

山东中医杂志

(SHANDONG ZHONGYI ZAZHI)

(月刊)

1981年10月创刊

2025年第44卷第7期

(总第453期)

(2025年7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

名家论坛

脉名的传承与两组脉象名实变化之考证(下)

..... 沈澍农(721)

肺系疾病证治体系的创建与应用

基于“虚瘀毒”探析特发性肺纤维化

..... 景传庆 孔慧 张伟

徐飞 卢绪香(729)

论著

●临床理论与方法

肝藏象理论研究实践——情志病证PMS/PMDD研究

..... 郭英慧 宋春红 高明周(734)

从病证关系谈中医学的循证研究

..... 郭逸文 付广威 桑希生(740)

基于五脏生克制化辨证模式论治双心疾病

..... 王润英 邓芳隽 梁嘉钰

赵玉珂 郭海珍 李晓凤 杜武勋(744)

从脾与血浊相关论治阿尔茨海默病

..... 王丹丹 王业飞 于媛媛 韩萍(749)

基于“肝生血气”论治冠状动脉慢血流

..... 宋淼豫 朱翠玲 孙彦琴

杜明远 李晓辉 姜雷 岳朝冲(754)

●临床研究

归脾汤联合艾司西酞普兰治疗轻中度抑郁症疗效和安全性研究

..... 利敏玲 李英存 李馨

谢一瑾 范晓航 刘增训(760)

温阳祛瘀方联合针灸治疗腰椎间盘突出症

根性坐骨神经痛临床研究

..... 徐倩 武俊 姚延敬(767)

益气冠脉通心方联合八段锦治疗冠心病慢性心力衰竭临床研究

..... 韩子龙 王越 宋磊 罗玉环(774)

●外治理论与应用

深刺“廉泉-哑门”治疗中风后构音障碍手法与思路探析

..... 秦银露 李航宇 曾伟 李敏(781)

浮针联合再灌注活动治疗缺血性脑卒中后肱二头肌痉挛疗效研究

..... 潘星安 严琪 温伟红 陈静(786)

●名医经验

杨进基于“邪留三焦”理论辨治难治性发热经验

..... 黄潇潇 谢忠礼(791)

陈守强自拟“宁心康桥”系列方分型辨治冠状动脉心肌桥经验

..... 吕泰龙 李雯雯 孙振海
谢慧丹 李树弟 张梦贺(796)

姜泉从肝论治硬皮病用药规律及经验

..... 常甜 夏聪敏 彭秋伟
张富渊 李延婷 焦娟(801)

李果烈“轻重相合,升降相因”治疗惊恐障碍经验

..... 张家康 俞新浪 崔琪 刘晓宇 陆艳(809)

医案医话

中医全息论指导下腹针疗法治疗甲状腺功能亢进症验案

..... 刘悦秋 崔曼 李美 李檬(814)

综 述

忍冬治疗皮肤疮疡文献考证..... 梅明秋 刘雅芳(818)

淫羊藿治疗帕金森病机制研究进展

..... 秦雯璐 曾元宁 王秋红(824)

·广告· (封四)

[期刊基本参数] CN37-1164/R*1981*m*A4*120*zh*P* ¥ 10.00*1000*19*2025-07

本期责任编辑、外文编辑 王璐

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)

Jul. 2025

Vol. 44, No.7

CONTENTS

- The Inheritance of Pulse Names and the Textual Research on Evolution of Two Sets of Pulse Characteristics(Part II)..... SHEN Shunong(721)
- Analysis of Idiopathic Pulmonary Fibrosis Based on “Deficiency, Stasis and Toxicity”
..... JING Chuanqing, KONG Hui, ZHANG Wei, XU Fei, LU Xuxiang(729)
- Research and Practice on Theory of Visceral Manifestations of Liver—PMS/PMDD Study of Emotional Diseases..... GUO Yinghui, SONG Chunhong, GAO Mingzhou(734)
- On Evidence-based Research in Traditional Chinese Medicine from Relationship Between Disease and Syndrome..... GUO Yiwen, FU Guangwei, SANG Xisheng(740)
- Discussion on Treatment of Psycho-cardiology Diseases Based on Syndrome Differentiation Model of Five Internal Organs’ Generation, Restraint and Transformation
..... WANG Runying, DENG Fangjun, LIANG Jiayu,
ZHAO Yuke, GUO Haizhen, LI Xiaofeng, DU Wuxun(744)
- Treatment of Alzheimer’s Disease from the Correlation Between Spleen and Blood Turbidity
..... WANG Dandan, WANG Yefei, YU Yuanyuan, HAN Ping(749)
- Treatment of Coronary Slow Flow Based on “Liver Generates Blood and Qi”
..... SONG Miaoyu, ZHU Cuiling, SUN Yanqin,
DU Mingyuan, LI Xiaohui, JIANG Lei, YUE Chaochong(754)
- Study on the Efficacy and Safety of Guipi Decoction(归脾汤) Combined with Escitalopram in Treatment of Mild to Moderate Depression
..... LI Minling, LI Yingcun, LI Xin, XIE Yijin, FAN Xiaohang, LIU Zengxun(760)
- Clinical Study on Wenyang Quyu Formula(温阳祛瘀方) Combined with Acupuncture and Moxibustion in Treatment of Root Sciatica Caused by Lumbar Intervertebral Disc Protrusion
..... XU Qian, WU Jun, YAO Yanjing(767)
- Clinical Study on Yiqi Guanmai Tongxin Formula(益气冠脉通心方) Combined with Baduanjin on Chronic Heart Failure due to Coronary Heart Disease
..... HAN Zilong, WANG Yue, SONG Lei, LUO Yuhuan(774)

- Analysis of the Manipulation and Ideas of Deep Penetrating “Lianquan(CV-23)-Yamen(GV-15)”
Acupoints in Treatment of Post-Stroke Dysarthria
..... QIN Yinlu, LI Hangyu, ZENG Wei, LI Min(781)
- Study on the Therapeutic Effect of Floating Needle Combined with Reperfusion Activity in
Treatment of Biceps Spasm After Ischemic Stroke
..... PAN Xing’an, YAN Qi, WEN Weihong, CHEN Jing(786)
- YANG Jin’s Experience in Diagnosing and Treating Refractory Fever Based on “Pathogens
Lingering in Triple Energizer”..... HUANG Xiaoxiao, XIE Zhongli(791)
- CHEN Shouqiang’s Experience in the Type Differentiation and Treatment of Coronary Artery
Myocardial Bridge with Self-Prescribed “Ningxin Kangqiao” Series of Formula(“宁心康桥”系列方)
..... LYU Tailong, LI Wenwen, SUN Zhenhai,
XIE Huidan, LI Shudi, ZHANG Menghe(796)
- JIANG Quan’s Medication Regularity and Experience in Treatment of Scleroderma from the Liver
..... CHANG Tian, XIA Congmin, PENG Qiuwei,
ZHANG Fuyuan, LI Yanting, JIAO Juan(801)
- LI Guolie’s Experience in Treating Panic Disorder Based on “Combining Light and Heavy,
Regulating Ascending and Descending”
..... ZHANG Jiakang, YU Xinlang, CUI Qi, LIU Xiaoyu, LU Yan(809)
- One Test Case of Abdominal Acupuncture Therapy in Treatment of Hyperthyroidism Under the
Guidance of Holographic Theory of Traditional Chinese Medicine
..... LIU Yueqiu, CUI Man, LI Mei, LI Meng(814)
- Literature Verification on Treatment of Skin Sores and Ulcers with *Lonicera japonica* Thunb.
..... MEI Mingqiu, LIU Yafang(818)
- Research Progress on Mechanisms of Yinyanghuo(*Epimedii Folium*) in Treatment of Parkinson’s Disease
..... QIN Wenlu, ZENG Yuanning, WANG Qihong(824)

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

·名家论坛·

脉名的传承与两组脉象名实变化之考证(下)

沈澍农

(南京中医药大学,江苏 南京 210046)

[摘要] 西晋王叔和所作《脉经》首次对脉象进行了系统梳理,整理为24种脉象。这次整理,是后世脉学传承与研究的基础和核心。24脉中,革脉、软脉在传承中发生了变化,后来的传述者往往不能究其原委,发生了程度不等的误传与强解:软脉被替换为“濡脉”,革脉与“牢脉”发生了纠缠不清。深入研究可知,“革脉”与“牢脉”实为同一脉象,原本应是“坚脉”。而软脉与坚脉又是一组“相对脉”,二者差异在应指的力度,前者绵软,后者坚强。

[关键词] 《脉经》;软脉;濡脉;牢脉;革脉;坚脉

[中图分类号] R241.1

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0721-08

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.001

The Inheritance of Pulse Names and the Textual Research on Evolution of Two Sets of Pulse Characteristics(Part II)

SHEN Shunong

(Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210046, China)

Abstract The *Pulse Classic* by WANG Shuhe of the Western Jin Dynasty is the first to systematically categorize pulse characteristics into 24 types. This categorization has been the foundation and core of subsequent pulse inheritance and studies in traditional Chinese medicine. Among these 24 pulses, the drumskin pulse (革脉) and the soft pulse (软脉) have undergone changes during their transmission. Later transmitters often fail to understand the original reasons of the changes, leading to varying degrees of misinformation and misinterpretation; the soft pulse is replaced by the “soggy pulse”(濡脉), and the drumskin pulse becomes entangled with the “firm pulse”(牢脉). In-depth research reveals that the “drumskin pulse” and the “firm pulse” are essentially the same pulse, which should originally be the “strong pulse”(坚脉). Moreover, the soft pulse and the strong pulse are a pair of “relative pulses”, differing in the force responded to the finger during palpation; the former is soft and yielding, while the latter is firm and strong.

Keywords *Pulse Classic*; the soft pulse; the soggy pulse; the firm pulse; the drumskin pulse; the strong pulse

(接2025年6期《脉名的传承与两组脉象名实变化之考证(上)》)

4 “革”与“牢”的正名

4.1 宋以后的传承

上文回顾,“牢脉”和“革脉”,在唐以前的传承

[收稿日期] 2025-01-22

[基金项目] 国家社会科学基金重大课题项目(编号:17ZDA332)

[作者简介] 沈澍农,教授,博士研究生导师,主要从事中医医史文献研究、中医古籍整理与相关语言文字研究。邮箱:shunongshen@163.com。

中,除了P.3477这一特例外,都是或用“牢”或用“革”,各有选用。所以古人有云:“有革則無牢,有牢則無革。”(此语大约始于元代吴澄,后人多有转述。见后文引用。)

入宋以后,“牢脉”与“革脉”渐渐混乱。但开始时也是有人主张二者为同一脉的。

在上文“軟脉”与“濡脉”题下曾指出,宋代施发的《察病指南》正确地说明了“濡脉”即是“軟脉”。而“牢脉”在同书卷“九道脉”中。施书该条释作:

牢脉屬陰,按之實強,有似沈狀[伏];一云沈伏實大,如按鼓皮,曰牢(即黃帝所謂革脉也)。[5]十四叶

其释义的前一半,与《千金翼方》、P.3477、S.5614(引文见后文)的释义较为相近;但“一云”以下,则是宋代以后新生出的。鼓皮为兽革制成,沿此思路,“如按鼓皮”就很容易被称为“革脉”。不过,是先释成“如按鼓皮”因而派生出“革脉”之名,还是先有人改称其脉为“革脉”因而派生出“如按鼓皮”之说,已经不太明了。但本条虽论“牢脉”,却也使用了通常用于“革脉”的释语“如按鼓皮”,又在注文明确指出“牢脉”就是“黄帝所謂革脉”。很明显,施发认定牢脉、革脉是同一脉,并非两个脉。

施发书中又指出:

右前七表八裏九道,共二十四脉。

按諸家脉書皆二十四脉,互有少異。但無濡牢長短四脉,却有數革軟散四脉。若取諸家脉經觀之,乃有數革軟散大五脉。(革軟散脉已見於前)[5]中卷十五叶

据施发所述,当时流行的脉书,即使是七表八里九道合二十四脉,也已经演化出不同细目,或收濡脉、或收軟脉、或收牢脉、或收革脉:并不兼收。

元代医家齐德之《外科精义·论脉证名状二十六种》就只收牢脉,未收革脉。而其释牢脉是:

牢脉之診,按之則實大而弦,且沈且浮,而有牢堅之意。[24]

“实大而弦”出于旧注(“弦”当校作“强”),“且沉且浮”意即“有沉有浮”,但“且沉且浮”与“牢堅”似乎很难兼得。

在《脉诀》中,牢脉列属于九道脉。因“七表八里九道”有数量限制,“革脉”不在其中,《脉诀》衍生出的后续诸书,一般都不论“革脉”。

但是,“牢脉”名称变化原委当时已经失传,古书中又存在着“革脉”之名,且“牢”“革”二字字面上不易看出有何关联,因而后来之释者不免望文生义,凭

感觉说事。元代戴起宗《脉诀刊误》就主张“牢”“革”各为一脉,应并存:

今按:古今多以“革”與“牢”混論……或曰牢脉即黃帝之所謂革脉,《千金翼》亦以“革”爲“牢”,是以“革”“牢”同一義。然《內經》“渾渾革至如湧泉”,則此“革”不與《脉經》沉伏之“革”同矣。然則“牢”“革”兩義也。[7]899

戴起宗指责施发之说,引《素问·脉要精微论》“渾渾革至如涌泉”用来驳论。然《素问》本句“革”当重文,“渾渾革革”犹“渾渾汨汨”,状泉水从地下涌出之貌,与革脉本无关联,所以,以此句“革”为据说释,乱配鸳鸯,等于无据。意欲“刊误”,实则添误。但类似此种认识已经流行,积重难返。

元代以后,革、牢二脉并收为多见。如元代医家滑寿《诊家枢要》“脉阴阳类成”篇,明代张太素之《太素脉秘诀》卷下“下指轻重法”、李时珍《濒湖脉学》都兼收了革、牢二脉,三家述其脉形分别为:

革,沉伏實大,按之如鼓,曰革。氣血虛寒,革易常度也……牢,堅牢也。沉而有力,動而不移,為裏實表虛。[25]

牢(浮按有力,按之即無。):着濕作腫,筋骨疼痛……革(沉伏實大,如按鼓皮。):邪氣固結,真脫病危。[26]

革脉,弦而芤(仲景),如按鼓皮(丹溪)……時珍曰:此即芤弦二脉相合,故均主失血之候。諸家脉書皆以為牢脉。故或有革無牢,有牢無革,混淆不辨。不知革浮牢沈,革虛牢實,形證皆異也……牢脉,似沈似伏,實大而長,微弦。(脉經)[18]32-33

“革脉”与“牢脉”原为同一脉,人为一分为二后,如何分别定义,各持己说。革脉、牢脉分别是沉取还是浮取,三家说法各不相同;二者各呈现何种脉象特征,三家描述亦不相同。

宋元以后医书大多是革、牢并收,而辨别的核心点多是说“革浮牢沉”。大抵是接受了李时珍之说。但究其实,李时珍也是附和宋元后流行的看法略作敷衍,自己并没有深入考究。

又如李中梓《诊家正眼·诊脉法象论》释义谓:

革脉:革大弦急,浮取即得,按之乃空,渾如鼓革……按:革者,皮革之象也。表邪有餘,而內則不足也。恰如鼓皮外綳急,內則空虛也。浮舉之而弦大,非綳急之象乎?沉按之而豁然,非中空之象乎?[9]卷下三十一-三十一叶

牢脉:牢脉沉分,大而弦實,浮中二候,了不可

得……按:牢有二義:堅固、牢實之義,又深居在內之義也。故樹以根深爲牢,蓋深入於下者也;監獄以禁囚爲牢,深藏於內者也。仲景曰“寒則牢固”,又有堅固之義也。牢脉所主之症,以其在沉分也,故悉屬陰寒。以其形弦實也,故咸爲堅積。夫失血亡精之人則內虛,而當得革脉,乃爲正常;若反得牢脉,是脉與症反,可以下死期矣。^{[9]三十一—三十二叶}

李中梓也持“革浮牢沉”之论,但其演绎脉名之义,则全从字面出发,尽情发挥(按:李中梓引“仲景曰‘寒则牢固’”,未详引出于何本。赵开美翻宋本《伤寒论》作“牢坚”,当从。下详。)

综观各家之说,可以看到,对“革”“牢”二脉的历史演变未究原委、未辨实质时,难免各自师心自用,随意立说。

4.2 一脉还是两脉

前引《脉经》中“革脉”的记述和《千金翼方》中“牢脉”的记述分别为:

革脉,有似沈伏,實大而長,微絃。(《千金翼》以革爲牢。)^{[1]3}

按之實強,其脉有似沈伏,名曰牢。牢,陽也。^{[3]301}

《脉经》24脉名之“革脉”,《脉经》“诸脉主证”中称作“牢脉”。

《千金翼方》亦称“牢脉”。与《脉经》“革脉”描述语两方相比,在似与不似之间。但都包含着“沈(沉)伏”“实”“强”(《脉经》“絃”当校作“强”)这几个基本要素。

再看敦煌脉书P.3477革脉条、牢脉条(前2行。原卷牢脉条误抄在芤脉的注文中)和S.5614牢脉条(第3行):

革,陽。(之按[按之]實弦[强],名[曰革]。其脉有似沉伏也。)^{[4]110}

(牢,按之實,名曰[牢]。其脉有似沉伏也。)^{[4]110}

寸口罕[牢]脉,按之實大如長,微弦[强]。又以[似]沉伏,名曰牢。^{[4]363}

此数条敦煌脉书虽然用名不同,却与《脉经》的“革脉”和《千金翼方》的“牢脉”条文相似,也都包含着“按之实”“有(又)似沉伏”“强”(牢脉条下脱)的要素,因而可以判定为同源条文。对比这些相关文献,不难判定,“革脉”和“牢脉”原本应是同一脉。分成二名,以及各方分歧的释义,都是后来医家随心演绎而生成。

4.3 二名源变正解

前述“軟脉”和“濡脉”情况相对简单,只要稍费

心思查阅相关辞书,明白了“濡”的多音多义及与“軟”的关系,就不难得到正确答案。相比之下,“牢脉”与“革脉”二者之间却不存在这样浅表的关联,关系更为复杂。因而,这一组的破解,需要用一些推理思维。

4.3.1 名源基本推理

第一步推理:“牢”与“革”有什么共同义,因而有可能用于命名同一种脉象?一般来说,此二字共同义并不明显,但“牢”若取牢固、坚牢义,而“革”是坚硬的,以其名词义“皮革”引申,则二者有一定的关联,存在着相互替代的可能。

第二步推理:如果“牢”与“革”用于指称同一对象,哪一个更可能被弃用,而被另一个所替换?这个方向可能更容易有结论。首先看“革”,《新元史·志五十五》载,元代至元三年(1266),曾为《表章定制》规定若干条例,其中规定有167字属“表章回避字样”,其中就包含“革”字^[27]。但“革”用于脉名不晚于唐代(《千金要方》《千金翼方》及敦煌医书可证),元代的禁忌不会影响到前代。再看“牢”,《说文解字》:“牢,闲。养牛羊圈也。”引申指关人的牢狱。因而,脉名若称“牢”,比较容易因情感上的嫌恶而被弃用,因着上述二者相关的理由改称“革”。也就是说,先称“牢”,后改“革”。

第三步推理:既然“牢”是人们有可能嫌恶的字,先前怎么会取“牢”用作脉名?由此逆推,“牢”应该不是初名,是原本的曾用名因某种特殊原因不能使用,在特定情况下被改称“牢”。而这样的演变,在历史上恰恰是发生过的。

古代历史上,曾有两次避“堅”。

一是三国吴大帝孙权,父追尊武烈皇帝名“堅”。清周广业《经史避名讳考》卷九:“始祖武烈皇帝(大帝追尊)諱‘堅’字……《吴志·陸遜傳》:遜曰:‘孫安東得士衆心,城牢糧足。’‘牢’字,避堅諱也。”^[28]

二是隋高祖文皇帝杨氏名“堅”。隋代避杨堅讳影响较大,使得多种古书中所用“堅”字发生了改变。

在中医界被人熟知的是中医经典《伤寒论》中,“堅”字绝大多数被改作“鞮”。

又讳改为“牢”,在中医古籍中也很多见。最典型的是两部重要经典《难经》《诸病源候论》。

《难经》全书不用“堅”,当用“堅”处都用“牢”。但《难经》成书大约是东汉,因而难以断言《难经》中的讳改发生在三国还是隋代。

《诸病源候论》宋本全书只有卷十五《肾病候》出现了两例“堅”字(清周学海本另有少数其他例),其

他本应当用“堅”处,主要被改换为两个字:一是被写成“鞣”(“鞣”当作“鞣”,“鞣”同“鞣”,即今“硬”字),大约40处;二则是写作“牢”,全书共出现89处,根据被避讳处的语境选择使用。不过不是所有“牢”都属于讳改字,少数有可能是本字本义用法,如全书有3处“牢鞣”连词,就不易冒然确定哪个字是“堅”的讳改字,但《伤寒论·平脉法》有“寒则牢坚”^{[16]206}之例,本句“坚”入韵,故“牢”字显然为了双音词组合而同义连用,起陪衬作用;又《脉经》卷十亦有“细而牢坚”^{[1]99}之例(此引宋本,广勤堂本“牢坚”作“坚牢”),因而《诸病源候论》原本较大可能要写的是“牢坚”。不过若是以单字出现的用例,则“鞣”和“牢”大体都是“堅”的讳改字。

由此,《脉经》首篇脉名作“革脉”,《脉经》卷二“平三关病候并治宜第三”(即“诸病主证”)篇与《千金翼方》脉名作“牢脉”,作“牢脉”是更近于原貌的。但进一步追究,“牢脉”又当是“堅脉”。

4.3.2 医书本有“堅”脉

古代医药文献(包括涉医的文史文献)虽然罕见“堅脉”之名,但描述脉象时,用“堅”之例甚多。

《史記·倉公傳》:《脉法》曰:沈之而大堅,浮之而大緊者,病主在腎。^[29]

《素問·五藏生成論》:赤脉之至也,喘而堅。^{[12]29}

《素問·平人氣象論》:寸口脉,沈而堅者,曰病在中……脉盛滑堅者,曰病在外……脉小實而堅者,病在内。^{[12]41}

《素問·平人氣象論》:風熱而脉靜,泄而脫血脉實,病在中脉虛,病在外脉濇堅者,皆難治,命曰反四時也。^{[12]42}

《素問·玉機真藏論》:病熱脉靜,泄而脉大,脫血而脉實,病在中脉實堅,病在外脉不實堅者,皆難治。^{[12]45}

《素問·玉機真藏論》:形氣相失,謂之難治。色夭不澤,謂之難已。脉實以堅,謂之益甚。脉逆四時,為不可治。必察四難,而明告之。^{[12]47}

《素問·調經論》:風雨之傷人奈何?岐伯曰:風雨之傷人也……血氣與邪并,容於分腠之間,其脉堅大,故曰實。^{[12]122}

《靈樞·壽夭剛柔》:形充而皮膚緩者則壽,形充而皮膚急者則夭,形充而脉堅大者順也。^{[14]21}

《靈樞·終始》:所謂氣至而有效者,寫則益虛,虛者,脉大如其故而不堅也。堅如其故者,適雖言故,

病未去也。補則益實,實者,脉大如其故而益堅也。夫如其故而不堅者,適雖言快,病未去也。故補則實,寫則虛,痛雖不隨鍼,病必衰去。^{[14]26-27}

以上各例“堅”,都是对脉象的描述。因而可以确认,在王叔和整理脉名系统之前,“堅”也是常见脉形状之一。且《脉经》一书中,指向脉的“堅”字出现也很多,如:

《脉經》卷一“迟疾短长杂病法第十三”:脉下堅上虛,病在脾胃……脉大而堅,病在腎。^{[1]7}

《脉經》卷四“診百病死生决第七”:心腹痛,痛不得息,脉細小遲者生,堅大疾者死。^{[1]34}

所以到王叔和整理脉名时,“堅脉”理当也在其选择范围;亦即,王叔和《脉经》24脉原本可能曾有“堅脉”。

4.3.3 “堅”“牢”多有异文

古医籍中,“堅”“牢”“鞣(鞣)”三字互为异文者众多,这里重点看“堅”“牢”二字的异文。

《素問·大奇論》:胃脉沈鼓濇,胃外鼓大,心脉小堅急,皆高偏枯,男子發左,女子發右。^{[12]96}

《素問》作“堅”,《诸病源候论》卷一“风偏枯候”、《外台秘要方》卷十九“风偏枯方”同作“牢”(条文中二“發”字,《外台秘要方》作“廢”,义长)。

《素問·通評虛實論》:帝曰:癩疾何如?岐伯曰:脉搏大滑,久自已;脉小堅急,死不治。^{[12]63}

《素問》作“堅”,《黄帝内经太素》卷第十六“診候之三·虚实脉诊”同;《诸病源候论》卷二“五癩病候”、《千金要方》卷十四“风癩第五”同作“牢”。

《諸病源候論》卷三“虛勞羸瘦候”:《養生方》云:朝朝服玉泉,使人丁壯,有顏色,去蟲而牢齒也。^[30]

《诸病源候论》作“牢齿”,《医心方》卷二十七“导引第五”、《千金要方》卷二十七“养性序第一”俱作“堅齿”。

《諸病源候論》卷六“寒食散發候”:或大行難,腹中牢固如蛇盤,坐犯溫久積腹中,乾糞不去故也。^{[30]47}(“固”,周学海本作“因”,非是)

《诸病源候论》作“牢固”,《医心方》卷十九“服石发动救解法第四”、卷二十“治服石大便难方第卅七”两引之,并作“堅固”。

《脉經》卷四“診百病死生决第七”:上氣注液,其脉虛寧寧伏匿者生,堅彊者死。^{[1]34}

《脉经》作“堅彊”,《千金要方》卷二十八“診百病死生要决第十五”作“堅强”,《诸病源候论》卷十三

“上气候”作“牢强”,《千金翼方》卷二十五“诊杂病脉第七”作“牢弦”(“弦”当作“强”)。

《诸病源候论》卷十三“七气候”:凡七气积聚,牢大如杯若杵,在心下腹中,疾痛欲死,饮食不能。^{[30]80}(杵,同“盘”)

《诸病源候论》作“牢大”,《千金要方》卷十七“积气第五”、《外台秘要方》卷八“七气方”皆作“坚大”。

《脉经》卷二“平三关阴阳二十四气脉第一”:右手关上阴实者,脾实也。苦肠中伏伏如坚状,大便难。^{[1]11}

《脉经》作“坚状”,《千金要方》卷十五“脾藏脉论第一”同;《诸病源候论》卷十四“大便难候”作“牢状”。

以上各例,都是诸书同条间“坚”“牢”异文,各组既是同条,用字本应相同,但因为历史避讳文化的影响,而演化成了异文。以各书用字的主要倾向看,《素问》《脉经》《千金要方》用“坚”,《诸病源候论》《千金翼方》用“牢”。(《脉经》有用“牢”之例,但较少;《外台秘要方》《医心方》未作全面考察,因为二者是类书,较大可能随所引源书而变。)

4.3.4 张仲景书之“革”“牢”

汉末医圣张仲景,最早系统地将脉象施用于临床诊病。其传世医著《伤寒论》《金匮要略》正文主以“脉证并治”立题。传世的张仲景三部医著中,提及革脉有2条、牢脉有1条。如:

《伤寒论·辨脉法第一》:脉弦而大,弦则为减,大则为芤,减则为寒,芤则为虚,寒虚相搏,此名为革。妇人则半产漏下,男子则亡血失精。^{[16]203}(本条又见于《金匮玉函经·辨脉第二》《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》,又《金匮要略·惊悸衄吐下血胸满瘀血病脉证并治第十六》《金匮要略·妇人杂病脉证并治第二十三》及敦煌卷子S.202。)

《伤寒论·平脉法第二》:风则浮虚,寒则牢坚,沉潜水涵,支饮急弦。^{[16]206}

《伤寒论·辨不可下病脉证并治第二十》:下利,脉大者,虚也,以强下之故也。设脉浮革,因尔肠鸣者,属当归四逆汤。^{[16]294}(本条又见于《金匮玉函经》“辨不可下病形证治第十七”“辨发汗吐下后病形证治第十九”“辨可温病形证治第二十”“辨不可水病形证治第二十七”四篇。)

例1之“革”出于《辨脉法》,前人或引作张仲景述及革脉之证明。如李时珍《濒湖脉学》论革脉引张仲

景所言:“弦则为寒,芤则为虚,虚寒相搏,此名曰革。男子亡血失精,妇人半产漏下。”^{[18]32}本条显然引自例1而化裁。但学界共知,“辨脉法”一篇并非《伤寒论》原有篇章,乃后人掺入,因而本例“革脉”不能确信为仲景旧笔。且从句式看,“弦则为减,大则为芤”二句中,“芤”与“弦”并非对举,“革”也并未承接“芤”与“弦”;敦煌卷子S.202中,“此名为革”作“脉即为革”,即“革”为虚寒之证呈现的脉象,因而芤、弦相兼为“革脉”之说不可信。例2“牢坚”二字同义连用,其所出的“平脉法”,同样为后人掺入的篇章,《脉经》卷五第一、《千金要方》卷二十八第四并作“紧弦”,应是刻意回避“牢”“坚”二字而臆改(下句有“弦”,本句一般不应用同字),但客观上反映出古人对此二字有过避用。而《伤寒论·平脉法第二》保留下了“牢坚”二字,较大可能出于后世掺改。(按:《伤寒论》全书避隋文帝杨坚之讳,当用“坚”处大多改为“鞭”,但传世本却也有4处“坚”字。除本条“寒则牢坚”外,还有“伤寒例”篇“坚有燥屎”、“辨不可发汗病脉证并治第十五”篇“腹中复坚”、“辨不可下病脉证并治第二十”篇“心下苦痞坚”。这较大可能是避讳误漏或文献多源的影响。后三例非关脉象名,此不赘述。)例3之“革”固然见于正篇,但仅此孤例,亦难说是仲景旧文,且本例“浮革”,庞安时《伤寒总病论》引作“浮大”^[31],庞安时著该书的时代距宋臣校理《伤寒论》的年代很近,其引文可信度当较高,这在一定程度上证明了“设脉浮革”一语未必可信。

结合前文的讨论,仲景书中的“革”“牢”二字,都不大可能是仲景旧文,因而也就不能据此证明《脉经》以前就存在“革”“牢”二脉。现在可见脉诊文献中的“革”“牢”二脉应是隋代以后的避讳和臆改。

4.4 重回“坚脉”正名

革脉和牢脉,在宋代以后的诊断类文献中,大多是同时保留,各作不同解释。而现代的教材,基本上都按宋元以后的口径传述。以下将几种教材的释义列表进行简单对比,见表2。

可以看到,现代教材基本上沿袭了宋代以后多种脉书的思路,大体以革浮、牢沉为二者的基本分型。牢脉重看“沉”的特点,与其在早期脉学文献中的描述还较为贴近;革脉以“浮”为重点,就完全没有溯及其脉在《脉经》等书中的描述,只是沿用了元明以来医家的解释,而元明以来医家的解释又只是根据“革”的字面义演绎的,缺乏文献考辨的依据。

通观王叔和所拟24脉之名,其名称之义几乎都很直接、显豁。惟“革脉”(或牢脉)名义隐晦,与脉象描述的关联也不分明,且“革脉”与“牢脉”二者又纠缠不清,虽然千百年来人们大多将二者强分、强解为两个不同的脉,但终是难明所以。历代临床文献中,“革脉”或“牢脉”很少出现。应该就因为二脉名义不清,难于实用。

本文考证确认,“革”“牢”二名本指同一脉象,其脉象形态在唐代文献中有清晰描述,以“有似沉伏”“实强”为其主要特征。在脉名方面,“革”和“牢”又都不是其对应脉象的本来之名,其本来之正名应当是“坚脉”,虽然作为脉象专名,“坚脉”在历史上已经久被湮没,但如上文4.4.2部分所举,古代文献中其实是存在“坚脉”的。因而“坚脉”的诊断意义,还要借助这类相关文献的描述来重构。

名不正则言不顺,虽然“坚脉”之名极少在古代文献中被正面地记述流传,可能学界不容易认可,但为了尊重历史本真,笔者主张还是要回到其本来之正名“坚脉”,同时要将其在历史上演化而成的另两个名称“牢脉”以及“革脉”的历史渊源作必要的说明。

5 “坚脉”与“软脉”的关系

本文重点关注了《脉经》24脉中两个发生了变化的脉名。前文首先确认了“濡脉”就是“软脉”,其次确认了“革脉”就是“牢脉”,更深入说就是“坚脉”。下文,我们还要关注二脉之间的关系。

5.1 “软”(奠、濡)与“坚”(鞣、牢)有对举

古医书中,“软”(奠、濡)与“坚”(鞣[鞣]、牢)不乏对举之例。

首先看不是脉象描述的条文:

《灵枢·本藏》:爪坚色青者,臆急;爪濡色赤者,臆缓。^{[14]84}

《灵枢·卫气》:能知虚石[实]之坚软者,知补泻之所在。^{[14]90}

《诸病源候论》卷三十二“疽候”:黑疽发膝臑,牢者死,濡者可治。^{[30]155}

《诸病源候论》卷三十二“癰有膿候”:凡癰經久不復可消者,若按之都牢鞣者,未有膿也;按之半鞣半软者,有膿也。^{[30]153}

《素问·藏气法时论》:此五者,有辛酸甘苦鹹,各有所利,或散或收,或缓或急,或坚或奠,四时五藏病,随五味所宜也。^{[12]54}

《素问·至真要大论》:六者或收或散,或缓或急,或燥或润,或奠或坚。以所利而行之,调其气使其平也。^{[12]190}

例1“坚”“濡”上下句对举,例2“坚”“软”同句反义连词(本例“坚软”,《黄帝内经太素》卷十“经标本”作“坚奠”,《针灸甲乙经》卷二“十二经标本第四”作“坚濡”),例3“牢”“濡”上下句对举,例4“鞣”“软”同句对举(“鞣”当作“鞣”,同“鞣”“硬”,前文已释;句中“牢鞣”连词,“牢”字取其常义),后2例“坚”“奠”同句对举。

在涉及脉象时,这样的对举特别是又有异文就更能说明问题。

《灵枢·四时气》:一其形,听其动静者,持气口人迎,以视其脉,坚且盛且滑者,病日进;脉软者,病将下。诸经实者,病三日已,气口候阴,人迎候阳也。^{[14]51}

《黄帝内经太素》卷二十三“杂刺”亦有本条,“脉软者”作“脉濡者”。本条明显构成“坚”与“软”(濡)的对用。

《难经·四难》:肾肝俱沈,何以别之。然。牢而长者,肝也;按之濡,举指来实者,肾也。^{[15]10}

《难经·十七难》:病若开目而渴,心下牢者,脉当得紧实而数,反得沈濡而微者,死也。病若吐血,复鼻衄血者,脉当沈细,而反浮大而牢者,死也。^{[15]34}

《难经·四十八难》:人有三虚三实,何谓也?然。

表2 《中医诊断学》教材记述的革、牢二脉

版本或主编	试用本教材	试用本教材	邓铁涛	杨匀保	朱文锋	李灿东、方朝义
出版社	人民卫生出版社	上海科学技术出版社	上海科学技术出版社	中国医药科技出版社	中国中医药出版社	中国中医药出版社
年份	1960年	1964年	1984年	1992年	2003年	2021年
革脉	浮而搏指,中空外坚,如按鼓皮	浮而搏指,中空外坚,如按鼓皮	浮而搏指,中空外坚,如按鼓皮	浮而搏指,中空外坚,如按鼓皮	浮而搏指,中空外坚,如按鼓皮(附于浮脉)	浮而搏指,中空外坚,如按鼓皮(附于浮脉)
牢脉	实大弦长,沉按独强	沉按实大弦长	沉按实大弦长	沉按实大弦长	沉而实大弦长,坚牢不移(附于沉脉)	沉而实大弦长,坚牢不移(附于沉脉)

有脉之虚实,有病之虚实,有诊之虚实也。脉之虚实者,濡者为虚,紧牢者为实。病之虚实者,出者为虚,入者为实……诊之虚实者。濡者为虚,牢者为实;痿者为虚,痛者为实。^{[15]68-69}

《难经·七十九难》:所谓实之与虚者,牢濡之意也。气来实牢者为得,濡虚者为失,故曰若得若失也。^{[15]97}

以上《难经》诸例,第1例“牢”“濡”(“按之濡”,《脉经》卷一“辨脉阴阳大法第九”作“按之粟”。)上下句对举,第2例“濡”“牢”上下句错位对举(前句若改“沈微而濡”,则在同位),第3例亦为“濡”(《脉经》卷一“平虚实第十”前“濡”字作“粟”,无条文后半)“牢”上下句对举,第4例前有当句反义连词(“牢濡”),后有“实牢”与“濡虚”上下句错位对举。

联系本小题前文,就有“坚”(“鞣[鞣]”“牢”)与“软”(“粟、濡”)之间的错综对比。表明“牢”就是“坚”,与“软(粟、濡)”为反义词。

5.2 “软脉”与“坚脉”为相对脉

所谓相对脉,通常是在某种单一维度上有明显差别的脉象。如脉位浮-沉;脉率迟-数;脉宽洪-细;脉流利度滑-涩;脉长度长-短;脉紧张度紧-缓。

“软”(粟、濡)与“坚”(鞣[鞣]、牢)字义相对,在当代语言中,即是“软”与“硬”;在用于描述脉象时,又不乏对举应用,由此推导,软脉和坚脉其实犹言软脉、硬脉,是一组相对脉。只是由于隋代以后,虽然脉书中有时还能看到“坚”用于描述脉的“形状”,但作为专名的“坚脉”几乎完全消失,改用“牢脉”“革脉”二名后,仅从字面上既难理解此二名之间的关系,更无法看出二名与“软脉”的意义关联,所以,千百年来的诸多脉诊书之中,“软脉”和“牢(革)脉”几乎都没有相对脉;或者换言之,极少有人看出这两组脉存在相对关系。

但也有例外。宋代陈言《三因极一病证方论》卷一有“脉偶名状”篇。所谓“脉偶名”,就是对偶之脉名,也就是相对脉。全篇以相对脉展开,如浮-沉、迟-数、虚-实、缓-紧、洪-细、滑-涩、弦-弱、结-促、芤-微、动-伏、长-短、濡-革、散-代,计13组^[32]。

其中一些“脉偶”关系可能不很典型,故陈言的“脉偶”说并不都为医界认同。但其中的濡脉和革脉一组,虽然陈言没有进行脉名的正名或作名实考证,却是凭直觉提出了“濡”和“革”应成“偶”,也就是相对脉,这是应该肯定的。

元代著名理学家吴澄虽非医家,但他曾为姚宣仲《诊脉指要》(该书已佚)作序,序中说:

脉书往往混牢革为一,有牢则无革,有革则无牢。夫牢者坚也,经云紧牢为实,又云寒则牢坚。革者,寒虚相搏之脉也,而可混乎?脉之名状,浮流[沉]、实虚、紧缓、数迟、滑濇、长短之相反也;弦弱,犹弓之有张弛;牢濡,犹物之有坚硬[软]。匹配自不容易,抑有难辨者焉!^[33]

吴澄认为,“陈无择脉偶盖十得八九而未之尽”,明确提出脉有“相反”者,且在6组常见的“相反”脉之外,特意举出“牢、濡”(及“弦、弱”)作为其中的典型,虽然吴澄仍主张牢脉、革脉为两脉,也未能揭示“牢”“濡”二脉字面下的特别关联,但他明确说“牢”“濡”“犹物之有坚硬[软]”,称这是“不容易”(易:改变的)。显然准确把握了二脉的意义和相互关系。(按:在8组“相反”脉外,作者另举出了8组同中有异的相对关系,实际就是“相类脉”,认为除了代脉为死脉,无对偶关系,其他27脉都是可以交错组成“脉偶”的。)

清代陈士铎《脉诀阐微》一书载脉达38种,其中很罕见地同时列出了“粟脉”和“坚脉”,二者是前后连续条文(其他连续条文也有相反脉,也有相类脉),且用语上有对比之意:

又曰:粟脉,不能刚健之状,明是力之不勝耳。

又曰:坚脉,至硬之状,邪气深入,牢不可破也。^[34]

本文所讨论的两组脉,前组脉,该书既收濡脉(释谓“言其濡滞也”),又收粟脉;后组脉,该书只收革脉(解释为“浑浑而浊乱至击指”),未收牢脉,但另收了坚脉,在笔者的搜检范围内,这是古代文献中唯一列出了“坚脉”之名的脉书。陈士铎似乎认识到了牢脉实质是坚脉(并且正确地解释其脉象为“至硬之状”),通过条文的并列对比,暗示了二者为相对脉。

总之,“软(粟、鞣、濡)脉”和“坚(牢、革)脉”,以现代之习用语来说,其实就是“软脉”与“硬脉”,二者是一组以脉应指的力度不同构成的相对脉:应指绵软无力为软脉,应指坚强有力为坚脉。

顺便要指出的是,古今有些脉书说革脉是芤、弦脉的复合脉,更有说牢脉是沉、弦、大、实、长5种脉象的复合脉。这些都是未得其实的想象,且“弦”本是错字。真实情况是,革脉、牢脉本是坚脉,不是复合脉。

6 小结

西晋王叔和著《脉经》,将之前纷繁的脉诊知识整理成为以24种病脉为核心的脉学体系。王叔和整理的成果被中医界普遍重视,被广为传抄和整理。其间受到某些因素的影响,形成了多种不同表述方

式和传承文本。这些不同的文本在后世,特别是在宋臣校书时,又被部分地用以替换了王叔和的原本。

传世医书中,《千金要方》中的脉诊卷(二十八卷)与《脉经》较近,而《千金翼方》(卷二十五)与《脉经》则出入较多。敦煌藏经洞所出医书中,有多种脉学专书,其中在脉诊文献方面,有与《脉经》和《千金要方》相近者,亦有与《千金翼方》相近者。在研习古代脉学文献时,这些文献都应该得到重视。

《脉经》24脉名中的“软脉”,后世多作“濡脉”。“濡”为“软(软)”的异体字,“濡脉”之名并不带有与“软脉”不同的含义,只是用字不同。而按现代规范用字,此脉名当代只应用“软”,而不应再写作“濡”;应该在“软脉”讲解中连带说明“濡”字就是“软”字的异体,读“ruǎn”而不读“rú”。

《脉经》24脉名中的“革脉”,《脉经》本书的他篇以及《千金翼方》等文献中作“牢脉”。“牢脉”比“革脉”更原始,但究其本名则当为“坚脉”。“坚”字经隋代避隋文帝杨坚名讳而改称“牢”,但可能又因后人嫌弃“牢”字,遂改为义近的“革”字。唐宋以后医人不明所以,就将“革脉”“牢脉”一并传承,并强加了不同描述。这种误改不应继续传承,应将此脉名恢复到“坚脉”,并在相关研究和教学中对此脉的历史变化给以完整介绍。

“软脉”与“坚脉”,是一组相对脉。二者相异点主要在于应指的力度,软脉应指绵软,故宜轻按,重按则不显;坚脉应指实强,轻按有力,重按仍强。《脉经》“革脉”描述中的“絃(弦)”是“强”的误字,当予校正。

历史上对软脉(濡脉)、坚脉(牢脉、革脉)的错误理解已经相沿千年,它的命名含义、演变原因、脉象描述、诊断指向都出现了严重偏差,因此,对这两组脉的考证,不只是字词层面的考辨,在一定意义上说,这是要完成相关脉象认识的重新构建。

[参考文献]

- [1] 王叔和. 脉经[M]//小曾户洋. 东洋医学善本丛书:第7册. 大阪:东洋医学研究会,1981.
- [2] 孙思邈. 备急千金要方[M]. 影宋本. 北京:人民卫生出版社,1955.
- [3] 孙思邈. 千金翼方[M]. 影宋本. 北京:人民卫生出版社,1955.
- [4] 沈澍农. 敦煌吐鲁番医药文献新辑校[M]. 北京:高等教育出版社,2016.
- [5] 施发. 察病指南[M]. 日本早稻田大学图书馆藏宽永二年翻刻淳祐改元本.
- [6] 王叔和. 脉诀图要俗解大全[M]//郑金生. 海外回归中医善本古籍丛书:第一册. 北京:人民卫生出版社,2002:386.
- [7] 戴起宗. 脉诀刊误[M]//文渊阁四库全书:第746册. 台北:台湾商务印书馆,1986:892.
- [8] 张太素. 太素脉秘诀:上卷[M]. 明末周文炜刻本:三十一叶.
- [9] 李中梓. 诊家正眼:卷下[M]. 清顺治庚子年刻本.
- [10] 朱橚. 普济方[M]//文渊阁四库全书:第747册. 台北:台湾商务印书馆,1986:65.
- [11] 丁度. 集韵[M]. 上海:上海古籍出版社,1985:385.
- [12] 素问[M]. 北京:人民卫生出版社,1956.
- [13] 张仲景. 金匱要略方[M]//沈澍农. 新编仲景全书. 上海:上海科学技术出版社,2024:467.
- [14] 灵枢[M]. 北京:人民卫生出版社,1956.
- [15] 难经集注[M]. 北京:人民卫生出版社,1956.
- [16] 张仲景. 伤寒论[M]//沈澍农. 新编仲景全书. 上海:上海科学技术出版社,2024.
- [17] 庄周. 庄子[M]//百子全书. 杭州:浙江古籍出版社,1998:1405.
- [18] 李时珍. 濒湖脉学[M]. 北京:人民卫生出版社,1956.
- [19] 张山雷. 疡科纲要[M]. 上海:上海卫生出版社,1958:30-31.
- [20] 广州中医学院. 中医诊断学讲义[M]. 北京:人民卫生出版社,1960:63.
- [21] 林之翰. 四诊抉微[M]//曹炳章. 中国医学大成绩集:第十册. 上海:上海科学技术出版社,2000:370.
- [22] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:117.
- [23] 李经纬. 中医大辞典[M]. 北京:人民卫生出版社,1995.
- [24] 齐德之. 外科精义[M]//文渊阁四库全书:第746册. 台北:台湾商务印书馆,1986:805.
- [25] 滑寿. 诊家枢要[M]. 明天顺七年刻本:十七-十八叶.
- [26] 张太素. 太素脉秘诀:下卷[M]. 明末周文炜刻本:二十六叶.
- [27] 柯劭忞. 新元史[M]. 北京:中国书店影印,1988:417.
- [28] 周广业. 经史避名讳考:卷九[M]. 嘉庆二年刻本:三十四-三十八叶.
- [29] 司马迁. 史记[M]. 北京:中华书局,1988:3369.
- [30] 巢元方. 诸病源候论[M]//小曾户洋. 东洋医学善本丛书:第6册. 大阪:东洋医学研究会,1981:34.
- [31] 庞安时. 伤寒总病论:卷二[M]. 日本静嘉堂藏元符三年(1100)刻本:二十四叶.
- [32] 陈言. 三因极一病证方论:卷一[M]. 日本早稻田大学藏宋刊本:十七-二十叶.
- [33] 吴澄. 吴文正集[M]//四库全书:一一九七册. 台北:商务印书馆,2002:174.
- [34] 陈士铎. 洞垣全书脉诀阐微[M]. 清刻本:八叶.

·肺系疾病证治体系的创建与应用·

基于“虚瘀毒”探析特发性肺纤维化

景传庆¹,孔 慧²,张 伟¹,徐 飞¹,卢绪香³

(1. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250355; 2. 山东省文登整骨医院, 山东 威海 264200; 3. 山东中医药大学, 山东 济南 250355)

[摘要] 特发性肺纤维化是一种临床难治疾病, 历来医家多从肺痹或肺痿进行单独论述。文章结合肺脏生理病理特点和特发性肺纤维化的现代研究, 提出肺虚为特发性肺纤维化发病之本, 为病机的启动因素。以虚瘀毒为核心病机思想, 经四诊合参、辨证论治, 将特发性肺纤维化发病的全过程总结为初起于肺虚, 继而肺络痹阻, 终致肺痿, 应用经验方肺维康方、间质肺纤饮治疗特发性肺纤维化具有显著的临床疗效。

[关键词] 特发性肺纤维化; 本虚标实; 肺虚; 肺络痹阻; 肺痿; 血瘀; 浊毒

[中图分类号] R256.15

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0729-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.002

Analysis of Idiopathic Pulmonary Fibrosis Based on “Deficiency, Stasis and Toxicity”

JING Chuanqing¹, KONG Hui², ZHANG Wei¹, XU Fei¹, LU Xuxiang³

(1. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Wendeng Orthopedic Hospital of Shandong Province, Weihai 264200, China; 3. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China)

Abstract Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) is a clinical refractory disease. Traditionally, medical practitioners have mostly discussed it separately from pulmonary arthralgia or pulmonary impotence. This article, in combination with the physiological and pathological characteristics of the lungs and modern research on IPF, puts forward that pulmonary deficiency is the root cause of IPF and the initiating factor of the pathogenesis. Based on the core pathogenesis idea of “deficiency, stasis and toxicity”, through the combination of the four diagnostic methods and syndrome differentiation and treatment, the entire process of IPF onset is summarized as initial pulmonary deficiency, which is followed by obstruction of the lung meridians and eventually leading

to pulmonary impotence. The application of empirical formulas such as Feiweikang Formula (肺维康方) and Jianzhi Feixian Decoction (间质肺纤饮) has achieved remarkable clinical efficacy in treating IPF.

Keywords idiopathic pulmonary fibrosis; asthenia in origin and asthenia in superficiality; pulmonary deficiency; pulmonary meridian obstruction; pulmonary impotence; blood stasis; turbid bane

[收稿日期] 2025-02-13

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(编号:81874442); 山东省自然科学基金面上项目(编号:ZR2021LZY031); 泰山学者工程专项经费资助项目(编号:tsqn202306393)

[作者简介] 景传庆, 2022年博士研究生, 研究方向: 呼吸系统的中西医结合临床研究。

[通信作者] 卢绪香, 副主任医师, 主要从事呼吸系统的中西医结合临床研究。邮箱: 22962719@qq.com。

特发性肺纤维化(IPF)主要发生于中年及以上人群,致病原因尚不明确,是与组织病理和放射学模式有关的慢性进行性纤维化性间质性肺炎(UIP)^[1]。IPF一经确诊,中位生存期仅为2~3年,预后差^[2]。症状以进行性呼吸困难为主,活动后明显,听诊可闻到双下肺吸气末爆裂音。高分辨CT(HRCT)以蜂窝肺样改变为典型特征,肺功能以限制性通气功能障碍和弥散功能降低为特征,发病机制与胶原蛋白沉积、反复组织损伤和修复相关^[3]。其病因复杂,发病呈逐年上升趋势,目前尚无特效药物,吡啡尼酮、尼达尼布等具有一定的抗纤维化作用,但临床效果有待进一步研究^[4]。

IPF可归属于中医肺痿、肺痹范畴,中药在改善患者生存质量、减轻临床症状、降低药物不良反应等方面具有独特的优势。文章结合张伟教授从“虚瘀毒”治疗复杂慢性疾病的诊治理念,探讨IPF从肺虚到肺络痹阻终致肺痿的病机发展过程,以期为IPF的临床实践提供理论依据。

1 从虚瘀毒论IPF理论基础

1.1 肺脏清虚,外邪易袭

肺脏位于人体上部,与外界相通,位置高敞,故有“肺者,脏之盖也”的论述,肺脏是呼吸器官,与口鼻相通,后天之气有赖于肺脏与外界进行的清浊交换。因此外界气体的质量与肺脏健康密切相关。《医贯·内经十二官》言:“肺乃清浊之交运,人身之橐籥。”^[5]此外,全身毛孔的开合与肺脏关联,冷热交替或浊毒侵袭,皮肤毛孔均首当其冲。肺脏内存在两套血液循环系统,呼吸不已,百脉气血交换不止,全身的精微物质经肺气输布周身,呼出浊气又经肺脏与外界精微物质进行交换。宣发肃降,升清降浊,周而复始,这种生理功能与结构奠定了肺脏是一个不耐邪气侵袭之脏。

肺为清虚之脏,与皮毛相合,开窍于鼻。《素问·评热病论》提出“邪之所凑,其气必虚”。六淫邪毒从皮毛或口鼻侵入,首先侵犯肺脏。有研究显示,IPF的危险因素多与自身免疫、粉尘接触、隐匿性胃食管反流有关,机制多为肺部慢性炎症损伤反复进行,机体免疫失衡,胶原沉积,成纤维细胞异常增殖,肺组织损伤修复反复进行^[6]。肺气旺盛,腠理紧密,肺脏的宣发和肃降正常,方能清浊排毒,吐故纳新;反之,肺气亏虚,邪袭机体难以排解,出现正邪相争之象。

肺虚不能固表于外,则宣降失司、阴阳失衡,此为粉尘、胃食管反流、自身免疫疾病影响肺间质的始动因素。此外,《脾胃论·脾胃盛衰论》言:“肺金受邪,由脾胃虚弱,不能生肺,乃所生受病也。”^[7]脏腑功能衰弱,气血亏虚,也是邪毒乘虚而入的根本所在。

1.2 肺为血脏,久病络瘀

肺为血脏^[8],是十二经脉气血运行的总脉,肺朝百脉,全身经脉的气血均要流注于肺。肺脏血网交错,一旦肺脉痹阻,其病势必将迁延难愈。叶天士《临证指南医案》提出“久发频发之恙,必伤及络,络乃聚血之所,久病必瘀闭”^[9]。肺气还参与宗气的生成,气可生血行血亦可生津行水。因此肺的呼吸功能健全与否与宗气的生成息息相关;若肺主气功能失调,宗气生成不足,则血液推动无力而成瘀。“气有一息之不运,则血有一息之不行”^[10]。津液的运行也有赖于气的推动,若肺气郁滞,则津液内停生痰,血运不畅成瘀。

“久病入络”是IPF的重要病机,有研究显示肺间质中纤维组织牵拉导致毛细血管床破坏,进而微血管数量减少,影响血液循环等表现多与中医久病入络、血行瘀滞的病机有异曲同工之妙^[11]。此外,张伟教授提出肺为血脏,肺中巨核细胞异常活跃,巨核细胞为产生血小板的细胞,无论是外邪侵袭机体或者机体内在发生炎症反应,血小板均会不同程度地耗竭以应对机体损伤,因此国医大师颜德馨有言“血虚者常兼有瘀血,若病久营血耗损,血脉空枯,无余以留,则艰涩成瘀”^[12]。血小板损伤,红细胞变形能力降低,难以通过毛细血管网,从而引起微循环障碍,出现血瘀。

1.3 浊毒隐匿,久积渐损

《金匱要略心典》言:“毒,邪气蕴结不解之谓。”^[13]体虚邪毒易感,伏于肺体,蕴结久积,潜而待发。六淫之中风寒暑湿燥火皆可损伤肺的功能进而产生有形实邪,因于寒则肺气郁闭,血行不畅生瘀,寒性凝滞,津不得行,聚而为痰;因于热,津液消灼炼而为痰,火藏于经络,久不平息,血液郁蒸,煎熬为瘀;因于湿,湿性黏腻,藏于肺内,易阻碍气机,气不化津,凝聚为痰,痹阻经络,或发病,或伏而待发;因于燥,燥性干涩,易伤津液,津干液炼,灼津为痰,痰毒痹阻,最终肺毒形成。

张伟教授认为肺毒分为痰毒与瘀毒,为痰瘀久

积而成,成因于肺脏宣降失常所致水液代谢异常^[14]。张敏等^[15]认为,所谓浊毒损伤即是在“积虚”基础上渐进演变的过程。虚瘀所致邪毒,阻碍气机,血不利化为水,水聚为痰,痰瘀胶结,病情进行性加重,与现代医学所描述的黏液腺增生、胶原沉积、胸膜牵拉、肺泡结构改变等高度一致。后期肺脏出现结构性损伤,因此肺痿、肺痹兼见。肺虚则津伤气耗,进一步津枯则肺燥,清肃之令不行,病位可及脾、及肾^[16]。简言之,外源物质乘虚侵袭肺脏,导致气运失常,肺失宣降,水运异常,气机郁滞,血滞为瘀。有形实邪久积肺络,肺痹络阻,炼而为毒,终成肺痿。

2 IPF病因病机

IPF发病始于肺脏娇嫩、体虚易感、发病迁延难愈、久病入络、邪毒久积损正等因素,经历了初起肺虚,继而肺络痹阻终致肺痿的发展过程,虚为发病之本,为病机启动因素,瘀毒为标,为病机发展的关键因素。

2.1 虚为发病之本

早期外邪侵袭肺脏,肺脏宣降不利,呼吸功能多出现不同程度损伤,临床表现为咳嗽、胸闷等症状。IPF多发病于中老年或素体虚弱者,年过四十阴气自半,上述人群肺气虚损,营卫不调,易感外邪,肺失清肃不能逐邪而出,致使正邪交织,久咳不愈,进一步损伤肺气。《难经·八难》曰:“气者,人之根本也。”肺为气之主,肺气虚则腠理不调,开阖失度,无以吐故纳新,清浊难分,呼吸运动受损,水液无以正化易成痰成瘀,加重气机失调。《医门法律》言:“呼吸之中,脾胃为主,故惟脾胃主中焦,为呼吸之总持。”^[17]脾胃为气血化生之源、肺金之母,脾胃虚弱,脾不散精,纳化失运,宗化失生^[18]。宗气既上出喉咽司呼吸,又能贯通心脉行气血,肺病及脾,宗气亏虚,助心行血无力则出现心悸、发绀等表现。脾为生痰之源,脾失健运,痰涎壅塞气道,进一步加重肺的呼吸负担,患者呼吸困难呈进行性加重,通气功能进一步减退。肺为气之主,肾为气之根,《医悟·卷五》言:“喘之始出纳不利,病责之在肺,喘既久,升降不调,病遂及肾。”^[19]久病迁延,肺肾俱损,痰瘀为阴浊,损伤阳气,痰浊、瘀血相兼发病,水不润金,脾不升精,肺叶枯萎,萎废不用,疾病后期发为肺痿^[20]。

2.2 瘀、毒为发病之标实

2.2.1 血瘀贯穿疾病始终

《医论三十篇》云:“气阳而血阴,血不独生,赖气

以生之,气无所附,赖血以附之,一身气血,不能相离,气中有血,血中有气,气血相依,循环不已。”^[21]病初肺气虚,运血无力,血行瘀滞。肺为水之上源,宣发肃降失常,气不化津,则布散失常,内生痰浊,脉络不通。李莹莹等^[22]认为气血之间的依存关系,决定了气病可迁延血分,从而影响血运。IPF病情迁延,主要病理因素为血瘀,病机为肺络郁滞、痰瘀互结,随病情进展血瘀可化热化毒,痰瘀等有形实邪累积,肺络痹阻。有研究显示,IPF纤溶凝血功能亢进,在动物模型的肺中可观察到微血栓形成^[23]。《血证论·瘀血》云:“瘀血不去,新血且无生机。”^[24]瘀血阻滞,加之新血化源不足,从而血虚致瘀。不同程度的血瘀状态持续存在于肺纤维化过程中并贯穿疾病始终。

2.2.2 浊毒久积为病机关键

IPF损伤期,炎性刺激持续发生,产生大量氧化代谢产物和蛋白质分解酶,使肺泡基层产生胶原沉积,以致肺泡壁结构损伤,并在后期纤维化过程中发生纤维蛋白渗出,在肺泡腔内积聚,导致纤维细胞过度增殖,从而形成瘢痕^[25]。有学者认为炎症损伤期多为痰瘀胶结、痹阻络脉,属病势迁延期^[26]。瘀为浊毒的病理基础,病久难愈,肺脏气机失调,痰瘀不散,邪愈滞阴浊愈成形,蕴结成毒;由于肺毒深伏肺络,多隐匿起病,患者多表现为气短、胸闷等轻微症状,随着时间迁延,气急、喘促渐显,肺功能弥散等降低;邪毒顽固,损人形体,痰瘀化毒的过程正是肺泡壁结构损伤、纤维瘢痕形成的关键步骤^[27]。浊毒致病具有渐进性,在病机演变初期,浊毒之邪可以通过对气机运行的双向阻滞(气滞则毒瘀,毒瘀复致气滞)及对气血生化环节的干扰,形成病理性代谢产物的自我增殖。这一恶性循环不仅可加速浊毒物质的蓄积过程,更通过正虚邪实的病理转化,促使肺纤维化病情进展。浊毒不断瘀积,气血不能正常流通,则正气严重受损,邪盛正衰则致变证丛生。

3 IPF发病过程

“正气存内,邪不可干”,若人体正气充足,则外邪很难侵袭机体,同样也不会伏藏经络。宋思雨等^[28]认为“正虚邪袭,肺失宣肃”是IPF发生的起始病机。通过大量的临床病例也发现,其主要病因为机体免疫力不足或受损,各种致病因素反复侵袭机体或隐匿肺络。若肺脏气血循环运行不紊,朝百脉

宣降之令得行,肺脏便不易遭受病邪的侵袭。“邪之所凑,其气必虚”,若肺脏亏虚,肺体失养,则肺外因素(如肺部感染、粉尘吸入、放射损伤等)可直接侵袭肺脏,肺内因素(如免疫异常)、他脏病变等亦可影响肺,导致肺失宣肃,引起肺间质纤维化的发生^[29]。因此,IPF的初期阶段以肺脏亏虚为诱发因素。IPF第二阶段对应中医学肺痹,为肺纤维化的慢性迁延期,这一阶段的病机特点是脏腑亏虚且邪气充盛,虚实夹杂。脏腑亏虚实际是指先天或后天因素,导致肺脏气血津液受损,肺络无以充养,邪实反映的是瘀血浊毒等痹阻脉络,且正虚与邪实之间互为因果,气虚推动津液、血行无力,血虚运行缓慢,均可导致痰、瘀的形成,而瘀血形成后又阻碍新血的生成,加重血虚。如此循环往复,脉络不得充养,则成肺痹。IPF第三阶段对应中医学肺痿,为IPF的晚期,随着病情的进展,邪毒渐积渐深,肺脏虚损,津、气严重耗伤,津枯则肺燥,清肃之令不行,病位亦由肺及脾、及肾^[30]。肺气虚损,无以化生津液,进一步阴津耗竭,肺络不荣,肺燥肺虚,致使肺血生化乏源。肺生血,肾主藏精,中焦脾土运化气血,疾病后期多脏腑亏虚,逐渐导致气血生化无源,脏腑不得濡养,肺血亏虚,津枯血虚,致肺叶失于濡养,枯萎不用。

4 IPF 治则

4.1 益气温阳,补肺纳肾

IPF患者发病多因体虚易感,外邪侵袭,发病隐匿,病程较长,呈慢性进行性加重。肺主气,司呼吸,病邪犯肺,首先影响的是呼吸功能。气的生成和全身气机的运转,依赖于呼吸功能的正常。气虚及升降出入运动障碍,又使津液不能正常输布,形成痰瘀等病理产物。肺气虚损,反复易感,以致病势加剧。因此当补肺益气以实腠理、御外邪,同时保证呼吸运动的正常进行。研究显示黄芪等益气补肺中药通过对博莱霉素引起的肺纤维化大鼠血管内皮生长因子(VEGF)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-8(IL-8)水平进行调节,可改变血管重塑过程,延缓肺纤维化发展^[31]。肾阳为人体阳气之根本,IPF患者病程迁延,久病肺脾气虚累及肾阳,阳虚则血脉凝涩,痰饮不得温化,同时痰瘀属阴,久病必耗损人体阳气^[32]。杨礼腾^[33]研究证实,温肾阳类中药可通过调控肺部组织转化生长因子- β 1(TGF- β 1)的表达来调节肺间质胶原代谢水平。肾主纳气,呼吸的深度取

决于肾脏的功能。因此临床治疗IPF应益气补肺以防御外邪,温阳补肾以固本培元。

4.2 活血化瘀,解毒行痹

肺为生血之脏,肺部血络纵横交错,构成微循环系统。血管内皮的损伤可以启动纤溶-凝血机制,使血液处于高凝状态,成纤维细胞增殖,胶原沉积,此为IPF发展的重要因素^[34]。毒依附于痰瘀等有形物质,是血络损伤后产生的类似胶原沉积的物质。临床医家多运用虫类药物如地龙、水蛭等搜剔通络,丹参、川芎、三七等活血化瘀,可有效缓解患者呼吸困难、爪甲紫绀、杵状指等症状。樊茂蓉等^[35]认为调控细胞外基质的重建可使纤维化过程受到抑制,研究证实采用活血通痹法可提高IPF模型中血氧的比例。瘀毒伤正阻滞气机,疾病在此环节,痹痿兼见,痿由痹致,化瘀解毒实则是防闭邪留寇,同时辅以扶正之法。

5 临床应用

张伟教授团队在临床中根据IPF肺虚为发病之本、瘀毒为病机关键的特点,对不同阶段、不同病机患者进行辨证,自拟肺维康方和间质肺纤饮延缓IPF的进展。肺维康方由玉屏风散合六味地黄丸组方而成,兼顾肺、脾、肾三脏,补肺益肾、纳气固表,以增强正气,降低IPF急性期加重的概率,效果显著。方中牡丹皮活血散瘀,茯苓杜绝生痰之源,泽泻健脾活血,补益不忘预防痰瘀等邪毒的化生,对改善肺功能和缓解血管内皮损伤都有积极的效果。间质肺纤饮取解毒通络、活血调气之意,组成为麻黄、苦杏仁、桔梗、炒白果、黄芩、川芎、浙贝母、丹参、地龙、甘草等;其中麻黄、桔梗、苦杏仁、炒白果旨在升降宣敛中恢复肺气之气机;丹参、川芎理气活血化瘀,更有地龙深入血络,搜风剔络,全方用于IPF痰瘀胶结、毒蕴脉络证,以通为用,补气通络、祛瘀通经。研究显示地龙、丹参等药合用可显著改善微循环,减缓IPF的发展^[36]。

6 结束语

综上所述,IPF多因体虚卫表不固,邪毒侵袭,久病迁延,毒蕴机体,肺痹不通,津气耗伤,终致肺痿。文章将IPF发病过程概括为初起于肺虚,继而肺络痹阻,终致肺痿的发展过程,结合脏腑生理特点和病机特点,提出了益气温阳、补肺纳肾和活血化瘀、解毒行痹的治疗原则,临床可根据具体的病机通补结合,

最大程度地缓解和抑制IPF的发生和发展。

【参考文献】

- [1] RAGHU G, COLLARD H R, EGAN J J, et al. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management[J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2011, 183(6):788-824.
- [2] LEY B, BROWN K K, COLLARD H R. Molecular biomarkers in idiopathic pulmonary fibrosis [J]. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol*, 2014, 307(9):L681-L691.
- [3] 杨伟强, 赵峰. 特发性肺纤维化发病机制的研究进展[J]. *医学述*, 2020, 26(9):1684-1689, 1695.
- [4] BALESTRO E, COCCONCELLI E, TINÈ M, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis and lung transplantation: when it is feasible[J]. *Medicina*, 2019, 55(10):702.
- [5] 赵献可. 医贯[M]. 晏婷婷, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2009:102.
- [6] 范锐, 张伟. 从气血关系探讨特发性肺纤维化之弥散功能障碍[J]. *时珍国医国药*, 2020, 31(7):1670-1671.
- [7] 李杲. 脾胃论[M]. 彭建中, 点校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997:15.
- [8] 田梅, 张伟. 浅论肺生血[J]. *新中医*, 2013, 45(7):1-2.
- [9] 叶天士. 临证指南医案[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959:195.
- [10] 龚廷贤. 寿世保元[M]. 袁钟, 点校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997:11.
- [11] ROSSAINT J, THOMAS K, MERSMANN S, et al. Platelets orchestrate the resolution of pulmonary inflammation in mice by T reg cell repositioning and macrophage education [J]. *J Exp Med*, 2021, 218(7):e20201353.
- [12] 邓祥丽, 陈丽娟, 杨梅, 等. 基于国医大师颜德馨教授“衡法”理论管窥肺痿发病机制及治疗[J]. *四川中医*, 2024, 42(2):6-9.
- [13] 尤怡. 金匱要略心典[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2008:16.
- [14] 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.
- [15] 张敏, 胡镜清. 中医学中“虚”“损”“衰”辨析[J]. *中医杂志*, 2020, 61(4):289-293.
- [16] 张心月, 贾新华, 王立娟, 等. 从气血变化看肺间质纤维化[J]. *中医药学报*, 2012, 40(3):56-57.
- [17] 喻昌. 医门法律[M]. 张晓梅, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2002:7.
- [18] 庞立健, 王琳琳, 吕晓东. 论肺纤维化(肺痿)与肺脾肾三脏的关系[J]. *辽宁中医杂志*, 2008, 35(2):211-212.
- [19] 马冠群. 医悟[M]. 黄涛, 校注. 北京: 中国古籍出版社, 2012:222.
- [20] 王海琳, 余学庆. 从肺肾论老年特发性肺纤维化的治疗[J]. *中医研究*, 2019, 32(5):75-78.
- [21] 程芝田. 医诊三十篇[M]. 裘庆元, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2008:46.
- [22] 李莹莹, 陈炜. 基于气血理论论治特发性肺纤维化[J]. *陕西中医药大学学报*, 2019, 42(2):26-28.
- [23] 姜艳, 沙吉达·阿不都热依木, 热娜古丽·艾则孜, 等. 不同复杂性疾病的血栓前状态研究[J]. *新疆医科大学学报*, 2013, 36(6):822-824, 827.
- [24] 唐宗海. 血证论[M]. 魏武英, 李佺, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2023:204.
- [25] OGGIONNI T, MORBINI P, INGHILLERI S, et al. Time course of matrix metalloproteases and tissue inhibitors in bleomycin-induced pulmonary fibrosis [J]. *Eur J Histochem*, 2006, 50(4):317-325.
- [26] 崔红生, 武维屏, 姜良铎. 毒损肺络与肺间质纤维化[J]. *中医杂志*, 2007, 48(9):858-859.
- [27] 卢绪香, 贾新华, 朱雪, 等. 从“肺毒”探析特发性肺纤维化[J]. *北京中医药大学学报*, 2017, 40(4):350-352.
- [28] 宋思雨, 丁露, 赵美茹, 等. 特发性肺纤维化中医病机及防治策略的研究进展[J]. *中华中医药杂志*, 2024, 39(11):6020-6025.
- [29] 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.
- [30] 邓祥丽, 陈丽娟, 吴梅, 等. 特发性肺纤维化病机探微[J]. *中医学报*, 2024, 39(4):704-708.
- [31] 张伟, 郑建, 朱雪, 等. 益气类中药对肺纤维化大鼠模型肺组织中TNF- α 、IL-8的影响[J]. *中华中医药学刊*, 2014, 32(10):2311-2313.
- [32] 武庆娟, 陈恒文, 田盼盼, 等. 温阳活血法治疗冠心病研究概况[J]. *中医杂志*, 2019, 60(21):1870-1874.
- [33] 杨礼腾. 温阳中药调控肺间质纤维化大鼠肺胶原代谢失衡的作用及其机制[D]. 成都: 四川大学, 2006.
- [34] 茹永新, 张华梅, 刘杰文. 肺纤维化形成的病理机制[J]. *中国冶金工业医学杂志*, 1998, 15(4):246-249.
- [35] 樊茂蓉, 韩克华, 王冰, 等. 通肺络补宗气方对特发性肺间质纤维化患者血清TGF- β 、TNF- α 、CTGF及PDGF的影响[J]. *辽宁中医杂志*, 2017, 44(12):2572-2575.
- [36] 葛敏, 戴令娟. 川芎丹参提取液对大鼠肺纤维化的影响研究[J]. *实用临床医药杂志*, 2006, 10(9):75-77.

论著·临床理论与方法

肝藏象理论研究实践——情志病证PMS/PMDD研究

郭英慧¹, 宋春红², 高明周³

(1. 山东中医药大学医学院, 山东 济南 250355; 2. 山东第一医科大学附属中心医院实验动物中心, 山东 济南 250013; 3. 山东中医药大学中医药创新研究院, 山东 济南 250355)

[摘要] 肝藏象理论是中医藏象学说的重要内容之一。深化其科学内涵, 推动传承创新以指导临床, 是中医基础研究的重要命题。文章系统梳理了肝藏象研究的发展历程与基本共识, 强调“肝主疏泄”生理特性与情志病证、妇科疾病紧密相关, 但其现代化研究仍面临理论与临床脱节、中西医融合不足等挑战, 亟需寻找关键突破点进行研究。以经前期综合征(PMS)/经前期烦躁障碍症(PMDD)为切入点, 揭示肝失疏泄(太过或不及)与西医神经内分泌机制存在的深度关联, 提出PMDD患者肝失疏泄、冲任失调、营卫失和状态与 γ -氨基丁酸(GABA)能系统功能异常、下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴失调、下丘脑-垂体-卵巢(HPO)轴负反馈紊乱、免疫失调机制一致; 从体质理论角度强调了遗传因素与环境因素对PMS/PMDD易感性的影响。未来研究应基于中医整体观, 构建“现象-数据-机制-理论”四维框架, 整合系统生物学与人工智能技术, 深入解析肝藏象的微观调控网络, 促进中西医优势互补, 推动中医从经验医学向精准医学的跨越。

[关键词] 肝藏象; 肝主疏泄; 情志病证; 经前期综合征; 经前烦躁障碍症; 神经内分泌

[中图分类号] R223.1; R271.9 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2025)07-0734-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.003

Research and Practice on Theory of Visceral Manifestations of Liver ——PMS/PMDD Study of Emotional Diseases

GUO Yinghui¹, SONG Chunhong², GAO Mingzhou³

(1. College of Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. The Laboratory Animal Center of the Affiliated Central Hospital of Shandong First Medical University, Jinan 250013, China; 3. Innovation Research Institute of Traditional Chinese Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China)

Abstract Visceral manifestations theory of liver(LVMT) is one of the important contents of traditional Chinese medicine (TCM) visceral manifestations theory. Deepening its scientific connotation and promoting its inheritance and innovation to guide clinical practice have been important propositions in the basic research of TCM. This article systematically reviews the development history and basic consensus of the research on LVMT, emphasizing that the physiological characteristic of “liver governing and

[收稿日期] 2025-02-22

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(编号:82074293);山东省高等学校“青创团队计划”-中医情志病与脑稳态调控创新团队项目(编号:2023KJ191);山东省研究生教育教改研究项目(编号:SDYJSJGC2024063);山东省研究生精品和优质专业学位教学案例库项目(编号:SDYAL2024147);山东中医药大学科学研究基金项目(编号:KYZK2024M08)

[作者简介] 郭英慧, 教授, 博士研究生导师, 主要从事中医肝藏象生物学基础与情志病证生理病理及药物干预机制研究。邮箱: 60020172@sducm.edu.cn。

regulating” is closely related to emotional disorders and gynecological diseases. However, its modern research still faces challenges such as theoretical and clinical disconnection and insufficient integration of traditional Chinese and Western medicine, which urgently needs key breakthrough points. Taking premenstrual syndrome (PMS)/premenstrual dysphoric disorder (PMDD) as the entry point, this paper reveals the deep association between liver dysfunction (either excessive or insufficient) and the neuroendocrine mechanism in Western medicine. It is proposed that the states of liver dysfunction, imbalance of Chong and Ren meridians, and disharmony of nutrient-defense in patients with PMDD are consistent with the functional abnormalities of the gamma-aminobutyric acid (GABA)ergic system, the negative feedback disorder of the hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis, and the immune disorder mechanism. From the perspective of constitution theory, the influence of genetic factors and environmental factors on the susceptibility to PMS/PMDD has been emphasized. Future research should be based on the holistic view of TCM, construct a four-dimensional framework of “phenomenon-data-mechanism-theory”, integrate systems biology and artificial intelligence technologies, deepen the analysis of the microscopic regulatory network of the LVMT, promote complementary advantages of traditional Chinese and Western medicine, and facilitate the leap of TCM from empirical medicine to precision medicine.

Keywords visceral manifestations of liver; liver governing and regulating; emotional diseases; premenstrual syndrome; premenstrual dysphoric disorder; neuroendocrine mechanism

肝藏象理论是中医藏象理论的重要内容之一,对后世影响极大,数千年来一直指导着中医理论的发展和临床诊疗实践。以张珍玉为代表的现代医家系统阐释了肝藏象“主疏泄、藏血”的生理特性及其络脉循行特点,创造性地提出“诸病皆可从肝论治”的诊疗范式,在情志病证、妇科疾病等病证的临床实践中展现出显著疗效^[1-2]。正因如此,如何在现代科学语境下系统阐释肝藏象理论的生物学内涵,在传承中实现理论创新并反哺临床决策,始终是中医基础理论现代化研究的核心命题^[3]。近年来,随着多学科多维度现代科学技术介入,国内学者乔明琦等对肝藏象理论与应用研究取得了较多进展。通过数据挖掘技术,散见于众多医著中的肝藏象理论知识和规律被医家不断系统化、清晰化。但由于肝藏象理论知识体系复杂,当前研究仍面临三重挑战。其一,理论与临床应用存在代际差,实验模型构建尚未完全遵循“以象测藏”的中医认知范式^[4];其二,对肝藏象“体用关系”的动态诠释缺乏系统生物学层面的整合分析^[5];其三,基于人工智能的证候分型与传统辨证论治体系尚未形成有效对接。这些问题的突破不仅关乎中医基础理论发展的内生动力,更是实现中西医优势互补、满足现代精准医疗需求的必由路径。

笔者所属山东中医药大学情志病证创新团队,

长期致力于肝藏象理论与应用研究,采用数据挖掘、文献计量学、网络药理学等多学科知识与技术,研究与肝藏象相关病证的病因病机、症状、证候、治则治法、处方用药与配伍等相关规律,使中医药信息更加直观,不断完善肝藏象理论内涵和体系^[6]。团队通过整合动物模型构建、系统生物学解析、分子机制探析及电生理技术验证等建立多维研究范式,推动肝藏象理论研究向微观调控网络纵深突破,实现传统理论框架与现代生命科学认知的有机衔接与创新性发展。本研究在概述肝藏象理论发展历程、基本共识和面临问题基础上,以肝失疏泄典型病证经前期综合征(PMS)/经前烦躁障碍症(PMDD)研究为切入点,从中西医理论汇通融合角度,通过PMS/PMDD研究实践,系统阐释相关肝藏象理论科学内涵,以期传承传统肝藏象理论精华,推进现代肝藏象理论创新与发展,更好地指导临床实践。

1 肝藏象研究发展历程和基本共识

肝藏象研究经历了漫长的发展历程,学者们从整体角度的发生学、古今源流演变及特定历史阶段的规律总结等方面,先后开展了大量研究工作^[7]。王国英^[8]运用发生学研究范式进行研究,提出肝藏象理论建构从古代解剖实体认知向基于临床动态观察的生理病理功能模型建构的本体论嬗变。于宁^[9]从以肝本脏为中心到与腑、窍、体、液等共同构成肝

藏象理论体系的古今变迁出发,通过多次概念转换和理论内涵融合,逐渐形成“肝主疏泄”理论内涵。方亚利等^[10]、张立艳等^[11]通过解构肝藏象理论的本体论架构,揭示其认知范式从阴阳五行哲学思辨向自然哲学认知与临床经验实证的多维关联系统的演进脉络。李永乐^[12]从脏腑生理功能、特性等角度阐述肝与多种情志形成的内在机制。曹幽子^[13]研究认为肝藏象证候由病位、病性和临床症状组成,是肝藏象系统失调的外在表现。由此,对临床经验的总结和积累使肝藏象理论体系不断得到修正与发展,并渐趋完善。

历代医家对肝藏象理论认识虽各有偏重,但在很多方面已达成基本共识。①古代文化、古代哲学思想奠定了肝藏象理论的理论基础及思维方式^[14]。②以肝为核心的脏腑多维关联系统的生理病理动态演变模式渐趋成型,是肝藏象理论形成的始基^[7,15]。③以象测藏是肝藏象理论形成的最重要的方法论基础,藏象理论产生的重要源泉是密切结合临床实际和医疗实践^[16-17]。④现代科学技术的渗透是开展现代肝藏象科学研究的有效途径,但应遵循中医学学术特点,通过中西医理论融合汇通,方能深入揭示其科学内涵^[18]。综上所述,肝藏象理论体系框架已基本搭建完成,进入新发展时期,要实现肝藏象理论研究的跨越式发展,找准影响其发展创新的关键问题和研究路径,开展更深层次研究为关键所在。

2 肝藏象研究存在的问题

肝藏象知识体系比较复杂,纵观肝藏象理论发展史,其形成和发展过程就是一个不断提出问题和解决问题的过程。本研究对肝藏象理论与应用研究存在的问题进行分析梳理,主要分为以下三类问题。

一是初期由于缺少从源到流的肝藏象相关文献系统整理,肝藏象研究许多学术概念不清,不同解释层出不穷,对肝藏象的科学内涵阐释也众说纷纭^[19]。究其根源,多与不同医家从不同层面理解肝藏象有关^[20],研究投入周期短,研究方法单一,在系统性和科学规范性上存在一定欠缺。随着肝藏象研究越来越深入,该问题逐渐清晰明朗。

二是理论研究与临床实践脱节,理论发展相对滞后于临床^[3]。很多临床研究仅停留在案例收集、低水平理论堆砌的科研阶段^[21],临床实践成果不能尽快升华为理论。中医临床、理论与现代医学的微观研究不能有效结合,理论成果不能尽快转化为临

床,严重影响了肝藏象理论的发展与应用进程。

三是现代医学和科学技术的介入,使肝藏象理论发展进入快车道,大量中西医研究成果汇而未通、结而不合^[22]。现行研究范式因未能充分融合中医整体观与象思维认知特质,致使基于还原论范式的实验设计与中医本体论维度产生认知裂隙,造成研究成果向临床转化效能受限,形成制约研究纵深突破的瓶颈^[23]。这与中西医思维方式不同及中医语言具有模糊性和不确定性特征有关^[24],由于缺少中西医汇通人才,使中医理论内涵与西医的微观机制研究存在偏差。因此,现实的中西医结合研究成果亟需深度挖掘。

一个新理论的产生和发展是多个创新点不断积聚的过程,需要众多学者从不同方面做大量贡献,不断去伪存真,方能实现理论体系原始积累。解决以上问题关键是顺应时代发展,找到肝藏象研究的关键切入点,集中优势资源,长期开展系统深入研究。因此,如何从错综复杂的肝藏象研究中寻找关键切入点至关重要。研究实践表明,基于病证结合研究模式和坚实的前期研究基础,以“肝主疏泄”功能失调相关典型病证为切入点,构建“以象测藏-机制解析-理论反哺”三位一体的研究路径,建立跨时空尺度的动态研究框架,开展肝藏象理论深入持续研究,方能有望在肝藏象研究方面实现较大突破。

3 肝藏象理论体系研究突破口——PMS/PMDD

PMS为肝失疏泄典型疾病,好发于育龄期女性,以月经前周期性出现焦虑、抑郁、头痛等情绪及躯体症状为特征,PMDD是其严重类型。流行病学研究表明,PMDD在育龄期妇女中发病率为3%~8%,严重影响患者生活质量^[25-26]。近年来,以PMS/PMDD为切入点开展的现代肝藏象研究为丰富发展肝藏象理论提供了诸多研究思路、路径和科学依据,深入开展PMS/PMDD中西医理论融合研究有望成为肝藏象研究关键突破口。

3.1 肝失疏泄是PMS/PMDD基本病机

PMS/PMDD的发病以肝失疏泄为中心,肝疏泄太过导致肝气过于亢盛发为肝气逆证,表现为PMS/PMDD经前烦躁易怒、乳房胀痛、头痛头胀等;肝疏泄不及导致肝郁气结而发为肝气郁证,表现为PMS/PMDD经前情志抑郁、善太息、胸胁胀痛等;临床中以上两证最为多见^[27]。肝藏血是肝疏泄功能正常的基础,若肝血亏虚,则肝疏泄功能易失常,气血之郁就更容易发生。肝主疏泄与津液运行密切相关,肝郁

气滞水停,则会出现经前水肿、体质量增加、腹胀等临床表现。

“肝失疏泄、肾失封藏、脾失运化、脑失所养”为PMS/PMDD重要病理基础^[28]。肝主疏泄,可调畅五脏气机,若肝气郁结气机不畅,可致情绪抑郁、胸闷胁胀、乳房胀痛等;若肝气升发太过,气血上逆而不下,血郁于脑,可出现急躁易怒、头痛、头胀等症。肝体阴而用阳,肝之疏泄与藏血功能相辅相成。若肝血充足,可涵养肝气,使肝气疏泄有度,月经应时而至;若肝血本不足,当月经来临之时,肝所藏之血循冲脉下注入胞宫,肝血亏虚不能涵养肝气,可致肝气疏泄失常,而出现PMS/PMDD。肾主封藏,肝司疏泄,肝气上逆日久,易耗肾精,可致肾精亏虚,肾气不固,封藏失职;而肾精不足,亦可致肝血亏虚,疏泄失常。肾藏精,肝藏血,精血同源。若肝肾亏虚精血不足,则易腰膝酸软;脑为髓海,肾精不足,髓海失养,则易健忘、失眠。肝气横逆则易犯脾胃,脾不运化,易致食欲异常、水肿、体质量增加、便溏、腹泻、便秘等症。肝血不足、脾失健运均可致肾精亏虚,髓海失充。因此,临床多从肝论治PMS/PMDD,同时也涉及肾、脾、脑等。

3.2 冲任失调、营卫不和是PMS/PMDD病机体系的重要组成部分

冲任失调可致PMS/PMDD患者出现一系列月经前诸症,经后阴血渐复,冲任平复,一系列症状也随之消失^[29]。冲脉循行上隶阳明,下隶肝肾,主要调节肝、肾等脏腑升降气机的功能。肝疏泄功能的正常有利于冲任二脉通利,疏泄不利会影响冲任对女子月经及生殖功能的调节,而冲任虚损也会使肝疏泄失常;肝主升发,能保证经络气血的正常运行,使冲任循行通利。肝气条达则气血运行通畅,可对冲任进行充养,若调节血液出现异常则会导致冲任瘀滞;冲任气血调和,也会对肝进行濡养,若血液瘀滞则会影响肝对气血的调节。PMDD患者经前出现失眠多梦等临床表现,与肝失疏泄、营卫失和密切相关^[30]。PMS/PMDD患者经前经血下注胞宫,肝失疏泄,脾失健运,气血生化不足,营虚卫弱,营不能内守心神,卫气应入里而难入里,导致“不得卧”症状。因此,疏肝以治本、调和营卫以治标可以缓解PMDD失眠多梦症状。

3.3 易感体质是影响PMS/PMDD发病的重要原因

体质形成受先天遗传和后天获得因素影响。先

天遗传因素的多样性和后天因素的复杂性形成结构、功能、代谢以及对外界刺激反应等方面的个体差异性,对某些病因和疾病的易感性,以及疾病转变转归中的某种倾向性^[31]。大量研究表明胎儿期、儿童期、青春期均是女性生长发育的重要转折期,易受情志内伤、饮食不调、劳逸失常、外感邪气等致病因素影响,形成易感体质。胎儿期主要受遗传因素、营养因素等影响,孕妇在怀孕期间长时间熬夜和情绪不稳定等会对胎儿生长和发育造成影响。在儿童期、青春期,早期生活压力和不利童年经历可以增加精神障碍疾病易感性,并可能持续到成年期,再加上女性自身生理特点,长期反复影响更易引起脏腑功能失调,形成痰饮、瘀血等病理产物,导致各类易感体质形成^[32]。女子经前期经血下注胞宫,脏腑失于濡养,更易受到外界环境、情志等因素的影响,引动藏于体内的痰饮、瘀血等伏邪,易感体质常发生较明显变化,从而出现一系列PMS/PMDD临床症状。

综上,由先天和后天因素影响形成的易感体质是导致PMS/PMDD发病率高的主要原因。胡春雨等^[33]认为女性特有的生理、心理、情志因素易致肝疏泄失常,日久则精血津液疏泄失常,五脏六腑失于濡养,形成以气郁质和气逆质为主的PMS体质类型。王杰琼等^[34]提出PMS患者发病具有明显的好发体质倾向性,气郁质等偏颇体质是PMS的高发体质。王飞^[35]研究PMS中医证候、体质及人格,发现PMS患者中气郁型体质人群居多,其次为痰湿型、瘀血型、阴虚型等体质。基于中医“治未病”思想,通过体质辨识,把握女性不同个体的体质特点,从患者体质特征上寻找发病规律,做好体质调理和早期预防,对把握PMS/PMDD疾病发展的趋势和预后具有重要意义;并且从影响体质形成因素角度开展PMS/PMDD病因病机研究,既可动态、全面地认识中医体质学说,又为青少年PMS/PMDD早期预防提供科学依据。

4 PMS/PMDD病因病机中西医融合点探析

4.1 肝失疏泄、冲任失调病机与γ-氨基丁酸(GABA)能系统、下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴、下丘脑-垂体-卵巢(HPO)轴失调等发病机制有较好契合性

肝失疏泄、冲任失调病机与西医GABA能系统、HPA轴、HPO轴失调等发病机制相关性研究日益成为近年来PMS/PMDD中西医融合研究热点。大量研究表明,PMS/PMDD患者存在GABA能系统对神经类

固醇的异常响应,激素、神经活性类固醇的上升和下降会加重PMDD患者经前系列症状,压力应激也往往会使其标志性症状加剧,究其根源可能与GABA能系统、HPA轴调节的应激性神经回路受损和功能失调相关^[36]。应激发生时,PMDD女性GABA能系统可塑性受损,发生抑制功能缺陷,导致中枢神经系统(CNS)对释放促肾上腺皮质激素释放因子(CRF)神经元的放电作用减弱,造成HPA轴调节失衡。而神经类固醇的可用性减少或机体响应异常可能会进一步损害HPA轴的正常负反馈调节,从而导致HPA轴活性水平升高。虽然患者体内外周来源(肾上腺)神经类固醇的生物合成可能会增加并进入大脑,通过与 γ -氨基丁酸A受体(GABAAR)变构位点结合,增强GABA能传递,进而参与调控HPA轴功能,但由于PMDD患者GABA能系统失敏,无法实现补偿性闭环调节,因此导致由GABA能系统、HPA轴调节的压力应激神经环路整体出现功能异常,致使PMDD发生^[37]。以上关于PMS/PMDD发病机制的阐述与中医肝失疏泄、冲任失调运行机制在多个环节存在契合性,目前相关研究已明确证实PMS/PMDD确实存在GABA能系统和HPA轴、HPO轴失调,肝疏泄太过或不及与GABA能系统、HPA轴、HPO轴过度抑制或激活运行机制的内涵非常相似,无论从临床解剖位置还是经脉循行路线角度,冲任失调机制与HPO轴均存在相通之处,但具体机制目前尚不完全清楚,均需要深入研究,该方向可成为将来PMS/PMDD中西医融合研究主流方向。

4.2 气滞血瘀、营卫失和病机与西医神经炎症和免疫失调机制有相通之处

PMS/PMDD病机中西医融合还可以从气滞血瘀、营卫失和与神经炎症和免疫失调内涵的契合性去阐述。肝气不舒、气滞不畅则阻遏经络,造成抑郁焦虑等情绪障碍,郁结化火,内生炎症,毒邪阻滞于体内,血瘀不通则疼痛百生,进而引发胸胁痛、头痛、乳房胀痛等PMS/PMDD相关躯体症状。营卫气血在脏腑、脉络等正常流动,通过推动一身气化布散脏腑,维持血脉中精微物质的动态平衡,这与西医血液内各种类固醇激素、免疫因子等合成、代谢及运行过程极为相似,通过血液的流动运送至五脏六腑发挥作用^[30]。气滞血瘀、营卫失和,体内阴阳失衡,造成PMS/PMDD神经内分泌免疫系统紊乱,生理、心

理、社会多方面持续过度应激可进一步加剧HPA轴持久性失调,刺激强度及时间超过人体防御能力可以导致无菌性炎症发生,造成情志损伤,加剧PMS/PMDD临床症状^[38]。气滞血瘀、营卫失和病机与神经炎症和免疫失调发病机制的相通性在PMS/PMDD研究中逐步得到证实,可成为未来PMS/PMDD病机深入融合研究方向之一。

4.3 中医体质偏颇理论与西医观点一致:早期应激致CNS重塑增加女性PMDD风险

流行病学研究表明,PMS患者发病具有明显的好发体质倾向性,这一论断与现代研究关于早期应激与PMS/PMDD发生相关性认识具有明显一致性。研究证实,青春期的到来增加了患焦虑症的可能性,女孩对短期神经类固醇暴露的焦虑效应可能是男孩的两倍^[39]。女子月经前期更易受到外界环境、情志等因素的影响^[32],当过度应激时机体GABAAR可能无法调整其组成以响应月经周期应激性变化,亚基组成或构象及药理特性发生代偿性变化,出现敏感性变化和可塑性受损。研究显示,GABAAR表达受GABAAR调节剂的性别特异性调控,孕酮代谢物四氢孕酮水平下降可增强 $\alpha 4$ 亚单位转录,致惊厥易感性增加及苯二氮卓敏感性降低,提示其与PMS发病相关^[40]。课题组前期研究证实,PMDD肝气逆证模型大鼠由GABAAR介导的氯离子通道电流频率与电流幅度显著降低。以上系列证据链显示早期应激可致GABA能系统敏感性和可塑性受损,继而发生CNS结构与功能重塑,增加了成年女性PMS/PMDD易感性,这与中医体质学的“体病相关”理论内涵内容一致,由此深入开展相关研究,既可为PMS/PMDD早期预防提供科学依据,又可动态、全面地认识PMDD发生发展病因病机,丰富中医体质学说的生物学基础。

5 结束语

肝藏象学说的未来发展亟需构建守正创新的现代化研究范式,研究路径应立足三大战略支点。其一,应以藏象学说本体论重构为根基,运用知识考古学方法还原肝藏象理论的“原生态”认知范式,构建符合中医学学术特点的现代肝藏象理论体系;其二,构建“现象-数据-机制-理论”四维研究架构,依托优势病种建立临床转化枢纽,集中优势资源,深入挖掘肝藏象理论现代科学内涵;其三,打造多模态研究网络,整合系统生物学、人工智能与临床表型组学技

术,培育具备“象思维-数智化”双重认知能力的复合型人才梯队,构建“文化传承-机制阐释-技术转化”三位一体的创新生态。随着中医药科学化进程不断推进,相信以上肝藏象研究中的问题会逐渐得以解决,肝藏象理论将被赋予新的内涵,最终实现从经验医学向精准医学的跨越式发展。

[参考文献]

- [1] 刘燕,刘明,王树增,等. 从疑难杂症探析“诸病皆可从肝论治”[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(1):143-144.
- [2] 王小平,魏凤琴. 张珍玉医案医话集[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:249-251.
- [3] 蔡英文. 论中西医结合发展[J]. 世界中西医结合杂志,2019,14(7):1021-1025,1036.
- [4] 鲁明源. 中医理论研究缺乏突破性进展的原因及对策[J]. 山东中医药大学学报,2006,30(3):184-185.
- [5] 吴承玉,骆文斌,孙鹏程,等. 藏象辨证体系的理论构建研究[J]. 南京中医药大学学报,2021,37(2):175-178.
- [6] QU S, QIAO M, WANG J, et al. Network pharmacology and data mining approach reveal the medication rule of traditional Chinese medicine in the treatment of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder[J]. Front Pharmacol, 2022, 13: 811030.
- [7] 李永乐,翟双庆. 中医五脏理论文献研究的现状与展望[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2020,22(4):1299-1306.
- [8] 王国英. 《黄帝内经》肝藏象理论发生学研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2009.
- [9] 于宁. 两汉与当代肝藏象理论对比研究[D]. 北京:北京中医药大学,2014.
- [10] 方亚利,孙广仁. 《内经》、《难经》肝藏象内涵解析[C]//中华中医药学会第九届内经学术研讨会论文集. 长春:中华中医药学会,2008:134-139.
- [11] 张立艳,陈晓. 藏象学说研究进展概述[J]. 中医文献杂志,2012,30(4):54-56.
- [12] 李永乐. 论《黄帝内经》中肝与情志的多重关系[J]. 中国中医基础医学杂志,2016,22(2):154-155.
- [13] 曹幽子. 肝藏象与肝藏象证候相关性的文献研究[D]. 北京:北京中医药大学,2007.
- [14] 蔡子微. 阐释中医基础理论科学内涵的新假说[J]. 牡丹江医学院学报,2011,32(1):15-21.
- [15] 高晶晶,江凌圳,王英. 发生学视角下中医肝藏实质追溯[J]. 中医杂志,2020,61(4):357-360,368.
- [16] 王乐鹏. “肝主疏泄”理论探讨、数据挖掘与红外热成像研究[D]. 北京:北京中医药大学,2015.
- [17] 张景明,陈震霖. 浅论中医藏象内涵及其理论构建[J]. 中国中医基础医学杂志,2010,16(11):972.
- [18] 侯雅静,陈家旭,李晓娟. 肝脏象现代研究重要发现述评[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2017,19(12):1906-1911.
- [19] 邢玉瑞. 中医病因病机理论60年研究评述[J]. 中医杂志,2017,58(15):1261-1264.
- [20] 赵艳,乔明琦,张惠云. 藏象学说的理论基础、构建与研究方向[J]. 山东中医药大学学报,2009,33(6):447-449,467.
- [21] 李奕祺,刘卫华. 浅谈中医基础理论与临床关系[J]. 长春中医学院学报,2002,18(3):3-4.
- [22] 弓箭. 中西医汇通、中医科学化、中西医结合的历史研究[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2013.
- [23] 郑洪. 五脏相关学说理论研究及临床分析[D]. 广州:广州中医药大学,2002.
- [24] 侯冠群,鲁明源. 对中医理论继承与创新的思考:以卫气内涵研究为例[J]. 中医杂志,2018,59(11):907-910.
- [25] BEDDIG T, KÜHNER C. Current aspects of premenstrual dysphoric disorder: a review[J]. Psychosom Med Psychol, 2017, 67(12): 504-513.
- [26] COHEN L S, SOARES C N, OTTO M W, et al. Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women. The Harvard study of moods and cycles[J]. J Affect Disord, 2002, 70(2): 125-132.
- [27] 乔明琦,张珍玉,徐旭杰,等. 经前期综合征证候分布规律的流行病学调查研究[J]. 中国中医基础医学杂志,1997,3(3):31-33.
- [28] 邱兆艳,王海军,孟庆岩,等. 基于下丘脑-垂体-肾上腺轴应激探讨肝主疏泄与经前期综合征/经前烦躁障碍症的相关性[J]. 中医药导报,2025,22(6):143-146.
- [29] 盖晓丽. 从冲脉论治经前期综合征[J]. 中国中医基础医学杂志,2017,23(11):1527-1528,1532.
- [30] 孟辰,魏恩华,张长龙,等. 基于营卫理论探析经前烦躁障碍症发病机制[J]. 山东中医药大学学报,2022,46(2):175-180.
- [31] 王琦. 中医体质学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:2.
- [32] 李倩,张浩,李敏,等. 从伏邪理论探讨经前期综合征的治疗思路[J]. 中华中医药杂志,2018,33(1):171-174.
- [33] 胡春雨,王文燕,乔明琦,等. 从肝试论经前期综合征的体质类型[J]. 辽宁中医杂志,2006,33(11):1415-1416.

(下转第748页)

从病证关系谈中医学的循证研究

郭逸文,付广威,桑希生

(黑龙江中医药大学,黑龙江 哈尔滨 150040)

[摘要] 循证医学是当今医学的主要范式,“辨证论治”作为中医学的特色,一直以来都被视作中医学循证化的契合点。然而,辨证论治所说的“证”并非循证医学所强调的“证据”。因此,中医学需重新审视自身的特色,在“以病为纲”的身份认同下探讨与循证医学通约的可能性。“以病为纲”的思想要求中医学从两方面进行自我改造以适应循证化的要求:一为重新构建中医疾病分类学,为中医循证医学研究做铺垫;二为在结构主义语言学的指导下,实现中医病机学与语言学方法论的结合。

[关键词] 病证结合;循证医学;辨证论治;以病为纲;中医现代化

[中图分类号] R241

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0740-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.004

On Evidence-based Research in Traditional Chinese Medicine from Relationship Between Disease and Syndrome

GUO Yiwen, FU Guangwei, SANG Xisheng

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

Abstract Evidence-based medicine is the main paradigm of contemporary medicine. “Syndrome differentiation and treatment” as a distinctive feature of traditional Chinese medicine has long been regarded as the convergence point for the evidence-based transformation of traditional Chinese medicine. However, the “syndrome” in “syndrome differentiation and treatment” is not the “evidence” emphasized by evidence-based medicine. Therefore, traditional Chinese medicine should re-examine its own characteristics and explore the possibility of compatibility with evidence-based medicine under the identity of “disease-oriented”. The idea of “disease-oriented” requires the traditional Chinese medicine community to undergo self-transformation in two aspects to adapt to the requirements of evidence-based medicine: one is to reconstruct the classification of traditional Chinese medicine diseases to lay the foundation for evidence-based research in traditional Chinese medicine; the other is to combine the theory of traditional Chinese medicine pathogenesis with the methodology of linguistics under the guidance of structuralist linguistics.

Keywords combination of disease and syndrome; evidence-based medicine; syndrome differentiation and treatment; disease-oriented; modernization of traditional Chinese medicine

[收稿日期] 2024-08-17

[基金项目] 黑龙江省自然科学基金面上项目(编号:LH2021H083)

[作者简介] 郭逸文,2022级硕士研究生,研究方向:中医治则与治法研究。

[通信作者] 桑希生,教授,主要从事中医治则与治法研究。邮箱:sangxisheng@126.com。

张伯礼先生^[1]在《中国循证医学》杂志发表的论文《辨证论治与循证医学》首次将辨证论治的概念与循证医学关联在一起。他认为,辨证论治与循证医学皆重视临床证据,且都是在整体观的指导下

应用证据,故两者可以相互借鉴、共同发展。此后,虽然有学者提出质疑,指出辨证论治所强调的“证”是一种宏观的病理状态,其与循证医学所重视的“证据”是不同的^[2]。但是,依然有大量的研究试图将两者结合起来,部分研究者甚至从哲学思想^[3]或现实意义^[4]等方面刻意地将辨证论治与循证医学等同。最终,中医学循证化的方针逐渐被统一为:以辨证论治为核心的中医疗效评价体系的建立、药物质量与处方的规范化管理以及“证”的客观化研究^[5-8]。

这场看似已盖棺定论的学术思潮,却依然存在值得商榷的地方,如作为中医学循证化的契合点,是否有比辨证论治更适合的概念?由于辨证论治更多地突出了患者的个体情况与医者的经验,故本质上是反循证化的。因此,要真正实现中医学的循证化,或许应当从“以病为纲”的视角出发,突出疾病规律在客观化研究中的纲领地位,从而探索出最佳临床证据指导之下的中医实践模式。

1 循证医学的内在要求

研究人员基于对临床实践中三大基本要素的分析提出循证医学的概念:一为说服力较强的临床研究构成的最佳证据;二为医者的临床实践经验;三为患者对于治疗的认知、价值与意愿^[9]。在循证医学之前的医学模式被称作“经验医学”,其以医者的临床经验为最高权威。而循证医学则站在实证主义的立场上,认为临床最佳证据才是医学实践的最佳指南。

循证医学从两个维度出发去评估证据说服力的强弱:一是证据水平,即临床研究中干预措施的证据强度;二是推荐级别,即对证据的获益、风险及可能造成的损害方面进行的客观化利弊权衡。无论是哪个维度,患者个体化的情况都被要求让步于大数据下的共性化规律。再通过实践循证医学的一般步骤来看,循证医学的实践起步于临床问题的提出,而临床问题的提出则遵循一般的框架,即如何明确病因?如何降低疾病发生的可能?如何进行精确的诊断与鉴别诊断?如何有效地治疗患者且对患者造成最小的伤害?患者预后可能出现哪些并发症?无论是这五个方面中的哪一者,都不可能对于某个患者的个体化研究当中得到答案,故循证医学内在要求的研究对象一定是流行病学视角下的疾病大数据,而非局限在具体患者身上的个体化表征。

循证医学因其对于客观化的追求,在现代临床

实践中逐渐暴露出了其“去人性化”的弊端^[10],故学者们开始从叙事医学的角度回归对于医患之间主体间性的关注。从前文所述的临床实践三大要素出发,可以将医学发展的阶段性规律总结如下:第一个阶段以传统医学为代表,强调医者经验的第一性地位;第二个阶段以循证医学为代表,强调最佳证据的第一性地位;第三个阶段以叙事医学为代表,强调医患主体间性的第一性地位。王一方^[11]提出过类似的论述,认为传统医学属于前现代阶段的医学,循证医学属于现代性阶段的医学,而叙事医学则属于后现代阶段的医学。因此,循证医学本身还存在着一种发展观,即对于传统医学要进行客观化、规范化的改造。

总而言之,循证医学要求以疾病为对象对医学进行客观化与规范化的改造,从而建立与传统医学不同的证据采集模式^[12]。具体来说,包括将Meta分析、随机对照试验等流行病学方法的地位抬高到专家经验之上,以作为医学证据的主要来源。

2 辨证论治的本质剖析

2.1 辨证论治是他者凝视下的产物

对辨证论治的源流进行考证后不难发现,辨证论治的概念并非自古就有^[13]。古代医籍中虽有类似的表达,如“辨太阳病脉证并治”“随证治之”等,但所谓之“证”实则为患者主诉的症状^[14](由于唐以前并无“症”字,故以“证(證)”字通假^[15])。付滨等^[16]认识到辨证论治被置于现如今的地位是中医学迫切地被要求科学化的结果,二十世纪五十年代中医药治疗乙型脑炎的成功经验使得医学界对中医学内在的一种有别于西医学的理论形态有了初步的认知,借助于“西学中”学员的感知与反馈,“证”的概念逐渐成为了所谓的中医学范式的代名词。经由任应秋与秦伯未两位先生的大力提倡以及二十世纪六十年代诸多学者的补充,辨证论治逐渐被学界广泛讨论^[17]。

通过借鉴李明在思考中西医问题时引入的拉康的理论,可以对辨证论治之统治地位的谱系有一个全新的认识。李明等^[18]认为,中医学的自我身份是在西医学作为他者的文化注视下产生的。在西医学传入之前,中医学几乎等同于医学。随着西方的政治侵略,西医学逐渐被中国人重视并赋予优越性,这就抛给了传统中医学两个选项:要么被西医学所替代;要么证明自身的独特性,从而获得与西医学共存的权力。主流的中医学界大都选择了后一条路,但

却也在这一条路上矫枉过正,一切能让人联想到西医学的概念都逐渐被剥离,而其中最为核心的就是“疾病”的概念,取而代之的是“证”的概念。虽然现代学者们一直试图在定义上将“证”隶属于“病”之下,但在临床实践中,“证”早就已经脱离了教科书的定义(疾病某个阶段或类型病理的概括^[19]),而成为“非疾病”的治疗对象。简而言之,中医学出于身份的焦虑而创造了“证”的概念,而“证”的概念又逐渐成为了治疗学层面上由“病”的对立面构成的混合体。

2.2 辨证论治与循证医学并无交集

如前文所述,学者们在研究中医学的循证化时,皆会去探讨辨证论治之“证”的概念与循证医学之“证”的概念之间的异同,并努力为其找到可通约的依据。对这种可通约性最客观的质疑,无非是强调辨证论治之“证”缺乏统一的量化指标^[20],主观经验居多^[21]。这些质疑固然在理,但皆未能深入到问题的本质,“证”及以“证”为核心的辨证论治本身就不具备作为传统中医学的范式来同循证医学进行通约的资格。从“证”的定义出发,“证”的客观化研究就是个有待商榷的概念。因为,既然“证”只是对疾病某个阶段或类型病理的概括,为何要直接跳过“病”的纲领来做“证”的研究?

实际上,中医学本就没有必要逃避“病”的概念。一直以来被认为是辨证论治之源头的著作《伤寒杂病论》,实则并没有形成现代意义上的“证”的概念,而是一直以“治病求本”作为第一原则^[22]。邢风举等^[23]亦深刻地指出,古代中医学也是辨病与辨证相结合的,只不过对于病有着不同于西医学的分类与命名方式。

至此,通过重新整理思路可以发现,所谓的缺乏客观性且亟待被现代化改造的,应当是中医学的“病”之概念而非“证”之概念,有资格同循证医学进行通约的应当是“以病为纲”的中医学而非辨证论治的中医学。

3 “以病为纲”的内涵分析

3.1 对于“以病为纲”的一般解释

戴高中等^[24]对于辨证论治的解释比较能够体现当下中医界的一般观点:“病”是临床实践中的主要矛盾,贯穿临床诊治的始终;“证”是临床实践中主要矛盾的主要方面,亦是解决当前矛盾的关键。从这种一般解释很容易就能推导出“以病为纲,辨证论治”的结论,临床实践就是要在把握主要矛盾的基础

上,重点针对主要矛盾的主要方面来化解矛盾。

从大原则上讲,这种解释没有问题。但是,中医学古籍当中存在着太多混淆“病”与“症”的情况。如果同“十四五”规划教材《中医内科学》一样将诸如“遗精”的症状规定为一种疾病^[25],其论治过程也无非就是“证素”的排列组合。一些更加本质的问题往往会被忽视,如中医所谓的伏邪结于下焦精室,即西医学的慢性细菌性前列腺炎,亦会造成遗精^[26],其临床表现为阴囊潮湿、排尿灼热感等,若仅根据证素辨证则为湿热下注证,而实际的临床治疗中,治疗湿热下注证的方剂远不如直接攻邪散结的方剂疗效佳。

这就暗示了对于“以病为纲”的一般解释所存在的问题:“病”的概念没有根据临床的实际情况进行严格的限定,只是在抽象地套用外在的逻辑。

3.2 对于“以病为纲”的多重解释

张仲景《金匱要略》被认为具备着“以病为纲”的医学模式^[27],与其范式类似的《诸病源候论》《杂病源流犀烛》《杂病广要》等中医古籍亦被视作古人对“以病为纲”的实践。一些现代中医临床医家的临证模式亦被学者们认为是“以病为纲”^[28-29]。某种程度上,并不是先有了关于“以病为纲”的定义才出现了相应的实践,而是古今医家在实践中诠释了“以病为纲”。范式的优先性导致了“以病为纲”的实践往往是先于定义而存在^[30]。在这些实践的基础上,可以对“以病为纲”做出多方面的解释。

一方面,强调方从法出与专病专方^[31],疾病作为纲领一定具有较为稳定和独特的病机结构,从这个病机结构出发,可以对某一疾病拟定专门的基础方;另一方面,通过脏腑经络、气血水精两个维度把握疾病传变的情况^[28]。除此以外,通过对实类病机和虚类病机进行壅郁结闭^[32]和弱虚伤损竭败的层次划分,从而把握疾病进展的程度。这里的专病专方则起到了纲领性的作用,是“辨病”的主要任务;而对于疾病传变情况以及疾病进展程度的把握,则是“辨病”纲领下的“辨证”。这种“辨证”的思路更有利于从总体上把握疾病的预后,且综合当前阶段的病机传变层次与病机严重程度,从而给出更为全面的治疗方案。

4 从“以病为纲”实现中医学循证化的路径

4.1 回眸:中医学循证研究现状

有学者研究发现中医药临床研究注册报告质量

不高,近一半中医药临床研究注册未对中医药这一干预措施进行描述^[33]。此外,中医药的循证研究往往是将中医药干预作为替代医学的手段呈现出来,即相比于标准的西医学干预,增加中医药的手段是否有利于有效性与安全性的提高。至于某个中医方案是否比另一种中医方案更有效,则无法在这类循证研究中获得答案。

究其本源,西医学已经形成了标准的治疗指南,而中医学指南或中医内科学推荐的方药则难以成为医生共同遵循的治疗方案,故中医药的临床研究难以设计出令人信服的标准对照组。对于某一疾病到底有几种证型以及某一证型到底应当用哪些方药,名家经验往往具有更高的可信度,甚至有学者建议将中医学名家经验的证据等级提高^[34]。之所以会出现如此的局面,是因为当今的中医内科学仅仅用“证素”的排列组合来认识疾病的本质,而“证素”又是被高度简化的(比如将气郁、气结两个不同程度的证素还原为气滞等^[35]),这就为名家经验的发挥预留了广阔的空间。中医内科学的学科构建并未能改变中医的经验医学状态,这种极强的主观性不利于学科的现代化与标准化。

4.2 展望:结构中医学与病机语言学

实际上,有学者已经试图通过构建中医古籍证据评价体系——将经典著作或官修古籍定为Ⅰ级、历代医家著作定为Ⅱ级、名家经验定为Ⅲ级、医案医话定为Ⅳ级^[36],来尽量规避中医内科学的病证框架所造成的主观性弊端。但对于如何将古籍证据纳入到现有的病证体系当中,以及如何基于此来做中医药循证科研,学术界依然处于莫衷一是的局面。

中医古籍证据在内容上分为两部分:一类是确定的术语和基本逻辑,如瘀血、痰饮、六经传变等;另一类是有待被进一步诠释的经典条文,如“阳化气,阴成形”“壮火食气,少火生气”,以及“阳道实,阴道虚”等。中医内科学的病证体系实则是对第一类知识的总结,只不过其所做的总结有待被进一步复杂化;过去的研究仅仅是将术语简化并将逻辑拆解,而现在则需要将术语细化并对逻辑进行多层次、多维度的重构。为了区别于过去的病证范式,新构成的范式可以叫做结构中医学或复杂中医学。而针对第二类知识,可以引入语用学和诠释学的方法论,将经典条文置于具体疾病的语境下来分析其内含的病机通路,从而为中医学的复杂病证结构添砖加瓦。这

一科研方法可以叫做病机语言学,也是对中医学学术界常见的理论探讨类写作的规范化与二次研究。

结构中医学是针对现有病证关系的一种范式革命,而病机语言学则是对革命后的中医学范式进行常规科研的研究纲领。这一转变的核心原则是将病证关系复杂化,并基于疾病的纲领来探讨中医古籍证据的循证研究。

5 结束语

在临床实践当中,传统中医学的范式面临着越来越多反常的挑战,中医学正面临着—场转型,或者说叫做“科学革命”。中医学需要拥抱循证医学以实现客观化与规范化,但是中医学该以什么样的面貌与之通约?近年来受到学者广泛实践并讨论的“以病为纲”则较为适合。进一步讲,当中医内科学完成了向结构中医学的改造,并以病机语言学的方法将古籍证据研究落地,中医学才能真正实现向循证医学乃至现代化医学的转型。

[参考文献]

- [1] 张伯礼. 辨证论治与循证医学[J]. 中国循证医学, 2002, 2(1): 1-3.
- [2] 罗滢. 谈中医辨证论治与循证医学的不同[J]. 中国民族民间医药, 2009, 18(7): 83.
- [3] 袁薪蕙, 牟玮, 邢永发, 等. 试论循证医学思想与祖国医学的宏观统一性[J]. 西部中医药, 2020, 33(9): 51-53.
- [4] 陈锦芳. 循证医学、中医学之“证据”辨析[J]. 福建中医药, 2010, 41(1): 51-52.
- [5] 罗侃, 罗畅, 剡雄. 从循证医学与中医辨证论治谈中西医结合的前景[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9(6): 311-313.
- [6] 邢斌, 颜乾麟. 循证医学时代中医学如何发展[J]. 山东中医药大学学报, 2003, 27(2): 87-91.
- [7] 黄颖, 覃秀英. 从循证医学看中医辨证论治的研究和发展[J]. 中国医学文摘: 内科学, 2005(5): 676-678.
- [8] 全国芳. 循证医学与中医的辨证论治[J]. 中医杂志, 2005, 46(12): 891-892.
- [9] 王小钦, 何耀. 循证医学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 2-4.
- [10] 郭莉萍. 叙事医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 11.
- [11] 王一方. 整合循证医学与叙事医学的可能与不可能[J]. 医学与哲学(A), 2014, 35(1): 15-17, 61.
- [12] 李琰, 李幼平, 兰礼吉, 等. 循证医学的认识论探究[J]. 医学与哲学(A), 2014, 35(4): 1-4.
- [13] 张效霞. 回归中医: 对中医基础理论的重新认识[M]. 青岛: 青岛出版社, 2006: 218.

(下转第759页)

基于五脏生克制化辨证模式论治双心疾病

王润英¹, 邓芳隽¹, 梁嘉钰², 赵玉珂¹, 郭海珍¹, 李晓凤³, 杜武勋³

(1.天津中医药大学,天津 300383; 2.浙江大学医学院附属第一医院,浙江 杭州 310006; 3.天津中医药大学第二附属医院,天津 300150)

[摘要] 双心医学认为心血管疾病以及心理障碍两种疾病多互为因果,相互影响,二者共病率高,临床常见冠心病、慢性心力衰竭等心血管疾病患者合并抑郁、焦虑状态。文章基于五脏生克制化辨证模式总结双心疾病的共同病机在于五脏气化失司,导致气郁、痰饮、热邪、瘀血等病理产物积聚,进而引发胸中气机不利。据此创立胸痞方,旨在斡旋中土气机、通达左右金木之气、开宣胸中郁结之气,可使诸脏并调,达双心俱健之效。附验案1则。

[关键词] 五脏生克制化辨证模式;双心疾病;脏腑气化;心血管疾病;心理障碍

[中图分类号] R277.7;R256.21 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0257-358X(2025)07-0744-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.005

Discussion on Treatment of Psycho-cardiology Diseases Based on Syndrome Differentiation Model of Five Internal Organs' Generation, Restraint and Transformation

WANG Runying¹, DENG Fangjun¹, LIANG Jiayu², ZHAO Yuke¹, GUO Haizhen¹, LI Xiaofeng³, DU Wuxun³

(1.Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300383, China; 2.The First Affiliated Hospital, School of Medicine, Zhejiang University, Hangzhou 310006, China; 3.The Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300150, China)

Abstract Psycho-cardiology medicine holds that cardiovascular diseases and psychological disorders are reciprocal causation and effects and mutually influence each other, with a high rate of comorbidity. Clinically, it is common for patients with cardiovascular diseases such as coronary heart disease and chronic heart failure to be combined with depressive and anxious states. Based on the syndrome differentiation model of the five internal organs' generation, restraint and transformation, this article summarizes that the common pathogenesis of the psycho-cardiology diseases lies in the dysfunction of the five internal organs' qi transformation, which leads to the accumulation of pathological products such as qi stagnation, phlegm retention, heat pathogens and blood stasis, which in turn causes the unfavorable qi movement in the chest. Based

on this, Xiongpi Formula (胸痞方) is established, aiming to regulate the qi mechanism of the central earth, facilitate the flow of metal and wood qi on both sides, and disperse the stagnated qi in the chest, which can harmonize all the organs and achieve the effect of maintaining the health of both the heart and the mind. One test case is attached.

Keywords syndrome differentiation model of the

[收稿日期] 2024-08-17

[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建设项目(批文号:国中医药人教函〔2022〕75号);国家自然科学基金青年项目(编号:82004329);天津市教委科研计划项目(编号:2019SK025)

[作者简介] 王润英,2022年级博士研究生,研究方向:中医心血管疾病临床研究。

[通信作者] 杜武勋,医学博士,主任医师,主要从事心血管疾病的临床与基础、五运六气理论与临床。邮箱: enduwux@163.com。

five internal organs' generation, restraint and transformation; psycho-cardiology diseases; qi transformation of the internal organs; cardiovascular diseases; psychological disorder

双心医学为心血管及心理医学交叉综合形成的一门学科,即患者同时罹患心血管疾病和心理障碍,所谓“郁可致病,病可致郁”,两种疾病相互独立的同时又互为因果,互相影响,继而导致疾病恶化^[1]。一项临床研究显示约1/3的冠心病患者具有明显的焦虑抑郁症状,同时,抑郁作为冠心病的独立危险因素,又可使冠心病患者发生心肌梗死的风险增加1.5~4.5倍^[2-3]。双心共病的问题越来越受到关注,虽然有研究表明,精神因素可能与心血管疾病发病率和病死率的大幅增加有关,二者之间具有共同的病因,包括生物学、行为学、心理和遗传机制^[4];但其具体机制目前仍未完全明确,其可能病理生理机制包括下丘脑-垂体-肾上腺轴功能失调、炎症反应过度激活、自主神经功能障碍、血管内皮功能障碍、血小板反应性增加等。中医药论治心血管疾病以及心身疾病优势显著,可以通过多靶点、网状调控的途径同时改善患者的精神以及躯体状态,由此推动患者的双心康复^[5]。目前中医根据双心疾病发病特点,或从肝论治^[6],或从脾胃论治^[7],或从肾论治^[8],虽各有见解,但终究较为片面,偏离了中医整体观思想。五脏生克制化辨证模式以气化论为指导,强调了气一元论及整体观,该模式与单从某一脏腑或某一病理特征论治疾病不同,认为人体与自然界万物皆由一气化生,五脏之气共行一数,即一脏的盛衰必然牵动与他脏之间生、克、复的动态演变,从而病及他脏^[9-10]。以五脏生克制化辨证模式为指导对双心疾病进行辨证施治,强调了五脏气化功能失衡在双心疾病的发生及发展中的核心病机地位,有助于临床上更好地把握本病的根本,重在恢复各脏腑气机升降,以达标本兼顾之效。

1 五脏气化失司,胸中气机不利为本病核心病机

双心疾病多由情志失节、疾病失养等多种病因引发,脏腑气化失司而生气郁、痰饮、热邪、瘀血等有形之体,阻滞脏腑气机升降,终因胸中气化不利而发为本病,继而出现胸痛、心悸不安、气短乏力、肋肋胀痛、烦躁抑郁、心惊胆怯、纳食减少、夜寐不安等诸多脏腑病症表现。脏腑气化失常乃双心疾病发病之根,然其气化不利并非指一脏之气机,五脏相依,必牵他脏。

1.1 脾与胃,升降倒行,枢机莫运

土居中皇之位,乃四象转运之机,脾胃二者居于

土位,脾为己土,胃为戊土,脾升则其气化为阳,胃降则其气化为阴,脾升胃降则可建人体阴阳升降枢纽^[11]。若脾胃虚弱,枢纽不转而中轴失运,则周身气机失于升降循环,故而心气无力运转;同时中焦不能上输精微以充养心脉,可致心血不足;脾虚日久,则阳气不足,久则生出痰饮水湿,进而阻滞气血运行,使脉道不利,脾虚而肝木乘之,周边诸脏气机紊乱以致心气亦乱^[12]。《四圣心源》言:“己土东升,则木火生长,戊土西降,则金水收藏。生长则为喜怒,收藏则为悲恐。若枢机莫运,升降失职,喜怒不生,悲恐弗作,则土气凝滞,而生忧思。”^[13]四维失健,气机升降失职,枢机莫运,己土东升失利,戊土西降不得而见土气郁滞,而生忧思。《灵枢·平人绝谷》言:“神者,水谷之精气也。”故而五脏之形、五脏之神均赖脾胃中土以养,其精神情志之盛衰亦随脾胃气血之盈亏而消长,脾胃居于中枢之位,周身气机异常变化,都能影响中焦气机的升降,其气顺和调畅也进一步助力情志之气的平衡与通达;反之,若中气失和,在心系疾病发生的同时亦会有情志异常的表现^[14]。

1.2 肝与肺,木陷金逆,升降不及

肝气在左为升,肺气从右而降。《四圣心源》言:“气统于肺,血藏于肝,而总化于中气。”^[13]肝肺二脏,左右并行,统周身之气机,二者气化功能旨在助力气血循行,此二脏气之升降出入受制,则会进一步限制诸脏腑整体气机的升降转枢^[15]。倘若胸中气机日久郁滞不畅,气滞则血滞,血行受阻,故而胸痛、肋肋胀满皆生。肝木喜条达而恶抑郁,调气机,畅气血。《素问·八正神明论》云“血气者,人之神”,提出气血乃人体精神情志之基础。肝木太过或不及,皆失其疏泄之能,进而影响情志活动^[16]。肺金居右,若其气不及,则燥气不足,火气偏胜,木气来侮,见水气复之,火热之气格拒于上,上焦热盛则见心胸诸症;若其气太过,则肝木受邪,火气来复,亦同之。肝肺二脏,左升右降,气机升降之要所,一脏既损可牵连他脏。

1.3 心与肾,水火失济,本位失守

心火居上,肾水在下,火因温热之性而炎上,水则以寒凉之性而趋下,若有能降能升者,乃火中有真阴,水中有真阳,故火能随真阴下降至肾,水能随真阳上升至心,而此水火升降实质上是通过心肾二气相交维持平衡而实现^[17]。水火气化失衡,若肾水太

过,水气偏胜,随之乘火,在上心阳被抑,然心主神明,心阳为水寒郁闭,心气不利,凝结心脉,则可见胸痹心痛、心悸气短诸症;心气不利,郁结于胸,则可同时生情志病变。肾水太过,乘克于火,脾气来复,同样可见腹满、乏力、四肢沉重之脾虚湿胜证候。若遇肾水不及,水气羸弱,脾土乘之,心火侮之,易有木气来复,此时诸脏俱损,气机枢转失常,阳气虚浮于上,心火燔热,灼伤津液,久生痰热,热扰于心则生心悸,郁结于胸则生胸痹。此时风气偏胜,人体之气与之相通应,肝风偏胜,气滞于膈间,不通则痛,亦生胸痛。若遇心火太过,火热灼伤肺金,肾水复之,此时心肺燥热,则有心、肺及其经脉所过之处皆为病,出现胸中痛等症。火运太过之年,人体当心气充盛,少生疾病,但若心火太过,则水气来复,心反自病;若心火不足,神无所主,心气不利,则亦见一系列心系病变,久之情志抑郁尤生。

综上所述,五脏各居其位,守其本职,司其气化,使气机顺畅而脏腑安和,然脏腑气化失司,津液不行,气机郁滞,日久或化火扰心,或内生痰浊,或有瘀血,阻于脉络,诸脏气化不利而症结丛生,引发本病,其核心病机在于五脏气化失司,胸中气机不利。故而本病在治疗上更应兼顾五脏气机平衡,气化健运,一气周流,则五脏合和,阴阳既济,升降得宜,气交运行平衡^[18-19]。

2 五脏生克制化下胸痞方辨治双心疾病思路探析

《医方考》言:“气,阳也,升降出入,法干之行健不息,使气无留滞,斯无痛苦。”^[20]人体之气当运行流畅、健运不息,因此双心疾病在治疗上应兼顾五脏气机平衡。胸痞方以五脏生克制化辨证模式为指导,组成包括柴胡、枳壳、檀香、薄荷、紫苏梗、川芎、香附、清半夏、陈皮、茯苓、白术、甘草。

2.1 中治于脾胃,斡旋中土气机

《素问·金匱真言论》言“中央黄色,入通于脾,开窍于口,藏精于脾……其类土……其应四时,上为镇星”,自然之土有顺厚之性、备化之德,于四时中灌养四傍^[21]。脾胃为气机升降之枢纽,中轴失健则脾胃虚弱,运化无力,气机升降失职,阴阳失衡,此时生化功能无从谈起,而诸症丛生,故治疗当建中固本,以恢复气机之升降。方中清半夏味辛入肺,性燥入中焦脾胃,禀天秋燥之金气,故能行肺金、胃土壅滞之邪气。《本草述钩元》言:“上引清气。清气升则浊气自降。郁结开通。津液四布。”^[22]

清半夏其味辛则能开,其气平故可降,于方中可

升降气机,燮理升降以除郁滞之气;除此之外,其温燥之性尚可燥湿健脾、降逆和胃、扶土健运,以助生气化之源。陈皮味辛苦,辛能宣能散,苦能通能降,故陈皮可降泄中焦郁滞。茯苓甘淡而平,气味俱薄,上行而生津液,乃滋水之源;气之薄者,乃阳中之阴,可利水而泄下;甘味属土,具中和之性,乃阴阳之合,故以茯苓和中益气、除湿理脾、逐水平火。白术味甘苦而辛,气温,甘可补中,苦能降泄,辛助升散,其功犹如中焦之脾胃,故白术亦具升降运化之德。甘草味甘平,具有甘缓之性,使诸药相协而不争,和合五脏。诸药相伍,共奏健脾调枢、燮理升降之效,既通过运化中焦以改善痞满、纳呆等消化症状,又可畅达气机而缓解胸闷心悸;更因脾胃为气血生化之源,土旺则能荣养心神,故可同步调节焦虑抑郁等情志异常,体现了“脾胃为后天之本”及“心脾同治”的整体治疗理念。

2.2 调达于肝,开宣胸中郁结之气

气以运行为健,以通畅为贵,若见木气下陷,厥阴风木失其升发条达,肝木疏泄失常,则可继而影响中土四维、周身脏腑经络,全身气机运行异常,故治疗以调达肝气为先,以助五脏和合^[23]。方中柴胡味苦,感一阳之气而生,性轻清,具透达布散之功,一则升举阳气,振奋中焦清阳;二则可透达阴气,解郁结之气。枳壳味兼苦辛酸,性微寒,具有宣散之性,能疏通气机,故可化解胸中气滞。柴胡主升发,枳壳善降泄,二者配伍相得益彰,升降相因,共同发挥疏利胸膈、畅达气机的协同作用。川芎性味辛温,具有升发之性,归肝经而能疏调肝气,滋养肝血,兼具行气解郁之效。香附辛散之中略带甘缓,既能疏通气滞,又可调和气血,体现了辛甘相济的特点。川芎、香附皆入于肝,为“血中之气药”,同助柴胡调开宣胸中郁结之气,达木郁而通经脉,使得气顺而血行。通过条达肝木、疏调气机,使五脏气化复归“生长化收藏”的自然节律,最终实现“木郁解而土得疏,金得肃而水得滋”的整体平衡,从而改善双心疾病的症状,体现了中医“肝主疏泄,情志调畅”的治疗理念。

2.3 上通于肺,通达左右金木之气

《素问·刺禁论》言“肝生于左,肺藏于右”。肝在左,理气而主升发,可调达一身之气机;肺在右,主司气及肃降,可维持全身气机调畅,左肝右肺,二脏一升一降,相互制约,协而不争,为气机升降的枢纽,脏腑气机畅通之要塞^[24],故而治疗双心疾病当通肝肺二气。方中檀香气味辛温,专入肺胃上焦气分,其辛

能行散,善利胸膈,破郁消满,芳香醒脾,又可引胃气上升,缓解心腹诸痛。薄荷归于肝肺二经,味辛性凉而气禀芳香,其外能除滞气,内可除郁结。紫苏梗味辛,微温,入肺脾二经,辛温下气,温肺降逆,入血分而宣滞气,在上可开宣肺气、宽胸利膈,在中能行脾胃滞气、理气宽中。檀香、薄荷、紫苏梗三药形成“上焦宣发-中焦斡旋-下焦通达”的立体调气格局,共奏疏肝调肺、气血双调之效,诠释了《临证指南医案》“调气以和血,调血以和气”的治则,通过重建肝肺气机升降之常,实现“形-神同治”。

《脾胃论》曰:“味薄风药,升发以伸阳气,则阴气不病,阳气生矣。”^[25]纵观全方,多以气味俱薄之风药,如柴胡、檀香、薄荷、紫苏梗、川芎、香附等以通行阳气、行气导滞;兼以枳壳苦泄滞气,上下分消以除郁结;亦合以健脾理中之清半夏、陈皮、白术、茯苓、甘草以斡旋中焦气机,如此中轴得建则气化流畅,升降得复,郁结自消,身心康健。

3 病案举例

刘某,女,69岁,2023年8月31日以“突发胸闷憋气1d”为主诉就诊。患者1d前无明显诱因出现胸闷憋气,就诊于天津中医药大学第二附属医院急诊,查血压200/100 mmHg(1 mmHg \approx 0.133 kPa)。心电图示:窦性心律,ST-T段未见明显改变,心率每分钟91次。胸部CT:未见肺炎表现。心脏彩超示:左室舒张功能减低,动脉硬化,主动脉反流轻度,左心室射血分数(LVEF)62%。既往冠心病病史8年,分别于2015年、2021年行经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术,置入支架3枚。现症见:间断胸闷憋气,思虑过多时易诱发,时有心悸、气喘,眼干,时有咳嗽,咳黄痰,平素善太息,时有闷闷不乐,不喜言语,纳差,偶有暖气,大便可,每日1~2次,小便调。舌红,苔少,脉弦。西医诊断:冠心病;高血压病Ⅲ级(极高危)。中医诊断:胸痹(肝郁化火、心脉痹阻证);郁证(气郁化火证)。处方:柴胡15g,陈皮15g,茯苓30g,川芎6g,香附15g,神曲20g,麦芽20g,枳壳20g,紫苏梗15g,苦杏仁15g,桑白皮15g,竹茹12g,瓜蒌15g,清半夏15g,砂仁6g,白术15g,甘草6g,薄荷(后下)15g,檀香6g。4剂,日1剂,水煎300 mL,早晚各150 mL温服。2023年9月7日二诊:药后胸闷憋气好转,偶有心悸、气喘、汗出,咳嗽减轻,痰少色白,纳差,无胃胀反酸,偶有暖气,大便可,每日1~2次,小便可。舌淡红,苔薄白,脉弦。因患者咳嗽较前缓解,且痰少色白,去竹茹、瓜蒌,继服7剂,用法同上。2023年9

月14日三诊:服药后诸症缓解,予以原方巩固,继服14剂。随访未再复发。

按:《古今医统大全·郁证门》言:“郁为七情不舒,遂成郁结,既郁之久,变病多端。”^[26]本案患者既往冠心病史多年,平素善太息、闷闷不乐、寡言少语,每因思虑过度则胸闷憋气加重,四诊合参辨证属肝郁化火、心脉痹阻之证。此乃情志不遂致肝失疏泄,气机郁滞则胸阳不展,久则血行不畅而心脉瘀阻。患者心阳不振,本无以温养,加之中轴失健,脾湿过盛郁于内,则气血津液运输不行。在上可见胸闷憋气,偶有心悸;肺燥偏胜,伤津耗液,气不得顺,则见气喘、眼干,伴咳嗽。中焦运转无力,湿阻于内,化运不得,在中则见纳差、暖气。患者症见上、中二焦,故治疗以行郁和中、畅达气机为主,敛肺生津止咳为辅。故而方用胸痞方加减,其中以柴胡为君药疏肝解郁、通达阳气;檀香、砂仁气味芳香,发挥理气和中之效;佐以薄荷、紫苏梗、香附、川芎理气宽胸,共奏行气导滞之效;配伍枳壳苦降泄浊,与升散之品形成上下分消之势;更入清半夏、陈皮、白术、茯苓、甘草健脾和中,斡旋中焦气机,标本兼顾;神曲、陈皮、麦芽共用助健脾和胃、枢转中焦,重建四维;苦杏仁味苦性温,入肺经气分,凡仁皆降,故功专降气,气降则痰消嗽止;桑白皮入肺经,功擅降气下痰;竹茹、瓜蒌散逆气,清于肺部,兼清降上焦郁热;最后辅以甘草以调和诸药,如此四维得建则气化畅达、升降有序,五脏安和,郁结自消。

4 结束语

五脏正常气化功能实为气机升降出入的动态平衡。五脏各司其位、气化有常,则邪不可干、血脉调和;若一脏气化失司,则五脏和合失衡,百病由生。脏腑气化失常实为双心疾病发病之根本病机,包括中轴脾胃升降倒行,轮枢莫运;心肾水火失济,肝肺木陷金逆,而气机升降不及。临证当以胸痞方为基础方,兼顾五脏气化,以清半夏、陈皮、白术、茯苓健运脾胃以斡旋中焦气机,柴胡、薄荷、紫苏梗等药调和肝肺以通达左右之气,檀香、川芎、香附等开宣胸膈以解郁结。周身气化复常,则心病可愈而郁结自消。

[参考文献]

- [1] 胡大一. 说说“双心医学”[J]. 慢性病学杂志, 2019, 20(4): 479-480.
- [2] 徐茂青, 玄进, 徐唱, 等. 中医从“双心”理论治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病伴焦虑、抑郁研究概况[J]. 山东中

- 医药大学学报,2021,45(6):849-854.
- [3] 陈韬. 冠心病合并抑郁、焦虑的临床调研及中医证型分析[D]. 南京:南京中医药大学,2014.
- [4] DE HERT M, DETRAUX J, VANCAMPFORT D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders[J]. *Dialogues Clin Neurosci*,2018,20(1):31-40.
- [5] 晁田田. 基于数据挖掘的冠心病合并焦虑抑郁状态中医证候及危险因素研究[D]. 北京:北京中医药大学,2021.
- [6] 吴晨洁,王梦玺,曹培华,等. 柴胡类方治疗双心疾病研究现状[J]. *山东中医杂志*,2021,40(4):420-424.
- [7] 王士桢,焦晓民. 从脾胃论治双心疾病[J]. *实用中医内科杂志*,2022,36(3):87-89.
- [8] 王倩倩,王焱哲,宋文航,等. 从肾论治双心疾病[J]. *中医学报*,2023,38(3):516-520.
- [9] 陈金红,刘志超,邓芳隽,等. 杜武勋运用五脏生克制化辨证模式论治心律失常经验[J]. *中医杂志*,2021,62(21):1850-1854.
- [10] 李晓凤,杜武勋,张茜,等. 五脏生克制化辨证模式的建立与应用[J]. *中医杂志*,2017,58(22):1898-1901.
- [11] 王栋,常虹,连建伟. 《四圣心源》脾升胃降学说探微[J]. *浙江中医药大学学报*,2015,39(1):24-25.
- [12] 傅瀚糖. “脾升胃降”理论研究[D]. 济南:山东中医药大学,2011.
- [13] 黄元御. 四圣心源[M]. 孙治熙,校注. 北京:中国中医药出版社,2009.
- [14] 夏梦幻. 中医脾胃病心身问题研究[D]. 上海:上海中医药大学,2020.
- [15] 毛文艳,杜武勋,董红彦,等. 基于脏腑气化谈高血压病病机[J]. *江苏中医药*,2016,48(11):13-14.
- [16] 胡菊芳. 《伤寒论》土木相关理论及其在抑郁症辨治中的作用研究[D]. 南京:南京中医药大学,2010.
- [17] 姚涛,胡志希,李琳,等. “心肾不交”理论探讨[J]. *中国中医药信息杂志*,2021,28(2):107-109.
- [18] 邓芳隽,李晓凤,杜武勋,等. 基于JAK2/STAT3通路及糖皮质激素受体探讨胸痞方治疗冠心病合并抑郁症作用机制研究[J]. *辽宁中医药大学学报*,2022,24(7):26-33.
- [19] 裴丽敏,杜武勋,李晓凤. 中医气化理论探讨[J]. *陕西中医*,2021,42(11):1586-1590.
- [20] 吴昆. 医方考[M]. 洪青山,校注. 北京:中国中医药出版社,2007:125.
- [21] 谢胜,刘园园. 四象脾土四时六气和五脏的理论渊源及其在中医治未病实践中的意义[J]. *中华中医药学刊*,2016,34(11):2785-2790.
- [22] 杨时泰. 本草述钩元[M]. 太原:山西科学技术出版社,2009:401.
- [23] 王春景,曹爽,何惠昌,等. 从“一气周流”论治肝木下陷[J]. *中西医结合肝病杂志*,2021,31(12):1138-1140.
- [24] 张静远,倪卫东,周春祥. 《伤寒杂病论》肝肺相关理论应用探赜[J]. *光明中医*,2019,34(3):361-363.
- [25] 李东垣. 脾胃论[M]. 靳国印,校注. 北京:中国医药科技出版社,2011:11.
- [26] 徐春甫. 古今医统大全:上册[M]. 崔仲平,王耀廷,主校. 北京:人民卫生出版社,1991:936.

(上接第739页)

- [34] 王杰琼,张惠云. 经前期综合征肝气郁证猕猴模型血清性激素检测分析[J]. *中国现代医药杂志*,2008,10(3):1-4.
- [35] 王飞. 经前期综合征中医证候、体质及人格的研究[D]. 天津:天津中医药大学,2022.
- [36] STELL B M, BRICKLEY S G, TANG C Y, et al. Neuroactive steroids reduce neuronal excitability by selectively enhancing tonic inhibition mediated by delta subunit-containing GABAA receptors[J]. *Proc Natl Acad Sci USA*,2003,100(24):14439-14444.
- [37] DOUGLASS A M, RESCH J M, MADARA J C, et al. Neural basis for fasting activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis[J]. *Nature*,2023,620(7972):154-162.
- [38] BANNISTER E. There is increasing evidence to suggest that brain inflammation could play a key role in the aetiology of psychiatric illness. Could inflammation be a cause of the premenstrual syndromes PMS and PMDD?[J]. *Post Reprod Health*,2019,25(3):157-161.
- [39] LIU J J, SHI Y J, XIE S Q, et al. Meta-analysis of prospective longitudinal cohort studies on the impact of childhood traumas on anxiety disorders[J]. *J Affect Disord*,2025,374:443-459.
- [40] SMITH S S, RUDERMAN Y, FRYE C, et al. Steroid withdrawal in the mouse results in anxiogenic effects of 3alpha, 5beta-THP: a possible model of premenstrual dysphoric disorder[J]. *Psychopharmacology*,2006,186(3):323-333.

从脾与血浊相关论治阿尔茨海默病

王丹丹¹, 王业飞², 于媛媛¹, 韩萍³

(1. 山东中医药大学第一临床医学院, 山东 济南 250355; 2. 中国科学院青岛生物能源与过程研究所, 山东 青岛 266101; 3. 青岛市中医医院, 山东 青岛 266033)

[摘要] 文章旨在基于脾与血浊相关性, 构建阿尔茨海默病“脾病血浊神损”的病机级联反应, 深度探讨阿尔茨海默病的发病过程, 并结合治未病理念, 提出未病健脾、有症化浊、已病开窍的治疗策略。提出以开心散合化浊行血汤加减健脾益智以治疗阿尔茨海默病, 为从脾论治阿尔茨海默病提供了理论依据。附验案1则。

[关键词] 阿尔茨海默病; 痴呆; 血浊; 健脾; 化浊; 开窍

[中图分类号] R256.23

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0749-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.006

Treatment of Alzheimer's Disease from the Correlation Between Spleen and Blood Turbidity

WANG Dandan¹, WANG Yefei², YU Yuanyuan¹, HAN Ping³

(1. First Clinical School of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Qingdao Institute of Bioenergy and Processes, Chinese Academy of Sciences, Qingdao 266101, China; 3. Qingdao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Qingdao 266033, China)

Abstract This article aims to construct a series of reactions of the pathogenesis of Alzheimer's disease based on the correlation between the spleen and blood turbidity, namely “spleen disease, blood turbidity and spirit damage”, to explore the disease process of Alzheimer's disease in depth. Combined with the concept of preventive treatment of disease, it proposes a treatment strategy of strengthening the spleen to prevent disease, eliminating turbidity to relieve the symptoms, and opening the orifices to treat the disease. It is proposed to use the modified formula of Kaixin Powder and Huazhuo Xingxue Decoction (开心散合化浊行血汤) to strengthen the spleen and improve intelligence in the treatment of Alzheimer's disease, so as to provide a theoretical basis for the treatment of Alzheimer's disease from the perspective of the spleen. One test case is attached.

Keywords Alzheimer's disease; dementia; blood turbidity; strengthening the spleen; eliminating turbidity; opening the orifices

[收稿日期] 2024-08-17

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(编号:31872725);王新陆国医大师传承工作室项目(批文号:鲁财社指[2022]36);山东省自然科学基金面上项目(编号:ZR2023MC066)

[作者简介] 王丹丹, 2022年硕士研究生, 研究方向: 中医治疗神经系统疾病方向。

[通信作者] 韩萍, 主任医师, 医学博士, 硕士研究生导师, 主要从事中西医结合治疗神经系统疾病的临床和基础研究。邮箱: doctorhp@163.com。

阿尔茨海默病(AD)是临床常见且难治的中枢神经退行性疾病, 起病隐匿, 呈进行性加重, 易漏诊延误。伴随人口老龄化进程逐渐加剧, AD患病率也呈

逐年上升趋势。相关报告显示,截至2021年,我国现存的痴呆患病人数为1 699万例,约占全球痴呆患病人数的29.8%,其中,痴呆患者中AD占比63%~70%,现已成为国际医疗卫生系统面临的重大公共卫生难题^[1]。然而,西医学有关AD发病机制及治疗方面的研究尚存在诸多局限性,中医学对痴呆的历史研究及丰富的诊疗经验更值得进一步深入探析并实践。AD可归属于中医学痴呆范畴,病位在脑,脑神依赖于血的濡养,并与五脏六腑密切相关,其中脾为重中之重。在当今社会大环境下,不良的生活习惯(熬夜、酗酒、恣食肥甘厚味等)与压力交织,往往导致浊邪蕴脾、思虑伤脾,而脾主运化、升清,藏营舍意,是后天之本,气血生化之源,是气机升降的枢纽,更是精髓充盈、神志清明的关键。血浊作为一种中医病理学概念,是诸多疾病的“因”和“果”,贯穿老年脑病的发生发展过程,是老年脑病的病理枢纽^[2-3],其与脾之间亦有一定的联系。基于此,文章从脾脏出发,以脾藏营舍意和血浊理论为根基,进一步剖析AD的中医病机,治疗上选用中药复方从多个靶点健脾化浊开窍,为AD的预防和治疗策略提供理论支持。

1 理论溯源

1.1 营藏于脾,意居于营

《灵枢·营气》言“营气之道,内谷为宝。谷入于胃,乃传之肺,流溢于中,布散于外,精专者,行于经隧,常营无已,终而复始,是谓天地之纪”,《素问·痹论》亦云“营者,水谷之精气也”,“营”即水谷精微中精纯的精华物质,其生于水谷,源于脾胃,性质柔和,行于脉中,流动不息,是化生血液的重要物质,并依赖于脾的运化升清功能充溢于体内,供养各脏腑功能活动的需要。《难经·四十二难》有言“脾重二斤三两……主裹血,温五脏,主藏意与智”,“意”指思维意识或记忆与意念,具有记忆、注意、思考、推测、分析等功能,有赖于水谷精微的濡养,且脾在志为思,智虑出焉,思考、思虑是思维意识形成过程中的重要环节;故《灵枢·本神》言“脾藏营,营舍意”,脾的生理功能对气血津液的生成、运行及人的思维意识认知活动起着关键调摄作用。

1.2 血浊理论

“浊”有生理病理两重含义,生理状态下可指机

体本身的基本构成物质,同时包括机体的代谢产物,如水谷精微中稠厚的部分;病理状态下泛指邪气之“浊”,其称谓既不固定,也不特指,很大程度上这些物质都具有秽浊、浑浊、重浊、黏腻的特点,如痰浊、瘀浊、精浊、尿浊、血浊等^[4]。基于对经典“浊”的认识和钻研,王新陆教授顺应现代疾病发展趋势,提出了血浊理论,血浊即是血的浑浊或者混乱,其病位在血,包括血液成分异常和血液循环异常两个层面,不良的生活习惯、环境污染、情志精神因素等导致人体正气虚损,脏腑、气血、阴阳失于调和,使清气生浊,或浊邪排出不畅,于血中堆积,继而生成血浊^[5];血浊既成,可继发痰、瘀、毒,扰乱气机,阻滞经脉,百病丛生。血浊理论顺应现代疾病谱系的变化,充实了疾病的病因病机学内容,是疾病发生、发展过程中的关键病理环节,对疾病的干预、治疗和预后具有指导意义。

1.3 脾与血浊息息相关

《灵枢·决气》提出“中焦受气取汁,变化而赤,是谓血”,指出了脾化生的水谷精微是血生成的必要物质基础,明确了脾胃在血液生成过程中的重要作用。血浊病位在血,脾与血浊关联密切。恣食肥甘厚味、忧思过度,损伤脾胃功能,脾胃运化失司,津血输布失常,痰瘀交杂,使清阳不升、浊阴不降,清浊难分,浊气入血即为血浊;脾胃为气机升降之枢纽,中焦枢机不利,阻碍血运,亦致血浊;血浊留存体内,中伤脏腑,脾为生血行血之脏首当其冲。随着社会的发展,人们生活、工作、精神方面都承受着不同程度的压力,日常忽视养生,作息紊乱,一味的消耗往往给身体造成不可逆的后果,过劳伤脾,脾病血浊,故从脾与血浊关系着手,恢复脾气健运,清化血浊是指导疾病治疗的重要策略。

2 AD病机

2.1 脾病则藏意失常

AD的基本病机为髓减脑消、神机失用,髓由精气所化,生于先天,养于后天,故中医学多从肾虚论治AD,但AD的病机并不局限于肾虚,其与五脏六腑均关系密切,而脾为后天之本,在AD发生发展过程中发挥着重要作用。王清任《医林改错·脑髓说》指出“因饮食生气血,长肌肉,精汁之清者,化而为髓,由脊髓上行入脑,名曰脑髓”^[6]。脾为后天之本,运

化水谷,化生气血,气血可养脑荣脑;水谷精微化生津液,津液渗入骨腔可化为髓,使脑海得以充盈,并可通过脾的运化、升清作用上输头目,充养脑髓,使元神健旺^[7]。且脾藏营舍意主思,由脾转化的水谷精气所化生的营气与津液相合汇入脉中,化赤为血,营血经脾的升清作用被推送至脑,以荣脑窍,确保脑的记忆、思维意识正常^[8]。同时脾胃升降相因,气机升降平和,可防止血浊、痰饮、瘀血等病理产物的生成,使津液得以正常输布,脑窍得以濡养,神志正常。如若脾的运化升清受损或因思虑过度伤脾产生焦虑、抑郁等情绪,使中焦枢机不利,津血不能上养于脑,生痰、生瘀,导致脾藏意失调,出现记忆力减退、注意力不集中等症,日久痴呆顺势而生。

2.2 血浊则神损呆钝

血是维持脑的各项生理活动及精神意识的基本物质基础,血的清纯状态对于人的思维意识活动至关重要。血以水谷精微和津液为重要来源,《灵枢·平人绝谷》言“故神者,水谷之精气也”,可知神亦以水谷精微为重要物质基础,血与神生理同源,血可蕴神,同时血病亦可损神。饮食不节、情志失调、环境污染等诸多复杂因素导致血液耗损、血液重浊黏腻、循行瘀堵,损伤五脏,痹阻脉管,发为血浊,日久会由无形之邪向有形之邪转变,可致痰、瘀、毒,其致病广泛,致使病程缠绵、胶着难愈。血浊一旦生成,浊污积淀脑中,最易侵犯脑窍,使脑神失充,导致头昏、眩晕、思维迟钝、记忆力减退、失眠多梦等症状,并逐渐向AD转化^[9-10]。

3 脾、血浊与神志病理相关

“浊”既可内生,也可外化。五脏在生理状态下会产生自身代谢产物,并保持着“生成-清除”的动态平衡。如若此平衡被打破,代谢产物便会积而为害,化生“浊”^[11],浊积于血便是血浊。血浊病位在血,脾乃血化生之源,脾主运化、升清,脾化障碍,水谷精微不得转化、升散,精微物质壅于脉中,日久变质,脉中杂质久积,导致血浊,脑神不荣则病;脾运失常,水谷精微不得输布,血行受阻,亦致血浊;脑络不通则病;同时,血浊于脾而言,可伤脾之阳气,阻滞气机,损其经脉,加重脾病,脑神营养乏源,继而生痴呆,脾、血浊、神志三者荣损相依。基于脾、血浊、神志生理病理的密切联系,以健脾、化浊、开窍之法治疗痴呆有

据可依。

4 AD治疗

AD以记忆力减退为主要临床表现,轻者可见神情淡漠、寡言少语、反应迟钝、善忘等症;重者终日不语,或闭门独居,或口中喃喃,言辞颠倒,或举动不经,忽笑忽哭,或饥不欲食等;其主要病机特点为本虚标实。脑髓空虚、气血亏虚等虚象及痰、瘀、毒等实邪均与脾病、血浊有着千丝万缕的联系,同时考虑未病先防、既病防变的治未病理念,因此以健脾、化浊、开窍为治疗原则指导AD的防治。

4.1 未病健脾

黄元御《四圣心源·劳伤解》称“中气衰则升降窒”^[12],即四维的疾患皆起于中气,中气乃和济水火的枢纽、升降金木的枢要,故脾胃在“五脏中心”理论中占据重要地位;“中央土以灌四傍”,脾运化的水谷精微经转输可至脏腑、肢体、官窍、脑髓,使其各司其职;若脾脏受损,中气枢机不利,气血升降失司,脑神失养,日久生痰生瘀,蒙蔽清窍,可加速向痴呆的转变。近年来,随着对脑-肠轴的深入研究,多种健脾中药被证实通过调节肠道菌群等微生物可达到治疗AD的效果,如党参、白术、远志、茯苓、石菖蒲、砂仁等^[13-15]。因此中气虚为导致疾病发生发展的根本原因,在未病阶段即要重视健脾,脾气得健,运化有常,气血充盈,升清力专,化髓有源,脑窍得养,神明志聪,以达未病先防的目的。

4.2 见症化浊

内因外因相互胶着助长浊邪,浊邪滞于血中,影响血液的清纯状态,阻碍血行,“血不利则为水”,暗示了血浊、痰饮之间的紧密联系,血浊为痰饮的前驱阶段。轻则出现形体肥胖、头脑昏沉、肢体怠惰、嗜卧少动、胸闷脘胀、恶心纳呆、皮肤油腻、面垢眵多等症状,重则导致记忆力下降、神情淡漠、焦虑、抑郁等,且血浊、痰、瘀常常相兼为病,使得病程缠绵,胶着难愈。因此,临床上要见症化浊,即在轻度认知功能障碍(MCI)阶段积极采取有利的治疗干预手段,防止向AD进展。《灵枢·逆顺肥瘦》言“血浊气涩,疾泻之,则经可通也”,王新陆等^[16]拟化浊行血汤治疗血浊证的基本证候,在清化血浊的基础上,本着“先安未受邪之地”的原则,适当加用行血之药以达清化血浊、行血畅血之效;张伯礼亦重视应用祛湿化痰中药

(瓜蒌、半夏、石菖蒲等)和活血化瘀中药(丹参、郁金、桃仁等)来泻痴呆之痰瘀标实,可达到祛瘀则“血脉和利,精神乃居”的目的^[17]。故化浊是清除病理障碍、缓解AD症状、延缓AD进展的重要防治策略。

4.3 已病开窍

《灵枢·营卫生会》言“血者,神气也”,血由神气所化,血亦是神的物质基础,血与神是“你中有我,我中有你”的依存关系,神病血无以化,血病则神损。《伤寒论》指出“其人善忘者,必有蓄血”,痴呆日久,络脉瘀滞不畅,瘀血内阻,脑脉不通,脑气脏气不相顺接,从而出现反应迟钝、神情淡漠、谵狂妄想、肢体麻木等症^[18],此时症状加重,应注重开窍醒神中药在治疗AD中的作用。丁泽惠等^[19]数据挖掘痴呆用药规律发现临床中使用频率最高的药物为远志,其主要功效为安神益智、交通心肾、祛痰开窍。现代药理研究表明,远志可通过抗氧化清除自由基、调控胆碱能系统、清除β淀粉样蛋白、降低微管相关Tau蛋白磷酸化水平、改善细胞凋亡率达到改善记忆的效果^[20]。故对于已病患者,在调理脏腑功能和化浊的基础上,应着重加用援药发挥开窍醒神益智作用,改善症状的同时延缓AD的进展,以防出现焦虑、抑郁等精神疾病及生活不能自理导致的肺部感染、褥疮等并发症,做好既往防变。

4.4 代表方剂——开心散合化浊行血汤加减

《备急千金要方》载开心散“治好忘”^[21],开心散对于AD的预防和治疗作用得到了许多现代医学研究的支持,其由石菖蒲、茯苓、人参、远志4味药组成。其中,《本草纲目·茯苓》言茯苓“开心益智,止健忘”^[22],具有利水渗湿、益脾和胃、宁心安神之功用;《神农本草经》称“菖蒲……补五脏,通九窍”^[23]³⁶,为开窍通阳气之上品;《神农本草经》亦称“人参补五脏,安精神,定魂魄,除邪气,明目,开心益智”“远志可补不足,除邪气,利九窍,益智慧,耳目聪明,不忘,强志倍力”^[23]⁵⁶,乃安神益智的良药;整方健脾益智,是治疗AD的良方。

化浊行血汤是国医大师王新陆教授治疗血浊证的基础方,该方由荷叶、焦山楂、决明子、赤芍、制水蛭、酒大黄、路路通、虎杖、何首乌9味药物组成^[16]。方中荷叶入脾胃经,清香升散,能升清阳、祛湿浊,清

阳得升则浊阴自降,湿邪得利则血浊可清;决明子归肝经,可升可降,能清肝益肾、润肠泻浊;山楂归脾、胃、肝经,能健脾消食、化瘀降脂祛浊;水蛭归肝经,可行血破血;酒大黄归脾、胃、大肠、肝经,功善入血,降浊气,有化浊与行血兼备之功;赤芍归肝、心、脾经,能凉血通经、散瘀祛浊;路路通归肝、胃、膀胱经,微香行散,可通经活络;虎杖归肝、胆经,入血,行散,可清热利湿、活血散瘀;何首乌归肝、肾经,能补肝肾、益精血、消痰浊,诸药合用,靶向明确,共奏化浊行血之效。

现代药理学研究表明,山楂^[24]、石菖蒲^[25]、大黄及何首乌^[26]等药物的活性成分可以通过抗炎、抗氧化应激等途径抑制Tau蛋白磷酸化、抑制淀粉样蛋白的生成达到治疗AD的作用。因此开心散与化浊行血汤两方加减合用,可发挥中医药多成分、多途径、多靶点的协同药理作用,效专力宏,使脾健、血纯、神智。

5 病案举例

患者,男,72岁,2023年11月5日因记忆力下降1年,加重2个月就诊。刻下症见:记忆力进行性下降,倦怠乏力,表情淡漠,寡言少语,性格愈发沉静、郁闷,易被激怒,2个月来以上症状加重,伴幻听,问答障碍,纳呆,眠差,身体较胖,舌淡苔腻,脉弦滑。西医诊断:阿尔茨海默病;中医诊断:痴呆,痰浊蒙窍证。治法:健脾化浊开窍。方药如下:人参15g,茯苓12g,远志15g,石菖蒲15g,赤芍12g,山楂15g,荷叶18g,白术15g,甘草9g。共14剂,日1剂,分早晚两次温服。盐酸多奈哌齐每次5mg,日1次。2023年11月19日二诊:服药后,患者上述症状有明显改善,可以进行简单的问答,加礞石15g、制水蛭12g,共30剂,每日1剂,分早晚两次温服。西药用法同前。2023年12月19日三诊:服药1个月后,患者记忆力明显改善,意识清醒,二诊方加路路通12g、何首乌12g,日1剂,分早晚两次温服,连服3个月。西药用法同前。2024年3月19日四诊:连续服药3个月后,患者病情平稳,生活自理,与人交流基本没有障碍,停药。

按:患者体胖,舌淡苔腻,脉弦滑,是典型痰浊蕴于舌脉的表现,且体胖、倦怠乏力等症状亦是血浊证

的体现,血浊、痰浊属阴邪,主静,患者痰浊蒙窍,发为痴呆,出现表情淡漠、沉默少言、心情压抑郁闷等一系列趋于安静、抑制的异常表现,治疗上予以健脾化浊开窍。其中,茯苓益脾安神除湿,赤芍清化血浊,山楂健胃化浊,石菖蒲化痰开窍,远志安神益智、祛痰开窍;脾为生痰之源,治痰先治脾,故用人参补脾气,并可安神增智;荷叶入脾胃,升清阳,祛湿浊;白术健脾燥湿;甘草补中益气,调和诸药。后期加入礞石、制水蛭、路路通和何首乌,礞石清痰下气,制水蛭破血行血,路路通通经活络;何首乌是一味滋补强壮药,可益精血,还具有一定的化痰之功。诸药合用,健脾、化浊、开窍之功显著,使浊祛而神安。

6 结束语

AD是多种病理因素相互作用的结果,目前对AD致病因素、发病机制的论述尚存在诸多不确定性,文章强调AD的病机以脾损为先,血浊为本,神志异常为果,以健脾化浊开窍为治疗总方针,将治未病理念贯穿治疗全过程,注重脾、血浊与神志的病理关联在AD诊疗过程中的指导意义,最大程度发挥中药复方安全有效、多靶点、多途径的治疗优势,以达到对AD立防立治的目的。

[参考文献]

- [1] 王刚,齐金蕾,刘馨雅,等. 中国阿尔茨海默病报告2024[J]. 诊断学理论与实践,2024,23(3):219-256.
- [2] 孙丰翠,王栋先,张风霞,等. 浅析“血浊”理论与老年脑病防治[J]. 天津中医药,2022,39(8):994-998.
- [3] 王新陆. 论血浊与脑病[J]. 山东中医杂志,2006,25(9):579-582.
- [4] 王新陆. “浊”与“血浊”[J]. 天津中医药,2019,36(9):833-838.
- [5] 王新陆,王栋先. 血浊的病因病机及其对五脏功能的影响[J]. 天津中医药,2020,37(1):9-13.
- [6] 王清任. 医林改错[M]. 李天德,张学文,点校. 北京:人民卫生出版社,1991:16.
- [7] 张沁园,曹存梅. 脑与脾肾的关系探讨[J]. 中华中医药学刊,2008,26(1):180-183.
- [8] 温晓强,第五永长. 阿尔茨海默病从脾胃论治的理论基础[J]. 四川中医,2017,35(12):23-25.
- [9] 韩萍,王新陆. 试论血浊蒙窍是轻度认知功能障碍的基本病机[J]. 中国中医药信息杂志,2008,15(12):95-96.
- [10] 韩萍,周永红,王新陆. 血浊致病理论初探[J]. 山东中医药大学学报,2008,32(6):456-457,459.
- [11] 辛海量,徐武牧. 五脏浊论[J]. 时珍国医国药,2019,30(2):513-514.
- [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,2020:86.
- [13] ZHU Y, CHAO C, DUAN X, et al. Kai-Xin-San series formulae alleviate depressive-like behaviors on chronic mild stressed mice via regulating neurotrophic factor system on hippocampus[J]. Sci Rep,2017,7(1):1467.
- [14] 张运辉,杨梦琳. 淫羊藿、远志及其有效成分干预阿尔茨海默病发病机制研究概况[J]. 亚太传统医药,2019,15(7):187-189.
- [15] 卢成淑,冯宁,南国,等. 石菖蒲及其活性成分防治阿尔茨海默病的研究进展[J]. 中草药,2016,47(7):1236-1242.
- [16] 王新陆,王栋先. 化浊行血汤辨治血浊证的临床应用[J]. 天津中医药,2020,37(9):962-967.
- [17] 崔远武,江丰,马妍,等. 张伯礼教授治疗老年期痴呆经验[J]. 中华中医药杂志,2015,30(8):2783-2786.
- [18] 毕雪梦,韩旭. 韩旭从虚、瘀、郁论治老年性痴呆经验探析[J]. 吉林中医药,2022,42(12):1390-1393.
- [19] 丁泽惠,符馨,张雅妮,等. 基于数据挖掘探讨痴呆古代名医用药规律[J]. 山西中医,2023,39(2):57-59.
- [20] 李晓青,赵佳奇,田雅娟,等. 远志、石菖蒲及其对药改善记忆的物质基础和作用机制研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2019,25(3):190-199.
- [21] 孙思邈. 备急千金要方[M]. 冯文全,审校. 太原:山西科学技术出版社,2019:275.
- [22] 李时珍. 本草纲目[M]. 北京:人民卫生出版社,1975:2236-2238.
- [23] 马继兴. 神农本草经辑注[M]. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [24] 吴晓光,李玲,苗光新,等. 山楂叶总黄酮对血管性痴呆大鼠学习记忆的干预作用及机制[J]. 中国老年学杂志,2015,35(14):3819-3822.
- [25] 黄斌,罗洪斌,黄胜,等. 基于网络药理学探索石菖蒲-川芎配伍治疗阿尔兹海默病的作用机制研究[J]. 湖北民族大学学报(医学版),2020,37(1):1-6.
- [26] 赵盼盼,佟继铭,田沂凡,等. 蒺藜类化合物药理作用研究进展[J]. 承德医学院学报,2016,33(2):152-155.

基于“肝生血气”论治冠状动脉慢血流

宋森豫,朱翠玲,孙彦琴,杜明远,李晓辉,姜雷,岳朝冲

[河南中医药大学第一附属医院,心脏中心/国家区域(中医)心血管诊疗中心,河南 郑州 450003]

[摘要] 文章基于“肝生血气”理论对冠状动脉慢血流(CSF)的病机与治疗进行探讨,发现其以血脉空虚为本,气机阻滞为标;提出以补肝养血、疏肝理气为治疗大法。临床上可选用黄芪、当归、丹参之类补肝气生血以充盈血脉,柴胡、川芎、连翘、赤芍之类疏肝理气、调畅气机,协调五脏之气机,促进气血生成。现代药理研究亦发现以上药物具有保护血管内皮、抑制细胞凋亡、减轻炎症反应、促进血管新生之效,可以缓解CSF产生的不适症状。

[关键词] 肝生血气;冠状动脉慢血流;药对;补肝养血;疏肝理气

[中图分类号] R223.1+1

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0754-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.007

Treatment of Coronary Slow Flow Based on “Liver Generates Blood and Qi”

SONG Miaoyu, ZHU Cuiling, SUN Yanqin, DU Mingyuan, LI Xiaohui, JIANG Lei, YUE Chaorong

[The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Heart Center/National Regional (Traditional Chinese Medicine) Cardiovascular Diagnosis and Treatment Center, Zhengzhou 450003, China]

Abstract This article explores the pathogenesis and treatment of coronary slow blood flow (CSF) based on the theory of “liver generates blood and qi”, and finds that it is characterized by the emptiness of blood vessels as the root cause and the blockage of qi as the symptoms. Propose the treatment method of nourishing the liver and blood, soothing the liver and regulating qi. Clinically, Huangqi (Astragali Radix), Danggui (Angelicae Sinensis Radix), Danshen (Salviae Miltiorrhizae Radix et Rhizoma) and the like can be selected to tonify liver qi, generate blood and enrich blood vessels. Chaihu (Bupleurum Radix), Chuanxiong (Chuanxiong Rhizoma), Lianqiao (Forsythiae Fructus) and Chishao (Paeoniae Radix Rubra) and the like can be used to soothe the liver, regulate qi and smooth the qi movement, which can coordinate the qi movement of the five internal organs and promote the generation of qi and blood. Modern pharmacological research has also found that above drugs have the effects of protecting vascular endothelium, inhibiting cell apoptosis, reducing inflammatory responses, and promoting angiogenesis, which can alleviate the uncomfortable symptoms caused by CSF.

Keywords liver generates blood and qi; coronary slow flow; couplet medicines; nourishing the liver and blood; soothing the liver and regulating qi

[收稿日期] 2024-08-17

[基金项目] 国家中医药管理局-张仲景传承与创新项目(编号: GZY-KJS-2022-044-2);河南省中医药科学研究专项(编号: 2023ZY 2027)

[作者简介] 宋森豫, 2022 年硕士研究生, 研究方向: 中医药防治心血管疾病临床研究。

[通信作者] 朱翠玲, 主任医师, 主要从事中医药防治心血管疾病临床研究。邮箱: zhudaifu666@126.com。

冠状动脉慢血流(CSF)是指冠状动脉造影显示心外膜下冠状动脉无狭窄或狭窄小于50%, 而冠状动

脉内血流向前缓慢,远端血流灌注延迟的现象,可发生于各年龄段^[1-2]。随着造影检测的普及性,CSF的检出率逐渐增高,在表现为胸闷、胸痛等类似冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)症状患者中CSF的发生率为5.5%~34.0%,少数患者有心律失常发作,严重者可出现危急的心血管事件或猝死等恶性事件^[3-4]。目前CSF的主要发病机制及治疗尚不明确^[5],西医学认为其可能与动脉粥样硬化、内皮功能障碍、炎症与氧化反应、微血管功能障碍阻力增加等有关^[6],进而引起冠状动脉血流储备降低,多采取抗血小板聚集、扩张血管及抗炎、降脂等治疗措施,虽然可以缓解患者临床症状,但存在一定的不良反应,远期疗效欠佳。中医学对此类疾病的诊治有一定的优势,越来越多的中医药治疗被证明可以改善CSF临床症状,增加冠状动脉血流速度^[7]。CSF归属于中医学胸痹、心悸等范畴。“肝生血气”理论源自于《黄帝内经》,肝体阴而用阳,主藏血,司疏泄,以生血气,故文章基于“肝生血气”理论探讨CSF的辨证治疗,以期作为CSF的中医治疗提供新思路。

1 “肝生血气”理论探析

《素问·六节藏象论》言“肝者,罢极之本,魂之居也,其华在爪,其充在筋,以生血气”,肝体阴而用阳,主藏血,为血液生化之所;肝亦主疏泄,推动气血运行;血为阴、气为阳,阴中有阳,阳中有阴,阴得阳化,血由气生。此外,基于五行整体观分析,肝为气血化生的重要枢纽。

《素问·经脉别论》言“食气入胃,散精于肝,淫气于筋”;《灵枢·决气》言“中焦受气取汁,变化而赤,是谓血”。饮食水谷经过脾胃运化,形成血等精微物质,依赖于肝气枢纽作用传输于血脉之中,使土得木而达,正如《血证论》曰“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化”^{[8]78}。此外,肝助肺吸纳清气,肝升肺降,形成气机运化枢纽。《医方论·理气之剂》言:“气也者,人之所赖以生者也……吸入则由肝纳肾,无一处不到,无一息或停。”^[9]肺之清气的吸纳依赖于肝气传输作用,形成宗气,促进血的化生。肝肾同源,肝藏血,肾藏精,精化血,肝气升发促进肾精化血,故《张氏医通》言“血之与气异名同类……气不耗,归精于肾而为精,精不泄,归精于肝而化清血”^[10]。肝与心为母子关系,肝的升发之性能助心火化赤为血,唐容川《本草问答》言“心火生血尤赖肝木生火”^{[11]19},柯韵伯曰:“心生

血,肝藏血。故凡生血者,则究之于心;调血者,当求之于肝也。”^{[8]96}气为血之帅,血为气之母,人体的血与气相依相随,运行不息。《血证论》言“肝属木,木气冲和调达,不致遏郁,则血脉得畅”^{[8]132},肝以疏泄之性调畅气机,促使全身之气通而不滞、散而不郁,同时协调五脏,运脾滋肾,助心行肺,进而促进气血的生成。因此,肝主气,推动五脏协调气血化生;肝藏血以生血、主疏泄以理气,以上共同构成“肝生血气”的内涵。

2 “肝生血气”与CSF的相关性

《素问·调经论》言:“人之所有者,血与气耳。”血与气是人之根本,血气不和,百病乃变化而生。马蒞《素问注证发微》曰:“吾身之血气,皆由肝而生也。”^[12]肝主升发、主疏泄,气机条达,则血行通畅,循环周身,若出现气机阻滞,则“不通则痛”;肝藏血以生血,若血脉空虚或滞缓,则出现“不荣则痛”。CSF产生的主要原因为心脉血行滞缓,虽血管无狭窄,但因末梢血液流动缓慢,冠状动脉血流灌注延迟,故表现出胸闷、胸痛的症状,其以血脉空虚乏源为基础,气机失调运血阻滞无力为标,故CSF的病机与肝生血气功能异常相关。

2.1 血脉空虚为病理基础

生理状态下,肝主生血与藏血,同时协调五脏气血运行,使血行脉中,来源不竭,脉搏动有力,循环周身,滋养机体正常运行,以达平和之质,正如《明医杂著》所言“脉者,血之隧道也,血随气行,周流无停”^[13]。若肝失疏泄,肝血藏泄失衡,母病及子,心阳鼓动无力,则致心血不足;亦或是木过乘土,脾胃中焦生化乏源,运化失衡,水谷精微不足,化赤减少,又子病犯母^[14]。血液匮乏,脉管不充,无力舒缩,心血亏虚,心失所养,则血脉迟于周流,营血不达或迟于充盈则易发为本病。CSF的发病多存在于中老年群体^[15],《素问·阴阳应象大论》云“年六十……气大衰”,随着年龄的增长,元精大衰,肝肾同源,继而导致肝生血气功能下降,生化乏源,血脉亏虚,无力濡养,不荣则痛,故出现胸闷、胸痛。

2.2 气机阻滞为病理之枢

血液运行顺畅与气的作用关系密切,《血证论》言“运血者,即是气”^{[8]11}。气的升降出入运动即为气机,肝升肺降,肝的升发之性推动气血的流通,循环无端,构成机体气机运化枢纽。肝气通于春,属木,具有升发布达之性,以应生气。若气的运动失常,气

虚无力布达,或气滞不通,血液流动迟缓甚至停滞,则易形成痰瘀阻滞,壅结于血脉,出现胸闷、心痛的临床症状。《素问·痹论》“心痹者,脉不通”即是如此道理。临床研究表明,CSF的中医证型以血瘀证、痰阻证、气滞证、气虚证、阴虚证和阳虚证为多见,且证型之间可相互兼夹^[16]。究其原因,在于气机失调,气虚或气滞使心脉滞缓,濡养不足,不荣则痛;或是血脉缓行,久积成瘀,瘀血妨碍新血再生,痰瘀互结,久瘀酿毒,阻塞血脉,不通则痛。故血脉空虚、气机阻滞导致气血瘀滞,血液无力抵达远端血管为CSF的基本病机。

3 从血气论治CSF

CSF的发生以血脉空虚、滋养无力为本,气机阻滞、痰瘀毒互结为标。究其根本,则为肝生血气功能异常,气血生化乏源、气滞阻塞血脉流通所致。《素问·至真要大论》云:“疏其血气,令其调达,而致和平。”故治疗的关键在于容盈血脉、畅达气机,使流畅达、脉通流利,这与西医学提及的血管新生有异曲同工之妙。《医学发明》言“血者,皆肝所主”^[17],故治疗上以补肝养血、疏肝理气为治疗大法,以缓解CSF的临床症状。

3.1 补肝养血

《证治心传》言“夫肝体固赖阴血为养”^[18]。肝气推动血液运行,肝藏血属体阴,疏气而用阳,协调五脏促进气血生成。故CSF的治疗需以补肝生血为基础,临床上多选用黄芪、当归、丹参等益气生血药,补益肝气促进血的生成,调节气血运行,使得血脉充盈,以达良效。《医林改错》言:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”^[19]黄芪可补元气,具有益气活血、补气生血之效。“一味丹参,功同四物”,丹参入肝,助肝生气血,《本草正》言“丹参,养血活血,生新血”^[20]。当归为“血中圣药”,主补血,唐容川《本草问答》中记载当归“其味辛温,火也……故主补血”^{[11]43}。

3.2 疏肝理气

百病生于气,若气虚或气滞则血液流通不畅,久则滞于血脉,易形成痰、瘀、毒等,又可阻塞血脉流通,形成恶性循环,故疏肝理气为CSF血脉瘀滞的治疗大法,促使全身之气通而不滞,散而不郁,气行则血行。临床上多选用柴胡、川芎、连翘、赤芍等疏肝理气、化痰解毒。柴胡、川芎入肝经,调畅气机,活血化痰,《滇南本草》记载柴胡“行肝经逆结之气”^[21],故

柴胡、川芎对肝气郁滞不疏所造成的诸多症状具有较好的疗效。连翘苦寒,入心经,赤芍苦寒,入肝经,两者均具有清热解毒之效,此外,连翘消肿散结,赤芍散瘀止痛,对于气机郁滞造成的瘀毒内留有良好的治疗作用,可散瘀解毒、通脉止痛。

4 现代药理学分析

药理研究表明补肝养血、疏肝理气药物可能通过保护血管内皮、抑制细胞凋亡、减轻炎症反应、促进血管新生等途径改善血流,从而缓解CSF症状。

4.1 保护血管内皮

研究表明,中药主要通过上调血管内皮活性物质一氧化氮(NO)及抑制血小板聚集、黏附实现保护血管内皮作用,继而维持血流平衡、预防血栓形成,以改善循环^[22]。研究发现黄芪多糖^[23-24]、连翘脂苷^[25]、当归挥发油^[26]可上调NO表达水平及相关信号通路,从而改善血管内皮结构,最终加大血流量以改善循环,且黄芪、当归配伍可以增强协同效应^[26-28];川芎能有效保护血管内皮细胞,扩张血管,增加冠状动脉血流量,从而改善心肌缺血^[29]。此外,研究表明,柴胡皂苷a、赤芍总苷可以抗血小板聚集、抑制血栓形成,从而扩张血管,改善血液流变学^[30-31]。

4.2 抑制细胞凋亡

细胞凋亡主要与促凋亡蛋白B淋巴细胞瘤-2(Bcl-2)相关X蛋白(Bax)、抑制凋亡蛋白Bcl-2的表达及半胱天冬酶(Caspase)系列级联切割过程相关^[32]。细胞未受损时细胞凋亡相关蛋白形成二聚体,受到损伤刺激后Bax大量表达,二聚体含量升高,诱导凋亡因子进入细胞质,激活Caspase-3级联反应引发细胞凋亡^[33]。研究表明丹参素可能通过下调cleaved-Caspase-3(活化形式的Caspase-3)和Bax、上调Bcl-2蛋白的表达来抑制血管平滑肌细胞(VSMC)凋亡^[34]。当归-川芎可以下调血管内皮细胞相关蛋白表达,从而干预细胞凋亡路径,保护血管^[35]。柴胡能够通过调控凋亡基因相关因子表达,减少Caspase-3等促凋亡分子的生成,抑制细胞凋亡^[36]。

4.3 减轻炎症反应

药理研究显示柴胡皂苷d及川芎中有效成分通过核因子- κ B(NF- κ B)信号通路降低肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)等炎症因子水平,以发挥抗炎作用^[37-38]。赤芍单体可以抑制环氧酶-2(COX-2)活性水平和蛋白表

达水平,以减轻炎症反应、抗血栓形成,从而改善血流、缓解症状^[39]。连翘可通过磷脂酰肌醇-3-激酶/蛋白激酶B(PI3K/Akt)及核因子-红系2相关因子2(Nrf2)/血红素氧合酶1(HO-1)信号通路减少血管炎症介质基因表达,从而减轻细胞炎症,保护血管内皮细胞^[25,40]。此外,亦有临床研究表明,丹参多酚酸盐可减轻炎症反应,缓解患者心绞痛症状^[41]。

4.4 促进血管新生

现有研究证实CSF的改善可能与血管新生、血流量增加、血液充盈相关^[42]。丹参的有效成分可以通过上调心肌梗死大鼠心肌组织中血管内皮生长因子(VEGF)、Nrf2以及HO-1的表达,促进血管新生,以改善心肌梗死后血流情况^[43-44]。川芎挥发油可通过作用于血管内皮生长因子/血管内皮生长因子受体(VEGF/VEGFR)相关通路和相关mRNA来促进血管新生^[45];黄芪可上调VEGF和缺氧诱导因子- α (HIF- α)蛋白表达,通过血管生成素-1/酪氨酸激酶受体Tie-2/黏着斑激酶(Ang-1/Tie-2/FAK)途径促进血管生成,改善缺血状态,缓解循环障碍^[46-47]。黄芪与丹参的提取物合用,能够通过Ang-1/Tie-2通路上调内皮祖细胞(EPCs)的VEGF及其受体VEGFR2和血管紧张素I(Ang-I)mRNA的表达水平,以促进血管新生^[48]。川芎和赤芍的有效成分可以上调心肌梗死大鼠缺血区VEGF和碱性成纤维生长因子(bFGF)的表达,提高左心室射血分数,促进缺血心肌血管新生^[49]。

5 病案举例

潘某,女,53岁,以间断胸痛20余年、加重半年为主诉于2024年4月3日就诊。心电图检查:窦性心律,广泛T波异常,非特异性。冠状动脉造影提示冠状动脉左前降支(LAD)未见明显狭窄,向前血流心肌梗死溶栓治疗临床试验(TIMI)2级;冠状动脉回旋支(LCX)管腔未见明显狭窄,向前血流TIMI 2~3级;右冠状动脉(RCA)内膜欠光滑,可见散在斑块病变,未见明显狭窄,向前血流TIMI 2~3级。冠状动脉核磁共振(CMR)证实冠状动脉微循环障碍。现症见:心前区刺痛,背部酸胀感,纳食不佳,无口干口苦,眠差,二便可,舌质暗,苔白腻,脉细数。既往高血压病史3年,脑梗死病史3年。现服单硝酸异山梨酯、尼可地尔改善心绞痛症状,阿司匹林抗血小板聚集,沙库巴曲缬沙坦钠、酒石酸美托洛尔降低血压,瑞舒伐他汀降脂。中医诊断:胸痹;肝郁脾虚证,痰瘀互结

证。西医诊断:冠状动脉慢血流;高血压;陈旧性脑梗死。组方如下:柴胡15g,黄芩10g,炒白芍15g,炒枳壳12g,桂枝10g,龙骨20g,牡蛎20g,党参12g,丹参20g,葛根20g,夏枯草20g,罗布麻叶20g,炒山楂20g,茯苓20g,三七粉(冲服)3g,姜黄10g,炒僵蚕10g,甘草6g。14剂,水煎服,日1剂,分早晚两次温服。同时给予复方丹参滴丸,每次8丸,每日3次。

2024年4月17日二诊:间断刺痛稍有缓解,大便稍干,睡眠好转。原方基础上去党参、炒僵蚕、罗布麻叶,炒白芍改为20g,加黄芪15g、赤芍15g、川芎15g、瓜蒌20g,增加肝的行气之力,使气行则血行,14剂,用法同前。2024年5月8日三诊:胸部刺痛明显缓解,后背稍有疼痛,大便次数增多。二诊方基础上去炒白芍、龙骨,加浙贝母10g、连翘6g、桔梗12g、当归15g,14剂,用法同前,增加肝肺行气之功与解毒散结之力。后随访患者恢复良好。

6 结束语

关于CSF的病机与治疗方案目前仍未形成统一的共识与指南。人以气血为本,肝与血气的生成有密切关系。文章从“肝生血气”出发,探究CSF的病机与治疗,认为肝气升发布达,协调五脏促进气血生成;若肝之藏血与疏泄功能异常,血液生成减少,则血脉空虚,无力濡养,不荣则痛;气机阻滞进而导致痰、瘀、毒互结,不通则痛,出现胸闷、胸痛等不适症状。在治疗上给予黄芪、当归、丹参之类补肝气养肝血药充盈血脉以治本,予柴胡、川芎、连翘、赤芍之类疏肝理气、化痰解毒药以调畅气机,畅达脉络以助血行。现代药理及临床研究证实黄芪、当归、柴胡等药物可通过保护血管内皮、抑制细胞凋亡、减轻炎症反应以及促进血管新生等途径改善冠状动脉血流情况。本文从“肝生血气”出发,对CSF的病机与治疗进行探讨,以期从中医药角度为CSF提供一些论治思路。

[参考文献]

- [1] BELTRAME J F. Defining the coronary slow flow phenomenon[J]. *Circ J*, 2012, 76(4): 818-820.
- [2] 韦伟,李巍,贾宁,等. 青年与老年冠状动脉慢血流患者临床特点的对比研究[J]. *中国全科医学*, 2024, 27(30): 3753-3757.
- [3] HAWKINS B M, STAVRAKIS S, ROUSAN T A, et al. Coronary slow flow: prevalence and clinical correlations [J]. *Circ J*, 2012, 76(4): 936-942.
- [4] 剡冬冬,张钰. 冠状动脉慢血流研究新进展[J]. *中国循*

- 环杂志,2019,34(3):309-312.
- [5] LI J J, WU Y J, QIN X W. Should slow coronary flow be considered as a coronary syndrome? [J]. *Med Hypotheses*, 2006, 66(5):953-956.
- [6] CHALIKIAS G, TZIAKAS D. Slow coronary flow: pathophysiology, clinical implications, and therapeutic management [J]. *Angiology*, 2021, 72(9):808-818.
- [7] 吴永青, 赵明君, 尚雨, 等. 中医药治疗冠状动脉慢血流的研究进展 [J]. *中国中医急症*, 2023, 32(8):1483-1485, 1499.
- [8] 唐宗海. 血证论 [M]. 魏武英, 李俊, 校注. 北京: 人民卫生出版社, 2023.
- [9] 费伯雄. 医方论 [M]. 李铁君, 校注. 北京: 中医古籍出版社, 1987:133.
- [10] 张璐. 张氏医通 [M]. 王兴华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2023:841.
- [11] 唐容川. 本草问答 [M]. 陆拯, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2013.
- [12] 马蔚. 素问注证发微 [M]. 孙国中, 方向红, 校注. 北京: 学苑出版社, 2003:980.
- [13] 王伦. 明医杂著 [M]. 孙迎春, 点校. 北京: 学苑出版社, 2010:7.
- [14] 戚方明, 谢海波. “从脾治心”理论探析 [J]. *中医临床研究*, 2021, 13(34):71-73.
- [15] FRAGASSO G, CHERCHIA S L, ARIOLI F, et al. Coronary slow-flow causing transient myocardial hypoperfusion in patients with cardiac syndrome X: long-term clinical and functional prognosis [J]. *Int J Cardiol*, 2009, 137(2):137-144.
- [16] 李晓雅, 吴敏, 王松子, 等. 冠状动脉慢血流及其中医药诊疗思路 [J]. *中国中西医结合杂志*, 2021, 41(5):616-623.
- [17] 李杲. 医学发明 [M]. 刘毅, 田思胜, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2024:76.
- [18] 袁班. 证治心传 [M]. 刘毅, 田思胜, 校注. 太原: 山西科学技术出版社, 2012:5.
- [19] 王清任. 医林改错 [M]. 李天德, 张学文, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2015:39.
- [20] 张景岳. 本草正 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2017:114.
- [21] 兰茂. 滇南本草 [M]. 苏国有, 校注. 昆明: 云南人民出版社出版, 2017:534.
- [22] 何永明. 一氧化氮的生理作用与中药调节 [J]. *中兽医医药杂志*, 2000, 19(2):35-38.
- [23] 张书金, 李佳响, 贾云芳, 等. 黄芪、西洋参、党参生血能力差异性比较及机制探讨 [J]. *河北中医药学报*, 2018, 33(4):40-43.
- [24] 刘珂, 邱炳勋, 邹利, 等. 黄芪及其有效成分对内皮细胞及其连接的保护作用及机制研究进展 [J]. *中草药*, 2016, 47(21):3912-3917.
- [25] 唐赫鹏, 车楠, 刘函晔, 等. 连翘酯苷 A 通过抑制 PI3K/Akt 通路并激活 Nrf2/HO-1 通路抑制 LPS 诱导的炎症及氧化应激 [J]. *免疫学杂志*, 2021, 37(5):390-396.
- [26] 吴国泰, 刘五州, 杜丽东, 等. 当归挥发油对高血脂模型大鼠的降血脂作用及血管内皮保护作用 [J]. *中国动脉硬化杂志*, 2016, 24(10):989-993.
- [27] 刘艳凯, 刘圣君, 张玉平, 等. 川芎嗪、当归注射液对急性微循环障碍大鼠血小板功能和器官血流量的影响 [J]. *中国医学物理学杂志*, 2005, 22(5):660-662.
- [28] 李奔, 赵泉霖, 王贞贞, 等. 黄芪、当归防治糖尿病性心肌病研究概况 [J]. *山东中医药大学学报*, 2022, 46(3):406-410.
- [29] 刘秀梅, 张述伟, 李燕. 川芎治疗心血管疾病作用机制的系统药理学研究 [J]. *辽宁中医杂志*, 2019, 46(11):2382-2387.
- [30] 董国菊. 赤芍总苷药理作用的研究进展 [J]. *环球中医药*, 2017, 10(9):1157-1160.
- [31] SEO E J, LEE D U, KWAK J H, et al. Antiplatelet effects of *Cyperus rotundus* and its component (+)-nootkatone [J]. *J Ethnopharmacol*, 2011, 135(1):48-54.
- [32] ELMORE S. Apoptosis: a review of programmed cell death [J]. *Toxicol Pathol*, 2007, 35(4):495-516.
- [33] VASILIKOS L, SPILGIES L M, KNOP J, et al. Regulating the balance between necroptosis, apoptosis and inflammation by inhibitors of apoptosis proteins [J]. *Immunol Cell Biol*, 2017, 95(2):160-165.
- [34] 张杰, 王少敏, 刘敏, 等. 丹参素对血管平滑肌细胞钙化和凋亡的抑制作用 [J]. *中国医院药学杂志*, 2019, 39(18):1857-1859.
- [35] 曹楚珩. 活血、破血药对调控 AS 小鼠 VECs 凋亡基因表达的比较研究 [D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2017.
- [36] 吴从生. PCI 围手术期柴胡注射液辅助治疗对心肌损害、氧化应激反应、细胞凋亡的影响 [J]. *海南医学院学报*, 2018, 24(10):994-997.
- [37] 王妍婷, 牛志强, 刘亚男, 等. 柴胡皂苷 d 对 LPS 诱导的 RAW264.7 细胞炎症的抗炎作用机制 [J]. *现代食品科技*, 2025, 41(3):80-88.
- [38] 徐兰兰, 车仙花, 李宁, 等. 洋川芎内酯类化合物药理作用研究进展 [J]. *现代中药研究与实践*, 2022, 36(2):98-102.
- [39] 蒋跃绒. 赤芍 801 调节血管炎症反应和血小板活化的基础与临床研究 [D]. 北京: 中国中医研究院, 2005.

- [40] VÁZQUEZ-FLORES L F, CASAS-GRAJALES S, HERNÁNDEZ-AQUINO E, et al. Chapter 47 antioxidant, anti-inflammatory, and antifibrotic properties of quercetin in the liver[J]. *Liver Pathophysiol*, 2017, 2017:653-674.
- [41] 谢桥涛, 刘继烈, 王浩然, 等. 丹参多酚酸盐治疗心绞痛患者的临床研究[J]. *中国临床药理学杂志*, 2020, 36(1):3-6.
- [42] SUN L H, ZHANG Y, ZHANG J S, et al. Atorvastatin improves the proliferation and migration of endothelial progenitor cells via the miR-221/VEGFA axis [J]. *Biosci Rep*, 2020, 40(11):BSR20193053.
- [43] 刘暖, 杨雷, 毛秉豫, 等. 丹参提取物促大鼠心肌梗死后心肌组织血管新生的作用[J]. *中国病理生理杂志*, 2015, 31(8):1490-1494, 1499.
- [44] 周丹, 田天, 舒庆, 等. 丹酚酸B对大鼠缺血心肌血管再生的促进作用[J]. *中草药*, 2018, 49(21):5166-5169.
- [45] 管咏梅, 蒋成, 臧振中, 等. 川芎挥发油化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. *中成药*, 2024, 46(3):873-880.
- [46] 李军昌, 司静文, 刘海涛, 等. 黄芪甲苷IV对梗死小鼠心肌新生血管成熟及HIF-1 α 、VEGF蛋白表达的影响[J]. *心脏杂志*, 2017, 29(3):269-275.
- [47] ZHANG M X, HUANG X Y, SONG Y, et al. *Astragalus propinquus schischkin* and *Salvia miltiorrhiza bunge* promote angiogenesis to treat myocardial ischemia via Ang-1/Tie-2/FAK pathway [J]. *Front Pharmacol*, 2023, 13:1103557.
- [48] 张璞方, 李梦华, 刘暖, 等. 黄芪丹参配伍提取物经VEGF、Ang1/Tie2通路对心肌梗死大鼠血管新生的病理影响[J]. *科学技术与工程*, 2020, 20(1):104-108.
- [49] 陈宇宁, 严萍, 林久茂, 等. 超声下观察芎苈胶囊对心肌梗死大鼠缺血心肌血管新生的作用[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2012, 10(2):191-192.

(上接第743页)

- [14] 符友丰. 论“证”的概念与“辨证论治”思路[J]. *医学与哲学*, 1994(8):38-39, 42.
- [15] 桑希生, 王晓梅, 于淼. 再议“病”“证”“症”[J]. *中医药学报*, 2016, 44(4):1-2.
- [16] 付滨, 张童燕, 杨美娟. 中医科学化与辨证论治理念之形成[J]. *医学与哲学(A)*, 2012, 33(5):67-69.
- [17] 廖福义. 界定辨证论治概念的方法论问题[J]. *医学与哲学*, 1991, 12(3):24-26.
- [18] 李明, 高颖, 李敏. 西医:中医挥之不去的他者[J]. *医学与哲学(人文社会医学版)*, 2006, 27(4):18-19, 42.
- [19] 孙广仁. 中医基础理论[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:18-19.
- [20] 林素英. 浅谈循证医学与中医辨证论治[J]. *贵阳中医学院学报*, 2004, 26(4):1-2.
- [21] 吴泰相, 刘关键. 关于循证医学的问题与思考[J]. *中国循证医学杂志*, 2005, 5(8):636-640.
- [22] 钟玮泽, 郭华. 中医学“辨证论治”原则并非源于《伤寒杂病论》[J]. *医学与哲学*, 2020, 41(15):25-28.
- [23] 邢风举, 周计春, 颜新, 等. 效在于药, 还是效在于医:兼论辨证论治等几种常用的诊疗模式[J]. *医学与哲学(A)*, 2012, 33(11):72-74.
- [24] 戴高中, 沙玲. 关于辨证论治的思考[J]. *医学与哲学*, 2001, 22(4):51-52.
- [25] 吴勉华, 石岩. 中医内科学[M]. 5版. 北京:中国中医药出版社, 2021:304-309.
- [26] 陈孝平, 汪建平, 赵继宗. 外科学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社, 2018:541-542.
- [27] 蒋明. 《金匱要略》以病为纲模式对现行中医学的理论示范作用[J]. *河南中医*, 2006, 26(1):17-19.
- [28] 桑希生. 带教医案实录[M]. 北京:人民军医出版社, 2010:3.
- [29] 朱克俭. 欧阳锜研究员以病为纲、病证结合诊疗经验[J]. *湖南中医药导报*, 1995, 1(2):14-16.
- [30] 托马斯·库恩. 科学革命的结构[M]. 金吾伦, 胡新和, 译. 北京:北京大学出版社, 2003:36-43.
- [31] 陈家旭, 杨维益. 对中医“证”及“辨证论治”的思考[J]. *医学与哲学*, 1996, 17(2):81-82.
- [32] 唐仁康, 曹鹏, 刘茜, 等. 汉唐时期壅郁结闭病机认识的研究[J]. *中医药学报*, 2018, 46(1):32-35.
- [33] 邢冬梅, 刘新灿, 张俊华, 等. 循证中医药学进展[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(6):3319-3323.
- [34] 卢笑晖, 王阶, 衷敬柏. 中医临床证据研究[J]. *中医杂志*, 2007, 48(11):965-967.
- [35] 朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:51-52.
- [36] 丁楠, 武晓冬, 赵楠琦, 等. 中医古籍文献分级和推荐体系的发展现状[J]. *中华中医药杂志*, 2021, 36(10):6014-6017.

论著·临床研究

归脾汤联合艾司西酞普兰治疗轻中度抑郁症疗效和安全性研究

利敏玲¹, 李英存², 李馨², 谢一瑾¹, 范晓航¹, 刘增训²

(1. 济宁医学院精神卫生学院, 山东 济宁 272067; 2. 山东省精神卫生中心精神科, 山东 济南 250014)

[摘要] 目的:探讨归脾汤联合艾司西酞普兰对轻中度抑郁症患者的疗效与安全性。方法:选取120例轻中度抑郁症患者,按照随机数字表法分为观察组和对照组各60例。对照组单用艾司西酞普兰治疗,观察组在对照组基础上联合归脾汤治疗。比较两组患者治疗前、治疗2周末及治疗4周末的24项汉密尔顿抑郁量表(HAMD-24)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)及匹兹堡睡眠质量量表(PSQI)评分;分别对两组患者治疗后临床疗效和观察组各证型患者治疗后临床疗效进行评价,并对两组患者不良反应发生情况进行比较。结果:随着治疗时间变化,重复测量方差分析显示,两组患者的HAMD-24、HAMA及PSQI评分在时间、组别及交互效应中差异均有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$);治疗2周末及治疗4周末,两组患者HAMD-24、HAMA及PSQI评分均较治疗前降低,且观察组评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。经过4周的治疗,观察组临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),且观察组中各证型间疗效比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组不良反应发生情况少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:归脾汤与艾司西酞普兰联合治疗轻中度抑郁症疗效佳,且具有较高的安全性;归脾汤适用于各种证型的郁证,并能有效改善抑郁症状。

[关键词] 抑郁症;归脾汤;艾司西酞普兰;安全性;中焦

[中图分类号] R277.7

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0760-08

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.008

Study on the Efficacy and Safety of Guipi Decoction(归脾汤) Combined with Escitalopram in Treatment of Mild to Moderate Depression

LI Minling¹, LI Yingcun², LI Xin², XIE Yijin¹, FAN Xiaohang¹, LIU Zengxun²

(1. School of Mental Health, Jining Medical University, Jining 272067, China; 2. Department of Psychiatry, Shandong Provincial Mental Health Center, Jinan 250014, China)

Abstract Objective: To explore the efficacy and safety of Guipi Decoction(归脾汤) combined with Escitalopram in the treatment of mild to moderate depression. **Methods:** A total of 120 patients with mild to moderate depression were selected and divided into observation group and control group, with 60 cases in each group, according to the random number table method. The control group was treated with Escitalopram alone, while the observation group was

[收稿日期] 2025-02-13

[基金项目] 山东省中医药科技项目(编号:M-2023257)

[作者简介] 利敏玲,2022级硕士研究生,研究方向:精神病与精神卫生学。

[通信作者] 李馨,副主任医师,硕士研究生导师,主要从事常见精神疾病的中西医结合治疗和心理治疗的研究。邮箱:lixin_6688@126.com。

treated with Guipi Decoction on the basis of the treatment of the control group. The scores of the 24-item Hamilton Depression Scale (HAMD-24), Hamilton Anxiety Scale (HAMA), and Pittsburgh Sleep Scale (PSQI) of the two groups of patients before treatment, at the end of the 2nd week of treatment, and at the end of the 4th week of treatment were compared. The clinical efficacy of the two groups of patients after treatment and that of the observation group of patients with each syndrome type after treatment were evaluated respectively, and the occurrence of adverse reactions in the two groups of patients was compared. **Results:** With the progression of treatment, repeated measures analysis of variance showed that there were statistically significant differences in HAMD-24, HAMA and PSQI scores between the two groups of patients in terms of time, group and interaction effect ($P < 0.01$ or $P < 0.05$). At the end of the 2nd and 4th weeks of treatment, the scores of HAMD-24, HAMA and PSQI in both groups were lower than those before treatment, and the scores of the observation group were lower than those of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After 4 weeks of treatment, the clinical efficacy of the observation group was better than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Furthermore, there was no statistically significant difference in the therapeutic efficacy among various depression syndrome types in the observation group ($P > 0.05$). The occurrence of adverse reactions in the observation group was less than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusions:** The combination of Guipi Decoction and Escitalopram has a good therapeutic effect and high safety in the treatment of mild to moderate depression. Moreover, Guipi Decoction is suitable for various subtypes of depression syndromes and it can effectively alleviate depressive symptoms.

Keywords depression; Guipi Decoction; Escitalopram; safety; middle jiao

抑郁症是较为常见的精神障碍,以显著而持久的心境低落、兴趣减少和快感丧失等为主要临床症状^[1]。据统计,我国成年人终身患抑郁症的概率为6.8%,但仅有0.5%的患者得到充分治疗^[2]。当前,轻中度抑郁症的首要干预手段是药物疗法,其中选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)被广泛应用于临床一线治疗^[3]。国外的一项荟萃分析显示,艾司西酞普兰作为一种SSRIs类药物,不仅对抑郁症治疗效果明显,且安全性更好,但长期使用可能会引发一些不良反应,导致患者的药物依从性下降^[4]。而中西药联合治疗抑郁症具有增效、减少不良反应等优势,在临床上已被广泛应用^[5]。

在中医学中,抑郁症的病机主要涉及情志内伤、脏腑失调及气机阻滞等方面^[6]。张仲景在《金匮要略》中提到“实脾,则肝自愈”的观点,强调了肝木疏泄功能的正常发挥与脾胃的运化密切相关,若单纯侧重于疏肝解郁而忽视脾的调理,往往治疗效果有限^[7]。脾胃位于中焦,是气机升降的关键,也是气血化生的基础。若脾胃功能失调,中焦气机升降紊乱,则易导致气滞血瘀、浊邪上犯,进而引发肝气郁结、

痰湿阻滞等不同类型的抑郁症,可见调理脾胃在抑郁症的治疗中尤为关键。

归脾汤传统上主要应用于心脾两虚型抑郁症的治疗,然而从中焦论治的角度来看,其适用范围可扩展至多种分型的郁证。本研究探讨了归脾汤联合艾司西酞普兰对轻中度抑郁症患者的疗效与安全性,以其调理脾胃气机为核心,旨在为归脾汤广泛应用于肝气郁结、气郁化火、痰气郁结、心神失养、心脾两虚、心肾阴虚等不同辨证分型的郁证提供理论依据,从中焦论治角度为抑郁症的治疗提供理论支持。

1 资料

1.1 样本量计算

本研究采用两样本均数比较的方法估算样本量,公式为: $N_1=N_2=2(Z_\alpha+Z_\beta)^2\sigma^2/\delta^2$ 。采用双侧检验,取 $\alpha=0.05$, $\beta=0.10$, $Z_\alpha=1.96$, $Z_\beta=1.28$,参考文献[8],得出 δ (两样本均数之差)=3.82, σ (标准差)=6.10,计算得出 $N_1=N_2\approx 54$,考虑可能有10%样本失访,最终确定总样本量为120例。

1.2 一般资料

纳入2023年8月至2024年9月在山东省精神卫

生中心住院治疗的120例轻中度抑郁症患者,采用随机数字表法分为观察组和对照组各60例。对两组患者性别、年龄、病程、抑郁发作次数、文化程度、职业状况等一般资料进行比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性,见表1。依据《中医内科学》^[9]对观察组患者进行辨证分型,具体包括肝气郁结证11例、气郁化火证10例、痰气郁结证10例、心神失养证8例、心脾两虚证12例、心肾阴虚证9例。本研究已通过山东省精神卫生中心医学伦理委员会批准,批准文号:[2023][研]伦审第[31]号。

1.3 诊断标准

1.3.1 西医诊断标准

符合《国际疾病分类(第10版)》^[10]中首发或复发的轻中度抑郁症诊断标准。核心症状群:①持续性心境低落;②兴趣或愉悦感丧失;③精力不足或过度疲劳。附加症状:①自我评价降低;②无价值感或自罪观念;③自杀意念或行为;④注意力下降;⑤认为前途悲观;⑥睡眠障碍;⑦食欲改变。满足2项

核心症状及2项附加症状诊为轻度抑郁症;满足2项核心症状及3~4项附加症状诊为中度抑郁症。

1.3.2 中医诊断标准

符合《中医内科临床诊疗指南》^[11]中郁病的诊断标准。主要以情志不舒、胸闷气短,或悲忧善哭,情绪善变,或咽中如有异物感为临床症状;多有忧虑、悲伤、恐惧、怨愤等情志内伤史,并且由社会、心理应激源影响导致情绪多变。

参考《中医内科学》^[9]确定郁病的中医辨证分型,包括肝气郁结证、气郁化火证、痰气郁结证、心神失养证、心脾两虚证、心肾阴虚证。

1.4 纳入与排除标准

纳入标准:①符合轻中度抑郁症的中西医诊断标准;②入院前2周内未接受过任何精神科及睡眠药物的治疗;③年龄18~65岁;④24项汉密尔顿抑郁量表(HAMD-24)评分^[12]≥20分且<35分;汉密尔顿焦虑量表(HAMA)^[13]评分≥7分;⑤无酒精或其他精神活性物质滥用或依赖,无其他精神疾病;⑥自愿参与

表1 两组轻中度抑郁症患者一般资料比较

项目	观察组	对照组	χ^2 值/t值/Z值	P值
例数	60	60		
性别[例(占比%)]			0.543	0.461
男	24(40.00)	28(46.67)		
女	36(60.00)	32(53.33)		
年龄($\bar{x}\pm s$)/岁	42.98±15.25	42.07±16.14	0.320	0.750
病程[M(P_{25} , P_{75})]/年	2.00(0.54,6.75)	2.00(1.00,5.00)	-0.113	0.910
抑郁发作次数[例(占比%)]			0.154	0.695
初次发作	40(66.67)	42(70.00)		
反复发作	20(33.33)	18(30.00)		
文化程度[例(占比%)]			1.303	0.555
小学及以下	13(21.67)	10(16.67)		
初/高中或中专	25(41.67)	22(36.67)		
大学或大专及以上	22(36.67)	28(46.67)		
职业状况[例(占比%)]			2.148	0.364
在职	32(53.33)	38(63.33)		
待业/无业/退休	19(31.67)	12(20.00)		
学生	9(15.00)	10(16.67)		
婚姻状况[例(占比%)]			2.671	0.328
未婚	16(26.67)	18(30.00)		
已婚	39(65.00)	41(68.33)		
离婚/丧偶	5(8.33)	1(1.67)		
家族史[例(占比%)]			2.828	0.148
有	7(11.67)	14(23.33)		
无	53(88.33)	46(76.67)		

并签署知情同意书者。

排除标准:①伴有严重躯体疾病者;②既往有自杀意念及自杀行为者;③既往有冲动、破坏性行为或伤人、肇事行为者;④既往对归脾汤成分或艾司西酞普兰过敏者;⑤孕妇及哺乳期妇女。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组服用草酸艾司西酞普兰片(百适可,国药准字H20080599,每片5 mg),剂量5~20 mg/d,药物剂量根据患者的病情严重程度进行调整,共治疗4周。观察组在对照组的基础上加用归脾汤,由山东博康中药饮片有限公司提供。组方如下:白术18 g,茯苓18 g,黄芪18 g,龙眼肉18 g,炒酸枣仁18 g,人参9 g,木香9 g,炙甘草6 g,当归3 g,远志3 g。中药浓煎汤剂,每剂40 mL,每日1剂,早晚各服用20 mL,服用前以100 mL温水稀释,共服用4周。若严重失眠者可短期内使用非苯二氮草类药物辅助改善睡眠,但不能连续应用超过5 d。若治疗期间出现不良反应,可使用对抗药物不良反应及治疗躯体疾病的药物。禁止使用苯二氮草类药物、抗精神病药物、情感稳定剂、其他抗抑郁和抗焦虑药物等。

2.2 观察指标

①评估两组患者治疗前、治疗2周末及治疗4周末的HAMD-24评分^[12]、HAMA评分^[13]及匹兹堡睡眠质量表(PSQI)评分^[14]。②不良反应发生情况:采用精神药物副反应量表(TESS)^[15]详细记录不良反应,比较两组患者不良反应的发生率。③药物安全性指标:在治疗前、治疗2周末及治疗4周末行血常规、血生化、心电图等检查以评估药物安全性。

2.3 疗效评价

依据HAMD-24评分的减分率来评定疗效^[10]。减分率=[(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分]×100%。疗效分级:HAMD-24评分减分率≥75%为临

床痊愈,减分率为50%~<75%视为显效,减分率为25%~<50%视为有效,减分率<25%则视为无效。总有效率=(临床痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。分别对两组患者治疗后临床疗效和观察组各证型患者临床疗效进行评价。

2.4 统计学方法

本研究使用SPSS 26.0进行数据分析,对于满足正态分布的定量资料使用 t 检验,反之将采用非参数检验,分别用 $\bar{x} \pm s$ 、 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示;治疗不同时间点的各量表评分比较采用重复测量方差分析;计数资料采用 χ^2 检验,等级资料使用秩和检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后HAMD-24评分比较

治疗前两组患者HAMD-24评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。进一步分析HAMD-24评分随时间的变化,重复测量方差分析显示,两组患者的HAMD-24评分在时间、组间及交互效应上差异均具有统计学意义(均 $P<0.01$);治疗2周末、治疗4周末,两组患者HAMD-24评分均较治疗前降低(均 $P<0.01$),且同期观察组HAMD-24评分均低于对照组($P<0.01$)。见表2。

3.2 两组患者治疗前后HAMA评分比较

治疗前两组HAMA评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。进一步分析HAMA评分随时间的变化,重复测量方差分析显示,两组患者的HAMA评分在时间、组间及交互效应上差异均有统计学意义(均 $P<0.05$);治疗2周末、治疗4周末,两组患者HAMA评分均较治疗前降低(均 $P<0.01$),且同期观察组HAMA评分低于对照组($P<0.05$)。见表3。

3.3 两组患者治疗前后PSQI评分比较

两组治疗前PSQI评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。进一步分析PSQI评分随时间的变化,重

表2 两组轻中度抑郁症患者治疗前后HAMD-24评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	治疗前	治疗2周末	治疗4周末	F值(P值)		
					交互作用	时间主效应	组间主效应
观察组	60	28.10 ± 3.21	17.88 ± 2.60*	11.57 ± 3.16*	8.218(P=0.002)	897.886(P=0.001)	7.754(P=0.006)
对照组	60	27.72 ± 3.24	19.78 ± 3.46*	13.91 ± 4.42*			
t 值		0.651	-3.402	-3.347			
P 值		0.516	0.001	0.001			

注:HAMD-24为24项汉密尔顿抑郁量表。与同组治疗前比较,* $P<0.01$ 。

复测量方差分析显示,两组患者的PSQI评分在时间、组间及交互效应上差异均具有统计学意义(均 $P<0.01$);治疗2周末、治疗4周末,两组患者PSQI评分均较治疗前降低(均 $P<0.01$),且同期观察组PSQI评分均低于对照组,差异有统计学意义(均 $P<0.01$)。见表4。

3.4 两组患者临床疗效比较

在治疗4周末时,观察组总有效率为91.67%,对照组73.33%,两组临床疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表5。

3.5 观察组各中医证型疗效对比

治疗4周末,观察组各中医证型间的疗效比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表6。

3.6 两组患者不良反应发生情况比较

在治疗过程中,两组患者的血常规、血生化、尿常规及心电图等均未见明显异常。观察组出现恶心、失眠、便秘等不良反应的人数少于对照组,观察组不良反应总发生率为15.00%,对照组为38.33%,两组不良反应发生情况比较,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组的安全性更具优势。见表7。

表3 两组轻中度抑郁症患者治疗前后HAMA评分比较($\bar{x}\pm s$)

分

组别	例数	治疗前	治疗2周末	治疗4周末	F值(P值)		
					交互作用	时间主效应	组间主效应
观察组	60	19.57±4.51	11.73±3.08*	7.88±2.70*	6.025($P=0.01$)	667.088($P<0.01$)	4.070($P=0.046$)
对照组	60	19.47±3.58	13.37±3.36*	9.77±3.16*			
t值		0.135	-2.774	-3.504			
P值		0.893	0.006	0.001			

注:HAMA为汉密尔顿焦虑量表。
与同组治疗前比较,* $P<0.01$ 。

表4 两组轻中度抑郁症患者治疗前后PSQI评分比较($\bar{x}\pm s$)

分

组别	例数	治疗前	治疗2周末	治疗4周末	F值(P值)		
					交互作用	时间主效应	组间主效应
观察组	60	14.80±2.67	10.30±1.89*	7.87±1.37*	16.668($P<0.01$)	946.126($P<0.01$)	15.930($P<0.01$)
对照组	60	15.30±2.73	12.18±2.37*	9.85±1.81*			
t值		-1.015	-4.815	-6.762			
P值		0.312	<0.001	<0.001			

注:PSQI为匹兹堡睡眠质量表。
与同组治疗前比较,* $P<0.01$ 。

表5 两组轻中度抑郁症患者临床疗效比较

例(占比/%)

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效	χ^2 值	P值
观察组	60	10(16.67)	37(61.67)	8(13.33)	5(8.33)	55(91.67)	8.696	0.034
对照组	60	4(6.67)	32(53.33)	8(13.33)	16(26.67)	44(73.33)		

表6 观察组各中医证型轻中度抑郁症患者疗效比较

例(占比/%)

分型	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效	χ^2 值	P值
肝气郁结证	11	3(27.27)	5(45.45)	3(27.27)	0(0)	11(100)	3.636	0.603
气郁化火证	10	2(20.00)	5(50.00)	1(10.00)	2(20.00)	8(80.00)		
痰气郁结证	10	2(20.00)	6(60.00)	1(10.00)	1(10.00)	9(90.00)		
心神失养证	8	0(0)	7(87.50)	1(12.50)	0(0)	8(100)		
心脾两虚证	12	2(16.67)	7(58.33)	2(16.67)	1(8.33)	11(91.67)		
心肾阴虚证	9	1(11.11)	7(77.78)	0(0)	1(11.11)	8(88.89)		

表7 两组轻中度抑郁症患者不良反应发生情况比较

组别	例数	便秘/例	腹泻/例	恶心/例	失眠/例	震颤/例	出汗/例	口干/例	头痛/例	总发生/[例(占比/%)]
观察组	60	1	1	2	1	0	1	2	1	9(15.00) [△]
对照组	60	3	2	5	4	2	1	3	3	23(38.33)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

4 讨论

关于郁证的记载最早可追溯到《黄帝内经》,其中《素问·六元正纪大论》基于五行学说提出了五郁的治疗方法^[16]。朱丹溪《丹溪心法·六郁》进一步阐述了郁证的病机及辨治思路,并提出气郁为六郁之始,治疗应以“调中为法,顺气为先”,即以调理脾胃为核心^[17]。现代学者徐经世也倡导“安中治郁”的理念,主张通过调节中焦气机来缓解抑郁症状^[18]。然而,当前中医临床治疗抑郁症多从肝论治,认为肝失疏泄、肝气郁滞是郁证的主要病机,常通过疏肝理气以达到调畅情志的效果^[19],此诊疗思路虽有一定的疗效,但常忽视了脾胃在气机调节中的关键作用。中焦脾胃作为气机升降及气血生化的枢纽,脾胃功能失调不仅影响气血生化,还可进一步导致气机阻滞,进而影响五脏六腑的生理功能。黄元御在《四圣心源》中提出“枢轴运动”理论,将脾胃视为气机枢纽,强调其升降协调对于维持肝气的舒发、肺气的清降及肾水的温润至关重要^[20]。当脾胃虚弱、运化功能减退时,气血生成不足,脏腑失于滋养,肝亦因藏血不足或疏泄功能紊乱而受影响。同时,脾胃气机的升降受阻也影响水液代谢,引起津液积滞成痰,痰浊内阻,日久痰郁化热,扰乱神志,进一步加重情志失调^[21-22]。故脾胃功能失调可导致气机郁滞、气血不畅和心神失养,最终影响五脏功能及神志活动^[23]。因此,调理脾胃能够从根源上调和气机、滋养心神,对各型郁证均应具有一定的疗效。

归脾汤为调理脾胃的经典方剂,近年来研究表明,归脾汤结合抗抑郁药治疗心脾两虚型郁证疗效佳且不良反应较少^[24-25]。本研究也得到类似的结论,在给予治疗后,两组患者HAMD-24评分均明显降低,表明两组治疗方式均能改善患者的抑郁症状,观察组患者评分下降更明显,且临床疗效优于对照组,表明在西医治疗基础上联合归脾汤具有协同增效的作用,可促进抑郁症状的改善。归脾汤通过益气健脾促使气血津液生化充足,水谷精微有效转化以滋养机体,心神得以濡养、阴阳调和,维持五脏功

能正常运转。此外,该方剂还可调和脾胃,使中焦气机通畅,防止痰湿内生,达到调畅情志的效果^[26]。因此,从理论上讲,归脾汤不仅适用于心脾两虚型郁证,对各型郁证均应具有潜在的疗效。为此,本研究进一步分析了观察组不同证型郁证的临床疗效,结果显示各证型间的疗效差异无统计学意义,提示归脾汤通过调和脾胃气机,改善中焦功能,对多种郁证证型均具有较好的干预效果。

目前,抑郁症的具体发病机制尚未完全阐明,但已有多种假说试图从不同层面对抑郁症的病因进行解释,例如单胺类神经递质假说、神经可塑性假说及炎症假说等^[27-30]。现代药理学研究表明,归脾汤中的有效成分可通过多通路、多靶点对抑郁症产生调节作用。如归脾汤中人参皂苷 Rg1 通过调节神经递质功能,提高脑内的5-羟色胺(5-HT)、去甲肾上腺素(NE)及多巴胺(DA)水平^[31];白术的主要活性成分白术内酯及茯苓中的茯苓多糖等物质,可通过降低炎症因子如肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)水平和调节 γ -氨基丁酸(GABA)水平,改善抑郁、焦虑情绪^[32-33];酸枣仁中的皂苷类成分可以通过调控单胺类神经递质的水平,减轻氧化应激及炎症反应,还可通过增加脑内神经营养因子(BDNF)的含量,促进神经可塑性^[34-35];此外,远志中的皂苷成分通过降低下丘脑促肾上腺皮质激素释放激素(CRH)和促肾上腺皮质激素(ACTH)含量,维持下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA)的正常功能,进一步改善情绪并提高睡眠质量^[36-37]。本研究分析发现,在治疗2周末、治疗4周末,两组患者的HAMA及PSQI评分均较治疗前降低,且观察组低于对照组,提示在缓解焦虑和改善睡眠方面观察组更具优势。在安全性方面,两组患者均出现了恶心、便秘、腹泻等胃肠道症状及头痛、出汗等不良反应,但多为治疗早期出现,且大多数患者能够耐受,不能耐受者通过及时给予药物干预,随着治疗时间的延长上述症状亦消失,未造成患者的中途脱落。此外,两组患者服药后血常规、血生化及心电图等指标均未显示出明显异常。值得注意

的是,对照组不良反应发生率高于观察组,证明了归脾汤在治疗过程中的安全性更好,这也有利于提高患者治疗的配合度。然而,为了平衡临床实际工作的可操作性,本研究未设置安慰剂对照,且随访时间较短,未来的研究需进一步探索归脾汤在抑郁症治疗中的长期疗效,并运用代谢组学等技术解析归脾汤调节中焦气机的药效物质基础及分子机制,为中医药抗抑郁机制研究提供更全面的证据支持。

综上所述,归脾汤联合艾司西酞普兰可显著改善轻中度抑郁症患者的抑郁、焦虑及睡眠状态,且疗效优于单用艾司西酞普兰,安全性较高。且归脾汤通过调理中焦,在改善各型郁证临床症状方面均具有一定的疗效,值得在临床中进一步探讨与应用。

[参考文献]

- [1] SMITH K. Mental health: a world of depression[J]. Nature, 2014, 515(7526): 181.
- [2] LU J, XU X F, HUANG Y Q, et al. Prevalence of depressive disorders and treatment in China: a cross-sectional epidemiological study [J]. Lancet Psychiatry, 2021, 8(11): 981-990.
- [3] RINK L, ADAMS A, BRAUN C, et al. Dose-response relationship in selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors in the treatment of major depressive disorder: a meta-analysis and network meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Psychother Psychosom, 2022, 91(2): 84-93.
- [4] CIPRIANI A, FURUKAWA T A, SALANTI G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis [J]. Lancet, 2018, 391(10128): 1357-1366.
- [5] 唐瑶瑶, 秦竹, 毕秀华. 无忧汤抗抑郁的方义及现代药理研究 [J]. 山东中医药大学学报, 2012, 36(4): 294-295.
- [6] 王萌, 周永学. 中医郁病理论的源流与发展 [J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(4): 1878-1881.
- [7] 郑屿萍, 段君, 王燕. “见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”意义探讨 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(1): 104-106.
- [8] 陈伟, 刘磊, 杨雪山, 等. 归脾汤加味联合艾司西酞普兰治疗抑郁症的临床观察 [J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(8): 829-831.
- [9] 张伯礼, 吴勉华, 林子强. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 289-294.
- [10] ORGANIZATION W H. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research [M]. Geneva: World Health Organization, 1993: 81-84.
- [11] 中华中医药学会. 中医内科临床诊疗指南: 第二册 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2020: 121-124.
- [12] 汤毓华, 张明园. 汉密顿抑郁量表(HAMD) [J]. 上海精神医学, 1984(2): 61-64.
- [13] 汤毓华, 张明园. 汉密顿焦虑量表(HAMA) [J]. 上海精神医学, 1984(2): 64-65.
- [14] HAYASHINO Y, YAMAZAKI S, TAKEGAMI M, et al. Association between number of comorbid conditions, depression, and sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index: results from a population-based survey [J]. Sleep Med, 2010, 11(4): 366-371.
- [15] ZHOU D N, YANG X, WANG W, et al. Exploring the interplay of psychiatric symptoms, antipsychotic medications, side effects, employment status, and quality of life in Chronic Schizophrenia [J]. BMC Psychiatry, 2024, 24(1): 484.
- [16] 杨威, 陈希成, 王霜, 等. 《黄帝内经》“五郁”本义考释 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(5): 705-710.
- [17] 孙萌, 张佳乐, 孔洁, 等. 病证结合视角下的《丹溪心法》郁证诊疗价值和贡献刍议 [J]. 时珍国医国药, 2019, 30(8): 1951-1953.
- [18] 李艳, 赵进东, 张国梁, 等. 郁证的理论溯源及国医大师徐经世治郁思路 [J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(11): 5284-5289.
- [19] 唐显群, 雷亚玲, 韩祖成. 从肝论治郁病作用机制 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(12): 2001-2003.
- [20] 张金泽, 仪凡, 张广中. 黄元御《四圣心源》诊疗体系及内涵探析 [J]. 中医杂志, 2023, 64(20): 2153-2156.
- [21] 王玉贤, 卢伟, 肖莹, 等. 从“六郁”论治抑郁症 [J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(7): 3523-3526.
- [22] 于姚, 李阳, 刘姝含, 等. 从脾论治抑郁症的理论基础与现代研究依据 [J]. 山东中医杂志, 2020, 39(5): 445-448.
- [23] 王萌, 周永学. 从中焦论治郁证学术思想探讨 [J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(9): 4142-4144.
- [24] 林晨, 王冠军, 戴霓, 等. 归脾汤辅助治疗心脾两虚型抑郁症临床疗效及对患者认知功能的影响 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2023, 33(7): 617-620.
- [25] 冯璐, 周文静, 于黎, 等. 中药归脾汤加减联合心理疗法治疗抑郁症的疗效研究 [J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(12): 134-137.
- [26] 李益东, 许二平, 康丽杰, 等. 归脾汤及其合方治疗抑郁症研究新进展 [J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(12): 148-154.

(下转第813页)

温阳祛瘀方联合针灸治疗腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛临床研究

徐倩¹, 武俊¹, 姚延敬²

(1. 六安市人民医院, 安徽 六安 237005; 2. 蚌埠医学院第一附属医院, 安徽 蚌埠 233004)

【摘要】目的:观察温阳祛瘀方联合针灸对腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者疼痛、表面肌电信号及血清学指标的影响。方法:选择于六安市人民医院治疗的102例腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者,采用随机数字表法分为针灸组和针药联合组各51例,两组同时给予西医对症治疗,针灸组在此基础上给予针灸治疗,针药联合组在针灸组治疗基础上加用温阳祛瘀方治疗。比较两组患者治疗前后腰椎活动度、Oswestry功能障碍指数(ODI)评分、Roland-Morris功能障碍调查表(RMDQ)评分、6点行为评分法(BRS-6)评分。比较两组患者治疗前后腰椎部位多裂肌、竖脊肌肌电信号平均肌电值和中位频率值。检测两组患者治疗前后单核细胞趋化蛋白-1(MCP-1)、血栓素B2(TXB2)、 α 1-酸性糖蛋白(α 1-AGP)、辅助性T细胞1型(Th1)/辅助性T细胞2型(Th2)(Th1/Th2)、M型脑钠肽(M-ENK)、5-羟色胺(5-HT)、神经激肽1、P物质水平。对两组患者临床疗效进行评估。结果:治疗后,两组患者腰椎活动度均较治疗前升高,且针药联合组腰椎活动度高于针灸组($P<0.05$)。治疗后,两组ODI评分、RMDQ评分、BRS-6评分均较治疗前降低,且针药联合组低于针灸组($P<0.05$)。治疗后两组多裂肌、竖脊肌肌电信号平均肌电值和中位频率值均较治疗前升高,且针药联合组高于针灸组($P<0.05$)。治疗后,两组MCP-1、TXB2、 α 1-AGP、Th1/Th2水平均较治疗前降低,且针药联合组低于针灸组($P<0.05$);两组M-ENK均较治疗前升高,且针药联合组高于针灸组($P<0.05$);两组5-HT、神经激肽1、P物质水平均较治疗前降低,且针药联合组低于针灸组($P<0.05$)。针药联合组患者总有效率96.08%,优于针灸组的80.39%,两组临床疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:温阳祛瘀方联合针灸治疗腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者,可调节外周血Th1/Th2水平,减少炎症反应,改善患者表面肌电信号及疼痛介质指标,提升腰椎活动度、临床疗效、镇痛效应及生活质量。

【关键词】 温阳祛瘀方; 针灸; 腰椎间盘突出症; 根性坐骨神经痛; Th1/Th2; 表面肌电信号; 疼痛介质

【中图分类号】 R274.9

【文献标志码】 A

【文章编号】 0257-358X(2025)07-0767-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.009

Clinical Study on Wenyang Quyu Formula(温阳祛瘀方) Combined with Acupuncture and Moxibustion in Treatment of Root Sciatica Caused by Lumbar Intervertebral Disc Protrusion

XU Qian¹, WU Jun¹, YAO Yanjing²

(1. Lu'an People's Hospital, Lu'an 237005, China; 2. The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, China)

【收稿日期】 2025-02-13

【基金项目】 安徽省高等学校自然科学研究项目(编号: KJ2020A0577)

【作者简介】 徐倩, 主治医师, 主要从事中西医结合治疗腰椎间盘突出。邮箱: xuqianxuq008@163.com。

Abstract Objective: To observe the effects of the Wenyang Quyu Formula (温阳祛瘀方) combined with acupuncture and moxibustion on pain, surface

electromyography signals and serological indicators in patients with root sciatica caused by lumbar intervertebral disc protrusion. **Methods:** A total of 102 patients with lumbar intervertebral disc protrusion and root sciatica treated in Lu'an People's Hospital were selected and divided into the acupuncture group and the combined acupuncture and medication group by using the random number table method, with 51 cases in each group. Both groups were given western medicine symptomatic treatment simultaneously. The acupuncture group was given acupuncture treatment on this basis, and the combined acupuncture and medication group was treated with the Wenyang Quyu Formula on the basis of the treatment of the acupuncture group. The lumbar spine ranges of motion, Oswestry Disability Index (ODI) score, RoRoland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) score, and 6-point Behavior Scale (BRS-6) score of the two groups of patients before and after treatment were compared. The average electromyography values and median frequency values of the multifidus muscle and erector spinae muscle electromyography signals in the lumbar region before and after treatment were compared between the two groups of patients. The levels of monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1), thrombus B2 (TXB2), α 1-acid glycoprotein (α 1-AGP), and helper T cell type 1/ helper T cell type 2 (Th1/Th2), M-type brain natriuretic peptide (M-ENK), 5-hydroxytryptamine (5-HT), neurokinin 1, substance P, of the two groups of patients before and after treatment were detected. The clinical efficacy of the two groups of patients was evaluated. **Results:** After treatment, the range of motion of the lumbar vertebrae in both groups increased compared with that before treatment, and the range of motion of the lumbar vertebrae in the combined acupuncture and medication group was higher than that in the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, the ODI scores, RMDQ scores and BRS-6 scores of both groups were lower than those before treatment, and the combined acupuncture and medication group was lower than the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, the average electromyography values and median frequency values of the multifidus and erector spinae muscle electromyography signals in both groups increased compared with those before treatment, and the combined acupuncture and medication group was higher than the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of MCP-1, TXB2, α 1-AGP, and Th1/Th2 in both groups decreased compared with those before treatment, and the levels in the combined acupuncture and medication group were lower than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). The M-ENK in both groups increased compared with that before treatment, and the combined acupuncture and medication group was higher than the acupuncture group ($P < 0.05$). The levels of 5-HT, neurokinin 1 and substance P in both groups were lower than those before treatment, and the levels in the combined acupuncture and medication group were lower than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). The total effective rate of patients in the combined acupuncture and medication group was 96.08%, which was better than that of the acupuncture group (80.39%). Comparison of the clinical efficacy between the two groups showed a statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusions:** The combination of Wenyang Quyu Formula and acupuncture and moxibustion can regulate the Th1/Th2 levels in peripheral blood, reduce inflammatory responses, improve the surface electromyography signals and pain medium indicators of patients in the treatment of patients with root sciatica caused by lumbar intervertebral disc protrusion, enhance the range of motion of the lumbar vertebrae, clinical efficacy, analgesic effect and quality of life.

Keywords Wenyang Quyu Formula; acupuncture and moxibustion; lumbar intervertebral disc protrusion; root sciatica; Th1/Th2; surface electromyography signal; pain mediator

腰椎间盘突出症属于椎体退行性疾病,患者腰椎纤维环破裂后髓核突出,可压迫神经根,产生腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛,表现为腰腿疼痛^[1-2]。

发育异常、缺乏锻炼、长期外力损伤、吸烟、骨质疏松、肥胖等均与腰椎间盘突出症的发生和发展密切相关^[3]。西医常进行抗炎镇痛治疗,可缓解患者临

床症状,减轻患者关节疼痛,但长期疗效不甚理想,易复发^[4]。腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛属中医学坐臀风、腰腿痛等范畴,患者素体虚弱、正气亏虚、过度劳累、伤筋挫骨,加上久处寒湿之地,督脉受损,卫阳不足,寒、湿等外邪停聚于腰部,经脉痹阻、气血凝滞,腰府失养,发生腰痛。本研究用温阳祛瘀方源自血府逐瘀汤,经六安市人民医院多年临床实践加减而成,具有助阳化气、散寒祛湿、健脾、通络止痛的功效。温针灸是中医特色疗法,可温经通络、壮阳、疏筋活血、散寒止痛。研究表明,针灸刺激局部穴位及经络,可加速改善血液循环,恢复腰椎及腰部肌肉功能,针灸与中药联合治疗可发挥内外兼治效果,疗效优于单一中医疗法治疗^[5]。本研究旨在观察温阳祛瘀方联合针灸对腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者的影响,报道如下。

1 资料

1.1 一般资料

选择2021年1月至2023年12月于六安市人民医院治疗的102例腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者,按照随机数字表法分为针灸组与针药联合组各51例。其中针灸组男29例,女22例;年龄21~59岁,平均 (34.09 ± 3.74) 岁;病程2~9年,平均 (4.17 ± 0.91) 年。针药联合组男28例,女23例;年龄36~74岁,平均 (58.46 ± 3.09) 岁;病程2~10年,平均 (4.36 ± 1.02) 年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经六安市人民医院医学伦理委员会批准,批准号:2020LLKS-KY-028。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《实用神经病学》^[6]制定腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛西医诊断标准。脊神经后根受损或后方受压产生后根放射性疼痛;直腿抬举受限,腰痛伴坐骨神经痛;椎旁压痛常合并坐骨神经放射痛;椎管内张力或压力增高试验可再次激发腰腿痛;坐骨神经支配的知觉、反射、肌力改变。

1.2.2 中医诊断标准

根据《中医病证诊断疗效标准》^[7]确立腰痛血瘀证诊断标准。腰腿痛如刺,腰部板硬,疼痛日轻夜重,痛处拒按,俯仰旋转受限,痛有定处。脉弦紧或涩,舌有瘀斑,或舌质暗紫。

1.3 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准者;②患者及家属

签署同意书;③自愿参与临床试验;④年龄20~75岁;⑤2周内未接受其他相关治疗。

1.4 排除标准

①合并强直性脊柱炎、骨质疏松等;②伴随肾、肝功能不全者;③对本次药物过敏者;④伴发凝血障碍、传染疾病、恶性肿瘤者;⑤患有精神疾病者;⑥由其他因素所致腰痛者;⑦合并针灸禁忌证者;⑧孕妇、备孕期、哺乳期妇女。

2 方法

2.1 治疗方法

两组均给予西医对症治疗,服用甲钴胺片(江西科睿药业有限公司,国药准字H20051440,每片0.5 mg),每次0.5 mg,每日3次;塞来昔布胶囊(青岛百洋制药有限公司,批号H20203325,每粒0.2 g),每次0.2 g,日1次。连续治疗2周。

针灸组在西医治疗基础上给予针灸治疗,选穴:大椎、腰阳关、大杼、大肠俞、膈俞、命门、肾俞。患者取俯卧位,选择一次性针灸针(苏州辰瑞医疗器械有限公司),大椎和大杼使用 $0.18 \text{ mm} \times 25.00 \text{ mm}$ 针灸针,大椎向上斜刺 $0.5 \sim 1$ 寸,大杼直刺 $0.3 \sim 0.5$ 寸;其余穴位使用 $0.22 \text{ mm} \times 40.00 \text{ mm}$ 规格针灸针,腰阳关、命门、肾俞直刺 $0.5 \sim 1.0$ 寸,大肠俞直刺 $0.8 \sim 1.0$ 寸,膈俞斜向脊椎方向进针 $1.0 \sim 1.5$ 寸,行平补平泻手法,得气后针柄套上艾条套,插上艾条并点燃,燃完后出针。每日针灸1次,每周治疗5 d,连续治疗2周。

针药联合组在针灸组治疗基础上加用温阳祛瘀方。方药组成:黄芪20 g,赤芍15 g,川芎10 g,独活10 g,怀牛膝12 g,桂枝10 g,茯苓10 g,续断15 g,大血藤12 g,杜仲10 g,威灵仙10 g,舒筋草15 g,炙甘草9 g。由六安市人民医院中药房统一煎制,每剂煎取200 mL,密闭分袋包装为2袋,每袋100 mL,每日早、晚各服用100 mL。连续治疗2周。

2.2 观察指标

2.2.1 腰椎活动度

分别于治疗前、后采用关节活动计计算腰椎过伸角与过屈角差值,记为腰椎活动度^[8]。

2.2.2 镇痛效应相关指标

分别于治疗前、后评估两组患者Oswestry功能障碍指数(ODI)评分、Roland-Morris功能障碍调查表(RMDQ)评分、6点行为评分法(BRS-6)评分。ODI总分为100分,可评价患者腰痛程度对睡眠、站立、坐、

生活等方面的影响,分数与患者腰椎功能呈负相关^[9];RMDQ总分为24分,可评价腰痛对穿衣、情绪、行走等方面的影响,分数越高,患者生活质量越差^[10];BRS-6将疼痛分为6级,分数越高,疼痛越严重,无疼痛,记为0分,剧烈疼痛,记为5分^[11]。

2.2.3 表面肌电信号

分别于治疗前、后采用表面肌电图测试仪(南京贝登医疗股份有限公司,型号XMyoMove-EOW)检测患者腰椎部位多裂肌、竖脊肌肌电数据信号,计算平均肌电值和中位频率值。

2.2.4 血清学指标水平

分别于治疗前、后取患者静脉血5 mL,以转速3 500 r/min离心15 min,离心半径10 cm,分离血清。炎症指标:酶联免疫吸附试验法检测患者血清单核细胞趋化蛋白-1(MCP-1)、血栓素B2(TXB2)、 α 1-酸性糖蛋白(α 1-AGP)水平,采用流式细胞仪(美国BD公司,型号Aria II)检测外周血辅助性T细胞1型(Th1)及辅助性T细胞2型(Th2)水平,并计算Th1/Th2比例。疼痛相关指标:酶联免疫吸附试验法检测患者血清M型脑钠肽(M-ENK)、5-羟色胺(5-HT)、神经激肽1、P物质。

2.3 疗效评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]制定疗效评价标准。疾病控制:腰腿疼痛消失,可恢复工作和生活,直腿抬高70°以上;好转:腰腿疼痛症状及腰部活动好转;未愈:体征、症状、腰部活动等改善程度不及好转标准或加重。总有效率=(疾病控制例数+好转例数)/总例数 \times 100%。

2.4 统计学方法

采用SPSS 23.0软件对数据进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以例(%)表示,采用 χ^2 检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组治疗前后腰椎活动度、镇痛效应相关指标比较

治疗前,两组腰椎活动度、ODI评分、RMDQ评分、BRS-6评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组腰椎活动度均较治疗前增加($P<0.05$),且针药联合组腰椎活动度高于针灸组($P<0.05$)。治疗后,两组ODI评分、RMDQ评分、BRS-6评分均较治疗前降低($P<0.05$),且针药联合组ODI评分、RMDQ评分、BRS-6评分低于针灸组($P<0.05$)。见表1。

3.2 两组治疗前后表面肌电信号比较

治疗前,两组多裂肌、竖脊肌肌电信号平均肌电值和中位频率值比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组多裂肌、竖脊肌肌电信号平均肌电值和中位频率值均较治疗前升高($P<0.05$),且针药联合组多裂肌、竖脊肌肌电信号平均肌电值和中位频率值高于针灸组($P<0.05$)。见表2。

3.3 两组治疗前后炎症相关指标水平比较

治疗前,两组MCP-1、TXB2、 α 1-AGP、Th1/Th2水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组MCP-1、TXB2、 α 1-AGP、Th1/Th2水平均较治疗前降低($P<0.05$),且针药联合组MCP-1、TXB2、 α 1-AGP、Th1/Th2水平低于针灸组($P<0.05$)。见表3。

3.4 两组治疗前后疼痛相关指标水平比较

治疗前,两组M-ENK、5-HT、神经激肽1、P物质水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组M-ENK水平均较治疗前升高($P<0.05$),且针药联合组M-ENK水平高于针灸组($P<0.05$)。治疗后,两组5-HT、神经激肽1、P物质水平均较治疗前降低($P<0.05$),且针药联合组5-HT、神经激肽1、P物质水平低于针灸组($P<0.05$)。见表4。

3.5 两组患者临床疗效比较

针药联合组患者总有效率为96.08%,针灸组总

表1 两组腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者治疗前后腰椎活动度、镇痛效应相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	腰椎活动度/ $^{\circ}$		ODI评分/分		RMDQ评分/分		BRS-6评分/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针灸组	51	38.15 \pm 2.24	43.11 \pm 3.06*	75.66 \pm 8.37	64.38 \pm 7.33*	16.42 \pm 3.08	12.78 \pm 3.53*	3.08 \pm 0.86	2.20 \pm 0.60*
针药联合组	51	38.31 \pm 2.53	45.63 \pm 3.35*	75.15 \pm 8.81	57.67 \pm 6.25*	16.80 \pm 3.27	10.13 \pm 2.06*	3.15 \pm 0.83	1.63 \pm 0.44*
t 值		0.338	3.966	0.300	4.975	0.604	4.630	0.418	5.471
P 值		0.736	<0.001	0.765	<0.001	0.547	<0.001	0.677	<0.001

注:ODI为Oswestry功能障碍指数;RMDQ为Roland-Morris功能障碍调查表;BRS-6为6点行为评分法。与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

有效率为80.39%,两组临床疗效比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表5。

表2 两组腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者治疗前后表面肌电信号比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	多裂肌电信号平均肌电值/ μV		多裂肌电信号中位频率值/Hz	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针灸组	51	84.86 \pm 10.15	101.26 \pm 14.13*	50.43 \pm 7.45	62.29 \pm 9.41*
针药联合组	51	84.08 \pm 10.89	120.79 \pm 15.12*	50.80 \pm 7.86	73.75 \pm 12.23*
<i>t</i> 值		0.374	6.740	0.244	5.304
<i>P</i> 值		0.709	<0.001	0.808	<0.001

组别	例数	竖脊肌电信号平均肌电值/ μV		竖脊肌电信号中位频率值/Hz	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针灸组	51	103.65 \pm 8.83	119.21 \pm 13.39*	46.53 \pm 5.56	53.13 \pm 7.32*
针药联合组	51	102.09 \pm 9.16	133.70 \pm 16.21*	46.27 \pm 5.35	66.59 \pm 12.19*
<i>t</i> 值		0.876	4.922	0.241	6.760
<i>P</i> 值		0.383	<0.001	0.810	<0.001

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

表3 两组腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者治疗前后炎症相关指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MCP-1/(ng/L)		TXB2/(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针灸组	51	152.47 \pm 20.12	83.27 \pm 14.48*	329.45 \pm 17.52	191.27 \pm 14.36*
针药联合组	51	151.05 \pm 21.35	67.21 \pm 15.16*	328.11 \pm 18.05	182.25 \pm 11.33*
<i>t</i> 值		0.346	5.471	0.380	3.522
<i>P</i> 值		0.730	<0.001	0.704	0.001

组别	例数	$\alpha 1$ -AGP/(mg/L)		Th1/Th2	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针灸组	51	555.12 \pm 20.81	480.46 \pm 18.48*	1.53 \pm 0.42	1.15 \pm 0.33*
针药联合组	51	554.07 \pm 20.76	455.05 \pm 16.34*	1.50 \pm 0.43	0.94 \pm 0.25*
<i>t</i> 值		0.255	7.356	0.356	3.622
<i>P</i> 值		0.799	<0.001	0.722	<0.001

注:MCP-1为单核细胞趋化蛋白-1;TXB2为血栓素B2; $\alpha 1$ -AGP为 $\alpha 1$ -酸性糖蛋白;Th1为辅助性T细胞1型;Th2为辅助性T细胞2型。与本组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

表4 两组腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者治疗前后疼痛相关指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	M-ENK/(ng/mL)		5-HT/(ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针灸组	51	95.25 \pm 10.37	120.31 \pm 13.53*	0.82 \pm 0.23	0.50 \pm 0.14*
针药联合组	51	96.07 \pm 10.11	136.66 \pm 15.04*	0.84 \pm 0.22	0.33 \pm 0.09*
<i>t</i> 值		0.404	5.772	0.449	7.294
<i>P</i> 值		0.687	<0.001	0.655	<0.001

组别	例数	神经激肽1/(pg/mL)		P物质/(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针灸组	51	39.12 \pm 7.42	24.01 \pm 5.52*	27.67 \pm 5.58	10.17 \pm 2.32*
针药联合组	51	39.45 \pm 7.17	12.14 \pm 3.44*	27.32 \pm 5.05	4.12 \pm 1.06*
<i>t</i> 值		0.228	13.033	0.332	16.939
<i>P</i> 值		0.820	<0.001	0.740	<0.001

注:M-ENK为M型脑钠肽;5-HT为5-羟色胺。与本组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

表5 两组腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者临床疗效比较

例(占比/%)

组别	例数	疾病控制	好转	未愈	总有效
针灸组	51	17(33.33)	24(47.06)	10(19.61)	41(80.39)
针药联合组	51	30(58.82)	19(37.25)	2(3.92)	49(96.08)
χ^2 值			4.628		
P值			0.031		

4 讨论

腰椎间盘突出症属于复杂脊柱疾病,是发育异常、缺乏锻炼、长期外力损伤、吸烟、骨质疏松、肥胖等因素共同作用的结果^[12]。腰椎间盘突出承担着脊柱各种活动和自身负荷应力,长期腰肌劳损可产生腰椎间盘突出症。腰椎间盘突出可压迫神经,是诱发坐骨神经痛的最根本因素。腰椎间盘突出症控制不当时,椎间盘病变、髓核组织突出,压迫、损伤到紧邻的坐骨神经,对机体中的坐骨神经结构和功能产生影响,神经根血液循环受阻,可诱导神经根产生水肿、充血、炎症,释放致痛物质,刺激机体产生疼痛信号,从而产生根性坐骨神经痛^[13-14]。坐骨神经紧靠梨状肌中心,梨状肌受损时亦可刺激坐骨神经,产生根性坐骨神经痛。此外,肥胖、身体过重负荷、吸烟也可诱发根性坐骨神经痛^[15]。

腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛属中医学坐臀风、腰腿痛等范畴,患者素体虚弱、过度劳累、正气亏虚,加上久处寒湿地,易受寒、湿之邪侵袭,瘀滞经络;督脉总督卫阳,若督脉受损,可导致卫阳不足,寒、湿等外邪易滞留机体,停聚于腰部,郁遏局部阳气,气血凝滞,不通则痛;或患者劳累过度,伤筋挫骨,产生瘀血凝滞,经脉痹阻、腰府失养,不荣则痛^[16]。本研究所用自拟温阳祛瘀方中桂枝温通经脉、助阳化气,赤芍活血散瘀、调经止痛,为君药;威灵仙祛湿通络、止痛,黄芪补气升阳、利水消肿,为臣药;茯苓利水渗湿、健脾,川芎活血行气、止痛,怀牛膝逐瘀通经、补肾、强筋骨,续断补肾、调血脉、强筋骨,大血藤活血通络、止痛,杜仲补肾、强筋骨,独活除湿、通痹止痛,舒筋草舒筋活络、祛湿,为佐药;炙甘草健脾益气、调和诸药,为使药,诸药联合共达助阳化气、散寒祛湿、健脾、通络止痛之功。温针灸是中医特色疗法,所选大椎属督脉,可温经通络、壮阳、散寒止痛;大杼属足太阳膀胱经,可调理气血、强健筋骨、疏通经络;膈俞属足太阳膀胱经,可活血化瘀、健脾、利水消肿;肾俞属足太阳膀胱经,可强腰膝、补肾壮阳、疏通经络;大肠俞属足太阳膀胱经,可疏通

经络、升阳利湿;命门属督脉,可补肾壮阳、强筋壮骨、疏筋活血;腰阳关属督脉,可通经、舒筋活络、祛寒除湿、行气止痛。本次研究结果表明,针药联合组患者总有效率、腰椎活动度均优于针灸组,ODI、RMDQ评分、BRS-6评分低于针灸组,说明温阳祛瘀方联合针灸治疗腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者,可提升腰椎活动度,改善临床疗效、镇痛效应及生活质量。

根性坐骨神经痛患者腰部肌肉会受到不同程度影响,腰部肌肉疲劳,收缩能力下降。腰部核心肌群(包括多裂肌及腰部竖脊肌等)在保持脊柱稳定方面发挥着重要作用,肌电信号平均肌电值可反映肌力,中位频率值可反映肌肉疲劳度,二者在腰椎间盘突出症患者中常呈低水平状态^[17]。本研究结果显示,针药联合组多裂肌、竖脊肌肌电信号平均肌电值和中位频率值均高于针灸组,说明温阳祛瘀方联合针灸治疗腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛可改善患者表面肌电信号。腰椎间盘突出症神经痛患者多存在神经根压迫性损伤,反复机械应力刺激可产生炎症反应,释放大量炎症因子,加重炎症。Th1可介导细胞免疫及炎症反应,Th2可抑制免疫炎症反应,Th1型细胞比例增加,可产生大量炎症因子,诱导炎症产生,在腰椎间盘突出症患者机体中多存在Th1/Th2平衡失调^[18]。MCP-1属于趋化性细胞因子,可促进机体不断产生巨噬细胞及炎症因子,从而产生炎症反应,MCP-1在腰椎间盘突出症患者机体内呈高表达。 $\alpha 1$ -AGP属于急性时相蛋白,高表达于存在炎症的机体;TXB2可收缩血管,凝聚血小板,于根性坐骨神经痛患者体内呈高表达状态^[19]。针药联合组MCP-1、TXB2、 $\alpha 1$ -AGP、Th1/Th2水平低于针灸组,说明温阳祛瘀方联合针灸治疗腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者,可调节外周血Th1/Th2等水平,减轻炎症反应。P物质为神经病理疼痛指标,是痛觉传导的神经递质;神经激肽1在背根神经节胞体内合成,于末梢神经发挥作用,可结合P物质介导痛觉产生,二者在腰椎间盘突出症患者机体内呈高表达状态^[20]。5-HT

也属于疼痛介质,可加速外周痛觉信息传导,在腰椎间盘突出症患者机体内呈高表达。M-ENK属于内源性阿片肽,可调控外周痛觉信息传递,抑制5-HT、P物质活性,缓解疼痛,在腰椎间盘突出症患者机体呈低表达状态^[21]。针药联合组M-ENK含量高于针灸组,5-HT、神经激肽1、P物质含量低于针灸组,说明温阳祛瘀方联合针灸治疗腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者,可改善疼痛介质指标。研究显示,羌活中氨基酸、香豆素等成分具有抗炎、镇痛作用^[22]。温针灸可提高腰部血液循环及机体疼痛阈值,缓解椎管内压力,降低炎症因子水平,进而改善腰椎间盘突出症患者疼痛状态及炎症状态^[23]。

综上所述,温阳祛瘀方联合针灸治疗腰椎间盘突出症根性坐骨神经痛患者,可调节外周血Th1/Th2水平,减轻炎症反应,改善患者表面肌电信号,提升患者腰椎活动度、临床疗效、镇痛效应及生活质量。

[参考文献]

- [1] 世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会,上海中医药大学附属龙华医院,中日友好医院,等. 腰椎间盘突出症中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药,2023,18(7):945-952.
- [2] 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组. 腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志,2020,26(1):2-6.
- [3] 吴庆能,赵进喜,余辉. 腰椎间盘突出症的危险因素分析[J]. 现代诊断与治疗,2020,31(11):1755-1757.
- [4] 姜杰,周龙殿,于江涛,等. 身痛逐瘀汤加减方对腰椎间盘突出症患者炎症因子水平及疼痛的影响[J]. 中国当代医药,2024,31(18):47-50.
- [5] 颜蕊,吴伊冰,孙小花,等. 中医疗法治疗腰椎间盘突出症研究进展[J]. 中国民间疗法,2024,32(6):118-122.
- [6] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 2版. 上海:上海科学技术出版社,1994:229-231.
- [7] 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,1994:214-215.
- [8] 李清,臧乐源,陈萧萧,等. 经椎间孔脊柱内窥镜系统治疗腰椎椎间盘突出症的临床疗效及对腰椎活动度的影响[J]. 脊柱外科杂志,2025,23(2):114-118.
- [9] FAIRBANK J C, PYNSENT P B. The Oswestry disability index[J]. Spine,2000,25(22):2940-2952.
- [10] ROLAND M, MORRIS R. A study of the natural history of low-back pain. Part II: development of guidelines for trials of treatment in primary care[J]. Spine,1983,8(2):145-150.
- [11] 吴欣娟. 护理管理工具与方法实用手册[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:9.
- [12] QIN Q G, CHEN Z J, FAN W M, et al. Hyperpolarization-activated cyclic nucleotide-gated 2 contributes to electroacupuncture analgesia on lumbar disc herniation-induced radicular pain through activation of microglia in spinal dorsal horn[J]. J Tradit Chin Med,2022,42(3):372-378.
- [13] 崔艳红,张赛,陈旭义,等. 坐骨神经痛的研究进展[J]. 中国医药,2019,14(7):1114-1117.
- [14] HIDER S L, KONSTANTINOOU K, HAY E M, et al. Inflammatory biomarkers do not distinguish between patients with sciatica and referred leg pain within a primary care population: results from a nested study within the ATLAS cohort[J]. BMC Musculoskelet Disord,2019,20(1):202.
- [15] HAN Z Y, LI X W, LIU Z, et al. The study on the clinical effectiveness and safety of traditional Chinese medicine acupoint catgut embedding guided by musculoskeletal ultrasound in the treatment of nerve root sciatica: a protocol for systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Medicine,2021,100(13):e25387.
- [16] 李江涛,王晓玲. 循经针刺联合非手术脊柱减压治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 山东中医杂志,2021,40(10):1109-1115.
- [17] 赵卫华,詹莉,柴俊丽,等. 综合肌群训练对腰突症患者核心肌群表面肌电信号影响的研究[J]. 宁夏医学杂志,2023,45(9):812-815.
- [18] 万锐杰,刘绍凡,徐敏敏,等. 椎间盘突出患者骨髓血清Th1、Th2、IL-12及IL-4的表达及临床意义[J]. 中国老年学杂志,2017,37(17):4341-4342.
- [19] 王浩然,贾红玲,张永臣. 腰椎间盘突出症针刺机制研究进展[J]. 山东中医杂志,2016,35(5):479-481.
- [20] 陆征麟,牛淑芳,韩秋琼,等. 黎医药熨疗法联合针刺治疗腰椎间盘突出型根性坐骨神经痛急性期患者的临床效果及对患者血清致疼因子和炎症因子水平的影响[J]. 广西医学,2021,43(20):2425-2429.
- [21] 张维国,姜才美,雷征. PLDD联合射频热凝术治疗腰椎间盘突出症的疗效及对血清6-keto-PGE1 α 、PLA2、M-ENK水平的影响[J]. 临床和实验医学杂志,2018,17(19):2094-2097.
- [22] 李鸿昌. 对中药羌活化学成分及药理作用的研究[J]. 当代医药论丛,2019,17(15):195-197.
- [23] 李科. 温针灸治疗寒湿型腰椎间盘突出症疗效分析[J]. 山东中医药大学学报,2015,39(2):137-138.

益气冠脉通心方联合八段锦治疗冠心病慢性心力衰竭临床研究

韩子龙,王越,宋磊,罗玉环

(六安市中医院心血管内科,安徽六安 237005)

[摘要] 目的:观察益气冠脉通心方联合八段锦治疗冠心病慢性心力衰竭患者临床疗效,以及对患者心肌纤维化、炎性损伤等的影响。方法:选择冠心病慢性心力衰竭患者100例,按随机数字表法分为对照组和观察组各50例,两组同时给予西医规范治疗,对照组给予益气冠脉通心方治疗,观察组给予益气冠脉通心方联合八段锦治疗。观察两组治疗前后中医证候评分和心室率相关指标变化;比较两组治疗前后炎症反应相关指标[白细胞介素-17A(IL-17A)、脂蛋白磷脂酶A2(Lp-PLA2)]、血管再生相关指标[血管内皮生长因子(VEGF)、缺氧诱导因子-1 α (HIF-1 α)]和心肌纤维化损伤相关指标[C1q-肿瘤坏死因子相关蛋白3(CTRP3)、透明质酸(HA)、Ⅲ型前胶原(PCⅢ)];检测两组治疗前后左室射血分数(LVEF)、心肌能量消耗(MEE)、左室心肌质量指数(LVMI);并对两组临床疗效进行评估。结果:治疗后,两组各中医证候评分均较治疗前降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。治疗后,两组最小、最大及平均心室率均较治疗前降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。治疗后,两组IL-17A、Lp-PLA2、HA、PCⅢ水平均较治疗前降低,且观察组低于对照组($P<0.05$);HIF-1 α 、VEGF、CTRP3水平均较治疗前升高,且观察组高于对照组($P<0.05$)。治疗后,两组LVEF较治疗前升高($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$);两组MEE、LVMI较治疗前降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。对照组治疗总有效率为80.00%,低于观察组的96.00%,两组临床疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:益气冠脉通心方联合八段锦治疗冠心病慢性心力衰竭患者,可减少炎性损伤、心肌纤维化,促进血管再生,改善心房颤动,调节心室重构及心肌能量代谢,以缓解病情,提升临床疗效。

[关键词] 益气冠脉通心方;八段锦;冠心病;慢性心力衰竭;炎性损伤;心肌纤维化;血管再生;心房颤动

[中图分类号] R256.29

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0774-07

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.010

Clinical Study on Yiqi Guanmai Tongxin Formula(益气冠脉通心方) Combined with Baduanjin on Chronic Heart Failure due to Coronary Heart Disease

HAN Zilong, WANG Yue, SONG Lei, LUO Yuhuan

(Department of Cardiovascular Medicine, Lu'an Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lu'an 237005, China)

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of Yiqi Guanmai Tongxin Formula(益气冠脉通心方) combined with Baduanjin in the treatment of patients with chronic heart failure due to coronary heart disease, as well as its effects on myocardial fibrosis and inflammatory injury, etc. **Methods:** A total of 100 patients with chronic heart failure due

[收稿日期] 2025-03-18

[基金项目] 国家中医药管理局全国优秀人才研修项目(编号:2020ZYLCY006-062)

[作者简介] 韩子龙,主治医师,主要从事心血管疾病的临床治疗。邮箱:hotmail008@126.com。

to coronary heart disease were selected and divided into control group and observation group according to the random number table method, with 50 cases in each group. Both groups were given standardized western medical treatment simultaneously. The control group was treated with the Yiqi Guanmai Tongxin Formula, while the observation group was treated with the Yiqi Guanmai Tongxin Formula combined with Baduanjin. The changes of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores and ventricular rate-related indicators before and after treatment in the two groups were observed. The indicators related to inflammatory response [Interleukin-17(IL-17A), Lipoprotein phospholipase A2(Lp-PLA2)] and vascular regeneration [vascular endothelial growth factor(VEGF), Hypoxia-Inducible factor 1 α (HIF-1 α)], and indicators related to myocardial fibrosis injury [C1q-tumor necrosis factor-related protein 3(CTRP3), hyaluronic acid(HA), type III procollagen(PC III)] before and after treatment were compared between the two groups. The left ventricular ejection fraction(LVEF), myocardial energy expenditure(MEE), and left ventricular myocardial mass index(LVMI) of the two groups before and after treatment were detected. And the clinical efficacy of the two groups was evaluated. **Results:** After treatment, the scores of each TCM syndrome in both groups were lower than those before the treatment, and the scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the minimum, maximum and average ventricular rates in both groups were lower than those before treatment, and the rates in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of IL-17A, Lp-PLA2, HA and PC III in both groups decreased compared with those before treatment, and the levels in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The levels of HIF-1 α , VEGF and CTRP3 all increased compared with those before treatment, and those in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the LVEF in both groups increased compared with that before treatment ($P < 0.05$), and the LVEF in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). The MEE and LVMI 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 total effective rate of treatment in the control group was 80.00%, which was lower than 96.00% in the observation group. Comparison of the clinical efficacy between the two groups showed a statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusions:** Yiqi Guanmai Tongxin Formula combined with Baduanjin can reduce inflammatory injury, myocardial fibrosis and vascular regeneration, improve atrial fibrillation, regulate ventricular remodeling and myocardial energy metabolism, alleviate the condition and enhance clinical efficacy in the treatment of patients with chronic heart failure due to coronary heart disease. **Keywords** Yiqi Guanmai Tongxin Formula; Baduanjin; coronary heart disease; chronic heart failure; inflammatory injury; myocardial fibrosis; vascular regeneration; atrial fibrillation

心力衰竭主要的基础诱因为冠心病,临床伴随患者心脏功能低下、心室泵血不足^[1-2]。据统计,我国每年新发心力衰竭近300万例,并且慢性心力衰竭患病率随着年龄增加而上升^[3]。临床需及时给予有效治疗措施,而常规西医治疗效果不甚理想。心力衰竭属中医学胸痹范畴,多由患者素体虚弱、气血亏虚、经络瘀滞不畅,心脉失养所致^[4],本研究所用益气冠脉通心方具有补气活血化瘀、行气止痛、养心安神的功效。八段锦是中国传统功法,可促进气血运

行、疏通经络。本研究旨在观察益气冠脉通心方联合八段锦对冠心病慢性心力衰竭患者心肌纤维化、心房颤动的改善作用,以及对炎性损伤、血管再生的影响,报道如下。

1 资料

1.1 一般资料

选择2022年1月至2023年3月于六安市中医院治疗的冠心病慢性心力衰竭患者100例,按照随机数字表法分为对照组与观察组各50例。对照组男23

例,女27例;年龄43~84岁,平均 (63.47 ± 4.35) 岁;冠心病病程3~9年,平均 (6.57 ± 1.03) 年;心力衰竭病程1~5年,平均 (3.25 ± 0.51) 年;美国纽约心脏病协会(NYHA)分级Ⅱ级16例,Ⅲ级23例,Ⅳ级11例。观察组男24例,女26例;年龄42~85岁,平均 (63.12 ± 4.56) 岁;冠心病病程2~10年,平均 (6.25 ± 0.93) 年;心力衰竭病程1~6年,平均 (3.39 ± 0.63) 年;NYHA分级Ⅱ级17例,Ⅲ级24例,Ⅳ级9例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经六安市中医院医学伦理委员会审批通过,伦理批号:AF/SQ-02/10029。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《稳定性冠心病基层诊疗指南(2020年)》^[5]制定冠心病诊断标准。参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》^[6]制定慢性心力衰竭诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则:试行》^[7]制定气虚血瘀证诊断标准。主症:颈部青筋暴露,心悸气短,下肢浮肿,胸胁作痛,肋下痞块;次症:唇甲青紫,面色晦暗;舌脉:脉涩或结代,舌质有瘀点、瘀斑或紫暗。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准者;②患者依从性良好;③年龄40~85岁;④患者及家属签署知情同意书;⑤近15日未接受相关治疗者。

1.3.2 排除标准

①合并恶性心律失常、活动性心肌炎、心源性休克、缩窄性心包炎等其他心血管疾病者;②合并感染病、免疫系统病、凝血功能障碍、恶性肿瘤者;③妊娠期或哺乳期妇女;④其他非心源性病因引起的慢性心力衰竭者;⑤对本次治疗药物过敏者;⑥精神障碍者;⑦肢体障碍或无法完成八段锦者;⑧肝、肾等脏器功能不全者。

2 方法

2.1 治疗方法

两组患者同时给予强心药物、利尿剂、 β 受体阻滞剂等规范西医治疗。同时嘱患者饮食清淡,控制食盐摄入,充分休息。

对照组在此基础上给予益气冠脉通心方治疗。

方药组成:丹参25g,黄芪30g,酸枣仁15g,柏子仁15g,赤芍12g,党参30g,川芎20g,茯神15g,远志15g,炙甘草15g。药物由本院中药房煎制,每剂煎取200mL,分装2袋,分早晚两次温服,连续治疗3个月。

观察组在对照组治疗基础上联合八段锦治疗。八段锦:选择《健身气功》中八段锦内容进行锻炼^[8],在医生引导下进行运动,运动前做好热身工作,包括踢腿、转头、压肩,四肢、腰、颈等部位均需活动到位,约热身5min,随后进行八段锦锻炼,每日晨起8点练习,练习时如出现头晕、气喘、心痛、胸闷等症状应立即停止,就地休息,每次约锻炼45min,连续锻炼3个月。

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》^[7]进行中医证候评分。主症:胸胁作痛、下肢浮肿、心悸气短、肋下痞块、颈部青筋暴露;次症:唇甲青紫、面色晦暗。根据症状严重程度分为无症状、轻度症状、中度症状、重度症状4级,主症依次计0分、2分、4分、6分,次症依次计0分、1分、2分、3分。

2.2.2 心室率

分别于治疗前后采用心电图机检测患者最小心室率、最大心室率及平均心室率。

2.2.3 血液指标

分别于治疗前后抽取5mL空腹肘静脉血,采用酶联免疫吸附试验法检测患者C1q-肿瘤坏死因子相关蛋白3(CTRP3)、白细胞介素-17A(IL-17A)、脂蛋白磷脂酶A2(Lp-PLA2)、血管内皮生长因子(VEGF)、缺氧诱导因子-1 α (HIF-1 α)水平;采用放射免疫法检测患者透明质酸(HA)、Ⅲ型前胶原(PCⅢ)水平。

2.2.4 超声指标

分别于治疗前后采用超声彩色多普勒诊断仪(BLS-X8型,徐州市瑞华电子科技有限公司)检测患者左室射血分数(LVEF)、心肌能量消耗(MEE)、左室心肌质量指数(LVMI)。

2.3 临床疗效

患者胸胁作痛、心悸气短等症状消失,中医证候评分减少 $\geq 75\%$,记为显效;患者胸胁作痛、心悸气短等症状改善,中医证候评分减少 $\geq 50\%$ 且 $< 75\%$,记为

有效;未达到上述标准,记为无效^[7]。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

2.4 统计学方法

采用SPSS 23.0软件对数据进行整理和分析。若计量资料符合正态分布,以 $\bar{x} \pm s$ 形式表示,组内治疗前后的比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;采用非参数秩和检验比较两组临床疗效。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,两组胸胁作痛、心悸气短、颈部青筋暴露、下肢浮肿、肋下痞块、唇甲青紫、面色晦暗评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组胸胁作痛、心悸气短、颈部青筋暴露、下肢浮肿、肋下痞块、唇甲青紫、面色晦暗评分均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$),且观察组以上各项评分均低于对照组($P<0.05$)。见表1。

3.2 两组最小、最大及平均心室率比较

治疗前,两组最小、最大及平均心室率比较,差

异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组最小、最大及平均心室率均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$);且观察组最小、最大及平均心室率均低于对照组($P<0.05$)。见表2。

3.3 两组炎症反应、血管再生指标比较

治疗前,两组IL-17A、Lp-PLA2、VEGF、HIF-1 α 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组IL-17A、Lp-PLA2水平均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$);且观察组IL-17A、Lp-PLA2水平低于对照组($P<0.05$)。治疗后两组HIF-1 α 、VEGF水平均较治疗前升高,差异有统计学意义($P<0.05$);且观察组HIF-1 α 、VEGF水平高于对照组($P<0.05$)。见表3。

3.4 两组心肌纤维化损伤指标比较

治疗前,两组CTRP3、HA、PCⅢ水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组CTRP3水平较治疗前升高,差异有统计学意义($P<0.05$);且观察组CTRP3水平高于对照组($P<0.05$)。治疗后,两组HA、PCⅢ水平均较治疗前降低,差异有统计学意义

表1 两组冠心病慢性心力衰竭患者治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	胸胁作痛		心悸气短		颈部青筋暴露		下肢浮肿	
		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	50	4.07±0.95	1.54±0.37*	3.89±0.97	1.35±0.43*	4.05±0.97	1.47±0.35*	3.95±0.91	1.23±0.37*
观察组	50	4.13±1.03	0.98±0.21*	3.98±0.91	0.82±0.25*	3.96±0.89	0.90±0.20*	3.86±0.99	0.74±0.24*
t 值		0.303	9.308	0.478	7.535	0.483	9.998	0.473	7.856
P 值		0.763	<0.001	0.633	<0.001	0.630	<0.001	0.637	<0.001

组别	例数	肋下痞块		唇甲青紫		面色晦暗	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	4.15±0.97	1.53±0.37*	3.93±1.02	1.41±0.46*	3.93±1.05	1.48±0.41*
观察组	50	4.03±1.01	0.94±0.26*	3.85±0.96	0.83±0.25*	4.05±0.94	0.97±0.27*
t 值		0.606	9.226	0.404	7.834	0.602	7.346
P 值		0.546	<0.001	0.687	<0.001	0.549	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表2 两组冠心病慢性心力衰竭患者治疗前后最小、最大及平均心室率比较($\bar{x} \pm s$)

次/分钟

组别	例数	最小心室率		最大心室率		平均心室率	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	72.75±11.52	60.56±9.13*	141.23±15.05	121.51±12.04*	119.86±16.42	93.23±10.52*
观察组	50	72.12±11.01	51.63±5.85*	140.36±15.21	104.06±10.75*	119.29±16.15	80.40±18.37*
t 值		0.280	5.823	0.288	7.645	0.175	6.743
P 值		0.780	<0.001	0.774	<0.001	0.861	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

($P<0.05$);且观察组 HA、PCⅢ水平低于对照组($P<0.05$)。见表4。

3.5 两组 LVEF、MEE、LVMI 比较

治疗前,两组 LVEF、MEE、LVMI 比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组 LVEF 较治疗前升高,差异有统计学意义($P<0.05$);且观察组 LVEF 高于对照组($P<0.05$)。治疗后,两组 MEE、LVMI 较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$);且观察组

MEE、LVMI 低于对照组($P<0.05$)。见表5。

3.6 两组临床疗效比较

对照组总有效率为 80.00%, 低于观察组的 96.00%, 两组临床疗效比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。见表6。

4 讨论

慢性心力衰竭是冠心病主要并发症, 高血压、糖尿病、不良饮食习惯、血脂异常等均是冠心病慢性心

表3 两组冠心病慢性心力衰竭患者治疗前后炎症反应、血管再生指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL-17A/(ng/L)		Lp-PLA2/(mg/L)		VEGF/(ng/L)		HIF-1 α /(pg/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	50	49.85 \pm 10.52	25.56 \pm 6.13*	201.23 \pm 21.15	150.51 \pm 18.04*	61.06 \pm 7.42	75.23 \pm 8.52*	8.56 \pm 1.55	10.33 \pm 2.17*
观察组	50	49.12 \pm 10.01	15.63 \pm 4.15*	202.36 \pm 20.21	124.06 \pm 15.75*	60.49 \pm 7.15	88.41 \pm 10.37*	8.72 \pm 1.68	12.91 \pm 2.65*
<i>t</i> 值		0.355	9.485	0.273	7.810	0.391	6.944	0.495	5.326
<i>P</i> 值		0.723	<0.001	0.785	<0.001	0.697	<0.001	0.622	<0.001

注:IL-17A为白细胞介素-17A;Lp-PLA2为脂蛋白磷脂酶A2;VEGF为血管内皮生长因子;HIF-1 α 为缺氧诱导因子-1 α 。与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表4 两组冠心病慢性心力衰竭患者治疗前后心肌纤维化损伤指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CTRP3/(pg/mL)		HA/(ng/L)		PCⅢ/(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	176.09 \pm 14.22	196.54 \pm 18.11*	271.61 \pm 25.75	228.30 \pm 23.25*	302.12 \pm 24.75	229.25 \pm 23.92*
观察组	50	175.25 \pm 14.40	225.81 \pm 20.75*	270.13 \pm 25.32	201.12 \pm 19.22*	303.87 \pm 25.12	196.24 \pm 18.15*
<i>t</i> 值		0.293	7.515	0.290	6.371	0.351	7.774
<i>P</i> 值		0.770	<0.001	0.773	<0.001	0.726	<0.001

注:CTRP3为C1q-肿瘤坏死因子相关蛋白3;HA为透明质酸;PCⅢ为Ⅲ型前胶原。与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表5 两组冠心病慢性心力衰竭患者治疗前后 LVEF、MEE、LVMI 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVEF/%		MEE/(cal/min)		LVMI/(g/m ²)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	39.67 \pm 4.07	46.35 \pm 4.89*	131.53 \pm 15.89	85.51 \pm 12.75*	170.75 \pm 10.52	168.30 \pm 6.77*
观察组	50	40.15 \pm 4.33	55.23 \pm 5.47*	130.47 \pm 15.21	74.06 \pm 8.66*	170.19 \pm 10.11	162.12 \pm 5.39*
<i>t</i> 值		0.571	8.558	0.341	5.253	0.271	5.049
<i>P</i> 值		0.569	<0.001	0.734	<0.001	0.787	<0.001

注:1 cal \approx 4.184 J。LVEF为左室射血分数;MEE为心肌能量消耗;LVMI为左室心肌质量指数。与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表6 两组冠心病慢性心力衰竭患者临床疗效比较

组别	例数	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照组	50	21	19	10	80.00
观察组	50	33	15	2	96.00
<i>Z</i> 值			2.451		
<i>P</i> 值			0.007		

力衰竭的危险因素^[9]。冠心病多伴随冠状动脉病变、心肌细胞缺血缺氧损伤、心脏泵血功能降低,导致心脏负荷增加,心室腔扩大,心室由椭圆形变为球形,心脏结构和功能异常,加上神经内分泌系统激活,从而发生心力衰竭;心力衰竭的产生可导致交感神经系统激活,打破患者机体的免疫平衡,释放大炎症细胞因子,诱导机体产生炎症,发生心肌炎性损伤、心肌纤维化,进一步加重病情^[10-13]。因此临床需及时给予有效治疗措施,防止疾病恶化。目前常规西医治疗效果不甚理想,中医在心血管疾病治疗中积累了较多临床经验,值得临床借鉴应用。

心力衰竭属中医学胸痹范畴,多由患者先天禀赋不足、素体虚弱,加上倦怠、情志不遂等因素,损伤患者心气,气虚无以推动血行,致使血液无以运行,瘀滞心络,心失所养而发病^[14-15]。补气活血、通络养心是治疗冠心病慢性心力衰竭的重要原则。通过补气活血、通络养心可以疏通经络、改善血液循环,从而缓解冠心病慢性心力衰竭的临床症状。本研究所用益气冠脉通心方中黄芪补气、益卫固表、利水,丹参活血祛瘀、通络止痛、清心除烦,为君药;党参补中益气、养血,川芎活血祛瘀、行气止痛,为臣药;酸枣仁、柏子仁、茯神宁心安神,赤芍化瘀止痛,远志宁心安神、祛痰、交通心肾,为佐药;炙甘草健脾补气、复脉、止痛,为使药。诸药合用,体现了补气活血化痰、行气止痛、养心安神的组方特色,以推动血行,达到治病求本的目的。研究显示,黄芪中含有黄酮类、皂苷类、多糖等有效成分,可保护心肌细胞,抑制心肌细胞凋亡,减轻心肌纤维化程度;也可稳定线粒体膜电位,抑制机体分泌炎症因子,减少炎症损伤^[16]。邱月清等^[17]研究表明,炙甘草汤可抑制炎症反应、减轻氧化应激,防治心脏疾病。叶罗芳等^[18]研究表明生脉饮可改善慢性心力衰竭患者的心功能、生活质量及临床疗效。

研究显示,药物虽可改善心力衰竭患者临床症状,但在长期治疗中,心脏康复、运动耐力锻炼也很重要^[19]。八段锦是中医传统功法的重要组成部分,可促进调和呼吸、运行气机、通畅三焦,通过刺激手足十二经,调理心肺功能,促进气血运行;八段锦注重调息、调身、调神,可缓解负性情绪。研究表明八段锦运动训练可抑制锻炼者交感神经和肾素-血管紧张素系统活性,也可扩张外周血管,促进血液流

动;同时八段锦训练可增强心肌收缩力,增加肌纤维细胞中的线粒体,提高机体代谢能力^[20]。研究表明,心力衰竭患者进行康复锻炼可增强患者活动耐力,八段锦可锻炼患者全身骨骼肌肉筋膜组织,同时联合中药治疗可共同改善患者生活质量^[21]。

本研究结果表明,与单纯使用益气冠脉通心方相比,益气冠脉通心方联合八段锦治疗冠心病慢性心力衰竭临床疗效更佳,中医证候评分降低更明显,说明益气冠脉通心方联合八段锦治疗冠心病慢性心力衰竭,可缓解患者症状,提升临床疗效。心力衰竭患者易产生心房颤动,进而发生心率异常,加重心力衰竭程度^[22]。观察组患者最小心室率、最大心室率及平均心室率均低于对照组,说明益气冠脉通心方联合八段锦治疗冠心病慢性心力衰竭患者,可调节患者心率,改善心房颤动。IL-17A可促进炎症反应的发生,活化心肌中的中性粒细胞,加重心肌损伤,推动冠心病慢性心力衰竭病情进展^[23];Lp-PLA2可聚集大量细胞因子,加剧机体炎症反应,在冠心病慢性心力衰竭患者中呈高表达状态;VEGF可刺激内皮细胞增殖,促进血管新生,利于心肌重塑;HIF-1 α 可促进缺血区血管新生,改善心肌组织缺血,以上指标均与冠心病慢性心力衰竭患者病情发展密切相关^[24]。治疗后,观察组IL-17A、Lp-PLA2水平低于对照组,HIF-1 α 、VEGF水平高于对照组,说明益气冠脉通心方联合八段锦治疗冠心病慢性心力衰竭患者,可减少炎症损伤,促进血管再生。CTRP3可促进心肌细胞生成线粒体,减少细胞凋亡,缩小心肌纤维化范围,改善冠心病慢性心力衰竭患者病情,在冠心病慢性心力衰竭患者中呈低表达状态^[23]。HA、PCⅢ为心肌纤维化损伤的指标,在冠心病慢性心力衰竭患者中呈高表达状态,可导致心肌纤维化,发生心脏舒张功能不全。治疗后,观察组CTRP3高于对照组,HA、PCⅢ低于对照组,说明益气冠脉通心方联合八段锦治疗冠心病慢性心力衰竭,可减轻患者的心肌损伤及纤维化,以改善病情。MEE为能量代谢指标,于冠心病慢性心力衰竭患者机体内呈高表达状态;LVEF、LVMI为心室重构及心功能指标,LVEF与心肌的收缩能力有关,在冠心病慢性心力衰竭患者机体中呈低表达;LVMI用于评估心脏健康状况和左室肥厚的程度,在心力衰竭患者机体内呈高表达状态,可反映患者病情的严重程度。治疗后,观察组LVEF

高于对照组, MEE、LVMI 低于对照组, 说明益气冠脉通心方与八段锦联合运用可调节心室重构及心肌能量代谢, 改善心功能。

综上所述, 益气冠脉通心方联合八段锦治疗冠心病慢性心力衰竭患者, 可减少炎性损伤、心肌纤维化, 促进血管再生, 改善心房颤动, 调节心室重构及心肌能量代谢, 以缓解病情, 提升临床疗效。

[参考文献]

- [1] 孟雅杰, 陈嘉怡, 李敬超, 等. 沙库巴曲缬沙坦钠片治疗冠心病合并慢性心力衰竭的疗效及对患者心功能与炎症因子水平的影响[J]. 海南医学, 2023, 34(5): 621-624.
- [2] 陈青, 张肖. 经皮冠状动脉介入术在冠心病合并心力衰竭患者中的应用效果及对脑钠肽、炎症因子及生长因子水平的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(15): 29-32.
- [3] WANG H, CHAI K, Du M, et al. Prevalence and incidence of heart failure among urban patients in China: a national population-based analysis[J]. Circ Heart Fail, 2021, 14(10): e008406.
- [4] 李思璇, 王宇, 胡渊龙, 等. 基于数据挖掘探讨慢性心力衰竭证候规律[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(11): 1186-1191.
- [5] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 稳定性冠心病基层诊疗指南(2020年)[J]. 中华全科医师杂志, 2021, 20(3): 265-273.
- [6] 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.
- [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] 国家体育总局健身气功管理中心. 健身气功[M]. 北京: 人民体育出版社, 2005, 194-236.
- [9] PONIKOWSKI P, VOORS A A, ANKER S D, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure[J]. Eur J Heart Fail, 2016, 18(8): 891-975.
- [10] 蔡晓婷, 王留义, 赵青, 等. 依折麦布联合他汀类药物对冠心病心力衰竭病人N末端脑钠肽前体、心功能及远期预后的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(16): 2576-2581.
- [11] JIN Q, ZHOU Y, YIN D L, et al. Effects of cluster nursing on cardiac function and quality of life in coronary heart disease patients with chronic heart failure: a protocol of randomized controlled trial[J]. Medicine, 2022, 101(14): e29091.
- [12] 陈佳斌, 秦佳枫, 赵钢. 慢性心力衰竭的中西医发病机制及其治疗进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(3): 378-380.
- [13] GUO B B, YANG T, NAN J N, et al. Efficacy and safety of Shenfu injection combined with sodium nitroprusside in the treatment of chronic heart failure in patients with coronary heart disease: a protocol of randomized controlled trial[J]. Medicine, 2021, 100(7): e24414.
- [14] 胡英锋, 刘鑫. 中西医结合疗法对气虚血瘀型冠心病合并慢性心力衰竭患者心脏超声EF值及NT-proBNP水平的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2014, 16(2): 29-31.
- [15] 陈清玲. 补气畅络方治疗气虚血瘀型冠心病合并慢性心力衰竭患者的效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(12): 67-69.
- [16] 李奔, 赵泉霖, 王贞贞, 等. 黄芪、当归防治糖尿病性心脏病研究概况[J]. 山东中医药大学学报, 2022, 46(3): 406-410.
- [17] 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.
- [18] 叶罗芳, 王志锋. 生脉饮加味联合西药治疗慢性心力衰竭气阴两虚证临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(10): 35-39.
- [19] 杨威, 李滕, 宁微, 等. 加味真武汤联合八段锦对慢性心力衰竭(阳虚水泛证)患者心脏康复的影响[J]. 北方药学, 2022, 19(12): 56-57, 66.
- [20] 祝晓迎, 任毅, 曹晋, 等. 八段锦在气虚血瘀证慢性心衰患者院外早期康复中的应用效果[J]. 保健医学研究与实践, 2023, 20(1): 156-161.
- [21] 袁天慧, 朱迪, 陈思阳, 等. 浅析心力衰竭的中医学康复运动疗法优势特色与潜在机制[J]. 中国中西医结合杂志, 2023, 43(12): 1502-1509.
- [22] 梁蓉. 冠心病伴慢性心力衰竭患者心率变异性及其与病情严重程度的相关性[J]. 武警医学, 2025, 36(2): 138-140, 144.
- [23] 王小芳, 林琳, 王蓉, 等. 血清IL-17A、CTRP3、TGF- β 1与扩张型心肌病心力衰竭患者心肌纤维化、心室重构的关系分析[J]. 中国分子心脏病学杂志, 2023, 23(1): 5177-5182.
- [24] 王文娟, 闫彩影, 王晶, 等. 尼可地尔联合左卡尼汀对缺血性心力衰竭患者心室重构、心肌纤维化及血管新生影响[J]. 创伤与急危重病医学, 2022, 10(4): 272-277.

论著·外治理论与应用

深刺“廉泉-哑门”治疗中风后构音障碍 手法与思路探析

秦银露¹,李航宇²,曾伟³,李敏¹

(1.川北医学院,四川南充 637002; 2.成都中医药大学,四川成都 610075; 3.乐山市中医院,四川乐山 641002)

[摘要] 总结团队运用深刺“廉泉-哑门”对穴治疗中风后构音障碍的手法与诊疗思路。“廉泉-哑门”是临床常用于治疗构音障碍的经典对穴,两穴解剖位置的复杂性和特殊性决定了临床操作规范的重要性及所存在的难度与风险。通过深刺廉泉、哑门令构音肌得气,是获取临床有效刺激量的重要基础。因此,在确保安全的前提下,结合前人经验与现代解剖学基础进行反复临床实践,凝练形成“前后夹攻、缓刺徐进”深刺廉泉、哑门的标准操作及流程,并在此基础上总结出根据分期辅以不同电针疗法以加强针刺效应的诊疗思路。

[关键词] 廉泉-哑门;构音障碍;深刺;手法;相对穴

[中图分类号] R246

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0781-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.011

Analysis of the Manipulation and Ideas of Deep Penetrating “Lianquan(CV-23)-Yamen (GV-15)” Acupoints in Treatment of Post-Stroke Dysarthria

QIN Yinlu¹, LI Hangyu², ZENG Wei³, LI Min¹

(1. North Sichuan Medical College, Nanchong 637002, China; 2. Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610075, China; 3. Leshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Leshan 641002, China)

Abstract This article summarizes the team's manipulation and diagnostic and therapeutic ideas of deep penetrating “Lianquan (CV-23) -Yamen (GV-15)” acupoints in the treatment of post-stroke dysarthria. Lianquan-Yamen is a classic pair of acupoints commonly used in the clinical treatment of dysarthria. The complexity and particularity of the anatomical positions of the two acupoints determine the importance of clinical operations standards as well as the existing difficulties and risks. It is an important basis for obtaining the effective amount of clinical stimulation to make the articulator muscle get qi through deep penetrating Lianquan and Yamen acupoints. Therefore, under the premise of ensuring safety, by combining the experience of

predecessors with modern anatomical foundations and conducting repeated clinical practices, the standard operation and procedure of “attacking from both the front and back, slow penetrating and steady advancing” for deep penetrating of Lianquan and Yamen have been refined. On this basis, the

[收稿日期] 2025-03-24

[基金项目] 四川省中医药管理局科学技术研究专项课题(编号:2021MS472)

[作者简介] 秦银露,2022年硕士研究生,研究方向:针灸治疗脑血管疾病的临床研究。

[通信作者] 李敏,教授,主任中医师,硕士研究生导师,主要从事中西医结合治疗肛肠疾病的相关研究。邮箱:limin_x@163.com。

diagnostic and therapeutic idea of enhancing the effect of acupuncture by supplementing with different electroacupuncture therapies according to the stages has been summarized.

Keywords Lianquan (CV-23) -Yamen (GV-15); dysarthria; deep penetrating; manipulation; complementary acupuncture points

构音障碍是中风常见的并发症之一,发生率为30%~40%^[1]。研究表明,中风后构音障碍(PSD)的发生多为大脑皮质上运动神经元或皮质延髓束受损,从而引起其所支配的言语肌的肌张力增高,腱反射亢进,临床表现为构音不准、咬字不清,并存在响度、音调、速度和节律等异常以及鼻音过重等言语听觉感知特征的改变^[2-3]。目前临床上尚无治疗PSD的特效药物,主要以言语康复训练结合口部运动、声音响度治疗等康复疗法为主,此法虽然对患者的言语功能恢复具有一定帮助,但是对于重度PSD患者,在改善其舌部肌肉麻痹、鼻咽闭合异常等症状方面难以达到理想效果^[4-5]。

针刺治疗PSD具有其独特优势,研究表明,廉泉、哑门对穴是临床中针刺治疗PSD的核心选穴^[6],对于促进患者构音功能的恢复疗效显著^[7],且针刺的深度及针感的持续度与临床疗效密切相关^[8-9]。然而,由于两穴解剖结构的特殊性,针刺时难以达到持久有效刺激量,若操作不当存在一定的难度及风险。在确保安全的前提下,总结前人经验并结合经络学与解剖学理论,通过长期临床实践,凝练形成“前后夹攻、缓刺徐进”深刺廉泉、哑门的操作与诊疗思路,报道如下。

1 廉泉、哑门对穴选穴依据

1.1 相对穴理论

相对穴是在挖掘古今文献的基础上,基于阴阳互根互用及经脉理论,在长期临床实践中总结的一种配穴^[10]。廉泉、哑门是相对穴中用以治疗中风后构音、吞咽功能障碍的经典配穴。廉泉又名舌本,为任脉与阴维脉之交会穴,在颈前区,位于喉结上方,舌骨上缘凹陷中,具有通舌窍、利咽喉的功用。《针灸甲乙经》云:“舌下肿,难以言,舌纵涎出,廉泉主之。”^[11]²⁹⁶《灵枢·根结》载“少阴根于涌泉,结于廉泉”,而足少阴肾经“循喉咙,挟舌本”(《灵枢·经脉》),因此廉泉具有引肾水上济舌咽之功^[7]。哑门别名暗门,为督脉与阳维脉之交会穴,位于项后两筋之间,第二颈椎棘突上际凹陷中。《针灸甲乙经》载“哑门在后发际宛宛中,入系舌本,督脉阳维之会”

“舌缓,暗不能言,刺暗门”^[11]⁶³;《针灸大成·玉龙歌》亦载“偶尔失音言语难,哑门一穴两筋间”^[12]⁸³,可见针刺哑门具有通调舌络、利咽开音的功用。

基于相对穴理论,廉泉为任脉与阴维脉之交会穴,任脉为阴脉之海,具有通调气血、“总任诸阴”之功,而阴维脉有维系全身阴脉的作用,可协助任脉调节蓄积全身气血。哑门为督脉与阳维脉之交会穴,督脉为阳脉之海,总督一身之阳气,而阳维脉联络诸阳经,可协助督脉调节全身之阳气。中风发病的根本原因为机体在脏腑、经络、气血等方面的平衡协调关系失常。《类经图翼》云:“阴阳二气,最不宜偏,不偏则气和而生物,偏则气乖而杀物。”^[13]阴阳失调是疾病发生发展的根本原因,因此调整阴阳使其恢复平衡也是本病的基本治则。廉泉、哑门两穴相配,一阴一阳,一前一后,两穴对刺,直达病所,寓“前后夹攻”之义。廉泉归于任脉与阴维脉,属阴;哑门归于督脉与阳维脉,属阳。任督二脉总司阴阳,阴维、阳维溢蓄全身气血,二穴相配具有阴阳并治、气血同调之功,最终实现机体的“阴平阳秘,精神乃治”。

1.2 解剖学基础

廉泉与哑门分别位于颈前区和颈后区,两穴前后呼应。颈部具有丰富的血管和神经分布,因此针刺时需熟练掌握解剖学结构。廉泉穴在舌骨的上方,位于左右颞舌骨肌之间,其深层为会厌,下方为喉门,布有舌肌与甲状软骨肌。局部分布有颈前浅静脉和甲状腺上动、静脉;皮肤由颈丛的颈横神经交织分布,皮下布有颈皮神经的分支,再往深层为舌根,有舌下神经及舌咽神经分支分布^[14]。进针层次为皮肤→浅筋膜与颈阔肌→颈深筋膜→甲状舌骨正中韧带→会厌^[15]。研究表明,针刺廉泉穴可刺激吞咽肌群和舌咽末梢神经,可加强吞咽、构音肌群的收缩运动功能,缓解神经元麻痹,促进麻痹受损的神经复苏,实现吞咽反射弧的恢复与重建,进而提高患者的吞咽及言语功能^[16-18]。哑门位于项韧带和项肌中,深部为棘间韧带、弓间韧带和脊髓。局部有枕动、静脉分支及棘间静脉丛,与第三颈神经和枕大神经支交织分布。进针层次为皮肤→浅筋膜→项筋膜

→项韧带→棘间韧带→弓间韧带→硬膜外腔^[15]。研究表明,哑门作为治疗中枢性运动失语的主要选穴,在PSD等疾病的治疗中扮演着重要角色,可促进言语功能的恢复^[19-21]。

上述两穴的解剖结构与相关研究表明,廉泉、哑门在PSD等疾病的治疗中具有重要意义。而两穴解剖结构的特殊性使得其操作具有一定的难度及风险,需通过特定手法及针刺深度使两穴持久得气,从而达到有效刺激量。

2 持久得气是治疗关键

通过长期临床实践,笔者团队认为两穴持久得气是达到临床有效刺激量的关键。既往研究提出,治疗视网膜病变时深刺承泣、球后需强调瞬时有效性,此是由两穴解剖环境的特殊性和视网膜病变的治疗特点所决定的^[22]。针对PSD的治疗,持久有效地产生气至反应,达到临床有效刺激量是治疗关键。

2.1 得气的有效性

相对穴要达到调整阴阳的功用,除了要注重适当的腧穴配伍,同时有效的针刺手法必不可少。《灵枢·九针十二原》载:“刺之要,气至而有效,效之信,若风之吹云,明乎若见苍天,刺之道毕矣。”因此针刺廉泉、哑门时判断是否起效,主要基于得气的自觉体征与他觉体征。得气的自觉体征是指进针廉泉穴后,通过小幅度催气手法,患者自诉舌下有针感向舌根传导,进一步催气后舌根会厌部逐步满布胀感,自觉“如鲠在喉”,并伴有舌下唾液分泌和不自主吞咽动作;哑门穴则是在进针后,通过小幅度催气手法,患者自觉后颈部出现沉紧、胀痛感,或是上肢出现麻窜感。得气的他觉体征是指医者在进针廉泉穴后,朝着舌根方向逐步进针,当针下出现沉紧感即为得气指征;医者在进针哑门穴后,待指下出现坚韧而有弹性的阻针感,此时为针尖到达弓间韧带,医者继续进针,当穿透弓间韧带时,针下会出现空虚感,即可得气。《针灸大成·标幽赋》云“先详多少之宜,次察应至之气……未至也,据虚实而候气”^{[12]45},得气的有效性是临床针刺取得疗效的重要前提。

2.2 得气的持久性

得气的持久性是指在上述有效得气的前提下,在时间上保持气至反应的延续,即在气至有效的基础上达到气至病所。目前,保证持久有效得气的方法,一是在一定间隔时间内运用特定手法等对针刺穴位进行催气;二是通过借用电针仪的持久刺激效

应进行催气。而考虑到两穴解剖结构的特殊性,在保证安全的前提下实现催气更为重要。因此,在对廉泉、哑门两穴针刺得气后,后续一般选择以下两种催气方法。一是每隔5 min对廉泉行小幅度提插手手法,保持患者“如鲠在喉”感;对哑门行小幅度捻转法或飞法,不行上下提插类手法。二是不行手法,而是使用电针对两穴进行持久刺激,这样既能发挥电针的持久刺激效应,还能减少人力,一定程度上可以满足较高强度的临床实际需要。结合前人经验和长期临床实践总结,临床在使用电针对廉泉、哑门二穴进行持久刺激时,需强调分期辨治。临床实践表明,使用不同的电针频率、波形对疾病具有不同的治疗效果,临床切不可盲目使用^[23-25],对于PSD患者,尤应重视分期辨治。断续波能够提高肌肉的兴奋性,可避免肌肉耐受,适用于软瘫期言语不利患者;而疏密波结合了疏波与密波的功效,一方面可刺激肌肉收缩,促进瘫痪肌肉的恢复,另一方面可降低神经应激反应,抵抗肌张力增高,适用于痉挛期言语不利患者。

PSD患者初期多伴有舌肌瘫痪,治疗应激发肌肉的神经兴奋,故采用断续波;经过一段时间治疗后,患者症状有所改善,为避免舌肌痉挛,可换为疏密波,并依据中风发展时期辨证使用电针,见表1。以上分析表明,在深刺廉泉、哑门穴时,兼顾得气的有效性和持久性十分重要,如此方能达到PSD的临床有效刺激量。

3 临床操作及注意事项

3.1 操作流程

器械准备:0.30 mm×50.00 mm毫针,0.30 mm×75.00 mm毫针,75%乙醇,无菌干棉球,持物镊,华佗牌电针仪。选穴:廉泉、哑门。定位:参照国家标准《经穴名称与定位》^[26]。体位准备:嘱患者放松,呈正坐位。针刺操作:①医者持酒精棉球对廉泉、哑门进行常规消毒,嘱患者微抬下颌,手持0.30 mm×75.00 mm

表1 中风后构音障碍分期及电针选择

分期	辨证	时间	电针波形
急性期	中经络	发病至两周	断续波
	中脏腑	发病至1个月	疏密波
恢复期	中经络	2周至半年	疏密波
	中脏腑	1个月至半年	疏密波
后遗症期	中经络	半年之后	疏密波
	中脏腑		疏密波

毫针,以夹持进针法朝舌根方向快速破皮刺入,遵循缓刺徐进的原则,逐层进针,待针下出现阻涩感及患者自觉有“如鲠在喉”感为宜,进针深度为40~60 mm;②对廉泉施针完毕,令患者头微前倾,嘱其不要随意转动头部,医者押手固定局部皮肤,刺手持0.30 mm×50.00 mm毫针朝下颌方向快速破皮刺入,缓刺徐进,针尖逐步刺入浅筋膜、项筋膜、项韧带、棘间韧带,医者感到针下逐步沉紧,待指下出现坚韧而有弹性的阻针感,为针尖到达弓间韧带,医者需聚精会神持针穿透弓间韧带,针下即可出现空虚感,以患者自诉局部麻胀或双上肢麻窜感为宜,进针深度为30~40 mm。针刺得气后,可于廉泉、哑门安置一组电针,波形、频率以患者分期而定,留针30 min。

3.2 注意事项

在针刺过程中,需特别注意施针的深度、角度、手法、刺激量以及医患配合。

3.2.1 针刺深度

《针灸学》对廉泉、哑门的针刺深度描述为廉泉向舌根斜刺0.5~0.8寸,哑门向下颌方向缓慢刺入0.5~1寸。在确保安全的前提下,针对PSD的治疗,廉泉穴的进针深度可达到1.5~2.5寸(40~60 mm),以针尖至舌下会厌部为宜;哑门穴进针深度可控制在1.2~1.5寸(32~40 mm),以针尖穿过弓间韧带到达硬膜外腔为宜。两穴进针深度的范围浮动主要由成人的体型、颈围等决定。近年来,有研究通过核磁共振成像(MRI)技术对哑门穴直刺(以哑门穴颈后体表点与水平相对的寰枢椎间隙中点连线为直刺角度)和斜刺(以哑门穴颈后体表点至枕骨大孔后缘与寰椎后弓上缘间中点连线为斜刺角度)的安全深度进行了深入研究,结果显示正常成人安全深度为男性直刺(47.72 ± 5.06)mm,斜刺(42.69 ± 5.53)mm;女性直刺(44.63 ± 5.85)mm,斜刺(39.88 ± 6.18)mm^[27]。经过反复实践,结合已有研究^[27-28],对于体型健硕的成年男性,其针刺深度均可达到1.5寸(40 mm),而对于体型瘦小的成年女性,其针刺安全深度至少也可至1.2寸(32 mm),具体根据临床实际综合辨治。

3.2.2 针刺角度

选择适当针刺角度是实现安全深刺的前提,上文关于哑门穴直刺与斜刺安全深度的研究提示直刺(向下颌方向)的安全深度要深于斜刺(斜向上),向下颌及口唇方向针刺也可避免针尖刺入延髓,安全性远高于向上斜刺,因此临床上提倡针尖朝向下颌及口

唇方向进行针刺。同理,廉泉穴能否安全深刺同样由针刺角度的选择所决定,即是否在舌骨上方并朝向舌根方向进针。临床常见从错误角度针刺廉泉穴,易导致气管及食管的损伤。因此,临床强调针刺廉泉穴时针身需高于舌骨水平向舌根方向进针。

3.2.3 针刺手法

针刺手法包括进针手法和催气手法。进针手法强调刺押手配合,在进针时遵循缓刺徐进的原则,对穴区皮肤快速破皮后,按照安全针刺角度逐层进针,在到达一定深度后,聚精会神感受针下反应,感知是否出现沉、紧、涩、滞等得气体征,并结合患者自觉体征,进行催气法操作。对于廉泉穴,采用的催气手法为朝向舌根方向的小幅度高频率探刺法,上下幅度不超过1 cm,频率约为每分钟120次,使患者保持舌下的“如鲠在喉”感为宜。哑门穴浅刺不易得气,深刺又具有一定的危险性,进针后需按照解剖结构逐层进针,到达硬膜外腔后辅以小幅度高频率的捻转法或飞法,频率约为每分钟150次,不施行上下提插类手法,以患者自觉麻胀感为宜。

3.2.4 医患配合

临床施针遵从“凡刺之真,必先治神”的原则,注重操作时的医患配合。一是强调医者针刺时手与心合、气与意合。在施针过程中,医者需全神贯注将气集中于刺手,运针施法,意属针穴并随时观察针下经气的动向及患者的反应,此即为古人云“手如握虎”“慎守勿失”“属意病者”之意。例如,在进针哑门穴时,医者聚精会神感知针下反应,结合解剖理论对针下的“落空感”等反应做出判断,观察患者是否自诉有麻胀等得气感出现,随时调整,灵活机动。二是要求医者与患者“标本相合”,以患者为本,医者为本,患者与医者配合操作,医者指导患者在得气的基础上以意导气,使气达病所,同时意守之,从而形成医者运气于穴,患者受气于病所,使医者之气与患者之气一脉相道、合于患处,以祛邪治病。例如,在针刺廉泉穴时,引导患者感知舌根部的“如鲠在喉”感,通过探刺法嘱其意守之,以达气至病所。

3.2.5 刺激量判断

长期临床实践发现对PSD进行针刺治疗时,在“气至有效”的基础上达到“气至病所”,与是否达到临床有效刺激量密切相关。按照上述针刺操作流程对廉泉、哑门进行施针和催气等操作后,分别观察两穴是否出现得气标志,廉泉穴得气标志为留针过程

中保持“如鲠在喉”感,舌下唾液分泌增多并伴不自主吞咽运动;哑门穴得气标志为后颈伴后头部酸胀感,或是双上肢伴有麻窜感。若针刺时出现以上得气反应,即可判定达到有效刺激并予以留针,但因个体差异性,不可过度追求以上得气感,一般临床上有其一标志即可留针。

4 结束语

综上所述,在规范操作的指导下,深刺廉泉、哑门是可行的,其风险是可控的。针刺治疗PSD疗效确切,但受限于穴区解剖结构的复杂性和危险性,以及针刺操作者技术参差不齐,深刺操作面临诸多困难。部分医者在治疗PSD时,受限于以上诸多因素从而选择浅刺或针刺深度不足,导致经气无法直达病所,临床疗效往往难以得到保证。因此,具备丰富的专业知识、精湛的临床技能和反复操作实践,是深刺两穴安全性和疗效保证的关键。文章在总结前人经验基础上,结合现代解剖学基础进行反复临床实践,形成“前后夹攻、缓刺徐进”深刺廉泉、哑门的操作及流程,以期为临床治疗PSD及相关针刺操作提供参考。

[参考文献]

- [1] 段林茹,郑洁皎,陈秀恩,等. 构音障碍治疗的研究进展[J]. 中国康复,2015,30(3):229-232.
- [2] 王利贤. Wilson病构音障碍和吞咽障碍的临床综合评定及相关因素研究[D]. 广州:广东药科大学,2017.
- [3] 席艳玲,昭鸣. 康复治疗师临床工作指南:言语障碍康复治疗技术[M]. 北京:人民卫生出版社,2020:195-200.
- [4] 王晨冰,唐强,朱路文,等. 脑卒中后构音障碍康复治疗的研究进展[J]. 山东中医杂志,2018,37(3):258-261.
- [5] 吴海科,谭峰,万赛英,等. 电针联合功能性电刺激早期干预对脑梗死后痉挛型构音障碍的疗效研究[J]. 中国康复医学杂志,2012,27(12):1116-1119.
- [6] 徐建文,贾红玲. 基于数据挖掘技术的针刺治疗运动性失语选穴规律探析[J]. 针灸临床杂志,2023,39(1):67-73.
- [7] 余阳,郎娟,李雪梅,等. 调神开暗法治疗中风后重度构音障碍医案[J]. 四川中医,2021,39(11):208-210.
- [8] 廖柏丹,柳元娥,彭宣军. 廉泉穴不同针刺深度治疗中风后吞咽障碍疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2018,37(8):856-859.
- [9] 王寅,何宇峰,凌水桥,等. 廉泉穴不同针刺深度联合冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍患者临床疗效研究[J]. 中国康复,2021,36(6):335-338.
- [10] 杨志新,宋成军. “相对穴”理论探析[J]. 中医杂志,2007,48(3):200-202.
- [11] 皇甫谧. 针灸甲乙经[M]. 黄龙祥,校注. 北京:人民卫生出版社,2006.
- [12] 杨继洲. 针灸大成[M]. 黄龙祥,整理. 北京:人民卫生出版社,2006.
- [13] 张介宾. 类经图翼[M]. 北京:人民卫生出版社,1982:439.
- [14] 梁繁荣,王华. 针灸学[M]. 5版. 北京:中国中医药出版社,2021:109.
- [15] 杨志新. 相对穴[M]. 北京:中国医药科技出版社,2022:161.
- [16] SHI J H, YE Q P, ZHAO J Y, et al. EA promotes swallowing via activating swallowing-related motor neurons in the nucleus ambiguus [J]. Brain Res, 2019, 1718:103-113.
- [17] 马念,王莉平,张利. 中风后吞咽障碍患者行廉泉穴不同深度针刺治疗的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2020,5(35):155-156,162.
- [18] YOU H, HU S W, YE Q P, et al. Role of 5-HT1A in the nucleus of the solitary tract in the regulation of swallowing activities evoked by electroacupuncture in anesthetized rats[J]. Neurosci Lett, 2018, 687:308-312.
- [19] 封丽华,王河宝. 针刺风府、哑门穴为主治疗脑卒中失语60例[J]. 江西中医药,2015,46(10):57-58.
- [20] 周峻,谭明生. 哑门穴古今研究进展[J]. 中华中医药杂志,2018,33(12):5532-5534.
- [21] 尚小花,陈改花,郭建赟,等. 基于现代文献针刺治疗构音障碍的取穴规律研究[J]. 山西中医药大学学报,2020,21(1):1-4,69.
- [22] 李雪梅,任奎羽,郭莎,等. 深刺承泣、球后治疗视网膜病手法探讨[J]. 中医杂志,2023,64(3):240-243.
- [23] 张立志,许能贵,李如良,等. 不同频率电针廉泉、风府穴治疗中风吞咽障碍临床研究[J]. 中国针灸,2018,38(2):115-118.
- [24] 沈凌宇,富小菲,曾沁,等. 不同频率电针治疗腹部肥胖型多囊卵巢综合征的疗效比较[J]. 针刺研究,2023,48(12):1266-1273.
- [25] 黄华平,占莹琴,高倩倩,等. 不同频率电针对中风恢复期患者神经功能、偏瘫症状的影响[J]. 现代诊断与治疗,2024,35(8):1131-1133.
- [26] 国家市场监督管理总局,国家标准化管理委员会. 经穴名称与定位:GB/T 12346—2021[S]. 北京:中国标准出版社,2021.
- [27] 周峻,赵凡莹,李文浩,等. 寰枢椎脱位针刺哑门穴安全深度的研究[J]. 中国针灸,2019,39(6):619-622.
- [28] 吕秀华,赵传香. 哑门穴针刺深度的研究[J]. 中国针灸,2002,22(7):471-472.

浮针联合再灌注活动治疗缺血性脑卒中后 肱二头肌痉挛疗效研究

潘星安, 严 琪, 温伟红, 陈 静

(佛山市中医院三水医院针灸科, 广东 佛山 528100)

[摘要] 目的:探究浮针结合再灌注活动治疗缺血性脑卒中(IS)后肱二头肌痉挛的临床疗效。方法:纳入140例IS后肱二头肌痉挛患者,按照随机数字表法将患者分成观察组和对照组各70例。对照组采用传统针刺结合现代康复治疗,观察组在现代康复治疗基础上进行浮针联合再灌注活动治疗。比较两组治疗1周后、治疗4周后痉挛情况[改良Ashworth量表(MAS)分级及痉挛指数(CSI)]、运动情况[Fugl-Meyer运动功能评分量表(FMA)评分]。比较两组患者临床疗效,记录两组不良反应发生情况。结果:与治疗前比较,两组患者治疗1周后、治疗4周后MAS分级呈下降趋势($P<0.05$),且观察组MAS分级低于对照组($P<0.05$)。两组患者CSI、FMA评分组间、时间点及交互差异均具有统计学意义($P<0.05$);治疗1周后、治疗4周后,两组患者CSI评分较治疗前降低,且观察组低于对照组($P<0.05$);治疗1周后、治疗4周后,两组患者FMA评分较治疗前升高,且观察组高于对照组($P<0.05$)。观察组治疗总有效率为88.57%,高于对照组的68.57%,两组临床疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:浮针结合再灌注活动治疗IS后肱二头肌痉挛具有良好的治疗效果,可有效改善患者肢体痉挛状态及肢体活动程度。

[关键词] 浮针;再灌注活动;缺血性脑卒中;肱二头肌痉挛;气血新论

[中图分类号] R246

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0786-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.012

Study on the Therapeutic Effect of Floating Needle Combined with Reperfusion Activity in Treatment of Biceps Spasm After Ischemic Stroke

PAN Xing'an, YAN Qi, WEN Weihong, CHEN Jing

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Sanshui Hospital of Foshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Foshan 528100, China)

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of floating needle combined with reperfusion activity in the treatment of biceps spasm after ischemic stroke (IS). **Methods:** A total of 140 patients with biceps spasm after IS were included. The patients were divided into observation group and control group, with 70 cases in each group, according to the random number table method. The control group received traditional acupuncture combined with modern rehabilitation treatment, while the observation group was treated with floating needle combined with reperfusion activities on the basis of modern rehabilitation treatment. The spasticity conditions [Modified Ashworth Scale (MAS) grade and Clinic Spasticity Index (CSI)] and motor conditions [Fugl-Meyer Assessment (FMA) score] were compared between the two groups after 1 week of treatment

[收稿日期] 2025-03-18

[基金项目] 佛山市科学技术局科技创新项目(编号:2220001004782)

[作者简介] 潘星安, 副主任中医师, 主要从事运用浮针、筋针、温针等针灸技术诊治疑难痛症及神经系统疾病。邮箱: vlcxn1463173@163.com。

and 4 weeks of treatment. The clinical efficacy of the two groups of patients was compared, and the occurrence of adverse reactions in the two groups was recorded. **Results:** Compared with those before treatment, the MAS grades of the two groups of patients showed a downward trend after 1 week and 4 weeks of treatment ($P < 0.05$), and the MAS grade of the observation group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). The differences in CSI and FMA scores between groups, time points and interactions between the two groups of patients were statistically significant ($P < 0.05$). One week after treatment and four weeks after treatment, the CSI scores of both groups were lower than those before treatment, and the scores of the observation group were lower than those of the control group ($P < 0.05$). One week after treatment and four weeks after treatment, the FMA scores of both groups were higher than those before treatment, and the scores of the observation group were higher than those of the control group ($P < 0.05$). The total effective rate of treatment in the observation group was 88.57%, which was higher than 68.57% in the control group. Comparison of the clinical efficacy between the two groups showed a statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion:** Floating needle combined with reperfusion activity has a good therapeutic effect and it can effectively relieve the limb spastic state and improve the limb movement degree of patients in the treatment of biceps spasm after ischemic stroke (IS).

Keywords floating needle; reperfusion activity; ischemic stroke; biceps spasm; new qi-blood theory

缺血性脑卒中 (IS) 是中老年人常见病, 多因脑组织血供不足诱发, 肱二头肌痉挛是其常见后遗症, 影响患者肢体运动功能, 阻碍其康复进程, 影响其自理能力及生活质量^[1]。西医主要通过康复治疗来减轻患者的运动功能障碍, 缓解患者临床症状, 但难以从根本上治疗疼痛^[2]。中医学认为 IS 后肱二头肌痉挛属于筋病、痉证范畴, 主要由于阴阳失调、络阻不通、筋脉失养而发病, 既往给予传统针灸治疗, 但所选部位较多且位置较深, 患者常因害怕而放弃; 且临床关于穴位的选择及定位并无统一标准, 疗效难以得到保证^[3]。1996年符仲华教授提出新型浮针疗法, 该方式主要作用于皮下疏松结缔组织, 可松解肌肉痉挛, 同时结合符仲华教授2011年提出的再灌注手法, 有利于缺血组织的血流再灌注^[4]。符仲华教授于2020年提出“气血新论”, 认为“气”约等同于肌肉功能, “血”对应血液和血循环, 两者相辅相成^[5]。该理论有助于推动中医的现代化研究, 既往“气血新论”指导浮针结合再灌注治疗各类疼痛性疾病有不少研究, 而用于治疗 IS 后肌肉痉挛的研究尚未见相关报道, 本研究对“气血新论”指导浮针结合再灌注活动治疗 IS 后肱二头肌痉挛临床疗效进行观察, 报道如下。

1 资料

1.1 研究对象

将2023年1月至2024年4月佛山市中医院三水医院收治的140例IS后肱二头肌痉挛患者纳入研究。

按随机数字表法将患者分成观察组和对照组各70例。观察组男34例、女36例, 年龄(62.16 ± 7.08)岁, 病程(5.06 ± 1.13)个月, 体质指数 (BMI) (23.05 ± 3.46) kg/m^2 , 左侧偏瘫32例、右侧偏瘫38例, 改良 Ashworth 量表 (MAS) 分级1级8例、1+级8例、2级26例、3级20例、4级8例。对照组男37例、女33例, 年龄(63.49 ± 6.84)岁, 病程(4.84 ± 1.35)个月, BMI (22.74 ± 3.08) kg/m^2 , 左侧偏瘫40例、右侧偏瘫30例, MAS 分级1级6例、1+级14例、2级28例、3级16例、4级6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。本研究经佛山市中医院三水医院医学伦理委员会审核批准 (审批号: 202301-HJ-0021)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

根据《中国各类主要脑血管病诊断要点2019》^[6]确定 IS 诊断标准, 并经影像学证实, 出现单侧肢体偏瘫并存在肱二头肌痉挛^[7]。

1.2.2 中医诊断标准

符合《中医内科学》^[8]有关中风气虚血瘀证相关标准。患者可见半身不遂, 言语謇涩或不语, 口舌歪斜, 感觉减退或消失, 伴有面色白、自汗、气短乏力, 舌质暗淡, 舌苔白腻, 或有齿痕, 脉沉细。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准: ①偏瘫侧屈肘肌 MAS 分级^[9]均 ≥ 1 级; ②患者生命体征稳定, 能进行各项量表测试; ③

患者及家属均知情同意,并签署知情同意书。

排除标准:①伴有恶性肿瘤者;②既往存在脑器质性病变者;③存在严重认知功能、意识障碍或失语症、视野缺损者;④偏瘫侧肢处于软瘫期者;⑤既往存在运动功能障碍者;⑥不愿配合治疗者;⑦存在严重感染性疾病者;⑧同时接受其他抗痉挛治疗者。

2 方法

2.1 治疗方法

两组均进行抗血小板聚集、降血脂、降血压等基础治疗。对照组采用传统针刺结合现代康复治疗。传统针刺方式:患者取仰卧位,常规消毒,选穴为内关、水沟、三阴交、极泉、尺泽、委中,并根据患者病情进行调节,患者出现头晕头痛加风池、完骨、天柱;患者出现面部潮红、口苦、心悸加太冲、太溪;患者出现喉中痰鸣、胸闷恶心加丰隆、阴陵泉等。直刺进针,采用平补平泻法,每次留针30 min,日1次,每周治疗6次,6次为1个疗程,连续治疗4个疗程。康复治疗:参考《中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)》^[10]制定合适的康复训练方案,并由经验丰富的固定治疗师按照标准的康复流程进行操作,每次45 min,日1次,每周治疗6次,6次为1个疗程,连续治疗4个疗程。

观察组在基础治疗和现代康复治疗基础上进行浮针结合再灌注活动治疗。患者取坐位或仰卧位,充分暴露肩部以及前臂部,进针点选择在患肌(前中斜角肌、胸小肌、胸大肌、肱二头肌、肱肌)的上方或下方,距离患肌5~8 cm。常规消毒皮肤,使用一次性中号浮针,在进针器的辅助下,与皮肤呈15°夹角,辅助手轻提皮肤,调整好深度后缓慢进针。进针完毕,把针尖退到软管下,带动针身行扇形扫散,每次扫散约20 s,扫散的同时,嘱患者运动该肌肉,然后进行缺血再灌注活动,每次约10 s。然后再扫散、活动患肌20 s,再行再灌注活动10 s,如此循环3次,该肌

肉治疗完毕。治疗完后,拔出针芯,留置软管,用一次性输液贴及胶布固定,留管3~6 h后拔出。7 d为1个疗程,隔天治疗1次,每周治疗3次,共治疗4个疗程。上肢患肌的起止点、进针点及再灌注活动方法见表1。

2.2 观察指标

2.2.1 两组患者的肢体痉挛及运动情况比较

分别于治疗前、治疗1周后、治疗4周后,采用MAS及痉挛指数(CSI)评估肱二头肌的痉挛程度。MAS主要通过主动或被动运动患肢,观察其肩肘关节的活动度,以及是否有阻力或卡顿感对痉挛程度进行评估,将肌张力分为0级、1级、1+级、2级、3级、4级,分级越高代表痉挛程度越高。CSI则是通过观察患者腱反射、肌张力、阵挛发生的频率进行评估,总分16分,分数越高代表痉挛程度越严重^[11]。采用Fugl-Meyer运动功能评分量表(FMA)评定患者各项活动情况,FMA共10大项,33个小项,每小项最高2分,总分66分,评分越低,运动功能障碍越严重^[12]。

2.2.2 两组临床疗效比较

以MAS分级评估患者临床疗效。显效:肌张力降低2级以上;有效:肌张力降低2级;好转:肌张力降低1级;无效:临床痉挛症状无改善^[13]。

2.3 统计学方法

采用SPSS 25.0统计学软件对数据进行分析。服从正态分布的计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料用例(%)表示。服从正态分布及方差齐性检验的两组间数据对比应用独立样本 t 检验,组内对比应用配对 t 检验。不服从正态分布的数据用mann-Whitney检验、Wilcoxon检验。计数资料应用皮尔森卡方检验或费舍尔确切概率法。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组患者MAS分级比较

与治疗前比较,两组患者治疗1周后、治疗4周

表1 上肢患肌的起止点、进针点及再灌注活动方法

患肌名称	肌肉起点	肌肉止点	进针点	再灌注活动方法
前中斜角肌	第2至第7颈椎前、后结节	第1肋骨上缘外面	斜方肌上缘(天井穴处)	同侧侧头抗阻
胸小肌	起自3~5肋骨的前面	肩胛骨的喙突	喙突前下方(约肩前穴)	肩关节前屈,向前下抗阻
胸大肌	锁骨部(锁骨内侧半)、胸肋部(胸骨和5~6肋软骨)和腹部	肱骨大结节嵴(锁骨部和腹部肌束上下交叉)	胸大肌止点附近(约肩前穴)	肩关节外展,内收、内旋
肱二头肌	长头:肩胛骨孟上结节 短头:肩胛骨喙突	桡骨粗隆	桡骨粗隆前下方	前臂外旋、屈肘抗阻
肱肌	肱骨下端	尺骨粗隆	桡骨粗隆前下方	前臂内旋、屈肘抗阻

后MAS分级呈下降趋势($P<0.05$),且观察组MAS分级低于对照组($P<0.05$),见表2。

3.2 两组患者CSI比较

两组患者CSI组间、时间点及交互差异均具有统计学意义($P<0.05$);治疗1周后、治疗4周后,两组患者CSI均较治疗前降低,且观察组CSI低于对照组

($P<0.05$)。见表3。

3.3 两组患者FMA评分比较

两组患者FMA评分组间、时间点及交互差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗1周后、治疗4周后,两组FMA评分均较治疗前升高($P<0.05$),且观察组FMA评分高于对照组($P<0.05$)。见表4。

表2 两组缺血性脑卒中后肱二头肌痉挛患者治疗前后MAS分级比较

例(占比/%)

组别	例数	治疗前					
		0级	1级	1+级	2级	3级	4级
观察组	70	0(0)	8(11.43)	8(11.43)	26(37.14)	20(28.57)	8(11.43)
对照组	70	0(0)	6(8.57)	14(20.00)	28(38.57)	16(22.86)	6(8.57)
Z值		0.945					
P值		0.345					
组别	例数	治疗1周后					
		0级	1级	1+级	2级	3级	4级
观察组	70	0(0)	20(28.57)	36(51.43)	10(14.29)	4(5.71)	0(0)
对照组	70	0(0)	12(17.14)	30(42.86)	20(28.57)	8(11.43)	0(0)
Z值		2.560					
P值		0.011					
组别	例数	治疗4周后					
		0级	1级	1+级	2级	3级	4级
观察组	70	18(25.71)	44(62.86)	4(5.71)	4(5.71)	0(0)	0(0)
对照组	70	8(11.43)	30(42.86)	16(22.86)	12(17.14)	4(5.71)	0(0)
Z值		4.28					
P值		<0.001					

注:MAS为改良Ashworth量表。

治疗1周后与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗4周后与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 两组缺血性脑卒中后肱二头肌痉挛患者治疗前后CSI比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗1周后	治疗4周后
观察组	70	13.42±1.01	11.08±2.19 [#]	7.15±1.07 [#]
对照组	70	13.78±1.26	12.23±2.06 [#]	9.31±1.24 [#]
$F_{组间}/P_{组间}$		65.79/<0.0001		
$F_{时间}/P_{时间}$		433.3/<0.0001		
$F_{交互}/P_{交互}$		11.93/<0.0001		

注:CSI为痉挛指数。

与治疗前比较,[#] $P<0.05$ 。

3.4 两组临床疗效比较

观察组治疗总有效率88.57%,对照组治疗总有效率68.57%,观察组临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表5。

4 讨论

肱二头肌痉挛是IS常见后遗症,是由于高级神经中枢受损导致患肢交感神经兴奋性增加而出现的

表4 两组缺血性脑卒中后肱二头肌痉挛患者治疗前后FMA评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗1周后	治疗4周后
观察组	70	16.54±2.16	29.67±4.05 [#]	40.03±6.54 [#]
对照组	70	17.01±2.38	21.42±4.71 [#]	30.42±5.16 [#]
$F_{组间}/P_{组间}$		227.1/<0.0001		
$F_{时间}/P_{时间}$		767.4/<0.0001		
$F_{交互}/P_{交互}$		67.39/<0.0001		

注:FMA为Fugl-Meyer运动功能评分量表。

与治疗前比较,[#] $P<0.05$ 。

表5 两组缺血性脑卒中后肱二头肌痉挛患者临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	好转	无效	总有效
观察组	70	26(37.14)	20(28.57)	16(22.86)	8(11.43)	62(88.57)
对照组	70	16(22.86)	22(31.43)	10(14.29)	22(31.43)	48(68.57)
Z值		2.340				
P值		0.019				

速度依赖性肌张力增高症候群,若处理不当,会影响患者运动功能康复,不利于预后^[14-15]。该病属中医学痉病范畴,病机在于脑络闭阻,元神受损,营卫失和,阴阳气血不调,导致筋脉失养。中医认为,拘急收缩属阴,舒缓伸张属阳,阴有余而阳不足则见拘急不舒,可概述为阴急阳缓,迟缓为虚,拘急痉挛为实^[16]。因此临床需要滋阴潜阳、益气活血,以柔润筋脉,缓痉之急。

浮针疗法是由符仲华教授提出的治疗方式,具有特定的针具、治疗靶点及完整的理论体系。既往研究证实,浮针疗法在原发性面肌痉挛、疲劳性骨膜炎、骨性膝关节炎、冻结肩等疾病中的应用效果较好^[17-18]。符仲华教授在研究浮针治疗的同时,对浮针理论也有了进一步的钻研,在2014年提出“患肌”理论,并于2020年提出“气血新论”,认为“气血”对应“肌肉-血液”,气主动而无形,可视为“肌肉的功能”,血即为血液和血循环,气为血之帅,血能载气,气存于血中,依附于血而不致散失,赖血之运载而运行全身,两者互相伴随,在生理上紧密相随^[5]。基于此直观的气血理论,临床诊疗时可对更多的疾病形成新的认识,有助于从气血关系的角度重新审视IS后肱二头肌痉挛的治疗方式。基于“气血新论”的浮针疗法治疗IS后肱二头肌痉挛,能发挥理气行血、改善局部血液微循环的效果。本研究采用浮针疗法对IS后肱二头肌痉挛患者进行扫散、牵拉,疏松皮下结缔组织,通过产生压电效应,纠正患肌缺血状态,结合再灌注活动,使患者在几乎无痛的情况下获得良好治疗效果。本研究选取天井穴、肩前穴及桡骨粗隆前下方为进针点,其中肩前穴具有舒筋通络的作用,可有效改善肩痛不举、上肢瘫痪等症状;桡骨粗隆前下方进针可起到行气活血、刺激局部血液循环的作用;天井穴具有疏通三焦、利转安神、舒筋通络的作用^[19]。以15°斜刺进针能够更有效地刺激穴位,促进气血运行。针刺后行扇形扫散能够拨开局部的结节瘀阻,使气血经脉得以疏通,从而达到气血通则痛止的效果。

本研究发现,治疗1周后、治疗4周后观察组MAS分级、CSI均低于对照组,FMA评分高于对照组,提示浮针联合再灌注活动治疗IS后肱二头肌痉挛能够有效改善患者肢体痉挛状态及活动程度,从而提高临床疗效。本研究选取前中斜角肌、胸小肌、胸大肌、肱二头肌、肱肌作为浮针治疗靶点,进行皮下扫散

操作,能够对肌肉进行牵张训练,通过刺激生物放电可直达筋膜层、肌层等病变部位,从而疏通阻滞的组织通道,改善患者局部肌肉的收缩及舒张功能,使紧张的肌肉放松^[20]。从传统中医学角度分析,该疗法主要发挥行气活血、通经活络的效果,且浮针扫散较传统针刺的刺激量大,结合再灌注活动治疗,可使血液快速进入缺血部位,纠正患肌的缺血状态,进而改善患者的肱二头肌痉挛情况^[21]。本研究存在一定的局限性,如研究样本量较小,且随访时间较短,同时浮针疗法对深层肌肉层是否存在影响,仍需进一步深入研究。

综上所述,“气血新论”指导下浮针结合再灌注活动治疗IS后肱二头肌痉挛具有良好疗效,能有效缓解痉挛症状,增强肢体活动能力,改善患者生活质量。

[参考文献]

- [1] RABINSTEIN A A. Update on treatment of acute ischemic stroke [J]. Continuum (Minneapolis, Minn), 2020, 26(2):268-286.
- [2] 鲍赛荣,林利华,单莎瑞,等. 电动深层肌肉刺激对卒中患者肱二头肌张力、弹性及硬度的影响[J]. 中国组织工程研究, 2021, 25(20):3138-3143.
- [3] 李红培,翟炎冰,邢佳,等. 针灸治疗中风后上肢痉挛性偏瘫的Meta分析[J]. 世界中医药, 2022, 17(2):196-207, 214.
- [4] 辛贵乐,张立,陶然,等. 针康法联合浮针疗法治疗中风后吞咽障碍临床价值及对患者营养状态的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(7):1319-1328.
- [5] 符仲华,甘秀伦,吴凤芝,等. 气血新论[J]. 现代中医临床, 2020, 27(3):68-70, 74.
- [6] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点2019[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9):710-715.
- [7] 吕传真,周良辅. 实用神经病学[M]. 4版. 上海:上海科学技术出版社, 2014:255-258.
- [8] 吴勉华,王新月. 中医内科学[M]. 9版. 北京:中国中医药出版社, 2014:287.
- [9] 郭铁成,卫小梅,陈小红. 改良 Ashworth 量表用于痉挛评定的信度研究[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(10):906-909.
- [10] 中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室,等. 中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4):301-318.

(下转第808页)

论著·名医经验

杨进基于“邪留三焦”理论辨治难治性发热经验

黄潇潇, 谢忠礼 指导: 杨 进

(河南中医药大学中医学院, 河南 郑州 450046)

[摘要] 总结杨进教授从叶天士《温热论》“邪留三焦”理论治疗难治性发热的临证经验。认为难治性发热的核心病机为湿热痰浊之邪留于三焦,三焦气化失司,气机升降失调,提出以清泄少阳、分消痰湿、疏利三焦为基本治则,临证以蒿芩清胆汤为基础方,强调叶天士“随证变法”思想,兼风热外袭,肺失宣肃者,配合疏风宣肺法,用蒿芩清胆汤合银翘散加减;兼风邪束表,营卫不和者,配合疏风调卫法,用蒿芩清胆汤合桂枝汤加减;兼阳明气分有热,配辛寒清气养阴法,用蒿芩清胆汤合白虎汤加减;兼胆腑热郁,手足少阳经腑同病,枢机不利者,配和解攻里法,用蒿芩清胆汤合大柴胡汤加减。并附验案1则。

[关键词] 难治性发热;邪留三焦;叶天士;杨进;名医经验

[中图分类号] R255.1

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0791-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.013

YANG Jin's Experience in Diagnosing and Treating Refractory Fever Based on "Pathogens Lingering in Triple Energizer"

HUANG Xiaoxiao, XIE Zhongli Mentor: YANG Jin

(College of Traditional Chinese Medicine, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450046, China)

Abstract This paper summarizes Professor YANG Jin's clinical experience in treating refractory fever based on YE Tianshi's theory of "pathogens lingering in triple energizer" in *Treatise on Epidemic Febrile Diseases*. It is believed that the core pathogenesis of refractory fever is the retention of damp-heat, phlegm and turbidity pathogenic factors in triple energizer, causing triple energizer qi dysfunction and the disorder of qi movement. The basic treatment principle is to clear and purge the Shaoyang, disperse and eliminate phlegm and dampness, and promote the smooth flow of triple energizer. The clinical prescription is based on Haoqin Qingdan Decoction (蒿芩清胆汤), emphasizing YE Tianshi's idea of "adapting methods according to the syndrome". For cases of wind-heat attacking superficies and lung qi loss in dispersion, the method

of dispelling wind and ventilating lung should be combined, and modified combination of Haoqin Qingdan Decoction and Yinqiao Powder (蒿芩清胆汤合银翘散) is prescribed. For cases of wind pathogen blocking the exterior and disharmony between nutrient qi and defensive qi, the method of dispelling wind and regulating wei qi can be used in combination with the modified combination of

[收稿日期] 2024-07-16

[基金项目] 国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修项目(基础)(批文号:国中医药人教函[2022]239号);杨进全国名老中医药专家传承工作室项目(批文号:国中医药人教函[2022]75号)

[作者简介] 黄潇潇, 2022年硕士研究生, 研究方向: 温病学理论与临床应用。

[通信作者] 谢忠礼, 教授, 主要从事温病学理论与临床应用研究。邮箱: 1069182490@qq.com。

Haoqin Qingdan Decoction and Guizhi Decoction(蒿芩清胆汤合桂枝汤). If there is heat in the Yangming qi, the method of nourishing yin and clearing qi with pungent and cold medicinals is combined. The modified combination of Haoqin Qingdan Decoction and Baihu Decoction(蒿芩清胆汤合白虎汤) is used. For those with concurrent heat stagnation in the gallbladder and bowels, concurrent diseases in the Shaoyang meridians of the hands and feet, and unfavorable cardinal organs, the method of harmonizing and attacking the interior should be formulated, and the modified combination of Haoqin Qingdan Decoction and Dachaihu Decoction(蒿芩清胆汤合大柴胡汤) should be used. And one test case is attached for verification.

Keywords refractory fever; pathogens lingering in triple energizer; YE Tianshi; YANG Jin; experience of famous doctors

发热是临床常见的疾病之一,也是许多疾病伴随的症状。中医学认为,发热是正邪相争的表现,与病证的轻重呈一定的相关性,对病情的判断和预后具有积极的意义。一方面,正邪相争,正气胜则热渐退而病向愈,若正邪相持,则易出现反复或持续性发热;另一方面,无论高热不退或持续性低热,都会损耗人体津气,破坏脏腑功能,甚至导致阴竭阳脱而死亡。现代医学将发热分为感染性和非感染性两类,临床多采用解热镇痛剂、抗生素、激素类药物治疗^[1],虽有一定的退热效果,但对某些长期反复性发热患者来说疗效则较差,同时退热药物存在不良反应,亦不可长期使用,过量可能造成神经系统异常、肝肾功能损伤等^[2]。对于临床出现的某些长期不明原因的发热,西医治疗大多无效,称为难治性发热。到目前为止,难治性发热尚无统一的诊断标准,一般指发热经过医治超过1周仍发热不止或止而复热者,临床表现以反复或持续性发热多见,又称顽固性发热^[3]。

“邪留三焦”理论出自叶天士《温热论》“再论气病有不传血分,而邪留三焦,亦如伤寒中少阳病也。彼则和解表里之半,此则分消上下之势,随证变法,如近时杏、朴、苓等类,或如温胆汤之走泄,因其仍在气分,犹可望其战汗之门户,转疟之机括”^[4]。叶天士提出“邪留三焦”当采用分消走泄的治法,选方用药如苦杏仁、厚朴、茯苓等类或温胆汤。然而,这仅是叶天士对温病“邪留三焦”证治的大体概括,在其具体病机、症状等方面却无详细论述。杨进教授是当代著名温病学者,全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从事临床、教学及科研工作60余年,治学严谨,医术精湛,临床善治各种疑难杂症,对发热性疾病的治疗有丰富的经验。现将杨教授对叶天士“邪留三焦”理论的研究以及治疗难治性发热经验介绍如下。

1 三焦概念与叶天士“邪留三焦”理论内涵

“三焦”最早见于《素问·五脏别论》,指人体六腑之一。《难经·二十五难》称其“有名无形”。三焦虽有名无形,并至今未确定具体形态及实质器官,但其具有正常的生理功能和病理变化,因此仍有一定的学术意义和价值。根据古籍记载,三焦之义有二,一是指作为六腑之一的三焦,二是指上、中、下之部位三焦。

其一,作为六腑之一的三焦,《素问·五脏别论》言“夫胃、大肠、小肠、三焦、膀胱,此五者,天气之所生也,其气象天,故泻而不藏。此受五脏浊气,名曰传化之府”,说明三焦是传化之腑,具有泻而不藏的功能。《灵枢·本输》提出“三焦者,中渎之府也,水道出焉,属膀胱,是孤之府也”,直接点出三焦为“孤之腑”,无脏与之配合。在功能上,《灵枢·本脏》言:“六腑者,所以化水谷而行津液者也。”《素问·六节藏象论》言:“脾、胃、大肠、小肠、三焦、膀胱者……能化糟粕,转味而入出者也。”三焦具备与其他腑相同的传化水谷糟粕、运行津液的生理功能。但同时三焦有其独特的生理特性,《素问·灵兰秘典论》谓:“三焦者,决渎之官,水道出焉。”《难经》言:“三焦者,原气之别使也,主通行三气,经历于五脏六腑。”三焦如同沟渠,是人体津液、气火运行的通道,如果三焦失常,必然导致津液代谢紊乱和气机失调^[5]。其二,指上、中、下之部位的三焦,如《灵枢·营卫生会》中“上焦如雾”“中焦如沤”“下焦如渎”,将人体分成上中下三部分,三焦则对应各部位形体官窍,有着各自的主要功能。在《温热论》中,叶天士对三焦的理解仍继承《黄帝内经》之义,其中“上焦热极”“闭结中焦”“勿犯下焦”,言部位三焦;而“邪留三焦”则是指三焦腑。原因有二:一是叶天士将邪留三焦证与伤寒少阳证相类;二是可从“三焦不得从外解,必致成里结,里结于

何?在阳明胃与肠也”推断出来,三焦属少阳,温病三焦证不解亦会传入阳明胃腑。

2 “邪留三焦”与难治性发热

2.1 “邪留三焦”病机与难治性发热关系

《素问·天元纪大论》言:“少阳之上,相火主之。”《素问·六微旨大论》言:“少阳之上,火气治之。”三焦属少阳,一般认为肝、胆、肾、三焦内寄相火^[6]。《素问·天元纪大论》提出“君火以明,相火以位”,相火与君火相辅相成、互补互用,君相配合得当,具有温养五脏六腑与四肢百骸、推动人体功能活动的作用^[7]。《伤寒论·辨脉法》言:“形冷恶寒者,此三焦伤也。”因此三焦之气不足,会出现恶寒形冷的症状。在生理情况下,三焦主管和维持人体基本的温度,调节人体阴阳平衡。相反,若温热之邪侵袭而留于三焦或三焦之气过于亢盛,则易产生火热之证。三焦总领五脏六腑、经络、营卫之气,是全身气机升降出入之枢纽,具有调和表里、沟通内外、宣通上下、荣养脏腑的作用^[8],同时三焦又是水道,故三焦失调则会导致气机逆乱、水停火郁,从而内生湿、热、痰等,此即三焦的病理特点。

叶天士在《温热论》中虽未点明“邪留三焦”为何邪,然而从其对温邪致病特点的论述中可窥端倪。温邪致病,每多兼夹,分夹风和夹湿两种,夹风则化热最速,易传入营血分,消灼津液、耗血动血,故难留气分;而唯有温邪兼夹痰湿,因痰湿之邪属阴,其性黏滞,痰湿与温热相合,胶着难解,且变化较慢,易于留着,故往往停留气分时间较长。考虑三焦的生理、病理特性以及湿热痰浊病邪的特点,所以当湿热痰浊邪气滞留三焦时,势必导致三焦失调,出现气机郁滞、水道不通、痰湿内停、火郁于中等症状,而此又与痰湿邪热互结,更进一步加重了三焦功能的失调,二者互为因果,互相影响,从而形成邪留三焦之证。故“邪留三焦”之邪应主要为湿热痰浊之邪或温热夹痰夹湿之邪,并且此证较为复杂。张晓梅等^[9]认为各种疑难杂症可从三焦论治。因此临床所见到的各种持续数日不解的发热或寒热起伏经久不愈,只要符合病机辨证,杨教授认为皆可从邪留三焦辨证施治。

中医内科学将发热的病因分为外感和内伤,外感发热由外感六淫邪气引起,传变迅速,内伤发热多由脏腑阴阳失调引起,如阳虚发热、阴虚发热、气虚发热等。杨教授认为对于难治性发热患者,不宜将病因简单地归属为外感或内伤,二者往往相互影响,

同时还有很多不明原因的发热,由于发热日久,邪气早已导致身体发生了种种变化,所以在很多情况下难以辨明病因病机。此外,杨教授在临床实践中发现,多数难治性发热患者在前期治疗中存在失治误治的情况或者受到治疗自身其他疾病的用药影响。如长时间、大剂量的服用抗生素,或联合使用激素类、抗病毒类药物;或有医者不明患者阴阳状态即见热退热,投以大量清热解毒、滋阴降火之品,此类药物多苦寒败胃,损伤正气。邪气留于三焦后,湿、热、痰等相互搏结,加重气机郁滞,又进一步损伤人体正气,如此恶性循环,故使疾病缠绵难愈。因此,难治性发热一般反复发作、病程长,且病机复杂,病变部位多在三焦,兼见其他脏腑。

2.2 “邪留三焦”之难治性发热证候辨识要点

杨教授确立了“邪留三焦”为难治性发热的关键病机,以湿热痰浊病邪为主,可兼风热、暑湿、里气壅滞等。临证时以下四点病证表现可供参考:①发热反复发作,不明原因,短则数周,甚则数年,经久不愈;②辨舌象判断邪气性质,以舌苔黄腻或黄浊垢腻或白腻为关键辨证要点;③临床表现有偏于湿和偏于热的侧重,根据湿热偏重采取重清热或重利湿的方法,但始终不能忘记祛湿;④有阴伤的表现,因热耗津液,湿阻气机,气化不利,故阴液损耗而生成不足。综上,邪留三焦证的具体症状可表现为寒热起伏或持续性低热为主,汗出热不退,倦怠乏力,四肢困重,胸胁痞满,纳呆呕吐,腹胀,大便黏滞不爽,舌苔黄白而腻,脉濡或滑数。

3 清泄少阳、分消痰湿、疏利三焦为难治性发热的治则

“分消上下之势”是叶天士针对“邪留三焦”提出的治疗大法。湿热病,湿热互结,如油入面,热处湿中,湿遏热外,若湿不去则热不除,湿去则热易消。湿为阴邪,得温则化,得寒则凝,但过用温药则加重热势,过用寒凉,则冰伏邪气,湿热郁阻气机,使疾病更加缠绵难解^[10]。诚如吴鞠通所言“徒清热则湿不退,徒祛湿则热愈炽”^[11],唯有分消走泄、疏利三焦气机才能两者兼顾。分消之法,即采用清热祛湿之品使湿热相离;走泄之法,即采用理气流动之品使气机开泄畅通,从而帮助湿去热散。柳宝诒言:“治湿热两感之病,必先通利气机,俾气水两畅,则湿从水化,庶几湿热无所凝结。”^[12]故分消有利于走泄,走泄可帮助分消。具体用药上,叶天士以苦杏仁、厚朴、茯

苓等开上、畅中、渗下,或于温胆汤中用半夏化湿,陈皮、枳实理气祛湿,茯苓渗湿等,皆从行气化湿、开畅三焦着手。此外,湿热之邪留于三焦还能伴发其他病症,如湿热日久不解而蕴毒,可见咽肿疼痛、口疮等,治疗时需配合解毒消肿;湿热酿痰上蒙清窍,可见头重如蒙、耳窍不聪等,需配合豁痰开窍;三焦证内传成里结,需用缓下法;此即叶天士强调的“随证变法”思想。在治疗过程中还应注意“中病即止”,及时调方,以防分消太过;因发热熏灼津液,有阴液损耗者,当养阴护津。

4 以蒿芩清胆汤为主方,随证变法治疗难治性发热

三焦与胆皆属少阳,少阳介于半表半里,所以外伤于寒时,正邪易相持于少阳出现寒热往来,用柴胡配黄芩疏散退热、和解表里^[13]。少阳内寄相火,三焦又为水道,所以湿热痰浊之邪侵犯少阳时,杨教授主张用青蒿配黄芩疏利退热。三仁汤为湿温初起,邪遏卫气证的代表方,有开上、畅中、渗下之功能,虽可用于湿渐化热之候,但其侧重祛湿而清热之力不足。杨教授深刻剖析难治性发热病程长、反复发作的特点,选用蒿芩清胆汤为主方辨证治疗。蒿芩清胆汤是俞根初基于叶天士“分消走泄”之法创制的,由青蒿、黄芩加温胆汤、碧玉散组成,主要用于治疗少阳湿热痰浊证,为湿热之邪犯少阳三焦兼胆腑病变的代表方。方中青蒿芳香能透少阳湿热之邪,透邪外出,对长期发热用之尤宜;黄芩入少阳之腑,能清热燥湿,两药配合透热于外、燥湿于内;竹茹与半夏清化痰浊、和中止呕;枳壳与陈皮宽中化痰、疏利中焦之气机;赤茯苓、滑石、甘草、青黛清热利湿,导湿热于小便出。诸药合用,外透内清兼化,使三焦之邪从上、中、下分消走泄,故湿浊得化、邪热得清、气机得畅,诸症可除。现代医学研究表明蒿芩清胆汤对某些细菌、病毒感染引起的外感发热、长期发热、低热等难治性发热的治疗有较好的疗效^[14]。卢志刚等^[15]通过实验发现蒿芩清胆汤具有解热抗炎作用。李鹏^[16]通过实验发现蒿芩清胆汤可能通过作用于T淋巴细胞提高免疫能力从而发挥对外感热病的防治作用。

很多疾病在发展过程中并非只是单一病机,故难治性发热虽可从“邪留三焦”论治,并以蒿芩清胆汤为主方治疗,但临证时仍需加减变化,灵活运用。杨教授在长期临床实践中发现,难治性发热以湿热

内阻少阳三焦兼风热外袭、风邪束表、气分热盛以及胆腑郁热四种证型多见,以下选方可供参考。

4.1 兼风热外袭,配疏风宣肺法

湿热阻于少阳多兼风热外袭,致肺失宣肃,多表现为发热难解,伴微恶风寒、咳嗽、口渴、咽干、舌红、苔薄腻而干,脉浮数,治疗当清泄少阳、分消湿热、疏风宣肺散邪,用蒿芩清胆汤合银翘散加减治疗。此证多为发热患者复感风热之邪发展而来。银翘散后世称为“温病第一方”,张秉承在《成方便读》中言“银翘散,治风温温热,一切四时温邪”^[17]。用银翘散疏风透邪解表热,蒿芩清胆汤疏利三焦解里热,若咽痛、咽肿者,可加射干、玄参、僵蚕等利咽消肿;若阴液不足者,可加麦冬、沙参等滋阴;若咳嗽,可加桔梗、桑叶、郁金、枇杷叶等宣降肺气;若痰黏难咳者,可加苦杏仁、浙贝母等润肺化痰。

4.2 兼风邪束表,配疏风调卫法

本证多表现为持续性低热,体温为37.2℃~38℃,恶风,自汗出,渴不多饮,大便溏稀,小便少,舌红,苔黄腻,脉沉。治以分消湿热、疏风调卫,选蒿芩清胆汤合桂枝汤加减治疗,为邪留三焦兼营卫不和之少阳太阳合病。此证型多为邪实正虚之证,因术后、化疗后正气损伤而致卫阳不足的患者尤为多见。

疾病后期,若热渐退,湿渐消,可换柴胡桂枝汤加减善后,防疏利太过。“汗为心之液”,若汗出过多,心阴受损,心悸者可合生脉散;心火盛见胸闷、心烦者,可加淡豆豉、竹叶、栀子清火除烦;若阴伤内热较重者,可用百合、生地黄以滋阴清热。

4.3 兼气分热盛,配辛寒清气养阴法

本证型多表现为高热或自觉大热,面赤,口干口渴,饮而不解渴,喜冷饮,大便干,小便黄,舌红,苔黄偏干。治以分消湿热、养阴清热,选蒿芩清胆汤合白虎汤或白虎加人参汤加减治疗,为邪留三焦兼阳明气分热盛之少阳阳明合病。倦怠乏力者,为气阴两伤,可加人参补气生津;心悸者,可加生脉饮益气生津。

4.4 兼胆腑郁热,配和解攻里法

本证型多表现为寒热起伏或午后身热,口苦,伴恶心呕吐,胸胁满闷,大便黏滞不爽或便秘,小便不利,舌红,苔黄腻。既有湿热痰浊阻于手少阳三焦,又有足少阳胆腑郁热,属手足少阳同病之候,治疗以分消湿热、清胆泻火为主,方用蒿芩清胆汤合大柴胡

汤加减,为邪留三焦兼胆腑郁热之手足少阳同病之证。

5 病案举例

王某,女,15岁,2023年6月24日以发热6月余就诊。患者于6个月前无明显诱因出现发热,每日体温均高达40℃,24h波动幅度不大,触诊额头无大热感,在当地医院经住院检查未发现任何疾病,给予输液、消炎治疗,热仍不退。患者自述平日发热头晕,其余无大碍,不影响生活。现症见:发热,体温40.2℃,头晕,心中烦躁,胸闷,手足心热,出汗多而热不减,口干不渴,大便黏滞,舌红,舌根中心苔黄腻,边无苔,脉濡数。西医诊断:长期不明原因发热。中医诊断:湿温,证属湿遏热伏、阴虚夹湿。湿热痰浊内阻三焦,气机不利,兼有阴伤。组方:青蒿30g,黄芩15g,炒枳实15g,竹茹15g,陈皮12g,姜半夏12g,茯苓15g,滑石(包煎)15g,甘草9g,青黛10g,藿香15g,柴胡24g,生大黄6g,生石膏30g,寒水石15g,薄荷(后下)12g。14剂,水煎服,日2剂。2023年7月1日二诊,患者体温降至38.5℃,头已不晕,上述诸症皆减,舌红,苔薄白,脉数。守上方,去藿香、青黛,加生地黄24g、麦冬10g,14剂,水煎服,日1剂。2023年7月11日随访,服药期间体温缓慢下降,现已恢复正常,剩余中药3剂,嘱其服完再诊。

按:本案中患者不明原因发热半年,西医治疗无效,且形体偏胖,平素怕热,汗出较多,当属湿热体质。发热之初正值当地新型冠状病毒感染(COVID-19)爆发,故有湿热时毒之邪内伏,据杨教授辨治本证经验,首辨舌象以判断邪气性质,症见舌红、苔中心黄腻而舌边无苔,为湿热痰浊内阻化热伤阴之证。因湿热时毒内伏,日久酿蒸痰浊,湿热与痰浊阻于三焦,胶腻难解,熏蒸于外,故高热持久不退,手足心热而汗出热不减,口干不渴,依据叶天士所云“分消上下之势”治疗,以蒿芩清胆汤清泄少阳,分消痰湿,疏利三焦。湿热痰浊阻于三焦,热蒸湿动,上蒙清阳,故见头晕、心烦、胸闷,加柴胡透解少阳,加藿香、薄荷芳香化湿,宣开上焦清阳之气;湿热痰浊下流,湿阻肠道,气机不利,症见大便黏滞,故配合和解攻里法,加大黄以导滞通便,使湿从下泄。舌红、苔中心黄腻而边无苔,为兼阳明气分热盛伤阴之势,故配合辛寒清气养阴法,以生石膏辛寒清气,生地黄、麦冬养阴生津。“治湿不利小便,非其治也”^[18],故以滑石、

生石膏、寒水石清热利湿,导湿热从小便出。纵观本案,综合运用叶天士“邪留三焦”理论,体现了叶天士治疗“邪留三焦”时开上焦、畅中焦、渗下焦的证治原则,又灵活配合了疏风宣肺、辛寒清气养阴、和解攻里导滞等法,在立法以及组方用药上皆紧扣病机,使邪去而热退,故获良效。

[参考文献]

- [1] 胡丽娜,谢勉,李国强,等. 血液肿瘤化疗后粒缺伴发热患者一线经验性抗感染治疗的临床疗效及治疗费用[J]. 中国感染控制杂志,2020,19(8):715-720.
- [2] 王泽坤,王俊涛,郑玉玲. 清营透窍法治疗化疗后感染性高热经验谈[J]. 中医肿瘤学杂志,2021,3(5):45-49.
- [3] 黄乐,管聘,戴思姣,等. 胡学军运用经方治疗难治性发热经验[J]. 湖南中医杂志,2018,34(4):14-15.
- [4] 叶桂. 温热论[M]. 张志斌,整理. 北京:人民卫生出版社,2010:18.
- [5] 李具双. 三焦与营卫气生成关系浅谈[J]. 浙江中医药大学学报,2017,41(1):46-48.
- [6] 高莹,周天,黄羚. 基于“三焦为相火”理论浅析低体温对痴呆发病的影响[J]. 辽宁中医杂志,2021,48(6):47-49.
- [7] 张怀亮,刘群霞. 浅议命门之火、君火、相火及其关系[J]. 中华中医药杂志,2015,30(4):1131-1133.
- [8] 郑海涛,任献青,宋纯东,等. 丁樱从邪伏三焦论治小儿不明原因发热经验[J]. 中医杂志,2023,64(1):16-20.
- [9] 张晓梅,姜良铎,肖培新. 疏利三焦在疑难杂症治疗中的应用[J]. 中医杂志,2018,59(24):2151-2154.
- [10] 谢忠礼. 《温热论》论湿初探[J]. 江苏中医,1999,31(10):7-8.
- [11] 吴瑭. 温病条辨[M]. 杨进,点评. 北京:中国医药科技出版社,2018:126.
- [12] 柳宝诒. 柳宝诒医案[M]. 张耀卿,整理. 北京:人民卫生出版社,1965:38.
- [13] 祝盼盼,陈宝国. 从小柴胡汤到蒿芩清胆汤看寒温统一[J]. 中医药通报,2019,18(6):11-13.
- [14] 王秀娟. 蒿芩清胆汤加味治疗发热不退的临床体会[J]. 天津中医,1995,12(5):20.
- [15] 卢志刚,韩雪梅. 蒿芩清胆汤解热抗炎作用的实验研究[J]. 中医药学刊,2005,23(3):454-455.
- [16] 李鹏. 蒿芩清胆汤的免疫作用研究[J]. 中医研究,2004,17(5):22-23.
- [17] 张秉承. 成方便读[M]. 上海:上海科学技术出版社,1958:22.
- [18] 虞抟. 医学正传[M]. 黄惠勇,整理. 太原:山西科学技术出版社,2012:102-103.

陈守强自拟“宁心康桥”系列方分型辨治冠状动脉心肌桥经验

吕泰龙¹,李雯雯¹,孙振海¹,谢慧丹¹,李树弟¹,张梦贺² 指导:陈守强

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

【摘要】 冠状动脉心肌桥是指在心脏发育过程中部分节段冠状动脉被心肌包绕覆盖,该部分心肌即为心肌桥。患有心肌桥的人群或无症状,或表现出心绞痛、心律失常、心肌梗死等不良心血管事件。陈守强教授提出心肌桥的病因源于先天禀赋异常,病机以气滞血瘀为核心,并根据临床表现将其分为无症状型、I型(以胸闷胸痛为主症)、II型(以惊悸怔忡为主症)。陈教授以行气活血为基本治则,并根据心肌桥患者的不同分型及兼证创立了“宁心康桥”系列方,包括宁心康桥方、1号方、2号方、安眠方、解郁方、止汗方、消痞方。临床分型辨治心肌桥取得了较好的疗效,为中医药治疗该病提供了创新思路与实践范例。

【关键词】 冠状动脉心肌桥;气滞血瘀;分型辨治;宁心康桥方;陈守强

【中图分类号】 R256.29

【文献标志码】 A

【文章编号】 0257-358X(2025)07-0796-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.014

CHEN Shouqiang's Experience in the Type Differentiation and Treatment of Coronary Artery Myocardial Bridge with Self-Prescribed "Ningxin Kangqiao" Series of Formula("宁心康桥"系列方)

LYU Tailong¹, LI Wenwen¹, SUN Zhenhai¹, XIE Huidan¹, LI Shudi¹, ZHANG Menghe² Mentor: CHEN Shouqiang

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

Abstract Coronary artery myocardial bridge refers to the situation where a certain segment of the coronary artery is surrounded and covered by myocardium during the development of the heart, and this part of the myocardium is called the myocardial bridge. People with myocardial bridges are either asymptomatic or exhibit adverse cardiovascular events such as angina, arrhythmias, and myocardial infarction. Professor CHEN Shouqiang proposes that the etiology of myocardial bridge originates from congenital endowment abnormality, with qi stagnation and blood stasis as the core of the pathogenesis. According to clinical manifestations, it is classified into asymptomatic type, type I (with chest tightness and chest pain as the main symptom), and type II (with palpitation and palpitation with anxiety as the main symptom). Professor CHEN adheres to the fundamental therapeutic principle of promoting qi circulation and activating blood, and has established the

"Ningxin Kangqiao" series of Formula("宁心康桥"系列方) based on the different types and syndromes of patients with myocardial bridge, including the Ningxin Kangqiao Formula(宁心康桥方), Formula No. 1(1号方), Formula No. 2(2号方), the Sleep-Inducing Formula(安眠方), the Depression Relieving Formula(解郁方), the Sweating Stopping Formula(止

【收稿日期】 2024-05-23

【基金项目】 山东省自然科学基金面上项目(编号:ZR2019MG022);山东省医药卫生科技项目(编号:202303011038);山东省中医药科技项目(编号:M—2023260,Z—2023010,M—2023144)

【作者简介】 吕泰龙,2023年硕士研究生,研究方向:心血管疾病的中西医结合防治与中医药信息化相关研究。

【通信作者】 张梦贺,主治医师,主要从事心血管疾病的中西医结合防治与中医药信息化相关研究。邮箱:csq23800@163.com。

汗方), and the Plank-Relieving Formula (消痞方). Clinically, Professor CHEN's treatment of myocardial bridges based on type differentiation has significantly relieved patients' symptoms and achieved good clinical efficacy, providing innovative ideas and practical examples for the treatment of this disease with traditional Chinese medicine.

Keywords coronary artery myocardial bridge; qi stagnation and blood stasis; type differentiation and treatment; Ningxin Kangqiao Formula; CHEN Shouqiang

冠状动脉心肌桥(以下简称心肌桥)是一种先天性冠状动脉发育异常^[1],由Reyman在1737年做尸检时最先发现^[2],后在1960年由Porstmann等^[3]通过冠状动脉造影证实。具体是指在冠状动脉发育过程中,一段或多段冠状动脉被心肌组织覆盖,被覆盖的冠状动脉段在收缩期容易受到心肌压迫,导致血管狭窄继而引起心肌缺血,而覆盖在冠状动脉上的心肌则称为心肌桥。目前,对于心肌桥有症状者,西医常进行抑制心肌收缩、扩张冠状动脉血管等对症治疗,而对于药物治疗无效或效果不佳者,多采用冠状动脉支架植入、冠状动脉搭桥或心肌桥切除等手术治疗。然以上两种治疗方案多效果欠佳,普适性低,且术后易发生远期支架再狭窄、冠状动脉穿孔等并发症^[4],故临床仍需进一步探求新型治疗方案。近年来随着对心肌桥研究的加深,中医药治疗逐渐显出优势,中医古籍中虽无心肌桥相关记载,但据其临床表现,可归属为胸痹、心悸范畴,诸多医家以此辨治心肌桥,效多显著^[5-7]。

陈守强为山东中医药大学第二附属医院教授,主任医师,博士研究生导师,师从全国名中医丁书文教授,是国家中医药管理局重点学科学术骨干及后备学科带头人,山东省“泰山学者”团队核心成员。陈教授从事中医临证30余年,擅长运用中医药理论辨治各类心血管疾病,治疗方法包括针药结合、掌纹诊病、膏方调治等。陈教授在心肌桥的中医药诊疗方面积累了丰富的临床经验与临证心得。在辨治心肌桥时陈教授认为病因不离先天、病机不过气血,提出据症分型的诊疗思路,并自拟“宁心康桥”系列方予以施治,收效颇佳。兹就陈教授辨治心肌桥经验分析如下。

1 溯源先天,症求气血

1.1 禀赋异常,化致肌桥为病因之本

顽疾深灶,生于毫末,关于心肌桥的形成,陈教授认为多责之于先天禀赋受扰,在胚胎化生伊始,心及心包发育时气化不利,包膜脂络随之异化而成心肌桥。中医学认为,心包乃心脏之外膜脂络,有代心

受邪的功能^[8],如《灵枢·邪客》言:“心者……邪弗能容也。容之则心伤,心伤则神去,神去则死矣。故诸邪之在于心者,皆在于心之包络。”而在人体胚胎生长发育阶段所需禀赋均源于先天父母之精,若胚胎先天之精中阳气不足,或生长过程中受阴邪所扰,则在心脏发育时心包易代心受邪。“阳化气,阴成形”,包络阳气不足、相火不温气血,心脉之精微物质则会胶结稽留,故而日久胚胎心脏发育异化,心肌桥乃成^[9]。人体生长发育成型后,异化之心肌桥亦会存在,或无症状,或可作为新的病理因素而诱发新症新病,但究其本源,不外乎由先天心包异化而成。

1.2 气滞血瘀,壅滞心脉为病机之要

对于有症状心肌桥患者而言,其临床多表现为胸痛胸闷或心悸怔忡,陈教授认为其根源为心脏收缩时心肌桥压迫冠状动脉血管而致管腔狭窄,其病理则为血管狭窄而伴生的气滞血瘀,陈教授将此种病理状态称为“脉蹙”,即心中血脉受肌桥束缚蹙之状。史海波等^[10]参照冠状动脉造影结果,提出心肌桥伴冠状动脉狭窄<50%的患者以气滞血瘀证型为主。此外,亦有研究提出心肌桥患者中气滞血瘀证型更为多见^[11]。南宋医家杨士瀛指出“气有一息之不运,则血有一息之不行”^[12],血脉受压而狭窄,故气不得运而滞,血不得行而瘀,盖因气为血之帅、血为气之母,二者互依互存、彼此影响,气滞则血行受阻,加重血瘀,血瘀则载气无路,徒增气滞,气血凝而瘀阻不通,结于心胸,而致胸痹心痛。《校注妇人良方·调经门》有言“血者水谷之精气也”^[13],血运受阻,则濡养无门,营气不通,则充养无路,气血稽留故荣养不及,心神受累而致胸痹心悸怔忡。由此可见气滞血瘀不仅是心肌桥伴生的病理产物,更是心肌桥患者出现不适症状的关键病机。

2 以症分型,据证施治

2.1 依症为纲,分型论治

目前临床对于心肌桥的发病机制仍存在争议,故该病暂无确切的分型诊疗标准。临床研究发现,心肌桥患者数量庞大且证型杂乱,各年龄段均可发

病,且成人与儿童患病率相当^[14],患病群体并无明显的规律特征可循。陈教授提出依据心肌桥患者的临床症状对其进行分型诊治。陈教授总结得出心肌桥有症状患者的主症多为两方面。一是以胸闷、胸痛为主,如《素问·脏气法时论》言“心病者,胸中痛,胁支满,胁下痛,膺背肩胛间痛,两臂内痛”;二是以惊悸、怔忡为主,如《医学正传·怔忡惊悸健忘证》云“怔忡者,心中惕惕然动摇而不得安静,无时而作者是也;惊悸者,蓦然而跳跃惊动而有欲厥之状,有时而作者是也”^[15]。陈教授据此将心肌桥患者主要分为三型,包括无症状型、I型(以胸闷、胸痛为主症)、II型(以惊悸、怔忡为主症)。此三型亦是临床中最常见的类型。

2.2 守证为要,重视兼夹

临床中I型或II型心肌桥患者主要病机均不离气滞血瘀,而对于无症状患者而言,观其舌脉亦显气滞血瘀之象,因此以上三型心肌桥患者证型均以气滞血瘀证为主导,故心肌桥患者在施治时均以行气活血为基本治则。其中I型患者证型侧重血瘀,血瘀气滞,胸阳不运,阳微阴弦,瘀阻心脉,发为胸痛胸闷。II型患者证型则兼夹郁热扰神,气血不通,积郁日久而化热,扰及心神,心烦神乱,发为心悸怔忡。无症状型患者则根据未病先防思想以理气活血法调之,意在“先安未受邪之地”。此外,陈教授在实际诊疗过程中重视各类兼夹症状,部分患者在胸痹、心悸基础上可伴有睡眠障碍、焦虑抑郁、心慌汗出、心胸痞闷等,在治疗时当以行气活血法为主,根据兼夹症主次不同调整配伍治疗。

3 攻补同调,心宁桥康

3.1 自拟验方,气血并治

基于气滞血瘀的主要病机和依症分型的诊疗思路,陈教授认为心肌桥患者的治疗需以行气活血为基本治则,辅以宁心安神、益气养阴等法,从改善患者临床症状和缓解肌桥压迫血管入手,临床自拟“宁心康桥”系列方,并据症加减化裁,疗效良好。系列方中主方为宁心康桥方,适用于心肌桥无症状患者或主要症状不突出、临床表现无侧重的患者。宁心康桥方药物组成:黄芪30g,川芎15g,丹参20g,香附15g,玫瑰花12g,生龙骨(先煎)30g,生牡蛎(先煎)30g,珍珠母30g,磁石30g,麦冬15g,五味子3g,神曲20g,木香9g,生甘草6g。黄芪甘温,能行滞通痹、生津养血,同时培补元气、助气行血;川芎乃为血中之气药,如《长沙药解》所言“行经脉之闭涩,达风木之抑郁,止痛切而断泄利,散滞气而

破瘀血”^[16],故其功善行气活血,以解血瘀气滞;丹参可入心肝血分,养心血而活血,生新血而去宿瘀,可使诸药补而不滞,又善通行,有活血化瘀、通经止痛之功,为治血瘀要药。三药合而为君,使气旺而血行,祛瘀而不伤正,共奏行气化瘀之功。香附、玫瑰花、磁石、生龙骨、生牡蛎、珍珠母为臣药。《得配本草》中注香附“通行十二经及奇经八脉气分。通两胁,解诸郁,引血药至气分而生血。气滞则血不生,疏之即所以生之。治一切血凝气滞所致等症”^[17]。故香附行气解郁以治气郁,配玫瑰和血止痛,二者合用共助君药行气活血。张锡纯云“龙骨能安魂,牡蛎能强魄”^[18],遂取磁石、生龙骨、生牡蛎、珍珠母四者相伍以镇心安神、除烦定悸。木香、麦冬、五味子、神曲为佐药。《临证指南医案·胁痛》云“久病在络,气血皆窒”^[19],故佐木香理气止痛,其性辛温香烈,配伍君臣,能行散上下,以宣气滞。五味子之酸收心气,麦冬之寒清心经郁热,二药互用,养阴生津,心气和而神自归。神曲健胃和中,既助石药之运化,又防重镇之伤胃,且有养神调心之功,如《医宗金鉴·删补名医方论》言神曲“食消则意智明而精神治”^[20]。生甘草则为舟楫之使,和诸药而入心经。以此配伍则心宁桥康,共奏行气活血、宁心安神、益气养阴之功,心肌桥所致心胸闷痛、惊悸怔忡自可痊愈。

3.2 以今释古,辅以佐证

现代药理学研究显示黄芪中的活性成分黄芪甲苷具有保护心肌、抑制心肌细胞凋亡、提升心肌收缩力和减轻心肌肥厚的作用^[21-23]。川芎中的川芎嗪具有保护缺血损伤心肌的功效,可对心脏功能发挥保护作用^[24]。丹参中丹酚酸B能够通过多条通路来增加冠状动脉生成,继而扩张血管,改善血液循环^[25]。有研究表明龙骨和牡蛎具有抗惊厥和镇静作用^[26]。香附能够活血化瘀,通过降低血液中的血浆纤维蛋白原来发挥作用^[27],并且可以有效调节血脂^[28]。药理学研究亦发现玫瑰具有营养心肌、增加心肌血流量、降低血黏度等作用^[29]。磁石则可以有效延长小鼠睡眠时间,展现出较为明显的镇静及安神作用^[30]。珍珠母则有一定的抗抑郁与催眠镇静功效^[31]。五味子中的五味子乙素能够参与睡眠调节,并对缺血心肌起到一定保护作用^[32]。麦冬多糖或麦冬总皂苷通过影响丙二醛(MDA)、游离脂肪酸(FFA)、内皮型一氧化氮合酶(eNOS)等发挥保护心血管系统的作用^[33]。神曲可以显著改善小鼠的消化功能,从而缓解中草药对胃肠道的刺激^[34]。木香提

取物中有降低血液中胆固醇和甘油三酯水平的成分,以及扩张血管和降压的成分,从而发挥降压作用,而木香桉内酯、木香挥发油以及去氢木香内酯则具有抑制二磷酸腺苷(ADP)诱导的血小板聚集作用,可以有效抗血凝^[35]。甘草甜素和甘草次酸则可作为凝血因子Xa和凝血酶抑制剂,具有抗血栓作用,能有效保护心血管^[36],而异甘草素则可以抑制瞬时受体电位通道5的表达,可通过降低血脂来缓解动脉粥样硬化病变^[37]。

3.3 据症变方,化裁有道

在临床治疗中,陈教授以宁心康桥方为底方,依据患者分型和临床表现,加入通经止痛、除烦定悸、安眠解郁、止汗消痞之品,共同配伍组成系列方,旨在疏解肌桥压迫,使心之阴阳气血调和,则诸症可愈。心肌桥有症状者大多以I型、II型患者为主,其中心肌桥I型患者以胸痛、胸闷为主症,于宁心康桥方中加入延胡索15g、水蛭9g以增强祛瘀通络止痛之功,是为宁心康桥1号方。心肌桥II型患者以惊悸、怔忡为主症,则于宁心康桥方中加入紫石英30g、栀子15g以定悸清热除烦,此为宁心康桥2号方。临床中少数心肌桥有症状者以其他临床表现为主,如心肌桥患者以心烦、失眠为主症,则加栀子15g、炒酸枣仁30g,组成宁心康桥安眠方。有学者发现心肌桥患者伴有焦虑抑郁等情志问题的概率明显高于普通人群,临床应加以重视^[38-39]。若以抑郁、焦虑为主症,则加青礞石30g、柴胡9g,为宁心康桥解郁方。心肌桥症见汗出者,加麻黄根30g、浮小麦15g,为宁心康桥止汗方。以心胸痞闷为主症者,加厚朴15g、佛手9g,成宁心康桥消痞方。此七方共同组成“宁心康桥”系列方,临证遣方时根据实际情况灵活化裁,对于心肌桥患者多有裨益。

4 病案举例

患者,女,58岁,2022年9月20日初诊。主诉:胸闷、胸痛9年,加重2个月。病史:患者自2013年5月发病,无明显诱因出现胸闷、胸痛,平息而静后可缓解,故未行检查与治疗。后此症迁延反复9年余,2022年7月症状加重,于9月初在当地医院诊治,冠状动脉造影显示血管受心肌桥压迫,确诊为冠状动脉心肌桥,予酒石酸美托洛尔片进行治疗,然疗效一般,遂来我院就诊。刻下症见:面色略暗,胸闷、胸痛,活动后加重,平素性格急躁易怒,纳可眠差,不易入睡而易醒,二便调。舌暗红苔黄,双脉弦涩有力。西医诊断:冠状动脉心肌桥;中医诊断:胸痹,证属气滞血瘀、郁热扰神。辨为I型心肌桥患者。治法当

以行气活血、解郁安神为主,予自拟宁心康桥1号方加减进行治疗。组方如下:黄芪30g,川芎15g,丹参20g,香附15g,玫瑰花12g,生龙骨30g,生牡蛎30g,珍珠母30g,磁石30g,麦冬15g,五味子3g,神曲20g,木香9g,延胡索15g,水蛭6g,牡丹皮20g,栀子20g,生甘草6g。共14剂,免煎颗粒,日1剂,开水冲服,分早晚两次温服。

2022年10月3日二诊:服上方后,患者自述胸闷、胸痛症状减轻,性格急躁易怒表现好转,现仍感活动后胸闷、胸痛加剧,纳眠可,二便调,舌红苔黄,双脉弦涩小数。嘱上方加连翘20g,续服14剂,服法同前。

2022年10月17日三诊:患者自述续服药后胸闷、胸痛症状进一步减轻,活动后已不感胸闷、胸痛,纳眠可,二便调,舌红苔薄白,脉弦不著。嘱上方水蛭加为9g。续服14剂,诸症皆痊,药尽病瘥。后随访1年,期间再无复发,心胸已无胸闷症状。

按:患者以胸闷、胸痛为主症,其冠状动脉造影示左前降支血管受心肌桥压迫,故诊断为冠状动脉心肌桥。据其主症心胸闷且平素性格急躁易怒,当属胸痹范畴,脉络受压,气行无路,血运无门,日久积为气滞血瘀,气滞不畅故闷,血不荣通而痛,故而自觉胸闷、胸痛。观其脉证,四诊合参,将该患者归为I型心肌桥,证属气滞血瘀、郁热扰神,故选用自拟方宁心康桥1号方加减进行治疗。方用黄芪、川芎、丹参,三药通中兼补,行气活血而不伤正,以解气滞血瘀。香附行气而解郁,玫瑰和血而止痛,佐龙骨、牡蛎可安魂魄,伍磁石、珍珠母以镇心神。又取木香之辛温香烈,能散能行,再配五味子之酸、麦冬之寒以养阴敛神,辅神曲、助黄芪以培固中州,既助石药之运,又防重镇之寒。生甘草和诸药而引入心。因症属胸痛,久经迁延,瘀滞较甚,遂加延胡索增其行气止痛之功,水蛭取其破血逐瘀之力。又观其急躁易怒生火,故加牡丹皮、栀子以清热除烦。二诊诸症改善,然患者舌红苔黄脉数,故加连翘清热解毒。三诊邪实渐除,病已向愈,乃增水蛭之量以攻逐残留之瘀,以固其效。

5 结束语

心肌桥病因病机纷繁复杂,各家仍有争论。陈教授在诸医家观点基础上加以总结,并结合自己多年临证经验,提出以心肌桥患者主要症状为出发点,继而分型论治,由此自拟“宁心康桥”系列方,治疗以行气活血为基本大法,随兼症不同而灵活化裁,随病机变化而加减变通,综合调理,每获良效。

[参考文献]

- [1] 王宁夫,潘浩,童国新. 心肌桥和心肌桥近端合并严重动脉粥样硬化病变的介入治疗疗效观察[J]. 中华心血管病杂志,2005,33(8):684-686.
- [2] 宋雷,张明奎,张岩,等. 冠状动脉心肌桥诊断与治疗的专家共识[J]. 中国研究型医院,2022,9(5):1-8.
- [3] PORSTMANN W,IWIG J. Die intramurale koronarie im angiogramm [J]. Fortschr Röntgenstr, 1960, 92 (2) : 129-133.
- [4] 卢晓峰,田愉,高秉仁,等. 冠状动脉心肌桥病理生理及诊治的研究进展[J]. 西北国防医学杂志,2020,41(10):655-661.
- [5] 钟庆扬,郭进建. 从肝论治气滞血瘀型心肌桥的临床观察[J]. 光明中医,2019,34(13):1967-1970.
- [6] 陈赛赛. 柴胡疏肝散合丹参饮治疗气滞血瘀型冠状动脉心肌桥的临床研究[D]. 上海:上海中医药大学,2019.
- [7] 陈军,陈联发,许娜. 自拟理气活血通络方治疗气滞血瘀型冠状动脉心肌桥的临床研究[J]. 心血管病防治知识(学术版),2017,6(8):50-52.
- [8] 景苗苗,曾芳. 心包代心受邪浅析[J]. 山东中医杂志,2015,34(9):720-721.
- [9] 张学娅,饶宇东,郭春霞,等. 《内经》“阳化气,阴成形”含义探讨[J]. 辽宁中医杂志,2020,47(4):80-82.
- [10] 史海波,王振兴,陈晓虎. 心肌桥致胸痹的证型分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2009,7(11):1279-1280.
- [11] 于忠,王伟. 冠心病患者冠脉CTA表现及与中医辨证分型相关性研究[J]. 新中医,2019,51(3):16-18.
- [12] 杨士瀛. 仁斋直指方[M]. 孙玉信,朱平生,点校. 上海:第二军医大学出版社,2006:8.
- [13] 薛己. 校注妇人良方[M]. 太原:山西科学技术出版社,2012:58-59.
- [14] LANCE GOULD K,JOHNSON N P. Myocardial bridges: lessons in clinical coronary pathophysiology [J]. JACC Cardiovasc Imaging,2015,8(6):705-709.
- [15] 虞抟. 医学正传[M]. 郭瑞华,点校. 北京:中医古籍出版社,2002:318.
- [16] 黄元御. 长沙药解[M]. 北京:中国医药科技出版社,2017:31.
- [17] 严洁,施雯,洪炜. 得配本草[M]. 北京:中国中医药出版社,1999:68.
- [18] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 石家庄:河北人民出版社,1977:86-89.
- [19] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:440.
- [20] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 张年顺,张弛,校注. 北京:中国中医药科技出版社,2011:358.
- [21] 职玉娟. 黄芪甲苷对H₂O₂诱导心肌细胞凋亡及相关调
- 控蛋白表达的影响[J]. 国医论坛,2022,37(6):68-71.
- [22] 覃露芸,骆利飞,关鹏,等. 黄芪甲苷通过诱导自噬减轻慢性间歇性低氧大鼠心脏损伤[J]. 解剖学报,2021,52(2):270-276.
- [23] 李梦华. 黄芪甲苷在心肌梗死大鼠模型中的心肌保护作用[J]. 科学技术与工程,2021,21(9):3520-3525.
- [24] 罗仁书,何治勇. 川芎有效成分药理作用的研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析,2018,18(9):1294-1296.
- [25] 高兵. 丹参的药理作用及临床应用分析[J]. 中国现代药物应用,2018,12(1):196-197.
- [26] 张晗,张磊,刘洋. 龙骨、牡蛎化学成分、药理作用比较研究[J]. 中国中药杂志,2011,36(13):1839-1840.
- [27] 季宁平,周莉江,严鑫,等. 醋制香附不同提取部位对肝郁血瘀模型大鼠的影响[J]. 中药与临床,2017,8(2):57-60.
- [28] SINGH P,KHOSA R L,MISHRA G, et al. Antidiabetic activity of ethanolic extract of *Cyperus rotundus* rhizomes in streptozotocin-induced diabetic mice [J]. J Pharm Bioallied Sci,2015,7(4):289-292.
- [29] 仲婕. 玫瑰花的新药用价值[J]. 中国医药科学,2011,1(16):9-11.
- [30] 李光华,周旭,贺弋. 龙骨、磁石对小鼠镇静催眠作用的研究[J]. 宁夏医学院学报,2001(2):82-83,87.
- [31] 金艳. 珍珠母重镇安神药理作用及临床应用研究进展[J]. 浙江中医杂志,2017,52(5):388-389.
- [32] 孔李婷,黄颖,翟华强,等. 五味子醇甲对大鼠离体胸主动脉环作用研究[J]. 山东中医药大学学报,2018,42(1):74-77.
- [33] 彭婉,马骁,王建,等. 麦冬化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药,2018,49(2):477-488.
- [34] 高鹏飞,张文意,周蓉蓉,等. 神曲对小鼠消化功能的影响[J]. 中华中医药学刊,2016,34(2):362-364.
- [35] 魏华,彭勇,马国需,等. 木香有效成分及药理作用研究进展[J]. 中草药,2012,43(3):613-620.
- [36] 李葆林,麻景梅,田宇柔,等. 甘草中新发现化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中草药,2021,52(8):2438-2448.
- [37] QI J,CUI J G,MI B B, et al. Isoliquiritigenin inhibits atherosclerosis by blocking TRPC5 channel expression [J]. Cardiovasc Ther,2020,2020:1926249.
- [38] 陈柄旭,李轶璇,刘玉卓,等. 心肌桥患者躯体化症状及焦虑抑郁的调查分析[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2020,29(2):130-135.
- [39] 张新岭,李强,张春香,等. 心肌桥患者抗焦虑抑郁治疗的实施及症状改善情况研究[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(69):63.

姜泉从肝论治硬皮病用药规律及经验

常甜,夏聪敏,彭秋伟,张富渊,李延婷,焦娟 指导:姜泉

(中国中医科学院广安门医院,北京 100053)

[摘要] 目的:基于数据挖掘探析姜泉教授治疗硬皮病的组方用药规律,科学阐释其学术经验。方法:收集近10年姜教授门诊治疗硬皮病患者处方资料,运用Excel 2016分析高频用药及性味归经,通过IBM SPSS Modeler 18.0和SPSS Statistics 26.0进行关联规则分析、聚类分析及因子分析。结果:共纳入处方272首,涉及中药231味,用药以肝、脾、肺经为多,功效以补虚、活血化瘀为主,高频药物主要有当归、白芍、鸡血藤、川芎、丹参、通草、柴胡、茯苓、地龙,聚类分析得到7个组合,共提取到10个公因子。结论:姜教授在师承国医大师路志正教授“持中央、运四旁”理论调理脾胃的基础上,重视从肝论治硬皮病,认为“血虚肝郁,肝木乘脾侮肺”为基本病机,遣方用药主张“养血疏肝,健脾抑木,肃肺平木”。

[关键词] 硬皮病;数据挖掘;国医大师;路志正;姜泉;从肝论治

[中图分类号] R259

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0801-08

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.015

JIANG Quan's Medication Regularity and Experience in Treatment of Scleroderma from the Liver

CHANG Tian, XIA Congmin, PENG Qiuwei, ZHANG Fuyuan, LI Yanting, JIAO Juan Mentor: JIANG Quan

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

Abstract Objective: To explore the prescription and medication regularities of Professor JIANG Quan in the treatment of scleroderma based on data mining and to explain her academic experience scientifically. **Methods:** The prescription data of Professor JIANG Quan in treating patients with scleroderma in the outpatient department in the past 10 years were collected. The high-frequency medication and the property, flavor and channel tropism were analyzed using Excel 2016. Association rules analysis, cluster analysis and factor analysis were conducted through IBM SPSS Modeler 18.0 and SPSS Statistics 26.0. **Results:** A total of 272 prescriptions were included, involving 231 traditional Chinese medicinals. The majority of the medicinals involved the liver, spleen, and lung meridians. The main functions were to tonify deficiency, promote blood circulation and remove blood stasis. The frequently used medicinals mainly included Danggui (Angelicae Sinensis Radix), Baishao (Paeoniae Radix Alba), Jixueteng (Spatholobi Caulis), Chuanxiong (Chuanxiong Rhizoma), Danshen (Salviae Miltiorrhizae Radix Et Rhizoma), Tongcao (Tetrapanacis Medulia), Chaihu (Bupleuri Radix), Fuling (Poria), Dilong (Pheretima). Cluster analysis yielded 7 combinations, and a total of 10 common factors were extracted. **Conclusions:** Based on inheriting the theory of “tonifying the spleen and stomach” of Professor LU Zhizheng, a master of traditional Chinese medicine, Professor JIANG attaches great importance to treating scleroderma from the liver. She believes

[收稿日期] 2024-06-03

[基金项目] 国家自然科学基金重点项目(编号:82230121);中国中医科学院科技创新工程项目(编号:CI2021B007)

[作者简介] 常甜,2023年攻读博士研究生,研究方向:中医药防治风湿免疫病研究。邮箱:t18811385256@163.com。

that “deficiency of liver blood, stagnation of liver qi suppressing spleen qi and blocking lung qi” is the basic pathogenesis. In her prescriptions and medications, she advocates “nourishing blood and soothing the liver, strengthening the spleen and suppressing wood, and clearing the lungs and leveling wood”.

Keywords scleroderma; data mining; master of traditional Chinese medicine; LU Zhizheng; JIANG Quan; treatment from the liver

硬皮病是一种自身免疫性弥漫性结缔组织病,临床上以弥漫性或局限性皮肤增厚或纤维化及血管病变为主要特征,因此常出现雷诺现象、肢体末端缺血坏死、肺动脉高压、肺间质纤维化等表现,也可累及肾脏、心脏、消化道等器官^[1]。雷诺现象多为首发症状,肺部病变是导致死亡的主要原因^[2]。目前硬皮病的发病机制尚不明确,多认为与血管损伤、免疫紊乱、胶原异常等机制有关^[3]。目前治疗药物包括免疫抑制剂、糖皮质激素及针对雷诺现象等肢端血管病变的血管活性药,但疗效有限且不良反应较大,临床尚缺乏治疗本病的特效药^[4]。中医多以皮痹论治本病,能有效改善雷诺现象及皮肤硬化,防止病情进一步向肺肾进展,同时减轻西药的不良反应^[5]。姜泉教授为首都名中医,岐黄学者,第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,师承国医大师路志正教授,从事临床工作40余年,运用中医药治疗硬皮病有丰富经验且疗效显著^[6]。笔者通过收集姜教授近10年治疗硬皮病门诊处方,挖掘姜教授治疗硬皮病组方用药规律,以探析其学术思想,为临床治疗硬皮病提供指导。

1 资料与方法

1.1 数据来源

收集姜教授2013年6月至2023年6月于中国中医科学院广安门医院风湿科诊治的硬皮病患者的处方数据,包括局限性硬皮病、系统性硬化病、CREST综合征。

1.2 数据筛选

1.2.1 诊断标准

①西医诊断标准:参照《中国临床皮肤病学》^[7]局限性硬皮病诊断标准或2013年美国风湿病协会/欧洲抗风湿病联盟(ACR/EULAR)系统性硬化病分类标准^[8]。②中医诊断标准:符合2020年中华中医药学会《中医皮肤科临床诊疗指南》^[9]中皮痹的诊断标准。

1.2.2 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准,明确诊断为硬皮

病的患者;②纳入的资料信息完整(姓名、性别、年龄、中西医诊断、中药处方等)。

1.2.3 排除标准

①合并其他自身免疫病如类风湿关节炎等;②不准确、不完整的处方;③非口服药物途径进行治疗。

1.3 数据规范及录入

参考《中华人民共和国药典》^[10]对中药名称及性味归经进行统一规范,并参考《中药大辞典》^[11]、《中药学》^[12]进行补充,如全虫录为全蝎,黑顺片录为附子,炒杏仁录为苦杏仁等。若药物炮制后性味归经未发生显著变化则统一录入,如炒白芍、白芍均录为白芍,炒白术、白术均录为白术,功效发生显著变化则分别录入,如黄芪和炙黄芪,生地黄和熟地黄,姜半夏、法半夏与清半夏,划分为不同药物。由两名研究员将处方数据独立录入至Microsoft Excel 2016,根据《中药学》进行药物功效分类。

1.4 数据挖掘分析

通过Excel建立姜教授治疗硬皮病处方数据库。

①描述性分析:采用Excel进行药物频数统计及性味归经分析,并绘制雷达图。②关联规则分析:采用IBM SPSS Modeler 18.0软件的Apriori算法进行分析,得到组方用药规律。③聚类分析:采用SPSS Statistics 26.0统计软件对频数较高的药物进行系统聚类。④因子分析:采用SPSS Statistics 26.0软件进行主成分因子分析。

2 结果

2.1 药物频数分析

共搜集到272首中药处方,其中涉及中药231味,使用频次大于处方数一半的中药有9味,依次为当归、白芍、鸡血藤、川芎、丹参、通草、柴胡、茯苓、地龙。频数前30位中药见表1。

2.2 药物性味归经及功效分析

药物四气以温性(1 775次,37.59%)为主,其次为寒性(1 769次,37.46%);五味以甘(2 365次,50.08%)、苦(2 290次,48.50%)、辛(1 865次,39.50%)为主;归经

表1 姜泉教授治疗硬皮病处方频数前30位中药

中药	频数	中药	频数	中药	频数
当归	230	郁金	131	神曲	57
白芍	215	陈皮	126	秦艽	53
鸡血藤	185	黄芪	123	桃仁	49
川芎	164	山药	106	葛根	46
丹参	163	枳壳	88	生地黄	45
通草	163	枳实	74	黄芩	44
柴胡	156	熟地黄	71	赤芍	43
茯苓	152	薏苡仁	62	苦杏仁	41
地龙	146	麦芽	60	红花	35
白术	132	附子	58	防风	34

以肝经(2 581次,54.66%)为主,其次是脾经(2 369次,50.17%);药物功效以补虚(1 139次,24.12%)、活血化瘀(882次,18.68%)、利水渗湿(428次,9.06%)为主。见图1。

2.3 药物关联规则分析

设置支持度 $\geq 40\%$,置信度 $\geq 80\%$,最大前项数1,得到核心药对20个,见表2。置信度 $\geq 90\%$,支持度不变,最大前项数2,得到核心角药14个,见表3。

依次设置支持度高于10%、20%、40%,置信度高于90%,分析药物之间的配伍关系,并通过网络图展示,发现随着支持度的增加,核心处方网络逐渐凸显。见图2。

2.4 高频药物聚类分析

经系统聚类分析并结合临床经验,得到7个聚类群,可较直观地反映姜教授治疗硬皮病的用药规律。见图3、表4。

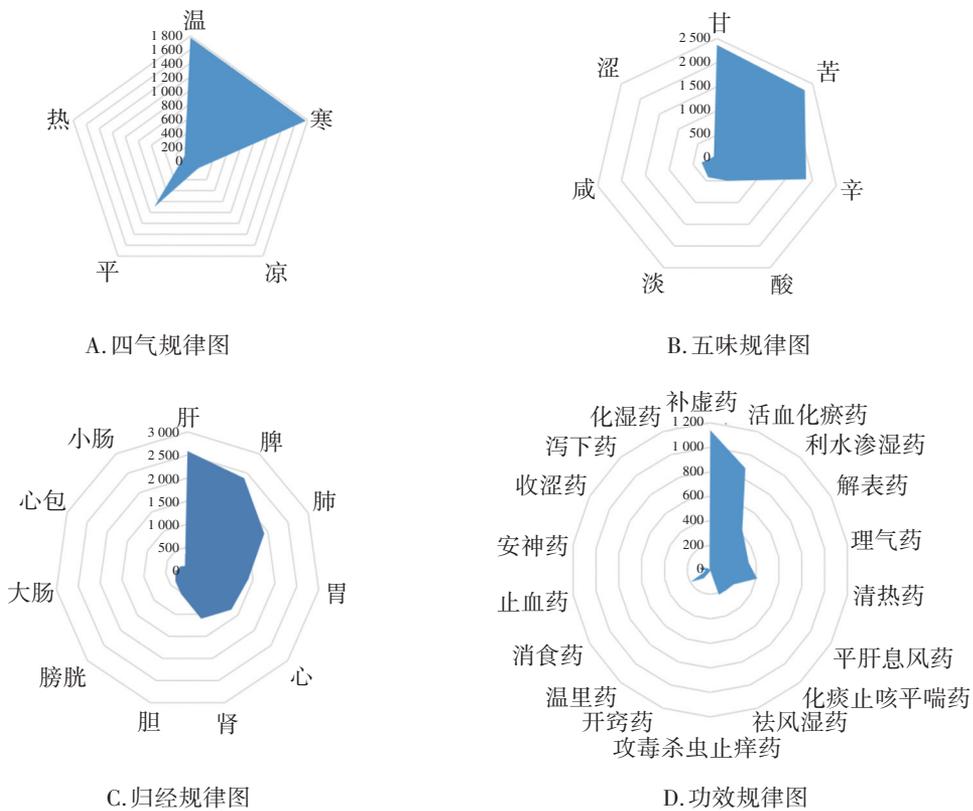


图1 姜泉教授治疗硬皮病处方药物性味归经及功效规律分布图

表2 姜泉教授治疗硬皮病处方两项药物规则分析(支持度≥40%,置信度≥80%)

后项	前项	支持度/%	置信度/%	增益
当归	川芎	58.46	94.97	1.14
当归	通草	58.82	94.38	1.14
当归	柴胡	55.88	92.11	1.11
当归	鸡血藤	66.91	90.11	1.08
当归	丹参	58.09	89.87	1.08
当归	白芍	76.84	89.47	1.08
白芍	川芎	58.46	88.05	1.15
白芍	通草	58.82	86.88	1.13
当归	陈皮	44.85	86.07	1.04
当归	地龙	52.21	85.92	1.03
当归	黄芪	43.75	85.71	1.03
当归	白术	47.43	85.27	1.03
当归	茯苓	54.04	85.03	1.02
白芍	丹参	58.09	83.54	1.09
白芍	鸡血藤	66.91	83.52	1.09
白芍	地龙	52.21	83.10	1.08
当归	郁金	47.06	82.81	1.00
白芍	当归	83.09	82.74	1.08
白芍	柴胡	55.88	82.24	1.07
白芍	郁金	47.06	82.03	1.07

表3 姜泉教授治疗硬皮病处方三项药物规则分析(支持度≥40%,置信度≥90%)

后项	前项	支持度/%	置信度/%	增益
当归	鸡血藤、白芍	55.88	92.11	1.11
当归	川芎、白芍	51.47	95.71	1.15
当归	通草、白芍	51.10	95.68	1.15
当归	丹参、白芍	48.53	91.67	1.10
当归	柴胡、白芍	45.96	93.60	1.13
当归	地龙、白芍	43.38	90.68	1.09
当归	丹参、鸡血藤	43.38	90.68	1.09
当归	通草、川芎	43.01	98.29	1.18
当归	通草、鸡血藤	43.01	95.73	1.15
当归	川芎、鸡血藤	42.28	97.39	1.17
当归	川芎、丹参	41.18	97.32	1.17
当归	柴胡、通草	41.18	96.43	1.16
白芍	川芎、丹参	41.18	91.07	1.19
当归	茯苓、白芍	40.44	92.73	1.12

2.5 因子分析

因子分析结果显示, KMO=0.588>0.5, Bartlett球形检验 $F=3\ 034.181, P<0.001$, 表示存在内部因子结构。采用主成分分析, 显示用药累计贡献率为61.21%, 提取出10个公因子, 见表5、图4。

3 讨论

古籍中并无硬皮病病名的直接记载, 国医大师路志正根据硬皮病的临床表现, 认为其属皮痹、肌痹

等范畴, 首载于《素问·痹论》, 路老认为本病核心病机为脾虚血弱、痰瘀阻络, 以健脾养血、化痰通络为治疗大法^[13]。现代医家采众家之所长, 认为本病多本虚标实, 本虚责之于肺、脾、肾一脏或多脏, 标实多责之于湿、痰、瘀^[14-18]。如赵炳南教授认为本病以脾肾阳虚为本, 以外感风寒湿或饮食、劳倦、七情内伤为诱因; 脾肾阳虚则卫阳不足以化, 腠理失固, 风寒湿邪侵袭体表, 内虚外郁, 气血凝滞, 肌肤失养, 发为本病^[19]。范永升教授将硬皮病归因于虚、寒、瘀^[20]。

姜教授在师承路志正学术思想的基础上, 创新性地提出从肝论治硬皮病。姜教授认为肝为厥阴, 肝体为阴, 肝藏血, 若肝血亏虚, 则营卫亏虚, 腠理疏松, 邪气乘虚而入客于经脉致血虚寒凝, 故见手足厥冷之雷诺现象, 血虚皮肤失养故见肌肤不仁。肝用

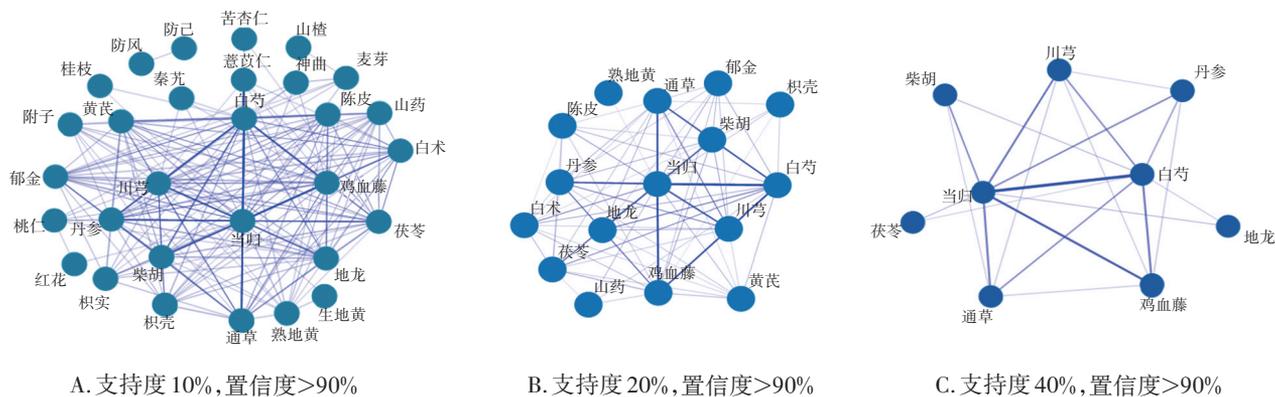


图2 姜泉教授治疗硬皮病处方高频药物关联规则网络图

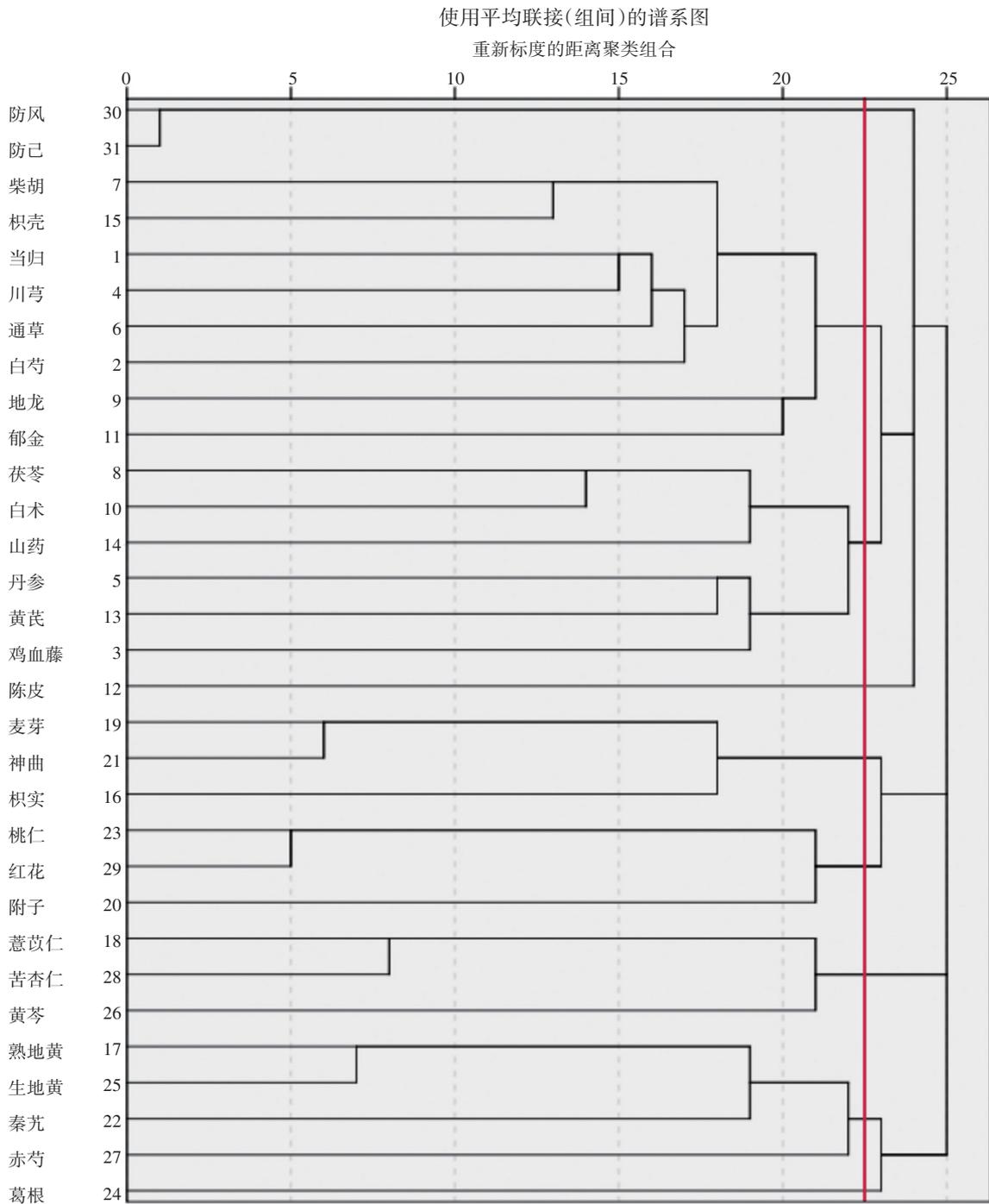


图3 姜泉教授治疗硬皮病处方高频药物系统聚类分析

为阳,肝主疏泄,调畅气机,运行气血,喜条达而恶抑郁,若肝失疏泄,则气机阻滞,阳气郁结不达四肢而见手足不温、四肢逆冷,气阻则血行不畅,气滞血瘀而见指端青紫、皮肤肿胀甚则硬化。肝属木,脾属土,肝气郁结,气有余则乘其所胜,肝木乘土,脾胃虚弱则气血生化乏源,肌肤失于濡养而见皮肤肿胀,脾

虚运化不及则内生痰湿,痰湿阻滞气血,瘀血内生,痰瘀进一步痹阻络脉,使皮肤硬化板结,甚至萎缩。肝属木,肺属金,肝气郁结,气有余则侮所不胜,肝木侮金,肺宣发肃降失司,初期肺在体合皮,使腠理疏松易感外邪,日久病邪深入脏腑,痰瘀内入肺络,故见肺动脉高压、肺间质病变等症。因而姜教授治疗

表4 姜泉教授治疗硬皮病处方聚类分析树状图类群提取

聚类	药物组成
C1	防风、防己
C2	柴胡、枳壳、当归、川芎、通草、白芍、地龙、郁金
C3	茯苓、白术、山药、丹参、黄芪、鸡血藤
C4	陈皮、麦芽、神曲、枳实
C5	桃仁、红花、附子
C6	薏苡仁、苦杏仁、黄芩
C7	熟地黄、生地黄、秦艽、赤芍、葛根

表5 姜泉教授治疗硬皮病处方高频药物因子分析

公因子	组成
F1	川芎、通草、当归、白芍
F2	防风、防己
F3	茯苓、白术、山药
F4	桃仁、红花
F5	熟地黄、生地黄
F6	神曲、麦芽、陈皮
F7	苦杏仁、薏苡仁
F8	柴胡、枳壳
F9	鸡血藤、黄芪、丹参
F10	郁金、葛根

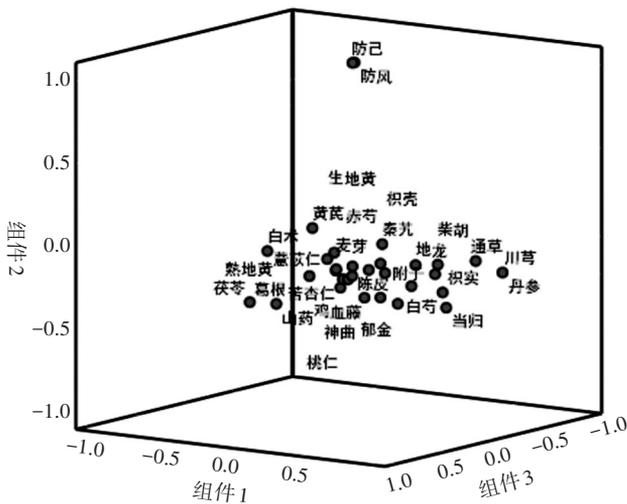


图4 姜泉教授治疗硬皮病处方高频药物因子分析图

硬皮病主张以养血疏肝为本，兼以健脾化痰、肃肺通络。根据数据挖掘的结果分析，其用药以肝经为最，脾经、肺经次之，功效方面以补虚、活血化瘀为主，补虚药以补血药为多。

3.1 药用甘温酸，养肝血散寒凝

肝主血海，人动则血运于诸经，人静则血归于

肝。硬皮病多见于女性，女子以肝为本，易因劳作或外邪侵袭或月经不调使肝血亏耗。凡脏腑经络之血，皆肝血所流注，肝血虚则络虚不能贯于四末，经络受寒而见手足厥冷、脉细欲绝，与硬皮病雷诺现象之手足冰冷，遇寒后变白、变紫相应，患者多伴唇色淡、面色白。此因肝血失养、血脉不充、经络结滞、里虚外寒所致。正如聚类C2、因子F1分析结果所示，姜教授善用当归四逆汤加减，养血温经散寒，重用甘温之当归补血养肝，以充肝之血室，酸甘之白芍养血柔肝、缓筋止痛以合营，二药几乎见于所有收集到的处方，为重中之重，居于遣方用药之首位，“当归-白芍”为支持度最高的药对，二药合用补血而不滞血、行血而不伤血，于补血之中行血，为补血活血之要药^[20]。通草辛通，善开关节，内通窍而外通营，川芎上行头目、下行血海、中开郁结、旁通络脉，配伍当归、白芍取四物汤之义，使一身血脉畅通，血虚得补，血滞得散。现代研究亦表明当归四逆汤能有效改善硬皮病模型鼠炎症水平^[21-22]。姜教授认为本病以血虚经脉凝滞为本，寒凝之象不甚，故不用桂枝、细辛温经散寒之品。若寒凝较甚者，可合极辛之细辛直通厥阴之脏，通达三阴，外温经而内温脏。若合并胃肠道症状如干呕、吐涎沫等，可合吴茱萸、生姜，乃当归四逆加吴茱萸生姜汤直散脏寒。

3.2 药用辛苦寒，疏肝阳解郁滞

肝属木，木性喜条达，且肝应春令，为气化升发之始，所以治肝之法宜以散为补，散即升发条达；肝为厥阴，中见少阳，肝气宜升，胆气宜降。肝主疏泄，使一身气机畅达，然常用升散之品可能耗气伤血，故宜于升散之中加养血柔肝之品。硬皮病患者平素多郁郁寡欢或急躁易怒，易因情绪刺激导致雷诺现象加重，此多因肝气郁滞，阳气内郁不得外达而手足不温。正如聚类C2及因子F8、F10分析结果所示，姜教授多以四逆散化裁疏肝解郁，仍以当归、白芍滋养肝血为本。以柴胡为主，直入肝胆，性善调畅肝气，同时能够升举脾胃清阳之气，透邪外出，疏肝解郁，启达阳气而外行，阳气通则四肢温；数据挖掘结果显示枳实、枳壳频率相加与柴胡相近，枳实、枳壳同出一源，然枳壳更为轻清，宽胸理气之性较枳实更优，故多用枳壳，取四逆散之义，体现姜教授以疏肝解郁论治硬皮病思想。若合并大便不畅或肠道症状，姜教授常选用枳实，或加大枳实用量，或合厚朴，取大承

气汤之义消痞除胀、调理肠腑气机。若气郁甚者,常由气及血,姜教授常以郁金、香附活血止痛、行气解郁,同时能清心除烦,缓解患者抑郁或焦虑情绪。若疼痛甚者,可合金铃子散疏肝行气、活血止痛。

3.3 健脾益胃,培脾土抑肝木

肝胆之为用,实则与脾胃相助,木能疏土,亦能侮土。肝者将军之官,其性至刚,肝病时乘其所胜,使脾胃受病,故平肝需扶脾。人之脾胃属土,其气之敷布,亦能调理肝木,即脾气上行则肝气自随之上升,胃气下行则胆火自随之下降,故升脾降胃而肝气得以自平。姜教授在治疗硬皮病时尤其重视调理脾胃,硬皮病肿胀期、硬化期多责之脾湿,萎缩期多责之脾虚,且硬皮病患者常需长期使用糖皮质激素及免疫抑制剂,易损伤脾胃,使脾胃运化失司,故以“持中央,运四旁”贯穿始终,使脾胃得健,肝木得平。正如聚类C3、C4及因子F3、F6分析结果所示,姜教授多以茯苓、白术、陈皮健脾利湿,取四君子汤之义,以缓解硬皮病肿胀期、硬化期之脾虚痰湿;若脾虚湿盛者,可加炒扁豆、莲子、砂仁,取参苓白术散之义,加强健脾利湿之功;若萎缩期出现肌肉无力,姜教授更注重健脾益气,多从痿证论治,“治痿独取阳明”,《素问·太阴阳明论》言“脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉,皆无气以生,故不用焉”;若无明显脾胃不适,亦可辅以茯苓、白术以实脾,意在先安未受邪之地;若伴有食少纳呆、饮食积滞者可加麦芽、神曲健脾和胃消食;若脾虚日久累及肺肾,可加黄芪、山药平补肺脾肾,或合小剂量附子温肾通络。

3.4 补肺肃肺,佐肺金以平木

肝木有余,则克木之金不能制木,金反受木之侮。肝气旺盛,则肺气受累,腠理疏松,卫气失于固密,营气失于濡养,风寒湿邪乘虚而入,两虚相得,客于经络,发为皮痹。然皮痹不已,复感于邪,则内舍于肺,肺气虚,肌肤不仁,故手足不温、麻木。甚则痰瘀阻于肺络,可出现肺间质病变或肺动脉高压。正如聚类C1、C6及因子F2、F7分析结果所示,初期姜教授善用防风、防己为药对祛风除湿,防止风湿之邪内侵,以黄芪入肺固表,取玉屏风散之义益卫固表,以外散病邪之源。若出现咳嗽、咳痰,胸部高分辨CT示蜂窝肺等肺间质病变时,姜教授重视补肺肃肺,以苦杏仁直入肺经宣肺肃肺化痰,外散肺经之风寒,

下理肺气之上逆,且苦杏仁主散,使痰从腠理发散;薏苡仁总理湿热,行湿使脾健而风湿痹除,清肺使气益而咳喘自平;黄芩主入肺经,为清肺之要药,最善清肺经气分之热,肺经之热,必须用之,且其善入肝胆,能清肝胆郁热,防止木火刑金。若咳痰甚者,可合葶苈子、浙贝母、金荞麦清肺化痰;若见肺阴虚者,可合沙参、麦冬、百部、枸骨叶、百合顾护肺阴而不滋腻助热;若合并血瘀者,可合桃仁、红花、丹参活血化痰。

3.5 日久痰瘀阻络,化痰活血通络

风气一动,则克土、耗水、煽火、侮金,经络因而滞塞。气血凝滞,久而成痹,在皮则皴揭不荣。肝气郁滞,则气血运行不畅,气滞血瘀痰阻,痰瘀阻于络脉。络脉纵横交错,遍布全身,运行气血,是脏腑与皮肉筋脉间的桥梁,五脏六腑化生气血随络脉输布至皮肤表面、肌肉之中,外邪亦可痹阻络脉,不仅使皮肤、肌肉失于濡养,且进一步内传脏腑,气血运行不通,乃发为病。因此,湿浊痰瘀既是病理因素,又是病理产物,深入络脉,使疾病迁延难愈。正如聚类C2、C7及因子F9分析结果所示,姜教授喜用藤类药物,如鸡血藤祛瘀血、生新血、流利经络、舒筋活络,活血之中又可补血,善走经络,硬皮病其病在皮在经络,鸡血藤使络脉血瘀得化,可有效缓解硬皮病皮肤僵硬、雷诺现象及关节疼痛;丹参善入血分,活血祛瘀、凉血除烦,且性微寒,与养血疏肝之辛温药相配,既可活血调经,又防止活血养血之品过于温燥;姜教授喜用虫类药物,如地龙,其性寒,性善走窜,善于通经络,活血之力亦强,使药物直达病所,对于伴有肢体关节麻木、疼痛明显、关节屈伸不利的患者效果更佳;若气虚血瘀明显者,可加黄芪取补阳还五汤之义调补气血、祛瘀通络。

4 结束语

综上所述,本研究通过收集姜教授近10年治疗硬皮病门诊处方,基于数据挖掘深入探析姜教授治疗硬皮病的高频药物、常用药对及药组,科学阐释其组方用药规律。姜教授在师承国医大师路志正教授“持中央、运四旁”理论调理脾胃的基础上,创新性地提出从肝论治硬皮病,认为“血虚肝郁,肝木乘脾侮肺”为基本病机,遣方用药遵循“养血疏肝,健脾抑木,肃肺平木”的治则治法,为临床治疗硬皮病提供借鉴。

[参考文献]

- [1] 王修远,杨曦. 系统性硬皮病的治疗现状及进展[J]. 临床皮肤科杂志,2021,50(9):565-569.
- [2] 李端,冯志颖,谭仔龙,等. 中药复方治疗硬皮病的临床疗效及作用机制研究进展[J]. 风湿病与关节炎,2021,10(8):72-75,80.
- [3] 王文钰,陈曦,黄敏,等. 基于文献数据挖掘的硬皮病中医内治规律研究[J]. 世界中医药,2021,16(21):3213-3218.
- [4] 李满意,刘红艳,陈传榜,等. 皮痹的证治[J]. 风湿病与关节炎,2020,9(8):59-63.
- [5] 孙焕霞,苏厚恒,石颜军. 系统性硬化病发病机制探讨及展望[J]. 中华风湿病学杂志,2020,24(7):491-495.
- [6] 王伟杰,姜泉. 硬皮病中医辨治体会[J]. 中医杂志,2014,55(23):2052-2054.
- [7] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010:814-822.
- [8] VAN DEN HOOGEN F,KHANNA D,FRANSEN J,et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative[J]. Ann Rheum Dis,2013,72(11):1747-1755.
- [9] 中华中医药学会. 中医皮肤科临床诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2020:3.
- [10] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(一部)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2020.
- [11] 卫生报馆编辑部. 中药大辞典[M]. 上海:上海交通大学出版社,2018:6.
- [12] 钟赣生. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:1.
- [13] 罗成贵,姜泉,唐晓颇. 路志正健脾养血通络法诊治局限性硬皮病经验[J]. 中国中医基础医学杂志,2021,27(11):1814-1816.
- [14] 刘欣蔚,徐佳,王萍. 张志礼治疗硬皮病临证经验[J]. 中华中医药杂志,2022,37(3):1521-1523.
- [15] 李江徽,闫小宁,傅嘉莹,等. 基于数据挖掘分析韩世荣治疗局限性硬皮病用药规律[J]. 山东中医药大学学报,2024,48(6):685-691.
- [16] 王文钰. 基于数据挖掘对段行武教授治疗硬皮病的用药规律研究[D]. 北京:北京中医药大学,2021.
- [17] 单雨,卞华,范黎明,等. 从“虚”和“瘀”论治硬皮病[J]. 辽宁中医杂志,2020,47(12):81-83.
- [18] 李宁,李美红,韩世荣. 韩世荣应用通络法治疗硬皮病经验[J]. 中华中医药杂志,2017,32(10):4500-4502.
- [19] 北京中医医院. 赵炳南临床经验集[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:248.
- [20] 吴德鸿,李正富,范永升. 范永升教授治疗硬皮病经验[J]. 中华中医药杂志,2015,30(6):1990-1992.
- [21] 魏慧玲,王海山,杨伟娜. 当归四逆汤对硬皮病模型大鼠HMGB1、LC3蛋白及相关炎症因子的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2021,20(5):427-430,436.
- [22] 魏慧玲,王海山,杨伟娜. 当归四逆汤对硬皮病模型小鼠血清炎症因子表达及TLR4/NF- κ B信号通路的影响[J]. 中国医院用药评价与分析,2020,20(5):563-566.
- [11] 燕铁斌. 临床痉挛指数:痉挛的综合临床评定[J]. 现代康复,2000,4(1):88-89.
- [12] 周维金,孙启良. 瘫痪康复评定手册[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:43-44.
- [13] 兰玉娟,冯玲媚,杨硕,等. 针刀联合意念运动治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的临床疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报,2024,44(9):1620-1626.
- [14] 卢昌均,刘国成,王金宇,等. 巨刺法结合康复训练治疗痉挛性偏瘫临床研究[J]. 山东中医杂志,2013,32(11):808-809.
- [15] 金贺,陈红,李宗衡,等. 中风病偏瘫痉挛“松静”康复观的内涵与应用[J]. 中医杂志,2023,64(3):244-249.
- [16] 张静,刘萌. 巨刺阳经法结合补阳还五汤治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪临床观察[J]. 实用中医药杂志,2022,38(9):1511-1513.
- [17] 刘鹏,薛剑,黄昕,等. 浮针治疗原发性面肌痉挛的临床观察[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(9):2053-2059.
- [18] 王友清,黄伟,李卓璐,等. 浮针结合艾灸循筋阿是穴治疗膝骨性关节炎的疗效研究[J]. 成都医学院学报,2024,19(6):1040-1043.
- [19] 王轩,程光宇,文丽杨,等. 针刺天井穴、曲泽穴对中风患者心率变异性频域指标的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2020,29(10):1067-1070.
- [20] 刘征,林欣,毕海洋,等. 浮针联合火针治疗脑卒中后肩手综合征I期临床研究[J]. 针灸临床杂志,2022,38(2):37-41.
- [21] 王霞,沈银英,汤博,等. 浮针疗法治疗胫腓骨疲劳性骨膜炎40例[J]. 武警医学,2022,33(1):67-69.

(上接第790页)

李果烈“轻重相合,升降相因”治疗惊恐障碍经验

张家康¹,俞新浪¹,崔琪¹,刘晓宇¹,陆艳²

(1.南京中医药大学研究生院,江苏南京 210023; 2.南京中医药大学附属南京中医院脑病科,江苏南京 210001)

[摘要] 李果烈教授对惊恐障碍有着独到的见解,认为惊恐障碍的病位主要涉及心、肝、肾,与肺、脾关系密切,病理性质为本虚标实。肝气不舒、气机郁滞是发病的根本并且贯穿疾病的始终。木郁土壅、心不藏神、肺失肃降、相火内生是疾病发展的主要阶段。提出治疗惊恐障碍当以“轻重相合”为用药原则,“升降相因”为治疗大法。配伍轻清宣散之品与质地沉重之物,升木沉金,顾护中焦,交通心肾。共调人体气机升降,平衡阴阳,疗效显著。附验案1则。

[关键词] 李果烈;惊恐障碍;神志病;疏肝解郁;轻重相合;升降相因

[中图分类号] R259

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0809-05

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.016

LI Guolie's Experience in Treating Panic Disorder Based on "Combining Light and Heavy,Regulating Ascending and Descending"

ZHANG Jiakang¹,YU Xinlang¹,CUI Qi¹,LIU Xiaoyu¹,LU Yan²

(1.Graduate School of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China; 2.Department of Neurology, Nanjing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210001, China)

Abstract Professor LI Guolei has a unique perspective on panic disorder. He believes that the main lesions of panic disorder involve the heart,liver and kidney,and are closely related to the lungs and spleen. The pathological nature is characterized by asthenia in origin and asthenia in superficiality. Liver qi stagnation and qi movement obstruction are the fundamental causes of the disease and run through its entire course. The main stages of disease development are the accumulation of wood and earth,the inability of the heart to store spirit,the failure of the lungs to ascend and descend,and the internal generation of heat. It is proposed that the treatment of panic disorder should follow the principle of "combining the light and heavy" in medication and the major treatment method of "regulating ascending and descending". The use of light and clear texture of drugs to induce liver qi rise,heavy texture of drugs to suppress the heart and kidney

fire, co-regulate the ascending and descending of qi in the human body, balance yin and yang, and has remarkable therapeutic effects. One test case is attached.

Keywords LI Guolie;panic disorder;mental diseases; disperse stagnated liver qi to relieve depression; combining the light and heavy;regulating ascending and descending

[收稿日期] 2024-06-21

[基金项目] 国家自然科学基金青年科学基金项目(编号:81804022);全国名老中医药专家传承工作室建设项目(批文号:国中医药人教函[2022]75号);南京市中青年拔尖人才项目(批文号:宁人才[2020]2号)

[作者简介] 张家康,2023年硕士研究生,研究方向:帕金森病等神经系统疾病及脑血管病的诊疗与研究。

[通信作者] 陆艳,医学博士,主任医师,博士研究生导师,主要从事脑血管病、帕金森病的临床诊疗及研究。邮箱:sophieluo896@njut.edu.cn。

惊恐障碍是一种急性焦虑障碍,其典型表现为胸闷胸痛、气短乏力、焦虑失眠、汗出心悸、胃肠道不适、呼吸困难甚至产生濒死感等一系列躯体症状^[1]。由于症状反复发作,发作时十分痛苦,时常出现濒死感,虽短时间可自行缓解,但患者因害怕再次发病会产生异常恐慌、极度担忧的心理^[2-3]。由于该病症状繁多复杂,容易误诊,可能导致患者花费大量的时间、金钱与精力后病情得不到有效改善,出现病情加重并进一步影响日常生活^[4]。中医学中并没有惊恐障碍相关病名,因主要症状与惊恐、惊悸、脏燥、奔豚等疾病相似,可将其归属于中医情志病范畴。

李果烈教授是第五批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,江苏省名中西医结合专家。李老年过九旬,从事临床事业70余载,仍坚持每周出诊,为中医学子们传道授业解惑。现将李老运用“轻重相合,升降相因”理论治疗惊恐障碍的经验分享如下。

1 病因病机

李老认为惊恐障碍患者多由情志所伤,病起肝郁气滞,久病累及心肾,与肺脾密切相关。临床大多数患者因得不到及时诊治,迁延日久,呈虚实夹杂之象。病机以气机郁滞、中焦失司、相火内生为主。

1.1 肝气不舒,气机郁滞

李老认为惊恐障碍的发生始于肝气郁滞。《四圣心源》言“凡病之起,无不因木气之郁”^[5]。李老根据其多年的临床经验,认为惊恐障碍患者初期症状较少较轻,对生活影响较小,多以肝气不疏、气机郁滞为主。患者能够自觉身体异样,并逐渐担心焦虑,但四处求医大多无果,辅助检查均为阴性,进而情志不舒加重,损伤肝木。

李老认为辨证当以肝气郁滞为核心,并贯穿疾病始终。提出临床所见惊恐障碍患者,少有单纯的肝气不舒,大多合并其他脏腑的损伤,呈虚实夹杂状态。从患者角度而言,疾病诊断前多已四处寻医,经历过多次理化检查,焦虑状态不断持续,最终诊断为神志病时病情常波及他脏,较为复杂严重。中医学认为肝主疏泄,体阴而用阳,主司气的升发条达。情志抑郁,疏泄失司,气血津液运行不畅,经络运行受阻,病久损伤其他脏腑。因此,李老治疗以疏肝解郁为本,结合其他脏腑情况,合而治之。

1.2 木郁土壅,气化失常

脾胃居中,是气机转运的中心、升降的枢纽。《素

问·玉机真脏论》中记载“脾为孤脏,中央土以灌四傍”。肝主疏泄,维持脾胃升降,《素问·宝命全形论》提出“土得木而达”。长期肝气不舒,木郁克脾,横逆犯胃,导致脾失健运,胃失和降,气机升降失常,肝气无法随脾气上升,胆气也无法随胃气沉降。因此惊恐障碍患者常会出现胃肠道不适症状。中焦失司,气血生化无源,无法滋养心肝血运,日久心肝阴血渐亏,火热内生,躁扰心神,从而出现焦虑失眠、汗出心悸等症状。

1.3 木气不升,上焦不降

1.3.1 肝不舍魂,心不藏神

李老认为肝郁日久,累及上焦,以心为主,与肺相关。心生血,藏神;肝藏血,舍魂。心肝两脏在气血运行与情志调畅中扮演重要的角色。《明医杂著》言:“肝气通则心气和,肝气滞则心气乏,此心病先求于肝,清其源也。”^[6]肝气久郁易从火化,母病及子,心火上炎耗伤阴液导致精神无法内守。肝气以升为和,心气以降为顺。《素问·五脏生成》曰“肝藏血,心行之”,若肝气不升,心气则无力沉降,生血行血受阻加之久郁化热耗伤气血,导致气血津液亏损无法滋养心肝,肝不舍魂,心不藏神。因此患者常出现胸闷胸痛、心悸气短、呼吸困难、压榨样憋闷感等心系症状。

1.3.2 木气失宣,金失肃降

肝左肺右,左升右降,龙虎回环,是气机周流的关键,也是人体阴阳平衡的体现,《素问·刺禁论》提出“肝生于左,肺藏于右”。肝肺气机升降失常,便会导致阴阳失衡,寒热失调。《素问·阴阳应象大论》提出“左右者,阴阳之道路也”。肝升肺降是人体气机流转的重要环节。肝气不升,肝木反侮肺金,木火刑金,肺失清肃,出现呼吸急促困难、气短乏力等肺气不降的异常症状。

1.4 病久及肾,相火内生

李老认为疾病反复发作,日久迁延,身体与精神压力与日俱增,最终殃及于肾。肾藏精,在志为恐,精是神生成的物质基础,元阴元阳是肾精生成的根本,是维持人们正常精神状态平衡的关键。《素问·生气通天论》中提到“阴平阳秘,精神乃治”,因此肾与人的精神活动也同样密不可分。

乙癸同源,血可生精,血损则精亏;精可化血,精乏则血虚。《诸病源候论》提出“精者,血之所成”^[7]。《张氏医通》认为“精不泄,归精于肝而化清血”^[8]。

肝气通畅,则血行充足,肾精充盈。肝气郁久化热,耗伤阴血,肝脏阴血不足则肾精化生无源,无法滋养元阴元阳,致使阴阳失衡,因此惊恐障碍患者多表现为阴虚火旺、精神内扰之象。同时心肾亦与惊恐障碍的发生有着紧密联系,《黄帝内经》载“肾在志为恐”“惊则气乱”,惊恐常导致的胸闷、失眠等症状是心神不宁的具体表现。肝气久郁,血行不畅,中焦运化失司,气血生化乏源,导致心肾阴血不足,水火不济,肾水亏于下,心火亢于上,相火内生,发为惊恐。

2 辨证论治当“轻重相合,升降相因”

2.1 遣方用药当轻重相合

李老认为惊恐障碍患者病机复杂,虚实夹杂。气机郁结与神志不宁、脏腑虚衰大多并存,因此在治疗时应当两者兼顾,用药应轻重相合。

中药在性味质地上有着轻重的差异。轻者大多走于上,有推动作用,轻宣发散,能发汗解表、调畅气机、调节血运;重者大多沉于下,以补为主,重镇降逆。《温病条辨》提出“治上焦如羽,非轻不举”“治下焦如权,非重不沉”。轻清药物上升达于上焦,沉重之品入里沉降到下焦。李老认为以病位选择轻重药物只是辨证论治的一方面,还可依据病机特点选择轻重药物。气机郁滞,当取轻清宣散之品,开郁行气;心神不宁,应取沉重降逆之物,重镇安神;阴液亏虚,选用厚腻较重药物,滋阴生津。

2.1.1 用药经验

李老认为肝郁气滞贯穿疾病的始终,因此在治疗时通常会以疏肝理气药为处方基础。花、草、叶、皮等类药物大多质地轻宣疏散,可调畅气机运行,因此常配伍柴胡、香附、郁金、薄荷、玫瑰花、绿萼梅、夏枯草等轻清药物行气解郁、泄热疏肝。李老提出柴胡十分关键,临床诊治惊恐障碍患者均会配伍此药。患者长期肝郁气滞,大多存在一定程度的肝经郁热,柴胡性味轻清,既能疏解肝郁、调畅气机,还能清泄肝经之热,是治疗的绝佳上品。《医学启源》论述柴胡的性味质地为“气味俱轻,阳也,升也”^[9]。此外患者常同时伴有水火不济,内扰心神;或肝肾不足,相火内生。当取质地沉重之品,李老常配伍龙骨、牡蛎、珍珠母等重镇安神,熟地黄、山茱萸、龟甲等滋补肝肾。轻清上行药物配伍重镇沉降之品,能够在疏解患者肝郁气滞、调畅全身气机的同时,压制心肾内火以安神定志,滋补心肾阴液以制约内火。

2.1.2 遣方原则

李老治病求本,认为惊恐障碍患者发病源于肝,因此疏肝解郁类方剂是李老遣方的基础。柴胡疏肝散与逍遥散是李老临床治疗肝郁的常用方。其中柴胡疏肝散适用于气郁症状显著的患者,李老在临床应用此方时,尤其强调柴胡、香附、白芍与陈皮四味药材的配伍使用。柴胡重于升发,行气解郁;香附协助肝气升散同时肃降肺气,升降相合;白芍敛阴养血,散收共用,防止发散太过;陈皮理气和中,共同调节气机升降。逍遥散多用于肝郁并见血虚的患者。对于气郁化热者,李老并不主张直接使用峻猛的泻火方剂,清泄太过即使配伍滋阴养血药物也于事无补,因此多以丹栀逍遥散治之。若患者心肾不交出出现较重的神志异常、心烦失眠,可合用龙骨牡蛎汤滋阴养血、镇静安神。

2.2 治疗原则循升降相因

李老临床基于中医升降理论辨治惊恐障碍,包括脏腑气机升降与药物升降。黄元御《四圣心源》详细阐述了脏腑气化升降运行的过程,后世将其总结归纳为“一气周流,土枢四象”^[10]。李老在治疗时多升降相因、五脏同调,顾护整体气机的运行与阴阳的平衡。

2.2.1 升木沉金,兼顾中焦

李老认为疏肝解郁以重振乙木上升之趋势是治疗惊恐障碍的核心。木升金降,对调畅人体气机具有重要作用,是全身气机运行的重要环节。肝木升发,则肺金沉降有力。因此,在疏散肝气的同时,常辅以肃降肺气之品以促进人体气机流转顺畅。脾胃是气机升降的枢纽,中气升降相应,则肝气得升,肺气得降。因此,升木沉金的同时应佐以健脾和中之品。

疏泄肝木多运用轻清宣散之品,常于方中配伍柴胡、香附、薄荷、夏枯草等。此类药物质地轻、易走上,甚可达于头面,兼清肝郁之火,为治疗惊恐障碍之上品。辅以香附、枳壳、苦杏仁、木香等肃降肺气,陈皮、茯苓、枳壳、白术等调节中焦气机升降,顾护中轴之地。李老调理中焦偏爱茯苓,因其既可补中健脾又能宁心安神,与惊恐障碍病机不谋而合。同时配伍理气药物,维持脾升胃降,共奏健脾理气之功效。

2.2.2 交通心肾,水火相济

李老认为治疗惊恐障碍当调节阴阳、交通心肾。

由于气滞久郁,肝木不升,母病及子,心火亢盛于上无力下沉;乙癸同源,肝气久郁而化热,子病及母加之中气运行紊乱,胃气无法沉降于肾水之中,肾水化生乏源,无法上升滋养其他脏腑,相火内生,水火不济,产生惊恐。心悸胸痛、焦虑紧张、失眠盗汗、易惊易恐等症状接踵而至,当滋阴清热、镇静安神,轻重相合,升降相因。

对于心肾不交、水火不济者,李老善用龙骨、牡蛎、珍珠母等重镇沉降之品。重镇沉降药物能有效制约心火,使患者保持平静,此外还可平肝潜阳,治疗肝肾阴虚诸症,压制相火。与疏肝解郁药相合,轻清疏散与重镇沉降共用,升降相因以维持人体气机与阴阳的平衡。配伍熟地黄、山茱萸等滋阴补肾之品,可使肾水得源而上济,从而增强制约心火之效。配伍酸枣仁、远志等较为轻柔的药物入心经,共奏宁心安神之效。

3 病案举例

平某,女,64岁。2024年3月20日初诊。主诉:胸闷、胸痛反复发作10年余。患者诉其50岁左右绝经,自绝经起,反复出现胸背部胀闷疼痛,心慌气短,轻度呼吸困难,怕热,手足心易出汗,口干,烦躁焦虑,持续数分钟后可自行缓解,夜间加重导致经常失眠。曾于当地多家医院就诊,检查结果均无明显异常。刻下患者认为自己存在较为严重的疾病,害怕再次发作或加重,呈现焦虑状态,严重影响日常生活。食欲尚可,大便干燥,夜寐差,舌质红,边有齿痕,苔薄黄,左脉弦细数,右脉略濡。西医诊断:惊恐障碍。中医诊断:惊悸(肝气郁结、虚火内扰证)。治以疏肝行气、镇静安神。处方:柴胡10g,香附10g,薄荷5g,白芍10g,生龙骨(先煎)30g,生牡蛎(先煎)30g,珍珠母(先煎)30g,茯苓10g,陈皮10g,制远志10g,炒酸枣仁5g,炙甘草5g。14剂,每日1剂,水煎服,分早晚两次温服。

2024年4月3日二诊:患者诉服用14剂后,胸闷胸痛、心悸气短未发作,焦虑紧张较前减轻,失眠情况较前稍有缓解,但遇烦心事时仍会加重,舌淡红,苔薄黄,脉小弦。李老继续以原方14剂巩固疗效并嘱患者加强运动,清淡饮食,遇事可转移注意力,避免过度思虑。服用14剂后,若期间焦虑情绪无发作,睡眠情况尚好,可自行改用逍遥丸配合甜梦胶囊,用于日常调畅气机、宁心安神。若再次发作则及时复诊。患者后未复诊。

按:患者自绝经以来心慌气短、五心烦热、失眠、烦躁焦虑等症状反复发作,多次检查均无果,情绪焦虑,迁延日久。围绝经期女性是惊恐障碍的好发群体^[11]。该患者从发作至今已有10年余病程,焦虑紧张状态持续日久,表现出心慌气短、怕热、手足心汗出、失眠、脉弦细数等一派阴虚内热之象,究其根源是长期情志不舒,肝郁气滞化热。因此,组方以疏泄肝木药物为基础,柴胡、香附作为临床常用疏肝解郁药物,相须使用可增强开郁行气之功。患者气郁日久,必然会生肝经郁热,薄荷与柴胡相配可清泄肝热。此三味药性味质地轻清宣散,能引肝气上行,共奏上升之效。柴胡配白芍是伤寒经典药对,收散并用,疏散肝气之余能够敛肝阴、补肝血,防止行气药宣散太过,耗液伤阴。患者气郁日久,气机升降失常,牵连心肾。心火亢盛于上,肾阴亏耗于下,表现出易惊易恐、烦躁焦虑、失眠心慌、五心汗出、脉细数等心肾不交、水火不济之象。配伍龙骨、牡蛎、珍珠母镇静安神,平肝潜阳,此三味药质地沉重,能压制心肾火热,沉降有力,发挥沉降之功。“轻重相合,升降相因”是李老治疗惊恐障碍的核心大法。患者气机郁滞必定影响脾胃运化,气机紊乱,痰湿内生,因此配伍茯苓、陈皮健脾补中、理气燥湿。“一气周流,土枢四象”认为中焦脾虚湿困、中气升降失司为人体气机升降失常的核心病机^[12]。李老选用茯苓健脾渗湿、宁心安神,巧妙契合患者病机。远志、酸枣仁养心益肝、宁心安神,是治疗心肾不交证的经典药对^[13]。《本草新编》中记载“远志定神,则君心宁静而心气自通于肾矣”^[14]。二诊时,患者诉在此期间五心烦热、失眠、烦躁焦虑等症状并未再次发作,焦虑心理与失眠情况都较前有所改善,整体情况尚可。因此李老以原方继续巩固治疗两周,嘱患者加强锻炼,清淡饮食,学会分解压力、转移注意力等,观察病情变化。考虑汤剂煎煮服用并不方便,费用较高,且原方重镇安神功效较强烈,不易长期服用,嘱其自行改用中成药逍遥丸加甜梦胶囊,用于平日疏肝解郁、宁心安神。

4 结束语

惊恐障碍多因情志不舒而起,属情志病范畴。肝气不舒、气机郁滞是发病的关键,因此疏肝解郁是首要治疗大法。惊恐障碍患者确诊时多半已经经历了多次的理化检查,紧张焦虑情绪迁延日久,长期饮食睡眠不佳,多已损伤其他脏腑,病位在心肝肾,与

肺脾关系密切。肝气不升、肺失肃降、心肾不交、气升降失常并存。治疗上以疏肝解郁、镇静安神、交通心肾为主,以肃降肺气、健脾和中为辅,调节人体气机升降,载肾水上行、降心火于下。

[参考文献]

- [1] KOGAN C S,STEIN D J,MAJ M,et al. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11 [J]. *Depress Anxiety*,2016,33(12):1141-1154.
- [2] ASMUNDSON G J G,TAYLOR S,SMITS J A J. Panic disorder and agoraphobia:an overview and commentary on DSM-5 changes [J]. *Depress Anxiety*,2014,31(6):480-486.
- [3] CHEN M H, TSAI S J. Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management [J]. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*,2016,70:219-226.
- [4] 魏佳,李晋芳,孔繁鑫,等. 魏周科治疗惊恐障碍临床经验[J]. *山东中医杂志*,2014,33(7):598-599.
- [5] 黄元御. 四圣心源[M]. 孙怡熙,校注. 北京:中国中医药出版社,2009:11.
- [6] 王纶. 明医杂著[M]. 沈凤阁,点校. 北京:人民卫生出版社,1995:3.
- [7] 巢元方. 诸病源候论[M]. 刘若望,刘兰海,张伟,等校注. 太原:山西科学技术出版社,2015:31.
- [8] 张璐. 张氏医通[M]. 李静芳,建一,校注. 北京:中国中医药出版社,1995:100.
- [9] 张元素. 医学启源[M]. 任应秋,点校. 任廷革,整理. 北京:中国中医药出版社,2019:161.
- [10] 苗琳琳,万生芳,张磊,等. 基于黄元御“一气周流、土枢四象”理论探析糖尿病胃轻瘫六期病机与辨治[J]. *上海中医药杂志*,2024,58(4):67-71.
- [11] KESSLER R C, CHIU W T, JIN R, et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication [J]. *Arch Gen Psychiatry*,2006,63(4):415-424.
- [12] 胡忠杉,孙洮玉,马桢. 从“土枢四象,一气周流”探析儿童肠系膜淋巴结炎的辨治[J]. *北京中医药大学学报*,2024,47(5):679-685.
- [13] 张明明,王媛,姜昊轩,等. 酸枣仁治疗失眠常用中药药对的配伍规律研究[J]. *中国处方药*,2022,20(3):136-137.
- [14] 陈士铎. 本草新编[M]. 柳长华,徐春波,校注. 北京:中国中医药出版社,1996:66.
- (上接第766页)
- [27] WANG H Q, WANG Z Z, CHEN N H. The receptor hypothesis and the pathogenesis of depression: Genetic bases and biological correlates [J]. *Pharmacol Res*,2021,167:105542.
- [28] DELGADO P L. Depression: the case for a monoamine deficiency [J]. *J Clin Psychiatry*,2000,61(Suppl 6):7-11.
- [29] PITTENGER C, DUMAN R S. Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms [J]. *Neuropsychopharmacology*,2008,33(1):88-109.
- [30] ROOHI E, JAAFARI N, HASHEMIAN F. On inflammatory hypothesis of depression: what is the role of IL-6 in the middle of the chaos? [J]. *J Neuroinflammation*,2021,18(1):45.
- [31] MOREIRA J, MACHADO M, DIAS-TEIXEIRA M, et al. The neuroprotective effect of traditional Chinese medicinal plants—a critical review [J]. *Acta Pharm Sin B*,2023,13(8):3208-3237.
- [32] 董介正,李秀荣,邱龄山,等. 归脾汤联合氟西汀对抑郁模型大鼠行为学及海马区 NE、5-HT 及 DA 的影响研究 [J]. *中药材*,2017,40(2):457-461.
- [33] HAN S K, JOO M K, KIM J K, et al. Bifidobacteria-fermented red ginseng and its constituents Ginsenoside Rd and Protopanaxatriol alleviate anxiety/depression in mice by the amelioration of gut dysbiosis [J]. *Nutrients*,2020,12(4):901.
- [34] 李婷婷,俞晓飞,李祥婷,等. 归脾汤对抑郁模型大鼠行为学及海马 CA3 区 BDNF 水平的影响 [J]. *中华中医药杂志*,2018,33(7):2827-2831.
- [35] LIANG Y, YANG X, ZHANG X J, et al. Antidepressant-like effect of the saponins part of ethanol extract from SHF [J]. *J Ethnopharmacol*,2016,191:307-314.
- [36] 张敏,黄俊山,张一帆,等. 归脾汤对慢性睡眠剥夺大鼠 HPA 轴功能及单胺类神经递质的影响 [J]. *福建中医药*,2022,53(2):15-17.
- [37] 陈启军,于岚,赵文文,等. 远志提取物对抑郁大鼠肠道菌群的作用研究 [J]. *中草药*,2021,52(8):2313-2323.

·医案医话·

中医全息论指导下腹针疗法治疗甲状腺功能亢进症 验案

刘悦秋¹, 崔曼², 李美², 李檬²

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

【摘要】 腹针疗法是在中医全息论指导下应用的中医特色疗法, 治疗慢性全身性疾病疗效显著。文章分享一则腹针疗法治疗甲状腺功能亢进症验案, 提出定位与辨证相结合的诊治思路, 针对甲状腺功能亢进症患者肝火亢盛、心阴亏损、脾虚湿蕴的复杂证候, 以滋阴降火、疏肝健脾、养肝宁心为主要治法进行腹针治疗, 同时配合腹部全息观取穴定位病变脏腑, 标本兼治, 取得了显著疗效。通过介绍腹针疗法治疗甲状腺功能亢进症的特点和优势, 以启发中医全息论应用于现代中医特色疗法治疗慢性全身性疾病的新思考。

【关键词】 腹针; 微针疗法; 中医全息论; 甲状腺功能亢进症; 验案

【中图分类号】 R581.1

【文献标志码】 B

【文章编号】 0257-358X(2025)07-0814-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.017

One Test Case of Abdominal Acupuncture Therapy in Treatment of Hyperthyroidism Under the Guidance of Holographic Theory of Traditional Chinese Medicine

LIU Yueqiu¹, CUI Man², LI Mei², LI Meng²

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

Abstract Abdominal Acupuncture (AA) is a traditional Chinese medicine (TCM) characteristic therapy guided by TCM holographic theory, and it demonstrates significant efficacy in treating chronic systemic diseases. This article presents a test case of AA applied to hyperthyroidism and proposes a diagnostic and therapeutic approach integrating anatomical localization with TCM syndrome differentiation. Targeting the complex syndromes of hyperthyroidism—including liver fire hyperactivity, heart yin deficiency, and spleen deficiency with dampness accumulation, AA treatment primarily focuses on nourishing yin to clear heat, soothing the liver and fortifying the spleen, and nourishing the liver to calm the heart, meanwhile, the treatment is combined with selecting acupoints based on abdominal holographic mapping to locally target the affected viscera.

This comprehensive treatment approach addresses both root causes and symptoms and achieves remarkable therapeutic effects. This case introduces the characteristics and advantages of AA in the treatment of hyperthyroidism, inspiring new thoughts on the application of TCM holographic theory in the treatment

【收稿日期】 2025-02-13

【基金项目】 山东省社会科学规划研究项目(编号:24BZXJ02)

【作者简介】 刘悦秋, 2022 年硕士研究生, 研究方向: 中西医结合治疗内分泌疾病及亚健康研究。

【通信作者】 李檬, 医学硕士, 主任医师, 主要从事中西医结合内分泌疾病及亚健康研究。邮箱: limeng5136@126.com。

of chronic systemic diseases with modern characteristic therapies of TCM.

Keywords abdominal acupuncture; microneedle acupuncture therapy; traditional Chinese medicine holographic theory; hyperthyroidism; test case

甲状腺功能亢进症(以下简称甲亢)是内分泌系统的常见病,多见于女性,其主要临床表现为血液循环中甲状腺激素分泌过多引起的一系列症候群,包括高代谢症群如怕热、多汗、乏力等,心血管系统表现如持续性心悸、早搏等,消化系统表现如多食易饥、肝功能异常等,神经精神系统表现如好动易激、失眠焦虑等^[1]。现代西医治疗多采用抗甲状腺药物、放射性核素碘¹³¹和手术治疗,但存在复发率高、发生甲状腺功能减退症、肝肾功能损伤及手术并发症等不足^[2]。中医全息论是中国古典哲学整体观融合近代信息论、系统论而形成的理论,腹针疗法是中医全息论指导下深化应用的中医特色疗法之一,对内分泌代谢性疾病的治疗具有独特优势。笔者团队应用腹针疗法综合治疗甲亢,以调节脏腑功能、恢复机体阴阳平衡为宗旨,临床疗效佳,现分享一则验案以供交流。

1 病案

1.1 病例资料

蔡某,女,42岁,2023年9月8日就诊,3年前于他院确诊甲亢,口服甲硫咪唑每次10 mg,日1次,经治1年逐渐减量至每次2.5 mg,日1次。症状好转后停药1年余,2个月前复感心悸、乏力,于某省级医院就诊,给予中药口服,甲硫咪唑每次10 mg,每日1次,倍他乐克每次50 mg,日1次,服药后心悸、乏力症状稍减轻,但仍感明显不适,来诊寻求进一步治疗。症见:心悸、乏力,常心情不畅,口苦,两目干涩,怕热、多汗,烦躁,夜间入睡困难,饮食可,大便时干时稀,小便正常。体格检查:体温36.4℃,心率103次/分,呼吸19次/分,血压127/75 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa);双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音,心律齐,未闻及异常心音,无心包摩擦音。神清,精神可,言语清晰有力,舌体偏胖,边有齿痕,舌质淡红,少苔少津,脉弦细数。2023年9月8日甲状腺功能示:游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)12.4 pmol/L,游离甲状腺素(FT4)55.3 pmol/L;肝功能示:丙氨酸转氨酶(ALT)56.0 U/L,天冬氨酸转氨酶(AST)42.0 U/L。

1.2 诊断与治法

中医诊断:瘵病,心肝阴虚兼肝郁脾虚证。西医

诊断:甲状腺功能亢进症。

患者中年女性,处于甲状腺疾病好发年龄层,平日情志不遂致肝失疏泄,发病首当责之于肝。肝气郁结日久化火,火热炽盛伤及津液,则见口苦烦躁;目为肝之外候,肝之阴液亏虚失于濡润则目窍失养,故见两目干涩;阴虚阳亢迫津外泄,故见怕热多汗。继则母病及子,肝火循经上灼心阴,心阴受损,虚火内扰,致心神失养而发心悸;心阴不足与肝火亢盛相合,加重阴虚火旺之势。肝属木,脾属土,肝火亢盛易克脾土,终致肝病传脾,形成肝脾同病之候。一则肝郁乘脾,脾失健运,水谷不化故见大便时干时稀;二则脾气虚弱,气血生化不足,肢体失养则见乏力;舌体胖大边有齿痕,正是脾虚湿蕴之症。全案以肝郁化火为核心病机,累及心、脾二脏,形成肝火亢盛、心阴亏损、脾虚湿蕴的复合证候。

治疗以滋阴降火、养肝宁心为主,配合疏肝健脾,补虚泻实、调整阴阳。组方以引气归元加腹四关为基础,主要穴位包括:中脘、下脘、气海、关元、滑肉门(双)、外陵(双)、建里、石关(双)、上风湿点(双)等。

操作方法:患者取仰卧位,按照《腹针疗法》^[3]精准取穴,对穴位局部进行常规消毒,使用0.2 mm×30.0 mm一次性无菌针灸针,套管进针。脐部以上的穴位进针深度为1 cm左右,脐部以下的穴位进针直达筋膜层,针刺过程中避开毛孔、血管,留针30 min,每日治疗1次,10次为1个疗程。

1.3 治疗过程

2023年9月8日进行第1次治疗,选用中脘、下脘、气海、关元、滑肉门(双)、外陵(双)、建里、石关(双)、上风湿点(双)等穴位进行针刺,留针30 min;西药继服,甲硫咪唑每次10 mg,日1次;倍他乐克每次50 mg,日1次。治疗后患者诉心悸症状稍有减轻,次日反馈夜晚入睡时间缩短。之后每日重复上述治疗,2023年9月11日进行第4次治疗,沿用原方,治疗后患者自觉心悸明显减轻,乏力症状缓解。2023年9月14日沿用原方进行第7次治疗后,患者不适症状消失,夜晚入睡正常。2023年9月15日查甲状腺功能示:FT3 11.2 pmol/L,FT4 44.9 pmol/L。促甲状腺激素(TSH)及肝肾功能处于稳定水平,患者对目前治

疗效果表示满意,继续维持原方治疗。

治疗1个疗程后患者症状明显改善,继续腹针治疗每周2~3次。2023年10月13日复查甲状腺功能:FT3 9.97 pmol/L, FT4 31.8 pmol/L, TSH、肝功能、肾功能稳定,心悸、乏力症状消失,嘱患者减甲硫咪唑用量为每日5 mg。其后2个月间,患者每周进行2~3次腹针治疗,并每月复查指标。2023年11月24日,即治疗3个月后患者甲状腺功能指标持续下降至恢复正常,肝肾功能正常,心悸、乏力症状全部消失,睡眠可。嘱患者减甲硫咪唑用量至每日2.5 mg。后患者保持每周1~2次腹针治疗。经随访,2024年初患者自行停药倍他乐克,继续每月复查,相关指标均保持在正常水平。至2024年12月12日患者甲状腺功能已恢复正常1年,期间指标稳定,心悸、乏力等症状未见复发,甲硫咪唑用量已减量为每两日2.5 mg。

1.4 按语

该患者有瘦病病史,因停药而复发,现以心悸、乏力为主症,伴有失眠、口苦、两目干涩等。瘦病涉及肝、心、脾、肾等脏,《诸病源候论·瘦候》言:“瘦病者,是气结所成。其状,颈下及皮宽腿腿然,忧悲思虑,动于肾气,肾气逆,结宕所生。”^[4]瘦病起病多缓,其内因在于体质,常因情志、饮食、水土失宜而诱发。病初多见实证,气滞壅结于颈前,痰气郁结化火,日久耗伤气阴,成为虚实夹杂之证^[5]。该患者病程3年,平素情志不畅,气机不通,肝气郁滞,日久而化火,灼伤阴液,此为实。病久气阴耗伤,无以上荣双目,出现双目干涩;津液不足,心失所养,以致心悸;阴失制衡,阳气夜间浮越于外,不入脉中,致入睡困难;气少无法推动血液濡养四肢而见乏力,此为虚。肝气太过,传之于脾,使脾虚证候更加明显。故该案病变脏腑累及心、肝、脾、肾四脏,病情虚实夹杂。

主穴选用中脘、下脘、气海、关元四穴合用以培补脏腑之虚,发挥治心肺、调脾胃、补肝肾的作用^[3]。四穴均处任脉之上,任脉为阴脉之海,分布着多个脏腑募穴,《医宗金鉴·内痛总论》云:“募者,各脏腑阴会之所也。”^[6]针刺中脘、下脘、气海、关元四穴可调阴经气血,共奏养阴滋阴之功。四穴中,中脘位于脐上4寸,位于胃脘的中部,为胃之募穴,又称腑会,承接六腑之气。凡腑病,皆可取用中脘,斡旋六腑气机升降,恢复六腑生理功能。该穴具有健脾和胃、温中散寒、行气化滞、升清降浊的功效,是治疗消化系统疾病的常用穴位^[7]。下脘位于脐上2寸,为任脉与足

太阴经之会。足太阴经属脾络胃,脾气主升,胃气主降,针刺下脘可健脾和胃、降逆止呕,与中脘合用可畅通中焦、调理脏腑升降。气海位于脐下1.5寸,气海为气之聚处,能助全身百脉畅通。气为血之帅,气行则血行,因此针刺气海可疏达经络、调节气血。关元位于脐下3寸,为小肠之募穴,作为元气生发之地,可助小肠化生气血,是全身脏腑及经络气血生发的基础^[8]。同时,关元穴是肝、脾、肾三经的交会之处,具有健脾益肝、培肾固本的作用。“引气归元”四穴是腹针疗法的基础穴位,配合使用疗效显著。现代研究发现,针刺四穴可刺激肠神经系统,调节神经肽、神经降压素等水平,进而对患者神经递质的代谢及功能产生影响^[9]。

配穴选用腹四关,包括滑肉门、外陵,左右各两穴。此四穴同属足阳明胃经,可通调气血、疏达经气,使脏腑之气向全身布散,直达肢体末端,是腹部脏腑与肢体联系的重要枢纽,故称为腹四关。调整腹四关穴位针刺的方向,使其顺足阳明胃经经气流注方向向下,顺气理气有利于胃经气机运行。另外,在治疗瘦病时可通过定位甲状腺对应腹部穴位以增强腹针疗效,故加用建里穴及双侧石关穴进行针刺治疗。双侧上风湿点位于足厥阴肝经循行路径上,深刺可调理肝脾之气,既可舒肝养肝,又可理气和胃。临床可用于治疗肝气不舒、肝失条达所引起的胸胁胀痛及肝火上炎引起的心烦、口苦、失眠。

综上,考虑到瘦病的病机实质,针对本案心肝阴虚、肝郁脾虚的证候进行腹针调理,可调畅气机、健运中州,既使气阴得补以治本,又使虚火得清以治标,气血阴阳恢复稳态平衡,标本兼治,脏腑调和。

2 讨论

中医全息理论是腹针疗法的重要理论基石,也是对中医整体观念的深化和拓展。腹部的位置具有脏腑最集中、经络循行最多的特点,相较于身体其他部位,针刺腹部调节脏腑阴阳气血的作用途径更短,起效更快。因此,在调节脏腑失衡方面,腹针比体针、耳针、头针等具有更多的优势。

2.1 腹部全息观

腹部是人体的一个重要部位,腹腔集中了人体许多重要的内脏器官,生命活动的许多功能均因这些器官的正常生理活动得以运转。腹部还分布着大量的经脉,为气血向全身输布、内联外达提供了较多的途径^[10]。脏腑的募穴是脏腑之气结聚的地方,也

是审察证候、诊断及治疗疾病的重要部位,其大多集中在腹部,因而针刺腹部穴位可对脏腑失衡所导致的疾病发挥作用。腹部可以看作是一个独立的全息胚,蕴含大量的人体信息,是全身整体的缩影,能够反映人体的内在状况和疾病的发展趋势,为诊疗提供帮助。腹部穴位依照全息规律与整体建立联系,当某部分出现异常,体表的对应穴位也会产生异常,出现“过敏现象”^[11]。相反,通过“过敏灶”的异常,也可以察觉到机体内环境发生的微妙变化,对这些“过敏灶”针刺或施灸,常能取得显著疗效。

2.2 腹针治疗甲亢的全息原理

甲亢作为一种涉及多脏腑功能失衡的疾病,其病机具有虚实夹杂的特点。腹针疗法基于特殊的针刺部位,以综合调理脏腑功能见长,通过促进经络气血的正常运行,在甲亢干预治疗中展现出独特的优势。作为中医全息理论指导下发展形成的特色疗法,腹针的疗效机制与中医全息理论的核心原理密切相关。现从全息论角度出发,从经络联系、全息定位、针刺层次三个方面阐述腹针治疗甲亢的作用机制。

第一,腹部的经络腧穴与甲亢病机联系紧密。足厥阴肝经挟胃属肝络胆,足太阴脾经入腹属脾络胃,两经在腹部交会,形成肝脾同调的经络通路。本案取双侧上风湿点,以疏解肝郁、健运脾土,可改善患者因肝郁乘脾所致的大便干时稀、乏力等症状。腹部为气海、关元所在之处,气海是全身气机升降出入的关键,通过针刺调节气机升降,可有效平抑甲亢气火上逆之势;而关元穴作为先天元气输注要穴,施以补法可培元固本,协调阴阳,契合甲亢阴虚阳亢之病机本质。

第二,腹部的全息定位对甲亢有精准调控作用。基于腹针疗法中的全息映射规律,上腹部建里、石关等穴位对应人体的颈部区域,因而针刺上述穴位可直接调节甲状腺局部气血;肋弓下的左右上风湿点穴对应肝区,针刺这两穴可疏泄肝经郁火;气海、关元等穴对应脐下肾区,可激发肾阴,培补先天之元气。这种局部病灶干预与整体脏腑调节相结合的特色,使腹针疗法既能缓解甲状腺肿大等局部体征,又可纠正肝阳偏亢、肾阴亏虚等根本病机。

第三,腹针疗法通过调节针刺深度实现不同治疗效果,这是其独特的治疗优势。腹针浅刺调气血、中刺调经络、深刺调脏腑,可分层调节甲亢的标实与本虚。浅刺通过皮部-络脉系统调节卫气运行,本案

取腹四关(滑肉门、外陵)浅刺,可迅速平息心悸症状;中刺作用于经络,取中脘、下脘调节中焦气机,健运脾胃,缓解气机升降失常;深刺直达脏腑层面,本案深刺关元、气海以滋养脏腑真阴,纠正脏腑阴阳偏亢,缓解脏腑功能失衡。在中医全息论的指导下,腹针疗法通过分层施治实现对本虚标实、虚实夹杂病症的动态调节,标实证浅刺治其标,本虚证深刺固其本,体现了中医“间者并行,甚者独行”的治疗原则。

腹针以腹部全息系统为切入点,通过局部与整体的信息互动,实现多靶点调节,契合甲亢复杂病机。其优势在于以柔克刚,避免药物伤正,体现中医“治病求本”思想。其治疗特色在于以腹部全息传导替代传统药物,标本兼治,避免抗甲状腺药物所致白细胞减少、肝肾损害等不良反应,减少复发率,尤其适合病程迁延、体质敏感的特殊患者群体。这种基于中医整体观的全息治疗模式,为甲亢的中医治疗提供了新的思路与方法。

2.3 全息腹针应用体会

腹针疗法的应用基础源于中医全息论,腹部作为胚胎期脐带营养输布的核心区域,其残留的原始气血输布系统仍可通过上风湿点等效穴激发机体功能,虽产后结构随消化系统重塑而弱化,但深层气血调控网络仍存,成为腹部全息治疗的作用靶区^[12-13]。腹针疗法的针刺深度决定了针刺的不同效果,临床依据“痛症取轻浅,脏腑取中深”的层次规律^[14],将针刺深度分为天(浅)、人(中)、地(深)三部,每层对应独立调控系统。张颖清^[15]指出腹部层次结构与生物全息单元相关,深刺可通过筋膜-内脏网络直达脏腑层面。腹针疗法的临床研究证实通过调节针刺深度(浅层镇痛、深层调脏)可兼顾慢性病症的治疗,实现全息治疗的整体调控优势^[16]。另外,相较于传统针刺,腹针疗法患者接受度更高。腹针的施术深度最深也只会到浅筋膜层,神经血管分布少,痛感轻微,且采用套管进针技术可精准快速穿透皮肤,配合细软针可实现无痛留针。腹针得气表现为局部微胀发红,弱化了传统针刺的强烈得气反应,更强调温和持久的经络调节效应,患者耐受性强,适宜慢性病的长期调理。

3 结束语

腹针疗法在中医全息论指导下起源、发展,定位与辨证相结合,在腹部定位全身部位以认识和治疗全身疾病,

(下转第823页)

·综述·

忍冬治疗皮肤疮疡文献考证

梅明秋¹, 刘雅芳²

(1. 黑龙江中医药大学基础医学院, 黑龙江 哈尔滨 150040; 2. 浙江中医药大学基础医学院, 浙江 杭州 310053)

[摘要] 通过查阅古今本草及方书典籍, 梳理忍冬治疗皮肤疮疡的文献记载, 分析整理历代医家对忍冬治疮功用的认识, 发现古籍中明确记载忍冬治疮功效始于宋代, 明代称其为治疮要药, 并发展出若干名方。在古代文献记载中, 忍冬全草、茎叶、花皆可治疗疮疡, 其药性记载有寒、温两种, 药味记载以甘味为主, 其主治疮疡的功效包含清热解毒和补虚两方面。文章从疮疡病因出发, 沿着忍冬治疗皮肤疮疡的历代文献轨迹, 对其治疮功用进行文献考证, 以为临床应用提供参考。参考文献 58 篇。

[关键词] 忍冬; 金银花; 疮疡; 文献考证; 历史沿革

[中图分类号] R281.6

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0818-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.018

Literature Verification on Treatment of Skin Sores and Ulcers with *Lonicera japonica* Thunb.

MEI Mingqiu¹, LIU Yafang²

(1. School of Basic Medical Sciences, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China; 2. School of Basic Medical Sciences, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310053, China)

Abstract This study reviews and sorts out the literature on the therapeutic effects of *Lonicera japonica* Thunb. in treating sores and ulcers by reviewing ancient and modern Chinese materia medica and prescription books. It analyzes and organizes the understanding of *Lonicera japonica* Thunb.'s medicinal properties for sores and ulcers treatment by medical practitioners throughout different historical periods. The research findings reveal that the explicit records of *Lonicera japonica* Thunb.'s efficacy in treating sores and ulcers can be traced back to the Song Dynasty, and it was recognized as a pivotal medicine for sores and ulcers treatment in the Ming Dynasty, leading to the development of several renowned prescriptions. In the ancient literature, the whole herb, stems and leaves, and flowers of *Lonicera japonica* Thunb. can be used to treat sores and ulcers, and its medicinal properties are recorded as cold and warm, the flavor is mainly sweet,

and the therapeutic effects for sores and ulcers encompass heat-clearing and detoxication, as well as tonifying deficiency. This paper aims to provide valuable references for its clinical applications, starting with the causes of sores and ulcers, tracing the trajectory of the literature on the sores and

[收稿日期] 2024-11-12

[基金项目] 第五批全国中医临床优秀人才研修项目(批文号: 国中医药人教函[2022]239号)

[作者简介] 梅明秋, 2022 级硕士研究生, 研究方向: 中医药古籍文献研究。

[通信作者] 刘雅芳, 医学博士, 教授, 硕士研究生导师, 主要从事中医药古籍文献研究。邮箱: liuyafang@zcmu.edu.cn。

ulcers treatment of *Lonicera japonica* Thunb. and providing literature verification on the efficacy of *Lonicera japonica* Thunb. in treating sores and ulcers. There are 58 references.

Keywords *Lonicera japonica* Thunb.; Jinyinhua (*Lonicerae Japonicae* Flos); sores and ulcers; literature verification; historical evolution

忍冬(*Lonicera japonica* Thunb.)是忍冬科植物,其干燥花蕾与茎枝分别作为金银花与忍冬藤入药^[1]。忍冬在皮肤疮疡治疗方面应用已久,自宋代起,诸多中医药典籍均有明确记载。疮疡是指各致病因素侵袭人体后引起的体表感染性疾病,包括疔、疖、痈等,西医学称之为体表外科感染^[2]。现代研究显示金银花与忍冬藤都具有广谱抗菌^[3]、抗炎^[4-5]、增强免疫^[6-7]等药理作用。据文献记载,含有忍冬的经典名方如四妙勇安汤、五味消毒饮等,均可治疗脱疽^[8-9]、痤疮^[10]等疮疡类疾病,临床疗效良好。目前对忍冬名称和基源进行考证的研究较多,但对其功用的研究较少。文章针对疮疡的病因,结合古籍对忍冬治疮疡的记载,探析忍冬治疗疮疡的功用,以期为临床合理应用忍冬治疗疮疡提供借鉴。

1 中医对疮疡病因的认识

中医典籍对疮疡病因的记载主要集中在火热邪气、饮食厚味等方面,相关脏腑以心、脾为主,病机在于营血与邪气搏结。《黄帝内经》提出疮疡发病与心(火)、营气、饮食等因素有关,“诸痛痒疮,皆属于心”“营气不从,逆于肉理,乃生痈肿”“膏粱之变,足生大疔”。《诸病源候论·疮病诸候》言:“诸疮生身体,皆是体虚受风热,风热与血气相搏,故发疮。”^[11]认为疮疡的病因为风热与血气搏结。《圣济总录·疮肿门》提出“诸疮疡皆属心,诸湿肿皆属脾。盖心主血,脾主肉也。由体虚受于风湿,邪毒与气血相搏,故发疮也”^[12],认为疮肿是由正虚又感受风湿所致。《素问玄机原病式·五运主病》载“诸痛痒疮疡皆属心火”^[13],《丹溪心法·痈疽》载“痈疽只是热胜血”^[14],二者皆认为疮疡发病与火热相关。《东垣试效方·疮疡门》远绍《黄帝内经》,提出“膏粱之变,亦是言厚滋味过度,而使营气逆行,凝于经络为疮疡也”^[15],认为饮食厚味是导致疮疡的原因。陈实功《外科正宗·痈疽门》中提到“盖疮全赖脾土”^[16],认为疮疡的发生与脾胃关系密切。《医宗金鉴·外科心法要诀》对疮疡的病因认识较为全面,总括为“痈疽原是火毒生”,具体病因是“外因六淫八风感,内因六欲共七情;饮食起居不内外,负挑跌扑损身形;膏粱之变荣卫过,藜藿之亏气

血穷。”^[17]^[1370]认为外感六淫、情志内伤、饮食不节、气血不和等因素导致火热毒邪,从而产生疮疡。

《中医外科学》教材将疮疡病因分为内外两类,内因包括情志、饮食等,多因虚致病;外因包括六淫邪毒、外伤等,多为火热毒邪致病。病邪侵袭人体,影响气血运行,导致肿痛产生。疮疡发病后,若正不胜邪,则热盛肉腐,化而成脓^[2]。

2 忍冬治疗皮肤疮疡的文献记载

2.1 唐代及以前的记载

对忍冬药效的记载最早见于晋代葛洪《肘后备急方》,以其治疗“卒中五尸”,书中并未有治疗疮疡等外科疾病的记载,但在“治虚损羸瘦不堪方”中显示忍冬具有补虚功效。

陶弘景《名医别录》记载忍冬的性味和功效为“味甘,温,无毒。主治寒热身肿。久服轻身,长年益寿。十二月采,阴干”^[18],将忍冬的功效整理为补虚和祛邪两方面。原文并未详述“寒热身肿”所指具体病证,或可包含疮疡一类病证。陶弘景虽未指明入药部位,但“十二月”并非其花期,故所用应是茎叶或全草^[19]。《本草经集注》载“人惟取煮汁以酿酒,补虚治风”^[20],增忍冬“补虚治风”之效。

唐代对忍冬药性的记载主要为“小寒”“味辛”,主治热毒血痢、水痢、腹胀满等病证。《新修本草》对忍冬功效记载同《本草经集注》一致。《本草拾遗》记载忍冬的功效为“主热毒血痢,水痢,浓煎服之,小寒”^[21],提到忍冬有一定的清热功能,主治肠道疾病。《药性论》中也有相似记载:“味辛,主治腹胀满,能止气下痢。”^[22]热痢一类的疾病,病位在肠道,为热邪蒸腐所致,可在一定范围内将痢疾理解为发生在肠道的疮疡,系广义疮疡的一种,可从痈进行论治^[23]。正如蒋宝素《医略十三篇·痢疾》言“治痢之法,当参入治痈之义”^[24],提出要“从痈论治痢疾”。

2.2 宋元时期的记载

2.2.1 宋元本草记载忍冬功效

宋元本草对忍冬药性的记载主要为甘温、无毒,功用认识延续前代,又明确其治疮之效。《证类本草》延续《名医别录》中对忍冬性味、主治的记载,并收录

《本草拾遗》及《药性论》中所记载的忍冬清热、可治痢疾之效^[25]。

元代《珍珠囊补遗药性赋》载忍冬草“消痈散肿有高能”，明确提及治疗痈肿的功效。书中又载忍冬草的别名和药性，“即鹭鸶藤，又名金银花……味甘温无毒”^[26]，其中将“鹭鸶藤”“金银花”等作为别名，故当以全草或茎叶入药^[27]。《本草发挥》载：“蒲公英洗净细锉，同忍冬藤煎浓汤……以治乳痈。”^[28]认为蒲公英（即蒲公英）可配忍冬藤治疗乳痈。

2.2.2 宋元方书记载忍冬功效

宋元方书中明确记载了忍冬治疗疮疡的功效，药用部位仍以全草或茎叶为主。《苏沈内翰良方》言“忍冬嫩苗一握……甘草生用半两”，提出用忍冬和甘草治疗痈疽，其后附载当时江西、金陵等地医家以忍冬治疗发背疽、疡等病的有效记录^[29]。《三因极一病证方论》载忍冬丸可防治痈疽，“此药不特治痈，亦能止渴，并五痔诸漏”“又渴人病愈，须预防发痈疽，宜服忍冬丸”，方用忍冬和少量甘草，“忍冬草不以多少，根茎花朵皆可用……入甘草少许为末”^[30]¹⁷⁴。书中又载忍冬酒“治痈疽肿毒甚效”，方用“忍冬草（取嫩苗，一握），甘草（八钱，炙锉）”，以酒煎服，再配合药渣外敷，由其用法可知忍冬内服和外敷皆可疗疮^[30]²⁵¹。《集验背疽方》载治乳痈发背神方，方中仅用金银花一味药^[31]。《外科精要》载有忍冬丸与忍冬酒两方以预防和治疗疮痈，“忍冬丸，疗渴疾既愈之后，须预防发痈疽”，方用“忍冬草不拘多少，根、茎、花、叶皆可”，配以甘草少许^[32]⁴⁹；又有“忍冬酒方，治痈疽发背，初发时便当服”^[32]¹⁴⁻¹⁵，方用忍冬藤配酒研烂外敷，又以忍冬藤五两、甘草一两加酒煎服。《仁斋直指方论》以“老翁须草”为忍冬的正名，载其“宣散痈疽肿毒”，书中以忍冬花叶内服外敷治疗疮疡，“花与叶生捣，暖酒调服……酒和叶烘暖可敷疮”^[33]。元代《瑞竹堂经验方》载黄芪饮子，金银花与当归药量同为方中最大，可治一切恶疮^[34]。《世医得效方》所载忍冬丸与《三因极一病证方论》基本相同^[35]¹⁰⁹，又载忍冬酒“治痈疽发背，初发时便当服此”^[35]³⁰⁷，方用忍冬藤五两、甘草一两，酒煎温服，再以忍冬叶配酒搗烂外敷。

2.3 明清时期的记载

2.3.1 明清本草记载忍冬功效

明清本草对忍冬药性的记载包括寒、温两种，其中以寒多见，沿袭前代对忍冬治疮的功用认识，细化

不同部位的药效认识，部分本草著作中倡导治疮疹时用花，这一时期还强化了忍冬补益的作用。

明代《滇南本草》言“金银花，味苦，性寒。清热，解诸疮、痈疽发背……藤，能宽中下气、消痰、祛风热、清咽喉热痛”^[36]，分述忍冬花与藤的功效，并将治疮功效归于花。《本草品汇精要》载忍冬“治诸恶疮”^[37]。其后陈嘉谟《本草蒙筌》始将忍冬称为治疮要药，提出“诸疮疹金银花为主”^[38]¹⁵，“忍冬味甘，气温，无毒……春夏采花叶，秋冬采根茎。专治痈疽，诚为要药”^[38]⁷⁰。可见明代医家已对忍冬各部位效用差异进行区分，能够根据病情需要区别应用。《本草纲目》对忍冬功效总结为：“忍冬，茎叶及花，功用皆同。昔人称其治风除胀，解痢逐尸为要药，而后世不复治用，后世称其消肿散毒治疮为要药，而昔人并未言及。”^[39]忍冬解毒治疮之效前人已有记载，只是未有“要药”之说，自明代本草著作中始有忍冬是治疮要药的说法。缪希雍《神农本草经疏》对忍冬治疮的配伍作出说明：“同甘菊花……治一切肿毒；加辟虺雷，治一切疔疮。”^[40]清代《本草新编》载“金银花，一名忍冬藤。味甘、温，无毒……殊不知背痈之毒，外虽小而内实大，非用此重剂，则毒不易消”^[41]，认为忍冬治疗疮痈需用重剂才能发挥解毒效果。《本草备要》载金银花“散热解毒，补虚疗风，养血止渴”^[42]，指出金银花可清热解毒、攻补兼施，主治疮痈、五疔及肠道疾病。《本经逢原》载金银花“主下痢脓血，为内外痈肿之要药。解毒祛脓，泻中有补，痈疽溃后之圣药”^[43]，认为金银花解毒的同时可兼以补虚，可主治内、外痈肿，尤其适用于痈疽溃后，此时余毒未尽，气血未复，可使余邪得解而正气不伤。《要药分剂》记载忍冬药性为“味甘，性寒，无毒”^[44]。明清本草书对于忍冬的药性记载寒、温皆有，药味则甘、苦兼见，但治疮痈的功效已然达成一致。

明清医药典籍中还有不少对忍冬补虚养血功效的记载，例如明代缪希雍《神农本草经疏》载忍冬“主寒热身肿，久服轻身长年益寿者，甘能益血，甘能和中，微寒即生气也”^[40]；清代汪昂《医方集解》解析金银花酒为“金银花寒能清热解毒，甘能养血补虚，为痈疮圣药”^[45]²⁶⁷；《本草易读》记载忍冬“退热解毒，养血止渴，疗风湿，补虚祛胀”^[46]；《本草备要》载金银花可“补虚（凡物甘者皆补）疗风，养血止渴”^[42]；杨时泰《本草述钩元》认为“忍冬藤补血”^[47]。部分医药文献将忍冬养血补益之效归因于其味甘，甘味药能补，

故忍冬可补虚扶正。

明清外科医家在祛邪的同时不忘顾护正气,认为正气充盛则可托毒外出,防止邪毒内陷;若是邪毒已去,又可扶助正气恢复,使得疮面早日愈合。外科三大派在其治疗主张中皆有相关表述,如正宗派倡导“消、托、补”三法结合;全生派在阴疽治疗上兼用“阳和通腠”与“温补气血”^[48];心得派认为“凡治痈疽、发背、疔疮、乳痈、一切无名肿毒,先须托里,勿使毒入附延骨髓”^[49]。忍冬既能清热解毒,又可补虚养血,兼具扶正祛邪功效,因而在这些理论的指导下被明清医家广泛应用,也自明代起被称为疮疡要药。

2.3.2 明清方书记载忍冬功效

明清方书中忍冬主要发挥清热解毒作用治疗疮疡,以其为配伍主药的治疮名方增多,忍冬藤和金银花的应用均有相关记载,其中金银花的应用相对较多。

明代《普济方》载有“金银花散”,方用金银花四两和甘草一两,治疗发背、恶疮等病^[50];该书还载有主治疔疮等病的神仙万灵散、治一切恶疮的内托散、治痈疽肿疮的藤黄煮酒散等方,各方中皆以金银花为药量最大的药物。《校注妇人良方》载仙方活命饮可“治一切疮疡,未成者即散,已成者即溃”^[51],金银花与陈皮同为方中用量最大的药物。《本草纲目》忍冬项下附有多个治疮方剂,大多应用全草或茎叶,其中一方出自《选奇方》,以左缠藤(即忍冬藤)为主药治疗恶疮不愈、轻粉毒痈^[39]。

清代《医方集解》称仙方活命饮为真人活命饮,认为方中金银花散热解毒为疮痈圣药,故为君药^{[45]266}。《医方集解》中还载有“忍冬膏”,方中仅用鲜金银花一味,可“养阴退阳,补虚疗风,尤宜于火热炽盛之人”^{[45]267},认为金银花具备攻补兼施、清热消疮之效。陈士铎《石室秘录》言:“急不待时,速以金银花一斤煎汤,饮之数十碗,可少解其毒……再用金银花三两,当归二两,生甘草一两,元参三两,煎汤。”^{[52]219-220}记载以金银花治疗头角生疮,初起用大量金银花煎汤解毒救急,后用四妙勇安汤进一步治疗。《石室秘录》中还载有救肺败毒至圣丹主治肺痈,救肠败毒至圣丹、清肠消毒丹主治肠痈,救肝败毒至圣丹主治肝痈,均应用金银花清热解毒之功^{[52]14-15}。对于金银花的应用,陈士铎在《洞天奥旨》中亦进行了说明,“以金银花可以夺命,不分阴阳,皆可治之。盖此药为纯补之味,而又善消火毒”^[53],认为金银花功可纯补,善消火毒且不耗伤气血,无论阴证阳证皆

可使用。清代外科学代表作《外科证治全生集》言:“金银花,消痈毒。取活藤煎膏,以花拌入收晒。其解毒之功,胜花百倍。”^[54]提出忍冬藤与花并用治疗疮痈。《医宗金鉴》载五味消毒饮主治疗疮,方中金银花清热解毒、清宣透邪为君^{[17]1696}。

2.4 近现代记载

2.4.1 近现代忍冬功效的记载

近代以来,忍冬清热解毒、治疗疮疡之效得以延续、发展。陈存仁《中国药学大辞典》载金银花性甘寒,效能“清热治泻痢,解毒疗疮疡”^{[55]588},认为忍冬藤性甘温,效能清热解毒,可用作疮疡痈疽药^{[55]764}。

1985年到2020年历版《中华人民共和国药典》对金银花功效均记载为“清热解毒,凉散(或疏散)风热。用于痈肿疔疮,喉痹,丹毒,热毒血痢,风热感冒,温病发热”。对忍冬藤均记载为“清热解毒,疏风通络。用于温病发热,热毒血痢,痈肿疮疡,风湿热痹,关节红肿热痛”。二者清热解毒、治疗疮疡之效已成为主流认识。

2.4.2 忍冬在经典名方中的应用

以忍冬为主药的治疮名方至今仍然得到传承。国家中医药管理局发布的《古代经典名方目录(第一批)》^[56]载有四妙勇安汤、五味消毒饮,又于《古代经典名方关键信息表(“竹叶石膏汤”等25首方剂)》^[57]发布后者相关信息。《方剂学》教材将两方与仙方活命饮列为散结消痈代表方^[58]。

3 结束语

忍冬全草、茎叶、花皆可治疗疮疡,古籍中对忍冬药味的认识以甘为主,对其药性的认识有寒、温两种,一般以其寒性清热解毒,以其温性补虚疗风。明确将忍冬用于疮疡治疗的记载始于宋元时期的《苏沈内翰良方》,《三因极一病证方论》《仁斋直指方论》《珍珠囊补遗药性赋》《集验背疽方》等医药典籍中也记载了用忍冬治疗疮肿类皮肤科病证,主要药用部位为全草或茎叶。明清时期发展了忍冬治疮的功用认识,且逐渐倡导用花作为药用部位,也有个别医家认为忍冬藤功效更好。《滇南本草》《本草品汇精要》《本经逢原》《本草备要》等本草著作中记载了忍冬治疮功效,《本草蒙筌》始将忍冬作为治疮要药,《本经逢原》将金银花作为治疗痈肿之要药和痈疽溃后之圣药。明清外科学在治疗皮肤外科疾病时,兼顾扶正补虚,而忍冬在清热解毒的同时又能补虚、益血,深受明清医家青睐。这一时期出现了五味消毒饮、四

妙勇安汤等以忍冬作为主要药物的方剂,后世流传应用甚广。近现代继承和发展了忍冬治疮的认识,忍冬藤与金银花皆可治疮疡已成共识,以金银花为君药主治疮疡的经典名方已写入教材。

[参考文献]

- [1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(一部)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2020:201,230.
- [2] 陈红风. 中医外科学[M]. 5版. 北京:中国中医药出版社,2021:53.
- [3] 李建志,刘旭红,杨丽珍,等. 11种中草药抗菌作用实验研究[J]. 中医药信息,2009,26(3):82-83.
- [4] 冯秀丽,许庆华,赵晓云,等. 金银花及其复方的体外抑菌活性与体内抗炎作用[J]. 沈阳药科大学学报,2013,30(1):35-39,62.
- [5] 李静,韩燕雨. 忍冬非花蕾部位的研究进展[J]. 中华中医药学刊,2020,38(4):43-50.
- [6] 周秀萍,李争鸣,刘志杰,等. 金银花对大鼠免疫功能影响的研究[J]. 实用预防医学,2011,18(2):214-216.
- [7] 赵媛媛,杨倩茹,郝江波,等. 金银花与忍冬藤及叶药理作用差异的研究进展[J]. 中国中药杂志,2016,41(13):2422-2427.
- [8] 王军,徐阳. 糖尿病足溃疡中医循证临床实践指南[J]. 中国中西医结合外科杂志,2015,21(5):540-543.
- [9] 何录文,张爱华,薛俊茹,等. 四妙勇安汤的组方考证及临床研究进展[J]. 中医药学报,2019,47(5):31-35.
- [10] 施健健,陶茂灿. 五味消毒饮合枇杷清肺饮治疗肺经风热型痤疮120例临床观察[J]. 浙江中医药大学学报,2015,39(5):355-357.
- [11] 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,1997:163.
- [12] 赵佶. 圣济总录[M]. 北京:人民卫生出版社,1982:2216.
- [13] 刘完素. 素问玄机原病式[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2014:10.
- [14] 朱丹溪. 丹溪心法[M]. 田思胜,校注. 北京:中国中医药出版社,2008:234.
- [15] 李杲. 东垣试效方[M]. 杨金萍,点校. 北京:中国医药科技出版社,2018:57.
- [16] 陈实功. 外科正宗[M]. 裘钦豪,高葆良,任江南,点校. 上海:上海科学技术出版社,1989:9.
- [17] 吴谦. 医宗金鉴:下册[M]. 郑金生,整理. 北京:人民卫生出版社,2017.
- [18] 陶弘景. 名医别录[M]. 尚志钧,辑校. 北京:中国中医药出版社,2013:42.
- [19] 侯士良,赵晶,杨国营,等. 金银花最早出处及药用部位考证[J]. 中药材,1997,20(11):583-585.
- [20] 陶弘景. 本草经集注[M]. 尚志钧,尚元胜,点校. 北京:人民卫生出版社,1994:238.
- [21] 陈藏器. 《本草拾遗》辑释[M]. 尚志钧,辑释. 合肥:安徽科学技术出版社,2002:338.
- [22] 甄权. 药性论:药性趋向分类论[M]. 尚志钧,辑释. 合肥:安徽科学技术出版社,2006:27.
- [23] 张纨,孙建慧,李娅,等. 国医大师李佃贵治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 中华中医药杂志,2019,34(4):1504-1506.
- [24] 蒋宝素. 医略十三篇[M]. 上海:上海科学技术出版社,1985:93.
- [25] 唐慎微. 证类本草[M]. 尚志钧,郑金生,尚元藕,等点校. 北京:华夏出版社,1993:203.
- [26] 李东垣. 珍珠囊补遗药性赋[M]. 上海:上海科学技术出版社,1958:44-45.
- [27] 刘天亮,董诚明,高启国,等. 以忍冬为例浅论古籍考证思路及考证拾遗[J]. 中草药,2021,52(7):2163-2177.
- [28] 徐彦纯. 本草发挥[M]. 宋咏梅,李军伟,校注. 北京:中国中医药出版社,2015:60.
- [29] 沈括,苏轼. 苏沈内翰良方[M]. 宋珍民,李恩军,点校. 北京:中医古籍出版社,2009:198-199.
- [30] 陈无择. 三因极一病证方论[M]. 侯如艳,校注. 北京:中国医药科技出版社,2011.
- [31] 李迅. 集验背疽方[M]. 赵正山,点校. 福州:福建科学技术出版社,1986:44.
- [32] 陈自明. 外科精要[M]. 顾漫,校注. 北京:中国医药科技出版社,2011.
- [33] 杨士瀛. 仁斋直指方论[M]. 盛维忠,王致谱,傅芳,等点校. 福州:福建科学技术出版社,1989:551.
- [34] 沙图穆苏. 瑞竹堂经验方[M]. 宋白杨,校注. 北京:中国医药科技出版社,2012:73.
- [35] 危亦林. 世医得效方[M]. 王育学,施化,孙成凤,等校注. 北京:中国中医药出版社,1996.
- [36] 兰茂. 滇南本草[M]. 于乃义,丁兰馥,胡月英,等整理. 昆明:云南科技出版社,2004:214.
- [37] 刘文泰. 本草品汇精要(上)[M]. 陆拯,黄辉,方红,等校点. 北京:中国中医药出版社,2013:187.
- [38] 陈嘉谟. 本草蒙筌[M]. 张印生,韩学杰,赵慧玲,点校. 北京:中医古籍出版社,2009.
- [39] 李时珍. 本草纲目[M]. 刘衡如,刘山永,校注. 北京:华夏出版社,2008:908.
- [40] 缪希雍. 神农本草经疏[M]. 夏魁周,赵瑗,校注. 北京:中国中医药出版社,1997:108.
- [41] 陈士铎. 本草新编[M]. 柳璇,宋白杨,点校. 北京:中国医药科技出版社,2011:87.
- [42] 汪昂. 本草备要[M]. 北京:人民卫生出版社,1965:

- 115.
- [43] 张璐. 本经逢原[M]. 赵小青,裴晓峰,点校. 北京:中国中医药出版社,1996:127.
- [44] 沈金鳌. 《要药分剂》释义[M]. 太原:山西科学技术出版社,2011:548.
- [45] 汪昂. 医方集解[M]. 鲍玉琴,杨德利,点校. 北京:中国中医药出版社,1997.
- [46] 汪切庵. 本草易读[M]. 吕广振,陶振岗,王海亭,等点校. 北京:人民卫生出版社,1987:220.
- [47] 杨时泰. 《本草述钩元》释义[M]. 太原:山西科学技术出版社,2009:464.
- [48] 张成博,程伟. 中国医学史[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:112-113.
- [49] 高秉钧. 疡科心得集[M]. 田代华,田鹏,点校. 天津:天津科学技术出版社,2004:5.
- [50] 永瑛,纪昀. 四库全书[M]. 上海:上海古籍出版社,2014:516.
- [51] 陈自明. 校注妇人良方[M]. 曹炳章,校对. 上海:上海卫生出版社,1956:35.
- [52] 陈士铎. 石室秘录[M]. 张灿焯,柳长华,皋永利,等点校. 北京:中国中医药出版社,1991.
- [53] 陈士铎. 洞天奥旨[M]. 柳长华,刘更生,李光华,等点校. 北京:中国中医药出版社,1991:49.
- [54] 王维德. 外科证治全生集[M]. 影印本. 北京:人民卫生出版社,1956:34.
- [55] 陈存仁. 中国药学大辞典[M]. 北京:人民卫生出版社,1956.
- [56] 国家中医药管理局. 关于发布《古代经典名方目录(第一批)》的通知[EB/OL]. (2018-04-16)[2025-5-19]. <http://www.natcm.gov.cn/kejisi/zhengcewenjian/2018-04-16/7107.html>.
- [57] 国家中医药管理局,国家药品监督管理局综合司. 关于发布《古代经典名方关键信息表(“竹叶石膏汤”等25首方剂)》的通知[EB/OL]. (2023-07-28)[2025-5-19]. <http://http://www.natcm.gov.cn/kejisi/gongzuodongtai/2023-07-28/31404.html>.
- [58] 李冀,左铮云. 方剂学[M]. 5版. 北京:中国中医药出版社,2021:287-290.

(上接第817页)

具有独有的理论体系及诊疗思路。本案通过腹针调节腹部经络气血,患者临床症状得到缓解,甲状腺功能指标明显改善,且随访显示病情稳定,未见复发。腹针安全、无痛的显著优势也使其极具推广和应用价值,下一步将继续扩大其临床应用,检验和挖掘其在不同疾病领域的疗效,并深入探究其作用机制,为优化腹针疗法的诊治体系提供理论依据。

[参考文献]

- [1] 中华医学会内分泌学分会,中国医师协会内分泌代谢科医师分会,中华医学会核医学分会,等. 中国甲状腺功能亢进症和其他原因所致甲状腺毒症诊治指南[J]. 中华内分泌代谢杂志,2022(8):705-706.
- [2] 贾显乐. 甲状腺功能亢进症治疗的临床研究进展[C]//第四届全国医药研究论坛论文集(上). 西安:榆林市医学会,2024:758-763.
- [3] 薄智云. 腹针疗法[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:97-98.
- [4] 巢元方. 诸病源候论[M]. 太原:山西科学技术出版社,2015:344.
- [5] 尹雪健,徐海蛟. 中医药治疗甲状腺功能亢进症的研究进展[J]. 实用中医内科杂志,2023,37(5):75-77.
- [6] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 北京:中国医药科技出版社,2022:176.
- [7] 朱玉强,叶兰欣,王伊伊,等. 《针灸大成》中腕穴临床应用规律探析[J]. 中医药临床杂志,2021,33(4):605-609.
- [8] 李方文卉,唐宏图,姜春颜,等. 关元穴治疗妇科疾病古今研究概况[J]. 山东中医杂志,2021,40(9):1017-1021.
- [9] 肖贝,周仲瑜,董莉,等. 阴阳调理灸联合耳穴揶针治疗围绝经期失眠47例[J]. 中国针灸,2021,41(12):1347-1348.
- [10] 申茜茸,韦嵩. 腹针疗法的临床应用和研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(5):564-567.
- [11] 张勇. 中医理论的全息观[J]. 中医临床研究,2015,7(12):15-17.
- [12] 张颖清. 全息胚与全息胚学说[J]. 自然杂志,1989,11(1):26-34.
- [13] 邓予新,孙鼎,茅建春. 腹部新穴指(趾)风湿点为治疗风湿免疫病症举隅:腹针全息理论的临床应用[J]. 四川中医,2022,40(1):23-26.
- [14] 周达君,闵晓莉. 从生物全息律看腹针的几个要点[J]. 时珍国医国药,2009,20(11):2906-2907.
- [15] 张颖清. 全息生物学研究[M]. 济南:山东大学出版社,1985:10.
- [16] 邓行行,徐贞杰,胡幼平. 腹针疗法治疗经筋病研究进展[J]. 山东中医杂志,2010,29(5):349-351.

淫羊藿治疗帕金森病机制研究进展

秦雯璐¹, 曾元宁², 王秋红¹

(1. 黑龙江中医药大学药学院, 黑龙江 哈尔滨 150040; 2. 广东药科大学中药学院, 广东 广州 511436)

[摘要] 帕金森病是常见的神经系统退行性疾病, 主要病理特征为脑黑质多巴胺能神经元死亡, 导致纹状体多巴胺递质减少, 从而引发运动障碍。近年来淫羊藿治疗帕金森病得到广泛的关注, 文章对淫羊藿治疗帕金森病作用机制进行综述, 详细介绍淫羊藿的主要活性成分淫羊藿素、淫羊藿苷通过抗氧化、改善线粒体功能障碍、抑制神经炎症、抑制神经元细胞凋亡、调节细胞自噬途径发挥保护神经作用的具体机制。以期为后期PD的临床治疗提供参考和思路。参考文献46篇。

[关键词] 淫羊藿; 淫羊藿苷; 淫羊藿素; 帕金森病; 作用机制

[中图分类号] R285.6

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)07-0824-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.07.019

Research Progress on Mechanisms of Yinyanghuo(Epimedii Folium) in Treatment of Parkinson's Disease

QIN Wenlu¹, ZENG Yuanning², WANG Qiuhong¹

(1. School of Pharmacy, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China; 2. School of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Pharmaceutical University, Guangzhou 511436, China)

Abstract Parkinson's disease is a common neurodegenerative disorder of the nervous system, which is characterized primarily by the degeneration of dopaminergic neurons in the substantia nigra, leading to a reduction in dopamine neurotransmitters in the striatum and subsequent motor dysfunction. In recent years, Yinyanghuo(Epimedii Folium) has garnered widespread attention in the treatment of Parkinson's disease. This article reviews the mechanism of action of Yinyanghuo in the treatment of Parkinson's disease and elaborates on the specific mechanisms by which the main active components of icaritin and icariin, exert neuroprotective effects through antioxidation, improvement of mitochondrial dysfunction, inhibition of neuroinflammation, inhibition of neuronal cell apoptosis, and regulation of autophagy pathway, with a prospect of providing references and ideas for the clinical treatment of Parkinson's disease in the later stage. There are 46 references.

inson's disease and summarizes its mechanisms of action, aiming to provide references for clinical treatment.

Keywords Yinyanghuo(Epimedii Folium); icariin; icaritin; Parkinson's disease; mechanism of action

[收稿日期] 2024-12-02

[基金项目] 国家重点研发计划项目(编号:2018YFC1707100); 国家自然科学基金面上项目(编号:81773904); 国家“重大新药创制”科技重大专项(编号:2018ZX09731-001); 黑龙江省“头雁”团队支持项目(批文号:[2019]5号)

[作者简介] 秦雯璐, 2022年硕士研究生, 研究方向: 中药炮制原理研究。

[通信作者] 王秋红, 教授, 主要从事中药性味理论及中药药效物质基础研究。邮箱: qhwang668@sina.com。

帕金森病(PD)又称为震颤麻痹, 是一种常见的神经退行性疾病, 最显著的症状为静止性震颤、运动迟缓和肌僵直, 在静止体位时出现或症状明显, 且晚期患者会出现姿势平衡障碍^[1]。PD的发生可能与多种因素有关, 如遗传因素、环境因素、神经系统老化, 具有显著的老年高发特性。目前, PD发病机制尚

不清楚,研究发现其主要与神经炎症、氧化应激、线粒体功能障碍、细胞凋亡及细胞自噬等机制有关,最终导致黑质多巴胺能神经元变性死亡^[2]。PD的治疗手段主要包括药物治疗和手术治疗,如单胺氧化酶B型(MAO-B)抑制剂、多巴胺受体(DR)激动剂、儿茶酚-O-甲基转移酶(COMT)抑制剂等^[3],可通过阻止多巴胺的降解或代谢,增加多巴胺的含量,使其在大脑中的浓度和存在时间增加,以此模拟多巴胺的作用效果;但长期使用以上药物会出现睡眠障碍、胃肠道反应、直立性低血压等不良反应。随着中医药发展,中药由于其获取方便、安全性高、多靶点多通路作用等特点受到关注,淫羊藿通过保护神经并促进神经再生和修复、抗炎、抗氧化等恢复身体平衡与协调,减少由于长期使用西药导致的药效降低和不良反应增加。

淫羊藿(*Epimedium brevicornu Maxim.*)为小檗科淫羊藿属多年生草本植物,味辛、甘,性温,入肝、肾经,有祛风除湿、补肾壮阳、强筋健骨的功效^[4]。研究表明淫羊藿具有抗炎^[5]、抗氧化^[6]、抗凋亡^[7]、增强免疫^[8]等药理活性。淫羊藿的主要化学成分包括黄酮类、多糖类、生物碱、木脂素、微量元素等,目前治疗PD的主要活性成分包括淫羊藿素(ICT)、淫羊藿苷(ICA)等。文章对近年来淫羊藿治疗PD的作用机制进行综述,为临床深入治疗PD提供参考。

1 抗氧化作用

氧化应激是指体内氧化作用和抗氧化作用失衡的一种状态,使机体抗氧化系统倾向于氧化,导致中性粒细胞炎性浸润,蛋白酶分泌增加,产生大量活性氧(ROS)和活性氮(RNS),当体内ROS和RNS过量时,会导致蛋白质、脂质、DNA、RNA的变性,加速细胞老化和细胞死亡,进而加快病情发展^[9]。多巴胺是神经系统中的一种神经递质,黑质多巴胺能神经元在调控随意运动方面发挥关键作用,而中脑黑质多巴胺能神经元的丧失会引起PD^[10]。多巴胺能神经元具有自我氧化的特性,其代谢过程中会产生氧自由基,并且多巴胺能神经元具有大而发达的无髓鞘轴突,使它们通过钙震荡和钙挤压进行自主搏起活动时消耗更多的能量,最终加重氧化应激^[11]。

核因子E2相关因子2(Nrf2)/抗氧化反应元件(ARE)转录途径是氧化应激反应的关键通路,Nrf2从细胞质转移到细胞核与ARE结合,通过升高抗氧化基因血红素加氧酶-1(HO-1)和奎宁氧化还原酶1

(NQO1)的表达,抑制线粒体产生ROS,降低氧化应激的损伤^[12]。ICT是淫羊藿中提取的黄酮类物质,是一种重要的天然抗氧化剂,具有清除自由基、抑制炎症反应、调节免疫、抗肿瘤及保护神经等作用^[13]。梁瑞^[14]通过1-甲基-4-苯基-1,2,3,6-四氢吡啶(MPTP)引发小鼠中脑黑质致密部多巴胺能神经元变性坏死,从而建立PD模型,结果显示ICT治疗后小鼠转棒时间和悬挂评分均下降,利用免疫荧光技术对小鼠中脑黑质部进行染色,显示ICT治疗组小鼠中脑黑质胞浆中Nrf2蛋白表达水平升高,且抗氧化应激蛋白超氧化物歧化酶(SOD)活性以及HO-1蛋白表达水平均较模型组小鼠升高。ICA也是淫羊藿中提取的黄酮类成分,具有抗炎、增强免疫力、调节脂质代谢、抗肿瘤等药理作用^[15]。杜雨蒙等^[16]通过谷氨酸诱导小鼠海马神经元细胞(HT22)氧化损伤模型,结果显示ICA治疗模型小鼠可降低HT22细胞中ROS和丙二醛(MDA)水平,利用蛋白质印迹法检测Keap1/Nrf2/HO-1表达水平,与模型组相比,给药组Nrf2、HO-1表达水平均显著升高,Keap1表达水平显著降低,表明ICA能够显著调控Keap1/Nrf2/ARE信号通路上相关蛋白的表达。周艳明^[17]利用纳米制剂可以改善药物血脑屏障转运的特点,采用经鼻给予百草枯建立小鼠PD模型,经ICA治疗后体内MDA含量明显下降,过氧化氢酶(CAT)和HO-1 mRNA表达降低,并通过免疫荧光实验发现ICA可增加酪氨酸羟化酶(TH)阳性细胞的荧光强度,提示PD小鼠的多巴胺能神经元得到了恢复。

2 改善线粒体功能障碍

线粒体是真核生物进行氧化代谢的部位,是糖类、脂肪和氨基酸最终氧化释放能量的场所^[18]。当线粒体受到损伤时,机体不能正常进行氧化、磷酸化,积累大量ROS,加重 α -突触核蛋白(α -Syn)的聚集,进而引起细胞和线粒体蛋白质、脂质以及DNA的氧化损伤^[19]。线粒体自噬是一种具有选择性和特异性的过程,通过清除受损或多余线粒体以维持线粒体稳态,当线粒体处于损伤和氧化应激状态便会启动自噬状态,以改善线粒体的能量代谢,保护神经元^[20]。当线粒体中 Ca^{2+} 含量增加时,会促进线粒体呼吸和三磷酸腺苷(ATP)的产生,加剧PD的发展^[21]。研究发现约有20种对PD具有易感性的基因参与线粒体自噬和线粒体功能的调控过程,当部分基因发生突变时会导致线粒体自噬受损,从而使线

粒体发生功能障碍^[22]。

黄紫琪^[23]通过神经毒素6-羟基多巴胺(6-OHDA)诱导小鼠中脑多巴胺能神经元细胞(MN9D)线粒体损伤,结果显示,经过ICT处理后细胞中ATP含量、线粒体复合物I活性增加,基质金属蛋白酶(MMP)水平升高,细胞色素C(Cyt C)表达降低,说明ICT可以改善线粒体功能,从而对受损细胞发挥保护作用。王雪婷^[24]通过鱼藤酮(ROT)建立由环境因素导致的PD模型,结果显示经ICA治疗后多巴胺能神经元丢失减少,TH蛋白表达增加;同时ICA可以降低ROT对沉默信息调节因子2相关酶类3(SIRT3)的影响,减少ROS积累,降低ROT的神经毒性。

丝裂原活化蛋白激酶(MAPK)信号通路可将细胞外信号转化为细胞内信号,其中胞外信号调节激酶(ERK)、C-Jun氨基末端激酶(JNK)、P38可以通过控制细胞增殖分化、调控炎症因子、调节能量代谢等维持体内平衡^[25],激活ERK可引起线粒体功能障碍,抑制ERK的活化可逆转1-甲基-4-苯基吡啶离子(MPP⁺)诱导的线粒体结构损伤和功能障碍,并调节复合体蛋白的合成与降解;激活JNK可抑制线粒体复合物I的形成。Hwang等^[26]发现ICT可以降低p-JNK、p-ERK和P38的表达,证明ICT可以通过MAPK信号通路改善PD导致的线粒体功能障碍。

3 抑制神经炎症

神经炎症是中枢神经系统(CNS)中由小胶质细胞和星形胶质细胞激活的免疫应答,通常由感染、创伤或其他病理因素引起^[27]。小胶质细胞在CNS稳态中发挥重要作用,通过识别Toll样受体(TLR)迅速感应CNS的病理状态,启动免疫反应^[28]。持续性慢性炎症通常会损害血脑屏障,这种损伤可能增加外周巨噬细胞向脑实质的浸润,从而使PD进一步发展^[29]。

核苷酸结合寡聚化结构域样受体蛋白3(NLRP3)炎症小体是介导机体免疫炎症和细胞死亡的关键调控因子^[30],NLRP3诱导效应蛋白半胱天冬酶(Caspase)-1的剪切成熟并促进炎症细胞因子白细胞介素(IL)-1 β 和IL-18的生成,从而推进炎症过程。抑制NLRP3表达能改善运动功能障碍,减轻多巴胺能神经元损伤及小胶质细胞活化。杨成念^[31]通过腹腔注射MPTP诱导小鼠模型发生运动功能障碍,结果显示ICT治疗后黑质中TH阳性神经元和纹状体中TH阳性原纤维损伤减轻,星形胶质细胞的活化降低,证实ICT通过抑制NLRP3炎症小体的表达,降低IL-1 β 和

IL-18的含量,发挥抑制炎症反应的作用。

G蛋白偶联雌激素受体(GPER)是一种雌激素膜受体,广泛分布于CNS,在神经元和胶质细胞中广泛表达,其激动剂可以抑制神经炎症^[32]。杨叶^[33]通过向中脑黑质区注射脂多糖(LPS)建立PD模型,结果显示ICT可以升高TH阳性神经元数,抑制炎症因子IL-1 β 、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、诱导型一氧化氮合酶(iNOS)、环加氧酶2(COX-2)的释放。

左旋多巴(L-DOPA)是当前治疗PD的重要药物,但长期服用会产生异动症及心血管系统等方面的不良反应,甚至加速PD的进展^[34]。卢笛笙^[35]使用L-DOPA联合ICA治疗PD大鼠模型,结果显示联合用药对多巴胺能神经元的保护作用优于单独给药,与模型组相比,单独给药组中IL-1 β 和TNF- α 蛋白表达升高,联合给药组IL-1 β 、TNF- α 、COX-2的表达显著降低,提示ICA可以通过抑制炎症因子的释放保护多巴胺能神经元,且L-DOPA与ICA联合使用能显著改善长期使用L-DOPA所导致的异动症。

核受体相关蛋白1(Nurr1)属于孤儿受体家族的核受体,也是一种转录因子,主要表达于黑质、中脑腹侧被盖区的多巴胺能神经元^[36]。Nurr1与核因子- κ B(NF- κ B)结合可影响TNF- α 、IL-1 β 及IL-6等炎症因子的表达。胡珊珊等^[37]发现ICA治疗PD可升高Nurr1阳性细胞数,降低TNF- α 、IL-1 β 及IL-6炎症因子表达,增加TH阳性细胞数,从而改善PD的病理症状。

4 抑制神经元细胞凋亡

黑质多巴胺能神经元的凋亡是影响PD发展的关键因素之一,B淋巴细胞瘤-2基因(Bcl-2)是磷脂酰肌醇3激酶(PI3K)/蛋白激酶B(Akt)信号通路下游的一种效应分子,具有抑制细胞凋亡的作用^[38]。吴林^[39]通过腹腔注射MPTP建立PD小鼠模型,利用蛋白免疫印迹法检测细胞凋亡调控因子(Bax)和Bcl-2的表达,结果显示ICA及淫羊藿总黄酮治疗后小鼠体内Bcl-2表达升高,Bax和Caspase-3表达降低,提示ICA和淫羊藿总黄酮通过调控Bax、Bcl-2的表达发挥抗凋亡作用;与模型组相比,经ICA治疗后纹状体中Akt及磷酸化Akt的表达水平升高,同时在侧脑给予PI3K阻断剂,结果显示ICA能增加纹状体多巴胺含量和神经元数量以保护神经,而这种保护作用会被阻断剂特异性阻断,说明ICA可能通过PI3K/AKT信号通路调节MPTP的毒性作用。程志清等^[40]经鼻腔给予ICA观察对PD大鼠神经元的保护作用,结果表

明ICA能增加TH阳性细胞数量,可通过抑制黑质区Caspase-3的激活,减少黑质部多巴胺能神经元凋亡。明玲^[41]使用6-DOHA诱导MN9D细胞损伤,经ICT预处理1h后,细胞凋亡率降低,Bax/Bcl-2比值减小,激活型(Cleaved)Caspase-3、Caspase-9蛋白表达降低,证明ICT通过抑制凋亡发挥保护神经元细胞作用。

5 调节细胞自噬

自噬是在基因的调控下利用溶酶体降解自身胞质蛋白和受损细胞器的过程,当体内 α -Syn发生异常聚集时,线粒体发生功能障碍,导致细胞内活性氧含量增加,细胞毒性增加,而自噬能有效减少 α -Syn含量^[42]。Zheng等^[43]实验结果表明ICA能有效改善大鼠大脑皮层和海马神经元的损伤,上调大脑皮层和海马体中的微管相关蛋白(LC3B)、苜氯素1(Beclin1)蛋白表达水平,下调整合体1(p62)蛋白的表达水平;且ICA处理后可以激活AMP活化蛋白激酶(AMPK)磷酸化并抑制哺乳动物雷帕霉素靶蛋白(mTOR)的表达,从而降低unc-51样自噬激活激酶1(ULK1)磷酸化,提高自噬水平,保护神经。Zeng等^[44]通过ROT诱导神经元细胞发生损伤,经ICA治疗后大鼠黑质组织中mTOR磷酸化水平和p62蛋白表达水平降低,促进大鼠肾上腺髓质嗜铬瘤细胞(PC12)的自噬通量,发挥保护神经作用。

6 结束语

PD属中医学颤证范畴,医家多认为此病与肝肾有关^[45],肝主筋、肾主骨,通过调理肝肾可以改善患者的不自主运动、动作迟缓、反应慢等症状^[46]。淫羊藿归肝经、肾经,主要治疗筋骨挛急、半身不遂、腰膝无力、风湿痹痛、四肢不仁。淫羊藿的主要活性成分ICT、ICA能通过抗炎、抗氧化、改善线粒体功能障碍等机制保护神经元细胞,基于多靶点多通路发挥药效,提高生物利用度。目前淫羊藿及其活性成分治疗PD虽然取得了一定进展,但研究水平大多集中于动物和细胞模型,临床试验较少,作用机制研究不够深入。未来研究应从深入研究淫羊藿活性成分的作用靶点和通路、开展更多临床试验验证疗效、开发新剂型以提高生物利用度方面展开,以为PD的治疗提供更多的科学依据。

[参考文献]

[1] JOZA S, HU M T, JUNG K Y, et al. Progression of clinical markers in prodromal Parkinson's disease and

dementia with Lewy bodies: a multicentre study [J]. *Brain*, 2023, 146(8):3258-3272.

- [2] SIMON D K, TANNER C M, BRUNDIN P. Parkinson disease epidemiology, pathology, genetics, and pathophysiology [J]. *Clin Geriatr Med*, 2020, 36(1):1-12.
- [3] 叶文慧, 宋咏梅. 帕金森病中医药研究的现状与趋势分析 [J]. *山东中医杂志*, 2023, 42(1):101-107.
- [4] 陆乐, 徐洋, 蔡辉. 淫羊藿总黄酮研究进展 [J]. *山东中医药大学学报*, 2013, 37(2):167-170.
- [5] 曾令荣, 尹彩霞, 刘远贵, 等. 淫羊藿次苷 II 下调 APP/PS1 转基因小鼠海马 APP、 $A\beta$ 1-42、RAGE 蛋白水平并抑制炎症反应 [J]. *遵义医学院学报*, 2017, 40(1):22-26.
- [6] 陈颖, 刘秋, 吉春燕, 等. 基于抗氧化活性研究淫羊藿黄酮类化合物对脑缺血再灌注损伤的保护作用 [J]. *中草药*, 2024, 55(23):8046-8055.
- [7] 刘木波. 淫羊藿次苷 II 抗大鼠脑缺血再灌注诱导的血脑屏障损伤研究 [D]. 遵义:遵义医科大学, 2020.
- [8] 陈春雪. 淫羊藿的质量分析与 2-噻诺酮类衍生物化学合成及其抗肿瘤作用研究 [D]. 武汉:湖北中医药大学, 2017.
- [9] FORMAN H J, ZHANG H Q. Targeting oxidative stress in disease: promise and limitations of antioxidant therapy [J]. *Nat Rev Drug Discov*, 2021, 20(9):689-709.
- [10] 王光辉. 多巴胺能神经元线粒体的氧化损伤与帕金森病 [J]. *生命的化学*, 2014, 34(2):193-199.
- [11] VERMA A, RAVINDRANATH V. Cav1.3 L-type calcium channels increase the vulnerability of substantia nigra dopaminergic neurons in MPTP mouse model of Parkinson's disease [J]. *Front Aging Neurosci*, 2020, 11:382.
- [12] MA X J, SONG M, YAN Y S, et al. Albiflorin alleviates cognitive dysfunction in STZ-induced rats [J]. *Aging*, 2021, 13(14):18287-18297.
- [13] 张利, 李佳莉, 高苑, 等. 淫羊藿素的药理作用及机制研究进展 [J]. *中草药*, 2024, 55(17):6069-6077.
- [14] 梁瑞. 淫羊藿素通过抑制氧化应激对 MPTP 诱导的帕金森病模型小鼠神经元保护作用研究 [D]. 遵义:遵义医科大学, 2023.
- [15] 王义翠, 彭慧霞, 夏子岚, 等. 淫羊藿苷药理作用及应用研究进展 [J]. *中华中医药学刊*, 2023, 41(6):182-186.
- [16] 杜雨蒙, 杨思敏, 秦小桐, 等. 淫羊藿苷对神经元细胞氧化应激损伤的保护作用及机制研究 [J]. *中国临床药理学杂志*, 2024, 40(13):1869-1873.
- [17] 周艳明. 可控制释放淫羊藿苷的 ROS 响应性温敏组装纳米凝胶用于帕金森病的研究 [D]. 天津:天津中医药大学, 2023.

- [18] 王雪莹,谢聪聪,姚冠峰,等. 线粒体的功能及其在生殖中的作用[J]. 中国计划生育学杂志,2019,27(3):404-408.
- [19] 李晓月,张欢,于睿. 中医药基于氧化应激途径防治高血压研究进展[J]. 亚太传统医药,2023,19(3):237-240.
- [20] 陈林波,马凯丽,陈隼,等. 线粒体自噬的分子机制[J]. 中国科学:生命科学,2019,49(9):1045-1053.
- [21] APICCO D J,SHLEVOKOV E,NEZICH C L,et al. The Parkinson's disease-associated gene ITPKB protects against α -synuclein aggregation by regulating ER-to-mitochondria calcium release[J]. Proc Natl Acad Sci USA,2021,118(1):e2006476118.
- [22] 肖琪,樊慧杰,李艳荣,等. 帕金森病发病机制研究进展[J]. 解放军医学杂志,2023,48(8):983-992.
- [23] 黄紫琪. 淫羊藿素对6-OHDA诱导的MN9D细胞线粒体损伤的影响[D]. 遵义:遵义医科大学,2022.
- [24] 王雪婷. 淫羊藿苷通过激活SIRT3上调线粒体复合体II活性减轻鱼藤酮诱导的多巴胺能神经元损伤[D]. 遵义:遵义医科大学,2020.
- [25] LAI X Q,YE Y X,SUN C H,et al. Icaritin exhibits anti-inflammatory effects in the mouse peritoneal macrophages and peritonitis model[J]. Int Immunopharmacol,2013,16(1):41-49.
- [26] HWANG E,LIN P,NGO H T T,et al. Icaritin and icaritin recover UVB-induced photoaging by stimulating Nrf2/ARE and reducing AP-1 and NF- κ B signaling pathways: a comparative study on UVB-irradiated human keratinocytes [J]. Photochem Photobiol Sci,2018,17(10):1396-1408.
- [27] 张书滔,童宇,郭小岚,等. 青蒿素抑制星形胶质细胞炎症通路的分子机制研究[J]. 中国抗生素杂志,2023,48(10):1168-1176.
- [28] GELDERS G,BAEKELANDT V,VAN DER PERREN A. Linking neuroinflammation and neurodegeneration in Parkinson's disease[J]. J Immunol Res,2018,2018:4784268.
- [29] 马一丹,沈鑫,杨珺,等. NLRP3炎症小体在神经退行性疾病及其治疗中的作用研究进展[J]. 中国药物警戒,2023,20(11):1316-1320.
- [30] 朱艳,梁子辉,任韞卓,等. NLRP3炎症小体介导的炎症反应参与糖尿病导致的肾损伤和脂代谢异常[J]. 中国病理生理杂志,2020,36(1):53-58.
- [31] 杨成念. 淫羊藿素通过抑制NLRP3对MPTP诱导的帕金森病小鼠神经损伤的保护作用[D]. 遵义:遵义医科大学,2023.
- [32] GUAN J,YANG B B,FAN Y,et al. GPER agonist G1 attenuates neuroinflammation and dopaminergic neurodegeneration in parkinson disease [J]. Neuroimmunomodulation,2017,24(1):60-66.
- [33] 杨叶. GPER介导淫羊藿素和淫羊藿苷抗帕金森病炎症反应的机制研究[D]. 青岛:青岛大学,2021.
- [34] SALAT D,TOLOSA E. Levodopa in the treatment of Parkinson's disease: current status and new developments[J]. J Parkinsons Dis,2013,3(3):255-269.
- [35] 卢笛笙. 淫羊藿苷联合左旋多巴对6-羟基多巴胺诱导的帕金森病大鼠模型的影响[D]. 遵义:遵义医学院,2018.
- [36] DECRESSAC M,VOLAKAKIS N,BJÖRKLUND A,et al. NURR1 in Parkinson disease: from pathogenesis to therapeutic potential[J]. Nat Rev Neurol,2013,9(11):629-636.
- [37] 胡姗姗,陶娜,胡玫瑰,等. 淫羊藿苷通过Nurr1抑制炎症缓解帕金森小鼠多巴胺能神经元损伤[J]. 遵义医科大学学报,2020,43(2):146-150.
- [38] RENAULT T T,DEJEAN L M,MANON S. A brewing understanding of the regulation of Bax function by Bcl-xL and Bcl-2[J]. Mech Ageing Dev,2017,161(Pt B):201-210.
- [39] 吴林. 淫羊藿总黄酮及其主要活性成分淫羊藿苷抗帕金森病作用的分子机制研究[D]. 青岛:青岛大学,2013.
- [40] 程志清,黄建平,朱文宗,等. 淫羊藿苷脂体经嗅区入脑对帕金森病多巴胺能神经元影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2017,19(10):29-32.
- [41] 明玲. 淫羊藿素对6-OHDA诱导多巴胺能神经元细胞凋亡的影响[D]. 遵义:遵义医科大学,2022.
- [42] 韩焱福,陶然,孙天骏. 自噬对晚期糖基化终末产物致成纤维细胞损伤的早期保护[J]. 中国组织工程研究,2020,24(35):5619-5624.
- [43] ZHENG J,HU S S,WANG J X,et al. Icaritin improves brain function decline in aging rats by enhancing neuronal autophagy through the AMPK/mTOR/ULK1 pathway[J]. Pharm Biol,2021,59(1):183-191.
- [44] ZENG R,ZHOU Q,ZHANG W,et al. Icaritin-mediated activation of autophagy confers protective effect on rotenone induced neurotoxicity in vivo and in vitro [J]. Toxicol Rep,2019,6:637-644.
- [45] 王文武,何建成. 基于肝肾同源理论的帕金森病病因病机及治法研究[J]. 辽宁中医杂志,2009,36(8):1252-1254.
- [46] 郭丽娜,海英. 从“肝肾论治”帕金森病研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,21(8):219-221.