

山东中医杂志

(SHANDONG ZHONGYI ZAZHI)

(月刊)

1981年10月创刊

2024年第43卷第8期

(总第442期)

(2024年8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 武继彪

副主编 高树中 王振国

执行主编 李晓丽

执行副主编 吴俊玲

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

“经脉-脏腑相关”理论与机制专题研究

“经脉-脏腑相关”理论现代化诠释和发展思路

..... 高树中 陈永君(782)

基于“经脉-脏腑相关”理论探讨针刺治疗肠易激综合症的机制
与临床应用

..... 吴静怡 杨晨曦 包洁

杜丽君 陈彬睿 邵晓梅 周传龙(788)

基于“督脉入络脑”探讨针刺督脉经穴治疗脑病的神经传导机制

..... 张震 何腾 王旭 颜靖岚 陈永君(795)

西苑中医肾病学术传承经验系列研究

基于方药中辨证论治五步法之“必先五胜”辨治慢性肾衰竭

..... 马晓北 钱琳琳(804)

论 著

●临床理论与方法

从“肺与大肠相表里”阐释针灸治疗哮喘的理论内涵

..... 周竞颖 来奕恬 丁攀婷 徐璇

梁枝懿 刘密 李南 张国山 邱冉冉(809)

和胃法在治疗失眠中的应用

..... 方景帅 王宇亮 陈乾 孙晓娜 马之溪(813)

从复杂性辨证论治思维论黄连阿胶汤

..... 玄舜超 李静 田佳新 吴波(818)

从“脾藏营舍意”论溃疡性结肠炎诱发抑郁的机制

..... 刘薇 田锋亮 曾健

袁玲 刘宇 邱红 路琼琼(824)

张赞臣辨治咽喉病学术思想与临证特色

..... 王金米 鹏(829)

●临床研究

基于六经辨证理论治疗多重耐药菌肺部感染疗效评价

..... 江婷 王温欣 罗潇潇 罗胜(835)

- 牵正补阳还五汤联合电针治疗风寒型儿童特发性面神经麻痹
临床研究……………何 婷 吴文康 李志豪(842)
- 补肾疏肝散结汤治疗乳腺增生病及对血清性激素水平的影响
……………郑 昶 钱丽旗 黄 雪 陈晓娜 于 洋(847)
- 超分重建影像组学模型对原发性肝癌中医证型的诊断效能研究
……………王 莹 李颖鑫 张喜荣(853)

●外治理论与应用

- CT下经完骨穴穿刺面神经方向研究
……………刘莹莹 吕子旭 于文颜 张运良(861)
- 动态四点跪位训练对脊髓损伤患者髋关节骨密度
及下肢运动功能的影响
……………王 雪 许光旭 万春利 葛盼丽(866)
- 推拿治疗儿童注意缺陷多动障碍临床疗效观察
……………杨晓双 于 娟 刘慕清
孙 艳 吴 静 庞亚铮 丁菲菲(873)

●名医经验

- 丁书文从相火论治心房颤动经验……………米 加 彭 敏(877)
- 门九章“功能态”诊疗思想溯源及探析
……………郭 栋 于智玥 陈双超 王金金(883)
- 咽鼻感症中医临证思辨录……………梁伟杰 李 珍(889)
- 张思超从津气神论治功能性便秘经验……………邵 婕(894)
- 朱仁康治疗斑秃经验
……………王雪敏 崔炳南 李博鑑 杨 佼(898)

医案医话

- 考希良治疗脾胃病验案六则……………李书豪(902)

综 述

- 整脊疗法治疗肛肠病研究进展
……………阮梦怡 赖素玉 姜 芸 王晓锋 李 峨(907)
- 手足综合症的中西医防治概况
……………周 萌 谷 雨 马胜辉
王 文 黄燕玲 于大海(913)

[期刊基本参数] CN37-1164/R*1981*m*A4*144*zh*P* ¥ 10.00*1000*24*2024-08

本期责任编辑、外文编辑 吴俊玲

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
《中国药学年刊》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

**SHANDONG JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE**
(monthly)

Aug. 2024

Vol. 43, No.8

CONTENTS

- Modern Interpretation and Development Ideas of “Meridian-Viscera Correlation” Theories
..... GAO Shuzhong, CHEN Yongjun(782)
- Mechanisms and Clinical Applications of Meridian Regulation in Acupuncture Treatment of Irritable Bowel
Syndrome Based on Theory of “Meridian-Viscera Correlation”..... WU Jingyi,
YANG Chenxi, BAO Jie, DU Lijun, CHEN Binrui, SHAO Xiaomei, ZHOU Chuanlong(788)
- Nerve Conduction Mechanism of Treating Encephalopathy by Acupuncturing Acupoints on Du-Meridian
Based on “Governor Vessel Entering into Collateral-Brain”
..... ZHANG Zhen, HE Teng, WANG Xu, YAN Jinglan, CHEN Yongjun(795)
- Treatment of Chronic Renal Failure Based on FANG Yaozhong’s “Bixian Wusheng” Five-Step Method
of Syndrome Differentiation and Treatment..... MA Xiaobei QIAN Linlin(804)
- Expounding the Theoretical Connotation of Treating Asthma with Acupuncture and Moxibustion from
“Lung and Large Intestine Are Exterior-Interior Related”
..... ZHOU Jingying, LAI Yitian, DING Panting,
XU Xuan, LIANG Zhiyi, LIU Mi, LI Nan, ZHANG Guoshan, QIU Ranran(809)
- Application of Harmonizing Stomach Method in the Treatment of Insomnia
..... FANG Jingshuai, WANG Yuliang, CHEN Qian, SUN Xiaona, MA Zhixi(813)
- Discussion on Huanglian Ejiao Decoction(黄连阿胶汤) Based on Complex Syndrome Differentiation and
Treatment Thinking..... XUAN Shunchao, LI Jing, TIAN Jiaxin, WU Bo(818)
- Discussion on Mechanism of Depression Induced by Ulcerative Colitis from Perspective of
“Spleen Storing Nutrient and Housing Idea”..... LIU Wei,
TIAN Fengliang, ZENG Jian, YUAN Ling, LIU Yu, QIU Hong, LU Qionqiong(824)
- Exploration of ZHANG Zanchen’s Academic Thoughts and Clinical Characteristics in Differentiation
and Treatment of Pharyngeal Diseases..... WANG Jin, MI Li(829)
- Evaluation on Therapeutic Effect of Pulmonary Infection Caused by Multidrug Resostomt Organism
Based on the Theory of Six Channels Differentiation
..... JIANG Ting, WANG Wenxin, LUO Xiaoxiao, LUO Sheng(835)

- Clinical Study on Qianzheng Buyang Huanwu Decoction(牵正补阳还五汤) Combined with Electroacupuncture in Treating of Children with Wind-Cold Type Idiopathic Facial Nerve Paralysis
 HE Ting, WU Wenkang, LI Zhihao(842)
- Effect of Bushen Shugan Sanjie Decoction(补肾疏肝散结汤) on Breast Hyperplasia and Serum Sex Hormone Level..... ZHENG Yi, QIAN Liqi, HUANG Xue, CHEN Xiaona, YU Yang(847)
- Study on the Diagnostic Efficacy of Super Resolution Reconstructed Image Omics Model in Diagnosis of Traditional Chinese Medicine Syndromes of Primary Liver Cancer
 WANG Ying, LI Yingxin, ZHANG Xirong(853)
- Study on Direction of Facial Nerve Puncture Through Wangu(GB12) Acupoint Under CT
 LIU Yingying, LYU Zixu, YU Wenyan, ZHANG Yunliang(861)
- Effect of Dynamic Four-Point Kneeling Training on Hip Bone Mineral Density and Lower Extremity Motor Function in Patients with Spinal Cord Injury
 WANG Xue, XU Guangxu, WAN Chunli, GE Panli(866)
- Clinical Therapeutic Effect Observation of Pediatric Massage in Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children..... YANG Xiaoshuang,
 YU Juan, LIU Muqing, SUN Yan, WU Jing, PANG Yazheng, DING Feifei(873)
- Professor DING Shuwen's Experience in Treating Atrial Fibrillation from Ministerial Fire
 MI Jia, PENG Min(877)
- The Origin and Analysis of "Functional State" Diagnosis and Treatment Thought of MEN Jiuzhang
 GUO Dong, YU Zhiyue, CHEN Shuangchao, WANG Jinjin(883)
- Traditional Chinese Medicine Clinical Differentiation and Treatment of Pharyngeal Paraesthesia
 LIANG Weijie, LI Zhen(889)
- ZHANG Sichao's Experience in Treating Functional Constipation from Perspective of Fluid, Qi and Spirit..... SHAO Jie(894)
- ZHU Renkang's Experience in Treating Alopecia Areata
 WANG Xuemin, CUI Bingnan, LI Bojian, YANG Jiao(898)
- Six Cases of KAO Xiliang in Treatment of Spleen and Stomach Diseases..... LI Shuhao(902)
- Research Progress of Chiropractic Therapy in Treatment of Anorectal Diseases
 RUAN Mengyi, LAI Suyu, JIANG Yun, WANG Xiaofeng, LI E(907)
- Progress of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine Prevention and Treatment of Hand-Foot Syndrome..... ZHOU Meng, GU Yu, MA Shenghui, WANG Wen, HUANG Yanling, YU Dahai(913)

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: WU Jibiao

Associate Chief Editor: GAO Shuzhong, WANG Zhenguo

Executive Editor: LI Xiaoli

Associate Executive Editor: WU Junling

Abroad Distributed by: China International Book Trading Corporation

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

·“经脉-脏腑相关”理论与机制专题研究·

[编者按]“经脉-脏腑相关”理论是古人基于长期医学实践所形成的用于临床诊察和治疗的规律总结,是经络学说的核心内容。该理论蕴意深刻,对于理解体表-经络-脏腑之间的联系、体表特征反映脏腑疾病、外周体表刺激治疗脏腑疾病及其诊治规律等针灸发展重大科学问题至关重要。本刊特开设“经脉-脏腑相关”理论所蕴藏的规律与机制研究专题,以梳理传统经络理论的科学价值,促进基础研究与临床研究之间的交流与碰撞,提升经络理论的临床指导价值。

高树中简介



高树中教授

高树中,二级教授,博士研究生导师,山东中医药大学原校长,全国名中医,首届岐黄学者。国家重点研发计划中医药现代化研究重点专项项目负责人。全国中医药高等教育学会副理事长、教育部中医教学指导委员会《针灸治疗学》课程联盟理事长、国家中医药管理局高水平重点学科中医外治学学术带头人、中国针灸学会首席科普专家、首批山东省医药卫生系统中青年重点科技人才、山东省优秀青年知识分子、山东省名老中医药专家、山东省中医适宜技术推广应用先进个人、山东省富民兴鲁劳动奖章获得者、山东省五级师承指导老师。兼任中国针灸学会副会长、世界中医药学会联合会外治方法技术专业委员会主任委员、世界针灸学会联合会对外交往工作委员会主任委员、中国针灸学会针药结合专业委员会主任委员、山东针灸学会名誉会长等。

高树中教授主要从事针灸经典理论及临床研究、经穴药物外治法的研究。主持和参加国家重点研发计划、国家“973”项目、“十一五”科技支撑计划、国家自然科学基金面上项目等省部级以上课题10余项。主持制订国际标准2项,国家标准1项,行业标准3项,获10项国家发明专利。主编《中国传统医学独特疗法丛书》等外治专著10余部,其中《中医脐疗大全》在国内外影响深远。独著《一针疗法:灵枢论用》,主编或副主编10余部国家规划教材。获山东省科学技术进步二等奖、山东省职工优秀技术创新成果二等奖等10余项科研奖励,发表学术论文100余篇,培养硕士、博士、博士后等150余人。

高树中教授作为项目负责人主持承担2022年度国家重点研发计划“经络的特异性表征及其与脏腑的关联机制和诊治规律研究”。项目围绕经络诊察技术研发、辨经论治的临床规律研究、经络“内联脏腑,外络肢节”的生物学途径三个攻关方向展开研究,以期建立经络诊察关键技术,为经络理论指导脏腑疾病诊疗提供科学证据,形成针灸治疗优势病种的证据体系和优化方案,制订相关临床实践指南并进行推广,对于构建现代经络理论体系具有非常重要的理论与现实意义。

“经脉-脏腑相关”理论现代化诠释和发展思路

高树中,陈永君

(山东中医药大学,山东 济南 250355)

[摘要] “经脉-脏腑相关”理论是经络学说的核心内容,是指导中医诊断和针灸治疗的重要理论基础。在该理论内容下,“司外揣内”反映脏腑病变可在体表出现特定症状或体征;而“辨经论治”则反映了经脉体表刺激可以治疗相应的脏腑疾病。在当下的多学科交叉和大数据时代下,验证及科学诠释经络学说是我们亟须解决的问题。从“经脉-脏腑相关”的角度,探讨应用大数据技术发现诊治疾病的规律,利用多学科前沿技术研究该学说的现代生物学机制,以梳理总结传统经络理论所蕴含的科学内涵及提升经络理论的临床指导价值。

[关键词] 经络学说;中医现代化;大数据;发展思路;经脉-脏腑相关

[中图分类号] R224.1

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0782-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.001

Modern Interpretation and Development Ideas of “Meridian-Viscera Correlation” Theories

GAO Shuzhong, CHEN Yongjun

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

Abstract “Meridian-Viscera Correlation” theories are the core theories of meridians theory and an important theoretical basis to guide the diagnosis and acupuncture treatment of traditional Chinese medicine. Through the connection of meridians, “governing exterior to infer interior” can reflect the zang-fu lesions that show specific symptoms or signs on the surface of the body. While “meridian differentiation and treatment” reflects that stimulation of certain meridians on the body surface can also treat the corresponding diseases of the viscera. In the current era of multi-disciplines and big data, how to verify and scientifically interpret the meridian theory is a scientific problem that we need to solve urgently. From the perspective of “Meridian-Viscera Correlation” theories, this paper discuss how to apply big data technology to discover the law of diagnosis and treatment of diseases, and how to use multidisciplinary cutting-edge technology to study the modern biological mechanism of the theory, so as to sort out and summarize the scientific connotation of the traditional meridians theory and enhance the clinical guiding value of the meridians theory.

Keywords meridians theory; modernization of traditional Chinese medicine; big data; development ideas; traditional Chinese medicine theory; Meridian-Viscera Correlation

[收稿日期] 2024-05-03

[基金项目] 国家重点研发计划资助项目(编号:2022YFC3500400)

[作者简介] 高树中(1962—),男,山东临朐人,教授,博士生导师,主要从事针灸经典理论与临床研究。邮箱:gaoshuzhong@163.com。

经络学说是古人对人体生理功能、脏腑病理变化及其与体表表征之间相互关系的认识总结出的理论体系,是基于长期医学实践形成的用于诊治及养生保健的规律。“经脉-脏腑相关”理论是中医学的核心内容,也是临床经络诊疗的基本指导原则之一^[1]。《素问·调经论》指出“五脏之道皆出于经隧,以行其血气,血气不和,百病乃变化而成”,经隧即经脉,强调经脉与五脏的联系。《灵枢·九针十二原》曰“五脏有疾也,应出十二原”,所属五脏疾病,可在相应的原穴进行诊察和治疗。《灵枢·玉版》曰:“经隧者,五脏六腑之大络也”,论述了五脏疾病、气血变化与经脉的密切联系。《灵枢·本脏》言:“视其外应,以知其内脏,则知所病矣。”可见五脏六腑的病变可以在体表有所表现,五脏在外应皮肉筋骨,因此视其外应,可知内在脏腑之变。“经脉-脏腑”相关理论可高度概括为“司外揣内”的经络诊察、“辨经论治”的治疗原则及“内属脏腑,外络肢节”的经脉与脏腑联系途径。本文将针对这三部分内容论述如何应用现代技术探讨经络学说所蕴含的科学内涵,如何运用多学科交叉科学技术对经络学说进行现代化诠释,探讨其诊治疾病的规律和机制,以期重新梳理和完善传统经络理论的科学内涵,从而提升经络理论的临床指导价值。

1 “经脉-脏腑相关”理论的基本内容

“司外揣内”和“辨经论治”体现了体表与脏腑、经脉与脏腑的双向联系规律,即通过观察经络体表改变可以诊断脏腑病理变化,同时经络体表进行针、灸和贴敷等刺激也能调节脏腑功能和治疗脏腑疾病;而经脉“内属脏腑,外络肢节”是“辨经论治”和“司外揣内”的功能和结构基础。

1.1 “司外揣内”是经络诊察的理论基础

“司外揣内”是通过外症判断内证的诊断方法,为医者提供了条理清晰的临证模式^[2],反映了体表与脏腑疾病的内在联系。《丹溪心法》中提到:“欲知其内者,当以观乎外;诊于外者,斯以知其内。盖有诸内者形诸外。”《灵枢·刺节真邪》曰:“用针者,必先察其经络之虚实,切而循之,按而弹之,视其应动者,乃后取之而下之。”此为《黄帝内经》及先贤医家记述的经络诊察方法。用现代语言描述,即是当脏腑功能失常、阴阳失和,便会在经络和穴位的肌腠皮肤上

出现压痛、结节、凹陷等阳性反应。

1.2 “辨经论治”反映“经脉-脏腑相关”理论的治疗原则

《灵枢·经脉》曰:“经脉者,所以能决死生、处百病、调虚实,不可不通”;《灵枢·经别》曰:“夫十二经脉者,人之所以生,病之所以成,人之所以治,病之所以起,学之所始,工之所止也”。指出经脉在疾病诊治方面具有非常重要的作用。《灵枢·经脉》记载了十二经脉“是动则病……”和“是主……所生病”,是辨经论治的切实应用,而辨经论治的核心在于经络辨证。经络辨证首先需辨在经在络和辨在何经何络。辨经的具体方法包括根据病候和病位辨经,需根据部位、病候、诊查、脉象而辨;辨络的方法则需根据络脉病位固定且局限的特点、病位颜色、舌质、脉象而辨^[3-4]。

1.3 “内属脏腑,外络肢节”反映体表-经脉-脏腑联系的途径

《灵枢·海论》言“夫十二经脉者,内属于腑脏,外络于肢节”,概括了十二经脉联系表里、沟通内外的特点。《灵枢·经脉》更是详细论述了十二经分别属、络相应脏腑,以及其相应官窍与脏腑之间的联系。古今医家在诊治过程中,首先通过观察体表肢节的变化来诊断脏腑疾病,再通过“辨经论治”在经络体表进行相应的刺激来治疗脏腑疾病,整个过程强调了体表-经脉-脏腑联系的途径是“经脉-脏腑相关”理论指导临床的科学基础。

2 “经脉-脏腑相关”学说的现代研究进展及存在的关键问题

现代研究认为,经络是一个与有形的神经、血管、淋巴、筋膜、内分泌与免疫等系统相关的调节体系^[5-9],而经穴是经络运行气血过程中的重要反应点和调控点。明代杨继洲在《针灸大成》中提到“宁失其穴,勿失其经”,强调针灸临床诊治遵循“辨经”而不是“辨穴”的原则。

2.1 “经脉-脏腑相关”学说的现代研究进展

“司外揣内”是中医学基于“有诸内必形于外”,通过收集观察体表表现出来的凹陷、压痛、结节和条索等外部信息来“由表知里”揣测分析其内在脏腑病症的认识方法^[10]。这种体表变化与内在脏腑疾病之间的关联是临床医生进行医学实践所依赖的辨证规

律。然而,这些体表变化的客观性和可量化性尚未得到充分验证,例如,医生通过触摸感知的“凹陷”现象很大程度上依赖于主观经验,其客观度量仍然是一个待解决的问题。随着科学技术的发展,对脏腑疾病在经络体表表征现象的诊察除了通过医生“望、闻、问、切”传统四诊而获得的信息以外,还出现了多种新技术手段可以分别对血氧、电阻、温度、微循环、压力和张力等经络表征进行检测,比如生物电导、红外热成像、生物超微弱发光等^[11-13]。例如,周晓玲等^[14]研究60例厥阴病阳虚血瘀患者相关经脉热成像,红外热成像仪显示患者的督脉、肝经、心包经及其原穴的平均温度均低于正常人群,为探察经络虚实改变、辨别证型及指导治疗选穴提供了参考依据。上述研究报告的技术和方法用于探测经络和经穴特性,为经络诊察提供了一定的实验依据。

“辨经论治”是以经络学说为指导原则的治疗方法,是对“经脉所过,主治所及”规律的体现;而“经脉所过,主治所及”又是针灸治疗学的重要理论,大多数的选穴依据都离不开这一理论根据^[15],如《灵枢·四时气》中记载:“按其所过之经以调之。”近现代针灸医家对“辨经论治”治疗脏腑疾病的认识逐渐提升,意识到经络辨证是针灸临床辨证论治体系的重要理论。如现代医家程红亮以辨经论治为理论指导,根据经脉病候特点来辨经取穴,形成从脾经诊疗中风后吞咽障碍的诊疗特点^[16]。胃经治疗胃肠疾病的循证研究表明,电针足阳明胃经的足三里等穴位是治疗术后肠梗阻安全有效的方法^[17-18]。笔者认为针药有别、精研辨证,提出针灸临床辨治规律:脏腑辨证与经络辨证配合应用,脏腑病以脏腑辨证为主,而肢体经络病则以经络辨证为主,明确了辨经络的方法和治则^[3-4]。然而辨经论治在针灸临床诊治过程中的科学性和有效性还需要开展循证医学研究以进一步获得高质量的临床证据,对经络理论指导临床和提升其在国际上的认可度具有重要意义。

经脉“内属脏腑,外络肢节,有“辨经论治”和“司外揣内”的功能和结构基础。然而过去的解剖学研究尚无法确定经络特异性结构基础的存在,随着新型神经示踪技术的发展,现代解剖学研究首先从神经环路入手来探讨经络体表到脏腑器官之间的神经联系。有学者发现经穴和经脉与所对应或表里的脏腑之间的神经解剖学联系^[19-20],以及刺激背俞穴可

能通过外周感觉和交感神经通路调节靶器官的活动^[21],揭示了体表穴位针刺刺激的靶器官效应可能与躯体感觉神经-自主神经反射的神经通路有关。近年来哈佛大学医学院马秋富团队研究也揭示了一类前动力蛋白受体2-环化重组酶(PROKR2-Cre)标记的背根神经节(DRG)感觉神经元是低强度针刺刺激小鼠足三里激活迷走神经-肾上腺抗炎通路的必要途径^[22-23]。上述报道对穴位和经络联系脏腑的现象提供了一定的神经解剖学解释,但经脉-脏腑联系的生物学基础研究究竟是什么?是否具有一定的生物学规律尚需要更深入的研究。

2.2 存在的关键问题

针灸是中医药的重要组成部分,在世界范围内受到越来越多的关注,成为国际上被认可的补充替代疗法之一^[24],由于经络的实质不明及其体系的复杂性,在国内外针灸领域逐渐形成了一股“去经络化”的思潮^[25-27]。随着“去经络化”思潮的愈演愈烈,国内外诞生了众多临床上无需中医经络学说指导的针灸新疗法,如基于触发点刺激的干针^[28],以“生物全息论”来解释的微针疗法如耳针^[29]、手针^[30]、鼻针^[31]、眼针^[32]等以及“气至而无效”的腕踝针^[33]、浮针^[34]等。面对这样严峻的局面,作为针灸领域的研究者必须要思考的问题是:针灸真的可以去经络化吗?在生物医学领域的大数据时代背景下,经络学说的科学价值及其对中医临床的指导价值该如何体现?

国内对经络的研究在20世纪中后期逐渐发展,从经络现象研究到经络实质研究^[35-36],尽管经络现象和针刺作用得到了肯定,但是“八五”和“九五”国家级经络攀登计划项目对经络实质的研究并未取得突破性成果,经络实质的假说仍然众说纷纭,目前没有一种假说能够解释清楚经络现象、穴位特异性和脏腑经络联系等问题。古人在《灵枢·九针十二原》给了我们一个重要的警示,即“所言节者,神气之所游行出入也,非皮肉筋骨也”,明确指出经穴不是形态学的皮肉筋骨组织,而是神气游行出入的功能态。这恰恰提醒了经络研究者们,现代科学技术尚不足以阐明经络的实质,而全面、科学地阐明经络诊治的临床规律和脏腑经络联系的生物学机制应该是针灸学目前亟待解决的关键问题。

到目前为止,“肯定现象、找出规律、提高疗效、

阐明本质”的经络研究策略,仍然是经络研究者应当遵循和实施的研究方向。

综上,“经脉-脏腑相关”理论目前存在以下三个关键问题:第一,经络表征与脏腑功能关联的生物学途径和机制未完全阐明;第二,脏腑疾病状态下经络表征的诊查规律尚不清楚;第三,经络体表刺激与对应脏腑功能联系的治疗规律尚未完全揭示。这些问题严重影响了针灸在临床诊治脏腑相关疾病的应用和发展,用于指导脏腑疾病临床诊疗的经络学说需要更强有力的科学证据进行完善和支持。

3 围绕“经脉-脏腑”理论的现代化诠释和发展思路

3.1 “司外揣内”的现代化诠释和发展思路

研发体表和经络的诊察技术是对“司外揣内”的现代化诠释之一。为了深入探索和验证中医经络学说中体表理化特点变化与内在脏腑疾病之间的联系,我们可以借助现代生物技术和传感技术来进行更为精确的经络体表诊察,比如红外热成像^[11]、生物超微弱发光(UPE)^[12]、生物电阻抗测量^[13]以及激光散斑(DTI)^[37]等,将经典的循经感脉现象与现代科技手段相结合,客观评价凹陷、压痛、结节和条索等经络和穴位的体表变化。然而,为了全面揭示这些体表特征与脏腑疾病之间的复杂联系,单一的生物检测手段和少量的经络穴位检测可能不足以提供完整的信息^[38]。因此,我们需要采用一种综合性的方法,在同一对象上同时运用多种传感器和信息通信技术,形成一套有效的表征参数采集技术,实时捕获体表穴位或整条经络的特征数据,并通过算法处理这些多模态数据^[39],从而全方位、立体地构建起经络表征与疾病之间的特征性联系。通过这种方法,可以建立一个全面的经络表征体系,将经络理论中的经验性知识转化为可量化的指标。同时需要开展前瞻性队列研究,系统地、多时点地描述疾病的发展,从而探究经络表征与脏腑疾病病理变化之间的特异性关联规律。这样的研究不仅能够为中医的经络学说提供更为科学的证据支持,也有助于推动中医理论的现代化和国际化进程,同时也为全球医学界贡献中医的独特智慧和治疗方法。

3.2 “辨经论治”的现代化诠释和发展思路

利用随机对照试验形成基于针灸疗法通过辨经论治脏腑疾病的高级别循证医学证据是首要的发展策略。传统的解释性随机对照试验关注干预措施的

特异性疗效,不能较好地展示针灸疗法的整体疗效,使得国际上在开展针灸治疗相关优势病种的临床研究中出现假阴性结果,得出针灸疗法等同于安慰剂效应的结论。要想提供针灸疗法的高级别循证医学证据,必须开展实效性随机对照试验才能更好地揭示针灸疗法在实际医疗环境下显示的临床效果。基于真实世界的大数据分析结果发现的“经络-结局关键指标相关规律”,开展传统针灸诊疗方案与临床公认治疗方案对比的多中心随机对照试验,通过评估主要和次要结局指标,验证经络-结局指标相关规律,最终形成辨经论治指导下针灸治疗脏腑疾病的循证医学证据。此外,健康医疗大数据中承载着丰富的临床诊疗经验和规律,具有多元化、平台化、大量级、指数增长的特点,而数据挖掘技术可以通过各种算法从海量数据中揭示潜在医学信息。因此,通过采集针灸治疗相应脏腑疾病的经脉及其相连的浮络、孙络和皮部的针灸临床真实世界诊疗数据,再综合利用医院信息系统、实验室信息系统和影像系统等多种类型临床诊疗数据,最终可以获取真实诊疗环境中脏腑病症与经络体表的关联规律。

3.3 “内属脏腑,外络肢节”的现代化诠释和发展思路

当代社会重大科学技术突破越来越依赖不同学科之间的交叉融合,多学科交叉融合所形成的综合性、系统性、渗透性知识可以有效解决针灸领域的重大问题,因此多学科交叉融合是阐明经络学说中体表与脏腑关联机制的现代策略和趋势。“内属脏腑,外络肢节”指的是经络体表与脏腑关联机制,其途经包含两个层面:一是脏腑疾病与经络特异性表征的联系途径,二是经络体表刺激调节相关脏腑功能的调控途径。围绕这两个层面,可以利用现代生物学关键技术如影像、分子、免疫、神经环路和组学等多模态技术结合数据分析技术研究体表与脏腑关联的生物学机制。国家973计划“基于临床的灸法作用机制研究”中提出了局部始动、外周传导、中枢整合、靶器官响应的调控通路和整合机制,该机制的提出也给体表与脏腑关联机制研究提供了重要的方向^[40]。如何将多学科理论和方法融合进经络学说的现代化研究中是一个新命题。对此,有一些可行的研究思路,比如可以应用细胞行为学研究体表经络刺激的始动机制,明确引起外周细胞分泌和局部神经-免疫

网络变化的特定细胞行为机制;或者应用病毒示踪、Fos基因插入绿色荧光蛋白(Fos-GFP)转基因小鼠、神经钙成像、多重免疫荧光染色和流式细胞分析等现代生物学研究手段研究体表联系相关脏腑的脊髓和脑环路。此外,通过神经影像、生物信息、人工智能和大数据等现代科技手段,构建经络刺激脑响应图谱是未来针灸研究发展的潜在方向,系统地探索经络与大脑之间的相互作用和联系,为中医针灸的科学研究和临床应用提供新的理论和实践基础。通过这些研究方案,可以更加真实、系统地阐明经脉-脏腑表征内在联系的始动、传导和靶器官效应机制,为经络理论的推广应用提供强有力的科学依据。

4 展望

2016年美国国立卫生研究院(NIH)启动了“刺激外周神经减轻症状”(SPARC)的计划^[41],该计划以“SPARC”为出发点,以系统梳理和构建高分辨率的体表-内脏神经环路图谱为研究目标^[42],与此同时针刺调控内脏器官的过程被证实有外周神经系统、中枢神经系统及自主神经系统的参与,且三者针刺信号转导的不同阶段分别发挥作用^[43-45]。因此SPARC计划与针灸效应机制的基础科学研究不谋而合。

随着神经科学的发展,通过与声、光、电、磁等技术相结合产生了超声神经调控术、光遗传调控、深部脑电刺激、磁刺激等神经刺激与调控技术,这些技术可以通过精准调控靶向区域治疗疾病^[46]。针灸作为一种传统的神经刺激技术,其对神经的刺激和调控机制尚不清楚,阻碍了针灸疗法的临床推广和转化。因此,推动传统经络理论的现代化诠释必须走上明晰的、精准的、科学的发展之路。经络理论从古代发展至今,经历了现代科学的迅猛发展,对现代普通人来说是晦涩难懂的。作为针灸研究工作者,必须要与时俱进,对经络学说开展现代化诠释研究是符合时代发展的重大命题,经络学说研究必将在现代化的道路上取得更大的成就。

【参考文献】

[1] 张立志,许能贵,孙健,等.从“经脉-脏腑相关”理论探讨足厥阴肝经、足以及生殖器的特定联系[J].中华中医药杂志,2023,38(10):5056-5058.
[2] 李燕,黄文博,周舒雯,等.基于司外揣内从六经辨证探

讨肿瘤“症-经-证”辨治模式[J].中华中医药杂志,2023,38(12):5888-5891.
[3] 周悦,马玉侠.高树中针灸学术思想探赜[J].中国针灸,2022,42(9):1045-1048.
[4] 舒杨,孙潇,颜晓,等.高树中针灸治疗肢体经络病经验[J].山东中医杂志,2023,42(11):1207-1210.
[5] 张鸥,李燕.夹脊穴与脊髓神经节段支配及其经络脏腑效应[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(9):701-702.
[6] 陈麒,沃雁,崔伟,等.组织液循环系统与中医经络关系探讨[J].贵州中医药大学学报,2023,45(5):1-4.
[7] 曾荣华,欧阳厚淦,周露,等.经络与淋巴系统关系的研究概况[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(8):1181-1183.
[8] 原林,白宇,黄泳,等.经络的解剖学发现与筋膜学理论[J].上海针灸杂志,2011,30(1):1-5.
[9] 周东浩,周明爱.经络实质新探:免疫调节网络假说[J].国医论坛,2001,16(3):9-14.
[10] 张希,袁德培,周勇,等.中医“司内揣内”概述[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(4):1262-1268.
[11] POLITI S,ALOISI A,BARTOLI V,et al. Infrared thermography images acquisition for a technical perspective in screening and diagnostic processes: protocol standardized acquisition [J]. Cureus, 2021, 13 (11) : e19931.
[12] GUO L,HUANG X,HA L J,et al. Efficacy of compatible acupoints and single acupoint versus sham acupuncture for functional dyspepsia: study protocol for a randomized controlled trial[J]. Trials,2020,21(1):77.
[13] 郑伊迎,程红,邝玉娴,等.生物电阻抗法测量18~42岁成人四肢骨骼肌质量的准确性评价[J].实用医学杂志,2024,40(4):549-553.
[14] 周晓玲,谢胜,张丹璇,等.温经汤治疗厥阴病阳虚血瘀证患者经络红外热成像变化及机理探讨[J].时珍国医国药,2015,26(12):2958-2960.
[15] 张静,刘彤慧,冯小丽,等.基于“经脉所过,主治所及”理论探讨阿尔兹海默病的辨经论治[J].辽宁中医药大学学报,2024(6):1-15.
[16] 汪庆庆,程红亮,胡培佳,等.基于辨经论治探析脾经在中风后吞咽障碍的应用[J].云南中医学院学报,2022,45(5):45-48.
[17] CHEN K B,HUANG Y,JIN X L,et al. Electroacupuncture or transcutaneous electroacupuncture for postoperative ileus after abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis [J]. Int J Surg, 2019, 70: 93-101.

- [18] YANG J W, SHAO J K, WANG Y, et al. Effect of acupuncture on postoperative ileus after laparoscopic elective colorectal surgery: a prospective, randomised, controlled trial[J]. *E Clin Med*, 2022, 49:101472.
- [19] 张知云, 徐东升, 王慧, 等. 大鼠“肾俞”穴区与肾上腺神经支配的相关性研究[J]. *针刺研究*, 2018, 43(7): 414-418.
- [20] 荣培晶, 朱兵. 心经经脉、心因性牵涉痛与心脏相关联系的机制[J]. *中国科学(C辑:生命科学)*, 2002, 32(1): 63-68.
- [21] ZHANG Z, XU D, WANG J, et al. Correlated sensory and sympathetic innervation between the acupoint BL23 and kidney in the rat[J]. *Front Integ Neurosci*, 2020, 14:616778.
- [22] LIU S, WANG Z F, SU Y S, et al. Somatotopic Organization and Intensity Dependence in diving distinct NPY-Expressing Sympathetic pathways by electroacupuncture[J]. *Neuron*, 2020, 108(3):436-450.e7.
- [23] LIU S, WANG Z, SU Y, et al. A neuroanatomical basis for electroacupuncture to drive the vagal-adrenal axis[J]. *Nature*, 2021, 598(7882):641-645.
- [24] WANG J, ZHAO H, SHI K, et al. Treatment of insomnia based on the mechanism of pathophysiology by acupuncture combined with herbal medicine: a review [J]. *Medicine*, 2023, 102(11):e33213.
- [25] 金观源, 金雷, 何洁, 等. 从干针崛起看古典针灸传承与创新的必要性[J]. *世界针灸杂志*, 2024, 34(1): 1-8.
- [26] 林祺, 罗妮莎, 杨春滢, 等. 再论浮针疗法对针灸学发展的启示[J]. *中国针灸*, 2020, 40(3):307-314.
- [27] 金观源. 寻回迷失的经络, 发展现代针灸医学(一): 反思针灸的“去经络化”现象[J]. *中医药导报*, 2016, 22(20):1-4.
- [28] HAN DO B R, RHON D I, CLELAND J A, et al. Dry needling in addition to standard physical therapy treatment for sub-acromial pain syndrome: a randomized controlled trial protocol[J]. *Braz J Phys Ther*, 2019, 23(4):355-363.
- [29] USICHENKO T I, HENKEL B J, KIAUSENITZ C, et al. Effectiveness of acupuncture for pain control after cesarean delivery: a randomized clinical trial[J]. *JAMA*, 2022, 5(2):e220517.
- [30] 林振原, 吴文裕. 林氏手针疗法对脑梗死患者磁刺激运动诱发电位的影响[J]. *按摩与康复医学*, 2020, 11(19): 16-18, 15.
- [31] 曹锐, 刘锦, 裴冰思. 鼻针透刺联合背三针治疗过敏性鼻炎临床疗效观察[J]. *中华中医药杂志*, 2018, 33(4): 1678-1680.
- [32] 刘露阳, 王鹏琴. 眼针治疗卒中后失眠的随机对照研究[J]. *针刺研究*, 2017, 42(1):67-71.
- [33] 霍艳, 陈萍, 朱俊楠, 等. 腕踝针治疗产后腹痛的临床疗效及对产妇产血清 β -EP水平的影响[J]. *中国针灸*, 2023, 43(11):1257-1260.
- [34] 方文佳, 孙健, 杨小林, 等. 激光散斑成像技术观察浮针治疗急性贝尔面瘫: 病例报道(英文)[J]. *世界针灸杂志*, 2024, 34(1):67-71.
- [35] 何智明. 经络感传现象研究进展[J]. *新中医*, 1981, 13(12):35-37, 29.
- [36] 张笑平, 宫树成. 经络实质研究的进展[J]. *上海针灸杂志*, 1982, 1(1):42-45.
- [37] 陈婕, 唐鑫, 陈盼, 等. 基于改良大鼠双侧颈总动脉结扎法建立血管性痴呆模型探讨脑血流量变化规律及对血管新生相关蛋白的影响[J]. *中国实验动物学报*, 2023, 31(11):1423-1430.
- [38] 宋海贝, 温川飙, 陶杰, 等. 中医经络检测技术研究进展[J]. *电脑知识与技术*, 2018, 14(20):225-227.
- [39] 曹悦, 孟学茹, 何黎, 等. 针灸治疗中风病临床辨证的一种算法模型探索[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2019, 19(76):366-369.
- [40] 吴焕金. “基于临床的灸法作用机理研究”项目简介[J]. *上海针灸杂志*, 2016, 35(5):632.
- [41] 王晓宇, 于清泉, 何伟, 等. 从“分子药”到“电子药”: SPARC计划和针刺研究[J]. *针刺研究*, 2019, 44(3): 157-160, 175.
- [42] 马思明, 杨娜娜, 范浩, 等. 美国 SPARC 计划对中医针灸研究的挑战与启发[J]. *中国针灸*, 2020, 40(4):439-442, 444.
- [43] TORRES-ROSAS R, YEHIA G, PENA G, et al. Dopamine mediates vagal modulation of the immune system by electroacupuncture[J]. *Nat Med*, 2014, 20(3): 291-295.
- [44] MAEDA Y, KIM H, KETTNER N, et al. Rewiring the primary somatosensory cortex in carpal tunnel syndrome with acupuncture[J]. *Brain*, 2017, 140(4):914-927.
- [45] SATO A, SCHMIDT R F. Somatosympathetic reflexes: afferent fibers, central pathways, discharge characteristics [J]. *Physiol Rev*, 1973, 53(4):916-947.
- [46] 黎国锋, 邱维宝, 钱明, 等. 超声神经调控技术与科学仪器[J]. *生命科学仪器*, 2017, 15(1):3-8.

基于“经脉-脏腑相关”理论探讨针刺治疗肠易激综合征的机制与临床应用

吴静怡¹, 杨晨曦¹, 包洁², 杜丽君³, 陈彬睿³, 邵晓梅^{1,4}, 周传龙^{1,4}

(1. 浙江中医药大学第三临床医学院, 浙江 杭州 310053; 2. 浙江中医药大学基础医学院, 浙江 杭州 310053; 3. 浙江大学医学院附属邵逸夫医院, 浙江 杭州 310016; 4. 浙江中医药大学附属第三医院, 浙江 杭州 310005)

[摘要] “经脉-脏腑相关”理论解释了体表经脉穴位与内在脏腑之间的双向联系, 是中医经络理论的核心内容。脏腑的生理功能失常, 可通过经络的传导而反映于体表穴位。当体表感受一定刺激时, 经络可将信息传导于脏腑。该理论为针刺调理经络以治疗肠易激综合征(IBS)提供了理论支持。IBS的基础病机为脾虚湿浊内蕴, 大肠传导失司。针灸在缓解和改善IBS患者的临床症状上具有显著疗效, 以益气健脾、渗湿止泻为原则, 临床根据其不同分型选用合适腧穴。肝脾不调治宜疏肝解郁, 健脾止泻; 脾肾阳虚治宜温补脾肾, 固肠止泻; 虚实夹杂治宜寒热平调, 祛湿止泻; 肺失宣降, 大肠腑气不通之便秘型IBS(IBS-C), 治宜宣发肺气, 化浊通腑。针灸治疗时应调理足太阴经、足阳明经、任脉, 针刺其腧穴, 并根据实际情况加用足厥阴经、足太阳经、手太阴经之腧穴。

[关键词] 肠易激综合征; 经脉; 经脉-脏腑相关; 经穴; 针刺

[中图分类号] R246; R574.4

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0788-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.002

Mechanisms and Clinical Applications of Meridian Regulation in Acupuncture Treatment of Irritable Bowel Syndrome Based on Theory of “Meridian-Viscera Correlation”

WU Jingyi¹, YANG Chenxi¹, BAO Jie², DU Lijun³, CHEN Binrui³, SHAO Xiaomei^{1,4}, ZHOU Chuanlong^{1,4}

(1. Third Clinical Medical College of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310053, China; 2. College of Basic Medical Sciences, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310053, China; 3. Sir Run Run Shaw Hospital, Zhejiang University of School of Medicine, Hangzhou 310016, China; 4. Third Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310005, China)

[收稿日期] 2024-05-24

[基金项目] 国家重点研发计划项目(编号: 2022YFC3500401, 2022YFC3500402); 浙江省中西医协同创新基金项目(编号: ZS22XTCX06)

[作者简介] 吴静怡(2000—), 女, 浙江杭州人, 2023 年硕士研究生, 研究方向: 针刺调节胃肠疾病的规律研究。邮箱: 676540060@qq.com。

[通信作者] 周传龙(1982—), 男, 山东青岛人, 医学硕士, 副主任中医师, 硕士研究生导师, 主要从事针药结合治疗消化系统疾病、神经性疾病、骨关节性疾病研究。邮箱: zhouchuanlong6255@163.com。

Abstract The theory of “meridian-viscera correlation” explains the bidirectional relationship between the superficial meridian acupoints and the internal viscera, constituting the core content of traditional Chinese medicine (TCM) meridian theory. Physiological dysfunction of the viscera can be reflected on superficial acupoints through meridian conduction. When certain stimuli are applied to the body

surface, the meridians can transmit information to the viscera. This theory provides theoretical support for using acupuncture to regulate meridians in the treatment of irritable bowel syndrome (IBS). The underlying pathogenesis of IBS is spleen deficiency with dampness accumulation and dysfunction of colon transmission. Acupuncture significantly alleviates and improves clinical symptoms in IBS patients by benefiting qi, invigorating the spleen, and addressing dampness to stop diarrhea. Differentiating treatment according to subtype involves selecting appropriate acupoints. Treatment strategies include soothing the liver and resolving depression strengthening the spleen and stopping diarrhea for liver-spleen disharmony, tonifying the spleen and kidney yang for spleen-kidney deficiency, and regulating cold and heat for mixed deficiency and excess syndromes. For irritable bowel syndrome with constipation (IBS-C) with lung qi failing to descend and colon obstruction, treatment focuses on promoting the dissemination of lung qi and clearing turbidity to facilitate bowel movements. Acupuncture treatment should regulate the Foot Taiyin meridian, Foot Yangming meridian, and Ren meridian, needling their respective acupoints, and additional acupoints of Foot Jueyin meridian, Foot Taiyang meridian, and Hand Taiyin meridian may be used based on individual circumstances.

Keywords irritable bowel syndrome; meridian; meridian-viscera correlation; acupoint; acupuncture

肠易激综合征(IBS)是一种临床常见的功能性胃肠病, 主要以腹痛、腹胀和排便习惯改变为临床特征, 且与睡眠质量和心理健康程度具有相关性^[1-2]。临床以便秘型 IBS(IBS-C)与腹泻型 IBS(IBS-D)较为多见^[3]。流行病学研究显示, 国内 IBS 患病率约为 10%^[4], 多见于中青年群体^[5]。随着生活节奏加快与饮食结构改变, IBS 患者迁延难愈的腹痛、腹泻或便秘等症状对其工作和生活产生了长期负面影响, 同时也加重了其心理和经济负担^[6]。虽然目前临床使用钙通道拮抗剂、抗胆碱能药物等可以减轻 IBS 患者的症状, 但存在不良反应且部分药物临床试验较少, 不良事件的局限性尚不明确, 部分患者的临床症状和病情仍然无法得到有效的控制^[7]。因此, 探究一种安全有效的 IBS 治疗策略具有重要的临床意义。

IBS 属于中医学泄泻、腹痛、便秘等范畴, 多归因于禀赋不足, 或外感六淫、情志失调、饮食不节等, 临床多从肝、脾、肾论治^[8-9]。临床研究表明, 针灸在缓解 IBS 症状、提高临床疗效、避免不良反应方面具有显著优势^[10]。“经脉-脏腑相关”理论作为中医经络理论的核心内容, 解释了体表经脉与内在脏腑之间的双向联系, 为通过调理经络、针刺体表相应腧穴治疗人体脏腑疾病提供了理论依据, 在治疗 IBS 中具有重要指导意义。本文从“经脉-脏腑相关”学说的角度探讨 IBS 的病因病机, 并结合经络调理方法, 为临床

针灸辨证治疗 IBS 提供思路。

1 “经脉-脏腑相关”理论源流与内涵

“经脉-脏腑相关”理论是中医经络理论的核心内容, 解释了体表经脉穴位与内在脏腑之间的双向联系。《灵枢·海论》指出:“夫十二经脉者, 内属于腑脏, 外络于肢节。”经络中的十二经脉、奇经八脉、十五络脉、经别等沟通上下, 出表入里, 将人的五脏六腑、四肢百骸、皮肉筋骨等组织器官联系成了一个有机的整体, 并在其中起到传导信息的作用, 揭示经络不仅反映脏腑的生理、病理, 而且在诊断和防治脏腑功能疾病中也具有重要意义。

1.1 脏腑的生理功能失常, 可通过经络的传导反映于体表穴位

《灵枢·官能》记载:“察其所痛, 左右上下, 知其寒温, 何经所在。审皮肤之寒温滑涩, 知其所苦。”经脉及腧穴所在皮肤的温度变化是脏腑疾病反应的表现之一。张黎等^[11]利用红外热成像技术测量 85 例痉挛型脑瘫患儿和 85 例健康受试者背部特定腧穴的温度, 发现痉挛型脑瘫患儿的腧穴温度普遍较低且敏化率高于正常儿童。早年研究证明, IBS 患者的体表常伴有皮肤压痛觉异常^[12]。胡瑞斌等^[13]的实验研究发现, 通过腹腔注射异丙肾上腺素构建心肌缺血小鼠模型, 可导致小鼠体表出现心源性牵涉痛敏现象, 并可能导致中枢和外周敏化, 进而促进体表局部产生神经源性炎性反应, 介导穴位敏化发生。

1.2 当体表感受一定刺激时,经络可将信息传导于脏腑

赖宁源等^[14]分析发现,针灸可以通过改善IBS患者的核心病理脑区,并调节其优势脑区的激活强度,从而调节胃肠道紊乱,改善胃肠功能。邓桂花^[15]研究发现,针刺IBS患者的力敏腋穴可升高其压痛阈值,改善其焦虑抑郁状态,从而减轻IBS患者病情。林俊言等^[16]研究发现,电针治疗组大鼠的足跖机械痛阈(PWTs)相较模型对照组和假电针治疗组显著升高,而假电针组没有观察到此现象,这表明电针具有改善弗氏完全佐剂(CFA)大鼠的疼痛及其相关焦虑行为的作用。临床研究证实,针灸通过刺激经络和神经组织,激发机体的镇痛系统,有效缓解IBS患者内脏痛^[17]。又如《素问·调经论》记载:“五脏之道,皆出于经隧,以行血气,血气不和,百病乃变化而生。”因此,经络病变除了会造成本经的气血阴阳不和,还会累及脏腑器官,以致百病化生。

综上所述,这些证据揭示了体表经脉穴位与内在脏腑之间存在双向联系,为临床上通过经络调理方法辨证治疗IBS提供了理论依据。

2 从“经脉-脏腑相关”理论辨析IBS的病因病机

IBS病位归属肠,与脾、肝、肾关系密切,基本病机为脾虚湿浊内蕴、大肠传导失司。如《素问·阴阳应象大论》所言“清气在下,则生飧泄,浊气在上,则生膜胀”,并提出“湿胜则濡泻”,若脾虚运化无权,水谷精微不化,湿浊滞上可见腹胀呕吐,于下可见泄泻,这与IBS泄泻、腹痛的病机相符。IBS的病因多样,主要因感受外邪、饮食所伤、情志失调等耗伤脾胃之气,使其功能减退,不能受纳水谷,精微运化失常,聚水成湿,积谷为滞,大肠失司,清浊不分,混杂而下,而成泄泻。如《景岳全书·泄泻》曰:“泄泻之本,无不由于脾胃。”

若情志所伤,致肝失疏泄,横逆克脾,脾失健运,升降失调,或忧思过度,土虚木乘,脾失健运,清浊不分,而生泄泻。如《景岳全书·泄泻》所云:“气泄证,凡反遇怒气便作泄泻者,必先以怒时挟食,致伤脾胃。故但有所犯,即随触而发,此肝脾二脏之病也。盖以肝木克土,脾气受伤而然。”又如叶天士在《临证指南医案》中云:“肝病必犯土,是侮其所胜也,克脾则腹胀,便或溏或不爽。”研究发现,情绪障碍者患功能性胃肠疾病的可能性是健康人的两倍,IBS-D患者

多先有肠道症状,随后出现大脑功能异常,如焦虑、抑郁等情绪障碍^[18]。并且在这些患者中,情绪障碍平均在功能性胃肠疾病之前3年以上被诊断出来^[18]。由此可见,IBS-D与情绪障碍之间存在相互交织的关系,提示肝郁脾虚是IBS-D的关键病机,为针刺调理肝脾二经治疗及预防IBS-D提出了理论依据。

《名医方论》提到:“温气得而谷精运”。若IBS病久,损及肾阳,阴寒内生,进而命门火衰,脾失温煦,水湿不运,阻遏气机,升降失调,肠道清浊不分,而成IBS之腹胀、腹痛、泄泻。这与《景岳全书·泄泻》记载的“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏之所主,今肾中阳气不足,则命门火衰,而阴寒独盛,故……即令人洞泄不止也”相符。有学者指出,过腹部的胃经、脾经和肾经病变均有“腹胀”的症状,体现了“多经司一脏”的规律,而不同经在影响程度上的差异可能与双投射神经末梢在体表分布的不均匀性有关^[19]。韩铁军^[20]认为,脾肾阳虚型IBS-D的机制为太阴开枢失衡,太阴失开,则脾所含血液减少,脾虚失养,引发太阴肺宣发敷布失职,水谷精微不能濡养,清阳不升;若太阴过开,则阴寒湿盛,脾阳亏虚,湿邪不化,下注肠间。脾阳不足日久,至阴盛,微量肾阳从阴而出,因而肾阳亏损,机体失于温煦,亦不能煦养脾阳,加重脾阳虚,运化失司,阴液失常,水谷聚湿。

此外,《景岳全书》云:“泄泻之暴病者,或为饮食所伤,或为时气所犯,无不由于口腹”,《灵枢·百病始生》曰:“虚邪之中人也,留而不去,传舍至肠胃,多热则溏出糜,多寒则肠鸣飧泄,食不化。”提示饮食失节、外感六淫等均可损伤脾胃气机,困阻脾土,使之升降失衡,肠道清浊不分,水谷杂然而下,从而化生泄泻。

至于便秘型,《灵枢·本神》云:“愁忧者,气闭塞而不行。”《诸病源候论》云:“大便难者,由五脏不和,冷热之气不调。”生理状态下,手太阴肺经与手阳明大肠经相互络属,肺与大肠相表里,两者一升一降,共同调节人体气机,以保证体内气血津液的正常运行。若风寒湿邪趁虚而入,或情志不遂,或日久损及肾阳,机体失于温煦,气机失调,肺失宣降,水谷精微及津液不布,或导致大肠腑气不通,糟粕不化,从而引发便秘^[21]。正如《妇人大全良方》所云:“肺主气,肺气不降,则大肠不能传送”。张小虎等^[22]研究发

现,哮喘组豚鼠小肠推进率明显降低,其神经元及神经纤维表达明显增强;P物质含量降低,其神经元及神经纤维表达显著减弱,表明肺气肃降运动对肠道蠕动功能具有重要作用,进一步提示了依据“肺与大肠相表里”理论针刺治疗IBS-C的重要性。

目前,西医主要将IBS的病理生理学基础归因于肠道运动功能紊乱与高敏感性^[23-24]。肠道运动功能紊乱是由于结肠平滑肌收缩功能异常而导致患者排便习惯与大便性状改变,结肠高敏感性主要表现在患者腹胀、腹痛等症状。

3 从经络调理分析IBS的针刺治疗

《灵枢·经脉》指出:“经脉者,所以能决死生,处百病,调虚实,不可不通。”揭示了经络具有运行气血、抗御病邪、反映证候、传导感应的重要作用,对人体的生理、病理以及辨治疾病具有重要作用。经络调理通过刺激体表相应穴位,对人体内在脏腑发挥调节作用,以起到通调气血、濡养脏腑、调和阴阳的作用。临床上,经络气血的通畅充盈与IBS的发病密切相关,这对针灸治疗IBS有重要指导意义。根据临床研究,对于IBS-D,脾虚湿盛型治宜益气健脾,渗湿止泻;肝郁脾虚型治宜疏肝解郁,健脾止泻;脾肾阳虚型治宜温补脾肾,固肠止泻;对于食伤或外感六淫所致的寒热错杂型,治宜疏表清里,祛湿止泻^[25-28]。对于IBS-C,治宜宣发肺气,润燥通肠。针灸治疗IBS的主要原则是通过针灸足太阴经、足阳明经、任脉穴位来益气健脾,渗湿止泻,根据不同分型加用足厥阴经、足少阴经、足太阳经之穴位。

3.1 益气健脾,渗湿止泻

对于IBS-D之脾虚湿盛者,临床可见患者便次增多,便质溏薄,完谷不化,面色萎黄,神疲乏力,不思饮食等,舌淡苔白,脉濡缓无力。针灸治疗选用足太阴经、足阳明经、任脉穴位为主,如中脘、天枢、上巨虚、足三里、气海、关元、三阴交、阴陵泉等。其中,中脘位于任脉,属胃之募穴,又为腑会,针灸此穴可调理中焦胃肠气机,扶阳补虚。天枢与上巨虚均属足阳明胃经穴位,天枢为大肠募穴,上巨虚为大肠下合穴,两者合募相配,可起到健脾和胃、调和气血、升清除湿的功效。刘婷婷等^[29]研究显示,通过电针干预IBS模型大鼠的天枢、上巨虚,能够有效降低其内脏敏感性,进而调节肠道运动功能。张冠林等^[30]发现电针干预溃疡性结肠炎模型大鼠可保护其肠道上皮

细胞,减轻其肠道炎症。足三里为足阳明胃经之下合穴,针刺可起到通调中焦、补益脾胃的功效。覃颖等^[31]在研究中发现,对足三里施加电针可有效降低IBS模型大鼠的Bristol大便评分,改善其肠道高敏感性和肠道动力异常状况,从而缓解其腹痛和腹泻等症状。气海、关元属任脉穴位,针刺两穴可温补脾阳以助健运,必要时可加艾灸。如《针灸大全》提出:“腹中寒痛,泄泻不止,天枢二穴,中脘一穴,关元一穴,三阴交二穴。”《灵枢·邪气脏腑病形》云:“飧泄,大肠痛,巨虚上廉主之。”吴帆等^[32]发现对IBS-D模型大鼠的足三里、上巨虚、关元、天枢、内关进行针刺,可以降低肠黏膜通透性,显著改善肠黏膜机械屏障的结构。这些证据都表明了针刺以上穴位可缓解IBS患者腹痛、腹泻的症状,对防治IBS-D具有一定意义。此外,三阴交为足三阴经交会穴,合谷为大肠经原穴,《针灸大全》曰:“脾病血气先合谷,后刺三阴交莫迟”,提示针刺此二穴能补益脾经气血,从而缓解IBS症状。《灵枢·四时气》曰:“飧泄,补三阴之上,补阴陵泉,皆久留之,热行乃止。”《景岳全书·泄泻》云:“凡泄泻之病,多由水谷不分,故以利水为上策。”Wang等^[33]研究发现,对功能性腹泻大鼠的足三里、阴陵泉、阴谷进行电针干预可改善其胃肠道蠕动功能。这提示针刺三穴位可以祛湿化浊,从而起到止泻的功效。由此,脾胃得运,水精四布,五经并行,清阳得升,湿浊得化,二便通利。

3.2 疏肝解郁,健脾止泻

临床上IBS-D多伴有情志不调,肝脾不和,或肝郁气滞,肝气乘脾。临床可见胸胁胀满、食少嗝气、矢气频发,多由情志不畅诱发,发时腹痛、肠鸣、泻后痛缓等,舌淡红,苔薄白或腻,脉弦。治疗宜疏肝解郁,健脾止泻。针灸治疗选足太阴经、足阳明经、任脉、足厥阴经腧穴为主,辅以手太阳经、手少阳经、督脉腧穴。在中脘、天枢、上巨虚、足三里、气海、关元、三阴交、阴陵泉的基础之上,可加太冲、期门疏肝理气,若肝郁火旺可加肝俞、行间,睡眠不足可加天容、天牖、神庭调神。太冲为足厥阴肝经原穴和腧穴,期门为肝之募穴,针刺二穴能够平肝调肝,调畅气机。王楷等^[34]研究发现,IBS-D模型大鼠在接受针刺天枢、足三里和太冲的培土抑木针法后,其内脏敏感性及焦虑抑郁状态显著改善。三穴合用,可调理肠腑,培土抑木。对于伴有睡眠障碍者,可辨证加入天容、

天牖。对于天容的经络归属,在历史上仍存争议,其中“容”具有“受盛”的含义,提示它是气血汇聚的部位。至于天牖,《说文解字》提出:“天,巅也……牖,穿壁以木为交窗也。”又如张志聪释曰:“牖,窗也,头面之穴窍,如楼阁之大牖,所以通气者也。”天牖穴位于颈部侧上方,如同楼阁之侧窗,加之其位于手少阳三焦经,而三焦与人体水液代谢失常具有密切联系,提示天牖可通气利水、醒脑开窍^[35]。《灵枢·根结》提出,手足六阳经“根、溜、注、入”的部位,其中“入”意为经气归入。天容、天牖分别为足少阳经和手少阳经的上入穴,它们将人体气血上注从而濡养头面诸窍,阳上行后下行,以滋养五脏六腑的气血^[36]。从解剖位置上来看,天容与天牖分别位于交感神经颈丛的耳大神经分支与枕小神经,针灸可刺激交感神经,抑制其兴奋,从而改善睡眠情况。由此,肝气得舒,肝脾调和,脾运恢复,气机通畅,湿浊得化,痛泻自止。

3.3 温补脾肾,固肠止泻

若IBS病久损及肾阳,肾阳不振,命门火衰,导致脾肾阳虚,运化失常,完谷不化,水湿积滞泛滥于肠间而致泄泻。临床可见形寒肢冷,腰膝酸软,腹部冷痛,得温痛减,肠鸣即泻,泻后痛减,不思饮食,大便或掺杂未消化食物,舌淡苔白或边有齿痕,脉沉细或弱。治疗宜温补脾肾,化湿止泻。针灸治疗选足太阴经、足阳明经、任脉、足太阳经腧穴为主。在中脘、天枢、上巨虚、足三里、气海、关元、三阴交、阴陵泉的基础之上,可加脾俞、肾俞、命门、关元俞、大肠俞等,以温补脾肾,补火助阳,固本止泻。脾俞、肾俞、大肠俞分别为脾、肾、大肠之背俞穴,是脾肾、大肠经气输注之处。《太平圣惠方》记载:“关指关藏,元即元气,俞即输注。”关元俞前应关元,善治虚损诸疾,是关藏元阴元阳之气转输于后背体表的部位。周源子等^[37]认为,命门穴内络肾脏,肾藏精,又主一身之阴阳,命门穴可体现肾脏的部分功能,对于调摄一身阴阳具有重要作用,命门穴归经于督脉,灌注人体一身之精气,输注命门脏腑之火,总督一身之元阳。故针刺以上穴位,可激发脏腑精气,补益先后天之本,化生气血,助阳化湿,固涩肠腑,起到治疗脾肾阳虚型IBS-D的作用。刘静等^[38]研究发现,针灸脾胃虚寒型胃脘痛患者的背俞穴可改善其胃脘部疼痛程度,且穴位温度上升幅度高于对照组。张笑^[39]研究发现,朱璉兴奋Ⅱ型针法(针刺双侧天枢、双侧足三里、双侧上

巨虚、双侧三阴交、双侧太溪、气海)结合温和灸能有效改善脾肾阳虚型IBS-D患者的证候、大便性状、生活质量、焦虑抑郁情绪,且不良反应较少。张子晶^[40]研究发现,针刺可以降低脾肾阳虚型IBS-D患者腹痛、泄泻、食欲不振、倦怠乏力、畏寒肢冷及腰膝酸软等评分,且针刺联合阴阳调理灸在改善泄泻、食欲不振、畏寒肢冷及腰膝酸软等方面疗效更优。

3.4 寒热平调,祛湿止泻

由于饮食不节或过食辛辣、生冷或不洁之物,或外感寒湿暑热之六淫邪气,损伤脾胃,大肠传导功能失常,清浊不分,水谷杂下,而发寒热错杂型IBS。临床可见发病较急,腹痛难忍,肠鸣增加,恶心纳呆,腹泻或与便秘交替而至,大便时溏时泻,便后腹痛减轻,舌质红,苔黄腻或白腻,脉弦滑。治宜寒热平调,祛湿止泻。在针灸足太阴经、足阳明经、任脉的中脘、天枢、上巨虚、足三里、气海、关元、三阴交、阴陵泉等腧穴基础之上,依据其临床表现加用不同穴位。若偏于寒者,可灸神阙回阳救逆,王志磊^[41]研究发现,隔药灸IBS-D模型大鼠神阙穴可以改善其精神萎靡、排便次数、粪便性状等,减低腹壁撤回反射(AWR)评分等,从而改善其IBS-D症状。偏于热者,可针刺商阳、鱼际、内庭、曲池泄热,其中商阳为大肠经之井穴,曲池为大肠经之合穴,内庭为胃经之荥穴,鱼际为肺经之荥穴,针刺以上穴位可以清外感、阳明热毒。齐琳婧等^[42]发现,针刺曲池、上巨虚可以改善功能性肠病患者的排便次数和粪便性状,且对功能性便秘和腹泻都有治疗作用,提示针刺曲池、上巨虚对功能性肠病可能具有双向调节作用。邵晓雪^[43]研究发现,对慢传输型便秘大鼠的曲池、上巨虚进行针刺可改善其排便功能,提高小肠推进率,改善慢结肠传输功能,改善结肠组织的病理状态。若偏于食滞,可加下脘、水分、建里、公孙健脾消食。《针灸甲乙经》记载:“食饮不化,入腹还出,下脘主之。”《儒门事亲》云:“洞泄,属甲乙风木,可灸气海、水分、三里”马克^[44]研究发现,针刺脾胃虚弱型痞满患者的手三里、足三里、建里,能够显著缓解症状,降低中医症状评分,具有良好的治疗效果且安全性较高。周颖^[45]研究发现,电针干预IBS-D大鼠的内关、公孙可减低其内脏敏感性,减少肠道相关蛋白的表达,平衡肠道动力,改善心理状态,从而整体改良症状。此外,符奇飞等^[46]总结殷克敬独取公孙穴温针治疗32例腹部术后腹胀患者疗效,治疗两个疗程后总有效率为

96.9%。综上所述,针刺以上穴位,可以通利肠道气机,消除饮食积滞,改善IBS腹痛、腹胀等症状。

3.5 宣发肺气,化浊通腑

对于肺失宣降、肠腑不通之IBS-C,临床可见腹痛拘急,胀满拒按,大便难解,秘结不通,或排便延长,舌苔白腻,脉弦紧。治以宣发肺气,化浊通腑。针灸治疗选足太阴经、足阳明经、任脉、足太阳经、手太阴经腧穴。针刺中脘、天枢、上巨虚、足三里、气海、关元、三阴交、大肠俞、肺俞、太渊等。陈盼碧等^[47]研究发现,在IBS-C患者的天枢、大肠俞、上巨虚、足三里、太冲、中脘进行穴位埋线治疗后,IBS症状严重程度(IBS-SSS)评分降低明显,腹痛不适症状显著改善,对患者总体症状改善效果较药物更优且具有后效应。何婷^[48]研究发现,电针IBS-C模型大鼠的足三里、天枢、三阴交可降低其内脏高敏感性,对结肠动力起到改善作用,从而缓解腹痛、便秘等症状。又有学者通过理论研究及临床实践发现,太渊作为肺之原穴,八会穴之脉会,可大补肺气,对改善便秘有较好疗效^[49]。因此,针刺以上穴位,可宣发肺气,通调腑气,以助通便。

4 结束语

“经脉-脏腑相关”理论贯穿于IBS病理过程,并指导临床通过针灸调理经络以治疗IBS的策略。IBS根据临床病因及病理机制主要分为五种证型,脾虚湿浊内蕴、大肠传导失司作为贯穿全程的病机,治疗应遵循益气健脾,渗湿止泻,针灸调理足太阴经、足阳明经、任脉,选用中脘、天枢、上巨虚、足三里、气海、关元、三阴交、阴陵泉作为基础穴位。根据不同证型加用足厥阴经、足太阳经、手太阴经的穴位。临床研究表明,IBS的发生发展与患者情志密切相关,因此治疗时应注意调神养性,肝脾同治,这对IBS的防治具有重要意义。未来应通过大样本的临床研究探究IBS患者内脏高敏感性及其穴位敏化现象,并探索针灸调理经络腧穴治疗IBS的方案,为治疗和预防IBS提供更多途径和理论支持。

[参考文献]

[1] FORD A C, LACY B E, TALLEY N J. Irritable bowel syndrome[J]. *N Engl J Med*, 2017, 376(26): 2566-2578.
 [2] LIU M, YE Z, WU Q, et al. Healthy sleep, mental health, genetic susceptibility, and risk of irritable bowel syndrome[J]. *J Affect Disord*, 2023, 331: 25-32.
 [3] 宋怡然, 梁笑楠, 李忱阳, 等. 《2020年中国肠易激综合

征专家共识意见》解读[J]. *临床荟萃*, 2021, 36(7): 628-631.

- [4] LI C Y, AIN MOHD TAHIR N, LI S C. A systematic review of integrated traditional Chinese and western medicine for managing irritable bowel syndrome [J]. *Am J Chin Med*, 2015, 43(3): 385-406.
 [5] 赵尔樱, 周佳玮, 褚海云, 等. 肠易激综合征流行病学与致病因素研究进展[J]. *中国公共卫生*, 2021, 37(4): 764-768.
 [6] BLACK C J, FORD A C. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors [J]. *Nat Rev Gastro Hep*, 2020, 17(8): 473-486.
 [7] HUANG K Y, WANG F Y, LV M, et al. Irritable bowel syndrome: epidemiology, overlap disorders, pathophysiology and treatment [J]. *World J Gastroenterol*, 2023, 29(26): 4120-4135.
 [8] WANG S S, WANG X R, YANG R Y, et al. Efficacy and mechanism of acupuncture combined with Tongxiey-aofang for diarrhea-type irritable bowel syndrome of liver depression and spleen deficiency [J]. *Chin Acupunct and Moxibust*, 2020, 40(6): 605-609.
 [9] 石智尧, 房致永, 孙佩飞, 等. 国医大师王晔星从肝脾肾论治肠易激综合征经验[J]. *上海中医药杂志*, 2024, 58(4): 26-29.
 [10] DAI Y K, WU Y B, LI R L, et al. Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for irritable bowel syndrome in adults [J]. *World J Gastroenterol*, 2020, 26(41): 6488-6509.
 [11] 张黎, 单娥仙, 徐娜, 等. 基于红外热成像技术对脑瘫五脏背俞穴温度敏化规律的研究[J]. *云南中医药大学学报*, 2024, 47(2): 40-44.
 [12] CHANG L, BERMAN S, MAYER E A, et al. Brain responses to visceral and somatic stimuli in patients with irritable bowel syndrome with and without fibromyalgia [J]. *Am J Gastroenterol*, 2003, 98(6): 1354-1361.
 [13] 胡瑞斌, 刘永斌, 杨雪, 等. 心肌缺血小鼠体表穴位敏化与垂体腺苷酸环化酶激活多肽的针刺研究[J]. *针刺研究*, 2024, 49(3): 1-9.
 [14] 赖宁源, 兰蕾, 罗阿呷, 等. 针灸对肠易激综合征患者脑区激活的磁共振成像研究: 一项基于激活似然估计的分析[J]. *针灸临床杂志*, 2024, 40(4): 60-67.
 [15] 邓桂花. 肠易激综合征患者力敏腧穴分布规律及针刺临床疗效观察[D]. 南昌: 江西中医药大学, 2023.
 [16] 林俊言, 何金霞, 郑千姿, 等. 电针干预慢性炎性痛及其焦虑情绪与海马不同区域GABA相关机制研究[J]. *浙江中医药大学学报*, 2022, 46(9): 945-956.

- [17] ZHANG F, MA Z, WENG Z, et al. P2X(3) receptor in primary afferent neurons mediates the relief of visceral hypersensitivity by electroacupuncture in an irritable bowel syndrome rat model[J]. *Gastroenterol Res Pract*, 2020, 2020: 8186106.
- [18] JONES M P, TACK J, VAN OUDENHOVE L, et al. Mood and anxiety disorders precede development of functional gastrointestinal disorders in patients but not in the population[J]. *Clin Gastroenterol H*, 2017, 15(7): 1014-1020.
- [19] 张维波, 王燕平, 李宏彦. 《黄帝内经》经脉脏腑相关解析[J]. *针刺研究*, 2018, 43(7): 424-429.
- [20] 韩铁军. 阴阳“开、合、枢”理论的运气学原理和临床应用[C]//中华中医药学会. 中医理论临床应用学术研讨会论文集, 武汉市医学科学研究所, 2007: 68-70.
- [21] 鞠苏岚, 张怡, 孙倩倩, 等. 基于宣补通降法论治便秘型肠易激综合征[J]. *中医临床研究*, 2024, 16(10): 138-142.
- [22] 张小虎, 古继红, 区永欣, 等. 肺主肃降与“肺与大肠相表里”相关性的实验研究及其应用探讨[J]. *中华中医药学刊*, 2008(9): 2059-2062.
- [23] 赵立波, 王迎寒, 刘玉玲, 等. 肠易激综合征发病机制研究进展[J]. *河北医学*, 2014, 20(6): 1052-1054.
- [24] WU J, CHENG Y, ZHANG R, et al. P2Y1R is involved in visceral hypersensitivity in rats with experimental irritable bowel syndrome [J]. *World J Gastroenterol*, 2017, 23(34): 6339-6349.
- [25] 庞希军. 针灸治疗腹泻型肠易激综合征的中医理论研究[J]. *智慧健康*, 2024, 10(2): 29-32, 40.
- [26] 张宁康, 郑薇薇. 腹泻型肠易激综合征的中西医结合研究进展[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2024, 32(4): 351-356.
- [27] 牛冰玉, 魏薇, 王慧芬, 等. 腹泻型肠易激综合征患者炎症因子水平变化及与中医证型的关系[J]. *世界中西医结合杂志*, 2024, 19(4): 822-826.
- [28] 王姣姣, 罗慧君, 蔺晓源. 中医经方治疗腹泻型肠易激综合征的研究进展[J]. *中医药学报*, 2024, 52(4): 112-116.
- [29] 刘婷婷, 陈少宗, 赵香顺, 等. 电针天枢、上巨虚对肠易激综合征大鼠模型结肠功能的影响[J]. *针灸临床杂志*, 2023, 39(11): 61-65.
- [30] 张冠林, 向晶, 焦子远, 等. 基于天枢与上巨虚穴神经电刺激观察对溃疡性结肠炎模型大鼠结肠组织TLR9/MyD88/NF- κ B蛋白表达的影响[J]. *湖南中医药大学学报*, 2024, 44(1): 128-134.
- [31] 覃颖, 郭孟玮, 蓝莹, 等. 电针不同穴位对肠易激综合征大鼠肠道动力和敏感性的影响[J]. *针刺研究*, 2020, 45(4): 293-298.
- [32] 吴帆, 唐丽娜, 王华, 等. 标本配穴针灸对IBS-D大鼠肠黏膜机械屏障的影响[J]. *时珍国医国药*, 2022, 33(3): 756-760.
- [33] WANG X Y, LI C Y, ZHANG Y N, et al. Effect of electroacupuncture on 5-HT7R in gastric antrum and colon tissues of functional diarrhea rats [J]. *Acupunct Res*, 2021, 46(7): 549-554.
- [34] 王楷, 侯雨君, 王路, 等. 培土抑木针法调节CRF/CRFR1通路修复腹泻型肠易激综合征大鼠肠黏膜屏障的针刺研究[J]. *针刺研究*, 2024, 49(5): 472-479.
- [35] 何鹏庆, 曹熙, 梁雪, 等. 天枢穴探析[J]. *中国民间疗法*, 2023, 31(16): 35-39.
- [36] 韩李莎, 盛茹雅, 鲁海, 等. 颈部“上入”穴应用刍议[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2019, 25(9): 1270-1272.
- [37] 周源子, 马晓娟, 薄雨扬, 等. 命门穴考[J]. *中华中医药杂志*, 2024, 39(1): 99-102.
- [38] 刘静, 廖金玲, 覃婧, 等. 背俞温针灸法治疗脾胃虚寒型胃脘痛的临床疗效观察[J]. *时珍国医国药*, 2018, 29(7): 1667-1668.
- [39] 张笑. 朱璉兴奋II型针法结合温和灸治疗脾肾阳虚型IBS-D的临床研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2023.
- [40] 张子晶. 针刺联合阴阳调理灸改善脾肾阳虚腹泻型肠易激综合征的临床研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2023.
- [41] 王志磊. 基于脑-肠轴和5-HT通路研究隔药灸脐灸治疗IBS-D的机制[D]. 济南: 山东中医药大学, 2023.
- [42] 齐琳婧, 苏同生, 刘志顺, 等. 针刺曲池上巨虚治疗功能性肠病临床观察[J]. *陕西中医*, 2014, 35(2): 224-225.
- [43] 邵晓雪. 电针曲池、上巨虚对慢传输型便秘大鼠结肠M2及VIP影响的研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2021.
- [44] 马克. 针刺手三里足三里建里组穴治疗脾胃虚弱型痞满临床观察[J]. *光明中医*, 2023, 38(3): 512-515.
- [45] 周颖. “心胃同治”电针对腹泻型肠易激综合征大鼠结肠NGF、TrkA的影响[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2023.
- [46] 符奇飞, 段碧锋, 张倩, 等. 殷克敬教授独取公孙穴温针治疗腹部术后腹胀[J]. *世界针灸杂志*, 2017, 27(2): 74-76.
- [47] 陈盼碧, 侯天仙, 陈艺, 等. 穴位埋线治疗便秘型肠易激综合征的疗效观察及对血清SP含量的影响[J]. *上海针灸杂志*, 2024, 43(1): 40-46.
- [48] 何婷. TEAS对IBS-C模型大鼠内脏痛敏和结肠动力的调控作用及机制研究[D]. 延安: 延安大学, 2024.
- [49] 王冠, 林叶青. 太渊穴治疗便秘的临床研究及其机理探讨[C]//中国针灸学会年国际针灸技法及临床应用学术研讨会论文集. 北京, 2005: 178-180.

基于“督脉入络脑”探讨针刺督脉经穴 治疗脑病的神经传导机制

张震, 何腾, 王旭, 颜靖岚, 陈永君

(山东中医药大学针灸研究院, 山东 济南 250355)

[摘要] “督脉入络脑”理论阐释了督脉无论在循行还是功能上都与脑有着密切联系。基于该理论, 古今医者治疗脑病首选督脉穴位。针刺督脉效应的产生依赖于穴位下的感受器将针刺刺激转换为神经信号传导至中枢各级水平, 然而针刺督脉经穴治疗脑病从外周到中枢的神经传导途径尚未全面总结。从现代神经生物学角度归纳外周感觉传入神经和中枢核团的诸多研究, 分析了针刺督脉体表刺激治疗脑病相关联的神经生物学基础及调控途径。

[关键词] 督脉; 脑病; 中枢环路; 神经影像; 神经传导

[中图分类号] R246.6

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0795-09

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.003

Nerve Conduction Mechanism of Treating Encephalopathy by Acupuncture Acupoints on Du-Meridian Based on “Governor Vessel Entering into Collateral-Brain”

ZHANG Zhen, HE Teng, WANG Xu, YAN Jinglan, CHEN Yongjun

(Institute of Acupuncture and Moxibustion, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China)

Abstract The theory of “governor vessel entering into collateral-brain” explains that the governor vessel is closely related to the brain both in circulation and function. Based on this theory, the governor vessel acupoints are the first choice for the treatment of encephalopathy by ancient and modern doctors. The impact of acupuncture on the governor vessel relies on the activation of specific receptors at the acupoint, which convert the acupuncture stimulation into nerve signals transmitted to the central nervous system. However, a comprehensive summary of the neural pathways involved in treating encephalopathy with acupuncture from peripheral to central points has not yet been achieved. In this paper, a comprehensive summary of numerous

studies on peripheral sensory afferent nerves and central nuclei is provided from the perspective of modern neurobiology, and an analysis of the neurobiological basis and regulatory pathways related to the treatment of encephalopathy through acupuncture on the body surface along the governor vessel is conducted.

Keywords governor vessel; encephalopathy; central circuit; neuroimaging; nerve conduction

[收稿日期] 2024-05-19

[基金项目] 国家重点研发计划资助项目(编号:2022YFC3500405); 国家自然科学基金面上项目(编号:82374586)

[作者简介] 张震(1997—), 男, 山东烟台人, 2022 年硕士研究生, 研究方向: 针灸的中枢及外周神经生物学机制研究。邮箱: sdzyydx7972566@163.com。

[通信作者] 陈永君(1978—), 男, 安徽界首人, 医学博士, 教授, 博士研究生导师, 主要从事情志病的发病机制、中医药及针灸防治心脑血管疾病的中枢及外周神经生物学机制研究。邮箱: chen yongjun@sdutcm.edu.cn。

“督脉入络脑”是经络理论中“内属脏腑,外络肢节”核心内容的重要组成部分。督脉是联系脑和其他脏腑经脉气血的桥梁,督脉为病可蒙蔽清窍,扰乱神机导致郁证、癫狂、颤证等脑系疾病。通过数据挖掘技术分析发现,督脉是针刺治疗阿尔兹海默病、卒中、认知障碍等脑病频次最高的经脉^[1-2]。然而,督脉与脑相联系的生物学途径尚不明确。随着神经环路示踪、钙成像、光/化学遗传等神经生物学技术的发展,基于“督脉入络脑”理论探索督脉治疗脑病的外周-中枢传导机制是阐明体表-经络与脑之间存在双向联系的重要突破点^[3]。本文重点探讨督脉经穴体表刺激治疗脑病的神经传导途径,包括督脉头面部三叉神经和躯干部背根神经感觉传入通路、中枢环路投射和神经影像学脑功能的变化。归纳总结针刺督脉体表刺激治疗脑病的调控途径和神经生物学机制,有助于肯定应用传统经络理论开展脑系疾病诊断和治疗的科学价值,为针刺督脉治疗脑病在神经学领域的应用和临床转化提供依据。

1 “督脉入络脑”理论的发展

中医学认为督脉是脑所属的经络^[4-5]。《素问·五脏生成》曰“诸髓者,皆属于脑”,表明脑髓与脊髓密切相关。从循行路线上可以看出督脉行于脊里,统帅诸经在头部汇聚,与脑直接相关联。《针灸甲乙经》记载癫疾可针刺督脉百会、风府,《医宗金鉴》记载刺水沟治疗中风牙关紧闭、不省人事。从经典中可以看出督脉为病,表现为中风、癫痫、情志障碍等脑病,皆可通过针刺督脉穴位治疗,故历代医家素有“病变在脑,首取督脉”之说。

现代研究认为,脑和脊髓是督脉发挥功能的实质载体^[6]。大脑作为高级中枢,支配人的记忆、思维、运动和感觉等功能。脊髓是脑干向下的延伸,是中枢神经系统的低级部分。刺激督脉穴位的传入活动沿双侧脊神经,通过背根神经节传入脊髓背角神经元,诱发脊髓背角的次级感觉神经元兴奋,在相应脊髓节段对穴位刺激产生信号响应并逐级上传^[7],形成周围神经与脑之间的传入通路。有学者提出,督脉和脊髓的共同传入通路是由于大脑运动皮层向下发出的运动纤维构成了锥体束^[8]。其中一部分到达脊髓,循脊入髓,与督脉背部循行路线基本一致,

称为皮质脊髓束,针刺督脉背部经穴可以刺激皮质脊髓束的重塑促进神经功能修复^[9],是督脉背支的实质内容。另一部分止于脑干的脑神经运动核,参与支配三叉神经运动核、面神经核和舌下神经核,被称为皮质核束,是督脉头支的实质内容。已有神经解剖、生理病理和针刺效应等主流研究认为针刺督脉经穴可以直接作用于督脉头面部三叉神经和躯干部背根神经两条主要的躯体感觉通路(见图1),将感觉信号从督脉体表上传至高位中枢引起脑神经重塑^[10]。根据“经络所过,主治所及”理论,督脉功能正常是促进脑和脊髓病变修复的关键。

2 针刺督脉治疗脑病感觉传入通路

2.1 督脉头面部三叉神经感觉传入通路

从神经解剖学角度看头面部穴位感觉传递主要受三叉神经的眼支(V_1)、上颌支(V_2)和下颌支(V_3)3个分支的传入纤维支配^[11]。针刺督脉头面部穴位主要由 V_1 和 V_2 将感觉信号传入中枢。

2.1.1 V_1

V_1 支配的督脉穴位百会、印堂、神庭常用于治疗抑郁、认知障碍等精神类疾病^[12-14]。由三叉神经的眼支直接或间接地投射到大脑,感觉信息从眼支发送到脑干的三叉神经核,三叉神经核与含有5-羟色胺(5-HT)产生神经元的中缝背核(DRN)和含有去甲肾上腺素(NE)产生神经元的蓝斑(LC)密切相关,构成上行投射系统的脑干网状结构,调节已知与抑郁症相关特定单胺类神经递质的活性,增强中枢神经系统NE功能和5-HT再摄取,从而发挥抗抑郁作用^[15-16]。Zheng等^[17]对 V_1 支配的印堂和百会两个头皮穴位进行电针治疗脑卒中后认知障碍(PSCI),其作用机制为:通过 V_1 远端分支激活了三叉神经-脑血管系统,三叉神经感觉信息传入增强了海马和前额叶皮层(PFC)的神经保护和调节突触可塑性。

2.1.2 V_2

V_2 支配督脉水沟穴^[18],多适用于治疗昏迷、中风等脑血管疾病。临床研究发现,持续性电刺激两侧眼眶的眶上神经(三叉神经 V_1 支)和两侧眶下神经(三叉神经 V_2 支)皮肤处靶点能够改善脑损伤后意识障碍昏迷患者的觉醒水平,与临床应用水沟穴治疗昏厥相合^[19]。通过针刺水沟穴可以将三叉神经和

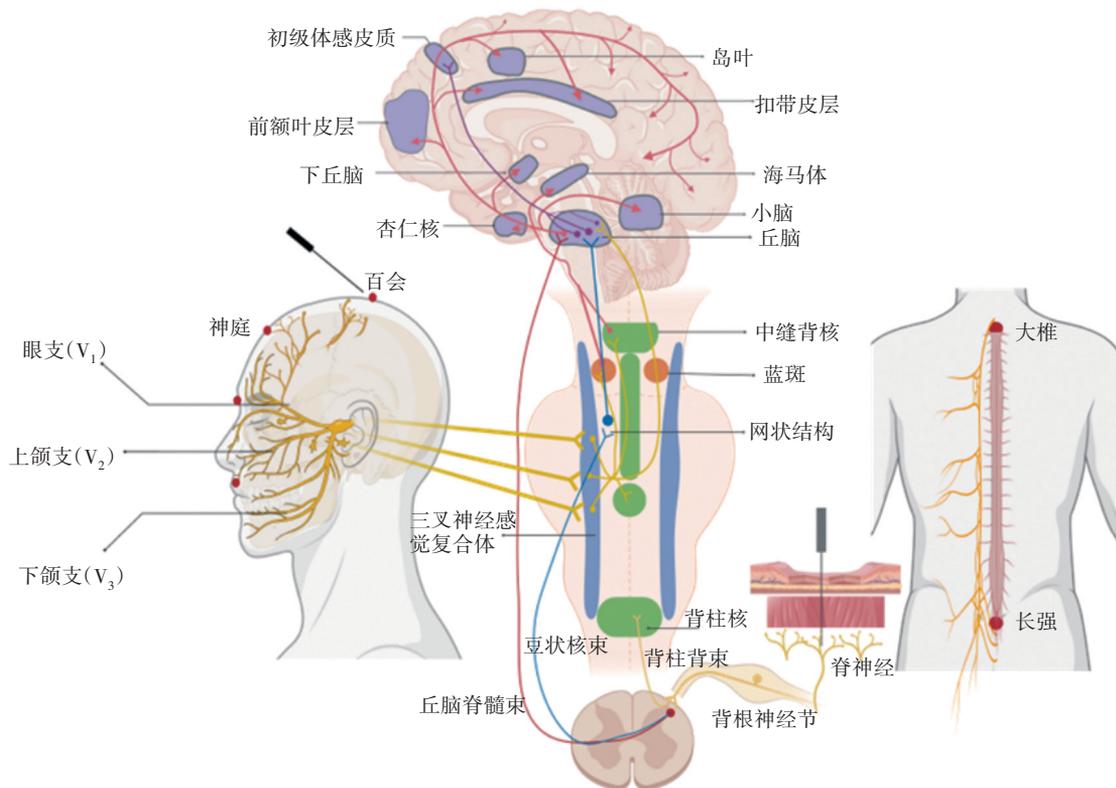


图1 针刺督脉经穴外周-中枢神经传导途径

面神经刺激信号作用至脑干,使三叉神经感觉通路和脑干网状结构之间联系更紧密,激活脑干网传上行激活系统(ARAS),起到改善呼吸节律、升高血压等“醒脑开窍”作用^[20],成为促进觉醒的潜在靶点。在脑血管上布散的感觉神经纤维同样是由三叉神经节所支配^[21]。通过刺激水沟穴介导解除脑血管痉挛,改善脑部血流供应,提高脑脊液降钙素基因相关肽(CGRP)的浓度,进一步引起受损处脑血管舒张^[22]。这可能是电针水沟穴刺激 V_2 的终末端从而改善脑血管功能的神经反射途径。

2.1.3 V_1 - V_2 特定神经通路

V_1 、 V_2 存在共同介导体表穴位感觉传入作用。Wang等^[23]提出针刺督脉头部经穴治疗脑病机制可能在于特定的神经通路,即三叉神经-脑膜-脑脊液-接触神经元-大脑。通过神经示踪技术在三叉神经 V_1 、 V_2 区域发现存在被荧光金(FG)与霍乱毒素B亚基(CTB)双重标记神经元^[24]。其机制可能是头面部与脑膜之间以三叉神经为桥梁存在直接联系,支配督脉局部穴区的三叉神经末梢机械敏感性引发与支

配脑膜的三叉神经末梢进行信息交换,接触脑脊液的神经元可以在脑实质和脑膜之间进行敏感物质传递,这可能是针刺头面部穴位治疗脑疾病的捷径。

2.2 督脉躯体背根神经感觉传入通路

神经解剖学认为,针刺督脉刺激皮肤和感受器分别对脊神经根和脊髓细胞产生影响。李汪^[25]在督脉T9节段筋缩穴进行逆向神经示踪发现,CTB标记的双侧背根神经节(DRG)神经元数比例分别为54.97%与45.03%,认为位于背部中线上的督脉分布着来自双侧的感觉神经纤维。DRG是从外周到中枢神经系统感觉通路的第一个细胞体,可以对感觉传入信号进行增敏,诱发相关神经元的兴奋性异常升高或突触传递增强,刺激肽类物质、神经营养素、阿片受体类等产生,将外周感觉信息上传到大脑中枢^[26]。

2.2.1 肽类物质

肽类物质广泛分布于穴位区域,督脉体表刺激可能会直接诱发脊髓组织细胞分泌具有穴位特异性的神经肽,也是产生针感的重要物质之一。根据CTB神经示踪逆向标记发现电针刺激督脉能够兴奋

背根神经节细胞的脊神经分支,激活对应脊髓节段的DRG感觉神经元合成降钙素基因相关肽(CGRP),从而增加CGRP从脊髓传入末梢释放,传入的肽能神经元投射至脊髓背角,从而完成初级感觉信息的传递^[27]。作用于突触后,脊髓神经元在脊髓水平对督脉穴位刺激产生响应并逐级上传^[28]。

2.2.2 神经营养因子3(NT-3)

NT-3广泛存在于大脑、脊髓和外周神经系统等部位,被认为是神经元存活、发育和功能维持的关键分子。Jin等^[29]研究发现,电针长强、腰俞、脊中、至阳可促进实验动物分泌NT-3,有助于脊髓损伤处皮质脊髓束神经纤维的再生,同时电针可增强移植神经网络与宿主神经环路的突触整合,刺激脑部皮质等区域发生结构和功能重塑,改善大脑皮质运动诱发电位以及瘫痪后肢的肌萎缩和活动能力^[30]。李诗晨等^[31]临床总结发现督脉毛刺法作用于脊神经后根和神经节纤维分布的皮肤区域,刺激神经系统分泌神经营养因子,进而改善脑瘫患儿的神经系统功能。

2.2.3 δ -阿片受体(DORs)

DORs介导的钠通道调节可能在电针诱导的癫痫治疗中发挥重要作用。Kang等^[32]用电针督脉大

椎穴、筋缩穴与腰奇穴治疗癫痫,可以显著降低癫痫发作次数,有效上调DOR系统的表达,从而抑制由钠通道功能障碍导致神经元过度兴奋,减轻癫痫的发作,而刺激对照组内关穴位没有这种效果。

3 针刺督脉治疗脑病是对中枢脑区有调节作用

3.1 针刺督脉激活脑区的神经影像学特异性变化

神经成像技术是一种能够直接或间接地可视化神经系统结构和功能的成像手段,可从督脉穴位-大脑的中枢机制角度研究针灸的效果,对于确定针刺督脉治疗脑病的中心靶点和机制至关重要。以下从脑血管损伤、精神障碍、神经退变、认知障碍四方面分别探讨针刺督脉穴位响应的脑功能连接,从神经影像学角度为“督脉入络脑”理论提供可视化证据(见表1)。

3.1.1 脑血管损伤

通过数据挖掘发现,临床治疗缺血性中风的取穴规律主要是大椎-人中-百会等督脉穴位的组合配伍^[33]。针刺督脉可有效提高脑卒中患者中央前回、屏状核等脑区局部静息脑电图活动值,兴奋卒中患者与肢体运动相关脑区^[34]。针刺上星、神庭穴能显著改善中风后完全性失语,其机制可能与调控左上放射冠、右后放射冠等语言中枢脑区有关^[35]。在

表1 针刺督脉治疗脑病激活脑区的神经影像学变化

疾病	督脉穴位	脑区变化	评价指标
脑卒中 ^[34]	百会、神庭、通天、大椎	中央前回、屏状核、顶上小叶、顶下小叶、额中回↑	Reho值
失语症 ^[35-36]	上星、神庭	左上放射冠、右后放射冠、左外囊、左上纵束和左前枕上束↑ 右缘上回↓	Reho值
抑郁症 ^[37-38]	百会、印堂	杏仁核与海马体、楔前叶、中央前回及角回↑ 杏仁核与眶额叶皮层、DMN过度激活↓	ALFF值
孤独症谱系障碍 ^[39]	长强	感觉皮层系统-默认网络模式-边缘系统↑	ALFF值
失眠 ^[40-41]	百会、强间、大椎、风府	额叶、岛叶和前扣带回,左背侧尾状核、右侧腹侧尾状核、左侧腹侧尾状核↑	Fishers-Z分数
阿尔兹海默病 ^[42-46]	百会、印堂、水沟、大椎	海马体、额下回、额上回和颞上回、颞横回、顶叶下小叶、小脑、顶叶上小叶、脑岛、扣带皮层、丘脑↑	Reho值
帕金森病 ^[47]	百会、神庭	前额叶背外侧皮层、左侧小脑后叶、右侧顶下小叶、左侧楔前叶↑ 右侧颞下回、右侧辅助运动区、左侧豆状核、右侧豆状核、左侧丘脑、右侧丘脑、左侧尾状核↓	Reho值
血管性认知障碍 ^[48-49]	百会、神庭	右侧颞下回、左侧枕中回、左侧枕上回以及右侧顶上回↑	ALFF值
痴呆 ^[50]	百会、神庭	左右侧顶下小叶、右侧中央前回、后回右侧楔叶/楔前叶、右侧辅助运动区↑ 左侧尾状核、丘脑、苍白球↓	Reho值

注:Reho为静息脑电图背景活动;ALFF为静息态低频振幅;↑为上调;↓为下调。

独立成分(ICA)分析方面,中风后失语症患者的左额上回、右中央后回功能连接增强,而右缘上回功能连接降低^[36]。

3.1.2 精神障碍

临床广泛应用百会、印堂穴作为针灸治疗精神疾病的主穴。Duan等^[37]发现针刺百会治疗抑郁,能显著提高患者杏仁核和海马体等脑区之间的情感功能连接,同时下调杏仁核与眶额叶皮层的功能连接,异常激活的默认模式网络(DMN)也被有效抑制。通过功能性磁共振成像(fMRI)技术观测下发现,静息态下孤独症谱系障碍(ASD)患者脑皮质、海马、小脑等区域组织结构特征与健康人群存在区别,针刺长强穴激活了脑网络中的感觉皮层系统-默认网络模式-边缘系统^[38-39]。分析近10年针灸治疗失眠选穴规律发现,督脉穴的应用频次最高,基于fMRI选用百会、强间、大椎、风府调督通气治疗失眠患者,针刺激活前扣带回、额叶和岛叶及边缘系统等与认知情绪关联度高的区域,其潜在中枢机制可能是针刺可调节默认网络、情感网络之间的活动^[40-42]。

3.1.3 神经退变

大量研究表明,阿尔兹海默病(AD)是最常见的中枢神经退行性疾病之一^[43]。通过数据挖掘发现,治疗AD选穴频次最高的依次是百会、印堂、水沟、大椎穴等^[44],督脉的选用频次最高。脑成像改变被认为是AD的基本病理改变^[45],针刺后激活的大脑区域与认知功能的处理有关,包括记忆区域(如海马体、额下回)、听觉言语区域(如颞上回、颞横回)、语言功能区域(如额中回、小脑)、空间注意力区域(如顶叶上小叶)、认知功能的情感情绪处理区域(如脑岛、扣带皮层)^[46]。针刺督脉对帕金森病(PD)患者功能的恢复与某些代偿性脑区的激活密切相关。针刺百会、神庭等穴对PD患者治疗前后对比静息脑电图背景活动(Reho)值,Reho值增高者有右侧前额叶皮层、左侧小脑后叶等脑区,Reho值降低者有左侧尾状核、右侧颞下回等。双向调节异常脑部神经活动可能是针刺督脉治疗PD的内在机制^[47]。

3.1.4 认知障碍

临床影像学数据分析发现,电针百会、神庭穴可增强血管认知障碍(VCIND)患者DMN的脑功能连接,其中包括与认知功能相关的后扣带回-左额中回

及右颞上回等脑区^[48]。在静息态低频振幅(ALFF)值中,右侧颞下回、左侧枕中回等脑区的自发活动同样增强^[49]。商佳欢等^[50]通过fMRI对15例血管性痴呆患者针刺百会穴扫描发现,针刺后患者左、右侧顶下小叶和右侧辅助运动区等Reho增高,左侧尾状核及丘脑等Reho值降低。由此推测,激活感觉运动、视空间功能网络可能是针刺督脉经穴治疗痴呆患者主要脑连接靶点,但针刺督脉引起的大脑功能连接的变化还有待进一步研究。

3.2 中枢环路参与针刺督脉治疗脑病的调控机制

神经环路是构成中枢神经系统的基本单元,大脑核团相互投射形成不同的神经回路,共同调节感知、负面情绪或认知障碍。神经环路的异常可导致多种脑病,使督脉“入络于脑”功能产生障碍,从督脉诊治能够调节脑区间的信息传递(见图2)。

3.2.1 基底神经节-丘脑-皮层神经环路

丘脑是皮层环路的重要节点,参与基底节-丘脑-皮层神经环路及上行网状激活系统,与记忆、意识密切相关^[51]。研究发现,震颤发作期患者基底神经节环路处于兴奋状态,小脑回路活动与震颤的幅度也产生关联^[52]。通过针刺百会、风池穴可以调控小脑-丘脑-皮层(CTC)神经环路从而减轻PD导致的震颤。Jia等^[53]研究认为,高频电针刺激大椎、百会穴可以提高黑质多巴胺能神经元的存活率,减少基底神经节到丘脑环路 γ -氨基丁酸能(GABA)的过度输出,恢复基底神经节回路多巴胺能传递的稳态。

3.2.2 基底前脑-海马

Li^[54]探讨电针百会 and 神庭穴对小鼠模式分离的影响,并研究五种家族突变小鼠的神经回路机制,电针通过减少神经元损失调节胆碱能系统,激活该回路以上调M1受体阳性细胞,并促进齿状回(DG)中的海马神经,激活基底前脑-海马胆碱能神经回路,显著改善空间识别记忆和模式分离障碍。CA3-CA1脑区投射是海马“三突触环路”的关键一环^[55],研究发现电针百会、神庭穴对认知障碍大鼠空间学习记忆有显著改善,其机制可能是通过增强海马CA3-CA1神经环路的兴奋性突触传递达到目的^[56-57]。

3.2.3 边缘系统-感觉皮层

针刺效应在皮层和边缘系统之间具有动态的因果关系^[58]。边缘系统的重要组成部分包括海马及其

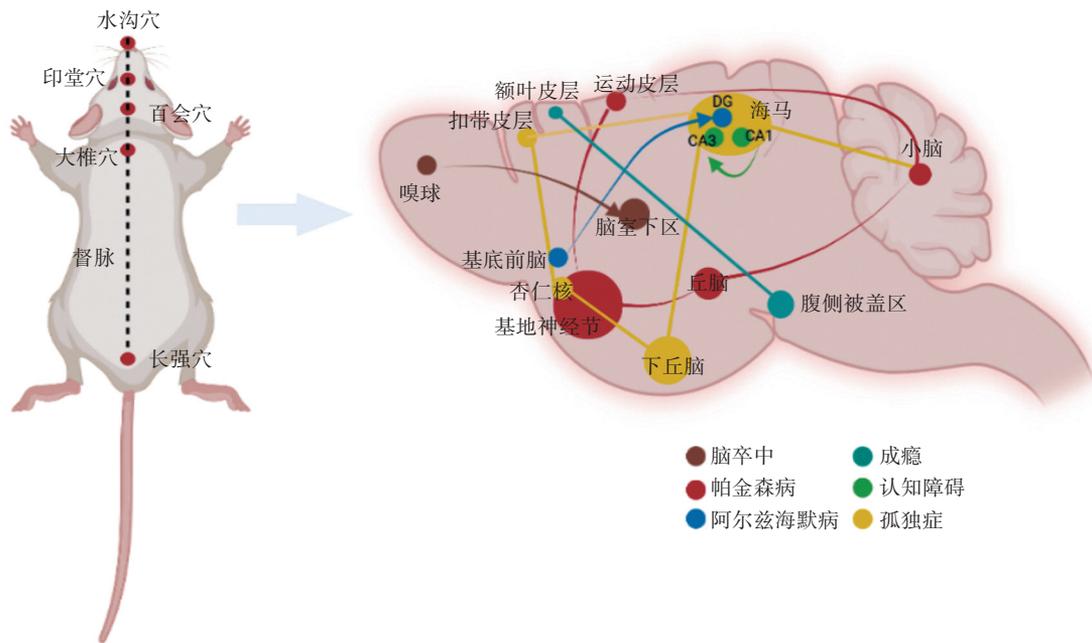


图2 中枢环路参与针刺督脉治疗脑病的调控机制

DG,与情绪、感知等行为相关。有学者发现,针刺长强穴激活了孤独症模型小鼠边缘系统及与小脑相关联的感觉皮层系统,海马及小脑分泌与认知相关蛋白量表达增加,可能是边缘系统-感觉皮层环路参与了针刺时的响应^[39]。通过针刺神庭、本神发现电针可以提高阿尔兹海默病小鼠的学习记忆能力,同时抑制 β 淀粉样蛋白(A β)的沉积,调节大脑边缘系统区域内在功能结构。这可能与边缘系统-皮层神经回路中功能连接的显著增加相关,突显了该回路在驱动认知和记忆过程中的重要性^[59]。边缘系统的关键组成通过Papez环路相互连接,电针百会、神庭穴治疗大脑中动脉闭塞(MCAO)大鼠认知障碍的神经回路机制中,边缘系统的Papez环路参与改善空间学习和情景记忆,推测边缘系统-感觉皮层之间投射是发生信息交换关键环路^[60-61]。

3.2.4 腹侧被盖区-额叶皮层

中皮层途径(从腹侧被盖区到额叶皮层)是复发成瘾奖赏的一条关键途径,腹侧被盖区是这种多巴胺奖赏通路中的重要区域,包含大量多巴胺能神经元。Zhang等^[62]针刺督脉百会、大椎穴可使海洛因复吸大鼠腹侧被盖区-额叶皮层神经元超微结构正常化,同时促使海洛因复吸大鼠脑源性神经营养因子和胶质细胞系神经营养因子的表达,并保护神经细

胞。这表明有效的成瘾控制依赖于该环路的功能正常。

3.2.5 嗅球-侧脑室下区

嗅球-侧脑室下区为嗅球所在的一个内间隙,鼻腔中的嗅觉神经通过嗅球从该处入脑,而此处正是督脉“上系两目之下中央”的地方。通过电针水沟、大椎治疗脑缺血大鼠,促进侧脑室的脑室下区(SVZ)和海马齿状回颗粒下层(SGZ)神经干细胞的增殖^[64-65]。已有研究进一步证实人类身上存在一条绕过血-脑脊液屏障从鼻腔到大脑的直接运输路线^[66]。鼻腔位置与督脉直接相通,而嗅黏膜-嗅球-SVZ环路的解剖位置也恰好处于督脉循行中线且投射入大脑中枢,对治疗脑病有着相对特异的效应,更加具体地证明了“督脉入络”理论^[67]。

4 结束语

针刺督脉体表通过外周-中枢复杂神经网络将信息在大脑进行整合,这些刺激信息主要通过头面部三叉神经和躯干部背根神经两条主线将感觉信息传递至大脑中枢。从神经环路角度总结“督脉穴位-大脑”的关键中枢脑区基底神经节、海马、皮层等起效机制。应用神经影像学归纳病理状态下刺激督脉穴位相关特定脑区的不同响应。

此外,针刺督脉经穴治疗脑病研究的局限有以

下几个方面。①督脉治疗脑系疾病经穴效应的特异性尚存在一定研究不足,尚不能明确区分是督脉还是特定督脉穴位起到了治疗脑系疾病的作用。督脉穴位配伍治疗脑病通过多个脑区形成复杂协调的功能网络达到治疗效果,针刺督脉经穴脑效应机制研究仍有很大的发展空间。②目前仅有对印堂、百会等督脉穴位治疗脑系疾病的关键脑区研究,但尚未明确督脉体表刺激如何从外周-中枢逐级传导途径。今后应采用神经病毒示踪、透明化包埋三维成像、全脑荧光显微光学切片断层成像等多种现代技术手段开展精准穴位-大脑结构网络和功能网络的研究。③督脉穴位治疗脑病的研究多以实验动物为模型,随着人工智能、脑机接口技术的发展,沿着人体督脉-脑的结构和途径去研究针刺疗效规律将更有助于揭示其潜在作用机制。同时,要尽可能进行大样本研究,实验设计和分析方法需要进一步统一规范。

综上所述,作为科技创新发展的战略重点,脑科学已成为多学科交叉的重要前沿领域^[68],未来充分应用现有脑科学技术方法探究督脉体表刺激治疗脑系疾病的神经传导机制,以期明确督脉体表刺激在脑系疾病治疗中的精准应用,为临床应用督脉穴位治疗脑系疾病的推广提供可靠的神经生物学依据。

[参考文献]

- [1] 高浚洋,卢春键,袁金筠,等. 基于数据挖掘探究针刺治疗中风后认知障碍的选穴规律[J]. 广州中医药大学学报,2023,40(11):2943-2949.
- [2] 黄俊燕,杨少敏,李金全,等. 基于数据挖掘技术探讨针刺治疗阿尔茨海默病的选穴规律[J/OL]. 实用中医内科杂志:1-12[2024-06-26]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1187.r.20231121.1452.004.html>.
- [3] 汪露,杨静雯,马思明,等. 针刺的神经环路机制研究现状[J]. 中华中医药杂志,2020,35(12):6223-6227.
- [4] 严梦蝶,付雪,张治强,等. 基于“督脉体系”的抑郁共病失眠病机探析及外治研究进展[J/OL]. 辽宁中医药大学学报:1-20[2024-06-26]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1543.r.20240417.1642.008.html>.
- [5] 马婕,窦报敏,李艳伟,等. 奇经八脉与人体系统的相关性初探[J]. 针灸临床杂志,2022,38(6):1-4.
- [6] 王凯,管树杰,徐家淳,等. 中医“脑髓”的现代生物学基础探讨[J]. 中华中医药杂志,2024,39(2):566-570.
- [7] 宋学军. 疼痛信号外周神经转导的分子生物学机制[J]. 中国疼痛医学杂志,2016,22(1):2-7.
- [8] 赵蕊,徐敏杰,李翔宇,等. 基于形神思维探讨从督论治卒中后失语[J]. 环球中医药,2024,17(4):670-675.
- [9] 王娇予,张海峰. 针刺督脉经穴为主对缺血性脑卒中皮质脊髓束重塑及康复的影响[J]. 新中医,2019,51(7):228-231.
- [10] 周德生,谢清. 基于督脉理论辨治脊髓疾病[J]. 湖南中医药大学学报,2019,39(8):929-936.
- [11] GONELLA M, FISCHBEIN N, SO Y. Disorders of the trigeminal system[J]. Semin Neurol,2009,29(1):36-44.
- [12] YUAN JIA Z, LING YUN P, JIANG H, et al. Electroacupuncture-modulated extracellular ATP levels in prefrontal cortex ameliorated depressive-like behavior of maternal separation rats[J]. Behav Brain Res, 2023,452:114548.
- [13] 曹毛闪. 头穴针刺配合综合康复训练治疗儿童孤独症疗效观察[J]. 中医药临床杂志,2018,30(12):2289-2291.
- [14] 党潇,李波漩,孟智宏. 针刺治疗脑卒中后认知障碍的研究进展[J]. 山东中医杂志,2024,43(4):429-434.
- [15] YOSHIDA A, INOUE M, SATO F, et al. Efferent and afferent connections of supratrigeminal neurons conveying orofacial muscle proprioception in rats[J]. Brain Struct Funct,2022,227(1):111-129.
- [16] MERCANTE B, ENRICO P, FLORIS G, et al. Trigeminal nerve stimulation induces Fos immunoreactivity in selected brain regions, increases hippocampal cell proliferation and reduces seizure severity in rats[J]. Neuroscience,2017,361:69-80.
- [17] ZHENG Y, QIN Z S, TSOI B, et al. Electroacupuncture on trigeminal nerve-innervated acupoints ameliorates poststroke cognitive impairment in rats with middle cerebral artery occlusion: involvement of neuroprotection and synaptic plasticity[J]. Neural Plast, 2020, 2020: 8818328.
- [18] 金鑫,吴帮启,郭扬,等. 基于古籍文献的针灸治疗意识障碍选穴规律数据挖掘[J]. 中医杂志,2023,64(13):1384-1390.
- [19] FAN S, WU X, XIE M, et al. Trigeminal nerve stimulation successfully awakened an unconscious patient[J]. Brain Stimul,2019,12(2):361-363.
- [20] 吕有魁,何宗宝. 人中穴“醒脑开窍”作用机理的研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志,2016,22(1):147-149.
- [21] EDVINSSON L, GRELL A S, WARFVINGE K. Express-

- sion of the CGRP family of neuropeptides and their receptors in the trigeminal ganglion[J]. *J Mol Neurosci*, 2020, 70(6):930-944.
- [22] LI C, WHITE T G, SHAH K A, et al. Percutaneous trigeminal nerve stimulation induces cerebral vasodilation in a dose-dependent manner[J]. *Neurosurgery*, 2021, 88(6):E529-E536.
- [23] WANG S, LIU K, WANG Y, et al. A proposed neurologic pathway for scalp acupuncture: trigeminal nerve-meninges-cerebrospinal fluid-contacting neurons-brain[J]. *Med Acupunct*, 2017, 29(5):322-326.
- [24] 王舒娅, 王佳, 刘坤, 等. 头针与脑联系的捷径通路[J]. 针刺研究, 2020, 45(12):947-953.
- [25] 李汪. 督脉双侧神经支配特性研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2023.
- [26] KRAMES E S. The dorsal root ganglion in chronic pain and as a target for neuromodulation: a review[J]. *Neuromodulation*, 2015, 18(1):24-32.
- [27] IYENGAR S, OSSIPOV M H, JOHNSON K W. The role of calcitonin gene-related peptide in peripheral and central pain mechanisms including migraine[J]. *Pain*, 2017, 158(4):543-559.
- [28] XU H Y, YANG Y, DENG Q W, et al. Governor Vessel electro-acupuncture promotes the intrinsic growth ability of spinal neurons through activating CGRP/ α CaMKII/NT-3 pathway after spinal cord injury[J]. *J Neurosci*, 2020.
- [29] JIN H, ZHANG Y T, YANG Y, et al. Electroacupuncture Facilitates the Integration of Neural Stem Cell-Derived Neural Network with Transected Rat Spinal Cord[J]. *Stem Cell Rep*, 2019, 12(2):274-289.
- [30] 李晓滨, 曾园山, 陈玉玲, 等. 督脉电针与神经干细胞移植联合应用促进SCI横断大鼠前角运动神经元存活及减轻后肢肌萎缩的研究[J]. *中国康复医学杂志*, 2006, 21(2):104-107.
- [31] 李诗晨, 阙秀琴, 傅萍, 等. 督脉毛刺法治疗脑瘫的探讨[J]. *贵州中医药大学学报*, 2023, 45(5):5-9.
- [32] KANG X Z, SHEN X Y, XIA Y. Electroacupuncture-Induced Attenuation of Experimental Epilepsy: A Comparative Evaluation of Acupoints and Stimulation Parameters[J]. *EBCAM*, 2013, 2013:149612.
- [33] 邵田娱, 丁敏芮, 周秀, 等. 基于数据挖掘探究针刺督脉治疗急性缺血性中风的腧穴应用规律[J]. *中华中医药杂志*, 2021, 36(2):1118-1121.
- [34] 叶正飞, 郭荣爱. 升阳通督针治疗脑卒中偏瘫的效果及对静息脑功能成像的影响分析[J]. *四川中医*, 2018, 36(8):186-188.
- [35] TAO L, ZHU M, CAI Q. Neural substrates of Chinese lexical production: the role of domain-general cognitive functions[J]. *Neuropsychologia*, 2020, 138:107354.
- [36] XU X, REN C, FANG H, et al. Exploring the functional connectivity characteristics of brain networks in post-stroke patients with global aphasia: a healthy control based resting-state fMRI study[J]. *Annals Palliat Med*, 2021, 10(12):121132128.
- [37] DUAN G, HE Q, PANG Y, et al. Altered amygdala resting-state functional connectivity following acupuncture stimulation at BaiHui (GV20) in first-episode drug-Naïve major depressive disorder[J]. *Brain Imaging and Behav*, 2020, 14(6):2269-2280.
- [38] WEI X YU, CHEN H, GUO C, et al. The instant and sustained effect of electroacupuncture in postgraduate students with depression: an fmri study[J]. *Neuropsych Dis Treat*, 2021, 17:873-883.
- [39] 卜婉萍. 基于脑网络分析法探析针刺长强穴治疗孤独症谱系障碍的响应模式[J]. *福建中医药*, 2023, 54(9):47-50.
- [40] 张孝彬. 近10年针灸治疗失眠腧穴规律的研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2018.
- [41] 赵婷, 徐辉, 赵腾, 等. 健脑安神法针刺治疗失眠及对磁共振脑功能成像的影响[J]. *中国针灸*, 2021, 41(7):767-773.
- [42] WANG Y K, LI T, HA L J, et al. Effectiveness and cerebral responses of multi-points acupuncture for primary insomnia: a preliminary randomized clinical trial and fMRI study[J]. *BMC Complement Med Ther*, 2020, 20(1):254.
- [43] MONZIO COMPAGNONI G, DI FONZO A, CORTI S, et al. The role of mitochondria in neurodegenerative diseases: the lesson from alzheimer's disease and parkinson's disease[J]. *Mol Neurobiol*, 2020, 57(7):2959-2980.
- [44] 程乐, 朱才丰, 周冰原, 等. 针灸治疗阿尔茨海默病研究状况及趋势的可视化分析[J]. *中国针灸*, 2024, 44(4):469-478.
- [45] ZHAN Y, FU Q, PEI J, et al. Modulation of brain activity and functional connectivity by acupuncture combined with donepezil on mild-to-moderate Alzheimer's

- disease: a neuroimaging pilot study [J]. *Front Neurol*, 2022, 13: 912923.
- [46] YIN Z, WANG Z, LI Y, et al. Neuroimaging studies of acupuncture on Alzheimer's disease: a systematic review [J]. *BMC Complement Med Therap*, 2023, 23(1): 63.
- [47] 王丰, 李昂, 李晓陵, 等. 针刺治疗帕金森病前后静息态功能磁共振成像局部脑功能区一致性差异 [J]. *中国老年学杂志*, 2014, 34(21): 5947-5949.
- [48] 林瑞珠. 基于默认网络探讨电针“神庭、百会”对非痴呆型血管性认知障碍患者认知功能的影响 [D]. 福州: 福建中医药大学, 2020.
- [49] 杨楠. 基于静息态低频振幅探讨针刺神庭、百会对脑小血管病认知功能障碍的中枢机制 [D]. 福州: 福建中医药大学, 2021.
- [50] 商佳欢, 郑运松, 赵腾, 等. 基于静息态功能磁共振技术探讨针刺疗法对血管性痴呆患者脑功能的影响 [J]. *山东中医杂志*, 2021, 40(4): 375-379.
- [51] 熊文娟, 何来昌, 谭永明, 等. 经典三叉神经痛患者脑局部自发活动的静息态功能MRI [J]. *中国医学影像技术*, 2017, 33(9): 1321-1325.
- [52] LI Z, CHEN J, CHENG J B, et al. Acupuncture modulates the cerebello-thalamo-cortical circuit and cognitive brain regions in patients of Parkinson's disease with tremor [J]. *Front Aging Neurosci*, 2018, 10: 206.
- [53] JIA J, SUN Z, LI B, et al. Electro-acupuncture stimulation improves motor disorders in Parkinsonian rats [J]. *Behav Brain Res*, 2009, 205(1): 214-218.
- [54] LI L, LI J H, DAI Y L, et al. Electro-acupuncture improve the early pattern separation in Alzheimer's disease mice via basal forebrain-hippocampus cholinergic neural circuit [J]. *Front Aging Neurosci*, 2021, 13: 770948.
- [55] LI Y, XU J, LIU Y, et al. A distinct entorhinal cortex to hippocampal CA1 direct circuit for olfactory associative learning [J]. *Nature Neurosci*, 2017, 20(4): 559-570.
- [56] WANG Z, LIN B, LIU W, et al. Electroacupuncture ameliorates learning and memory deficits via hippocampal 5-HT_{1A} receptors and the PKA signaling pathway in rats with ischemic stroke [J]. *Metab Brain Dis*, 2020, 35(3): 549-558.
- [57] TEIXEIRA C M, ROSEN Z B, SURJ D, et al. Hippocampal 5-HT input regulates memory formation and schaffer collateral excitation [J]. *Neuron*, 2018, 98(5): 992-1004.
- [58] 张帆, 王茜伊, 王帅亚, 等. 电针调控大脑初级运动皮层第五层谷氨酸能神经元活性改善急性心肌缺血小鼠心功能的机制 [J]. *中华中医药杂志*, 2023, 38(5): 2055-2060.
- [59] FANG J, JIN Z, WANG Y, et al. The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: Limbic-paralimbic-neocortical network modulation [J]. *Hum Brain Mapp*, 2009, 30(4): 1196-1206.
- [60] ESCOBAR I, XU J, JACKSON C W, et al. Altered neural networks in the papez circuit: implications for cognitive dysfunction after cerebral ischemia [J]. *J Alzheimer's Dis*, 2019, 67(2): 425-446.
- [61] ZHANG Q, LI J, HUANG S, et al. Functional connectivity of the retrosplenial cortex in rats with ischemic stroke is improved by electroacupuncture [J]. *Acupunct Med*, 2021, 39(3): 200-207.
- [62] ZHANG R J, CAI X H, SONG X G, et al. Normalization of ventral tegmental area structure following acupuncture in a rat model of heroin relapse [J]. *Neural Regenerat Res*, 2014, 9(3): 301.
- [63] YU J H, SEO J H, LEE J Y, et al. Induction of neurorestoration from endogenous stem cells [J]. *Cell Transplant*, 2016, 25(5): 863-882.
- [64] ZHAO L, ZHOU C L, LI L, et al. Acupuncture improves cerebral microenvironment in mice with Alzheimer's disease treated with hippocampal neural stem cells [J]. *Mol Neurobiol*, 2017, 54(7): 5120-5130.
- [65] KIM Y R, KIM H N, AHN S M, et al. Electroacupuncture promotes post-stroke functional recovery via enhancing endogenous neurogenesis in mouse focal cerebral ischemia [J]. *PLoS One*, 2014, 9(2): e90000.
- [66] PARDESHI C V, BELGAMWAR V S. Direct nose to brain drug delivery via integrated nerve pathways by-passing the blood-brain barrier: an excellent platform for brain targeting [J]. *Expert Opin Drug Del*, 2013, 10(7): 957-972.
- [67] 王燕平, 张维波, 李宏彦, 等. 《黄帝内经》任督二脉循行解析 [J]. *中国针灸*, 2021, 41(7): 805-812.
- [68] 张紫璇, 李少源, 王瑜, 等. 脑科学技术在针刺研究中的应用 [J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2022, 24(3): 911-917.

·西苑中医肾病学术传承经验系列研究·

基于方药中辨证论治五步法之“必先五胜” 辨治慢性肾衰竭

马晓北¹, 钱琳琳²

(1. 中国中医科学院研究生院, 北京 100700; 2. 中国中医科学院中医基础理论研究所, 北京 100700)

[摘要] “必先五胜”是方药中教授创立的辨证论治五步法中最关键一步, 具有承辨证启论治的作用。应用“必先五胜”辨治慢性肾衰竭, 一方面, 可承上以审清病机之本, 明确原发与继发, 辨病位之本; 明确真假异同, 辨病性之本; 审度病情轻重缓急, 辨病势之本。另一方面, 启下以确立扶正补虚为主、兼以祛邪的治疗原则, 并创立治疗慢性肾衰竭的脾、肾系列方药。应用此法辨治慢性肾衰竭经临床观察疗效佳, 以此法制定的慢性肾衰竭的证治体系被中国中医科学院西苑医院肾病科及其传承人广泛应用。

[关键词] 辨证论治五步法; 必先五胜; 慢性肾衰竭; 名家传承; 方药中

[中图分类号] R256.5

[文献标识码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0804-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.004

Treatment of Chronic Renal Failure Based on FANG Yaozhong's "Bixian Wusheng" Five-step Method of Syndrome Differentiation and Treatment

MA Xiaobei¹, QIAN Linlin²,

(1. Graduate School of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100700, China; 2. Institute of Basic Theory for Chinese Medicine, China Academy of Chinese Medicine Science, Beijing, 100700, China)

Abstract "Bixian Wusheng" is the most critical step in the five-step method of syndrome differentiation and treatment established by professor FANG Yaozhong, which has the effect of guiding syndrome differentiation, starting and facilitating effective treatment. Applying "Bixian Wusheng" into the differentiation and treatment of chronic renal failure, on the one hand, it serves to examine the pathogenesis, distinguish primary from secondary factors, and identify the positioning of the disease, differentiate between authentic symptoms versus misleading ones as well as assessing disease severity, and identify the development of the disease. On the other hand, its starting and facilitating effective treatment means introducing principles of strengthening

healthy qi, tonifying deficiency while expelling pathogenic factors, and establishing a range of spleen-kidney prescriptions tailored for addressing chronic renal failure. Clinical studies have demonstrated that employing this method yields positive outcomes in the differentiation and treatment of chronic

[收稿日期] 2024-04-30

[基金项目] 北京中医药薪火传承“新3+3”工程(编号:2023-SZ-E-01)

[作者简介] 马晓北(1970—), 女, 宁夏吴忠人, 医学博士, 研究员, 主要从事名家中医学术思想研究、中医疫病防治理论研究、中医养生理论研究。邮箱: msbmsl@163.com。

renal failure. Consequently, the Nephrology Department of Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, widely adopts this syndromic approach to treat chronic renal failure.

Keyword five-step method of syndrome differentiation and treatment; Bixian Wusheng; chronic renal failure; Succession of famous masters; FANG Yaozhong

方药中(1921—1995),重庆人,中国中医研究院研究员、博士研究生导师,全国首批名老中医药专家学术经验继承指导老师,享受国务院首批政府特殊津贴。他从事中医学理论、临床、教学、科研等工作50余年,擅长诊治肾病、肝病及疑难杂病。辨证论治五步法(简称“五步法”)是方药中教授立足于中医理论体系所创立的中医辨证论治的步骤和方法。第一步:定位,即按脏腑经络定位;第二步:定性,即从阴、阳、表、里、气、血、虚、实、风、火、湿、燥、寒、毒等14个方面定性;第三步:必先五胜;第四步:治病求本;第五步:治未病^[1]。这一方法切合临床,操作性强,融辨证要素于一体,全面审查病机,可提高辨证的准确性及临床的疗效和规范性^[2]。“必先五胜”是辨证论治从诊断向治疗转化的关键一步。

慢性肾衰竭(CRF)是由原发或继发性因素导致的慢性进行性肾实质损伤,因其病程迁延,病机错综复杂,并处于不断变化中,临床治疗效果欠佳^[3]。方药中教授在承担国家“七五”攻关课题《著名中医方药中对慢性肾衰竭的临床诊治经验研究》(简称“慢性肾衰诊治经验研究”)过程中以中医理论体系为指导,应用五步法对CRF进行辨治,并总结本病的诊疗规律,提出了治疗CRF的证治体系新模式,其创制的辨治方法一直被沿用至今。本文深入挖掘“必先五胜”的理论内涵,并结合其在CRF辨治中的临床应用进行阐述。

1 “必先五胜”的内涵及作用

1.1 “必先五胜”的内涵

“必先五胜”出自《素问·至真要大论》:“夫百病之生也,皆生于风寒暑湿燥火,以之化之变也……故《大要》曰:谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之,盛者责之,虚者责之,必先五胜”,对疾病病机的五脏、六气归属进行论述,总结了“病机十九条”,提出“必先五胜”是分析辨别病机的关键一步。历代医家对“必先五胜”的认识主要有以下三方面。一是五行相克更胜论。王冰于《重广补注黄帝内经素问》中

云:“五胜,谓五行更胜也。先以五行寒暑温凉湿,酸咸甘辛苦,相胜为法也。”^[4]其后,张景岳、李中梓、汪昂等亦持此类观点,如章楠^[5]于《灵素节注类编》中云“先察其五行生克、六气胜复之道”,疏通调畅气血,方能调达和平,保身长全。二是五脏精气论。张志聪^[6]于《黄帝内经素问集注》注释为“故必先使五脏之精气皆胜,而后疏其血气,令其调达”,即五脏精气旺盛。三是制伏五邪论。黄元御^[7]于《素问悬解》中提出“必先五胜,所以制伏五邪也。疏其地气,疏通脾胃之郁也”,即是此意。当今学界一般认为,“必先五胜”主要是指通过五脏六气进行病机分析的方法。

方药中教授认为“胜”,即偏盛,“五胜”,即五脏之气偏盛。“必先五胜”即是在错综复杂、变化万端的各种临床表现中分析各种发病机转,根据疾病的发生、发展、变化过程,确定哪一个脏腑及哪一种病理生理变化在其中起主导作用。其实质在于明确辨别疾病病机,即辨清疾病病因、病位、病性以及与邪正之间的关系。准确分析病机是辨证论治的基础与核心。方药中^[8]在《辨证论治研究七讲》中指出临床上如何进行辨证论治,实际上是在中医学整体观与藏象学说指导下,通过仔细辨别病机的基础上进行实现的。

1.2 “必先五胜”在五步法中的重要性及作用

“必先五胜”是中医学理论体系完整构建融合后在辨证论治领域中的有机升华,充分体现了中医临床诊治的较高境界,并将其归纳为承辨证启论治与融古今汇中西这两点^[9]。正因为“必先五胜”具有明确标本先后、明晰病变趋势、明辨脏腑转化机制得出辨证结论的作用,方能在此基础上达到“治病求本”的目的。同时五步法基于中医自身发展规律完成了其自身的规范化,且其并非固定不变,而是开放且能自我完善的系统。在临床上可发挥以下三点作用。一是审清病机。根据整体恒动观与五脏相通原理,分清原发与继发;根据复杂错综的症状,辨别

病性真假异同;根据疾病发展规律,审度病情轻重缓急;最后,估计疾病的发展演变及预后趋势。二是明晰治则治法。在审清病机的基础上完成“治病求本”的基本法则。三是指导制方用药。“必先五胜”已表明疾病的发生发展与五脏、六气胜复相关,在明确治则治法的基础上考虑此方面进行用药,则可提高临床疗效。

2 “必先五胜”在CRF中的应用

根据五步法并结合CRF的发病情况及临床表现,第一步:定位,对CRF按照脏腑经络进行定位,其主要病位定位于脾、肾,并涉及肝、心、肺等。第二步:定性,CRF的病性主要以阴阳、气血的虚损为主,兼夹风、火、湿、燥、寒、瘀、毒等邪实。第三步:“必先五胜”则是在以上两步基础上通过辨病位之本、辨病性之本、辨病势之本三方面更进一步审清病机,同时为后续确立治则治法及处方用药奠定基础。

2.1 审清病机

2.1.1 明确原发继发,辨病位之本

在CRF病位的辨别上,方药中教授以CRF的初期症状明辨原发与继发,将本病原发病位定位于脾、肾两脏。一是以浮肿为初期特征症状,患者先前有脾胃病病史,可表现为腹胀、纳呆、恶心、呕吐、便溏等,并继发于肾,此种情况则原发病位在脾,继发于肾。二是以腰痛为初期特征症状,患者初起即见肝肾之症,如见腰痛、头晕、耳鸣、遗精等症状,并未出现浮肿的症状,此种情况则原定定位在肾。三是脾肾同病,即前两种情况皆存在,难分先后者则定位于脾肾。通过明辨病位原发继发,明确疾病发生源头脏腑,区分标本先后,方可在后续治疗过程中达到治病求本的目的。

2.1.2 明确真假异同,辨病性之本

CRF因其病程迁延,病机错综复杂且多变,因此如何在复杂多变的病性中抓住主要矛盾,辨真假、识异同则是“必先五胜”的主要应用之一。方药中教授基于CRF发生发展的全过程进行综合判断,认为本病以正虚为主,阴阳气血亏虚是本病之本,兼夹的邪气均是在虚损的基础上化生、转化而来^[10]。并将病性归纳为正虚与邪实两个方面,其中正虚分为阴阳、表里、气血,邪实分为风、火、湿、燥、寒、瘀、毒等。根据患者的临床表现确定主要病性,其中正虚方面以

乏力、自汗、纳呆、腹满、便溏、肢冷、畏寒、脉沉细微弱或结代、舌淡嫩苔滑润为主要表现的则为气虚、阳虚,手足心热、盗汗、恶热、口渴、便干、脉细数或促、舌红苔黄干者为血虚、阴虚。邪实者表现为浮肿、小便不利、呕恶、肢节酸痛、脉濡细、舌白或黄腻为挟“湿”;皮肤瘙痒、肢体拘急、痉挛、抽搐、眩晕、脉弦者为挟“风”;胸腹胁肋疼痛,各种出血、皮肤唇舌有瘀色、瘀斑、瘀点,舌下青筋暴露、脉沉细涩者为挟“瘀”;在疾病的晚期出现神昏、肢厥、口中氨味、舌青紫、脉沉伏或弦大滑数者为挟“毒”。如此首先明确病性之标本,在错综复杂的病症表现中抓住主要矛盾,从而判别病性真假、异同,方可在治疗时达到治病求本的目的。

2.1.3 审度病情轻重缓急,明确病势之本

CRF虽属本虚标实之证,然在临床治疗前还应明确其轻重缓急,正如叶天士所云“前后不循缓急之法,虑其动手便错”^[11]。在对本病施治时应判断病情的严重程度,具体可分为以下三种情况。一是兼夹邪气较轻,患者症状不明显,可不予处理,坚持扶正补虚即可。如肾虚患者出现轻度尿频、尿热、腰痛等症状,此时补肾即可,肾虚改善则症状自消。同时某些兼症如皮肤瘙痒、呕吐、腹泻等,实质上是人体发挥自调功能的体现,此时可单纯对症处理。二是兼夹邪气较盛、症状明显者,则需要扶正基础上加入祛邪药物。三是兼夹邪气盛实,症状突出,患者明显痛苦者则急需夺邪,使邪气迅速排出体外。对此方药中教授提出三种夺邪之法,即发汗、泻下、催吐,可使邪气迅速排出体外。

2.2 明晰治则治法,指导制方用药

在制定治则治法上,“必先五胜”的作用可体现在以下两方面,一是“治病求本”,二是“治未病”,这两步也是方药中教授五步法中的最后两步。首先,在定位定性结合“必先五胜”的基础上,明晰CRF为本虚标实之病,而邪实往往是在正虚的基础上产生,因此,方药中教授提出治疗本病的根本治则是扶正补虚为主,兼以祛邪。其次,仅从当前的症状来确定治法是不全面的,这不符合临床的实际情况,也不符合中医整体恒动观的思想。方药中教授认为五脏、阴阳气血、正邪之间皆在不断变化,因此,在确立治则治法及制方用药时,也应基于整体恒动观的思想,

在确立CRF的具体治法与方药时亦应考虑“治未病”的思想。

在制方用药上,一方面创制脾肾系列方,主要分为两大类。一是根据阴阳气血转化的规律制定脾、肾系列方药。其中脾系列方以香砂六君子汤为主方,肾系以六味地黄丸为主方,根据阴阳消长的规律进行变化加减(图1、图2)。二是根据自身经验创制的脾、肾新方。即脾系之加味异功散,主要药物:党参、苍术、白术、茯苓、甘草、青皮、陈皮、黄精、当归、焦山楂、焦神曲、柴胡、姜黄、郁金、薄荷、丹参、鸡血藤;肾系之方氏参芪地黄汤,主要药物:党参、黄芪、生地黄、苍术、白术、山茱萸、牡丹皮、茯苓、泽泻、怀牛膝、车前子、竹茹、黄连。另一方面方药中教授把“治未病”列为“五步法”中的一个程序,在CRF治疗过程中以中医整体恒动观为指导,运用五脏承制关系,通过调控密切相关的“未病”脏腑,主要是调治病脏的所不胜和所胜两脏,以协助治疗已病脏腑,进一步提高疗效^[12]。这是将治未病“防”的思想转变为“治”的思路,并将其应用到辨治CRF之中。如本病病位在脾时,与其所胜之肾及与所不胜之肝两脏关系最为密切。故在补脾时同时加入养肝、疏肝、渗湿

之品,如柴胡、姜黄、郁金、薄荷、青木香、草决明、汉防己等;在补肾时,基于脾乘心侮原则,给予清胃、清心的治法来提高疗效,常在补肾方中合用竹叶石膏汤、牛黄清心丸,或加入竹茹、黄连、生石膏、麦冬、五味子、石菖蒲、远志、郁金等药物。

3 病案举例

男,47岁,2023年3月5日初诊。主诉:发现尿潜血,伴腰痛、疲乏13年。现病史:曾有服用头孢后饮酒史,13年前体检时发现尿潜血,未治疗。2014年确诊慢性肾炎、慢性肾功能不全。曾先后服用肾炎康复片、黄葵胶囊、百令胶囊等中成药3年余,效果欠佳,未曾服用中药汤剂。刻下症:疲乏,晨起尤甚,无腰痛,白天右指关节肿痛,口干,易怒,易外感,纳眠可,大便每日1次,成型,小便调。舌红胖,苔薄白,边齿痕,脉沉、尺弱。既往史:慢性肾炎;肺结节。辅助检查:2023年2月查尿潜血+++ ,尿蛋白-,血尿酸386.00 mmol/L,总胆固醇5.69 mmol/L,高密度脂蛋白胆固醇0.90 mmol/L。西医诊断:慢性肾炎,慢性咽炎,肺结节。中医诊断:血尿。中医辨证:脾肾两虚、湿热蕴结。治法:补肾健脾,利湿清热。给予方氏参芪地黄汤加减:党参15g、生黄芪30g、苍术12g、炒白

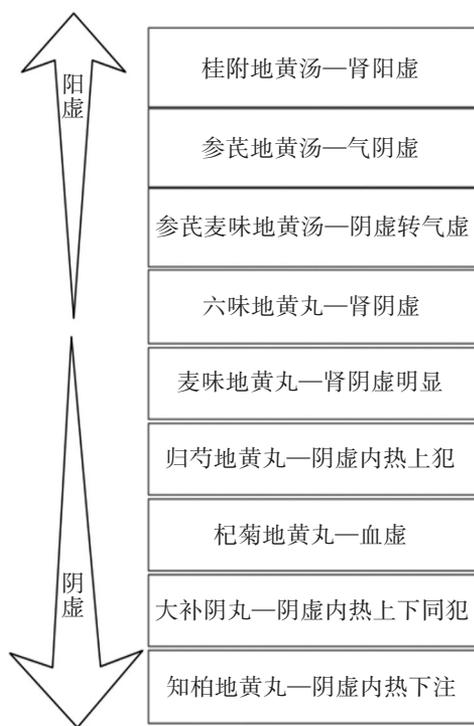


图1 肾系系列方

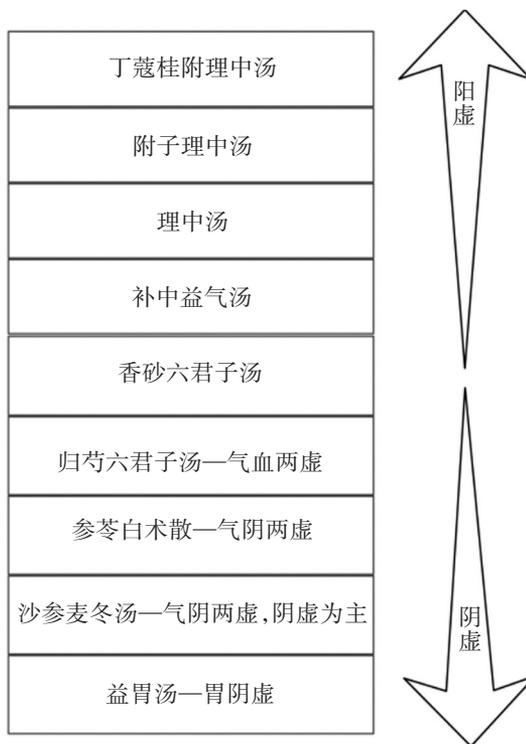


图2 脾系系列方

术 15 g、生地黄 15 g、山茱萸 10 g、牡丹皮 9 g、柴胡 12 g、茯苓 18 g、泽泻 12 g、黄连 9 g、清半夏 9 g、丹参 15 g、鸡血藤 18 g、白茅根 15 g、茜草 30 g。14剂,水煎常规服,分早晚饭后两次口服。嘱患者清淡饮食,作息规律。

3月19日二诊至5月21日五诊:服前方后,疲乏、易怒明显改善,纳眠可,大便每日2次,多不成形。舌质红胖,边齿痕,苔薄白,脉左小于右,左沉弱细,右沉滑。4月21日查:尿潜血++。见脾虚湿盛之象,前方佐健脾利湿之品,加炒白扁豆 15 g、山药 18 g。患者仍有潜血,先后加仙鹤草 30 g、土茯苓 30 g、功劳叶 30 g、小蓟 15 g等清热凉血解毒之品,并改生黄芪 60 g增加补气之力。总服56剂。

6月4日六诊:6月2日查尿潜血++,镜下红细胞(0~1)。小便黄,疲乏、易怒明显改善。偶有饭后1h反酸。大便每日1~2次,仍不成形。舌红胖根白腻,脉沉。前方去茜草、小蓟、白茅根,加金银花 12 g、连翘 15 g等疏风清热。14剂。

6月18日七诊至9月17日十诊:期间根据就诊症状进行适量加减。药后患者疲乏、易怒症状逐渐改善,9月26日查尿常规未见异常;生化检查:总胆固醇 5.39 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇 3.91 mmol/L;血常规未见异常。大便每日1~2次,不成形。舌红胖苔白,脉沉弱。后随诊随访半年,尿常规未见异常,精神状态可。

按:本案患者以尿潜血13年为主诉前来就诊。根据辨证论治五步法,第一步定位,因有服用头孢后饮酒史,考虑外感后并发肾炎,加之药后饮酒损伤肾脏,可定位于肾。患者以疲劳为主要症状,故定位于脾。第二步定性,久病见疲乏,脉沉尺弱,又有舌红胖边带齿痕,为气阴两虚之证;又曾外感,风热之邪内侵肾脏,久致湿瘀化热,热迫血行,故尿中有潜血。第三步“必先五胜”,此为最关键一步,辨原发与继发以明确定位,再明辨病性。通过分析患者原发病位在肾,继发于脾,久病迁延终致脾肾两虚。其病性以气阴两虚为本,湿、瘀、热之邪为标。第四步治病求本,在治疗方面先以治本为主,兼去邪实。故以脾肾气阴两补,佐以利湿清热活血为治法。给予方氏参芪地黄汤加减。其中党参、黄芪健脾益气;生地黄、山茱萸滋补肝肾之阴;苍术、白术、清半夏辛散宣通、

健脾运脾、燥湿益气,使补而不滞、无壅中之弊;茯苓、泽泻清热渗湿化浊;丹参、鸡血藤、白茅根、茜草凉血活血;结合第五步治未病,在制方时考虑脾乘心侮的原则加入黄连以清胃。二诊时患者疲乏明显改善,说明本虚标实判断正确,故继以方氏参芪地黄汤加减。但尿潜血一直存在,后于六诊时去茜草、小蓟、白茅根等清热凉血、祛瘀止血之药,加金银花、连翘等以疏风清热解毒,患者服用后尿潜血逐渐转阴。后随诊患者尿常规未见异常,疲乏等症状皆好转。

4 总结

通过探讨“必先五胜”的内涵及在辨治CRF中的应用,总结了方药中教授辨治CRF的特色。其创制治疗CRF的系列方也被中国中医科学院西苑医院肾病科、传承人应用至今,造福广大肾病患者。

[参考文献]

- [1] 慢性肾功能衰竭临床研究课题组,许家松.方药中对慢性肾功能衰竭的理论认识和诊治经验[J].中医杂志,1991,32(10):11-14.
- [2] 李鸿涛,马晓北,高思华.辨证论治五步法临床应用体会[J].中国中医药信息杂志,2011,18(8):88-89.
- [3] WEBSTER A C, NAGLER E V, MORTON R L, et al. Chronic kidney disease [J]. Lancet, 2017, 389: 1238-1252.
- [4] 王冰.重广补注黄帝内经素问[M].北京:中医古籍出版社,2015:604.
- [5] 章楠.灵素节注类编[M].方春阳,孙芝斋,点校.杭州:浙江科学技术出版社,1986:203.
- [6] 张志聪.黄帝内经素问集注[M].王宏利,吕凌,校注.北京:中国医药科技出版社,2014:288.
- [7] 黄元御.素问悬解[M].北京:中医古籍出版社,2016:296.
- [8] 方药中.辨证论治研究七讲[M].北京:人民卫生出版社,2007:10.
- [9] 马晓北.论“必先五胜”辨证论治中的意义及其临床应用[D].北京:中国中医科学院,2000.
- [10] 方药中.医学承启集[M].北京:人民卫生出版社,2007:10.
- [11] 黄英志.叶天士医学全书[M].北京:中国中医药出版社,2015:342.
- [12] 许家松.中医“治未病”的丰富内涵及指导意义[J].世界中医药,2008,3(4):195-197.

论著·临床理论与方法

从“肺与大肠相表里”阐释针灸治疗哮喘的理论内涵

周竞颖¹, 来奕恬¹, 丁攀婷¹, 徐璇¹, 梁枝懿¹, 刘密², 李南², 张国山², 邱冉冉³

(1. 湖南中医药大学研究生院, 湖南长沙 410208; 2. 湖南中医药大学针灸推拿与康复学院, 湖南长沙 410208; 3. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南长沙 410007)

[摘要] 针灸治疗肺系疾病有深厚的理论根源和得天独厚的优势, 并有丰富的临床应用经验。“肺与大肠相表里”理论指导下针灸“肺肠同治”对改善哮喘症状及气道炎症反应具有重要意义。基于“肺与大肠相表里”理论, 主要从肺与大肠组织相连、经络相通、功能上相互为用以及病理上的相互影响等方面, 系统阐释肺与大肠的特殊关系, 进而阐释“肺肠同治”针灸治疗哮喘的理论内涵和意义, 为临床“肺肠同治”针灸治疗哮喘的推广和应用提供理论基础, 更好地指导临床实践。

[关键词] 肺与大肠相表里; 肺肠同治; 针灸; 哮喘

[中图分类号] R246.1; R256.12 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2024)08-0809-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.005

Expounding the Theoretical Connotation of Treating Asthma with Acupuncture and Moxibustion from “Lung and Large Intestine Are Exterior-Interior Related”

ZHOU Jingying¹, LAI Yitian¹, DING Panting¹, XU Xuan¹, LIANG Zhiyi¹, LIU Mi², LI Nan², ZHANG Guoshan², QIU Ranran³

(1. Graduate School of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, China; 2. College of Acupuncture and Moxibustion, Tuina and Rehabilitation of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, China; 3. The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, China)

Abstract Acupuncture and moxibustion treatment of lung diseases has profound theoretical roots and unique advantages, and has a wealth of clinical application experience. Acupuncture and moxibustion lung and intestine combined treatment under the guidance of the theory of “The lung and large intestine are exterior-interior related” is of great significance in relieving asthma symptoms and airway inflammatory response. Based on the theory of “The lung and large intestine are exterior-interior related”, this paper systematically explains the special relationship between lung and large intestine from the aspects of lung and large intestine tissue connection, lung and large intestine meridians communication,

lung and large intestine meridians communication, lung and large intestine meridians communication,

[收稿日期] 2022-01-29

[基金项目] 湖南省自然科学基金项目(编号:2021JJ30513); 湖南省教育厅科学研究项目(编号:20B444); 中国博士后科学基金项目(编号:2107M612567); 湖南省青年骨干教师培养对象项目(编号:2021); 湖南中医药大学校级研究生创新课题(编号:2023CX79)

[作者简介] 周竞颖(1996—), 女, 湖北恩施人, 2023 年博士毕业生, 研究方向: 针灸治病机制研究。邮箱: 575956748@qq.com。

[通信作者] 邱冉冉(1988—), 女, 河南信阳人, 医学硕士, 主治医师, 主要从事针灸治病机制研究。邮箱: tcmqr@163.com。

lung and large intestine functional mutual promotion and pathological mutual interaction, etc., and further explains the theoretical connotation and therapeutic significance of “lung and intestine combined treatment” with acupuncture and moxibustion in the treatment of asthma. It provides a theoretical basis for the promotion and application of “lung and intestine combined treatment” with acupuncture and moxibustion in the treatment of asthma, and better guides clinical practice.

Keywords The lung and large intestine are exterior-interior related; lung and intestine combined treatment; acupuncture and moxibustion; asthma

支气管哮喘(简称哮喘)是一种常见病、多发病,哮喘在《黄帝内经》描述为“吼病”“喘息”,哮喘得名于金元时期。哮喘属于中医哮病的范畴,其病位在肺,主要表现为喘息、呼吸困难,伴有喉间痰鸣音、喘息不能平卧等肺系症状。一项针对成都市14岁以上常住居民的入户问卷调查显示,在参与调查的3477人中,哮喘患者有131例,患病率为3.8%^[1]。另外一项针对东莞市东部产业园片区1380例3~6岁常住儿童的抽样调查显示,该区儿童哮喘患病率为4.42%,其中,3岁儿童患病率为5.00%,5岁儿童患病率为4.68%^[2]。最近有报道称,在美国每12人中即有1例哮喘患者,每年因哮喘所产生的费用达560亿美元^[3]。可见,哮喘已成为世界上许多国家的严重公共卫生问题。

“肺与大肠相表里”是中医脏腑经络学说的经典理论之一,其核心内涵主要包括肺与大肠组织相连、经络相通、功能上相互为用以及病理上的相互影响等。在此理论指导下,针灸临床治疗哮喘等肺系疾病时往往会兼顾肠腑的调理,即“肺肠同治”,对改善哮喘患者的临床症状和气道炎症,提高哮喘患者的生活质量,具有重要的现实意义。

1 “肺肠相关”理论溯源

“肺与大肠相表里”理论源于中医经典《黄帝内经》。《灵枢·九针论》曰:“手阳明太阴为表里。”从藏象上来看,肺为脏,大肠为腑;肺为阴,大肠为阳。在功能上,肺与外界相沟通,在表,大肠传导五谷糟粕下行,在里;在位置上,肺居上焦,大肠居下焦,肺为阳,大肠为阴。故不能单纯认为肺为表而大肠为里的联系,而是肺与大肠的生理功能和病理状态相互影响的联系,可以理解为肺与大肠互为表里^[4]。肺为华盖,有主气司呼吸、主治节的功能;大肠主津,有主司传导的功能。肺与大肠通过经脉、络脉、经别等密切沟通,在生理功能上互相协调,在病理状态上大

肠病和肺系疾病互相影响,从而在临床实践中逐渐形成“肺肠相关”的理论。

2 “肺肠相关”理论的生理基础

2.1 组织相连

《灵枢·本输》曰:“肺合大肠。”中医藏象理论认为,五脏各有所合之腑,肺所合之腑为大肠。从胚胎起源上看,在胚胎发育过程中,原肠的前肠分化成肺与气管,原肠内胚层分化出呼吸道上皮与腺体。由此可见,肺、气管以及肠的结构来源是相同的。肠道和呼吸道具有不同的环境和功能,但是胚胎起源相同,具有结构相似性^[5]。从组织结构上看,呼吸道经鼻与外界相通,末端为肺;消化道经口与外界相通,末端为大肠;两者在咽部交汇。也正因此,以呼吸道飞沫和密切接触为主要传播途径的2019新型冠状病毒感染在粪便和尿液中也可分离出病毒^[6-8]。从细胞和免疫学出发,肺和大肠上皮细胞存在大量相似基因表达谱,体现在上皮细胞组分表达、生物过程和分子功能各个方面,穿插于形态、功能发生和发展的不同阶段^[5]。另外,同属于黏膜免疫系统的肺与大肠,黏膜免疫可能是它们之间相互联系的桥梁,并通过黏膜免疫可能形成肺-肠网络关系^[9]。

2.2 经脉相互络属

中医理论认为,人体的脏腑之间相互络属,经络将人体联系成一个有机整体。《灵枢·经脉》认为,互为表里的手太阴肺经与手阳明大肠经通过各自的经脉、络脉和经别等经络系统构成了肺与大肠的表里相合关系。手阳明大肠经在“大指次指之端”上接于手太阴肺经,为肺与大肠相表里提供经络理论依据。而且,分别络属于肺和大肠的两条经脉在功能上确有相通性。如刺激大肠经“阳溪-偏历”和刺激肺经“太渊-经渠”一样,对心肺交感神经均有激活作用;与此相应,刺激肺经“太渊-经渠”和刺激大肠经“阳

溪-偏历”一样,对结肠运动也有促进作用;且肺经“太渊-经渠”对心肺交感神经的激活可以被结肠伤害性扩张刺激所抑制^[10]。哮喘患者肺经与大肠经在穴位上也表现出相关性,哮喘患者肺经与大肠经均表现为部分穴位左右失衡现象,热证患者其肺经与大肠经相关腧穴皮肤温度值均显著高于健康人^[11]。

2.3 功能相互协调

肺与大肠在经络上相互沟通,使得肺与大肠在功能上相互为用、相互协调。肺主气司呼吸,主宣发肃降,通调水道,吐故纳新;大肠主津,司传导,推陈出新;肺宣发肃降的功能正常,则可布散津液,濡润大肠,大肠腑气畅通亦有利于肺之气机升降正常。现代医学发现,呼吸道和胃肠道免疫功能相联系,胃肠道和呼吸道具有典型黏膜结构,它们都能分泌大量的分泌型免疫球蛋白(SIgA),呼吸道和胃肠道是SIgA免疫的主要场所。黏膜在某一处致敏的细胞可以迁移到其他黏膜的其他部位。这种致敏细胞的“归巢”现象成为肺肠免疫相关的重要途径。从某一方面来说,这也是肺与大肠功能协调的依据和表现之一^[12]。胆囊收缩素可能是一种理想的肺组织保护因子,能够帮助维持肺部功能正常。胆囊收缩素能促进胃肠运动,并且外源性的胆囊收缩素能够减轻内毒素血症SD大鼠肺动脉高压的症状^[13]。

3 “肺肠相关”理论的病理基础

3.1 肺病及肠

《证因脉治·卷三》说:“肺气不清,下移大肠,则腹乃胀。”肺气升降失常,则影响到大肠传导,大肠传导糟粕不行,则肠腑胀满不舒。2009年源于北美的新型甲型H1N1流感病毒,患者感染后除了引起原发性病毒性肺炎、急性肺损伤和呼吸衰竭等肺系症状外,还介导了肠道炎症反应^[14]。《柳叶刀》先后发表2篇关于2019新型冠状病毒感染患者的流行病学调查结果,在38例和99例新型冠状病毒感染患者中,分别有1例^[15]和2例^[16]患者伴有腹泻的临床表现。国家卫生健康委和国家中医药管理局联合印发的《新型冠状病毒肺炎诊疗方案》^[8]中也明确提出,2019新型冠状病毒感染以发热、干咳、乏力为主要临床表现,少数伴有腹泻等肠腑反应。由此可见,肺病可以影响到大肠,出现肠道病变。

3.2 肠病及肺

邪气犯于大肠,肺失于宣降,则出现喘咳症状。

有报道称,50%的炎症性肠病患者伴有肺功能下降,且肺功能下降发生于炎症性肠病之后^[17]。2018年发表于Science的研究结果表明,从肠道迁移到肺部参与肺部免疫应答的天然淋巴细胞,能参与机体的稳态、哮喘和慢性阻塞性肺病等病理过程,参与肠道寄生虫感染可引起肺部炎症的发生^[18]。有实验观察肺病和肠病小鼠时发现,肠病大鼠的胆囊收缩素八肽(CCK8)、降钙素基因相关肽(CGRP)、P物质(SP)、血管活性肠肽(VIP)均在肺和结肠组织中有变化,观察到肠病大鼠的肺与结肠组织部分细胞病理形态发生同步变化,并没有发现心、肝、脾、肾四脏的类似同步变化。由此可见,肠病对肺有一定的特异性影响^[19]。研究发现溃疡性结肠炎和肺病动物模型中,不仅动物模型的肠道微生物经历变化,而且部分肺、肠微生物的数量在肠病下出现同增同减。肠病及肺可能与转化生长因子(TGF)- β 1/Smad 3通路激活有关,因为TGF- β 1/Smad 3信号蛋白表达在肺肠组织中是同步的^[20]。

4 “肺肠同治”在针灸治疗哮喘中的意义

4.1 针灸“肺肠同治”理论基础

支气管哮喘属于中医咳嗽、痰饮、哮喘的范畴。中医学认为,痰为哮喘发病之宿根,而生痰常责之肺、脾、肾三脏,即肺布散津液、脾运化水湿以及肾蒸化水液的功能失调。临床多从肺、脾、肾论证选穴,却常忽略大肠为排除痰浊的通道之一,大肠失职也会引起痰饮停聚,也忽略了肺与大肠相表里关系。肺气宣发蒸腾水液,使大肠得以濡养,肺气肃降使大肠蠕动,传导糟粕,而大肠通畅,才会肺气畅达。针灸在临证治疗中应充分利用这两者之间的关系,分析肺系疾病的病因病机,形成整体的思维框架。“肺肠同治”就是在肺病治肠的同时,也可以肠病治肺,在治疗肺系疾病中广泛借鉴“肺肠同治”理念。在针灸临床上可以观察到,从肺、肠论治以及“肺肠同治”均可改善哮喘患者的肺功能,且“肺肠同治”的效应更明显^[21];针灸治疗便秘患者肠腑病症的同时,对肺系症状也有一定的改善作用^[22]。

4.2 “肺肠同治”针灸治疗哮喘临床应用

有研究通过对哮喘患者长期的观察发现,70.3%的患者存在腹胀、便秘的情况^[23]。这反映了肺与大肠相表里关系密切。肺宣发肃降失职则会引起大肠传导的失职,腑气不通则会出现腹胀、腹满、便秘等

情况。针刺治疗哮喘在选取肺肠经相配合的穴位后,哮喘患者肺系症状明显改善^[21]。基于“肺与大肠相表里”理论,从经络学说出发,通过针刺肺经和大肠经的经穴,证实针刺能明显改善哮喘症状,减轻社会环境对其不良的刺激,缓解不适引起的不良情绪,从而提高患者的生活质量^[24]。有研究表明,用穴位注射的方法治疗哮喘,除选用肺经腧穴以外,还选择大肠经腧穴(迎香穴)等,取得了满意的疗效^[25]。

4.3 针灸“肺肠同治”改善哮喘症状及调控气道炎症作用

大量研究表明,针刺、艾灸、穴位贴敷、穴位注射等腧穴干预方法均可改善哮喘患者的气道炎症,有效提高患者的生活质量、降低病死率^[5,24,26]。刘芳英等^[27]基于“肺与大肠相表里”理论,进行过针灸“肺肠同治”治疗哮喘的临床与基础研究,结果显示,无论从肺论治、从肠论治、还是“肺肠同治”,针灸治疗都可以改善哮喘患者肺与大肠的临床症状,且肺、肠症状的改善具有明显相关性。从肺论治和从肠论治的针灸治疗对哮喘患者的生活质量都有一定的改善作用,而且“肺肠同治”对哮喘患者生活质量的改善作用更明显^[24];从肺论治、“肺肠同治”的针灸治疗均可降低哮喘患者外周血嗜酸性粒细胞计数及其阳离子蛋白水平,从肠论治能降低血清嗜酸性粒细胞阳离子蛋白水平^[28];无论从肺论治、从肠论治、还是“肺肠同治”,针灸治疗对哮喘模型大鼠肺、肠组织中表面活性蛋白A的mRNA表达均具有调节作用^[29]。

5 结束语

在“肺与大肠相表里”理论中,肺与大肠组织相连,肠道和呼吸道在咽部交汇,并且两者的胚胎起源相同,具有结构的相似性。肠道和肺部有大量相似基因表达谱,并且同属于黏膜免疫系统。肺与大肠相互络属,刺激肺和大肠的经脉和腧穴有交通反应。此外肺与大肠在功能上相互协调,肺病和大肠病也相互影响,溃疡性结肠炎和肺病模型中,部分肺、肠微生物数量出现同增同减变化。基于这种特殊的相关性,利用“肺肠同治”理论,针灸临床辨证取穴。选取肺经和大肠经腧穴治疗哮喘,能降低哮喘患者外周血嗜酸性粒细胞计数及其阳离子蛋白水平,调控气道炎症反应,并且改善哮喘症状,减轻社会环境对其刺激反应,缓解不适引起的不良情绪,从而提高患

者的生活质量,为治疗哮喘提供更好的理论研究思路 and 更多治疗方法。

[参考文献]

- [1] 胡倩,吴松泽,刘春涛. 成都地区14岁以上人群哮喘患病率及相关危险因素流行病学调查[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2020,19(2):183-189.
- [2] 黄宝金,谢幼苗,潘海燕,等. 东莞市东部产业园片区儿童哮喘的流行病学特点及影响因素分析[J]. 江西医药,2020,55(1):71-72,75.
- [3] KUANG A. Feasibility study of asthma cream[J]. Int J Pharm Compd,2020,24(2):163-167.
- [4] 王柳青,李鸿涛,莫芳芳,等. 肺与大肠经络表里对应关系初步探讨[J]. 中医杂志,2012,53(11):906-908.
- [5] 田蕾,吴昊,韦昱,等. 基于宏基因组学研究中医“肺与大肠相表里”的初步分析与设想[J]. 环球中医药,2017,10(10):1194-1198.
- [6] NATIONAL ASTHMA EDUCATION AND PREVENTION PROGRAM. Expert panel report 3(EPR-3):guidelines for the diagnosis and management of asthma-summary report 2007[J]. J Allergy Clin Immunol,2007,120(5 Suppl):S94-138.
- [7] HOLSHUE M L,DEBOLT C,LINDQUIST S,et al. First case of 2019 novel coronavirus in the united states[J]. N Engl J Med,2020,382(10):929-936.
- [8] 中华人民共和国国家卫生健康委员会办公厅,国家中医药管理局办公室. 新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第七版)[J]. 中国医药,2020,15(6):801-805.
- [9] 刘声,杨国旺,王笑民. 从胚胎上皮细胞基因表达谱变化分析肺与大肠相表里内涵[J]. 中医学报,2016,31(3):390-393.
- [10] 王憬瑶,李宣霖,王海峰,等. 肠道微生物与呼吸系统疾病的相关性[J]. 中华中医药学刊,2019,37(8):1859-1861.
- [11] 秦庆广,赵吉平,朱兵,等. “肺与大肠相表里”:肺与大肠功能之间的交互作用[J]. 针刺研究,2013,38(6):453-458.
- [12] 王立娟. “肺与大肠相表里”实质研究[D]. 济南:山东中医药大学,2008.
- [13] 朱琦. 基于红外热成像技术的寒热证哮喘患者相关经穴皮肤温度变化的研究[D]. 北京:北京中医药大学,2013.
- [14] 钱文娟. “银翘”药对治疗H1N1肺炎的肺-肠轴相关代谢组学研究[D]. 南京:南京中医药大学,2019.

(下转第882页)

和胃法在治疗失眠中的应用

方景帅¹, 王宇亮², 陈乾², 孙晓娜², 马之溪¹

(1.河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450006; 2.河南省中医院肝胆脾胃科,河南 郑州 450002)

[摘要] 和胃法是中医治疗八法和法中的一种方法,广泛应用于临床。失眠是现代社会的常见病,在其发生发展过程中,脾胃不和是该病发生的重要因素之一。通过既往相关文献可知,中医治疗此病以补益气血法和清热泻火法为主,和胃法在失眠的应用探究较少。近年来调查发现,失眠的发病率和复发率持续走高,脾胃为后天之本,人体气机升降之枢机,心肾水火既济之要道,通过“和胃”法治疗失眠越来越受到重视。根据失眠的发生病机,通过调和脾胃、调和阴阳、调和心肾来探究和胃法在治疗失眠中的应用,可为丰富和胃法治疗失眠提供理论依据。

[关键词] 失眠;脾胃不和;和胃法;中医治法

[中图分类号] R256.23

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0813-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.006

Application of Harmonizing Stomach Method in the Treatment of Insomnia

FANG Jingshuai¹, WANG Yuliang², CHEN Qian², SUN Xiaona², MA Zhixi¹

(1. The Second Clinical College of Medicine, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450006, China; 2. The Department of Liver, Gallbladder, Spleen and Stomach, Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450002, China)

Abstract Harmonizing stomach method is one of the harmonizing methods from eight therapeutic methods of traditional Chinese medicine treatment, which is widely used in clinic. Insomnia is a common disease in modern society, in the course of its occurrence and development, spleen and stomach disharmony is one of the important incentive factors. Based on previous literature studies, it can be seen that the traditional Chinese medicine treatment of this disease mainly focuses on tonifying qi and blood, clearing heat and purging fire while the application of harmonizing stomach method in insomnia is less explored. In recent years,

investigations have found that the incidence rate and recurrence rate of insomnia continue to rise. The spleen and stomach provide the material basis of the acquired constitution, they are the pivot of the rise and fall of healthy qi and the key communicating pathway of the heart, kidney, water and fire. Therefore, more and more attention has been paid to the treatment of insomnia through the “harmonizing

[收稿日期] 2023-06-04

[基金项目] 国家自然科学基金青年基金项目(编号:82104833); 河南省中医药拔尖人才培养项目资助(编号:豫卫中医函[2021]15号)

[作者简介] 方景帅(1993—),男,河南许昌人,2020级硕士研究生,研究方向:中西医结合肝胆脾胃方向。邮箱:393714662@qq.com。

[通信作者] 王宇亮(1976—),男,河南郑州人,医学博士,副主任医师,研究方向:中医药防治消化系统疾病基础与临床研究。邮箱:29156687@qq.com。

stomach" method. Based on the pathogenesis of insomnia, this paper explores the application of harmonizing stomach method in the treatment of insomnia by regulating the spleen and stomach, yin and yang, and heart and kidney, which can provide theoretical basis for enriching the application of harmonizing stomach method in the treatment of insomnia.

Keywords insomnia; disharmony between the spleen and stomach; harmonizing stomach method; traditional Chinese medicine treatment

失眠是在合适的睡眠时机和睡眠环境,依然对睡眠时间和睡眠质量感到不满足,并影响日常工作的一种主观体验,其以入睡困难、睡眠维持障碍、早醒、睡眠质量下降和睡眠时间减少,并伴有日间功能障碍为主要症状表现^[1]。长期失眠患者除睡眠障碍外,往往伴有心烦意乱、紧张、易怒等焦虑障碍的表现。流行病学调查显示,近年来由于人们工作压力增加,生活节奏加快,失眠病发病率呈逐年升高趋势,严重影响了患者的生活质量,增加了焦虑、抑郁等精神疾病的发生^[2]。

中医称失眠为不寐,《素问》称之为“不得卧”“目不瞑”,其基本病机是阴阳失调,阳盛阴衰,阳不入阴。自《黄帝内经》始,中医就对不寐有充分的认识,《素问·逆调论》:“胃不和则卧不安”,《伤寒杂病论》言其:“虚劳虚烦不得眠”,明代名医李中梓提出:“不寐之故,大约有五:一曰气虚,一曰胃不和”。中医学认为其病因主要是阴阳失调、营卫不和、情志失常、饮食不节和病后体虚等。中医学治疗疾病强调动态平衡,通过调和身体气血阴阳的偏盛偏衰来疗疾愈病,《素问·生气通天论》认为:“阴平阳秘,精神乃治”^[3]。和胃法作为中医和法的一种,主要通过调和胃气、调和营卫、调和心肾来治疗因中焦脾胃气机不和引起的病证,对于由消化系统不适引起的疾病治疗效果十分显著。随着对消化系统与失眠病证研究的深入,两者的相关性也越来越多地得到证实,并且通过和胃法治疗取得了良好的效果^[4]。本文探讨和胃法治疗失眠病的理论基础和作用机制,以期为临床诊治本病提供参考。

1 和胃法治疗失眠的理论基础

《说文解字》说:“和者,平稳,和缓;协调,均衡。”《广雅》说:“和,谐也。”和,体现的是事物整体间的统

一。就中医诊疗的思维而言,和法可用于调和人体脏腑、气血、表里等不和之证,临床应用广泛。和法最早出现在《黄帝内经》中,如“寒者热之,热者寒之”“令其调达,而致和平”。至张仲景时期,该法在《伤寒论》中得以进一步具体化,在众多条文中反复强调,如“不恶寒,但热者,实也,当和胃气,与调胃承气汤”“病常自汗出者,此为荣气和,荣气和者,外不谐,以卫气不共荣气谐和故尔”。和胃法是和法在表现为胃气不和的消化系统疾病的应用,始见于《素问·逆调论》“胃不和则卧不安”。

失眠在中医学称为“不寐”,首见于《难经》^[5],然早在《黄帝内经》中就对不寐进行了全面而系统的阐述,并称其为“目不瞑”“不得卧”等。至于其病机,《黄帝内经》认为营卫二气有规律的运行,人体才能得以正常睡眠,阴阳失调、营卫失和则会导致不寐,正如《灵枢·口问》所言:“阳气尽,阴气盛,则目瞑;阴气尽而阳气盛,则寤矣”。《灵枢·大惑论》说:“夫卫气者,昼日常行于阳,夜行于阴,故阳气尽则卧,阴气尽则寤”。其中阴阳不和、阳不入阴被认为是主要病机。营卫之气皆属于脾胃化生之精气,胃主受纳腐熟水谷,称其为“水谷之海”,脾主运化,化水谷,行津液,二者合称为“气血生化之源”“后天之本”。饮入的水谷在脾胃的共同作用下化为精微物质,外达于皮毛,内输于五脏经脉,布散全身,为人的生命活动提供基础物质。水谷之精化为气,其中行于脉中、性质精纯、富有营养的即为营气,营属阴主内守,行于脉外的慄疾滑利之悍气为卫气,卫属阳主卫外,二者互根互用,阴阳相随,遍布全身,夜则卫入于阴,与营相合,阴阳相合,民皆安卧,故《灵枢·营卫生会》谓之:“营卫之行,不失其常,故昼精而夜瞑。”因此,脾胃功能正常,则营卫

之气化生充足,进而保持其正常的周而复始、如环无端的状态,以保证人体夜卧昼起的生理功能,并且营卫之气在人体以升降出入的方式运动,脾胃同居中焦,脾以升为健,胃以降为和,是人体气机升降运行的枢纽,是以脾胃和则人可安卧,不和则卧不安。

心、肾二脏关系密切,心为君主之官,为火脏属阳而居于上焦,肾为先天之本,为水脏属阴而位于下焦。正常生理状态下,心阴牵引心阳,化气下达于肾而温肾水,使肾水不寒;肾阳鼓动肾水,化气上济心阴,制心火使其不独亢^[6]。心肾相交,维持人体正常的生命活动。唐代孙思邈在《备急千金要方》中说:“夫心者,火也;肾者,水也。水火相济”。首次明确了心肾水火互济的理论。明代周慎斋曰:“心肾相交,全凭升降,而心气之降,由于肾气之升。肾气之升又因心气之降”。进一步明确了心肾相交的机制。脾胃居于中焦,化生万物,为后天之本。五脏后天的充养,皆依于脾胃的受纳与运化,脾胃运化水谷精微,下注于肾,以养先天之肾精而固根本,使肾精得以充养,上输于心,则心血化生充足,如《灵枢·营卫生会》说:“中焦亦并胃中……化其精微,上注于肺脉,乃化而为血”“中焦出气如露,上注溪谷……变化而赤为血”。同时脾胃居中焦是人体气机升降之枢机,脾主升胃主降,肾水借脾升清之功而升,心火倚胃腑之气所降而降,故中焦脾胃为心肾交泰、水火共济之枢机,起沟通上下的重要作用^[7]。是以脾胃调和,升降有序,则水火相济,心肾交泰,人夜卧而安,躺而能眠。

人之健康常受病邪的影响,可在饮食、情志、外邪等致病因素作用下转为病理状态。《素问·调经论》曰:“气血失和,百病乃变化而生”。任何疾病的发生,皆是因正邪之间的斗争、气血阴阳失衡或脏腑失和所致。故对人体而言,气血阴阳、脏腑经络各个功能正常有序的运行就是“和”,反之则会进一步影响到人的消化系统,最终导致失眠的发生。《景岳全书》曰:“和方之制,和其不和者也”。如此本病可遵循和胃法来调和脏腑、平衡阴阳,把握好各脏腑之间、病因病机之间的关系。

2 和胃法在临床的运用

失眠的病机主要是营卫失和、阴阳失调引起心神失养或心神不安。营卫失和、阴阳失调是病理的变化过程,其表现为两方面。一则脾胃运化失司,营卫之气运化不足,营卫虚衰,从而导致营卫运行失常,如《灵枢·邪客》曰:“卫气者,行于阳则阳气盛,阳气盛则阳跷陷,不得入于阴,阴虚,故目不瞑。”二则人体中焦枢机脾胃升降失调,则水火之气机升降失序,心肾不得相交,产生不寐。治疗本病,选用和胃法主要表现为调理脾胃气机,在此基础上调和营卫、阴阳及心肾。在药物选取上以平和之药为主,如此,营卫之气得以调和,心火肾水得以相济,阴阳出入得以有序,失眠症状得以缓解。

2.1 和胃以益阴和阳,调和营卫

人体阴阳之气,运行周身,此为人“日出而作,日落而息”生活规律的生理基础。《灵枢·营卫生会》曰:“人受气于谷,谷入于胃,以传于肺,五藏六府,皆以受气。其清者为营,浊者为卫。营在脉中,卫在脉外。”行于脉中,与血相合,称为营阴,行于脉外,与阳气相合,称为卫阳。营卫失于平衡,即可使营卫之气升降出入失常,卫气独行其外,不得入于阴,交会失和,则“目不瞑”。如《灵枢·营卫生会》曰:“营气衰少,而卫气内伐,故昼不精,夜不瞑。”脾胃之盛衰,影响卫气之强弱,亦决定机体抗邪能力的强弱。脾胃化源不足,营卫之气虚衰,导致卫外功能低下,外邪乘虚侵犯人体,发为诸病,失眠随之而生。巢元方《诸病源候论》认为,大病之后,脏腑尚虚,营卫未和,故生于冷热。阴气虚,卫气独行于阳,不入于阴,故不得眠。总之,营卫之气皆源于脾胃运化的水谷精微,脾胃运化失司,升降失和,则水谷精微化生、输布不足,致使营卫之气虚衰,或水谷精微停聚中焦,变为痰饮、水湿等病理产物,从而直接或间接引发失眠,故脾胃安和,中焦气机升降有序,饮食水谷摄入充足,营卫生化有源,是保障正常睡眠的重要因素^[8]。针对此病机,应采用健脾和胃法以达到益阴和阳、调和营卫之目的^[9]。

古今众多医家以此法治疗失眠,均取得理想疗效。《黄帝内经》最早提出了“胃不和则卧不安”的失

眠理论,并给出了半夏秫米汤作为治疗失眠的方药。此方可调和脾胃,引阳入阴。方中半夏祛痰和胃,秫米能和胃安神,二者皆入脾胃之经,《本草纲目》中言半夏“治腹胀,目不得瞑”,《名医别录》记载秫米“治胃不和,夜不得眠”,医者以此为主方加减,临床治疗失眠获效颇佳^[10]。连建伟认为失眠的病机即阴阳失交,营卫失和,而营卫之气源于脾胃运化的水谷精微,临床中运用调和脾胃之法,给予半夏秫米汤加减,则脾胃和,阴阳通,人即可安睡^[11]。张永华治疗失眠也主张脾胃功能正常是调和阴阳的根本,脾胃升降有序,则阴阳交济,脾胃虚衰,升降失职,则阴阳分离,不相顺接,对出现脾胃不和、升降失司症状者,常给予左金丸、半夏泻心汤以辛开苦降,达到调和脾胃之功^[12]。半夏泻心汤是《伤寒论》名方,可辛开苦降、消补兼施、寒热平调,具有调畅人体气机、调和脾胃升降之功,被广泛应用于临床胃肠疾病的治疗,王育霞等^[13]通过对半夏泻心汤治疗失眠的Meta分析发现,本方可改善患者睡眠质量,提高生活质量。

古今针灸医家对和胃法治疗失眠非常重视。《针灸集成》记载:“心热不寐解溪泻涌泉补立愈。”解溪是足阳明胃经的郄穴,可治疗心热引起的失眠^[14]。刘雅楠等^[15]针对此病从脾胃论治,选取三阴交、足三里、天枢、神门、四神聪穴进行针刺治疗,在改善患者主观症状、睡眠质量和睡眠率方面均疗效显著,其中三阴交为足三阴经交汇之穴,属脾经,可健脾安神、调肝补肾,足三里、天枢属胃经穴位,有健脾和胃的功效。针灸名医王乐亭认为,实脾胃者,百病可防,提出“治病求本,以胃为先”的观点,结合自己临床经验组成了“手足十二针”的针灸脾胃调理方,具有调和脾胃、交通阴阳、疏通经络的功效^[16]。郭鹏等^[17]运用“手足十二针”治疗失眠,可以有效改善患者的睡眠质量、焦虑抑郁情况。

2.2 和胃以心肾相交,水火相济

心属火脏,居人体之上焦,肾属水脏,位于人体之下焦,二者生理上水火既济,病理上互为因果。孙思邈明确提出了心肾“水火相济”的理论^[18]。金元名医朱丹溪《格致余论》说:“人之有生,心为之火居上,

肾为之水居下,水能升而火能降,一升一降,无有穷也,故生意存焉。”进一步阐明了心肾两脏之间肾水上济、心火下降、阴阳平衡、水火相济的生理关系。中焦是人体气机升降之枢机,脾气升,胃气降,肾水倚脾气升而升,心火赖胃气降而降,故脾胃为心肾水火相济之枢纽,起着沟通上下的作用。黄元御《四圣心源》说:“脾升则肾肝亦升,故水木不郁,胃降则心肺亦降,故金火不滞”“中气者,和济水火之机”。因此若中焦脾胃升降之枢机异常,则人体阴阳水火升降失序,致使心肾不交而不寐。故对本病重在调和脾胃,脾胃气机升降有序,则心肾交泰,阴阳协调,夜卧神安^[17]。

众多医家对和胃法以使心肾相交、水火相济亦有自己的观点。元代名医李东垣治疗心肾不交型失眠,制方三才封髓丹,其中人参、炙甘草温补脾胃,砂仁健脾化运,旨在通过人参、砂仁、甘草的配伍补益、健运脾胃之气,调控中焦脾胃气机之升降使心肾水火得以相济顺畅^[19]。傅山《傅青主女科》《傅青主男科》提出“治肾正所以治心,治心即所以治肾”的观点,临床中重视心肾之间生理病理关系,其治疗失眠时亦重视脾胃气机的升降有序,常以人参、炙甘草补脾胃,砂仁行脾胃之气,脾胃之气健运则心肾水火相交通畅,诸证得消^[20]。国医大师段富津认为心肾不交是本病的病机,心阳需下达于肾,则肾水得以温煦;肾水要上承于心,则心阴得以涵养,而脾胃居于中焦,脾胃功能失常,气机升降受阻,必然影响心、肾,在治疗失眠病时主张“养心安神,健脾和胃,交通心肾”,常在组方中以四君子汤加半夏、陈皮、酸枣仁等以和胃安神^[21]。赵沁慧等^[22]从脾胃气机失调的角度,对心肾不交进行分析,认为脾胃为中焦气机升降之枢机,心肾之气若无中焦相助,则会水火既济活动受阻,阴阳失交,进而产生失眠。并从“和胃”的治法出发得出了辛开苦降、补气健脾、化痰运脾的思路调节脾胃气机,平衡阴阳以治疗心肾不交失眠。《黄帝内经》言脾胃“居中央而灌四旁”,脾胃运化水谷精微,充养诸脏,脾胃功能失常,心、肾脏中精气亦不得充,心阳虚亢于上,肾水枯竭于下,形成水火不相济、心肾不相交、阴阳不相序的病理状态,且水谷精微不

得运化、输布,停聚中焦,化生痰饮,诸因共同影响人体阴阳平衡,从而发为不寐。在本病的治疗上注重健脾和胃以充养心肾,交通水火,平衡阴阳^[23]。

3 结束语

和胃法是历代医家对中医治疗大法“和法”在临床运用的具体体现,是临床经验、智慧的结晶,广泛应用于临床。通过和胃以平衡阴阳、交通心肾来治疗失眠,是对中医整体观治疗的诠释,以“和胃”之小和,调动人身体之大和,将人体“失和”的病态调整到“阴平阳秘”的常态。辨证论治是中医的特色,在治疗失眠时,临床运用中也需要重视与别法的配合使用。本文所述是针对失眠运用和胃法,所举方药、针灸亦是,可丰富和胃法治疗失眠的理论基础,为本病的治疗提供新路径。但仍需更多学者的临床实践,为此提供更多临床依据。

[参考文献]

- [1] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南[J]. 中华神经科杂志, 2012, 45(7): 534-540.
- [2] 王雪, 张明雪. 基于“相火动静观”探讨失眠伴焦虑障碍辨治思路[J]. 中医杂志, 2023, 64(5): 452-456.
- [3] 王冰. 黄帝内经素问[M]. 穆俊霞, 王平, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 101.
- [4] 张压西, 石松. 中医“胃不和则卧不安”理论与消化系统疾病及失眠的关系[J]. 世界华人消化杂志, 2012, 20(5): 26-30.
- [5] 秦越人. 难经[M]. 北京: 学苑出版社, 2014: 99.
- [6] 李晓芸, 杨柏灿. 心肾相交实质探析[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(9): 31-34.
- [7] 黄佳杰, 袁拯忠, 李运博, 等. 蔡慎初从中焦辨治心肾不交型不寐经验介绍[J]. 新中医, 2022, 54(8): 240-243.
- [8] 王玉贤, 马克信, 王飞雪, 等. 《黄帝内经》论失眠[J]. 上海中医药大学学报, 2015, 29(1): 11-14.
- [9] 李斌, 闵寅, 纪立金. 论“胃不和则卧不安”[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(3): 496-497.
- [10] 张乐怡, 黄幸, 曹云, 等. 调和营卫法治疗不寐的药对探析[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(3): 1803-1806.
- [11] 魏春, 齐方洲, 武亿红, 等. 连建伟教授运用半夏秫米汤治疗失眠证经验[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(11): 3281-3283.
- [12] 叶发, 张一鸣, 张永华. 张永华教授论治失眠思路探析[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(3): 728-729.
- [13] 王育霞, 田财军. 半夏泻心汤治疗失眠症临床疗效的Meta分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(16): 2817-2822.
- [14] 严开伟, 杨洁, 梁繁荣. 浅议中医“和胃安神”疗法与失眠的关系[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(11): 2289-2292.
- [15] 刘雅楠, 林成荫, 吴焕淦, 等. 从脾胃论治针刺治疗失眠症临床观察[J]. 中国针灸, 2015, 35(8): 768-772.
- [16] 王瑞昕, 周强, 张声生. 基于调理脾胃法针刺治疗失眠的理论浅析[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(8): 3395-3397.
- [17] 郭鹏, 白鹏. “手足十二针”配合常规取穴治疗失眠31例疗效观察[J]. 北京中医药, 2018, 37(5): 452-455.
- [18] 李晓芸, 杨柏灿. 心肾相交实质探析[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(9): 31-34.
- [19] 王兆忻, 张根明, 刘殿龙, 等. 基于“调脾胃安五脏”理论探析调补中焦法辨治不寐的临床应用[J]. 环球中医药, 2020, 13(11): 1929-1932.
- [20] 杜彩凤, 王天芳, 王梓炜, 等. 傅山“心肾相依”治疗特色探讨[J]. 中医杂志, 2021, 62(13): 1109-1112.
- [21] 孟拓, 陈会君, 范增光, 等. 国医大师段富津治疗不寐案三则[J]. 山东中医杂志, 2020, 39(8): 879-881.
- [22] 赵沁慧, 邹烈寰. 调脾治疗心肾不交型失眠探讨[J]. 山西中医, 2019, 35(4): 4-5.
- [23] 叶梦瑶, 裘涛, 裘昌林. 裘昌林治疗不寐临床经验[J]. 浙江中西医结合杂志, 2020, 30(5): 354-356.

从复杂性辨证论治思维论黄连阿胶汤

玄舜超¹, 李静², 田佳新³, 吴波⁴

(1. 山东中医药大学, 山东 济南 250355; 2. 山东省千佛山医院, 山东 济南 250014; 3. 山东新中鲁中医医院, 山东 济南 250014; 4. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250011)

[摘要] 复杂性辨证论治思维是中医临床辨证方法的“变法”思维, 是一种灵动性的辨证方法。黄连阿胶汤本是张仲景少阴热化方, 然从复杂性辨证论治思维思之, 本方主治病机为升降失因、枢机不利、开阖失常、阴阳失和、中土失畅。因此, 黄连阿胶汤在调和阴阳、交通心肾的同时, 注重调理中焦、枢转气机, 使之一气周流, 进而使阴升阳降、水火互融。方中鸡子黄为中土斡旋、通达心肾之要药, 其功效既可枢转中轴气机以带动四维运转, 又可上行下达恢复气机之龙虎回环, 使阴阳升降协调有序, 充分体现了“变法”思维的灵动性, 也为临床上灵活应用黄连阿胶汤解决疑难性和复杂性疾病提供新思路。

[关键词] 复杂性辨证论治思维; 黄连阿胶汤; 阴阳; 少阴枢; 中焦

[中图分类号] R289.5

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0818-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.007

Discussion on Huanglian Ejiao Decoction(黄连阿胶汤) Based on Complex Syndrome Differentiation and Treatment Thinking

XUAN Shunchao¹, LI Jing², TIAN Jiixin³, WU Bo⁴

(1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Shandong Provincial Qianfoshan Hospital, Jinan 250014, China; 3. Shandong Xinzonglu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250014, China; 4. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250011, China)

Abstract Complex syndrome differentiation and treatment thinking is the “changing method” thinking of traditional Chinese medicine clinical syndrome differentiation method and it is a kind of flexible syndrome differentiation method. Huanglian Ejiao Decoction(黄连阿胶汤) is originally from ZHANG Zhongjing Shaoyin heat transformation prescription. However, from the perspective of complex syndrome differentiation and treatment thinking, the pathogenesis of this prescription is the loss of normal ascending and descending, the mechanism is unfavorable, and the opening and closing are abnormal, the imbalance of yin and yang, and the disharmony of spleen and stomach in middle-jiao. Therefore, Huanglian Ejiao Decoction, while harmonizing

yin and yang and communicating the heart and kidney, pays attention to regulating the middle-jiao and pivot qi, making qi circulate, and then making yin ascend and yang descend and harmonizing water and fire. Jizihuang in the prescription is an important medicine for mediating middle-jiao and communicating the heart and kidney, which can not

[收稿日期] 2023-01-22

[基金项目] 山东省中医药管理局重点项目(编号:2021Z044)

[作者简介] 玄舜超(1994—), 女, 山东泰安人, 2020 年硕士研究生, 研究方向: 中西医结合治疗心血管疾病的研究。邮箱: 2011589514@qq.com。

[通信作者] 吴波(1973—), 女, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师, 主要从事中西医结合治疗心血管疾病研究。邮箱: wubojian@163.com。

only pivot the central qi to drive the four-dimensional operation, but also restore qi circulation, which is similar to the dragon and tiger loop, so as to coordinate the ascending and descending of yin and yang, which fully reflects the flexibility of the thinking of "changing method" and provides a new idea for the flexible application of Huanglian Ejiao Decoction to solve difficult and complicated diseases in clinic.

Keywords complex syndrome differentiation and treatment thinking; Huanglian Ejiao Decoction; yin and yang; Shaoyin pivot; middle-jiao

《伤寒论》为汉代医家张仲景所著,是确立中医六经辨证的鼻祖之作,确立了集“理、法、方、药”为一体的辨证论治体系,现已成为变法思维体现最为突出的经典医著^[1]。黄连阿胶汤出自其中,乃治疗少阴热化心烦、心肾不交之不寐的代表方,其所治病证及其病机深刻体现了复杂性辨证论治思维方式在中医临床应用中的重要性,并指导我们对张仲景所论黄连阿胶汤证病机、方药等进行更深层次、更宽领域的探索讨论。本文从复杂性辨证思维的角度出发,揭示黄连阿胶汤在临床证治中的应用,为临床辨证论治思维提供新的理论支撑。

1 复杂性辨证论治思维

复杂性辨证论治思维是指运用非常态化的辨证思维方式考虑问题,即变法思维,其要求临床医家在临床辨治疾病过程中不拘泥于某个点,而是从整体角度出发,动态观察疾病发生的整个过程,通过分析疾病的病因病机,预测疾病总体发展趋势与转归预后等,从而形成自己的独到见解。复杂性辨证论治思维具体包括变法辨证思维、动态辨证思维、整体性辨证思维、相对性辨证思维、司内辨证思维^[2]。临床常运用此变法思维来辨证论治复杂性疾病,充分彰显了中医独特的辨证思路,也为中医学辨证论治特色所在。

中医学是中华传统文化的瑰宝,其理论深厚,溯源久远。中医学典籍《黄帝内经》开辟了整体观念与临床辨证相结合之先河,提出人与自然相统一的思想。中医学认为,万物始出,初由太极,化为阴阳,四时定位,寒暑交替,人立其中,应天之运,观天之象,顺天之气,此乃天人相合,或天人相应。从古至今,天人相应之思想观念已植根于人心,亦是《黄帝内经》所秉持之中心思想。宇宙万物,在天为玄,在地为化,在人为道,人禀承天地之气,顺四季之时,其五脏六腑及形体官窍,无不遵循天地阴阳运行之规律,故通阴阳之法,晓四时之理,方能形神兼具,而尽终

天年,此乃人之生命活动与自然之运动变化规律息息相关之道理。因此,从上述可知,复杂性辨证论治思维并非脱离中医经典理论,其核心内容亦是来源于《黄帝内经》中“天人相应”的整体观思维,所谓中医整体观与辨证论治体系所具有的系统大规模、开放环境、重视相互作用等特点,以及整体、动态的观察方式是其复杂性的来源^[3]。《黄帝内经》以天人相应的整体恒动理论,通过综合分析宇宙、天地、万物、气候、物候等之间的动态变化周期性规律,从而过渡到人体之脏腑、气血、津液、四肢、五官、九窍等。此外,复杂性辨证论治思维方式与运气学的思维方式有着异曲同工之妙。运气之学,乃知其每年的运气常规变动之规律,感实际气候物候之偏差,查人体升降运行之状态,近之可辨运气的“常”与“变”,远之甚至灾变皆可辨。因此,同样的思维模式,运用具有中医特色的复杂性辨证论治思维,即“变法思维”,来治疗非规律性疾病以及复杂性的疾病,通过“见微”而“知著”、“推常”以“衡变”,其临床功效尤为显著。

2 黄连阿胶汤辨证思维研究

2.1 数据库的选择

选取中国期刊全文数据库(CNKI),在主页中点击“高级检索”,在“输入检索条件”中选取关键词,将“黄连阿胶汤”输入要检索的关键词中,在匹配栏中选择“精确”,发表时间选取1961年至2017年发表的有关黄连阿胶汤方的研究文献,便得到了与黄连阿胶汤方条件相符合的文献。另外,从《全国中医图书联合目录》中的医案部分及近代医案、验案中精选黄连阿胶汤病案,进行综合统计^[4]。

2.2 医案纳入及排除标准

纳入标准:①选用病例中采用的处方必须明确为黄连阿胶汤方或其加减不超过1味中药的加减方;②选用病例为原载有效病例;③医案应至少包含临床表现和用药两部分;④选用病例中给药途径需为汤剂口服;⑤医案的辨证用药应以中医传统理论作

为指导。排除标准:表述不规范的医案。

2.3 病证辨证思维的常法与变法标准

病证的常法标准:《伤寒论》中有症有方的条文视为常法条文。其中所列举的病证则为常法辨证标准。病证的变法标准:常法条文列举以外的病证为变法辨证标准。

2.4 统计方法

选用SPSS 17.0统计学软件,进行数据统计学分析。用Microsoft Office Excel 2003建立数据库,数据录入采用双人双录的方法,核对至完全一致。

3 黄连阿胶汤治疗疾病的文献量及分布

精选黄连阿胶汤病案425例,见表1、表2。

表1 425例黄连阿胶汤常法辨证病案文献量及分布(164例)

序号	病名	病案/例	频率/%	序号	病名	病案/例	频率/%
1	不寐	95	22.35	2	烦躁	69	16.24

表2 425例黄连阿胶汤变法辨证病案文献量及分布(261例)

序号	病名	病案/例	频率/%	序号	病名	病案/例	频率/%
1	咳血	21	4.94	21	早泄	3	0.71
2	久咳	19	4.47	22	鼻衄	3	0.71
3	胃痛	16	3.76	23	腰痛	3	0.71
4	麻疹	16	3.76	24	盗汗	3	0.71
5	癫痫	15	3.53	25	暴盲	2	0.47
6	血淋	13	3.06	26	胸痹	2	0.47
7	温病	13	3.06	27	遗精	2	0.47
8	痒风	13	3.06	28	伏暑	1	0.24
9	冬温咳嗽	13	3.06	29	子痲	1	0.24
10	暑温	12	2.82	30	耳聋	1	0.24
11	牛皮癣	12	2.82	31	喉痹	1	0.24
12	痢疾	11	2.59	32	痹病	1	0.24
13	心悸	10	2.35	33	喘证	1	0.24
14	眩晕	9	2.12	34	中风后遗症	1	0.24
15	紫癜	9	2.12	35	消渴	1	0.24
16	血痢	9	2.12	36	干燥综合征	1	0.24
17	春温	5	1.18	37	阴痒	1	0.24
18	下肢厥冷	5	1.18	38	手足口病	1	0.24
19	崩漏	5	1.18	39	咽痛	1	0.24
20	经断前后综合征	4	0.94	40	午时血证	1	0.24

从表1和表2可知,统计黄连阿胶汤病案425例,其中反映常法辨证论治的文献量为164篇,约占总文献量的38.59%;反映变法辨证论治的文献量为261篇,约占总文献量的61.41%;在病名中,反映常法辨证的病名2个,约占总文献量的4.76%;反映变法辨证的病名40个,约占总文献量的95.24%。

4 讨论

4.1 黄连阿胶汤证病机复杂性探讨

4.1.1 基于“阴升阳降”探讨

心位居上焦,为君主之官,内存君火,具有温煦

之功,如同阳光普照大地,万物复苏,故为五脏六腑之主宰;肾位于下焦,为先天之本,内藏寒水,具有封藏之能,犹如水液滋润纳摄,濡养万物,故为五脏精气之来源。从五行生克制化规律来看,心属火,肾属水,水能制火,使其动而有制,从而保证人体津液气血得以正常运行。而从中医整体观念及阴阳学说内涵来讲,心属阳,其气宜降,肾属阴,肾气宜升,阴升阳降,乃人体气机循环之动力所在,故从整体观念来看心与肾五行相克而实则相须也。

生理上来说,心阳下降于肾水,使肾水不寒,肾

水上济于心火,使心火不亢,如此则阴阳相交,水火交互,为心肾相交之本义,故心与肾,实为阴与阳也,阴阳相交,则精气乃至;阴阳相离,则神机失守。陈修园在《伤寒论浅注》中指出黄连阿胶汤证主要表现为“心中烦、不得卧”,其病机乃少阴之位虚馁,肾水不足,下焦水阴失于上交君火,致使上焦君火热化,邪火炽盛,不能与下焦水阴相济,且肾藏精,心藏神,精在气的推动作用下可濡养化生心神,而心神为五脏之神之主宰,可驭气统摄一身之精,精与神之间互生互化,若心火亢盛,则煎灼阴液,神不得入里而分散于外,故出现心中烦乱、不得卧。因此,临床应注重心肾相交之真正含义,即注重平调阴阳,从而使水升火降,阴阳协调,方可上凉君火,下暖肾水,水火归位,则阴阳复固。

4.1.2 基于“少阴枢机”探讨

从三阴之开阖枢角度分析,少阴者,又名曰“枢机”,其“枢”之本义,乃指运转门户之枢轴。其中,手少阴者为心也,足少阴者为肾也,故少阴为心肾所居。心为火脏,火性动而炎上,其气为热,肾属水脏,水性静而蛰藏,其气为寒,因此,少阴又被喻为火水之宅,真阴真阳寓居其中,阳为上焦心火所主,阴为下焦肾水所司。由此可见,少阴枢机一来可枢转阴阳之气,使其分布均衡;二来可枢转气机之升降,使得少阴水火升降协调,上下互融^[5]。因此,少阴为阴阳气机升降出入之关键场所,也同为调节水火交通、阴阳平衡的重要枢纽。柯琴言少阴“水火不和,则阴阳不相顺接”,若少阴枢机不利,如同其门轴锈住,动无以动,不动者,生机少也。邪入少阴从火热化,少阴水火失之交互,致使上焦君火亢盛,相火失其守位,阴阳水火失衡,阳热下劫肾水,水不济火,则孤阴失滋,孤火无制,心火独亢,真阴亏耗,内扰心神,则心中烦乱、夜不能寐,虚火内炽,阴液亏虚,则见口燥咽干、舌红少苔、脉细数为主要表现的虚热证候。黄连阿胶汤为治疗少阴热化证之代表方,方中诸药相合以助少阴枢转阴阳水火之气,使之升降协调,进而使少阴之火归其位,复周身气机循环之力。

4.1.3 基于“一气周流”病机探讨

人体周身之气是以中土之气为中轴的一气周流,木火金水之气为四轮,轮运则轴转,形成中气,轴转则轮运,促成升降,轴为气机枢转之门户,旋动于

内,构成内在运行之动力,轮为辅助则升降于外,以带动四周气机之枢转,如此则正常相合运转,促使气机升降相因,阴阳交合,周而复始,环行不息。因此,中土之气与四轮联系紧密,戊己土和则四轮得以行之,若中气不运,则气机升降乏源,致使火气炎于上,水气流于下,木气陷于左,金气逆于右,而四轮皆病。方中单鸡子黄这一味药,以中焦土为切入点,恢复人体气机的一气周流,如同打太极一般运转升降枢机,复中气以带动四维运转,进而使阴升阳降,水火既济,阴阳相交互从而自和使然,阴平阳秘则病安。

以方测证是以中医辨证论治和方证相应理论为基础的一种研究方法^[6],从黄连阿胶汤中鸡子黄这味特别的药可以重新审视黄连阿胶汤的病机。鸡子黄“味甘微温,入足太阴脾,足阳明胃”^[7],鸡子黄入中土脾胃,己土脾左升,戊土胃右降,左升乃升北方肾阴,化为南方心阳,如黄元御云:“己土上行,阴升而化阳……升于上,则为心”;右降乃降南方心阳,化为北方肾阴,所谓“戊土下行,阳降而化阴……降于下,则为肾”。鸡子黄是入中焦脾胃之品,中焦一通,左可升,右可降,即己土左旋,升而化心火,戊土右转,降而为肾水。升降相因,开阖如常,气机动畅,阴阳相和,则病安矣。即所谓“中气升降,是生阴阳”,阴阳升降之枢轴,中气土也。

《四圣心源·中气》曰:“脾升则肾肝亦升,故水木不郁;胃降则心肺亦降,故金火不滞。火降则水不下寒,水升则火不上热。”^[8]肝与肺共同主司人身左右之气机,以助气机之运动。肝为升也,顺其升发之势,则可左升肾水上交于心;肺为降也,行其收敛之权,则能右降心火下交于肾^[9],如此则以脾胃为中轴,肝升肺降,心肾水火亦随之升降有序,故气机之升降,既需要脾胃气机之枢轴运转,又赖于肝肺气机之龙虎回环。《素问·阴阳应象大论》云“左右者,阴阳之道路也”,病理情况下,若肝木失于条达之性,疏泄失职,左升之路不通,气机郁遏,木郁克土,影响脾胃升降之能,致使水气沉沦无以上济于心中,心内藏君火,失于肾水滋养,必逆于肺金敛降之势而炎于上,且易入于肺中^[10],肺金失敛则右降不及,使心火无以下潜于肾,如此则水不得升、火不得降,火盛太过必成伤阴之势,日久煎灼肾水,肾阴亏耗,水不荣木,肝为肾中之火所逼,致使肝阴亏虚,下焦阴液不

足,相火妄动,则进一步影响中气升降之性,故中焦与肝肺之气机升降运动是为一个整体循环,双方均不可脱离任何一方而独立存在,其肝木之左升与肺金之右降相互协同作用,是为心肾水火交济之通路所在。

4.2 黄连阿胶汤证的复杂性

黄连阿胶汤证临床病情具有复杂性,故其症状各异,但究其病机,主要为中焦斡旋不利,阴阳失和,水火失交所致。如若中焦不通,升降失职,则上下失交,火不得宣,邪火郁于上焦,郁结在肺,则燥金失润,肺络损伤,金气失敛,故易发鼻衄、咳血,肺气不降,逆而向上,发为咳嗽、喘证;火郁在心,心火无以下潜,易发不寐、烦躁、心悸等病;火在上而不下无以温通肾水,合之肾水亏虚,下焦虚寒,升气无力,故易发下焦之下利、痢疾、早泄等;而中焦壅滞,气机无以上下交通,清阳不升,浊气不降,则易病发眩晕,气血不通,不通则痛,则易发胃痛。此外,应用黄连阿胶汤来治疗午时血证、手足口病、癫痫、牛皮癣等疑难杂病并取得了显著疗效,充分表明,运用中医变法思维来诊疗疑难杂症存在一定的优势。知其一便可举一反三,运用复杂性思维之“升降”“阴阳”“开阖枢”“中土斡旋”观等来分析疾病的病机病证,尤其是疑难杂症,对未来中医的发展有一定的推动作用。

4.3 黄连阿胶汤方解的复杂性

4.3.1 鸡子黄之复杂性

据《本草备要》记载,鸡子黄入于心经,其禀南方火色,通于心,补离宫之火,然黄元御认为鸡子黄主入中土,有开通中焦之味。中土斡旋,化生阴阳,己土为脾,其气左升,戊土为胃,其气右降,己土不升,戊土不降,则中焦气机失常,故临床尤为重视中焦脾胃运化之力,从而主张厚其土,培其元,鸡子黄为血肉有情之品,色黄入脾,可从土中戊己以带动气机升降,中焦得通,则人体气机升降有序,推动脏腑之气血循环,为促使心肾相交之内在动力。

从人体气之运动来讲,人体为一个以五脏为中心由经络相互络属的有形个体,并通过五脏气机升降出入之运动维持人体正常生命活动,黄连阿胶汤证的根本病机为心火不降,肾水不升。人体以五脏为中心,气是维持各脏腑生理功能的基本物质,在正

常生理状况下,脾胃枢转中轴之气,以带动四轮运转,使火气得降,水气上升,木气左升,金气右降,复气机畅达之力,则心肾相交使然。鸡子黄梳理中焦土,中土畅运,从而使脾土得以温升,胃土得以凉降,进而化生中气,运行气机,化生气血,使其升发有度。

从开阖枢来论,开阖枢亦是气机阴阳的循环。“少阴在正北方,冬至阴极而一阳生,故为阴之‘枢’”^[11],少阴乃阴阳水火枢转之关键,其枢机不利,太阴不开,运转失常。鸡子黄既可枢转少阴阴阳水火之气,又有开太阴之意味,复中焦斡旋之力,以助清阳上升,浊阴下降,使太阳得开,少阴枢机运转如常,阴阳如时相交和,则病邪乃去。

另外,方中鸡子黄坐镇中土,统筹帷幄,配禀北方水色,咸以入肾,补坎宫之精之阿胶,以交补心肾除少阴烦热,旋转阴阳,水火既济,为方之精髓所在。

4.3.2 黄连阿胶汤余药之复杂性

从阴阳学说来看,黄连阿胶汤具有平调阴阳之义。《注解伤寒论》:“阳有余,以苦除之,黄连、黄芩之苦以除热;阴不足,以甘补之,鸡子黄、阿胶之甘以补血;酸,收也,泄也,芍药之酸,收阴气而泄邪热也。”黄连、黄芩苦寒直折心火、除烦热,黄芩、黄连相配以抑阳治标;白芍酸泄,收阴气、益阴血,助黄芩、黄连泄邪热,并收敛心肾,滋养心神;白芍配阿胶以扶阴治本。整方交通心肾,平调阴阳。另外,鸡子黄从戊土己土,一升一降,配以黄芩、黄连则敛降心火,阿胶、白芍滋养肾水,以助胃气下降之力,胃气得降以复肾水蛰伏之性,从而使相火敛降以归其位,气机升降运化之功得复,则心肾交通,阴阳调和。本方苦寒与咸寒并进,降火与滋阴兼施,邪正兼顾,标本同治,水火既济,柯韵伯言此方为“滋阴和阳之剂”,为“降火引元之剂”。

从开阖枢角度分析,少阴枢机不利则太阴不开,阴气不得敷布,气血不得宣发,厥阴之气无以受纳,肝肾之精津生成匮乏,则开阖失常,阳不得入于阴而无以归藏,孤火在上、孤阴在下,则滋无滋、收无收,故临床在用鸡子黄运转气机的同时,配合阿胶、白芍、黄芩、黄连枢转阴阳之气,使阳入阴,阴能敛阳,继而使少阴水火相合,复其枢机如常。

从气机之左升右降来讲,黄连阿胶汤为打通左右之通路、调节气机升降之经典方,《辅行诀脏腑用

药法要》载:“心德在奠……以咸补之,苦泻之。肝德在散……以辛补之,以酸泻之。”^[12]观其组方用药,方中黄芩以其苦寒之性入于肺中,一则可肃肺金之热;二则可复肺金敛降之权,使其降之有度,以打通右侧通路;三则配合黄连降泄心火,使少阴心火得以归藏。白芍味苦略酸,其性微寒,入于肝经,苦能滋阴,酸能收敛,因酸走肝,暂用之生肝,肝性欲散而恶敛,又取其酸之性以抑肝,另白芍专行血海以养血,故谓白芍能补复能泻^[13],故方中予以白芍以敛肝阴、调肝气,并助阿胶滋阴之力,肝木气血调和则可复其调达之性,左升肾水上济于心。方中鸡子黄其功擅上行下达,为安中之品,一方面可运化中土,以恢复脾胃之轴升降之机,脾胃斡旋之力得复方能带动肝肺之气左升右降之能,进而使心火得降,肾水得升,使气机循环往复,生生不息;另一方面其性质平和,有交通心肾之功^[14],上通心气,以助黄芩、黄连平其亢阳,上焦心火得降方可使肺中之火自平,复其敛降之职,使金气右降,下通肾气,以助阿胶、白芍滋补真阴,肾中之水得充则肝木得以荣滋,使木气左升。

因此,黄连阿胶汤在泻心火、滋肾阴的同时可通过调节肝肺之气,使左路得升,右路得降,以打通水火之气的通道,进而促使心肾相交,阴阳相合。

4.4 煎服法分析

治病疗效不仅要随证选方,其煎服方法更是关键所在,不容小觑。黄连阿胶汤方其煎法复杂,根据原文可知,先将黄连、黄芩、白芍浸泡于五升水中煎煮至二升,去药渣,纳入已烊化的阿胶,待汤药小冷,即凉至60℃左右,再纳入鸡子黄,搅令相得。需特别注意的是,鸡子黄切不可在汤药过烫时加入,否则容易被煮熟,违背仲景用药原意;亦不可待汤药完全放凉后加入,否则不仅汤药过腥、难以下咽,还失去了鸡子黄原本的药用价值。此温度下的鸡子黄,既不过熟结块,也不过生,所谓“用生者搅和,取其流动之义也”,是为方之精髓也。鸡子黄,流动者,方符合中土斡旋之性,阴阳开阖、升降之变,气机生始之态。流动者,方可上可下;动者,方有生机。

5 结束语

本文通过分析讨论黄连阿胶汤证的发病机制、临床证治以及方解的复杂性等,得出黄连阿胶汤乃

调和阴阳、枢转气机、促其升降运动之要方,方中鸡子黄作用于人体中焦,是为调节中土气机升降、促进水火交融之要药。全方不仅在治疗心烦、失眠等心系疾病方面疗效显著,还大量应用于治疗内外妇儿、耳鼻喉等方面疾病,其应用之广泛体现了黄连阿胶汤变法思维的灵动性。

人与天气相通、地气相应,与自然相和。因此,在临床选方用药时需考虑自然之因素,察人身动变之态。临床中运用复杂性思维辨证论治,知常、知变有利于拓展方药的灵活应用,以提高疗效优势。

[参考文献]

- [1] 吴波. 从经方活用探讨《伤寒论》六经复杂性辨证论治思维[D]. 济南:山东中医药大学,2013:1.
- [2] 姜建国. 姜建国伤寒一得[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:271.
- [3] 吴波,姜建国. 论小青龙汤方证的复杂性辨治思维[J]. 江苏中医药,2013(5):63-64.
- [4] 薛清录,傅景华,王庆福,等. 全国中医图书联合目录[M]. 北京:中医古籍出版社,1991.
- [5] 梁华龙. 伤寒论钩沉与正误[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:202.
- [6] 董杨,李福凤,张彤,等. “以方测证综合实验方法入门”课程建设体会[J]. 上海中医药大学学报,2013,27(4):5-7.
- [7] 黄元御. 黄元御药解[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:52-53.
- [8] 吕宇剑. 黄元御四圣心源点睛[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2015:62.
- [9] 天津市中医药研究院. 中国传统医药研究[M]. 北京:中医古籍出版社,1997:107.
- [10] 何贵孚. 伤寒论大方图解[M]. 曲丽芳,傅小燕,赵申申,校注. 北京:中国中医药出版社,2016:80.
- [11] 顾植山. 从阴阳五行与五运六气的关系谈五运六气在中医理论中的地位[J]. 中国中医基础医学杂志,2006(6):463-466.
- [12] 潘文,袁仁智. 敦煌医学文献研究集成[M]. 北京:中医古籍出版社,2016:338.
- [13] 梁传亭,梁家胜,梁家汇. 中药理性撰要[M]. 北京:中医古籍出版社,2019:611.
- [14] 吴宇峰,寇馨云. 温病条辨白话解[M]. 北京:中国医药科技出版社,2016:301.

从“脾藏营舍意”论溃疡性结肠炎诱发抑郁的机制

刘薇,田锋亮,曾健,袁玲,刘宇,邱红,路琼琼 指导:徐健众

(重庆市中医院,重庆 400013)

【摘要】“脾藏营舍意”首见于《灵枢·本神》,体现了脾运化水谷精微上输于脑以滋养“意”的功能。若是脾的功能受到损害,“意”的功能也将无法正常发挥。该病理理念与溃疡性结肠炎诱发抑郁的病理机制——肠道炎性反应中枢侵袭及其他一系列病理反应导致大脑海马损伤最终诱发抑郁行为的病理过程相合。阐释中医“脾藏营舍意”理论与溃疡性结肠炎诱发抑郁机制的相关性,以期将“脾藏营舍意”这一理论用于指导溃疡性结肠炎诱发抑郁的临床诊疗。

【关键词】 溃疡性结肠炎;抑郁;脾藏营舍意;临床诊疗

【中图分类号】 R259.746.2

【文献标志码】 A

【文章编号】 0257-358X(2024)08-0824-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.008

Discussion on Mechanism of Depression Induced by Ulcerative Colitis from Perspective of “Spleen Storing Nutrient and Housing Idea”

LIU Wei, TIAN Fengliang, ZENG Jian, YUAN Ling, LIU Yu, QIU Hong, LU Qiongqiong Mentor: XU Jianzhong

(Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital, Chongqing 400013, China)

Abstract “Spleen storing nutrient and housing idea” is initially recorded in *Miraculous Pivot·Roots of Spirit*, which reflects the function of spleen in transporting and transforming the essence of water and grains to the brain to nourish the “idea”. If the function of the spleen is damaged, the function of “idea” will not be able to exert. The concept of this pathology is consistent with the pathological mechanism of ulcerative colitis-induced depression—the intestinal inflammatory response invades the central nervous system and other series of pathological reactions lead to damage to the brain hippocampus and ultimately induce depressive-like behavior. This paper elucidates the correlation between the traditional Chinese medicine theory of “spleen storing nutrient and housing idea” and the mechanism of depression induced by ulcerative colitis, with a prospect of applying the theory of “spleen storing nutrient and housing idea” in guiding the clinical diagnosis and treatment of depression induced by ulcerative colitis.

Keywords ulcerative colitis; depression; spleen storing nutrient and housing idea; clinical diagnosis and treatment

【收稿日期】 2023-03-09

【基金项目】 国家自然科学基金青年基金项目(编号:82205085); 中国博士后科学基金面上项目(编号:2023M740437); 重庆市自然科学基金博士后项目(编号:2022NSCQ-BHX4879); 重庆市博士后研究项目特别资助二等资助(编号:2023CQBSHTB2042); 重庆市科研机构绩效激励引导专项(编号:jxyn2021-1-12); 四川省科技厅区域创新合作项目(编号:2023YFQ0016)

【作者简介】 刘薇(1980—),女,重庆人,主任医师,主要从事中医药防治胃肠病的研究。邮箱:55920805@qq.com。

【通信作者】 路琼琼,女,山东泰安人,医学博士,副研究员,主要从事中医药防治脾胃病的研究。邮箱:luhaiyao788@163.com。

溃疡性结肠炎(UC)是炎症性肠病(IBD)中最为常见的、发生在结直肠的非特异性炎症性疾病,临床上主要表现为腹泻、黏液脓血便及腹痛等,严重影响患者的生活质量。数十年来,UC的发病率一直呈上升趋势,其在欧洲和美国的发病率分别为505/10万

和214/10万^[1],其在我国发病率也逐年攀升,患病人数较前增加了7倍^[2]。因其难治愈、易复发、癌变风险高,已被WHO列为现代难治疾病之一,也是目前世界医药卫生领域研究的热点和难点。随着UC发病率的逐年上升,其诱发的抑郁已受到世界公共卫生领域的广泛关注。研究显示,活动期UC患者中有34.7%出现抑郁,即使在非活动期也有近20.0%伴有抑郁,不仅严重影响了患者生活质量,还大大增加了患者的自杀风险^[3-5]。UC诱发抑郁机制的研究,现代医学多从肠道损伤以及社会心理等因素引起的大脑中枢神经系统功能紊乱入手,中医学治疗相关疾病的理论及临床实践经验丰富,本文旨在阐释溃疡性结肠炎诱发抑郁的机制以及与中医“脾藏营舍意”理论的相关性,以期将“脾藏营舍意”这一理论用于指导溃疡性结肠炎诱发抑郁的临床诊疗。

1 “脾藏营舍意”理论解析

沈金鳌在《杂病源流犀烛》中提到:“脾者,心君储精待用之府也。贍运用,散精微,为胃行精液……故为十二经根本。其势居中央孤脏,以灌四旁,注四末,故为六经内主。其所以为脾如此,古人谓为后天之本,信然也。盖脾统四脏,脾有病,必波及之,四脏有病,亦必待养于脾,故脾气充,四脏皆赖煦育,脾气绝,四脏不能自生。”强调了脾的生理功能在人的整个生命过程中起着极其重要的作用,脾安则其他脏腑营养充足、功能正常,脾不安则其他脏腑亦会受到损伤,引发他病。“脾藏营舍意”见于《灵枢·本神》:“脾藏营,营舍意,脾气虚则四肢不用,五脏不安。”藏,《说文解字》言“匿也”,可引申为“主掌”之意^[6];营,《说文解字》言“营,市居也”,段玉裁注“围绕而居”,可引申为“往来运转,如环无端”。舍,《说文解字》言“市居曰舍”;意,为五神之一,指意识、思维或回忆,《灵枢·本神》曰:“心有所忆谓之意,意之所存谓之志。”意是产生于心的任物之后,对事物产生的意向,依赖于后天脾胃运化水谷精微的充养^[7]。“脾藏营舍意”是指脾主运化水谷精微,在其升清功能的作用下,将营养物质输送于脑,以保持大脑正常的思维、意识活动。“脾藏营舍意”体现了脾运化水谷精微上输于脑以滋养“意”的功能。若是脾的功能受到损害,“意”的功能也将无法发挥^[7],如UC等脾胃疾病可引发抑郁等情志疾病。

2 UC诱发抑郁的机制

随着医学“生物-心理-社会”模式的发展,胃肠疾病与情绪因素之间的关系得到了高度重视。抑郁是

全球性的健康问题,经常与其他疾病相伴随致病。自21世纪以来,更多的临床研究表明,UC与抑郁的发病有很强的联系。UC诱发抑郁的发生发展被认为与肠道损伤以及社会心理等因素引起的大脑中枢神经系统功能紊乱密切相关^[8]。

UC肠道损伤与屏障系统损伤、神经系统异常、免疫系统紊乱和代谢途径失调等导致的肠道炎症反应激活、微生物代谢紊乱等密切相关。在UC患者中可观察到结肠黏液分泌障碍导致的黏膜屏障损伤以及上皮屏障损伤^[9-10]。肠屏障系统损伤会导致肠腔内的抗原、微生物等有害物质侵入肠黏膜层,进一步损伤肠上皮细胞及细胞间的紧密连接,促进中性粒细胞等免疫细胞的聚集,肠黏膜炎症反应激活,免疫代谢紊乱。肠道微生物群受肠道炎症反应等多种因素的影响,其代谢功能亦受到损伤。另有研究表明肠道微生物群在UC发病的病理过程中发挥着重要作用^[11]。肠道微生物群代谢紊乱能够损伤肠上皮细胞及细胞与细胞之间的结构、减少黏液的分泌,增加肠道的通透性,损伤肠神经系统(ENS)等。ENS结构和功能异常已被证实与UC症状的复发和疾病严重程度有关^[12-13],研究发现在UC中可以观察到ENS轴突损伤或坏死、神经元损伤等现象,并可观察到神经肽Y等物质水平增多,脂质代谢的功能紊乱,肠屏障通透性增加^[14]。肠屏障功能损伤会导致腔内促炎介质如炎性细胞、促炎因子、微生物抗原等易位进入固有层^[15],进而导致固有层炎症反应激活,如巨噬细胞极化失衡,促炎细胞因子分泌增加,这些炎性介质与微生物产生的有毒物质等能够损伤肠内皮结构、功能,增加血管通透性,进而导致肠道炎性介质进入外周循环,全身炎性介质水平显著增加^[16],外周炎性介质水平升高可损伤脑血管内皮细胞及细胞间的紧密连接,抑制紧密连接蛋白如claudin-5、ZO-1的表达,导致以通透性增加为主要原因的血-脑脊液屏障功能损伤^[17],促进来自肠道的炎性介质通过外周循环穿透大脑,引起大脑神经炎症反应,进一步通过各种病理机制影响中枢神经系统的功能,导致抑郁的发生发展^[18-20]。

神经炎症反应激活被认为是UC模型动物行为改变的一个指标^[21]。海马是大脑中与抑郁相关的主要区域^[22],在动物研究中发现,葡萄糖硫酸钠(DSS)诱导的结肠炎小鼠海马白细胞介素-1 β (IL-1 β)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和干扰素- γ (IFN- γ)等炎性因

子表达显著增加^[23],但这些炎性因子通过血脑屏障到达海马,激活前列腺素E₂(PGE₂)-前列腺素E₂受体(EP₂)信号通路,损伤线粒体功能^[24],会诱导海马小胶质细胞向促炎的M1型方向极化^[25-27],进一步分泌炎性因子进而激活色氨酸-犬尿氨酸代谢途径(KP途径),KP代谢产物能够直接导致神经元的损伤,这是UC诱发抑郁样行为的核心环节和直接原因^[28]。同时,抑郁的发生发展还能反向加重UC的病理进程^[29]。

UC的主要临床表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便等,这些疾病症状为患者的工作和社交等带来了很大的影响。目前国人对UC的了解依然较少,疾病相关知识的普及率较低,UC患者周围的同事未给予足够的理解与支持,并时常受到轻视。另外,UC患者需终身服药,花费较大。不被理解的社交关系及较重的经济负担等问题增加了患者的心理负担,给患者带来了极大的社会心理压力^[30],这在UC诱发抑郁的发病过程中同样起着重要的作用。

溃疡性结肠炎诱发抑郁的发病机制复杂,肠道炎症反应激活、微生物群代谢紊乱、ENS作用失调等多种原因导致肠道屏障、血-脑脊液屏障损伤,促炎介质易位外周循环,穿透受损的血-脑脊液屏障易位到大脑神经系统,诱导小胶质细胞内线粒体损伤,促进小胶质细胞向M1型方向极化,进一步分泌炎性因子,导致神经系统炎症反应激活及细胞能量代谢障碍,损伤神经元,与社会心理因素的不良刺激共同导致UC诱发抑郁的发病^[31],这种由肠道疾病诱发精神抑郁的病理过程与中医“脾藏营舍意”病理过程相合。

3 “脾藏营舍意”理论与溃疡性结肠炎诱发抑郁的相关性

UC属中医学泄泻、久痢范畴。《景岳全书·泄泻》说“泄泻之本,无不由于脾胃”,认为本病多责之于脾胃,且脾胃病常伴见不同程度的情志改变^[7,32]。正如《黄帝内经太素》所言:“脾为四脏之本,意主忧愁。故心在变动为忧,即意之忧也,或在肺志为忧,亦意之忧也,或在肾志为忧,亦意之忧也,故愁忧所在,皆属脾也。”《灵枢·本神》曰:“脾主中气,中气受抑,则生意不伸,故郁而为忧。”强调了忧愁、忧郁病因多在于脾胃,脾胃与情志之间的联系密切。《素问经注节解》曰:“民病腹痛,清厥,意不乐,体重,烦冤,

上应镇星(按:腹者脾所治,脾实土强则中气壅,故大小腹痛。清厥者,四肢逆冷也,脾主四肢,脾实则气壅而不能运行,故手足逆冷也。意犹思也,脾之志,体者,肌肉也,脾之应,脾盛气窒,则意抑郁而不乐,肌肉休厚而重也。烦冤者,气郁滞而烦躁也,脾为气母,脾病则气滞也)……病腹满,溏泄,肠鸣,反下……(按:腹满、溏泄、肠鸣、反下诸证皆脾之病)。”姚止庵强调了脾病可见腹痛、腹泻等脾之病诸证,又可见脾病所致意不乐即抑郁不乐之情志病变。综上所述,脾病能够引起情志病变,这为UC诱发抑郁的发病提供了理论支撑。同时,《灵枢·本神》提到“脾忧愁而不解则伤意,意伤则惋乱,四肢不举,毛悴色夭。”强调了过度愁忧、情志失调也可影响脾胃的运化功能,使水谷精微物质运化、输布失常,诱发或加重脾病。我们可以从中得到启示,即在UC诱发抑郁的发生发展过程中,过度忧愁也会进一步加重UC的肠道症状。

UC活动期可见湿热瘀毒壅滞肠腑,下痢脓血,《景岳全书》曰“下痢脓垢,无非气血所化”,脓血便的基本病机在于气血失和,病机多属湿热蕴肠、气血不调,病久可引发认知和精神障碍^[7],具体表现为致病邪气损伤脾胃,脾虚生湿,湿郁化热,湿热内蕴,腐血败肉成瘀,湿热瘀毒久蕴肠道,病久迁延进一步致使脾胃虚弱,无以化生气血,脾气升清功能障碍,营血不能上输于脑,气血乏源,且湿热瘀毒上犯于脑,髓海失养,思维、记忆、认知等功能失常,久而久之,导致精神与认知障碍而引发抑郁,体现了“脾藏营舍意”的病理过程,与UC诱发抑郁的机制相合,即致病邪气损伤肠道,导致肠道炎症反应激活,微生物群代谢紊乱,病理产物如炎性介质、神经肽Y等堆积,维持细胞屏障结构的物质如丁酸盐、短链脂肪酸等水平降低,肠屏障、血-脑脊液屏障功能障碍,肠道炎性介质易位入中枢神经系统,激活海马小胶质细胞信号通路,损伤线粒体,致使糖原代谢障碍,细胞能量代谢不足以及炎症因子水平升高,损伤神经元,导致UC诱发抑郁的发生发展。见图1。

4 溃疡性结肠炎诱发抑郁的治疗

UC肠道炎症反应激活、微生物群代谢紊乱等因素,可通过多种机制导致中枢细胞能量不足及炎症反应而诱发抑郁,同时,抑郁的发病又能够反向加重UC的病理进程^[33],增加UC的治疗难度,给世界各国

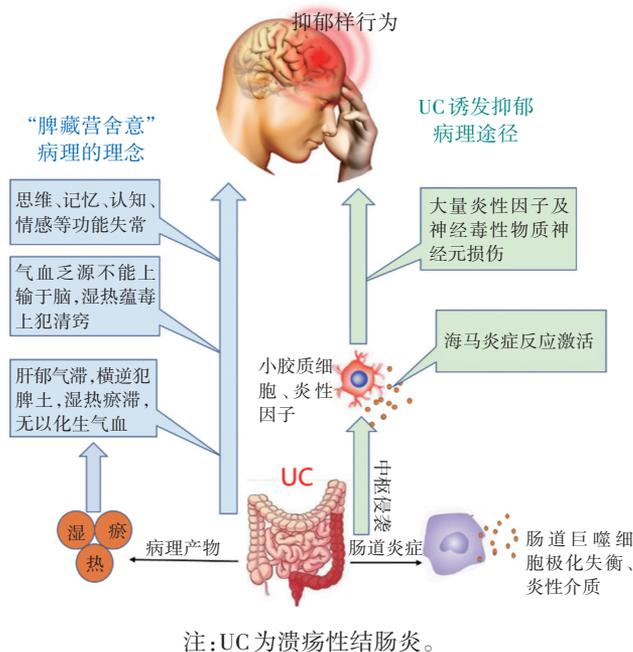


图1 “脾藏营舍意”病理的理念与UC并发抑郁病理途径关联

带来了沉重的医疗负担。因此,改变情绪和认知障碍的治疗,如抗抑郁药和其他对神经元有助益影响的干预措施,应该被认为是UC患者整体管理的有价值的工具。目前UC现有的治疗药物,如5-氨基水杨酸、激素、免疫抑制剂和生物制剂等,合并抑郁时联合氟哌噻吨美利曲辛片等,虽有一定的临床疗效,但存在复发率高、不良反应大、社会资源消耗高等缺陷。有研究表明,中医药在治疗UC诱发抑郁方面具有减毒增效、依从性高、并发症少、复发率低等优势^[34-35]。UC诱发抑郁的病理过程是脾胃病诱发情志病的具体表现。在脾胃病诱发情志病治疗方面,路志正认为,调理脾胃对于调节、稳定情志疾病以及防止演变有重要作用^[7],易崇勤等^[32]用参苓白术散加减治疗辨证为脾虚失运、气血不足致神无所养而出现的脾胃及神志病变具有很好的疗效。《杂病源流犀烛》认为:“凡治诸郁,均忌酸敛滞腻,宜开发志意,调气散结,和中健脾,如是止耳,否则非其治也。”《普济方》用人参(半两去芦头)、白豆蔻(一分去皮)、干姜(半两炮裂锉)、附子(一两炮裂去皮脐)、甘草(一分炙微赤锉)、陈橘皮(三分汤浸去白瓢焙)、枳壳(半两麸炒微黄去瓢)、白术(三分)、厚朴(二两去粗皮涂生姜汁炙令香熟)治脾寒饮食不消、劳倦气胀噉满、忧愁不乐之症。根据上述医家思想可得到启发,

即临床医生在治疗UC诱发抑郁时可以此为参考,以达到治疗目的。

5 结束语

脾胃病与情志病的发生发展密切相关,二者在临床上相互影响。目前临床上遇到情绪抑郁等情志病多从肝论治,须知脾胃运化功能损伤,亦能导致情志病变。“脾藏营舍意”理论体现了人体脾胃与情志的联系,在脾胃病诱发情志共病的诊疗过程中具有重要的指导意义。在UC诱发抑郁的临床诊疗过程中以“脾藏营舍意”理论为指导,以脾胃病诱发情志共病的诊疗思路为切入点,运用健脾祛邪养意之法,根据患者的具体情况辨证论治,以期达到治疗的目的。

【参考文献】

- [1] NG S C, SHI H Y, HAMIDI N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies[J]. Lancet, 2017, 390(10114): 2769-2778.
- [2] YANG H, ZHOU R, BAI X, et al. Trend and geographic variation in incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in regions across china: a nationwide employee study between 2013 and 2016 [J]. Front Med, 2022, 9: 900251.
- [3] ZHANG B, WANG H E, BAI Y M, et al. Inflammatory bowel disease is associated with higher dementia risk: a nationwide longitudinal study [J]. Gut, 2021, 70 (1) : 85-91.
- [4] BHAMRE R, SAWRAV S, ADARKAR S, et al. Psychiatric comorbidities in patients with inflammatory bowel disease[J]. Indian J Gastroenterol, 2018, 37(4): 307-312.
- [5] ANTONINA M W, SIMON R K, LAURIE K, et al. Controversies revisited: a systematic review of the comorbidity of depression and anxiety with inflammatory bowel diseases[J]. Inflamm Bowel Dis, 2016, 22(3): 752-762.
- [6] 陈明. “脾藏营”之我见[J]. 国医论坛, 1989, 4(6): 33-34.
- [7] 张嘉鑫, 郭宇, 顾然, 等. 根据脾脑相关性从脾胃论治情志病[J]. 长春中医药大学学报, 2017, 33(5): 726-729.
- [8] CHEN L M, BAO C H, WU Y, et al. Tryptophan-kynurenine metabolism: a link between the gut and brain for depression in inflammatory bowel disease[J]. J Neuroinflammation, 2021, 18(1): 135.
- [9] MCGUCKIN M A, ERI R, SIMMS L A, et al. Intestinal barrier dysfunction in inflammatory bowel diseases [J]. Inflamm Bowel Dis, 2009, 15(1): 100-113.
- [10] COSKUN M. Intestinal epithelium in inflammatory bowel

- disease[J]. *Front Med*,2014,1:24.
- [11] FERNANDO A VICENTINI, JAKE C SZAMOSI, LAURA ROSSI, et al. Colitis-associated microbiota drives changes in behaviour in male mice in the absence of inflammation[J]. *Brain Behav Immun*,2022,102:266-278.
- [12] OCHOA-CORTES F, TURCO F, LINAN-RICO A, et al. Enteric glial cells: a new frontier in neurogastroenterology and clinical target for inflammatory bowel diseases[J]. *Inflamm Bowel Dis*,2016,22(2):433-449.
- [13] OCHOA-CORTES F, TURCO F, LINAN-RICO A, et al. Enteric glial cells: a new frontier in neurogastroenterology and clinical target for inflammatory bowel diseases [J]. *Inflamm Bowel Dis*,2016,22(2):433-449.
- [14] BERNARDAZZI C, PÊGO B, DE SOUZA HSP. Neuro-immunomodulation in the gut: focus on inflammatory bowel disease [J]. *Mediators Inflamm*, 2016, 2016: 1363818.
- [15] RAMOS G P, PAPADAKIS K A. Mechanisms of disease: inflammatory bowel diseases[J]. *Mayo Clin Proc*, 2019,94(1):155-165.
- [16] OSHIMA T, LAROUX F S, COE L L, et al. Interferon- γ and Interleukin-10 reciprocally regulate endothelial junction integrity and barrier function [J]. *Microvasc Res*,2001,61(1):130-143.
- [17] BANKS W A. Blood-brain barrier transport of cytokines: a mechanism for neuropathology[J]. *Curr Pharm Des*, 2005,11(8):973-984.
- [18] COLIN F C, RHIANNON T F, RHIAN S, et al. Neuroinflammation as an etiological trigger for depression comorbid with inflammatory bowel disease[J]. *J Neuroinflamm*,2022,19(1):4.
- [19] LIU X, LI J, ZHENG P, et al. Plasma lipidomics reveals potential lipid markers of major depressive disorder[J]. *Anal Bioanal Chem*,2016,408(23):6497-6507.
- [20] ZHENG P, WU J, ZHANG H, et al. The gut microbiome modulates gut-brain axis glycerophospholipid metabolism in a region-specific manner in a nonhuman primate model of depression[J]. *Mol Psychiatry*,2021,26(6):2380-2392.
- [21] HAJ M A, AMIRI S, AMINI K H, et al. Anxiety- and depressive-like behaviors are associated with altered hippocampal energy and inflammatory status in a mouse model of Crohn's disease [J]. *Neuroscience*, 2017,366:124-137.
- [22] WEGENER G, VOLKE V, ROSENBERG R. Endogenous nitric oxide decreases hippocampal levels of serotonin and dopamine in vivo [J]. *Br J Pharmacol*, 2000,130(3):575-580.
- [23] HEYDARPOUR P, RAHIMIAN R, FAKHFOURI G, et al. Behavioral despair associated with a mouse model of Crohn's disease: role of nitric oxide pathway [J]. *Prog Neuro Biol Psych*,2016,64:131-141.
- [24] GAMPIERAKIS I A, KOUTMANI Y, SEMITEKOLOU M, et al. Hippocampal neural stem cells and microglia response to experimental inflammatory bowel disease (IBD)[J]. *Mol Psych*,2021,26(4):1248-1263.
- [25] TROUBAT R, BARONE P, LEMAN S, et al. Neuroinflammation and depression: a review[J]. *Eur J Neurosci*,2021,53(1):151-171.
- [26] ZUNSZAIN P, HEPGUL N, PARIANTE C. Inflammation and depression[J]. *Behav Neurosci*,2012,14:135-151.
- [27] BRITES D, FERNANDES A. Neuroinflammation and depression: microglia activation, extracellular microvesicles and microRNA dysregulation[J]. *Front Cell Neurosci*, 2015,9:476.
- [28] CHEN L M, BAO C H, WU Y, et al. Tryptophan-kynurenine metabolism: a link between the gut and brain for depression in inflammatory bowel disease[J]. *J Neuroinflamm*,2021,18(1):135.
- [29] PARAS S M, AMIRA L H, MELANIE R M, et al. Restoring metabolism of myeloid cells reverses cognitive decline in ageing [J]. *Nature*, 2021, 590 (7844) : 122-128.
- [30] 曹丹,朱秀琴. 炎症性肠病患者自我管理的研究进展[J]. *世界华人消化杂志*,2019,27(12):773-777.
- [31] LEON MTD, DIRON H, DEMI H. Gut bacteria and neuropsychiatric disorders [J]. *Microorganisms*, 2021, 9 (12):2583.
- [32] 易崇勤,赵荣莱. 试论“脾藏营,营舍意”的理论在脾胃病诊疗中的运用[J]. *北京中医*,1992,41(4):15-16.
- [33] CHEN L M, BAO C H, WU Y, et al. Tryptophan-kynurenine metabolism: a link between the gut and brain for depression in inflammatory bowel disease[J]. *J Neuroinflamm*,2021,18(1):135.
- [34] 刘泓杨,喻少雷,崔雅飞,等. 溃疡性结肠炎伴焦虑抑郁的中西医研究进展[J]. *长寿*,2020(2):154-155.
- [35] 陈雅辉,单海燕,薄淑萍. 沈氏达郁汤加减方联合耳穴贴压治疗溃疡性结肠炎伴焦虑抑郁临床观察[J]. *四川中医*,2018,36(4):110-112.

张赞臣辨治咽喉病学术思想与临证特色

王金,米 鹂

(山东中医药大学,山东 济南 250355)

[摘要] 目的:探究民国海派医家张赞臣辨治咽喉病的学术思想与临证特色。方法:以张赞臣1931年出版的《咽喉病新镜》为主要研究对象,结合其同时期所发表文章等文献资料中的咽喉病相关内容,对张赞臣辨治咽喉病的学术思想与临证特色进行分析研究。结果:张赞臣立足经典、溯源辨彰,同时积极汲取西医精华,贯彻中医为本、西学为用的原则,其临证特色可概括为:咽喉病证治种类全面,治法详尽,辨证多样;详察病因,从本论治;咽喉疾病,内外兼治;重视预防,寓于日常四个方面。结论:张赞臣辨治咽喉病经验独到,辨证精确,治法多样,研究继承张赞臣治疗咽喉病的经验特色,有助于丰富咽喉病中医理论与临床经验,对现代咽喉疾病辨治具有借鉴意义。

[关键词] 张赞臣;咽喉病;《咽喉病新镜》;西学为用;从本论治;内外兼治

[中图分类号] R276.1;R249

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0829-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.009

Exploration of ZHANG Zanchen's Academic Thoughts and Clinical Characteristics in the Differentiation and Treatment of Pharyngeal Diseases

WANG Jin, MI Li

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

Abstract Objective: To explore the academic thoughts and clinical characteristics of ZHANG Zanchen, a Shanghai-style physician in the Republic of China, in the differentiation and treatment of pharyngeal diseases. **Methods:** This paper takes *the New Mirror of Pharyngeal Diseases* published by ZHANG Zanchen in 1931 as the main research object, combines the related contents of pharyngeal diseases published in the same period, such as articles and advertisements, analyzes and studies the academic thoughts and clinical characteristics of ZHANG Zanchen in the differentiation and treatment of pharyngeal diseases. **Results:**

ZHANG Zanchen believed in the classical theory of Chinese medicine and was eager to learn, reflecting the thought of distinguishing the classic and tracing the source. At the same time, he actively absorbed the essence of western medicine and carried out the principle of adhering to the Chinese medicine treatment and applying western medicine as an auxiliary. ZHANG Zanchen's clinical characteristics

[收稿日期] 2022-12-25

[基金项目] 国家中医药管理局中医药重点学科建设项目(批号:中国中医药人教教育便函[2012]170号)

[作者简介] 王金(1997—),女,山东淄博人,2020年硕士研究生,研究方向:中医药文献信息挖掘与应用研究。邮箱:544688465@qq.com。

[通信作者] 米鹂(1964—),女,回族,山东济宁人,医学博士,教授,硕士研究生导师,主要从事中医药文献信息挖掘与应用研究。邮箱:sdutcm2004@163.com。

could be summarized in the following four aspects. Comprehensive treatment types of pharyngeal diseases, detailed treatment methods, and diversified differentiation of syndromes. Detailed investigation of the causes of the disease, and treatment targeting the root causes. Internal and external treatment in the differentiation and treatment of pharyngeal diseases. Attaching great importance to the prevention of pharyngeal diseases in the daily life. **Conclusions:** ZHANG Zanchen has the characteristics of unique experience in the treatment of pharyngeal diseases, precise differentiation of syndromes and various treatment methods. Studying and inheriting ZHANG Zanchen's experience in the treatment of pharyngeal diseases is helpful to enrich the traditional Chinese medicine theory and clinical experience in the treatment of pharyngeal diseases, and has reference significance for the differentiation and treatment of the modern pharyngeal diseases.

Keywords ZHANG Zanchen; pharyngeal diseases; *New Mirror of Throat Disease*; western medicine as an auxiliary; treatment targeting the root cause; internal and external treatment

张赞臣(1904—1993),名继勋,字赞臣,以字行,晚号壶叟,江苏武进蓉湖人。张赞臣(以下称张老)幼承庭训,世操医业,其祖父有铭、父亲伯熙皆为当地名医。年方弱冠,背井赴沪,为博采众长,张老先后就读于上海中医专门学校、上海中医药大学,曾师从名医谢利恒、曹颖甫、包识生,毕业后悬壶上海,创办中医学术团体“医界春秋社”,并担任《医界春秋》杂志主编,著有《咽喉病新镜》《科学注解本草概要》《中国历代医学史略》《中国诊断学纲要》等书^[1]。《咽喉病新镜》成书于1931年,是张老早年从业上海时编著的一部中医喉科著作。

民国时期,张老以创办“医界春秋社”等医事活动闻名于沪上,其医学相关的研究却寥寥可数。本文拟选取《咽喉病新镜》中张老对咽喉病辨治的有关认识与经验,结合同时期发表的文章、专著等文献资料,对其早年学术思想和辨治特色加以整理和阐释。

1 张赞臣咽喉病学术思想

张老少时便勤奋学习中医经典理论,常常白天跟随父亲出诊,晚上苦读医籍,多年的积累让他愈加重视对中医经典理论的运用与实际结合。赴沪求学后,目睹西医对医疗界的冲击,张老以开阔的胸怀,求同存异,形成了以中医为主、参采西医的学术思想。

1.1 立足经典,溯源辨彰

中医经典著作是中医药学的宝库,是中医药千

百年来长盛不衰的物质基础。张老从小勤奋自勉,行医间隙仍不忘阅读典籍,从教后更是教导学生“《黄帝内经》(以下简称《内经》)是中医的基础,是研究中医的重点,要学好中医就不能离开《内经》”^[2]。

1.1.1 立足《内经》揭示气候与咽喉病之间的联系

人生于天地之间,外界气候因素的变化是导致咽喉病的重要因素之一,张老认为“天气通于喉,地气通于嗌”,咽喉作为人身连接外界的关隘,气候寒热润燥之变化,首先会引起咽喉部的不适。《咽喉病证表解》专列“亢旱燥痛”一病,以《素问·气交变大论》中“岁火太过,炎暑流行,金肺受邪,民病……嗌燥”与《素问·六元正纪大论》“少阳司天……三之气……喉痹”两条,揭示外界气候环境与咽喉病之间的联系^[3]。张老还提到,亢旱燥痛虽为轻症,但亦可转化为喉风急症,有预后不良的危险:“若痛而发肿,外火引动伏火,结聚喉间,为喉风等症之初期现象。”^[4]提醒患者不可轻视亢旱引起的喉间不适,应及时就医。

1.1.2 爰《内经》阐发寒气外束致火郁不发咽喉病病机

张子和认为咽喉病皆由火所致,曾谓“咽与喉,会厌与舌,此四者,同在一门,而其用各异……此四者乃气与食出入之门户最急之处……及其为病也,一言可了,一言者何?曰火”^[5],然《素问·至真要大论》言:“岁太阳在泉,寒淫所胜……嗌痛颌肿”,指示寒气亦可导致咽喉痛,两者似乎矛盾,张老在《咽喉

问答述要》中提出自己的认识:“咽喉之病,多由于火,火郁不发,喉为之糜,子和之说是也。然火性外炎,何能致郁?其郁者,寒气外束故耳。《内经》所谓寒胜,实有寒包火之义。”^{[4]19}张老赞同张子和咽喉病多因火热致病的观点,火曰炎上,其性发散,本不应致郁,此处火郁病机是由于外界寒邪抑遏,发散不能,《内经》所谓“寒淫所胜”实际上是对寒邪势重、包迫火热的外在条件的说明。

1.1.3 考《内经》辨喉痹与喉闭

明清时期中医喉科专著爆发式增长,一度导致中医喉科出现病名重复、混杂的情况。张老认为时人对于“喉痹”与“喉闭”乱用情况普遍存在,因此考据《内经》,遵从古义,作《喉痹喉闭辨》以证其说。

张老认为“痹者,麻痹也,闭者,闭塞也,即关隘不利之谓,是二非一”^{[4]62},他考证《内经》,列举原文如“心咳之状,咳则介介如梗状,甚则嗌肿,喉痹”“太阳不迁正,民病温疔,至喉闭嗌干”等,证明“咽痛咽塞,喉痹喉闭,各有专条,不容混杂”^{[4]62}。

“窃以为喉痹与喉闭,事实上须分别清晰,而于理论上不必另立名目,盖喉痹喉闭皆非本发病,喉痹为一种喉症之一部分证候,喉闭为一种喉疾之暴发现象也。”^{[4]64}张老从字义上区分二者,认为喉痹指喉间痹阻不适的一系列症状,有时包含喉闭,而喉闭则单纯指咽喉闭合不畅、阻碍呼吸的急性现象。

1.1.4 研《伤寒论》释咽痛非少阴一经之疾

张老提倡对中医经典要钻研透彻,不可马虎敷衍。《咽喉问答述要》中有一问:为何《伤寒论》中仅少阴篇有咽痛内容?张老爱举太阳篇、阳明篇、厥阴篇中言及咽痛的条文回答此问,并分析咽痛一症病因众多,只因张仲景在少阴篇中留有治方易引人注意,他经内容便容易忽略。

少阴篇中治咽痛所用桔梗、半夏并非少阴经药,且论药性而言,桔梗与桂枝开泄发散,应当忌用于少阴经。那为何张仲景原文如此?答曰:“伤寒所载少阴咽痛,非少阴一经之病,乃诸经合病,约言之,咽痛非仅少阴病有之也。”^{[4]15}张老认为虽然咽痛在少阴篇着重笔墨,实际上蕴含了其他诸经的论治思想,论治时应触类旁通,思路灵活。

根据上述的问例,张老提出研习伤寒的见解:“要知伤寒一书,须前后参照,不可拘于一经,分经列章,为后人所附会,非作者本意,读者毋为所囿。”^{[4]16}提醒后来学子,研习伤寒须融会贯通,勿为章节所困。

1.2 中医为本,西学为用

晚清民初,西学东渐,上海作为中外贸易的枢纽,汇集了先进的西医医学资源。许多中医受西医的影响,向中西医汇通的方向发展,张老与诸多中西医汇通派医家互为好友,过从甚密,曾与张锡纯互赠著作,也曾与余无言合办中西医诊所。张老与中西医汇通派医家彼此赞赏,学术上相互接受,在衷中参西的思想方面具有一致性,令张老对西方医学形成了开放包容的态度。

1.2.1 泯中西之见,得相辅之力

张老坚持中医为本的初心,对待西医采取开放包容的态度,吸取西医的长处作为辅助。他在《论中西医学之异同》中言:“中西医学,各有特长,如中医以王道胜,西医以霸道胜……霸道之医学,以机械为前驱”^[6]。张老将中医与西医的异同类比于春秋战国时期“王道”与“霸道”理念的异同,他认为中医重视经典理论的运用,西医则长于器械解剖等操作。即其属意于“泯中西之见,得相辅之力”^{[6]106},泯除中西之异见,取西医之所长满足中医诊治的要求,是张老提倡的对待中西医学的态度。

1.2.2 参照西医解剖学知识描述咽喉生理结构

张老认为“吾人于咽喉之治疗,必先明晰其构造与天然之功用,方无流弊。”^{[4]1-2}他参照西医解剖学的知识,作《咽喉生理论》一文,对喉与咽的生理结构分别进行描述。

时人对西医专业术语难以理解,张老便以中医理论解释,沟通中西,条理清楚。如“尝观喉之直截面,在气管之上,生有一圈环之软骨,较之稍大者,则为环状软骨,即医经所称为横骨,为神气所使主发舌者也”^{[4]2-3}。

此外,张老联系生活实际,通过解释食物如何下咽阐明咽的蠕动能力,“其咽中周围满生薄腻之筋肉,有收缩之能力,因而遇食物经过之时,即起运

动,将食物下压,循序渐进,而达于食管,俨若吾人用肉类之灌肠,肠外用手自上抑下,至诸物叠满肠中而后已。故咽中之筋肉,紧要之功用即运动之作用也。”^{[4]4}

张老还从咽喉生理的角度解释了为何男女声音高低不同,为何饮食时说话会导致呛咳等,他结合西医解剖学理论介绍咽喉生理,丰富了中医对于咽喉生理结构的认识,有利于同时期医家对咽喉疾病作出诊断。

1.2.3 运用西医方法治疗咽喉疾病

张老在临床治疗喉疾的过程中也会尝试运用西医疗法。如《乳蛾浅说》一篇,张老以“使病者知中西医学之异同,以备采择焉”^{[4]54}为主旨,从乳蛾的种类、病因、症状与治法4个方面,谈论中西医学对此病认识的异同,还推荐西医的治喉特效药福美明达与保喉防疫糖片,供读者参考^{[4]57}。

晚清民国时期,血清注射是西医治疗白喉的主要方法,据吴文清^[7]研究,曹炳章、陆渊雷、施今墨等多位中医皆认同血清治疗白喉的效果。张老同样多次发表文章对此方法表示肯定,“西医只白喉血清收效甚速”^[8],“此症在西医方面白喉血清为最有效之剂”^[9]。另外,张老与余无言合办诊所的广告中,喉科一栏下同样标注“有特效良方及血清注射”的字样。由此可知,张老熟知血清注射治疗白喉的方法,也适当运用此种疗法作为中医治疗的辅助方法,以提高疗效。

2 咽喉病临证特色

2.1 咽喉病证治种类全面,治法详尽,辨证多样

张老在《咽喉病证表解》一文中,以表格的形式总结了咽喉病证治大纲。《咽喉病证表解》正文分为咽干、咽痛、喉肿、喉痹、咽疮、喉疫与其他7大类别,每个类别下又根据病机不同细分为25种疾病,除了常见喉疾、时疫喉疾,甚至包含异物哽痛、自刎断喉等外伤喉疾,每类病种下,病因、病机、治法内容详尽,足见张老对咽喉疾病的认识之全面。

张老认为咽喉病最重要的致病因素当属火热,但也会受到外感邪气、情志、饮食、劳倦、痰饮、外伤等因素的影响,他灵活应用六经辨证、八纲辨证、脏

腑辨证、卫气营血辨证等辨治咽喉病。如因太阳病误治失治发展而来的咽痛症,张老便视外邪所在经,分经辨治;若是饮食不调,行役劳倦,导致咽喉失养,张老从脏腑辨证的角度,谓此为肺脾两虚,土虚不能生津,治宜培养中宫,补益气血;疫疠之邪侵入人体,酿成烂喉痧,张老则从卫气营血的角度,视邪气到达气分或营分,分阶段诊治。

2.2 详察病因,从本论治

张老在《治病必求其本说》一文中谈到“经曰:治病必求其本,本之为言根也。根者何?阴也,阳也,虚实也,寒热也,脏腑也。”^[10]张老认为,要想从根本上治疗疾病,需要明阴阳、辨虚实、悉寒热、知脏腑,咽喉疾病亦是如此。虽病于局部,但要结合患者整体脏腑经络的病理变化,治疗时遵从整体观念,探寻病源,力求治本,同时重视患者本身体质特点,注重顾护正气。

2.2.1 烂喉痧——宜引邪外出,忌寒凉抑遏

咽喉病病因多由于火,一般医者依据热者寒之的原则,往往施以寒凉药。但张老认为“喉症虽多属火,不宜骤用清火之药”^{[4]20}。他在《咽喉病新镜》一书中多次强调不可妄用清热泻火药,必先详察病因,方可决断。若患者阴虚火旺,使用大寒药物不仅药不对症,还会抑其阳气,且苦寒之药多伤脾胃,不利于患者病愈。应以滋阴为主,佐以少量清泻药去病之标。

如治疗烂喉痧一病,张老强调不可见患者咽喉红肿,丹痧密布便用寒凉之剂。烂喉痧作为中医病名,系指感受温热时毒所致的温热疾病,主证为发热、咽喉肿痛、糜烂、肌肤丹痧密布、丹痧间皮肤潮红^[11]。张老认为,烂喉痧病因为疫疠之邪气,病机为“外邪郁于腠理,遏于阳明,肺气不得宣通,胃气不得泄越也”^{[4]46},本病邪在内不应妄用寒凉,否则“必致内陷神昏或泄泻等症,至于不救”^{[4]47}。张老以引邪外出为原则,视本病发展程度将治疗分为邪在气分与邪在营分两个阶段,邪在气分则速当表散,轻则荆防败毒散、清咽利膈汤去芒硝、大黄,重则麻杏石甘汤;邪在营分当解毒清营,或佐使疏透,轻则用黑膏汤,重则用犀角地黄汤。

2.2.2 白喉——宜育阴清肺,忌解表攻伐

晚清以来,中医喉科界“白喉忌表说”风行,此说约起源于郑宏纲《重楼玉钥》中所立白喉忌药,在耐修子《白喉治法忌表抉微》一书中又被进一步加以强调^{[8]106}。“白喉忌表说”认为白喉不可表散,一切解表药均在禁忌之列^[12]。张老结合临床实践,分析白喉的症状及病情发展,认为“白喉忌表说”有可取之处,并非不经之说,但张老同时指出“白喉之育阴也,固宜滋阴敛火,尤宜润燥开邪,育阴中寓散之意,非一味用收敛之阴药能奏肤功也”^{[4]37},虽然治疗白喉以养阴润肺为治则,但一味用敛阴药,未免有胶柱鼓瑟之嫌,适当寓散于敛,开邪去之路,收效良好。

2.2.3 虚火喉痹——补益肾水,以求治本

张老曾言咽喉病“五脏六腑,皆能致之”,意在咽喉病所涉脏腑范围之广,但其中当属肾最为重要。《灵枢·经脉》曰“是主肾所生病者,口热舌干,咽肿上气,嗑干及痛”^[13],清代《疡医大全》曰“凡喉痛者,皆少阴之病”^[14],皆揭示了咽喉与肾的密切联系。在《咽喉病证表解》25种疾病中,由肾阴失调而引发的多达11种,如虚火喉痹、虚火咽干、喉痹等,张老认为这类疾病多由于患者素体禀赋弱,或久病伤阴,相火上炎,导致喉疾,且往往缠绵难愈,治则为补益肾水。以虚火喉痹为例,张老以六味地黄丸为主方,随证加减,火甚者加知母、黄柏;肾气不固兼有滑精者加麦冬、五味子,若因肾阴亏损兼动心火者,宜更方为二阴煎,泄心火补肾阴。

2.3 咽喉疾病,内外兼治

外治法是中医喉科常用的治疗方法,具有缩短疗程,减轻患者痛苦的优势。早在《内经》中便有喉症的针刺放血、排脓以及手术排脓等外治法记载^[15],到了明代《普济方》中咽喉外治法已极为丰富,除了常用的噙化法、含漱法、吹喉法以外,针挑法、探吐法以及敷贴法等也被广泛应用^[16]。张老在治喉过程中常使用外治法,与内服法配合治疗喉疾,见效迅速。

2.3.1 排脓法

喉间起痈肿化脓,可以破之,张老治疗此类咽喉急症必以外治为先导。譬如乳蛾重症,喉间结脓,张老认为此“乃痈疔之类,可刺,蛾头有黄色样者,必以

刀点之”^{[4]85},以刀或针刺破结痈处,引脓液流出,有助于缩短病程,减轻患者痛苦。张老对乳蛾是否该刺破亦有判断:“脓未成者自可消散,脓已成者必须砭刺出血,庶能速退”^{[4]57},砭刺出血后,继以冰硼散吹之,可助其消散。

2.3.2 探吐法

临床中部分患者痰涎壅盛,堵塞咽喉,致其呼吸困难,汤水难入,有窒息之险。欲治本病,须先除痰,张老以鹅翎蘸桐油探咽喉,引痰涌吐,急治其标。桐油又称桐子油,其成分桐酸对胃肠道有刺激性作用,引起恶心、呕吐和腹泻,因此常用作探吐使用,《万病回春》《先醒斋医学广笔记》等古籍中皆有使用桐油引吐的记载。张老使用探吐法,快速打开喉关,缓解患者燃眉之急。

2.3.3 吹喉法

对于喉间溃腐,红肿痛甚的症状,张老常选用冰硼散、冰青散、紫雪丹以及八宝珍珠散等吹喉药物治疗。吹喉药物多剂性寒凉,清凉镇润,直接作用于患部黏膜,有助于减轻患者痛苦。张老经常运用吹喉药与内服药配合治疗咽喉病,有事半功倍之效。

2.4 重视预防,寓于日常

近代疫病频繁流行,1928年南京国民政府时期卫生部成立之后,很快公布了《传染病预防条例施行细则》,规定了有关疫情的相关预防措施^{[12]366},可见民国时期疫病的影响持续存在,预防思想深入人心。张老亦有多篇防治咽喉疾病的文章,从饮食、居处清洁、病后自疗法等方面进行普及,内容浅显易懂,且不失科学性。

2.4.1 从饮食预防咽喉病

“每晨宜饮淡盐汤一杯,以导痰火下降”^{[4]65},张老认为盐性咸寒,能润下清火,因此可以清降痰火,预防咽喉疾病。从现代角度来看,饮用或使用淡盐水漱口能减少口腔内细菌增生,起到消炎杀菌的作用,在当时确为可行之法。但为防读者饮用淡盐水量,张老也提醒咸主伤血,不可多饮。

张老还力主食用萝卜预防喉疾,他认为萝卜性味辛甘微寒,具有清火化痰之功效,“每年冬季,常以萝卜作肴,可免来春喉症。萝卜辛甘微寒,为清火化

痰之良品”^{[4]65}。此外,张老认为过食肥甘厚味是引发喉疾的重要因素,易导致胃火上炎,皆应少食,“诸凡炙煨煎炒膏粱厚味,俱主生痰助火,为喉症之媒介,切宜少食”^{[4]65}。

2.4.2 从起居预防咽喉病

起居方面,张老建议保持居处清洁,常使空气流通,以呼吸清洁空气,盖不洁之气亦会导致咽喉疾病。“虽在严冬,不宜常近火炉,因火炉燃煤,煤中而有毒质,其烟雾外腾,则吾人目与咽喉受之最易,以其近于外也”^{[4]66},张老认为,燃煤产生的烟雾有毒,薰扰咽喉,引咳作呛,同样不利于咽喉,生活中需加以注意。

2.4.3 咽喉轻症勿药治疗

部分咽喉轻症或并发咽喉症状,如妊娠后期出现的声音嘶哑甚至不能发声、小儿痘疹贯脓时的咽喉肿痛等,张老认为这属于生理与病理过程的正常发展,可以勿药,若强用药,反而会因药物偏性损害人体阴阳平衡,徒生他变。此外,干旱燥热导致的咽喉痛而不肿,张老建议以食疗的方式进行滋养,多食雪梨、甘蔗、绿豆汤等养阴清润之品,价廉且效果显著。

3 结束语

张老早年行医期间,秉承家学传承,重视经典理论的学习与应用,与临床实际相结合,奉岐黄之术,守杏林初心。同时面对西学东渐的潮流,不存门户之见,积极接受西方医疗思想化为己用,于临床治疗起到非同一般的效果。

张老治疗咽喉疾病,认为其病因众多,但以火热为主,诊疗时灵活应用六经、脏腑、卫气营血多种辨证方式,审查患者整体,从根本治疗。张老参考西医理论,重视中医传统疗法,选方灵活,用药清润,兼用探吐、针刺、吹喉等多种外治法,提高疗效。治疗中强调顾护人体正气,审慎使用寒凉药,轻症可勿药治疗。重视预防,将预防方式融入日常生活,从根本上

防微杜渐,避免咽喉病的发生。

张老为中医的咽喉科事业作出了突出贡献,传承张老治疗咽喉病的学术思想与临证特色,有助于为现代临床诊疗咽喉病提供经验借鉴。

[参考文献]

- [1] 周凤梧,张奇文,丛林. 名老中医之路[M]. 第2辑. 济南:山东科学技术出版社,2015:299.
- [2] 张镜源. 中华中医昆仑[M]. 第5集. 北京:中国中医药出版社,2012:145.
- [3] 黄帝内经素问[M]. 田代华,整理. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [4] 张赞臣,张仲勋,朱郁文. 咽喉病新镜[M]. 上海:中国医药书局,1931.
- [5] 张从正. 儒门事亲[M]. 王雅丽,校注. 北京:中国医药科技出版社,2019:69.
- [6] 张赞臣. 言论:论中西医学之异同[J]. 医界春秋汇选, 1927(1):105-106.
- [7] 吴文清. 近代中医防治重大疫病史[D]. 北京:中国中医研究院,2005.
- [8] 张赞臣. 喉科经验方[J]. 丹方杂志,1937,3(2):70.
- [9] 张赞臣. 白喉之民间疗法[N]. 正报,1939-06-10(6).
- [10] 张赞臣. 学说:治病必求其本说[J]. 三三医报,1925,3(7):2.
- [11] 余永燕. 烂喉痧(猩红热)病史考略[J]. 中华医史杂志, 1998,28(3):157.
- [12] 邓铁涛. 中国防疫史[M]. 南宁:广西科学技术出版社, 2006:304.
- [13] 灵枢经[M]. 田代华,刘更生,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:35.
- [14] 顾世澄. 疡医大全[M]. 叶川,夏之秋,校注. 北京:中国中医药出版社,1994:330.
- [15] 于在红. 中医喉科外治法源流考[J]. 中国中医基础医学杂志,2000,6(9):59.
- [16] 王士贞,刘蓬. 中华医学百科全书·中医耳鼻咽喉口腔科学[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2016:128.

论著·临床研究

基于六经辨证理论治疗多重耐药菌肺部感染疗效评价

江 婷¹, 王温欣¹, 罗潇潇¹, 罗 胜²

(1. 广州中医药大学, 广东 广州 510006; 2. 广州市番禺区中医院, 广东 广州 511499)

[摘要] 目的: 观察基于六经辨证方法治疗多重耐药菌(MDRO)肺部感染的临床疗效, 为治疗该病提供中医辨证治疗思路。方法: 选取2020—2021年广州市番禺区中医院呼吸与危重症医学科、重症医学科诊断为MDRO肺部感染的70例患者为研究对象, 采用随机数字表法分为治疗组、对照组。对照组根据病原体类型选择相应药物抗感染治疗, 治疗组在对照组基础上联合六经辨证治疗。以炎症指标(白细胞、降钙素原、C反应蛋白)、肺炎严重程度指数、细菌清除率、氧合指数、退热时间及住院天数作为疗效指标, 观察两组患者治疗效果。结果: 治疗后, 治疗组总有效率高于对照组, 肺炎严重程度指数评分低于对照组($P<0.05$); 在炎症指标方面治疗组低于对照组, 两组比较差异有统计学意义($P<0.05$); 治疗组细菌清除率高于对照组($P<0.05$); 两组患者氧合指数水平比较治疗组显著高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.01$); 治疗组退热时间及住院天数明显低于对照组($P<0.01$)。结论: 对MDRO肺部感染患者进行六经辨证诊治可获得较好的临床疗效, 降低病情严重程度, 降低炎症水平, 提高细菌清除率, 改善氧合指数, 值得临床推广。

[关键词] 六经辨证; 多重耐药菌; 肺部感染; 肺炎严重程度指数; 细菌清除率

[中图分类号] R241.5; R563.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2024)08-0835-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.010

Evaluation on Therapeutic Effect of Pulmonary Infection Caused by Multidrug Resistant Organism Based on the Theory of Six Channels Differentiation

JIANG Ting¹, WANG Wenxin¹, LUO Xiaoxiao¹, LUO Sheng²

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006, China; 2. Panyu District Hospital of Traditional Chinese Medicine of Guangzhou, Guangzhou 511499, China)

[收稿日期] 2024-01-29

[基金项目] 广东省基础与应用基础研究基金项目(编号: 2022B1515230001); 广州市番禺区医疗卫生项目一般项目(编号: 2019-Z04-70)

[作者简介] 江婷(1998—), 女, 广东韶关人, 2021年硕士研究生, 研究方向: 中医呼吸内科研究。邮箱: 20211121502@stu.gzucm.edu.cn, 电话: 15219961195。

[通信作者] 罗胜(1980—), 男, 医学硕士, 主任医师, 教授, 硕士研究生导师, 主要从事中西医结合诊治呼吸疾病临床研究。邮箱: tcm2007@163.com。

Abstract Objective: To observe the clinical effect of the treatment of multidrug resistant organism (MDRO) pulmonary infection based on the six channels syndrome differentiation method, and to provide traditional Chinese medicine (TCM) syndrome differentiation and treatment ideas for this disease. **Methods:** A total of 70 patients diagnosed as

MDRO pulmonary infection in the Department of Respiratory and Critical Care Medicine and the Department of Critical Care Medicine of Panyu District Hospital of Traditional Chinese Medicine of Guangzhou from 2020 to 2021 were collected as the study subjects, and were divided into the treatment group and the control group by random number table method. The control group was treated by corresponding drugs for anti infection according to the type of pathogens, and the treatment group was combined with syndrome differentiation of six channels on the basis of the treatment of the control group. Inflammatory indicators (leukocyte, procalcitonin, C-reactive protein), pneumonia severity index, bacterial clearance rate, oxygenation index, duration of fever reduction and hospital stay were used as therapeutic indicators to observe the therapeutic effect of the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate of the treatment group was higher than that of the control group, and the score of pneumonia severity index of the treatment group was lower than that of the control group ($P<0.05$). In terms of inflammation indexes, there was statistical difference between the two groups, and the treatment group was lower than the control group ($P<0.05$). The bacterial clearance rate in the treatment group was higher than that in the control group ($P<0.05$). There was statistical difference in oxygenation index between the two groups, and the treatment group was significantly higher than the control group ($P<0.01$). The duration of fever and hospitalization in the treatment group were significantly lower than those in the control group ($P<0.01$). **Conclusions:** The six channels syndrome differentiation and treatment of MDRO patients with pulmonary infection can obtain better clinical effect, reduce the severity of the disease, reduce the level of inflammation, increase the bacterial clearance rate, and improve the oxygenation index, which is worthy of clinical promotion.

Keywords six channels syndrome differentiation; multidrug resistant organism; pulmonary infection; pneumonia severity index; bacterial clearance rate

多重耐药菌(MDRO)是指临床使用的3类或3类以上抗菌药物同时呈现耐药的细菌。临床上常见的MDRO包括耐碳青霉烯类的鲍曼不动杆菌、耐万古霉素的肠球菌、耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌及多重耐药铜绿假单胞菌等^[1]。肺部感染是由各种病原体所引起的肺部炎症反应^[2]。临床治疗MDRO肺部感染的主要方案,是根据患者痰培养及药物敏感试验结果,予以相应抗生素抗感染治疗。由于抗菌药物广泛应用于肺部感染等感染性疾病的治疗中,导致多重耐药问题日益严峻,临床效果不理想。患者肺部感染的严重程度和最终结局可能与致病病原体(耐药与非耐药,细菌清除率)、治疗措施或患者因素(如基础合并症、器官功能障碍)有关。早期准确给予相应干预措施可以降低肺部感染的严重程度,降低病死率。根据肺部感染临床症状,中医学将其归属于咳嗽、喘证范畴,而MDRO肺部感染实属风

温肺热病^[3]。本研究通过中医六经辨证的方法,对MDRO肺部感染采用常规西医治疗基础上联合中医疗法,旨在为拓展该疾病的治疗方案及思路提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020至2021年广州市番禺区中医院确诊的MDRO肺炎患者70例纳入研究,按照随机数字表分为治疗组37例和对照组33例。治疗组年龄49~85岁,平均(69.76±10.18)岁,女17例,男20例;对照组年龄34~87岁,平均(66.63±13.54)岁,女9例,男24例。两组一般情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已通过广州市番禺区中医院医学伦理委员会审查批准(伦理审批号2019079)。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《中国成人社区获得性肺炎

诊断和治疗指南(2016年版)》^[4];中医诊断标准参照《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018修订版)》^[3]、《中医症状鉴别诊断学》^[5]及《中医诊断学》^[6]。

1.3 纳入标准

符合肺部感染诊断标准:①常见的有医院获得性肺炎、社区获得性肺炎、呼吸机相关性肺炎;②痰细菌学培养为MDRO,治疗上采用三类甚至三类以上抗感染类药物(如氨基糖苷类、 β -内酰胺类、大环内酯类、氟喹诺酮类、四环素类等)显示耐药^[7];③中医符合咳嗽、喘证、风温肺热标准。

1.4 排除标准

真菌、结核菌、病毒等非细菌性感染;合并严重心脑血管疾病、肝肾疾病或精神类疾病患者;生命体征不平稳患者;怀孕妇女;过敏体质者或对中药易过敏者;恶性肿瘤患者;免疫功能缺陷患者^[7]。

1.5 治疗方法

对照组33例入院后综合评估病情,参照细菌培养和药敏试验结果给予相应的抗生素及其他西医常规治疗。多重耐药铜绿假单胞菌予以半合成青霉素、第三代头孢菌素、氨基糖苷类以及喹诺酮类药物;肺炎克雷伯菌感染的患者通常选择亚胺培南、美罗培南为主的碳青霉烯类药物;万古霉素治疗耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌;鲍曼不动杆菌予以美罗培南或头孢哌酮舒巴坦静脉滴注抗感染治疗。

治疗组在对照组基础上根据六经辨证使用中药治疗。太阳证用麻黄汤、麻杏石甘汤;阳明证用白虎汤或大承气汤;太阳中风证使用桂枝汤;太阴证予射

干麻黄汤;太阳合阳明证予麻黄汤;太阳表寒里饮证予小青龙汤;太阳合太阴证予厚朴生姜半夏甘草人参汤;少阴证及厥阴证分别使用桑白皮汤及当归四逆加吴茱萸生姜汤。每日1剂,午晚服用。治疗组37例MDRO肺部感染患者中,15例辨证为太阳证的患者细菌学培养为金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌;辨证为阳明证患者4例,以肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌多见;辨证为太阳中风证患者4例,包括金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌;辨证为太阴证患者3例,以铜绿假单胞菌为主;辨证为太阳合阳明证患者3例,以铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌为主;辨证为太阳表寒里饮证患者3例,以铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌为主;辨证为太阳合太阴证患者1例,以铜绿假单胞菌为主;辨证为少阴证及厥阴证患者各2例,分别以鲍曼不动杆菌及肺炎克雷伯菌为主。见表1。

1.6 疗效评定

治愈:症状消除,肺部听诊无异常,胸部CT示病灶消退,实验室检验正常;显效:症状消失,但肺部听诊有轻微杂音和粗呼吸音,胸部CT示病灶基本消除;有效:症状减轻,肺部听诊少许啰音,呼吸音粗,胸部CT示病灶未完全消除;未愈:症状、体征无改善或恶化。临床总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ ^[8]。

肺炎严重程度指数(PSI)是当前用于评估肺部感染严重情况的指标之一。该指标从患者性别、年龄、基础疾病、生命体征及相关实验室检查5个方面分为

表1 治疗组六经辨证证型及多重耐药菌类型

证型	例数(占比%)	多重耐药菌类型
太阳证	15(40.5)	金黄色葡萄球菌
阳明证	4(10.8)	肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌
太阳中风证	4(10.8)	金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌
太阴证	3(8.1)	铜绿假单胞菌
太阳合阳明证	3(8.1)	铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌
太阳表寒里饮	3(8.1)	铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌
少阴证	2(5.4)	鲍曼不动杆菌
厥阴证	2(5.4)	肺炎克雷伯菌
太阳合太阴证	1(2.8)	铜绿假单胞菌

5个等级。I级:患者年龄<50岁;合并基础疾病中排除肿瘤、充血性心力衰竭、脑血管病变、肾病及肝病;意识状态无变化,生命体征平稳,脉搏(P)<125次/分、呼吸(R)<30次/分、收缩压(BP)≥90 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),35℃<体温(T)<40℃。II~V级根据PSI量表评分表进行评价。PSI危险分级分为非高危组和高危组两组,非高危组:I级无需评分,病死率为0.1%;II级≤70分,病死率为0.6%;III级71~90分,病死率为0.9%;IV级91~130分,病死率为0.9%。高危组:V级>130分,病死率为27.0%^[9]。

实验室指标,观察两组患者干预前后炎症指标变化情况,主要观察患者干预前后白细胞(WBC)、C反应蛋白(CRP)及降钙素原(PCT)等炎症指标变化情况。

细菌清除率^[10]。清除:临床上连续2次细菌学检查均为阴性;假设清除:未采集到患者有效标本,但患者临床症状较前减轻;未清除:细菌学检查提示呈阳性;替换:细菌学检查中提示原病原学检测已转阴,但检测出其他致病菌。总清除率=清除率+假设清除率。

其他指标包括氧合指数、退热时间及住院天数。

1.7 统计学方法

采用SPSS 26.0软件,符合正态分布的计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 进行统计描述。同一样本治疗前后数据的比较采用配对 t 检验,治疗前后两样本的数据比较采用独立样本 t 检验;不符合正态分布时选用Wilcoxon秩

和检验。计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

两组患者均无脱落。治疗组总有效率89.18%,对照组72.72%,两组疗效比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.2 两组患者PSI评分比较

治疗前,治疗组37例中,I级1例,II级1例,III级4例,IV级20例,V级11例;对照组33例中,I级3例,II级2例,III级6例,IV级9例,V级13例。治疗后,治疗组I级1例,II级5例,III级12例,IV级15例,V级4例;对照组I级4例,II级2例,III级5例,IV级14例,V级8例(因I级未评分,故以上I级评分患者未进行统计学分析)。两组治疗前PSI评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组PSI评分均较治疗前降低($P<0.05$),治疗组下降趋势较对照组显著,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

2.3 两组患者炎症指标水平比较

两组治疗前WBC、PCT、CRP水平比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组WBC、PCT、CRP均比治疗前下降($P<0.05$),且治疗组下降明显多于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

2.4 两组患者细菌清除率比较

治疗后,治疗组细菌清除效率显著高于对照组($P<0.05$)。见表5。

表2 两组多重耐药菌肺部感染患者临床疗效比较

组别	例数	例(占比/%)					总有效	P值
		痊愈	显效	有效	无效			
对照组	33	6(22.09)	8(37.10)	10(21.40)	9(18.60)	24(72.72)	0.041	
治疗组	37	10(27.00)	18(48.60)	5(13.50)	4(10.80)	33(89.18)		

表3 两组多重耐药菌肺部感染患者肺炎严重程度指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	33	119.34 ± 34.56	114.17 ± 27.89 ¹⁾
治疗组	37	124.22 ± 28.15	96.44 ± 26.96 ¹⁾
t 值		0.62	-2.60
P 值		0.57	0.01

注:与本组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

2.5 两组患者氧合指数水平比较

治疗后,两组患者氧合指数水平均较治疗前升高($P<0.05$),且治疗组较对照组上升明显,比较差异有统计学意义($P<0.01$)。见表6。

2.6 两组患者退热时间及住院天数比较

与对照组比较,治疗组患者退热时间及住院天数均明显缩短($P<0.01$)。见表7。

2.7 安全性评估

两组患者治疗前后肝肾功能未见明显异常,治疗后治疗组出现2例腹泻,对照组出现1例腹泻。对照组出现1例皮疹,停用抗菌药物后消退。

3 讨论

MDRO肺部感染多为条件致病菌导致,其发病因素与患者年龄、合并其他基础疾病以及抗生素的滥用有关^[11]。目前临床主要的治疗原则是根据药敏试验结果给予相应抗生素抗感染及对症处理。由于抗菌药物滥用,细菌对抗生素容易产生耐药性,给临床治疗带来了很大的难度^[12]。同时存在细菌培养延

后性、对疾病缺乏动态及个性化诊治等问题,从而增加了治疗该疾病的难度。

中医对治疗肺部感染积累了丰富的经验,将其归属为“风温肺热”。《伤寒杂病论》中多采用六经辨证治疗感染性疾病,基于个体的差异给予不同的理法方药。六经辨证是在《黄帝内经》六经分证理论基础上创立的。利用六经辨证的“三阴三阳”理论,不仅鲜明地展示了外感疾病从表证发展到里证的传变过程及特点,而且表现了脏腑及经络的病变发展,各经疾病在发展的过程中相互影响,全面涵盖肺炎的发病过程,并且能反映肺炎动态变化的特性^[13-14]。不仅可以针对性地给予抗感染治疗,更可根据患者不同体质以及自身基础疾病情况,利用六经辨证的方法为患者提供个性化的治疗方案。

本研究结果显示,太阳证、太阳中风证、阳明证、太阳合阳明证MDRO肺部感染的细菌类型以铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌为主。《伤寒论》关于太阳证的条文中描述到:“太阳病,头痛发

表4 两组多重耐药菌肺部感染患者炎症指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	WBC/($\times 10^9/L$)		PCT/(ng/mL)		CRP/(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	33	11.47 \pm 5.88	10.00 \pm 4.53 ¹⁾	3.72 \pm 17.51	0.70 \pm 1.13 ¹⁾	42.60 \pm 47.96	41.87 \pm 46.41 ¹⁾
治疗组	37	10.30 \pm 5.92	7.92 \pm 1.95 ¹⁾	0.39 \pm 0.41	0.24 \pm 0.28 ¹⁾	41.40 \pm 35.22	18.70 \pm 15.33 ¹⁾
P值		0.424	0.000	0.283	0.028	0.904	0.009

注:WBC为白细胞,PCT为降钙素原,CRP为C反应蛋白。与本组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$

表5 两组多重耐药菌肺部感染患者细菌清除率比较

组别	例数	例(占比/%)					χ^2 值	P值
		明确清除	假设清除	未清除	替换	总清除		
对照组	33	11(33.3)	6(18.2)	12(36.4)	4(1.1)	17(51.5)	8.41	0.038
治疗组	37	15(40.5)	15(40.5)	4(10.8)	3(8.1)	30(81.0) ¹⁾		

注:与治疗组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

表6 两组多重耐药菌肺部感染患者氧合指数水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	33	341.64 \pm 51.82	348.33 \pm 56.63 ¹⁾
治疗组	37	379.83 \pm 56.52	412.48 \pm 27.87 ¹⁾
t值		2.94	5.90
P值		0.04	0.001

注:与本组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

表7 两组多重耐药菌肺部感染患者退热时间及住院天数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	退热时间	住院天数
对照组	33	5.30 \pm 1.20	14.00 \pm 2.75
治疗组	37	3.70 \pm 0.69	11.08 \pm 2.35
t值		-6.88	-4.79
P值		0.00	0.00

热,身疼腰痛,骨节疼痛,恶风无汗而喘者,麻黄汤主之”“太阳中风,脉浮紧,发热恶寒,身疼痛,不汗出而烦躁者,大青龙汤主之”“问曰:阳明病外证云何?答曰:身热,汗自出,不恶寒,反恶热也”。其太阳证及阳明证均有发热的共同特点,而铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌在临床上也是以热象明显为特征,二者相契合。

临床上评估住院患者肺部感染严重程度的指标,使用最多、最准确的评价方法是PSI评分系统,该系统从多方面综合评估患者严重程度及预后^[15]。治疗前,两组患者PSI评分比较差异无统计学意义。治疗组治疗后PSI与对照组比较差异有统计学意义。使用PSI评分系统,对两组患者进行评估后,治疗组在疾病发生早期通过六经辨证给予中药干预可明显降低该评分。尤其在PSI系统中,患者动脉血pH值、胸腔积液方面评分较高,MDRO肺部感染患者常常合并上述实验室检查的异常。治疗组证属少阴证及太阴证的患者,服用桑白皮汤,具有清肺降气、化痰止咳之功,射干麻黄汤有宣肺祛痰、下气止咳的作用,其中化痰平喘、降气止咳中药可进一步改善患者呼吸功能,调节人体酸碱平衡。对于合并胸腔积液的患者,小青龙汤可解表散寒、温肺化饮、利水平喘,降低患者病情严重程度及改善预后。另外,也有医家用不同的中医疗法对改善肺炎严重程度具有明显效果^[16]。

肺部感染患者的肺间质和实质组织容易受到炎症的长期刺激,引起气道平滑肌痉挛,导致气道过敏性增加,增加炎症反应的发生,身体的抗氧化能力减弱,导致许多炎症因子聚集,影响肺换气功能,形成恶性循环^[17]。细菌和病毒大范围侵入肺部,内皮细胞功能受影响,而肺微血管循环障碍致血栓形成,系统循环受阻,影响炎症毒性物质代谢,升高血清PCT和CRP水平^[18]。PCT主要由甲状腺C细胞分泌,是一种非常敏感的炎症细胞因子,可以反映身体的感染情况,帮助区分患者疾病感染类型^[19]。CRP用以辅助诊断感染水平,广泛应用于各种感染性疾病的诊断。因此,PCT和CRP都是评估系统炎症动态水平变化的重要指标,可以反映感染的严重程度^[20]。

治疗组治疗后的炎症指标水平与对照组相比具有显著差异,对照组仅PCT较前降低,表明在传统常规西医治疗基础上,结合六经辨证治疗能有效降低MDRO肺部感染患者炎症因子水平,减轻肺部损伤。殷国敏等^[21]以麻杏石甘汤联合西医常规疗法对抑制老年MDRO肺部感染患者的炎症反应具有较好疗效。郭金汶^[22]在六经辨证基础上选取中西医结合疗法能降低MDRO肺部感染患者的炎症因子水平。因此,基于六经辨证理论治疗MDRO肺部感染患者在降低炎症因子方面具有优势。

中药汤剂大都有抑菌作用,如大承气汤除具有泻下、抗炎作用外,还具有抗菌作用,能够抑制细菌生长^[23]。厚朴中的厚朴酚可通过破坏生物结构、抑制生活活性,达到抗菌作用,对抑制及杀灭革兰阴性菌、抗酸杆菌及部分真菌具有稳定的作用^[24]。本研究中,治疗后治疗组患者细菌清除率明显高于对照组,提示治疗组对细菌抑制作用强于单纯使用西医治疗,这与刘浩等^[25]采用中药汤剂结合西医疗法治疗该疾病疗效一致。崔磊等^[26]也发现中西医结合能提高MDRO肺部感染患者细菌清除率。

治疗后两组患者氧合指数水平比较存在统计学差异,治疗组明显优于对照组,表明六经辨证中药汤剂对改善患者呼吸方面,尤其是氧合指数具有明显效果。治疗组患者退热时间早于对照组,这可能与治疗组给予解表及清热中药治疗有关。王懿勤等^[27]发现白虎汤加减治疗重症肺炎伴高热患者在退热方面疗效优于西药组。本研究对太阳证及阳明证患者分别使用了麻黄汤、麻杏石甘汤及白虎汤,方中麻黄宣肺,配石膏相制,清热而不留邪,加强了退热的功效。经治疗,治疗组患者住院天数明显少于对照组,表明利用六经辨证理论体系治疗MDRO肺部感染患者在缩短住院时间方面具有明显优势,可降低患者心理与经济压力。两组患者治疗后均未出现特殊不适,无不良事件,安全性较好。

综上所述,在MDRO肺部感染的治疗过程中,采用六经辨证理论体系论治在临床上可获得较好效果,能降低病情严重程度,降低患者炎症因子水平,减轻肺部损伤,抑制或清除细菌能力强,可改善患者

氧合指数,退热效果佳,经济效益及安全性高,值得临床应用推广。本研究的局限性为样本数较少,研究时限较短,未对后期的临床症状和实验指标进行长期动态观察和随访。在后续研究中要增加样本量,多中心合作,进一步对观察指标进行分析,提高研究准确性,为患者提供更有价值的治疗方案。

[参考文献]

- [1] 杜明梅,邢玉斌,索继江,等. 多重耐药菌医院感染的实时监测与预防控制[J]. 中国医院,2013,17(3):3-5.
- [2] 瞿介明,曹彬. 中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)修订要点[J]. 中华结核和呼吸杂志,2016,39(4):241-242.
- [3] 余学庆,谢洋,李建生. 社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018修订版)[J]. 中医杂志,2019,60(4):350-360.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会. 中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2016,39(4):253-279.
- [5] 姚乃礼. 中医症状鉴别诊断学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2000.
- [6] 邓铁涛. 中医诊断学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1988.
- [7] 罗胜,梁结柱,冼宙宁,等. 重症医学科多重耐药菌肺部感染的中医证候特征研究[J]. 湖南中医杂志,2017,33(9):1-5.
- [8] 施经伟,张田,周和平,等. 白虎汤加减治疗脑卒中并发多重耐药菌所致肺炎的效果[J]. 广东医学,2017,38(S2):148-150.
- [9] 汪玲琴,蒋忠胜. 社区获得性肺炎严重程度评分系统的研究进展[J]. 江苏大学学报(医学版),2019,29(1):87-92.
- [10] 苏丽,梁婷. 美罗培南与万古霉素治疗耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染的疗效、炎性因子及安全性分析[J]. 医学理论与实践,2023,36(18):3121-3123.
- [11] 韩春兰,魏海霞. 替加环素联合多粘菌素治疗多重耐药菌肺部感染患者的临床疗效分析[J]. 中国合理用药探索,2021,18(9):90-94.
- [12] 陈佰义,何礼贤,胡必杰,等. 中国鲍曼不动杆菌感染诊治与防控专家共识[J]. 中国医药科学,2012,2(8):3-8.
- [13] 颜芳,杨志敏,徐国峰,等. 运用经方纯中医治疗肺部感染102例[C]//中华中医药学会. 国际(中日韩)经方学术会议暨第二届全国经方论坛暨经方应用高级研修班论文集. 北京:北京出版社,2011:105-108.
- [14] 吴文斌,颜芳,徐国峰,等. 从六经辨证入手治疗肺部感染体会[J]. 新中医,2011,43(7):151-152.
- [15] 张静,刘冬,许西琳,等. 红细胞分布宽度与成人社区获得性肺炎严重程度的相关性分析[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2018,17(2):134-137.
- [16] 焦妃,冯涛,王浩,等. 扶正透邪法治疗肺部多重耐药菌感染的临床观察[J]. 中国中医急症,2023,32(8):1423-1425.
- [17] 陈鹏,庞健健,付慧,等. 重症肺炎患者血清氧化应激指标和炎症因子的表达及其与肺部感染评分的关系[J]. 现代生物医学进展,2019,19(9):1778-1781.
- [18] 钱旭胜,李碧芳,陶海澜,等. 喘可治注射液联合高流量呼吸湿化治疗仪治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并呼吸衰竭的临床效果[J]. 中国当代医药,2021,28(31):168-172.
- [19] 童岷奎,叶蕾. 浅析血清C反应蛋白、降钙素原、纤维蛋白原对老年肺部感染的预测效果[J]. 当代医学,2022,28(4):137-139.
- [20] 刘岩峰. 降钙素原、C-反应蛋白与肺部感染多重耐药鲍曼不动杆菌患者病情相关性研究[J]. 河北医药,2020,42(19):2947-2949,2953.
- [21] 殷国敏,周剑,袁长广. 麻杏石甘汤联合西医常规治疗老年肺部感染临床研究[J]. 新中医,2022,54(6):19-22.
- [22] 郭金汶. 麻杏石甘汤加减治疗肺热型社区获得性肺炎临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2023,21(11):109-111.
- [23] 魏江存,陈勇,谢臻,等. 大承气汤的药理作用研究概况[J]. 中国民族民间医药,2017,26(21):70-72,74.
- [24] 贾音,任晨曦,夏悠楠,等. 厚朴酚的药理作用研究现状[J]. 生物化工,2023,9(3):170-174.
- [25] 刘浩,曲妮妮. 痰热清注射液联合西药治疗老年多重耐药菌肺炎患者的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志,2021,27(24):125-130.
- [26] 崔磊,陈楠,颜琳,等. 培土生金方治疗肺部多重耐药菌感染疗效研究[J]. 陕西中医,2023,44(8):1082-1085.
- [27] 王懿勤,马春成. 白虎汤加减联合全面护理对重症肺炎伴高热患者肺功能与生化指标的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(4):132-135.

牵正补阳还五汤联合电针治疗风寒型儿童特发性面神经麻痹临床研究

何 婷, 吴文康, 李志豪

(东莞市第八人民医院 东莞市儿童医院, 广东 东莞 523325)

【摘要】目的:探究牵正补阳还五汤联合电针治疗风寒型儿童特发性面神经麻痹的临床疗效。方法:选取80例儿童风寒型特发性面神经麻痹患者进行前瞻性研究,按随机数字表法分为观察组(牵正补阳还五汤联合电针治疗)40例、对照组(甲钴胺联合电针治疗)40例,均治疗4周,比较两组面部神经功能(SFGS评分)、临床疗效、恢复状况、不良反应发生情况的差异。结果:两组SFGS评分的时点、组间、交互比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。与本组治疗前相比,治疗2周后、治疗4周后两组SFGS评分均升高($P<0.05$);组间比较,观察组治疗2周后、治疗4周后SFGS评分更高($P<0.05$)。与治疗2周后相比,两组治疗4周后疗效、总有效率均升高($P<0.05$),与对照组相比,观察组治疗2周后总有效、治疗4周后总有效率均更高($P<0.05$)。与对照组相比,观察组痊愈时间、面部表情肌肉瘫痪消失时间、味觉丧失消失时间、睑裂变大消失时间均更短($P<0.05$)。两组不良反应发生情况比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:牵正补阳还五汤联合电针治疗风寒型儿童特发性面神经麻痹的临床疗效较好,可有效提高面部神经功能,促进各项临床症状恢复,且安全性较好。

【关键词】特发性面神经麻痹;风寒型;儿童;牵正补阳还五汤;电针

【中图分类号】 R246.4;R745.1⁺2 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0257-358X(2024)08-0842-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.011

Clinical Study on Qianzheng Buyang Huanwu Decoction(牵正补阳还五汤) Combined with Electroacupuncture in Treating Children with Wind-Cold Type Idiopathic Facial Nerve Paralysis

HE Ting, WU Wenkang, LI Zhihao

(Dongguan Eighth People's Hospital, Dongguan Children's Hospital, Dongguan 523325, China)

Abstract Objective: To explore the clinical study of Qianzheng Buyang Huanwu Decoction(牵正补阳还五汤) combined with electroacupuncture in treating children with wind-cold type idiopathic facial nerve paralysis.

Methods: A total of 80 children with wind-cold type idiopathic facial paralysis were selected for a prospective study. According to random number table method, they were divided into the observation group (40 cases, Qianzheng Buyang Huanwu Decoction combined with electroacupuncture treatment)

【收稿日期】 2024-02-22

【基金项目】 2021年东莞市社会发展科技面上项目(编号:20211800900302)

【作者简介】 何婷(1981—),女,湖南永州人,医学博士,副主任医师,主要从事儿童运动、语言、智力发育迟缓和神经损伤疾病的针灸治疗研究。邮箱:he.ting@163.com。

and the control group (40 cases, methcobalamin combined with electroacupuncture treatment), both groups were treated for 4 weeks. The differences of facial nerve function (SFSGS score), clinical efficacy, recovery status and occurrence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** There were statistically significant differences in SFSGS scores at time points, between groups, and interaction comparisons between the two groups ($P < 0.05$). Compared with those before treatment, SFSGS scores in both groups were increased after 2 weeks and 4 weeks of treatment ($P < 0.05$). Compared with those of the control group, SFSGS scores of the observation group were higher after 2 weeks and 4 weeks of treatment ($P < 0.05$). Rank-sum test of hierarchical data showed that compared with those 2 weeks after treatment, the efficacy and total effective rate of both groups were increased after 4 weeks of treatment ($P < 0.05$). Compared with that of the control group, the total effective rate of the observation group after 2 weeks of treatment and the total effective rate of the observation group after 4 weeks of treatment were better ($P < 0.05$). Compared with those of the control group, the recovery time, the disappearance time of facial expression muscle paralysis, the disappearance time of taste loss and the disappearance time of palpebral fissure in the observation groups were shorter ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference in the occurrence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusions:** Qianzheng Buyang Huanwu Decoction combined with electroacupuncture has good clinical efficacy in treating children with wind-cold type idiopathic facial paralysis, which can effectively improve facial nerve function and promote the recovery of clinical symptoms and it has good safety.

Keywords idiopathic facial nerve paralysis; wind-cold type; children; Qianzheng Buyang Huanwu Decoction; electroacupuncture

特发性面神经麻痹,也称为Bell麻痹或面神经炎,是一种常见的神经系统疾病,主要影响面部肌肉。儿童特发性面神经麻痹的病因尚未完全明确,但普遍认为与病毒感染、免疫力低下、受风感邪等因素有关^[1]。其中,风寒因素被认为是重要的触发因素^[2]。风寒型儿童特发性面神经麻痹在临床上具有较高的发病率,如不及时治疗,可能影响患儿的面部功能和生长发育^[3]。目前,西医对于儿童特发性面神经麻痹的治疗主要采用激素、抗病毒、营养神经等方法,但其疗效并不稳定,且存在一定的不良反应^[4]。中医对于此病的治疗具有独特的理论和方法,其中牵正补阳还五汤和电针就是常用治疗手段。牵正散记载于《杨氏家藏方》,而补阳还五汤来源于清代医家王清任的《医林改错》,主要由黄芪、当归、赤芍、川芎、桃仁、红花等组成,具有补气、活血、通络的功效^[5]。电针则是通过电刺激作用于穴位,增强穴位刺激效果,进一步调整气血、疏通经络^[6]。本研究旨在探讨牵正补阳还五汤联合电针治疗风寒型儿童特发性面神经麻痹的临床效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

2020年11月至2023年12月,选取80例儿童风寒型特发性面神经麻痹患者进行前瞻性研究。纳入标准:①诊断符合《神经病学》^[7]、《针灸学》^[8]中风寒型特发性面神经麻痹标准^[8];②年龄0~14岁;③患儿与家属均知情同意。排除标准:①患儿存在中枢性面瘫;②存在重要脏器功能损害者;③治疗依从性差者;④药物过敏或过敏体质者;⑤免疫功能异常者;⑥中途退出研究者。按随机数字表法分为观察组和对照组各40例,两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表1。本研究获得东莞市第八人民医院伦理委员会审批(批号:ZGDL-2020-0123)。

1.2 治疗方法

对照组以甲钴胺联合电针治疗:急性期(发病1~7 d)予甲钴胺0.5 mg、维生素B₁10 mg口服,每日3次;静止期(发病8~15 d)开始增加电针治疗,方法同观察组。

观察组以牵正补阳还五汤联合电针治疗^[9-10]。

表1 两组风寒型儿童特发性面神经麻痹患者一般资料比较

	例数	性别/例	年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	病程($\bar{x} \pm s$)/d	体质量指数($\bar{x} \pm s$)/kg/m ²	受累侧/例(占比/%)	
		男/女				左侧	右侧
观察组	40	26/14	8.70 ± 2.24	2.83 ± 0.66	17.91 ± 1.63	18(45.00)	22(55.00)
对照组	40	23/17	8.87 ± 2.16	2.99 ± 0.49	17.96 ± 1.48	20(50.00)	20(50.00)
t/χ^2 值		0.474	0.269	0.938	0.111	0.201	
P 值		0.491	0.789	0.353	0.912	0.654	

①急性期(发病1~7 d):牵正散合补阳还五汤,制白附子3 g、全蝎3 g、僵蚕3 g、桂枝5 g、当归6 g、赤芍6 g、桃仁5 g、红花3 g、黄芩5 g、菊花5 g、白芷5 g、川芎5 g、黄芪20 g,均煎颗粒,生产企业:广东一方制药有限公司。广东省中医配方颗粒质量标准粤PFKL20210217,100~150 mL温热水溶解,日1剂,分3次服用,<2岁者减半。②静止期(发病8~15 d):增加电针治疗,使用华佗牌0.3 mm × 40.0 mm毫针平刺或直刺患侧阳白、太阳、四白、颧髎、迎香、地仓透穴颊车、人中、廉泉、健侧合谷穴。四白、合谷不加电,余穴加电留针20 min,用疏密波,日1次。使用汕头达佳6805-A型电针仪,强度以无明显哭闹而患儿能耐受为度。③静止期同时给予患侧面部隔日1次游走罐治疗,从地仓向太阳穴牵拉,每次2~3 min。④治疗周期4周,每周评估患者疗效,面神经功能改善>90%者可提前停止治疗。

1.3 观察指标

面神经功能:根据Sunnybrook面神经评定量表(SFGS)^[11]评定,分为静态评定和动态评定2种。静态评定:①睑裂正常、有缩窄或增宽、进行过眼睑整形手术分别为0、1、1分;②鼻唇沟正常、完全消失、不明显或非常明显分别为0、2、1分;③嘴正常、口角下垂或上提分别为0、1分。静态评分=总分×5。动态评分:①随意运动,包含抬额头、轻轻闭眼、张嘴微笑、耸鼻子、嘴吸吮5个动作,无运动、轻度运动、有运动但表情错乱、面部运动几乎对称、运动完全对称分别为1、2、3、4、5分,随意运动分=总分×4;②联动分级:包含抬额头、轻轻闭眼、张嘴微笑、耸鼻子、嘴吸吮5个动作,无联动、轻度联动、明显联动但无毁容、严重毁容性联动分别为0、1、2、3分。联动分=总分。动态评分=随意运动分-联动分,SFGS评分=动态评分-静态评分。总分0~100分,0分为面瘫程度最严重,100分为正常,分值越高,面神经功能越好。

临床疗效^[11]。痊愈:SFGS评分改善≥90%,无自觉症状、体征;显效:评分改善>60%但<90%,自觉症状、体征基本好转;有效:评分改善40%~60%,自觉症状、体征缓解;无效:改善<40%,自觉症状、体征无显著改变。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

观察比较患者痊愈时间、面部表情肌肉瘫痪消失时间、味觉丧失消失时间、睑裂变大消失时间,记录患者不良反应发生情况。

1.4 统计学处理

运用SPSS 22.0软件分析数据。计数资料以例(%)表示,行 χ^2 检验或等级资料秩和检验;正态分布计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验,多时点比较行重复测量。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 两组面部神经功能比较

重复测量显示,两组SFGS评分的时点效应、组间效应、交互效应比较差异有统计学意义($P<0.05$)。与治疗前相比,治疗2周后、治疗4周后两组SFGS评分均升高($P<0.05$)。与对照组相比,观察组治疗2周后、治疗4周后SFGS评分更高($P<0.05$)。见表2。

2.2 两组临床疗效比较

等级资料秩和检验显示,与治疗2周后相比,两组治疗4周后疗效、总有效率均升高($P<0.05$);与对照组相比,观察组治疗2周后、治疗4周后总有效率均优于对照组($P<0.05$)。见表3。

2.3 两组恢复状况比较

与对照组相比,观察组痊愈时间、面部表情肌肉瘫痪消失时间、味觉丧失消失时间、睑裂变大消失时间均优于对照组($P<0.05$)。见表4。

2.4 两组不良反应发生情况比较

两组不良反应发生情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表5。

表2 两组风寒型儿童特发性面神经麻痹患者面部神经功能评分比较($\bar{x} \pm s$)

	例数	治疗前	治疗2周后	治疗4周后	F值	P值
观察组	40	36.65 ± 4.75	54.13 ± 6.14*	81.83 ± 5.59**	$F_{\text{时点}}=1\ 732.804$	$P_{\text{时点}}<0.001$
对照组	40	35.38 ± 5.02	49.58 ± 6.15*	66.65 ± 8.12**		
t值		1.168	3.312	9.732	$F_{\text{组间}}=50.000$	$P_{\text{组间}}<0.001$
P值		0.247	0.001	<0.001	$F_{\text{交互}}=57.283$	$P_{\text{交互}}<0.001$

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与治疗2周后比较,** $P<0.05$ 。

表3 两组风寒型儿童特发性面神经麻痹患者临床疗效比较

	例数	时间	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	治疗2周后	2(5.00)	9(22.50)	19(47.50)	10(25.00)	30(75.00)*
		治疗4周后	33(82.50)	5(12.50)	2(5.00)	0(0)	40(100)**
对照组	40	治疗2周后	0(0)	10(25.00)	11(27.50)	19(47.50)	21(52.50)
		治疗4周后	19(47.50)	14(35.00)	3(7.50)	4(10.00)	36(90.00)

注:治疗2周与对照组比较,* $P<0.001$;治疗4周与对照组比较,** $P<0.001$ 。

表4 两组风寒型儿童特发性面神经麻痹患者恢复状况比较($\bar{x} \pm s$)

	例数	痊愈时间	面瘫恢复时间	味觉恢复时间	睑裂恢复时间
观察组	40	24.43 ± 3.66	11.33 ± 4.31	14.55 ± 3.53	5.85 ± 1.78
对照组	40	28.93 ± 3.84	14.45 ± 4.55	17.73 ± 4.15	9.00 ± 1.97
P值		<0.001	0.002	<0.001	<0.001

表5 两组风寒型儿童特发性面神经麻痹患者不良反应发生情况比较

	例数	鼻塞	恶心呕吐	咳嗽	不良反应
观察组	40	0(0)	3(7.50)	0(0)	3(7.50)*
对照组	40	2(5.00)	1(2.50)	2(5.00)	5(12.50)

注:与对照组比较,* $P>0.05$ 。

3 讨论

风寒型儿童特发性面神经麻痹是一种常见的神经系统疾病,发病率较高。据统计,该病在儿童中的发病率为0.8%~1.9%,男孩略多于女孩^[12]。目前治疗风寒型儿童特发性面神经麻痹的方法主要包括药物治疗、物理治疗和针灸治疗。牵正补阳还五汤联合电针治疗风寒型儿童特发性面神经麻痹有较好疗效。其中,牵正补阳还五汤可以通过中药的调理作用,改善患者的气血运行,促进面部神经麻痹的恢复;而电针治疗可以刺激面部穴位,调节神经功能,促进面神经麻痹的恢复。其次,本组合中的牵正散在临床上应用较广,不仅可以缩短病程,减少并发症的发生,还可以提高治愈率,改善患者的生活质量^[13]。

本研究结果显示,经重复测量,两组SFGS评分的时点、组间、交互比较差异有统计学意义($P<$

0.05),与治疗前相比,治疗2周后、治疗4周后两组SFGS评分均升高,且与对照组相比,观察组治疗2周后、4周后SFGS评分更高,表明牵正补阳还五汤联合电针治疗风寒型儿童特发性面神经麻痹,可有效改善患者面部神经功能,与周小蓉等^[14]研究结果相符。中医学认为,风寒型儿童特发性面神经麻痹主要病机为脉络空虚,风邪入侵,气血不畅,筋脉失养^[15],而牵正补阳还五汤具有祛风散寒、温经通络、活血补气的功效,可以改善面部神经的营养状况,促进神经修复。另外,电针可以刺激面部神经,提高神经的兴奋性和传导性,促进面部肌肉的收缩和舒张,加速血液循环,改善神经水肿和炎症反应,进一步促进面部神经功能的恢复。等级资料秩和检验显示,与治疗2周后相比,两组治疗4周后疗效、总有效率均升高,与对照组相比,观察组治疗2周后疗效、治疗4周后疗效

与总有效率均优于对照组,表明牵正补阳还五汤联合电针治疗风寒型儿童特发性面神经麻痹,可以提高临床疗效,与王迎春等^[16]研究结果相符,原因可能是牵正补阳还五汤可以扩张血管、改善微循环,从而促进面部神经的恢复,而电针的刺激也可以促进血液循环,提高面部肌肉的兴奋性,进一步促进神经恢复。此外,牵正补阳还五汤与电针联合应用可以产生协同作用,增强治疗效果。

研究结果显示,与对照组相比,观察组痊愈时间、面瘫恢复时间、味觉恢复时间、睑裂恢复时间均少于对照组,表明牵正补阳还五汤联合电针治疗风寒型儿童特发性面神经麻痹可有效促进临床症状恢复。这是由于牵正补阳还五汤有祛风散寒、温经通络、活血化瘀的功效,可以改善风寒型儿童特发性面神经麻痹的局部血液循环,减轻神经根的水肿,缓解面部肌肉的瘫痪。电针可以刺激面部穴位,增强面部肌肉的收缩能力,提高神经纤维的兴奋性,促进面部肌肉功能的恢复。对照组不良反应主要表现为恶心呕吐、鼻塞、咳嗽,但观察组未见鼻塞、咳嗽,表明牵正补阳还五汤联合电针治疗的安全性较好,与徐世英等^[17]研究结果一致。

综上所述,牵正补阳还五汤联合电针治疗风寒型儿童特发性面神经麻痹的临床疗效较好,可有效提高面部神经功能,促进各项临床症状恢复,且安全性较好。

[参考文献]

- [1] YAGIZ O, PEKCEVIK Y, ARSLAN Y, et al. The evaluation of facial nerve canal diameter in patients with ipsilateral recurrent idiopathic peripheral facial paralysis[J]. *J Laryngol Otol*, 2022, 136(3): 215-218.
- [2] SULLIVAN C B, SUN D Q, ZHU V L, et al. Surgical outcomes in idiopathic recurrent facial nerve paralysis: a rare clinical entity[J]. *Laryngoscope*, 2020, 130(1): 200-205.
- [3] DRESCHNACK P A, BELSHAKU I. Treatment of idiopathic facial paralysis (Bell's Palsy) and secondary facial paralysis with extracellular vesicles: a pilot safety study[J]. *BMC Neurol*, 2023, 23(1): 342.
- [4] 杨帆, 杜美茹, 李洪玮, 等. 牵续玉屏汤联合常规西药治疗特发性面神经麻痹风寒外袭证临床研究[J]. *中国中医药信息杂志*, 2022, 29(2): 120-124.
- [5] 梁永宣. 王清任与《医林改错》[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2005, 3(2): 58-59.
- [6] 贝秉袁, 钟伟泉, 老锦雄. 面部电针联合双下肢阴阳经温针灸治疗周围性面瘫临床研究[J]. *中国中医急症*, 2020, 29(3): 453-455, 484.
- [7] 贾建平, 陈生弟, 崔丽英, 等. *神经病学*[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 340.
- [8] 王华, 杜元灏. *针灸学*[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 240-241.
- [9] 才仁措, 厚晓昀, 李翠燕. 交替温针灸辨证取穴联合电针、甲钴胺口服治疗特发性面神经麻痹急性期风寒袭络证疗效观察[J]. *四川中医*, 2022, 40(5): 208-212.
- [10] 朱虹, 王艳昕, 蔡永亮. 牵正散加减治疗特发性面神经麻痹风寒外袭型患者的临床疗效观察[J]. *世界中西医结合杂志*, 2020, 15(6): 1136-1139.
- [11] 张晓杰, 姜翌, 夏峰, 等. 中文版Sunnybrook面神经评分系统的验证[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2016, 42(2): 85-90.
- [12] 韩颺倩. 特发性面神经麻痹的研究现状[J]. *中风与神经疾病杂志*, 2021, 38(9): 859-861.
- [13] 屈绮文, 李智俐, 陈煌. 交替取穴法针刺结合牵正散治疗急性期面神经炎的临床观察[J]. *中国中医急症*, 2023, 32(7): 1247-1249.
- [14] 周小蓉, 朱凤娟, 郑焱, 等. 温针灸联合牵正散合温胆汤治疗特发性面神经炎临床疗效及对患者神经肌电图及面神经功能的影响[J]. *四川中医*, 2022, 40(6): 131-135.
- [15] 阮贵基, 赵文凤, 吕光耀. 特发性面神经麻痹的中西医结合诊疗相关问题[J]. *中国临床医生杂志*, 2020, 48(4): 391-394.
- [16] 王迎春, 孙新新, 张颖. 散寒解毒汤联合针刺治疗急性周围性面瘫(风寒证)疗效观察[J]. *中国中医急症*, 2022, 31(2): 333-336.
- [17] 徐世英, 曾金艳, 王云亮. 牵正散加减辅助针灸治疗风寒型面瘫疗效观察[J]. *辽宁中医杂志*, 2022, 49(5): 102-105.

补肾疏肝散结汤治疗乳腺增生病 及对血清性激素水平的影响

郑 映¹, 钱丽旗¹, 黄 雪², 陈晓娜¹, 于 洋¹

(1.解放军总医院中医医学部,北京 100048; 2.解放军总医院京北医疗区,北京 100094)

[摘要] 目的:探讨补肾疏肝散结汤治疗乳腺增生病的疗效及对血清性激素水平的影响。方法:研究对象为2020年7月至2022年8月就诊的乳腺增生病患者90例。随机分成两组各45例。对照组予枸橼酸他莫昔芬片治疗,观察组联合补肾疏肝散结汤治疗,均连续治疗3个月经周期。观察两组治疗前后中医证候积分(乳腺包块、乳腺疼痛、乳头溢液、其他伴随症状)、乳腺超声指标、血清性激素[孕酮(P)、泌乳素(PRL)、雌二醇(E₂)]水平、治疗后3个月和6个月疾病复发率,并比较两组临床总有效率和安全性。结果:两组治疗后中医证候积分、乳腺超声指标、PRL、E₂水平均降低($P<0.05$),且观察组较对照组低($P<0.05$);两组P水平均升高($P<0.05$),且观察组较对照组高($P<0.05$);观察组同期复发率均较对照组低($P<0.05$);观察组总有效率较对照组高($P<0.05$);组间不良反应发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:补肾疏肝散结汤治疗乳腺增生病效果显著,能够有效缓解乳腺疼痛等不适症状,调节血清性激素水平,改善乳腺超声指标,降低疾病复发率,且不良反应较少。

[关键词] 乳腺增生;补肾疏肝散结汤;性激素;乳腺超声指标;肝郁肾虚证;复发率

[中图分类号] R271.44

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0847-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.012

Effect of Bushen Shugan Sanjie Decoction (补肾疏肝散结汤) on Breast Hyperplasia and Serum Sex Hormone Level

ZHENG Yi¹, QIAN Liqi¹, HUANG Xue², CHEN Xiaona¹, YU Yang¹

(1.Department of Traditional Chinese Medicine, PLA General Hospital, Beijing 100048, China; 2.Beijing North Medical District, PLA General Hospital, Beijing 100094, China)

Abstract Objective: To investigate the curative effect of Bushen Shugan Sanjie Decoction (补肾疏肝散结汤) on patients with breast hyperplasia and its effect on serum sex hormone level. **Methods:** The study subjects were 90 patients with breast hyperplasia who were diagnosed and treated from July 2020 to August 2022. And they are randomly divided into two groups of 45 cases each. The control group was treated with

tamoxifen citrate tablets, and the observation group was treated with Bushen Shugan Sanjie Decoction for 3 consecutive menstrual cycles. Traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score (breast mass, breast pain, nipple discharge, and other accompanying symptoms), breast ultrasound index,

[收稿日期] 2023-11-13

[基金项目] 中国医药教育协会孙思邈中医药科研专项课题(编号:协字[2016]038号)

[作者简介] 郑映(1988—),女,辽宁辽阳人,住院医师,主要从事中医内科临床研究。邮箱:zheng0124yi@sina.com。

[通信作者] 于洋(1980—),男,医学博士,副主任医师,主要从事中西医结合临床研究。邮箱:jincuoadaoke@sina.com。

serum sex hormone [progesterone(P), prolactin(PRL), estradiol(E_2)] levels, and disease recurrence rate at 3 and 6 months after treatment were observed in the two groups before and after treatment, and the total clinical effective rate and treatment safety were compared between the two groups. **Results:** After treatment, TCM syndrome score, breast ultrasound indicators, PRL and E_2 levels were all decreased in both groups ($P < 0.05$), and the observation group was lower than the control group ($P < 0.05$). The P indexes of both groups were increased ($P < 0.05$), and the observation group was higher than the control group ($P < 0.05$). The recurrence rate of the observation group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). The total effective rate of the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between two groups ($P > 0.05$). **Conclusions:** Bushen Shugan Sanjie Decoction has a significant effect in the treatment of breast hyperplasia, which can effectively relieve breast pain and other discomfort symptoms, regulate serum sex hormone levels, improve breast ultrasound indicators, reduce the recurrence rate of disease, and have fewer adverse reactions. **Keywords** breast hyperplasia; Bushen Shugan Sanjie Decoction; sex hormone; breast ultrasound indicators; syndrome of liver depression and kidney deficiency; recurrence rate

乳腺增生病是指乳腺小叶和乳腺组织导管在结构上发生退行性改变或出现进行性结缔组织增生的乳腺良性疾病,临床以乳房疼痛和乳房包块为主要表现,部分患者伴有情志改变、月经紊乱等,且症状随月经周期而出现变化。本病发病率在全部乳房类疾病中占据首位,且其发病率呈逐年上升趋势,发病年龄日趋年轻化,部分患者会逐渐演变成乳腺癌,严重影响其日常生活,降低其生活质量^[1-2]。目前西医针对乳腺增生病的治疗方式主要包括药物和手术两大类。药物治疗以性激素类药物为主,虽在初始阶段患者受益较明显,但激素药物并不能从根本上纠正患者内分泌失衡状态,且激素药物若在使用剂量或时间上把握失当,会进一步加重患者内分泌紊乱程度,导致病情继续恶化。手术治疗不仅风险高,且术后易出现病情复发,导致患者依从性较低。

乳腺增生病与中医学“乳癖”相对应,该病一直是中医药治疗的优势病种之一,中医药通过辨病与辨证相结合,以整体观念为指导,标本兼顾,能够多角度、多方面调节患者内分泌系统,提升患者免疫力,减轻临床症状,且不良反应少^[3-4]。既往中医药多采用活血疏肝、化痰散结治疗本病,但效果并不十分理想,基于本病大部分患者具备肾虚肝郁的体质特征,且临床研究证实了从肝、肾二脏论治能够有效调节或改善患者的精神状态、激素水平、乳房包块、乳房疼痛等症状或体征,故补肾疏肝法可称为中医

药治疗乳腺增生病的重要方法^[5-6]。本课题组从事乳腺增生病研究和治疗工作数年,以柴胡疏肝散和二仙汤为立方依据,组成补肾疏肝散结汤,有补肾温阳、疏肝理气之功,符合乳腺增生病肾虚肝郁证的治则。本研究采用补肾疏肝散结汤辅助治疗乳腺增生病肾虚肝郁证患者45例,并与单纯西药治疗45例进行对照,观察联合治疗方案对患者中医证候积分、乳腺超声指标、血清性激素及其复发率的影响,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料

选取2020年7月至2022年8月解放军总医院收治的乳腺增生病患者90例。随机分成两组,每组45例。观察组24~47岁,平均(41.22±4.15)岁;病程7个月~6年,平均(3.01±0.64)年;体质量指数19~27 kg/m²,平均(23.81±1.65)kg/m²。对照组21~49岁,平均(41.20±4.31)岁;病程7个月~7年,平均(3.15±0.68)年;体质量指数19~28 kg/m²,平均(23.87±1.63)kg/m²。两组临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经解放军总医院伦理委员会审批通过。患者均对本研究内容知情,并签署知情同意书。

1.1.2 纳入标准

符合《乳腺增生症诊治专家共识》^[7]拟定的“乳

腺增生病”标准。①乳腺疼痛:常呈周期性疼痛,与月经周期具有相关性;②乳腺包块:包块较小,形状不规则,结块缩小、增大、变软、变硬等肿块变化与月经周期变化具有相关性;③乳头溢液:有部分患者出现乳头溢液;④结节状态:呈条索状结节或颗粒状结节,腺体呈弥漫性或局限性增厚;⑤乳腺彩超:回声增强或增粗,结节边界不规则,内见少量短棒状或点状血流信号,或者结合乳腺管造影、乳腺X线片检查确诊。中医诊断参照文献[8],辨证属肝郁肾虚证:主症有乳房疼痛,乳房包块;次症包括腰膝酸软,乏力,肢冷畏寒,耳鸣头晕,足跟酸痛,易怒急躁,月经紊乱,胸胁窜痛或胀满;舌淡或红,少津,苔少或薄,脉沉细或弦细。年龄18岁~50岁;病程超过6个月。

1.1.3 排除标准

伴各种严重原发性病变者,如心脑血管疾病、肝肾功能障碍等;伴乳腺炎、乳腺癌者;伴其他内分泌系统疾病及血液系统疾病者;妊娠期患者;精神疾病患者或有严重认知障碍者;合并严重的月经不调、功能性子宫出血者;近期服用激素类药物者。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

对照组予枸橼酸他莫昔芬片治疗,每次10 mg,每日2次,月经期间禁止服用,连续服用3个月经周期。观察组在此基础上联合补肾疏肝散结汤治疗:柴胡、菟丝子、当归、巴戟天、仙茅、肉苁蓉、熟地黄、茯苓各15 g,香附、枳实、白芍、知母各12 g,淫羊藿、桃仁、红花、黄芩、黄柏、川芎各10 g,甘草6 g。统一由解放军总医院中药房煎熬,每日1剂,每日早晚饭后各服用1次(每次200 mL),经期停药,连续服用3个月经周期。

1.2.2 观察指标

1.2.2.1 中医证候积分

参照文献[9]拟定,主要包括乳腺包块、乳腺疼痛、乳头溢液及其他伴随症状。乳腺包块:包块直径<1 cm记为1分,直径1~2 cm记为2分,直径>2 cm记为3分。剩余症状评分标准:症状偶尔出现,程度较轻记为1分;症状反复出现且程度较重记为2分;症状持续出现且程度非常重记为3分。

1.2.2.2 乳腺超声指标

患者仰卧在检查床上,使用彩色多普勒超声仪

检测乳腺腺体层厚度、输乳管内径、囊肿直径及低回声区直径。

1.2.2.3 血清性激素水平

采集患者月经后7~10 d空腹静脉血,3 000 r/min、离心半径10 cm离心10 min后取上清,使用化学发光免疫法检测孕酮(P)水平,使用放射免疫法检测泌乳素(PRL)、雌二醇(E₂)水平。

1.2.2.4 疾病复发率

治疗结束后3个月和6个月时对两组患者进行随访,统计疾病复发率。

1.2.2.5 安全性评价

统计治疗期间两组与用药相关的不良反应,如胃肠道反应、头晕、皮疹、食欲下降等。

1.2.3 疗效判定标准

参照《乳腺增生病诊断与疗效标准的评价》^[10]评估两组临床疗效。临床治愈:乳房内基本不疼痛,影像学检查未见乳房内结节或肿块,且在治疗3个月后病情未复发;显效:基本感受不到乳房疼痛,影像学检查乳房内包块直径减少超过50%;有效:乳房疼痛有所缓解,影像学检查乳房包块最大直径降低<50%;无效:乳房疼痛无减轻,影像学检查乳房包块最大直径未缩小,甚至较治疗前有所增加。临床治愈+显效+有效为总有效。

1.3 统计学方法

使用统计软件SPSS 26.0。计数资料使用例或百分比表示,并以 χ^2 检验;计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示,若符合正态分布,以独立样本 t 检验,否则使用配对样本 t 检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 中医证候积分

治疗后,两组中医证候积分均降低($P<0.05$),且观察组较对照组低($P<0.05$)。见表1。

2.2 乳腺超声指标

两组乳腺超声各项指标与本组治疗前比较均降低($P<0.05$);组间比较,观察组较对照组低($P<0.05$)。见表2。

2.3 血清性激素

两组P水平均升高($P<0.05$),PRL和E₂均降低($P<0.05$);组间比较,观察组性激素各指标优于对照组($P<0.05$)。见表3。

2.4 疾病复发率

观察组治疗后3个月复发1例(2.22%),6个月复发2例(4.44%);对照组治疗后3个月复发7例(15.56%),6个月复发10例(22.22%)。同期复发率观察组均较对照组低($P<0.05$)。

2.5 临床疗效

观察组总有效率93.33%,高于对照组的77.78%($P<0.05$)。见表4。

2.6 治疗安全性

治疗期间两组肝肾功能、心电图等指标均未出现明显异常。观察组出现胃肠道反应2例,食欲下降1例,总发生率为6.67%;对照组出现胃肠道反应3例,皮疹2例,食欲下降2例,总发生率为15.56%。两组间不良反应发生情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

乳腺增生病主要表现为单侧或双侧乳房疼痛和

肿块,乳房形态、大小均不一,质地较硬,边界模糊,并与情绪和月经周期变化有密切关联^[11]。乳腺增生病多发于20~50岁青壮年妇女,近年来发病呈低龄化,并有一定比例的恶变倾向^[12-13]。总体而言,41~50岁年龄段女性患乳腺增生病的风险显著高于其他年龄段,究其原因因为该年龄段的女性大多面临家庭、生活、工作等多重压力,加上卵巢等生理功能逐渐衰退,增加了罹患乳腺增生病的风险^[14-15]。另外,据相关研究证实,2%~3%的乳腺增生会因囊性增生而演变成癌^[16]。因此关于乳腺增生的防控和治疗已成为临床研究的热点。他莫昔芬是一种雌激素拮抗剂,能够与乳腺组织内的雌激素受体选择性结合,抑制乳腺增生。但部分乳腺增生病患者对他莫昔芬表现出不耐受,进而导致依从性较差。因此探寻有效且安全的治疗方案对阻断乳腺增生病情恶化具有十分重要的意义。

表1 两组乳腺增生病患者中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)

分

例数	乳腺包块		乳腺疼痛		乳头溢液		其他伴随症状		
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
观察组	45	2.16±0.55	0.71±0.12 [#]	2.19±0.48	0.68±0.07 [#]	2.17±0.41	0.65±0.07 [#]	2.09±0.31	0.67±0.10 [#]
对照组	45	2.20±0.57	1.61±0.18 [*]	2.17±0.43	1.65±0.19 [*]	2.15±0.43	1.49±0.15 [*]	2.11±0.41	1.60±0.15 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与治疗组后对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

表2 两组乳腺增生病患者乳腺超声指标水平比较($\bar{x}\pm s$)

mm

例数	输乳管内径		乳腺腺体层厚度		低回声区直径		囊肿直径		
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
观察组	45	2.45±0.35	1.41±0.27 [#]	15.41±2.08	7.65±0.91 [#]	23.36±2.36	13.06±1.56 [#]	3.62±0.71	1.41±0.55 [#]
对照组	45	2.49±0.37	1.82±0.31 [*]	15.39±2.11	10.06±1.54 [*]	23.41±2.30	18.06±1.62 [*]	3.65±0.73	2.16±0.59 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与治疗组后对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

表3 两组乳腺增生病患者血清性激素水平比较($\bar{x}\pm s$)

例数	P/(ng/mL)		PRL/(mIU/mL)		E ₂ /(pg/mL)		
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
观察组	45	4.51±0.60	9.87±0.98 [#]	348.91±38.97	187.61±21.58 [#]	192.51±20.69	105.32±17.23 [#]
对照组	45	4.53±0.63	7.08±0.77 [*]	351.16±39.05	265.57±31.56 [*]	195.61±21.65	141.84±19.26 [*]

注:P为孕酮;PRL为泌乳素;E₂为雌二醇。

与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与治疗组后对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

表4 两组乳腺增生病患者临床疗效比较

例(占比/%)

	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	45	16(35.56)	20(44.44)	6(13.33)	3(6.67)	42(93.33) [*]
对照组	45	10(22.22)	13(28.89)	12(26.67)	10(22.22)	35(77.78)

注:与对照组比较,^{*} $\chi^2=4.405$,^{*} $P=0.036$ 。

中医学认为乳癖即乳腺增生病的发生与肝肾二脏密切相关,其以肾气不足、肝气郁结为本,痰瘀凝结为标。《马培之医案》有乳房与肝肾二经关系的记载,如“乳头为肝肾二经之冲”“足少阴肾经上贯肝膈与乳连”等,可见乳癖的发生与肝肾二经有明显的相关性。如果肾气不足,天癸化生无源,会引起冲任失调,气血运行失畅,阻滞在乳房脉络内,诱发乳房内肿块或疼痛。另外,若女子肝失疏泄,情志不畅,气血运行受阻,壅阻于乳络中,亦会诱发乳癖。可见肝肾在病理和生理上相互影响,治疗乳癖应以补肾温阳、疏肝理气为根本大法。二仙汤出自《中医方剂临床手册》,有温补肾阳、调理冲任之功效。赖海燕等^[17]将二仙汤加味方应用到乳腺增生病治疗中,结果治疗总有效率96.7%,疗效显著优于口服安宫黄体酮和维生素E等。柴胡疏肝散出自《景岳全书》,是中医疏肝理气经典方剂,有行气止痛、疏肝解郁之功效。牛聪慧等^[18]将柴胡舒肝散与耳针联合应用到乳腺增生病中,结果发现该治疗方案能够抑制血管生长因子表达,缓解乳腺增生病临床症状和体征。胡江兰等^[19]应用柴胡舒肝散化裁治疗乳腺增生病,发现大部分患者在用药2周后病情出现明显好转,临床随访患者对治疗满意度高。

本研究以二方为基础进行化裁,将其应用到乳腺增生病(肝郁肾虚证)治疗中。方中柴胡为君药,其为治疗肝郁之要药,有疏肝解郁、调畅气机之功。菟丝子、巴戟天、淫羊藿、仙茅、肉苁蓉共为臣药,菟丝子补肝益肾、固精缩尿;淫羊藿、肉苁蓉均有显著的补肾壮阳之功;巴戟天、仙茅除有补肾助阳之功外,还可活血消肿;以上五药合用,能增强温阳补肾之功,可振奋一身阳气。熟地黄、香附、枳实、白芍、桃仁、当归、红花、茯苓、黄芩、黄柏、知母、川芎共为佐药,熟地黄养血补肝、滋阴补肾;香附疏肝理气、调经止痛,联合柴胡增强行气解郁之功;枳实化痰散痞、消积破气;白芍有柔肝敛肝和缓急止痛之功;红花、桃仁、当归、川芎活血补血行气;茯苓健脾渗湿,可顾护脾胃功能;知母、黄芩、黄柏清泻相火,顾护肾阴,并能制约巴戟天、淫羊藿等补肾壮阳药物之温热特性,使温热而不伤阴。甘草调和诸药为使药。纵观全方,在疏理肝气的同时给予温补肾阳,使肝气获得疏发,肾精得以补养,肝血在肾阳温煦下获

得生化,从而使肝气调达,通则不痛,肾精得以封藏,从而促使冲任调和,最终疾病痊愈。现代药理学研究表明,柴胡具有镇痛、解热、抗抑郁、抗癌、保护肝脏、保护肾脏等作用,且柴胡皂苷成分具有雌激素样作用,能够抑制结缔组织增生,有助于缓解乳腺增生症状^[20-21];巴戟天抗抑郁、免疫调节、抗肿瘤、抗疲劳^[22];淫羊藿抗抑郁、抗细胞凋亡、抗氧化、抗肿瘤^[23];仙茅抗氧化、调节免疫、补肾壮阳、抗乳腺癌^[24];肉苁蓉增强机体免疫力、抗疲劳、改善生殖^[25];熟地黄养血补血、增强机体免疫力、抗疲劳、抗肿瘤^[26];香附抗抑郁、抗肿瘤、抗氧化、镇痛、调节雌激素受体^[27];枳实镇痛、抗氧化、抗癌、利尿^[28];白芍镇痛、抗炎、抗血栓、抑制血小板凝聚、抑制细胞凋亡、抗抑郁、抗癌^[29];桃仁抗凝血、改善血液流变学、抗肿瘤、抗炎、调节免疫^[30];茯苓促进水液代谢、抗肿瘤、抗氧化、调节免疫功能^[31];知母抗血小板聚集、抗肿瘤、抑制肿胀、抗炎^[32]。

随着临床诊断技术的发展,三维超声成像技术、彩色多普勒超声等超声检查技术被广泛用于乳腺增生病的诊断中^[33]。本研究结果显示,两组治疗后各项乳腺超声指标均降低($P<0.05$),且观察组优于对照组($P<0.05$),提示补肾疏肝散结汤能够改善乳腺超声指标,缩小囊肿。乳腺增生病的发病基础为内分泌失调,主要表现为PRL、 E_2 水平升高,P水平降低^[34]。本研究结果显示,观察组治疗后P水平较对照组高($P<0.05$),PRL、 E_2 水平较对照组低($P<0.05$),表明补肾疏肝散结汤联合他莫昔芬能够更好地调节乳腺增生病患者内分泌系统,促进P水平升高以及PRL、 E_2 水平降低,确保患者体内激素水平趋向平衡。另外,观察组中医证候各项积分和复发率均低于对照组($P<0.05$),临床治疗总有效率高于对照组($P<0.05$),进一步证实补肾疏肝散结汤对乳腺增生病有着确切的治疗效果。两组在治疗期间均未发生严重不良反应,证实治疗方案安全性好。总之,补肾疏肝散结汤联合枸橼酸他莫昔芬片治疗乳腺增生病效果显著,能够有效缓解乳腺疼痛等不适症状,调节血清性激素水平,改善乳腺超声指标,降低疾病复发率,且不良反应少。

[参考文献]

[1] 舒国发,祝东升,赵立娜,等. 乳痛愈药膜治疗肝郁气滞

- 型乳腺增生患者的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(1): 132-136, 141.
- [2] 来保勇, 贾丽燕, 樊英怡, 等. 中成药治疗乳腺增生症随机对照试验的对照措施设置现状分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(1): 12-16, 22.
- [3] 何芝, 刘贵学, 陈杏元, 等. 消核散结胶囊联合三维立体刮痧疗法治疗乳腺增生痰瘀互结证临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(17): 2426-2430.
- [4] 李小雷, 王晓琦, 郑育强, 等. 乳癖散结胶囊配合川芎嗪注射液治疗乳腺增生病的临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(2): 193-195.
- [5] 许芝银, 罗志昂. 乳腺疾病临证思辨[J]. 江苏中医药, 2017, 49(1): 1-6.
- [6] 梁欢, 张董晓, 孙宇建, 等. 中医药补肾疏肝法治疗乳腺增生症的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(12): 2946-2949.
- [7] 马薇, 金泉秀, 吴云飞, 等. 乳腺增生症诊治专家共识[J]. 中国实用外科杂志, 2016, 36(7): 759-762.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 2004: 45-46.
- [9] 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: 366-368.
- [10] 郭莉, 刘鹏熙. 乳腺增生病诊断与疗效标准的评价[C]// 中华中医药学会: 第十届全国中医暨中西医结合乳腺病学术会议论文集, 杭州: 杭州出版社, 2007: 156-160.
- [11] 周忠忠, 刘洪艳, 廖华, 等. 热敏灸联合加味柴胡疏肝散治疗乳腺增生症肝郁气滞型临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2023, 39(4): 650-652.
- [12] BREM R F. Management of breast atypical ductal hyperplasia: now and the future[J]. Radiology, 2020, 294(1): 87-88.
- [13] 世界中医药学会联合会乳腺病专业委员会, 刘胜, 王怡, 等. 中西医结合临床诊疗乳腺增生专家共识[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(3): 1159-1164.
- [14] 贾宁. 2015年重庆地区8814例女性职工乳腺疾病检出结果分析[J]. 安徽医药, 2018, 22(8): 1484-1486.
- [15] 郑秋芳, 郑宴萍, 蔡丽萍. 青壮年女性流动人口乳腺增生患病现状及影响因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2023, 38(4): 697-700.
- [16] JIANG M Y, LIANG Y C, PEI Z L, et al. Diagnosis of breast hyperplasia and evaluation of Ruxian-I based on metabolomics deep belief networks[J]. Int J Mol Sci, 2019, 20(11): 2620.
- [17] 赖海燕, 宋羲, 杜鹃. 二仙汤加味治疗乳腺增生临床疗效观察[J]. 山东中医杂志, 2014, 33(4): 280-281.
- [18] 牛聪慧, 熊明亮. 柴胡疏肝散联合耳针治疗乳腺增生症的临床效果研究[J]. 医学理论与实践, 2024, 37(2): 239-242.
- [19] 胡江兰, 于福源. 柴胡疏肝散化裁治疗乳腺增生症案3则[J]. 广西中医药, 2023, 46(5): 54-56.
- [20] 陈懿榕, 阙任焯, 刘进锴, 等. 柴胡皂苷d对肝星状细胞内雌激素受体转录激活的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2017, 34(4): 550-555.
- [21] 兰宝恒, 吴泽青. 柴胡的化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报, 2023, 40(2): 174-180.
- [22] 黄清霞, 覃川娴, 何泽源, 等. 巴戟天化学成分、药理作用及质量标志物预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(7): 251-258.
- [23] 周晓洁, 姚辛敏, 周妍妍. 淫羊藿的药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2022, 50(11): 112-115.
- [24] 周芳, 姚萌, 吴倩, 等. 仙茅的化学成分和药理活性研究进展[J]. 中草药, 2020, 51(8): 2238-2247.
- [25] 姚辛敏, 周晓洁, 周妍妍. 肉苁蓉化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2021, 49(2): 93-97.
- [26] 赵婧含, 李雪, 吴文轩, 等. 熟地黄的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2023, 51(6): 110-114.
- [27] 王凤霞, 钱琪, 李葆林, 等. 香附化学成分和药理作用研究进展及质量标志物(Q-Marker)预测分析[J]. 中草药, 2022, 53(16): 5225-5234.
- [28] 陈思琦, 沈震亚, 罗跃华, 等. 中药枳实化学成分及药理学研究进展[J]. 药品评价, 2022, 19(14): 887-891.
- [29] 张燕丽, 田园, 付起凤, 等. 白芍的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2021, 49(2): 104-109.
- [30] 张妍妍, 韦建华, 卢澄生, 等. 桃仁化学成分、药理作用及质量标志物的预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(1): 234-241.
- [31] 左军, 祁天立, 胡晓阳. 茯苓化学成分及现代药理研究进展[J]. 中医药学报, 2023, 51(1): 110-114.
- [32] 翁丽丽, 陈丽, 宿莹, 等. 知母化学成分和药理作用[J]. 吉林中医药, 2018, 38(1): 90-92.
- [33] BOHAN S, RAMLI HAMID M T, CHAN W Y, et al. Diagnostic accuracy of tomosynthesis-guided vacuum assisted breast biopsy of ultrasound occult lesions[J]. Sci Rep, 2021, 11(1): 129.
- [34] LIU Y, WU D, WANG K, et al. Dose-dependent effects of royal jelly on estrogen- and progesterone-induced mammary gland hyperplasia in rats[J]. Mol Nutr Food Res, 2022, 66(5): e2100355.

超分重建影像组学模型对原发性肝癌 中医证型的诊断效能研究

王莹, 李颖鑫, 张喜荣

(陕西中医药大学医学技术学院, 陕西 咸阳 712046)

[摘要] 目的:探究超分辨率重建影像组学模型诊断原发性肝癌中医证型的效能。方法:回顾性选取原发性肝癌患者128例,按照8:2随机分为训练组和测试组,所有病例均进行MRI扫描;对原发性肝癌患者的临床资料和影像征象进行单因素分析;分别在超分辨率重建前后的磁共振弥散加权成像(DWI)图像上半自动勾画感兴趣区,然后采用最小冗余最大相关,K最佳(Select K Best)和LASSO回归降维并构建模型,绘制受试者工作特征(ROC)曲线和决策曲线评估模型的性能。结果:原发性肝癌不同证型间临床资料和影像征象比较差异均无统计学意义($P>0.05$);肝郁脾虚证模型_{NR}在测试组中的曲线下面积(AUC)值、敏感度、特异度、准确度分别为0.585、58.3%、46.7%、53.0%,模型_{SR}在测试组中的AUC值、敏感度、特异度、准确度分别为0.639、50.0%、69.4%、64.6%;气滞血瘀证模型_{NR}在测试组中的AUC值、敏感度、特异度、准确度分别为0.608、66.7%、43.3%、56.1%,模型_{SR}在测试组中的AUC值、敏感度、特异度、准确度分别为0.644、53.3%、63.6%、61.0%;肝肾阴虚证模型_{NR}在测试组中的AUC值、敏感度、特异度、准确度分别为0.612、47.2%、63.3%、54.5%,模型_{SR}在测试组中的AUC值、敏感度、特异度、准确度分别为0.644、60.0%、61.4%、61.0%;决策曲线显示模型_{SR}有更高的净收益。结论:与模型_{NR}相比,模型_{SR}在判断原发性肝癌中医证型方面有良好的预测性能。

[关键词] 超分辨率重建;影像组学;原发性肝癌;中医证型;肝郁脾虚证;气滞血瘀证;肝肾阴虚证

[中图分类号] R814.42

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0853-09

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.013

Study on the Diagnostic Efficacy of Super Resolution Reconstructed Image Omics Model in Diagnosis of Traditional Chinese Medicine Syndromes of Primary Liver Cancer

WANG Ying, LI Yingxin, ZHANG Xirong

(College of Medical Technology, Shaanxi University of Chinese Medicine, Xianyang 712046, China)

Abstract Objective: To explore the efficacy of super resolution reconstructed image omics model in the diagnosis of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes of primary liver cancer. **Methods:** A total of 128 patients with primary liver cancer were retrospectively collected and randomly divided into the training group and the test group according to ratio of 8:2.

All cases underwent MRI scanning. The clinical data and imaging signs of patients with primary liver cancer were analyzed by single factor analysis. The regions of interest were mapped semi-automatically on diffusion weighted imaging (DWI) images before

[收稿日期] 2024-02-28

[基金项目] 陕西省卫生健康科研项目(编号:2022D047);
陕西省重点产业创新链项目(编号:2021ZDLSF04-10)

[作者简介] 王莹(1999—),女,陕西渭南人,2022年级硕士研究生,研究方向:腹部影像诊断与新技术。邮箱:1790626520@qq.com。

[通信作者] 张喜荣(1986—),女,副教授。邮箱:113124329@qq.com。

and after super resolution reconstruction. Then, the minimum redundancy and maximum correlation were used to reduce dimension and construct the model by Select K Best and LASSO regression. The receiver operating characteristic (ROC) curve and decision curve were drawn to evaluate the performance of the model. **Results:** There were no significant differences in clinical data and imaging signs among different types of primary liver cancer ($P>0.05$). The AUC value, sensitivity, specificity and accuracy of liver depression and spleen deficiency syndrome model NR in the test group were 0.585, 58.3%, 46.7% and 53.0%, respectively, and the AUC value, sensitivity, specificity and accuracy of model SR in the test group were 0.639, 50.0%, 69.4% and 64.6%, respectively. The AUC value, sensitivity, specificity and accuracy of qi-stagnation and blood-stasis syndrome model NR in the test group were 0.608, 66.7%, 43.3% and 56.1%, respectively, and the AUC value, sensitivity, specificity and accuracy of model SR in the test group were 0.644, 53.3%, 63.6% and 61.0%, respectively. The AUC value, sensitivity, specificity and accuracy of liver-kidney yin deficiency syndrome model NR in the test group were 0.612, 47.2%, 63.3% and 54.5%, respectively, and the AUC value, sensitivity, specificity and accuracy of model SR in the test group were 0.644, 60.0%, 61.4% and 61.0%, respectively. The decision curve showed that model SR had higher net income. **Conclusion:** Compared with model NR, model SR has good predictive performance in judging TCM syndrome type of primary liver cancer.

Keywords super resolution reconstruction; image omics; primary liver cancer; traditional Chinese medicine syndromes; liver depression and spleen deficiency syndrome; qi-stagnation and blood-stasis syndrome; liver-kidney yin deficiency syndrome

原发性肝癌(以下简称肝癌)是全球最常见的恶性肿瘤之一,具有较高的发病率和病死率,尽管肝癌在治疗方面已经有了明显的提升,但患者5年总生存率仍然较低^[1-2]。影像学检查尤其是MRI检查是临床诊断肝癌最常用的方法之一,可以将其他肿瘤与肝癌准确地区分开来,其灵敏度和特异度分别为77%~90%、84%~97%^[3-5]。目前,中医药治疗已经广泛地应用于临床,不仅可以改善肝功能,还可以延长肝癌患者生存期^[6]。辨证分型是中医治疗肝癌的关键和精髓,准确的辨证可以提高疗效^[7-8]。客观的临床特征和影像征象可以辅助中医辨证分型,提高辨证的准确性。

作为一种蓬勃发展的新兴技术,影像组学通过从医学图像中挖掘高维数据来定量评估肿瘤的异质性,可以提取肉眼看不到的肿瘤特征以诊断疾病,从而指导临床决策^[9-11]。为了增强影像组学模型的准确性和稳定性,应用更高分辨率的图像构建模型是非常必要的^[12]。超分辨率(简称超分)重建技术(super resolution, SR)可以将低分辨率图像恢复为具有更高空间分辨率的数字图像^[13]。随着深度学习的

发展,SR在医学成像方面的应用逐渐广泛^[14]。因此,本研究拟将SR技术引用到肝癌中医辨证分型中,并探究SR影像组学模型的效能。

1 资料与方法

1.1 研究对象

回顾性收集2019年1月到2023年6月在陕西中医药大学附属医院住院的肝癌初治患者128例,其中男98例(76.6%),女30例(23.4%)。本研究经陕西中医药大学附属医院伦理委员会审核批准(审批号:SZFYIEC-PJ-2023年第[224]号),免除受试者知情同意。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

肝癌患者的西医临床诊断标准参照《原发性肝癌诊疗指南(2022年版)》^[6]。

1.2.2 中医诊断标准

根据《中医内科常见疾病诊疗指南:中医病证部分》^[15]将肝癌中医证型分为以下四种。①肝郁脾虚证:肝区疼痛,腹胀腹泻,乏力消瘦,上腹可触及硬质包块,舌苔白且厚腻,舌色淡,舌体胖。②肝肾阴虚

证:肋下积块,有明显疼痛感,口干舌燥,暖气,精神不振,全身乏力,大便稀薄,腹水,舌苔发黄或量少,舌色绛红,脉弦滑细。③气滞血瘀证:两肋剧烈疼痛,腹胀胸闷,全身乏力,舌苔薄黄或白,舌体两侧有瘀斑,脉沉。④湿热瘀毒证:右肋刺痛、积块,目色泛黄,大便干燥,口苦口干,舌苔黄腻,脉弦滑数。

由2位具有15年以上中医诊断经验的医生按照上述标准进行分型,如有分歧则由上级医生审核决定。

1.3 纳入排除标准

1.3.1 纳入标准

①临床诊断为原发性肝癌的患者;②确诊前未进行抗肿瘤治疗的患者;③临床资料完整可以进行分型的患者。

1.3.2 排除标准

①继发性肝癌;②之前有过手术切除、介入、射频消融、肝移植等治疗史;③肿瘤直径 $<1\text{ cm}$,影响特征提取者;④图像质量差;⑤有其他慢性基础疾病从而影响分型(如脑梗死、冠心病等)者。

1.4 影像组学流程

1.4.1 图像的采集和处理

检查均采用 Siemens Skyra(VE11C)3.0 T MR扫描仪行常规 T_1 加权成像($T_1\text{WI}$)序列扫描,扫描参数:重复时间(TR)200 ms,回波时间(TE)3.25 ms,体素大小 $1.5\text{ mm} \times 1.5\text{ mm} \times 2.0\text{ mm}$;弥散加权成像(DWI)轴位扫描参数: $b=50、800\text{ s/mm}^2$,TR 6 700 ms,TE 48 ms,体素大小 $3.1\text{ mm} \times 3.1\text{ mm} \times 5.0\text{ mm}$,切片厚度3 mm。

首先使用 ONEKEY AI 软件对每个病例的 MRI 图像进行 SR 重建,放大倍数为4倍,将重建前的 DWI

图像定义为 NRDWI,重建后图像定义为 SRDWI,见图1。

1.4.2 感兴趣区(region of interest,ROI)勾画

利用上海联影公司 uAI Research Portal 软件对所有 NRDWI 图像和 SRDWI 图像的 ROI 分别进行自动勾画,勾画时注意避免周围血管和胆管。然后,由1名具有15年经验的影像科医生在不知道临床信息的情况下对勾画的 ROI 进行校对。

1.4.3 特征提取与降维

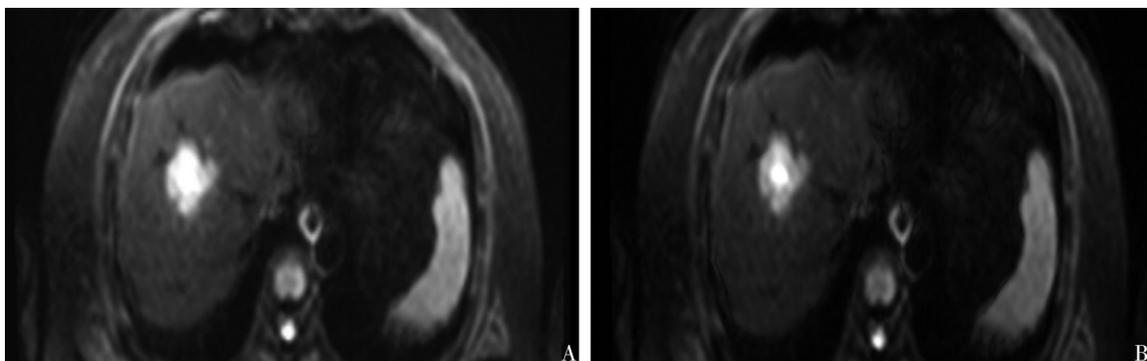
先对图像进行归一化处理 and 重采样,所有 NRDWI 和 SRDWI 的 ROI 图像被重新采样为 $1\text{ mm} \times 1\text{ mm} \times 1\text{ mm}$ 的标准化体素大小,并且体素强度值以25个单位的固定 bin 宽度进行离散化。将收集到的病例按照8:2随机分为训练组和测试组。之后,对提取的特征进行z分数归一化处理,采用最小冗余最大相关,Select K Best 和 LASSO 回归对特征进行降维。

1.4.4 模型的构建与性能评估

构建模型前再次对特征进行z分数归一化处理,使用逻辑回归构建模型,分别构建 NRDWI 模型(以下简称模型 $_{NR}$)和 SRDWI 模型(以下简称模型 $_{SR}$)。绘制受试者工作特征曲线(receiver operating characteristic curve,ROC 曲线),并计算出 AUC 值、灵敏度、特异度、准确度来评价模型的性能;采用 DeLong 检验进行模型间的比较。决策曲线评估模型性能和临床效用^[16-17]。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 对临床资料进行分析,符合正态分布和方差齐的定量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,并用两独立样本t检验进行组间比较,不符合正态分布或方差不齐的定量资料用 $M(Q)$ 表示,并用 Mann-Whitney U



注:图A为超分重建前的DWI图像,图B为超分重建后的DWI图像。

图1 原发性肝癌患者超分重建前、后弥散加权成像(DWI)图像对比

检验进行组间比较,定性资料用卡方检验进行组间比较。将差异有统计学意义的因子进行多因素 Logistic 回归分析。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 肝癌患者临床资料与影像征象分析

以下所有指标在肝癌中医证型间差异均无统计

学意义($P>0.05$),见表1。

2.2 模型效能的评估

2.2.1 肝郁脾虚证与气滞血瘀证间模型的预测效能
训练组中,模型_{NR}、模型_{SR}的AUC值分别为0.877(95%CI为0.835~0.918)、0.912(95%CI为0.874~0.95)。在测试组中,模型_{SR}的AUC值为0.639(95%CI

表1 原发性肝癌患者中医证型间临床及影像特征的比较

特征	肝郁脾虚组(23例)	气滞血瘀组(71例)	肝肾阴虚组(34例)	F/Z/ χ^2 值	P值
性别/例(占比%)				2.071	0.355
男	20(87.00)	54(76.10)	24(70.60)		
女	3(13.00)	17(23.90)	10(29.40)		
年龄/岁	55.39±2.485	56.56±1.313	56.41±1.658	0.103	0.902
Child-Pugh分期/例(占比%)				6.300	0.178
A级	19(82.60)	46(64.80)	26(76.50)		
B级	4(17.40)	17(23.90)	6(17.60)		
C级	0(0.00)	8(11.30)	2(5.90)		
NEUT/($\times 10^9/L$)	3.10(1.68)	2.82(2.91)	2.93(2.95)	0.627	0.731
LYM/($\times 10^9/L$)	1.21±0.104	1.32±0.080	1.33±1.121	0.267	0.766
PLT/($\times 10^9/L$)	126.00(65.00)	113.00(129.00)	105.50(106.00)	1.338	0.512
ALBI评分	0.79(0.20)	0.83(0.33)	0.81(0.22)	0.703	0.497
NLR	2.50(3.98)	2.48(2.45)	2.01(1.68)	1.718	0.424
PT/s	12.40(1.60)	12.10(1.90)	12.05(1.33)	0.278	0.870
AFP/例(占比%)				5.231	0.073
<400 ng/mL	16(69.60)	48(67.60)	30(88.20)		
≥400 ng/mL	7(30.40)	23(32.40)	4(11.80)		
CEA/(ng/mL)	2.30(1.51)	2.58(3.16)	2.60(2.17)	3.228	0.199
DBIL/($\mu\text{mol/mL}$)	7.70(2.40)	8.90(10.70)	8.00(6.50)	2.612	0.271
IBIL/($\mu\text{mol/mL}$)	11.60(5.60)	11.70(8.60)	11.80(7.05)	0.355	0.837
TBIL/($\mu\text{mol/mL}$)	19.30(10.10)	21.20(19.30)	20.35(12.28)	0.499	0.799
腹水/例(占比%)				1.182	0.554
有	6(26.10)	27(38.00)	11(32.40)		
无	17(73.90)	44(62.00)	23(67.60)		
门静脉癌栓/例(占比%)				3.464	0.177
有	5(21.70)	24(33.80)	6(17.60)		
无	18(78.30)	47(66.0)	28(82.40)		
肝外转移/例(占比%)				4.280	0.118
有	3(13.00)	19(26.80)	4(11.80)		
无	20(87.00)	52(73.20)	30(88.20)		
肿瘤最大直径/cm	3.30(4.09)	3.54(3.34)	2.53(2.88)	1.675	0.433
DWI信号/例(占比%)				0.874	0.646
高信号	22(95.70)	66(93.00)	33(97.10)		
等信号	1(4.30)	5(7.00)	1(2.90)		

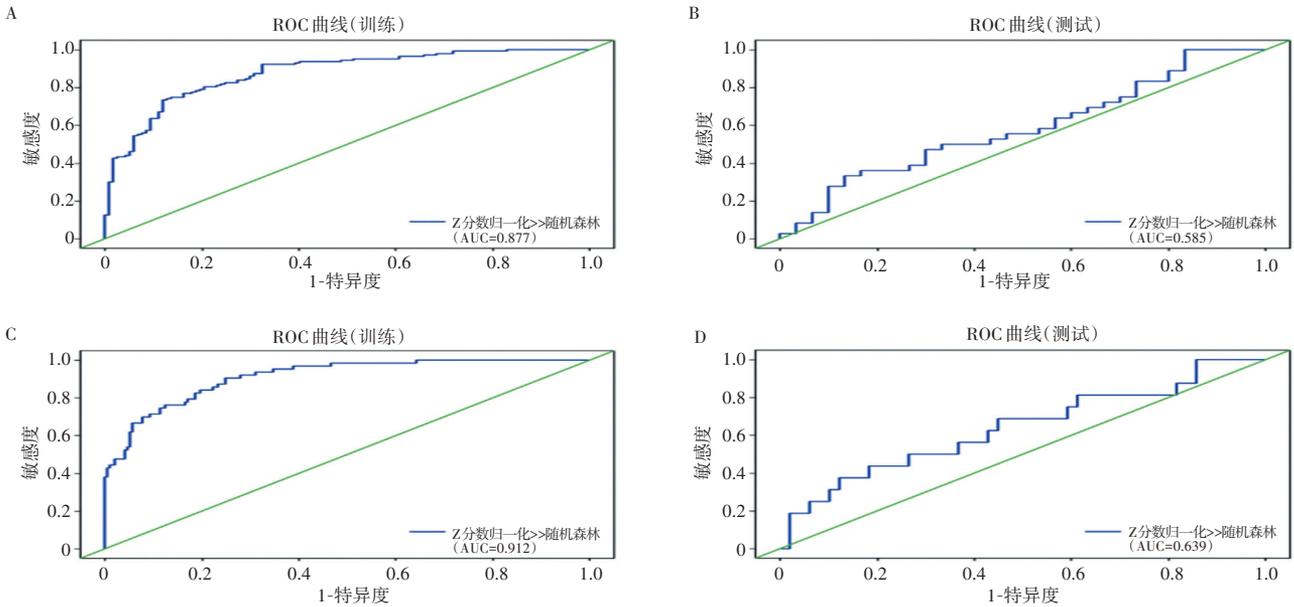
注:NEUT为中性粒细胞绝对值,LYM为淋巴细胞绝对值,PLT为血小板,ALBI为白蛋白-胆红素,NLR为中性粒细胞/淋巴细胞,PT为凝血酶原时间,AFP为甲胎蛋白,CEA为癌胚抗原,DBIL为直接胆红素,IBIL为间接胆红素,TBIL为总胆红素。ALBI评分= $0.66 \times \log_{10}(\text{TBIL}) \pm (-0.085) \times \text{Alb}$,NLR=NEUT/LYM。

为0.472~0.806),模型_{NR}的AUC值为0.585(95%CI为0.446~0.725),表明与模型_{NR}相比,模型_{SR}具有更好的性能,见图2。准确度、灵敏度和特异度的评估见表2。DeLong检验显示模型_{NR}和模型_{SR}的ROC曲

线之间差异有统计学意义($P<0.05$)。

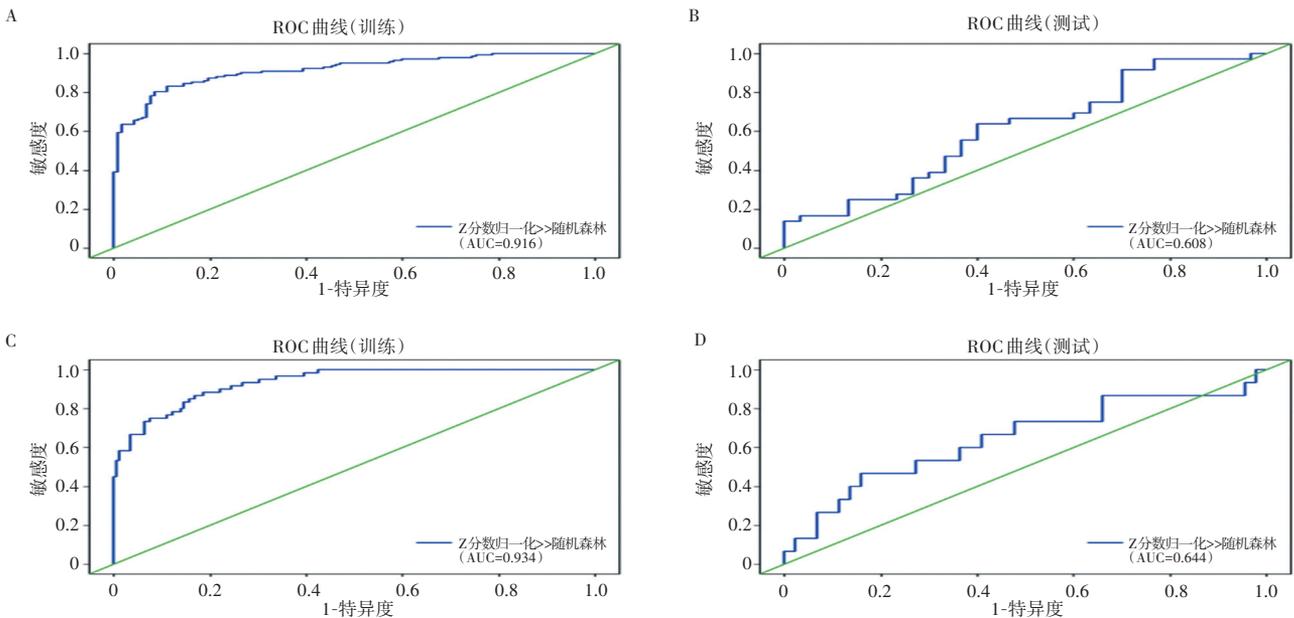
2.2.2 气滞血瘀证与肝肾阴虚证间模型的预测效能

训练组中,模型_{NR}、模型_{SR}的AUC值分别为0.916(95%CI为0.882~0.949)、0.934(95%CI为0.903~



注:A为训练组模型_{NR}的ROC曲线,B为测试组模型_{NR}的ROC曲线,C为训练组模型_{SR}的ROC曲线,D为测试组模型_{SR}的ROC曲线。

图2 原发性肝癌患者肝郁脾虚证与气滞血瘀证间模型_{NR}和模型_{SR}的受试者工作特征曲线(ROC曲线)



注:A为训练组模型_{NR}的ROC曲线,B为测试组模型_{NR}的ROC曲线,C为训练组模型_{SR}的ROC曲线,D为测试组模型_{SR}的ROC曲线。

图3 原发性肝癌患者气滞血瘀证与肝肾阴虚证间模型_{NR}和模型_{SR}的受试者工作特征曲线(ROC曲线)

0.966)。测试组中,模型_{SR}的AUC值为0.644(95%CI为0.464~0.824),模型_{NR}的AUC值为0.608(95%CI为0.469~0.747),表明与模型_{NR}相比,模型_{SR}具有更好的性能,见图3。准确度、灵敏度和特异度的评估见表2。DeLong检验显示模型_{NR}和模型_{SR}的ROC曲线之间差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2.3 肝郁脾虚证与肝肾阴虚证间模型的预测效能

训练组中,模型_{NR}、模型_{SR}的AUC值分别为0.907(95%CI为0.871~0.942)、0.929(95%CI为0.896~0.962)。测试组中,模型_{SR}的AUC值为0.644(95%CI为0.46~0.828),模型_{NR}的AUC值为0.612(95%CI为0.474~0.750),表明与模型_{NR}相比,模型_{SR}具有更好的性能,见图4。准确度、灵敏度和特异度的评估

见表2。DeLong检验显示模型_{NR}和模型_{SR}的ROC曲线之间差异有统计学意义($P<0.05$)。

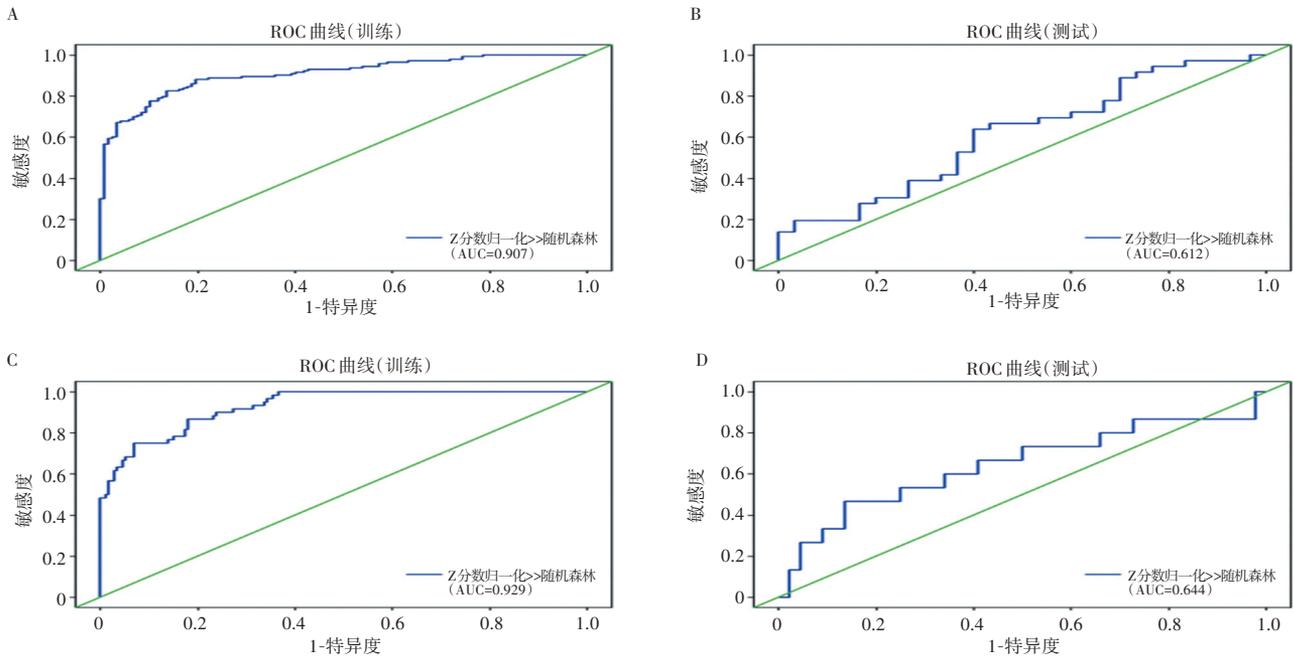
2.2.4 模型的临床决策曲线

模型_{SR}获得的高净收益的阈值范围较模型_{NR}广;超分重建后的影像组学模型提高了预测肝癌中医证型的临床效益,见图5。

3 讨论

本研究构建并验证了基于超分重建的预测肝癌中医证型的MRI影像组学模型,结果表明与模型_{NR}相比,模型_{SR}的效能更好,可以改善图像质量,提高诊断准确率,从而协助临床医生为肝癌患者选择最佳的治疗策略。

肝癌病因为本虚,随着疾病的进展,容易产生



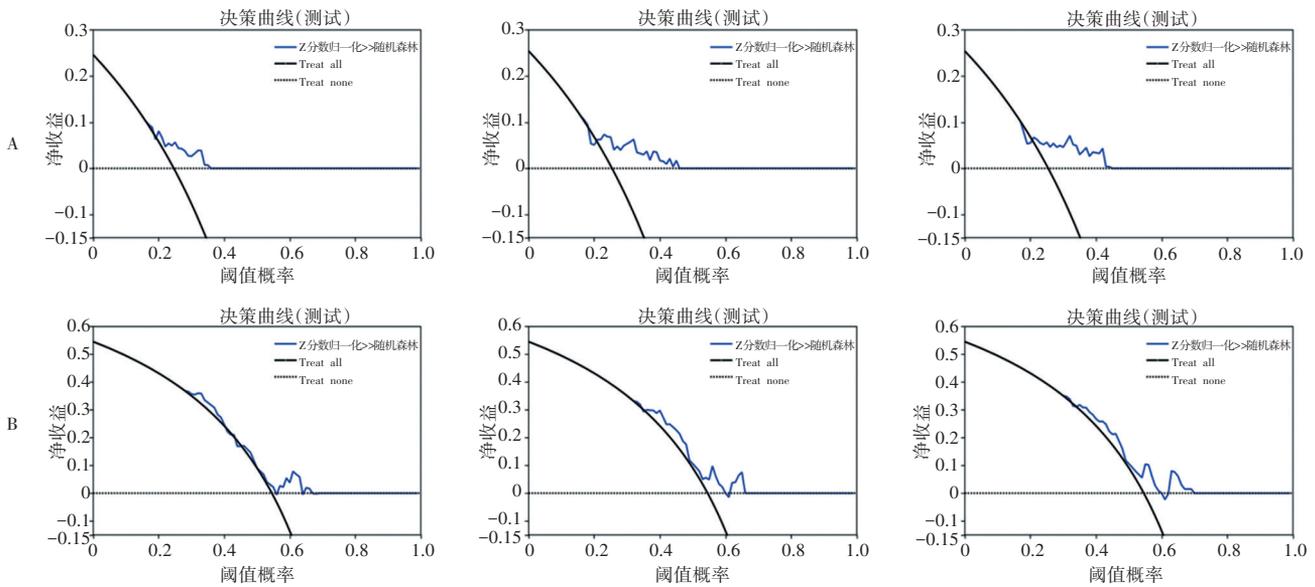
注:A为训练组模型_{NR}的ROC曲线,B为测试组模型_{NR}的ROC曲线,C为训练组模型_{SR}的ROC曲线,D为测试组模型_{SR}的ROC曲线

图4 原发性肝癌患者肝郁脾虚证与肝肾阴虚证间模型_{NR}和模型_{SR}的受试者工作特征曲线(ROC曲线)

表2 原发性肝癌患者模型_{NR}和模型_{SR}在测试组中的预测性能评估

分组	分型	AUC(95%CI)	灵敏度/%	特异度/%	准确度/%
肝郁脾虚证 vs. 气滞血瘀证	模型 _{NR}	0.585(0.446~0.725)	58.3	46.7	53.0
	模型 _{SR}	0.639(0.472~0.806)	50.0	69.4	64.6
气滞血瘀证 vs. 肝肾阴虚证	模型 _{NR}	0.608(0.469~0.747)	66.7	43.3	56.1
	模型 _{SR}	0.644(0.464~0.824)	53.3	63.6	61.0
肝肾阴虚证 vs. 肝郁脾虚证	模型 _{NR}	0.612(0.474~0.750)	47.2	63.3	54.5
	模型 _{SR}	0.644(0.460~0.828)	60.0	61.4	61.0

注:AUC为曲线下面积。



注:A为模型_{NR}的决策曲线,B为模型_{SR}的决策曲线

图5 原发性肝癌患者模型_{NR}和模型_{SR}的决策曲线

“瘀、湿、毒”，从肝脏发病进而累及脾脏甚至肾脏。肝癌初期因肝气郁结、血运失常形成瘀血，即气滞血瘀证；因食欲不振，导致脾失健运，津液分布失调，湿热蕴结；随着肝脾两伤，导致正气进一步亏虚，即为肝郁脾虚证；晚期病程反复，迁延不愈，累及肾脏，精血耗尽、正气衰竭，即为肝肾阴虚证^[18]。不同证型的预后和治疗原则不尽相同，因此准确区分肝癌中医证型是非常重要的。

前期研究表明，影像学有助于肝癌中医证型的判断，并为分型提供客观化参考依据。影像学特征可以将肝郁脾虚证与其他证型区分开来^[19-20]。虽然一些实验室指标及影像征象在不同证型中有所区别，但用以区分肝癌中医证型还存在标准和规范等问题。影像组学从图像中提取许多病灶特征，反映了肿瘤异质性和复杂性^[21]，这也与中医辨证分型相符合。本研究中，构建了一个基于DWI的影像组学模型，以更深入地探究图像灰度特征，在多个层次和维度上量化组学特征，旨在捕捉病变微观变化，并将其与宏观中医辨证分型相结合，从而提高中医辨证的客观性和规范性。虽然之前的研究从临床数据、实验室测试和主观影像学征象等不同角度应对了这一挑战，但标准化和规范化方面的差距仍然存在。DWI能够反映组织间水分子弥散情况的对比，是目前肿瘤MRI成像常用的序列之一^[22]。DWI可以反映

组织的微观结构变化，也与水分子的自由运动(布朗分子运动)有关，并通过表观扩散系数(apparent diffusion coefficient, ADC)进行量化。相关文献表明，DWI不仅反映肿瘤中的细胞成分变化，可反映肿瘤分级、预测肿瘤分化，还反映肿瘤细胞的增殖潜力，可以反映活性肿瘤细胞的数量；较低的ADC值是肝移植后肿瘤复发的危险因素，而在肿瘤治疗期间ADC值增加是预后良好的标志^[23]。因此，基于DWI的影像组学模型可以很好地区分肝癌不同中医证型。刘新爱等^[24]通过对肝癌的大小、数目、强化程度、DWI信号等分析并记录病灶的ADC来探索MRI影像征象与中医证型之间的联系，得出脾虚证相对于血瘀证和湿热证来说DWI信号较高、ADC信号较低。张瑾宁等^[25]研究表明四种证型间的DWI信号差异有统计学意义。影像组学可以将影像图像转变为客观的量化信息，从影像学层面提供大量的病灶特征，体现肿瘤的异质性，进而与中医辨证分型相适应。李嘉颖等^[26]研究表明，基于DWI的影像组学模型在判断肝癌中医证型方面有良好的效能，可为临床提供客观化的参考依据。

SR作为一种提高图像分辨率的新技术已经逐渐被应用于临床，特别是在影像学中^[27-29]。Fan等^[30]通过对SR后的DWI和ADC图像进行影像组学分析来预测乳腺癌的组织学分级和Ki-67的表达状态，认

为基于SR的深度学习网络不仅可以提高图像的分辨率,还可以改善乳腺癌影像图像诊断的准确率。曹泽红等^[31]探讨基于多模态脑影像数据的SR模型的性能,SR不仅能够提高图像分辨率,还可以提高测量平均精度、减小测量平均误差。基于SR的影像组学可以更准确地将病变纹理分析的异常体现出来^[32]。与原图模型和影像科医生视觉评估模型相比,SR模型在术前预测癌症分期中具有卓越的性能^[33]。本研究首次将SR应用在肝癌中医证型的判断方面,并获得了良好的结果和结论:基于SR的影像组学模型可以为临床提供更加准确的参考依据,使患者获得更加精确的治疗方案。

本研究亦存在一些局限性:①采用的ROI勾画方式为半自动分割,虽然较手动分割准确但还需要人工校正,之后会采取自动分割技术,使影像组学模型有更高的稳定性和准确度;②样本量较小,之后会扩大样本量进一步探索;③采用传统影像组学提取特征方法的选择取决于医生的个人经验和文献资料,在后续研究中可以使用基于深度学习的自动特征选择来获得更有效的特征,最大程度减少主观干扰^[34];④本研究为回顾性单中心研究,之后会设计具有外部验证的前瞻性研究进一步探索。

综上所述,本研究构建了一种基于超分辨率重建的MRI影像组学模型,该模型在判断肝癌中医证型方面优于传统的组学模型,可为临床判断分型提供客观准确的参考依据。

[参考文献]

- [1] OH J H, JUN D W. The latest global burden of liver cancer: a past and present threat[J]. *Clin Mol Hepatol*, 2023, 29(2): 355-357.
- [2] CHEN J, NIU C, YANG N, et al. Biomarker discovery and application-An opportunity to resolve the challenge of liver cancer diagnosis and treatment [J]. *Pharmacol Res*, 2023, 189: 106674.
- [3] RONOT, NAHON P, RIMOLA J. Screening of liver cancer with abbreviated MRI[J]. *Hepatology*, 2023, 78(2): 670-686.
- [4] CUNHA G M, SIRLIN C B, FOWLER K J. Imaging diagnosis of hepatocellular carcinoma: LI-RADS[J]. *Chin Clin Oncol*, 2021, 10(1): 3.
- [5] JIANG H Y, CHEN J, XIA C C, et al. Noninvasive imaging of hepatocellular carcinoma: from diagnosis to prognosis[J]. *World J Gastroenterol*, 2018, 24(22): 2348-2362.
- [6] 国家卫生健康委办公厅. 原发性肝癌诊疗指南(2022年版)[J]. *临床肝胆病杂志*, 2022, 38(2): 288-303.
- [7] WANG M, PENG P, CHEN Z, et al. Nanoparticle delivery of active traditional Chinese medicine ingredients: a new strategy for the treatment of liver cancer[J]. *Curr Pharm Biotechnol*, 2023, 24(13): 1630-1644.
- [8] 胡星遥, 刘红宁, 严小军, 等. 代谢组学在中医证型中的应用探析[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2021, 23(4): 1242-1250.
- [9] MAYERHOEFER M E, MATERKA A, LANGS G, et al. Introduction to radiomics[J]. *J Nucl Med*, 2020, 61(4): 488-495.
- [10] RIZZO S, BOTTA F, RAIMONDI S, et al. Radiomics: the facts and the challenges of image analysis [J]. *Eur Radiol Exp*, 2018, 2(1): 36.
- [11] ZHANG X, ZHANG Y, ZHANG G, et al. Deep learning with radiomics for disease diagnosis and treatment: challenges and potential [J]. *Front Oncol*, 2022, 12: 773840.
- [12] LI C, LI W, LIU C, et al. Artificial intelligence in multiparametric magnetic resonance imaging: a review [J]. *Med Phys*, 2022, 49(10): 1024-1054.
- [13] DE FARIAS E C, DI NOIA C, HAN C, et al. Impact of GAN-based lesion-focused medical image super-resolution on the robustness of radiomic features [J]. *Sci Rep*, 2021, 11(1): 21361.
- [14] 杨尚文, 胡安宁, 徐亚运, 等. CT图像分辨率对人工智能肺结节辅助诊断系统诊断准确性的影响[J]. *医学影像学杂志*, 2020, 30(6): 965-968.
- [15] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 99.
- [16] SADATSAFAVI M, SAHA-CHAUDHURI P, PETKAU J. Model-based ROC curve: examining the effect of case mix and model calibration on the ROC plot [J]. *Med Decis Making*, 2022, 42(4): 487-499.
- [17] VICKERS A J, HOLLAND F. Decision curve analysis to evaluate the clinical benefit of prediction models [J]. *Spine J*, 2021, 21(10): 1643-1648.
- [18] 黄婉婷, 郭涛, 张晶, 等. 原发性肝癌气滞血瘀证的研究进展[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2023, 25(11): 3724-3727.
- [19] 彭进, 贾燕华, 李宏. 原发性肝癌CT影像学特征与中医辨证分型的关系研究[J]. *四川中医*, 2021, 39(10): 57-60.

(下转第912页)

论著·外治理论与应用

CT下经完骨穴穿刺面神经方向研究

刘莹莹^{1,2}, 吕子旭¹, 于文颜³, 张运良⁴

(1.淄博市第一医院, 山东 淄博 255200; 2. 山东第二医科大学, 山东 潍坊 261042; 3. 山东中医药大学, 山东 济南 250355; 4. 淄博市中心医院, 山东 淄博 255020)

[摘要] 目的: 通过CT影像多平面重建, 模拟经完骨穴向瞳孔方向穿刺路径, 以茎乳孔为参照对象, 探讨经完骨穴穿刺面神经的可行性与安全性。方法: 选择扫描范围包含颅底的CT影像24例为观测样本, 多平面重建后, 设计穿刺路径, 统计模拟穿刺线成功穿刺至茎乳孔附近的例数并测量与茎乳孔直线距离, 观察茎乳孔与周围解剖结构位置关系。结果: 在24例观测样本横断面上模拟穿刺, 共得到穿刺路径48条, 模拟穿刺线行经均未见骨性结构, 穿刺成功率100%。经过计算得到模拟穿刺线与茎乳孔外口的空间直线距离, 最短1.55 mm, 最长10.35 mm, 平均(5.03±1.93)mm, 左右两侧直线距离差异无统计学意义($P>0.05$), 不同性别被观测者直线距离差异无统计学意义($P>0.05$)。模拟穿刺路线均未途经颈静脉孔、颈动脉管外口。结论: 经完骨穴向瞳孔方向穿刺至面神经附近是安全可行的。

[关键词] 面神经; 完骨穴; 针刺; 针刺角度; 针刺深度; 电子计算机断层扫描

[中图分类号] R224.2

[文献标志码] A

[文章编号] 257-358X(2024)08-0861-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.014

Study on Direction of Facial Nerve Puncture Through Wangu(GB12) Acupoint Under CT

LIU Yingying^{1,2}, LYU Zixu¹, YU Wenyan³, ZHANG Yunliang⁴

(1. Zibo First Hospital, Zibo 255200, China; 2. Shandong Second Medical University, Weifang 261042, China; 3. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 4. Zibo Central Hospital, Zibo 255020, China)

Abstract Objective: To explore the feasibility and safety of facial nerve puncture through Wangu(GB12) acupoint by using multi-planar reconstruction of CT images to simulate the puncture path to the pupil direction, taking stylomastoid foramina as the reference object. **Methods:** 24 cases with CT scans that included the base of the skull were selected as the observation samples. After performing multi-planar reconstruction, a puncture path was designed, and the number of simulated puncture lines that successfully penetrated the stylomastoid foramina near the stylomastoid suture was counted, and the perpendicular distance to the stylomastoid foramina was measured. The

[收稿日期] 2023-09-29

[作者简介] 刘莹莹(1997—), 女, 山东德州人, 住院医师, 主要从事微创介入治疗神经系统疾病研究。邮箱: 1436484625@qq.com。

[通信作者] 吕子旭(1993—), 男, 山东淄博人, 医学硕士, 主治医师, 主要从事微创介入治疗疼痛相关疾病研究。邮箱: 1026850511@qq.com。

distance relationship between the stylomastoid foramina and the surrounding anatomical structures was observed. **Results:** A total of 48 puncture paths were obtained on the cross section of 24 observed samples. No bone structure was found in the simulated puncture lines, and the puncture success rate was 100%. The spatial linear distance between the simulated puncture line and the outer orifice of the stylomastoid foramina was calculated, the shortest was 1.55 mm, the longest was 10.35 mm, and the average was (5.03 ± 1.93) mm. There was no statistical difference between the left and right linear distance ($P > 0.05$), and there was no statistical difference between the male and female linear distance ($P > 0.05$). None of the simulated puncture routes passed through the jugular foramen or the external orifice of the carotid artery. **Conclusion:** It is safe and feasible to puncture facial nerve through Wangu(GB12) acupoint to the pupil direction.

Keywords facial nerve; Wangu(GB12) acupoint; acupuncture; acupuncture angle; acupuncture depth; electronic computed tomography

面神经相关疾病以面部自主运动、表情功能丧失或紊乱为主要临床表现,影响患者容貌、个人尊严和社会形象^[1]。完骨穴(GB12)属足少阳胆经腧穴,为临床常用腧穴,广泛用于治疗Bell麻痹^[2]、Ramsay Hunt综合征^[3]、Meige综合征^[4]、面肌痉挛^[5]等疾病,效果确切,已成为临床治疗面神经相关疾病的重要腧穴。完骨穴穿刺方向多样,目前直接针对面神经的干预是治疗面神经相关疾病的重要方法^[6-8]。临床操作时是否可通过完骨穴安全有效地穿刺接近面神经,国内外尚无系统研究,本研究通过CT多平面重建(MPR)手段模拟经完骨穴向瞳孔方向穿刺,探讨经完骨穴穿刺面神经的可行性和安全性。

1 观察对象

随机选取2023年5至7月于淄博市第一医院行颅脑和眼眶、颌骨、鼻骨CT检查的面神经疾病患者24例,男12例,女12例,年龄最大82岁,最小16岁,均无明显器质性病变,无发育异常。经淄博市第一医院伦理委员会批准(批号:YXLL2023011)。

2 方法

2.1 CT扫描与图像重建

使用GE128层螺旋CT薄层扫描,层厚0.6 mm。使用易联众PACS系统骨窗多平面重建(MPR),对组织进行横状、冠状、矢状位图像重组,重组后图层调整为1。

2.2 完骨穴定位

根据《中华人民共和国国家标准——经穴名称与定位》^[9],完骨穴在颈部,耳后乳突的后下方。在CT图像上,定位乳突尖,矢状位位于下眶与乳突尖的

平面上(图1),横断面上位于外眶与乳突尖的平面上(图2)。

2.3 完骨穴假想穿刺线与穿刺靶点

CT骨窗重建图像上,调节矢状平面,令晶状体中点与完骨穴位于同一矢状平面,晶状体与完骨穴连线为假想穿刺线(图3);调节横断面,令晶状体与完骨穴位于同一横断面,晶状体与完骨穴连线为假想穿刺线(图4),经茎突向假想穿刺线做垂线得到交点A(假想穿刺靶点),完骨穴与A点间的假想穿刺线即为模拟穿刺线,观察模拟穿刺线行经是否存在骨性阻挡,若存在骨性阻挡即穿刺失败,若无骨性阻挡则穿刺成功。

2.4 观察与测量

2.4.1 模拟穿刺线与面神经孔

调整横断面,定位面神经孔,测量茎乳孔至模拟穿刺线最短水平距离 l_1 (图5),调整矢状面,定位面神经孔,测量茎乳孔至模拟穿刺线最短垂直距离 l_2 (图6),假想穿刺线与面神经孔最近距离 $L = \sqrt{l_1^2 + l_2^2}$ 。

2.4.2 面神经孔与外耳道连线、颈静脉孔、颈动脉管外口位置关系

调节横断面,显示外耳道、面神经孔、颈静脉孔、颈动脉孔,观察面神经孔与外耳道连线、颈静脉孔、颈动脉管外口位置关系(图7)。

2.4.3 模拟穿刺线与颈静脉孔、颈动脉管外口位置关系

调节横断面,观察模拟穿刺线与颈静脉孔、颈动脉管外口位置关系(图7)。

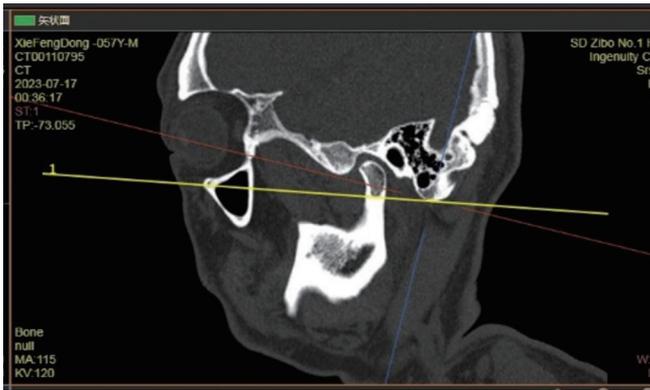


图1 定位点为乳突尖,线1
(黄色,眼眶下缘与乳突尖连线)为完骨穴所在平面



图2 定位点为乳突尖,线1
(黄色,眼眶外缘与乳突尖连线)为完骨穴所在平面

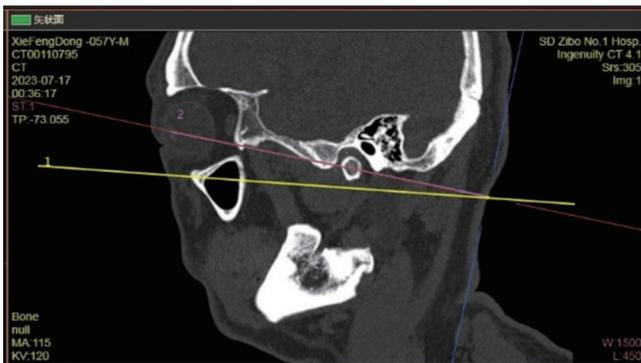


图3 定位点为完骨穴,线2
(紫色,瞳孔与完骨穴连线)为假想穿刺线

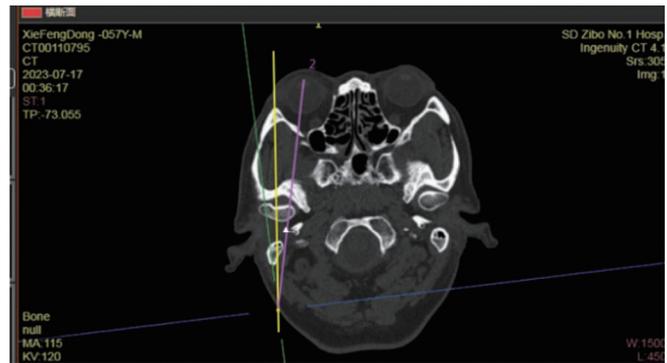


图4 定位点为完骨穴,线2(紫色,瞳孔与完骨穴
连线)为假想穿刺线,△为假想穿刺靶点A

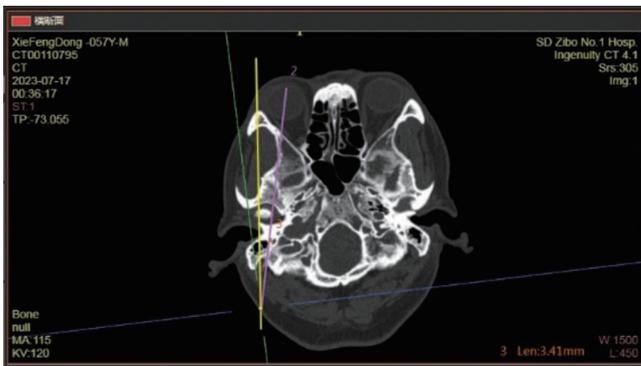


图5 线3(橙色):茎乳孔至假想穿刺线最短水平距离 l_1

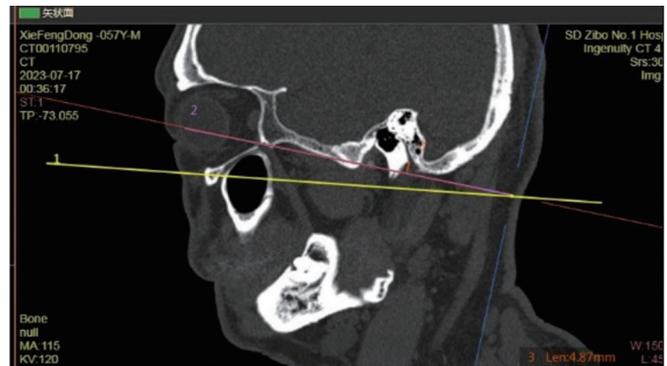


图6 线3(橙色):茎乳孔至假想穿刺线最短垂直距离 l_2

2.5 统计学方法

数据采用SPSS 27.0软件统计分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验和单因素方差分析。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 经完骨穴向瞳孔方向穿刺成功率

在24例被观测者“完骨穴-晶状体中心”横断面上,

左右逐一模拟穿刺,共得到横断面模拟穿刺线48条,模拟穿刺线行经均未见骨性结构,穿刺成功率100%。

3.2 经完骨穴向瞳孔方向穿刺到茎乳孔外口的直线距离

应用PACS系统测量工具可测茎乳孔外口至模拟穿刺线的水平距离和垂直距离,经过计算得到模拟穿刺线与茎乳孔外口的空间直线距离,最短1.55 mm,

最长 10.35 mm, 平均(5.03 ± 1.93)mm; 左侧平均直线距离(5.03 ± 1.79)mm, 右侧平均直线距离(5.04 ± 2.10)mm, 差异无统计学意义, $P > 0.05$ (表1); 男性平均直线距离(5.32 ± 1.27)mm, 女性平均直线距离(4.74 ± 2.71)mm, 差异无统计学意义, $P > 0.05$ (表2)。

表1 左右两侧模拟穿刺线与茎乳孔外口直线距离($\bar{x} \pm s$)

侧别	例数	模拟穿刺路径/条	与茎乳孔外口直线距离/mm
左侧	24	24	5.03 ± 1.79
右侧	24	24	5.04 ± 2.10

注: $t = -0.018, P = 0.985 > 0.05$ 。

表2 不同性别被观测者模拟穿刺线与茎乳孔外口直线距离($\bar{x} \pm s$)

性别	例数	模拟穿刺路径/条	与茎乳孔外口直线距离/mm
男	12	24	5.32 ± 1.27
女	12	24	4.74 ± 2.71

注: $t = 1.046, P = 0.303 > 0.05$ 。

3.3 茎乳孔与外耳道连线、颈内静脉孔、颈内动脉孔的关系

横断面观察结果显示, 1例双侧茎乳孔位于双侧外耳道连线上, 其余23例双侧茎乳孔位于双侧外耳道连线后侧; 24例被观测者颈内静脉孔均位于茎乳孔内侧, 颈内动脉均位于茎乳孔前内侧。

3.4 模拟穿刺线与颈静脉孔、颈动脉管外口位置的关系

48条假想穿刺线与颈静脉孔、颈动脉管外口无重合, 颈静脉孔位于模拟穿刺线内侧, 颈动脉管外口位于模拟穿刺线前方内侧。

4 讨论

面神经为第Ⅶ对颅神经, 主要支配面部表情肌运动和舌前2/3味觉, 面神经功能障碍常表现为表情肌瘫痪或痉挛^[6], 常见的疾病有面神经炎、Ramsay Hunt综合征、Meige综合征、面肌痉挛等。面神经阻滞、面神经封闭、面神经射频消融、面神经射频脉冲等面神经干预是治疗面神经功能障碍性疾病的有效方法^[10-17]。

面神经功能障碍性疾病在中医学称为“口僻”“口喎”“面风”“筋急”“癔疾”等, 发病与风邪相关^[18-19]。完骨穴隶属于足少阳胆经, 功善祛风、宁

神, 在治疗头面五官病证上有着显著疗效^[20-21]。完骨穴操作方法多样, 既可进行针刺、埋线, 又可实施穴位注射、针刀, 穿刺方向始终是操作中最基本、最核心内容之一, 完骨穴的穿刺方向对治疗结果至关重要^[22]。

在人体上操作只能目测大概穿刺方向, 穿刺具体路径、穿刺是否成功、是否伤及重要组织结构均无法证实, 尸体解剖时虽可见穿刺具体层次、穿刺路径, 但刺入方向很难直观测得。CT可对人体进行快速断层扫描, 无创伤, 组织不收缩、不变形, 后期可对扫描图像多平面重建, 模拟穿刺路径、穿刺方向, 测得数据与实际测量值非常相似, 既确保安全性又具有较高精准度^[23]。CT图像上面神经并不能清晰显示, 但面神经自茎乳孔这一固定解剖位置出颅, 因此临床上穿刺面神经常以茎乳孔为参照物^[8, 10, 11, 12, 16]。

乳突是颞骨岩部后缘肥厚的骨性突起, 乳突与枕骨之间存在一狭长凹陷, 称为乳突切迹^[24]。茎乳孔位于乳突切迹前端, 茎突根部后方, 二腹肌前缘内侧。完骨穴在耳后乳突的后下方, 即乳突切迹的后端。乳突切迹长约2cm, 宽约4mm^[25], 理论上可从乳突切迹后端完骨穴处进针, 穿过乳突切迹, 到达前端茎乳孔外口(图8)。

本研究表明, 模拟穿刺线可从完骨穴进针向晶状体中心(瞳孔方向)穿越乳突切迹, 成功穿刺至茎突附近, 途经路线无骨性阻挡, 成功率100%。茎乳孔位于茎突根部后方, 因此经完骨穴向同侧瞳孔方向斜刺至茎乳孔附近是可行的。

本研究测得模拟穿刺线与茎乳孔的平均直线距离为(5.03 ± 1.93)mm。面神经自茎乳孔出颅后向下向外行走, 在外耳道软骨与二腹肌后腹之间向前绕过茎突^[26-27]。本研究中所有模拟穿刺线均位于茎乳孔外下方, 因此穿刺线距面神经的实际距离比距茎乳孔距离要小, 若进行电针、温针灸、内热针、银质针、穴位注射等操作可有效刺激面神经。

本研究结果显示, 所有被观测者茎乳孔均不在双侧外耳道连线前侧, 因此临床操作时穿刺深度不应超过双侧外耳道连线; 所有颈静脉孔、颈动脉管外口均在模拟穿刺路径内侧, 所以, 穿刺时应尽量避免向内调针, 以免伤及血管, 此外, 本穿刺路线是沿乳

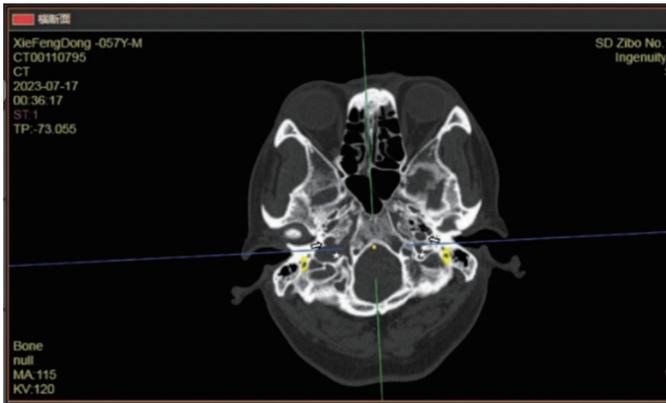


图7 CT下经完骨穴穿刺方向(蓝线为双外耳道连线,黄色标记为茎乳孔,△为颈内动脉孔,★为颈内静脉孔)

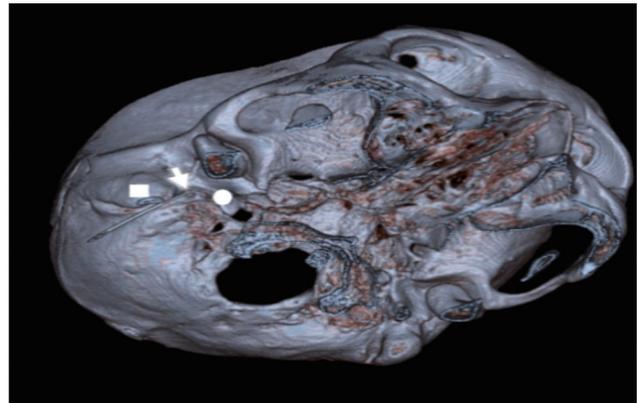


图8 CT下经完骨穴穿刺方向(□为乳突,○为茎突,白色箭头为茎乳孔)

突与枕骨间的夹缝前进,并不容易出现偏差^[28],进一步保证了穿刺的安全性。

本研究数据样本较少,且选取样本的解剖结构均无明显异常,乳突变异可能会导致穿刺失败。同时,体质指数是否会影响穿刺结果,尚未纳入研究。此外,理论数据可能与实际操作有差距,有待临床实践或尸体解剖进一步验证。

5 结束语

综上所述,本研究证实完骨穴向同侧眼球瞳孔方向斜刺至面神经附近理论上安全可行的,深度不应超过双耳外耳道连线,同时本研究为测量穿刺针与茎乳孔直线距离积累了基础数据,研究结果可以作为临床针刺操作的参考依据。

[参考文献]

- [1] 国际神经修复学会中国委员会,北京医师协会神经修复学专业委员会,广东省医师协会神经修复专业医师分会. 中国特发性面神经麻痹神经修复治疗临床指南(2022版)[J]. 神经损伤与功能重建,2023,18(1):1-12.
- [2] 张伟,马坤琴,肖洪波,等. 巨刺针法结合梅花针叩刺翳风、完骨穴治疗周围性面瘫临床研究[J]. 针灸临床杂志,2020,36(8):49-54.
- [3] 方美善,刘岩松,薛均来,等. 完骨穴刺络放血疗法治疗 Ramsay Hunt综合征[J]. 长春中医药大学学报,2017,33(4):596-598.
- [4] 马雨雨,李玉杰,彭亚蓉,等. 殷克敬针药结合治疗梅杰综合征1则[J]. 中国中医眼科杂志,2022,32(9):739-740.
- [5] 张子晶,高锋. 近5年特殊针刺法治疗面肌痉挛的临床

研究进展[J]. 中医学,2022,11(2):189-195.

- [6] 黄冰,严敏,林慧丹,等. 面神经阻滞技术在面神经功能障碍性疾病中的应用中国疼痛专家共识(2022版)[J]. 中华疼痛学杂志,2022,18(2):152-159.
- [7] 刘小兰,徐双双,赵薇,等. 梅杰综合征的临床诊疗进展[J]. 中华疼痛学杂志,2022,18(3):419-423.
- [8] 黄冰,夏令杰,董钊,等. CT引导下茎乳孔面神经射频治疗面肌痉挛技术规范中国专家共识[J]. 中华医学杂志,2022,102(17):1267-1271.
- [9] 国家市场监督管理总局、中国国家标准化管理委员会. 经穴名称与定位(GB/T 12346-2021)[S]. 北京:中国标准出版社,2021:31.
- [10] 王春晓. CT引导下经皮面神经茎突孔穿刺射频消融术治疗面肌痉挛[J]. 中华医学杂志,2023,103(7):482-482.
- [11] 赵薇,徐双双,刘小兰,等. CT引导双侧茎乳孔面神经射频消融术治疗梅杰综合征(眼睑痉挛型)1例报道与文献复习[J]. 中华疼痛学杂志,2022,18(3):394-397.
- [12] 李育凡,杨立志,李明,等. CT引导下茎乳孔面神经脉冲射频联合糖皮质激素注射治疗特发性面神经麻痹1例[J]. 中国疼痛医学杂志,2022,28(11):876-878.
- [13] 王忠林,刘柳,黄明勇. CT引导下面神经射频调控术治疗难治性面肌痉挛1例并文献复习[J]. 山西医药杂志,2022,51(20):2362-2364.
- [14] 王然,韩影,王乃堃,等. 超声引导下面神经脉冲射频联合阻滞治疗带状疱疹合并面神经麻痹1例[J]. 中国疼痛医学杂志,2021,27(7):556-558.
- [15] 张飞娥,程鑫,赵敏,等. 高频神经电刺激引导下温度选择性射频热凝术治疗原发性面肌痉挛患者的疗效及安全性[J]. 中华疼痛学杂志,2023,19(2):296-301.

(下转第893页)

动态四点跪位训练对脊髓损伤患者髋关节骨密度及下肢运动功能的影响

王雪, 许光旭, 万春利, 葛盼丽

(江苏省人民医院, 江苏 南京 210029)

[摘要] 目的:探讨脊髓损伤患者进行动态四点跪位训练对髋关节骨密度及下肢运动功能的影响。方法:采用前瞻性随机对照研究方法,选取2019年1月至2022年1月收治的80例脊髓损伤患者,采用随机数字表法分为对照组与观察组各40例,对照组采用常规康复训练+直立床训练,观察组采用常规康复训练+动态四点跪位训练,两组均连续干预12周。干预前及干预4周、8周、12周时,分别记录髋关节骨密度、下肢臀大肌及腘绳肌肌电信号、感觉评分、下肢运动功能评分(LEMS),股四头肌、臀大肌及腘绳肌的肌张力(改良Ashworth分级)和肌力,并统计两组不良事件(体位性低血压、膝关节疼痛、摩擦伤、跌倒)发生情况。结果:干预4周、8周、12周时,两组髋关节骨密度T-值均低于干预前,观察组高于对照组($P<0.05$);干预4周、8周、12周时,两组表面肌电信号积分肌电值及LEMS均高于干预前,且观察组高于对照组($P<0.05$);干预前及干预4周、8周、12周时,两组感觉评分差异无统计学意义($P>0.05$);干预4周、8周、12周时,观察组肌张力低于对照组($P<0.05$),肌力高于对照组($P<0.05$);两组不良事件发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:动态四点跪位训练可以在部分负重下通过动态训练刺激髋关节周围肌肉收缩以延缓脊髓损伤患者髋关节骨量流失,改善损伤平面以下下肢运动功能,且安全性较好。

[关键词] 脊髓损伤;四点跪位训练;动态负重;髋关节密度;下肢运动功能

[中图分类号] R683.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0866-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.015

Effect of Dynamic Four-point Kneeling Training on Hip Bone Mineral Density and Lower Extremity Motor Function in Patients with Spinal Cord Injury

WANG Xue, XU Guangxu, WAN Chunli, GE Panli

(Jiangsu Province Hospital, Nanjing 210029, China)

[收稿日期] 2023-03-08

[基金项目] 无锡市“太湖人才计划”医疗卫生高层次人才项目(编号:WX77P2020008)

[作者简介] 王雪(1989—),女,黑龙江齐齐哈尔人,2021年硕士研究生,主管治疗师,研究方向:脊髓损伤及周围神经损伤的康复评定及治疗。

[通信作者] 许光旭(1966—),男,医学博士,主任医师,主要从事脊髓损伤及周围神经损伤的康复评定及治疗研究。邮箱:nesoket@21cn.com。

Abstract Objective: To investigate the effects of dynamic four-point kneeling training on hip bone mineral density and lower extremity motor function in patients with spinal cord injury. **Methods:** A prospective randomized controlled study was applied to select 80 patients with spinal cord injury from January 2019 to January 2022, and they were

divided into the control group(40 cases) and the observation group(40 cases). The control group received routine rehabilitation training and upright bed training, and the observation group received routine rehabilitation training and dynamic four-point kneeling training. Both groups received continuous intervention for 12 weeks. Hip bone mineral density, EMG, sensory score, lower extremity motor function score(LEMS), muscle tension of quadriceps, gluteus maximus and hamstring(modified ashworth scale) and muscle strength of the two groups before intervention, and at the 4th, 8th and 12th weeks after intervention were compared. The incidence of adverse events(postural hypotension, knee pain, friction injury and fall) in the two groups were also analyzed. **Results:** After 4, 8 and 12 weeks of intervention, the T-value of both groups was lower than that before intervention, and the mean value of the observation group was higher than that of the control group($P<0.05$). After 4, 8 and 12 weeks of intervention, the surface electromyography integral value and LEMS of both groups were higher than those before intervention, and the observation group was higher than the control group($P<0.05$). Before intervention, and at the 4th, 8th and 12th weeks of intervention, the muscle tension of the observation group was lower than that of the control group($P<0.05$); There was no significant difference in sensory scores between the two groups($P>0.05$). At the 4th, 8th and 12th weeks of intervention, the muscle strength of the observation group was higher than that of the control group($P<0.05$). There was no significant difference in adverse events between the two groups($P>0.05$). **Conclusions:** Dynamic four-point kneeling training can stimulate the contraction of the muscles around the hip joint under partial weight, delay the loss of hip bone mineral density in patients with spinal cord injury, improve the lower extremity motor function below the injury plane, and the treatment risk is low.

Keywords spinal cord injury; four-point kneeling training; dynamic load bearing; hip bone mineral density; lower extremity motor function

脊髓损伤是一种严重的中枢神经损伤疾病,具有较高的致残率,是世界医学的重要难题之一^[1]。尽管近年来脊髓移植、再生、基因治疗等多种医疗手段取得长足进步,但受损的脊髓仍难以完全恢复,可能会遗留不同程度的功能障碍,影响患者的运动功能,致使骨量流失^[2]。因此,如何提高脊髓损伤患者运动能力、预防骨量流失成为临床研究热点。诸多研究表明,合理运动能够延缓或预防骨量流失^[3-4]。但常规康复训练往往只进行静态负重训练,对骨骼力学刺激较小,运动过程中肌肉牵拉力不足,成骨细胞活性低下,甚至停滞,仍可能存在骨量流失情况;而四点跪位时,髋关节处于部分负重状态,动态负重的四点跪位训练能够刺激髋关节周围肌肉收缩,给予骨骼足够的牵拉力,不仅能够增加髋关节稳定性,还可延缓骨量流失速度^[5]。本研究将动态四点跪位训练应用于脊髓损伤患者的康复训练中,并观察了

该训练模式对患者髋关节骨密度及下肢运动功能的影响,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究经江苏省人民医院医学伦理委员会审核批准(批准文号:2022-SR-114)。采用前瞻性随机对照研究方法,选取2019年1月至2022年1月江苏省人民医院钟山康复分院收治的80例脊髓损伤患者,按随机对照原则分为对照组与观察组各40例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 入组标准

纳入标准:①生命体征稳定,有能力完成训练;②年龄18~75岁;③符合美国脊髓损伤学会2019年修订的脊髓损伤神经学分类国际诊断标准^[6],并经CT或MRI确诊的外伤性脊髓损伤(包括手术型外

表1 两组脊髓损伤患者一般资料比较

指标	观察组	对照组	统计值	P值
性别/例(占比/%)				
男	22(55.00)	23(57.50)	$\chi^2=0.051$	0.822
女	18(45.00)	17(42.50)		
年龄/岁($\bar{x} \pm s$)	39.21 \pm 5.42	38.75 \pm 5.63	$t=0.372$	0.711
平均脊髓损伤时间/月($\bar{x} \pm s$)	3.93 \pm 0.49	2.03 \pm 0.54	$t=16.480$	<0.001
损伤平面/例(占比/%)				
T2	5(12.50)	4(10.00)	$\chi^2=0.545$	0.969
T6	7(17.50)	9(22.50)		
T9	12(30.00)	13(32.50)		
T11	6(15.00)	5(12.50)		
T12	10(25.00)	9(22.50)		

伤);④脊髓神经损伤的运动平面为T2~T12, AIS脊髓损伤分级为A、B、C级;⑤病程在3个月以上, 2年以内;⑥认知功能良好, 简易精神状态评价量表评分(MMSE) ≥ 24 分, 可以理解和积极参与训练方案, 同意并签署本临床研究知情同意书。排除标准: ①患有限制患者运动能力的伴发疾病如下肢深静脉血栓形成、糖尿病、高血压、冠心病、严重骨质疏松等, 女性孕期; ②患有代谢性骨病、糖尿病、甲状腺及甲状旁腺疾病、自身免疫性疾病、严重肝肾疾病、恶性肿瘤及应用影响骨代谢药物的患者; ③绝经期女性患者; ④膝关节骨折早期、膝关节炎或膝关节伴有严重疼痛的患者; ⑤患者站立时有严重体位性低血压反应; ⑥研究者判断患者依从性差或不理解试验, 无法按照要求完成研究; ⑦同期参加了其他的药物或临床试验; ⑧研究者判断不适合入选或患者无法耐受试验的其他情况。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组

采用常规康复训练+直立床训练, 常规康复训练包括牵伸训练、转移训练、上肢肌力训练、坐位平衡训练、下肢踩车训练等运动疗法, 根据患者实际的肢体功能恢复情况, 治疗师进行个体化康复训练, 每天2次, 每次40 min, 每周5 d, 共12周。直立床站立训练: 将患者双侧膝关节、髋关节及胸部用绑带固定, 根据患者情况进行直立床站立训练。患者站立时可以在腹部系上较紧的腹围或在下肢穿弹力袜, 也可在训练时进行上肢的主动活动以防止在站立时发生体位性低血压, 每次20 min, 每日2次, 每周5次, 共12周。

1.3.2 观察组

采用常规康复训练和动态四点跪位训练, 常规康复训练方法同对照组。动态四点跪位训练: 在患者双侧膝关节下方垫一软垫, 防止患者在跪位时出现膝关节疼痛。辅助患者完成四点跪位并保持稳定。嘱患者做躯干重心前后移动及髋关节左右摆动训练, 根据患者训练情况逐渐增加运动幅度及难度, 患者重心转移完成较好后可做双侧上肢及一侧膝关节支撑下辅助前后挪动另一侧膝关节, 训练中佩戴好护膝防止膝关节擦伤。每次20 min, 每日2次, 每周5次, 共12周。见图1~5。

1.4 观察指标

①髋关节骨密度: 采用豪洛捷公司生产的Discovery Ci型双能X线骨密度仪检测两组干预前和干预4周、8周、12周时髋关节骨密度: 嘱咐患者取仰卧位, 左下肢髋关节伸直, 取内旋位并用固定块固定, 得出双能X线吸收法(DEXA)所测T-值, 其中T-值 ≥ -1.0 视为正常; $-2.5 < T\text{-值} < -1.0$ 视为低骨量; $T\text{-值} < -2.5$ 视为骨质疏松。②表面肌电信号: 采用南京伟思医疗科技有限责任公司生产的FIEXCOMP型表面肌电分析反馈仪测定两组干预前和干预4周、8周、12周时表面肌电信号, 患者取俯卧位将电极贴在下肢臀大肌及腓绳肌的肌腹位置, 检测前让患者放松1 min左右, 信号保持平稳后嘱患者连续收缩肌肉保持10 s, 观察显示屏肌电图变化, 重复3次, 选取肌电信号中最大肌肉收缩时相对稳定的信号段, 记录积分肌电值。③感觉评分、下肢运动功能评分(LEMS)^[7-8]: 分别于干预前和干预4周、8周、12周时



图1 动态四点跪位训练保持体位



图2 四点跪位重心后移



图3 四点跪位重心前移



图4 四点跪位重心右移



图5 四点跪位重心左移

对患者28个关键点进行针刺觉、轻触觉测试,依据患者感受分别赋值0、1、2分,双侧总分112分,评分与感觉功能呈正比(评分高表示感觉功能佳);采用LEMS评估两组下肢功能,以徒手肌力检查评定双下肢小腿三头肌、拇长伸肌、胫前肌、股四头肌、髂腰肌5个关键肌肌力总和,总分50分,评分与下肢运动功能呈正相关(评分高表示下肢运动功能强)。

④肌张力:采用改良Ashworth分级^[9]评估两组干预前及干预4周、8周、12周时肌张力,肌张力没有增高为0级;关节被动屈曲时呈现出最小阻力或存在突然释放感或突然卡住感为1级;关节活动范围50%时呈现出最小阻力或突然卡住感为1+级;大部分关节活动时均能够感受到肌张力增加,但受累部位仍能够移动为2级;受累关节被动活动困难为3级;受累关节呈明显僵直状态为4级。依据分级状况分别计0~6分,将股四头肌、臀大肌、腓绳肌各级分数相加,评分越高则肌张力越高。

⑤肌力:令患者做相应肌肉收缩动作,并于相反方向给予阻力,检测肌肉对阻力的克服力量,完全瘫痪、无肌肉收缩为0级;检测到肌肉收缩但不能产生动作为1级;肢体可在床上平行移动,但无法抬离床面为2级;肢体能够抬离床面,但不能

抵抗阻力为3级;肢体可对抗轻微外界阻力为4级;肌力正常为5级。依据肌力分级分别计0~5分,测定两组干预前和干预4周、8周、12周时下肢肌力。

⑥不良事件:统计两组体位性低血压、膝关节疼痛、摩擦伤、跌倒发生情况。

1.5 统计学方法

采用SPSS 23.0软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,进行 t 检验;计数资料用%表示,进行 χ^2 检验,取 $\alpha=0.05$ 为检验标准。

2 结果

2.1 髌关节骨密度

干预4周、8周、12周时,两组T-值均低于干预前($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$)。见表2。

2.2 表面肌电信号积分肌电值

干预4周、8周、12周时,两组臀大肌、腓绳肌表面肌电积分肌电值均高于干预前($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$)。见表3。

2.3 感觉评分、LEMS

干预前,干预4周、8周、12周时,两组感觉评分、LEMS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预4周、8周、12周时观察组LEMS及干预8周、12周时对

照组 LEMS 均高于干预前,且观察组干预后各时点 LEMS 均高于对照组 ($P < 0.05$)。见表4。

2.4 肌张力

干预前,两组肌张力比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);干预4周、8周、12周时,对照组肌张力无明显变化 ($P > 0.05$),观察组肌张力低于干预前及对照组 ($P < 0.05$)。见表5。

2.5 肌力

干预前,两组肌力评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);干预4周、8周、12周时,观察组肌力高于干预前及对照组 ($P < 0.05$)。见表6。

2.6 不良事件

两组不良事件比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表7。

表2 两组脊髓损伤患者髌关节骨密度T-值比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	髌关节骨密度T-值			
		干预前	干预4周	干预8周	干预12周
观察组	40	-0.86 ± 0.17	-0.98 ± 0.16 ^{ab}	-1.06 ± 0.21 ^{ab}	-1.15 ± 0.28 ^{ab}
对照组	40	-0.84 ± 0.19	-1.07 ± 0.18 ^a	-1.28 ± 0.26 ^a	-1.51 ± 0.34 ^a
<i>t</i> 值		0.496	2.364	4.163	5.169
<i>P</i> 值		0.621	0.021	<0.001	<0.001

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$;与同时点对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

表3 两组脊髓损伤患者积分肌电值比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	积分肌电值比较($\bar{x} \pm s$)							
		臀大肌				腓绳肌			
		干预前	干预4周	干预8周	干预12周	干预前	干预4周	干预8周	干预12周
观察组	40	11.02 ± 3.18	33.17 ± 11.83 ^{ab}	52.46 ± 14.58 ^{ab}	76.73 ± 19.32 ^{ab}	10.56 ± 3.02	31.59 ± 6.73 ^{ab}	48.96 ± 11.26 ^{ab}	71.02 ± 15.27 ^{ab}
对照组	40	10.76 ± 3.24	26.36 ± 9.52 ^a	43.29 ± 12.75 ^a	61.37 ± 16.78 ^a	10.28 ± 3.25	23.64 ± 7.59 ^a	42.39 ± 10.74 ^a	60.42 ± 12.17 ^a
<i>t</i> 值		0.362	2.836	2.994	3.796	0.399	4.957	2.670	3.433
<i>P</i> 值		0.718	0.006	0.004	<0.001	0.691	<0.001	0.009	0.001

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$;与同时点对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

表4 两组脊髓损伤患者感觉评分、LEMS比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	感觉评分、LEMS比较($\bar{x} \pm s$)							
		感觉评分				LEMS			
		干预前	干预4周	干预8周	干预12周	干预前	干预4周	干预8周	干预12周时
观察组	40	64.58 ± 4.72	65.42 ± 4.58	65.78 ± 4.93	65.75 ± 5.38	21.43 ± 3.52	26.64 ± 3.71 ^{ab}	29.02 ± 3.81 ^{ab}	32.16 ± 3.17 ^{ab}
对照组	40	64.37 ± 5.11	65.23 ± 5.06	65.17 ± 5.24	65.33 ± 5.64	20.97 ± 3.78	21.85 ± 3.89	23.76 ± 3.58 ^a	26.54 ± 4.03 ^a
<i>t</i> 值		0.191	0.176	0.536	0.341	0.563	5.636	6.363	6.932
<i>P</i> 值		0.849	0.861	0.593	0.734	0.575	<0.001	<0.001	<0.001

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$;与同时点对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

表5 两组脊髓损伤患者肌张力评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肌张力评分			
		干预前	干预4周	干预8周	干预12周
观察组	40	2.73 ± 0.86	2.17 ± 0.89 ^{ab}	2.05 ± 0.72 ^{ab}	2.01 ± 0.87 ^{ab}
对照组	40	2.69 ± 0.88	2.65 ± 0.90	2.66 ± 0.85	2.62 ± 0.71
<i>t</i> 值		0.206	2.398	3.463	3.436
<i>P</i> 值		0.838	0.019	<0.001	<0.001

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$;与同时点对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

表6 两组脊髓损伤患者肌力评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	肌力评分			
		干预前	干预4周时	干预8周时	干预12周时
观察组	40	2.83 ± 0.71	3.79 ± 0.82 ^{ab}	3.96 ± 0.68 ^{ab}	4.05 ± 0.63 ^{ab}
对照组	40	2.79 ± 0.76	3.34 ± 0.75 ^a	3.52 ± 0.79 ^a	3.64 ± 0.70 ^a
<i>t</i> 值		0.243	2.561	2.670	2.753
<i>P</i> 值		0.809	0.012	0.009	0.007

注:与同组干预前比较,^a*P*<0.05;与同时点对对照组比较,^b*P*<0.05。

表7 两组脊髓损伤患者不良事件比较

例(占比/%)

组别	例数	体位性低血压	膝关节疼痛	摩擦伤	跌倒	合计
观察组	40	1(2.50)	2(5.00)	1(2.50)	1(2.50)	5(12.50)
对照组	40	0	0	2(5.00)	1(2.50)	3(7.50)
χ^2 值						0.139
<i>P</i> 值						0.709

3 讨论

脊髓损伤后,受损平面以下的肢体失去了中枢神经系统的有效控制,致使损伤平面以下的肢体运动能力减弱或丧失,同时出现感觉异常、膀胱直肠功能障碍及心理、情绪问题等,严重影响患者日常生活^[10]。相关研究指出,中枢神经系统损伤后存活神经元细胞能够通过轴突侧发芽,与目标区域神经组织重新建立联系,以取代丧失功能的神经轴突^[11]。除此之外,肢体功能障碍可以通过代偿或替代的方式重新获得丧失的功能。可见,积极采取规范、科学的康复训练十分必要。

动态四点跪位训练能够提高骨盆控制能力,增加髌关节负重,改善姿势控制,强化核心肌群力量^[12]。本研究采用动态四点跪位训练干预脊髓损伤患者,结果显示,干预后,观察组积分肌电值、LEMS及肌力均高于对照组,肌张力低于对照组,提示该干预方式能够提高臀大肌及腘绳肌收缩能力,改善下肢运动功能。在进行该项训练过程中,踝关节、膝关节、髌关节及躯干等相互协调运动,虽然患者损伤平面以下的肌肉无法有效地主动收缩,但通过重心前后转移及髌关节的左右摆动训练,整个躯干带动髌关节的运动能够有效激活周围肌群,刺激肌肉收缩,提高肌肉力量,改善下肢运动功能;同时,与单纯的静态负重训练相比,动态四点跪位训练时通过重心的前后转移,可以对股四头肌及臀大肌、腘绳肌进行

牵伸训练,并且通过不断的运动提高主动肌与拮抗肌的协调能力,以降低下肢的肌肉张力^[13-14]。两组干预后感觉评分虽无显著差异,但治疗后与治疗前相比有所提高,说明动态四点跪位训练对感觉的恢复有积极的临床趋势,但不能说明其效果优于直立床训练。

骨量流失是脊髓损伤常见的继发性问题之一,主要累及损伤平面以下的肢体骨骼。相关研究指出,脊髓损伤后第一年骨量流失率最高,其中股骨颈近端骨密度下降率为其他部位的3倍,会严重影响髌关节功能,增加骨折风险^[15-16]。本研究观察两组髌关节骨密度发现,干预12周时,虽然两组骨密度均有下降,但观察组髌关节骨密度较对照组高,表明基于动态负重的四点跪位训练相比于静态的负重训练能够有效延缓脊髓损伤患者骨量流失,维持髌关节骨密度。机械负荷在骨重建中发挥重要作用,机械负荷不足会破坏骨吸收与骨形成间的平衡,造成骨量流失,引起骨密度降低^[17]。动态四点跪位训练时髌关节负重增加,局部骨骼需适应负重及机械负荷变化,通过调节生化信号进行适应性骨重建;同时,该训练还能够对神经中枢系统产生刺激,恢复骨组织神经支配功能,提升神经衍生因子及自主神经纤维水平,调节骨代谢^[18-19]。在该项训练过程中髌关节周围肌肉均处于高度活跃状态,肌肉收缩时产生的牵拉作用也是一种对骨的应力,所以此项训练中同时叠加了负重

及肌肉牵拉的应力,相较于单纯负重训练可以更加有效地刺激成骨细胞以延缓骨量流失^[20]。两组训练期间少数患者出现体位性低血压、膝关节疼痛、摩擦伤、跌倒,但未对训练产生影响,且两组不良事件发生率比较无明显差异,可见动态四点跪位训练安全性好。该方法不需要大型的康复设备,更适合脊髓损伤患者居家训练。但本研究仍存在一定局限性,由于观察组及对照组训练方式差异较大,无法对患者设盲;另外由于患者住院时长问题导致研究周期较短,无法观察骨密度随病程时间延长的变化情况,未来可延长随访时间进行进一步探讨。

综上所述,动态四点跪位训练能够延缓脊髓损伤患者髌关节骨密度流失,提高下肢运动功能,改善下肢张力,且训练安全性好。

[参考文献]

- [1] CHEN C, QIAO X, LIU W, et al. Epidemiology of spinal cord injury in China: a systematic review of the chinese and english literature [J]. *Spinal Cord*, 2022, 60(12):1050-1061.
- [2] JANNESAR S, SALEGIO E A, BEATTIE M S, et al. Correlating tissue mechanics and spinal cord injury: patient-specific finite element models of unilateral cervical contusion spinal cord injury in non-human primates [J]. *J Neurotrauma*, 2020, 38(6):698-717.
- [3] 俞大伟,朱景宏,李实. 简易运动处方对老年男性骨质疏松患者骨量及身体生理生化指标的影响[J]. *中国实验诊断学*, 2022, 20(9):1483-1486.
- [4] MAILLANE-VANEGAS S, LUIZ-DE-MARCO R, NARCISO P H, et al. More than sports participation: the role of ground reaction force, osteocalcin and lean Soft Tissue on bone density accrual in adolescents: ABCD growth study [J]. *J Clin Densitom*, 2021, 25(1):61-72.
- [5] 顾巧萍,孙微,徐伟. 运动锻炼辅助药物治疗对脊髓损伤继发的骨质疏松患者骨密度及骨代谢指标的影响[J]. *中国现代医生*, 2022, 60(18):70-73.
- [6] 康海琼,袁媛,蒙倩茹,等. 脊髓损伤神经学分类国际标准检查表2019版最新修订及解读[J]. *中国康复理论与实践*, 2019, 25(8):983-985.
- [7] CHILDS B R, MOORE T A, COMO J J, et al. American spinal injury association impairment scale predicts the need for tracheostomy after cervical spinal cord injury [J]. *Spine*, 2015, 40(18):1407-1413.
- [8] 余芳菲,贾新燕,李雯昕,等. 电针对不完全性脊髓损伤患者运动功能和大脑皮层运动区兴奋性的影响[J]. *中医杂志*, 2018, 59(21):1848-1852.
- [9] 郭铁成,卫小梅,陈小红. 改良 Ashworth 量表用于痉挛评定的信度研究[J]. *中国康复医学杂志*, 2008, 23(10):906-909.
- [10] MOGHADDAMJOU A, WILSON J R, FEHLINGS M G. P. 232 motor recovery after early surgical decompression in cervical ASIA A spinal cord injury patients [J]. *Can J Neurol Sci*, 2021, 48(s3):S87-S88.
- [11] RODEMER W, HU J, SELZER M, et al. Heterogeneity in the regenerative abilities of central nervous system axons within species: why do some neurons regenerate better than others? [J]. *Neural Regen Res*, 2020, 15(6):996-1005.
- [12] 常晓倩,王宽,陈新鹏,等. 四点跪位和手足位训练中躯干肌肉激活和共收缩模式比较[J]. *医用生物力学*, 2022, 37(2):348-354.
- [13] 全逸峰,孟兆祥,尹正录,等. 头针联合跪位躯干强化训练对卒中偏瘫患者平衡及步行能力的影响[J]. *中国康复*, 2016, 31(4):252-254.
- [14] 杨军,杨群,田霖,等. 过屈跪位与俯卧位下L4/L5椎板间隙形态差异及其在经椎板间入路经皮内窥镜下椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症中的意义[J]. *脊柱外科杂志*, 2018, 16(5):289-292.
- [15] ABDELRAHMAN S, IRELAND A, WINTER E M, et al. Osteoporosis after spinal cord injury: aetiology, effects and therapeutic approaches [J]. *J Musculoskel Neuron Interact*, 2021, 21(1):26-50.
- [16] YARROW J, WNEK R, CONOVER C, et al. Bone loss after severe spinal cord injury coincides with reduced bone formation and precedes bone blood flow deficits [J]. *J Appl Physiol*, 2021, 131(4):1288-1299.
- [17] SHAMS R, DRASITES K P, ZAMAN V, et al. The pathophysiology of osteoporosis after spinal cord injury [J]. *Int J Mol Sci*, 2021, 22(6):3057.
- [18] AJIDAHUN A T, MYEZWHA H, IBENEME S C, et al. Effects of exercise training on bone mineral density and some health-related outcomes in HIV conditions a randomized controlled trial [J]. *Medicine*, 2020, 99(50):e23206.
- [19] YARROW J F. The effects of exercise and activity-based physical therapy on bone after spinal cord injury [J]. *Int J Mol Sci*, 2022, 23(2):608.
- [20] 万玉,朱翠平,赵蕾,等. 正常交替半跪运动摆动训练联合引导式教育在痉挛型脑瘫患儿康复中的应用[J]. *中华现代护理杂志*, 2019, 25(26):3047-3411.

推拿治疗儿童注意缺陷多动障碍临床疗效观察

杨晓双¹, 于娟², 刘慕清¹, 孙艳², 吴静², 庞亚铮², 丁菲菲²

(1. 山东中医药大学, 山东 济南 250355; 2. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250014)

[摘要] 目的: 观察推拿治疗儿童注意缺陷多动障碍(ADHD)的临床疗效。方法: 选取60例ADHD患儿随机分为治疗组(30例)和对照组(30例)。治疗组接受小儿推拿疗法, 对照组口服盐酸哌甲酯控释片治疗。比较两组患儿中医证候量表评分、注意缺陷多动障碍筛查量表(SNAP-IV)评分和临床有效率。结果: 治疗后, 两组各项评分均低于治疗前, 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组中医证候和SNAP-IV评分均低于对照组, 组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组总有效率为80%, 对照组为73%, 治疗组疗效优于对照组。结论: 小儿推拿疗法能够有效控制ADHD患儿多动不安、急躁不宁等症状, 与药物相比更加舒适安全且无明显不良反应, 在临床中值得应用。

[关键词] 小儿推拿; 注意缺陷多动障碍; 中医证候量表评分; 盐酸哌甲酯控释片; 脏躁

[中图分类号] R246.4

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0873-04

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.016

Clinical Therapeutic Effect Observation of Pediatric Massage in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children

YANG Xiaoshuang¹, YU Juan², LIU Muqing¹, SUN Yan², WU Jing², PANG Yazheng², DING Feifei²

(1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250014, China)

Abstract Objective: To observe the clinical therapeutic effect of pediatric massage in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children. **Methods:** Sixty children with ADHD were randomly divided into the treatment group (30 cases) and the control group (30 cases). The treatment group received pediatric massage therapy, and the control group received oral administration of methylphenidate hydrochloride controlled release tablets. The changes of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scale score, score for neonatal acute physiology IV (SNAP-IV) score and clinical effective rate were compared between the two groups. **Results:** After treatment, all scores of the two groups of patients were lower than before treatment, and the difference was significant ($P<0.05$). The TCM syndrome and SNAP-IV scores of the treatment group were lower than those of the control group, and there was significant difference between the two groups ($P<0.05$).

The total effective rate was 80% in the treatment group and 73% in the control group. The therapeutic effect of the treatment group was better than that of the control group. **Conclusions:** Pediatric massage therapy can effectively control the symptoms of hyperactivity, agitation, impatience and restlessness in children with ADHD, compared with drugs, it is more comfortable and safe, and it has no adverse

[收稿日期] 2023-12-15

[基金项目] 2022年度技术创新与应用发展专项鲁渝合作项目
(编号: CSTB2022TIAD-LDX0001)

[作者简介] 杨晓双(1999—), 女, 山东德州人, 2021年度硕士研究生, 研究方向: 小儿推拿理论与临床研究。邮箱: 15194180860@163.com。

[通信作者] 于娟(1968—), 女, 山东济南人, 主任医师, 博士研究生导师, 主要从事小儿推拿理论与临床研究。邮箱: yujuan196804@163.com。

reactions, therefore, it is worth in clinical application.

Keywords pediatric massage; attention deficit hyperactivity disorder; traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scale score; methylphenidate hydrochloride controlled release tablets; hysteria

小儿推拿对于注意缺陷多动障碍(ADHD)具有独特的治疗效果。ADHD表现为注意力缺陷、活动过度和冲动,常伴随学习、情绪和行为上的障碍和异常,是一种常见的行为障碍性疾病^[1]。该疾病常对患儿的身心健康造成损害,影响其社会功能,妨碍正常的人际交流^[2-3]。目前,ADHD的治疗缺乏特异性药物,药物治疗周期长且不良反应明显,停药后复发率较高,因此迫切需要一种绿色有效的治疗方案^[4-5]。小儿推拿通过刺激特定身体部位,激发机体调节功能,起到扶正祛邪、调和阴阳、调整脏腑功能的作用,达到增强体质、防病治病的目的^[6-7]。本研究旨在探讨小儿推拿治疗ADHD的临床效果。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取于山东中医药大学附属医院小儿推拿中心就诊的60例ADHD患儿作为研究对象,以随机数字表法将其分为治疗组 and 对照组各30例。本研究已获得医院伦理委员会的批准并受到监督执行,患儿监护人已签署知情同意书[伦理批号:(2023)伦审第(076)号-KY]。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:符合《精神障碍诊断与统计手册》第五版(DSM-V)^[8]中ADHD的诊断标准。中医诊断标准:符合2017年版《中医儿科临床诊疗指南·儿童多动症(修订)》^[9]中的诊断标准。

1.3 纳入标准

年龄在6~12周岁之间;符合DSM-V中注意缺陷多动障碍诊断或中医诊断标准;没有其他器质性病变、内分泌或代谢性障碍疾患。

1.4 排除标准

年龄小于6岁或大于12岁;患有严重心脏、脑部、肝脏、肾脏等系统器质性疾病,或急性感染性疾病(如猩红热、水痘)、出血性疾病、皮肤病;合并有自闭症、智力障碍等其他发育障碍疾病;正在接受其他的推拿治疗;不能配合治疗者。

1.5 脱落标准

患者自行退出或中途脱落;失访病例。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组

对照组口服盐酸哌甲酯控释片。初始剂量为每

次18 mg,每天1次(早晨起床时),服药1周后逐渐调整至最佳剂量,最大剂量不超过54 mg/d。每个疗程为2周,共2个疗程。

2.1.2 治疗组

小儿推拿治疗,具体如下:①头面部操作。摩法或按揉百会、四神聪:患儿仰卧或坐位,术者坐于其头侧或面对患儿,以拇指端或掌面摩揉或按揉百会约1 min,再以示指指端按揉四神聪各约1 min。抹、分推前额面部及头部:患儿坐位,术者面对患儿,于前额及面部施术抹法约1 min,分推法于前额及面部施术约1 min,抹推头两侧胆经各5~6次。五指抓拿头顶部:由前发际至后发际5~6遍。四大手法:开天门,两拇指自下而上从印堂至前庭交替直推30~50次;推坎宫,双手拇指自眉头向眉梢分推30~50次;运太阳30~50次;揉耳后高骨30~50次。②上部操作。分手阴阳3 min,运八卦3 min,清补脾经3 min(先清2 min,后补1 min),清肝经3 min,清补肺经2 min,清天河水、捣小天心、掐揉五指节、掐揉内劳宫各1 min(上部部位的操作中,根据年龄,年龄8岁以上者可适当延长1~2 min的操作)。③胸腹部操作。患儿仰卧或坐位,摩中脘10遍,摩腹10遍,按弦搓摩10次。④背部操作。患儿俯卧位,术者立于一侧,以两手指指端或一手示指中端点按双侧心俞、肝俞、肾俞各1 min。⑤辨证推拿。心脾两虚加按血海,赤凤点头,摇斗肘法,强调施术手法多用补法;肝肾阴虚加揉二马,补肾经,揉三阴交,揉涌泉穴,苍龙摆尾,强调用补法;痰火内扰加掐十王、揉丰隆、飞经走气,按弦搓摩,施术强调用泻法。每周治疗3次,6次为1个疗程,共治疗2个疗程。

2.2 观察指标

2.2.1 中医证候量表

对两组患儿治疗前后多动不安、多言多语、注意力不集中等中医证候进行比较。对于主要症状,按照症状的轻重程度,分别以0、2、4、6进行计分。对于次要症状,按照症状的轻重程度,分别以0、1、2、3进行计分。

2.2.2 SNAP-IV量表(18项版)

比较两组患儿治疗前后的SNAP-IV量表(18项版)评分,其中包括注意力不集中和多动冲动两组项目。根据严重程度,症状被评定为“完全没有”“有一

点点”“还不算少”“非常的多”,分别对应0分、1分、2分、3分。

2.3 疗效判定标准

根据《儿童多动症临床治疗学》(第3版)^[10]制定疗效判定标准:SNAP-IV量表的积分减少率达到90%、患儿恢复正常属于临床控制;达到60%、患儿基本恢复正常属于显效;达到35%、患儿症状有改善属于有效;减少率在35%以下、临床表现无明显改善属无效。

SNAP-IV量表积分减少率=(治疗前SNAP-IV量表积分-治疗后SNAP-IV量表积分)/治疗前SNAP-IV量表积分×100%。

2.4 统计学方法

使用SPSS 24.0统计软件进行数据分析。对于满足正态分布和方差齐性的定量资料,使用配对 t 检验和两独立样本 t 检验来进行组内或组间的比较。对于不满足正态分布和方差齐性的数据,使用组内或组间的Wilcoxon秩和检验,并使用中位数+四分位数来表示。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

表2 两组注意缺陷多动障碍患儿SNAP-IV量表(18项版)评分比较[M(P₂₅, P₇₅)]

组别	例数	时间	注意力不集中评分	多动-冲动评分	SNAP-IV量表总分
治疗组	30	治疗前	23.50(22.00, 24.00)	21.00(19.00, 23.00)	43.00(41.75, 45.25)
		治疗后	11.00(8.75, 14.25)*#	8.50(6.00, 12.25)*#	19.50(16.50, 27.25)*#
对照组	30	治疗前	23.00(21.00, 24.00)	20.50(19.00, 23.00)	44.00(42.00, 46.25)
		治疗后	14.00(11.00, 16.00)*	12.00(7.75, 15.25)*	26.50(19.50, 29.25)*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,# $P<0.05$ 。

3.3 两组患儿临床疗效比较

治疗组总有效率为80%(24/30),对照组为73%(22/30),治疗组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3 两组注意缺陷多动障碍患儿临床疗效比较

组别	例数	临床控制(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	30	1	10	13	6	80*
对照组	30	1	6	15	8	73

注:与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

4 讨论

ADHD可归纳为中医学脏躁、妄动、躁动、虚烦等范畴^[11-12]。认为该病的病机在于阴阳失调,阳气过盛而阴气不足,正如《灵枢·行针》所述:“重阳之人,其神易动,其气易往也”;《素问·生气通天论》也说:“阴不胜其阳,则脉流薄疾,并乃狂”。现代医家多从

3 结果

3.1 两组患儿中医证候积分对比

治疗后,组内比较显示两组的评分均低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$)。组间比较表明治疗组的评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组注意缺陷多动障碍患儿中医证候积分比较 分

组别	例数	时间	中医证候积分
治疗组	30	治疗前	32.00(30.00, 35.00)
		治疗后	14.50(13.00, 19.00)*#
对照组	30	治疗前	34.00(28.50, 41.00)
		治疗后	21.50(18.00, 24.00)*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,# $P<0.05$ 。

3.2 两组患儿SNAP-IV量表(18项版)评分比较

治疗后,两组各项评分与治疗前相比明显减少,差异有统计学意义($P<0.05$)。组间比较,治疗组各项评分及SNAP-IV总分比对照组降低更加显著,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

“阳动有余,阴静不足”的角度来治疗该病,认为患儿大多属于心肝火旺、肺脾肾功能不足,同时伴有痰瘀等病理产物。治疗原则是清心平肝、补肺健脾、调和心肾的功能^[13-15]。该病病机可概括为先天禀赋不足,或后天患儿受到产伤、饮食不节、情志失调等因素影响,导致髓海亏虚,经络阻滞,脏腑功能紊乱,阴阳失衡,从而出现阴虚阳盛的情况。该病的病位在于脑,与五脏皆有关系,尤其是心肝两脏,病理产物包括风、火、痰等^[16]。在治疗上,主要原则是“损其有余,补其不足”,以调节脏腑功能,调和阴阳。

小儿推拿通过在小儿体表特定部位施以特定手法,进行保健和疾病防治。抚触具有心理慰藉作用,且不同的穴位和操作手法可调节五脏的功能,达到调和气血、平衡阴阳的作用^[17-18]。头部被视为清阳之窍,五脏六腑的精气皆上输头面。在手法操作中,摩法、分推、按揉等手法轻巧柔和,平稳着实,可以使患儿保持安宁、神机畅通的状态,增强脏腑经气的感

应。开天门、推坎宫、运太阳、揉耳后高骨等手法被称为四大手法,是孙重三小儿推拿流派中每种疾病必用的要穴,可以镇惊安神、开窍明目。百会、四神聪不仅可以安神益智,还可以提升气机,结合扫散胆经、五指抓头顶疏通头部经络,起到滋养脑髓、镇静安神的作用,使患儿神清脑爽,控制多动、冲动的行为,提高自我控制能力。在手法操作中,分手阴阳可以平衡阴阳,清肝经以疏肝调气,清补脾经可以顺气活血,清补肺经以调畅气机,清天河水配合掐揉内劳宫清心除烦,捣小天心、掐揉五指节可以镇惊安神,运内八卦疏降气机。孙重三流派的小儿推拿具有“向心性直推为补,离心方向直推为泻,肾经除外”的操作特点,因为多动症患儿的病情属虚实夹杂,所以采用清补脾经、清补肺经的手法,先清后补,使补而不腻,泻而不过,既可以健脾化痰、行气活血,又可以避免闭门留寇。腹部操作包括摩中脘、摩腹以调理中焦脾胃,保护正气,配合按弦搓摩畅通三焦气机、调和心肾。小儿具有“心常有余”“肝常有余”“肾常虚”的生理特点,按压心俞、肝俞、肾俞等背部穴位可以调节三脏的功能,滋阴降火、协调阴阳。复合手法包括飞经走气、赤凤点头、摇斗肘法、苍龙摆尾等,操作时如果偏于泻,则手法应重,时间应短,如果偏于补,则手法应轻,时间应长。

根据不同分型的患儿辨证加入相应的手法,可以更好地调节患儿的体质,取得稳定的临床疗效。整套手法分为四部有序操作,注重调和阴阳,全面调节五脏,手法轻柔着实,可以安神定志,增强患儿的专注力,并且对不同体质的患儿进行辨证施治,增加不同的复合手法,从而取得显著的临床疗效。本研究结果显示,治疗前,两组各项评分无显著差异,具有可比性。治疗后,组内比较两组的中医证候积分和SNAP-IV评分,与治疗前相比均呈下降趋势,差异有统计学意义;治疗后,组间比较,治疗组的中医证候积分和SNAP-IV量表评分比对照组下降更加明显($P<0.05$)。治疗组总有效率为80%,对照组为73%,治疗组明显高于对照组。结果表明,小儿推拿可以显著改善ADHD患儿的多动不宁、急躁易怒、多言多语等临床症状,提高患儿的专注力,临床疗效显著。同时,小儿推拿具有舒适安全、不良反应较少、依从性好等优势,值得在临床上进一步推广和应用。

【参考文献】

[1] 马亚伟. 盐酸哌甲酯控释片及静灵口服液联合中医康复

治疗小儿多动症临床效果及安全性研究[J]. 黑龙江中医药,2022,51(2):31-33.

- [2] 胡珏,李芳芳,陈丹飞,等. 基于“肾藏志”理论对补肾法调控儿童注意缺陷多动障碍下丘脑-垂体-肾上腺轴的探究[J]. 陕西中医,2023,44(9):1265-1268.
- [3] 杨淑月,孙荣芳,刘丽娜. 心理联合药物治疗小儿多动症对儿童和家庭的影响分析[J]. 心理月刊,2022,17(6):25-27.
- [4] 赵宁利. 多巴胺受体激动剂治疗小儿多动症的临床疗效[J]. 中国实用医药,2022,17(15):154-157.
- [5] 李正华,梁彩玲,姜书琴,等. 药物联合心理治疗对多动症患儿的效果观察[J]. 国际精神病学杂志,2021,48(3):419-422.
- [6] 刘军芳,管岚,陈水伟,等. 中药药浴联合小儿推拿治疗早期新生儿黄疸80例[J]. 浙江中医杂志,2023,58(9):668.
- [7] 王列,吕晓东,王斌,等. 基于“皮部”理论探讨小儿推拿在中医儿童养生中的作用机制[J]. 辽宁中医药大学学报,2023,25(11):167-169.
- [8] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 张道龙,译. 5版. 北京:北京大学出版社,2014.
- [9] 韩新民,马融,雷爽,等. 中医儿科临床诊疗指南·儿童多动症(修订)[J]. 中医儿科杂志,2017,13(5):1-6.
- [10] 冷方南,郑毅,李宜瑞,等. 儿童多动症临床治疗学[M]. 3版. 北京:科学出版社,2019.
- [11] 刘应科,任昕昕,方琼杰,等. 静宁颗粒治疗56例小儿多动症气阴两虚证临床观察[J]. 湖南中医药大学学报,2016,36(4):49-52.
- [12] 范文昌. 盐酸哌甲酯控释片联合针刺治疗小儿多动症临床观察[J]. 光明中医,2022,37(4):679-681.
- [13] 张思,范菲,韩斐. 韩斐五脏辨治儿童抽动障碍共患多动症经验[J]. 中医药导报,2023,29(7):213-216.
- [14] 王岳,曹建雄. 从五脏阴阳失衡及痰瘀互结探讨小儿多动症[J]. 浙江中医药大学学报,2023,47(3):296-299.
- [15] 马翠翠,马融,张旭. 马融教授“从肾论治”儿童多动症合并遗尿症的临证体会[J]. 中华针灸电子杂志,2022,11(3):129-130.
- [16] 刘珍珠,刘修超,田栋,等. 从《黄帝内经》核心观念辨析小儿多动症之“象”的诊疗[J]. 北京中医药大学学报,2023,46(4):536-540.
- [17] 甘丽,贺玮苇,刘玲,等. 中药泡浴联合小儿推拿对湿热郁蒸型新生儿黄疸总胆红素和中医证候的影响[J]. 河北中医,2023,45(9):1445-1448.
- [18] 李凌云,吴钱红,李俊达,等. 从五经辨证采用小儿推拿防治儿童矮身材[J]. 中医学报,2023,38(10):2240-2246.

论著·名医经验

丁书文从相火论治心房颤动经验

米加¹, 彭敏²

(1. 山东省立第三医院, 山东 济南 250031; 2. 山东第一医科大学附属省立医院, 山东 济南 250021)

[摘要] 丁书文在治疗心房颤动方面具有丰富的经验,认为心脏自身阴阳气血盛衰失调是心房纤颤的基础病因,当今内外环境下易发生相火妄动,是房颤的主要诱因。在李东垣“火与元气不两立,一胜则一负”理论指导下,丁书文对房颤治疗提出了滋阴降火、引火归元、清解少阳的治疗法则。对丁书文从相火论治心房颤动的经验进行总结与分析,为临床治疗心房颤动提供借鉴。

[关键词] 丁书文;相火;滋阴降火;引火归元;清解少阳;心房颤动

[中图分类号] R256.21

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0877-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.017

Professor DING Shuwen's Experience in Treating Atrial Fibrillation from Ministerial Fire

MI Jia¹, PENG Min²

(1. Shandong Provincial Third Hospital, Jinan 250031, China; 2. Shandong Provincial Hospital Affiliated to Shandong First Medical University, Jinan 250021, China)

Abstract DING Shuwen has accumulated rich experience in the treatment of atrial fibrillation, believing that the imbalance of yin and yang, qi and blood in the heart itself is the fundamental cause of atrial fibrillation. In today's internal and external environment, it is easy to experience ministerial fire hyperactivity, which is the main cause of atrial fibrillation. Under the guidance of LI Dongyuan's theory of "The fire and vitality are contradictory, victory of one leads to the other's defeat", he has proposed treatment principles for atrial fibrillation, including nourishing yin and reducing fire, inducing fire to return to the original state, and clearing Shaoyang. This article summarizes and analyzes DING Shuwen's experience in treating atrial fibrillation from the ministerial fire, and provides reference for the clinical treatment of atrial fibrillation.

Keywords DING Shuwen; ministerial fire; nourishing yin and reducing fire; inducing fire to return to the original state; clearing Shaoyang; atrial fibrillation

[收稿日期] 2023-11-08

[基金项目] 全国第七批中医师承项目[批文号:国中医药人教函[2022]76号]

[作者简介] 米加(1981—),男,江苏南京人,医学博士,副主任医师,主要从事超声诊断专业研究。邮箱:mijia.b@163.com。

[通信作者] 彭敏(1981—),山东临沂人,医学博士,主任医师,主要从事中西医结合治疗心脑血管病研究。邮箱:pengmtcm@163.com。

丁书文系全国首届名中医,业医近60载,临证治疗心病提出热毒学说,特别是治疗心悸、眩晕、胸痹等疾病,自成体系。现将丁老师在相火理论指导下,运用益气养阴清火法治疗心房颤动(简称房颤)的经

验总结如下。

1 心不主令与房颤表现

房颤的主要表现为快速的、不规则的心房电活动,继而引起心室律的绝对不齐,最新指南将房颤分为阵发性、持续性、持久性及永久性房颤等不同类型^[1]。房颤是包括炎症反应、氧化应激、蛋白稳态损伤、钙离子处理异常等多机制共同作用的结果^[2],治疗时更注重整合式管理,目前我国房颤诊疗以血栓栓塞评估、抗凝治疗为重点^[1],正确认识和深入探讨中医治疗房颤在稳定心室率、缓解症状、防止复发的作用和疗效是十分必要的^[3]。

在房颤表现上,丁老师提出,无论阵发性房颤还是持续性房颤,患者多为心房跳动紊乱导致整体心脏跳动紊乱及渐进的心脏功能下降,表现为心悸、头晕、胸痛、胸闷、呼吸困难等^[4]。冠心病房颤患者中,异位自律性高和异常的微折返,与“心不主令,相火代之”^[5]相似。令,初见于甲骨文,古字形上部模拟发出号令的木铎,下部模拟受命的人,指发号令使有所为,“令”字引申为必须执行的法令、指令、军令,进一步引申为发布命令的长官。诚然,心不主令具有更广泛的含义,但对于人体而言,心为君主之官,保持心脏节律是令行禁止的典范。心主血脉,心的搏动永不停息,依律而行,保证了血液循环不休,心不主令,节律不稳,恰与房颤表现类似。因此,探讨心不主令与房颤的发生,理论上具有可行性。

2 相火妄动与房颤发生

丁老师立足多年治疗心病的经验,结合现代人的体质特点,提出了心系疾病的热毒学说,对房颤的病因病机也做了详细的分析。丁老师认为,房颤发生多与心脉受扰有关,或因阴虚火旺,相火妄动,或因气阴两虚,气血不足,或因痰湿痰热上扰,使心搏紊乱。总之,房颤表现为本虚标实,基础病因是机体阴阳气血虚衰,尤其是心及血脉自身阴阳气血虚衰失调,在正虚基础上兼见火旺、痰湿、痰热、阳亢等邪实表现。房颤的诱发因素繁多,心身劳累、情绪激动、胃气上逆、大便秘结等都可诱发房颤^[6-7]。

李东垣《脾胃论·饮食劳倦所伤为热中论》说:“心火者,阴火也。起于下焦,其系于心,心不主令,相火代之。相火,下焦胞络之火,元气之贼也。”现今学者对“心火”“阴火”“相火”的阐释各抒己见。“心火

者,阴火也”,此处“心火”是指心火独盛的“心火”,非正常之火,非君主之火。而统览东垣论著,“阴火”可以是气虚君火不宁之心火、相火离位之肾火等脏腑之火,是对“火与元气不两立”火象的间接呈现^[8-9]。已有学者提出阴火上冲则心悸不安、躁热阵作;阴火浮越则怔忡闷乱、恶心想吐,引起快速性心律失常^[10]。而所谓“相火”,为“下焦包络之火”,此相火生于命门之火,与君火息息相通。虽说“相火为元气之贼”曾被张景岳质疑,但依东垣之意,脾胃气虚,阴火上冲,耗伤心之气血,则君火不主令,相火不再守位禀命、生发元气,升降不行,而生郁火,即为病理之相火,相火妄动则消灼人体真阴,进而产生病变。丹溪谓这种火为害甚暴,已非动气之火,而是食气之贼。人处气交之中,多动而少静,外界事物又时时感应于心,故君火动易而静难,因此相火亦常亢而为害。

近20年我国房颤的患病率明显升高^[11],可能与当今内外环境的变化如气候变暖、社会环境等的变化有关。气温升高,来自天气之热;嗜食肥甘厚腻、烟酒辛辣,来自饮食之热;社会节奏加快,竞争激烈,心理压力,欲念丛生,内生之热。各种热邪均导致体质乃至病因病机、疾病传变发生变化,耗气伤阴,使相火妄动,从而引发心房颤动。七情六欲之伤激起五性厥阳之火,然后煽动相火。现代研究表明,焦虑、愤怒、压力、抑郁等心理应激相关情绪是房颤的独立危险因素^[12],房颤类型、病程长短、发作频率和症状严重程度等可诱发或加重焦虑的发生发展,而焦虑会加重患者的疾病负担,影响患者的生活质量、治疗效果,并可能成为房颤发生的条件^[13]。

3 从相火立论治疗房颤

房颤诊断比较容易,治疗相对困难。房颤可导致两种严重的后果,即心功能降低和动脉栓塞。房颤的治疗目标是缓解症状、保护心功能和预防栓塞。西医控制心室率和抗凝治疗贯穿房颤治疗的全过程,可预防脑卒中、心肌梗死等血栓性事件和延缓心力衰竭的发生和发展^[14]。具有射频导管消融术指征的房颤患者应及早进行手术治疗,术后辅以中医药治疗可降低房颤的复发率、致残率及病死率^[15]。

丁老师在多年诊疗经验的基础上,运用益气养阴清火法,创建了黄芪二号方,方以黄芪、麦冬、五味子、延胡索、生地黄、黄连、青蒿、苦参、野葛根、炙甘

草为主,眠差者常用炒酸枣仁、首乌藤、合欢花、五味子、莲子心等安神定悸,胃气上逆者加木香、醋香附、枳实、厚朴、旋覆花、槟榔等理气消导,瘀阻心脉者加丹参、川芎、水蛭、当归、野葛根等活血化瘀。在治疗本病行之有效的古方中,常用诸法如治心调营卫、治肝调脾胃、补肾益命门^[16],然从相火立论治以滋阴降火、引火归元、清解少阳,临床皆可取效。

3.1 滋阴降火

林佩琴在《类证治裁》中指出:“如水亏火盛,烦躁热渴而为怔忡惊悸者,二阴煎或加减一阴煎。”《医学入门》曰:“虚热,因消烁肾水,相火炎上……心悸自汗……法当降火滋水,三补丸主之,或只清之、润之而已。”对相火医案高频药物和高频药对数据挖掘结果提示,相火理论指导治疗的主要思路以滋阴降火为主^[17]。有报道,当归六黄汤、天王补心丹、加味生脉散等治疗房颤,均取得良好的疗效^[18]。

丁老师提出房颤阴虚火旺证以当归六黄汤和酸枣仁汤加减^[6]。当归六黄汤首见于李东垣《兰室秘藏》,方中当归养血活血、养血增液以补心体,心血足则心火息,活血可使药气周流脏腑经络,生熟地黄入肝肾而滋肾阴,三药合用,使血充则水能制火;水不济火,心火熏蒸,故以黄连清泻心火,以汗为心之液也;黄芩、黄柏皆苦寒,既能清泻三焦实火,又能“苦以坚阴”治虚火。《内外伤辨惑论》说:“少加黄柏以救肾水,能泻阴中之伏火。如烦犹不止,少加生地黄补肾水,水旺而心火自降。”黄芪倍量益气固表,甘温补中,以水火交济,必赖脾土上下斡旋耳。全方养血育阴以治本,泻火清热以治标,使阴固而水能治火,热清则耗阴无由。有学者认为当归六黄汤亦是“衡”方^[19],是一张平衡调和阴阳、寒热、虚实、营卫、表里、燥湿之方。

3.2 引火归元

赵献可说:“火可以水折,惟水中之火不可以水折,故必择其同气招引归元,则火始不上浮而下降矣。”引火归元治疗包括以下三个方面,一是肾阳虚衰,相火不能固守本位,而浮游于外,治疗以四逆汤、乌梅丸、交泰丸之类。《本草汇言》说:“诸病真阳不足,虚火上升……附子乃命门主药,能入其窟穴而招之,引火归原,则浮游之火自熄矣。”二是寒伤中阳,脾胃阳虚,土虚不能伏火,土湿枢轴不利,肝郁不畅,

下焦相火浮游于上,可导致心下悸动,此时相火虽旺,体内真阴亏损尚轻,故能成痰饮,治以黄元御金鼎汤、理中汤之类,将浮游阳气随着胆、肺、胃肃降之力量回归肾水中固藏,相火安其位,心火不至过分上炎,心神便不涣散。三是肾藏真阴而寓真阳,为水火之脏,久病则肾阴阳水火失衡而致虚火上浮诸症。《医学心悟》说:“当用辛热杂于壮水药中导之下行,所谓导龙入海引火归原。”在大量的壮水养阴药中加入少量的引火归元药,张景岳镇阴煎、陈士铎引火汤、费伯雄潜龙汤可为规范,使阴阳互生,阳得阴则可潜伏于下,阴得阳则泉源不竭。

如在引火汤中,大剂量熟地黄、麦冬、五味子为“大水”,而巴戟天为“火”,用巴戟“取其引火,又足补水,肾中无干燥之虞,咽喉有清肃之益,此巴戟所以胜附、桂也。”就是火入水中,水火既济;水下趋,火不得不随,增茯苓前导,则水火同趋,共安肾宫。或加用砂仁,该药一可醒脾调胃,引火下行需赖脾胃为之斡旋,二可下气,引诸药归元。交泰丸中黄连与肉桂,一阴一阳,一清一温,一心一肾,二药寒热相伍,体现清温并用之法,功能清心除烦、引火归元、交通心肾,恰对心肾不交之心悸病因病机,故疗效显著。网络药理学研究表明交泰丸可能通过调控细胞代谢、降低氧化刺激、改善血管重塑等治疗心律失常^[20]。

3.3 清解少阳

少阳枢机不利产生的相火妄动会扰动心君之安宁,出现情志异常,如小柴胡汤证之心烦,柴胡加龙骨牡蛎汤证之胸满烦惊等。少阳经气不利,枢机失调,则阴阳出入障碍,表现为病作有时,此可作为运用小柴胡汤的重要指征^[21],而房颤发作亦表现为休作有时,文献报道,以小柴胡汤、柴胡加龙骨牡蛎汤可减轻阵发性房颤^[22]。

邪入少阳,相火上炎,因惊而悸,甚者心虚烦闷,坐卧不安,柴胡加龙骨牡蛎汤主之。小柴胡之半量和解少阳,和胃降逆,配桂枝通达郁阳,配黄芩清少阳之热,辅大黄之勇,开阳明之合,泄胸下停积的相火化生之热与土气瘀滞之湿。配龙骨牡蛎铅丹重镇定惊,因铅丹有毒,现多用磁石或赭石代替,龙骨、牡蛎藏精聚神以蛰阳根,阳降根深,则魂谧神安,惊悸不作矣。因郁滞所生之郁热得以清散,相火得以蛰

藏,神宇清宁,心悸遂止。柴胡汤类方正是通过调控少阳枢机来调整人体气机紊乱,从而治疗相火妄动所致的气病、水病、火病等。

4 病案举例

验案1:男,74岁,2023年4月11日初诊。患者因“心慌”行心电图,示房颤,动态心电图示:①心房颤动,有时伴差传,最长R-R间距2 552 ms;②ST未见明显异常改变,T波有时低平。现症见:心慌,胸闷、活动后明显,全身乏力,口干渴,无胸痛,纳眠可,二便调,舌红苔薄白边有齿痕,脉三五不调。西医诊断:持续性房颤;中医诊断:心悸(气阴两虚)。处方:生黄芪30 g,麦冬12 g,五味子9 g,生地黄12 g,黄连9 g,野葛根15 g,丹参15 g,川芎15 g,水蛭9 g,当归12 g,白芍12 g,莲子芯9 g,茯苓15 g,炙甘草9 g,桂枝12 g,14剂,水煎服,日1剂

2023年4月25日二诊:服上方后体力较前明显好转,仍有活动后心慌,气短,下午偶有胃疼,无反酸嗝气,纳眠可,二便调,舌红苔薄黄,脉沉细。诊断:持续性房颤;胃炎。处方以黄芪二号方加减:黄芪30 g,麦冬15 g,五味子9 g,延胡索15 g,生地黄12 g,黄连12 g,青蒿15 g,苦参9 g,野葛根15 g,炙甘草9 g,黄芪12 g,葶苈子30 g,木香12 g,山楂9 g,生牡蛎15 g,人参15 g,14剂,水煎服,日1剂。

2023年5月9日三诊:患者自述服药期间症状明显改善,但因工作与人争吵生气后心慌胸闷明显,心烦,头晕,大便质干,舌红苔黄腻,脉三五不调。处方:二诊方加丹参15 g、水蛭6 g、党参15 g、当归12 g、赤芍12 g、郁金12 g。后随访患者,服药后心烦、头晕较前减轻,体力较前明显改善,仍偶有心慌、胸闷,嘱患者服药期间起居有时,生活规律,忌生冷、油腻、辛辣之品,情绪稳定。继续服三诊方加减。

按:本病属于中医学心动悸范畴,丁老师辨证为气阴两虚证。阴血不足,心神失养不能温养心脉,故脉三五不调。治以益气养阴,通阳复脉。该患者为持续性房颤,常规服用抗凝药物,本次治疗以缓解临床症状为主,并控制心室率。

方中重用黄芪补气为君药,丁老师认为,补益剂中以人参最洪,但人参性热,多用易助内热,西洋参虽性平,但多用患者也易出现火热之象。黄芪一药补气不助阳,量大亦无助内热之虞。黄芪针对本病,一般为君药,因此量应该较大^[23]。麦冬、生地黄、炙

甘草养阴生津为臣药。麦冬归心经,能养心阴,清心热,并有除烦安神之功效,《本草汇言》记载麦冬“清心润肺之药,主心气不足,惊悸怔忡,健忘恍惚,精神失守”;炙甘草补气健脾,复脉养心,《伤寒论》曰“伤寒脉结代,心动悸,炙甘草汤主之”;生地黄滋阴养血,充脉养心,炙甘草、生地黄二药并用,益气养血以复脉之本。气虚运血无力,病久引起血瘀证,故方中加入丹参、川芎、水蛭、当归、野葛根等大量活血药为佐药。丹参,归心经,药性缓和,祛瘀而不伤正。现代药理研究表明,丹参及其活性成分具有抗凝、降脂、抗血栓形成、抗炎抗氧化应激、降压、保护心肌细胞、减少心肌细胞凋亡率、保护血管和促进血管扩张、改善线粒体功能障碍和微循环、防治心室肥大等作用^[24]。川芎,活血行气,被誉为“血中之气药”,具有祛风止痛、行气开郁、活血化瘀之功。药理学研究发现,川芎主要成分为川芎嗪,具有抗氧化损伤、清除氧自由基、钙拮抗、抗炎等药理作用,能够减慢心率,改善冠状动脉供血和心肌代谢,增加心肌收缩力^[25]。丁老师喜用水蛭,在于水蛭活血通络之力较为峻烈,《本草纲目》记载水蛭“逐恶血、瘀血,破血痕积聚”。张锡纯说:“水蛭……原为噬血之物,故善破血。”药理研究发现,水蛭有效成分为水蛭素、肝素、抗血栓素,具有改善血液流变、调节脂质代谢、保护血管内皮、消退动脉粥样硬化斑块、增加心肌流量等作用,可预防血栓形成,预防溶解血栓后或血管再造后血栓的形成,在治疗冠心病心绞痛方面疗效确切^[26]。配合当归,养血活血,增强补血之力。因病位在心,丁老师喜用莲子芯来清心安神,药理学研究证明,莲子芯主要活性成分生物碱类成分具有抗氧化、保护血管内皮细胞、抑制瘢痕成纤维细胞增殖等生物活性^[27]。野葛根具有活血滋阴的作用,茯苓宁心安神,加强疗效。五味子甘以益气,味酸生津,丁老师常与人参、麦冬同用,组成生脉散,增强益气生津的作用。丁老师点睛之处在于桂枝一药,桂枝辛行温通,温心阳,通血脉,诸厚味滋腻之品得桂枝则滋而不腻。诸药合用,滋而不腻,温而不燥,使气血充足,阴阳调和,则心动悸、脉结代,皆得其平。二诊中气虚得补,精神转振,方中加入葶苈子泻肺利水,药理研究发现葶苈子也有强心作用^[28]。加入木香理气止痛,以缓解脾胃气滞之胃脘疼痛之症。脾胃气滞日久化火,湿热阻于中焦,故用黄连清胃火,除中焦

湿热。牡蛎不仅重镇安神且制酸止痛。三诊中患者生气后肝郁化火,结合患者舌脉,已出现热象,用苦寒之郁金,不仅行气解郁且凉血清心,抓住病机,疗效甚佳。

验案2:男,52岁,2018年9月18日初诊。主诉:阵发性心悸3年,加重伴前胸隐痛2个月。患者3年前白天劳累及大量饮酒,夜间睡眠过程突发心悸而惊醒,自测心率120次以上,且心律紊乱,于急诊行心电图示房颤,予可达龙静滴后约3h转复窦性心律;之后3年反复发作,每年大约发作4~5次,多于夜间突然发作,每次均需可达龙持续静脉滴注转复窦性心律。近2个月来劳倦过度,发作较前频繁,几乎每周均发作,末次发作持续静脉滴注可达龙6h后转复窦性心律,心内科建议行射频消融术,患者顾虑较多,转求中医诊治。症见:阵发性心悸,时有前胸隐痛,房颤多于夜间发作,平素活动后时有心慌、乏力,活动耐力差,时有气短,动则多汗,夜间有盗汗,纳少,眠差,入睡困难,夜眠约4~5h;大便可,夜尿3~4次。血压140/90 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),查舌暗红,苔黄略厚,脉细弦。辅助检查:①发作时心电图:心房颤动,ST-T改变;②平时心电图:窦性心律,T波低平,心率每分钟约60次;③心脏彩超:二尖瓣、三尖瓣轻度返流,左房增大,既往有慢性胃炎病史。西医诊断:阵发性房颤;中医诊断:心悸,阴虚火旺。治则:益气养阴,清热泻火。予当归六黄汤加减:生地15g,当归12g,黄连12g,黄芩12g,黄柏15g,黄芪30g,肉桂6g,连翘15g,蒲公英15g,生牡蛎15g,炒酸枣仁30g,首乌藤15g,合欢花15g,柏子仁15g,山茱萸9g,水蛭6g,红花12g,炙甘草6g,水煎服,日1剂,服14剂。

2018年10月2日二诊:患者服药半月内未再出现心慌,偶有活动后气短,乏力、气短缓解,仍有多汗,纳少,夜眠差,偶有憋醒,夜尿频,舌红苔薄黄,脉弦缓。上方加五味子12g、浮小麦30g,生牡蛎改为30g,继服28剂。

随访半年,仅发作1次房颤,持续约半小时,自行转复。

按:患者中年男性,追溯病史,长期工作劳累、熬夜,耗气伤阴,大量饮酒后助湿生热,正如“脾胃气虚,则下流于肾”,水谷不化,湿气下流,气机郁闭,致使真阳相火病理性亢奋,君火无以制约,诱发房颤。

故以当归六黄汤加减育阴以潜降阴火,方中三黄用量较重,并加连翘、蒲公英以清热降火,肉桂以引火归元,牡蛎清热益阴、敛阴潜阳。房颤的治疗中,需关注夜间睡眠,心神得养,则心主血脉作用亦能正常发挥,炒酸枣仁、首乌藤、合欢花养心安神,心悸可缓;患者伴心前区隐痛,房颤发作时心电图显示心肌缺血程度加重,故加水蛭、红花以活血化瘀。全方补益心气,滋养心阴,使阴火得降,心脉得通,故心慌未作,伴随诸症减轻。二诊诸症减,仍有乏力多汗,汗为心之液,故加五味子12g、浮小麦30g,夜眠仍差,生牡蛎加量改为30g,以巩固疗效,预防心慌再作。

5 结束语

房颤的辨治需抓住其本质,灵活遣方用药,有的放矢地充分发挥中药的优势和潜能,从相火论治不失为治疗房颤的新思路,清相火,安心神,通血脉,丁老师用药不多,但组方有序,思路清晰,值得师法。

【参考文献】

- [1] 中华医学会心血管病学分会,中国生物医学工程学会心律分会. 心房颤动诊断和治疗中国指南[J]. 中华心血管病杂志,2023,51(6):572-618.
- [2] 冯光玲,邹强,李欣欣,等. 心房颤动发病机制的基础研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2022,24(6):2255-2263.
- [3] 王伟平,董玉江,高红梅. 心房颤动的中医诊疗进展[J]. 中国中医急症,2021,30(8):1494-1496,1500.
- [4] 丁书文. 房性早搏症候群[J]. 山东中医杂志,2015,34(1):64.
- [5] 李进,李春岩,贺琳,等. 史载祥治疗冠心病房颤经验总结[J]. 中华中医药杂志,2018,33(9):3948-3951.
- [6] 丁书文. 心房纤颤的辨证施治[J]. 山东中医杂志,2017,36(1):54-55.
- [7] 邹家铭,王宁,李运伦,等. 全国名中医丁书文益气活血解毒法治疗心房颤动的处方用药规律挖掘[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2020,22(12):4094-4102.
- [8] 白建英,张秀芬,杨贵真,等. 李东垣《脾胃论》“阴火”理论探讨[J]. 中华中医药杂志,2018,33(10):340-342.
- [9] 邱佳慧,纪立金. 论“火与元气不两立”[J]. 中华中医药杂志,2018,33(4):1297-1299.
- [10] 仇玉平,郭伟星. 快速性心律失常从“阴火”论治[J]. 中医学报,2017,32(6):975-977.
- [11] 赵志宏,张邢炜. 中国心房颤动流行病学调查20年[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志,2023,37(3):232-235.
- [12] 王玲琳,石少波,杨波. 心理应激和心房颤动[J]. 中华

- 心血管病杂志,2019,47(2):161-163.
- [13] 赵薇,陈芸霖,殷跃辉. 焦虑与心房颤动相互作用的研究进展[J]. 心血管病学进展,2021,42(2):123-127.
- [14] STAERK L,SHERER J A,KO D,et al. Atrial fibrillation: epidemiology, pathophysiology, and clinical outcomes[J]. *Circ Res*,2017,120(9):1501-1517.
- [15] 唐巧林,瞿惠燕,刘文锐,等. 周华教授基于分期辨证论治心房颤动的经验[J]. 中国医药导报,2023,20(9):123-126.
- [16] 陈光,王阶. 心悸之房颤辨治方论[J]. 中华中医药杂志,2018,33(4):1272-1274.
- [17] 李哲宇. 相火理论及古今医案研究[D]. 南京:南京中医药大学,2014.
- [18] 鲁月凤,薛一涛. 当归六黄汤治疗心悸举隅[J]. 山东中医杂志,2014,33(2):151-152.
- [19] 刘爱平,颜志清,江训猛. 何晓晖运用当归六黄汤临床经验[J]. 江西中医药,2015,46(1):19-21.
- [20] 常燕,林建国,李成,等. 基于网络药理学及分子对接探讨交泰丸治疗心律失常的作用机制[J]. 世界中医药,2021,16(13):1948-1953,1959.
- [21] 张玉芹. 小柴胡汤与病作有时[J]. 江西中医药,2005,36(5):45-46.
- [22] 刘汝峰. 疏解少阳治心房纤颤[J]. 四川中医,1991,9(2):28-29.
- [23] 焦华琛,李运伦,李晓,等. 丁书文教授治疗胸痹用药经验[J]. 中医临床研究,2014,6(19):67-68.
- [24] 单晓晓,洪帮振,刘洁,等. 丹参化学成分、药理作用、临床应用的研究进展及质量标志物的预测分析[J]. 中国中药杂志,2021,46(21):5496-5511.
- [25] 张晓娟,张燕丽,左冬冬. 川芎的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药信息,2020,37(6):128-133.
- [26] 王懿,刘金瑛,刘树权. 水蛭治疗心脑血管疾病作用机制的研究进展[J]. 中国医药导报,2021,18(7):47-50.
- [27] 施继尧,王蒙,吴弢. 莲子心的化学成分及生物活性研究进展[J]. 中医药导报,2018,24(21):105-108.
- [28] 孟祥凤. 葶苈子化学成分及药理作用的研究进展[J]. 黑龙江科技信息,2013(34):71,63.

(上接第812页)

- [15] HUANG C,WANG Y,LI X,et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China[J]. *Lancet*,2020,395(10223):497-506.
- [16] CHEN N,ZHOU M,DONG X,et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study[J]. *Lancet*,2020,395(10223):507-513.
- [17] WYPYCH T P,WICKRAMASINGHE L C,MARSLAND B J. The influence of the microbiome on respiratory health[J]. *Nat Immunol*,2019,20(10):1279-1290.
- [18] MJÖSBERG J,RAO A N. Lung inflammation originating in the gut[J]. *Science*,2018,359(6371):36-37.
- [19] 郑秀丽,杨宇,唐洪屈,等. 从肺与大肠的特异相关性探讨“肺与大肠相表里”[J]. 中华中医药杂志,2013,28(5):1492-1495.
- [20] 胥靖域,顾三元,王菊,等. 从肺肠微生态角度探讨“肺与大肠相表里”[J]. 中医药临床杂志,2014,26(9):881-885.
- [21] 付钰,刘寨华,王宝凯,等. 针刺从肺肠论治对支气管哮喘患者肺功能的影响[J]. 中国中医基础医学杂志,2014,20(3):364-367.
- [22] 赵琪,陈晟,王军,等. 电针治疗便秘对肠肺证候的影响及其相关性研究[J]. 中国针灸,2014,34(10):941-945.
- [23] 易向明. 哮喘发作伴大便异常的观察及临床意义[J]. 四川中医,1995,13(3):7-8.
- [24] 谭程,张昶,高丹,等. 从肺肠论治针刺对支气管哮喘患者生命质量的影响[J]. 中国针灸,2012,32(8):673-677.
- [25] 孙学刚,黎春华,吕志平. 肝主疏泄与肝窦内皮功能关系探讨[J]. 中国中医基础医学杂志,2010,16(5):373-375.
- [26] 冯天骄,武蕾,侯硕,等. 中医外治法治疗支气管哮喘临床研究进展[J]. 中医学报,2019,34(12):2563-2569.
- [27] 刘芳英,黄海茵,姚亮,等. 中医外治法在支气管哮喘治疗中的临床研究概述[J]. 临床肺科杂志,2015,20(7):1315-1318.
- [28] 张昶,谭程,王军,等. 基于“肺与大肠相表里”理论观察针刺对支气管哮喘患者外周血EOS、ECP的影响[J]. 上海针灸杂志,2013,32(5):321-324.
- [29] 王宝凯,付钰,袁之林,等. 针刺对过敏性哮喘大鼠肺组织SP-AmRNA表达的影响[J]. 临床误诊误治,2014,27(6):112-115.

门九章“功能态”诊疗思想溯源及探析

郭 栋, 于智玥, 陈双超, 王金金 指导: 门九章

(山西中医药大学, 山西 太原 030024)

[摘要] “功能态”学说是山西门氏杂病流派代表传承人门九章提出的诊疗思想。学习应用“功能态”诊疗思想不可死板对应, 要重点把握疾病发展的趋势, 综合判断阴阳失衡的程度。通过对“功能态”思想探源, 明确其定位有益于补充和完善目前的辨证思想。同时, 分析门九章临证经验, 梳理其辨证要领、思路, 总结其治疗纲领和用方, 形成相对结构化的认识, 可对临床使用提供帮助。

[关键词] 门九章; 功能态; 大病以胃; 特象特征

[中图分类号] R249.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0883-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.018

The Origin and Analysis of “Functional State” Diagnosis and Treatment Thought of MEN Jiuzhang

GUO Dong, YU Zhiyue, CHEN Shuangchao, WANG Jinjin Mentor: MEN Jiuzhang

(Shanxi University of Chinese Medicine, Taiyuan 030024, China)

Abstract The theory of “Functional State” is the diagnosis and treatment thought put forward by MEN Jiuzhang, the representative inheritor of MEN’s School of miscellaneous diseases in Shanxi province. Learning and applying the thought of “Functional State” should not be rigid. It is crucial to focus on grasping the trend of disease development and comprehensively evaluate the degree of imbalance between yin and yang. Through the exploration of the origin of “Functional State”, clarifying its positioning is beneficial to complement and improve the current dialectical thought. At the same time, a relatively structured understanding will be formed by analyzing the clinical experience of MEN Jiuzhang, sorting out the syndrome differentiation essentials and ideas, and summarizing its treatment guidelines and prescriptions, which will be helpful for clinical application.

Keywords MEN Jiuzhang; Functional State; serious illness is based on stomach qi; special images for special syndromes

山西门氏杂病流派是国家中医药管理局确定的

[收稿日期] 2023-04-14

[基金项目] 山西省中医药科研重点研究计划(编号:2023ZYAA 030)

[作者简介] 郭栋(1989—), 男, 山西忻州人, 2020年硕士研究生, 研究方向: 杂病方证经验研究。邮箱: dardinguo@163.com。

首批国家级中医学术流派, 门九章老师作为流派学术带头人, 在多年临证过程中形成并提出了“功能态”学说。然而, 当下对门氏“功能态”学说的讨论相对单一, 缺乏逻辑梳理与对临证运用的具体指导, 本研究结合门九章老师临床经验, 对“功能态”诊疗思

想梳理辨析,管窥其在杂病诊疗过程中的部分要义,以期发起对此学说的探讨。

1 “功能态”学说梳理辨析

“功能态”学说指出,中医“证”的本质是人体患病下的功能状态,辨证就是辨功能状态,门九章将功能状态分为五种,即不足态、衰微态、不调态、阻滞态、失常态,这五种状态统称为“功能五态”^[1]。实际上,“功能五态”学说最初是为满足教学需要便于学生理解记忆提出的,五种状态既有尚不完善的部分,也有相互重叠的情况,门九章老师对此已作出解释和说明^[2]。同时,既然辨证就是辨功能状态,那“功能态”学说与既有的中医辨证有何联系与区别?“功能态”学说在临证过程中如何运用?现有的讨论对这两个问题的回答尚待明确。

1.1 “功能态”学说探源

“功能态”并非无源之水无本之木,探源“功能态”学说是对其客观认识的前提。“功能态”学说是门九章老师从疾病认知的层面对辨证论治体系和“证”本质研究的梳理与总结。“证”是对疾病发展过程中某一阶段病理属性的概括,然而纵观现有的主流辨证体系,无论是八纲辨证、脏腑辨证,还是卫气营血辨证等,更注重描述证的属性特征,而忽视对其本质的说明。同时,这些辨证方法关注的证候特征相对静态,容易忽视患者在当下疾病状态中所处的发展趋势。“功能态”学说正是在注意到这一问题后经过临床打磨逐步形成的。

门氏杂病流派推崇仲景经方,受《伤寒杂病论》中诊疗思想尤其是六经辨证体系的影响较深。中医界对三阴三阳内涵的解读历来存在不同见解,从阴阳量的角度入手是较主流的一种^[3],然而,这一角度的关注重点依然停留在相对静态的结果上。《黄帝内经》对健康的描述很多,“阴平阳秘,精神乃治”是影响颇广的一句,描述的正是阴阳之间动态平衡的过程^[4]。“功能态”学说在此基础上,从病因、病机的

角度思考,认为内伤杂病宏观上不离阴阳相互作用与转化的失常,并以此动态过程为抓手辨证论治。

因此,对“功能态”学说需要准确定位,它是一种辨证思路,但绝非独树一帜的全新体系,而是对其他辨证体系的逻辑补充,与其他辨证论治方法互为补充,构建起较为完整的辨证论治体系。

1.2 “功能态”辨证要领

辨“功能态”就是辨证,有必要对“功能态”辨证要领作出分析。“功能态”学说的辨证要领,简言之就是把握阴阳相互作用的势。

这里所说的阴阳,是广义、统一的阴阳。受现代科学分析还原思维的影响,今人学习中医,虽不断强调对立统一关系,临证却难免用线性思维将阴阳对号入座,使之成为一对互相对立的概念。“功能态”学说强调,阴阳是一对不可割裂的统一概念,具体体现在“功能态”学说关注的阴阳范畴与《中医基础理论》的细微差别。《中医基础理论》中将事物阴阳属性划分为上下、寒热、内外等成对的概念(见表1),强调属性之间的对立关系,而“功能态”学说则更关注阴阳互根的概念^[5]。例如,正邪就是“功能态”学说关注的一对核心阴阳概念,关系中的任何一方都在不断与另一方相互作用,任何一方都不能离开另一方单独存在。

在人体系统中,正就是向健康方向发展的趋势,邪就是向疾病方向发展的趋势,中医看到的疾病实际就是两种趋势相对不平衡的宏观外在表现。在此背景下,我们可以从两个维度重新理解“功能五态”。一方面不足态和衰微态关注的是静态的正邪的量,不足态作为所有疾病的基础,描述的是整体正弱于邪的相对稳定状态;衰微态描述的是正邪极不平衡的相对稳定状态。另外三种状态关注的是动态的正邪相互作用过程,不调态描述的是正邪相互作用过程受阻的初期阶段;阻滞态描述的是正邪相互作用过程明显受阻的阶段;而失常态则反映正邪相互作用

表1 《中医基础理论》中对事物阴阳属性的归类

属性	空间		时间	季节	湿度	亮度	事物运动状态			
阳	南	左	天	昼	春夏	干燥	明亮	兴奋	上升	亢进
阴	北	右	地	夜	秋冬	湿润	晦暗	抑制	下降	衰退

用这一过程失控的状态。经过如上分析,不难理解“功能五态”分类的局限与不足。

通过明确“功能态”学说辨证要领,则患病下的功能状态实际只有不调态、阻滞态(危急态)、失常态三种。三种状态的区别是正邪相互作用过程中的趋势不同,可以用如图1所示杠杆结构帮助理解:用杠杆的运动比喻人体阴阳或正邪的运动,“功能态”辨证关注的重点在杠杆的支点,其次才是杠杆的两端,辨证的关键是看杠杆转动的角动量,即转动的剧烈程度。当杠杆出现不平衡,但转动的程度不剧烈,就是不调态,需要进行轻微的纠偏;当杠杆转动的程度十分剧烈,转动的趋势十分明显,不管当下杠杆的倾斜角度是怎样的,都应当机立断,急下重剂,以防不测,这就是危急态;当杠杆始终无法保证相对的稳定,围绕支点一直做超出正常幅度的摆动,就是失常态。从阴阳相互转化的角度详参阴阳相互作用不同趋势的原因,就是相互转化是否顺畅,由此能够理解危急态和阻滞态的实质是相同的。

疾病的严重程度,是通过杠杆的倾斜角度反映的,是当下患者相对静态的表现。这就可以解释为什么有的患者疾病表现严重,病程缠绵,临床却可方精药简,四两拨千斤;有的患者病情看似不严重,却须用重剂得以中病。

同时,必须认识到人体作为一个与外界相对独立又息息相关的系统,时刻受外界环境的影响,且决定不同患者杠杆转动趋势的因素各有不同,就必须扩展需要采集的四诊信息以方便整体判断,尤其是

望诊、问诊,不仅要收集疾病有关的信息,也要将教育背景、性格特征、饮食偏嗜、营养状态等扩充进来,甚至还要通过现代医学检测结果了解发育情况、病灶所在等信息^[6]。

1.3 “功能态”辨证思路

运用“功能态”学说辨证治疗,就是要先考虑杠杆的角动量,再结合杠杆的倾斜角,合理处方用药,使杠杆状态相对稳定、平衡。判断功能状态,就是要判断患者刻下正邪相互作用与转化的“势”。如同角动量的计算关注速度,想要考察“功能态”关注的“势”,就需要从病情变化的程度和对应时间两个维度分析。观察门九章临床运用“功能态”思想辨证,可简单总结以下四个重点关注点。

第一,关注病情发展,初辨三态情况。通过详细问诊,关注患者主要症状的发展速度,以及初次发病至今的病情加重情况。若患病以来主要及伴随症状相继缓慢出现,病情无明显大幅度改变,往往患者当下处于功能不调态;若患者发病后即出现明显典型症状且症状强度持续较高,往往患者当下处于功能危急(阻滞)态;若病情反复,时好时坏,甚至呈现周期性,往往对应功能失常状态。

第二,关注病位传变,兼顾祛邪通路。详细了解患者患病后的病位传变,关注是否符合由表入里、由浅入深、由阳入阴的传变情况,当下是否正处于转变过程,以及转变过程中病情变化的速度。若患者病位一直发生上述转变,意味着正邪作用中,相互作用的趋势始终指向邪的方向,且传变越快,病势越重。

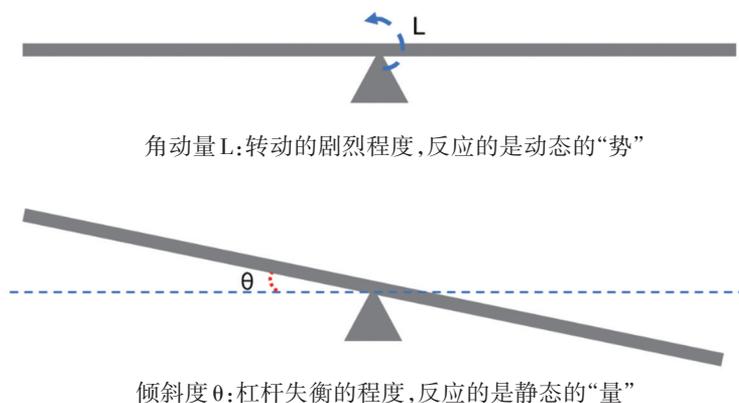


图1 借助杠杆结构理解“功能态”学说

此时需要着重注意玄府、前后二阴三条祛邪途径的通畅,予以必要干预。

第三,关注舌脉变化,考量正邪量比。舌脉是“功能态”学说在诊断中的关注重点,门九章老师坚持多年用数码照片记录门诊患者舌象情况,通常可以通过观察舌润燥变化,舌苔的颜色、厚度变化,舌下静脉的颜色粗细变化获知患者病势,衡量治疗效果。门氏以舌质淡、舌红、舌暗三者为辨证要点,淡者表示正虚为主,红者表示正气不虚,暗者则表示邪气阻滞明显,虽苔有厚薄、润燥、腻腐等区别,但门氏以察看苔之厚薄为重点,用以判断胃气有无,以腻腐为补充,以判断邪气之轻重。脉象多以浮、沉、弦、细、数、缓为基本判断指标。如果患者见脉沉、脉弱,则说明病程较长,病情相对稳定;如果患者见弦脉,则表明正邪作用僵持,或者由于气血阴阳失调,致脉气紧张,都是不调态的表现;若患者见脉数、脉微或脉弦滑,结合其他关注点的情况,往往预示患者处于危急(阻滞)态。

第四,关注饮食、睡眠情况。饮食情况是“功能态”辨证的特色关注点,也是门氏“大病以胃”思想在辨证中的具体体现。若患者尚能进食,或饮食未受明显影响,则表明胃气尚有力与邪气抗争;若出现纳呆、食欲偏差的情况,预示患者处于邪盛正衰的情况;若食欲大减,甚至完全无法进食,则预示胃气将绝,若此时再现四肢厥逆、精神淡漠等,则表明患者全身功能状态衰退甚至衰微的危急(阻滞)态。在以非睡眠障碍为主症进行就诊的情况下,睡眠情况常常可以作为重要的辅助鉴别。其中,患者睡眠情况尚好或轻微影响,加之全身基本病情稳定,则表明病情尚轻,处于不调态;若患者睡眠受到严重影响,或是不寐,或者嗜睡,伴祛邪途径的不通,或肺气、胃气的将绝,则表明患者已处于阻滞态(危急态);若睡眠时好时坏,受情绪、环境等因素影响较大者,则提示该患者处于失常态。

1.4 “功能态”治疗纲领

“功能态”学说的整体思路是从阴阳相互转化的角度,从病因入手,澄源正本,首先保证阴阳相互转化畅旺,继而针对已有的阴阳不平衡状态进行适当纠偏。在长期的实践中,确立了大病以胃、温通为

用、特象特征的治疗纲领。

大病以胃一直是门氏治疗的核心理念。这里的“大病”指的不仅仅是危重症,“大”是从广义、文化的角度对时令和急性病以外疾病的统称。这里的“胃”有两层含义。第一,源自《素问·平人氣象论》:“平人之常气禀于胃,胃者平人之常气也,人无胃气曰逆,逆者死。”^[4]胃,即胃气、常气。“功能态”学说对“胃气”的解释是:秉之于先天,行之于后天,生生不息的脏腑生命源动力。这个解释实际上更接近于“常气”,之所以叫胃气,应是古人最朴素的认知,饮食是人与生俱来的本能,饮食正常,水谷精微就能不断得到补充,抗病的能力就能得到不断加强。第一层含义就是,患者饮食消化的水平是衡量功能状态的重要考察点。第二,阴阳相互转化过程的不顺畅是疾病的原因,解决问题的着眼点就应该在阴阳相互转化的交汇或枢纽。从五行来看,脾土正是阴阳升降的枢纽,从位置来看,脾胃也与人体和外界主要的物质交换场所直接相连^[7]。通过调节脾胃,使脾胃功能运转畅旺,能够以点带面,一子落而满盘活。

以“功能态”学说辨治的最终目的就是实现阴阳相互转化的畅旺,简言之就是以通为用。之所以强调温通,有两个原因:第一,纵观八法,以通为用不过两条思路,一是疏泄,一是温通,而疏泄手段容易伤及胃气,故不优先考虑;第二,今人生活优渥,但营养不均衡现象比比皆是,在临床中的直接表现就是患者少见舌苔薄净,或多或少存在中焦脾胃功能不足,甚至内生痰湿,需要温化。同时,酷暑易得清凉,为求爽快大多贪凉,严冬不缺温热,更有甚者主动食冷。门九章老师由此提出“小寒甚于毒”的观点,这里的“小”类似于“虚邪贼风”中的“虚”和“贼”,强调的是不经意间程度较轻的侵袭会成为重大疾病不可忽视的隐患。

中医观察疾病,关注的是“象”这种对疾病现象的总体表述,与现代医学关注的客观身体指标有明显区别,这也是取类比象的前提。“象”不同于单一的症,相对抽象,既包含细节特征记录,也有宏观整体感知。门九章教授指出,中医临床思维就是从“象”到“证”的过程,经历了多“象”聚“证”和类“象”分“证”^[1]。前者完成了具象的过程,后者则是按“象”

的分类概括出不同证型的过程。这种概括方便了鉴别、理解和记忆,但容易有过分概念化、轻易对号入座

的缺点,因此,必须以“特象特征”进行补充。特象特征是在长期实证观察中积累得到的对某类疾病规律的高度总结,之所以称“特”,是因为这类规律的特殊性和独有性,它是客观存在而不可忽视的。事实上,方证经验的客观支撑,正是特象特征。张仲景在《伤寒论》中就已广泛深入运用特象特征,每篇提纲就是对该经病的高度规律性概括,很多经方也

2 “功能态”临证处方用药

同样能找到其方证的高度规律概括。在确定“功能态”思想整体治疗思路和治疗纲领的基础上,“功能态”学说在临床中的处方用药形成了一套相对稳定的体系,可以从基础用方、纠偏用药、特象特征经验三方面梳理。

2.1 基础用方及纠偏用药

在长期运用“功能态”思想诊疗的临床实践中,门九章老师对功能不调态选取了小儿异功散为核心基础方。钱乙《小儿药证直诀》中异功散方义直言“温中和气”^[8],但钱乙对此方的应用停留在强健脾胃有所局限,实际上,将此方当作运转中焦枢纽、调节气机的基础方则妙用无穷。

门九章以此方为基础,若遇不调态患者邪实明显需要祛邪时,则加味香砂六君子汤;若遇正虚恐内生邪实者,则此方又可变为参苓白术散;若遇老年人功能不调,且多有肺系表现者,又可加紫苏子、款冬花为门氏益肺汤;若遇内寒已现者,即变为理中汤以改变治疗重点;若理中汤使用时已有邪实内蕴,则将香砂六君子汤变生姜为干姜去大枣成门氏香砂理中汤;若病情有典型情志因素影响,甚至出现病情阴阳错杂有向失常态转化趋势者,则引入小柴胡汤、四逆散、逍遥散,作联合方组使用。

在危急(阻滞)态处方用药中,则根据正邪虚实不同,急用承气类、四逆辈方先缓病势,再结合不调态治疗思路。

在失常态处方用药中,除了遵照《伤寒论》思想,多用柴胡类方调整少阳枢机,在治疗许多属于失常态的过敏性疾病和免疫性疾病的过程中,由四妙勇安汤切入再纳黄芪,形成门氏保元汤,扶正培元,标

本兼顾,走表可营养皮肤,入里能升提胸中大气,时刻顾护人之宗气;若邪入血分,则加入茜草、女贞子、墨旱莲等,凉血养阴止血;若邪郁滞体表,又兼里邪内盛,服诸药纠偏不效者,常用桂枝芍药知母汤化裁。

2.2 特象特征经验

特象特征是方证经验的高度凝练,临床用之往往效果显著,遇典型特象特征常可跳过前序辨证,直接使用特方特药,也帮助医生在相似的方证中抓住鉴别点。门氏中医临床中以功能态为前提,以辨方证为核心,以辨药证为补充,方证和药证的确定都贯穿“特象特征”的思想。如异功散是功能不调态的基础用方,异功散方证对应的是不调态的主证,在此基础上若现尺脉沉、夜尿频等情况,则可定位该患者为“肾气汤方证”,此时尺脉沉、夜尿频即为肾气汤方证的特象特征;若在异功散方证基础上现苔厚、腹胀表现突出者,则定该患者为“香砂六君子方证”,此时腹胀、苔厚则为该方证的特象;若在异功散方证基础上再现泄泻、苔白或苔腻、脉细的情况,则判定该患者为“参苓白术散方证”,此时泄泻、苔腻为该方证的特象。

药证经验往往针对患者兼证。如患者伴不寐的情况,常常在基础方证中加入怀牛膝、远志;若伴有心烦的情况,则合栀子豉汤;若现便秘的情况,则入紫苏子、枳实;若便秘兼苔白厚,则入紫苏子、枳实、麻子仁、全瓜蒌;若腹泻现尺脉沉,则入芡实、黄芩;若疲乏严重者,又常入黄芪;若汗多者,则常加五味子,但此时需察看舌脉情况,若汗多现苔厚、脉有力者,则表明邪气较重,五味子则不适宜,因其收敛之性太重,容易敛邪。

3 “功能态”临证验案举例

患者女,34岁。2020年5月18日首诊时主诉持续失眠半年之久。患者于产后1个月开始失眠,刚有症状,即求助中医,然而近半年服药,均毫无效果。问诊得知,患者产后相对出血较多,又脉沉微细,舌淡苔薄,饮食、二便正常。判断功能状态阴阳不足,整体亏虚,予归脾汤加味:白术10g,当归10g,白茯苓10g,黄芪10g,龙眼肉10g,远志10g,炒酸枣仁30g,合欢皮10g,首乌藤10g,木香6g,炙甘草6g,

人参6g,生姜3片,红枣4枚。7剂,水煎,日1剂,早晚温服。

1周后二诊:前方竟毫无效果,随诊带来近5个月所服药方,细审前医诸方,有归脾汤加减、酸枣仁汤加味、柏子养心汤加味、天王补心丹加味。详细问诊,四诊信息基本与一周前无异:脉沉细微,舌淡苔薄白,口不渴,失眠近半年来,频打瞌睡,但即使卧床,唯心中烦闷,难以入眠。辨不得法时,突想起少阴病提纲:少阴之为病,脉微细,但欲寐。遂处四逆汤3剂,以观后效:制附子6g、干姜6g、炙甘草6g,水煎,日1剂,早晚温服。

二诊后再无音信,直至3个月后携幼子就诊,方知服四逆汤1剂后有睡意,2剂后可安睡3h,3剂后恢复如初。近3个月无失眠情况。

按:本案初诊,患者症状明显,病史清晰,未注意辨别功能状态,效果不显。二诊从特象特证角度分析,不仅少阴病提纲证有“脉微细,但欲寐”描述,少阴寒化证亦有“心烦,但欲寐”的特象,患者产后出现失眠,且失眠程度之重,均说明其阴阳俱虚但真阳耗散严重,已是功能危急态。此时归脾汤之力无法逆转,予四逆汤急补,竟见奇效。

患者男,26岁。2021年7月15日首诊。自述斑秃8年,尿频,便黏,多梦,眼皮肿胀,四末凉,纳呆,面目肿,舌淡嫩脉细紧。患者因失恋短时间内通过大量运动、节食减肥体质量下降明显,且减肥期间日夜颠倒,多饮啤酒。判为整体功能状态为阴阳失常,枢机不利,脾胃运化不足渐生痰湿。治则:疏肝理脾,温中和气。予四逆散合方小儿异功散:生白芍9g,枳实6g,炙甘草6g,柴胡6g,陈皮6g,党参9g,茯苓12g,炒白术9g。14剂,水煎,2日1剂,晨服。

二诊(40d后):斑秃已愈大半,新发已长出,服上方后面目、眼睛肿胀好转,多梦好转,现情绪可,四末凉,舌淡红脉弦细。予逍遥散加味:怀牛膝9g,远志6g,钩藤15g,枳实6g,桂枝6g,当归12g,生白芍12g,炒白术9g,茯苓12g,柴胡6g,炙甘草6g。10剂,水煎服,2日1剂,晨服。

三诊(20d后):精神好转,斑秃基本痊愈,睡眠好转,怕冷减轻,眼皮眼睑略肿,脉弦细。予联合方组晨服小儿异功散,晚服五苓散。方一:党参9g,茯苓

12g,炒白术9g,炙甘草6g,陈皮6g;方二:炒白术9g,茯苓12g,猪苓6g,泽泻6g,桂枝9g。各10剂,水煎服,2日1剂,早晚分服。并嘱水肿消散后停药。

按:初诊时患者因情绪受挫而饮食起居失常,导致机体阴阳失衡,虽病程持久,但较为稳定,望诊精神状态尚可,根据舌脉可知邪气不深,病邪未入里,饮食纳呆,可知病变关键在于脾胃功能受损,阴阳转化轻微受阻,属于功能不调态,斑秃是其个性化的外在表现。因此治疗以疏肝理脾、温中和气、梳理阴阳为法,处小儿异功散合四逆散。二诊患者斑秃症状明显好转,表明阴阳转化通路已畅,治疗得法,用逍遥散加味畅调阴阳,气血流转,四末得温。三诊症状大部分消失,仅眼睑肿,治疗回归脾胃,联合五苓散消肿,阴阳转化畅通,血气流行,则安然无虞。

4 结束语

“功能态”学说有利于临证整体把握治疗思路,补充辅助辨证,且具有好学易用的特点。虽然门九章老师提出了“功能五态”的分类思路,但经过梳理,将功能态状态分为3类或更好把握。通过着眼阴阳相互作用和转化的“势”判断功能状态,以大病以胃、温通为用、特象特证为治疗纲领,结合门九章老师临床处方用药规律,可以尽快在临证中得到应用。

[参考文献]

- [1] 门九章,李霞. 门氏中医临证实录[M]. 北京:人民卫生出版社,2017:82-83.
- [2] 门九章,李孝波. 证是功能态——从辨证论治谈起[J]. 山西中医学院学报,2010,11(1):2-4.
- [3] 郝万山. 郝万山伤寒论讲稿[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:21-22.
- [4] 张永泰. 黄帝内经素问[M]. 北京:中国中医药出版社,2019:27.
- [5] 郑洪新. 中医基础理论[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社,2016:27.
- [6] 李霞,门九章. 门九章教授临证望诊探源经验[J]. 中医药导报,2012,18(2):30-31.
- [7] 宁飞,宁琪,韩雅娅,等. 门氏“大病以胃”思想初探[J]. 中医药临床杂志,2018,30(7):1194-1196.
- [8] 钱乙. 小儿药证直诀[M]. 北京:中国医药科技出版社,1998:152.

咽异感症中医临证思辨录

梁伟杰, 李 珍 指导: 陈明达

(湖北中医药大学, 湖北 武汉 430065)

[摘要] 总结陈明达辨治咽异感症的临床经验。陈明达认为, 咽异感症发病原因诸多, 甚者多种病因共存, 其发病特点是: 大多与情志疾病相关; 自觉症状多且严重; 发病机制复杂; 治疗难度大, 且易复发。临证之时, 必须排除器质性原因。中医辨证分型为外感、内伤, 外感者又分风袭饮留型和湿热郁肺型, 内伤者分痰气互结型、气滞血凝型和阴虚内热型。在辨证论治时, 应同时辅以心理疏导和精神安慰。

[关键词] 咽异感症; 辨治经验; 情志疾病; 心理疏导; 精神安慰; 陈明达

[中图分类号] R276.166.4

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0889-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.019

Traditional Chinese Medicine Clinical Differentiation and Treatment of Pharyngeal Paraesthesia

LIANG Weijie, LI Zhen Mentor: CHEN Mingda

(Hubei University of Traditional Chinese Medicine, Wuhan 430065, China)

Abstract This paper summarizes CHEN Mingda's academic views and clinical experience in differentiating and treating pharyngeal paraesthesia. CHEN Mingda believes that there are many causes of pharyngeal paraesthesia, and multiple factors coexist in some cases. The characteristics of its onset include: Most of them are related to emotional diseases. Consciously experiencing multiple and severe symptoms. The pathogenesis is complex. The treatment is difficult and prone to recurrence. In differentiation, organic causes must be ruled out. TCM syndrome differentiation is divided into external injury and internal injury. The external injury can be further divided into wind attacking and fluid retention syndrome and damp-heat stagnating in lung syndrome, and the internal injuries can be divided into phlegm-qi interlocking type, qi stagnation and blood coagulation type, and yin deficiency and internal heat type. In treatment based on syndrome differentiation, psychological counseling and spiritual consolation should be supplemented simultaneously.

Keywords pharyngeal paraesthesia; syndrome differentiation and treatment experience; emotional disease; psychological counselling; spiritual consolation; CHEN Mingda

[收稿日期] 2022-07-08

[基金项目] 湖北省卫生健康委员会 2021-2022 年度中医药科研立项重点项目(编号:ZY2021M090)

[作者简介] 梁伟杰(1996—), 广东江门人, 2020 年硕士研究生, 研究方向: 中医药防治心脑血管与老年性疾病。邮箱: 1079553658@qq.com。

陈明达是第三批全国优秀中医临床人才, 湖北省名中医, 主任医师, 硕士研究生导师, 行医 30 余年, 尤善用经方时方治疑难病。笔者有幸侍诊左右, 屡有咽异感症患者求诊, 亲睹老师临证, 析病缜密, 立方精妙, 每见奇效, 今整理其诊治咽异感症的经验

如下。

咽异感症是临床耳鼻咽喉科常见病,泛指除疼痛外的各类咽部异常感觉,患者常感咽喉部似有灼热、蚁行、狭窄、痰黏,甚则如有肿物等异样感,亦有患者有颈部紧压感,一般在做吞咽动作时异物感愈发明显,进食时减轻或消失^[1]。该病的发生常与情绪波动相关。

咽异感症属中医学梅核气及喉痹等病证的范畴。此类病证的相关论述最早可追溯至汉代,如张仲景《伤寒杂病论》中就有相关的论述。宋代杨士瀛在总结前贤经验的基础上,结合其发病特点提出“梅核气”这一病名,并沿用至今。《仁斋直指方》说:“梅核气……塞咽喉,如梅核絮样,咳不出,咽不下。”^[2]归纳出了梅核气的几大特点:咽部异物感,咽之不下,吐之不出;或于吞咽唾液时更为明显,但进食无妨碍;多发于女性。这一病证特点符合《伤寒杂病论》半夏厚朴汤证中的“咽中炙脔”、麦门冬汤证中的“咽喉不利”及小青龙汤证中“或噎”的发病情况,也契合咽异感症诊断。梅核气是因情志波动,气机不畅所致,该病男女皆可发,如《医宗金鉴》所述:“此病男子也有,不独妇人也”。^[3]

1 对病因病机的再认识

梅核气病因可分为外感和内伤,外感多见风寒、风热或湿温,内伤多责之于情志不畅、饮食不节、药石所伤、血瘀饮留、阴津亏损,病机主要为情志波动,气机不畅,而致气滞痰凝瘀留,相互结滞于咽喉而发病。该病最大的特点是与情志相关,如《医宗金鉴》所说:“咽中有炙脔……咽之不下者即今之梅核气也。此病得于七情郁气,痰涎而生”。痰凝与气滞贯穿本病始终,是该病的病理关键。然痰、气生成病机多变,外邪(风热、湿温或风寒)侵袭、脾虚肝郁、气滞血凝、虚火上逆等较容易引起痰凝与气机的改变,最终导致痰气搏结于咽喉,产生咽喉异样感。

2 辨证及方药运用

2.1 风袭饮留证

常见于素有饮邪之人,外感风寒后起病,病后自觉咽中有异物梗塞感,汗出或无汗,恶风,或咳吐清稀白痰,咳后异物感可缓解,喜热饮,饮量不多,胸满闷胀,脉浮缓或滑,舌淡苔白腻。盖宿饮内伏,风邪侵扰,肺失清肃,水饮上泛,与气互结于咽喉,证属小

青龙汤证。正如《伤寒论》第40条所言:“伤寒表不解,心下有水气……或噎……小青龙汤主之”。文中“噎”即是指水寒相搏,阻滞胸中气机,而致咽喉部有气逆阻塞感。

治疗宜疏风解表,温化水饮,使风散饮除则咽喉异物感自去。宜小青龙汤加减:制附子6g,麻黄6g,干姜6g,桂枝10g,白芍10g,甘草6g,细辛6g,五味子10g,桔梗12g。以此为主方,随症加减7~10剂,水煎服,日1剂。方中附子温阳散寒、行气除饮为君药,麻黄、桂枝、干姜、细辛为臣药,奏解肌发表、散寒化饮之效,五味子、芍药收敛和营以防温燥太过,甘草调和诸药,桔梗引药上行至咽喉,而为使药。表证重者桂枝加量,加紫苏叶解表理气;饮盛者加炒白术、茯苓以渗湿利水。

2.2 湿热郁肺证

临床表现为咽部梗阻感,或咽红肿疼痛,或咽部有痰附着感,或咽喉部充血、生疮、溃烂,或咽后壁滤泡增生等症,可伴有发热、口干、咽痒、咳嗽,咳吐黄痰,脉浮数或滑,舌质红,苔黄或黄腻。外感湿温或风热挟湿之邪后,其邪与气壅滞于咽喉,致脉络瘀滞,气血不通,营强而卫弱。正如《温病条辨·上焦篇》所云:“肺主气,湿温者,肺气不化,郁极而一阴一阳之火俱结也。盖金病不能平木……喉即肺系,其闭在气分者即阻……故以轻药者开之。”说明了该病的病因病机及治则。

方可取银翘马勃散加减,银翘马勃散出自吴鞠通《温病条辨·上焦篇》:“湿温,喉阻咽痛,银翘马勃散主之”。拟方如下:金银花15g,连翘6g,射干7g,马勃6g,牛蒡子10g,桔梗10g,芦根20g,滑石10g,甘草6g。以此为主方,随症加减,如咽痛甚者,可加用地肤子、白鲜皮以加强清利湿热;咽痒甚者,可加蝉蜕以疏风利咽喉;伴咳吐黄痰者,加瓜蒌、浙贝母、黄芩等。7~14剂,水煎服,日1剂。方用金银花、连翘辛凉之性,以清热解毒、开泄肺气;牛蒡子疏散风热、利咽散结,射干解热毒、利咽喉,二药开气分之闭阻;芦根、滑石清热祛湿;马勃解毒消肿、清利咽喉为治喉痹喉痛专药,用之以开血分痹结。诸药合用共奏解毒祛湿、利咽止痛之功。药理学研究表明,银翘马勃散有抗炎、抗病毒的作用^[4],为其用于咽异感症治疗提供了依据。

2.3 痰气互结证

此证为梅核气典型之证,多见于中年女性。自觉咽中有痰黏、异物感,症状轻重变化频繁而无规律,异物感或于患处固着不移,或上下游走不定,善太息,情志不畅,忧思焦虑,咳白色黏痰、纳呆便溏,舌淡红,苔薄腻,脉弦滑。正如《金匱要略·妇人杂病脉证并治》所说:“妇人咽中如有炙脔,半夏厚朴汤主之”,提出梅核气的主症及主治方药,同时突出梅核气多见于妇人,主要因情志不畅,肝气郁结,气滞痰凝,上逆于咽喉所致。

治宜开结化痰、顺气降逆。以半夏厚朴汤加减:法半夏9g,厚朴15g,茯苓20g,紫苏梗12g,生姜6g,郁金12g,香附10g,枳实10g,升麻9g。以此为主方,随症加减,7~14剂,水煎服,日1剂。方中法半夏性辛温,入肺、脾、胃经,功用燥湿化痰、降逆散结共领诸药为君;厚朴苦辛性温,亦入脾胃经,助半夏下气除满,燥湿化痰为臣药;茯苓健脾且淡渗利湿,可助半夏化痰;生姜既散结和胃,又可解半夏之毒;郁金清心利胆除烦;紫苏梗行气宽中、宣通郁结,香附为“气病之总司”,奏疏肝解郁理气之效,升麻升举阳气,配合厚朴下气,使气机上通下达,气机流动则痰郁难以凝聚,共为佐药。在临床上陈老师强调,半夏厚朴汤为行气消滞之剂,以行气为主,不可用于虚证,尤其方中厚朴、半夏有下气除满之功而易伤脾胃,须辨虚实之别。同时陈老师还常以郁金、枳实、升麻三药联用以化痰行气开结。在临症加减方面尤善辨证加减用药,如肝郁甚者加香橼、佛手、绿萼梅;痰多呕恶者加瓜蒌、陈皮;纳呆者加白术、砂仁、苍术。

2.4 气滞血凝证

属治疗难度较大、发病机制复杂、且易复发的一型,主要临床表现为:咽中有异物感,位置固定不移,咯之不出,咽之不下,面色黧黑,善太息,咽后壁颜色暗红,可伴有淋巴滤泡增生,妇女月经量少,或有血块,或痛经等,舌暗淡,苔薄白,舌下脉络色紫,脉涩。此证为素有血瘀内着、肝郁气结、气滞生痰,痰气瘀三者相搏而阻碍气机,罹患于咽喉,故发本病。

治疗以养血活血、行气化痰、解毒利咽为大法。方选会厌逐瘀汤化裁:桃仁15g,红花15g,甘草9g,桔梗9g,生地黄12g,当归6g,玄参3g,柴胡6g,枳

壳6g,赤芍6g,陈皮12g,香附6g,乌药6g。以此为主方,随症加减,气郁甚者,加青皮、月季花;血瘀甚者,加鸡血藤、延胡索;肝郁甚者,加佛手、绿萼梅、郁李仁。7~14剂,水煎服,日1剂。会厌逐瘀汤出自《医林改错》,方中红花、桃仁、赤芍、当归为君药,以养血、活血、祛瘀;生地黄、玄参以清热凉血、解毒利咽;柴胡疏肝解郁,桔梗、枳壳开宣肺气,使气行则津血亦行;甘草配桔梗清利咽喉,甘草调和诸药。此外,陈老师在原方基础上加香附、陈皮、乌药等,一方面以乌药、香附加强疏肝理气之用,陈皮燥湿健脾、理气化痰,另一方面以凸显理气药的作用,借助桔梗的配合载药上行直达会厌病所而发挥药力。

2.5 肺胃阴伤证

患者主要表现为咽中有絮状物黏滞感,吞吐不利,干燥不适,或痰黏不爽,或时痒不舒,或咳吐黏痰,或皮肤干燥,舌红少苔,脉细数。该证特点是症状虽集中表现于肺而实源于胃,病机总体与肺胃相关。胃阴不足,土不生金则肺津不继,肺胃阴液大伤,津不上承,则咽喉不利、咳痰不爽等诸证蜂起。《金匱要略》指出:“大逆上气,咽喉不利,止逆下气者,麦门冬汤主之”。对此,陈老师认为其中的“大逆”应为脾胃之阴大伤,致土不生金,肺胃阴伤,痰气与火相搏于咽喉,而发本病。该病的病机为虚,而上证之半夏厚朴汤辨证为实。临床上虚实之证不可不辨。

治宜养肺胃之阴、降上炎之火。方用麦门冬汤加减:麦冬30g,半夏6g,甘草6g,山药20g,大枣6g,党参15g,旋覆花15g(包),杏仁9g,郁金7g,五味子10g,猫爪草15g,牛膝10g。以此为主方,随症加减。痰黏难咳者,加贝母、瓜蒌、天花粉;痰带血丝者,加马勃、知母;内热偏盛者,加生地黄、地骨皮、桑白皮;胃痛者,加木香、草豆蔻。7~14剂,水煎服,日1剂。陈老师指出,此方重用甘寒之麦冬以滋阴降火,少佐辛温之半夏以降上逆之肺气,使温燥而不伤阴,甘寒而不滋腻,人参、甘草、山药、大枣养胃益气生津,加用旋覆花、杏仁以降气止咳,加郁金以解郁利胆,加五味子敛阴安神,加猫爪草化痰散结,加牛膝是非此不能下行,且牛膝能平胃肾之虚火,还能补其下元之气。全方共奏益胃生津、降逆下气之功。陈老师还强调指出原方中的粳米不可少,且可以山

药替代。

3 病案举例

患者女,68岁,不慎受凉后出现咽部不适,如有异物感,每于情志波动时异物感明显,咽之不下,咳之不出,病情迁延半月余,经多方诊治疗效不佳,遂于2021年9月11日来我处就诊,刻下症见:咽部不适,如有异物堵塞感,咳清稀白痰,恶风,头痛,肢体酸软,无发热,喜热饮,睡眠极差,小便量多,大便正常。查体患者咽后壁无红肿、无滤泡及异物,扁桃体不大,舌淡,苔白而润,脉浮滑。中医诊断为梅核气,证属风袭饮留;西医诊断为慢性咽炎。治以解表散寒、温里蠲饮,方用小青龙汤加减:麻黄5g,制附子6g,干姜6g,桂枝9g,芍药15g,甘草6g,细辛6g,五味子10g,桔梗12g,紫苏叶12g,杏仁9g。共3剂,加水煎取300mL早晚分服,每日1剂。嘱患者保持乐观情绪,放松心态,避风寒,清淡饮食,观察出汗情况。

2021年9月15日二诊:服上方后,恶风、头痛、肢体酸软等症状明显减轻,而咽部异物感缓解不明显,仍咳吐白色清痰,睡眠差,舌脉同前。守上方,桂枝减量为6g,加茯苓15g,葶苈子10g,羌活10g。共5剂,每日1剂,水煎取300mL分2次服,调护同上。

2021年9月21日三诊:患者表证已解,咽部异物感较前好转,咳嗽咳痰减轻,但又感口干口苦、心烦、夜卧不宁,食欲不佳,小便仍多,大便正常,舌淡苔薄,脉滑数。拟方:桂枝6g,白芍10g,甘草6g,半夏6g,桔梗12g,茯苓15g,杏仁12g,黄芩12g,竹茹15g,枳实12g,绿萼梅15g,紫苏叶15g,佛手15g。共7剂,每日1剂,煎服法与调护同前。

2021年9月29日四诊:患者心烦、咽部异物感明显改善,情绪不佳时略感咽部不适,饮食可,二便恢复正常,舌淡苔白,脉弦。调整方药如下:桔梗12g,茯苓15g,竹茹15g,枳实12g,绿萼梅15g,紫苏叶15g,佛手15g,厚朴12g。共7剂,每日1剂,煎服法与调护同前。后随访病告痊愈。

按语:该患者素有饮邪内停,气机不畅,复感风寒,而致风袭饮留,痰气互结于咽喉,故发本病,当予小青龙汤。加紫苏叶以增强发汗透表理气之功,加用桔梗引药上行咽喉,附子温化会厌中寒痰,标本兼顾,咽肺同治。《伤寒论》第40条小青龙汤证的方后

注云:“若噎者,去麻黄,加附子一枚,炮。”对此,历代医家有不同的认识。如清代医家钱天来在《伤寒溯源集·太阳篇》一文中对此解释为“噎者,心下有水气而胃气不通也,所谓水寒相搏……故加附子以温散之。若寒甚而阳气虚者,去麻黄而不使汗泄其虚阳亦可”。陈老师有不同的认识,认为“噎者”的治疗应当去半夏,加附子,是否去麻黄,则要看阳虚及出汗情况而定。因为半夏与附子明显存在药物“相反”之虞。另外,情志治疗必不可少,患者树立信心,保持乐观情绪亦是重要的治疗手段。同时还嘱患者服药后慎风寒,清淡饮食,注意出汗不要太过,顾护津液。二诊时患者表证已解,但咳痰咳嗽加重,咽部异物感未改善,为饮邪正盛,故减桂枝量,加茯苓、葶苈子泻饮除湿,加羌活以宣肺气、散寒湿。至三诊时,患者表证、饮证、咽部异物感明显好转,然现肝郁痰扰之象。遂去附子、麻黄、葶苈子、羌活等。取温胆汤之意,且酌加疏肝理气之绿萼梅、佛手、黄芩清热除湿。四诊时,巩固疗效,再续调理1周而痊愈。

4 讨论

咽异感症是门诊常见病、多发病。其病因除与咽喉本身有关外,还与鼻腔、鼻窦、胃食管、下呼吸道病变及全身其他疾病有关。在引起咽异感症的病因中,咽部及周围组织疾病因素多于其他部位因素^[5]。有资料显示,咽部及周围组织疾病引起者占50.2%,全身系统疾病引起者占33.5%,非器质性疾病引起者占16.3%^[6]。其发病机制复杂,局部神经丰富,含有迷走、舌咽、副神经颅根和颈交感神经等,均导致感觉灵敏。鼻咽喉局部的病变及全身许多器官的疾病,也可通过神经反射和传导作用使咽部发生异常感觉^[7],如甲状腺肿瘤、反流性胃食管炎、焦虑及神经过敏等心理异常、急性左心衰竭、慢性阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等。

咽异感症也有人称之为癔球症、神经官能症、鼻咽喉部炎症^[8],其治疗主要以针对病因及对症处理为主。若无明显器质性病变,则中医药治疗具有较大的优势。中医学认为本症系七情所伤、气机不畅所致。以肝郁痰凝气阻为常见病因,但痰、气、瘀、火等邪气皆可诱发,治疗时需仔细辨证。陈老师指出,临证之时,首辨外感和内伤,外感者,有风寒、风热、湿温之别。内伤则需辨明虚实。实证以痰凝气滞、

气滞血瘀为主,虚证则以肺胃阴虚常见。临床上痰凝气滞证多见于女性,气滞血瘀证则多发于老年人。且实虚之间可以相互转化,如肺胃阴虚的麦门冬汤证可由痰凝气滞证经误治后转化而来,其原因是过用或错用了半夏厚朴汤。因半夏厚朴汤的下气、散结、导滞之功,致患者便通下利,伤及脾胃,土不生金,肺胃两伤,而发展成麦门冬汤证。关于肺胃阴虚的麦门冬汤证,《金匱要略》中云:“大逆上气,咽喉不利……麦门冬汤主之”。陈老师认为,麦门冬汤中的“大逆”应为脾胃之阴大伤,虽有观点认为是“火逆”之意,但陈老师认为从以药测证的观点来看应属肺胃阴伤,其病性属虚,虚实之间不可不辨。外感者,除辨寒、热、湿之性外,尤其对伴有发热的患者,在排除疫情感染的情况下,还需注意急性会厌炎可能,急性会厌炎属急危症,必须配合住院观察。对急性发病的气滞血瘀型老年患者,特别伴有喉中紧箍感时,须注意排除急性左心衰竭的可能。

最后,陈老师还强调,此类疾病与情志波动关系密切,必须加强情志方面的调理。患者出现明显焦虑、恐惧、抑郁状态时,需酌情加疏肝解郁药物如绿萼梅、玫瑰花等,若无明显禁忌证,亦可口服黛力新,以改善症状^[9]。同时,陈老师还要求在为患者诊治

和交流的过程中,要帮助患者树立战胜疾病的信心,加强心理疏导和精神安慰,身心同治,促病向愈。

[参考文献]

- [1] 郭志祥,郭睿. 重视咽异感症的诊治[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(8):638-640.
 - [2] 杨士瀛. 仁斋直指方[M]. 孙玉信,朱平生,主编(校). 上海:第二军医大学出版社,2006:154.
 - [3] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 张年顺,张驰,主校. 北京:中国医药科技出版社,2011:301.
 - [4] 梁德东,马钦海,于青田,等. 银翘马勃散对急性咽炎模型大鼠的治疗作用及其抗炎镇痛解热的作用[J]. 中药药理与临床,2017,33(3):8-11.
 - [5] 孔维佳. 耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:155-156.
 - [6] 王治灵,朱丹丹. 老年性咽异感症203例分析[J]. 浙江中西医结合杂志,2014,24(4):338-339.
 - [7] 黄兆选,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:1138-1142.
 - [8] 丁慧丽,方平. 我国咽异感症常见病因的Meta分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,30(17):1394-1396.
 - [9] 玄立印,李洁,李亚平. 半夏厚朴汤配合氟哌噻吨美利曲辛片治疗痰气互结型梅核气临床疗效观察[J]. 河北医学,2016,22(6):1016-1017.
-
- (上接第865页)
- [16] 杜鑫丹,徐露露,朱国能,等. CT引导下经下颌角入路茎乳孔穿刺射频热凝对面肌痉挛的疗效分析[J]. 中华医学杂志,2022,102(33):2596-2601.
 - [17] 李丽梅,刘晓东,张志利. 原发性面肌痉挛采用高电压长时程脉冲射频治疗的疗效[J]. 中华疼痛学杂志,2021,17(6):614-620.
 - [18] 王拓然,韩颖,张溪,等. 揪针扬刺法治疗原发性面肌痉挛30例[J]. 中国针灸,2023,43(4):444-446.
 - [19] 王韵,余晓阳. 针刺治疗急性面神经炎介入时机的临床观察[J]. 中国针灸,2019,39(3):237-240.
 - [20] 王浩然,付晓燕,贾红玲,等. 完骨穴古今应用概况探析[J]. 针灸临床杂志,2018,34(1):73-76.
 - [21] 肖晓玲,尹旭辉,钟润芬,等. 完骨穴封闭联合针刺治疗面瘫伴耳周疼痛66例[J]. 湖南中医杂志,2023,39(9):73-76.
 - [22] 宋越,马良宵,王俊翔,等. 针刺角度、方向、深度与针效关系探讨[J]. 针灸临床杂志,2020,36(2):5-8.
 - [23] 金洵,丁曙晴,时飞跃,等. CT三维重建下深刺八髎穴进针角度和效应深度的研究[J]. 针刺研究,2017,42(6):537-541.
 - [24] 柏树令,应大君. 系统解剖学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社,2018:23,365.
 - [25] 徐松,邓鹏程,罗明英,等. 乳突切迹与侧颅底重要结构的解剖学观测及应用[J]. 现代生物医学进展,2011,11(4):684-686.
 - [26] 崔慧先,李瑞锡. 局部解剖学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社,2018:13,15.
 - [27] 郑嫣然. 面神经颅外段的解剖学研究与应用[D]. 蚌埠:蚌埠医学院,2023.
 - [28] 黄冰,杜鑫丹,黄浩,等. CT引导下茎乳孔穿刺射频治疗原发性面肌痉挛的操作技巧与疗效[J]. 中华疼痛学杂志,2020,16(5):386-393.

张思超从津气神论治功能性便秘经验

邵 婕 指导:张思超

(山东中医药大学中医学院,山东 济南 250355)

[摘要] 基于大肠的生理病理特点,认为功能性便秘的中医病机主要为大肠津亏、大肠气结、神明失调等,且往往相兼出现。治疗上,津亏者予以增水行舟,用药注重甘寒、甘咸,并辅以仁类药物;气结者立法鼓风扬帆,常用理气、补气、风药等疏理胃肠肝肺气机;神明失调明显者,基于脑肠互动学说,采取肠病治脑法则,除应用心脑安神药物外,尚注重意念腹部及心理疏导。树立缓慢改善肠道功能理念,不盲目使用峻下之品。

[关键词] 功能性便秘;津气神;张思超;大肠津亏;大肠气结;神明失调

[中图分类号] R256.35 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2024)08-0894-04

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.020

ZHANG Sichao's Experience in Treating Functional Constipation from Perspective of Fluid, Qi and Spirit

SHAO Jie Mentor: ZHANG Sichao

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

Abstract Based on the physiological and pathological characteristics of the large intestine, it is believed that the pathogenesis of functional constipation in traditional Chinese medicine is mainly the deficiency of the large intestine fluid, the obstruction of qi in the large intestine, and the disorder of the spirit, etc., which often occur simultaneously. In terms of treatment, the syndrome of fluid deficiency should be moistened, medication lays emphasis on applying medicinal herbs sweet and cold, sweet and salty in property, which is supplemented with kernel drugs. The syndrome of the obstruction of qi should be relieved by blasting the wind, qi of stomach, intestine, liver and lung is regulated by applying regulating-qi medicinals, tonifying-qi medicinals, and wind medicinals. The syndrome of the disorder of the spirit should be based on the theory of brain-gut interaction, the principle of treating the brain with bowel disease is adopted, and in addition to the application of mind-brain sedative drugs, attention is paid to the abdominal thought and psychological guidance. The concept of slowly improving intestinal function is established and drastic purgative should not be applied blindly.

Keywords functional constipation; fluid, qi and spirit; ZHANG Sichao; fluid deficiency in the large intestine; large intestine stagnation; mental abnormality

[收稿日期] 2023-05-17

[基金项目] 全国中医学学术流派传承工作室第二轮建设项目(批文号:国中医药人教函〔2019〕62号)

[作者简介] 邵婕(1997—),女,山东菏泽人,2021年硕士研究生,研究方向:温病治法研究。邮箱:1417254849@qq.com。

功能性便秘(FC)是最常见的功能性胃肠病,总体发病率为11.7%^[1],且患病率呈逐年上升趋势。该病主要表现为排便困难、粪质较硬、且不符合便秘型肠易激综合征的诊断标准^[2-3]。西医治疗有非手术

和手术两种方式,非手术方式以泻药为主要治疗手段。这种方式虽可在短期内迅速改善症状,但长期使用会导致腹胀、腹泻、电解质紊乱等不良反应。中医药治疗本病有独特的优势。张思超老师临床不仅擅治外感热病,还对内伤杂病,尤其对FC的治疗颇有心得。张老师基于《灵枢·经脉》“大肠……是主津所生病”及《素问·五脏别论》“魄门亦为五脏使,水谷不得久藏”等理论,认为本病主要病机为肠道津液亏乏、肠道动力障碍、心神神明失调等,因而从津、气、神立法,治疗FC,疗效明显。

1 大肠津亏

1.1 大肠津亏的病机

1.1.1 津伤致秘

便秘部位在大肠,而大肠在生理病理上与津液相关,正如《灵枢·经脉》谓:“大肠……是主津所生病”。明确指出了大肠病多责于津液。张老师认为,大肠本腑以津液为体,以气为用,故体阴而用阳^[4]。病理上,肠道津液亏虚则大肠失其传导之功,从而出现FC的各种症状。便秘与肠道津液不足密切相关,如《重辑严氏济生方·秘结论治》说:“夫五秘者,风秘、气秘、湿秘、寒秘、热秘是也。更有发汗利小便,及妇人新产亡血,陡耗津液,往往皆令人秘结。”^[5]说明便秘的共同病理为津液不足,肠失濡润。生理学认为大肠有分泌津液之功,结肠黏膜上的杯状细胞可分泌黏液,此黏液有润滑作用,有利粪便排出。年老、体弱、久病、饮食、七情等因素皆可导致津液不足,津伤致秘理论从古人所制方剂中多有体现,便秘类型虽多,但滋润肠津一法为临床所推崇,并沿用至今^[6]。

1.1.2 津亏致秘

津亏便秘除肠道津液不足外,多伴有其他脏腑的津亏,尤其下焦肾阴最为关键,《素问·逆调论》说:“肾者水脏,主津液。”故肾脏真阴能对大肠起滋润作用,使腑气通畅,故元代朱丹溪《脉因证治·结燥》谓:“肾主大便,肾主津液,液润则大便如常。”^[7]如果FC见于年老者,其肾阴亏乏者尤为多见。

1.2 治疗经验

1.2.1 甘寒养阴

张老师善用甘寒养阴法以增肠道津液,喜用《温病条辨》增液汤(玄参、生地黄、麦冬)以增水行舟。该方原剂量为玄参一两,生地黄、麦冬各八钱。基于吴鞠通治疗便秘本方“非重用不为功”理念,三味药

用量宜大,如舟行水中,水足则船行。张老师临床善用生地黄,成年人用量常为15~30g,儿童用量为10~15g。该药有清肠腑之热、散肠腑之瘀、补肠腑之津之功,故为FC津亏首选药,尤为因热而津亏便秘者要药。如有鲜品,绞汁服用效亦佳。《温病条辨·上焦篇》注,从药物动态观,对玄参养阴予以高度概括,谓其能“启肾经之气,上交于肺,庶水天一气,上下循环,不致泉源暴绝也”。说明玄参甘寒之中又寓咸寒之性,能养上中下三焦之阴,且上下循环,使津液不绝。麦冬味甘柔润,性偏苦寒,滋养心肝脾胃之阴作用明显,改善肠燥便秘效果显著。三药合用,共奏增水行舟之力。吴鞠通治疗此类便秘,“专以此法救之,无不应手而效”^[8]。FC若无明显热邪,单纯阴血不足者,可用补血的当归、熟地黄、何首乌等。其中当归为治便秘良药,该药甘辛温,既补阴血,又可通便,其性动静结合,完全符合大肠的生理病理特点。

1.2.2 仁药润肠

中药植物种子和种仁富含油脂,味甘质润,多入脾、大肠经,其润肠、滑肠功效显著,促使排便而不致峻泻,如火麻仁、柏子仁、郁李仁、松子仁、桃仁、苦杏仁、瓜蒌仁等。临床多以《重订通俗伤寒论·六经方药》五仁橘皮汤(桃仁、苦杏仁、柏子仁、松子仁、郁李仁、陈皮)加减。其中苦杏仁、瓜蒌仁最为常用,取其归肺肠两经之效,既可宣降肺气,又可润肠通便。

1.2.3 甘咸滋肾

性味甘咸的药物多具有滋补肾阴之功,对于因肾阴精不足导致的FC,张老师喜用熟地黄、肉苁蓉、锁阳等,此类药物既可益精血,又可润肠通便。其中肉苁蓉为必用之品,该药味甘能补,益精而润肠。《温病条辨·下焦篇》第77条注说:“其性温润平和,有从容之意,故得从容之名,补下焦阳中之阴有殊功。”另外,生活中也可多食有补肾阴作用的黑芝麻、胡桃仁、桑椹等。

2 大肠气结

2.1 大肠气结的病机

大肠传导气机的作用至关重要。从解剖结构亦能看出其气机的升降特点,因其结构有升、平、降之意,从而决定其功能^[6]。肠腑传导气机功能正常,则清气升、浊气降,而气归于平。大肠传导正常,则能调畅脏腑气机升降,否则会影响五脏六腑、上下内外气机的运行,产生脾、胃、肝、肺等诸多脏腑气机病

变,加重腑气不畅,从而导致糟粕难以排出。因此,治疗便秘,调理气机是一项重要措施^[9]。调气重在中气斡旋,兼顾肝之疏泄、肺之肃降、肾之开阖有常^[10]。气机升降出入相宜,气血津液润养充盛,则便秘可除。

2.2 治疗经验

2.2.1 鼓风扬帆

粪便通过肠道气机的鼓动,才可顺利排出,犹如舟行水中,需扬起风帆,借风力而速行。故鼓风扬帆是通过行胃、肠、肝、肺等脏腑之气,以调理肠腑气机的方法,促使糟粕排出。张老师常用药物主要包括:通行胃肠之气药,轻者用陈皮、木香等,重者选青皮、槟榔、大腹皮、枳实、厚朴等;畅达肝木之气药,如香附、郁金、柴胡等;善于走动的鼓风药,如羌活、白芷、威灵仙等。运用风药治疗便秘的理论基础主要为升清阳、通表里、胜湿浊、疏肝胆等^[11]。

2.2.2 补气促动

本法用于肠道气虚所致便秘,所用药物多为补益肺脾肾之药,如黄芪、人参、党参、太子参、西洋参等。临床可根据脏腑气虚不同程度及所兼寒热之证,分别选取补气药。张老师常用《重辑严氏济生方·秘结论治》中的威灵仙丸(威灵仙、黄芪、枳实)加减,该方既用黄芪补气促动,同时又有风药及行气药,从而起到鼓风扬帆之效,对老年FC效果良好。其中威灵仙味辛而咸,功善通利,能消除肠腑积滞,恢复大肠传导功能而达通便目的。

2.2.3 宣降肺气

张老师秉承叶天士治疗便秘的经验,治肠理肺,气降腑通。常用辛润宣肺之药,如苦杏仁、桔梗、紫菀、瓜蒌、牛蒡子等。其中苦杏仁既开肺气又润肠道,可通过调畅肺气,达到肠腑气机通顺的目的。紫菀有润肺下气之功,可肃降肺肠之气,药理学研究发现,紫菀具有较好的通便功用^[12]。瓜蒌有润燥滑肠之功,且能清肺热。牛蒡子长于宣肺,于升散之中又有清降之用,且有滑肠之效。研究发现,宣畅肺气药可通过影响肺肠之间神经肽A、血管活性肠肽的含量,从而改善肠腑传导功能^[13]。

张老师常用体现以上诸法的槟榔丸(《重辑严氏济生方·肺大肠虚实证论治》)加减,该方由槟榔、大黄、麻子仁、枳实、羌活、牵牛、苦杏仁、白芷、黄芩、人参组成。原方“治大肠实热,气壅不通,心腹胀满,大便

秘实”。此方临证损益,可将其立法之旨用于多种原因导致的FC。

3 神明失调

3.1 神明失调的病机

中医学认为神与胃肠之间相互依存。《素问·六节藏象论》曰:“五味入口,藏于肠胃,味有所藏,以养五气,气和而生,津液相成,神乃自生。”饮食物经胃肠的受纳腐熟,其水谷精微以养神。肠腑运行受到脑神的调摄,二者具有显著相关性。当大肠出现病变时,会影响脑神,出现精神、意识改变,《伤寒论》阳明篇诸多条文论述了大便干燥则易导致心神病变。现代医学认为人的排便反射受大脑皮层的控制,高、低级中枢的相互协调共同完成排便过程。近年来研究表明,脑-肠轴理论将神经系统调节和胃肠道功能联系起来,弥补了以往治疗FC中对精神因素的忽视^[14]。研究发现,FC患者,尤其是老年人,多伴有焦虑、抑郁等精神、心理障碍,严重影响老年FC患者的生活质量^[15-17]。

3.2 治疗经验

张老师于2002年提出了中医脑-肠相通学说,肠道的腑气通畅与否与脑神关系密切^[18]。脑病及肠,肠病及脑,因而提出了脑、肠病变,可采取脑肠互治之法。对于FC而言,此理论基于两方面考虑。一是应观察和询问患者的精神情况,包括焦虑、恐惧以及妄想、失眠、烦躁、意识不清等。在治肠的同时要注意调神、养神、安神以治脑。药物可分为脑神实证和虚证。脑神实证药物有:①开窍醒神药,如菖蒲、远志、郁金等;②重镇安神药,如龙骨、琥珀等。脑神虚证常用养脑安神药:酸枣仁、柏子仁、合欢皮、夜交藤、龙眼肉、百合、麦冬、茯苓等。二是用脑意念腹部。养成良好的排便习惯,并给予适当的心理辅导,强化患者的心理保健指导,调节好睡眠行为,缓解紧张焦虑情绪。对精神高度紧张的便秘患者,给予积极的心理疏导,采取意念法、清肝怡神法,有助于改善便秘症状,缓解焦虑、抑郁等不良情绪,提高生活质量^[19-21]。

4 病案举例

女,3岁,2019年7月5日初诊。患儿便秘2余年,大便干硬,干甚则出现肛裂便血,排便费力,曾多次服用乳果糖口服溶液以缓泻,停药复发,且病情加重。现疼痛难忍,以至拒便,面色白,舌淡红,苔薄

白,脉细滑。中医诊断:便秘,证属气阴两虚型。西医:FC。治以益气养阴,润肠通便。方以增液汤加减:生地黄9g,麦冬9g,玄参9g,麻子仁8g,郁李仁8g,柏子仁8g,炒苦杏仁6g,全瓜蒌9g,牛蒡子8g,党参9g,怀山药9g,木香5g。7剂,水煎服,日1剂,分2次服。

2019年7月12日二诊。服药第2天即大便质软,排便通畅,饮食、睡眠好,依据“津气不足”的病机,在上方的基础上党参改为10g,怀山药改为10g。续服7剂,水煎服,日1剂。并嘱其养成良好的排便习惯,母子共同配合,解除患儿因排便肛裂导致疼痛的恐惧感。

2019年7月23日三诊。患儿排便已恢复正常,为防止病情反复,其家人要求续服7剂以巩固疗效。2年后,其家属告之,患儿共服药21剂,便秘已愈。

按语:患儿素体阴液亏虚,肠道失于濡润,后又服用西药缓泻,更损肠腑气阴,复加气虚、气滞不能推动而致便干难解。总体病机为津气不足兼有痰热,故而大便干硬,甚则肛裂出血。结合舌脉,治以益气滋阴润肠、泄热通便。以增液汤为主方加减,方中重用生地黄、玄参、麦冬以增水行舟,取麻子仁、郁李仁、柏子仁、炒苦杏仁、全瓜蒌等润肠通便。全方配伍,增加肠腑津液,润滑肠道,使糟粕易于下行。用炒苦杏仁、全瓜蒌、牛蒡子可宣降肺气以通肠腑。党参、怀山药补益气阴。木香通畅肠腑气机,鼓风扬帆以通肠腑,推动糟粕运行。此方使津充、气足,肠动而不滞,则糟粕自下。

5 结束语

张老师治疗FC,注重津亏、气机的通畅及脑神的变化。津亏者,重在增液润肠,善用增液汤、橘皮五仁汤,且重用养阴润肠药物;气结者,调畅气机以行气、补气为基本治则,喜用风药;强调脑神的变化,树立脑肠同治思想。不盲目使用峻下之品,如大黄、番泻叶等,注重改善肠道功能。便秘痊愈后,改汤为丸久服,以防复发。

[参考文献]

- [1] SPERBER A D, BANGDIWALA S I, DROSSMAN D A, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of rome foundation global study[J]. *Gastroenterology*, 2021, 160(1):99-114.
- [2] 李军祥,陈諳,柯晓. 功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2018, 26(1):18-26.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 便秘中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. *中医杂志*, 2017, 58(15):1345-1350.
- [4] 张思超. 温病经典临床心悟[M]. 北京:中国中医药出版社, 2014:195.
- [5] 严用和. 重辑严氏济生方[M]. 王道瑞,申好真,重辑. 北京:中国中医药出版社, 2007:71.
- [6] 张思超. 脑肠相通病机研究[D]. 济南:山东中医药大学, 2002.
- [7] 朱丹溪. 脉因证治[M]. 阎平,校注. 北京:中国中医药出版社, 2008:120.
- [8] 吴瑭. 温病条辨[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:78.
- [9] 李娜,赵文. 从黄元御“一气周流”理论论治便秘探微[J]. *山东中医杂志*, 2016, 35(10):859-860, 869.
- [10] 刘淑贤,迟莉丽. 从“百病生于气”论治慢性便秘[J]. *山东中医杂志*, 2021, 40(6):559-562, 571.
- [11] 彭雯,严晶,孙志广. 论风药治疗便秘[J]. *吉林中医药*, 2016, 36(1):39-41.
- [12] 范玲,王鑫,朱晓静,等. 紫菀化学成分及药理作用研究进展[J]. *吉林中医药*, 2019, 39(2):269-273.
- [13] 郑丰杰,李宇航,许红,等. 加味桔梗汤对慢传输性便秘小鼠肺肠组织神经肽含量的影响[J]. *北京中医药大学学报*, 2013, 36(1):30-33.
- [14] 陈路婷,黄思敏,王国恒,等. 基于“脑-肠轴”理论探讨针刺治疗功能性便秘的思路[J]. *实用中医内科杂志*, 2023, 37(4):36-38.
- [15] 孙茂胜,邓玉成,乔振和,等. 老年功能性便秘患者心理状况分析[J]. *中华保健医学杂志*, 2012, 14(4):264-265.
- [16] 谢燕,徐秀萍,王秀丽,等. 衢州市社区老年人功能性便秘的患病率及心理健康状况研究[J]. *中国医药导报*, 2017, 14(8):64-67.
- [17] 邹楚冰,陈淑琪,陈继欣,等. 广东省乡镇地区老年人便秘与心理因素相关性[J]. *中国老年学杂志*, 2018, 38(4):960-961.
- [18] 张思超. “脑肠相通”假说及意义[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2002, 8(6):6-7.
- [19] 焦宇英,胡文丽,付颖. 老年便秘患者的心理护理分析[J]. *心理月刊*, 2022, 17(22):147-149.
- [20] 付继勇,九俊雷,闫富俊,等. 儿童功能性便秘的心理行为机制及其干预研究进展[J]. *临床医学研究与实践*, 2022, 7(19):193-195.
- [21] 陈春华,杨继波. 朱璣针法联合清肝怡神法治疗肝郁气滞型便秘型肠易激综合征临床研究[J]. *山东中医杂志*, 2023, 42(2):155-159.

朱仁康治疗斑秃经验

王雪敏¹, 崔炳南², 李博鑑², 杨 佼²

(1. 同济大学附属皮肤病医院, 上海 200443; 2. 中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

[摘要] 斑秃是皮肤科门诊中最常见的脱发疾病之一, 本病影响美观, 愈后容易复发, 给部分患者带来严重心理负担。朱仁康认为斑秃多由情志异常引起气血失和, 继而引动内风所致。治风先治血, 强调从血论治, 临证根据斑秃病情进展, 辨证治疗分三期三证: 急性进展期多属血热生风证, 以凉血为主; 缓解恢复期多属血虚生风证, 以养血为主; 慢性期及全秃、普秃多属血瘀生风证, 以活血为主。

[关键词] 朱仁康; 斑秃; 从血论治; 脱发

[中图分类号] R275.958.71

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0898-04

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.021

ZHU Renkang's Experience in Treating Alopecia Areata

WANG Xuemin¹, CUI Bingnan², LI Bojian², YANG Jiao²

(1. Affiliated Hospital of Dermatology, Tongji University, Shanghai 200443, China; 2. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

Abstract Alopecia areata is one of the most common alopecia diseases in dermatology clinic. This disease affects the appearance, and it is easy to recur after healing, which brings serious psychological burden to some patients. ZHU Renkang believes that alopecia areata is mostly caused by the disharmony of qi and blood, which is caused by emotional abnormalities, which then leads to the internal wind. The treatment of wind diseases should start from treating blood first, emphasizing the treatment from blood. According to the progress of alopecia areata, the syndrome differentiation and treatment is divided into three stages and three syndromes: In the acute stage and progressive stage, it is mostly blood-heat-generating-wind syndrome, therefore, the treatment is mainly cooling blood. In the remission stage and convalescence stage, it is mostly blood-deficiency-producing-wind syndrome, therefore, the treatment is mainly nourishing blood. In the chronic, total alopecia and general alopecia stage, it is mostly blood-stasis-producing-wind syndrome, therefore, the treatment is mainly promoting blood circulation.

Keywords ZHU Renkang; alopecia areata; treatment from blood; hair loss

[收稿日期] 2023-08-06

[作者简介] 王雪敏(1997—), 女, 浙江东阳人, 2020年硕士
研究生, 住院医师, 主要从事中西医结合防治皮肤病研究。邮箱:
690488759@qq.com。

[通信作者] 杨佼(1985—), 女, 北京人, 副主任医师, 硕士研究
生导师, 主要从事毛发疾病及损容性皮肤病的中西医结合治疗研究。
邮箱: 179610529@qq.com。

斑秃是最常见的脱发疾病之一, 可发生于任何
年龄, 但尤以青壮年为主, 临床常表现为突发的斑状
脱发, 轻症患者大部分可自愈或治疗后痊愈, 部分患
者逐步加重直至所有头发均脱落, 即全秃, 甚至全身

毛发脱落,即普秃^[1-2],脱发带来的形象影响,给患者造成严重的心理压力^[3]。现代医学认为,本病可能与精神、内分泌失调、遗传、微循环障碍、免疫功能异常等因素有关^[4],其中毛囊免疫豁免机制被破坏是发生斑秃的关键,随之相继发生的炎症细胞浸润、细胞因子释放、细胞毒性T细胞作用,最后导致了毛囊的破坏和毛发脱落^[5]。目前西医系统治疗以运用糖皮质激素为主,有一定效果,但对中重度斑秃的疗效不理想,患者多无法耐受长期服用带来的不良反应,且停药后复发率高^[6-7]。

朱仁康先生是中国中医科学院皮肤外科专业创始人,广安流派学术代表,学术上以《疡科心得集》为宗,临证主张审证求因,尤重内因,并将叶天士卫气营血辨证的温病学理论融于皮肤病辨治体系中。本病属中医学鬼舐头、油风等范畴,笔者研读《朱仁康临床经验集》^[8]及朱老弟子论著,并与朱老弟子李博鑑先生进行访谈讨论,总结朱老“从血论治”斑秃的经验,应用于临床疗效满意。现将其经验总结如下。

1 中医学对毛发生理的认识

中医学对毛发生理状态的认识奠基于《黄帝内经》(以下简称《内经》)。《素问·上古天真论》中提到:“女子七岁发长,四七发长极,五七发始堕,六七发始白;丈夫八岁发长,五八发堕,六八发鬓颁白,八八发去。”阐述了正常毛发随年龄增长的变化。除此之外,《内经》多处精辟论述了血气盛衰对毛发的影响。《灵枢·五音五味》从冲任之脉气血盛衰的角度解释了男女生理上毛发生长部位不同的原因:“今妇人之生有余于气,不足于血以其数脱血也,冲任之脉,不荣口唇,故须不生焉。”《灵枢·五色》中指明头发是气之盛衰的重要指征:“黄帝曰:其气之盛衰,以至其死,可得闻乎?岐伯曰:人生十岁……四十岁,五脏六腑十二经脉,皆大盛以平定,腠理始疏,荣华颓落,发颇斑白。”《灵枢·阴阳二十五人》中也谈及手足三阳经脉气血盛衰与周身各处毛发之间的关联,如“足阳明之上血气盛则髯美长,血少气多则髯短”“手阳明之上,血气盛则髭美,血少气多则髭恶”等。至后世,王肯堂在《证治准绳》中再次明确提出:“血盛则荣于发,则须发美。”李梴在《医学入门》也道:“血盛则发润。”均与《内经》中所说的“发为血之余”

一脉相承。

综上所述,中医认为毛发有自然生长和衰败的周期,是气血盛衰的表现之一,毛发的茂盛有赖于血气的充盈。

2 “从血论治”斑秃理论探讨

朱老强调,皮肤病多本于内而发于外,见外以知其内,治内以愈其外,认为皮肤病虽表现在外,但皆由内在气血失和所致。临床中根据皮损外在表现,以辨别其内在证候,强调皮损辨证,善以“凉血法”治疗各种炎症性皮肤病,包括湿疹、银屑病、天疱疮、紫癜、结节性红斑等。在斑秃治疗中,朱老亦强调斑秃起于内风,强调“从血论治”。

朱老认为斑秃的发病多与情志异常相关。有研究表明,紧张性生活事件是斑秃重要的诱发因素,而斑秃对美观的影响又会进一步加重患者的精神心理压力^[9]。《三因极一病证方论》有言:“七情,人之常性,动之则先自脏腑郁发,外形于肢体,为内所因。”《素问·举痛论》又提到:“怒则气上,惊则气乱,恐则气下,思则气结,悲则气消。”说明情志作为内因可导致气机紊乱。

叶天士继承李东垣、缪希雍等内风说,认为内风实质是人体气机的异常变化,曰:“内风,乃身中阳气之动变”。因此朱老提出情志所致气机紊乱,即生内风。“人之所有者,血与气耳”,气乱引动血乱,继生血热、血虚、血瘀,三者亦可生风。斑秃病位在头部,位于人体最上方,风性趋上,风动则叶落,故风邪可使发落,《外科大成·诸疮痛痒》又有“风盛则痒”,因此斑秃有时伴有头皮瘙痒的症状。《读医随笔》曰:“夫中风,大病也……惟探其本于津枯血滞。”故此,去内风需依《妇人良方》所言:“治风先治血,血行风自灭”。综上,斑秃发病是由情志异常招致气血逆乱,进而引动内风所致,然朱老认为祛风为标,治血为本,治疗则宜从血论治。

朱老明确“从血论治”即从血热、血虚与血瘀三方面论治斑秃。虽然斑秃以毛发突然脱落为表现,临床常常见不到红斑。但从西医病理角度,斑秃发生是由于毛囊周围的免疫异常,炎症细胞浸润使得毛发提前进入休止期。朱老治疗各种炎症性皮肤病多以“血热”论治。在此,血热与斑秃病理表现的毛

囊周围炎症浸润相契合。中医亦有相关理论记载。《医碥·须发》曰：“年少发白早落，或头起白屑者，血热太过也。世俗只知发者血之余，以为血衰，不知血热发反不茂，火多血少，水反不荣，火至于顶，炎上之甚也。”提示脱发之缘由不应囿于血虚，尤其青壮年脱发应更重视血热过盛，热邪燔灼阴血则毛发失于荣养而发落。此外，《医宗金鉴·外科心法》曰：“由于毛孔开张，邪风乘虚而入，以致风盛燥血，不能荣养毛发，形成油风。”此处意指外风乘头之偏虚处而入，“偏虚处”即“血虚不荣养之处”，风盛燥血，血虚更甚，毛发失养，因此血燥不能荣养毛发也是斑秃的重要病机。肾藏精，精血同源，血能生精，又因肾其华在发，故血气盛则肾精充足，发黑浓密；血气虚则肾气亏虚，发白而脱落。《灵枢·经脉》记载：“脉不通则血不流，血不流则毛色不泽。”《医林改错》曰：“伤寒、温病后头发脱落，名医书皆言伤血，不知皮里肉外血瘀，阻塞血路，新血不能养发，故发脱落。”唐容川《血证论》曰：“瘀血在上焦，或发脱不生。”均道破了血瘀是导致脱发、斑秃的重要原因。

综上所述，朱老认为此病因情志不遂，五志化火，血热生风，风火相合化燥伤阴，毛发失于阴血濡养而突然脱落；或因情志内伤，气机逆乱，气滞血瘀，致血流不畅不能上奉于脑，清窍失养，无以荣养毛发而脱落；或日久气血两虚、肝肾不足，精血亏耗，又合瘀阻，毛发无精血滋养，故毛根空虚脱落成片，甚至全身毛发脱落。因此本病与血热、血瘀、血虚密切相关，这与芦鑫等^[10]“斑秃从血论治”及朱珠等^[11]“斑秃以血热、血虚、血瘀、肝郁、肝肾不足为基础”的观点相通。

3 临床治疗分三期三证

临床治疗强调从血论治，分三期三证。急性进展期斑秃多属血热生风证，以凉血为主；缓解恢复期多属血虚生风证，以养血为主；慢性期或普秃、全秃多属血瘀生风证，以活血为主。在用药方面，由于毛发生长周期为3个月，故多用丸药。

3.1 急性进展期斑秃——血热生风证

病程多在3个月内。在较短时间内，突然发现斑状脱发，继而脱发斑扩大或数量增加，毛发多粗壮，发色黑亮或伴油腻，可有断发，脱发区边缘拉发

试验阳性，毛囊清晰可见。部分患者伴见头皮烘热、急躁易怒、心烦意乱等自觉症状。脉象以弦、数、紧、实居多；舌质正常或红微绛，苔薄黄。临床多见于青壮年和中年女性，青壮年体质壮实，性情急躁，易于动怒，郁怒化火；中年女性群体趋于更年期，女子至七七之年，肝肾精血亏虚，虚火亢旺，且更年期妇女自身内分泌等内在环境发生变化^[12]，加上社会环境因素，易导致怒悲忧思等情志过亢，郁而化热。治以凉血养血为主，基本方：生地黄60g，当归60g，丹参60g，白芍60g，女贞子30g，桑椹子30g，旱莲草30g，黑芝麻60g。研末，炼蜜为丸，每丸9g，每日早晚各服1丸。

3.2 缓解恢复期斑秃——血虚生风证

病程3个月以上。已无明显脱发，但毛发再生不明显，或仅可见小毳毛，无粗状终毛，或仅有少量白发恢复，生长缓慢，或毛发色泽暗淡，粗糙毛躁，呈褐色。毛囊似有萎缩。可伴有头皮痒、屑多。兼气虚者，既往发病时往往渐进性加重，范围由小而大，在脱发区还能见到少数散在性参差不齐的残存头发，但轻轻触摸就会脱落，头皮松软光亮，伴有唇白、心悸、气短语微、头昏、嗜睡、倦怠无力等全身症状。舌质淡胖，苔少，脉细。兼肝肾不足者，则平素头发焦黄或花白，发病时头发常均匀、大片脱落，病情严重时，还会相继出现阴毛、腋毛、眉毛乃至毳毛的脱落，患者年龄多在40岁以上，伴有面色㿔白、肢冷畏寒、头昏耳鸣、腰膝酸软等症。舌质红，无苔，脉弦细。治以养血息风、滋补肝肾为主。基本方：生地黄60g，熟地黄60g，何首乌90g，菟丝子30g，女贞子30g，当归60g，白芍60g，丹参60g，羌活30g，木瓜30g。研末，炼蜜为丸，每丸9g，早晚各服1丸。

3.3 慢性期或普秃、全秃——血瘀毛窍证

遵中医“久病必瘀”理论，临床症见斑秃日久不长或全秃，须眉俱落，或伴头痛、偏头痛，或者头皮刺痛、发麻，或见少量白色新生绒毛。舌质紫黯，舌下络脉曲张，脉细涩。治以活血祛瘀为主，方选通窍活血汤加减：当归尾60g，赤芍90g，桃仁30g，红花30g，紫草60g，黄芩30g，炒栀子30g。研末，炼蜜为丸，每丸9g，每日早晚各服1丸。

除上述三期三证外，久病、大病、产后血气耗伤

导致脱发者,也可归属于血虚生风证。并且,对于血虚生风证,朱老常在自行组方的基础上加用中成药以增强疗效,兼见久泻、脱肛、子宫脱垂、胃下垂等中气下陷表现者,药用补中益气丸;兼见睡眠不安等心神失养表现者,药用人参养荣丸;兼见四肢不温等阳气亏虚表现者,药用十全大补丸;妇女兼有月经不调属血瘀水停者,药用八珍益母丸。综上所述,临床上应结合发病年龄、病程、诱因及伴随症状综合辨证进行选方用药。

4 讨论

中医对斑秃认识历史悠久,经验丰富,《内经》最早记载了脱发症状,但未直接提及脱发病名,而是称为“发落”“发堕”“毛拔”等。直至隋《诸病源候论》首次提出“鬼舐头”之名,其后,因斑秃的典型表现为头发成片脱落,头皮光亮,明代《外科正宗》首创“油风”之名。历代医家对斑秃的认识各有不同,主要围绕风、热、血虚、肝、肾等论治,朱老在先贤的思想基础上,结合自身数十年临床经验,构建了主次分明的斑秃辨治体系:核心病机在于血热、血瘀、血虚,对应斑秃分期,设立“三证三期”的临床治疗思路,同时兼顾肝肾。

除上述所言,临床治疗中重度斑秃,仍有一些问题亟待思考与探索。例如,针对斑秃的治疗,除了采用气血、脏腑辨证的思维模式外,还应重视经络辨证^[13]。头为诸阳之会,督脉及足阳明胃经、足太阳膀胱经、足少阳胆经皆循行于头部,手指部为手三阳、手三阴经交汇之处,经络所过,主治所及,故此,毛发脱落之处与斑秃合并的顶针样甲改变部位均提示所过经络之病变。经络辨证不仅可以提示方药中引经药的使用^[14],更能够为针灸治疗斑秃提供思路,使之不局限于脱发区域围刺或梅花针扣刺,还能根据所过经络进行远端取穴,此法尤为适用于中重度斑秃、多发秃发斑患者。

除中药内治、针灸外,还可采用中药外治法。临床中可以根据毛发质地及头皮健康状况,选择中药水煎剂、酊剂外用。如血热生风证见头发油腻者,或血虚生风证见头屑多者,以中药水煎剂外用,凉血除

湿或养血润燥,改善头皮环境。针对单发的斑秃,可以中药酊剂外搽,反复轻轻摩擦,药选何首乌、红花、当归、丹参等,配伍透骨草、花椒、白蒺藜等增加药物渗透性,局部外用,起到活血养血生发的作用。

[参考文献]

- [1] PRATT C HERBERT, KING LLOYD E, MESSENGER ANDREW G, et al. Alopecia areata [J]. Nat Rev Dis Primers, 2017, 3:17011.
- [2] 中华医学会皮肤性病学分会毛法学组. 中国斑秃诊疗指南(2019)[J]. 临床皮肤科杂志, 2020, 49(2):69-72.
- [3] TOUSSI ATRIN, BARTON VIRGINIA R, LE STEPHANIE T, et al. Psychosocial and psychiatric comorbidities and health-related quality of life in alopecia areata: A systematic review [J]. J Am Acad Dermatol, 2021, 85: 162-175.
- [4] 安佳旭, 王雅清, 张洲, 等. 斑秃发病机制及治疗的研究进展[J]. 疾病监测与控制, 2020, 14(4):333-336.
- [5] 杨淑霞. 斑秃发病机制的研究进展[J]. 中国医学文摘(皮肤科学), 2016, 33(4):465-470.
- [6] 刘伊雯, 王磊, 周君浩, 等. 斑秃的药物治疗研究进展[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2022, 36(7):841-845.
- [7] 吴雪菁子, 谢君. 斑秃的治疗进展[J]. 中国医疗美容, 2021, 11(7):85-88.
- [8] 中国中医研究院广安门医院. 朱仁康临床经验集[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:208-211.
- [9] 费文敏, 李可可, 李承旭, 等. 斑秃相关精神心理合并症及其发病机制[J]. 皮肤科学通报, 2021, 38(2):131-135.
- [10] 芦鑫, 王雅丽. 论斑秃从血辨治[J]. 吉林中医药, 2010, 30(2):110-111.
- [11] 朱珠, 杨志波. 杨志波教授论治斑秃经验举隅[J]. 中国民族民间医药, 2021, 30(6):92-95.
- [12] 孟建英, 李小军. 中年女性轻度焦虑抑郁障碍共病的中医证候分布研究[J]. 山西中医药大学学报, 2020, 21(1):31-34.
- [13] 刘保红, 赵志恒, 焦召华, 等. 脱发部位的经络辨证关系探微[J]. 中医学报, 2017, 32(8):1459-1462.
- [14] 付丽森, 易慧敏, 向雨萍. 向雨萍运用化湿健发方结合经络辨证治疗脂溢性脱发经验[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(6):40-41.

·医案医话·

考希良治疗脾胃病验案六则

李书豪 指导:考希良

(成都中医药大学针灸推拿学院,四川 成都 610075)

[摘要] 总结考希良治疗脾胃病的临床经验。选取六则临床诊治医案,从不同角度体现考希良临证思维。考希良在临床诊治中,结合六经辨证与脏腑辨证,兼顾患者自身体质;在遣方选药上以量宏力专、祛邪扶正,进而调和阴阳为特点,力求法捷效速。在病因病机方面,考希良基于《黄帝内经》中经络循行与脏腑联属的生理、病理关系,知常达变,以此认识与理解临床相关病因病机,按照对应的治则治法及方药进行施治,构建了传统中医诊疗思维。

[关键词] 考希良;脾胃病;验案;胃痛;腹痛;胃痞;泄泻;便秘

[中图分类号] R256.3

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0902-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.022

Six Cases of KAO Xiliang in Treatment of Spleen and Stomach Diseases

LI Shuhao Mentor: KAO Xiliang

(College of Acupuncture and Tuina, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610075, China)

Abstract This paper explores and summarizes the clinical experience of KAO Xiliang in treating spleen and stomach diseases. Six cases of clinical diagnosis and treatment are selected to reflect KAO Xiliang's clinical thinking from different perspectives. In the clinical diagnosis and treatment, KAO Xiliang organically combines the syndrome differentiation of six channels and zang-fu organs, taking into account the patients' own constitutions. In the selection of prescriptions, KAO Xiliang achieves significant effect and strengthens healthy qi to eliminate pathogens, which characterizes in harmonizing yin and yang, and strives for the quick effect. In terms of etiology and pathogenesis, based on the physiological and pathological relationship between the meridian circulation of *The Yellow Emperor's Canon of Internal Medicine* and the association of zang-fu organs, KAO Xiliang sticks to the principles and is flexible, he understands the clinical causes and mechanisms of diseases and treats them according to the corresponding treatment rules, methods, and prescriptions and constructs the diagnosis and treatment thinking of traditional Chinese medicine.

Keywords KAO Xiliang; spleen and stomach diseases; test cases; stomach pain; abdominal pain; stuffiness and fullness; diarrhea; constipation

[收稿日期] 2023-12-19

[基金项目] 山东省专业学位研究生教学案例库建设项目(编号:SDYAL21053)

[作者简介] 李书豪(1999—),男,山西祁县人,2023年硕士研究生,研究方向:针药结合治疗脾胃病。邮箱:1260195295@qq.com。

[通信作者] 考希良(1979—),男,医学博士,副教授,副主任医师,主要从事中西医结合治疗急慢性复杂和疑难性疾病研究。邮箱:kaoXi-liang@163.com。

考希良老师长期从事中医内科临床与教学工

作,擅长治疗各种急慢性与疑难性病症。笔者有幸随师侍诊,耳濡目染,获益良多。遂选取考老师脾胃病临证医案六则报道如下。

1 胃痛案

患者女,55岁,2023年11月5日初诊。主诉:胃痛伴纳差2个月余。夜间或空腹时胃脘疼痛愈重,常伴咽喉不舒,进食辛辣刺激后胃痛加重,伴呕恶反酸,服用艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊后略有缓解。长期四末不温,晨起口苦、咽干、目眩。时感心悸,胫骨外侧拘挛。舌暗红,有瘀斑,苔黄腻,脉滑,右关沉而小数。综上合参,辨证属胃火郁积,予方:清半夏30g,黄连12g,黄芩30g,干姜30g,炙甘草12g,生人参10g,焦栀子10g,柴胡30g,连翘12g,炒白术20g,茯苓60g,陈皮30g,枳实30g,厚朴45g,延胡索15g,香附12g,莪术15g,黄芪30g,泽泻15g,牡丹皮12g,苍术10g,制吴茱萸3g,生姜3片,大枣(掰)5枚。14剂,水煎服,日1剂,早晚分服。药渣继煎15min后烫洗足部,浴后避免受凉。

2023年11月22日复诊:胃痛十去其七,其余诸恙皆有缓解,故效不更方,守上方加白敛、白及、煅龙骨各12g,煅牡蛎15g加强抑酸之力,7剂,用法同上。

2023年12月4日三诊:火象渐去,脉略弦涩,辨证为饮阻气机。消饮先治气,气顺则饮和,遂改黄芪为42g,连翘为15g,继服7剂,巩固通补之效。2024年2月微信随访,自诉已无大碍。

按:病机十九条说:“诸痛痒疮,皆属于火。”辛辣食物性味上属于火热,火性炎上,胃失和降,气机逆乱。“气有余便是火”,气郁积热,气不化水,胃饮渐生,饮聚化热,内外相合,胃火乃成。咽者,胃之关,胃火上攻于咽;喉者,肺之门,手太阴之脉起于中焦,胃火循肺脉上行抵喉,肺胃热攻,继见咽喉不利。胃中火邪亦有碍胃阳正常的化生与输布,且阳损及阴,腑病及脏^[1],胃阳折损,脾阳失充,中焦失于斡旋,气血生化乏源,肢体四末不温。换言之,邪胜正虚,胃火独盛,肤温自寒,胃气积郁,卫气渐虚。其次,饮停于胃,胃居心下,水饮凌心,继而心慌^[2]。足阳明行于胫骨前腓外缘一侧,阳明腑热外斥胃脉灼烧筋肉,加之火邪阻挡气血、津液的濡养,虚实夹杂而见局部挛动。同时,人体前力线走行于腹直肌,下行至胫骨前肌^[3],胃痛拘急时挛缩感沿前力线下传,筋膜随之

颤动,可见外侧肌群抽动,更有甚者长期因此形成“八字”步态。“有诸内者,必形诸外”,考老师以整体观念为指导,善用经络诊察结合伤科查体辅助内科诊断,强化对病机的进一步理解。

本案以半夏泻心汤、茯苓饮、小柴胡汤为基础方。半夏泻心汤辛开苦降,为善解中焦第一要方。方中清半夏燥湿化痰,配以干姜降逆止呃,黄连、黄芩、焦栀子清热燥湿。《外台秘要》之茯苓饮“治心胸中有停痰宿水,自吐出水后,心胸间虚,气满,不能食,消痰气,令能食”^[4],此方含枳术汤、橘枳姜汤、橘皮汤、四君子汤,“四方一体”共奏通补之功,亦应本案呃逆、手足厥冷等临床表现。茯苓饮尚可弥补泻心汤稍显逊色的祛湿消饮之力,合半夏即为小半夏汤之义,巩固降逆止呕之功^[5]。《神农本草经》论柴胡“主心腹肠胃中结气,饮食积聚,寒热邪气,推陈致新”^[6],欲清畅少阳郁热,非小柴胡汤莫属。辅以连翘清热散结,延胡索、香附行气止痛,反佐少量吴茱萸牵制清热之力,无碍中阳之虞。考老师强调,若患者胃痛剧烈,可效仿丹溪逆十九畏稍佐五灵脂,即人参与五灵脂的配伍应用^[7]。

2 腹痛案

患者女,63岁,2023年11月15日初诊。主诉:每逢5~7时右下腹胀痛1周。肾区酸痛5d,乏力、眠差3d。3d前大便呈羊矢状,量少难排。近日晨起口苦呕恶。平素畏热,偏嗜生冷,汗出可。查体见左颈下淋巴结红肿,局部皮温升高,伴轻微压痛。舌红绛,苔黄厚腻,脉弦滑数,右关实。11月14日查腹腔未发现明显器质性异常,遂改诊于考老师。考老师辨证为阳明腑实,予方:大黄(后下)15g,柴胡45g,黄芩36g,连翘30g,枳实30g,厚朴60g,清半夏15g,白芍45g,炙甘草10g,野葛30g,黄连15g,栀子15g,茯苓45g,泽泻20g,牡丹皮20g,赤芍30g,虎杖30g,猪苓15g,薏苡仁30g。7剂,水煎服,日1剂,早晚分服。进服2剂后患者自诉效微,继服4剂后追访,VAS腹痛等级由就诊时7分降至1分,大便转软,诸症悉平。

按:考老师接诊腹痛首先考虑与外科急腹症的鉴别。老师常道“阳明本热病”,大便球状,便涩量少皆因阳明燥屎,腑气不畅,继而气机上逆,以致呕恶。手阳明主时经气旺于5~7时,合于本案发病时间,亦

是邪居手阳明的有力佐证。同时,考老师认为若阳明有热,可能殃及少阳,少阳胆热则见晨起口苦、淋巴结肿痛等临床表现。此外,虽是老年患者,但舌脉俱是实证,提示邪气盛而正气不虚,正邪交争,气血鼓荡。综上,老师拟大柴胡汤同时清解阳明、少阳二经^[8],小承气汤势急力缓、下气为主,两方合用达“清通”之效,通腑降气。葛根芩连汤清燥肠胃湿热,栀子、赤芍、虎杖清利肝胆,佐以连翘清热散结。芍药甘草汤缓急止痛,“三泻”(茯苓、泽泻、牡丹皮)配猪苓、薏苡仁消肿利湿。考老师认为,白芍用量达45 g即有良好的通腑效果。虑虎杖具有一定的肝毒性,用药应“中病即止”,大便转软即不必再服。

3 胃痞案

患者女,35岁,2023年11月3日初诊。主诉:胃脘痞闷不舒、纳差半年余。饮食生冷或受寒则腹胀肠鸣,急欲如厕。常年畏寒,四末欠温,少气懒言,睡眠欠佳。运动后胃脘闷胀加重,偶心动悸,腰膝酸痛。近日晨起周身汗出,枕部尤甚,口干苦发黏,时头晕,大便质黏,初干后溏。患者体型偏瘦,面色萎黄,唇舌色暗,苔腻,脉沉偏弱,右关小濡。在某医院消化内科行胃镜及组织学病理检查示:胃体病变黏膜皱襞肿胀增粗。C¹⁴尿素呼气试验(+). 诊断:慢性非萎缩性胃炎。综上合参,考老师辨证为脾虚湿阻,处方:清半夏30 g,黄连10 g,黄芩30 g,干姜45 g,炙甘草15 g,红参12 g,茯苓45 g,泽泻15 g,炒白术15 g,苍术15 g,陈皮30 g,枳实30 g,厚朴30 g,黄芪45 g,莪术12 g,野葛30 g,北柴胡30 g,焦栀子12 g,制吴茱萸3 g,桂枝15 g,白芍15 g,酸枣仁(捣碎)15 g,生姜5片,大枣(掰)5枚。7剂,日1剂,早晚分服。药渣再煎15 min泡脚。

2023年11月15日复诊,诸症好转,舌象同上,脉象较前有力,遂予原方加连翘、夏枯草各15 g,龙骨、牡蛎各30 g,继服14剂巩固疗效。

2023年12月5日三诊,病势十去其七,患者要求续服中药,遂守上基础方,改剂型为膏方,并合以李可肾四味(枸杞子、菟丝子、淫羊藿、补骨脂)各15 g,以求脾肾同补。

2024年1月20日电话随访,服药期间脾胃舒适、面唇舌色皆有好转,现继续随访中,以观察膏方远期疗效。

按:《素问·上古天真论》:“女子五七,阳明脉衰,面始焦,发始堕。”患者素体亏虚,五七之后虚象愈显,气血生化乏源更甚。卫气“温分肉,肥腠理,司开合”,卫阳不足,肢冷畏寒,故合用桂枝汤加黄芪顾护太阳卫表不足^[9]。“阳气者,一日而主外”,阳虚外感,直中太阴,引发便溏等脾阳亏虚之症状。考老师强调,太阴多虚多寒者宜重用干姜,以30 g为基础药量,甚者可加至45~60 g。其次,精化气,气养神,脾阳不足,精不得运,气虚言少,神失形萎。心主藏神,血不养心,神失所养,则见不寐,亦应“胃不和则卧不安”之义。再次,劳则气耗,动则折气,气虚乏运,内饮更甚,中虚饮郁,上则扰动心神而见心悸,下则内渗肠腑而见泄泻,外注腰膝而见酸痛,若逢风寒湿外邪杂至,内外合邪日久,继成风湿顽痹。整体观之,全方合茯苓饮、苓桂术甘汤、四君子汤与理中汤,意图温中和饮以求病本。同时,脾阳根于肾阳,腰部为患提示后续亦应顾护先天之本,以促先天生后天,求达脾肾同调之功。此外考老师认为,枕后多汗,胃肠湿热,以葛根芩连汤燥湿清热^[10]。头晕口苦,胆经郁热,腑热并邪,逆气燔上,熏蒸津液,口干发黏,佐炙甘草以保津存液^[11]。黄芪、陈皮升降相依,健运中土。枳实消导下气,厚朴去水行气,莪术活血行气,诸药合用,增进食欲。添酸枣仁敛心阴、养心血、安心神。由于辨证正确,因药恰当,药后症状大减,故复诊酌加连翘、夏枯草清热散结,龙骨、牡蛎安神助眠。前方以清为重,为求先清继补,故三诊时续接前方铺垫,以补为要,合用补肾平剂并更换剂型,阐释了中医药养护体质“王道而非霸道”的干预方式。

4 泄泻案(一)

患者男,39岁,2023年9月27日初诊。主诉:泄泻伴腹部绞痛1个月余,日均2次。发作时急欲排便,大便多呈糊状,时覆脓血,里急后重,泻后痛缓。近时咽喉红肿疼痛,略咳黄痰,口苦较甚。阴囊潮湿不适,一侧睾丸坠痛,双侧足癣伴瘙痒。难耐冷食,体力欠,睡眠差,纳尚可,小便黄。舌暗红,苔黄腻,脉弦滑小数,偏沉弱。在某医院胃肠外科行结肠镜检查示:病变黏膜多发性糜烂,呈连续性分布。黏膜活检组织学检查示:慢性活动性肠炎伴隐窝脓肿形成,黏膜表面糜烂,浅溃疡形成。血常规示:血清淀粉样

蛋白A 15 mg/L, C反应蛋白40.73 mg/L, 白细胞计数 $9.63 \times 10^9/L$, 血红蛋白101 g/L, 血沉34 mm/h, 粪便钙卫蛋白1 633.0 $\mu\text{g/g}$ 。诊断: 溃疡性结肠炎。考老师中西合参, 辨证乃为湿困肝脾, 予方: 野葛根60 g, 黄芩30 g, 黄连15 g, 白头翁30 g, 黄柏15 g, 干姜30 g, 甘草10 g, 茯苓45 g, 白术15 g, 泽泻15 g, 牡丹皮15 g, 赤芍15 g, 白芍15 g, 白及15 g, 白敛15 g, 厚朴60 g, 枳实30 g, 大黄3 g, 木香(后下)10 g, 连翘15 g, 柴胡30 g, 龙胆15 g, 栀子10 g, 车前子30 g(包), 秦皮12 g, 生姜3片, 大枣(掰)3枚。7剂, 日1剂, 水煎服, 早晚分服。药渣再煎15 min泡脚。翌日患者来电, 服用1剂后泄泻加重, 不敢继服。嘱其原方增加生姜12片、大枣(掰)7枚共煎缓和药性, 若药后仍泄泻剧烈则减半分服, 日进半剂。再日电话追访, 泄泻已停。后随证调方, 疗效稳定。

按: 脾主升清降浊, 小肠主泌别清浊, 脏腑功能失司则见泄泻, 故以“无湿不成泄”为切入点并贯穿治疗终始。由诸症当知, 本案中焦为患, 殃及下焦。厥阴肝经“循股阴, 入毛中, 过阴器”, 阴囊潮湿, 示肝胆湿热, 湿性重浊缠绵则见睾丸坠痛难愈。肝经走行与脾脏胃腑之体表投影多有相合^[12], 且唐宗海云: “食气入于胃, 全赖肝木之气以疏泄之。”故肝经湿热下注, 木气条达受阻, 难辅脾健行湿。《诊家正眼·望色》言“口苦胆热”, 胆腑疏泄不畅, 进而影响脾运。组方以葛根芩连汤合白头翁汤清热解毒^[13], 龙胆泻肝汤苦寒清燥肝胆湿热, 继以甘草干姜汤以较大剂量干姜温扶脾阳, 牵制清热之过。同时, 患者每痛后作泄, “不通则痛”, 阳明以通降为用, 故以木香佐小承气汤之厚朴、枳实增强下气之力, 继以“三泻”配白术清肠之湿, 白敛、白及敛疮生肌以防治肠道溃疡, 连翘清热散结, 赤芍凉血, 白芍养阴。考老师认为, “通因通用”法应根据患者体质差异予以不同剂量中药。本案因长期泄泻, 正气下脱, 且素体瘦弱, 对首剂药效反馈及时调整, 嘱一剂分二剂进服, 亦是变通思路。

5 泄泻案(二)

患者男, 23岁, 2023年11月6日初诊。每逢长夏腹时自痛或饭后腹痛, 泄后如常, 情绪紧张或焦虑时加重, 某精神卫生中心诊断为轻度抑郁。患者嗜食辛辣, 饭后痰多, 上午9至11时嗜睡。某医院消化内

科诊断: 肠易激综合征。前医曾处以痛泻要方, 略有缓解; 亦曾服用附子理中丸, 症状暂缓, 但大便反结, 停药后复发。长期咽干唇燥, 甚时蜕皮, 饮水无以缓解, 前医以慢性唇炎外敷疗效欠佳。四末掌心发汗疱疹伴瘙痒3年余, 冬季重时褪至肌层, 呈刀割样痛。某医院美容皮肤科诊断为剥脱性角质松解症, 予尿素软膏外擦疗效不显。长期乏力, 双手无力握紧, 运动汗后得缓解。舌色淡红, 苔中部白腻, 前中部数条裂纹, 齿痕明显, 脉沉滑有力, 右关不清。考老师以土湿热郁论治, 予方: 野葛30 g, 黄芩15 g, 黄连12 g, 炙甘草15 g, 茯苓30 g, 泽泻15 g, 牡丹皮15 g, 焦栀子9 g, 醋柴胡24 g, 干姜15 g, 党参15 g, 清半夏18 g, 炒白术15 g, 炒山药30 g, 炒薏苡仁30 g, 炒芡实15 g, 当归12 g, 白芍15 g, 陈皮24 g, 黄芪15 g, 升麻12 g, 苍术12 g。7剂, 水煎服, 日1剂, 早晚分服。

2023年11月22日复诊, 痛泻缓解, 情绪转平, 唇部、手掌新肤渐生, 舌脉同前。因停药后病情有所反复, 遂守上方, 改干姜10 g、陈皮30 g, 14剂, 服法同前。

2024年1月17日三诊, 痛泻消失, 大便基本成型。虽病情已稳, 仍需善后调理, 遂以上方合参苓白术散制作水丸随餐服用半年余。同时, 根据《神农本草经》所言泽泻“能行水上”, 另嘱患者以泽泻6 g、桔梗6 g长期代茶饮, 通上达下, 降浊升清。并辅以外治法, 嘱皮疹发作前一周以蝉蜕煎汤浸泡患处。患者因嗜食辛辣而湿邪偏重, 嘱其饮食宜清淡。

按: 《伤寒明理论》说: “四末汗多, 多由脾胃湿蒸, 旁达四肢手足所致。”夏季腠理疏松, 排湿尚可, 冬令阳气内敛, 出汗不利, 肌腠湿郁, 化热生疹。《诊家正眼》说: “舌干唇燥为脾热。”此亦指证属中焦湿热。本案辨证重在或虚或郁, 而汗后缓解即是湿郁为重, 无力握拳亦属湿阻经络。湿为阴邪, 消耗阳气; 热为阳邪, 灼伤津液^[14]。两邪相合, 胶结难解^[15], 气津两伤, 因实致虚, 故而乏力。考老师认为, 无湿则热无所附, 湿郁则日久化热, 湿去则热势必孤。综上, 治疗以祛湿为主, 清热为辅。首以葛根芩连汤为主方, 葛根升达木气, 疏解土郁, 又能上行胃津, 清中润上, 加之“三泻”、炒白术、炒山药等, 共行清热祛湿之力, 且从前阴下利小肠湿热。饭后痰多者, 二陈汤重用以燥湿健脾, 合芡实等意取《医学衷

中参西录》之理痰汤。考老师认为成人情绪类症状多属少阳证,故合小柴胡汤解少阳肝郁,且咽为肝之使,亦能缓解咽干一症。此外,疹为太阴风热,风胜则痒,而“治风先治血,血行风自灭”。“血不利则为水”,患者饮重血虚,故配以当归芍药散疏肝养血,健脾利湿,并加黄芪、升麻补气透疹,鼓邪外出,防治皮疹。

综上,全方共奏健脾祛湿、畅气升木、清解郁热之功。针对患者就诊时的情绪低落,对其进行心理疏导,以解其心结,增强了中药内服的非特异性疗效。

6 便秘案

患者女,67岁,2023年11月12日初诊。主诉:大便秘结5个月余,伴双侧示指肿痛、麻木半年余,入夜尤甚。曾服用番泻叶茶饮,饮后腹部剧烈绞痛并排出少量黑色粪块。患者时口苦,喜冷饮,腰稍痛,体力欠,眠略差。面色红润,发黑浓密,面部三角区边缘红肿明显,稍有褪皮并伴瘙痒。舌暗红,苔薄白,脉弦实。素有高血压、高血糖、高脂血症病史多年。四诊合参,考老师诊为之肠燥胃热,予方:大黄(后下)12g,厚朴30g,枳实24g,石膏(先煎)30g,知母21g,炙甘草12g,柴胡30g,黄芩30g,清半夏15g,白芍45g,茯苓45g,泽泻15g,牡丹皮15g,生白术15g,苍术15g,野葛根45g,黄连9g,猪苓12g,川芎12g,当归12g,姜黄12g。14剂,水煎服,日1剂,早晚分服。

2023年11月30日复诊,药后排出少量粪块,排便时肛门口疼痛剧烈。嘱其守方继服14剂,并要求患者自行沿骶正中嵴两侧八髎穴由上而下推揉,一者辅助直肠排空,二者刺激骶骨孔中骶神经,改善盆底状态。同时配合大肠俞、天枢、上巨虚、四关穴等按摩刺激,每日3次,每次10min。

2023年12月17日三诊,排便较前稍畅,多成条状,手指疼痛等诸症亦得缓解。为巩固疗效,改方为:大黄3g,芦荟6g,火麻仁10g,柏子仁12g,蜂蜜10g,陈皮6g,代茶饮服用。

2024年1月21日电话随访,病体已无大碍,基本恢复如初。

按:生理上,阳明主面,多气多血,且发为血之余,气血充盛则见发色黑而浓密,面色红亮而润泽。

病理上,胃足阳明之脉“起于鼻之交頄中,旁约太阳之脉,下循鼻外”,热盛则见局部红痒;大肠手阳明之脉起于示指商阳穴,腑热满溢,外斥经脉,可见示指局部肿胀,夜间阳气入里与邪相争,导致入夜愈甚。肠腑本性属热,“大肠主津”作为平衡热性的物质基础,而年老本多津亏液虚,加之本案阳热有余,津亏更甚。同时,阳明肠火上扰肾脏亦可导致腰痛。考老师基于整体气机变化,重在釜底抽薪,清解阳明求其本,热去痛消解其标:方用小承气汤清阳明腑热,白虎汤清阳明经热,葛根芩连汤清阳明表热,大柴胡汤清少阳胆热,加之“祛湿六味”——茯苓、泽泻、牡丹皮、白术、苍术、猪苓,并佐川芎、当归、姜黄行气活血,以助郁解。其次,考老师认为此类患者服用方药为标,改变饮食习性为本。对于指端麻木一症应注意鉴别诊断,需排除脑血管及周围神经病变。

7 结束语

考老师将伤寒六经与脏腑经络、气血津液辨证有机结合。司外揣内,知常达变,诊断上重视四诊合参,治疗上权衡内服中药剂型剂量的灵活变化,同时随证结合敷药熏洗、穴位按摩等中医外治疗法,逐步形成了对中焦疾患的独到见解:阳实阴虚,中焦如衡;虚实相顾,胃纳脾运;戊阳已阴,易滞易虚;一通一藏,化生精气;以通代补,通补并要;湿升燥降,以安中土。考老师尤推崇蒲辅周老所言:“中气虚馁,纯进甘温峻补,则壅滞气机,反而增加脾胃负担,甚则壅塞脾之运化,使胃腑更难通降”。故老师擅用“祛湿六味”,注重先清后补,通补善后,升降有序,土患自除。

[参考文献]

- [1] 张慧杰. 从腑病及脏理论辨治泌尿系感染导致慢性肾衰竭临床研究[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2013.
- [2] 李凯丽,赵立群. 《伤寒杂病论》水饮凌心证的辨证论治[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(6):207-208.
- [3] 孙千惠,郭玥彤,徐畅,等. 关于国标足三里定位取穴之我见[J]. 中国针灸,2021,41(12):1331-1332.
- [4] 王焘. 外台秘要[M]. 北京:人民卫生出版社,1955:227.
- [5] 丁红平. 冯世纶应用外台茯苓饮临床经验[J]. 山东中医杂志,2016,35(11):981-982.
- [6] 宋永刚. 神农本草经讲读[M]. 北京:中国中医药出版社,2018:16.

(下转第920页)

·综述·

整脊疗法治疗肛肠病研究进展

阮梦怡, 赖素玉, 姜芸, 王晓锋, 李峨

(中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

[摘要] 通过查阅国内外整脊疗法治疗肛肠疾病相关临床研究文献, 总结归纳整脊疗法在治疗肛肠疾病方面的临床研究进展, 为临床提供决策依据, 同时也为进一步研究指明方向。研究发现中国传统整脊疗法在肛肠疾病上主要应用于便秘、肠易激综合征、功能性消化不良等, 国外主要应用于便秘和尿失禁, 临床疗效令人满意, 但缺少大样本、多中心的临床研究, 对其作用机制方面仍有待探究, 后续随访存在空白。参考文献34篇。

[关键词] 整脊疗法; 肛肠疾病; 便秘; 肠易激综合征; 功能性腹泻; 功能性消化不良; 尿失禁

[中图分类号] R256.3

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0907-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.023

Research Progress of Chiropractic Therapy in the Treatment of Anorectal Diseases

RUAN Mengyi, LAI Suyu, JIANG Yun, WANG Xiaofeng, LI E

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

Abstract By referring to the domestic and foreign clinical research literature on the treatment of anorectal diseases with chiropractic therapy, this paper summarizes the clinical research progress on the treatment of anorectal diseases with chiropractic therapy, which provides the basis for clinical decision-making and points out the direction for further research. Studies have found that traditional Chinese chiropractic therapy is mainly applied to anorectal diseases such as constipation, irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, etc. in China, while it is mainly applied to constipation and urinary incontinence in foreign countries, and the clinical efficacy is satisfactory. However, there is a lack of large sample and multi-center clinical studies on its mechanism of action, and there is still a gap in follow-up. There are 34 references in total.

Keywords chiropractic therapy; anorectal diseases; constipation; irritable bowel syndrome; functional diarrhea; functional dyspepsia; urinary incontinence

[收稿日期] 2024-01-02

[基金项目] 中国中医科学院广安门医院自主课题项目(编号: 2023-KY-223)

[作者简介] 阮梦怡(1999—), 女, 湖北孝感人, 2022 级硕士研究生, 研究方向: 肛门直肠功能性疾病的治疗。

[通信作者] 李峨(1977—), 女, 北京人, 医学博士, 主任医师, 主要从事中西医结合治疗肛肠疾病的临床研究。邮箱: lie3456@126.com。

整脊疗法是指通过手法、穴位注射、穴位按压等各种方法作用于脊柱及周围肌肉, 以达到治疗目的的一种方法, 具有收效快、疗效好、运用方便、费用低廉等优点^[1], 常用于治疗脊柱劳损病及脊源性疾病。近年来, 也有报道应用整脊疗法治疗肛肠类疾病, 如

便秘、腹泻、盆底松弛综合征等。然而,对于整脊疗法在肛肠疾病治疗中的应用,尚未形成系统、规范的总结与归纳,需要更深入的研究和探讨。故本文通过对相关文献和研究成果的综合分析,旨在评估整脊疗法在肛肠类疾病治疗中的有效性、安全性以及应用范围。同时揭示整脊疗法在肛肠疾病领域的潜在机制和作用方式,为进一步的研究提供参考。

1 中医整脊疗法

1.1 中医整脊疗法的历史源流

1.1.1 整脊疗法的萌芽阶段

中医整脊疗法可以追溯至2000多年前:长沙马王堆汉墓出土的《导引图》,以及《三国志》所载华佗创立的五禽戏,这些都属于古代导引范畴,可用来调整脊柱曲度,防治脊柱疾病。

1.1.2 整脊疗法的发展阶段

《素问·骨空论》云“督脉生病治督脉,治在骨上,甚者在脐下营”,即督脉病病情轻者可在脊柱上(督脉)治疗,重者在脐下营(“小腹以下骨中央”,即解剖学中两耻骨接近前正中线的位置^[2])治疗;《素问·调经论》提出了针灸、药熨治疗骨病的理论;华佗用灸法治疗跛躄,后世称之为“华佗夹脊灸”;《针灸甲乙经》记载了脊椎疾病的辨证选穴和针灸治疗;《伤寒杂病论》使用肾气丸内服治疗肾着腰痛、虚劳腰痛;葛洪《肘后备急方》不仅首创独活寄生汤用于治疗肾虚、寒湿腰痛,还提出了用药物结合按摩治疗颈腰痛的方法,称之为“摩膏”。

1.1.3 整脊疗法的发扬阶段

隋唐时期太医署设立按摩科,宋元明时期按摩科又进一步细分,中医骨科学及诊疗脊椎损伤疾病的整脊疗法渐成体系。20世纪40年代起,中国学者将现代解剖学、生理学、生物力学与中医整脊疗法相结合,尝试用现代科学理论阐明其机制,使传统整脊疗法焕发了新的生机^[3]。

1.2 国内整脊疗法治疗肛肠疾病的现代研究

1.2.1 便秘

便秘是临床常见病、多发病,是指排便次数减少(每周排便<3次),粪便干硬难下,或粪质不干但排便困难^[4]。便秘既可作为功能性疾病独立存在,也可作为症状见于多种器质性疾病^[5]。整脊治疗通过使脊柱及周围组织恢复到正常的解剖位置,解除神经

压迫,促进血液循环,从而改善便秘症状。目前国内整脊治疗便秘的相关研究较多,且常联合按摩推拿手法、针灸、口服药物等方法共同治疗便秘以取得更好疗效。

张鹏等^[6]运用快揉法、拿法、推法及整脊手法配合火罐治疗26例需开塞露辅助通便及口服番泻叶的顽固性便秘患者,结果总有效率92.3%。田彬佑^[7]运用腰部侧扳法、晃腰法、点按法、推拿腹部等手法治疗便秘患者25例,总有效率92.0%。孙秀娟等^[8]观察整脊疗法并谷维素治疗慢性功能性便秘的临床疗效,对照组口服麻仁软胶囊治疗,结果治疗组治愈率、总有效率明显高于对照组,认为整脊手法改善了肠道功能,同时谷维素缓解了慢性便秘患者的焦虑症状,两相结合,提高了临床疗效。唐晨^[9]运用整脊复位、腹部按摩、点按法、超短波治疗等方法治疗11例脊源性便秘患者,其中最少治疗1次,最多治疗15次,总有效率81.8%,认为整脊复位手法可以调整脏腑功能,按摩手法可以促进肠道蠕动,超短波治疗可以控制炎症,三者结合治疗脊源性便秘见效快、疗效好。陈朝明认为便秘的病位在大肠,同时与其他脏腑的功能失调有关,并总结出通督导气法治疗便秘,主要包括针灸和经络整脊疗法,其中针灸以导气针法为基础,经络整脊法则用指、肘压或器械锤击等方法疏通督脉及膀胱经,并配合以胸背腰段为主的手法整脊,疗效显著^[10]。综上,目前整脊疗法治疗便秘研究以临床疗效观察为主,前瞻性研究较少,且研究设计不够严谨,疗效评价标准不一,有待进一步规范。

1.2.2 肠易激综合征(IBS)

肠易激综合征是一种反复腹痛,并伴有排便异常或排便习惯改变的功能性肠病,为临床常见病和多发病,近年来患病人数逐渐上升,且许多IBS患者除肠道症状外,往往伴有焦虑、抑郁、躯体化障碍等精神症状,目前中医治疗IBS取得了较好疗效^[11]。整脊疗法主要通过手法调整偏歪脊柱或胸椎错位小关节,恢复脊柱正常解剖位置的方法治疗IBS,且常联合针灸疗法,疗效评价多选用视觉模拟评分法(VAS)、肠道症状量表评分、IBS症状严重程度量表(IBS-SSS)等方法。

Qu等^[12]研究斜扳法、指压法等传统中医整脊手

法治疗IBS的临床疗效,对照组口服匹那维溴铵,结果治疗组的VAS及肠道症状量表评分在治疗后显著低于对照组,总体临床疗效明显优于对照组,此外,治疗组的症状在整脊治疗后不久就消失或显著改善,且未报告不良反应。张燕英等^[13]观察针刺结合整脊手法治疗胸椎小关节错位所致IBS的临床疗效,将IBS患者随机分为三组,分别采用针刺、正骨推拿手法及正骨推拿手法后配合针刺治疗,结果针刺组总有效率75.0%,手法组总有效率78.9%,综合组95.2%,且综合组治疗后胸背部疼痛的VAS评分明显低于针刺组及手法组。杨武斌等^[14]研究“端提扶摇”法联合偶刺法治疗IBS的临床疗效,“端提扶摇”法具体操作大致为:先用手法为患者放松椎旁肌肉,疏通经脉,然后通过触诊找到偏歪脊柱并进行调整,在调整时医生双手用力向上把患者上提并轻微摇向偏歪侧,膝盖同时用力向对侧顶推。对照组口服马来酸曲美布汀片,治疗组在此基础上加以“端提扶摇”法配合偶刺治疗,结果治疗组总有效率明显高于对照组,且治疗后的IBS-SSS等级疗效评定积分明显低于对照组。目前整脊疗法治疗IBS常配合针刺,针刺取穴多包括中脘、上巨虚、天枢,中脘为胃之募穴、八会穴之腑会,有健运中州、调理气机之功,上巨虚属足阳明胃经,为大肠下合穴,可调肠和胃,天枢为大肠经募穴,有通调肠腑、分清别浊之功,诸穴合用使清阳升而浊阴降,大肠气机调顺,功能恢复正常。

1.2.3 功能性腹泻

功能性腹泻是临床常见疾病,常反复发作,迁延不愈,严重影响患者的生活质量^[15]。功能性腹泻与IBS均属于功能性肠病(FBD),在罗马IV诊断标准中,FBD的主要症状包括腹痛、腹胀、腹部膨胀、腹部不适、腹泻或便秘、或腹泻与便秘交替,这些症状之间存在明显的重叠现象,随着时间的推移或对治疗的反应,不同类型FBD之间还可能相互转换,因此罗马IV委员会专家提出不同类型的FBD可以看作是症状的频度、强度和严重程度有所不同的连续的疾病谱^[16]。目前国内整脊治疗功能性腹泻的相关研究较少,而治疗腹泻型IBS研究较多,可能与二者临床症状相似,且常相互转化有关。

李永明等^[17]运用整脊疗法联合硝苯地平治疗慢性功能性腹泻患者48例,结果治愈率68.75%,显效率

16.67%,好转率8.33%,总有效率93.75%,认为整脊疗法可改善相关部位神经系统的功能活动,硝苯地平是钙离子拮抗剂,可以抑制结肠黏膜的排便反射,缓解平滑肌痉挛,使肠道蠕动减慢,所以对非感染性炎症所致的腹泻有较好效果,二者合用,标本兼治,临床疗效较好。有研究运用整脊疗法结合穴位注射(取足三里、天枢、大肠俞,药物为复方当归注射液、维生素B₁、维生素B₁₂,每穴位注射0.3~0.5 mL)治疗慢性功能性腹泻患者120例,结果总有效率97.50%,认为复方当归注射液补血活血通络,维生素B₁、B₁₂可以调节神经功能,穴位注射疗法将针刺与药物的优点相结合,充分发挥了针灸、药物的综合效能。从上述两项研究来看,目前国内整脊疗法治疗慢性功能性腹泻的研究较少,且时间较久远,近10年未见新的研究报道。有研究指出,许多患者并非单一类型的FBD,而是存在重叠或转换的多种FBD,临床治疗此类患者时,可以淡化各种FBD诊断标准间的相互排斥,仅针对患者就诊时的主诉选择最佳治疗方案,但是在进行临床试验或研究时,则要严格把握纳入标准,不可将单一诊断的FBD患者与存在重叠或转换的FBD患者混为一谈^[16],值得后续研究注意。

1.2.4 功能性消化不良

功能性消化不良(FD)是指具有慢性消化不良症状,但其临床表现不能用器质性、系统性或代谢性疾病等来解释,FD是临床常见病,也是中医治疗的优势病种^[19]。近年来国内整脊疗法治疗FD的研究逐渐增多,常选用松筋理肌、捏脊、关节整复等治疗方法。

张煜新等^[20]观察整脊疗法治疗FD患者30例,对照组采用口服枸橼酸莫沙必利治疗,结果总有效率及治疗前后主要临床症状评分组间无显著性差异,但电话随访半年,整脊治疗组28例患者复发3例,复发率为10.71%,对照组26例患者复发9例,复发率为34.61%,认为整脊疗法治疗FD与枸橼酸莫沙必利疗效相仿,且远期疗效稳定,复发率低。李明谭^[21]研究松筋理肌、关节整复等整脊疗法治疗30例FD患者,结果总有效率90.00%,治疗前后症状总积分、生存质量积分差异均有统计学意义。郑朝怡^[22]观察整脊推拿结合针灸治疗FD患者50例,对照组口服西沙比利片,结果治疗组总有效率78.00%,对照组总有效率48.00%,两组治疗前后临床症状评分均显

著降低,但治疗组临床症状评分显著低于对照组,激素水平高于对照组,餐后胃窦收缩幅度、收缩频率及运动指数均低于对照组,认为整脊推拿配合针灸治疗的疗效优于西药治疗,更能改善患者的胃肠激素水平,但对胃动力的恢复作用逊于西药。曾均等^[23]观察背俞捏脊疗法治疗FD患者的临床疗效,对照组口服多潘立酮片,结果治疗组总有效率95.00%,高于对照组的81.67%,治疗后治疗组证候积分低于对照组,且无不良反应。从以上研究可以看出,国内整脊疗法治疗FD的疗效较好,通常不需联合其他治疗方法就可取得较好疗效^[24],疗效评价标准采用症状评分、生存质量评分、激素水平等主客观相结合的方式,使研究结果更为可靠。

1.2.5 压力性尿失禁

压力性尿失禁(SUI)是指由于腹压升高,如打喷嚏、咳嗽或重体力劳动、体育运动时出现尿液不受控,从尿道外口漏出的病症,是女性尿失禁的常见类型,限制了女性日常生活活动,影响生活质量,患者常承受巨大的心理负担,研究显示我国女性SUI发生率高达18.90%^[25],目前国内整脊治疗SUI也有研究报道。

年自强等^[26]报告了中医整脊联合盆底筋膜手法及电刺激疗法治疗女性SUI患者20例的临床疗效,对照组给予盆底筋膜手法联合电刺激治疗,结果两组患者治疗后国际尿失禁咨询问卷-膀胱过度活动症分问卷(ICIQ-OAB)评分均较治疗前降低,且观察组低于对照组;两组尿失禁生活质量问卷(I-QOL)评分均较治疗前升高,且观察组高于对照组;观察组总有效率90.0%,高于对照组的75.0%,差异均具有统计学意义。付志文^[27]观察中医整脊手法治疗女性SUI患者30例的临床疗效,对照组采用凯格尔训练法锻炼,结果观察组总有效率83.3%,高于对照组的56.7%,且观察组的国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表(ICI-Q-SF)评分低于对照组,I-QOL评分高于对照组,差异均有统计学意义,两组均未报告不良反应,认为中医整脊手法可以有效缓解腰部不适、降低漏尿次数和漏尿频率,减少漏尿量、提升生活质量。虽然目前国内传统整脊疗法治疗尿失禁相关研究报道较少,但临床疗效较好,在改善SUI症状的同时还能缓解腰部不适,且采用国际认可的问卷进行

症状评分,使得疗效评价指标较为可靠,值得临床进一步研究。

2 美式整脊治疗肛肠疾病的现代研究

美式整脊手法又称脊骨神经医学,是一门以现代脊椎解剖学、生物力学、X线学为基础,并有一套系统、规范的矫正手法的独立学科,其核心是以人体整体为基础,强调各器官、组织的相互关系,建立生理、心理动态平衡,从而达到平衡脊骨、矫正肌肉的目的。

2.1 尿失禁

Chang等^[28]观察穴位按压治疗女性SUI的临床疗效,将81例SUI患者随机分为穴位按压组、假穴位组及对照组(盆底训练),主要结局指标为盆底肌力,其他结局指标包括漏尿次数、四分制尿失禁主观评估、尿垫试验、国王健康问卷,干预后3组患者的盆底肌力比较,差异有统计学意义,但尿失禁主观评估分数和漏尿次数无显著性差异,穴位按压组的盆底肌力综合排名最高,漏尿次数综合排名最低,假穴位组尿失禁主观评分排名最低。Cuthbert等^[29]回顾了21例用应用运动学和美式整脊疗法治疗尿失禁的病例,其中13例患者存在腰骶功能障碍,结果尿失禁症状消失10例,明显改善7例,轻度改善4例,认为腹部手术留下的瘢痕可能会扰乱腹斜肌和横膈膜的呼吸运动,导致身体不适和大小便失禁,同时尿失禁可能导致情绪紧张,产生呼吸模式障碍,进一步干扰膈肌功能,器械敲击这些瘢痕改变了肌筋膜基质的物理性质,从而产生治疗效果。Instebø等^[30]报告了1例对左髋髂关节进行高速低频整脊手法治疗患有非器质性原发性夜间遗尿症的8岁女孩的病例,患者治疗前每周7晚均会出现遗尿,无其他腰痛、盆腔痛等合并症,经过3次治疗后遗尿症状消失,随访3个月内仅出现3次夜间遗尿。Cuthbert等^[31]还报告了1例应用运动学和整脊疗法联合治疗尿失禁的青春女性患者,患者在紧急开放性阑尾切除术后立即出现不可预测的尿失禁和右髋部疼痛,经治疗后尿失禁和髋部疼痛迅速消退,随访6年未复发。

美式整脊治疗尿失禁的相关报道并不少,但多为回顾性研究或个案报道,前瞻性研究较为少见。

2.2 便秘

Iyer等^[32]报告对两例7个月大的同卵双胞胎男婴进行包括整脊治疗、穴位按摩在内的多模式疗法

治疗便秘的案例,两例患儿在妊娠29周早产,并且在右下腹进行了腹部手术,遗留手术瘢痕,查体发现两例患儿双侧髋髂关节、颈关节和胸关节受限,经过4~5周的治疗后,患儿排便困难明显改善,且对治疗的耐受性良好,无不良反应。Quist等^[33]报告了1例整脊治疗8岁慢性便秘男童的病例,该患者曾接受过泻药、高液体摄入量和高纤维摄入量联合治疗,未见明显疗效,研究者对患者进行第1次整脊治疗后其肠道功能立即显著改善,在持续4周治疗后其肠道功能恢复正常,随访13年未复发。

3 结束语

综上所述,整脊疗法具有操作简便、不良反应小、经济实惠、疗效稳定持久、复发率低等优点,其历史悠久,发展前景广阔。中医整脊疗法是中国传统医学的重要组成部分,得益于现代科学的飞速发展及中西医之间的相互交流,古老的传统中医整脊疗法的作用原理及应用范围逐渐得到阐明和创新发展,随着对脊柱研究的深入,人们发现大多数疾病的发生与变化都与脊柱有着密不可分的关系,这不仅为上病下治、背病腹治及内病外治提供了科学依据,还为许多疑难杂症开辟了新的诊疗思路和治疗途径^[34],值得临床推广和学习。

【参考文献】

- [1] 王和鸣. 整脊疗法的源流与发展[J]. 福建中医学院学报, 2007, 17(5): 37-39.
- [2] 胡乐乐, 王海东, 吴晓刚. 从督脉探讨“督脉刺骨术”的理论依据[J]. 风湿病与关节炎, 2021, 10(10): 49-51, 69.
- [3] 韦以宗. 中国整脊学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [4] 张声生, 沈洪, 张露, 等. 便秘中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志, 2017, 58(15): 1345-1350.
- [5] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华医学会消化病学分会肠胃肠动力学组. 中国慢性便秘诊治指南(2013, 武汉)[J]. 胃肠病学, 2013, 18(10): 605-612.
- [6] 张鹏, 张雅慧. 整脊手法配合火罐治疗顽固性便秘[J]. 天津中医, 1998, 15(1): 34.
- [7] 田彬佑. 推拿治疗便秘25例[J]. 中医外治杂志, 2006, 15(6): 53.
- [8] 孙秀娟, 李永明. 整脊疗法并谷维素治疗慢性功能性便秘疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(27): 6627-6628.
- [9] 唐晨. 手法合并物理疗法治疗脊源性便秘11例临床报告[J]. 中国疗养医学, 2012, 21(7): 626-627.
- [10] 孙鑫, 陈朝明. 陈朝明教授通督导气法治疗功能性便秘经验[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(8): 957-960.
- [11] 张声生, 魏玮, 杨俭勤. 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.
- [12] QU L X, XING L Y, NORMAN W, et al. Irritable bowel syndrome treated by traditional Chinese spinal orthopedic manipulation[J]. J Tradit Chin Med, 2012, 32(4): 565-570.
- [13] 张燕英, 刘伟. 针刺结合整脊手法治疗胸椎小关节错位所致肠易激综合征的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2013, 35(1): 63-64.
- [14] 杨武斌, 单醒瑜, 何渊. “端提扶摇”法配合偶刺治疗腹泻型肠易激综合征的效果[J]. 中国当代医药, 2019, 26(3): 136-138.
- [15] 刘劲松, 侯晓华. 慢性腹泻与功能性肠病[J]. 中国实用内科杂志, 2003, 23(10): 578-580.
- [16] 方秀才. 罗马IV功能性肠病诊断标准的修改对我国的影响[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2017, 26(5): 481-483.
- [17] 李永明, 孙秀娟, 王红. 整脊疗法联合硝苯地平治疗慢性功能性腹泻48例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(34): 8495-8496.
- [18] 李永明, 孙秀娟, 王红. 整脊疗法联合穴位注射治疗慢性功能性腹泻疗效观察[C]//中华中医药学会. 中国肛肠病研究心得集. 北京, 2011: 411-412.
- [19] 张声生, 赵鲁卿. 功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(6): 2595-2598.
- [20] 张煜新, 袁学雅, 邢增东, 等. 整脊疗法治疗功能性消化不良疗效观察[J]. 中医药信息, 2009, 26(3): 34-36.
- [21] 李明潭. 整脊疗法治疗功能性消化不良的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2012.
- [22] 郑朝怡. 推拿配合针灸疗法治疗脾胃虚弱型功能性消化不良的临床疗效及对患者胃动力、血清胃肠激素水平的影响[J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37(3): 158-159, 61.
- [23] 曾均, 朱秋兰, 梁小英. 背俞捏脊疗法治疗功能性消化不良的临床效果[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(6): 129-131.
- [24] 李军祥, 陈諳, 李岩. 功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(12): 889-894.
- [25] 李志毅, 朱兰. 女性压力性尿失禁流行病学现状[J]. 实用妇产科杂志, 2018, 34(3): 161-162.
- [26] 年自强, 安惠琴, 李依洁. 中医整脊联合盆底筋膜手法、

- 电刺激疗法治疗女性压力性尿失禁的临床观察[J]. 中国民间疗法,2021,29(13):66-69.
- [27] 付志文. 中医整脊手法治疗女性压力性尿失禁的临床疗效观察[D]. 南京:东南大学,2022.
- [28] CHANG K K P, WONG T K S, WONG T H K, et al. Effect of acupressure in treating urodynamic stress incontinence: a randomized controlled trial [J]. *Am J Chin Med*, 2011, 39(6):1139-1159.
- [29] CUTHBERT S C, ROSNER A L. Conservative chiropractic management of urinary incontinence using applied kinesiology: a retrospective case-series report [J]. *J Chiropr Med*, 2012, 11(1):49-57.
- [30] INSTEBØ E, LYSTAD R P. Chiropractic care of an 8-year-old girl with nonorganic, primary nocturnal enuresis: a case report [J]. *J Chiropr Med*, 2016, 15(1):47-52.
- [31] CUTHBERT S C, ROSNER A L. Conservative management of post-surgical urinary incontinence in an adolescent using applied kinesiology: a case report [J]. *Altern Med Rev*, 2011, 16(2):164-171.
- [32] IYER M M, SKOKOS E, PIOMBO D. Chiropractic management using multimodal therapies on 2 pediatric patients with constipation [J]. *J Chiropr Med*, 2017, 16(4):340-345.
- [33] QUIST D M, DLIRAY S M. Resolution of symptoms of chronic constipation in an 8-year-old male after chiropractic treatment [J]. *J Manip Physiol Ther*, 2007, 30(1):65-68.
- [34] 袁威起, 黄俊卿, 张景伟, 等. 基于脊柱及脊源性疾病探讨中医整脊疗法[J]. 中医临床研究, 2019, 11(35):20-22.

(上接第860页)

- [20] 李国明. 浅述肝癌影像表现与中医辨证的关系[J]. 中医药导报, 2011, 17(5):49-50.
- [21] MAINO C, VERNUCCIO F, CANNELLA R, et al. Radiomics and liver: where we are and where we are headed [J]. *Eur J Radiol*, 2024, 171:111297.
- [22] JO N. DWI and dynamic contrast-enhanced perfusion MRI for differentiation of common skull base tumors [J]. *Radiol Imaging Cancer*, 2023, 5(2):e239009.
- [23] SUROV A, EGER K I, POTRATZ J, et al. Apparent diffusion coefficient correlates with different histopathological features in several intrahepatic tumors [J]. *Eur Radiol*, 2023, 33(9):5955-5964.
- [24] 刘新爱, 张玉峰. 原发性肝癌的中医证型与肝脏特异性对比剂影像表现相关性研究 [J]. 中医学报, 2020, 35(5):1093-1097.
- [25] 张瑾宁, 刘新爱. 原发性肝癌的中医分型与MRI影像学表现的相关性研究 [J]. 中国实用医刊, 2020, 47(10):7-10.
- [26] 李嘉颖, 丁洪蕾, 张华妮, 等. 原发性肝癌DWI影像组学特征与中医证型的相关性研究 [J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2022, 20(2):146-150.
- [27] 李俊伯, 秦品乐, 曾建潮, 等. 基于超分辨率网络的CT三维重建算法 [J]. 计算机应用, 2022, 42(2):584-591.
- [28] 刘朋伟, 高媛, 秦品乐, 等. 基于多感受野的生成对抗网络医学MRI影像超分辨率重建 [J]. 计算机应用, 2022, 42(3):938-945.
- [29] 孙瑶. 基于深度学习技术的超高分辨率图像重建和组学特征稳定性研究 [D]. 上海:海军军医大学, 2022.
- [30] FAN M, LIU Z, XU M, et al. Generative adversarial network-based super-resolution of diffusion-weighted imaging: application to tumour radiomics in breast cancer [J]. *NMR Biomed*, 2020, 33(8):4345.
- [31] 曹泽红, 刘高平, 张志强, 等. 基于多模态MRI脑影像的超分辨率重建 [J]. 南方医科大学学报, 2022, 42(7):1019-1025.
- [32] 廖宇豪, 孙聪, 王光彬, 等. 基于3D重建与胎盘展平技术的胎盘纹理分析 [J]. 医学影像学杂志, 2022, 32(10):1772-1776.
- [33] HOU M, ZHOU L, SUN J. Deep-learning-based 3D super-resolution MRI radiomics model: superior predictive performance in preoperative T-staging of rectal cancer [J]. *Eur Radiol*, 2023, 33(1):1-10.
- [34] PODGORSK A R, RAVA R A, SHIRAZ BHURWANI M M, et al. Automatic radiomic feature extraction using deep learning for angiographic parametric imaging of intracranial aneurysms [J]. *J Neurointerv Surg*, 2020, 12(4):417-421.

手足综合症的中西医防治概况

周萌^{1,2}, 谷雨¹, 马胜辉^{1,2}, 王文^{1,2}, 黄燕玲^{1,2}, 于大海¹

(1. 南京中医药大学附属医院, 江苏 南京 210029; 2. 南京中医药大学, 江苏 南京 210023)

[摘要] 手足综合征是肿瘤患者接受化疗或分子靶向治疗后出现的特异性皮肤毒性反应, 以手足皮肤红肿、疼痛、脱屑、溃疡, 伴麻木、疼痛等感觉异常为特点。手足综合征的中医疗法以口服汤药、中药浸洗为主, 辅以针灸等非药物手段; 西医疗法则以药物对症处理为主, 如控制炎症、改善血供, 同时配合健康宣教、剂量控制等综合措施。研究发现, 中西医防治手足综合征存在相似的作用机制, 中西医联合治疗手足综合征有望成为一种可靠选择。参考文献 69 篇。

[关键词] 手足综合征; 中医; 西医; 发病机制; 防治措施

[中图分类号] R275.58.25

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0913-08

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.024

Progress of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine Prevention and Treatment of Hand-Foot Syndrome

ZHOU Meng^{1,2}, GU Yu¹, MA Shenghui^{1,2}, WANG Wen^{1,2}, HUANG Yanling^{1,2}, YU Dahai¹

(1. Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, China; 2. Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China)

Abstract Hand-foot syndrome is a specific cutaneous toxic reaction of tumor patients after chemotherapy or molecular targeted therapy. It is characterized by redness, swelling, pain, desquamation, ulcers, numbness, pain and other paresthesia. The traditional Chinese medicine treatment of hand-foot syndrome includes mainly oral administration of decoction, traditional Chinese medicine soaking, supplemented by non-pharmacological techniques such as acupuncture and moxibustion. Western medicine mainly focuses on symptomatic treatment using pharmacological interventions, such as controlling inflammation and improving blood supply, in conjunction with comprehensive measures such as health education and dose control. Studies have found that traditional Chinese and western medicine have similar mechanism of action in the prevention and treatment of hand-foot syndrome, therefore, the combination of traditional Chinese and western medicine is expected to be a reliable choice. There are 69 references.

Keywords hand-foot syndrome; traditional Chinese medicine; western medicine; pathogenesis; prevention and treatment measures

[收稿日期] 2024-01-14

[基金项目] 江苏省中医药局第二批科技项目(编号:JD201802)

[作者简介] 周萌(2000—), 女, 江苏南京人, 2023 年级硕士研究生, 研究方向: 中西医防治恶性肿瘤。邮箱: 1420092043@qq.com。

[通信作者] 于大海(1968—), 男, 江苏徐州人, 医学博士, 主任医师, 主要从事肿瘤放射治疗研究。邮箱: yudahaipumc@hotmail.com。

手足综合征(hand-foot syndrome, HFS)是肿瘤患者接受化疗或分子靶向治疗后出现的特异性皮肤毒性反应, 最常表现为手足皮肤红肿、脱屑、溃疡, 伴有麻木、刺痛等感觉异常, 严重者可出现皮肤

水疱、剧烈疼痛^[1]。目前对本病的研究多集中于中西医的临床疗效评价,缺乏对两者理论共性的总结。现从中西医两方面总结HFS的发病机制与防治措施,揭示两者的共通之处,以期更好地指导临床实践。

1 中医学对HFS的认识

1.1 古代医家对HFS的认识

中医典籍中无HFS的相关记载。但其临床症状及体征与中医古籍中的血痹、痹证、药毒疹颇具相似之处^[2-3],如《金匮要略》中提到“血痹阴阳俱微……外证身体不仁,如风痹状”“少阴脉浮而弱,弱则血不足,浮则为风,风血相搏,即疼痛如掣”。《诸病源候论》记载“血痹者,由体虚,邪入于阴经故也……其状,形体如被微风所吹”“肌肉顽浓,或疼痛,由人体虚,腠理开,故受风邪也,病在阳曰风,在阴曰痹。”《儒门事亲》曰:“不仁或痛者为痹。”

1.2 现代医家对HFS的认识

结合中医典籍及自身临床经验,现代医家普遍认为HFS的发病多因肿瘤患者正气亏虚,禀赋不耐,长期使用化疗或靶向药物,致使药毒内侵,客于经脉,血行滞缓所致,其病理性质属本虚标实,正虚为本,血瘀为标。在此基础上HFS亦可夹风、夹痰、夹寒、夹热,例如,陈子佳等^[4]提出“药毒蓄积”是HFS发病的主要诱因,他认为“药毒”属热,药毒入侵,聚于四末,日久则热郁肌肤,进而发为本病;韩莹莹等^[5]指出本病的关键在于正气亏虚,气机升降出入失常,湿邪内停,痰瘀内生,复因久受毒侵,内外合邪,客于经脉,终致本病;李韬芝等^[6]认为寒、热、湿、外伤、虚损等阻碍气血运行的因素皆可致瘀,瘀毒内阻,脉道失畅,渐而发为本病。

此外,由于患者体质及抗肿瘤药物存在差异,HFS在不同患者中呈现出复杂多样的临床特征。例如:化疗药物性质寒凉,流注四末,抑遏阳气,患者常出现肌肤甲错、皮色晦暗、恶风畏寒的表现^[7];靶向药物多属辛热之品,热毒客搏经络,留而不行,临床可见皮肤灼热、红肿溃烂^[8];病情迁延日久,脾虚转输失能,肌肤失养,则可见皮肤皲裂、瘙痒脱屑、手足麻木^[9]。依据其临床表现,现代医家尝试归纳了HFS的诸多证型,贾立群等^[10]将本病分为三种证型,即阳虚血瘀证、热毒蕴结证、血虚风燥证;崔永佳等^[11]指出HFS有“干性”“湿性”之分,据此整理归纳出气滞

血瘀证、湿热热毒证、血虚风燥证、瘀毒阻滞证四种证型等。这些尝试为中医治疗HFS提供了新思路,是发扬中医辨证论治特色的示范。

2 现代医学对HFS的认识

抗肿瘤药物种类繁多,发展迅速,常见的引起HFS的药物有卡培他滨、氟尿嘧啶、多西他赛、索拉非尼等(见表1)。目前HFS的发病机制尚无定论,参考现有研究成果,大致可归纳为以下四种假说。

2.1 遗传因素

HFS的产生与抗肿瘤药物的不良反应密切相关,而遗传因素决定了患者对HFS的易感性。总蛋白是皮肤屏障的重要组成部分,钙黏素4(CDH4)基因的下调会导致总蛋白表达减少,而根据Ruiz-Pinto等^[12]的全基因组关联研究结果,严重HFS患者在接受抗肿瘤治疗前,其皮肤表现出了更低水平的CDH4 mRNA及其编码的R-钙黏蛋白,这揭示了HFS遗传易感性的新机制。此外,Lin等^[13]筛选了卡培他滨代谢途径相关的靶基因,结果显示亚甲基四氢叶酸还原酶基因(MTHFR)和胸苷酸合成酶基因(TYMS)的遗传多态性与HFS的发病存在直接关联,其中MTHFR的rs3737946与rs4846048基因型是保护性因素,而TYMS的rs2853741基因型被认为是危险性因素。

2.2 毛细血管损伤

人体手足部位毛细血管分布丰富且易受压,糖尿病、炎症、创伤等因素导致毛细血管损伤后,药物散逸于外,皮肤血供不足,都可能导致或加重HFS^[14]。Nonomiya等^[15]发现,相较于手部,HFS在足部的发病率显著增加,这可能与足部承受的持续性压力及足部毛细血管损伤相关。还有研究者发现,索拉非尼可靶向损伤血管内皮细胞,并刺激其释放可溶性肝素结合性表皮生长因子(s-HBEGF),从而诱导细胞角质化并最终造成皮肤损伤^[16]。此外,Abdelalim等^[17]利用枸橼酸西地那非增加局部血供的机制,有效地治疗了HFS,间接证明毛细血管损伤可能是诱发HFS的机制之一。

2.3 炎症反应

HFS患者的皮肤病理活检存在淋巴细胞浸润现象,因此一些研究者推测HFS的发病机制可能与炎症反应有关^[18]。环氧合酶2(COX-2)是一种诱导性酶,为触发炎症反应的关键环节。Liao等^[19]证实环氧合酶-2/前列腺素E合成酶/前列腺素E(COX-2/

PGES/EP信号通路的激活与严重HFS的风险存在关联。He等^[20]采用代谢组学与细胞RNA测序相结合的方法,系统研究了卡培他滨诱导HFS的机制。研究者认为,P38丝裂原活化蛋白激酶(P38 MAPK)、核因子 κ B(NF- κ B)和酪氨酸激酶-信号转导及转录激活因子3(JAK-STAT3)信号通路是卡培他滨诱导HFS的潜在途径,而这些通路介导了炎症细胞因子白介素-6(IL-6)、白介素-8(IL-8)的高水平表达。

表1 诱发手足综合征(HFS)的常见药物及其作用机制

分类	代表药物	HFS发病率	机制	参考文献
氟尿嘧啶类	氟尿嘧啶	45.5%~72.0%	通过N-乙酰转移酶2的乙酰化作用,干扰DNA复制,产生细胞毒作用;激活(P38 MAPK)、(NF- κ B)、(JAK-STAT3)信号通路,(IL-6)、(IL-8)↑;组织病理见白细胞浸润	[20,25-27]
	卡培他滨	54.0%~73.4%		
蒽环类	聚乙二醇化多柔比星脂质体	41.6%~44.7%	通过汗液到达皮肤表面,形成活性氧(ROS),触发氧化应激反应;激活(p38/p53)、(NF- κ B通路),白细胞介素-1 β (IL-1 β)、IL-6、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)↑	[21,28-29]
紫杉烷类	多西他赛	41.2%~58.0%	细胞色素P4503A4酶(CYP3A4)是主要代谢酶,个体间的表达差异可达40倍;低表达CYP3A4的人群,体内药物蓄积,ROS↑,激活氧化应激反应	[30-31]
多激酶抑制剂	索拉非尼	10.0%~62.0%	血管内皮细胞生长因子受体(VEGFR)、血小板衍生生长因子受体(PDGFR)↓,抑制血管再生;收缩血管,减少血供	[16,32]

注:“↑”为上调,“↓”为下调

3 中医药防治HFS的研究进展

3.1 临床研究

随着各学科的融合发展,HFS的中医药防治进入了综合协同阶段,呈现出口服汤药、外用浸洗为主,针灸治疗为辅的特征。

3.1.1 药物治疗

HFS的治疗多遵循“扶正祛邪”的原则,扶正以补益脾肾为主,祛邪则以活血化瘀为要,兼以温阳通脉、清热凉血、养血祛风等。目前,HFS的药物治疗多以外用浸洗为主,正如《医学源流论》所说:“若其病既有定所,在于皮肤筋骨之间,可按而得者,用膏贴之,闭塞其气……较之服药尤有力。”中药外用治疗HFS具有直达病所、疗效确切、对胃肠道刺激小等优点^[33]。而中药内服作为一种简便易行、患者依从性强的治疗方法,也在临床实践中得到了一定的应用^[34]。

3.1.1.1 益气活血,温阳通脉

化疗药乃大毒大寒之品,肿瘤患者正气亏虚,加之药毒内侵,苦寒败胃,致使脾气不升,脾阳不振,无力濡养四末,渐而发为本病。证见手足麻木、刺痛拒

2.4 其他因素

HFS的危险因素还包括:高龄、女性、药物累计使用量、汗液排泄、代谢酶分布差异、BMI、肿瘤原发部位、治疗方案等^[21-22]。如Pang等^[23]发现索拉非尼对再生血管的抑制程度呈浓度依赖性;日本药物不良事件报告(JADER)数据库显示2004至2020年卡培他滨、瑞戈非尼、拉帕替尼的HFS发病率显著高于其他药物^[24]。

按、肌肤甲错、四肢不温,舌黯淡,脉细涩。治以益气活血、温阳通脉,常用方有黄芪桂枝五物汤、补阳还五汤等^[35-36]。李志丹等^[37]用加味黄芪桂枝五物汤防治卡培他滨相关性HFS,结果显示HFS的发病率降低了33%,疼痛发生率降低了32%;陈桂珠等^[38]以逐瘀通络血痹汤加减治疗乳腺癌术后化疗相关性HFS,显著提升了患者的免疫功能。

3.1.1.2 清热利湿,凉血消肿

靶向药物多具辛热之性,热毒直中脾胃,脾失健运,湿浊内生,内外闭塞,不得透达,郁于肌腠日久而生内热,正如《格致余论》所说:“隧道壅塞……热留而久,气化成湿,湿热相生。”证见手足皮肤红赤肿胀、灼热疼痛,甚则出现水疱、溃疡,舌红苔黄,脉数。治以清热利湿、凉血消肿,常用方有仙方活命饮、五味消毒饮、四妙勇安汤等。张晨阳等^[39]观察到,经加味仙方活命饮外洗治疗的HFS患者,其皮肤红肿、灼热、瘙痒、麻木症状均得到了明显缓解。覃霄燕等^[40]以加味五味消毒饮干预阿帕替尼相关性HFS,成功缩短了患者的红肿消除及疼痛缓解时间,治疗总有效率93.33%。

3.1.1.3 滋阴润燥,养血祛风

肿瘤患者病程旷久,脾胃虚弱,气血生化无源,加之药毒久羁,阴血暗耗,络脉空虚,无法濡养皮毛肌腠,故而发为本病。证见手足皮肤干燥脱屑,可伴有疼痛、瘙痒、麻木,舌红少苔,中有裂纹,脉细。治以滋阴润燥、养血祛风,常用方有双合汤、四物汤、消风散等。如陈天祥^[41]采用四物消风散外洗治疗HFS,在缓解患者皮肤多形性红斑、干燥、麻木等不适方面取得了显著疗效。张晨阳等^[42]认为此时治疗的目的是恢复皮肤润泽状态,故其临证时常以当归饮子为基础方,意在滋阴润燥、养血荣络,每每收获良效。

3.1.2 非药物治疗

正如《灵枢·九针十二原》所说:“效之信,若风之吹云,明乎若见苍天”。针灸等非药物治疗具有起效迅速、适应证广、作用安全等特点,因此在HFS的防治中占据了独特地位。如杨泽佩等^[43-44]以益元通络为主要治法,取穴以足少阴肾经、足太阴脾经、手足阳明经为主,通过针刺太溪、关元、丰隆、合谷、曲池等穴位,成功调节HFS患者的免疫、消化及神经内分泌功能;韦炜等^[45]利用督脉灸温经通脉、促进阳气化生的作用,并结合中药浸洗,有效预防了卡培他滨相关性HFS。

3.2 作用机制研究

目前治疗HFS使用频率前5位的中药分别为红花、桂枝、当归、赤芍、黄芪^[46-47],常用复方以黄芪桂枝五物汤、补阳还五汤为多。查阅现有文献,中医药防治HFS的机制可归纳为以下3方面。

3.2.1 控制炎症

Li等^[48]发现黄芪桂枝五物汤能够下调大鼠血清中TNF- α 、IL-1 β 、IL-6水平,从而抑制MAPK相关通路蛋白的表达,即通过抑制炎症反应,减少奥沙利铂对神经细胞的损伤。此外,Lv等^[49]用紫杉醇诱导大鼠周围神经病变模型,观察黄芪桂枝五物汤对大鼠机械诱发痛、痛觉过敏、体质量及促炎细胞因子的影响,结果证实黄芪桂枝五物汤具有良好的止痛、抑制神经炎症效果,其机制可能与调节Toll样受体4/核因子 κ B(TLR4/NF- κ B)和磷脂酰肌醇3-激酶/蛋白激酶B-核转录因子 τ 2相关因子2(PI3K/Akt-Nrf2)信号通路,抑制氧化应激反应有关。

3.2.2 改善血供

Han等^[50]采用蛋白印记及免疫组化法检测小鼠

同源性磷酸酶-张力蛋白/胞内磷脂酰激酶/蛋白激酶B/糖原合成酶激酶3(PTEN/PI3K/Akt/GSK3 β)信号通路和血管内皮生长因子(VEGFA)表达,结果表明补阳还五汤可通过抑制PTEN通路和激活PI3K/Akt/GSK3 β 通路,显著促进小鼠血管的再生。Lu等^[51]发现赤芍的主要成分如芍药苷、没食子酸、儿茶素等具有下调组织因子和p-p65蛋白表达,上调p-GSK3 β 蛋白表达的作用,从而发挥抗血栓形成的作用。同样的,黄芪-红花作为一组经典的活血化瘀药对,也被证实具有降低血清中血小板因子-4(PF-4)、促血管生成素-2(Ang-2)、基质金属蛋白酶抑制因子-1(TIMP-1)水平,促进血管再生的作用^[52]。

3.2.3 加速上皮再生

黄芪作为一种传统中药,已被广泛应用于HFS的治疗中。研究表明,黄芪的主要成分黄芪甲苷IV、黄芪多糖等可推动皮肤角质形成细胞、成纤维细胞、血管内皮细胞的增殖与迁移,进而促进肉芽组织的生成,最终加速创面的再上皮化过程^[53-55]。

综上所述,中医药凭借其多靶点、多通路、不良反应小的特性在治疗HFS方面具有独特优势,其疗效关键在于控制炎症、改善血供和加速上皮再生。

4 现代医学防治HFS的研究进展

目前,HFS的现代医学防治以药物早期预防、对症治疗为主,同时辅以健康宣教、剂量管理等综合手段。

4.1 改善血供

患者在接受不同抗肿瘤药物治疗时,其血管会呈现出不同的效应。根据不同抗肿瘤药物的药理特点选择合适的途径改善患处血供,是HFS临床防治的要点之一。例如,卡培他滨可导致手足部血管扩张,故临床上可外敷局部血管收缩剂如酒石酸溴莫尼定凝胶等使血管收缩,进而减少手足部的药物蓄积,达到防治目的^[56];而以索拉非尼为代表的靶向药物常引起血管收缩,故具有扩血管、增加血供作用的组氨酸、枸橼酸西地那非等药物显示出良好的疗效^[17,57]。此外,研究显示局部外用抗血栓药物如肝素等也有助于HFS患者皮肤稳态的恢复^[58]。

4.2 控制炎症

炎性反应是诱发HFS的主要机制之一,目前用于对抗HFS炎性反应的常用药物主要有非甾体抗炎药、甾体抗炎药、其他抗氧化剂三种。塞来昔布是非

甾体抗炎药的典型药物,多项研究显示,COX-2抑制剂塞来昔布可降低二级及以上HFS的发病率,延长肿瘤患者的无进展生存期,临床疗效确切^[59]。地塞米松、氢化可的松、氯倍他索是临床常用的甾体抗炎药,药理学研究表明,此类药物可抑制促炎细胞因子IL-1 β 、IL-6和TNF- α 的释放,从而缓解HFS患者的不适症状^[60-62]。此外,还有研究者发现,部分化疗药可诱导机体产生活性氧,进而造成皮肤角质细胞的氧化应激损伤。因此,尿素软膏、芦荟凝胶、类胡萝卜素、水飞蓟素等抗氧化剂在HFS的防治中具有良好的发展前景^[63-64]。

4.3 健康宣教与支持疗法

护士及药师的有效干预有助于增加患者的依从性,进而提升患者的生活质量。具体措施包括:嘱咐患者穿宽松鞋袜,及时祛除角化皮肤;健康宣教,叮嘱患者减少手足受压的运动,避免接触化学用品;预防患者跌倒;及时处理患者瘙痒症状^[65-66]。

4.4 更换药物与剂量管理

不同抗肿瘤药的HFS发病率存在差异,出现不能耐受的HFS后,更换药物是一种可靠选择。一项前瞻性研究指出,将卡培他滨替换为氟嘧啶S-1,可有效降低转移性结直肠癌患者的HFS发病率^[67];邹黎等^[68]发现曲妥珠单抗联合SOX方案与联合XELOX方案的疗效相当,但前者的HFS发病率更低。此外,抗肿瘤药的不良反应往往呈剂量依赖性,随着药物累积剂量的上升,HFS的发病率也会相应增加。因此,可以采取控制药物剂量的方式来预防HFS的发生。一项晚期肝细胞癌患者的回顾性研究显示,在使用索拉非尼时,采用400 mg的初始剂量的患者,其中位生存时间和HFS的发病率均优于采用800 mg剂量的患者^[69]。

5 讨论

HFS作为一种皮肤毒性反应,中西医都对其进行了丰富的实验及临床研究。通过相关文献的深入研究,我们发现中西医在防治HFS方面存在共同的理论基础。

首先,在发病机制方面,中医认为素体亏虚是HFS发病的先决条件,现代医学认为个体基因决定了人体对HFS的易感性,二者均强调了先天体质的重要性。同样地,中医学认为瘀血阻络是HFS的重要病机,而现代医学认为抗肿瘤药物导致的毛细血

管损伤可诱发HFS,两种观点都强调了血供在HFS发病中的重要地位。其次,在防治措施方面,实验研究发现中医防治HFS的相关信号通路包括:MAPK、TLR4/NF- κ B、PI3K/Akt-Nrf2、PTEN、GSK3 β 等。中药通过抑制或激活相关通路,发挥控制炎症、缓解疼痛、促进血管再生、抗血栓、促进内皮细胞增殖、推动再上皮化等作用,与西药的作用机制存在相似点。综上所述,中西医在防治HFS方面存在许多相似之处,中西医联合治疗HFS有望成为一种可靠选择。

目前针对HFS的研究仍存在以下问题:①中药复方的具体有效成分仍不明确;②缺乏对针灸治疗HFS的机制研究;③缺乏对药物作用机制的系统性分析;④欠缺中西医联合治疗HFS的药理学研究。这些问题为进一步推进HFS的研究指明了潜在方向,展现了中西医联合治疗HFS的广阔前景。

[参考文献]

- [1] PANDY J G P, FRANCO P I G, LI R K. Prophylactic strategies for hand-foot syndrome/skin reaction associated with systemic cancer treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Support Care Cancer, 2022, 30(11): 8655-8666.
- [2] 和梦珂, 刘传波, 胡霞, 等. 黄芪桂枝五物汤加减治疗化疗手足综合症的延伸[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(4): 1318-1321.
- [3] 陈桂珠, 周松晶, 韩叶光, 等. 逐瘀通络血痹汤加减治疗乳腺癌术后化疗相关性手足综合症的疗效分析[J]. 中国现代医学杂志, 2022, 32(14): 66-70.
- [4] 陈子佳, 曹建雄, 赖桂花, 等. 基于药毒论治抗肿瘤药物相关性手足综合征[J]. 中医药导报, 2021, 27(10): 168-170, 180.
- [5] 韩莹莹, 李杰, 曹璐畅, 等. 基于玄府理论探讨手足综合征论治[J]. 天津中医药大学学报, 2023, 42(5): 670-675.
- [6] 李韬芝, 贾立群, 姜彦妮. 手足综合征从“瘀”论治探析[J]. 中国中医急症, 2022, 31(6): 1015-1018.
- [7] 邹劲林, 林志东, 牛斌, 等. 益气通痹中药合四物汤治疗结肠癌术后化疗相关性手足综合征的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(8): 1906-1909.
- [8] 李志明, 王芬, 范毅南, 等. 加味仙方活命饮外用治疗手足综合征瘀热入络型的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(4): 2133-2136.
- [9] 武敏, 黄传兵, 王鹏飞, 等. 补阳还五汤化裁治疗气虚血瘀型手足综合征[J]. 中医学报, 2023, 38(5): 1082-1087.

- [10] 贾立群,贾英杰,陈冬梅,等.手足综合征中医辨证分型及治法方药专家共识[J].中医杂志,2022,63(6):595-600.
- [11] 崔永佳,翁洁琼,卢雯平.“干湿”辨证治疗抗肿瘤药物致手足皮肤不良反应[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(7):2487-2491.
- [12] RUIZ-PINTO S,PITA G,MARTÍN M,et al. Regulatory CDH4 genetic variants associate with risk to develop capecitabine-induced hand-foot syndrome[J]. Clin Pharmacol Ther,2021,109(2):462-470.
- [13] LIN S,YUE J,GUAN X,et al. Polymorphisms of MTHFR and TYMS predict capecitabine-induced hand-foot syndrome in patients with metastatic breast cancer [J]. Cancer Commun,2019,39(1):1-12.
- [14] HUANG X Z,CHEN Y,CHEN W J,et al. Clinical evidence of prevention strategies for capecitabine-induced hand-foot syndrome [J]. Int J Can, 2018, 142 (12) : 2567-2577.
- [15] NONOMIYA Y,YOKOKAWA T,KAWAKAMI K,et al. Regorafenib-induced hand-foot skin reaction is more severe on the feet than on the hands[J]. Oncol Res, 2019,27(5):551.
- [16] LUO P,YAN H,CHEN X,et al. s-HBEGF/SIRT1 circuit-dictated crosstalk between vascular endothelial cells and keratinocytes mediates sorafenib-induced hand-foot skin reaction that can be reversed by nicotinamide[J]. Cell Res,2020,30(9):779-793.
- [17] ABDELALIM L R,ELNAGGAR Y S R,ABDALLAH O Y. Oleosomes encapsulating sildenafil citrate as potential topical nanotherapy for palmar plantar erythrodysesthesia with high ex vivo permeation and deposition[J]. AAPS Pharm Sci Tech,2020,21:1-9.
- [18] RODRÍGUEZ-GARZOTTO A,IGLESIAS-DOCAMPO L,DÍAZ-GARCÍA C V,et al. Topical heparin as an effective and safe treatment for patients with capecitabine-induced hand-foot syndrome:results of a phase IIA trial supported by proteomic profiling of skin biopsies [J]. Ther Adv Med Oncol,2022,14:17588359221086911.
- [19] LIAO X,HUANG L,YU Q,et al. SNPs in the COX-2/PGES/EP signaling pathway are associated with risk of severe capecitabine-induced hand-foot syndrome[J]. Cancer Chemoth Pharm,2020,85:785-792.
- [20] HE X,WANG J,WANG Q,et al. P38 MAPK,NF-κB, and JAK-STAT3 signaling pathways involved in Capecitabine-induced hand-foot syndrome via interleukin 6 or interleukin 8 abnormal expression[J]. Chem Res Toxicol,2022,35:422-430.
- [21] LIANG G,MA W,ZHAO Y,et al. Risk factors for pegylated liposomal doxorubicin-induced moderate to severe hand-foot syndrome in breast cancer patients: assessment of baseline clinical parameters[J]. BMC Cancer,2021,21:1-10.
- [22] FURUKAWA T,TABATA S,YAMAMOTO M,et al. Thymidine phosphorylase in cancer aggressiveness and chemoresistance[J]. Pharmacol Res,2018,132:15-20.
- [23] PANG Y,ERESEN A,ZHANG Z,et al. Adverse events of sorafenib in hepatocellular carcinoma treatment [J]. Am J Cancer Res,2022,12(6):2770.
- [24] YOSHIDA Y,SASAOKA S,TANAKA M,et al. Analysis of drug-induced hand-foot syndrome using a spontaneous reporting system database [J]. Ther Adv Drug Safety,2022,13:20420986221101963.
- [25] CHAU I,NORMAN A R,CUNNINGHAM D,et al. A randomised comparison between 6 months of bolus fluorouracil/leucovorin and 12 weeks of protracted venous infusion fluorouracil as adjuvant treatment in colorectal cancer[J]. Ann Oncol,2005,16(4):549-557.
- [26] SAIF M W. Capecitabine and hand-foot syndrome [J]. Expert Opin Drug Safety,2011,10(2):159-169.
- [27] MASUDA N,LEE S J,OHTANI S,et al. Adjuvant capecitabine for breast cancer after preoperative chemotherapy [J]. N Engl J Med, 2017, 376 (22) : 2147-2159.
- [28] FILIP S,KUBEČEK O,ŠPAČEK J,et al. Therapeutic apheresis,circulating PLD,and mucocutaneous toxicity: our clinical experience through four years [J]. Pharmaceutics,2020,12(10):940.
- [29] YANG J,QIAO L,ZENG Z,et al. The role of the ATM/Chk/P53 pathway in mediating DNA damage in hand-foot syndrome induced by PLD [J]. Toxicol Lett, 2017,265:131-139.
- [30] HSU Y H,SHEN W C,WANG C H,et al. Hand-foot syndrome and its impact on daily activities in breast cancer patients receiving docetaxel-based chemotherapy [J]. Eur J Oncol Nurs,2019,43:101670.
- [31] MILLER K K,GORCEY L,MCLELLAN B N. Chemotherapy-induced hand-foot syndrome and nail changes: a review of clinical presentation,etiology,pathogenesis, and management [J]. J Am Acad Dermatol, 2014, 71 (4):787-794.

- [32] LIPWORTH A D, ROBERT C, ZHU A X. Hand-foot syndrome(hand-foot skin reaction, palmar-plantar erythrodysesthesia):focus on sorafenib and sunitinib[J]. *Oncology*, 2009, 77(5):257-271.
- [33] 周映伽,温伟波,沈红梅. 中医外治法在化疗性静脉炎中的作用及优势[J]. *西部中医药*, 2022, 35(4):155-157.
- [34] 郝治,龚海峰,刘丽梅,等. 中药油剂愈溃油对大鼠糖尿病皮肤溃疡模型创面愈合及Wnt、notch通路的影响[J]. *四川中医*, 2022, 40(8):51-56.
- [35] 常阳,夏亚飞,颜士欣,等. 黄芪桂枝五物汤辅助治疗结肠癌研究进展[J]. *亚太传统医药*, 2023, 19(8):216-220.
- [36] 武敏,黄传兵,王鹏飞,等. 补阳还五汤化裁治疗气虚血瘀型手足综合征[J]. *中医学报*, 2023, 38(5):1082-1087.
- [37] 李志丹,童康尔,朱伟伟. 中药浸洗防治卡培他滨相关性手足综合征疗效观察[J]. *中医药学报*, 2019, 47(6):94-97.
- [38] 陈桂珠,周松晶,韩叶光,等. 逐瘀通络血痹汤加减治疗乳腺癌术后化疗相关性手足综合征的疗效分析[J]. *中国现代医学杂志*, 2022, 32(14):66-70.
- [39] 李志明,王芬,范毅南,等. 加味仙方活命饮外用治疗手足综合征瘀热入络型的临床研究[J]. *中华中医药杂志*, 2020, 35(4):2133-2136.
- [40] 覃霄燕,李鸿章,王海存,等. 五味消毒饮熏洗联合心理疏导综合干预阿帕替尼后手足综合征(热毒壅盛)随机平行对照研究[J]. *实用中医内科杂志*, 2018, 32(8):24-28.
- [41] 陈天祥. 四物消风散外洗治疗卡培他滨化疗后手足综合征(血虚风燥型)的临床观察[D]. 成都:成都中医药大学, 2020.
- [42] 张晨阳,陈冬梅,万冬桂. 万冬桂从“血虚络瘀”论治乳腺癌手足综合征经验[J]. *中医药导报*, 2022, 28(8):133-136.
- [43] 杨泽佩,田桢,鲍伟倩,等. 益元通络法针刺治疗手足综合征的临床经验[J]. *中华中医药杂志*, 2020, 35(6):2932-2935.
- [44] 杨泽佩,胡凯文,丁治国,等. 针刺治疗手足综合征20例临床观察[J]. *现代中医临床*, 2023, 30(4):49-52, 61.
- [45] 韦炜,黄波,黎志远,等. 督脉灸联合中药泡洗对卡培他滨相关性手足综合征的防治作用[J]. *河北中医*, 2021, 43(3):423-425, 429.
- [46] 马慧淼,陈媚,杨嘉欣,等. 基于数据挖掘探索中药外用治疗手足综合征的用药规律[J]. *湖南中医药大学学报*, 2019, 39(9):1120-1124.
- [47] 于然,贾立群,娄彦妮. 基于关联规则与聚类分析探索中药外治手足综合征的用药规律[J]. *中国医药导报*, 2020, 17(15):139-142.
- [48] LI M, LI Z, MA X, et al. Huangqi Guizhi Wuwu Decoction can prevent and treat oxaliplatin-induced neuropathic pain by TNF α /IL-1 β /IL-6/MAPK/NF-kB pathway[J]. *Aging*, 2022, 14(12):5013.
- [49] LV Z, SHEN J, GAO X, et al. Herbal formula Huangqi Guizhi Wuwu decoction attenuates paclitaxel-related neurotoxicity via inhibition of inflammation and oxidative stress[J]. *Chin Med*, 2021, 16(1):1-21.
- [50] HAN X, ZHANG G, CHEN G, et al. Buyang Huanwu decoction promotes angiogenesis in myocardial infarction through suppression of PTEN and activation of the PI3K/Akt signalling pathway[J]. *J Ethnopharmacol*, 2022, 287:114929.
- [51] LU Z, YE Y, LIU Y, et al. Aqueous extract of *Paeoniae Radix Rubra* prevents deep vein thrombosis by ameliorating inflammation through inhibiting GSK3 β activity[J]. *Phytomedicine*, 2021, 92:153767.
- [52] XU S, YANG J, WAN H, et al. Combination of *Radix Astragali* and *Safflower* Promotes Angiogenesis in Rats with Ischemic Stroke via Silencing PTGS2[J]. *Int J Mol Sci*, 2023, 24(3):2126.
- [53] CHEN X, PENG L H, LI N, et al. The healing and anti-scar effects of astragaloside IV on the wound repair in vitro and in vivo [J]. *J Ethnopharmacology*, 2012, 139(3):721-727.
- [54] YU J, JI H, LIU A. Alcohol-soluble polysaccharide from *Astragalus membranaceus*: Preparation, characteristics and antitumor activity[J]. *Int J Biol Macromol*, 2018, 118:2057-2064.
- [55] ZHAO B, ZHANG X, HAN W, et al. Wound healing effect of an *Astragalus membranaceus* polysaccharide and its mechanism[J]. *Mol Med Rep*, 2017, 15(6):4077-4083.
- [56] GERBER P A, DUSCHNER N, HOMEY B, et al. Brimonidine tartrate 0.33 % gel for the prevention and management of hand-foot syndrome[J]. *J Ger Soc Dermatol*, 2019, 17(5):552-554.
- [57] SHINAGAWA-KOBAYASHI Y, KAMIMURA K, GOTO R, et al. Effect of histidine on sorafenib-induced vascular damage:Analysis using novel medaka fish model[J]. *Biochem Biophys Res Commun*, 2018, 496(2):556-561.

- [58] RODRÍGUEZ-GARZOTTO A, IGLESIAS-DOCAMPO L, DÍAZ-GARCÍA C V, et al. Topical heparin as an effective and safe treatment for patients with capecitabine-induced hand-foot syndrome: results of a phase IIA trial supported by proteomic profiling of skin biopsies [J]. *Ther Adv Med Oncol*, 2022, 14: 17588359221086911.
- [59] CHEN J C, WANG J C, PAN Y X, et al. Preventive effect of celecoxib in sorafenib-related hand-foot syndrome in hepatocellular carcinoma patients, a single-center, open-label, randomized, controlled clinical phase III trial [J]. *Am J Cancer Res*, 2020, 10(5): 1467.
- [60] TU H, ZHANG D, BARKSDALE A N, et al. Dexamethasone improves wound healing by decreased inflammation and increased vasculogenesis in mouse skin frostbite model [J]. *Wild Environ Med*, 2020, 31(4): 407-417.
- [61] IIMURA Y, FURUKAWA N, ISHIBASHI M, et al. Study protocol of a single-arm phase 2 study evaluating the preventive effect of topical hydrocortisone for capecitabine-induced hand-foot syndrome in colorectal cancer patients receiving adjuvant chemotherapy with capecitabine plus oxaliplatin (T-CRACC study) [J]. *BMC Gastroenterology*, 2022, 22(1): 1-8.
- [62] JATOI A, OU F S, AHN D H, et al. Preemptive versus reactive topical clobetasol for regorafenib-induced hand-foot reactions: a preplanned analysis of the REDOS trial [J]. *Oncologist*, 2021, 26(7): 610-618.
- [63] DARVIN M E, LADEMANN J, VON HAGEN J, et al. Carotenoids in human skin in vivo: antioxidant and photo-protectant role against external and internal stressors [J]. *Antioxidants*, 2022, 11(8): 1451.
- [64] LEE Y S, JUNG Y K, KIM J H, et al. Effect of urea cream on sorafenib-associated hand-foot skin reaction in patients with hepatocellular carcinoma: A multi-center, randomised, double-blind controlled study [J]. *Eur J Cancer*, 2020, 140: 19-27.
- [65] HUANG X Z, CHEN Y, CHEN W J, et al. Clinical evidence of prevention strategies for capecitabine-induced hand-foot syndrome [J]. *Int J Cancer*, 2018, 142(12): 2567-2577.
- [66] 俞素芬, 王懿娜, 章梅云. 卡瑞利珠单抗联合甲磺酸阿帕替尼致手足综合症的预防及护理 [J]. *护理与康复*, 2022, 21(1): 68-70.
- [67] PUNT C J A, KWAKMAN J J M, MOL L, et al. Long-term safety data on S-1 administered after previous intolerance to capecitabine-containing systemic treatment for metastatic colorectal cancer [J]. *Clin Colorectal Canc*, 2022, 21(3): 229-235.
- [68] 邹黎, 钱军. 曲妥珠单抗联合不同化疗方案治疗人表皮生长因子受体-2阳性晚期胃癌患者的回顾性研究 [J]. *实用临床医药杂志*, 2020, 24(4): 36-39, 44.
- [69] OGAWA C, MORITA M, OMURA A, et al. Hand-foot syndrome and post-progression treatment are the good predictors of better survival in advanced hepatocellular carcinoma treated with sorafenib: a multicenter study [J]. *Oncology*, 2017, 93(Suppl 1): 113-119.

(上接第906页)

- [7] 哈萱. 人参不怕五灵脂 [J]. *开卷有益-求医问药*, 2022, 388(3): 14.
- [8] 路枝红, 张进珍. 从六腑以通为用谈大柴胡汤方证及临床运用 [J]. *中国中医药现代远程教育*, 2020, 18(10): 45-47.
- [9] 张增辉. 浅谈黄芪桂枝五物汤的临床应用 [J]. *内蒙古中医药*, 2022, 41(9): 58-61.
- [10] 刘莲萱, 张会永, 李威莹, 等. 葛根芩连汤及其合方治疗急性胃肠炎研究进展 [J]. *世界中医药*, 2023, 18(5): 728-733.
- [11] 谢瑞强, 王长福. 炙甘草化学成分和药理作用研究进展 [J]. *中医药信息*, 2023, 40(4): 84-89.
- [12] 楼毅杰, 吴夏俊, 吕菁, 等. 戴志红基于“治中焦如衡, 非平不安”治疗脾胃病经验介绍 [J]. *新中医*, 2020, 52(17): 196-197.
- [13] 郑雪冰, 孔欣, 袁媛, 等. 基于“炎症途径”探讨白头翁汤治疗溃疡性结肠炎的作用机制 [J]. *中医学报*, 2023, 38(5): 959-964.
- [14] 王乐平, 蒋之昂. “治中焦如衡”与湿热证治浅析 [J]. *内蒙古中医药*, 2000, 19(S1): 96-97.
- [15] 王加锋, 姜璐, 曹志群. 基于“治中焦如衡, 非平不安”探讨脾胃病用药特点 [J]. *世界最新医学信息文摘*, 2019, 19(50): 238.