

山东中医杂志

(SHANDONG ZHONGYI ZAZHI)

(月刊)

1981年10月创刊

2025年第44卷第5期

(总第451期)

(2025年5月5日出版)

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

国内发行代号 24-044

国外发行代号 M0826

主编 王新陆

副主编 王振国 王琳 崔亚洲

执行主编 吴俊玲

执行副主编 成建军

主管 山东省卫生健康委员会

主办 山东中医药大学

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 中国邮政集团有限公司

山东省分公司

国外发行 中国国际图书贸易集团

有限公司

(100048,北京399信箱)

广告经营许可证3700004000092号

在线投稿 <http://publish.cnki.net/sdzy>

网址 sdzz.sdutcm.edu.cn

国内定价 10.00元



欢迎关注本刊微信公众号

目次

西苑中医肾病学术传承经验系列研究

余仁欢运用桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减治疗慢性肾脏病
合并情志异常经验

..... 王文茹 杨嘉仪 展婧怡

詹添 闫蕾 陈瑶 梁莹(489)

肺系疾病证治体系的创建与应用

基于五脏元真通畅探讨特发性肺纤维化病机与证治

..... 孙誉宵 王晓冬 马鑫来 张伟(493)

论著

●临床理论与方法

基于经筋理论探讨臀中肌综合征的发病机制与诊疗思路

..... 刘建祥 董宝强 林星星

王垒鈔 张峰 吴锡 王明星(499)

基于肝主筋理论辨治冠状动脉痉挛

..... 马明茹 杨洁(504)

从六癸年运气格局解读黄芪茯苓汤配伍原理

..... 许睿 鲁明源(510)

《神农本草经》苦味利水药在经方中的应用

..... 贾莉洁 曲夷(516)

从系统中医学角度阐释“形”“气”“神”概念及其相互关系

..... 张亚鹏 祝广钦 张继平 田嘉怡 马淑然(522)

从“清阳出上窍”探析眼病辨治

..... 陈玲玲 李点(528)

●临床研究

益气泻肺利水法治疗老年心力衰竭合并肺部感染

患者临床研究..... 黄晨 朱美玲 王满(532)

健脾通络方联合化疗治疗大肠癌术后气虚血瘀型患者临床研究

..... 崔文文 张洁 于边芳 管忠安(539)

●外治理论与应用

- 基于“脑-督脉-肾”轴探讨帕金森病的针灸治疗
 张儒奇 田明涵 王盛春(545)
- 龙砂开阖六气针法联合独活寄生汤治疗肝肾亏虚型膝骨关节炎
 临床观察..... 王君清 贾超轶 刘文琼(550)

●名医经验

- 刘寿山推拿手法治疗肩关节撞击综合征技术精要分析
 阿迪力江·阿不都热依木 程潞瑶 黎霞
 甘叶娜 臧福科 桑灏祺 周婷 张桐桐 苑艺 李多多(555)
- 邵征洋从虚火痰瘀论治女童性早熟经验
 葛泰慧 葛亮 汤涛 朱苑晴(561)
- 张风梅基于久视伤血理论辨治儿童青少年近视经验
 李清雅 刘莹莹 张萌(565)
- 李丽基于“经链同治”理论运用悬吊推拿运动技术治疗神经根型
 颈椎病经验
 冯会越 丹禹钦 丁懿 冯梓芸
 廖烜东 王雪妍 付钰 于少泓(571)
- 孙华针刺治疗肌筋膜炎经验
 徐虹 陈素辉 张亚敏 张琼琼 邓培颖(576)
- 叶玲从湿热论治便秘经验
 高献明 黄晓捷 杨丽华 吴才贤
 黄璇 陈啸 陈勇 任伟涛(581)

医案医话

- 周亚滨运用经方治疗内科疾病验案4则
 赵鑫 葛媛 王贺(585)

综述

- 食管鳞状细胞癌术后中西医治疗及不良预后因素研究进展
 许博文 朱广辉 李杰 孙千惠 孔淼(591)
- 中医治疗特应性皮炎并发抑郁症研究进展
 赵玉磊 朱雅楠 张海龙 安月鹏 杨素清(598)

[期刊基本参数] CN37-1164/R*1981*m*A4*120*zh*P* ¥ 10.00*1000*21*2025-05

本期责任编辑、外文编辑 毛逸斐

山东中医杂志

中国知网全文收录期刊
 《中国学术期刊综合评价数据库》收录期刊
 《中文科技期刊数据库》收录期刊
 《中国核心期刊(遴选)数据库》收录期刊
 “万方数据——数字化期刊群”收录期刊
 《中国期刊全文数据库》收录期刊
 《中国期刊网》收录期刊
 《中国生物学文献数据库》收录期刊
 《中国生物医学文摘光盘数据库》收录期刊
 《中国学术期刊(光盘版)》收录期刊
 《国家科技学术期刊开放平台》收录期刊
 《中国科技资料目录·医药卫生》收录期刊
 《中国科技资料目录·中草药》收录期刊
 《中国医学文摘·中医》收录期刊
 《中国药学文摘》收录期刊
 《全国报刊索引》(自然技术版)收录期刊
 《中国报刊订阅指南信息库》收录期刊
 瑞典开放存取期刊目录(DOAJ)收录期刊
 WHO Research4Life(Hinari)收录期刊
 日本科学技术振兴机构数据库(JST)收录期刊
 哥白尼索引期刊数据库(ICI World of Journals)收录期刊
 乌利希期刊指南(Ulrichsweb)收录期刊

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

May 2025

Vol. 44, No.5

CONTENTS

- Professor YU Renhuan's Experience of Using Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction(桂枝甘草龙骨牡蛎汤) in Treating Chronic Kidney Disease Complicated with Emotional Disorders
..... WANG Wenru, YANG Jiayi, ZHAN Jingyi, ZHAN Tian, YAN Lei, CHEN Yao, LIANG Ying(489)
- Discussion on Pathogenesis, Syndrome, and Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis Based on Unobstructed Flow of Yuanzhen in Five Zang-Organs
..... SUN Yuxiao, WANG Xiaodong, MA Xinlai, ZHANG Wei(493)
- Exploration of Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment Ideas for Gluteus Medius Syndrome Based on Meridian-Sinew Theory..... LIU Jianxiang, DONG Baoqiang, LIN Xingxing,
WANG Leichao, ZHANG Feng, WU Xi, WANG Mingxing(499)
- Differentiation and Treatment for Coronary Artery Spasm Based on Theory of Liver Governing Sinews
..... MA Mingru, YANG Jie(504)
- Interpretation of Compatibility Principle of Huangqi Fushen Decoction(黄芪茯神汤) Based on Yunqi Configuration of Six Gui Years..... XU Rui, LU Mingyuan(510)
- Application of Bitter Medicinals with Effect of Promoting Diuresis in *Shennong's Classic of Materia Medica* in Classical Prescriptions..... JIA Lijie, QU Yi(516)
- Explaining Concepts of "Form" "Qi" and "Spirit" and Their Mutual Relationships from Perspective of Systematic Traditional Chinese Medicine
..... ZHANG Yapeng, ZHU Guangqin, ZHANG Jiping, TIAN Jiayi, MA Shuran(522)
- Analysis on Diagnosis and Treatment of Eye Diseases from "Clear Yang moving Upward into the Upper Orifices of the Body"..... CHEN Lingling, LI Dian(528)
- Clinical Study on Treatment of Elderly Patients with Heart Failure Complicated by Pulmonary Infection Using Method of Benefiting Qi, Purgings Lung, and Promoting Diuresis
..... HUANG Chen, ZHU Meiling, WANG Man(532)
- Clinical Study on Jianpi Tongluo Prescription(健脾通络方) Combined with Chemotherapy for Treating Patients with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome After Colorectal Cancer Surgery
..... CUI Wenwen, ZHANG Jie, YU Bianfang, GUAN Zhongan(539)

- Discussion on Acupuncture and Moxibustion Treatment for Parkinson's Disease Based on
 "Brain-Governor Vessel-Kidney" Axis..... ZHANG Ruqi, TIAN Minghan, WANG Shengchun(545)
- Clinical Observation of Longsha Opening-Closing Six-Qi Acupuncture Combined with Duhuo Jisheng
 Decoction(独活寄生汤) in Treating Knee Osteoarthritis of Liver and Kidney Deficiency Type
 WANG Junqing, JIA Chaoyi, LIU Wenqiong(550)
- Analysis of Key Techniques of LIU Shoushan's Tuina Manipulation in Treating Shoulder Impingement
 Syndrome..... Adilijiang Abudureyimu, CHENG Luyao,
 LI Xia, GAN Yena, ZANG Fuke, SANG Haoqi, ZHOU Ting, ZHANG Tongtong, YUAN Yi, LI Duoduo(555)
- Experience of SHAO Zhengyang in Treating Precocious Puberty in Girls from Perspective of Deficiency,
 Fire, Phlegm, and Blood Stasis..... GE Taihui, GE Liang, TANG Tao, ZHU Yuanqing(561)
- ZHANG Fengmei's Experience in Treating Myopia in Children and Adolescents Based on Theory of
 Prolonged Vision Impairing Blood..... LI Qingya, LIU Yingying, ZHANG Meng(565)
- LI Li's Experience in Treating Cervical Spondylotic Radiculopathy with Technique of Sling Exercise
 with Tuina Therapy Based on Theory of "Simultaneous Treatment of Meridians and Chains"
 FENG Huiyue, DAN Yuqin, DING Yi,
 FENG Ziyun, LIAO Xuandong, WANG Xueyan, FU Yu, YU Shaohong(571)
- SUN Hua's Experience in Treating Myofascitis with Acupuncture
 XU Hong, CHEN Suhui, ZHANG Yamin, ZHANG Qiongqiong, DENG Peiyong(576)
- Experience of YE Ling in Treating Constipation from Perspective of Dampness-Heat
 GAO Xianming, HUANG Xiaojie, YANG Lihua,
 WU Caixian, HUANG Xuan, CHEN Xiao, CHEN Yong, REN Weitao(581)
- Four Cases of Internal Diseases Treated by ZHOU Yabin Using Classical Prescriptions
 ZHAO Xin, GE Yuan, WANG He(585)
- Research Progress on Postoperative Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Treatment and
 Adverse Prognostic Factors for Esophageal Squamous Cell Carcinoma
 XU Bowen, ZHU Guanghui, LI Jie, SUN Qianhui, KONG Miao(591)
- Research Progress on Treatment of Atopic Dermatitis Complicated with Depressive Disorder Using
 Traditional Chinese Medicine
 ZHAO Yulei, ZHU Ya'nan, ZHANG Hailong, AN Yuepeng, YANG Suqing(598)

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

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

Chief Editor: WANG Xinlu

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

Executive Editor: WU Junling

Associate Executive Editor: CHENG Jianjun

Abroad Distributed by: China International Book Trading Corporation

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

·西苑中医肾病学术传承经验系列研究·

余仁欢运用桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减治疗慢性肾脏病合并情志异常经验

王文茹,杨嘉仪,展婧怡,詹添,闫蕾,陈瑶,梁莹

(中国中医科学院西苑医院肾病科,北京 100091)

【摘要】慢性肾脏病(CKD)具有预后差和病程长的特点,且终末期肾病患者需要进行昂贵的肾脏替代治疗以维系生命,因此,CKD患者多长期承受沉重的心理和经济负担,并由此并发情志异常。余仁欢教授提出慢性肾脏病合并情志异常的主要病机为肾虚致郁,包括肾阴亏虚导致火无所涵而烦、肾阳不足导致志无所藏而恐、肾气亏虚导致气无所载而郁等。桂枝甘草龙骨牡蛎汤具有通阳敛阳、潜阳安神的功效,可用于治疗肾虚心神为阳邪所扰导致的烦躁。余教授治疗慢性肾脏病合并情志异常以该方为基础,根据不同证型加用调心安神、温阳健脾、疏肝解郁类方药,取得良好疗效。附验案1则。

【关键词】慢性肾脏病;情志异常;桂枝甘草龙骨牡蛎汤;调心安神;温阳健脾;疏肝解郁;余仁欢

【中图分类号】 R249 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0257-358X(2025)05-0489-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.001

Professor YU Renhuan's Experience of Using Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction(桂枝甘草龙骨牡蛎汤) in Treating Chronic Kidney Disease Complicated with Emotional Disorders

WANG Wenru, YANG Jiayi, ZHAN Jingyi, ZHAN Tian, YAN Lei, CHEN Yao, LIANG Ying

(Department of Nephrology, Xiyuan Hospital, Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100091, China)

Abstract Chronic kidney disease(CKD) is characterized by a poor prognosis and a long course. Moreover, patients with end-stage renal disease require expensive renal replacement therapy to sustain their lives.

Therefore, most CKD patients endure heavy psychological and economic burdens for a long time, and thus concurrently develop emotional disorders. Professor YU Renhuan proposed that the main pathogenesis of CKD complicated with emotional disorders is depression caused by kidney deficiency, including restlessness caused by deficiency of kidney yin resulting in fire without containment,

【收稿日期】 2025-01-12

【基金项目】 中国中医科学院西苑医院余仁欢名老中医经验传承与创新研究项目(编号:XYZX0101-22);中国中医科学院科技创新工程重大攻关项目(编号:CI2021A01208);国家自然科学基金面上项目(编号:82174362)

【作者简介】 王文茹,2022年硕士研究生,研究方向:中医药防治慢性肾脏病。

【通信作者】 梁莹,副主任医师,主要从事中医药防治慢性肾脏病研究。邮箱:liangwork@126.com。

fear caused by deficiency of kidney yang resulting in will without storage, and depression caused by deficiency of kidney qi resulting in qi without support, etc. Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction(桂枝甘草龙骨牡蛎汤) has the efficacy of activating yang, restraining yang, and subduing yang to calm the mind. It can be used to treat restlessness caused by the disturbance of the mind and spirit by yang-pathogen due to kidney deficiency. Based on this formula, Professor YU treats CKD complicated with emotional disorders by adding prescriptions or drugs with efficacy of regulating the heart and calming the mind, warming yang and strengthening the spleen, and soothing the liver and relieving depression according to different syndrome types, which has achieved favorable therapeutic outcomes. One proved case is attached.

Keywords chronic kidney disease; emotional disorders; Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction; regulating the heart and calming the mind; warming yang and strengthening the spleen; soothing the liver and relieving depression; YU Renhuan

慢性肾脏病(CKD)病因复杂,起病隐匿,我国CKD患病率为10.8%,患病人数约为1.5亿^[1],每年都有数百万的患者因其死亡,因此CKD已成为重大公共卫生问题。CKD具有预后差和病程长的特点,且终末期肾病患者需要进行昂贵的肾脏替代治疗以维系生命,故CKD患者多长期承受沉重的心理和经济负担,并由此并发情志异常^[2-4]。情志异常临床常表现为烦躁、焦虑或失眠、抑郁等异常情绪,周而复始,增加了CKD的治疗难度和复杂性。CKD归属中医学虚劳范畴,情志异常归属中医学郁病、脏躁、躁狂证、惊悸等范畴,《理虚元鉴》认为“虚劳之人,其性情多有偏重之处”^[5]。

余仁欢教授为全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,专注于肾病的中医药防治工作近40年,临证衷中参西,经验丰富,十分重视CKD患者的情志调理。余教授认为早期发现和及时处理情志异常对缓解和稳定CKD病情具有重要意义。笔者跟随余教授学习多年,发现其常用桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗CKD合并情志异常,现将其经验总结如下。

1 病因病机——肾虚致郁

余教授认为慢性肾脏病与情志异常关系紧密,慢性肾脏病可引发情志异常,情志异常又会加重肾脏疾病,形成恶性循环,导致病情迁延不愈。因此,厘清慢性肾脏病合并情志异常的病因病机,明确与病情发生发展相关的脏腑对提高疗效至关重要。肾为先天之本,藏精舍志,肾强精充则精神状态安定,肾虚精亏则精神、情志失常。

1.1 肾阴亏虚——火无所涵则烦

肾阴虚证主要表现为肾水不济导致心火上亢、内扰心神。肾脏作为人体生命活动的根本,主司精微物质的封藏,精气充盈则心神得安,若肾阴亏虚则精气失固而下泄,难以上承心火以资濡养。《世医得效方》曰:“肾水枯竭,不能上润,心火上炎,不能既济。煎熬而生心烦燥渴,小便频数,白浊,阴痿弱。”^[6]肾水亏虚则失上济心阴之功,致使心火失制而亢逆于上,终致虚火扰神之候。因此,CKD患者多有烦躁不安、易怒、焦虑、失眠多梦等情志异常。

1.2 肾阳不足——志无所藏则恐

“肾藏精舍志”,肾阳由肾精化生,又助五脏之精化生以充养肾精,故肾阳不足则影响肾的藏精和藏志功能^[7]。中医学认为肾阳主气化,肾阳虚弱则无法有效封藏气血,气血运行失常,导致气虚、血虚。肾阳虚损,脾气虚弱,脾为后天之本,脾阳虚弱导致气血生成失常,气机不畅,进而引起情志不安,出现恐惧、焦虑等症状。肾阳虚证患者往往因气机不畅伴有畏寒怕冷、四肢无力、精神不振等症,脾阳虚弱进一步加重气机不畅,导致气滞血瘀、情绪低落。长期脾阳不足,使气血生化乏源,心神缺乏滋养,容易引起忧虑、恐惧等情志症状。

1.3 肾气虚损——气无所载则郁

肾气虚弱直接影响一身之气的化生和循环,气虚无力推动血液运行,日久导致血液瘀滞脉络,血瘀又可加重气机不畅,使肝失调达,瘀久化热或成癥瘕,进一步损伤肝体。肝主疏泄,在舒畅气机、情志

方面发挥着重要作用。若肾气虚弱,无法有效助力肝气疏通,肝气郁结,则可导致气滞血瘀。与此同时,肾气虚损亦导致血海亏虚,血亏而气亦无所载,形成气郁血瘀,进一步加重情志抑郁与焦虑。肾气虚弱的患者常伴有疲乏无力、面色萎黄等症,血虚导致的情志不畅更易表现为抑郁、情绪低落、忧虑等。气血失和,血瘀气滞,最终引发情绪抑郁与低沉。

2 桂枝甘草龙骨牡蛎汤方义及临床意义

桂枝甘草龙骨牡蛎汤出自《伤寒论》第118条:“火逆下之,因烧针烦躁者,桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之。”由桂枝一两、甘草二两(炙)、牡蛎二两、龙骨二两组成。桂枝味辛苦、性温,能助阳气、通脉络、和表里;甘草味甘,大补中土之气,与桂枝相合能发挥辛甘发散之效,在和缓急的同时通阳化气;龙骨、牡蛎收敛向外浮越之心阳,其下沉之性能助真阴下降,具有稳定镇静之效^[8],《药性论》记载此药对可“坚守肾气”^[9],以安抚心神、减少情志波动。余教授认为该方通阳敛阳、潜阳安神的功效决定了其可用于治疗心神为阳邪所扰导致的烦躁。方中用少量桂枝辅以甘草,乃取辛甘特性,既能散火邪,又能畅通郁结、养阴补血;重用龙骨、牡蛎,其咸涩特性有助于敛阳安神。配伍既有通达又有敛聚,既有发散又有收束,体现了收敛并重、标本同治的治疗原则^[10],是治疗CKD合并情志异常的佳选。

现代研究表明,桂枝甘草龙骨牡蛎汤可通过调节中枢神经系统,改善慢性应激状态^[11]。方中甘草的活性成分甘草次酸具有抗炎、抗氧化和免疫调节作用,有助于减轻肾小球硬化与间质纤维化^[12]。这种以中医整体观念为指导、结合现代机制探讨的治疗方法,不仅为CKD合并情志异常提供了更人性化的干预策略,还为中西医结合治疗该病提供了新的思路。

3 余仁欢应用桂枝甘草龙骨牡蛎汤心得

3.1 调心安神以宁神志

肾病病程日久,气血阴阳俱亏,肾精不足,心肾水火相济失常,心神失养,患者临床表现为表情淡漠、精神疲倦、失眠多梦、脉沉细或弦细等。甘草甘温益气,配龙骨、牡蛎咸涩安神,共同扶助心阳之气;桂枝辛散助通气机,可改善心神不安状态。心气虚

者,伴见精神倦怠、心悸、气短等症状,可加用人参、黄芪、当归以补气养心,伴见胆虚易惊者,则合方柏子养心丸、安神定志丸等。心阳虚者,伴见胸闷乏力、形寒肢冷等症状,可加用附子、肉桂、干姜以温经散寒、补助心阳;心阴虚者,伴见心悸心烦、手足潮热、口干盗汗等虚热症状,可加用百合、玄参、生地黄等以滋阴养心,或合方百合地黄汤以养阴清热、补益心肺。

3.2 温阳健脾以扶正气

CKD久病入脾,累及中焦阳气,患者临床多见纳差、腹胀、倦怠乏力、大便溏薄、舌淡苔白、脉沉细等症。肾阳亏虚无以温煦脾土,脾虚失健,运化功能障碍,水湿内停,甚至上犯心肺,进一步加重病情。若脾虚较重,症见乏力、食少,则加白术、党参以健脾益气;湿浊偏重者,症见困倦、肢体沉重,加茯苓、薏苡仁、苍术以化湿健脾;若寒湿中阻,症见腹泻清稀、肢冷畏寒,则加干姜、附子以温阳散寒,水湿泛滥、浮肿明显者,可加泽泻、猪苓、车前子以利水渗湿;若湿困化热,症见口干苦、苔黄腻,则加黄连、厚朴以化湿清热、调理中焦。

3.3 疏肝解郁以畅气机

肝气郁滞常表现为情绪抑郁易怒,伴见胸胁胀痛、善太息、口苦等症,脉弦细或弦滑。CKD病程日久,肾气亏虚,气机郁滞不得升发,同时肾精亏虚也难以濡养肝血,致使肝气不舒,故用桂枝甘草龙骨牡蛎汤以开郁化气。若气滞较重,症见频繁暖气或叹息等,则加陈皮、枳壳、木香、玫瑰花以行气疏肝;若郁结较重,症见咽喉异物感,则加郁金、石菖蒲;伴痰气内阻,症见胸闷痰多、喉中痰鸣等,则加半夏、瓜蒌、厚朴以下气消痰;若郁久化热,症见烦躁失眠、口苦咽干等,则可加牡丹皮、栀子以清热开郁;兼见口苦者,可配伍柴胡以调达肝气,同时改善抑郁症状。

3.4 益气祛湿通络贯穿始终

《素问·评热病论》记载“邪之所凑,其气必虚”,指出正气亏虚是疾病缠绵不愈的关键。余教授认为,CKD病程绵长,疾病后期常有气血亏虚、气滞血瘀、痰浊交阻、络脉瘀滞等病理变化。同时,患者病情迁延不愈、精神压力大,常出现情志失和,因此,益气养血、化痰祛湿、活血通络法在治疗的全程中具有

重要价值。桂枝甘草龙骨牡蛎汤在补气通络方面具有重要作用,桂枝的辛散之性使其具有活血、通络、行气之效;甘草甘缓益气,调和脾胃;龙骨、牡蛎则固涩安神、调畅络脉。余教授临证时常在桂枝甘草龙骨牡蛎汤中加入益气补中类药物,如黄芪、党参,以提高补益脾气功效,促进中焦运化;同时根据患者络脉瘀阻程度加用丹参、鸡血藤等活血通络之品。此外,针对情志异常引起的气滞血瘀,余教授常合用柴胡疏肝、郁金开郁,疏肝解郁的同时改善络脉阻滞。益气、祛湿、通络同施,标本兼治,以达调和气血、改善情志、延缓CKD病程的目的。

4 病案举例

沈某,女,57岁,2024年2月9日初诊。主诉:泡沫尿、血尿反复5年。现病史:2019年首次发现尿中泡沫增多,经检查尿蛋白(PRO)(+)、尿潜血(BLD)(+++),住院治疗病情略见缓解,但24 h尿蛋白定量波动在2.5~3.0 g。2022年感染新型冠状病毒后病情加重,24 h尿蛋白定量升至3.17 g。2023年1月行肾穿刺确诊为IgA肾病,经口服吗替麦考酚酯、硫酸羟氯喹及百令胶囊治疗,疗效欠佳。既往史:高血压病史15年、抑郁症病史5年。刻下症见:情绪低落,常觉惶恐不安,乏力,四肢无力,心烦失眠,入睡困难,纳食不馨,小便泡沫多,夜尿1次,大便质稀,舌淡苔薄白,脉沉细。2024年2月7日辅助检查示:24 h尿蛋白定量3.04 g(尿量1 950 mL);总蛋白(TP)62.3 g/L,白蛋白(ALB)35.3 g/L,血肌酐(Scr)86.91 $\mu\text{mol/L}$,尿酸(UA)354 $\mu\text{mol/L}$,血尿素氮(BUN)7.03 mmol/L,总胆固醇(TC)6.36 mmol/L,甘油三酯(TG)2.43 mmol/L;PRO(+++),BLD(+++);血红蛋白(HGB)123 g/L。西医诊断:IgA肾病,高血压,抑郁症。中医诊断:尿浊,郁病,心神失养、脾阳虚证。治法:养心安神、温阳健脾。处方以桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减,药物组成:桂枝10 g,炙甘草10 g,生龙骨30 g,生牡蛎30 g,柴胡10 g,天麻20 g,丹参30 g,炒酸枣仁20 g,百合30 g,生姜20 g,大枣15 g,人参10 g,炒栀子10 g,木瓜30 g,白芍30 g,防风10 g,陈皮10 g,炒白术12 g。14剂,水煎服,日1剂,早晚分服。

2024年2月21日二诊:患者自觉情绪较前舒畅,

但仍阵发性烦躁,偶觉烘热汗出,舌红苔薄,脉细。辅助检查示:24 h尿蛋白定量0.82 g(尿量2 000 mL);TP 61.3 g/L,ALB 33.2 g/L,Scr 84.95 $\mu\text{mol/L}$,UA 374 $\mu\text{mol/L}$;PRO(++),BLD(++);HGB 125 g/L。治法调整为滋阴清热、安神解郁,处方为初诊方去防风、陈皮,加生地黄20 g、麦冬15 g、山萸肉10 g,14剂,水煎服,日1剂,早晚分服,同时配合益气滋肾口服液益气养阴。

2024年3月12日三诊:患者自述烦躁感明显减轻,睡眠改善,大便调,体力尚可,但晨起眼睑轻微浮肿,24 h尿蛋白定量0.51 g(尿量1 250 mL)。处方为二诊方加茯苓20 g,继服2周。2周后随访,患者晨起浮肿缓解。后期随访时患者自述间断服用桂枝甘草龙骨牡蛎汤,自觉精神好,睡眠佳,近半年24 h尿蛋白定量稳定于0.3 g以下,肾功能未见明显异常。

按:本案患者表现为CKD合并情志异常,病情复杂,既有中医尿浊、郁病的特点,又涉及心神失养、脾阳亏虚的病机。根据患者久病情况和临床症状,治疗以桂枝甘草龙骨牡蛎汤为基础方,通过疏肝解郁、安神定志、健脾温阳,使肝气得舒,心神安定,脾气健运。初诊以桂枝甘草龙骨牡蛎汤为基础加白芍、防风、陈皮等以疏肝解郁、化湿和中,二诊随症加生地黄、麦冬、山萸肉滋阴敛阳,三诊加茯苓以健脾宁心、淡渗利水。全程根据桂枝甘草龙骨牡蛎汤通中有敛、散中寓收的功效特点,辨证加减,体现标本兼治的治疗思路。通过治疗,患者肾功能和情志状态明显改善,说明桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗CKD合并情志异常疗效较好。

5 结束语

情志异常增加了CKD的治疗难度,余教授以桂枝甘草龙骨牡蛎汤为基础治疗CKD合并情志异常,通过辨证加减达到补肾解郁、调和脏腑、平稳情志之效,为中医治疗CKD提供了新思路。桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减不仅能改善CKD合并情志异常患者的情志紊乱症状,还在延缓CKD进展、减少蛋白尿方面显示出潜力。未来可进一步研究桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减与西药协同的治疗模式,以提升CKD患者的生活质量。

(下转第509页)

·肺系疾病证治体系的创建与应用·

基于五脏元真通畅探讨特发性肺纤维化病机与证治

孙誉宵¹, 王晓冬², 马鑫来¹, 张伟²

(1. 山东中医药大学第一临床医学院, 山东 济南 250355; 2. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250014)

【摘要】 特发性肺纤维化(IPF)属中医学肺痿、肺痹等范畴,病机以痰瘀痹阻为标,气血不足为本,总属本虚标实。五脏元真以气血为主要构成物质,由肾脏的先天精气所化,赖脾胃的后天水谷之气充养,通行三焦,周流于全身脏腑经络,发挥营养滋润、防御外邪等作用。肺主宣降、多气多血的特点与五脏元真通畅密切相关,故临床可从五脏元真通畅论治IPF。IPF早期以气运失常为主要病理变化,五脏元真尚未出现较大损耗及郁滞,治当祛邪护卫;中期在气运失常基础上,出现以瘀血为主要因素的血运异常,虽有元真的滞涩和虚损,但主要局限于肺脏,治当攻补兼施;晚期气运、血运失常日久,五脏元真遭受重创,元真不畅,治当培补元真。

【关键词】 特发性肺纤维化;元真通畅;气血;痰瘀痹阻;培补元真

【中图分类号】 R256.15

【文献标志码】 A

【文章编号】 0257-358X(2025)05-0493-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.002

Discussion on Pathogenesis, Syndrome, and Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis Based on Unobstructed Flow of Yuanzhen in Five Zang-Organs

SUN Yuxiao¹, WANG Xiaodong², MA Xinlai¹, ZHANG Wei²

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

Abstract Idiopathic pulmonary fibrosis(IPF) belongs to the category of lung atrophy and lung impediment in traditional Chinese medicine. The pathogenesis of IPF is characterized by phlegm and blood stasis obstruction as the superficial manifestation and deficiency of qi and blood as the root cause, which is generally a condition of root deficiency and superficial excess. The Yuanzhen in five-zang organs are mainly composed of qi and blood, transformed by the congenital essence of the kidney, nourished by the acquired qi of water and grains from the spleen and the stomach, circulating through the triple energizer, and flowing throughout the zang-fu organs and meridians of the whole body, exerting functions such as nourishing and moistening,

and defending against external pathogenic factors. The characteristics of the lung, which is responsible for dispersion and descent and is rich in qi and blood, are closely related to the unobstructed flow of the Yuanzhen in five-zang organs. Therefore, the treatment of IPF can be based on the unobstructed flow of the Yuanzhen in five-zang organs. In the

【收稿日期】 2025-03-13

【基金项目】 山东省自然科学基金项目(编号:ZR2021LYZ031)

【作者简介】 孙誉宵, 2023 年硕士研究生, 研究方向: 呼吸系统的中西医结合临床研究。

【通信作者】 张伟, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, 主要从事呼吸系统的中西医结合临床研究。邮箱: huxizhijia@126.com。

early stage of IPF, the main pathological change is the disorder of qi movement, and there is no significant depletion or stagnation of the Yuanzhen in five-zang organs. The treatment should focus on eliminating pathogenic factors and protecting the defensive qi. In the middle stage, based on the disorder of qi movement, abnormal blood circulation mainly caused by blood stasis occurs. Although there is stagnation and deficiency of the Yuanzhen in five-zang organs, it is mainly limited to the lung. The treatment should combine both attacking and tonifying methods. In the late stage, due to the long-term disorder of qi and blood circulation, the Yuanzhen in five-zang organs is severely damaged and the flow of the Yuanzhen in five-zang organs is not smooth. The treatment should focus on nourishing and tonifying the Yuanzhen.

Keywords idiopathic pulmonary fibrosis; the unobstructed flow of the Yuanzhen; qi and blood; phlegm and blood stasis obstruction; nourishing and tonifying the Yuanzhen

特发性肺纤维化(IPF)是一种原因不明的、慢性、进行性致纤维化的间质性肺炎,伴有肺间质、远端气道和肺泡间隙的重塑,临床可表现为进行性呼吸困难及肺功能恶化,病死率较高,预后不良^[1-3]。目前临床治疗IPF的手段较为局限,主要以尼达尼布、吡非尼酮等药物治疗和氧疗、肺康复治疗、肺移植等非药物治疗为代表,但均存在不良反应多、价格昂贵等缺点^[4-6]。患者诊断后若不进行肺移植,其平均预期寿命为3~5年,而肺移植存在禁忌证较多、器官资源有限及移植后排斥、感染等问题,临床应用受到限制^[7-8]。因此,寻找经济有效的IPF治疗方法已成为当今迫切需要解决的问题。依据症状表现,IPF归于中医学肺痿、肺痹等范畴,病机以痰瘀痹阻为标、气血不足为本,总属本虚标实^[9-11]。“五脏元真通畅,人即安和”出自《金匮要略·脏腑经络先后病脉证第一》。笔者总结历代文献相关记载发现“五脏元真”以气血为主要构成物质,而既往临床经验证明,肺为多气多血之脏,且IPF的发病主要是由脏腑气血失和所致。故本文试从五脏元真通畅切入,探讨IPF病机与证治,以期对临床有所裨益。

1 五脏元真通畅相关内容探析

1.1 元真乃生命活动的物质根本

在我国古代哲学概念中,“元”泛指万物之本始,亦作“原”用,“真”则有“精”“正”之意,如《尔雅·释诂》曰“元,始也”,《春秋繁露》曰“变一谓之元,元犹原也”,《洪武正韵》云“真,神也,淳也,精也,正也”。中医学中,“元”“真”二字常见于“元气”“真气”之称,“元气”“真气”包含精气、正气等物质,且与人体之气血密切相关。《难经·十四难》曰:“人之有尺,譬如树之有根,枝叶虽枯槁,根本将自生,脉有根本,人有元

气,故知不死。”《脾胃论》言:“真气又名元气,乃先身生之精气也,非胃气不能滋之。”《素问·平人氣象论》曰:“脏真散于肝,肝藏筋膜之气也……脏真通于心,心藏血脉之气也。”《金匮要略》首次提出“元真”概念,指出“若五脏元真通畅,人即安和”“腠者,是三焦通会元真之处,为血气所注”。根据古籍论述可知,元真以气血为主要构成物质,由肾脏的先天精气所化,赖脾胃的后天水谷之气充养,通行三焦,周流于全身脏腑经络,发挥营养滋润、防御外邪等作用,乃生命之物质根本^[12]。

1.2 通畅乃生命活动的生理状态

《说文解字》释“通”为“达也”,“通”与“畅”均有畅达、无阻碍之义。此外,“畅”还具有“充实、茂盛”之意,如《礼记·月令》中“畅月”一词,郑玄注曰:“畅,犹充也。”故“元真通畅”描述的是气血丰沛、元真充盈、运行畅达的生理状态。中医学认为,脏腑气机升降畅通主要涉及肝、肺、脾、胃四个脏腑。《素问·刺禁论》曰“肝生于左,肺藏于右”,肝木主升发,肺金主肃降,二者一升一降,共同维持人体气机平衡、畅达。此外,脾主升清,胃主降浊,二者为一身气机升降之枢纽,亦对气机畅达有重要的调控作用,故《四圣心源》曰:“脾升则肾肝亦升,故水木不郁,胃降则心肺亦降,故金火不滞。”人之气血密不可分,正如《素问·调经论》所言:“人之所有者,血与气耳。”元真通畅除气机条达外,亦要求血行畅通。血液运行畅通则有赖于肝藏血、脾统血、心主血脉、肺朝百脉等脏腑功能以及气行血功能的正常发挥。若气血调和,元真畅达,则可发挥卫外、滋养等功能,使得阴阳既济,精神乃治。因此,“通”是人体生理状态、生命活动正常的重要标志。反之,若气血滞涩、元真不畅,则会出

现一系列病理状态。

1.3 五脏、元真、通畅三者之间的关系

五脏是人体生命活动的中心,《灵枢·本脏》云:“五脏者,所以藏精神血气魂魄者也。”元真以气血为主要构成物质,自先天之精气化生,在后天水谷之气的充养下,通行三焦,藏于五脏。《灵枢·天年》云:“五脏坚固,血脉和调,肌肉解利,皮肤致密,营卫之行,不失其常,呼吸微徐,气以度行,六腑化谷,津液布扬,各如其常,故能长久。”元真经三焦流于五脏,则五脏所藏之元真丰盈、气血充沛,加之气血经络通畅,与五脏相联系的六腑、形体、官窍均得到滋养濡润,五脏六腑得以维持生理状态、发挥生理功能,推动和调控人体新陈代谢,使营卫调和、阴平阳秘,正常生命活动得以保障。反之,若六淫侵袭、七情内伤,或痰浊、瘀血等有形实邪阻滞,导致三焦、脉络受阻,或因五脏元真亏虚,导致气虚推动、固摄无力,血虚脉道不充,均可使元真失畅,最终陷入愈虚愈滞、愈滞愈虚的局面,造成元真滞涩不通,疾病丛生。总之,元真以气血为主要构成物质,经三焦流藏于五脏。五脏所藏元真充盛,则各脏腑、形体、官窍得以维系人体正常生命活动,使气血生化有源、循行通畅,并可在一定程度上反哺元真,形成“正气存内,邪不可干”的良性循环。病理状态下,五脏所藏元真不足,脏腑功能失调,气血循行无力,滞而化痰生瘀,元真失畅。而气血失和、正气不足、痰瘀胶结又会进一步导致元真生化乏源,最终百病丛生,人失安和。正如《素问·调经论》载:“五脏之道,皆出于经隧,以行血气,血气不和,百病乃变化而生。”

2 肺脏自身特点与五脏元真通畅的相关性

2.1 肺主气生血,五脏元真以气血为基础

气乃万物本源,是构成和维持人体生命活动的最基本物质。清代高士宗《黄帝内经素问直解》云:“诸气者,周身荣卫外内之气也,肺为脏长,受朝百脉,故诸气者皆属于肺。”肺主气司呼吸,主司一身之气的生成和运行,与宗气、营卫之气均有密切关联。若肺脏功能正常,肺气充盛,则可发挥促呼吸、行血气、滋元气等功能,如《医学发明》所言:“肺主诸气,气旺则精自生,形自盛,血气以平。”肺不仅为多气之脏,亦为多血之脏,在血液的生成、运行中发挥着重要作用^[13]。《灵枢·营卫生会》云:“此所受气者,泌糟粕,蒸津液,化其精微,上注于肺脉,乃化而为血。”水

谷精微经脾脏的升清作用上输于肺,与肺吸入的自然界清气相合,化生营气血液。除肺主气、气生血这一途径外,肺津亦能化赤为血。《血证论》云:“肺为华盖,肺中常有津液。”肺脏主行水、藏津液,津血同源互根,津液是血的重要物质基础,可补充、化生血液,故《灵枢·痲疽》云:“津液和调,变化而赤为血。”元真以气血为基本构成物质,与肺之主气生血功能息息相关。元真化生后充盈肺脏,使之功能和调,化气生血。肺脏所生所藏之气血又可充补元真,如此周而复始、如环无端,使得皮毛清窍、筋骨百骸、五脏六腑均得到温煦、濡养。

2.2 肺气宣降为气血通畅前提

肺主宣降是对肺脏生理功能的高度概括,是肺主气司呼吸、主行水及朝百脉、主治节的必要前提。《医门法律》曰:“人身之气禀命于肺,肺气清肃,则周身之气莫不服从而顺行。”肺气宣发肃降正常,则呼吸调匀通畅,全身之气升降出入得宜,一身之气得以正常生成和运行。《医灯续焰》云:“气非呼吸不行,脉非肺气不布。”肺朝百脉,治理调节全身之血液循行。肺气充盛,治节有权,则气助血行,摄血有力,气血通畅而不溢脉外。此外,肺主气、气生血以及肺藏津、津化血的过程也与肺气宣降息息相关。宣降和调有助于气血生化、脉道充盈,避免因虚生滞、因虚致瘀造成的气血失畅。总之,肺气宣降有度,则一身之气血生成、运行如常,两相维附,气血通畅。

2.3 肺脏功能失常则五脏元真不畅

肺为多气多血之脏,肺气以宣发肃降为基本运动形式,故肺脏功能失常主要表现为气运失常及血运失常。气运失常主要包含气虚和气机失调,前者多由气的生化不足或耗散太过导致,后者则主要因气的运动失常或功能障碍导致^[14]。肺主气,肺气虚可导致宗气生成无力,卫外功能障碍,肺失宣降。卫外失司则外邪易侵,肺气宣降失职则气逆于上、发为咳喘,宗气亏虚则机体生气乏源而致诸脏气虚、功能减退。肺主行水,水道失肺通调,则津液代谢异常,出现痰浊、水饮等病理产物影响气血津液循行。由于外邪、痰浊等因素导致肺气宣降异常、闭阻于内,还可引发气滞、气闭,进一步加重全身气运失常的病理状态,导致脏腑功能受损,元真失畅。《医学入门》曰:“人知百病生于气,而不知血为百病之胎也。”血运失常亦为肺脏的重要病理变化之一,肺脏相关血

运失常主要体现为血瘀、出血、血热和血虚。肺系疾病初期,肺气不足无力助血运行,肺朝百脉功能失常,又或因外感寒邪凝滞经脉、外感热邪耗气伤阴等,导致血停为瘀。瘀血、痰浊阻滞生热,热伤脉络、迫血妄行,导致出血。此外,外感热病或阴虚火旺导致的血热,气虚导致的血虚,也会使机体血运失常,影响各脏腑经络气血运行,导致元真失畅。肺脏功能失常日久,人体气运、血运紊乱,痰浊、瘀血等病理产物羁留于脏腑、经络而变生毒邪,进一步导致元真滞涩不通、脏腑虚败,甚则危及生命。

3 五脏元真失畅视角下IPF的病机与证治

3.1 早期:肺卫失固、外邪侵袭,治当祛邪护卫

陈士铎《辨证录》言:“肺痹之成于气虚,尽人而不知也。”IPF初期,多因素体气虚,或情志、饮食失常,导致肺气不足,卫表功能异常,外邪入侵。肺为华盖,主气司呼吸,与鼻、皮毛相应,然其又为清虚之脏,寒、热、燥诸邪侵袭,皆易首犯肺脏,导致肺气虚损、宣降不利,机体气运失常。肺失宣降则气逆于上或气无所主,发为喘咳。日久不治或误治,气运失常更甚,可因气虚致使津血运行无力,气滞致使津血循行不畅,咳嗽、咳痰、胸闷、喘促等症状次第而发。但由于疾病初起,正气尚足且邪气并未深入,患者可能仅以咳嗽为主要表现,咳痰、憋闷等症状并不明显,胸部CT仅示少许磨玻璃影或胸膜下病变,虽有炎症细胞浸润于肺泡间隔内,然肺实质尚未受损^[15]。该期以气运失常为主要病理变化,五脏元真尚未出现较大损耗及郁滞。

此期病机以肺卫失固、外邪侵袭为主,邪气在表,正气尚足,五脏元真整体仍较充沛,故治疗上应着重于祛除外邪,固护肺卫,兼以调补气血。叶天士《临证指南医案》云:“肺病,辛以散邪,佐微苦以降气为治。”辛味药主入肺经,善上行下达,能散表邪、行气血。IPF初期,治疗以辛味之麻黄、桂枝、防风为主药,可祛邪外出,且辛味药善行,有助于肺脏及周身气血循行通畅,防止气滞以及痰瘀的变生,遏制疾病进展^[16-17]。应用麻黄的同时,配伍苦杏仁,二者一宣一降,以复肺脏宣降之职。临床还应依据患者证型酌情加减药物:证属风热袭表者,酌加金银花、薄荷之属;证属邪侵较深、入里化热生痰者,酌加鱼腥草、瓜蒌之属;证属肺失宣降、化痰生湿者,酌加陈皮、清半夏之属以燥湿化痰,或加前胡、白前之属以化痰止

咳。邪之所凑,其气必虚,IPF初期多有肺气不足,且气运行失常贯穿疾病始终,可在祛邪时兼以黄芪固护肺卫、川芎调动气血^[18]。

3.2 中期:气血痹阻、痰瘀胶结,治当攻补兼施

叶天士提出:“初为气结在经,久则血伤入络。”随病情进展,正气祛邪不利,外邪扰乱肺脏气机,导致全身气运异常,气滞血停、气虚血瘀,气血痹阻于肺,妨碍元真生成与循行,发为中期血运失常。肺脏朝百脉及行水功能有赖于肺气宣降,若早期失治误治,进一步加重肺气亏损、气机郁滞,则肺气宣降不复,机体气运失常加重,无力推动津血循行。肺为贮痰之器,且肺脏多气多血,津血停滞于肺则化为痰瘀,胶结痹阻日久还可变生毒邪,进一步加重肺脏血运异常,最终导致气血痹阻,痰瘀胶结,元真滞涩。IPF中期临床症状可见咳嗽、咳痰较前加重,活动后胸闷憋喘、呼吸困难。由于血运异常,还可见爪甲青紫、面色黧黑、杵状指、舌紫暗等症状。此时患者胸部CT示磨玻璃影及纤维条索影较前增加,部分患者可于下肺见少量蜂窝肺^[15]。该期在气运失常基础上出现以瘀血为主要因素的血运异常,此时元真气血的滞涩和虚损虽仍主要局限于肺脏,但肝、心、脾、肾四脏已经开始受到波及,气虚、血瘀、痰凝等病理现象初显。

此期病机以气血痹阻、痰瘀胶结为主,由初期日久不治逐渐发展而来,此时邪气深入,正气已虚,元真气血出现亏损和凝滞,故治疗上以攻补兼施、标本同治为原则,化痰祛瘀,调畅元真,兼以益气补血。痰瘀深伏、凝结肺络是IPF的特殊病机与关键状态,针对此状态的化痰祛瘀是指化停积日久之宿痰、祛凝结络脉之久瘀^[19]。化痰药物可辨证选择浙贝母、瓜蒌、胆南星等,祛瘀药物可酌选桃仁、红花、莪术等。叶天士《临证指南医案》言:“百日久恙,血络必伤。”IPF中期痰瘀痹于肺脏脉络,虫类药物可“追拔沉混气血之邪”“搜剔络中混处之邪”,故可在IPF中期治疗中酌加全蝎、蜈蚣等虫类药物,以助解毒消癥、活血化瘀,但虫类药物多属有毒之品,临床应用应万分慎重^[20]。又因IPF病机总体以痰瘀为标、气血不足为本,故治疗时还可加用黄芪、党参、当归等以补益气血,并酌情兼顾肝、心、脾、肾四脏元真耗损、凝滞情况,防止疾病传变,保障机体攻邪有力。

3.3 晚期:气血皆亏、五脏俱损,治当培补元真

《三因极一病证方论》云:“肺为五脏华盖,百脉取气,运动血脉,卫养脏腑,灌注皮毛,将理失宜,气与血乱,则成肺痿肺癆矣。”IPF病程迁延日久,肺脏津液、气血、元真耗伤严重,则气运、血运失常益甚,加之痰瘀毒邪等病理产物阻滞三焦、脉络,五脏功能以及元真气血生成、运行均受其害,最终导致气血皆亏,五脏俱损,元真失畅。此期,由于肺与脾、肾二脏之间存在金水相生、土可生金的联系,以及肾藏精血、脾胃为气血生化之源等生理功能,肺脏之虚损对脾、肾二脏的波及日益加深,IPF的病位也由肺牵涉于脾、肾^[21]。此外,如《素问·玉机真脏论》所言:“五脏相通,移皆有次。”肺金既病,可乘肝木,亦可反侮心火,终致五脏皆损。晚期IPF患者多表现出严重的呼吸困难、动则气短喘促,甚至喘息欲脱、咳嗽、咳痰、心悸、口唇及爪甲深紫,CT可见肺泡壁破坏,大面积的蜂窝肺形成^[15]。此期气运、血运失常日久,机体气血亏损严重,三焦、脉络皆受痹阻,五脏元真遭受重创,临床可见阴阳离决所致死亡。

此期病机以气血皆亏、五脏俱损为主。患者正气极度虚弱,无力抗邪,元真亏损严重,痰瘀毒邪等病理产物羁留于脏腑、经络而不去,愈虚愈滞、愈滞愈虚,元真失畅,故治疗上应培补元真、扶正祛邪。王清任《医林改错》云:“治病之要诀,在明白气血,无论外感内伤……所伤者无非气血。”《素问·至真要大论》言:“谨守病机,各司其属……疏其血气,令其调达,而致和平。”元真本以气血为主要构成物质,由肾脏的先天之精气所化,赖脾胃的后天水谷之气充养,故培补元真首当补益气血,用药可选黄芪、党参、熟地黄、山药等,以培补肺、脾、肾之气血,气血充盛则元真化生有源,且气旺则血行,该类物质有助于益气活血,寓通于补,祛瘀而不伤正。痰瘀毒邪胶结难解,临证可酌情添加地龙、全蝎、蜈蚣等虫类药物以钻剔搜络。此外,痰瘀毒邪易蕴而化热,耗伤肺阴,故治疗中应注意清热养阴,药用北沙参、玄参、麦冬之属^[22-23]。

4 病案举例

王某,男,56岁,2023年5月18日初诊。主诉:胸闷憋喘3年余。患者3年前无明显诱因出现胸闷憋喘,活动后加重,伴咳嗽,未行系统诊疗。1个月前患者自觉胸闷憋喘无明显诱因加重,就诊于当地医院,

胸部CT检查示肺间质纤维化,肺功能检查示限制性通气功能障碍,予抗炎、抗感染等治疗,效欠佳,现为求进一步中西医结合治疗来诊。刻下症见:胸闷憋喘,活动后加重,咳嗽,咳少量白黏痰,神疲乏力,自汗,偶心悸,平素易感冒,纳呆,眠尚可,小便调,大便干,2d排便1次。查体见:神志清,神情可,面色少华,言语正常,双肺呼吸音低,可闻及散在velcro啰音,舌暗有瘀斑,苔厚腻,脉细涩。中医诊断:肺痿之气血痹阻、痰瘀胶结证。治法:平喘止咳、化痰祛瘀,兼以益气养血。处方:炙麻黄6g,炒苦杏仁9g,炒白果9g,浙贝母12g,川芎9g,丹参15g,桔梗12g,金银花30g,黄芩12g,当归9g,黄芪15g,地龙9g,甘草6g。7剂,水煎服,日1剂。并嘱其避风寒、慎起居、防感冒。

2023年5月25日二诊:患者胸闷憋喘减轻,咳嗽咳痰改善,仍自汗,胃纳不振,眠可,小便调,大便溏,舌暗有瘀斑,苔白腻,脉细涩。考虑患者服药后虽见好转,但气血痹阻、痰瘀胶结于肺日久,且气血亏虚,宜继续平喘止咳、化痰祛瘀,兼以益气养血敛汗。处方:一诊方加炒白术12g、炒薏苡仁30g、浮小麦30g。14剂,水煎服,日1剂。

2023年6月8日三诊:患者胸闷气短、汗出等症明显改善,偶有咳嗽咳痰,纳眠可,二便调,舌暗,苔白腻,脉细涩。仍从气血痹阻、痰瘀胶结论治。处方:二诊方继服30剂,水煎服,日1剂。以后守法续进,共服药百余剂,症状稳定,未有进展。

按:患者西医诊断为IPF,中医诊断为肺痿,证属中期之气血痹阻、痰瘀胶结。肺主气,肺气亏损则卫表无力、宣降无能,发为憋喘、咳嗽。机体气运失常,无力推动津血循行,津血停滞于肺而化为痰瘀,进一步加重胸闷、憋喘等症状。日久则痰瘀胶结、气血痹阻,肺脏气血津液受损,加之痰瘀毒邪等病理产物亦阻滞于三焦、脉络,五脏功能失常,气血元真生成、运行均受其害,导致痰瘀阻肺、气血两虚,故见神疲乏力、自汗、偶心悸、易感冒、面色少华等气血亏虚症状,以及舌暗有瘀斑、苔厚腻、脉细涩等痰瘀之象。脾为肺之母,肺脏亏虚则子病及母,出现纳呆、便溏等脾胃亏虚症状。治疗当平喘止咳、化痰祛瘀,兼以益气养血。方中炙麻黄辛温微苦,可宣肺平喘,苦杏仁味苦能降肺气,止咳平喘,二者一宣一降,以复肺之宣降;炒白果敛肺定喘;浙贝母止咳化痰;川芎活

血行气;丹参活血祛瘀;桔梗宣肺祛痰又可载诸药上行于肺;金银花、黄芩疏风清热解毒;当归活血补血;黄芪益气固表、生津养血;地龙通络平喘;甘草调和诸药。后续复诊,依据患者症状,又加用炒白术补气健脾、炒薏苡仁健脾止泻、浮小麦固表止汗。上述诸药,重在平喘止咳、化痰祛瘀以复肺之宣降,兼益气养血以扶正祛邪,最终使肺气宣降如常,元真通畅。

5 结束语

IPF作为一种病因和发病机制尚未明确的间质性肺疾病,病死率高,预后不佳。目前西医治疗IPF以尼达尼布、吡非尼酮等药物为主,效果有限,且存在不良反应较多等问题。本文认为五脏元真以气血为主要构成物质,而肺脏多气多血,且IPF的发病主要由脏腑气血失和导致,故基于五脏元真通畅理论展开探讨,提出IPF应分三期论治,早期治以祛邪护卫,中期治以攻补兼施,晚期治以培补元真,以期为临床治疗本病提供新思路。

【参考文献】

- [1] RAGHU G, REMY-JARDIN M, RICHELDI L, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis (an update) and progressive pulmonary fibrosis in adults: an official ATS/ERS/JRS/ALAT clinical practice guideline[J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2022, 205(9): e18-e47.
- [2] PODOLANCZUK A J, THOMSON C C, REMY-JARDIN M, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis: state of the art for 2023[J]. *Eur Respir J*, 2023, 61(4): 2200957.
- [3] MOSS B J, RYTER S W, ROSAS I O. Pathogenic mechanisms underlying idiopathic pulmonary fibrosis[J]. *Annu Rev Pathol*, 2022, 17: 515-546.
- [4] LIU G Y, SCOTT BUDINGER G R, DEMATTE J E. Advances in the management of idiopathic pulmonary fibrosis and progressive pulmonary fibrosis[J]. *BMJ*, 2022, 377: e066354.
- [5] BONELLA F, SPAGNOLO P, RYERSON C. Current and future treatment landscape for idiopathic pulmonary fibrosis[J]. *Drugs*, 2023, 83(17): 1581-1593.
- [6] 李宁, 邵明义, 汪青, 等. 中医药治疗特发性肺纤维化的系统评价再评价[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2022, 24(8): 2898-2913.
- [7] KROPSKI J A, BLACKWELL T S. Progress in understanding and treating idiopathic pulmonary fibrosis[J]. *Annu Rev Med*, 2019, 70: 211-224.
- [8] SOMOGYI V, CHAUDHURI N, TORRISI S E, et al. The therapy of idiopathic pulmonary fibrosis: what is next? [J]. *Eur Respir Rev*, 2019, 28(153): 190021.
- [9] 中华中医药学会内科分会, 中国民族医药学会肺病分会, 中华中医药学会肺系病分会. 特发性肺纤维化中医证候诊断标准(2019版)[J]. *中医杂志*, 2020, 61(18): 1653-1656.
- [10] 李想, 常虹, 石松利, 等. 肺纤维化的中医病机及中医药治疗研究进展[J]. *中药药理与临床*, 2021, 37(1): 240-247.
- [11] 彭艳芳, 岳莹莹, 张莹雯, 等. 芪归方联合泼尼松治疗特发性肺纤维化的临床研究[J]. *世界中医药*, 2018, 13(8): 1908-1912, 1917.
- [12] 李宇铭. 论《金匱要略》因、风气与元真之意[J]. *辽宁中医杂志*, 2015, 42(10): 1873-1875.
- [13] 田梅, 张伟. 论肺为血脏[J]. *中华中医药杂志*, 2014, 29(3): 680-682.
- [14] 张阳, 贾新华, 张伟. 弥漫性间质性肺疾病中医病机之气运失常理论探析[J]. *北京中医药大学学报*, 2013, 36(6): 374-375, 408.
- [15] 苏健, 张伟. 基于肺络癥瘕聚散理论探讨特发性肺间质纤维化的病机及治疗[J]. *中医杂志*, 2021, 62(11): 947-950, 970.
- [16] 宋洁, 滕羽鸥, 柴立民, 等. “辛以润之”辨治特发性肺纤维化[J]. *浙江中医药大学学报*, 2024, 48(7): 802-806.
- [17] 陈凤, 林琪明, 张伟. 基于“皮部-经络-脏腑”论治干燥综合征相关性间质性肺疾病[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2021, 27(9): 1501-1504.
- [18] 马鑫来, 刘学, 张伟. “肺虚络瘀, 肺络癥瘕”病机观与系统性硬化症合并肺间质纤维化的相关性[J]. *安徽中医药大学学报*, 2023, 42(4): 8-11.
- [19] 孟丽红, 薛晓明, 张晓梅, 等. 从状态论治特发性肺纤维化[J]. *中华中医药杂志*, 2023, 38(4): 1576-1579.
- [20] 景菲, 张伟. 从“毒-络”角度探讨虫类药物在特发性肺纤维化治疗中的应用[J]. *西部中医药*, 2018, 31(5): 135-138.
- [21] 田梅, 臧国栋, 张伟, 等. 基于“肺为血脏”探讨肺血虚与肺间质纤维化[J]. *吉林中医药*, 2022, 42(7): 762-764.
- [22] 毕张扬, 苏健, 张伟. 基于“气血理论”探讨心肺“生运气血”与肺间质纤维化论治[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2020, 22(11): 84-87.
- [23] 程俊敏, 杨宏志, 刘泉, 等. 基于络病理论探讨补阳还五汤治疗肺间质纤维化[J]. *时珍国医国药*, 2024, 35(5): 1196-1197.

论著·临床理论与方法

基于经筋理论探讨臀中肌综合症的发病机制与诊疗思路

刘建祥,董宝强,林星星,王垒钞,张峰,吴锡,王明星

(辽宁中医药大学针灸推拿学院,辽宁 沈阳 110847)

[摘要] 经筋系统具有维络周身骨骼关节和主司人体运动、保护防御、调节经脉的作用。文章以经筋理论为指导,基于经筋的生理、病理特点,结合现代解剖及生物力学,从中西医双重角度探讨经筋损伤与臀中肌综合征(GMS)的相关性,认为外邪侵袭、劳损日久、应力失衡导致经筋损伤是GMS的重要发病机制。因此,治疗GMS应遵从“筋骨失衡,以筋为先”的原则,以臀中肌附着在大转子“n”字型结构处的软组织为基准,通过针刺、推拿等疗法松解附着在其前、中、后侧的结筋病灶点,以达到骨正筋柔、通则不痛的治疗目的。

[关键词] 经筋理论;臀中肌;结筋病灶点;筋膜;经筋疗法

[中图分类号] R255.6

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0499-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.003

Exploration of Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment Ideas for Gluteus Medius Syndrome Based on Meridian-Sinew Theory

LIU Jianxiang, DONG Baoqiang, LIN Xingxing, WANG Leichao, ZHANG Feng, WU Xi, WANG Mingxing

(College of Acupuncture, Moxibustion, and Tuina, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, China)

Abstract The meridian-sinew system has the functions of connecting the bones and joints throughout the body, governing human movement, providing protection and defense, and regulating the meridians. This article is guided by the meridian-sinew theory. Based on the physiological and pathological characteristics of meridian-sinew, combined with modern anatomy and biomechanics, the correlation between meridian-sinew injury and gluteus medius syndrome(GMS) is explored from both Chinese and Western medicine perspectives. It is believed that invasion of exogenous pathogenic factors, long-term strain, and stress imbalance leading to

meridian-sinew injury are important pathogenic mechanisms of GMS. Therefore, the treatment of GMS should follow the principle of “in case of imbalance of sinews and bones, giving priority to the sinews”, and take the soft tissue at the “n”-shaped structure where the gluteus medius attaches to the greater trochanter as the benchmark. Through

[收稿日期] 2024-02-26

[基金项目] 辽宁省科技厅创新能力提升联合基金项目(编号:2022-NLTS-13-04)

[作者简介] 刘建祥,2022级硕士研究生,研究方向:针灸结合推拿治疗运动损伤病证的机制及临床研究。

[通信作者] 董宝强,教授,主要从事针灸结合推拿治疗运动损伤病证的机制及临床研究。邮箱:peterbaoqiang@163.com。

therapies such as acupuncture and Tuina, the nodular lesion points attached to the anterior, middle, and posterior sides of it are loosened to achieve the therapeutic goal of correcting the bones and softening the muscles, and eliminating pain by restoring the normal flow of qi and blood.

Keywords meridian-sinew theory; gluteus medius; nodular lesion points; fascia; meridian-sinew therapy

臀中肌综合征(GMS)亦称臀中肌筋膜炎,是由臀中肌病变或撕裂等原因导致的一种肌筋膜疼痛综合征,属于下腰痛或髋、臀、股外侧区疼痛性疾病^[1]。其主要临床表现为臀部及腰背部疼痛,晨起、深夜和运动初期疼痛症状最为明显,劳累、寒冷、潮湿时加重,疼痛可向大腿外侧放射,或伴有小腿的外侧不适^[2]。长期不科学的生活习惯或运动方式容易导致臀中肌及其周围软组织损伤,从而引发GMS。据报道,GMS在全球范围内的发病率呈上升趋势,约80%的GMS患者为慢性发病^[3]。《素问·痹论》言“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹”,因此可将GMS归于中医学筋痹范畴。目前GMS的发病机制尚未明确,治疗方法缺乏统一标准,且治疗后易复发。经筋理论指导治疗本病具有独特优势,笔者从经筋生理和病理特点出发,探讨GMS的发病机制和诊疗思路,以期为临床提供参考。

1 追根溯源,诠释经筋

“经筋”一词首见于《黄帝内经》,指的是十二经脉之气结聚散络于筋肉关节的体系,能够约束骨骼,保护脏腑,支持躯体活动^[4]。《灵枢·经筋》详细阐释了十二经筋的命名、走行以及各自主病和相应治则。十二经筋循行分布均始于四肢末端,结、聚于关节骨骼,走向躯干和头面部,发挥“束骨而利机关”“为刚为墙”“反映病候”“调经脉”的作用。

在经筋理论中,“结”与“聚”均具有生理和病理两方面的含义。在生理方面,“结”指肌肉的起、止点,即肌肉借肌腱结于骨以连缀百骸;“聚”通常指气血聚集、凝聚的状态,是经筋聚集、汇聚之地,亦是经筋分布、散布之地。从生理上理解,若“结”为关节的连接者,则“聚”就是为人体运动提供强大能量的气血汇聚之处,即肌腹。在病理方面,“结”指经筋之间相互搏结、纠结不畅、筋脉拘急的部位,即筋结^[5];“聚”是指由气血逆乱导致经筋出现屈曲、紧张、拘挛等异常状态后形成的聚集体^[6],如《灵枢·周痹》言“沫得寒则聚,聚则排分肉而分裂也,分裂则痛”。

经筋“结”“聚”之处包括骨与筋的连接部位、筋与肉的连接部位、肉与肉的结合部位等,是经筋损伤的多发部位。其一,骨与筋的连接部位,这种肌腱与骨相连的部位被称为“尽筋”,即腱末端,此处为肌肉扭曲、收缩、牵拉时切力最大的部位,极易受伤。其二,筋与肉的连接部位,该部位由肌腱和肌肉构成,可以约束和固定肌肉,传递力量,从而产生运动,若有外力导致肌腱和肌肉之间的摩擦力增大,肌腱承受了超过其承受能力的剪切力,致使肌腱和肌肉的连接处撕裂,则可引发局部疼痛、肿胀、活动受限等。其三,肉与肉的结合部位,若肌肉重叠交界处出现持续存在的等长收缩,就会导致肌肉痉挛,进而引发疼痛。

2 经筋与臀部的联系

《灵枢·经筋》详细阐释了十二经筋的命名、走行以及各自主病和相应治则。臀中肌为髋关节外展肌之一,足三阳经筋循行均经过臀中肌。足太阳之筋“与膕中并,上结于臀”,足少阳之筋“其支者别起外辅骨,上走髀,前者结于伏兔之上,后者结于尻”,足阳明之筋“其支者,结于外辅骨,合少阳”。臀中肌位于骨盆外侧面,臀大肌的深部、臀小肌的浅表部^[7]。臀中肌起自髂骨翼后方、阔筋膜和髂嵴外唇,上与腹部三扁肌相接续,下与梨状肌相邻,外部与阔筋膜张肌交织,止于股骨大转子内上缘,并有滑囊相隔^[8]。此外,臀中肌受骶丛臀上神经支配,臀上神经纤维发自第4腰椎、第5腰椎和第1骶椎,出于梨状肌上孔后,走行在臀中肌和臀小肌之间,沿途发出上、中、下(最下)支等分支。其中最下支支配臀中肌、臀小肌这两块肌肉,分布于两者中外部^[9]。因此,臀中肌为足少阳、足太阳、足阳明经筋所过之处。足太阳经筋主要分布于臀股与骶骨后,足少阳经筋主要分布于膝、股、臀、肋之侧,足阳明经筋主要分布于股前侧、腹、胁肋。三者循行分布虽有差异,但功能相似,皆主司髋的运动以及下肢的外旋、内旋或后伸。若臀中肌损伤导致其中任何一条经筋发生病变,都会引

起腰、腹、下肢等一系列疼痛征象。

3 经筋损伤导致GMS的发生

3.1 外邪侵袭,经筋损伤

风、寒、湿邪侵袭可致经筋损伤,并引发掣痛、强直、松弛以及关节屈伸不利、肢体萎废不用等病理状态。《灵枢·五变》载:“肉不坚,腠理疏,则善病风。”肌肉不坚,腠理疏松,容易招致外邪,影响筋的生理功能。《灵枢·经筋》曰:“经筋之病,寒则反折筋急,热则弛纵不收。”寒主收引,当寒邪侵犯人体时,通常会引引起臀中肌及其筋膜、韧带等组织的痉挛、僵硬和紧张,从而引起由髋部放射向股外侧的疼痛,且遇寒时加重。当热邪侵袭人体时,经筋可能会松弛,失去正常的约束能力,导致臀中肌无力或髋部活动范围受限。风性善行数变、易动,风邪致病变化多端且症状时隐时现,当风邪引起臀中肌病变时,其疼痛呈游走样,这与也臀中肌的解剖位置及传导痛有关。此外,风邪易兼其他外邪共同致病,如风寒、风湿、风热等。《素问·生气通天论》曰:“湿热不攘,大筋软短,小筋弛长,软短为拘,弛长为痿。”湿热会阻碍气血流通,若其长期存在未被清除,会对经筋造成损伤,导致经筋的功能受限。因此,当风、寒、湿邪侵袭足太阳、少阳、阳明经筋,经筋与经脉因寒收引,臀中肌筋膜舒缩失常,加重匿藏其间的经脉凝涩,气血瘀滞溢出脉道,局部肌肉肿胀,致痛物质堆积,加之臀中肌出现保护性痉挛,故引发腰腹、下肢痹痛,进而导致GMS。此外患侧因损伤表现出疼痛,为了弥补肌肉、韧带的损伤或功能缺失而出现代偿性增生,即过度的生长或肥大。

3.2 劳损日久,经筋损伤

久坐是导致慢性劳动损伤的重要原因之一。《素问·宣明五气论》指出:“久坐伤肉。”久坐使压力施于臀部,肉损则经筋为病,易出现臀中肌后束及臀小肌挤压损伤,且坐位时肌肉叠加会增加对深部臀中肌的挤压,导致深层损害^[10]。当臀部筋膜发生无菌性炎症时,会刺激臀上皮神经引起臀部疼痛,筋膜可以减少肌肉间的摩擦,并限制炎症反应的扩散,导致难以治愈的疼痛^[11]。由于臀、腰、背等筋膜的显著汇合,脊神经后内侧感觉支分布区的无菌性炎症刺激神经末梢反馈引起腰痛,这可能会使臀中肌发生保护性挛缩、牵拉、扭转或位移等改变,进而引发臀中

肌局部气血运行不畅,最终导致相关软组织的津液外渗、营养输送障碍和其他病理性反应。臀中肌与大转子的肌腱连接处以及肌腹处就会发生挛缩、粘连,形成条索状结筋病灶点,表现出“不通则痛”的症状,从而形成恶性循环,这是引发GMS的主要原因。

3.3 应力失衡,经筋损伤

经筋纵横交错,内联胸腹、外联四肢关节以维持身体的稳定^[12]。臀中肌痉挛短缩会引起体态的一系列变化,如直立时骨盆侧倾、步行时左右摆动以及双下肢不能完全靠拢和轻度外旋。与其互为拮抗的内收肌群也会因应力失衡而导致膝内、外翻,进而引发“鸭子步”与紧张型步态^[13]。这与体侧线维持人体姿势功能有关,体侧线这种链条式结构是通过筋膜直接相连或生物力线间接连结而形成^[14],可以维持躯干和下肢的外部稳定。生物力线维持正常的体态或运动平衡必须依赖机械负荷,即在生物体运动过程中承受的力量和压力。肌腱的负荷可以是纵向的(拉伸或牵引)或垂直于肌纤维的(压缩)。在肌肉活动时,肌腱承受更大的负荷并延长,导致偏心性收缩,而过度的偏心性收缩会导致臀中肌撕裂或断裂^[15],从而引起臀中肌损伤,表现为以水肿为主的炎症反应。这种经筋的动力性损伤可导致臀中肌出现痉挛疼痛,局部无菌性炎症渗出,进而阻碍肌肉间血液循环,臀中肌粘连卡压臀上神经,就会引发GMS。

4 经筋理论指导治疗GMS

经筋疗法是以人体经筋机制为基础,以结筋病灶点为治疗靶点,运用强刺激推拿或经筋针刺,对人体的结筋病灶点进行松解,以达到治疗疾病目的的一种诊疗方法。十二经筋中足少阳、太阳、阳明经筋的循行路线中皆有GMS发病所形成的结筋病灶点。由于髋关节周围各肌肉与臀部肌肉在功能上相互协同,因此这些区域上的结筋病灶点可能会互相继发。且分布在足太阳、少阳、阳明经筋上的结筋病灶点与西医学GMS引起牵涉痛的筋膜触发点(TrP)存在广泛重叠^[16]。故经筋诊疗中以多维定点检查为“诊”,以经筋针刺松解筋结为“疗”,最终使拘急或弛纵的肌肉恢复其正常的生理状态和功能,缠结不开的筋结得到松解进而疼痛减轻或消失,此为经筋诊疗核心“以知为数,以痛为输”的具体体现^[17]。

4.1 多维定点检查为“诊”

多维定点检查即对由经筋组成的生物力线传导三维立体结构按点、线、面、体的规律进行检查^[18]。通过以下三种定点检查方法可判断髋、臀、腰部的疼痛是源于臀中肌损伤还是继发于其他肌肉损伤^[19]。

首先,进行直腿抬高试验,该试验除检查腰椎间盘突出症外,还可提示臀腿部的不适。若出现大腿外侧至膝部、小腿外侧与足部的传导痛,常与髋关节外展肌损害性病变有关,说明与足少阳经筋循行相关的软组织受损;若仅发现腘窝部酸胀、吊紧感,说明与足太阳经筋循行相关的软组织受损,为臀中肌髂翼外面中部附着处损害向腘窝的传导征象;若发现大腿后侧紧痛,说明足太阳经筋与足三阴经筋受损,与内收肌群、臀中肌中下段,股骨大转子附近损害性病变有关。

其次,进行屈膝屈髋分腿试验,重点检查互为拮抗的足少阳经筋与足太阴经筋病变情况^[20],此类病变可导致腹股沟痛和股内收肌群的肌腹痛,以及髋外侧痛、臀内侧痛、骶髂部痛等。在分腿试验检查后,应对压痛点进行推拿治疗。

最后,通过强刺激推拿寻找结筋病灶点。先以主诉痛点为中心,沿经筋循行或痛觉传导方向进行触诊,以明确局部肌肉的起、止点和肌腹处有无痛点;再以触诊法,先按主诉痛点,再依次按压相关的痛点,依据按压时痛觉有无减轻来判定该经筋损伤的原发和继发性疼痛点^[21]。这种局限性的痛点经过强刺激后,可沿经筋循行向远端传导^[22]。例如,点按臀中肌起点垂直髂骨施力,疼痛可由原处向腰背浅筋膜传导;点按臀中肌止点后向大转子方向施力,疼痛可由原处沿髂胫束传导至膝关节,甚者可达小趾;点按臀中肌肌腹垂直髂骨翼施力,疼痛可由应力处向阔筋膜张肌或臀后传导。

综上,GMS之“诊”首先是辨析经筋损伤部位的因果关系^[23],通过多维定点强刺激推拿结合压痛点检查,快速准确地判断其病变的原发点与继发点,从而达到标本兼治的目的。

4.2 针刺经筋病灶为“疗”

由于“分肉之间”是风、寒、湿邪易侵袭与汇聚之处,其气血运行失常,易产生痹病^[24],因此贯刺这些

“分肉之间”即筋膜之间的部位是治疗筋痹的关键。治疗过程中,无论肌腱还是肌腹处病变,且无论是“筋结”还是“结经”,但见“结”即可用贯刺法,直接贯穿病灶点,一次不已则复而刺之^[25]。对于GMS,笔者认为其治疗关键在于以大转子“n”字型结构为基准,通过针刺松解附着在其前、中、后侧的结筋病灶点。大转子周围有三个滑囊与其毗邻:前侧位于髂腰肌和耻骨之间的髂耻滑囊即腰大肌滑囊,顶端股骨大转子与臀大肌腱之间的大转子滑囊以及后侧位于臀大肌与坐骨结节之间的坐骨结节滑囊^[26]。

GMS患者的“n”字型结构周围三条经筋中常分布有较多结筋病灶点。首先,足太阳经筋循行经过的臀大肌、臀中肌、梨状肌分布由浅至深、由外向内覆盖,因此臀大肌上外侧遮盖臀中肌部分的筋膜与其他筋膜反复牵拉,容易使臀上皮神经在骨纤维管内卡压形成结筋病灶点,即腰宜次。臀中肌的损伤与梨状肌、臀大肌的反复磨损互为因果,常造成结筋病灶点,即秩边次、环跳次。GMS可引起坐骨结节处疼痛,甚者放射至大腿后部即承扶次,与坐骨结节滑囊对应。其次,足少阳经筋循行经过的臀中肌的浅滑液囊与深滑液囊受臀中肌与臀小肌的挤压发生损伤,此痛性结节即髌枢内,对应股骨大转子滑囊附近。臀中肌肌腹处的反复磨损,尤其是臀中肌与臀大肌交界处易产生结筋病灶点腱胯次。最后,足阳明经筋循行经过的髂耻滑囊与髋关节相通,臀中肌的损伤会影响髋关节的活动范围和稳定性,导致髂耻滑囊损伤,易在股骨小转子上缘处及其周围产生结筋病灶点即髌关次。

综上,臀中肌受损形成横络,进而导致GMS,治疗可通过针刺结筋病灶点平调阴阳以解痉、松解筋结以通气血、恢复功能以御邪^[27]。在针刺基础上,还可配合强刺激推拿松解拘挛病变的肌肉以助气血运行,使局部软组织得到气血濡养而柔韧滑利,关节活动自如^[28],以达到解痉止痛的作用。弹拨法与点按法的柔和性与操作时受术部位应力分布的均匀性是改善臀中肌及其周围软组织紧张程度的关键因素^[29]。

5 结束语

GMS是现代临床常见病,症状表现复杂。临床

治疗GMS可以经筋理论为指导,以大转子周围滑囊、肌腱与肌肉等软组织为切入点,以结筋病灶点及其周围阿是穴为靶向,采用松筋解结法改善经筋的结构与功能,解除筋结对神经的卡压,从而减轻肌肉的痉挛和疼痛,达到“通则不痛”的目的。

[参考文献]

- [1] SADLER S, CASSIDY S, PETERSON B, et al. Gluteus medius muscle function in people with and without low back pain: a systematic review[J]. BMC Musculoskeletal Disord, 2019, 20(1): 463.
- [2] GODSHAW B, WONG M, OJARD C, et al. Acute traumatic tear of the gluteus medius and gluteus minimus in a marathon runner[J]. Ochsner J, 2019, 19(4): 405-409.
- [3] LEMME N J, DWORKIN M, MORRISSEY P J, et al. Short-term outcomes following open gluteus Maximus transfer for the management of hip abductor tears[J]. J Hip Preserv Surg, 2023, 10(3-4): 143-148.
- [4] 史佳芯, 董宝强, 邹正. 基于经筋理论探析颈源性头痛[J]. 山东中医杂志, 2022, 41(8): 819-822, 830.
- [5] 罗伟, 刘春雷, 熊英, 等. 针刺经筋结点对痉挛型偏瘫患者踝关节痉挛的影响[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(3): 319-323.
- [6] 史佳芯, 董宝强, 邹正, 等. 基于经筋理论探讨非特异性下腰痛的发病机制及分期论治[J]. 中国针灸, 2023, 43(3): 336-340.
- [7] PAUL K D, HARGREAVES M, MANFREDI J N, et al. Patients with operative gluteus medius tears often present with a concomitant history of lumbar pathology[J]. J Orthop, 2024, 47: 18-22.
- [8] 原海旺, 王震生. 软组织解剖与银质针治疗图谱[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2022: 237-240.
- [9] 李斌华. 经臀中肌前缘间隙入路治疗股骨转子间骨折的解剖学基础及临床应用研究[D]. 南昌: 南昌大学, 2014.
- [10] KAMEDA M, TANIMAE H, KIHARA A, et al. Does low back pain or leg pain in gluteus medius syndrome contribute to lumbar degenerative disease and hip osteoarthritis and vice versa? A literature review[J]. J Phys Ther Sci, 2020, 32(2): 173-191.
- [11] 林星星, 董宝强, 王树东, 等. 基于筋膜的经筋基础研究: 述评与展望[J]. 中国针灸, 2023, 43(11): 1338-1342.
- [12] 刘斌. 经筋定义及特性之启发[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(3): 888-891.
- [13] 托马斯·迈尔斯. 解剖列车: 手法与运动治疗的肌筋膜经线[M]. 关玲, 译. 北京: 北京科学技术出版社, 2023: 76-92.
- [14] 于洋, 董宝强, 李春日, 等. 足三阳经筋与肌筋膜链比较研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(3): 173-175.
- [15] PORTET A, LAMBREY P J, BENHENNEDA R, et al. Short-term functional outcomes of Whiteside transfer for massive rupture of gluteus medius tendon in native hips[J]. Int Orthop, 2024, 48(1): 57-64.
- [16] 珍妮特·特拉维尔, 大卫·西蒙. 下肢肌筋膜疼痛和机能障碍. 第2册, 触发点手册[M]. 王祥瑞, 郑拥军, 赵延华, 译. 上海: 上海世界图书出版公司, 2014: 147-160.
- [17] 汪智刘安, 唐宏图, 熊勇, 等. 贯穿“经筋”诊疗的核心: 以知为数[J]. 中国针灸, 2023, 43(8): 876-880.
- [18] 周璐, 王朋. 从整体观论治经筋病[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(4): 203-206.
- [19] 宣蛰人. 宣蛰人软组织外科学: 最终版[M]. 上海: 文汇出版社, 2009: 11.
- [20] 董宝强, 张峰, 富昱, 等. 论足太阴经与三焦系统的关系[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(6): 6-9.
- [21] 刘荣国. 软组织外科学: 密集型银质针治痛[M]. 北京: 清华大学出版社, 2022: 45-46.
- [22] 谭良源, 卢栋明, 甘小凤, 等. 基于现代生物力学对高张力性经筋病的理论探讨[J]. 中国民族民间医药, 2023, 32(18): 4-8.
- [23] 富昱, 董宝强. 经筋辨证探析[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 148-150.
- [24] 马强, 王荃. 筋膜与卫气: 古典针灸理论身体观构建一隅[J]. 中国针灸, 2023, 43(8): 871-875.
- [25] 黄龙祥. 筋病刺法的演变与经筋学说的兴衰[J]. 中国针灸, 2023, 43(8): 855-867.
- [26] 王平, 鄂占森, 曲涛, 等. 髋部滑囊炎的高频超声表现[J]. 中国医学影像学杂志, 2017, 25(7): 543-545.
- [27] 富昱, 董宝强. 经筋“解结”内涵及机制探讨[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(3): 1314-1317.
- [28] 庞军, 王雄将, 傅剑萍, 等. 从“筋”之特性探讨中医推拿治疗肌筋膜疼痛综合征[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(8): 1726-1728.
- [29] 丁立军, 吕杰, 廖跃华, 等. 中医推拿手法生物力学研究进展[J]. 医用生物力学, 2023, 38(5): 1051-1056.

基于肝主筋理论辨治冠状动脉痉挛

马明茹¹, 杨洁²

(1. 山东中医药大学中医学院, 山东 济南 250355; 2. 山东中医药大学附属医院心病科, 山东 济南 250014)

[摘要] 冠状动脉痉挛(CAS)是非阻塞性缺血性心脏病的重要发病机制,是刺激影响下冠状动脉血管及微血管平滑肌敏感性增加导致的一种血管舒缩功能障碍。血管及平滑肌在功能和结构上可以与中医学广义之筋相对应,故可将CAS归于中医学筋病范畴。在肝主筋理论指导下,根据筋的功能状态变化,可将CAS分为“筋急”和“筋痹”两种类型。“筋急”病机有虚、实之分,虚者常见肝阴虚、肝血不足,治疗采用滋阴养肝补血之法,实者多为肝火炽盛、灼烧阴液,治疗需在益阴基础上清肝、镇肝、疏肝,以恢复筋脉之柔。“筋痹”病机多属本虚标实,是在肝脉不足基础上外感风寒湿邪,邪气入里、入脏而见胸痛,预后具有高危特点,治疗以暖肝散结除痹为主。

[关键词] 冠状动脉痉挛;肝主筋;筋病;筋急;筋痹;芍药甘草汤;暖肝煎

[中图分类号] R259.436

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0504-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.004

Differentiation and Treatment for Coronary Artery Spasm Based on Theory of Liver Governing Sinews

MA Mingru¹, YANG Jie²

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

Abstract Coronary artery spasm(CAS) is an important pathogenic mechanism of non-obstructive ischemic heart disease. It is a kind of vascular vasomotor dysfunction caused by the increased sensitivity of coronary artery vessels and microvascular smooth muscles under stimulation. Blood vessels and smooth muscles can correspond to the generalized sinews in traditional Chinese medicine in terms of function and structure. Therefore, CAS can be classified into the category of sinew diseases in traditional Chinese medicine. Under the guidance of the theory that the liver governs the sinews, CAS can be divided into two types, namely

“sinew spasm” and “sinew impediment” based on the changes in the functional state of the sinews. The pathogenesis of “sinew spasm” can be divided into deficiency and excess. The deficiency types are commonly seen as liver yin deficiency and insufficient liver blood, and treatment adopts the method of nourishing yin, tonifying the liver, and

[收稿日期] 2024-05-09

[基金项目] 泰山学者岗位建设项目(编号:tsqn202211352);山东省中医药科技项目(编号:M-2023058)

[作者简介] 马明茹,2024年硕士研究生,研究方向:中医内科学心系疾病。

[通信作者] 杨洁,主任医师,主要从事中医内科学心系疾病研究。邮箱:sumuzheyangjie@163.com。

enriching the blood. The excess types are mostly due to exuberant liver fire scorching yin fluid. The treatment requires clearing away the liver-fire, calming the liver, and soothing the liver on the basis of nourishing yin to restore the flexibility of the sinews and vessels. The pathogenesis of "muscular arthralgia" is mostly characterized by underlying deficiency and superficial excess. It is based on the deficiency of the liver meridian and is caused by exogenous wind, cold, and dampness pathogens. The pathogens invade the interior and the viscera, resulting in chest pain. The prognosis is of high-risk characteristics, and the treatment is mainly to warm the liver, resolve masses, and eliminate impediment.

Keywords coronary artery spasm; the liver governing the sinews; sinew diseases; sinew spasm; sinew impediment; Shaoyao Gancao Decoction; Nuangan Jian

冠状动脉痉挛(CAS)是心绞痛、心肌梗死等非阻塞性缺血性心脏病的重要发病机制,是刺激影响下冠状动脉血管及微血管平滑肌敏感性增加导致收缩增强的结果。研究发现,CAS是导致变异型心绞痛、不稳定型心绞痛甚至心肌梗死、猝死的主要原因,因此,其在中青年心绞痛及心肌梗死等急危重心血管系统疾病中具有重要研究意义和临床价值^[1-2]。CAS的实质为平滑肌功能障碍及其他各种原因引起的血管舒张功能减退或充血性血管阻力增加^[3],由此可知血管舒缩障碍是导致CAS的主要因素。因血管及平滑肌在功能和结构上可以与中医学广义之筋相对应,CAS的发病过程与肝主筋理论存在密切联系,故本文以肝主筋理论为依据,从“筋急”“筋痹”角度分析CAS,为其中医辨治提供思路。

1 中医学对筋的认识

中医学广义之筋在人体生命活动中具有重要地位。在整个生命过程中,筋的功能减退可作为衰老的标志之一,如《素问·上古天真论》所言“筋骨解堕,天癸尽矣”。《素问·五脏生成》言:“诸筋者皆属于节。”从字义解读,《说文解字》解“节”字本意取自“竹约”,为草木精气聚集坚实粗大之处,取象比类可知人体之筋为精气汇聚之处,受濡养而成;《晋书·杜预传》言“破竹数节之后,皆迎刃而解”,引申可知“节”字代表问题的关键,这也反映出筋在维持人体正常生命活动中的重要作用。

《素问·生气通天论》言:“阳气者,精则养神,柔则养筋……筋脉和同,骨髓坚固,气血皆从。”筋受精成形,以阳为养,有“节”之用,骨正筋柔为人体气流通、阴阳调和的必要条件。《素问·生气通天论》对筋功能障碍进行了描述:“大筋软短,小筋弛长,软短

为拘,弛长为痿。”筋以柔为顺,“筋气”太过可见“筋急气逆”,表现为筋脉拘急,“筋气”耗伤可见“筋痿”,也就是舒张和收缩障碍。中医学中筋的含义包含西医学对肌腱的认识,如《灵枢·邪气脏腑病形》之“首面与身形也,属骨连筋,同血合于气耳”,阐明筋具有连接骨骼、外附气血皮肉以成人之形的作用。而广义之筋的含义又宽于肌腱,如《灵枢·小针解》言“皮肉筋脉,各有所处者,言经络各有所主也”,说明筋可作为人体经络系统的组成部分,“筋柔”以舒缩自如的形式维持经络系统的畅通、气血阴阳的输注和肌肉腠理的开阖。总之,《黄帝内经》从多个角度描述了筋的含义,以功能相对应,其基本涵盖现代解剖学肌肉、筋膜、血管、神经等多种组织结构^[4]。

2 肝主筋理论源流

《黄帝内经》在天人合一思想下以天之六气、地之五运的特点描述人体结构及生理功能,如《素问·阴阳应象大论》言“神在天为风,在地为木,在体为筋,在脏为肝”。古人以五方划分天之阴阳之象,以东言风木之象,将风木之形化于筋、风木之道藏于肝,肝、筋为阴阳一途而化,此为肝主筋理论之源。《素问·六节藏象论》言“肝者……其充在筋”,进一步强调了肝、筋之间的密切联系,即筋以肝血充体。《素问·平人气象论》言“肝藏筋膜之气”,《素问·经脉别论》言“食气入胃,散精于肝,淫气于筋”,这些论述均反映了筋以肝气为用。《素问·宣明五气》明确提出肝主筋之说。肝与筋之间存在相互的荣属、调控、支持等作用,筋正常的支撑、约束、流通、灌注等功能赖肝之气血充盈调畅;筋急、筋痿等筋病中的“筋气”不畅、经络瘀阻又可以反作用于肝,引起肝气郁阻、肝失条达^[5]。故筋病辨治多从肝入手,筋以肝血养形,

筋柔以肝气舒达为要。

3 CAS与筋病的联系

CAS主要表现为心外膜冠状动脉异常收缩所致的微循环障碍及心肌缺血,多不伴有明显的射血分数减少和冠脉阻塞。研究发现,CAS或伴随微血管痉挛^[6-7],因此,在无明显粥样硬化的缺血性心脏病中,作用于冠状动脉等心肌供血血管的平滑肌的普遍舒张障碍是CAS发生的主要原因。如前所述,中医学对筋的认识涵盖了西医学血管和肌肉的含义,故CAS平滑肌支配下的冠状动脉血管舒张障碍反映了筋病的特点。徐帅等^[8]认为,平滑肌的正常收缩和舒张是“筋柔”的表现,筋脉作为经络系统的一部分,筋脉调和与否直接影响气血津液的流通,这和血管舒缩影响组织器官血流灌注的西医学认识从结果上是一致的。因此可认为包括CAS在内的血管肌肉舒缩功能障碍属于筋病概念,冠状动脉及微血管痉挛是筋脉挛急、舒缩不畅的表现。《素问·大奇论》所言“心脉满大,痲瘦筋挛”和《素问·玉机真脏论》所言“肾传之心,病筋脉相引而急,病名曰瘕”均涵盖了CAS证候表现。

根据筋的功能状态变化,筋病可有不同命名。以筋脉舒张不畅为病机,筋脉拘挛被称为“筋急”“筋挛”等,筋脉僵直被称为“筋痹”,筋脉受损导致的功能障碍被称为“筋痿”。从筋病在心脏及血管的表现分析CAS,可参考上述病名理解其病机。在肝主筋理论指导下,CAS的中医学辨治可以肝藏象不调为根本病机,从筋辨病。利用肝主筋理论将辨病与辨证相结合可为CAS的中医辨治提供思路。

4 肝主筋理论视域下CAS的证治特点

从筋病分析CAS,其直接病机为筋失柔和、痉挛拘急而舒张障碍,治疗以复筋之柔为目的。从“筋”考虑,“筋柔”在气在血;从“肝”考虑,养肝在体在用^[9],肝体在血在阴,肝用在气在养。因此,从肝主筋角度,CAS病位在肝,辨证应重视气血。CAS可从中医学筋脉舒张障碍论治,上文已述,《黄帝内经》中反映筋脉舒张功能障碍的病名主要有“筋急”“筋挛”“筋痹”三种。在“筋挛”中,“筋”的含义较为明确,多指束骨之筋,即肌腱,故“筋挛”多指骨、关节的挛急痛症,如《素问·皮部论》言“其留于筋骨之间,寒多则筋挛骨痛,热多则筋弛骨消”,《素问·示从容论》言“头痛筋挛骨痛”。在“筋急”和“筋痹”中,筋的含义

更广,涵盖西医学神经、肌肉、血管等多种含义,CAS之筋脉舒张障碍即属其中,故可从“筋急”“筋痹”议CAS之治。

4.1 CAS之“筋急”证治

《黄帝内经》中的“筋急”是对筋挛急拘束类疾病的总称,此类疾病,除上文所言心脉之“痲病”,还包括《素问·四时刺逆从论》所载“涩则病积,时筋急目痛”、《素问·奇病论》所载腹部筋急之“疹筋”等,故人体各部位的筋脉挛急均属于“筋急”范畴。

4.1.1 CAS之“筋急”病机

《素问·五脏生成》言“多食辛,则筋急而爪枯”,认为“筋急”可由嗜辛导致,因辛味走气属阳,过食有津伤阴虚之嫌。现代研究发现,吸烟、糖尿病是CAS的危险因素,二者均可导致血管内皮细胞损伤,并使氧化应激和血管收缩增强^[10-12]。烟草属辛热之品,古人言“烟毒”之性伤阴耗气,糖尿病致血管损伤可见气阴两伤,以阴虚常见^[13-14]。上述病机的一致性说明从“筋急”阐释CAS确有所依。《灵枢·经脉》“脉弗荣,则筋急”进一步说明脉血濡养不足则筋急而挛。故“筋急”以阴伤为根本病机,在肝主筋理论指导下,可从肝经血虚不能养筋论治。中医学认为,阴盛则阳病,阳盛则阴病,阴血不足则易生内热,阳热过盛则易耗伤阴血,故“筋急”病虚可见阴虚、血虚、内热,病实可见肝风内动、肝火灼阴。

4.1.2 CAS之“筋急”治法

CAS见阴血不足,或阴虚内热,或肝火灼阴,可从“筋急”辨治。“筋急”之筋脉失荣的原因在于肝血、肝阴之伤,治疗应滋肝阴、养肝血、清肝热、疏肝气^[15]。养肝血用药以柔为根本原则,以顺肝之形;养肝阴可用芍药甘草汤等养阴养血之品^[16]。芍药甘草汤为酸甘化阴、养肝血的代表方,以养肝血、清肝热为效,临床已证实其在治疗变异型心绞痛、缓解平滑肌痉挛方面的疗效^[17-18]。药理学研究表明,白芍成分白芍总苷具有保护血管内皮细胞、抑制血管氧化应激等心血管保护作用^[19],甘草具有抗炎、抗氧化应激和抗心律失常作用^[20]。现代研究认为,CAS为氧化应激或内皮损伤所致的血管异常收缩引发的心肌灌注损伤^[21],这印证了芍药甘草汤应用于CAS的可行性,同时也侧面反映了以“筋急”解CAS病机的可信性。除白芍、甘草外,黄连、阿胶、麦冬等养血调肝之品皆可用于CAS“筋急”治疗,此类中药可通过修

复内皮、抗氧化应激、改善循环等途径发挥心血管修复和保护作用^[22-25]。

阴血不足之“筋急”除由阴虚、血虚导致外,还可因实火损伤引起,如急性胆囊炎引发的CAS可由肝胆实火导致^[26-27]。治疗由实火导致的“筋急”在滋阴养血之外还需采用清肝、镇肝、疏肝之法,处方可用白虎汤、钱乙益肝汤、黄连解毒汤、镇肝熄风汤等,用药可选石决明、夏枯草、钩藤、羚羊角粉等,药理研究证实此类方药多具有解痉抗凝功效^[16]。

4.2 CAS之“筋痹”证治

CAS临床上可表现为变异型心绞痛、无症状心肌缺血、心肌梗死、心衰、猝死等^[1,28-29],据此,其可归于中医学胸痹、真心痛范畴。《金匮要略·胸痹心痛短气》言胸痹病机为“阳微阴弦”,其外候可见“寸口脉沉而迟,关上小紧数”。“阳微阴弦”可见阳气虚于上而阴邪聚于胸中,是阳气闭阻之象,故气滞而痛。CAS属胸痹范畴,而胸痹是痹病的一种类型,故CAS为痹病之一;又因CAS发病与冠状动脉血管及微血管功能障碍密切相关,冠状动脉血管及微血管从部位上属于中医学经络的范畴,功能与中医学之筋相似。因此,CAS又可归属“筋痹”范畴。

4.2.1 CAS之“筋痹”病机

《素问·痹论》言:“风寒湿三气杂至,合而为痹。”痹病临床表现为风寒湿邪引起的痛症,风寒湿邪作用于筋脉可使其收缩挛急,如《素问·长刺节论》言“病在筋,筋挛节痛”。包括“筋痹”在内,痹病有表病和里病之分,在表则轻,在里则重,即《素问·痹论》所言“其入脏者死,其留连筋骨间者疼久,其留皮肤间者易已。”CAS为“筋痹”之入脏者,其发展和预后具有高危特点。从脏腑角度将CAS归于筋痹亦有其依据。《素问·玉机真脏论》言春气不及而肝脉不足可致胸痛及两胁满,将肝藏象与胸痛相联系,进而言五脏之痹按病位由浅入深排序为肺痹、肝痹、脾风、疝瘕、癭。癭即为心脉拘挛,即“筋痹”之属,由此可知“筋痹”在心则为“癭”,病位极深,这也印证了CAS控制不佳的猝死风险。又因肝在体合筋,可知此“筋痹”的根本病机在于肝脉之不及,并与风寒湿邪侵袭相关。

4.2.2 CAS之“筋痹”治法

CAS为“筋痹”之入脏重症,其病机仍以痹病病机为核心,故CAS伴风寒湿邪侵袭,痛症明显时可从“筋痹”辨治。因痹病之本在风寒湿之结,筋脉作为

经络系统的组成部分具有喜温而恶寒之性,故“筋痹”治疗以温散寒结为法^[30]。在肝主筋理论指导下施行散寒除痹之法,考虑“筋痹”之本在肝不足,可选用温肝代表方暖肝煎,以解筋脉凝滞^[31]。药理研究发现,暖肝煎中每味药均可针对引起CAS的直接因素(炎症刺激、氧化应激、内皮损伤等)发挥治疗作用。方中当归具有抗炎、抗氧化应激、改善免疫、舒张血管、改善心肌缺血等作用^[32];枸杞子及小茴香均含有抗氧化成分,同时通过类雌激素或促雌激素作用发挥对血管的保护作用^[33-37];肉桂具有抗凝、抗血栓、促进内皮细胞修复等作用^[38];乌药具有降低血管阻力、舒张血管、减轻心肌缺血的功效^[39];沉香具有抗氧化功效,同时具有镇静、镇痛作用^[40-42];茯苓广泛用于不稳定型心绞痛的治疗,其抗炎、降脂、抗氧化、促内皮细胞生成的常规血管保护功效决定其在心血管疾病治疗中的优势^[43-44]。这些药理研究结果表明了暖肝煎治疗CAS的可行性,同时也反映了从“筋痹”论治CAS的可行性。

5 结束语

本文从中医学“筋”的含义出发,在肝主筋理论指导下,以已知之筋病的病机解未知之CAS的病机,将CAS分为“筋急”和“筋痹”两种情况。“筋急”为肝血不足、筋脉失濡引起的筋脉拘急,导致CAS发病的冠状动脉及微血管收缩、舒张障碍属于“筋急”范畴。“筋急”病机有虚、实之分,虚者常见肝阴虚、肝血不足,治疗需养肝之体,采用滋阴养肝补血之法,实者多为肝火炽盛、灼烧阴液,治疗需在益阴基础上清肝、镇肝、疏肝,以恢复筋脉之柔。“筋痹”病机多属本虚标实,是在肝脉不足基础上外感风寒湿邪,邪气入里、入脏而见胸痛,预后具有高危特点,治疗以暖肝散结除痹为主。

由于当前相关研究有限,笔者仅从“筋急”“筋痹”两方面探讨CAS的治疗思路,然而中医学中的筋病是一个较为复杂庞大的系统,CAS的筋病辨证恐不止于此。如《素问·痿论》言“肝气热,则胆泄口苦筋膜干,筋膜干则筋急而挛,发为筋痿”,提示“筋急”在发展过程中或可与“筋痿”(相当于西医学中继发于CAS的血管实质性损伤)产生联系。因此,以肝主筋理论指导CAS的辨治仍有较大的研究空间。

[参考文献]

[1] YASUE H, NAKAGAWA H, ITOH T, et al. Coronary ar-

- tery spasm--clinical features, diagnosis, pathogenesis, and treatment[J]. *J Cardiol*,2008,51(1):2-17.
- [2] GULATI R,BEHFAR A,NARULA J,et al. Acute myocardial infarction in young individuals [J]. *Mayo Clin Proc*,2020,95(1):136-156.
- [3] SEITZ A,MARTÍNEZ PEREYRA V,FROEBEL S,et al. Characterization and implications of intracoronary hemodynamic assessment during coronary spasm provocation testing[J]. *Clin Res Cardiol*,2023,112(9):1312-1321.
- [4] 邵慧婷,岳公雷,高海晓,等.《黄帝内经》“筋”字的统计分析研究[J]. *中国中医基础医学杂志*,2020,26(10):1430-1432,1483.
- [5] 黄子津,江焕钊,孙瑞,等. “肝主筋”古今研究撷华[J]. *中医药导报*,2022,28(6):112-115.
- [6] SEITZ A,FEENSTRA R,KONST R E,et al. Acetylcholine rechallenge: a first step toward tailored treatment in patients with coronary artery spasm[J]. *JACC Cardiovasc Interv*,2022,15(1):65-75.
- [7] YAKER Z S,LINCOFF A M,CHO L,et al. Coronary spasm and vasomotor dysfunction as a cause of MINOCA[J]. *EuroIntervention*,2024,20(2):e123-e134.
- [8] 徐帅,赵静洁. 关于“肝主筋”理论的现代生物学本质探讨[J]. *现代中医临床*,2022,29(5):39-42.
- [9] 黄娅,严方利,刘思贤,等. 基于“筋膜理论”运用补肝调气柔筋法治疗顽固性泛酸[J]. *成都中医药大学学报*,2021,44(4):74-76.
- [10] RHA S W,LEE K,CHOI S Y,et al. Long-term prognostic factors for cardiovascular events in patients with chest pain without diabetes mellitus nor significant coronary stenosis[J]. *Heart Vessels*,2024,39(5):382-391.
- [11] MAHEMUTI A,ABUDUREHEMAN K,SCHIELE F,et al. Association between inflammatory markers, hemostatic markers, and traditional risk factors on coronary artery spasm in patients with normal coronary angiography[J]. *J Interv Cardiol*,2014,27(1):29-35.
- [12] PASUPATHY S,AIR T,DREYER RP,et al. Systematic review of patients presenting with suspected myocardial infarction and nonobstructive coronary arteries [J]. *Circulation*,2015,131(10):861-870.
- [13] 宋丹君,李品,冷嘉鹏,等. 基于烟草烟雾致病研究进展刍议“烟毒”之外内因机[J]. *世界科学技术-中医药现代化*,2023,25(10):3193-3200.
- [14] 李晓蕾,赵秀丽,董培琳,等. 芪黄滋阴益气汤联合调心健脾法针刺治疗糖尿病性冠心病气阴两虚证的临床疗效[J]. *环球中医药*,2024,17(2):317-320.
- [15] 林清,高丽丽,石春兰. 基于“肝藏血主筋”论治眼睑痉挛[J]. *实用中医内科杂志*,2023,37(6):90-92.
- [16] 骆晓天,黄斌. 基于肝风内动理论从肝论治冠脉痉挛思路探析[J]. *中医药临床杂志*,2020,32(8):1433-1437.
- [17] 王景霞,杨旭,张建军,等. 基于气味理论的酸甘化阴法本质探析[J]. *中华中医药杂志*,2016,31(6):2075-2078.
- [18] 李碧霞,石磊. “酸甘化阴”法论治变异型心绞痛[J]. *中国中医急症*,2020,29(2):364-366.
- [19] 吕仕超,王云姣,张婉勤,等. 白芍总苷的心血管保护作用及其作用机制的研究进展[J]. *现代药物与临床*,2022,37(1):207-210.
- [20] 邱月清,王振涛,郭宗耀. 炙甘草汤防治心血管疾病的实验与机制概述[J]. *中华中医药学刊*,2024,42(4):125-129,289.
- [21] PIROZZOLO G,MARTÍNEZ PEREYRA V,HUBERT A,et al. Coronary artery spasm and impaired myocardial perfusion in patients with ANOCA: predictors from a multimodality study using stress CMR and acetylcholine testing[J]. *Int J Cardiol*,2021,343:5-11.
- [22] 陈志国,杜瑞娟,卞华. 麦冬皂苷D抗心血管疾病作用机制研究进展[J]. *中成药*,2023,45(9):2978-2986.
- [23] 葛昭,杨志华,刘春香,等. 六味地黄丸在心血管疾病的应用价值及网络药理学多靶点效应价值研究进展[J]. *世界中医药*,2022,17(12):1783-1787.
- [24] 刘师序,魏陵博. 黄连阿胶汤治疗心系疾病的机制探讨[J]. *世界最新医学信息文摘*,2018,18(A5):248-249.
- [25] 叶路亮,金华,何彦虎,等. 黄连素治疗心血管疾病研究概况[J]. *中医药临床杂志*,2023,35(1):174-178.
- [26] 操斌全,盛洁,胡星星,等. 急性胆囊炎致冠脉痉挛1例并文献复习[J]. *内科急危重症杂志*,2022,28(6):525-528.
- [27] 肖芳,谢微香. 急性胆囊炎的中医治疗[J]. *中国中医急症*,2020,29(8):1492-1495.
- [28] KOUNIS N G. Kounis syndrome: an update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis and therapeutic management [J]. *Clin Chem Lab Med*, 2016, 54(10): 1545-1559.
- [29] HUNG M J, YEH C T, KOUNIS N G, et al. Coronary artery spasm-related heart failure syndrome: literature review[J]. *Int J Mol Sci*,2023,24(8):7530.
- [30] 徐敏,谭艳,肖瑶琪,等. 章薇教授运用《黄帝内经》“解结”理论治疗经筋痹痛撷精[J]. *针灸临床杂志*,2024,40(2):93-97.

- [31] 王培基,狄舒男,付广威,等. 经典名方暖肝煎主治“肝肾不足、寒滞肝脉”辨惑[J]. 上海中医药杂志,2023,57(10):18-22.
- [32] 姜琳,陈丽萍,李文斌,等. 当归补血汤防治心肺疾病的作用[J]. 中南大学学报(医学版),2023,48(10):1479-1493.
- [33] 于宁,杨芳,冷雪,等. 枸杞多糖通过调控PI3K/Akt/eNOS信号通路对去卵巢大鼠心肌产生抗氧化作用[J]. 中国病理生理杂志,2016,32(8):1370-1375.
- [34] 马艺鑫,程岩岩,冷雪,等. 枸杞多糖对去卵巢大鼠心脏结构及心脏功能的影响[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(8):1745-1747.
- [35] ABDELBAKY A S, MOHAMED AMHA, ABD EL-MAGEED T A, et al. Bio-organic fertilizers promote yield, chemical composition, and antioxidant and antimicrobial activities of essential oil in fennel (*Foeniculum vulgare*) seeds[J]. *Sci Rep*, 2023, 13(1):13935.
- [36] YUZUGULLU KARAKUS Y, YILDIRIM B, ACEMI A. Characterization of polyphenol oxidase from fennel (*Foeniculum vulgare* Mill.) seeds as a promising source [J]. *Int J Biol Macromol*, 2021, 170:261-271.
- [37] POURJAFARI F, EZZATABADIPOUR M, NEMATOLLAHI-MAHANI S N, et al. In utero and postnatal exposure to *Foeniculum vulgare* and *Linum usitatissimum* seed extracts: modifications of key enzymes involved in epigenetic regulation and estrogen receptors expression in the offspring's ovaries of NMRI mice[J]. *BMC Complement Med Ther*, 2023, 23(1):45.
- [38] 牟海栋,屠鹏飞,姜勇. 基于网络药理学的肉桂温经通脉的作用机制研究[J]. 药学学报, 2016, 51(11):1724-1733.
- [39] 王玉红,李聪,江爽,等. 去甲乌药碱对心血管药理作用的研究进展[J]. 药学学报, 2020, 55(3):392-397.
- [40] YANG L, GUO P Y, LIU A J, et al. Aquilariaenes A-H, eight new diterpenoids from Chinese eaglewood[J]. *Fittoterapia*, 2019, 133:180-185.
- [41] 阿拉腾花. 蒙药山沉香及丁香属植物药理作用研究进展[J]. 中国民族医药杂志, 2020, 26(7):74-75.
- [42] 白发平,靳若宁,唐硕,等. 中药沉香化学成分、药理作用及其应用研究进展[J]. 中国野生植物资源, 2022, 41(12):61-66.
- [43] 吕黎明,张来宾,吕洁丽. 茯苓的化学成分、药理作用及临床应用[J]. 滨州医学院学报, 2024, 47(1):61-67.
- [44] 罗静,徐浩,周雪忠,等. 基于复杂网络的不稳定型心绞痛中药配伍应用规律研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(12):1420-1424.

(上接第492页)

[参考文献]

- [1] WANG L M, XU X, ZHANG M, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: results from the sixth China chronic disease and risk factor surveillance [J]. *JAMA Intern Med*, 2023, 183(4):298-310.
- [2] 周男,赵建荣,于磊,等. 慢性肾脏病患者合并焦虑抑郁情绪发生率及影响因素分析:内蒙古一项多中心现况调查[J]. 临床心身疾病杂志, 2024, 30(6):98.
- [3] LIU M Y, ZHANG Y J, YANG S S, et al. Bidirectional relations between depression symptoms and chronic kidney disease[J]. *J Affect Disord*, 2022, 311:224-230.
- [4] HUANG J, MAO Y Y, ZHAO X T, et al. Association of anxiety, depression symptoms and sleep quality with chronic kidney disease among older Chinese [J]. *Medicine*, 2023, 102(43):e35812.
- [5] 蒋健. 郁证诊疗新体系的构建[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(1):18-25.
- [6] 危亦林. 世医得效方[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1964:306.
- [7] 梁碧月,尹雅静,常卓,等. 从肝脾肾阳气探析抑郁症[J/OL]. 辽宁中医杂志, [2025-01-12] <https://link.cnki.net/urlid/21.1128.R.20241022.1515.016>.
- [8] 徐安琪,刘德山. 刘德山教授基于阴阳理论辨治失眠常用药对撷萃[J]. 云南中医中药杂志, 2023, 44(6):4-8.
- [9] 甄权. 药性论[M]. 芜湖:皖南医学院科研科, 1983:26.
- [10] 田维维,谭颖颖,陈文豪,等. 《伤寒论》桂枝甘草龙骨牡蛎汤证再辨析[J]. 四川中医, 2024, 42(4):31-35.
- [11] 童瑶,邹军,倪力强,等. 4种中药复方对大鼠实验性急性应激行为及下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响[J]. 中国中药杂志, 2005, 30(23):1863-1866.
- [12] 刘文静,南一,鲁玉梅,等. 甘草次酸对kk-Ay糖尿病小鼠早中期肾纤维化的保护作用[J]. 云南中医中药杂志, 2020, 41(3):72-78.

从六癸年运气格局解读黄芪茯神汤配伍原理

许睿,鲁明源

(山东中医药大学中医学院,山东 济南 250355)

[摘要] 黄芪茯神汤为陈无择《三因极一病证方论》中针对六癸年火运不及所设方剂。六癸年火运不及,产生阳气虚乏、升散不足、寒水郁痹以及湿土淫盛的运气格局。针对此运气格局,黄芪茯神汤以升阳补火为整体治疗思路,并兼顾健脾利湿、宣阳开郁、补精助阳等法,如此通过甘温之药振奋人体阳气,令阳气布达,以发挥温煦推动功能,从而恢复阴阳气血的有序运行。由黄芪茯神汤推及其他运气方的组方思路与配伍法度,有助于提高临床运用运气方的针对性和有效性。

[关键词] 五运六气;六癸年;黄芪茯神汤;火运不及;配伍原理

[中图分类号] R226

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0510-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.005

Interpretation of Compatibility Principle of Huangqi Fushen Decoction(黄芪茯神汤) Based on Yunqi Configuration of Six Gui Years

XU Rui, LU Mingyuan

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

Abstract The Huangqi Fushen Decoction(黄芪茯神汤) was a prescription designed by CHEN Wuzhe in *Treatise on Diseases, Patterns, and Prescriptions Related to Unification of the Three Etiologies*, which is for disease caused by insufficient fire element in Six Gui years. In the Six Gui years, the fire element is insufficient, resulting in a Yunqi configuration of deficiency of yang qi, insufficient ascending and scattering, depression and obstruction of cold water, and excessive dampness and earth. For this Yunqi configuration, the Huangqi Fushen Decoction takes elevating yang and tonifying fire as the overall treatment approach, while also taking into account methods such as strengthening the spleen and eliminating dampness, promoting yang and relieving depression, and tonifying essence and assisting yang. In this way, by using sweet and warm medicinal herbs to invigorate the yang qi, make the yang qi spread and reach everywhere, exert the warming and promoting functions, and thereby restore the orderly movement of yin, yang, qi, and blood. The exploration of the formulation ideas and compatibility principle of other Yunqi formulas based on the Huangqi Fushen Decoction is conducive to improving the pertinence and effectiveness of the clinical application of Yunqi formulas.

[收稿日期] 2024-10-19

[基金项目] 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室项目(编号:520786)

[作者简介] 许睿,医学博士,主要从事《黄帝内经》理论与临床应用研究。

[通信作者] 鲁明源,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; Six Gui years; Huangqi Fushen Decoction; insufficient fire element; compatibility principle

五运六气,简称运气,是基于天人相应的“五气更立”和“六气六律”的周期变化理论,以阐明自然气候变化对人体生理病理以及疾病诊断防治的影响,进而通过自然的动态周期规律进行诊治疾病与养生、治未病的一门学问^[1-2]。中医运气学说是自然气候、生命现象及疾病变化规律的统一描述,反映了天人相应的整体观念^[3-4]。

近年来,随着人们对传统文化的重视,长期以来幽而未宣的运气学说逐渐成为诠释中医理论建构与发展、启迪中医临床施治的重要工具之一^[5-7],其临床价值也日益突显,特别是宋代陈无择在《三因极一病证方论》中记载的运气方剂更是备受关注。运气方包括“五运时气民病证治”方和“六气时行民病证治”方,共计16首方剂,一般简称“司天方”。文献资料显示,目前业内对“司天方”的临床适用病机和治疗特点仍缺乏全面清晰的阐释与认知^[8]。本文以《素问》“运气七篇”为理论依据,探讨六癸年火运不及运气格局下黄芪茯神汤的遣方用药规律,并以点窥面,阐释运气方组方原理和配伍法度,以使其临床运用更有针对性。

1 黄芪茯神汤来源

黄芪茯神汤出自《三因极一病证方论》,由黄芪、远志、紫河车、茯神、酸枣仁(缪问《三因司天方》中为薏苡仁)、大枣、生姜组成。此方是陈无择针对六癸年火运不及所创立的运气方。

六癸年岁运为火运不及,《素问·气交变大论》云“岁火不及,寒乃大行”。火运之气羸弱,则心火受病。缪问据此提出“按六癸之岁,其脏为心,其发为痛”^[9],强调癸年病变脏腑在心,易发疼痛之症,并进一步阐释:“揆厥病情,无一非心血不足见端,盖心为生血之脏,血足则营养百骸,不足则病多傍见,如胸胁肩臂腰背诸痛,甚则屈不能伸是也。再按肩臂之络,青灵、少海诸穴,咸系于心。”^[9]

缪问还对六癸年主方黄芪茯神汤的用药特点予以阐发:“方用河车,甘咸之品,以有情者,大补其心之血;茯神甘淡之品,急益其心之气;更恃远志,辛能达下,挈离入坎,以育心之神,简而该、切而当矣。然土气来复,是亦妨心之一大劲敌也。传曰:将欲取之,必先与之。黄芪、苡米甘淡悦脾。而黄芪走表,尤有止痛之功;苡米舒筋,大有治痿之效,是与之为彼用者,反借之以自庇也。”^[9]缪问的论述较为简略,

未能体现出运气理论与方药之间的密切联系,导致临证用方往往难以得其要领。所以,有必要结合六癸年的运气格局对其组方原理进行深入剖析。

2 六癸年运气格局及脏腑病变规律

基于“天人相应”的核心理念,秉承五行生克制化的运气思路以分析六癸年的运气特征,主要涉及火、水、土三个方面,据此可以推知人体疾病的病机特点。

2.1 火运不及,升散不足

六癸年为火运不及之年,《素问·五常政大论》谓之“伏明”。火气弱则阳气内伏,故张志聪《黄帝内经素问集注》释之曰:“光明之令不升而下伏。”所以,气机失于升达是其基本运气特征。

天人同源同律,人之病象不仅是脏腑经脉失调的结果,亦深受天地气运格局的影响。火运不及应于人身,则会影响人体气机升发,使气机屈伏而不升,精血津液趋于内敛而不外达,故脏腑、经脉易于失去气血营养,而生诸痛。即《素问·气交变大论》所载“民病胸中痛”“胁下与腰背相引而痛,甚则屈不能伸,髀髀如别”“心痛”“两胁痛,膺背肩胛间及两臂内痛”等。因此,火气失宣、升发失序是六癸年的整体运气特点。

2.2 火气失源,君相虚乏

《素问·五运行大论》云:“其不及,则己所不胜侮而乘之,己所胜轻而侮之。”不及之年,克我之气流行。岁火不及则寒水之气盛行,阴寒凝积,阳气不化,故火运不及之年气候应热不热,甚至夏行冬令,出现万物不荣、长政不用等一派凝滞萧条阴惨之象。正如《素问·五常政大论》论“伏明之纪”所云:“寒清数举,暑令乃薄,承化物生,生而不长,成实而稚,遇化已老,阳气屈服,蛰虫早藏。”此为火气不足在自然界气象与物象方面的体现。

人体气息之升降浮沉当与天地之气相合,故岁火不足时,人体内的君相二火亦会随之减弱。阳在上,谓之君火,由心所主,可主导人体精神情志。若阳气虚乏,温煦、推动之力减弱,神明失却阳气温养则必然出现神失所主的病理变化,如《素问·气交变大论》所言“郁冒朦昧,心痛暴暗”和《素问·五常政大论》所言“其病昏惑悲忘”。阳在下,谓之相火,根于命门。相火长养五脏六腑,为人体阳气之本,可温养血脉。若相火虚微,脏腑、经脉失于阳气温养,则易

导致功能衰退,酿生痰湿、水饮、瘀浊之邪。如《素问·气交变大论》所言“胸腹大”即为阳虚气化不利、水湿潴留胸腹所致。可见,心火怯弱、真阳不足、脏腑经脉失其温养是火运不及之年运气格局下的病候特点。

2.3 寒水郁痹,阳气屈伏

火气不足最易遭受水气攻伐。水气盛行则藏令太过,气机敛降过度,使火气升发被抑,因此,夏季炎火之气易被寒水所束,处于被压抑的状态,郁极而发,气候发作之时则会比正常应有之气更加剧烈,故夏季会出现短时的暴热、暴冷等极端气候,正如《素问·五运大论》所载“其气郁,其用暴,其动彰伏变易”。

火气为开、散之象,喜顺达而恶阻碍。因此,火气若遇寒水之气阻隔,则滞而不畅,郁伏于内,不得透发,故体会呈现因阳气不得伸展而导致气机郁滞的诸多病症,《素问·气交变大论》所言“胁支满”“两胁痛”等气郁证会相对突显。总之,火气被寒水抑制则易于产生阳气郁阻、闭塞的气运状态。

2.4 水气淫盛,湿土来复

《素问·至真要大论》曰:“有胜有复,无胜则否。”火运不及,寒气淫盛,易于招致土气来复,以维持五行系统的稳定性,即《素问·五运行大论》所谓:“侮反受邪。侮而受邪,寡于畏也。”土复之象,《素问·气交变大论》云:“复则埃郁,大雨且至,黑气乃辱。”故自然界多表现出寒湿合德、烟埃朦郁的景象。

湿土来复,应于人体,则为脾气失调,湿邪无以运化,水饮积蓄不散,即《素问·气交变大论》所云“病溏腹满,食饮不下,寒中肠鸣,泄注腹痛,暴挛痿痹,足不任身”。意谓土气来复之时,湿邪可困伤脾气而出现脾虚湿盛的症状。脾气亏虚,运化失常,失于温煦,水湿停留中焦,则易发腹中寒冷、肠鸣泄下;脾主四肢,湿盛阳弱则渐发肢体拘挛、痿、痹而手足不能任身。

概言之,伏明之年,火运不及,长气不得发扬,藏气反见淫胜,故寒冷之气常现,暑热之气衰薄,万物虽承土化,但因火气不足,故虽生不长,虽实而稚。同时,因火气郁结,故当其发作时,则必然气候暴烈,出现忽冷忽热之象。据此可以得出,六癸年的基本运气格局是火运不及、水气淫盛、炎上不足而封藏有

余,加之火气内郁,湿土来复。在此运气格局下,人体心、肾、脾三脏易发生病变,其病变规律表现为心虚夹寒,肾气受损,兼有脾虚湿盛。

3 黄芪茯神汤组方思路

顺天以察运,因变以求气。立足于天地运气格局与人体病机特点,可有针对性地分析六癸年黄芪茯神汤的立方思路。

3.1 火运不及,长气不宣,治宜补气升阳

六癸年火气不足,长气不宣,易于导致人体阳气虚弱,升散无力,故本方以补气升阳为基本治则。李东垣《脾胃论》主张对阳虚气弱者治以“辛甘温之剂,补其中而升其阳”^{[10]33},即多用气温热、味辛甘、性升浮之药^[11]。此类药气轻味薄,其轻清之性似气,易于入气调气、升阳助火。

朱震亨《丹溪心法》有“气有余便是火,不足者是气虚”之论^[12]。因气与火性质形同,气足则阳气盛达,补气即可助火升阳,故本方以黄芪为主药温升阳气。《珍珠囊补遗药性赋》载黄芪“味甘,气温,无毒。升也,阳也”^[13]。《本草经解要》亦言:“黄芪微温,秉天春升少阳之气……气味俱升,阳也。”^[14]气旺则火旺,黄芪性味甘温纯阳,又秉少阳春升之气,善于补气升阳,可促进气与火的相生相用。故李东垣在《脾胃论》中释义道:“黄芪……乃辛甘发散,以助春夏生长之用也。”^{[10]31}现代药理学研究亦表明,黄芪及其有效成分具有类性激素作用,可兴奋中枢神经系统,提高人体免疫功能^[15]。

此外,张介宾《景岳全书》言:“远志……以其气升,故同人参、甘草、枣仁,极能举陷摄精,交接水火。”^[16]黄芪虽可升提清阳,但陈无择恐其力单效弱,故配伍味辛之远志以增强本方的温升之性,以使升达之力更足。

3.2 火气不足,失于温煦,治宜温阳补火

一火有二,分为君相。治疗君相二火引起的病变时不仅要采用方药以温扶阳气,同时更应注重阴阳并补之药的合理运用以涵养此火,即《素问·生气通天论》所言“阴者藏精而起亟也,阳者卫外而为固也”。

3.2.1 心阳不足,君火失充,治宜补心助阳

五运之火气衰少,则心火受病。本方以茯神、远志温心阳以助君火,用酸枣仁益心气而养心神,三药

合用,可使心气充沛,心阳得复。阳气振奋,自能鼓舞君火敷布,以使神静志安。

茯神,甘平微温,善补心阳,兼能通心气,安心神。杨时泰《本草述钩元》言茯神“尤有补心气之功”“专补心之阳”^{[17]106}。李时珍《本草纲目》言:“风眩心虚,非茯神不能除。”^{[18]4066}因此,茯神可令心阳振奋、神明得安。酸枣仁酸甘而温,可安益五脏,倪朱谟《本草汇言》载:“酸枣仁,均补五脏。”^{[19]643}同时,黄芪茯神汤中用炒酸枣仁,乃借炒制香气以透心气、助心神。火不交心,须用远志以通神。远志色红、味苦、入心,可助心阳之力,张山雷《本草正义》言远志“最合温通行血之义……所谓安魂魄、定惊悸者,亦谓补助心阳,则心气充而魂梦自宁,惊悸自定”^{[20]41}“辛温以通利之,宜其振作心阳”^{[20]40}。三药相须为用,共奏导阳入心之效。

3.2.2 肾气受损,相火虚衰,治宜阴阳并补

李时珍《本草纲目》言:“命门者……为生气之原,相火之主。”^{[18]3359}相火由命门之火发源、派生,其禀命而行,周流于五脏六腑之间而不停息。同时,命门又为水火之宅,陈士铎《外经微言》云“火藏水中,水生火内,两相根而两相制也”^[21],阴精真水乃命门火之本源,见火不足,理应于水中补火,使阴阳互生互化,以恢复其正常功能。据此,黄芪茯神汤用紫河车以兼顾阴阳精气,用远志、黄芪补精化气,三者合用,意在使命门之火得肾阴之水相助,水火互济,则肾气自旺。

紫河车味甘、咸,性温,乃血肉有情之品,《本草纲目》言其“治男女一切虚损劳极……益气补精。”^{[18]5554}缪希雍《神农本草经疏》云:“人胞乃补阴阳两虚之药,有反本還元之功。”^[22]以紫河车厚重之味,发挥补精助阳之功用,此一药便蕴含阴阳合转之妙。搭配远志壮阳益精、强志助力,《本草纲目》载远志“入足少阴肾经……专于强志益精”^{[18]1271}。黄芪补气益肾,王好古《汤液本草》言黄芪为“足少阴、命门之剂”,又称其“补肾脏元气,为里药”^[23]。三药相辅相成,皆可补肾益精。紫河车与远志又有交接水火之功,能启迪肾水,助精以化气,供肾阳化育之用,针对肾阳虚弱、命门火衰之病机,常可选用。

3.3 水盛流衍,藏敛过度,治宜宣阳开郁

水胜火,水藏敛过度则易压抑火之透达而引起

火郁,治疗由此导致的疾病当运用辛散开郁的药物令阳气疏通宣散,以破除邪气的郁结,从而消除寒水之气对人体一身之气的压制。

方中远志气味苦辛,性善宣泄通达,可通寒闭。李延昱《药品化义》谓远志“辛重暴悍”^[24],强调其具有辛香走窜之性。辛味药能散、能行,可开心气、通心神,并祛痰开窍。远志性味辛烈,可助阳气通行并开泄阴分之邪气,从而解除寒水郁逆,以舒达炎上之气机。再加酸枣仁,因其味酸性敛、内通于肝,可理气开郁。《神农本草经》谓酸枣仁“主心腹寒热,邪结气聚”^[25],《本草再新》载其“平肝理气”^[26]。酸枣仁以其性味通肝,能宣达郁闭,消除结气阻滞,可辅助远志以增强疗效。同时,二药相伍,乃一升一降之法,可开通气机郁结,从而使气血升降复常,津液出入开阖得当。

3.4 水泛土败,纳运失职,治宜建中燥土

水气强甚,易招致土气来复,土虚不能运化,脾土不能转输津液,从而出现水泛土败之证。因脾虚与湿盛相互影响,互为因果,故治疗应以健脾利湿为主,脾气旺则水湿得以运行。

方中茯神不仅善补心阳,更长于健脾除湿,《本草求真》言茯神“上渗肺脾之湿,下伐肝肾之邪,其气先升后降”^[27]。茯神循人体水液输转之道,既可淡渗上行,滋水之上源,又能下伐肾之邪水,随气上行下达以化水湿、利水邪,故有逐阴行阳、除湿开导之功效。现代药理学研究也证实茯苓中含有多糖成分,有利尿、调节肠胃功能等作用^[28],用于脾虚湿盛患者可调和脏腑、促进脾运。

因湿痰同源,故用远志、黄芪加强茯神利湿之效。兰茂《滇南本草》记载远志能“散痰涎”^[29],有豁痰开窍之功。古人言黄芪“利阴气”即指黄芪可补气升阳以通利水湿痰饮。《本草思辨录》记载“黄芪利阴气,是从阴中曳阳而上而阴以利”^[30],《本草纲目》亦记载黄芪可用于“小便不通、血淋、少淋”等病症^{[18]1180},以上内容均提示黄芪有利水行滞之效。现代实验研究也发现,黄芪中所含黄芪皂苷和黄芪多糖有显著的利尿作用,并且可以有效提高尿液中Na⁺、Cl⁻的排泄,水液代谢失常的患者用之较为适宜^[31]。

此外,远志、酸枣仁、生姜、大枣皆可增强本方健

脾之效。《本草汇言》谓：“远志……同黄芪、甘草、白术能补脾。”^[19]^[37]《本草述钩元》言：“血不归脾而睡卧不宁者，宜用此（酸枣仁）大补心脾。”^[17]^[78]气行则津行，脾气健运，自能运脾以祛湿，从而恢复脾胃升降浊、调畅气机的功能。因此，方中诸药配伍相须，皆可发挥培土以制水的作用。

综上，黄芪茯神汤性味作用整体偏于温升。该方用味辛性温的黄芪、远志温升人体气机；用茯神、酸枣仁、远志、紫河车补心气、助心阳、启肾水、助气化，以资不足之火气；用远志、酸枣仁开郁痹、宣阳气，以解除寒水之气的束缚；用黄芪、茯神、远志、酸枣仁、生姜、大枣益脾气、祛湿浊，以兼顾脾虚湿盛之复气。全方药简力宏，补泄兼施，重在升阳补火以温达心肾，故为六癸火运不及、升散无力之年的适宜方剂。

4 病案举例

孙某，女，73岁，2023年2月28日初诊。主诉：新型冠状病毒感染后心悸，气短2个月余。患者新型冠状病毒感染康复后出现心慌、心悸、乏力、多汗等症状，恶风，身居密室仍感觉冷风吹过，时有胸闷，易惊恐，甚则颤抖，晨起口苦，记忆力差，排便无力，大便一至二日一行，纳食欠佳，血压不稳定 $[(130\sim 170)/(70\sim 100)\text{ mmHg}, 1\text{ mmHg}\approx 0.133\text{ kPa}]$ ，睡眠紊乱，咽中有痰，色黄。舌偏红，苔中黄腻，脉弦滑。诊断为气虚痰浊证，方用黄芪茯神汤加味，药物组成：炙黄芪15g，炙远志9g，胆南星9g，陈皮9g，茯苓15g，竹茹9g，紫苏梗12g，炒酸枣仁15g，檀香9g（后下），炒白术12g，防风9g，炙甘草6g。7剂，日1剂，分2次温服。患者服药7剂后复诊，心慌、气短、恶风等症状基本缓解，上方去檀香9g，继服7剂巩固疗效，半年后随访基本痊愈。

按：世界卫生组织将新型冠状病毒感染后遗症统一命名为“新型冠状病毒感染后状态(post-COVID-19 condition)”^[32]。从中医角度而言，时疫过后，正气被夺，气血耗伤，易导致虚象浮显。因此，新型冠状病毒感染恢复期总以气虚湿阻、气机升降失常为基本病机特点，又因六癸年本为气血升发不足之年，两相叠加，则更加导致病情反复、缠绵难愈。感染新型冠状病毒后阳气受损，表阳虚衰不能化气固表，营阴失摄，故易恶风、多汗，身居密室仍感冷风吹过；湿

邪困阻脾胃，脾失运化，气血化生不足，清气不升则见心悸、气短、乏力、排便无力等症；气机升降失调，则最易内生痰湿、水饮等邪气，痰邪随气机流行全身各处，易导致胸闷、胆怯惊恐、苔腻等症。因此，处方选用黄芪茯神汤加减以补气升阳、除湿利水。防风、炒白术、炙黄芪三药合为玉屏风散。防风走表祛邪，黄芪益卫固表、补气健脾，白术健脾益气，使气血生化有源，气血充足则卫外固密，三者合用散中寓补，补中有疏，固表不留邪，祛邪不伤正。陈皮、茯苓、竹茹、胆南星可清热化痰，燥湿理脾。紫苏梗配檀香使气血通调，二者共奏活血化痰、行气通滞之效。

5 对黄芪茯神汤的思考

黄芪茯神汤由陈无择根据天地之气的运动规律创制。主要用于治疗以六癸年火运不及、升散无力为主要病机的疾病，其构方思路和遣方用药对临床诊疗疾病具有以下启示。

其一，参合五行。《黄帝内经》基于自然界的五行生克制化规律建立了五运六气这一认知事物之间动态平衡的思维模型，并以“乘侮胜复”的方式予以表述，使得各种事物之间产生了广泛联系，从而使五行生克制化规律成为解决运气领域中争议与困惑的关键所在。

其二，临证察机。黄芪茯神汤为陈无择创立的16首运气方之一，16首运气方体现了16种治病法则。这提示临床医生实践时不应拘泥于原方，而应根据患者情况，顺天以察运，在变化中求得运气盛衰的根源，同时也不应局限于某方在某运气范畴内主于某年某时所病，而是要在辨证论治的框架下灵活使用该方。因此，临证只要抓住运气病机，不论经方、时方皆可作为运气方使用^[33]，这正是《黄帝内经》所言“不以数推，以象之谓也”的运气辨治之精髓所在。

其三，用药精炼。运气辨治思想并非胶柱鼓瑟、按图索骥，而是要根据药物的盛衰偏性，充分、细致地考察药物之间的细微差别，针对气化之失常来加以选用。如六癸年虽有湿盛土复，但黄芪茯神汤用茯神而非茯苓即取其药多效之特质，故全面深刻把握药物之性味与规律，随机达变，才能更好地反映中医运气学说的理论实质。

6 结束语

六癸年火运不及，产生阳气虚乏、升散不足、寒

水郁痹以及湿土淫盛的运气格局。针对此运气格局,黄芪茯神汤以升阳补火为整体治疗思路,并兼顾补脾、利湿、开郁诸法,如此通过甘温之药振奋人体阳气,令阳气布达,以发挥温煦推动功能,从而恢复阴阳气血的有序运行。

通过对黄芪茯神汤配伍原理解读,笔者认为,只有依据运气格局的变化分析运气方的组方思路,深刻、全面地理解方中药物的性味功效,才能把握运气方的用药精髓。在传统辨证方法的基础上,加入五运六气理论的临证思路,是中医临床治疗和认识疾病的新视角,以五运六气理论为指导进行选方用药是对传统辨证论治方法的有益补充^[34]。

[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] 陶国水,张阳,陆曙. 从《临证指南医案》管窥叶天士五运六气证治思路[J]. 天津中医药大学学报, 2020, 39(5): 508-512.
- [3] 贺娟,苏颖. 内经选读[M]. 北京:人民卫生出版社, 2014:215.
- [4] 王莹,鲁明源. 基于六庚年运气格局解读牛膝木瓜汤配伍原理[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(2): 113-117.
- [5] 何圣,廖常英,黎昕. 论《黄帝内经》五运六气光变时空结构[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(7): 9-13.
- [6] 沈娟娟,张文凤,魏岩,等. 中医运气学与疫病临证辨析[J]. 长春中医药大学学报, 2022, 38(6): 595-597.
- [7] 杨楠. 类风湿关节炎患者易患因素运气规律探讨[D]. 沈阳:辽宁中医药大学, 2021.
- [8] 刘妮,鲁明源. 辛丑年三因司天方配伍应用探析[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(1): 1-5, 14.
- [9] 陈无择. 三因司天方[M]. 陶国水,整理. 北京:中国医药科技出版社, 2019:12.
- [10] 李东垣. 脾胃论[M]. 侯坤,校注. 北京:中国科学技术出版社, 2024.
- [11] 张谨枫,赵新鲜,刘新学,等. “因势利导”思想在中医学中的体现[J]. 成都中医药大学学报, 2014, 37(3): 94-96.
- [12] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 彭建中,点校. 沈阳:辽宁科学技术出版社, 1997: 13.
- [13] 李东垣. 珍珠囊补遗药性赋白话解[M]. 胡锡琴,主编. 西安:三秦出版社, 2000: 124.
- [14] 姚球. 本草经解要[M]. 卞雅莉,校注. 北京:中国中医药出版社, 2016: 4.
- [15] 杨艳,刘丹,邓春海,等. 基于网络药理学和分子对接技术研究四物汤配伍黄芪提高免疫力的作用机制[J]. 湖北医学院学报, 2023, 38(5): 584-589.
- [16] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京:中国中医药出版社, 1994: 630.
- [17] 杨时泰. 本草述钩元[M]. 上海:上海科技出版社, 1958.
- [18] 李时珍. 本草纲目(金陵本)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2016.
- [19] 倪朱谟. 本草汇言[M]. 戴慎,陈仁寿,虞舜,点校. 上海:上海科学技术出版社, 2005.
- [20] 张山雷. 本草正义[M]. 程东旗,点校. 福州:福建科学技术出版社, 2006.
- [21] 陈士铎. 陈士铎医学全书[M]. 太原:山西科学技术出版社, 2012: 36.
- [22] 缪希雍. 神农本草经疏[M]. 台北:文丰出版公司, 1987: 102.
- [23] 王好古. 王好古医学全书[M]. 盛增秀,主编. 北京:中国中医药出版社, 2004: 29.
- [24] 贾所学. 药品化义[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012: 56.
- [25] 神农本草经[M]. 支晓娟,整理. 广州:广东科学技术出版社, 2021: 31.
- [26] 叶桂. 本草再新[M]. 上海:上海群学书社, 1936: 44.
- [27] 黄宫绣. 本草求真[M]. 王淑民,校注. 北京:中国中医药出版社, 1997: 200.
- [28] 马艳春,范楚晨,冯天甜,等. 茯苓的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2021, 49(12): 108-111.
- [29] 兰茂. 滇南本草[M]. 陆拯,包来发,陈明显,校点. 北京:中国中医药出版社, 2013: 25.
- [30] 周岩编. 本草思辨录[M]. 太原:山西科学技术出版社, 2015: 28.
- [31] 林妮,潘竞锵,官娜. 黄芪对小鼠利尿作用机制及其物质基础的研究[J]. 今日药学, 2014, 24(7): 481-483, 488.
- [32] SORIANO J B, MURTHY S, MARSHALL J C, et al. WHO clinical case definition working group on post-COVID-19 condition. A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus [J]. Lancet Infect Dis, 2022, 22(4): e102-e107.
- [33] 顾植山. 疫病钩沉:从运气学说论疾病的发生规律[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2015: 8.
- [34] 林颖敏,宾炜,吴新明,等. 五运六气学说指导下的痤疮临证思路[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(3): 501-504.

《神农本草经》苦味利水药在经方中的应用

贾莉洁, 曲 夷

(山东中医药大学, 山东 济南 250355)

[摘要] 文章先从《神农本草经》中筛选出具有利水功效的苦味药27种,分析其功效特点,再结合《伤寒杂病论》原文分析其中用于经方的15味药物的配伍应用规律,最终得出以下结论。①《神农本草经》利水药物中苦味药物所占比重最大,其性多偏寒,具有散结除癥、清热逐瘀的功效特点。②《神农本草经》中的苦味利水药在经方中多用于治疗郁滞导致的气上逆诸证,与辛味药、其他功效的苦味药物组合,分别适用于气水结于胸腹心下所致的郁滞症状、结聚入血或伴热证的水结病证。③下行善破是苦味利水药的主要特点。④芍药(赤芍)-茯苓药对具有和阴利水功效,其在经方中的应用提示水结亦可引发表热。⑤知母在桂枝芍药知母汤中兼能“下水”与除热。

[关键词] 苦味;利水药;《伤寒杂病论》;经方;《神农本草经》;配伍规律

[中图分类号] R222;R281.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0516-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.006

Application of Bitter Medicinals with Effect of Promoting Diuresis in *Shennong's Classic of Materia Medica* in Classical Prescriptions

JIA Lijie, QU Yi

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

Abstract The article first screened out 27 kinds of bitter medicinals with the effect of promoting diuresis from *Shennong's Classic of Materia Medica*, analyzed their efficacy characteristics, then combined the original text of *Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases* to analyze the compatibility and application regularities of 15 medicinals used in classical prescriptions, and finally drew the following conclusions. ① In the medicinals with the effect of promoting diuresis recorded in *Shennong's Classic of Materia Medica*, the bitter medicinals accounted for the largest proportion. Most of them were cold in nature and have the efficacy characteristics of dissipating masses, eliminating food stagnation, removing blood stasis, and clearing heat. ②

The bitter medicinals with the effect of promoting diuresis in *Shennong's Classic of Materia Medica* were mostly used in classical prescriptions to treat various syndromes of qi counterflow caused by stagnation. When combined with pungent medicinals and bitter medicinals with other effects, they were respectively applicable to the stagnation symptoms

[收稿日期] 2024-11-16

[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);齐鲁医派中医药特色技术整理推广项目(批文号:鲁卫函[2021]45号)

[作者简介] 贾莉洁,2021年硕士研究生,研究方向:《伤寒论》诊疗方法研究。

[通信作者] 曲夷,教授,博士研究生导师,主要从事《伤寒论》诊疗方法研究。邮箱:quyiqd@sina.com。

caused by the accumulation of qi and water in the chest, abdomen and epigastrium, and water accumulation diseases gathering in the blood or accompanied by a heat syndrome. ③The primary characteristic of bitter medicinals with the effect of promoting diuresis lies in their downward-directing and breaking/dispersing properties. ④The herb pair of Chishao (Paeoniae Radix Rubra)-Fuling (Poria) has the effect of nourishing yin and promoting diuresis. Its application in classical prescriptions suggests that water accumulation can also cause exterior heat. ⑤Zhimu (Anemarrhenae Rhizoma) in Guizhi Shaoyao Zhimu Decoction (桂枝芍药知母汤) serves dual functions: "draining water" and clearing heat.

Keywords bitter; medicinals with the effect of promoting diuresis; *Treatise on Cold Damage and Miscellaneous Diseases*; classical prescriptions; *Shennong's Classic of Materia Medica*; compatibility regularities

《神农本草经》(以下简称《本经》)作为现存唯一成书于《伤寒杂病论》之前的本草著作,一直是研究经方用药的重要参考。以尚志钧《神农本草经辑校》^[1]为底本,统计书中具有“利小便”“下水”等利水功效的药物,共计69种,其中苦味药最多,有27种。《伤寒杂病论》载有真武汤、小青龙汤、大陷胸汤等大量用于水气病的有效方剂,其中出现频次较高的芍药(赤芍)、黄芩、大黄等苦味药在《本经》中皆被述及有“利水”“利小便”等治水作用。然而目前有关苦味利水药在经方中的应用研究却较为罕见,此当为经方用药研究的未及之处。本文筛选出《本经》苦味利水药物27种,分析其功效特点,再结合《伤寒杂病论》原文分析其中用于经方的15味药物的配伍应用规律,探讨苦味利水药物的主治病证、配伍组方特点,进一步分析该类药物的治水原理,期望对相关方药的应用有所裨益。

1 《本经》苦味利水药的功效特点

《本经》记载苦味药物131种,其中主治病症或功效描述中含有“小便不利”“腹中水气”“利小便”“下水”“逐水”“通水道”“十二水”“大水”“风水”“大腹水肿”等术语的利水药共计27种。以下依据《本经》原文,对苦味利水药的功效特点进行分析。

1.1 利水功效

《本经》原文对药物利水功效及相关主治病证的描述大体可分为3类。①以水液排出为获效指征类,如“小便不利”“利小便”“小便不通”“不得小便”,对应药物有石韦、发鬣(血余炭)、楝实(川楝子)、石龙刍、地肤子、秦艽、紫参(拳参)、芍药(赤芍)、瞿麦9种;②促进水液运行类,如“通水道”“利水道”“利水

水道”“下水”“逐水”,对应药物有石韦、发鬣(血余炭)、楝实(川楝子)、紫草、甘遂、薺花、虎掌(天南星)、知母、瓜蒂、苦瓠(葫芦)、秦艽、苦参、黄芩13种;③指出治疗症状类,如“十二水”“大水”“风水”“大腹水气”“腹中水气”“大腹水肿”“骨节中水”,对应药物有大戟、薺花、海藻、鸢尾、瓜蒂、苦瓠(葫芦)、柳华(柳花)、羊桃(猕猴桃)、泽漆、菴苣子(庵闾子)、泽兰11种。

“利小便”“通水道”提示了苦味利水药的利水方式。“水道”为行水之通道。由《黄帝内经》“通调水道,下输膀胱”等表述可知,水道与膀胱相通但并非一物,故“通水道”不包括排出水液,应与“利小便”分论。另“逐水”“下水”易理解为通利二便以利水之法,但“逐者,追也,驱也”^{[2]74}，“逐水”为使水运行加快之意;“下者,底也,落也”^{[2]1403}，“下水”为使水向底、向下而行,无利小便也无泻大便之意,只有促进水液运行之意。总结而言,苦味利水药的利水方式以利小便和通水道为主,即通过排出水液或促进水液在体内的运行以利水。

相关症状描述提示了水气停留部位。“十二水”为“水气流溢,盈散皮肤”之证^[3];“大水”依据《本经》原文其后皆紧接的“身、面、四肢浮肿”判断,亦指盈散肤表之水;“风水”为风水相搏所致的身浮肿之病,“水气”亦停留在肤表。“大腹”“腹中”皆指腹部,“骨节”指关节。总结而言,苦味利水药所治的水气停留部位主要有肤表、腹部、关节等。

有些药物同时具备两种利水方式,如石韦、发鬣(血余炭)、楝实(川楝子),既可“利小便”也可“通利水道”,秦艽既“利小便”也“下水”。另外,“利小便”

“下水”“逐水”和治“十二水”“风水”等皆有引导水下行之意,几种表述对应19味药,可推测苦味利水药的利水作用以使水下行为主。

1.2 其他兼具功效

为进一步明确苦味利水药的作用特点,本文统计了《本经》中上述27种药物主治的其他病证,见表1。

表1中苦味利水药所治其他病证可分为两种:一为“积”“癥”“瘀血”等结聚病证;二为“面热”“热中”“大热”等不同部位、不同类型的热性病证。据此可从以下两方面概括其功效:一为散结除癥逐瘀,二为清热。散结除癥逐瘀功效对应的病证:“积”“聚”“癥”“瘕”皆为腹部结聚,其中“积”“癥”触之坚硬有形,“聚”“瘕”按之柔软无形;“瘕瘤气”指颈部结块,“结气”指忧思气滞所生的留而不行之气,“坚气”为坚守不走之气,三者皆为结聚不通之症;“闭血”“血闭”皆指女子月经不通、经血不下之症状;“血痹”为邪入于血致血气痹阻不通之痹病,和“瘀血”一起,皆指血分郁滞。

除热功效对应的病证:“热中”即“消渴热中”,指以多食易饥、饮多溲数为特征的中消症状,病位在脾胃;“留热”是邪气留滞,郁而化热^{[4]95},其特点为热势持续,不易退散;“劳热”指虚劳发热^[5];“燥热”指迅速发展之火热^{[4]446};“小儿热”指小儿所患热证。

另经统计,在《本经》所载27味苦味利水药中,秦艽、芍药(赤芍)、石韦、鸢尾药性属平,发鬓(血余炭)、泽兰、虎掌(天南星)药性属温,剩余20种药皆属寒性。药性统计结果提示,苦味药物的利水功效以寒凉引水下行行为特点,这与现代临床治水饮常以温化为原则相悖,其间差异当令人反思。

2 苦味利水药在经方中的主治病证

上述苦味利水药中有15种用于《伤寒杂病论》,涉及包含加减方在内的经方129首,以《伤寒杂病论》

原文出现的“水”“水气”“津液”“小便难”等字眼以及方后注中出现的“小便利”等获效指征为依据,判断出其中具有治水作用的经方有33首。按出现频次由高到低,33首经方中的苦味利水药排序如下:芍药(赤芍)(11次)、大黄(8次)、黄芩(4次)、甘遂(4次)、乱发(2次)、大戟(1次)、知母(1次)、瓜蒂(1次)、苦参(1次)、瞿麦(1次)、海藻(1次)、芫花(1次),其中乱发为《本经》中的发鬓(血余炭),泽漆、石韦、紫参(拳参)所在条文中没有“水”等关键字眼和获效指征,故三者不在以下参与数据统计的利水经方中。

含有苦味利水药的利水经方除善治水病证外,还有其他主治病证。见表2。

2.1 痞、硬、满

苦味利水药于经方中治疗痞、硬、满病证最多,三者常相伴出现,如生姜泻心汤治“心下痞硬”、十枣汤治“心下痞硬满”等。《伤寒论》指出“但满而不痛者,此为痞”,其中“按之自濡,但气痞耳”,即指气滞所致之满也。但桂枝去桂加茯苓白术汤、大陷胸汤、十枣汤所治之满皆伴随疼痛,生姜泻心汤治“痞硬”,甘遂半夏汤治“坚满”,柴胡桂枝干姜汤治“满微结”,茵陈蒿汤、厚朴大黄汤、己椒苈黄丸、大黄硝石汤、大黄甘遂汤皆用大黄配伍力峻之药,如枳实、葶苈、硝石等,提示导致此类痞、硬、满的郁滞已非按之柔软的气滞。且除大黄甘遂汤证明确指出是“水与血俱结”外,其余经方原文皆未提及有血瘀等实质性郁滞。故于临床中,苦味利水药所治之痞、硬、满等郁滞是处于由无形气滞向有形结聚转化的阶段,按诊应为指下有硬感,但不实硬,间或伴有疼痛。又据表2可知,郁滞多发生在胸、腹部位,尤其上腹的“心下”,即胃脘部位。“心下”者“正胃之谓”^[6],可推测此处郁滞多与脾胃有关。

2.2 疼痛

含有苦味利水药的利水经方所治疼痛,其部位

表1 《神农本草经》苦味利水药兼治病证统计表

病证种类	病证描述(摘自《神农本草经》原文)	对应苦味利水药物
结聚病证	“积”“聚”“癥”“瘕”“瘕瘤气”“结气”“坚气”“闭血”“血闭”“瘀血”“血痹”	芍药(赤芍),苦参,大黄,甘遂,大戟,芫花,鸢尾,紫参(拳参),虎掌(天南星),羊桃(猕猴桃),海藻,瞿麦,黄芩,菴苈子(庵闾子)
热性病证	“面热”“皮肤热”“膀胱热”“热中”“留热”“劳热”“大热”“诸热”“燥热”“小儿热”	柳华(柳花),泽漆,地肤子,知母,菴苈子(庵闾子),石韦,楝实(川楝子),黄芩,羊桃(猕猴桃)

表2 含有苦味利水药的利水经方其他主治病证统计表

病证概括	部位	《伤寒杂病论》原文表述	对应经方
痞、硬、满	胸	“胸满”“胸胁满微结”	柴胡加龙骨牡蛎汤、厚朴大黄汤、柴胡桂枝干姜汤
	腹	“心下满”“心下至少腹,硬满而痛”“心下痞硬” “心下续坚满”“少腹微满”“少腹满”“腹满”	桂枝去桂加茯苓白术汤、大陷胸汤、十枣汤、生姜泻心汤、 甘遂半夏汤、茵陈蒿汤、小青龙汤去麻黄加茯苓方、 己椒苈黄丸、大黄硝石汤、大黄甘遂汤
疼痛	头胸	“头项强痛”“头痛”“胸中痛”	桂枝去桂加茯苓白术汤、十枣汤、桂枝加黄芪汤
	腹	“心下满微痛”“膈内拒痛”“心下至少腹,硬满而痛” “胁下痛”“腹痛”	桂枝去桂加茯苓白术汤、大陷胸汤、十枣汤、真武汤
	四肢或全身	“身疼重”“四肢沉重疼痛”“肢节疼痛”	桂枝加黄芪汤、一物瓜蒂汤、真武汤、桂枝芍药知母汤
咳、呕	胸	“咳”“咳而上气”	真武汤加五味子细辛干姜方、小青龙加石膏汤
	腹	“呕”“干噎”	生姜泻心汤、真武汤去附子加生姜方
	合	“干呕发热而咳”“呕逆咳烦”	小青龙汤、十枣汤

注:除或然症外,其余症状对应的经方皆只列主方,不列加减方。

分布较多且虚实夹杂。在表述有痛的方证中,皆有水气郁滞所致的不通之痛,其疼痛部位大体可分为三种:一为头胸部,如十枣汤证的“头项强痛”;二为腹部,如十枣汤证的“心下痛”、真武汤证的“腹痛”等;三为四肢或全身,疼痛范围较大,如桂枝加黄芪汤证的“身疼重”、桂枝芍药知母汤证的“肢节疼痛”等。亦有不荣之痛,如桂枝去桂加茯苓白术汤证的“头项强痛”是水气内蕴、阳气不能正常敷达于外所致,再如桂枝加黄芪汤证的“胸中痛”是汗出伤阳、胸阳不振所致。水属湿邪,易阻滞气机而伤阳,且善流动而致病部位多变,故水气所致之证虚实夹杂、部位较多应属常态。

2.3 咳、呕

水致之疾,一在肺,二在脾胃,三在肾。由表2可知,水气所停部位以胸、腹为多,胸为肺之府,腹为脾胃所应,可推测《伤寒杂病论》中水气病的病位多在肺、脾胃,故多有咳、呕等气上逆表现。小青龙汤证、小青龙加石膏汤证之咳可为肺气上逆之代表,生姜泻心汤证之“干噎食臭”是水气停中致胃气上逆之代表。又水气由“脾气散精,上传于肺”,当水运不及时,肺、胃之气逆常同时出现,如小青龙汤证之“干呕而咳”、真武汤或然症呕、咳及十枣汤证呕逆、咳烦。

3 苦味利水药在经方中的配伍特点

分析利水经方中与苦味利水药配伍的药物可知,辛味药出现65次,甘味药出现39次,苦味药出现

27次,酸味药出现7次,咸味药出现4次,《本经》未标药味者出现3次。

3.1 辛开苦降以调畅气机

辛开苦降是张仲景所创的调畅气机、平衡阴阳之法,用之可使气机升降相续、开阖相因,恢复正常运行。利水经方中苦味利水药配伍辛味药形成辛开苦降之势,其调畅气机功效主要体现在两方面。①调节营卫以解在表之水,多以苦味利水药配伍解表药,主要药对有芍药(赤芍)-桂枝、芍药(赤芍)-细辛等。凡用此配伍者,多有营卫不和表现,如小青龙汤证的“伤寒表不解”、黄芪芍药桂枝苦酒汤证的“水从汗孔入”,见表3。②调畅气机以利在里之水,多以苦味利水药配伍调里药,主要配伍有芍药(赤芍)-附子、黄芩-半夏等,对应症状主要为痞、硬、满及胸腹疼痛等郁滞表现,如真武汤证的“腹痛”、生姜泻心汤证的“心下痞硬”等,且由表3可知,其病变部位以胸及上腹部为主。

3.2 苦苦相加以散结除热

大黄-甘遂药对和甘遂-大戟药对是利水经方中主要的苦味药配伍。大黄-甘遂药对见于大陷胸汤、大黄甘遂汤,分别用于治疗“水结在胸胁”“水与血俱结在血室”。“结”表明水气郁结之重,大黄推陈致新,甘遂破癥瘕积聚,二者配伍散结之力极强。此药对至今仍用于治水热、水血互结病证^[7]。甘遂-大戟药对用于治疗水结胁下而“咳唾引痛”的悬饮,开泄水结之力亦强。

表3 利水经方中苦辛配伍药对及其主治证候

苦辛配伍药对	对应经方	对应表证	对应里证
芍药(赤芍)-桂枝	小青龙汤	“表不解”“发热”	
	桂枝芍药知母汤	“中风历节”	
	小青龙加石膏汤	“咳”“喘”“脉浮”	
	黄芪芍药桂枝苦酒汤	“水从汗孔入”	
	桂枝加黄芪汤	“如有物在皮中”	“胸中痛”
芍药(赤芍)-细辛干姜	真武汤加五味子细辛干姜方	“咳”	
	小青龙汤、小青龙加石膏汤		
芍药(赤芍)-半夏	甘遂半夏汤		“心下续坚满”
	小青龙汤、小青龙加石膏汤		
芍药(赤芍)-附子	小青龙去麻黄加附子汤	“表不解”“发热”	“噎”
	真武汤	“发热”	“腹痛”
	桂枝芍药知母汤		
黄芩-半夏	柴胡加龙骨牡蛎汤	“伤寒八九日”	“胸满”
	生姜泻心汤		“心下痞硬”
黄芩-桂枝	柴胡桂枝干姜汤	“伤寒五六日”	“胸胁满微结”
	柴胡加龙骨牡蛎汤		
黄芩-干姜	生姜泻心汤、柴胡桂枝干姜汤		
芍药(赤芍)-防己	防己黄芪汤加芍药方	“风水”“脉浮”	
大黄-防己、葶苈	己椒苈黄丸		“腹满”
大戟、甘遂-芫花	十枣汤		“胁下痛”
芫花-细辛、桂枝、干姜、半夏	小青龙汤去麻黄加芫花方	“表不解”“发热”	

注:表中只列重复经方,但其对应的证候不重复列出。

苦味利水药与其他苦味药配伍还具有显著的散结除热作用,如大陷胸汤、茵陈蒿汤、一物瓜蒂散分别用于治疗“水与热结”“瘀热”“身热疼重”,厚朴大黄汤、大黄硝石汤分别用于治疗饮热郁肺之腹满^{[8]137}、热盛里实之黄疸^{[8]181},此5首经方皆主治结滞较重且兼有实热之证,是散结与除热并举。

此外,苦味利水药在利水经方中配伍甘味药的频次亦较高,但以甘草和大枣为主,二者的配伍意义无需赘述。其余甘味药皆为对症用药,如泽泻在牡蛎泽泻散中治“腰以下有水气”,其他不再逐一分析。

4 讨论

4.1 下行善破是苦味药利水的主要作用特点

苦主“泻”“泄”以急下气机。《素问·脏气法时论》曰:“脾欲缓,急食甘以缓之,用苦泻之。”顺其所欲为补,逆其所欲为泻^[9],脾欲缓,缓者慢也,苦能泻脾,则苦可使脾胃气机运行变快而运化功能恢复正常,如此湿邪自去而燥象自显,便是“脾苦湿,急食苦以燥之”。《素问·脏气法时论》又曰“肺苦气上逆,急食

苦以泄之”,提示苦亦可使气机快速下行,再加以向内收束,所行即为封藏之效,显象于外即为“坚”象^[10],恰如肾气向下封藏而精固神守之象,此即“肾欲坚,急食苦以坚之”之机。因此,从《素问·脏气法时论》可推知苦味药能快速向下、向内收降气机,加速水液下行,这与《本经》反映的苦味利水药使水下行的特性相契合。

散结消积是苦味利水药在《本经》和《伤寒杂病论》中的另一重要功效,所谓利水,就是加快水的运行或排泄,药物善散结消积、破除郁滞,则能带动水液快速运行,水气快速运行则壅滞之水可去,从而达到利水效果。因此,下行善破是苦味利水药善于利水的关键。

4.2 芍药(赤芍)-茯苓配伍有和阴利水功效

《伤寒杂病论》中具有利小便作用的经方,除桂枝加黄芪汤外,用芍药(赤芍)者皆用茯苓,由此可推测芍药(赤芍)配茯苓或许有特定功效。笔者查阅相关文献,发现刘渡舟先生对此有所阐述。刘先生认

为《伤寒论》中桂枝、芍药“滋阴和阳”,应用时有对用规律,在治疗水证上体现为有苓桂术甘汤通阳利水,便应有苓芍术甘汤和阴利水^[11]。苓芍术甘汤即桂枝去桂加茯苓白术汤,治“翕翕发热……小便不利”,且以“小便利”为获效指征,提示该方具备散结利水的作用特点,且发热虽呈表热特征,但由水结导致。茯苓-芍药(赤芍)二者皆“利小便”,且芍药(赤芍)“除血痹、破坚积”,起主要作用。有学者据刘先生著作分析,其所谓和阴是益阴养血、活血化瘀之意^[12],芍药(赤芍)-茯苓活血化瘀以散结利水,加其敛阴宁和之功,正为和阴利水之效。

含有芍药(赤芍)-茯苓的利水经方还有真武汤,对比发现,其与苓芍术甘汤都配伍有芍药(赤芍)-茯苓-生姜-白术,前方加入甘草、大枣,后方加入炮附子,两方主治证候都有发热、小便不利、疼痛。结合《伤寒论》第28条原文分析可知,此处发热虽亦由水饮内结所致的营卫失和引发,但非传统所谓的表证未解、虚阳外浮所致,治之仍需以散结利水为主。且少阴病阴阳俱虚,恐附子大热伤阴,需配伍益阴之品。至此便知此处芍药(赤芍)配茯苓亦是和阴利水而设。

4.3 知母“下水”功效在桂枝芍药知母汤中的体现

桂枝芍药知母汤主治“肢节疼痛,身体魁羸,脚肿如脱,头眩短气,温温欲吐”。其中肢节疼痛为风湿流注于筋脉关节、气血不畅所致;气血不通不荣,则见羸弱;风湿阻滞局部气血,则见患肢“脚肿如脱”;风湿上犯,清阳不升则头眩;湿阻中焦、气机不利则短气;胃失和降则呕恶。所有症状皆由水湿所致,知母“下水”可去水湿,再配以芍药(赤芍)“利小便”,白术、附子“并走皮肉逐水气”,并麻黄发汗,可将水湿尽除。芍药(赤芍)配伍麻黄、桂枝、白术、附子解在表之水湿,治“关节疼痛”;桂枝、附子之辛散可使下陷之水气上行以解“脚肿如脱”;茯苓主“逆气”“利小便”,用治“头眩短气”“温温欲吐”,知母主“下水”“热中”,促进水下行的同时去除水湿所致郁热。各药升降相合使水运归于正常,诸症皆愈。至此可知,知母在桂枝芍药知母汤中所起之效乃清热与“下水”,世人认知其用,不应再拘于临床所见化热之象^[13]。

5 结束语

《本经》中的苦味利水药具有以寒凉之性引水下行的特点,其利水方式主要有利小便以排出水液和通调水道以促进水液在体内运行两种,所利之水停留在肤表、腹部、关节等处,除利水外,还具有散结除癥、消积逐瘀功效。

《伤寒杂病论》中苦味利水药所治病证以水郁所致胸腹部郁滞症状和郁滞所致气上逆症状为主要表现,郁滞程度处于由无形向有形转化的阶段,按诊应具硬而不实、或伴疼痛的特点。

利水经方中,苦味利水药配伍辛味药的主要功效为调畅气机,苦味利水药配伍解表之辛味药可趋外以解表利水,配伍调里之辛味药则可趋内以调里利水;两种苦味利水药相配伍可开泄血分之水结,苦味利水药与其他功效的苦味药相配伍可散结与除热并举。

[参考文献]

- [1] 尚志钧. 神农本草经辑校[M]. 北京:学苑出版社,2014.
- [2] 张玉书. 康熙字典[M]. 上海:上海书店,1985.
- [3] 巢元方. 诸病源候论[M]. 太原:山西科学技术出版社,2015:153.
- [4] 孙西庆. 神农本草经应用求真[M]. 济南:山东科学技术出版社,2022.
- [5] 王雨亭,罗普树,李志文. 中医疾病证候辞典[M]. 北京:人民军医出版社,1988:129.
- [6] 尤在泾. 伤寒贯珠集[M]. 李玉清,孔长征,点校. 北京:中国医药科技出版社,2011:39.
- [7] 吴考槃. 医学求真[M]. 北京:中国医药科技出版社,1990:82.
- [8] 范永升,姜德友. 金匱要略[M]. 北京:中国中医药出版社,2021.
- [9] 张志聪. 黄帝内经素问集注[M]. 王宏利,吕凌,校注. 北京:中国医药科技出版社,2014:86.
- [10] 孙志其,鲁明源. 基于气本体论的五味性用阐述[J]. 中华中医药杂志,2017,32(12):5296-5298.
- [11] 朱世增. 刘渡舟论伤寒[M]. 上海:上海中医药大学出版社,2009:58-64,305-307.
- [12] 王敏,李宇航. 谈张仲景苓芍术甘汤与苓芍剂之演化[J]. 中华中医药杂志,2018,33(8):3256-3259.
- [13] 唐尊昊,王一迪,曲夷. 经方中的知母配伍应用探析[J]. 中国中医基础医学杂志,2022,28(6):952-954.

从系统中医学角度阐释“形”“气”“神”概念及其相互关系

张亚鹏, 祝广钦, 张继平, 田嘉怡, 马淑然

(北京中医药大学中医学院, 北京 100029)

[摘要] 文章基于系统中医学,重新定义“形”“气”“神”的内涵与关系,构建整合的系统理论模型,为复杂疾病的辨证施治提供新思路。在系统中医学框架下,对“形”“气”“神”进行系统分析:“形”为气化和信息转化的物质基础,是“气”“神”的外在表现和相对静止状态;“气”为物质运动与能量变化的统一体,具有物质性、功能性、信息性和系统质特征,是“形”“神”变化的动力;“神”为信息变化和调节的核心过程,是“形”“气”的主宰。三者共同构成“物质-能量-信息”一体化的人体生命活动框架,互为依存,维持健康平衡。这种元整体观为整体性、动态化的疾病诊断与治疗提供了理论支持,对复杂疾病的辨证施治具有重要指导意义,特别有助于身心疾病患者的全面康复。

[关键词] 系统中医学;形;气;神;元整体观;辨证施治

[中图分类号] R2-03

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0522-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.007

Explaining Concepts of “Form” “Qi” and “Spirit” and Their Mutual Relationships from Perspective of Systematic Traditional Chinese Medicine

ZHANG Yapeng, ZHU Guangqin, ZHANG Jiping, TIAN Jiayi, MA Shuran

(College of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract Based on systematic traditional Chinese medicine, this article redefines the connotations and relationships of “form” “qi” and “spirit”, and constructs an integrated systematic theoretical model, so as to provide new ideas for the syndrome differentiation and treatment of complex diseases. Under the framework of systematic traditional Chinese medicine, a systematic analysis of “form” “qi” and “spirit” is conducted: “Form” is the material basis for qi transformation and information transformation, and is the external manifestation and relatively static state of “qi” and “spirit”; “Qi” is the unity of material movement and energy change, with material, functional, informational, and systemic quality characteristics, and is the driving force for the changes of “form” and “spirit”; “Spirit” is the core process of information change and regulation, and is the master of “form” and “qi”. The three jointly constitute the integrated framework of “matter-energy-information” for human life activities, are mutually dependent, and maintain a healthy balance. This meta-holistic view provides theoretical support for the holistic and dynamic diagnosis and treatment of diseases, offering important guidance for the syndrome differentiation and treatment of complex

[收稿日期] 2025-02-26

[基金项目] 国家自然科学基金项目(编号:82274385)

[作者简介] 张亚鹏, 2021 年博士研究生, 研究方向: 中医基础理论与临床应用。

[通信作者] 马淑然, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, 主要从事天人相应理论与临床实验研究。邮箱: mashuran64@sina.com。

diseases, especially aiding in the comprehensive rehabilitation of patients with psychosomatic diseases.

Keywords systematic traditional Chinese medicine; form; qi; spirit; meta-holistic view; syndrome differentiation and treatment

“形”“气”“神”是中医学的核心概念,在中医学理论体系中,“形”“气”“神”被认为是人体生命活动的基础。传统中医学强调三者的统一性,认为“形”为物质载体,“气”为功能动力,“神”为信息调节,三者共同维持人体的生理平衡和健康。随着现代医学的发展和疾病谱的变化,传统的解释框架在应对复杂疾病时显露出明显不足。特别是在面对功能性病变、心理疾病和复杂系统性疾病时,如何从系统的角度重新阐释“形”“气”“神”的内涵,成为中医学理论创新的迫切需求。系统中医学作为一门融合了传统中医哲学和现代系统科学的新兴学科,为阐释中医学理论提供了新的思考路径。它将人体视为一个开放的复杂巨系统,强调物质、能量和信息的动态交互和整体协调。基于这一视角,对“形”“气”“神”进行重新定义,不仅有助于深化中医整体观的内涵,也为复杂疾病的辨证施治提供了全新的理论支撑。本研究旨在从系统中医学角度重新认识“形”“气”“神”的内涵及其相互关系,为中医学理论的发展和临床实践提供新的思路。

1 “形”概念的界定

1.1 系统中医学对“形”的认识

在系统中医学中,“形”不仅仅是外部形态和解剖结构的表征,更是气化、能量和信息转化的动态场所。它是生命活动的物质载体,涵盖外在与内在的多个层面。系统中医学认为,“形”是由系统内部各要素通过相互作用形成的有序结构,体现了要素间的动态组织和相互联系。其本质是动态的“过程流”,而非静态的解剖结构,正如《一般系统论》中所指出的,结构与功能在生命系统中本质上是一体的。在生命系统中,结构以“过程流”的形式表现,物质和能量通过耗散在开放系统中实现有序化^[1]。因此,人体的“形”不仅是解剖层面的静态结构,更是一个动态的相互作用关系网络,体现了系统内各要素的关联与互动^[2]。“形”作为“气”和“神”的支撑基础,通过系统内物质与能量的耗散,形成了一个开放系统内的有序化结构。人体的“形”不仅包括解剖学的形态,还涉及非解剖结构(如经络)。这些复杂的非解剖结构对理解人体的整体功能和生命活动具有重要

意义。人体内部通过经络系统形成一个动态的网络结构,既具物理形态,又展现虚实相生的特性,从而保证生命活动的稳定与平衡。这种对“形”的系统化理解,深化了中医整体观,并为临床诊治疾病提供了重要的理论依据。

1.2 传统中医学对“形”的认识

传统中医学对“形”的理解超越了单纯的解剖结构,强调其功能性与整体性。“形”不仅包括可见的外部形态,如四肢、脏腑,还涵盖体内的精、气、血等微观物质。“形”是维持人体生理功能的基础,其状态反映气血运行的状况,健康与形体密切相关。经典医籍如《灵枢》和《素问》强调了形体与气、阴阳的紧密关系。《素问·四气调神大论》“广步于庭,被发缓形”强调形体顺应自然规律的重要性,《灵枢》“形有缓急,气有盛衰”则进一步说明形体应与气的变化保持和谐。在中医学的诊疗体系中,“形”不仅是物质存在,更是诊断与治疗的关键依据。脏腑作为人体基本的组织结构,既有形态上的体现,也包含诸如阴阳之类的无形概念。中医养生观也特别重视形体的保养,认为调理形体可以促进健康、延年益寿。全面理解“形”的作用对于掌握中医的整体观和系统性思维具有重要意义,为临床诊断与治疗疾病奠定了坚实的理论基础。

1.3 “形”的病理变化

在系统中医学的病理中,“形”不仅是疾病侵袭的主要场所,亦是病变的直接表现。形态研究对于理解人体健康与疾病至关重要,对形态的研究尤其需要关注其动态演变及功能性病变,超越静态的解剖结构。病变通常先表现为功能异常,随着功能异常加剧,才发展为器质性病变。因此,深入病理解剖层面的研究对于临床防治疾病具有重要意义。“形”的病理涉及脏腑、经络、组织等有形结构的变化,以及现代医学所揭示的组织和生理物质的病理改变,如炎症、溃疡、变性、坏死和肿瘤等。例如,脑部肿瘤可导致气血消耗增加,呈现“因实致虚”的病理特征;部分患者还可能出现癫痫、昏厥、抽搐等症状,反映了“神”与“形”之间的相互作用。六淫致病多以伤形为主,侵犯筋脉时可引发肢体僵硬、痉挛、麻痹等症

状。情志过激不仅可能导致神志失调,还会影响五脏六腑和四肢百骸,引发广泛的身体病变。在系统中医中,“形”不仅指形态,还包括疾病发展的动态过程,如脾风症和“寒暑伤形”等病症通过患者的形态变化反映出其病理变化,《黄帝内经太素》中总结的“血枯病”也展示了不同病形与病理之间的密切关联。形态的变化直接反映了疾病的性质与发展,还为临床诊断与治疗提供了关键依据。

1.4 临床诊治中的“形”

“形”在临床中贯穿于诊断、辨证和治疗的全过程。在望、闻、问、切四诊中,望诊直接体现了对“形”的观察。医生通过患者面色、体态、舌象、指甲等外部表现评估其内在脏腑的健康状态。例如,面色苍白提示气血不足,红润则表明气血充盈;舌象的变化亦能反映气血和脏腑功能,淡白舌提示气血虚,红绛舌则暗示内热。这些形体特征为辨证和个性化治疗提供了重要依据。

在治疗和养生中,调节“形”具有重要意义,形体的改善有助于恢复气血平衡,促进整体健康。例如,肥胖或瘦弱通常与脏腑功能和气血运行相关。系统中医通过针灸、推拿和药物等疗法来调节人体内部的空间形态,恢复气血的正常流动。针灸通过刺激特定穴位,调节经络气血,改善浮肿、关节疼痛等症状;推拿则通过手法促进气血运行,恢复肢体功能;气功与导引通过形体运动和呼吸调节,促进内在气流畅通;药物则通过调节脏腑和经络,恢复内部结构的平衡,以达到治疗效果。

1.5 调形的核心在于“和”

在系统中医中,调形的核心在于保持脏腑、经络、气血之间的和谐统一。根据气学理论,“气”与“形”密切相关,形体病变的前驱通常源于气的异常,气机失调往往引发功能性病变,最终导致形体病变。因此,调理气机、补益气血是治疗形病的重点。在辨证过程中,虚、实是评估形体状态的重要概念。形虚指气血不足、脏腑功能减弱;形实则常见于气血壅滞或外邪侵袭。形体的变化不仅反映疾病性质,还揭示其发展趋势。通过辨别形体虚实,医生可以更准确地判断病症的本质和进程。无论是器质性病变还是功能失调,调节形态以恢复气血平衡、维持内外和谐,都是其中医治疗的关键。这种以“和”为核心的

调形理念贯穿于中医整体观的诊治策略之中,体现了系统中医对人体动态平衡和整体健康的深刻理解。

2 “气”概念的界定

2.1 系统中医对“气”的认识

在系统中医中,“气”指物质运动与能量变化的统一体,具有物质性、功能性、信息性和系统质的特征。作为传统哲学的核心概念,“气”概括了物质的运动过程,涵盖从机械运动到生命活动的各个层次。在医学上,“气”不仅是物质的存在,更是生命的基础。现代科学的部分研究验证了气的存在,发现人体周围的能量场与中医所述的气辐射性质相符^[3]。尽管“信息”一词源自西方科学,但我国古代对“气”的理解已包含信息的含义^[4]。《管子·内业》所述“搏气如神,万物备存”说明“气”不仅蕴含宇宙规律,还携带信息,掌控万物运行^[5]。《素问·移精变气论》中的“祝由”疗法利用气的特性治疗疾病,其原理与现代信息疗法相近^[6]。

系统中医的气化学说将人体视为一个耗散结构,将“气”视为生命的原始动力,它推动生命活动,连接形与神,是一切生理功能的源泉。人体作为一个开放系统,通过与环境交换物质与能量,汲取负熵以维持有序状态。正常的气机是维护健康的基础,气机失常是疾病发生的主要原因之一。系统中医更关注功能失常,认为其比器质性病变更为根本。总之,“气”在系统中医中作为物质存在,具有功能和信息特征,它既体现了生命活动的整体性,也为中医学在现代医学背景下的理论创新与临床应用奠定了坚实基础。

2.2 传统中医对“气”的认识

在传统中医中,“气”是构成人体、维持生命活动的基本物质,体现了物质与生理功能的统一性。气的系统性和整体性体现在元气、宗气、营气、卫气及脏腑和经络之气等层面。气在体内负责温养、调节、维持平衡,如《景岳全书》言“上焦开发,宣五谷味,熏肤、充身、泽毛”^[7],说明气对全身系统的滋养作用。

气具有物质性,如脾胃运化水谷后产生的“水谷之气”,与呼吸相关的“清气”,以及与五脏功能紧密相连的肝气、肺气、肾气等,均具有物质性。气既调

节内外平衡,也主导生理活动和病理变化,具有寒、热、虚、实等属性。《素问·五常政大论》指出“气为阳,味为阴”,药物通过四气五味的协同作用,调节元气的升降和人体的阴阳平衡。《黄帝内经》和《难经》认为气是天地万物生成的本源。从无形到有形、从混沌到化生,气贯穿整个生命过程,调控着人体内外的物质、能量与信息。气的动态变化体现了天人合一的整体观。同时,现代科学的物理真空和量子效应理论与中医学中的“气”概念存在诸多契合点,进一步验证了“气”的复杂性和多义性。

2.3 “气”的病理变化

“气”的病理主要涵盖四个方面:器质性疾病引起的气异常,非解剖结构的功能异常,生命活动中的相互作用失调,有序度下降导致的失稳。气的基本运动形式为升降出入,正常情况下,清气上升以养脏腑,浊气下行以排出体外。当气逆行时,就会引发疾病。气的亏损,如正气虚或脏腑气虚,会导致乏力、嗜睡、胃下垂、子宫脱垂等症状,气虚不养神则引发精神萎靡,气郁化火则表现为实证。这些现象说明了气的物质性和运动异常在病理过程中的重要性。中医学认为,健康是气机正常的体现,疾病则是气机失调的结果。《难经》言“气者,人之根本也,根绝则茎叶枯矣”^[8],体现了气在维持生命中的核心地位。在病理状态下,阳气衰弱可导致脾胃失调、湿阻中气,影响气机;肝阳升散过度或肺气潜降不足会导致热病或阴虚;肝气升发不足或肺气潜降过度则表现为寒病或阳虚^[9]。这些病理变化揭示了气的升降出入失常与疾病的密切关系。

2.4 临床诊治中的“气”

“气”学说对中医临床诊治疾病具有重要的指导意义,贯穿于望、闻、问、切等诊断过程。通过观察气色、诊查脉象等,医者能够判断气的盛衰,进而制定治疗方案。气的升降直接影响津液和血的运行,气机的调控与阴阳、五脏等辨证模式密切相关,如六经辨证通过调节气机治疗疾病。《四圣心源》提出的“一气周流”理论构建了气机循环的模型,阐释了人体气机循环对健康和疾病的影响,强调中气在脾胃运化中的核心作用,脏腑之间相生相克的平衡依赖于中气的协调作用^[10-11]。《素问·五运行大论》言“五气更立,各有所先,非其位则邪,当其位则正”,揭示了气

机失调引发疾病的机制。《四圣心源》进一步强调中气是“和济水火之机,升降金木之轴”^[12],中气衰弱会导致人体之气升降失调,引发“诸病从脾胃而生”的病理状态。在中医诊疗疾病过程中,气机变化是辨证论治的依据,调节气机是治疗的重要途径。这一思路贯穿了中医诊疗的全过程,体现了气在疾病发生与治疗中的核心作用。

2.5 调气的核心在于“和”

气是天人关系的纽带,生命活动依赖于气的升降出入。中医认为“百病皆生于气”,疾病源于正气与邪气的动态斗争,正气和则百病不生,气机失调则引发病变。中医学继承了“和实生物”的哲学思想,重视人体阴阳、气血的动态平衡,认为防治疾病的根本在于调和阴阳气血,恢复脏腑功能,实现气和。《素问·至真要大论》言“谨察阴阳所在而调之,以平为期”,说明中医通过调和阴阳来恢复气的平衡,预防和治疗疾病。《金匱钩玄》指出:“气血冲和,万病不生。”^[13]调气的核心在于“和”,这一原则贯穿于中医治疗疾病的各个方面,体现了通过维持气机和谐来实现健康的目标。

3 “神”概念的界定

3.1 系统中医学对“神”的认识

在系统中医学中,“神”被视为信息变化和调节的核心过程,具有系统质的特点。祝世讷^[14]指出,人体是自我调节和自我组织的系统,“形”“气”“神”三者的相互作用,促进生命活动的有序进行。《周易》“穷理尽性,以至于命”强调了人与自然的和谐,认为当心神和谐时,身体的自组织能力达到最佳状态^[15]。健康状态被视为阴阳相互作用下的人体自我调节,思维活动通过大脑影响中枢调控,人体的自愈力依赖于“神”的调节^[16]。“神”的状态直接影响自组织过程及健康转化,在维持整体健康中具有关键作用^[17]。“神”不仅代表精神与意识,更是生命系统信息传递与调节的关键。这种对“神”的系统化认识,为中医学的整体观提供了理论支持,揭示了“神”在维持生命有序性中的核心地位。

3.2 传统中医学对“神”的认识

在传统中医学中,狭义的“神”指精神意识活动,广义的“神”涵盖整体生命活动^[18]。“神”的状态直接影响生命系统的自组织与健康^[17]。《黄帝内经》强调

“神”不仅主宰生理活动,还调节心理活动,将“神”视为生命生成、病理诊断与治疗的核心。“神”体现了天地运行的奥妙与不可预测性,携带生命信息,调控阴阳平衡和五行生克机制。《素问》指出,阴阳的交替与转变是万物变化的根本,“神”通过调节阴阳平衡来维持人体生理和心理的动态平衡。

3.3 “神”的病理变化

中医学认为,“神”对生命至关重要,正如《灵枢·天年》所言:“失神者死,得神者生。”“神”的病理变化常伴随气和物质层面的异常。例如,大怒导致气上逆,引发血液上冲,可能出现脑出血、昏迷等症状。“神”的变化直接影响“气”和“形”的状态,及时调整精神可恢复气机平衡,解除潜在病患。“神”的失调不仅表现为情绪、精神层面的异常,还可能影响到生理功能,引起全身性紊乱。

3.4 临床诊治中的“神”

“神”在中医学中不仅反映生命活动情况,更与疾病诊断密切相关。在望诊中,医生通过观察患者的精神状态,如目光有神、精神振奋,来判断其生命活力。“神”学说贯穿于疾病诊治的各个环节,成为诊法的核心。通过望神、脉神等从整体上把握疾病的本质,突显了“神”在疾病诊疗中的重要地位。《黄帝内经》认为“神”是人体调节机制的核心,当内外因素干扰人体时,依赖“神”的调节来维持健康。针灸和药物不仅纠正局部病灶,更通过调理“神”来实现整体的阴阳平衡。养生理论强调摄“神”为预防疾病的重要方法,通过顺应自然、保持心态平和,维持身心平衡,实现预防与治疗的结合。

3.5 调神的核心在于“和”

中医治疗的核心理念在于整体调节,通过调节“神”来恢复人体的自我调节能力,达到自愈效果。调神是中医区别于西医的显著特点,强调通过“神”的和来治愈疾病。“和”是宇宙万物生成与存在的基本法则,既是健康的前提,也是治疗的核心目标。《黄帝内经》将“神”视为人体内在的调节机制,当外邪侵袭时,“神”通过调节阴阳和五行来抵御外邪,维持健康。《素问·上古天真论》指出,古人顺应阴阳而长寿,反之,阴阳失调则致病。因此,调神不仅是精神层面的调节,更是对人体整体平衡的重塑。通过恢复阴阳和五行的和谐,人体的自我调节能力得以恢复,从而达到防治疾病、维持健康的目标。

4 从系统中医学角度阐释“形”“气”“神”三者之间的关系

4.1 “形”“气”“神”的动态复杂性与整体统一

全面理解“形”“气”“神”三者关系的关键在于把握人体的复杂性与整体性。整体大于部分之和,三者的关系不能简单分解为局部功能。“形”“气”“神”作为系统质的体现,彼此相互依存、转化,共同维持生命的平衡与稳定。系统质病变表现为整体的病理变化,而非各部分的独立异常。人体作为开放的复杂巨系统,体现出“形”“气”“神”的非加和性,它们的协调与平衡是生命动态运动的核心。理解三者的整体性与系统质特征,是认识人体生命活动的关键。“形”“气”“神”三者关系高度复杂,体现为动态的生命结构。人的“形”不仅包括解剖结构,还涵盖非解剖结构,如时间结构与功能性结构。元整体原理强调人体的不可分割性,健康与疾病的调理需遵循分化与整体相结合的原则。“形”“气”“神”通过相互依存与协调,共同构成生命的整体属性,这种整体性不能简单归结为三者的相加,而是体现在其动态复杂的交互作用与统一性上,“形”“气”“神”三者之间的关系是分化系统、元整体,而不是组合系统、合整体。

4.2 “形”“气”“神”失调导致疾病

人类作为分化系统的产物,整体性优先于部分,局部病变必须放在整体中理解。病变的本质不在于物质实体的异常,而在于“形”“气”“神”相互作用关系的失调。物质实体只是网络中的节点,治疗的关键在于恢复“形”“气”“神”关系的平衡。“形”“气”“神”作为整体层面的有机统一,具有不可还原性。一旦系统质瓦解,整体也随之崩溃。它们在关系网络中并非孤立存在,而是相互交织的节点。正如罗嘉昌^[19]所言:“关系即实在,实在即关系,关系先于关系者。”健康与疾病是这些关系动态变化的结果,病变不仅表现在分子、细胞、器官层面,也涉及系统质层面的失衡。系统质病变是“人之病”,不能仅通过分子、细胞或器官的病变简单相加来解释,而应从整体系统的关系失调和动态平衡的角度来理解和治疗。这种对“形”“气”“神”失调的整体性认识,体现了系统中医学在应对复杂病理变化时的系统性思维和整体观。

4.3 临床实践中“形”“气”“神”一体化的应用

《灵枢·寿夭刚柔》曰“形与气相任则寿,不相任

则天”,揭示了“形”“气”“神”三要素在人体中的重要性。三者的统一是系统中医学的核心思想。“形”是生命的载体,“气”是生命的动力,“神”是生命的主宰,三者共同决定生命状态。《灵枢·小针解》明确指出“神者,正气也”,表明“神”的存在依赖于“形”与“气”的支持。“气”是“形”与“神”相互作用的桥梁,信息通过“气”在“形”与“神”之间传递,形成动态的整体生命过程。通过“形”“气”“神”的统一性来分析病理变化,有助于全面评估病情并制定个体化治疗方案。《素问·灵兰秘典论》言“心者,君主之官也,神明出焉”,强调心为“神”的主宰,统摄生命活动。当“形”“气”“神”三者和谐时,人体能实现自我调节、自我平衡,从而维持健康。

“形”“气”“神”一体化理论不仅为中医理论奠定了坚实基础,也为临床中的针灸、气功等疗法提供了依据。通过调理“气”与“神”,促进“形”的恢复,实现整体健康的维护。这种整体观强调了三者的动态协调,为个体化和整体化的诊疗方案提供了理论支持。在临床实践中,“形”“气”“神”一体化理论应作为中医诊治的核心指导原则。首先,“气”是“形”的基础与前提,“形”的建立依赖“气”的支持。仅关注解剖形态的研究难以全面理解非解剖形态的结构及其病变。“气”的紊乱是形质病变的根源,气化的异常往往是器质性病变的基础,疾病的本质首先表现为功能性变化。功能异常若不及时调节,终将发展为器质性改变。在实际应用中,“形”“气”“神”一体化理论应作为中医诊治的核心指导原则。功能性变化往往先于器质性病变,对气化异常进行调理能够预防器质性病变的发展。因此,通过调气、调形、调神的综合干预,可以有效预防和治疗疾病,实现整体健康。

5 结束语

系统中医学认为,人的特性不仅体现在形态结构上,还体现在“气”和“神”的动态运动过程中。基于元整体理论,“形”为物质基础,“气”为生命动力,“神”为生命的主宰。“形”“气”“神”一体化理论强调人体是不可分割的整体,各部分无法脱离整体而独立存在。整体优先于部分而存在,整体功能大于部分之和。因此,“形”“气”“神”需在整体框架下理解和调治。病变的根本原因在于实体关系网络的失调,治疗应着重恢复“形”“气”“神”的功能性平衡,以重建整体健康。在临床实践中,“形”“气”“神”一体

化理论应作为中医诊治的核心指导原则。通过正确理解三者的统一性,中医能够更加综合、个性化地评估患者的整体状态,制定有效的诊治方案。

[参考文献]

- [1] 路德维希·冯·贝塔兰菲. 一般系统论[M]. 秋同,袁嘉新,译. 王宏昌,校. 北京:清华大学出版社,1987:67.
- [2] 梅益. 中国大百科全书:哲学[M]. 北京:中国大百科全书出版社,1987:358.
- [3] CAYCE E. Auras: an essay on the meaning of colors [M]. Virginia: ARE Press, 1945: 2353.
- [4] 刘长林. “气”概念的形成及哲学价值[J]. 哲学研究, 1991(10): 56-64.
- [5] 华成坤. 意识和气在中医中的作用[J]. 光明中医, 2014, 29(5): 913-915.
- [6] 李雄. 轩辕黄帝医用“祝由”的渊源[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(7): 3379-3383.
- [7] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京:中国中医药出版社, 2023: 689.
- [8] 秦越人. 难经[M]. 钟国新,整理. 北京:中国中医药出版社, 2022: 11.
- [9] 殷贝,李佑生,陈玲玲,等. 沈英森应用“一气周流”理论治疗过敏性鼻炎[J]. 中医杂志, 2018, 59(15): 1272-1274.
- [10] 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.
- [11] 安帅,白荣闯,朱龙,等. 基于“一气周流”理论探讨颈椎病辨证论治[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(6): 126-129.
- [12] 黄元御. 四圣心源[M]. 徐静,宋白杨,校注. 北京:中国医药科技出版社, 2020: 45.
- [13] 朱震亨. 金匱钩玄[M]. 北京:中国中医药出版社, 2020: 74.
- [14] 祝世讷,陈少宗. 中医系统论与系统工程学[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 309.
- [15] 樊尊峰,李其忠. 道家“无为论”与中医和谐养生观[J]. 河南中医, 2009, 29(3): 234-235.
- [16] 王峰,秦玉革,秦玉恒,等. 《内经》意气针灸疗法和提插捻转治神的联系[J]. 中国针灸, 2016, 36(3): 274-278.
- [17] 黄剑. 《黄帝内经》养生方法探讨[J]. 河南中医, 2008, 28(4): 8-9.
- [18] 孙广仁. 中医基础理论[M]. 9版. 北京:中国中医药出版社, 2012: 146-147.
- [19] 罗嘉昌. 从物质实体到关系实在[M]. 北京:中国社会科学出版社, 1996: 8.

从“清阳出上窍”探析眼病辨治

陈玲玲¹,李 点²

(1.湖南中医药大学第一中医临床学院,湖南 长沙 410208; 2.湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙 410007)

[摘要]《黄帝内经》“清阳出上窍”理论为官窍疾病提供了诊疗思路,对眼病的诊治有着重要的指导意义。清阳为五脏化生的精微物质,包括有温煦、防御、推动作用的气,有濡养、润泽作用的血与津液。在五脏六腑的功能协调下,先天精气、水谷之气与自然界之清气皆可化生为清阳,清阳上输于头面,润养目珠,视物以明。从“清阳出上窍”辨析,眼病病机不外乎虚实两端。五脏六腑受损、气血津液耗伤导致清阳不化或不升为虚;邪浊阻滞致使清阳不升为实。因此,临证治疗眼病可根据辨证情况从补虚或祛邪入手,虚证重在调补脏腑和气血津液,实证重在祛邪降浊,通过补虚泻实使气机通畅、清阳得升、目窍得养。

[关键词] 清阳出上窍;眼病;脏腑;气血津液;升清降浊

[中图分类号] R276.7

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0528-05

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.008

Analysis on Diagnosis and Treatment of Eye Diseases from “Clear Yang moving Upward into the Upper Orifices of the Body”

CHEN Lingling¹,LI Dian²

(1.The First Clinical College of Chinese Medicine,Hunan University of Chinese Medicine,Changsha 410208, China;2.The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine,Changsha 410007,China)

Abstract The theory of “clear yang moving upward into the upper orifices of the body” proposed in *Inner Canon of Huangdi* provides diagnostic and therapeutic ideas for diseases of the orifices and has important guiding significance for the diagnosis and treatment of eye diseases. Clear yang refers to the essence generated and transformed by the five zang-organs,including qi that functions to warm,defend,and promote, as well as blood and body fluids that function to nourish and moisturize. Under the coordinated functions of the five zang-organs and six fu-organs,the congenital essence qi,qi from food and water,and the clear qi from nature can all be transformed into clear yang. The clear yang is transported upward to the head and face, nourishing the eyeballs and enabling clear vision. Based on the analysis of “clear yang moving upward into

the upper orifices of the body”, the pathogenesis of eye diseases can be classified into two aspects: deficiency and excess. The damage to the five zang-organs and six fu-organs, as well as the depletion and injury of qi, blood, and body fluids, leading to the failure of transformation or ascent of clear yang, is considered deficiency. The obstruction by

[收稿日期] 2024-10-28

[基金项目] 教育部产学合作协同育人项目(编号:221004439043428)

[作者简介] 陈玲玲,2022年硕士研究生,研究方向:中医药防治眼表疾病。

[通信作者] 李点,主任医师,教授,博士研究生导师,主要从事眼病的中西医结合治疗研究。邮箱:1103968933@qq.com。

pathogenic turbidity, which prevents the ascent of clear yang, is regarded as excess. Therefore, in the clinical treatment of eye diseases, one can start from tonifying deficiency or dispelling pathogenic factors based on syndrome differentiation. For deficiency syndromes, the emphasis is on regulating and tonifying the zang-fu organs, qi, blood, and body fluids. For excess syndromes, the emphasis is on dispelling pathogenic factors and reducing turbidity. Through tonifying deficiency and purging excess, the qi movement can be unobstructed, clear yang can ascend, and the eye orifices can be nourished.

Keywords clear yang moving upward into the upper orifices of the body; eye diseases; zang-fu organs; qi, blood, and body fluids; ascending lucidity and descending turbidity

眼为人体居上之官窍,受清阳充养而能“视万物,别白黑,审短长”(《素问·脉要精微论》),若脏腑失调、经络失和、气机失常、气血津液运行不畅导致清阳不升、目窍不利,则生眼病,故治疗眼病可用补虚泻实、升清降浊之法。笔者在临床跟师学习中发现从“清阳出上窍”辨治眼病疗效颇佳,故对相关原理及方药进行探析。

1 “清阳出上窍”内涵

《黄帝内经》中对“清阳”有多种表述,《素问·阴阳应象大论》言“清阳为天”“清阳发腠理”“清阳实四肢”“清阳出上窍”,说明自然界中的清轻之气、布散于皮肤抵御外邪的卫气、充实于肢体百骸的水谷精气皆可成为“清阳”。人体“清阳”上升可濡养头面,滋养官窍,推动全身之气的升降出入,维持气机平衡。《实用内经词句辞典》解释“清阳”为润养头面官窍的泪、涕、唾、液等阴属性物质,亦指有温煦、激发功能和维持视、听、味、嗅、发音等功能的阳气^[1]。

“出”是气的运动形式之一,为清阳运输、运动的体现。《素问·六微旨大论》曰:“出入废,则神机化灭,升降息,则气立孤危。故非出入,无以生长壮老已;非升降,则无以生长化收藏。是以升降出入,无器不有。”升、降、出、入是气的运动形式,人体之气升、降、出、入协调平衡是脏腑功能健运的重要保证。《灵枢·阴阳清浊》谓“清者上走空窍,浊者下行诸经”,体现了清升浊降的升降规律,故清阳以升,浊阴以降,气机和谐通畅,则窍道通达,目视精明。若浊阴不降,反逆于上,聚而生邪,阻遏清窍,清阳升发不利,则清窍失用。

“上窍”为清阳在气的升降作用下到达的部位,指人体中居上之官窍,包括目、口、鼻、耳^[2]。《灵枢》中又称“上窍”为“阳窍”“清窍”。

综上,“清阳出上窍”中的“清阳”为五脏化生的一切精微物质,既包括有温煦、防御、推动作用的气,也包括有濡养、润泽作用的血与津液。在五脏六腑的功能协调下,先天精气、食入之水谷与吸入之清气皆可化生为清阳,清阳通过人体之气的升降作用上输于头面官窍,使其得以充盈、温煦、濡养,各司其职。

2 清阳不升,目窍不利

2.1 脏腑失调

《灵枢·大惑论》曰:“五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精,精之窠为眼。”故眼的视物功能有赖于五脏六腑之精气的充养,若脏腑虚损、功能失调,则精气化生不足,目失充养,变生眼疾,即“精气虚,故目盲不可以视”。

脾胃为气血生化之源,食入之水谷经脾胃的腐熟运化成为清阳,《素问·经脉别论》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。”脾胃功能失常则气血化生不足,致使清阳不生、目窍不荣。脾胃为气机升降之枢纽,为“清阳出上窍”的重要生理基础,水谷精微经脾气转输,濡养全身,脾气上升,清阳之气方升运于目。若脾胃气机升降失常,则清阳不升、浊阴不降,目窍不利。

肺主气,有宣发肃降、通调水道之能,可调节全身的气机运动、津液输布,使吸入的轻清之气与体内水谷之气结合,敷布全身。肺气旺盛,气调津充,则清阳之气顺达于目,目得其养。若肺气不充,清阳不升,目失所养,则视物不明。

《审视瑶函》曰:“真血者,即肝中升运于目。”^[3]²³肝主泣,肝血充盈可升运于目、滋养目络。肝气通于目,肝调气畅则窍道通畅,清阳顺达头目。若肝阴不足、气郁窍阻,阻碍清阳化生与上升,则目窍失养。

肾寓真阴真阳,五脏之阳由此升发,肾阳温养,则精充目明。肝藏血,肾藏精,肝肾同源,精血相滋,若肝肾亏虚,则清阳不充,目失荣养。

2.2 气血津液失充

眼之神光有赖于气血津液充养。《严氏济生方》谓“眼通五脏,气贯五轮”^[4],《审视瑶函》云“真气者,即目经络中往来生用之气,乃先天真一发生之元阳也”^{[3]23}。升腾上达于眼之气为真气,气有推动、温煦、固摄、防御等作用,故真气有激发维持眼的视物辨色、固护眼表津液、收敛神光、抵御邪侵之功。《审视瑶函》曰“血养水,水养膏,膏护瞳神”“真血者,即肝中升运于目,轻清之血,乃滋目经络之血也”^{[3]23-24}。上行至目之真血有滋养目络、养护瞳神之效,故《素问·五脏生成》言“目得血而能视”。《灵枢·五癯津液别》曰“五脏六腑之津液,尽上渗于目”,《灵枢·口问》“液者,所以灌精濡空窍者也”,五脏化生之津液上呈于目以充养神水、濡润目窍。

若气血津液因各种原因亏耗,出上窍之“清阳”不足,目珠失于温煦、濡养,则发为眼病。《医灯续焰》曰:“清阳者,气也,气不足则不能上达,则头目空虚。”^[5]《审视瑶函》云:“夫目之有血……少有亏滞,目病生矣。”^{[3]25}《灵枢·口问》曰:“液竭则精不灌,精不灌则目无所见。”故气虚不上达可致清窍空虚;血为养目之源,如有亏滞,亦会变生目疾;津液亏耗,不能上灌于目窍,则致视物不明。

2.3 邪浊内阻

《审视瑶函》言“目昏是通光脉道郁塞所致”^{[3]39},眼为清窍,清阳上达,以通为要。外邪侵袭、脏腑功能失调导致体内邪浊聚集,瘀血、痰浊、水饮等病理产物阻碍清阳上升甚或上扰清窍,致使清窍失用,发为眼疾。目之络道瘀阻,可致暴盲,瘀血阻滞神水,可致眼目胀痛,视力下降;水饮内停,可致视衣水肿、渗出、脱离;痰湿阻滞,可发为胞生痰核、绿风内障等目病。玄府为气血津液出入眼部的门户,为“清阳出上窍”的通道。玄府通利,则清阳出入眼,目络充盈,目窍得清阳濡养而发越神光;玄府闭塞,清阳受阻,精气不能上注于目,则生目病。

3 升清降浊,窍通目明

从“清阳出上窍”辨析眼病,其病机不外乎虚实两端。虚者为五脏六腑受损、气血津液耗伤,导致清

阳不化或不升;实者为邪浊阻滞,导致气机升降失常,清阳不升。故治应审证求因、辨证施治,遵循“虚者补之,实者泻之”原则,补虚以荣,祛邪以通,使清阳出上窍而诸症皆除。

3.1 补虚升清

3.1.1 调补脏腑

脾胃为清阳化生之源,为人体气机升降之枢纽,脾气虚弱,运化失职,可致上睑下垂、胞生痰核、视物昏朦、目珠干涩、夜盲等,治疗可用四君子汤、补中益气汤、益气聪明汤、参苓白术散等益气健脾。脾虚不运、清阳不升,则于益气的基础上加柴胡、升麻、羌活、防风、川芎、蔓荆子等祛风散邪之品,取其味薄轻清之性,助脾升清阳达头面诸窍^[6]。陈广^[7]临床研究发现,健脾益气方联合0.01%阿托品滴眼液治疗儿童青少年脾虚气弱型近视的疗效明显优于单用0.01%阿托品滴眼液治疗。李点^[8]从脾气不足论治干眼症,以益气升阳为法,处方用补中益气汤或益气聪明汤,取得良好疗效。

肺主气,肺气宣发有助于脾之升清,清阳之气有赖于肺气输布全身,肺气不足,或肺气郁闭、气不调顺,可致目眦隐痛、白睛溢血、赤丝隐隐、白睛涩痒等,治疗重在益气宣肺,处方可用补肺汤、玉屏风散以补肺益气,若合并肺阴不足,可用养阴清肺汤、清燥救肺汤、桑白皮汤等。魏伟认为干眼症的病机为肺气阴不足或肺气不宣导致津液不能上达于目,目失润养则干涩,治疗应以宣肺布津为法^[9]。

肾精可充养目窍,肝血可滋养睛珠。肝肾亏虚可致脾失滋养,脾气不充则清阳不生、瞳神失养,由此所致的内障眼病较多,如瞳神干缺、视瞻昏渺、圆翳内障、高风内障、青风内障、青盲等,治疗以滋补肝肾、益精明目为法,方选杞菊地黄丸、明目地黄丸、金匱肾气丸、石斛夜光丸、四物五子丸、加减驻景丸等。李点^[10]运用养阴润目汤治疗肝肾不足型干眼症取得良好疗效,并通过实验研究证明养阴润目汤能有效改善眼部干涩不适等症状。施凌贤等^[11]发现杞菊地黄丸加地塞米松治疗虹膜睫状体炎的疗效确切,并能够降低并发症发生率。

3.1.2 调养气血津液

《素问·生气通天论》云:“气血皆从,如是则内外调和,邪不能害,耳目聪明。”气血由中焦脾胃生化,

中气不足,则清阳不升,目珠不荣,以致能近怯远、视物昏花、眼干隐痛等。对于因气血亏虚或气虚血滞导致的眼病,治疗宜用人参养荣汤、八珍汤、芎归补血汤、归脾汤等以调养气血、荣窍明目。因津液不足、目失濡润或阴虚不制阳、虚火上炎导致的眼病,治疗宜滋阴润目或滋阴降火,方选养阴清肺汤、知柏地黄丸、滋阴降火汤等。董志国等^[12]发现当归养荣汤加味能有效减轻气血亏虚型围绝经期女性干眼症患者的眼部干涩症状,并能改善其泪膜破裂时间等指标水平。

3.2 祛邪升清

3.2.1 祛邪降浊

清阳不升所致的实证多源于瘀血、痰浊、水饮等病理产物壅塞玄府,治疗可运用活血化瘀、利水祛湿、降浊化痰等法以清除邪浊、通利玄府,使清阳上达。李点^[8]对湿浊内阻性干眼症患者予三仁汤以清热利湿、宣畅气机,获效良好。一项回顾性研究表明,具有活血化瘀功效的明目理血汤对三种气滞血瘀型眼底血证(渗出性年龄相关性黄斑变性、视网膜静脉阻塞、糖尿病视网膜病变)均具有较好疗效^[13]。李萱等^[14]运用五苓散治疗各类型黄斑水肿,疗效甚佳。

3.2.2 疏肝通窍

肝开窍于目,肝经风热、肝气郁滞、肝火上炎,皆可导致清阳被遏、不能上达头面诸窍,治疗由此导致的眼病应以清泻肝经风热、疏肝解郁、畅达气机为法,使清浊升降有序,处方可用龙胆泻肝汤、逍遥散、柴胡疏肝散等。谢立科以疏肝养阴法治肝失疏泄、气机不畅、气郁化火导致的干眼症,疗效确切^[15]。孙河等^[16]用疏肝通窍法治眼病,认为该法对原发性青光眼、视神经炎、葡萄膜炎、甲状腺相关眼病、视网膜动静脉阻塞、梅杰综合征等眼病具有良好疗效。

4 病案举例

彭某,女,38岁,2023年6月30日初诊。患者6年前曾行双眼“近视激光手术”,平素工作生活长期使用电子产品,频繁熬夜。主诉:双眼干涩、刺痛5年余,加重伴视物模糊1年。刻下症见双眼干涩、刺痛、视物模糊,常觉视疲劳,以右眼更甚,伴口干,易生口疮,五心烦热,夜寐欠佳,大便干结,舌红,苔薄黄,脉细略数。国际标准视力表远视力检查示:右眼

0.5,左眼0.8。泪液分泌试验示:右眼5 mm/5 min,左眼8 mm/5 min。角膜2%荧光素染色:双眼(+)。中医诊断:白涩症,肝阴不足证。西医诊断:干眼症(双)。治以养肝补血、滋阴润目。方选养阴润目汤加减:黄精15 g,枸杞子10 g,当归10 g,牡丹皮10 g,白芍10 g,川芎10 g,党参6 g,北沙参10 g,菊花10 g,蔓荆子10 g,炙甘草6 g,黄芩10 g,阿胶(烊化)5 g,10剂,日1剂,水煎温服,早晚各1次。

2023年8月11日二诊:眼症减轻,口干等诸症悉减,舌淡红,苔薄略黄,脉细。守前方15剂,服法同前。

2023年9月8日三诊:眼症基本解除,唯时有眼痒、身痒,舌脉同前。国际标准视力表远视力检查:右眼0.8,左眼1.0。泪液分泌试验:右眼10 mm/5 min,左眼15 mm/5 min。角膜2%荧光素染色:右眼轻度着色,左眼(-)。继以前方15剂,巩固疗效。

按:患者双眼干涩、刺痛、视物模糊、用眼疲劳,属白涩症。病发于眼部手术之后,乃因术后气血逆乱,加之喜熬夜、久视电子显示屏,竭视劳瞻,暗耗阴血致阴血亏虚、清阳亏乏。口干、口疮、大便干结、舌红、苔薄黄、脉细略数,均为阴虚生火见症,故辨为肝阴不足,治宜养肝补血、滋阴润目,选用养阴润目汤加减。方中黄精、枸杞子滋阴养肝;当归、白芍、阿胶养血柔肝;北沙参、党参生津润燥,黄芩、菊花清肝明目,牡丹皮、川芎行气和血,蔓荆子轻清升发,引药上行,使“清阳出上窍”,补中有升。患者初诊服药后眼症逐渐减退,故效不更方,守方继进,疗效稳定,病获痊愈。

5 结束语

本文研析“清阳出上窍”的内涵及其在眼病诊治中的应用,从清阳的化生与升发过程探析眼病病机。眼病病机可归纳为虚实两种,虚者五脏六腑受损,气血津液耗伤,使清阳不化或不升,实者邪浊阻滞,气机升降失常,清阳上出受阻。治疗病机以虚为主的眼病,应调补脏腑使清阳化生有源,升发有力,补益气血、津液,充盈清阳;治疗病机以实为主的眼病,则应祛邪降浊、通利玄府,使清阳升发之道畅达。

[参考文献]

- [1] 王庆其,陈晓. 实用内经词句辞典[M]. 修订版. 上海: 上海科学技术出版社,2017:362. (下转第549页)

论著·临床研究

益气泻肺利水法治疗老年心力衰竭合并肺部感染患者临床研究

黄 晨,朱美玲,王 满

(德驭医疗马鞍山总医院老年医学科,安徽 马鞍山 243071)

【摘要】目的:观察益气泻肺利水法对老年心力衰竭合并肺部感染患者心肺耐力、心室重构、纤维蛋白溶解等指标的影响。方法:选择老年心力衰竭合并肺部感染患者102例,采用随机数字表法分为对照组和观察组各51例。研究过程中,对照组脱落2例,最终纳入49例,观察组脱落2例、病情加重剔除1例,最终纳入48例。对照组患者采用西医对症治疗,观察组患者在此基础上采用益气泻肺利水法治疗,两组均连续治疗7d。观察两组患者治疗前后的中医证候评分、心肺耐力指标(无氧阈摄氧量、峰值摄氧量)、六分钟步行试验(6MWT)距离、心室重构指标(左心室射血分数、左心室质量指数、心肌能量消耗、E峰减速时间)、炎症指标[肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、巨噬细胞炎性蛋白-1 α (MIP-1 α)]、心肌损伤指标[心型脂肪酸结合蛋白(H-FABP)、纤溶酶原激活剂抑制物-1(PAI-1)]及不良反应情况,并评价两组的临床疗效。结果:治疗后,两组中医证候评分、左心室质量指数、心肌能量消耗、E峰减速时间及MIP-1 α 、TNF- α 、H-FABP、PAI-1水平均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$);两组无氧阈摄氧量、峰值摄氧量、6MWT距离、左心室射血分数均较治疗前升高($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$)。治疗后,观察组总有效率97.91%,对照组总有效率81.63%,两组临床疗效比较,差异有统计学意义($Z=2.412, P=0.009$)。结论:益气泻肺利水法对老年心力衰竭合并肺部感染患者具有减少炎症反应、降低心肌细胞损伤程度、改善心室重构及纤维蛋白溶解指标水平、提升心肺耐力和心功能的作用。

【关键词】 益气泻肺利水法;老年;心力衰竭;肺部感染;炎症;心室重构;纤维蛋白溶解;心肺耐力

【中图分类号】 R256.22;R256.19 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0257-358X(2025)05-0532-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.009

Clinical Study on Treatment of Elderly Patients with Heart Failure Complicated by Pulmonary Infection Using Method of Benefiting Qi, Purging Lung, and Promoting Diuresis

HUANG Chen, ZHU Meiling, WANG Man

(Department of Geriatric Medicine, Ma'anshan General Hospital of Ranger-Duree Healthcare, Ma'anshan 243071, China)

【收稿日期】 2024-12-29

【基金项目】 安徽省重大疑难疾病中西医协同攻关项目(编号: AHWJ2021ab218)

【作者简介】 黄晨,主治医师,主要从事老年患者心力衰竭合并肺部感染的临床研究。邮箱: chehuagch023@163.com。

Abstract Objective: To observe the influence of the method of benefiting qi, purging the lung, and promoting diuresis on the cardiopulmonary endurance, ventricular remodeling, and fibrinolytic indexes of elderly patients with heart failure complicated by

pulmonary infection. **Methods:** A total of 102 elderly patients with heart failure complicated by pulmonary infection were selected and divided into the control group and the observation group, each consisting of 51 cases, using the random number table method. During the study process, 2 cases dropped out in the control group, leaving a final total of 49 cases. In the observation group, 2 cases dropped out and 1 case was excluded due to an aggravated condition, resulting in a final total of 48 cases. The patients in the control group were treated with basic symptomatic treatment of Western medicine, while the patients in the observation group were treated with the method of benefiting qi, purging the lung, and promoting diuresis on this basis. Both groups were treated continuously for 7 days. The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, cardiopulmonary endurance indicators (anaerobic threshold oxygen uptake, peak oxygen uptake), six-minute walk test (6MWT) distance, ventricular remodeling indicators (left ventricular ejection fraction, left ventricular mass index, myocardial energy consumption, E peak deceleration time), inflammatory indicators [tumor necrosis factor- α (TNF- α), macrophage inflammatory protein-1 α (MIP-1 α)], myocardial injury indicators [heart-type fatty acid binding protein (H-FABP), plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1)], and adverse reactions of the two groups of patients before and after treatment were observed, and the clinical efficacy of the two groups was evaluated. **Results:** After treatment, the scores of TCM syndrome, left ventricular mass index, myocardial energy consumption, E peak deceleration time, and the levels of MIP-1 α , TNF- α , H-FABP, and PAI-1 in both groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$), and those in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The anaerobic threshold oxygen uptake, peak oxygen uptake, 6MWT distance, and left ventricular ejection fraction in both groups were higher than those before treatment ($P < 0.05$), and those in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). After the treatment, the total effective rate of the observation group was 97.91%, and that of the control group was 81.63%. The comparison of clinical efficacy between the two groups was statistically significant ($Z = 2.412$, $P = 0.009$). **Conclusions:** The method of benefiting qi, purging the lung, and promoting diuresis has the effects of reducing inflammatory responses, lowering the degree of myocardial cell injury, improving ventricular remodeling and fibrinolytic index levels, and enhancing cardiopulmonary endurance and cardiac function in elderly patients with heart failure complicated by pulmonary infection.

Keywords the method of benefiting qi, purging the lung, and promoting diuresis; the elderly; heart failure; pulmonary infection; inflammation; ventricular remodeling; fibrinolysis; cardiopulmonary endurance

心力衰竭是临床常见疾病,其实质是由心肌梗死、炎症、血流动力学负荷过重等引起的心肌损伤,临床表现为乏力、夜间阵发性呼吸困难、运动耐量减退、端坐呼吸困等^[1-2]。心力衰竭患者由于心脏排血量减少而致肺循环出现淤血现象,并由此引发系统抵抗力降低,加上肺泡弹性不足,肺部易受到致病菌侵袭而诱发感染,而肺部感染又可进一步加重心力衰竭病情^[3-4]。心肺气虚证是老年心力衰竭患者的常见证型,与患者年老体弱、后天失养、阳虚影响气血生化以致心肺气虚、血行不畅、经络瘀滞、水饮内停相关。本研究观察益气泻肺利水法对老年心力

衰竭合并肺部感染患者的影响,所用处方由葶苈大枣泻肺汤合生脉散加味而成,具有补气、泻肺、利水、平喘等功效,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择2021年6月至2024年5月在德驭医疗马鞍山总医院治疗的老年心力衰竭合并肺部感染患者102例,采用随机数字表法分为对照组和观察组各51例。研究过程中,对照组脱落2例(自行换用其他药物1例,主动申请退出1例),最终纳入49例;观察组脱落2例(未按要求定时定量用药)、剔除

1例(病情加重),最终纳入48例。两组患者性别、年龄、心力衰竭病程、纽约心脏病协会(NYHA)心力衰竭分级、临床肺部感染评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。本研究经德取医疗马鞍山总医院伦理委员会审批通过,批件号:SDY-20-1362。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

心力衰竭诊断标准参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》^[5]制定。①病史:既往有引起心力衰竭的基础疾病;伴随乏力、下肢水肿、呼吸困难等症状。②体格检查:颈静脉充盈或怒张;肺部可闻及干湿性啰音;双下肢水肿或肝大、腹水等;心脏听诊可闻及杂音或心尖搏动侧移或弥散。③胸片检查可见肺水肿、胸腔积液、心脏扩大、肺淤血等。④心电图异常。⑤心脏结构、功能改变。⑥N端-B型钠尿肽前体(NT-ProBNP) >125 pg/mL。

肺部感染诊断标准参照《中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)》制定^[6],排除其他疾病,符合以下第5项和第1至第4项中1项即可诊断:①发热(体温高于 37.2°C);②咳痰及咳嗽,并产生脓性痰,伴或不伴胸痛;③白细胞 $>10.0\times 10^9$;④肺湿性啰音,或肺实变体征;⑤胸部X线检查示浸润性阴影或斑片状、片状间质性改变,伴或不伴胸腔积液。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]制定心肺气虚证诊断标准。主症:乏力,气短,心悸,活动后加重。次症:面色苍白,神疲咳喘。舌脉:舌边有齿痕或舌质淡,脉沉细或虚数。

1.3 纳入标准

①符合西医诊断标准和中医辨证标准;②年龄

60~85岁;③生命体征稳定;④治疗依从性良好;⑤自愿加入本研究,并签署研究知情同意书。

1.4 排除标准

①合并凝血异常、恶性肿瘤、其他系统感染者;②精神障碍患者;③合并心包填塞、肥厚梗阻性心肌病等心血管疾病者;④有心脏手术史者;⑤合并肺水肿、肺不张、肺结核、肺栓塞等肺部疾病者;⑥对本研究所用药物过敏者。

1.5 脱落标准

①治疗过程中自行换用其他药物者;②因自身原因要求退出者;③未按要求定时定量用药者;④不能耐受不良反应者。

1.6 剔除标准

①无法配合治疗者;②病情加重者;③资料不全影响疗效评价者。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组

对照组患者给予西医扩张血管、平喘、强心、吸氧等对症治疗:①沙库巴曲缬沙坦片(北京诺华制药有限公司,批号:20210517,规格:每片100 mg),每次口服50 mg,日2次;②注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠(辉瑞制药有限公司,批号:DN7049,规格:每瓶1.5 g),每次以3 g加100 mL的0.9%氯化钠溶液静脉滴注,每8 h给药1次。连续治疗7 d,治疗期间保持清淡饮食。

2.1.2 观察组

观察组患者在对照组治疗的基础上应用益气泻肺利水法治疗,药物组成:葶苈子15 g,人参9 g,丹参12 g,川芎12 g,党参10 g,麦冬9 g,桑白皮12 g,黄芪20 g,五味子6 g,大枣12枚。所有患者的药物由医院中药房统一煎制,每剂煎得药液200 mL,分装2袋,

表1 两组老年心力衰竭合并肺部感染患者一般资料比较

组别	例数	性别/例		年龄 ($\bar{x}\pm s$)/岁	心力衰竭病程 ($\bar{x}\pm s$)/年	NYHA心力衰竭分级/例		临床肺部感染评分 ($\bar{x}\pm s$)/分
		男	女			II级	III级	
对照组	49	25	24	69.53 \pm 3.46	5.17 \pm 1.27	24	25	8.05 \pm 0.87
观察组	48	26	22	69.84 \pm 3.75	5.29 \pm 1.54	25	23	8.16 \pm 0.94
t 值/ χ^2 值		0.096		0.423	0.419	0.093		0.598
P 值		0.756		0.673	0.676	0.760		0.551

注:NYHA为纽约心脏病协会。

每袋 100 mL。患者每日服用 1 剂,早晚各温服 1 袋,连续服用 7 d。

2.2 观察指标

2.2.1 中医证候评分

治疗前后均参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]对两组患者的乏力、气短、心悸、面色苍白、神疲咳喘症状进行评分,所有症状按无、轻、中、重四种程度分别计 0 分、2 分、4 分、6 分。

2.2.2 心肺耐力指标

治疗前后通过心肺运动测试系统对两组患者进行症状限制性心肺运动试验,记录患者的无氧阈摄氧量、峰值摄氧量。

2.2.3 六分钟步行试验(6MWT)距离

治疗前后对两组患者进行 6MWT,让患者在 30 m 平坦地面来回行走 6 min,记录其步行距离。

2.2.4 心室重构、心功能指标

治疗前后采用 E-CUBE 15 彩色超声诊断仪检测两组患者的左心室射血分数、左心室质量指数、心肌能量消耗和 E 峰减速时间。

2.2.5 炎症及心肌损伤指标

治疗前后均抽取两组患者空腹肘静脉血 5 mL,通过酶联免疫吸附试验检测肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、巨噬细胞炎性蛋白-1 α (MIP-1 α)、心型脂肪酸结合蛋白(H-FABP)水平,采用发色底物法检测纤溶酶原激活剂抑制物-1(PAI-1)水平。

2.2.6 安全性指标

治疗过程中监测并记录两组患者的肝肾功能及不良反应情况。

2.3 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]和《中医病证诊断疗效标准》^[8]制定临床疗效评价标准。显效:主要症状基本消失,心功能明显改善,X线检查肺部病灶恢复正常,中医证候评分减少 $\geq 70\%$;有效:临床症状改善,心功能提升,X线检查肺部病灶改善,中医证候评分减少 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$;无效:临床症状、X线检查、心功能均未改善,中医证候评分减少 $< 30\%$ 。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件对研究数据进行统计学分析。计数资料以例数或百分比表示,采用秩和检验或卡方检验。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示。满足方差齐性的计量资料,组内比较采用配对 t 检验、组间比较采用成组 t 检验;不满足方差齐性者,组内比较采用配对 t 检验、组间比较采用校正 t 检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组中医证候评分比较

治疗前,两组患者乏力、气短、心悸、面色苍白、神疲咳喘评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组上述各项评分均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组各项评分均低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

3.2 两组无氧阈摄氧量、峰值摄氧量、6MWT 距离比较

治疗前,两组患者的无氧阈摄氧量、峰值摄氧

表 2 两组老年心力衰竭合并肺部感染患者治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)

症状	时间	对照组(49例)	观察组(48例)	t 值	P 值
乏力	治疗前	3.73 \pm 0.76	3.79 \pm 0.81	0.378	0.706
	治疗后	1.49 \pm 0.46 [*]	0.87 \pm 0.26 [*]	8.214	<0.001
气短	治疗前	3.62 \pm 0.69	3.67 \pm 0.74	0.346	0.73
	治疗后	1.43 \pm 0.42 [*]	0.82 \pm 0.25 [*]	8.736	<0.001
心悸	治疗前	3.81 \pm 0.87	3.86 \pm 0.83	0.291	0.772
	治疗后	1.48 \pm 0.46 [*]	0.85 \pm 0.25 [*]	8.423	<0.001
面色苍白	治疗前	3.63 \pm 0.68	3.57 \pm 0.71	0.427	0.67
	治疗后	1.41 \pm 0.43 [*]	0.80 \pm 0.25 [*]	8.585	<0.001
神疲咳喘	治疗前	3.69 \pm 0.66	3.64 \pm 0.70	0.364	0.717
	治疗后	1.38 \pm 0.44 [*]	0.82 \pm 0.24 [*]	7.821	<0.001

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$ 。

量、6MWT距离比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者的无氧阈摄氧量、峰值摄氧量、6MWT距离均较治疗前升高($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$)。见表3。

3.3 两组左心室射血分数、左心室质量指数、心肌能量消耗、E峰减速时间比较

治疗前,两组患者左心室射血分数、左心室质量指数、心肌能量消耗、E峰减速时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者左心室射血分数均较治疗前升高($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$);两组患者左心室质量指数、心肌能量消耗、E峰减速时间均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。见表4。

3.4 两组MIP-1 α 、TNF- α 、H-FABP、PAI-1水平比较

治疗前,两组患者MIP-1 α 、TNF- α 、H-FABP、

PAI-1水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者MIP-1 α 、TNF- α 、H-FABP、PAI-1水平均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。见表5。

3.5 两组安全性指标比较

两组患者治疗过程中均未出现肝肾功能指标异常和不良反应事件。

3.6 两组临床疗效比较

治疗后,观察组总有效率97.91%,对照组总有效率81.63%,两组临床疗效比较,差异有统计学意义($Z=2.412, P=0.009$)。见表6。

4 讨论

慢性心力衰竭是临床常见的心血管疾病,血脂异常、不良饮食习惯、糖尿病、高血压等均是心力衰竭的危险因素^[9]。心力衰竭的发生与交感肾上腺素

表3 两组老年心力衰竭合并肺部感染患者治疗前后无氧阈摄氧量、峰值摄氧量、六分钟步行试验(6MWT)距离比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	无氧阈摄氧量/(mL/min)		峰值摄氧量/(mL/min)		6MWT距离/m	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	49	898.04 \pm 37.45	976.73 \pm 32.76 [*]	1516.09 \pm 61.32	1587.54 \pm 50.61 [*]	181.13 \pm 20.56	331.41 \pm 31.09 [*]
观察组	48	902.55 \pm 36.13	1015.43 \pm 28.63 [*]	1520.25 \pm 62.40	1632.81 \pm 41.45 [*]	179.21 \pm 22.12	385.23 \pm 39.83 [*]
<i>t</i> 值		0.607	6.227	0.333	4.844	0.445	7.456
<i>P</i> 值		0.545	<0.001	0.740	<0.001	0.657	<0.001

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$ 。

表4 两组老年心力衰竭合并肺部感染患者治疗前后左心室射血分数、左心室质量指数、心肌能量消耗、E峰减速时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	左心室射血分数/%		左心室质量指数/(g/m ²)		心肌能量消耗(cal/min)		E峰减速时间/ms	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	49	52.63 \pm 3.42	56.74 \pm 4.36 [*]	135.74 \pm 7.86	128.12 \pm 6.17 [*]	132.37 \pm 16.23	89.47 \pm 13.07 [*]	288.16 \pm 21.74	254.29 \pm 18.16 [*]
观察组	48	52.31 \pm 3.86	62.83 \pm 5.66 [*]	135.07 \pm 7.37	121.84 \pm 5.23 [*]	131.16 \pm 15.76	75.52 \pm 10.31 [*]	286.46 \pm 20.33	233.74 \pm 15.62 [*]
<i>t</i> 值		0.434	5.967	0.435	5.435	0.374	5.866	0.400	6.005
<i>P</i> 值		0.665	<0.001	0.664	<0.001	0.709	<0.001	0.690	<0.001

注:1 cal \approx 4.184 J。

与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$ 。

表5 两组老年心力衰竭合并肺部感染患者治疗前后MIP-1 α 、TNF- α 、H-FABP、PAI-1水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	MIP-1 α /(ng/L)		TNF- α /(ng/L)		H-FABP/(ng/mL)		PAI-1/(Au/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	49	35.86 \pm 8.03	20.85 \pm 6.18 [*]	30.69 \pm 5.74	17.83 \pm 5.11 [*]	8.93 \pm 1.87	4.93 \pm 1.19 [*]	0.75 \pm 0.18	0.65 \pm 0.15 [*]
观察组	48	35.52 \pm 8.73	15.27 \pm 4.55 [*]	30.17 \pm 5.32	11.74 \pm 3.52 [*]	9.17 \pm 1.69	3.19 \pm 0.73 [*]	0.74 \pm 0.17	0.56 \pm 0.13 [*]
<i>t</i> 值		0.201	5.090	0.465	6.870	0.667	8.725	0.283	3.174
<i>P</i> 值		0.841	<0.001	0.643	<0.001	0.507	<0.001	0.778	0.002

注:MIP-1 α 为巨噬细胞炎性蛋白-1 α ,TNF- α 为肿瘤坏死因子- α ,H-FABP为心型脂肪酸结合蛋白,PAI-1为纤溶酶原激活剂抑制物-1。

与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$ 。

表6 两组老年心力衰竭合并肺部感染患者临床疗效比较

组别	例数	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%	Z值	P值
对照组	49	19	21	9	81.63	2.412	0.009
观察组	48	29	18	1	97.91		

系统、细胞因子系统、肾素-血管紧张素-醛固酮系统有关^[10-11]。心力衰竭患者存在心肌损伤、心室重塑、心脏功能障碍,心肌收缩力降低可减少心脏排血量,使全身组织、器官处于血液低灌注状态,从而导致肺循环或体循环淤血,患者因此出现体力活动受限、体液潴留、呼吸困难等症状。肺部感染是常见感染疾病,慢性心力衰竭患者肺循环淤血可降低系统抵抗力,肺部直接接触机体吸入的外界空气,由于肺泡弹性不足,易受到致病菌侵袭,致病菌滞留于肺部,继而诱发感染^[12-13]。在老年患者中,心力衰竭与肺部感染可相互影响,导致病情加重。肺部感染致病菌产生的发热可增加交感神经兴奋性,提升心率、心肌收缩力,增加患者心脏负担,从而加重心力衰竭病情;导致肺部感染的毒素和细菌产物均可促进机体产生炎症介质,炎症介质可兴奋交感肾上腺髓质系,加强心肌收缩力,提升心输出量;肺部感染还可加重机体缺血缺氧状态,导致心肌Ca²⁺摄取率失衡、心肌三磷酸腺苷(ATP)水平降低,从而使心肌细胞功能受损,心脏负担加重^[14-15]。

慢性心力衰竭属中医学胸痹范畴,肺部感染属中医学风温肺热病范畴。老年患者体力衰减,脏腑功能渐亏,加之情志不畅、饮食不节、劳倦内伤等造成气血耗伤。肺主气,司呼吸,主治节,可助心行血。肺气亏虚可致心血瘀阻;心气虚弱可致血行不畅,经络瘀滞,津液输布失常,水饮内停,从而使肺失宣降,无以生成宗气。由此可知,心病可传肺,肺病也可累心^[16-17]。本研究以益气泻肺利水为法对老年心力衰竭合并肺部感染患者进行治疗,处方为葶苈大枣泻肺汤合生脉散加味,葶苈大枣泻肺汤出自《金匮要略》,生脉散出自《医学启源》。方中人参补气强心、复脉固脱、益肺、养血生津,葶苈子泻肺平喘、利水,二者共为君药;黄芪补气升阳、益卫固表、利水渗湿,桑白皮清热泻肺、利水消肿,二者共为臣药;丹参活血通经、清心止痛,党参补中益气养血,川芎活血行气燥湿,麦冬润肺清心、除烦安神,五味子益气敛肺、

宁心,此五味共为佐药;大枣益气生津、养血安神、调和诸药,为使药。诸药合用,共奏补气泻肺、利水平喘之效。本研究结果显示,观察组总有效率高于对照组,乏力、气短、心悸、面色苍白、神疲咳喘评分低于对照组,说明在西医基础治疗基础上加用益气泻肺利水法可提高老年心力衰竭合并肺部感染的临床疗效。

肺部感染产生的炎症可加速心肌变性、心肌细胞凋亡,导致心肌细胞纤维化,产生心室重构。TNF- α 为炎症介质,可诱导多种炎症因子的产生,从而促进心肌细胞凋亡、加重慢性心力衰竭病情^[18]。MIP-1 α 属于趋化因子,是CC亚族趋化性细胞因子,高水平MIP-1 α 可诱导机体产生大量TNF- α ,激活CC趋化因子受体5及CC趋化因子受体1,促进Ca²⁺释放,从而产生花生四烯酸、组胺、三烯C4等促炎因子,加重心力衰竭病情。H-FABP为存在于心脏的小分子细胞质蛋白,具有高度心肌特异性,可结合心肌细胞内长链脂肪酸,将其由细胞支模运输到氧化、线粒体酯化部位,产生ATP,H-FABP水平可反映心肌细胞受损程度^[19]。PAI-1的表达与胰岛素抵抗有关,因其水平异常产生的纤溶活性紊乱可引发冠状动脉粥样硬化,并导致急性缺血事件、心血管事件的发生^[20]。本研究中,观察组患者治疗后的MIP-1 α 、TNF- α 、H-FABP、PAI-1水平低于对照组,说明益气泻肺利水法可减少老年心力衰竭合并肺部感染患者的炎症反应,降低其心肌细胞损伤程度。无氧阈摄氧量、峰值摄氧量是评估心肺运动耐力的指标^[21],本研究发现,观察组患者治疗后的无氧阈摄氧量、峰值摄氧量、6MWT距离均高于对照组,说明益气泻肺利水法可提升老年心力衰竭合并肺部感染患者的心肺耐力。观察组患者治疗后的左心室射血分数高于对照组,左心室质量指数、心肌能量消耗、E峰减速时间低于对照组,说明益气泻肺利水法可改善老年心力衰竭合并肺部感染患者的心室重构和心功能。

综上,益气泻肺利水法对老年心力衰竭合并肺

部感染患者具有减少炎症反应、降低心肌细胞损伤程度、改善心室重构及纤维蛋白溶解指标水平、提升心肺耐力和心功能的作用,值得临床进一步研究应用。

[参考文献]

- [1] 中国医师协会心血管内科医师分会,中国心血管健康联盟,心肌梗死后心力衰竭防治专家共识工作组. 2020年心肌梗死后心力衰竭防治专家共识[J]. 中国循环杂志, 2020,35(12):1166-1180.
- [2] ANKER S D, BUTLER J, FILIPPATOS G S, et al. Evaluation of the effects of sodium-glucose co-transporter 2 inhibition with empagliflozin on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure and a preserved ejection fraction: rationale for and design of the EMPEROR-preserved trial [J]. *Eur J Heart Fail*, 2019,21(10):1279-1287.
- [3] 王明娇,陈娟,刘波,等. 老年心力衰竭合并肺部感染患者的病原学特征及危险因素分析[J]. 国际检验医学杂志,2022,43(9):1075-1078,1084.
- [4] 吴英凤,刘毅,王林. 血清MMP-9、MIP-2、CD64指数在心力衰竭合并肺部感染诊断中价值及与心功能关系[J]. 中国老年学杂志,2022,42(4):781-784.
- [5] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南2018[J]. 中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.
- [6] 中华医学会呼吸病学分会. 中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016,39(4):253-279.
- [7] 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,2002:77-80.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1~001.9—94[S]. 南京:南京大学出版社,1994:3-4.
- [9] YANCY C W, JESSUP M, BOZKURT B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines and the heart failure society of America [J]. *J Am Coll Cardiol*,2017,70(6):776-803.
- [10] 中华医学会老年医学分会心血管疾病学组,《老年慢性心力衰竭诊治中国专家共识》编写组. 老年人慢性心力衰竭诊治中国专家共识(2021)[J]. 中华老年医学杂志,2021,40(5):550-561.
- [11] PIESKE B, WACHTER R, SHAH S J, et al. Effect of sacubitril/valsartan vs standard medical therapies on plasma NT-proBNP concentration and submaximal exercise capacity in patients with heart failure and preserved ejection fraction: the PARALLAX randomized clinical trial [J]. *JAMA*,2021,326(19):1919-1929.
- [12] 王国玉,巴春贺,李彤,等. 老年慢性心力衰竭患者肺部感染的危险因素及其对PCT、NT-proBNP及氧化应激指标的影响[J]. 中南医学科学杂志,2023,51(1):110-113.
- [13] ANKER S D, BUTLER J, KHAN M S, et al. Conducting clinical trials in heart failure during (and after) the COVID-19 pandemic: an expert consensus position paper from the heart failure association (HFA) of the European society of cardiology (ESC) [J]. *Eur Heart J*, 2020,41(22):2109-2117.
- [14] 鲍利改,董谦. 慢性心力衰竭合并肺部感染患者MIP-2、MMP-9、D-D、miR-21表达及与病原菌类型、心肌功能的关联性研究[J]. 临床误诊误治,2022,35(3):78-83.
- [15] 夏爽. 降钙素原测定在心力衰竭合并肺部感染中的诊断价值[D]. 承德:承德医学院,2017.
- [16] 陈纪焯. 升阳益心汤治疗慢性心力衰竭心肺气虚证的临床疗效观察[D]. 济南:山东中医药大学,2021.
- [17] 高晨,冯伟,刘海立,等. 神道八阵穴隔药灸联合西药治疗慢性心力衰竭心肺气虚证疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2020,39(9):1089-1093.
- [18] 刘伟明,张天镇,王刚. 头孢他啶联合左氧氟沙星治疗心力衰竭患者肺部感染的疗效及其对IL-6、TNF- α 和BNP水平的影响[J]. 临床和实验医学杂志,2016,15(4):364-367.
- [19] 张拯华. 甘露聚糖肽联合左氧氟沙星治疗老年心衰合并肺部感染的疗效分析[J]. 淮海医药,2023,41(6):616-619.
- [20] 简亚平,徐琼芳,陈晓育,等. 化痰祛瘀方对冠心病患者胰岛素抵抗及纤维蛋白溶解活性的影响[J]. 山西中医,2016,32(2):22-24.
- [21] 周淋,张福春,楚新梅,等. 心脏康复对冠心病患者心肺耐力改善率的影响[J]. 临床心电学杂志,2022,31(2):131-135.

健脾通络方联合化疗治疗大肠癌术后气虚血瘀型患者临床研究

崔文文¹, 张 洁², 于边芳¹, 管忠安¹

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

[摘要] 目的: 评价健脾通络方联合 mFOLFOX6 化疗方案治疗大肠癌术后气虚血瘀型患者的临床疗效与安全性。方法: 将 60 例大肠癌术后气虚血瘀型患者按随机数字表法分为对照组和观察组各 30 例, 对照组予 mFOLFOX6 方案化疗, 观察组在此基础上加用健脾通络方口服。两组均以 14 d 为 1 个治疗周期, 连续治疗 4 个周期。比较两组患者的中医证候评分、卡诺夫斯凯计分(KPS)和化疗不良反应情况, 评价两组的中医证候疗效。结果: 治疗后, 两组患者中医证候主症评分、次症评分和总评分较治疗前均明显下降($P < 0.001$), 且观察组患者中医证候主症评分、次症评分和总评分均低于对照组($P < 0.05$, 或 $P < 0.01$, 或 $P < 0.001$); 观察组患者 KPS 较治疗前显著升高($P < 0.001$), 且高于对照组患者($P < 0.001$)。治疗期间, 观察组患者的白细胞减少、恶心呕吐、腹泻程度轻于对照组($P < 0.05$)。治疗后, 观察组中医证候总有效率高于对照组, 两组中医证候疗效比较, 差异有统计学意义($P < 0.001$)。结论: 与单纯 mFOLFOX6 化疗方案相比, 健脾通络方联合 mFOLFOX6 化疗方案能显著缓解大肠癌术后气虚血瘀型患者的临床症状, 改善其功能状态, 减轻化疗不良反应, 提高疗效。

[关键词] 健脾通络方; mFOLFOX6 化疗方案; 大肠癌; 气虚血瘀; 中医证候评分; 卡诺夫斯凯计分; 化疗不良反应

[中图分类号] R273

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0539-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.010

Clinical Study on Jianpi Tongluo Prescription (健脾通络方) Combined with Chemotherapy for Treating Patients with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome After Colorectal Cancer Surgery

CUI Wenwen¹, ZHANG Jie², YU Bianfang¹, GUAN Zhongan¹

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

[收稿日期] 2024-12-16

[基金项目] 山东省自然科学基金项目(编号:ZR2021MH399); 国家中医优势专科建设项目(编号:YWC2023ZYYSY0002); 齐鲁中医药优势专科集群建设项目(编号:YWC2022ZKJQ0003); 山东省中医药科技发展计划项目(编号:2019-0070)

[作者简介] 崔文文, 主治医师, 医学博士。研究方向: 中医治疗肛肠疾病。

[通信作者] 管忠安, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 主要从事中医治疗肛肠疾病研究, 邮箱: gwy199153@sina.com。

Abstract Objective: To evaluate the clinical efficacy and safety of the Jianpi Tongluo Prescription (健脾通络方) combined with the mFOLFOX6 chemotherapy regimen in treating patients with qi deficiency and blood stasis syndrome after colorectal cancer surgery. **Methods:** A total of 60 patients with qi deficiency and blood stasis syndrome after colorectal cancer surgery were divided into a control group and an

observation group according to the random number table method, with 30 cases in each group. The control group was given chemotherapy with the mFOLFOX6 regimen, and the observation group was additionally given oral administration of the Jianpi Tongluo Prescription on this basis. Both groups took 14 days as one treatment cycle and received continuous treatment for 4 cycles. The traditional Chinese medicine (TCM) syndromes scores, Karnofsky performance status (KPS) score, and chemotherapy adverse reactions of the two groups of patients were compared, and the therapeutic effects on TCM syndromes in the two groups were evaluated. **Results:** After treatment, the main symptom score, secondary symptom score, and total score of TCM syndromes in both groups decreased significantly compared with those before treatment ($P < 0.001$). Moreover, the main symptom score, secondary symptom score, and total score of TCM syndromes in the observation group were all lower than those in the control group ($P < 0.05$, or $P < 0.01$, or $P < 0.001$). Additionally, the KPS score of patients in the observation group increased significantly compared with that before treatment ($P < 0.001$) and was higher than that of patients in the control group ($P < 0.001$). During the treatment, the degrees of leukopenia, nausea and vomiting, and diarrhea in the observation group were milder than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the total effective rate of TCM syndromes in the observation group was higher than that in the control group. The difference of the curative efficacy on TCM syndromes between the two groups was statistically significant ($P < 0.001$). **Conclusions:** Compared with the simple mFOLFOX6 chemotherapy regimen, the Jianpi Tongluo Prescription combined with the mFOLFOX6 chemotherapy regimen can significantly relieve the clinical symptoms of patients with qi deficiency and blood stasis syndrome after colorectal cancer surgery, improve their functional status, reduce chemotherapy adverse reactions, and enhance the curative efficacy.

Keywords Jianpi Tongluo Prescription; mFOLFOX6 chemotherapy regimen; colorectal cancer; qi deficiency and blood stasis; traditional Chinese medicine syndromes scores; Karnofsky performance status score; chemotherapy adverse reactions

大肠癌是全球第三大常见癌症,近年来其发病率和病死率不断攀升,给人类健康和生命安全造成极大威胁^[1]。目前外科手术仍是大肠癌的一线治疗方法,辅以放疗、化疗等^[2]。然而,术后出现的一系列并发症和放疗、化疗引起的不良反应严重影响患者的生活质量及预后^[3]。因此,如何提高大肠癌的疗效、降低不良反应发生率是当前大肠癌治疗中面临的主要问题。中医学重视整体观念和辨证论治,中医药疗法在改善癌症患者临床症状、减轻放疗和化疗不良反应的同时,能调整人体的生理和病理状态,在防止癌症术后复发转移、提高患者生存质量、延长患者生存期等方面发挥着重要作用。健脾通络方由山东省名中医管忠安根据其治疗肠癌的临床经验创立,是山东中医药大学附属医院肛肠科治疗大肠癌术后的协定方,具有健脾益气、化痰通络、抗癌解毒功效,已应用于临床多年,患者反馈其疗效较

好,但目前尚缺乏反映其疗效的客观临床数据。本研究观察健脾通络方联合mFOLFOX6化疗方案治疗大肠癌术后气虚血瘀型患者的临床疗效与安全性,为健脾通络方的临床应用提供循证依据。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择2022年10月至2023年12月在山东中医药大学附属医院肛肠科住院治疗的大肠癌术后气虚血瘀型患者60例,按随机数字表法分为观察组和对照组各30例。对照组男15例,女15例;平均年龄(61.47 ± 7.30)岁;肿瘤部位在结肠者10例、直肠者20例;肿瘤TNM分期属Ⅱ期者11例、Ⅲ期者19例;肿瘤病理类型为管状腺癌者18例、乳头状腺癌者12例。观察组男17例,女13例;平均年龄(60.77 ± 7.87)岁;肿瘤部位在结肠者9例、直肠21例;肿瘤TNM分期属Ⅱ期者10例、Ⅲ期者20例;肿瘤病理

类型为管状腺癌者21例、乳头状腺癌者8例、黏液腺癌者1例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经山东中医药大学附属医院伦理委员会审查批准,批件号:(2023)伦审第(005)号-KY。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

大肠癌诊断标准根据《中国结直肠癌诊疗规范(2020年版)》^[4]中相关内容制定;大肠癌临床分期情况参照美国癌症联合委员会(AJCC)和国际抗癌联盟(UICC)制定的第8版《结直肠癌TNM分期系统》相关内容进行判定^[5]。

1.2.2 中医证候诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]中相关内容制定气虚血瘀证诊断标准。主症:腹部隐痛或刺痛、大便异常(大便稀溏或便秘不畅)、里急后重。次症:神疲乏力、食后腹胀、面色淡黯。舌脉:舌淡黯或淡紫,舌边有瘀斑、瘀点,脉沉细或涩。具备2项主症加1项次症或1项主症加2项次症并结合舌脉即可诊断。

1.3 纳入标准

①符合大肠癌诊断标准,行根治性手术且术后病理分期为高危Ⅱ期或Ⅲ期;②中医辨证为气虚血瘀证;③年龄18~75岁,性别不限;④化疗选择mFOLFOX6方案且为首次化疗;⑤卡诺夫斯凯计分(KPS) >60 分,预计生存期超过6个月;⑥治疗依从性好且能耐受药物治疗;⑦能配合本研究,且能及时反馈用药、治疗等情况;⑧自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①合并有严重心脑血管、肝、肾、造血系统等原发疾病者;②既往有其他恶性肿瘤病史或合并其他恶性肿瘤者;③无法口服药物或对研究用药物过敏者;④有认知及精神障碍者;⑤正在参加其他药物临床试验者。

1.5 剔除和脱落标准

①不能坚持治疗或未按研究方案治疗者;②因各种原因自行退出本试验和在观察中失访者;③临床资料不足者;④发生严重不良事件者;⑤病情恶化超出预期者。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组

对照组在术后3周左右开始进行第1次化疗,采用mFOLFOX6方案,具体如下。第1天予奥沙利铂注射液[齐鲁制药(海南)有限公司,国药准字H20203216]静脉滴注2h,用药剂量 85 mg/m^2 ;第1天予注射用左亚叶酸钙(齐鲁制药有限公司,国药准字H20100155)静脉滴注2h,用药剂量 400 mg/m^2 ;第1天予5-氟尿嘧啶注射液(天津金耀药业有限公司,国药准字H12020959)静脉推注,用药剂量 400 mg/m^2 ,之后按 2400 mg/m^2 的用药剂量持续静脉滴注46h。14d为1个周期,连续治疗4个周期。化疗期间给予抑酸护胃、止吐等对症治疗。

2.1.2 观察组

观察组在对照组的基础上加用健脾通络方口服。健脾通络方药物组成:黄芪15g,党参15g,当归15g,赤芍15g,黄芩15g,白花蛇舌草15g,半枝莲15g,蛇莓15g,陈皮12g,清半夏9g,炒桃仁6g,红花6g,醋鳖甲(先煎)15g,地龙9g,蜈蚣1条。用法用量:水煎服,日1剂,早晚餐后各温服200mL,从化疗第1天开始服用,连续服用14d为1个周期,随化疗连续服用4个周期。中药均由山东中医药大学附属医院煎药室统一煎制,每剂中药煎制2袋,每袋200mL。

2.2 观察指标

2.2.1 中医证候评分

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]将大肠癌术后气虚血瘀证的主症(腹部隐痛或刺痛、大便异常、里急后重)分为无、轻、中、重四种程度,分别计0分、2分、4分、6分;将次症(神疲乏力、食后腹胀、面色淡黯)和舌脉分为无、轻、中、重四种程度,分别计0分、1分、2分、3分。各症状评分之和为中医证候总评分。

2.2.2 KPS

采用KPS量表评估患者的功能状态,量表分值范围为0~100分,得分越高表示身体功能状态越好^[7]。

2.2.3 安全性指标

治疗过程中对两组患者的血常规指标、肝功能

指标、肾功能指标、大便常规指标及潜血情况进行监测,并根据《抗癌药急性及亚急性毒性反应分度标准(WHO标准)》^[8]评价两组患者治疗期间骨髓抑制、肝肾功能异常、胃肠道不良反应的程度(从无至重分为0度、I度、II度、III度、IV度)。

2.3 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6],采用疗效指数评价两组患者的中医证候疗效。疗效指数=(治疗前中医证候总评分-治疗后中医证候总评分)/治疗前中医证候总评分×100%。治愈:症状消失或基本消失,疗效指数≥95%;显效:症状显著减轻,疗效指数≥70%但<95%;有效:症状减轻,疗效指数≥30%但<70%;无效:症状未减轻或加重,疗效指数<30%。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

2.4 统计学方法

采用SPSS 26.0软件对研究数据进行统计学分析。计量资料若符合正态分布和方差齐性则以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;若不符合正态分布,则以[中位数(下四分位数,上四分位数)]表示,采用非参数检验。

计数资料以例数或百分比表示,采用 χ^2 检验或Fisher确切概率法检验;等级资料采用秩和检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组中医证候评分比较

治疗后,两组患者中医证候主症评分、次症评分和总评分较治疗前均明显下降($P<0.001$),且观察组患者中医证候主症评分、次症评分和总评分均低于对照组($P<0.05$,或 $P<0.01$,或 $P<0.001$)。见表1、表2、表3。

3.2 两组KPS比较

治疗后,观察组患者KPS较治疗前显著升高($P<0.001$),且高于对照组患者($P<0.001$)。对照组患者治疗前后KPS比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表4。

3.3 两组化疗不良反应情况比较

两组患者在治疗过程出现的化疗不良反应主要为骨髓抑制、肝肾功能损害、胃肠道毒性。根据秩和检验结果,观察组患者白细胞减少、恶心呕吐、腹泻程度轻于对照组($P<0.05$),两组患者其他化疗

表1 两组大肠癌术后气虚血瘀型患者治疗前后中医证候主症评分比较 $[M(Q_1, Q_3)]$

组别	例数	时间	腹部隐痛或刺痛	大便异常	里急后重	分
对照组	30	治疗前	4(2,4)	4(2,4)	3(2,4)	
		治疗后	2(0,2) ^{***}	2(0,2) ^{***}	0(0,2) ^{***}	
观察组	30	治疗前	2(2,4)	3(2,4)	2(2,4)	
		治疗后	0(0,2) ^{****}	0(0,0.5) ^{****}	0(0,0) ^{****}	

注:与本组治疗前比较,^{***} $P<0.001$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$,^{##} $P<0.01$ 。

表2 两组大肠癌术后气虚血瘀型患者治疗前后中医证候次症及舌脉评分比较 $[M(Q_1, Q_3)]$

组别	例数	时间	神疲乏力	食后腹胀	面色淡黯	舌脉	分
对照组	30	治疗前	1.5(1,2)	1.5(1,2)	1(1,2)	1(1,2)	
		治疗后	0.5(0,1) ^{***}	1(0,1) ^{***}	0(0,1) ^{***}	1(0,1) ^{***}	
观察组	30	治疗前	1(1,2)	1(1,2)	1(1,2)	1(1,2)	
		治疗后	0(0,0) ^{****}	0(0,0) ^{****}	0(0,0) ^{****}	0(0,0) ^{****}	

注:与本组治疗前比较,^{***} $P<0.001$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$,^{##} $P<0.01$,^{###} $P<0.001$ 。

表3 两组大肠癌术后气虚血瘀型患者治疗前后中医证候总评分比较 $[M(Q_1, Q_3)]$

组别	例数	治疗前	治疗后	分
对照组	30	14.00(12.00, 16.25)	6.00(4.75, 8.25) ^{***}	
观察组	30	13.00(11.00, 14.00)	2.00(1.00, 3.00) ^{****}	

注:与本组治疗前比较,^{***} $P<0.001$;与对照组治疗后比较,^{###} $P<0.001$ 。

不良反应情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表5。

3.4 两组中医证候疗效比较

治疗后,观察组总有效率100.00%,对照组总有效率83.33%,两组中医证候疗效比较,差异有统计学意义($P<0.001$)。见表6。

4 讨论

根据大肠癌患者的临床症状及体征,大肠癌可归属中医学肠蕈、癥瘕、锁肛痔、积聚等范畴。中医

学认为大肠癌的发病是内因和外因共同作用的结果,内因包括脏腑虚损、情志内伤、饮食不节等,外因包括风、寒、暑、湿等外邪侵袭^[9],病机以脏腑亏虚(尤其是脾虚)为本、以湿热、火毒、瘀血阻滞为标^[10-12]。

络病理论是中医学的重要理论之一,《临证指南医案》将癥瘕与络病相联系,提出“久痛在络,营气之中,结聚成瘕”^[13],认为癥瘕是因痰浊、瘀血等有形之邪痹阻络脉而成,治疗应“气虚则补中以行气,气滞

表4 两组大肠癌术后气虚血瘀型患者治疗前后KPS比较 $[M(Q_1, Q_3)]$

分

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	70.0(70.0, 72.5)	70.0(70.0, 80.0)
观察组	30	70.0(70.0, 80.0)	80.0(80.0, 80.0)****

注:KPS为卡诺夫斯凯计分。

与本组治疗前比较,*** $P<0.001$;与对照组治疗后比较,**** $P<0.001$ 。

表5 两组大肠癌术后气虚血瘀型患者治疗期间化疗不良反应情况比较

例

不良反应	组别	例数	0度	I度	II度	P值
血红蛋白减少	对照组	30	20	7	3	>0.05
	观察组	30	23	5	2	
白细胞减少	对照组	30	20	8	2	<0.05
	观察组	30	27	2	1	
血小板减少	对照组	30	21	5	4	>0.05
	观察组	30	21	7	2	
丙氨酸转氨酶升高	对照组	30	22	7	1	>0.05
	观察组	30	21	8	1	
天冬氨酸转氨酶升高	对照组	30	21	7	2	>0.05
	观察组	30	20	7	3	
血尿素氮升高	对照组	30	23	5	2	>0.05
	观察组	30	22	6	2	
血肌酐升高	对照组	30	23	5	2	>0.05
	观察组	30	24	4	2	
恶心呕吐	对照组	30	14	10	6	<0.05
	观察组	30	21	8	1	
腹泻	对照组	30	15	13	2	<0.05
	观察组	30	23	7	0	
口腔黏膜炎	对照组	30	22	5	3	>0.05
	观察组	30	24	4	2	

注:两组各不良反应III度、IV度例数均为0。

表6 两组大肠癌术后气虚血瘀型患者中医证候疗效比较

组别	例数	治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%	P值
对照组	30	0	6	19	5	83.33	<0.001
观察组	30	5	23	2	0	100.00	

则开郁以宣通,血衰则养络以通络,血瘀则入络以攻瘀”^[13]。大肠癌术后患者正气亏虚,气血大伤,络脉空虚,加之化疗使其脾胃更虚、运化失常,气血化源不足或运行不畅,血瘀阻络,则有复发风险。健脾通络方功善健脾益气、化瘀通络,兼以抗癌解毒。方中黄芪、党参相须为用以健脾益气,共为君药。当归为血中之气药,补血又活血,赤芍入肝经血分,长于活血祛瘀,二药共奏化瘀之效;黄芩、白花蛇舌草、半枝莲、蛇莓同用以加强清热解毒之功,且能抗肿瘤,为臣药。陈皮、清半夏燥湿化痰、健脾和胃,清半夏得陈皮之助,使气顺而痰自消,陈皮得清半夏之辅,使痰除而气自下;炒桃仁入血分,破瘀力强,红花色赤,行血力胜,二者相辅相成,增强活血祛瘀之效;地龙、蜈蚣、鳖甲善走窜攻逐,长于攻坚破积、搜剔络邪、解毒散结;上药共为佐药。全方培中焦、补气血、化瘀通络、解癌毒,寒温并用、扶正祛邪、标本兼顾。药理研究表明,健脾通络方中的白花蛇舌草、半枝莲、蛇莓具有良好的抗肿瘤活性^[14-16],黄芪、党参、当归、地龙、鳖甲具有调节免疫的作用^[17-21],提示健脾通络方可能通过调节免疫发挥抗肿瘤作用。

本研究中,观察组患者治疗后的中医证候主症评分、次症评分和总评分均低于对照组,KPS高于对照组,且观察组治疗过程中出现的白细胞减少、恶心呕吐、腹泻等化疗不良反应程度轻于对照组,说明与单纯mFOLFOX6化疗方案相比,健脾通络方联合mFOLFOX6化疗方案能显著缓解大肠癌术后气虚血瘀型患者的临床症状,改善其功能状态,减轻化疗不良反应,提高疗效。

[参考文献]

- [1] MORGAN E,ARNOLD M,GINI A,et al. Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN[J]. Gut, 2023, 72(2):338-344.
- [2] SHINJI S,YAMADA T,MATSUDA A,et al. Recent advances in the treatment of colorectal cancer: a review[J]. J Nippon Med Sch, 2022, 89(3):246-254.
- [3] PALLAN A,DEDELAITE M,MIRAJKAR N,et al. Post-operative complications of colorectal cancer[J]. Clin Radiol, 2021, 76(12):896-907.
- [4] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局,中华医学会肿瘤学分会. 中国结直肠癌诊疗规范(2020年版)[J]. 中国实用外科杂志, 2020, 40(6):601-625.
- [5] AMIN M B, GREENE F L, EDGE S, et al. AJCC cancer staging manual[M]. 8th ed. New York: Springer, 2017: 252-274.
- [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: 139-140.
- [7] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 2版. 上海: 上海医科大学出版社, 2000: 614.
- [8] 世界卫生组织. 抗癌药急性及亚急性毒性反应分度标准(WHO标准)[J]. 癌症, 1992, 11(3):254.
- [9] 葛青云, 陈玉根. 基于现代文献分析大肠癌中医证型及症状、体征分布规律[J]. 吉林中医药, 2018, 38(6): 625-628.
- [10] 周岱翰. 中医肿瘤学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 237-247.
- [11] 刘佳琴, 罗吉, 杨晓, 等. 蒋益兰教授从“虚、瘀、毒”论治大肠癌经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2020, 40(4): 482-485.
- [12] 窦琦璐, 李青青, 朱超林, 等. 王瑞平运用健脾疏肝法治疗晚期结直肠癌经验[J]. 河北中医, 2021, 43(6): 903-906.
- [13] 叶天士. 临证指南医案[M]. 华岫云, 编订. 北京: 华夏出版社, 1995: 178.
- [14] 黄岚, 陈碧莲, 罗镭. 白花蛇舌草的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 中国药事, 2023, 37(12): 1451-1460.
- [15] 李舒婷. 半枝莲的化学成分及抗炎活性研究[D]. 江门: 五邑大学, 2023.
- [16] 李明, 赫军, 马秉智, 等. 中药蛇莓化学成分和抗肿瘤药理作用的研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析, 2017, 17(5): 595-596, 600.
- [17] 江远玲, 冯楠, 邵欣宇, 等. 黄芪的现代药理作用研究进展[J]. 西南医科大学学报, 2023, 46(5): 456-460, 463.
- [18] 李力恒, 陈昌瑾, 胡晓阳, 等. 党参的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2023, 51(3): 112-115.
- [19] 马艳春, 吴文轩, 胡建辉, 等. 当归的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2022, 50(1): 111-114.
- [20] 王艳丽, 宁宇, 丁莹. 地龙的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药信息, 2022, 39(12): 86-89.
- [21] 唐尹萍, 刘焱文. 鳖甲研究概况[J]. 中国药师, 2010, 13(3): 423-425.

论著·外治理论与应用

基于“脑-督脉-肾”轴探讨帕金森病的针灸治疗

张儒奇¹, 田明涵¹, 王盛春²

(1. 山东中医药大学针灸推拿学院, 山东 济南 250355; 2. 山东第一医科大学附属省立医院针灸理疗康复科, 山东 济南 250021)

[摘要] 基于肾脑相济理论, 以及督脉经络循行与结构联系, 提出“脑-督脉-肾”轴, 并认为该功能体系失常是帕金森病(PD)的病机关键。脑窍失和为首因, 肾亏失养为根本, 督脉受损而无法沟通脑与肾, 三者共同参与PD的发生发展。基于“脑-督脉-肾”轴针灸治疗PD, 应首取百会、神庭、印堂、风府、哑门等头颈部督脉穴, 以健脑益髓、通督调神、升阳止颤, 又需配伍太溪、涌泉、大钟、肾俞等穴, 以补肾填精、固本通督、育阴培阳, 加之三阴交、关元、气海等穴调补气血。针对PD抑郁等负性情绪障碍、睡眠障碍、二便排泄障碍等常见并发症, 注重身心同调, 辨证施针, 以使诸症皆消。

[关键词] 帕金森病; 针灸; “脑-督脉-肾”轴; 肾亏髓空

[中图分类号] R277.7; R245-0

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0545-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.011

Discussion on Acupuncture and Moxibustion Treatment for Parkinson's Disease Based on “Brain-Governor Vessel-Kidney” Axis

ZHANG Ruqi¹, TIAN Minghan¹, WANG Shengchun²

(1. College of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Department of Acupuncture, Physiotherapy, and Rehabilitation, Shandong Provincial Hospital Affiliated to Shandong First Medical University, Jinan 250021, China)

Abstract Based on the theory of the mutual reinforcement between the kidney and the brain, as well as the circulation and structural connection of the governor vessel, the “brain-governor vessel-kidney” axis is proposed, and it is believed that the disorder of this functional system is the key pathogenesis of Parkinson's disease (PD). The disharmony of the brain orifices is the primary cause, the deficiency of the kidney and

subsequent loss of nourishment is the root cause, and the damage to the governor vessel makes it impossible to connect the brain and the kidney. These three factors jointly contribute to the occurrence and development of PD. In the acupuncture and moxibustion treatment based on the “brain-governor vessel-kidney” axis for PD, the governor vessel points on the head and neck, such as Baihui (GV20), Shenting (GV24), Yintang (EX-HN3), Fengfu

[收稿日期] 2024-12-02

[基金项目] 山东省卫生健康委员会齐鲁医派中医学流派传承项目(批文号:鲁卫函[2020]132号); 山东省中医药科技发展计划项目(编号:2019-0312); 山东省卫生健康委员会齐鲁卫生与健康领军人才培养工程项目(批文号:鲁卫人字[2020]3号)

[作者简介] 张儒奇, 2024年硕士研究生, 研究方向: 针灸治疗神经内分泌系统疾病研究。

[通信作者] 王盛春, 主任医师, 博士研究生导师, 主要从事针灸治疗神经内分泌系统疾病研究。邮箱: wsc3699@sina.com。

(GV16), and Yamen (GV15), should be selected first to invigorate the brain and replenish the marrow, unblock the governor vessel and regulate the spirit, and relieve tremors by raising yang. Moreover, points such as Taixi (KI3), Yongquan (KI1), Dazhong (KI4), and Shenshu (BL23) should be combined to tonify the kidney and supplement essence, consolidate the foundation and unblock the governor vessel, and nourish yin and cultivate yang. In addition, points like Sanyinjiao (SP6), Guanyuan (CV4), and Qihai (CV6) are used to regulate and tonify qi and blood. For common complications associated with PD, such as depressive and other negative emotional disorders, sleep disorders, and defecation and urination disorders, emphasis is placed on the simultaneous regulation of both body and mind, and acupuncture is administered based on syndrome differentiation to eliminate all symptoms.

Keywords Parkinson's disease; acupuncture and moxibustion; "brain-governor vessel-kidney" axis; deficiency of the kidney and depletion of the marrow

帕金森病(PD)是临床常见的慢性进展性神经系统变性疾病,以运动功能障碍为主要临床表现,或伴有负性情绪障碍、睡眠障碍、二便排泄障碍等^[1]。针灸作为PD非药物疗法之一,可有效改善其临床症状。研究表明,针灸干预PD具有保护多巴胺能神经元、改善神经递质与神经营养因子水平、恢复线粒体功能、抑制神经炎症、调控氧化应激等作用^[2]。PD属于中医学颤证范畴,病位主要在脑,牵涉肾与督脉^[3]。脑为髓海,髓由精化生,肾藏精,精舍志,志禀元神之气,以统真元。脑与肾以督脉相通,《素问·骨空论》曰:“督脉者……贯脊属肾……上额交巅上,入络脑……入循膂,络肾。”若脑失所养,元神不固,不能统摄五脏之神,则肾精失稳,气化失司,封藏无序,动而难出伎巧,无作强之力;肾精不足,难以化髓,髓海空虚,又致神机失用^[4];再者督脉阻滞、脉气虚衰,亦可使脑肾失济。临床治疗PD多以肾亏髓空立论,行和髓海、补肝肾、调督脉、安神志之法,取穴以督脉、肾经穴为主,辅之膀胱经、肝经、胃经等经穴位。本文探讨“脑-督脉-肾”轴理论,旨在为针灸治疗PD的临证组穴提供新思路。

1 “脑-督脉-肾”轴与PD的相关性

1.1 脑为髓海,以摄元神

关于脑之论述,《本草纲目》曰“脑为元神之府”,《素问·五脏生成》曰“诸髓者,皆属于脑”。脑为髓海,为精髓汇聚之处,“其输上在于其盖,下在风府”,位居头内。《修真十书》载:“夫脑者,一身之宗,百神之会,道合太玄,故曰泥丸。”脑者,百节皆有神,为神机之源,统摄五神,主精神意识活动,以御周身^[5]。髓为魂魄之穴宅,性命之枢机,欲明晰髓之所用,

必先知“精生髓”,《灵枢·经脉》云:“人之始生,先成精,精成而髓生。”肾精化髓充脑,脑者以髓为体、神为用,髓充足则与心相通,元神得养,神志清明^[6],如《医学衷中参西录》载:“心脑息息相通,其神明自湛然长醒。”髓空虚则元神失养,出现神志异常,《医林改错》曰“灵机记性不在心在脑”,《医述》曰“髓纯者灵,杂者钝,耳目皆由以禀令,故聪明焉”。PD患者受衰老、体质等因素影响,髓渐空或混杂,元神失固,进而导致认知障碍、记忆力减退等症状;再者,髓之质,为神经之本源,髓空者,调控失司,知觉运动俱废,故PD患者运动迟钝、肢体震颤、肌肉强直等运动症状与脑相关^[7]。除髓、脑神外,脑气亦与PD的发生发展相关。脑气可上充髓、神,下达周身,气全则形全,脑气虚则脑为之不满,七窍五官失约失用,“耳为之苦鸣,头为之苦倾”,出现头晕、神经性耳鸣、便秘等常见PD并发症^[8]。

1.2 肾为根本,藏精舍志,阴阳所依

肾藏精舍志,为先天之本,《素问·六节藏象论》云:“肾者,主蛰,封藏之本,精之处也。”肾精充足,则精汁清者化而为髓,循脊上行入脑,髓汇聚以成脑髓,髓充盈,神机健运,故二者生理上相互联系,病理上亦相互影响,如肾精不足,髓海空虚,脑窍失养,则出现脑转耳鸣、目昏眩冒、倦怠嗜卧,甚者健忘、痴呆^[9-10]。《医学精义》云:“盖髓者,肾精所生,精足则髓足,髓在骨内,髓足则骨强,所以能作强。”肾主骨生髓,髓充于骨,髓得养,动出伎巧且外存作强之力,故肢体能正常运动;同时肾精充盛以化生肾气,肾气足则筋骨劲强,反之则骨枯失用,出现PD运动迟缓、步态姿势失衡等症状^[10-11],如《素问·脉要精微论》云

“骨者,髓之府,不能久立,行则振掉,骨将惫矣”。

肾气分阴阳,为人之阴阳根本,若有偏衰则各有所变。肾阴亏虚,肾水难以涵肝木、制盛火,肝阳不制,上亢化风,以致肝风内动,筋拘搐挛,发为震颤摇动等“动风”证候^[12];且肝体阴而用阳,以血为本,以气为用,久耗精血使肝肾阴虚,进而肝疏泄失司,气机郁结,出现抑郁等负性情绪障碍^[13]。阴阳互根,肾阴虚日久必损肾阳,命门火衰,难以温煦柔养筋脉肌肉,虚寒内生,寒性收引、凝滞,出现PD肌肉强直、运动迟缓之症;阳虚无以振奋精神,可见表情淡漠、萎靡不振等精神症状;肾阳虚水寒则阴凝于下,膀胱不温,气化失常,津液输布失权,可伴发小便排泄障碍等^[14];肾寒脾湿,火不暖土,中州不运以致推动无力,肠腑传导失常,魄门难启,则见肾虚便秘^[15-16];此外,肾阴、肾阳不足,皆无以上济于心,使心火偏盛、心肾不交,PD睡眠障碍便与之相关^[10]。

1.3 督脉联络,总督诸阳

督脉贯脊属肾,上络于脑,《素问·骨空论》曰:“督脉者……贯脊属肾……上额交巅上,入络脑……入循脊,络肾。”督脉通过经络结构沟通脑、肾,并与脑、肾共同构成PD“脑-督脉-肾”生理病理体系^[3]。督脉为精气升降之通路,肾中真阴真阳之气化成髓,由命门温养,经督脉上升贯注于脑。《中西汇通医经精义》言“肾中之系即命门也,督脉贯之为先天阳”,督脉受肾中命门之阳气所序贯,总督一身之阳,阳气温煦推动正常、督脉畅达,则肾精上输以荣髓海,清阳得升以醒脑窍,气血流通以化脑中瘀浊,使元神稳固,神志清明,统摄有司^[17]。督脉受损为PD核心病机之一,督脉阻滞或脉气虚衰,阻碍阳气布达周身,引发肢体震颤、运动迟缓、肌肉强直等运动症状,同时督脉与脑之属络失调,亦致脑神失用,表现为认知功能障碍等非运动症状。

2 基于“脑-督脉-肾”轴探讨PD针灸证治

2.1 健脑益髓,通督调神,升阳止颤

头部乃精明之府、诸阳之会,为脏腑经络之气汇聚之所,《灵枢·邪气脏腑病形》载:“十二经脉,三百六十五络,其气血皆上行于面而走空窍。”对于PD患者,取头部穴位进行针刺可调理气机,促进气血运行,近以治脑病,又可通过循行经络调整相应脏腑功能,发挥健脑益髓、调神止颤之效。脑为髓海,为四海之一,百会、风府乃髓海精微之气输注之穴,为头

部气机流转之枢纽,两穴皆属于督脉,为阳气汇聚之渊藪^[18]。阳邪主动,阳虚又无以荣养脑神,故PD震颤不能自持首当从阳论治。督脉总领周身之阳气,神志之清明、筋骨之柔韧皆赖于阳气充养与润泽,“阳气者,精则养神,柔则养筋”,针灸百会、风府可升阳益髓、健脑安神。风府、哑门位于项后,为督脉与阳维脉之交会,且哑门作为“颅底七穴”针刺法治疗PD的主穴,针刺之可通督脉之气,益精髓之源,对PD运动迟缓、肌肉强直大有裨益^[19]。神庭、印堂同属督脉,为“靳三针调神针法”重要组穴,神庭通督脉以调摄元神,配伍印堂共奏调神止颤之功^[3];印堂、百会、神庭合用,契合“病变在脑,首取督脉”理论,临证时取印堂、百会、神庭等穴可贯通头部督脉,对于PD具有良效^[20]。四神聪分布于百会四周,有神之四方汇聚之意,“靳三针调神针法”将其进一步发展为四神聪穴,针刺之可温阳通督调神,缓解PD所致诸症^[17]。大椎为手足三阳经与督脉之会,王乐亭所创“督脉十三针”是以大椎、百会、风府等穴为核心组成的针刺处方,针刺之能振奋阳气,通髓达脑,且配合火针疗法可助阳通脉,充盈元阳,濡养髓海^[21]。因此针灸治疗PD应首取督脉穴位以升阳益髓,近取头穴以健脑调神止颤。

2.2 补肾填精,固本通督,兼益气血

肾者主志,虚则智昏。五脏六腑之精皆归肾藏之,而精能化神,神寓精中,先天之精充盛,则髓满脑充,元神明固,诸邪难以上犯,故取肾经、膀胱经穴位治疗PD,可使神智复明而颤止。肾主骨生髓,通于脑,取肾经穴太溪、大钟、涌泉,意在补肾填精、荣养脑髓、强健筋骨,从根本上改善PD之肾亏髓空、虚风内动之病机^[22]。太溪为肾经原穴与输穴,专于滋阴补肾、填精益髓。大钟,名含“动”意,寓动则生阳,汇聚先天之精,上奉于脑,养髓益智,与太溪、涌泉等穴为“补肾养髓”针刺法治疗髓海不足型PD的要穴^[22]。涌泉乃肾经井穴,为“五心”配穴之一,针刺双侧涌泉并配伍劳宫、膻中等人身五心穴,可益肾调神、交通阴阳^[23];且涌泉结合精灸疗法可引火归元,滋肾醒脑,涌泉与“髓会”悬钟交替灸更能扶阳通阳,濡养脑窍,强筋健骨,对于PD临床症状及睡眠障碍等并发症具有调节作用^[24]。肾俞属足太阳膀胱经,为肾之背俞,常与肝俞、夹脊穴配伍,针刺时向督脉斜刺,引膀胱经之阳气入督脉,升以激发脑神清阳之

气,降则温煦肾府元阳之本;肾俞与“固本通督”针刺法另一组穴(百会、前神聪、印堂、关元、气海、后溪、足三里、三阴交、合谷、太冲)交替应用,可通督调神、畅达气机,亦可补肾填髓,使脑得髓养,神明自安^[25]。三阴交为肝、脾、肾三经之交会,针刺之可益气健脾,疏肝补肾,调和三经气血。《素问·八正神明论》云:“血气者,人之神。”《灵枢·平人绝谷》云:“血脉和利,精神乃居。”针刺三阴交可补血以养精,精足则神安、颤止。因此针灸治疗PD之取穴,既要注重补肾填精、固本通督之根本,又要兼顾益气血、调阴阳之全局,以畅通“脑-督脉-肾”功能体系。

2.3 谨查兼症,辨证施针

除运动功能障碍外,PD患者常伴发一系列非运动症状,如抑郁等负性情绪障碍、睡眠障碍、二便排泄障碍等,临床治疗时应详审PD并发症,证症合参,辨证施针。PD与抑郁症合病可命名为“颤郁”,为本虚标实之证,以肝肾阴虚为本,肝气郁结为标,且久病重在治其本虚^[14,26]。颤郁早期以标实为主,应治以疏肝平肝,取“调神益智”针刺法施于此阶段,除头穴近治以通督调神外,多配伍合谷、太冲“四关”穴以畅通气机、平肝息风、疏肝解郁^[20];而颤郁病久无论是阴虚肝郁所致,还是肾阳虚无以柔筋养神,皆可取“固本通督”针刺法随证加减施治,以滋肾调肝、通督升阳、安神解郁^[25]。治疗PD睡眠障碍重在调神,可联合应用头针、体针、耳穴贴压,以调和机体阴阳之偏颇,畅通表里经络,实现寤寐安和、阴平阳秘;同时还应调节心脾,《灵枢·邪客》云“心者五脏六腑之大主,精神之所舍也”,取神门、内关、关元、足三里、三阴交,共奏宁心安神、养血调神之效^[20]。

PD二便排泄障碍包括夜尿增多等泌尿功能障碍与便秘,夜尿增多与便秘病位分别在膀胱、大肠,与肾、脾相关。肾司二便,肾阴亏则肠失润泽,犹舟无水行,大便涩滞难通;肾阳弱则命门火微,元阳推动失常,中州不运,大肠传导无力,以致大便排泄受阻,阳衰难以温煦,膀胱气化失司、开阖无度,水液外泄,可见夜尿增多。临证时可灵活应用“补肾养髓”针刺法进行辨证施治,组方中太溪、涌泉、大钟、肾俞可养阳育阴,百会可升阳举陷、固摄膀胱,诸穴合用,配伍加减,或助阳化气、健运肠腑,或增水行舟、滋肾润肠,使便秘得解,或温肾补阳、涩便固脱^[22]。此外,肾阴亏虚,水虚而风火内炽,《医述》云“风木过动,必犯

中宫”,此即肝阳偏亢,反侮脾土,而脾胃居中焦,为气机升降之要冲,脾气失于升发,则枢机运转受阻,中焦气滞不行,形成壅滞之态,胃腑通降失司,继而下焦肠腑之气闭塞,以致糟粕停滞,内积不化^[27]。针对脾虚而腑气不通所致便秘,酌取关元、气海、足三里,关元乃任脉与足三阴经之交会,为小肠之募穴,气海为任脉与阴维脉之交会,足三里为胃经穴、胃之下合穴,三穴同用具有培肾固本、调中理气、导滞通腑等功效。研究发现,关元与天枢、上巨虚配伍用于治疗PD便秘疗效较佳,天枢为大肠募穴、腹气之街,上巨虚为大肠下合穴,三穴配伍,通补有序,使大肠、小肠疏泄有常,腑气通降,大便得行^[3]。

3 结束语

本文从“脑-督脉-肾”轴分析脑、督脉、肾三者间生理、病理联系,并藉此阐述PD病机及其针灸证治,在此一体观下,脑为髓海,肾为根本,督脉作为桥梁,上承脑府,下连肾元,三者各司其职,又相辅相成,其中任何一者功能失常皆可导致PD发生发展。针灸治疗依循“脑-督脉-肾”轴,行和髓海、补肝肾、调督脉、安神志之法,循经选穴以督脉、肾经之要穴为主,兼及他经,身心同调,辨证施针,以顾兼症,疗效甚佳。

[参考文献]

- [1] 雒晓东,李哲,朱美玲,等. 帕金森病(颤拘病)中医临床诊疗专家共识[J]. 中医杂志,2021,62(23):2109-2116.
- [2] FAN J Q, LU W J, TAN W Q, et al. Acupuncture for Parkinson's disease: from theory to practice[J]. Biomed Pharmacother, 2022, 149: 112907.
- [3] 刘鑫,许小燕,雷苏英,等. 庄礼兴基于“动静”更迭针药结合治疗帕金森病运动并发症经验[J]. 中国针灸, 2024, 44(8): 941-946.
- [4] 赵琼,赵雅飞,赵玉婷,等. 从“肾藏精,精舍志”理论探讨帕金森病与阿尔茨海默病异病同治的理论基础[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(6): 903-905.
- [5] 刘红喜,路梦颖,梁晓,等. 基于髓海理论运用填精益髓法辨治中医脑病[J]. 中医杂志, 2023, 64(18): 1877-1884.
- [6] 王凯,管树杰,徐家淳,等. 中医“髓”的现代生物学基础探讨[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(2): 566-570.
- [7] 万明珠,于嵩,刘超,等. 从“肾、脑、督脉”法论治帕金森颤证[J]. 光明中医, 2017, 32(20): 2913-2915.
- [8] 郭冰玉,田文杨,张新宁,等. 从髓-脑-神-气多角度

- 探讨帕金森病[J]. 北京中医药,2021,40(8):866-869.
- [9] 王鹏,李敏,王亮,等. 帕金森病肾虚血瘀证的生物学基础探讨[J]. 中国中医基础医学杂志,2022,28(4):559-561.
- [10] 乔丹丹,韩富华,孙林娟. 从肾气亏虚探讨帕金森病的治疗思路及验案举隅[J]. 环球中医药,2020,13(7):1191-1194.
- [11] 谢金颖,伍大华,李映辰. 基于脑肾相济理论异病同治论治常见脑髓病[J]. 世界中医药,2023,18(12):1689-1692.
- [12] 曹冰倩,谭峰. 谭峰基于肾虚髓空与肝风内动论治早期帕金森病[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(8):1906-1910.
- [13] 崔向琴,徐运启,高敏. 高敏从肝论治帕金森病抑郁经验[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(3):664-668.
- [14] 张鑫杰,杨丽静,刘明. 基于“诸寒收引,皆属于肾”治疗帕金森病的理论探讨[J]. 四川中医,2022,40(2):24-26.
- [15] 高娜娜,孙文竹,任渊,等. 杨震从“肾寒脾湿木郁风动”论治帕金森病[J]. 中医药导报,2020,26(9):195-197.
- [16] 刘鑫雨,岳利峰,马培,等. 从肾论治帕金森病便秘[J]. 中国中医基础医学杂志,2022,28(9):1528-1530.
- [17] 肖培根,刘鑫,肖聪慧,等. “调神针法”治疗帕金森病思路初探[J]. 中医药学报,2022,50(11):42-46.
- [18] 黄金玉,刘智斌. 四海取穴论治帕金森病研究进展[J]. 陕西中医,2022,43(6):811-813.
- [19] 袁盈,陈枫,杨金生,等. 针刺辅助治疗帕金森病49例[J]. 中国针灸,2014,34(1):53-54.
- [20] 邱丽蓉,王盛春,苏萌,等. 针刺治疗帕金森病认知功能障碍[J]. 中华中医药杂志,2021,36(6):3700-3702.
- [21] 兰思杨,王春琛,刘慧琳,等. 金针王乐亭经验方配合火针治疗原发帕金森病17例[J]. 中国针灸,2019,39(5):487-488,494.
- [22] 邱丽蓉. 补肾养髓针刺法治疗髓海不足型帕金森病轻度认知障碍的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2021.
- [23] 吴国庆,汪子栋,唐银杉,等. 李志刚教授运用“通督启神”针法治疗神经退行性疾病的经验[J]. 湖南中医药大学学报,2024,44(3):440-444.
- [24] 赵旭,符文彬. 整合针灸方案治疗帕金森病睡眠障碍的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2023,40(12):3067-3072.
- [25] 邱丽蓉,王盛春. 帕金森病异动症案[J]. 中国针灸,2021,41(3):342.
- [26] 张薇,袁灿兴. 论帕金森病伴抑郁和原发性抑郁的异质性[J]. 上海中医药杂志,2024,58(8):23-26,40.
- [27] 黄圣,陈志刚,陈路. 从脾肾分期论治帕金森病便秘[J]. 现代中医临床,2024,31(4):48-51.

(上接第531页)

- [2] 谢观. 中华医学大辞典[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1994:90.
- [3] 傅仁宇. 审视瑶函-六卷:眼科大全[M]. 新1版. 上海:上海人民出版社,1977:22-39.
- [4] 严用和. 重订严氏济生方[M]. 浙江省中医研究所文献组,湖州中医院,整理. 北京:人民卫生出版社,1980:122.
- [5] 王绍隆. 医灯续焰[M]. 陈家旭,主校. 北京:中国中医药出版社,2017:81.
- [6] 钟凯,刘华一. 浅谈李东垣从脾胃论治头面诸窍疾病的思想[J]. 环球中医药,2018,11(6):857-858.
- [7] 陈广. 补脾益气法联合0.01%阿托品滴眼液对青少年轻度近视的疗效观察[D]. 长沙:湖南中医药大学,2021.
- [8] 李点. 干眼症从脏腑辨治临证体会[J]. 新中医,2013,45(11):177-178.
- [9] 王小飞,魏伟. 魏伟从肺论治干眼症经验[J]. 中医学报,2020,35(8):1713-1716.
- [10] 李点. 从“肝主泣”辨治干眼临床体会[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,21(10):18-21.
- [11] 施凌贤,严霞,王丽. 杞菊地黄丸加地塞米松治疗虹膜睫状体炎效果及激素减量过程的影响[J]. 大医生,2023,8(16):71-73.
- [12] 董志国,刘新泉,张殷建,等. 当归养荣汤加味治疗气血亏虚型围绝经期干眼临床研究[J]. 中国中医眼科杂志,2020,30(7):472-476.
- [13] 张翹. 明目理血汤治疗气滞血瘀型眼底血证的回顾性研究[D]. 长春:长春中医药大学,2022.
- [14] 李莹,谢立科,郝晓凤,等. 五苓散在眼科病症黄斑水肿临证中的应用[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(5):1184-1190.
- [15] 吴改萍,郝晓凤,罗金花,等. 谢立科疏肝养阴法治疗干眼临床经验[J]. 辽宁中医杂志,2022,49(2):12-14.
- [16] 孙河,王丽媛,董霏雪. 浅谈“疏肝通窍法”在眼科的应用[J]. 中国中医眼科杂志,2020,30(12):837-841.

龙砂开阖六气针法联合独活寄生汤治疗肝肾亏虚型膝骨关节炎临床观察

王君清¹, 贾超轶², 刘文琼³

(1. 山东中医药大学第二附属医院, 山东 济南 250001; 2. 山东中医药大学, 山东 济南 250355; 3. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250011)

【摘要】目的: 观察龙砂开阖六气针法(以下简称六气针法)联合独活寄生汤治疗肝肾亏虚型膝骨关节炎的临床疗效。方法: 选择肝肾亏虚型膝骨关节炎患者60例, 按随机数字表法分为对照组和观察组各30例。对照组患者采用口服盐酸氨基葡萄糖胶囊治疗, 观察组患者采用六气针法联合独活寄生汤治疗, 两组均连续治疗4周。比较两组疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数(WOMAC)评分、Lequesne指数评分、不良反应情况及临床疗效。结果: 治疗后, 两组VAS、WOMAC和Lequesne指数评分均低于治疗前($P<0.05$), 且观察组上述各项评分均低于对照组($P<0.05$)。治疗过程中, 对照组有1例患者出现轻微恶心、呕吐症状, 其他患者均未见明显不良反应。治疗后, 观察组总有效率(93.3%)高于对照组总有效率(63.3%), 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论: 六气针法配合独活寄生汤治疗肝肾亏虚型膝骨关节炎疗效确切, 可明显减轻患者膝关节疼痛和炎症程度, 并能改善患者膝关节活动能力, 安全性高。

【关键词】 龙砂开阖六气针法; 独活寄生汤; 膝骨关节炎; 视觉模拟评分法; 西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数; Lequesne指数

[中图分类号] R274.9

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0550-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.012

Clinical Observation of Longsha Opening-Closing Six-Qi Acupuncture Combined with Duhuo Jisheng Decoction(独活寄生汤) in Treating Knee Osteoarthritis of Liver and Kidney Deficiency Type

WANG Junqing¹, JIA Chaoyi², LIU Wenqiong³

(1. The Second Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250001, China; 2. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 3. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250011, China)

[收稿日期] 2025-02-13

[基金项目] 山东省中医药科技发展计划项目(编号:2017-063); 第五批全国中医临床优秀人才研修项目(批文号:国家中医药人教函[2022]1号)

[作者简介] 王君清, 主治医师, 主要从事中医骨伤病研究。邮箱: 2621504134@qq.com。

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of Longsha opening-closing six-qi acupuncture (hereafter referred to as six-qi acupuncture) combined with Duhuo Jisheng Decoction (独活寄生汤) in treating knee osteoarthritis of the liver and kidney deficiency type. **Methods:** A total of 60 patients

with knee osteoarthritis of the liver and kidney deficiency type were selected and divided into a control group and an observation group according to the random number table method, with 30 cases in each group. Patients in the control group were treated with oral glucosamine hydrochloride capsules, while patients in the observation group were treated with six-qi acupuncture combined with Duhuo Jisheng Decoction. Both groups underwent continuous treatment for 4 weeks. The visual analogue scale (VAS) score for pain, the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) score, the Lequesne index score, adverse reactions, and clinical efficacy were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the scores of VAS, WOMAC, and Lequesne index in both groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$), and the scores of the above items in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). During the treatment process, 1 patient in the control group presented with mild nausea and vomiting symptoms, while no obvious adverse reactions were observed in the other patients. After treatment, the total effective rate of the observation group (93.3%) was higher than that of the control group (63.3%), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusions:** The combination of six-qi acupuncture and Duhuo Jisheng Decoction has a definite therapeutic effect on knee osteoarthritis of the liver and kidney deficiency type. It can significantly relieve the knee joint pain and inflammation in patients, and improve the knee joint mobility of patients with high safety.

Keywords Longsha opening-closing six-qi acupuncture; Duhuo Jisheng Decoction; knee osteoarthritis; visual analogue scale (VAS); Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; Lequesne index

膝关节炎(KOA)在我国发病率较高,研究发现,KOA是影响中老年患者日常生活甚至导致残疾的最常见疾病之一,随着人口老龄化的进展,其已成为一种严峻的社会疾病及社会问题^[1]。西医学认为KOA主要由关节软骨及软骨下骨的退行性改变、关节力学改变等原因引起,临床以关节肿胀疼痛、麻木畸形、活动不利等为主要表现^[2]。中医学认为本病乃因人体随年龄增长而肝肾渐亏、气血不足,外邪乘虚侵入,终致风寒湿积聚于膝关节。目前临床对KOA主要采用口服或外用镇痛消炎类药物、手术等方式进行治疗,此类治疗虽有一定作用,但远期疗效并不理想,且存在一定不良反应^[3]。中医学治疗本病常采用针刺、推拿、口服或外用中药等方式,在缓解症状、安全性方面具有一定优势。龙砂开阖六气针法(以下简称六气针法)遵循五运六气思维模式,操作简单,疗效可靠,可用于治疗内、外、妇、儿等各科疾病,且具有较强的可重复性。独活寄生汤可用于治疗积年劳损、肝肾亏虚又兼风寒湿邪侵袭所致之痹病,尤其适用于治疗腰腿疼痛。本研究采用六气针法联合独活寄生汤治疗KOA,观察此针药合用、六气同调之法对KOA患者的影响,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择2020年1月至2020年10月在山东中医药大学第二附属医院治疗的肝肾亏虚型KOA患者60例,采用随机数字表法分为对照组和观察组各30例。对照组男14例、女16例,平均年龄(55.36 ± 3.52)岁,病程[3.00(2.00, 4.25)]年。观察组男20例、女10例,平均年龄(53.53 ± 2.68)岁,病程[3.5(2.0, 5.0)]年。两组患者的年龄、性别、病程比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经山东中医药大学第二附属医院伦理委员会审批,批件号:2020-013-26。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《骨关节炎诊疗指南(2018年版)》^[4]制定KOA诊断标准:①最近1个月内多次出现膝关节肿痛症状;②X线检查见关节腔狭窄、骨赘、骨硬化、囊性变等;③年龄 ≥ 50 岁的中老年患者;④晨起膝关节在静止不动后出现僵硬的时间 ≤ 30 min;⑤出现骨摩擦感或骨擦音。符合①及②③④⑤中任意两项即可诊为KOA。

1.2.2 中医辨证标准

根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]中肝肾亏虚型骨痹和《中医病证诊断疗效标准》^[6]中肝肾亏虚型膝痹的诊断条件,制定KOA肝肾亏虚证诊断标准:膝关节疼痛时隐时现,病程缠绵,腰腿酸软乏力,耳鸣头晕,膝软行走欠稳,劳累及遇阴雨天明显加重,舌淡红,舌苔薄或薄白,脉细弦或细弱。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②近1个月内未接受过任何KOA医治及其他医治;③Kellgren-Lawrence分级为I级、II级、III级;④自愿加入本研究并签署研究知情同意书。

1.4 排除标准

①关节严重畸形及有外伤史者;②由其他疾病导致的膝关节病变患者;③对本研究所用药物及针刺有不良反应或有其他器质性病变者;④不能依从治疗或在研究期间接受其他治疗者;⑤特殊人群,如精神疾病患者。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组

对照组患者口服盐酸氨基葡萄糖胶囊(山西中远威药业有限公司,国药准字H20020306,规格:每粒0.24g),每次0.24g,日3次,连续服用4周。

2.1.2 观察组

观察组患者采用六气针法配合独活寄生汤治疗。①六气针法:于头顶部(以百会为中心)用0.25mm×40.00mm毫针按顺时针方向平刺少阴、厥阴、阳明各2针,并在头顶百会穴处平刺1针,根据患者不同症状指向相关穴位,此为“引经针”,针刺深度为5~10mm,留针30min,每2d治疗1次,连续治疗4周。②独活寄生汤:独活15g,桑寄生15g,川芎12g,当归12g,熟地黄20g,肉桂6g,牛膝12g,茯苓12g,杜仲12g,白芍9g,细辛6g,秦艽6g,人参6g,防风6g,甘草6g。随证加减:感受风寒之邪较重、疼痛呈游走性伴恶寒发热等症者,加麻黄6g,桂枝9g以疏散风寒;感受寒湿之邪较重、关节疼痛重着、苔白腻者,加桂枝9g、制附子9g、干姜9g以温阳除湿。中药由医院药房统一煎煮,日1剂,早晚饭后温服,连续服用4周。

2.2 观察指标

分别在入组时和治疗4周后对两组患者进行疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、西安大略和麦克马斯

特大学骨关节炎指数(WOMAC)评分和Lequesne指数评分,并记录两组患者治疗过程中的不良反应情况。

2.2.1 VAS评分

疼痛评分卡上标有刻度1~10,0分表示没有疼痛,1~6分表示不同程度的疼痛,包括疼痛较轻、能感到疼痛和可忍受、不妨碍日常生活的疼痛,7~10分表示重度疼痛(需要药物止痛)^[7]。

2.2.2 WOMAC评分

WOMAC评分包括疼痛、僵硬以及日常活动难度三部分,共24项,分值最低0分,最高96分,分值越高表示骨关节功能障碍越严重^[7]。

2.2.3 Lequesne指数评分

Lequesne指数量表由3个模块组成,第1模块为患者自主感受到的疼痛或其他不适症状,第2模块为患者步行距离,第3模块为患者运动能力受限制程度,评分与患者关节状况成反比^[8]。

2.2.4 不良反应情况

治疗期间对患者的血常规、电解质、生化等指标进行监测,并记录患者出现的不适症状。

2.3 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]制定疗效标准。临床控制:膝关节红肿疼痛感大致消失,运动功能恢复正常,疗效指数≥90%;显效:膝关节红肿疼痛感减轻超过二分之一,偶有轻微肿痛不适,关节运动功能恢复大半,疗效指数≥70%但<90%;有效:膝关节红肿疼痛感减轻,可进行轻度关节活动,疗效指数≥30%但<70%;无效:膝关节持续红肿疼痛,关节运动功能尚未恢复,疗效指数<30%。将Lequesne评分与WOMAC评分相加作为疗效指数总分,计算公式为:(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%。

2.4 统计学方法

运用SPSS 25.0软件对研究数据进行统计学分析。满足正态性和方差齐性的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;定性有序数据以例数和百分比表示,采用非参数秩和检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组治疗前后各项评分比较

治疗前,两组患者VAS、WOMAC、Lequesne指数评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者上述评分均较治疗前降低($P<0.05$),且观察

组低于对照组($P<0.05$)。见表1。

3.2 两组不良反应情况比较

研究过程中,对照组1例患者出现轻微的恶心、呕吐等症状,未经特殊处理,数小时后自行好转,其他患者均未发生不良反应。两组患者治疗过程中血常规、电解质、生化指标均未出现明显异常。

3.3 两组临床疗效比较

治疗后,观察组、对照组总有效率分别为93.3%、63.3%,观察组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。见表2。

4 讨论

KOA属中医学骨痹、鹤膝风等范畴,其发病与肝肾两脏功能失常密切相关。《张氏医通》云“膝为筋之府,膝痛无有不因肝肾虚者,虚则风寒湿气袭之”^[9],提示KOA多由肝肾亏虚、筋骨失养、邪气趁虚侵入导致。《诸病源候论》认为劳倦过度损伤肾气可致经络虚乏,若护养不当、感湿受风,风湿之邪乘虚而入与气血搏结,可引发腰膝痹痛^[10]。《中西汇通医经精义》曰:“肾乃先天之本,贮精,精生髓,髓养骨,故骨为肾之合也。”^[11]肾虚则骨髓无以充养,且乙癸同源,肾之精气空虚,肝之精气亦虚,肝藏血主筋,膝为筋之府,肝肾二脏亏虚,加之长期劳累,气血亏损,可致腰膝、筋骨失于濡养;若此时风、寒、湿等外邪乘虚侵犯人体,影响气血的运行及输布,又可导致气血郁滞不散。故KOA既可因气血亏损不能濡养筋骨而疼痛,又可因风、寒、湿邪导致气血阻滞而疼痛,且寒湿之邪性缠绵,易使病程迁延。

独活寄生汤出自《备急千金要方》,多用于治疗年高劳损、肝肾亏虚兼风、寒、湿邪侵袭所致之痹病。方中独活缓而善搜,入血分,善下行,可缓解腰膝疼痛,桑寄生祛风除湿,强筋壮骨,肉桂温通经络,补肾散寒,三者共用,可发挥祛风除湿、散寒止痛、强壮腰膝的作用;秦艽、防风祛风胜湿,细辛辛温散寒,三者合用助君药蠲痹止痛;熟地黄、牛膝、杜仲皆入肝肾二经,用以益肾强骨、补肝柔筋;川芎、当归、白芍补血除血痹、养肝舒筋;甘草益气补中焦,使气血充足以祛邪外出,人参、茯苓补气健脾,扶助正气。诸药合用,共同发挥补肾柔肝、散寒胜湿祛风、缓解痹痛的作用。研究发现,独活寄生汤能有效减轻KOA患者的肢体疼痛、消除患肢肿胀,提高膝关节功能,其作用机制可能与降低炎症因子水平、调控软骨细胞增殖与凋亡、加速氧自由基清除等有关^[12-13]。独活寄生汤中各药物的有效成分可多靶点、多角度、多方面地作用于KOA发生发展的过程,从而改善患者临床症状。独活能通过相关生化反应发挥抗自由基以及抗感染的作用,以有效促进成骨细胞的增生分化,进而促进新骨生成^[14-15];牛膝提取物可通过抑制一氧化氮合成酶的合成有效降低机体炎症因子水平,从而起到保护软骨细胞的作用^[16];川芎提取物川芎嗪可以减少关节液中疼痛相关因子的含量,从而发挥抗炎、镇痛等作用^[17];杜仲的有效成分具有调控关节液中炎症因子水平、抑制软骨细胞凋亡、降低氧化应激水平、调节细胞外基质的生成与分解等作用,故能控制KOA病情进展^[18];秦艽提取物及细辛水溶液

表1 两组肝肾亏虚型膝骨关节炎患者VAS、WOMAC、Lequesne指数评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS评分		WOMAC评分		Lequesne指数评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	7.23 ± 1.92	2.77 ± 1.04*	49.23 ± 7.85	22.67 ± 6.32*	13.67 ± 3.18	4.23 ± 2.36*
对照组	30	7.03 ± 1.90	3.63 ± 1.10*	49.40 ± 8.23	27.37 ± 7.74*	12.93 ± 3.11	5.47 ± 2.74*
<i>t</i> 值		-0.405	3.139	0.080	2.577	-0.904	1.869
<i>P</i> 值		0.687	0.003	0.936	0.013	0.370	0.067

注:VAS为视觉模拟评分法,WOMAC为西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数。与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表2 两组肝肾亏虚型膝骨关节炎患者临床疗效比较

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	7(23.3)	15(50.0)	6(20.0)	2(6.7)	28(93.3)
对照组	30	3(10.0)	12(40.0)	4(13.3)	11(36.7)	19(63.3)
<i>U</i> 值						-2.406
<i>P</i> 值						0.016

均具有降低炎症因子水平、抗氧化应激的作用^[13]。

六气针法由龙砂学派弟子王凯军创制,是五运六气开阖枢理论应用于针灸方面的成功典范。顾植山教授根据《素问·阴阳离合论》中“三阴三阳开阖枢”理论绘制了“顾氏三阴三阳开阖枢图”和“顾氏三阴三阳太极时相图”,二图直观地展现了三阴三阳六气盛衰的运行节律,此为六气针法的理论基础^[19]。应用六气针法时,无需选用特定腧穴进行施治,只需以人体任意一点为中心,始终按顺时针方向沿皮针刺,作出一个符合三阴三阳开阖变化的太极图。临床应用六气针法常选头部、腰部、骶部等局部病灶进行针刺,其中以头部最为简便实用。百会穴位于巅顶部,为督脉腧穴,有“三阳五会”之称。十二经脉和五脏六腑之阳气皆汇聚于头,针刺百会穴可调动全身脏腑经络的阳气以祛邪外出,进而起到通络化痰之效,故本研究以百会穴为中心针刺六气开阖之处。考虑到2020年的运气格局为“金运太过”“少阴君火司天、阳明燥金在泉”,故取少阴、阳明和厥阴三穴,并刺百会以引经。经脉所过,主治所及,《灵枢·经脉》记载足少阴肾经“以上腠内,出腠内廉”,可治“脊股内后廉痛、痿厥、嗜卧、足下热而痛”;足厥阴肝经“上踝八寸,交出太阴之后,上腠内廉”,可治“病腰痛不可以俯仰”;足阳明胃经“以下髀关,抵伏兔,下膝腘中,下循胫外廉”,可治“髀厥、膝腘肿痛”。三经循行均经过膝关节,故针刺之可治疗KOA。

本研究结果显示,观察组患者治疗4周后VAS、WOMAC、Lequesne 指数评分较治疗前降低,且低于同期对照组患者,说明六气针法联合独活寄生汤能显著减轻KOA患者的关节疼痛及活动不利症状。观察组的治疗总有效率显著高于对照组,说明六气针法联合独活寄生汤治疗KOA比单纯口服盐酸氨基葡萄糖胶囊更具优势。综上,六气针法联合独活寄生汤治疗KOA,可以显著缓解患者关节红肿疼痛等临床症状,改善患者关节活动功能,提高患者生存质量,值得在临床治疗中推广应用。

[参考文献]

- [1] KAN H S, CHAN P K, CHIU K Y, et al. Non-surgical treatment of knee osteoarthritis.[J]. Hong Kong Med J, 2019, 25(2): 127-133.
- [2] 吕慧页, 柳椰, 马旭, 等. 膝关节炎保膝治疗研究进展[J]. 临床军医杂志, 2024, 52(9): 970-974.
- [3] 罗江森, 如斯坦木, 阿特尔, 等. 骨关节炎发病机制及治疗研究进展[J]. 陕西医学杂志, 2024, 53(7): 1006-1009.
- [4] 中华医学会骨科学分会关节外科学组. 骨关节炎诊疗指南(2018年版)[J]. 中华骨科杂志, 2018, 38(12): 705-715.
- [5] 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: 351.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: ZY/T001.1~001.9—94[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 30-31.
- [7] 黄乐春, 胡惠民, 梁宇翔. 膝关节功能评分量表评述[J]. 中国医药科学, 2016, 6(13): 50-53.
- [8] 黎春华, 郭燕梅, 陈蔚, 等. 中文版 Lequesne 指数在膝骨关节炎评价中的评价者间信度[J]. 中国康复理论与实践, 2010, 16(6): 554-555.
- [9] 张璐. 张氏医通[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2010: 123.
- [10] 巢元方. 诸病源候论[M]. 宋白杨, 校著. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 5.
- [11] 唐容川. 中西汇通医经精义[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2013: 23.
- [12] 张晓燕. 独活寄生汤联合美洛昔康胶囊治疗膝关节骨性关节炎疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(2): 213-214.
- [13] 邢海峰, 董林, 胡星荣, 等. 独活寄生汤治疗膝骨关节炎的研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(3): 154-158.
- [14] LI X, WANG J, GAO L. Anti-inflammatory and analgesic activity of r. a. p. (Radix Angelicae Pubescentis) ethanol extracts[J]. Afr J Trad Compl Alt Med, 2013, 10(3): 422-426.
- [15] 陈文锦, 庄胤, 彭伟, 等. 独活寄生汤通过调节免疫功能发挥对膝骨关节炎小鼠软骨损伤的缓解作用[J]. 中成药, 2023, 45(8): 2726-2731.
- [16] 胡翔宇, 张伟夫, 王子东, 等. 杜仲-牛膝药对调控软骨细胞凋亡和炎症反应治疗骨关节炎的分子机制[J]. 湖北中医药大学学报, 2024, 26(4): 5-8.
- [17] 谢平金, 罗臻, 卢启贵, 等. 川芎嗪和过表达 miR-20b-5p 干预早期膝骨关节炎模型大鼠滑膜、软骨和软骨下骨血管新生的组织学变化[J]. 中国组织工程研究, 2023, 27(2): 237-245.
- [18] 郑曲, 张宇, 杨永菊, 等. 杜仲及其有效成分治疗膝骨关节炎的作用机制研究现状[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(24): 225-232.
- [19] 高艳华, 韩金凤. 韩金凤教授应用龙砂开阖六气针法验案举隅[J]. 中西医结合研究, 2020, 12(5): 358-360.

论著·名医经验

刘寿山推拿手法治疗肩关节撞击综合征技术精要分析

阿迪力江·阿不都热依木¹,程璐瑶¹,黎霞¹,甘叶娜¹,臧福科¹,桑灏祺²,周婷¹,张桐桐¹,苑艺³,李多多¹

(1.北京中医药大学东直门医院,北京 100700; 2.中国中医科学院望京医院,北京 100102; 3.北京中医药大学,北京 100029)

[摘要] 肩关节撞击综合征属中医学劈缝前缝伤筋或痹病范畴,北京中医药大学东直门医院已故著名骨伤科前辈刘寿山先生认为劈缝前缝伤筋和痹病的核心病机为局部经络不通、气滞血瘀。临证实践表明,刘寿山先生创立的点穴拨筋、拔伸摇晃屈转、归合顺散手法对肩关节撞击综合征具有良好疗效。文章详解刘寿山先生手法操作要领,并结合肩关节撞击综合征的病理机制探讨手法起效的作用机制,为本病的保守治疗提供思路。

[关键词] 刘寿山;推拿;中医骨伤科学;肩关节撞击综合征;肩袖损伤

[中图分类号] R244.1

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0555-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.013

Analysis of Key Techniques of LIU Shoushan's Tuina Manipulation in Treating Shoulder Impingement Syndrome

Adilijiang Abudureyimu¹, CHENG Luyao¹, LI Xia¹, GAN Yena¹, ZANG Fuke¹, SANG Haoqi², ZHOU Ting¹, ZHANG Tongtong¹, YUAN Yi³, LI Duoduo¹

(1.Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; 2.Xicheng District Maternity and Child Healthcare Hospital, Beijing 100054, China; 3.Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract Shoulder impingement syndrome belongs to the category of injury of the anterior part of the shoulder joint or bi disease in traditional Chinese medicine. The late Mr. LIU Shoushan, a renowned orthopedic expert at Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, believed that the core pathogenesis of injury of the anterior part of the shoulder joint and bi disease is the blockage of local meridians, leading to qi stagnation and blood stasis. The clinical practice shows that Mr. LIU Shoushan's techniques of pressing acupoints and plucking tendons, pulling and stretching, shaking and flexing, as well as the

[收稿日期] 2025-01-19

[基金项目] 北京中医药薪火传承“3+3”工程刘寿山名家研究室项目(编号:2022-SZ-A-50)

[作者简介] 阿迪力江·阿不都热依木,2022年硕士研究生,研究方向:针灸推拿临床研究与骨伤名家经验继承研究。

[通信作者] 李多多,主任医师,主要从事退行性腰椎管狭窄症围手术期中西医结合疗法创新与方药研发工作。邮箱:tarako@163.com。

method of returning, combining, and dispersing, are effective for shoulder impingement syndrome. The article elaborates on the key points of Mr. LIU Shoushan's manipulation techniques, and discusses the mechanism of the manipulations in combination with the pathological mechanism of shoulder impingement syndrome, providing ideas for the conservative treatment of this disease.

Keywords LIU Shoushan; Tuina; science of orthopedics and traumatology in traditional Chinese medicine; shoulder impingement syndrome; rotator cuff injury

肩关节撞击综合征(SIS)主要是由外力作用于肩部导致肩部疼痛和功能障碍的一组病症,肩关节撞击中存在的与中医学“前缝伤筋”对应的前上撞击(ASI)最初是由 Gerber 和 Sebesta 于 2000 年提出^[1]。SIS 的诊断不像肱二头肌长头肌腱(LHBT)-滑车系统病变通过特定检查易于明确^[2],其较常见的临床症状为手臂水平内收和内旋时疼痛加重且不能通过肩峰下利多卡因浸润而缓解^[3]。目前认为 ASI 的疼痛源于病变 LHBT 和肩胛下肌腱在运动中与肩胛骨关节盂的前上孟唇缘撞击造成的摩擦损伤,研究表明 ASI 可能是肩关节骨关节炎的病前阶段^[4-5]。SIS 属中医学“前缝伤筋”或“痹病”范畴^[6],本研究团队在东直门医院已故著名骨伤科前辈刘寿山先生(1904—1980)辨治“前缝伤筋”学术思想指导下,运用其特色手法治疗 SIS,取得较好疗效。本文结合臧福科等传人记录刘寿山先生口授手法操作原文,详解操作要领,并结合 SIS 的病理机制探讨手法治疗起效的作用机制,以期为本病的保守治疗提供新思路。

1 病因病机

据臧福科考证,刘寿山先生阐释“前缝伤筋”的病机原语为“前缝为上肢用力、动转之主筋。前缝前有前等筋、后有后等筋各一道,髃骨肩端有吞口筋一道,均上通琵琶骨,下通肘髁,此三筋又有三缝之说,即前缝、后缝、上缝,为最易受伤处。如有斜抻、闪伤、后背、拽拧,均可伤前缝,痛肿者新鲜伤筋也,筋粗者陈旧伤筋也,而萎废不用者痹病也”。其中“斜抻”与“闪伤”为外展外旋位的损伤,症状和程度多较轻;而“后背”与“拽拧”为内收内旋位损伤,一般较前者重。刘寿山先生从伤筋和痹病角度认识本病,伤筋指跌打新伤,无论新鲜和陈旧,而痹病为年久不愈之顽疾,陈旧伤筋与痹病的区别主要在于功

能障碍的程度与是否有萎缩。无论上述哪种病变,刘寿山先生认为凡是属于伤筋和痹病的损伤类疾病均以局部经络不通、气滞血瘀为核心病机^[7-8]。

2 诊断与鉴别

刘寿山先生主要通过望、问、触、量四种诊察方式对“前缝伤筋”进行详细诊断和鉴别。他分析本病表现与病程的原语为“轻者当时无感觉,隔数日,前伸疼痛无力,后背觉痛,重者当即前缝前方肿胀剧痛,闪挫日久,则前夜疼痛不息,白昼减轻,虽肿胀已消,但伤处酸痛,筋粗僵硬。延迟两月后,横伸只能与头部平齐;如延迟四月,横伸能将过肩;如延迟半年,横伸不能过肩;如若经年,重者可肘不能离肋,只肘手能活动,肩不能动转,如要动转疼痛连心,视为不治”。刘寿山先生对疾病的诊断鉴别虽与现行西医学诊疗指南具有相似性,但较为宏观,原因是受限于当时医学水平——医学中尚未出现“韧带撕裂”“肌腱断裂”等病理概念,仅可通过运动中触诊以感受皮下组织的质地,故其简单将疾病区分为伤筋与痹病、可治与不治,更偏于定性诊断与鉴别。

3 治则治法

刘寿山先生从事骨伤科诊疗工作数十年,特别以手法取效而闻名业界。刘寿山先生认为肩部的骨折与脱位必须用手法整复方能恢复其正常位置,而肩之扭挫伤筋,亦可适当运用手法,令局部气血调和以求“按摩舒筋,复其旧位”之效。手法力度方面,其强调新鲜伤筋用力要轻,痹病稍重,而陈旧伤筋可用力更重。筋伤大多由于跌仆损伤而致局部疼痛,会扰人情绪从而影响肝之疏泄,因此手法即使用力重也应注意“外柔内刚”,力量由轻逐渐加重使感觉逐渐传入深层,以疏泄畅通为要,即以患者未感皮肉之苦为宜,切不可生搬硬拉、手法粗暴^[9-10]。

4 治疗手法

4.1 点穴拨筋

以右肩为例,遇有此症,患者正坐凳上,医者站在患者右前外侧方,面向患者,双手配合依次按揉腋穴,双手拇指按揉合谷穴与曲池穴(图1^{[11]252}),拇指和食指按揉肩髃穴和肩髃穴(图2^{[11]251})、双手中指相对按揉肩贞穴和肩前穴(图3^{[11]252}),每穴约按揉10 s,然后右手拖住患者右肘,使之尽量外展并高举,左手示、中、无名指并拢弹拨患者右侧极泉穴与周围深部软组织中可能存在的痛点约10 s(图4^{[11]254})。

4.2 拔伸摇晃屈转

刘寿山先生描述拔伸摇晃屈转手法的原语为

“助手用治疗巾兜住伤腋,略向健侧水平牵引。医生立于伤肩后外方,左手扶腋窝,巨指在后,余四指呈‘星状’扣在前腋缝处,按住痛处,右手虎口朝上持其腕,巨、示二指带住掌骨根,将上肢拉平,此时晃开伤肩十余次(图5^{[11]295}),然后拔直,将拿骶之左手倒在腋窝下,大指竖起,贴住前腋缝,要向健侧用力,医生右手同时牵伤臂下垂(图6^{[11]296}),伤臂下垂之时,腋窝之手转腕,大指倒前拿住前腋缝,同时右手持伤臂奔不伤之腋(图7^{[11]296});然后肘下垂,回到原位,使一次复一次。第三次晃开拔直,伤手奔不伤之腋,在腋窝之手倒前拿住前腋缝(图8^{[11]297}),此时拿腕之手将伤臂斜向前高举并将拿骶之手大指向下牵之(图

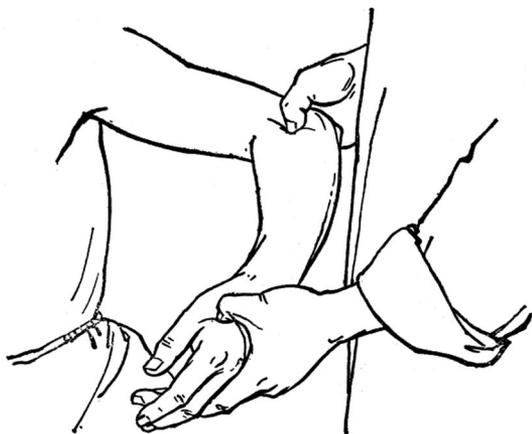


图1 按揉合谷穴与曲池穴

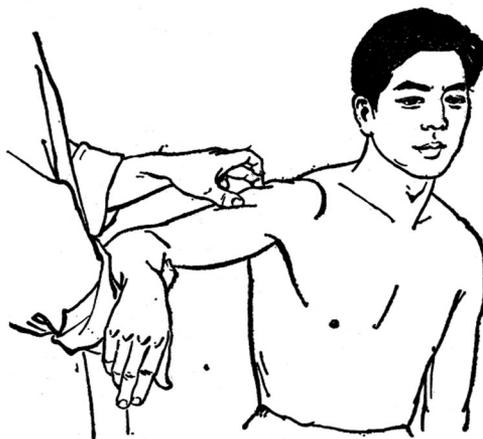


图2 按揉肩髃穴和肩髃穴



图3 按揉肩贞穴和肩前穴



图4 弹拨极泉穴与周围深部软组织

9^{[11]298}),最后用捻筋法揉捻其前膀缝(图10^{[11]298})”。
 该手法中,助手与医者相对用力的目的在于拔伸肩关节,操作时亦可不用助手。医者可左足蹬在凳边,其膝在伤膀腋下顶之而身体微右倾,目的是为将膝顶住患者右侧腋下胸壁,在拔伸右肩时,膝起到固定患者身体的作用,这时肩关节可被充分牵拉开。左手倒握在伤肩腋下时注意必须伸拇指,拇指端与地面约呈45°并紧贴胸壁,在将伤臂下垂时左手顺拇指方向斜上提起肩部,同时右手始终保持右上肢的轴向牵拉力,似钟摆样划半圆形轨迹移向健侧肩膀。操作第三次后,右手将伤肩抬起,左手拇指按揉肩前

痛点。

4.3 归合顺散

刘寿山先生描述归合顺散手法的原语为“最后将伤臂屈肘置于病人胸前,医者双手合掌,于肩部用归合顺散法,按摩其筋”。其中“归合顺散法”是归合法与顺散法的统称,操作时首先用双手掌相对归挤肩部前后,同时两掌快速做小幅度上提约20次,此为归合法(图11^{[11]299});然后双掌依旧夹持肩部前后,做快速均匀和缓的揉捻,由肩缝单向缓缓移动到肘部,此为顺散法(图12^{[11]299})。操作时使温热感由皮肤逐渐透达肩与上臂的深部。

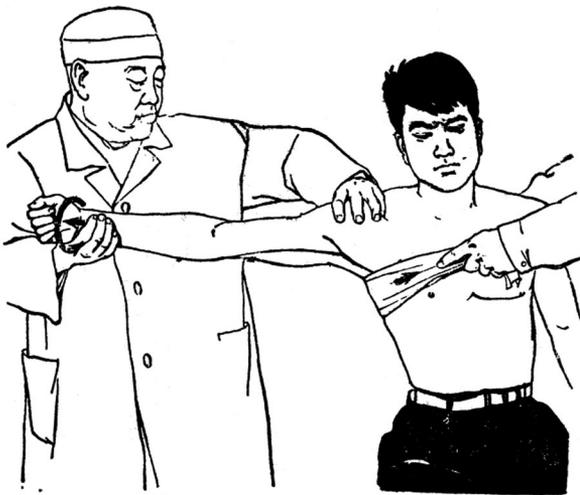


图5 晃开伤肩

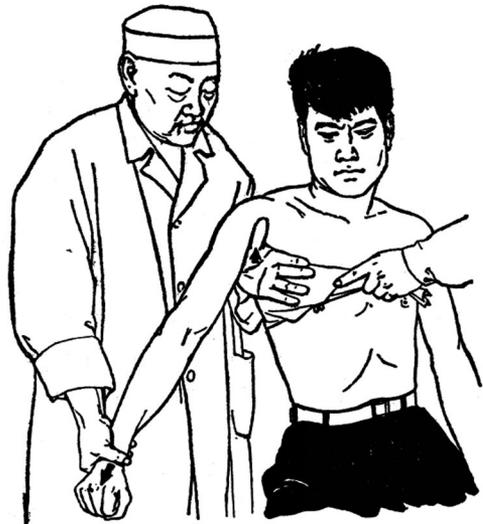


图6 牵伤臂下垂

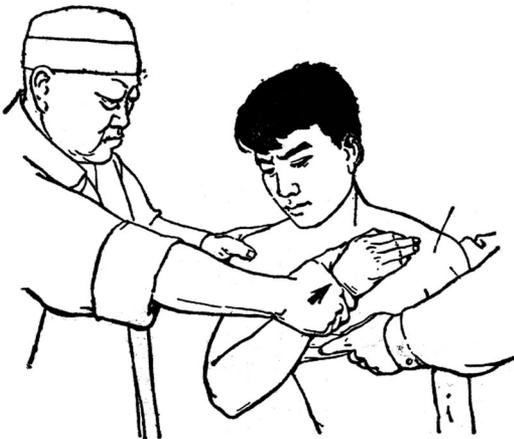


图7 奔不伤之膀



图8 拿住前膀缝

5 讨论

5.1 手法辨治思路

肩关节撞击综合征属中医学“膀缝前缝伤筋”或肩痹范畴。伤筋致气滞血瘀,经络受阻,筋脉拘挛,不通则痛;久痹则肝肾亏虚且气血不足,筋骨失于濡养,不荣则痛。无论伤筋还是久痹,均存在局部经络不通、气滞血瘀,治宜行气舒筋、活血止痛,故祛瘀生新为手法治疗的核心法则。刘寿山先生认为伤筋为有形之疾患,治疗关键在于及时修复损伤,精于此道者,无不重视手法的运用,而治筋必遵循其喜柔不喜刚的特性,理筋手法之要重在轻柔。中医学认为肝主疏泄,肝与筋关系密切,故运用手法治筋时要力度

柔和,重在调和肝木之气,使肝气调达,疏泄畅通,血脉流畅。此外,刘寿山先生以中医学整体观念指导治筋手法的运用,认为治外伤当明内损,治疗筋骨当虑气血,受伤者必因体质不同而各有所异,故治疗必随其虚实之所在而轻重疾徐其手法。

5.2 损伤机制

LHBT被认为是手臂旋转期间对盂肱关节前向稳定具有辅助作用的结构,其稳定性由结节间沟内高外低的骨性结构和冈上肌(SSP)、肩胛下肌(SSC)、喙肱韧带(CHL)、盂肱上韧带(SGHL)所组成的LHBT-滑车系统辅助实现,该系统主要负责LHBT关节内部稳定,在屈肘及肩关节前屈时发挥重要作用

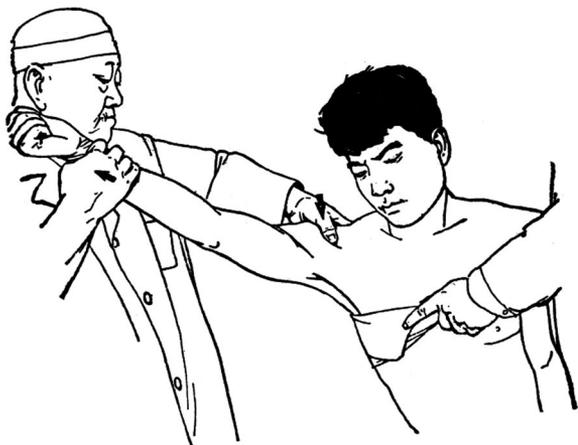


图9 伤臂斜向前高举并下绰前缝

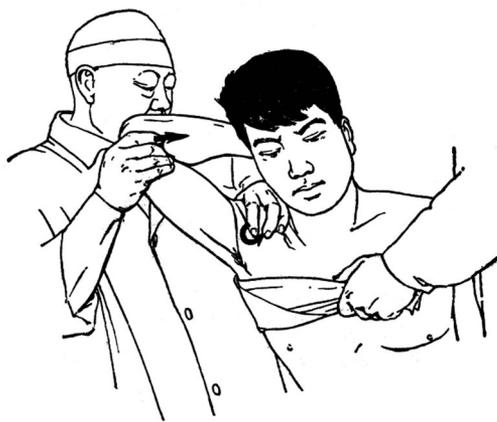


图10 捻筋按揉前膀缝



图11 归合法



图12 顺散法

用^[12-13]。由上臂反复用力内旋摩擦结节间沟导致的慢性病变或SGHL、CHL内侧头创伤及病变均可引起LHBT半脱位,进而导致盂肱关节失去LHBT的前稳定作用而向前移位,向前移位的盂肱关节在日常肩肱关节运动中不断牵拉肩胛下肌腱的关节侧,使之产生微小的慢性撕裂。交替出现的损伤与修复会让滑车系统发生退行性改变,特别是系统中的肩胛下肌腱的关节侧损伤会造成肱骨头缓慢向前上移动,反复撞击前侧孟唇致其损伤,且不断牵拉邻近肩袖与滑车系统SSP前缘和SSC上缘部分造成撕裂,持续引发疼痛并发展成为SIS。此外,创伤造成的滑车损伤如未能痊愈可导致同样后果^[14-16]。综上可知,LHBT半脱位可能是导致ASI进行性病变的主要初始事件,而孟白侧冈上肌腱的慢性撕裂强化了这种病理机制。在治疗方面,研究表明,对于程度较轻的ASI保守治疗效果较好,如果合并SSC病变,则保守治疗预后较差。因为SSC部位较深,其病变提示肩袖组成部分可能存在严重病变,故SSC的损伤程度往往是判定能否采用保守疗法的依据^[17-18]。

5.3 手法取效分析

刘寿山先生的治疗手法讲究步、身、手、眼的协调配合,因其自幼习得八卦掌,本套手法由“八卦枪”的招式演化而来。首先以指代针,采用点穴拨筋法,以点按局部穴位为主,配合循经远端取穴,主穴为肩前阿是穴、肩髃穴、肩髃穴、肩贞穴、极泉穴。其中肩髃穴、肩髃穴和肩贞穴为“肩三针”,分属手阳明经、手少阳经、手太阳经,加腋前皱襞顶端与肩髃穴连线中点的奇穴肩前穴,均为局部取穴。肩前穴为LHBT-滑车系统中SGHL、CHL和SSP损伤后的常见痛点,极泉穴及周围深部为SSC损伤处,配远端止痛要穴之曲池穴与合谷穴,共同刺激肩部经络,发挥行气活血、舒筋通络、化瘀止痛作用,其止痛机制可能类似康复医学的肌筋膜镇痛理论。拔伸摇晃屈转手法,首先医者四指在前、拇指在后扣住肩部并环转肩关节,是让肩关节囊前部在经过指端接触点时发挥弹拨作用;之后医生带动患者将患侧盂肱关节充分牵拉开,并在做半月形轨迹移动时始终保持关节间隙牵拉开,医者倾斜竖起的拇指实际是在肩关节牵拉开并旋转时给予LHBT拨捋的刺激。此手法类似现代医学的关节松动术,患者在医生的带动下被动运动,以求加大肩关节活动度。此手法的实质

并非传统意义的“撕开粘连”,因为SIS病变机制可能是牵缩、撕裂以及病理组织增生等,其有效机制可能在于活动中给予病变的滑车系统和肩袖以轻微的“再损伤”,而此损伤程度可能刺激了局部免疫系统,起到病理组织重构的作用,可能对应推拿的“理筋整复,滑利关节”理论。归合顺散为结束手法,缓解治疗中可能产生的疼痛。SIS损伤不仅限于滑车系统和肩袖病变,还会对周围肌肉、神经和血管等产生负面影响,所以采用该手法可能有助于放松肩关节周围软组织以利于血液循环、辅助康复。

研究表明,推拿手法可能是通过对局部软组织不同强度的物理刺激纠正关节位置、促进局部循环、减少致痛物质堆积,从而缓解疼痛^[19-20]。刘寿山推拿治疗膀缝前缝伤筋的特色主要体现在较少运用局部静态舒筋类手法,仅在开始和结束时少行主动弹拨手法和局部按揉,目的是尽量避免医源性损伤。刘寿山先生更喜用动态舒筋类手法,在患者关节被动运动中让肩前的伤筋主动弹拨固定于伤筋上医者的手指,这体现了刘寿山先生“治筋喜柔不喜刚”的学术思想,与现代肩关节康复理论有不谋而合之处。

6 结束语

SIS损伤是引起肩关节前方慢性疼痛的常见原因,近年来该损伤的诊断和治疗在相关领域愈来愈受到重视。推拿作为中医重要的组成部分,在骨与关节疾病的诊疗中发挥着重要作用。在国内推拿干预SIS损伤的研究尚未深入之际,本文详解刘寿山先生手法原貌,并基于ASI损伤的病理机制探讨刘寿山先生手法起效的可能机制,希望能为临床保守治疗ASI损伤提供新思路。

[参考文献]

- [1] HABERMEYER P, MAGOSCH P, PRITSCH M, et al. Anterosuperior impingement of the shoulder as a result of pulley lesions: a prospective arthroscopic study[J]. J Shoulder Elbow Surg, 2004, 13(1): 5-12.
- [2] 易刚, 张磊, 杨静, 等. 肱二头肌长头肌腱病变与肩袖损伤的相关性及临床意义分析[J]. 中国临床解剖学杂志, 2019, 37(2): 196-200, 205.
- [3] KIRCHHOFF C, IMHOFF A B. Posterosuperior and anterosuperior impingement of the shoulder in overhead athletes-evolving concepts[J]. Int Orthop, 2010, 34(7): 1049-1058.

(下转第570页)

邵征洋从虚火痰瘀论治女童性早熟经验

葛泰慧¹,葛亮²,汤涛²,朱苑晴² 指导:邵征洋

(1.浙江中医药大学第二临床医学院,浙江 杭州 310053; 2.浙江省中西医结合医院儿科,浙江 杭州 310053)

[摘要] 虚、火、痰、瘀是中医学中的重要致病因素。邵征洋教授从虚、火、痰、瘀探讨女童性早熟发展过程中的病机演变及相关治疗,认为肾阴虚是起病之本,火、痰、瘀为疾病发展之标,肝火、痰结、血瘀是基本病理表现,且临床中四者往往错杂难分。因此,其治疗女童性早熟多从滋阴、泻火、化痰、通瘀四方面考虑,常用知柏地黄丸、四物汤、柴胡疏肝散、丹栀逍遥丸、保和丸等处方,善用具有清火、养阴、散结、化湿作用的药对,如焦栀子配牡丹皮、鳖甲配龟甲、荔枝核配预知子、荷叶配冬瓜皮。附验案1则。

[关键词] 女童性早熟;虚火痰瘀;滋阴;泻火;化痰;通瘀

[中图分类号] R272.6;R249

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0561-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.014

Experience of SHAO Zhengyang in Treating Precocious Puberty in Girls from Perspective of Deficiency, Fire, Phlegm, and Blood Stasis

GE Taihui¹, GE Liang², TANG Tao², ZHU Yuanqing² Mentor: SHAO Zhengyang

(1. The Second Clinical Medical College of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310053, China; 2. Department of Paediatrics, Zhejiang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Hangzhou 310053, China)

Abstract Deficiency, fire, phlegm, and blood stasis are important pathogenic factors in traditional Chinese medicine. From the aspects of deficiency, fire, phlegm, and blood stasis, Professor SHAO Zhengyang explores the evolution of pathogenesis in the development of precocious puberty in girls and related treatments. He believes that kidney yin deficiency is the root cause of the disease, while fire, phlegm, and blood stasis are the manifestations of the disease development. Liver fire, phlegm accumulation, and blood stasis are the basic pathological manifestations. Clinically, deficiency, fire, phlegm, and blood stasis often intermingle and are difficult to distinguish. Therefore, when treating precocious puberty in girls, he often considers four aspects: nourishing yin, purging fire, resolving phlegm, and promoting blood circulation to remove stasis. Commonly used prescriptions include Zhibai Dihuang Pills (知柏地黄丸), Siwu Decoction (四物汤), Chaihu Shugan Powder (柴胡疏肝散), Danzhi Xiaoyao Pills (丹栀逍遥丸), and Baohe Pills (保和丸). He is good at using couplet medicines with the functions of clearing fire, nourishing yin, resolving masses, and eliminating dampness,

such as Jiaozhizi (Gardeniae Fructus) combined with Mudanpi (Moutan Cortex), Biejia (Trionycis Carapax) combined with Guijia (Testudinis Carapax Et Plastrum), Lizhihe (Litchi Semen) combined with Yuzhizi (Akebiae Fructus), Heye (Nelumbinis Folium) combined with Dongguapi (Benincasae Exocarpium). A proved

[收稿日期] 2024-12-15

[基金项目] 浙江省名老中医专家传承工作室建设计划项目(编号:GZS2020033);浙江省中医药传承创新人才支持计划项目(编号:2024ZR027)

[作者简介] 葛泰慧,2022年硕士研究生。研究方向:中医治疗小儿肾系疾病。邮箱:18955611103@163.com。

case is attached.

Keywords precocious puberty in girls; deficiency, fire, phlegm, and blood stasis; nourishing yin; purging fire; resolving phlegm; promoting blood circulation to remove stasis

性早熟是常见的儿童内分泌疾病,主要表现为男孩9岁、女孩7.5岁之前出现第二性征发育征象^[1]。根据发病机制和临床表现,性早熟可分为真性、假性和不完全性三种类型。研究显示,女童性早熟发病率显著高于男童。女童单纯性乳房早发育被称为特发性性早熟,若早期不进行干预,14%~23%可发展为中枢性性早熟,最终影响患儿成年后的身高^[2]。目前西医治疗特发性性早熟主要以促性腺激素释放激素类似物为主,该类药物会引起较多不良反应且长期疗效差异大,很大程度上对患儿的身心健康产生负面影响,且西医治疗费用昂贵,给患儿家庭带来较大的经济负担^[3]。因此,寻找更为安全、有效的治疗方法成为当前的迫切需求。根据症状和表现,性早熟可归属中医学乳疔、月经先期等范畴,单纯性乳房早发育与天癸密切相关,病位不离肝肾,临床上多以滋阴降火、疏肝泻火为基本治则^[4]。

邵征洋教授潜心研究儿童相关疾病,对女童性早熟治疗经验颇丰,临证中以虚、火、痰、瘀为辨治性早熟的总纲,结合小儿体质及生理病理特点,守正创新,以滋补肾阴、清泻肝火、化痰散结、活血散瘀四法治疗女童性早熟,现将其经验总结如下。

1 病因病机

小儿为稚阴稚阳之体,具有“三有余,四不足”的脏腑病理特点,且女子有“以血为本,以气为用,以肝为先天”的特殊之处,因此“肾之阴虚,肝之火旺,脾虚之生痰湿”是女童出现性早熟的先天因素。此外,性早熟还和后天因素密切相关,饮食不节生痰化火、情志内伤导致气郁化火,以及久病生瘀,先后天因素夹杂,阴阳失于平衡,相火过旺,而致早熟。邵教授根据多年临证经验,认为在女童性早熟的发病过程中,先天禀赋因素占据主导地位,饮食及情志因素是重要诱因,阴虚为首要病机,是该病的核心病理因素,而火、痰、瘀也是不可忽视的病理因素,影响着疾病的预后转归。

2 辨证论治

2.1 从虚论治,以药滋之

邵教授认为肾阴不足而引动相火是女童性早熟的首要病机。肾为先天之本,主生殖,直接调控人体

生长发育,肾中有精气,肾气分阴阳,阴阳平衡则生长发育正常。小儿为稚阴稚阳之体,在男则为阳,在女则为阴,阴血为用,故女童更易出现肾阴虚的情况。且当前社会物质丰富,家长盲目为儿童进补,多数患儿平素过食肥甘、激素类食物,营养过剩,化火伤阴,最终导致阴虚及肾,肾阴虚不能制约肾阳,肾中阴阳失去平衡,相火过旺则致发育亢进,一旦超出正常生理范围就可能发生性早熟。

临证时,该类患儿多体形消瘦,除第二性征提前出现外,常见面红潮热、夜间盗汗、手足心热、舌红少苔或花剥,脉细数等阴虚之象。邵教授抓住病机关键,从滋补肾阴、清泻相火入手,方选知柏地黄丸加减,常用知母、黄柏、泽泻、生地黄、牡丹皮、山萸肉、茯苓、山药等药加减变化,诸药相合,共奏滋阴降火之功。若患儿手足心热明显,则加栀子清心除烦;若夜间睡眠欠佳,则加远志、首乌藤安神助眠;若潮热盗汗明显,则加地骨皮、鳖甲养阴清热。

2.2 从火论治,以药清之

邵教授认为火是女童性早熟的重要诱因之一。火是《黄帝内经》“病机十九条”总纲之一。生理之火称为少火,具有维持机体正常运行和稳正气的作用;病理之火称为壮火,可损伤机体阴液;古代医家由此发展出“气有余便是火”“五志过极皆可化为火”“相火内生”等理论^[5]。邵教授从火的属性和儿童性早熟特点出发,认为女童早发育虽起于阴阳失衡,但必有火的推动,火气蒸腾,促使机体成熟。其将火之来源概括为三:一是肝肾阴虚生相火,二是情志过极而化火,三是喂养过度导致食积化火。肾主封藏,下滋天癸,为冲任之本,藏精气、生阴阳;女子以血为本,冲为血海,任主胞胎,冲任二脉与足厥阴肝经相通,隶属于肝,乳房为肝经所循行,故女童性早熟以乳房提前发育为主要表现。中医认为肝肾同源,二者藏泄互用,肝血易少,肾阴易亏,阴血不足,日久化火,肝火亢盛,引动相火,血海浮动,加之火热内扰,灼伤冲任,易导致性早熟。情志化火在女童性早熟中也较常见,七情分属五脏,怒伤肝、喜伤心、恐伤肾,小儿思绪不稳,行为不成熟,临床上性早熟患儿多学业压力较大或因提前发育而存在焦虑、自卑甚至恐惧心

理,郁怒和思虑太过伤脾,影响脾之气机,进而导致肝失疏泄,肝气郁结生内火,或肝气太旺而发为肝火,皆是情志过极化火的表现。肝主调畅情志,因此对情志过极化火者的治疗应以清肝火为要。脾胃居中焦,化生水谷精气,脾胃运化失常,一则饮食过于肥甘厚味导致糟粕难化,助火生热,熏蒸胃肠津液,二则浊气阻滞,气机升降失调,郁久化热,故治疗应以清泻脾胃之火为要。诸多因素均可导致火的产生,故临证时需分清火之来源,对证治疗,方可显效。

邵教授认为若火热之邪郁阻于胸,则见胸闷胁胀、乳房疼痛;肝郁化火,则烦躁易怒、口苦咽干;肝经火热熏蒸于上,则脸部出现痤疮;湿热流注于下,则阴道分泌物增多。治疗上,对于肝肾阴虚生相火者,当滋阴柔肝养血,以知柏地黄丸、四物汤主之;对情志过极而化火者,当行气疏肝畅气机,以柴胡疏肝散、丹栀逍遥丸为主方;对饮食积而化火者,选保和丸联合积实导滞丸补脾益气清火,脾气健运则脾胃之火可消。面部痤疮明显者,加桑白皮、侧柏叶凉血解毒;脾气急躁者,加玫瑰花疏肝解郁;湿热下注、阴道分泌物多者,加萆薢、苍术燥湿健脾。

2.3 从痰论治,以药化之

痰既是病理产物,也是致病因素,可分为有形之痰和无形之痰。痰有形则结于脏腑、皮下,周流全身;痰属无形者,多有痰湿表现,如倦怠、头晕、郁闷不适、苔厚腻、脉滑等。邵教授认为性早熟女童出现乳房早发育、乳核硬结或伴触痛不适,可视为痰结而成,临证时常从痰论治。《脾胃论·脾胃盛衰论》曰:“百病皆由脾胃衰而生。”^[6]小儿脾常不足,若饮食不节,偏好膏粱厚味,损伤脾胃,导致脾失健运,谷反为滞,水反为湿,内湿不运,聚而成痰,痰湿阻络,气血运行不畅,伤及冲任,冲任失调,引动乳房发育、月经早潮。痰湿壅阻,气机不畅,则胸闷喜叹息;痰湿流注下焦,伤及任带,则带下清稀量多;痰湿郁久化热,则口苦黏腻、大便秘结、带下黄浊。

痰湿型患儿大多形体肥胖,除第二性征提前出现外,常见躯脂满盈、胸闷喜叹息、口中黏腻、舌苔腻、脉濡数等表现。邵教授治疗此类患儿以健脾燥湿、化痰散结为法,自拟早熟肥胖方加减,常用荷叶、生地黄、知母、黄柏、陈皮、姜半夏、夏枯草、茯苓、莱菔子、决明子、山茱萸、丹参、冬瓜皮等药物加减。阴道分泌物较多、质清稀者,常加芡实、椿皮燥湿止带;大便质稀者,加白扁豆健脾渗湿;大便秘结者,加枳

实、槟榔行气导滞;乳核肿大、疼痛明显者,以消瘰丸加减以散痰结。

2.4 从瘀论治,以药通之

瘀指因气血停滞形成的病理状态,多见于久病。邵教授认为现代小儿多久坐,缺乏锻炼,气结而不走,滞而成瘀;或生活学习压力过大,无法及时得到疏解,情志抑郁日久致气滞血瘀。《丹溪心法·六郁》云:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。”^[7]瘀血致病并非孤立为患,也可与火、痰及脏腑亏虚联合,阻碍气血向全身输送,清阳不能上达,致使清窍失于濡养,瘀久化热则灼伤津液,阴液受损则导致阴阳失衡。

瘀血停于脉络,可见乳房发育、乳核肿痛;瘀血阻滞胞宫,可见子宫、卵巢增大,舌质红偏暗,苔白腻,脉弦涩。邵教授认为瘀血阻滞也是导致女童性早熟的重要因素,故无论患儿处于哪一病程,应始终坚持将活血化瘀贯穿治疗全程,以使邪有通路外泄、气血津液有通路循环。因此,其临证时在滋阴降火、疏肝泻火、化痰散结的基础上,要加用赤芍、丹参等行气活血之品。

3 巧用药对

邵教授在辨证论治前提下,善于使用药对,以滋阴清热为根本,根据患儿临床表现不同选用清火、滋阴、散结、化湿药对,以奏补虚泻实之效。

3.1 清火药对:焦栀子配牡丹皮

栀子性苦寒,归心、肺、肝、胃、三焦经,为气中之血药,善清气分郁火,专泻肝中之火,《本草撮要》言其“功专除烦泻火”^[8]。牡丹皮味苦而微辛,为血中之气药,既能清热又可滋阴,入血则清热化滞,滋阴则伏火可消。二者合用,一走气分,一入血分,有气血两清之功。邵教授善用焦栀子、牡丹皮药对治疗诸多因素合而火盛所致的性早熟,认为二药相伍可增强清热泻火功效,临床常用量为焦栀子、牡丹皮各3~9g。

3.2 养阴药对:鳖甲配龟甲

龟甲甘寒质重,入心、肝、肾经,善通任脉,既善滋补肝肾之真阴,又善镇潜上越之浮阳,《本草蒙筌》云其“专补阴衰,善滋肾损”^[9]。鳖甲咸寒质重,主入肝、肾经,又善走督脉,性寒除热,味咸软坚,质重镇潜,故《本草新编》云“鳖甲善能攻坚,又不损气,阴阳上下有痞滞不除者,皆宜用之”^[10]。龟甲通心入肾滋阴力强,鳖甲走肝益肾,退热散结功著,二者相伍,一

阴一阳,阴阳结合,交通任督。邵教授认为鳖甲、龟甲为血肉有情之品,且二者均性甘咸寒,味咸入肾能更好地发挥滋填真阴、潜阳息风、清热退蒸作用。临床常用剂量为鳖甲、龟甲各9~12 g。

3.3 散结药对:荔枝核配预知子

预知子性甘寒,入肝、胃二经,功善行肝中之结气,临床常用于治疗肝郁气滞所致的乳房胀痛不适。荔枝核甘微苦温,归肝、胃、肾经,偏入血分,善温肝经之寒,而行血中之滞。二者合用,为气血合治,具有较强的理气散结止痛之效。对于性早熟初期,女童单纯乳房发育,邵教授认为其病机为肝气郁结导致气血运行不畅、乳房经络阻滞,不通则痛,预知子、荔枝核药对可以疏肝行气,气血同调,散结止痛。临床上荔枝核、预知子常用量为6~9 g。若患儿乳房胀痛日久,邵教授常酌情加入夏枯草与预知子、荔枝核相配伍,三药合用以增强宣泄肝胆木火郁滞之效,通利气血运行。

3.4 化湿药对:荷叶配冬瓜皮

荷叶味苦性平,归脾、胃、肝经,功效为清暑化湿、升发清阳、凉血止血。《证治要诀》云:“荷叶服之,令人瘦劣,欲容体瘦以示人者良。”^[11]冬瓜皮性凉味甘,归脾、小肠经,具有利水消肿、清热解暑之效。二药相配,可使清阳得升、浊阴得降,增强淡渗利湿降浊之功。对于脾虚痰聚型患儿,邵教授提出减重、控制饮食有助于提高疗效,故治疗此类患儿常用荷叶、冬瓜皮药对,用量为荷叶20 g、冬瓜皮10 g。

4 强调疏肝、调畅情志的重要性

随着时代的发展,社会竞争愈加激烈,父母管教儿童的方式和儿童接触到的社会信息也易在无形中增加儿童的心理压力,兼之小儿脏腑成而未全、全而未壮,神气怯弱、智识不足,情绪波动较大,脏腑调节能力不足,因此更易发生情志致病。邵教授临证强调疏肝、调畅情志在儿童性早熟治疗中的重要性,提出在疾病之初可适当配伍疏肝行气之剂,在针对主症施药治疗的基础上,酌加柴胡、玫瑰花、薄荷、香附、绿萼梅、佛手等疏肝调肝之药,同时可通过合适的方式解除患儿的思想顾虑,帮助其避免焦虑、抑郁、自卑等不良情绪的产生。

5 病案举例

章某,女,8岁,2023年9月9日初诊。主诉:发现乳房发育1个月余。患儿1个月前出现双侧乳房增大,伴有硬结、触痛,无阴道分泌物,无月经来潮及面

部痤疮,胃纳一般,平素喜肉食及油炸食物,口气重,脾气急躁,夜寐辗转,手足心热,出汗较多,大便偏干,小便正常。既往史:既往体质尚可,否认外源性性激素接触史,否认不良生活习惯史。查体:身高139.3 cm,体质量29.9 kg 双侧乳房Tanner分期Ⅱ期,可触及乳核,伴有触痛,外阴幼稚型,无阴毛、腋毛。舌质红,苔黄腻,脉弦数。辅助检查(2023年8月杭州市某医院):骨龄片示骨龄偏大1周岁以上;子宫附件超声示子宫体2.7 cm×1.7 cm×1.3 cm,左卵巢2.8 cm×1.2 cm×1.4 cm,内见数枚卵泡,最大1枚大小0.4 cm×0.3 cm,右卵巢3.0 cm×1.7 cm×1.3 cm,内见数枚卵泡,最大1枚大小0.4 cm×0.4 cm;性激素检查示促黄体生成素0.56 IU/L,促卵泡刺激素5.71 IU/L,泌乳素21.37 μg/L,雌二醇140.1 pmol/L,睾酮<0.087 nmol/L,孕酮0.479 nmol/L。西医诊断:性早熟。中医诊断:乳癖,阴虚火旺证。治法:滋补肾阴,清泻相火。予知柏地黄丸加减,药物组成:知母6 g,山萸肉6 g,泽泻6 g,焦栀子6 g,牡丹皮6 g,黄柏6 g,橘核6 g,荔枝核9 g,预知子9 g,柴胡6 g,茯苓9 g,生地黄9 g,鳖甲12 g,龟甲9 g,鸡血藤12 g,伸筋草9 g,龙胆3 g,玫瑰花6 g。7剂,水煎服,日1剂,早晚分服。同时嘱健康饮食,避免高油、高脂肪、反季等食物,保证充足睡眠,适当加强运动。

2023年9月16日二诊:双侧乳房Tanner分期Ⅱ期(B2),硬结较前缩小,触痛较前减轻,手足心热好转,胃纳尚可,口气好转,脾气改善,夜寐转安,大便日解偏干、质可,舌质红,苔略腻,脉数。效不更方,守方去龟甲,加天花粉6 g,继服14 d,嘱家长每月定时、定点为患儿测量身高、体质量,关注乳房情况。

2023年10月2日三诊:患儿诸症好转,家长反馈其乳房未见增大,继以上述中药处方调治,间断服用中药3个月后,复查B超示子宫、卵巢较前稍缩小,骨龄较前未见明显增长,身高增长2 cm。

按:小儿乃稚阴稚阳之体,易虚易实,具有“肾常不足,肝常有余”的生理病理特点。本例患儿平素肝火偏旺,肝阳有余,加之后天饮食不当,喜肉类及油炸食物,耗伤津液,致真阴受损;食滞于脾胃,积而化火,故出现口臭;培补太过,导致肾气过早充盛,气有余则化火,火旺则耗伤阴津,致肾之阴阳失衡;肝肾同居下焦,乙癸同源,肾阴亏虚,累及肝阴,肝失疏泄,肝气郁结,故见平素脾气急躁;肝气不舒,气机升降失司,

(下转第604页)

张风梅基于久视伤血理论辨治儿童青少年近视经验

李清雅¹,刘莹莹¹,张萌² 指导:张风梅

(1.河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450003; 2.河南省中医院,河南 郑州 450002)

[摘要] 张风梅教授从久视伤血理论分析儿童青少年近视的发生发展,认为气血的充盈与心、肝、肾、脾、胃关系密切,久视易伤及脾、胃、心、肝、肾致脏腑血虚,血虚气滞,目失精血濡养,近视由此发生。因此其治疗儿童青少年近视先从辨别何脏亏虚入手,进而调整脏腑气血功能。脾胃亏虚者,治以培补脾胃、益气养血,方选益气聪明汤、补中益气汤;肝肾不足、精血亏虚者,治以益精养血,方选杞菊地黄汤(或丸)、明目地黄汤、加减驻景丸等;心血耗伤、阳气亏虚者,治以补心益气、安神定志,方选定志丸、归脾汤等;血虚气滞、目络滞涩者,治以调气养血、活血通络,方选当归活血饮、补阳还五汤等。附验案2则。

[关键词] 久视伤血;儿童青少年近视;益气养血;益精养血;活血通络;名医经验

[中图分类号] R276.7;R249 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2025)05-0565-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.015

ZHANG Fengmei's Experience in Treating Myopia in Children and Adolescents Based on Theory of Prolonged Vision Impairing Blood

LI Qingya¹, LIU Yingying¹, ZHANG Meng² Mentor: ZHANG Fengmei

(1.The Second Clinical Medical College of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450003, China; 2.Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450002, China)

Abstract Professor ZHANG Fengmei analyzes the occurrence and development of myopia in children and adolescents from the perspective of the theory that prolonged vision impairs blood. She believes that the abundance of qi and blood is closely related to the heart, liver, kidney, spleen, and stomach. Prolonged vision tends to damage the spleen, stomach, heart, liver, and kidney, leading to blood deficiency in the viscera. Blood deficiency causes qi stagnation, and the eyes lose the nourishment of essence and blood, thus resulting in myopia. Therefore, in treating myopia in children and adolescents, she begins by identifying which organ is deficient and then adjusts the qi and blood functions of the organs. For those with spleen and stomach deficiency, the treatment involves nourishing the spleen and stomach and replenishing qi and blood. The selected prescriptions include Yiqi Congming Decoction(益气聪明汤) and Buzhong Yiqi Decoction(补中益气汤). For those with liver and kidney insufficiency and essence and blood deficiency, the treatment focuses on nourishing essence and blood. The selected prescriptions include Qiju Dihuang Decoction/Pill(杞菊地黄汤/丸), Mingmu Dihuang Decoction(明目地黄汤), and Modified Zhujing Pill(加减驻景丸), etc. For those with heart blood consumption and yang qi deficiency, the treatment aims to tonify the heart

[收稿日期] 2024-10-09

[基金项目] 国家中医药管理局专科专病循证能力提升项目(编号:2019XZZX-YK005);河南省中医药科学研究专项课题(编号:2019ZY2034)

[作者简介] 李清雅,2021年硕士研究生,研究方向:眼科疾病的中医临床研究。

[通信作者] 张萌,主治医师,主要从事眼科临床、教学与科研工作。邮箱:858682294@qq.com。

and qi, calm the mind, and stabilize the will. The selected prescriptions include Dingzhi Pill (定志丸) and Guipi Decoction (归脾汤), etc. For those with blood deficiency and qi stagnation, as well as sluggishness of the ocular collaterals, the treatment involves regulating qi and blood, promoting blood circulation, and dredging collaterals. The selected prescriptions include Danggui Huoxue Drink (当归活血饮) and Buyang Huanwu Decoction (补阳还五汤), etc. Two proved cases are attached.

Keywords prolonged vision impairing blood; myopia in children and adolescents; tonifying qi and nourishing blood; benefiting essence and nourishing blood; promote blood circulation and dredging collaterals; experience of a famous doctor

近视属于屈光不正,当眼睛调节放松时平行于视轴进入眼睛的光线聚焦在视网膜之前,导致视远不清或模糊,称为近视^[1]。据估计,2050年全球近视患病率将增加到49.8%,其中9.8%为高度近视^[2]。国家卫生健康委员会公布,2020年我国儿童青少年近视率为52.7%,其中6岁儿童近视率为14.3%,小学生近视率为35.6%^[3]。儿童青少年近视低龄化、重度化日益严重,而近视一旦发展成为高度近视就有可能引起视网膜及脉络膜病变,导致病理性近视,且病理性近视引起的视网膜病变已成为中国不可逆的致盲性眼病的首要病因^[4],因此预防和控制近视的发生发展刻不容缓。目前近视的发病机制尚不明确,西医治疗近视的手段主要包括以低浓度阿托品滴眼液为代表的药物治疗、光学矫正、手术矫正等,但这些手段均是针对眼睛局部病情,多存在治标不治本的问题。中医药防治青少年近视从整体出发,辨证论治,能在一定程度上控制青少年近视的发生发展,不良反应较小,临床应用较多,且取得了较好疗效。张风梅教授系河南省知名中医眼科专家,博士研究生导师,她认为近视的发生发展与久视伤血密切相关,故适视养血可防止近视的发生发展。本文总结张教授基于久视伤血理论治疗儿童青少年近视的经验,供临床参考。

1 西医对近视病理机制的研究

西医认为近视的发生受环境和遗传等多因素影响,其中长时间近距离用眼是导致近视发生的主要因素,但具体机制尚未阐明。目前关于近视的发病机制研究,脉络膜血流变化、巩膜缺血缺氧重塑是研究重点之一。近年来,随着眼底相干光层析血管成像术(OCTA)的广泛应用,业内对眼底视网膜血管密度、脉络膜血流密度及组织形态结构有了进一步的认识,这有利于揭示近视与微血管变化的关系。

研究发现,随着近视的发生与进展,内眼结构会发生相应的改变,如脉络膜毛细血管灌注减少,巩膜缺血缺氧,使巩膜基质重塑,从而诱导眼轴延长。张教授认为上述西医学近视病理机制与中医学久视伤血理论高度契合。脉络膜作为血管化程度最高的眼部组织,在近视进展中起着至关重要的作用。一项OCTA研究显示,在近视人群中,浅表黄斑血管密度和视网膜厚度随着近视的进展而降低,脉络膜毛细血管血流面积随近视的增加而减小^[5]。有研究发现,近视儿童黄斑中心凹无灌注区面积相较于健康儿童有增大趋势,这与脉络膜供血减少、视网膜变薄、血管管腔变窄,从而使视网膜血流密度降低有关^[6]。另有研究表明,近视眼相较于正视眼脉络膜明显变薄^[7]、视网膜血氧饱和度明显降低^[8]。由脉络膜厚度降低和血流减少引起的巩膜缺氧可诱导巩膜基质重塑、眼轴延长,导致近视程度加重,而增加脉络膜血流灌注可以抑制近视的发展^[9]。调节学说认为长时间近距离用眼可致睫状肌持续收缩、痉挛,眼调节力下降,视网膜处于持续离焦状态,从而引起眼轴延长和临近巩膜缺血缺氧,最终诱发近视^[10-11]。

2 中医学久视伤血致近视理论

“久视伤血”出自《素问·宣明五气》:“久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉……是谓五劳所伤。”《备急千金要方》云:“数看日月,夜视星火,夜读细书,月下看书,抄写多年,雕镂细作……丧明之本。”^[12]所谓“久视伤血”致近视是指长时间近距离用眼会耗伤阴血,血虚则气不足,血脉运行无力,气血无法上达于目,不能濡养目之筋脉,可致视远不清而成近视。张教授基于久视伤血理论,认为气血的充盈与心、肝、脾、胃、肾关系密切,因脾胃为气血之源,肝藏血,肾藏精,肝血肾精同盛同衰,心主一身之血,脏腑之血为

养目之源,血充盈则目不病。久视易于伤及脾胃、心、肝肾致脏腑血虚,血虚气滞,目络滞涩,目失精血濡养,近视由此发生。

2.1 脾胃亏虚,气血乏源

《兰室秘藏》云:“夫五脏六腑之精气皆禀受于脾,上贯于目。脾者诸阴之首也,目者血脉之宗也,故脾虚则五脏六腑之精气皆失所司,不能归明于目矣。”^[13]脾为后天之本、气血化生之源,脾主升清,脾气充足则能散精,使气血精津上贯于目,脾胃功能正常,气血之源充足,目得血而能视。脾主统血,久视伤血,血为气之母,母病及子,故易耗伤脾气,脾气不足则水谷难化,气血生化乏源,清阳不升,目无所养,故视物模糊或视远不清。临床发现,近视前期及低度近视患者多伴有脾胃亏虚症状,如体倦乏力、不耐久视、纳差便溏、面色萎黄、舌淡苔薄白、脉细弱等,这和久视伤脾、脾胃功能失常有关。脾失健运,气血精微物质化生无源,胃纳失常,则五谷不充、形体不盛、两目失养,从而出现上述症状。

2.2 肝肾不足,精血亏虚

《灵枢·脉度》云“肝气通于目,肝和则目能辨五色矣”,《素问·五脏生成》云“人卧则血归于肝,肝受血而能视”,可见目在生理上与肝关系密切。《审视瑶函》曰:“肝经不足肾精病,光华咫尺视模糊。”^[14]中医学中还有“乙癸同源”“精血同源”之说,肝肾同源,精血互生。肝主藏血,肝受血而目能视;肾主藏精,精充目明,目之真血需要肝血肾精的滋养,使神光发越目能远视。负责调节功能的睫状肌属中医筋之范畴,中医学认为肝主筋,筋之功能正常有赖于肝血的滋养,反之,肝血亏虚可致目之筋脉拘急不舒张而成近视。《诸病源候论》云:“劳伤脏腑,肝气不足,故而不能远视。”^[15]《医学入门》云:“能近视不能远视者,属肝肾虚。”^[16]久视伤血,一方面可导致肝血肾精耗伤,不能养目,神光衰微;另一方面,可导致眼干涩、疲劳不适等,进而影响情志致肝气不舒、气机失调、精血失布,精血无以滋养目窍而致视物模糊。

2.3 心血耗伤,阳气亏虚

《素问·五脏生成》云:“诸血者,皆属于心。”心主血脉,目之能视需要心血的充养。心气可推动和调控血液运行于脉中,循环不休,将营养物质输注于五脏六腑及目窍;心阳将脾胃所运化的水谷精微化为血液,参与血液的生成,以保障眼目生理功能的正常

发挥。《黄帝内经素问注证发微》云“久视者必劳心,故伤血”^[17],说明久视易劳心伤神,损耗心血。《医宗金鉴》云“近视清明远视昏,阳光不足被阴侵”^[18],说明心阳不足是导致近视的重要原因。综上可知,久视易导致心气暗耗、心血不足,致使目中神光不能发越于远处。

2.4 血虚气滞,目络滞涩

气为血之帅,血为气之母,气能行血,血能载气,目发挥正常视物功能还有赖于气血充盈调和,筋脉舒缩有度。张教授认为久视伤血,血虚不能正常行使载气功能,可致气虚气滞,气机不利,目络滞涩,气血运行不畅,目之筋脉失养,则发为近视。此外,久病必瘀,近视一般病程较长,血虚日久多有血瘀,因此近视患者时有目疼或舌暗脉涩等血瘀表现。

3 基于久视伤血理论辨治儿童青少年近视

3.1 培补脾胃,益气养血

对于脾胃亏虚型近视患者,张教授通过培补脾胃、益气养血恢复脾之升清功能,改善眼部缺血缺氧状态,从而达到控制近视发展的目的。处方常选益气聪明汤、补中益气汤以益气健脾、养血明目,用药常选黄芪、党参、当归、白芍、白术、升麻等。张教授结合多年临床经验研制出的益气增视丸(党参、白术、远志、升麻、葛根、蔓荆子、枸杞子、当归、甘草)具有益气健脾、养血明目之功,能改善脾胃亏虚型青少年近视患者的临床症状,提高患者视力^[19]。

3.2 滋补肝肾,益精养血

对于肝肾不足、精血亏虚型近视患者,张教授治以补益肝肾、益精养血,方选杞菊地黄汤(或丸)、明目地黄汤(或丸)、加减驻景丸等,用药常选熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子、白芍、牛膝、柴胡、当归等。张教授结合现代研究成果及长期治疗近视的经验,研制出补益肝肾、养血明目之补肾明目丸(熟地黄、当归、白芍、枸杞子、楮实子、川芎、山药、车前子、五味子、甘草),作为医院内部制剂,用于肝肾亏虚型近视患者,收到较好的临床疗效。

3.3 补心益气,养血明目

对于心血耗伤、阳气亏虚型近视患者,张教授治以补心益气、安神定志,方选定志丸、归脾汤等,用药常选党参、远志、黄芪、石菖蒲、当归、黄精、肉桂等。在临床工作中,张教授常应用自拟养心明目方治疗心血耗伤、阳气亏虚型近视,以补心益气、养血明目。

该方由张教授在定志丸的基础上加减化裁而来,药物组成:太子参、茯神、炒山药、制远志、石菖蒲、酒黄精、丹参、炒山楂、石决明、枸杞子,药量根据患者年龄及病情酌情决定,且常用颗粒剂,服用方便,患者乐于接受,依从性好,疗效显著。

3.4 调气养血,活血通络

对于血虚气滞、目络滞涩型近视患者,张教授治以调气养血、活血通络,方选当归活血饮、补阳还五汤等,用药常选黄芪、当归、熟地黄、赤芍、白芍、川芎、柴胡、香附、鸡血藤、桔梗等。本型患者目络滞涩,治疗以通络为要。张教授认为揞针在疏通眼部经络气血、防治近视方面独具特色与优势,相较于其他中医外治法,其刺激性小、疼痛轻微、操作简单、不良反应小、留针时间长,疗效持久。张教授应用揞针常在眼周和耳部施针,眼周常取穴位有攒竹、四白、阳白、太阳等,耳部常取穴位有眼、心、肝、肾、脾、胃、神门及耳后的翳明穴等,通过揞针刺刺激上述穴位可疏通眼部及全身经络气血,改善眼部血液循环、缓解视疲劳,或有益于改善脉络膜缺血状态,从而达到治疗近视的目的。

临床上,血虚气滞、目络滞涩型近视常和其他证型相兼出现,遇此情形,张教授在对证内服方药中常加红花、丹参以活血通络。其最为倡导的是在内治法防治近视的同时,联合外治法如揞针和耳穴压丸,内外并用,以起到事半功倍的效果。

3.5 适视养血,防控近视

张教授认为久视可以伤血而引发近视,因此防控近视必须要避免久视,避免久视就要适时休息、室外远眺。一般而言,每近距离用眼40 min后,应室外远眺10 min,这样可以使精神放松,气血得养,目中筋脉弛张有度,近视无从发生。其次,要保证充足的睡眠,避免挑灯夜读,以使精血得以恢复。研究发现,户外活动时间不足、长时间近距离用眼以及不良姿势是影响青少年近视发生发展的关键因素^[20]。因此应在近距离用眼学习后增加户外活动时间,注重劳逸结合,如每天室外活动2 h能增加远眺时间,改善视觉空间环境,从而有效降低青少年近视发病率^[21]。

4 病案举例

4.1 病案1

张某,男,12岁,2021年8月1日初诊。主诉:双眼视远模糊半年。患者自诉平时课业负担重,学习

时间较长,眼睛易疲劳,时有双眼酸胀,休息可缓解。刻下症见:双眼视近清晰、视远模糊,面黄肌瘦,时有乏力,纳少挑食,不喜蔬菜,多食肉类,纳差,眠可,小便正常,大便溏,舌质淡红,苔薄白,脉细弱。眼科检查示:右眼裸眼视力0.8,左眼裸眼视力0.8,右眼眼压15 mmHg(1 mmHg \approx 0.133 kPa),左眼眼压17 mmHg。快速散瞳后电脑验光:右眼-0.25 Ds/-0.50 Dc \times 180°,左眼-0.75 Ds/-0.50 Dc \times 180°。双眼睑结膜轻度充血,角膜(-),眼底未查见异常。西医诊断:近视。中医诊断:能近怯远,证属脾胃亏虚、气血不足。治以益气健脾、养血明目,方选归脾汤加减,药物组成:党参9 g,白术9 g,升麻6 g,葛根9 g,蔓荆子8 g,枸杞子8 g,当归8 g,焦山楂、焦麦芽、焦神曲各6 g,柴胡8 g,郁金6 g,甘草6 g。颗粒剂,14剂,日1剂,分2次服用。同时告知患者平时每学习40 min要休息10 min,多向外远眺绿色植物,每天需保证1~2 h的户外活动,均衡饮食。每天做2次眼保健操。

2021年8月16日二诊:患者眼睛易疲劳症状较前缓解,视物较前清晰,面色稍红润,纳差、便溏好转,舌红,苔薄白,脉细缓。裸眼视力检查示:右眼1.0,左眼1.0。效不更方,继服原方14剂。

2021年8月30日三诊:患者诉视物清晰,很少见视物后疲劳酸胀等症状,面色红润,饮食、二便正常,舌淡红,苔薄白,脉缓。裸眼视力检查示:右眼1.0,左眼1.0。继服原方14剂后,改服益气健脾、养血明目之益气增视丸,每次6 g,日2次,连续服用2个月,巩固疗效。1年后复诊,视力仍为1.0,快速散瞳验光示近视屈光度未进展。

按:此患儿脾胃亏虚,长期纳差挑食,加之学习压力大,阅读时间长,久视伤血耗气,脾胃气血之源愈加亏虚,导致养目之血不足,目睛失养则视远模糊,伴易疲劳、时感乏力,结合面黄肌瘦、大便溏、舌质淡红、苔薄白、脉细弱,辨为脾胃亏虚、气血不足证。给予归脾汤加减,方中党参、白术健脾益气为君药。当归、枸杞子养血明目为臣药。升麻、葛根、蔓荆子助脾胃清阳之气上升,奉养目窍;因患者平素学习压力大,故在方中加入柴胡、郁金以疏肝解郁;针对患者喜肉食、挑食问题,用焦山楂、焦麦芽、焦神曲健脾、消食、导滞、和胃;以上药物共为佐药。甘草和中益气、调和诸药,为使药。诸药合用,共奏益气健脾、养血明目之功。药证相符,故收效较好,后改为

丸剂以巩固疗效。

4.1 病案2

李某,女,10岁,2022年4月1日初诊。主诉:双眼视物模糊1年。刻下症见:双眼视近清晰、视远模糊,面色白,其母代诉其学习注意力不集中,看电子产品时间长,纳可,眠差易惊醒,时有自汗,二便正常,舌质淡暗,苔薄白,脉细缓。眼科检查示:右眼裸眼视力0.8,左眼裸眼视力0.8,右眼眼压15 mmHg,左眼眼压17 mmHg。快速散瞳后电脑验光示:右眼-1.00 Ds/-0.50 Dc \times 170°,左眼-0.75 Ds/0.00 Dc \times 178°。双眼睑结膜轻度充血,角膜(-),眼底(-)。西医诊断:近视。中医诊断:能近怯远,证属心阳不足。处方以定志丸加减,药物组成:人参6 g,茯神6 g,山药8 g,丹参6 g,远志6 g,黄精6 g,石菖蒲6 g,枸杞子6 g,桂枝5 g,生龙骨8 g,生牡蛎8 g。颗粒剂,14剂,日1剂,分2次服用。同时告知患者平时每学习40 min要休息10 min,多向外远眺绿色植物,每天需保证1~2 h的户外活动,均衡饮食。

2022年4月16日二诊:患者视物较前明显清晰,睡眠质量较前好转,自汗消失,舌淡暗,苔薄白,脉细缓。裸眼视力检查示:右眼0.8,左眼1.0。中药守上方去生龙骨、生牡蛎,继服14剂。

2022年4月30日三诊:患者视物清晰,注意力较前明显好转,舌淡红,苔薄白,脉缓。裸眼视力检查示:右眼1.0,左眼1.0。守4月16日方去丹参继服14剂,后改为双侧耳穴贴压治疗,取穴为眼、心、肝、肾、神门,每周贴5 d、休息2 d,连治2个月。并嘱停止治疗后还要合理用眼,适时望远,保持足量的室外活动时间,并坚持做眼保健操。1年后复查,患者全身无明显不适,视物清晰,纳眠可,二便调,舌质淡红,苔薄白,脉和缓有力,双眼裸眼视力均为1.0,快速散瞳验光示双眼近视各减退0.25 D。

按:此患儿平素视电子产品较多,劳心伤神,心血暗耗,心神失养,故出现注意力不集中、眠差易惊醒、自汗、面白、舌淡暗、苔白、脉缓等心阳不足兼有血瘀之象。处方以定志丸加减,方中人参、远志、石菖蒲补益心气、定志安神,茯神健脾养心,共为君药;枸杞子、丹参补血活血共为臣药;黄精、山药益气补心为佐药;甘草调和诸药为使药。全方共奏补心益气、养血明目之功,使目之气血充盈畅达,神光得以发越于远。本案治疗加桂枝以助温通心阳,加生龙

骨、生牡蛎以助安神,并有固涩止汗作用。后期改为简便的耳穴贴压法,易于患者长时间配合治疗,故近视控制效果较好。

5 结束语

中医学久视伤血理论与西医近视缺血学说高度契合,为儿童青少年近视的防治提供了思路。本文通过追溯古代中医文献,结合现代研究成果,介绍了张教授运用久视伤血理论辨治近视的临床经验。张教授根据久视伤及的脏腑气血及患者体质,分别施以相应的治法方药,疗效良好。本文还从治未病角度探讨了如何避免久视伤血,张教授创新性地提出了适视养血的思路并运用于临床,收到较好的近视防治效果。总之,久视伤血理论对阐明儿童青少年近视的病因病机和指导其防治具有重要意义,值得进一步研究探讨。

[参考文献]

- [1] FLITCROFT D I, HE M G, JONAS J B, et al. IMI-defining and classifying myopia: a proposed set of standards for clinical and epidemiologic studies [J]. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2019, 60(3): M20-M30.
- [2] HOLDEN B A, FRICKE T R, WILSON D A, et al. Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050 [J]. Ophthalmology, 2016, 123(5): 1036-1042.
- [3] 国家卫生健康委员会2021年7月13日新闻发布会文字实录[EB/OL]. (2021-07-13)[2024-01-20]. <http://www.nhc.gov.cn/xwzb/webcontroller.do?titleSeq=11389>
- [4] 中华医学会眼科学分会眼视光学组, 中国医师协会眼科医师分会眼视光专业委员会. 低浓度阿托品滴眼液在儿童青少年近视防控中的应用专家共识(2022)[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2022, 24(6): 401-409.
- [5] MENG Y, YI Z H, XU Y S, et al. Changes in macular vascular density and retinal thickness in young myopic adults without pathological changes: an OCTA study [J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2022, 26(16): 5736-5744.
- [6] GOŁĘBIEWSKA J, BIAŁA-GOSEK K, CZESZYK A, et al. Optical coherence tomography angiography of superficial retinal vessel density and foveal avascular zone in myopic children [J]. PLoS One, 2019, 14(7): e0219785.
- [7] GUPTA P, SAW S M, CHEUNG C Y, et al. Choroidal thickness and high myopia: a case-control study of young Chinese men in Singapore [J]. Acta Ophthalmol, 2015, 93(7): e585-92.
- [8] 肖子轩. 视网膜血氧饱和度及视网膜血管直径与近视的

- 相关性研究[D]. 汕头:汕头大学,2022.
- [9] ZHOU X,ZHANG S,ZHANG G Y,et al. Increased choroïdal blood perfusion can inhibit form deprivation myopia in guinea pigs[J]. Invest Ophthalmol Vis Sci,2020,61(13):25.
- [10] 慕璟玉,王雁,杨依宁,等. 近视的流行病学、病因学与发病机制研究现状[J]. 眼科新进展,2021,41(11):1089-1096.
- [11] WU H,CHEN W,ZHAO F,et al. Scleral hypoxia is a target for myopia control[J]. Proc Natl Acad Sci USA,2018,115(30):E7091-E7100.
- [12] 孙思邈. 备急千金要方[M]. 李景荣,校释. 北京:人民卫生出版社,2014:356.
- [13] 李东垣. 兰室秘藏[M]. 文魁,丁国华,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:77.
- [14] 傅仁宇. 审视瑶函[M]. 郭君双,赵燕,整理. 北京:人民卫生出版社,2006:87.
- [15] 巢元方. 诸病源候论[M]. 黄作阵,点校. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:8.
- [16] 李挺. 医学入门[M]. 李黄河,黄江波,整理. 北京:人民卫生出版社,2006:578.
- [17] 马莒. 黄帝内经素问注证发微[M]. 孙国中,方向红,点校. 北京:学苑出版社,2003:377-378.
- [18] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 张年顺,张弛,主校. 北京:中国医药科技出版社,2011:624-625.
- [19] 李昊洋. 益气增视丸治疗青少年脾胃亏虚型近视临床疗效观察[D]. 郑州:河南中医学院,2015.
- [20] ZHANG J,DENG G H. Protective effects of increased outdoor time against myopia: a review[J]. J Int Med Res,2020,48(3):1-9.
- [21] 李良,徐建方,路瑛丽,等. 户外活动和体育锻炼防控儿童青少年近视的研究进展[J]. 中国体育科技,2019,55(4):3-13.

(上接第560页)

- [4] BARILE A,LANNI G,CONTI L,et al. Lesions of the biceps pulley as cause of anterosuperior impingement of the shoulder in the athlete: potentials and limits of MR arthrography compared with arthroscopy [J]. Radiol Med,2013,118(1):112-122.
- [5] 汪斯衡,蒋佳,陈世益,等. 肩关节前方不稳的康复治疗研究进展[J]. 中国运动医学杂志,2016,35(12):1172-1175.
- [6] 杨亚军. 推拿手法治疗肩峰下撞击综合征的临床效果[J]. 中外医疗,2015,34(35):152-153.
- [7] 杨文夷,苑艺,刘长信,等. 浅述刘寿山验方接骨紫金丹辅助治疗骨质疏松合并Colles骨折经验[J]. 中国民间疗法,2021,29(2):27-29.
- [8] 范希然,苑艺,王宾,等. 孙呈祥运用活血化瘀法治疗膝关节滑囊炎的临证经验[J]. 中国医药导报,2020,17(26):186-189.
- [9] 张桐桐,李多多,王毓岩,等. 刘寿山手法加验方外敷治疗膝内侧副韧带复合体急性损伤经验[J]. 中国医药导报,2023,20(31):154-157.
- [10] 臧福科. 浅谈刘寿山先生治筋手法的特点[J]. 北京中医,1983(2):13.
- [11] 北京中医学院东直门医院. 刘寿山正骨经验[M]. 北京:人民卫生出版社,1985.
- [12] 杨超. 肩峰下撞击综合征MRI评分与肩关节功能的关系分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(19):187.
- [13] 李怀胜,杨明宇,李焱,等. 肩关节上关节囊重建治疗肩袖损伤适应证和移植物处理方法研究进展[J]. 中国修复重建外科杂志,2021,35(2):252-257.
- [14] 张进伟,朱彪,陈立顶. 肩峰下撞击综合征的MRI的表现及诊断[J]. 影像研究与医学应用,2019,3(23):15-17.
- [15] 罗平,林鸿生,方健辉,等. 肩峰下撞击综合征运动员肩周肌群肌力的研究[J]. 成都体育学院学报,2017,43(3):102-108.
- [16] 胡庆翔,何耀华. 肩关节上关节囊重建术治疗不可修复肩袖损伤的研究进展[J]. 中华骨与关节外科杂志,2018,11(1):68-72.
- [17] 倪斐琳,陈改平,徐慧,等. 温通穴位灸刮疗法治疗脑卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志,2021,41(4):456-460.
- [18] 荀雅晶,颜起文,刘佩军,等. 电针对偏瘫肩痛的治疗效应:单盲随机对照试验[J]. 中国中西医结合杂志,2019,39(11):1345-1348.
- [19] 王勇郑,曹遵雄. 推拿镇痛机制的探讨[J]. 山东中医杂志,2001,20(11):678-680.
- [20] 龚金德,奚桂芳,潘小平,等. 推拿镇痛与内啡肽的关系[J]. 上海中医药杂志,1982(4):22-23.

李丽基于“经链同治”理论运用悬吊推拿运动技术治疗神经根型颈椎病经验

冯会越¹,丹禹钦¹,丁懿²,冯梓芸²,廖烜东¹,王雪妍¹,付钰¹,于少泓^{2,3} 指导:李丽

(1.山东中医药大学康复医学院,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.山东中医药大学医学院,山东 济南 250355)

[摘要] 李丽教授创新性地将中医经筋学说与生物力学筋膜学说相结合,提出“经链同治”理论。“经”即经络,“链”即筋膜链,“经链同治”即对病变经络及筋膜链对应的穴位或触发点进行同步刺激和整体干预。在该理论指导下,李丽教授将推拿疗法与悬吊运动训练中的经典技术——神经肌肉控制激活技术相融合,首创悬吊推拿运动技术,并将其运用到神经根型颈椎病(CSR)的治疗中。李丽教授认为,CSR根源于现代人不良的生活习惯及工作环境,长期保持异常姿势导致筋膜劳损,形成肌肉“弱链接”,从而使生物力学链失衡,经络气血运行不畅,引起功能障碍及疼痛。CSR病变“弱链接”主要包括少阳经链、阳明经链、太阳经链、厥阴经链和太阴经链。应用悬吊推拿运动技术时,患者保持良肢体位,借助悬吊设备的弹力绳进行运动训练,同时配合循经弹拨手法激活“弱链接”肌肉,以增强经络气血运行,释放筋膜表面张力,促进经链阴阳与生物力学平衡的恢复。附验案1则。

[关键词] 经链同治;悬吊推拿运动技术;神经根型颈椎病;经络;筋膜链;弱链接

[中图分类号] R274.9;R249 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2025)05-0571-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.016

LI Li's Experience in Treating Cervical Spondylotic Radiculopathy with Technique of Sling Exercise with Tuina Therapy Based on Theory of "Simultaneous Treatment of Meridians and Chains"

FENG Huiyue¹, DAN Yuqin¹, DING Yi², FENG Ziyun², LIAO Xuandong¹, WANG Xueyan¹, FU Yu¹, YU Shao-hong^{2,3} Mentor: LI Li

(1.Rehabilitation Medical College of 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.Medicine College of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China)

Abstract Professor LI Li innovatively combined the meridian-sinew theory in traditional Chinese medicine (TCM) with the myofascial chain theory in biomechanics and proposed the theory of "simultaneous

treatment of meridians and chains". "Meridians" refer to the meridian and collateral in TCM, and "chains" refer to myofascial chains. "Simultaneous treatment of meridians and chains" means conducting synchronous stimulation and overall intervention on the corresponding acupoints or trigger points of the diseased meridians and myofascial chains. Under

[收稿日期] 2024-12-23

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(编号:82374556);国家重点研发计划中医药现代化研究重点专项课题(编号:2018YFC1706005);山东省中医药科技发展项目(编号:Q-2023067)

[作者简介] 冯会越,2021年硕士研究生,研究方向:中西医结合康复。

[通信作者] 于少泓,教授,主要从事心脑血管疾病的中医康复研究。邮箱:sutcm2006@163.com。

the guidance of this theory, Professor LI Li integrates tuina therapy with neuromuscular control and activation technique, classic technique in sling exercise training, to pioneer the technique of sling exercise with Tuina therapy and apply it in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy (CSR). Professor LI Li believes that CSR originates from the bad living habits and working environment of modern people. Maintaining abnormal postures for a long time leads to myofascial strain, forming "weak links" in the muscles, thereby causing an imbalance in the biomechanical chain and obstructing the flow of qi and blood in the meridians, which results in functional disorders and pain. The "weak links" of CSR lesions mainly include the Shaoyang meridian chain, Yangming meridian chain, Taiyang meridian chain, Jueyin meridian chain, and Taiyin meridian chain. When applying the technique of sling exercise with Tuina therapy, the patient maintains a good body position and undergoes exercise training with the help of the elastic ropes of the sling equipment. At the same time, meridian-following plucking manipulations are combined to activate the "weak-link" muscles, thereby enhancing the circulation of qi and blood in the meridians, releasing the surface tension of the fascia, and promoting the recovery of the balance of yin and yang and biomechanics in the meridian chain. A proved case is attached.

Keywords simultaneous treatment of meridians and chains; technique of sling exercise with Tuina therapy; cervical spondylotic radiculopathy; meridian and collateral; myofascial chains; weak-link

神经根型颈椎病(CSR)是指由于颈椎间盘、椎间关节退行性改变累及相应节段颈神经根而出现根性压迫或刺激的相应症状和体征^[1]。CSR临床表现为颈、肩、上肢部位放射性疼痛、麻木、腱反射障碍等症状^[2]。CSR发病趋于年轻化与不良生活模式及工作环境密切相关^[3]。研究表明,全世界有1/3以上人口患有至少持续3个月的颈部疼痛,80%~90%的人在50岁时通过磁共振成像(MRI)检测出椎间盘退行性变化^[4]。CSR治疗方法众多,但其反复发作的问题始终难以解决。

李丽教授是全国老中医药专家经验继承工作指导老师,山东省名中医药专家,从事中医康复工作40余年。李丽教授围绕CSR反复发作的治疗难点,以改善肌肉“弱链接”和修复病变经络为目标,根据“经链同治”理论,经过长期研究发现悬吊推拿运动技术治疗CSR具有疗效快、反复少、推广易等优势^[5-7]。笔者有幸跟师于李丽教授,现将其基于“经链同治”理论运用悬吊推拿运动技术治疗CSR的经验总结如下。

1 悬吊推拿运动技术的创新

悬吊推拿运动技术是指施术者借助悬吊训练系统对患者施以推拿手法和运动训练,通过量化治疗时间和手法干预,促进肌肉、筋膜节律性收缩放松,以重建正常运动模式和神经控制模式的中西医结合康复技术^[7]。李丽教授创新性地将中医经筋学说与生物力学肌筋膜学说相结合,以“经链同治”理论指

导悬吊推拿运动技术。

1.1 理论创新——“经链同治”理论

《素问·痿论》云:“宗筋主束骨而利机关也。”经络学说认为,经筋是十二经脉的外周连属部分,主司关节运动,濡养筋肉骨节^[8]。肌筋膜链学说出自《解剖列车》,在该学说中,肌筋膜经线是肌肉、韧带及其相关软组织按照特定的层次和方向以肌筋膜相连形成的链条式整体结构^[9]。人体的经络与肌筋膜经线均具有十二条,且均具备网络整体性,筋膜局部功能异常会沿应力传导方向影响远端功能^[10-11]。研究发现,肌筋膜触发点和穴位在解剖学、临床学和生理学方面存在大量重叠,手臂上传统的针灸穴位与这些被结缔组织分割的筋膜层面之间有80%的对应性^[12]。基于经络与肌筋膜链的相关性,李丽教授提出了“经链同治”理论。“经”为经络,“链”为肌筋膜链,“经链同治”即对病变经络及肌筋膜链对应的穴位或触发点进行同步刺激和整体干预。“经链同治”理论为悬吊推拿运动技术的应用提供了创新性思路。

1.2 疼痛康复新策略

李丽团队立足中医推拿手法,结合康复整体功能观,在“经链同治”理论指导下,将推拿疗法与悬吊运动训练中的经典技术——神经肌肉控制激活技术相融合,提出以功能评价、舒筋通络、主动训练为一体的疼痛康复新策略,具体如下。①功能评价:借助悬吊训练设备,评估“弱链接”肌肉和病变经络,精准

定位诊疗部位。②舒筋通络:通过悬吊训练激活“弱链接”肌肉,增强核心稳定肌的力量,同时将推拿手法施加于病变经络,以舒筋通络、行气活血、快速止痛,改善“弱链接”肌肉功能。③主动训练:在悬吊系统下进行主动的功能锻炼,促进“弱链接”肌肉和筋膜有节律地收缩和放松,重建正常功能模式及神经控制模式。

上述三种疼痛康复新策略指导的悬吊推拿运动技术有效提高了患者对治疗方案的依从性,同时能在一定程度上降低疼痛复发率^[13],该技术已被不少医院推广应用。

2 CSR病因病机

CSR属中医学经筋病范畴,主要病因为体虚劳损、复感外邪。《灵枢·经筋》言:“经筋之病,寒则反折筋急……阳急则反折,阴急则俯不伸。”寒主凝滞、收引,感受寒邪,经筋会拘急挛缩,出现肌张力增高、关节活动度下降甚至屈伸不利等症状。

西医认为CSR的发病机制与肌筋膜退行性病变及生物力学改变有关,颈部肌筋膜致密化及厚度增加会激活炎症通路,或卡压神经,从而引起放射样疼痛麻木及过电感^[14]。生物力学失衡是导致CSR疼痛和功能障碍的根本原因^[15]。

基于上述中西医认识,李丽教授提出,CSR根源于现代人不良的生活习惯及工作环境,长期保持异常姿势导致肌筋膜劳损,形成肌肉“弱链接”,从而使生物力学链失衡,经络气血运行不畅,引起功能障碍及疼痛。

3 CSR辨证施治

3.1 精准评估,辨经施治

李丽教授认为,对CSR的诊断应借助设备,要通过多种手段精准评估病变经络和“弱链接”肌群。①借助超声探查局部组织学变化:超声下“弱链接”肌肉纤维明显变细;②通过表面肌电判定神经系统控制肌肉活动的的能力:观察肌肉收缩能力,“弱链接”肌肉能量募集降低,肌肉疲劳性升高;③借助悬吊设备测定肌力和肌张力水平:利用不同拉力的“弹力绳”在悬吊体位下进行“弱链接”运动测试;④量表评定功能障碍程度:常用量表为疼痛视觉模拟评分法(VAS)、日本骨科协会颈椎疼痛评价表(JOA)、关节活动度评定量表、改良Ashworth肌张力评定量表、徒手肌力评定量表等;⑤“弱链接”测试阳性的三个指征:不能正确完成动作,出现疼痛,出现双侧运动不

对称。

基于上述评估方案,李丽教授根据经络循行部位认为,CSR病变“弱链接”主要包括少阳经链、阳明经链、太阳经链、厥阴经链、太阴经链。旋转不利与少阳经链病变有关,常伴有偏头痛、眩晕恶心等症状;阳明经链病变表现为前臂背侧桡侧缘连腕横纹,即拇长展肌腱外侧感觉异常,斜角肌触诊有压痛或触发手臂放电样感觉;太阳经链病变表现为项背疼痛兼有俯仰屈伸不利,或枕后疼痛;厥阴经链病变常见腋下连前臂前区正中神经所过处麻木或过电样感觉异常,可能伴有心慌、心悸、胸闷等症状;太阴经链病变常见胸锁乳突肌-肘内廉-前臂前区桡侧缘疼痛。

3.2 良肢体位,红绳量化

良肢位是保持躯体和肢体良好功能的临时性治疗体位^[16]。在良肢位下悬吊可以使患者处于放松状态,从而避免疼痛引起过高肌张力,使悬吊推拿手法的机械作用力可最大限度地渗透到病变筋膜、经筋。CSR的良肢位为在患者自然放松前提下,采取仰卧位,使用中分带固定支撑头部,弹性绳系宽带分别置于胸后背部和骨盆下,膝下置滚筒,在此姿势下施加弹拨、按揉等推拿手法能够促进经络气血运行,释放筋膜表面张力,达到事半功倍的效果。

悬吊设备中的红绳是量化治疗的重要工具,分为非弹力绳和弹力绳。非弹力绳起到固定肢体的作用或应用于5级肌力训练,弹力绳则起到辅助-主动训练的作用,20 kg、30 kg、50 kg分别对应4级、3级、2级肌力训练,1级训练则需将50 kg搭配30 kg弹力绳一起使用。在弹力绳助力下进行训练能够加强患者的核心肌群,同时需配合循经弹拨手法激活“弱链接”肌肉:少阳经链重点弹拨耳后、胸锁乳突肌后缘、肩颈;太阳经链重点弹拨枕后肌群、项背后缘、菱形肌;阳明经链重点弹拨颈部前缘、腕横纹拇长展肌腱外侧、曲池穴、合谷穴等;厥阴经链则着重按揉极泉穴、内关穴,弹拨旋前圆肌、桡侧腕屈肌、指浅屈肌和掌长肌;太阴经链重点按揉中府穴、尺泽穴、孔最穴,伴有拇指麻木者加点按经渠穴、鱼际穴,松解胸大肌、胸小肌、旋前圆肌、桡侧腕屈肌、拇短展肌等肌肉。

3.3 整体康复,远近同治

李丽教授认为治疗CSR应遵循康复整体观,做到“远近同治,左右共调”,不仅在压痛点及局部筋节处进行手法操作,还循“经”或循“链”在远端阳性反

应点施加推、按、揉、滚、弹拨手法。《素问·阴阳应象大论》曰：“从阴引阳，从阳引阴，以右治左，以左治右。”弱肌肉链接为“阴”，表现为相关肌肉痿软、力量下降等症状，而对侧肌肉由于代偿弱链功能可能出现僵硬板结、肌张力过高的症状，相对为“阳”。因此在“阴”链使用拍打、叩击等激活手法，在“阳”链使用弹拨、滚、推等松解手法，使阴平阳秘、筋柔骨正。《灵枢·终始》提出：“病在上者下取之，病在下者高取之。”李丽教授强调脊柱是一个整体，下段椎体错位会影响上端椎体的稳定性，甚至打破相邻经链的平衡，故治疗CSR除处理颈部经链，还要矫正错位骨盆及内外翻的膝关节，使上下力线平衡。因此，悬吊推拿运动技术治疗CSR的基本思路为基于整体观及辨证观恢复经链阴阳与生物力学的平衡。

3.4 力之弱强，复分虚实

李丽教授强调，推拿的“补泄”不仅仅体现在手法类型上，还体现在手法力度上，力柔者为补法，力强者为泄法。CSR患者多属本虚标实证候，对于局部有筋节但呈现舌质红、脉沉弱的虚象患者，使用弹拨、滚、推手法力度宜轻宜柔，且需频率慢、幅度小、时间长，如此以补开塞、攻补兼施，可使气血畅通，筋节自消。

3.5 主动训练，减少复发

李丽教授认为防止CSR反复发作的关键在于主动训练，其独创的“脊柱病防治操”在CSR患者主动训练中应用广泛。该防治体操包括旭日东升、拨云见日、斗转星移、排山倒海、俯仰生姿、负山戴岳共六套动作，通过躯干左右旋、颈椎屈伸旋转、收紧核心肌群等动作的集合，激活“弱链接”肌肉，增强核心肌群力量，同时主动运动能够充分推动“分肉间”（即肌肉间筋膜所在处）卫气的运行^[17]，发挥祛邪外出的功效。患者长期坚持做“脊柱病防治操”可使紧张的肌肉得到拉伸、薄弱的肌肉得到加强，使力线平衡，有效减少复发。训练强度以出现“微似有汗”状态为佳，杜绝“暴汗而出”的状态，以免出汗太过而伤津耗气。此外，患者在日常生活中应注意避免长时间处于同一固定不变的姿势，工作40 min左右应起身进行颈部屈伸及放松动作，配合“脊柱病防治操”主动锻炼，方能减少复发。

4 病案举例

男，51岁，2022年9月26日初诊。主诉：肩颈痛

伴右臂麻木半年余，近7 d加重。患者从事客车驾驶工作，工作长时间保持不良姿势，半年前出现肩颈部疼痛不适症状，自行贴敷药膏，疼痛得到一定缓解。后逐渐出现右侧手臂内侧麻木症状，麻木感放射至右手拇指和示指，曾于多家医院诊治，病情始终反复。近7 d吹冷风受寒，肩颈痛加重。现症见：肩颈痛，右臂连右手拇指、示指桡侧麻木，右臂抬起时麻木加重。否认高血压史、冠心病史、糖尿病史，否认药物、食物过敏史。查体：第5颈椎至第7颈椎棘突压痛(+)，臂丛神经牵拉试验(+)，颈部右侧旋转屈曲受限(关节活动度25°)，肱二头肌长短头肌腱间有条索状结节，触及斜角肌、肱二头肌、肱桡肌局部张力升高。舌紫黯，苔白腻，脉涩紧。MRI检查示颈椎曲度反弓，第5至第6颈椎、第6至第7颈椎椎间隙狭窄。超声探查显示右侧斜方肌、三角肌、肱二头肌肌纤维变细。西医诊断：CSR。中医诊断：项痹，证属气滞血瘀复感寒邪、痹阻筋脉，经链辨证为阳明经链薄弱。治以温经散寒、疏经通络，治疗方法为悬吊推拿运动技术结合中药内服。

悬吊推拿运动技术操作步骤如下。①进行颈椎良肢位摆放，运用悬吊中分带固定支撑枕外隆突，使用腕带及弹性绳分别固定在肘、腕关节，于腘窝下放置一滚筒，令患者头颈部悬空并使上肢放松。②施加推拿手法，通过滚、揉、按、弹拨等手法松解高张力肌肉及循经所在的条索状结节，通过拍、叩等推拿手法激活低肌力肌肉，重点处理斜角肌、肱二头肌短头、肱三头肌肌腱、大圆肌止点，松动肩胛下角，以透热为度，治疗20 min。③进行头颈部“失活”肌肉闭链主动训练，让患者以仰卧位做头颈部侧屈、旋转运动，侧卧位做头颈部前屈后伸运动，均为闭链运动，每个动作练习5次，约5 min，即刻痛减。悬吊推拿运动技术操作完毕后对患者进行康复宣教，嘱每日晨起做一次“脊柱病防治操”，以巩固疗效。中药处方：葛根12 g，桂枝6 g，赤芍6 g，甘草6 g，生姜9 g。3剂，水煎服，早晚两次温服。

2022年9月29日二诊：患者肩颈部冷痛症状缓解，颈部畏寒减轻，右臂及右手拇指、示指桡侧仍有麻木感，舌紫黯，苔薄白，脉涩。寒邪已除，当理气化痰。悬吊推拿运动技术操作如前，但重点松解右侧肱二头肌长短头肌腱，增加松解胸小肌，点按曲池穴、手三里穴、合谷穴，配合悬吊主动训练激活阳明

经“弱链接”肌肉,以透热为度,治疗20 min。治疗完毕嘱患者每日晨起做“脊柱病防治操”。中药处方:桃仁12 g,红花9 g,当归9 g,生地黄9 g,牛膝9 g,川芎4.5 g,桔梗4.5 g,赤芍6 g,枳壳6 g,甘草6 g,柴胡3 g。7剂,水煎服,早晚两次温服。

2022年10月7日三诊:患者肩颈部疼痛及右臂麻木感消失,只遗留右手拇指麻木症状,舌黯,苔白,脉沉细。此为实邪之标除去大半,阳虚之本显露。当益气温阳、和血通痹。故在之前悬吊推拿方案基础上,着重弹拨合谷穴、二间穴、三间穴,以达到拇指、示指指尖走窜酸胀放电感,此为“气至”,配合肩颈-臂-手主动活动,以透热为度,治疗20 min。治疗完毕嘱患者每日晨起做“脊柱病防治操”。处方:生黄芪9 g,桂枝9 g,赤芍9 g,生姜18 g,大枣4枚(掰开)。7剂,水煎服,早晚两次温服。

后随访1年,未曾复发。

按:患者长期保持不良姿势,导致肌筋膜链失衡,经络气血运行不畅。患者复感寒邪,局部寒凝气滞,疼痛加剧。结合查体、MRI及肌骨超声探查分析,第5至第6颈椎、第6至第7颈椎椎间隙狭窄,右斜角肌间隙变小,卡压臂丛神经,以肱桡肌、桡侧腕长肌及肱二头肌等为代表的阳明经链肌群收缩能力下降,确定病变经链阳明经链为“弱链接”。因此,在悬吊装置下使患者维持良肢位,以充分放松;手法泻实补虚,松筋节、柔经筋、活弱链、稳核心,依照理筋、正骨、运动一体的原则,重点处理斜角肌、肱肌、肱二头肌、肱桡肌、桡侧腕长肌等肌肉,点按手三里、曲池、合谷等阳明经穴位;配合主动训练及“脊柱病防治操”,恢复功能并巩固疗效。中药处方先理气活血、散寒化瘀,后益气和血、温阳通痹,标本兼治,疗效稳固持久。

5 结束语

中西医结合康复在治疗肌骨疼痛方面具有优势,本文以CSR为例分析李丽教授的临证经验。李丽教授立足于CSR发病原因,着眼于现代人生活方式,将中医整体观、康复功能观融入到悬吊推拿运动技术的施治中,力求解决颈肩腰腿痛反复发作的难题。目前李丽教授创立的悬吊推拿运动技术已形成标准化操作指南,未来将持续推广,以服务更多颈肩腰腿痛患者。

[参考文献]

- [1] 神经根型颈椎病诊疗规范化研究专家组. 神经根型颈椎病诊疗规范化的专家共识[J]. 中华外科杂志, 2015, 53(11):812-814.
- [2] 颈椎病的分型、诊断及非手术治疗研究专家组. 颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识[J]. 中华外科杂志, 2018, 56(6):401-402.
- [3] LV Y, TIAN W, CHEN D, et al. The prevalence and associated factors of symptomatic cervical spondylosis in Chinese adults: a community-based cross-sectional study [J]. BMC Musculoskelet Disord, 2018, 19(1):325.
- [4] MUSTAFA R, KISSOON N R. Approach to radiculopathy [J]. Semin Neurol, 2021, 41(6):760-770.
- [5] 阴涛, 郑遵成, 高强. 悬吊运动疗法结合推拿改善神经根型颈椎病上肢神经传导的效果[J]. 中国康复理论与实践, 2022, 28(1):95-99.
- [6] 李建飞, 李倩, 李佳潞, 等. 悬吊推拿运动治疗颈型颈椎病的持续疗效[J]. 中国康复理论与实践, 2021, 27(7):834-839.
- [7] 李丽, 常光哲, 孙国栋, 等. 中医康复临床实践指南·悬吊推拿运动技术[J]. 康复学报, 2023, 33(6):486-492.
- [8] 梁繁荣, 王华. 针灸学[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社, 2016:7-18.
- [9] 托马斯·迈尔斯. 解剖列车:徒手与动作治疗的肌筋膜经线[M]. 3版. 关玲, 译. 北京:军事医学科学出版社, 2015:313-321.
- [10] WILKE J, KRAUSE F, VOGT L, et al. What is evidence-based about myofascial chains: a systematic review [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2016, 97(3):454-461.
- [11] 强晶, 乔海法, 王强, 等. 经筋理论对针刺治疗颈型颈椎病的启示[J]. 山东中医杂志, 2022, 41(1):23-27, 32.
- [12] DORSHER P T. Myofascial referred-pain data provide physiologic evidence of acupuncture meridians [J]. J Pain, 2009, 10(7):723-731.
- [13] 丁懿, 郭琛琛, 李丽. 悬吊推拿运动技术治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 康复学报, 2019, 29(1):33-38.
- [14] 原林, 王军. 筋膜学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2018:42-43.
- [15] THEODORE N. Degenerative cervical spondylosis [J]. N Engl J Med, 2020, 383(2):159-168.
- [16] 叶秋萍, 刘艳莉, 蓝斯霞, 等. 滑按指拨理筋法结合良肢位摆放治疗脑卒中后肩手综合征的效果[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(20):5033-5036.
- [17] 王锐卿, 鞠宝兆. 现代解剖学视角下的卫气实质探讨[J]. 时珍国医国药, 2022, 33(8):1950-1953.

孙华针刺治疗肌筋膜炎经验

徐虹,陈素辉,张亚敏,张琼琼,邓培颖 指导:孙华

(中国医学科学院北京协和医院中医科,北京 100730)

[摘要] 子午流注是中医择时治疗疾病的特色理论。耳针疗法是通过针刺刺激耳郭上的穴位以治疗相应病症的方法。孙华教授将子午流注理论和耳针疗法相融合,认为当某一经脉气血旺盛时,该经脉所属的脏腑功能活动在耳部也活跃。在治疗肌筋膜炎时,根据患者的就诊时辰和子午流注理论中经气的流注顺序,首先针刺耳部相应的脏腑位点,配合活动;同时重视局部揣穴、辨证辨经远道取穴。孙华教授在传承和发展子午流注针法的同时,率先将其应用于耳部穴位,疗效显著,具有创新性。附验案2则。

[关键词] 子午流注针法;耳针;肌筋膜炎;名医经验;孙华

[中图分类号] R244;R249

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0576-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.017

SUN Hua's Experience in Treating Myofascitis with Acupuncture

XU Hong, CHEN Suhui, ZHANG Yamin, ZHANG Qiongqiong, DENG Peiyong Mentor: SUN Hua

(Department of Traditional Chinese Medicine, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China)

Abstract Midnight-noon ebb-flow is a characteristic theory of traditional Chinese medicine for treating diseases at the right time. Auricular acupuncture therapy is a method of treating corresponding diseases by stimulating the acupoints on the auricle through acupuncture. Professor SUN Hua integrates the theory of midnight-noon ebb-flow with auricular acupuncture therapy, believing that when the qi and blood of a certain meridian are vigorous, the functional activities of the organs associated with that meridian are also active in the ears. When treating myofascitis, according to the patient's visiting time and the flow sequence of qi in the theory of midnight-noon ebb-flow, the corresponding viscera points on the ear are needled first, combined with exercise; at the same time, local acupoint exploration, syndrome differentiation, and meridian differentiation for distant acupoint selection are emphasized. Professor SUN Hua, while inheriting and developing the midnight-noon ebb-flow acupuncture, took the lead in applying it to the acupoints on the ear, achieving remarkable curative effects and demonstrating innovativeness. Two proved cases are attached.

Keywords midnight-noon ebb-flow acupuncture; auricular acupuncture; myofascitis; experience of a famous doctor; SUN Hua

[收稿日期] 2024-11-20

[基金项目] 国家中医药管理局第七批全国老中医药专家学术经验继承项目(批文号:国中医药人教函[2022]76号)

[作者简介] 徐虹,副主任医师,主要从事针刺治疗脑血管病研究。邮箱:xuhong10850@163.com。

肌筋膜炎又名肌筋膜疼痛综合征,是一种因局部筋膜、肌肉、肌腱、韧带等软组织受到持续性牵拉而产生的无菌性炎症性疾病,多以局部疼痛、僵硬、运动受限、乏力等症状为主要临床表现,急性发作时甚至发生局部抽搐反应,疼痛严重时影响患者的生活质量。子午流注针法源于《黄帝内经》《难经》,成于宋代,盛于明代。中医认为人体十二条经脉对应十二个时辰,因而不同经脉中的气血在不同的时辰有盛有衰。子午流注针法是根据脏腑气血盛衰的变化,结合天干、地支、阴阳、五行和五腧穴的开合规律而形成的一种逐日按时开穴治病的方法。耳针疗法是根据生物全息理论衍生出来的一种用针或灸等方法刺激耳廓上的穴位以治疗多种病症的方法。

孙华教授是北京协和医院博士研究生导师,从事中医针灸临床、教研工作40余年,是第七批全国老中医药学术经验继承工作指导老师。孙华教授根据子午流注理论中经气流注顺序,认为当不同的经脉气血旺盛时,该经脉所属的脏腑功能活动在耳部相应活跃,在治疗肌筋膜炎时,根据患者的就诊时辰,首先针刺耳部相应的穴位并配合针刺后运动等,疗效显著。

1 病因病机

肌筋膜炎常见于暴露在冷气环境中、长期久坐和低头、运动过度或局部劳损较多的人群。最常见的肌筋膜炎有项背肌筋膜炎、腰背骶部肌筋膜炎等,患者可同时伴有颈椎退行性改变或腰椎退行性改变。研究认为,年龄因素参与了肌筋膜炎的进展,随着年龄增长,肌肉僵硬,弹性下降,结缔组织厚度增加,且肌筋膜炎常伴发无菌性炎症和疼痛^[1-3]。因此,改善肌肉筋膜僵硬和紧张、缓解局部无菌性炎症是治疗肌筋膜炎的重点。肌筋膜炎属于中医学筋痹范畴,《素问·长刺节论》曰:“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹。”该病多于受凉后加重,正如《灵枢·经筋》所言:“经筋之病,寒则反折筋急。”《医宗金鉴·正骨心法要旨》也强调了感受风寒湿气是筋病的诱因:“若素受风寒湿气,再遇跌打损伤,瘀血凝结,肿硬筋翻。”孙华教授认为感受风寒湿邪或遭受跌打损伤是导致肌筋膜炎发病的主要原因,加之现代生活

方式的变化,青壮年人群长期久坐,缺乏运动,局部气滞血瘀、筋脉失养,亦可诱发本病。

2 子午流注针法结合耳针疗法

2.1 子午流注针法

子午流注针法是在“天人相应”整体观念及阴阳五行学说基础上,探求人体经脉气血循行规律,通过选择十二经脉肘膝关节以下的五腧穴对疾病进行针刺治疗的方法,是从医疗实践中逐步完善和丰富起来的一种针法^[4],主要包括子午流注纳子法、纳甲法。子午流注针法可以治疗多种疾病,如失眠、骨关节炎、类风湿关节炎、强直性脊柱炎、腰椎间盘突出症、肩关节周围炎、颈椎病等^[5-7]。目前研究提示,子午流注针法流派众多,该针法应用需要相对复杂的推算过程,且临床对于该针法的操作规范尚未形成统一意见,这在一定程度上限制了其临床应用和传承。因此,寻找一种操作性强且能保持其疗效的传承方法是业内关注的焦点。

2.2 耳针疗法

中医通过观察人体五官面色、舌象、脉象等变化了解五脏六腑和全身的细微变化。耳针临床应用广泛,在治疗疼痛、降血压、抗抑郁方面具有优势^[8]。研究发现,耳部穴位刺激能通过脊神经和颅神经传递到中枢神经系统,诱导多种神经递质的释放,从而发挥抗炎、镇痛、调节情绪等作用^[9-13]。孙华教授认为耳针治疗操作方便,在临床中常用耳针治疗多种疾病,尤其在肌筋膜炎治疗上积累了丰富经验。

2.3 子午流注针法和耳针疗法的融合

中医经典著作不乏对耳部与五脏六腑关系的论述。《灵枢·口问》曰:“耳者宗脉之所聚也。”《证治准绳》曰:“心在窍为舌,以舌非孔窍,因寄窍于耳,则是肾为耳窍之主,心为耳窍之客。”《灵枢·五阅五使》云:“耳者,肾之官也。”《灵枢·五邪》云:“邪在肝,则两胁中痛……取耳间青脉以去其掣。”人体经脉中,手太阳小肠经、手少阳三焦经、足少阳胆经直接入耳,其余经脉或经别络入耳或循行于耳周,故十二经脉均直接或间接与耳有内在联系。基于子午流注理论及耳与十二经脉的关系,孙华教授认为,当不同的经脉气血旺盛时,耳部该经脉所属脏腑功能也活跃,

因此,可以将子午流注针法与耳针疗法相结合,通过针刺耳部穴位刺激神经系统。

2.3.1 耳穴的选择与操作

根据《针灸大全》中记载的十二经纳地支歌“肺寅大卯胃辰宫,脾巳心午小未中,申膀酉肾心包戌,亥焦子胆丑肝通”可知,人体气血在脏腑经络中的循行与十二时辰密切相关。7:00~9:00是辰时,胃经气血旺盛;9:00~11:00是巳时,脾经气血旺盛;11:00~13:00是午时,心经气血旺盛;13:00~15:00是未时,小肠经气血旺盛;15:00~17:00是申时,膀胱经气血旺盛。孙华教授根据患者的就诊时辰,首先针刺耳部相应的脏腑穴位,通过经络系统将刺激信号传导至所属脏腑,如巳时脾经气血旺盛,则首先针刺耳穴的脾。针刺时患者取仰卧或坐位,在充足的自然光线下,对患者耳部进行常规消毒,用0.20 mm×25.00 mm一次性无菌针灸针快速点刺相应耳穴,以局部稍有胀痛感为宜。如左侧肌筋膜炎取左侧对应的耳穴,针刺后嘱患者适当活动疼痛部位,止痛效果显著。

2.3.2 耳针配合针刺后运动

肌筋膜炎常伴有局部肌肉僵硬疼痛,孙华教授根据患者的就诊时辰,首先针刺相应的耳穴,再配合疼痛局部运动1~2 min。针刺后运动源于中医导引术,以动为用,目的是使人体阴阳恢复平衡。孙华教授治疗肌筋膜炎时,先通过刺激局部耳穴将耳部经气直接或间接传导至十二经脉,使气至病所,达到调和气血阴阳的功效,从而缓解局部肌肉筋膜的紧张、拘挛和疼痛。治疗颈部肌筋膜炎时,根据即刻时辰,针刺相应的耳穴后嘱患者做颈部前屈、后伸、转头等运动;治疗肩部肌筋膜炎时,针刺耳穴后嘱患者做肩关节上举、外展、后伸动作;治疗腰背部疼痛时,针刺耳穴后嘱患者做缓慢腰部前屈、后伸和转腰等动作。多数患者经上述治疗后感觉疼痛即刻减轻,此时触摸患者局部肌肉拘紧疼痛部位,如斜方肌、腰方肌等,能感觉到局部肌肉较针刺前明显松弛。

3 重视疼痛局部揣穴,以痛为腧

孙华教授治疗肌筋膜炎时重视局部揣穴,以痛为腧,在治疗过程中,通过局部按压、揉拨、提捏等手

法找到患者的压痛点,即阿是穴。阿是穴与西医学筋膜理论中的激痛点具有相似性,在筋膜理论中,激痛点是骨骼肌中的筋结点,触诊时可有压痛^[14]。有研究报道,通过针刺皮肤、皮下组织和肌肉引发局部抽搐反应来机械地破坏筋膜触发点,可明显缓解肌筋膜炎患者的局部疼痛^[15]。因此,针刺压痛点可有效缓解局部肌肉的紧张、疼痛、黏膜水肿和局部无菌性炎症。孙华教授临证观察到,颈背肌筋膜炎患者常在风池、肩井、天宗和膈俞处有明显压痛,膈俞附近可以摸到条索状筋结,腰背肌筋膜炎患者的筋结点则通常在腰阳关、大肠俞、环跳、次髎等,对这些穴位进行针刺,疗效显著。针刺时患者取俯卧位,暴露患处,医者对所取穴位进行常规消毒,取0.25 mm×40.00 mm一次性无菌针灸针,各穴位针刺操作如下:风池向鼻尖方向斜刺,进针20 mm;肩井向后平刺,进针20 mm;天宗、膈俞向脊柱方向斜刺,进针25 mm;腰阳关、大肠俞直刺,进针25 mm,得气后行小幅度捻转,以局部酸胀为度;次髎穴直刺25 mm,以腰骶部过电感为宜。留针20 min,按照病程需要,每周治疗2~3次。

4 辨经调整局部和全身气机

孙华教授治疗肌筋膜炎还注重辨经取穴,详辨疼痛部位所属经脉,通过针刺相关经脉腧穴调理局部及远端经脉气血,缓解疼痛。根据十二经脉循行路线可知,颈肩部疼痛多与督脉、手足少阳经、手少阳三焦经、手太阳小肠经病变有关,腰背部疼痛多与足太阳膀胱经、督脉、足少阳胆经病变有关。因此,孙华教授临证治疗颈背部肌筋膜炎多从上到下取穴:督脉之大椎、神道、至阳进针20 mm,采用逆经刺泻法;手少阳三焦经之肩髃、臑会向下斜刺30 mm,足少阳胆经之悬钟和手太阳小肠经之肩外俞、后溪直刺20 mm,得气后行平补平泻手法。背部筋膜炎常取督脉之悬枢、命门、腰阳关,患者取俯卧位,常规消毒,用0.25 mm×50.00 mm一次性无菌针灸针,直刺20 mm;足太阳膀胱经之关元俞、委中、承山、昆仑和足少阳胆经之阳陵泉、悬钟均直刺30 mm,环跳直刺40 mm,得气后行补泻兼施手法,以局部酸胀感或有传导为度。每次留针20 min,每周治疗2~3次。

5 病案举例

5.1 病案1

李某,男,39岁。初诊时间:2022年10月18日14:10。主诉:左侧臀部及左下肢疼痛1周余。患者近1个月来每日行走2~3万步,1周余前行走3万步后出现左侧臀部及左侧大腿严重疼痛,走路时不敢用力,翻身、坐位起立时不受限,自行膏药贴敷无效,睡眠及纳食可,二便调。既往有糖尿病、腰椎间盘突出症病史。查体:腰部活动可,跛行,左侧大腿不能外展,左侧环跳、大肠俞压痛重。舌脉表现:舌暗红、胖大、有齿痕,苔薄白,脉弦细。西医诊断:腰椎间盘突出症、腰肌筋膜炎。中医诊断:腰腿痛,气滞血瘀证。治法:理气活血、通络止痛。取穴:耳穴小肠,腰阳关,左侧大肠俞、关元俞、次髎、环跳、承山、悬钟、昆仑。先用0.2 mm×25.00 mm一次性无菌针灸针刺耳穴小肠,嘱咐患者活动腰腿部2 min,即感疼痛明显减轻;然后让患者取俯卧位,环跳用0.3 mm×75.00 mm一次性无菌针进行针刺,余穴用0.25 mm×40.00 mm一次性无菌针进行针刺,施平补平泻手法,留针20 min。左环跳、大肠俞,针刺后接电脉冲,2~10 Hz,以局部肌肉轻轻跳动为度。患者针刺结束治疗后即感左侧臀部和下肢疼痛明显减轻,左侧大腿能外展,走路无明显异常。之后又照此治疗2次,左臀部和下肢疼痛治愈。

按:患者暴走后出现左侧臀部及下肢疼痛,因暴走伤及筋脉气血,气血不通则痛。患者就诊时间是未时,手太阳小肠经气血旺盛,故先针刺耳穴小肠,针刺后嘱患者配合腰部、下肢缓慢活动,患者即感左臀部和下肢疼痛明显减轻。左环跳、大肠俞压痛重,针刺后接电脉冲以增强穴位刺激;再辨经针刺督脉、足太阳、足少阳胆经腧穴。处方选用督脉之腰阳关以强腰壮肾;足太阳膀胱经之大肠俞、关元俞、承山、次髎、昆仑可促进和改善腰背部气血循环;环跳为足少阳胆经和足太阳膀胱经交会穴,有祛风除湿利关节之效;悬钟属足少阳胆经,是八会穴的髓会,有滋阴填髓、活血通络之功。

5.2 病案2

张某,女,35岁。初诊时间:2022年9月5日16:

15。主诉:颈肩疼痛4年,反复发作,加重2 d。患者4年前因长期伏案工作出现颈肩部疼痛,有时左小指发木,受凉后症状加重,曾间断针刺治疗,针刺后症状可缓解。2 d前自觉因枕头不合适症状加重,颈部疼痛导致转头和前屈后伸活动受限,伴有左手无名指、小指麻木,无头晕、恶心、呕吐等。于外院接受推拿治疗后症状减轻3 h,之后疼痛加重,仍不能转头。患者平时伏案多,颈肩部怕风寒,入睡困难,睡眠浅,早醒,月经规律,二便调。既往有腰椎间盘突出退行性病变史。查体:颈部僵直不能活动,疼痛难忍;双侧风池、肩井、天宗、膈俞压痛重。舌暗红,苔薄白,脉沉细。西医诊断:颈肩痛、颈肌筋膜炎。中医诊断:痹病,寒凝血瘀证。治以散寒活血、通络止痛。根据子午流注经气流注顺序,申时膀胱经气血旺盛,先用0.2 mm×25.00 mm一次性无菌针灸针刺耳穴膀胱,嘱患者活动颈肩部1 min,即刻感觉颈肩部疼痛明显减轻,颈部可左右转动,但颈部前屈后伸稍受限。再取0.25 mm×40.00 mm一次性无菌针灸针刺风池、肩井、大椎、天宗、后溪、落枕穴、悬钟,施以平补平泻手法,留针20 min。针刺2次后,患者颈肩部疼痛缓解,活动自如。

按:患者因长期伏案工作,兼受寒邪,颈部僵直不能活动,局部肌肉僵硬,颈肩部疼痛严重,双侧风池、肩井、膈俞、天宗穴压痛重。患者申时就诊,针刺耳穴膀胱后嘱患者缓慢活动颈肩部,患者感觉颈肩部疼痛明显减轻,转动较灵活。根据经络辨证,取穴以督脉、足少阳胆经、手太阳小肠经腧穴为主。督脉是人体阳气汇集之处,针刺督脉腧穴大椎可刺激人体之阳、疏经活血;风池为足少阳胆经与阳维脉的交会穴,阳维脉主表证,且风池在头部高位,乃风邪蓄积之处,故泻风池穴可疏风解表清热,缓解颈肩部疼痛;悬钟具有行气补血、舒筋活络、益髓壮骨功效;后溪为手太阳小肠经腧穴,通督脉,《针灸甲乙经》记载“肩膈肘臂痛……颈项强,身寒,头不可以顾,后溪主之”;落枕穴为经外奇穴。诸穴合用,共奏疏风散寒、通络止痛之效。

6 结束语

耳针疗法是全息生物学的一部分,有研究评估

了耳针疗法对成人肌肉骨骼疼痛的影响,结果提示耳针疗法可显著减轻成人肌肉骨骼疼痛^[16],还有研究发现耳穴刺激治疗疾病的机制可能是耳郭有丰富的神经分布,如耳颞神经、迷走神经、枕小神经及耳大神经分支等,通过针刺耳部穴位,可将刺激信号传递到神经系统,如颅神经、边缘系统、丘脑、下丘脑、网状结构、小脑、大脑皮层等,从而进一步影响神经中枢^[17-18]。孙华教授将子午流注针法与耳针疗法相结合,根据子午流注理论择时在耳部相应的脏腑取穴治疗肌筋膜炎,并配合针刺后运动,同时重视局部揣穴和辨经取穴,在传承和发展子午流注针法的同时,率先将其应用于耳部穴位,疗效显著,具有创新性。

[参考文献]

- [1] KOCUR P, GRZESKOWIAK M, WIERNICKA M, et al. Effects of aging on mechanical properties of sternocleidomastoid and trapezius muscles during transition from lying to sitting position: a cross-sectional study[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2017, 70: 14-18.
- [2] ETIENNE J, LIU C, SKINNER C M, et al. Skeletal muscle as an experimental model of choice to study tissue aging and rejuvenation [J]. Skelet Muscle, 2020, 10(1): 4.
- [3] ZULLO A, FLECKENSTEIN J, SCHLEIP R, et al. Structural and functional changes in the coupling of fascial tissue, skeletal muscle, and nerves during aging [J]. Front Physiol, 2020, 11: 592.
- [4] 管遵惠, 管薇薇, 管傲然, 等. 管氏子午流注针法的传承与发展[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(4): 2115-2119.
- [5] 周忆蓉, 符文彬. 子午流注针刺法在神经系统疾病中的临床应用进展[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(10): 2583-2589.
- [6] 尹娟, 刘淑娟, 周敏, 等. 子午流注针灸法结合慢病管理模式对肝肾亏虚型类风湿关节炎患者疾病活动度、晨僵状况及步行能力的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(17): 2455-2458, 2467.
- [7] 张曙铃, 张卫. 张卫主任“子午流注”针法治验举隅[J]. 光明中医, 2018, 33(5): 623-625.
- [8] 刘敬萱, 王锐卿, 张子迪, 等. 中国耳针不同流派比较与分析[J]. 中国针灸, 2020, 40(12): 1363-1368.
- [9] ZHANG G L, ZHANG L X, DENG Y L, et al. Effect of auriculotherapy on chronic low back pain: a protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine, 2020, 99(14): e19722.
- [10] MORAIS B X, ONGARO J D, ALMEIDA F O, et al. Auriculotherapy and reducing chronic musculoskeletal pain: integrative review[J]. Rev Bras Enferm, 2020, 73(s6): e20190394.
- [11] CORRÊA H P, MOURA C C, AZEVEDO C, et al. Effects of auriculotherapy on stress, anxiety and depression in adults and older adults: a systematic review [J]. Rev Esc Enferm USP, 2020, 54: e03626.
- [12] MAO J J, LIOU K T, BASER R E, et al. Effectiveness of electroacupuncture or auricular acupuncture vs usual care for chronic musculoskeletal pain among cancer survivors: the PEACE randomized clinical trial [J]. JAMA Oncol, 2021, 7(5): 720-727.
- [13] TESSER C D, MORÉ A O, SANTOS M C, et al. Auriculotherapy in primary health care: a large-scale educational experience in Brazil [J]. J Integr Med, 2019, 17(4): 302-309.
- [14] LEW J, KIM J, NAIR P. Comparison of dry needling and trigger point manual therapy in patients with neck and upper back myofascial pain syndrome: a systematic review and meta-analysis [J]. J Man Manip Ther, 2021, 29(3): 136-146.
- [15] 张宾, 王澍欣, 朱欢欢, 等. 庄礼兴教授运用挑针疗法治疗肌筋膜炎的临床经验[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(7): 76-78.
- [16] CHOI S Y, KIM Y J, KIM B. Effect of auriculotherapy on musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis [J]. J Korean Acad Nurs, 2022, 52(1): 4-23.
- [17] WANG L, WANG Y, WANG Y F, et al. Transcutaneous auricular vagus nerve stimulators: a review of past, present, and future devices [J]. Expert Rev Med Devices, 2022, 19(1): 43-61.
- [18] VIEIRA A, REIS A M, MATOS L C, et al. Does auriculotherapy have therapeutic effectiveness? An overview of systematic reviews [J]. Complement Ther Clin Pract, 2018, 33: 61-70.

叶玲从湿热论治便秘经验

高献明¹,黄晓捷²,杨丽华¹,吴才贤¹,黄璇¹,陈啸¹,陈勇¹,任伟涛³

(1.福建中医药大学附属第二人民医院肛肠科,福建福州 350003; 2.福州大学附属省立医院中医痔疮科,福建福州 350001; 3.厦门市中医院肛肠科,福建厦门 361009)

[摘要] 叶玲教授认为湿热之邪易伤脾胃,脾胃受损,运化失能则致便秘。内外湿热邪气均可导致便秘,外部湿热邪气多与气候环境有关,而内部湿热邪气可由饮食不节、肝气郁结、思虑过度、心火亢盛、劳逸失衡诱发。对于湿热困脾所致便秘,叶玲教授治以醒脾为先,用药首选芳香化湿类,并创立化湿乙字汤,疗效甚佳。除中药内治外,叶玲教授临床还采用中药灌肠、穴位贴敷、针灸、拔罐、穴位埋线、腹部按摩、刮痧等特色外治法治疗湿热型便秘。附验案1则。

[关键词] 湿热;便秘;化湿乙字汤;醒脾;芳香化湿;叶玲

[中图分类号] R256.35;R249

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0581-04

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.018

Experience of YE Ling in Treating Constipation from Perspective of Dampness-Heat

GAO Xianming¹, HUANG Xiaojie², YANG Lihua¹, WU Caixian¹, HUANG Xuan¹, CHEN Xiao¹, CHEN Yong¹, REN Weitao³

(1. Anorectal Department, The Second People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350003, China; 2. Department of Traditional Chinese Medicine for Hemorrhoids, Provincial Hospital Affiliated to Fuzhou University, Fuzhou 350001, China; 3. Anorectal Department, Xiamen Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xiamen 361009, China)

Abstract Professor YE Ling believes that the dampness-heat pathogenic factors are prone to damaging the spleen and stomach. When the spleen and stomach are impaired and their transportation and transformation functions are lost, constipation may occur. Both internal and external dampness-heat pathogenic factors can lead to constipation. The external dampness-heat pathogenic factors are mostly related to the climate and environment, while the internal dampness-heat pathogenic factors can be induced by improper diet, liver qi stagnation, excessive thinking, hyperactivity of heart fire, and imbalance between work and rest. For constipation caused by dampness-heat disturbing the spleen, Professor YE Ling treats it by enlivening the spleen first.

The preferred medicine is the aromatic dampness-resolving type, and she has created the Huashi Yizi Decoction (化湿乙字汤), with excellent therapeutic effects. In addition to internal treatment with Chinese materia medica, Professor YE Ling also adopts characteristic external treatment methods such as Chinese materia medica enema, acupoint

[收稿日期] 2025-02-22

[基金项目] 全国老中医药专家学术经验传承工作室项目(批文号:国中医药人教发[2022]75号)

[作者简介] 高献明,副主任医师,主要从事肛肠疾病的临床与基础研究。

[通信作者] 任伟涛,副主任医师,主要从事肛肠疾病的临床与基础研究。邮箱:rw19851215@126.com。

application, acupuncture, moxibustion, cupping, acupoint embedding thread, abdominal massage, and scraping to treat dampness-heat type constipation. One proved case is attached.

Keywords dampness-heat; constipation; Huashi Yizi Decoction; enlivening the spleen; aromatic herbs resolving dampness; YE Ling

在全球气候变暖、饮食结构改变、生活压力增加等因素影响下,湿热型便秘(以下简称“湿热秘”)已成为一种临床常见且发病率逐年升高的便秘,但中医学相关教科书及便秘诊疗指南、专家共识均鲜少提及湿热秘。叶玲教授是全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、福建省名中医,从事肛肠科临床、教学与科研工作40余年,学验颇丰,精熟医理,尤其对于湿热秘的遣方用药颇有经验。笔者有幸跟师于侧,侍诊其左右,获益良多,现将其诊治湿热秘的经验总结如下。

1 内外同感湿热邪气而致便秘

早在《素问·至真要大论》中就有关于湿邪导致便秘的论述:“太阴司天,湿淫所胜,则沉阴且布,雨变枯槁……大便难。”吴鞠通《温病条辨·下焦》曰“湿温久羁,三焦弥漫,神昏窍阻,少腹硬满,大便不下”^[1],认为湿热之邪可致便秘。虽然中医古籍中早有湿热秘相关论述,但现代中医学教材以及相关诊疗指南少有提及湿秘、湿热秘者。现代医家李克绍、劳绍贤、路志正等认为便秘多由感受内外湿热邪气导致,湿邪客于脾,脾失健运,气机失常,糟粕久滞大肠则见便秘^[2-4]。国医大师杨春波^[5]认为内外湿热之邪均能壅塞脾胃,继而下注肠腑,大肠气机受阻,湿邪稽留化热,进而出现以大便黏腻、排便不爽、便出挂盆为特征的一类特殊便秘类型。

叶玲教授认为,因感受内外湿热邪气而导致的便秘原本是地域性疾病,但在全球气候变暖、人口迁移导致饮食结构改变、生活压力增大等综合因素影响下,湿热秘的发病率逐年升高且发病地域不断扩大,而我国南方地区受地形、气候等因素影响,湿热秘的发病率仍明显高于北方。外部湿热邪气多与气候环境有关,而内生湿热则有以下两种途径。一是饮食内伤,饮食过量、酒肉不节、嗜食肥甘厚腻之品等均可损伤脾胃,宿食积于脾胃,酿生湿浊,蕴久化热,同时脾胃气机受阻,水谷输布失常而致便秘。二

是肝气郁结、思虑过度、心火亢盛、劳逸失衡,随着社会的发展,人们的生活节奏加快、压力增大,或情志被压抑,肝失疏泄,木旺克土,肝郁则脾虚;或思虑过多,思则气结,气机不畅;或焦虑过度,夜寐不安,心火亢胜,乘于脾土;或劳逸失衡,长期久坐、多静少动,脾胃运化迟滞。以上均能伤脾而生湿化热。此外,现代人常滥用补药或泻药,或因自觉体虚而滥用补药,或因减肥、便秘而滥用大黄、番泻叶等泻药,药物滥用亦会损伤脾胃,从而影响脾胃运化功能而内生湿热。湿热秘患者多表现为排便不畅或便出不爽,大便黏滞、形似溏泥、臭秽不堪,兼见身体困重、舌红、苔黄厚或腻、脉或濡或滑等全身证候^[2]。

2 脾胃当运,湿热应化,肝气应舒

脾居中央以灌四傍,主五脏之气,为气机升降之枢纽,主运化升清,喜燥而恶湿。脾脏干燥而不被湿邪痰饮所困是脾气升运的关键因素之一,换言之,湿邪是脾脏的主要病理因素之一。湿邪困脾,或阻碍脾气,或因遏脾阳,致使脾脏运化水液功能障碍,痰湿内生,如此恶性循环使“湿困脾”日益加重。叶玲教授认为,如同治疗神窍闭阻以醒神开窍为法,治疗湿邪困脾也当以醒脾为先,脾脏由困顿状态转为觉醒状态后才能发挥其运化水谷精微和运化水湿的功能,即醒脾以促其运化。醒脾首选芳香化湿类药物,如佩兰,李时珍《本草纲目》中的“土爰暖喜芳香”就阐释了芳香药与醒脾、运脾之间的关系。此外,叶玲教授认为在运脾化湿的同时也应当注意舒畅肝气,虽然五行中木克土,但相克中寓有相生,肝主疏泄功能正常也有益于脾胃的运化,因此在处方时选择柴胡与升麻配伍,与芳香药一同疏肝理气、运脾化湿。

3 药精量轻,精准施药

叶玲教授在“体用思想”^[6-7]指导下,以日本汉方制剂乙字汤为基础创立了治疗便秘的系列方药,其中尤以化湿乙字汤应用最为普遍,该方由乙字汤原方(大黄1g、黄芩3g、当归6g、柴胡5g、升麻1.5g、

甘草2g)加白扁豆12g、茵陈12g、佩兰12g组成。汉方乙字汤是治疗肛肠疾病的著名方剂,因结肠形似“乙”字而得名。乙字汤在日本备受关注 and 欢迎,主要用于治疗湿热肠风下血,下焦湿、热、毒之证,以及痔病、脱肛、便秘等,全方用药量虽仅有18.5g,大黄只用1g,却能达到很好的通便效果^[8]。叶玲教授以乙字汤为基础,参照国医大师杨春波教授的清化饮^[9-10],加白扁豆、茵陈、佩兰拟成化湿乙字汤。方中佩兰配茵陈,味辛气香以醒脾化湿,再伍白扁豆味甘补虚以健脾化湿;柴胡配升麻引动少阳与阳明之气运转,调畅全身气机,助力脾脏恢复其主五脏之气、运化升清之功能;大黄1g且不后下,取其与黄芩配伍,只因肺与大肠相表里,黄芩善清上焦湿热,大黄专泻胃肠实热,虽量轻但力专,可事半功倍;最后再入当归,一则因其能补血,血能载气行以防辛散太过,二则当归亦有润肠通便之功。全方组成体现了叶玲教授遣方讲求药精量少、精准施药的特点。

化湿乙字汤临床加减:兼有临厕努挣、便后乏力等气虚表现者,加黄芪、白术等补气药;兼有形体偏瘦、心烦失眠、潮热盗汗等症,予玄参、生地黄、麦冬等滋阴清热;兼有情绪不畅、胸胁满闷者,予厚朴、枳实、川楝子等导滞行气;老年兼有阳虚者,加肉苁蓉补肾阳、润肠道;顽固性便秘患者、上班久坐者以及需手助排便者可适当给予活血化痰药物,如桃仁、丹参,主要考虑久病成瘀、久坐久站导致盆底血液循环较差等因素。

4 内外同治,共举通幽

湿热秘除内服中药治疗外,可结合外治法,共达“通幽”之效。叶玲教授临床多采用中药灌肠、穴位贴敷、针灸、拔罐、穴位埋线、腹部按摩、刮痧等外治法。中药灌肠采用紫及清解灌肠液^[11-12],药液可直达病灶,在短时间内被肠道吸收,提高局部药物浓度。穴位贴敷多取神阙穴,此穴与脾、胃、肾的关系最为密切,具有疏通经络、调理脏腑、润肠通便的作用。针灸常取天枢、大肠俞、支沟、腹结、八髎等穴,热证加合谷、曲池,气滞证加膻中、气海,虚证加脾俞、胃俞等。拔罐采用拇指药罐,拇指药罐由竹子做成,因罐体小、形似拇指而得名,使用时将化湿乙字汤的组成药物装入纱布袋,加适量水煎煮,再将药物

罐放入煮沸的中药中煮10~15min备用,取双侧曲池、合谷,曲池是手阳明大肠经合穴,合谷是手阳明大肠经原穴,通过对穴位的刺激起到疏通经络、清热祛湿的作用。穴位埋线常用穴为天枢、大肠俞、足三里、气海、关元等^[13]。腹部按摩可加快肠道蠕动,减少大便在肠内的停留时间及肠道对食物残渣的水分吸收,且能改善腹部血液循环,加强腹肌力量,有利于提高和巩固便秘疗效。刮痧治疗选取手阳明大肠经和手太阴肺经以调节肠道功能、手厥阴心包经以减轻夜寐不安症状、手少阳三焦经以调畅气机。

5 顾体为首,祛湿为要

在治疗湿热秘的过程中,叶玲教授始终坚持“顾体为首,祛湿为要”的核心理念,这一理念不仅是对传统中医智慧的传承,更体现了叶玲教授对现代生活方式所致健康问题的精准把握。叶玲教授认为现代湿热秘成因多与饮食不节(如频繁摄入高油、高糖、辛辣食物)、电脑前久坐不动、熬夜等不良生活习惯有关,这些不良习惯导致体内湿热蕴积,肠道功能受损,形成便秘;而湿热内阻又进一步影响胃的运化功能,造成脾胃虚弱,生湿更多,形成恶性循环。

脾胃虚弱、运化无力是导致湿热秘的内在因素。正气不足,脾胃功能低下,不仅无法有效运化水谷精微,还易使湿邪内生、郁而化热,形成湿热之邪。因此,治疗湿热秘既要针对表象进行祛湿治疗,又要深入其本质,通过调虚来巩固疗效,此即“顾体为首,祛湿为要”。叶玲教授临证治疗湿热型便秘以祛湿为先,祛湿有宣、化、渗等多种方法,其中化法为叶玲教授最常用之法,通过芳香化湿药振奋脾胃功能,使中焦气机顺畅,以达祛湿。在祛湿的同时,叶玲教授兼顾调虚。脾胃虚弱是湿热秘的根本,只有增强脾胃功能,才能从根本上解决湿热问题。调虚之法包括健脾益气、和胃降逆等,通过选用相应中药,如黄芪、白术、茯苓等,以达强健脾胃、促进水谷运化之效。

6 病案举例

林某,男,56岁,2022年9月30日初诊。主诉:反复排便困难1年余。患者1年来反复排便困难,大便黏腻、形似塘泥,便出不爽,排便时间长达20~30min,便黏马桶,味腥臭,2~3d排便1次,食辛辣食物、饮酒后症状加重,伴身体困重、腹胀、乏力,纳差,

寐可,舌质红,苔黄厚腻,脉滑。近期肠镜检查结果:结肠未见明显异常。中医诊断:便秘,肠道湿热证。治以清热利湿、理气通便。方选化湿乙字汤加味,药物组成如下:白扁豆12g,茵陈9g,佩兰9g,大黄(后下)1g,黄芩9g,当归6g,升麻6g,柴胡6g,木香6g,砂仁6g,甘草3g。7剂,水煎,早晚温服,并嘱禁食辛辣、肥甘厚味。

2022年10月7日二诊:药后症减,1~2d排便1次,便质较前成形,仍有乏力、腹胀,舌红,苔黄厚,脉弦。效不更方,继服一诊方14剂以观后效。

2022年10月21日三诊:大便质软,每日排便1次,腹胀消失,食欲好转,仍感乏力,舌淡红,苔薄,脉缓。一诊方去茵陈、佩兰、木香、砂仁,黄芩减至6g,加黄芪20g、生白术20g,继服7剂。

2022年10月28日电话随访:大便质软,日排1次,诸症皆除。3个月后随访未再复发。

按:叶玲教授认为福建地处东南沿海,环境湿热,患者久居当地易外感湿热,又喜食海鲜、瓜果等生冷食物,内耗阳气,导致寒湿内生、郁久化热,故成湿热之体。脾喜燥恶湿,湿邪困脾,脾失运化,胃失和降,传导失职,则见大便不通、黏滞不爽兼纳差、腹胀。叶玲教授以具有清热燥湿、润肠通便功效的化湿乙字汤加木香、砂仁治之,化湿乙字汤较乙字汤原方加重黄芩用量,意在加强清热燥湿之效。二诊时患者症状改善,效不更方,守方继服;三诊时患者排便正常,食欲好转,但仍乏力,舌淡红,苔薄,脉缓,为湿除热减脾仍虚,故去茵陈、佩兰、木香、砂仁,黄芩减量,加黄芪、生白术健脾益气,再服7剂以巩固疗效。

7 结束语

化湿乙字汤体现了“体用思想”在肛肠疾病诊疗中的应用。叶玲教授认为,根据病理阶段及病情特点,疾病可分为体、用两方面,疾病发展过程复杂多变,体病必兼用,用病多伤体,体用同病,互为因果。体为本,用为标,体病为器质性病变,用病为功能性病变。考虑福建位于东南沿海湿热之地,并结合现代人的饮食习惯及肛门位置特性,叶玲教授认为当地便秘患者多属湿热下注证型。脾胃虚弱是湿热的根本病机,只有增强脾胃功能,才能从根本上解决湿热问题。因此,叶玲教授在治疗肛肠病的过程中

逐渐形成了“体虚用湿”思想,其创制的临床经验方化湿乙字汤、苦参清热洗剂(院内制剂)、紫及清解灌肠液(院内制剂)等都是“体虚用湿”思想的体现。

叶玲教授认为湿热秘以湿热蕴结为核心病机,病位主要在脾与大肠,治疗应以醒脾运脾、清热化湿为法,不应滥用泻药。其创立的化湿乙字汤药简、量少、力精,可使湿热得消、大便自通,以该方配合外治法,内外并举,为治疗湿热秘提供了新的思路与途径。

[参考文献]

- [1] 吴塘. 温病条辨[M]. 张志斌, 校点. 福州: 福建科学技术出版社, 2010: 129.
- [2] 姜建国, 李嘉璞, 李树沛. 李克绍学术经验辑要[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2000: 3.
- [3] 陈万群, 胡玲, 陈苇菁, 等. 运脾降浊法治岭南老年性湿热便秘思路探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2012, 29(6): 725-726.
- [4] 路志正. 中医湿病证治学[M]. 北京: 科学出版社, 2007: 409-425.
- [5] 杨春波, 骆云丰, 任彦, 等. 杨春波教授辨治脾胃湿热临证法要[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(7): 483-484.
- [6] 彭耀光. 从“体用同源, 显微无间”看程颐理学的精神[J]. 东岳论丛, 2011, 32(8): 45-49.
- [7] 黄晓捷, 高献明, 吴才贤, 等. 叶玲主任运用“体用思想”指导治疗肛肠病的经验分享[J]. 中医临床研究, 2021, 13(9): 2, 35.
- [8] 叶玲, 郑鸣霄. 乙字汤治疗痔疮324例[J]. 福建中医学院学报, 2001, 11(3): 19-20.
- [9] 骆云丰, 陈锦团, 杨正宁, 等. 国医大师杨春波“脾胃湿热理论体系”构建撮要[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(7): 556-559.
- [10] 黄铭涵, 何友成, 杨正宁, 等. 国医大师杨春波辨治脾胃湿热证胃肠病经验[J]. 中医药临床杂志, 2024, 36(1): 40-45.
- [11] 高献明, 吴才贤, 叶玲. 紫及清解灌肠液治疗直肠黏膜内脱垂30例[J]. 福建中医药, 2017, 48(1): 57-58.
- [12] 黄晓捷, 高献明, 吴才贤, 等. 叶玲运用中医药治疗肛肠病经验介绍[J]. 新中医, 2020, 52(21): 189-190.
- [13] 李晶, 白光. “安神驭气, 调畅气机”针药结合治疗功能性便秘临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(11): 122-125.

·医案医话·

周亚滨运用经方治疗内科疾病验案4则

赵鑫¹,葛媛²,王贺² 指导:周亚滨

(1.黑龙江中医药大学研究生院,黑龙江 哈尔滨 150040; 2.黑龙江中医药大学附属第一医院心血管病二科,黑龙江 哈尔滨 150040)

[摘要] 周亚滨教授勤求古训,博采众方。在张仲景学术思想指导下,以《伤寒杂病论》为理论依据,善用经方,并结合临证经验,以六经辨证为纲,审病机,明方义,扶正祛邪,反复实践。选取周教授临床运用经方有效验案4则,介绍周教授临床诊疗思路及用药法则,供同道参考。

[关键词] 经方;《伤寒杂病论》;室性早搏;谵语;内伤发热;抑郁症;验案

[中图分类号] R289;R249

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0585-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.019

Four Cases of Internal Diseases Treated by ZHOU Yabin Using Classical Prescriptions

ZHAO Xin¹, GE Yuan², WANG He² Mentor: ZHOU Yabin

(1. Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China; 2. The Second Department of Cardiovascular Diseases, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China)

Abstract Professor ZHOU Yabin diligently seeks ancient teachings and widely collects various prescriptions. Under the guidance of ZHANG Zhongjing's academic thoughts and based on the theoretical framework of the *Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases*, Professor ZHOU Yabin can skillfully use classical prescriptions, combine them with clinical experience, take the six-meridian syndrome differentiation as the outline, examine the pathogenesis, clarify the meaning of the prescription, support healthy qi, eliminate pathogenic factors, and practice repeatedly. The article selects four effective cases of classic prescriptions used by Professor ZHOU in clinical practice, and introduces his clinical diagnosis and treatment ideas and medication principles for colleagues' reference.

Keywords classical prescriptions; *Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases*; ventricular premature beat; delirious speech; internal damage fever; depressive disorder; effective cases

[收稿日期] 2024-11-12

[基金项目] 全国第七批名老中医药专家传承工作室建设项目(批文号:国中医药人教函[2022]75号);黑龙江省省属本科高校中央支持地方高校改革发展资金项目(高水平人才项目)(编号:2020GSP06);黑龙江中医药学会青年人才托举工程项目(编号:2022-QNRC1-04)

[作者简介] 赵鑫,2022年級博士研究生,研究方向:中医药防治重大心脑血管疾病的机制。邮箱:zhaoxin_seven@163.com。

汉代张仲景所著《伤寒杂病论》中记载的300余首方剂配伍严谨、剂量恰当、煎服有法、药少而精,具有简、廉、效、验的特点,被后世尊称为“经方”^[1],为历代医家所推崇。周亚滨教授是全国名老中医药专家传承工作室建设项目专家,第六、第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,师承首届国

医大师张琪教授,从事中医内科临床、科研和教学工作30余载。周教授勤求古训,遵张仲景之旨,临证以六经辨证为总纲,善用经方治疗疾病,方证相应,得心应手,感悟良多。笔者有幸跟随周教授学习,现择其运用经方治疗内科疾病验案4则介绍如下,以期为经方的临床应用提供参考。

1 炙甘草汤以原方剂量治疗顽固性室性早搏

刘某,女,27岁,2023年7月22日初诊。主诉:心慌、气短2年余,加重半年。患者2年前无明显诱因出现发作性心慌,于当地医院查24h动态心电图示:室性早搏10000余次,短阵性室性心动过速。诊断为心律失常——室性期前收缩,遵医嘱服用胺碘酮、酒石酸美托洛尔等药物,未见明显好转。6个月前感染新型冠状病毒,病毒转阴后心慌加重,伴乏力、气短,24h动态心电图示:室性早搏30000余次,占心搏总数31%,900余次成对室性早搏,部分形成二联律或三联律。1个月前行射频消融术,术后仍心慌,遂来周教授门诊就诊。刻下:心慌,气短,乏力,时有汗出,畏寒肢冷,纳差,形体消瘦,月经量少,寐差,二便调,舌红,苔薄白,脉沉细、结代。西医诊断:心律失常。中医诊断:心悸,阴阳两虚证。治以益气通阳、复脉定悸,方用炙甘草汤:鲜地黄210g,炙甘草60g,桂枝45g,阿胶(烔化)30g,麦冬45g,火麻仁60g,生姜45g,党参30g,大枣30枚。3剂,文火煎煮,每剂加黄酒1400mL、清水1600mL,煎取600mL,每日分3次服用,每次服用200mL。服第1剂后停1~2d再服第2剂,观察有无不良反应。

2023年7月31日二诊:患者自述服药后略有肠鸣、轻度腹泻,大便溏,每日2次或3次,无其他明显不良反应。心慌气短发作次数减少,畏寒、寐差略好转,舌淡红,苔薄白,脉细、偶见结代。处方:一诊方中各药用量减半,加苦参30g、甘松30g、炒薏苡仁30g、炒山药20g。3剂,日1剂,煎服方法不变。

2023年8月14日电话随访:患者反馈心慌发作次数减少,诸症皆有改善,无需再服中药汤剂。嘱患者注意保暖,适量运动,定期检查动态心电图,有不适及时就诊。

按:根据室性期前收缩的临床表现,其可归属为中医学心悸、怔忡范畴,主要病机为气血阴阳亏虚、痰瘀阻络^[2]。以结、代、数脉为主的脉象是诊断室性早搏的重要依据。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》第117条曰:“伤寒脉结代,心动悸,炙甘草汤主之。”炙

甘草汤为“通阳复脉”第一方,功能益气滋阴、通阳复脉。心主血脉,为五脏六腑之大主。本案患者频发室性早搏,心脏搏动增多增快,耗伤心之气血。心失所养,则心悸怔忡、气短不续、夜不能寐。气血亏虚日久,心阳不振,宣畅无力,心阴亏虚,营养失职,形成阴阳两虚证。患者形体消瘦,禀赋不足,素有旧疾,病程较长,且又适逢新型冠状病毒感染,正气不固,疫邪侵袭,内震心宫,故心中悸动不安。加之行射频消融术造成脉管损伤,心之气血虚衰,运行无力,正气衰败,阴阳失序,脉搏不续,则乏力气短、脉细结代。月经量少、畏寒、纳差皆属气血阴阳不足、心脾两虚之表现,舌脉亦为佐证。诸症之源皆为阳虚不能鼓舞脉气、阴虚无以濡养心血。

《伤寒论》记载炙甘草汤药物剂量为“甘草(炙)四两,生姜三两,人参二两,生地黄一斤,桂枝三两,阿胶二两,麦门冬(去心)半升,麻仁半升,大枣三十枚(擘)。”据考证,东汉时期1两约等于现代0.4455两,1升等于现代0.2升^[3-4]。历代医家对炙甘草汤中炙甘草、生地黄孰为君药众说纷纭,周教授结合临证经验指出,重用生地黄对于顽固性心律失常有较好疗效。方中重用生地黄为君,味甘性寒,峻补真阴、养血、健脾气;炙甘草甘温,复脉利气血以补益心气、调和阴阳;党参、大枣补气益脾、滋养化源、温通经脉,为复脉之本,可使“中焦受气取汁,变化而赤,是为血”;阿胶、麦冬、火麻仁甘润滋阴、补养心血,以充养脉道;无阳则阴无以化,桂枝、生姜辛温,可振奋心阳、调和营卫、化生阴血,又能温胃,防止养阴过度而滋腻滞结,使气流畅通。《伤寒论》载该方煎服法为“上九味,以清酒七升,水八升,先煮八味,取三升,去滓,内胶,烔消尽,温服一升,日三服”,经考证,清酒乃现代之黄酒^[5],酒水合煎,巧妙配伍。清酒辛热,能温阳通脉、补虚扶弱,善上行定悸复脉,与桂枝、生姜相合宣阳化阴以通经隧,辛通之力助生地黄、麦冬补心阴的同时又能防其滋腻,正如《伤寒来苏集》所言“生地、麦冬,得酒力而更优”^[6]。全方诸药合用,阴阳双补,通阳复脉,滋阴养血,使心悸得安。二诊时患者肠鸣腹泻,考虑鲜地黄用量偏大、清热力峻,故将全方药量减半,并加炒薏苡仁、山药健脾止泻以防寒凉太过。针对心慌气短主症,加苦参、甘松二味治疗心律失常要药,与上方配伍,苦参性燥防温补太过,甘松甘淡以防滋腻碍胃,使阴阳平和。

张仲景遣方用药严谨,将地黄分为生地黄、干地

黄两种^[7]。据考证,东汉末年间地黄已被分为干品、生品,干地黄为如今常用之“生地黄”,而生地黄根茎不晒干,现称“鲜地黄”^[8],其寒性更甚、清热凉血作用更强。重剂应用生地黄始于张仲景《伤寒杂病论》,炙甘草汤原方中生地黄用量一斤,合现代用量210~220 g,每日分3次服用,单次用量约为70 g。有文献报道,将鲜地黄烘干加工为生地黄的质量比通常为4:1^[9]。周教授言万不可将《伤寒论》所载炙甘草汤中的生地黄理解为今之干地黄。因鲜品汁液充足,质量偏大,与干品不同^[10],施今墨先生谓其“甘寒多汁,性凉而不滞,质润而不腻”^[11]。大剂量鲜地黄性味纯浓、药效力专,对于疑难痼疾有较好疗效,如李可^[12]运用炙甘草汤治疗面瘫误治坏病,鲜地黄用量达250 g。研究表明鲜地黄不良反应较少^[13],非剧毒、大毒之品,临床大剂量使用具有可行性,能够发挥凉血清热、滋阴复脉之功。此外,方中重取甘味,大枣用量30枚,而《伤寒杂病论》其他方中大枣常用12枚,究其原因,乃“甘能补虚”,大枣健脾养心,善补气血阴阳一切虚损,加大剂量能增强炙甘草汤温养心气、通脉补血之效。

周教授指出,本案患者属顽固性室性期前收缩,且气血阴阳俱虚,病情较重,而现今临床运用炙甘草汤方药剂量较小,不足以峻补阴血,病重药轻,不达病所,难期“一剂知,二剂已”之佳效,故其运用张仲景原方大剂量救治。经方效佳的关键原因之一为药物剂量。周教授认为,若病因复杂、病情顽固,在辨证立法严谨、选方对证的前提下,可大刀阔斧,以“药能胜病”为原则,大剂量用药,切中病机,则能立起沉痾。临证遣方用药应以患者病情轻重情况为依据,若只盲目沿用经方药物而不顾药量,难以完整展现张仲景学术思想的精髓,应师古而不拘泥于古,酌情调整用药剂量,既继承又创新,不忘本源。

2 调胃承气汤合柴胡加龙骨牡蛎汤治疗谵语并胸痹案

汪某,男,76岁,2023年6月29日初诊。主诉:夜寐不安,寐时掷物、谵语而醒后不知2个月余。患者2个月前因患流行性感冒出现胸闷、气短,偶有心慌,伴汗出、头晕、口干苦、心烦、呃逆,夜寐不安,多梦,寐时掷物、谵语而醒后不知,纳少,便秘。刻诊:胸闷,气短,心慌,夜寐谵语,便秘,3~4 d排便1次,舌紫有裂纹,苔黄厚,脉沉滑。中医诊断:谵语、胸痹,证属肝胆郁热、胃气失和。治以清肝利胆、行气和

胃,方用调胃承气汤合柴胡加龙骨牡蛎汤加减:大黄(后下)10 g,芒硝(冲服)5 g,柴胡10 g,桂枝10 g,白芍20 g,半夏15 g,黄芩15 g,煅龙骨20 g,煅牡蛎20 g,茯苓15 g,生白术60 g,生地黄30 g,火麻仁15 g,郁李仁15 g,五味子15 g,木香15 g,川楝子15 g,郁金15 g,炙甘草15 g。14剂,水煎服,日1剂,早晚分服。

2023年7月13日二诊:服药14剂后,患者气短、胸闷、口干苦、心烦、呃逆症状均减轻,夜寐较前安稳,寐时谵语、掷物消失,偶有多梦,便秘缓解,大便每日1次,仍头晕、汗出,舌淡紫,苔薄黄,脉沉。处方:一诊方加菊花20 g、香附30 g、浮小麦30 g,14剂,水煎服,日1剂,早晚分服。

2023年7月27日三诊:患者诉诸症明显改善,嘱守方治疗,继服14剂。

按:《伤寒论》第207条言“阳明病,不吐不下,心烦者,可与调胃承气汤”,第29条言“胃气不和谵语者,少与调胃承气汤”。调胃承气汤主治热邪郁阻胃肠、燥热内结、痞满较轻者,症有大便硬而不畅、心烦谵语、发热腹胀等,为大承气汤去枳实、厚朴,加甘草,功能泻热和胃、润燥软坚^[14]。《伤寒论》第107条曰:“伤寒八九日,下之,胸满烦惊,小便不利,谵语……柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”柴胡加龙骨牡蛎汤主治太阳病误下后邪气内陷少阳、枢机不利所致心烦谵语、小便不利、身重、心悸等症,此为少阳变证,虚实同见。胆为少阳之腑,误下使邪气内陷胆腑,胆气虚则见烦惊。《灵枢·邪气脏腑病形》云:“胆病者,善太息……心下澹澹,恐人将捕之。”此言胆气不足、心神不安,多见于神志病证,常伴有胸痹、心悸、震颤、失眠等症。柴胡加龙骨牡蛎汤尤其适用于心系病证和情志病证,临床辨证要点为郁、痰、热。

谵语多由津液耗伤、热扰神明、神志异常导致^[15]。《伤寒论》第213条曰:“阳明病……胃中燥,大便必硬,硬则谵语。”《医学纲目》载:“胃实则谵语,故谵语宜入阳明门。”^[16]腑气不通,胃肠津液不足,浊热之气上攻,使神机受扰而发谵语。本案患者曾感疫邪,病后邪虽退,但正气未复、余热未除。邪陷少阳,枢机不利,气机失调,胆火上炎,扰乱心神,故见胸闷气短、心烦、呃逆,阻遏清阳则头晕;热入阳明,蒸腾津液,加之患者感邪、正气不固,自汗伤津,则口干苦;《素问·至真要大论》载“诸躁狂越,皆属于火”“重阳则狂”,阳明热盛伤津,热邪上冲心脉、清窍则见谵

语、躁狂掷物;实热居于胃中,燥热伤津,胃失和降,大肠传导失司,故腹满、便秘、糟粕不行;痰热内蕴,故舌苔黄厚、脉滑。

患者为少阳阳明合病,治以泻下存津、枢转少阳。处方用调胃承气汤清泻腑热通便,使热去津复、邪去神安以止谵:大黄苦寒泻阳明之热,清肝胆郁热,芒硝咸寒软坚通便,化胃中燥热,二者相须为用,协同增效;炙甘草能缓大黄、芒硝峻猛之性而调中,达“下而去实,缓而不伤,标本并治”之效。合用柴胡加龙骨牡蛎汤以和解少阳、疏通气机、宁心安神、疏解肝胆郁热。方中小柴胡汤功擅和解少阳,能使清窍得养,益气敛神;桂枝、白芍调和营卫,善令内陷之邪透表而出;桂枝与煅龙骨、煅牡蛎相合,通心阳、镇心神;茯苓宁心神,使三焦通利。佐以生白术运化脾阳,生地黄清热凉血,加润肠通便之火麻仁清泻热邪,使脾胃调和,又加行气和胃、理气开郁之木香、川楝子、郁金,调畅气机,五味子敛汗安神。两方合用,既清少阳肝胆之虚热,又清腑气不通之实热,泻下存阴,以泻代清,调气机,和脾胃,临床收效理想。二诊时患者症状已得到控制,但头晕、汗出仍存,乃因肝胆郁热未尽,清阳不升,加之年迈体虚、虚火上扰所致。故予菊花清利头目,以降肝火;香附疏肝理气解郁;浮小麦养心益气止汗以安神。诸药合用,恰合病机,故收效甚捷。

针对此病案,周教授言大承气汤中厚朴、枳实辛温燥烈,易破气伤正、劫伤津液,使谵语更甚,故选用调胃承气汤“和下”,使药性缓留于胃肠,达到预期疗效。

3 四逆汤治疗胆管癌术后内伤发热案

赵某,男,63岁,2022年10月26日初诊。主诉:胆管癌术后1个月反复发热。患者胆管癌术后反复发热、体温最高39.7℃。1个月前诊断为胆道感染,于当地医院住院治疗,给予静脉注射抗感染药物治疗(具体用药不详),病情未见明显好转,间断发热。血常规检查示:红细胞压积38.8%,淋巴细胞绝对值 $1.02 \times 10^9/L$ 。上腹部CT示:胆管术后,肝门部软组织影结构紊乱,前腹壁软组织影稍厚,左肾小高密度囊肿。刻诊:发热,寒战,怕冷,往来寒热,身着棉衣,无汗,口苦,无咳嗽咳痰,食欲欠佳,小便清长,大便正常;每日从早晨开始体温逐渐升高,傍晚升至最高,需服用退热药降温;面色赤,舌质红,苔白厚,脉沉细。西医诊断:胆管癌术后发热。中医诊断:内伤发

热(阳虚发热)。治以开郁转枢、和解退热,方用小柴胡汤加减:柴胡10g,法半夏15g,人参10g,生姜10g,生石膏30g,甘草15g。2剂,水煎服,日1剂,早晚分服。

2022年10月28日二诊:服药后口苦明显缓解,仍发热,体温38.6℃,周身发冷、寒战,发热时冷汗出,伴有腰背部疼痛,双下肢发凉,不思饮食,舌红,少苔,脉沉细。治以镇静退热、温阳散寒,改投四逆汤加减:炙甘草30g,干姜36g,附子(先煎、久煎)60g,葱白3段。3剂,水煎服,日1剂,早晚分服。同时嘱患者停药退热药,注意休息。服药1剂后:患者晨起自测体温37.8℃,微有寒战、汗出,双下肢凉稍有缓解,未用退热药,嘱继续服药、休息、多饮热水。服药2剂后:患者晨起自测体温36.7℃,无发热、寒战、周身发冷,腰背疼痛较前缓解,全天未用退热药,嘱继续服药、休息、多饮热水。服药3剂后:患者症状缓解,体温36.3℃,已2d未发热,无寒战、四肢厥冷、汗出,怕冷症状明显减轻,腰背疼痛症状缓解,渐思饮食,精神状态良好,未服用退热药,舌淡红,苔薄白,脉沉细。

按:本案首诊选用小柴胡汤加减,因患者有胆管癌病史,胆为少阳之腑,少阳之气失于疏泄升发,肝胆气机久郁不解,升降失常,见寒热往来、口苦,故投以小柴胡汤开郁转枢、和解退热。患者服药后虽口苦缓解、体温略有下降,但仍高热。二诊调整思路,重新审查病机,患者热势较高,且恶性肿瘤术后脏腑气血虚损、阴阳失和,法应从整体入手,改用四逆汤加减,效果显著。

“阳化气”不足,则“阴成形”易生肿瘤^[17]。五脏之伤,穷必及肾,肾为水火之脏,内寄元阴元阳。本案患者为胆管癌术后发热,因病后体虚,真气受损,阴阳失衡,病入少阴,辨为少阴发热。少阴为元气之主根,总司一身之阳。《景岳全书·火证》云:“阳虚者,亦能发热,此以元阳败竭,火不归原也。”^[18]发热乃表象,实为“真寒假热”。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》载:“病人身大热,反欲得衣者,热在皮肤,寒在骨髓也。”患者发热、寒战、无汗,身大热却恶寒,于秋季身着棉衣,小便清长;阳气不达四末,四肢发凉;肾阳虚无以温煦脾土,故不思饮食;舌红、少苔为患有肿瘤、术后气血虚损之象,同时也为阴极似阳之象。纵观整体,诸症皆为阴盛于内,累及先天真阳,病生格拒之变,虚阳被格于外,阳不化气,阴邪蔓延,使内真寒

而外假热也。“重寒则热,重热则寒”,当此危急关头方用四逆汤“急温之”。以“热因热用”为本症立方之理法,顺势而治,温阳散寒。四逆汤出自《伤寒论·辨少阴病脉证并治》第323条:“少阴病,脉沉者,急温之,宜四逆汤。”方中重用附子为君,辛甘大热,上下通达,温里回阳;干姜辛热,善散里寒,助附子温通经脉、破阴回阳,两热相得,功专效宏;炙甘草甘温调和,温中养阳,与干姜、附子相合,温中暖土,鼓舞肾阳,还可降低附子之毒性;加葱白交通上下、宣通阳气。诸药合用,破阴回阳,通达内外,大辛大热,祛寒救逆,以治少阴。同时嘱患者多饮热水,以资津液、复正气。

本案为阴盛格阳、真寒假热之证,病势较危重,若失治误治则易发展为亡阳急症,使性命堪忧。火神派代表医家郑钦安言四逆汤“凡一切阳虚阴盛为病者皆可服也……不必等到病至少阴方用”“阴盛极者……回阳不可不急,故四逆汤之分两,亦不得不重”^[19],故治疗危急重症应施大剂量四逆汤以破阴回阳、扭转局面。李可指出,在使用附子一类有毒药物时,若辨证准确,即使是大量使用也不易中毒^[20],其在治疗危急重症时附子用量达30~60 g,甚者100 g。重症用重剂,以温里助阳、回阳救逆,方能阻断病势,少则疗效不显。张志远提出用附子量半数的甘草与其同煮,可减少乌头碱含量,降低毒性^[21]。周教授效仿名家之法,在重用附子的同时加大干姜、甘草用量,且将附子先煎、久煎,以减毒增效。

周教授指出,本案患者症状复杂,有矛盾之处,虽发热、寒战、无汗,看似为表证,但身高热却手足厥冷、秋季便着棉衣、小便清长而不赤,此皆阴寒内盛、阳虚浮外之表象,万不可与三阳经发热混为一谈。应纵览全局,明察秋毫,抓住辨证之要,及时施治,回阳救逆。待患者体温平稳后也可酌情加入益气养阴之品,意在从阴中求阳,使生化有源。

4 理中汤合四逆汤治疗抑郁症案

郭某,女,29岁,2024年1月4日初诊。主诉:情绪低落1年余,加重1个月。患者1年前遭遇失业,后于家中待业,与家人争吵日渐增多,压力重重,情绪低落,伴胸闷、寐差,于外院诊断为抑郁症,曾服用氟哌噻吨美利曲辛(黛力新)治疗,效果不显,后自行停药。1个月前因与家人争吵症状加重,出现便溏、呕吐,遂于周教授门诊就诊。刻诊:情绪低落,语声低微,神情淡漠,悲伤欲哭,畏寒肢冷,胸闷,头晕,乏

力,呕吐,不思饮食,寐差多梦,大便溏薄,小便正常,舌淡胖,边有齿痕,苔白,脉沉细。西医诊断:抑郁症。中医诊断:郁证,证属脾肾阳虚。治以温中散寒、行气安神,予理中汤合四逆汤加减:附子(先煎)30 g,干姜15 g,肉桂15 g,党参15 g,炒白术30 g,黄芪50 g,川楝子15 g,郁金15 g,酸枣仁30 g,远志20 g,茯神20 g,首乌藤30 g,合欢皮20 g,瓜蒌20 g,薤白10 g,枳实10 g,炙甘草15 g。7剂,水煎服,日1剂,早晚温服。

2024年1月11日二诊:患者诉服药后症状有所缓解,情绪较前佳,畏寒肢冷、胸闷改善,呕吐、便溏次数减少,现仍有心烦、寐差。舌淡胖,边有齿痕,苔白,脉沉细。处方:一诊方加莲子心10 g、焦栀子10 g,14剂,煎服法同前。

2024年1月25日三诊:患者服药后情绪不再低落,说话音量增高,未再悲伤欲哭,手足转温,乏力改善,未出现胸闷、呕吐、便溏,纳可,二便调。舌淡,苔薄白,脉细。唯有睡眠浅、易醒。处方:二诊方加石菖蒲15 g、刺五加15 g,14剂,煎服法同前。

2024年3月1日电话随访:患者诉已无明显不适,诸症缓解,近期末与家人再争吵,症状未再复发。

按:抑郁症以心情低落为主要症状,常伴丧失兴趣、悲观厌世等表现^[22]。《素问·生气通天论》载:“阳气者,精则养神,柔则养筋。”阳气是化生精气血津液的本源,主宰人体情志活动。本案患者抑郁症诊断明确,情绪低落、语声低微、畏寒肢冷、不思饮食、大便溏薄等皆属阳不足表现。《伤寒论》第273条曰:“太阴之为病,腹满而吐,食不下,自利益甚。”太阴病的主要病机特点为脾阳虚弱。脾阳不足,气机失常,胃气上逆,则发呕吐;阳虚水湿困脾,脾失健运,清浊不分,湿邪弥漫三焦,则见头晕、不思饮食、下利便溏。心包相火无以制约,阳不入阴,则见寐差多梦。太阴脾寒,阳气不足,气血化生无源,日久土壅木郁,则见乏力、胸闷、舌淡胖有齿痕。周教授言本案患者为脾阳不足、太阴里寒之证,且发病正逢寒冷冬季,日照不足,阳虚更甚,可从太阴论治。脾藏营、营舍意,由此可知抑郁症发病与脾密切相关。

《伤寒论》第277条曰:“自利不渴者,属太阴,以其脏有寒故也,当温之,宜服四逆辈。”里虚有寒,治疗当用温法,四逆辈包含四逆汤、理中汤一类。结合本案患者临床症状,治疗以温中散寒为先,佐行气安神。运用理中汤合四逆汤为主方,温运太阴,温中祛

寒、燥湿健脾,使辛甘相转,阴阳相合。加肉桂鼓舞气血,黄芪益气升阳,川楝子、郁金理气开郁,合酸枣仁、远志、茯神、首乌藤、合欢皮养心解郁安神,瓜蒌、薤白、枳实畅胸中之气。全方辛温补中、散寒行气,使寒湿阴邪得除、太阴脾脏得运、神机得养而安。二诊时患者症状有所缓解,说明方证相应,故少加莲子心以清心安神、交通上下、枢转气机,焦栀子引药入三焦、利湿除烦,少用苦寒,可防理中四逆辈大热过燥,有助于温畅三焦。三诊患者症状大部分缓解,阳气来复,加石菖蒲化湿开窍、刺五加健脾安神以巩固疗效。后随访患者已诸症获安,未曾发作,疗效明确。

根据抑郁症的临床表现,多数医家认为情志因素为其主要病因,故从肝论治。周教授认为治疗抑郁症应将脏腑辨证与气血辨证相结合,司外揣内、知常达变,四诊合参,切中病机,在扶阳健脾的同时还要疏肝理气、化痰安神。切不可主观臆断,盲目“见郁则疏”。

5 结束语

在张仲景整体观念、辨证论治、方证结合理论指导下,周教授针对不同疾病不同阶段患者的病理生理特点,运用经方治疗,发挥中医药的独特优势,效果显著。笔者从上述顽固性室性心律失常、谵语合并胸痹、胆管癌术后内伤发热、抑郁症4则验案分析周教授临证运用经方治疗疾病的理、法、方、药,总结其经验如下。①熟谙经文,谨守病机,不忘本源;司外揣内,辨证施治,重视辨别患者病情轻重。若遇痼疾或危急重症,则仿汉制度量,以“药能胜病”为原则,运用张仲景原创大剂量方药直捣常药所不及之病处,避免病重药轻,方能阻断病势,达到预期治疗目的。但要注意重剂不可久用,宜中病即止,否则伤正难愈。②病证结合,知常达变,活用经方。把握核心病机、典型症状,将六经、脏腑、气血津液辨证相结合,理解其中精髓,不拘泥于书中原条文、病名,触类旁通,或用其方,或取其意,灵活运用,推陈出新,方能有的放矢。纵观周教授治病法度可知,临床运用经方既要审病机,明方义,师古不泥古,也要前后互参,反复实践,灵活变通,方能提高疗效。

【参考文献】

[1] 冯世纶. 何谓经方:略述经方定义己见[J]. 中华中医药

杂志,2013,28(11):3156-3158.

- [2] 闫军堂,刘晓倩,梁永宣,等. 刘渡舟教授治疗心悸九法探析[J]. 中华中医药学刊,2012,30(5):1066-1069.
- [3] 全小林,穆兰澄,姬航宇,等. 《伤寒论》药物剂量考[J]. 中医杂志,2009,50(4):368-372.
- [4] 郝万山. 汉代度量衡制和经方药量的换算[J]. 中国中医药现代远程教育,2005,3(3):48-51.
- [5] 李珊珊,赵庭楷,刘世恩. 仲景用“酒”考[J]. 国医论坛,2016,31(1):1-2.
- [6] 柯琴. 伤寒来苏集[M]. 王晨,张黎临,赵小梅,校注. 2版. 北京:中国中医药出版社,2006:163,294.
- [7] 刘文博,孙永康,宋研博,等. 仲景应用地黄规律探析[J]. 吉林中医药,2022,42(9):1087-1091.
- [8] 王毅. 张仲景应用地黄剖析[J]. 中国中医基础医学杂志,2006,12(12):942-943.
- [9] 李晓霞. 地黄栽培与加工技术[J]. 农业技术与装备,2014(9):35-38.
- [10] 汤菲菲,王雪茜,连雅君,等. 地黄品名与炮制方法考[J]. 中华中医药杂志,2021,36(4):1966-1968.
- [11] 祝勇,祝肇刚. 施今墨运用鲜地黄验案3则[J]. 北京中医药,2020,39(6):643-645.
- [12] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原:山西科学技术出版社,2001:40.
- [13] 王心东,张凤梅,史代萌. 张仲景重用生地黄治疗急重症和疑难病概说[J]. 中国医药学报,2004,19(1):39-42.
- [14] 阚湘苓. 浅谈《伤寒论》承气汤证的病机演变[J]. 甘肃中医,2010,23(11):1-2.
- [15] 于路游,杨金萍,窦立雯,等. 从阳明而发之谵语防治探讨[J]. 山东中医药大学学报,2023,47(3):289-292.
- [16] 楼英. 医学纲目[M]. 阿静,闫志安,牛久旺,校注. 北京:中国中医药出版社,1996:697-698.
- [17] 李亮,王强,周洁. 附子治疗恶性肿瘤的归纳与展望[J]. 天津中医药,2020,37(12):1436-1440.
- [18] 张介宾. 景岳全书:上册[M]. 上海:第二军医大学出版社,2006:306.
- [19] 张存悌. 首重扶阳用姜附(2):郑钦安学术思想探讨之四[J]. 辽宁中医杂志,2005,32(11):1195-1196.
- [20] 傅文录. 李可应用附子经验[J]. 河南中医,2011,31(8):849-853.
- [21] 岳娜,刘桂荣,李明轩. 张志远应用附子经验[J]. 山东中医药大学学报,2015,39(6):538-539.
- [22] 过伟峰,曹晓岚,盛蕾,等. 抑郁症中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志,2020,40(2):141-148.

·综述·

食管鳞状细胞癌术后中西医治疗及不良预后因素研究进展

许博文^{1,2},朱广辉²,李杰²,孙千惠²,孔森²

(1.湖南省肿瘤医院,湖南长沙 410031; 2.中国中医科学院广安门医院,北京 100053)

[摘要] 食管鳞状细胞癌是我国食管癌的主要病理类型,其复发转移是影响术后患者远期生存的重要因素,也是影响疗效提升的关键因素。文章综述了食管鳞状细胞癌术后西医辅助治疗进展和包含中医加载治疗、巩固治疗的中西医结合治疗模式,提出筛选并量化不良预后因素是降低复发转移率的有效手段。发挥术后综合治疗模式的优势,遵循精准治疗理念,寻找不良预后因素,构建临床预测模型,聚焦凸显优势人群特性的有效方案,对中西医结合防治食管鳞状细胞癌术后复发转移具有重要意义。参考文献66篇。

[关键词] 食管鳞状细胞癌;术后;中西医治疗;复发;转移;不良预后因素;临床预测模型

[中图分类号] R273

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)05-0591-07

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.020

Research Progress on Postoperative Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Treatment and Adverse Prognostic Factors for Esophageal Squamous Cell Carcinoma

XU Bowen^{1,2},ZHU Guanghui²,LI Jie²,SUN Qianhui²,KONG Miao²

(1.Hunan Cancer Hospital, Changsha 410031, China; 2.Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

Abstract Esophageal squamous cell carcinoma(ESCC) is the main pathological type of esophageal carcinoma in China,and its recurrence and metastasis are important factors affecting the long-term survival of postoperative patients,as well as key factors affecting the improvement of efficacy. This article reviews the progress of adjuvant therapy for ESCC after surgery and the treatment mode of integrated traditional Chinese and

Western medicine, including loading therapy and consolidation therapy with traditional Chinese medicine, and proposes that screening and quantifying adverse prognostic factors is an effective means to reduce recurrence and metastasis rates. It is of great significance to fully utilize the advantages of the postoperative comprehensive treatment mode, follow the concept of precise treatment, identify

[收稿日期] 2025-01-17

[基金项目] 首都卫生发展科研专项重点攻关项目(批文号:首发2022-1-4151);北京市科技计划课题——AI+健康协同创新培育项目(编号:Z221100003522021);中央高水平中医医院临床科研业务费项目(编号:HLCMHPP2023001,HLCMHPP2023097)

[作者简介] 许博文,住院医师,主要从事中西医结合防治肿瘤的临床与基础研究。

[通信作者] 李杰,主任医师,主要从事中西医结合防治肿瘤的临床与基础研究。邮箱:qfm2020jieli@yeah.net。

adverse prognostic factors, construct clinical prediction models, and focus on highlighting effective programs with dominant population characteristics for the prevention and treatment of postoperative recurrence and metastasis of esophageal squamous cell carcinoma using integrated traditional Chinese and Western medicine. There are 66 references.

Keywords esophageal squamous cell carcinoma; postoperative; integrated traditional Chinese and Western therapy; recurrence; metastasis; adverse prognostic factors; clinical prediction model

2022年全球恶性肿瘤新发病例约1 996万例,新增死亡病例超过970万例,其中食管癌(EC)新发病例约51.1万例,位居消化道恶性肿瘤第4位、全部恶性肿瘤第11位,死亡病例约44.5万例,位居消化道恶性肿瘤第5位、全部恶性肿瘤第7位^[1]。2022年我国EC新发病例和死亡病例分别为22.4万例和18.8万例,分别占全球病例的43.83%、42.24%,排名世界第一^[2],故相比于欧美国家,我国EC发病率更高,且具有一定的地域差异性。随着我国防癌措施的更新迭代,EC近30年标化发病率与病死率逐年下降^[3-4],但新发和死亡人数仍在增加,且农村地区居于前列^[5-6]。据GLOBOCAN 2020预测,到2040年我国EC新发和死亡病例将分别达到52.9万例和52.5万例,相较于2020年分别增加了63.3%和74.5%,尤以75岁以上人群增幅最高(162.3%)^[6-7]。预计2020至2050年,我国EC经济负担将超过1988.13亿美元^[8]。我国既往流行病学调查数据显示,食管鳞状细胞癌(ESCC)在EC病理诊断中占比最高,为84.2~89.0%^[6],而欧美国家却以腺癌为主流类型,占70%~80%,故ESCC是我国肿瘤谱的特色内容之一。根治性手术是可切除ESCC的主要治疗方式,由于术后复发和远处转移风险高,辅助治疗策略对提高ESCC总体生存率和疾病无复发生存率尤为重要^[9]。尽管术后辅助治疗方案众多,但ESCC的防治进展相对有限,整体5年生存率不足30%^[10],这仍是临床面临的重要难题。本文通过系统梳理不同ESCC术后辅助治疗方案,总结可能影响临床疗效或远期预后的不良因素,提出中西医结合治疗及构建临床预测模型是改善ESCC不良预后的有效方法,为临床精准制定和应用治疗方案提供参考。

1 降低ESCC术后复发转移率是西医治疗的首要目标

ESCC术后患者常发生跳跃性淋巴结转移,即使是病理分期为pN0的患者也有近40%会发生淋巴

结转移。为减缓术后病情进展,实行术后辅助治疗显得尤为必要。根据《食管癌诊疗指南(2022年版)》^[11],ESCC术后一线治疗措施主要根据术式(R0、R1、R2)及是否接受新辅助治疗确定,治疗方案包括放疗、化疗、放化疗、免疫治疗。当前,在ESCC姑息术(R1或R2)后实行辅助治疗已成为共识,但R0术后辅助治疗方案尚未确定:以R0切除且接受新辅助放化疗的ESCC,推荐辅助免疫治疗,如纳武利尤单抗,若仅接受新辅助化疗,则术后也以辅助化疗为主;未接受新辅助治疗的R0术后ESCC,1A类推荐参加临床研究或观察,2B类推荐辅助放疗、化疗及放化疗。

1.1 化疗

辅助化疗主要针对术后残留微小病灶,通过全身治疗减少复发转移风险。最常用化疗方案为基于顺铂(DDP)的联合化疗,如DDP加5-氟尿嘧啶(PF方案)或DDP加紫杉醇^[12]。研究表明,ESCC术后辅助化疗可使患者中位无病生存期(DFS)延长5.3个月,3年无病生存率提高10%,但对中位总生存期(OS)和5年总生存率无明显影响^[13-14]。因此,诸多学者对术后辅助化疗进行了积极探索,其中有人发现在接受R0切除术后淋巴结阳性(N+)的ESCC患者中,术后化疗者比单纯手术者的3年无病生存率提高了12%,且术后化疗可延长患者DFS及OS^[15]。对ESCC术后辅助PF化疗和单纯手术进行对比的Meta分析发现,术后辅助化疗较单纯手术能提高术后3年总生存率^[16],且能够延长患者的DFS和OS^[17]。

1.2 放疗或放疗结合化疗

辅助放疗主要用于术后存在淋巴结转移或肿瘤侵犯较深的ESCC,能有效提高局部区域控制率。一项评价ESCC术后辅助放疗疗效的随机对照试验(RCT)发现,Ⅲ期ESCC术后辅助放疗患者的5年总生存率明显高于单纯手术治疗患者^[18]。多项回顾性

研究和一项 Meta 分析研究表明,对有高转移风险的 ESCC 患者,辅助放疗可以提高其局部控制率和术后总生存率^[19-23]。对于无淋巴结转移的 pT3N0M0 患者,开展术后放疗能提高总生存率和无病生存率^[24],但没有大型 RCT 进一步验证。

另有研究指出,术后辅助同步放疗结合化疗比术后辅助放疗更能提升生存获益^[25]。一项纳入 158 例 II ~ III 期 ESCC 术后患者的 RCT 发现,术后同步放疗结合化疗组的局部复发率和远处转移率低于单纯手术组,术后同步放疗结合化疗能使患者的中位 OS 延长 16.5 个月,并提升患者的 3 年、5 年和 10 年总生存率^[26]。还有研究发现,术后同步放疗结合化疗能提高 ESCC 患者术后 3 年无病生存率和 3 年总生存率^[27-28]。

1.3 免疫治疗

随着免疫治疗的发展,尤其是免疫检查点抑制剂的出现和应用,单纯免疫及化疗联合免疫的治疗方案备受肿瘤科医生和患者的关注。CheckMate 577 是一项多中心、随机、双盲、安慰剂对照的 III 期临床试验,该试验纳入了以术前新辅助放化疗联合 R0 切除方案治疗且术后病理学证实有肿瘤残余的 EC (含 30% ESCC) 患者,纳入者在术后被随机分为纳武利尤单抗组和安慰剂组,主要结局指标是 DFS, 结果发现,纳武利尤单抗组 EC 患者中位 DFS 比安慰剂组患者延长 11.4 个月,且 ESCC 亚组获益更显著^[29]。CheckMate 577 是首项证明纳武利尤单抗能在 ESCC 术后显著延长高复发风险患者(如淋巴结阳性者或原发肿瘤浸润深度大者)DFS 的临床研究,是 ESCC 术后辅助治疗研究的重要进展^[30]。

1.4 复发转移是限制患者长期生存的关键因素

研究发现,pT2-3N0M0 期单纯 ESCC 患者的术后 5 年总生存率为 28.5%~57.0%,术后复发转移率为 41.6%~51.8%,局部区域复发率为 33.3%^[31]。中国临床肿瘤学会(CSCO)推荐 ESCC 术后辅助治疗以放化疗为主,但仍有 30%~60% 接受术后放化疗的患者在术后 3~5 年内出现复发转移,接受术后放化疗患者的中位 OS 仅为 28 个月^[32]。区域性复发转移和(或)远处转移是肿瘤的主要复发转移模式,其中区域性淋巴结转移最为常见,转移率为 23.8%~58.0%,远处转移率为 5.5%~11.8%^[33-34];当淋巴结转移数量大于

4 枚时,患者 5 年总生存率仅为 8%^[35]。一项针对 II 期和 III 期 ESCC 术后患者的单臂研究表明,即便经术后辅助放疗结合化疗,患者术后 1 年、3 年、5 年复发转移率仍为 9.9%、22.7%、27.9%^[36]。因此,术后复发转移是影响 ESCC 患者长期生存的重要因素,降低复发转移率是首要目标,故寻找可联合或替代的有效治疗方案,或全面筛选、预测 ESCC 术后复发转移的影响因素,构建可信的预测或治疗方案,对优化 ESCC 术后监测模式和治疗方案具有重要意义。

2 中西医结合是降低术后复发转移率的重要途径

随着循证评价研究结果的不呈现,中医药参与的 ESCC 术后综合治疗正以其独具特色的疗效优势逐渐得到认可。近年来国内各大临床机构开展了大量研究,已证实中医药在提高术后免疫力、减少并发症、协同放化疗减毒增效等方面发挥着积极作用,尤其在防治 ESCC 术后复发转移、改善远期生存预后方面具有一定的作用优势^[37]。根据介入的时机,中医治疗可分为加载治疗与巩固治疗两种。

2.1 中医加载治疗减轻不良反应、提高疗效

中医加载治疗是指在西医治疗基础上加用中医药,即在 ESCC 术后进行辅助治疗时介入中医药治疗,其优势在于减轻西医治疗的不良反应、提高治疗反应率与完成率,从而达到降低复发转移率、延长生存期的目的^[38]。现代医家对中医加载治疗已进行诸多尝试,并获得了较好的临床疗效。金长娟等^[39]观察了中西医综合治疗对 EC 术后的疗效,治疗组患者在术后辅助 PF 方案化疗期间服用降逆和胃方药(旋覆代赭汤、橘皮竹茹汤)、化疗结束后服用理气消痰降逆方药(食道通结方),对照组仅进行 PF 方案化疗,结果显示治疗组中位 OS 长于对照组,1 年、3 年、5 年生存率均高于对照组。该团队在此基础上开展了针对痰气阻隔型中晚期 EC 术后的 RCT,发现在化疗的基础上应用食道通结方能使患者的中位 DFS 较单纯化疗延长 21 个月,1 年无病生存率提高 20.3%,3 年无病生存率提高 26.5%,还能减少化疗不良反应,如骨髓抑制、恶心、呕吐、腹泻等^[40]。陈亚楠等^[41]开展了单臂辨证中药联合平消胶囊辅助 ESCC 术后化疗的研究,发现患者 1 年复发转移率为 16.67%,与其他研究相比复发转移率有一定的降低。一项 Meta 分析研究发现,中医加载治疗能有效提高 EC 术后患者的 1

年及3年总生存率,并能改善其生活质量、提高免疫功能,一定程度上能预防化疗不良反应的发生^[42]。

2.2 中医巩固治疗控制疾病进展风险、延长生存期

中医巩固治疗是指在西医治疗稳定的基础上继续进行中医药治疗,即在ESCC术后辅助治疗完成后介入中医药治疗,其优势在于可防治术后复发转移,减轻患者不良情绪,控制疾病进展风险,从而达到延长生存期的目的^[38]。张玉双^[43]采用启膈方治疗I~III期ESCC术后患者,发现采用启膈方治疗的患者较不采用启膈方治疗的患者,其DFS显著延长,1年复发转移率降低。一项回顾性研究发现,ESCC术后持续服用中药患者的复发转移率显著低于间断服用或未服用中药者,且其中位DFS也显著延长,以胃阴亏虚型效果最佳^[44]。本团队开展了30例EC术后患者的自身治疗前后对照研究,发现芪术郁灵汤能改善初治EC术后患者的疲倦、气促、食欲丧失、吞咽困难、口干等不适症状,并提高其生存质量测定量表(QLQ C30)和食管癌患者补充量表(QLQ OES18)食管癌特异模块评分^[45],随后对123例术后完成辅助治疗的EC患者进行芪术郁灵汤巩固治疗,患者治疗后的中位DFS为31个月,1年、2年、3年无病生存率分别为82.93%、66.67%、34.15%^[46]。

3 明确及量化不良预后因素是改善预后的重点研究方向

联合中医药加载或巩固治疗是防治ESCC术后复发转移的可行方向之一,而筛选影响ESCC术后复发转移的危险因素是中医学治未病理念的体现。西医研究发现,具备某类特征性因素的患者对某种治疗(如靶向治疗、免疫治疗)更获益^[47]。因此,筛选影响ESCC术后复发转移的显著危险因素,量化危险因素的风险比以构建可信的临床预测模型,对降低术后复发转移率、延长生存期至关重要。

3.1 筛选危险因素助力预后预测

既往多项研究已经识别出多种与ESCC术后复发转移相关的不良预后因素,这些因素涵盖了患者的临床病理特征、生物标志物以及治疗相关因素,如肿瘤位置、大小、分化程度、浸润深度(T分期)和神经侵犯、淋巴结转移(N分期)等,均能作为影响ESCC术后复发转移的独立危险因素^[48-49]。

在EC分期中,T代表肿瘤侵犯的深度,N代表区

域转移情况,二者均与食管癌预后密切相关。有研究显示,肿瘤侵犯更深层食管壁的T3期或T4期患者与T1期或T2期患者相比,其复发率更高、5年总生存率更低^[50];有淋巴结转移的EC患者5年总生存率显著低于无淋巴结转移的患者^[51]。手术切缘性质、特定的分子生物标志物也与食管癌术后复发转移存在关联。研究发现,手术切缘阳性(即手术未能完全清除肿瘤)的患者复发率显著高于切缘阴性患者^[52],人表皮生长因子受体2(HER2)过表达患者的术后复发风险更高^[53]。另外,预后营养指数、炎症相关指标(如中性粒细胞与淋巴细胞比例、淋巴细胞与单核细胞比例等)与ESCC术后OS显著相关^[54],而血小板与淋巴细胞比例、单核细胞与淋巴细胞比例等升高与术后复发呈正相关^[55]。

上述影响因素的识别和量化有助于临床医生评估ESCC术后复发转移的风险,从而制定个性化的治疗计划和监测策略。尤其对高风险患者,加强术后监测和采取积极的辅助治疗措施可能有助于改善其远期预后。但独立危险因素仅是对单个指标的关联分析,不具备联合交互式的客观预测价值,可测量、可评价的危险因素分析与预测模式尚待构建。

3.2 构建临床预测模型(CPD)助力治疗人群精准化

临床中的很多因素都会对患者的生存结局造成影响,而单因素或多因素回归分析仅能确定哪些因素对结果产生影响,并不能解释各因素的交互影响作用。模型构建是一种具体研究,它能将影响因素结合并形成数学模型,用于预测或推断某个因素对结果的影响程度。CPD是指能预测疾病未来患病率或某结局发生率的多因素临床模型,分为诊断模型和预后模型^[56]。诊断模型是基于研究对象的临床特征,预测当前患有某种疾病的概率,其数据来源于横断面研究;预后模型是预测研究对象所患疾病出现复发、死亡、伤残及并发症等事件的概率,其数据来源于纵向研究,如队列研究。利用预后模型预测西医治疗对ESCC术后复发转移的影响已有了众多研究基础^[57-61],在此基础上建立的客观化治疗优势判别模型或可优化ESCC术后早期治疗方案及监测模式,起到预防术后复发转移的作用。

另外,构建CPD有助于明确治疗方案的适用人群,从而提高治疗方案的有效性和精准性,这在中医

药治疗方案中已有体现。一项对72例晚期EC患者的多中心、真实世界研究发现,病理分级为中分化、无肺转移、年龄小于60岁、接受6个月以上中药干预、痰瘀互结证可能是晚期EC中医优势人群的临床特征^[62]。陈佳阳等^[63-65]根据西医治疗后的生存时间将晚期EC患者分为中医优势人群、中间人群和劣势人群,分析晚期EC中医优势人群特征,经差异性分析获取预测因子,按照7:3验证(70%样本训练集,30%验证集)建立中医治疗生存CPD,预测准确率为56%。该研究有效补充了中医药治疗EC的CPD,但目前尚未有针对ESCC术后复发转移的中医治疗优势CPD。

4 展望

ESCC术后综合治疗模式在降低术后复发转移率与延长生存时间方面已显示出一定优势,然而其适用人群、优势人群特征及最佳综合模式均未完全确定。精准治疗作为二十一世纪肿瘤学研究的热点,也凸显了中医学辨证论治、个体化理念^[66],旨在将治疗从“一刀切”转变为基于个体因素的精准疗法。大数据技术的发展使基于海量病理特征信息、中医四诊信息及治疗方案信息的肿瘤预后影响因素研究逐步深入,且这些信息均可能与中医药治疗的疗效存在相关性。要进一步探究中医药在ESCC治疗中的定位与优势,开展中医药治疗的优势人群筛选并分析其临床特征、构建中医药CPD显得尤为重要。本文系统梳理了西医治疗在ESCC术后的临床应用,并提出联合中医药治疗和筛选不良预后因素是提升ESCC临床疗效的有效方法,为中医药智能化研究提供参考,助力中医药传承创新。

【参考文献】

- [1] BRAY F, LAVERSANNE M, SUNG H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [J]. *CA Cancer J Clin*, 2024, 74(3): 229-263.
- [2] HAN B F, ZHENG R S, ZENG H M, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2022 [J]. *J Natl Cancer Cent*, 2024, 4(1): 47-53.
- [3] CHEN R, ZHENG R S, ZHANG S W, et al. Patterns and trends in esophageal cancer incidence and mortality in China: an analysis based on cancer registry data [J]. *J Natl Cancer Cent*, 2023, 3(1): 21-27.
- [4] LI P, JING J, LIU W J, et al. Spatiotemporal patterns of esophageal cancer burden attributable to behavioral, metabolic, and dietary risk factors from 1990 to 2019: longitudinal observational study [J]. *JMIR Public Health Surveill*, 2023, 9: e46051.
- [5] CAI Y Q, LIN J X, WEI W B, et al. Burden of esophageal cancer and its attributable risk factors in 204 countries and territories from 1990 to 2019 [J]. *Front Public Health*, 2022, 10: 952087.
- [6] 宋颂, 雷林, 刘涵, 等. 中国人群食管癌疾病负担: 多数数据源证据汇总及分析 [J]. *中华肿瘤防治杂志*, 2023, 30(15): 887-896.
- [7] SUNG H, FERLAY J, SIEGEL R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [J]. *CA Cancer J Clin*, 2021, 71(3): 209-249.
- [8] CHEN S M, CAO Z, PRETTNER K, et al. Estimates and projections of the global economic cost of 29 cancers in 204 countries and territories from 2020 to 2050 [J]. *JAMA Oncol*, 2023, 9(4): 465-472.
- [9] UHLENHOPP D J, THEN E O, SUNKARA T, et al. Epidemiology of esophageal cancer: update in global trends, etiology and risk factors [J]. *Clin J Gastroenterol*, 2020, 13(6): 1010-1021.
- [10] SANTUCCI C, MIGNOZZI S, MALVEZZI M, et al. Global trends in esophageal cancer mortality with predictions to 2025, and in incidence by histotype [J]. *Cancer Epidemiol*, 2023, 87: 102486.
- [11] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局. 食管癌诊疗指南(2022年版) [J]. *中华消化外科杂志*, 2022, 21(10): 1247-1268.
- [12] 郭康, 马洁, 朱建飞, 等. 颈段和胸上段食管鳞状细胞癌术后辅助化疗的预后意义 [J]. *中国胸心血管外科临床杂志*, 2022, 29(12): 1580-1586.
- [13] ANDO N, IIZUKA T, IDE H, et al. Surgery plus chemotherapy compared with surgery alone for localized squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus: a Japan clinical oncology group study: JCOG9204 [J]. *J Clin Oncol*, 2003, 21(24): 4592-4596.
- [14] ZHANG L Z, LI W W, LYU X, et al. Adjuvant chemotherapy with paclitaxel and cisplatin in lymph node-positive thoracic esophageal squamous cell carcinoma [J]. *Chung Kuo Yen Cheng Yen Chiu*, 2017, 29(2): 149-155.

- [15] BAIU I, BACKHUS L. Esophageal cancer surgery[J]. JAMA, 2020, 324(15): 1580.
- [16] 黄伟钊, 傅剑华, 胡祎, 等. 食管癌术后辅助化疗价值的Meta分析[J]. 癌症, 2006, 25(10): 1303-1306.
- [17] ZHAO P L, YAN W P, FU H, et al. Efficacy of postoperative adjuvant chemotherapy for esophageal squamous cell carcinoma: a meta-analysis[J]. Thorac Cancer, 2018, 9(8): 1048-1055.
- [18] XIAO Z F, YANG Z Y, LIANG J, et al. Value of radiotherapy after radical surgery for esophageal carcinoma: a report of 495 patients[J]. Ann Thorac Surg, 2003, 75(2): 331-336.
- [19] SCHREIBER D, RINEER J, VONGTAMA D, et al. Impact of postoperative radiation after esophagectomy for esophageal cancer[J]. J Thorac Oncol, 2010, 5(2): 244-250.
- [20] CHEN J Q, ZHU J, PAN J J, et al. Postoperative radiotherapy improved survival of poor prognostic squamous cell carcinoma esophagus[J]. Ann Thorac Surg, 2010, 90(2): 435-442.
- [21] SONG S, CHIE E K, KIM H J, et al. Role of postoperative radiotherapy for microscopic margin involvement in the squamous cell carcinoma of esophagus[J]. Cancer Res Treat, 2013, 45(3): 202-209.
- [22] LI Y, LIU H S, SUN C, et al. Comparison of clinical efficacy of neoadjuvant chemoradiation therapy between lower and higher radiation doses for carcinoma of the esophagus and gastroesophageal junction: a systematic review[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2021, 111(2): 405-416.
- [23] YU S F, ZHANG W C, NI W J, et al. A propensity-score matching analysis comparing long-term survival of surgery alone and postoperative treatment for patients in node positive or stage III esophageal squamous cell carcinoma after R0 esophagectomy[J]. Radiother Oncol, 2019, 140: 159-166.
- [24] YANG J S, ZHANG W C, XIAO Z F, et al. The impact of postoperative conformal radiotherapy after radical surgery on survival and recurrence in pathologic T3N0M0 esophageal carcinoma: a propensity score-matched analysis[J]. J Thorac Oncol, 2017, 12(7): 1143-1151.
- [25] KANG J J, CHANG J Y, SUN X, et al. Role of postoperative concurrent chemoradiotherapy for esophageal carcinoma: a meta-analysis of 2165 patients[J]. J Cancer, 2018, 9(3): 584-593.
- [26] 曹秀峰, 吕进, 朱斌, 等. 局部晚期食管鳞状细胞癌术后放疗和化疗的前瞻性研究[J]. 中华肿瘤杂志, 2010, 32(6): 452-455.
- [27] 邓霞, 张萍, 谢聪颖. 术后放疗与术后同步放化疗治疗食管癌临床研究[J]. 实用肿瘤杂志, 2013, 28(3): 294-298.
- [28] 罗志强, 黄燕, 康恭礼, 等. 60例Ⅲ期食管癌三维适形放疗同步化疗与单纯放疗的疗效比较[J]. 中国现代医生, 2014, 52(31): 154-156, 160.
- [29] KELLY R J, AJANI J A, KUZZAL J, et al. Adjuvant nivolumab in resected esophageal or gastroesophageal junction cancer[J]. N Engl J Med, 2021, 384(13): 1191-1203.
- [30] SCHNEIDER B J, CHANG A C. ASO perspectives: adjuvant nivolumab in resected esophageal or gastroesophageal junction cancer: never stop questioning[J]. Ann Surg Oncol, 2022, 29(5): 2735-2738.
- [31] VISBAL A L, ALLEN M S, MILLER D L, et al. Ivor Lewis esophagogastrectomy for esophageal cancer[J]. Ann Thorac Surg, 2001, 71(6): 1803-1808.
- [32] 邱祥南, 朱锡旭. 食管癌根治术后区域复发的治疗进展[J]. 癌症进展, 2019, 17(19): 2233-2236, 2287.
- [33] SU X D, ZHANG D K, ZHANG X, et al. Prognostic factors in patients with recurrence after complete resection of esophageal squamous cell carcinoma[J]. J Thorac Dis, 2014, 6(7): 949-957.
- [34] GUO X F, MAO T, GU Z T, et al. Clinical study on postoperative recurrence in patients with pN0 esophageal squamous cell carcinoma[J]. J Cardiothorac Surg, 2014, 9: 150.
- [35] MARIETTE C, PIESEN G, BRIEZ N, et al. The number of metastatic lymph nodes and the ratio between metastatic and examined lymph nodes are independent prognostic factors in esophageal cancer regardless of neoadjuvant chemoradiation or lymphadenectomy extent[J]. Ann Surg, 2008, 247(2): 365-371.
- [36] 沈文斌, 高红梅, 祝淑钗, 等. II和Ⅲ期胸段食管鳞癌术后不同辅助治疗方式治疗后的失败模式分析[J]. 肿瘤防治研究, 2017, 44(5): 340-346.
- [37] 彭孟凡, 田硕, 李晨辉, 等. 食管癌发病机制及中医药临床干预研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(12): 267-274.

- [38] 周慧灵,郑佳彬,马雪娇,等. 林洪生固本清源理论指导下的恶性肿瘤“五治”治疗经验[J]. 中华中医药杂志, 2020,35(1):195-198.
- [39] 金长娟,李蕾,崔清,等. 食管癌术后中西医综合治疗临床观察[J]. 肿瘤,2003,23(5):429-431.
- [40] 崔清,郭毅峻,张铭,等. 食道通结方联合化疗治疗中晚期食管癌术后患者临床疗效观察[J]. 上海中医药大学学报,2015,29(6):29-32.
- [41] 陈亚楠,孙旭,蒋立峰,等. 中医药防治食管鳞癌术后复发转移的临床观察:一项单臂前瞻性研究[J]. 现代肿瘤医学,2021,29(11):1949-1952.
- [42] 陈继欣,陈淑琪,吴万垠. 中药干预食管癌术后辅助化疗的疗效及相关指标变化的Meta分析[C]//广东中医药研究促进会,广州中医药大学,广州中医药大学附属医院. 首届广东中医科学大会暨中美肿瘤学高峰论坛论文集. 广州:广东中医药研究促进会,广州中医药大学,广州中医药大学附属医院. 2018:287-300.
- [43] 张玉双. 启膈方对 I-III 期食管癌根治术后患者生存质量及无病生存时间的影响[D]. 石家庄:河北医科大学, 2017.
- [44] 王雯倩. 中医辨证论治干预食管癌术后复发转移的回顾性研究[D]. 南京:南京中医药大学,2015.
- [45] 吴成亚. 食管癌术后相关症状的临床特征分析及辨证中药干预的疗效观察[D]. 北京:中国中医科学院, 2018.
- [46] 李释心. 芪术郁灵汤对食管癌术后放化疗后患者的干预及预后生存关系的研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2022.
- [47] MARCUS P M, FREEDMAN A N, KHOURY M J. Targeted cancer screening in average-risk individuals [J]. *Am J Prev Med*, 2015, 49(5):765-771.
- [48] ZHANG Y W, GAO J H, ZHENG A P, et al. Definition and risk factors of early recurrence based on affecting prognosis of esophageal squamous cell carcinoma patients after radical resection [J]. *Transl Oncol*, 2021, 14(6):101066.
- [49] 张玉双,贾蕾,史会娟,等. 食管癌术后复发转移影响因素分析[J]. 中华中医药学刊,2020,38(9):60-63.
- [50] PENNATHUR A, GIBSON M, JOBE B, et al. Oesophageal carcinoma [J]. *Lancet*, 2013, 381(9864):400-412.
- [51] MARIETTE C, DAHAN L, MORNEX F, et al. Surgery alone versus chemoradiotherapy followed by surgery for stage I and II esophageal cancer: final analysis of randomized controlled phase III trial FFCO 9901 [J]. *J Clin Oncol*, 2014, 32(23):2416-2422.
- [52] VAN HAGEN P, HULSHOF MCCM, VAN LANSCHOT JJB, et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer [J]. *N Engl J Med*, 2012, 366(22):2074-2084.
- [53] RONG L L, WANG B Z, GUO L, et al. HER2 expression and relevant clinicopathological features in esophageal squamous cell carcinoma in a Chinese population [J]. *Diagn Pathol*, 2020, 15(1):27.
- [54] 缪艳,殷鸿,李姗姗,等. 食管鳞癌患者预后营养指数与炎症反应标志物相关性分析[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志,2021,8(3):274-278.
- [55] 李晓明,向宗骏,万志渝,等. 外周血炎症指标比值对中外晚期食管鳞癌术后复发的预测价值[J]. 中国胸心血管外科临床杂志,2019,26(9):865-869.
- [56] 莫航洋,陈亚萍,韩慧,等. 临床预测模型研究方法步骤[J]. 中国循证医学杂志,2024,24(2):228-236.
- [57] 常笑. 食管癌根治术后病理分期、复发风险预测以及分层放射治疗的系列研究[D]. 北京:北京协和医学院, 2022.
- [58] 胡世宇. pT1-3N0M0 食管鳞癌术后复发的高危因素及预测模型[D]. 青岛:青岛大学,2024.
- [59] 黄玲玲,余鏊,赵泉,等. 基于增强 CT 影像组学模型预测食管癌患者放化疗完全缓解后肿瘤复发的价值[J]. 中国临床医学影像杂志,2023,34(2):91-96.
- [60] 穆艾塔尔·麦提努日,马乐,叶建蔚,等. 结合炎症指标的临床评分模型对食管癌患者术后生存情况的预测价值[J]. 消化肿瘤杂志(电子版),2023,15(1):34-38.
- [61] 田菲,庞得全,韩朵,等. pT2N0M0 期胸段食管鳞癌术后局部复发预测模型的建立和分析[J]. 肿瘤预防与治疗,2021,34(3):214-220.
- [62] 蔡盼盼. 真实世界晚期食管癌中医优势人群特征分析[D]. 北京:北京中医药大学,2019.
- [63] 陈佳阳,李溟,张育荣,等. 中医治疗晚期食管癌优势人群特征分析[J]. 北京中医药,2021,40(8):880-882.
- [64] 陈佳阳,刘婷婷,周睿,等. 中药治疗 72 例晚期食管癌预后因素分析[J]. 北京中医药大学学报,2022,45(5):446-451.
- [65] 陈佳阳,杨宇飞,易丹辉,等. 中医治疗晚期食管癌分析及预后判别[J]. 基础医学与临床,2020,40(2):182-186.
- [66] 许博文,张潇潇,李杰,等. 基于优势人群的肿瘤中医药防治疗效提升策略[J]. 中医杂志,2022,63(4):318-322.

中医治疗特应性皮炎并发抑郁症研究进展

赵玉磊¹, 朱雅楠¹, 张海龙², 安月鹏², 杨素清²

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

[摘要] 特应性皮炎是一种与过敏相关的炎症性皮肤病, 因其皮损往往周身泛发、瘙痒难耐, 常会伴发不同程度的心理疾患, 其中, 抑郁症与之关系密切, 二者并发通常会加重临床症状, 延缓病程。现有研究表明, 特应性皮炎与抑郁症可能在遗传易感性、免疫炎症反应、神经内分泌系统功能紊乱、肠道菌群失衡等方面存在共同的病理基础, 不少中药活性成分可通过调节免疫炎症反应、神经内分泌系统和肠道菌群对二者发挥治疗作用, 针刺、刺络拔罐、艾灸、推拿等中医特色外治法也在二者的治疗中有所应用。参考文献 55 篇。

[关键词] 特应性皮炎; 抑郁症; 发病机制; 遗传易感性; 免疫炎症反应; 神经内分泌系统; 肠道菌群

[中图分类号] R275.9; R277.7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2025)05-0598-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.05.021

Research Progress on Treatment of Atopic Dermatitis Complicated with Depressive Disorder Using Traditional Chinese Medicine

ZHAO Yulei¹, ZHU Ya'nan¹, ZHANG Hailong², AN Yuepeng², YANG Suqing²

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

Abstract Atopic dermatitis is an inflammatory skin disease related to allergies. Because its skin lesions often spread all over the body and cause unbearable itching, it is often accompanied by psychological disorders of different degrees. Among them, depressive disorder is closely related to it. The concurrent occurrence of the two usually aggravates clinical symptoms and prolongs the course of the disease. Existing studies have shown that atopic dermatitis and depressive disorder may share common pathological bases in aspects such as genetic susceptibility, immune-inflammatory response, dysfunction of the neuroendocrine system, and imbalance of the intestinal flora. Many active components of Chinese materia medica can play a therapeutic role in atopic dermatitis and depressive disorder by regulating the immune-inflammatory response,

the neuroendocrine system, and the intestinal flora. Traditional Chinese medicine characteristic external treatment methods, such as acupuncture, pricking-cupping therapy, moxibustion, and Tuina, have also been applied in the treatment of them. There are 55 references.

Keywords atopic dermatitis; depressive disorder;

[收稿日期] 2024-12-17

[基金项目] 国家自然科学基金项目(编号:81973846); 黑龙江省中医药管理局省级名中医专家传承工作室建设项目(编号:G20191503)

[作者简介] 赵玉磊, 2023 年级博士研究生, 研究方向: 中医药治疗疑难皮肤病。

[通信作者] 杨素清, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, 主要从事中医药治疗疑难皮肤病研究。邮箱: ysq_6410@163.com。

pathogenesis; genetic susceptibility; immune-inflammatory response; neuroendocrine system; intestinal flora

特应性皮炎是一种以皮肤干燥、瘙痒及湿疹、皮炎为主要症状表现的、与过敏相关的慢性复发性疾病。抑郁症是一种以显著的心境低落为主要特征的精神障碍性疾病,其较高的发病率、病死率和治疗成本是成为全球疾病负担的主要原因^[1]。目前,大量的证据表明,特应性皮炎和抑郁症之间存在关联。特应性皮炎患者常伴有情绪低落、睡眠障碍、兴趣减退、自闭甚至自杀等抑郁表现,增加了罹患抑郁症的风险^[2];另一方面,长期抑郁的精神状态会诱发或加重特应性皮炎^[3]。二者的相互串扰、共同作用严重影响患者及家属的生活质量。

特应性皮炎并发抑郁症的发病机制涉及全身多个系统,亦有诸多的潜在影响因素。目前相关研究主要围绕遗传基因、免疫炎症反应、内分泌系统紊乱及肠道微生态系统等展开^[4],但具体机制尚不明确。临床治疗特应性皮炎并发抑郁症主要以抗抑郁药、生物制剂、免疫抑制剂为主,但此类药物治疗的不良反应明显、复发率高,且其高昂的价格给患者家庭及社会造成一定的经济负担。随着中医药研究的不断发展和深入,不少现代药理和临床试验表明中医药治疗特应性皮炎并发抑郁症具有多靶点、多途径、高精度的特点。本文对特应性皮炎与抑郁症的共同发病机制及中医药治疗进行综述,以期引起业内对特应性皮炎并发抑郁症的更多关注,并为其临床诊疗提供依据。

1 特应性皮炎与抑郁症的共同发病机制

1.1 遗传易感性

特应性皮炎与抑郁症可能存在一定的遗传相关性,二者均具有多基因的遗传特性,且基因位点数目庞大。Yang等^[5]发现,在与特应性皮炎和抑郁症均存在相关性的基因中,有11个基因是特应性皮炎驱动的抑郁症调节因子,特应性皮炎可能会调控干扰素刺激基因15(ISG15)、骨形成蛋白7(BMP7)、泛素特异性肽酶46(USP46)和雄激素受体(AR)这4个基因的表达水平,从而影响抑郁症的病理发展。抑郁症的候选基因主要包括多巴胺受体、 β 羟化酶、转运蛋白基因、单胺类氧化酶基因、5-羟色胺(5-HT)转运体基因等^[6-7]。有研究通过蛋白质-蛋白质相互作用

(PPI)筛选出与抑郁症相关的基因,其中Toll样受体2(TLR2)基因是编码蛋白质Toll样受体(TLR)家族的成员,是前哨免疫细胞中的模式识别受体,负责检测病原体的特征分子并启动先天免疫反应,可与多种配体交互,增加抑郁症的易感性^[8-9],而TLR家族中的TLR2、TLR4、TLR9是与特应性皮炎密切相关的先天性免疫应答相关基因^[10]。由此可以推断TLR2基因可能与特应性皮炎和抑郁症均存在互动效应,对二者并发的易感性具有重要影响。

1.2 免疫炎症反应

特应性皮炎并发抑郁症的具体分子机制尚未清楚,但目前已有证据表明免疫与炎症因子的相互作用参与了特应性皮炎与抑郁症的共同发病。环境过敏原、物理损伤、感染等因素会刺激免疫系统,促使炎症因子表达增加,受体识别抗原后,可以释放肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-13(IL-13)等细胞因子,从而增强Th2免疫反应,导致瘙痒症状加重,同时破坏表皮屏障功能,形成“瘙痒-抓挠”的恶性循环,进一步加重特应性皮炎症状^[4]。研究表明,抑郁症与炎症细胞因子存在关联,其中主要炎症因子包括TNF- α 、C反应蛋白(CRP)和白细胞介素-18(IL-18)等^[11-12]。韩洁^[13]、Koo等^[14]通过研究发现,机体的炎症反应可以通过激活核因子 κ B(NF- κ B)引发一系列反应,进而参与蛋白的转录与表达,促进特应性皮炎炎症和抑郁样行为的发生。临床数据证明,特应性皮炎与抑郁症之间存在协同性。在Simpson等^[15]进行的随机对照试验中,特应性皮炎患者经度匹鲁单抗治疗后,其皮损情况和生活质量明显改善,抑郁症状得以缓解。申永辉等^[16]则发现应用抗抑郁药物可以降低血清炎症因子水平,调节免疫功能,进而影响特应性皮炎的皮损表现。因此,免疫炎症反应可能是特应性皮炎并发抑郁症的潜在机制。

1.3 神经内分泌系统功能紊乱

特应性皮炎并发抑郁症的患者通常会出现神经内分泌系统功能紊乱,下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA轴)是神经内分泌系统的重要组成部分,主要参与控制应激反应。Buske-Kirschbaum等^[17]发现,特应性

皮炎患者存在HPA轴应激减弱问题。Stetler等^[18]进行的Meta分析显示,抑郁症患者的HPA轴功能有明显的亢进倾向且体内皮质醇及促肾上腺皮质激素(ACTH)水平明显升高,而Nutan等^[19]发现,皮质醇与特应性皮炎的严重程度存在关联。此外,有研究表明,在特应性皮炎并发抑郁症患者中,HPA轴的活跃程度和性腺活动水平呈负相关^[20]。心理应激通过激活HPA轴干预皮肤炎症介质释放,HPA轴功能失调呈现负反馈调节,使抑郁症状加重,同时加剧痒抓循环,破坏皮肤屏障功能,增加了微生物的易感性,加重特应性皮炎的症状表现,并增加其治疗难度^[21]。

1.4 肠道菌群失衡

肠道菌群是肠道内的微生物群落,被称为人类“第二大脑”,其自身与代谢产物可以通过HPA轴、神经免疫系统及代谢进程,促进免疫炎症反应并影响大脑功能和心理状态^[22]。研究表明,肠道菌群代谢产物会加重特应性皮炎的症状,菌群紊乱会导致生物标志物游离酚和对甲酚的产生,二者经体循环后在皮肤聚集,进一步损害表皮分化并破坏皮肤的完整性^[23]。Stevens等^[24]发现,丁酸盐和不饱和脂肪酸作为肠道菌群的重要代谢产物,在抑郁症人群与健康人群中的水平存在显著差异,这提示菌群失调可能是潜在的抑郁症发病机制。近年来,随着肠-脑-皮肤轴的构建,大量研究发现,肠道菌群及其代谢产物在抑制炎症反应和氧化应激方面发挥作用^[25],通过调整肠道菌群来治疗特应性皮炎和抑郁症逐渐成为新的研究方向,由此可以推测肠道菌群是特应性皮炎并发抑郁症的潜在靶点。

综上,特应性皮炎并发抑郁症的机制主要涉及遗传、免疫失调、炎症细胞因子介导、神经内分泌系统功能紊乱及肠道菌群失衡等,因此,未来研究应多层次、多角度地挖掘中医药治疗特应性皮炎并发抑郁症的作用和路径,为特应性皮炎并发抑郁症的诊疗提供借鉴。

2 中医对特应性皮炎与抑郁症的认识

特应性皮炎属中医学四弯风、奶癣等范畴。《素问·至真要大论》言“诸湿肿满,皆属于脾……诸痛痒疮,皆属于心”,提示特应性皮炎与心、脾密切相关。林欢儿等^[26]在总结中医药治疗特应性皮炎研究进展时发现,目前多数医家认为特应性皮炎的核心病机

为脾肺气虚、心火亢盛,病性属本虚标实,临床常按脾虚湿盛、湿热蕴结、血虚风燥、气滞血瘀四种证型进行辨治。抑郁症属中医学神志病、郁病范畴。《古今医统》曰:“郁为七情不舒,遂成气结,即郁日久,变生多端。”陈鸿雁等^[27]提出治疗抑郁症的总原则为疏肝补肾、调理脏腑,具体可根据不同程度进行变化:轻度疏肝理气调神,中度健脾疏肝、养心调神,重度补肾填精、活血安神。

特应性皮炎和抑郁症的发生均与先天禀赋不足、后天脏腑失调相关,针对二者的病机以及发展进程,各医家从脏腑论治,并注重风、湿、郁、痰、瘀等病理因素对疾病的影响,对临床诊治二者共病具有一定的参考意义。目前,临床对特应性皮炎并发抑郁症的证型尚未形成统一认识,但现有的研究提示二者并发的病机早期多以心火脾虚、肝气不舒为主,中期多以肝气结滞、脾虚湿郁为主,晚期以肝脾肾三脏亏损为主^[28-29]。因此,归纳二者的证型分布特点以及核心病机,从脏腑辨证出发补虚泻实成为治疗特应性皮炎并发抑郁症的重要理念之一。

特应性皮炎并发抑郁症的病因病机复杂,且二者互为因果,具有一定的协同作用。特应性皮炎患者皮肤干燥瘙痒难耐,病情缠绵反复,治疗周期漫长,导致焦虑抑郁情绪蔓延,甚者会出现自残或自杀倾向;而抑郁症又会导致免疫稳态失衡,诱发或加重皮肤炎症反应,导致皮肤干燥和患者搔抓行为加剧。因此,把握住二者共同的病因病机,运用中医药理论和方法整体辨证、异病同治具有重要的理论意义和临床价值。

3 中药治疗特应性皮炎或抑郁症机制研究

3.1 调节免疫炎症反应

李钰杰等^[30]探讨牡丹皮-栀子药对治疗抑郁症的作用机制,发现槲皮素、山柰酚、 β -谷甾醇是牡丹皮、栀子的有效单体化合物成分,可以缓解氧化应激、减轻神经炎症,并能通过刺激神经来维持神经递质的传递平衡,从而缓解抑郁症的临床症状。张勇等^[31]发现,人参皂苷Rg1可通过抗细胞凋亡和调控炎症因子IL-4、IL-10、IL-13、IL-6、IL-1 β 、TNF- α 的表达对抑郁症大鼠起到神经保护和抗炎作用,其作用靶点可能对治疗特应性皮炎有着协同作用。芍药苷具有抗炎、保护神经等作用,可通过抗炎缓解慢性不

可预见的轻度压力引起的抑郁样行为,其多靶点的药效特点有助于在抑制特应性皮炎炎症和抗抑郁中发挥作用^[32]。白鲜碱可能通过抑制MrgprA3及其下游相关离子通道的过度激活以改善皮损炎症状态、保护皮肤屏障^[33],由此可推测,其可抑制特应性皮炎小鼠的慢性瘙痒行为,打破“瘙痒-抓挠”的恶性循环,从而改善抑郁症的临床症状。

3.2 调节神经内分泌系统

朱岳等^[34]研究了黄芪甲苷抗抑郁的作用机制,发现黄芪甲苷可能通过钙离子信号通路、神经活性配体-受体相互作用信号通路等多靶点、多途径来改善神经元凋亡、调节神经炎症、促进神经元修复和再生、调节单胺类神经递质传递,从而发挥抗炎、抗抑郁作用。实验研究显示,黄芩苷能减轻慢性应激抑郁模型小鼠的抑郁样行为,促进小鼠海马神经元增殖、迁移、分化,增加神经元形态的复杂性,上调突触蛋白的表达,同时降低炎症细胞因子的水平^[35-36],这也可能在一定程度上抑制特应性皮炎的炎症表达。白藜芦醇是天然的多酚类物质,可能通过抗炎抑制HPA轴,从而调节单胺类神经递质等^[32]。柴胡具有多种有效成分,可调节炎症因子、神经递质、脑源性神经营养因子,其中柴胡皂苷可通过改善抑郁症大鼠脑内神经递质5-HT及去甲肾上腺素(NE)含量减少神经损伤,从而发挥抗抑郁作用^[37]。

3.3 调控肠道菌群

黄连中的活性生物碱成分可能通过肠-脑-皮肤轴相关途径发挥抗炎和稳定HPA轴的作用,因此,其可能会对特应性皮炎并发抑郁症具有疗效^[38]。芍药苷能增加肠道益生菌的丰度,并通过肠道微生物代谢成苯甲酸,再通过血脑屏障进入大脑,以改善抑郁症状^[39]。茯苓总三萜可改善各菌属的相对丰度,促进抑郁模型大鼠肠道菌群改善,从而调节炎症和氧化应激、改善肠屏障功能^[40],由此推测,其可能会通过肠-脑-皮肤轴对特应性皮炎并发抑郁症的症状起到改善作用。甘草苷具有抗衰老、抗凋亡、抗炎、防辐射、抗抑郁、保护神经等药理活性^[41],或可用于特应性皮炎并发抑郁症的治疗。五味子素可以抑制TLR4/NF- κ B信号通路的表达,改善小鼠肠道微生态^[42],可能在菌群干预和抗炎方面对特应性皮炎并发抑郁症的相关靶点存在效用。管花肉苁蓉提取物

可改善慢性不可预知刺激致抑郁(CUMS)模型大鼠肠道内各菌属的紊乱状态,提高各菌属的相对丰度,重塑菌群结构,并可改善大鼠脑内单胺类神经递质、脑内神经营养因子等表达,从而发挥抗抑郁作用^[43]。

综上,中药活性成分可以多靶点、多路径地针对特应性皮炎和抑郁症的共同发病机制发挥干预作用,但目前采用中药(无论是中药单体还是中药复方)活性成分干预特应性皮炎并发抑郁症的临床试验相对缺乏,今后可开展相关研究。

4 中医特色疗法对特应性皮炎或抑郁症的作用

4.1 针刺疗法

针刺疗法是中医特色的绿色疗法之一,近年来广受好评和提倡,在养心安神、缓解瘙痒、舒畅情志等方面具有独特疗效。陈秀华等^[44]采用针刺结合中药治疗特应性皮炎患者99例,经12周治疗后,针药结合组总有效率96.67%。孙冬玮等^[45]运用数据挖掘技术总结近10年国内外针灸治疗抑郁障碍的选穴规律,发现百会、太冲、内关、印堂、神门为主要腧穴。

4.2 刺络拔罐法

刺络拔罐法是用针具(如三棱针)点刺腧穴使局部出血,并迅速将火罐吸附在进针处,以达“去宛陈莖”之效。目前已有关于刺络拔罐法用于治疗特应性皮炎或抑郁症的报道。龚婉琪等^[46]运用刺络拔罐法治疗轻中度抑郁症患者4周,发现其能有效改善患者的抑郁状态,缓解气机郁结症状。吴静^[47]运用刺络拔罐法治疗特应性皮炎,结果显示该法可有效改善瘙痒症状,刺络拔罐组总有效率83%。

4.3 艾炙疗法

艾炙疗法是通过艾条或艾草燃烧的温热效应刺激相应腧穴的方法。肖丹^[48]采用艾炙疗法联合中药治疗72例轻中度特应性皮炎患者,4周后对比治疗前后瘙痒及睡眠评分,结果提示患者临床症状明显缓解。石杰^[49]观察78例抑郁症患者,发现艾炙治疗可改善患者的神经认知功能,减轻抑郁焦虑症状。

4.4 推拿疗法

推拿疗法是运用相应的手法施术于体表腧穴或部位的中医传统外治法之一,有缓解疲乏、行气活血之效。卜祥伟等^[50]通过指揉太冲穴治疗22例抑郁症大学生患者,发现该法可有效调适其心理状态。林颖等^[51]采用小儿推拿手法治疗婴幼儿特应性皮炎

炎,通过手法刺激体表穴位及特定部位,激发和增强小儿经络传感性,主穴与配穴相合,操作手法轻快柔和,结果显示该法能有效改善特应性皮炎患儿皮损和瘙痒症状,调节机体免疫。

4.5 耳穴疗法

耳穴疗法是通过针刺或压豆的方式刺激耳部穴位的治疗方法。张福杰等^[52]对耳针治疗抑郁症的临床疗效进行Meta分析,发现耳穴疗法能通过刺激耳穴迷走神经降低抑郁症患者汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、贝克抑郁问卷(BDI)、抑郁自评量表(SDS)评分,提高其生活质量。肖杰^[53]观察培土清心方联合耳穴压豆治疗脾虚湿蕴型特应性皮炎的疗效,结果显示该联合疗法能促进皮损恢复、缓解瘙痒症状,临床疗效较好,且耳穴疗法安全有效,无明显不良反应。

4.6 刮痧疗法

刮痧疗法是应用特定工具作用于皮肤表面使之出现点状或片状瘀血的中医特色疗法。蔡红靖等^[54]采用刮痧联合拔罐治疗轻中度郁病患者40例,有效37例,无效3例,总有效率92.5%。张鑫^[55]发现虎符铜砭循经刮痧能明显改善心脾积热型特应性皮炎患儿的皮损和睡眠状况,缓解瘙痒症状,提高其生活质量。

5 结束语

随着医疗模式的转变,特应性皮炎与抑郁症均可归为身心疾病的范畴,研究表明,二者之间可能在遗传易感、免疫炎症反应、神经内分泌系统功能紊乱、肠道菌群失衡等方面存在共同的病理基础,从而相互协同,延长治疗周期,加大治疗难度。中医药疗法在中医理论指导下,对特应性皮炎并发抑郁症显示出确切疗效,但目前中医治疗二者共同发病仍存在以下欠缺:①对特应性皮炎并发抑郁症尚未形成统一的中医证型诊断标准,疗效标准尚不完善;②与二者并发相关的基础文献匮乏,缺乏足够的多中心、大样本研究数据;③有关中药活性成分及中药复方治疗二者并发作用机制的临床研究不足,可信度较低。因此,未来研究可以现有研究为基础,深入探索特应性皮炎并发抑郁症的病因病机与辨证分型,不断挖掘中药单体及复方的治疗机制与优势。

[参考文献]

- [1] DWYER J B, AFTAB A, RADHAKRISHNAN R, et al. Hormonal treatments for major depressive disorder: state of the art[J]. *Am J Psychiatry*, 2020, 177(8): 686-705.
- [2] YU S H, SILVERBERG J I. Association between atopic dermatitis and depression in US adults [J]. *J Invest Dermatol*, 2015, 135(12): 3183-3186.
- [3] 林薇, 周琼艳, 黄静, 等. 特应性皮炎与精神神经因素相互作用的研究进展[J]. *中国医药导报*, 2021, 18(5): 33-36.
- [4] 余玲芳, 张晨. 抑郁症的遗传学研究进展[J]. *上海交通大学学报(医学版)*, 2019, 39(8): 914-918.
- [5] YANG T, HUANG X, XU J, et al. Explore the underlying mechanism between atopic dermatitis and major depressive disorder[J]. *Front Genet*, 2021, 12: 640951.
- [6] AZADMARZABADI E, HAGHIGHATFARD A, MOHAMMADI A. Low resilience to stress is associated with candidate gene expression alterations in the dopaminergic signalling pathway[J]. *Psychogeriatrics*, 2018, 18(3): 190-201.
- [7] 王相文, 王圣海, 孙辰辉, 等. 基于生物信息学方法筛选重度抑郁症关键基因及潜在治疗药物预测[J]. *神经疾病与精神卫生*, 2023, 23(6): 400-407.
- [8] SALES M C, KASAHARA T M, SACRAMENTO P M, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor attenuates the hyperresponsiveness of TLR2⁺ and TLR4⁺ Th17/Te17-like cells in multiple sclerosis patients with major depression[J]. *Immunology*, 2021, 162(3): 290-305.
- [9] GUTTMAN-YASSKY E, WALDMAN A, AHLUWALIA J, et al. Atopic dermatitis: pathogenesis[J]. *Semin Cutan Med Surg*, 2017, 36(3): 100-103.
- [10] JUENGST S B, KUMAR R G, FAILLA MD, et al. Acute inflammatory biomarker profiles predict depression risk following moderate to severe traumatic brain injury[J]. *J Head Trauma Rehabil*, 2015, 30(3): 207-218.
- [11] 王士良, 钟华, 陆梅娟, 等. C反应蛋白基因单核苷酸多态性与家族遗传性抑郁症发病的关系研究[J]. *浙江医学*, 2019, 41(6): 525-528.
- [12] 田海华, 陈寿林, 徐国安, 等. ACTH、CORT、IL-18、TNF- α 预测抑郁症的临床应用价值分析[J]. *中国医药导报*, 2020, 17(2): 101-104.
- [13] 韩洁. 易感基因TMEM232在特应性皮炎中的机制研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2023.
- [14] KOO J W, RUSSO S J, FERGUSON D, et al. Nuclear

- factor-kappaB is a critical mediator of stress-impaired neurogenesis and depressive behavior [J]. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2010, 107(6):2669-2674.
- [15] SIMPSON E L, BIEBER T, GUTTMAN-YASSKY E, et al. Two phase 3 trials of dupilumab versus placebo in atopic dermatitis [J]. *N Engl J Med*, 2016, 375(24): 2335-2348.
- [16] 申永辉, 陈致宇, 张学平, 等. 血清炎症细胞因子水平与抗抑郁疗效的关系[J]. *浙江医学*, 2019, 41(13): 1370-1373.
- [17] BUSKE-KIRSCHBAUM A, EBRECHT M, HELLHAMMER D H. Blunted HPA axis responsiveness to stress in atopic patients is associated with the acuity and severity of allergic inflammation [J]. *Brain Behav Immun*, 2010, 24(8): 1347-1353.
- [18] STETLER C, MILLER G E. Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: a quantitative summary of four decades of research [J]. *Psychosom Med*, 2011, 73(2): 114-126.
- [19] NUTAN, KANWAR A J, BHANSALI A, et al. Evaluation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with atopic dermatitis [J]. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2011, 77(3): 288-293.
- [20] MIHÁLY J, SONNTAG D, KREBIEHL G, et al. Steroid concentrations in patients with atopic dermatitis: reduced plasma dehydroepiandrosterone sulfate and increased cortisone levels [J]. *Br J Dermatol*, 2015, 172(1): 285-288.
- [21] 宋彪, 李巍. 特应性皮炎的精神神经因素[J]. *中华临床免疫和变态反应杂志*, 2020, 14(5): 512-513.
- [22] 张雪珥, 王栩芮, 杨峥茹, 等. 基于微生物视角的“皮-肠”轴与特应性皮炎[J]. *微生物学通报*, 2022, 49(11): 4893-4908.
- [23] 陈毅, 王永芳, 宋莎莎, 等. 肠-皮肤轴在三种炎症性皮肤病中的研究进展[J]. *中国药理学通报*, 2022, 38(7): 979-982.
- [24] STEVENS B R, ROESCH L, THIAGO P, et al. Depression phenotype identified by using single nucleotide exact amplicon sequence variants of the human gut microbiome [J]. *Mol Psychiatry*, 2021, 26(8): 4277-4287.
- [25] KELLY J R, BORRE Y, O' BRIEN C, et al. Transferring the blues: depression-associated gut microbiota induces neurobehavioural changes in the rat [J]. *J Psychiatr Res*, 2016, 82: 109-118.
- [26] 林欢儿, 李孜怡, 彭静, 等. 中医药治疗特应性皮炎研究进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2019, 21(11): 29-32.
- [27] 陈鸿雁, 王健, 赵永厚. 抑郁症中医分期诊疗思路探讨[J]. *吉林中医药*, 2023, 43(11): 1267-1270.
- [28] 朱慧婷, 郎娜, 孙占学, 等. 特应性皮炎的中医核心病机探寻[J]. *北京中医药*, 2021, 40(11): 1197-1200.
- [29] 胡桂芳. 中医药治疗郁证的用药规律和证型分类研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2023.
- [30] 李钰杰, 马进. 基于网络药理学探讨牡丹皮-栀子治疗抑郁症作用机制[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2024, 26(2): 198-205.
- [31] 张勇, 黄黛, 贾新州. 人参皂苷 Rg1 对嗅球摘除抑郁症大鼠模型的抗炎和神经保护作用及其机制研究[J]. *中国免疫学杂志*, 2019, 35(13): 1573-1579.
- [32] 陈颖, 袁勇贵. 中药单体、药对、复方、中成药治疗抑郁症研究进展[J]. *中国临床药理学与治疗学*, 2021, 26(5): 586-593.
- [33] 邵海峰. 白鲜皮及其主要活性成分-白鲜碱的抗炎止痒作用及相关机制研究[D]. 扬州: 扬州大学, 2023.
- [34] 朱岳, 黄东梅, 鞠营辉, 等. 基于网络药理学和分子对接技术探讨黄芪甲苷抗抑郁的作用机制[J]. *现代药物与临床*, 2022, 37(11): 2465-2474.
- [35] 赵凡. 黄芩在治疗抑郁症方剂中的配伍应用及其抗抑郁机制研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2020.
- [36] 赵凡, 张卫华, 孙若岚, 等. 黄芩对皮质酮抑郁模型小鼠海马齿状回新生颗粒细胞存活及成熟的影响[J]. *中药药理与临床*, 2022, 38(2): 104-110.
- [37] 王海强, 周千瑶, 李冰琪, 等. 柴胡化学成分及药理作用研究进展[J]. *吉林中医药*, 2024, 44(1): 96-100.
- [38] 王鑫喆, 沈梦婷, 闫鹏举, 等. 黄连生物碱类活性成分与肠道菌群相互作用的研究进展[J]. *中国药房*, 2021, 32(1): 109-115.
- [39] YU J B, ZHAO Z X, PENG R, et al. Gut microbiota-based pharmacokinetics and the antidepressant mechanism of paeoniflorin [J]. *Front Pharmacol*, 2019, 10: 268.
- [40] 潘翔. 茯苓总三萜抗抑郁作用机制及效应成分研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2022.
- [41] 刘鹏, 田俊生. 甘草苷治疗抑郁症和糖尿病共病的网络药理学作用机制研究[J]. *天然产物研究与开发*, 2019, 31(11): 1880-1886, 1918.
- [42] SUN Y Y, YAN T X, GONG G W, et al. Antidepressant-like effects of schisandrin on lipopolysaccharide-induced mice: gut microbiota, short chain fatty acid and TLR4/NF- κ B signaling pathway [J]. *Int Immunopharmacol*, 2020, 89(Pt A): 107029.

- [43] 李瑒. 基于胃肠道代谢和“肠-脑”轴管花肉苁蓉抗抑郁物质基础及机制研究[D]. 上海:上海交通大学, 2018.
- [44] 陈秀华, 全小红, 莫秀梅, 等. 针药结合治疗血虚风燥型特应性皮炎的临床研究[J]. 中医杂志, 2016, 57(16): 1384-1387, 1392.
- [45] 孙冬玮, 武明霞, 王勃然, 等. 基于数据挖掘的针灸治疗抑郁障碍的选穴规律分析[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36(12): 56-60, 165-166.
- [46] 龚婉琪, 苏云海. 刺络拔罐法治疗抑郁症的疗效[J]. 中国医药指南, 2024, 22(1): 132-134.
- [47] 吴静. 刺络拔罐治疗特应性皮炎的临床观察[D]. 长沙:湖南中医药大学, 2014.
- [48] 肖丹. 艾灸法治疗轻中度特应性皮炎(脾虚湿蕴证)的临床疗效观察[D]. 成都:成都中医药大学, 2018.
- [49] 石杰. 艾灸疗法对抑郁症患者神经功能及认知功能的影响[J]. 中国中医药科技, 2020, 27(1): 130-132.
- [50] 卜祥伟, 王颖, 聂敬舒, 等. 指压太冲穴对大学生心理状态调适实验研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(11): 63-65.
- [51] 林颖, 蔡坚雄, 刘颖瑶, 等. 培土清心法小儿推拿治疗婴幼儿特应性皮炎的理论与实践[J]. 中医药导报, 2023, 29(7): 122-124, 160.
- [52] 张福杰, 李俊良, 马丹华. 耳针治疗抑郁症临床疗效的Meta分析[J]. 中华养生保健, 2023, 41(22): 79-82.
- [53] 肖杰. 培土清心方联合耳穴压豆治疗脾虚湿蕴型特应性皮炎疗效观察[J]. 山西中医, 2023, 39(12): 28-30.
- [54] 蔡红靖, 马春燕. 刮痧联合拔罐治疗郁证临床疗效观察[J]. 新疆中医药, 2019, 37(3): 39-41.
- [55] 张鑫. 虎符铜砭循经刮痧对儿童期脾积热型特应性皮炎瘙痒的效果观察[D]. 南昌:江西中医药大学, 2023.

(上接第564页)

阻遏于乳房部位则出现乳房增大,不通则痛,故乳房胀痛;手足心发热、夜间出汗多、舌红、苔黄腻、脉弦数,均为肾阴不足、相火偏旺之象。结合患儿症状、体征、辅助检查、舌苔脉象,辨病为性早熟,辨证为阴虚火旺,治疗以滋阴降火为主,选用知柏地黄丸加减。方中知母清虚热、滋肾阴,黄柏泻虚火,生地黄养阴生津、清热凉血,三药相配增强清泻相火之效;山萸肉补养肝肾并能涩精;茯苓健脾渗湿,泽泻利湿泄浊,牡丹皮、栀子清泻相火,并能制约山萸肉之温涩,使补中有泻、补而不腻;橘核、荔枝核理气散结止痛,再加预知子增强疏肝理气散结之功;柴胡、玫瑰花疏肝解郁,龙胆泻肝火;龟甲、鳖甲滋阴潜阳、软坚散结;鸡血藤、伸筋草舒筋活络、补血活血。二诊时患儿乳房硬结较前缩小,触痛减轻,手足心热好转,大便偏干,去龟甲,加天花粉开郁结、降痰火,又取其清热散瘀之力继续化乳核。随诊得知患儿诸症好转,性早熟并无发展趋势,身高在治疗中较前增长。

6 结束语

邵征洋教授治疗女童性早熟是在中医理论指导下,审清患者的病因病机,根据病因,辨证论治,强调滋阴清热,以肾为治疗核心,同时兼顾其他脏腑,旨在调整患儿体内阴阳平衡,使肾气得以封藏,冲任二脉调和,从而达到治疗效果。其治疗经验可为临床

治疗女童性早熟提供思路。

【参考文献】

- [1] 中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组, 中华儿科杂志编辑委员会. 中枢性性早熟诊断与治疗专家共识(2022)[J]. 中华儿科杂志, 2023, 61(1): 16-22.
- [2] 石良艳, 熊丹妮, 黄丽娟, 等. 女性性早熟中国诊治共识解读[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2021, 8(9): 1-6.
- [3] 梁立阳. 关于改善中枢性性早熟患儿身高获益的思考[J]. 中国当代儿科杂志, 2024, 26(1): 19-24.
- [4] 中国中西医结合学会儿科专业委员会内分泌工作组, 上海市中西医结合学会儿科专业委员会. 儿童性早熟中西医结合诊疗指南(2023版)[J]. 中医杂志, 2024, 65(5): 546-552.
- [5] 蔡亚伟, 孟辰, 胡明会, 等. 中医“火邪”病机理论探析[J]. 西部中医药, 2022, 35(2): 51-54.
- [6] 李杲. 脾胃论[M]. 北京:中国中医药出版社, 2019: 5.
- [7] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 王英, 竹剑平, 江凌圳, 整理. 北京:人民卫生出版社, 2017: 182.
- [8] 陈蕙亭. 本草撮要[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1985: 53.
- [9] 陈嘉谟. 本草蒙筌[M]. 陆拯, 赵法新, 点校. 北京:中国中医药出版社, 2013: 258.
- [10] 陈士铎. 本草新编[M]. 柳璇, 宋白杨, 校注. 北京:中国医药科技出版社, 2011: 226.
- [11] 戴元礼. 秘传证治要诀及类方[M]. 北京:商务印书馆, 1955: 39.