haotian,YONG Xuexue,ZHU Chenlong(85)
- WANG Maosheng's Experience in Differentiating and Treating Chronic Leukemia from Perspectives of Toxin,Blood Stasis,and Deficiency PAN Qiushuang,FAN Hua,LI Yingqiao(89)
- WANG Yue's Experience in Treating Rheumatoid Arthritis with Pungent Medicinals YAN Yun,ZHANG Jing(96)
- Experience of CHEN Jinghe,a "Model of Traditional Chinese Medicine",in Treating Chronic Headache in Cold Regions WANG Hu,WANG Tingxuan,JIANG Deyou(101)
- QI Yuanfu's Experience in Treating Lung Cancer Based on Therapeutic Concept of "Detoxification" XIA Lei,TAN Zhaofeng,MI Yaxin(105)
- Four Medical Cases Treated by CHENG Choufu with Shengyang Yiwei Decoction(升阳益胃汤) YANG Yaolü,ZHOU Huaineng,XIAO Haiyan,LIU Jianhe,LONG Junjie(108)
- Research Progress on Differentiation and Treatment of Brain Diseases Based on Theory of Blood Turbidity LI Bai,JIN Yan,WANG Dongxian,WANG Qi,HOU Zhihui,ZHANG Yongchen,JIA Hongling(112)
- Overview of Mechanism of Acupuncture Therapy for Xerophthalmia WANG Rui,YI Huaqiang(118)

Edited and Published by: Editorial Office, Shandong Journal of Traditional Chinese Medicine

(Shandong University of Traditional Chinese Medicine,
No.4655 Daxue Road, Changqing District, Jinan 250355, China)

Chief Editor: WANG Xinlu

Associate Chief Editor: WANG Zhenguo, WANG Lin, CUI Yazhou

Executive Editor: WU Junling

Associate Executive Editor: CHENG Jianjun

Abroad Distributed by: China International Book Trading Corporation

(P. O. Box 399, Beijing, China) Code No. M0826

·专家共识·

中西医结合诊治妊娠胚物残留专家共识(2024年版)

山东中医药学会妇科专业委员会,山东中西医结合学会生殖外科专业委员会,山东省疼痛医学会妇产科专业委员会

[摘要] 妊娠胚物残留(RPOC)是指流产或分娩后,胚胎组织或胎盘未能完全排出而残留子宫内,可引起出血、感染,甚至宫腔粘连等。目前RPOC的治疗策略主要分为药物治疗和手术治疗两类,但国内外对此尚未形成科学、规范的指导意见。中西医联合诊治一直是我国诊治RPOC的特色手段,为推广中西医结合协同诊疗理念,促进RPOC中西医结合诊疗技术发展,山东中医药学会妇科专业委员会、山东中西医结合学会生殖外科专业委员会、山东省疼痛医学会妇产科专业委员会共同牵头成立共识专家组,讨论形成《中西医结合诊治妊娠胚物残留专家共识(2024年版)》,从RPOC的高危因素、临床表现、诊断、治疗等方面阐述中西医结合协同诊疗理念,并提供专家共识,以改善RPOC患者预后,提高其生活质量。

[关键词] 妊娠胚物残留;诊疗;中西医结合;专家共识;手术治疗;辨证治疗

[中图分类号] R271.41

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0001-11

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.001

Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Retained Products of Conception by Integrated Traditional Chinese and Western Medicine(2024 Edition)

Gynecology Professional Committee of Shandong Association of Chinese Medicine, Reproductive Surgery Professional Committee of Shandong Association of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Obstetrics and Gynecology Professional Committee of Shandong Association of Pain Medicine

Abstract Retained products of conception (RPOC) refers to the situation where embryonic tissue or placenta fails to be fully expelled from the uterus after an abortion or delivery, which can lead to bleeding, infection, and even adhesion of the uterine cavity. Currently, the treatment strategies for RPOC mainly consist of drug therapy and surgical treatment, but there is no scientific and standardized guidance on this issue at home or abroad. The integration of traditional Chinese medicine (TCM) and western medicine has always been a distinctive approach in the diagnosis and treatment of RPOC in China. In order to promote the concept of integrative TCM and western medicine treatment and promote the development of TCM and western medicine combined diagnosis and treatment for RPOC, the Gynecology Professional Committee of Shandong Association of Chinese Medicine, the Reproductive Surgery Professional Committee of Shandong Association of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, and the Obstetrics and Gynecology Professional Committee of Shandong Association of Pain Medicine have jointly formed a consensus expert group to discuss and formulate the *Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Retained Products of Conception by Integrated Traditional Chinese and Western Medicine (2024 Edition)*. The consensus expert group provides expert consensus on the high-

[收稿日期] 2024-10-31

risk factors, clinical manifestations, diagnosis, and treatment of RPOC from the perspective of integrative TCM and western medicine treatment, with the aim of improving the prognosis and life quality of RPOC patients.

Keywords retained products of conception; diagnosis and treatment; integrated traditional Chinese and western medicine; expert consensus; surgical treatment; treatment based on syndrome differentiation

妊娠胚物残留(RPOC)是指流产(无论是自然、药物还是人工方式)或分娩(包括自然生产和剖宫产)后,胚胎组织或胎盘未能完全排出而残留子宫内,可引起出血、感染,以及远期并发症如宫腔粘连(IUA)等。文献资料显示,RPOC在所有妊娠中的发病率为0.5%~6.0%^[1-4]。RPOC属于中医学胎堕不全、胞衣不下、产后恶露不绝、产后腹痛、胞衣残留、癥瘕等范畴。目前,关于RPOC的规范化诊疗与管理策略尚未建立,为规范和提升RPOC综合诊治技术,山东中医药学会妇科专业委员会、山东中西医结合学会生殖外科专业委员会、山东省疼痛医学会妇产科学专业委员会共同牵头成立共识专家组,在收集、参考大量高质量文献的基础上,结合最新循证医学资料进行深入讨论,最终共同制定出《中西医结合诊治妊娠胚物残留专家共识(2024年版)》。该共识旨在为诊治RPOC提供科学、有益的指导和参考,具体推荐级别及其含义见表1。

1 RPOC高危因素

RPOC的发生发展与妊娠者年龄、剖宫产次数、宫腔操作史、胎盘异常(前置胎盘或胎盘植入)、子宫腔形态、子宫位置(过度前屈或后屈)、妊娠部位异常(宫角妊娠、剖宫产瘢痕妊娠)、感染等密切相关。Granfors等^[5]发现,RPOC在有剖宫产史人群中的发生率(3.4%)高于在经阴道分娩人群中的发生率(1.9%)。子宫腔形态异常可能会阻碍流产或分娩后妊娠物的顺利排出,并可能导致人工流产过程中吸宫不完全,从而导致RPOC的发生。子宫腔形态异常大致可分为先天性和后天性两种,先天性子宫畸形包括子宫纵隔、阴道斜隔、单角子宫和双角子宫等,

后天性子宫畸形包括子宫肌瘤、IUA等。此外,妊娠位置异常,如宫角妊娠、瘢痕妊娠和宫颈妊娠等,也可能导致RPOC的发生。

2 RPOC临床表现

RPOC临床表现因残留物的大小、血管化程度和残留时间不同而存在较大的个体差异。常见临床表现包括下腹部疼痛、不规则或持续性阴道出血、月经量减少或停经以及继发性不孕等,并发感染时可出现发热、恶寒等症状,但也有近30%的RPOC患者不存在任一症状,只能通过常规的盆腔超声检查发现^[4]。

RPOC常见的短期并发症是出血和感染,常见的长期并发症包括IUA以及慢性子宫内膜炎等。IUA的常见临床表现包括月经不规则、周期性(下)腹痛、不孕、反复流产及其他产科问题,严重的IUA可能导致子宫腔完全封闭,进而出现闭经现象,此时可被诊断为阿谢曼综合征(Asherman syndrome)^[6]。

专家共识:RPOC的症状因人而异,通常表现为下腹部疼痛、不规则或持续性阴道出血、月经量减少或停经以及继发性不孕。若发生感染,可能伴随发热和寒战等症状。RPOC的短期并发症主要包括出血和感染,长期并发症则主要涉及慢性子宫内膜炎和IUA。(推荐等级:2A级)

3 RPOC的诊断

RPOC的初步诊断主要依赖于患者病史、临床症状、盆腔超声等影像学检查以及血清人绒毛膜促性腺激素(HCG)水平等,术后组织病理学检查是RPOC的最终诊断证据,镜下见到绒毛或胎盘组织是病理学诊断RPOC的金标准。

表1 专家共识推荐级别含义

推荐级别	含义
1级	基于高级别临床研究证据,专家意见高度一致
2A级	基于低级别临床研究证据,专家意见高度一致/基于高级别临床研究证据,专家意见基本一致
2B级	基于低级别临床研究证据,专家意见基本一致
3级	不论基于何种级别临床研究证据,专家意见明显分歧

3.1 西医诊断

3.1.1 盆腔超声检查

盆腔超声是初步诊断RPOC最常用的影像学检查方法,但超声诊断RPOC的准确性并不高,敏感性和特异性分别为44%~85%和88%~92%^[7]。宫腔内未排出的血块及坏死蜕膜组织因与RPOC具有相似的超声表现,假阳性率达17%~51%^[4]。因此,目前业内对于盆腔超声在RPOC诊断中的价值尚缺乏统一意见,现有研究多采用回顾性分析方法,且研究结果呈现出显著的异质性。

盆腔超声诊断RPOC的主要参数包括子宫内膜厚度、宫腔内是否存在团块及多普勒血流情况,当超声下宫腔内无团块且内膜未见增厚时,可基本排除RPOC。

经阴道超声测量的子宫内膜厚度(ET)是最为常用的参数,但诊断RPOC的ET阈值无明确标准,各项研究结果之间存在一定差异。Yagur等^[8]在一项回顾性研究中纳入了212例因超声检查提示RPOC而接受宫腔镜检查的患者,结果显示,ET>7 mm与宫腔镜检查病理结果阳性相关。Levinsohn-Tavor等^[4]发现,ET>10 mm、存在宫腔内团块或伴有血流等超声特征的患者诊断RPOC的阳性预测值为55%。Durfee等^[9]开展的研究结果也显示,当ET<10 mm且子宫腔内无异常超声团块时,基本可排除RPOC。Pather等^[10]对200例患者进行回顾性分析,发现77%的患者术前超声提示RPOC,但只有50%的患者经组织学证实为RPOC,因此其认为存在宫腔内团块和ET>10 mm是RPOC最为准确的超声特征。Tohma等^[11]分析了466例RPOC患者的数据,发现当呈现RPOC症状女性的ET≥10 mm时,其诊断的敏感性为75%,且该条件下诊断的特异性和阳性预测值均达到100%,而阴性预测值为50%。Wong等^[12]发现,在经阴道超声检查中,当双层ET≤8 mm时,诊断不完全流产的总敏感性为100%,特异性为80%。此外,在一些随机对照试验和观察性研究中,有研究者将12 mm或15 mm作为诊断RPOC的ET临界值^[13-14]。

除测量ET外,彩色多普勒超声中的血流模式也是RPOC诊断的关键考量因素,其可帮助区分无血流信号的血块、坏死蜕膜组织与实际的RPOC。此外,Gutenberg分类系统根据超声下残留胚物的血流和回声特征,进一步细化了对胚物残留情况的分类,该系

统将RPOC分为0型(高回声且不存在血流团块)、1型(混合回声伴轻度或不存在血流团块)、2型(限制在宫腔的血流丰富团块)、3型(有肌层浸润且伴丰富血流信号的团块)共四种类型^[15]。

3.1.2 宫腔镜检查

通过宫腔镜可直接观察子宫腔形态及残留胚胎组织的大小、位置、性质和形态,因此宫腔镜检查对RPOC具有极高的诊断价值。通常,当超声检查结果提示可能存在RPOC时,建议在条件允许的情况下进行宫腔镜检查以确认诊断。RPOC的宫腔镜表现因残留的滋养层组织的退化、血管化和坏死程度不同而存在差异。根据超声Gutenberg分型,宫腔镜下RPOC可分为四种类型:0型为白色团块,无明显绒毛等结构;1型为明显的绒毛结构,未见血管分布;2型为含有丰富血管的绒毛结构;3型为含有丰富血管的绒毛结构,伴胚物植入部位肌层动脉瘤或动静脉分流^[15]。

3.1.3 血清HCG检测

HCG属于糖蛋白类物质,它源自胎盘的滋养层细胞,并通过这些细胞进行分泌。RPOC主要由这些滋养层细胞构成,HCG在血清中的水平升高可能反映出其较高的生物学活性,提示RPOC具有更强的血管生成和组织附着能力。

当前,HCG在RPOC诊断中的作用仍存在争议。Shitanaka等^[16]开展的研究显示,RPOC患者HCG水平的动态变化趋势与RPOC的活性变化趋势一致,这说明血清HCG水平能反映RPOC的活性,可作为监控RPOC治疗效果的重要指标之一。El-Baradie等^[17]认为HCG水平高于100 IU/L可以作为诊断早期妊娠终止后RPOC的参考。也有学者持不同意见,如Smorgick等^[2]认为血清HCG水平对诊断RPOC的效用不高,亦不是指导临床决策如手术治疗或保守随访的依据。临床中,RPOC患者的血清HCG水平可表现为升高或正常,因此,HCG检测某种程度上有助于RPOC的诊断和监测,但非绝对、唯一考量因素,HCG水平波动更多体现的是病情变化,临床应结合患者的症状、盆腔超声检查情况等综合评估。

3.1.4 鉴别诊断

在诊断RPOC时,需要将其与宫腔内血块、宫腔积血或积液、黏膜下子宫肌瘤、胎盘附着部位的不完全恢复、妊娠滋养细胞疾病、子宫内膜息肉及子宫动

静脉瘘(UAVF)相区分。RPOC与UAVF的鉴别诊断尤需注意,因为UAVF通常病情复杂,难以早期确诊,且存在潜在的致命性子宫出血风险。

UAVF是子宫动静脉畸形中一种较为少见且特殊的形态,其特征在于子宫动脉及伴行的引流静脉管壁展现出不同范围的扩张,并且形成了显著的动静脉之间的直接通路,这种短路导致了病理性血管病变^[18]。RPOC中残留的绒毛组织会引发子宫肌层血管化水平升高,这无疑增加了动静脉瘘的发生风险。因此,对于RPOC患者,尤其是伴有大量阴道出血者,需特别警惕UAVF的存在。彩色多普勒超声检查是了解残留组织周围的血流是否具有动静脉瘘的重要手段,必要时还可通过磁共振成像(MRI)或CT血管造影(CTA)辅助明确诊断。如需明确UAVF诊断则需采用数字减影血管造影(DSA)检查^[18-19]。

UAVF病情虽然凶险,但真正的UAVF较为罕见,多数情况属于富含血管的RPOC。研究显示,在近20%的RPOC病例中,RPOC伴有异常的丰富血管供应,多普勒超声会表现出子宫动脉收缩期峰值血流速度(PSV)升高、子宫内膜/肌层血管丰富的征象,但这些非特异性的影像学特征常导致UAVF的过度诊断和治疗。实际上,两者在超声特征上存在区别:RPOC患者的血流从子宫内膜发起,并延伸至子宫肌层;而UAVF患者的血流主要集中于子宫肌层。此外,UAVF患者的PSV值通常更高^[20-21]。

专家共识:病史、临床症状、盆腔超声等影像学检查结果以及HCG水平可作为RPOC的初步诊断依据,而最终确诊需依据术后组织病理学检查结果。在诊断RPOC过程中,需要区分宫腔内血块、宫腔积血或积脓、胎盘附着部位的不完全恢复、妊娠滋养细胞疾病、UAVF、黏膜下子宫肌瘤以及子宫内膜息肉等不同情况。(推荐等级:2A级)

3.2 中医辨证分型

中医认为RPOC的发生与产后或流产后冲任二脉受损、气血运行不畅导致五脏功能失调有关,病位主要在胞宫,病因主要为虚和瘀。流产或分娩过程中,人体冲任受损,元气不足,全身虚弱,气血剧烈变化,阴阳失衡,气血的逆乱导致脉络破损,血液溢出脉外渐渐形成瘀血,并进一步损害冲任系统。由于气虚,机体无法有效地排除旧物,而血瘀则阻碍了新血的生成,这些因素共同阻碍了残留的胚胎组织排

出,使其滞留在胞宫中,从而引发RPOC^[22-26]。本共识根据以往相关文献及临床经验,总结出RPOC的三个主要证型:气虚血瘀证、气滞血瘀证和瘀热互结证,并提出各证型的辨证要点。

3.2.1 气虚血瘀证

主要症状:非月经期异常阴道出血,血量不定,淋漓不净。

次要症状:血色偏暗红,伴有血块,小腹有空虚感和隐痛,喜按,疲乏无力,面色苍白或暗淡无光。

舌脉表现:舌紫或有瘀点,脉细涩或沉涩。

3.2.2 气滞血瘀证

主要症状:非月经期异常阴道出血,量少不畅,淋漓不净。

次要症状:血色偏暗并伴有血块,小腹胀痛拒按,排出血块后疼痛减轻,易急躁、生气。

舌脉表现:舌紫暗,脉弦涩或沉紧。

3.2.3 瘀热互结证

主要症状:非月经期异常阴道出血,血量多,血液质地黏稠,患者可能有发热现象。

次要症状:血色紫红,有异味,小腹疼痛,面色红,口干咽燥。

舌脉表现:舌红,苔黄,脉细数。

共识说明:RPOC的基本病机是瘀血阻滞。中医证型主要包括气虚血瘀证、气滞血瘀证和瘀热互结证,但临床需注意可能出现的兼证或合证。(推荐等级:2A级)

4 RPOC的治疗

决策RPOC的处理时机和治疗方法前,应对患者进行充分评估,根据患者阴道出血的情况、感染指标、盆腔超声检查结果、血清HCG水平等制定治疗方案。

4.1 紧急情况下的对症治疗

常见的紧急情况主要涉及因阴道出血过多导致血流动力学难以稳定的患者。这种情况下,首先需根据患者具体病情及时补充液体和血液制品,并迅速进行清宫术;若清宫术后仍然无法有效止血,可以进一步采用宫腔内球囊导管填塞压迫的方法;子宫动脉栓塞术(UAE)适用于采用多种方法仍未能成功止血且血流动力学不稳定的紧急患者;子宫切除术作为极端抢救手段,其止血效果最佳,在患者止血情况极差,但仍具备手术条件的情况下,应在充分考虑患

者情况的基础上妥善采用子宫切除术。静脉广谱抗生素治疗对于可能存在感染的患者不容忽视,妥善的抗感染治疗能为后续的手术治疗提供利好条件。

RPOC引起的不规则阴道出血属于中医学血症范畴,对于急性大量出血者,应基于“急则治其标”的原则,迅速采取止血措施,以防止大量失血引发失血性休克。由于气血相辅相成,故补气摄血是主要的中医治疗策略。又因血瘀是RPOC的关键病因之一,故有必要适时使用活血化瘀药物。若患者出现气随血脱或休克症状,应加用补气固脱方药^[27],推荐使用独参汤、参附汤加减,中成药可用参附注射液、生脉注射液静脉滴注^[28-29]。此外,也可采用针灸辅助止血,常用穴位包括合谷、水沟、足三里、隐白、太冲等^[30-31]。

RPOC继发感染属于中医学热证范畴,为急重症,热毒是其主要病因,患者可同时具有湿、瘀表现。治疗应在抗生素的基础上配以凉血化瘀、清热解毒的中药或中成药,如银翘红酱解毒汤加减。若有热毒炽盛、化脓表现,当配以清热逐瘀、排脓通腑药物,如薏苡附子败酱散^[32]、大黄牡丹汤等加减。

专家共识:及时识别并正确对症处理RPOC诱发的大出血、感染等急症对于改善预后、促进康复具有重要意义。(推荐级别:2A级)

4.2 期待治疗

期待治疗主要适用于阴道出血量少、缺少明确的感染证据、盆腔超声提示宫腔残留物体积不大(直径 <2.0 cm)且无血流信号等情况的RPOC患者,需要密切观察患者7~14 d,一般大部分残留物可自然排出清除。但期待治疗具有一定风险,其主要缺点可能是可能增加IUA的发生率^[33-34]。在Grewal等^[35]开展的回顾性研究中,18例采用期待治疗的妊娠早期流产后RPOC患者在49 d内均获得期待治愈。Shitanaka等^[16]观察了19例流产后RPOC患者(孕周均 <22 周),发现其RPOC均在确诊后27~184 d(平均77 d)自行消退,因此,只要患者血流动力学稳定,期待治疗是一种可接受的选择。Takahashi等^[33]对59例RPOC患者进行了回顾性研究,其中23例(39%)患者期待治疗成功。

4.3 药物治疗

4.3.1 药物治疗的适应证与禁忌证

药物治疗主要适用于以下情况:①患者体内残

留的妊娠组织滞留时间较短,阴道出血持续时间不超过14 d;②盆腔超声检查显示宫腔内存在混合结构或稍强的回声,无论是否伴有血流信号,且宫腔内妊娠残留组织体积较小(直径 ≤ 2.5 cm);③患者血清 β -HCG水平较低。药物治疗禁忌证包括但不限于:①阴道出血不规则或持续,且出血量明显超过正常月经量;②存在高感染风险;③患者有心脏、肝脏、肾脏等重要器官功能异常,或对相关药物特别是米索前列醇类似物过敏,可能导致喉头水肿、严重呼吸障碍甚至过敏性休克;④无法完全排除妊娠滋养细胞疾病的诊断;⑤患者明确拒绝药物治疗方式;⑥无法进行有效的后续随访^[36]。

4.3.2 中药治疗

RPOC的中药治疗应当以辨证为基础,针对患者的病情进行个体化用药。研究发现,单纯中药或中药联合西药治疗RPOC在促进妊娠组织物排出、减少出血、减轻疼痛等方面具有明显效果^[37-41]。

4.3.2.1 气虚血瘀证

治法:益气化瘀,杀胚消癥。推荐基础方药:生化汤合补中益气汤加减。

4.3.2.2 气滞血瘀证

治法:疏肝理气,活血祛瘀,消癥散结。推荐基础方药:生化汤合血府逐瘀汤加减。

4.3.2.3 瘀热互结证

治法:化瘀清热,祛瘀消癥。推荐基础方药:生化汤合五味消毒饮,并加大血藤、贯众、马齿苋、益母草、甘草。

4.3.2.4 随证加减

小腹冷痛或绞痛严重者,可加小茴香、细辛、吴茱萸、乌药等,以温经散寒;小腹冷痛且喜暖、喜按者,可加炮姜、肉桂、炮附子等,以温通血脉;胸胁胀满、情绪郁结者,可加郁金、香附、柴胡,以疏肝理气;食欲不振者,可加鸡内金、木香、砂仁,以强化脾胃功能、增进食欲;腰腿酸软者,可加川牛膝、续断、杜仲,以补肾壮腰。若RPOC滞留时间较长,组织已经机化,可加鳖甲、三棱、莪术等,以软坚散瘀生新;血清HCG水平偏高或下降缓慢者,可加红花、桃仁、紫草、天花粉、全蝎、蜈蚣等,以消除胚胎残留。

4.3.3 西药治疗

可用于治疗RPOC的西药主要包括米索前列醇、米非司酮及促进子宫收缩类药物等。

4.3.3.1 米索前列醇

研究表明,米索前列醇有助于缩短RPOC消退时间^[42-43]。作为广泛应用的治疗RPOC药物之一,米索前列醇的通常用法:单次使用400 μg,经阴道或舌下给药;或单次服用600 μg;或每4 h重复使用400 μg,经阴道或舌下给药,共2次。

4.3.3.2 米非司酮

每次25~50 mg,日1次或2次,总剂量不超过200 mg,可与米索前列醇、催产素或中药结合使用。

4.3.3.3 子宫收缩促进剂

通过静脉注射或肌肉注射给药,使用稀释后的催产素10单位。

专家共识:进行药物治疗前需严格筛查适应证及禁忌证,以防患者在治疗期间出现急症。西药治疗RPOC以杀胚、促进宫缩为主,中药治疗RPOC以杀胚消癥为主,辅以益气、理气、清热等药物辨证治疗。(推荐级别:2A级)

4.4 手术治疗

若患者阴道出血时间长或出血量大、保守治疗失败、手术意愿强,则采用手术治疗。在保守治疗期间出现以下情况亦需要进行手术治疗。①阴道不规则出血量显著高于平时月经血量;②患者感染风险高;③经过两周药物保守治疗后,如果仍然无法排除绒毛残留,或者患者在月经后通过彩色超声检查发现宫腔内仍有妊娠残留物;④患者对药物有严重过敏反应,无法继续进行药物治疗。

4.4.1 术前准备

①当超声提示RPOC血流异常丰富时,可选用米非司酮(25~50 mg/d)连续口服,待RPOC周围血流减少或消失、血清HCG水平下降再行手术治疗;②合并胎盘粘连或植入、血流极丰富者建议行双侧UAE后24~72 h行宫腔镜手术治疗;③一般以超声监视的方式进行手术监护,如果病情需要,也可进行腹腔镜监视;④宫颈预处理;⑤在手术前,必须与患者充分沟通手术风险,特别是对有胎盘粘连或植入情况的患者,需要明确告知可能存在过度水化综合征和子宫穿孔的风险,术后可能出现IUA、月经量减少甚至闭经,以及可能需要二次手术。

研究发现,中医疗法(包括情志疗法、耳穴压豆、针刺等)在缓解术前焦虑情绪方面具有独特的优势,能起到明显的镇静作用^[44-48]。医师要及时发现患者

的情绪状态,洞悉负面情绪的起因,在术前有针对性地进行开导、劝慰;同时注重术前宣教的有效性,力图解除患者顾虑;此外,可以考虑联合应用耳穴压豆疗法(推荐取穴:神门、心、肾、内分泌和交感)^[49]、颊针^[50-51]、针刺安神定志穴位(推荐取穴:内关、厥阴俞、印堂、神庭、百会、心俞)^[52]发挥镇静安神和辅助治疗作用。

4.4.2 手术方案的选择

4.4.2.1 刮宫或负压吸宫术

在超声引导下进行的刮宫或负压吸宫术是治疗RPOC最常采用的外科手段。由于这些手术的局灶性质和手术过程的不可见性,存在清宫不完全的风险。有研究表明,常规刮宫术后妊娠组织未完全清除的比例为20.8%^[53],特别是在子宫角有残留妊娠物质或存在子宫畸形的情况下,失败率会显著上升。此外,刮宫或负压吸宫术可能会损伤RPOC周围的正常子宫内膜组织,严重时可能导致IUA甚至阿谢曼综合征。Westendorp等^[54]发现,在自然分娩后因RPOC接受两次刮宫术的患者中,40%出现了IUA,其中30%为严重的IUA。

4.4.2.2 宫腔镜手术

相比传统的刮宫或负压吸宫术,宫腔镜手术具有操作简便、创伤较少、恢复迅速等优势,是目前治疗RPOC的首选手术方法^[55-59]。宫腔镜下对RPOC精准刨削或/和电切,尤其适宜于特殊部位残留或合并宫腔异常(粘连或畸形)者。

由于RPOC患者多为生育期女性,治疗中应兼顾保护患者的生育力。宫腔镜手术治疗RPOC的优势在于精准切除残留物,保留子宫内膜的完整性,从而降低炎症、瘢痕和IUA形成的风险。Rein等^[60]的研究结果显示,宫腔镜切除术后妊娠率(78%)明显高于刮宫或负压吸宫术后妊娠率(67%)。一项系统性综述也报道,宫腔镜术后IUA发生率(13%)低于刮宫术后IUA发生率(30%)^[55]。Golan等^[61]报道159例RPOC患者宫腔镜术后月经正常率为100%。Wagenaar等^[55]的系统综述显示,超声引导下刮宫术治疗RPOC后IUA的发生率(29.6%)明显高于宫腔镜术后IUA的发生率(12.8%)。

目前宫腔镜治疗RPOC手术技术包括宫腔镜直视下冷刀器械夹取、宫腔镜电动刨削术(IFS)、宫腔镜电切等。冷刀器械夹取或IFS对子宫内膜损伤最

小,但止血效果差,IBS还可避免术中宫腔镜器械反复进出宫腔。根据相关研究,使用Bigatti宫腔镜刨削系统彻底清除残留胚胎组织所需的手术时间相对较短,且对子宫内膜损伤较小^[62]。宫腔镜电切的优势在于术中可以止血,并可同时处理IUA,但对操作者技术要求较高,且其保护子宫内膜的效果较冷刀器械夹取和IBS差。有研究观察了宫腔镜下电切与IBS切除RPOC对生殖结果和后续妊娠率的影响,如Van等^[63]在随机对照试验中比较了IBS切除RPOC患者和宫腔镜电切除RPOC患者的后续生殖结局,结果显示,IBS组活产率为88.9%,宫腔镜电切组活产率为68.2%,IBS组的中位妊娠时间为14周,宫腔镜电切组为15周。

临床应根据患者具体情况选择合适的宫腔镜手术方式。当RPOC血运丰富时,建议使用宫腔镜电切,以便必要时电凝止血。其他患者均建议采用机械方式去除组织,尤其是当残留团块较大时,可用卵圆钳夹除大块组织,取出大块组织后可选取冷刀器械夹取或IBS去除剩余组织,此方法能有效减少手术所需时间,并降低过度水化综合征发生风险。当RPOC牢固粘连于子宫肌层或出血影响视觉效果时,方可考虑使用双极电器械,以减少子宫内膜损伤。

门诊宫腔镜(OH)是基于小直径宫腔镜器械(通常3.5 mm或5.5 mm),在没有麻醉的情况下,使用宫腔镜剪刀、抓握钳或刨削系统切除RPOC。其优点在于患者无需经历全身麻醉和宫颈扩张,也无需住院治疗,术后即可立即恢复日常活动。但当RPOC体积较大、血供充足,且疑似存在侵入性胚胎组织残留时,不建议采用OH(吸宫术)。

Mohr-Sasson等^[64]的回顾性研究显示,当RPOC直径 <2 cm时,手术宫腔镜与门诊宫腔镜切除的成功率相近,当RPOC直径 >2 cm时,手术宫腔镜切除成功率较高。Raz等^[3]回顾了119例接受宫腔镜治疗的RPOC患者(RPOC直径 ≤ 2 cm)的资料,认为当RPOC直径 ≤ 2 cm时可选择门诊宫腔镜和手术室宫腔镜切除。根据上述研究结果,门诊宫腔镜可能是治疗直径 ≤ 2 cm RPOC的首选方式。

宫腔镜手术的应用原则为急诊情况立即手术、非急诊情况择机手术。与早中期妊娠相关的RPOC应尽早通过手术清除,以降低出血风险、预防IUA。妊娠晚期相关RPOC不合并阴道大出血和明显感染

者,可适当等待,促进子宫复旧,应用雌激素软化残留胎盘组织,松解胎盘与宫壁粘连,创造宫腔镜手术条件,可于术前1~3 d开始给予戊酸雌二醇片(每次3 mg,日2次),至术后28 d。术后28 d中的最后6 d,加用地屈孕酮诱导撤退性出血。宫腔镜手术前应全面检查,了解RPOC所在部位,如RPOC较大,需要大外径宫腔镜并完善术前宫颈准备。

供血极其丰富的宫角、剖宫产瘢痕部位及胎盘植入的RPOC可导致难以控制的大出血和过度水化综合征等严重并发症,建议由具备丰富宫腔镜手术经验和术后处理经验的医生执行相关手术操作。

4.4.2.3 UAE

UAE不仅是一种诊断方法,还是一种治疗手段,适用于大量且难以控制的出血,给欲保留生育功能的患者提供了保守治疗的机会。研究发现,UAE治疗妇产科大出血的成功率为77%~92%,但需要注意的是,UAE后随着持续时间延长,子宫动脉可能代偿性形成侧支循环,重新建立血运,最终导致栓塞失败或再次出血^[46]。

当UAVF与RPOC共存时,治疗需格外谨慎,避免直接施行刮宫手术,因刮宫手术可能会对UAVF病灶造成损伤,引发致命性大出血。在患者血流动力学不稳定,表现为阴道大量出血且PSV值显著升高的情况下,采用UAE阻断病灶血供成为首要治疗方案。在UAE治疗结束后,可以通过宫腔镜手术进行高精度RPOC病灶切除。Gao等^[20]观察了48例采用不同方法(保守治疗、刮宫术、宫腔镜手术、UAE等)治疗的RPOC合并UAVF患者,结果提示,UAE是一种安全有效的治疗UAVF合并RPOC的方法,也是血流动力学不稳定患者的优选治疗方案。对血流动力学稳定的RPOC合并UAVF患者进行刮宫术和宫腔镜手术是安全有效的,宫腔镜切除UAVF-RPOC已被证明是一种安全有效的方法,且其能显著降低IUA发生风险。Shitanaka等^[16]认为,对于血流动力学稳定的UAVF合并RPOC患者(妊娠 <22 周),保守治疗也是一种可行选择。

专家共识:RPOC的治疗方案需根据患者阴道出血情况、有无感染、盆腔超声结果以及血清HCG水平等因素确定。当患者阴道出血量较少、无感染迹象且盆腔超声显示RPOC小、无血流信号时,可选择保守治疗。若患者阴道出血时间长或出血量大、保守

治疗失败、手术意愿强,则采用手术治疗,其中超声引导下的宫腔镜手术是首选方法,应根据患者情况选择合适的宫腔镜设备,并由经验丰富的医生进行手术操作。(推荐级别:2A级)

4.4.2.4 术后中医药干预

中医药对RPOC患者的术后干预作用主要包括以下两方面。①术后止血:冲任受损导致气不摄血是术后出血的主要原因,治疗应注重益气摄血,辅以化瘀止血法,建议采用举元煎加蒲黄、茜草、三七粉等药物。②预防术后IUA:流产损伤肾精肾气,导致血海空虚,无法滋养子宫内膜,且手术对胞宫冲任造成直接伤害,导致血溢脉外,瘀血阻塞胞脉胞络,因此,术后IUA的主因是肾虚血瘀。治疗原则应为补肾活血、祛瘀生新,推荐采用生化汤加菟丝子、盐续断、女贞子、酒大黄等药物,并可配合针刺(推荐取穴:三阴交、肾俞、血海、关元、子宫等)^[65-66]和耳穴压豆(推荐取穴:内分泌、卵巢、子宫、皮质下、肾、肝、脾等)^[67-68]等方法提升疗效。

专家共识:RPOC手术后的近期及远期并发症会严重影响女性的生育和健康,减少手术创伤、促进子宫内膜修复、预防IUA是术后治疗的重点。结合产后多虚多瘀的病理特点,术后治疗的主要原则是补肾活血、祛瘀生新。(推荐级别:2A级)

4.5 中医外治法

中医独具特色的外治法主要包括针灸、穴位贴敷、耳穴压豆等。研究显示,中医外治法联合中药或西药治疗RPOC可以促进宫缩、镇静止痛、减少出血等,但这些疗效尚需更可靠的循证医学证据支持,因此临床可根据患者病情将中医外治法作为中医或西医治疗的辅助手段。

4.5.1 针灸治疗^[69-73]

合谷、三阴交、中极、子宫、八髎、关元、气海等是针灸治疗RPOC的常用穴位。

4.5.2 穴位贴敷^[25]

制作贴敷物:选择具有促进血液循环、行气和消除瘀血作用的中药,加工成粉末状,均匀混合后,与醋调和至适当稠度;将此混合物平铺在6 cm×7 cm的敷贴上,确保敷贴面积为1 cm×1 cm。

取穴位置:子宫穴(双侧)、关元、气海。

贴敷时间:每次持续贴敷6 h后移除,日1次。

4.5.3 耳穴压豆^[23]

推荐取穴:神门、子宫、耳中、肝、肾、交感、内

分泌。

按压手法:用手指对所取耳穴进行持续3 min的压迫,确保每个穴位接受同等强度的刺激。压迫应持续至耳郭的小血管显现充盈、耳朵表面感觉温暖且伴有轻微痛感为止。患者可每日自行进行3~5次指压操作。在连续贴压5 d后,应手动移除耳豆。

专家共识:作为辅助治疗措施,中医外治法可促进RPOC患者的宫缩,减轻其腹痛、出血等症状,临床可参考应用。(推荐级别:2B类)

5 随访

RPOC整体治疗完成后应定期进行良好的随访,以准确评估整体疗效。建议每周定时对患者的血清HCG水平进行检测,直至患者血清HCG水平连续2次达到正常值;盆腔超声应每2周复查1次,直至无异常;若在随访过程中发现患者再次出现阴道出血增加、不明原因发热或显著腹痛等症状,应及时督促患者尽快就诊。

6 结束语

本共识旨在为RPOC患者提供中西医结合诊治方法,目的是保障患者的健康及良好的妊娠结局。本共识不排除其他组织或个人的声明和意见。

通信作者:师伟,山东中医药大学附属医院,山东 济南 250014,邮箱:sw19781214@163.com;张师前,山东大学齐鲁医院,山东 济南 250012,邮箱:r370112@126.com。

执笔作者(排名不分先后):王雅卓(河北省人民医院)、王玉超(山东中医药大学附属医院)、李雅琳(山东中医药大学)、师伟(山东中医药大学附属医院)、张颐(中国医科大学附属第一医院)、张师前(山东大学齐鲁医院)

参加本共识制订的专家(按姓氏笔画排序):于云海(山东大学第二医院)、王小元(山东第一医科大学第一附属医院)、王玉玲(临沂市中医医院)、王本鹏(枣庄市立医院)、王丽(山东中医药大学附属医院)、王健(枣庄市立医院)、王东梅(山东中医药大学附属医院)、王巧荣(菏泽市中医医院)、王颖梅(天津医科大学总医院)、王莉(山东第一医科大学第一附属医院)、文蕴(河北医科大学第四医院)、付静(聊城市中医医院)、史云(北京中医药大学东直门医院)、齐英华(山东中医药大学附属医院)、师伟(山东中医药大学附属医院)、刘瑞芬(山东中医药大学附属医

院)、刘金星(山东中医药大学附属医院)、刘政(山东中医药大学附属医院)、许天敏(吉林大学第二医院)、孙振高(山东中医药大学附属医院)、连方(山东中医药大学附属医院)、杜惠兰(河北中医药大学)、李芳梅(中国医科大学附属第一医院)、李霞(山东中医药大学)、肖新春(陕西中医药大学附属医院)、邹雪梅(山东中医药大学第二附属医院)、张师前(山东大学齐鲁医院)、张丽娟(山东中医药大学)、张颀(中国医科大学附属第一医院)、张秀荣(山东省妇幼保健院)、陆华(成都中医药大学附属医院)、范江涛(广西医科大学第一附属医院)、赵瑞华(中国中医科学院广安门医院)、郑晶(烟台市中医医院)、胡永学(博兴县人民医院)、袁超(泰安市中医二院)、徐慧军(青岛市中医医院)、高雪(淄博市中医医院)、蔡平平(山东第一医科大学附属省立医院)、魏延菊(潍坊市中医院)

本共识整理秘书:吴奇(山东中医药大学)、杨泊娇(山东中医药大学)、刘琼华(山东中医药大学)

利益冲突:所有作者均声明不存在利益冲突

[参考文献]

- [1] BORTOLETTO P, ROMANSKI P A, SCHATZ-SIEMERS N, et al. Retained products of conception as an aetiology for endometritis[J]. BJOG, 2022, 129(2): 185-187.
- [2] SMORGICK N, SEGAL H, EISENBERG N, et al. Serum β -HCG level in women diagnosed as having retained products of conception: a prospective cohort study[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2022, 29(3): 424-428.
- [3] RAZ N, SIGAL E, GONZALEZ ARJONA F, et al. See-and-treat in-office hysteroscopy versus operative hysteroscopy for the treatment of retained products of conception: a retrospective study[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2022, 48(9): 2459-2465.
- [4] LEVINSOHN-TAVOR O, SHARON N Z, FELDMAN N, et al. Managing patients with suspected postpartum retained products of conception using a novel sonographic classification [J]. Acta Radiol, 2022, 63 (3) : 410-415.
- [5] GRANFORS M, SANDSTRÖM A, STEPHANSSON O, et al. Placental location and risk of retained placenta in women with a previous cesarean section: a population-based cohort study[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2020, 99(12): 1666-1673.
- [6] 汤若楠, 张琬琳, 肖西峰, 等. 脂肪干细胞治疗宫腔粘连的研究进展[J]. 生殖医学杂志, 2023, 32(9): 1446-1450.
- [7] VELEBIL P, HYMPANOVA L H, HERMAN H, et al. Retained products of conception - a retrospective analysis of 200 cases of surgical procedures for the diagnosis of residua postpartum[J]. Ginekol Pol, 2023, 94(12): 967-971.
- [8] YAGUR Y, JURMAN L, WEITZNER O, et al. Ultrasound for diagnosis of postpartum retained products of conception-How accurate we are? [J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2023, 23(1): 572.
- [9] DURFEE S M, FRATES M C, LUONG A, et al. The sonographic and color Doppler features of retained products of conception[J]. J Ultrasound Med, 2005, 24(9): 1181-1186, 1188-1189.
- [10] PATHER S, FORD M, REID R, et al. Postpartum curettage: an audit of 200 cases [J]. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2005, 45(5): 368-371.
- [11] TOHMA Y A, DILBAZ B, EVLIYAOĞLU Ö, et al. Is ultrasonographic evaluation essential for diagnosis of retained products of conception after surgical abortion? [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2016, 42(5): 489-495.
- [12] WONG S F, LAM M H, HO L C. Transvaginal sonography in the detection of retained products of conception after first-trimester spontaneous abortion [J]. J Clin Ultrasound, 2002, 30(7): 428-432.
- [13] HAMEL C C, VAN WESSEL S, CARNEGIE A, et al. Diagnostic criteria for retained products of conception - a scoping review [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2021, 100(12): 2135-2143.
- [14] ALCÁZAR J L, BALDONADO C, LAPARTE C. The reliability of transvaginal ultrasonography to detect retained tissue after spontaneous first-trimester abortion, clinically thought to be complete [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 1995, 6(2): 126-129.
- [15] ALONSO PACHECO L, TIMMONS D, SAAD NAGUIB M, et al. Hysteroscopic management of retained products of conception: a single center observational study [J]. Facts Views Vis Obgyn, 2019, 11(3): 217-222.
- [16] SHITANAKA S, CHIGUSA Y, KAWAHARA S, et al. Conservative management for retained products of conception after less than 22 weeks of gestation[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2020, 46(10): 1982-1987.
- [17] EL-BARADIE S M Y, EL-SAID M H, RAGAB W S, et al. Endometrial thickness and serum beta-hCG as predictors of the effectiveness of oral misoprostol in

- early pregnancy failure [J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2008,30(10):877-881.
- [18] 张巧,张师前,周丹,等. 早期妊娠相关子宫动静脉瘘诊治的中国专家共识(2022年版)[J]. *中国实用妇科与产科杂志*,2022,38(3):284-289.
- [19] HAN L,SHI G,ZHENG A,et al. Hysteroscopy for retained products of conception:a single-institution experience[J]. *BMC Womens Health*,2023,23(1):25.
- [20] GAO F,MA X,XU Y,et al. Management of acquired uterine arteriovenous malformations associated with retained products of conception [J]. *J Vasc Interv Radiol*,2022,33(5):547-553.
- [21] DAMIANI G R,DI GENNARO D,VIMERCATI A,et al. Office intrauterine morcellation for retained products of conception[J]. *Minim Invasive Ther Allied Technol*, 2023,32(6):323-328.
- [22] 李雨霄. 加減血府逐瘀汤治疗药物流产不全的临床疗效研究[D]. 保定:河北大学,2023.
- [23] 杨银. 中药联合耳穴压豆治疗药流后阴道流血的临床观察[D]. 南昌:江西中医药大学,2023.
- [24] 叶智. 加味下瘀血汤治疗瘀阻胞宫型药流不全的临床疗效观察[D]. 杭州:浙江中医药大学,2022.
- [25] 靖学锋. 内服中药联合穴位贴敷治疗产后胎膜残留的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2019.
- [26] 范晓艳. 自拟血竭逐瘀缩宫汤治疗药物流产后宫腔残留的疗效观察[D]. 杭州:浙江中医药大学,2023.
- [27] 刘羽,靳琳. 中药治疗失血性休克的体会[J]. *北京中医药大学学报*,2003,26(2):70.
- [28] 邓志杰,董子洵,刘家伟,等. 参附注射液综合评价研究[J]. *中国临床药理学杂志*,2023,39(24):3682-3692.
- [29] 国家中医心血管病临床医学研究中心,中国医师协会中西医结合医师分会,《生脉类注射剂临床应用中国专家共识》编写组. 生脉类注射剂临床应用中国专家共识[J]. *中国中西医结合杂志*,2020,40(12):1430-1438.
- [30] 邢庆昌,张立俭,胡森. 中医药治疗失血性休克的研究述评[J]. *中医学报*,2011,26(6):730-732.
- [31] 曹小丽. 针刺合谷、三阴交、太冲对初产妇产程影响的临床研究[D]. 兰州:甘肃中医药大学,2023.
- [32] 韦柳溢,郝二伟,侯小涛,等. 薏苡附子败酱散的临床应用与药理作用研究进展[J]. *中国中药杂志*,2023,48(18):4893-4901.
- [33] TAKAHASHI H,OHASHI M,BABA Y,et al. Conservative management of retained products of conception in the normal placental position:a retrospective observational study[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2019,240:87-92.
- [34] FORESTE V,GALLO A,MANZI A,et al. Hysteroscopy and retained products of conception:an update[J]. *Gynecol Minim Invasive Ther*,2021,10(4):203-209.
- [35] GREWAL K,AL-MEMAR M,FOURIE H,et al. Natural history of pregnancy-related enhanced myometrial vascularity following miscarriage [J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*,2020,55(5):676-682.
- [36] 中华医学会儿科学分会. 不全流产保守治疗专家共识[J]. *中华生殖与避孕杂志*,2019,39(5):345-348.
- [37] 曾令芳,陈敏,吴玮,等. 桂枝茯苓胶囊联合戊酸雌二醇治疗产后胎盘残留临床研究[J]. *中华中医药学刊*, 2023,41(5):62-66.
- [38] 方鸿浩,黄楠,陈香军. 加味复方生化汤联合缩宫素对产后胎盘胎膜小部分残留患者产后出血量、子宫复旧及残留物变化的临床疗效观察[J]. *中华中医药学刊*, 2023,42(3):235-238.
- [39] 薛淑文. 加味生化汤联合米非司酮治疗产后胎盘残留93例临床观察[J]. *湖南中医杂志*,2022,38(2):10-13.
- [40] 张玉霞. 米非司酮与复方中药联合米非司酮在人工流产后宫腔残留的临床效果对比分析[J]. *中医临床研究*,2019,11(6):134-136.
- [41] 胡晓丹. 补脾益肾调经汤治疗人流术后子宫内膜修复的临床疗效研究[D]. 南宁:广西中医药大学,2024.
- [42] BEAMAN J,PRIFTI C,SCHWARZ E B,et al. Medication to manage abortion and miscarriage[J]. *J Gen Intern Med*,2020,35(8):2398-2405.
- [43] HENKEL A,SHAW K A. Advances in the management of early pregnancy loss[J]. *Curr Opin Obstet Gynecol*,2018,30(6):419-424.
- [44] 王亮,曾玉,孙萌. 中医护理在缓解子宫全切患者术前焦虑中的应用观察[J]. *光明中医*,2020,35(4):603-605.
- [45] 黄媛,胡佩欣,钟淑琴,等. 耳穴压豆缓解围手术期患者焦虑作用的Meta分析[J]. *广州中医药大学学报*,2023,40(3):769-776.
- [46] BAE H,BAE H,MIN B I,et al. Efficacy of acupuncture in reducing preoperative anxiety:a meta-analysis[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2014, 2014: 850367.
- [47] 梁花花,王亚军. 近10年国内外针刺治疗焦虑症研究进展[J]. *中华中医药杂志*,2019,34(3):1131-1133.
- [48] 卫勇平,张静喆. 中医药疗法在术前焦虑治疗中的应用评价[J]. *上海中医药杂志*,2012,46(6):3-5.
- [49] 王丹丹,李紫红,聂诗龙. 耳穴压豆缓解手术患者术前焦虑的临床观察[J]. *内蒙古中医药*,2023,42(11):90-

- 92.
- [50] 陈雄为,王萍,林江海,等. 颊针疗法在经皮椎体成形术术前镇痛中的应用研究[J]. 浙江中医杂志,2024,59(2):173-174.
- [51] 张倩,张旭东,苏帆. 颊针于围手术期的应用[J]. 光明中医,2023,38(18):3676-3679.
- [52] 山东中西医结合学会妇科肿瘤专业委员会,山东中西医结合学会麻醉与镇痛专业委员会. 妇科围手术期加速康复的中西医治疗专家共识[J]. 山东中医杂志,2021,40(6):543-551.
- [53] COHEN S B, KALTER-FERBER A, WEISZ B S, et al. Hysteroscopy may be the method of choice for management of residual trophoblastic tissue[J]. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2001, 8(2): 199-202.
- [54] WESTENDORP I C, ANKUM W M, MOL B W, et al. Prevalence of Asherman's syndrome after secondary removal of placental remnants or a repeat curettage for incomplete abortion [J]. Hum Reprod, 1998, 13 (12) : 3347-3350.
- [55] WAGENAAR L P, HAMERLYNCK T W, RADDER C M, et al. Hysteroscopic morcellation vs. curettage for removal of retained products of conception: a multicenter randomized controlled trial [J]. Fertil Steril, 2023, 120(6): 1243-1251.
- [56] NIR A, MOR M, YEKUTIEL M, et al. Postpartum retained products of conception: Is it possible to avoid postpartum curettage? [J]. Int J Gynecol Obstet, 2022, 156(2): 231-235.
- [57] HOOKER A B, AYDIN H, BRÖLMANN H A M, et al. Long-term complications and reproductive outcome after the management of retained products of conception: a systematic review [J]. Fertil Steril, 2016, 105 (1) : 156-164.
- [58] BEN-AMI I, MELCER Y, SMORGICK N, et al. A comparison of reproductive outcomes following hysteroscopic management versus dilatation and curettage of retained products of conception [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2014, 127(1): 86-89.
- [59] CAPMAS P, LOBERSZTAJN A, DUMINIL L, et al. Operative hysteroscopy for retained products of conception: efficacy and subsequent fertility [J]. J Gynecol Obstet Hum Reprod, 2019, 48(3): 151-154.
- [60] REIN D T, SCHMIDT T, HESS A P, et al. Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue is superior to ultrasound-guided curettage [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2011, 18(6): 774-778.
- [61] GOLAN A, DISHI M, SHALEV A, et al. Operative hysteroscopy to remove retained products of conception: novel treatment of an old problem [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2011, 18(1): 100-103.
- [62] ANSARI S H, BIGATTI G, AGHSSA M M. Operative hysteroscopy with the Bigatti shaver (IBS ®) for the removal of placental remnants [J]. Facts Views Vis Obgyn, 2018, 10(3): 153-159.
- [63] VAN WESSEL S, CORYN N, VAN VLIET H, et al. Reproductive and obstetric outcomes after hysteroscopic removal of retained products of conception [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2020, 27(4): 840-846.
- [64] MOHR-SASSON A, GUR T, MEYER R, et al. Office operative hysteroscopy for the management of retained products of conception [J]. Reprod Sci, 2022, 29 (3) : 761-767.
- [65] 何小赞. 针药联合雌孕激素序贯疗法对宫腔粘连术后患者子宫内膜的修复作用[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(3): 186-187.
- [66] 刘桂香,熊娟,俞瑞琥. 针药结合联合雌孕激素序贯疗法预防宫腔粘连分解术后再粘连临床观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2017, 36(5): 49-52.
- [67] 孙爽. 滋肾祛瘀养膜方联合耳穴压豆防治宫腔粘连(肾虚血瘀证)术后再复发的临床研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学, 2023.
- [68] 唐诗,邢艺璇,吴阳,等. 尤昭玲宫腔粘连-求子临证认知与诊疗策略[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 256-259.
- [69] 刘桓均,朱美琴,唐凤秀,等. 针灸联合米非司酮治疗宫内组织物残留临床研究[J]. 四川中医, 2022, 40(4): 194-197.
- [70] 王嫻. 电针八髎在妇产科中的应用进展[J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27(14): 33-34, 128.
- [71] 陈玲. 生化汤加减联合温针灸对流产后宫腔残留患者宫内组织残留物及宫腔容积复旧的影响[J]. 江西中医药, 2023, 54(8): 54-57.
- [72] 苏文武,招敏虹,潘清洁,等. 电针八髎穴对不全流产清宫术后宫内组织物残留及宫腔容积复旧的影响[J]. 中国针灸, 2021, 41(8): 871-875.
- [73] 陈嫻. 低频电刺激联合补肾活血丸对人工流产术后子宫复旧的影响[D]. 南昌:江西中医药大学, 2021.

·西苑中医肾病学术传承经验系列研究·

余仁欢辨治药物性肾损害经验

展婧怡,杨嘉仪,王文茹,詹添,王湘鹏,梁莹

(中国中医科学院西苑医院,北京 100091)

[摘要] 药物性肾损害作为临床用药较为常见的不良反应事件,在治疗上具有一定难度。余仁欢教授认为治疗药物性肾损害应重点关注损伤程度、损伤部位、急慢性以及患者素体情况等。对于平素体健猝逢药毒攻伐的实证患者,以解毒泻浊化瘀法治之;对于脾肾虚甚、不耐药之毒性或偏性的虚证患者,以补脾益肾法治之;对于脾肾素亏又逢药毒攻伐致脾肾两虚、痰凝湿阻、络损血瘀的虚实夹杂证患者,以健脾祛湿、化瘀和络法治之。附验案1则。

[关键词] 药物性肾损害;解毒;化瘀;补脾益肾;解毒救肾汤;健脾祛湿和络方

[中图分类号] R256.5

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0012-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.002

YU Renhuan's Experience in Differentiating and Treating Drug-Induced Kidney Damage

ZHAN Jingyi, YANG Jiayi, WANG Wenru, ZHAN Tian, WANG Xiangpeng, LIANG Ying

(Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China)

Abstract As a common adverse reaction event in clinical medication, drug-induced kidney damage is difficult to treat. Professor YU Renhuan believes that treatment for drug-induced kidney damage should focus on factors such as the degree of injury, the location of injury, the nature of injury (acute or chronic), and the patient's constitution. For patients who are usually healthy but suddenly encounter the attack of drug toxicity in excess syndrome, a treatment plan based on detoxification, elimination of turbidity, and blood-stasis-resolving therapy can be adopted. For patients with deficiency syndrome who have very weak spleen and kidney, and are intolerant to the toxicity or side effects of drugs, the treatment is with the method of strengthening the spleen and kidney. For patients with a syndrome of intermingled deficiency and excess,

who have a long-standing deficiency of the spleen and kidney and are attacked by drug toxicity, resulting in deficiency of both the spleen and kidney, phlegm coagulation, dampness obstruction, and collateral damage with blood stasis, the treatment methods of strengthening the spleen to remove dampness and resolving blood stasis to regulate collaterals are applied.

[收稿日期] 2024-10-31

[基金项目] 中国中医科学院科技创新工程重大攻关项目(编号: C12021A01208);中国中医科学院西苑医院余仁欢名老中医经验传承与创新研究(编号:XYZX0101-22)

[作者简介] 展婧怡,2022级硕士研究生,研究方向:中医内科学肾病方向。

[通信作者] 梁莹,副主任医师,主要从事肾脏病研究。邮箱:liangwork@126.com。

Keywords drug-induced kidney damage; detoxification; resolving blood stasis; strengthening the spleen and kidney; Jiedu Jiushen Decoction; Jianpi Qushi Heluo Formula

药物性肾损害是指由药物或其代谢产物的肾脏毒性作用而引起的肾功能损害,是药物开发与临床应用中所面临的一大难题^[1]。药物性肾损害可由抗感染药、抗肿瘤药、抗炎药、利尿药、免疫抑制剂或部分中成药、特殊种类中药的不合理使用或久用引起,损伤类型包括急性肾损伤、肾间质病变、肾小球损伤、肾小管损伤或泌尿系结石等,患者常见血肌酐(Scr)、血尿素氮(BUN)、血清胱抑素C(Cys-C)、MicroRNA(miRNA)等指标升高及蛋白尿、血尿、水肿等表现^[2-8]。当药物性肾损害发生时,及时、正确的干预可起到逆转损害、挽救患者生命的作用。西医针对药物性肾损害往往采用减药停药、血液透析等应对措施,而中医药在改善疾病症状与预后、保护并恢复肝肾功能等方面具有多维优势与多重作用^[9]。余仁欢教授是中国中医科学院西苑医院肾病科主任,博士研究生导师,全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从业30余年,专注于肾病的中医药防治研究。笔者师从余仁欢教授,有幸跟随其临证研习,受益良多。现将余教授治疗药物性肾损害的经验总结如下,以期临床应对药物性肾损害提供思路。

1 病因病机

余教授认为药物性肾损害可根据患者临床表现之不同,归属中医学水肿、尿浊、淋证、腰痛等范畴。药物性肾损害的致病关键在于“毒”,既往报道的能导致肾脏损害的中药主要涉及马兜铃、细辛、关木通、雷公藤、马钱子、乌头、商陆、朱砂等早有记载的有毒中药,以及龙胆泻肝丸、雷公藤制剂、冠心苏香丸、感冒通片等中成药,这些药物若超大剂量或大剂量较长时间服用、不合理使用均可能造成肾小管、肾小球或肾间质损害^[10-12]。近年来,随着中药药理毒理研究的不断深入、应用替代药物以及在安全范围内规范化用药的推广,临床因中药炮制、配伍、煎煮不当或失用误用等导致肾损害的情况愈来愈少,而由于解热镇痛药、抗感染药、抗肿瘤药或造影剂等不当使用引起肾功能受损,以及因此蓄积或产生的代

谢物、毒素而导致肾损害的情况仍屡见不鲜^[4,13]。

余教授认为药物性肾损害病位在肾,多累及脾、肝、肺三脏,甚者可出现毒邪上攻心、脑之危象,又随水湿、浊毒、瘀血停聚部位不同而造成肌肤、筋脉、三焦、膀胱等不同局部的病证,病情多急,病势多峻,病机复杂。余教授临床辨治药物性肾损害时,常据患者体质强弱、年龄长幼、用药时长等差异分类析因:青中年患者若平素体健、正气充足,猝因药物毒性过强、不当用药或久用药物而发病,多属实证;若患者禀赋素虚、年老体弱、痼疾久迁、劳欲失度,致使脾、肾二脏亏虚无法耐受药物毒、偏之性,即使在正常范围内使用药物亦出现中毒之象,多属虚证;若患者脾肾素虚,又逢大剂药毒攻伐,出现内外皆损、血水逆乱诸症,多属正虚邪实之证。实证为主者,病机以湿浊壅盛、毒瘀互结为要点,药毒入胃,随脾行津液、肺调水道作用下移至肾脏,致使肾脏无法行主水之能,津液停聚为湿浊,气行受阻,血难循经,或凝滞局部,或外溢经脉,形成离经之瘀血,毒瘀互结,终成窠囊。虚证为主者,病机以脾肾两虚为要点,机体先天薄弱、后天失养者更易罹患药物性肾损害,脾失运化、肾失开阖、正气难卫,致使毒邪直侵肾脏而难以排解,痰瘀浊毒蓄积,耗伤气血阴阳,病势缠绵难愈。虚实夹杂者,多包含脾肾两虚、痰凝湿阻、络损血瘀之机,先后天之气皆乏,痰、瘀、毒内壅,阻碍气化、脾运,亦将进一步损害脾肾功能,各种病理产物亦为致病因素,如此恶性循环,终致顽疾。肾损日久不愈,则命门火衰,毒散周身,最终可致五脏皆衰,阴阳离决。

2 辨治经验

余教授辨治药物性肾损害时遵循以下原则:对于邪实为主者,以解毒泻浊化痰法治之;对于脾肾两虚为主者,以补脾益肾法治之;对于虚实夹杂者,以健脾祛湿、化痰和络法治之。同时积极保护、恢复肾脏功能,减轻药毒对机体多器官的危害。

2.1 药毒邪甚,治以解毒泻浊化痰

临床中,因药毒势峻而急性发病者常见以下表现:骤然出现尿量较既往明显减少,尿中泡沫增加或

尿色变深,眼睑、下肢甚至全身水肿,血压升高,食欲明显减退,呕吐,恶心,血尿,蛋白尿,等等;部分患者可无明显不适症状,仅有肾功能指标异常的表现。此类患者往往正气不衰,辨证多属湿浊内盛、毒瘀互结之实证。余教授对此类患者除立即减停相关药物外,还以解毒泻浊化瘀法治之,处方用自拟解毒救肾汤,该方以熟大黄、土茯苓、紫苏叶、生甘草解毒并化湿、通瘀、畅气,黄连、黄芩、茯苓、泽泻、生薏苡仁祛湿泻浊兼清毒郁内热,赤芍、丹参、鬼箭羽入经脉、肾络行血滞且复络损,合生黄芪、炒白术固护脾肾正气,诸药合用,攻补兼施,平调寒热,解药毒而化湿瘀。若湿毒难解,血中“氮质”等毒素蓄积,可加用豨莶草、猫爪草、积雪草、木瓜、白豆蔻、蚕沙、防己等排浊泻毒;若肾络久瘀,血难复运,血栓阻塞,可加用川芎、三棱、莪术、穿山龙、地龙等破瘀通络;若合并肝功能损害、气郁阴竭,可加用陈皮、木香、郁金、柴胡、白芍等行气护肝。对实证患者的用药尤应注意中病即止,不可久用攻伐峻剂,以免伤正耗元。

2.2 脾肾虚衰,治以补脾益肾

临床所见脾肾亏虚而毒邪不甚的患者,其证型多属“两虚相得”之虚证。此类患者长期卫气不固、脾肾不足,身体难御药物毒、偏之性,使本为治病之药却成致病之因。肾虚为甚者,多具尿量异常、泡沫尿、血尿、下肢及眼睑浮肿、面色黧黑、腰膝酸乏等表现,余教授根据肾阴、肾阳偏衰程度不同施以不同方药。对畏寒肢厥、夜尿清冷、房事不兴、自汗、脉沉迟而尺弱的肾阳虚甚者,方拟右归丸、五子衍宗丸、金匱肾气汤等加减,予巴戟天、肉苁蓉、制附片、杜仲、肉桂、续断、菟丝子等药温肾益火;对躁扰不卧、五心烦热、小便赤涩、盗汗、脉虚细数的肾阴虚甚者,方拟左归丸、参芪地黄汤、知柏地黄丸等,予熟地黄、山茱萸、枸杞子、桑椹、牛膝、桑寄生等药滋水育阴。脾虚为甚者,除出现肾损害表现外,还见食欲减退、周身浮肿、面色萎黄、自汗乏力、肢体困重、便溏、舌淡胖且齿痕明显、苔腻而水滑、脉濡等症状,余教授常拟香砂六君子汤、补中益气汤、参苓白术散等方加减,常用太子参、白术、黄芪、党参、扁豆、山药、莲子肉、芡实等药健脾复运,对有纳差、不思饮食、恶心、腹胀等表现者,常加用鸡内金、枳壳、大腹皮、厚朴、乌梅、

陈皮、紫苏叶等药消食行气醒脾。脾肾两虚者除有两脏亏乏之象外,还常具水肿较甚、气血俱虚的特点,治疗需配伍利水渗湿、补益气血之品,如以茯苓、猪苓、薏苡仁、泽泻、冬瓜皮、玉米须之属利水祛湿,以党参、炒白术、赤芍、当归、鸡血藤之属益气养血,亦可在补益脾肾处方的基础上合用参芪地黄汤、八珍汤等。对虚证患者的用药尤应注意健脾助运,不可过用滋腻之药,以免助湿生痰。

2.3 虚实夹杂,治以健脾祛湿、化瘀和络

平素脾肾亏虚又遇大剂药毒者,属痼疾加以猝病,治疗应按《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》所言:“先治其猝病,后乃治其痼疾。”虚实夹杂型药物性肾损害患者除具有脾肾亏虚表现外,还因血清中药毒、Scr、BUN、Cys-C难以代谢或伴电解质紊乱、酸碱失衡而出现恶心呕吐、眼睑或下肢水肿、口中异味、周身酸痛、舌淡苔白腻或黄腻、脉沉缓等痰湿凝滞之象。又因“瘀血不去,新血不生”(《血证论·男女异同论》)^[14],患者常具目胞色暗、皮肤紫癜、面色黧黑、关节或腰背痛甚、舌紫暗、脉沉细涩等络损血瘀表现。余教授基于李东垣的阴火理论,在《金匱要略》防己黄芪汤经典配伍基础上,结合名老中医时振声教授、聂莉芳教授的临证经验与遣方思路,自拟健脾祛湿和络方用于治疗虚实夹杂型药物性肾损害患者。该方以生黄芪、炒白术培土益气、助脾复运化之能,茯苓、生薏苡仁祛湿健脾、益脾而散痰湿之邪,汉防己、紫苏叶祛风利水、助脾固卫表之安,并以穿山龙通络行瘀,复脾肾之血运^[15]。临床研究显示,该方对药物性肾损害证属脾肾两虚、痰凝湿阻、络损血瘀者具有较好疗效,亦对慢性肾炎、膜性肾病、原发性肾小球疾病等慢性肾脏病有较好疗效^[16-18]。临床应用该方时可根据患者情况加减:对痰湿壅盛、毒浊难化者,可加熟大黄、木瓜、蚕沙、苍术、白豆蔻等祛湿泻浊之药,使毒邪得出,邪去损止;对血枯瘀阻、肾络损伤者,可加赤芍、丹参、川芎、当归、牛膝等活血和络之药;对严重肾功能衰竭者,可加鸡血藤、雷公藤、桑枝等藤蔓类药物搜剔伏邪、疏通肾络;对纳运失常、脾肾虚甚者,可加党参、山药、芡实、山楂等药培土助运,同时可配合虫草制剂等中成药补益肾气、修复肾损伤,并发挥调节免疫、减轻炎症、抗纤维化

等作用^[19]。

3 病案举例

王某,女,72岁,2022年3月14日初诊。主诉:反复发作性右眼睑下垂3年,加重伴眼睑浮肿3个月余。患者自2019年6月在无明显诱因情况下出现右侧眼睑下垂伴复视,予针灸治疗约4个月后好转。2020年在无明显诱因情况下再次出现右侧眼睑下垂及复视,查抗乙酰胆碱受体抗体阳性,新斯的明试验阳性,肌电图示右腓肠神经SNAP波幅较左侧下降,诊断为重症肌无力。予溴吡斯的明片(每次60 mg,日3次)、消旋山莨菪碱片(每次5 mg,日2次)、他克莫司胶囊(每次1 mg,日2次)口服,症状好转。2021年12月底,患者因再次出现眼睑下垂及眼睑水肿,于社区医院查生化指标,发现Scr水平升高至107 $\mu\text{mol/L}$,考虑为药物性肾损害,遂将他克莫司减量至每次1 mg、日1次。近3个月眼睑疲劳感较前明显,晨起眼睑浮肿未明显好转,Scr水平未明显下降,故至余教授门诊寻求中医药治疗。现症见:眼睑疲劳、晨起浮肿,时有腰酸乏力,纳食欠佳,胃脘不适,小便泡沫多,眠差,大便每日2~3次、时有腹泻,舌淡红,舌体胖大、边有齿痕,苔白腻,脉沉细。既往有高血压、2型糖尿病、高脂血症病史20余年。2022年3月10日肾功能检查示Scr 109 $\mu\text{mol/L}$ 、BUN 28.36 mg/dL,尿肾损伤检测示尿白蛋白/尿肌酐比值29.62 mg/g、他克莫司血药浓度6.5 ng/mL。西医诊断:药物性肾损害、重症肌无力、高血压、2型糖尿病、高脂血症。中医诊断:水肿、睑废,脾肾两虚、痰瘀互结、络脉痹阻证。治以健脾益肾、化痰活血、和络通痹,方药如下:生黄芪20 g,炒白术12 g,茯苓20 g,熟大黄9 g,黄连3 g,黄芩10 g,葛根15 g,生薏苡仁20 g,竹叶10 g,丹参30 g,赤芍15 g,木瓜10 g,蚕沙12 g,紫苏叶10 g,木香6 g,防己10 g,桑枝12 g,共28剂,水煎服,日1剂。西药治疗:溴吡斯的明片每次60 mg、日3次,他克莫司胶囊减至每次0.5 mg,日1次。

2022年4月11日二诊:患者眼睑疲劳症状明显好转,晨起眼睑水肿程度减轻,精力、体力转佳,食欲差,脘腹痞满,眠欠佳,便溏、每日1~2次,舌淡红、边有齿痕,苔白腻,脉沉。肾功能检查示Scr 92 $\mu\text{mol/L}$ 、

BUN 23.19 mg/dL,尿肾损伤检测示尿白蛋白/尿肌酐比值22.48 mg/g、他克莫司血药浓度3.2 ng/mL。处方在一诊方基础上去生薏苡仁,增地龙10 g、炒扁豆10 g、炒薏苡仁30 g、姜半夏10 g、炒酸枣仁30 g,黄连加量至6 g,水煎服,日1剂,共28剂。西药治疗:溴吡斯的明片每次60 mg、日3次,他克莫司胶囊减至每次0.25 mg、日1次。

2022年5月9日三诊:患者眼睑疲劳症状进一步好转,晨起水肿症状基本消失,体力、纳眠尚可,偶有腰酸,大便每日1次、多成形、偶有便溏,舌淡红,苔白微腻,脉弦。肾功能检查示Scr 78 $\mu\text{mol/L}$ 、BUN 19.46 mg/dL,尿肾损伤检测示尿白蛋白/尿肌酐比值17.23 mg/g、他克莫司血药浓度2.6 ng/mL。处方在二诊方基础上去木瓜、蚕沙、桑枝、黄连、地龙,加益智仁10 g、盐杜仲15 g、川续断10 g、怀牛膝15 g,水煎服,日1剂,共28剂。西药治疗:溴吡斯的明片每次60 mg、日3次,停用他克莫司胶囊。

2022年6月20日四诊:患者自觉无明显不适,纳食可,偶有乏力,舌淡红,苔白,脉弦细。肾功能检查示Scr 72 $\mu\text{mol/L}$ 、BUN 15.53 mg/dL,尿肾损伤检测示尿白蛋白/尿肌酐比值16.56 mg/g。处方在三诊方基础上去炒酸枣仁、姜半夏、防己、竹叶,加太子参15 g、防风12 g,水煎服,日1剂,共28剂。停用溴吡斯的明片。此后患者于门诊定期复诊,至2024年2月,未出现显著病情复发表现,肾功能维持正常水平。

按:重症肌无力是一种B细胞介导的自身免疫性疾病,其主要症状特点为骨骼肌发力受限以及持续发力时间缩短,约60%的患者发病初期以眼部症状为主,通常表现为上睑下垂或复视,若不进行及时有效的治疗或可转化为严重的全身性肌无力^[20-21]。他克莫司是治疗重症肌无力常用的免疫抑制剂之一,在一定浓度内使用可对疾病产生较为显著的疗效,但长期使用后,其在体内蓄积导致的肾毒性也是临床亟待解决的问题^[22-23]。本例患者年逾古稀,脾虚失运,湿聚血凝,故而肌肉痿废难用,抬睑乏力,纳食欠佳,胃脘不适;本已肾虚,又逢免疫峻药攻伐,肾亏损更甚,水液失司、上泛头目,故见眼睑浮肿,水液下蓄肠腹,故便溏频频;肾脉瘀阻、络脉不和,故腰酸乏力。中医辨证为脾肾两虚、痰凝湿阻、络损血瘀证,

治以健脾益肾、祛湿和络为法,处方用健脾祛湿和络方加减,结合患者症状特点,以熟大黄解毒化瘀、通腑泻浊,兼以丹参、赤芍滋养瘀滞血脉,木瓜、木香理畅中焦气机,葛根、桑枝、蚕沙舒筋活络,黄连、黄芩、竹叶清利湿郁阴火。全方无传统常用助益肾脏之药,却可补后天而益先天,诸药共奏健脾行水、祛湿活络、调和肾阴肾阳之效。

4 结束语

药物对机体的治疗作用与不良反应为临床医生使用药物时需考量的重点,对不良反应的监测和预防是保证用药安全的重要环节。当药物造成继发损害时,如何统筹原发病与继发性肾损伤治疗是临床工作的难点。对于药物性肾损害,余教授从药、毒、人三方面入手,通过补虚泻实,恢复脾肾健运水谷与水液之能,辅助停用西药,最终达到缓解症状、预防复发的目的。

[参考文献]

- [1] CHORLEY B N, ELLINGER-ZIEGELBAUER H, TACKETT M, et al. Urinary miRNA biomarkers of drug-induced kidney injury and their site specificity within the nephron[J]. *Toxicol Sci*, 2021, 180(1):1-16.
- [2] ZHANG X Y, DONNAN P T, BELL S, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drug induced acute kidney injury in the community dwelling general population and people with chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis[J]. *BMC Nephrol*, 2017, 18(1): 256.
- [3] KWON C Y, LEE H G, JEONG H, et al. Safety of herbal decoctions: a scoping review of clinical studies in South Korea focusing on liver and kidney functions [J]. *J Ethnopharmacol*, 2024, 325: 117664.
- [4] 秦林森, 张莉莉, 聂晓莉. 药物性肾损伤因“毒”致衰的病机[J]. *中国处方药*, 2022, 20(11):174-176.
- [5] KWIATKOWSKA E, DOMAŃSKI L, DZIEDZIEJKO V, et al. The mechanism of drug nephrotoxicity and the methods for preventing kidney damage [J]. *Int J Mol Sci*, 2021, 22(11):6109.
- [6] DESAI R J, KAZAROV C L, WONG A, et al. Kidney damage and stress biomarkers for early identification of drug-induced kidney injury: a systematic review [J]. *Drug Saf*, 2022, 45(8):839-852.
- [7] PAVKOVIC M, VAIDYA V S. MicroRNAs and drug-induced kidney injury [J]. *Pharmacol Ther*, 2016, 163: 48-57.
- [8] GRIFFIN B R, FAUBEL S, EDELSTEIN C L. Biomarkers of drug-induced kidney toxicity [J]. *Ther Drug Monit*, 2019, 41(2):213-226.
- [9] COHEN A, IOANNIDIS K, EHRLICH A, et al. Mechanism and reversal of drug-induced nephrotoxicity on a chip[J]. *Sci Transl Med*, 2021, 13(582):eabd6299.
- [10] 史文慧, 王艳梅, 蒋黎, 等. 111例马兜铃酸肾病调查分析[J]. *药学实践与服务*, 2024, 42(1):38-42.
- [11] 史文慧, 裴素萍, 郭蓉, 等. 32例龙胆泻肝丸引起肾损害的不良反分析[J]. *中国药物应用与监测*, 2015, 12(4):231-234.
- [12] 谢院生. 中草药相关肾损害的影响因素与防治策略[J]. *药学进展*, 2020, 44(10):743-751.
- [13] 游怀舟. 警惕药物性肾损害[J]. *保健医苑*, 2023, 9(8): 26-27.
- [14] 唐宗海. 血证论[M]. 太原:山西科学技术出版社, 1996: 168.
- [15] 郎睿, 王新慧, 闫蕾, 等. 健脾祛湿和络方治疗特发性膜性肾病内涵探讨[J]. *山东中医杂志*, 2024, 43(5): 466-470.
- [16] 郎睿, 余仁欢, 梁莹, 等. 健脾祛湿和络方治疗慢性肾炎脾虚湿热证[J]. *中医学报*, 2020, 35(12):2653-2656.
- [17] 郎睿, 王新慧, 张涛, 等. 健脾祛湿和络方治疗特发性膜性肾病的队列研究[J]. *空军医学杂志*, 2021, 37(6): 510-514.
- [18] 屈欢欢, 陈小娟, 何岩, 等. 健脾祛湿和络方治疗原发性肾小球疾病蛋白尿50例临床观察[J]. *中医杂志*, 2013, 54(21):1834-1836.
- [19] 汪旖旎, 祝笑, 沈小兰, 等. 虫草制剂治疗糖尿病肾病的系统评价/Meta-分析的方法学和报告质量评价[J]. *实用医学杂志*, 2020, 36(15):2114-2119.
- [20] GILHUS N E. Myasthenia gravis[J]. *N Engl J Med*, 2016, 375(26):2570-2581.
- [21] BOURQUE P R, BREINER A. Myasthenia gravis[J]. *CMAJ*, 2018, 24, 190(38):E1141.
- [22] GILHUS N E, VERSCHUUREN J J. Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies[J]. *Lancet Neurol*, 2015, 14(10):1023-1036.
- [23] 朱岫方, 唐炯. 他克莫司致肾功能损害1例[J]. *新医学*, 2009, 40(6):375.

·肺系疾病证治体系的创建与应用·

[编者按] 中医学对肺系疾病病因病机已有较为深入的认知, 临床实践亦已反复证实中医药治疗肺系疾病的优势, 但是缺乏对肺系疾病病因病机变化特点的创新性认识和较为新颖而完整的诊疗证治体系。张伟教授创新性提出“肺生血”“肺为血脏”理论; 系统提出“肺瘀”理论, 肺脏多血, 易生瘀, “肺瘀”贯穿肺系疾病始终; 提出“肺毒”理论, 形成“肺毒”诊疗规范, 指出毒邪伏络为肺系疾病顽恶难愈的核心病机; 在“瘀毒”理论指导下, 总结出肺系疾病病机变化的异同, 构建中医证候与现代研究相结合的肺系疾病证治体系。本刊特开设“肺系疾病证治体系的创建与应用”专栏, 梳理“瘀毒”理论的传承脉络, 系统阐述肺系疾病“瘀毒”理论, 以促进肺系疾病的证治研究, 提升“瘀毒”理论的临床指导价值。

张伟简介

张伟, 主任医师, 二级教授, 博士研究生导师。中医肺病学泰山学者岗位特聘专家, 享受国务院特殊津贴专家, 国家“中西医结合临床”重点学科学术带头人, 国家重点专科“肺病科”带头人, 全国抗击新冠肺炎疫情先进个人, 山东省有突出贡献中青年专家, 卫生部有突出贡献中青年专家, 山东省名老中医药专家, 山东省卫生系统杰出学科带头人, 中华中医药学会肺系病分会副主任委员, 山东中医药学会肺系病专业委员会主任委员, 等等。



张伟教授明确了肺瘀、肺毒的内涵, 其构建的瘀毒理论指导下的肺系疾病证治体系在呼吸系统疾病及重大公共卫生事件的防控中发挥着重要作用。针对弥漫性间质性肺病, 提出气运失常、血运失常、津液代谢失常及脏腑功能失调贯穿病程始终; 针对慢性阻塞性肺疾病(慢阻肺), 提出痰、瘀、虚为发病的关键环节, 认为痰、瘀、虚互相影响, 共同导致慢阻肺的发生发展; 针对支气管哮喘, 基于伏痰致病理论提出从痰论治, 为中医治疗支气管哮喘提供了新思路; 创新性提出“致病当量”概念, 丰富了中医病因病机的量化研究; 提倡学科交叉, 运用其他学科的手段和方法阐释中医学问题, 如将数学

方法用于中医问题的研究等。主持制定了《弥漫性间质性肺病中医诊疗指南》《肺炎支原体诊疗指南》《山东省新型冠状病毒肺炎诊疗专家共识》《山东省2020年冬春流感、新型冠状病毒感染的肺炎中医药预防方案》等。先后主持国家级、省级课题20项, 荣获国家科学技术进步奖二等奖1次, 山东省科学技术进步奖一等奖1次、二等奖4次、三等奖多次, 中华中医药学会科学技术奖二等奖1次、三等奖1次, 中国中西医结合学会科学技术奖二等奖1次。出版《中医肺十论》《中医肺十法》《中医肺十病》等著作10余部, 申请个人专利6项, 发表学术论文200余篇。

“瘀毒”理论指导下不同肺系疾病诊疗思路

张 伟

(山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250011)

[摘要] 基于长期以来的临床实践经验和大量临床、基础研究, 团队创新性提出“肺生血”“肺为血脏”理论, 既拓展了既往教科书中的认识, 又扩充了中医基础理论的内容; 并以此为基础, 系统提出“瘀毒”为肺系疾病病机变化的主要特点, 构建“瘀毒”理论指导下的理法方药完备的肺系疾病证治体系, 将“瘀毒”理论应用到支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、肺间质纤维化、肺癌等肺系疾病的防治中。支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病急性发作期以标实为主, 瘀毒兼痰, 选用活血兼化痰之品; 肺间质纤维化, 瘀毒入络, 选用活血作用较强且兼具通络作用的虫类药物; 肺癌, 瘀毒兼癌毒, 选用具有活血解毒和抗肿瘤作用的药物。临床治疗肺系疾病, 需在考虑不同疾病特点的前提下, 重视祛瘀解毒之法的运用。

[关键词] 瘀毒; 肺系疾病; 支气管哮喘; 慢性阻塞性肺疾病; 肺间质纤维化; 肺癌; 诊疗思路

[中图分类号] R256.1

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0018-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.003

Diagnosis and Treatment Ideas for Different Pulmonary Diseases Under Guidance of Theory of Blood Stasis and Toxicity

ZHANG Wei

(Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250011, China)

Abstract Based on long-term clinical practice experience and a large number of clinical and basic studies, our team innovatively proposed the theories of "the lung generating blood" and "the lung being a blood-forming organ", which not only expanded the understanding in previous textbooks but also enriched the basic theory of traditional Chinese medicine. On this basis, we systematically proposed that blood stasis and toxicity are the main characteristics of the pathogenesis changes in pulmonary diseases, constructed a comprehensive syndrome treatment system for pulmonary diseases guided by the blood stasis and toxicity theory, and applied this theory to the prevention and treatment of pulmonary diseases such as bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary interstitial fibrosis, and lung cancer. In the acute stages of bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease, most patients exhibit symptoms indicative of excess

syndromes, with blood stasis, toxicity and phlegm being the primary pathological factors; thus, drugs that promote blood circulation and resolve phlegm are used. For pulmonary interstitial fibrosis, where blood stasis and toxicity invade the collaterals,

[收稿日期] 2024-11-05

[基金项目] 国家自然科学基金项目(编号:82004285, 81874442); 泰山学者工程专项经费资助项目(编号:tsqn202306392, tsqn202306393)

[作者简介] 张伟, 教授, 主要从事呼吸系统疾病的中西医结合临床研究。邮箱: huxizhijia@126.com。

insect drugs with relatively strong blood-activating effects and collateral-dredging functions are chosen. For lung cancer, where blood stasis and toxicity combine with cancer toxicity, drugs with the functions of promoting blood circulation, detoxification, and anti-tumor are selected. In the clinical treatment of pulmonary diseases, it is essential to consider the characteristics of different diseases and emphasize the application of methods to remove blood stasis and detoxify.

Keywords blood stasis and toxicity; pulmonary diseases; bronchial asthma; chronic obstructive pulmonary disease; pulmonary interstitial fibrosis; lung cancer; diagnosis and treatment ideas

近年来,受大气环境污染、不良生活习惯等因素的影响,肺系疾病越来越常见。大多肺系疾病病因混杂,病程缠绵,预后不佳,部分肺系疾病治疗手段有限,缺少可以逆转的特效疗法,因此有必要基于中医理论探索更多、更有效的肺系疾病治疗方法。本文在“肺生血”“肺为血脏”的理论基础上,明确了肺瘀、肺毒的内涵,构建了“瘀毒”理论指导下的肺系疾病证治体系。通过论述“瘀毒”理论与支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、肺间质纤维化和肺癌等肺系疾病的相关性,探讨了“瘀毒”理论指导下不同肺系疾病的诊疗思路,为临床诊治肺系疾病提供新的思路。

1 “瘀毒”理论的构建

传统观点认为,肺系疾病的基本病机为外感或内伤因素导致肺的宣发肃降功能失常。对于内伤因素,《中医内科学》教材及诸多医家多从痰、虚阐释,少有提及肺瘀、肺毒、瘀毒者,这在一定程度上限制了肺系疾病病因病机理论的创新发展,影响了中医药治疗肺系疾病的临床疗效。为突破现有中医肺系疾病基础理论的局限,建立更加有效的肺系疾病证治体系,笔者从肺的基本生理功能入手进行了相关探索。

肺为气之主,气血不离,气既可以生血又可以行血,因此,肺对血液生成及运行具有重要影响。肺脏解剖结构错综复杂,血管与气管横行交叉,似树冠之状。有研究发现,肺是血小板生成的重要场所,巨核细胞可以直接在肺内产生大量血小板;此外,肺中还储存了大量的造血祖细胞,这些细胞可以循环到骨髓中并参与造血^[1]。根据中医和西医对肺脏与血液生成、运行关系的认识,笔者团队前期已提出“肺生血”“肺为血脏”理论^[2-3],本文以此为基础,结合相关临床实践及实验室研究结果,系统提出“瘀毒”为

影响肺系疾病病机变化的关键因素,并构建“瘀毒”理论指导下的理法方药完备的肺系疾病证治体系。

2 肺之“瘀毒”理论的内涵

瘀久成毒,毒壅瘀滞,瘀血与毒邪可互相影响、互相转化。瘀血停滞、深陷于经脉则阻滞气机,导致经络不通、脏腑功能紊乱,瘀血与他邪交结,久则邪气深入难解、积聚成毒。《圣济总录》言:“毒热内壅,则变生为瘀血。”毒热内盛,津液枯竭,脉络不通,气血运行受阻,脏腑气机失调,瘀血乃成,痰瘀交织,郁结不解。毒邪损伤脉络,气血运行失常,气不得舒达,血不循正途,瘀滞乃成。瘀邪与毒邪之间互为因果,二者交结,邪气交杂,治疗需祛瘀与解毒并举,否则瘀毒互助、病深不解。

2.1 肺瘀

《说文解字》曰:“瘀,积血也。从广,於声。”“瘀”是诸多疾病的病理产物,亦是诸多疾病的诱发因素。“瘀”具有血液凝滞、流动不畅之意^[4],瘀血内阻是导致脏腑失调、气血失和的重要因素。气血不循正途,运行不畅,病从中生。此外,血行不畅,气机内阻,会加重津液的停聚,而津液内停,又反过来加重气血瘀滞。《证治准绳》言:“百病由污血者多。”瘀血阻滞是多种疾病发生、发展、传变乃至迁延难愈的重要病理环节。

瘀邪致病症状多样,《血证论》曰:“内有瘀血,气道阻塞,不得升降而喘。”瘀血贯穿肺系疾病的始终。肺朝百脉、主治节,既为气脏,又为血脏。《灵枢·营卫生会》曰:“中焦亦并胃中,出上焦之后,此所受气者,泌糟粕,蒸津液,化其精微,上注于肺脉,乃化而为血。”由此可见,肺脏一方面调节机体气机的升降出入,使全身气机畅通;另一方面化中焦之精微物质为血液,促进血液的流通交换。但是,肺具有“支横别

出、逐级细分、网状分布”的特点,当外邪侵袭于肺或内伤损肺,肺功能失常导致气血运行不利,则肺瘀形成。肺瘀是各种慢性咳喘疾病的重要病机,瘀血不解,与他邪交结,久则瘀邪深陷,痼疾乃生。

2.2 肺毒

《金匱要略心典》曰:“毒,邪气蕴结不解之谓。”《医医琐言》曰:“百病为一毒,毒去体佳。”毒邪多为邪气壅聚所生,具有致病广泛、传染性强的特点。毒邪有内毒和外毒之分。《素问·五常政大论》云“夫毒者,皆五行标盛暴烈之气所为也”,此处之毒乃外毒。外毒侵袭机体,可阻遏经络、损伤脏腑,导致营卫失和,其所致疾病多发病迅猛、病情急骤。内毒与外毒不同,多在正气亏耗的基础上,由内生邪物凝结不解导致。内毒致病以邪气郁滞为基础,所致疾病多具有发病较缓、病程较长、病情迁延的特点。现代医学研究表明,炎症反应、氧化应激、线粒体自噬等病理过程与中医毒邪密不可分^[5-6]。

肺毒主要包括外毒和痰、瘀之内毒,肺毒既是导致脏腑功能失常、气血津液运行失调的致病因素,又是病理产物^[7-8]。肺毒致病具有伏藏性、依附性、从化性、正损性、顽恶性等特点。毒邪伏肺,阻滞肺络,肺络受邪,致络中气血运行受阻,肺主气、司呼吸以及朝百脉的功能受到限制,则出现咳嗽、喘促等。毒邪伏络,待时而作,导致肺系疾病反复发作,迁延不愈。肺毒具有从化性,易于化热,热毒互结胶着,气阴耗伤。肺毒具有正损性,肺毒伏藏,暗耗正气,日久肺气大伤,肺气亏虚,则肌表失固,腠理开合失调,机体易感受外邪而导致肺系疾病反复发作、病情日益加重。肺气亏虚又会加重瘀毒痹阻肺络,瘀毒胶着,互为因果,恶性循环;且肺毒不仅损伤肺之功能,还损害其形质,肺脏结构受损,则疾病日趋复杂,终致不治。

3 从“瘀毒”理论探讨不同肺系疾病的病机

肺为五脏之华盖而主皮毛,易受外邪侵袭,外邪不去则留滞成瘀;肺主气,行营卫阴阳,劳心劳神会导致肺气不畅、宣肃失常,久而致瘀。瘀久化热,酿生毒邪;或瘀滞脉络,气血凝滞不通,日久郁而成毒。因此,瘀毒互结而阻于肺络是肺系疾病的主要病机,也是导致肺系疾病反复发作、缠绵不愈甚至病情恶化的主要原因。

3.1 瘀毒与支气管哮喘

支气管哮喘多与痰、瘀、毒密切相关^[7-8],瘀毒是导致支气管哮喘的重要病因。支气管哮喘主要分为急性发作期和慢性缓解期。急性发作期,外邪侵袭,毒邪内伏,气血瘀阻。急性发作期患者的脉象常表现为寸口脉微而数,微则为风,数则为热。风中于卫,热过于荣;风伤皮毛,热伤血脉;风舍于肺,其人则咳,热之所过,血为之凝滞。外邪袭肺,内外相引,肺叶宣降失常,则可出现哮喘之咳嗽、咳痰等表现。在慢性缓解期,瘀毒蓄积,郁遏肺气。《仁斋直指方论》曰:“气有一息之不通,则血有一息之不行。”气机不畅,血愈不通,瘀血阻塞气道,气不得升降则令人喘。瘀毒愈盛,病深难解,成为支气管哮喘进展和迁延难愈的重要病机。“肺为血脏”决定了肺易生瘀之特性。在支气管哮喘急性发作期,内外之邪损于肺,气机失调,血行不畅,瘀血壅塞肺络,肺气上逆,发为喘哮,此时可能尚无瘀血表现。在慢性缓解期,哮喘长久不愈、反复发作,导致机体阴阳失衡、气血失调、毒邪内陷、瘀血内生,痰挟瘀血,遂成窠囊,故哮喘剧烈、频繁发作,病进难愈;久病气虚,邪气逐渐入络,络脉血液运行失常则致血瘀,故气虚络瘀是支气管哮喘慢性缓解期的基本病机^[9]。

3.2 瘀毒与慢性阻塞性肺疾病(COPD)

COPD是一种慢性疾病,临床以呼吸困难、咳嗽、咳痰、胸闷等为主要症状。中医学将COPD归于肺胀范畴,虚、痰、瘀、毒在COPD的进展中发挥重要作用。COPD的病机不外乎本虚、标实,本虚之责在于肺肾气不足,标实之责在于痰饮瘀血阻滞肺络。《类证治裁·喘证》曰:“肺为气主,肾为气根,肺主出气,肾主纳气,阴阳相交,呼吸乃和。”肾精不足,摄纳无权,肺失治节,无以清肃,全身水液代谢失调,停聚为痰;痰湿阻滞,气滞而不能行血、摄血,致血行不畅;久之,由气及阳,以致肾阳虚,元阳无温煦之功能,血脉不温、得寒则凝,瘀血由之而生。《医学真传·气血》云“人之一身,皆气血之所循行,气非血不和,血非气不运”,气血运行失常则生瘀血。《丹溪心法·咳嗽》云“肺胀而咳,或左或右不得眠,此痰挟瘀血碍气而得病”,说明痰瘀阻滞是肺胀的重要病机。瘀、毒互为因果,瘀为有形之灶,毒为促使病情转变和恶化的关键,两者相互从化,瘀中有毒、毒中有瘀。COPD患者

长期阴阳失衡,痰饮、瘀血内留于肺络,肺络不通,内毒壅塞,气血津液不循正途,加之粉尘、烟雾等外毒侵袭肺叶,导致肺失宣肃,COPD急性加重。《医学实在易》云:“凡脏腑经络气血,皆肺气之所宣。”COPD患者肺气失宣,脏腑经络气血不得通达,瘀毒交缠深陷,遂成顽疾。

3.3 瘀毒与肺间质纤维化

肺间质纤维化属中医学肺痹、肺痿范畴。《类证治裁》曰:“诸痹良由营卫先虚,腠理不密,风寒湿乘虚内袭,正气为邪所阻而不能宣行,因而留滞,气血凝滞,久而成痹。”肺为气脏、血脏,肺气虚则气血津液输布不畅,久滞而为瘀,故瘀毒与肺间质纤维化发病密切相关^[10]。疾病初期,机体内有瘀毒藏络,外感六淫邪气,内外病邪交织,可致口鼻干燥、咳嗽咳痰、胸闷憋喘等表现;随着病程发展,瘀毒凝结,留滞肺络,胶原蛋白异常形成、纤维组织增生,肺泡结构呈现不可逆性破坏,患者出现憋喘紫绀、神疲乏力、指端青紫等表现;若瘀毒日久不去,正气耗竭,病深难解,则肺泡结构完全损害,取而代之的是弥漫无功能的囊性变化。《素问·玉机真脏论》言:“五脏相通,移皆有次,五脏有病,则各传其所胜。”肺毒不去,传于他脏,瘀毒久蕴,癥瘕积聚,脏腑虚损,则见肺脏、心脏等多器官衰竭表现。总之,瘀毒贯穿肺间质纤维化的全过程,并在不同阶段致使机体表现出不同的证候和状态。

3.4 瘀毒与肺癌

肺癌属于中医学肺积、癥瘕等范畴。《丹溪心法要诀》曰:“积者有形之邪,或食、或痰、或血,积滞成块。”各种病理产物停滞于脏腑,邪气凝结,遂成积滞。肺癌患者积滞内停,气血不畅,瘀血愈盛,由于肺络细小,瘀毒久久留滞于经络脏腑,癥瘕遂生。肺癌的发生发展非一日而成,《肘后备急方·治卒心腹癥坚方》曰:“凡癥坚之起,多以渐生,如有卒觉,便牢大,自难治也。”癥瘕初期不觉,由于正气不断耗损,癥瘕愈发坚固,待猝然发觉时,已正虚邪盛,病深难以转圜。《疡科心得集》也指出:“癌瘤者,非阴阳正气所结肿,乃五脏瘀血浊气痰滞而成。”气血津液运行失常、伏毒结聚是导致肺癌发生与进展的关键^[11]。引发肺癌的伏毒多由痰、热、瘀化生,毒邪深藏于经络血脉、暗伏不动,正气稍强时,正邪暂时相安共处,

看似痊愈,实则不然,一旦正气渐衰,伏毒暴现,则病情恶化迅速。

团队前期对477例肺系疾病患者的证候进行系统聚类分析,发现在肺系疾病中,痰、瘀、虚为病机核心,痰证、瘀证、肺气虚证是主导证候、轴心证候,痰、瘀、虚贯穿肺系疾病发生发展的全过程^[13],这体现了肺系疾病气运失常、血运失常的病机特点。肺的生理特点、功能及其与其他脏腑的相关性使哮喘、COPD、肺间质纤维化、肺癌等肺系疾病多由外感、内伤致病或外感与内伤复合致病,这体现了中医病因学的整体性和系统性^[13]。针对上述复合病因,笔者在临床提出了解毒活血、解毒化痰、补气通络、解毒凉血、滋阴解毒等治疗方法。

4 基于“瘀毒”理论治疗肺系疾病

4.1 基于“瘀毒”理论治疗支气管哮喘

支气管哮喘急性发作多因外毒侵袭导致,此时痰瘀毒壅,肺失宣降,可出现咳痰色黄浓稠、喉中哮鸣等表现,治疗需用疏表解毒之品,如金银花、牛蒡子、连翘等。《证治汇补》曰:“人之气道,贵乎清顺,则津液流通,何痰之有?”治疗支气管哮喘时要重视调节肺气升降,气机畅通、升降有序,则痰毒得以外排。支气管哮喘缓解期多呈现瘀毒与正虚交织的病机,治疗时应注意祛邪与扶正结合。《血证论》曰:“有瘀血,则气为血阻,不得上升,水津因不得随气上升。”瘀血内阻是支气管哮喘反复发作、缠绵不愈的重要病机^[7-8]。因此,临床上哮喘患者常见舌质暗紫或有瘀斑、脉涩等表现。在治疗反复发作的哮喘时,应配伍通络活血之品,如桃仁、红花、赤芍、当归、川芎、丹参等,使血行气畅、痰消瘀散;有时即使患者无瘀血征象,亦可加入活血化瘀药物以防血瘀^[14]。若哮喘日久不愈,正虚而毒邪深陷,此时应注意使用解毒祛邪之品与扶正固本之品,如地龙、蜂房、党参、麦冬等,使毒解而瘀散、祛邪而不伤正。药理研究发现,当归、丹参、川芎等活血解毒类药物及其有效成分能缓解哮喘小鼠气道炎症、气道高反应,抑制黏液高分泌和减缓气道重塑^[15-17]。

4.2 基于“瘀毒”理论治疗COPD

治疗COPD也应遵循“急则治其标,缓则治其本”的原则。急性发作期以祛邪排毒为治疗核心,若患者胸闷憋喘、咳痰黄稠,说明痰毒壅盛、阻滞肺气,治

疗可用黄芩、石膏、知母、金银花、连翘、鱼腥草等宣肺涤痰、清热解毒。缓解期需谨遵病机,辨证论治。若患者气血不畅、瘀毒内盛,治疗需重视理气、解毒、通络,用药可选柴胡、陈皮、浙贝母、鱼腥草、丹参等,使气畅瘀化、咳喘自消。若患者有瘀毒化热、痰热交结之象,治疗需重视清热、化痰、排毒、祛瘀,用药可选牡丹皮、赤芍、地龙、鱼腥草、射干、薏苡仁、冬瓜仁、全蝎等,以清热活血、祛瘀解毒。若患者瘀毒日久、肺肾虚耗,治疗需祛邪与扶正兼顾,用药可选熟地黄、当归、阿胶补血活血,百合、沙参、蛤蚧补肺益肾以行血。现代药理研究发现,活血化瘀类方药如桂枝茯苓丸、红景天苷、银杏叶提取物等能延缓或改善 COPD 模型大鼠的气道和全身炎症以及血管重塑^[18-20]。

4.3 基于“瘀毒”理论治疗肺间质纤维化

肺间质纤维化的主要病机为毒损肺络、瘀阻肺络,治疗应以解毒通络、调气活血为基本原则。肺间质纤维化早期即应该及时运用清热解毒之品,佐以活血而祛邪;中期应遵循痰瘀同治原则,以祛瘀消痰为主;后期应扶正祛邪与活血通络并行,以祛瘀血而生新血,濡养肺脏。若病程较短,瘀毒不深,可使用香附、当归、丹参、川芎等草木之品行气、活血、解毒;若病程较久,瘀毒留于细小络脉致肺络不通,草木之品难起沉疴,则需使用虫蛇类药物以解毒通络,如全蝎、地龙、乌梢蛇、蜈蚣等。本病病程迁延,患者多呈虚实交杂之象。肺络不通,瘀毒潜藏,气血津液运行失常,则肺失其养;肺为娇脏,气血津液运行不畅,肺络涩滞,肺叶焦枯,则进一步加重瘀毒积聚,最终导致病深缠绵。因此,虚瘀痰毒互结是导致本病迁延难愈的重要原因,从虚瘀痰毒入手是防治本病的重要途径。虫类药物善搜剔络中胶结之毒邪、促进络中气血运行^[21],故适用于肺间质纤维化治疗全程。此外,若瘀毒伤津,患者以口鼻干燥、肌肤皲裂、干咳无痰等干燥症状为主要表现,治疗需在解毒消瘀的同时配以滋阴润燥之品,处方可用沙参、麦冬、枇杷叶、天花粉配伍全蝎、蜈蚣之类,润肺而不留邪。若瘀毒耗气,患者出现明显的乏力、憋喘、神疲等症状,治疗需在祛瘀解毒的同时配以黄芪、白术、人参、山药等品,祛邪而不伤正。基础研究证实,活血药川

芎、丹参能通过抑制炎症反应、改善氧化应激状态而降低博来霉素诱导的大鼠肺纤维化程度^[22-23]。

4.4 基于“瘀毒”理论治疗肺癌

瘀毒伏肺,藏于血脉,癥瘕积聚,肺癌乃生。国医大师周仲瑛教授首倡癌毒学说,认为癌毒(尤其是热毒)是促使肺癌发生和发展的关键因素,故其善用清热解毒类中药治疗肺癌^[24]。我们团队在前期研究中提出,治疗肺部高密度阴影要重视化痰解毒消癥之品的运用^[25]。祛毒即是扶正,瘀毒结聚不消,则正气必伤,因此祛毒消癥即为扶正。临床中,需根据肺癌患者的具体情况,将祛毒消癥之法与清热、祛痰、行气、补益等法联用。若患者以咳吐臭痰、口渴、便秘、舌红烦躁等表现为主,用药可选蜂房、山慈菇、夏枯草、连翘等以清热散结解毒;若患者以痰多胸闷、脘腹痞满、苔腻便溏等表现为主,用药可选半夏、牡蛎、白芥子、旋覆花等以涤痰软坚消瘀;若患者以情志郁结、胀痛、脉弦等表现为主,用药可选沉香、青皮、柴胡、枳壳等以理气破积导滞;若患者以肿块坚硬疼痛、舌下络脉迂曲等表现为主,用药可选水蛭、鳖甲、莪术、蒲黄等以破血祛瘀消癥;若患者以乏力体倦、口唇色淡等表现为主,用药可选人参、茯苓、薏苡仁、熟地黄等以补中祛邪。药理研究发现,通络活血虫类药如全蝎、蜈蚣、守宫、苏木等,能显著抑制肺癌细胞的生长和血管生成,改善机体免疫微环境^[26-27]。

5 结束语

目前中医界尚无关于肺系疾病“瘀毒”理论的系统论述,也缺乏相应的证治体系。20世纪90年代初,我们团队在《慢性支气管炎急性发作期750例疗效分析》一文中指出,重用清热解毒药是提高疗效的关键,并提出伍以活血化瘀之品有利于提高临床疗效和控制病情^[28],这是肺系疾病“瘀毒”理论形成的雏形。在后续的研究中,团队通过总结临床经验,正式提出“瘀毒”理论,并梳理形成了包括病因病机、辨证要点、治疗原则、证治分类等内容的肺毒、肺瘀诊疗规范。长期临床实践证实,“瘀毒”理论在肺系疾病中应用广泛,无论是常见病,还是难治性疾病,均可从“瘀毒”论治。临床治疗肺系疾病时,需在结合不同疾病特点的情况下,重视祛瘀解毒之法的运用。

我们团队自20世纪90年代初就开始进行肺系疾病“瘀毒”理论的研究,经过不断的传承、发展,在充分总结相关基础、临床研究成果的基础上,现已探索出不同肺系疾病的祛瘀解毒治法,并研发出肺维康、金鸣片、复方西羚解毒片等中成药,这为临床诊治难治性肺系疾病提供了新思路。

[参考文献]

- [1] LEFRANÇAIS E, ORTIZ-MUÑOZ G, CAUDRILLIER A, et al. The lung is a site of platelet biogenesis and a reservoir for haematopoietic progenitors[J]. *Nature*, 2017, 544(7648):105-109.
- [2] 田梅, 张伟. 论肺为血脏[J]. *中华中医药杂志*, 2014, 29(3):680-682.
- [3] 田梅, 张伟. 浅论肺生血[J]. *新中医*, 2013, 45(7):1-2.
- [4] 王新月, 李忻红. 基于瘀毒理论探究带状疱疹诊疗思路[J]. *中外医学研究*, 2024, 22(10):166-170.
- [5] 刘月颖, 赵正奇, 梁玮钰, 等. 从“炎-癌转化”过程论胃癌瘀毒互结病机演变的内涵[J]. *中华中医药杂志*, 2023, 38(6):2518-2521.
- [6] 陈凤, 张伟, 杨公涛. 基于细胞自噬论“伏毒”的微观机制及在特发性肺纤维化中的作用[J]. *世界中医药*, 2021, 16(18):2742-2746.
- [7] 黄丽娜, 张伟. 从“肺为血脏”论瘀在支气管哮喘中的意义[J]. *辽宁中医杂志*, 2020, 47(2):74-75.
- [8] 张伟, 郭俊美. 从瘀论支气管哮喘[J]. *中医药信息*, 2013, 30(1):3-4.
- [9] 任玉娇, 张伟. 从气虚络瘀探析支气管哮喘慢性持续期病机演变[J]. *山东中医药大学学报*, 2016, 40(4):316-318.
- [10] 王灿, 张伟. 从“瘀”“毒”论治间质性肺疾病[J]. *环球中医药*, 2018, 11(9):1401-1403.
- [11] 李芊芊, 张伟. 从“伏毒”论治肺癌[J]. *天津中医药大学学报*, 2019, 38(2):126-129.
- [12] 张伟, 卢绪香, 贾新华, 等. 肺系病中医证候规律性的聚类分析研究[J]. *中医药学报*, 2012, 40(5):66-68.
- [13] 张伟, 张莉. 肺系疾病中医复合病因的探讨[J]. *江苏中医药*, 2012, 44(9):5-6.
- [14] 张伟, 邵雨萌. 再论哮喘从瘀论治[J]. *湖南中医学院学报*, 2004, 24(3):24-25.
- [15] WANG S B, GUO X F, WENG B, et al. Tanshinone IIA attenuates ovalbumin-induced airway inflammation and hyperresponsiveness in a murine model of asthma[J]. *Iran J Basic Med Sci*, 2019, 22(2):160-165.
- [16] JI N F, XIE Y C, ZHANG M S, et al. Ligustrazine corrects Th1/Th2 and Treg/Th17 imbalance in a mouse asthma model[J]. *Int Immunopharmacol*, 2014, 21(1):76-81.
- [17] 姚楠, 丁茂鹏, 王志旺, 等. 当归对阴虚证哮喘小鼠阴虚表征及气道黏液高分泌的影响[J]. *时珍国医国药*, 2020, 31(1):42-44.
- [18] 张真, 杨亿然, 刘雨, 等. 桂枝茯苓丸对慢性阻塞性肺疾病小鼠气道重塑的影响[J]. *中成药*, 2023, 45(11):3592-3598.
- [19] 郭栋伟, 张鹏飞, 任明君, 等. 银杏叶提取物防治慢性阻塞性肺疾病的机制研究:基于PI3K/Akt/mTOR信号通路调控肺泡巨噬细胞自噬[J]. *中国全科医学*, 2023, 26(3):293-303.
- [20] 黄莺, 周芬, 袁文胜, 等. 红景天苷改善慢性阻塞性肺疾病炎症模型及气道重塑的机制[J]. *实用医学杂志*, 2022, 38(14):1753-1758.
- [21] 景菲, 张伟. 从“毒-络”角度探讨虫类药物在特发性肺纤维化治疗中的应用[J]. *西部中医药*, 2018, 31(5):135-138.
- [22] 阎小燕, 韩佳, 朱雪, 等. 活血药对肺纤维化模型大鼠肺组织超氧化物歧化酶和谷胱甘肽表达的影响[J]. *山东中医杂志*, 2015, 34(12):941-943.
- [23] 张伟, 韩佳, 朱雪, 等. 活血药对肺纤维化大鼠肺组织TNF- α 和IL-8表达的影响[J]. *中国中医药科技*, 2015, 22(4):373-375, 380.
- [24] 王珊珊, 郭茗, 朱焱, 等. 国医大师周仲瑛教授辨治肺癌经验[J]. *中华中医药杂志*, 2015, 30(12):4332-4335.
- [25] 张阳, 王志鹏, 张伟. 基于“瘀毒”理论和“治未病”思想探讨肺结节的防治[J]. *世界中西医结合杂志*, 2023, 18(5):1051-1055, 1060.
- [26] 李道睿, 王苗苗, 于明薇, 等. 通络活血虫类药物对乏氧环境下肺癌血管生成相关细胞因子的影响[J]. *中国中医药信息杂志*, 2017, 24(9):39-42.
- [27] 刘声, 孙桂芝, 雷娜. 活血药、益气活血药对肺癌转移过程中Th17/Treg细胞平衡及其机制影响[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2012, 18(12):1334-1336.
- [28] 张洁承, 张伟, 张子臻. 慢性支气管炎急性发作期750例疗效分析[J]. *山东中医药大学学报*, 1991, 15(6):49-51, 69.

论著·临床理论与方法

帕金森病病因病机新探——毒邪主导,历损三阴

刘家文,付凤明,聂林军,张鑫宇,刘红杰

(暨南大学中医学院,广东 广州 510632)

[摘要] 基于长期临床和基础研究,提出“毒邪主导,历损三阴”为帕金森病的病因病机,并制订相应的治则治法。特定毒邪是帕金森病的主导因素,所以解毒为首要治法,并贯穿帕金森病的所有治疗阶段。太阴阶段,邪犯肺、脾,证候性质为实寒,应合用祛风、散寒、化湿、健脾、固表之法。太阴、厥阴并病阶段,邪犯肺、脾、肝、心包,证候性质仍以实寒为主,应合用健脾、化湿、理气、搜风、敛肝、散寒、通络之法;偏于少阳实火者,在上述基础上,弱散寒而重疏少阳、清痰火。太阴、厥阴、少阴并病阶段,邪犯五脏,元阴元阳俱虚,证候性质为虚实寒热错杂,应采用元阴元阳并补之法,随寒热之性的偏向而有所侧重。

[关键词] 帕金森病;病因病机;治则治法;毒邪;六经

[中图分类号] R277.7

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0024-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.004

New Insights into Etiology and Pathogenesis of Parkinson's Disease: Dominance of Toxic Pathogens and Gradual Erosion of Three Yin Meridians

LIU Jiawen, FU Fengming, NIE Linjun, ZHANG Xinyu, LIU Hongjie

(School of Traditional Chinese Medicine, Jinan University, Guangzhou 510632, China)

Abstract Based on long-term clinical and basic researches, a novel etiology and pathogenesis theory of Parkinson's disease, "dominance of toxic pathogens and the gradual erosion of the three yin meridians" has been proposed, along with corresponding treatment principles and methods. Specific toxic pathogens are the primary contributors to Parkinson's disease. Therefore, detoxification is the foremost therapeutic approach and permeates all treatment stages of Parkinson's disease. In the Taiyin stage, when the pathogenic factors invade the lung and the spleen, the nature of the syndrome is excess cold. The treatment should involve methods of dispelling wind, dissipating cold, resolving dampness, strengthening the spleen, and consolidating the exterior. In the concurrent stage of Taiyin and Jueyin, when the pathogenic factors invade the lung,

spleen, liver, and pericardium, the nature of the syndrome is still mainly excess cold. The treatment should involve methods of strengthening the spleen, resolving dampness, regulating qi, expelling wind, restraining the liver, dissipate cold, and dredging collaterals. For those with predominant excess fire in Shaoyang, on the basis of the above, dissipating cold should be weakened and more emphasis should

[收稿日期] 2024-07-24

[基金项目] 国家自然科学基金项目(编号:82074306);第五批全国中医临床优秀人才研修项目(批文号:国中医药人教函[2022]239号)

[作者简介] 刘家文,2022年硕士研究生,研究方向:中医脑病学。

[通信作者] 刘红杰,副教授,主要从事中医脑病学研究。邮箱: hongjie_liu@jnu.edu.cn。

be placed on soothing Shaoyang and clearing phlegm-fire. In the concurrent stage of Taiyin, Jueyin, and Shaoyin, when pathogenic factors invade the five zang-organs and both primordial yin and primordial yang are deficient, the nature of the syndrome is a complex mixture of deficiency, excess, cold, and heat. The treatment should employ the method of replenishing both primordial yin and primordial yang, and the focus should vary depending on the patient's heat or cold properties.

Keywords Parkinson's disease; etiology and pathogenesis; treatment principles and methods; toxic pathogens; six meridians

帕金森病是一种常见于中老年人的神经系统变性疾病,其典型病理改变为 α -突触核蛋白聚集分布于全身多个器官和多巴胺能神经元缺失,临床表现包括运动症状(运动迟缓、静止性震颤、肌强直和姿势平衡障碍)和非运动症状(嗅觉减退、睡眠障碍、便秘和抑郁等)^[1-2]。当前,帕金森病的病因和发病机制尚未完全清楚,也没有任何一种治疗方法(包括中医药疗法)能够从根本上逆转帕金森病的进程。中医学一般将帕金森病归属于颤证或老年颤证范畴,将其病因归结为年老体虚、情志过极、饮食不节、劳逸失度,未提特定病因,认为其病机演变常见于本虚标实,正气亏虚主导着该病的进程^[3-5]。遗憾的是,在该病因病机学说指导下,帕金森病的中医药治疗始终处于辅助地位,且疗效难以令人满意^[6],这表明中医学对帕金森病发病和诊治规律的认识尚存在缺陷。为进一步深化对帕金森病的中医理论认识,提高帕金森病的中医疗效,笔者基于长期的临床和基础研究,提出帕金森病“毒邪主导,历损三阴”的病因病机新学说,并据此制订相应的治则治法。

1 毒邪作为特定病因,主导疾病的发生

已有研究表明,除遗传因素外,外界环境中的毒素侵袭^[7]、微生物感染^[8]与帕金森病的发生密切相关。 α -突触核蛋白异常聚集与传播,特别是从外周向中枢的传播,在帕金森病发生发展过程中起到关键作用^[9-10]。这些病因不是传统的年老体虚、情志过极、饮食不节、劳逸失度等泛指因素所能解释的。有学者用风、寒、湿等六淫来阐释帕金森病的病因病机并提出相应治法^[11-12],但这些治法未获得理想疗效,并不能从根本上逆转或阻断帕金森病的进程。有鉴于此,我们将帕金森病的病因界定为特殊毒邪。

毒邪作为帕金森病的特定病因,在帕金森病的发病过程中具有主导作用,正气亏虚只处于从属地位。特殊毒邪入侵人体,正气不能胜邪,遂发生帕金森病。换言之,如果没有这种特殊的毒邪,即使外感

六淫、内伤七情、饮食不节、劳逸失度、年老体虚等因素作用于人体,也不可能发生帕金森病。这些传统因素,可能影响了帕金森病的发生发展,却不可能是导致帕金森病的决定性因素。

或问曰:“毒邪主导”的界定是否符合中医学的发病原理?一般而言,正气不足是发病的内在基础,邪气是发病的重要条件,但在某些情况下,邪气也会在发病中起主导作用^[13]。帕金森病的发病就是“在某些情况下”,特殊毒邪起了主导作用。这种特殊毒邪,或来自于外,因肺卫不能抗邪,从皮毛、口鼻而入;或来自于内,因脾胃运化失常,致使毒邪内生。因个体脏腑功能的禀赋不同,故致病毒邪或自外来,或自内生,或二者兼而有之。

从帕金森病的临床表现来看,其致病毒邪具有风、寒、湿之性,但又有超出风、寒、湿的属性,否则无法解释为何依风、寒、湿治疗不能取得理想疗效。起病隐匿而缓慢、行动迟缓提示致病毒邪具有湿性特征(湿性缠绵)。头部或肢体摇动、颤抖之症时发时止提示致病毒邪具有风性特征(风性主动,善行数变)。肢体僵直、少动提示致病毒邪具有寒性特征(寒主凝滞、收引)。毒邪的湿性在多数患者身上都有比较明显的体现,但风性和寒性在患者中的体现则因人而异。在湿性基础上,风性表现明显者(寒性亦存在,但弱于风性)是以震颤为主的亚型,寒性表现明显者(风性亦存在,但弱于寒性)则是以僵直、少动为主的亚型^[14]。

2 病机演变规律:毒邪主导,依次损害人体太阴、厥阴、少阴

六经,即少阳、阳明、太阳、厥阴、少阴、太阴的统称,依照六经气化学说,一般认为是脏腑、经络和气化的综合体,包括脏腑、经络及其附属的五体九窍等。帕金森病的病位主要涉及三阴。太阴,包括脾、肺两脏及其经脉,以及附属的皮毛、肌肉、四肢、口、鼻等,从其本气,主湿化;厥阴,包括肝、心包及其经

脉,以及附属的筋脉、目等,其本为风化之气,易从其中见之气少阳而火化;少阴,包括心、肾两脏及其经脉,以及附属的骨节、舌、耳、二阴等,可从其本气热化,亦可从其标气寒化^[15]。在帕金森病的发生发展过程中,致病毒邪依次损害人体的太阴、厥阴、少阴(初在太阴、显于厥阴、终于少阴),最后导致三阴并病。《伤寒论》中虽无“三阴并病”之名,但有“三阴并病”之实,柯琴在《伤寒来苏集·伤寒论翼·合并启微》中对此已有明论^[16]。本文采用“三阴并病”这一表述方法,目的是较好地说明帕金森病的病机演化规律。

2.1 太阴阶段——初在太阴

帕金森病的太阴阶段,相当于临床前期和前驱期,即从仅有帕金森病病理改变而无相关症状,到出现相关的非运动症状,乃至轻微运动症状,但还不符合帕金森病临床诊断标准,未来10年发展为帕金森病的风险极高^[17]。这一阶段包括了Braak分期模型的1期和2期,病情进展缓慢,病程可达20年^[18],符合湿化之气的缠绵特征,此阶段毒邪侵犯太阴,患者正气不虚,故疾病证候性质属实寒。

太阴阶段的运动症状包括面部表情和声音的改变、步态异常、肢体运动迟缓等,但并不明显,易被忽略^[19]。广泛存在的非运动症状包括嗅觉减退、便秘、快速眼动睡眠行为障碍、焦虑、抑郁、日间过度嗜睡、排尿功能障碍、直立性低血压等^[20]。这些症状均是毒犯太阴的临床表现。

此阶段的毒邪主要显现湿性。湿性属阴,本具寒性,阻遏阳气,使脾所主清阳之气郁结而不得舒展,故出现焦虑、抑郁等精神症状;《素问·生气通天论》曰“阳气者,精则养神”,阳气为湿所困,脾不升清,则阳气不得上升而奉养头目,故出现嗜睡等睡眠障碍和头晕等直立性低血压症状;湿性重浊,作用于脾所主之四肢肌肉,故出现步态异常、肢体运动迟缓等运动症状,因病邪尚轻浅,故不明显。

除湿性外,此阶段的毒邪也显现出一定的风性。《素问·太阴阳明论》曰“伤于风者,上先受之”,患者出现轻度面部表情改变即毒具风性之体现。肺为华盖,覆盖于诸脏之上,且肺主皮毛而卫外,属阳位,易为外风所侵。风邪侵袭肺脏,影响肺气宣降,肺气上不得宣则鼻窍不开,故嗅觉失灵,下不得降则使相表里之大肠失于传导,故便秘;水道失于通调,故排尿异常。同时,脾胃为气机升降之枢纽,脾为湿困而气

机升降失常也是导致便秘的因素之一;脾为湿困而运化水液失常也是导致排尿异常的因素之一。

2.2 太阴、厥阴并病阶段——显于厥阴

帕金森病的太阴、厥阴并病阶段,相当于临床确诊帕金森病的早期阶段,即修订的Hoehn-Yahr分级量表的1~2.5级^[21],大致等同于Braak分期模型的3期和4期^[18]。此时运动症状较为突出,已出现轻度的双侧肢体患病,姿势反射稍差,但能自己纠正;各种太阴阶段的非运动症状也比较明显。这些症状是由毒邪从太阴蔓延至厥阴、两阴并病导致,此阶段毒邪的风、寒、湿性尽显,患者正气也未虚,故疾病证候性质仍以实寒为主,从少阳化火亦不少见。

从运动症状而言,运动迟缓是所有患者的共有症状,这是由毒邪的湿性特征所决定的,也是邪气始终流连太阴的临床依据。在湿性基础上,偏于风性者,侵犯足厥阴较重,故患者筋损伤明显,因风性主动的缘故,筋表现出明显的异常变动,即静止性震颤,此乃以震颤为主的亚型;偏于寒性者,侵犯手厥阴较重,因寒性主静、主痛、主凝滞收引,故身痛明显,多见肢体拘挛、颈背僵直、肌张力增高,此乃以僵直、少动为主的亚型。

就非运动症状而言,此阶段精神类症状的病机也更为复杂。手厥阴心包代心受邪,寒湿侵犯心包,湿阻成痰,痰湿蒙蔽清窍,心神不得清明,故神昏神乱;足厥阴肝气盛而不疏,肝气郁结,肝失疏泄,故发为焦虑抑郁、睡眠障碍;足太阴脾不藏神,亦可导致认知功能障碍和睡眠障碍加重^[22]。

值得注意的是,太阴、厥阴并病阶段本为实寒证候,但受患者体质或外界环境等因素的影响,厥阴易从其中见之气少阳而火化,表现为实火、痰火、湿热证候。因其体现的热性症状明显,所以既往从正虚为主的思路出发,或将该阶段视为“脏虚而阳动化风”,却忽略了“毒邪主导”这一病因病机核心。

2.3 太阴、厥阴、少阴并病阶段——终于少阴

帕金森病的太阴、厥阴、少阴并病阶段,相当于临床确诊帕金森病的中期、晚期阶段,即修订的Hoehn-Yahr分级量表的3~5级^[23],大致等同于Braak分期模型的5期和6期^[18],病程可达10余年。此阶段病情较重,患者姿势平衡障碍明显,甚至残疾而不能起床,运动并发症和非运动症状较多。此阶段临床症状的成因较为复杂,既有疾病本身进展的因素,

也有化学治疗药物的不良反应(可称为“药毒”)因素,这些因素都可以用“毒侵三阴”解释。

此阶段,特定致病毒邪(或合并药毒)从太阴蔓延至厥阴、少阴,三阴并病。毒邪(包括药毒)之风、寒、湿之性更加突出,故证候性质表现出明显的邪实,在前阶段肌肉四肢筋脉受损的基础上,少阴骨节亦被邪伤,其突出症状涉及《素问·脉要精微论》所言“膝者,筋之府,屈伸不能,行则倮附,筋将惫矣。骨者,髓之府,不能久立,行则振掉,骨将惫矣”,以及《素问·痹论》所言“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘,嗑干善噫,厥气上则恐;肝痹者,夜卧则惊,多饮数小便,上为引如怀;肾痹者,善胀,尻以代踵,脊以代头;脾痹者,四肢懈堕,发咳呕汁,上为大塞”。毒邪蔓延至少阴时,少阴骨节受损,难以控制肢体活动,故步态不稳,邪蔓三阴,五脏皆受毒损,出现诸多运动并发症与非运动症状。

同时,此阶段正气为毒邪所伤而大亏,故证候性质亦表现出明显的正虚。正虚是五脏俱虚,核心表现为少阴心肾所主的元阴元阳俱虚,虚极则神识受损,可出现痴呆症状。以元阳虚为主者,机体失阳气之温煦、推动,表现出虚寒征象;以元阴虚为主者,机体失阴气之滋润、濡养,表现出虚热征象。

由上可知,三阴并病阶段的证候性质为虚实寒热错杂。由于毒邪为主导,所以邪实仍为证候的主要方面;又因致病毒邪本具寒性,所以一般而言,证候的寒性较热性更明显,但掺杂药毒时,可能会受药毒寒热之性的影响。这与既往“肝肾阴虚为本”的病机学说明显不同。

3 基本治则:解毒为先,依时调理三阴

由于特定毒邪是帕金森病的主导因素,所以解毒是治疗帕金森病的首要治法,并贯穿于各阶段的治疗过程中。因毒邪兼具风、寒、湿之性,所以解毒药若同时具有搜风、解痉、活血、通络、散寒、除湿之效,为最佳。有药毒存在时,宜合用能够解药毒的药物。

太阴阶段,除解毒外,根据肺、脾受邪状况,须合用祛风、散寒、化湿、健脾、固表之法。此阶段病情尚轻浅,如能及时干预,可以有效防止疾病从前驱期向临床期进展并逆转病情,但由于此阶段疾病的特异性不高,诊断较为困难,故能够及时干预的机会不多。

太阴、厥阴并病阶段是帕金森病早期,此阶段较易确诊,病情尚不严重,如能有效治疗,可截断其向三阴并病阶段的进展,甚至能在一定程度上逆转病情。此阶段的治疗仍须以解毒为先,对于实寒证候,根据肺、脾、肝、心包受邪情况,须合用健脾、化湿、理气、搜风、敛肝、散寒、通络之法。震颤为主者,针对足厥阴而侧重搜风、敛肝;僵直少动为主者,针对足厥阴而侧重散寒、通络。偏于少阳实火者,当在上述基本治法基础上,弱化散寒,而重用疏少阳、清痰火之法。

太阴、厥阴、少阴并病阶段是帕金森病中、晚期,此阶段五脏俱为邪伤,元阴元阳不足,病情复杂而严重。此时的治疗目标为延缓疾病进展,提高生活质量,治法仍以解毒为先,合以元阴元阳并补,虚寒为主者以温阳为主,虚热为主者以滋阴为主。

4 结束语

“毒邪主导,历损三阴”的病因病机新学说为有效防治帕金森病提供了新的视角,在此学说指导下,可开发出适应帕金森病不同阶段的治法方药,未来可开展相关基础和临床研究,对此学说指导下的治法方药的疗效进行验证。

[参考文献]

- [1] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组,中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍专业委员会. 中国帕金森病的诊断标准(2016版)[J]. 中华神经科杂志,2016,49(4):268-271.
- [2] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组,中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍学组. 早发型帕金森病的诊断与治疗中国专家共识[J]. 中华神经医学杂志,2021,20(2):109-116.
- [3] 吴勉华,石岩. 中医内科学[M]. 5版. 北京:中国中医药出版社,2021:406-411.
- [4] 中华全国中医学会老年医学会. 中医老年颤证诊断和疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医学院学报,1992,15(4):39-41.
- [5] 陈志强,杨文明. 中西医结合内科学[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社,2021:724-730.
- [6] CHO K H, KIM T H, KWON S, et al. Complementary and alternative medicine for idiopathic Parkinson's disease: an evidence-based clinical practice guideline [J]. Front Aging Neurosci, 2018, 10:323.
- [7] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社,2018:329.

(下转第37页)

基于络病理论与“主客交”学说探讨黑棘皮症病机演变与治疗方法

何吉甜,王 上,熊 斌

(湖北中医药大学中医临床学院,湖北 武汉 430060)

[摘要] 络病理论与“主客交”学说相互贯通,二者均与血脉密切相关。黑棘皮症的皮损症状是由血络与气络瘀阻不通导致,也是“主客交”的一种持续状态。文章基于络病理论与“主客交”学说,阐述黑棘皮症“因虚感邪、邪入于络、络脉瘀阻、络瘀成毒”的病机演变过程,并据这一过程提出黑棘皮症的治疗方法,即补虚以通络、化瘀以畅络、解毒以活络,以期为中医辨治黑棘皮症提供新思路。

[关键词] 黑棘皮症;络病;主客交;络脉瘀阻;补虚通络;化瘀畅络;解毒活络

[中图分类号] R275.9

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0028-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.005

Discussion on Pathogenesis Evolution and Treatment Methods of Acanthosis Nigricans from Theory of Collateral Diseases and Concept of “Interaction Between Host and Guest”

HE Jitian, WANG Shang, XIONG Bin

(Clinical College of Traditional Chinese Medicine, Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan 430060, China)

Abstract The theory of collateral diseases and the concept of “interaction between the host and the guest” are interconnected, and both are closely related to the blood vessels. The skin lesion symptoms of acanthosis nigricans are caused by the obstruction of blood collaterals and qi collaterals, and it also represents a continuous state of “interaction between the host and the guest”. Based on the theory of collateral diseases and the concept of “interaction between the host and the guest”, this article expounds the pathogenesis and evolution process of acanthosis nigricans as “deficiency leading to pathogenic invasion, pathogenic invasion into the collaterals, obstruction of the collaterals, and blood stasis in the collaterals transforming into toxicity”,

and proposes treatment methods for acanthosis nigricans according to this process, namely, tonifying deficiency to dredge the collaterals, resolving blood stasis to smooth the collaterals, and detoxifying to activate the collaterals, in order to provide new ideas for the syndrome differentiation and treatment

[收稿日期] 2024-04-24

[基金项目] 湖北省自然科学基金项目(编号:2023AFD137);湖北省卫生计生委科研项目(编号:ZY2019Q037)

[作者简介] 何吉甜,2021年硕士研究生,研究方向:中医医史文献。

[通信作者] 熊斌,副教授,主要从事中医医史文献研究。邮箱:54438920@qq.com。

of acanthosis nigricans in traditional Chinese medicine.

Keywords acanthosis nigricans; collateral diseases; interaction between the host and the guest; obstruction of collaterals; tonifying deficiency to dredge the collaterals; resolving blood stasis to smooth the collaterals; detoxifying to activate the collaterals

黑棘皮症最早由 Pollitzer 和 Jaurorky 在 1890 年报道并命名,是以皮肤色素沉着、角化过度、天鹅绒样增生及形成疣状赘生物为特征的皮肤角化性疾病,好发于皮肤皱褶部位,如腋窝、颈后、肘窝、腘窝、腹股沟及阴唇^[1]。研究发现,黑棘皮症与血脂异常、高血压、糖尿病、内脏恶性肿瘤等关系密切,且该病的临床表现也是胰岛素抵抗和高胰岛素血症在皮肤部位的预示^[2-3]。黑棘皮症的发病机制尚未明确,现有研究表明高胰岛素血症在该病的发生及进展过程中发挥重要作用,表皮角化细胞和真皮成纤维细胞上的成纤维细胞生长因子受体以及表皮生长因子受体也可能参与本病的发病过程^[4]。黑棘皮症的特征性皮损情况与高水平的胰岛素刺激皮肤棘层细胞和成纤维细胞过度增生相关^[5]。目前西医治疗本病以局部使用维 A 酸(他扎罗汀)为首选方法,其他局部疗法包括使用卡泊三醇、尿素、水杨酸、防晒霜和手术。口服维 A 酸也是针对黑棘皮症的系统疗法^[6],但疗效较差,难以完全治愈^[4]。

根据症状表现,黑棘皮症可归于中医学黧黑斑范畴^[7]。因黑棘皮症发病率较低,目前有关其中医药治疗的研究较少。现有研究大多认为本病病机属虚实夹杂,以虚为主,治疗或从补肾入手^[8-10],或以祛除湿热瘀滞为先^[11-12]。近年来,络病理论与“主客交”学说在难治性疾病诊疗中的应用增多^[13-14],黑棘皮症的病因病机、发展变化及病情转归等与络病理论及“主客交”学说甚为契合,因此,本文基于络病理论与“主客交”学说探讨良性黑棘皮症的病机演变过程及治疗方法,以期临床诊治本病提供参

1 络病理论与“主客交”学说简述

1.1 络病理论

《灵枢·脉度》云:“经脉为里,支而横者为络,络之别者为孙。”经脉是直行于分肉的主干,络脉是从经脉主干支横别出的分支,如树枝一样逐级细化,如此形成布散于全身的络脉系统。络脉既具有与经脉

相同的运行气血、沟通表里等功能,也具有不同于经脉的气血流缓、面性弥散、双向流动、末端流通等特点,这些不同于经脉的特点决定了络病的病因病机有其自身的特异性^[15]。《素问·缪刺论》曰:“今邪客于皮毛,入舍于孙络,留而不去,闭塞不通,不得入于经,流溢于大络,而生奇病也。”当各种因素致使络脉营卫气血津液运行输布及渗化失常,继而导致络脉瘀滞、痹阻不通时,便形成了络病。

络脉既是气血津液运行之通道,也是病邪传变的通道。清代名医喻昌《医门法律》言:“十二经生十二络,十二络生一百八十系络,系络生一百八十缠络,缠络生三万四千孙络。”络脉分布极广且络体细小,体表络脉中的血液多为血流之末,流速缓慢而易滞成瘀。《灵枢·百病始生》载:“是故虚邪之中人也,始于皮肤……留而不去,则传舍于络脉。”由此可见,分布于皮肤体表的络脉易因病邪入侵而受损,因此更易瘀阻。黑棘皮症的皮肤表现主要为色素沉着、角化过度,皮损好发于皮肤皱褶处如腋窝、肘窝、腘窝等部位和易被衣领摩擦到的地方。黑棘皮症病变部位经络不畅,络气郁滞,气血津液输布失司,皮肤中气血运行不畅,久之络脉由滞到瘀,则导致皮肤变硬、粗糙,甚则形成疣状赘生物等皮肤改变。

1.2 “主客交”学说

“主客交”最初由明末医家吴又可提出,他在《温疫论》中指出:“夫痼疾者,所谓客邪胶固于血脉,主客交浑,最难得解,且愈久益固。”“主客交”本意指人体正气虚衰,而又复感疫邪,从而形成疫邪留滞于血脉之病症。“主”指的是人体正气,包括机体的生理基础和抗病能力;“客”在原书中指瘟疫邪气,引申可指一切外来致病因素,如湿、热、痰、瘀、毒等。因此,“主客交”是指一种病邪胶着机体的病机状态。在“主客交”学说中,吴又可强调了正气的重要性,认为正气不足导致邪气留滞,血脉中主客交浑,最终形成难以解除的痼疾。黑棘皮症患者皮肤颜色加深、角

化及赘生物的出现正是邪气留滞不去与血脉胶着而成的痼疾,符合“主客交”的病机状态。

1.3 络病理论与“主客交”学说的相关性

络病发病于络脉,为气血流通末端之病变,“主客交”发生在血脉,为顽邪与血脉胶着而成,两者的发生都与血脉密切相关。若主气不足、气虚血衰,则络虚;若客邪聚于络中、血气凝结则络实^[16]。通行血液之络脉为血络,运行经气之络脉为气络^[17]。主客交结,阻于血脉,此时必定伴有血络与气络瘀阻。血络与气络受阻,久之则化为沉痾顽疾。黑棘皮症患者往往呈现虚实夹杂的病机,其皮损症状正是由血络与气络瘀阻不通导致,也是“主客交”的一种持续状态。因此,络病理论与“主客交”学说相互贯通,二者均可指导黑棘皮症的临床辨治。

2 基于络病理论与“主客交”学说辨析黑棘皮症病机演变

黑棘皮症的发生、发展遵循“因虚感邪、邪入于络、络脉瘀阻、络瘀成毒”的病机演变过程。“虚”是起病的前提,以肾虚和体表络虚为主;“邪”是在“虚”的基础上的诱发因素,包括引起络脉瘀阻的一切因素;络脉瘀阻日久则因瘀致毒,造成严重皮损或内脏病变。

2.1 病之初:正气亏损,络虚失荣

皮肤为经络之气布散的场所,若先天禀赋不足,正气亏虚,致使体表络脉偏虚,影响气血津液在体表的正常输布,则气血津液难以渗灌温养皮肤。黑棘皮症之皮肤干燥、粗糙及瘙痒等症状,实为体表气血不荣之表现。《医宗金鉴》曰:“最虚之处,便是容邪之处。”体表络愈虚,则邪愈滞。黑棘皮症患者皮肤的变化,如表皮角化过度、色素沉着、皮肤颜色偏深偏黑等,皆与体表络脉之虚有关。肾主藏精,黑色属肾,肾精不足,虚火上炎,肾色上泛于颜面,而引发皮肤色泽的改变。肺合皮毛,体表皮肤气血的失常也与肺密切相关。

2.2 病之渐:邪羁于络,络脉瘀阻

《医学衷中参西录》曰:“因气血虚者,其经络多瘀滞。”体表气络、血络虚损,则肌表营卫之气亦随之虚衰而难以祛邪外出,加之络脉中气血流缓,本就易郁而生痰、生瘀,更难以抵御外来之风寒湿邪,正如

清代医家张志聪所言:“血络者,外之络脉、孙络,见于皮肤之间,血气有所留积,则失其内外出入之机。”黑棘皮症患者络脉虚损,导致气血津液输布迟滞而留蓄为痰、为瘀,痰瘀阻碍气血运行,气血无法发挥正常功能,络中气滞、血瘀、痰阻、湿聚之间相互影响,日久则成主客交结不解的瘀阻状态。

2.3 病之深:瘀久化毒,毒损于络

体表络脉中气滞、血瘀、痰阻日久,顽痰死血结聚,逐渐酿生毒邪,形成“主客交浑”的病理状态,且随着病程迁延呈现“愈久益固”的态势。黑棘皮症患者因体内瘀毒久积致络脉气血失和、肌肤失养,进而出现皮肤色素不断加深、皮肤增生乃至形成疣状赘生物等外在表现,这与痰积血瘀、毒邪瘀滞导致“主客交浑”而生顽疾的过程契合,尤其是恶性黑棘皮症,其与肿瘤关联紧密,上述病机演变在皮损变化中表现得更为显著。

3 基于络病理论与“主客交”学说探讨黑棘皮症治疗方法

在黑棘皮症的发生发展过程中,其病机由偏虚向虚实夹杂转变,因此临床治疗本病要通过辨析虚实程度确定偏攻邪或偏补虚的治疗方法。清代医家叶天士提出了以通为用、以辛为泄的络病治疗法则^[18],临床可遵循此法则,并根据虚、瘀、毒三种致病因素的主次关系,对黑棘皮症进行治疗。对于以络虚为主的病变,通补最宜,当采用补法以通络;对于因瘀、毒阻络表现为络实的病变,应在攻逐方药中适当加入辛咸通络之品。

3.1 补虚以通络

清代医家吴鞠通认为,大凡络中空虚,如气虚、血弱、阴亏、阳虚之证,都可用补络法治疗^[19]。黑棘皮症初期,患者往往因正气虚损致体表络脉瘀滞,此类患者多因体表气血不足呈现表寒性体征,症见恶寒、体表肌肉疼痛不舒、面色偏白等,治疗当以补络为主。气络与血络相伴而行,共同成为气血运行的载体^[20]。因血络为皮肤体表的有形络道,血络通畅,则皮肤能发挥其正常生理功能^[21],故在运用补络法时宜先从血络着手,使用补血、活血、行气等药物,如当归、牡丹皮、川芎、黄芪、白术、延胡索、鸡血藤等,通过充实血络促进体表皮肤血供恢复。《医门法律》

云:“兹后总有顽痰,留积经络,但宜甘寒助气开通,不宜辛辣助热壅塞。”因此,在活血行气药物基础上可适当配伍甘寒通络药物如人参、黄芪、麦冬、白芍、甘草、竹沥、石膏等,两类相配,能增补益气阴之力,更益于充养络脉,促进黑棘皮症患者体表皮肤创面恢复。

3.2 化瘀以畅络

在正虚基础上,若兼夹气滞、血瘀、痰浊及外来风、寒、湿等致病邪气,易导致络脉瘀阻。张仲景创立活血化瘀及虫蚁搜剔之法以通络,清代医家吴鞠通提出的活络、搜络法与之相符。治疗黑棘皮症时,应根据气滞、血瘀、痰浊的程度,选用桃仁、红花、川芎、赤芍等活血化瘀药物,并适当配伍茯苓、旋覆花、枳实等化水消痰药物。《本草便读》指出:“凡藤类之属,皆可通经入络。”常用的藤类药物如忍冬藤、鸡血藤、络石藤、青风藤等,均具有化瘀通络之效,其与上述活血化瘀、化水消痰药物同用,可促进气血运行、助益络脉畅通,从而改善黑棘皮症患者的病情。

3.3 解毒以活络

瘀阻日久则酿生成毒邪,毒邪可进一步造成络脉损伤。对于日久之瘀毒,草木类药物往往难以奏效,可用张仲景虫蚁搜剔之法,加水蛭、虻虫、土鳖虫、地龙、全蝎等虫类药物。虫类药物具有滋养血肉之功效,性喜动跃,能够深入经络,搜剔走窜,逐瘀通络之力强,对于体内阴虚而需阳补者有益。但对毒邪久居、气血皆滞者,仅用虫类药并不能使其络脉气血运行完全恢复,须加用辛香之品,如茴香、川楝子、橘红、降香、延胡索等,以缓通络道。以虫类药物搜剔瘀毒,加之辛香缓通药物唤醒气血功能,则血络得活,气络、津络随之恢复正常功能。

4 病案举例

女,17岁,2022年3月26日初诊。主诉:发现背部及双腋下皮肤发黑5年,加重3个月。患者自诉5年前于某医院诊断为良性黑棘皮症,后经中药膏方治疗(具体药物不详)病情稳定。3个月前开始出现全身多处皮肤发黑,皮肤表面干燥粗糙。现症见:后背及腋下皮肤大面积色素沉着斑块,皮肤表面干燥粗糙,伴有皮肤瘙痒,纳可,寐安,大便干燥、两日一行,舌红、边有齿痕,苔微黄,脉弦细,尺脉沉。患者

自诉平素痛经,痛经时常伴烦躁不适。西医诊断:黑棘皮症。中医诊断:黧黑斑,血络不荣、湿热壅滞证。治以补血养络为主,兼祛湿热之邪。处方:当归15g,生地黄15g,熟地黄15g,川芎15g,赤芍12g,白术15g,茯苓15g,牡丹皮15g,泽泻12g,益母草15g,延胡索15g,香附15g,丹参10g,鸡血藤12g,黄芩12g,柴胡12g,栀子10g,墨旱莲15g,女贞子15g,炙甘草10g。应患者要求,上药和蜜制成膏剂,早晚各取1勺以水冲服。嘱患者忌食辛辣、肥甘厚腻类食物。

2022年4月15日二诊:患者背部皮肤发黑稍有改善,仍伴瘙痒,大便干结情况缓解、每日一行,舌脉如前。考虑因久病致络脉瘀滞不通,加破血逐瘀之品。处方:黄芪20g,桂枝15g,白芍15g,炙甘草6g,大枣10g,桃仁10g,红花10g,生地黄20g,赤芍12g,当归15g,川芎8g,防己30g,白术15g,水蛭10g,茜草10g,延胡索15g。制成膏剂,服法同前。

2022年5月8日三诊:患者背部皮肤发黑程度较前明显改善,伴轻度瘙痒。舌淡、有齿痕,苔微黄,脉弦细。处方在二诊方基础上增川芎之量,加香附、黄芩、葛根以增舒筋行气及清热之效,具体如下:桃仁10g,红花10g,当归10g,川芎20g,葛根20g,赤芍15g,黄芩10g,肉桂6g,茴香6g,干姜6g,延胡索15g,香附15g。制成膏剂,服法同前。

后患者以三诊方微调续服膏剂5个月,2022年10月30日视频电话随访,见患者背部皮肤如常人,患者诉痛经亦有明显改善,余无不适。

按:《素问·上古天真论》云:“二七,天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子。三七,肾气平均,故真牙生而长极。”患者为青春期女性,正处“二七”至“三七”之间,肾气本应渐趋充盛,然观患者脉象细弦,尺部沉,且皮肤干燥而色泽晦暗,据此推断其先天禀赋稍弱,气血不足,络脉失于濡养,为络虚之证。《临证指南医案》云“大凡经主气,络主血,久病血瘀,初为气结在经,久则血伤入络”,可见血瘀与络脉联系紧密。《医林改错》言“血受热,则煎熬成块”,说明血热易引发血瘀。患者络虚历时已久,皮肤症状反复出现,结合其经期表现,综合推断,其关键病机在于络虚经久,湿热与虚热相搏,血行瘀滞,阻滞

络脉,故治疗以补虚扶正为要,兼施祛瘀通络之法,以恢复机体气血调和、络脉通畅之态。

本案治疗过程中,当归、川芎、赤芍、延胡索四药贯穿始终。当归甘温补血,辛散活血,补而不滞,以补药之体作通药之用,在充实络中血液的同时也使络道通畅;川芎为“血中气药”,黄元御称其能“行经脉之闭涩,散滞气而破瘀血”,与当归同用能通络脉气血;赤芍清热祛瘀,叶天士谓其“行而不留,主破血也”;延胡索活血行气,黄元御称其“专行滞血”,与赤芍共用以荡涤络中瘀滞。四药合用,奠定了从络病理理论与“主客交”学说入手补虚通络、化瘀畅络、解毒活络的基础。本案不用传统汤剂,一方面是应患者要求,改善口感,更主要的是考虑到患者因久病而皮肤络脉瘀滞,恐攻逐之汤剂难起速效,遂使用膏方缓缓图之。

5 结束语

黑棘皮症发病机制复杂,且常与恶性肿瘤相关,临床治疗较为棘手。络病理理论与“主客交”学说均与血脉相关,可用于阐释黑棘皮症的病机演变。正气亏损、络虚失荣为发病之基础,络脉瘀阻、瘀久生毒而致黑棘皮症顽固交结的皮肤症状。因此,治疗黑棘皮症应从补虚通络入手,兼顾化瘀解毒,促进血络和气络通畅。从络病理理论与“主客交”学说论治黑棘皮症是一种积极尝试,希望其能为临床诊疗提供新的思路。

[参考文献]

- [1] KUTLUBAY Z, ENGIN B, BAIRAMOV O, et al. Acanthosis nigricans: a fold (intertriginous) dermatosis [J]. Clin Dermatol, 2015, 33(4):466-470.
- [2] DAYE M, SELVER EKLI OGLU B, ATABEK M E. Relationship of acanthosis nigricans with metabolic syndrome in obese children [J]. J Pediatr Endocrinol Metab, 2020, 33(12):1563-1568.
- [3] PARDESHI S S, KHEMANI U N, KAMATH R R, et al. Therapeutic implications of dermoscopic findings in acanthosis nigricans: a clinical and histopathological study [J]. Dermatol Ther, 2020, 33(6):e14521.
- [4] LEUNG A K C, LAM J M, BARANKIN B, et al. Acanthosis nigricans: an updated review [J]. Curr Pediatr Rev, 2022, 19(1):68-82.
- [5] DAS A, DATTA D, KASSIR M, et al. Acanthosis nigricans: a review [J]. J Cosmet Dermatol, 2020, 19(8):1857-1865.
- [6] 黄艳平, 窦林燕, 田华, 等. 胰岛素抵抗相关的皮肤病 [J]. 医学综述, 2020, 26(13):2518-2522.
- [7] 王敬梅, 张志奎, 王耀光. 王耀光主任医师辨证治疗假性黑棘皮病验案举隅 [J]. 亚太传统医药, 2016, 12(20):81-82.
- [8] 牛桂莲, 刘茂东, 刘茂君, 等. 补肾消黑方治疗黑棘皮症 2 例 [J]. 中国社区医师, 2003, 18(2):37-38.
- [9] 高嘉良, 魏军平. 中医药治疗儿童良性黑棘皮病伴胰岛素抵抗综合征 1 例 [J]. 北京中医药, 2014, 33(10):788-789.
- [10] 魏国信, 孟繁娟. 九味苍术饮治疗假性黑棘皮病 10 例 [J]. 实用中医药杂志, 2003, 19(11):576.
- [11] 安立辉, 刘贵军, 王玉玺. 王玉玺辨证治疗良性黑棘皮病 1 例 [J]. 湖北中医杂志, 2008, 30(5):22.
- [12] 万璇璇, 徐筱玮, 郭珊. 从湿瘀互结论治假性黑棘皮病 [J]. 光明中医, 2021, 36(20):3522-3524.
- [13] 原梦飞, 沈晓旭, 翁洁琼, 等. 从“主客交”和络病学说辨治病毒性心肌炎 [J]. 中国中医急症, 2021, 30(10):1754-1757.
- [14] 马协丽, 姜泉, 杨煜辰, 等. 基于“络病-主客交”理论辨治结缔组织疾病相关间质性肺病 [J]. 上海中医药杂志, 2023, 57(9):54-57.
- [15] 孟泳. 从络病学化瘀治络简析特发性肺纤维化诊疗思路 [C]//中华中医药学会. 第十六届国际络病学大会论文集, 石家庄:中华中医药学会, 2020:2.
- [16] 曹春阳, 张福利. 络病学说与“主客交”思想初探 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(10):1360-1361.
- [17] 吴以岭, 魏聪, 赵珊珊. 气与气络学说探讨 [J]. 中医杂志, 2017, 58(21):1801-1807.
- [18] 谢忠礼, 韦大文. 从《临证指南医案》探讨叶天士络病学说的主要思想 [J]. 河南中医学院学报, 2006, 21(1):15-17.
- [19] 王笈, 武养星, 乔欣. 吴鞠通络病治法研究 [J]. 山西中医, 2011, 27(4):1-3.
- [20] 王永炎, 常富业, 杨宝琴. 病络与络病对比研究 [J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(3):1-6.
- [21] 白彦萍. 皮肤血络理论探析 [J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(9):925-928.

基于“四位一体”理论探讨瓜蒌薤白半夏汤 治疗经皮冠脉介入术后心绞痛

王春宝¹,王丹¹,张龙¹,司国民²

(1.山东中医药大学,山东 济南 250355; 2.山东省立医院,山东 济南 250021)

[摘要] “四位一体”理论提供了一种从性、位、势、证四要素研究经方的新思路。本文先从“四位一体”理论出发,探析瓜蒌薤白半夏汤的性、位、势、证四要素:“方性”为寒温并用,合以辛温,佐以苦寒;“方位”为心胸连及背部;“方势”为散中有泻,以散为主;“方证”为阳微阴弦之胸阳不足、痰阻心脉证。在此基础上,再以“四位一体”理论阐释瓜蒌薤白半夏汤治疗经皮冠脉介入术后心绞痛的原理,并结合1则医案进行讨论分析。

[关键词] “四位一体”理论;瓜蒌薤白半夏汤;经皮冠脉介入术;心绞痛;胸痹;经方

[中图分类号] R256.22

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0033-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.006

Discussion on Gualou Xiebai Banxia Decoction (瓜蒌薤白半夏汤) in Treatment of Angina Pectoris After Percutaneous Coronary Intervention Based on “Four-in-One” Theory

WANG Chunbao¹, WANG Dan¹, ZHANG Long¹, SI Guomin²

(1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Shandong Provincial Hospital, Jinan 250021, China)

Abstract The “Four-in-One” theory provides a new idea for studying classical formulas from the four elements of property, location, tendency, and syndrome. This article first starts from the “Four-in-One” theory to explore the four elements of Gualou Xiebai Banxia Decoction (瓜蒌薤白半夏汤). “The property of the formula” is a combination of cold and heat, with pungency and warmth as the main factors, assisted by bitterness and cold. “The location of the formula” is the chest and heart, connecting to the back. “The tendency of the formula” is mainly about dispersion, with purging within the dispersion. “The syndrome of the formula” is characterized by insufficient chest yang and phlegm blocking the heart vessels, with slight yang and excessive yin. On this basis, the “Four-in-One” theory is used to explain the mechanism of Gualou Xiebai Banxia Decoction in the treatment of angina pectoris after percutaneous coronary intervention, and a medical case is provided as an example.

Keywords “Four-in-One” theory; Gualou Xiebai Banxia Decoction; percutaneous coronary intervention; angina pectoris; chest impediment; classical formulas

[收稿日期] 2024-04-04

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(编号:81473631);山东省中医药科技发展计划项目(编号:2019-0298);山东省名老中医药专家司国民传承工作室项目(批文号:鲁卫函[2019]92)

[作者简介] 王春宝,2022年级硕士研究生,研究方向:《伤寒论》经方临床应用研究。

[通信作者] 司国民,主任医师,主要从事经方应用规律研究与中西医结合治疗肾病、脑病研究。邮箱:sgm977@126.com。

经皮冠脉介入术(PCI)是冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)确诊后首选的治疗方法之一,可快速改善血管闭塞状况,减少心肌梗死面积,降低主要心血管不良事件发生率,改善患者预后^[1]。但术后易出现冠状动脉微血管功能障碍、心外膜冠状动脉痉挛、支架内再狭窄等问题,30%以上的患者术后会出现心绞痛症状^[2]。目前西医对PCI术后心绞痛尚无较好的解决方法,而中医药在对PCI术后心绞痛的干预方面具有明显优势,可以有效缓解症状,提高患者生活质量。

瓜蒌薤白半夏汤出自《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》,为治疗“胸痹不得卧,心痛彻背”的经方,具有通阳散结、祛痰宽胸之功效。“四位一体”理论是一种研究经方的新思路,其将性、位、势、证作为经方的四要素,从不同视角对经方进行直观、立体的剖析。本文试从“四位一体”理论出发,分析瓜蒌薤白半夏汤的性、位、势、证,并在此基础上探讨瓜蒌薤白半夏汤治疗PCI术后心绞痛的原理。

1 基于“四位一体”理论探析瓜蒌薤白半夏汤

“四位一体”理论中“四位”指经方的性、位、势、证四要素,“一体”指方体。“方体”即经方的整体,涵盖药物组成、煎服方法及服药后将息宜忌等内容^[3]。“方性”是药物的药性以及药物与药物之间的相互作用所呈现的寒、热、温、凉及酸、苦、甘、辛、咸之性;“方位”是药物进入人体之后所作用的部位;“方势”是药物进入人体后所呈现的升降、出入、开合、浮沉、补泻、散敛等作用趋势;“方证”是指经方的主治功效、适应证,甚至是对应的病都囊括其中^[4]。

1.1 瓜蒌薤白半夏汤之体

瓜蒌薤白半夏汤是在瓜蒌薤白白酒汤的基础上加半夏半斤而成,《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》详细记载了其药物组成、用量及煎服方法:“栝蒌实一枚,薤白三两,半夏半斤,白酒一斗,上四味,同煮,取四升,温服一升,日三服。”此处“栝蒌”即瓜蒌,全方组方严谨,煎服有法,临证应用须遵循张仲景古法,方能取得较好疗效。

1.2 瓜蒌薤白半夏汤之性

药物之性决定方剂之性。瓜蒌薤白半夏汤中薤白为君药,《汤液本草》记载薤白“气温,味苦、辛”,

《本草思辨录》云“药之辛温而滑泽者,惟薤白为然”。薤白味辛性温,能通阳散结、行气止痛。药理研究发现,薤白具有多效、多靶点的作用特点,薤白皂苷可抑制血小板活化和聚集^[5]。瓜蒌味甘、微苦,性寒,《名医别录》载其“治胸痹,悦泽人面”。可见瓜蒌在汉代就已被用于治疗胸痹。薤白与瓜蒌二药配伍,化上焦痰浊,散胸中阴寒,宣胸中气机。半夏味辛性平,蠲饮降逆,适用于胸痹而痰浊较甚者,与瓜蒌共为臣药。成无己《伤寒明理论》云:“辛者散也,半夏之辛以散逆气,以除烦呕。”李涛等^[6]发现,瓜蒌与薤白、半夏配伍对心胸部位的疼痛痞满有良好疗效,且配伍大剂量半夏可以增强化痰散结之效。白酒辛温大热,为本方之佐使药,能温胸中之阳气、散胸中之寒凝,《新修本草》云:“酒,味苦、甘、辛,大热,有毒。”全方以薤白为君药,定整方辛温之性;瓜蒌、半夏为臣;白酒佐使,以助辛温之性。故其方性为寒温并用,合以辛温,佐以苦寒。

1.3 瓜蒌薤白半夏汤之位

《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》曰:“胸痹不得卧,心痛彻背者,栝蒌薤白半夏汤主之。”可见张仲景将瓜蒌薤白半夏汤之“位”定在心胸连及背部。

《医宗释疑·胸痛》曰:“胸者……清阳升降之路,稍有阻碍,胸痛生焉。”胸中为清阳升降出入的通道,若遭邪气侵袭便会导致胸痛。《丁甘仁医案续编》云:“胸为清阳之府,如离照当空,不受纤翳。”“胸为清阳之府”指胸居阳位,为人体清轻之阳气聚集之处,以阳为用。胸中内蕴清阳,心主血脉、肺司呼吸均以阳为用,胸阳不足则致全身阳气失用。清阳之位,最忌阴邪来乘,胸中清阳不足则痰饮、寒凝乘袭,表现出胸痛气短甚则不能平卧等症状。《素问·气穴论》曰“背与心相控而痛……背胸邪系阴阳左右,如此其病前后痛涩”,背在后为阳,胸在前为阴,经脉斜系于阴阳左右,因此背部和心胸相互牵引而痛。多项研究发现,针刺背俞穴可改善心功能^[7-8]。《灵枢·背俞》曰“五脏之腧出于背者”,五脏六腑之气皆输注于背俞穴,且因心之俞在背,背者胸之腑也,故心痛彻背。综上可知,瓜蒌薤白半夏汤“方位”主要在心胸连及背部。

1.4 瓜蒌薤白半夏汤之势

《黄帝内经》中对因邪气聚集导致的邪盛实证常用发散法治疗,如《素问·阴阳应象大论》云:“其实者,散而泻之。”宋俊生^[9]认为张仲景对“散而泻之”的应用是通过“散”的方法来求得“泻”的作用,即“散”是“泻”的前提,“泻”是“散”的目的。

瓜蒌薤白半夏汤中薤白、白酒主升主散。《本经疏证》曰:“夫薤味辛性温……故取其辛温以开之,滑泽以行之。”《新修本草》谓薤白“除寒热,去水气,温中,散结,利病人”,说明薤白的温性使其具有通胸中之阳气、散胸中之寒凝的作用。《本草问答》云:“酒由蕴酿,自然流出,得气之化为多,故气盛而升。”白酒具升发之性,可引药至胸肺,同时增强薤白行气通阳之力,方中还需白酒的辛热之性以温通经脉,振奋胸阳。《本草衍义补遗》记载瓜蒌:“味甘性润,甘能补肺,润能降气。”本方即取瓜蒌甘润之性以涤痰通痹、润燥散结。《药性论》云:“(半夏)消痰涎,去胸中痰满,下肺气,除咳。”方中半夏可燥湿化痰、消痞散结,给邪以向下的出路。综观全方,薤白、白酒主升主散,瓜蒌涤痰通痹,半夏化痰消痞,因此“方势”为散中有泻,以散为主。

1.5 瓜蒌薤白半夏汤之证

瓜蒌薤白半夏汤是《金匮要略》中治疗胸痹的三首经典名方之一,《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》通过以脉述机的形式将胸痹病机高度概括为“阳微阴弦”,原文曰:“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛。”“阳微”为阳不及,即胸中阳气不足;“阴弦”为阴太过,即阴寒太盛。胸阳不足则温煦力量减弱,导致阴寒之邪客于心脉。因此,胸阳不振、风痰交阻于中为胸痹的关键病机。《素问·生气通天论》云:“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰,故天运当以日光明。”故胸阳不足过程中可见阴邪乘虚居于阳位,阻碍清阳正常升降,导致胸痛咳喘、气短乏力等。瓜蒌薤白半夏汤治疗的“胸痹不得卧,心痛彻背”之症,是由于胸阳不足导致痰浊之邪不断上逆,痰浊之邪又进一步阻碍阳气的生成和运行,不通而痛,因而患者出现不能平卧、甚则心痛彻背等症状。综上,“阳微阴弦”是瓜蒌薤白半夏汤证的总病机,瓜蒌薤白半夏汤主治胸阳不足、痰阻心脉之证。

2 基于“四位一体”理论探析瓜蒌薤白半夏汤与PCI术后心绞痛

2.1 PCI术后心绞痛的中医认识

PCI术后心绞痛临床主要表现为膻中及左胸膈部憋闷、隐痛,痛甚者可放射至肩背、前臂部,可因情绪变化、寒冷、劳累等因素诱发,多数患者伴有心悸、气短、自汗等症状。根据临床表现,PCI术后心绞痛归属于中医学胸痹、真心痛等范畴。

中医学对胸痹、心痛有着丰富的理论认识和临床积累。《灵枢·五邪》曰:“邪在心,则病心痛。”东汉张仲景在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》中提出“胸痹”病名并进行相关论述,认为胸痹的基本病机为胸阳不足、气滞饮阻,并提出以扶阳通阳为主、辅以豁痰利气逐饮的治则治法。隋代巢元方《诸病源候论·咽喉心胸病诸候》记载“胸痹之候,胸中怫悞如满,噎塞不利,习习如痒”,对胸痹的临床症状进行了补充。金元时期,李东垣提出从脾胃论治心痛,《东垣十书》云“若心生凝滞……善治斯疾者,惟在调和脾胃,使心无凝滞”,强调胸痹中气不足的病机特点,提示治疗该病时,既要关注心胸部位阳虚、气机不畅的基本特点,更要抓住胸中阳气不足可能存在的深层原因。明清时期,王燕昌在《王氏医存》中提出“心之隧道被脂膏瘀窄而气不宣畅”,强调痰饮、瘀血等邪气是阻遏胸阳、引发心痛的重要因素。

现代医家从不同角度阐释了PCI术后心绞痛的病机及相关治法。邓铁涛提出“五脏相关学说”,认为PCI术后心绞痛非一脏之病,与五脏失常有关^[10]。史载祥认为PCI术后心绞痛病机大多是大气下陷、血瘀阻络,治疗应补气药与升举药同用,使大气得升而充满胸中,气行则血行^[11]。赵明君基于络病理论认为PCI术后心绞痛病位在心络,病机为络虚血瘀,提出益气通络、活血化瘀的治疗原则^[12]。

2.2 瓜蒌薤白半夏汤治疗PCI术后心绞痛的“四位一体”理论阐释

“四位一体”理论从多角度、多维度对瓜蒌薤白半夏汤进行分析,可更加直观立体地描述本方特性,在此指导下能提高用方靶向性。

根据《经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后胸痛中医诊疗专家共识》^[13],PCI术后心绞痛的病机为“阳微

阴弦”、本虚标实,诊断应以本虚和标实为纲进行辨证分型。何迎春治疗胸痹以“阳微阴弦”为纲,善用温通心脉之品,以扶阳逐邪,使心阳得宣,并加益气健脾之品以助脾运,脾运则痰消,痰消则邪去正安^[14]。在“四位一体”理论阐释下,瓜蒌薤白半夏汤的“方证”为胸阳不足、痰阻心脉证,因此该方适用于PCI术后心绞痛病机属胸阳不振、痰浊壅盛者。PCI术后心绞痛患者多以胸痛、胸闷等胸前区不适为主要症状,《金匮要略广注》云“然胸在上焦,心居膈上,则胸中者,心之所舍也”,胸属上焦,心位于膈肌上方,故胸中是心所居之处。由此来看,PCI术后心绞痛患者主要发病部位在心胸,而瓜蒌薤白半夏汤的“方位”正是在心胸及背部。心为君主之官,血液在脉管中周而复始、循环往复的运行依靠心气的推动和温煦。此外,心阳旺盛,鼓动气血,温煦人体,营养全身。PCI易耗伤心气、损伤血络,术后患者常因心阳不振、浊阴上逆、痰浊壅盛导致胸中猝然而痛,甚则不能平卧。瓜蒌薤白半夏汤用辛温之薤白温通胸阳,苦寒之瓜蒌宽胸理气化痰,辛通之半夏通阳劫饮,辛散之白酒温通经脉,其寒温并用、合以辛温、佐以苦寒的“方性”恰合PCI术后心绞痛胸阳不足、痰热扰胸的病机,且“辛以散邪,佐微苦以泻下”的方势正对应胸阳温煦失常、气血失调及痰浊、气滞等阴邪上犯、壅滞于胸中的病理状态。综上,从“四位一体”理论分析瓜蒌薤白半夏汤,可以发现其性、位、势、证与PCI术后心绞痛在临床症状、病机及治法等方面相契合。

3 病案举例

陈某,女,67岁,2021年12月2日初诊。主诉胸前区疼痛1个月余,运动后加重。患者6个月前因阵发性胸痛、憋闷欲扑经心脏超声等检查诊断为冠心病,并行PCI。现症见:胸前区疼痛,痛引肩背,甚则不能平卧,伴心悸胸闷、乏力、气短、汗出、畏寒肢冷、入睡困难,二便调,舌质暗淡,舌苔白厚腻,脉沉迟不匀。西医诊断:PCI术后心绞痛。中医诊断:胸痹,胸阳不振、痰阻瘀闭证。治以温通胸阳、益气豁痰,处方:瓜蒌20g,薤白10g,清半夏9g,丹参20g,太子参15g,桂枝15g,浙贝母15g,炒酸枣仁20g。7剂,日1剂,水煎分早、晚饭后2次口服。

2021年12月9日二诊:患者服药后胸前疼痛缓解,气短、乏力症状减轻,睡眠改善,仍胸闷,上方改薤白15g,加枳实15g。14剂,日1剂,煎服法同前。后电话随访,患者述服药后诸症改善,停药后病情稳定,偶运动后有轻微胸闷,嘱其科学运动,合理膳食,定期复查。

按:患者行PCI后出现胸前区疼痛,根据其临床表现,辨为胸阳不振、痰阻瘀闭证。胸前区疼痛、痛引肩背由胸阳不足、浊阴上犯导致,治当通其胸中之阳;心悸、胸闷、气短为胸阳不振导致肺部气机受阻,气滞不行,则喘息不能平卧;阳气不足,寒自内生,阳微失温,则见畏寒肢冷;气阴不足,阴血乏源,神失所养,则见乏力眠差。结合舌脉,方予瓜蒌薤白半夏汤加减以温通胸阳、益气豁痰。方中薤白、桂枝通阳散结行气;瓜蒌开胸散结通痹;清半夏、浙贝母祛痰逐饮,现代药理研究显示,清半夏具有抗焦虑和镇静作用^[15];太子参、炒酸枣仁生津养阴敛汗;丹参入心经,能养血通经络,药理研究发现,丹参具有明显的抗血栓形成、抗动脉粥样硬化作用^[16]。诸药合用,共奏扶正复阳、化痰益气之功。二诊时,阳气不足之象有所减轻,但仍有胸闷症状,提示胸阳不足、气机阻滞,故增薤白药量以加强通阳之力,加枳实破气消积除满,增强通阳散结之力。处方使胸中阳气得复,阴邪自散,气血得运,则胸痛憋闷日减。

4 结束语

经方源自《伤寒杂病论》,组方严谨,用药精炼,层次分明,历经时间的检验。本文基于“四位一体”理论,分析经方瓜蒌薤白半夏汤的性、位、势、证四个核心要素,并对瓜蒌薤白半夏汤治疗PCI术后心绞痛的原理进行讨论,发现此方与PCI术后心绞痛的临床症状、病机及治法契合度高,印证了从“四位一体”理论入手研究经方的可行性,为经方的理论研究及临床应用提供新思路。

[参考文献]

- [1] 任高灿,刘锦,高风,等. 基于“干血”论治PCI术后心绞痛[J]. 中医学报,2023,38(5):953-958.
- [2] IZZO P, MACCHI A, GENNARO L D, et al. Recurrent angina after coronary angioplasty: mechanisms, diagnostic and therapeutic options[J]. Eur Heart J Acute Cardio-

- vasc Care, 2012, 1(2): 158-169.
- [3] 刘倩倩, 牛忠宝, 杨田田, 等. 基于“四位一体”理论探讨柴胡桂枝干姜汤治疗痴呆[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(24): 4599-4601.
- [4] 于金振, 司国民. 基于“四位一体”理论探讨半夏泻心汤治疗血管性痴呆[J]. 山东中医药大学学报, 2023, 47(2): 136-141.
- [5] 冯俊灵, 郭星成, 凌丝丝, 等. 薤白皂苷抗大鼠血小板活化及聚集的蛋白质组学研究[J]. 广东医学, 2018, 39(1): 63-67.
- [6] 李涛, 曲夷. 经方中栝楼实和栝楼根应用规律探析[J]. 山东中医药大学学报, 2021, 45(4): 505-510.
- [7] 于子璇, 陈伶俐, 李金香, 等. 基于数据挖掘探究针灸治疗冠心病血瘀证的选穴与配伍规律[J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(5): 714-719.
- [8] 梁睿智, 刘运珠. 近10年针灸治疗冠心病选穴规律探讨[J]. 中国针灸, 2016, 36(4): 443-447.
- [9] 宋俊生. “其实者散而泻之”在《伤寒论》中的应用[J]. 辽宁中医杂志, 1994, 21(8): 348-349.
- [10] 盛小刚, 石洪, 陈秋雄, 等. 邓老冠心胶囊改善冠心病介入术后患者生活质量的临床研究[J]. 新中医, 2009, 41(10): 40-42.
- [11] 张展林, 尹鑫, 郭力恒. 史载祥教授辨治介入术后心绞痛气陷血瘀证临床经验[J]. 南京中医药大学学报, 2019, 35(2): 221-222.
- [12] 李舒钰, 赵明君. 赵明君教授基于络病理论治疗PCI术后心绞痛经验[J]. 中西医结合研究, 2022, 14(5): 341-343, 347.
- [13] 王显. 经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后胸痛中医诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2014, 55(13): 1167-1170.
- [14] 朱微珍, 何迎春. 基于“阳微阴弦”治疗胸痹体会[J]. 浙江中医杂志, 2023, 58(11): 805-806.
- [15] 方媚媚, 林思思, 袁拯忠. 不同半夏炮制品对小鼠镇静作用的比较[J]. 医学研究杂志, 2016, 45(2): 71-75.
- [16] 毛美玲, 谢丽钰, 罗文宽, 等. 丹参及其有效成分对心血管系统的药理机制研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(7): 120-124.

(上接第27页)

- [8] SMEYNE R J, NOYCE A J, BYRNE M, et al. Infection and risk of Parkinson's disease[J]. J Parkinsons Dis, 2021, 11(1): 31-43.
- [9] ZHAO Y W, QIN L X, PAN H X, et al. The role of genetics in Parkinson's disease: a large cohort study in Chinese mainland population[J]. Brain, 2020, 143(7): 2220-2234.
- [10] 段青蕊, 高玉元, 聂坤, 等. α -突触核蛋白异常聚集与传播在帕金森病发生发展中的作用及机制[J]. 中华神经科杂志, 2022, 55(3): 254-259.
- [11] 鲍晓东. 帕金森病治疗心法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 40.
- [12] 张芸, 丁昊鹏, 丁涛, 等. 从“风寒湿”论治早期帕金森病的思路探析[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(6): 1057-1061.
- [13] 郑洪新, 杨柱. 中医基础理论[M]. 5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 172-174.
- [14] 雒晓东, 李哲, 朱美玲, 等. 帕金森病(颤拘病)中医临床诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2021, 62(23): 2109-2116.
- [15] 雒晓东. 伤寒论六经气化学说十四讲[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 86-99.
- [16] 柯琴. 伤寒来苏集[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2010: 188-189.
- [17] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组, 中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍病专业委员会. 帕金森病前驱期诊断研究标准中国专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2019, 38(8): 825-831.
- [18] HAWKES C H, DEL TREDICI K, BRAAK H. A timeline for Parkinson's disease[J]. Parkinsonism Relat Disord, 2010, 16(2): 79-84.
- [19] POSTUMA R B, LANG A E, GAGNON J F, et al. How does Parkinsonism start? Prodromal Parkinsonism motor changes in idiopathic REM sleep behaviour disorder[J]. Brain, 2012, 135(Pt 6): 1860-1870.
- [20] 姜林秀, 田玉玲. 前驱期帕金森病临床表现概述[J]. 中风与神经疾病杂志, 2022, 39(5): 476-480.
- [21] 上海市中医药学会神经科分会. 中西医结合治疗早期帕金森病专家共识(2021)[J]. 上海中医药杂志, 2022, 56(1): 1-6.
- [22] 邱朝阳, 霍青. 基于“脾藏神”论治帕金森轻度认知障碍[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(3): 656-658.
- [23] 周志成, 李哲, 刘梓言, 等. 从“三阴病”角度分期辨治帕金森病[J]. 中医杂志, 2023, 64(2): 189-192.

从口渴症状探讨和法在治疗消渴中的应用

庄子凡¹,吴倩²,倪青²

(1.北京中医药大学临床医学院,北京 100029; 2.中国中医科学院广安门医院,北京 100053)

[摘要] 口渴为消渴发展过程中的常见症状,多由阴阳气血失衡、脏腑功能失调引起,故运用和法辨治消渴口渴,疗效颇佳。依据消渴口渴阴阳平衡失调的病机,治疗首当调和阴阳,寒温并用,处方可选柴胡桂枝干姜汤。依据不同病位,治疗当调和相应脏腑。调和中焦脾胃,可选甘草泻心汤斡旋中土;调理三焦脏腑气机,平衡脏腑寒热,可选小柴胡汤、四逆散分别调和少阳、少阴气机,大柴胡汤调畅气机兼清热;扶正与祛邪兼顾,调和肝肾整体功能,处方可选乌梅丸。

[关键词] 消渴;口渴;糖尿病;和法;调和阴阳;调和脏腑;经方

[中图分类号] R255.4

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0038-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.007

Discussion on Application of Harmonizing Method in Treatment of Consumptive Thirst Based on Symptom of Thirst

ZHUANG Zifan¹, WU Qian², NI Qing²

(1.Clinical Medical College of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2.Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

Abstract Thirst is a common symptom in the progression of consumptive thirst, often caused by imbalances in yin and yang, qi and blood, and dysfunction of zang-fu organs. Therefore, using the harmonizing method to diagnose and treat thirst in consumptive thirst proves to be highly effective. According to the pathogenesis of imbalanced yin and yang in consumptive thirst, treatment should prioritize the harmonization of yin and yang, using both cold and warm medicines, with prescriptions such as Chaihu Guizhi Ganjiang Decoction (柴胡桂枝干姜汤). Depending on the specific affected organ, treatment should aim to harmonize the corresponding organ. To regulate the stomach and spleen in the middle Jiao, Gancao Xiexin Decoction (甘草泻心汤) can be selected to regulate the central earth. To regulate the qi movement of the zang-fu organs in the triple jiao and balance the cold and heat of the zang-fu organs, Xiaochaihu Decoction (小柴胡汤) and Sini Powder (四逆散) can be chosen to respectively regulate the qi movement of Shaoyang and Shaoyin, and Dachaihu Decoction (大柴胡汤) can regulate the qi movement and clear heat. To give consideration to both strengthening the body's resistance and eliminating pathogenic factors and regulate the overall functions of the liver and kidney, Wumei Pill (乌梅丸) can be prescribed.

[收稿日期] 2024-05-08

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(编号:82174354);中央高水平中医医院临床研究和成果转化能力提升项目(编号:HLCMHPP2023084);北京市自然科学基金项目(编号:7182143);广安门医院临床医学中心建设专项(编号:2022LYJSZX02)

[作者简介] 庄子凡,2023年硕士研究生,研究方向:中医诊治内分泌及代谢疾病。

[通信作者] 倪青,主任医师,主要从事内分泌代谢病的中医药诊疗研究。邮箱:niqing669@163.com。

Keywords consumptive thirst; thirst; diabetes mellitus; harmonizing method; harmonizing yin and yang; harmonizing zang-fu organs; classical formulas

消渴是由先天禀赋不足、饮食不节、情志失调、劳倦内伤等导致阴虚内热,以多饮、多尿、乏力、消瘦或尿有甜味为主要症状的病证^{[1]316}。西医学的糖尿病属于消渴范畴,可参照消渴辨治。口渴是消渴的典型临床表现之一,因此,中医学诊断消渴的主要依据包含口渴。西医研究也发现,1型和2型糖尿病均有可能出现口干、口渴症状^[2-3]。消渴口渴症状的病因病机复杂,概而言之,均与阴阳气血失衡、脏腑功能失调有关。和法是中医治疗疾病最常用的方法,该法主要是通过调和气机升降、脏腑阴阳等使机体恢复平衡运转,从而调畅全身气血津液的生成和输布。笔者在临床学习中发现,和法在治疗消渴及改善口渴症状中应用广泛,且疗效较好,故本文结合消渴口渴症状的病因病机,阐释和法在治疗消渴中的应用,以期为临床治疗消渴提供参考。

1 谨守病机,以和为贵

消渴口渴症状的发生往往是由多种因素综合叠加作用导致。在疾病动态发展过程中,邪气与正气的盛衰不断变化,故辨治时要准确把握病机,灵活施治。

1.1 阴阳枢机失和

消渴口渴的主要病机是阴津亏损,燥热偏盛,阴虚为本,燥热为标^{[1]317}。阴虚与燥热互为因果,阴虚愈重则燥热愈盛,反之,随燥热加重阴虚亦甚。由于消渴往往病程较长,阴阳互根互用,阴虚日久可致阳虚,最终导致阴阳平衡失调。有学者认为,阴虚贯穿消渴发展的始终^[4],阴虚热盛则灼伤津液,津液不得荣养于口,则觉口渴;阴阳消长失衡,阴虚则阳无生化之源,久病阴损及阳,阳虚无力推动津液输布,则致水湿痰饮停滞于体内,故见渴而不欲饮。

除阴虚燥热外,瘀血内停也是消渴的重要病机^[5],而瘀血的产生往往提示机体气血津液代谢失调。气为阳,血为阴,气血调和依赖于机体阴阳平衡。阴阳失衡易致气虚,气虚无力推动血行,则血停为瘀,瘀血内结,邪在血分,机体津液不亏但输布异常,故见但欲漱水不欲咽。

1.2 脏腑功能失调

脏腑功能也是影响消渴发生发展的关键因素。

五脏是人体精气血津液的贮藏之处,六腑则传化水谷,泻而不藏。消渴之渴症的发生与脏腑功能失调密切相关,《诸病源候论》言“五脏六腑,皆有津液,若脏腑因虚实而生热者,热气在内,则津液竭少,故渴也”“夫人渴病者,皆由脏腑不和、经络虚竭所为”。

肺、胃、肾为消渴的主要病变脏腑,故《医学心悟》提出“治上消者,宜润其肺,兼清其胃;治中消者,宜清其胃,兼滋其肾;治下消者,宜滋其肾,兼补其肺”。除肺、胃、肾外,肝、胆、脾等脏腑功能失调也与消渴的发生发展有关。脾为后天之本,主运化水谷精微,是人体气血生化的源泉。在消渴的发病过程中,饮食不节、过食肥甘厚味往往是重要诱因。这些食物易损伤脾胃,导致脾胃运化失职,痰湿内生,积热内蕴,进而化燥伤津,引发消渴。《素灵微蕴》曰“消渴之病,则独责肝木”,《四圣心源》曰“消渴者,足厥阴之病也,厥阴风木与少阳相火为表里”,可见厥阴肝之风木与少阳胆之相火的病理变化是导致消渴发病的关键,肝居胁下,胆以附之,肝胆维系一身气化,十二脏腑功能的正常维系均有赖于此,在消渴病程中,多脏腑功能失衡也与肝胆功能失常密切相关。

临床中,阴阳平衡失调与脏腑功能紊乱往往同时出现,并伴气血津液失调,针对这种情况,可运用和法调和阴阳枢机及脏腑功能,达到扶正不助邪、祛邪不伤正之效。

2 病症结合,调和阴阳

《景岳全书》曰:“凡诊病施治,必须先审阴阳,乃为医道之纲领。”根据阴阳枢机失和的病机,调和阴阳是治疗消渴以及改善消渴口渴症状的重要方法。消渴病程持久,病邪稽留日久则易内陷化热,邪热内蕴,热灼津液,则见口渴;阴虚日久致阳气不展、不能温煦水液,中焦水液不化,停而为饮,则见口渴不欲饮。脏腑寒热错杂,进而发展成机体阴阳平衡失调,治疗当寒温并用,处方可选柴胡桂枝干姜汤以扶正祛邪、斡旋阴阳。

柴胡桂枝干姜汤见于《伤寒论》第147条:“伤寒五六日,已发汗而复下之,胸胁满微结,小便不利,渴而不呕,但头汗出,往来寒热心烦者,此为未解也,柴胡桂枝干姜汤主之。”邪入少阳,枢机不利,三焦气化

失司,津液输布失职,加之发汗复下更损阴津,津液匮乏、不能上荣于口,故口渴,水液分布异常,故小便不利。著名伤寒学者刘渡舟先生认为,柴胡桂枝干姜汤的功效重在清利肝胆枢机,又有助于三焦气化,该方寒温并用,为治疗肝胆寒热错杂、胆热脾寒之证的首选处方^[6]。《伤寒明理论》谓“热淫于内,以苦发之”,柴胡桂枝干姜汤以柴胡、黄芩之苦疏解少阳、清肝胆之火;干姜温补阳气,有助气化,为治疗太阴脾家虚寒之要药,佐以桂枝、甘草辛甘化阳,以暖太阴;如此寒温并用,共理阴阳;天花粉、牡蛎合用生津止渴之功尤效。《伤寒论》第147条言柴胡桂枝干姜汤“初服微烦,复服汗出”,正是药后表里阴阳畅通、津液布达、正复邪退的表现。吕翠岩等^[7]通过临床观察发现,柴胡桂枝干姜汤化裁可显著改善2型糖尿病患者血糖水平,缓解其口苦、口干症状。

3 病症结合,调和脏腑

3.1 调和脾胃,斡旋中土

《素问·奇病论》曰:“有病口甘者……名曰脾瘅。夫五味入口,藏于胃,脾为之行其精气,津液在脾,故令人人口甘也。”消渴前期病变脏腑主要在脾,究其病因,不外乎饮食不节与先天禀赋虚弱。《素问·奇病论》解释脾瘅的病因为:“此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴。”消渴初期(脾瘅期),患者多因嗜食肥甘厚味导致热蕴于脾,《类经》云“热留不去,久必伤阴,其气上溢,故转变为消渴之病”。除饮食不节外,若患者先天禀赋不足,脾胃素虚,亦可导致燥湿不能相济、气机升降失常,从而引发脾瘅。脾瘅期患者多未出现典型的口干、口渴症状,此时进行有效治疗可以防止疾病传变,治疗当从脾胃两脏入手。脾胃为人体气机之枢纽,《临证指南医案》云“脾宜升则健,胃宜降则和”,故调和脾胃、斡旋中土是调畅气机的关键。甘草泻心汤为和中调气的代表方,可用于此阶段的治疗。方中大剂量甘草既可固护脾土,又可生津止渴,配合黄芩、黄连苦寒沉降以清热燥湿、降逆除满,人参、大枣甘温助甘草以调补脾胃,使脾升胃降、中焦气机通畅;又因“脾为生痰之源”,故以半夏合干姜温化痰饮。

3.2 调畅三焦气机,和解脏腑寒热

消渴病情迁延,可致多脏腑功能失调,且常先表现为三焦脏腑气机失司。《素问·阴阳离合论》言“太阳为开,阳明为阖,少阳为枢”“太阴为开,厥阴为阖,

少阴为枢”,三阳经气机有赖于少阳转枢,三阴经气机则有赖于少阴转枢。小柴胡汤和四逆散分别为调和三阳经和三阴经的主方,可调畅三焦脏腑气机。

中医学认为,情志是影响脏腑气机的重要因素。西医研究发现,情志因素与糖尿病的发生发展密切相关,许多情志因素可引起肾上腺素等胰岛素拮抗激素水平升高^[8]。情志内伤容易导致少阳胆气郁滞,而不节制的饮食习惯则易使湿热在中焦蕴结,从而阻碍少阳经气的运行,少阳之气郁结化火,上蒸至头面,炼灼津液,最终导致口渴症状。少阳位于人体半表半里,具有连接表里和调节正、邪之气出入的作用。是否出现口渴症状是诊断少阳病病因的重要依据之一,如出现口渴症状,则说明太阳表证治疗不当,导致邪气从太阳传变至少阳。少阳与胆和三焦密切相关,胆被视为中正之官,内寄相火,三焦则为决渎之官,具有输布相火的作用。少阳枢机运转不畅可导致相火不能发挥其温煦气化功能,加之三焦气机不畅,则水液输布失常、上承不畅,从而引发口渴。小柴胡汤是和解少阳的代表方,善和逆降胃、调畅中焦气机。《伤寒论》小柴胡汤条文中多次出现口渴症状,如第96条“伤寒五六日中风,往来寒热,胸胁苦满……或渴……小柴胡汤主之”和第99条“伤寒四五日,身热恶风,颈项强,胁下满,手足温而渴者,小柴胡汤主之”。消渴患者常因中焦气机停滞,津液不得输布,加之久病亏耗,出现渴症,治疗此类正气不足、邪正交争于半表半里之间的患者,可选用小柴胡汤转枢气机。

四逆散为治疗伤寒少阴病主方之一,有调和三阴经气机之效,且主要通过调和肝脾达到调畅脏腑气机之效,《医方集解》称其为“和解之寒剂”。肝喜条达而恶抑郁,情志不畅或七情太过则影响肝之气机。肝脾两脏关系密切,脾胃为气机枢纽,肝气不畅势必影响脾之功能。肝脾失调亦是消渴的常见证型,肝主疏泄,通调三焦气机,肝失疏泄,加之脾胃失其气机枢纽之职,则津液无气推动,不能上乘于口,故肝脾不调之消渴也可见口渴症状。四逆散中,柴胡味辛主升,入肝胆经,有疏肝解郁之功,配伍枳实行气散结并能行水消胀,共调气机,且方中暗含枳实芍药汤与芍药甘草汤,可行气柔肝止痛,诸药共同斡旋气机,气机调畅则枢机通利,水液运行正常,疾病自除。

若气机不利未得到及时、有效的治疗,则可进一

步引发脏腑寒热平衡失调,以热蕴于内为典型表现。前文已述,饮食不节是导致消渴发生发展的重要原因之一,长期过食肥甘厚味,损伤脾胃,致使中焦气机不畅,气郁日久化热,热邪损耗津液,则致消渴,口渴为其常见症状。此外,情志不畅也是导致枢机不利的重要因素之一,而情志不畅也易生内火。因此,以和法调节脏腑寒热也是治疗消渴的重要途径。大柴胡汤能和脏腑以清郁热,并有调畅气机之功,可作为和解脏腑寒热之剂。大柴胡汤由小柴胡汤与小承气汤合方化裁而成,方中柴胡为君,配合黄芩疏解少阳郁热,生姜、半夏和胃健脾、降逆止呕,枳实、大黄泻热开结,白芍柔肝缓急,配合枳实、大黄缓解腹中结痛,同时还有滋阴清热之功。诸药配伍,辛开苦降,和而兼下,使肝胆利而脾胃和、内热退而津液充,津液上荣于口,则渴症自除。康学东等^[9]通过临床观察发现,大柴胡汤加减方可以显著改善肝胃郁热型2型糖尿病患者胁肋胀痛、心烦易怒、口渴多饮等症状,降低空腹血糖水平,改善胰岛 β 细胞功能。

3.3 调和肝肾,扶正与祛邪兼顾

《灵枢·五变》云:“五脏皆柔弱者,善病消瘵。”消渴进入消瘵期,邪气入里,导致多脏腑虚损,尤以下焦肝肾功能失常为突出表现。情志不畅常病见于肝,肝有郁热炼灼津液则见口干。生活不节常病见于肾,《严氏济生方》有言“消渴之疾,皆起于肾”。饮食不节、劳逸失度可耗伤肾精,肾水无力上济心火,则心火耗炼津液而致消渴,以口渴为典型症状。此阶段以肝肾为主要病所,并伴心、脾、胃等多脏腑失衡,治疗既要调和病变脏腑,固护津液,又要注重机体的整体平衡,达到清热不伤阴、祛邪不伤正之效。

乌梅丸为治疗伤寒厥阴病的代表方,消渴为伤寒厥阴病之提纲证。早在《灵枢·本脏》就有关于消渴与厥阴肝木关系的论述:“肝脆则善病消瘵。”黄元御在《四圣心源》中提出:“消渴者,足厥阴之病也。”《金匱要略心典》则详细解释了消渴由厥阴发病之原因:“夫厥阴风木之气,能生阳火而烁阴津,津虚火实,脏躁无液,求救于水,则为消渴。”厥阴病具有三焦气机不利、虚实夹杂、寒热错杂的特征,乌梅丸主治肝、脾、肾等脏腑失调导致的下肾水阴寒、中有肝胃郁热、上有心火煎熬之上热下寒证。方中乌梅为君药,一则酸以开胃,二则味酸入肝,王子接言其“急泻厥阴,不欲其缓也”,以乌梅渍醋,取醋味之酸,充分发挥其敛降肝经虚火的作用;细辛性温味辛,散

风寒之邪;人参、桂枝、当归补中疏木而润风燥;干姜温中散寒;肾为肝之母,蜀椒、附子温肾使肝火归元;黄连、黄柏泻心火、滋肾水以除渴;诸药合用,标本兼顾,调和肝肾之寒热,祛邪而不伤正。

4 病案举例

王某,女,48岁,2021年2月1日初诊。主诉:血糖升高3年余。患者于2017年11月体检时发现血糖升高,空腹血糖9.8 mmol/L,遂口服盐酸二甲双胍片(每次1片,日3次)治疗,血糖水平为餐前血糖6.0 mmol/L、餐后2 h血糖9.5~10.0 mmol/L。后改服阿卡波糖片(每次1片,日3次)治疗,血糖水平为空腹血糖6.0 mmol/L,餐后2 h血糖6.0~7.0 mmol/L。刻下症见:口干口苦,多饮,多食易饥,双目干涩、视物模糊,双下肢浮肿(夜间尤甚),眠差,入睡困难,纳可,大便每日2次,小便短赤,夜尿3次,舌红苔黄腻,脉沉细。西医诊断:2型糖尿病。中医诊断:消渴,肝胃郁热、胆腑热结证。治以和解少阳、通腑泻热,处方以大柴胡汤化裁,药物组成:柴胡20 g,炒枳实10 g,赤芍15 g,紫苏子30 g,芒硝(后下)6 g,酒大黄10 g,炒栀子15 g,黄芩15 g,川牛膝10 g,茵陈30 g,虎杖15 g,生麦芽15 g,葛根15 g,天花粉30 g,石韦10 g,红花6 g。28剂,水煎服,早晚分服。西药予阿卡波糖片50 mg口服,日3次。嘱患者进行个体化糖尿病饮食,坚持运动,生活规律,保持情绪稳定,每天晨起监测空腹及餐后2 h血糖。

2021年3月1日二诊:患者自述口干口苦、多饮症状明显缓解,双下肢浮肿好转,仍入睡困难,眠浅易醒,伴心烦急躁,善太息,双目干涩,大便每日2次、不成形,舌暗红苔黄腻,脉弦细。自测空腹血糖5.0 mmol/L波动,餐后2 h血糖6.0~7.0 mmol/L。辨为少阳枢机不利证,治以和解少阳,处方以小柴胡汤化裁,药物组成:柴胡20 g,黄芩15 g,紫苏子30 g,合欢皮15 g,地骨皮30 g,生龙骨(先煎)30 g,生牡蛎(先煎)30 g,生地黄30 g。14剂,水煎服,早晚分服。西药服法及调护方法同前,继续监测血糖。

2021年3月15日三诊:患者自诉已无明显不适症状,睡眠质量较前明显改善,血糖控制平稳,空腹血糖5.0 mmol/L波动,餐后2 h血糖6.0~7.0 mmol/L。继予前方巩固疗效,嘱规律监测血糖,调畅情志,调护法同前。之后随访,患者病情稳定,之前不适症状未复发。

(下转第47页)

从《伤寒杂病论》痰饮病邪的悸动性特征 辨治特发性震颤

孙飞,徐洁,周瑜,钱丽雅,杨凯

(南京中医药大学附属张家港医院,江苏 张家港 215600)

[摘要]《伤寒杂病论》中与痰饮相关的条文反映了痰饮病邪的悸动性特征,如痰饮流窜躯体可致动、振、摇症,痰饮上蒙心窍可致心悸动、烦躁,痰饮上冲脑窍可致悸眩难立,等等。特发性震颤(ET)肢体颤动、症状突发突止、病症反复、病情缠绵等特点与痰饮致病的悸动性特征相符,故临床治疗ET可以《伤寒杂病论》中痰饮相关条文为参考,以蠲化痰饮为目标,遵循“温药和之”原则,急则解表疏风、调和营卫,缓则托透并举、诸脏共调。

[关键词] 痰饮;悸动;特发性震颤;颤证;《伤寒论》;《金匱要略》

[中图分类号] R277.7

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0042-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.008

Differentiation and Treatment of Essential Tremor Based on Dynamic Characteristics of Phlegm and Fluid Retention Pathogen in *Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases*

SUN Fei, XU Jie, ZHOU Yu, QIAN Liya, YANG Kai

(Zhangjiagang Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Zhangjiagang 215600, China)

Abstract The clauses related to phlegm and fluid retention in *Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases* reflect the dynamic characteristics of the pathogenic factors of phlegm and fluid retention. For example, the flowing of phlegm and fluid retention in the body can cause movement, trembling, and shaking symptoms; the upward invasion of phlegm and fluid retention to the heart orifices can cause palpitations and restlessness; the upward rush of phlegm and fluid retention to the brain orifices can cause dizziness and difficulty in standing, etc. The characteristics of essential tremor(ET), such as limb tremors, sudden onset and cessation of symptoms, repeated illness, and lingering condition, are consistent with the dynamic characteristics

of phlegm and fluid retention. Therefore, clinical treatment of ET can refer to the relevant clauses on phlegm and fluid retention in *Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases*, aiming at eliminating phlegm and fluid retention and following the principle of “harmonization with warming medicines”. In acute cases, relieve the exterior, dispel

[收稿日期] 2024-02-08

[基金项目] 苏州市科技发展计划项目(编号:SKYD2023199,SYSD2020220);张家港市卫生青年科技项目(编号:ZJGQNKJ201927,ZJGQNKJ202237)

[作者简介] 孙飞,副主任中医师,主要从事中医药防治老年病研究。

[通信作者] 杨凯,副主任中医师,主要从事中医药治疗内科杂病、男科病研究。邮箱:yangkai_1988@163.com。

wind, and harmonize nutrient and defensive aspects. In chronic cases, support and promote simultaneously and regulate all the internal organs.

Keywords phlegm and fluid retention; dynamic; essential tremor; tremor syndrome; *Treatise on Cold Pathogenic Diseases*; *Synopsis of Golden Chamber*

特发性震颤(ET)是一种以上肢远端震颤为主要症状的运动障碍性疾病,可伴有其他肢体或头、口、面部的不规则震颤,频率多为4~12 Hz^[1]。研究发现,30%~70%的ET患者有相关家族史^[2]。ET全球总体患病率约为0.9%,65岁以上人群ET患病率约为4.6%^[3-4]。ET的病理机制与大脑中枢皮质环路的节律性震荡有关,具体机制尚未明确。目前西医对ET的治疗方式以药物治疗和手术治疗为主,约50%的患者可在药物控制下减轻症状,但药物治疗多伴有不良反应^[5],而手术疗效仅局限于肢体震颤,对其他部位的震颤疗效尚不确定,且术后易出现构音障碍、认知功能障碍等严重并发症。因此,急需寻找和探究更多有效、安全的ET治疗方法。

根据ET的临床表现,其可归于中医学颤证范畴。中医学对颤证的研究具有悠久的历史,早在《黄帝内经》中便有对其病因病机的论述,如《素问·至真要大论》“病机十九条”言“诸风掉眩,皆属于肝”,可见肝脏功能失常与颤证发病密切相关。明代楼英在《医学纲目·颤振》中提出“颤,摇也,振,动也,风火相乘,动摇之象”^[6],认为颤证的发生与风火之邪有关。现今中医多宗前贤之旨,从风邪、火邪、肝气入手辨治颤证。笔者在临证中发现,痰饮与ET的发生发展密切相关,运用《伤寒杂病论》中痰饮相关方剂治疗ET可获佳效,而《伤寒杂病论》中也确实记载和描述了与ET症状相似的病症,且此类病症的特征与痰饮的悸动性相关。因此,本文通过整理研究《伤寒杂病论》相关条文,总结痰饮的悸动性特征,探究痰饮与ET的相关性,并以此指导ET的中医药辨治。

1 《伤寒杂病论》中痰饮的悸动性特征

《伤寒杂病论》中痰饮有广义和狭义之分。广义上的痰饮泛指由津液输布障碍导致的病理产物,可阻碍气血运行而成为继发的致病因素,分为痰邪和饮邪。狭义的痰饮则为《金匱要略》中饮邪的分类之一,《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》提出饮邪有痰饮、悬饮、溢饮、支饮四种,痰饮为“水走肠间、

沥沥有声”者,可以认为是存在于胃肠道的水饮之邪。本文着重讨论广义上的痰饮病邪。痰邪和饮邪的源头皆为津液,津液由水谷于中焦化生,并经肺布散,流行三焦,出入肌腠,流于筋骨。津液为水液之总称,其生成、输布、排泄任一环节失常,均会诱发相应病变与诸类证候,痰饮即由津液输布障碍导致,其产生与肺、脾、肾三脏功能失常有关。肺居上焦,主治节,敷布津液,若肺气郁滞,治节无权,则津液停聚而成痰饮;脾居中焦,主运化,升清降浊,若脾运不健,则津液停积而生痰饮;肾处下焦,属水,司蒸化排泄,若火衰水亏,蒸化无权,津液亦可为痰饮。此外,肝气郁结,失于疏泄,则津液停滞而为痰饮。痰偏固定、实性,而饮则流动、无形。痰饮化成之后,易固守体内局部而成痰结或肿物结块,亦可随气升降,无处不到,或阻于肺而成咳嗽咳痰,或停于胃而成呕吐痰涎,或蒙心窍而致心悸、昏聩,或上入脑窍而致眩晕、失眠、精神异常,或郁于肝而成腹内积液,或动于肾而致水肿,或流窜经络而变生诸证。本文聚焦于痰饮的悸动性,因痰饮流窜于经脉、筋骨之间,可引起肢体的不自觉颤动,故痰饮的悸动性可为临床治疗ET提供思路。

1.1 痰饮流窜躯体致动、振、摇

如上所述,痰饮形成后可随气升降,流窜躯体,无处不到,因此其悸动性可体现于局部症状,也可体现于全身症状。

当痰饮流窜于筋脉骨骼之间,可见“身为振振摇”,此症见于《伤寒论》第67条“心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉弦紧,发汗则动经,身为振振摇”,张仲景以茯苓桂枝白术甘草汤治之。此为痰饮居于心下,当为脾胃之所,随气而上入胸膈致气短喘息,达脑窍致清阳不升、晕眩难立,达四肢筋骨致身动难以自控。茯苓桂枝白术甘草汤以大剂量茯苓(四两)为主药,配合二两白术,攻则化痰利水泄湿,守则健运脾胃以去生痰之源,辅以二两炙甘草同是此意,以防泄浊过甚,三两桂枝则是降气定冲、平逆痰浊,以开

胸中清阳之气,痰饮得去,身动可止。可见身摇不仅是风之象,还是痰饮之象,亦或二者联合之象。《伤寒杂病论》中另一治疗痰饮性癫痫抽动的方剂是五苓散。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》曰:“假令瘦人,脐下有悸,吐涎沫而癫眩,此水也,五苓散主之。”此处瘦人乃为“昔盛今瘦”之人,脐下有悸,为痰饮之动,可见其痰饮非居心下脾胃之处,而在下焦脐下之处,但又见涎沫,提示脾胃之中亦有痰饮,痰饮上冲,则见癫眩,故以五苓散治之。方中泽泻、茯苓、白术除中焦及上冲之痰饮,治癫眩、平心悸,猪苓善利下焦痰饮,《本草纲目》记载猪苓“开腠理,治淋、肿、脚气、白浊、带下、妊娠子淋、小便不利”,再以桂枝降气冲,可见癫、眩、悸等症皆与痰饮的悸动性有关。

痰饮不仅在脏腑之间,也可流于肌表。若气虚致卫表不固,痰饮可流窜至皮里膜外,导致“皮水为病,四肢肿,水气在皮肤中,四肢聂聂动”,张仲景以防己茯苓汤治之。痰饮随气流动,水气相击,则致四肢聂动,故重用茯苓,并配伍桂枝,以去水饮,治筋惕肉瞤,再合防己以去皮水;然此方核心乃黄芪,黄芪为实表之药,表气不实则水气不去,若无黄芪固表行气,则痰饮可时常作祟,故用三两黄芪以绝后患。

张仲景认为治疗痰饮所致病症当以“温药和之”,因为痰饮的本质为阴寒之邪。痰饮所致疾病的临床表现与患者的体质相关,若痰饮作用于少阴阳虚之体,则痰饮的致病特征表现较为明显,如《伤寒论》第82条记载真武汤证的临床表现为“太阳病发汗,汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地”,其中“心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地”高度体现了痰饮所致病症的动态特点。太阳病未解,合并少阴虚寒,则痰饮寒湿内生,脾胃痰饮上冲心脉则悸动不安,上冲脑窍则头晕目眩,达四肢筋骨则周身摇动颤抖。真武汤乃“温药和之”的代表,其以生姜解表透邪、清化水气;茯苓、白术健脾胃、化痰饮;但此方核心乃附子,张元素言“附子以白术为佐,乃除寒湿之圣药,湿药少加之引经。益火之原,以消阴翳”,痰饮为阴翳,故以附子之温消之;芍药可使水湿从小便利走,并防白术、附子横燥伤阴,且芍药能柔肝息风、舒筋缓急,为止颤要药,可见制动肝

风也是针对悸动的重要治则。

1.2 痰饮上蒙心窍致心悸动、烦躁

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》曰:“凡食少饮多,水停心下。甚者则悸,微者短气。”痰饮停于心下,若无干预,其随气上行,轻则阻碍气机,影响呼吸,导致气短,重则蒙蔽心窍,妨碍血液在脉中的运行,导致心悸。心悸体现了痰饮在心、在脉致病的颤动性。心主神,脉舍神,痰饮侵袭心脉,可致情志病变,表现为心烦、燥动等。《伤寒论》第69条云:“发汗,若下之,病仍不解,烦躁者,茯苓四逆汤主之。”四逆汤为少阴主方,发汗及下法会耗伤津液气血,阳气受损,病邪易深入少阴,烦躁时作提示阴寒之邪夹杂痰饮侵入少阴心脉,故在四逆汤基础上以四两茯苓化痰饮、安心神,人参可补阳生津液而强心,阴邪散则烦躁平。《神农本草经》记载茯苓“主胸肋逆气、忧患、惊邪、恐悸、心下结痛”,可见茯苓具有调理心神之效。同样原因导致的烦躁还见于五苓散方证,《伤寒论》第72条云“发汗已,脉浮数、烦渴者,五苓散主之”,此处之烦渴由外感表邪、内有痰饮、郁而有热导致,故用茯苓、泽泻、白术祛湿化痰,辅以猪苓除湿泻热,桂枝可透表,亦可温痰饮、平心脉。

1.3 痰饮上冲脑窍致悸眩难立

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》“心下有痰饮,胸胁支满,目眩”中也包含了痰饮上冲脑窍的典型表现。脾胃中痰饮内生,痰饮乘脾胃气虚,随气机上逆,上至胸胁则致痞满,上至脑窍则致目眩头晕,张仲景抓住核心病因病机,以苓桂术甘汤治之。桂枝、甘草治气上冲逆,茯苓、白术健脾化湿,气上冲逆得解,痰饮得化,则痞满、目眩诸症自消,此为“温药和之”之法。苓桂术甘汤中,茯苓配伍白术治疗痰饮所致目眩,茯苓善治心悸,以其平眩需配伍白术或泽泻,故《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》中还有“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之”。泽泻汤以五两泽泻为君,以治冒眩,“冒”指头脑沉重如挂重物,“眩”指头晕目眩,二者均为痰饮上泛所致。《神农本草经》记载泽泻“主消水,养五脏,益气力”,但其性寒,配以温性之白术,既可健脾化痰祛湿,又可平泽泻之寒,二者配伍,相得益彰,为治疗痰饮晕眩的常用药对。对于痰饮上逆导致的“卒呕吐,心下痞,膈间有水,眩悸”,张仲景以小半夏加茯苓汤治疗,方

中半夏、生姜化痰饮、降气逆,则痰饮可消、呕吐可止,生姜又可制约半夏之毒性,再以重剂茯苓消心下水饮、解胃痞心悸,使痰饮随小便而去,则无邪可动,诸症可平。

1.4 痰饮流窜三焦致奔豚冲气

《伤寒论》第65条与《金匱要略·奔豚气病脉证治第八》中均言“脐下悸者,欲作奔豚”,说明下腹水饮聚集,悸动不安,随气上冲,可致奔豚之势,张仲景对此以茯苓桂枝甘草大枣汤治之,从该方药物组成可知致病之痰饮聚于中焦。方中半斤茯苓为君,渗湿利水,健脾祛痰,加以四两桂枝以降气平冲,另合二两炙甘草与十五枚大枣,以补气血、生津液、运中焦,防止大量痰饮水湿利化后津液的短期损伤,以甘澜水煎煮意在去水之动性、取其静,以安痰饮之悸动。

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》中记载“咳逆倚息,不得卧,小青龙汤主之”,其后又论述了此证应用小青龙汤后的变化及相应处方:“青龙汤下已,多唾口燥,寸脉沉,尺脉微,手足厥逆,气从小腹上冲胸咽,手足痹,其面翕热如醉状,因复下流阴股,小便难,时复冒者,与茯苓桂枝五味甘草汤,治其气冲。”此段条文充分体现了痰饮的多变性和随动性。胸膈支饮用小青龙汤治疗后,“咳逆倚息”好转,出现口渴,此为欲解,但多唾之症说明中焦仍有痰饮;观其脉证为“寸脉沉,尺脉微”,脉沉乃因痰饮为阴寒之邪,脉微提示阳气不足,痰饮为阴寒之邪,会阻碍气血流通,同时气血津液又因病受损而少,难以达荣四肢,故见“手足厥逆”之症;中焦痰饮随气上冲,出现“其面翕热如醉状”,此非真热,乃为邪热;痰饮不仅往上移动,同时也流注下焦,即“复下流阴股,小便难”;后又出现头晕目眩(“时复冒”),此为痰饮因其悸动性导致类似于奔豚、头晕目眩的症状。张仲景以桂苓五味甘草汤治疗,五味子止咳收敛,加茯苓、桂枝四两以化痰饮、止眩晕、平气冲。

2 痰饮与ET的关系

2.1 青少年ET与新发痰饮

ET的临床分类主要包括单纯孤立的震颤和伴神经系统体征的震颤,其发作的年龄呈现两个高峰,无家族史的人群以40岁后发病为主,有家族史的人群多在青少年时期便可发病。青少年ET常见于发热性疾病的早期和后期,可由情绪刺激或精神紧张引

发^[5]。结合《伤寒杂病论》相关论述可知,痰饮多见于太阳病后的变病。太阳为表,为肺所主,寒温之邪侵袭人体易首先犯肺,肺为华盖,主津液的布散和宣发肃降,肺脏感邪,津液运行输布失常为痰饮的化生提供了条件,痰饮在脏腑、经脉中聚集,随气行至四肢筋骨,可致头晕目眩、肢体颤抖等症状。临床中,部分患者的震颤由呼吸系统感染或者全身其他部位感染诱发^[7],其机制可能与此相关。痰饮也是导致情志疾病的重要病邪,怪病多痰,青少年抑郁焦虑多与痰饮内聚、肝风异动相关。因此,治疗青少年ET患者需标本兼顾,在控制原发诱因的基础上,解除外邪,滋养津液,调和情志,加强心理疏导,针对性地对痰饮和肢体症状进行调治。

2.2 难治性ET与伏饮、伏痰

临床所见ET多为难治痼疾,病程漫长,病因为伏邪作祟,尤以“伏饮”之邪多见。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》曰:“膈上病痰,满喘咳吐,发则寒热,背痛腰疼,目泣自出,其人振振身瞤剧,必有伏饮。”伏饮又称“留饮”,为久伏人体内里的痰饮之邪,伏饮难祛,故其所致病症多为痼疾沉疴。易在寒冷季节发作的咳、痰、喘多由有形之痰饮引发,而类似ET的怪病多与无形之痰饮相关^[8-9]。劳累、压力、情绪刺激等因素易导致脏腑功能失调,引动内聚之痰饮,使其窜至周身关节筋脉,从而导致身体振摇症状,故诊治ET时不可忽略痰饮的内伏之性。西医研究发现,皮质-脑桥-小脑-丘脑-皮质神经环路-肌肉群的生理功能失调是ET的重要发病机制之一^[10],而皮质-脑桥-小脑-丘脑-皮质神经环路-肌肉群与中医学中的脑密切相关。痰饮内伏,可至脑府,如《杂病源流犀烛》指出“皆有痰,流通不测,故其为害,上至巅顶,下至涌泉,随气升降,周身内外皆到”,由此可以推测,ET的中枢系统症状,如肌张力障碍、共济失调、认知功能障碍、心理障碍(焦虑症、抑郁症或社交恐惧症)、睡眠障碍、感觉异常(嗅觉缺陷和听力下降)等,可能与伏饮、伏痰侵袭脑府有关。

3 基于痰饮特性辨治特发性震颤

3.1 痰饮为本,温药和之

综合上文可知,祛除痰饮之邪是治疗ET的重要途径,临床可遵张仲景“温药和之”原则,以茯苓桂枝白术甘草汤为主方,根据痰饮病邪的特点进行化裁。

头晕目眩、难以站立者,可予大量泽泻以平眩;烦渴或下焦湿热聚集者,可予猪苓以利水道、泄痰饮;恶心想吐、心下痞者,可合以小半夏茯苓汤,以半夏化痰降逆;咳喘气逆者,可参照桂苓五味甘草汤之法应对,辅以五味子,以纳气平喘、敛降养阴;阳虚脉沉、肢体颤动剧烈者,遵真武汤之法,以附子温少阴真阳,再配白芍柔肝息风止颤,并防白术、附子横燥伤阴。

3.2 急则解表疏风、调和营卫

针对初发性ET,要在把握祛痰基本治则的基础上,按照中医“治未病”理念,防止病情传变。新发震颤,若未有表证相夹,治疗仍以茯苓桂枝白术甘草汤为主。若由上呼吸道感染诱发,肺气闭塞,则应及时解表疏风、调和营卫。处方可联合桂枝汤,桂枝、生姜解表祛邪、调和营卫,则肺气可顺、津液可布,白芍、甘草酸甘化阴,以平筋骨颤动;另可加玉屏风散以扶卫固表,黄芪、防风可在祛邪之后加强腠理的抵御之力,以防新邪内伏、新症变痼疾。

3.3 缓则托透并举、诸脏共调

针对缠绵反复的ET,则应蠲化内伏之痰饮,以托透之法治之。“托”即扶正,以补肾健脾为要,处方可用真武汤合理中汤,方中人参宜易为温和之红参,乃因痰饮为阴邪,阴寒胶结日久,需以温和之品化之;若肝阳不足致筋动、气血亏虚,当以黄芪、枸杞、麦芽养肝阳,则虚风可消;若肾阴亏虚,水竭痰燥,肢体干瘦,则以六味地黄汤为底,以滋肾水,合以二陈汤、四君子汤,其中人参宜易为气阴双补之西洋参、沙参等;若见肝阳上亢之象,可用镇肝熄风汤之白芍、龟甲、麦芽、川楝子柔肝息风止痉。“透”指祛邪外出,使邪有出路,包括汗、吐、下之法,然汗则开表,吐则咳呕,均为难法,故当以下法为先,使邪从鬼门出,药用少量制大黄、枳实、火麻仁以促进痰涎的内化和泄下。研究发现,少量蜈蚣、青礞石可作为治疗ET的特效药^[11-12]。青礞石入脑窍,专治脑窍顽痰,并可镇肝息风、平惊祛痰;蜈蚣可息风平颤,且具虫药走窜之性,能化周身行窜之痰涎,开闭通膈。

4 病案举例

潘某,女,69岁,因“上肢不自主抖动4年,加重半月”于2023年5月8日初诊。患者4年前无明显诱因出现下颌及上肢震颤,1年前于南京某医院诊断为

ET,平素服用普萘洛尔控制症状,疗效尚可。半个月前震颤症状加重,于当地医院治疗后未见明显好转。既往高血压、腔隙性脑梗死病史,目前药物控制效果尚可。刻下症见:下颌及上肢不自主抖动,独立行走尚稳,记忆力减退,腰部酸困,偶有头晕头困、心慌心悸,无胸闷心痛,无恶寒发热,无鼻塞流涕,无恶心呕吐,食欲欠佳,小便尚调,大便干结,夜寐安;舌淡胖紫、有齿痕,苔薄白腻,寸关脉细滑,尺脉沉。西医诊断:ET。中医诊断:颤证(脾肾阳虚、痰饮阻络)。予真武汤、泽泻汤、理中汤加减治之,具体药物如下:生白术30g,白芍20g,炮附子10g,茯苓30g,泽泻30g,生姜10g,干姜15g,党参20g,炙甘草10g,蜈蚣2条,青礞石25g,炒麦芽15g,枸杞子15g,龟甲25g,肉苁蓉20g,火麻仁10g,枳实10g。7剂,水煎服,日1剂,早晚饭后0.5h温服。

2023年5月16日二诊:肢体颤动程度减轻、发作时间减短,胃纳改善,腰痛酸困、头晕症状减轻,服药期间大便每天2~3次,质地偏稀;舌淡胖紫、有齿痕,腻苔较前消退,寸关脉细滑,尺脉沉。续予前方7剂,煎服方法同前。

2023年5月24日三诊:肢体颤动基本消失,偶有短暂发作,胃纳、大小便正常,偶有腰痛酸困、头晕心慌;舌淡胖紫、有齿痕,苔薄白,寸关脉细滑,尺脉沉。前方减枳实、青礞石、泽泻,加南沙参、女贞子各10g以补肾生津,14剂,煎服方法同前。后电话回访,患者情况稳定。

按:患者为老年女性,脾肾阳虚。肾水不能温化水湿,则腰酸困倦;中焦脾失健运,水液运化失司,导致痰饮内生,痰饮阻碍气机升降,则纳差、大便干结;痰饮上犯,则胸闷心悸、头晕;痰阻经络,肝风内动,则肢体震颤。治疗以温阳补肝肾、健脾化痰饮、息风止痉为主。处方中,炮附子、干姜、枸杞子、肉苁蓉温肝、脾、肾之阳,其中肉苁蓉既可补肾,又可通便;茯苓、生白术、泽泻祛痰化饮,合党参、炙甘草健脾固护中焦,以消痰饮之源;炒麦芽、白芍、龟甲柔肝息风止震颤;青礞石、蜈蚣为荡涤伏痰、伏饮之要药;枳实、火麻仁携痰由下而出,以去痼疾。

[参考文献]

- [1] HAUBENBERGER D, HALLETT M. Essential tremor[J]. N Engl J Med, 2018, 379(6): 596-597.

- [2] LOUIS E D, CLARK L N, OTTMAN R. Familial versus sporadic essential tremor: what patterns can one decipher in age of onset? [J]. *Neuroepidemiology*, 2015, 44(3):166-172.
- [3] BHATIA K P, BAIN P, BAJAJ N, et al. Consensus statement on the classification of tremors. from the task force on tremor of the International Parkinson and Movement Disorder Society [J]. *Mov Disord*, 2018, 33(1):75-87.
- [4] LOUIS E D. The roles of age and aging in essential tremor: an epidemiological perspective [J]. *Neuroepidemiology*, 2019, 52(1-2):111-118.
- [5] 中华医学会, 中华医学杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 特发性震颤基层诊疗指南(2021年) [J]. *中华全科医师杂志*, 2021, 20(10):1030-1036.
- [6] 楼英. 医学纲目 [M]. 阿静, 闫志安, 牛久旺, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 65.
- [7] DIEZMA-MARTÍN A M, MORALES-CASADO M I, GARCÍA-ALVARADO N, et al. Tremor and ataxia in COVID-19 [J]. *Neurologia*, 2020, 35(6):409-410.
- [8] 兰春, 周姝, 王孟清, 等. 基于“伏痰”理论探讨“培土生金”法在儿童哮喘缓解期的运用 [J]. *中国中医基础医学杂志*, 2022, 28(7):1182-1184.
- [9] 周德生, 张雪花. 基于伏痰理论辨治精神疾病: 中医脑病理论与临床实证研究(十一) [J]. *湖南中医药大学学报*, 2019, 39(11):1293-1298.
- [10] SHANKER V. Essential tremor: diagnosis and management [J]. *BMJ*, 2019, 366:l4485.
- [11] 严宝飞, 朱星宇, 陈亚运, 等. 中药蜈蚣本草考证及临床应用 [J]. *食品与药品*, 2020, 22(4):310-315.
- [12] 王昆阳, 田青. 青礞石治疗精神分裂症机制研究 [J]. *河南中医*, 2018, 38(2):306-308.

(上接第41页)

按:患者为中年女性,发现血糖升高3年余,伴有口干多饮症状。究其病因,乃病邪随病情进展而入里,导致脏腑不和、阴阳平衡失调,邪郁日久化热,炼灼津液而致口渴。处方选用大柴胡汤泻肝胃郁热,并配天花粉、葛根、麦芽滋养阴液、生津润燥;因消渴患者常有瘀血内停,故配红花以活血化瘀;又因舌红苔黄腻提示湿热为患,遂用茵陈、虎杖等清利湿热;诸药合用,清热并和解少阳枢机。二诊时,患者热象明显减退,仍见口干口苦、心烦急躁、双目干涩等邪在少阳半表半里之典型症状,故改用小柴胡汤和解少阳枢机、调畅情志,并配伍紫苏子降气,合欢皮与地骨皮清热凉血,生龙骨、生牡蛎潜阳安神。全方从和解少阳枢机入手,意在标本兼治,快速缓解症状,以防病情迁延反复。

5 结束语

消渴口渴症状的发生与阴阳气血失调、脏腑功能紊乱密切相关,经方柴胡桂枝干姜汤、甘草泻心汤、小柴胡汤、大柴胡汤、乌梅丸等具有调和阴阳、调畅气机、调理脏腑寒热的作用,临床以和法思想为指导,运用上述经方治疗消渴,可显著缓解患者的临床症状,提高其生活质量,防止病情进展。

[参考文献]

- [1] 张伯礼, 吴勉华. 中医内科学 [M]. 4版. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [2] VASCONCELOS A C, SOARES M S, ALMEIDA P C, et al. Comparative study of the concentration of salivary and blood glucose in type 2 diabetic patients [J]. *J Oral Sci*, 2010, 52(2):293-298.
- [3] KATSAROU A, GUDBJÖRNSDÓTTIR S, RAWSHANI A, et al. Type 1 diabetes mellitus [J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2017, 3:17016.
- [4] 闫秀峰, 倪青, 陈世波, 等. 对林兰糖尿病中医“三型辨证”理论的探讨 [J]. *中医杂志*, 2005, 46(12):885-887.
- [5] 倪青, 徐逸庭. 糖尿病中医治疗学 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2019: 20-21.
- [6] 张保伟. 刘渡舟教授论柴胡桂枝干姜汤的内涵与应用 [J]. *中医药学刊*, 2002, 20(1):9-12.
- [7] 吕翠岩, 贾晓蕾, 郑爽, 等. 柴胡桂枝干姜汤方化裁治疗2型糖尿病患者血糖控制不佳45例效果观察 [J]. *北京中医药*, 2019, 38(12):1219-1222.
- [8] 牛洁. 中药糖耐康干预炎症介导的胰岛素抵抗作用机制研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2009.
- [9] 康学东, 魏月茹, 舒兴彤, 等. 大柴胡汤加减方对2型糖尿病肝胃郁热证胰岛β细胞功能影响的临床观察 [J]. *中医临床研究*, 2022, 14(7):87-91.

论著·临床研究

芪参通脉饮 I 号联合电针夹脊穴治疗气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足临床观察

顾 召¹, 林 权¹, 夏联恒², 李婉婷¹, 高 杰²

(1. 黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨 150040; 2. 黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨 150040)

[摘要] 目的: 观察芪参通脉饮 I 号联合电针夹脊穴治疗气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足的临床疗效。方法: 选择气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足患者 120 例, 按随机数字表法分为治疗组和对照组各 60 例。两组均采用西医常规治疗, 对照组在西医常规治疗基础上予电针夹脊穴治疗, 治疗组在对照组基础上予芪参通脉饮 I 号治疗, 两组均治疗 28 d。比较两组患者治疗前后的中医证候评分、踝肱指数(ABI)、多伦多临床评分系统(TCSS)评分、神经传导速度、血液流变学指标、微循环血流指标, 并评价临床疗效。结果: 治疗后, 两组患者中医证候评分、TCSS 评分、血液流变学指标水平均较治疗前降低($P < 0.05$), 且治疗组低于对照组($P < 0.05$); 两组患者 ABI、神经传导速度、微循环血流指标水平均较治疗前升高, 且治疗组高于对照组($P < 0.05$); 治疗组总有效率(93.33%)高于对照组总有效率(86.67%), 两组临床疗效比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 芪参通脉饮 I 号联合电针夹脊穴治疗气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足疗效确切, 能有效促进血液循环, 改善下肢神经病变情况。

[关键词] 芪参通脉饮 I 号; 电针; 夹脊穴; 糖尿病足; 气虚血瘀; Wagner 0 级; 多伦多临床评分系统; 血液流变学

[中图分类号] R259.872

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0048-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.009

Clinical Observation of Qishen Tongmai Decoction I (芪参通脉饮 I 号) Combined with Electroacupuncture at Jiaji Points(EX-B2) in Treatment of Diabetic Foot with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome at Wagner Grade 0

GU Zhao¹, LIN Quan¹, XIA Lianheng², LI Wanting¹, GAO Jie²

(1. Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China; 2. The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China)

[收稿日期] 2024-05-16

[基金项目] 国家自然科学基金青年科学基金项目(编号:82305253); 黑龙江省自然科学基金联合引导项目(编号:LH2022H075); 黑龙江省中医药科研项目(编号:ZHY2022-184)

[作者简介] 顾召, 2022 年应届博士研究生, 研究方向: 中西医结合治疗周围血管疾病。

[通信作者] 高杰, 教授, 主要从事中西医结合治疗周围血管疾病研究。邮箱: angel731025@163.com。

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of Qishen Tongmai Decoction I (芪参通脉饮 I 号) combined with electroacupuncture at Jiaji points (EX-B2) in treatment of diabetic foot with qi

deficiency and blood stasis syndrome at Wagner Grade 0. **Methods:** A total of 120 patients with diabetic foot and qi deficiency and blood stasis syndrome at Wagner Grade 0 were divided into a control group and a treatment group according to the random number table method, with 60 cases in each group. Both groups were treated with conventional western medicine. The control group was treated with electroacupuncture at Jiaji points on the basis of conventional western medicine, and the treatment group was treated with Qishen Tongmai Decoction I on the basis of the control group. Both groups were treated for 28 days. The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, ankle-brachial index (ABI), Toronto Clinical Scoring System (TCSS) score, nerve conduction velocity, hemorheological indicators, and microcirculation blood flow indicators were compared between the two groups before and after the treatment, and the clinical efficacy was evaluated. **Results:** After treatment, the TCM syndrome scores, TCSS scores, and the levels of hemorheological indicators in both groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$), and levels of these indicators in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The levels of ABI, nerve conduction velocity, and microcirculation blood flow indicators in both groups were increased compared with those before treatment ($P < 0.05$), and levels of these indicators in the treatment group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). The total effective rate of the treatment group (93.33%) was higher than that of the control group (86.67%). The difference in clinical efficacy between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusions:** The combination of Qishen Tongmai Decoction I and electroacupuncture at Jiaji for diabetic foot with qi deficiency and blood stasis syndrome at Wagner Grade 0 has a definite curative effect. It can effectively promote blood circulation and improve the condition of lower extremity neuropathy. **Keywords** Qishen Tongmai Decoction I; electroacupuncture; Jiaji points (EX-B2); diabetic foot; qi deficiency and blood stasis; Wagner Grade 0; Toronto Clinical Scoring System; hemorheology

2021 年全球 20~79 岁糖尿病患者约为 5.366 亿,我国约占其中 1.409 亿,预估到 2045 年我国糖尿病患者将达 1.74 亿^[1-2]。糖尿病患者常因神经或血管病变导致下肢皮肤状态异常,继而发生糖尿病足。2019 年的一项调查研究显示,15%~25% 的糖尿病患者存在伴发糖尿病足的风险,部分糖尿病足患者经多次住院治疗仍不能避免截肢,患肢截肢后患者的 5 年病死率为 40%,5 年生存率与癌症相当^[3]。Wagner 分级法是目前临床广泛接受的糖尿病足分级方法,Wagner 0 级糖尿病足又称“高危足”,是指存在皮肤、肌肉等组织损伤的危险因素,但皮肤组织尚未缺损,临床多表现为患肢麻木、疼痛、皮温下降、动脉搏动减弱等。

中医外科学将糖尿病足的局部组织缺损或坏死表现归于疮疡、痈疽范畴,病机多以湿热火毒为标,而糖尿病足未破溃时则归为消渴、痹病范畴。消渴日久,脏腑气血阴阳失衡,气机受阻,瘀滞络脉,络脉功能受损,肢端失去濡养,故治以益气活血通络^[4]。电针夹脊穴是治疗下肢缺血性疾病的常用方案,能扩张下肢血管、改善局部缺血灶血流分布、增加血流

灌注^[5]。为更好地促进血管功能恢复、提高糖尿病足临床疗效,本研究采用具有益气温阳、化瘀通络功效的芪参通脉饮 I 号联合电针夹脊穴治疗 Wagner 0 级糖尿病足,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2022 年 12 月至 2024 年 2 月在黑龙江中医药大学附属第一医院周围血管科接受治疗的气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足患者 120 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组各 60 例。对照组男 33 例,女 27 例;年龄 39~68 岁,平均 (56.76 ± 5.89) 岁;病程 1~10 年,平均 (5.37 ± 1.57) 年。治疗组男 36 例,女 24 例;年龄 35~67 岁,平均 (55.79 ± 4.88) 岁;病程 3~12 年,平均 (5.39 ± 1.86) 年。两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。本研究经黑龙江中医药大学附属第一医院医学伦理委员会审核批准,伦理批号:HZYLLKT202404201。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《中国糖尿病足诊治指南》^[6],同时符合以

下3项即可诊断为糖尿病足:①有糖尿病病史;②存在糖尿病下肢血管病变和(或)周围神经病变;③下肢麻木、疼痛,肢端感觉、动脉搏动异常,伴或不伴静息痛及间歇性跛行。分级标准:Wagner 0级,目前皮肤组织无溃疡,但存在发生足溃疡的危险因素^[6]。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中国2型糖尿病防治指南(2013年版)》^[7]和《中医病证诊断疗效标准》^[8]制定Wagner 0级糖尿病足气虚血瘀证诊断标准:患足皮温降低,皮肤干燥或有浮肿,气短懒言,面色无华,神疲乏力,舌淡红或淡紫,苔薄白或白厚,脉弱而涩。

1.3 纳入标准

①年龄30~70岁;②糖尿病病程1年以上;③治疗依从性较好;④自愿加入本研究,并签署研究知情同意书。

1.4 排除标准

①患肢存在感染及缺血严重者;②不接受针刺及中药治疗者;③妊娠或哺乳期女性;④精神疾病患者;⑤正在接受其他治疗者。

2 方法

2.1 治疗方法

两组均采用西医常规治疗。①对患者进行糖尿病及其并发症相关宣教;②嘱患者配合血脂、血糖、血压监测及治疗,控制总胆固醇不高于4.5 mmol/L、餐后2 h血糖不高于8 mmol/L、血压不高于140/90 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa);③予患者改善循环药物:口服己酮可可碱缓释片(石药集团欧意药业有限公司,国药准字H10970265,规格:每片0.4 g),每次0.4 g,日2次,连续服用28 d;④予患者营养神经药物:甲钴胺注射液[卫材(中国)药业有限公司,国药准字H20174048,规格:每剂1 mL],每日肌肉注射1 mL,连续注射28 d。

2.1.1 对照组

对照组患者在西医常规治疗基础上进行电针夹脊穴治疗。电针夹脊穴操作:①施针前嘱患者选取适宜操作的体位(俯卧位或侧卧位);②定位夹脊穴(第一腰椎至第五腰椎棘突下旁开1寸),并对双侧腰夹脊穴体表皮肤进行常规消毒;③选用1.5寸29号毫针,45°斜刺双侧夹脊穴0.5~0.8寸,得气后连接长城牌KWD-808I脉冲电疗仪,选择疏密波型,频率为疏波4 Hz、密波60 Hz,强度以患者耐受为准,留针30 min。每日电针夹脊穴1次,连续治疗28 d。

2.1.2 治疗组

治疗组在对照组基础上加服芪参通脉饮I号。芪参通脉饮I号药物组成:黄芪、白芍、鸡血藤、延胡索各30 g,桂枝、当归、赤芍、川芎、郁金、地龙、牛膝各15 g,丹参20 g,乳香、没药、甘草各10 g。药物由医院饮片局提供,上述药物煎煮至300 mL,分早晚两次温服,连续服用28 d。

2.2 观察指标

治疗前后分别记录两组患者的中医证候评分、踝肱指数(ABI)、多伦多临床评分系统(TCSS)评分、神经传导速度、血液流变学指标水平、微循环血流指标水平。

2.2.1 中医证候评分

主要对患肢步履沉重乏力、趺阳脉减弱、酸胀疼痛、间歇性跛行症状进行评分,各项症状按无、轻、中、重四种程度分别计0、1、2、3分,各症状评分相加为中医证候评分,评分越高说明患者临床症状越严重^[8]。

2.2.2 ABI测定

ABI是患者同侧踝动脉收缩压与肱动脉收缩压的比值,于两次比值中选取最低值记录,比值越低说明患肢缺血越严重、坏死风险越高^[9]。

2.2.3 TCSS评分

TCSS包括神经症状(总计6分)、神经反射(总计8分)、神经感觉(总计5分)三部分,总计19分,TCSS评分越高说明患肢神经传导速度越差、破溃风险越高^[10]。

2.2.4 神经传导速度测定

采取肌电图仪测定患者下肢神经传导速度,并记录双侧腓总神经、胫神经、腓肠神经传导速度的均值,均值越低说明患肢神经损伤越严重。

2.2.5 血液流变学指标水平测定

血液流变学指标包括全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞比容,均采用患者空腹采血后全自动血液流变仪测定结果。

2.2.6 微循环血流指标水平测定

采用医用红外热成像仪扫描选取足背区域,选择限定域记录足背温度;采用激光多普勒血流仪扫描患肢,并记录温控血流、经皮氧分压(TcPO₂)和阻断后反应性充血(RF/PF)值。

2.3 疗效标准

以治疗前后两组中医证候评分变化情况为主要参考,并结合TCSS评分、ABI变化进行临床疗效评

价^[11-12]。显效:临床症状明显改善,中医证候评分下降 $\geq 70\%$,且 TCSS 评分降低 ≥ 3 分或 ABI 升高 >0.1 。有效:临床症状有所改善,中医证候评分下降 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$,且 TCSS 评分降低 ≥ 1 分或 ABI 升高 ≥ 0.05 。无效:临床症状改善不明显或加重,足部功能未改善。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

2.4 统计学方法

运用 SPSS 27.0 软件对研究数据进行统计学分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,方差齐时采用 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;方差不齐时,采用校正 t' 检验。等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组中医证候评分、ABI、TCSS 评分比较

治疗前,两组患者中医证候评分、ABI、TCSS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者 ABI 均较治疗前升高($P<0.05$),且治疗组高于对照组($P<0.05$);治疗后,两组患者中医证候评分、TCSS 评分均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组低于

对照组($P<0.05$)。见表 1。

3.2 两组神经传导速度比较

治疗前,两组患者神经传导速度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者神经传导速度均较治疗前升高($P<0.05$),且治疗组高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

3.3 两组血液流变学指标水平比较

治疗前,两组患者血液流变学指标水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者血液流变学指标水平均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

3.4 两组微循环血流指标水平比较

治疗前,两组患者微循环血流指标水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者微循环血流指标水平均较治疗前升高($P<0.05$),且治疗组高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

3.5 两组临床疗效比较

治疗后,治疗组临床总有效率 93.33%,对照组临床总有效率 86.67%,两组临床疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 1 两组气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足患者中医证候评分、ABI、TCSS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间点	中医证候评分/分	ABI	TCSS 评分/分
治疗组	60	治疗前	6.64 ± 1.87	0.625 ± 0.015	11.46 ± 2.80
		治疗后	2.19 ± 1.76 ^{*△}	0.864 ± 0.086 ^{*△}	7.34 ± 3.29 ^{*△}
对照组	60	治疗前	7.20 ± 1.75	0.646 ± 0.018	11.25 ± 2.99
		治疗后	3.48 ± 1.63 [*]	0.736 ± 0.092 [*]	9.70 ± 3.11 [*]

注:ABI为踝肱指数,TCSS为多伦多临床评分系统。
与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

表 2 两组气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足患者神经传导速度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间点	腓总神经	胫神经	腓肠神经
治疗组	60	治疗前	42.54 ± 3.18	41.73 ± 4.01	42.52 ± 2.64
		治疗后	49.22 ± 2.79 ^{*△}	48.82 ± 3.98 ^{*△}	47.64 ± 2.42 ^{*△}
对照组	60	治疗前	42.74 ± 3.29	42.44 ± 4.43	42.95 ± 3.12
		治疗后	46.16 ± 2.15 [*]	45.34 ± 4.58 [*]	45.60 ± 2.10 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

表 3 两组气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足患者血液流变学指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间点	全血高切黏度/(mPa·s)	全血低切黏度/(mPa·s)	血浆黏度/(mPa·s)	红细胞比容/%
治疗组	60	治疗前	6.49 ± 0.65	11.31 ± 1.78	1.92 ± 0.39	49.44 ± 5.43
		治疗后	4.45 ± 0.54 ^{*△}	5.60 ± 0.84 ^{*△}	1.20 ± 0.19 ^{*△}	40.28 ± 5.26 ^{*△}
对照组	60	治疗前	6.51 ± 0.56	11.29 ± 1.25	1.94 ± 0.24	49.38 ± 4.78
		治疗后	5.01 ± 0.38 [*]	7.14 ± 0.91 [*]	1.40 ± 0.26 [*]	43.09 ± 6.95 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

表4 两组气虚血瘀型Wagner 0级糖尿病足患者微循环血流指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间点	足背温度/ $^{\circ}\text{C}$	温控血流/ $\%$	阻断后反应性充血值/ $\%$	经皮氧分压/ mmHg
治疗组	60	治疗前	24.68 \pm 1.88	126.06 \pm 8.58	21.92 \pm 1.97	51.18 \pm 3.20
		治疗后	28.09 \pm 2.03 ^{*Δ}	145.70 \pm 8.35 ^{*Δ}	35.62 \pm 2.93 ^{*Δ}	58.50 \pm 3.22 ^{*Δ}
对照组	60	治疗前	24.31 \pm 1.82	126.31 \pm 7.89	22.29 \pm 2.71	51.35 \pm 3.03
		治疗后	26.24 \pm 1.54 [*]	134.13 \pm 5.86 [*]	32.01 \pm 3.58 [*]	53.73 \pm 2.79 [*]

注:1 mmHg \approx 0.133 kPa

与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, ^{Δ} $P < 0.05$ 。

表5 两组气虚血瘀型Wagner 0级糖尿病足患者临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效	P值
治疗组	60	34(56.66)	22(36.67)	4(6.67)	56(93.33)	0.036
对照组	60	23(38.33)	29(48.33)	8(13.34)	52(86.67)	

4 讨论

糖尿病患者自体胰岛素分泌不足或其生物效能受损,会导致体内微环境处于高糖状态,从而损伤神经;血管内高糖微环境会与血管壁蛋白及氨基酸发生美拉德反应,继而增厚血管内膜中层,影响外周动脉灌注;血管内高糖微环境还会增加血液内容物,增高血液黏稠度,从而导致微循环障碍,微循环障碍则会进一步加重微血管病变,导致下肢麻木、疼痛等血管及神经病变的出现或加重^[13]。

中医学认为痹病、消渴的病机特点为虚实夹杂,脾虚亏虚为其根本病机,瘀血阻络是影响发病的关键因素^[4]。《圣济总录·消渴门》云:“消渴者……久不治,则经络壅塞,留于肌肉,发为痈疽。”消渴日久,水谷精微输布失常致机体精气亏虚,血行不畅致脉痹,经脉肌肤失养致脱疽,下肢足趾气血难达则溃疡难愈。近年来,不少医家采用络病理论解释糖尿病并发症中缺血性疾病与微循环障碍的发生与治疗,他们认为血管的结构及功能与络脉具有高度相似性,提出血管病变的过程包括“初病在络”和“久病入络”两种,因此治疗缺血性疾病与微循环障碍应重视恢复血管功能,保持血管通畅,这与吴以岭提出的血管病变治则——活血化瘀通络相契合^[14-15]。

夹脊穴毗邻督脉和膀胱经,为两经之间的枢纽。膀胱经为多气多血之经脉,通过离、入、出、合沟通十二经脉,密切联系五脏六腑。督脉为阳脉之海,总督一身之阳,为阳气生发之地、汇聚之所。夹脊穴为经外奇穴,循行路径与膀胱经、督脉重叠,故刺激夹脊穴可激发两经经气和人体阳气,调节人体气血^[5]。多数医家认为,在临床治疗中夹脊穴取脊柱旁开0.5~1.0寸最适宜且安全^[16]。现代解剖学研究发现,

脊神经分支及其相应的交通支围绕脊柱形成神经网络,故针刺夹脊穴有助于调节神经网络^[17]。王东岩等^[18]发现,针刺夹脊穴可调节神经、减轻疼痛,有促进侧支循环建立的作用。李婉婷等^[5]在脊柱旁开1寸处取夹脊穴,发现电针夹脊穴可以通过扩张肢端缺血区域外周血管,使缺血区域血运重新分布,减轻缺血症状。糖尿病足的主要病变部位为下肢血管,下肢血管管径较细,代偿功能相对不足,一旦发生病变则极易出现血流减少及微循环障碍,因此有效扩张下肢血管对延缓糖尿病足病情进展具有重要意义。本研究中,电针夹脊穴的目的即是靶向性扩张血管。

消渴日久,络脉瘀滞,血瘀络阻则致下肢血管疾病。气络虚则传化受阻,导致患肢疼痛、间歇性跛行,血络瘀则患肢失于温养,导致肢端苍白麻木,故络以通为用^[19]。芪参通脉饮I号以黄芪大补元气、益气固表,气旺则促血行,桂枝调和营卫,温经通脉,二者相须为用,共为君药,可振奋卫阳、益气通络;川芎活血行气,鸡血藤舒筋活络,丹参内达脏腑、外利关节,三者合用加强君药温通表里之效,当归增益黄芪补气之效,赤芍行瘀养阴,上药合用,活血祛瘀而不伤阴,共为臣药;佐以郁金调畅气机,没药、地龙、乳香、延胡索增强入血分之力,以防留邪,白芍酸甘,养血润燥,牛膝性善下行,引药以达患肢;甘草为使。全方诸药共奏益气温阳、化瘀通络之效。药理研究表明,黄芪中的皂苷和黄酮成分能保护胰岛 β 细胞,提高组织细胞对胰岛素的敏感性,黄芪甲苷能抑制血管狭窄,从而减少血管损伤^[20-21]。当归水溶性成分阿魏酸具有抗氧化、降血脂及预防血栓生成等作用^[22],当归多糖能通过抗氧化表现出抗炎及镇痛等

作用^[23]。川芎具有抗氧化、抗炎镇痛、保护血管和改善循环等作用^[24]。地龙能抗凝血、降血脂、抑制血小板聚集、保护神经等^[25]。本研究结果显示:治疗后治疗组总有效率高于对照组,说明芪参通脉饮 I 号联合电针夹脊穴治疗气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足疗效更佳;治疗后,治疗组 ABI 升高($P<0.05$), TCSS 评分和中医证候评分降低($P<0.05$),且治疗组这 3 项指标水平均优于对照组,提示芪参通脉饮 I 号联合电针夹脊穴治疗气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足能缓解患肢症状,改善患肢缺血和神经病变情况,降低患肢破溃、坏死风险;治疗后,治疗组血液流变学指标水平降低($P<0.05$),微循环血流指标水平、神经传导速度均升高($P<0.05$),且治疗组这 3 项指标水平均优于对照组,说明芪参通脉饮 I 号联合电针夹脊穴治疗气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足能改善患肢微循环障碍,增加微血管血流量,修复神经损伤。

综上,芪参通脉饮 I 号联合电针夹脊穴治疗气虚血瘀型 Wagner 0 级糖尿病足临床疗效确切,在改善下肢神经病变、血流情况及微循环等方面具有一定优势。

[参考文献]

- [1] SAEEDI P, PETERSOHN I, SALPEA P, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition[J]. *Diabetes Res Clin Pract*, 2019, 157: 107843.
- [2] 《中国老年型糖尿病防治临床指南》编写组. 中国老年 2 型糖尿病防治临床指南(2022 年版)[J]. *中国糖尿病杂志*, 2022, 30(1): 2-51.
- [3] FU X L, DING H, MIAO W W, et al. Global recurrence rates in diabetic foot ulcers: a systematic review and meta-analysis[J]. *Diabetes Metab Res Rev*, 2019, 35(6): e3160.
- [4] 蔡茹霜, 易艳. 中医药防治糖尿病及其并发症的研究进展[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2024, 30(17): 275-283.
- [5] 李婉婷, 姚伊依, 陈嘉兴, 等. 电针夹脊穴联合芪参通脉饮 I 号治疗 Fontaine II 期下肢动脉硬化闭塞症临床观察[J]. *北京中医药*, 2021, 7(10): 1126-1129.
- [6] 中国医疗保健国际交流促进会外周血管医学分会, 首都医科大学下肢动脉硬化闭塞症临床诊疗与研究中心, 北京华炎血管疾病诊疗产业技术创新战略联盟. 中国糖尿病足诊治指南[J]. *中国临床医生杂志*, 2020, 6(1): 19-27.
- [7] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)[J]. *中国糖尿病杂志*, 2014, 6(7): 447-498.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 143.
- [9] 王江南, 高杰, 丁戊坤, 等. 芪参通脉饮 II 号方治疗糖尿病足的临床疗效观察[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2022, 8(6): 769-774.
- [10] BRIL V, PERKINS B A. Validation of the Toronto Clinical Scoring System for diabetic polyneuropathy[J]. *Diabetes Care*, 2002, 25(11): 2048-2052.
- [11] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 163-168.
- [12] 中国中西医结合学会周围血管病专业委员会. 中西医结合防治糖尿病足中国专家共识(精简版)[J]. *北京中医药*, 2019, 38(11): 1078-1087.
- [13] 李晓强, 胡楠. 糖尿病足下肢缺血血管外科治疗进展与评价[J]. *中华血管外科杂志*, 2020, 5(4): 211-215.
- [14] 尤良震, 赵晨, 张晓雨, 等. 病络理论下泛血管疾病中西医结合防治理论基础及实施思路[J]. *中国中西医结合杂志*, 2022, 42(11): 1392-1395.
- [15] 吴以岭. 络病学说构建及其指导血管病变防治研究[J]. *中国中西医结合杂志*, 2017, 37(2): 147-148.
- [16] 贾红玲, 张永臣. 刘玉檀教授论华佗夹脊穴[J]. *针灸临床杂志*, 2016, 32(2): 45-48.
- [17] 王宇, 周鸿飞. 从脊神经节段理论论夹脊穴的解剖特点和临床应用[J]. *中医药导报*, 2020, 26(10): 90-93.
- [18] 王东岩, 杨海永, 董旭, 等. 针刺对脑卒中突触可塑性影响的研究现状及评述[J]. *针灸临床杂志*, 2020, 36(10): 84-88.
- [19] 郭兰月, 刘明. 基于络病理论浅析糖尿病下肢血管病变[J]. *光明中医*, 2023, 38(12): 2294-2297.
- [20] 陈伯勋, 丁皓, 毛宏, 等. 黄芪及其有效成分促进糖尿病足溃疡愈合机制的研究进展[J]. *中国医药导报*, 2024, 21(30): 41-44.
- [21] 赵芳, 王洪新, 鲁美丽, 等. 黄芪甲苷对慢性间歇性缺氧诱导血管内皮功能障碍的保护作用[J]. *中成药*, 2022, 44(10): 3145-3150.
- [22] 张欣, 高增平. 阿魏酸的研究进展[J]. *中国现代中药*, 2020, 22(1): 138-147.
- [23] 唐潇潇, 温伟烜, 李佳乐, 等. 阿魏酸药理活性研究进展[J]. *广州化工*, 2024, 52(6): 22-25.
- [24] 侯莉莉, 刘海鑫, 李青山. MMP9 介导的活血化瘀药对丹参-川芎反向调节血管新生作用物质基础揭示[J]. *海南医学院学报*, 2022, 28(9): 702-710.
- [25] 黄敬文, 高宏伟, 段剑飞. 地龙的化学成分和药理作用研究进展[J]. *中医药导报*, 2018, 24(12): 104-107.

益心通络汤联合运动康复训练对急性心肌梗死患者经皮冠脉介入术后的影响研究

孙晓溪¹,张新元²,尹彤³,马丽虹¹

(1.山东中医药大学康复医学院,山东 济南 250355; 2.泰安市中医医院急诊科,山东 泰安 271000; 3.中国中医科学院中医临床基础医学研究所,北京 100700)

[摘要] 目的:观察益心通络汤联合个性化运动康复训练对急性心肌梗死经皮冠脉介入术(PCI)后气虚痰瘀证患者心功能及身体素质的影响。方法:选择急性心肌梗死PCI术后气虚痰瘀证患者180例,按照随机数字表法分为对照组和治疗组各90例,对照组患者接受西医常规治疗和个性化运动康复训练,治疗组患者在对照组治疗方案的基础上服用益心通络汤,两组均连续治疗4周。比较两组患者的身体素质、六分钟步行试验(6MWT)距离、中国心血管病患者生活质量评定问卷(CQQC)评分、左室射血分数(LVEF)、血浆脑利钠肽(BNP)水平、中医四诊信息计分,评价中医证候疗效,并记录两组治疗期间的不良反应情况。结果:治疗后,两组患者的6MWT距离、CQQC评分、血浆BNP水平、中医四诊信息计分均优于治疗前($P<0.05$),且治疗组患者的身体素质水平、CQQC评分、血浆BNP水平、中医四诊信息计分、中医证候疗效均优于对照组($P<0.05$)。两组患者治疗期间均未出现严重不良反应。结论:益心通络汤联合个性化运动康复训练可显著改善急性心肌梗死PCI术后气虚痰瘀证患者的身体素质水平、心脏泵功能、临床症状及运动耐力等,可降低患者血浆BNP水平,安全性高。

[关键词] 益心通络汤;个性化运动康复训练;急性心肌梗死;经皮冠脉介入术;气虚痰瘀;心功能;身体素质

[中图分类号] R256.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0054-07

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.010

Study on Influence of Yixin Tongluo Decoction(益心通络汤) Combined with Exercise Rehabilitation Training on Patients After Percutaneous Coronary Intervention for Acute Myocardial Infarction

SUN Xiaoxi¹,ZHANG Xinyuan²,YIN Tong³,MA Lihong¹

(1.College of Rehabilitation Medicine,Shandong University of Traditional Chinese Medicine,Jinan 250355,China;2.Emergency Department of Tai'an Hospital of Traditional Chinese Medicine,Tai'an 271000,China; 3.Institute of Basic Research in Clinical Medicine,China Academy of Chinese Medical Sciences,Beijing 100700,China)

[收稿日期] 2024-09-01

[基金项目] 泰安市科技创新发展立项课题(编号:2020NS0096)

[作者简介] 孙晓溪,2022年硕士研究生,研究方向:心肺康复。

[通信作者] 马丽虹,教授,主要从事临床康复研究。邮箱:lusxx666@163.com。

Abstract Objective: To observe the influence of Yixin Tongluo Decoction (益心通络汤) combined with individualized exercise rehabilitation training

on cardiac function and physical fitness of patients after percutaneous coronary intervention (PCI) for acute myocardial infarction with qi deficiency, phlegm, and blood stasis syndrome. **Methods:** A total of 180 patients after PCI for acute myocardial infarction with qi deficiency, phlegm, and blood stasis syndrome were divided into a control group and a treatment group according to the random number table method, with 90 cases in each group. The patients in the control group received conventional western medicine treatment and individualized exercise rehabilitation training, and the patients in the treatment group took Yixin Tongluo Decoction on the basis of the treatment plan of the control group. Both groups were treated continuously for 4 weeks. The physical fitness, the six-minute walk test (6MWT) distance, the Chinese Quality of Life Questionnaire for Cardiovascular Patients (CQQC) score, the left ventricular ejection fraction (LVEF), the plasma brain natriuretic peptide (BNP) level, and the score of four diagnostic information of traditional Chinese medicine (TCM) were compared between the two groups. The curative efficacy of TCM syndromes was evaluated, and the adverse reactions of the two groups during the treatment were recorded. **Results:** After treatment, the 6MWT distance, the CQQC score, the plasma BNP level, and the score of four diagnostic information of TCM in both groups were better than those before treatment ($P < 0.05$), and the physical fitness level, the CQQC score, the plasma BNP level, the score of four diagnostic information of TCM, and the curative efficacy of TCM syndromes in the treatment group were better than those in the control group ($P < 0.05$). No serious adverse reactions occurred in both groups during the treatment period. **Conclusions:** Yixin Tongluo Decoction combined with individualized exercise rehabilitation training can significantly improve the physical fitness level, cardiac pump function, clinical symptoms, and exercise endurance of patients after PCI for acute myocardial infarction with qi deficiency, phlegm, and blood stasis syndrome. It can reduce the plasma BNP level of the patients and has high safety.

Keywords Yixin Tongluo Decoction; individualized exercise rehabilitation training; acute myocardial infarction; percutaneous coronary intervention; qi deficiency, phlegm and blood stasis; cardiac function; physical fitness

急性心肌梗死由冠状动脉血流供应急剧减少或中断诱发,是心血管疾病中的急危重症^[1]。目前急性心肌梗死的临床发病率及病死率较高,严重危害人民群众的生命健康^[2]。经皮冠脉介入术(PCI)具有创伤小、起效快等特点,可在短时间内有效恢复冠脉血流,使心肌得到血液灌注,是临床治疗急性心肌梗死的常用手段^[3]。PCI能挽救急性心肌梗死患者的濒死心肌,保护其左心室功能^[4],但因PCI不能从根本上消除冠心病的危险因素、遏制动脉粥样硬化的进展,故患者术后可能出现冠状动脉再狭窄及支架内血栓等并发症,且多数患者术后存在心功能和身体素质下降等问题,生活质量受到影响。因此,急性心肌梗死患者PCI术后康复问题引起业内关注。

运动康复是康复医学的重要组成部分,旨在通过运动来恢复和改善人体功能,提高身体素质。中医治疗在我国有广泛的群众基础,大量临床实践证明,中医疗法联合运动康复训练可有效促进心血管疾病患者心脏功能恢复^[5-9]。本研究选取急性心肌梗死PCI术后常见的气虚痰瘀证患者为研究对象,观察益心通络汤联合个性化运动康复训练对患者心功能和身体素质的影响,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择2021年10月至2023年6月在泰安市中医医院心内科住院治疗的急性心肌梗死PCI术后气虚痰瘀证患者180例,采用随机数字表法分为治疗组与对照组各90例。两组患者年龄、性别、心功能分

级、既往史、烟酒史等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。本研究经泰安市中医医院医学伦理委员会审查批准,伦理批号:TAZYEC-2020-02-12-17。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)》^[10]和《2022年欧洲心脏病学会非ST段抬高急性冠脉综合征诊断和治疗指南》^[11]中相关内容制定急性心肌梗死诊断标准。急性心肌损伤[血清肌钙蛋白增高和(或)回落,且至少1次高于正常值上限],同时有急性心肌缺血的临床证据,包括:①急性心肌缺血症状;②新的缺血性心电图改变;③新发病理性Q波;④新的存活心肌丢失或室壁节段运动异常的影像学证据;⑤冠状动脉造影或腔内影像学检查证实冠状动脉血栓。

1.2.2 中医证候诊断标准

参照《心血管科专病中医临床诊治》^[12]和《经皮

冠状动脉介入治疗(PCI)术后胸痛中医诊疗专家共识》^[13]中相关内容制定气虚痰瘀证诊断标准。主症:胸痛、胸闷。次症:心悸气短、纳呆、神疲乏力、恶心欲吐,苔薄白或白腻,舌质紫暗(或有瘀斑、瘀点)、有裂纹或齿痕,脉涩、弦滑或虚而无力。

1.3 纳入标准

①年龄40~75岁;②Killip心功能分级为I~III级;③自愿加入本研究,并签署研究知情同意书。

1.4 排除标准

①近6个月内遭受过严重外伤或进行过较大手术者;②妊娠或哺乳期女性;③合并严重心律失常、肝肾功能不全、内分泌疾病者;④无法进行正常运动训练及言语沟通者;⑤对本研究所用药物过敏者;⑥近2个月内参加过其他临床研究者。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组

对照组患者持续进行4周的西医常规治疗和个

表1 两组急性心肌梗死经皮冠脉介入术后气虚痰瘀证患者一般资料比较

一般资料	对照组(90例)	治疗组(90例)	χ^2 值/Z值/t值	P值
年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	62.93 ± 9.72	62.76 ± 11.20	0.080	0.936
性别(男/女)/例	66/24	68/22	0.058	0.809
Killip心功能分级/例(占比%)			2.012	0.366
I级	86(95.56)	84(93.33)		
II级	2(2.22)	5(5.55)		
III级	2(2.22)	1(1.11)		
既往史/例(占比%)				
高血压	42(46.67)	50(55.56)	0.711	0.399
糖尿病	14(15.56)	16(17.78)	0.080	0.777
脑卒中	32(35.56)	30(33.33)	0.049	0.824
吸烟史/例(占比%)	32(35.56)	32(35.56)	0.000	1.000
饮酒史/例(占比%)	28(31.11)	30(33.33)	0.051	0.822
TNT($\bar{x} \pm s$)/(ng/mL)	1.74 ± 2.38	1.83 ± 2.71	-0.171	0.865
NT-proBNP($\bar{x} \pm s$)/(pg/mL)	763.88 ± 844.36	741.64 ± 987.86	0.097	0.923
TC($\bar{x} \pm s$)/(mmol/L)	4.83 ± 1.06	4.89 ± 0.97	0.179	0.779
TG($\bar{x} \pm s$)/(mmol/L)	1.56 ± 0.95	1.73 ± 0.83	-0.901	0.370
LDL($\bar{x} \pm s$)/(mmol/L)	2.94 ± 0.94	2.92 ± 0.76	0.129	0.898
CR($\bar{x} \pm s$)/(μmol/L)	59.99 ± 14.53	60.54 ± 10.56	-0.202	0.840
Hb($\bar{x} \pm s$)/(g/L)	135.07 ± 14.69	134.69 ± 16.05	0.116	0.908
红细胞压积/%	39.66 ± 4.13	39.88 ± 4.92	-0.226	0.822

注:TNT为肌钙蛋白T;NT-proBNP为N末端脑利钠肽前体;TC为总胆固醇;TG为甘油三酯;LDL为低密度脂蛋白;CR为肌酐;Hb为血红蛋白。

性化运动康复训练。西医常规治疗方案参照《中国经皮冠状动脉介入治疗指南(2016)》^[14]相关内容制定。个性化运动康复训练方案参照《经皮冠状动脉介入治疗术后运动康复专家共识》^[15]中相关内容制定。第1天:协助下练习翻身,被动活动关节,按摩肌群。第2天:协助下练习坐起,主动活动四肢关节。第3天:协助下练习床边站立及慢走30 m。第4~7天:协助下适速步行50~400 m。第8~10天:每日自主步行400~800 m。第15~28天:根据患者恢复情况设计个性化运动处方,增加有氧、抗阻、平衡和柔韧性训练。

2.1.2 治疗组

治疗组患者在接受对照组治疗方案的基础上,加服益心通络汤。益心通络汤药物组成:黄芪30 g,党参15 g,麦冬20 g,丹参15 g,降香12 g,枳壳12 g,川芎12 g,茯苓20 g,制半夏9 g,瓜蒌15 g,薤白15 g,陈皮15 g,甘草9 g。日1剂,每剂药物浓煎取药液200~300 mL,早晚分服,连续服用4周。

2.2 观察指标

2.2.1 身体素质水平

比较两组患者治疗后的身体素质水平,包括坐位体前屈水平、闭眼单腿站立时间、台阶指数、肺活量四项,这四项指标主要反映患者下肢活动度、身体平衡能力以及心肺功能。

2.2.2 六分钟步行试验(6MWT)距离

治疗前后均通过6MWT评估两组患者日常体力活动下的运动耐量和心肺功能状态。试验过程中要求患者在平直走廊里尽可能快地行走,测定6 min的步行距离。

2.2.3 中国心血管病患者生活质量评定问卷(CQQC)评分

治疗前后两组患者均进行CQQC评分。CQQC从体力、病情、医疗状况、一般生活、社会心理状况、工作状况六方面评估患者的生活质量,评分范围为

0~154分,分值越高说明患者生活质量越高^[16]。

2.2.4 左室射血分数(LVEF)

治疗前后均采用彩色多普勒超声检测两组患者的LVEF。

2.2.5 血浆脑利尿钠肽(BNP)水平

治疗前后均取患者静息状态下静脉血3 mL,采用全自动免疫分析仪测定血浆BNP水平。

2.2.6 中医四诊信息计分

比较两组患者治疗前后的中医四诊信息计分。中医四诊信息计分表主要由通过望、闻、问、切得出的各种相关症状(如胸闷、胸痛、气短、乏力、精神倦怠、舌质紫暗等)以及舌苔、脉象等组成,共48个条目,将各条目按严重程度分为无、轻、中、重4个等级,并依次计0、1、2、3分,各条目得分相加即为中医四诊信息计分^[5]。

2.2.7 不良反应情况

治疗过程中记录两组患者的不良反应情况。

2.3 中医证候疗效标准

根据治疗前后中医四诊信息计分变化情况评价中医证候疗效。显效:中医四诊信息计分减少 $\geq 70\%$ 。有效:中医四诊信息计分减少 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$ 。无效:中医四诊信息计分减少 $< 30\%$ 。

2.4 统计学方法

运用SPSS 26.0软件对研究数据进行统计学分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验或秩和检验;计数资料和等级资料采用 χ^2 检验或非参数秩和检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组身体素质水平比较

治疗后,治疗组患者的坐位体前屈水平、闭眼单腿站立时间、台阶指数、肺活量均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

3.2 两组6MWT距离比较

治疗前,两组患者6MWT距离比较,差异无统

表2 两组急性心肌梗死经皮冠脉介入术后气虚痰瘀证患者治疗后身体素质水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	坐位体前屈水平/cm	闭眼单腿站立时间/s	台阶指数	肺活量/mL
治疗组	90	4.33 ± 1.21	16.47 ± 2.35	43.08 ± 5.77	2 710.63 ± 480.97
对照组	90	3.28 ± 1.02	15.64 ± 2.84	40.62 ± 5.41	2 687.54 ± 412.20
P 值		0.018	0.012	0.006	0.001

计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者6MWT距离均较治疗前增加,差异有统计学意义($P<0.05$),但两组6MWT距离比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表3。

3.3 两组CQQC评分比较

治疗前,两组患者CQQC评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者CQQC评分均较治疗前升高,差异有统计学意义($P<0.05$),且治疗组CQQC评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

3.4 两组LVEF比较

治疗前,两组患者LVEF比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者LVEF均较治疗前升高,但差异无统计学意义($P>0.05$)。见表5。

3.5 两组血浆BNP水平比较

治疗前,两组患者血浆BNP水平比较,差异无统

计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者血浆BNP水平均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$),且治疗组患者血浆BNP水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表6。

3.6 两组中医四诊信息计分比较

治疗前,两组患者中医四诊信息计分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者中医四诊信息计分均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$),且治疗组中医四诊信息计分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表7。

3.7 两组中医证候疗效比较

治疗后,治疗组中医证候疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表8。

3.8 两组不良反应情况比较

治疗过程中,两组患者均未出现严重不良反应,但治疗组有2例患者服用中药后出现轻度腹泻症状,

表3 两组急性心肌梗死经皮冠脉介入术后气虚痰瘀证患者治疗前后六分钟步行试验(6MWT)距离比较($\bar{x}\pm s$) m

组别	例数	治疗前	治疗后	P值
治疗组	90	421.52±63.42	630.31±67.26	0.010
对照组	90	426.33±57.61	615.20±83.44	0.018
P值		0.656	0.310	

表4 两组急性心肌梗死经皮冠脉介入术后气虚痰瘀证患者治疗前后CQQC评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后	P值
治疗组	90	67.05±3.53	92.79±4.65	<0.001
对照组	90	65.79±3.43	83.56±4.46	0.001
P值		0.629	0.026	

注:CQQC为中国心血管病患者生活质量评定问卷。

表5 两组急性心肌梗死经皮冠脉介入术后气虚痰瘀证患者治疗前后左室射血分数(LVEF)比较($\bar{x}\pm s$) %

组别	例数	治疗前	治疗后	P值
治疗组	90	55.05±6.16	59.69±3.86	0.060
对照组	90	56.40±5.53	58.40±3.94	0.120
P值		0.890	0.152	

表6 两组急性心肌梗死经皮冠脉介入术后气虚痰瘀证患者治疗前后血浆脑利钠肽(BNP)水平比较($\bar{x}\pm s$) pg/mL

组别	例数	治疗前	治疗后	P值
治疗组	90	930.15±101.82	261.05±23.43	<0.001
对照组	90	919.45±102.43	322.15±23.54	<0.001
P值		0.315	0.012	

表7 两组急性心肌梗死经皮冠脉介入术后气虚痰瘀证患者治疗前后中医四诊信息计分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后	P值
治疗组	90	29.08 ± 7.69	14.92 ± 4.13	<0.001
对照组	90	28.60 ± 5.35	21.53 ± 3.24	0.001
P值		0.413	0.019	

表8 两组急性心肌梗死经皮冠脉介入术后气虚痰瘀证患者中医证候疗效比较 例(占比/%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效	P值
治疗组	90	22(24.44)	65(72.22)	3(3.33)	87(96.67)	0.015
对照组	90	17(18.89)	61(67.78)	12(13.33)	78(86.67)	

1例患者出现头晕恶心症状,对症处理3d后症状均缓解。

4 讨论

急性心肌梗死属于中医学胸痹、真心痛等范畴^[17],其发生发展与饮食不节、情志失调、寒邪内侵等多种因素致使瘀血浊痰痹阻心脉有关。中医学认为胸痹的病机特点为虚实夹杂,本虚是发病基础,可表现为脏腑气血阴阳亏虚,标实是发病条件,包括寒凝、血瘀、痰浊、气滞等,本虚与标实常相兼为病。临床防治胸痹多以补虚泻实为原则,辨证采用补气宁心、活血化瘀、化痰降浊等治法。张美荣^[18]研究了369例急性心肌梗死患者的证素特点,发现各证素占比顺序为气虚(21.0%)>痰浊(16.1%)>血瘀(15.2%)>阳虚(13.7%)>阴虚(12.3%)>气滞(8.9%)>寒凝(7.9%)>热蕴(4.9%)。张敏州等^[19]发现在国际标准治疗基础上加用益气活血化瘀中药能降低急性心肌梗死患者发生主要不良心血管事件的风险,提高患者LVEF,延缓心室重构。可见气虚痰瘀为心肌梗死的常见证型,临床治疗心肌梗死常从益气活血化瘀入手。因此,本研究以急性心肌梗死PCI术后气虚痰瘀证患者为研究对象,采用益心通络汤联合个性化运动康复训练治疗。

益心通络汤由党参、丹参、瓜蒌等13味药物组成。方中党参大补元气以促血行,丹参活血祛瘀、养血安神,瓜蒌涤痰散结、宽胸理气,三者共为君药,共奏益气活血、祛瘀化痰、通脉止痛之功;黄芪补气固表,与党参配伍补气之力更强,制半夏燥湿化痰,川芎活血止痛,茯苓利水渗湿,以上四味为臣,助君药以达益气活血化瘀之功;降香行气活血、祛瘀止痛,

枳壳行气宽中,陈皮理气祛痰,薤白宽胸散结、通阳止痛,麦冬滋阴养脉、兼扶正气,以上五味为佐药;甘草调和诸药为使。全方通补兼施,标本兼治,共奏益气活血、化痰祛瘀之效。程源^[20]通过动物实验发现,益心通络胶囊活血化瘀的机制可能与抑制纤维蛋白原合成、抑制凝血酶活性、降低血液中促凝物质的生成、激活外源性凝血系统及抑制纤维蛋白原有关。

随着急性心肌梗死PCI术后患者对生活质量、心功能要求的提高,近年来有关PCI术后心脏康复的研究越来越多。莫敏琪^[21]开展的研究表明,对PCI术后患者在常规术后康复的基础上给予心脏康复训练,可改善其最大氧脉搏、最大摄氧量等心肺功能指标,促进其运动能力的恢复。许群锋等^[22]发现,对急性心肌梗死PCI术后患者进行早期运动康复训练,可有效提升患者的心肌细胞收缩能力,降低患者血浆BNP水平,提高其心脏泵功能。王莎莎等^[23]发现,依据急性心肌梗死PCI术后患者心功能特点开展个性化运动康复训练,可以提高其6MWT距离、CQQC评分和生活质量。个性化运动康复可增强运动耐力,改善患者预后,降低动脉粥样硬化、冠脉再狭窄等不良事件的发生率^[24-25]。因此,本研究以药物治疗配合个性化运动康复训练,目的是增加患者的运动耐量,提升其运动功能,从而促进患者身体功能恢复、改善其生活质量。

本研究结果显示,益心通络汤联合个性化运动康复训练能提高急性心肌梗死PCI术后气虚痰瘀证患者的身体素质、步行能力和生活质量,缓解临床症状,改善LVEF和血浆BNP水平,且安全性较高。因此,本研究为临床采用中药配合运动康复训练促进

心肌梗死患者PCI术后恢复提供了依据,今后可在此基础上进行相关机制研究,以提高证据的可靠性。

[参考文献]

- [1] 李佳丹,高逸凡,张赢月,等. 急性心肌梗死的中医药治疗及研究进展[J]. 中国循证心血管医学杂志,2022,14(4):504-506.
- [2] 《中国心血管健康与疾病报告》编写组. 《中国心血管健康与疾病报告2021》要点解读[J]. 中国心血管杂志,2022,27(4):305-318.
- [3] 王鹏飞,陈亚丽. 急性心肌梗死病人PCI术后心脏康复的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(12):2201-2205.
- [4] 李春兰,陈哲林,樊艳艳. 养心汤治疗急性心肌梗死PCI术后气虚血瘀证的疗效评价[J]. 山东中医杂志,2013,32(12):883-885.
- [5] 尹彤. 生脉化痰方对急性心肌梗死PCI术后运动康复患者心功能及生活质量的影响[D]. 济南:山东中医药大学,2021.
- [6] 王萍,余萍,汤瑶,等. 运动训练结合揞针治疗对老年冠心病患者认知、心理和睡眠的影响[J]. 山东中医杂志,2022,41(1):72-77.
- [7] 韦冬梅,赵壮志,沈贵琴. 冠心病心脏康复诊疗进展[J]. 光明中医,2022,37(16):3057-3060.
- [8] 江巍,陈贤坤,丁荣晶,等. 发挥中国传统运动在心脏康复中的价值[J]. 中华全科医师杂志,2022,21(10):914-918.
- [9] 宋彤彤,樊民,伍锋,等. 急性心肌梗死介入术后病人中医心脏康复研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(3):477-479.
- [10] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)[J]. 中华心血管病杂志,2019,47(10):766-783.
- [11] COLLET J P, THIELE H, BARBATO E, et al. Comments on the 2020 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [J]. Rev Esp Cardiol(Engl Ed),2021,74(6):482-487.
- [12] 黄春林,邹旭. 心血管科专病中医临床诊治[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2013:191-198.
- [13] 中华中医药学会介入心脏病学专业委员会. 经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后胸痛中医诊疗专家共识[J]. 中医杂志,2014,55(13):1167-1170.
- [14] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组,中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国经皮冠状动脉介入治疗指南(2016)[J]. 中华心血管病杂志,2016,44(5):382-400.
- [15] 中国医师协会心血管内科医师分会预防与康复专业委员会. 经皮冠状动脉介入治疗术后运动康复专家共识[J]. 中国介入心脏病学杂志,2016,24(7):361-369.
- [16] 刘江生,马琛明,涂良珍,等. “中国心血管病人生活质量评定问卷”常模的测定[J]. 心血管康复医学杂志,2009,18(4):305-309.
- [17] 高婷婷,杨宏昕,金锐. 不同教材/指南冠心病中医分型和治疗中成药对比分析[J]. 中国医院药学杂志,2024,44(17):2050-2055.
- [18] 张美荣. 急性心肌梗死患者中医证素分布特点与相关影响因素分析[D]. 乌鲁木齐:新疆医科大学,2021.
- [19] 张敏州,郭力恒,王萧,等. 益气活血化痰法治疗急性心肌梗死关键技术体系的创建及临床推广应用[R]. 广东省中医院,2020.
- [20] 程源. 益心通络胶囊的活血化痰药效学研究及其生物检定法初探[D]. 北京:北京中医药大学,2016.
- [21] 莫敏琪. 基于7天心脏康复运动程序的康复训练对急性心肌梗死PCI术后患者心肺功能和运动能力的影响[J]. 心血管病防治知识,2021,11(32):48-50.
- [22] 许群锋,陈静,赵佳敏,等. 常规疗法结合早期心脏康复方案用于急性心梗经皮冠状动脉介入术后对患者CRP、BNP及心功能指标的调节[J]. 医药论坛杂志,2022,43(4):70-73.
- [23] 王莎莎,赵巧燕. 心脏康复运动疗法在急性心肌梗死患者PCI术后康复中的应用效果[J]. 中国民康医学,2023,35(2):181-183.
- [24] 孟玲丽,韩金霞,王吉佳. 慢性稳定型心力衰竭患者接受个体化心脏运动康复训练对其心肺功能的影响研究[J]. 反射疗法与康复医学,2020(15):3.
- [25] 刘建邦,付宏宇. 个体化心脏康复训练对老年慢性冠心病患者PCI术后心肺功能及运动耐力的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2021(7):2.

脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后复发危险因素的 Logistic回归分析

梁洁¹, 闵沙², 王一清³, 李彤¹, 石啸双¹

(1.北京中医药大学第三附属医院,北京 100029; 2.四川省邛崃市中医医院,四川 成都 611500; 3.湖北省中医院,湖北 武汉 430000)

[摘要] 目的:基于Logistic回归分析探讨脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后复发的危险因素。方法:将140例脾虚血瘀型结直肠腺瘤患者根据术后1年是否复发分为复发组(68例)与非复发组(72例),比较两组患者的基本信息、中医症状、术前腺瘤特征,并用Logistic回归模型分析脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后复发的危险因素。结果:两组患者年龄、性别、腺瘤数量、最大腺瘤直径比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。Logistic回归分析提示男性($OR=2.106$)、年龄 ≥ 50 岁($OR=2.090$)、腺瘤数量 ≥ 3 个($OR=2.318$)和最大腺瘤直径 ≥ 10 mm($OR=2.508$)为脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后复发的危险因素($P<0.05$)。结论:男性、年龄 ≥ 50 岁、腺瘤数量 ≥ 3 个和最大腺瘤直径 ≥ 10 mm的脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后患者应在术后定期进行肠镜监测,预防复发。

[关键词] 脾虚血瘀;结直肠腺瘤;术后复发;危险因素;Logistic回归分析

[中图分类号] R273

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0061-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.011

Logistic Regression Analysis of Risk Factors For Postoperative Recurrence of Colorectal Adenoma with Spleen Deficiency and Blood Stasis Syndrome

LIANG Jie¹, MIN Sha², WANG Yiqing³, LI Tong¹, SHI Xiaoshuang¹

(1.The Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2.Qionglai Hospital of Traditional Chinese Medicine in Sichuan Province, Chengdu 611500, China; 3.Hubei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuhan 430000, China)

Abstract Objective: To explore the risk factors for postoperative recurrence of colorectal adenoma with spleen deficiency and blood stasis syndrome based on Logistic regression analysis. **Methods:** A total of 140 patients with colorectal adenoma and spleen deficiency and blood stasis syndrome were divided into a recurrence group (68 cases) and a non-recurrence group (72 cases) according to whether there was recurrence one year after the operation. The basic information, traditional Chinese medicine (TCM) symptom and preoperative adenoma characteristics of the two groups were compared, and the risk factors for postoperative recurrence of colorectal adenoma with spleen deficiency and blood stasis syndrome were analyzed by Logistic regression model. **Results:** There were significant differences in age, gender distribution, number of adenomas, and the diameter of the largest adenoma between the two groups ($P<$

[收稿日期] 2024-09-12

[基金项目] 北京中医药大学“211工程”项目(编号:2019-JYB-JS-171)

[作者简介] 梁洁,主治医师,主要从事脾胃病研究。

[通信作者] 石啸双,主治医师,主要从事中医脾胃病临床及基础研究,邮箱:massxs@163.com。

0.05)。Logistic regression analysis indicated that male ($OR=2.106$), age ≥ 50 years old ($OR=2.090$), the number of adenomas ≥ 3 ($OR=2.318$), and the diameter of the largest adenoma ≥ 10 mm ($OR=2.508$) were risk factors for postoperative recurrence of colorectal adenoma with spleen deficiency and blood stasis syndrome ($P<0.05$). **Conclusion:** Postoperative male patients with colorectal adenoma and spleen deficiency and blood stasis syndrome, age ≥ 50 years old, having 3 or more than 3 adenomas, and the diameter of the largest adenoma ≥ 10 mm, should undergo regular colonoscopy monitoring to prevent recurrence.

Keywords spleen deficiency and blood stasis; colorectal adenoma; postoperative recurrence; risk factors; Logistic regression analysis

结直肠腺瘤指起源于结直肠黏膜上皮并凸入腔内的良性肿瘤^[1],结直肠腺瘤具有高癌变的特点,现已证实,70%以上的结直肠癌是由结直肠腺瘤演变而来^[2-3]。目前,结直肠腺瘤的治疗以内镜下切除为主,但术后仍有很高的复发率,一项Meta分析研究发现,结肠息肉术后1年的复发率为37%^[4]。因此,定期监测和预防结直肠腺瘤术后复发及癌变成为临床研究的热点^[5]。有研究表明,结直肠腺瘤术后复发与患者年龄、性别和腺瘤性质等因素有关^[6-7]。

结直肠腺瘤属于中医学肠覃、肠癖、癥瘕、泄泻等范畴。多项临床研究发现大多数结直肠腺瘤患者存在不同程度的脾虚,脾虚型患者手术仅钳除有形之瘤,血瘀等邪气仍留存于内,宿邪不除,日久又凝聚成瘤,反复发作^[8-9]。基于此,本研究针对脾虚血瘀型结直肠腺瘤开展调查研究,采用Logistic回归模型分析其术后复发危险因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2022年1月至12月在北京中医药大学第三附属医院脾胃病科门诊及病房治疗的脾虚血瘀型结直肠腺瘤患者140例,按照术后1年是否复发分为复发组(68例)和非复发组(72例)。收集两组患者的基本信息、中医症状信息和术前腺瘤特征信息。基本信息包括性别和年龄,参考有关文献,年龄分为 <50 岁和 ≥ 50 岁^[10];中医症状包括腹部不适、腹泻、乏力、舌淡暗、弱脉;术前腺瘤特征包括最大腺瘤直径、腺瘤数量和腺瘤病理类型,参考有关文献,最大腺瘤直径分为 <10 mm和 ≥ 10 mm,数量分为 <3 个和 ≥ 3 个,病理类型分为管状腺瘤、绒毛状腺瘤和管状绒毛状腺瘤^[11-12]。比较分析两组患者基本信息、中医症状和术前腺瘤特征的差异,对差异有统计学意义的项

目进行Logistic回归分析。

1.2 纳入标准

①经肠镜检查发现息肉;②病理检查符合《中国结直肠肿瘤筛查、早诊早治和综合预防共识意见(一)》^[13]和《胃肠道腺瘤和良性上皮性息肉的病理诊断共识》^[1]中结直肠腺瘤的诊断标准;③中医四诊信息符合《中医病证诊断疗效标准》^[14]脾虚血瘀证的诊断标准。

1.3 排除标准

①妊娠或正准备妊娠的妇女,哺乳期妇女;②大肠家族性腺瘤性息肉患者;③合并严重的肝、肾、心、脑、造血等系统严重原发性疾病者;④无法配合随访者。

1.4 统计学方法

运用SPSS 25.0软件进行统计学分析,计数资料用例数和百分比表示,两组间比较采用卡方检验,采用二元Logistic回归模型分析脾虚血瘀型结直肠腺瘤患者术后复发的危险因素。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 两组基本信息比较

年龄方面,复发组年龄 <50 岁和年龄 ≥ 50 岁的患者占比分别为42.6%和57.4%,非复发组年龄 <50 岁和年龄 ≥ 50 岁的患者占比分别为62.5%和37.5%,两组年龄分布比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。性别方面,复发组男性和女性患者占比分别为69.1%和30.9%,非复发组男性和女性患者占比均为50.0%,两组性别分布比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组中医症状比较

结直肠腺瘤脾虚血瘀证患者可有腹部不适、腹泻、乏力、舌淡暗、弱脉等症状,部分患者同时具有多

个症状。分析显示,乏力症状在两组中占比最大,腹部不适症状在两组中占比最小,两组症状分布比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表2。

2.3 两组腺瘤特征比较

数量方面,复发组腺瘤数量 <3 个和腺瘤数量 ≥ 3 个的患者占比分别为35.3%和64.7%,非复发组腺瘤数量 <3 个和腺瘤数量 ≥ 3 个的患者占比分别为59.7%和40.3%,两组腺瘤数量比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。最大腺瘤直径方面,复发组最大腺瘤直径 <10 mm和最大腺瘤直径 ≥ 10 mm的患者占比分别为27.9%和72.1%,非复发组最大腺瘤直径 <10 mm和最大腺瘤直径 ≥ 10 mm的患者占比分别为52.8%和47.2%,两组最大腺瘤直径比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组腺瘤病理类型比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表3。

2.4 二元Logistic回归分析结果

将年龄、性别、腺瘤数量、最大腺瘤直径纳入二元Logistic回归分析,男性、年龄 ≥ 50 岁、腺瘤数量 ≥ 3 个和最大腺瘤直径 ≥ 10 mm的OR值分别为2.106、2.090、2.318和2.508,说明这四项均为脾虚血瘀型结直肠腺瘤患者术后复发的危险因素($P<0.05$)。见表4。

3 讨论

结直肠癌是全球第三大常见的恶性肿瘤,约占全世界每年诊断的所有癌症和癌症相关死亡的10%^[15]。结直肠癌的发病率和死亡率在中国所有恶性肿瘤中分别排名第三和第五^[16]。因此,定期随访与监测,预防结直肠腺瘤术后复发,是结直肠腺瘤二级预防和结直肠癌一级预防的研究重点^[17]。通过分析结直肠腺瘤术后复发的影响因素,构建脾虚血瘀

表1 两组脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后患者基础信息比较

组别	例数	年龄		性别	
		<50 岁	≥ 50 岁	男	女
复发组	68	29(42.6)	39(57.4)	47(69.1)	21(30.9)
非复发组	72	45(62.5)	27(37.5)	36(50.0)	36(50.0)
<i>P</i> 值		<0.05		<0.05	

表2 两组脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后患者中医症状比较

组别	例数	腹部不适	腹泻	乏力	舌淡暗	弱脉
复发组	68	11(16.2)	23(33.8)	41(60.3)	31(45.6)	25(36.8)
非复发组	72	9(12.5)	19(26.3)	38(52.8)	29(40.3)	27(37.5)

表3 两组脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后患者腺瘤特征比较

组别	例数	腺瘤数量		最大腺瘤直径		病理类型		
		<3 个	≥ 3 个	<10 mm	≥ 10 mm	管状腺瘤	绒毛状腺瘤	管状绒毛状腺瘤
复发组	68	24(35.3)	44(64.7)	19(27.9)	49(72.1)	49(72.1)	13(19.1)	6(8.8)
非复发组	72	43(59.7)	29(40.3)	38(52.8)	34(47.2)	55(76.4)	15(20.8)	2(2.8)
<i>P</i> 值		<0.05		<0.05		>0.05		

表4 脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后复发危险因素Logistic回归分析

危险因素	回归系数(<i>B</i>)	标准误(<i>SE</i>)	Wald值	<i>P</i> 值	OR	95%CI
男性	0.745	0.376	3.935	0.047	2.106	1.009~4.398
年龄 ≥ 50 岁	0.737	0.370	3.981	0.046	2.090	1.013~4.313
腺瘤数量 ≥ 3 个	0.841	0.371	5.144	0.023	2.318	1.121~4.792
最大腺瘤直径 ≥ 10 mm	0.919	0.379	5.890	0.015	2.508	1.194~5.270

型结直肠腺瘤术后复发的预测模型,对可能复发的脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后患者进行早期监测及干预,对降低结直肠腺瘤的复发率与癌变率具有重要意义。

3.1 脾虚血瘀型结直肠腺瘤的病机

中医学认为,结直肠腺瘤是由于机体在多种因素的影响下,脾失健运,气血运行不畅,瘀血痰浊内生,从而发为息肉,而结直肠腺瘤内镜下切除后,脾气虚弱、瘀血阻滞的病机并未改变,并且手术创伤使脾气虚弱、瘀血阻滞进一步加重,从而导致结直肠腺瘤复发^[6,8]。有研究者对643例结直肠腺瘤患者的临床资料进行横断面-回顾性分析,结果显示,脾虚夹瘀证占比74.3%,由此推测结直肠腺瘤的病机以脾虚为本、瘀血为标^[8];还有研究发现,脾虚血瘀型结直肠腺瘤相比其他证型更易复发,脾虚血瘀型结直肠腺瘤患者术后用健脾法进行干预,可预防复发^[18]。脾虚血瘀型结直肠腺瘤患者早期可无明显症状,虚实夹杂日久,脾虚无力运化,瘀血内阻加重,可表现为腹痛、腹泻、便血等症状。本研究中,复发组患者腹部不适、腹泻、乏力等症状的占比虽然略高于非复发组,但差异无统计学意义,原因可能是结直肠腺瘤患者多数无特异性表现和临床体征,且本研究样本量较小。考虑目前缺少结直肠腺瘤相关的中医证候量表,因此,今后可进一步探究制定相关量表,指导临床诊疗。

3.2 年龄、性别与脾虚血瘀型结直肠腺瘤复发的相关性

结直肠腺瘤的生长及复发与患者年龄和性别密切相关。Karsenti等^[3]分析了6 027份结肠镜检查结果,发现年龄 ≥ 45 岁人群的腺瘤检出率和晚期肿瘤形成率较年龄 < 45 岁人群增加2倍。Lin等^[19]在对广州200万老年人进行大肠癌筛查时发现,结直肠癌和晚期腺瘤的阳性预测值随着年龄和男性数量的增加而增加。本研究发现,复发组男性患者和年龄 ≥ 50 岁患者占比均高于非复发组,二元Logistic分析结果表明,男性和年龄 ≥ 50 岁均为脾虚血瘀型结直肠腺瘤患者术后复发的独立危险因素($P < 0.05$),这与国内外结直肠腺瘤术后复发的研究报道结果一致^[20-22]。张君等^[20]在对结直肠腺瘤切除术后再发风险的研究中发现,再发组男性占比高于未再发组($P < 0.05$)。

Pommergaard等^[23]对427例肠息肉术后患者随访3年,发现年龄 < 50 岁患者的复发率为19%,年龄 > 70 岁患者的复发率为35%。因此,高龄男性结直肠腺瘤患者术后需定期随访与监测,预防结直肠腺瘤复发。

3.3 术前结直肠腺瘤数量、直径、病理类型与结直肠腺瘤复发的相关性

结直肠腺瘤的大小、数量也与结直肠腺瘤的复发密切相关^[3,24]。英国胃肠病学会发布的2020版《息肉切除术后和结直肠癌切除术后监测指南》^[25]指出,息肉数量 ≥ 2 个且至少有1个息肉直径 ≥ 10 mm为结直肠癌的危险因素。美国结直肠癌多社会工作组也建议腺瘤数量为5~10个或最大腺瘤直径 ≥ 10 mm的患者应在术后3年内接受监测^[26]。本研究结果显示,复发组中腺瘤数量 ≥ 3 个的患者和最大腺瘤直径 ≥ 10 mm的患者占比均明显高于非复发组。在Logistic回归分析中,腺瘤数量 ≥ 3 个和最大腺瘤直径 ≥ 10 mm这两项因素的OR值分别为2.318和2.508,说明二者均为脾虚血瘀型结直肠腺瘤患者术后复发的危险因素。目前,各地区对不同直径、不同数量腺瘤的术后监测尚无统一标准,原因可能是腺瘤复发受多种因素的影响,不同地区腺瘤复发率的差异可能与饮食等因素相关^[27]。

综上,本研究基于年龄、性别、腺瘤数量、最大腺瘤直径构建了脾虚血瘀型结直肠腺瘤术后复发的Logistic回归预测概率模型,该模型的构成指标易于临床获取,实用性较高。但本研究为单中心研究,样本量较小且较局限,期望今后可以扩大样本量,进行分层、分证型研究,并进行多中心调查,从而进一步建立预测进展型腺瘤复发风险模型。

[参考文献]

- [1] 中华医学会病理学分会消化病学组. 胃肠道腺瘤和良性上皮性息肉的病理诊断共识[J]. 中华病理学杂志, 2020,49(1):3-11.
- [2] DEKKER E, TANIS P J, VLEUGELS J, et al. Colorectal cancer[J]. Lancet, 2019,394(10207):1467-1480.
- [3] KARSENTI D, THARSIS G, BURTIN P, et al. Adenoma and advanced neoplasia detection rates increase from 45 years of age[J]. World J Gastroenterol, 2019,25(4):447-456.
- [4] SHI X, YANG Z P, WU Q, et al. Colorectal adenoma recurrence rates among post-polypectomy patients in the

- placebo-controlled groups of randomized clinical trials: a meta-analysis[J]. *Oncotarget*, 2017, 8(37):62371-62381.
- [5] HARTLEY I, MANGIRA D, MOSS A. Adenoma recurrence after colorectal endoscopic resection: it ain't over 'til it's over[J]. *Gastrointest Endosc*, 2019, 90(1):137-140.
- [6] 贾馥华, 屈亚威, 刘海峰. 结直肠腺瘤切除术后复发情况及相关影响因素分析[J]. *中华灾害救援医学*, 2019, 7(1):27-30.
- [7] FACCIORUSSO A, MASO M D, SERVIDDIO G, et al. Factors associated with recurrence of advanced colorectal adenoma after endoscopic resection[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2016, 14(8):1148-1154.
- [8] 赵硕琪, 惠逸帆, 李柳, 等. 健脾法治疗结直肠腺瘤术后疗效和安全性 Meta 分析[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2024, 30(14):130-137.
- [9] 胡聃. 脾虚证在结直肠腺瘤中的流行规律及其表观遗传学基础[D]. 上海:上海中医药大学, 2021.
- [10] DIAMOND S J, ENESTVEDT B K, JIANG Z, et al. Adenoma detection rate increases with each decade of life after 50 years of age [J]. *Gastrointest Endosc*, 2011, 74(1):135-140.
- [11] LIEBERMAN D, SULLIVAN B A, HAUSER E R, et al. Baseline colonoscopy findings associated with 10-year outcomes in a screening cohort undergoing colonoscopy surveillance [J]. *Gastroenterology*, 2020, 158(4):862-874.
- [12] ANDERSON J C, REX D K, ROBINSON C, et al. Association of small versus diminutive adenomas and the risk for metachronous advanced adenomas: data from the New Hampshire Colonoscopy Registry[J]. *Gastrointest Endosc*, 2019, 90(3):495-501.
- [13] 中华医学会消化病学分会. 中国结直肠肿瘤筛查、早诊早治和综合预防共识意见(一)[J]. *中华消化杂志*, 2012, 32(1):1-10.
- [14] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国中医药出版社, 2017:201-202.
- [15] SIEGEL R L, MILLER K D, JEMAL A. Cancer statistics, 2015[J]. *CA Cancer J Clin*, 2015, 65(1):5-29.
- [16] National Health Commission of the People's Republic of China. Chinese protocol of diagnosis and treatment of colorectal cancer (2020 edition) [J]. *Chin J Surg*, 2020, 58(8):561-585.
- [17] SERRA-ARACIL X, RUIZ-EDO N, CASALOTS-CASADO A, et al. Importance of resection margins in the treatment of rectal adenomas by transanal endoscopic surgery[J]. *J Gastrointest Surg*, 2019, 23(9):1874-1883.
- [18] 毛文昕, 钟子劭, 黄穗平, 等. 腺瘤性息肉发病危险因素及中医机制分析[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2019, 27(10):726-729, 734.
- [19] LIN G Z, FENG Z Q, LIU H Z, et al. Mass screening for colorectal cancer in a population of two million older adults in Guangzhou, China[J]. *Sci Rep*, 2019, 9(1):10424.
- [20] 张君, 孙百合, 方雅丽, 等. 结肠镜下结直肠腺瘤切除术后复发风险预测模型的建立和验证[J]. *现代肿瘤医学*, 2024, 32(3):496-502.
- [21] BANIBAKHSH A, SIDHU D, KHAN S, et al. Sex steroid metabolism and action in colon health and disease [J]. *J Steroid Biochem Mol Biol*, 2023, 233:106371.
- [22] XU J, HE W, ZHANG N N, et al. Risk factors and correlation of colorectal polyps with type 2 diabetes mellitus[J]. *Ann Palliat Med*, 2022, 11(2):647-654.
- [23] POMMERGAARD H C, BURCHARTH J, ROSENBERG J, et al. Advanced age is a risk factor for proximal adenoma recurrence following colonoscopy and polypectomy[J]. *Br J Surg*, 2016, 103(2):e100-e105.
- [24] RUTTER M D, BRETTHAUER M, HASSAN C, et al. Principles for evaluation of surveillance after removal of colorectal polyps: recommendations from the world endoscopy organization [J]. *Gastroenterology*, 2020, 158(6):1529-1533.
- [25] MONAHAN K J, BRADSHAW N, DOLWANI S, et al. Guidelines for the management of hereditary colorectal cancer from the British Society of Gastroenterology (BSG)/Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI)/United Kingdom Cancer Genetics Group (UKCGG)[J]. *Gut*, 2020, 69(3):411-444.
- [26] GUPTA S, LIEBERMAN D, ANDERSON J C, et al. Recommendations for follow-up after colonoscopy and polypectomy: a consensus update by the US multi-society task force on colorectal cancer[J]. *Gastrointest Endosc*, 2020, 91(3):463-485.
- [27] KOHLER L N, HARRIS R B, OREN E, et al. Adherence to nutrition and physical activity cancer prevention guidelines and development of colorectal adenoma [J]. *Nutrients*, 2018, 10(8):1098.

论著·外治理论与应用

隔药灸脐法治疗肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征 临床研究

马凤君,刘芳,张巍,刘桐,李昕芮,马玉侠

(山东中医药大学,山东 济南 250355)

[摘要] 目的:探讨隔药灸脐法治疗肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征(IBS-D)的临床疗效。方法:选取30例肝郁脾虚型IBS-D患者纳入隔药灸脐组,30例健康志愿者纳入正常对照组,隔药灸脐组患者持续进行2个月的隔药灸脐治疗,正常对照组不予任何干预。观察隔药灸脐组患者治疗前后的IBS症状严重程度量表(IBS-SSS)评分、临床疗效,以及两组纳入者的内脏敏感指数(VSI)量表评分和血清瞬时受体电位香草酸亚型1(TRPV1)、P物质(SP)、降钙素基因相关肽(CGRP)水平。结果:治疗后,隔药灸脐组患者的IBS-SSS量表各条目评分及总分均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.01$),该组的隔药灸脐治疗总有效率100%。入组时,隔药灸脐组的VSI量表评分高于正常对照组($P<0.01$);治疗后,隔药灸脐组的VSI量表评分较入组时降低($P<0.01$)。入组时,隔药灸脐组血清TRPV1、SP、CGRP水平均高于正常对照组($P<0.01$);治疗后,隔药灸脐组血清TRPV1、SP、CGRP水平较入组时降低($P<0.01$)。结论:隔药灸脐法可以改善肝郁脾虚型IBS-D患者的临床症状,降低患者内脏高敏性。

[关键词] 腹泻型肠易激综合征;隔药灸脐;肝郁脾虚;肠易激综合征症状严重程度量表;内脏高敏性

[中图分类号] R245.82

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0066-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.012

Clinical Study on Herb-Partitioned Moxibustion on Navel in Treatment of Irritable Bowel Syndrome with Diarrhea Induced by Liver Depression and Spleen Deficiency

MA Fengjun, LIU Fang, ZHANG Wei, LIU Tong, LI Xinrui, MA Yuxia

(Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China)

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of herb-partitioned moxibustion on the navel in treatment of irritable bowel syndrome with diarrhea (IBS-D) induced by liver depression and spleen deficiency.

Methods: Thirty patients with IBS-D induced by liver depression and spleen deficiency were selected and included in the herb-partitioned moxibustion on the navel group, and 30 healthy volunteers were included in the normal control group. Patients in the herb-partitioned moxibustion on the navel group received continuous treatment with herb-partitioned moxibustion on the navel for 2 months, while the normal

[收稿日期] 2024-08-14

[基金项目] 山东省自然科学基金青年基金项目(编号:ZR2023QH079);国家大学生创新创业训练计划(SRT)项目(编号:20231044103);山东省大学生创新创业训练计划(SRT)项目(编号:S20241044102)

[作者简介] 马凤君,讲师,主要从事经穴药物外治法研究。

[通信作者] 马玉侠,教授,主要从事经穴药物外治法研究。邮箱:myxia1976@163.com。

control group received no intervention. The scores of the Irritable Bowel Syndrome Symptom Severity Scale (IBS-SSS) and clinical efficacy of patients in the herb-partitioned moxibustion on the navel group were observed before and after treatment, as well as the visceral sensitivity index (VSI) scale score and the levels of transient receptor potential vanilloid subtype 1 (TRPV1), substance P (SP), and calcitonin gene-related peptide (CGRP) in serum of the included individuals in both groups. **Results:** After treatment, the score of each item and the total score of the IBS-SSS scale in the patients of the herb-partitioned moxibustion on the navel group were all lower than those before treatment, and the differences were statistically significant ($P < 0.01$). The total effective rate of the herb-partitioned moxibustion on the navel group was 100%. At the time of enrollment, the VSI scale score of the herb-partitioned moxibustion on the navel group was higher than that of the normal control group ($P < 0.01$); after treatment, the VSI scale score of the herb-partitioned moxibustion on the navel group decreased significantly compared with that at the time of enrollment ($P < 0.01$). At the time of enrollment, the levels of serum TRPV1, SP, and CGRP in the herb-partitioned moxibustion on the navel group were all higher than those in the normal control group ($P < 0.01$); after treatment, the levels of serum TRPV1, SP, and CGRP in the herb-partitioned moxibustion on the navel group decreased significantly compared with those at the time of enrollment ($P < 0.01$). **Conclusions:** Herb-partitioned moxibustion on the navel can improve the clinical symptoms of patients with IBS-D induced by liver depression and spleen deficiency and reduce their visceral hypersensitivity.

Keywords irritable bowel syndrome with diarrhea; herb-partitioned moxibustion on the navel; liver depression and spleen deficiency; Irritable Bowel Syndrome Symptom Severity Scale; visceral hypersensitivity

腹泻型肠易激综合征 (IBS-D) 是以腹痛并伴有腹泻反复发作为主要临床症状的难治性、功能性胃肠道疾病, 是临床中最为常见的一种肠易激综合征 (IBS)^[1]。流行病学调查发现, IBS-D 的全球发病率为 4.6%~12.9%, 且近年来发病率呈逐年升高趋势^[1-3]。IBS-D 的发病机制目前尚不明确, 西医治疗本病主要采用止泻药、抗生素、益生菌、抗痉挛药、5-羟色胺 3 (5-HT₃) 受体拮抗剂等, 虽然能暂时缓解症状, 但疗效并不持久, 部分药物还会引发严重不良反应^[4-7]。

IBS-D 属于中医泄泻、腹痛等范畴, 主要病机为脾虚与湿盛, 其发病与肝、脾两脏功能失常关系密切。灸脐法治疗泄泻的历史悠久, 早在宋朝王执中《针灸资生经》中就有“若灸溏泄, 脐中第一”的记载。隔药灸脐法属脐疗法的一种, 是在肚脐 (神阙穴) 给予药物或某些刺激, 以疏通经络、调和阴阳, 进而防治疾病的一种中医外治方法。首届岐黄学者、全国名中医高树中教授自 20 世纪 90 年代便开始对中医学中的脐疗内容进行深入挖掘和系统整理, 已围绕隔药灸脐治疗 IBS-D 开展 30 余年的临床与基础研究。本文观察高树中教授临床验方腹泻方 (由柴胡、

白术、茯苓、木香、吴茱萸、五倍子等组成, 国家发明专利: ZL201110138851.9) 用于隔药灸脐法治疗 IBS-D 的临床疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2022 年 11 月至 2023 年 11 月在山东中医药大学附属医院针灸科、脾胃科就诊的 IBS-D 患者 30 例纳入隔药灸脐组, 同时选择健康志愿者 30 例纳入正常对照组。隔药灸脐组男 14 例、女 16 例, 年龄 (33.73 ± 11.62) 岁; 对照组男 15 例、女 15 例, 年龄 (35.28 ± 10.05) 岁。两组纳入者性别、年龄比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究经山东中医药大学附属医院伦理委员会审查批准, 伦理批件号: (2018) 伦理第 (009 号)-KY。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照罗马 IV 中 IBS-D 的诊断标准^[8]。

1.2.2 中医诊断标准

参照《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见 (2017)》^[9]与《中药新药临床研究指导原则》^[10]中相关内容制定肝郁脾虚证诊断标准。主症: ①腹痛欲

便,便后痛减,大便溏;②症状发作与情志相关。次症:①腹胀不适;②两胁胀满,肠鸣、矢气频;③纳呆;④倦怠乏力。舌脉:舌淡胖,舌边或见齿痕,苔薄白,脉细弦。以上主症及舌脉必备,且需兼有次症2项及以上。

1.3 纳入标准

1.3.1 IBS-D患者纳入标准

①符合IBS-D诊断标准;②年龄18~60岁,性别不限;③进行本研究前3个月内未进行其他治疗、未服用可能影响本研究疗效观察的药物(如匹维溴铵等);④自愿参加本研究并且签署知情同意书。

1.3.2 健康志愿者纳入标准

①年龄18~60岁,性别不限;②身体健康状况可,在进行本研究前3个月内未服用糖皮质激素类、免疫抑制类及抗焦虑类药物;③自愿参加本研究并且签署知情同意书。

1.4 排除标准

①患有炎症性肠病、肠息肉等消化系统器质性疾病兼见腹泻;②患有严重全身性疾病,如心脑血管疾病、代谢疾病、内分泌疾病等;③患有其他会导致药物吸收、分布、排泄等受阻的疾病;④正在参加其他相关试验;⑤妊娠期、哺乳期妇女。

1.5 剔除及脱落标准

①研究过程中不依从研究安排而影响临床疗效评价者;②研究过程中发生严重不良事件或出现其他并发症而无法继续完成研究者;③研究过程中主动要求退出者;④失访者。

2 方法

2.1 治疗方法

研究过程中,对隔药灸脐组患者每周隔药灸脐1次,连续灸治8周,正常对照组志愿者不予干预,仅作对照。

2.1.1 灸脐药粉的制备

将腹泻方的组成药物制成药粉用于灸脐,制作方法如下:柴胡12g、白术9g、茯苓9g、木香9g、吴茱萸6g、五倍子6g等,将药物超微粉碎后混合,过300目筛,密封备用,常温保存。中药饮片均购于山东中医药大学附属医院,并经山东中医药大学中药鉴定专家鉴定为合格品。

2.1.2 治疗过程^[11]

2.1.2.1 面圈制作

取适量小麦面粉,用温水调和并揉捏成高约

2cm、直径约8cm的圆饼状,然后在圆饼正中做一直径约2cm的圆形小孔,使小孔与患者肚脐相契合。于圆饼四周向上捏起高约1cm的边缘,并揉捏塑形,使圆饼小孔周围面饼厚度均匀,然后用保鲜膜覆盖以防止水分丢失,备用。

2.1.2.2 艾炷捏作

将分散的艾绒捏成上尖下平的圆锥形艾炷(高约1cm、直径约1cm),备用。具体操作参照普通高等教育中医药类精编教材《刺灸灸法学》中相关要求^[12]进行。

2.1.2.3 施灸操作

选择相对安静、空气流通、温度适宜的治疗室对患者施以隔药灸脐治疗。患者取仰卧位,充分显露肚脐;施灸医师将准备好的面圈底部放在TDP灯下预热,防止在操作时面圈较凉,接触患者皮肤时引起不适;将预热好的面圈放在患者肚脐皮肤上,面圈中间的小孔需与患者肚脐孔相对,取适量灸脐药粉(6~8g)填入面圈中间孔,以药粉填平为度;将艾炷放在药粉上,点燃艾炷后开始施灸,待艾炷燃尽以后再替换艾炷,反复操作,连续艾灸2h。施灸过程中,嘱受试者闭目静休,以睡眠状态为佳,且注意避免碰触燃烧的艾炷,以防烫伤皮肤。

2.1.2.4 灸后处理

治疗结束后,移除面圈,在肚脐内留适量药粉,以医用无纺布敷贴固封,告知患者24h后自行取下,并用温开水将肚脐清洗干净,嘱患者治疗结束后注意腹部保暖、勿食生冷。

IBS-D患者隔药灸脐示意图见图1。

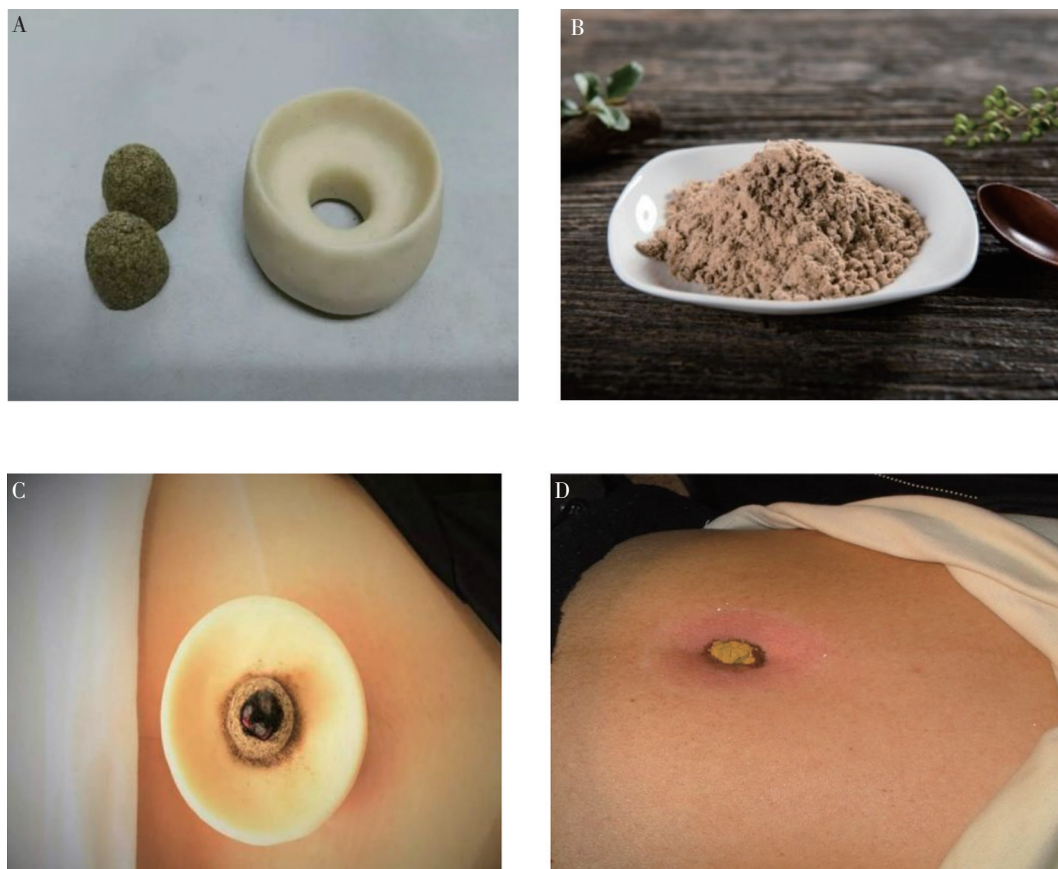
2.2 统计学方法

运用SPSS 22.0软件对研究数据进行统计学分析。符合正态分布的计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验;计数资料以例数或百分比表示,组间比较采用卡方检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

2.3 观察指标

2.3.1 IBS症状严重程度量表(IBS-SSS)评分

治疗前后均对隔药灸脐组患者进行IBS-SSS量表评分。IBS-SSS量表包含腹痛程度、腹痛频率、腹胀程度、排便满意度、生活影响度5个条目,每个条目满分均为100分,量表总分的满分为500分。根据量表总分将IBS症状严重程度划分为4个等级:总分 ≤ 75 分为正常,总分 >75 分但 ≤ 175 分为轻度,总分 $>$



注:A为艾炷(左)、面圈(右);B为按腹泻方配制的灸脐药粉;C为施灸中;D为施灸后。

图1 腹泻型肠易激综合征(IBS-D)患者隔药灸脐示意图

175分但 ≤ 300 分为中度,总分 > 300 分为重度^[13]。

2.3.2 内脏敏感指数(VSI)量表评分

两组纳入者均在入组时进行VSI量表评分,隔药灸脐组患者治疗后再次进行VSI量表评分。VSI量表是用于评估内脏敏感性和胃肠道症状相关的焦虑状态的自评量表,包括15个条目,总分范围为0~75分。评分越高说明内脏敏感性越高、焦虑状态越严重^[14]。

2.3.3 血清瞬时受体电位香草酸亚型1(TRPV1)、P物质(SP)、降钙素基因相关肽(CGRP)水平

隔药灸脐组患者于治疗前和治疗结束后1~2 d、正常对照组于研究前1~2 d检测血清TRPV1、SP、CGRP水平。取空腹静脉血5 mL,以2 000 r/min的离心速度(离心半径8 cm)离心15 min后取上层清液置于 $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ 低温冰箱保存待用。采用酶联免疫吸附法测定血清TRPV1、SP、CGRP水平。

2.4 疗效标准

参照《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见

(2017)》^[9]中的疗效标准对隔药灸脐组患者进行疗效评价。痊愈:治疗后IBS-SSS量表总分 ≤ 75 分。显效:治疗后IBS-SSS量表总分降低1个等级。有效:治疗后IBS-SSS量表总分降低2个等级。无效:治疗后IBS-SSS量表总分仍在原等级或高于原等级。

3 结果

3.1 隔药灸脐组治疗前后IBS-SSS评分比较

治疗后,隔药灸脐组患者的IBS-SSS量表各条目评分及总分均较治疗前降低,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表1。

3.2 两组VSI量表评分比较

入组时,隔药灸脐组VSI量表评分为 (36.88 ± 18.54) 分,正常对照组VSI量表评分为 (5.65 ± 2.33) 分,两组VSI评分比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗后,隔药灸脐组VSI量表评分降低至 (12.42 ± 4.86) 分,与入组时比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3.3 两组血清TRPV1、SP、CGRP水平比较

入组时,隔药灸脐组血清TRPV1、SP、CGRP水平

均高于正常对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗后,隔药灸脐组血清TRPV1、SP、CGRP水平较入组时降低,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表2。

3.4 隔药灸脐组临床疗效

30例IBS-D患者经隔药灸脐治疗后,痊愈9例,显效18例,有效3例,无效0例,总有效率100%。

4 讨论

IBS-D虽不威胁生命,但反复发作的腹痛及排便不规律等症状迁延不愈,给患者的生活带来严重困扰,同时造成了较大的社会经济负担。研究发现,IBS-D的发生发展与内脏敏感性异常、胃肠道动力改变、脑肠轴调节异常、肠道炎症反应、肠道菌群失衡、基因遗传、饮食习惯等因素关系密切^[15-16]。《2020年中国肠易激综合征专家共识意见》指出,内脏高敏性是IBS的核心发病机制^[1]。内脏高敏性是指机体内脏组织对机械以及化学等伤害或温度等生理性刺激的反应敏感度升高,包含痛觉过敏和痛觉异常,其与IBS-D腹痛、腹胀、腹部不适等症状的发生密切相关。Ludidi等^[17]对IBS-D患者进行结直肠扩张时发现,IBS-D患者的最大可耐受压力与直肠感觉阈值均明显下降。Liu等^[18]发现,IBS患者的内脏及躯体感觉阈值均显著下降。因此,在治疗IBS时可从降低IBS患者的内脏高敏性入手。

隔药灸脐法属脐疗法的一种,脐疗法的起源可

表1 30例肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征患者隔药灸脐治疗前后IBS-SSS评分比较($\bar{x}\pm s$)分

指标	治疗前	治疗后
腹痛程度	44.85±12.76	18.50±9.91**
腹痛频率	46.65±13.66	15.60±10.40**
腹胀程度	37.85±10.80	18.10±10.04**
排便满意度	56.25±12.65	22.25±8.16**
生活影响度	50.85±12.75	21.45±7.97**
总分	236.85±49.24	95.90±37.05**

注:IBS-SSS为肠易激综合征症状严重程度量表。与治疗前比较,** $P<0.01$ 。

表2 肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征患者和健康志愿者的血清TRPV1、SP、CGRP水平($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	TRPV1		SP		CGRP	
		入组时	治疗后	入组时	治疗后	入组时	治疗后
隔药灸脐组	30	83.42±7.36	60.25±4.14**	106.01±9.84	81.43±3.86**	98.45±6.37	75.82±9.26**
正常对照组	30	51.44±2.95**		63.82±11.63**		58.71±8.36**	

注:TRPV1为瞬时受体电位香草酸受体亚型1;SP为P物质;CGRP为降钙素基因相关肽。与隔药灸脐组入组时比较,** $P<0.01$ 。

追溯到殷商时代,相关文字记载见于《五十二病方》,《黄帝内经》已有对肚脐和脏腑经络密切联系的论述,《难经》也为脐疗防治疾病提供了重要的理论依据。1992年,高树中教授对脐疗理论进行开创性研究,首次提出“脐通五脏六腑、十二经脉”,填补了中医脐疗理论探讨与文献整理的空白,创新性提出“脐为阴阳气化的枢纽、调节元气是脐疗取得疗效的关键”。课题组前期研究证实,隔药灸脐法可有效缓解IBS-D患者临床症状,疗效优于一线用药匹维溴铵,且其能够从动物、细胞和分子等层面降低IBS-D大鼠的内脏高敏性^[19-21],但是否可调控IBS-D患者内脏高敏性尚缺乏临床证据。本文基于此,通过临床试验观察隔药灸脐法对IBS-D患者的治疗作用,并从内脏高敏性入手研究其作用机制。

本研究所用灸脐药粉按腹泻方配制,该组方选药时以疏肝理气、健脾止泻为原则,同时遵循中医外治用药气味厚重、芳香走窜的特点。方中柴胡可疏肝理气解郁,散心腹肠胃之结气;白术为脾家要药,强脾胃;茯苓利水渗湿;木香行气止痛;吴茱萸升清阳而断泄利;五倍子固涩止泻;诸药配伍,共奏疏肝理气、健脾止泻之效。用药部位神阙穴为五脏六腑之根、神元归藏之本^[22],中医学有“脐通百脉”之说。现代研究发现,神阙穴与人体其他部位相比,具有更高的药物透过量 and 透皮速率^[23]。施灸的材料为艾叶,《雷公炮制药性解》中记载“艾叶温能令肝脾舒畅……土木既调,则营卫和而百病却矣”。艾叶味苦,性微温,归肝、脾经,具纯阳之性,可调畅脾胃气机,木调土旺则腹泻可止。同时,艾灸的熏蒸作用能促进药物吸收和循环。综上可知,隔药灸脐法融穴位、艾灸及中药作用为一体,发挥三者的治疗效应。本研究结果显示,隔药灸脐法可以有效改善IBS-D患者的腹痛程度、腹痛频率、腹胀程度以及排便不适症状,总有效率100%。

本研究发现,与健康志愿者相比,IBS-D患者存

在显著的内脏高敏性和胃肠道症状相关性焦虑,且IBS-D患者的血清TRPV1、SP、CGRP水平显著高于健康志愿者。TRPV1是瞬时感受器电位离子通道家族6个成员之一,其作为非选择性阳离子通道,可被多种内源性、外源性或伤害性刺激激活,致使Ca²⁺等阳性离子通透性增加,进而导致Ca²⁺、Mg²⁺、Na⁺等内流产生去极化电位,传导疼痛,与IBS-D患者内脏高敏性的形成关系密切。CGRP是较强的内源性舒血管物质,也是调节胃肠道功能的重要神经递质,SP可调节胃肠道运动,且二者与伤害性信息传导及痛觉信息的传递关系密切,能够传递肠腔或肠壁多种物理性和化学性刺激信号,协同参与IBS-D的内脏高敏反应。当内源性、外源性或伤害性刺激激活TRPV1通道后,Ca²⁺等阳性离子通透性增加,导致CGRP、SP等神经递质的释放,提高内脏敏感性,从而形成IBS-D^[24-27]。隔药灸脐法可降低IBS-D患者的血清TRPV1、SP、CGRP水平,有效缓解患者内脏高敏性和胃肠道症状相关性焦虑,改善腹痛程度、腹痛频率、腹胀程度以及排便不适症状,可在临床中进一步实践和应用。

本研究受样本量及患者来源的影响,可能存在因样本搜集区域的局限性导致的分析偏倚,因此,团队将在今后研究中扩大患者采集的区域范围,提高样本量,并采用功能性磁共振、肠镜等检查方法,争取获得更高质量的临床证据。

[参考文献]

- [1] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组,中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 2020年中国肠易激综合征专家共识意见[J]. 中华消化杂志,2020,40(12):803-818.
- [2] XIONG L S, CHEN M H, CHEN H X, et al. A population-based epidemiologic study of irritable bowel syndrome in South China: stratified randomized study by cluster sampling [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2004, 19(11):1217-1224.
- [3] YAO X, YANG Y S, CUI L H, et al. Subtypes of irritable bowel syndrome on Rome III criteria: a multicenter study [J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2012, 27(4):760-765.
- [4] 于岩瀑. 基于肥大细胞介导脐疗治疗腹泻型肠易激综合征的效应机制研究[D]. 济南:山东中医药大学,2014.
- [5] AKBAR A, YIANGOU Y, FACER P, et al. Increased capsaicin receptor TRPV1-expressing sensory fibres in irritable bowel syndrome and their correlation with abdominal pain [J]. *Gut*, 2008, 57(7):923-929.
- [6] 张宁康,郑薇薇. 腹泻型肠易激综合征的中西医研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志,2024,32(4):351-356.
- [7] 梁峻尉,白文筠,迟莉丽. 加味理肠饮治疗肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征临床研究[J]. 山东中医杂志,2024,43(10):1084-1091.
- [8] MEARIN F, LACY B E, CHANG L, et al. Bowel disorders [J]. *Gastroenterology*, 2016, 150(18):1393-1407.
- [9] 中华中医药学会脾胃病分会. 肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中医杂志, 2017, 58(18):1614-1620.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:140.
- [11] 马凤君. 隔药灸脐法对女性肾虚衰老患者临床症状及性激素水平的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2018.
- [12] 王富春,贾春生. 刺灸灸法学 [M]. 上海:上海科学技术出版社,2018:80.
- [13] FRANCIS C Y, MORRIS J, WHORWELL P J. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 1997, 11(2):395-402.
- [14] LABUS J S, BOLUS R, CHANG L, et al. The visceral sensitivity index: development and validation of a gastrointestinal symptom-specific anxiety scale [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2004, 20(1):89-97.
- [15] 寇会玲,宗立永,孙元熙. 肠易激综合征流行病学与发病机制研究新进展 [J]. 医学理论与实践, 2015, 28(18):2448-2449, 2452.
- [16] 何宛蓉,张法灿,梁列新. 肠易激综合征流行病学研究现状与进展 [J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2012, 21(1):83-88.
- [17] LUDIDI S, CONCHILLO J M, KESZTHELYI D, et al. Rectal hypersensitivity as hallmark for irritable bowel syndrome: defining the optimal cutoff [J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2012, 24(8):729-733.
- [18] LIU L, LIU B N, CHEN S, et al. Visceral and somatic hypersensitivity, autonomic cardiovascular dysfunction and low-grade inflammation in a subset of irritable bowel syndrome patients [J]. *J Zhejiang Univ Sci B*, 2014, 15(10):907-914.
- [19] MA Y X, LIU X, LIU C Z, et al. Randomized clinical trial: the clinical effects of herb-partitioned moxibustion in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome [J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013, 2013:605460.

(下转第84页)

足外洗方Ⅱ号干预拇外翻合并跖痛症术后的 回顾性研究

郭紫嫣¹,熊冰朗¹,孙旭东²,潘雅欣²,邱佳明¹,孙卫东¹

(1.中国中医科学院望京医院,北京 100102; 2.北京中医药大学,北京 100105)

[摘要] 目的:分析足外洗方Ⅱ号干预拇外翻合并跖痛症患者术后的效果。方法:采用回顾性研究方法,收集因中重度拇外翻合并跖痛症而行温氏微创截骨手法整复术合并Weil截骨术的患者98例(140足),其中男12例(17足),女86例(123足)。根据术后6周是否应用足外洗方Ⅱ号,将纳入患者分为治疗组(72足)和对照组(68足)。治疗组于术后6周至术后12周应用足外洗方Ⅱ号,对照组未进行该治疗。比较两组患者的美国足踝骨科协会(AOFAS)踝-后足功能评分、足部肿胀程度和瘢痕增生指数。结果:两组患者术后2周、术后6周、术后12周的AOFAS踝-后足功能评分均高于术前($P<0.001$),术后6周足部肿胀程度高于术后2周($P<0.05$)、术后12周足部肿胀程度低于术后2周($P<0.05$)和术后6周($P<0.001$);治疗组患者术后6周瘢痕增生指数高于术后2周($P=0.020$)、术后12周瘢痕增生指数低于术后6周($P<0.001$),对照组患者术后6周瘢痕增生指数高于术后2周($P<0.05$),术后12周瘢痕增生指数高于术后6周($P<0.001$)和术后2周($P<0.05$)。术后12周,治疗组患者AOFAS踝-后足功能评分高于对照组($P<0.001$),足部肿胀程度、瘢痕增生指数低于对照组($P<0.001$)。结论:足外洗方Ⅱ号干预拇外翻合并跖痛症患者术后效果较好,能促进患足功能恢复和肿胀消退,抑制瘢痕增生。

[关键词] 足外洗方Ⅱ号;拇外翻;跖痛症;温氏微创截骨手法整复术;Weil截骨术;美国足踝骨科协会(AOFAS)踝-后足功能评分;足部肿胀;瘢痕增生

[中图分类号] R244.9

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0072-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.013

Retrospective Study of Zuwaixi Formula Ⅱ (足外洗方Ⅱ号) in Treating Hallux Valgus Complicated with Metatarsalgia After Surgery

GUO Ziyang¹, XIONG Binglang¹, SUN Xudong², PAN Yaxin², QIU Jiaming¹, SUN Weidong¹

(1. Wangjing Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100102, China; 2. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100105, China)

[收稿日期] 2024-04-15

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(编号:81373802);北京市科技计划“首都临床诊疗技术研究及示范应用”专项课题(编号:Z191100006619024);中国中医科学院望京医院高水平中医医院建设项目中医药临床循证研究专项(编号:WJYY-XZKT-2023-18)

[作者简介] 郭紫嫣,2022年硕士研究生,研究方向:中西医结合诊治骨与关节疾病临床与基础研究。

[通信作者] 孙卫东,主任医师,主要从事骨与关节疾病临床与基础研究。邮箱:sunweidong8239@aliyun.com。

Abstract Objective: To analyze the effect of Zuwaixi Formula Ⅱ (足外洗方Ⅱ号) on patients with hallux valgus complicated with metatarsalgia after surgery. **Methods:** A retrospective study method was adopted to collect 98 patients(140 feet) who underwent Wen's minimally invasive osteotomy and manual reduction combined with Weil osteotomy due to moderate to severe hallux valgus complicated with

metatarsalgia. Among them, there were 12 male patients (17 feet) and 86 female patients (123 feet). According to whether the Zuwaixi Formula Ⅱ was used 6 weeks after the surgery, the included patients were divided into the treatment group (72 feet) and the control group (68 feet). The treatment group used the Zuwaixi Formula Ⅱ from 6 weeks to 12 weeks after the surgery, while the control group did not receive this treatment. The American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) ankle-hindfoot score, the degree of foot swelling, and the scar hyperplasia index of the patients in the two groups were compared. **Results:** The AOFAS ankle-hindfoot scores of the patients in the two groups at 2 weeks, 6 weeks, and 12 weeks after surgery were all higher than those before surgery ($P < 0.001$), and the degree of foot swelling at 6 weeks after surgery was higher than that at 2 weeks after surgery ($P < 0.05$), and the degree of foot swelling at 12 weeks after surgery was lower than that at 2 weeks after surgery ($P < 0.05$) and 6 weeks after surgery ($P < 0.001$). In the treatment group, the scar hyperplasia index of the patients at 6 weeks after surgery was significantly higher than that at 2 weeks after surgery ($P = 0.020$), and the scar hyperplasia index at 12 weeks after surgery was lower than that at 6 weeks after surgery ($P < 0.001$). In the control group, the scar hyperplasia index of the patients at 6 weeks after surgery was higher than that at 2 weeks after surgery ($P < 0.05$), and the scar hyperplasia index at 12 weeks after surgery was higher than that at 6 weeks after surgery ($P < 0.001$) and 2 weeks after surgery ($P < 0.05$). At 12 weeks after surgery, the AOFAS ankle-hindfoot scores of the patients in the treatment group were higher than those in the control group ($P < 0.001$), and the degree of foot swelling and the scar hyperplasia index were lower than those in the control group ($P < 0.001$). **Conclusions:** The Zuwaixi Formula Ⅱ has a better intervention effect on patients with hallux valgus complicated with metatarsalgia after surgery. It can promote the recovery of the affected foot's function and the reduction of swelling, and inhibit scar hyperplasia.

Keywords Zuwaixi Formula Ⅱ; hallux valgus; metatarsalgia; Wen's minimally invasive osteotomy and manual reduction; Weil osteotomy; American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) ankle-hindfoot score; foot swelling; scar hyperplasia

踇外翻是一种常见的前足畸形,其显著特征为踇趾向外侧偏斜,同时伴有踇囊炎、第一跖趾关节半脱位或完全脱位的情况^[1],常与跖痛症伴发,临床表现为进行性加重的前足疼痛、关节肿胀,胼胝形成等^[2-3]。关于踇外翻合并跖痛症的治疗,文献报道繁多,但临床疗效参差不齐^[4]。温氏微创截骨手法整复术是一种临床应用成熟的治疗踇外翻的手术方式,切口小,无需直视下操作,无需内固定,疗效确切^[5-7]。Weil截骨术是治疗跖痛症的一种标准术式,属于远端跖骨截骨术,具有截骨平面更稳定、手术伤口愈合快等优点^[8-9]。上述两种手术结合治疗踇外翻合并跖痛症效果显著,但存在术后患足肿胀难消、皮肤瘢痕增生等问题,难以满足患者正常行走、穿鞋及对足部外观的要求。

中国中医科学院望京医院协定方足外洗方Ⅱ号为该院骨科名医温建民的临床经验方。该方以《仙授理伤续断秘方》中的除痕方为基础化裁而成,具有

活血化瘀、消肿生肌的作用。本文采用回顾性研究方法,分析足外洗方Ⅱ号干预踇外翻合并跖痛症患者术后的效果,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择2020年1月至2023年6月在中国中医科学院望京医院关节二科由同一名医师行温氏微创截骨手法整复术合并Weil截骨术,并完成术后12周复查的中重度踇外翻合并跖痛症患者,根据术后6周是否应用足外洗方Ⅱ号,将纳入患者分为治疗组和对照组。为了控制潜在混杂因素对研究结果的影响,提高回顾性研究的准确性,选择病例过程中对两组患者的性别、年龄、踇外翻角(HVA)、1-2跖骨间夹角(IMA)、关节活动度(主动背伸、主动跖屈、被动背伸、被动跖屈)及术前美国足踝骨科协会(AOFAS)踝-后足功能评分等基线指标进行了匹配。经筛选,最终纳入患者98例(共140足),男12例(17足)、女86例

(123足)。治疗组72足(男10足、女62足),对照组68足(男7足、女61足),两组基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。本研究经中国中医科学院望京医院医学伦理委员会审查批准,伦理批号:WJEC-KT-2024-015-P001。

1.2 诊断标准

1.2.1 中重度踇外翻诊断标准

HVA $>20^{\circ}$ 和(或)IMA $>13^{\circ}$ ^[10]。

1.2.2 跖痛症诊断标准

由于目前尚未有公认的跖痛症诊断标准,本研究主要根据患者的临床症状、体征以及影像学表现制定跖痛症诊断标准:以下4项,患者具备前3项中至少1项,合并第4项,即可诊断为跖痛症。①病变的跖骨头下方出现疼痛,伴有活动受限,不负重情况下有所减轻;②跖骨头下方的皮肤有明显局部角质增厚现象,或有胼胝形成;③X线片检查可能显示正常,或观察到跖骨头增宽、外形不规则且趋于扁平化,跖趾关节间隙增大,关节内部存在游离骨小片,以及跖骨干增厚等特征;④排除其他外伤及关节炎性疾病等^[11]。

1.3 纳入标准

①符合中重度踇外翻、跖痛症诊断标准者;②接受温氏微创截骨手法整复术合并Weil截骨术,同时不合并其他足部手术者;③临床资料(包括基本信息、治疗前后影像学检查、AOFAS踝-后足功能评分、关节活动度、随访记录等)完整。

1.4 排除标准

①合并类风湿性关节炎、红斑狼疮、痛风等风湿类疾病者;②第1跖趾关节重度退变,关节活动严重受限;③存在脊柱、髋、膝、踝关节疾患,脑血管病后遗症,步态异常者;④足部存在感染病灶、血糖控制不佳、足部皮肤条件不良者;⑤有精神疾病或理解力障碍等疾病、不能配合随访者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组患者接受温氏微创截骨手法整复术合并Weil截骨术,术后以“8”字形“裹帘”法包扎至术后6周^[12],术后6周至12周解除外包扎,行走时佩戴分趾器。患者出院后至术后3个月定期复查,监测骨骼及皮肤愈合情况,并由医师指导其后康复锻炼^[5]。治疗组患者在对照组治疗的基础上,于术后6周确认皮肤愈合良好时予以足外洗方Ⅱ号浴足至术后12周,药物组成:刘寄奴10g,穿山龙10g,合欢皮15g,肿节风10g,红花6g,赤芍10g,大血藤10g,海桐皮15g,伸筋草20g,铁线透骨草20g,炒栀子10g,灯盏细辛20g。将上述药物加入1L水中浸泡15~20min,大火煮沸,随后转小火慢熬30min关火,滤出药液。将药液兑入1.5L温水中,待水温降至38~42℃时开始浴足,每次浴足30min,日1次。

2.2 观察指标

2.2.1 AOFAS踝-后足功能评分

两组患者均在术前、术后2周、术后6周、术后12周进行AOFAS踝-后足功能评分。AOFAS踝-后足功能评分用以综合评价患者足部功能改善情况,总分为100分,90~100分为优,80~89分为良,70~79分为可,<70分为差^[13]。

2.2.2 足部肿胀程度

两组患者均在术后2周、术后6周、术后12周进行足部肿胀程度测定。由同一名医师使用专业量尺测量患者患肢肿胀最明显处的足部周径并标记,同时测量健肢相同部位的周径,患者足部肿胀程度=(患肢周径-健肢周径)/健肢周径 $\times 100\%$ ^[14-15]。

2.2.3 瘢痕增生指数

两组患者均在术后2周、术后6周、术后12周进行瘢痕增生指数测定。瘢痕增生指数为瘢痕厚度与周围正常皮肤组织厚度的比值,其值大于1,

表1 两组踇外翻合并跖痛症患者基线资料比较

组别	足数(男/女)	年龄 ($\bar{x}\pm s$)/岁	HVA ($\bar{x}\pm s$)/($^{\circ}$)	IMA ($\bar{x}\pm s$)/($^{\circ}$)	关节活动度				AOFAS踝-后 足功能评分 ($\bar{x}\pm s$)/分
					主动背伸 ($\bar{x}\pm s$)/($^{\circ}$)	主动跖屈 ($\bar{x}\pm s$)/($^{\circ}$)	被动背伸 ($\bar{x}\pm s$)/($^{\circ}$)	被动跖屈 ($\bar{x}\pm s$)/($^{\circ}$)	
治疗组	10/62	50.99 \pm 10.79	36.06 \pm 5.40	11.71 \pm 2.80	38.42 \pm 7.42	20.92 \pm 3.27	52.21 \pm 5.95	25.51 \pm 3.37	49.33 \pm 8.01
对照组	7/61	52.75 \pm 10.70	36.24 \pm 5.39	11.43 \pm 3.00	39.51 \pm 7.93	21.07 \pm 3.11	53.19 \pm 5.62	26.46 \pm 3.99	50.03 \pm 8.61
t 值/ χ^2 值	0.424	0.971	0.202	0.583	0.846	0.290	1.003	1.512	0.496
P 值	0.515	0.333	0.840	0.561	0.399	0.772	0.318	0.133	0.621

注:HVA为踇外翻角,IMA为1-2跖骨间夹角,AOFAS为美国足踝骨科协会。

表示瘢痕增生,瘢痕增生指数越大表明瘢痕增生越显著^[16-17]。

2.3 统计学方法

应用SPSS 26.0软件对研究数据进行统计学分析。采用Shapiro-Wilk检验对计量资料进行正态性分析,符合正态分布者用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间HVA、IMA、跖趾关节活动度比较采用配对样本 t 检验,两组间AOFAS踝-后足功能评分、足部肿胀程度、瘢痕增生指数比较采用两因素重复测量方差分析。组内各数据比较需另外进行球形度检验,若 $P \leq 0.05$,则应用一元方差分析“Greenhouse-Geisser”以校正自由度。所有数据的统计学分析均采用双侧检验,取 $\alpha = 0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组AOFAS踝-后足功能评分比较

重复测量方差分析结果提示:①组别的主效应不显著($F=1.572$ 、 $P=0.212$),测量时间的主效应显著($F=1691.72$ 、 $P<0.001$),测量时间与组别的交互效应也显著($F=4.026$ 、 $P=0.018$);②治疗组和对照组测量时间的简单效应均显著(治疗组 $F=1096.089$ 、 $P<0.001$,对照组 $F=813.344$ 、 $P<0.001$),术后12周时组别的简单效应显著($F=51.948$ 、 $P<0.001$)。

多重比较结果显示:两组患者AOFAS踝-后足功能评分随术后时间的延长逐渐升高,术后2周、术后6周、术后12周的AOFAS踝-后足功能评分均高于术前($P<0.001$);术后12周,治疗组患者AOFAS踝-后足功能评分高于对照组($P<0.001$)。见表2。

3.2 两组足部肿胀程度比较

重复测量方差分析结果提示:①组别的主效应

显著($F=9.223$ 、 $P=0.003$),测量时间的主效应显著($F=145.809$ 、 $P<0.001$),测量时间与组别的交互效应也显著($F=20.663$ 、 $P<0.001$);②治疗组和对照组测量时间的简单效应均显著(治疗组 $F=94.910$ 、 $P<0.001$,对照组 $F=18.552$ 、 $P<0.001$),术后12周时组别的简单效应显著($F=51.805$ 、 $P<0.001$)。

多重比较结果显示:两组患者术后6周足部肿胀程度高于术后2周($P<0.05$),术后12周足部肿胀程度低于术后2周($P<0.05$)和术后6周($P<0.001$);术后12周,治疗组患者足部肿胀程度低于对照组($P<0.001$)。见表3。

3.3 两组瘢痕增生指数比较

重复测量方差分析结果提示:①组别的主效应显著($F=81.043$ 、 $P<0.001$),测量时间的主效应显著($F=158.479$ 、 $P<0.001$),测量时间与组别的交互效应也显著($F=150.831$ 、 $P<0.001$);②术后12周时组别的简单效应显著($F=222.739$ 、 $P<0.001$),治疗组和对照组测量时间的简单效应均显著(治疗组 $F=3.916$ 、 $P=0.022$,对照组 $F=203.247$ 、 $P<0.001$)。

多重比较结果显示:治疗组患者术后6周瘢痕增生指数高于术后2周($P=0.020$);术后12周瘢痕增生指数低于术后6周($P<0.001$),与术后2周比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。对照组患者术后6周瘢痕增生指数高于术后2周($P<0.05$),术后12周瘢痕增生指数高于术后6周($P<0.001$)和术后2周($P<0.05$)。术后12周,治疗组瘢痕增生指数低于对照组($P<0.001$)。见表4。

4 讨论

经多年临床验证,温氏微创截骨手法整复术矫

表2 两组拇外翻合并跖痛症患者AOFAS踝-后足功能评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	足数	术前	术后2周	术后6周	术后12周
治疗组	72	49.33 ± 8.01	58.82 ± 5.44*	82.75 ± 4.35*	91.40 ± 2.74* [△]
对照组	68	50.03 ± 8.61	59.34 ± 5.02*	82.40 ± 4.27*	88.10 ± 2.68*

注:AOFAS为美国足踝骨科协会。

与本组术前比较,* $P<0.001$;与对照组术后12周比较,[△] $P<0.001$ 。

表3 两组拇外翻合并跖痛症患者术后足部肿胀程度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	足数	术后2周	术后6周	术后12周
治疗组	72	0.05 ± 0.03	0.06 ± 0.04*	0.01 ± 0.01** [△]
对照组	68	0.06 ± 0.04	0.07 ± 0.04*	0.05 ± 0.04**

注:与本组术后2周比较,* $P<0.05$;与本组术后6周比较,** $P<0.001$;与对照组术后12周比较,[△] $P<0.001$ 。

表4 两组拇外翻合并跖痛症患者术后瘢痕增生指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	足数	术后2周	术后6周	术后12周
治疗组	72	1.09 ± 0.13	1.13 ± 0.18*	1.12 ± 0.15** [△]
对照组	68	1.08 ± 0.11	1.14 ± 0.16*	1.66 ± 0.27**

注:与本组术后2周比较,* $P<0.05$;与本组术后6周比较,** $P<0.001$;与对照组术后12周比较,[△] $P<0.001$ 。

正踇外翻疗效确切,畸形矫正效果显著^[5,10,12,18-20]。Weil截骨术自1985年由美国医生Weil L S首次描述后,发展至今已成为治疗跖痛症的标准术式^[9,21-23]。两者结合治疗中重度踇外翻合并跖痛症,可矫正患者HVA和IMA,改善跖趾关节活动度。

中医对于伤后皮肤局部肿胀、瘢痕增生的认知历史悠久。根据《金匱要略·水气病脉证并治第十四》“血不利则为水”的论述,可以推知术后肿胀与机体术后血液流通不畅、泛溢肌肤有关^[24-26]。现代所谓“瘢痕”与明代《证治准绳·疡医》中的“黄瓜痈”、清代《医宗金鉴·外科心法要诀》中的“肉龟”相似^[27]。中医皮外科专家赵炳南先生认为,瘢痕的形成往往源于金、刀、水、火等伤害,余毒未能彻底清除,复受外邪入侵肌肤,致使湿热搏结、血瘀凝滞,最终导致瘢痕增生^[28]。温建民亦同意其观点,认为祛毒通络、活血化瘀是术后皮肤肿胀、瘢痕增生的主要治则。

《仙授理伤续断秘方》作为我国现存最早的一部中医骨伤科专著,有“中国创伤骨科奠基石”之称^[29],书中记载的除痕方证明我国9世纪前的骨伤治疗技术及术后康复技术都已达到极高水平,并且开始关注术后美观。足外洗方Ⅱ号以《仙授理伤续断秘方》中的除痕方配伍为指导,入心、肝、脾、肾四经。方中刘寄奴、伸筋草、铁线透骨草活血消肿,穿山龙活血止痛,合欢皮、大血藤、肿节风活血消斑,红花、赤芍活血散瘀,上药共奏“化瘀不伤正”之功;穿山龙、肿节风、灯盏细辛又可舒筋通络,铁线透骨草、海桐皮祛风除湿,五药配伍,进一步落实祛毒通络、活血化瘀治则,从而达到消癥除痕的目的;又加炒栀子凉血泻火除烦,安稳心神。全方配伍严谨合理,活血化瘀、消肿生肌之效显著。

药理研究显示,足外洗方Ⅱ号君药刘寄奴的有效成分刘寄奴总黄酮能降低炎症细胞上清液中白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)等炎症因子的释放水平,进而减少内皮细胞的损伤程度^[30-31]。伸筋草中的伸筋草总生物碱有助于恢复炎症因子辅助性T细胞17(Th17)和调节性T细胞(Treg)之间的动态平衡,减轻局部组织的炎症因子浸润^[32-33]。铁线透骨草、穿山龙、大血藤、肿节风的有效成分均能抑制炎症因子的释放,从而缓解局部组织炎症及肿胀^[34-39]。海桐皮有效成分可显著抑制特异性皮炎模型小鼠局部组织磷酸化丝裂原蛋白激酶(p-p38)和核因子- κ B(NF- κ B)蛋白表

达量的上调,降低模型小鼠血清免疫球蛋白E(IgE)、白细胞介素-4(IL-4)、IL-6、TNF- α 水平,发挥抗炎消肿作用^[40]。赤芍的主要成分芍药苷可以通过microRNA-149和IL-6/信号转导和转录激活因子3(STAT3)/基质金属蛋白酶(MMP)信号通路作用于成纤维细胞,抑制其过度增殖^[41-42]。红花有效成分能通过调节转化生长因子 β 1(TGF- β 1)/Smads信号通路降低I型胶原蛋白(COL I)、 α 平滑肌肌动蛋白(α -SMA)水平,抑制成纤维细胞激活,减少细胞外基质的生成和堆积^[43],进而在一定程度上发挥软化瘢痕、促进色素消退的作用。综合全方核心药物有效成分的药理研究结果可知,足外洗方Ⅱ号能通过抑制局部组织炎症因子释放、减轻局部炎症反应、抑制成纤维细胞异常增殖、抑制异常瘢痕增生等途径发挥术后加速消肿、促进功能恢复的作用。

本研究结果表明,踇外翻合并跖痛症患者术后6周解除外固定包扎后以足外洗方Ⅱ号浴足至术后12周,能促进患足功能恢复和肿胀消退,抑制瘢痕增生,这为中医药干预手术后局部肿胀及瘢痕增生提供了重要的临床证据。

[参考文献]

- [1] 杨杰,梁家宝,梁晓军. 拇外翻畸形的评估与手术治疗进展[J]. 中国骨伤,2022,35(12):1109-1115.
- [2] 杨杰,梁晓军,李毅,等. 趾长屈肌肌腱转位结合Weil截骨治疗踇外翻跖痛症[J]. 中国矫形外科杂志,2020,28(17):1610-1612.
- [3] 程继强,刘彬. 应力性跖痛症的手术治疗进展综述[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(6):141-142.
- [4] BESSE J L. Metatarsalgia[J]. Orthop Traumatol Surg Res,2017,103(1):S29-S39.
- [5] 温冠楠,佟云,张杰,等. 微创截骨手法整复术治疗拇外翻[J]. 中国骨伤,2021,34(5):467-471.
- [6] 邵耀,成永忠,陈奕历,等. 拇外翻微创截骨术后“8”字韧带固定对截骨端背侧移位影响的尸体研究[J]. 中医药导报,2023,29(8):71-75.
- [7] 孙世栋,黄杰文,温建民,等. 中西医结合治疗重度拇外翻合并跖骨痛的疗效观察[J]. 中国实用医药,2020,15(19):152-155.
- [8] HETMAN J,MYER K D. The distal metatarsal osteotomy for the treatment of hallux valgus[J]. Clin Podiatr Med Surg,2005,22(2):143-167.
- [9] REDDY V B. Metatarsal osteotomies[J]. Foot Ankle Clin,2018,23(1):47-55.
- [10] 温建民. 拇外翻诊断与治疗方法选择的探讨[J]. 中国

- 骨伤,2018,31(3):199-202.
- [11] 何跃,廖阳琴,杨娜娜. 矫形鞋垫矫形治疗跖痛症的临床疗效观察[J]. 新疆医学,2016,46(9):1189-1191.
- [12] 毕春强,温建民,孙卫东,等. 微创技术“裹帘”法外固定治疗拇外翻的临床分析[J]. 中国医学创新,2016,13(14):33-36,37.
- [13] SCHNEIDER W, JURENITSCH S. Normative data for the American Orthopedic Foot and Ankle Society ankle-hindfoot, midfoot, hallux and lesser toes clinical rating system[J]. *Int Orthop*,2016,40(2):301-306.
- [14] 刘景武. 足部塌渍法用于促进股骨干骨折术后肿胀消退中的效果[J]. 双足与保健,2017,26(3):46-47.
- [15] 朱月琴,汪海东,沈震,等. 中药熏洗在胫骨平台骨折患者关节镜辅助微创内固定术后的应用[J]. 中国中医药科技,2024,31(2):303-304.
- [16] 冯登超,贺光照,江川,等. 二氢青蒿素抑制兔耳瘢痕增生的实验研究[J]. 中国美容医学,2008,17(3):380-382.
- [17] 林平发,林勇,林婷婷. 双孢蘑菇凝集素对兔耳创面愈合增生性瘢痕的作用研究[J]. 福建轻纺,2023(9):17-20.
- [18] 张鹤礼. 温建民采用温氏微创技术治疗拇外翻的经验总结[J]. 中国民间疗法,2024,32(1):35-38.
- [19] 郝光亮,程爱民,张峰,等. 温氏微创法治疗拇外翻[J]. 航空航天医学杂志,2014,25(2):154-155.
- [20] 刘宁,艾晓光,李建国. 温氏截骨法矫治拇外翻畸形56例体会[J]. 宁夏医学杂志,2013,35(4):349-350.
- [21] HOFSTAETTER S G, HOFSTAETTER J G, PETROUTSAS J A, et al. The Weil osteotomy: a seven-year follow-up [J]. *J Bone Joint Surg Br.*,2005,87(11):1507-1511.
- [22] MONTEAGUDO M, MACEIRA E. Evolution of the Weil osteotomy: the triple osteotomy [J]. *Foot Ankle Clin*,2019,24(4):599-614
- [23] 黄轶刚,张世民,俞光荣. Weil截骨术[J]. 中国矫形外科杂志,2013,21(7):675-679.
- [24] 樊炜静,杨宝钟,柳国斌. 从“血不利则为水”探讨慢性下肢静脉性水肿的血脉辨证[J]. 中医药信息,2024,41(2):68-71.
- [25] 贾微,李大勇. 基于“血不利则为水”理论浅谈下肢深静脉血栓形成的中医治疗[J]. 中医临床研究,2022,14(7):59-61.
- [26] 张泽丞,赵夕谏,邱红明. 基于“血不利则为水”理论探讨全膝关节置换术后患肢肿胀的病机和诊治[J]. 中医正骨,2022,34(3):66-68.
- [27] 张雪. 六物消癭膏治疗皮肤病理性瘢痕的临床观察及实验研究[D]. 济南:山东中医药大学,2014.
- [28] 邹世光. 自制中药丸、膏治疗胸腹手术后瘢痕疙瘩28例[J]. 人民军医,1994(9):77-78.
- [29] 杨锦华,曹惠英,邹万成. 《仙授理伤续断秘方》外用特点[J]. 亚太传统医药,2018,14(9):80-82.
- [30] 潘一峰,章丹丹,凌霜,等. 南刘寄奴总黄酮体外抗血管炎症的机制分析[J]. 中国中药杂志,2012,37(17):2597-2602.
- [31] 邵怡. 刘寄奴总黄酮提取物的提取工艺、化学成分和抗炎作用研究[D]. 沈阳:沈阳农业大学,2024.
- [32] 张妍妍,毕悦,姜海. 伸筋草总生物碱对类风湿关节炎大鼠脾脏淋巴细胞增殖及IL-17A、TGF- β 水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(31):3426-3430.
- [33] 蒋昕,潘志,王颖航. 基于Th17/Treg平衡对类风湿关节炎作用机制的研究概况[J]. 湖南中医药大学学报,2024,44(6):1117-1123.
- [34] 康献刚,牛军强,赵冬霞,等. 基于分子对接技术研究铁线透骨草提取物通过Ca²⁺/NFATc1信号通路对骨质疏松性骨折大鼠骨折愈合的影响[J]. 中国老年学杂志,2024,44(11):2742-2746.
- [35] 卢芳,蒋鑫,徐晓敏,等. 分子对接与体内验证联合探讨穿山龙复方对痛风模型大鼠TLR4/MyD88/NF- κ B信号通路的影响[J]. 中药药理与临床,2023,39(8):25-31.
- [36] 钟丰鹰,张程斐,秦慧钊,等. 穿山龙颗粒剂对自身免疫性甲状腺炎大鼠TLR4/MyD88/NF- κ B信号通路的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2022,28(16):42-49.
- [37] 于梦,宋欣丽,孙丽,等. 大血藤总酚酸调控微小RNA-155对缺氧复氧心肌细胞的细胞活性凋亡及氧化应激的影响[J]. 安徽医药,2021,25(12):2355-2359.
- [38] 俞云,于辉,冯旌,等. 基于NF- κ B/NLRP3信号轴探讨大血藤对CIA大鼠的治疗作用及机制[J]. 南京中医药大学学报,2021,37(3):396-399.
- [39] 伍振辉,张大玲,袁秋全,等. 基于化学成分、药理作用及网络药理学的肿节风质量标志物预测分析[J]. 中国现代中药,2023,25(5):1113-1124.
- [40] 陈曙光,王加锋,周祥禄,等. 基于p38/NF- κ B信号通路探讨海桐皮治疗特应性皮炎机制[J]. 山东中医药大学学报,2023,47(2):194-201.
- [41] WANG Z F, MA D G, WANG L, et al. Paeoniflorin inhibits migration-and invasion-promoting capacities of gastric cancer associated fibroblasts [J]. *Chin J of Integr Med*,2019,25(11):837-844.
- [42] 张石凯,曹永兵. 赤芍的药理作用研究进展[J]. 药学实践杂志,2021,39(2):97-101.
- [43] 李永强,黄奕,李凯,等. 基于TGF- β 1/Smads信号通路探讨红花抗硬皮病小鼠皮肤纤维化的作用机制[J]. 广西医学,2024,46(2):276-283.

安胎止血散穴位贴敷辅助治疗肾虚型先兆流产 临床研究

陈惠惠¹, 陈慧², 冯文图¹, 康旻¹, 王庆一¹, 陈映婷¹

(1. 珠海市中西医结合医院妇科, 广东 珠海 519000; 2. 中山大学孙逸仙纪念医院妇科, 广东 广州 510000)

[摘要] 目的: 观察安胎止血散穴位贴敷辅助治疗肾虚型先兆流产的临床疗效。方法: 选择肾虚型先兆流产患者100例, 按随机数字表法分为安胎止血散穴位贴敷组和安慰剂穴位贴敷组各50例(安胎止血散穴位贴敷组脱落1例, 安慰剂穴位贴敷组脱落3例)。安胎止血散穴位贴敷组采用黄体酮肌肉注射及地屈孕酮片口服联合安胎止血散穴位贴敷神阙、双侧肾俞治疗, 安慰剂穴位贴敷组采用黄体酮肌肉注射及地屈孕酮片口服联合特制淀粉安慰剂穴位贴敷神阙、双侧肾俞治疗, 两组均连续治疗2周。观察两组患者治疗前、治疗1周后、治疗2周后的血清孕酮、人绒毛膜促性腺素(HCG)、雌二醇水平及宫腔积血面积、孕囊大小、胚芽大小, 评价两组患者的临床疗效和中医证候(腰酸、腹痛、阴道出血)疗效, 比较两组患者治疗期间的不良反应情况。结果: 治疗1周后和治疗2周后, 两组患者的血清HCG、雌二醇水平均较治疗前升高($P < 0.05$), 孕囊、胚芽均较治疗前增大($P < 0.05$)。治疗2周后, 安胎止血散穴位贴敷组患者的宫腔积血面积较治疗前缩小($P < 0.05$), 且小于安慰剂穴位贴敷组($P < 0.05$)。治疗后, 安胎止血散穴位贴敷组临床总有效率和中医证候总有效率均高于安慰剂穴位贴敷组($P < 0.05$)。治疗期间, 两组患者均未出现明显不良反应。结论: 安胎止血散穴位贴敷神阙、双侧肾俞具有补益肾气、安胎止血的作用, 该疗法能减少肾虚型先兆流产患者的宫腔积血, 减轻患者腰酸、腹痛、阴道出血等症状, 且对患者激素水平无明显影响, 临床应用安全性更高。

[关键词] 穴位贴敷; 安胎止血散; 先兆流产; 肾虚; 宫腔积血

[中图分类号] R244.9

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0078-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.014

Clinical Study on Acupoint Application of Antai Zhixue Powder(安胎止血散) as Adjuvant Therapy in Treatment of Threatened Abortion with Kidney Deficiency Syndrome

CHEN Huihui¹, CHEN Hui², FENG Wentu¹, KANG Min¹, WANG Qingyi¹, CHEN Yingting¹

(1. Gynecology Department, Zhuhai Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Zhuhai 519000, China; 2. Gynecology Department, Sun Yat-sen Memorial Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510000, China)

[收稿日期] 2024-08-15

[基金项目] 广东省自然科学基金项目(编号:2023A1515010515); 珠海市中西医结合医院内科科研基金项目(编号:201902)

[作者简介] 陈惠惠, 主治医师, 主要从事中西医结合诊治妇科疾病研究。

[通信作者] 陈映婷, 主任医师, 主要从事复发性流产的诊治研究。邮箱: chenyingtingzhuhai@126.com。

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of acupoint application of Antai Zhixue Powder(安胎止血散) as an adjuvant therapy in the treatment of threatened abortion with kidney deficiency syndrome. **Methods:** A total of 100 patients with threatened abortion due to kidney deficiency were

divided into an Antai Zhixue Powder acupoint application group and a placebo acupoint application group, with 50 patients in each group (1 case dropped out in the Antai Zhixue Powder acupoint application group, and 3 cases dropped out in the placebo acupoint application group). In the Antai Zhixue Powder acupoint application group, treatment was carried out using intramuscular injections of progesterone and oral administration of dydrogesterone tablets combined with Antai Zhixue powder acupoint application at Shenque point (CV8) and bilateral Shenshu points (BL23). In the placebo acupoint application group, treatment was conducted using intramuscular injections of progesterone and oral administration of dydrogesterone tablets combined with specially prepared starch placebo acupoint application at Shenque point and bilateral Shenshu points. Both groups were treated continuously for 2 weeks. The hematometra area, gestational sac size, embryo size, and the levels of serum progesterone, human chorionic gonadotropin (HCG), and estradiol of the patients in both groups were observed before treatment, 1 week after treatment, and 2 weeks after treatment. The clinical curative efficacy and the curative efficacy of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes (lumbago, abdominal pain, and vaginal bleeding) in both groups were evaluated. The adverse reactions of both groups during the treatment were compared. **Results:** At 1 week and 2 weeks post-treatment, the gestational sac and embryo of the patients in both groups were larger than those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of serum HCG and estradiol were higher than those before the treatment ($P < 0.05$). After 2 weeks of treatment, the hematometra area of the patients in Antai Zhixue Powder acupoint application group was smaller than that before treatment ($P < 0.05$), and was smaller than that in the placebo acupoint application group ($P < 0.05$). After treatment, the total clinical effective rate and the total effective rate of TCM syndromes in the Antai Zhixue Powder acupoint application group were higher than those in the placebo acupoint application group ($P < 0.05$). During the treatment period, no obvious adverse reactions were observed in either group. **Conclusions:** The acupoint application of Antai Zhixue Powder at the Shenque point and bilateral Shenshu points has the effect of tonifying kidney qi, preventing miscarriage, and stopping bleeding. This therapy can reduce hematometra in patients with threatened abortion due to kidney deficiency, alleviate symptoms such as lumbago, abdominal pain, and vaginal bleeding, and has no obvious influence on the hormone levels of patients. It is safer for clinical application.

Keywords acupoint application; Antai Zhixue Powder; threatened abortion; kidney deficiency; hematometra

先兆流产是指妊娠28周前出现阴道流血、阵发性下腹痛、腰痛等症状,且实验室检查可见孕酮、人绒毛膜促性腺素(HCG)水平降低的常见妊娠期疾病。先兆流产患者的妇科检查提示无妊娠物排出,宫口未开,胎膜完整,子宫大小与孕周相符,若未得到有效治疗,症状加重,可能发展为难免流产。目前临床治疗本病多采用中西医结合治法。西医方面,治疗以卧床休息为主,黄体酮是治疗先兆流产的主要药物^[1],Carp等^[2]已证实黄体酮可有效减少流产事件的发生。目前地屈孕酮被广泛应用于临床实践中,Chan等^[3]通过随机双盲临床研究证实地屈孕酮可有效缓解先兆流产症状,避免流产发生。临床常

联合采用黄体酮肌内注射与地屈孕酮口服治疗妊娠期黄体功能不全所致低孕酮症。针对宫腔积血及阴道出血者,西医常辅助使用止血药物,但疗效欠佳。先兆流产属于中医学胎动不安、胎漏范畴,中医治疗以补肾安胎为主并取得良好疗效。本研究观察安胎止血散穴位贴敷神阙、双侧肾俞联合黄体酮肌内注射及地屈孕酮口服治疗先兆流产的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择2019年1月至2020年12月在珠海市中西医结合医院妇科住院部接受保胎治疗的肾虚型先兆

流产患者100例,采用随机数字表法分为安胎止血散穴位贴敷组和安慰剂穴位贴敷组各50例。治疗过程中,安胎止血散穴位贴敷组脱落1例(脱落原因:放弃保胎),安慰剂穴位贴敷组脱落3例(脱落原因:未按时复查导致数据缺失)。安胎止血散穴位贴敷组最终完成研究的49例患者平均年龄为 (28.56 ± 4.97) 岁,安慰剂穴位贴敷组最终完成研究的47例患者平均年龄为 (28.47 ± 4.29) 岁,两组患者年龄比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经珠海市中西医结合医院伦理委员会审查批准,批号:20191114021。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《妇产科学》^[4]制定先兆流产诊断标准。症状:少许阴道出血或伴下腹坠胀感、腰酸不适。体征:妇科检查提示阴道通畅,宫颈光滑,宫颈口未开,胎膜未破,伴或不伴宫颈口活动性出血,子宫大小与停经时间相符。辅助检查:①具有停经史,尿HCG试验提示早孕或血HCG水平升高,超声检查提示宫内胚胎发育,双侧附件未见明显异常;②孕期第6~14周,孕酮 $< 30 \text{ ng/mL}$;③孕后检查HCG倍增落后;④超声检查提示宫腔积血。上述诊断条件中,临床症状和体征有时可能表现为轻微或不明显,为非必要条件;辅助检查项目中,①为必要条件,②和③需至少满足1项。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中医妇科学》^[5]制定胎动不安和肾虚证诊断标准。胎动不安诊断标准:妊娠期间出现腰酸腹痛、胎动下坠,或有阴道流血者,可诊为胎动不安。肾虚证诊断标准:主症包括腰酸腹痛、胎动下坠,或有阴道出血(血色暗淡)、两膝酸软;兼症包括头晕耳鸣、小便频数;舌脉表现为舌淡、苔白、寸口脉沉细而滑;主症中的阴道出血或腰酸腹痛是确诊的必要条件,同时需具有至少1项兼症,并结合舌脉诊断。

1.3 纳入标准

①18~45岁,孕期第6~14周;②自愿加入本研究,并签署研究知情同意书。

1.4 排除标准

①夫妻一方或双方存在染色体异常导致先兆流产者;②生殖道畸形者;③有多种药物、食物过敏史,尤其中药过敏者;④有自身免疫性疾病、影响用药的

慢性基础疾病或肝肾功能异常者;⑤精神疾病患者;⑥合并其他系统严重病变者。

1.5 脱落、剔除及终止标准

①患者不配合治疗或强烈要求终止研究者;②因治疗期间出现意外事件或严重不良反应而不适合继续研究者;③因观察指标记录有误或不全而影响疗效评价者。

2 方法

2.1 治疗方法

安慰剂穴位贴敷组:①黄体酮注射液(广州白云山明兴制药有限公司,规格为1 mL:20 mg),每日20 mg肌内注射1次,连续注射2周;②地屈孕酮片(荷兰雅培生物制品有限公司,规格:每片10 mg),每次口服10 mg,日2次,连续服药2周;③采用淀粉制作的穴位贴敷神阙、双侧肾俞穴,每日持续贴敷4 h,连续贴敷2周。

安胎止血散穴位贴敷组:①西医治疗同安慰剂穴位贴敷组;②穴位贴敷采用由菟丝子30 g、杜仲30 g、桑寄生30 g、艾叶20 g、白术15 g、荆芥炭15 g、苈麻根20 g组成的安胎止血散,上述药物由珠海市中西医结合医院药房按比例磨成粉剂,用蜂蜜调成可塑型状态,进行神阙穴、双侧肾俞穴穴位贴敷,每日持续贴敷4 h,连续贴敷2周。

两组所用穴位贴在外观上无区别,采用双盲方式,由专门的护士进行穴位贴敷操作,由研究医生进行观察、随访、数据收集。研究过程中,研究医生、操作护士、受试者、统计分析人员均不知晓患者的入组分配信息,研究观察完毕后按流程进行数据审核、统计分析,揭盲。

2.2 观察指标

治疗前、治疗1周后、治疗2周后分别记录两组患者以下指标。

2.2.1 血清孕酮、HCG、雌二醇水平

嘱患者抽血前一晚12时以后禁食禁水,次日由护士至病房采集患者静脉血2 mL,送医院检验科以3 500 r/min的离心速度(离心半径17.5 cm)离心10 min后取上层清液置于 -20°C 低温冰箱保存待用。采用酶联免疫吸附法测定孕酮、雌二醇水平;采用化学发光免疫分析法测定HCG水平。

2.2.2 宫腔积血面积和孕囊、胚芽大小

由医院超声科采用美国GE Voluson E10超声仪每周对患者进行一次妇科经阴道三维彩超检查,测

定宫腔积血面积、孕囊大小、胚芽大小。

2.2.3 安全性指标

①肝肾功能指标,主要包括丙氨酸转氨酶(ALT)、天冬氨酸转氨酶(AST)、血尿素氮、血肌酐;②血常规指标,主要包括红细胞、白细胞、血红蛋白及血小板数量;③尿常规指标,主要包括白细胞、尿蛋白、红细胞等;④观察穴位贴敷部位有无过敏情况。

2.3 疗效标准

2.3.1 临床疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]制定临床疗效标准。痊愈:腰酸、腹痛、阴道出血等临床症状基本消除,血清学检测结果与孕周相符,超声检查提示胚胎正常,未见宫腔积血,计算所得胚胎孕周与妊娠月数相符,安胎成功。有效:腰酸、腹痛、阴道出血等临床症状显著改善,超声检查提示胚胎正常,宫腔积血面积缩小或未见扩大。无效:腰酸、腹痛、阴道出血等临床症状无改善或加重,甚至流产,超声提示胚胎发育异常,宫腔积血面积扩大。总有效率=(痊愈例数+有效例数)/总例数×100%。

2.3.2 中医证候疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6],根据中医证候积分改善率评价中医证候疗效。治愈:中医证候积分改善率≥95%。显效:中医证候积分改善率≥70%但<95%。有效:中医证候积分改善率≥30%但<70%。无效:中医证候积分改善率<30%。中医证候积分计算方法:腰酸、腹痛、阴道出血三项症状按无、轻、中、重四种程度分别计0、1、2、3分,三项症状评分相加为中医证候积分。中医证候积分改善率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

2.4 统计学方法

采用SPSS 25.0统计软件对数据进行统计学分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,具备方差齐性者采用成组 t 检验进行组间比较;计数资料以

例数或百分比表示,采用卡方检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组血清孕酮、HCG、雌二醇水平比较

治疗前,两组患者血清孕酮、HCG及雌二醇水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗1周后、治疗2周后,两组患者血清HCG、雌二醇水平均较治疗前升高($P<0.05$),血清孕酮水平与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗1周后、治疗2周后,两组患者血清孕酮、HCG及雌二醇水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

3.2 两组宫腔积血面积比较

治疗前,两组患者宫腔积血面积比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗2周后,安胎止血散穴位贴敷组患者的宫腔积血面积较治疗前缩小($P<0.05$),且小于安慰剂穴位贴敷组($P<0.05$)。安慰剂穴位贴敷组宫腔积血面积未见明显改善。见表2。

3.3 两组孕囊、胚芽大小比较

治疗前,两组患者孕囊及胚芽大小比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗1周后、治疗2周后,两组患者孕囊、胚芽均较治疗前增大($P<0.05$),但两组同时间点孕囊、胚芽大小比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表3。

3.4 安全性指标

两组治疗过程中的血常规、尿常规及肝功能检查均未见有临床意义的异常表现。安胎止血散穴位贴敷组有3例患者出现贴敷部位轻度过敏,安慰剂穴位贴敷组有2例患者出现贴敷部位轻度过敏,予外用炉甘石后均缓解。

3.5 两组临床疗效比较

治疗2周后,安胎止血散穴位贴敷组临床总有效率93.88%,安慰剂穴位贴敷组临床总有效率85.11%,安胎止血散穴位贴敷组临床疗效明显优于安慰剂穴

表1 两组肾虚型先兆流产患者血清孕酮、人绒毛膜促性腺素(HCG)及雌二醇水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间点	孕酮/(ng/mL)	HCG/(mIU/mL)	雌二醇/(pg/mL)
安胎止血散穴位贴敷组	49	治疗前	28.33 ± 1.20	119819.15 ± 12248.35	1244.94 ± 127.29
		治疗1周后	29.90 ± 1.00	149515.70 ± 13013.61*	1676.43 ± 174.13*
		治疗2周后	29.27 ± 0.95	179840.86 ± 13423.04*	1748.10 ± 154.68*
安慰剂穴位贴敷组	47	治疗前	27.05 ± 1.22	116643.75 ± 12506.24	1159.33 ± 129.97
		治疗1周后	29.29 ± 1.02	150299.28 ± 13287.61*	1581.06 ± 177.80*
		治疗2周后	30.11 ± 0.97	169175.72 ± 13705.66*	1626.91 ± 157.94*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

位贴敷组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

3.6 两组中医证候疗效比较

治疗2周后,安胎止血散穴位贴敷组中医证候总有效率93.88%,安慰剂穴位贴敷组中医证候总有效率85.11%,安胎止血散穴位贴敷组中医证候疗效优于安慰剂穴位贴敷组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表5。

4 讨论

先兆流产为常见妊娠疾病,发病率逐年上升,其与基因突变、环境污染、电子产品普及、电器使用及

高压生活节奏相关。目前西医治疗先兆流产以补充孕激素、免疫治疗、抗凝治疗、对症止血为主^[7-9],虽具有一定疗效,但不少患者经西医治疗后仍有腰酸、腹痛症状持续存在。因西医治疗不能完全缓解患者的临床症状,且大部分患者无法接受孕期使用多种静脉及口服药物,因此临床迫切需要增加安全有效的外治疗法。

4.1 穴位贴敷在胎动不安治疗中的作用

穴位贴敷治疗历史悠久,早在《五十二病方》中就有相关记载,而有关贴敷治疗妇人胎动不安的内容则首见于清代吴师机所著《理渝骈文》中,此为穴位贴敷治疗胎动不安提供了参考和依据。中医学认为,人体腧穴为经络气血输注的特殊部位,是体表与脏腑连接的枢纽,通过腧穴贴敷,药性、药效可循经络直达脏腑。现代研究发现,穴位贴敷发挥作用的内在机制是药物可经皮系统被人体吸收,从而达到治疗疾病的目的^[10]。本研究选取神阙穴、双侧肾俞穴进行穴位贴敷。神阙穴为任脉上的腧穴,具有培元固本、和胃理肠功效,双肾俞为肾之背俞穴,具有补肾强腰功效,神阙与肾俞配伍能补肾固本,药性沿神阙、肾俞所在经络可直达胞宫、肾,发挥补益肾气、安胎止血之效。明代医家傅山在《傅青主女科》中提

表2 两组肾虚型先兆流产患者宫腔积血面积比较($\bar{x} \pm s$)
cm²

组别	例数	时间点	宫腔积血面积
安胎止血散穴位贴敷组	49	治疗前	1.73 ± 0.21
		治疗1周后	1.59 ± 0.20
		治疗2周后	0.35 ± 0.19 [#]
安慰剂穴位贴敷组	47	治疗前	1.49 ± 0.21
		治疗1周后	1.88 ± 0.20
		治疗2周后	1.68 ± 0.19

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与安慰剂穴位贴敷组治疗2周后比较,[#] $P<0.05$ 。

表3 两组肾虚型先兆流产患者孕囊、胚芽大小比较

组别	例数	时间点	孕囊	胚芽
安胎止血散穴位贴敷组	49	治疗前	3.01 ± 0.21	1.16 ± 0.15
		治疗1周后	3.97 ± 0.21 [*]	1.86 ± 0.17 [*]
		治疗2周后	5.49 ± 0.26 [*]	2.91 ± 0.21 [*]
安慰剂穴位贴敷组	47	治疗前	3.07 ± 0.21	1.04 ± 0.15
		治疗1周后	4.29 ± 0.22 [*]	1.88 ± 0.18 [*]
		治疗2周后	5.73 ± 0.27 [*]	3.12 ± 0.22 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表4 两组肾虚型先兆流产患者临床疗效比较

组别	例数	痊愈/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
安胎止血散穴位贴敷组	49	26	20	3	93.88 [#]
安慰剂穴位贴敷组	47	16	24	7	85.11

注:与安慰剂穴位贴敷组比较,[#] $P<0.05$ 。

表5 两组肾虚型先兆流产患者中医证候疗效比较

组别	例数	治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
安胎止血散穴位贴敷组	49	26	12	8	3	93.88 [#]
安慰剂穴位贴敷组	47	16	12	12	7	85.11

注:与安慰剂穴位贴敷组比较,[#] $P<0.05$ 。

出:“肾水足则胎安,肾水亏则胎动。”^[11]腰为肾之腑,肾气充沛则腰酸缓解;肾主生殖,与胞宫密切相关,肾气充沛则能濡养胞宫气血,使胎动不安、腹痛、出血等症状得以缓解。本研究中,安胎止血散含有的桑寄生、杜仲、菟丝子亦具有补益肾气、安胎之效,药效与腧穴功效叠加,有助于改善患者的腰酸、腹痛症状,提高保胎成功率。多项临床研究显示中药穴位贴敷能有效改善腰酸、腹痛、阴道出血等症状。郜怡等^[12]采用胶艾四物汤药膏穴位贴敷治疗胎漏取得良好疗效。董萍培等^[13]采用安胎I号方对肾虚型先兆流产患者进行穴位贴敷,结果显示安胎I号方穴位贴敷组疗效明显优于安慰剂穴位贴敷组。黄珂^[14]运用穴位贴敷联合HCG、黄体酮治疗胎动不安,结果显示穴位贴敷组腰酸、腹痛、阴道出血症状明显改善。陆齐天等^[10]分析了22篇穴位贴敷治疗先兆流产的文献,仅有1篇结果为患者症状改善不明显,其余21篇报道的近1000例患者症状均有明显改善。由上述文献报道及本研究结果可知,穴位贴敷在改善腰酸、腹痛、阴道出血等症状方面具有较好疗效,这些症状的改善有助于缓解患者因胎动不安产生的焦虑、抑郁情绪,从而提高保胎成功率。

4.2 穴位贴敷改善宫腔积血的机制

本研究结果显示,治疗2周后,安胎止血散穴位贴敷组的宫腔积血面积明显小于安慰剂穴位贴敷组,差异有统计学意义($P<0.05$)。安胎止血散穴位贴敷的良好止血效果与安胎止血散中含有荆芥炭、艾叶、苎麻根三种止血药物相关。宫腔积血主要由孕囊表面微血管破裂出血导致,血管破裂原因可能与妊娠期高凝状态、局部微血栓形成、血管脆性增加有关。近年来,局部微血栓被妇产科广泛关注,原因在于妊娠高凝状态易导致绒毛、胎盘的局部微血管形成微血栓,微血栓会阻断胚胎营养供应,导致胚胎无法正常发育。目前临床上常用低分子肝素、阿司匹林等药物改善微血栓状态,治疗先兆流产^[16-18],但治疗过程中需平衡高凝状态、局部微血栓形成、宫腔积血三者的关系,治疗高凝状态的同时动态监测宫腔积血情况,根据宫腔积血情况对抗凝药物进行动态调整。本研究由于经费原因并未动态监测患者凝血功能及子宫血流情况,但有文献报道过相关内容。陆齐天^[15]通过观察76例先兆流产患者发现,无论是否使用穴位贴敷均无法逆转妊娠期间的高凝状态,这说明穴位贴敷可能对凝血功能影响较小。贺艳萍

等^[19]总结了中药穴位贴敷的作用机制,认为中药穴位贴敷能使机体局部温度增高,毛细血管扩张,促进血液循环。董亨等^[20]通过临床观察发现,穴位贴敷可有效促进妊娠期子宫螺旋动脉的血液流通、降低子宫螺旋动脉的阻力。来玉芹等^[21]综合分析多篇文献后亦发现穴位贴敷在改善子宫螺旋动脉“低流高阻”方面具有良好效果。综上,穴位贴敷改善先兆流产患者宫腔积血的机制可能与促进子宫内微血管扩张、改善微血管血流状态有关。

4.3 穴位贴敷对先兆流产患者激素水平及孕囊、胚芽的影响

本研究中,两组患者治疗1周后、治疗2周后的血清HCG、雌二醇水平均较治疗前升高($P<0.05$),但两组同时间点孕酮、HCG、雌二醇水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示安胎止血散穴位贴敷对激素水平影响较小。孕酮、HCG、雌二醇在早期妊娠过程中均会出现明显升高,特别是HCG在妊娠10周之内可能出现倍数增长,本研究因样本量小,加之数值本身存在较大变化,所以未见两组数据之间的差异性。虽然在研究过程中采用了重复测量方差分析以缩小统计学误差,但仍不能弥补数据量少的不足,因此今后需通过增大样本量进一步验证该结果。

本研究中,两组患者治疗1周后、治疗2周后的孕囊、胚芽大小均较治疗前增大($P<0.05$),但两组同时间点孕囊、胚芽大小比较,差异无统计学意义($P>0.05$),说明安胎止血散穴位贴敷对孕囊及胚胎发育影响相对较小。

综上,安胎止血散穴位贴敷辅助治疗肾虚型先兆流产在改善腰酸、腹痛、阴道出血症状及宫腔积血方面具有良好效果,并且对患者激素水平影响较小,具有良好的安全性。中药穴位贴敷这种便捷高效的治疗方式值得被深入发掘和创新,以更好地服务临床。

[参考文献]

- [1] GREENE M F. Progesterone for threatened abortion[J]. N Engl J Med, 2019, 380(19): 1867-1868.
- [2] CARP H J A. Progestogens and pregnancy loss[J]. Climacteric, 2018, 21(4): 380-384.
- [3] CHAN D M K, CHEUNG K W, YUNG S S F, et al. A randomized double-blind controlled trial of the use of dydrogesterone in women with threatened miscarriage in the first trimester: study protocol for a randomized con-

- trolled trial[J]. *Trials*, 2016, 17(1):408.
- [4] 谢幸. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013:488.
- [5] 罗颂平. 中医妇科学[M]. 北京:高等教育出版社, 2008:134-138.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:253-258.
- [7] LI L, ZHANG Y, TAN H, et al. Effect of progestogen for women with threatened miscarriage: a systematic review and meta-analysis[J]. *BJOG*, 2020, 127(9):1055-1063.
- [8] 王凌, 潘心瑶. 免疫性不孕症中西医结合诊疗的思考[J]. *中国中西医结合杂志*, 2019, 39(5):529-532.
- [9] 国家妇幼健康研究会生殖免疫学专业委员会专家共识编写组. 复发性流产合并血栓前状态诊治中国专家共识[J]. *中华生殖与避孕杂志*, 2021, 41(10):861-875.
- [10] 陆齐天, 周一辰, 曾薇薇, 等. 穴位贴敷在先兆流产中的临床应用概况[J]. *环球中医药*, 2019, 5(4):628-631.
- [11] 傅山. 傅青主女科[M]. 北京:人民卫生出版社, 2018:47.
- [12] 郜怡, 潘小梅. 胶艾四物汤膏穴位贴敷治疗胎漏的疗效观察及护理[J]. *按摩与康复医学*, 2019, 5(12):86-87.
- [13] 董萍培, 孙津津, 徐秀玲, 等. 安胎 I 号穴位贴敷对肾虚型先兆流产患者中医证候的影响[J]. *全科医学临床与教育*, 2016, 14(1):81-83.
- [14] 黄珂. 穴位贴敷联合人绒毛膜促性腺素、黄体酮治疗先兆流产患者的疗效分析[J]. *实用中西医结合临床*, 2020, 20(3):33-34.
- [15] 陆齐天. 中药穴位贴敷辅助治疗肾虚型先兆流产的临床疗效观察[D]. 上海:上海中医药大学, 2019.
- [16] 张川, 张力, 李泳琴, 等. 低分子肝素用于妊娠期安全性的系统评价[J]. *中国循证医学杂志*, 2021, 7(11):1259-1268.
- [17] 张盛燕, 林丽丽, 王靖. 低分子肝素联合阿司匹林治疗子宫动脉血流阻力增高的先兆流产的临床研究[J]. *全科医学临床与教育*, 2019, 17(1):58-59.
- [18] 崔爱梅. 阿司匹林联合低分子肝素在先兆流产患者中的应用效果观察[J]. *实用中西医结合临床*, 2020, 20(5):86-87.
- [19] 贺艳萍, 肖小芹, 邓桂明, 等. 中药穴位贴敷作用机理研究概况[J]. *中国中医药信息杂志*, 2017, 24(3):134-136.
- [20] 董亨, 林夏静. 自拟补肾安胎方穴位贴敷联合西药治疗肾虚型早期先兆流产疗效及对血清性激素和炎症细胞因子的影响[J]. *现代中西医结合杂志*, 2018, 27(14):1553-1556.
- [21] 来玉芹, 郭钦源, 韦秀玉, 等. 先兆流产中医外治法研究进展[J]. *实用中医药杂志*, 2021, 7(3):525-528.

(上接第71页)

- [20] 辛琦, 杜冬青, 马玉侠, 等. 隔药灸脐法治疗脾虚型肠易激综合征临床研究[J]. *上海针灸杂志*, 2011, 30(8):517-519.
- [21] CHEN S, DU D Q, MA Y X, et al. Clinical study on herbal cone-partitioned moxibustion for irritable bowel syndrome due to spleen-qi deficiency[J]. *J Acup and Tuina Sci*, 2011, 9(5):265-268.
- [22] 高树中. 中医脐疗大全[M]. 济南:济南出版社, 1992:1-10.
- [23] 封玲, 丁美红, 沈勤, 等. 大黄酸神阙穴给药经皮渗透性的影响因素研究与初步机制探讨[J]. *中国中药杂志*, 2016, 41(8):1546-1552.
- [24] SUN J H, WU X L, MENG Y F, et al. Electro-acupuncture decreases 5-HT, CGRP and increases NPY in the brain-gut axis in two rat models of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome(D-IBS)[J]. *BMC Complement Altern Med*, 2015, 15:340.
- [25] ZHANG Y N, ZHAO H J, WANG Y, et al. Effect of electroacupuncture intervention on constipation-predominant irritable bow l syndrome and colonic CGRP and SP expression in rats[J]. *Acupunct Res*, 2016, 41(1):31-34.
- [26] STUEBER T, EBERHARDT M J, CASPI Y, et al. Differential cytotoxicity and intracellular calcium-signalling following activation of the calcium-permeable ion channels TRPV1 and TRPA1[J]. *Cell Calcium*, 2017, 68:34-44.
- [27] TAKAISHI M, UCHIDA K, SUZUKI Y, et al. Reciprocal effects of capsaicin and menthol on thermosensation through regulated activities of TRPV1 and TRPM8[J]. *J Physiol Sci*, 2016, 66(2):143-155.

基于“皮损为腧”理论的带状疱疹后遗神经痛 康复体系构建

李志杰¹, 韩兴军², 赵莹莹², 李欣莹¹, 汤晓艳¹, 周子阳¹, 龙慧欣¹, 李浩天¹, 雍雪雪¹, 朱辰龙¹

(1. 山东中医药大学针灸推拿学院, 山东 济南 250355; 2. 山东中医药大学第二附属医院治未病中心, 山东 济南 250001)

【摘要】“皮损为腧”理论以营卫理论和皮部理论为基础, 将皮损处作为主要施治部位。该理论认为皮损的出现是邪气与正气搏结于皮部导致营卫运行失常的结果, 在皮损部位施治具有引邪外出、调理营卫气机的作用。近年来, 带状疱疹后遗神经痛的发病率不断上升, 持续的疼痛、瘙痒影响患者的正常生活与社交。单纯的局部针刺、放血等治疗不能应对带状疱疹后遗神经痛的复杂病情。团队以“皮损为腧”理论为指导构建带状疱疹后遗神经痛康复体系, 该体系以线香灸为主, 发挥通达皮部络脉、调畅营卫、促邪外出的作用, 以推拿手法、物理因子治疗、作业治疗等为辅助, 加强祛邪外出、固护肌肉、调畅营卫等作用, 并促进患者生活和社交能力恢复, 诸法共用以提升康复疗效。

【关键词】 皮损为腧; 带状疱疹后遗神经痛; 线香灸; 皮部理论; 营卫理论; 康复体系

【中图分类号】 R275.9; R246.7 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0257-358X(2025)01-0085-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.015

Construction of Rehabilitation System for Postherpetic Neuralgia Based on Theory of “Taking Skin Lesion as Acupoint”

LI Zhijie¹, HAN Xingjun², ZHAO Yingying², LI Xinying¹, TANG Xiaoyan¹, ZHOU Ziyang¹, LONG Huixin¹, LI Haotian¹, YONG Xuexue¹, ZHU Chenlong¹

(1. College of Acupuncture, Moxibustion and Tuina, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Center for Disease Prevention and Health Care, The Second Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250001, China)

Abstract “Taking the skin lesion as the acupoint” is a theory based on the nutrient-defense theory and the cutaneous region theory, taking the skin lesion as the main operative site. This theory holds that the emergence of skin lesions is the result of the struggle between pathogenic factors and healthy qi in the

cutaneous region, leading to abnormal movement of nutrient qi and defensive qi. Treating at the lesion site has the effect of expelling pathogenic factors and regulating the movement of nutrient qi and defensive qi. In recent years, the incidence of postherpetic neuralgia has been constantly rising. The persistent pain and itching affect the normal life and social interaction of the patients. Simple

【收稿日期】 2024-04-09

【基金项目】 国家中医药管理局科技司-山东省卫生健康委员会共建中医药科技项目(编号:GZY-KJS-SD-2023-049); 山东省医药卫生科技发展计划项目(编号:202204120705); 山东省中医药科技项目(编号:Z-2023006T)

【作者简介】 李志杰, 2021 年硕士研究生, 主要从事针灸防治常见病的基础与临床研究。

【通信作者】 韩兴军, 教授, 主要从事针灸防治常见病的基础与临床研究。邮箱: hanxingjun1228@163.com。

local acupuncture, bloodletting, and other treatments can not cope with the complex condition of postherpetic neuralgia. Our team constructed a rehabilitation system for postherpetic neuralgia under the guidance of the theory of "taking the skin lesion as the acupoint". This system mainly uses Joss stick moxibustion, which plays the role of dredging the collaterals of the cutaneous region, regulating the nutrient qi and defensive qi, and promoting the elimination of pathogenic factors. It is supplemented by Tuina manipulation, physical factor therapy, occupational therapy, etc., to enhance the effects of eliminating pathogenic factors, strengthening the muscles, regulating the nutrient qi and defensive qi, and promoting the recovery of the patients' life and social abilities. The combination of various methods is used to improve the rehabilitation efficacy.

Keywords taking the skin lesion as the acupoint; postherpetic neuralgia; Joss stick moxibustion; cutaneous region; nutrient-defense theory; rehabilitation system

康复医学是一门近年来迅速发展的学科,其核心理念是通过康复治疗促进患者躯体功能恢复,帮助患者尽可能地回归正常生活^[1]。康复医学为临床医学下的二级学科,其下包含心脏病康复、神经康复、老年病康复、疼痛康复及儿童康复等亚专科^[2]。带状疱疹是一种由水痘-带状疱疹病毒(VZV)引起的急性皮肤病,其后遗神经痛严重影响患者的生活质量。目前临床对带状疱疹后遗神经痛(PHN)的治疗以抗病毒、镇痛、营养支持等措施为主^[3],缺乏康复治疗措施。PHN的康复治疗属疼痛康复、神经康复范畴。团队以“皮损为腧”理论为指导,将药材制成线香灸灸材用于PHN的康复治疗,并以此为基础构建PHN康复体系,取得较好的康复效果。

1 PHN简介

PHN是指带状疱疹皮损消退后疼痛持续超过1~6个月的慢性疼痛综合征,可伴有身心缺陷、社会功能障碍以及精神抑郁^[4]。流行病学研究显示,近年来,我国带状疱疹的发病人数不断上升,带状疱疹发病年龄逐渐降低,PHN的患者群体不断扩大^[5]。PHN会对患者的生活产生较大的负面影响。由于VZV对周围神经的损伤,患者除疼痛外,还会出现运动、感觉等功能障碍;而持续的疼痛、休息不佳、感觉异常也会引起患者的焦虑、抑郁等不良情绪,导致其心理状态不佳。目前PHN的治疗以药物治疗、介入治疗、物理治疗及中医治疗为主,不同治疗方式取得的疗效不一。

带状疱疹属中医学蛇串疮、蛇疮、蛇丹、缠腰龙等范畴。历代医家大多认为本病的基本病机乃本虚标实,多因脏腑气血亏虚、情志失调、禀赋不耐、卫外不固,又复感风、湿、热、火、毒等邪,导致肺脾湿热、肝火妄动等脏腑病变,最后外现于肌肤^[6]。目前,中

医对PHN的外治法包括火针、中药熏蒸、放血等^[7],在现有外治法的基础上改进出更有效、更安全的方法用于PHN患者的康复治疗是建设中国特色康复体系的需求。

2 基于“皮损为腧”理论探讨PHN的病因病机与治疗

“皮损为腧”即把皮损处作为施治部位,“皮损为腧”理论是团队在皮部理论和营卫理论的基础上提出的一种中医外治理论。该理论认为,各种因素引起的皮部络脉不通、卫气失常、正邪相搏最终可导致皮损的形成,皮损虽病因不尽相同,但总有经络不通、营卫不行的病机,对皮损部位进行治疗可以畅通皮部络脉、调和营卫。以下基于“皮损为腧”理论对PHN的病因病机与治疗进行探讨。

2.1 邪卫交争,形见皮部

《素问·皮部论》云:“皮者脉之部也……故皮者有分部,不与而生大病也。”王冰注云:“脉气留行,各有阴阳,气随经所过,而部主之……脉受邪气,随则病生。”皮部依照经脉循行各有其经脉所主。皮部分布有络脉,一方面,人体之气经过皮肤而渗灌于络脉中,充养皮肤而防御外邪;另一方面,外邪入侵,络脉满则注于脉中,皮部络脉是外邪入里的途径,也是邪气居留的场所。

营卫之气均由饮食水谷化生,营气行脉中,卫气走脉外。卫气者,温分肉、充皮肤、肥腠理、司开阖,循皮肤之中、分肉之间。卫气通行于皮部,方可卫外和温养皮部,而皮部的畅通以及肌肉的盛壮也是卫气正常运行的必要条件。卫气的运行失常,也会引起营气的运行异常。

带状疱疹多由正气不足加外邪侵袭导致,邪气留滞皮部、与卫气相争,则见疱疹。经过治疗,邪气

得去则病愈。但老年人和素体虚弱者因正气不足、卫气御邪无力而致余邪不尽、蓄积于皮部;邪气居留堵塞,皮肤失营卫之充养,加之邪气虽弱但仍有传变之性,其固定于皮部而不流窜,卫气与邪气相持、困邪于皮部,故见皮损及皮损处疼痛不适。

2.2 邪居皮部,神机失用

余邪不尽,蓄积皮部,阻碍皮部卫气运行,气血经络阻滞不通则皮部失养,导致“不通则痛”和“不荣则痛”共同出现,这是PHN的主要病机。麻木感较重者,由正虚、营卫无力外达导致;疼痛感较重者,由邪气阻塞皮部络脉、气血营卫壅堵导致。

皮肤为人体与自然界直接接触的部位,也是人身之气与自然之气交感的部位,二者交感,人体方可对外界事物产生感觉,而人之感觉依赖于气的传导作用。邪气阻滞皮部络脉,一则自然之气不得与人身之气交感,二则人身之气传导受阻,故见感觉减退。卫气借肺之宣发肃降得以正常运行,卫气不畅则肺气不畅,肺藏魄,魄主人体的感知觉和运动能力^[8],故PHN患者可见感觉异常以及运动功能障碍。

皮部不通也可导致PHN患者情绪异常。一方面,皮部因邪阻而见皮损,皮损影响人体外观,部分患者会因此产生负面情绪。另一方面,留滞在皮部的邪气会阻碍卫气运行,进而影响全身气机、引发情绪异常。《灵枢·卫气行》指出,卫气行阴入五脏时自心注肺再注肝。卫气不畅则心火亢盛,肺气不畅,而肺气不畅可致肝气不舒,肝气郁结则情志抑郁,气郁化火则焦虑、急躁。

《灵枢·大惑论》曰:“卫气不得入于阴……阳气满则阳跷盛,不得入于阴则阴气虚,故目不瞑……阴气盛则阴跷满,不得入于阳则阳气虚,故目闭也。”卫气的正常运行是维持人体阴阳平衡的重要条件之一,皮部不通、卫气偏盛,则阳气不易入阴,部分PHN患者因此出现失眠症状。卫气留于阳则阳气满,阳气满则阳跷盛,唐代杨玄操注解《难经》时指出跷脉是“人行走之机要,动足之所由”,阳跷脉偏盛,阴跷脉不能制阳,则加重运动功能异常。

PHN患者常见肌肉萎缩表现,其病因涉及年老体弱、素体虚弱、久病气血阴阳脏腑受损、因病限制运动等。《灵枢·营卫生会》曰:“壮者之气血盛,其肌肉滑,气道通,荣卫之行不失其常……老者之气血衰,其肌肉枯,气道涩,五脏之气相搏,其营气衰少而卫气内伐。”营卫的正常运行依赖于气血充盛、肌肉

盛健,PHN患者因种种原因出现肌肉萎缩,会影响营卫运行,而营卫运行异常又会导致PHN病情加重。

2.3 皮损为腧,百变一法

由前文所述可知,PHN的康复涉及疼痛康复、运动康复、神经康复等,以疼痛康复为首要目标。从“皮损为腧”理论分析,PHN患者的疼痛、感觉异常、运动功能障碍等症状表现具有同一病机,即邪气留滞于皮部络脉,正邪相持,致使营卫、气血运行失常,尤其是卫气运行失常。因此,临床治疗PHN时以皮损为腧可获良效。首先,余邪受卫气逼迫困居于皮损部位,在皮损部位施治可以引邪外出;其次,脉气留于皮部,在皮损部位施治可以调节经络;再者,卫气将邪气困阻于皮损处,虽可保护人体,但卫气也因与邪气相搏而郁滞于此,在皮损处施治可调卫气,调卫气又可通肺气以调魄,还可以调节跷脉,从而促进人体感觉功能和运动功能的康复。

针灸治疗PHN主要以引邪外出、调和营卫为治则。针刺不可过深,以防伤及正常组织、引邪深入;灸法治疗既可补气行气、活血止痛,又可发散郁火、引邪外出,但灸量不宜过大,恐性热之邪借灸火复盛,而壮火食气,人体正气损耗,反而加重病情。此外,如前所述,各种原因引起的肌肉萎缩,尤其是皮损周围的肌肉萎缩,也影响了营卫通行,因此,除针灸疗法外,也可采用手法治疗、物理因子治疗、作业治疗等康复治疗技术促进肌肉恢复,以帮助畅通营卫。

3 基于“皮损为腧”理论的PHN康复体系

根据上述以“皮损为腧”为基础的PHN病因病机分析,团队提出了相应的PHN疼痛康复、功能康复措施,构建了以特色线香灸为主要疗法,同时包含手法治疗、物理因子治疗、作业治疗的PHN康复体系。

3.1 线香灸

线香灸是将药材制成线香状灸材进行灸疗的方法。团队所使用线香灸,是将药材通过现代工艺加工成规格统一的线香状灸材,点燃后直接灸灼于体表皮损,其药物组成可加减,常用药物包括大黄、乳香、天南星、没药、三棱、莪术、檀香、生草乌等。

3.1.1 “皮损为腧”理论指导线香灸应用

“皮损为腧”理论认为,邪气被卫气困于皮损处的皮部络脉中,卫气与邪气相搏。从病位上看,邪气表浅;从病性上看,虚实夹杂,余邪未尽而正气虚弱不能御邪。因此,治疗应首先在皮损处施术引邪外出,再扶正以防邪气复归。在进行线香灸的过程中,

手法操作应轻浅快速,若患者可耐受,可根据其体质强弱,在灸前配合毫针浅刺或点刺出血以助邪气外达。

3.1.1.1 灸如毫针,少量高频

团队制作的线香直径最细者为0.8 mm,燃烧香头如粟米大,治疗时,单次点灼产生的灸量小,但操作频率高,目的是先轻开腠理,再以灸火引郁火外达。少火生气,借少量灸火补气行气以托举邪气外出,可达“开门驱贼”之效。

3.1.1.2 状如拔毛,以应肺意

《灵枢·官针》论及半刺法时指出:“浅内而疾发针,无针伤肉,如拔毛状。”线香灸作用于皮部,可通皮部络脉,促邪外出,而肺主皮毛,故该操作可畅通肺气。线香灸操作时力度仅达体表而速度快,即取半刺法之意,既可祛邪,又可通卫气、肺气而调魄,以促进患者感觉、运动功能的恢复。

3.1.1.3 调和营卫,气机得复

线香灸作用于皮损部位,使邪气得去,营卫无邪气牵连则恢复正常运行,故患者疼痛消失,感觉、运动功能逐渐恢复。PHN患者因营卫之气虚弱而气机不畅,但其营卫之虚非大虚、极虚,因此在线香灸治疗过程中及治疗后,可嘱患者调整呼吸、适度活动患处以助气机恢复。

3.1.2 线香灸操作规范

3.1.2.1 环境准备

线香灸操作相对安全,但操作过程中有明火,因此操作环境内不宜有过多杂物。应保持操作环境干净、整洁,温度适宜,约26℃,通风良好,避免燃烧后烟雾积聚使患者产生不适。

3.1.2.2 操作前后注意事项

操作前,医师应按相关规定准备器械,并检查线香是否因保存不当出现变质。操作时,先进行常规消毒,再由少至多逐渐增加灸量,以消除患者恐惧,防止晕灸等情况发生。操作过程中,若患者疼痛感较强或紧张,可在皮损外局部轻微拍打。操作后,嘱患者保持皮损处清洁干燥,严禁搔抓刮蹭,可覆盖无菌敷料保护皮损,但应适度包扎,避免刺激皮损。

3.1.2.3 选穴

线香灸选穴包括局部取穴和远端取穴,以局部取穴为主。①局部取穴。局部取穴以局部皮损为主,先灸皮损外周以行卫气,再灸皮损处以引邪外出。局部灸应按经脉循行方向操作,以借脉气祛邪。

皮损较多时,取其首发皮损,患者不能记忆皮损出现顺序时,以皮损面积最大处为首,因其为邪气最盛之处。②远端取穴。皮部为经脉所主,故可依照经络远端取穴。因PHN多见虚实夹杂证,可加取足三里、气海等扶正。

3.2 其他康复疗法

3.2.1 推拿手法治疗

如前文所述,皮损部位往往有邪气留存,故以力度稍重、频率稍快的推拿手法作用于皮损周围感觉异常的部位可以祛邪外出^[9]。皮损形状呈点状者,可用一指禅推法、缠法、点法、按法、揉法等进行治疗,以局部皮肤红润、微有汗出为度。若皮损范围较大呈片状、条带状,可根据其形状施以拿法、捏法、擦法等,亦以局部皮肤红润、微有汗出为度。

由于肌肉萎缩会影响营卫运行,故对于因疼痛出现保护性制动而引起活动受限的患者,需要通过推拿手法刺激肌肉,并进行被动活动,防止出现肌肉萎缩而影响营卫运行。对受累肌肉的刺激,依照“放松手法—重刺激手法—再放松手法”的顺序进行。放松手法可选取摩法、揉法、擦法等,以放松肌肉;重刺激手法可选力度较重、深沉和缓的点法、按法、拿法等,以壮实肌肉,并配合关节活动手法以滑利关节;再放松手法可选擦法、拍法等,操作应轻快柔和,以收敛因手法操作而振荡的气血,并对重刺激手法操作部位的组织进行放松,避免手法损伤。推拿手法的操作时间、力度及方案,应根据患者病情及配合的其他疗法确定。

3.2.2 物理因子治疗

物理因子治疗包括激光疗法、超声波疗法等,中医认为其具有行气活血、通络止痛的作用,可以用作PHN的辅助治疗手段^[10]。对PHN初期疼痛较甚、对线香灸尚有恐惧的患者,物理因子治疗可以配合线香灸增强疗效;对于素体虚弱、形体消瘦、肌肉拘挛、不耐手法的患者,可通过中频电疗法等促进其肌肉功能恢复。

3.2.3 作业治疗

对PHN患者进行作业治疗的目的是促进其生活能力和社交能力的恢复,帮助其摆脱心理困境。PHN患者常因疼痛出现保护性制动,并对疼痛受累处的活动存在畏惧心理,影响正常生活。对于此类患者,要及时进行功能评估和作业治疗,在促进其功能恢复的同时,

(下转第95页)

论著·名医经验

王茂生从毒瘀虚辨治慢性白血病经验

潘秋双¹, 范 华², 李迎巧² 指导: 王茂生

(1. 河北北方学院, 河北 张家口 075132; 2. 廊坊市中医医院, 河北 廊坊 065099)

[摘要] 王茂生教授依据肝肾阴精亏虚为本、毒邪内蕴为因、痰瘀阻滞为标的病因病机特点, 强调辨病分期与辨证施治相结合, 将慢性白血病分为初、中、末三期进行辨治。初期以髓毒瘀积证为主, 治疗重在清化毒瘀, 处方以逐瘀汤类方为基础; 中期以痰瘀互结证为主, 重在豁痰、散瘀, 处方以参芪杀白汤为基础, 若毒瘀互结化热, 则需凉血止血、清热解毒; 末期以肝肾阴虚证为主, 治疗重在补益肝肾阴精, 处方以青蒿鳖甲汤为基础。瘀血存在于初、中、末三期, 活血化瘀贯穿疾病治疗的始终。王教授合理处理“标”与“本”、“正”与“邪”、“攻”与“补”的关系, 灵活运用解毒、豁痰、散瘀、扶正等法治疗慢性白血病, 最终达增效、减毒、改善预后之功。

[关键词] 慢性髓细胞性白血病; 慢性淋巴细胞白血病; 分期辨治; 减毒增效; 毒; 瘀; 虚

[中图分类号] R249; R273

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0089-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.016

WANG Maosheng's Experience in Differentiating and Treating Chronic Leukemia from Perspectives of Toxin, Blood Stasis, and Deficiency

PAN Qiushuang¹, FAN Hua², LI Yingqiao² Mentor: WANG Maosheng

(1. Hebei North University, Zhangjiakou 075132, China; 2. Langfang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Langfang 065099, China)

Abstract Professor WANG Maosheng, based on the etiological and pathological characteristics of chronic leukemia, identifies the deficiency of liver and kidney yin essence as the foundation, the internal accumulation of toxic pathogens as the primary cause, and the obstruction by phlegm and blood stasis as the manifestation. He emphasizes the integration of disease differentiation by stage and syndrome differentiation and treatment, dividing chronic leukemia into the initial, middle, and final stages for diagnosis and treatment. In the initial stage, the syndromes are primarily characterized by the accumulation of marrow toxins and blood stasis. The treatment focuses on clearing and resolving the toxins and blood stasis, and the prescription is modified from Zhuyu Decoction (逐瘀汤). In the middle stage, the syndromes are primarily characterized by the intermingling of phlegm and blood stasis. The treatment focuses on eliminating phlegm and dispersing blood stasis, and the prescription is based on Shenqi Shabai Decoction (参芪杀白汤). If the intermingled toxins and blood stasis turn into

[收稿日期] 2023-08-26

[基金项目] 第五批全国中医临床优秀人才研修项目(批文号: 国中医药人教函[2022]1号); 全国名老中医传承工作室建设项目(批文号: 国中医药人教函[2022]75号)

[作者简介] 潘秋双, 2022 年硕士研究生, 研究方向: 中西医结合治疗血液病。

[通信作者] 范华, 主治医师, 主要从事中西医结合治疗血液病研究。邮箱: fanhua8502@126.com。

heat, it is necessary to cool the blood, stop bleeding, and clear heat and detoxify. In the final stage, the syndromes are primarily characterized by liver-kidney yin deficiency. The treatment focuses on nourishing liver and kidney yin essence, and the prescription is based on Qinghao Biejia Decoction (青蒿鳖甲汤). Blood stasis exists in the initial, middle, and final stages, and promoting blood circulation to remove blood stasis runs through the treatment of the disease from beginning to end. Professor WANG properly handled the relationships between “manifestations” and “root causes”, “healthy qi” and “pathogenic qi”, “attacking” and “tonifying”, and flexibly applies methods such as detoxifying, eliminating phlegm, dissipating blood stasis, and strengthening the body resistance to treat chronic leukemia, ultimately achieving the effects of enhancing efficacy, reducing toxicity, and improving prognosis.

Keywords chronic myeloid leukemia; chronic lymphocytic leukemia; stage differentiation and treatment; reducing toxicity and increasing efficacy; toxin; blood stasis; deficiency

慢性白血病是以骨髓中偏成熟有核细胞异常增殖为特点的起源于造血干细胞的一组克隆性异质性疾 病,以慢性髓细胞性白血病和慢性淋巴细胞白血病较为常见,目前为药物不能治愈性疾病且有向急性白血病转变的风险^[1]。本病起病隐匿、进展较慢,多数患者有乏力、消瘦、全身多发淋巴结肿大或巨大包块、肝脾肿大等症状,甚或出现巨脾、脾周围炎及白细胞异常增高等临床表现。西医治疗慢性白血病多采用以伊马替尼、尼洛替尼等为代表的酪氨酸激酶抑制剂(TKI)和以伊布替尼、泽布替尼为代表的布鲁顿酪氨酸激酶(BTK)抑制剂等靶向药物^[2]。患者用药后10年内总生存率可达80%~90%,但此类药物易引发周身乏力、皮疹、外周水肿、胸闷、肝损伤、中性粒细胞减少、感染、出血、房颤及胃肠道不适等不良反应^[3-5],部分患者因难以耐受不良反应或对药物敏感性不佳而导致治疗失败。目前,国内外诸多研究数据已证实中医药在促进骨髓造血功能恢复、减轻化疗后骨髓抑制、调节机体免疫功能等方面具有显著优势^[6-8]。王茂生教授为第五批全国中医临床优秀人才,国家中医药管理局中医血液病重点专科、国家区域(中医)诊疗中心学术带头人之一,河北北方学院硕士研究生导师,廊坊市中医医院主任中医师,临证善长脉证合参,在中医诊治血液病及肿瘤方面造诣颇深。近年来,王教授从毒瘀虚角度辨治慢性白血病,采用解毒、豁痰、散瘀、扶正等法联合靶向药物治疗,取得较好疗效。笔者有幸跟随王教授学习,现将其辨治慢性白血病经验总结如下。

1 病因病机

中医学中没有与“慢性白血病”相对应的病名,

临床可根据患者症状表现划分其中医归属范畴。慢性髓细胞性白血病多伴有巨型肝脾,可归于癥瘕、积聚范畴;慢性淋巴细胞白血病多伴有全身淋巴结肿大,可归于瘰疬、恶核范畴;急性发作时有贫血、溶血、感染、发热、出血等表现,可归属于虚劳、血证、温病等范畴。王教授认为本病以肝肾阴精亏虚为本、以毒邪内蕴为因、以痰瘀阻滞为标,病机符合“髓毒”之毒、瘀、虚理论^[9]。

1.1 肝肾阴精亏虚为本

王教授认为慢性白血病是因骨髓中白细胞异常增殖所致,故本病主要病位在髓,涉及肾、肝等脏。肾虚受邪导致髓毒深伏,精不生髓,髓不化血,精伤夺气耗血^[10],故患者多呈面色萎黄、乏力、心慌气短等气血亏虚之象。脏腑亏虚,正气不足,机体无力抗邪,则髓毒外发,侵袭脏腑、经络、四肢百骸、五官九窍、皮毛等,导致毒邪充斥内外。《素问·阴阳应象大论》曰“肾生骨髓,髓生肝”,肝肾精血同源,故髓的盈亏亦与肝有关。因此,肝肾阴精亏虚为致病之本。

1.2 毒邪内蕴为因

王教授认为导致慢性白血病发生发展的毒邪以外感温热毒邪为主,故患者常见急性发作且伴高热、出血等热入营血表现。此外,患者在日常生活和疾病治疗中也会感受各种毒邪,主要包括病因之毒、药物之毒、先天胎毒。病因之毒是指外界环境中诸多能诱发白血病的物理、化学物质,如放射线、工业废水废气、煤焦烟霾及苯、甲醛等化学毒物。药物之毒是指药物中能致骨髓受损、诱发白血病的成分,主要存在于环磷酰胺、甲氨蝶呤、硫唑嘌呤等免疫抑制剂或阿扎胞苷、阿糖胞苷等化疗药物中。先天胎毒是

孕期妇女接触或吸食的可能诱发胎儿白血病的有毒有害物质,《小儿卫生总微论方》曰:“母食毒物,胎有所感,至生下之后,毒气发而为病。”^[11]

1.3 痰瘀阻滞为标

慢性白血病患者常见癥瘕瘰疬之痰结或热毒炽盛、血不循经之瘀血标象。王教授认为肝脾肿大由瘀血内阻导致,淋巴肿大以津液输布失常、痰饮停滞为主因。具体而言,导致瘀血和痰饮的原因如下:脾运失健,气血生化乏源,故气虚血瘀;脾运化水湿功能失司,津液输布失常,致湿浊内生、痰凝内积;或七情内伤,所愿不遂,情志怫郁,气机郁结,气郁日久、血运不畅致瘀血内停;或肝郁气滞,气不布津,津凝成痰,痰浊、瘀血互结;或有旧疾,因治不得法或调养失当导致病邪久羁、损伤正气,正气无力祛邪,诱发或加重滞留于脏腑、深伏于骨髓的痰、浊、湿、瘀、毒等邪气。

2 分期辨治

王教授认为慢性白血病的临床类型不同,在疾病不同阶段,其症状表现多端,临证时应分清初、中、末三期证候,合理处理“标”与“本”、“正”与“邪”、“攻”与“补”的关系,治疗应兼顾解毒、豁痰、散瘀、扶正等法,以养正、提高机体免疫力、延长患者生存期为最终目的。初期慢性髓细胞性白血病与慢性淋巴细胞白血病各具鲜明的临床特点,治疗需辨病与辨证相结合,中、末期二者病机较为一致,可观其脉证、随证治之。

2.1 初期——清化毒瘀

慢性白血病发病较为隐匿,潜伏期较长,初期病机关键在于毒瘀内生^[12],以髓毒瘀积证最为常见。髓毒瘀积证患者多有瘰疬或腹中癥瘕、痞块急剧肿大表现,或伴形体消瘦、倦怠乏力、纳呆、食后饱胀感明显、局部热痛、胸部憋闷、肢体疼痛、关节挛急、头晕头痛、舌质紫黯或有瘀斑、脉沉细涩等症,治疗当以清化毒瘀为第一要务,可兼用豁痰之法,体虚甚者兼以扶正。处方选膈下逐瘀汤、桃核承气汤或抵当汤化裁,重用三棱、莪术、乳香、没药、龟甲等破血逐瘀消癥之品。乏力明显者可加太子参、黄芪、阿胶等,以益气养血;腹部癥块巨大、压迫胃肠、妨碍进食者可酌加水蛭、石菖蒲、郁金、鸡内金、厚朴等,以增强消化化滞之力。此外,王教授提出脾周围炎为慢性髓细胞性白血病巨脾患者的常见并发症,以上腹

脾区疼痛拒按、局部皮温增加、脾脏坚硬如石为主要表现,继发感染者可伴有发热,严重者可因广泛腹肌紧张、剧烈疼痛等被误诊为腹膜炎。王教授治疗此类患者常在内服中药的基础上予自拟丹香解毒消癥散(由丹参、当归、乳香、没药、大黄、天花粉等组成)外敷,既可清热解毒以止痛,又可软坚通络以消癥^[13]。

西医认为慢性淋巴细胞白血病 Rai 分期中的 0 期、I 期为低危阶段,处于此阶段的患者通常只需观察,无需治疗^[14]。王教授在临证中发现,初期慢性淋巴细胞白血病患者不仅有轻度乏力、自汗、盗汗等症状,还伴有因疾病压力致情绪郁闷、心烦气躁等肝气郁结的表现,故常予八珍汤、六君子汤、丹栀逍遥丸等化裁以益气养血、理气解郁。对于脉证不显、无证可辨者,王教授依据毒、瘀、虚的病因病机,常以验方益气活血解毒汤(由人参、太子参、黄芪、补骨脂、女贞子、黄精、陈皮、桃仁、茯苓、黄药子、羌活、葛根、虎杖、白花蛇舌草、薏苡仁、菊花组成)辨病治疗,可扶正解毒、延缓疾病进展^[15]。若患者身体浅表部位多发痰核瘰疬、皮色不变或晦黯、皮温不高、按之石硬不痛或痛不甚,或伴神疲倦怠、面色萎黄、头目眩晕、心悸气短、自汗盗汗,舌淡黯,苔白腻或水滑,脉沉弦细或细数,王教授辨为痰核瘰疬证,治以豁痰解毒、软坚散结,处方选用由消瘰丸、当归贝母苦参汤等组成的散结溃坚汤(含太子参、当归、丹参、川贝母、天花粉、玄参、黄芩、知母、桔梗、夏枯草、昆布、黄药子、半枝莲、白花蛇舌草、甘草等药物)加减^[16]。

2.2 中期——豁痰、散瘀

病程日久,髓毒不解,耗伤人体气血津液,正气渐衰而邪气日盛,多见正邪相争、虚实错杂之候。该期患者多见癥瘕、瘰疬增大且质地较硬,兼伴倦怠乏力、低热多汗、形体消瘦、气短懒言等症。王教授认为治疗此期患者应将解毒、豁痰、散瘀、扶正有机结合,攻补兼施,处方常以验方参芪杀白汤加减^[17-19]。该方用人参、黄芪、全当归补助气血;天冬、沙参、生地、地黄、地骨皮滋养阴液;金银花、连翘、贯众泻火解毒;半枝莲、白花蛇舌草、黄药子清解毒邪;甘草调和诸药。癥瘕积聚者,加醋龟板、牡蛎、乳香、没药等破血软坚;痰核瘰疬者,加浙贝母、炒白芥子、苦参等消瘰散结。同时联合消癌平注射液、苦参注射液、华蟾素注射液等加强解毒、抗肿瘤之效。

部分中期患者病情进展,出现骨痛、出血、肝脾及淋巴结肿大或疼痛等症状;或因化疗药物攻伐太过,见严重感染、发热、出血等表现,发热多呈持续性高热、出血多量大且鲜红;或见皮下紫癜或瘀斑成片、鼻衄频繁、齿龈渗血、口腔黏膜及舌面血疱,并伴发热、口干、咽痛、小便黄赤、大便干结、舌红绛、苔黄、脉洪数或滑数等热邪炽盛表现。上述表现均由毒邪内蕴骨髓、毒瘀互结化热、血热妄行导致,故治疗需在凉血止血基础上偏重清热解毒,处方以犀角地黄汤为基础,加生石膏、贯众、玄参清热凉血,茜草、紫草、仙鹤草、侧柏叶、蒲黄炭凉血止血兼收敛,黄芩、黄连、栀子清泻三焦,半枝莲、白花蛇舌草、黄药子、山慈菇清热解毒,蜈蚣、全蝎、蜂房通络抗癌^[20]。伴肝脾肿大者,可加鳖甲、三棱、莪术、当归、丹参等化瘀软坚^[21];伴痰核瘰疬者,可加夏枯草、猫爪草、海藻、昆布、土茯苓等软坚散结。

2.3 末期——补益肝肾

末期随着病程延长,邪愈盛而正愈虚,病势日益深重,患者普遍有面色萎黄、形体消瘦、夜间低热、五心潮热、盗汗、腰膝酸软、夜寐欠安、心烦易怒、两胁疼痛、齿松发脱及癥瘕巨大或瘰疬进行性增大、质硬、疼痛等症,舌脉表现以舌红或绛、苔薄或少苔、脉细数为主。王教授认为此期以正气不足为主要矛盾,尤以肝肾阴精亏虚多见,治疗应以益气养阴、补益肝肾为主,兼以解毒、豁痰、破瘀,处方可选知柏地黄汤、青蒿鳖甲汤、一贯煎等加减以养阴清热、解毒溃坚。

在上述末期普遍表现基础上,兼见神疲乏力、头晕耳鸣、面色晦暗、纳呆、腹胀、便溏、腰膝酸软、恶风、怕冷、下肢浮肿、舌淡黯、苔白、脉沉细或沉涩者,证属脾肾两虚,治疗可选归脾汤合金匱肾气丸、济生肾气丸、真武汤等化裁,此时以健脾胃、纳饮食、增化源为主,不宜使用过多滋腻补药如右归丸等;兼见面色苍白无华、神疲懒言、气短乏力、语声低微、心悸眩晕、食少纳呆、失眠多梦、恶寒身热、自汗盗汗、颈项及体表多处瘰疬不断增大且硬实如石、舌淡或淡黯、苔白、脉细数无力或沉细者,证属气血亏虚,处方多选香贝养荣汤、归脾汤合消瘰丸化裁。

3 中西结合,减毒增效

以伊马替尼为代表的TKI和以伊布替尼为代表的BTK抑制剂的应用使慢性白血病患者生存期延

长,对于绝大多数患者来说,慢性白血病已经成为一种慢性可控制的肿瘤,但此类药物不可避免地存在不良反应或疗效不佳的问题^[2]。王教授根据“观其脉证,随证治之”原则,充分发挥中药对西药的减毒增效作用。

3.1 运用中药减轻西药的不良反应

伊马替尼可引发严重水液代谢障碍^[22],对采用伊马替尼治疗而见颜面肿胀的患者,王教授多用苓桂术甘汤、五苓散、真武汤等温阳利水方剂化裁治疗。尼洛替尼易引发皮肤瘙痒^[22],王教授治疗此类患者常以祝谌予先生创立的过敏煎为基础处方,兼表证者合荆芥穗、淡豆豉、浮萍等以疏风透邪,兼火郁于内者合升降散以内清外疏。对尼洛替尼导致的心脏损害^[22],王教授多选桂枝加龙骨牡蛎汤、复脉汤等加减治疗。对采用达沙替尼治疗而见严重胸腔积液者^[23],王教授多选葶苈大枣泻肺汤、防己黄芪汤化裁治疗。伊布替尼常影响机体凝血功能导致出血^[24],王教授治疗此类患者常在辨证基础上酌加三七、五灵脂、茜草、紫草、侧柏叶等化瘀收敛之品。

3.2 运用中药增强靶向药物疗效

目前临床对于TKI耐药或治疗失败患者除更换TKI种类或积极研发新型TKI外,尚无根本解决方法。对此,王教授临证充分发挥中西医结合治疗之优势,以提高疾病缓解率、增强TKI疗效、改善患者生活质量、延长患者生存期。王教授临证选用具有清热解毒、化瘀散结功效的中成药,如慢粒灵颗粒(廊坊市中医医院院内制剂)、复方黄黛片等,配合TKI等靶向药,可快速缓解患者肝脾肿大或疼痛症状,改善靶向药物导致的中性粒细胞减少、贫血、血小板减少等骨髓抑制表现,在一定程度上纠正患者贫血状态,减少感染、出血等并发症,降低疾病后期机体能量消耗,延长无病生存期^[25]。此外,王教授根据慢性白血病毒、瘀、虚的病机特点创立的益气养阴解毒方具有解毒、化瘀、扶正功效,可降低微小残留病变的发生率,减轻应用靶向药物后出现的腹泻、恶心呕吐、皮疹、水肿等不良反应,改善患者生活质量^[26]。方中人参、黄芪等可提高机体对靶向药物的敏感性,增强和巩固疗效^[27-28];三棱、莪术、大黄、廑虫、赤芍、桃仁等活血破瘀药配合靶向药物治疗白血病可加快异常白血病细胞的减少速度,提高幼稚细胞的消失速度,提升肿大肝脾的缩小程度,对骨髓粒系统和巨核系统

细胞增殖均有抑制作用,能明显延长患者的生存期^[29-31];青黛、白花蛇舌草、半枝莲、全蝎、蜈蚣、山慈菇、苦参等具有清热解毒、散结祛瘀、抗肿瘤之效。

4 病案举例

陈某,男,44岁,河北霸州人,主因诊断慢性髓细胞性白血病4年余,TKI治疗失败于2021年12月6日初诊。患者于2017年3月无明显诱因出现双侧上肢酸胀感,轻度乏力,间断发热,于当地查血常规示白细胞(WBC) $131.52 \times 10^9/L$,红细胞(RBC) $3.42 \times 10^{12}/L$,血红蛋白(HGB) 105 g/L,血小板(PLT) $83 \times 10^9/L$,考虑为血液病。遂就诊于天津某医院,经骨髓细胞形态学、骨髓活检、骨髓染色体、融合基因等检查,诊断为慢性髓细胞性白血病(慢性期),BCR-ABL融合基因ABL国际标准值P210亚型[BCR-ABL/ABL(IS) P210]定量79.00%。予甲磺酸伊马替尼胶囊(正大天晴药业集团股份有限公司,国药准字H20133198,规格:每粒0.1 g)口服,0.4 g/d,治疗1年左右时复查BCR-ABL/ABL(IS) P210定量4.24%,未达到最佳疗效。遂调整为尼洛替尼胶囊(达希纳生产企业,国药准字H20120461,规格:每粒200 mg)口服,每次400 mg,日2次,治疗1年余,多次查BCR-ABL/ABL(IS) P210定量3.63%~2.28%,仍未达到最佳疗效。后持续服用尼洛替尼胶囊至2021年11月,2021年11月改为甲磺酸氟马替尼片(江苏豪森药业集团股份有限公司,国药准字H20066452,规格:每粒200 mg)口服,每次600 mg,日1次,治疗后BCR-ABL/ABL(IS) P210定量下降仍不明显,为求进一步治疗,至王教授门诊。

刻诊:患者神清,精神可,轻度乏力,汗出,无咳嗽、咳痰,无发热,无头痛、头晕,无心慌、气短,无恶心、呕吐,无便血、尿血,无骨痛,腹部平软,肝脾肋下未触及,纳食可,夜寐安,二便调,舌质紫黯,苔薄白,脉弦细涩无力。血常规检查示WBC $7.85 \times 10^9/L$,RBC $4.67 \times 10^{12}/L$,HGB 138 g/L,PLT $145 \times 10^9/L$;骨髓形态学检查示骨髓增生活跃、粒细胞系、红细胞系、巨核细胞系基本正常;BCR/ABL融合基因检查示BCR-ABL/ABL(IS) P210定量3.43%、BCR/ABL激酶区突变呈弱阳性;染色体核型分析结果为“46,XX[20]”。中医诊断:慢髓毒,毒瘀互结、气阴两虚证;西医诊断:慢性髓细胞性白血病(慢性期),TKI治疗失败。治以益气养阴、化瘀解毒,方选益气活血解毒汤加减,药物组成:炒桃仁10 g,藏红花10 g,醋三

棱6 g,醋莪术6 g,青黛(包煎)3 g,党参10 g,山慈菇15 g,淮山药30 g,炒薏苡仁30 g,芡实30 g,蜈蚣3条,全蝎3 g,白花蛇舌草30 g,醋鸡内金9 g,炒白术15 g,人参(先煎)10 g。14剂,水煎服,日1剂。继续口服甲磺酸氟马替尼片(江苏豪森药业集团股份有限公司,国药准字H20190032,规格:每粒200 mg),每次400 mg,日2次。

患者进行上述中西医结合治疗后无明显不适,故持续服药至2022年1月6日二诊:乏力、汗出症状较初诊减轻,余无不适,舌质淡黯,苔薄白,脉弦细弱。BCR-ABL/ABL(IS) P210定量0.35%;BCR/ABL激酶区突变检测示BCR/ABL1融合基因为阴性、未检测到ABL1激酶区突变。中医诊断:慢髓毒,毒瘀互结、气阴两虚证。继以益气养阴、化瘀解毒为法,调整中药剂型为颗粒剂:炒桃仁10 g,藏红花10 g,醋三棱6 g,醋莪术6 g,青黛3 g,党参15 g,人参破壁饮片1 g,山慈菇15 g,山药30 g,炒薏苡仁30 g,白花蛇舌草30 g,芡实15 g,蜈蚣3 g,全蝎3 g,醋鸡内金9 g,麸炒白术15 g。30剂,开水冲服,日1剂。甲磺酸氟马替尼片服法同前。

2022年3月10日三诊:患者诉大量活动后偶有乏力、汗出,余无不适,纳眠可,二便调,舌边略紫黯,苔薄白,脉沉弦。BCR-ABL/ABL(IS) P210定量0.10%。中医诊断:慢髓毒,毒瘀互结、气阴两虚证。继以益气养阴、化瘀解毒为法,调整颗粒剂处方:炒桃仁10 g,藏红花10 g,醋三棱6 g,醋莪术6 g,青黛4 g,党参15 g,山慈菇15 g,淮山药30 g,炒薏苡仁30 g,白花蛇舌草30 g,芡实15 g,蜈蚣4 g,全蝎3 g,醋鸡内金9 g,炒白术15 g,竹茹9 g,天花粉15 g。30剂,开水冲服,日1剂。甲磺酸氟马替尼片服法同前。

2022年5月3日四诊:患者无明显乏力、汗出,纳眠可,二便调,舌质淡红,苔薄白,脉沉弦有力。BCR-ABL/ABL(IS) P210定量0%;BCR/ABL激酶区突变检测示BCR/ABL1融合基因为阴性,未检测到ABL1激酶区突变。中医诊断:慢髓毒,毒瘀互结、气阴两虚证。继以益气养阴、化瘀解毒为法,调整颗粒剂处方:炒桃仁10 g,藏红花10 g,醋三棱6 g,醋莪术6 g,青黛4 g,党参15 g,山慈菇15 g,山药30 g,炒薏苡仁30 g,白花蛇舌草30 g,芡实15 g,蜈蚣4 g,全蝎3 g,炒鸡内金10 g,麸炒白术15 g,竹茹10 g,天花粉15 g,冬凌草15 g,人参5 g。甲磺酸氟马替尼片服法同前。

之后患者病情平稳,达到主要分子学反应(MMR)。继续以上述方药略作加减治疗,随访至今,无复发。

按:本案患者为中年男性,诊断为慢性髓细胞性白血病4年余。王教授从“髓毒”理论出发,认为患者主要病机为邪毒内蕴骨髓,日久积滞成瘀,故舌质紫黯、脉弦涩;毒瘀互结,瘀而化热,瘀热迫津外泄,故见汗出。病程日久,髓枯精亏,肾精不足,肝肾同源,久则致肝肾阴精亏虚。肾为先天之本,脾为后天之本,先天滋后天,后天养先天,肾精亏虚致脾虚,脾主肌肉四肢,脾失健运则见乏力、脉细无力。患者初诊时已有4年余病史,髓毒长年耗伤人体气血津液,正气渐衰而邪气日盛,故见正邪交争、虚实错杂之候。因此,王教授治疗时兼顾扶正与祛邪,以益气、活血、解毒为法,予益气活血解毒汤化裁。二诊时,患者乏力、汗出症状减轻,舌质淡黯、脉弦细弱,故将党参加量至15g以加强扶正之力。三诊时,患者大量活动后偶有乏力、汗出症状,恐日久伤津,加用竹茹、天花粉以生津液,舌边略紫暗、脉沉弦提示益气、活血、解毒之法疗效可。四诊时,患者已无明显乏力、汗出症状,舌淡红,脉沉弦有力,说明之前的补益肝肾阴精、活血化瘀、解毒攻邪、健脾助运方药切合病机,故见效。

5 结束语

王教授治疗慢性白血病遵循扶正祛邪、标本兼治、攻补兼施的原则,以解毒、豁痰、散瘀、扶正为核心,采用中西医结合的治疗模式,充分发挥中药对西药的减毒增效作用,在改善患者生活质量、延长患者生存期方面取得较好疗效,其治疗经验可供临床借鉴。

【参考文献】

- [1] 毕思源,钟新林. 抗癌青黄汤联合羟基脲片治疗慢性髓系白血病60例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2022,38(7):16-19.
- [2] 刘靛. 酪氨酸激酶抑制剂时代慢性髓系白血病的治疗现状:南方医院数据总结[D]. 广州:南方医科大学,2020.
- [3] 毛琳,张紫婵,吴霞,等. 酪氨酸激酶抑制剂治疗慢性髓系白血病不良反应及患者生活质量调查[J]. 交通医学,2022,36(3):269-271,274.
- [4] 罗菁,张佼佼,张兴利,等. 利妥昔单抗减量的FCR方案一线治疗慢性淋巴细胞白血病疗效分析[J]. 临床血液学杂志,2022,35(9):645-649.
- [5] 陈曦,杨海燕. 伊布替尼的常见不良反应及临床应对策略[J]. 中国肿瘤临床,2019,46(14):750-754.
- [6] 康曦,王尧坤,项静静,等. 抗白延年汤对于老年白血病不同阶段化疗后血象恢复影响的观察[J]. 云南中医中药杂志,2016,37(3):20-23.
- [7] 杨玉婷,赵梓亦,辜海英,等. 扶正抗癌饮经验方防治成人急性髓系白血病化疗后骨髓抑制的临床研究[J]. 世界中医药,2019,14(2):430-433.
- [8] 杨文华. 中医药治疗急性白血病述评[J]. 北京中医药大学学报,2023,46(10):1454-1460.
- [9] 王茂生,李君,杨淑莲. 髓毒(白血病)中医诊疗辑要[J]. 中国中医急症,2012,21(12):1969-1970.
- [10] 吴鹏飞. 青黄汤治疗慢性髓系白血病热盛证的临床观察[D]. 长沙:湖南中医药大学,2021.
- [11] 佚名. 小儿卫生总微论方[M]. 上海:上海卫生出版社,1958:7.
- [12] 周庆兵,胡晓梅. 周霁祥教授治疗恶性血液病经验简介[J]. 新中医,2011,43(4):137-138.
- [13] 王雪梅,汤久慧,王茂生,等. 参芪杀白汤为主联合化疗治疗急性白血病合并脾周围炎临床研究[J]. 陕西中医,2020,41(2):202-205.
- [14] CHESON B D, BENNETT J M, GREVER M, et al. National Cancer Institute-sponsored Working Group guidelines for chronic lymphocytic leukemia: revised guidelines for diagnosis and treatment[J]. Blood, 1996, 87(12):4990-4997.
- [15] 王茂生,杨淑莲,侯伟,等. 益气解毒活血方联合化疗对成人急性髓细胞白血病患者生存质量的影响[J]. 中国中医急症,2007,16(11):1330-1331.
- [16] 徐文江,杨淑莲,乔子剑,等. 慢性白血病(慢髓毒)中医证治体会[C]//中国中西医结合学会血液学专业委员会. 第十一届全国中西医结合血液学学术会议暨第二届中西医结合血液高峰论坛论文集,厦门:中国中西医结合学会血液学专业委员会,2014:93-95.
- [17] 林波,代喜平,梁冰,等. 梁冰固本澄源法辨治微量残留白血病[J]. 中医药导报,2019,25(24):15-17.
- [18] 郎立新,王晓波,杨淑莲,等. 益气解毒调和肝脾法治疗恶性血液病伴抑郁状态的临床研究[J]. 世界中医药,2018,13(7):1684-1688.
- [19] 王茂生,李君,杨淑莲,等. 中医分期辨治联合化疗治疗成人急性髓细胞白血病临床观察[J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(30):3320-3323.
- [20] 凌汶静. 常用抗肿瘤中药的临床应用与规律探讨[D]. 北京:北京中医药大学,2015.
- [21] 廖文城,陈兰玲. 肝硬化脾大及脾功能亢进的中医药治疗概况[J]. 湖南中医杂志,2014,30(4):169-171.

- [22] 王珂,尹列芬,杨欢,等.酪氨酸激酶抑制剂治疗慢性粒细胞白血病的不良反应及处理的研究进展[J].实用药物与临床,2022,25(1):87-91.
- [23] 罗兴献,黄琳,赵海艳,等.达沙替尼药动学及治疗药物监测研究进展[J].中国新药杂志,2018,27(15):1737-1743.
- [24] 王新月,崔健.伊布替尼治疗复发或难治性慢性淋巴细胞白血病的临床疗效分析[J].宁夏医科大学学报,2022,44(8):806-811.
- [25] 周利原,熊辉霞.慢性髓性白血病BCR-ABL突变与二代TKI的疗效研究进展[J].中国实验血液学杂志,2023,31(2):585-588.
- [26] 曾丽蓉,郝征,杨文华.益气养阴解毒方防治微小残留白血病46例长期生存病例分析[J].中华中医药杂志,2014,29(11):3660-3662.
- [27] 周雯,周玥,李渊,等.基于网络药理学探讨人参皂苷Rg1对慢性粒细胞白血病的作用机制[J].中西医结合护理,2022,8(11):41-44.
- [28] 张倩倩,封亚丽,张懿,等.黄芪注射液对白血病患者化疗后免疫功能的影响评价及其Logistic回归分析[J].肿瘤药学,2023,13(5):610-614.
- [29] 马小淋,李昌桂,徐皓,等.基于数据挖掘的中医药治疗慢性粒细胞白血病临床用药规律分析[J].中国中医药信息杂志,2021,28(12):30-35.
- [30] 钱伟强,李玉红,王敏,等.从“虚劳干血”论治慢性粒细胞白血病[J].河北中医,2023,45(11):1895-1898.
- [31] 滕文静.基于蛋白质相互作用网络探索大黄蛰虫丸治疗慢性粒细胞白血病的机理[D].济南:山东中医药大学,2015.

(上接第88页)

通过作业治疗缓解其对活动疼痛部位的畏惧情绪。此外,PHN患者常因疼痛、皮损、失眠等产生紧张、焦虑情绪,严重者会引发社会行为异常。以罹患面部带状疱疹的患者为例,其可因面部皮损抗拒社交活动,尽管这种情况下的社会失能是出于主观意愿,但是同样会引发患者生活和社交能力的减退。虽然线香灸可以通过调节营卫、调畅肺魄等途经缓解患者的异常情绪,但疾病的治疗不能一蹴而就,需要经过一定的周期方可显效,加之患者始终处于不良情绪中也会影响自身恢复。因此,可以通过作业治疗引导患者进行有目的的社交活动,以促进其社交能力恢复,比如组织住院患者形成病友互助群,对出院患者定期布置社交任务等。

4 结束语

康复理念的发展为中医药事业的发展提示了方向,也提出了挑战。以“皮损为膺”理论为指导的PHN康复体系,是在分析皮部、营卫、邪气在PHN形成中相互关系及作用的基础上,构建的以线香灸为主要疗法的特色康复体系。将中医传统治疗、调养等理论、方法与现代康复理念结合,形成具有中医药特色的康复体系,是中医药事业发展的重要方向。受研究条件和时间的限制,本文构建的PHN康复体系在理论基础、效果评价等方面尚存在不足,今后团队将继续深化相关研究,对该康复体系进行完善。

[参考文献]

- [1] 燕铁斌,章马兰,于佳妮,等.国际功能、残疾和健康分类(ICF)专家共识[J].中国康复医学杂志,2021,36(1):4-9.
- [2] 燕铁斌,庄志强.推进我国康复医学标准化进程[J].中国康复医学杂志,2023,38(6):721-723.
- [3] 中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组,国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心.中国带状疱疹诊疗专家共识(2022版)[J].中华皮肤科杂志,2022,55(12):1033-1040.
- [4] 龚寅,汪正平.带状疱疹后遗神经痛的治疗进展[J].上海医学,2010,33(10):970-973.
- [5] 熊梅,骆志成.带状疱疹流行病学研究进展[J].实用临床医药杂志,2022,26(7):144-148.
- [6] 魏伊,赵敏,林茂.毫火针治疗带状疱疹及后遗神经痛研究进展[J].中医外治杂志,2023,32(5):104-106.
- [7] 石惠,李颖.中医治疗带状疱疹后遗神经痛的研究进展[J].中国民康医学,2023,35(22):18-20.
- [8] 徐逸群,刘朴霖,阎兆君.关于志意辨证理论中“魄”的分析与应用[J].中华中医药杂志,2023,38(8):3696-3699.
- [9] 丁立军,吕杰,廖跃华,等.中医推拿手法生物力学研究进展[J].医用生物力学,2023,38(5):1051-1056.
- [10] 易维君,王珍珍,张林,等.半导体激光治疗带状疱疹后遗神经痛研究进展[J].激光杂志,2020,41(11):203-205.

汪悦运用辛味药治疗类风湿关节炎经验

严云,张晶 指导:汪悦

(南京中医药大学,江苏 南京 210029)

[摘要] 汪悦教授认为类风湿关节炎(RA)以经络痹阻为主要病机,以风、寒、湿、热、痰、瘀为主要致病因素。辛味药具有散、行、化、润、通、升的功效特点,汪教授根据RA的病因病机,运用辛味药配伍组方,以达到辛散开玄、辛温散寒、辛寒清热、辛香化湿、辛润通络之功。临证常根据患者病情,或辛甘合用,或酸辛合用,或辛咸合用,或辛开苦降,通过五味配伍除邪气、调五脏、制主药之偏。附验案1则。

[关键词] 类风湿关节炎;辛味药;配伍;经络痹阻;汪悦;名医经验

[中图分类号] R249;R259.322 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2025)01-0096-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.017

WANG Yue's Experience in Treating Rheumatoid Arthritis with Pungent Medicinals

YAN Yun,ZHANG Jing Mentor:WANG Yue

(Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, China)

Abstract Professor WANG Yue believes that rheumatoid arthritis (RA) is primarily caused by wind, cold, dampness, heat, phlegm, and blood stasis, leading to blockage of the meridians and collaterals. Pungent medicinals have the efficacy characteristics of dispersing, circulating, transforming, moistening, dredging, and lifting. According to the etiology and pathogenesis of RA, Professor WANG is adept at using the compatibility and prescription of pungent medicinals to treat the disease, such as opening sweat pores with pungent medicinals, dispersing cold with pungent and warm medicinals, clearing heat with pungent and cold medicinals, resolving dampness with pungent and aromatic medicinals, and dredging collaterals with pungent and moistening medicinals. In clinical practice, based on the patient's condition, various combinations of the five flavors are employed: pungent and sweet, sour and pungent, pungent and salty, or pungent dispersing and bitter descending. By utilizing the compatibility of the five flavors, pathogenic qi is eliminated, the functions of the five zang-organs are harmonized, and the potential side effects of the primary medication are mitigated. One proved case is attached.

Keywords rheumatoid arthritis; pungent medicinals; compatibility; blockage of the meridians and collaterals; WANG Yue; experience of a famous doctor

[收稿日期] 2024-07-06

[基金项目] 江苏省研究生实践创新计划项目(编号: SJCX22_0729)

[作者简介] 严云,2021年硕士研究生,研究方向:中医风湿病学临床研究。邮箱:Y18226133795@outlook.com。

类风湿关节炎(RA)是一种病因不明、致畸率高且难以治愈的自身免疫性疾病,属于中医学痹病范畴。近年来,不少研究表明中医药治疗RA具有疗效明确、安全性高、不良反应少的优势^[1]。汪悦教授出

身中医世家,为江苏省名中医,长期从事风湿痹病的临床诊治工作,善于运用辛味药配伍组方治疗RA,笔者有幸跟随汪教授学习,现将其经验总结如下。

1 病因病机

中医学对痹病的认识历史悠久。《素问·痹论》为《黄帝内经》中的痹病专篇,其对痹病的病因病机进行了较为详细的论述,如“风寒湿三气杂至,合而为痹……所谓痹者,各以其时重感于风寒湿之气也”。可见,痹病主要由风、寒、湿邪导致。寒湿外邪侵袭机体,痹阻络脉,经气郁滞,不通则痛;痹阻日久,络气壅塞,引发肿胀。且湿邪为病,迁延难愈,郁遏日久化热,湿与热搏,则引起关节灼热红肿疼痛、口渴烦躁等症状。风寒湿热之邪经久不去,势必耗伤正气,气虚则津液不布、血行不畅,导致湿痰败血瘀滞经络。津凝成痰,表现为关节肿胀或有积液;血滞成瘀,表现为关节刺痛(固定不移、夜间痛甚)、舌质紫黯或有瘀斑、脉细涩或结代;痰瘀互结,可致皮下硬结或红斑,日久则关节屈伸不利、僵硬变形等。因此,汪教授认为RA以经络痹阻为主要病机,以风、寒、湿、热、痰、瘀为主要致病因素,各种邪气可相互转化、相兼致病。

2 辛味药治疗RA的理论基础

2.1 辛味药的功效特点

《素问·脏气法时论》言辛味药的功效特点为“辛散”,汪昂总结辛味药“能散能润能横行”,现代中药学由辛味药能散、能行引申出其亦具化、润、通、升的功效特点^[2]。散,即发散,包括散表邪、散里寒、散结滞等。行,指调畅气机、推动气血运行。中医学有“百病皆生于气”之论,辛可行气,使肺气升降有常,脾气输布津液,一身之气运行不怠。化,指化痰浊、瘀血,《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》指出“病痰饮者,当以温药和之”,有学者总结发现此处“温药”以辛温之品为主^[3]。润,指辛味药能行、能散的特性有助于津液运行输布,从而润燥救阴;辛而能润,某些辛味药自身便具润养作用,如菟丝子、桔梗、款冬花等^[4]。通,指通络、通窍,辛味药多善走窜,故能通络、通窍。升,指升举阳气,《素问·至真要大论》云“辛甘发散为阳”,辛属阳,辛味药具有向上、向外的作用趋势,故能升举阳气。辛味药的上述功效特点与RA的病因病机契合,故可用于治疗RA。

2.2 辛味药的药理作用

药理研究表明,辛味药主要包含挥发油、苷类、生物碱等有效成分^[5]。第10版《中药学》^[6]教材共载辛味药168味,解表药、活血药、祛风湿药、理气药大多味辛。解表药多具有解热发汗作用,正如《灵枢·五味》所言“辛入而与汗俱出”,味辛之品可发汗以祛邪^[7]。活血药能通过提高冠状动脉血流量、降低外周血管阻力改善血液循环^[8]。祛风湿药如青风藤、秦艽、雷公藤的活性成分可有效降低炎症因子水平^[9]。研究发现,伞形科辛味药如防风、白芷、羌活、藁本、前胡等均具有抑制血小板聚集的药理活性^[10]。综上,辛味药对RA的治疗作用主要体现在解热发汗、抗炎镇痛、改善血液循环、抗血小板聚集等方面,汪教授临床治疗RA时常根据现代药理研究成果对症选用药理作用较明确的辛味药物。

3 治法方药

3.1 辛散开玄,解表祛邪

《伤寒论·辨痉湿喝脉证第四》曰:“风湿相搏,一身尽疼痛,法当汗出而解……若治风湿者,发其汗,但微微似欲出汗者,风湿俱去也。”《儒门事亲·汗下吐三法该尽治病论》云:“诸风寒之邪,搏结皮肤之间,藏于经络之内……可汗而出之。”风、寒、湿、热之邪留滞关节发为痹病,非辛开玄府不足以通痹。因风性轻扬开泄,容易表散,湿性黏腻,难以骤祛,因此临床治疗风湿表证常以微微发汗为要领,使营卫通畅,则邪从汗泄^[11]。

汪教授认为RA起病之初,外邪侵袭,正邪交争于肌表,治疗当以汗法为先,采用辛味药疏表开腠,使风、寒、湿邪随汗而解,则经络自通。病情轻者选择防风、羌活、白芷等,痛甚者投以麻黄、桂枝等^[12]。防风性升浮,被称为“风药中之润剂”,为治风通用之品,且能胜湿止痛。白芷味辛性温,善散阳明风寒,燥阳明湿邪,李东垣言“其气芳香,能通九窍,表汗不可缺也”。羌活味辛祛风,性温散寒,善于升散,既除肌表风寒之邪,又祛经络寒湿之痹,多与防风、白芷、姜黄、当归等药配伍使用。

3.2 辛温散寒,开阻除痹

《素问·痹论》载:“痛者寒气多也,有寒故痛也。”《本草求真》曰:“寒气久滞于内,更当辛温以除。”寒邪痹阻经脉是痹病的重要病机之一,故汪教授治疗

寒邪痹阻型RA(症见关节冷痛不可屈伸、遇寒痛甚)以辛温散寒、开阻除痹为原则,处方常用自拟新痹痛灵加味。方中麻黄发汗之力强,可开阻除痹、通脉镇痛,张介宾言麻黄“以轻扬之味,而兼辛温之性,故善达肌表,走经络,大能表散风邪,祛除寒毒”;桂枝温通扶阳,助麻黄外散风寒;川乌辛热,可祛表里之寒凝;青风藤味苦辛性平,蜂房味甘性平,二者配伍除痹通络。寒邪偏甚者,汪教授常用细辛、附子、淫羊藿、干姜等辛温药物助阳散寒。汪教授强调,川乌需先煎、久煎以降低毒性,麻黄需警惕用药禁忌,临证运用此二味药须谨慎。实验和临床研究表明,新痹痛灵可有效缓解RA症状,降低RA患者类风湿因子(RF)、C反应蛋白(CRP)、红细胞沉降率(ESR)水平,作用靶点涉及白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-17(IL-17)、白细胞介素-2(IL-2)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)等^[13-14]。

3.3 辛寒清热,佐以淡渗

临床所见RA热证多由寒湿郁久化热或湿热邪气侵袭导致。对于临床辨证为寒热错杂的RA患者,汪教授以桂枝芍药知母汤加减治疗,表里兼顾,寒湿药物并投。对于临床表现为肢体关节红肿疼痛、局部发烫的RA活动期患者,汪教授采用清热法,常以白虎桂枝汤或木防己汤加味治疗,药取石膏、知母、黄芩等大寒之品。石膏味甘辛,性大寒,为清热泻火之要药,辛寒解肌透热,甘寒清泻胃火;知母性寒质润,味苦甘,泻火之中长于清润,每与石膏相须为用。黄芩味苦性寒,清热燥湿力专,可治疗一切湿热证,配伍石膏、知母清泻上焦郁热。此外,汪教授受《温热论》“热自湿中而出,当以湿为本”启发,治热不忘除湿,在以辛寒之品清除热邪时佐以淡渗之品。临证根据患者舌脉辨别湿热偏盛,热重于湿者多用连翘、金银花、秦艽等;湿重于热者多以草薢、薏苡仁、防己、泽泻、茯苓等轻清淡渗之药使湿邪随小便而出。

3.4 辛香化湿,祛痰除痹

RA初期之风、寒、湿邪若不能及时从表而解,则外湿由表入里,伤及脾胃,导致脾胃运化失常、水湿内停;湿聚生痰,阻滞经脉气血运行,则致痹痛。故汪教授临床治疗RA重视化湿祛痰,化湿常用藿香、

佩兰、白芷等辛香药物,祛痰常用苍术、制南星、白芥子、陈皮等味辛之品。藿香辛温香燥,《本草正义》谓其“芳香不嫌其猛烈……能除阴霾湿邪,而助脾胃正气”。佩兰芳香化湿、醒脾开胃,与藿香同用能祛内外之湿。白芷味辛性温,《本草正义》谓其“芳香特甚,最能燥湿”。苍术辛香发散,既能化内外湿浊,又能祛风散寒,《珍珠囊》谓“诸湿肿非此不能除”,其化湿祛痰之效可见一斑。治寒湿痹痛者,苍术每与薏苡仁、羌活、独活等同用,治湿热痹痛者,则常与石膏、知母相伍。制南星味辛苦性温,燥湿化痰力强,善治顽痰,常与半夏相须为用。白芥子辛温走散,利气豁痰,善消皮里膜外之痰。陈皮辛行苦泄温通,长于理气燥湿,健脾以绝生痰之源;治寒痰者,宜与麻黄、细辛、干姜等配伍,治湿痰者,可与苍术、半夏、茯苓等配伍。对于RA后期关节肿胀僵硬畸形者,汪教授喜用朱丹溪的痛风方加减治疗,既能化痰除湿,又能清热解毒,且兼顾活血通络。

3.5 辛润通络,活血化痰

《黄帝素问直解·痹论》云“痹,闭也,血气凝涩不行也”,提示瘀血是痹病的致病因素;《临证指南医案·痹证门》云“《经》以风寒湿三气合而为痹,然经年累月……其化为败瘀凝痰,混处经络”,表明瘀血是痹病的病理产物。叶天士认为“血结必入于络”,强调“络以辛为治”,创辛润通络法,该法一是通过辛味药“能散能润能横行”的特点治疗络病,二是将辛散之品与柔润药物相配伍治疗络病^[15]。汪悦教授认为RA后期表现出瘀、虚的病机特点,尤其是病程久的老年RA患者,其关节疼痛变形,或伴有气血不足的正虚证候。一者络脉瘀阻,不通则痛;二者瘀血不去而新血不生,不荣则痛。汪教授治疗瘀血阻络型RA常用辛润通络法,以祛瘀通络为主,滋润养血为辅,处方常以桃红饮或双合汤加减。桃红饮源自《类证治裁》,主治败血入络所致痹病。方中主药桃仁味苦质润,红花味辛性散,二药合用,濡润行散,尤擅活血化痰;当归尾性辛温质润,川芎辛温香窜,二者合用,补血而不滞血;威灵仙味辛,走而不守,善通十二经络,既可祛除肌表之风湿,又能通利上下之经络。双合汤出自《杂病源流犀烛》,方中熟地黄甘温质润,白芍柔润收敛,配伍辛温之当归、川芎、红花,活血兼以

养血,加白芥子搜剔内外痰结、竹沥祛除经络之痰,主治痹病之痰瘀痹阻证。瘀甚者,酌加郁金、莪术、牡丹皮、丹参等味辛之活血化瘀药,以通达血脉;痛甚者,酌加青风藤、雷公藤、络石藤、鸡血藤等枝藤类药物,此类药物善走经络,能通利关节,经通则痹宣。

4 配伍特色

4.1 辛甘合用,发散化阳

《素问·阴阳应象大论》曰:“气味辛甘发散为阳。”药理学研究证明,辛甘药物配伍具有调节机体新陈代谢、内分泌及免疫功能的作用,并可补充营养物质^[16]。汪教授认为,辛甘发散可用于RA初期正邪交争阶段,一则加强发汗解表散邪之效,二则顾护正气,如以麻黄、桂枝之辛味开腠理,佐甘草之甘味以和脾胃。辛甘化阳可用于RA寒湿痹阻证,辛甘合用以祛除脏腑寒气、扶助机体阳气,如附子、干姜温肾壮阳而散在里之寒湿,配伍甘草以缓和药性之燥烈、调和诸药。

4.2 酸辛合用,除湿扶正

因叶天士对治疗湿温病有“甘酸浊腻,在所不用”的告诫,故临床医家治疗湿病多忌用酸敛之品,但若酸味药与辛味药合用则可敛正气、散邪气,用于治疗湿浊郁遏、阳气不宣之证^[17]。《素问·至真要大论》中就有关于用酸味药除湿的论述:“湿淫所胜……佐以酸辛……湿淫于内……佐以酸淡。”汪教授治疗RA外湿偏盛者常以辛味药配伍白芍、川牛膝、山茱萸、酸枣仁等酸味药以协同增效。RA好发于中年女性,研究表明,RA患者在疾病发展过程中常伴有不同程度的抑郁或焦虑障碍,后期严重者甚则伤及脏腑^[18]。肝失条达,气机郁滞,则影响津液代谢,水湿内生,流注关节,发为痹病。汪教授治疗女性RA患者常用柴胡配伍白芍,二者辛酸配伍,一升一降,散中有收,助肝体而调肝用,从而恢复肝之疏泄,气顺则津液流通,水湿自化,疾病得愈。

4.3 辛咸合用,搜剔通络

辛味药能通散,咸味药能软坚,辛咸并用可行气化痰、除瘀通络。《金匱要略》大黄廑虫丸即是以桃仁、川芎等辛味药配土鳖虫、水蛭等咸味药祛瘀生新。此方本是张仲景治疗虚劳干血的主方,汪教授以其治疗RA后期关节严重变形、肌肤甲错兼有虚劳

症状的患者。汪教授治疗RA后期患者善用地龙、全蝎、蜈蚣等虫类药物,认为非虫类药物不足以搜风剔络。地龙咸寒,汪教授常用其治疗风湿热痹,症见关节局部红肿疼痛伴活动受限。全蝎辛平、有毒,汪教授常用其治疗双手小关节变形、疼痛较剧的RA患者。蜈蚣辛温,善治风湿顽痹,搜剔通络之力较全蝎更强,汪教授常用其治疗RA后期痰瘀痹阻、痛势较重者。但多数虫类药物有毒,用量宜小,使用时应适当延长煎煮时间,中病即止。

4.4 辛开苦降,调和脾胃

辛开苦降法首创于《伤寒论》,辛能升能散,可益气升清、温运脾阳,苦能降能泄,可肃降浊气、逐邪于外^[19]。临床中不少RA患者因久用激素、免疫抑制剂类药物导致脾胃功能失调,出现腹胀、腹泻、恶心、呕吐、食欲不振等不良反应,此类患者舌苔往往厚腻,究其原因,乃脾不升清、胃不降浊。汪教授治疗此类病证常用半夏泻心汤或升阳益胃汤加减以恢复胃腑通降,药用半夏、黄连、黄芩等。半夏辛温、有毒,多炮制使用,有法半夏、姜半夏、清半夏之分。法半夏长于燥湿化痰,姜半夏偏于降逆止呕,清半夏善于消痞和胃。黄连苦寒,善清中焦湿热,常与半夏、黄芩、干姜配伍。黄芩、黄连苦寒泻热,干姜、半夏辛温散寒,四药配伍,寒热并用、辛开苦降以调和中州。

5 病案举例

范某,男,55岁,2021年5月27日初诊。主诉:左腕关节肿痛1个月余。患者1个月余前无明显诱因出现左腕关节肿痛,近几日加重,遂来诊。查RF 81.9 U/mL、ESR 57 mm/h、CRP 18.7 mg/L,关节彩超示:左侧腕关节滑膜炎;左侧腕关节桡侧腕屈肌腱腱鞘炎。刻下症见:双腕关节肿痛明显,伴灼热,双手小关节、双膝关节、颞颌关节疼痛,握拳不利,上下楼梯困难,口中异味,纳寐可,二便调,舌淡,苔薄腻,脉弦数。西医诊断:RA。中医诊断:痹病,湿热痹阻证。治以清热祛湿、通痹止痛,方拟白虎桂枝汤加减,药物组成:生石膏30g,桂枝10g,防风10g,防己10g,秦艽10g,青风藤10g,金银花10g,黄芩15g,川牛膝15g,土茯苓30g,炒苍术10g,生薏苡仁15g,白芷6g,全蝎3g,雷公藤10g,炙甘草6g。28剂,日1剂,早晚2次温服。

2021年6月25日二诊:左腕肿胀消退、疼痛缓解、仍感灼热,双手小关节仍痛,晨僵,双膝及颞颌关节疼痛改善,纳寐可,大便溏薄不成形,每日3~4次,舌淡,苔薄腻,脉弦。复查ESR 13 mm/h,RF 20.6 U/mL,CRP 1.88 mg/L。一诊方加干姜6 g,生薏苡仁改为30 g,生石膏改为20 g。28剂,服法同前。

2021年7月28日三诊:关节疼痛不显,晨僵,便溏,舌淡,苔薄黄,脉弦。二诊方去生石膏,加煨肉豆蔻6 g。28剂,服法同前。

后患者关节无明显不适,予原方继服以巩固疗效。2021年11月24日复查RF 76.9 U/mL,ESR 11 mm/h,CRP 1.67 mg/L。嘱其长期门诊随诊。

按:患者首诊症状提示湿热为患者,故重用生石膏清热,辅以炒苍术燥湿;察其舌脉,热象偏盛,故投以金银花、黄芩、秦艽等,清热同时顾护真阴。汪教授治疗痹病常投辛温走窜及枝藤、虫类药物,如桂枝、青风藤、雷公藤、全蝎等,此类药物味辛,善走经络,引诸药达于病所。佐以防风、白芷祛风胜湿,生薏苡仁、防己淡渗利湿,使经气得通,湿邪得除,痹痛得消。全方共16味药物,其中9味为辛味药,体现汪教授“辛寒清热,佐以淡渗”的治疗思路。然寒凉药物易损伤脾胃,脾虚湿困,致运化失健、清浊不分,故二诊患者关节肿痛虽得缓解,却见大便溏薄,究其原因,或由大寒之石膏所致,遂减石膏用量,加少量干姜温煦中焦,以防石膏伤及脾阳,增生薏苡仁用量意在加强渗湿止泄之功。三诊患者关节症状基本消失,仍便溏,遂去生石膏,加煨肉豆蔻以暖脾胃、固大肠、收泄利。

6 结束语

RA病机复杂,病程缠绵,常累及筋脉、肌肉、关节,日久不愈,危害性大。辛味药长于发散,能行气血,无论其功效特点还是药理作用,皆提示其可用于治疗RA。汪教授临证根据RA患者病情,合理选用辛味药配伍组方,疗效显著,其经验值得进一步挖掘和研究。

[参考文献]

[1] 尹柏坤,左军,李冀. 类风湿关节炎的中医药治疗进展[J]. 中医药信息,2022,39(1):84-88.
[2] 孙坤坤,王加锋. 辛味药药性理论及归经应用[J]. 山东中医药大学学报,2021,45(4):458-461.

[3] 郭建生,盛展能,李钟文. 中药辛味的药性理论研讨[J]. 湖南中医学院学报,1982,2(3):69-81.
[4] 李盼,陈雨微,丁丽琴,等. 辛味中药在治疗消渴证中的应用价值及中药五味理论现代研究的思考[J]. 中草药,2019,50(22):5577-5583.
[5] 张森,霍海如,王朋倩,等. 辛味药性理论溯源与现代研究评述[J]. 中草药,2018,49(3):505-511.
[6] 周祯祥,唐德才. 中药学[M]. 10版. 北京:中国中医药出版社,2020.
[7] 陈耀,张效科,张欢,等. 从“辛味治风”角度探析孙思邈用续命汤及其类方治疗中风的理论基础[J]. 中医杂志,2021,62(19):1736-1739.
[8] 周杨,朱红梅. 辛味药研究现状与思考[J]. 中华中医药杂志,2013,28(6):1647-1650.
[9] 陈剑清,张曼丽,张高山,等. 中药干预NLRP3炎性小体抗类风湿关节炎的研究进展[J/OL]. 海南医学院学报. <https://doi.org/10.13210/j.cnki.jhmu.20240927.001>.
[10] 郭宇飞,杨洪军,王燕平,等. 伞形科辛味中药抗血小板聚集的作用研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2016,22(12):1629-1631,1693.
[11] 杨钊田,王文文,杨卫彬. 金匱要略微汗法治疗类风湿关节炎应用浅析[J]. 环球中医药,2018,11(9):1473-1474.
[12] 汪悦. 汗、温、清、补四法治疗类风湿关节炎[J]. 江苏中医药,2008,40(1):8-10.
[13] 景嵘月. 新痹痛灵对CIA大鼠及RSC-364细胞中HMGB1/NF-κB信号通路的影响研究[D]. 南京:南京中医药大学,2015.
[14] 陈韦佐. 新痹痛灵颗粒联合甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎临床研究[D]. 南京:南京中医药大学,2012.
[15] 陈霞,何晓芳,郑新璐,等. 从叶天士辛润通络法论治类风湿关节炎[J]. 环球中医药,2023,16(1):99-102.
[16] 冯秀芝,吴继雷,任艳玲. 温里药之辛味作用内涵探析[J]. 中国医药导报,2021,18(26):133-136.
[17] 刘业方,吴文军,黄群,等. 试论酸辛合用在湿病治疗中的意义[J]. 国医论坛,2017,32(2):29-30.
[18] 张子旋,曹炜,张解玉,等. 基于“一体两翼,疏调气机”理论探讨类风湿关节炎的治疗[J]. 湖北中医药大学学报,2022,24(3):53-56.
[19] 徐浩东,程增玉,唐晓颇,等. 基于“以通为用,以降为和”理论探讨甲氨蝶呤胃肠道不良反应辨治[J]. 中国医药导报,2022,19(12):116-119,133.

“国医楷模”陈景河辨治寒地慢性头痛经验

王 虎,王婷萱,姜德友

(黑龙江中医药大学,黑龙江 哈尔滨 150040)

[摘要] “国医楷模”陈景河先生认为寒地病邪致病具有寒邪重、风邪盛、痰湿蕴结、瘀血相兼的特点,因此,寒地慢性头痛的病因病机主要与风寒或风热伏邪、气血凝滞、虚、痰相关。治疗寒地慢性头痛当明三因之宜忌、审机制变。伏邪滞络者,治当辨别寒热,以宣散之法祛伏邪外出;气血凝滞者,治当活血通络,气血兼理;气血不足者,治当补虚而防壅,少佐宣药;痰浊阻络者,治以调气清热为本。附验案1则。

[关键词] 慢性头痛;寒地;伏邪;气血凝滞;虚;痰;龙江医派

[中图分类号] R249;R277.7

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0101-04

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.018

Experience of CHEN Jinghe, a “Model of Traditional Chinese Medicine”, in Treating Chronic Headache in Cold Regions

WANG Hu, WANG Tingxuan, JIANG Deyou

(Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China)

Abstract Mr. CHEN Jinghe, a “model of traditional Chinese medicine”, believes that pathogenic factors in cold regions have the characteristics of heavy cold pathogen, vigorous wind pathogen, accumulation of phlegm-dampness, and concurrent blood stasis. Therefore, the etiology and pathogenesis of chronic headache in cold regions are mainly related to latent pathogenic factors of wind-cold or wind-heat, stagnation of qi and blood, deficiency, and phlegm. The treatment of chronic headache in cold regions should be tailored to the time, place, and individual, and based on the pathogenesis of the disease. For those with latent pathogenic factors remaining in the collaterals, the treatment should distinguish between cold and heat, and use the method of dispersion to expel the latent pathogenic factors. For those with stagnation of qi and blood, the treatment should involve promoting blood circulation and unblocking collaterals, and regulating both qi and blood. For those with deficiency of qi and blood, the treatment should aim at tonifying deficiency while preventing congestion, with a small amount of promoting medicinals as adjuncts. For those with phlegm-turbidity blocking collaterals, the treatment should focus on regulating qi and clearing heat. One proved case is attached.

Keywords chronic headache; cold regions; latent pathogen; stagnation of qi and blood; deficiency; phlegm; Longjiang medical school

[收稿日期] 2024-09-14

[基金项目] 国家中医药管理局龙江医学流派传承工作室建设项目(编号:LPGZS2012-14)

[作者简介] 王虎,2021年级博士研究生,研究方向:经方治疗疑难杂病的临床与基础研究。

[通信作者] 姜德友,教授,主要从事经方治疗疑难病的临床与基础研究。邮箱:jiangdeyou@126.com。

头痛是以自觉头部疼痛为特征的一种病证^[1]。中医对头痛的认识已有两千多年的历史,早在殷商甲骨文中即有“疾首”之谓^[2],而头痛病名之明确记载可追溯至马王堆汉墓出土的《阴阳十一脉灸经》^[3]。头痛发病,有新痼之别、徐缓之分,新感者易治,久病者难愈。慢性头痛是指病程长于3个月的头痛,其病机复杂,常多证相兼为患。“国医楷模”陈景河先生为首批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师、龙江医派杰出医家。陈老从事临床工作近80载,学验俱丰,善治内科疑难杂病,尤长于头痛、眩晕、中风等疾病的诊治,且注重三因制宜,临证常根据寒地病邪特点诊治疾病,疗效卓著^[4-6]。现将其治疗寒地慢性头痛经验总结如下。

1 寒地病邪特点

《素问·四气调神大论》载“阴阳四时者,万物之终始也……逆之则灾害生,从之则苛疾不起”“地有高下,气有温凉……西北之气散而寒之,东南之气收而温之”,提示临证诊治疾病需法天时、知地机、察人文、明三因之宜忌、审因机之恒变。黑龙江地区地处我国北疆高寒地区,大部分处于寒温带,其特殊的气候环境直接影响当地居民的生理、病理变化,故欲疗此地之疾,当先知寒地病邪的致病特点。

陈老总结寒地病邪致病具有寒邪重、风邪盛、痰湿蕴结、瘀血相兼的特点。一方面,黑龙江地区从古至今的气候环境虽处于动态变化中,但总体以寒冷为标志性气候特征。《大金国志》记载金代黑龙江地区的气候特点为“冬极寒,屋才高数尺……唯盛暑如中华内地”^[7]。现今该地区虽不似古代严寒,但一年中春秋二季气温较内地为低,仍以寒冷感受为主,冬季漫长,至严冬受寒潮影响^[8],则风寒之邪肆虐,伤人最速。另一方面,北疆寒地气温变化大、降水过分集中,夏季短促而高温多雨^[9],雨湿盛行以致外湿弥漫;且因寒地冷冽之气候,其民喜以肥甘厚味为食、以椒浆烈酒为饮,口味偏嗜咸重^[10],以致痰湿内生。内外相合,故寒地疾病常以痰湿之邪为患。此外,寒邪致病常有瘀血相兼。因寒为阴邪,伤阳甚重,阳虚日久则气虚,气虚血运不畅则滞,此为因虚致瘀;另《素问·举痛论》云“寒气入经而稽迟……客于脉中则气不通”,不通则滞,气滞血亦滞,此为因滞成瘀。

2 寒地慢性头痛病因病机

陈老根据临证所见,认为非高血压导致的慢性头痛多由伏邪、气血凝滞、虚、痰致病,其中因伏邪和气血凝滞者较多,因虚、因痰者次之。

伏者,伏藏、隐匿之意。广义伏邪指一切伏而不即发之邪气^[11]。陈老认为寒地伏邪以风邪为主。《素问·风论》云:“风气循风府而上,则为脑风。”《素问·太阴阳明论》云:“伤于风者,上先受之。”北疆寒地,风邪肆虐,居民起居不慎、坐卧当风,则易受风邪侵袭,若治疗不及时或虚人受风,则风邪易伏而伺机为患。且风性善行而数变,常兼夹他邪,若夹寒,则血脉因寒而凝滞不通,不通则痛;若夹热,则风助热势,上扰清空,而发头痛。气血凝滞主要包括气郁、血瘀两种情况。气郁者因于肝,情志不调,肝失疏泄,气机不利,甚而气郁化火,阳亢火升,上扰头窍,故发头痛。血瘀者,因于虚、滞、寒、外伤、久病者皆有,总之血瘀既成,则致脑窍脉络不通,发为头痛。

《素问·五脏生成》曰:“头痛巅疾,下虚上实。”脑为髓海,赖肝肾精血和脾胃精微充养。因虚头痛者,责之气血,或因脾虚化源不足,气血亏虚,清阳不升;或因肾精不足,髓海空虚,脑窍失养。因实头痛者,多主于痰。陈老认为,痰邪的成因一为脾失健运,二为嗜食肥甘。痰浊阻滞中焦则致气机不利,清阳不升,浊阴不降,清窍被蒙,故发头痛。

总之,伏邪滞络、气郁痰瘀为实,脾肾两亏、气血不足为虚,慢性头痛病机常可由实转虚,或见本虚标实、虚实夹杂。如痰浊、血瘀壅滞日久可致脾胃受损,气血生化乏源,头痛可由痰瘀阻滞证转为气血亏虚证;若虚证头痛缠绵反复,病久入络,也可变为血瘀之实证头痛。

3 辨治特色

3.1 伏邪滞络,辨其寒热

陈老认为,寒地风寒之邪较盛,当地居民由外感导致的慢性头痛多与风寒或风热之邪潜伏体内、伺机袭滞脑络以致清窍失养有关,伏邪蕴阻日久者,可从阳化热,亦可从阴化寒。治当辨别寒热,以汗法宣其络,引邪从表而解。

从阳化热者,症见头胀而痛(甚则如裂)、喜凉恶热、心烦、口干喜饮、小便黄、大便秘、指甲印大而色

润泽、舌尖红、苔黄或厚、舌下静脉呈鲜红色、脉沉数或沉缓有力等。治宜清热滋阴、发汗宣络，陈老常予川芎茶调散加减。巅顶之上唯风药可至，川芎茶调散所治风邪外袭、阻遏清阳之头痛正合此病机，故药用原方之羌活、防风、细辛发散在上之伏邪；荆芥、薄荷相伍，取其辛凉清热之性，用其风药宣散之功；白芷行经发表、通经利窍。然本病另有从阳化热之转变，原方清热之能恐力有不逮，故加黄芩、栀子、大黄、龙胆清热降火，以杜伏邪化热之源；加菊花、生地、决明子清热滋阴，以平肝、养肝；加牛膝，与原方中川芎一升一降，引清阳上达巅顶，导浊阴下趋关窍，合诸药蠲除窍络伏邪。

从阴化寒者，症见头痛（遇风则剧、甚者连及项背）、畏寒、口淡不渴、小便清长色白、指甲印小而色暗无光、舌下静脉色青、脉沉缓或沉弦等。治宜温经散寒、发汗宣络，陈老常予六味地黄汤合麻黄附子细辛汤加减，以济阴助阳、壮水火之气化，另佐桂枝宣阳通络、透发隐匿之邪。

虽证分寒热、方药有别，然逐邪、宣络之法同。陈老嘱用汗法当因人制宜，量体而用，万勿过汗伤正。

3.2 凝滞为病，气血兼理

头痛因气血凝滞而发病者，多责之于气郁、血瘀，气血凝滞不散则脑络受阻、清窍不明。陈老临证遵经典之论、承先贤之验，尤重气血之辨，主张“气血同源，相互为用”。其对气血凝滞所致头痛，治疗以通经、活血、调气为法，理气必助之以运血，活血必辅之以行气，如此二者兼理，方能使气血和合。

血瘀头痛者，症见头痛经久不愈、痛欲拍打、遇寒则剧、得热则缓，指甲色暗无光或甲缘青紫，或耳郭及眼窝瘀黑，舌有瘀斑，舌下静脉怒张，脉沉细涩。陈老治疗以活血化瘀、芳香通络为法，处方以活络效灵丹为基础。方中当归为血中气药，活血止痛，丹参祛瘀生新，二药合用，活血补血兼顾，祛瘀而不伤正；另伍乳香、没药以增活血、行气、定痛之效。陈老常于方中加蜈蚣通络止痛，泽兰、红花活血消瘀，白芷、川芎疏风通窍，香橼、青皮行气导滞，以增强化瘀之力。

气郁头痛者，症见头昏胀痛、遇热或情志不舒则

痛剧，或有目眩、胁痛，性情急躁，喜静恶动，心烦易怒，指甲多红润，舌色红，舌下静脉细而红紫，脉弦数。治以疏肝和胃降气为法，处方用丹栀逍遥散加味以理脾清肝。丹栀逍遥散中，当归、白芍养血敛阴，配柴胡以疏肝，补肝体而助肝用；白术、甘草、茯苓健脾益气；牡丹皮、栀子、薄荷清肝热、泻火除烦。在此基础上，另加菊花、荷叶、降香以清化窍络之浊气，石决明镇肝潜阳以补肝阴，黄连、青皮扫气机郁结之残热，川芎理血化瘀以通清窍之脉络。诸药合用，使气郁散而痛除。

3.3 补虚防壅，少佐宣药

明代张景岳论析，临证凡遇头痛而病程久者，首当固护元气。陈老亦持此论，认为头痛属虚者不离阴阳，而阴阳之属，不外乎气血，但临证见气血虚者，不可一味温补，当补而防壅，通补兼施。故陈老治虚证头痛常于温补之品中少佐宣药，此蕴阴阳化生之理，以期调阴阳而和气血。

气虚头痛者，阳气不彰，阴精不化，血不荣筋，症见头痛隐隐、遇劳加重、得温稍好，淡漠不乐，乏力倦怠，羞明喜暗，食少纳呆，指甲色淡无光、重者枯灰色，舌淡，苔薄白，脉沉细无力。陈老常用补中益气汤或十全大补汤治疗，并酌加鹿角胶温补肝肾、滋益精血以补虚损；另用全蝎、蜈蚣等虫类药搜络、透节逐邪、通络止痛；更以川芎、红花、鸡血藤补血活血、行气通络，寓通于补。诸药合用，使气生血运而元气得复。

血虚头痛者，阴精不足，阳气浮越，症见头痛而晕、痛而烦懊、遇热痛增，手心热，指甲少血色、白而光亮、多有竖纹，舌淡，苔薄白，脉浮而无力或细。陈老以当归补血汤或四物汤治之，另酌加龟甲胶填补真阴、补血活血，益母草行血不伤新、养血不滞瘀，阴虚火动则以肉桂引火归元，更以川芎、蜈蚣化恶血兼镇静止痛，且合木香宣导，使气帅血行以防壅滞之弊。全方补通兼顾，使血得养、气得行，头痛即除。

3.4 治痰求本，调气清热

寒地气候恶劣，其民饮食嗜肥甘厚味、辛辣重咸以御严寒，此类饮食易损伤脾胃，导致水谷运化失常，生湿生满；湿邪壅遏中焦，上下不通则气机不利；气机阻滞日久可生火炼津，酿生痰浊；痰滞脑络，则

发头痛。陈老认为痰浊之治必先清火、顺气,此治其本、杜其源也,较之治脾更为重要。

因痰头痛者,症见头痛如裹、痛重时面颊色青,自觉体重,胸膈满闷,吐痰涎,舌系带处色灰质滑,或舌下静脉怒张,指甲颜色青白,脉沉涩或沉缓。陈老治疗此类患者用柴胡疏肝汤加减以清气化痰。该方以疏肝解郁、调和肝脾之四逆散为基础,方中以枳壳易枳实,乃因枳实破气下行,久用耗气,而枳壳性和而缓,作用偏上,对于中焦脾胃不和者更为适宜;陈皮、香附、川芎行气疏肝化痰;香橼辛而能行、苦而能降,以增理气、和中、化痰之效;佩兰、竹沥、荷叶、海浮石清热除痰、化湿和胃;天花粉生津清热,一则可润凝结之热痰,以增化痰之效,二则可防辛燥行气之品伤阴。诸药合用,直达病所,体现治病求本。

4 病案举例

陈某,女,40岁,1995年6月20日初诊。患者3年前无明显诱因出现间断性头痛,痛甚即伴随恶心、呕吐,曾口服和静脉滴注镇痛西药,未缓解。现患者因情志不遂头痛复发,症见头痛欲裂,发作时伴恶心及喷射状呕吐,不能饮食,亦不能入睡,遂来住院治疗,察其指甲红润,舌红、有瘀斑,舌下静脉怒张,脉沉弦细。诊断为慢性头痛(气郁血瘀证),予活血镇痛汤加减,药物组成:柴胡20g,黄芩15g,川芎30g,桃仁10g,红花8g,羌活10g,白芷15g,菊花10g,全蝎10g,蜈蚣2条。5剂,水煎服,日1剂。患者服药3剂后头痛即止,旋即出院。1个月后随访,未见复发。

按:该患者因头痛住院,症见头痛欲裂,且因情志不遂发病,提示病机与肝郁气滞相关;另见指甲红润、舌红、脉弦,此为气郁表现;舌有瘀斑、舌下静脉怒张、脉沉细等为血瘀表现。因此,陈老治以理气活血,又因患者头痛日久,久病邪气入络,故合宣络透邪之法以引邪外出。处方中,红花辛温,活血畅肝,专行血瘀;桃仁苦平,祛瘀通经、破血化癥;川芎味辛则润、气温则缓,能散滞气而破血;柴胡、黄芩、菊花入肝经而清热;羌活、白芷疏风镇痛,一则引药达于头面,二则祛久郁之伏邪达表,宣而散之;全蝎、蜈蚣

配伍,一则镇静止痛,二则清久虚停瘀之热。诸药合用,顺气机、和血脉、祛伏邪,使气血畅通、头痛自止。陈老治头痛喜用川芎,乃因川芎能行能散、能活能破,其药力能上行头目、下行血海,止痛效佳,然中药不传之秘在于量,欲求奇效,其量需用30~80g。

5 结束语

辨证论治乃中医之核心,然临证辨治诸疾不可只着眼于患者一身之症状表现,盖因人有老幼之别,地亦有南北之异。北疆寒地有其独特之致病因素,临证当鉴天时、参地机,明析患者所处地域之气候特点、地理人文,不可墨守成规,泥于一方一法。陈老辨治寒地慢性头痛,禀“外因寒燥、内伤痰热、气血不畅”之寒地基本致病特点,参辨患者之证机,兼明三因之宜忌,审机制变,如此方无管中窥豹之虞。

[参考文献]

- [1] 张伯礼,吴勉华. 中医内科学[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社,2017:114.
- [2] 姜德友,王书惠. 头痛源流考[J]. 中华中医药学刊,2009,27(8):1577-1579.
- [3] 周一谋,萧佐桃. 马王堆医书考注[M]. 天津:天津科学技术出版社,1988:23.
- [4] 蒋希成,陈星燃. 国医楷模陈景河学术经验集[M]. 北京:科学出版社,2020:2-11.
- [5] 陈星燃. 龙江医派杰出医家陈景河学术经验探讨[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2020.
- [6] 姜德友. 龙江医派学术与文化[M]. 北京:科学出版社,2019:308-313.
- [7] 宇文懋昭. 二十五别史:大金国志[M]. 李西宁,点校. 济南:齐鲁书社,2000:286.
- [8] 李菲,李辑,林蓉,等. 东北地区寒潮特征及与影响因子关系的年代际变化[J]. 江西农业学报,2022,34(7):142-149.
- [9] 那济海,周秀杰,吴玉影. 黑龙江省夏季6,7,8月降水与全国雨型变化关系分析[J]. 自然灾害学报,2013,22(6):151-160.
- [10] 范立君. 近代关内移民与东北地区饮食文化的变迁[J]. 学术界,2019(3):154-161.
- [11] 孙君阳,肖静静,李蒋凤,等. 伏邪的源流、发展及临床应用[J]. 环球中医药,2023,16(2):336-342.

齐元富基于“解毒”治疗观辨治肺癌经验

夏蕾¹, 谭兆峰¹, 秘亚鑫² 指导: 齐元富

(1. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250014; 2. 山东中医药大学, 山东 济南 250355)

【摘要】 齐元富教授重视毒邪在肺癌发生、发展中的重要作用,“解毒”是其治疗肺癌的经验特色之一。齐教授将导致肺癌的毒邪分为热毒、郁毒、痰毒、瘀毒四种类型,热毒者主以清热解毒治之,郁毒者主以理气消癥治之,痰毒者主以化痰除湿治之,瘀毒者主以活血散结治之,临床常获佳效。附验案1则。

【关键词】 肺癌;解毒;热毒;郁毒;痰毒;瘀毒;齐元富

【中图分类号】 R249;R273

【文献标志码】 A

【文章编号】 0257-358X(2025)01-0105-04

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.019

QI Yuanfu's Experience in Treating Lung Cancer Based on Therapeutic Concept of "Detoxification"

XIA Lei¹, TAN Zhaofeng¹, MI Yaxin² Mentor: QI Yuanfu

(1. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250014, China; 2. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China)

Abstract Professor QI Yuanfu attaches great importance to the important role of toxic pathogens in the occurrence and development of lung cancer. "Detoxification" is one of the characteristics of his treatment for lung cancer. Professor Qi classifies the toxic pathogens that cause lung cancer into four types: heat toxin, stagnation toxin, phlegm toxin, and blood stasis toxin. For those with heat toxin, the main treatment is clearing heat and detoxifying. For those with stagnation toxin, the main treatment is regulating qi and eliminating masses. For those with phlegm toxin, the main treatment is resolving phlegm and eliminating dampness. For those with blood stasis toxin, the main treatment is promoting blood circulation and resolving masses. The above-mentioned treatment methods often achieve good results in clinical practice. One proved case is attached.

Keywords lung cancer; detoxification; heat toxin; stagnation toxin; phlegm toxin; blood stasis toxin; QI Yuanfu

肺癌是全球范围内最常见的癌症之一,每年有超过220万新发病例和约180万死亡病例^[1]。肺癌按病理类型可分为小细胞肺癌(SCLC)和非小细胞肺

癌(NSCLC)两种,其中NSCLC更为常见,NSCLC患者数量约占所有肺癌患者数量的85%。受诊断困难、耐药性以及高复发率等因素的影响,晚期NSCLC患者的5年生存率不足20%,这对肺癌的诊治形成巨大挑战^[1]。中医辨治肺癌独具特色,在延长患者生存期、改善患者生活质量等方面优势显著^[2-3]。齐元富教授为山东中医药大学附属医院肿瘤科主任医师,长期致力于中西医结合治疗肿瘤的临床、教学及科

【收稿日期】 2024-05-23

【基金项目】 国家中医药管理局第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(批文号:国中医药人教函[2022]76号)

【作者简介】 夏蕾,副主任医师,主要从事中西医结合防治肿瘤研究。邮箱:xialei0526@163.com。

研工作,并取得丰硕成果。齐教授在临床诊治肿瘤过程中重视毒邪的致病作用,形成了“解毒”治疗观^[4-5],笔者有幸跟随齐教授学习,现将其基于“解毒”治疗观辨治肺癌的经验总结如下。

1 肺癌“解毒”治疗观内涵阐释

1.1 “毒”义探析

《说文解字》载:“毒:厚也。害人之艸,往往而生。”“艸”同“草”,为草本植物的总称。由此可见,“毒”之本义为有害的草本植物。“毒”字在中医学中的含义广泛,包括病因之毒、病证之毒和药物之毒^[6]。早在《素问·刺法论》中就有“避其毒气”之言,这说明中医自古便有重视解毒的治疗思想。在现代中医治疗肿瘤方面,国医大师周仲瑛首次提出癌症治疗应以抗癌解毒为基本大法^[7],之后,抗癌解毒法被广泛用于治疗包括肺癌在内的多种恶性肿瘤,并显示出良好的临床疗效。肺癌“解毒”治疗观中的“毒”是指在肺癌发生、发展、复发、转移、恶化等过程中均发挥关键作用的致病因子,与其他癌毒相同,导致肺癌之毒也具有猛烈、顽固、隐匿、流窜、损正的致病特性^[8]。

1.2 “毒”因辨析

《杂病源流犀烛·积聚癥瘕痞痞源流》云:“邪居胸中,阻塞气道,气不宣通,为痰,为食,为血,皆得与正相搏,邪既胜,正不得而制之,遂结成形而有块。”正如导致癥、瘕、痞的毒邪可分为痰、食、血不同类型,导致肺癌的毒邪也有多种,齐教授根据多年临床经验,认为其中最为关键者为热毒,其次为郁毒,再者为痰毒,最后是瘀毒,四者分别表现出热、郁、痰、瘀的病理特点。热毒为主的肺癌患者常见咳嗽、咳痰(多为黄黏痰)、口干、心烦等症,甚者可见咯血、发热表现;郁毒为主的肺癌患者常见胸闷气短、胸痛、咳嗽不畅等症;痰毒为主的肺癌患者常见咳嗽(咳声重浊)、气喘、胸闷气短、痰多等表现;瘀毒为主的肺癌患者常见胸痛、咯血色暗、面色晦暗等表现,且胸痛多为刺痛或锥痛,痛有定处,昼轻夜重。

2 解毒用药撷英

齐教授治疗肺癌时关注热毒、郁毒、痰毒、瘀毒,热毒者主以清热解毒治之,郁毒者主以理气消癥治之,痰毒者主以化痰除湿治之,瘀毒者主以活血散结治之,各种治法灵活应用,临床疗效显著。

2.1 热毒者主以清热解毒治之

热毒为导致肺癌的首要毒邪,“热极成毒”是肺癌的关键病机之一^[9]。以热毒为主要致病因素的肺癌患者如不加用解毒药,则会出现热助毒势、毒助热威、毒邪益炽的局面。齐教授临床治疗肺癌极其重视清热解毒药物的应用,黄芩、重楼、白花蛇舌草、红豆杉、蛇莓、白英、半枝莲、夏枯草、龙葵是其常用药物,其中重楼、红豆杉、白花蛇舌草是常用角药,在复诊加减用药时,齐教授常加用或换用蛇莓、白英等药物,以防止耐药。热毒伴随肺癌发生、发展全过程,但清热解毒药物大多苦寒,因此,在应用清热解毒药物期间,齐教授不忘固护脾胃,常配伍炒麦芽、焦山楂、炒谷芽、山药、芡实等。

2.2 郁毒者主以理气消癥治之

《丹溪心法·六郁》曰:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。”郁毒在肺癌的发生、发展中也具有重要作用。肺为气之主,气机调畅对于肺癌患者至关重要。中医学认为,情志不畅、气机郁滞是导致郁毒的主要原因。肺癌患者疾病压力大,情绪波动较为频繁,容易导致气机郁结,从而形成郁毒。郁毒在体内积聚,不仅影响肺功能,还可能通过气机的牵引作用,影响到其他脏腑,导致病情恶化。因此,治疗肺癌除要清热解毒外,还需重视理气消癥、疏肝解郁,使郁毒得以消散。齐教授临床常用的理气消癥药物包括桔梗、苦杏仁、枳壳、紫苏梗、柴胡、香附、川楝子、乌药等。有研究发现,将理气消癥药物与化疗、靶向治疗等西医疗法结合使用能有效改善肺癌患者的整体状态,提高疗效^[10-11]。此外,齐教授注重情志调护,常结合患者的实际情况,给予适当心理疏导以调节患者情绪,协助改善气机。

2.3 痰毒者主以化痰除湿治之

导致肺癌的痰毒主要源于痰热与痰湿。一方面,肺热灼津,煎液成痰,痰因热伏,热因痰结,痰热胶结成毒,导致肺癌发生、发展;另一方面,肺蒙痰湿,蕴积成毒,亦可导致肺癌发生、发展。《明医杂著·化痰丸论》云:“老痰郁痰,结成黏块……肺气被郁,故其津液之随气而升者,为火熏蒸凝浊郁结而成,岁月积久,根深蒂固。”《古今医鉴·痰饮门》载:“变为痰饮,或吐咯上出,或凝滞胸膈。”痰毒在体内积聚,不仅阻碍气机正常运行,更为肿瘤提供了生长发展的“温

床”。痰毒存在于肺癌患者体内,于外常表现为咳嗽咳痰、胸闷不适等症,严重者可导致呼吸功能减退。对于痰毒的治疗,齐教授多根据痰热郁结和脾虚痰湿两种不同病机施以不同化痰除湿药物。治疗痰热郁结者常用瓜蒌、苦杏仁、胆南星、莱菔子、白芥子、紫苏子、鱼腥草、桑白皮等,治疗脾虚痰湿者常用半夏、陈皮、茯苓、泽泻、猪苓、薏苡仁等。在临床过程中,齐教授强调在化痰除湿的同时,要根据患者体质及病情变化灵活调整用药,以求取得最佳疗效。

2.4 瘀毒者主以活血散结治之

瘀毒是由于气血运行不畅、血液循环障碍而形成的病理产物,其与肿瘤的生长、转移和扩散密切相关。就肺癌而言,瘀毒的形成涉及风邪致瘀、气滞血瘀、寒凝血瘀、热灼血瘀、水蓄血瘀等多种病因病机。肺癌患者体内如果存在瘀毒,往往表现出肿块、疼痛、舌紫黯或有瘀点等症状。瘀毒的存在不仅促进了肺癌的局部生长和远处转移,还会影响治疗效果,加重患者痛苦。齐教授治疗瘀毒以活血化瘀、软坚散结为原则,常用药物为三棱、莪术、石见穿、赤芍、丹参、牡丹皮、土鳖虫、王不留行、川芎等,既可以促进血液循环,改善气血运行,又能直接作用于肿瘤,抑制肿瘤生长和转移。齐教授认为,过度的活血化瘀会加速肺癌转移,因此在临床治疗中应根据患者具体情况合理选择活血药物,以期达到最佳疗效。研究显示,将活血化瘀类中药方剂与化疗联合应用于晚期NSCLC患者治疗中,能够显著提高患者的整体生存率和生活质量,减少化疗引起的不良反应^[12]。

3 病案举例

男,34岁,2023年2月27日初诊。肺鳞癌术后8个月余,pT2aN0M0,IB期。患者因咳嗽于2022年6月在山东大学第二医院确诊肺癌,并行手术治疗。术后病理示:右肺上叶中-低分化鳞状细胞癌,局部伴坏死;4.0 cm×3.5 cm×3.0 cm,未侵犯脏层胸膜;周围肺组织慢性炎症伴出血,部分肺泡腔内见较多泡沫细胞浸润,支气管周围淋巴结2枚,均未查见癌;支气管断端及吻合钉断端未查见癌。刻下:咳嗽,咳黄黏痰,头晕,颈腰酸,口干、口苦,纳可,心烦不寐,小便调,大便干结,体力可,体质量平稳,舌红、苔薄黄,脉弦。既往体健,吸烟史10年,每日约吸烟10支。西医诊断:肺恶性肿瘤术后。中医诊断:肺癌,

热毒壅肺证。治以清热解毒、理气消癥。处方:黄芩9 g,重楼12 g,白花蛇舌草15 g,红豆杉30 g,紫苏梗15 g,苦杏仁9 g,桔梗15 g,百合30 g,远志15 g,葛根45 g,威灵仙30 g,生甘草9 g。28剂,水煎服,日1剂,分早晚2次温服。

2023年3月27日二诊:一诊诸症减轻,现手指麻木,余无明显不适,舌脉同前。处方以一诊方加鸡血藤45 g、桂枝24 g、蛇莓15 g、白英15 g、生地黄15 g、麦冬30 g,续服28剂,服法同前。

2023年4月17日三诊:服药效佳,双手麻木减轻,大便次数增多,每日2~3次,眠浅,余无明显不适,舌脉同前。处方以一诊方加儿茶12 g、煅龙骨45 g、煅牡蛎45 g、赤石脂30 g、党参45 g、伸筋草30 g、桑枝30 g。

2023年5月22日四诊:患者自述无明显不适。处方以一诊方加清半夏9 g、陈皮15 g、白术15 g、枳壳15 g、半枝莲15 g,以巩固疗效。

按:患者为青年男性,正气尚足,吸烟数年,致体内热毒积聚,损伤肺络,肺气郁闭,失于宣发肃降,故见咳嗽;火热烟毒灼伤肺津,炼液为痰,影响气血运行,热、痰、瘀胶结,故口干、口苦、咳黄黏痰;毒热内蕴日久,热极成毒,发为肺癌,证属热毒壅肺,舌脉俱为佐证。因此,治疗以清热解毒、理气消癥为原则。处方以黄芩、重楼、白花蛇舌草、红豆杉清热解毒抗癌;紫苏梗、苦杏仁、桔梗调畅气机、止咳化痰;百合补益肺阴;远志祛痰安神;葛根、威灵仙缓解颈腰酸。二诊时,诸症减轻,新增手指麻木,故加用鸡血藤、桂枝活血通经,蛇莓、白英清热解毒抗癌,生地黄、麦冬滋阴。三诊时,大便次数增多,双手麻木减轻但仍存在,加用儿茶、赤石脂止泻;党参、煅龙骨、煅牡蛎补益安神;伸筋草、桑枝舒经络、止麻木。经过三次诊疗,患者病情已趋于平稳,故四诊加清半夏、陈皮、白术、枳壳调中,半枝莲清热解毒抗癌以巩固疗效。

4 结束语

肺癌病机复杂,患病率与病死率居高不下,不仅严重威胁人类健康,还造成了巨大的社会经济负担。中医学以整体观念为指导,在肺癌的治疗中重视调和人体宏观与微观环境。齐教授治疗肺癌注重解毒,本文阐述了齐教授对导致肺癌的热毒、郁毒、痰毒、瘀毒的辨治经验,为临床治疗肺癌提供参考。

(下转第111页)

·医案医话·

程丑夫运用升阳益胃汤验案四则

杨耀闯¹,周怀能¹,肖海燕¹,刘建和²,龙俊杰¹

(1.湖南中医药大学附属常德医院,湖南 常德 415000; 2.湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙 410007)

[摘要] 升阳益胃汤出自李东垣《内外伤辨惑论》,主要功效为益气升阳、清热除湿。程丑夫教授结合病、证、症运用此方,异病同治,疗效显著。通过分析程教授运用升阳益胃汤治疗上胞下垂、血尿、甲状腺功能减退症、水肿的验案,总结其临床运用此方的要点:一辨病,明确病名诊断,把握疾病根本矛盾,疾病中心环节为脾胃虚弱,是应用升阳益胃汤的关键;二辨证,气虚湿热证是选用此方的基础;三辨症,临证结合具体症状加减药物。

[关键词] 升阳益胃汤;上胞下垂;血尿;水肿;甲状腺功能减退症;程丑夫;验案

[中图分类号] R249.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0108-04

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.020

Four Medical Cases Treated by CHENG Choufu with Shengyang Yiwei Decoction (升阳益胃汤)

YANG Yaolü¹, ZHOU Huaineng¹, XIAO Haiyan¹, LIU Jianhe², LONG Junjie¹

(1.Changde Hospital Affiliated to Hunan University of Chinese Medicine, Changde 415000, China; 2.The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, China)

Abstract Shengyang Yiwei Decoction (升阳益胃汤) originated from LI Dongyuan's *Clarifying Doubts about Damage from Internal and External Causes*, and its main efficacy is to benefit qi and raise yang, as well as clear heat and eliminate dampness. Professor CHENG Choufu uses this prescription on the basis of comprehensive consideration of disease, syndrome, and symptom, treating different diseases with the same therapeutic method, which has achieved remarkable curative effects. By analyzing the cases of ptosis, hematuria, hypothyroidism, and edema treated by Professor CHENG with Shengyang Yiwei Decoction, the key points in his clinical application of this prescription were summarized as follows: First, diagnose the disease, clarify the diagnosis of the disease, and identify the fundamental contradiction of the disease. The key to applying Shengyang Yiwei Decoction is recognizing that the central issue of the disease is spleen and stomach weakness. Second, differentiate the syndrome. The syndrome of qi deficiency and dampness-heat serves as

the basis for selecting this prescription. Third, differentiate the symptoms. In clinical practice, adjust the medications according to specific symptoms.

Keywords Shengyang Yiwei Decoction; ptosis; hematuria; edema; hypothyroidism; CHENG Choufu; proved cases

[收稿日期] 2024-08-17

[基金项目] 程丑夫名老中医药专家传承工作室建设项目(批文号:国中医药人教函[2013]47号);湖南省教育厅科学研究项目(编号:201A0234);长沙市自然科学基金项目(编号:kq202450)

[作者简介] 杨耀闯,住院医师,主要从事中医药防治心血管疾病研究。

[通信作者] 龙俊杰,副主任医师,主要从事中西医结合防治心血管疾病研究。邮箱:13787891338@163.com。

升阳益胃汤出自李东垣《内外伤辨惑论》。此方用人参、白术、甘草与黄芪健脾益气,脾健则水湿化生无源,黄连、茯苓、泽泻清利宿湿,防风、羌活、独活三味风药胜湿、开郁调气,半夏、陈皮、黄连辛开苦降,调脾胃之气机,柴胡疏肝扶土,白芍养血和营。全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师程丑夫教授出身于中医世家,从事中医教学与临床工作50余年,学贯中西,经验丰富。程教授认为升阳益胃汤的功效重在补益脾胃之气、升发阳气,兼以清利“土不制水”之湿热^[1],可广泛用于多种疾病的治疗。笔者有幸跟随程教授学习,现列举程教授运用升阳益胃汤验案四则,借以分析其运用此方的经验。

1 上胞下垂

女,18岁,2016年6月18日初诊。患者左眼睑下垂伴乏力感1个月余,晨轻暮重、视物久时加重,伴视物重影、模糊,右眼向左凝视时有障碍感,纳寐可,小便黄,大便调,舌淡红,苔薄黄微腻,脉弦。中医诊断:上胞下垂,气虚湿热证。治以益气升阳、清热除湿,方用升阳益胃汤加减。药物组成:白术、防风、党参、羌活、柴胡、白芍、茯苓、蔓荆子、僵蚕、菊花各10g,陈皮、法半夏、黄连、甘草各6g,贯叶金丝桃6g,川贝母4g,黄芪20g,生姜3片。14剂,日1剂,水煎,分2次温服。

2016年8月6日二诊:左眼睑下垂、乏力明显缓解,视物无重影、不模糊,右眼向左凝视时有障碍感,小便黄,舌淡红,苔薄黄微腻,脉细数。一诊方加桔梗6g以载药上行,改黄芪为30g以增益气升阳之功。14剂,日1剂,水煎,分2次温服。

2016年9月17日三诊:左眼睑未见明显下垂,右眼向左凝视时无明显障碍感,纳少,二便调,舌淡红,苔薄黄,脉细。患者表现提示方证相符,治疗有效,故继续用药巩固,二诊方加砂仁6g以理气和胃、葛根15g以升举阳气。14剂,日1剂,水煎,分2次温服。

按:眼睑下垂属中医学上胞下垂范畴,多由脾虚中气不足或风痰乘虚阻络以致肌肉失养而抬举无力引发^[2]。隋代巢元方《诸病源候论》云:“若血气虚,则肤腠开而受风,风客于睑肤之间,所以其皮缓纵,垂覆于目,则不能开,世呼为睚目,亦名侵风。”明代张景岳《景岳全书》曰:“气血不至,故有眇视、胞垂、雀眼、盲障之形。”本案患者眼睑下垂,辨病为上胞下

垂。程教授认为辨清中医病名有利于揭示疾病的根本矛盾,使处方用药与疾病丝丝相扣,达到精准诊疗^[3]。患者眼睑下垂伴乏力感是因气虚无以托举,小便黄、舌苔薄黄微腻乃湿热表现,故治疗以益气升阳、清热除湿为法。上眼睑下垂为临床常见疑难病,程教授治疗疑难病多从痰、瘀、郁、虚考虑^[4],本案患者由风痰之邪阻络致气机停滞不行,故右眼活动不利,需配伍行气化痰药。综合考虑后,程教授运用升阳益胃汤加减。因水湿不盛,故去泽泻,独活为足少阴经引经药,能引药下行,患者病位在上且方中有羌活可疗水湿游风,故不用独活;伍蔓荆子、菊花疏风清利头目,川贝母化痰以通络,僵蚕祛风化痰,贯叶金丝桃清热行气解郁。方药紧扣病、证、症特点,故药到病安。

2 血尿

女,33岁,2020年7月18日初诊。主诉:尿血3年余。患者平素易疲劳,精神欠佳,双下肢乏力,夜寐差,纳可,大便成形、日一行或两行;经期正常,经量少,色红,无血块,无痛经。舌脉表现:舌红,苔黄腻,脉细。2020年7月3日尿常规检查示:尿潜血(++),尿蛋白(+).中医诊断:尿血,脾胃气虚湿热证。处方以升阳益胃汤加减:白术、防风、党参、羌活、独活、柴胡、白芍、陈皮各6g,茯苓、泽泻、向阳花各10g,黄连、法半夏、甘草各6g,薏苡仁15g,黄芪20g,生姜3片。14剂,日1剂,水煎,分2次温服。

2020年8月29日二诊:患者服药后精神较前好转,现尿血,下肢乏力,纳寐可,大便成形、日一行或两行,月经情况同前,舌淡红,苔薄黄,脉小弦。2020年8月24日尿常规检查示:尿潜血(+),尿蛋白(+).原方有效,守方加佩兰10g以醒脾开胃、芳香化湿。14剂,日1剂,水煎,分2次温服。

2020年12月19日三诊:服药后诸症好转,近日感受风寒,咳嗽、咳少量黄白痰,流清涕,头痛,右侧腰胀痛,纳寐可,大便两日一行、不干,舌尖红,苔薄黄,脉弦。2020年12月11日尿常规检查示:尿潜血(-),尿蛋白(-).因患者已无尿血表现,故予解表剂人参败毒散合升降散7剂以治疗外感。

2020年12月26日四诊:患者感冒已愈,尿常规检查未见异常,继续予升阳益胃汤巩固疗效。

按:血尿属于中医学血证之尿血范畴,故此案中

火灼血络导致。清代李用粹《证治汇补》云：“脾为后天之本，三阴之首也，脾气健则元气旺而阴自固……故血证有脾虚者，当补脾以统其血。”近代张锡纯《医学衷中参西录》言：“中气虚弱，不能摄血，又秉命门相火衰微，乏吸摄之力，以致肾脏不能封固，血随小便而脱也。”脾胃乃气血生化之源，且脾主统血，尿血多与脾胃功能失常有关。脾肾亏虚所生湿热是导致肾病蛋白尿的主要因素^[5]。程教授认为蛋白尿的形成机制与血尿的形成机制相似，治疗二者皆可从脾胃着手^[6]，此乃“跨病辨证论治，异中求同”^[7]。本案患者病机以脾胃气虚为本，气虚则神乏，固摄失司，精微物质从小便流出，舌象提示湿热。故用升阳益胃汤，伍薏苡仁利湿、向阳花止血，佐生姜温中。全方共奏培土益气、清热利湿之功。三诊时病情好转，又有新感表证，程教授遵“痼疾与猝病并存，先治猝病”的原则^[7]，予人参败毒散合升降散治疗新疾表证。

3 甲状腺功能减退症

女，47岁，2018年9月8日初诊。患者乏力1个月余，劳累后疲劳加重，纳寐可，二便调，舌红，苔黄腻，脉弦。既往甲状腺功能亢进症病史，2015年12月停药。2018年8月1日甲状腺功能检查示：促甲状腺素65.45 mU/L，游离三碘甲状腺原氨酸2.83 pmol/L，游离甲状腺素6.63 pmol/L。某三甲医院西医诊断为甲状腺功能减退症。求诊于程教授，诊断为虚劳（气虚湿热证）。方用升阳益胃汤加味：白术、防风、党参、羌活、独活、柴胡、黄连各6g，白芍、茯苓各10g，甘草、法半夏、陈皮各6g，黄芪30g，生姜3片。7剂，日1剂，水煎，分2次温服。

2018年9月15日二诊：服药后症状明显好转，现无特殊不适，精神、体力较前均改善，纳寐可，二便调。上方有效，守方加刺五加10g。14剂，日1剂，水煎，分2次温服。

按：甲状腺功能减退症属于中医学虚劳范畴^[8]，多因情绪波动、饮食不节、劳累等导致气血阴阳亏损引发。本案患者早期代谢亢进，消耗太过，现阴阳气血亏虚，多脏腑功能受损，整体表现为乏力、疲劳，故辨病为虚劳。巢元方《诸病源候论》云：“夫虚劳者，五劳、六极、七伤是也。”张锡纯《医学衷中参西录》曰：“治一切虚劳诸证者，诚以脾胃健壮，饮食增多，自能运化精微以培养气血也。”《灵枢·五味》曰：“五脏六腑，皆禀气于胃。”脾胃乃仓廩之官，中医学有

“留一分胃气，便有一线生机”之言，故治疗虚劳应以补益脾胃为本。本案患者乏力、劳累后加重乃气虚表现，根据《素问·阴阳应象大论》所言“形不足者，温之以气”，可予四君子辈健脾益气。脾虚则湿生，湿气困阻经络则进一步加重乏力感，舌红、苔黄腻也因湿热而生，需配伍利湿清热类药物。故程教授予以升阳益胃汤补益脾胃之气，清利湿热之邪。刺五加对疲劳综合征有良好疗效^[9-10]，故二诊加入刺五加益气健脾，增强疗效。本案运用升阳益胃汤补脾气、清湿热，药证相符，故患者服药后症状改善。

4 水肿

女，78岁，2018年3月7日初诊。患者双下肢中度凹陷性水肿2年余，精神欠佳，全身乏力，膝关节发软，下坡时人易往前倾斜，走路不稳，伴胸闷（活动后加重），时有头昏头痛，纳差，晨起口干，无口苦，夜寐尚可，大便一至两日一行，小便正常，舌红裂纹，苔黄腻，脉沉弦。中医诊断：水肿，气虚湿热证。予升阳益胃汤加减：白术、防风、党参、羌活、独活、柴胡、白芍、茯苓、泽泻、木瓜各10g，陈皮、法半夏、甘草、黄连、贯叶金丝桃各6g，黄芪20g，薏苡仁15g，全蝎3g，生姜3片。7剂，日1剂，水煎，分2次温服。

2018年3月15日二诊：双下肢轻度水肿，乏力改善，行走较前便利，双膝关节有酸感，偶胸闷、头昏，易疲乏，纳欠佳，口不干，大便日两行或三行，小便多，夜寐可，舌红裂纹，苔黄腻，脉弦。上方有效，守方加猪苓10g以利水消肿，去白芍防苦寒伤胃，14剂，日1剂，水煎，分2次温服。

2018年3月30日三诊：患者诉一周前已无下肢水肿，双下肢乏力改善，行走较前好转，双膝关节稍有酸感，头昏缓解，无胸闷，纳欠佳，大便日两行或三行、不成形，小便多，夜寐可，舌淡红，苔薄白，脉小弦。患者服药后症状明显改善，故守二诊方加砂仁6g以行气和胃、川芎10g以行气和血，去羌活、独活。7剂，日1剂，水煎，分2次温服。

按：水肿的发生多与肺、脾、肾三脏功能失常相关。脾居中央，主运化水液，临床常见脾不运化导致水湿停滞之证。《诸病源候论》云：“脾病则不能制水。”水肿的治疗原则早在《金匮要略》中就有所涉及：“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发其汗。”本案患者乏力乃因气虚导致脏腑功能减弱；胸闷、口干乃由湿邪阻滞气机、津液输布障碍所致；

湿遏经络筋骨,阻滞经气,气机不畅,则肢体关节酸软乏力;舌红裂纹、苔黄腻、脉沉弦乃湿热表现。因水肿部位在下肢,故施“引而竭之”之法,予升阳益胃汤加木瓜、薏苡仁利湿除痹,久病及络加全蝎通络,伍贯叶金丝桃疏肝理气,使气机升降相宜。全方从本补脾胃,从标利小便除湿,标本同治,因势利导。

5 讨论

《脾胃论》云:“脾胃之虚,怠惰嗜卧,四肢不收……面色恶而不和,乃阳气不伸故也,当升阳益胃,名之升阳益胃汤。”脾胃乃后天之本,气血生化之源。脾胃虚弱则生化无源,血亏气弱,升降失司,气血不能丰盈肌肉、充盈骨髓,可致虚劳亏损诸疾。脾喜燥而恶湿,脾气亏虚则易生湿邪,正气亏损则邪气郁积于内,郁而化热可生湿热邪毒附着于体内。程教授基于脾脏生理功能,紧密联系脾脏生理特性,把握脾气亏虚易生湿热的致病特点,临床应用升阳益胃汤治疗脾气虚弱所致病证取得显著疗效。程教授运用此方主要把握三点:一辨病,明确病名诊断,抓住疾病的根本矛盾,认为脾胃虚弱而不升清阳、不摄血、不制水、不运化水谷是应用升阳益胃汤的关键;二辨证,患者出现食欲不振、便溏、腕胀、舌苔黄腻、脉弦滑等气虚湿热证表现是选用此方的基础;三辨证,临证结合患者具体症状加减药物,病位在上、“不淋”者去少阴经药独活、利湿药泽泻,并加大黄芪用量以增

升提之力,水湿盛者另加利湿类药物,脾不运化者可伍砂仁行气和胃。

[参考文献]

- [1] 杨涛,张炜宁,梁长才.程丑夫运用升阳益胃汤辨治气虚湿热型病理性疲劳经验[J].中国中医药信息杂志,2019,26(1):125-127.
- [2] 王顺.中国百年百名中医临床家丛书:张缙[M].北京:中国中医药出版社,2010:12-14.
- [3] 程丑夫.论中医病名诊断的重要意义[J].吉林中医药,1986(4):41-42.
- [4] 程丑夫.疑难病辨治思路与方法[J].湖南中医学院学报,1996,16(2):1-4.
- [5] 王宇光,张琪.国医大师张琪从脾肾论治肾病蛋白尿经验[J].湖南中医药大学学报,2017,37(9):925-927.
- [6] 张婕,程丑夫.程丑夫教授论治慢性肾脏病蛋白尿经验[J].湖南中医药大学学报,2015,35(6):36-38.
- [7] 程丑夫.论多病并存的中医治疗[J].中医药导报,2006,12(12):1-2,12.
- [8] 曾明星,陈继东,向楠,等.陈如泉辨治甲状腺功能减退症特色探析[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(8):1070-1072,1079.
- [9] 程丑夫.程丑夫临床用药传忠录[M].长沙:湖南科学技术出版社,2019:286.
- [10] 高彦宇,李文慧,寇楠,等.刺五加化学成分和药理作用研究进展[J].中医药信息,2019,36(2):113-116.

(上接第107页)

[参考文献]

- [1] SUNG H, FERLAY J, SIEGEL R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209-249.
- [2] XIA L, XU X Q, LI M J, et al. Afzelin induces immunogenic cell death against lung cancer by targeting NQO2 [J]. BMC Complement Med Ther, 2023, 23(1): 381.
- [3] 刘歆,李慧杰,张康乐,等.齐元富教授治疗肺癌经验[J].中医学报,2014,29(11):1559-1560.
- [4] 王皓月,夏蕾.齐元富运用清热解毒对药治疗肿瘤经验[J].山东中医杂志,2023,42(4):376-380.
- [5] 刘洪瑞.齐元富教授运用清热解毒法治疗肺癌的用药规律及特色研究[D].济南:山东中医药大学,2022.
- [6] 杨亚琴.毒义辨析[J].山东中医杂志,2004,23(5):311-312.
- [7] 赵智强,李嘉.略论周仲瑛教授的“癌毒”学说及其临床运用[J].新中医,1998,30(10):6-8.
- [8] 程海波,李柳,孙东东,等.抗癌解毒法的建立与应用[J].中医杂志,2022,63(15):1420-1426.
- [9] 张传龙,姜晓晨,庞博,等.基于“热极成毒”理论探讨肺“炎-癌转化”与防治思路[J].北京中医药大学学报,2022,45(3):291-295.
- [10] 宋倩男.小柴胡汤加味治疗肺癌术后失眠(肝郁化火型)伴焦虑状态的临床观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2023.
- [11] 张云霞.柴胡桂枝干姜汤加减联合AP方案治疗中晚期非小细胞肺癌增效减毒临床研究[D].济南:山东中医药大学,2023.
- [12] 陈小春,李志明,江威.活血化痰法治疗肺恶性肿瘤血瘀状态的研究进展[J].江西中医药,2023,54(11):76-79.

·综述·

基于血浊理论辨治脑病研究进展

李柏¹, 金妍¹, 王栋先¹, 王琦², 侯志会², 张永臣¹, 贾红玲² 指导: 王新陆

(1. 山东中医药大学, 山东 济南 250355; 2. 山东中医药大学第二附属医院, 山东 济南 250001)

[摘要] 脑病种类繁多, 临床对其辨治面临诸多难题, 需要新的诊疗思路。国医大师王新陆教授提出了血浊理论, 并将其运用于脑病辨治, 认为脑病发病与七情内伤、饮食失节及环境污染等相关, 主要病机为浊血伤髓、脑窍失养, 并提出清化血浊、益脑填髓的治则, 同时强调未病先防、活用援药。目前, 在该理论指导下, 采用中药内服、针药结合治疗脑病已取得较为显著的疗效, 相关机制研究也正在展开。本文梳理血浊相关文献, 对基于血浊理论辨治缺血性脑卒中、血管性痴呆、脑小血管病、偏头痛和癫痫等脑病的近况作一综述, 以期中医诊治脑病提供参考。参考文献46篇。

[关键词] 血浊; 脑病; 王新陆; 清化血浊; 益脑填髓; 综述

[中图分类号] R277.7

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0112-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.021

Research Progress on Differentiation and Treatment of Brain Diseases Based on Theory of Blood Turbidity

LI Bai¹, JIN Yan¹, WANG Dongxian¹, WANG Qi², HOU Zhihui², ZHANG Yongchen¹, JIA Hongling² Mentor: WANG Xinlu

(1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. The Second Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250001, China)

Abstract There are numerous types of brain diseases, and their clinical diagnosis and treatment encounter significant challenges, necessitating innovative diagnostic and therapeutic approaches. Professor WANG Xinlu, a master of traditional Chinese medicine, proposed the theory of blood turbidity and applied it to the differentiation and treatment of brain diseases. He believes that the onset of brain diseases is related to internal injuries caused by the seven emotions, improper diet, and environmental pollution. The main pathogenesis is that turbid blood damages the marrow and the brain orifices are deprived of nourishment. He

also proposed the treatment principles of clearing blood turbidity, nourishing the brain, and filling the marrow. At the same time, he emphasized the prevention before illness and the flexible use of supporting drugs. Currently, guided by this theory, the treatments of brain diseases through the internal administration of traditional Chinese medicine and

[收稿日期] 2024-06-03

[基金项目] 王新陆国医大师传承工作室项目(批文号:鲁财社指[2022]36);山东省中医药科技重点项目(编号:Z-2022050)

[作者简介] 李柏, 2023年级博士研究生, 研究方向: 针灸学经典理论与临床应用研究。

[通信作者] 贾红玲, 主任医师, 主要从事针灸学经典理论与临床应用研究。邮箱: jiah1969@163.com。

the combination of acupuncture and medicine have achieved notably significant therapeutic effects, and research into the underlying mechanisms is ongoing. This article sorts out the pertinent literature on blood turbidity and reviews the recent advancements in the diagnosis and treatment of brain diseases, including ischemic stroke, vascular dementia, cerebral small vessel disease, migraine, and epilepsy, from the perspective of blood turbidity theory. The aim is to provide a valuable reference for the diagnosis and treatment of brain diseases using traditional Chinese medicine. There are 46 references.

Keywords blood turbidity; brain diseases; WANG Xinlu; clearing blood turbidity; nourishing the brain and filling the marrow; review

脑病是指由各种致病因素作用于脑,导致脑的功能失调而出现思维、感觉、情志、记忆、运动等失常的一类疾病^[1],常见者包括脑卒中、血管性痴呆、偏头痛、癫痫等。脑病具有发病率高、致残率高、致死率高、复发率高和并发症多等特点,是目前威胁人类健康与生存的主要疾病之一^[2]。由于脑的构成与功能复杂,所以脑病种类繁多,且多为疑难病,治疗较为棘手。西医治疗脑病主要采用药物和手术方式,但存在不良反应多、复发率高等问题。中医治疗该类疾病具有多靶点、综合调节、不良反应少等优势,疗效较好^[3]。国医大师王新陆教授在前人研究的基础上,结合自身临床经验在《脑血辨证》一书中提出了血浊理论,认为浊血伤髓、脑窍失养是脑病的核心病机,提出脑病应以清化血浊、益脑填髓为主要治则,强调无证可辨、化浊为先的辨治思路,体现了中医治未病思想。目前,以血浊理论为指导的脑病辨治取得了较大进展,本文根据相关文献,对基于血浊理论辨治缺血性脑卒中、血管性痴呆、脑小血管病、偏头痛、癫痫等脑病的研究进展综述如下。

1 缺血性脑卒中

缺血性脑卒中又称脑梗死,是临床常见的局限性脑组织缺血性坏死或软化性疾病。现代生活节奏下,除外感六淫外,七情内伤、饮食失节以及环境污染等皆可诱发血浊,进而导致脑病的发生。血浊是缺血性脑卒中的病理枢纽,“浊伤脑络”是其主要病机。张世昭等^[4]提出风、火、痰、虚是缺血性脑卒中的病理因素,血浊与这些病理因素关系密切:风邪侵袭脉道,使血液发生变化,生为血浊,脉道不利,阻塞脑窍,发为缺血性脑卒中;火邪伤津耗气,气血同源,血之成分随之发生改变,发为血浊;痰邪生于脉中或脉外,影响血之清纯和循行,发为血浊,痰邪与血浊搏结,阻遏气机,壅塞脉道,上扰清窍,发为此病;缺

血性脑卒中的病机为本虚标实,阴虚火旺,热灼阴津,津亏液少,血稠不行,则引发血液瘀滞,生为血浊,或气虚津液运行无力,血液统摄失权,生为血浊。马冲等^[5]认为血浊是缺血性脑卒中的核心环节,六淫或秽浊之气侵袭,七情内伤和过劳纵逸等因素交织混杂,导致脏腑经络功能紊乱、气血阴阳失衡,从而使血浊内生。浊污之血客于脑脉,日久伤脉蚀脑;浊污之血行于脉中,日久伤及五脏,脏腑功能失调,多种致病因素互结,瘀阻于上或瘀阻脉络,致血不养脑,发为缺血性脑卒中。

血浊理论指导下的缺血性脑卒中的中药治疗以清化血浊为大法,汤剂以化浊行血汤为代表^[6]。该方由荷叶、焦山楂、决明子、赤芍、制水蛭、酒大黄、路路通、虎杖、何首乌组成。荷叶、焦山楂、决明子药性平和为君,清化血浊而不伤血;赤芍、制水蛭、酒大黄为臣,清化血浊、泻火除瘀,助君药活血化浊;路路通、虎杖、何首乌为佐,助清化血浊,防伤津耗血。马冲等^[5]在化浊行血汤原方基础上加黄芪、桃仁、川芎、桂枝、丹参等药,以增强扶正祛浊、温经通络之效。迟显苏等^[7]从痰、瘀、毒角度论治,认为血浊作为致病因素可致痰、瘀、毒等病理产物,根据不同病理产物的致病特点,针对性应用化痰通络、活血化瘀、泻火解毒之法治疗。皮凌红等^[8]研究化浊行血汤治疗缺血性脑卒中的疗效及对患者血清标志物的影响,结果显示化浊行血汤作为辅助药物联合西药治疗可明显提高疗效,降低血清核因子- κ B p65 (NF- κ B p65)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和基质金属蛋白酶-9 (MMP-9)水平,提高血清血管内皮生长因子(VEGF)和脑源性神经生长因子(BDNF)水平。此外,基于血浊理论制成的中成药化浊和血颗粒在临床应用中也取得较好疗效。宗寿健等^[9]应用化浊和血颗粒治疗大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中,发现

在西药基础上联合化浊和血颗粒可改善患者神经功能,且安全性高,不增加出血风险。

在针灸治疗方面,金妍等^[10]认为血浊作为致病因素和病理产物贯穿缺血性脑卒中的始终,血浊是缺血性脑卒中发病机制中不可忽视的因素,因此在治疗上应化瘀通络,取曲泽、委中,施以针刺、刺血治疗。委中又名血郄,属足太阳膀胱经之合穴,为膀胱经气血汇聚之处,与心包经合穴曲泽相配伍,可起到疏通经络、理气和血的作用。同时,刺血疗法的活血祛瘀之力较强,可使浊邪随血而出。贾红玲以项七针为主结合刺血拔罐治疗缺血性脑卒中,疗效较佳^[11]。项七针四穴(风府、天柱、风池和完骨)皆位于项部,分属于督脉、胆经和膀胱经三条经脉,与头气街和髓海联系密切。项七针能够调节颈项部气血,加强脏腑经络气血横向的联系与汇通,具有疏通经络、理血化浊和清脑益髓之效。动物实验证明,项七针有利于改善模型大鼠的血压、血糖、血脂等指标,促进局部血管网重建、调节血液循环和血流动力学状态,进而改善脑部供血不足情况,缓解脑缺血症状^[12]。

在机制研究方面,席加秋等^[13]运用网络药理学方法证实了化浊行血汤可改善血液成分,减少血中有害、有毒物质的含量。况军等^[14]发现,化浊行血汤中君药荷叶的有效成分荷叶碱具有调节炎症因子释放和抗氧化应激的作用,因此可抑制受损血管壁炎症以防止动脉硬化。阮玲玉^[15]提出,二苯乙烯类化合物是何首乌的主要成分之一,具有神经保护作用,可通过血脑屏障到达缺血病灶以修复受损神经。还有研究发现,化浊行血汤中所含的路路通酸可通过丝裂原活化蛋白激酶(MEK)/细胞外信号调节激酶(ERK)、环磷酸腺苷(cAMP)/环磷酸腺苷依赖性蛋白激酶A(PKA)/环磷酸腺苷反应元件结合蛋白(CREB)信号通路多靶点发挥抗缺血性脑卒中作用^[16]。

2 血管性痴呆和脑小血管病

脑小血管病是指脑内小动脉、小静脉、微动脉及毛细血管病变导致的以认知功能障碍、肢体运动障碍为主要表现的临床综合征,脑小血管病是导致血管性痴呆的重要病理因素之一^[17]。由于血管性痴呆与脑小血管病之间的关系密切,遂将两者合并论之。血管性痴呆的主要病机为肾精亏虚、浊瘀互结导致脑髓空、神机失用,血浊在其发病过程中具有重要的枢纽作用。王新陆认为血浊是血管性痴呆发病的

促动因素,血浊作为致病因素侵害脏腑、血脉,导致脑窍失养、脑髓空虚^[18]。李鑫等^[19]认为,肾精不足、髓海亏虚致脑小血管病变,血浊壅盛、浊血伤髓是脑小血管病的核心病机。石文卿等^[20]认为血与髓相互充养,血之清纯者可充精养髓,但血浊上注脑髓则可污髓伤脑,使清窍受损,从而导致昏蒙痴呆。吴君璇等^[21]提出,血浊伤髓可加速血管性痴呆的病情进展,浊秽之血无充髓养脑之功,故血浊伤脑前期患者表现出轻度认知功能障碍,随着浊邪蓄积,脑髓中毒日久而加速枯萎,故患者逐渐出现痴呆症状。

根据血浊理论,血管性痴呆和脑小血管病的病机为肾精亏虚、浊瘀互结,故其中药治疗以补肾填精、化浊活血为大法。王中琳等^[18]治疗血管性痴呆以复健化浊方为代表方剂,该方由何首乌、桑寄生、海马、淫羊藿、刺五加、鹿衔草、银杏叶、姜黄、蒲黄、大黄、虎杖、石菖蒲12味中药组成。何首乌补肾益精,桑寄生补肾益髓,二者可复健脑髓,共为君药;海马补益肝肾、活血祛瘀,淫羊藿补肾阳、强筋骨,刺五加益气健脾、补肾安神,三者为臣药,共奏补肾益肝健脾、养髓醒神益智之效;鹿衔草、银杏叶补益肾气、调经活血,姜黄、蒲黄活血化瘀通经,四药协力除有形之血浊;大黄、虎杖荡涤血中瘀浊,清化无形之血浊,石菖蒲祛痰开窍、安神定志;全方通过补肾养肝、涵养脑髓益已损之脑髓,通过化瘀通络、清化血浊祛除有形之血浊。李鑫等^[19]以清化血浊、填精益髓为核心治法,以化浊益髓方为基础,结合调肝和气、理血通络、调理脏腑等方法治疗脑小血管病。化浊益髓方由何首乌、淫羊藿、桑寄生、虎杖、决明子、丹参、焦山楂、荷叶、豨莶草、炙甘草组成,其中何首乌、虎杖、决明子、焦山楂、荷叶清利血中诸浊,淫羊藿、桑寄生补肾壮阳、同补肝肾。吴君璇^[22]采用化浊益髓方治疗脑小血管病认知功能障碍,发现西药联合化浊益髓方可有效改善低密度脂蛋白、超氧化物歧化酶等指标。化浊行血汤作为血浊理论的代表方剂在治疗血管性痴呆中亦取得显著疗效。谢宏霞等^[23]认为血管性痴呆伴高同型半胱氨酸血症与血浊的病理特性有密切关系,采用化浊行血汤进行早期干预,可防止或延缓病情进展。范雪静^[24]采用化浊行血颗粒治疗脑小血管病认知功能障碍,对照组36例患者采用常规西药治疗,治疗组36例患者在对照组基础上加用化浊行血颗粒,结果显示治疗组的疗效更优,且治疗组患者的认知和神经功能改善更显著。

在针灸治疗方面,金妍等^[10]认为高血压、糖尿病和高脂血症等代谢性疾病皆与血浊有相关性,而这类代谢性疾病又是血管性痴呆的前期疾病,因此可以认为血浊是导致血管性痴呆发生的重要因素,临床可选择百会穴、大钟穴治疗血管性痴呆。百会穴属督脉,督脉与脑相通,与脑、髓、肾联系密切,《医学入门》记载督脉“上至脑下至尾骶,皆精髓升降之道”^[25],由此可知肾与脑髓之间通过督脉相联系。《针灸大成》载:“百会主心烦闷,心神恍惚,健忘惊悸,忘前失后。”^[26]施针百会可通调诸脉、清窍醒神、填精益髓。《针经指南·标幽赋》载:“用大钟治心内之呆痴。”^[27]大钟为肾经络穴,联络肾与膀胱经,膀胱经“从巅入络脑”,与脑关系密切,且肾主骨生髓,脑为髓海,故针刺大钟穴可补肾填精、充髓益智。二穴合用,共调脑髓、濡养脑神。

在机制研究方面,不少文献报道了复健化浊方和化浊益髓方中一些组成药物的作用机制。陈萌等^[28]基于网络药理学研究何首乌-虎杖药对治疗脑小血管病的作用机制,发现何首乌-虎杖药对可能通过调节c-Jun氨基末端激酶(JNK)、TNF- α 、细胞肿瘤抗原p53、白细胞介素-6(IL-6)减少炎症反应、抑制细胞凋亡,从而发挥治疗作用。袁茵等^[29]发现,何首乌提取物二苯乙烯苷可能通过调节内质网应激相关蛋白表达,抑制血管性痴呆模型大鼠的神经细胞凋亡,从而起到保护脑神经的作用。闫容舸等^[30]发现,桑寄生水提取物通过提高海马组织中超氧化物歧化酶活性和乙酰胆碱水平、降低丙二醛含量,以改善血管性痴呆模型大鼠的学习记忆能力。Xie等^[31]基于网络药理学和分子对接方法研究淫羊藿苷治疗血管性痴呆的分子机制,发现淫羊藿苷能通过阻断肿瘤坏死因子(TNF)信号通路减轻氧化应激、抑制神经炎症、改善血脑屏障功能障碍。王婧吉等^[32]观察到通过针刺血管性痴呆模型大鼠的百会穴,可增加突触后致密蛋白95(PSD95)、 α -氨基-3-羟基-5-甲基-4-异恶唑丙酸受体1(GluA1)和N-甲基-D-天冬氨酸离子型谷氨酸受体2B(GluN2B)突触蛋白的表达,改变海马组织的突触结构,从而改善其记忆功能和学习能力。

3 偏头痛

偏头痛是一种发病率较高的神经血管功能障碍性脑病。血浊阻遏肝胃气机,致气机逆乱,是偏头痛的始动因素^[33]。血浊的病因可归于饮食失节或七情内伤,亦是偏头痛的诱发因素。过食或情绪不良,致

气机紊乱,气的升降出入运动失常诱发血浊,血浊影响肝胃气机,清气不能上于清窍,不通则痛;血随气行,血不上荣,不荣则痛。偏头痛病机复杂,虚实兼夹,病情缠绵难愈,这与血浊日久伤及脑络关系密切。血浊日久,脉络、脑络壅塞,气血运行受阻,脑髓失养,失养日久,虚羸易侵,浊瘀、痰邪等病理产物上扰清窍,发为偏头痛。此外,血浊是偏头痛与其他脑病共同的病理因素,偏头痛可引发其他脑病,如脑卒中、认知功能障碍等^[33]。

基于血浊理论的偏头痛的中药治疗以清化血浊为大法,以化浊行血汤为基础方。于磊^[34]通过随机对照试验观察化浊行血汤治疗偏头痛的疗效,治疗组患者给予化浊行血汤,对照组患者给予安慰剂,结果显示,治疗组总有效率(93.3%)明显优于对照组(18.3%)。赵帅等^[33]采用清化血浊法治疗偏头痛,处方在化浊行血汤的基础上随证加减:气滞血浊者,加香附、郁金,成行气化浊汤,以达行气化浊、疏肝散滞止痛之效;痰浊头痛者,加厚朴、草果,成祛痰化浊汤,以增强清化痰浊之效;寒浊头痛者,加吴茱萸、炮姜等温阳散寒药物,成散寒化浊汤,以温阳散寒、祛除寒湿之浊;偏头痛缓解期,加绞股蓝、红景天,成补虚化浊汤,以预防头痛发作。

针灸治疗方面,有研究提出对偏头痛应在清化血浊的前提下进行分期治疗:急性期针药并施,化浊通络止痛;缓解期加用援药,补虚化浊通络^[33]。颜纯淳等^[35]梳理了具有理血化浊、行气化浊、清热化浊、散寒化浊、祛痰化浊、补虚化浊功效的腧穴,认为膈俞、内关、公孙、人迎、天枢、足三里等是治疗血浊的通用穴,可供临床治疗偏头痛选用。

在机制研究方面,韩瑾等^[36]发现,水蛭素具有防止血栓形成及改善血流动力的作用,可抑制血管痉挛。李桂敏等^[37]发现,针刺偏头痛模型大鼠的内关穴可降低其血浆降钙素基因相关肽含量,从而改善血管扩张状态,缓解偏头痛症状。

4 其他脑病

癫痫属于中医学痫病范畴,反复发作是其重要特征之一。本病的病因不外乎先天禀赋不足、七情内伤、饮食失节、过劳、久病等,诸多病因皆可导致气机失调,如气虚、气滞、气逆、气闭、气脱,气机失常导致血浊内生,脏腑功能失调,阴阳失和,痰浊内生,风阳上扰,最终发为此病^[38]。目前临床基于血浊理论治疗癫痫也以清化血浊为法,该治法有助于宁脑安

神、清脑醒神、化痰通络、益脑填髓、调脏安脑。金妍等^[10]选择劳宫-涌泉作为针刺治疗癫痫的化浊对穴,劳宫为手厥阴心包经之荣穴,可清心泻热、醒神开窍,实热、虚热均可祛除;涌泉为足少阴肾经之井穴,可醒神开窍、引热下行。劳宫、涌泉分别位于手心和脚心,针刺此二穴可使心肾相交、水火相济、神定气和。有研究应用数据挖掘技术分析古今文献中涌泉穴、劳宫穴的主治病症和配伍情况,发现癫痫为劳宫穴及其配穴的主治病症之一,而涌泉配伍主治之最优优势病症即为癫痫^[39-40],这也在一定程度上佐证了劳宫-涌泉化浊对穴是治疗癫痫的优势处方。

阿尔茨海默病与血管性痴呆在症状方面有诸多相似之处,二者的主要表现均为进行性智力下降,但是其发病机制并不完全相同^[41-42]。赵冠华等^[43]基于血浊-脑浊-脑毒理论阐释阿尔茨海默病的病因病机,将血浊作为阿尔茨海默病的始动因素,认为七情内伤、外感六淫、恣食肥甘厚腻和环境污染皆是血浊的成因,血浊所致疾病如高血压、糖尿病、高尿酸血症以及代谢综合征等皆可导致血浊化为脑浊、脑毒,进而引发阿尔茨海默病,因此,血浊是阿尔茨海默病发病的前驱因素。临床治疗阿尔茨海默病可采用理血化浊的针灸疗法^[35],取“三神穴”,即神庭、本神和四神聪,神庭为督脉头部气血的汇聚之地,合本神、四神聪,共奏祛痰化浊、醒神开窍之功。此外,血浊理论对阿尔茨海默病的预防具有积极意义。各种代谢性疾病、情志失常、饮食不节和环境污染均是血浊发生的危险因素,通过对这些因素的预防和干预可以防止血浊的产生。血浊形成后,患者逐渐进入阿尔茨海默病前期,即轻度认知功能障碍阶段,此阶段可遵循“无证可辨、化浊为先”的指导思想,未病先防,既病防变,阻断疾病的进展,韩萍等^[44]认为此阶段的用药以清化血浊为主,兼以化痰、祛痰、补肾、益气等。

肝豆状核变性是一种由铜代谢障碍引起的肝硬化和脑变性疾病,该病以青少年为主要患病群体^[45]。祝若瑜等^[46]提出铜毒内聚、酿生血浊是导致肝豆状核变性的关键因素。小儿先天不足,精血失其清纯状态,致浊邪生于血中;血浊致脏腑失调,气机逆乱,铜质出入无门,积于血中,日久化为铜毒;血浊、铜毒随血散布全身,铜毒聚于脑髓,浊血扰乱神明,导致髓减脑消、神机失用。肝豆状核变性应以预防为先,清化血浊是未病先防、既病防变的关键^[46]。在发病

初期,铜毒积聚未深、脑系并发症未发之际,提前施以清化血浊之法,虽无证可辨,但可化浊为先,方能先安未受邪之地,消弭疾病于无形之中。肝豆状核变性以清化血浊为治疗之基,祛铜排毒为治疗之要,排铜毒以清化通利为主,常用中药为黄连、萆薢、柴胡、泽泻、茵陈、川芎等。黄连清热燥湿、泻火解毒;萆薢利湿浊、去浊分清;柴胡清肝泻火、疏肝理气、解郁散结;泽泻宣通水道,给邪出路,使铜毒血浊自小便出;茵陈清热利湿;川芎活血行气、通畅经络以利铜浊毒邪排出。

5 总结与展望

脑病具有种类繁多、纷繁复杂、病情变化迅速的特点。中医传统疗法对脑病多分病治之,不同病症,治以不同脏腑,诊治思路简单且关联性较弱,尚不能满足诊治的需要。因此,如何建立中医脑病理论体系,归纳总结脑病的病机特点和针灸治疗选穴规律,成为当前研究的重要课题。血浊理论认为脑病大多与血浊密切相关,以浊血伤髓、脑窍失养为核心病机。以血浊理论为指导,异病同治,执简驭繁,有助于厘清脑病复杂的诊治思路。血浊既是脑病的致病因素,也是脑病的病理产物。作为致病因素,血浊是导致脑病发病或进展的始动因素;作为病理产物,血浊可进一步加重病情,导致病情复杂变化。在血浊理论指导下,清化血浊为防治脑病的主要原则:在疾病尚未发生之前,可遵循“无证可辨、化浊为先”的诊疗思路,清化已成之浊,还血之清纯状态;对于已发生的脑病,可依据血浊的致病特点,辨证论治,选用具有针对性的化浊之法。针灸治疗脑病同样以血浊为切入点,将气街四海理论与血浊理论相结合,以理血化浊为治则,取穴以局部、远部和辨证选穴为主,常取理血类、安神类和开窍类腧穴,同时配合脏腑辨证、经络辨证等,重视化浊对穴在治疗中的应用,以充分发挥血浊理论的优势。

血浊理论的提出为中医辨证治疗脑病提供了新的思路和方法,丰富了该类疾病的中医辨证论治理论体系。血浊理论指导下的脑病治疗以清化血浊为总则,目前应用较多的治疗手段为中药内服,其他治疗手段仍需要进一步应用与探究,特别是针刺疗法,因其本就在脑病治疗方面具有明显优势,故依据血浊理论选择更有效的针刺配穴值得进一步探究。

[参考文献]

[1] 王新陆. 脑血辨证[M]. 北京:中国医药科技出版社,

- 2002:82-99.
- [2] GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990—2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 [J]. *Lancet Neurol*, 2024, 23(4): 344-381.
- [3] 任思思, 张赞, 李娟, 等. 补阳还五汤治疗脑病的系统评价和 Meta 分析 [J]. *时珍国医国药*, 2021, 32(3): 745-750.
- [4] 张世昭, 张风霞, 王新陆. 从血浊理论探讨缺血性脑卒中的诊疗 [J]. *天津中医药*, 2021, 38(4): 414-416.
- [5] 马冲, 陈蕾, 宋艳艳, 等. 从血浊论治缺血性脑卒中 [J]. *中国中医急症*, 2018, 27(3): 557-558, 564.
- [6] 王新陆, 王栋先. 化浊行血汤辨治血浊证的临床应用 [J]. *天津中医药*, 2020, 37(9): 962-967.
- [7] 迟显苏, 梁晓, 魏竞竞, 等. 基于血浊理论从痰、瘀、毒论治缺血性脑卒中 [J]. *陕西中医*, 2023, 44(7): 917-921.
- [8] 皮凌红, 陈莉. 化浊行血汤治疗缺血性脑卒中的疗效及对中医症候、神经功能缺损和血清 NF-kBP65、BDNF、TNF- α 、VEGF、MMP-9 水平的影响 [J]. *四川中医*, 2018, 36(8): 121-124.
- [9] 宗寿健, 孙贵芝, 胡晓洁, 等. 清化血浊中药对 LAA 型缺血性脑卒中的干预研究 [J]. *广州医药*, 2021, 7(1): 120-122, 133.
- [10] 金妍, 刘彦强, 贾红玲, 等. 化浊对穴在脑病中的应用及其机制探析 [J]. *天津中医药*, 2020, 37(11): 1231-1236.
- [11] 王浩然, 张琪, 邓拓, 等. 贾红玲针灸治疗缺血性脑卒中经验探讨 [J]. *辽宁中医杂志*, 2024, 51(6): 27-31.
- [12] 张永臣, 贾红玲, 郇海红, 等. 项七针对椎动脉型颈椎病大兔模型血流动力学的影响 [J]. *针灸临床杂志*, 2012, 28(9): 56-59.
- [13] 席加秋, 邵玉泽, 王中琳. 基于网络药理学探讨化浊行血汤抗高脂血症的作用机制 [J]. *天津中医药*, 2023, 40(9): 1190-1199.
- [14] 况军, 王巍. 荷叶碱对小鼠动脉粥样硬化血管炎症及基质金属蛋白酶的影响 [J]. *临床心血管病杂志*, 2015, 31(1): 97-100.
- [15] 阮玲玉. 中药何首乌活性物质抗缺血性脑卒中药效及其机制研究 [D]. 南京: 南京理工大学, 2022.
- [16] 沈萌萌. 路路通-甘草药对及其有效组分抗缺血性卒中的作用机制研究 [D]. 扬州: 扬州大学, 2023.
- [17] 中国研究型医院学会脑小血管病专业委员会《中国脑小血管病诊治专家共识 2021》编写组. 中国脑小血管病诊治专家共识 2021 [J]. *中国卒中杂志*, 2021, 16(7): 716-726.
- [18] 王中琳, 刘海亮, 刁建炜, 等. 王新陆教授从血浊论治血管性痴呆学术思想探微 [J]. *天津中医药*, 2021, 38(3): 280-284.
- [19] 李鑫, 张钊奇, 刘伟. 血浊理论在脑小血管病治疗中的应用 [J]. *中医杂志*, 2023, 64(16): 1651-1655.
- [20] 石文卿, 牛显光, 韩萍, 等. 从血浊理论浅析老年性痴呆的发病机制及治疗思路 [J]. *天津中医药*, 2023, 40(5): 592-595.
- [21] 吴君璇, 李鑫, 刘伟, 等. 从王新陆教授血浊理论探析血浊伤髓辨治机制 [J]. *天津中医药*, 2019, 36(5): 426-430.
- [22] 吴君璇. 化浊益髓汤治疗脑小血管病认知功能障碍的临床研究 [D]. 济南: 山东中医药大学, 2019.
- [23] 谢宏霞, 范雪静, 胡晓洁, 等. 基于血浊理论探讨脑小血管病认知障碍伴高同型半胱氨酸血症的早期治疗 [J]. *云南中医中药杂志*, 2023, 44(3): 13-16.
- [24] 范雪静. 化浊行血颗粒治疗脑小血管病认知功能障碍的临床观察 [D]. 济南: 山东中医药大学, 2022.
- [25] 李挺. 医学入门 [M]. 田代华, 张晓杰, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 414.
- [26] 杨继洲. 针灸大成 [M]. 黄龙祥, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 376.
- [27] 康锁彬. 透新针经指南 [M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 2002: 120.
- [28] 陈萌, 郭春莉, 王新陆, 等. 网络药理学预测何首乌-虎杖治疗脑小血管病的作用机制 [J]. *中国中医基础医学杂志*, 2023, 29(3): 457-463.
- [29] 袁茵, 周天, 张妍妍, 等. 何首乌提取物二苯乙烯苷对血管性痴呆模型大鼠内质网应激相关蛋白的影响 [J]. *天津中医药大学学报*, 2022, 41(1): 118-123.
- [30] 闫容舸, 齐汝霞, 曹潇洋, 等. 桑寄生水提物灌胃对血管性痴呆大鼠学习记忆能力的影响及其作用机制 [J]. *老年医学研究*, 2023, 4(3): 18-21.
- [31] XIE C C, TANG H, LIU G, et al. Molecular mechanism of epimedium in the treatment of vascular dementia based on network pharmacology and molecular docking [J]. *Front Aging Neurosci*, 2022, 14: 940166.
- [32] 王婧吉, 瞿艳, 王娟, 等. 电针“百会”“神庭”对血管性痴呆大鼠学习记忆能力和海马突触结构与相关蛋白表达水平的影响 [J]. *安徽中医药大学学报*, 2022, 41(3): 51-56.
- [33] 赵帅, 王中琳, 王新陆. 国医大师王新陆教授从血浊理论探析偏头痛的辨治 [J]. *天津中医药*, 2023, 40(1): 4-8.
- [34] 于磊. 清化血浊法治疗偏头痛临床研究 [J]. *中医临床研究*, 2015, 7(14): 19-20.

(下转第 123 页)

针刺治疗干眼症作用机制研究概述

王 瑞, 衣华强

(山东中医药大学针灸推拿学院, 山东 济南 250355)

[摘要] 近年来,有关针刺治疗干眼症的报道日益增多,针刺治疗干眼症的作用机制也逐渐成为研究热点。文章从西医和中医角度总结针刺治疗干眼症的作用机制。从西医角度看,针刺治疗干眼症的作用机制可能与降低炎症反应、抑制信号传导通路、调节激素水平、调节神经功能、促进泪液中黏蛋白表达、抑制泪腺组织中细胞凋亡、增加乳铁蛋白含量等有关;从中医角度看,针刺主要通过疏肝泻火、益肾调肝、滋补肺阴、益气养阴等途径发挥疏通眼部经络、调节眼部气血的作用,从而缓解干眼症的临床症状。参考文献48篇。

[关键词] 干眼症;针刺;作用机制;综述;炎症;激素;疏肝泻火;益肾调肝

[中图分类号] R246.82

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0118-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.022

Overview of Mechanism of Acupuncture Therapy for Xerophthalmia

WANG Rui, YI Huaqiang

(College of Acupuncture, Moxibustion and Tuina, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China)

Abstract In recent years, there have been increasing reports on the treatment of xerophthalmia by acupuncture, and the mechanism of acupuncture treatment for xerophthalmia has gradually become a research hotspot. This article summarizes the mechanism of acupuncture therapy for xerophthalmia from the perspectives of western medicine and traditional Chinese medicine. From the perspective of western medicine, the mechanism of acupuncture in the treatment of xerophthalmia may be related to reducing inflammatory reactions, inhibiting signal transduction pathways, regulating hormone levels, regulating nerve functions, promoting the expression of mucin in tears, inhibiting apoptosis in lacrimal gland tissues, and increasing the content of lactoferrin, etc. From the perspective of traditional Chinese medicine, acupuncture mainly exerts its functions by dredging the meridians of the eyes and regulating qi and blood of the eyes through approaches such as soothing the liver and purging fire, nourishing the kidney and regulating the liver, nourishing the lung yin, and supplementing qi and nourishing yin, thereby alleviating the clinical symptoms of xerophthalmia. There are 48 references.

Keywords xerophthalmia; acupuncture; mechanism; review; inflammation; hormones; soothing the liver and purging fire; nourishing the kidney and regulating the liver

[收稿日期] 2024-05-27

[基金项目] 济南市科技创新发展资金项目(编号:202226001)

[作者简介] 王瑞,2023 年硕士研究生,研究方向:针灸经典理论与临床应用。

[通信作者] 衣华强,主任医师,主要从事针灸经典理论与临床应用研究。邮箱:yihq123@sina.com。

干眼症又称角结膜干燥症,是因泪液的量和质失常导致泪膜不稳定,进而出现眼表损害症状的一种多因子疾病。本病可分为水液缺乏型、蒸发过强型、黏蛋白缺乏型、泪液动力学异常型、混合型等不

同类型,发病机制主要包括泪膜稳态失衡、睑板腺受损、泪液高渗性、神经感觉异常、眼表炎症与损伤等^[1]。干眼症患者会有眼睛干涩、灼痛、异物感、畏光、视物不清、视力波动等症状,若干眼症长期不愈,可导致患者产生抑郁、焦虑等负面情绪。干眼症的发生与年龄、颅脑手术、长期佩戴角膜接触镜、慢性角膜缘炎、视频终端综合征^[2]、眼部长期用药等因素有关。据国外流行病学统计,亚洲干眼症发病率为17%~33%^[3]。受生活习惯变化、科技发展、环境变化等因素的影响,干眼症的发病率正在逐年升高,因此开展对干眼症的治疗研究具有重要意义。西医治疗干眼症主要采用人工泪液、激素等,疗效欠佳且不良反应大。近年来,有关针刺治疗干眼症取得良好疗效的报道日益增多^[4-5],其作用机制也引起业内的广泛关注。本文从西医和中医角度综述针刺治疗干眼症的作用机制,为相关研究提供参考。

1 西医角度

1.1 降低炎症反应

由于炎症是干眼症的主要病理机制之一,故抗炎为治疗干眼症的关键环节^[6-7]。有研究表明,针刺可通过减少炎症细胞致炎因子的释放减轻造成干眼症的炎症反应^[8-9]。

1.1.1 减少炎症细胞因子

促炎性细胞因子具有介导炎症反应、促进T细胞和B细胞增殖分化、调节免疫、影响代谢等作用。干眼症患者体内白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-6(IL-6)、CXC趋化因子受体3(CXCR3)、CXC趋化因子配体10(CXCL10)、基质金属蛋白酶-9(MMP-9)含量明显增高,导致炎症细胞增加且激活巨噬细胞分化浸润,炎症反应加重,干眼症状明显^[10-12]。有研究发现,针刺治疗可抑制IL-1 β 、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-17(IL-17)、白细胞介素-21(IL-21)、CXCR3、CXCL10的表达,促进神经递质的分泌,从而减少炎症细胞的聚集^[12-15]。丁宁等^[14]发现,IL-17可刺激MMP-9的产生,破坏角膜屏障功能,而针刺治疗可降低IL-17水平,同时使促炎性细胞因子水平相应降低,角膜上皮细胞与泪腺上皮鳞状化生遭到抑制,角膜屏障稳定则泪液蒸发减少,干眼症状得以缓解。

1.1.2 抑制信号传导通路

眼表炎症是导致干眼症的原因之一,有研究表明,丝裂原活化蛋白激酶通路(MAPK通路)是机体面对应激、炎症刺激的最主要信号传导通路^[16],可抑制

炎症因子的产生,从而减轻炎症反应。p38MAPK是MAPK家族的重要成员之一。核因子- κ B(NF- κ B)是调控有关干眼基因转录表达的靶基因。针刺刺激中枢神经系统,引起迷走神经纤维兴奋、乙酰胆碱分泌量增加,刺激产生传递胆碱能抗炎信号的关键受体乙酰胆碱受体7(α 7nAChR)^[14,16-19],NF- κ B被隔离于无活性状态的细胞质中,核易位受到抑制,因而NF- κ B p65和p38MAPK不会实现磷酸化表达,调控机体炎症和免疫反应的相关基因得不到表达,阻断了NF- κ B信号通路和p38MAPK信号通路的传导,从而抑制相关炎症因子和坏死因子的释放^[20]。此外,NF- κ B可黏附于巨噬细胞表面,带动巨噬细胞增强对炎症因子的吞噬作用,进一步阻止炎症反应的发生。孙心怡等^[17]观察针刺眼周穴位治疗干眼症的作用机制,发现针刺组的磷酸化核转录因子p65(p-NF- κ B p65)蛋白相对表达量显著低于模型组和假针刺组。徐倩等^[18]研究了电针眼周穴位治疗干眼症的作用机制,发现针刺组干眼症模型兔的双眼角膜荧光素染色(CFS)、泪膜破裂时间(BUT)、泪液分泌量(SIT)均优于西药组,其实验结果表明针刺能降低p38MAPK、磷酸化p38丝裂原活化蛋白激酶(p-p38MAPK)的蛋白表达水平,p-p38MARK蛋白浓度与眼表高渗性有关,其浓度降低后,泪膜可维持相对稳定状态,减少了泪液的蒸发。Lema等^[21]发现,干眼症模型动物的角膜内高迁移率族蛋白1(HMGB1)水平明显升高。韦庆波等^[22]则发现电针眼周穴位可降低由胶质细胞或神经元产生并释放到细胞外的晚期炎症因子HMGB1水平,抑制NF- κ B信号传导通路,减轻泪腺的炎症反应,同时又可调节泪腺细胞的形态功能。傅张倚天等^[23]通过实验证实,电针可减少Toll样受体4(TLR4)的表达,使其无法与接头分子髓性分化原发应答基因88(MyD88)结合,以致下游NF- κ B核转移无法进行,炎症反应随之减轻。王娇娇等^[24]、韦庆波等^[25]均发现针刺可刺激乙酰胆碱的产生,并激活 α 7nAChR,降低Janus蛋白酪氨酸激酶2(JAK2)的含量,使其下游信号传导和转录激活子3(STAT3)的表达得到抑制,从而激活JAK2/STAT3抗炎通路、调控炎症因子。

1.2 调节性激素水平

研究调查发现,绝经后女性患干眼症的概率明显升高,而绝经后接受激素替代疗法女性的干眼症发病率低于未接受激素替代疗法女性^[26]。雌激素受

体存在于泪腺及睑板腺中,雌激素水平降低可增强促炎性细胞因子的表达,加重眼表炎症反应^[27],影响泪腺的分泌和睑板腺的功能,增加泪液的蒸发和溢出。彭清华等^[28]发现,针刺联合药物治疗干眼症的有效率高于单纯药物治疗的有效率,且接受针刺治疗的干眼症患者治疗后体内雌二醇水平降低、睾酮水平升高,因此认为针刺治疗可激活下丘脑-垂体-性腺的传导通路,通过负反馈机制,使过低的雄激素水平升高、过高的雌激素水平下降,从而达到双向调节性激素的作用。

1.3 调节神经功能

水液缺乏型干眼症是由泪腺功能障碍或损伤引起的一种干眼症。刘雪等^[29]观察了针刺对水液缺乏型干眼症模型豚鼠眼表症状及泪腺组织中血管活性肠肽(VIP)/环磷酸腺苷(cAMP)/蛋白激酶A(PKA)/水通道蛋白5(AQP5)信号通路相关蛋白表达的影响,发现针刺可减轻眼表损伤,促进泪液分泌,其作用机制可能与激活VIP/cAMP/PKA/AQP5信号通路、增强泪腺分泌功能有关。

脑桥下部特异性泪腺核的节前纤维与蝶腭神经节突触形成联系,蝶腭神经节发出节后纤维进入颧颞神经,最终汇入眼神经的泪腺神经。商晓娟^[30]观察了针刺蝶腭神经节治疗干眼症的临床疗效,治疗组采用针刺蝶腭神经节配合睛明、四白、太阳穴治疗,对照组采用人工泪液滴眼治疗,结果显示,治疗组临床疗效、症状评分、视觉模拟评分法(VAS)评分均优于对照组($P<0.05$)。陈婷婷^[31]观察了针刺蝶腭神经节治疗肝肾阴虚型干眼症的临床疗效,针刺组采用蝶腭神经节联合常规取穴针刺治疗,西药组采用玻璃酸钠滴眼液治疗,结果显示针刺组总有效率高于西药组($P<0.05$)。泪腺和副泪腺主要由副交感神经支配,针刺位于翼腭窝内的蝶腭神经节,从而刺激副交感神经,能引起泪腺分泌增加,滋润眼部,缓解干眼症状。

1.4 促进泪液中黏蛋白表达

黏蛋白来源于角结膜上皮细胞和杯状细胞,可分为分泌型黏蛋白和跨膜型黏蛋白,能改变上皮细胞的疏水性,清除病原体、过敏源,保护黏液屏障的完整性,润滑眼表,改善眼表渗透压。干眼症患者结膜杯状细胞减少,产生的特异性黏蛋白5AC也随之减少。黏蛋白5AC具有高度亲水性,且为泪膜中主要成胶黏蛋白,可形成高度水合黏液凝胶,润滑眼

表,降低眼表面张力,稳定泪膜,其水平降低会导致泪膜稳定性下降,泪液流失增加^[32]。有研究报道,干眼症模型兔和干眼症患者经针刺眼周穴位治疗后,黏蛋白5AC、黏蛋白19的阳性表达率和浓度显著升高,且泪腺组织结构完整,腺上皮结构清晰,腺泡内物质排空^[33-34]。

1.5 抑制泪腺组织中细胞凋亡

细胞凋亡是机体内细胞死亡的重要途径,正常生理状态下,细胞凋亡与细胞增殖保持平衡以维持机体内环境的稳定。病理情况下,细胞过度增殖或过度凋亡,细胞凋亡与细胞增殖之间的平衡状态被打破。有研究发现,干眼症患者泪腺组织破坏的原因可能是细胞凋亡,且细胞凋亡受相关基因控制^[35]。Fas为细胞凋亡基因受体,又称为CD95,属于肿瘤坏死因子及神经生长因子受体系统超家族,可与凋亡相关因子配体(FasL)结合诱导细胞凋亡。有研究观察了针刺对于干眼症模型兔泪腺细胞凋亡的影响,发现针刺组模型兔经针刺治疗后泪腺上皮细胞扩张,且针刺组Fas、FasL、兔抗人单克隆抗体(Bax)、胱天蛋白酶-3(Caspase-3)蛋白阳性表达数和泪腺上皮细胞凋亡数少于模型组,而B细胞淋巴瘤-2(Bcl-2)蛋白表达高于模型组^[36-37]。Bax为促凋亡基因,可激活细胞质内的衔接蛋白,促发后续的细胞凋亡级联反应,引起细胞凋亡,而Bcl-2具有抗凋亡效应,为抑制凋亡基因,可以通过抑制促凋亡蛋白Bax的透化作用阻碍细胞凋亡。Caspase-3是细胞凋亡过程的重要参与者,其被激活后能促进相关蛋白的裂解,从而引发下游酶联反应,导致细胞凋亡。

1.6 增加乳铁蛋白含量

乳铁蛋白是主要的泪液蛋白之一,来源于泪腺上皮细胞,约占泪液中各种蛋白总质量的25%^[38],其具有抗感染、调节免疫等作用,是天然的抗炎因子。泪液乳铁蛋白参与泪膜形成,泪液乳铁蛋白含量越低,干眼症的症状越严重^[39]。石晶琳等^[40]通过随机对照试验发现,针刺能刺激干眼症患者泪腺上皮细胞分泌乳铁蛋白,从而抑制泪膜的炎性病变,达到治疗干眼症的效果。

2 中医角度

干眼症属于中医学神水将枯、燥证、白涩症等范畴。《灵枢·大惑论》曰:“五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精。”人体五脏六腑均通过经络系统直接或间接与眼部相联系,故干眼症的发生与脏腑功能受

损导致阴液亏损、玄府闭塞有关,目失濡养为干眼症的首要病机。针刺可调整脏腑功能,促进气血阴阳津液运行的恢复,达到治疗干眼症的目的。

2.1 疏肝泻火

《审视瑶函》曰“怒易伤肝,肝伤则目损”,《证治准绳》曰“火郁蒸于膏泽,故目不清,而珠不莹润,汁将内竭”。肝郁日久化火,火灼津液,可致眼部津液亏损,目失所养。马雪娇等^[41]观察了凉泻针法治疗肝经郁热型干眼症的临床疗效,治疗组患者取太冲、行间、阳陵泉穴行捻转泻法,取攒竹、丝竹空、太阳、风池穴行凉泻针法,急出针,不按压针孔,结果显示治疗组症状改善明显优于不作补泻手法的对照组。卢慧蓉^[42]采用清肝解郁针刺方联合玻璃酸钠滴眼液治疗肝经郁热型干眼症取得良好疗效,针刺方包括行间、承泣、太溪、足三里、太阳、少商穴。少商为手太阴肺经井穴,可通过清泻肺热达到清肝泻热之效,同时又可宣肺以助津液上乘;足三里为胃经腧穴,胃经起于眼周,针刺足三里可统调眼部气血,使眼部得以濡养;行间为足厥阴肝经荥穴,针刺行间能清泻肝热、降肝火;阳陵泉为足少阳胆经腧穴,足少阳胆经过目内眦、目外眦,故针刺阳陵泉可疏通目系气血,又因胆与肝有密切联系,故针刺阳陵泉可明目;太溪穴为足少阴肾经原穴,针刺之可滋补肾水、补充阴液。

2.2 益肾调肝

《笔花医镜》曰:“肾水不能涵木而血少也,其症为目干。”肾主水,肝主木,肝肾同源,二者相互影响,肾虚不能涵养肝木可致肝风内动、珠不莹润。陈朝明采用“滋阴润目”针刺法治疗睑板腺功能障碍型干眼症取得良好疗效,针刺选穴为左侧肝俞和肾俞,行补法,以补益肝肾之阴^[43]。李妍等^[44]观察了针刺眼周穴位及三阴交、肝俞、肾俞联合养阴润目汤治疗肝肾阴虚型干眼症的疗效,并与羟糖甘滴眼液治疗作对比,结果显示针刺联合养阴润目汤疗效更佳,可有效缓解患者的干眼症状。鲁炎^[45]观察了特定穴针刺法联合玻璃酸钠滴眼液治疗肝肾阴虚型干眼症的临床疗效,观察组采用针刺眼周穴、常规配穴加特定穴(双侧肝经郄穴中都穴、双侧肾经郄穴水泉穴)联合人工泪液治疗,对照组则采用针刺眼周穴、常规配穴联合人工泪液治疗,结果显示观察组的综合疗效显著高于对照组,说明在常规配穴的基础上加用具有益肾调肝作用的穴位可增强疗效。三阴交为足太阴

脾经腧穴,位于足三阴经交会处,具有调理肝、脾、肾三脏的作用,可疏肝气滋肾精,肝俞、肾俞分别为肝脏和肾脏元气在腰背部流注之处,针刺肝俞、肾俞可调理肝肾功能,从而滋阴润目。

2.3 滋补肺阴

在五轮学说中,肺属气轮,白睛与肺的关系密切,肺阴不足可致到达白睛的气血减少,出现干眼症状。因此,滋补肺阴也是治疗干眼症的重要方法。胡靖^[46]观察了针刺五输穴配合玻璃酸钠滴眼液治疗肺阴不足型干眼症的临床疗效,对照组采用玻璃酸钠滴眼液治疗,治疗组采用针刺五输穴太渊、太白以及局部穴位配合玻璃酸钠滴眼液治疗,结果显示治疗组疗效优于对照组。肺在五行中属金,土生金,所以肺虚可补其母,该研究选取肺经本经土穴太渊和其母经土穴太白以助肺部阴液滋生,缓解干眼症状。

2.4 益气养阴

肝肾亏虚日久可致脏腑精气亏损,气血生化乏源。目居于头部,唯有清阳之气可上达,气能行津,推动津液上濡目窍。周美娇等^[47]采用针刺联合加味增液汤治疗气阴两虚型干眼症,针刺穴位包括太冲、三阴交、足三里、合谷等,治疗总有效率为93.3%。薛研等^[48]对32例糖尿病性干眼症患者进行“进火补”针刺法治疗,在常用眼周穴位的基础上配伍膻中、三阴交、太溪、足三里、太冲等,治疗总有效率为87.5%。肝气通于目,太冲为足厥阴肝经原穴,能清肝明目、疏通目系;膻中为八会穴中的气会,可调理全身气机;阳明经多气多血,足三里为足阳明胃经的合穴,可滋补、疏通气血;三阴交可滋阴养血;太溪为足少阴肾经原穴、输穴,有补肾滋阴的功效。气为血之帅,血为气之母,补气养血滋阴相辅相成,眼部气血充沛,干眼症状自然改善。

3 讨论

针刺作为一种安全性较高、不良反应较小、疗效显著的治疗方法,在干眼症的治疗中具有独特优势。当前,有关针刺治疗干眼症作用机制的报道正日益增多,综合现有报道可知,在中医辨证论治观念指导下,针刺主要通过疏肝泻火、益肾调肝、滋补肺阴、益气养阴等途径发挥疏通眼部经络、调节眼部气血的作用,从而缓解干眼症的临床症状。而从西医角度分析,其作用机制可能与降低炎症反应、抑制信号传导通路、调节激素水平和神经功能、促进泪液中黏蛋白表达、抑制泪腺组织中细胞凋亡、增加乳铁蛋白含

量等有关。但由于干眼症是一种由多种潜在原因引起的疾病,所以目前有关针刺治疗干眼症作用机制的研究还存在一些不足之处:第一,研究样本量不足导致结果的代表性有待提高;第二,研究深度不足,部分作用机制未完全明确;第三,临床研究缺乏随访,远期作用机制空白。今后研究应针对这些不足进行科学设计,以更加深入、完善地阐明针刺治疗干眼症的作用机制。

[参考文献]

- [1] 刘祖国. 干眼的诊断[J]. 中华眼科杂志, 2002, 38(5): 318-320.
- [2] GRANT A H. The computer user syndrome[J]. J Am Optom Assoc, 1987, 58(11): 892-901.
- [3] 张正, 李银花, 丁亚丽, 等. 干眼症的发病机制及治疗现状[J]. 中华眼科医学杂志(电子版), 2014, 4(2): 44-46.
- [4] 宁可星, 崔杨, 黄飞, 等. 高维滨电针治疗干眼临床经验摘要[J]. 中国针灸, 2023, 43(11): 1303-1306.
- [5] 刘雪, 高卫萍, 赵楠, 等. 针刺治疗水液缺乏型干眼: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2023, 43(11): 1235-1238.
- [6] CRAIG J P, NICHOLS K K, AKPEK E K, et al. TFOS DEWS II definition and classification report [J]. Ocul Surf, 2017, 15(3): 276-283.
- [7] WEI Y, ASBELL P A. The core mechanism of dry eye disease is inflammation [J]. Eye Contact Lens Sci Clin Pract, 2014, 40(4): 248-256.
- [8] 韦庆波, 林佳, 顾嘉凌, 等. 针灸治疗干眼症的临床与机制研究现状[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 319-323.
- [9] 智方圆, 黄琴峰, 赵越, 等. 针灸治疗眼病临床应用规律分析[J]. 中国针灸, 2018, 38(8): 907-912.
- [10] 唐海, 龚向瑶, 张婷, 等. 血清转化生长因子 β 1与白细胞介素6水平对原发性干燥综合征并发神经系统病变的预测价值[J]. 川北医学院学报, 2023, 38(12): 1668-1671.
- [11] 张舒, 王贺, 牟宁, 等. 原发性干燥综合征干眼患者临床指标与泪液中IL-1 β 、IL-6、MMP-9的相关性研究[J]. 医学研究杂志, 2021, 7(10): 88-92.
- [12] 吴鲁华, 王雁, 尚姗姗, 等. 针刺治疗睑板腺功能障碍相关干眼的疗效及对泪液中CXCR3和CXCL10含量的影响[J]. 中国医刊, 2018, 53(11): 1273-1276.
- [13] 陈均浩. 针刺蝶腭神经节治疗干眼前后肿瘤坏死因子 α (TNF- α)和白细胞介素1 β (IL-1 β)在泪液中表达和意义[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2023.
- [14] 丁宁, 韦庆波, 徐倩, 等. 针刺对干眼兔角膜胆碱能抗炎通路和IL-21、IL-17A的影响[J]. 中华中医药杂志, 2023, 9(1): 367-371.
- [15] 林忠嗣, 于冬松, 赵金龙, 等. 针刺治疗干眼及泪液炎症因子的影响[J]. 中国针灸, 2022, 42(12): 1379-1383.
- [16] 杜乐乐, 王婷, 王靖宇, 等. P38丝裂原活化蛋白激酶信号转导通路在免疫性疾病中的研究进展[J]. 国际免疫学杂志, 2017, 40(5): 561-564.
- [17] 孙心怡, 沈乎醒, 刘成勇, 等. 针刺通过 α 7nAChR/NF- κ B p65信号通路减轻干眼眼表炎症反应[J]. 针刺研究, 2022, 8(11): 975-982, 992.
- [18] 徐倩, 韦庆波, 丁宁, 等. 基于p38MAPK信号通路研究针刺对干眼的抗炎作用机制[J]. 中华中医药杂志, 2021, 7(9): 5210-5214.
- [19] 郑晓骏, 丁宁, 徐倩, 等. 基于NF- κ B信号通路探讨针刺缓解干眼豚鼠泪腺炎症的机制[J]. 中医药信息, 2021, 38(11): 41-46.
- [20] ZHAO H, GONG N J. MiR-20a regulates inflammatory in osteoarthritis by targeting the I κ B β and regulates NK- κ B signaling pathway activation [J]. Biochem Biophys Res Commun, 2019, 518(4): 632-637.
- [21] LEMA C, REINS R Y, REDFERN R L. High-mobility group box 1 in dry eye inflammation [J]. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2018, 59(5): 1741-1750.
- [22] 韦庆波, 徐倩, 丁宁, 等. 电针对干眼兔泪腺高迁移率族蛋白B1的影响[J]. 中华中医药杂志, 2022, 8(6): 3466-3470.
- [23] 傅张倚天, 万咪咪, 赖思华, 等. 电针通过调控TLR4介导的炎症信号通路改善糖尿病干眼大鼠角膜炎症的机制研究[J]. 眼科新进展, 2024, 44(1): 24-29.
- [24] 王娇娇, 高卫萍, 丁宁, 等. 针刺对干眼的抗炎作用以及与JAK2/STAT3信号转导通路的关系[J]. 眼科新进展, 2019, 39(8): 719-722, 727.
- [25] 韦庆波, 徐倩, 丁宁, 等. 针刺对干眼兔结膜胆碱能抗炎通路的影响[J]. 中华中医药杂志, 2022, 8(1): 411-415.
- [26] ALBIETZ J M. Prevalence of dry eye subtypes in clinical optometry practice [J]. Optom Vis Sci, 2000, 77(7): 357-363.
- [27] SUZUKI T, SULLIVAN D A. Estrogen stimulation of proinflammatory cytokine and matrix metalloproteinase gene expression in human corneal epithelial cells [J]. Cornea, 2005, 24(8): 1004-1009.
- [28] 彭清华, 刘慧莹, 姚小磊, 等. 针刺对干眼症患者性激素水平调节的影响[J]. 国际眼科杂志, 2009, 9(8): 1534-1536.
- [29] 刘雪, 李影, 沈乎醒, 等. 基于VIP/cAMP/PKA/AQP5信号通路探讨针刺治疗水液缺乏型干眼的作用机制[J].

- 针刺研究,2023,48(10):1025-1032.
- [30] 商晓娟. 针刺蝶腭神经节治疗干眼症疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2015,34(9):870-872.
- [31] 陈婷婷. 针刺蝶腭神经节治疗肝肾阴虚型干眼症临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(92):191-192.
- [32] MANTELLI F, ARGÜESO P. Functions of ocular surface mucins in health and disease[J]. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*,2008,8(5):477-483.
- [33] 陈国明,陈智尧. 针刺对去势雌兔干眼症模型的炎症因子及MUC5AC、MUC19表达的影响[J]. 针灸临床杂志,2017,3(8):55-59,79.
- [34] 吴德佩,杨军. 针刺对干眼症患者泪液黏蛋白5AC表达的影响[J]. 中国中医眼科杂志,2012,22(4):267-269.
- [35] 马轶群,王传富,王青. 维生素A缺乏干眼症兔泪腺凋亡及相关基因的表达[J]. 眼科新进展,2003,23(6):406-408.
- [36] 杨光,王雪君,刘婕,等. 电针对干眼兔泪腺细胞凋亡及相关蛋白表达的影响[J]. 上海针灸杂志,2023,42(12):1314-1324.
- [37] 陈星如,高卫萍. 针刺对干眼兔泪腺形态学及泪腺上皮细胞凋亡相关基因蛋白表达的影响[J]. 眼科新进展,2017,37(3):210-214.
- [38] KIJLSTRA A, JEURISSEN S H, KONING K M. Lactoferrin levels in normal human tears[J]. *Br J Ophthalmol*,1983,67(3):199-202.
- [39] 刘景祥,李燕伟,张冰洁. 干眼症患者泪液乳铁蛋白检测的意义[J]. 中国实验诊断学,2006,10(6):663-665.
- [40] 石晶琳,缪晚虹. 针刺对干眼症患者泪液中乳铁蛋白及泪液分泌影响的随机对照试验[J]. 中西医结合学报,2012,10(9):1003-1008.
- [41] 马雪娇,赵耀东,张国晓,等. 凉泻针法治疗肝经郁热型干眼症的临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志,2019,34(8):3867-3869.
- [42] 卢慧蓉. 清肝解郁针刺方联合玻璃酸钠滴眼液治疗肝经郁热型干眼的临床疗效观察[D]. 福州:福建中医药大学,2020.
- [43] 王亦倩,王乾佑,管同康,等. 陈朝明运用“滋阴润目”针刺法治疗睑板腺功能障碍型干眼症经验[J]. 中国医药科学,2023,13(23):109-112.
- [44] 李妍,曹兴伟,汪伟,等. 针刺法联合养阴润目汤治疗肝肾阴虚型干眼症30例临床观察[J]. 河北中医,2015,37(3):406-408.
- [45] 鲁炎. 特定穴针刺法治疗肝肾阴虚型干眼的临床观察[D]. 长春:长春中医药大学,2018.
- [46] 胡靖. 针刺五输穴配合玻璃酸钠滴眼液治疗肺阴不足型干眼症的临床研究[D]. 长春:长春中医药大学,2017.
- [47] 周美娇,吴利龙,孙洋,等. 加味增液汤合针刺治疗气阴两虚型干眼症30例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2018,34(4):75-77.
- [48] 薛研,赵耀东,元永金,等. “进火补”针刺法治疗气阴两虚型糖尿病性干眼症32例[J]. 中医研究,2017,30(11):50-52.

(上接第117页)

- [35] 颜纯淳,金妍,张永臣,等. 基于血浊理论的针灸理血化浊治法探析[J]. 天津中医药,2021,38(6):684-688.
- [36] 韩瑾,宋研博,孙永康,等. 水蛭药理作用及其在脑病中的应用[J]. 中华中医药学刊,2024,42(5):147-150.
- [37] 李桂敏,叶德宝. 电针内关对偏头痛大鼠血浆中CGRP含量影响的研究[J]. 浙江中医药大学学报,2007,31(1):46-47.
- [38] 王新陆. 论血浊与脑病[J]. 山东中医杂志,2006,25(9):579-582.
- [39] 李梦玲,朱永政,王琦,等. 基于数据挖掘技术探析涌泉穴主治优势病症和配伍规律[J]. 山东中医杂志,2021,7(6):552-558.
- [40] ZHANG J, ZHU Y Z, JIA H L, et al. Comparative study of ancient and modern literature for Láogong(劳宫 PC8) in the indications and combination rules[J]. *World J Acupunct Moxibustion*,2022,32(2):168-177.
- [41] 万娜,成亚纯. 阿尔茨海默病与血管性痴呆患者认知功能、精神行为症状的对比分析[J]. 实用心脑血管病杂志,2016,24(1):101-104.
- [42] 王玉芳. 核磁诊断区分阿尔茨海默病和血管性痴呆的研究[J]. 世界中医药,2017,3(S1):427-428.
- [43] 赵冠华,孙伟明,王凯,等. 血浊-脑浊-脑毒理论对阿尔茨海默病防治指导意义初探[J]. 天津中医药,2021,38(9):1155-1159.
- [44] 韩萍,王新陆. 试论血浊蒙窍是轻度认知功能障碍的基本病机[J]. 中国中医药信息杂志,2008,15(12):95-96.
- [45] 裴培,陈怀珍,黄智姜,等. 人迎寸口脉针法联合肝豆汤治疗肝豆状核变性吞咽障碍的疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2023,42(7):699-704.
- [46] 祝若瑜,王中琳,王新陆. 基于血浊理论探讨Wilson病的辨治[J]. 天津中医药,2021,38(7):821-825.

《山东中医杂志》2025年稿约

《山东中医杂志》是由山东中医药学会、山东中医药大学主办的综合性中医药学术期刊,大16开本,月刊,每月5日出版,国内外公开发行人。为中国科技核心期刊、中华中医药系列期刊。

1 稿件范围

①立论新颖、论证充分,有一定指导意义的临床理论研究;②立意独特,临床资料齐全、数据可靠的临床研究报告;③国医大师、省内外知名中医和全国老中医药专家继承工作指导老师的学术经验总结;④彰显中医药特色的医案解析与医话;⑤反映中医、中西医结合基础或临床研究前沿课题的有述有评的文献综述。

以上论文为省部级以上课题研究成果者优先录用。

2 对稿件的要求

2.1 内容要求

①稿件应具有科学性、逻辑性和理论及临床价值,内容新颖,真实可信。②临床研究应设有对照组并说明具体随机方法,资料翔实,数据真实可靠,统计学方法具体准确,研究和观察应采用最新方法和指标,诊断标准、疗效标准要注明出处,要有权威性。③临床研究必须符合医学伦理学要求,应说明是否通过医学伦理委员会审核批准。④文章字数要求5000字以上,一般文章应有15~20篇近3~5年的参考文献,综述文章参考文献不能少于30篇,应反映最新研究热点。⑤“统计学方法”单列一项,内容包括所用统计软件、统计描述、具体统计方法及检验水准。

2.2 撰写的体例要求

参照国家市场监督管理总局、国家标准化管理委员会2022年12月发布的《学术论文编写规则》(GB/T 7713.2-2022),本刊对刊出论文的标识、结构和编排格式要求说明如下,请在撰写稿件时参照执行。

2.2.1 论文题名

居左写,一般不超过20个汉字。

2.2.2 作者及工作单位

居左写,作者姓名占一行,工作单位另起一行(包括单位全称、所在省市名称及邮政编码)。多位作者存在不同工作单位时,应在姓名右上角加注不同的阿拉伯数字序号,工作单位名称之前加与作者姓名序号相同的数字。

2.2.3 [摘要]和[关键词]

正文之前要求著录[摘要]和[关键词],同时要求在正文前附有英文摘要,内容包含论文题目、全部作者姓名、全部作者单位、摘要、关键词。

[摘要]要求300~400字,是对论文内容不加注释和评论的简要陈述。

[关键词]论文应提炼出5~8个关键词,关键词之间用间隔符“;”分隔。

2.2.4 [参考文献]

正文之后要求著录[参考文献]。各条目应在正文中引用处用方括号“[]”加序号以上角标的方式加以标注。不同类型的参考文献条目著录格式如下(作者不足三位时请全部列出)。

(1)期刊文章[序号]主要责任者.论文题名[J].刊名,出版年,卷(期):起-止页码。

(2)专著[序号]主要责任者.著作题名[M].出版地:出版者,出版年:起-止页码。

(3)学位论文[序号]主要责任者.论文题名[D].出版地:出版者,出版年。

(4)论文集[序号]主要责任者.文献题名[C]//析出论文集名称.出版地:出版者,出版年:起-止页码。

(5)标准[序号]标准编号.标准名称[S].出版地:出版者,出版年:起-止页码。

(6)报纸[序号]析出文献主要责任者.析出文献题名[N].报纸名,年-月-日(版次)。

(7)电子文献[序号]主要责任者.题名:其他题名信息[EB/OL].出版地:出版者,出版年(更新或修改日期)[引用日期].获取和访问路径。

2.2.5 其他必要的著录项目

[基金项目]获得基金资助产生的文章应注明基金项目来源,并注明其项目编号。

[作者简介]论文的第一作者按以下顺序写出作者简介:姓名,职称,主要从事的研究方向。

3 注意事项

①本刊使用采编系统投稿,投稿地址为<http://sdzy.chinajournal.net.cn>。投稿2个月后未收到采用通知,可自行处理。

②投稿请附作者详细通信地址、邮政编码、电话、电子邮箱,以便联系。

③本刊已加入中国知网(CNKI)、万方数据库、维普网、中邮阅读网、国家科技学术期刊开放平台,并入编《中国学术期刊(光盘版)》。来稿一经录用,请全体作者亲笔签署《著作权转让授权书》,同意论文的专有使用权归本编辑部所有,本编辑部拥有出版相关书籍时使用论文的权利,并同意论文被中国知网等国内外数据库长期收录、使用。如有不同意见请在投稿时说明。

④本刊未委托任何网站及个人受理投稿。