

山东中医杂志

(SHANDONG ZHONGYI ZAZHI)

(月刊)

1981 年 10 月创刊

2023 年第 42 卷第 2 期

(总第 424 期)

(2023 年 2 月 5 日出版)

中国标准连续出版物号 **ISSN 0257-358X**
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 山东中医药大学

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 济南市邮政局

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



欢迎关注本刊微信号

目次

论 著

●临床理论与方法

中医药辨治新型冠状病毒核酸“长阳”患者思路

..... 贾新华 刘 学 邱占军(109)

基于六庚年运气格局解读牛膝木瓜汤配伍原理

..... 王 莹 鲁明源(113)

基于“一气周流”论治缺血性脑卒中后遗症

..... 于金振 胥 浩 司国民(118)

周围血管疾病寒热错杂证辨治

..... 刘 明 张玉冬 张筱杉 陈 萍(123)

●临床研究

龙钻通痹颗粒联合外敷五方散治疗类风湿关节炎活动期疗效观察

..... 杨雅麟 陈延强 黄筱瑛 覃坤兰(127)

瘀热方治疗急性缺血性脑卒中瘀热证临床研究

..... 龚 杰 林朝亮 成向进 刘红权(132)

功能性消化不良中医证型分布及与十二指肠嗜酸性粒细胞

相关性研究

雷 雪 王再见 李会霞
李 敏 张 强 李 彤 高玉璇 张洪薇(137)

高思华治疗甲状腺结节用药规律分析

..... 孔维嘉 张泽涵 陈佳祺

张楚滢 徐冰蕊 田 甜 赵丹丹(142)

●外治理论与应用

不同手法针刺联合火罐治疗军事训练致腰肌劳损临床研究

..... 寇 鹏 张 倩 孙志高(150)

朱璉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

醒脑通督针法联合化痰通络汤治疗中风偏瘫临床研究

..... 娄艳芳 都文渊 姚建景(160)

基于数据挖掘探析复溜主治优势病症与配伍规律

..... 高晓岚 朱永政 张学成
向玉元 金 妍 贾仰理 贾红玲 张永臣(165)

● 名医经验

国医大师周仲瑛运用全草类中药经验

..... 王 振 王盼盼 黄栋芳
吴婉琳 张婷婷 叶 放(173)

于俊生运用解表剂治疗肾性水肿经验

..... 方圆之 李建英(178)

李华东运用微针刀及手法治疗颈源性头痛经验

..... 王建民 乔英杰 刘金勇 张万里(182)

新冠疫情下田菲对肺癌患者的管理策略

..... 张桂星 刘云鹤(186)

医案医话

从厥阴病论治肠息肉

..... 李 烨 周佳钰 宋思源 刘佳彤 舒 鹏(190)

柳氏医派应用阳和汤验案举隅

..... 王海焱 武佳欣 王燕兵 刘 菁(195)

综 述

电针治疗神经病理性疼痛机制研究进展

..... 黄远西 陈晓强 石义丹
龙骏洋西 李 雪 宁 恒 尤晓华 陈日兰 朱 英(199)

梅核气病因病机及论治概述 刘 敬 杨振宁(203)

• 广告 • (封四)

[期刊基本参数] CN37-1164/R*1981*m*A4*104*zh*P*¥10.00*1600*20*2023-02

本期责任编辑、外文编辑 丁彦敏

山东中医杂志

中国知网全文收录期刊
《中国学术期刊综合评价数据库》收录期刊
《中文科技期刊数据库》收录期刊
《中国核心期刊(遴选)数据库》收录期刊
“万方数据——数字化期刊群”收录期刊
《中国期刊全文数据库》收录期刊
《中国期刊网》收录期刊
《中国生物学文献数据库》收录期刊
《中国生物医学文摘光盘数据库》收录期刊
《中国学术期刊(光盘版)》收录期刊
《国家科技学术期刊开放平台》收录期刊
《中国科技资料目录·医药卫生》收录期刊
《中国科技资料目录·中草药》收录期刊
《中国医学文摘·中医》收录期刊
《中国药学文摘》收录期刊
《全国报刊索引》(自然技术版)收录期刊
《中国报刊订阅指南信息库》收录期刊

《山东中医杂志》协办单位及法人代表

山东中医药大学附属医院	任 勇	青岛市海慈医疗集团	刘 宏	滕州市中医医院	韩兴贵
山东针灸学会	高树中	日照市中医医院	丁 伟	新泰市中医院	闫家平
山东中医药大学第二附属医院	徐云生	淄博市中医医院	孙 辉	济南市长清区中医院	杨明利
济南市中医医院	贾如意	泰安市中医医院	张开刚		
临沂市中医医院	李凤鸣	泰安市中医二院	王兴涌		

SHANDONG JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE
(monthly)

Feb. 2023

Vol. 42, No.2

CONTENTS

Thinking of Traditional Chinese Medicine in Treating Patients with SARS-CoV-2 Nucleic
Acid “Long-term Positive” JIA Xinhua,LIU Xue,QIU Zhanjun(109)

Interpretation of the Compatibility Principle of Niuxi Mugua Decoction(牛膝木瓜汤) Based on Yunqi
Configuration of the Six Geng Years WANG Ying,LU Mingyuan(113)

Treatment on Sequelae of Ischemic Stroke Based on “Qi Circumfluence” Theory
..... YU Jinzhen,XU Hao,SI Guomin(118)

Treatment on Cold-heat Syndrome of Peripheral Vascular Diseases
..... LIU Ming,ZHANG Yudong,ZHANG Xiaoshan,CHEN Ping(123)

Observation on Curative Effect of Longzuan Tongbi Granule(龙钻通痹颗粒) Combined with Wufang
Powder(五方散) Applied Externally for Treatment of Rheumatoid Arthritis in Active Stage
..... YANG Yalin,CHEN Yanqiang,HUANG Xiaoying,QIN Kunlan(127)

Clinical Study of Yure Formula(瘀热方) for Acute Ischemic Stroke with Stasis-heat Syndrome
..... GONG Jie,LIN Zhaoliang,CHENG Xiangjin,LIU Hongquan(132)

Study on Traditional Chinese Medicine Syndrome Types and Correlation with Duodenal Eosinophils in
Functional Dyspepsia LEI Xue,WANG Zaijian,LI Huixia,
LI Min,ZHANG Qiang,LI Tong,GAO Yuxuan,ZHANG Hongwei(137)

Analysis of Professor GAO Sihua’s Medication Regularity for Treatment of Thyroid Nodules
..... KONG Weijia,ZHANG Zehan,CHEN Jiaqi,
ZHANG Chuhan,XU Bingrui,TIAN Tian,ZHAO Dandan(142)

Clinical Study of Different Manipulation Acupuncture Combined with Cupping in Treatment of
Lumbar Muscle Strain Caused by Military Training
..... KOU Peng,ZHANG Qian,SUN Zhigao (150)

Clinical Study of Constipation-dominant Irritable Bowel Syndrome of Liver Depression Qi Stagnation
Type Treated by Zhulian Acupuncture and Qinggan Yishen Method
..... CHEN Chunhua, YANG Jibo(155)

Clinical Study on Treatment of Stroke Hemiplegia by Xingnao Tongdu Acupuncture Combined with
Huatan Tongluo Decoction(化痰通络汤) LOU Yanfang, DU Wenyuan, YAO Jianjing(160)

Analysis of Major Indications and Combination Regularity of Fulu Acupoint(KI7)Based on Data Mining
..... GAO Xiaolan, ZHU Yongzheng, ZHANG Xuecheng,
XIANG Yuyuan, JIN Yan, JIA Yangli, JIA Hongling, ZHANG Yongchen(165)

Traditional Chinese Medicine Master ZHOU Zhongying’s Experience in Application of Whole Herb
Categories of Chinese Materia Medica WANG Zhen, WANG Panpan,
HUANG Dongfang, WU Wanlin, ZHANG Tingting, YE Fang(173)

YU Junsheng’s Experience in Treatment of Renal Edema with Diaphoretic Prescriptions
..... FANG Yuanzhi , LI Jianying(178)

LI Huadong’s Experience in Treating Cervical Headache with Micro Needle Knife and Manipulation
..... WANG Jianmin, QIAO Yingjie, LIU Jinyong, ZHANG Wanli(182)

Experience of Professor TIAN Fei on Disease Management of Lung Cancer Patients During the
COVID-19 Period ZHANG Guixing, LIU Yunhe(186)

Treatment of Intestinal Polyp from Perspective of Jueyin Disease
..... LI Ye, ZHOU Jiayu, SONG Siyuan, LIU Jiatong, SHU Peng(190)

Proven Cases of LIU’s Medical School in Application of Yanghe Decoction(阳和汤)
..... WANG Haiyan, WU Jiaxin, WANG Yanbing, LIU Jing(195)

Advances in Study on Mechanism of Electroacupuncture in Treatment of Neuropathic Pain
..... HUANG Yuanxi, CHEN Xiaoqiang, SHI Yidan,
LONG Junyangxi, LI Xue, NING Heng, YOU Xiaohua, CHEN Rilan, ZHU Ying(199)

Summary of Etiology, Pathogenesis and Treatment of Globus Hystericus
..... LIU Jing, YANG Zhenning(203)

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

论著·临床理论与方法

中医药辨治新型冠状病毒核酸“长阳”患者思路

贾新华,刘 学,邱占军

(山东中医药大学附属医院,山东 济南 250014)

[摘要] 部分新型冠状病毒感染患者出现核酸“长阳”特征,多无明显症状,总结其核心病机为正虚邪恋,与肺、肝、脾等脏腑功能密切相关,湿邪、气郁、瘀血为其重要致病因素。治疗上根据患者临床症状辨证施治,以扶正祛邪为基本治则,根据邪气偏盛的不同采用祛湿、活血、理气、清热、化痰等治法。同时应注意患者精神调摄,及时进行心理疏导,并可采用针灸、耳穴压豆、穴位贴敷、防疫香囊等外治法辅助治疗。

[关键词] 新型冠状病毒;“长阳”;中医药治疗;奥密克戎变异毒株;正虚邪恋;扶正祛邪

[中图分类号] R254.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2023)02-0109-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.001

Thinking of Traditional Chinese Medicine in Treating Patients with SARS-CoV-2 Nucleic Acid “Long-term Positive”

JIA Xinhua,LIU Xue,QIU Zhanjun

(Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine,Jinan 250014,China)

Abstract Some patients with COVID-19 have the feature of “long-term positive” of nucleic acid,and most of them have no obvious symptoms. According to the clinical manifestations of the patients,it is concluded that the core pathogenesis is deficient vital qi leading to lingering of pathogen,which is closely related to the disorder functions of the lung,liver,spleen and other viscera,and damp evil,qi depression and blood stasis are important pathogenic factors. According to the clinical symptoms of the patients,the treatment is based on syndrome differentiation. The basic treatment principle is to reinforce the healthy qi to eliminate pathogenic factors. According to the difference of evil qi,the treatment methods such as eliminating dampness,activating blood,regulating qi,clearing heat and eliminating phlegm are adopted. At the same time,attention should be paid to the mental adjustment of patients,and psychological counseling should be carried out in time. External treatment methods such as acupuncture,pressing beans at ear points,acupoint application,and anti epidemic prevention sachet can be used as auxiliary treatment.

[收稿日期] 2022-11-24
[基金项目] 国家中医药管理局中医药防治新型冠状病毒感染的肺炎应急研究专项课题(编号:2022ZYLCYJ03);山东省自然科学基金联合基金项目(编号:ZR2021LZY031)
[作者简介] 贾新华(1976—),男,山东肥城人,医学博士,主任医师,硕士研究生导师,主要从事中医、中西医结合治疗肺系疾病的研究。邮箱:jiaxinhua_jn@163.com。

Keywords SARS-CoV-2;“long-term positive”;traditional Chinese medicine treatment;Omicron;deficient vital qi leading to lingering of pathogen;reinforce the healthy qi to eliminate pathogenic factors

新型冠状病毒感染(新冠病毒感染)目前主要致病株为奥密克戎变异毒株,相较之前的德尔塔变异毒株,奥密克戎的传染性更强,致病力相对较轻^[1]。山东省援助上海医疗队在支援期间使用中医药治疗无症状感染者和轻症患者,中医药使用率为100%,平均住院时间为7.1 d,但仍存在部分患者核酸难以转阴的情况,即新冠病毒核酸长期阳性(简称“长阳”)患者,“长阳”患者的核酸转阴时间超过同期患者平均水平。对于这部分患者,西医治疗手段有限,中医药治疗可缩短核酸转阴时间,降低病情加重率,具有显著治疗效果,现将上海漕宝路方舱医院和第八人民医院治疗“长阳”患者的临床体会总结如下。

1 病因病机

本次由奥密克戎变异毒株导致的新冠病毒感染属于中医疫病范畴,临床发现,变异毒株奥密克戎类似中医的湿毒,同时具有风邪善行而数变的致病特点,故传染性强、传播快,短时间可出现大面积聚集性感染,及部分患者核酸“长阳”现象。此外,受同期上海地域气候影响,病毒还表现出风邪夹热夹湿的特点,易于侵犯人体上呼吸道,出现咽痛、咽干、鼻塞、流涕等鼻咽症状。在临床治疗过程中,约有20%的患者核酸“长阳”,这对当时的疫情管控及患者管理提出了新挑战。通过总结梳理该类患者中医临床信息,并与前期某些新冠病毒感染发病地区地域、气候情况对比,认为本次上海疫情的“长阳”现象与致病邪气特点和患者体质、情志有关,核心病机是正虚邪恋,以机体正气虚弱为基础,地域外湿联合机体内湿,加之感染后心理障碍情志不畅,久而导致瘀血内生,则易出现短期核酸难以转阴现象。

1.1 正气虚弱为本

《素问·刺法论》言:“正气存内,邪不可干”。正气具有抵御病邪、祛除病邪和修复调节的作用。新冠病毒侵入机体,必然引起正气与其抗争,若患者正气充盛,则很快就能抵邪外出,核酸随之转阴;但若正气不足,难以抵邪外出,就会形成邪正相持的局面,日久难分胜负,出现患者核酸难以转阴的现象,即“长阳”。在邪正交争的过程中,必然逐渐损耗正气,所谓“邪之所凑,其气必虚”,正邪相持的平衡被打破,邪胜正虚,此时“长阳”患者核酸更加难以转阴,甚至引起原有临床症状加重或出现新的症状。同时我们发现“长阳”患者中不乏中老年患者,常伴有多种慢性基础疾病,本就处于正气不足、脏腑虚损的

状态,故更容易成为“长阳”患者。若不能及时正确干预,则会有病情急剧加重的风险。

中医的正气与现代医学之免疫功能是相通的^[2],现代免疫学研究证实,新冠病毒诱发的炎症反应对骨髓功能有抑制作用,可造成淋巴细胞等免疫细胞数量减少^[3],从而使机体免疫力下降,病毒短时间内难以被清除,且不断继续复制,以致核酸长期难以转阴。丛晓东等^[4]对核酸长期阳性患者的回顾分析研究认为,“长阳”患者中多为伴有基础疾病的年老者,核酸长期阳性与其免疫功能的下降密切相关。刘晶晶等^[5]通过对几十例重症新冠病毒核酸持续阳性患者影响因素的分析也得出了类似结论:免疫功能越差的患者,核酸持续阳性时间可能会越长。

1.2 内外湿邪夹击

上海属于亚热带季风气候,而且又处于沿海地区,降水丰沛,气候潮湿,故此次疫情,湿邪为重要致病因素,《温热论》有云:“且吾吴湿邪害人最广”。湿邪为六淫之一,其性属阴,具有黏滞重浊的特性,易与疫戾之邪混杂,如《温病条辨》中所说:“温疫者……多兼秽浊,家家如是,若役使然也”。湿邪致病,多病程较长,胶着难解,反复缠绵难愈,如《温热条辨》云湿邪:“其性氤氲黏腻,非若寒邪之一汗即解,温热之一凉即退,故难速已”。

从五运六气的角度分析,上海位于震木正东,木运太过,木胜则土虚,土虚则湿胜。湿邪侵入机体,会因体质偏颇及其他因素影响,或从热化,归于阳明,形成湿热;或从寒化,滞于太阴,成为寒湿。尤其对于平素脾胃不足,湿邪内生的患者,更容易内外湿邪夹击加重病情,出现“长阳”现象。肺为水之上源,具有通调水道的职能,感染新冠病毒后,肺代谢水液的功能受到影响,造成水液代谢异常,水湿停留为患。脾喜燥恶湿,外感湿邪,最易困脾,脾阳被困,运化水液能力下降,加重水湿内生停聚。外湿合并内湿,同气相求,阻遏气机,湿邪留恋,缠绵反复,是核酸“长阳”的重要因素之一。

1.3 情志不畅,肝气郁结

新冠病毒感染患者多见抑郁、焦虑紧张情绪^[6-7],尤其是“长阳”患者核酸持续阳性,长期无法正常生活工作,导致其焦虑紧张以及恐惧的心理状态相较其他患者更加明显,更易出现肝气郁结不舒的证候。肝气郁结,肝失疏泄,气机不畅,易化热化火,耗伤肺金,使病情难以缓解^[8]。同时,肝气犯脾,阻碍脾之运

化,出现纳呆、大便溏薄等脾胃功能障碍症状,进一步影响心理健康。

1.4 病久导致血瘀内生

湿邪重浊黏滞,阻滞血液在脉管中正常运行,导致血液流动缓慢滞涩,逐渐成瘀;湿易困脾,导致脾气虚弱,母病及子,致肺脾气虚,而气为血之帅,气虚无力推动血液运行;或情绪压抑、焦虑致肝气不舒,气机升降失职,血液瘀滞不行;另外,部分“长阳”患者多伴有基础性疾病,本身处于多虚多瘀的病理状态。“长阳”患者其舌象多紫黯,舌下络脉可见粗大弯曲,故血瘀征象明显患者相较其他患者更易出现核酸“长阳”,增加核酸短期转阴难度。

总之,正虚邪恋是“长阳”患者的核心病机,正气虚弱是重要内在因素,湿邪、气郁、血瘀为其重要致病因素,与肺、肝、脾等脏腑功能密切相关。

2 中医药治疗

2.1 分型辨证治疗

此次上海本次疫情爆发处于初夏季节,且受地理位置影响,“长阳”患者多湿邪为盛,热势不高,表证不显,因此治疗上均兼顾祛湿,加以扶正祛邪、理气活血。

2.1.1 湿热疫毒证

临床表现:无发热或低热,咽痛,鼻塞,头晕,困倦,口苦、口干、口臭,食欲减退,胸闷,腹胀,大便黏滞,舌质淡红、苔腻或黄,脉滑数或濡;或无症状仅有舌质红或淡红,苔厚腻或黄腻,脉滑数或濡。

治法:清热化湿,理气宣肺。

方药:黄芪30g,金荞麦20g,马鞭草20g,黄芩15g,藿香12g,薏苡仁20g,瓜蒌皮12g,生甘草9g。方以黄芪为君,补肺脾气,培土生金;臣以马鞭草、金荞麦、薏苡仁、黄芩清热化湿解毒;佐以瓜蒌皮宽胸理气、清热化湿,藿香化湿理气、醒脾和胃;使药甘草调和诸药。中成药如宣肺败毒颗粒、化湿败毒颗粒、痰热清胶囊、连花清瘟颗粒(胶囊)等也适用于湿热蕴肺患者。

2.1.2 正虚湿困证

临床表现:乏力,精神不振,畏风,汗多,食欲不振,大便黏腻,舌质淡胖大、苔白,脉细无力;或无症状而仅见舌质淡、舌体胖大、苔白,脉细无力。

治法:补益脾肺,理气化湿。

方药:黄芪30g,党参15g,茯苓15g,苍术9g,陈皮9g,姜半夏9g,藿香12g,黄芩9g,干姜9g,肉

桂、炙甘草各6g。方以黄芪、党参为君,大补肺脾之气;臣以茯苓、苍术、陈皮、姜半夏健脾燥湿,干姜、肉桂、炙甘草温运脾阳以助君药扶正祛湿;少佐藿香醒脾化湿,黄芩清化泻实补虚。中成药可选健脾丸、人参健脾丸、附子理中丸等。

2.1.3 气郁血瘀证

临床表现:无发热或低热,心烦,泛酸,嗳气,咽干咽痛,腹胀,舌象多以舌色紫黯、舌下络脉粗大弯曲、苔薄黄为主要表现;或无症状仅有舌紫黯、舌下络脉粗大弯曲、苔薄黄。

治法:理气活血,养阴清热。

方药:柴胡15g,白芍12g,当归15g,茯苓15g,炒白术12g,炙甘草9g,生姜9g,薄荷9g,牡丹皮12g,栀子9g,鬼箭羽15g,黄芩9g,香附9g,砂仁9g。方以柴胡疏肝解郁、条达肝气为君药;臣以当归养血和血、白芍养血敛阴,牡丹皮、栀子清热凉血、泻火除烦;佐以炒白术、茯苓、砂仁健脾去湿,香附、鬼箭羽理气活血,炙甘草益气补中;使以薄荷疏散郁遏之气,透达肝经郁热,生姜温胃和中。

针对老年重症咳嗽咳痰、呼吸困难患者,可加用生石膏30g、生大黄(后下)9g、生地黄30g、玄参20g、全瓜蒌30g,以清肺通腑、解毒凉血;高热不退实证为主者,可选择加用水牛角30g、升麻30g,牡丹皮加量至30g等,或羚羊角粉0.6g冲服,每日2~3次;痰黏难咳者,可加用竹沥水30mL、皂角刺15g、胆南星6g等,以清热化痰、理气散结;合并肾功能不全者,宜益气温阳、活血通腑,可选择加用炮附子12g、僵蚕12g等;慢性心功能不全者,宜益气温阳、活血利水,可加用人参15g、制附子15g、桂枝12g、猪苓30g等。

2.2 注意精神调摄

医务人员要注意对“长阳”患者进行心理疏导,以解除他们紧张焦虑的心理状态,这有利于缩短核酸转阴时间。有明显肝气郁结者,可辨证加入疏肝之品,如逍遥散、柴胡疏肝散等;失眠烦躁者,可在基础方中选择性加入龙骨、牡蛎、珍珠母、酸枣仁等安神助眠之品。面对“长阳”患者的负面情绪,可针对性地加强中医情志治疗,包括以情胜情法、移情易性法和安神静志法等,帮助患者树立信心,使其以积极的心态接受治疗^[9]。

2.3 中医外治法

中医外治法在方舱医院备受欢迎,积极开展中

医外治工作对于缩短患者住院时间具有重要意义。中医外治法包括了针刺、艾灸、穴位贴敷、耳穴压豆和防疫香囊在内的多种有效手段。针灸可以改善患者的免疫功能,调节免疫细胞和补体的活性,并能激活胆碱能抗炎通路^[10];中药穴位贴敷具有安全简便的优点,对“长阳”患者可选择肺俞、脾俞、定喘、大椎、天突、肾俞、关元、膻中等穴^[11],同时我们还特别准备了止咳方、焦虑方、安眠方、交通心肾方 4 种中药贴敷剂,适用于有相应症状的患者;耳穴压豆操作方便简单,具有调节免疫、保护器官、防治疾病等多种作用,同时已有研究证实,耳穴压豆可以有效改善和缓解患者的失眠和焦虑情绪^[12];防疫香囊中的药物多采用挥发性强的芳香药物,如藿香、苍术、草果、佩兰等,防疫香囊散发的药香可以刺激呼吸道黏膜产生分泌型免疫球蛋白 A,杀灭进入呼吸道的病毒和细菌,起到免疫屏障的作用^[13];练习八段锦功法可以强身健体,增强免疫,调理脏腑功能,促进全身气血流通^[14],其对患者肺功能的改善以及对免疫系统的激发促进作用已得到许多研究证实^[15],同时坚持练习八段锦还可以帮助“长阳”患者转移注意力,调整心情,增强信心。

3 病案举例

张某,女,55 岁,2022 年 5 月 14 日入院。患者 1 个月内未离开上海,未接触过境外回国人员。2022 年 5 月 6 日因核酸筛查混采异常隔离管控,2022 年 5 月 6 日复检阳性,为求进一步诊治,2022 年 5 月 14 日转入院。患者入院 1 d 前发热,最高体温 38.5℃,无头痛、肌肉疼痛,对症处理后好转。刻下症见:无咳嗽、咳痰,无头晕、头痛,无咽痛,无肌痛,无鼻塞流涕等不适。既往无药物过敏史,2017 年行甲状腺手术,术后长期服用优甲乐。体格检查:体温 36.5℃,心率每分钟 89 次,呼吸每分钟 20 次,血压 155/87 mm Hg (1 mm Hg≈0.133 kPa),神志清,精神安,血氧饱和度(SO₂)97%(未吸氧)。初步诊断:新型冠状病毒肺炎(轻型)。胸部 CT:双肺未见明显异常,左下胸膜局部结节样增厚;主动脉局部钙化。血常规、血生化、凝血指标等未见明显异常。治疗使用胸腺肽 40 mg 增强机体免疫。期间核酸结果持续阳性,患者拒服中药。

5 月 19 日,患者出现轻微咳嗽、少痰,口干,食欲减退,头昏沉,肢体困重,小便正常,大便黏腻,舌质红,苔薄黄,边有齿痕,中有裂纹(图 1),脉濡。要求服用中药治疗,辨证为湿热内蕴、脾虚湿浸,处方

以宣肺理气、清热祛湿、健脾养阴,方药:蜜麻黄 6 g,炒苦杏仁 9 g,桔梗 12 g,金银花 15 g,白术 10 g,黄芪 18 g,藿香 6 g,北沙参 15 g,麦冬 12 g,枇杷叶 6 g,甘草 6 g。日 1 剂,早晚饭后温服。

5 剂后,患者无明显咳嗽咳痰,轻微口干,无头部昏沉,大小便正常。期间复查新型冠状病毒核酸检测连续两次阴性,临床治愈出院。

按:本案患者为中年女性患者,属于新冠病毒感染轻型,除入院前发热外,无明显临床症状,但核酸持续阳性,且时间明显长于同期患者,故为“长阳”患者。患者后期出现的咳嗽、少痰、口干等症状是由于湿热蕴于肺脾,伏而后发,影响肺之宣降、脾之运化功能,致肺气不宣,湿热内蕴,脾虚湿浸,耗伤阴液。故方中使用蜜麻黄、炒苦杏仁、甘草等宣肺以畅上焦,解表止咳;桔梗、枇杷叶宣肺理气,使气化则湿化;白术、黄芪健脾益气燥湿;藿香化湿和胃;北沙参、麦冬养阴润肺,益气生津。全方宣肺理气、健运中焦,同时养阴生津,避免滋腻助湿,矫正祛湿药清利刚燥之性。

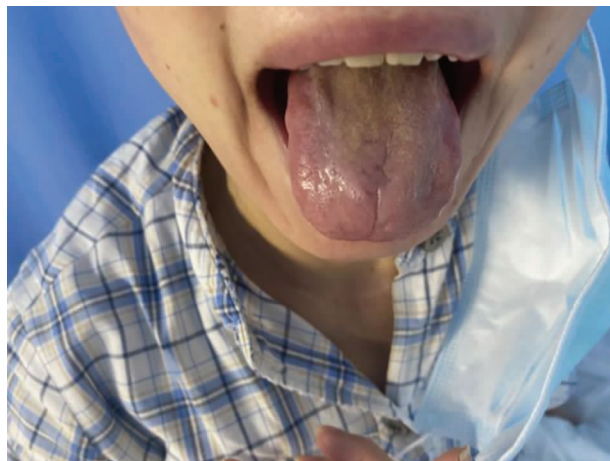


图 1 新型冠状病毒核酸“长阳”患者舌象

4 小结

中医药在本次疫情中发挥了重要作用,尤其对于无症状感染者以及“长阳”患者治疗效果显著。临床应用时应把握病机关键,随证治之。根据其正虚邪恋的核心病机,确定以扶正祛邪为本的基本治则,同时根据患者的临床症状、体征辨证治疗,加以祛湿、活血、理气、清热、化痰等治法。用药时虽应以扶正祛湿为主,但仍需避免过用苦寒清利之品,或为顾其阴液损伤而过用滋腻之药助湿壅滞。此外,不可忽视对于患者的心理支持和干预。(下转第 122 页)

基于六庚年运气格局解读牛膝木瓜汤配伍原理

王莹,鲁明源

(山东中医药大学,山东 济南 250355)

[摘要] 牛膝木瓜汤为陈无择《三因极一病证方论》中针对六庚年、岁金运太过所设方剂。六庚年以金运太过、木虚郁逆、火气来复、金不生水为全年运气格局。在此运气格局下,六庚年人体的病机特点为气结肝郁、肝虚郁逆、心肺火盛、肾虚肝燥;牛膝木瓜汤的配伍原理可据此概括为:整体性味取向偏于温升以治凉降太过,酸敛苦降以补肝达用,温补辛润以滋水涵木。因复气的出现并非必然,故方中并无针对火复的药物,临床可根据具体情况择药组方。兹举庚子年典型验案两则以供验证参考。

[关键词] 五运六气;六庚年;三因司天方;牛膝木瓜汤;配伍原理;陈无择

[中图分类号] R226 [文献标志码] A [文章编号] 0257-358X(2023)02-0113-05

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.002

Interpretation of the Compatibility Principle of Niuxi Mugua Decoction(牛膝木瓜汤)
Based on Yunqi Configuration of the Six Geng Years

WANG Ying,LU Mingyuan

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

Abstract Niuxi Mugua Decoction(牛膝木瓜汤) is the prescription of CHEN Wuze recorded in *Sanyin Ji Yi Bingzheng Fang Lun*,which is for disease caused by extreme metal element at Six Geng years. In the Six Geng years,the characteristic of the five evolutive phases and six climatic factors mainly refers to metal circuit extreme,which it is easy to invade the liver wood,resulting in liver deficiency,liver depression and liver qi reversal,so there is too much heart fire and kidney deficiency of clinical syndromes. Under this pattern,the pathogenesis of the human body in Six Geng years is characterized by liver qi stagnation,liver qi deficiency and stagnation,heart and lung fire excess,kidney deficiency and liver dryness. The compatibility principle of Niuxi Mugua Decoction can be summarized that the overall flavor orientation is partial to warm and rise to restrain depression and excessive cold,acid and bitter properties accumulation to supplement the liver,warm and pungent flavors to nourishing liver and kidney. For the emergence of recovery gas is not inevitable,there is no drug for recurring fire evil in the prescription,and the clinical prescription can be selected according to the specific situation. There are two typical cases for reference in this article.

[收稿日期] 2021-10-14
[基金项目] 全国名老中医药专家传承工作室(编号:520786)
[作者简介] 王莹(1996—),女,山东济南人,2019 年硕士研
究生,研究方向:《黄帝内经》理论与临床应用研究。电话:15628930
990;邮箱:15628930990@163.com。
[通信作者] 鲁明源(1965—),女,山东新泰人,医学博士,教授,
博士研究生导师,主要从事《黄帝内经》理论与临床应用研究。邮箱:
605432055@qq.com。

Keywords five evolutive phases and six climatic factors;the Six Geng years;Sanyin Sitian Fang;Niuxi Mugua Decoction;compatibility principle;CHEN Wuze

五运六气,简称运气,是基于天人相应的“六气六律”和“五气更立”的周期变化理论,探讨自然变化的周期性规律及其对人体健康和疾病的影响,进而通过自然动态周期规律进行诊治疾病与养生治未病的一门学问^[1]。五运六气理论把自然气候变化与生物生命现象统一起来,探讨气候变化与人体生理病理、疾病诊断防治的密切关系,反映了天人相应的整体观念^[2]。

近年来,随着传统文化的回归,运气学说得到了学界的普遍关注,很多医家将运气学说的理念运用到临床中,取得了良好的疗效。三因司天方便是中医“运气方剂”中的代表,是陈无择结合五运六气理论,根据每年岁运变化所设立的运气方,收载于《三因极一病证方论》中,其中牛膝木瓜汤为六庚年金运太过的五运方,但大多数医家对于此方的认知仅限于肝虚肺燥的证治,对其方药特点和临床适用病机缺乏全面清晰的认识。本文基于庚子年阳明燥金之气过胜的运气格局对牛膝木瓜汤的方药特点进行深入分析,以全面了解其配伍原理,提高临床疗效。

1 牛膝木瓜汤的来源与立方依据

牛膝木瓜汤出自《三因极一病证方论》,是陈无择针对六庚年金运太过所创立的运气方,组成:牛膝(酒浸)、木瓜各一两,白芍、杜仲(去皮,姜制,炒丝断)、枸杞子、菟丝子(酒浸)、黄松节、天麻各三分,生姜三片,大枣一枚,甘草(炙)半两。

庚子年岁运为金运太过,《素问·气交变大论》载:“岁金太过,燥气流行,肝木受邪。”缪问据此分析庚年的病机特点曰:“此治岁金太过,肝木受邪之方也。夫金性至刚,害必凌木。”^[3]根据《素问·气交变大论》所载,人体易出现两胁少腹疼痛、双目赤痛、耳聋等症状,缪问对此分析曰:“是非肝为金遏,郁而不舒,胡上下诸痛悉见耶?盖金者主气与声也,肺气逆行,上蒙清窍,耳乃无闻。肝为藏血之会,火复阴伤,不获荣养肢体,缘见诸痛。”^[3]

缪问并对六庚年的主方牛膝木瓜汤的用药特点予以阐发:“其用药之例,补肝之血,可以从酸,补肝之气,必不得从辛矣。何则,酸可育肝之阴,辛则劫肝之血,故方用白芍补厥阴之阴,且制肺金之横;杜仲养风木之气,自无辛烈之偏,同为气血交补义,仍重取肝阴,最为有见。至松节通利血中之湿,且治关节诸疼,牛膝、菟丝益肝润下,复以枸杞甘平润肺,不

用泻金而金自宁,此则柔克之法也。合之木瓜舒筋,天麻熄风,牛膝达下,顾虑周密,虽有火气来复,喘咳气逆,总可无忧矣。”^[3]缪问之论较为简要粗略,使临证用方难以得其要领,应结合庚年的运气格局深入理解其组方原理。

2 庚年运气格局及人体的病机特点

庚年金运太过,燥气流行,从中医学天人相应及五行生克的运气思路分析庚年的运气特征,涉及金木水火四个方面,并可据此推论人体易患疾病的病机特点。

2.1 燥气流行,凉降太过

六庚年中运为金运太过,阳明燥金之气偏盛,故此年以气机收敛、肃杀为天地间基本的气运特征。金气过胜最易克伐木气,使木虚升发无力,且因气机收敛过度,木气升发被抑,故木气郁而不伸。天人相应,就人体而言,自然界金气太过同样最易影响肝木之气的升发,造成肝气不足且肝郁不舒。

另外,金气过胜,凉降太过,肺金之气偏于收敛肃降,气机郁闭而不外达,精血津液皆趋向于内敛而不外散,因此人体易患以肺气郁闭、肺津不布或肺经循行所过郁滞不通为基本病机的各种疾病,如《素问·气交变大论》所载“喘咳逆气”“肩背痛”,《素问·六元正纪大论》之“阳明所至为皴揭”。喻嘉言在《医门法律·伤燥门》中明训:“燥金所伤,本催肝木,甚则自戕肺金。”^[4]因此,金气过胜最易导致肝木升发不足及肺金气机郁滞。

2.2 金运太过,木虚郁逆

《素问·五运行大论》言:“气有余,则制己所胜。”庚年金运太过,金胜则木虚,木气不足升发无力则为郁,郁甚则化火,病则肝虚郁不舒甚而气逆化火,《素问·气交变大论》概括为“民病两胁下少腹痛”“体重烦冤”“胸痛引背”“病反暴痛”“胁肋不可反侧”“目赤痛眦痒”“耳无所闻”等。足厥阴肝经的循行经过两胁、少腹,开窍于目,气机郁滞不通,则表现为两胁少腹疼痛、身体沉重难以转侧、胸背疼痛;或木郁化火,表现为目赤肿痛、耳鸣耳聋,故《素问·至真要大论》言:“清气大来,燥之胜也,风木受邪,肝病生焉。”可见,肝虚、肝郁、肝逆是金气过胜的运气格局下人体肝木之气患病的病机特点。

2.3 金气淫胜,火气来复

《素问·至真要大论》言:“有胜则复。”气有胜复,

均通过五行相克实现。《素问·五常政大论》言:“不恒其德,则所胜来复。”岁运太过之年,岁气有余,胜之过度,气候、物候均失其正常规律,即不恒其德之时,会导致胜气之所不胜来报复。因此,庚年金气过胜克伐木气,则火气来复以制约金气,故《素问·五常政大论》言:“坚成之纪……政暴变则名木不荣,柔脆焦首,长气斯救,大火流,炎烁且至,蔓将槁,邪伤肺也。”所以,火气来复时人体易出现心火亢盛及火克肺金的证候表现,《素问·气交变大论》曰:“岁金太过……咳逆甚而血溢。”说明火克肺金时会出现咯血、吐血等症状。

2.4 收气大行,金不生水

庚年金气过胜也可导致金不生水,其原因有二:一是气机收降太过易闭结不通,则气不布津;二是若燥气偏胜,火气来复,金反受邪,耗伤肺津肺气。两者均可能导致肺津肺气不能下养肾阴,金不生水,而致肾精亏虚,不能滋养筋脉骨骼,且以精血虚于下更为显著,故《素问·气交变大论》曰:“岁金太过……尻阴股膝腠胝足皆病。”且肾中精血不足则无以涵养肝木,将进一步影响肝木之气的升发。

3 牛膝木瓜汤配伍原理

根据六庚年运气格局及人体的病机特点,结合相关本草文献,探讨六庚年运气格局下牛膝木瓜汤的组方原则及药物配伍原理。

3.1 气结肝郁,用药宜温宜升

六庚年燥气流行,凉降太过导致人体气机升发不畅,以肝郁不舒及肺气郁滞为基本病机,针对此两种病机,均应温补升达,因此,牛膝木瓜汤的性味取向亦偏于温升,其运用入肝肾具有辛温气味的药物以温升肝肾精气,促进整体气机的升发舒达,从而释放凉降之气对人体一身之气的束缚。

本方共11味药物,其中具有辛味或温性气味的药物共6味,如性温之木瓜、黄松节,味辛之天麻、杜仲,味辛性温之菟丝子、生姜。其中木瓜、黄松节性温归肝经,可促进肝气升发,舒达肝气,通利血脉;杜仲味辛性平,菟丝子味辛性温,两者皆入肝肾经,可补肾又兼具辛味可助精化气,滋水涵木,升发肝气,天麻味辛可疏肝,三者皆可增强肝气的升发之性。另外牛膝、杜仲、菟丝子的特殊炮制方法也增强了本方的木火之性,使升达之力更足,如牛膝与菟丝子用酒浸,杜仲用姜制,酒与姜的木火之性可使肝气升发更

加舒畅。

总之,辛温气味的药物与特殊的炮制方法可增强本方的温升之性,使气机升发有力,以解除六庚年金气收敛太过对人体气机的影响。

3.2 肝虚郁逆,药宜酸敛苦降

阳明燥金之气太过克伐肝木之气,则肝木易虚易郁甚则气逆,当顺其性而利导之,治疗疾病时应补肝血以助肝虚,疏肝气以解肝郁,降肝逆以定肝风,总以使木气升发舒畅、气机调达为目的。

《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》有言:“夫肝之病,补用酸,助用焦苦,益用甘味之药调之。”《素问·脏气法时论》亦曰:“肝苦急,急食甘以缓之……肝欲散,急食辛以散之,用辛补之,酸泻之。”因此,根据《黄帝内经》五脏苦欲补泻理论,针对木虚气郁且逆的病机,第一应使用酸味药,肝之虚证,直须以酸补其正宫,其效最速^[5];二是使用苦味药,苦味降气以降肝逆,苦味破气可疏通血脉治疗木气郁滞所致的肢体疼痛;三是使用辛味药物解肝郁,舒达肝气,以助肝气正常升发;四是使用甘味药物以缓肝急。

基于此病机及治疗原则,牛膝木瓜汤用酸苦之牛膝、木瓜、白芍以补肝血、降肝逆,用味辛之天麻解肝郁、定肝风,用味苦之黄松节通利血脉以治疗肢体疼痛,用甘草、大枣缓肝急,并生姜调和诸药。木虚得润,木郁得伸,木逆得缓,则肝气调达,恢复其挺然不屈之常。

牛膝质润,味酸能敛肝以补肝血,味苦能下血降气兼活血化瘀,张锡纯在《医学衷中参西录·药物篇》中言:“牛膝……原为补益之品,而善引气血下注……并能引其浮越之火下行。”^[6]故用以补肝血、降肝之逆气并通利血脉。木瓜味酸、性温,姚球在《本草经解要·果部》中言:“木瓜气温,禀天春和之木气,味酸无毒,得地东方之木味,气温升达,味酸收敛。一直一曲。”^[7]《雷公炮制药性解·木部》载:“木瓜……气脱则能收,气滞则能和。”^[8]因此,木瓜、白芍、牛膝味酸性敛内通于肝,以降肝逆,与甘草酸甘化阴以补肝血,木瓜气温又具升达之性以助肝用。

天麻味辛、性平,又名定风草,可降肝之逆气平抑肝阳,味辛又可疏散肝郁,《本草求真·上编》便言:“天麻,宣散肝经气郁虚风。”^[9]此药与牛膝、木瓜、白芍同用,共奏降肝逆、疏肝郁之功,以恢复肝气之正常升达舒展的特性。而黄松节温通苦泄,善通利血

脉,治诸关节疼痛,《本草纲目·木部》言:“神木,即茯神心内木也,又名黄松节,主治偏痛,诸筋挛缩。”^[10]收敛之金气过胜,木气失于疏达,血脉不通,会导致人体肢体关节疼痛,而黄松节对此用之有特效。

3.3 肾虚肝燥,药宜温补辛润

金气过胜,气机闭结导致金不生水,进而累及肾水难以涵养肝木,故应滋水涵木,助精生血。缪问在注解补肝剂六丁年苁蓉牛膝汤时说:“但肾为肝母,徒益其阴,则木无气以升,遂失春生之性;仅补其阳,则木乏水以溉,保无陨落之忧,故必水火双调,庶合虚则补母之义。”^{[3]6}故牛膝木瓜汤用枸杞子、菟丝子、杜仲补益肾精且助水生木,此三味药物在温补肾精的同时兼具辛温之气味可助肝肾精气升达,合经典之义。

枸杞子质润,滋补肾精。菟丝子味甘且辛,可补肾精,味辛又可助肾精化气,《神农本草经疏·草部上品》言:“菟丝子……经曰:肾苦燥,急食辛以润之。菟丝子之属是也。与辛香燥热之辛,迥乎不同矣。”^{[11]139}《本草便读·草部》言其“补肾水以上腾”^[12]。杜仲辛平,补肾强筋骨,《神农本草经疏·木部上品》谓其“益肾补肝,则精血自足”^{[11]301},《本草述钩元·乔木部》载其“益元阳,致津液”“益肾以致肝”^[13]。

此三味药皆可补益肾精,菟丝子与杜仲又兼具辛味可启迪肾水,畅肾之化育之用,滋水涵木,益肾补肝,则肝血充足,肝气得升,肝之疏泄升发自能运转正常。

4 牛膝木瓜汤的组方特点

综上所述,牛膝木瓜汤用药以辛温为主,兼以酸苦,《素问·五常政大论》云:“坚成之纪……其味辛酸苦。”本方以具辛味或温性之木瓜、黄松节、天麻、杜仲、生姜以温升人体气机,以折过胜之金气;用酸苦之牛膝、木瓜、白芍、天麻、黄松节降肝逆、补肝血、解肝郁以治木虚气逆;用枸杞子、菟丝子、杜仲补肝肾、升达肝气以治金不生水。总之,牛膝木瓜汤主以补肝肾、降肝逆、助肝升,总以恢复肝气正常的条达之性及人体气机的舒展升发为宗旨。

然牛膝木瓜汤方中并没有清热泻火的药物,可能是因为复气的出现并非必然。若火气来复,克制肺金,导致心肺火盛,应以清热泻火、降逆止咳为法,折燔灼之火势,平上逆之气机。临床若出现火盛的相关症状,可参考六乙年五运方紫菀汤及六戊年五

运方麦门冬汤加减用药处方。

紫菀汤(紫菀、白芷、人参、黄芪、苦杏仁、地骨皮、桑白皮、甘草、生姜、大枣)为六乙年岁金不及,炎火乃行而设;麦门冬汤(麦冬、白芷、半夏、淡竹叶、钟乳石、桑白皮、紫菀、人参、甘草、生姜、大枣)为六戊年岁火太过,炎暑流行,肺金受邪而设。两方皆针对火盛犯肺立方,处以清肺泻火之法,不同之处在于紫菀汤主要针对金运不足立方,肺金本虚而受火克,火不一定很盛;而麦门冬汤则主要针对火运太过而克金立方,适用于火盛犯肺而肺本身并不甚虚者^[14]。正如张从正于《儒门事亲·运气歌》中所言:“病如不是当年气,看与何年运气同,只向某年求活法,方知都在《至真》中。”^[15]临证时可根据具体病机择药组方。

5 案例举隅

2020年是庚子年,庚为天干,子为地支。《素问·天元纪大论》曰:“乙庚之岁,金运统之。”庚为阳干,庚子年岁运为金运太过。《素问·五运行大论》曰:“子午之上,少阴主之。”庚子年司天之气为少阴君火之气,在泉之气为阳明燥金之气。《素问·六元正纪大论》曰:“岁半之前,天气主之;岁半之后,地气主之。”由此可知,2020年下半年在泉之气为阳明燥金,两金叠加,金气更胜,克伐木气尤甚,因此,庚子年牛膝木瓜汤临床应用尤为广泛。兹举验案两则。

案一:女,56岁,2020年2月19日初诊。主诉头晕头胀2周。患者无明显诱因出现言语过多则易头晕头胀,情绪波动大,易激动、易焦虑,间断性失眠,心慌,近1周血压升高,140~180/60~100 mm Hg(1 mm Hg≈0.133 kPa),患者否认高血压病史。近期全身皮肤干燥,足跟干裂疼痛。纳可,二便可,舌苔薄黄,脉弦,寸关脉大。诊断为庚子年金运过胜,肝郁气逆,给予扶木制金法。方用牛膝木瓜汤,组成:怀牛膝15 g,木瓜15 g,白芍10 g,姜炒杜仲10 g,枸杞子10 g,黄松节10 g,菟丝子(包煎)15 g,天麻10 g,甘草10 g,生姜6 g,大枣10 g。3剂,日1剂,分2次温服。

2020年2月23日二诊:患者自述足部及面部皮肤干裂消失,光滑如常,头晕头胀减轻,心慌失眠消失,血压恢复正常,舌苔薄白,脉弦,嘱再服3剂以巩固疗效。

按:庚子之岁金胜木郁,眩晕头胀、足部皮肤干裂乃肝郁气逆,精血逆于上而虚于下,辨证属于金运

过胜,肝气郁逆,肾水不足。金性收敛,气血不得外达则皮肤干燥;肝木郁逆则气血上盛而见头晕头胀,心慌焦虑;金不生水,精血下虚故足部皮肤干裂。牛膝木瓜汤为治疗肝郁气逆、精血亏虚为金胜所伤之方,其效滋水涵木、扶木制金,切中病机。故用怀牛膝、木瓜、白芍、天麻补肝血、疏肝郁、降肝逆,菟丝子、枸杞子、姜炒杜仲补肾精、养肝血、理肝气,黄松节通利血脉,甘草、生姜、大枣调和诸药。统论全方,滋肾水养肝木、补肝血助肝用,恢复肝之正常疏泄,则肝无燥急之苦。

案二:女,31 岁,2020 年 11 月 13 日初诊。主诉左侧腰痛 3 月余。患者因盆腔炎致左侧腰痛酸楚,受凉及经期前后易作,服用妇炎舒胶囊,效不著。平素腰酸,畏寒,带下色黄、质稠,受凉后带下量增多,月经规律,经量较少,经色红、有血块,无痛经。纳可,大便偏软,质黏,小便可,眠可。舌淡尖红体胖,舌两侧有瘀点,苔白腻,脉沉细濡数。诊断为肝肾不足兼下焦湿热。方以牛膝木瓜汤加减,组成:怀牛膝 15 g,木瓜 15 g,杜仲 12 g,菟丝子(包煎)15 g,枸杞子 12 g,油松节 12 g,川芎 9 g,丹参 12 g,生薏苡仁 60 g,制苍术 12 g,炒黄柏 9 g,生甘草 6 g。7 剂,日 1 剂,分 2 次温服。

2020 年 11 月 28 日二诊:腰痛基本消失,白带色稍黄,余无明显不适,纳可,二便可。舌边稍红,舌两侧有瘀点,苔薄白腻。脉右偏浮,脉滑偏细,尺不足。上方加独活 9 g,14 剂,日 1 剂,分 2 次温服,巩固疗效。

按:左侧腰痛,受凉后易作,平素腰酸畏寒,可知腰痛乃肝肾亏虚所致,又兼有白带质稠偏黄,大便偏软质黏,可知下焦兼有湿热,患者发病出现于庚子年金胜木虚的运气格局下,辨证属于金气过胜,木气不足,肝肾亏虚兼有下焦湿热,故处方以牛膝木瓜汤加以清利湿热之品,牛膝木瓜汤专为六庚年金运过胜、木气不足而设,补肝肾兼以温升肝气,以治疗肝肾亏虚所致的腰酸腰痛,加以薏苡仁、黄柏、苍术以除下焦湿热,丹参、川芎活血化瘀,使下焦肝肾精血充足又无血脉不利之弊。

6 小结

六庚年阳明燥金之气过胜,产生凉降之气太过、木虚郁逆、火气来复及金不生水的运气格局。针对此运气格局,牛膝木瓜汤组方用辛温气味的药物升

提气机,以折其有余之金气,并用酸苦味药物以补肝血、解肝郁、降肝逆,以强其所胜,并用补肾药物滋水涵木以补木虚。此方以酸苦辛甘四味兼温性并用,主以补肝肾、缓肝急、助肝用、畅达气机,为金运太过、木虚不升之年所适之方,但方中并未加入针对火气来复的药物,临床可据具体情况加减用药。

牛膝木瓜汤组方严谨,用药精当,其临床应用应考究“天人合一”,《素问·至真要大论》言:“审察病机,无失气宜,此之谓也。”运气方剂的出现启迪我们临床时若能在察其病机的基础上明天时、知运气、晓郁发,选择更具有针对性的方药处方,则可以从天人相应的层面全面把握疾病的本质,提高临床疗效。

[参考文献]

[1] 陆曙,陶国水,顾植山. 基于《黄帝内经》五运六气理论的临证处方策略[J]. 中华中医药杂志,2020,35(2):565-568.

[2] 贺娟,苏颖. 内经选读[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:215.

[3] 陈无择,缪问. 三因司天方[M]. 陶国水,周扬,整理. 北京:中国医药科技出版社,2019.

[4] 喻昌. 医门法律[M]. 北京:中国医药科技出版社,2017:218.

[5] 刘臻华. 《金匱要略》肝虚证治法辨析[J]. 山东中医杂志,2005,24(7):393-394.

[6] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 王云凯,李福强,王克宸,校点. 3 版. 石家庄:河北科学技术出版社,2017:389.

[7] 姚球. 本草经解要[M]. 卞雅莉,校注. 北京:中国中医药出版社,2016:118.

[8] 李中梓. 雷公炮制药性解[M]. 张家玮,赵文慧,校注. 北京:人民军医出版社,2013:130.

[9] 黄宫绣. 本草求真[M]. 王淑民,校注. 2 版. 北京:中国中医药出版社,2008:109.

[10] 王剑,孙士江. 李时珍医药学全集[M]. 北京:中国中医药出版社,2019:1156.

[11] 缪希雍. 神农本草经疏[M]. 太原:山西科学技术出版社,2013.

[12] 张秉成. 本草便读[M]. 太原:山西科学技术出版社,2015:51.

[13] 杨时泰. 本草述钩元[M]. 上海:科技卫生出版社,1958:489.

[14] 陶国水. 也谈紫菀汤运气证治[N]. 中国中医药报,2015-07-09(4).

[15] 徐江雁,刘文礼. 儒门事亲校注[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2015:402.

基于“一气周流”论治缺血性脑卒中后遗症

于金振¹, 胥 浩¹, 司国民²

(1.山东中医药大学第一临床医学院, 山东 济南 250014; 2.山东省立医院中医科, 山东 济南 250021)

【摘要】“一气周流”由黄元御提出,在此基础上,他认为中风主要是由水寒土湿、木郁生风所致,且血分虚者病在左侧,气分虚者病在右侧,分别予桂枝乌苓汤、黄芪姜苓汤治疗。结合“一气周流”理论及临床实践,可将“一气周流”理论用于缺血性脑卒中后遗症论治。临床上,缺血性脑卒中后遗症患者气血双虚的情况更为典型,故治疗上可将桂枝乌苓汤与黄芪姜苓汤有机结合。另外在用药方面,主张使用引经药,如引诸药入脑的天麻、川芎;同时提倡酌用地龙、水蛭等虫类药以助搜风破积、走窜化瘀之功。附验案一则。

【关键词】缺血性脑卒中后遗症;一气周流;黄元御;桂枝乌苓汤;黄芪姜苓汤;引经药;虫类药

【中图分类号】R255.2;R743.3 【文献标志码】A 【文章编号】0257-358X(2023)02-0118-05

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.003

Treatment on Sequelae of Ischemic Stroke Based on “Qi Circumfluence” Theory

YU Jinzhen¹, XU Hao¹, SI Guomin²

(1.The First Clinical School of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250014, China;
2.Department of Traditional Chinese Medicine, Shandong Provincial Hospital, Jinan 250021, China)

Abstract “Qi Circumfluence” was proposed by HUANG Yuanyu. On this basis, he believed that the stroke was mainly caused by the cold, dampness and wind transformed from wood constraint. Patients with blood deficiency disease, the location was on the left side, were treated with Guizhi Wuling Decoction (桂枝乌苓汤), while patients with qi deficiency disease, the location was on the right side, treated with Huangqi Jiangling Decoction (黄芪姜苓汤). The theory of “Qi Circumfluence” can be applied to the treatment of sequelae of ischemic stroke. In clinic, qi and blood deficiency occur in most of patients suffering from sequelae of ischemic stroke, so the treatment can organically combine Guizhi Wuling Decoction with Huangqi Jiangling Decoction. In addition, in terms of medication, it is advocated to use channel ushering drug, such as Tianma (Gastrodiae Rhizoma) and Chuanxiong (Chuanxiong Rhizoma), which take drugs into the brain. At the same time, it is advocated to use insect drug such as Dilong (Pheretima) and Shuizhi (Hirudo) to help dispelling wind and breaking the accumulation. A case is attached.

【收稿日期】2021-08-03
【基金项目】国家中医药管理局齐鲁伤寒流派传承工作室建设项目(编号:LPGZS2012-34);山东省自然科学基金面上项目(编号:ZR2020MH349);山东省名老中医药专家传承工作室建设项目(批文号:鲁卫函[2019]92号);山东省中医药科技发展计划项目(编号:2021QI115)
【作者简介】于金振(1995—),男,山东聊城人,2020 年硕士研究生,研究方向:中西医结合治疗脑病、肾病研究与经方研究。电话:17864191136;邮箱:2682285329@qq.com。
【通信作者】司国民(1964—),男,山东菏泽人,医学博士,教授,主任医师,主要从事中西医结合治疗脑病、肾病研究与经方研究。邮箱:sgm977@126.com。

Keywords sequelae of ischemic stroke sequelae; Qi Circumfluence; HUANG Yuanyu; Guizhi Wuling Decoction; Huangqi Jiangling Decoction; channel ushering drug; insect drug

缺血性脑卒中后遗症属中医学中风范畴,是一种以半身不遂、言语不利、肌肤不仁、甚则突然昏仆为主要表现的病证^[1]。该病是一种严重危害中老年人身心健康的常见病、多发病。随着生活水平的提高和饮食结构的改变,脑卒中的患病率逐年增高,据调查显示,近年来该病已成为我国居民因病死亡的主要原因,我国因脑卒中死亡的人数占全球该病死亡人数的三分之一左右^[2],因此引起广泛关注。现代医学常选用抗血小板治疗及抗凝治疗^[3],但所用药物依赖性较强,且易产生胃肠道不适、过敏等不良反应。中医药注重辨证论治、防治结合,在治疗该病方面具有显著优势。

作为国家首批流派研究,“齐鲁伤寒流派”吸收历代齐鲁医家的学术渊源,形成了“学用一体,精于思辨”的流派特点。清代名医黄元御便是齐鲁医家的代表,其学术思想“一气周流”在山东乃至全国都有较大影响。笔者多次运用“一气周流”指导临床,疗效明显,现将基于黄元御“一气周流”理论治疗缺血性脑卒中后遗症的观点分析如下。

1 中风的常规病机认识

1.1 《黄帝内经》

有关中风的记载最早见于《黄帝内经》。《灵枢·刺节真邪》指出,营卫失和,真气卫外不固,外邪侵入,易发生偏枯^[4],这是从外部风邪侵袭人体的角度认识此病,即“外风论”。《素问·调经论》认为“大厥”是由于“血与气”并行于上导致,属于脏腑气血功能紊乱,即“内风论”。虽然《黄帝内经》内风、外风兼述,但此时期“外风”在中风病因中仍占主导地位^[5]。

1.2 《伤寒杂病论》

“中风”病名首先出现在《伤寒杂病论》中,并在《金匱要略·中风历节病脉证并治》专篇论述。张仲景在前人基础上,从病因病机、临床症状、证治方药等方面进一步阐释该病。如在描述临床症状时,不仅有“当半身不遂”的常证,还分别描述邪气“在络”“在经”“于腑”“于脏”的各自表现,张仲景有关中风病全面系统的认识对后世诊治该病具有深远影响。

1.3 后世发挥

倡导“相火论”的金元医家朱丹溪在《丹溪心法·中风》中将中风的病机总结为“湿痰生热”,并提出

“治痰为先”的治疗原则。近代张锡纯是中西医汇通学派的代表医家,他认为中风有内风和外风之分,内中风分为脑充血与脑贫血两类,分别自拟镇肝熄风汤、升陷汤等辨证施治^[6]。各家观点不同,使得中风病因的研究逐步深化。

2 基于“一气周流”理论对中风后遗症的认识

2.1 理论来源

2.1.1 “一气”溯源

医学著作中,首论“一气”的是《黄帝内经》。“一气”是一种基于气化理论认知,描述生命变化规律的说理工具,认为世间万物皆是气所化成。《素问·五藏气大论》曾指出万物生化消灭的现象是由于一气的布散所致^[7],为后世从气化角度认识疾病的病因病机提供了理论依据。在论述气之运动时,《素问·五运行大论》指出其基本框架为“上者右行,下者左行,左右周天”。受此影响,黄元御在《四圣心源·天人解》中提出“祖气”的概念,认为祖气是“人之太极”,祖气升降,形成中气。脾胃中气是气血生化的本源、气机升降的枢轴,又称中土之气。中气即是“一气”,中气的左升右降形成“一气周流”,推动阴阳的运动,促进生、长、壮、老、已的生命进程。木火金水虽名为四象,却皆为中土“一气”升降浮沉所得:脾土左旋在下之肾水形成肝木,肝木再升便为心火;胃土右转在上之心火成为肺金,肺金再降便为肾水。肝、心、肺、肾均为脾胃中气运动所得,一气的左升右降,形成了囊括脏腑、经络等诸多要素在内的人体如环无端的气机循环^[8]。土枢四象、一气周流实现升清降浊,一气斡旋不休使得脏腑气血调达、经络流转顺畅,从而达到阴平阳秘的和合状态。

2.1.2 中风诊治

在一气周流的过程中,黄元御认为清气左升的动力来源于脾阳,即“阴中之阳生”,因此在辨治疾病中,时时重视顾护阳气与一气周流的顺畅。《四圣心源·中风根原》认为中风是由于“土湿阳衰”导致“四肢失用”,再合“外感风邪”所致。中风之所以累及四肢,是因为中气脾胃虚衰失职、不能四达。木郁风生,肝木难以荣达,则“筋脉挛缩”。黄元御从一气周流的角度解释中风,是对前人气虚血瘀等观点的整合与升华,较之传统理论机械地认识中风的病因病机

而言,黄元御的理论体现出创造性与系统性^[9]。在《四圣心源·中风解》中,针对左半偏枯与右半偏枯分别设方遣药,并以气血不同的角度予以分析。肝藏血居于左路而上升,肺藏气位于右路而下降,因此,血分虚者病在左侧,气分虚者病在右侧。左半偏枯者,予方桂枝乌苓汤,以桂枝、何首乌、茯苓等为主药,重在暖土荣木,以助左升;右半偏枯者,予方黄芪姜苓汤,以黄芪、生姜、茯苓等为主药,在暖中土的同时,重在补肺卫之气,以助右降。在加减法中,无论左偏枯还是右偏枯,凡遇中下寒者,均立法燥土暖水,加入附子、干姜温阳暖肾,肾水温则助左升右降、一气周旋。

2.2 继承发展

黄元御将一气周流简明概括为“中焦土气斡旋”“左路木火升发、右路金水敛降”的基本理论模型,并应用于中风的诊治过程中。“齐鲁伤寒流派”继承了前人的理论,流派创始人、全国伤寒名家李克绍先生也曾从中土脾胃入手论治中风,在分析中风常见症状舌强不语时,李老将此症与脾脉相联系,指出其是由“脾脉络舌本,风中太阴脾经”导致^[10]。流派主张师古不泥古,认为所谓中医名家只是对某些方面有独特的创见,但并不等于他们的论述都是完美的^[11]。

笔者深受李老的影响,学习经典时不盲听盲信,认为将一气周流的观点应用于缺血性脑卒中后遗症的临床治疗中,的确具有较高的借鉴价值,但对于黄元御从左右各论中风的观点,并没有足够的临床证据证明中风左偏枯者为血虚、右偏枯者为气虚,两者关联性并不明显。而且中医理论认为气血同源,气为血帅,血是气母。气与血相互依存,在临床中很难见到只是气虚而不血虚,或者只是血虚而不气虚的患者,更多的是气虚血虚两者兼有。尤其是中风患者,一般具有病程较长、病位较深等特征,气血双虚的情况更为典型。单从气虚或者血虚论治都不能起到很好的临床效果。因此,在治疗该病时可以将黄元御治疗偏血虚的桂枝乌苓汤与偏气虚的黄芪姜苓汤有机结合起来,比单用一方加减效果更优。临床中,为了更好地发挥药效,常嘱咐患者以药渣煎汤浸泡患侧肢体,同样是受黄元御的启发。黄元御在治疗中风后肢体挛缩时,采取外治法,将药物“研末布

包”,热熨患处,与汤药配合,内外兼顾,促进人体恢复。考虑患者经济情况,我们主张不再另开新方,而是将药渣二次利用,临床中此法的运用,亦收到满意疗效。

2.3 用药发挥

在基于一气周流理论论治中风的前提下,不应拘于教条,还需根据患者的情况辨证论治。

2.3.1 善用引经药

治疗脑血管疾病时,受尤在泾“药无引使,不通病所”的影响,我们主张使用引经药。引经药即引药入经之意,其理论来源于《黄帝内经》。《素问·至真要大论》在解释五味归属时,认为“各归所喜”,酸、苦、甘、辛、咸分别有先入肝、心、脾、肺、肾的特性,并指出此乃“物化之常”。李东垣在此基础上进一步完善了引经药理论,提出引经药在作用于本经的同时,还可以将其他药物引入患病的脏腑经络^[12]。我们提倡中西合参,认为辨证时还需借鉴现代医学的研究成果,以辅助中医临证诊断。脑卒中后遗症属于西医学中的脑血管疾病,因此在综合辨证的前提下,顾及病灶部位,在治疗此类疾病时常加入引诸药入脑的天麻、川芎等品。脑脉作为清窍之府,居于人体的最高位置,药力常难以上达,加入此类引经药后,临床反馈较好。天麻味辛、入肝经,中医有“上配天以养头”之说,此药名为“天”麻,取象比类,有直入头窍之功。因此,在治疗头部疾患时,无论眩晕、失眠,还是内风导致的肢体不遂,多用天麻以协诸药修复损伤之脑窍。川芎亦为脑部常用的引经药,此药辛温香燥,善于上行,尤其针对本病患者有巅顶疼痛不适感时,增效明显。除引经之外,现代研究显示,川芎的主要药性成分川芎挥发油具有保护神经细胞的功能,对于修复脑缺血损伤有良效^[13]。

2.3.2 酌用虫类药

脑卒中后遗症多病程较长,且迁延难愈,病久则邪可入血入络,结合现代西医学理论,此病本身即为脑血管疾病,以上诸多因素均提示处方时应加入活血药。唐容川在《血证论》中提到,凡是离经之血,无论新旧,皆当以“瘀血”论之。对于脑卒中后遗症所导致日久之瘀血,非草木之药力量可达,因此提倡酌用地龙、水蛭等虫类药以助搜风破积、走窜化瘀之

功。地龙通利经络作用尤著,王清任在《医林改错》中立法补阳还五汤治疗中风后遗症,方中便选用地龙以增强通经活络的功效。水蛭破血之力较强,此药有破瘀血又不伤新血的特点,张锡纯称其可入血分又不伤气分,为活血良药。笔者临床中发现水蛭尤其善破细小络脉之瘀血,对于脑血管病变以及肾小球病变多有奏效。国医大师张志远先生也十分重视水蛭的作用,认为此药既可以促进血流量,还可以纠正脑缺血不足的状态^[14]。虫类药物属于异种蛋白,除了易引起过敏之外,多带有毒性,因此使用虫类药物时应中病即止,注意动态观察,定期检测肝肾功能。

3 病案举例

郝某,女,68岁,2020年10月13日初诊。主诉:左侧肢体麻木半年余。患者半年前劳累后突发中风,经由当地医院治疗后病情控制。刻症:半身不遂,左侧肢体麻木伴震颤,头晕目眩,言语不清,周身乏力,面色少华,下肢易冷,纳差,时呕,眠可,二便调。舌质暗尖红,苔白腻,舌底瘀滞,脉弦缓。西医诊断:缺血性脑卒中后遗症。中医诊断:中风。辨证:水寒土湿,木郁生风。治以暖水燥土,疏通肝木。处方桂枝乌苓汤合黄芪姜苓汤加减,组成:黄芪45g,人参10g,茯苓15g,法半夏9g,桂枝15g,白芍15g,山茱萸12g,砂仁10g,黄连10g,制附子6g,干姜6g,石菖蒲12g,生姜10g,甘草10g。7剂,水煎服,日1剂。2020年10月20日二诊:上方平妥,肢体麻木、乏力感有改善,但因家中琐事较多,近日睡眠质量较差,舌尖渐成常色。上方去黄连,加远志12g、柏子仁12g以安心神,7剂,水煎服,日1剂。2020年10月27日三诊:症状较之前均有缓解,下肢发冷已好转,言语不利、纳差改善,睡眠质量良好。上方去附子、干姜、柏子仁,7剂,水煎服,日1剂。后又随证加减调理1月余,诸症明显改善。服药期间,嘱患者将煎药后所剩药渣继续加温水煎,以所滤残液冲泡患侧肢体。

按:患者纳差、时呕,即脾胃中土运化失司所致;下肢易冷,即下焦肾水虚寒的表现;肢体麻木、震颤,头晕目眩以及脉象弦缓,可提示肝木不舒。依据一气周流理论,可判定为水寒土湿、木郁生风。虽黄元御认为应左右分治,但依据气血同源理论及临床经

验,将左右分治法合为一方。重土思想贯穿于一气周流始终,故选甘草、茯苓、人参、砂仁等药燥土祛湿,顾护中气。黄元御在《长沙药解》中指出,甘草“培植中州,养育四旁”,茯苓利水燥土,人参既可益胃气,又能助脾阳,《玉楸药解》评价砂仁为调理脾胃的上品。几味入中土之药的投入,使得中气调和,升降得当,则清浊复位,四象安然。桂枝可“解风邪,调木气”,配伍入肝泻风、走胆泻热之白芍,共疏达左路肝木之气。调左侧偏枯的桂枝乌苓汤,原方有何首乌,但近年该药多有肝毒性的临床报道^[15],为安全有效,改原方中何首乌为山茱萸。山茱萸入肝、肾经,“温乙木”可“止疏泄”,同样具有补益肝肾之功。另药理研究表明,山茱萸的有效成分通过增强神经元合成蛋白质的能力、减少损伤的方式,可以起到保护神经元的作用^[16]。黄芪,黄元御称其可入肺胃补气,还能走经络益营。法半夏降胃逆,使胃土右转,行扫荡浊瘀之功,与入肺胃祛浊的生姜相伍,可使肺胃清降,右路冲和。笔者认为黄芪补脾益气而不壅滞,且价格低廉,补气常选此药配伍^[17]。患者有舌尖红等征象,故取清心之黄连,促心火下沉;针对下肢寒冷,遵黄元御加减法以附子、干姜温下路水寒,肾水温则君火归根。整方以温水燥土、疏达肝木为主,兼泻心火、清降肺胃,诸药合用,舒左路清右路,泻上热温下寒,中间重在调中气枢转,使一气周流无碍,气机升降协调,一气畅则身心安。

4 结语

缺血性脑卒中作为中医四大难症“风、痲、臱、膈”之一,从古至今都是医学界的难题。为治疗此病,笔者近年来致力于挖掘历代齐鲁名家的经典、经方、经验,以更好地服务临床。齐鲁名家黄元御提出“一气周流”学术观点,并以此来阐释中风的病因病机,立足经典又阐发新意,对于缺血性脑卒中后遗症的诊治有借鉴意义。

[参考文献]

[1] 张伯礼,吴勉华. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2017:127.
[2] WANG W Z,JIANG B,SUN H X,et al. Prevalence, incidence,and mortality of stroke in China:results from a nationwide population-based survey of 480 687 adults[J].

Circulation,2017,135(8):759-771.

[3] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2018:203.

[4] 尹倩,刘利娟,陈瑶,等. 《中风论》卫气致病说与中风病辨治[J]. 中医学报,2020,35(12):2548-2552.

[5] 唐贤彪,谭子虎. 中风病“外风”“内风”学说的沿革[J]. 河南中医,2013,33(4):615-616.

[6] 唐林,张美英,林小林,等. 张锡纯治疗内中风的研究[J]. 环球中医药,2018,11(6):879-881.

[7] 孙志其,韩涛. “开合枢”的哲学内涵及“枢病”理论在中医学中的应用[J]. 中华中医药杂志,2018,33(5):1699-1702.

[8] 刘志梅,肖长国. 《四圣心源》“一气周流”理论探讨[J]. 山东中医杂志,2011,30(6):365-366.

[9] 陈玲,张顺,莫醉. 黄元御治疗中风病的理论探析[J]. 光明中医,2019,34(11):1644-1646.

[10] 李克绍. 李克绍医学文集[M]. 李树沛,姜建国,辑. 济南:山东科学技术出版社,2006:905.

[11] 李克绍. 伤寒解惑论:修订版[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:5.

[12] 郑一,高玉红,张学文,等. 头痛引经药物理论研究及方法论探讨[J]. 北京中医药大学学报,2003,26(4):10-13.

[13] 杜旌畅,谢晓芳,熊亮,等. 川芎挥发油的化学成分与药理活性研究进展[J]. 中国中药杂志,2016,41(23):4328-4333.

[14] 王淞,潘琳琳,刘桂荣. 国医大师张志远临床应用虫类药物经验举隅[J]. 时珍国医国药,2019,30(6):1488-1490.

[15] 王婉茹,洪滨,单国顺. 何首乌肝毒性作用机制的研究进展[J]. 现代药物与临床,2020,35(2):378-382.

[16] 周迎春,张廉洁,张燕丽. 山茱萸化学成分及药理作用研究新进展[J]. 中医药信息,2020,37(1):114-120.

[17] 石维娟,司国民. 司国民临床应用黄芪经验分析[J]. 辽宁中医杂志,2019,46(6):1166-1168.

(上接第 112 页)

[参考文献]

[1] 姚晓文,王蓉,王彩红,等. 奥密克戎亚变体 BA.2 的病毒学特点及防控[J]. 海南医学院学报,2022,28(12):881-886.

[2] 于杰,孙忠人,李洪玲,等. 对针刺与中医“正气”及现代免疫学的思考[J]. 中国医药导报,2015,12(28):77-80,84.

[3] 李红鹏,张柳,李庆云. COVID-19 免疫相关发病机制与免疫治疗研究进展[J]. 中国临床药理学与治疗学,2020,25(11):1288-1294.

[4] 丛晓东,杨金亮,李斌,等. 30 例新型冠状病毒肺炎核酸持续阳性患者临床特征回顾性分析[J]. 中医杂志,2020,61(24):2121-2125.

[5] 刘晶晶,刘兮,杨明施,等. 重型新型冠状病毒肺炎患者病毒核酸阳性持续时间的影响因素分析[J]. 第二军医大学学报,2020,41(9):966-969.

[6] 周兰,李健芝,吴传芳,等. 新冠肺炎患者焦虑症状及相关因素[J]. 中国心理卫生杂志,2021,35(3):254-258.

[7] 李想,邓艳萍,付国东,等. 新冠肺炎疫情期间普通病房患者的焦虑抑郁情绪[J]. 中国心理卫生杂志,2020,34(8):720-722.

[8] 廖金花,王兴,凌利,等. 从足厥阴肝经论治核酸难以转阴的新型冠状病毒肺炎[J]. 陕西中医药大学学报,2022,45(1):6-9.

[9] 吴海艳,潘莉,张玲,等. 中医情志护理联合呼吸训练对新型冠状病毒肺炎患者焦虑抑郁的影响[J]. 护理学杂志,2020,35(13):74-75.

[10] 何伟,石啸双,张知云,等. 从针灸对免疫炎症反应的调节探讨针灸防治新型冠状病毒肺炎的作用途径[J]. 中国针灸,2020,40(8):799-802,809.

[11] 郭雨怡,王福民,滕雨可,等. 新冠肺炎疫情防治背景下针灸治疗肺系疾病的选穴规律分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2020,22(10):3485-3492.

[12] 李静,景静,谢晓磊,等. 耳穴压豆对新冠肺炎患者失眠的疗效观察[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2021,23(6):2086-2091.

[13] 辛海量,岳小强,蒋益萍,等. 中药香囊及其防疫应用概述[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(11):206-208.

[14] 武嘉兴,单大玲,唐先平. 浅谈八段锦功法在新冠病毒肺炎防治中的作用[J]. 中医外治杂志,2020,29(2):10-11.

[15] 张美娜,何卓恒,文超生. 八段锦在肺脏和免疫系统临床运用的研究进展[J]. 武术研究,2020,5(10):114-116.

周围血管疾病寒热错杂证辨治

刘 明¹, 张玉冬¹, 张筱杉¹, 陈 萍²

(1. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250014; 2. 临沂市中心医院, 山东 沂水 276400)

[摘要] 周围血管疾病的发病人群以老年人为主, 病情缠绵, 病程较长, 病理多见气滞血瘀, 故易形成寒热错杂证。周围血管疾病寒热错杂证常见的证候类型为上寒下热证和上热下寒证, 在辨证时需重视舌脉和四畔辨证。治疗上应治病求本、内外合治, 根据辨证, 或从湿论, 或从虚论, 祛邪护正, 给邪出路, 并注意调畅气血, 用药上寒温并举。

[关键词] 周围血管疾病; 寒热错杂证; 上寒下热证; 上热下寒证; 气滞血瘀; 四畔辨证; 调畅气血; 寒温并用

[中图分类号] R543 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2023)02-0123-05
DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.004

Treatment on Cold-heat Syndrome of Peripheral Vascular Diseases

LIU Ming¹, ZHANG Yudong¹, ZHANG Xiaoshan¹, CHEN Ping²

(1. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250014, China; 2. Linyi Central Hospital, Yishui 276400, China)

Abstract The prevalence of peripheral vascular disease is dominated by the elderly, who suffer from lingering and long course disease, pathology of which is qi and blood stasis commonly, so it is easy to form cold-heat syndrome. The common types of cold-heat syndrome could be divided into syndrome of upper cold and lower heat and syndrome of upper heat and lower cold. Considering syndrome differentiation, tongue and pulse analysis, periwound syndrome differentiation should be paid attention. It is important to search for the primary cause of disease in treatment, combining internal and external cause, such as dampness or deficiency, using cold and warm medicine for reinforcing the healthy qi and giving evil ways out, paying attention to regulate qi and blood.

Keywords peripheral vascular disease; cold-heat syndrome; syndrome of upper cold and lower heat; syndrome of upper heat and lower cold; qi and blood stasis; periwound syndrome differentiation; regulate qi and blood; use both cold and warm

[收稿日期] 2021-06-21
[基金项目] 齐鲁医派中医学术流派传承项目(批文号: 鲁卫函[2020]132号); 济南市临床科技创新计划(编号: 201907079); 山东省中医药科技发展计划项目(编号: 2019-0204, 2015-093)
[作者简介] 刘明(1964—), 男, 山东昌乐人, 医学博士, 主任医师, 主要从事中医外科学及周围血管疾病的研究。邮箱: liuming404@163.com。

寒热错杂证是患者个体在同一时间既有寒证表现, 又有热证表现, 寒证与热证相混而成的一类证候群^[1]。关于寒热错杂证的描述可追溯至《灵枢·师传》: “胃欲寒饮, 肠欲热饮, 两者相逆”。医圣张仲景于《伤寒论》中正式将其确立为一种病机。清·唐容川言:

“余谓寒热合病,必有寒热兼见之实据”^[2]。临床上,许多疾病均可出现寒热错杂的病理变化,但目前学界对寒热错杂证的探讨以内科疾病居多。笔者认为,从临床表现与病理特性来看,周围血管疾病也会出现寒热错杂证,认识并重视这一特点,对于提高周围血管疾病的临床疗效至关重要,简述如下。

1 周围血管疾病寒热错杂证的病理基础

1.1 年老

周围血管疾病中的某些病种多见于老年人,是常见的老年病。此类患者常伴有宿疾,如糖尿病、高血压、冠心病、慢性阻塞性肺疾病、前列腺增生等,具有“一体多病”的特点。周围血管疾病的相关证候与其他宿疾的证候交织在一起,往往表现为寒热错杂证。如臁疮发生在中青年患者中,病因可能仅是慢性静脉功能不全这一单一因素,证候亦仅表现为湿热下注证;但对于老年臁疮患者而言,其病因不仅责于静脉功能不全,还可能由患肢动脉硬化或糖尿病等引起,西医学称之为多因复杂性溃疡,中医辨证则多为寒热错杂证。

1.2 病程长

周围血管疾病多缠绵难愈、病程较长,初期可能为实证、热证,随病情迁延日久,气血暗耗,导致阴阳亏损,脏腑功能失调,病机由实转虚、寒热错杂。正如顾靖远《顾氏医镜·痹》所言:“若邪郁病久,风变为火,寒变为热,湿变为痛”。下肢丹毒初发时表现为一派热象,但复发性丹毒迁延日久,常继发下肢淋巴水肿,此时患者证候多演变为虚实夹杂、寒热错杂。

1.3 体质因素

寒热错杂证的成因或责于内或责于外,其中体质因素是决定性内因之一。“正气存内,邪不可干”,体质能决定机体是否受邪,还决定了人体易感之邪的寒热偏向,以及发病后病情的寒热变化倾向^[3],正如《伤寒广要》所言:“素有寒者,多变阳虚阴盛之疾,或变阴毒也;素有热者,多变阳盛阴虚之疾,或变阳毒也”。同样是下肢深静脉血栓形成,因于外伤发病或体质强壮者,证候以湿热血瘀为主;发于晚期肿瘤、体质羸弱者,则可能表现为寒热错杂之象,虚实并见。

1.4 气滞血瘀

中医认为,人体的整体性离不开经络血脉系统

“内联脏腑,外络肢节”的作用,故有“有诸内必形诸外”的观点。当经络血脉发生病变后,这种局部与整体的联系就会发生障碍,一方面气血不能顺利通达四末,另一方面四末的病变困于局部,不能反映于整体,就会产生寒热错杂的表现形式。

2 周围血管疾病寒热错杂证辨识

2.1 周围血管疾病常见寒热错杂证类型

2.1.1 上寒下热证

上寒指上、中焦虚寒,下热指下焦(下肢)有热或湿热。周围血管疾病的上、中焦虚寒表现为倦怠乏力,面色无华,形体消瘦,纳差便溏,舌质淡胖或边有齿痕;下焦(下肢)有热表现为患肢肿痛灼热,皮色暗红,疮有脓腐,臭秽难闻。

2.1.2 上热下寒证

上热是指上、中焦湿热,下寒指下焦(下肢)虚寒。周围血管疾病的上热表现为面红目赤,头晕胀痛,耳鸣如潮,口苦口干,烦躁易怒,舌苔黄等;下焦(下肢)阴寒表现为患肢喜暖怕冷,麻木疼痛,肤色苍白,触之发凉,趺阳脉搏动减弱。

2.2 寒热错杂证的辨识要点

2.2.1 重视舌脉

中医强调整体观念,因此,虽则周围血管疾病的病灶多位于四肢,辨证时需聚焦病灶本身,诊察局部证候,但同时还要结合全身反应和舌脉。舌脉能反映脏腑气血之虚实、病邪之深浅、津液之盈亏等整体证候,且简便客观,是辨识寒热错杂证的重要手段。如患肢有红肿溃疡的周围血管疾病患者,就局部辨证而言,是为实热证,但其舌象可能出现舌淡胖、苔白腻的情况,此即为兼具虚寒的寒热错杂之证;再如肢端冷痛的周围血管疾病患者,单就局部辨证,可诊为虚寒证,但其脉象可能呈现为弦、滑、数等痰热之象,则此患者亦为寒热错杂之证。

2.2.2 重视四畔辨证

“四畔”是中医外科学用以描述病灶周围组织的专业术语。四畔辨证就是通过观察病灶周围组织的表现来判断疾病的阴阳、虚实。四畔的位置特殊,介乎于病灶与整体之间,因此很大程度上既能反映病灶的寒热虚实,又可反映整体的寒热虚实,对于周围血管疾病的寒热错杂证,具有独特的诊断价值。如在臁疮的辨治中,若患者表现为寒热错杂,则不能仅

关注创面病灶和整体的证候特点,还要关注臁疮溃疡与正常组织之间的区域,进行四畔辨证,即观察该区域皮肤形态、硬度、温度、肿度、色泽等,从中判断阴阳虚实、顺逆转归。阳证表现为疮周皮色红赤、皮温高、高肿突起、根盘收束、软硬适度、疼痛剧烈、拒按、触痛明显,提示预后易散、易敛,病顺。阴证表现为疮周皮色苍白、皮温低或正常、平塌低凹、根盘散漫、皮肤紧韧、疼痛较轻或隐隐作痛,提示溃疡难消、难敛,病逆^[4]。

3 周围血管疾病寒热错杂证论治

《黄帝内经》“寒者热之,热者寒之”为后世治疗寒热疾病确立了治疗原则。但是寒热错杂的证候出现在周围血管疾病中时,如果机械地套用“寒者热之,热者寒之”的治疗原则,往往会顾此失彼,难中肯綮,而寒热药物堆砌,又彼此掣肘。因此仍需治病求本,概括而言,治疗周围血管疾病寒热错杂证应注意以下几点。

3.1 治病求本

凡病因病机复杂者,应遵循中医标本理论,正如《素问·标本病传论》所说:“知标本者,万举万当,不知标本,是谓妄行”。对于周围血管疾病寒热错杂证,必须把握寒热的标本。急性病者,急则治其标;慢性病者,缓则治其本或标本兼治。于秀辰^[5]在糖尿病足的诊疗中提出,要重视整体与局部辨证不相符的情况,分析正邪盛衰,抓主证以期达到祛邪不伤正、补正不碍邪的治疗效果。当寒热错杂病机出现时,应分析其病因病机特点:因虚而致者,应补虚扶正;因气滞血瘀所致者,应理气活血;本虚标实者,应扶正祛邪;真寒假热者,应温补为主;真热假寒者,应以祛邪为主。

3.2 内外合治

对于寒热错杂的周围血管疾病患者,要发挥内治法长于调调整体、外治法长于调理局部的优势,综合运用内外治法。如脱疽上寒下热证,可选择内服温通血脉的中药制剂,如阳和汤,局部外用清热解毒制剂,如马黄酊等。臁疮的内治法,应根据全身症状及舌苔、脉象、二便等情况,选方用药;外治法则根据四畔辨证的要害归纳分析,针对疮面、疮周所处阶段,选择适当的熏洗、溻渍、油膏、散剂等外治法^[6]。

3.3 寒温并用

对于寒热错杂证,应遵守寒热并用的治疗总则,如《医碥》所言:“寒热并用者,因其人有寒热之邪夹杂于内,不得不用寒热夹杂之剂”。切不可纯热纯寒,顾此失彼,使夙疾未除而新病又起。如陈易^[7]针对糖尿病足局部湿热毒恋,整体脾气不健、肾阳虚弱的寒热错杂证特点,联合应用阳和汤与四妙勇安汤,扶正祛邪,以减轻或延缓足部感染,缩短创面愈合时间,减少截肢的发生率。曹焯民治疗糖尿病足急性发作期湿热毒蕴但素体阳虚者,温清并用,方用黄连解毒汤合茵陈蒿汤加附子、干姜、肉桂,以清热、利湿、解毒为主,兼以扶阳固本^[8]。梁恒粉^[9]治疗寒热错杂型糖尿病足患者,应用桂枝芍药知母汤加减以滋阴清热、温经散寒,获效明显。

3.4 从湿论治

周围血管疾病,如白塞病血管炎患者常见患肢局部病灶呈现溃疡腐烂等湿热之证,但舌象却表现为淡青胖大、舌苔白等虚寒之象。如果依据局部证候使用苦寒清热之剂,势必会伤其阳气,败其脾胃;且苦寒之药并不能有效清除局部热邪,反而会冰伏其邪,导致患肢局部溃疡病灶久治不愈。如果仅考虑其整体的虚寒之证,而过用辛温助阳之品,则又会伤阴助热、火上浇油,导致患肢溃疡炎症加重。针对此类患者,宜借鉴“通阳不在温,而在利小便”“渗湿于热下,不与热相搏,热必孤矣”“湿不去则热不清,湿去则热不独存”的治疗理念,从湿论治,选用淡渗利湿、芳香化湿之品,在祛湿的同时,化解热毒,并避免伤及阳气。

3.5 调畅气血

血脉中气血运动失常是周围血管疾病的关键病机,属于血瘀证,正是这种血脉的气滞血瘀病理特点,导致了患处的证候特点与整体的证候特点不一致,容易出现寒热错杂证。比如血栓闭塞性脉管炎患者,冬季病情容易感受寒邪而发病和加重,与寒袭肌表或寒中脏腑不同,寒邪侵袭血脉所致的血栓闭塞性脉管炎,必然引起气血运行受阻,导致阳气敷布不均,郁而化热,而形成寒热错杂证,患肢局部证候可以表现为苍白冰凉等寒证,但患者同时亦有患肢条索状红肿硬结等郁热之证,属于寒热错杂证。故而在治疗时,不能因患肢发凉怕冷而一味温阳散寒,

也不可一见热象,动辄苦寒降泻,恐其冰伏气血,加重血瘀,应调畅气血、活血化瘀为主,使郁热得散,寒邪得化。

3.6 从虚论治

周围血管疾病寒热错杂证多见于老年人,老年患者常伴随其他慢性疾病,多属素体亏虚,辨证见心、脾、肾亏虚等。此类患者的周围血管疾病病机多属气血不能濡养四末,本虚标实,故当出现寒热错杂证时,要在扶正的基础上清热除寒,治疗上应从虚论治,正气足、气机旺则虚热、虚寒错杂之证得以消散。如慢性静脉功能不全脂质硬皮症期,虽有足靴区黑硬肿热之热证,但同时伴有神疲乏力、朝宽暮重、纳呆便溏等虚寒之证,属本虚标实,应从虚治其本,给予健脾益气、补益升提之品,而不能一味苦寒清利湿热^[10]。

3.7 祛邪护正,给邪出路

寒热错杂证治必祛邪,由于周围血管疾病寒热错杂证多虚实夹杂,所以在祛邪时不能一味使用克伐之品,以免“闭门留寇”,使邪尚未去而正气已伤。应祛邪护正,给邪出路,强调切开引流通畅,使用“蚕食清创”“箍围药”等微创护正之法。

4 病案举例

男,73 岁,2020 年 7 月 3 日初诊。因“右足靴区皮肤肿硬疼痛 8 个月,破溃渗液半个月”就诊。患者下肢静脉曲张病史 28 年。无糖尿病病史。8 个月前右小腿足靴区暗红肿硬,朝轻暮重,半个月前肿硬处自行破溃,创面难以愈合,渗液较多,疼痛明显,行走站立时加重,遂来就诊。查体:双下肢浅静脉扩张,局部隆起成团;右小腿中下段深褐色色素沉着,肤质硬,压痛明显;右小腿足靴区皮肤可见约 2.3 cm × 2.4 cm 大小创面,创面渗出淡黄色分泌物,肉芽不新鲜,黄色脓腐组织,少量黑色痂皮覆盖;疮周暗红肿硬,扪之温度灼热;霍曼征(-),尼霍夫征(-);肢端动脉搏动可。形体肥胖,动则微喘,食欲不振,大便不成形,舌淡胖、苔白腻、边缘齿痕,脉滑。中医诊断:臁疮(下热上寒,寒热错杂证)。治法:利湿活血,健脾益气。处方:黄芪 60 g,党参 12 g,茯苓 15 g,猪苓 15 g,泽泻 15 g,桂枝 12 g,升麻 9 g,葛根 20 g,川芎 15 g,当归 15 g,赤芍 15 g,牛膝 15 g,甘草 6 g。7 剂,水煎服,日 1 剂。局部处理:给予中药熏洗剂 7 剂。处方:透骨草 15 g,白芷 10 g,蒲公英 30 g,木鳖子 13 g,赤

芍 10 g,黄柏 12 g,苦参 12 g,马齿苋 15 g,金银花 10 g,甘草 20 g。上药用纱布包煎,药液放凉至 38 ℃ 时,洗右小腿创面 30 min,每次焗洗后晾 20 min,再应用复方黄柏液湿敷患处,外盖凡士林油纱,无菌辅料包扎。下地时患肢缠敷弹力绷带至股部。

二诊:2020 年 7 月 10 日,遵医嘱用药后,疼痛较前缓解,下肢肿胀明显减轻,食欲恢复,大便成形,创面渗出减少,基底肉芽颜色微红,有新鲜肉芽组织生长,疮周肿胀及疼痛明显缓解,疮周皮色暗,扪之温度略高,舌脉同前。内服药方中加炒白术 9 g,以益气健脾燥湿;外洗方不变。内服、外用各 14 剂。中药熏洗后,外用生肌愈红膏换药,换药后患肢缠缚弹力绷带。

三诊:2020 年 7 月 25 日,患者自述治疗后右下肢胀痛消失,纳可,二便调,局部创面愈合结痂。为改善下肢静脉回流,预防下肢溃疡复发,建议患者减少站立,卧床休息时适度抬高患肢,穿着医疗弹力袜预防保护。

按:中医外科学有特定的辨证方法,即局部辨证,临床中多与整体辨证相结合。此方法尤其适用于周围血管疾病寒热错杂证的患者。本案患者局部辨证特点:①创面辨证,破溃创面、渗出、疼痛、肉芽不鲜;②四畔辨证,疮周皮肤暗红肿硬,扪之温度灼热。从红、肿、疼痛、渗出、皮温高几个关键辨证要素总结,本案患者病变局部为湿热之象。全身辨证特点:形体肥胖,动则微喘,食欲不振,大便不成形,舌淡胖、苔白腻、边缘齿痕,脉滑,是脾虚不运、湿邪困脾之象,结合局部辨证,该患者表现为寒热错杂证。故本案治疗特点为,①内外结合:内服利湿活血、健脾益气中药,外用清热解毒药熏洗、湿敷创面。②寒温并用:既有黄芪、党参、桂枝等益气温通之品,又有金银花、蒲公英、黄柏、马齿苋等寒凉之品。③从湿邪入手:内服茯苓、猪苓、泽泻、白术等健脾利湿;外用黄柏、苦参清热燥湿,使湿邪内外分消。④调畅气血:方中应用当归、川芎、黄芪益气活血之品,畅通气血,疏通经络,使郁热得散,寒邪得化。

5 小结

由于周围血管疾病的病灶多位于下肢,常见的周围血管疾病寒热错杂证的证候类型便以上寒下热证和上热下寒证为主,

(下转第 136 页)

论著·临床研究

龙钻通痹颗粒联合外敷五方散治疗类风湿关节炎活动期疗效观察

杨雅麟, 陈延强, 黄筱瑛, 覃坤兰

(广西中医药大学第一附属医院风湿科, 广西 南宁 530023)

[摘要] 目的:观察龙钻通痹颗粒内服联合五方散外敷对类风湿关节炎活动期患者的临床疗效。方法:按照随机数字表法将 60 例活动期的类风湿关节炎患者随机分为对照组和观察组各 30 例。对照组予基础治疗,包括临床宣教及西药口服;观察组在对照组基础上加服龙钻通痹颗粒,并以五方散外敷疼痛部位。比较两组中医症状评分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和焦虑量表(HAMA)评分、生活质量指数量表(SQLI)评分,以及红细胞沉降率(ESR)、血清 C 反应蛋白(CRP)、类风湿因子(RF)水平,观察不良反应情况,评估临床疗效。结果:治疗后,观察组和对照组总有效率分别为 93.3%和 66.7%,观察组疗效优于对照组($P<0.05$);治疗后,两组中医症状评分、HAMD 评分、HAMA 评分,及 CRP、ESR、RF 水平均低于治疗前,SQLI 评分均高于治疗前,且观察组改善更明显,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组均未出现严重不良反应情况。结论:龙钻通痹颗粒口服联合五方散外敷治疗类风湿关节炎活动期可有效改善患者临床指征,且安全性高。

[关键词] 类风湿关节炎;活动期;龙钻通痹颗粒;五方散;寒湿痹阻

[中图分类号] R259.322 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2023)02-0127-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.005

Observation on Curative Effect of Longzuan Tongbi Granule(龙钻通痹颗粒) Combined with Wufang Powder(五方散) Applied Externally for Treatment of Rheumatoid Arthritis in Active Stage

YANG Yalin, CHEN Yanqiang, HUANG Xiaoying, QIN Kunlan

(Department of Rheumatology, the First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530023, China)

Abstract Objective: To observe the clinical effect of Longzuan Tongbi Granule(龙钻通痹颗粒) combined with Wufang Powder(五方散) applied externally on patients with active stage of rheumatoid arthritis. **Methods:** According to the random number table method, 60 patients with active stage of rheumatoid arthritis were divided into 2 groups, 30 cases in control group and 30 cases in observation group. Patients in control group were given basic treatment, including clinical education and oral western

[收稿日期] 2022-01-28
[基金项目] 国家重点研发计划项目(编号:2017YFC1704004);广西高校壮医药基础与应用研究重点实验室系统性课题(批文号:桂教科研[2016]6号 zyfy201606)
[作者简介] 杨雅麟(1986—),女,湖南娄底人,主管护师,主要从事风湿病科中医及壮医临床护理研究。电话:15177102716;邮箱:54153316@qq.com。
[通信作者] 陈延强(1977—),男,广西桂林人,医学硕士,主任医师,主要从事中医及壮医防治风湿病的研究。邮箱:zhongyike88@163.com。

medicine. Patients in the observation group were treated with oral Longzuan Tongbi Granule and Wufang Powder externally applied to the painful parts at the same time. Traditional Chinese medicine(TCM) symptom score,Hamilton Depression Scale(HAMD) and Anxiety Scale(HAMA)and spitzer quality of life index(SQLI) scores,the levels of erythrocyte sedimentation rate(ESR),C-reactive protein(CRP) and rheumatoid factor(RF) were compared between the two groups. The reverse effect and efficacy of two groups were evaluated. **Results:**After treatment,the total effective rate in the observation group was 93.3% and that in the control group was 66.7%,the difference was statistically significant($P<0.05$). The scores of TCM symptom,HAMD and HAMA,and the levels of CRP,ESR and RF of the two groups were higher than those before treatment, and SQLI score of the two groups were higher than that before treatment,and the observation group was better than the control group.The differences were statistically significant($P<0.05$). There was no significant reverse effect during the treatment in both groups. **Conclusion:**Longzuan Tongbi Granule and Wufang Powder external application in the treatment of patients with rheumatoid arthritis in active stage can effectively improve the clinical indications safely.

Keywords rheumatoid arthritis;active stage;Longzuan Tongbi Granule;Wufang Powder;cold and dampness obstruction

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis,RA)是一种病因病机尚不明确的常见慢性疾病。临床上,任何年龄段均可发生此病,主要发病年龄为 30~50 岁,女性发病率为男性发病率的 2~3 倍^[1]。RA 通常表现为关节肿胀、肢体运动功能异常、骨组织及软骨组织破坏,病情反复,迁延不愈,影响患者身心健康及生活质量^[2],临床治疗以缓解活动期疼痛、控制疾病进展、改善生活质量为主要目的。本研究采用龙钻通痹颗粒内服联合五方散外敷治疗类风湿关节炎活动期患者,报道如下。

1 资料

1.1 一般资料

选取 2019 年 4 月至 2021 年 3 月在广西中医药大学第一附属医院风湿科就诊的 RA 患者 60 例,以随机数字表法分为对照组和观察组各 30 例。对照组男 10 例,女 20 例,平均年龄(46.80 ± 7.00)岁,平均病程(3.95 ± 3.81)年;观察组男 8 例,女 22 例,平均年龄(46.33 ± 8.02)岁,平均病程(4.38 ± 4.11)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经广西中医药大学第一附属医院医学伦理委员会审核通过(批文号:伦理 2018-006-02)。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:参照中华医学会风湿病学分会发布的《类风湿关节炎诊断及治疗指南》^[3]执行。辨证标准:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4],

辨证为寒湿痹阻证。证见:关节冷痛而肿,寒则加剧,热则减轻,屈伸不利,晨僵,畸形,肢体沉重,舌质淡、苔薄白,脉沉弱。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:①符合以上诊断及辨证标准;②处于 RA 活动期;③年龄 18~65 岁;④尚未接受治疗,或停用抗风湿药 3 个月及以上,或接受除甲氨蝶呤和来氟米特以外的其他抗风湿药物治疗 3 个月改善不明显者;⑤未接受糖皮质激素治疗或接受过但已经停用 3 个月及以上者;⑥对本研究知情同意,自愿参加者。

排除标准:①哺乳期、妊娠期及备孕妇女;②合并有其他类型风湿病,如痛风性关节炎、骨性关节炎、皮炎及干燥综合征等;③合并有严重的心脑血管、肺、肝、肾及胃肠道等其他系统疾病的患者;④关节严重畸形的晚期患者与精神疾病患者;⑤资料不全、未按规定敷药用药等影响疗效或安全的患者;⑥对本研究用药过敏患者。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组

在饮食、起居指导等临床宣教及常规护理的基础上,对照组口服西药治疗,甲氨蝶呤片(通化茂祥制药,国药准字 H22022674,批号 160701,每片 2.5 mg)10 mg 口服,每周 1 次;来氟米特片(欣凯制药,国药准字 H20000550,批号 160304,每片 10 mg)10 mg 口服,日 1 次;美洛昔康片(上海勃林格殷格

翰药业,国药准字 H20020217,批号 D16592,每片 7.5 mg)7.5 mg 口服,日 2 次。2 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

2.1.2 观察组

在对照组的基础上口服龙钻通痹颗粒(广西中医药大学第一附属医院院内制剂,桂药制字 Z20161215,每袋 15 g),每次 1 袋,日 3 次,用 150 mL 温开水冲服。同时以五方散(广西中医药大学第一附属医院院内制剂,桂药制字 Z01060028)外敷,具体操作如下:45℃三花酒和水各半,将五方散粉调成糊状,置于微波炉高温加热 90 s,使淡黄色粉末状生药膏变成黑色糊状熟药膏,将药膏平摊在 10 cm×10 cm 的玻璃纸上,每贴 50 g,趁温热将其敷于患关节疼痛处,以患者感到舒适温热即可,四周用宽胶布固定以防药物漏出,每个部位 1 贴,日敷 1 次,每次 4 h。2 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

2.2 观察指标

2.2.1 中医症状评分

参考《22 个专业 95 个病种中医诊疗方案》^[5]确定考察症状,共涉及 5 个症状,分别为疼痛、肿胀、压痛、屈伸不利及晨僵,每个症状计 0~3 分,0 分表示无,3 分表示症状最重。

2.2.2 实验室指标

治疗前后均检测两组患者 C 反应蛋白(CRP)、红细胞沉降率(ESR)、类风湿因子(RF)水平。

2.2.3 汉密尔顿抑郁量表(HAMD)及汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分^[6]

HAMD 有 24 项,每项计 0~4 分,总分大于 20 分说明有抑郁,总分 8~20 分说明可能有抑郁;HAMA 有 14 项,每项计 0~4 分,总分大于 14 分说明有焦虑,总分大于 7 分说明可能有焦虑。

2.2.4 生活质量指数量表(SQLI)评分

包括活动、日常生活、健康、支持及总体情况 5 个方面,每个方面计 0~2 分,评分与生活质量成正比,评分越高说明生活质量越好。

2.2.5 安全性指标

观察患者治疗期间的不良反应发生情况,定期

检测血常规及肝、肾功能。

2.3 疗效标准

参考《22 个专业 95 个病种中医诊疗方案》^[5],分为缓解、显效、有效及无效四个标准。缓解:临床症状基本缓解,症状评分减少≥70%;显效:临床症状明显改善,症状评分减少≥50%但<70%;有效:临床症状好转,症状评分减少≥20%但<50%;无效:临床症状无改善,症状评分减少<20%。总有效=缓解+显效+有效。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件包处理与分析,双人核对数据后再录入,不符合正态分布的计量资料采用 $M(P_{25},P_{75})$ 表示,行秩和检验;符合正态分布的用 $\bar{x}\pm s$ 表示,行 t 检验;计数资料采用百分比表示,比较采用 χ^2 检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组临床疗效比较

观察组总有效率 93.3%,对照组 66.7%,观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

3.2 两组中医症状评分比较

治疗前两组中医症状评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组中医症状评分均低于治疗前,且观察组均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

3.3 两组实验室指标比较

治疗前两组 CRP、ESR、RF 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组 CRP、ESR、RF 水平均降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

3.4 两组 HAMD、HAMA、SQLI 评分比较

治疗前两组 HAMD、HAMA、SQLI 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组 HAMD、HAMA 评分均降低,SQLI 评分均升高,且观察组表现均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

3.5 不良反应比较

治疗期间,两组患者血常规、肝肾功能检查均正常,观察组 2 例患者出现短暂皮肤轻微瘙痒泛红,未

表 1 两组类风湿关节炎活动期患者临床疗效比较						例(%)
组别	例数	缓解	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	21(70.0)	5(16.7)	2(6.7)	2(6.7)	28(93.3) [#]
对照组	30	14(46.7)	4(13.3)	2(6.7)	10(33.3)	20(66.7)

注:与对照组比较,[#] $\chi^2=6.667$,[#] $P=0.011$ 。

予特殊处理,自行缓解。

4 讨论

RA 是慢性疾病,发病前期常不被重视,病久则引起四肢关节畸形,给患者生活及工作带来不便,而长期不满意的治疗效果令患者身心疲惫,甚至累及其他脏腑器官。目前国内外 RA 的患病率均呈逐渐上升趋势,在欧美国家约为 1%^[7-8]。虽然 RA 是一类慢性疾病,但其病死率是普通人群的 2 倍以上,目前这一差距正在扩大^[9-10]。RA 的病因病机暂不明确,治疗上亦无特效药。靶向治疗虽能很好地缓解和控制病情,但会增加感染和结核的风险,且价格较高,并不普遍适用。甲氨蝶呤片、来氟米特等抗风湿药物为基础用药,虽能缓解和控制病情,但起效较慢,且不能阻止病情反复。对于活动期患者而言,需使用非甾体抗炎药、激素等快速缓解症状,但相关药物常会引起胃肠道不适、骨质疏松、感染等不良反应。

中医学认为 RA 与风寒湿邪密切相关。风寒湿邪入侵人体经络,导致经脉痹阻,血行不畅,阻滞于关节、经脉、肌肉之间引起疼痛^[11]。RA 归属于中医学痹病范畴,有学者认为痹病以瘀贯穿始终^[12],经络

阻痹、瘀血停滞是引起痹病疼痛的主要原因,治疗上以活血化瘀、通络止痛为主。五方散为我院名老中医梁锡恩的经验外治方,主要包括 14 味药物:土鳖虫、苏木、杜仲、丹参、没药、桃仁、红花、当归尾、大黄、泽兰、生马钱子、骨碎补、续断、乳香。方中桃仁、丹参、红花、苏木、当归尾、没药、乳香均可活血化瘀、行血止痛;大黄、土鳖虫能消肿祛瘀、通经止痛、续筋接骨;泽兰、生马钱子则可以消肿通络;骨碎补、杜仲、续断能补益肝肾、护骨壮骨、行血止痛。各药配伍使用,可达到活血化瘀、祛湿散寒、通经止痛、补肾强骨之功。临床表明,其治疗腰椎间盘突出症、膝骨关节炎等引起的疼痛均有良好疗效^[13-14]。五方散使用时需通过 45℃ 三花米酒和水加热调制,可促进关节处血液循环、加强炎症吸收。其优点是直接作用于病灶,能相对稳定地提高病灶处药物浓度,且不经胃肠道吸收,可避免相关不良反应。

中医治病重视内外兼顾,故本研究以龙钻通痹颗粒内服联合五方散外敷。龙钻通痹颗粒属于壮药,是庞宇舟教授在大量临床基础上总结研制而成的,该方能有效降低 RA 患者的炎症性指标,改善临

表 2 两组类风湿关节炎活动期患者中医症状评分比较 [$M(P_{25},P_{75})$,分]							
组别	例数	时间	疼痛	肿胀	压痛	屈伸不利	晨僵
观察组	30	治疗前	3(3,3)	3(3,3)	3(3,3)	3(3,3)	3(3,3)
		治疗后	0(0,1) ^{##}	0(0,1) ^{##}	0(0,1) ^{##}	0(0,1) ^{##}	0(0,1) ^{##}
对照组	30	治疗前	3(3,3)	3(3,3)	3(3,3)	3(3,3)	3(3,3)
		治疗后	1(0,3) [*]	1(0,3) [*]	1(0,3) [*]	1(0,3) [*]	1(0,2.25) [*]

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

表 3 两组类风湿关节炎活动期患者实验室指标比较 ($\bar{x}\pm s$)					
组别	例数	时间	C 反应蛋白/(mg·L ⁻¹)	红细胞沉降率/(mm·h ⁻¹)	类风湿因子/(IU·mL ⁻¹)
观察组	30	治疗前	65.40±19.00	58.05±15.30	250.64±73.08
		治疗后	12.87±12.78 ^{##}	25.58±14.74 ^{##}	103.64±75.43 ^{##}
对照组	30	治疗前	67.20±17.36	59.32±15.09	246.76±72.53
		治疗后	26.86±23.15 [*]	37.71±15.95 [*]	149.07±75.08 [*]

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

表 4 两组类风湿关节炎活动期患者 HAMD、HAMA 和 SQLI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)					
组别	例数	时间	HAMA	HAMD	SQLI
观察组	30	治疗前	20.57±1.65	25.60±1.16	3.17±0.38
		治疗后	6.73±4.44 ^{##}	9.00±6.86 ^{##}	8.47±1.68 ^{##}
对照组	30	治疗前	20.20±1.47	25.47±1.36	3.23±0.43
		治疗后	10.97±7.20 [*]	13.33±8.86 [*]	6.87±2.87 [*]

注:HAMD 为汉密尔顿抑郁量表;HAMA 为汉密尔顿焦虑量表;SQLI 为生活质量指数量表。
与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{##} $P<0.05$ 。

床症状^[15-16],药理研究也表明该方急性毒性较小,即使长期服用,对人体也无明显不良反应^[17]。

壮医学认为 RA 是邪毒入侵人体,阻滞三道两路,使人体之气不能与天地之气保持同步而致。壮医学治疗 RA 以温性药为多,药味多辛、苦,在组方上重视活血祛瘀,同时合理配伍扶正补虚之品^[18]。龙钻通痹颗粒由飞龙掌血、大钻、八角枫、两面针、青风藤、九龙藤、五指毛桃根和鸡血藤 8 味药组成,有解毒通路、疏风利湿、行血止痛的作用。方中主药为飞龙掌血、大钻,主要作用为活血散瘀止痛、祛风活血;帮药为八角枫、两面针、青风藤、九龙藤,主要作用为疏风除湿、利湿消肿、行气化瘀、活血止痛;公药为五指毛桃根和鸡血藤,可补气养血。各药配伍使用,作用于三道两路在体表的网结,疏通三道两路之瘀滞,使人体之气与天地之气恢复同步运行。

RA 活动期导致的疼痛、关节功能异常,与患者生理、心理因素均有关,生活质量的降低及焦虑、抑郁等不良情绪使患者更加烦躁不安,从而放大疼痛感^[19-20]。本病久患不治,可导致肝气郁结、肝肾亏虚,使得患者因“痹”致“郁”,从而加重精神心理疲劳症状^[21]。本研究结果显示,观察组治疗后 HAMD、HAMA、SQLI 评分均优于对照组,表明龙钻通痹颗粒内服联合五方散外敷可明显减轻患者疼痛,缓解患者焦虑、抑郁等不良情绪,提高生活质量。

综上,在常规疗法基础上加用龙钻通痹颗粒、五方散治疗 RA 活动期疗效更佳,临床症状及炎症指标改善明显,并有利于缓解患者不良情绪,提高生活质量,且未增加不良反应,安全性高,值得临床推广。

[参考文献]

[1] RAU R. Glucocorticoid treatment in rheumatoid arthritis[J]. Expert Opin Pharmacother,2014,15(11):1575-1583.

[2] ABBASI M,MOUSAVI M J,JAMALZEHI S,et al. Strategies toward rheumatoid arthritis therapy;the old and the new[J]. J Cell Physiol,2019,234(7):10018-10031.

[3] 中华医学会风湿病学分会. 类风湿关节炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志,2010,14(4):265-270.

[4] 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,2002:115-119.

[5] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医诊疗方案[M]. 北京:中国中医药出版社,2010:288-290.

[6] HAMILTON M. Symptoms and assessment of depression [M]/PAYKLE E S.Handbook of affective disorders. New York:Churchill Livingstone,1982:3-11.

[7] ILTCHEV P,ŚLIWCZYŃSKI A,CZELEKO T,et al. Epidemiology of Rheumatoid Arthritis(RA) in rural and urban areas of Poland-2008-2012[J]. Ann Agric Environ Med, 2016,23(2):350-356.

[8] GIBOFSKY A. Epidemiology,pathophysiology,and diagnosis of rheumatoid arthritis;a synopsis[J]. Am J Manag Care, 2014,20(7 Suppl):S128-S135.

[9] WOLFE F,MITCHELL D M,SIBLEY J T,et al. The mortality of rheumatoid arthritis[J]. Arthritis Rheum, 1994,37(4):481-494.

[10] GONZALEZ A,KREMERS H M,CROWSON C S,et al. The widening mortality gap between rheumatoid arthritis patients and the general population[J]. Arthritis Rheum, 2007,56(11):3583-3587.

[11] 金枝,潘星星. 二乌红藤酒组方局部熏蒸对类风湿关节炎急性活动期患者关节功能及相关实验室指标的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(13):1450-1453.

[12] 张志芳,麻春杰,米裕青,等. 米子良从瘀论治痹证临证思路[J]. 中医杂志,2019,60(10):823-826.

[13] 黄金媛,沈燕舞,雷龙鸣,等. 五方散外敷在血瘀型腰椎间盘突出症保守治疗中的应用效果[J]. 中西医结合护理(中英文),2019,5(1):53-55.

[14] 邱少彬,罗红群,邱菲,等. 五方散外敷联合双醋瑞因治疗膝骨关节炎 30 例临床观察[J]. 风湿病与关节炎, 2020,9(9):22-24,28.

[15] 庞宇舟,邢沙沙,方刚,等. 壮药龙钻通痹方治疗类风湿关节炎的临床观察[J]. 中国民族医药杂志,2013,19(1):1-2.

[16] 黄安,汤情情,徐晶,等. 壮医热敏探穴针刺疗法结合壮药龙钻通痹方治疗类风湿关节炎的临床观察[J]. 辽宁中医杂志,2018,45(4):823-827.

[17] 庞宇舟,蒋林,罗宇东,等. 龙钻通痹颗粒镇痛、抗炎及急性毒性的实验研究[J]. 广西中医药大学学报,2016, 19(1):5-8.

[18] 尚昱志,李陈玲,韦露秋,等. 基于数据挖掘研究壮医治疗类风湿关节炎的用药规律[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26(8):1110-1113.

[19] 南鹤,李爽. 分期综合康复疗法对老年类风湿关节炎患者心理应激及生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2021,41(15):3263-3267.

[20] 洪小凤,胡周静. 认知护理与肢体康复指导对类风湿关节炎患者的干预效果观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2021,30(18):2031-2034.

[21] 李学荣,杨毅,张榜硕,等. 舒肝解郁胶囊治疗轻中度类风湿关节炎伴轻中度抑郁症的临床疗效研究[J]. 世界中西医结合杂志,2021,16(1):157-161.

瘀热方治疗急性缺血性脑卒中瘀热证临床研究

龚 杰¹, 林朝亮¹, 成向进¹, 刘红权²

(1.盐城市中医院重症监护室, 江苏 盐城 224001; 2.江苏省中西医结合医院神经内科, 江苏 南京 210028)

[摘要] 目的:观察瘀热方对急性缺血性脑卒中瘀热证患者的临床疗效。方法:将 68 例急性缺血性脑卒中患者以随机数字表法分为对照组和观察组各 34 例,对照组予西医规范治疗,观察组在西医治疗基础上加服瘀热方。比较两组患者治疗前后神经功能缺损评分(NIHSS)、中医证候积分、血清 D-二聚体(D-D)及 C 反应蛋白(CRP)水平,并分别根据 NIHSS 评分、中医证候积分评估疗效。结果:治疗后,两组患者的 NIHSS 评分、中医证候积分、D-D 水平、CRP 水平均较前降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$);所得临床疗效方面,观察组均优于对照组($P<0.05$)。结论:瘀热方可以提高急性缺血性脑卒中瘀热证的临床疗效,其机制可能与改善凝血功能、减轻炎症反应有关。

[关键词] 瘀热方;瘀热证;凉血化瘀;急性缺血性脑卒中;凝血功能;炎症反应

[中图分类号] R277.743 [文献标志码] A [文章编号] 0257-358X(2023)02-0132-05

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.006

Clinical Study of Yure Formula(瘀热方) for Acute Ischemic Stroke with Stasis-heat Syndrome

GONG Jie¹, LIN Zhaoliang¹, CHENG Xiangjin¹, LIU Hongquan²

(1.Department of Intensive Care Medicine, Yancheng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yancheng 224001, China; 2.Department of Neurology, Jiangsu Province Hospital on Integration of Chinese and Western Medicine, Nanjing 210028, China)

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of Yure Formula(瘀热方) in patients with acute ischemic stroke with stasis-heat syndrome. **Methods:** According to the random number table method, sixty-eight patients with acute ischemic stroke were divided into two groups, with 34 cases in each group, control group, which was treated with western medicine, and observation group, which was treated with Yure Formula and western medicine. The national institute of health stroke scale(NIHSS), the traditional Chinese medicine (TCM) symptom score, the serum D-dimer (D-D) and C-reactive protein(CRP) levels were compared between the two groups. The efficacy was evaluated according to the NIHSS score and the TCM syndrome score, respectively. **Results:** After treatment, the NIHSS score, TCM syndrome score, D-D level and CRP level in the two groups were lower than before ($P<0.05$), and the observation group was lower than the control group ($P<0.05$). In the clinical efficacy, the

[收稿日期] 2022-09-12
[基金项目] 第四批全国中医优秀人才项目(批文号:国中医药人教发[2017]24号);江苏省第十五批“六大人才高峰”项目(编号:WSN-056);江苏省中医药研究院开放课题重点项目(编号:2018024-2019004);国家自然科学基金项目(编号:81573964)
[作者简介] 龚杰(1995—),女,江苏盐城人,医学硕士,主要从事中医治疗脑病、重症研究。电话:15951835079;邮箱:981276531@qq.com。
[通信作者] 刘红权(1974—),男,江苏南京人,医学博士,主任医师,主要从事中医治疗脑病、疑难杂病研究。电话:13145189190;邮箱:13145189190@163.com。

observation group was better than the control group($P<0.05$). **Conclusion:**Yure Formula can improve the clinical efficacy of stasis-heat syndrome in acute ischemic stroke,which may be related to improving coagulation function and reducing inflammatory response.

Keywords Yure Formula;stasis-heat syndrome;cooling blood to dissipate blood stasis;acute ischemic stroke;coagulation function;inflammatory response

缺血性脑卒中是由于大脑供血不足,局部脑组织缺血、缺氧性坏死,最终导致一系列神经功能缺损症状的临床综合征,致死致残率极高^[1],是造成国民后天残疾甚至死亡的第一大疾病^[2]。缺血性脑卒中是极其复杂的级联反应过程,包括能量代谢障碍、钙离子浓度超载、氨基酸毒性、炎症、氧化应激、血脑屏障破坏、凝血反应、凋亡等机制。该病在数小时内的快速进展极大地缩短了早期干预的时间,限制了治疗方案的选择。目前国内外指南推荐的治疗方案无外乎溶栓取栓、抗血小板、降脂、抗凝、降纤、神经保护等,但并无特异性疗效。现代西医学针对脑卒中的治疗尚无革命性突破,神经保护剂的开发和应用是近百年来卒中后脑损伤治疗的研究热点之一。

中医学认为中风的病因病机为阴阳失调、气血逆乱,纵观古今,历代医家对中风病机的诠释多不离瘀、热两端,一项临床研究发现中风以瘀热证居多,占纳入病例的 61.5%^[3]。本研究以周仲瑛教授的中风病“瘀热论”为指导,利用中医药多组分整体调节优势,拟用凉血化瘀之法,针对卒中后大脑整体功能恢复开展治疗,观察自拟方瘀热方治疗急性缺血性脑卒中瘀热证患者的临床疗效,报道如下。

1 资料

1.1 一般资料

将 2020 年 7 月至 2021 年 2 月就诊于江苏省中西医结合医院神经内科的 68 例急性缺血性脑卒中患者,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 34 例。观察组男 27 例,女 7 例,平均年龄(66.91 ± 5.83)岁;对照组男 24 例,女 10 例,平均年龄(70.59 ± 5.83)岁。两组基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已通过江苏省中西医结合医院伦理委员会审核批准(批文号:2020LWKYZ010)。

1.2 诊断标准

西医急性缺血性脑卒中诊断标准参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[4]执行;中医中风病诊断标准参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[5]

制定,参照南京中医药大学 973 课题“瘀热病因在内科难治病发病中的机制研究”制定的中风病中医证机要素量化诊断标准进行瘀热证辨证^[3],10 分及以上者诊断为瘀热证。

1.3 纳入标准

①符合缺血性脑卒中诊断标准及瘀热证辨证标准;②发病到入组时间 $<72\text{ h}$;③神经功能缺损评分(NIHSS) ≥ 5 分且 ≤ 15 分;④未接受溶栓治疗。

1.4 排除标准

①短暂性脑缺血发作的患者;②影像学检查提示合并脑出血者;③既往有脑卒中病史,并遗留有严重后遗症的患者;④合并严重心、肝、肾或造血系统损害者。

1.5 剔除、脱落标准

①观察期间出现严重不良反应,被动中断治疗者;②放弃治疗,主动退出研究者;③未按规定用药,无法判定疗效或资料不全者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组口服阿司匹林肠溶片(规格:30 片/盒,批号 JX20171021)100 mg,日 1 次;阿托伐他汀钙片(规格:28 片/盒,批号 YBH14212020)10 mg,日 1 次。观察组在对照组的基础上加用瘀热方,日 1 剂,水煎,早晚分服。瘀热方组成:水牛角 15 g,生地黄 10 g,牡丹皮 6 g,赤芍 10 g,石菖蒲 6 g,郁金 10 g。两组疗程均为 2 周。

2.2 观察指标

采用酶联免疫吸附法(ELISA)检测患者血清中 D-二聚体(D-D)、C 反应蛋白(CRP)水平。试剂盒购于上海酶联生物科技有限公司(货号:ml057570、ml230241),全波长多功能酶标仪购于美国 Thermo Scientific 公司(货号:Varioskan flash)。

2.3 疗效标准

记录患者治疗前后的 NIHSS 评分、中医证候积分(参照南京中医药大学 973 课题中风病中医证机

要素量化诊断标准^[3]。根据公式(治疗前评分－治疗后评分)/治疗前评分×100%,计算治疗后NIHSS评分、中医证候积分减少情况,分别参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[5]、《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]划分疗效等级。

2.4 统计学方法

采用统计软件SPSS 26.0、GraphPad Prism 9.0处理数据,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料用百分比表示,根据需要采用t检验、 χ^2 检验、秩和检验等方法比较,取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组NIHSS评分、中医证候积分比较

治疗后,两组NIHSS评分、中医证候积分均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$),见表1。

3.2 两组患者临床疗效比较

根据治疗前后NIHSS评分判定临床疗效,观察

组总有效率97.06%,对照组82.35%,观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

根据治疗前后中医证候积分判定疗效,观察组总有效率100.00%,对照组88.24%,观察组疗效优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表3。

3.3 两组血清D-D、CRP水平比较

治疗后两组患者血清D-D、CRP水平均较治疗前下降($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$),见表4。

4 讨论

“卒中”首次作为症状出现是见于《素问·本病论》:“病卒中偏痹,手足不仁”,此处的“卒中”并不能等同于现代医学脑卒中一病^[7],根据病症特点,脑卒中应归属于中医中风范畴。《黄帝内经》中也不乏对中风主要症状特点的描述,如偏风、偏枯、喑、痺、煎厥、痿厥、暴厥等,后《金匱要略》中提及:“夫风之为病,当半身不遂,或但臂不遂者,此为痹。脉微而数,

表 1 两组急性缺血性脑卒中瘀热证患者神经功能缺损评分(NIHSS)、中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)					
组别	例数	NIHSS		中医证候积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	34	11.27±0.48	6.35±0.61*	17.91±0.78	7.03±0.88*
观察组	34	11.91±0.43	4.79±0.47**	17.59±0.92	4.94±0.51**

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

表 2 两组急性缺血性脑卒中瘀热证患者神经功能缺损评分疗效比较						
组别	例数	基本痊愈/例	显著进步/例	进步/例	无变化或恶化/例	总有效率/%
对照组	34	2	12	14	6	82.35
观察组	34	4	21	8	1	97.06#

注:与对照组比较, $\chi^2=-2.753$,# $P<0.05$ 。

表 3 两组急性缺血性脑卒中瘀热证患者中医证候疗效比较						
组别	例数	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照组	34	2	13	15	4	88.24
观察组	34	5	20	9	0	100.00#

注:与对照组比较, $\chi^2=-2.682$,# $P<0.05$ 。

表 4 两组急性缺血性脑卒中瘀热证患者血清D-二聚体、C反应蛋白水平比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	例数	D-二聚体/(g·mL ⁻¹)		C反应蛋白/(mg·L ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	34	106.48±1.12	102.37±1.49*	0.73±0.03	0.65±0.02*
观察组	34	104.38±0.94	98.24±0.94**	0.72±0.03	0.60±0.01**

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

中风使然”,将“半身不遂”等症状与“中风”关联,至此,“中风”首次作为疾病病名出现。

中风的病因病机总属阴阳失调、气血逆乱^[8],然古往今来,各家学说争鸣,“寒凉派”刘完素秉承孙思邈“中风热起、凡患风人多热”之思想,提出“心火暴盛”之论;“滋阴派”朱丹溪师承刘完素,治病素重湿热、相火,故以为中风乃湿痰生热所致,并提出血瘀致病,强调“治风之法,初得之即当顺气,及日久则当活血”;王清任创新气血理论,提出气虚致瘀、补气活血;唐容川于《血证论》中强调中风病理产物瘀血的重要性,指出活血化瘀应贯穿整个中风的治疗;吴瑞甫则在《删补中风论》中指出中风与血热相关,结合温病阐述中风的病机并指导用药。由此可见,各医家对中风病因病机的讨论多不离瘀、热两端。

张仲景于《伤寒论》中首次明确提出“瘀热”,并对其进行了辨证分析及论治,为瘀热理论的发展奠定了基础。清代王清任、叶天士两位医家注重“瘀热为患”,至此确立了凉血化瘀的治疗大法。国医大师周仲瑛教授认为:“百病之中火热居多,人体之内,气血最易凝滞,导致瘀血内生,瘀血和火热形成后,可以互为因果,搏结为患,形成瘀热”^[9-10]。强调瘀、热二者之间存在一定的内在关联,瘀能化热,热能致瘀,最终二者互相搏结,形成新的复合病理因素,共同参与疾病的发展。周老认为,此类瘀热病证的治疗,若只是一味地清热凉血或活血化瘀,往往获效甚微,故在前人的基础上,结合多年临床经验,提出“瘀热论”学说^[11],总结了五大常见证型——瘀热阻窍证、瘀热发黄证、瘀热水结证、瘀热血溢证、络热血瘀证,并提出凉血化瘀大法,选用凉血化瘀五方,即《备急千金要方》之犀角地黄汤、《温疫论》之桃仁承气汤、《伤寒论》之抵当汤、《春脚集》之白藻煎、《金匱要略》之下瘀血汤^[12]。凉血清血分之热、化瘀行血中瘀滞,一方面清除积聚于内的复合病理因素“瘀热”,另一方面热去则瘀无以附,瘀化则热无以依,更使得瘀、热无法继续胶合而难解难清。两法合用,方能奏效。

瘀热病机广泛存在于临床各科疾病,尤其是疑难危急重症中。缺血性脑卒中患者除特征性的神经系统缺损症状外,多伴见烦热、面红赤、口干臭、尿黄、便干等血瘀、血热征象。周老认为瘀热阻窍是缺血性中风最主要病机之一,此类患者多高龄,肾精

不足,真元亏虚,阴虚火旺;且随着生活水平提高,现代人多食肥甘,饮食不节,久而耗伤脾胃之阴,运化失司,痰浊内生,郁久化热;加之吸烟、饮酒等不良嗜好,烟者辛热之魁也,酒家亦必有内热,炼液成瘀,瘀而化热。本研究在周老“瘀热论”的指导下,参考瘀热阻窍证病因病机,结合临床经验及前期研究,化裁犀角地黄汤,自拟凉血活血之瘀热方。方中水牛角为君,入心、肝经,清热凉血、泻火解毒;生地黄为臣,归心、肝、肺经,清热凉血、养阴生津;佐以赤芍、牡丹皮活血散瘀,石菖蒲、郁金凉血活血、开窍醒神,诸药合用,共奏凉血清热、化瘀通滞之效。凉血可解血分之热,顾护阴液,避免久热炼液致瘀;化瘀可使脉络通畅,又使热邪无以依靠,故瘀、热自除。

研究结果显示,观察组 NISSH 评分、中医证候积分下降较对照组明显,临床疗效更佳,表明瘀热方可以改善缺血性脑卒中患者的神经功能缺损症状,改善预后。中风证型与临床指标间的相关性研究表明,瘀热证患者 D-D、CRP 水平明显高于其他证型^[13]。田婷^[14]研究发现,在急性脑出血患者中,凝血功能异常与瘀证相关,炎症反应与热证相关。D-D 是继发性纤维蛋白溶解的产物,反映了缺血性脑卒中后体内的纤溶水平,参与内皮细胞损伤、继发性炎症损伤过程^[15-16],在早期急性脑损伤患者中显著升高。临床研究表明,D-D 相对稳定、便于检测,与缺血性脑卒中患者脑梗死体积、自发性出血、不良预后等成正比关系^[17]。本研究结果显示,治疗后观察组患者 D-D 水平较对照组低,一定程度上表明,瘀热方的保护作用可能与减轻患者体内凝血-炎症级联反应有关。CRP 是常见的炎症因子,是反映临床各种炎症活动程度的敏感指标。CRP 不仅直接参与了脑缺血的炎症反应,还与加重氧化应激、诱导细胞凋亡、破坏血脑屏障有关,CRP 浓度越高脑组织损害程度越重、预后越差,常用作病情严重程度的判定指标之一。本研究结果显示,与对照组相比,观察组 CRP 水平下降更明显,表明瘀热方的临床疗效可能与改善炎症反应有关。

综上所述,瘀热方可以提高急性缺血性脑卒中瘀热证患者的临床疗效,降低 D-D、CRP 水平,其作用机制可能与改善凝血障碍、减轻炎症反应有关,后期课题组将就这一可能性在基础实验研究方面加以验证。

[参考文献]

[1] FESKE S K. Ischemic stroke[J]. Am J Med,2021,134(12):1457-1464.

[2] JAYARAJ R L,AZIMULLAH S,BEIRAM R,et al. Neuroinflammation:friend and foe for ischemic stroke[J]. J Neuroinflammation,2019,16(1):142.

[3] 毛文晴,严锋,徐重白,等. 急性脑梗死中医证候特点分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(17):2554-2555.

[4] 彭斌,吴波. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.

[5] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.

[6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:123-125.

[7] 李志芳,甄橙. 中西医学对中风病名的探讨[J]. 医学争鸣,2017,8(5):37-40.

[8] 吴勉华,王新月. 中医内科学[M]. 9 版. 北京:中国中医药出版社.2012:287.

[9] 周仲瑛. 瘀热相搏证的系列研究(一)[J]. 天津中医药大学学报,2008,27(3):151-155.

[10] 郭立中,周仲瑛,金妙文,等. 瘀热相搏证的提出及对中

医临床实践的指导作用[J]. 南京中医药大学学报,2006,22(3):137-139.

[11] 杨宁,过伟峰. 周仲瑛从瘀热论治缺血性中风急性期的学术思想[J]. 北京中医,2007,26(12):775-777.

[12] 方樑. 基于周仲瑛教授学术思想的瘀热病机辨证研究[D]. 南京:南京中医药大学,2013.

[13] SONG J X,XU C Y,ZHANG J,et al. From clinical appearance to accurate management in acute ischemic stroke patients:with the guidance of innovative traditional Chinese medicine diagnosis[J]. Brain Behav,2019,9(10):e01411.

[14] 田婷. 急性脑出血瘀热病机的生物标志物研究[D]. 南京:南京中医药大学,2016.

[15] RAMMAL S A,ALMEKHLAFI M A. Diabetes mellitus and stroke in the Arab world[J]. J Taibah Univ Med Sci,2016,11(4):295-300.

[16] STOCCHETTI N,TACCONE F S,CITERIO G,et al. Neuroprotection in acute brain injury:an up-to-date review[J]. Crit Care,2015,19(1):186.

[17] KRUEGER M,MAGES B,HOBUSCH C,et al. Endothelial edema precedes blood-brain barrier breakdown in early time points after experimental focal cerebral ischemia[J]. Acta Neuropathol Commun,2019,7(1):17.

(上接第 126 页)

在周围血管疾病的辨证中,不能只关注病灶证候的辨识,还要重视舌脉和病灶周围(四畔)的证候辨识,客观认识寒热错杂证的存在。治疗周围血管疾病寒热错杂证时,应避免寒热药物堆砌使用,以免药物间相互掣肘;同时充分利用中医思维,综合运用治病求本、内外合治、寒温并用、从湿论治、从虚论治、调畅气血、祛邪护正给邪出路等治疗策略。

[参考文献]

[1] 刘燕池. 中医基础理论问答[M]. 上海:上海科学技术出版社,1982:101-102.

[2] 唐容川. 血证论[M]. 上海:上海人民出版社,1977:74.

[3] 栗德林,朴胜华. 寒热错杂证探微[J]. 中医药学报,2003,31(6):15-17.

[4] 王彬,张筱杉,赵亚男,等. 四畔理论指导下八味箍围膏

治疗湿热毒盛型糖尿病足溃疡效果观察[J]. 山东医药,2019,59(26):68-70.

[5] 于秀辰. 中西医结合治疗糖尿病足[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:174-177.

[6] 张臻,阙华发. 中医外科内外结合之辨证论治[J]. 湖北中医药大学学报,2020,22(1):52-55.

[7] 陈易. 四妙勇安汤合阳和汤治疗糖尿病足临床研究[J]. 陕西中医,2012,33(8):985-987.

[8] 王御震,宋飞,赵诚,等. 曹烨民治疗糖尿病足坏疽(筋疽型)经验撷菁[J]. 上海中医药杂志,2021,55(3):35-38.

[9] 梁恒粉. 桂枝芍药知母汤加减治疗寒热错杂型糖尿病足的临床研究[J]. 双足与保健,2019,28(23):188-189.

[10] 张玉冬,王彬,孙洪福,等. 刘明应用中医药治疗脂质硬皮症的经验[J]. 北京中医药,2017,36(11):984-985.

功能性消化不良中医证型分布及与十二指肠嗜酸性粒细胞相关性研究

雷 雪¹,王再见²,李会霞²,李 敏²,张 强¹,李 彤¹,高玉璇¹,张洪薇¹

(1.北京中医药大学,北京 100020; 2.北京中医药大学第三附属医院,北京 100029)

[摘要] 目的:探究功能性消化不良(FD)中医证型分布特点及与十二指肠嗜酸性粒细胞(EOS)的相关性。方法:245 例 FD 患者按中医证型分为脾虚气滞证、肝胃不和证、脾胃湿热证、脾胃虚寒证和寒热错杂证 5 组,并以 46 名健康体检者为对照组。记录患者的临床资料,内镜下取十二指肠球部组织,经苏木精-伊红染色后通过光学显微镜观察十二指肠 EOS 数量,分析 FD 中医证型分布规律及证型与十二指肠 EOS 的相关性。结果:①在 245 例 FD 患者中,肝胃不和证、脾虚气滞证为最常见的证型,其次为脾胃湿热证、脾胃虚寒证和寒热错杂证。FD 患者不同亚型的中医证型分布存在差异($P<0.05$),上腹痛综合征(EPS)以肝胃不和证最多见,餐后不适综合征(PDS)及 EPS+PDS 以脾虚气滞证多见。②FD 不同证型间的十二指肠 EOS 数量差异具有统计学意义($P<0.01$),依次为脾胃湿热证(26.60 ± 7.41)>肝胃不和证(24.71 ± 6.17)>寒热错杂证(23.96 ± 4.72)>脾胃虚寒证(21.94 ± 6.40)>脾虚气滞证(21.92 ± 5.85)。脾胃湿热证、肝胃不和证十二指肠 EOS 数量均高于脾虚气滞证和脾胃虚寒证($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。③Pearson 相关性分析结果表明,肝胃不和证、脾胃湿热证与十二指肠 EOS 数量均呈正相关($P<0.01$)。结论:十二指肠 EOS 数量可作为 FD 的中医辨证分型参考指标。

[关键词] 功能性消化不良;上腹痛综合征;餐后不适综合征;十二指肠嗜酸性粒细胞;中医证型;肝胃不和证;脾胃湿热证

[中图分类号] R259.7 [文献标志码] A [文章编号] 0257-358X(2023)02-0137-06
DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.007

Study on Traditional Chinese Medicine Syndrome Types and Correlation with Duodenal Eosinophils in Functional Dyspepsia

LEI Xue¹,WANG Zaijian²,LI Huixia²,LI Min²,ZHANG Qiang¹,LI Tong¹,GAO Yuxuan¹,ZHANG Hongwei¹

(1.Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100020,China;2.The Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100029,China)

Abstract Objective:To explore the distribution of functional dyspepsia(FD) traditional Chinese medicine (TCM) syndrome types and its correlation with eosinophils (EOS) in duodenum. **Method:**Total 245 patients with FD according to TCM syndrome types were divided into five types,syndrome of spleen-deficiency and qi stagnation,syndrome of incoordination between liver and stomach,syndrome of dampness-heat of spleen and stomach,syndrome of

[收稿日期] 2022-10-28
[基金项目] 国家重点研发计划项目(编号:2019YFC1710403)
[作者简介] 雷雪(1997—),女,河南开封人,2020 年级硕士研究生,研究方向:中医药防治脾胃病。邮箱:ileixue@outlook.com。
[通信作者] 李会霞(1980—),女,河北新乐人,医学硕士,副主任医师,主要从事中医药防治脾胃病研究。邮箱:lihuixiadeemail@163.com。

deficient cold of spleen and stomach,cold-heat complicated syndrome. Total 46 healthy volunteers was normal control group. Patients' clinical data was recorded. Endoscopic duodenal bulb organization were collected for HE staining. Eosinophils were counted,and their associations with clinical syndromes were analyzed. **Results:** ①In 245 FD patients,syndrome of incoordination between liver and stomach,syndrome of spleen-deficiency and qi stagnation were the most common syndromes,followed by syndrome of dampness-heat of spleen and stomach,syndrome of deficient cold of spleen and stomach,cold-heat complicated syndrome. There were significantly statistical differences in the distribution of different TCM syndromes from different subtypes of FD patients($P<0.05$). Most of patients with epigastric pain syndrome(EPS) were syndrome of incoordination between liver and stomach. Most patients of postprandial distress syndrome(PDS) or patients both EPS and PDS were syndrome of spleen-deficiency and qi stagnation. ②The number of EOS between different FD syndromes was statistically significant different($P<0.01$). The EOS quantity of syndrome of dampness-heat of spleen and stomach (26.60 ± 7.41) was more than that syndrome of incoordination between liver and stomach (24.71 ± 6.17),more than cold-heat complicated syndrome (23.96 ± 4.72),more than syndrome of deficient cold of spleen and stomach (21.94 ± 6.40),more than syndrome of spleen-deficiency and qi stagnation (21.92 ± 5.85). The number of EOS in syndrome of dampness-heat of spleen and stomach and syndrome of incoordination between liver and stomach was significantly higher than that in syndrome of spleen-deficiency and qi stagnation and syndrome of deficient cold of spleen and stomach($P<0.01$ or $P<0.05$). ③Data from Pearson correlation analysis showed that syndrome of incoordination between liver and stomach,syndrome of dampness-heat of spleen and stomach,were positively correlated with EOS quantity in duodenum($P<0.01$). **Conclusion:**The number of EOS in duodenum can be used as a reference index for TCM syndrome differentiation and classification of functional dyspepsia.

Keywords functional dyspepsia;epigastric pain syndrome;postprandial distress syndrome;eosinophils of the duodenum;traditional Chinese medicine syndrome type;syndrome of incoordination between liver and stomach;syndrome of dampness-heat of spleen and stomach

功能性消化不良(functional dyspepsia,FD)是脾胃病科的一种常见上消化道功能性胃肠病,典型症状为上腹疼痛或烧灼感、餐后饱胀和早饱^[1],也可出现腹胀、恶心、嗝气等其他胃肠道症状。根据罗马IV标准,FD可分为上腹痛综合征(epigastric pain syndrome,EPS)与餐后不适综合征(postprandial distress syndrome,PDS)两种亚型^[2-3]。FD缺乏可供解释的相应生化改变或器质性病变,其发病机制现未完全阐明,目前研究表明,FD可能主要与微炎症、胃肠道感染、胃十二指肠运动异常、脑肠轴紊乱、内脏超敏反应及心理因素等机制有关^[4]。近年越来越多的研究表明,FD患者的十二指肠黏膜存在微炎症区域,该区域的嗜酸性粒细胞(eosinophils,EOS)发生活化并异常增多^[5-8]。本病治疗周期长,病情易反复,给患者的身心健康造成严重影响。中医药在治疗FD方面具有独特优势,根据临床症状,可将其归属于中医学

胃痛、痞满等范畴,古籍中有相关病因病机记载,《素问·六元正纪大论》谓:“木郁之发……故民病胃脘当心而痛,上支两胁,鬲咽不通,饮食不下。”《景岳全书·痞满》云:“凡有邪有滞而痞者,实痞也,无邪无滞而痞者,虚痞也。”国内外对FD的研究较多,但尚无FD的中医证型与十二指肠EOS数量相关性的研究,本研究旨在分析两者之间的相关性,探究FD的中医微观辨证,为中医临床诊疗提供一定的依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

以2020年1月至2022年1月在北京中医药大学第三附属医院脾胃病科门诊就诊的245例FD患者作为病例组,其中男93例,女152例,男女比例为1:1.63,平均年龄(43.44 ± 7.04)岁。另以胃镜检查无异常的46例健康体检者为对照组,其中男17例,女29例,平均年龄(46.83 ± 11.45)岁。两组患者性别、

年龄比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已通过北京中医药大学第三附属医院医学伦理委员会审查(编号:BZYSY-2022KYKTPJ-03),所有研究对象签署知情同意书。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》^[3]、日本胃肠病学会(JSGE)制定的《JSGE 循证临床实践指南:功能性消化不良(2021 年)》^[9]、欧洲胃肠病学联合会(UEG)联合欧洲神经胃肠病学与动力学会(ESNM)制定的《UEG/ESNM 共识:功能性消化不良(2021 年)》^[10]与 FD 罗马Ⅳ标准^[2]。FD 患者应具有以下 1 项或多项症状:①餐后饱胀不适;②早饱感;③上腹痛;④上腹烧灼感,且无可解释症状的器质性疾病(包括胃镜检查)证据。诊断前症状出现至少 6 个月,且近 3 个月符合以上标准。亚型分型标准参考罗马Ⅳ标准。

中医辨证分型标准参照《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017 年)》^[11]、《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[12]及《中医内科学》^[13]相关章节,分为以下 5 种证型。①脾虚气滞证,主症:胃脘痞闷或胀痛,纳呆;次症:嗳气,疲乏,便溏;舌淡苔薄白,脉细弦。②肝胃不和证,主症:胃脘胀满或疼痛,两胁胀满;次症:每因情志不畅而发作或加重,心烦,嗳气频作,善太息;舌淡红苔薄白,脉弦。③脾胃湿热证,主症:脘腹痞满或疼痛,口干或口苦;次症:口干不欲饮,纳呆,恶心或呕吐,小便短黄;舌红苔黄厚腻,脉滑。④脾胃虚寒证,主症:胃脘隐痛或痞满,喜温喜按;次症:泛吐清水,食少或纳呆,疲乏,手足不温,便溏;舌淡苔白,脉细弱。⑤寒热错杂证,主症:胃脘痞满或疼痛,遇冷加重,口干或口苦;次症:纳呆,嘈杂,恶心或呕吐,肠鸣,便溏;舌淡苔黄,脉弦细滑。符合主症 2 项,加次症 2 项,参考舌脉,即可诊断。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:①年龄 18~80 岁,性别不限;②满足以上诊断标准。

排除标准:①消化系统器质性病变者(如肿瘤、出血等),幽门螺杆菌阳性者;②严重传染性疾病者;③其他系统严重疾病者(如心、肾、精神疾病等);④代谢性疾病者(如糖尿病、甲状腺疾病等);⑤过敏性疾病者;⑥不能耐受内镜检查者;⑦妊娠期及哺乳期

妇女;⑧研究者认为不适宜参加者。

1.4 研究方法

运用课题组统一制定的《FD 患者信息量表》及《对照组信息量表》采集患者信息,包括一般资料、中医四诊信息、FD 症状评分、实验室检查及影像学检查(包括碳 13 呼气试验、电子胃镜、十二指肠活检病理等)。

中医辨证:根据主症、次症信息,由北京中医药大学第三附属医院脾胃病科中医专家(副高职称及以上)确定中医证型。

胃镜检查及十二指肠活检:胃镜检查由具备 3 年以上操作经验的主治医师或副主任医师使用奥林巴斯 GIF HQ290 胃镜(奥林巴斯光学,日本)进行操作,并于十二指肠球部取活检标本 1 枚,经 10%中性甲醛溶液固定后,行石蜡包埋、切片。经过苏木精-伊红染色后,使用光学显微镜随机观察 5 个不重叠的高倍镜视野(HPF,400×),计算 EOS 总数。

1.5 统计学处理

运用 IBM SPSS 26.0 软件进行统计分析,满足正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用方差分析;计数资料以例数与百分数表示,组间比较采用卡方检验;中医证型与 EOS 计数的相关性采用 Pearson 相关性分析。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 中医证型分布情况

245 例 FD 患者中,以肝胃不和证、脾虚气滞证多见,其中肝胃不和证 78 例,占 31.84%,脾虚气滞证 66 例,占 26.94%,两者合计占比 50%以上。其次是脾胃湿热证 45 例,占 18.37%;脾胃虚寒证 32 例,占 13.06%;寒热错杂证 24 例,占 9.80%。

2.2 FD 不同亚型的中医证型分布

245 例 FD 患者中,EPS 患者 89 例,占 36.33%,PDS 患者 90 例,占 36.73%,EPS+PDS 重叠患者 66 例,占 26.94%。EPS 患者以肝胃不和证为主;PDS 患者以脾虚气滞证为主;EPS+PDS 重叠患者以脾虚气滞证为主。不同亚型 FD 患者的中医证型分布差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.3 FD 各证型十二指肠球部 EOS 数量

FD 组各证型与对照组的十二指肠球部 EOS 情况见图 1。不同分组两两相比,FD 组 EOS 计数均高于对照组($P<0.01$)。不同证型间的 EOS 数量比较,

差异具有统计学意义($P<0.01$),依次为脾胃湿热证(26.60 ± 7.41)>肝胃不和证(24.71 ± 6.17)>寒热错杂证(23.96 ± 4.72)>脾胃虚寒证(21.94 ± 6.40)>脾虚气滞证(21.92 ± 5.85)。脾胃湿热证、肝胃不和证 EOS 数量均高于脾虚气滞证和脾胃虚寒证($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。见表 2。

2.4 FD 中医证型与十二指肠球部 EOS 的相关性

Pearson 相关性分析显示,肝胃不和证、脾胃湿热证与十二指肠球部 EOS 数量具有相关性($P<0.01$),

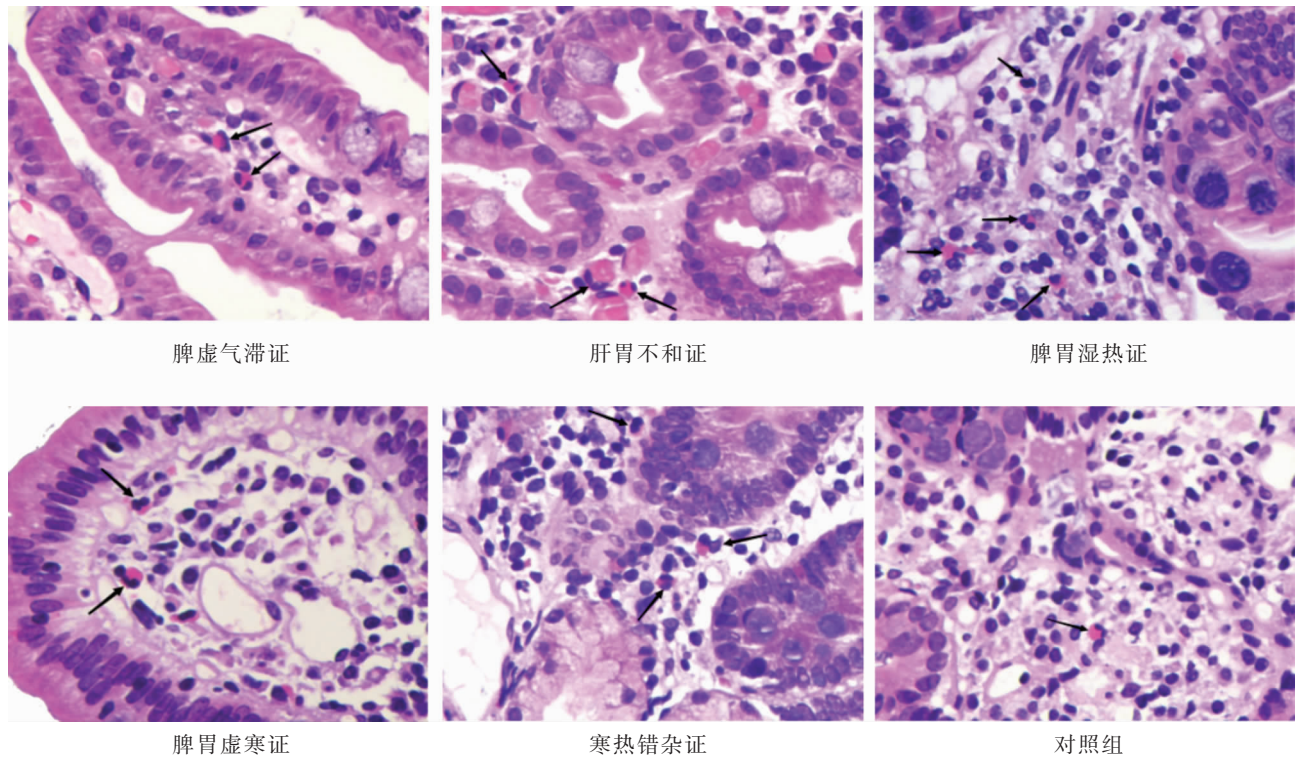
且均呈正相关。见表 3。

3 讨论

作为一种常见的功能性胃肠病,FD 属于中医学痞满、胃痛等范畴。因本病缺乏可供解释的器质性病变,临床大多依靠排除法诊断。本病症状易反复,使患者生活质量严重受扰,出现睡眠质量下降、情志不调等情况^[14]。另外,由于缺乏明显的生物标志物及治疗靶点,FD 的临床诊断与精准辨证相对复杂,因此,需寻找一种可靠且与证候相关的指标。近年来,随着

表 1 245 例功能性消化不良患者不同亚型的中医证型分布						例(%)
亚型	例数	脾虚气滞证	肝胃不和证	脾胃湿热证	脾胃虚寒证	寒热错杂证
EPS	89	17(19.10)	37(41.57)	17(19.10)	11(12.36)	7(7.87)
PDS	90	28(31.11)	23(25.56)	15(16.67)	9(10.00)	15(16.67)
EPS+PDS	66	21(31.82)	18(27.27)	13(19.70)	12(18.18)	2(3.03)

注:EPS 为上腹痛综合征;PDS 为餐后不适综合征。
经卡方检验, $\chi^2=17.387,P=0.026$ 。



注:均为苏木精-伊红染色(400×),箭头所指为嗜酸性粒细胞。
图 1 功能性消化不良各证型与对照组十二指肠球部嗜酸性粒细胞镜下情况

表 2 245 例功能性消化不良患者各证型与对照组十二指肠球部嗜酸性粒细胞(EOS)计数($\bar{x}\pm s$)						
组别	对照组	脾胃湿热证	肝胃不和证	寒热错杂证	脾胃虚寒证	脾虚气滞证
EOS 计数	16.76±6.59	26.60±7.41***	24.71±6.17**	23.96±4.72	21.94±6.40	21.92±5.85

注:对照组与 FD 各证型比较, $F=13.684,P<0.01$;FD 各证型间比较, $F=4.868,P<0.01$;与脾虚气滞证比较,* $P<0.01$;与脾胃虚寒证比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$ 。

表 3 功能性消化不良中医证型与十二指肠球部嗜酸性粒细胞的相关性分析					
统计值	脾虚气滞证	肝胃不和证	脾胃湿热证	脾胃虚寒证	寒热错杂证
r 值	-0.064	0.171	0.237	-0.041	0.052
P 值	0.276	0.003	<0.001	0.487	0.374

对胃肠病研究的深入,人们发现 FD 患者存在十二指肠微炎症和 EOS 的活化增多,十二指肠 EOS 可能是 FD 的潜在靶点^[7]。本研究将 FD 的十二指肠球部 EOS 数量与中医辨证融合分析,揭示了 FD 的相关发病规律,可为今后的研究及诊治预防提供参考。

本研究结果显示,在 245 例 FD 患者中,占比最高证型为肝胃不和证、脾虚气滞证,分别为 31.84%、26.94%,其次为脾胃湿热证、脾胃虚寒证和寒热错杂证。这与刘文杰^[15]、任小军^[16]的研究结果基本一致。肝胃不和证占比较高可能与 FD 的病机特点有关。中医学认为,FD 以脾虚气滞、胃失和降为基本病机。《景岳全书·心腹痛》云:“胃脘痛证,多有因食、因寒、因气不顺者,然因食因寒,亦无不关于气,盖食则气满,寒留则气凝,所以治痛之要,但察其果属实邪,皆当以理气为主。”《景岳全书·痞满》道:“怒气暴伤,肝气未平而痞。”FD 发病与肝、脾关系密切。但是,任小军^[16]研究发现,除肝胃不和证外,其他 4 证占比由高到低依次为脾胃湿热证、脾胃虚寒证、脾虚气滞证和寒热错杂证,与本研究有一定差异,可能与地域气候等因素有关。本研究结果显示,不同亚型 FD 患者的中医证型分布存在差异,EPS 以肝胃不和证最多见,PDS 及 EPS+PDS 重叠患者多见脾虚气滞证。这与既往有关 FD 不同亚型的证型分布研究结果基本一致。但也有研究表明,在 PDS 组中,肝胃不和证、脾胃湿热证、脾胃虚寒证占比较高^[16],与本研究结果有一定出入,或与研究对象所在地域、饮食生活习惯、文化差异有关。

本研究结果显示,FD 患者各证型十二指肠球部 EOS 数量均明显高于对照组,提示 FD 与十二指肠 EOS 数量相关。这与部分研究者的研究结果基本一致,如 Huang 等^[17]发现,FD 患者和正常对照组患者的十二指肠黏膜中 EOS 分别为 21.3[16.7,28.0]和 17.3[11.3,22.8],两组数量存有差异。Sarkar 等^[18]发现,与无消化不良症状的患者相比,FD 患者十二指肠 EOS 数量显著增加,且十二指肠 EOS 增多症与 FD 之间存在显著的正相关。因此,十二指肠 EOS 可作

为 FD 的一种新的微观辨证标志物。本研究发现,不同中医证型间 EOS 数量存在差异。在纳入的 5 种中医证型中,脾胃湿热证的 EOS 数量(26.60±7.41)最多,脾胃虚寒证(21.94±6.40)和脾虚气滞证(21.92±5.85)的 EOS 数量最少;两两比较,脾胃湿热证、肝胃不和证的十二指肠 EOS 数量均高于脾胃虚寒证和脾虚气滞证。并且相关性分析结果表明,脾胃湿热证、肝胃不和证与十二指肠 EOS 数量均呈正相关。这提示,中医的热象或与 EOS 的增多有关,病情虚实中的实证或也与之有关。但本研究中,其余各组间的 EOS 数量差异均无统计学意义,究其原因可能为脾胃湿热证的炎症征象较明显,实热较重;而脾虚气滞证与脾胃虚寒证炎症征象不明显,更偏寒象、虚证;肝胃不和证与寒热错杂证介于两者之间,故有此结果。综上所述,FD 患者的部分证型与十二指肠 EOS 数量存在相关性,可为今后的中医临床诊治提供一定的理论依据及治疗思路。

[参考文献]

[1] FORD A C,MAHADEVA S,CARBONE M F,et al. Functional dyspepsia[J]. Lancet, 2020, 396 (10263): 1689-1702.

[2] DROSSMAN D A,HASLER W L. Rome IV-functional GI disorders:disorders of gut-brain interaction[J]. Gastroenterology, 2016, 150(6):1257-1261.

[3] 李军祥,陈諲,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.

[4] SAYUK G S,GYAWALI C P. Functional dyspepsia: diagnostic and therapeutic approaches[J]. Drugs, 2020, 80(13):1319-1336.

[5] WAUTERS L,TALLEY N J,WALKER M M,et al. Novel concepts in the pathophysiology and treatment of functional dyspepsia[J]. Gut, 2020, 69(3):591-600.

[6] MOSHIREE B,TALLEY N J. Functional dyspepsia: a critical appraisal of the European consensus from a global perspective[J]. Neurogastroenterol Motil, 2021, 33(9): e14216.

(下转第 149 页)

高思华治疗甲状腺结节用药规律分析

孔维嘉¹, 张泽涵¹, 陈佳祺¹, 张楚滢¹, 徐冰蕊², 田甜², 赵丹丹² 指导: 高思华

(1.北京中医药大学研究生院, 北京 100029; 2.北京中医药大学中医学院, 北京 100029)

[摘要] 目的: 总结高思华教授治疗甲状腺结节的遣方用药经验与规律。方法: 选择高思华教授 2013 年 6 月至 2018 年 12 月在北京中医药大学国医堂治疗甲状腺结节的门诊病例数据, 建立标准化医案数据库。使用“古今医案云平台(V2.2.3)”软件中描述分析、聚类分析、关联规则分析及复杂网络分析模块, 对中医证候、中药频次及性味归经、组方规律、核心中药组成进行挖掘。结果: 共纳入 446 诊次, 其中中医证候多见为血瘀证、气滞证、气阴两虚证、痰湿证, 舌象多呈现瘀色, 脉象多沉细。涉及中药 132 味, 使用频次居前 5 位的分别为柴胡、赤芍、当归、枳实、甘草; 药性以微寒、平、温为主, 药味以苦、辛、甘为主, 归经以肝、脾、心、肺、肾为主。关联规则及聚类分析得到 4 种组方规律, 分别为血府逐瘀汤、柴胡疏肝散、四君子汤、六味地黄汤加减。复杂网络分析得到核心用药共 22 味, 其中柴胡为网络最核心药。结论: 高思华教授治疗甲状腺结节注重标本兼顾, 以肝、脾、肾同调治其本, 行气活血、化痰消瘿、清热利湿治其标, 以恢复肝的疏泄、脾的运化、肾的藏精功能为首要任务。遣方用药刚柔并济, 整体调治, 扶正祛邪。

[关键词] 甲状腺结节; 肝脾肾; 行气活血; 化痰消瘿; 清热利湿; 柴胡; 高思华

[中图分类号] R259.81 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2023)02-0142-08

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.008

Analysis of Professor GAO Sihua's Medication Regularity for Treatment of Thyroid Nodules

KONG Weijia¹, ZHANG Zehan¹, CHEN Jiaqi¹, ZHANG Chuhan¹, XU Bingrui², TIAN Tian², ZHAO Dandan²
Mentor: GAO Sihua

(1.Graduate School, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2.School of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract Objective: To summarize Professor GAO Sihua's experience and regularity of prescription in the treatment of thyroid nodules. **Methods:** Collect the outpatient cases data for thyroid nodules of Professor GAO Sihua in the Traditional Chinese Medicine Hall of Beijing University of Chinese Medicine from June 2013 to December 2018 to establish a standardized medical record database. Traditional Chinese medicine (TCM) syndromes, TCM frequency, nature and taste, prescription regularity, and core medicine were analyzed by frequency analysis, association rule analysis, cluster analysis and complex network analysis modules in the “Ancient and Modern Medical Case Cloud Platform (V2.2.3)” software. **Results:** A total of 446 cases were included. Among them, the TCM syndrome is mostly blood stasis, qi stagnation, qi

[收稿日期] 2021-11-23
[基金项目] 北京中医药科技发展资金项目(编号:JJ2018-79); 国家中医药领军人才支撑计划项目(编号:1040063321005)
[作者简介] 孔维嘉(1998—), 女, 河北石家庄人, 2021 年级硕士研究生, 研究方向: 中西医结合治疗肿瘤的临床研究。电话: 18810055762; 邮箱: 3440365942@qq.com。
[通信作者] 赵丹丹(1985—), 女, 河北唐山人, 医学博士, 副研究员, 主要从事中医药防治糖尿病的基础与临床研究。邮箱: bucmzh_aodandan@163.com。

and yin deficiency,phlegm dampness,the most of tongue is stasis,and the most of pulse is heavy and thin. A total of 132 Chinese herbs were included. The top 5 Chinese herbs were Chaihu(Bupleuri Radix), Chishao(Paeoniae Radix Rubra),Danggui(Angelicae Sinensis Radix),Zhishi(Aurantii Fructus Immaturus),and Gancao(Glycyrrhizae Radix et Rhizoma). The medicinal properties were mainly slightly cold,calm,and warm, the medicinal taste was mainly bitter,pungent and sweet,and the main meridians were liver,spleen,heart, lung and kidney meridian. Four prescriptions were found by association rule analysis and cluster analysis, which were Xuefu Zhuyu Decoction(血府逐瘀汤),Chaihu Shugan Powder(柴胡疏肝散),Sijunzi Decoction(四君子汤) and Liuwei Dihuang Decoction(六味地黄汤). Total 22 core herbs were found,among which Chaihu was key herb. **Conclusions:**In the treatment of thyroid nodules,Professor GAO Shihua pays attention to both the incidental and fundamental aspects. Regulating liver,spleen and kidney at the same time are for fundamental aspects. Promoting qi and blood circulation,resolving phlegm to eliminate simple goiter,clearing heat and dampness are for incidental factors. The most important is to recover dispersion function of the liver, the transport function of the spleen and the store essence function of the kidney. Prescriptions of medicine are both rigid and soft,overall treatment to strengthen the body resistance to eliminate pathogenic factors.

Keywords thyroid nodules;liver,spleen,kidney;promoting qi and blood circulation;resolving phlegm to eliminate simple goiter;clearing heat and dampness;Chaihu(Bupleuri Radix);GAO Sihua

甲状腺结节是一种常见的内分泌疾病,根据其症状特点可归为中医学瘰癧、瘰癧范畴。随着近年来高分辨超声等检验方法的普及,其检出率逐步升高。流行病学研究表明,在碘充足的地区,随机健康受试者甲状腺结节触诊检出率为 1%~5%,而高分辨率超声检出率为 19%~68%^[1]。国外指南建议良性结节随访,恶性结节采用手术治疗,但手术治疗可能会导致甲状腺功能减退等不良反应^[2]。中医治疗甲状腺结节具有疗效佳、安全性高及复发率低等优点。

高思华教授是北京中医药大学首席专家、博士研究生导师,岐黄学者,国家中医药管理局第五批名老中医经验传承指导老师,擅长甲状腺疾病、糖尿病等内科疾病的诊治,主张从“肝脾肾同调”入手治疗内分泌代谢疾病。本研究基于“古今医案云平台(V2.2.3)”软件,对高思华教授治疗甲状腺结节的病案进行数据挖掘,总结其遣方用药规律。

1 资料与方法

1.1 数据来源

选取 2013 年 6 月 1 日至 2018 年 12 月 31 日在北京中医药大学国医堂高思华教授门诊就诊的甲状腺结节患者 186 例,共 446 诊次,就诊患者诊次最多为 20 次。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照 2016 年美国临床内分泌医

师协会制定的《甲状腺结节诊断和治疗临床实践医学指南》^[2]。中医诊断标准参照第 10 版《中医内科学》^[3]中瘰癧的有关标准。即颈前喉结两旁结块肿大,可通过超声或其他影像学检查与周围的甲状腺实质区分开的明显病变。B 超检查可发现单个或多个回声变化的结节,可为囊性、囊实性、腺瘤样或混合性结节。查体可触及肿物如囊柔软光滑、质地较硬或可扪及结节。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:①患者基本信息(姓名、性别、年龄等)、就诊日期及诊次完整;②门诊病例有完整的主诉、病史、症状体征、诊断及理法方药;③符合上述甲状腺结节诊断标准。

排除标准:①病例信息不完整者;②同时口服其他中药及中成药干预疗效判定者;③临床疗效不显著者;④合并有严重的甲状腺疾病及并发症者(如甲状腺毒症、甲亢危象等)。

1.4 中药名称规范

参照《中华人民共和国药典》^[4]2015 年版,对中药名称进行规范统一,如“元肉”“云肉”规范为“龙眼肉”,“元参”规范为“玄参”,“元胡”规范为“延胡索”,生晒参统一为“人参”等。

1.5 数据录入分析

使用中国中医科学院提供的“古今医案云平台

(V2.2.3)”软件,将符合纳入标准的病例按照软件要求录入 Excel 表格,采用双人双录入方法并对数据进行审核。分析数据前,将全部数据上传“古今医案云平台(V2.2.3)”并导入分析池。采用平台数据分析中的病证、四诊、用药模块对病例数据的中医证候、舌脉、中药频次、中药性味归经等进行描述性分析;用中药配伍模块对组方规律进行关联规则分析;采用多维分析模块,选择 Lance 距离类型和最长距离法对药物组成进行聚类分析;采用复杂网络分析模块对中药相互间关联及中医证候相互间关联进行分析。

2 结果

2.1 中医证候描述分析

446 诊次中,中医证候出现频次居前 5 位的是血瘀证、气滞证、气阴两虚证、痰湿证、气血两虚证。其中频次最高的为血瘀证,占比 98.43%,表明甲状腺结节患者大多数存在血瘀证候。主要中医证候见表 1。

2.2 舌脉描述分析

2.2.1 舌象

对 446 诊次中患者的舌象进行统计,筛选出频

次前 5 位的舌象。其中有 73.09%的舌象呈现有瘀色,66.59%为舌暗红,表明甲状腺结节患者舌质多见瘀象。舌苔统计中,苔薄黄者占比 39.01%,苔腻占 12.33%,表明湿热为甲状腺结节患者的主要病因之一。见表 2。

2.2.2 脉象

对 446 诊次中患者的脉象进行统计,筛选出频次前 5 位的脉象。其中频次最高为脉沉细,占比 80.72%;其次为脉涩、脉弦,分别占比 56.95%、30.94%。表明甲状腺结节患者脉象多虚实夹杂,其中气滞血瘀是非常重要的证候。见表 3。

2.3 中药描述分析

2.3.1 中药频次

446 诊次中,共涉及中药 132 味,使用总频次为 7000 次,其中占比 20%以上者共 24 味,频次前 5 位依次为柴胡、赤芍、当归、枳实、甘草。见表 4。

2.3.2 中药性味归经

所用中药药性以微寒、平、温为主,药味以苦、辛、甘为主,归经以肝、脾、心、肺、肾为主。见图 1。

表 1 高思华教授所诊甲状腺结节病案的主要中医证候

序号	中医证候	频次	百分比/%	序号	中医证候	频次	百分比/%
1	血瘀证	439	98.43	6	气虚证	62	13.90
2	气滞证	203	45.52	7	湿热证	59	13.23
3	气阴两虚证	202	45.29	8	挟寒证	45	10.09
4	痰湿证	189	42.38	9	挟热证	38	8.52
5	气血两虚证	148	33.18	10	寒湿证	33	7.40

表 2 高思华教授所诊甲状腺结节病案的主要舌象分布

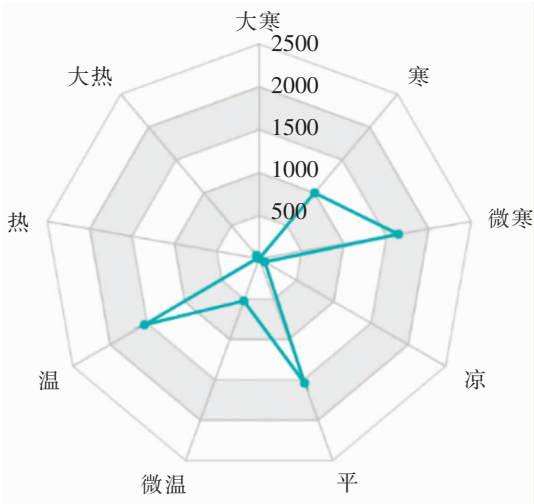
序号	舌质	频次	百分比/%	序号	舌苔	频次	百分比/%
1	有瘀色	326	73.09	1	苔薄白	224	50.22
2	舌暗红	297	66.59	2	苔薄黄	174	39.01
3	舌暗	96	21.52	3	苔腻	55	12.33
4	齿痕舌	64	14.35	4	苔黏	25	5.61
5	舌尖红	41	9.19	5	苔白	21	4.71

表 3 高思华教授所诊甲状腺结节病案的主要脉象分布

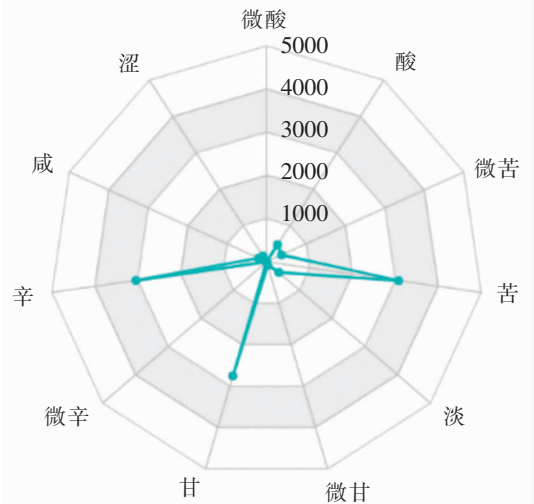
序号	脉象	频次	百分比/%
1	脉沉细	360	80.72
2	脉涩	254	56.95
3	脉弦	138	30.94
4	脉沉	66	14.80
5	脉数	33	7.40

表 4 高思华教授治疗甲状腺结节所用中药频次分布

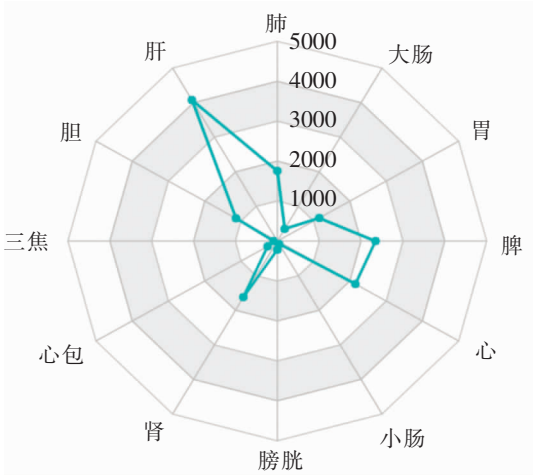
序号	中药	频次	百分比/%	序号	中药	频次	百分比/%
1	柴胡	398	89.24	13	夏枯草	246	55.16
2	赤芍	388	87.00	14	牡蛎	190	42.60
3	当归	375	84.08	15	丹参	177	39.69
4	枳实	324	72.65	16	牡丹皮	129	28.92
5	甘草	305	68.39	17	生地黄	124	27.80
6	川牛膝	285	63.90	18	清半夏	117	26.23
7	莪术	280	62.78	19	黄芪	111	24.89
8	川芎	274	61.43	20	青皮	110	24.66
9	郁金	267	59.87	21	红花	109	24.44
10	熟地黄	266	59.64	22	桔梗	105	23.54
11	桃仁	262	58.74	23	泽泻	103	23.09
12	茯苓	258	57.85	24	山茱萸	100	22.42



药性



药味



归经

图 1 高思华教授治疗甲状腺结节所用中药的性味归经分布

2.4 中药关联规则分析

筛选置信度 ≥ 0.94 且支持度 >0.20 的关联中药,按照同现频次排序,见表 5。其中置信度 ≥ 1 的为“枳实,柴胡”“青皮,赤芍”,支持度最高的为“赤芍,柴胡”。

2.5 中药聚类分析

筛选频次居前 30 位的中药进行层次聚类分析,以分组聚类 405 为界,药物组成可分为 4 类,第 1 类

为车前子、丹参、生地黄、茯苓、牡丹皮、泽泻、山茱萸;第 2 类为党参、白术、白芍;第 3 类为红花、香附、黄芪、炙甘草;第 4 类为桔梗、清半夏、青皮、牡蛎、川芎、熟地黄、郁金、莪术、夏枯草、川牛膝、桃仁、甘草、枳实、当归、柴胡、赤芍。其中第 1 类为六味地黄汤加减,第 2 类为四君子汤加减,第 3、4 类为柴胡疏肝散与血府逐瘀汤加减。见图 2。

表 5 高思华教授治疗甲状腺结节的高频药物之间的药对组合									
序号	关联中药	同现频次	支持度	置信度	序号	关联中药	同现频次	支持度	置信度
1	赤芍,柴胡	368	0.83	0.95	15	生地黄,柴胡	118	0.26	0.95
2	当归,柴胡	358	0.80	0.96	16	生地黄,赤芍	117	0.26	0.94
3	枳实,柴胡	326	0.73	1.01	17	清半夏,柴胡	112	0.25	0.96
4	枳实,赤芍	305	0.68	0.94	18	青皮,赤芍	110	0.25	1.00
5	甘草,柴胡	302	0.68	0.99	19	青皮,柴胡	108	0.24	0.98
6	甘草,赤芍	286	0.64	0.94	20	红花,当归	106	0.24	0.97
7	莪术,柴胡	271	0.61	0.97	21	红花,柴胡	106	0.24	0.97
8	川牛膝,赤芍	268	0.60	0.94	22	桔梗,柴胡	104	0.23	0.99
9	桃仁,柴胡	259	0.58	0.99	23	桔梗,赤芍	101	0.23	0.96
10	郁金,柴胡	258	0.58	0.97	24	桔梗,枳实	101	0.23	0.96
11	郁金,赤芍	253	0.57	0.95	25	桔梗,当归	99	0.22	0.94
12	桃仁,赤芍	252	0.57	0.96	26	山茱萸,泽泻	97	0.22	0.97
13	夏枯草,柴胡	243	0.54	0.99	27	泽泻,山茱萸	97	0.22	0.94
14	夏枯草,赤芍	239	0.54	0.97					

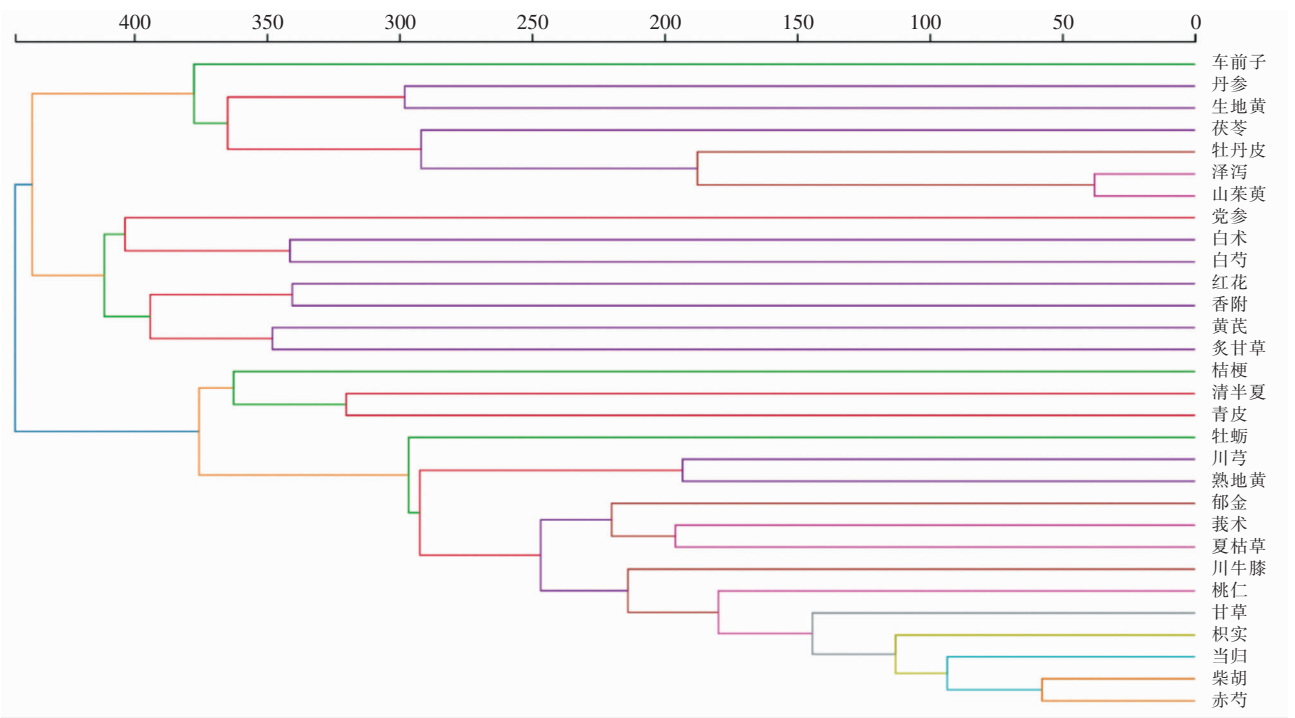


图 2 高思华教授治疗甲状腺结节用药聚类结果树形图

2.6 复杂网络分析

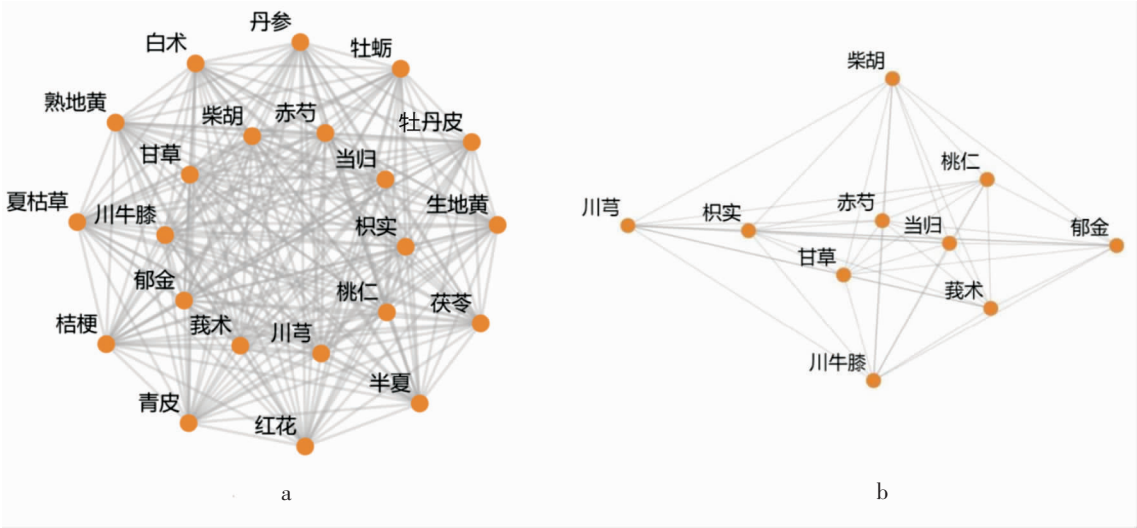
2.6.1 中药相互间关联

运用平台中复杂网络分析模块,进行中药 - 中药关系分析,为了挖掘核心组方,对节点进行过滤,过滤条件选择边权重>200,布局选择 concentric,结果可显示中药的聚集程度,分布在中心的为节点度与边权重较高的中药,如柴胡、桃仁、赤芍、川牛膝、当归等;分布在外周的中药则节点度较低(图 3a)。为进一步验证核心中药组方中的核心组成,对节点进行过滤,过滤条件选择边权重>500,布局选择 cola,得到核心组成(图 3b)。核心中药网络由柴胡、

赤芍、当归、枳实、桃仁、川芎、莪术、郁金、川牛膝、甘草、熟地黄、白术、丹参、牡蛎、牡丹皮、生地黄、茯苓、半夏、红花、青皮、桔梗、夏枯草 22 味中药组成,其中前 10 味为组方中的核心。

2.6.2 中医证候相互间关联

运用复杂网络分析模块,进行中医证候 - 中医证候关系分析,选择 cola 布局,筛选条件为边权重>50。结果表明,甲状腺结节患者证候之间存在联系,且多种证候并存,如出现气滞证候时,兼见血瘀、痰湿、气血两虚证候的可能性大,气阴两虚证候多与血瘀、痰湿、挟寒证候同时出现。见图 4。



注:图 a 中边权重>200;图 b 中边权重>500。
图 3 高思华教授治疗甲状腺结节所用中药关系网络图

3 讨论

甲状腺结节是指存在于甲状腺腺体内的与周围实质具有明显界线的孤立病灶,归属于中医学瘰病、瘰瘤等范畴。关于瘰的记载最早见于《山海经》^[5],《外科正宗》将瘰瘤病机概括为“夫人生瘰瘤之症,非阴阳正气结肿,乃五脏瘀血、浊气、痰滞而成”,采用行散气血、行痰顺气、活血散坚为主要治法。高思华教授临证主张与本研究数据分析结果均提示本病的病机核心在于肝、脾、肾三脏功能失调,临床多起病于肝,进而波及于脾、肾两脏,形成痰、气、瘀互结于颈前,治疗应标本兼顾,谨守病机,扶正与祛邪同用,以调节肝、脾、肾三脏功能为基础,注重行气活血、化痰消瘰散结^[6]。

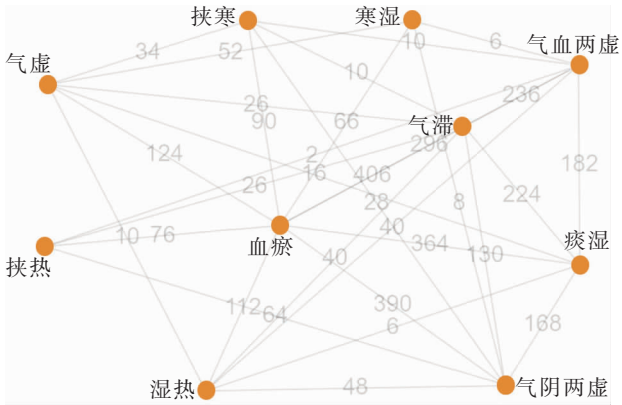


图 4 高思华教授所诊甲状腺结节“中医证候-中医证候”复杂网络图

本研究结果显示,频次较高的中医证候为血瘀证、气滞证、痰湿证、气阴两虚证、气血两虚证。复杂网络对中医证候之间的分析,提示证候间存在联系,其中气滞证与血瘀证同见于406诊次中,224诊次中气滞证夹杂痰湿证,其中236诊次出现气血两虚。气滞导致痰凝血瘀,日久伤及气血,治疗则需标本兼顾,气行则血行,气足则血运,瘀可化,痰可消。

中药频次分析结果显示,高思华教授治疗甲状腺结节常用药物中,占比20%以上的24味中药功效以祛瘀、行气、化痰为主,兼顾补气、养阴、补血。中药性味归经分析结果显示,药性以温、微寒、平为主,药味以苦、辛、甘为主,归经以肝、脾、肾、心、肺为主。表明高思华教授治疗甲状腺结节多从肝、脾、肾、心、肺五脏同调入手,温寒并用,相互佐制。温则温化痰饮、温中健脾、化痰祛湿,寒则寒化热邪、清热散结、泻火存阴。药味苦、辛、甘并见,苦则通便燥湿,辛则行气活血,甘则滋养补虚,以恢复五脏的功能为首要。

中药关联规则显示,“枳实,柴胡”“青皮,赤芍”“赤芍,柴胡”为关联较强的配伍中药,取其行气活血化瘀之功,说明理气活血化瘀为高思华教授治疗甲状腺结节最常用的配伍方法。层次聚类分析显示,第1类为六味地黄汤加减。六味地黄汤为高思华教授治疗内分泌代谢疾病常用方,高思华教授认为甲状腺结节患者患病日久常有肝肾之阴的亏耗,因而在组方中常伍用六味地黄汤。临床研究表明,六味地黄汤能够通过下调下丘脑-垂体-甲状腺(HPT)轴中促甲状腺激素(TSH)及甲状腺素的水平,修复受损甲状腺组织,发挥治疗甲状腺结节的作用^[7]。第2类为四君子汤加减,有健脾益气祛湿功效。高思华教授认为甲状腺结节患者常因情志不舒,导致肝郁气滞,又因肝木易克伐脾土,从而常有脾气亏虚之象。因此常在滋补肝肾、调畅肝气、活血化瘀的同时兼补脾胃之气,以达扶土御木之效。第3、4类则为柴胡疏肝散与血府逐瘀汤加减,高思华教授认为甲状腺结节的发生与肝之疏泄失调、气血运行不畅、水湿代谢不利,最终引起气滞痰凝血瘀密切相关,因而治疗常从肝入手,疏肝解郁、调理气血。同时加入夏枯草、莪术、牡蛎等具有软坚散结、化痰消肿作用的药物,兼顾甲状腺结节痰瘀互结的病机。关联规则与聚类分析的结果支持高思华教授治疗甲状腺结节的临床思路,即肝、脾、肾三脏同调思想。

复杂网络分析模块中挖掘核心中药组成的结果显示,柴胡、赤芍、当归、枳实、桃仁、川芎、莪术、郁金、川牛膝、甘草、熟地黄、白术、丹参、牡蛎、牡丹皮、生地黄、茯苓、半夏、红花、青皮、桔梗、夏枯草22味中药为高思华教授治疗甲状腺结节的核心用药,其中柴胡为网络最核心药,由此亦可以看出高思华教授治疗甲状腺结节以疏肝理气、化痰散结、活血化瘀、滋补肝肾、健脾益气等法为主。疏肝理气常以柴胡疏肝散为基础,选用柴胡、香附、枳实、青皮、郁金等药。《药品化义》记载:“柴胡,性轻清,主升散,味微苦,主疏肝。”柴胡可除结气积聚,疏通肝木,推陈致新。药理研究显示,柴胡皂苷具有抗炎作用,可抑制炎症介质的释放、肉芽肿的生长及结缔组织增生等,因此对甲状腺结节的生长具有抑制作用^[8]。同时其多糖成分具有免疫调节作用,对自身免疫性的甲状腺结节有良好的治疗效果^[9]。化痰散结则常选用牡蛎、莪术、夏枯草等药物,此三药药性较平和,且具有一定的散结之力,不失为治疗本病的妙药。《临证指南医案》指出:“初病在经,久病入络,以经主气,络主血。”瘰癧病早期,郁结之气停留在经;瘰癧日久,则血瘀入络。因此高思华教授治疗患病日久者常以血府逐瘀汤为基本方,行气不耗血、活血不伤正,选用当归、桃仁、川芎、红花等药物以活血化瘀。基础研究证实本方具有抗凝血作用,能改善微循环、调控炎症反应、保护心肌超微结构及抗动脉粥样硬化等,适用于痰瘀互结型甲状腺结节的治疗^[10-11]。此外,金代医家李东垣提出“内伤脾胃,百病由生”的观点,针对此种病机,高思华教授常选用白术、茯苓、甘草以健脾益气。此三药为经典补脾益气方四君子汤的组成药物,药理学研究认为,本方可增强机体免疫功能、调节肠胃活动^[12],与柴胡疏肝散合用,可调节肝郁脾虚大鼠促甲状腺激素释放激素(TRH)的合成^[13]。赵荣华^[13]研究发现,柴疏四君子汤能够促进肝郁脾虚证患者的免疫和神经调节,改善其脂代谢,促进上皮细胞功能恢复,同时可调节HPT轴,改善甲状腺功能。

综上所述,高思华教授治疗甲状腺结节注重标本兼顾,以肝、脾、肾同调为本,行气活血、化痰消瘰、清热利湿为标,以恢复肝的疏泄、脾的运化、肾的藏精功能为首要任务,常选用六味地黄汤、柴胡疏肝散、四君子汤等经典名方加减治疗。其遣方用药刚柔并济,整体调治,同时重视致病因素的消除,常嘱

患者畅情志、起居有节、饮食有常,从而达到最佳治疗效果。

[参考文献]

[1] HAUGEN B R,ALEXANDER E K,BIBLE K C,et al. 2015 American thyroid association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer;the American thyroid association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer[J]. Thyroid,2016,26(1):1-133.

[2] GHARIB H,PAPINI E,GARBER J R,et al. American association of clinical endocrinologists,American college of endocrinology,and associazione medici endocrinologi medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules - 2016 update appendix[J]. Endocr Pract,2016,22:1-60.

[3] 张伯礼,吴勉华. 中医内科学[M]. 10 版. 北京:中国中医药出版社,2017:373-380.

[4] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典[M]. 北京:中国医药科技出版社,2015.

[5] 陈旭冯,许斌. 癭瘤的中医诊疗理论框架的沿革和浅析[J]. 中华中医药学刊,2017,35(1):115-119.

[6] 张毅,赵丹丹,李小可,等. 肝脾肾同调理论在甲状腺结节诊疗中的运用[J]. 世界中医药,2016,11(1):176-178,182.

[7] 戴冰,杨梦琳,张嘉妮,等. 六味地黄汤及其“一补一泻”药对对肾阴虚模型小鼠 HPT 轴的影响[J]. 中医药信息,2016,33(6):19-22.

[8] 张爱华,郭姗姗. 柴胡的临床运用及药理研究[J]. 中医研究,2019,32(4):7-9.

[9] 颜美玲,杨柳,侯阿娇,等. 柴胡化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药信息,2018,35(5):103-109.

[10] 杨占达,董桂英,赵文华. 血府逐瘀汤药理作用及临床应用研究进展[J]. 实用中医药杂志,2017,33(9):1106-1108.

[11] 柴菽彬,陈清光,邱艳,等. 陆灏治疗痰瘀互结型甲状腺结节验案 1 则[J]. 上海中医药杂志,2018,52(2):31-34.

[12] 梁华,王燕,李奇玮,等. 四君子汤补脾益气的主要有效成分与系统生物学刍议[J]. 中医药学报,2017,45(6):96-99.

[13] 赵荣华. 肝郁—脾虚—肝郁脾虚证与疏肝健脾方关系的肝脏蛋白组学研究[D]. 北京:北京中医药大学,2014.

(上接第 141 页)

[7] WAUTERS L,BURNS G,CEULEMANS M,et al. Duodenal inflammation;an emerging target for functional dyspepsia?[J]. Expert Opin Ther Targets,2020,24(6):511-523.

[8] PUTHANMADHOM NARAYANAN S,O'BRIEN D R,SHARMA M,et al. Duodenal mucosal barrier in functional dyspepsia[J]. Clin Gastroenterol Hepatol,2022,20(5):1019-1028.e3.

[9] MIWA H,NAGAHARA A,ASAKAWA A,et al. Evidence-based clinical practice guidelines for functional dyspepsia 2021[J]. J Gastroenterol,2022,57(2):47-61.

[10] WAUTERS L,DICKMAN R,DRUG V,et al. United European Gastroenterology(UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility(ESNM) consensus on functional dyspepsia[J]. United European Gastroenterol J,2021,9(3):307-331.

[11] 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.

[12] 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,2002:134-139.

[13] 田德禄. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:177-190.

[14] WUESTENBERGHS F,MELCHIOR C,DESPREZ C,et al. Sleep quality and insomnia are associated with quality of life in functional dyspepsia[J]. Front Neurosci,2022,16:829916.

[15] 刘文杰. 功能性消化不良中医证型分布特点研究及刘华一教授辨治经验撷英[D]. 天津:天津中医药大学,2021.

[16] 任小军. 功能性消化不良不同亚型中医证型分布研究[D]. 乌鲁木齐:新疆医科大学,2020.

[17] HUANG X,OSHIMA T,AKIBA Y,et al. Duodenal cholinergic tuft cell number is increased in functional dyspepsia[J]. Neurogastroenterol Motil,2022,34(10):e14378.

[18] SARKAR M A M,AKHTER S,KHAN M R,et al. Association of duodenal eosinophilia with Helicobacter pylori-negative functional dyspepsia[J]. Arab J Gastroenterol,2020,21(1):19-23.

论著·外治理论与应用

不同手法针刺联合火罐治疗军事训练致腰肌劳损临床研究

寇 鹏¹, 张 倩², 孙志高³

(1.中国人民解放军总医院第六医学中心中医医学部, 北京 100048; 2.中国人民解放军总医院海南医院神经内科, 海南 三亚 572013; 3.中国人民解放军总医院海南医院中医科, 海南 三亚 572013)

[摘要] 目的: 观察不同手法针刺联合火罐治疗军事训练所致腰肌劳损的疗效。方法: 将 140 例患者按随机数字表法分为观察组与对照组各 70 例, 组内区分急性期与慢性期。两组均行针刺、火罐治疗, 但针刺委中时手法不同, 观察组予平刺, 行提插泻法, 不留针, 对照组施以直刺, 得气后留针 20 min。比较两组患者首次、第 3 次、第 6 次治疗前后的视觉模拟评分法(VAS)得分, 观察不良反应发生情况。结果: 首次、第 3 次、第 6 次治疗前后, 两组患者不同分期的组内比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。组间比较, 首次、第 3 次、第 6 次治疗后, 观察组急性期患者 VAS 评分均低于对照组急性期患者, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 观察组慢性期患者首次治疗后的 VAS 评分低于对照组慢性期患者($P<0.05$), 而第 3 次、第 6 次治疗前的得分即低于对照组($P<0.05$), 故治疗后未行比较。两组治疗期间均未出现不良反应。结论: 针刺联合火罐治疗军事训练致腰肌劳损可以有效缓解腰痛, 且疗效与针刺手法密切相关。

[关键词] 针刺; 火罐; 腰肌劳损; 急性期; 慢性期; 腰痛; 视觉模拟评分法

[中图分类号] R246.9 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2023)02-0150-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.009

Clinical Study of Different Manipulation Acupuncture Combined with Cupping in Treatment of Lumbar Muscle Strain Caused by Military Training

KOU Peng¹, ZHANG Qian², SUN Zhigao³

(1.Department of Traditional Chinese Medicine, the Sixth Medical Center of Chinese PLA General Hospital, Beijing 100048, China; 2.Department of Neurology, Hainan Hospital of Chinese PLA General Hospital, Sanya 572013, China; 3.Department of Traditional Chinese Medicine, Hainan Hospital of Chinese PLA General Hospital, Sanya 572013, China)

Abstract Objective: To observe the efficacy of different manipulation acupuncture combined with cupping in the treatment of lumbar muscle strain caused by military training. **Methods:** According to random number table method, the 140 patients were divided into observation group and control group, the 70 patients in each group were divided into acute and chronic stages. Both groups were treated with

[收稿日期] 2021-10-14
[基金项目] 国家自然科学基金青年科学基金项目(编号:81901252); 中国人民解放军总医院第六医学中心院内创新培育基金项目(编号:CXPY201717)
[作者简介] 寇鹏(1984—), 女, 河南许昌人, 医学博士, 主治医师, 主要从事针灸治疗神经系统疾病及各种痛症的研究。电话:18611255663; 邮箱:76113955@qq.com。

acupuncture and cupping. Acupuncture in Weizhong(BL40) was performed in different ways. In observation group, Weizhong was given horizontal insertion of needle, with lifting-thrusting reducing manipulation without retaining the needle. In the control group, vertical injection method was applied in Weizhong and the needle was retained for 20 min after getting qi. The visual analog scores(VAS) after the first, third and sixth treatment were compared and the occurrence of adverse reactions were observed. **Results:** After the first, third and sixth treatment, there was a statistically significant difference between different stages in each inner group($P<0.05$). Between the groups, after the first, third and sixth treatment, the VAS score of the acute phase patients in the observation group was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). The VAS score of patients in chronic phase in the observation group after the first treatment was lower than that of patients in chronic phase in the control group($P<0.05$), while there was no comparison after the third and sixth treatment because the scores before the third and sixth treatment were lower than that of the control group($P<0.05$). There was no adverse reaction in both groups. **Conclusions:** Acupuncture combined with cupping can effectively relieve the pain of lumbar muscle strain caused by military training, and the effect is closely related to acupuncture manipulation.

Keywords acupuncture; cupping; lumbar muscle strain; acute stage; chronic stage; lumbago; visual analogue scales

军事训练是部队在和平时期的重要工作之一,能够有效提升官兵的整体战斗力与体能水平,但其过程中伤病情况在所难免,部分官兵患有腰肌劳损,主要表现为腰痛,影响日常生活。据统计,腰肌劳损已成为官兵最常见的软组织损伤,占训练伤发生总数的 38.04%^[1]。急性腰肌劳损主要因运动不慎或长时间保持一种姿势导致腰部肌肉紧张,休息或活动后突然出现剧烈疼痛、活动受限;慢性腰肌劳损属累积性损伤,长期高强度的训练使腰部肌肉过度牵拉、疲劳,时常出现隐痛、钝痛,病情迁延反复。秦汉时期,针灸已广泛应用于军营中,降低了伤病员给战役带来的不利影响^[2]。针灸有平衡阴阳、祛邪扶正、通经活络止痛的作用,且简便廉验,优势明显,适用于军队。笔者临床应用针刺联合火罐治疗军事训练所致腰肌劳损,取得了较为满意的疗效,报道如下。

1 资料

1.1 一般资料

选择 2017 年 9 月至 2021 年 1 月就诊于某部队医院中医科针灸门诊的军事训练致腰肌劳损病例,共 200 例,按随机数字表法分为观察组与对照组各 100 例,剔除录入有误或信息不全的病例后,首次治疗时纳入研究的共 140 例,观察组、对照组各 70 例。观察组男 66 例,女 4 例;年龄 20~55 岁,平均(30.03±7.80)岁;军龄 2~38 年,平均(11.69±7.91)

年;病程 2~1095 d,急性期 43 例,慢性期 27 例。对照组男 67 例,女 3 例;年龄 18~52 岁,平均(28.66±7.13)岁;军龄 1~35 年,平均(10.51±7.34)年;病程 1~1825 d,急性期 47 例,慢性期 23 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。本研究获该院伦理委员会审查通过(伦理审查批号:CXPY201717)。

1.2 诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中关于“腰肌劳损”的诊断标准。

慢性期:①患者既往有腰痛病史,时常发作并已经持续一段时间,病程≥15 d;②疾病发作时,一侧或两侧腰骶部自觉酸痛、隐痛、钝痛不适,时轻时重、缠绵不愈,常在劳累后加重,休息后缓解;③查体有按压痛,疼痛反应点的局部可触及条状或带状的肌肉组织;④日常生活或军事训练中,特别是弯腰时,腰部功能有异常,但不累及双下肢;⑤经核磁共振成像、X 射线等影像学检查,排除脊柱、体内脏器的器质性病变。

急性期:①患者近期腰痛加重,病程<15 d;②在军事训练中由于提拉、高攀、抬重物等立即出现腰部疼痛,大多呈持续性刺痛、剧痛,休息后缓解不明显;③查体时多拒按;④在日常生活或军事训练中,腰部功能活动受限,且累及双下肢;⑤经影像学检

查,排除脊柱、体内脏器的器质性病变。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:①符合上述诊断标准;②有腰部训练伤或长期进行力量性军事训练;③无明显的神经根压迫症状;④入组期间,停止其他可能会对本研究疗效评定有影响的治疗。

排除标准:①有腰部器质性病变史,如脊椎手术史、脊髓炎、骨折等;②患有心脑血管疾病、传染病等;③因泌尿生殖或其他系统疾病所引起的腰痛;④长期服用与本研究有关的药物或接受其他治疗方法不能停用者;⑤惧怕针刺、有晕针史、怀疑针刺疗法者。

1.4 脱落、剔除标准

①针刺过程中出现恐针、晕针等情况的,立即停止治疗;②在研究期间突发严重疾患如心肌梗死、骨折等;③依从性差,不能遵医嘱配合本研究;④病例录入有误或部分信息缺失。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 观察组

选穴:夹脊穴、双侧委中穴。施术方法:嘱患者仰卧,一侧下肢直腿抬高,委中穴常规消毒,选用环球牌针灸针,型号为 0.25 mm×40 mm,针尖朝向腘窝外侧,平刺进针 1.3~2.0 cm,行提插泻法,不留针,得气以针感传至趾部、下肢抽动 1 次为度,如法施针另一侧;再令患者俯卧,暴露腰部皮肤,常规消毒后采用型号为 0.30 mm×40 mm 的针灸针针刺双侧夹脊穴,进针 0.9~1.3 cm,行提插泻法,得气后留针 20 min,起针后拔火罐,施以走罐加留罐共 5 min 后结束治疗。隔天治疗 1 次,共治疗 6 次。

2.1.2 对照组

直刺委中穴 1.3~2.0 cm,得气后留针 20 min。余选穴、治疗方法及疗程同观察组。

2.2 观察指标

分别于首次、第 3 次、第 6 次治疗前后以视觉模拟评分法(VAS)评估患者腰痛情况。0 分:无疼痛;1~3 分:有轻微疼痛且能忍受;4~6 分:疼痛明显并影响睡眠,尚能忍受;7~10 分:疼痛剧烈难忍,影响睡眠和食欲。

观察记录两组患者治疗过程中出现的不良反应。

2.3 统计学方法

应用 SPSS 26.0 软件对数据进行统计学分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

因本研究患者身份的特殊性及各种主客观因素,治疗过程中不断有患者脱落,具体如下。

第 3 次治疗前:观察组急性期患者有 6 例因无故失约脱落,余 37 例,慢性期患者有 1 例因出任务无法继续治疗脱落,余 26 例;对照组急性期患者有 7 例因无故失约脱落,余 40 例,慢性期患者有 5 例因出任务无法继续治疗脱落,余 18 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。

第 6 次治疗前:观察组急性期患者脱落 7 例(5 例无故失约,1 例骨折,1 例休假),余 30 例,慢性期患者脱落 2 例(1 例无故失约,1 例出任务),余 24 例;对照组急性期患者因无故失约脱落 3 例,余 37 例,慢性期患者脱落 2 例(1 例休假,1 例无故失约),余 16 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。

3.1 两组急性期首次治疗前后 VAS 评分比较

首次治疗后,两组急性期患者 VAS 评分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

3.2 两组慢性期首次治疗前后 VAS 评分比较

首次治疗后,两组慢性期患者 VAS 评分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

3.3 两组急性期第 3 次治疗前后 VAS 评分比较

第 3 次治疗前,两组急性期患者 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组评分均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

3.4 两组慢性期第 3 次治疗前后 VAS 评分比较

组内比较,两组慢性期患者第 3 次治疗后的 VAS 评分均低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$);组间比较,观察组第 3 次治疗前评分即低于对照组($P<0.05$),故治疗后评分无可比性,数据无法获得,表格中以一字线“—”表示。见表 4。

表 1 两组急性期腰肌劳损患者首次治疗前后视觉模拟评分法得分($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	首次治疗前	首次治疗后	t 值	P 值
观察组	43	3.70 ± 1.28	1.67 ± 1.19	7.585	<0.001
对照组	47	3.52 ± 1.28	2.28 ± 1.21	4.796	<0.001
t 值		0.690	-2.377		
P 值		0.491	<0.001		

3.5 两组急性期第 6 次治疗前后 VAS 评分比较

第 6 次治疗前,两组急性期患者 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组评分均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

此外,两组急性期患者第 6 次治疗后的 VAS 评分低于首次治疗后($P<0.05$)。

3.6 两组慢性期第 6 次治疗前后 VAS 评分比较

组内比较,两组慢性期患者第 6 次治疗后的 VAS 评分均低于治疗前,差异有统计学意义($P<$

0.05);组间比较,观察组第 6 次治疗前评分即低于对照组($P<0.05$),故治疗后评分无可比性,数据无法获得,表格中以一字线“—”表示。见表 6。

此外,两组慢性期患者第 6 次治疗后的 VAS 评分低于首次治疗后($P<0.05$)。

3.7 不良反应情况

两组治疗期间均未出现不良反应。

4 讨论

多种军事训练项目都需要腰部肌肉的协同作用,腰肌主动收缩和被动牵拉尤为频繁。长期、高强

表 2 两组慢性期腰肌劳损患者首次治疗前后视觉模拟评分法得分($\bar{x}\pm s$,分)					
组别	例数	首次治疗前	首次治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	27	3.37±1.18	1.37±1.25	6.055	<0.001
对照组	23	3.83±1.27	2.39±0.99	4.283	<0.001
<i>t</i> 值		-1.315	-3.172		
<i>P</i> 值		0.195	<0.05		

表 3 两组急性期腰肌劳损患者第 3 次治疗前后视觉模拟评分法得分($\bar{x}\pm s$,分)					
组别	例数	第 3 次治疗前	第 3 次治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	37	2.46±0.93	1.00±0.78	7.304	<0.001
对照组	40	2.88±1.16	1.78±0.97	4.596	<0.001
<i>t</i> 值		-1.726	-3.832		
<i>P</i> 值		0.088	<0.001		

表 4 两组慢性期腰肌劳损患者第 3 次治疗前后视觉模拟评分法得分($\bar{x}\pm s$,分)					
组别	例数	第 3 次治疗前	第 3 次治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	26	2.69±1.05	1.00±0.85	6.394	<0.001
对照组	18	3.39±0.98	2.33±1.03	3.154	<0.05
<i>t</i> 值		-2.224	—		
<i>P</i> 值		<0.05	—		

表 5 两组急性期腰肌劳损患者第 6 次治疗前后视觉模拟评分法得分($\bar{x}\pm s$,分)					
组别	例数	第 6 次治疗前	第 6 次治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	30	2.13±0.86	0.60±0.56	8.167	<0.001
对照组	37	2.51±0.9	1.32±0.75	5.834	<0.001
<i>t</i> 值		-1.657	-4.391		
<i>P</i> 值		0.102	<0.001		

表 6 两组慢性期腰肌劳损患者第 6 次治疗前后视觉模拟评分法得分($\bar{x}\pm s$,分)					
组别	例数	第 6 次治疗前	第 6 次治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	24	2.46±0.98	0.83±0.48	7.308	<0.001
对照组	16	3.25±1.13	1.63±0.89	4.540	<0.001
<i>t</i> 值		-2.363	—		
<i>P</i> 值		<0.05	—		

度的军事训练极易超出腰肌的生理承受能力而引起腰肌纤维充血、渗出、肿胀的无菌性炎症,导致腰肌劳损。该病首要症状为疼痛,重者活动障碍,给官兵的日常生活训练带来诸多不便。腰肌劳损归属中医学腰痛范畴,病变部位在腰府,具体为腰部的肌肉、筋膜^[4-5],病因多为持物不当、剧烈运动等,军事训练中的闪、挫、扑、牵拉等动作均可损伤腰部经脉导致气血不通,不通则痛。腰背部循行经脉主要为膀胱经、督脉等,故治疗上可选夹脊、委中等穴。有文献指出,腰肌劳损可收录于委中穴的一级病谱中^[6]。“腰背委中求”语出明代《针灸大成》,指出委中穴对腰背部疾病有奇效。本研究采用针刺与拔火罐结合的治疗方式,先施针刺可以激发局部经气,疏通经络,通络止痛,继以拔罐则可达到祛风散寒、促进气血运行的目的。

施针的角度、深浅是影响疗效的重要因素,为筛选出最佳针刺方案,本研究在同一穴位施用不同手法。观察组所用的针刺法突出“窜、动、抽”的针感,即在针刺得气时出现肢体“窜动”,要求术者手法轻柔,轻巧、快速、少痛地激发得气针感,做到手下有感、心中有根,以达到得气速、起效速之目的。《针灸大成》云:“针若得气速,则病易痊而效亦速也”。针刺效果与得气快慢及针感的表现、强弱密切相关,得气越快,针感越强,效果越佳^[7]。石学敏院士最早提出“针刺手法量学四大要素”的理论,通过对针刺作用力的强弱、方向、施术时间等进行科学量化,客观系统阐述了针刺手法量学标准及其量效关系,并对这“四大要素”进行了科学界定,从而使针刺疗法更具规范性、重复性、可操作性^[8-10]。膮穴特异性作用受针刺参数的直接影响,选用最优刺激参数才能更充分有效地发挥膮穴特异性作用^[11-13]。

针刺作用的产生、发展、减退是一个连续过程。其规律通常是经过一段潜伏期后针刺作用开始产生,然后逐渐增强至高峰期,在峰值持续一段时间后逐渐回落到针刺前的状态,随着针刺次数迭加,疗效也随之增加,经过一段时间治疗后,其最终针刺效应才可以明显地呈现出来。针刺效应与起效时间之间的关系即是针刺作用的时效关系,它包括针刺的即刻效应与远期效应。本研究结果表明,两组患者治疗后的VAS评分低于治疗前,说明针刺治疗该病具有即刻效应;随着治疗次数的叠加,VAS评分逐渐下降,两组第6次治疗后的评分均低于首次治疗后,印证了针刺的远期效应。

本研究结果显示,两种治疗方案均对腰肌劳损有效,但急性期观察组的疗效均优于同时间点对照组,慢性期观察组首次治疗后的疗效亦优于对照组,说明针刺手法对疗效有一定影响。而第3次、第6次治疗前,慢性期观察组和对照组VAS评分比较,差异有统计学意义,故治疗后数据没有可比性,这可能与样本量较少有关,因此后续需要增加样本量做进一步研究。随着治疗推进,两组样本量均有不同程度减少,这提示我们今后要加强宣教,引导患者积极治疗。

本研究属于单中心、小样本的临床观察,由于患者群体的特殊性,治疗过程中脱落较多,有其局限性,但整体结果尚具有一定参考意义,然而其具体作用机制还需多中心、大样本的研究深入探讨。

[参考文献]

[1] 卢畅,费文超,纪世召,等. 海军某士官学校学员基层部队服役期间训练伤发生情况调查[J]. 解放军预防医学杂志,2017,35(1):16-18.

[2] 冯骊,上官绪智. 汉代军队医疗保障制度初探[J]. 河南大学学报(社会科学版),2006,46(3):123-130.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1—94[S]. 南京:南京大学出版社,1994.

[4] 张莉. 腰肌劳损应用针灸推拿综合疗法的临床研究[J]. 现代诊断与治疗,2014,25(18):4153-4154.

[5] 樊一桦,姜鉴航,张强,等. 中药外用治疗腰肌劳损的临床研究进展[J]. 吉林中医药,2016,36(12):1295-1298.

[6] 胡佳慧,方依依,鲁海,等. 委中穴的临证应用初探[J]. 针灸临床杂志,2018,34(11):64-67.

[7] 张强,孟祥刚,姚晶晶,等. 醒脑开窍针刺法的应用注意事项及快速激发针感技巧[J]. 吉林中医药,2020,40(9):1236-1238.

[8] 冯雅娟,贾晓沛,骆莉,等. 石学敏手法量学结合拮抗肌电针法对中风后痉挛性瘫痪的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2018,13(6):827-829,888.

[9] 卞金玲,张春红. 石学敏院士针刺手法量学的概念及核心[J]. 中国针灸,2003,23(5):287-289.

[10] 陈丹丹,侯献兵,申鹏飞. 石学敏院士以人迎为主穴治疗高血压病的经验浅析[J]. 上海针灸杂志,2016,35(7):780-781.

[11] 田光,孟智宏. 针刺合谷穴治疗中枢性面瘫量效关系研究[J]. 上海针灸杂志,2015,34(2):95-98.

[12] 李凌鑫,田光,孟智宏,等. 不同刺激量针刺合谷穴治疗缺血性脑卒中后中枢性面瘫:随机对照研究[J]. 中国针灸,2014,34(7):669-674.

[13] 傅俊钦,赵百孝. 以痛为膮治疗肌筋膜疼痛综合征针刺角度临床研究[J]. 吉林中医药,2011,31(5):426-429.

朱璉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

陈春华¹, 杨继波²

(1.南宁市第七人民医院脾胃科, 广西 南宁 530022; 2.钦州市中医医院脾胃科, 广西 钦州 535009)

[摘要] 目的:探讨朱璉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(IBS-C)的效果。方法:选取 100 例肝郁气滞型 IBS-C 患者,经随机数字表法分为观察组与对照组各 50 例。对照组接受常规西药治疗,观察组接受常规西药 + 朱璉针法 + 清肝怡神法(疏香灸 + 五行音乐疗法)治疗,均治疗 2 周。治疗后评估临床疗效,比较两组结肠分段通过时间、直肠对容量刺激的感觉阈值及不良反应发生情况。结果:治疗后,观察组临床总有效率 82.00%,对照组 44.00%,观察组疗效优于对照组($P<0.05$);观察组结肠分段通过时间短于对照组($P<0.05$),直肠对容量刺激的感觉阈值小于对照组($P<0.05$);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:朱璉针法联合清肝怡神法治疗肝郁气滞型 IBS-C 效果显著,可缩短结肠分段通过时间,降低直肠对容量刺激的感觉阈值,且未增加不良反应。

[关键词] 便秘型肠易激综合征;肝郁气滞;朱璉针法;清肝怡神法;疏香灸;五行音乐疗法;结肠分段通过时间;肛门直肠压力

[中图分类号] R246.174 [文献标志码] A [文章编号] 0257-358X(2023)02-0155-05
DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.010

Clinical Study of Constipation-dominant Irritable Bowel Syndrome of Liver Depression Qi Stagnation Type Treated by Zhulian Acupuncture and Qinggan Yishen Method

CHEN Chunhua¹, YANG Jibo²

(1.Department of Spleen and Stomach, Nanning Seventh People's Hospital, Nanning 530022, China; 2.Department of Spleen and Stomach, Qinzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Qinzhou 535009, China)

Abstract Objective: To investigate the effect of Zhulian acupuncture combined with Qinggan Yishen method in the treatment of liver depression qi stagnation type constipation-dominant irritable bowel syndrome (IBS-C). **Methods:** Total 100 patients with liver depression qi stagnation type IBS-C were divided into two groups by random number table method, 50 cases in observation group, 50 cases in control group. Patients in control group were given conventional western medicine treatment, and the patients in observation group were given conventional western medicine, Zhulian acupuncture and Qinggan Yishen method (Shuxiang moxibustion and traditional Chinese medicine five tones therapy), both groups were treated for 2 weeks. For evaluating the clinical

[收稿日期] 2021-09-14
[基金项目] 广西壮族自治区中医药局科研课题(编号:GZZC2019250);广西中医药适宜技术开发与推广项目(编号:GZSY20-69)
[作者简介] 陈春华(1982—),女,广西玉林人,医学硕士,副主任医师,主要从事脾胃科临床工作。电话:15177183208;邮箱:17891106@qq.com。

efficacy,the transit time of colon segment and the sensory threshold of rectum to volume stimulation were measured and compared. Adverse reactions of the two groups during treatment were recorded and compared. **Results:**After treatment,the effect rate of the observation group was 82.00%,higher than that of the control group,which was 44.00%. The difference was statistically significant($P<0.05$). The colon segment transit time of the observation group was shorter than that of the control group($P<0.05$). The sensory threshold of rectal volume stimulation in the observation group was lower than that in the control group($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the adverse effect between two groups($P>0.05$). **Conclusions:** The effect of Zhulian acupuncture combined with Qinggan Yishen method in the treatment of patients with liver depression qi stagnation type IBS-C is significant,which can shorten the colon segment transit time, reduce the rectal sensory threshold of volume stimulation,with less adverse reactions.

Keywords constipation -dominant irritable bowel syndrome;liver depression qi stagnation type;Zhulian acupuncture;Qinggan Yishen method;Shuxiang moxibustion;five elements music therapy;colon segmental transit time;anorectal pressure

作为常见功能性肠病,肝郁气滞型便秘型肠易激综合征(constipation-dominant irritable bowel syndrome,IBS-C)的病因目前仍未完全阐明,治疗也尚处于研究阶段,仍无统一治疗方案。乳果糖是现阶段西医通便治疗中效果较佳的药物之一,文献指出,乳果糖能够刺激结肠蠕动,改善患者的便秘程度^[1]。但是单纯的乳果糖治疗肝郁气滞型 IBS-C 获益并不十分理想,还应联合其他药物使用,以提升整体获益。中医学认为,IBS-C 基本病机为肝郁气滞,郁而化火,痰凝阻滞,治疗应以疏肝理气为主^[2]。朱璘针法、清肝怡神法是中医治疗常见手段,前者可唤起机体功能正常兴奋,改善患者生理功能,对肝郁气滞型 IBS-C 有一定治疗效果^[3];清肝怡神法主要由疏香灸和五行音乐疗法组成,已被研究证实对肝郁气滞型功能性胃肠病具有较好的治疗效果^[4]。但关于两者联合治疗肝郁气滞型 IBS-C 的研究较少,是以本研究主要观察朱璘针法联合清肝怡神法对肝郁气滞型 IBS-C 患者的影响,以期为本病的中医治疗提供更多可能。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2019 年 4 月至 2020 年 10 月于南宁市第七人民医院和广西钦州市中医医院就诊的 100 例肝郁气滞型 IBS-C 患者,经随机数字表法分为观察组与对照组各 50 例。对照组男 21 例,女 29 例;年龄 42~53 岁,平均(48.12±2.01)岁;病程 1~6 年,平均

(3.52±0.62)年。观察组男 23 例,女 27 例;年龄 42~53 岁,平均(47.89±2.11)岁;病程 1~6 年,平均(3.43±0.68)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究获得南宁市第七人民医院伦理委员会批准(伦理编号:MR-45-21-014406),患者与家属对研究知情,并签署研究知情同意书。

1.2 纳入标准

①西医诊断符合《内科学》^[5]关于 IBS-C 的诊断标准。②中医诊断符合《肠易激综合征中西医结合诊治方案(草案)》^[6]中 IBS-C 肝郁气滞证标准。主症:便秘,欲便不畅,便下艰难;胸肋或少腹胀满窜痛,烦躁易怒。次症:肠鸣矢气,嗳气呃逆,食少纳差,后重窘迫,失眠多梦。舌脉:舌苔薄腻、薄白或薄黄,脉弦,或弦紧、弦数、弦缓。③入组前 1 个月内均未接受任何治疗。④均为慢传输型便秘。⑤自愿参与本次研究。

1.3 排除标准

①合并肠道疾病;②有消化道手术史;③正在使用精神类药物、抑酸剂等影响胃肠功能的药物;④合并器质性疾病;⑤合并传染性疾病或感染;⑥合并恶性肿瘤;⑦精神异常影响治疗依从性;⑧因药物不良反应引起的便秘。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组

接受常规西药治疗:口服乳果糖口服溶液(大连

美罗中药厂,生产批号 20181212,规格为每支 10 mL),1 支/次,日 3 次,连续口服 2 周。

2.1.2 观察组

接受常规西药 + 朱璣针法 + 清肝怡神法治疗,疗程为 2 周。常规西药治疗方法同对照组。

朱璣针法:选穴足三里、上巨虚,选用 50 mm 毫针,采用缓慢捻进针法,用右手拇指、示指、中指的指面“指实”执针,将针尖近、轻、稳地落在穴位处的皮肤上,针尖接触皮肤后,要“指虚”执针,停停捻捻,捻捻停停,捻时指虚,停时指实,指实、指虚交替运用,并稍加压力,逐渐将针捻进皮肤,当患者出现胀重、麻或触电样感觉后,留针 30 min。2 个穴位进针时间间隔 10 min,日 1 次。

清肝怡神法:将柴胡、紫苏叶、莱菔子、麦芽、火麻仁、枳壳、青皮等中药材打碎后去渣制成药饼(厚度 0.5 cm,直径 2 cm),烘干备用,取直径约为 1 cm 的艾炷放置于药饼上,在患者足三里、上巨虚、三阴交、太冲、天枢、中脘处点燃艾炷,5 壮/穴,6 穴/次,日 1 次;同时指导患者接受五行音乐疗法治疗,1 h/d。

2.2 观察指标

2.2.1 结肠分段通过时间

治疗结束 2 d 后嘱患者晨起吞服 2 个含有 20 个不透 X 线标志物的胶囊,并于服下后 24 h、48 h、72 h 接受腹部 X 线扫描,直至 20 个标志物全部排出,X 线扫描时间≤7 d。读片方法:作胸椎棘突与第五腰椎棘突连线,并作第五腰椎棘突向盆骨出口两侧的切线,将大肠分为右半结肠、左半结肠、直肠乙状结肠^[7]。经以下公式计算结肠分段通过时间:CTT=1.2∑ni(*i*:服下标志物的天数;*ni*:第 *i* 天指定区域内标志物的数量)。

2.2.2 直肠对容量刺激的感觉阈值

治疗结束 1 d 后,晨起经开塞露或灌肠排空肠内粪便,指导患者取左侧屈膝卧位,扩肛后插入导管并连接电子气压泵,以 38 mL/h 的速度向导管气囊内注气,注气梯度为 20 mL,记录两组患者直肠对容量刺激的初始感觉阈值及排便阈值。

2.2.3 不良反应发生情况

记录两组患者治疗期间不良反应发生情况,包括腹胀、腹痛、腹泻(每日排便在 3 次以上,便稀或不成形)。

2.3 疗效标准

根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]评估临床疗效。采用尼莫地平法计算中医证候积分改善率,治疗后中医证候积分改善率=(治疗前中医证候总积分 - 治疗后中医证候总积分)/治疗前中医证候总积分×100%。中医证候积分改善率>90%为痊愈,中医证候积分改善率 75%~90%为显效,中医证候积分改善率≥50%但<75%为有效,中医证候积分改善率<50%或病情继续进展者为无效。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件进行统计学分析,计量资料均经 Shapiro-Wilk 正态性检验,呈正态分布以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间用独立样本 *t* 检验比较;计数资料用%表示,采用 χ^2 检验比较,若期望值<5,采用连续校正检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组临床疗效比较

治疗 2 周后,观察组临床总有效率 82.00%,对照组 44.00%,观察组疗效优于对照组($P<0.05$)。见表 1。

3.2 两组结肠分段通过时间比较

治疗 2 周后,观察组结肠分段通过时间短于对照组($P<0.05$)。见表 2。

3.3 两组直肠对容量刺激的感觉阈值比较

治疗 2 周后,观察组直肠对容量刺激的感觉阈值小于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 1 两组肝郁气滞型便秘型肠易激综合征患者临床疗效比较						
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	50	23(46.00)	10(20.00)	8(16.00)	9(18.00)	41(82.00)
对照组	50	10(20.00)	8(16.00)	4(8.00)	28(56.00)	22(44.00)
χ^2 值						15.487
<i>P</i> 值						<0.001

表 2 两组肝郁气滞型便秘型肠易激综合征患者结肠分段通过时间比较($\bar{x} \pm s$, h)				
组别	例数	右半结肠	左半结肠	直肠乙状结肠部位
观察组	50	6.43 ± 3.12	12.35 ± 4.69	14.74 ± 5.95
对照组	50	8.46 ± 4.11	18.42 ± 6.74	18.13 ± 7.01
<i>t</i> 值		2.782	5.227	2.607
<i>P</i> 值		0.007	<0.001	0.011

3.4 两组不良反应发生情况比较

治疗期间,两组腹痛、腹胀、腹泻发生情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 4。

4 讨论

目前,IBS-C 的临床治疗效果并不理想,西医治疗通常采用传统泻药、胃肠动力药等。其中,泻药仅适用于轻中度便秘患者,对重度便秘改善效果不佳^[9]。因此,采取合理、有效的治疗方式,减轻患者病情程度、减少反复发作次数是当前临床亟需解决的问题。肝郁气滞型 IBS-C 的治疗仍以改善患者临床症状、减少复发为主^[10]。乳果糖是常用治疗药物,具有疗效佳、便捷、经济等优势,现已在临床上得到广泛应用^[11]。但有研究表明,乳果糖可导致腹胀、腹痛、腹泻等多种不良反应,不利于预后^[12]。且大部分肝郁气滞型 IBS-C 患者病程长、病情严重,治疗难度大,单独使用乳果糖治疗可能无法获得理想效果。肠道动力异常是肝郁气滞型 IBS-C 发生的重要病理基础,患者肠道动力不足,致结肠传输时间显著延长,出现便秘^[13]。此外,研究指出,多数 IBS-C 患者对直肠扩张的感觉出现异常^[14]。因此,找到一种可以辅助常规西药治疗、帮助患者改善肠道动力变化及直肠对容量刺激感觉的治疗方案,对延缓病情发展,提高疗效具有重要意义。

中医学认为,肝郁气滞型 IBS-C 的发生、发展多因肝郁化火致使患者肝气不调、肠腑不通^[15]。朱璉针法是中国中医科学院针灸研究所创始人朱璉所

创,朱教授独创埋针技术、缓慢捻进针法,改进艾卷灸法,重视指针点按术等^[16]。目前朱璉针法在治疗肥胖型多囊肿巢综合征、慢性咽炎、缺血性卒中偏瘫、神经根性颈椎病等疾病中的安全性及有效性已得到证实^[17-20]。区别于传统针刺手法,朱璉针法以高级中枢神经活动学说及现代神经学说为基础。其中缓慢捻进针法可予以中枢神经良性刺激,通过下丘脑-垂体-腺体轴改善肝郁气滞型 IBS-C 患者胃肠道功能,同时可在传统针刺得气基础上促进神经传导作用。清肝怡神法中的疏香灸可有效调理气机、通腑降浊;作为音乐疗法的一种,五行音乐疗法能够身心俱调,具有健脾助运、镇静安神的功效^[21-22]。本研究结果显示,观察组结肠分段通过时间均短于对照组,直肠对容量刺激的感觉阈值均小于对照组,表明联合使用朱璉针法、清肝怡神法治疗肝郁气滞型 IBS-C,可缩短患者结肠运输时间,提高胃肠动力,改善直肠对容量刺激的感觉。分析其原因,朱璉针法进针缓慢,可对经络产生和缓而持久的刺激^[23];所取足三里、上巨虚两穴是足阳明胃经的主要穴位,刺激后可促进患者的胃肠道蠕动,进而缩短结肠分段通过时间。清肝怡神法中的疏香灸主要采用柴胡、青皮、枳壳等药,其中柴胡可解表、疏肝、升阳,青皮能够疏肝破气、消积化滞,枳壳可理气宽中、行滞消胀,莱菔子具有下气、祛痰、消食化积的作用,诸药合用,疏肝理气,治病求因^[24];太冲穴具有疏肝、平肝的作用,配伍足三里、上巨虚、三阴交、天枢、中脘诸穴,则可安神理气、清肝健脾、通润大便^[25]。清肝怡神法中的五行音乐疗法以阴阳平衡、五脏相因为理论基础,可健脾助运^[26];有研究指出,音乐可经声波对人的大脑产生一定刺激,进而促使机体释放利于健康的激素,调节机体正常生理功能^[27]。在临床疗效方面,本研究结果显示,观察组疗效优于对照组,提示经朱璉针法、清肝怡神法联合治疗肝郁气滞型 IBS-C 可显著提高疗效,这一结果与结肠分段通过时间缩短、直肠对容量刺激的感觉改善息息相关,可见朱璉针法联合清肝怡神法在肝郁气滞型 IBS-C 治疗中具有较高应用价值。此外,在不良反应方面,本研究结果显示,两组腹痛、腹胀、腹泻发生率比较,差异无统计学意义,表明朱璉针法联合清肝怡神法治疗肝郁气滞型 IBS-C 未增加不良反应,安全性较好。

表 3 两组肝郁气滞型便秘型肠易激综合征患者直肠对容量刺激的感觉阈值比较($\bar{x}\pm s$,mL)

组别	例数	初始感觉阈值	排便阈值
观察组	50	56.31±10.12	70.51±10.56
对照组	50	60.64±10.59	78.34±12.64
<i>t</i> 值		2.090	3.362
<i>P</i> 值		0.039	0.001

表 4 两组肝郁气滞型便秘型肠易激综合征患者不良反应发生情况比较

组别	例数	腹胀	腹痛	腹泻
观察组	50	3(6.00)	4(8.00)	2(4.00)
对照组	50	1(2.00)	2(4.00)	1(2.00)
χ^2 值		0.260	0.177	<0.001
<i>P</i> 值		0.610	0.674	1.000

综上所述,朱璉针法联合清肝怡神法治疗肝郁气滞型 IBS-C 效果显著,可缩短结肠分段通过时间,降低直肠对容量刺激的感觉阈值,提高疗效的同时不会增加不良反应,值得临床推广。

[参考文献]

[1] 晋颖,冯晓洁,冯世兵,等. 舒泰清联合乳果糖治疗老年性便秘的疗效分析[J]. 实用老年医学,2017,31(2):172-174.

[2] DAI L,ZHONG L L,JI G. Irritable bowel syndrome and functional constipation management with integrative medicine:a systematic review[J]. World J Clin Cases,2019,7(21):3486-3504.

[3] 张立剑,刘兵,徐青燕,等. 朱璉针灸教育理念与实践[J]. 中国针灸,2014,34(8):813-816.

[4] 陈春华. 清肝怡神法治疗功能性胃肠病的规范化研究[J]. 中国中西医结合消化杂志,2016,24(10):783-785.

[5] 葛均波,徐永健,王辰. 内科学[M]. 9 版. 北京:人民卫生出版社,2018:386.

[6] 陈治水,张万岱,危北海,等. 肠易激综合征中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2005,13(1):65-67.

[7] ARHAN P,DEVROEDE G,JEHANIN B,et al. Segmental colonic transit time[J]. Dis Colon Rectum,1981,24(8):625-629.

[8] 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,2002:139.

[9] CAMILLERI M,FORD A C. Irritable bowel syndrome: pathophysiology and current therapeutic approaches[J]. Handb Exp Pharmacol,2017,39(239):75-113.

[10] MEARIN F,CIRIZA C,MINGUEZ M,et al. Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults:treatment(Part 2 of 2)[J]. Aten Primaria,2017,49(3):177-194.

[11] 麦伟政,黄燕灵,黄海坤. 伊托必利联合乳果糖对便秘型肠易激综合征患者 5-HT、MOT 及 VIP 表达水平的影响[J]. 国际消化病杂志,2019,39(3):228-231.

[12] 马银芬,陈萍. 乳果糖口服液联合复方嗜酸乳杆菌片用于妇科术前肠道准备的安全性及有效性[J]. 中国临床药理学杂志,2017,26(5):291-295.

[13] 冯小丽,伍小鱼. 奥替溴铵联合益生菌对腹泻型肠易激综合征患者胃动素及血管活性肠肽水平的影响[J]. 医疗装备,2019,32(22):118-119.

[14] CHOI Y J,KIM N,YOON H,et al. Overlap between irritable bowel syndrome and functional dyspepsia including subtype analyses[J]. J Gastroenterol Hepatol,2017,32(9):1553-1561.

[15] MACPHERSON H,TILBROOK H,AGBEDJRO D,et al. Acupuncture for irritable bowel syndrome:2-year follow-up of a randomised controlled trial[J]. Acupunct Med,2017,35(1):17-23.

[16] 刘冬,夏有兵. 针灸医家承淡安与朱璉的比较研究[J]. 中医学报,2017,32(4):687-689.

[17] 岳进,易蕾,方誉,等. 朱璉针法对肥胖型多囊卵巢综合征患者性激素和代谢水平及卵巢形态和功能的影响[J]. 广西医学,2020,42(21):2759-2763.

[18] 庞瑞康,商志浩,芮靖琳,等. 朱璉“兴奋”Ⅱ型针刺手法治疗慢性咽炎的临床疗效观察[J]. 广西医学,2020,42(22):2894-2897.

[19] 李冬梅. 朱璉针灸兴奋法应用于缺血性中风偏瘫的临床效果探讨[J]. 按摩与康复医学,2021,12(8):8-10.

[20] 黄志毅,麦璧连. 朱璉抑制Ⅱ型针法配合旋提手法治疗神经根型颈椎病的临床疗效分析[J]. 反射疗法与康复医学,2020,29(14):28-30.

[21] WANG T W,XU C,PAN K L,et al. Acupuncture and moxibustion for chronic fatigue syndrome in traditional Chinese medicine:a systematic review and meta-analysis[J]. BMC Complement Altern Med,2017,17(1):163.

[22] 王晓红,于斯文,袁敏哲. 针刺联合五行音乐治疗肝气郁结型抑郁症疗效及安全性评价[J]. 山东中医杂志,2016,35(3):207-209.

[23] 范郁山,刘署鹏. 缓慢捻进法配合壮医药线点灸治疗心脾两虚型不寐 30 例[J]. 中医药导报,2010,16(6):85-86.

[24] 陈春华. 疏香灸治疗便秘型肠易激综合征中医临床规范化研究[J]. 吉林中医药,2016,36(5):472-474.

[25] 罗莎,林寿宁,陈春华. 疏香灸法治疗便秘型肠易激综合征肝郁气滞证临床研究[J]. 长春中医药大学学报,2013,29(2):205-206.

[26] 卜秀梅,王雪,董博,等. 中医五音疗法对肠易激综合征病人负性情绪的影响[J]. 护理研究,2015,29(24):3029-3030.

[27] 王梁敏,胡海荣,季坤,等. 浅谈五音疗法在中医情志护理中的应用[J]. 环球中医药,2018,11(12):1987-1989.

醒脑通督针法联合化痰通络汤治疗中风偏瘫临床研究

娄艳芳,都文渊,姚建景

(石家庄市中医院,河北 石家庄 050011)

[摘要] 目的:探究醒脑通督针法联合化痰通络汤、肌电生物反馈疗法(EMGBFT)对中风偏瘫患者的影响。方法:将 164 例中风偏瘫患者随机分为对照组 53 例、观察一组 55 例、观察二组 56 例。对照组采用 EMGBFT 方法治疗,观察一组采用化痰通络汤和 EMGBFT 治疗,观察二组采用醒脑通督针法联合化痰通络汤、EMGBFT 治疗。检测患者神经功能、关节活动度、肢体功能、运动功能、中医证候积分,统计临床疗效及不良反应发生情况。结果:治疗后,三组患者血清神经生长因子(NGF)、脑源性神经营养因子(BDNF)水平及关节活动度、肢体功能评分、运动功能评分高于治疗前($P<0.05$),中医证候积分低于治疗前($P<0.05$);且以上指标,观察一组表现优于对照组($P<0.05$),观察二组表现优于对照组、观察一组($P<0.05$);总有效率,对照组 73.58%,观察一组 81.82%,观察二组 96.43%,三组疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$);三组不良反应发生情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:醒脑通督针法联合化痰通络汤、EMGBFT 可明显改善中风偏瘫患者的肢体运动功能,且安全性良好。

[关键词] 醒脑通督针法;化痰通络汤;肌电生物反馈;中风偏瘫;肢体功能

[中图分类号] R246.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2023)02-0160-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.011

Clinical Study on Treatment of Stroke Hemiplegia by Xingnao Tongdu Acupuncture Combined with Huatan Tongluo Decoction(化痰通络汤)

LOU Yanfang, DU Wenyuan, YAO Jianjing

(Shijiazhuang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050011, China)

Abstract Objective: To explore the effect of Xingnao Tongdu acupuncture combined with Huatan Tongluo Decoction(化痰通络汤) and electromyography biofeedback therapy(EMGBFT) on apoplectic hemiplegia patients. **Methods:** A total of 164 apoplectic hemiplegia patients were randomly divided into three groups, 53 patients in control group treated with EMGBFT, 55 in observation A group treated with EMGBFT and Huatan Tongluo Decoction and 56 in observation B group treated with EMGBFT, Huatan Tongluo Decoction combined with Xingnao Tongdu acupuncture. The method to verify the efficacy is to detect the patient's nerve function, joint mobility, limb function, motor function, traditional Chinese medicine(TCM) syndrome score, to count the clinical efficacy and adverse reactions. **Results:** The levels of serum nerve growth factor(NGF), brain derived neurotrophic factor(BDNF), joint mobility, limb function score and motor assessment score in the three groups were higher than those before treatment($P<0.05$), and TCM syndrome

[收稿日期] 2021-10-04
[基金项目] 河北省中医药管理局科研计划项目(编号:ZL20180008)
[作者简介] 娄艳芳(1978—),女,河北保定人,医学硕士,副主任医师,主要从事神经系统疾病的诊治工作。电话:17731229661;邮箱:ol5li5@163.com。

score was lower than before treatment($P<0.05$). And the above indicators from the observation A group were better than those in the control group($P<0.05$). The above indicators from observation B group were better than the control group and observation A group($P<0.05$). Total response rate,73.58% in the control group,81.82% in the observation A group,96.43% in the observation B group,and the differences among the three groups were statistically significant($P<0.05$). The occurrence of adverse reactions in the three groups showed no statistically significant difference($P>0.05$). **Conclusion:** Xingnao Tongdu acupuncture combined with Huatan Tongluo Decoction and EMGBFT can significantly improve the limb function of apoplectic hemiplegia patients with less adverse effects.

Keywords Xingnao Tongdu acupuncture;Huatan Tongluo Decoction;electromyographic biofeedback therapy;apoplectic hemiplegia;limb function

偏瘫是中风最常见的并发症,临床表现多为肢体功能失常,严重影响患者日常生活。当前,中西医结合治疗中风偏瘫逐渐受到学界关注,其治疗效果获得广泛认可。肌电生物反馈疗法(EMGBFT)通过反馈肌电信号刺激大脑皮质,进行肌肉训练,恢复患者对肌肉的控制^[1-2],可一定程度上改善患者症状,但整体治疗效果并不理想。化痰通络汤可减轻神经系统损伤后遗症,治疗肢体肌群的中枢性瘫痪^[3-4]。醒脑通督针法可促进患者肢体功能恢复,缓解因神经损伤而产生的功能异常,提高患者日常生活能力^[5-6]。基于上述背景,本研究以醒脑通督针法联合化痰通络汤、EMGBFT 治疗中风偏瘫,报道如下。

1 资料

1.1 一般资料

选择 2018 年 3 月至 2020 年 3 月石家庄市中医院接诊的 164 例中风偏瘫患者为研究对象,按照随机数字表法分为对照组 53 例、观察一组 55 例、观察二组 56 例。对照组男 23 例,女 30 例;年龄 60~64 岁,平均(58.90±2.00)岁;病程 1.5~3.5 年,平均(2.38±1.00)年。观察一组男 24 例,女 31 例;年龄 59~63 岁,平均(57.95±2.00)岁;病程 2.0~3.0 年,平均(2.38±0.50)年。观察二组男 28 例,女 28 例;年龄 58~64 岁,平均(57.95±3.00)岁;病程 2.0~2.5 年,平均(2.14±0.25)年。三组患者性别、年龄、病程等基础资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。全部患者与其家属均签署知情同意书,石家庄市中医院伦理委员已批准本研究(批准号:ZYY-2018-42A)。

1.2 诊断标准

西医诊断参照《中国脑血管病防治指南》^[7]相关

标准执行;中医诊断及辨证标准参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[8]执行。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:对本研究无严重抵触心理;无酗酒、吸烟等不良习惯;年龄<75 岁;符合以上诊断与辨证标准。

排除标准:存在严重智力障碍;患精神疾病;肝肾功能异常;患心脏疾病;合并呼吸衰竭。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组采用 EMGBFT 治疗,将生物反馈治疗仪的电极放置于患者肢体瘫痪部位的肌肉表面。患者一般采取平卧位或坐位,对治疗部位进行消毒处理后将电极片负极放置于近心处,正极放置于远心处,在两者之间放置干扰电极,设定肌电生物阈值范围为 75%~88%,监督患者进行手指、腕、肩、肘等关节活动,利用治疗仪绘制出声音、图像信号。当仪器亮绿灯时,鼓励患者进行关节处伸展;黄灯时,提供相应的电刺激,迫使主动收缩肌群增强收缩能力,并缓慢增大伸展幅度。肌肉锻炼每次持续 6~9 min,每天累计 30 min。

观察一组在对照组的基础上加服化痰通络汤,方剂组成:郁金、茯苓、丹参各 15 g,川芎、半夏、石菖蒲、白术、红花、地龙各 10 g。水煎至 150 mL,日 1 剂,分早、晚两次温服。以 7 d 为 1 个疗程,共治疗 4 个疗程。

观察二组在观察一组的基础上加用醒脑通督针法进行治疗,选穴百会、风府、陶道、长强、夹脊等。风府,在下颌位置逐渐刺进 2.67~4.00 cm,得气后不实行补泻操作;百会、夹脊穴,斜刺 2.00~2.33 cm,

其中第 2 腰椎至第 1 骶椎处的夹脊穴可斜刺 2.00~2.66 cm,行平补平泻法;长强,先行斜刺,保持针尖朝上,与骶骨水平,刺进 1.33~2.66 cm,得气后,与百会穴同步捻转 1 min 左右;陶道,保持针尖朝上,斜刺 2.00~2.66 cm,得气后行平补平泻法。以上诸穴得气后均留针 30 min。日 1 次,治疗 8 次后休息 2 d,共 24 次。

2.2 观察指标

2.2.1 神经功能指标

治疗前、后分别抽取患者清晨空腹静脉血,以离心半径 5 cm、转速 3000 r/min 离心处理 10 min,分离上层血清,-80 ℃保存待检。采用酶联免疫吸附法检测血清中脑源性神经营养因子(BDNF)、神经生长因子(NGF)水平。试剂盒由江西艾博因生物科技有限公司提供,货号:IB-E10027;酶标仪由山东莱恩德智能科技有限公司提供,型号:LD-96A。

2.2.2 关节活动度^[9]

观察三组患者治疗前后腕关节、踝关节活动度。腕关节:肩保持水平,屈肘 90°,腕关节主动背伸,测定活动范围(0°~45°);踝关节:屈髋、屈膝,踝关节主动背伸,测定活动范围(0°~25°)。

2.2.3 肢体功能与运动功能

采用 Fugl-Meyer 评分评估患者肢体功能,包括上肢、下肢、手评分。上肢评分为 0~33 分,手评分为 0~33 分,下肢评分为 0~34 分,总分 0~100 分。得分越高,功能越好。

采用改良 Ashworth 评分(MAS)评估患者运动功能,包括肘屈肌功能、膝伸肌功能、日常活动能力。日常活动能力总分 0~100 分,肘屈肌、膝伸肌功能为 0~20 分。得分越高,功能越好。

2.2.4 中医证候积分

记录三组患者治疗前后中医证候积分,主要症状包括口眼歪斜、面色晦暗、口齿不清、胸闷气短、上下肢行动不便等,每项分值 0~4 分,总分为 0~20

分,总分越高,病情越严重^[10]。

2.2.5 不良反应

统计治疗过程中患者出现的不良事件,包括头痛、恶心、呕吐。

2.3 疗效标准^[10]

治愈:精神状态正常,病残程度 0 级,生活自理能力明显增强;缓解:精神状态正常,病残程度 1~2 级,生活自理能力有一定程度改善;无效:精神状态未恢复,病情恶化或出现其他疾病,无生活自理能力。总有效率=(治愈例数+缓解例数)/总例数×100%。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计软件进行分析处理。符合正态分布的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 描述,两组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料采用频数和百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 三组神经功能比较

治疗前三组患者血清 NGF、BDNF 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,三组患者血清 NGF、BDNF 水平均升高,且观察一组高于对照组,观察二组高于对照组、观察一组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

3.2 三组关节活动度比较

治疗前三组患者腕关节、踝关节活动度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,三组患者腕关节、踝关节活动度均优于治疗前,且观察一组优于对照组,观察二组优于对照组、观察一组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

3.3 三组肢体功能比较

治疗前,三组患者上肢、下肢、手评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后三组患者上肢、下肢、手评分均高于治疗前,且观察一组高于对照组,观察二组高于对照组、观察一组,差异均有统计学意

表 1 三组中风偏瘫患者神经功能指标比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	例数	血清神经生长因子/(pg·mL ⁻¹)		血清脑源性神经营养因子/(μg·L ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	53	116.08±10.26	121.38±11.36 [*]	6.25±0.62	7.08±0.71 [*]
观察一组	55	115.95±11.29	133.52±12.45 ^{*#}	6.30±0.67	9.32±0.89 ^{*#}
观察二组	56	114.96±10.78	155.96±14.37 ^{*#△}	6.28±0.59	12.37±1.03 ^{*#△}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$;与观察一组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

义($P<0.05$)。见表 3。

3.4 三组运动功能比较

治疗前,三组患者 MAS 中肘屈肌、膝伸肌、日常活动能力得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,三组患者肘屈肌功能、膝伸肌功能、日常活动能力得分均高于治疗前,且观察一组高于对照组,观察二组高于对照组、观察一组,差异均有统计学意

义($P<0.05$)。见表 4。

3.5 三组中医证候积分比较

治疗前,三组患者中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后三组患者中医证候积分均低于治疗前,且观察一组低于对照组,观察二组低于对照组、观察一组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 2 三组中风偏瘫患者关节活动度比较($\bar{x}\pm s$)					
组别	例数	腕关节		踝关节	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	53	2.39°±0.23°	15.37°±1.48°*	1.37°±0.15°	10.35°±1.08°*
观察一组	55	2.42°±0.21°	20.37°±2.14°*#	1.40°±0.14°	13.59°±1.10°*#
观察二组	56	2.37°±0.19°	26.82°±2.32°*#△	1.35°±0.15°	19.57°±1.77°*#△

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,# $P<0.05$;与观察一组治疗后比较,△ $P<0.05$ 。

表 3 三组中风偏瘫患者肢体功能比较($\bar{x}\pm s$,分)							
组别	例数	上肢评分		下肢评分		手评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	53	21.10±2.18	25.76±2.41*	14.01±1.29	16.79±1.56*	18.16±1.37	20.88±2.01*
观察一组	55	20.98±2.07	36.98±3.59*#	13.98±1.23	20.18±2.11*#	18.54±1.29	25.96±2.73*#
观察二组	56	21.12±2.15	50.33±5.78*#△	14.03±1.21	25.37±2.76*#△	18.32±1.33	31.98±3.02*#△

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,# $P<0.05$;与观察一组治疗后比较,△ $P<0.05$ 。

表 4 三组中风偏瘫患者运动功能比较($\bar{x}\pm s$,分)							
组别	例数	肘屈肌功能		膝伸肌功能		日常活动能力	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	53	10.33±1.08	15.17±1.32*	8.02±0.78	10.57±1.32*	64.01±6.12	74.56±7.39*
观察一组	55	10.66±1.12	20.32±1.97*#	8.07±0.75	14.28±1.41*#	63.89±6.34	80.77±8.09*#
观察二组	56	10.58±1.12	26.37±2.43*#△	7.98±0.77	20.88±2.01*#△	62.98±6.14	89.32±8.45*#△

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,# $P<0.05$;与观察一组治疗后比较,△ $P<0.05$ 。

表 5 三组中风偏瘫患者中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)			
组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	53	13.21±1.03	10.15±0.88*
观察一组	55	13.45±1.07	8.21±0.73*#
观察二组	56	13.67±1.11	4.69±0.39*#△

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,# $P<0.05$;与观察一组治疗后比较,△ $P<0.05$ 。

3.6 三组临床疗效比较

总有效率,对照组 73.58%,观察一组 81.82%,观察二组 96.43%,三组疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 6。

3.7 三组不良反应比较

对照组、观察一组、观察二组分别有 2 例、3 例、4 例患者出现不良反应,三组不良反应发生情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 7。

4 讨论

中风患者在发病后常出现神经功能受损,继而引发偏瘫^[11]。目前常规治疗手段为 EMGBFT 治疗,或联合药物治疗,虽能够缓解患者临床症状,但对运动功能的恢复作用并不明显。因此,本研究采取醒脑通督针法联合化痰通络汤、EMGBFT 共同治疗中风偏瘫。结果显示,三者联合的治疗效果更佳,可减轻患者的神经损伤,增强关节活动度,改善肢体与运

表 6 三组中风偏瘫患者临床疗效比较					例(%)
组别	例数	治愈	缓解	无效	总有效
对照组	53	34(64.15)	5(9.43)	14(26.42)	39(73.58)
观察一组	55	41(74.55)	4(7.27)	10(18.18)	45(81.82)
观察二组	56	52(92.86)	2(3.57)	2(3.57)	54(96.43)
χ^2 值					6.143
P 值					0.013

表 7 三组中风偏瘫患者不良反应比较					
组别	例数	头痛/例	恶心/例	呕吐/例	不良反应发生率/%
对照组	53	1	1	0	3.77
观察一组	55	1	1	1	5.45
观察二组	56	1	2	1	7.14
χ^2 值					0.594
P 值					0.441

动功能,促进患者病情康复。

EMGBFT 可捕捉肌电信号并进行放大、叠加,输出为能够被患者观察、记录的视讯信号,将体外感觉和运动反馈进行连接,同时根据患者反馈讯号的不同,进行相应程度的锻炼,使大脑皮质受到反复刺激,产生条件反射,促进机体康复^[12-13]。本研究结果显示,EMGBFT 可抑制患者肌肉挛缩,增强患者对四肢肌肉的控制,提高关节活动度。

研究表明,化痰通络汤能够扩张血管,改善血液循环,促进病变侧脑细胞恢复;并能去除机体中的氧自由基,扼制其对脑组织的损害,保护神经元^[14-15]。化痰通络汤有调神通络、祛风化痰之效,方中石菖蒲可滋阴潜阳、醒脑开窍,丹参、红花活血调经,地龙平肝息风,白术、茯苓、半夏健脾化痰,郁金、川芎活血化痰、祛风止痛。醒脑通督针法取穴以督脉穴位为主、夹脊穴为辅,以健脑补肾、益精填髓、醒脑通督、疏经通络为治则,通过调脑神、通督脉、安心神实现阴阳平衡、形神协调,改善患者临床症状,加速脏腑、肢体功能康复^[16]。本研究结果显示,治疗后观察二组患者各项指标均优于其他两组,表明醒脑通督针法联合化痰通络汤、EMGBFT 治疗中风偏瘫可缓解临床症状,改善患者的神经受损情况,减轻肌肉挛缩,提高上肢、下肢、手腕等肢体功能,增强患者对四肢的控制作用,帮助恢复运动功能,提升生活质量。

综上所述,采用醒脑通督针法、化痰通络汤、EMGBFT 联合治疗中风偏瘫,可明显增强患者关节

活动度、恢复神经功能、提升肌群运动活力,恢复患者的肢体功能,提高临床疗效。

但本研究样本量偏少,结果可能存在偏倚,因此后续还需大样本、多中心的研究来分析醒脑通督针法联合化痰通络汤、EMGBFT 治疗中风偏瘫的效果,以造福更多患者。

[参考文献]

[1] RIBEIRO V V,GABRIELA DE OLIVEIRA A,DA SILVA VITOR J,et al. Effectiveness of voice therapy associated with electromyographic biofeedback in women with behavioral dysphonia:randomized placebo-controlled double-blind clinical trial[J]. J Voice,2019,33(3):381.e11-381.e22.

[2] 柯明慧,金星,孟兆祥,等. 镜像疗法结合肌电生物反馈对脑卒中恢复期患者上肢功能的影响[J]. 中国康复,2020,35(4):183-186.

[3] 龚翠兰,杨仁义,傅馨莹,等. 基于 miRNA-mRNA 互作探讨化痰通络汤联合丁苯酞治疗脑梗死的潜在机制[J]. 药物评价研究,2021,44(1):78-88.

[4] 代静,刘喜悦,张虎. 牵三针结合化痰通络汤治疗脑梗死恢复期上肢痉挛临床研究[J]. 四川中医,2021,39(1):172-176.

[5] 胡红玲,吴敏,杨柳. 醒脑通督针法联合针刺足三阳经穴治疗老年脑卒中患者肢体偏瘫临床研究[J]. 针灸临床杂志,2020,36(1):20-24.

[6] 高山,杨发明. 醒脑通督针法联合养血荣筋丸干预卒中后痉挛状态的疗效评价[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(23):2963-2965.

(下转第 194 页)

基于数据挖掘探析复溜主治优势病症与配伍规律

高晓岚¹,朱永政²,张学成³,向玉元⁴,金妍¹,贾仰理⁴,贾红玲²,张永臣¹

(1.山东中医药大学,山东 济南 250355; 2.山东中医药大学第二附属医院,山东 济南 250001; 3.北京中医药大学东直门医院,北京 100700; 4.聊城大学,山东 聊城 252059)

[摘要] 目的:探析 1949 年 10 月前文献中复溜的主治优势病症及配伍规律。方法:检索 1949 年 10 月前复溜穴相关文献,建立 SQL Server 数据库,应用“五输穴主治与配伍数据挖掘软件 QLZJ1.0 版”对数据进行频数分析、关联分析和聚类分析。结果:共纳入符合标准的文献条文 561 条,频数分析结果示单穴主治优势病症为腰痛、脉厥等 28 种,配伍主治优势病症为水肿、伤寒无汗等 26 种,配伍腧穴频率最高的是合谷,频率最高的经脉是足太阳膀胱经,特定穴使用频率最高的是五输穴;关联分析结果示复溜优势配穴 7 对;聚类分析结果示复溜优势配伍穴组 4 类。结论:复溜主治优势病症以肢体经络、气血津液、肾系及脾胃系病症为主,尤以腰痛、汗证、水肿为核心优势病症;复溜配伍多采用表里经配穴法和本经配穴法,多与阳经腧穴相配,配伍特定穴时以交会穴、原穴和合穴为主。

[关键词] 复溜;腰痛;脉厥;水肿;伤寒无汗;合谷;足太阳膀胱经;五输穴

[中图分类号] R224.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2023)02-0165-08

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.012

Analysis of Major Indications and Combination Regularity of Fuliu Acupoint(KI7) Based on Data Mining

GAO Xiaolan¹,ZHU Yongzheng²,ZHANG Xuecheng³,XIANG Yuyuan⁴,JIN Yan¹,JIA Yangli⁴,JIA Hongling²,ZHANG Yongchen¹

(1.Shandong University of Traditional Chinese Medicine,Jinan 250355,China;2.The Second Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine,Jinan 250001,China;3.Dongzhimen Hospital of Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100700,China;4.Liaocheng University,Liaocheng 252059,China)

Abstract Objective:To explore the major indications and combination regularity of Fuliu(KI7) in the literature before October,1949. **Methods:**The literature related to Fuliu before October,1949 was searched to establish a SQL Server database,and the Data Mining for Indication and Combination of Five Transport Points QLZJ Software Version 1.0 was applied to conduct frequency analysis,association rule analysis and cluster analysis. **Results:**A total of 561 literature articles that met the standard were included. The frequency analysis showed that 28 kinds of major indications were found,such as backache,feeble and palpable pulse,reversal cold hand and foot. Total 26 kinds of major indications through combination were found,such as edema,external cold without sweat. The combined acupoint with highest frequency was Hegu(LI4),the meridian with highest frequency was

[收稿日期] 2022-01-28
[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(编号:81973695)
[作者简介] 高晓岚(1996—),女,河南登封人,2020 年硕士
研究生,研究方向:针灸学基础理论与临床应用研究。电话:1523718
7151;邮箱:gaoxiaolan7151@163.com。
[通信作者] 张永臣(1968—),男,江苏丰县人,医学博士,教授,
博士研究生导师,主要从事针灸学基础理论与临床应用研究。邮箱:
zhangyc58@sina.com。

the bladder meridian,and the most frequently used specific points were Wushu points. The association rule analysis showed that Fulu had 7 pairs of dominant couple points. The cluster analysis results showed that Fulu had 4 types of dominant compatible acupoints prescription. **Conclusions:**The indications of Fulu are mainly limb meridians disease,qi blood and body fluid malfunction,kidney and spleen or stomach system disease,especially backache,sweat syndrome,edema as the core of the major indications. The compatibility methods are mainly combining with original meridian,exterior and interior meridian. Fulu is mostly in compatibility with the acupoints of the Yang meridian. Combined with the specific points,crossing point,he-sea point and yuan-primary point are used frequently.

Keywords Fulu(KI7);backache;feeble and impalpable pulse,reversal cold hand and foot;edema;external cold without sweat;Hegu(LI4);bladder meridian;five-shu points

复溜,首见于《灵枢·本输》:“行于复溜,复溜,上内踝二寸,动而不休,为经。”《针灸甲乙经》记载又名“伏白、昌阳”^[1],具有滋阴益肾、通调水道之效,临床应用较广泛,操作简单。应用数据挖掘技术,从文献大数据中提取有效信息,探析隐含的内在信息与联系,是针灸文献研究的新方法之一^[2]。本研究在整理、归纳 1949 年 10 月前复溜相关文献的基础上,应用山东中医药大学和聊城大学共同研发的“五输穴主治与配伍数据挖掘软件 QLZJ1.0 版”,分析、总结复溜主治优势病症与配伍规律,以期临床、科研提供新的思路和借鉴。

1 资料与方法

1.1 数据采集

1.1.1 数据来源

以“复溜”为主要检索词,“复溜”“伏白”“昌阳”为补充检索词,在《中华医典》(第 5 版)^[3]和《中国近代中医药期刊汇编》^[4]检索相关文献条文。

1.1.2 纳入标准

①涉及复溜单穴主治、配伍主治和腧穴配伍等相关内容的文献;②涉及复溜艾灸、穴位贴敷等治疗方法的文献;③涉及复溜的医案及经验总结。

1.1.3 排除标准

①仅含有复溜定位、经脉归属的相关文献;②复溜作为辅助定位他穴的工具、诊断标准或其他非穴位意义的相关文献。

1.2 数据录入及规范

1.2.1 数据录入规范

文献筛选录入遵循“二三一原则”,即两人独立

筛选,第三方核校,存疑部分请专家修正。将文献分类录入 Excel 表格,建立单穴主治、配伍主治及配伍腧穴数据库,导入 SQL Server 数据库。

1.2.2 病症名称规范

参照《中医临床诊疗术语疾病部分(GB/T16751.1—1997)》^[5]以及全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材《中医内科学》^[6]、《中医外科学》^[7]、《中医耳鼻咽喉科学》^[8]、《中医妇科学》^[9]、《中医眼科学》^[10]规范主治病症名称。不能准确概括的病症,则以医籍所载病名为准。

1.2.3 腧穴名称规范

参照《腧穴名称与定位(GB/T12346—2006)》^[11]、全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材《针灸学》^[12]规范腧穴名称。

1.3 数据挖掘方法

1.3.1 频数分析

应用“五输穴主治与配伍数据挖掘软件 QLZJ1.0 版”进行频数统计,通过使用“Python”中“collections”模块的“Counter”类进行频数统计,分别统计单穴主治病症、配伍主治病症、配伍腧穴、特定穴使用频次和配伍腧穴归经。

1.3.2 词云图构建

构建单穴主治与配伍主治共同优势病症词云图,将频数分析结果通过“matplotlib”库进行可视化分析,通过“wordcloud”库得到词云图,图中腧穴字体大小代表腧穴出现的频次高低。

1.3.3 关联分析

应用“五输穴主治与配伍数据挖掘软件 QLZJ1.0

版”对高频配穴进行关联规则分析,设置最低条件支持度为 5%,最小规则置信度为 80%,建模并作出网络关联图,分析得出优势配穴。

1.3.4 聚类分析

应用“五输穴主治与配伍数据挖掘软件 QLZJ1.0 版”对高频配穴进行系统聚类分析,聚类方法选择层次聚类 ward 法,使用“Python”中“scipy cluster”库对簇间距离进行刻画,得到树状图。

1.3.5 参考公式

优势病症: X (平均频次)= 病症总频次/病症总种数,筛选 $\geq X$ 的病症作为优势病症;高频配穴: $a=b/2$ (b 为偶数); $a=(b+1)/2$ (b 为奇数)。对配穴频次进行分档处理,同频的腧穴为同档,其中 b 是档的总数,筛选前 a 档腧穴作为高频配穴^[13]。

2 数据挖掘结果

共纳入符合标准的医籍 65 部、民国期刊 2 册,相关文献条文 561 条,其中单穴主治 232 条,配伍主

治 329 条。

2.1 频数分析

2.1.1 单穴主治病症

复溜单穴主治病症含 6 个类别,81 种病症,其中内科病症 52 种,耳鼻咽喉科 4 种,外科、眼科、妇科及其他病症共 25 种。主治病症总频次 710 次,优势病症 28 种 (频次 ≥ 9),依次为腰痛、脉厥、水肿、痿厥、淋证、四肢肿、目昏、厥逆、骨寒热、腹鸣、痢疾、痔、伤寒无汗、腹胀、善怒、多言、胎寒、舌干涎出、腹痛、舌卷不能言、小便杂色、盗汗、流涎、风逆、疟疾、脚挛急、鼻痛和龋齿。见表 1。

2.1.2 配伍主治病症

复溜配伍主治病症含 6 个类别,81 种病症,其中内科病症 52 种,外科病症 4 种,耳鼻咽喉科、妇科、眼科及其他共 25 种。主治病症总频次 357 次,优势病症 26 种 (频次 ≥ 5 ,见表 2),分别为水肿、伤寒无汗、脉厥、腰痛、伤寒汗多、痔、脚弱、狂证、喉瘖、

表 1 复溜单穴主治优势病症频次表				
病症类别	病症属系	频次	种数	病症 (频次)
内科	心	24	1	厥逆 (24)
	脾胃	74	4	腹鸣 (21)痢疾 (20)腹胀 (18)腹痛 (15)
	肝胆	27	2	善怒 (18)疟疾 (9)
	肾	73	3	水肿 (31)淋证 (29)小便杂色 (13)
	气血津液	29	2	伤寒无汗 (18)盗汗 (11)
	肢体经络	134	5	腰痛 (55)痿厥 (30)四肢肿 (24)胎寒 (16)脚挛急 (9)
耳鼻咽喉科		18	2	鼻痛 (9)龋齿 (9)
外科		19	1	痔 (19)
眼科		24	1	目昏 (24)
其他		126	7	脉厥 (36)骨寒热 (23)多言 (18)舌干涎出 (15)舌卷不能言 (14)流涎 (10)风逆 (10)

表 2 复溜配伍主治优势病症频次表				
病症类别	病症属系	频次	种数	病症 (频次)
内科	心	9	1	狂证 (9)
	脾胃	21	3	腹痛 (8)小腹痛 (7)痢疾 (6)
	肝胆	16	2	鼓胀 (9)疟疾 (7)
	肾	38	3	水肿 (25)淋证 (7)遗尿 (6)
	气血津液	64	7	伤寒无汗 (23)伤寒汗多 (12)无汗 (8)盗汗 (6)痰涎 (5)疟疾汗不出 (5)自汗 (5)
	肢体经络	34	4	腰痛 (12)脚弱 (11)痿证 (6)四肢肿 (5)
外科		16	2	痔 (11)阴茎痛 (5)
耳鼻咽喉科		9	1	喉瘖 (9)
眼科		5	1	目昏 (5)
其他		18	2	脉厥 (13)风逆 (5)

鼓胀、腹痛、无汗、小腹痛、疟疾、淋证、遗尿、痿证、痢疾、盗汗、自汗、阴茎痛、痰涎、四肢肿、疟寒汗不出、目昏和风逆。

2.1.3 配伍腧穴归经及频次

复溜配伍腧穴共 185 个,总频次 1815 次,平均频次(总频次/配伍腧穴总数,下同)9.81 次,表格保留频次≥10 的腧穴,低于平均频次腧穴省略(见表 3)。复溜高频配穴 25 个(频次≥19),依次为合谷、足三里、太冲、肾俞、昆仑、然谷、阴谷、曲泉、三阴交、间使、阴陵泉、委中、承山、关元、太溪、行间、中极、中封、太白、脾俞、鱼际、气海、涌泉、长强和内庭。配伍

腧穴归经频次最高的为足太阳膀胱经。

2.1.4 配伍特定穴频次

复溜配伍特定穴总数为 147 个,总频次 1772 次,平均频次 12.05 次,表格保留频次≥12 的腧穴,低于平均频次腧穴省略(见表 4)。特定穴使用频次最高的是五输穴,其次为交会穴、原穴,五输穴中含穴的使用频次最高。

2.2 共同优势病症词云图

单穴主治优势病症 28 种,配伍主治优势病症 26 种,共同优势病症 13 种(见图 1),包含内科、外科和眼科病症,分别为水肿、脉厥、腰痛、伤寒无汗、痔、

表 3 复溜配伍腧穴归经及使用频次表(频次≥10)

经脉	总频次	腧穴总数	选用腧穴(频次)
足太阳膀胱经	401	41	肾俞(41)昆仑(38)委中(27)承山(27)脾俞(22)小肠俞(14)胃仓(13)大肠俞(13)志室(11)膈俞(11)胃俞(10)飞扬(10)
足阳明胃经	223	22	足三里(62)内庭(19)陷谷(16)厉兑(15)解溪(15)丰隆(12)冲阳(11)
足少阴肾经	200	14	然谷(35)阴谷(34)太溪(24)涌泉(20)照海(13)四满(13)气穴(11)筑宾(10)
手阳明大肠经	152	9	合谷(112)下廉(14)
足厥阴肝经	140	10	太冲(41)曲泉(32)行间(24)中封(23)
任脉	139	14	关元(25)中极(23)气海(21)水分(15)中脘(12)
足太阴脾经	136	10	三阴交(31)阴陵泉(28)太白(22)公孙(16)商丘(10)
督脉	103	10	长强(19)大椎(17)命门(14)百会(10)
足少阳胆经	95	16	绝骨(15)阳陵泉(14)侠溪(15)阳辅(10)风池(10)
手厥阴心包经	66	5	间使(31)内关(12)劳宫(11)
手太阴肺经	53	7	鱼际(21)列缺(11)
手太阳小肠经	40	6	腕骨(16)
手少阴心经	30	5	灵道(11)
手少阳三焦经	26	5	支沟(12)

表 4 复溜配伍特定穴频次表(频次≥12)

特定穴	总频次	腧穴总数	选用腧穴(频次)
交会穴	262	29	三阴交(31)关元(25)中极(23)长强(19)大椎(17)四满(13)中脘(12)
原穴	240	10	合谷(112)太冲(41)太溪(24)太白(22)腕骨(16)
合穴	223	11	足三里(62)阴谷(34)曲泉(32)阴陵泉(28)委中(27)阳陵泉(14)
经穴	167	11	昆仑(38)间使(31)中封(23)解溪(15)支沟(12)
输穴	148	12	太冲(41)太溪(24)太白(22)陷谷(16)
荣穴	143	10	然谷(35)行间(24)鱼际(21)内庭(19)侠溪(15)
背俞穴	131	10	肾俞(41)脾俞(22)小肠俞(14)大肠俞(13)
络穴	92	11	长强(19)公孙(16)内关(12)丰隆(12)
募穴	85	9	关元(25)中极(23)中脘(12)
井穴	69	10	涌泉(20)厉兑(15)
八脉交会穴	68	8	公孙(16)照海(13)内关(12)
八会穴	67	7	绝骨(15)阳陵泉(14)中脘(12)
下合穴	44	4	委中(27)阳陵泉(14)

腹痛、疟疾、淋证、痢疾、盗汗、四肢肿、目昏和风逆。

2.3 关联分析

将高频配穴(频次≥19)进行关联分析,得出网络关联图(见图 2)。图中蓝色节点数据表示频繁项

集,如{复溜}{中封}为频繁一项集,{‘复溜’‘合谷’}为频繁二项集。各频繁项集之间的关联性由高到低线条依次显示为红色、绿色和蓝色。根据 Apriori 算法,设置最低条件支持度为 10%,最小规则置信度为

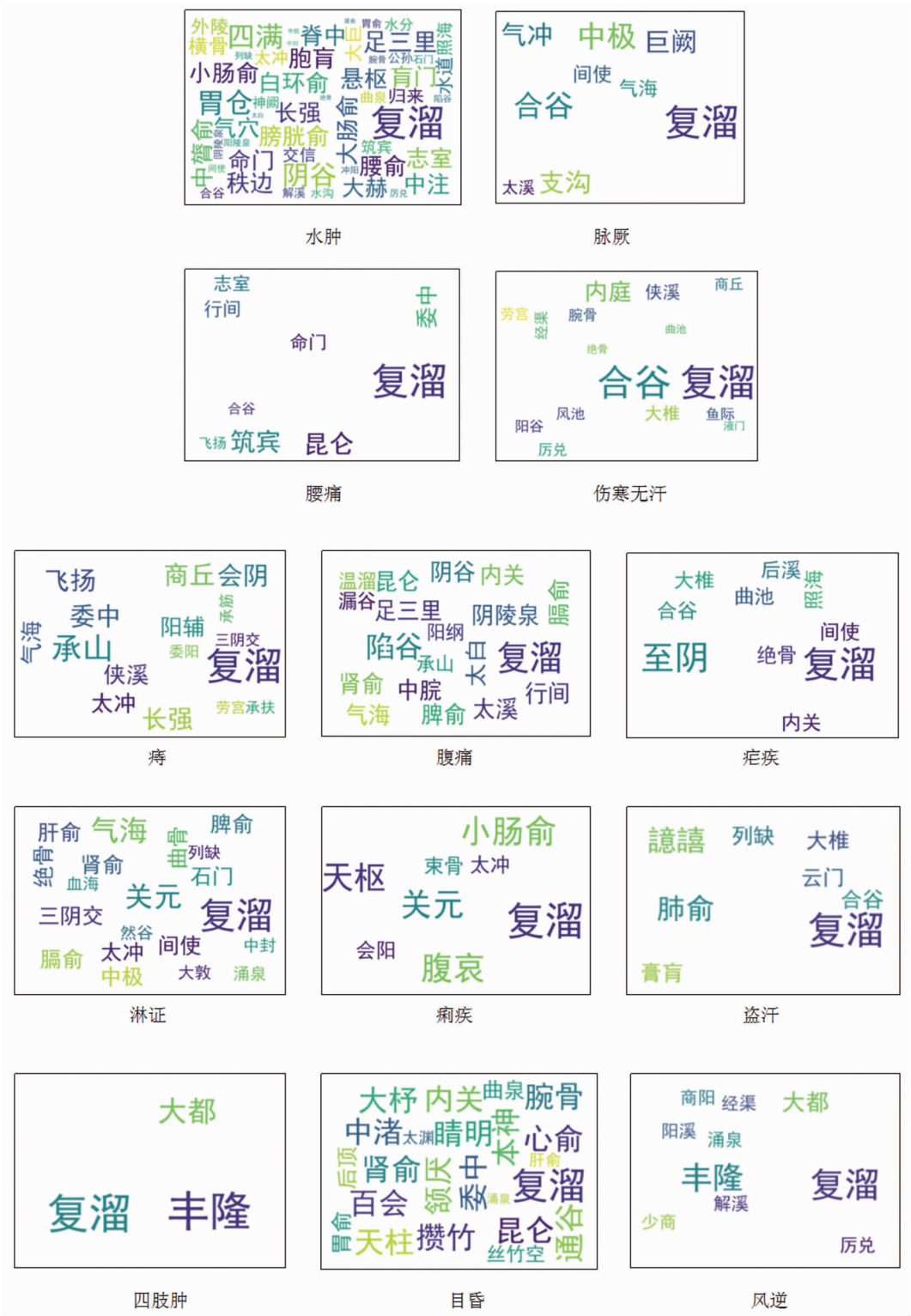


图 1 复溜单穴和配伍共同主治优势病症处方云图

80%,得出优势配穴 7 对,复溜-合谷(26.9%)、复溜-足三里(17.8%)、复溜-太冲(12.6%)、复溜-肾俞(11.7%)、复溜-昆仑(10.9%)、复溜-阴谷(10.6%)和复溜-然谷(10.0%)。

2.4 聚类分析

将高频配穴(频次≥19)进行聚类分析,结果表明优势配伍穴组可分为 4 类(见图 3),类 1:腕骨-涌泉-长强-脾俞-曲泉-关元-间使-承山-鱼际;类 2:阴谷-太冲-昆仑-阴陵泉-中封-委中-三阴交-肾俞-足三里;类 3:气海-然谷-合谷-内庭;类 4:太白-中极-太溪-行间。

3 讨论

3.1 主治优势病症分析

复溜主治优势病症以内科的肢体经络、气血津液、肾系及脾胃系病症为主,核心优势病症为腰痛、汗证、水肿和痢疾。治疗腰痛时,常配伍昆仑、筑宾、委中和志室。筑宾为阴维脉之郄穴,《圣济总录·治腰痛灸刺法》云:“腰痛痛上怫怫然,甚则悲以恐者,病属飞阳之脉也,刺内踝上五寸,少阴之前,与阴维之会(复溜及筑宾穴)。”^[14]昆仑、委中和志室均属膀胱经腧穴,膀胱之脉“挟脊抵腰中,入循膂,络肾属膀胱”,即循经近部取志室,远部配伍委中和昆仑,可通调足太阳经气,诸穴上下相配,共奏通经止痛之功。若腰强痛,可增配督脉命门以培元固本、强健腰膝,

如《勉学堂针灸集成·外形篇针灸》云:“腰强痛,命门、昆仑、志室、行间、复溜。”^{[15]126}治疗汗证,常与合谷相配,如《神应经·汗部》云:“少汗,先补合谷,次泻复溜。多汗,先泻合谷,次补复溜。”^{[16]50}针刺补泻手法有双向调节作用,以达汗出和汗止的治疗目的。张继庆^[17]应用复溜与合谷治疗原发性多汗症时,提出自汗者补合谷泻复溜,盗汗者泻合谷补复溜。认为盗汗为阴虚火旺、迫津外泻所致,故采用补复溜以滋阴清热,泻合谷以降阳明之火,热清而汗止;自汗为气虚卫外不固,津液外泄所致,故采用补合谷以实营卫,泻复溜以抑阴扶阳,达到固津止汗之效。复溜也为治水要穴,《针灸资生经·水肿》云:“复溜,治十水病。”^[18]十水即古代对水肿病的分类,是十种水肿病的合称。现代研究发现,应用复溜治疗输卵管积水有效,高艳梅等^[19]认为复溜具有温补肾阳、利水渗湿之效,且其隶属于肾经,肾与输卵管在经络联系和生理功能上密切相关,因此提出治疗输卵管积水时应用复溜的新思路。水肿的发生责之于肺、脾、肾三脏,与三焦和膀胱关系密切,因此多配伍有关脏腑经脉及其表里经腧穴,如《针灸逢源·肿胀门》云:“水肿……胃俞、肾俞、神阙、水分(以上宜灸);水沟、足三里、解溪、公孙、阴陵泉、复溜、中封、曲泉(以上随宜灸刺)。”^[20]治疗痢疾,常配伍天枢、关元、小肠俞和腹哀。如《勉学堂针灸集成·内景篇针灸》云:“下痢腹

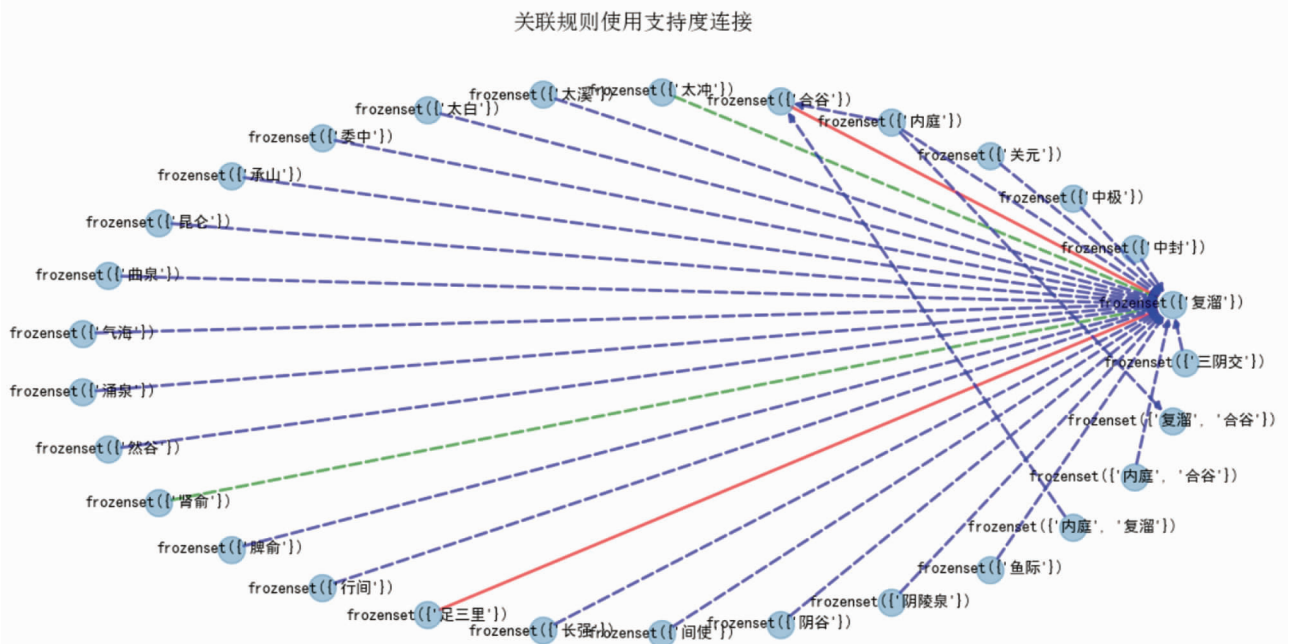


图 2 复溜高频配伍腧穴关联分析网络图

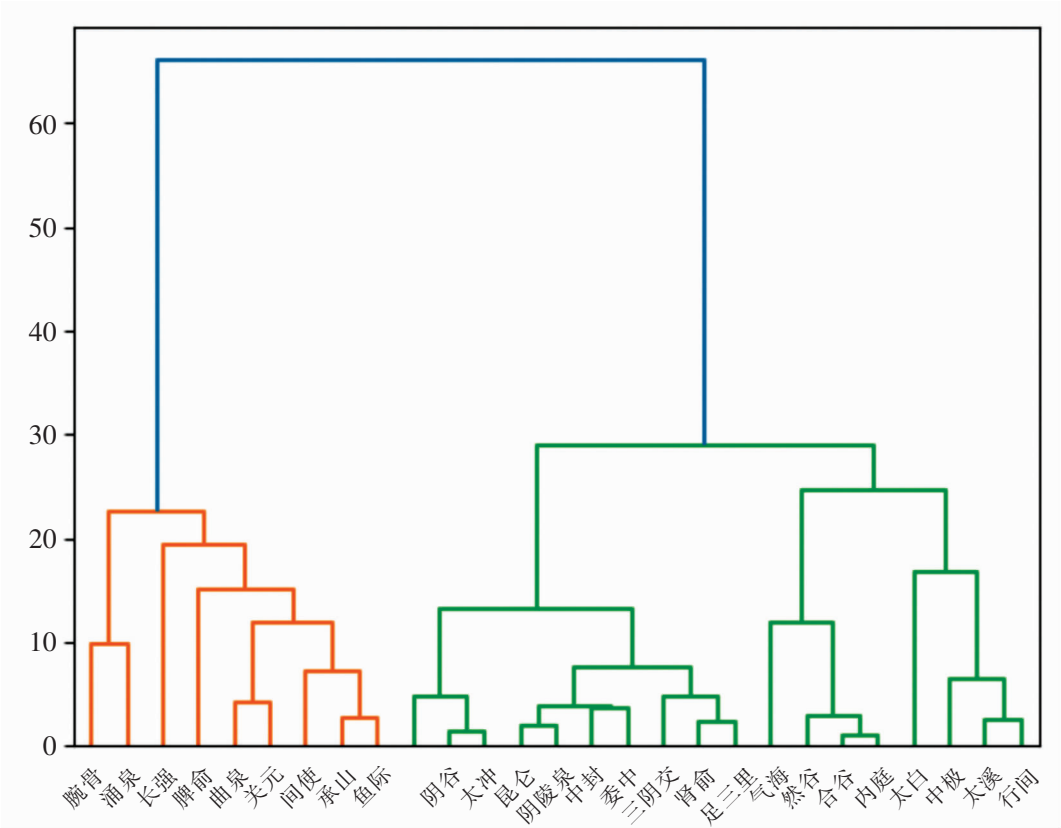


图 3 复溜高频配伍腧穴聚类分析图

痛、便脓血,取丹田、复溜、小肠俞、天枢、腹哀。”^{[15][12]}痢疾病位在肠,故取大肠经募穴天枢、小肠经募穴关元,配伍小肠俞,体现俞募配穴法,三穴共用,通调大肠腑气,行气和血;腹哀为阴维脉与足太阴经的交会穴,可健脾降浊;诸穴合用以达“行血则便脓自愈,调气则后重自除”^[21]之效。

3.2 配伍规律分析

复溜配伍腧穴主要归于膀胱经、胃经、肾经和大肠经,与优势配穴归经相符。膀胱经病候“脊痛,腰似折”,复溜配伍该经腧穴体现了表里经配穴法,可疏导足太阳经闭阻不通之气血,以达“通则不痛”的治疗目的,故在肢体经络病中应用较多。《普济方·腰痛》云:“治腰脊内引痛,不得屈伸,近下痛者,刺足太阳经昆仑二穴,又刺足少阴经复溜。”^[22]胃经多气多血,大肠经“主津所生病”,复溜配伍阳明经腧穴多用于治疗气血津液病症,如《针灸大成·伤寒门》云:“大热,曲池、三里、复溜。”^{[23][355]}复溜配伍肾经腧穴属本经配穴法,治疗肾系病症及水液代谢病症,如《针灸大

成·痰喘咳嗽门》云:“痰涎,阴谷、然谷、复溜。”^{[23][357]}痰涎是机体水液代谢障碍的产物,肾为水脏,与肺脾共司调节水液代谢的功能。阴谷、然谷均为复溜的优势配穴,归于肾经,肾对津液有温煦的作用,阴谷、然谷和复溜三穴合用,共奏温化痰涎之功。

复溜配伍腧穴中特定穴使用频次高于非特定穴,注重配伍交会穴、原穴和五输穴中的合穴。交会穴具有治疗所交会经脉疾病的特点,复溜配伍的交会穴多与本经相交,可调畅肾脏之功能、疏通本经之气血运行,治疗肾系病症。如《备急千金要方·灸法》记载,治血淋“灸丹田,随年壮,又灸复溜五十壮,一云随年壮。”^[24]关元别名丹田,为任脉与足三阴经的交会穴,复溜为肾经的经穴,二穴合用,可培本固元、利尿通淋。原穴可补益脏腑元气,复溜与原穴配伍可增强调节脏腑的功能,如治疗伤寒无汗,《神应经·磐石金直刺秘传》云:“伤寒有阴有阳,用意参详,不问阴阳,七日过经不汗,合谷(补)、复溜(泻),汗出立愈,此穴解表发汗神妙。”^{[16][122]}“合治内腑”,经穴与合

穴配伍,多治疗脏腑病。如《医学纲目·少腹胀满》记载,治疗癥瘕取“复溜与阴陵泉”^[25]。

复溜配伍腧穴聚类分析显示,与之配伍较密切的穴组共 4 类。第一类为腕骨、涌泉、长强、脾俞、曲泉、关元、间使、承山和鱼际,长强、承山理肠疗痔,脾俞、关元益气健脾、培本固元,间使清心除烦,曲泉疏肝行气,涌泉滋阴降火,鱼际为荥穴主泻热,诸穴相参,可用于治疗痔疮、虚劳及热病。第二类为阴谷、太冲、昆仑、阴陵泉、中封、委中、三阴交、肾俞和足三里,诸穴均为下肢腧穴,分属足三阴、足太阳和足阳明经,可通调下肢经脉气血的运行,阴陵泉、三阴交有健脾化湿之功,足三里、肾俞可健脾祛湿、利水消肿,诸穴配伍复溜共奏通痹止痛、利水消肿之功,治疗下肢痹病及水肿。第三类为气海、然谷、合谷和内庭,然谷、内庭为荥穴,有清热之功,合谷解表清实热,复溜滋阴泻虚热,气海补益元气,汗液的生成排泄依靠于气的推动和固摄作用,诸穴共用可治疗实证、虚证引起的汗证,如外感发热而汗、自汗和盗汗。第四类为太白、中极、太溪和行间,太白益气健脾,中极清热利湿,复溜、太溪滋阴益肾,行间清泄肝火,多用于痞证、胃痛、腹痛和泄泻等脾胃病症。

综上所述,1949 年 10 月前文献中复溜主治优势病症以肢体经络、气血津液、肾系及脾胃系病症为主,尤以腰痛、汗证、水肿和痢疾为核心优势病症。复溜配伍多采用表里经配穴法和本经配穴法,多与阳经腧穴相配,配伍特定穴时以交会穴、原穴和合穴为主。由关联规则和聚类分析得出的优势配穴和配伍穴组处方,可为复溜的临床应用提供借鉴。本文应用数据挖掘技术,将相关文献进行数据量化和可视化分析,总结出复溜的主治优势病症及配伍规律,可为现代临床、科研和教学提供借鉴和参考。

[参考文献]

[1] 皇甫谧. 针灸甲乙经[M]. 黄龙祥,整理. 北京:人民卫生出版社,2006:95.

[2] 李宛蓉,李博,郭义,等. 数据挖掘技术应用于针灸重大问题研究的可行性分析[J]. 中医药学报,2018,46(6): 6-9.

[3] 裘沛然. 中华医典[M/CD]. 5 版. 长沙:湖南电子音像出版社,2014.

[4] 段逸山. 中国近代中医药期刊汇编[M]. 上海:上海辞书出版社,2011.

[5] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语疾病部分:GB/T 16751.1—1997[S]. 北京:中国标准出版社,1997.

[6] 张伯礼,吴勉华. 中医内科学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016.

[7] 陈红风. 中医外科学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016.

[8] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016.

[9] 谈勇. 中医妇科学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2019.

[10] 彭清华. 中医眼科学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016.

[11] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局,中国国家标准化管理委员会. 腧穴名称与定位:GB/T 12346—2006[S]. 北京:中国标准出版社,2006.

[12] 梁繁荣,王华. 针灸学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016.

[13] 王伶俐. 合谷穴针灸适宜病症古代文献研究[D]. 济南:山东中医药大学,2011:62-64.

[14] 赵佶. 圣济总录:下[M]. 影印本. 北京:人民卫生出版社,1962:3220-3221.

[15] 廖润鸿. 勉学堂针灸集成[M]. 赵小明,校注. 北京:中国中医药出版社,1998.

[16] 陈会. 神应经[M]. 刘瑾,补辑. 北京:中医古籍出版社,1990.

[17] 张继庆. 辨证针刺合谷、复溜治疗原发性多汗症 46 例[J]. 中国针灸,2006,26(11):838.

[18] 王执中. 针灸资生经[M]. 黄龙祥,黄幼民整理. 北京:人民卫生出版社,2007:211.

[19] 高艳梅,郭兴萍. 复溜穴在输卵管积水中的应用初识[J]. 中国民间疗法,2021,29(12):1-3.

[20] 李学川. 针灸逢源[M]. 孙洋,刘奇,校注. 北京:中国中医药出版社,2019:355.

[21] 刘完素. 素问病机气宜保命集[M]. 孙洽熙,孙峰,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:81.

[22] 朱橚,贺普仁. 普济方·针灸门[M]. 北京:北京科学技术出版社,2018:299-388.

[23] 杨继洲. 针灸大成[M]. 黄龙祥,整理. 北京:人民卫生出版社,2006.

[24] 孙思邈. 备急千金要方校释[M]. 李景荣,苏礼,任娟莉,等校释. 北京:人民卫生出版社,2014:743.

[25] 楼英. 医学纲目[M]. 北京:中国中医药出版社,1996: 404-549.

论著·名医经验

国医大师周仲瑛运用全草类中药经验

王 振¹,王盼盼¹,黄栋芳¹,吴婉琳¹,张婷婷¹,叶 放²

(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] 周仲瑛教授临证用药属类丰富,并擅长运用全草类中药,此类药物多质地轻脆,气味甘香淡雅。收集整理周老常用全草类中药 22 味,以功效为经,分为清热药、活血药、止血药、祛风湿药、化痰止咳药及补益药;以临证应用为纬,汇总归纳周老对全草类中药的使用特色及配伍经验,彰显周老临证用药“药随法取、法应病机、机中症情”的原则。

[关键词] 全草类中药;周仲瑛;清热药;活血药;止血药;祛风湿药;化痰止咳药;补益药

[中图分类号] R282.710.7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2023)02-0173-005

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.013

Traditional Chinese Medicine Master ZHOU Zhongying's Experience in Application of Whole Herb Categories of Chinese Materia Medica

WANG Zhen¹,WANG Panpan¹,HUANG Dongfang¹,WU Wanlin¹,ZHANG Tingting¹,YE Fang²

(1.Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine,Nanjing 210029,China;2.Nanjing University of Chinese Medicine,Nanjing 210023,China)

Abstract Professor ZHOU Zhongying is good at using whole herb categories of Chinese materia medica, which are light and crisp with sweet taste and elegant smell. This research collects and sorts out 22 flavors of Chinese medicine,divided into heat-clearing medicine,blood activating medicine,hemostatic medicine, removing wind-dampness medicine,phlegm-reducing medicine for stopping coughing and tonic medicine;to summarize the characteristics and compatibility experience of Professor ZHOU,highlighting the principle of taking the medicine according to the law,law changing by interpretation of the cause,mechanism changing by symptom.

Keywords whole herb categories of Chinese materia medica;ZHOU Zhongying;heat-clearing medicine;blood activating medicine;hemostatic medicine;removing wind -dampness medicine;rhlegm -reducing medicine for stopping coughing;tonic medicine

[收稿日期] 2021-10-14
[基金项目] 江苏省社会发展重点研发计划(编号:BE2019723);
国家中医药管理局“国医大师周仲瑛传承工作室”建设项目(批文号:
国中医药人教发[2010]59 号)
[作者简介] 王振(1994—),男,江苏盐城人,2019 年硕士研究
生,研究方向:名老中医经验传承与创新研究。电话:15951980631;
邮箱:ecwxzcd1117@163.com。

不同类别属性的中药有其自身形态特征及性味特点,如全草类中药,主要来源于草本植物的地上部

分或全株植物体^[1],其饮片多质地轻脆,气味甘香淡雅。首批国医大师周仲瑛教授临证常用中药超过500种,善于从类药中摘味制方配伍^[2-3]。近年来,我们在整理及学习周老亲诊的医案时,统计其常用中药并分类汇总以进行名医经验传承研究,发现药材基原为全草、药名含有“草”字的中药有50余味,其中多数药物蕴藏着周老独到的用药经验。现选取其中22味使用频次较高者,分类别介绍其功用及配伍特点,供同道参考。

1 清热类

草类中药多具苦寒之性,苦能清泄火热,寒能制热,因而此类中药具有清热的功效。依据清热及次级功用特点,将其分为疏散风热、清热解毒、清热利湿、清热散结四个亚类。

1.1 疏散风热类

此类中药除味苦性寒外,尚兼辛味,辛主发散,与风同气,故能疏散风热。周老主要将此类药物用于外感目疾、过敏及免疫反应性疾病。代表药物为谷精草、木贼草。

谷精草,味辛、甘,性平,归肝、肺经。具有疏散风热、明目退翳的功效。《审视瑶函》载谷精草汤,用于治疗风热较甚、肝火偏旺之目赤肿痛;《证治准绳》载谷精草散,用治痘后目翳。周老临证将其用于外感风热或肝肾阴虚、气郁化火所出现的眼科病症。常用量15g。制方时与菊花、密蒙花、青箱子等相须配伍,用于病毒性角膜炎、充血性葡萄膜炎、飞蚊症的辨治。

木贼草,味甘、苦,性平,归肺、肝经。具有散风热、退目翳的功效。《嘉祐本草》载:“木贼草主目疾,退翳膜,又消积块,益肝胆”。周老临证用其治疗肝郁化火、湿热瘀毒上扰头面诸证。常用量6~15g。用于眼科病症时,白睛红赤翳膜配夏枯草、龙胆草、益母草,两眼干涩疼痛配栀子、石决明、决明子,双目痒甚合苍耳草、桑叶、菊花。此外,治疗湿热黄疸之目黄,亦可选用木贼草疏散目中湿热痘毒。用于面部皮肤过敏,若两颧密集疣疮斑点,瘙痒间作,酌用牡丹皮、赤芍、苦参、大青叶、地肤子、白鲜皮、露蜂房;面部痤疮散发,有小脓头硬结,酌用炒黄芩、土茯苓、白芷、炙桑白皮。

1.2 清热解毒类

此类中药苦寒之性显著,以清热解毒为主要功效特点。周老主要将此类药物用于肝炎、泌尿系感染、肿瘤性疾病。代表药物为白毛夏枯草、冬凌草、葎草等。

白毛夏枯草,味苦、甘,性寒,归肺、肝经。具有清热解毒、止咳祛痰、养筋和血的功效。周老常将其用于痰瘀久郁肝肺,继则酿毒走注而流窜多脏,终致气阴两伤的病证,如肿瘤性疾病的治疗。常用量10~30g。如风痰瘀毒结聚颅脑之脑膜瘤、结聚颌颌之腮腺淋巴瘤,癌毒走注流窜而发的霍奇金淋巴瘤、非霍奇金淋巴瘤,痰火郁结上焦的甲状腺瘤、肺癌、乳腺癌,湿热瘀毒蕴结中焦的肝癌、胆管癌,湿热瘀毒流浸下焦的直肠癌、膀胱癌、子宫肌瘤,临证时常与泽漆、半枝莲、山慈菇、红豆杉等配伍以发挥清热解毒抗癌之力。

冬凌草,味苦、甘,性微寒,归肺、胃、肝经。具有清热解毒、活血止痛的功效。周老常以口腔咽喉不适作为选用指征,又取咽喉为肺胃门户之意,推广应用于颈、胸、消化道肿瘤的治疗,对癌毒走注的血液系统肿瘤亦常运用,多与猫爪草、泽漆、羊乳、白花蛇舌草、半枝莲等配伍而用。常用量10~20g。如用于痰瘀郁肺之咽痛咽痒咳嗽,或风邪上受、热郁津伤、肺气不清的新近感冒所致的咽喉疼痛,以及声带麻痹或肺癌久病引起的声音嘶哑。取其清热解毒的功效,用于痰毒郁肺之肺癌咳嗽咳痰带血,痰火瘀毒互结于舌的舌癌,癌毒走注、气阴两伤的纵隔淋巴瘤、B淋巴细胞增殖性疾病、霍奇金淋巴瘤、下肢横纹肌肉瘤。癌毒走注,易耗气伤阴,周老常配伍炙鳖甲、南沙参、北沙参等益气养阴之味,以标本兼顾。

葎草,味甘、苦,性寒,归肺、肾经。具有清热解毒、利尿消肿的功效。周老多将其应用于邪毒郁遏少阳、枢机不利、湿热稽留的病证。常用量10~30g。如用于以虚劳性低热为特征,邪郁少阳、枢机不和为病机本质的结核性低热、肿瘤性发热、慢性再生障碍性贫血发热以及无名热的始末^[4],常于小柴胡汤、蒿芩清胆汤或柴前梅连散等方基础上合用本品以加强疏解少阳郁热之功^[5];再如用于湿热稽留、透发不畅、营络受损为病机本质的湿疮、癩疮、痔疮、疔毒、

瘰癧等,使用时以本品合苍耳草、黄柏适量,煎汤外用熏洗患处。

荔枝草,味苦、辛,性凉,归肺、胃经。具有清热解毒、凉血散瘀、利水消肿的功效。周老常将其用于湿热瘀毒不尽诸证,尤其是下焦湿热瘀毒者。常用量12~20 g。如用于泌尿系诸病,以血尿、尿中泡沫、阴囊湿疹或尿检示隐血、尿蛋白阳性者为指征,确诊为慢性肾炎、慢性肾功能不全、肾病综合征、前列腺炎或尿路感染的疾病。酌选地锦草、一枝黄花、六月雪、土茯苓、荠菜花、虎杖、川草薢中的一至数味合用清利下焦湿浊;对于风温热毒之扁桃体炎,痰瘀郁结之脑胶质瘤、乳腺癌亦可选用。

马鞭草,味苦、辛,性微寒,归肝、脾经。具有清热解毒、活血通经、利水消肿、截疟的功效。周老多将其用于湿热郁遏肝脾,疏泄失司,邪恋成毒诸证。常用量10~25 g。以面目周身黄染或肝功能异常为选用指征,治疗各型病毒性及酒精性肝炎、肝硬化代偿及失代偿期,常配伍桃仁、水红花子、莪术化痰利水、活血消癥。另用于因湿起中焦继则下注膀胱而成的尿路感染,或下注胞宫的妇科盆腔炎症性疾病,与猪苓、萹蓄、瞿麦、黄柏、栀子配伍以清利下焦湿热。

1.3 清热利湿类

此类中药苦寒,苦能燥湿、寒可清热,以清热燥湿为主要功效。周老主要将此类药物用于肝胆系湿热性疾病及乳腺、消化道肿瘤性疾病。代表药物为凤尾草、酢浆草、河白草等。

凤尾草,味淡、微苦,性寒,归大肠、肝、心经。具有清热利湿、消肿解毒、凉血止血的功效。《生草药性备要》曰:“凤尾草洗疳、疔、痔,散毒,敷疮。”周老常将其用于病位在肝脾,湿热瘀郁的病证。常用量5~20 g。与垂盆草、田基黄、败酱草、老鹳草合用,治湿热瘀郁、肝脾两伤的肝炎类疾病;配土茯苓、半枝莲、半边莲、蒲公英等用于乳腺癌;配败酱草、椿皮用于肠风便血、赤白下痢;配生薏苡仁、败酱草、赤石脂、禹余粮用于结肠癌;配川草薢、车前草(子)用于泌尿系感染;配墓头回、土茯苓、苦参、红藤、川草薢用于下焦湿热瘀郁所致的子宫肌瘤、附件囊肿、宫颈炎性疾病。

酢浆草,味酸,性寒,归肝、肺、膀胱经。具有清热利湿、凉血散瘀、解毒消肿的功效。《医林纂要·药性》曰:“酢浆草补肺,泻肝,除热气,去瘀血,敛阴出治节。治吐血,衄血,去一切逆血、瘀血及血热病毒。”周老以病在胁肋肝胆,湿热为标作为临证选用指征。常用量10~20 g。如用于肝郁脾虚、湿热痰瘀互结之肝炎、肝硬化及慢性结肠炎,常于柴胡疏肝散、逍遥散的基础上,配伍酢浆草、凤尾草、茵陈、金钱草、马齿苋、生薏苡仁、莪术;又如用于肝胆同病之肝炎合并胆囊炎、胆结石时,常以四金汤加酢浆草清化胆热病毒;再如用于肝肾亏虚、湿热郁瘀下焦,肝肾同病之盆腔肿瘤,常与半枝莲、龙葵、土茯苓合用。

河白草,味酸、苦,性平,归肺、小肠经。具有清热利湿、解毒消肿、散瘀止血的功效。周老将其用于湿热内郁、痰毒透发不畅之湿疹,症见痘疹分泌水液,色黄味腥。每摘地肤子、苍耳草、蝉蜕、菝葜、浮萍、萹蓄、苦参中一二味同用。常用量15 g。煎汤口服配合药渣熏洗,或单取鲜品20~45 g适量捣渣外敷。

鸡骨草,味甘、微苦,性凉,归肝、胃经。具有清热利湿、散瘀止痛的功效。《岭南草药志》曰:“鸡骨草清郁热,舒肝和脾,续折伤。”周老临证多将其用于肝经湿热郁火瘀结诸证。常用量10~25 g。以湿热黄疸、两胁热痛为用药指征,多在慢性乙型肝炎、EB病毒感染、自身免疫性肝硬化、原发性胆汁性肝硬化出现肝功能异常时选用,常配合龙胆草、夏枯草、茵陈、栀子以加强清利肝胆湿热之力;对于湿热瘀毒之胃癌、子宫内膜癌、卵巢癌等癌病亦可选用。干燥综合征虽以肝肾亏虚、阴津亏耗为基本病理改变,但病变中不可忽视湿阻热郁^[6],周老常选本品配以鸡骨草、藿香、佩兰等以清利湿热。

1.4 清热散结类

此类中药主清热凉血,化痰散结。热可炼津成痰,煎血成瘀,痰瘀久结不得消散可成癌毒癥块,机体呈现气阴两伤的证候。周老主要将此类药物用于癌病肿块不消的病症。代表药物为蒲草、猫爪草。

蒲草,是中药蒲黄的植株部分,味甘,性凉,入肝、心经。具有散瘀结、益气阴的功效。《本草汇言》曰:“蒲草润燥凉血,去脾胃伏火。”周老临证将其用于热毒郁结,气阴两伤之证。常用量10 g。如临证用

于治疗乳腺癌放化疗后,症见腋下淋巴结肿大、咽喉肿痛欲饮、食少善饥者,配伍天冬、山慈菇、天花粉、川楝子、露蜂房。

猫爪草,味甘、辛,性平,归肝、肺经。具有解毒、化痰、散结的功效。《广西中药志》:“猫爪草去火化痰结,治痰火瘰癧。”周老多将其用于肿瘤性疾病的制方之中,常用量10~25 g。临证对于腮腺癌、鼻咽癌、甲状腺瘤等面颈部肿瘤,肺癌、胸腺瘤、乳腺癌等胸部肿瘤,食管癌、胃癌、肝癌、直肠癌等消化系统肿瘤,子宫及宫颈癌、卵巢癌等妇科肿瘤,肾癌、膀胱癌等泌尿系肿瘤,以及肋软骨肉瘤、恶性淋巴瘤、下肢平滑肌肉瘤均有使用。周老临证时运用本品,酌与山慈菇、生薏苡仁、红豆杉、龙葵、泽漆等配伍以增强清热解毒抗癌之功。

2 活血类

此类中药辛散苦泄,主入血分,归心、肝经,行血散瘀。周老主要将此类药物用于血液、风湿免疫、皮肤、妇科类疾病。代表药物为紫草。

紫草,味苦,性寒,归心、肝经。《本草纲目》曰:“紫草治斑疹痘毒,活血凉血,利大肠。”周老将其用于湿热瘀毒久郁,肝脾两伤,气阴不足的病证。常用量3~20 g。如用于瘀热遏表、湿毒内蕴、血热风燥、肝肾阴伤所致的荨麻疹、皮炎、银屑病、鱼鳞病及皮肤扁平疣;用于肝经湿热郁火瘀毒互结而成的肝血管瘤;用于营血热毒而成的慢性粒细胞白血病、血小板减少性紫癜、贝赫切特综合征、系统性红斑狼疮。制方时酌配青蒿透营转阴,牡丹皮、赤芍、栀子、白茅根、狗舌草、玄参、连翘等清热凉血解毒。

3 止血类

此类中药苦寒涩,具有凉血散瘀、收敛止血的功效。周老主要将此类药物用于出血性疾病,并取其清热化瘀功效用于瘀热互结的肿瘤类疾病。代表药物为茜草、紫珠草。

茜草,味苦,性寒,归肝、心经。具有凉血止血、活血化瘀的功效。周老习用其同基原药茜草根,或径用茜草炭,常用量10~20 g。如用于痰瘀郁毒互结、气阴两伤的肺癌、血小板减少性紫癜;湿热瘀郁、肝脾两伤的子宫肌瘤、卵巢囊肿、畸胎瘤;湿热瘀毒久郁、肝脾两伤的乳腺癌、慢性乙型肝炎、肝血管瘤;

癌毒走注、痰瘀郁肺、肺气不利、气阴两伤的纵隔肿瘤;血虚肝郁、冲任失调的崩漏下血。酌配益母草、茺蔚子活血利湿,炙乌贼骨收敛止血,生地黄凉血散瘀,炒延胡索、川楝子、乌药温下元止痛。此外,下焦虚寒凝结者加肉桂,血瘀者配失笑散。

紫珠草,味苦、涩,性平,归肺、胃、肝经。具有止血、散瘀、消肿的功效。《中国药用植物图鉴》载:“紫珠草对食道静脉出血,肠胃溃疡出血,鼻出血,创伤出血,肺出血以及拔牙出血均有良效。”周老将其用于湿热瘀毒久郁、热伤血络的血液病、骨髓瘤、支气管扩张、肺癌及月经病等。常用量15~20 g。如常以犀角地黄汤为基本方凉血散瘀,酌配紫珠草、煅花蕊石、煅人中白、茜草炭、大黄炭、降香、白及等止血。

4 祛风湿类

此类中药味辛苦,性温或平。辛温能散,驱散风邪;苦能燥湿,防湿邪稽留。周老主要将此类药物用于风湿性疾病、中下焦湿热性疾病。代表药物为天仙草、凉草、伸筋草等。

天仙草,味辛、苦,性微温,大毒。具有祛风除湿、杀虫止痒、活血消肿的功效。《福建药物志》曰:“天仙草祛风行气,除湿杀虫。”周老将其用于肝郁气滞、风湿乘客、湿郁于头目肌表或周身不舒的病证。常用量10 g。如用于头目晕眩配天麻、法半夏、炒苍术;若湿滞中焦,胸闷胃脘不适、口中黏腻,配焦白术、藿香、紫苏梗、陈皮、薏豆衣;胁肋不舒配醋柴胡、炒白芍、赤芍、制香附;周身不适伴二便不爽取用升降散意,继加路路通、鸡血藤、丝瓜络、焦白术、炒枳壳。

凉草,味辛、苦,性温。具有祛风湿、消肿毒、行气血、止痛痒的功效。《广东中药》曰:“凉草祛风止痛,治山岚瘴气,水土不服,产后肝风口渴,并治皮肤瘙痒。”常用量10 g。周老将其用于肝经湿热瘀郁诸证,症见口干、身心灼热、下肢时有浮肿、手掌隐红等,酌配虎杖、芡实、土茯苓。

伸筋草,味苦、辛,性平,归肝、脾、肾经。具有祛风除湿、舒筋活血、止咳、解毒的功效。《本草拾遗》曰:“伸筋草主人久患风痹,脚膝疼冷,皮肤不仁,气力衰弱。”周老将本品用于本虚湿盛,热郁血瘀之证。常用量10 g。如用于下肢皮炎、足跗浮肿、足底及跟部僵硬不和但疼痛尚轻的病症,每与千年健、牛膝等

同用以改善肢体疼痛及活动不利。

老鹳草，味苦、微辛，性平，归肝、大肠经。具有祛风通络、活血、清热利湿的功效。《滇南本草》曰：“老鹳草祛诸风皮肤发痒，通行十二经络。”常用量 10~25 g。周老取其活血消癥清利之效用于肝炎、肝硬化、胃癌、肝癌、乳腺癌、肺结核等病的治疗，每配伍丹参、赤芍、叶下珠、鸡血藤；取其清热利湿之效用于慢性浅表性胃炎、慢性肠炎、肾炎、膀胱炎及妇科盆腔炎，每配伍茵陈、蒲公英、炒神曲；取其祛风通络之效用于腰背痛、类风湿类疾病，多配伍桑寄生、肿节风、狗脊、川续断等补肾强腰；此外，亦取其清热利湿之效用于原发性胆汁性肝硬化、胆结石，多配伍虎杖、郁金、金钱草、炙鸡内金、土茯苓。

5 化痰止咳类

此类中药苦、辛，与化痰类中药性味一致，因而具备化痰止咳的功效。周老主要将此类药物用于痰饮瘀毒性疾病。代表药物为金沸草。

金沸草，味咸，性温，归肺、大肠经。具有散风寒、化痰饮、消肿毒、祛风湿的功效。《四川中药志》(1960 年版)载：“金沸草止咳化痰，定喘除饮。治心脾伏饮，胁下胀痛，肺中痰结，唾如胶漆”。周老临证灵活运用其宣散痰饮肿毒的功效。常用量 10~30 g。如用于脾胃运化不利，胃脘闷涩不适，饮停胃肠的痰饮咳嗽；用于痰饮伏肺、新感引发之哮喘、慢性支气管炎急性发作；用于痰瘀癌毒郁肺、气阴两伤的癌病久咳。周老善于在辨证选方的基础上加用本品，如风寒袭肺选三拗汤，增本味散风寒、化痰饮；痰热郁肺选清金化痰汤，增本味以清肺化痰。

6 补益类

草类中药，清新甘雅，除苦味外，或具甘味，甘能补虚，周老主要将此类药物用于大病体虚，正虚邪恋的疾患。代表药物为鹿衔草。

鹿衔草，味甘、苦，性平，归肝、肾经。具有补肾强骨、祛风除湿、止咳、止血的功效。周老将其用于久病湿毒不尽、正虚邪恋的病证。常用量 10~30 g。子宫肌瘤术后、肾小球肾炎、肾病综合征、风湿性疾病、虚体感冒或汗证均可选用。汗证属营卫不和者，以桂枝汤类方为首；风湿久痹，酌配老鹳草、青风藤、雷公藤、路路通；阴虚热郁，酌配功劳叶、白薇、川石

斛；肾虚阴伤，另配生地黄、南沙参、北沙参、麦冬、山萸肉、桑寄生、知母；脾弱不健，合用山药；肺虚热郁伴下焦湿热，加黄柏、土茯苓、川萆薢、地锦草、墨旱莲。

7 小结

中药的治疗作用体现为以药性之偏纠病性之偏，最终使病体达到阴平阳秘的状态^[7]，正如徐灵胎云：“凡药之用，或取其气，或取其味……各以其所偏胜而即资之疗疾，故能补偏救弊，调和脏腑，深求其理，可自得之。”以上所列全草类中药不具大热之性，亦不过于寒凉，在平和之中具有各自的作用特点及适用病证，临证使用缓和和安全。近年来，周老倡导以病性为核心构建病机辨证新体系^[8]，其中病性即病理性质，是病理变化的属性。病理变化以病理因素、虚损状态为呈现形式，是中药祛邪及扶正作用的对象。周老临证选方用药紧扣病理变化前后各环节，在药随证转中体现病机的动态变化，处方时始终遵循“药随法取，法应病机，机中症情”的原则，成为其治验频奇的基石^[9]。

[参考文献]

[1] 郭琰. 全草类中药的经验鉴别[J]. 吉林中医药, 2003, 23(10):48.

[2] 李柳, 叶放, 吴勉华, 等. 周仲瑛应用花类中药经验[J]. 中医杂志, 2020, 61(3):197-200, 234.

[3] 叶丽红, 周红光. 周仲瑛教授配伍用天仙藤鸡血藤经验[J]. 吉林中医药, 2003, 2(12):5-6.

[4] 周仲瑛, 周学平, 李柳, 等. “无名热”辨治探析[J]. 江苏中医药, 2020, 52(7):1-3.

[5] 冯哲, 叶放, 赵智强, 等. 周仲瑛运用柴胡梅连散治疗疑难病证经验[J]. 时珍国医国药, 2017, 28(9):2264-2265.

[6] 顾勤, 刘菊妍. 周仲瑛教授治疗干燥综合征经验介绍[J]. 新中医, 2002, 34(9):7-8.

[7] 叶放, 周学平, 程海波, 等. 基于整体观理解和创新中医病机辨证新理论[J]. 南京中医药大学学报, 2017, 33(5):436-439.

[8] 周仲瑛, 叶放, 周学平, 等. 病机十三条理论渊源及学术意义[J]. 南京中医药大学学报, 2017, 33(5):433-435, 514.

[9] 郭立中, 吴勉华, 周学平, 等. 周仲瑛教授学术思想简介(一)[J]. 南京中医药大学学报, 2008, 24(6):361-365.

于俊生运用解表剂治疗肾性水肿经验

方圆之¹,李建英² 指导:于俊生

(1.山东中医药大学,山东 济南 250014; 2.山东中医药大学附属青岛市中医医院,山东 青岛 266033)

[摘要] 于俊生教授认为风邪为患是肾脏疾病发生、发展过程中的一个重要原因,因此对于肾性水肿的治疗,除重视脾肾之外,亦重从风论治,擅长解表剂的应用。于教授将肾性水肿所见之表证分为风寒表证、风热表证、表证夹毒三种类型,对风寒表证者治以发汗解表、散寒除湿,方用麻黄加术汤加减;对于风热表证者,治以辛凉解表、宣肺行水,方用越婢汤加减;对于表证夹毒者,常用麻黄连翘赤小豆汤加减治疗。此外,于教授根据患者临床表现的不同,常在前述三方基础上合方加减,注重清补兼施、气血水同治、调畅枢机。

[关键词] 解表剂;肾性水肿;表证;麻黄加术汤;越婢汤;麻黄连翘赤小豆汤;于俊生

[中图分类号] R289.51 [文献标志码] A [文章编号] 0257-358X(2023)02-0178-04

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.014

YU Junsheng's Experience in Treatment of Renal Edema with Diaphoretic Prescriptions

FANG Yuanzhi¹,LI Jianying² Mentor:YU Junsheng

(1.Shandong University of Traditional Chinese Medicine,Jinan 250014,China;2.Qingdao Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Shandong University of Traditional Chinese Medicine,Qingdao 266033, China)

Abstract Professor YU Junsheng believes that wind evil is an important reason for the occurrence and development of kidney diseases. For the treatment of renal edema,Professor Yu pays attention to the application of diaphoretic prescriptions for wind evil,in addition to regulate spleen and kidney. Professor Yu divides the exterior syndrome of renal edema into three types,wind cold exterior syndrome,wind heat exterior syndrome,and exterior syndrome with toxin. For the wind cold exterior syndrome,perspiration is used to relieve exterior syndrome,dissipate cold and remove dampness,such as Mahuang Jiazhu Decoction(麻黄加术汤). For wind heat exterior syndrome,spicy and cool herbs are used to relieve exterior syndrome,promote lung and promote water circulation,such as Yuebi Decoction(越婢汤). For those exterior syndrome with toxin,Mahuang Lianyao Chixiaodou Decoction(麻黄连翘赤小豆汤) is used frequently. In addition,according to the different clinical manifestations of patients,Professor Yu often regulates prescriptions on the basis of the

above three decoctions,and pays attention to both clearing and replenishing therapy,regulating qi, blood and water together,and smoothing the pivot.

Keywords diaphoretic prescriptions;renal edema; exterior syndrome;Mahuang Jiazhu Decoction;Yuebi Decoction;Mahuang Lianyao Chixiaodou Decoction; YU Junsheng

[收稿日期] 2022-12-12
[基金项目] 全国名老中医药专家传承工作室建设项目(批文号: 国中医药人教教育便函[2016]167号)
[作者简介] 方圆之(1993—),男,山东青岛人,2018 年级硕士研究生,研究方向:肾脏疾病的中医诊治。电话:13553172737;邮箱: 415937730@qq.com。
[通信作者] 李建英(1971—),女,山东青岛人,医学博士,主任医师,硕士研究生导师,主要从事肾脏疾病的中医诊治研究。邮箱: shuxin600@163.com。

肾性水肿是指由各种肾脏疾病所引起的以头面部及四肢等部位,甚至全身浮肿为特点的一种病症,是各种原发性或继发性肾脏疾病在发展过程中的任一阶段均有可能出现的突出临床表现之一^[1]。常见肾性水肿有两种,即肾炎性水肿和肾病性水肿,一般表现为全身性水肿,多见于肾小球疾病^[2]。

中医学虽无“肾性水肿”之名,但多将其归为水肿、肾风范畴,认为其多因感受外邪,或内伤劳倦,致肺、脾、肾、三焦、膀胱气化不利,水液代谢失调,发为头面、眼睑、四肢甚至全身皆肿^[3]。水肿是全身气化功能障碍的一种表现,涉及脏腑较多,其病本在肾,与肺、脾功能障碍相关。

于俊生教授是第五批全国名老中医学术经验继承指导老师、齐鲁伤寒流派第三代传人、山东中医药大学博士研究生导师,从事肾病专业临床工作四十余年,在运用中医及中西医结合方法治疗各种肾脏疾病方面具有丰富经验和较深造诣。于教授在治疗肾性水肿时重视解表剂的应用,笔者侍诊左右,受益匪浅,现将其经验总结如下。

1 理论依据

慢性肾小球肾炎、肾病综合征等慢性肾病常因外感诱发,在激素减量过程中或停用激素后,外感常诱使已转阴的尿蛋白再次出现,继而引发机体水肿。中医学对外感风邪与水肿的关系早有认识,如《素问·风论》谓:“肾风之状,多汗恶风,面庞然浮肿,脊痛不能正立,其色焮,隐曲不利,诊在肌上,其色黑。”《素问·水热穴论》谓:“勇而劳甚,则肾汗出,肾汗出逢于风,内不得入于脏腑,外不得越于皮肤,客于玄府,行于皮里,传为胛肿,本之于肾,名曰风水。”风邪袭人,常兼挟其他邪气如寒、热、湿、毒等协同为害,壅遏气机,使肺气郁闭、脾失健运、肾失开阖,肺脾肾三脏失职,出现水肿、血尿、蛋白尿等症状^[4]。

风邪侵袭所致肾病,初起表现多以外风为主,当以解表祛风为治疗第一法门。对于解表法治疗水肿,古人亦早有论述,如《素问·汤液醴醢论》曾载水肿的病机及治法,并将水肿的治疗大法总结为开鬼门、洁净府、去菀陈莖三点,即发汗、利小便、攻下三法,其中便包括发汗解表法的应用。《金匱要略·水气病脉证并治》中云:“诸有水者,腰以下肿,当利小便;腰以上肿,当发汗乃愈。”又云:“皮水,其脉亦浮,外证胛肿,按之没指,不恶风,其腹如鼓,不渴,当发其汗。”

以上条文皆提到了针对水肿的发汗解表疗法。现代医家治疗肾性水肿在此基础上有所发挥,如任继学认为水肿起病,先伤之于肤表,进而内束于肺,下移于肾,临床上多伴表证,应用自拟解肌渗湿汤,治以发汗解表、利水消肿,临床疗效确切^[5]。张琪、时振声亦以发汗解表法治疗肾性水肿,临床重视麻黄等发汗药物的应用^[6-7]。

于俊生教授^[8]认为风邪为患是肾脏疾病发生、发展过程中的一个重要原因。且风邪易夹寒、湿、热、毒之邪侵袭人体,造成肺、脾、肾三脏功能障碍,进而引发水肿。临床表现为眼睑及头面浮肿,继则波及四肢及全身,多来势迅猛,伴有恶寒发热、周身关节疼痛不适、小便不利等。其中偏于风寒者,见恶寒、咳喘、舌苔薄白、脉浮滑或紧等表现;偏于风热者,多伴咽喉肿痛、舌质红、脉浮滑数等;风邪也易与湿热疮毒相兼为患,除浮肿外,多伴见身目发黄、疮疖痈疹、乳蛾红肿、皮肤猩红疹等。以上情形的治疗以解表祛风之法为主,包括解表散寒、清热解表、祛风解毒等^[9]。

2 分型论治

于教授根据患者的不同临床表现,将肾性水肿所见之表证分为风寒表证、风热表证、表证夹毒三种类型。

若风邪夹寒侵袭人体,则多见恶寒、发热、无汗、头痛、肢体酸痛、鼻塞或流清涕、咳嗽、痰液清稀而色白、口不渴、舌苔薄白、脉浮或浮紧等临床表现。其病机为外感风寒,肺气失宣,水道不通,水气泛滥而成水肿。当治以发汗解表、散寒除湿,方用麻黄加术汤加减。该方麻黄、桂枝合用,可使解表发汗之力倍增,在表之寒邪随汗而出;白术健脾燥湿利水,同时制约麻黄以防发汗之力太过而耗伤正气;苦杏仁与麻黄相伍,一宣一降,恢复肺气之宣降,使水道得通,水湿得利,则水肿可消。

外感风热之邪,或感受寒邪日久迁延化热者,临床多表现为发热、微恶风寒、渴欲饮水、头痛、鼻塞、流浊涕、咳嗽痰黄、咽喉肿痛、舌边尖红、苔薄黄、脉浮数等。其病机为外感风热毒邪,邪犯肺卫,肺失宣降,不能通调水道,水液不能下输膀胱,进而泛滥肌肤而致水肿。应治以辛凉解表、宣肺行水之法,方用越婢汤加减。本方麻黄与石膏相配,不仅使风热之邪从表而解,亦可借助宣肺、通调水道之力,使水湿

从小便而去,又以生姜、大枣、甘草调和药味,和脾胃以运化水湿。诸药相伍,外可发越水气,内可清泄里热,祛邪而不伤正,对于风水夹热引起的水肿有较好的疗效。

若外有风邪,内兼湿毒,其不仅有发热、恶寒、头身痛、咽痛、脉浮等诸表证,亦兼有湿热证的临床表现,如肌肤色黄鲜明、午后潮热、小便短赤、口干不欲饮、苔黄腻、脉滑数等。此时则选用麻黄连翘赤小豆汤为主方加减化裁,本方出自《伤寒论·辨阳明病脉证并治》262 条:“伤寒,瘀热在里,身必黄,麻黄连翘赤小豆汤主之。”最初专为身黄所设,今人对本方的应用多不拘泥于此。现代研究表明,麻黄中所含的生物碱具有促进大鼠排尿、减轻水肿的作用^[10];赤小豆具有利尿作用,有效成分可能是皂苷及皂苷元^[11];连翘中的芸香苷能够降低毛细血管通透性,通过减少蛋白漏出而减轻水肿症状,同时芸香苷具有抗炎抗菌作用,能够抑制链球菌活性^[12],故本方多可应用于急性肾小球肾炎所引发的水肿。于教授认为,若水肿患者外有表证、内有湿热毒邪,邪气不能单纯从表发越,则可选用本方。方中麻黄、苦杏仁、生姜宣肺解表、通调水道,连翘(多以连翘代之)、生梓白皮(多以桑白皮代之)、赤小豆清泄在里之湿热,大枣、甘草调和诸药、顾护脾胃,诸药合用,可使表里宣通,湿热得泄。肺为水之上源,若肺气调畅,则湿毒自除,此正合朱丹溪“提壶揭盖法”之义。

3 合方加减

于教授根据患者临床表现的不同,常在前述三方基础上合他方加减运用。

3.1 清补兼施

治疗肾性水肿,当祛邪与扶正兼顾。若邪气较盛,则应当增强方药的清消之力。如表邪较盛时,除可适当增加原方中解表药用量之外,亦可加荆芥、防风、羌活等加强解表祛风之力。若热毒偏盛,可于方中加金银花、板蓝根等品,以增强清热解毒之效。水肿甚或小便不畅者,可加车前草、石韦等增强利尿作用。浊毒偏盛者,常加大黄、土茯苓、六月雪等。本病患者正气虚衰多与脾、肾二脏有关,肾为先天之本,脾为后天之源,脾主运化水液,肾为主水之脏,二者相互资生,相互影响。肾阳不足时无以温煦脾阳,脾阳久虚又可累及肾脏,造成肾阳不足、肾阴亏虚等。若患者见纳少、便溏、脘腹胀满、神疲乏力、面色㿔白

或萎黄等脾虚之象,多合用四君子汤以益气健脾。肾阳不足时多见腰膝酸软、畏寒肢冷、精神不振、舌淡胖苔白、脉沉弱无力等,可加淫羊藿、巴戟天、葫芦巴等温补肾阳之品,或合用真武汤、金匮肾气丸等。见腰膝酸痛、耳鸣多梦、潮热盗汗、五心烦热、舌红少津、脉细数等肾阴亏虚表现者,常加女贞子、墨旱莲等清热益阴,或合用知柏地黄丸、六味地黄丸等增加养阴清热之效。

3.2 气血水同治

肾性水肿的发生发展过程与脾肾气虚、血瘀、水湿停滞等密切相关,气、血、水三者相互影响,互为因果。气为血之帅,血液运行有赖气的推动,血脉流畅则有利于水湿的祛除,故气盛则血行湿化。而利湿则有助瘀化下行,瘀血得化,新血得生,则能充分发挥血对气的濡养作用。于教授在用药时常三者兼顾,气血水同治。临床见水肿伴气短、乏力、神疲、脉虚等气虚表现者,多合用防己黄芪汤以健脾益气利水,或加芡实、薏苡仁等以益气除湿。伴见刺痛不移、肿块、出血、唇舌爪甲紫黯、肌肤甲错、脉涩等血瘀证表现者,常加益母草、赤芍、白芍、丹参、水蛭、当归、川芎等养血活血祛瘀之品;偏血虚者,常与当归芍药散合方加减;血瘀偏于寒凝者,常与桂枝茯苓丸合方化裁;如血尿严重者,可加小蓟、白茅根等凉血止血,兼清热利尿,或加白及、仙鹤草等以收敛止血。

3.3 调畅枢机

于教授认为,少阳不和、三焦不利在慢性肾脏病发病过程中的重要作用亦不容忽视。少阳不利主要反映三焦和胆的病机变化,运行水液和通行元气为三焦的主要功能,故其病机变化以水不得通而为肿、气不得行而为胀为主。慢性肾脏病引起的水肿,由于病程迁延,脏腑功能紊乱或减退,机体阴阳气血耗伤并失衡,虚实夹杂,故治主当缓。施方选药务须遵循调和为主、以平为期的原则,不妄投辛热、苦寒、阴凝之品,防温燥伤阴、寒凉遏阳、滋腻湿滞。和法体现了“整体平衡化”的治疗原则^[13]。临床症见往来寒热、胸胁胀满疼痛、口苦、咽干、不欲饮食、舌质淡苔白或白滑、脉弦等少阳枢机不利之表现的,常合用小柴胡汤或四逆散以和解少阳、疏肝益脾、调畅枢机。气滞严重、气机不畅者,多见胸闷、腹胀、痞满、嗝气等症,常加陈皮、枳壳、厚朴、槟榔等以调畅气机,使水液能够正常运行,水肿得以消散。

4 验案举隅

牟某,女,7 岁。2019 年 7 月 15 日初诊。

主诉:水肿反复发作 3 年,再作 3 d。

患儿 3 年前因外感后出现颜面及双下肢水肿于当地医院就诊,查尿常规示蛋白 3+,24 h 尿蛋白定量 5.8 g,诊断为肾病综合征,予足量糖皮质激素治疗,2 周后尿蛋白转阴,水肿消退,激素逐渐减量至停用。此后多次因外感复发,反复应用糖皮质激素治疗,1 个月前激素减停。3 d 前外感后出现鼻塞、咽痛,自服中成药(具体不详)治疗,效不佳,并出现尿中泡沫增加,尿量减少,双下肢浮肿。查体:面色潮红,咽部充血,扁桃体不大,双下肢轻中度凹陷性水肿,舌质红,苔薄黄腻,脉濡数。尿常规示:蛋白 3+。中医诊断:水肿(风湿困表,热毒内蕴证)。治以祛风解表,清热解毒,宣肺利水。予麻黄连翘赤小豆汤加减。处方组成:炙麻黄 3 g,连翘 6 g,赤小豆 15 g,桑白皮 15 g,白茅根 15 g,石韦 15 g,金银花 9 g,蝉蜕 9 g,穿山龙 15 g,防风 6 g,麦冬 12 g,白术 15 g,芡实 15 g。7 剂,水煎服,日 1 剂,早晚分服。嘱避风寒,清淡饮食。

二诊:服药 7 剂后,患儿双下肢水肿减轻,咽痛缓解,无鼻塞,偶有咳嗽,干咳无痰,舌质略红,苔薄白,脉滑。复查尿常规:蛋白 1+。上方加前胡 6 g、白果 6 g,继服 7 剂,饮食宜忌同前。

三诊:诸症均愈,水肿消,无咳嗽咳痰,舌淡红,苔薄白,脉沉细,复查尿常规蛋白转阴,以益气养阴之品扶助正气,巩固疗效,随访至今未再复发。

按:儿童原发性肾病综合征病理类型多为微小病变,对糖皮质激素治疗比较敏感,但在激素减量过程中及停药后易复发,反复复发者成为难治性肾病综合征。本案患儿长期应用糖皮质激素,湿热毒邪蕴阻,此次外感风邪,肺失宣降,水道不通,风湿相搏,困于肌表,引发肢体水肿。面色潮红、舌红、苔黄腻、脉濡数均为风湿困表、热毒内蕴之征。治以麻黄连翘赤小豆汤为主方加减。患者风湿在表,肺失宣降,以麻黄与防风相伍祛风解表、宣肺利水;连翘与赤小豆合用清热解毒、利水消肿;佐以桑白皮、白茅根、石韦共助宣肺、清热利水之功;方中配伍金银花清热解毒兼透散风热;蝉蜕轻清灵动,善于发表疏散风热;穿山龙可祛风除湿,朱良春认为其具有类糖皮质激素作用,但不会引起激素相关的不良反应,用于

治疗肾病综合征可减少尿蛋白、消除水肿^[14];配伍麦冬、芡实、白术养阴、益肾、补脾以防祛邪伤正。诸药合用,表里兼治,使在表之风湿得以宣化、在里之热毒得以清解,故肺气得宣,水道得通。二诊时患儿水肿减轻,咽痛、鼻塞缓解,干咳无痰,舌苔得化,前方加前胡、白果降气平喘,与麻黄相伍,使宣中有降、降中有宣,以恢复肺的生理功能。三诊时患者诸症皆愈,以扶正之剂巩固疗效。由本案可见辨证应用解表祛风法治疗肾病水肿,可有效缓解病情,避免长期应用激素而致的相关不良反应,临床可参考应用。

[参考文献]

[1] 戴京璋. 实用中医肾病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:121.

[2] 叶任高. 中西医结合肾脏病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:215.

[3] 刘燕玲. 实用中西医结合证治丛书·水肿[M]. 北京:中国中医药出版社,1995:1.

[4] 候海晶,王永生,卢富华. “风能胜湿”理论在肾性水肿的应用[J]. 安徽中医药大学学报,2015,34(4):5-7.

[5] 宫晓燕,任喜洁,刘艳华. 任继学教授治肾风用药经验撷菁[J]. 中医药学刊,2013,21(12):1989-1995.

[6] 林启展,董金莉,潘碧琦,等. 张琪教授治疗肾性水肿的经验[J]. 四川中医,2006,24(7):1-2.

[7] 孔海涛. 时振声运用仲景学术思想治疗急性慢性肾炎的经验探讨[D]. 北京:北京中医药大学,2009.

[8] 于俊生. 肾脏病经方论治[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007:54-57.

[9] 王强,王中民,修暖暖,等. 于俊生教授运用风药治疗肾病的经验[J]. 中华中医药学刊,2009,27(11):2261-2263.

[10] 李苗,曾梦楠,吴广操,等. 麻黄水煎液及其拆分组分利尿作用的研究[C]//中国药学会. 中国药学会第十三届青年药学科科研成果交流会议论文集. 南昌:中国药学会, 2016:270-272.

[11] 闫婕,卫莹芳,钟熊,等. 赤小豆对小鼠利尿作用有效部位的筛选[J]. 四川中医,2010,28(6):53-55.

[12] 梁起鸣,唐国娟,张法荣. 麻黄连翘赤小豆汤治疗肾脏疾病的现代临床应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017,17(A1):22-23.

[13] 于俊生. 论慢性肾衰关乎少阳病变[J]. 辽宁中医杂志, 2004,31(6):451-452.

[14] 谢榆,汪悦,纪伟. 朱良春应用穿山龙经验[J]. 山东中医杂志,2013,32(6):434-435.

李华东运用微针刀及手法治疗颈源性头痛经验

王建民¹, 乔英杰¹, 刘金勇¹, 张万里² 指导: 李华东

(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 250011)

[摘要] 李华东教授认为, 颈源性头痛发病多为颈部整体失稳导致头颈部气血失荣, 使得筋出槽、骨错缝, 神经受到卡压所致, 并与情志因素及交感神经调节功能关系密切。李教授立足病机, 明确诊断, 将推拿针刀经验与现代医学相结合, 在治疗过程中擅长运用微针刀及推拿手法治疗本病, 通过微针刀颈部松懈缓解急止痛, 颈部推拿七法调治其本, 同时二者可联合刺激星状神经节以调节交感神经, 起到缓解头痛的作用。

[关键词] 颈源性头痛; 微针刀; 推拿手法; 星状神经节; 交感神经; 李华东

[中图分类号] R244.1; R246.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2023)02-0182-04

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.015

LI Huadong's Experience in Treating Cervical Headache with Micro Needle Knife and Manipulation

WANG Jianmin¹, QIAO Yingjie¹, LIU Jinyong¹, ZHANG Wanli² Mentor: LI Huadong

(1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250011, China)

Abstract Professor LI Huadong concludes that the onset of cervical headache is mostly due to qi and blood failure in nourishing the head and neck caused by overall destabilization of the neck, leading to the tendons out of the grooves and the bones misaligned, and the nerves are subject to compression. Cervical headache is closely related to the emotional factors and sympathetic nerve regulation function. Based on the disease mechanism and diagnosis, Professor Li combines the experience of Tuina, micro needle knife with modern medicine to treat this disease. Micro needle knife therapy can alleviate the pain by relaxing the neck, and Tuina with the seven methods can regulate the root of the body. Two therapies together can stimulate stellate ganglion to regulate the sympathetic nerve, relieving headache.

Keywords cervical headache; micro needle knife; tuina manipulation; stellate ganglion; sympathetic nerve; LI Huadong

颈源性头痛是由颈椎退行性变、颈部慢性劳损、颈部外伤等因素, 刺激或压迫颈枕部神经或椎 - 基底动脉, 引起以颈枕部压痛、头部跳痛、牵涉痛为主要

表现的一组自主神经功能紊乱综合征^[1]。近年来颈椎病发病率不断上升, 约 50% 的患者会有头痛、眩晕等症状, 随着病情进展, 疼痛加重也会导致患者出现精神萎靡、易怒、失眠、注意力下降等心神功能失常症状^[2], 严重影响生活质量。临床治疗本病多以药物、针灸、推拿为主, 虽有一定疗效, 但常规治疗见效慢、易反复, 因此制定起效迅速、安全持久的治疗方案尤为重要。李华东教授为山东中医药大学博士研究生导师, 推拿学科带头人, 临床三十余载, 擅长运

[收稿日期] 2022-12-12
[基金项目] 山东省中医药管理局基金项目(编号: 2019-1055)
[作者简介] 王建民(1992—), 男, 山东济南人, 2021 年級博士研究生, 研究方向: 推拿治疗伤科疾病的临床研究。邮箱: dwangjianmin@126.com。
[通信作者] 张万里(1989—), 男, 山东临沂人, 医学博士, 主治医师, 主要从事推拿及针灸临床研究。邮箱: 1007250733@qq.com。

用推拿及针刀理论分析治疗疾病,主张针推并用,内外合治。

1 立足病机,明确诊断

李教授认为颈源性头痛的发病为颈部整体失稳导致头颈部气血失荣,使得筋出槽、骨错缝,颈枕部神经受到卡压所致,并与患者情志及交感神经调节功能关系密切。①颈部力学失稳。颈源性头痛首要病变部位在颈枕部,一般多由颈部慢性劳损、退变、外伤等病变导致颈椎肌肉痉挛,出现动力性平衡失调,进而使韧带松弛,椎体不稳,出现静力性平衡失调,局部神经受到卡压导致头痛。②筋出槽骨错缝。经筋主束骨而利关节,经筋附着于骨面,对骨骼有约束作用,经筋受损,气血阻滞不能上荣于头,病久失治则会出现颈部力学失稳,筋出槽骨错缝而致痛。③颈枕部疼痛与交感神经、心理情志互相影响。颈枕部神经血管异常与患者精神紧张、焦虑等不良情志往往互为因果,并且与交感神经高兴奋状态有关,交感神经高兴奋使局部肌肉痉挛,影响颈部组织血供,刺激脊神经而加重颈源性头痛的发生。结合上述发病机制,李教授认为颈部经筋劳损、局部无菌性炎症增多、交感神经高兴奋,直接或间接导致颈部关节紊乱或上颈段神经卡压是引起颈源性头痛的主要原因,临证强调标本兼顾,综合治疗。李教授擅长将微针刀与传统推拿手法相结合治疗本病,强调“用针(推)即是用药,不明不可乱针(推)”,针刺推拿前应熟悉颈部解剖结构,了解头颈部神经血管走向及肌肉韧带起止点,问清病史,明确诊断,在安全可控的情况下实施操作。

2 针推结合,标本兼顾

2.1 微针刀颈部松解以缓急止痛

颈源性头痛患者多数颈部肌肉僵硬,局部软组织张力增高,随着病变点不断增加,逐渐形成以点成线、以线成面、以面成体的颈部病理构架^[3],从而引起颈椎组织的应力异常,导致骨质增生、椎体移位、韧带钙化以及颈椎生理曲度异常等改变,最终刺激压迫脊神经或枕部神经,引起头枕部疼痛。颈椎病急性加重时软组织张力升高,头颈部疼痛难忍,单纯推拿手法治疗耗时耗力,且并不能短时间内显著改善局部张力,此时应用微针刀颈部松解疗法,可快速解除异常应力点的压迫,松解粘连,以恢复颈部力学平衡,达到缓解症状的目的。

2.1.1 操作原则

微针刀的临证操作需遵循“一望二问三触四听”

的原则,即首先观察患者的整体状态,根据患者身体状况和病情的虚实缓急调整针刀刺激量;其次问清患者的临床症状,如有无眩晕、恶心、血压升高等,根据问诊结果决定针刀操作是否需要刺激醒神开窍的穴位,李教授行针刀治疗时善于通过松解星状神经节来调节颈交感神经,改善头颈部血供;再者,针刀操作前必先仔细触诊患者颈枕部,尤其着重于对枕下三角肌群的触诊,寻找手下筋结与阳性反应点,做到“以痛为腧”,例如枕大神经、枕小耳大神经痛分别会引起枕后额部、耳后乳突等疼痛,治疗时要有重点地松解相应区域;最后,针刀进针操作时应做到边触边听,感受进针时手下刺触感与刺破时声音的变化,在盲刺的过程中调整进针方向和突破点。

2.1.2 微针刀松解治疗操作

进针点的选择:主要治疗点的选择在枕下三角区及颈夹脊穴,包括枕骨大孔后缘边缘,头后大、小直肌起止点,第2~6颈椎棘突旁及横突周围疼痛区域。结合医者触诊时触及的阳性反应点,综合选取8~10个进针点并标记。针刀手法:在“三线一点进针法”^[4]的基础上结合“针刀逐层切刺法”^[5]。具体操作:患者端坐于治疗床前,双肘及小臂置于床上,头部微低,口微张,下颌内收,戴一次性手术帽,充分暴露颈肩及枕部;以安尔碘常规消毒颈肩枕部皮肤及颈前区星状神经节区域;施术者用左手拇指在确认的进针点处,垂直用力缓慢下按,并同时左右分拨局部软组织,使血管、神经等避开针刀突破路径,右手持针刀(规格:0.40 mm×30.00 mm)逐层(筋膜、肌肉、韧带等)突破切刺,每到达一个层次后稍停,先轻柔缓慢刺探刀下的阻力感和患者感觉,一旦碰到阻力感,而患者也无异常感(疼痛或麻电感),即快速弹性突破直至骨面,可稍回抽,做十字切割,注意勿直接刺激骨面。操作完成出针刀,用棉签压迫针孔片刻,待不出血为止。

2.1.3 微针刀触激星状神经节治疗操作

定位:患者坐位,头微低,在环状软骨水平,旁开1.5 cm与胸锁关节上2.5 cm两线交叉点为进针点。施术方法:左手示指、中指并指触及第6颈椎横突体表部,下压时将胸锁乳突肌、颈总动脉、颈内动脉推向外侧,使之与气管、食管分开;在动脉搏动的内侧以右手持刀缓慢垂直刺入达第6颈椎横突基部,微动针刀体以加强触激3~5次,以患者自觉酸胀并最大耐受为度,操作过程中针刀不能离开骨面滑动。出针刀,然后迅速用无菌敷料压迫严防出血和感染。待

血止后,予坐位颈椎定位旋转扳法结束治疗。

2.1.4 微针刀治疗机制

微针刀疗法是对传统针刺方法的创新和发展,具有操作简便、创伤小、安全性高等优点,其实质是经皮微创软组织松解术^[6],在治疗时既能起到针刺经络腧穴的效应,促进无菌性炎症吸收,又能“以痛为腧”,通过“切、剥、产、割”等方式解除局部组织的高应力状态,恢复颈内外组织的动态平衡。本操作中,微针刀施术在“三线一点进针法”的基础上,同时结合“针刀逐层切刺法”松解枕下肌群、椎旁肌群,一方面直接减轻寰枕部及椎旁软组织对颈神经、椎动脉的卡压,改善椎-基底动脉的供血状态;另一方面针刀刺入皮肤后,能够通过脊髓、脑内镇痛机制发挥其“针”的镇痛作用,同时作用于肌肉、筋膜、韧带等起止点,阻断病灶点持续发放伤害性刺激,降低 γ 运动元兴奋性^[7],调节颈部本体感觉紊乱,解除肌肉保护性痉挛状态^[8],恢复颈内外力学平衡,从而改善头痛等症状。

微针刀刺入皮肤后到达颈椎横突旁触激星状神经节,在此过程中,一方面针刀层层刺入,直接缓解颈前区肌肉痉挛,发挥其针刺镇痛效应,改善局部微循环,促进炎症物质吸收;另一方面,针刀触激星状神经节时通过“酸、麻、胀、痛”等信息反馈间接调节交感神经兴奋度,减轻头颈部肌肉及血管痉挛,改善头颈部血液循环,降低头痛复发率^[9]。另有研究表明,微针刀刺激星状神经节可以调节自主神经,减轻由于交感神经活性增高而造成的交感-迷走平衡紊乱,还能抑制交感-肾上腺系统的兴奋,从而减轻由交感神经引起的颈椎病^[10]。针刀松解术后辅以颈椎定位旋转扳法可直接调节关节间位置关系,解除神经压迫症状,进一步保证针刀治疗的效果。

2.2 颈枕部推拿以调治其本

推拿治疗作为一种传统外治疗法,能够缓解颈肩部软组织痉挛,增加头颈部血供,改善颈椎生理曲度,增加椎动脉血流速度,减轻局部神经压迫、刺激症状,临床应用广泛。李教授认为颈椎生理曲度消失、颈部肌肉紧张痉挛是引起颈源性头痛的发病根源,调整颈椎曲度,去除颈部“结”“聚”是推拿治疗颈源性头痛的根本,故临证注重松筋与正骨相结合,主张将手法操作重点放在颈部紧张痉挛区域及枕下三角肌群,待颈部组织充分放松后,再行调曲整复,以恢复颈部两侧张力,从而缓解颈源性头痛。

李教授治疗本病的推拿手法共分 7 步,具体如

下。①揉揉颈项部。患者取坐位,医者采用揉法、拿揉法作用于颈夹脊及肩颈部,以斜方肌区域为操作重点,频率为每分钟 90~120 次,共 3~5 min。②弹拨颈夹脊。于颈夹脊及颈横突连线处施一指禅推法、弹拨法,由上到下操作 3~5 遍以松筋解痉。③点揉腧穴。点按风池、天柱、完骨、翳风、颈夹脊、大椎、肩井、椎旁压痛点及枕下三角区,操作 2~3 min。④摩揉颈枕部。医者一手置于一侧枕骨粗隆,肘部屈曲,以掌根或大鱼际为着力点于枕部做缓和有力的环形摩动,放松后枕部筋膜,以透热为度。⑤调曲整复。第一步,摇颈拿揉颈项部,嘱患者颈部放松,头微抬,医者一手扶于患者前额,一手虎口张开,以拇指桡侧或罗纹面为着力点拿于颈部夹脊,前臂发力主动摆动带动腕关节及拇指做弹拨样按揉,双手同时协同相对用力,使颈部在被动侧屈至回正的过程中充分放松颈部肌肉;第二步,端提牵引,患者取坐位,医者立于身后微蹲,双手四指托住患者下颌,两拇指顶按于风池穴处,双手同时用力拔伸颈椎,持续数秒,然后一手扶于肩井处,一手扶于患者侧头部,双手相对用力压伸颈部数秒,两侧各压伸 2~3 次。⑥按揉星状神经节。患者略低头,医者凝神静气,一手示指、中指并拢,以示指罗纹面探及第 6 颈椎横突处,平环状软骨,于人迎穴稍下方,施以轻柔缓和的按揉刺激,以局部得气感为度,左右两侧各按揉 1 min。⑦最后施以颈椎定位旋转扳法结束治疗。

2.2.1 舒筋解痉为基

舒筋解痉为颈源性头痛治疗的基础,筋柔才可骨正,骨正才能解除颈椎病变对颈部神经及椎动脉造成的不良刺激,改善颈项部血液循环,缓解疼痛等症状。李教授临证善用一指禅推法、揉法、摇法作用于头颈部,强调手法的频率、方向和力度要相互协同,手法操作的节律要与患者身体所适的频律相配,手下治疗时的得气感要与患者酸麻重胀感相应,倡导推拿治疗手法要由轻到重,由面到线再到点,即揉揉颈肩、弹拨颈夹脊、点按颈枕部相结合。揉揉颈肩部等大面积部位手法要缓和有力,点揉后枕部时手法要均匀渗透,将推拿手法的“机械力”化为身体内能,刺激肌肉牵张反射从而抑制肌肉痉挛,调整与改善颈肩部肌肉的张力。对枕骨粗隆施以摩法,能够加强手法对头枕部经络及穴位的刺激量,促进气血上行头面,有效缓解寰枕筋膜的挛缩和神经卡压,恢复神经正常传导功能^[11],从而缓解由本病引发的头痛、头晕、眼干等症状。

2.2.2 调曲整复为要

颈部调曲整复是本病治疗的关键,李教授善于运用摇颈拿揉法放松颈部,该手法是对常规推拿手法的改进,在灵活运用拿法、揉法的基础上配合被动摇颈,一方面能够增大力量和接触面积,扩大拿揉范围,增强手法对颈部组织的渗透力,另一方面拿揉与颈椎被动摇动相结合,能够改善颈椎活动度,放松深层颈部筋膜组织,从而改善颈椎曲度。在颈部放松后施以手法拔伸牵引,能够扩大椎间隙、调整颈椎曲度;通过摇颈冲压颈椎等被动活动,可提升颈部肌肉弹性和灵活性;最后施以颈椎定位旋转扳法,能直接调整关节间位置关系,松解神经根与周围组织粘连,恢复神经正常传导功能,重塑颈椎力学平衡,从而在根本上保证舒筋解痉的疗效。

2.2.3 交感调节为辅

星状神经节在功能上属于交感神经节,位于椎间孔外侧前筋膜的深部,由第 6、7 颈神经节和胸 1 神经节构成。当颈椎关节突关节及其周围结构紊乱导致颈部肌群紧张挛缩时,可使颈神经节受到激惹,导致椎-基底动脉挛缩及颈部肌肉紧张痉挛,产生头颈部疼痛等症状。按揉刺激星状神经节能缓解因交感神经的过度兴奋引起的疼痛,并使局部血流量升高,供氧增加,减轻患者的头面症状。另外星状神经节在解剖位置上接近于足阳明胃经的水突穴,中医学认为“经脉所过,主治所及”,胃经循行上达头面,刺激水突穴能够起到疏通头面部经络、调畅气机、行气活血的功效。现代研究亦表明,刺激水突穴能够改善脑血流,稳定内环境,对中枢神经、内分泌、免疫系统等有明显调节作用^[12]。

此外,李教授重视手法“守神”和“得气”,强调在治疗时医者应心神宁静、呼吸均匀,集中意念于手指,仔细体会手下感觉,调整按揉节律,使医患神气相传,才能达到预期疗效。

3 总结

颈源性头痛属于中医头痛、颈项强痛的范畴。从根本而言,颈椎间盘突出、关节骨质增生、颈枕部肌肉劳损等因素造成颈椎内外平衡被打破,颈椎生物力学失衡,加重了颈部软组织劳损变性,从而使颈部肌群痉挛、失去弹性,尤其是位于枕下三角区的枕下肌群挛缩、间隙变窄,使颈枕部血管神经受压,引发头痛。李教授强调推拿针刺都是治疗颈源性头痛的有效方法,临证选方要审因辨证,立足整体,治病求本,既要考虑患者病情轻重缓急,又要考虑治疗方法

对于本病的优势。治疗时结合患者气血虚实的情况,对于颈部紧张导致的卡压性头痛,可采用优势明显的微针刀疗法;对于关节紊乱、慢性炎症导致的头痛可选用推拿手法治疗,如《医宗金鉴·正骨心法要旨》中记载:“骨缝升错,气血郁滞,为肿为痛,宜用按摩法。按其经络,以通郁闭之气,以散瘀结之肿,其患可愈。”当病症较重时可于微针刀治疗后联合推拿手法使用,尽可能调动一切有利因素增强疗效。此外,李教授重视颈源性头痛患者的治疗后调养,嘱患者养成良好的生活习惯,学习基本的颈部锻炼和保健方法,保持积极乐观的情绪,以巩固疗效,减少复发。

[参考文献]

[1] ANTONACI F,SJAASTAD O. Cervicogenic headache:a real headache[J]. Curr Neurol Neurosci Rep,2011,11(2): 149-155.

[2] 王慧凯,姜学连. 颈源性高血压的发病及治疗体会[J]. 滨州医学院学报,2020,43(1):75-78.

[3] 张天民. 针刀医学基础理论[M]. 2 版. 北京:中国中医药出版社,2012:156-166.

[4] 毛树文. 微针刀疗法在神经根型颈椎病中的应用[J]. 中国中医急症,2014,23(12):2262-2264.

[5] 张瑾,乐俊明,刘远华. 腰椎间盘突出症针刀诊治探讨[C]//中华中医药学会针刀医学分会 2008 年度学术会议论文集. 天津:中华中医药学会针刀医学分会,2008:226-228.

[6] 张义,郭长青. 针刀治疗软组织疾病的理论依据及其效应[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2010,14(24): 4520-4523.

[7] 盛善明. 针刀医学对颈源性眩晕发病机理的研究与探讨[C]//中华中医药学会针刀医学分会二〇〇九年度学术会议论文集. 济南:中华中医药学会针刀医学分会, 2009:266-268.

[8] 王金武,陈德松,王劫,等. 颈部交感神经干及交感神经节受刺激因素的解剖学观察及其临床意义[J]. 中国解剖与临床,2000,5(2):68-70.

[9] 曹天彪,胡志明,赵晶晶,等. 星状神经节联合颈丛神经阻滞治疗颈源性头痛的临床应用[J]. 实用疼痛学杂志, 2008,4(6):419-421.

[10] 王莹,杨才德. 星状神经节埋线为主治疗交感神经型颈椎病临床观察[C]//新时代 新思维 新跨越 新发展——2019 中国针灸学会年会暨 40 周年回顾论文集. 武汉:中国针灸学会,2019:878-881.

[11] 丁保聪,李华东. 推拿配合刃针星状神经节触激术治疗颈源性头痛的临床观察[J]. 按摩与康复医学,2016, 7(1):41-42.

[12] 徐马丽,罗建. 推拿治疗颈性眩晕的临床研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(96):55-57.

新冠疫情下田菲对肺癌患者的管理策略

张桂星^{1,2}, 刘云鹤^{1,2} 指导: 田 菲

(1.天津中医药大学第一附属医院, 天津 300381; 2.国家中医针灸临床医学研究中心, 天津 300381)

【摘要】 田菲教授根据肺癌患者正虚邪实的疾病特点,在新型冠状病毒感染(新冠病毒感染)疫情背景下提出“固本清源、化痰补中”的疾病管理策略。田教授认为肺癌与新冠病毒感染在病理演变和证候变化上多有相似,遣方用药皆从扶正祛邪、未病先防入手,临证强调祛痰湿以澄流清源,健脾胃以培土生金,顾情志以养神正本,重舌象以司外揣内,畅大便以消积除浊。并将肺癌患者分为痰热阻肺、痰瘀互结、肺脾气虚、阴亏气耗 4 种证型,分型辨治,攻补皆施。附验案一则。

【关键词】 新型冠状病毒肺炎;肺癌;固本清源;化痰补中;舌象;分型辨治;田菲
【中图分类号】 R273.42 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0257-358X(2023)02-0186-04
DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.016

Experience of Professor TIAN Fei on Disease Management of Lung Cancer Patients During the COVID-19 Period

ZHANG Guixing^{1,2}, LIU Yunhe^{1,2} Mentor: Tian Fei

(1.The First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300381, China; 2.National Clinical Research Center for Chinese Medicine Acupuncture and Moxibustion, Tianjin 300381, China)

Abstract Professor TIAN Fei proposes a preventive strategy of strengthening the foundation, clearing the source, resolving phlegm and tonifying spleen and stomach in the context of COVID-19, based on the characteristics of the disease of lung cancer patients, healthy energy is asthenic and evil is excessive. Professor Tian puts forward that lung cancer and COVID-19 are similar in pathological evolution and syndrome-syndrome changes, the prescription of drugs should be formed according to the principle of strengthening the body resistance to eliminate pathogenic factors, prevention before disease. Professor Tian emphasizes the principle that dispelling phlegm and dampness to clear the source, strengthening the spleen and stomach to strengthening earth to generate metal, paying attention to the regulation of emotions to nourish the energy and protect the healthy qi, paying attention to tongue diagnosis for governing exterior to infer interior, smoothing stool to eliminate accumulation and remove turbidity. Lung cancer patients are divided into four types: pulmonary retention of phlegmopyrexia, phlegm and blood stasis obstruction, asthenia of pulmonosplenic qi, and yin and qi deficiency. The treatment should change according to the syndrome type. Both exorcism therapy and tonic therapy can be considered. This article introduced a case of Professor Tian.

Keywords COVID-19; lung cancer; strengthen the foundation, clear the source; resolve phlegm and tonify spleen and stomach; tongue; treatment according to syndrome type; TIAN Fei

【收稿日期】 2022-01-27
【基金项目】 天津市教委科研计划项目(编号:2018KJ034)
【作者简介】 张桂星(1994—),男,河南平顶山人,2019 年级硕士研究生,研究方向:中西医诊治肿瘤。邮箱 2874399700@qq.com。

新型冠状病毒感染(新冠病毒感染)在中医体系中属于疫病范畴。《温疫论》有云:“夫温疫之为病,非风非寒,非暑非湿”,该病乃“天地间别有一种异气”,具有起病急骤、传变迅速的特点,其传播途径有二:一为“天受”,二为“传染”^[1]。无论何种传播方式,疫毒是否致病与人体正气之盛衰密不可分,正如《黄帝内经》所言:“正气存内,邪不可干”“邪之所凑,其气必虚”。人体正气充盛,疫毒就难以侵袭。

西医学认为,肿瘤的发生与人体免疫功能缺陷有关。多数患者在肿瘤发展过程中出现营养不良、抵抗力低下等情况,而常规抗肿瘤手段如化疗、放疗等也可引起不同程度的骨髓抑制,导致患者免疫功能紊乱,使其更容易受到外界病原微生物的侵袭^[2]。一项队列研究指出:截至2020年1月底,在我国1590例有明确诊断的新冠病毒感染患者中,癌症患者有18例(患病率为1.13%),远高于普通人群中肿瘤的患病率(0.29%),而肺癌是其中最常见的类型;此外,基础性疾病为癌症的新冠病毒感染患者,其粗病死率(5.3%)是普通患者(2.3%)的两倍^[3]。相比于常人,肿瘤患者尤其是肺恶性肿瘤患者更为易感新冠病毒,同时其发生严重事件的风险也更为突出^[4]。

因此,如何在疫情期间做好肺癌患者的疾病管理,最小化“疫毒”对患者的威胁极为重要。田菲教授从事中医临床三十余年,肺癌诊治经验丰富,疫情期间,针对肺癌患者易感特征进行辨证论治,充分发挥中医“治未病”优势,获效满意,总结如下。

1 病机演化

新冠病毒感染的基本病机特点是湿、热、毒、瘀^[5],根据本病的发病特征及症状,其病机基本演变可概括为:初期受疫戾之气所感,湿毒邪气从口鼻而入,首先犯肺,肺为娇脏,肺卫受损,肺气郁闭而宣肃失职,故出现发热、咳嗽等症,此时多以邪实为主;中期外邪入里,瘀而化毒,壅滞中焦,脾胃运化失司,气机升降失调,郁闭更甚,再有邪入营阴、逆传心包者,出现恶心、喘憋、高热、神昏等症,此时多以虚实夹杂为主;后期邪毒稽留日久,正气亏耗,若诊治得当邪去之后可见大虚之象^[6]。

“壮人无积,虚人则有之”,中医学将肺癌的根本病因视为“本虚”,其病理因素多为痰、热、瘀、虚^[7]。正如张景岳所言:“脾肾不足及虚弱失调之人,多有积聚之病”。田师在前人基础上总结多年临床经验,将肺癌的基本病理变化归纳为“正虚邪实,虚而致实”。

田师认为,患者素体正气亏损,而肺为娇脏,又主一身之气,受痰(湿)、热、瘀等病理因素的侵袭,失于宣降,气机膈郁,久而成毒,导致阴阳失调,脏腑功能减退,病程日久又多耗气伤阴、损伤正气,加剧正虚之势。故早、中期肺癌多以邪毒壅盛为主,夹以正气亏虚,晚期则以正虚亏耗为主,兼有邪实留恋。

“万病不出乎虚实两端”,在正虚与邪实的相互转化上,肺癌与新冠病毒感染的证候变化过程基本吻合,而其病理因素也多有相似。田师认为,肺癌与早中期新冠病毒感染在证候上均为虚实夹杂之象,肺癌患者素有体虚之征,易受天地间“异气”所感,发而为疫。二者既有体虚之夙根,又有邪盛之外源,正所谓“养正则邪自去”,故田师以扶正祛邪、未病先防为着力点,将“固本清源、化痰补中”的治疗思路贯穿肺癌患者疾病管理的始终。

2 临证要点

2.1 善祛痰湿,以澄流清源

“百病多由痰作祟”,痰湿是机体水液代谢障碍产生的病理结果,可与六淫七情相互结合,成为多种疾病发生、发展的重要因素,此次新冠病毒感染的病理核心即为痰湿之浊。田师认为,肺癌患者易受天地邪气所感,痰湿之毒损伤肺脉,而致肺宣降功能失常,气机当升不得升、当降不得降,若痰湿阻于肺,则会出现咳嗽、胸闷、憋喘等症状,阻于脾,则会出现恶心、呕吐等症状。故田师善从化痰祛湿立法遣药,喜用三子养亲汤合二陈汤化裁加减,对疫情下的肺癌患者进行调护。三子养亲汤可行痰顺气,二陈汤可燥湿和中,两者治以澄流清源,共奏化痰调肺之功,旨在“先安未受邪之地”,以防新冠疫气随痰湿而入。

2.2 尤重脾胃,以培土生金

脾胃乃气机升降之枢纽,又为气血化生之源。若脾胃运化失常,则后天之本化生无源,不能滋养先天则元气不足,形虚体弱,无阳以护其营卫,更易感受外邪侵扰。“脾有生肺之能”,正如薛生白所言:“脾为元气之本,赖谷气以生,肺为气化之源,而寄养于脾也”。肺脾二脏在功能上相辅相成,共司一身之气。田师认为肺癌患者乃“虚而致实”之病,而新冠病毒感染患者在中后期也多有正气亏耗。此外,痰湿为肺癌和新冠病毒感染共有的病理因素,脾失健运,则痰浊不化、水湿内生,《景岳全书》有言:“盖脾主湿,湿动则生痰,故痰之化,无不在脾”。因此田师在调护肺癌患者时尤重培土生金之道,“脾气有养,则土自生

金”,脾气得建,则痰湿自除。

2.3 兼顾情志,以养神正本

《黄帝内经》云:“百病皆生于气也”。有现代研究证明,情志紊乱会导致人体免疫功能损伤,增加肿瘤疾病发生和发展的风险^[8]。“凡病乎起,多由乎郁”,田师在临证中尤其注重精神摄养。田师认为,肿瘤患者心理压力较大,多伴有焦虑、抑郁等情绪,而不良情绪的产生同时又会损伤脏腑功能,导致气机不畅,巡而往复,郁菀成结,最终精神内伤,损人气血。同时正虚神耗,又会增加机体感受新冠疫气的风险。田师在临证用药中善用香附、佛手之对药解郁理气,又常用合欢皮、百合、远志之角药解郁养神。正所谓“恬淡虚无,真气从之;精神内守,病安从来”。在药物治疗的基础上,田师又极为重视心理干预,强调帮助患者养心宁神,调摄情志。

2.4 着重舌象,以司外揣内

舌为心之苗、脾之外候,而舌苔又为胃气所生。《临证验舌法》言:“核诸经络,考手足阴阳,无脉不通于舌”。故脏腑之气皆着于舌,查诊舌象可知脏腑诸病。舌诊的重点无外乎舌质与舌苔两部分,舌质多关乎脏腑之气血,舌苔则多由于邪气之强弱。一般而言,肺癌患者舌质多为淡暗舌,常夹以胖大或齿痕之征;舌苔多为腻苔,或黄或白,或薄或厚,可伴有裂纹。自古便有“温病重舌,伤寒重脉”的观点,田师在临证中尤其注重舌象辨别,根据舌象的特征辨证选用佩兰、薄荷以芳香除秽、化浊醒脾,用厚朴、草果以辟秽透邪,遣方用药皆从顾护未受邪之地而虑。舌象的变化也常反映疾病的转归和发展,而舌苔对瘟疫秽浊之气尤为敏感,因此田师临证中也善于通过舌象的变化司外揣内、见微知著,体察疾病的进展。

2.5 调畅大便,以消积除浊

“诊二便者首也”。大便是脾胃运化饮食水谷后升清降浊的延伸。食物经脾胃运化后,受盛于小肠,小肠泌别清浊,浊物传导至大肠变化为糟粕而泄出,而整个过程又同命门之火的温煦、肝气的疏泄密不可分。因此大便与人体五脏六腑功能是否正常、气血阴阳是否平衡都息息相关^[9]。古人云:“欲得长生,肠中常清”。田师在临床中极其注重大便通调情况,强调大便要“宁稀勿干”,对于大便秘结不通的肺癌患者,常用调味承气汤以通腑降浊。新冠病毒感染虽为湿邪作祟,但其乃秽浊毒疫,故田师强调临证需以大便通利、排毒祛浊为宜,不可盲目而为,妄下涩药以实

大便,而致邪留不去。

3 分型论治

3.1 痰热阻肺

此为邪热犯肺、炼液成痰或积痰郁而化热所导致的一系列肺失清肃、里热炽盛之证。症见:发热,咳嗽,痰多而黏,或黄或痰中带血,气促声重,口干口渴,鼻煽气灼,胸痛乏力,舌红苔黄,脉数或滑数。治法:涤痰清热,透邪化湿。方药:清金化痰汤加减(金银花、陈皮、瓜蒌、浙贝母、桑白皮、桔梗、栀子、黄芩、麦冬、知母、甘草、白芍等)。疫情期间,田师喜佐以藿香、苍术、葶苈子等透邪化湿泻肺之品,并重用桔梗以宣畅肺气,巧用大黄令邪有出路。新冠病毒感染多由湿热邪气所致,其与痰热阻肺型肺癌在病理因素上高度重合,因此田师认为涤痰清热之法佐以透邪化湿,在痰热阻肺型肺癌患者的疾病管理及疾病预防中可以取得事半功倍的效果。

3.2 痰瘀互结

津液代谢障碍而成痰湿,痰湿阻碍血液运行而致血瘀,痰瘀互结,日以积大,终成癥瘕。症见:咳嗽不畅,胸闷憋气,胸痛有定处,痰黏难咳或痰中带血,口干口渴而不欲饮,纳呆,恶心,便少,舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,苔厚腻,脉弦滑。治法:散瘀消结,辟秽化浊。方药:三子养亲汤合桃红四物汤加减(浙贝母、枳壳、莱菔子、紫苏子、桃仁、红花、当归、白芍、生地黄、川芎等)。新冠病毒感染为湿毒瘟疫,对于痰瘀互结型肺癌患者,田师善用上方配伍藿香、草果、厚朴、知母等,以达辟秽化浊之效;同时又喜用陈皮、豆蔻、白术等兼顾脾之健运。

3.3 肺脾气虚

疾病日久,肺气亏耗,子病及母又累及脾气,同时脾气亏虚,土不生金又加重肺气不足之势。症见:咳嗽日久不止,痰多而清稀,气短乏力,声低少言,多伴有面浮肢肿,纳差,腹胀,便溏,舌淡胖,或有齿痕,苔白滑,脉濡缓。治法:健脾补肺,益气化痰。方药:四君子汤加减(党参或太子参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、豆蔻、厚朴、白芍等)。田师认为,肺癌为虚损之病,肺气不足,子盗母气而损及脾胃。脾居中土蓄养万物,脾胃运化失司,一则生痰湿,二则伤正气,令新冠病毒有可趁之机。田师喜重用黄芪,既求益气之功,又可达扶正固表之效,使脾气得健,以求培土生金。

3.4 阴亏气耗

肺癌迁延不愈,久病失养,耗气伤阴,再有手术、

放化疗等均可伤人气血津液,最终造成阴亏气耗之证。症见:咳嗽,痰少带血或无痰,气短而喘,自汗、盗汗,神疲乏力,懒气少言,面色㿠白,可伴有低热,舌红或淡红,苔薄,脉细弱。治法:益气养阴。方药:沙参麦冬汤合四君子汤加减(沙参、麦冬、玉竹、天花粉、芦根、太子参、白术、炙甘草、豆蔻、陈皮等)。阴亏气耗之证多见于晚期肺癌或中老年肺癌患者,此类人群多肺萎失用,阴阳俱损,极易受到外界湿热毒疫的侵扰。田师喜用黄芪配伍白芍、生地黄等甘润之品,同时佐以桔梗、佩兰等清轻透宣之药,使气阴得生而又不致滋腻,也可起辟秽之用。

4 验案举隅

患者女,67 岁,2020 年 4 月来初诊。2020 年 1 月患者主因“咳嗽咳痰 2 月余”就诊于当地医院,查胸部 CT 示:右肺上叶软组织结节,考虑恶性病变,建议支气管镜检查。2020 年 1 月 30 日穿刺取病理组织,病理回示:(右肺)浸润性腺癌。结合病情,考虑年事已高、身体素弱,患者及家属拒绝放化疗及手术治疗。刻下:患者神清,精神弱,咳嗽、咳痰,痰色黄质黏,乏力气短,时有胸闷、喘憋,活动后加重,纳少,寐欠安,小便调,大便干而量少,2~3 日一行,舌淡红苔黄腻,舌体胖大,边有齿痕,脉滑数。中医诊断:肺癌;辨证:痰热阻肺兼有脾虚。治则:清热化痰,祛湿健脾。处方:金银花 20 g,陈皮 10 g,苍术 10 g,瓜蒌 20 g,浙贝母 15 g,桑白皮 15 g,白花蛇舌草 10 g,桔梗 10 g,葶苈子 10 g,黄芩 10 g,酒大黄 10 g,佩兰 15 g,草豆蔻 6 g,合欢皮 10 g,甘草 6 g。14 剂,水煎服,日 1 剂,分两次温服。

2020 年 5 月 6 日二诊,上方服毕后复诊,刻下:咳嗽、咳痰症状稍有好转,痰量稍减,色黄,胸闷喘憋见缓,便干已缓,日一行,量少,余症仍在,舌淡红苔黄腻,周边有齿痕,脉滑数。守前方,改酒大黄 6 g,加竹茹 15 g、柏子仁 10 g、砂仁(后下)6 g。28 剂,日 1 剂,水煎服,分两次温服。

2020 年 6 月 2 日三诊,刻下:稍有咳嗽咳痰,痰少色微黄,仍偶见乏力气短,纳欠佳,寐安,二便调,舌淡红苔薄黄,脉缓滑。守前方,改金银花 10 g、桑白皮 10 g、柏子仁 15 g,去酒大黄,加白术 10 g、太子参 10 g、茯苓 10 g。28 剂,日 1 剂,水煎服,分两次温服。

2020 年 7 月 1 日四诊,复查胸部 CT 示:(与 2020 年 3 月 27 日胸部 CT 相比)右肺上叶结节较前未见明显变化,双肺条索较前减少,余无显著变化。刻

下:偶见咳嗽,稍有乏力气短,纳尚可,寐安,二便调,舌淡红苔薄白,脉缓滑。守前方,去瓜蒌、葶苈子、茯苓、太子参,改浙贝母 10 g,加党参 10 g、藿香 10 g、厚朴 10 g。28 剂,日 1 剂,水煎服,分两次温服。

后患者随诊半年余,定期复查,变化随诊,影像学检查及肿瘤标志物检测均未见明显变化。

按:田师认为,患者为老年女性,形体瘦弱,饮纳欠佳,素有脾虚;复因癌毒侵袭,痰热互结,胶着于肺,故见咳嗽咳痰、胸闷喘憋之象。初诊时邪毒正盛,此时当以祛邪为要务,重用清热化痰之品,同时顾护脾胃,稍加辟秽化浊之物,兼用下利之药,使邪毒得利,又不给湿热毒疫可乘之机。二诊、三诊时邪气稍去,渐加健脾化湿之药,以固本清源。四诊诸症见缓,但虑及长夏将至,暑湿愈盛,故重用辟秽化浊之物。《沈氏尊生书》有言:“治积聚者,计惟有补益攻伐相间而进,方为正治”。田师根据当前疫病的病邪特点,提出固本、清源、化痰、补中的治疗思路,攻补兼施,伐益皆有,使生气之源绵绵不断,疫戾之邪无虚可入,充分发挥中医未病先防的优势,为疫情期间肺癌患者的疾病管理提供思路。

[参考文献]

[1] 王喜红,韩振蕴,许梦白,等. 新型冠状病毒致病的中医认识和思考[J]. 北京中医药大学学报,2020,43(7):539-543.

[2] 高菲,毕晓峰,张晓丹,等. 新型冠状病毒肺炎疫情期间肿瘤患者的健康教育管理[J]. 现代肿瘤医学,2020,28(9):1611-1614.

[3] LIANG W H, GUAN W J, CHEN R C, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China[J]. Lancet Oncol, 2020, 21(3): 335-337.

[4] 徐燕,刘洪生,胡克,等. 新型冠状病毒肺炎疫情期间肺癌患者临床管理[J]. 中国肺癌杂志,2020,23(3):136-141.

[5] 白逸晨,史利卿,马建岭,等. 新型冠状病毒肺炎国家第三到七版诊疗方案中医诊治对比分析[J]. 天津中医药,2020,37(12):1343-1349.

[6] 王建明,黄谨谅,任鲁颖,等. 鲁西南地区新型冠状病毒肺炎中医诊治特点[J]. 中医临床研究,2021,13(36):35-37.

[7] 容志航. 北京市名老中医治疗肺癌的经验总结与临床研究[D]. 北京:北京中医药大学,2013.

[8] 李晓曼,刘量,吴媛媛,等. 情志在肿瘤发生和发展中的作用[J]. 肿瘤,2019,39(12):1037-1042.

[9] 张瑶,贾英杰. 大便乃脏腑之信使[J]. 山东中医杂志,2016,35(2):157-158.

·医案医话·

从厥阴病论治肠息肉

李 烨^{1,2},周佳钰^{1,2},宋思源^{1,2},刘佳彤^{1,2},舒 鹏^{1,2}

(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 210029)

[摘要] 肠息肉病机错综复杂,通过对厥阴病病机及临证特点的探讨,认为肠息肉病位当属厥阴,病机重在阴阳气不相顺接、气机升降失常,终表现为肝风内扰、寒热错杂之象。厥阴病代表方乌梅丸组方用药酸苦合法、寒温并用,能温清并补,同时重用酸收以突出敛肝息风之功,恰合肠息肉之病机,因此治疗上可用乌梅丸加减化裁。举病案 2 则以为例。

[关键词] 肠息肉;厥阴病;六经辨证;乌梅丸;肝风内扰;寒热错杂

[中图分类号] R259.74 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 0257-358X(2023)02-0190-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.017

Treatment of Intestinal Polyp from Perspective of Jueyin Disease

LI Ye^{1,2},ZHOU Jiayu^{1,2},SONG Siyuan^{1,2},LIU Jiatong^{1,2},SHU Peng^{1,2}

(1.Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine,Nanjing 210029,China;2.Nanjing University of Chinese Medicine,Nanjing 210029,China)

Abstract The pathogenesis of intestinal polyp is complicated. This paper discusses pathogenesis and clinical characteristics of Jueyin disease to put forward that the location of intestinal polyp is Jueyin Meridian,the pathogenesis is yin qi and yang qi circulating out of order,qi movement is abnormal,and the final manifestations are that of endogenous liver wind syndrome,cold-heat syndrome. Wumei Pill(乌梅丸),which is Jueyin disease representative prescription,combination of sour and bitter,cold and warm,gets the effect of warming and clearing. At the same time,highlighting the function of suppress liver wind by sour medicine. The function of Wumei Pill just fits the pathogenesis of intestinal polyp. Therefore,Wumei Pill is suitable for the treatment of intestinal polyp. This paper takes two cases as example.

Keywords intestinal polyp;Jueyin disease;syndrome differentiation of six meridian;Wumei Pill;syndrome of endogenous liver wind;cold-heat syndrome

[收稿日期] 2022-02-08
[基金项目] 国家自然科学基金项目(编号:81673918);国家中医药管理局中医循证能力建设项目(编号:2019XZZX-ZL003);南京中医药大学中医学优势学科三期项目(编号:ZYX03KF020)
[作者简介] 李烨(1998—),女,江苏连云港人,2020 年级硕士研究生,研究方向:中医治疗肿瘤的临床研究。邮箱:ly15105169066@163.com。
[通信作者] 舒鹏(1970—),女,江苏南京人,医学博士,主任医师,主要从事中西医结合对恶性肿瘤的系统治疗与康复。邮箱:shupengsp@163.com。

肠息肉是肠道黏膜上的隆起性病变,它并不是一个疾病诊断,而是一个形态学的描述。在没有确定病理前,统称为肠道息肉。其发病隐匿,多无明显特异性表现,往往通过内镜检查发现^[1]。有研究显示,超过 90%的结直肠癌是从息肉逐渐演变而来的^[2],因此对于肠息肉的治疗及预防极为关键。中医药因

其整体审查、四诊合参的优点，在肠息肉治疗中有特有优势。本文探讨从厥阴病角度论治肠息肉，并选用典型医案进行分析，以期为临床诊疗提供新思路。

1 厥阴病病机及临证特点

1.1 厥阴病病机

《素问·至真要大论》载：“帝曰：厥阴何也？岐伯曰：两阴交尽也。”从阴阳方面来说，厥阴乃两阴交尽，一阳初生之经；从六气方面来说，厥阴之上，风气治之^[3]。厥阴包含两条经脉，其中手厥阴心包经虽内属心包，但古有“心包代心受邪”之说，心包为心之“辅助”，与心相互联系，得心之余气；足厥阴肝经内属于肝，肝为五脏之一，独主风木。前者乃“余”气，而后者为“独”主风木，是以后者更为强盛，胜者为君次者为臣，又根据“气有余便是火”，认为厥阴之两经主要以风为主导，而火从风化，即主要反映肝脏的生理病理现象。故厥阴为病，不仅归于阴阳错杂，亦有肝风内动，并且二者之间可互为因果。阴阳为六气之本，六气为阴阳之化，阴进阳退则寒生，阳进阴退则热长，阴阳往复之间则风气乃成^[4]。故从生理来说，厥阴乃阴阳之气出入调畅，其所生之风和合徐缓；若从病理来说，厥阴乃阴阳之气不相顺接，所生之风转而乖戾，上下冲逆，即所谓贼风，其所生之病则为阴阳错杂兼有肝风内扰之病机。又水为肝木之母，火为肝木之子，水火相克，若肝风内动则可导致水火失调，寒热之象俱显，从而出现肝风内动兼寒热错杂之证。因此，厥阴主证的病机一则阴阳错杂，一则风气内动。

1.2 厥阴病临证特点

“厥”是阴之极，厥阴病乃寒至极点之病。“阴之极也，阳之始也”，阴寒至盛，则有阳气欲复，临床中各种疾病的演变转化皆是如此。厥阴属肝，体阴而用阳，内寄相火，寒至极点，相火被遏不得疏泄，当阴寒之气由盛转衰之时，相火被遏之力降低而发越于外，则出现各种热证。这就使得厥阴病具有了阴阳转化、寒热错杂的特点。

风性主动，故而发病之时必有一定的风动现象。然厥阴之风动，不如阳亢动风有力，不似阴寒动风收引，其有风动之象，却无力外彻肌表、达于四肢，故无诸暴强直等外部病症，唯有攻冲走窜于胸腹脏腑之间，故多发病于无形之中，表现为自觉症状，不易察

觉。其次，厥阴之风起自于肝脏，肝为刚脏，将军之官，脾性爆裂，叶天士曾言其“善干他脏”，故厥阴之风病变时多涉及他脏病变。

综上，厥阴病多表现寒热错杂之象，又因风象变幻莫测，难以捉摸，故多表现他脏受扰之象。

2 肠息肉属厥阴病

2.1 肠息肉的厥阴病表现

张仲景以“消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止”为厥阴病提纲。“有诸内者，必形诸外”，厥阴病病机主要来源于阴阳气不相顺接，可致寒热错杂、肝风内动等系列征象。肠息肉在发病过程中可能出现腹痛腹胀、口苦泛酸、肛门灼热、腹泻、便秘、大便带血、手足怕冷等症状，往往起病隐匿，不易发现。风木克脾土，胃失和降而致呕吐；肝风挟余火上逆以犯心下而致口苦泛酸；风气内动，挟热多数上行，挟寒则易下陷，肝风挟寒，下犯胃肠，则可致利不止。肠息肉患者不同部位因寒热病机不同而表现各异，考虑原因为患者阴阳之气难以和合，不能正常运行，正与厥阴病“阴阳气不相顺接”相符。

2.2 厥热胜复与肠息肉

《伤寒论通俗讲话》言：“病至厥阴，阴尽而阳生，由于正邪斗争有胜负，故其病变有厥热进退的机转。”《周易》将每一卦象分为六位，以代表事物初生、壮盛、渐消、始衰、衰极、渐复的循环过程^[5]，张仲景将其运用到疾病辨证中，厥阴则对应病邪渐退、病情渐复之时，而肠息肉作为结直肠恶性肿瘤癌前病变，正对应此时，若用药控制，阳复厥退，则病退；若不加以控制，阳退厥胜，则病进。因此肠息肉所处病情阶段与厥阴病一致。

2.3 脏腑辨证与肠息肉

近现代医家对肠息肉病机的论述不尽相同。魏品康主张由痰论治，认为肠息肉主要由于痰湿蕴结所致^[6]，治疗当重视化痰。翁顺珠^[7]认为肠息肉的发生以脾虚为本，瘀血、痰浊为标，治疗当健脾治本，活血化痰、化痰散结治标。笔者认为，肠息肉虽多由于痰浊血瘀积于肠腑，日久不化形成，然究其根本原因在于气机不畅。厥阴经本脏在肝，肝主疏泄，调畅全身气机，若肝脏受损，则可致气机不畅；肝气乘脾犯胃，亦可致脾胃升降失调；足厥阴肝经与手太阴肺经于肺中交接，厥阴发病，易累及肺脏，致肺气不行，最

终致气机运行不畅。从脏腑辨证论,肠息肉病位主在肠腑,《素问·五脏别论》:“六腑者,传化物而不藏。”“六腑以通为用,以降为顺。”故全身气机不畅,肠腑不通,疾病遂发。

3 从厥阴病代表方论治肠息肉

3.1 乌梅丸组方用药特点

厥阴病以阴阳错杂为病理基础,主要表现为肝风内动之象,张仲景以此立方,组乌梅丸,其方集大寒大热、辛甘酸苦于一身,原方组成为:乌梅三百枚,细辛六两,干姜十两,黄连十六两,当归四两,炮附子六两,蜀椒四两,桂枝六两,人参六两,黄柏六两。

就药性而论,既有细辛、干姜、附子、桂枝、蜀椒等温热药,又有黄连、黄柏等寒凉药;就药味而论,既有酸味之乌梅,亦有辛味之细辛、干姜、附子、桂枝、蜀椒,苦味之黄连、黄柏,甘味之人参、当归^[8]。本方针对阴阳错杂之证选用辛甘酸苦兼有之品,以奏温清并补之效,同时大剂量使用酸味药物以期获敛肝息风之效。

五行中肝脏对应酸味,故而选用酸味药物入肝经以收敛升散之风阳,正如叶桂所言:“厥阴肝风振动内起……酸以制肝”。因此,乌梅丸组方运用大量酸味之乌梅,强调以酸制肝风。厥阴阴阳动荡之风,其性质较为复杂,虽然治风当针对其寒、热、虚、实的不同,分别采取温散、清肃、补虚、泻实等法,但过于温散反使热盛,过于清镇反使寒著,攻邪太过反伤正气,扶正太过亦有留邪之弊。因此选用大剂量酸味药以入肝体,护体制用,可做到祛邪而不伤正气,扶正亦不会有留邪之弊,再佐苦、辛,寓散于收,清热而不助寒、温阳而不化火,终使阴阳往复动荡之虚邪贼风归于平和。

由此可见,乌梅丸集大寒大热、辛甘酸苦于一身,可使脏腑气化功能恢复,气血津液运行布散通畅,最终阴阳之气得以顺接。而镇肝息风之功又是其独特优势所在。

3.2 临证应用

3.2.1 善用乌梅

乌梅,原名“梅实”,始载于《神农本草经》:“味酸,平。主下气,除热,烦满,安心,肢体痛,偏枯不仁,死肌,去青黑志,恶疾。”药理学研究亦证明乌梅具有消息肉之功^[9]。杨汉辉^[10]用乌梅治疗鼻息肉、声

带息肉、胆囊息肉、肠息肉均获良效。“用药如用兵”,正所谓“中药不传之秘在用量”,小剂量乌梅重收止泻,大剂量乌梅重润通便^[11]。《本草蒙筌》言:“凡药制造,贵在适中,不及则功效难求,太过则气味反失。”然现今药物炮制方法往往单一,唯有通过药物配伍加减以获同效,如酌配白芍以增收敛养阴之功,加蜂蜜以增润肠之效,添鳖甲以增散结之用。

3.2.2 巧用细辛

细辛最早见于《神农本草经》,名为“小辛”^[12],“味辛,温。主咳逆,头痛,脑动,百节拘挛,风湿,痹痛,死肌。”古今医家多着眼细辛既入肺经散在表之风寒,又入肾经而除在里之寒邪。然除《神农本草经》外,《本草品汇精要》亦提及其可“消死肌疮肉”,《滇南本草》言其“攻痈疽毒疮。治痈疽红肿咬痛。细辛,不拘等分,煎汤,点水酒服。有脓者溃,无脓者散。”均认为细辛尚有治死肌之功,故肠息肉治疗期间,亦可巧用细辛,既可温经散寒,又可消痈疗疮。

3.2.3 分期治之

临床治疗肠息肉当因时制宜,分期治之。肠息肉的一般治疗中可适当选用活血化瘀消癥药物,如三棱、莪术、石见穿等,然在内镜治疗前及治疗初期当慎用,以防增加内镜手术后出血及肠穿孔的风险。此时应适当配伍补益中气之品,增强自身正气,以利于术后恢复,可选用黄芪、白术、山药等品。刘沈林强调白术在结肠息肉治疗中的应用,认为其既能补脾,亦可通肠化湿^[13]。内镜治疗后期当注重整体调理,攻补兼施。对于有肠癌家族史的患者,在内镜治疗后期可适当加用虫类药物,如土鳖虫、全蝎等以破血消癥,防止癌变。总之,临床应根据病程不同时期选方用药,使肠息肉的治疗更加精细化、准确化。

4 验案举隅

4.1 验案 1

王某,女,60 岁。2020 年 6 月 9 日初诊。以“发现肠息肉近 2 个月”为主诉就诊。病史:患者分别于 2019 年 3 月、4 月、8 月三次行肠镜检查,其中 2019 年 3 月及 8 月病理示:腺上皮高级别上皮内瘤变。2020 年 4 月 29 日肠镜示:距肛门 60 cm 处见大小约 0.3 cm×0.3 cm 息肉;病理示:增生性息肉。刻下:口干口苦,畏寒怕冷,大便正常,日一行,舌质偏红,苔薄白,脉细。2019 年 3 次肠镜及病理检查结果如

下。①2019年3月26日,肠镜示:横结肠近脾曲肛门60 cm见一大小1.5 cm×2.0 cm黏膜增生性病变。病理示:腺上皮高级别上皮内瘤变,小灶癌变。②2019年4月15日,肠镜示:距肛门55 cm、30 cm处各见一0.3 cm×0.3 cm息肉样隆起。病理示:距肛门55 cm处符合混合性息肉,伴小灶腺上皮低级别上皮内瘤变;距肛门30 cm处符合增生性息肉。③2019年8月20日,肠镜示:距肛门55 cm处见大小约0.5 cm×1.2 cm黏膜隆起,距肛门25 cm处见一大小约0.3 cm×0.3 cm息肉。病理示:腺上皮高级别上皮内瘤变;距肛门25 cm处符合增生性息肉。

西医诊断:肠息肉。中医诊断:厥阴病(脾胃虚弱,寒热错杂证)。治法:健脾益气,平调寒热。选方:乌梅丸加减。用药:生黄芪30 g,党参15 g,茯苓15 g,炒白术30 g,淮山药15 g,当归10 g,醋乌梅30 g,黄连3 g,干姜10 g,五味子10 g,花椒3 g,桂枝5 g,细辛3 g,炙鸡内金10 g,炙甘草5 g。14剂,日1剂,水煎服。

2020年6月23日二诊,患者诉口干口苦、畏寒怕冷症状均较前好转。效不更方,后一直于门诊行原方加减治疗。

2020年10月13日复诊,患者诉一般情况尚可,未见明显不适。拟原方基础上加用黄柏10 g,合欢花15 g,合欢皮15 g,皂角刺10 g,王不留行10 g,蜂房10 g,山慈菇15 g。持续选用本方治疗半年余。

2021年4月27日复诊,患者诉2021年4月16日于原医院复查肠镜未见息肉。刻下:自觉一般情况可,舌质淡,苔薄,脉细。患者肠息肉病情向愈,原方去黄柏、合欢花、合欢皮、王不留行,继续巩固治疗。

按:本例患者为肠息肉反复发作患者,经内镜多次治疗未愈,且病理多为“腺上皮高级别上皮内瘤变”,为肿瘤高危患者。六经辨证当属厥阴病,当选乌梅丸化裁。

患者体内气机不畅,阴阳之气不相顺接,肝风内动,挟热上扰可致口干口苦,挟寒达于四肢,可见畏寒肢冷,故选方中用乌梅30 g,以酸制肝风,配五味子以柔肝养阴;同时辅以健脾疏肝之法,党参、炒白术、茯苓合用取四君子汤之意,以期健脾疏肝。患者初次就诊时为肠镜术后2个月,体质尚虚,故未投大剂量破血消癥之品,反用生黄芪30 g扶助正气。肠

镜术后半年,患者用药后正气渐盛,加用合欢花、合欢皮以增疏肝解郁之功,蜂房攻毒消疮,山慈菇、皂角刺化痰散结,王不留行活血通络,增强消息肉、防癌变之功。全方辛甘酸苦错杂并用,共奏温清并补、寒热平调之功,以期获阴阳气机和合之效。

4.2 验案2

丁某,男,54岁。2018年8月30日初诊。以“乙状结肠癌根治术后10月余,新发肠息肉半月余”为主诉就诊。病史:患者2017年10月因排便困难于南京某医院行无痛肠镜检查示肠道多发息肉,行手术治疗,术后病理:腺癌,Ⅲ级,3 cm×2 cm×1 cm,浸润肠壁全层达浆膜下至脂肪结缔组织,LN0/39(-)。后行6周期FOLFOX方案(奥沙利铂+亚叶酸钙+氟尿嘧啶)静脉化疗。刻下:自觉暖气泛酸,大便日5~6行,成形,舌质淡红,苔薄白,脉细。2018年8月12日肠镜示:结肠多发息肉;病理示:管状腺瘤伴低级别上皮内瘤变(轻度异型,局部轻中度异型)。

西医诊断:肠息肉。中医诊断:厥阴病(脾胃虚弱,寒热错杂证)。治法:健脾益气,平调寒热。选方:乌梅丸加减。用药:生黄芪30 g,党参15 g,茯苓15 g,炒白术15 g,炒白芍15 g,淮山药15 g,陈皮6 g,法半夏10 g,醋乌梅30 g,黄连3 g,干姜10 g,五味子10 g,花椒3 g,桂枝5 g,细辛3 g,炙鸡内金10 g,炙甘草5 g。共14剂,日1剂,水煎服。

2018年9月1日二诊,患者诉暖气泛酸症状较前好转,但觉排尿乏力。于原方基础上加用菟丝子15 g,潼蒺藜15 g,淫羊藿15 g,金樱子15 g。共14剂,日1剂,水煎服。后于门诊乌梅丸加减调治。

2019年10月13日复诊,患者诉大便日4行,排便不尽感,无稀便及黏液。肠镜未见溃疡及新生物。原方基础上去黄芪、菟丝子、潼蒺藜、淫羊藿、金樱子,加用白扁豆10 g、木香6 g、砂仁3 g。后患者复查肠镜未见息肉,CT提示肿瘤病情稳定,继续巩固治疗。

按:本案为肠癌术后肠道多发腺瘤样息肉患者,经外科手术治疗及内镜下治疗,切而不尽,为肿瘤高危患者。六经辨证当属厥阴病,选乌梅丸化裁。

患者体内气机不畅,阴阳之气不相顺接,肝风挟余火上逆心下而致口苦泛酸,故选用酸味之乌梅,配五味子以期达到敛肝柔肝之功;同时考虑患者大便

次多,脾虚湿盛,选用参苓白术散加减以渗湿健脾;手术化疗后正气已伤,加用黄芪扶助正气。

5 结语

肠息肉的基本病机是气机升降失常,为结肠恶性肿瘤常见的癌前病变,从六经辨证属厥阴病,常出现寒热错杂之证。厥阴乃两阴交尽,一阳初生之经,有阴尽阳复之意。其发病机制较为复杂,病情发展至厥阴之时,阴阳之气往复动荡,邪正交争,贼风乃生,二气不相顺接,而见阴阳错杂,且有肝风内扰之证。故临床诊疗过程中,凡是考虑“阴阳气不相顺接”为病机者,皆可以选用乌梅丸。因此,在治疗肠息肉时要谨守病机,灵活运用乌梅丸方化裁,以期获阴阳之气和合协调之效。

[参考文献]

[1] 龙思丹,季双双,姚树坤. 肠息肉患者的人口学特征与生活习惯研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志,2020,28(4):319-322.

[2] MORSON B C,BUSSEY H J. Magnitude of risk for cancer in patients with colorectal adenomas[J]. Br J Surg,1985,72(Suppl):S23-S25.

[3] 夏霖,苏丽,张梅. 乌梅丸治疗晚期胆道恶性肿瘤的可行性分析[J]. 中国实验方剂学杂志,2021,27(1):229-234.

[4] 刘英锋,姚荷生. 从寒温理论沟通看厥阴主风病机与乌梅类方活用之理论探讨[J]. 中华中医药杂志,2013,28(1):27-31.

[5] 梁华龙,田瑞曼. 《伤寒论》六经及六经辨证来源[J]. 河南中医学院学报,2003,18(1):7-9.

[6] 修丽娟. 魏品康教授从痰论治多发性结肠息肉[J]. 中国中西医结合消化杂志,2008,16(6):386-387.

[7] 翁顺珠. 结肠息肉患者中医体质与证素特点[J]. 中外医学研究,2021,19(17):193-196.

[8] 李相儒,唐小笛. 乌梅丸治疗厥阴头痛体会[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(12):92-93.

[9] 张华月,李琦,付晓伶. 乌梅化学成分及药理作用研究进展[J]. 上海中医药杂志,2017,51(S1):296-300.

[10] 杨汉辉. 妙用乌梅祛息肉三则例析[J]. 中医药学刊,2003,21(5):765.

[11] 钟玲玲,舒鹏. 乌梅丸加减治疗多发性大肠息肉经验谈[J]. 环球中医药,2017,10(2):240-242.

[12] 赵佳琛,王艺涵,翁倩倩,等. 经典名方中细辛的本草考证[J]. 中国现代中药,2020,22(8):1303-1319,1330.

[13] 张旭,韩树堂. 刘沈林教授中医治疗结肠息肉经验撷粹[J]. 天津中医药,2021,38(5):581-585.

(上接第 164 页)

[7] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:285.

[8] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.

[9] KWAKKEL G,LANNIN N A,BORSCHMANN K,et al. Standardized measurement of sensorimotor recovery in stroke trials:consensus-based core recommendations from the stroke recovery and rehabilitation roundtable[J]. Neurorehabil Neural Repair,2017,31(9):784-792.

[10] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准:ZY/T001. 1—94[S]. 南京:南京大学出版社,1994.

[11] 李长来,李宁. 补阳还五汤联合微创穴位埋线治疗中风偏瘫的应用及预后分析[J]. 医药论坛杂志,2020,41(9):168-171.

[12] HAGEN S,ELDERS A,STRATTON S,et al. Effectiveness of pelvic floor muscle training with and without electro-

myographic biofeedback for urinary incontinence in women:multicentre randomised controlled trial[J]. BMJ,2020(371):m3719.

[13] ALBUQUERQUE L C A,PERNAMBUCO L,DA SILVA C M,et al. Effects of electromyographic biofeedback as an adjunctive therapy in the treatment of swallowing disorders:a systematic review of the literature[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol,2019,276(4):927-938.

[14] 王守运,杨言府,鲍远程. 加味化痰通络汤对脑梗死急性期风痰阻络证患者血清脑损伤标志物表达及临床疗效影响[J]. 四川中医,2021,39(1):129-132.

[15] 张守菊,李德成. 祛瘀化痰通络汤联合阿替普酶对急性脑梗死患者血液流变学及血清NSE、S-100β、MBP水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2020,29(1):95-98.

[16] 王菲,温晓华,任彦景,等. 调督醒脑针法对体检者痰瘀阻络型颈动脉斑块伴高血脂症的干预性研究[J]. 河北医药,2020,42(4):530-533.

柳氏医派应用阳和汤验案举隅

王海焱¹, 武佳欣¹, 王燕兵¹, 刘 菁²

(1.北京中医药大学, 北京 100029; 2.山东中医药高等专科学校, 山东 烟台 264199)

【摘要】 柳氏医派是近代胶东的医经学派, 崇尚经典, 善用经方。阳和汤出自《外科全生集》, 乃为一切阴寒之证而设, 具温补和阳、散寒通滞、化痰开结、强筋健骨、补血通络之效。凡符合血虚寒痹病机者皆可用之。医派几代门人以阳和汤治疗内外妇儿等疑难杂症, 取得较好临床疗效, 兹举不孕不育案、血栓闭塞性脉管炎案、顽固性银屑病案、肺气肿案、类风湿关节炎案为例以验之。

【关键词】 柳氏医派; 阳和汤; 血虚寒痹; 不孕不育; 血栓闭塞性脉管炎; 顽固性银屑病; 肺气肿; 类风湿关节炎

【中图分类号】 R289.5 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 0257-358X(2023)02-0195-04
DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.018

Proven Cases of LIU's Medical School in Application of Yanghe Decoction(阳和汤)

WANG Haiyan¹, WU Jiaxin¹, WANG Yanbing¹, LIU Jing²

(1.Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2.Shandong College of Traditional Chinese Medicine, Yantai 264199, China)

Abstract LIU's medical school is the school of medical classics in modern Jiaodong, advocating classics and making good use of classics. Yanghe Decoction(阳和汤) comes from *Surgery Syndrome and Treatment Collection*, which is for all yin and cold syndrome, with the effect of warming and tonifying yang, dissipating cold and freeing stagnation, resolving phlegm and stagnation, strengthening tendons and bones, enriching blood and dredging collaterals. Yanghe Decoction can be used in those who meet the blood deficiency and cold syndrome disease. Several generations of LIU's medical school are skilled in using Yanghe Decoction to treat difficult and complicated diseases. This paper takes the cases of infertility, thromboangiitis obliterans, psoriasis inveterata, emphysema and rheumatoid arthritis as examples.

Keywords LIU's medical school; Yanghe Decoction; blood deficiency and cold syndrome; infertility; thromboangiitis obliterans; psoriasis inveterata; emphysema; rheumatoid arthritis

1 柳氏医派简介

柳氏医派是山东省知名医经学派, 柳氏医派起

源于清代, 经几代人的传承发展至今, 在胶东半岛颇具影响力。柳氏医派不仅学术著作颇丰, 其学术思想、传承方式及特色复健医术也颇具影响力, 如“柳氏广意派小儿推拿中医药特色技术合柳氏膏滋方治疗儿童脑瘫”是山东省中医药特色优势技术挖掘提升推广项目, “胶东柳氏医学流派学术思想及其传承方式研究”是山东省中医药科技发展计划项目等。

柳氏医派发祥于胶东半岛, 由栖霞济生堂传人

【收稿日期】 2022-08-25
【基金项目】 齐鲁医派中医流派传承工作室项目(编号: 50031)
【作者简介】 王海焱(1982—), 女, 北京人, 医学博士, 副主任医师, 主要从事中医药治疗疑难疾病的理论及临床研究。邮箱: lanyatou1986@126.com。

柳吉忱先生创立。吉忱公以其恩师清代儒医李兰逊先生的医经学派思想为基,融汇尉家谦、恽铁樵两大中西汇通派学术思想,创立了胶东柳氏医学流派,并传术于其子柳少逸^[1]。柳少逸先生融合其蒙师柳吉忱家学经验、其业师牟永昌先生栖霞丰裕堂经验、其学师陈维辉先生数术学理论,守正创新,与蔡锡英先生共同发展了胶东柳氏医派五大创新体系,而集其大成^[2]。医派历经李兰逊、柳吉忱、牟永昌、柳少逸、蔡锡英、王海焱等及其门生几代人百年辛勤耕耘,深究博采,兼收并蓄,现理论体系完善,知识结构全面,临床方法成熟,学术著作丰富,隶属于医学学派。柳氏医派具有“天人相应、崇尚经典、内外并治、针药兼施”四大学术特点^[3]。其学术思想可概括为“三观”“四论”“一法则”。“三观”,即天人相应的整体观、形神统一的生命观、太极思维的辩证观;“四论”,即老年、退行性病变的虚损论,功能失调性疾病的枢机论,器质性病变的气化论,有形痼疾的痰瘀论;“一法则”,即理必《黄帝内经》(《内经》)、法必仲景、药必《神农本草经》。基于《内经》理论及临床实践,柳氏医派建立了五大医学体系的学术架构,即中国象数医学体系、内伤性疾病病机四论体系、太极思维临床辨证论治体系、柳氏中医复健医学体系、柳氏方证立论临证体系。医派至今仍成立医校、创立学会、开设医院、建立药厂,弟子遍布高校民间。柳氏医派要求弟子知方药、知针灸、知推拿,具有熔内外治法于一炉的知识结构^[4],如今,有关流派的研究文章、科研项目、丛书规范呈厚积薄发之势,涉及方药、针刺、推拿、艾灸、疑难病等多个方面。柳氏医派学术著作颇丰,如《五运六气三十二讲》《少阳之宗》《扁鹊新书灸法讲解》《黄帝内经针法讲记》《柳氏抗癌用药式及药性解三十三讲》等代表性著作。柳氏医派应用阳和汤经验颇丰,凡治疗具血虚、寒凝、痰滞之阴寒见证者,均收到满意效果,如风湿及类风湿关节炎、腰椎间盘突出、脊椎肥大增生症等骨关节病,妇科炎症性包块、痛经等妇科疾病,慢性支气管炎等呼吸系统疾病,难治性皮肤病及某些诊断不明治疗困难的神经系统疾病等。不揣鄙陋,举例简述。

2 阳和汤验案举隅

2.1 不孕不育案

柴某,女,36 岁,2021 年 10 月 25 日初诊。诉自 2017 年 1 月以来,未避孕未孕,尝试多种方法无果。刻下见心烦易怒,月经后期,经色暗、量少有血块,经

行腰腹痛,白带清稀量多,平素畏寒肢冷,夜间汗多,寐差,近半月小腹痛,右侧尤著,痛不喜按。舌淡见齿痕,苔白,舌边瘀斑,脉弦弱、尺不足。辨证:寒凝胞宫,血滞寒痹。治则:温经散寒,暖宫助孕。处方:熟地黄 18 g,桂枝 10 g,炮姜 10 g,麻黄 5 g,鹿角胶(烊化)18 g,三七粉(冲服)1.5 g,路路通 10 g,艾叶 10 g,小茴香 10 g,桃仁 9 g,牛膝 9 g,甘草 6 g,五灵脂 6 g,芥子 6 g。日 1 剂,水煎服。

10 剂后,诸症减轻。候宗原方,加益母草 15 g,继服 30 剂,喜告月信未至,已怀孕 2 周,嘱其静心神,停房事,强营养,避寒暑,养胎待产。(王海焱医案)

按:不育不孕自古以来即为妇科疑难症。临证应先辨别阴阳,治分寒热。若因寒邪客于胞宫,血寒凝滞,瘀结不散而难于孕育者,可予以阳和汤化裁治之。“邪之所凑,其气必虚”,故其所虚之处,即受邪之地。病因于血分者,必从血而求之,故以熟地黄大补阴血,又以鹿角胶有形精血之属以赞助之;既虚且寒者,非平补之性可收速效,故以炮姜温中散寒,桂枝入营温通经脉,麻黄达卫、芥子化痰以成解散之功;酌加路路通、五灵脂、小茴香之属,助其散寒通络之力;甘草解毒,调和诸药。

2.2 血栓闭塞性脉管炎案

王某,男,39 岁,1975 年 5 月 3 日初诊。患者左足大趾及次趾皮肤,趾甲色黑干萎且趾端溃破,有淡黄色脓液流出,余趾及足麻木,趺阳脉隐而不见,疼痛难忍,夜间尤甚,呼号不已,步履维艰。于某医院确诊为血栓闭塞性脉管炎。查舌淡苔白,脉弱。辨证:脾肾阳虚,阴毒凝带之脱疽。治则:温阳补身,散寒通滞。处方:熟地黄 30 g,鹿角霜 30 g,牛膝 12 g,赤芍 12 g,炮穿山甲 4.5 g,甘草 6 g。日 1 剂,水煎服。

10 剂后,疼痛止,肿胀消,夜宁,干萎组织脱落。候宗原方,加当归 15 g、黄芪 30 g,继服 20 剂,诸症悉除,随访 3 年未复发。(柳吉忱医案)

按:血栓闭塞性脉管炎归属于中医学脱疽范畴,又名“十指零落”。分虚寒型(相当于西医学的缺血期)、瘀滞型(相当于营养障碍期)、热毒型(相当于坏疽期)、气血两虚型(相当于恢复期)。此病多因脾肾阳虚,阳气不能通达四末,复感外邪,致寒凝血滞,脉络不宣而致。久则脉络瘀阻,经脉闭塞。寒邪郁久,必有化热之势,热毒耗阴,则肢端溃破。故有“始为寒凝,久成热毒”之说,阳和汤具温阳补血、散寒导滞

之功,故适用于虚寒、瘀滞、气血两虚三证。虚寒型治以阳和汤加温阳通脉之附子、细辛,补虚养血之当归、鸡血藤、牛膝;瘀滞型治以阳和汤加活血化瘀之桃仁、红花,通脉导滞之地龙、乳香、没药;气血两虚型宜阳和汤合当归补血汤治之,并予滋养肝肾之品。

2.3 顽固性银屑病案

胡某,男,27 岁,2021 年 6 月 15 日初诊。患银屑病 5 年余,反复发作,曾用西药罔效,先后服用消风散、龙胆泻肝丸、四妙勇安汤等多剂鲜效,遂来求诊。刻下见雨点大、钱币大、地图样等大小不一的斑块型皮损,红斑脱屑,患病部位白皮脱屑,刮起现薄膜及点状出血,左侧手臂见脓疱及大片红斑,腰部脓疱聚合为脓湖,时有发热;全身皮肤呈现弥漫性潮红状态,伴有轻微脱屑,瘙痒,腋下及腹股沟部位可见淋巴结肿大,冬重夏轻,劳累则甚;倦怠乏力,四肢逆冷,腰膝冷痛;舌质淡白苔薄白,脉弱。辨证:卫阳不固,风寒痹阻。治则:温阳散寒,调和营卫。处方:熟地黄 30 g,肉桂 3 g,麻黄 4.5 g,当归 15 g,鹿角胶(烊化)6 g,桂枝 9 g,防风 9 g,甘草 9 g,连翘 8 g,赤小豆 15 g,芥子 9 g,炮姜 3 g。

14 剂后,皮肤颜色渐淡,白色皮屑见轻,瘙痒好转。28 剂后,皮肤状态持续好转,脓疱消失,腋下及腹股沟淋巴结肿大消失,间断服药半年,皮肤如新。上方为丸,巩固疗效,嘱患者禁食辛辣刺激。(王海焱医案)

按:慢性皮肤病病因多端,大凡因肾阳不定,卫外不固,风寒之邪乘虚侵袭,阻于肌肤,经络痹阻,营卫不和而导致破损,或久病不愈属肾虚寒凝血滞之证者,皆可以阳和汤治疗。见于皮损之病,名曰皮肤病,故皮损情况为临证之首鉴。阳和汤临证多用于红斑之属阴斑者(多呈慢性暗红色或紫红色斑块,且肿胀疼痛不著),风团之属肾阳不振者(四肢厥冷,遇冷则发),丘疹则见于慢性结痂丘疹和慢性瘙痒性丘疹者,水泡、脓疱、糜烂之属阳证者(亦多属慢性),溃疡、脓肿之属阴疮、寒疡者(多慢性反复发作,肿痛不著,脓液清稀),结节、肿瘤不明显且发病日久伴肢体畏寒厥冷者。

2.4 肺气肿案

牟某,男,76 岁,2011 年 10 月 3 日初诊。患者自述多年前即觉胸闷憋气作喘,日渐加重,2011 年 9 月 9 日,于烟台毓璜顶医院行 CT 检查示:双肺肺气肿改变、右肺纤维灶;心脏彩超:室内隔肥厚,左室舒

张功能减退。近 1 年来症状明显加重,喘咳胸闷憋气,呼吸急促,动则加重,卧则减轻。近复因感冒,咳嗽多痰。舌暗,见齿痕,苔白腻,舌下赤络暗紫粗大迂曲,脉沉弦而细。诊断:喘证。辨证:肾元不足,肺气亏虚,心脉痹阻。治则:益元纳气,止咳定喘,养血通脉。方药:阳和饮合黄芪生脉饮。组成:熟地黄 15 g,生地黄 15 g,山萸肉 15 g,炒山药 15 g,茯苓 15 g,肉桂 6 g,制附子 12 g,鹿茸片 6 g,炙麻黄 12 g,干姜 3 g,月见子 15 g,红参 10 g,芥子 6 g,黄芪 40 g,麦冬 30 g,枸杞子 15 g,菟丝子 15 g,五味子 10 g,川贝母(研冲)3 g,炒苦杏仁 10 g,白果仁 10 g,炙紫菀 12 g,炙款冬花 12 g,炙枇杷叶 10 g,葶苈子 15 g,炙甘草 10 g,生姜 10 g,大枣 10 g。日 1 剂,水煎服。

2011 年 11 月 14 日复诊,诉诸症悉解,舌下赤络迂曲亦缓,效不更方,仍宗原意,上方继服。

2011 年 11 月 28 日复诊,药后诸症豁然,形体浮肿消退,时有咳喘,因外症已去,去止嗽之药,调脾益肾以善后。(柳少逸医案)

按:哮喘是一种发作性的痰鸣气喘疾病,其症与西医学之支气管哮喘及哮喘性支气管炎相类。本案即属此病,且合并肺气肿、肺源性心脏病。该患者年高体弱,因肺肾亏虚,纳气失司而致。阳和饮由金匱肾气丸合阳和汤加减而成,药由熟地黄、炙麻黄、制附子、炒山药、山萸肉、芥子、人参、鹿茸片、肉桂、茯苓、菟丝子、甘草组成,适用于肾元不足,真火不能生土,土衰则无以生金,肺脾肾俱虚而致咳喘者。合黄芪生脉饮(生脉饮加黄芪)以益心肺之阴、通心肾之阳,则胸痹可愈。来诊之初,患者感冒,故佐止嗽散,止咳化痰、疏表宣肺。用药月余,而病臻痊可。

2.5 类风湿关节炎案

贾某,男,22 岁,1975 年 4 月 15 日初诊。自春节始,双下肢疼痛,双手指关节肿痛,经 X 线诊为类风湿关节炎,查舌质淡红苔薄白,脉象沉而无力。辨证:寒凝痰滞,痹阻经络。治则:温阳解凝,蠲痹通络。处方:熟地黄 30 g,桂枝 9 g,芥子 6 g,鹿角胶(烊化)10 g,炮姜 3 g,麻黄 1.5 g,木瓜 15 g,乳香 9 g,没药 9 g,全蝎 6 g,鸡血藤 30 g,炮穿山甲 6 g,松节 3 个。日 1 剂,水煎服。

共进 25 剂,肿痛悉除,步态自如,一年后随访未复发。(柳吉忱医案)

按:风湿及类风湿关节炎,均属中医学痹病范畴,历代诸多医籍皆有记述,尤以《景岳全书》论述较

详：“此乃血气受寒则凝而留聚，聚则为痹，是为痛痹，此阳邪也……诸痹者皆在阴分；亦总由真阴衰弱，精血亏损，故三气得以乘之。经曰邪入于阴则痹，正谓此也。是以治痹之法，最宜峻补真阴，使气血流行，则寒随去，若过用风湿痰滞等药，再伤阴分，反增其病矣”。其详尽论述了痹病之病因、病机、治则，提示了阳和汤之适应证。而清代王洪绪将鹤膝风列为阳和汤主治之首，故今用治痹病，非出臆造。

3 阳和汤方义解析

阳和汤方出清·王洪绪《外科全生集》，乃为一切阴疽、附骨疽、流注、鹤膝风等属阴寒之证而设。具温补和阳、散寒通滞、化痰开结、强筋健骨、补血通络之效。王洪绪以阴阳辨痈疽，以赤白明阴阳，独树一帜。阴疽初起之形，阔大平塌，不肿不痛，乃毒痰凝结之证；根盘散漫，色不鲜明，乃气血两虚之候。“治之之法，非麻黄不能开其腠理；非肉桂、姜炭不能解其寒凝。此三味虽酷暑，不可缺一也。腠理一开，寒凝一解，气血乃行，毒亦随之消也”（《外科全生集·阴症门》）。故首创阳和丸，以肉桂一钱、麻黄五分、姜炭五分共末，黄米饭捣为丸。“俾阳和一转，则阴分凝结之毒，自能化解”。阴寒之证者，多平素阳虚，阴寒之邪乘虚侵袭，或阻于筋骨，或阻于肌腠，或阻于血脉，致血虚、寒凝、痰滞，而诸症生。治之之法，宜温补和阳，散寒通滞。故方中重用熟地黄益肾填精、大补阴血，任为主药。鹿角胶为血肉之品，生精补髓、养血助阳，且鹿角胶由鹿角熬化而成，骨属，“禀纯阳之质，含生发之机”，可强筋健骨、通利关节。佐以肉桂、姜炭温阳散寒而通血脉，均为辅药。麻黄、芥子协助肉桂、姜炭以散滞而化痰结，并与熟地黄、鹿角胶相互制约而为佐药。甘草解毒、协和诸药以为使药。方中熟地黄、鹿角胶虽滋腻，然得肉桂、姜炭、麻黄、芥子宣通，则通而不散、补而不滞，乃寓攻于补之方。诸药配伍，共奏温阳散寒之功，而成养血通脉之勋。犹如“阳光普照，阴霾四散”，故有“阳和”之名。

现代研究表明，阳和汤可增强心脏收缩功能，增加血流量，延缓关节软骨退行性变，提高机体免疫力，改善周围神经血管病变，具有调整内分泌、抗炎、解毒、镇痛、抑瘤等作用^[5-7]。药理学研究表明，熟地黄具有止血、造血、抗肿瘤的作用^[8]；肉桂具有扩张血管、抗胃溃疡、抗氧化、保护神经、止咳祛痰、升高白细胞水平等作用^[9]；麻黄能兴奋中枢神经系统，加强心肌收缩力，扩张血管，还具有发汗利尿、镇咳平

喘、抗过敏等作用^[10]；鹿角胶具有抗炎、镇痛、活血、抗乳腺增生、保护胃黏膜等作用^[11]；芥子具有镇咳、祛痰、平喘抑菌等作用^[12]；姜炭具有抗氧化、抗炎、镇痛、抗肿瘤、抗内分泌失调、抗病原微生物、止吐、抑制黑色素生成等作用^[13]；甘草具有抗过敏、抗风湿、抗精神抑郁等多方面作用^[14]。

阳和汤验诸临证，对上述各病，若审证确凿，证属阴寒者，灵活加减，确有实效。从而验证了中医学“有是证，用是药”及异病同治法则应用的广泛性。然“贵临机之通变，勿执一之成模”，临床务要严谨辨证施治，分清阴阳，辨识寒热，查明虚实，灵活化裁，权衡主次，方能达到预期效果，否则，胶柱鼓瑟，按图索骥，势必贻误病机。

[参考文献]

[1] 蔡锡英,柳少逸. 柳吉忱症痕治验[J]. 山东中医药大学学报,2001,25(5):357-358.

[2] 周颖. 柳少逸谈医经学派[N]. 中国中医药报,2017-10-13(4).

[3] 周颖. 柳少逸:走世医文化传承之路[N]. 中国中医药报,2014-10-09(3).

[4] 王志勇,王国辰. 中国中医药年鉴-2006[M]. 北京:中国中医药出版社,2006:144-145.

[5] 王莉,汪悦. 阳和汤现代临床应用[J]. 吉林中医药,2016,36(6):613-615,616.

[6] 王新新,田同德,杨亚琴. 阳和汤抗肿瘤的研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育,2015,13(20):156-157.

[7] 刘艳民,范瑞云,杨和平. 阳和汤近十年临床应用进展[J]. 天津中医药大学学报,2021,40(3):402-408.

[8] 陈思琦,李佳欣,吴鑫宇,等. 熟地黄的药理学研究进展[J]. 化学工程师,2019,33(11):46-50.

[9] 陈旭,刘畅,马宁辉,等. 肉桂的化学成分、药理作用及综合应用研究进展[J]. 中国药房,2018,29(18):2581-2584.

[10] 周三林. 麻黄、桂枝的临床应用与药理学研究[J]. 中国民间疗法,2018,26(4):108-109.

[11] 鲍悦,高久堂,孙佳明,等. 中药鹿角胶的研究进展[J]. 吉林中医药,2016,36(2):173-175,204.

[12] 万军梅. 中药白芥子研究进展[J]. 中国民族民间医药,2014,23(11):20-22.

[13] 杜晶,黄传辉. 姜炭的研究进展[J]. 云南化工,2021,48(2):8-11.

[14] 王波,王丽,刘晓峰,等. 中药甘草成分和药理作用及其现代临床应用的研究进展[J]. 中国医药,2022,17(2):316-320.

·综 述·

电针治疗神经病理性疼痛机制研究进展

黄远西¹,陈晓强¹,石义丹¹,龙骏洋西¹,李 雪¹,宁 恒¹,尤晓华¹,陈日兰²,朱 英²

(1.广西中医药大学,广西 南宁 530011; 2.广西中医药大学附属瑞康医院,广西 南宁 530011)

[摘要] 神经病理性疼痛是一种临床常见的顽固性慢性疼痛。电针可有效缓解神经病理性疼痛引起的不适,其作用机制可能涉及外周敏化、中枢敏化、下行抑制性调控,其中中枢敏化机制又可细分为脊髓背角神经元相关机制、胶质细胞活化抑制机制、信号通路相关机制以及突触可塑机制。但当前大多数研究的结论尚未得到明确证实,今后可借助基因推敲或相关抑制剂来开展进一步研究以验证作用机制。参考文献 34 篇。

[关键词] 电针;神经病理性疼痛;作用机制;镇痛;外周敏化;中枢敏化;下行抑制性调控

[中图分类号] R246.1

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2023)02-0199-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.019

Advances in Study on Mechanism of Electroacupuncture in Treatment of Neuropathic Pain

HUANG Yuanxi¹,CHEN Xiaoqiang¹,SHI Yidan¹,LONG Junyangxi¹,LI Xue¹,NING Heng¹,YOU Xiaohua¹,CHEN Rilanz²,ZHU Ying²

(1.Guangxi University of Chinese Medicine,Nanning 530011,China;2.Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine,Nanning 530011,China)

Abstract Neuropathic pain is a common intractable chronic pain in clinic. Electroacupuncture can effectively relieve the symptoms caused by neuropathic pain,which may be related to peripheral sensitization,central sensitization and descending inhibitory modulation. The central sensitization mechanism can be subdivided into neurons in spinal cord-related mechanism,astrocyte activation inhibition mechanism,signal pathway-related mechanism and synaptic plasticity mechanism. The conclusions of most current studies have not been clearly confirmed,and further studies can be carried out with genetic scrutiny or related inhibitors in the future to verify the mechanism. There are a total of 34 references.

Keywords electroacupuncture;neuropathic pain;mechanism research;analgesia;peripheral sensitization;central sensitization;descending inhibitory modulation

[收稿日期] 2021-10-14
[基金项目] 广西自然科学基金项目(编号:2020GXNSFAA297177)
[作者简介] 黄远西(1995—),男,广西灵山人,2019 年级硕士研究生,研究方向:针灸治疗痛证的临床与实验研究。电话:19127986363;邮箱:784970869@qq.com。
[通信作者] 朱英(1966—),女,广西博白人,教授,主任医师,硕士研究生导师,主要从事针灸治疗痛证的临床与实验研究。邮箱:nanzhuoying@163.com。

神经病理性疼痛(neuropathic pain,NP)是由躯体感觉神经系统的病变或疾病引起的一种慢性疼痛^[1],疼痛性质多表现为烧灼样痛、电击样痛、刺痛等,NP 发病机制复杂,总体而言主要包括外周敏化、中枢敏化、下行抑制性调控改变等^[2]。据国际疼痛研究协会统计,NP 发病率为 6.9%~10%^[3],除疼痛外,

可伴有抑郁、焦虑、紧张等精神症状,严重影响患者的工作效率和生活质量。西医目前治疗药物主要包括抗抑郁药、抗癫痫药、强效阿片制剂等^[4-5],口服西药可以暂时缓解患者疼痛及焦虑症状,但由于不良反应多、依赖性强、存在药物损害等原因,使其在治疗上存在一定的局限性。而针灸具有调和阴阳、疏通经络、通痹止痛等作用,在中医整体观念指导下辨证论治,可有效改善 NP 引起的一系列症状,电针作为传统针灸和现代仪器的结合,在镇痛方面有良好的效果和安全易操作的优势,广泛应用于 NP 的临床治疗和基础研究。现围绕 NP 的发病机制,将电针治疗 NP 的机制研究综述如下,以期能为电针治疗 NP 提供参考依据及研究方向。

1 外周敏化机制研究

外周敏化是外周神经受到损伤后,细胞释放出化学物质,使伤害性感受器发生敏化,神经元对传入信号的敏感性增加,从而发生痛觉超敏和痛觉过敏^[6]。在外周神经损伤过程中,背根神经节(DRG)作为负责接受神经活动的始发站,在接受外周疼痛信号后将之传到脊髓背角再传入高级疼痛中枢,因此,在外周神经发生损伤后,从源头上降低 DRG 受体表达,抑制疼痛信号向中枢传递,能够减轻痛觉过敏。王万胜等^[7]造模慢性压迫性神经损伤(CCI)大鼠成功后,用电针组与模型组对比观察 DRG 神经元及脊髓背角 P2X3 受体表达,结果显示电针可以有效缓解 CCI 大鼠的疼痛过敏,并且与模型组相比,电针组模型大鼠损伤后 DRG 神经元及脊髓背角 P2X3 受体表达下降。同样,蔡振华等^[8]通过实验观察电针对 NP 大鼠的背根神经节中 P38 丝裂原活化蛋白酶的影响,结果显示,电针不仅能够改善 NP 大鼠疼痛症状,而且能够抑制 DRG 中 P38 丝裂原活化蛋白酶阳性细胞上升,因此得出电针治疗 NP 的起效机制可能是通过降低 DRG 神经元受体表达,抑制疼痛信号向中枢传递,从而起到镇痛作用。此外,在周围神经损伤后,炎症因子能够敏化和兴奋伤害性感受器,导致相应的感觉神经元放电阈值降低并产生异位放电^[9],因此,抑制炎症因子的释放有利于减轻疼痛敏化,而实验研究表明,电针可以有效抑制炎症因子释放,减轻疼痛和病理损伤^[10]。孙涛等^[11]观察电针对 NP 大鼠白细胞介素-6(IL-6)表达的影响,通过实验证明电针能够有效减轻 NP 大鼠的痛敏反应,抑制大鼠炎症

因子 IL-6 的表达,由此认为电针治疗 NP 的作用机制可能与下调 IL-6 表达有关。

2 中枢敏化机制研究

中枢敏化是中枢神经系统中伤害性感觉神经元的膜兴奋性和突触效力增加以及抑制减弱而引起的过度兴奋状态,参与中枢敏化机制的主要包括脊髓背角神经元、胶质细胞、信号通路、突触可塑性等,通过对参与中枢敏化发生的机制进行研究,进一步了解其发展机制,有助于减少中枢敏化的发生、抑制中枢疼痛超敏化,进而缓解 NP 引起的疼痛或其他症状。

2.1 抑制脊髓背角神经元兴奋

研究表明,脊髓背角神经元以及脊髓Ⅱ板层神经元兴奋性活跃,能够增强疼痛信号的传递,使疼痛发生敏化,因此,降低神经元兴奋性,可有效减轻 NP 症状^[12]。Xue 等^[13]通过观察电针对坐骨神经选择性神经损伤(SNI)大鼠的脊髓背角广动力范围(WDR)神经元的影响,发现电针能够有效降低脊髓背角 WDR 神经元的 C 纤维诱发放电,抑制神经元的兴奋性,进而改善疼痛超敏症状。此外,吴巧云等^[14]通过观察电针对神经病理性大鼠脊髓背角血管生成素-1 的影响,发现电针能够上调血管生成素-1 的表达,而血管生成素-1 在修复神经再生方面有重要作用,能通过对受损神经的修复起到镇痛作用。

2.2 抑制胶质细胞活化

越来越多的研究证实,脊髓胶质细胞激活与 NP 发病存在密切关系^[15-16]。在中枢神经系统中,胶质细胞活化可以释放神经活性物质和促炎细胞因子,导致背角神经元过度兴奋,加速传导异常信号,发生疼痛过敏。李思思等^[17]通过造模 NP 大鼠实验观察电针对 NP 大鼠小胶质细胞活化的影响,发现电针可以提高 NP 大鼠的痛域,降低痛觉敏感性,且电针能够抑制脊髓背角胶质细胞的表达,其推测电针对 NP 的镇痛作用可能是通过抑制胶质细胞活化,阻滞疼痛信号传导来实现的。同样,林丽莉等^[18]发现电针可以干预胶质细胞活性,抑制其增生,从而有效阻滞疼痛信号的传导。此外,胶质细胞激活所表达的 P2X4 受体也与 NP 的发生存在密切关系,程瑞动等^[19]通过研究电针对 CCI 大鼠脊髓背角胶质细胞激活和 P2X4 受体表达的影响,发现电针治疗可降低 P2X4 受体的表达,抑制胶质细胞的活化,同时干预 P2X4 受体在电针痛觉调节中的作用,强化电针的镇痛效

应。Zhao等^[20]研究也发现电针能够抑制小胶质细胞和星形胶质细胞的激活,改善NP大鼠的疼痛症状,起效机制可能与抑制胶质细胞活化有关。

2.3 信号通路相关机制

在NP的机制研究上,越来越多学者着眼于信号通路,疼痛信息通过信号通路启动中枢敏化,因此对信号通路的研究有助于进一步了解NP信号的传递,在传递过程中如果能从信号通路上将疼痛信号进行抑制或截断,将有利于减少NP的发病。研究表明,磷脂酰肌醇-3(PI3k)/Akt信号通路的激活能够诱导胶质细胞活化和炎症因子释放,从而促使发生中枢敏化^[21]。薛梦等^[22]通过实验研究发现,电针能下调SNI大鼠脊髓p-PI3k、PI3k、p-Akt的表达,实现对实验大鼠的镇痛,其镇痛机制可能是通过下调PI3k/Akt的蛋白表达,干预PI3k/Akt信号通路的激活来实现。此外,相关文献指出,脊髓背角NOD样受体热蛋白结构域相关蛋白(NLRP)-1-胱天蛋白酶(caspase)-1-IL-1 β 信号通路活化可导致中枢敏化和神经炎症^[23],王志福等^[24]通过研究电针对NP大鼠的镇痛作用,发现电针能够提高大鼠的机械疼痛、热痛阈值,得出电针对NP大鼠的作用机制可能与抑制脊髓NLRP-1-caspase-1-IL-1 β 通路活化有关。相关通路如脑源性神经营养因子/酪氨酸激酶受体B(BDNF/TrkB)、细胞外信号调节蛋白激酶5/cAMP反应元件结合蛋白(ERK5/CREB)等也被证实与NP发病机制密切相关^[25-26],基于以上信号通路,今后可进一步研究电针治疗NP的起效机制。

2.4 突触可塑机制

突触可塑性主要表现为突触传递的长时程增强效应,在NP的发生与维持中起重要作用。许明军等^[27]通过观察电针对NP大鼠脊髓背角兴奋性突触重塑的影响,发现电针可明显改善大鼠疼痛症状,作用机制可能是通过调节脊髓背角中突触蛋白谷氨酸受体1(GluR1)和突触后致密蛋白95(PSD95)的表达,参与兴奋性突触重塑实现镇痛。

3 下行抑制性调控机制

下行抑制是指外周伤害性信号向中枢传导,激活中枢抑制性神经元,减轻疼痛反应的调节系统,参与疼痛下行抑制调节的递质包括多巴胺、内源性阿片类物质、去甲肾上腺素等^[28],因此,促进参与疼痛下行抑制调节的递质分泌增多,可有效减轻疼痛反应。

实验研究表明,电针可促进中枢内啡肽分泌^[29],而内啡肽是具有阿片类作用的内源性镇痛物质,在镇痛效应中起到重要作用,这与电针能够加强针刺通痹止痛的效果不谋而合。此外,电针对NP的作用机制还可能与下丘脑中阿片肽降解酶中性肽链内切酶(NEP)、氨基肽酶N(APN)的含量有关,王虎等^[30]用电针治疗疼痛大鼠,并检测其下丘脑中NEP、APN及甲硫氨酸脑啡肽和亮氨酸脑啡肽的含量,结果显示电针具有良好的镇痛作用,其疗效可能与下丘脑中阿片肽降解酶活性相关,这也为进一步研究电针镇痛的起效机制提供了方向。与此同时,电针也能够通过外周阿片系统起到镇痛作用,梁宜等^[31]将骨癌痛大鼠随机分成4组,其中2组分别用电针和吗啡治疗,发现电针组镇痛效果佳,总结认为电针能够增加外周阿片表达从而达到治疗NP的效果。杜俊英等^[32]同样将骨癌痛大鼠造模成功后,其中一组用电针治疗,结果显示电针对骨癌痛大鼠有良好的镇痛效果,其作用机制可能是电针能够提高外周部分阿片受体和阿片前体mRNA表达。综上得出,电针能够促进阿片类物质分泌,抑制神经元兴奋性,从而起到止痛的效果。

4 小结

NP可分为周围性和中枢性两种,造成NP的原因众多,包括物理性的机械损伤、代谢或营养性神经改变、病毒感染等。除基础研究外,电针也广泛应用于NP的临床治疗中,如脑卒中后疼痛、带状疱疹后遗神经痛、三叉神经痛等^[33-34],具有疗效确切、不良反应少、安全易操作的优点。中医学虽然未确切记载NP的相关病名,但依据其症状可大致归为痹病范畴,其总病机为不通则痛和不荣则痛,《黄帝内经》有云:“经脉者,所以能决生死,处百病,调虚实,不可不通。”电针能增强经气传导、加强经络疏通、通调局部气血,与西医学通过提高痛域、降低疼痛敏感性来治疗痛证的机制吻合。

本文通过总结电针治疗NP作用机制的基础研究,得出以下观点:①在基础研究中,电针治疗频率选择以低频2 Hz为主,低频镇痛效果优于高频,电针选穴普遍选用足三里、昆仑、阳陵泉等下肢阳经穴位,取穴与临床治疗选穴存在一定的差异性,在今后的基础研究取穴中应扩大选穴范围进行研究,如与脊神经相关的督脉穴位。②基础研究动物模型与临床研究符合程度不足,需进一步完善标准,减少差异

性,也应挖掘、整理、统一中医关于NP的相关理论以指导临床。③电针治疗NP的作用主要与外周敏化和中枢敏化有关,可以从疼痛信号的接收、传递等环节进行阻断,从而实现对NP的镇痛,随着NP信号通路机制的广泛深入研究,今后也应着重开展电针作用于相关信号通路机制的研究。④大多数基础研究对电针治疗NP的起效机制尚未得到明确证实,结论仍处于只存在相关性的状态,今后可借助基因推敲或相关抑制剂来开展进一步研究,明确起效机制。随着医疗技术水平的提高和现代科学的进步,将电针治疗NP进行深层次、多中心的研究,为临床应用电针治疗NP提供更完善的理论及实验依据,有利于推广电针在NP治疗中的应用,减轻患者疾苦。

[参考文献]

- [1] FINNERUP N B, KUNER R, JENSEN T S. Neuropathic pain: from mechanisms to treatment[J]. *Physiol Rev*, 2021, 101(1): 259-301.
- [2] MEACHAM K, SHEPHERD A, MOHAPATRA D P, et al. Neuropathic pain: central vs. peripheral mechanisms[J]. *Curr Pain Headache Rep*, 2017, 21(6): 28.
- [3] SCHOLZ J, FINNERUP N B, ATTAL N, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain[J]. *Pain*, 2019, 160(1): 53-59.
- [4] 宋佳男, 于海波, 刘玉梅. 神经病理性疼痛的治疗和药物发现现状[J]. *药学报*, 2021, 56(3): 679-688.
- [5] ALLES S R A, SMITH P A. Etiology and pharmacology of neuropathic pain[J]. *Pharmacol Rev*, 2018, 70(2): 315-347.
- [6] KOCOT-KEPSKA M, ZAJACZKOWSKA R, MIKA J, et al. Peripheral mechanisms of neuropathic pain-the role of neuronal and non-neuronal interactions and their implications for topical treatment of neuropathic pain[J]. *Pharmaceuticals (Basel)*, 2021, 14(2): 77.
- [7] 王万胜, 屠文展, 奚海艳, 等. 电针对神经病理性疼痛大鼠背根神经节及脊髓P2X3受体的影响[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2015, 21(2): 97-101.
- [8] 蔡振华, 刘金锋, 孙天小, 等. 电针对大鼠神经病理性疼痛及背根神经节中p38 MAPK蛋白表达的影响[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2013, 19(5): 259-264.
- [9] LI Q Y, XU H Y, YANG H J. Effect of proinflammatory factors TNF- α , IL-1 β , IL-6 on neuropathic pain[J]. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi*, 2017, 42(19): 3709-3712.
- [10] 吴小丽, 贾文睿, 蒋海旭, 等. 电针对类风湿关节炎大鼠炎症因子TNF- α 和IgM影响[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2021, 23(8): 74-78.
- [11] 孙涛, 宋文阁, 姚尚龙, 等. 电针降低神经病理性疼痛大鼠脊髓白细胞介素-6的表达[J]. *针刺研究*, 2006, 31(5): 286-289.
- [12] GONG N, HAGOPIAN G, HOLMES T C, et al. Functional reorganization of local circuit connectivity in superficial spinal dorsal horn with neuropathic pain states[J]. *eNeuro*, 2019, 6(5): ENEURO.0272-ENEURO.0219.2019.
- [13] XUE M, SUN Y L, XIA Y Y, et al. Electroacupuncture modulates spinal BDNF/TrkB signaling pathway and ameliorates the sensitization of dorsal horn WDR neurons in spared nerve injury rats[J]. *Int J Mol Sci*, 2020, 21(18): 6524.
- [14] 吴巧云, 周科成, 岳晶晶, 等. 电针对神经病理性疼痛大鼠脊髓背角血管生成素-1的影响[J]. *针刺研究*, 2021, 46(3): 209-214.
- [15] LI X M, MENG J, LI L T, et al. Effect of ZBD-2 on chronic pain, depressive-like behaviors, and recovery of motor function following spinal cord injury in mice[J]. *Behav Brain Res*, 2017, 322(Pt A): 92-99.
- [16] 贾宏彬, 刘健, 李伟彦, 等. 脊髓胶质细胞在rhEPO预防神经病理性疼痛中的作用机制的研究[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2013, 19(3): 164-167.
- [17] 李思思, 谷鹏鹏, 屠文展, 等. 电针对神经病理性疼痛大鼠脊髓小胶质细胞活化的影响[J]. *中国针灸*, 2017, 37(4): 411-416.
- [18] 林丽莉, 陈惠娥, 张志灿, 等. 脊髓小胶质细胞激活与电针镇痛效应研究[J]. *辽宁中医杂志*, 2015, 42(12): 2300-2303.
- [19] 程瑞动, 叶祥明, 杨婷, 等. 电针治疗对神经病理性疼痛中嘌呤能受体的影响及其作用机制研究[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2019, 41(1): 13-17.
- [20] ZHAO Y X, YAO M J, LIU Q, et al. Electroacupuncture treatment attenuates paclitaxel-induced neuropathic pain in rats via inhibiting spinal Glia and the TLR4/NF- κ B pathway[J]. *J Pain Res*, 2020, 13: 239-250.
- [21] LIU W, LV Y L, REN F C. PI3K/Akt pathway is required for spinal central sensitization in neuropathic pain[J]. *Cell Mol Neurobiol*, 2018, 38(3): 747-755.
- [22] 薛梦, 孙亚兰, 黄诚. 电针对神经病理性疼痛大鼠脊髓背角PI3k/Akt信号通路的作用[J]. *赣南医学院学报*, 2020, 40(10): 986-990, 1031.
- [23] LI Q, TIAN Y, WANG Z F, et al. Involvement of the spinal NALP1 inflammasome in neuropathic pain and aspirin-triggered-15-epi-lipoxin A4 induced analgesia[J]. *Neuroscience*, 2013(254): 230-240.

(下转第208页)

梅核气病因病机及论治概述

刘 敬¹, 杨振宁²

(1. 山东中医药大学, 山东 济南 250355; 2. 山东农业工程学院, 山东 济南 250100)

【摘要】梅核气是临床中常见的一类心身疾病,属中医学郁证范畴,常因情志发病,以咽部异物感为主要特征。现代医学对于梅核气的发病机制尚未阐明,通过文献梳理,发现情志因素、饮食因素为梅核气的主要诱发因素;肝郁脾虚,痰气上逆互结于咽喉为梅核气主要病机,气滞血瘀为久病之后的病理因素。可通过相关中医心理疗法和调整饮食结构来防治,治则治法上以疏肝解郁、调脾和胃、理气化痰为主,后期出现气滞血瘀则以行气、活血、化瘀为主。此外,外感寒邪、痰郁化热造成气火聚结亦可致病,临床中需灵活辨治。参考文献 51 篇。

【关键词】梅核气;肝郁脾虚;痰气上逆;气滞血瘀;疏肝解郁;调脾和胃;理气化痰;中医心理学

【中图分类号】 R276.1 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0257-358X(2023)02-0203-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.02.020

Summary of Etiology, Pathogenesis and Treatment of Globus Hystericus

LIU Jing¹, YANG Zhenning²

(1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Shandong Agriculture and Engineering University, Jinan 250100, China)

Abstract Globus hystericus is a common type of psychosomatic disease in clinical practice which belongs to the category of melancholia or depression syndrome in traditional Chinese medicine. It is often caused by emotions and is characterized by pharyngeal paraesthesia. The pathogenesis of globus hystericus has not been clarified in modern western medicine. This article summarizes the current discussion on the etiology and pathogenesis of globus hystericus from the traditional Chinese medicine literature. Emotional factors and dietary factors are the main predisposing factors of globus hystericus. Liver depression and spleen deficiency, phlegm and qi reverse are the main mechanism in the early stage. In the later stage of the disease, the mechanism will be qi stagnation and blood stasis. It can be prevented through psychological therapy of Chinese medicine and adjustment of diet. The main treatment methods are to relieve the liver to relieve depression, regulate the spleen and stomach, regulate qi and resolve phlegm. Stasis of blood circulation is the pathological factor in later stage, and the main treatment is to promote qi and blood circulation and remove blood stagnation. In addition, exogenous cold pathogens, phlegm depression and heat also can cause qi and fire coalescence, so the principle of treatment should be used flexibly in clinic. There are a total of 51 references.

【收稿日期】 2021-10-14
【基金项目】 山东省古籍整理规划项目(批文号:鲁教财字[2012]154 号)
【作者简介】 刘敬(1994—),女,山东德州人,2018 年级硕士研究生,研究方向:中医认知与教育研究、中医心理学研究。邮箱:lj20134943@163.com。
【通信作者】 杨振宁(1962—),男,山东德州人,医学博士,教授,硕士研究生导师,主要从事教育学和中医心理学研究。邮箱:yzn2000@126.com。

Keywords globus hystericus; liver stagnation and spleen deficiency; phlegm and qi reverse; qi stagnancy and blood stasis; disperse stagnated liver qi for relieving qi stagnation; regulate spleen and stomach;

regulate qi flowing for eliminating phlegm;traditional Chinese medicine psychology

梅核气的致病因素复杂,西医对于该病的发病机制阐述尚不明确,主要从胃食管反流、食管上括约肌异常、上呼吸道恶性肿瘤等几个方面探讨引起梅核气的原因,这种潜在病因的多样性使得标准的检查和治疗策略难以建立,患者亦可能因繁复的检查增加身体和心理负担,且要面临复发的风险^[1]。中医学对于梅核气病因病机的探讨历史悠久,在临床治疗上具有独特优势。目前中医学普遍认为梅核气的病机主要为痰气互结、肝郁脾虚。通过文献梳理发现,情志、饮食异常是梅核气的诱因,血瘀是梅核气的病理因素之一,本文结合中医与心理学的观点对此进行论述。

1 中医对梅核气的认识

梅核气是中医学特有的病名,属中医情志病郁证范畴,在西医学中可对应咽异感症、咽部神经官能症、癔球症等^[2]。其主要特征为咽喉部位有异物感,犹如梅核梗阻,吐之不出,咽之不下,症状可间歇或持续发作,常随进食而改善,无明显器质性病变,正如《金匱要略·妇人杂病脉证论治》:“妇人咽中如有炙脔”,又如《千金要方》:“咽中顿顿,如有炙脔,吐不出,咽不下”。临床中男女皆可患病,但女性患者居多,中年人比青年人和老年人更易患此病^[3-4]。如今社会节奏偏快,生活和工作带来的双重压力无法排解,使梅核气的患病率呈逐年上升趋势;国外研究显示,癔球症的患病率为 46%^[5],因此了解梅核气的病因病机,对于临床辨治具有重要作用。

2 病因

2.1 情志内伤

梅核气属于情志病,多为情志失调致病。古代医家有关梅核气因情志发病的论述不胜枚举。《古今医鉴》中提到梅核气是“始于喜怒太过”;《太平圣惠方·卷三十五》有“亦有忧愁思虑……喉中如梗”的论述;《类经·形志苦乐病治不同》对梅核气的论述为“如人之悲忧过度,则喉咙哽咽,食饮难进”;《万病回春·梅核气》认为梅核气因“七情之气郁结”“饮食之时,触犯恼怒”而成;《金匱翼·咽喉》中认为“其症妇人多郁者恒患之”;《医略存真·咽喉篇》曰:“梅核气……多得之忧思郁结”;《景岳全书》提及相关治疗:“思郁者……其在女子,必得愿遂而后释,或以怒胜思,亦可暂解”。以上古籍论述皆认为情志内伤是

梅核气的诱发因素,因此治疗上可以选择以五行生克制化理论为基础的情志相胜疗法,以情胜情,治病求因。

现代临床中也发现梅核气患者常表现为忧愁、善太息^[6],即现代心理学所讲的抑郁忧愁等不良情绪。部分患者会因压力或负性应激事件诱发梅核气,且可能伴发情绪不良和失眠等问题^[7]。一项针对广东地区的调查研究表明,梅核气患者的抑郁和焦虑评分以及睡眠质量量表评分均高于对照组,且抑郁焦虑评分与症状评分成正相关^[8]。除抑郁、急躁易怒等不良情绪外,部分患者还会因频繁就诊仍病因不明而出现疑病和恐癌的心理^[9],进而导致心理压力过大,有碍疾病恢复。

有研究指出,梅核气具有现代心理学中“癔症”的表现,在古希腊的希波克拉底时代就有关于梅核气类似症状的描述,即歇斯底里的症状^[10]。还有学者指出梅核气属于心身疾病^[11],是一种特殊的转换障碍,陈晓鸥等^[12]提出了类似的观点,并通过研究发现患者发病前大多受负性生活事件的影响,如人际关系问题、经济问题等。心理学认为个体的焦虑是由不被接受的冲动或愿望引起的,焦虑通过自身的防御机制被转换为躯体上的症状,内心冲突得以减少,因此一些患者可能具有表演型或依赖型人格障碍的基础^[13]。张继东等^[14]通过聚类分析发现,此类患者可能存在孤僻、依赖、焦虑敏感、易幻想等人格特征。

综上所述,梅核气多由生活中的负性生活事件、不同程度的情志刺激引发,从而表现出抑郁、焦虑、忧愁等情志不调表现,有的患者还会出现睡眠障碍、疑病或恐癌心理。但并不是所有个体都会因情志刺激而致梅核气,梅核气患者多有特定的人格基础,如多疑、敏感等,因此在受到外界情志刺激时,有特定人格基础的个体更易患病。临床上应重视患者的心理精神因素,通过积极的心理暗示,减轻患者焦虑抑郁症状,提高治疗有效率。

2.2 饮食失宜

虽未有明确论述表明饮食失宜是梅核气的致病因素,但查阅文献发现,临床中梅核气患者多喜食辛辣刺激。研究表明,浓茶、油腻辛辣饮食等会造成胃食管反流从而引起咽喉部不适^[15]。《灵枢·忧恚无言》中提到咽喉为“水谷之道也”,食物先入咽喉而后

进入脾胃,辛辣食物刺激性强,是引发或者加重咽喉部异物感的原因之一。《素问·生气通天论》曰:“味过于辛,筋脉沮弛,精神乃央”。过食辛辣之物可导致筋脉败坏松弛,且辛味发散,过食可耗散精气,造成精气受损。《济生方》曰:“过餐五味……强食生冷果菜……久则积结为癥瘕”;《素问·痹论》云:“饮食自倍,肠胃乃伤。”过于寒凉生冷的食物及过量饮食均会损害脾胃。同时,精神压力也会在一定程度上增加暴饮暴食、饮食时间不规律等不良饮食行为的发生概率,进而影响脾胃功能的正常运作^[16]。中医主张“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充,气味合而服之,以补精益气”(《素问·脏气法时论》),因此日常饮食需均衡全面,不可偏嗜、失节。

梅核气属郁证范畴,临床会表现出抑郁、焦虑等不良情绪状态。现代研究表明,抑郁等不良情绪与 5-羟色胺、去甲肾上腺素、多巴胺等神经递质的缺乏有关,而食物中的营养成分可以促进这些神经递质的合成^[17]。有研究证实,抑郁的发生率与鱼类摄入量成负相关^[18]。鱼类富含人体自身不能合成的 omega-3 多元不饱和脂肪酸,该成分含量过低还可能会导致除抑郁症以外的其他神经功能障碍^[19]。与抑郁情绪有关的 5-羟色胺的合成路径之一来自于色氨酸,色氨酸是人体必须氨基酸,需从食物中获取,如豆制品、奶制品、水果等。水果中的色氨酸还可以激发血清素释放,血清素对于人际关系处理有一定影响,同样作用于抑郁症状^[20]。日常饮食中高糖和高脂肪食物占比高,蔬菜水果和优质蛋白摄入量过少的人群,由于饮食结构不合理,营养素缺乏,患抑郁症的风险增加。动物实验也表明长期高脂饮食的小鼠会出现明显的抑郁倾向^[21]。严重抑郁症患者还会出现维生素 B₆、B₉、B₁₂ 等的缺乏^[22],易出现突然多食或少食的不规律饮食问题^[23]。

由此可见,饮食是影响身体健康和情志舒畅与否的重要因素,合理的饮食结构和规律的饮食习惯有利于身心健康。梅核气患者喜食辛辣和高脂油腻之物,不仅会加重咽喉部不适感,还会造成饮食结构失衡,必须营养摄入不均,导致 5-羟色胺、多巴胺等神经递质水平降低,出现抑郁焦虑倾向。

此外,外感寒邪也可致梅核气。《医宗金鉴·梅核气证治》认为梅核气由“内伤七情,外伤寒冷所致”,可见梅核气不仅可由情志刺激发病,亦可由外感寒邪致病;《冯氏锦囊妙录》亦言:“乃气为积寒所生……

溢而浮于咽中”。在梅核气的治疗中,温性药使用频率高于寒凉药^[24],因此认为梅核气可能因外感寒邪而发,表现为遇寒则重的特征,治疗上以鼓舞阳气为主,可采用膏药、热毛巾等敷贴,加速血液循环以祛湿除寒。

3 病机与论治

3.1 痰气互结

痰有广义、狭义之分,梅核气涉及的痰主要是广义上的痰,正如《丹溪心法》中所说:“痰之为物,随气升降,无所不到。”说明梅核气是由痰随气逆阻于咽喉部造成的^[25],王聘益^[26]也提出了相似的观点。脾主运化,当脾运化功能正常时,气机升降得当有序,机体生理功能正常;当脾运化功能失常时,气机升降受阻,无法将水谷精微、气血津液运输至全身,积聚体内而生湿化痰^[27],痰随气运交阻于咽喉则生梅核气。从病理角度看,痰与郁是可以相互转化、互为影响的,痰既是疾病的病理产物,也是激发疾病的二次病因^[28]。脾虚肝郁是梅核气发病之本,痰凝气滞是标,且病位虽在咽喉,但同时还会影响消化、神经等系统^[29]。刘乔^[30]认为梅核气不仅涉及咽喉和肝、脾、肾也与梅核气有密切关系,辨证论治时应避免先入为主受制于顺气化痰一种方法,还可以通过滋阴润肺、温肾化气等方法促进痰的消散。张泽鑫等^[31]认为气机失调是梅核气的重要发病机制,气机失调使痰湿无法转化,咽喉不适感更加明显,从而加重病情。

痰气互结型梅核气辨证要点为咽部有异物感,暖气,恶心,胸脘胀满,苔白薄腻,脉弦滑^[32]。半夏厚朴汤是治疗梅核气的经典方剂,也是治疗痰气互结型梅核气的首选方剂,出自《金匱要略》:“妇人咽中如有炙脔,半夏厚朴汤主之”。该方具有理气、散结、化痰的功效。网络药理学研究证实半夏厚朴汤中的厚朴酚可以调节 5-羟色胺的表达,提高多巴胺水平,缓解抑郁情绪,同时可减轻神经炎症^[33-34],因此运用半夏厚朴汤治疗梅核气可以有效减轻患者咽部的炎症症状,缓解抑郁情绪。但梅核气的致病因素复杂,临床治疗用药需避免局限于半夏厚朴汤,应根据患者具体情况,辨证论治。

3.2 肝郁脾虚

情志刺激是梅核气的诱发因素。肝在五行中属木,肝性喜条达恶抑郁,肝主疏泄,具有调畅全身气机的功能,若肝失疏泄,气机不畅,则易出现愤怒急躁等不良情志^[35],诱发梅核气。路广晁认为肝郁气

滞是梅核气发病的根本原因^[36]。除此外,梅核气还与脾胃有关,脾胃升降运化功能失常,水谷精津运行输布不当,郁而生痰,湿痰之气上逆于咽喉处则致病^[37]。吕林等^[38]认为胃为本,咽为苗,胃有病可上见于苗窍。《重楼玉钥·诸风秘论》中也提到“咽……属脾土”,说明咽喉与脾胃关系密切。饮食失节,脾失运化,食物久积化热,耗损津液上扰心神,出现烦躁、失眠等梅核气伴随症状^[39]。同时,梅核气属情志病,多责于肝,木气乘土,故多易伤及脾胃^[40]。

肝郁脾虚型梅核气的辨证要点为咽部异物感,咽干燥痛,声音嘶哑,善太息,不寐,舌红少苔,脉细数^[41]。临床治疗应疏肝解郁与调脾和胃并举,同时多关注患者的心理状态,《医考方》中指出:“情志过极,非药可医,需以情胜”。因此可运用中医心理学中的相关疗法来辅助治疗梅核气^[42],如情志相胜疗法、移情易性法、心理暗示疗法、语言开导法、中医心理低阻抗意念导入疗法(TIP)等,可以缓解患者因思致郁的症状,即张景岳所说“得愿而释”,起到心身并治的作用。

除心理治疗外还可辅食疗,《千金要方·食治》曰:“夫为医者,当须先洞晓病源,知其所犯,以食治之。”临床上多数梅核气患者平素喜食油腻、辛辣刺激之物,而“辛走气,气病无多食辛”,因此辨证治疗时应嘱患者养成良好的饮食习惯,合理膳食,避免食用伤脾胃、营养单一的食物,多食富含优质蛋白的鱼类、豆类食品,多吃蔬菜水果,促进脾胃调和。此外,患者还可在合理膳食的基础上练习太极拳、八段锦、五禽戏等导引术,中医导引术具有疏通气血经络、增强抵抗力和预防疾病的功效^[43]。西医学认为适当运动可以促进人体内啡肽的分泌,内啡肽不仅具有止痛作用,还可以令人精神愉悦^[44],从而减轻抑郁悲伤等不良情绪对躯体的影响。

“食疗不愈,然后命药”,治疗肝郁脾虚型梅核气的经典方剂有逍遥散、柴胡疏肝散、四七汤、旋覆代赭汤等,还可以采用中西医结合的疗法,如逍遥散加减联合黛力新、半夏厚朴汤联合氟哌噻吨美利曲辛片等,对于改善肝郁气滞证具有良好疗效。黄恒青等^[45]自拟的疏降和胃Ⅱ号方对于咽部异物感也具有明显改善作用,并能缓解抑郁焦虑状态。有研究表明,针灸、电针等刺激可以抑制跨膜转运蛋白的表达,从而抑制5-羟色胺重摄取,使体内5-羟色胺含量增加,产生抗抑郁的作用^[46],因此还可以采用针灸、电针等外治法改善梅核气患者的抑郁情绪。

3.3 气滞血瘀

《类证治裁·郁症论治》中提到:“七情内起之郁,始而伤气,继必及血”。梅核气病程一般较长,容易反复,久病及血,临床发现部分患者有瘀血结滞表现,如咽喉处颜色暗红、唇色深红、面色晦暗,女性则表现为痛经、经色暗红并有血块等^[47],瘀血阻络证多出现于疾病后期,舌色暗红、舌边有瘀斑等舌象表现较为明显,故临床中要重视舌诊。气为血之帅,气郁可致血瘀,而血瘀会进一步加重气机不畅的情况,不利于疾病向愈^[48],李浩明等^[49]认为梅核气病机中痰气互结是表,血瘀为源。

气滞血瘀型梅核气的辨证要点为面色晦暗、舌色或咽喉色紫黯、舌边有瘀斑、胸胁肋部不适、睡眠障碍,女性经色暗红并有血块、痛经等。辨证治疗时应以行气活血为原则,选方血府逐瘀汤、贝母瓜蒌散等加减。整方中需注重理气药物的使用,以气帅血行。除方药内服外,还可以运用耳穴压豆等外治法,改善穴位对应点的血液循环,缓解咽部不适症状,解郁止痛。

除以上典型病机外,另有学者认为梅核气初期因痰气互结而致病,病情久治不愈后郁而化火,表现为肾虚火旺的特点^[50];周铭心^[51]则提出了气火聚结而致梅核气的观点,采用补中益气的升举策略来治疗。因此临床上治疗梅核气需根据患者实际情况辨证治疗,不必拘泥于经典证型。

4 结语

梅核气是一种常见的心身疾病,主要表现为咽喉部异物感,多数患者未见器质性病变,可伴有一定的抑郁焦虑情绪,病因具有复杂性。目前,西医针对梅核气没有确切的治疗手段,只能靠多方面的检查来确定病因所在,短期见效快但易反复。梅核气多由负性生活事件和情志刺激引发,患者在确诊前,会反复到消化科、耳鼻喉科等科室就诊,加重心理压力。中医学认为,梅核气多是情志失调,肝气郁结,脾胃虚弱,气机升降失调,痰气交阻上逆于咽喉所致,情志异常和不良饮食习惯是诱发梅核气的重要因素。此外,病程较长的患者还会有血瘀表现,因此治疗重点应为理气、化痰、活血化瘀、减轻不良情绪体验、合理膳食。

梅核气作为一类情志疾病,情志因素在其发病过程中起着重要作用。情志内伤既是致病因素,也是病理表现,且梅核气患者在发病前多有特定的人

格基础。不良的饮食习惯也会诱发梅核气,这是此前没有受到重视的部分,而食疗是治疗的一种方式,因此饮食因素在治疗时也不应忽视。肝郁脾虚和痰气互结为梅核气的主要病机,气滞血瘀为久病之后的病理因素。中医根据患者发病机制的不同进行辨证论治,中医经典方剂、中西医结合治疗、针灸和敷贴疗法、中医心理疗法等都对梅核气的治疗效果显著,值得临床推广。与此同时,当前研究尚存在一定问题,如临床应用中,中医辨证论治的标准具有差异性,医家多根据经验进行诊疗,且临床研究样本量小,不具有普遍代表性。在以后的研究中可进一步完善和规范梅核气辨证论治的标准,同时进行多学科交叉研究,为梅核气的治疗提供更多思路。

[参考文献]

[1] LEE B E,KIM G H. Globus pharyngeus:a review of its etiology,diagnosis and treatment[J]. World J Gastroenterol,2012,18(20):2462-2471.

[2] 巩国峰. 加味半夏厚朴汤治疗癔球症临床观察[J]. 广西中医药,2020,43(5):26-28.

[3] POLLACK A,CHARLES J,HARRISON C,et al. Globus hystericus[J]. Aust Fam Physician,2013,42(10):683.

[4] RASMUSSEN E R,SCHNACK D T,RAVN A T. A prospective cohort study of 122 adult patients presenting to an otolaryngologist's office with globus pharyngeus[J]. Clin Otolaryngol,2018,43(3):854-860.

[5] JÄRVENPÄÄ P,ARKKILA P,AALTONEN L M. Globus pharyngeus: a review of etiology,diagnostics, and treatment[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol,2018,275(8):1945-1953.

[6] 佴晨阳,颜勤,徐学义. 徐学义教授运用半夏厚朴汤加减治疗梅核气经验总结[J]. 中国民族民间医药,2020,29(15):74-75,81.

[7] 赵寒冰,蔡厚达,贾林,等. 癔球症患者的临床发病学- 精神心理特征:附 559 例病例分析[J]. 现代消化及介入诊疗,2018,23(3):293-296.

[8] 唐贝,贾林,蔡厚达,等. 广州地区人群癔球症的发病学特征及城乡差异[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2016,25(6):537-541.

[9] 王笑娜,卜平,张新昕. 癔球症患者 113 例证候病机分析[J]. 长春中医药大学学报,2013,29(2):203-204.

[10] MERSKEY H,MERSKEY S J. Hysteria,or suffocation of the mother[J]. CMAJ,1993,148(3):399-405.

[11] 王乔,章礼久. 癔球症患者精神心理状态分析[J]. 山东医药,2013,53(39):68-69.

[12] 陈晓鸥,吴霄杨. 梅核气的变异与治疗初探[J]. 天津中

医药,2017,34(7):464-465.

[13] ARDRAN G M. Feeling of a lump in the throat;thoughts of a radiologist[J]. J R Soc Med,1982,75(4):242-244.

[14] 张继东,董燕,侯桂芝. 癔球症患者人格特征的聚类分析[J]. 空军总医院学报,2009,25(1):6-9.

[15] 张玲,邹多武. 胃食管反流病的流行病学及危险因素[J]. 临床荟萃,2017,32(1):1-4.

[16] 刘娟君,谢强. 近两年中西医结合治疗梅核气临床研究综述[J]. 江西中医药,2015,46(2):53-55.

[17] 仲捷,贾竑晓. 抑郁症与饮食营养[J]. 中国健康心理学杂志,2014,22(10):1596-1598.

[18] YONEZAWA K,KUSUMOTO Y,KANCHI N,et al. Recent trends in mental illness and omega-3 fatty acids[J]. J Neural Transm(Vienna),2020,127(11):1491-1499.

[19] SINCLAIR A J,BEGG D,MATHAI M,et al. Omega 3 fatty acids and the brain:review of studies in depression[J]. Asia Pac J Clin Nutr,2007,16(Suppl 1):391-397.

[20] 解瑞宁,乔艺,李英娥. 社区老年人抑郁症状及影响因素[J]. 中国健康心理学杂志,2017,25(12):1771-1773.

[21] 熊静,张晓琳,李舒婷,等. 长期高脂饮食对小鼠抑郁样行为的影响及BDNF 的代谢失衡机制[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2020,29(10):873-879.

[22] ALY J,ENGMANN O. The way to a human's brain goes through their stomach:dietary factors in major depressive disorder[J]. Front Neurosci,2020,14:582853.

[23] 余素芳,宁雪莲,李炳英,等. 反流性食管炎合并焦虑抑郁症状患者饮食结合情绪干预的效果观察[J]. 中国医学创新,2021,18(2):109-113.

[24] 卢天蛟,卢美希,李倜,等. 中医治疗梅核气的研究进展[J]. 中医药信息,2015,32(3):126-128.

[25] 李洋,谯凤英. 梅核气与情志因素的临床研究进展[J]. 甘肃医药,2019,38(11):968-970.

[26] 王聘益. 中医内外结合治疗咽异感症 44 例[J]. 四川中医,2005,23(4):87.

[27] 陈祥华,林平,蔡华珠,等. 基于脾主运化理论探讨胃癌前病变的中医治疗策略[J]. 中医临床杂志,2021,33(9):1643-1646.

[28] 杨小娟,叶凯,尚荣国,等. 从“痰郁”论治乳腺癌抑郁症[J]. 辽宁中医杂志,2019,46(9):1858-1859.

[29] 毛得宏,匡红红,彭川. 内外兼顾辨治梅核气[J]. 中医杂志,2017,58(10):884-885,897.

[30] 刘乔. 从肺脾肾辨治梅核气体会[J]. 光明中医,2020,35(10):1567-1570.

[31] 张泽鑫,黄慈辉,林云鑫,等. 从气机角度探讨梅核气[J]. 中国民间疗法,2019,27(3):3-4.

[32] 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.

[33] 赵信科,孙少伯,刘凯,等. 基于网络药理学探讨半夏厚朴汤作用机制[J]. 中医学报,2020,35(2):1-5.

[34] CHEN Z Y,XIE D F,LIU Z Y,et al. Identification of the significant pathways of Banxia Houpu Decoction in the treatment of depression based on network pharmacology[J]. PLoS One,2020,15(9):e0239843.

[35] 徐强,张秋月,汪元元,等. “肝主疏泄”理论辨析[J]. 天津中医药大学学报,2012,31(2):70-71.

[36] 姜义明,朱伟宁. 路广晁教授治疗梅核气验案[J]. 中医临床研究,2018,10(9):9-10.

[37] 王婷婷,范铁兵,杨志旭. 杨志旭治疗梅核气经验[J]. 山东中医杂志,2017,36(5):405-406.

[38] 吕林,唐旭东,王凤云,等. 基于胃食管反流病探讨中医梅核气本质[J]. 中国中医基础医学杂志,2017,23(7):967-969,991.

[39] 杜青,马先军,丰广魁. 丰广魁治疗情志病验案[J]. 湖北中医杂志,2019,41(7):20-22.

[40] 肖春霞,刘新,张星平. 从疏肝理脾升降枢组辨治抑郁症临床经验[J]. 中医药学报,2021,49(4):54-57.

[41] 王付. 怎样分型辨治梅核气[J]. 中医杂志,2010,51(5):391.

[42] 曹培华,王梦玺,吴晨洁,等. 中医心理学视角下的双心疾病[J]. 实用中医内科杂志,2021,35(6):25-28.

[43] 陈浩然,刘浩,代金刚. 中医导引术预防和辅助治疗肿瘤的相关研究进展[J]. 中医药学报,2021,49(3):92-95.

[44] 杜芳,任敏,王爱芹. 不同强度与频率的有氧运动对抑郁症患者抑郁症状的改善作用[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2013,22(9):830-832.

[45] 黄恒青,周晔. 疏降和胃Ⅱ号方治疗肝胃不和、气郁痰阻型梅核气(瘰疬症)的临床研究[C]//中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 第二十九届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集. 成都:中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会,2017:14.

[46] 赵俊,田会玲,李昱颀,等. 电针对抑郁模型大鼠不同脑区 miRNA-16 及 5-羟色胺转运体的影响[J]. 针灸临床杂志,2019,35(11):69-74.

[47] 陈旭青,周龙云. 关于梅核气辨证论治的思考[J]. 浙江中医药大学学报,2013,37(12):1461-1462,1468.

[48] 周俊,邵璐,杨一天,等. 从六郁辨治难治性胃食管反流病[J]. 中国乡村医药,2021,28(3):22-23.

[49] 李浩明,张怀芳. 梅核气辨治体会[J]. 时珍国医国药,2000,11(8):725.

[50] 廖成荣,杨英姿,刘西洋,等. 杨廉方教授诊疗梅核气的经验探析[J]. 中医药导报,2016,22(10):119-120.

[51] 周铭心. 疑难病症论治策略例说四则[J]. 中医学报,2020,35(6):1217-1220.

(上接第 202 页)

[24] 王志福,杨意州,刘建波,等. 基于脊髓 NLRP1-Caspase-1-IL-1 β 通路探讨电针治疗神经病理性疼痛的作用机制[J]. 中国疼痛医学杂志,2018,24(9):656-660.

[25] 师钰琪,吴红艳,朱春燕,等. 从 BDNF/TrkB 信号通路探讨乌头汤对神经病理性疼痛模型小鼠脑神经元的保护作用[J]. 中国实验方剂学杂志,2020,26(7):23-30.

[26] 肖纯,孙建良,卢波,等. 大鼠背根神经节 ERK5/CREB 信号通路在神经病理性疼痛中的作用[J]. 浙江中西医结合杂志,2013,23(3):179-183.

[27] 许明军,程萍,朱雪萍,等. 电针对神经病理性疼痛大鼠脊髓背角兴奋性突触重塑的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2020,29(15):1597-1602.

[28] 中国医师协会疼痛科医师分会,国家临床重点专科·中日医院疼痛专科医联体,北京市疼痛治疗质量控制改进中心. 周围神经病理性疼痛诊疗中国专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志,2020,26(5):321-328.

[29] JIA W H,CHI W Y,LOU C,et al. Effect of electroacupuncture intervention on β -endorphin levels of hypothalamus and spinal cord tissues in rats with pelvic incisional pain[J]. Zhen Ci Yan Jiu,2016,41(3):225-229.

[30] 王虎,方剑乔,杜俊英,等. 下丘脑啡肽及其降解酶含量与电针镇痛有效性的相关性研究[J]. 浙江中医杂志,2016,51(11):799-800.

[31] 梁宜,杜俊英,房军帆,等. 电针治疗大鼠骨癌痛的镇痛效应及其对外周阿片受体表达的干预[J]. 中华中医药杂志,2018,33(11):4877-4882.

[32] 杜俊英,房军帆,陈宜恬,等. 电针抗大鼠骨癌痛的参数优选及其对阿片受体和前体 mRNA 表达的干预[J]. 中国针灸,2015,35(2):161-168.

[33] 黄爱苹,谷桢,薛纯纯,等. 电针结合刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效评价[J]. 中华全科医学,2020,18(5):835-838.

[34] 郭勤,王振宇,尹洪娜,等. 电针夹脊穴治疗原发性三叉神经痛临床观察[J]. 上海针灸杂志,2017,36(4):392-396.