山东中医药大学学报

2019年7月

JOURNAL OF SHANDONG UNIVERSITY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

第 43 卷第 4 期

目次

"系统中医学"研究专题	
论系统中医学	祝世讷(324)
系统中医学研究的回顾 陈少宗	王振国(330)
理论与方法研究	
叶天士运用人参固本丸经验探析 平 静 姚鹏宇	王均宁(335)
阴虚失眠文献计量学分析 宋咏梅 高寰宇 陈 聪	杨梦琦(338)
半夏泻心汤与黄连汤证治辨析 范方馨	谢 鸣(343)
从《医贯》探析赵献可辨治咳嗽特色 缪顺莉 周 涛	王 鹏(347)
"肾为胃之关"探析	王小平(350)
基于数据挖掘中药治疗学龄前儿童呼吸系统疾病用药规律分析	贺梅红(354)
原发性高血压患者痰湿质与阴虚质对比研究 李玉华 李 军 陈春玲 蔡 涛	岳桂华(359)
临床研究与报道	
固本驱邪抑癌汤治疗子宫内膜癌腹腔镜高位腹主动脉旁淋巴结切除术后疗效观察	
	凌晓娟(363)
电针联合髓芯减压术治疗早中期股骨头缺血性坏死 30 例	金成辉(369)
毫火针针刺井穴治疗脑卒中后偏身肢体麻木临床观察	刘 悦(373)
针刀治疗椎动脉型颈椎病及对脑血流量的影响	纪妙丽(377)
中药热奄包联合西药对围手术期鼻骨骨折患者疼痛肿胀的影响	王文一(381)
功能性正骨疗法治疗运动员肩袖损伤临床研究	包信通(384)
综合疗法治疗白癜风 50 例疗效观察	孙 晶(388)
谈勇治疗血栓前状态致复发性流产经验 陈文俊 李慧芳	谈 勇(393)
朱佳辨治上气道咳嗽综合征经验	朱 佳(397)
文献研究	
晋唐方书兴盛的时代背景探析 姜 璇	司国民(401)
实验研究	
当归多糖干预再生障碍性贫血模型小鼠线粒体功能异常机制研究 崔 兴 张 静	陈泽涛(407)
中药研究	
基于叶绿体 rbcL 基因对不同产区浙贝母 PCR 扩增体系及序列差异研究 林 娜 蓝 艳	张晓芹(412)
综 选	
中医药对糖皮质激素受体调节作用研究进展 李 军 李玉华	梁爱武(417)
中医药膳防治糖尿病研究概况和思考	魏丽萍(421)

[期刊基本参数]CN37-1279/R*1977*b*A4*104*zh*P*\frac{1}{2}.00*1000*23*2019-07

JOURNAL OF SHANDONG UNIVERSITY OF

TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

Jul. 2019 Vol.43, No.4

MAIN CONTENTS

Discussion on Systematic Traditional Chinese Medicine
Retrospection of Research on Systematic Traditional Chinese Medicine
Analysis on YE Tianshi's Experience in Applying Renshen Guben Pill
PING Jing, YAO Pengyu, WANG Junning (335)
Bibliometrics Analysis on Insomnia of Yin Deficiency
SONG Yongmei, GAO Huanyu, CHEN Cong, YANG Mengqi (338)
Analysis on ZHAO Xianke's Characteristics in Differentiating and Treating Cough from Key Link of
Medicine MIAO Shunli, ZHOU Tao, WANG Peng(347)
Discussion on "Kidney is the Pass of Stomach" LIANG Yuan, WANG Xiaoping(350)
Analysis on Medication Rule of Traditional Chinese Medicine in Treating Respiratory Diseases in Preschool
Children Based on Data Mining HUANG Ke, HE Meihong (354)
Effects of Guben Quxie Yiai Decoction in Treatment of Patients with Endometrial Cancer after Laparoscope
Paraaortic Lymphadenectomy
Electro-Acupuncture Combined with Core Decompression in Treating 30 Cases of Avascular Necrosis of
Femoral Head in Early and Middle Stages
Clinical Observation on Milli-fire Needle Acupuncturing Well Points in Treating Post-stroke Unilateral Limb
Numbness
Treatment of Cervical Spondylosis of Vertebral Artery Type with Acupotome and Its Effect on Cerebral
Blood Flow LIU Guanzhong, LI Pengxiao, JI Miaoli (377)
Effect of Chinese Medicine Fomentation Combined with Western Medicine on Pain and Swelling
of Patients with Nasal Bone Fracture during Perioperative Period · · · · WANG Wenyi(381)
Clinical Study on Functional Bone-setting Manipulation in Treating Athletes with Rotator Cuff Injury
BAO Xintong(384)
Mechanism of Angelica Sinensis Polysaccharide Intervention on Mitochondrial Function Abnormality in
Aplastic Anemia Model Mice CUI Xing, ZHANG Jing, CHEN Zetao (407)
Study on PCR Amplification System and Sequence Difference of Zhebeimu(Fritillariae Thunbergii Bulbus)
in Different Producing Areas Based on Chloroplast rbc L Gene
LIN Na LAN Yan ZHANG Xiaogin(412)

•"系统中医学"研究专题•

编者按:系统中医学是以系统科学为主导的中医现代研究,是 20 世纪 80 年代形成的中医现代研究新方向,其特点是在系统科学主导下,研究生命的运动规律以及健康维护、疾病防治规律等问题。它由我国著名科学家钱学森倡导和引领,我校祝世讷教授从 1980 年开始,从中医系统论研究入手开辟了系统中医学研究,在钱老的支持和指导下取得一系列重要进展,受到科学界和医学界的关注和重视。本刊曾 4 次开辟专栏,发表其研究成果。我校于 2018 年成立系统中医学研究所,在附属医院设立临床研究基地,系统中医学研究进入了开拓深化的新阶段。为推动系统中医学研究的发展,本刊从本期开始开辟"系统中医学研究"专栏,作为专题性学术园地,发表研究成果,进行学术探讨。希望在广大作者和读者的支持下,把系统中医学的研究推向深入。

系统中医学创始人简介



祝世讷教授

祝世讷(1940-),山东青州人,1965年山东师范大学政治系毕业,分配到山东省教育厅工作。1978年调至山东中医学院,任自然辩证法教研室主任,教授,专任硕士学位课"自然辩证法"、博士学位课"现代科学技术革命与马克思主义"等课教学。从事中医理论与方法的现代研究,主要是现代系统科学与中医的交叉研究,开辟了中医系统论和系统中医学研究。2000年退休,学校返聘做史志研究工作,担任《山东中医药大学年鉴》执行主编。继续进行系统中医学研究,2018年学校成立系统中医学研究所,任名誉所长。

1980年开始中医系统论研究,提出6条基本原理,创立中医系统论;1983年 开辟中医系统论教学,1988年招收硕士研究生;1989年深入到系统中医学研究, 即从现代系统科学研究、阐明、发展中医原理和临床防治。先后出版研究性学术专 著9部:《中医系统论导论》(1985年)、《系统中医学导论》(1989年)、《中医系统

论》(1990年)、《中西医学差异与交融》(2000年)、《中医系统论与系统工程学》(2002年)、《中西医结合临床研究思路与方法学》(2002年)、《系统医学新视野》(2010年)、《中国智慧的奇葩——中医方剂》(2013年)、《中医学原理探究》(2019年)。主编著作4部:《中医学方法论研究》(1985年)、《自然辩证法概论》(1990年)、《中医新知识辞典》(1992年)、《中医文化的复兴》(2013年)。副主编、参编、参译著作20余部。发表论文《中医是中国第一大科学发现与发明》等150多篇。

系统中医学专栏主持人简介



陈少宗教授

陈少宗(1963-),教授,博士研究生导师。现任山东中医药大学系统中医学研究所所长、针灸研究所所长、全息微针系统研究中心主任,兼任中国针灸学会痛症专业委员会主任委员、中国中医药促进会针灸康复分会副会长、山东针灸学会副会长兼秘书长、《国际临床针灸杂志》副主编及《医学与哲学》《中华中医药杂志》《针灸临床杂志》《上海针灸杂志》编委。从事现代针灸学研究、临床、教学工作34年,倡导建立以"神经-内分泌-免疫网络学说及腧穴作用规律、针刺作用的四大规律"为核心的"现代针灸学体系",致力于运用系统科学原理和方法探索中医学、针灸学问题。已承担参与了18项国家各级政府计划课题的研究,以首位作者或通信作者发表论文160余篇,出版有《中医系统论与系统工程学》(与祝世讷教授合著,2002年)、《全息生物医学理论与现代耳针疗法》(独著,2011年)、《现代针灸》(独著,2018年)等10余部著作。

论系统中医学

祝世讷

(山东中医药大学,山东 济南 250355)

[摘要]系统中医学是以系统科学为主导的中医现代研究。它植根于人的复杂性,继承和坚持经典中医学研究人的复杂性的方向和成就,在系统科学主导下,把人的生命运动及其健康与疾病的复杂性作为研究方向和主题,突破经典中医学遇到的"复杂性"瓶颈,把中医学对人的复杂性的认识和调理提高到全新水平,成为中医现代研究和发展的必由之路。这个研究方向由钱学森倡导和引领,首先在山东形成,经过奠基、起步、展开,在理论研究和临床应用上都取得重大进展,正进入全新的发展时期。

[关键词] 系统中医学;系统科学;复杂性;经典中医学;中医现代化

[中图分类号] R2-03

「文献标志码] A

[文章编号] 1007-659X(2019)04-0324-06

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.001

Discussion on Systematic Traditional Chinese Medicine

ZHU Shine

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

Abstract Systematic traditional Chinese medicine is a modern study of traditional Chinese medicine led by systematic science. It is rooted in the complexity of human beings, inherits and adheres to the direction and achievements of classical Chinese medicine in studying the complexity of human beings. Under the leadership of systematic science, the human life movement and the complexity of its health and disease are the research direction and theme. Breaking through the bottleneck of the "complexity" encountered by classic Chinese medicine, and raising the cognition and regulation of Chinese medicine to a new level, it has become the only way for modern research and development of Chinese medicine. This research direction was initiated and led by QIAN Xuesen and was first formed in Shandong. After laying the foundation, starting and development, it has made significant progress in theoretical research and clinical application, and is entering a new development period.

Keywords systematic traditional Chinese medicine; systematic science; complexity; classical Chinese medicine; modernization of traditional Chinese medicine

系统中医学是以系统科学为主导的中医现代研究。它是 20 世纪 80 年代兴起的中医现代研究的新方向、新学派,其特点是以系统科学(复杂性科学)为主导,以人的生命运动及其健康与疾病的复杂性为

研究方向和主题,是中医学与系统科学的交叉研究,可概括为"系统中医学=中医学×系统科学"。该研究继承和坚持经典中医学研究人的复杂性的方向和成就,着重从人的生命运动及其健康与疾病的复杂性进行突破和创新,开拓和发展遵循人的复杂性进行调理的原则和方法。

1 根源和基础

系统中医学研究始于 20 世纪 80 年代,有其特定的客观基础、历史根源、时代条件,具有深刻的客

[收稿日期] 2019-05-06

[作者简介] 祝世讷(1940-),男,山东青州人,教授,山东中医药 大学系统中医学研究所名誉所长,研究自然哲学、中医学原理,主要 研究方向为中医系统论与系统中医学。 观必然性和逻辑必由性。

1.1 客观基础——根于人的复杂性

人的复杂性是系统中医学的立命之根。生命,是宇宙演化至今形成的最复杂运动方式。人类,是地球生命 35 亿年进化而来的最高级生命形态。人的生命运动及其健康与疾病,是摆在科学面前最复杂的难题。医学研究人的健康与疾病已经几千年,遇到了人的复杂性但长期没能破解,更没有将其作为医学的主题来对待。人的生命运动及其健康与疾病的复杂性是客观的"硬存在",不可回避更不可消除,医学迟早必定要将其作为主题来研究。系统中医学就是这种必然性的产物,它明确地将人的生命运动及其健康与疾病的复杂性作为研究方向和主题。可以说,没有人的复杂性就没有系统中医学。有人的复杂性而不研究也就没有系统中医学。

1.2 医学基础——根于经典中医学

经典中医学是系统中医学的立学之本。经典中医学是指发展到1840年为止的中医学[1],其突出特点是,在中国传统思想文化的孕育下,基于世界上最大的临床样本,对原生态的人及其健康与疾病连续探究了几千年,大量反复地接触和认识了人的生命运动及其健康与疾病的复杂性,掌握了大量复杂性事实和特性,发明了对其进行调理的原则和方法。问题在于,由于当时的科学还没有进步到研究复杂性,没有为中医学研究人的复杂性提供科学理论和方法,因此对人的复杂性研究只能达到"知其然不知其所以然"的程度。系统中医学就是继承经典中医学研究人的复杂性的正确方向和已有成就,以其"不知其所以然"的难题作为出发点和突破口,从人的复杂性进行新的研究以实现突破和创新。

1.3 科学基础——根于现代系统科学

系统科学是系统中医学破解人的复杂性难题的 钥匙。系统科学产生于 20 世纪的现代科学革命中, 以世界的复杂性为研究对象,研究和揭示了世界的 复杂特性和规律(系统特性和规律),总结为系统论、 信息论、控制论、耗散结构理论、协同学、超循环理 论、系统工程学等。1980 年由中国科学家钱学森倡导,把这些理论统一起来形成系统科学(也称为复杂 性科学)。系统论所揭示和总结的复杂特性和规律, 在人身上更加典型,有许多早已被中医学所认识和 掌握,只是没有揭示清楚,"知其然不知其所以然"。 系统科学正是专门研究复杂性的,为破解经典中医 学那些"不知其所以然"的复杂性难题准备了科学理 论和方法,为开拓和深化人的生命运动及其健康与 疾病的复杂性研究开辟了道路。以系统科学为主导, 从经典中医学已经开始研究但没能破解的人的复杂 性为突破口进行突破和创新,以人的复杂性为根本 目标发展全新的研究,就形成了系统中医学研究。

总之,系统中医学源于人的复杂性,基于经典中 医学研究人的复杂性的正确方向和遇到的难题,以 现代系统科学为主导,从人的生命运动及其健康与 疾病的复杂性进行突破和创新,以把中医学从经典 水平提高到现代水平,推动人类医学向人的复杂性 方向开拓和深化。

2 中医现代研究和发展的必由之路

中医现代研究和发展的道路有多种探索,实践检验证明,系统中医学是可行的必由之路。因为,系统中医学抓住了中医现代发展的瓶颈——人的复杂性,掌握了破解这一瓶颈的系统科学,因而是真正能够实现中医现代化的发展道路。

2.1 研究人的复杂性——中医特色和优势的本质

中医的现代研究和发展要从中医的特色和优势进行突破和创新。那么,中医的特色和优势究竟是什么?

中医的特色,是指有别于西医而独具的特点。20世纪70年代曾将中医特色概括为整体观与辨证论治。这样概括没有错,但是没有揭示出本质。从百多年中西医比较研究的结果看,中医特色的本质,是对人的生命运动及其健康与疾病的复杂性的认识和调理,它从根本上超出西医的还原论视野。

中医的优势,在于掌握着医学未来发展的主导和先机。多年来人们常把中医的优势概括为"简便验廉",这种概括也没有错,但更没有揭示本质。从人类医学未来发展的方向看,人作为世界上最复杂的系统,医学虽然可以几百年、几千年地不研究人的复杂性,但迟早有一天要来研究,这一天已经到来。中医的优势就在这里,在于早就开始并且一直在研究和调理人的复杂性,并且达到了相当深入的程度。科学界强调"复杂性科学是 21 世纪的科学",中医所研究的正是人的复杂性,中医是复杂性科学^[2],中医是第一门复杂性科学^[3]。因此,中医优势的本质,是对人的生命运动及其健康与疾病的复杂性的认识和调理。

从本质上来看,中医的特色和优势是统一的——对人的生命运动及其健康与疾病的复杂性的认识和调理。

2.2 人的复杂性——经典中医学的发展瓶颈

认识和调理人的复杂性,既是中医特色,又是中医优势。然而,在中医学发展的经典阶段,由于科学还没有进步到研究世界的复杂性,中医找不到能够

破解复杂性的科学理论和方法,因而虽然抓住了复杂性,却不能破解它,只能"知其然不知其所以然"。 "知其然"是认识了人的复杂现象和事实,"不知其所以然"是没能揭示和阐明这些复杂现象和事实的机制和规律。无力破解人的复杂性成为束缚经典中医学发展的瓶颈,由此形成经典中医学的各种局限和缺陷。

中医的现代研究和发展就是要冲破经典中医学的发展瓶颈,就是要揭示和阐明人的复杂性机制和规律。但是,一段时间来流行的就中医论中医的诠释研究,强调中医的特色是整体观和辨证论治,优势是简便验廉,主张从经典理论来阐明,从临床实践来验证,从外延推广来弘扬。这种研究没有认清中医特色和优势的本质都是认识和调理人的复杂性,没有认清这又正是束缚经典中医学发展的瓶颈,没有认清中医现代研究和发展的关键就是要冲破这一瓶颈,更没有找到和掌握破解这一瓶颈的科学理论和方法。因此,这种研究只能在经典中医学的"天花板"下团团转,无法从人的复杂性进行突破和创新,不是中医现代研究和发展的正确道路。

2.3 人的复杂性——还原论医学的盲区

什么是复杂?科学研究迄今还没有提出严格统一的定义。美国圣菲研究所关于"复杂"的专门研究认为,它"如此之新,其范围又如此之广,以至于还无人完全知晓如何确切地定义它,甚至还不知道它的边界何在,才是它的全部意义之所在。"[4]现有研究得出的基本认识是,复杂的本质特征是"超还原",即超出还原论视野,不可还原、反还原。钱学森指出:

"凡现在不能用还原论方法处理的,或不宜用还原论方法处理的问题,而要用或宜用新的科学方法处理的问题,都是复杂性问题,复杂巨系统就是这类问题。"[5]

还原论是以欧洲原子论为基础发展而成的世界观和方法论。原子论认为世界的本原是不可再分的最小物质颗粒——原子(莫破质点),世界万物由它组合而成。组合式发生机制决定了事物的可分解性,分解还原到原子就可找到本原,得出终极解释。还原原理的核心是"组合—分解""原子—本原"。按照这样的世界观及方法论来理解、研究世界万物和人,一律视为原子的组合物,一律进行分解还原,一律将其本质归结为不可再分的原子(或其化身)。而世界的复杂性是不可还原和反还原的,被还原论排斥于视野之外,成为盲区。

西方医学面对人的复杂性,几千年的发展呈现 三种状态。一是古代,以古希腊医学为代表,自发地 在一定程度上认识了人的复杂性。二是中世纪那"黑暗的一千年",医学教义化,按"上帝造人"来解释一切,人的复杂性被彻底取消。三是 16 世纪以来的四百多年,把人从上帝手中解放出来,交给了新兴的还原论,对人进行还原研究,发展成为还原论医学。

现有西医是还原论医学,其还原原理把注意的中心放在人体,把人体从整体一层一层地还原到器官、组织、细胞、分子、基因,把健康与疾病的本质归结为微观实体粒子(细胞、分子、基因等)的异常。在这种研究视野中,排除了人的生命运动,排除了相互作用、整体性、有序与无序、熵和信息、自组织等复杂性内容,人的复杂性成为还原论医学的盲区。

这就是说,中医的特色和优势是研究人的复杂性,而人的复杂性却是还原论医学的盲区,因此,人的复杂性成为中医与还原论医学的"分水岭"。正是在这里,形成了中医与现有西医的"不可通约"性。

有人把中医现代化的希望寄托于"以西解中" (用西医的知识和方法来研究和解释中医)。实践结 果证明,这种研究方向是错误的。因为,中医现代化 的根本课题,是破解对人的复杂性"不知其所以然" 的发展瓶颈,而这正是现有西医的盲区,怎么能从那 里来破解复杂性难题呢?

有人把中医现代化的希望寄托于"中西医结合"。 但实践证明,这条道路同样走不通。因为,现有西医 是还原论医学,它排斥和背离人的复杂性,怎么能把 研究人的复杂性的中医与屏蔽人的复杂性的还原论 医学相结合呢?事实证明,中医认识的气、生气通天、 人天相应、五运六气、阴阳、经络、藏象、病机、病证、 脉象、针灸效应、中药性味、方剂功效等,都属于人的 生命运动的复杂性内容,都被还原论医学所背离和 屏蔽,这里只有"不可通约",没有可能结合。把希望 寄托于中西医结合,是没有认清中医研究的是人的 复杂性,而还原论医学正是背离人的复杂性,由此而 生的一种盲目幻想。

2.4 人的复杂性——系统中医学的研究方向和主题 系统中医学作为一种研究方向,不同于就中医 论中医的诠释,不同于中西医结合研究,而是以系统 科学主导以人的复杂性为研究方向和主题。其特点 有三。

第一,明确地把人的生命运动及其健康与疾病的复杂性作为研究方向和主题。经典中医学自发地走到这一方向,而系统中医学则自觉地把人的复杂性作为研究方向和主题,这与还原论医学的方向和主题相悖。

第二,对经典中医学的继承和突破。一方面,继

承和坚持经典中医学研究人的复杂性的正确方向和已有成就,作为新研究的基础。另一方面,认清并抓住经典中医学对人的复杂性"不知其所以然"的发展瓶颈,作为出发点和突破口,着重于从人的复杂性进行开拓和创新。

第三,以系统科学为主导。以系统科学的理论和方法,以人的复杂性研究为根本方向,首先破解经典中医学遇到的"不知其所以然"瓶颈,继而深化对人的生命运动及其健康与疾病的复杂性研究,把中医对人的复杂性的认识和调理提高到现代阶段和水平,发展成为现代中医学,上升为人类新医学的主旋律。

总之,系统中医学以人的生命运动及其健康与疾病的复杂性为研究方向和主题,从根本上继承和坚持了中医的特色和优势,掌握了破解人的复杂性的系统科学的理论和方法,能够将中医学关于人的复杂性的研究从经典水平提高到现代水平。因此,系统中医学是中医现代研究和发展的必由之路。

3 钱学森的引领和指导

系统中医学研究是一种历史的必然,之所以始于 20 世纪 80 年代,在于这个时期出现了三个必不可少的条件。第一,认清人是复杂系统,并提上科学研究的日程。第二,产生了研究世界复杂性的系统科学,并应用于人的复杂性研究和医学研究。第三,认清中医研究的是人的复杂性,形成了系统论思维,但遇到了对复杂"不知其所以然"的难题,破解这一难题需要系统科学。

这三个条件的出现是客观的,但被人们认识到 并将其统一起来,认定为中医现代研究和发展的方 向和道路,却非常不容易,需要相当的思想高度和战 略胆识。

首先做出这种战略思考并指明方向的,是中国 伟大的科学家钱学森院士。

3.1 钱学森的战略引领

钱学森站在时代和科学的前沿,在引领系统科学、人体科学、思维科学的创立和发展中,提出一系列振聋发聩的重大见解。他第一次明确地指出,人是开放复杂巨系统,人的研究必须有系统观,运用系统科学;第一次明确地指出,中医研究的就是人的复杂性,形成的是系统论思维;第一次明确地指出,中医现代研究要抓系统论,要运用系统科学;第一次明确地指出,人体科学的方向是中医不是西医,西医也要走到中医的道路上来;第一次明确地指出,中医现代化会引起科学革命,甚至东方式文艺复兴。

钱学森以战略家的胆识,高屋建瓴地指明并引

领了系统中医学的研究方向。

第一,指出人体科学一定要有系统观,而这就是中医的观点。他说:

"西医起源和发展于科学技术的'分析时代',也就是为了深入研究事物,把事物分解为其组成部分,一个一个认识。这有好处,便于认识,但也有坏处,把本来整体的东西分割了。西医的毛病也就在于此。然而这一缺点早在100年前恩格斯就指出了。到大约20年前终于被广大科技界所认识到,要恢复'系统观',有人称为'系统时代'。人体科学一定要有系统观,而这就是中医的观点。"[6]

"中医的优点,它的突出贡献,或者它的成绩,就 在于它从一开始就从整体出发,从系统出发。"[7][72

第二,指出人体科学和医学的方向是中医,西医也要走到中医的道路上来。他说:

"说透了,医学的前途在于中医现代化,而不在什么其他途径。"

"人体科学的方向是中医,不是西医,西医也要走到中医的道路上来。"[8]277

第三,强调中医现代化必须运用系统科学,要抓系统论。他说:

"把系统科学、系统论的方法用于研究我们人体 是唯一的,不用这个是不行的……"[7]263

"中医现代化要抓什么?你要问我的话,那我就很清楚地说是系统论,系统的观点。"[7]299

第四,指出中医的现代化研究会引起科学革命。 他说:

"中医的理论和实践,我们真正理解了、总结了以后,要改造现在的科学技术,要引起科学革命。"[9]68

"真正中医现代化的问题,恐怕 21 世纪再说吧! 现在不行,办不到。假如 21 世纪办到了,那是天翻地 覆的事儿,是科学要整个改变面貌,整个世界也会大 大的有所发展。"[9]73

第五,认为揭开人的复杂性奥秘将带来东方式 文艺复兴。他说:

"以气功为核心的中医理论、气功、人体特异功能是开展人体科学研究的一把钥匙。"[10]

"要是这样做下去,等于第二次文艺复兴。"[8]117

3.2 钱学森的具体指导

在钱学森思想的鼓舞和引领下,我们从 1980 年 开始了系统中医学研究,他曾 6 次亲笔来信给予热 情的鼓励和指导。

钱老在 1985 年 6 月 25 日的来信讲:

"据我所知,国内外研究中医的工作很多,工作 大都是仪器测定,比较定量而严格,您似未引用。当 然,这些工作也往往由于不知道系统论而未能解决问题……但这正是您可以大有作为之处。用系统论一点,'点石成金'!"

"您如能把中医固有理论和现代医学研究用系统论结合起来,那么在马克思主义哲学指导下,一定能实现一次扬弃,搞一次科学革命。"

钱老在1985年9月23日的来信讲:

"我并不是个中医,但我认为传统医学是个珍宝,因为它是几千年实践经验的总结,分量很重。更重要的是:中医理论包含了许多系统论的思想,而这是西医的严重缺点。所以中医现代化是医学发展的正道,而且最终会引起科学技术体系的改造——科学革命。"

"中医现代化最终也是医学现代化——科学现代化!"

钱老在 1991 年 3 月 30 日的来信讲:

"我们在北京的同道近年来已明确地认为,(1) 有一类特殊复杂的系统,开放的复杂巨系统;(2)人 体是开放的复杂巨系统;(3)研究开放的复杂巨系统 不能用 prigogine 的方法,也不能用 haken 的方法,那 些都不行,只能用从定性到定量综合集成法(前曾用 "定性与定量相结合"综合集成法一词)。"

"因此中医系统论也必须用这一概念,老的一套是不能解决问题的,我以为中医理论其实已蕴育着我上述现代化的观点。"

钱老的思想是指引我们前进的光辉灯塔,我们 认定系统中医学的研究方向和取得的进展,都得力 于钱老的引领和指导。

4 系统中医学研究进展

系统中医学研究从 1980 年开始,至今已近 40年,经过了奠基、展开、深入等发展过程,正进入一个新的发展时期。

4.1 奠基——中医系统论研究

系统中医学研究始于中医系统论研究。中医系统论是系统中医学的理论基础,是中医学关于人的生命运动及其健康与疾病的复杂特性和规律(系统特性和规律)的理论,是对经典中医学理论和实践所包含的系统论思想的挖掘总结和现代研究,集中从理论上概括了中医特色和优势的本质。

中医系统论研究并非一般系统论的概念和理论的简单移植和套用,而是从两个层次进行的事实考据和理论总结。一是从经典中医学的理论和实践挖掘总结其系统论思想,这要从中医的理论和实践中找出来,并用中医的理论和实践来阐明。二是以中

医的系统论思想为纲要,对人的生命运动及其健康与疾病的复杂特性和规律进行新的深入探究,把人的健康与疾病的各种复杂特性和规律(含于或超出中医视野的)从人身上找出来,并从人身上予以阐明。这样,基于这两个层次的研究所形成的中医系统论,就继承性地总结了经典中医学的系统论思想,又开拓性地提高到现代认识水平。它沿着系统科学研究复杂性的方向,专业性地研究和总结了人及其健康与疾病的复杂特性和规律,因而是系统科学的医学分支,是进行系统中医学研究的理论基础。

1980年我们参加"全国自然科学方法论第一次 学术讨论会"(北京),首次提出"研究和发展中医的 系统思想和方法"的问题,从此开始了中医系统论研 究。1983年开始在山东中医学院为研究生开设公共 理论课"中医系统论",1985年编印教材《中医系统 论导论》,对中医系统论研究进行了首次理论总结。 1990年中国人体科学学会建立"中医系统理论专业 委员会",我们参加成立大会作"论中医系统论"报 告,阐明了中医系统论的研究对象、学科性质、学术 特点、研究内容、发展趋向,提出了中医系统论的5 条基本原理。此后,1990年出版《中医系统论》,2002 年出版《中医系统论与系统工程学》,对中医系统论 研究进行了全面的理论总结,建立起中医系统论的 理论体系,总结了中医系统论的6条基本原理,即元 整体原理、非加和原理、有机性原理、功能性原理、有 序性原理、自主性原理。

中医系统论教学从 1983 年开始至今已 36 年, 教师更替了三代。1988 年首次招收培养了以中医系 统论为主攻方向的硕士研究生。

4.2 起步——系统中医学理论研究

中医系统论研究和总结的是人的健康与疾病的复杂特性和规律(系统特性和规律),那么,这些复杂特性和规律在中医的理论和实践中是怎样认识和驾驭的,又该怎样进行现代研究和发展?这需要进行系统中医学研究来回答。1989年我们出版了《系统中医学导论》,开始了从中医系统论深入到系统中医学的研究。首先需要探讨和回答的,是中医现代研究面临的两个重大矛盾。

第一,中医自身的矛盾。即经典中医学发展遇到的发展瓶颈究竟是什么?中医学的现代研究要解决的根本矛盾是什么?这个问题困扰人们百多年了,从系统科学来看,事情很明白,经典中医学的特色和优势在于认识和调理人的复杂性,发展遇到的瓶颈也在人的复杂性——"知其然不知其所在然"。其原因

不在中医学,而在整个科学的发展没有进步到研究 世界的复杂性,没有为中医提供破解复杂性的理论 和方法。中医学的现代研究和发展就是要从人的复 杂性进行突破和创新,只有系统科学为这种突破提 供了特有的理论和方法。

第二,中医与西医的矛盾。即中医特色和优势的本质何在,中西医差异的本质何在?经典中医发展遇到的瓶颈能不能靠"以西解中"和"中西医结合"来破解?这个问题争论了几十年,只要从系统科学来考察,就十分清楚——中医与西医的"分水岭"是人的复杂性,那是中西医"不可通约"之根。要破解经典中医学的发展瓶颈,实现中医现代化,必须从人的复杂性进行突破和创新,靠还原论医学只能背道而驰。

总之,"人的复杂性"是中医现代研究和发展的根本方向和主题,但有的多种研究因为不懂得系统科学,看不清甚至背离这一方向,直接或间接地按还原论来研究中医,造成各种异化和西化现象,背离了中医学术的根本方向。故系统中医学研究首先要面对这一现实,从拨乱反正开始,阐明并坚持中医发展的正道——认识和调理人的复杂性。

系统中医学研究不能不从中医学的基本理论问题及其现代研究人手。1996年至2016年20年间,我们在《山东中医药大学学报》先后开辟了4个专栏,围绕上述两个基本矛盾进行了专题探究,即"中医学重大理论问题系列研究"(1996—1998年)、"中医药自主创新思路研究"(2007—2008年)、"中医问题访谈"(2009—2010年)、"中医真理探究"(2015—2016年),发表论文近50篇。探究的基本理论问题涉及经络本质、阴阳本质、五藏本质、证候本质、中医治疗原理、中药方剂功效原理等。探究的重点是从系统科学揭示这些基本理论所驾驭的复杂性事实和规律,批判在这些理论问题的研究中存在的还原论观点和思路。

在专题研究的基础上,出版了4部专著。《中西医学差异与交融》(2000年)是从中西医比较的角度,探讨和阐明系统中医学的学术思想和基本原理;《系统医学新视野》(2010年)是面向整个医学,从系统中医学向系统医学拓展的努力;《中国智慧的奇葩——中医方剂》(2013年)是对半个多世纪来中药方剂研究出现的西化偏向进行拨乱反正,从系统中医学阐明中药方剂的复杂性原理;《中医学原理探究》(2019年)是从系统中医学来总结中医学所驾驭的人的健康与疾病的复杂特性和规律,概括为几项基本原理,即系统思维原理、以人为本原理、超解剖

原理、辨证论治原理、生态调理原理、中药方剂原理、 阴阳原理等。该书着重阐明,中医学的这些原理所 驾驭的,是人的健康与疾病的复杂特性和规律,它是 还原论医学的盲区,却是人类医学研究和发展的根 本方向和领域,因而代表并且引领着医学未来发展 的战略方向,必将复兴为人类新医学的主旋律。

4.3 展开——系统中医学的临床研究

从理论研究深入到临床研究是系统中医学发展的必然,几十年来在山东和全国各地都有了重要进展。例如,系统辨证脉学研究、系统针灸学研究、热成像技术支持的能量医学研究、中医系统论指导的经络和五运六气研究、五神辨证研究、中医整体化医疗研究等,都达到了相当的深度和水平。

2018年12月山东中医药大学成立系统中医学研究所,召开了"首届系统中医学学术讨论会(济南)",2019年1月24日在山东中医药大学附属医院脑病二科设立"系统中医学研究所临床基地"。同时,第三届全国系统科学大会设立系统中医学研究"专栏。系统中医学研究进入一个新的发展阶段。

总起来说,系统中医学研究虽已 40 年,但还处于起步过程,其进展和成果是阶段性的。相对于人的生命运动及其健康与疾病的复杂性而言,已经研究和认识的只是其中的某些方面和层次,还有更多更深的机制和规律有待去探究和揭示。而要从系统中医学研究发展为整个医学都运用系统科学来研究人的复杂性,还有很长的路要走。

[参考文献]

- [1] 祝世讷. 经典中医学与现代中医学[J]. 中国医药学报, 1986,1(3):6-7.
- [2] 朱清时. 中医是复杂性科学,哲眼看中医[M]. 北京:北京科学技术出版社,2005:4-14.
- [3] 祝世讷. 中医是第一门复杂性科学[J]. 山东中医药大学学报,2016,40(2):99-101.
- [4] 米歇尔·沃尔德罗普. 复杂——诞生于秩序与混沌边缘的科学[M]. 北京:三联书店,1997:1.
- [5] 钱学森. 创建系统学[M]. 太原:山西科学技术出版社, 2001:7.
- [6] 吕炳奎. 对当前中医工作中几个问题的看法[J]. 上海中医药杂志,1981(4):1.
- [7] 钱学森. 人体科学与当代科学技术发展纵横观[M]. 北京:中国人体科学学会,1994.
- [8] 钱学森. 论人体科学[M]. 北京:人民军医出版社,1988.
- [9] 钱学森. 创建人体科学[M]. 成都:四川教育出版社, 1989.
- [10] 钱学森. 开展人体科学的基础研究[J]. 自然杂志,1981(7):1.

系统中医学研究的回顾

陈少宗,王振国

(山东中医药大学,山东 济南 250355)

[摘要] 系统中医学研究始于 20 世纪末叶,成形于 21 世纪初。系统中医学的创立和发展具有坚实的客观基础,这就是人的复杂性。人作为开放复杂巨系统,以人为服务对象的医学研究应当遵循这一复杂巨系统的特性和规律。中医学从宏观层面朴素地认识到了这一复杂巨系统的功能变化特点、疾病演变规律,形成了现代系统论的原始雏形。而现代系统论和系统科学则为研究、推动中医系统论的发展提供了科学基础。祝世讷教授是系统中医学的主要开拓者,至今已在该领域出版个人专著 9 部,发表论文 150 余篇。从三个方面回顾了系统中医学的发展:①系统中医学研究的起步和过程;②主要的研究成果;③钱学森院士对这一领域研究所给予的鼓励和支持。

「关键词〕中医现代化:中医系统论;系统中医学;系统科学;祝世讷:钱学森;发展轨迹

[中图分类号] R2-03

[文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0330-05

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.002

Retrospection of Research on Systematic Traditional Chinese Medicine

CHEN Shaozong, WANG Zhenguo

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

Abstract The research on systematic traditional Chinese medicine started at the end of 20th century and formed in the beginning of 21th century. The establishment and development of systematic traditional Chinese medicine has a stable and objective foundation, which is the human complexity. Human as an open and complex giant system, the medical research that treats human as service object should observe the characteristics and rules of this complex giant system. Traditional Chinese medicine simply realizes the change characteristics of function and evolution rules of disease of this complex giant system from macroscopical level, and form the original embryo of modern system theory. Modern system theory and systematic science also provide scientific foundation for studying and promoting the development of methodology of systematic traditional Chinese medicine. Professor ZHU Shine is the main pioneer in the field of systematic traditional Chinese medicine. He has published nine personal works and more than 150 theses in the domain. This thesis retrospects the development of systematic traditional Chinese medicine from three aspects: ①the start-

ing and process of research on systematic traditional Chinese medicine; 2the main research achievements; 3the encouragement and support for the research of this field that provided by academician QIAN Xuesen.

Keywords modernization of traditional Chinese me-

[[]收稿日期] 2019-04-28

[[]作者简介] 陈少宗(1963-),男,山东潍坊人,教授,主要从事系统中医学、现代针灸学及临床研究。

[[]通信作者] 王振国(1963-),男,山东寿光人,教授,博士研究生导师,泰山学者,主要从事中医药经典理论的诠释与创新研究,Tel: 13505312372.E-mail·zhenguow@126.com。

dicine; methodology of systematic traditional Chinese medicine; systematic traditional Chinese medicine; systematic science; ZHU Shine; QIAN Xuesen; development track

自西学东渐始,中医学的现代化研究已经推进了一个多世纪,但中医现代化的目标依然触不可及。由此,学术界自 20 世纪 80 年代起进行了多角度的反思,其中又以方法论方面的反思最为深刻。过去的一个多世纪,学术界一直在用还原论的方法研究强调整体性的中医学问题,从方法论的角度看,无疑这是一种倒退。

近 300 年来,还原论方法为我们认识大自然提供了有力的方法论武器,可以说没有还原论就没有当今科学技术的巨大成就,但随着认识的深化,还原论方法的局限性也日益凸显,在割裂联系的单向探索中失掉了大量信息。特别是在中医学的现代化研究中,还原论方法完全不符合中医学所强调的"系统论"特征。

祝世讷教授深刻洞悉了中医现代化走入困境的 根源,前瞻性、开创性地创立了中医系统论和系统中 医学,为探索中医现代化的道路开辟了一个崭新的 方向。系统中医学是在系统科学主导下的中医学研 究,其特点是把人作为开放复杂巨系统,从复杂巨系 统的特性和规律来研究人的生命运动规律,并服务 于临床。系统中医学包括理论研究、应用研究两大 部分内容,理论研究主要是中医系统论的部分,应用 研究主要是中医系统工程的部分。中医系统论是一 般系统论在医学的分支,是朴素的中医学系统论思 想的发展,是中医学在生命运动、健康管理、疾病防 治方面的理论认识,也是产生和发展于中国的系统 论。中医系统工程学是中医系统论指导下的临床应 用研究。系统中医学作为新兴的中医学派,其最终 目的是推动系统中医学原理的临床应用研究,这也 是如何有效地结合现代系统科学的技术、方法解决 临床问题的一个研究过程。

发展系统中医学的客观基础是人的复杂性。人作为开放复杂巨系统,服务于人的医学研究应当遵循这一复杂巨系统的特性和规律。中医学从宏观层面朴素地认识到了这一复杂巨系统的功能变化、疾病演变方面的基本特性和基本规律,形成了现代系统论的原始雏形。而现代系统论和系统科学则为研究、推动中医系统论的发展提供了科学基础,使得朴素的系统中医学发展、提高到现代水平成为了可能。

本文较为系统地梳理、回顾了祝世讷教授创建

系统中医学的轨迹,提纲挈领地总结了其在该领域的研究成果,并介绍了钱学森先生对于这一领域的研究所给予的指导和鼓励。

1 起步和过程

祝世讷教授对中医理论与方法的现代研究始于1978年,1980年始专注于中医系统论研究,后来发展为系统中医学研究,至今在该领域已出版个人专著9部,发表论文150多篇[1]。

中医系统论的基本理论体系形成于 20 世纪末叶和 21 世纪初。从 1980 年开始,到 2002 年出版《中医系统论与系统工程学》的 20 多年间,是中医系统论的基本理论体系的成形期。1980 年在北京召开的"全国自然科学方法论第一次学术讨论会"会上,祝世讷教授发表了"中医研究中提出的几个方法论问题",首次提出了"研究和发展中医的系统观点和方法"问题,此见解受到大会的高度重视,并将全文刊载于大会的第 11 期《简报》。

1981年召开的"中国自然辩证法研究会成立大会"(北京)上,祝世讷教授发表了"医学的系统时代与中医",这是中医系统论的一篇奠基性论著,文中首次提出了"中医有深刻的系统论思想,是现代系统论的原始雏形","医学的系统时代已经到来,应以总结和发展中医的系统论思想为基础,研究和建立医学系统论和医学系统工程"。该文发表于1982年的第3期《医学哲学》^[2]。1982年至1990年,祝世讷教授在中医的系统思想和方法的探索方面发表了10余篇论文^[3-12]。

1983年在青岛召开的"首届全国医学方法论学术讨论会"上,祝教授又以"医学方法:从还原模式走向系统模式"为题作大会报告,报告明确提出:中医的方法模式是系统论的,西医的方法模式是还原论的,医学的系统时代已经到来,应研究和发展中医的系统模式,推动医学方法从还原模式向系统模式转变

1984年底"中华全国中医学会'2000年的中医'论证大会"在北京召开,此次会议讨论了中医跨世纪发展的方向与战略,祝世讷教授以"系统论在中医的应用研究"为题作大会发言,提出了"创立中医系统论与系统工程"的主张。1985年1月6日的《健康报》刊出专版《2000年中医工作展望》,刊载了"创立

中医系统论和系统工程"一文。

2 系统中医学的研究成果

2.1 创建了中医系统论

祝世讷教授在探索、总结中医系统论理论研究的同时,从 1983 年开始,为研究生开设了"中医系统论"课程,并于 1985 年编写印制了教材《中医系统论导论》(《导论》)。《导论》论述了中医系统论思想与西医还原论思想的不同,并从系统论角度对中医学术思想的本质、中医特色和优势的精髓、灵魂进行了论证,凝练、总结了中医系统论的 4 条基本原理:整体性原理、联系性原理、动态性原理、有序性原理。在《导论》基础上,1985 年出版了《中医学方法论研究》,中医的系统思想和方法是该书的重点内容。1990 年出版了《中医系统论》一书[13],这是第一部关于中医系统论的专著。

1990年,中国人体科学学会成立"中医系统理论专业委员会"会议上,祝世讷教授在"论中医系统论"的大会报告中,对中医系统论研究作了新的理论总结,将中医系统论的基本原理补充、修订为5条:整体性原理、联系性原理、有序性原理、功能性原理、自主性原理。2002年出版《中医系统论与系统工程学》时,又将中医系统论基本原理修订为6条:元整体原理、功能性原理、有序性原理、自主性原理、有机性原理、非加和原理[14]。2018年5月,第二届中国系统科学大会在北京召开,祝世讷教授应邀出席,作了题为"中医系统论研究"的大会报告。

2.2 中医系统论6条基本原理

中医系统论研究的核心,是运用现代系统科学的理论和方法,对中医理论和实践中的系统论思想进行挖掘,就其涉及的人的生命运动及其健康与疾病的系统特性和规律进行新的研究,从理论上总结了中医系统论的6条基本原理[14]。

第一,元整体原理。世界上有两种整体,即元整体(分化系统)与合整体(组合系统),两种整体的特性和规律截然不同甚至相反。人(及宇宙、银河系、太阳系、地球、生物圈等)是元整体,是由混沌未分的原始整体分化出各部分形成系统,整体产生和决定部分,而不是部分决定整体。中医认识到了这种整体观的重要性,并有两点典型体现:一是认定人是宇宙的一个子系统,总结了天人相应、生气通天、五运六气等理论;二是认定人的个体是由整体分化出来的部分,没有离开整体而独立存在的部分,病变首先

是"人"的,局部性病变要放到整体背景中对待。

第二,非加和原理。人的整体并不是各个部分的代数之和,整体具有的许多"系统质"(整体的属性、功能、行为)无法运用各个部分的功能相加来说明。"人"的许多病变是系统质的异常,无法分解和归结为各部分的病变,辨证论治的"证"就是各具特征的系统质异常。

第三,有机性原理。非加和的根源在于相互作用(系统与环境、系统与子系统之间、子系统与子系统与子系统之间、子系统与子系统之间、子系统与子系统之间、子系统与孙系统之间),相互作用产生和维持系统质。影响健康与疾病的环节,不仅有实体器官,更有器官之间的相互作用关系,相互作用关系比实体器官更复杂、基本,实体器官只不过是复杂"关系网"上的钮结。

第四,功能性原理。人的本质在于生命运动,不在于形态结构。人的健康与疾病在本质上是生命运动的正常与否,其病变主要是"病机-病证-病候"。在结构与功能的关系上,从"气化"看清人是"耗散结构",结构是生命运动的"过程流"。解剖形态的结构也是"气化"的产物,"气化"机制和过程产生并决定了结构,所以古人云:"大凡形质之失宜,莫不由气行之失序"。

第五,有序性原理。健康的本质既是稳定,更是有序,是秩序的稳定,即所谓"升降出入"的有序,"阴平阳秘"的稳定;疾病的发生不仅是失稳,更是失序,是阴阳的失调,升降出入的紊乱。

第六,自主性原理。人是典型的自组织系统,自组织的本质特性对于系统内外环境的变化都自主性地做出有利于系统稳定、有序的反应,选择性地利用环境条件,使生命运动呈现"不倒翁"特性。人体的自组织特性是健康、发病、康复的枢机,这一原理在健康的维护、疾病的治疗与转归方面都发挥着至关重要的作用,可以说是防治学的第一原理。中医学强调的"阴阳自和""双向调节""治病求本"等,都是对人的自组织特性和自主调理机制的驾驭。

2.3 构建了系统中医学基本框架

系统中医学是 20 世纪末叶,在中医现代研究和发展中形成的新的研究方向和学派,其特点是把人作为开放复杂巨系统,从复杂特性和规律来研究和调理人的生命运动及其健康与疾病[14]。

系统中医学是中医学与现代系统科学(复杂性 科学)的交叉学科。中医系统论是系统科学的医学 分支,是系统中医学的理论基础。系统中医学是中医学的现代分支,是中医运用现代系统科学(复杂性科学)进行创新发展的新兴学派。

祝世讷教授指出,系统中医学作为中医的新兴学派,立足于作为中医学精髓的根本原理,特别是对那些无法还原的复杂性原理进行现代化的研究。系统中医学的根本方向,是从经典中医学出发,运用现代系统科学(复杂性科学)的理论和方法及相关知识,探索人的生命运动规律及疾病的防治规律,也就是研究和阐明系统中医学的基本理论及各科内容,探索和发展系统中医学的临床研究和应用。1989年,祝世讷教授出版的《系统中医学导论》[15],是从中医系统论研究向系统中医学研究的深入,该书被评为"第五次山东省社会科学优秀成果二等奖"[1]。

系统中医学是个崭新而深刻的研究领域,包括多个层次和方面。祝世讷教授的研究侧重于理论探讨,以专题研究的方式做了几种努力,从 1996 年到2016年,先后在《山东中医药大学学报》开辟了数个专栏进行了深入讨论,在这些工作基础上,祝世讷教授先后出版了《中西医学差异与交融》《系统医学新视野》等著作[16-17]。

2.4 系统中医学研究解决的几个问题

祝世讷教授的系统中医学研究侧重于理论层次。 1989 年以来着重从理论上解决了几个重大问题。

- 2.4.1 中西医对待人体"复杂"性的态度不同。中医是将人视为复杂巨系统进行认识,钱学森认为"人是开放复杂巨系统",这种"复杂性"的本质特性在"还原"认识中是无法准确把握的。中医是复杂性问题研究的典型代表,是一门朴素的研究复杂性问题的科学。而西医在本质上是将人体视为一部机器,虽然很复杂,但可以在"还原"认识中准确把握其本质。中西医学术差异的焦点是对待"复杂"性的态度,两个学术体系是"核心并立、方向相悖"。
- 2.4.2 中西医的基本原理不同。中医基本原理本质体现的是各个部分相互作用的关系,是一种超越还原的认识。而西医学基本原理本质体现的是割裂了相互作用关系的各个部分的孤立认识。而这种区别的本质在于二者思维方式的不同。中医的思维方式是整体论的或朴素系统论的,而西医主要思维方式是还原论的,这就决定了中医基本原理与西医不可通约。
- 2.4.3 从系统科学角度揭示和阐明中医学的基本原

理。在西医学视野之外,中医学在凸显自身的价值,即独到地研究和认识了人的生命运动规律及其健康与疾病的复杂性,形成了有别于西医的基本原理。中医学理论源于中国传统的系统思维和对人的复杂性认识,但受到历史条件的限制,长期停留在朴素水平。系统中医学则运用系统科学的理论和方法对其进行揭示和阐明,努力把中医的系统论思维从朴素性提高到现代水平。

2.4.4 中医基本原理符合未来医学关于人体复杂性 认识的主旋律。医学的发展走向有三种模式:西医 现行模式,中西医结合模式,中医复兴。随着医学实 践的不断深入,西医现行模式的局限性日益凸显,正 面临如何突破的问题:中西医结合并未促进医学理 论的重大发展,反而证实了二者基本原理的不可通 约性:中医的基本原理符合系统论的基本思想,指向 的是人的复杂性[18],代表了医学未来的重要发展方 向。未来医学的发展趋势会有如下几个方面的重大 转变:思维方式的转变,即从还原论转向系统论,整 合医学的提出便是还原论思维向系统论转变的朴素 认识:对客体认识角度的转变,即从研究"人体"转向 研究人的生命运动,由研究单纯的生物学的人转向 具有精神的人;研究方向的转变,即从关注对局部解 剖的研究转向同时对各部分相互关系的探索:疾病 的研究从对器质性病变的关注,转向同时对功能性 病变的关注:治疗手段从对抗性治疗为主,转向包括 调理在内的更多关注自愈功能作用的方法等。

3 钱学森与系统中医学

研究和发展中医的系统论思想,是由我国著名科学家钱学森先生极力倡导的。他在1981年写给卫生部前中医司司长吕炳奎的信中指出:"人体科学一定要有系统观,而这就是中医的观点。人体科学的方向是中医,不是西医,西医也要走到中医的道路上来。"此后他多次强调这一观点。钱学森先生的思想对祝世讷教授创立中医系统论产生了巨大影响,可以说是他开创并坚持中医系统论研究至今的思想灯塔。从1985年开始,祝世讷教授多次把研究的重要进展和思考的问题向钱老汇报,钱老先后6次亲笔来信,给予鼓励和指导[1,19]。

钱学森先生在给祝世讷教授的一封回信中曾谈到:"科学技术的体系决不是一成不变的,马克思主义哲学也在不断充实、发展和深化。这个发展过程就是前科学不断进入科学技术体系的过程,也就是

人认识客观世界的过程:实践→前科学→科学技术体系。所以我们绝不能轻视前科学(经验科学),没有它就没有科学的进步;但也绝不能满足于经验总结出来的前科学,而沾沾自喜,看不到科学技术体系还要改造与深化,因此,要研究如何使前科学进入科学技术体系。""我认为传统医学是个珍宝,因为它是几千年实践经验的总结,分量很重。"在这封回信中,钱老特别强调:"更重要的是:中医理论包含了许多系统论的思想,而这是西医的严重缺点。所以中医现代化是医学发展的正道,而且最终会引起科学技术体系的改造——科学革命。""非欧几何的出现显示了欧几里得几何的局限性,引起几何学的发展;现在的几何学就把非欧几何和欧几里得几何统一了。中医现代化最终也是医学现代化——科学现代化!"

关于中医系统论的研究,钱老在给祝世讷教授的另一封回信中更明确指出:"人体是开放的复杂巨系统,研究开放的复杂巨系统不能用 prigogine(普里高津)的方法,也不能用 haken(哈肯)的方法,那些都不行,只能用从定性到定量综合集成法。""因此中医系统论也必须用这一概念,老的一套是不能解决问题的,我以为中医理论其实已蕴育着我上述现代化的观点。"明确指出了系统中医学的研究方向。

2009年钱老逝世,痛失大师。为纪念钱老,祝世 讷教授特撰《钱学森与中医系统论研究》,发表于《山 东中医药大学学报》2010年第1期[20]。2015年,上海 交通大学《钱学森研究》编辑部数次致电致函祝世讷 教授,约请其撰写钱老与中医系统论研究的文章。祝 老师便重撰"钱学森与中医系统论研究"一文,于 2017年2月寄《钱学森研究》编辑部。该文主要内容 包括:钱老首先指明中医有系统论思想;鼓励和指导 中医系统论研究:提出迎接东方式文艺复兴。认为. 钱老的深远洞察和战略思考不但正确,而且正在成 为现实。进入新世纪,世界范围内对旧文明的反思, 对新文明的探求,向东方寻找智慧,已经成为一种时 代潮流。中国的崛起,中华文明的复兴,在这一世界 潮流中日渐成为主流。认清中医是复兴中华文明的 钥匙,中国把中医摆上应有的发展位置,出现日益广 泛和深入的世界性中医热,成为这一潮流涌来的潮 头波。整个局势的发展,正像钱老所预言,在一步一 步地向东方式文艺复兴迈进。

4 小结

系统中医学的研究已经走过了近40个春秋,目

前研究表明,中医学的基本理念、基本原理代表了医学发展的战略方向,是未来医学发展的主旋律,正如钱学森先生在1981年所指出的那样:"人体科学一定要有系统观,而这就是中医的观点。人体科学的方向是中医,不是西医,西医也要走到中医的道路上来。"

[参考文献]

- [1] 山东中医药大学系统中医学研究所. 祝世讷的系统中医学研究[C]//第一届系统中医学与中医系统工程学学术研讨会资料. 济南:山东中医药大学,2018:2-27.
- [2] 祝世讷. 医学的系统时代与中医[J]. 医学与哲学,1982, 3(3):7-9.
- [3]祝世讷. 略论中医的系统论思想[J]. 山东中医学院学报,1982,6(2):30-34.
- [4] 祝世讷,刘承才. 中医理论和方法的优势[J]. 山东中医学院学报,1984,8(1):69-72.
- [5] 祝世讷. 中医学的黑箱方法[J]. 北京中医学院学报,1984,7(1):20-23.
- [6] 祝世讷. 发扬中医学系统方法的优势[J]. 北京中医学院学报,1985,8(4):23-26.
- [7] 祝世讷. 谈中医学的系统方法[J]. 山东中医学院学报, 1985,8(专):1-4.
- [8] 祝世讷. 再谈中医学的黑箱方法[J]. 北京中医学院学报, 1986,9(2):24-27.
- [9] 祝世讷. 生命中整体与部分的关系[J]. 山东医科大学学报,1987,(1):56-58.
- [10] 祝世讷. 应开辟系统科学的教学[J]. 中医教育,1988, (5):13-15.
- [11] 祝世讷,刘持年. 中药方剂原理的现代认识[J]. 山东中 医学院学报,1989,12(2):23-26.
- [12] 祝世讷. 论中医系统论[J]. 山东中医学院学报,1990, 14(6):8-13.
- [13] 祝世讷,孙桂莲. 中医系统论[M]. 重庆:重庆出版社出版社,1990:1.
- [14] 祝世讷,陈少宗. 中医系统论与中医系统工程学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:309.
- [15] 祝世讷. 系统中医学导论[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1989:1.
- [16] 祝世讷. 系统医学新视野[M]. 重庆:人民军医出版社, 2010·1.
- [17] 李心机. 从中医系统论到医学系统论—读祝世讷新作《系统医学新视野》[J]. 山东中医杂志,2011,30(5):539.
- [18] 祝世讷. 中医是第一门复杂性科学[J]. 山东中医药大学学报,2016,40(2):99-101.
- [19] 祝世讷. 钱学森与中医系统论研究[J]. 山东中医药大学学报,2010,34(1):3-4.

·理论与方法研究·

叶天士运用人参固本丸经验探析

平 静1,姚鹏宇2,王均宁1

(1.山东中医药大学方剂教研室,山东 济南 250355; 2.辽宁中医药大学 2017 年级硕士研究生,辽宁 沈阳 110847)

[摘要]整理叶天士《临证指南医案》中应用人参固本丸的医案,分析叶氏临床应用人参固本丸的病因病机、症状特点及加减化裁,认为金水相生、培土生金为此方治法要诀,滋阴益气清热是为方之功效,主治肺肾阴虚、肺脾气虚诸证。其拆方思路可拆分为补阴、补气两大用药方向。以滋补肺肾脾为着力点,兼顾涵肝养心,既固气阴之本又清阳亢之热。归纳方证方机,根据临床病证特点,加减药味,改变治疗导向,使治疗诸脏气阴为病之虚劳久疟、内热消渴、风火出血等病证更具针对性,是叶氏运用本方的特色。

[关键词] 临证指南医案;叶天士;人参固本丸;补阴;补气;滋补肺肾脾

[中图分类号] R289.1

「文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0335-04

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.003

Analysis on YE Tianshi's Experience in Applying Renshen Guben Pill

PING Jing¹, YAO Pengyu², WANG Junning¹

(1.Prescription Department, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2.Master Degree Candidate of 2017 Grade, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, China)

Abstract To sort out the medical cases treated by Renshen Guben Pill in YE Tianshi's Case Records as a Guide to Clinical Practice, and analyze the etiology, pathogenesis, characteristics of symptoms, addition and subtraction of Renshen Guben Pill in YE Tianshi's clinical application. YE Tianshi believed that the key treatment methods of this formula were mutual generation between metal and water and banking up earth to generate metal. The effects included; nourishing yin, replenishing qi and clearing heat. It was mainly used in the treatment of lung-kidney yin deficiency and lung-spleen qi deficiency. The formula can be disassembled by two ways; nourishing yin and replenishing qi. The medication should be focused on tonifying the lung, kidney and spleen, as well as nourishing the liver and heart. It can consolidate the root of qi and yin as well as clear the heat due to yang hyperactivity. The syndrome and pathogenesis of the formula are summarized while herbs are added or subtracted according to the clinical symptoms so as to change the treatment orientation, which can make it more suitable for the treatment of diseases due to qi and yin deficiency in zang organs, such as; consumptive disease and chronic malaria, consumptive thirst with internal heat, and hemorrhage of wind-fire, ect. This is the characteristic of YE Tianshi's application of Renshen Guben Pill.

Keywords Case Records as a Guide to Clinical Practice; YE Tianshi; Renshen Guben Pill; nourishing yin; replenishing qi; tonifying the lung, kidney and spleen

叶天士(1667-1746年),清代著名医学家,名 桂,号香岩,江苏苏州人。叶氏世医出身,幼承家学, 从师十余家,尽得各长,临证经验丰富。《临证指南

[[]收稿日期] 2018-09-27

[[]基金项目] 国家中医药管理局中医药古籍保护与利用能力建设专项(编号:2010GJ01-66)

[[]作者简介] 平静(1980-),女,山东济南人,医学博士,副教授,主要从事方剂配伍规律及应用研究。

[[]通信作者] 王均宁(1961-),男,山东日照人,医学博士,教授, 主要从事中医方药文献与临床应用研究,Tel:13789823695;E-mail: winfi@126.com。

医案》所载医案集中体现了叶天士的诊疗经验和思路,对当代中医发展以及临床诊疗具有重要的参考价值和指导意义。叶氏用方,或以成方加减化裁,或据病拟定新方,继承创新,颇具特色。现将叶氏应用成方人参固本丸的经验论述如下。

1 人参固本丸源流方义

人参固本丸又称固本丸,散见于《临证指南医 案》中风、虚劳、吐血等13篇、16案中,书中所载固 本丸医案基本可以反映叶天士的用药特点和临床思 路。人参固本丸方仅五味组成,属于中医"七方十剂" 的小方、补剂范畴。《叶氏录验方》《寿亲养老新书》 《瑞竹堂经验方》《医方类聚》《医学正传》《医方考》 《景岳全书》等十余部著作均录有此方。叶氏所用固 本丸源自明代张景岳《景岳全书》,原文言:"治脾虚 烦热,金水不足,及肺气燥热,作咳作嗽,或小便短少 赤色,涩滞如淋,大便燥结,此阴虚有火之圣药也"。 其组成:人参二两,天冬、炒麦冬、炒生地黄、熟地黄 各四两。蜜丸,桐子大。每服五六十丸,空心温酒或淡 盐汤下。中寒之人不可服。如欲作膏,俟煎成,外加白 蜜四两[1]。《医方类聚》载此方可治明目不渴[2]。虞抟 《医学正传》亦载固本丸一方,其药味相同,而剂量有 所差异,天冬、麦冬、牛地黄、熟地黄各二两,人参一 两组成。《实用方剂辞典》谓此方功能益气养阴、补肺 滋肾,治金水不足,肺虚燥热,作渴作嗽,或小便短 赤、涩滯如珠、大便燥结等津伤虚热之证[3]。《中医方 剂大辞典》谓其功用滋阴养血、清金降火、补精益肾, 主治虚劳肺肾阴虚,咳嗽痰血,盗汗自汗,虚热燥 渴,小便短赤,反胃,津枯胃燥者[4]。

方名固本丸以其能固摄人身之本,充填下元,《删补颐生微论》言:"天一生水,故肾为万物之元,人身之本。自伐其元,则本不固而劳热作矣。"此方以二地滋阴补肾,生地黄凉肾,熟地黄填精;二冬皆入肺经,滋阴清热;人参补脾益肺,益气生津。诸药合用,三脏同调,共奏气阴双补之功。历代医家于此方功效主治,各有所见,《医方集解》认为此"手太阴、足少阴药也",《外科理例》谓其"治虚而有火之圣药也",《虚损启微》曰:"治脾虚烦热,金水不足,及肺气燥热,作咳作嗽,或小便赤色,短少涩滞如淋,大便燥结,此阴虚有火之圣药也",《医方论》称:"此方治火旺克金者为宜,若脾胃虚弱,宜参用培土生金之法"。统而言之,金水相生、培土生金为此方治法要诀,滋阴益气清热是为方之功效,主治肺肾阴虚、肺脾气虚诸证。

2 临证功效

"拆方"是解读配伍规律、研究医家组方思想的 重要方法,即根据功效特点、主治病证等内容,将方 剂拆分成若干个具有联系性的药物组合,便于从理论上深刻理解该方和从临床上灵活化裁运用,使得运用本方治疗疾病时更具针对性。在叶天士用方思想探析中,发现叶氏常将拆方作为加减化裁用方的主要方法,以治法为导向,拆分组合以方便加减是叶氏用药重要特色。根据拆方思路,固本丸一方可以拆分为补阴、补气两大用药方向。补阴药群中根据补益脏腑差异,又可以细致分为补肺阴、补胃阴、补肾阴、补心阴的不同;补气可有补肺气、补脾气的不同。天冬、麦冬、生地黄、熟地黄、人参兼入多脏,功效广泛,在用药方向上难以细致区分,但根据临床病证特点,加减药味,改变治疗导向,是叶天士运用本方的特色所在。

叶氏云固本丸有"固阴益气"之用,方中益气多甘醇平和,补阴柔润缓图,是为理虚之妙法。遵原方立方之意与加减化裁拓展应用,大致在补阴、补气两大方向的基础上,于此方之施用有九大功效。

2.1 偏补阴功效群

①养阴清热。叶氏云:"阴亏则生热,是皆本体 阴阳迭偏,非客邪实火可清可降之比",于热入伤阴、 阴虚生热等病证,以固本丸养阴清热。叶氏为温病 名家,于养阴一法应用颇具心得,徐灵胎在医案的眉 批说:"遍观全部《伤寒论》,止是存津液为主。自西 昌喻氏《法律》一书,通首发明此旨,故先生得力处全 在于此。"②填阴潜阳。叶氏《临证指南医案》于阴阳 理论承《内经》之旨,强调"阴阳既造其偏以致病"、 "阴阳自交,病可全去",对于不同病位阴阳的治法又 各有要求,如"下焦阴阳,宜潜宜固"。阴虚则阳亢无 制,不安其位,固本丸填阴以潜阳,以求阴阳和而病 去。③补三阴脏阴。三阴脏者,肝脾肾三脏也,叶氏 于脏腑治法详辨阴阳气血精津之异,依法用药,以切 合病机,避免含混杂投。《临证指南医案》多次提及 补三阴脏治法,固本丸一方亦属补益肝脾肾三脏之 方,偏于补阴。④滋水涵木。肝为肾之子,乙癸同源, 互滋互用,叶氏有"大滋肾母,以苏肝子""水生涵木 之法,议以固本成方"等认识,以重固本滋水之用而 达养肝之目的。⑤甘凉益胃。胃者阳体而阴用,胃喜 为补,甘凉之味最合所宜。叶天士继承了张仲景、刘 完素、张元素等众多医家"存胃阴"学术思想,认为 "胃为阳土,宜凉宜润"。选方用药主张"阴药勿以过 腻,甘凉养胃为稳"[5]。"阳明阳土得阴自安",叶氏以 甘凉益胃为临床大法,又有"补胃阴以杜木火乘侮"、 "甘凉益胃以制龙相"等用意,固本丸一方药多柔润 甘凉最合此意。

2.2 偏补气功效群

①填补固肾。肾虚不纳,变生诸症,叶氏云:"肾

脏不固少纳,肾脉虚馁,五液不承……宜固阴益气",以固本丸填补肾脏,阴充于内,肾气可固,且固本一方有补脾益气之能,暗含培后天以滋先天意。②调体固卫。太阳为少阴之表,叶氏云:"体质失藏,外卫不固矣。治在少阴,用固本丸之属",以补少阴之虚,调体质失藏,以固护外卫。③补益肺脏。固本丸一方除了有直补肺脏气阴作用,且从间接治法中亦有所体现,叶氏立法组方,多遵循五行之理,重视脏腑复杂联系,以固本丸滋补肾阴,可达金水相生之意,补益脾胃之气阴,则培土生金助益肺脏,是以此方又有补益肺脏气阴之能。

2.3 凉血止血

除以上气阴固本角度的功效,凉血止血可谓第九种治标之功。叶天士治疗温病应用生地黄的功效概括而言有清热养阴生津,以治热伤阴津;清热凉血,以治热入营血之发斑吐衄和与清热活血药合用以凉血散血^[6]。其中治疗血证是其重要方面,而固本丸一方亦屡见于《临证指南医案》吐血篇,用于血证。可见固本丸一方功效颇多,叶氏灵活应用,广泛治疗多种疾病。

3 方证方机

方证理论是研究处方和临床用方的重要思维之一,方证相应是其应用关键。"方证相应"源于张仲景《伤寒论》以方名证的学术思想,是指方药与病证之间——对应,方随证立,方和证之间存在着高度的对应关系^[7]。林亿等在校订的《金匮要略》序中,原文载"以对方证对者,施之于人,其效若神。"方证理论应用强调抓主证,"有是证(症)便用是方(药)"。每一个"方证"都有其特异性的主证,可以是一个症状,也可为若干症状,强调主证运用指征。

方机理论是指在把握疾病病机、理解方剂组方的基础上,根据疾病选择成方加减或拟定新方的一种用方解方思维。《神农本草经》卷一序录中言及"病机"一词,曰:"凡欲疗病,先察其源,先候病机。"寻找病机与方剂的对应关系,是这一理论的核心。然方证、方机二者联系密切,证为机之标,机为证之本,结合二者方能正确把握,灵活运用。

综合叶氏医案,对固本丸一方方证、方机归纳如下。①吐血,能食而咳,脊痛腰酸,寐则口干喉燥,心烦不宁,脉左坚或大;肾阴亏虚,气不收摄。②吐血、咳血,咳逆欲呕,烦躁头痛,卧眠不能着左,脉数左坚或脉左细,右劲数;肝肾阴虚。③疟后,心悸气怯,便后有血,小溲短赤;气阴两虚。④暮夜五心热,嗌干,左胁痛;阴虚内热。⑤阵发性痫厥,平素多遗尿,脉芤弱;肾阴亏虚。⑥肌肉瘦减,善饥渴饮,烦劳,脉左搏;肺胃阴虚。

4 加减化裁

叶天士于固本丸一方,依据病证特点,结合组方思路,加减化裁。其化裁主要包括两大方面:一是在原方功效主治基础上,根据滋阴、益气两大药群,增减药味;二是增加与原方药味类型不同药味,拓展治疗范围,守古不泥。

4.1 双补脏腑气阴之加减

①《临证指南医案·中风》篇(下略《临证指南医案》)沈四九案有固本丸去熟地黄,加五味子。"今夏热益加发泄,真气更虚"加五味子以收敛气阴,不致因暑耗散,"日饵生津益气勿怠,大暑不加变动,再商调理",熟地黄滋腻,不应时节,不合补益气阴调理治法,故去之。②《吐血》篇苏三九案固本丸加阿胶、芡实、莲子肉。叶氏论其病机为"肾脏不固少纳,肾脉虚馁,五液不承",言治法"宜固阴益气"。以阿胶增原方益阴之力,莲子、芡实为叶氏常用对药,二药甘能健脾,涩以固肾,用于脾肾亏虚颇为恰当。③《吐血》篇赵四一案固本丸去麦冬、生地黄,加五味子、女贞子。叶氏云"虚不肯复谓之损""损症五六年,无攻病之理",立平补足三阴法,以五味子收敛气阴,女贞子填补肝肾,麦冬偏于肺阴、生地黄凉血与病机不合,故删繁就简。

4.2 滋阴清热、凉血止血之加减

①《三消》篇王五八案固本加甜沙参。此方为中 上消病而立,叶氏云"苦寒莫制其烈,甘补无济其 虚",显是从胃阴立法,遵消渴"液枯消渴,是脏阴为 病"特点,加沙参甘凉益胃,培土生金。②《疟》篇某案 固本丸加何首乌、阿胶。叶氏言"热入伤阴",且案中 亦有出血见证,加阿胶、何首乌滋阴养血,阴充则热 退。③《吐血》篇张案以固本丸去熟地黄、麦冬,加茯 神、炙甘草、生白芍、女贞子、旱莲草。二至、芍药以 凉血生血止血,茯神、炙甘草益气摄血,熟地黄、麦冬 未合病机,故去之。④《疟》篇某案固本丸去熟地黄, 加石斛、蔗浆。遵"阴药勿以过腻,甘凉养胃为稳"为 法去熟地黄之腻,加石斛、蔗浆甘凉清润之品,合胃 所喜。⑤《虚劳》篇颜三四案固本丸去熟地黄,加丹 参、茯神、灯心草、竹叶心。此方用于营血耗伤,阴虚 内热,叶氏言"以滋清制亢之剂,理心之用,以复五 液",竹叶、灯心草、丹参清热凉血,茯神安定神志,虽 为固本丸之变方亦可称为天王补心丹化裁。

4.3 滋阴潜阳、调补肝肾之加减

①《痉厥》篇吴三十案固本加五味子、山萸肉、龙骨、金箔,蜜丸。病属肾真内怯,肝风痫厥,加五味子、山萸肉以滋阴敛气,龙骨、金箔镇肝息风,介以潜之,金石坠之。②《肝火》篇朱五四案固本丸去生地黄,加龟胶、阿胶、五味子、茯神。 (下转第 372 页)

阴虚失眠文献计量学分析

宋咏梅1,高寰宇2,陈 聪1,杨梦琦2

(1.山东中医药大学中医文献与文化研究院,山东 济南 250355; 2.山东中医药大学中医学院,山东 济南 250355)

[摘要]目的:提取阴虚失眠相关文献的基本信息和医学专业内容,分析目前国内对阴虚失眠的研究概况。方法:检索中国学术期刊全文数据库,以阴虚失眠、阴虚不寐为主题,共得文献227篇,经专业判读后,剔除不符合纳入标准及内容重复的文献122篇,最终得可供分析的文献105篇。采用文献计量学、内容分析法对纳入文献进行研究。结果:1965年至2018年阴虚失眠相关文献的数目总体呈增长趋势。文献量排名前10的省份为广东、浙江、河南、吉林、福建、江苏、北京、湖北、山东、南京。期刊方面,《长春中医药大学学报》发文量最多。105篇文献中,以临床研究文献为主,共92篇,西医诊断标准以《中国精神病疾病分类方案与诊断标准》应用频率最高;中医诊断标准以《中药新药临床研究指导原则》和《中医病证诊断疗效标准》为主。结论:自1965年1月至2018年初,中医学对阴虚失眠的探讨日益深入和广泛。失眠从阴虚角度辨治具有重要临床意义,广大医学工作者应予重视。针对阴虚失眠的中医药治疗有效可靠、不良反应少。

[关键词] 阴虚失眠;文献计量学;内容分析法;文献量;期刊;诊断标准;中医药治疗

[中图分类号] R256.23

[文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0338-05

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.004

Bibliometrics Analysis on Insomnia of Yin Deficiency

SONG Yongmei¹, GAO Huanyu², CHEN Cong¹, YANG Menggi²

(1.Chinese Medicine Institue of Literature and Culture, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2.College of Traditional Chinese Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China)

Abstract Objective: To extract the basic information and medical professional content of the literature related to insomnia of yin deficiency and to analyze the current research situation of insomnia of yin deficiency. Methods: The Chinese Academic Journal Full-text Database was searched for the topic of insomnia of yin deficiency. A total of 227 papers were obtained. After professional interpretation, 122 papers that did not meet the inclusion criteria and with repeated content were excluded. Total 105 papers were available for analysis. The literature was studied by bibliometrics and content analysis. Results: The number of literatures related to insomnia of yin deficiency increased from 1965 to 2018. The top ten provinces in terms of number of literatures are Guangdong, Zhejiang, Henan, Jilin, Fujian, Jiangsu, Beijing, Hubei, Shandong and Nanjing. In terms of journals, Journal of Changchun University of Traditional Chinese Medicine has the

[收稿日期] 2018-10-22

largest number of publications. Among the 105 papers, 92 papers were clinical research literatures, and the western diagnostic criteria were most frequently applied in the *Chinese Psychiatric Disease Classification Scheme and Diagnostic Criteria*. The

[[]基金项目] 山东省自然科学基金资助项目(编号:ZR2017LH0

[[]作者简介] 宋咏梅(1968-),女,山东微山人,医学博士,教授,博士研究生导师,主要从事中医临床文献研究。

diagnostic criteria for traditional Chinese medicine included the Guiding Principles for Clinical Research of New Drugs and Criteria of Diagnosis and Therapeutic Effect of Diseases and Syndromes in Traditional Chinese Medicine. Conclusions: From January 1965 to the beginning of 2018, the discussion of insomnia of yin deficiency in Chinese medicine has become increasingly deep and extensive. Differentiation of insomnia from the perspective of yin deficiency occupies an important position, which should be emphasized by medical practitioners. The traditional Chinese medicine treatment for insomnia of yin deficiency is effective and reliable, with few adverse reactions.

Keywords insomnia of yin deficiency; bibliometrics; content analysis; number of literatures; journal; diagnostic criteria; treatment of traditional Chinese medicine

失眠是指以经常无法获得正常睡眠为临床表现的病证,包括睡眠时间、深度的不足[1]。明代医家李中梓结合临床经验,将失眠大致分为五个证型,即"气虚""阴虚""痰滞""水停""胃不和"。现代临床发现失眠中阴虚火旺型为常见的证候类型[2]。阴虚失眠作为重要证型之一,广受医学科研及临床工作者的重视。因此,本课题采用文献计量学方法,对近50年来阴虚失眠研究的学术论文进行统计分析,旨在客观描述阴虚失眠的研究现状,为深化阴虚失眠的研究提供信息服务。

1 数据与方法

1.1 文献来源及检索策略

以中国学术期刊全文数据库为数据来源,以"阴虚失眠"或"阴虚不寐"为主题词,时间范围设定1965年1月1日至2018年2月28日进行检索。

1.2 纳入及剔除标准

纳入标准:①将失眠作为独立原发疾病论述,而 非其他疾病的继发或并发症状之一,亦不涉及因失 眠而诱发他病者;②失眠患者的整体表现符合中医 辨证分类中的阴虚证型。

剔除标准:研究内容与主题不相关的文献,如征文启示、会议通知等;作者信息不清、资料来源不明的文献;一稿多投文献只保留发表时间最早的。剔除不符合纳入标准及内容重复的文献,最终得可供分析的文献 105 篇。

1.3 数据处理

基于本次分析的目的,结合研究人员掌握的"失眠"相关专业基础理论,逐一阅读检索文献,提取重要文献信息和医学专业特征信息,编制成《阴虚失眠相关文献医学专业特征信息采集表》(Excel 2007)。

根据文献类型和研究需要,将表格分为两大部分、七个副表。第一部分为文献基本情况,包括"文献一般情况"(编号、标题、关键词等)、"临床研究文献"(编号、西医诊断、西医诊断标准、中医诊断、中医

诊断标准、治疗方法、疗效标准、具体疗效、不良反应)和"理论文献"(编号、类型、摘要)三个副表,第二部分为关联网络构建方法所需数据整理。

1.4 关联网络构建方法

采用 Cytoscape 3.4.0 软件对关键词的共现关联关系进行可视化处理,其中网络(network)中的节点(node)为关键词,边(edge)为关键词与关键词之间的关联关系。

2 结果

2.1 文献量年度变化趋势

文献年度发表量在一定程度上体现了学术界对该主题的关注热度。阴虚失眠相关文献的数目总体呈增长趋势(2018年仅收录于1月1日至2月28日期间发表的文献)。1965至1999年共3篇,2000至2009年共14篇,2010年起年文献数目增长幅度明显提升,至2017年,8年间共发表文献86篇。2018年1月1日至2月28日间,已发表阴虚失眠相关文献2篇,根据往年趋势预测,2018年仍当处于高峰位段。在所有学科的发展初期,研究论文都会急速增长^[3]。表明随着失眠发病率的不断提高,阴虚失眠的研究仍是学术界关注的重点。

2.2 文献作者地区分布及核心作者

本次分析筛选所得的 105 篇文献,作者分属 26 个省份(取第一作者所在地区),东西南北中各部地 区皆有涉及。其中,文献量排名前 10 的省份为广东、 浙江、河南、吉林、福建、江苏、北京、湖北、山东、南 京,又以广东、浙江、河南 3 省较为突出,文献量排名 分属前 3,共发文 36 篇。可见,这 10 个省份是阴虚 失眠研究的热点地区,广东、浙江、河南 3 省尤为注 重。详见表 1。

据普赖斯定律,核心期刊的载文量、核心作者的发文量均应满足 $m \ge 0.749 \sqrt{n_{max}}$ (n_{max}) 为最多发文量),载文量或发文量>m 的期刊、作者的论文数量之和应占全部纳入论文总量的 $50\%^{[4]}$ 。本研究 105

表 1 文献量排名前 10 省份及其文献引用情况

	77 2 7	4 1.41 7 11	H 133 20	H 100 100 17 17 1	4	11.40
研究 地区	文献量	文献量 排名	总被引 频次	总被引 频次排序	篇均被 引频次	篇均被引 频次排序
广东	13	1	97	1	7.46	3
浙江	12	2	79	2	5.55	4
河南	11	3	40	5	3.64	7
吉林	7	4	26	6	3.71	6
福建	7	4	17	8	2.43	8
江苏	6	6	72	3	12.00	1
北京	6	6	23	7	3.83	5
湖北	5	8	10	9	2.00	9
山东	4	9	4	10	1.00	10
南京	4	9	48	4	12.00	1

篇论文发表在 65 种期刊上,其中在《长春中医药大学学报》《广州中医药大学》《光明中医》较多。详见表 2。据统计,《长春中医药大学学报》的发文 7 篇(n),核心刊物最低文献量 m≈2。载文量≥2 的期刊共 19 种,载文 51 篇,占论文总量的 48.5%(<50%),按照普赖斯定律刊载阴虚证失眠研究相关文献的核心期刊尚未形成。所有作者中发文量最多的为胡万华、程志清,均为 3 篇,占总文献量的 m<50%,不符合普赖斯定律的要求,表明针对阴虚失眠的研究尚处于零散阶段,未形成核心作者[5]。

- 2.3 诊断标准及疗效评价标准
- **2.3.1** 西医诊断标准 105 篇文献中,以临床研究 文献为主,共92篇,78篇设为随机对照试验。论文

表 2 文献量排名前 5 期刊及被引

期刊	文献量	文献量排名	总被引频次	总被引频次排序	篇均被引频次	篇均被引频次排序
长春中医药大学	7	1	26	2	3.71	5
广州中医药大学	6	2	11	7	1.83	7
光明中医	5	3	14	5	2.80	6
陕西中医	4	4	17	3	4.25	3
云南中医中药杂志	3	5	71	1	23.67	1
中医临床研究	3	5	16	4	5.33	2
新中医	3	5	12	6	4.00	4

所参照的西医诊断标准来源多样,包括国内、国际与自拟标准三类,其中《中国精神病疾病分类方案与诊断标准》应用频率最高,共53篇;10篇文献涉及使用国际诊断标准。92篇临床研究文献中,尚有15篇对西医诊断及诊断标准无内容描述。见表3。

表 3 临床研究文献中失眠的西医诊断标准使用情况

西医诊断标准	篇数
中国精神病疾病分类方案与诊断标准	53
失眠定义、诊断及药物治疗专家共识(草案)	4
精神障碍分类与诊断与统计手册(美国)	3
自拟标准	3
无描述	15

2.3.2 中医诊断标准 根据中医辨证思路的不同,将"中医诊断"分为"病名诊断""证型诊断"和"体质诊断"。辨病论治文献共82篇,60篇病名诊断为"失眠/失眠症",20篇为"不寐","亚健康失眠"与"原发性失眠"各1篇。辨证论治文献共85篇,主要证型诊断为"阴虚火旺/阴虚阳亢/阴虚内热",占72篇,其他证型诊断使用频次少。辨体质文献共3篇,全部诊断为"阴虚体质"。

中医诊断标准以《中药新药临床研究指导原则》和《中医病证诊断疗效标准》为主,各占30篇。两项标准联合参用者3篇,自拟标准者14篇,其他诊断标准来自中医不同学科著作,涵盖"内科学""诊断学""针灸学""体质学""亚健康""精神病学"众多方面。92篇临床研究文献中,尚有3篇无中医诊断及其标准的描述。见表4。

表 4 临床研究文献中失眠的中医诊断标准使用情况

37 - MANAGEMENT 34 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 1	, ,,
中医诊断标准	篇数
中药新药临床研究指导原则	30
中医病证诊断疗效标准	30
中医体质分类与判定表	4
中医内科学	4
中药新药临床研究指导原则、中医病证诊断疗效标准	3
中药新药临床研究指导原则、中医内科学	3
自拟标准	14
无描述	3

2.3.3 临床研究文献中疗效判定标准 疗效判定分为睡眠质量判定和中医证候学判定,选择单一判定标准的文献仅有38篇,大多文献兼用国内外判定标

准两项或多项。使用频次较高的为《中药新药临床研究指导原则》《中医病证诊断疗效标准》、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI),无论在单一标准文献或是双重或多重标准文献中,都占有较大的比重。16篇文献自拟判定标准,其制定仍旧依据睡眠质量和(或)中医证候学两方面的变化情况。

2.4 文献中中药处方的应用

105 篇文献中,以中药处方为主要治疗方法和研究对象的文献共 68 篇,口服用药者 66 篇,外用浸浴者 2 篇。具体方剂可分为传统经典方剂和现代自拟方剂,剂型有汤剂、膏剂、丸剂、散剂、中药颗粒和胶囊。文献研究内容以自拟方剂为主,故基本方名有40种,而频数分布相对分散。应用频次最高者为黄连阿胶汤 9 篇,其次较高者有天王补心汤、酸枣仁汤、百合地黄汤和珍枣胶囊,皆是传统经典方剂或常用中成药。

2.5 高频关键词关联网络分析

105 篇文献提及关键词词条共计 404 条,将关键词中的同义词进行名称统一,如"阴虚火旺证""阴虚火旺型""阴虚火旺证"的虚火旺证"。合并后共获取关键词 131 条,频次总和为 398。频数≥5 的高频关键词见表 5。利用 Cytoscape 3.4.0 软件,对 22 个频数≥3 的高频关键词进行关联网络分析,见图 1。

表 5 部分高频关键词频数统计情况

水 3 即 7 同 频 天 键 电	1 処 奴 犯 月 月 ル
关键词	频数
失眠	95
阴虚火旺证	60
临床研究	21
中医药疗法	17
针灸疗法	15
PSQI	6
天王补心丹	6
黄连阿胶汤	5
酸枣仁汤	5
老年期	5
阴虚证	5

3 讨论

3.1 阴虚失眠的研究进展

自 1965 年 1 月至 2018 年初,中医学对阴虚失 眠的探讨日益深入和广泛。从最初的个案报道到规 范的随机对照研究,从朴素的病例陈述到大样本下 的经验汇总、理论提升,从单纯的中药处方到针药并 用、中西结合的多维治疗,一代代医学工作者,历经半个世纪,查阅典籍,临证思辨,重现阴虚的理论渊源,指导失眠的辨证施治,取得的成就落于纸面而显于民生。经阴虚失眠文献高频关键词关联网络图分析可得,研究热点偏于临床方面,药物治疗上,除却经典方剂的应用,更有补肾安神汤、珍枣胶囊等经验自拟方的涌现,配合艾司唑仑等西药以期标本同治;同时,针灸疗法备受关注,穴位埋线、推拿疗法、耳穴贴压在阴虚失眠的治疗中日益占据重要地位。理论方面,结合西医失眠判定标准,涉及主要研究内容为脏腑阴虚证及老年期、阴虚体质失眠的特点和补阴泻阳治法。

3.2 从阴虚角度辨治失眠的重要性与必要性

本次分析发现,阴虚失眠属中医学现代研究的 热点,将其作为专题讨论的文献可达百余篇,且均为 单纯阴虚证型而不兼有他证他病,可见,从阴虚角度 论治,在失眠的辨证中占据着重要地位。分析讨论 出现这一现象的原因,大致包含以下两个方面:①中 医基础理论的指导。中医学认为,人之寤寐与卫气 的循行和阴阳的盛衰密切相关,卫气昼行于阳而夜 入于阴,行于阳则阳气盛人即寤,入于阴则阴气盛人 即寐,正如《灵枢·口问》云:"卫气昼日行于阳,夜半 则行于阴。阴者主夜,夜主卧……阳气尽阴气盛则 目瞑,阴气尽而阳气盛则寤矣。"失眠的病机在于阴 阳平衡的节律紊乱,阴阳二气偏于盛衰,或阴虚不 能纳阳,或阳盛不得入于阴。在传统中医教学当中, "阴虚"作为论治失眠的一大基本病机,广受历代医 家的重视,《医效秘传·不得眠》中即有言:"夜以阴为 主,阴气盛则目闭而安卧,若阴虚为阳所胜,则终夜 烦扰而不眠也"。现代医学研究者,从经典出发,通 过经验总结、理论分析,印证并创新治疗方法,总不 离医理之大道,故从"阴虚"角度辨治失眠能够取得 显著疗效。②失眠本身所具之特点。《素问·五脏生 成》记载:"人卧血归于肝,肝受血而能视,足受血而 能步,掌受血而能握,指受血而能摄。"长久夜不得 卧,气浮于外,血即不藏,肝体失养。肝血不足而肝 气有余,疏泄太过,气血错乱,影响营卫正常循行[6], 寤寐何以得调?加之营血暗耗,精气不充,人之阴 气渐衰,阳火渐亢,复扰心动神,更加难眠。可见,滋 补阴精阴气方法对一般失眠的治疗具有较为普遍的 意义。

3.3 阴虚失眠临床中药治疗规律的探讨

105 篇文献中,68 篇论及中药治疗,统计处方用

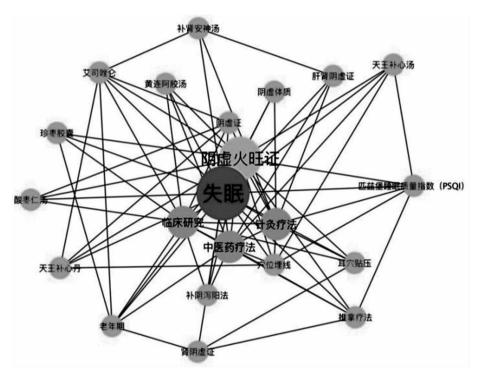


图 1 阴虚失眠文献高频关键词关联网络图

药,由阴虚失眠文献高频关键词关联网络图可见,经 典方剂以黄连阿胶汤、酸枣仁汤、天王补心丹为主, 自拟方剂繁多,频率相对较高者为补肾安神汤和珍 枣胶囊。考众方药物组成,主以滋阴补虚、清热安神 之类,如黄连阿胶汤中黄芩、黄连泻心火配阿胶、白 芍补真阴,酸枣仁汤中酸枣仁补肝血合知母除虚烦, 恰应阴虚火旺证治,是阴虚失眠的基本治则,此种药 物搭配亦被众多自拟方剂采用。然其所不同者,在补 泻以衡、脏腑以权各有偏重。如天王补心丹以大剂生 地黄领衔,合天冬、麦冬、酸枣仁、玄参重滋阴补水, 相对酸枣仁汤则佐用咸寒之知母偏轻清虚热,自拟 方珍枣胶囊重用酸枣仁独养肝柔肝,而黄连阿胶汤 清上补下更巧用鸡子黄交通心肾。阴虚证下本当需 详论病机,临证务必将"整体观念"与"辨证论治"比 量齐观,全面评断人体气血阴阳虚实之偏,在明确总 体治则的基础上,细致剖析病机关键,灵活择药加 减,同证同治中做到同中有异,方能收桴鼓之效。

3.4 中医阴虚失眠特色疗法推广的建议

有效治疗阴虚失眠的方法日趋繁多,针药并施、中西结合,即连中药剂型也随时代发展推出胶囊制剂和中药配方颗粒。再者,耳穴贴压、穴位埋线、中药足浴等简便易行之法也被一次次证实有效可靠、不良反应微少。但是,当失眠患者面对该疾病时,仍旧只知使用镇静安眠类药物,可见中医特色疗法在

本领域的普及不足。针对这一现象,提出以下建议: 推出"失眠"科普读物。简要论述失眠的中西医理论, 着重强调失眠对人体造成的消极影响,以及长期应 用镇静催眠药的不良反应。同时编制阴虚失眠自测 问表与简捷、安全自治疗法图谱,使读者通过一系 列问题的回答,检测自身失眠是否属于中医阴虚证 型,继而根据相应的方法自我治疗,一定程度上改善 睡眠和生活质量。以融入社区,深入民众姿态,进一 步推广中医特色治疗,既能依靠群众力量传承民族 瑰宝,又可切实缓人之急,减民所苦。

「参考文献]

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007: 146.
- [2] 李军体,刘明润, 计磊. 失眠的辨证论治[J]. 中国中医基础医学杂志, 1997(S3):60-61.
- [3] 黎汉津,邓翀. 文献计量学在中医药科研管理及规划制 定中的应用[J]. 中国中医药信息杂志,2000,7(7):92-93
- [4] 邱均平,周毅,吕红. 近十年我国图书馆领域知识产权研究的计量分析与评价[J]. 图书馆论坛,2014,34(1):1-6.
- [5] 尹琳琳,谢雁鸣,王志飞. 基于文本挖掘的现代中医药诊疗高血压主要学术思想研究[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(2):244-247.
- [6] 李智. 浅析"人卧则血归于肝"[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,8(9):7.

半夏泻心汤与黄连汤证治辨析

范方馨,谢 鸣

(北京中医药大学中医学院,北京 100029)

[摘要]《伤寒论》半夏泻心汤与黄连汤在方证病机、功效及制方上类近,以致二方的临床应用易为混淆。基于方证相关的学理,结合历代医家的观点,从方证病因病机、治疗立法、制方几个维度对两方的异同进行辨析。结果发现,二方证病机均涉寒热夹杂,中虚胃逆,但在寒热所聚部位、中虚程度及气机升降悖逆机制上有所不同;二方治法均涉及寒热并调、补虚降逆,但在调理部位、补中强度及和中降逆的方式上有所不同。二方组成均涉及半夏、黄连、干姜、人参、炙甘草、大枣,但半夏泻心汤以半夏为君,配伍黄芩,人参用量较大;黄连汤以黄连为君,且用量较大,配伍桂枝;前方去滓再煎以和合药性而助和中之用,后方仅煎一次且小量频服,取药之清气而助分消上下寒热。

[关键词] 半夏泻心汤;黄连汤;证治;病因病机;治疗立法;配伍组方

「中图分类号] R289.1 「文献标志码] A 「文章编号] 1007-659X(2019)04-0343-04

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.005

Differentiation of Banxia Xiexin Decoction and Huanglian Decoction about Syndrome and Treatment

FAN Fangxin, XIE Ming

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

Abstract Banxia Xiexin Decoction and Huanglian Decoction in *Treatise on Febrile Diseases* are similar in the pathogenesis, efficacy and prescription formulating, so that they are easy to be confused clinically. Based on the relevant theories of formula and syndrome correlation and connected with historical physicians' viewpoint, this paper analyzes the similarities and differences between the two sides from the perspectives of cause, pathogenesis, efficacy and prescription. The result shows that the pathogenesis of the two syndromes is related to cold-heat complication, deficiency of middle energizer and inverse of the stomach qi. However, it is different in the location of the cold and heat, the degree of the middle energizer's deficiency, and the mechanism of the rebellious rise and fall movement of qi. Their efficacy involves harmonizing cold and heat, tonifying and descending inverse, but they differ in the position of regulating, the intensity of tonifying, and the way of harmonizing middle energizer and descending inverse. The composition of both the two prescrip-

tions involves Banxia (Pinelliae Rhizoma), Huanglian (Coptidis Rhizoma), Ganjiang (Zingiberis Rhizoma), Renshen (Ginseng Radix Et Rhizoma), Zhigancao (Glycyrrhizae Radix Et Rhizoma Praeparata Cum Melle), Dazao (Jujubae Fructus). However, there is Huangqin (Scutellariae Radix) and the amount of Renshen is larger in Banxia Xiexin Decoction,

[[]收稿日期] 2018-09-22

[[]基金项目] 北京中医药大学首届教学名师基金项目(编号;BZY-MS-201301)

[[]作者简介] 范方馨(1995-),女,山西忻州人,2017 年级硕士研究生,主要从事方证相关研究。

[[]通信作者] 谢鸣(1957-),男,安徽怀宁人,教授,博士研究生导师,主要从事方证相关研究,Tel:010-64286992,E-mail:xieming603@263.net。

with the Banxia being the monarch. In Huanglian Decoction, there is Guizhi (Cinnamomi Ramulus) and Huanglian which is the monarch drug with a large amount. To regulate the middle energizer, the preparation of Banxia Xiexin Decoction need to remove slag and boil again to harmonize medicinal. However, the Huanglian Decoction only needs to boil once and serve in a small number for serval times to take the clear qi of medicine to eliminate the pathogen in the up and lower position.

Keywords Banxia Xiexin Decoction; Huanglian Decoction; treatment based on differentiation; cause and pathogenesis; treatment methods; combination and construction of prescriptions

名方类方之间的证治辨识,对于深入理解辨证论治中的方药规律和临床准确选方具有重要意义。半夏泻心汤与黄连汤是出自《伤寒论》的两首经典名方,由于两方在方证、制方及功效上十分相似,各家对其证治的认识可谓是见仁见智,临床应用也极易混淆。本文基于方证相关的原理,拟以二方的证治背景为切入点,联系历代医家有关看法,从方证成因、病机、治疗立法、方药配伍等不同维度对两方异同进行辨析,冀有助厘清二方的制方学理,提高其临床应用水平。

1 方证辨析

方证指某方所主病证,包括病证的成因及其病机所在,后者主要涉及病邪、病性、病位、病势四方面。现对二方所主病证的成因和病机分析如下。

半夏泻心汤 《伤寒论》第 149 条有云:"伤寒五 六日,呕而发热者,柴胡汤证具,而以他药下之…… 但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与之,宜半夏泻心 汤。"可知半夏泻心汤证由伤寒少阳证误下所致,并以 心下痞满为主症。许宏:"病在半表半里,本属柴胡 汤,反以他药下之,虚其脾胃,邪气所归,故结于心 下"(《金镜内台方议》卷六)。柯琴:"满而不痛者为虚 热痞闷……痞因寒热之气互结而成"(《伤寒来苏集· 伤寒附翼》卷上)。由此可知,因少阳证误用(寒凉) 攻下,伤及脾胃,以致邪气乘虚入里而成寒热互结于 心下。至于寒热之形成,前人虽或言及邪气化热人 里,但寒之生成却无明言。现代李飞[1]45则认为其 与误下损伤中阳致寒从中生有关。进一步结合《金 匮要略·呕吐哕下利病脉证治》:"呕而肠鸣,心下痞 者,半夏泻心汤主之。"可以确定半夏泻心汤证是由 伤寒少阳证误下,伤及中阳致阴寒内生,少阳邪热 深入于里,寒热互结于心下,脾胃升降悖逆,而见以 心下痞满、呕恶、肠鸣下利为主症的证候。

黄连汤 《伤寒论》第 173 条载:"伤寒,胸中有热,胃中有邪气,腹中痛,欲呕吐者,黄连汤主之。"可

知黄连汤所主为伤寒病之胸中有热及胃中有邪证。 但其胸中热从何而来?胃中之邪指什么?吴谦曰:"伤 寒邪气入里,因人脏气素有之寒热而化病。此则随胃 中有寒,胸中有热而化"(《医宗金鉴·订正伤寒论注》 卷五)。谓其外邪入里,随体质阳阳之偏颇分别从化 为胸热胃寒。但柯琴有不同看法,指出"此热不发于 表而在胸中,是未伤寒前所蓄之热也……寒邪从胁 入胃"(《伤寒来苏集·伤寒论注》卷三)。即认为患者 胸中素有蓄热,外感寒邪后,寒邪入胃,而成胸热胃 寒。细究之,吴氏与柯氏之言并无太多差异,均强调 患病前已有胸热或体质寒热偏颇。本证之胸热胃寒 为大多数医家所认同,但柯氏进一步阐发其病机,谓 之"胃中寒邪阻隔,胸中之热不得降,故上炎作呕;胃 脘之阳不外散,故腹中痛也"(《伤寒来苏集·伤寒论 注》卷三)。强调了胸热胃寒、寒热相隔、寒滞腹痛和 胃逆欲呕的病证特点。可以断定,黄连汤证系素体寒 热偏颇,或已有胸热或胃寒在先,伤寒之邪入里随体 质阴阳偏颇,从化为上(胸)热下(胃)寒,寒热相隔, 胃气上逆,而见以腹中痛、欲呕吐为主症的证候。

通过以上分析可知,半夏泻心汤与黄连汤二方证均为伤寒病某一阶段之证型,其中半夏泻心汤证源自少阳证,少阳证本正气偏弱,加之误用寒下而致中阳受损生寒,少阳邪热乘虚入里;黄连汤证无寒下误治之经过,但有素体胸阳偏旺或中阳不足之偏颇,因而伤寒病表邪入里后,随体质传化为上热下寒。二方证病机均涉及寒热二邪,但前者为寒热互结于心下(脾胃)兼有脾胃受损;后者则为寒热分居中(脾胃)上(胸)二焦,即胸中有热,胃中有寒,寒热相隔,或兼脾阳不足;二者均涉气机升降失常,但前者为寒热互结于心下致气机痞阻,伴有脾胃升降悖逆;后者系胸热胃寒,热浮于上,寒凝于下,上下阴阳交阻,伴有胃气上逆。故半夏泻心汤证以心下痞为主症,伴有呕吐和下利;黄连汤证当以腹痛为主症,伴有欲呕或心胸烦热。二方证病机最主要的差异在于寒热结

聚部位(胃热脾寒和胸热胃寒)、中焦虚损程度(重和轻)及升降乖违机制(中焦痞阻和上下阻隔)的不同。

2 制方辨析

法随证立,方因法制。由于半夏泻心汤与黄连汤方证病机不同,故二方在治疗立法和制方上也有差异。基于寒热互结、升降悖逆及中焦受损之病机,半夏泻心汤治从消痞散结、调和寒热(清胃温脾)、甘温补虚立法;基于胸热胃寒,寒热交阻,胃气上逆之病机,黄连汤治从清上温下(清胸温胃)、交通上下、健脾和中立法。

遣药组方上,半夏泻心汤由半夏半升、干姜三两、 黄连一两、黄芩三两、人参三两、甘草三两、大枣十二 枚组成;黄连汤由半夏半升、干姜三两、黄连三两、 桂枝三两、人参二两、甘草三两、大枣十二枚组成。从 中可见,较之半夏泻心汤,黄连汤以桂枝三两易黄芩 三两,黄连一两增至三两,减人参三两至二两,余药 不变。

方药配伍上,半夏泻心汤君以半夏苦辛温通,开痞散结,和胃降逆;臣以黄连、黄芩苦寒以清胃热,干姜苦辛温以温脾寒;君臣四味,苦降辛开,消痞散结,温寒清热;佐以人参、大枣、甘草甘温补中,健脾养胃,兼制苦寒伤中。全方散结消痞,寒热并调,补中养胃。黄连汤君以黄连清泄胸热;臣以干姜温脾祛寒,更用桂枝辛温以助干姜温中散寒兼温经止痛;佐以半夏和胃降逆,合桂、姜之辛散,与黄连之苦降,升降气机,交通上下,以破寒热之格拒;稍佐人参、大枣、甘草健脾养胃,兼助姜、桂复中阳,并能制黄连苦寒伤胃。全方清热祛寒,交通上下,安中止呕。

3 有关问题探讨

3.1 关于两方君药的认识

半夏泻心汤中以何者为君,历代医家有不同看法。其中持半夏为君者如柯琴:"此痞本于呕,故君以半夏"(《伤寒来苏集·伤寒附翼》卷上),陈蔚也谓:"君以半夏者,因此证起于呕,取半夏之降逆止呕如神"(《伤寒论浅注补正》卷一下),钱潢则谓:"半夏辛而散痞,滑能利膈,故以之为君"(《伤寒溯源集》卷三),均强调了半夏在方中散痞和降逆止呕的作用。持以黄连为君者有成无己:"《内经》曰:苦先人心,以苦泄之,泻心者,必以苦为主。是以黄连为君,黄芩为臣,以降阳而升阴也"(《伤寒明理论》卷四);许宏也谓:"若此痞结不散,故以黄连为君,苦人心以泄之"(《金镜内台方议》卷六)。均是从方名"泻心"和

黄连入心苦泄为立论依据。李飞[1]428认为:"就本方 证之成因而言,伤寒邪在少阳,误下之后,邪热内陷, 胃气不和,以致心下痞硬,方用黄连苦寒降火,以泻 内陷之邪热,热除则胃气自和,所以成无己以黄连为 君之论,切合本方证情";付玉娟[2]认为,本证病因以 邪热内陷为主,黄连苦寒清热且可治疗主症"呕利 痞",故以黄连为君:谭达全等[3]认为,本方主治病机 为寒热互结、气机升降失常之痞证,半夏、黄连合用, 一温一凉,一辛开一苦降,能解寒热、消痞结,故以半 夏、黄连二者为君药;而宋小莉等[4]则从现代药效学 角度,对该方进行拆方研究发现,半夏与半夏泻心汤 在调节小鼠肠运动、促进胃黏液分泌等方面具有一 定一致性,因此主张以半夏为君。笔者认为,此方证 病机并非只是邪热内陷,而是寒热互结,气机痞阻, 且方中黄连用量仅为一两,较之于其他药味用量小, 故以黄连为君显然不妥。因此基于本方方证病机、 原方黄连用量、药效学相关研究,并结合君药概念及 方名中半夏之标示,本方当以半夏为君。

关于黄连汤,历代医家多认同以黄连为君。如柯琴:"表无热,腹中痛,故不用柴、芩,君黄连以泻胸中积热"(《伤寒来苏集·伤寒论注》卷三);吴昆亦认为:"君以黄连之苦…以泄上热而降阳"(《医方考》卷一)。李飞[1]435 指出:"方中黄连苦寒,主清胸中之热,兼和胃气,是以为君。"以上医家均从心胸积热和黄连苦寒人心清热而立论。章楠:"君黄连之苦寒,干姜之辛热通阴阳,分清浊"(《医门棒喝·伤寒论本旨》卷九),似言黄连和干姜同为君药,强调方证中胸热胃寒并重,此说似乎也能圆通。不过,从本方证胸中有热、热扰胃逆的病机,结合原方黄连用量大及方名中的药味标示,本方当以黄连为君。

3.2 关于黄连汤中桂枝的配伍

黄连汤方证涉及胸热胃寒,有伤寒注家认为该方由半夏泻心汤变化而来,既然半夏泻心汤方中已有干姜温中祛寒,今去黄芩,何以更加桂枝?柯琴云:"君黄连以泻胸中积热,姜、桂以驱胃中寒邪"(《伤寒来苏集·伤寒论注》卷三),认为桂枝助干姜温中祛寒,如从该证患者素体中焦有寒及伤寒之外寒入胃考虑,此说与病机甚为吻合。罗美谓:"桂枝温散寒邪且交通阴阳"(《古今名医方论》卷三),指出桂枝温散中寒、交通阴阳,与病机中上热下寒之阻隔相应,似也在理。不过此作用似应理解为桂枝(散寒助阴升)与黄连(泄热助阳降)二味配伍之结果,如王子接指

出:"桂枝宣发太阳之气,载引黄连从上焦阳分泻热,不使其深入太阴,有碍虚寒腹痛"(《绛雪园古方选注》上卷)。认为桂枝辛散能制黄连之苦降,使之专走上焦,且避免苦寒伤中。考《本经》载:"牡桂,味辛温,主上气逆",于方中有平冲降逆和胃的作用。综上,桂枝在黄连汤中的作用涉及温胃散寒、交通阴阳、平冲降逆、兼制黄连之苦寒。

3.3 关于两方制服方法的认识

半夏泻心汤"上七味,以水一斗,煮取六升;去滓,再煎,取三升,温服一升,日三服";而黄连汤则"上七味,以水一斗,煮取六升;去滓,温服,昼三夜二"。

从煎煮时间上看,二方均经过"以水一斗,煮取 六升",其中黄连汤只煎1次,半夏泻心汤则去滓再 煎,即先后煎煮了2次,煎煮时间相对较长。半夏泻 心汤为何去滓再煎?徐大椿云:"去滓再煎者,此方乃 合煎之剂,再煎则药性和合,能使经气相融,不复 往来出入"(《伤寒论类方·伤寒约编》卷一)。李培生 等[5]也认为,去滓再煎可使全方不偏不烈,有利于达 到和解之目的。李飞[1]359 曾提出,去滓再煎不仅使药 性调和,作用缓和持久,还可浓缩药液以减轻对胃的 刺激。王竹兰[6]认为,去滓再煎有和解枢机、补正托 邪之效。姜侠[7]则提出,去滓再煎不仅提高了汤药浓 度,还令方中药物成分相互作用,使得方药功效更 强。考伤寒 113 方,其中涉及去滓再煎的方剂有大 柴胡汤、小柴胡汤、柴胡桂枝干姜汤等7首,这些方 剂所主病机多涉表里、寒热、虚实夹杂以及脾胃失和 等,提示"去滓再煎"为和解类方的一种独特的制服 方法。黄连汤证病机虽亦为寒热夹杂,但其寒热分 居中、上二焦且正虚不甚,故治疗在于分头出击,短 时煎煮意在取其轻清之气以分消上下寒热。

需指出的是,虽然半夏泻心汤系少阳证治疗之变法,黄连汤证本与少阳证无涉,但两方在诸多方面确实十分接近,故清代医家王子接认为:"黄连汤,和解也,即柴胡汤变法"(《绛雪园古方选注》上卷),章楠也谓之:"小柴胡汤、黄连汤同为和剂,而柴胡汤专主少阳,黄连汤专主阳明"(《医门棒喝·伤寒论本旨》卷九),提示宜从调和表里(或上下)寒热的不同角度来理解和解法的内涵。由此可以认为"去滓再煎"虽为和解类方较为重要的一种制服方法,但也并非和解剂所必须。

从单次服药量来看,半夏泻心汤取6升再煎至3升(经过浓缩)分3次服,即每次或单服1.0升,体积减小但其浓度增加,所含药材的浓度实与6升分

3次服用相当。黄连汤煎取 6 升分 5次用,即每次服 1.2 升,其服用体积较半夏泻心汤大,但未经再煎浓缩,其实际的单服用量(相当于药材)仍较半夏泻心汤(2 升/次)小。

从服药时间及次数上看,半夏泻心汤1日分3次,黄连汤分为昼3夜2次。《伤寒论》中汤方以"日三服"为最常见,"昼三夜二服"则不多,仅见柴胡加龙骨牡蛎汤、当归四逆加吴茱萸生姜汤、黄连汤、猪肤汤等,这些方剂所主病证多有急重或病情较为复杂的特点。黄连汤每次服用量较小,但昼夜连续服药,间隔时间短可使方药持续发挥药力。考《伤寒论》少量、频服的方剂有苦酒汤、猪肤汤等,其所主病证的病位多在咽喉等偏于上焦部位,与黄连汤所主"胸中有热"相符。

4 结语

对半夏泻心汤和黄连汤二方证治的分析表明: 二方证均涉及寒热夹杂和脾胃失和,但前方证为寒 热互结于中焦,中虚和胃热较甚;后方证为寒热异 位,胸热与胃寒均较突出而无明显中虚。二方立法 均为清温并用、调和脾胃,但半夏泻心汤重在调理中 焦、开痞除结、调和寒热、健脾养胃,黄连汤则重在清 上温中、交通上下、安中和胃。方药制备上,半夏泻 心汤去滓再煎以和合药性,黄连汤无需再煎,重在取 药轻清之气以分消上下。正是由于二方在方证病机、 治法、方药制服等方面存在诸多相近类同,导致二方 临床运用极易混淆。显然,仅从两方组成配伍是很难 获得其辨治精要的,而基于方证相关的原理^[8],认识 二方证治中的异同,则有助于其临床的精准使用。

[参考文献]

- [1] 李飞. 方剂学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2011.
- [2] 付玉娟. 半夏泻心汤君药商榷[J]. 光明中医,2012,27(11): 2342-2343.
- [3] 谭达全,邓冰湘,郭春秀. 半夏泻心汤君药刍议[J]. 新中医,2006,38(11):79-80.
- [4] 宋小莉,司银楚. 基于肠运动药效学指标的半夏泻心汤君药问题研究[J]. 中国实验方剂学杂志,2008(9):68-70.
- [5] 李培生,刘渡舟. 伤寒论讲义[M]. 上海:上海科学技术 出版社,1985:83.
- [6] 王竹兰.《伤寒论》汤剂煎煮法与汤剂制备规范化研究[D]. 北京:北京中医药大学,2010;42.
- [7] 姜侠.《伤寒论》去滓再煎法机理研究[D]. 济南:山东中 医药大学,2017:44.
- [8] 谢鸣. 方证相关的逻辑命题及其意义[J]. 北京中医药大学学报,2003,26(2):22-23.

从《医贯》探析赵献可辨治咳嗽特色

缪顺莉,周涛,王鹏

(安徽中医药大学,安徽 合肥 230038)

[摘要]探析赵献可《医贯》辨治咳嗽的特色。赵氏治病独重命门,将先天之火作为人的立命之本,善用六味丸、八味丸。其辨治咳嗽,主要立足于肺、脾、肾三脏,认为咳嗽必责之肺,而治之之法,不在于肺,而在于脾,不专在脾,而反归重于肾。对于外感咳嗽、咳嗽暴重、火烁肺金咳嗽、痰湿咳嗽及咳嗽带血者的治疗,分别提出了培土生金、金水相生、壮水之主或益火之源及温补命门之火等相应治法。

[关键词]赵献可;医贯;咳嗽;培土生金;金水相生;壮水之主;益火之源;温补命门之火

「中图分类号] R256.11

「文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0347-03

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.006

Analysis on ZHAO Xianke's Characteristics in Differentiating and Treating Cough from Key Link of Medicine

MIAO Shunli, ZHOU Tao, WANG Peng

(Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230038, China)

Abstract Exploring the characteristics of ZHAO Xianke's Key Link of Medicine to distinguish and treat cough. ZHAO Xianke puts great importance in Mingmen. He takes congenital fire as the foundation of human life and makes good use of Liuwei Pill and Bawei Pill in his treatment. His differentiation and treatment of cough mainly depends on the lung, spleen and kidney. He insists lung is responsible for cough while the treatment method does not concentrate on lung but spleen; does not specialize in spleen, but focus on kidney. For the treatment of externally-contracted cough, heavy cough, cough due to excessive fire impairing metal, cough due to phlegm-damp and cough with blood, he puts forward banking up earth to generate metal, mutual generation between metal and water, nourishing yin or supplementing yang, warming and tonifying Mingmen fire and other corresponding methods.

Keywords ZHAO Xianke; Key Link of Medicine; cough; banking up earth to generate metal; mutual generation between metal and water; nourishing yin; supplementing yang; warming and tonifying Mingmen fire

赵献可,字养葵,自号医巫闾子,约生于公元 16 世纪下半叶,明代鄞县(今属浙江宁波)人,是明代温 补学派代表人物之一。赵氏精研《周易》,旁通《道藏》 内典,因而其学术理论带有深厚的中国古代哲学思想。赵氏精于医,曾私淑薛己并十分推崇其温补学说。他对命门学说颇有发挥,临证重视调养先天之火,治疗疾病独重命门。《医贯》是赵献可的代表作,认为养生要先养火,人的立命之本就是先天之火,对于疾病的治疗莫不以此理"一以贯之",故将是书命名为《医贯》。书中包含了赵氏诸多独特的学术观点和临证经验,是其对"命门"理论探索和实践的经验结晶^[1]。现就书中咳嗽辨治特色论述如下。

[[]收稿日期] 2018-09-29

[[]基金项目] 国家中医药管理局中医药行业科研专项项目(编号: 201507006);安徽中医药大学大学生创新创业训练计划项目(编号: 2018080)

[[]作者简介] 缪顺莉(1996-),女,安徽天长人,主要从事中医临床及新安医学研究。

1 病因病机

咳嗽是指因肺失宣降,肺气上逆作声,咳吐痰液的病证,也是肺系疾病的主要症状,为临床常见病证之一[2]。《素问·宣明五气》曰:"五气所病……肺为咳。"[3]指出咳嗽的病位在肺。关于咳嗽的病因,《素问·咳论》曰:"皮毛者,肺之合也,皮毛先受邪气",又"五脏六腑皆令人咳,非独肺也"[4]126。强调了外感六淫及五脏六腑功能失调,累及矫脏,均会导致咳嗽。赵氏认为:"肺为娇脏,畏热畏寒,火刑金故嗽,水冷金寒亦嗽,故咳嗽者,必责之肺",而治之之法,不在于肺,而在于脾,不专在脾,而反归重于肾,应量阴阳水火子母脏腑之态势,酌情"补其母子"。就外感咳嗽、咳嗽暴重、火烁肺金咳嗽、痰湿咳嗽及咳嗽带血者,分别提出"培土生金""金水相生""壮水之主或益火之源"及"温补命门之火"等治法。

2 治则治法

2.1 外感咳嗽,当补脾为主,虚则补其母

《素问·评热病论》云:"邪之所凑,其气必虚"[4]120。 赵氏宗其旨,对以祛邪发表为主治疗外感风寒咳嗽 的观点进行了补充。认为如果系"形气、病气俱实者, 一汗而愈。若形气、病气稍虚者,宜以补脾为主,而 佐以解表之药",即所谓"不治肺而治脾,虚则补其母 之义"。咳嗽虽因于肺,而其治则在脾,"若专以解表, 则肺金益虚,腠理益疏,外邪乘间而来者,何时而已 耶?"根据五行相生的原理,土生金,脾为肺之母,"脾 实则肺金有养,皮毛有卫,已入之邪易以出,后来之 邪无自而入矣"。脾胃运化功能正常,气血生化有源, 则肺金有养而旺,金旺则能宣发卫气以温养全身,调 节腠理,防御外邪,固护肌表。也即《灵枢·百病始生》 所云:"风雨寒热,不得虚,邪不能独伤人……两虚相 得,乃客其形"[4]244。赵氏在治疗用药时,用"人参、黄 芪、甘草以补脾,兼桂枝以驱邪",于解表中兼实脾以 养肺金,即用"培土生金"之补脾益肺法治疗外感咳 嗽,可谓独辟蹊径。

2.2 咳嗽暴重,即滋肾为要,虚则补其子

赵氏引《仁斋直指方论》云:"凡咳嗽暴重,动引百骸,自觉气从脐下逆奔而上者,此肾虚不能收气归元。当以地黄丸、安肾丸主之,毋徒从事于肺,此虚则补子之义也。"肺主呼吸,肾主纳气;肺为气之主,肾为气之根。肺吸入的清气,须经肾气摄纳,以维持呼吸调匀,气道通畅,两者相互协调,方可维持呼吸正常。《医贯·先天要论·吐血论》云:"余谓咳、嗽、咯、唾皆出肾。盖肾脉入肺,循喉咙,挟舌本,其支者从肺出,络心,注胸中。故二脏相连,病则俱病,而其根在肾。"可见,赵氏认为咳嗽与肺、肾二脏关系密切。

肺肾母子相生,阴液互滋。肾阴为一身阴液之本,五 脏六腑之阴,非肾阴不能滋养,因而肺阴的充盛,依 赖于肾阴源源不断补益;肺主肃降,既能向下布散自 然之清气,又能向下向内布散水谷精微,从而资助下 焦元气,故肾阴的充足,亦有赖于肺阴的不断充养。 若肾阴不足,子病及母,肺阴就会受损;若肺阴不足, 母病及子,肾阴亦会受伤,终致肺肾之阴两虚[5]。故 究其致病机制,赵氏言:"肺有热,则气得热而上蒸, 不能下生于肾,而肾受邪矣。肾既受邪,则肺益病。" 这是因为"母藏子宫,子隐母胎。凡人肺金之气,夜卧 则归藏于肾水之中。今因肺受心火之邪,欲下避水 中,而肾水干枯有火,无可容之地,于是复上而病 矣。"从五行的归属和一般的生克规律而言,肺属金, 肾属水,金能生水。然赵氏不仅认为金能生水,还认 为水能润金。其于《医贯·玄元肤论·五行论》言:"世 人皆曰水克火,而余独曰水养火;世人皆曰金生水, 而余独曰水生金;世人皆曰土克水,而余独于水中补 土;世人皆曰木克土,而余独升木以培土"。由此可 见,赵献可对五行生克的认识独树一帜,他认为这种 顺序并不是绝对的,既包括生克反序如"水养火", 也包括生化互换如"水生金"[5]。因而对于咳嗽暴重 者,可以通过"水生金"调补肾水,以达养肺金的方法 进行治疗。

2.3 火烁肺金,宜滋阴降火,金水相生

对于火烁肺金而咳嗽者,赵献可认为其病多"起 于房劳太过,亏损真阴,阴虚而火上,火上而刑金,故 咳,咳则金不能不伤矣。"对于传统的清金降火治法, 赵氏却认为其"似是而实非",且认为黄柏、知母、天 冬等寒凉诸药,易损伤人体正气,不仅不能治无形之 火,还易反戕脾胃。其于《医贯·先天要论·滋阴降火 论》云:"盖黄柏苦寒泄水,天门寒冷损胃,服之者不 惟不能补水,而且有损于肾。"赵氏认为,补北方可以 达到泻南方的目的,滋其阴能够降其火,并力主治以 六味丸。他于《医贯·先天要论·吐血论》中言六味丸: "独补肾水,性不寒凉,不损脾胃,久服则水升火降而 愈。"此外,赵氏亦使用温热之参、芪治疗阴虚咳嗽, 这与世人治阴虚咳嗽"视参、芪如砒毒"的观念截然 相反。赵氏于此处强调的是,先投以滋阴药补其肾 水,"使水升而火降",再合以参、芪以补肾之母,"使 金水相生而病易愈矣",主张肺肾同调,但要分清主 次。金水相生之法在疾病的治疗中一直有广泛应用。 例如出自《慎斋遗书》的百合固金汤,方中以滋养肾水 之百合、生地黄、熟地黄为主药,再合以麦冬、玄参之 属滋养肺阴,使金润水壮,阴液互滋,肺肾得养。再如 常用于治疗肺肾阴虚之喘嗽的八仙长寿丸,亦以熟

地黄、麦冬等滋肾润肺,金水并调。又如玉女煎中熟 地黄与麦冬药对配伍等,均含金水相生之妙⁶。

2.4 痰湿咳嗽,治以六君八味,引水归原

痰湿咳嗽,多因脾土亏虚,不能制水,水泛为痰, 上乘而嗽:或因心火刑金,误服寒凉,导致脾土受损、 肺金被伤而咳。赵氏认为,"此乃火位之下,水气承 之,子来救母,肾水复火之仇。寒水挟木势而上侵于 肺胃,水冷金寒,故嗽。"其在《医贯·先天要论·痰论》 中阐述了痰湿的形成,同时给出了具体的治疗方药, 如"肾虚不能制水,则水不归原,如水逆行,洪水泛滥 而为痰,是无火者也,故用八味丸,以补肾火。"治疗 上,除了补脾益肺,重在温补命门之火[7],故"须用六 君子汤加炮姜,以补脾肺;八味丸以补土母,而引水 归原。"对于痰湿咳嗽的治疗,诚如赵氏所言:"治之 之法……不专在脾,而反归重于肾。"充分体现了赵 氏之温补命门的学术思想。此外,对于咳嗽带血者, 在《医贯·先天要论·吐血论》篇,赵氏言其乃肾水从 相火炎上之血,或由肾水上侵于肺,水冷金寒,咳嗽, 肺气受伤,血无所附所致。治疗选用六味丸补肾水, 八味丸补命门之火,以引水归原,血复其位。

3 善用六味丸、八味丸

赵献可在《医贯·玄元肤论》中写到,命门是十二 官真君真主,位居十二官之上,在两肾各一寸五分之 间,蕴藏人体的真水与真火。赵献可在临证治疗中 极为重视命门先天水火,认为"火之有余,缘真水之 不足也,毫不敢去火,只补水以配火,壮水之主,以镇 阳光:火之不足,因见水之有余也,亦不必泻水,就于 水中补火,益火之源,以消阴翳。"其对咳嗽的治疗, 亦多从真水、真火的不足立论,对六味丸、八味丸推 崇备至。六味丸一名地黄丸,赵献可认为其是"壮水 之主,以镇阳光"的主剂。方中熟地黄、山茱萸乃味厚 之品,如《素问·阴阳应象大论》云:"阴味出下窍…… 味厚者为阴"[4]49。此二者属阴,故能滋补肾阴;山药、 泽泻皆为润物,肾为阴中之阴,肾阴为人体阴液之根 本,故肾恶燥,须以此润之;牡丹皮味苦辛,故入肾而 清泄相火,益少阴,平虚热;茯苓甘淡,故能渗泄脾 湿,制水脏之邪。全方六味药"三补"与"三泻"相配 伍,填精、滋肾、制火,故凡肾虚而不足以制火者,非 此方便无以济水[1]。赵氏认为八味丸是"益火之源, 以消阴翳"的主剂。方中干地黄、山茱萸、牡丹皮、泽 泻、山药、茯苓皆濡润之品,所以能壮水之主;肉桂、 附子为辛润之物,温肾助阳,鼓舞肾气,能于水中补 火,所以益火之源。诸药相合,于阴中求阳,微微生 火,补而不滞。正如《景岳全书》中言:"善补阳者,必 于阴中求阳,则阳得阴助而生化无穷"。故此方可用 于治肾阳气不足证,并可于"水中补土",治疗脾胃虚寒所致诸痰饮、水肿等证,能达到"益脾胃而培万物之母"的作用。

4 结语

赵献可以命门为君主,认为命门之火乃人身之至 宝,这一命火理论贯穿《医贯》之始终。从《医贯·先天 要论·咳嗽论》篇也不难看出,不论是补肾水以达养 肺金治疗咳嗽暴重,肺肾同调之金水相生法治疗火烁 肺金,还是用六君八味治疗痰湿咳嗽,赵氏均运用到 命火理论。清代著名医家陈修园与赵氏同认为命门 在两肾之间,其在论治精虚咳嗽时,亦用金水相生法, 方于补肾之六味或八味中,加二冬、五味等益肺之品, 肺肾同治,使得天水相交,如此精可化气,则咳嗽自 平[8]。清代医家陈士铎深受赵氏命门学说的影响,其 在治疗脾胃虚寒、土不生金所致咳嗽时,采用补脾胃、 温命门、益肺气的方法,认为"心包生胃土,命门生脾 土",于人参、白术、茯苓、陈皮、半夏、甘草之健脾益 胃药中,加肉桂一味,培土生金的同时,补心包、命门 二火,使全方气机升腾、动而不息[9]。在治疗其他类 型咳嗽时,陈氏亦用滋阴降火、金水相生之法。如用 于治疗肺燥咳嗽的子母两富汤,方中仅熟地黄、麦冬 二味,便可肺肾同调,金水相生。陈士铎对咳嗽的治 疗同样以肺、脾、肾三脏为主,亦注重脏腑间的生克 乘侮关系,培土生金、金水相生等诸法同用。可见,赵 献可对咳嗽的辨治见解独到,新颖灵活,对后世医家 产生了深远的影响。

[参考文献]

- [1] 王永南. 浅谈赵献可的《医贯》[J]. 光明中医,2010,25 (6):1083-1084.
- [2] 薛博瑜,吴伟,张伯礼,等. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:37.
- [3] 王洪图, 贺娟, 李岩, 等. 黄帝内经素问白话解[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011:172.
- [4] 王键,苏颖,王小平,等. 内经选读[M]. 上海:上海科学技术出版社,2010.
- [5] 王秀娟,赵宇昊,姜春燕,等. 从《医贯·咳嗽论》探讨赵献 可学术思想[J]. 中国实验方剂学杂志,2010,16(17): 253-255
- [6] 姬水英. 五行制化在方剂配伍中的应用[J]. 河南中医, 2014,34(2):205-206.
- [7] 刘玉玮. 赵献可《医贯》医学理论特色辨析[J]. 中医文献杂志,2001(1):6-8.
- [8] 杨清高,周璟. 浅析陈修园论治咳嗽[J]. 中医药导报, 2012,18(2):29-30.
- [9] 刘永刚,马嘉蓉. 陈士铎治疗咳嗽经验[J]. 河南中医, 2017,37(9):1549-1550.

"肾为胃之关"探析

梁 媛,王小平

(山东中医药大学,山东 济南 250355)

[摘要]《素问·水热穴论》中"肾为胃之关"的理论内涵历代医家的认识多有不同。结合历代医家的认识与临床相关病证的研究,本于《内经》篇目原文,首先论述了"肾为胃之关"的原旨内涵,肾不仅为胃的水液代谢之关,还为胃的水谷精微代谢之关;其次提出了肾与脾胃相关的认识,并从经脉、生理及病理三个方面对肾与脾胃的密切相关性进行了阐述,以求对此理论进行全面理解;并提出在治疗诸如水肿、消渴、泄泻、便秘等二阴失司所致病证及部分中焦脾胃病时,皆可根据临床辨证从肾论治,以期为临床诸多疾病的论治提供治疗思路。

[关键词] 肾为胃之关;内涵;水液代谢;肾与脾胃相关;水谷精微代谢

[中图分类号] R221.1

「文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0350-04

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.007

Discussion on "Kidney is the Pass of Stomach"

LIANG Yuan, WANG Xiaoping

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

Abstract In the chapter of Discussion on Water, Heat and Acupoints in Simple Conversation, the theoretical connotation of "kidney is the pass of stomach" is recognized differently by doctors in past dynasties. On the basis of the original text of Internal Classic, combined with the understanding of "kidney is the pass of stomach" and the clinical related diseases, the author first discusses the original connotation of "kidney is the pass of stomach". Kidney is not only the pass of stomach water metabolism, but also the pass of stomach cereal essence metabolism. Secondly, the understanding of kidney has a close correlation with spleen and stomach is put forward, and it is expounded from three aspects: meridian, physiology and pathology, in order to comprehensively understand this theory. Finally, clinical syndrome differentiation might be focused on the kidney in the treatment of edema, consumptive thirst, diarrhea and constipation caused by failure of the external genitalia and anus and some diseases of the spleen and stomach of the middle energizer, so as to provide the treatment ideas for many clinical diseases.

Keywords kidney is the pass of stomach; connotation; water metabolism; kidney is related to spleen and stomach; cereal essence metabolism

"肾为胃之关"源出《素问·水热穴论》,"肾何以能聚水而生病?岐伯曰:肾者胃之关也,关闭不利,故

聚水而从其类也,上下溢于皮肤,故为胕肿。"此处主要论述的是水肿病的发病机制,强调了肾在水液代谢过程中的重要作用。而对于"肾为胃之关"内涵的理解和认识,后世医家有着各自不同的阐释。如唐·王冰《重广补注黄帝内经素问》中曰:"'关'者,所以司出入也。肾主下焦,膀胱为府,主其分注,关窍二阴,故肾气化则二阴通,二阴闭则胃填满,故云肾者胃之关也。"[[]指出了二阴闭塞令胃气不降,而肾的

[[]收稿日期] 2018-09-27

[[]作者简介] 梁媛(1992-),女,山东青岛人,2017年级硕士研究 生,主要从事治则治法及《黄帝内经》理论与临床研究。

[[]通信作者] 王小平,女,医学博士,教授,博士研究生导师,主要从事治则治法及《黄帝内经》理论与临床研究,Tel:15688468257, E-mail:2926155049@qq.com。

气化功能是二阴通利的保障。明·张介宾在《类经·针刺类三十八》中云:"'关'者,门户要会之处,所以司启闭出入也。肾主下焦,开窍于二阴,水谷入胃,清者由前阴而出,浊者由后阴而出,肾气化则二阴通,肾气不化则二阴闭,肾气壮则二阴调,肾气虚则二阴不禁,故曰肾者胃之关也。"[2]1014 进一步补充了二阴的功能,令肾与胃在生理上的联系逐渐明晰。清·陈士铎在《辨证奇闻·种子》中云:"胃为肾关,《内经》年久,讹'肾为胃关门'"[3]。认为《内经》中的"肾为胃之关"应该是对"胃为肾之关"的伪写误传。近代医家崔伯瑛[4]通过研读《内经》原文,认为原文中的"胃"是"谓"的通借字,应将"肾者胃之关也"理解为"肾者谓之关也"。

历代医家在临床实践的过程中,对该理论进行了多方诠释,使其内涵不断扩展与延伸。然笔者认为对于经典的学习与运用应守其内涵而拓展其外延,需要对经典进行全面理解,方能彰显其临床指导意义。文章拟以历代医家的阐释为基础,探析"肾为胃之关"涵义及临床应用。

1 "肾为胃之关"原旨及内涵

1.1 "关"字字义解析

"关",《辞海》释义:"关,关口,关门。古设关于界上";《周礼·地官》中说:"古者境上为关";《礼记·王制》注:"关,界上门"。多是指古代设于险要地方或国界之上的守卫处所。《说文解字》中释义:"关,以木横持门户也",可引申为"把守门户",为门户启闭之关键。故可将"肾为胃之关"理解为"肾为胃之门户",胃主受纳腐熟水谷,为"水谷之海",水液之源;肾主水,司全身水液代谢,为津液输布排泄之门户。正如张介宾所云:"肾者,胃之关也,位居亥子,开窍二阴而司约束"[2]46。

1.2 肾为胃的水液代谢之关

《内经》在论及水肿病因病机时提出了"肾为胃之关"的认识,强调肾在机体水液代谢中起重要作用,"关闭不利,故聚水而从其类也",意指肾气不足,关门不利则可致水液的排泄出现异常,致使水液潴留体内,而出现"上下溢于皮肤,故为胕肿",导致水肿之患。人体内的水液代谢过程,起于胃受纳的饮食水谷,再通过脾的转输,肺的宣发肃降、通调水道,肾的蒸腾气化和小肠的泌别清浊,最终化为尿液排出体外。这一过程是在多个脏腑的共同参与下完成的。正如《素问·经脉别论》所说:"饮入于胃,游溢精气,上输于脾;脾气散精,上归于肺;通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行,合于四时五脏阴阳,揆度以为常也"。然在此过程中,肾的作用是极为重要的。肾藏精,内寄元阴元阳,是人体生命活动的

原动力,无论是胃的游溢精气,脾的布散精微,还是肺的通调水道,以及小肠的泌别清浊,皆需要依赖肾的蒸腾气化。《素问·逆调论》云:"肾者水脏,主津液"。可见在水液代谢的全过程中,胃为水液生成之"上源",肾则为"下源",为胃之"关闸"。若肾气充足,肾的气化功能正常,则启闭有度,胃中水饮得以正常输泄,清者敷布周身,浊者下输膀胱;若肾气不足,肾的气化功能失常,则启闭不利,就会导致水液代谢出现异常的情况,或者出现水肿、癃闭等"关门不开"之病证,或者出现遗尿、消渴等"关门不约"之病证。

1.3 肾为胃的水谷精微代谢之关

精、气、血、津液均是人体内的基本精微物质,其 化生都依赖于胃所受纳的饮食中的营养物质,故胃 又有"水谷气血之海"之称。如《灵枢·玉版》言:"人 之所受气者,谷也。谷之所注者,胃也。胃者,水谷气 血之海也。"所以胃除了为水液代谢之"上源",还为 精气血津液等精微物质化生之源,而胃所化生的精 微物质如何存留于体内发挥其生理效应,成为维持 生命活动的物质基础,必然离不开肾"主封藏"所起 到的司关门作用。《素问·六节藏象论》说:"肾者,主 蛰,封藏之本"。饮食入口,在胃气的作用下受纳于 其中,故古代又有将胃喻为"太仓"之说,而肾就好像 "太仓"之门户,使得精微物质能够正常出入于五脏 六腑、五官九窍之中以充养全身,发挥其濡养作用, 并将多余的物质排出体外。如果肾司关门不利则精 液、气血、津液等精微物质可能会过度流失,人体必 定会因气血津液等的匮乏而出现各种虚证。胃受纳、 腐熟水谷,并将水谷化为精微,而肾能使胃所化的 饮食精微留于体内脏腑经脉之中,荣养四肢百骸,避 免从下焦孔窍散失,同样也为"肾为胃之关"的内涵 所在。

2 "肾为胃之关"的外延—肾与脾胃相关

历代医家对"肾为胃之关"的阐释,多指肾胃之间的密切关系。笔者认为,"肾为胃之关"中的"胃"不能单纯理解为解剖上的胃及胃的功能,应是包括脾在内的中焦脾胃。《素问·灵兰秘典论》云:"脾胃者,仓廪之官,五味出焉。"在此以"仓廪之官"来喻脾胃之职,就是强调了脾胃共司饮食水谷。《素问·太阴阳明论》也有"脾脏者,常著胃土之精也"及"脾与胃以膜相连耳,而能为之行其津液"等论述,说明脾胃同居中焦属土,经脉上相互络属,互为表里,一运一纳,一升一降,共同完成对饮食物的消化、精微物质的吸收过程。脾运胃纳相互协作,无胃之受纳则就无脾之运化,无脾之健运则胃就难以受纳,胃之受纳、腐熟只有与脾之运化相互配合,才能使水谷化为

精微,以化生气血津液,供养全身,维持机体的生命活动,故称脾胃为"后天之本""气血生化之源"。《景岳全书·饮食门》所言:"胃司受纳,脾司运化,一纳一运,化生精气"[5]199。中医注重整体观念,在藏象学说中常以脾升胃降来概括以胃为主的整个消化系统的功能活动,《内经》及历代医家所重视的胃气也多是强调脾胃功能的重要性。所以"肾为胃之关"可进一步理解为肾与脾胃密切相关,主要表现在以下几个方面。

2.1 肾与脾胃经脉相连

《灵枢·经脉》言:"肾足少阴之脉……其直者,从 肾上贯肝膈,入肺中,循喉咙,挟舌本;其支者,从肺 出络心,注胸中。""胃足阳明之脉……其支者,从大 迎前下人迎,循喉咙,入缺盆,下膈,属胃络脾;其直 者,从缺盆下乳内廉,下挟脐,入气街中。""脾足太阴 之脉……入腹,属脾络胃,上膈,挟咽,连舌本,散舌 下;其支者,复从胃别上膈,注心中。"由此可知肾经 与脾胃两经并行于胸腹部,且多次相交而行。此外肾 经与脾胃两经还通过任脉、冲脉、带脉加强了彼 此的沟通联系,共司身体多处脏腑官窍,运输渗灌 气血,协调脏腑功能活动,以期维持阴阳动态平衡。 另《外经微言》中提到:"胃经属阳明者……其支别 者,从颐后下人迎,循喉咙,入缺盆,行足少阴之外"; "其支者,起于胃口,循腹过足少阴肾经之外,本经之 里,下至气街而合,仍是取气于肾,以助其生气之源 也"[6]。指出胃之经气取自于肾,肾与脾胃通过经络 密切相连。

2.2 肾与脾胃生理功能相关

肾与脾胃生理功能相关主要体现在先后天相互 生养,互资互助。肾藏先天之精,内寄元阴元阳,是五 脏阴阳之根本,故称先天之本。胃受纳、腐熟水谷,并 在脾的运化功能配合下,纳运协调而将水谷化为精 微,进而化生气血津液,为精微生成之源泉,故称后 天之本。然肾所藏先天之精及其化生的元气,有赖 于脾胃所化生的后天之精的不断充养和培育,方能 充盛;脾胃化生精微,亦赖于肾气及肾阴肾阳的资助 和促进,始能健旺。正如张介宾《景岳全书》云:"是 以水谷之海,本赖先天为之主,而精血之海又必赖后 天为之资。"[5]203 又如章楠《医门棒喝》云:"脾胃之能 生化者,实由肾中元阳之鼓舞,而元阳以固密为贵, 其所以能固者,又赖脾胃生化阴精,以涵育耳。"[7]先 天温养激发后天,后天补充培育先天。《素问·玉机 真脏论》云:"浆粥入胃泄注止,则虚者活。"认为一者 浆粥入胃,二者泄注止则五虚之证可存生机,进一 步说明了肾与脾胃密切相关。后天与先天,相互资 生,相互促进,方能生生不息。

2.3 肾与脾胃病理相及

肾与脾胃通过经脉沟通联络,交通气血,生理上 先后天相互滋养、联系密切,故在病理上常常会相互 累及、互为因果。一方面,脾胃发生病变,必然导致 水谷精微化源不足而累及于肾,使得肾失充养而为 病。正如李东垣所云:"元气之充足,皆由脾胃之气无 所伤,而后能滋养元气,若胃气之本弱,饮食自倍,则 脾胃之气即伤,而元气亦不能充,而诸病之所由生 也"[8]。另一方面,肾病亦可累及脾胃,《医贯》谓:"饮 食入胃, 犹水谷在釜中, 非火不熟, 脾能化食, 全借少 阳相火之无形者,在下焦蒸腐,始能运化也。"[9]胃的 受纳腐熟以及脾的运化功能,都有赖于肾中元阳的 温煦和肾中元阴的濡润。肾阳虚,命门火衰,不能温 养中州,脾胃失于温养则难于受纳腐熟化物,而出现 胃脘冷痛、呕吐、便溏、完谷不化等症状:肾阴亏虚, 肾中阴液不能上济濡养阳明燥土,致胃阴不足,而出 现胃中嘈杂、口干口苦、纳差等症状。

3 临床应用

"肾为胃之关"这一理论的内涵已不拘泥于其原旨,而是在临床实践中不断拓展与延伸。肾不仅为胃的水液代谢之关,还为胃的水谷精微代谢之关,而且肾与脾胃经络相连、生理相关、病理相及,联系密切。因此,在治疗诸如水肿、消渴、泄泻、便秘等二阴失司所致病证及部分中焦脾胃病时,皆可根据临床辨证情况考虑从肾进行论治。

3.1 根据《内经》原旨论治二阴病

根据"肾为胃之关"理论的原旨可知,肾气充足则二阴开阖自如,而肾气虚则会导致关门失于常度。正如《景岳全书》所言:"肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭皆肾脏之所主"[5]275。

一方面,前阴启闭失于常度。阖而不开,以致水 液排泄障碍而成癃闭,水湿内停泛滥而成水肿;开而 不阖,则水液不能正常输布而出现遗尿,水津流失不 固而为消渴。喻嘉言在《医门法律》中言:"胃为水谷 之海,水病莫不本之于胃……然其权尤重于肾,肾 者,胃之关也。肾司开阖,肾气从阳则开,阳太盛则关 门大开,水直下而为消。肾气从阴则阖,阴太盛则关 门常阖,水不通而为肿。"又言:"肾者胃之关也。关门 不开,则水无输泄而为肿满;关门不闭,则水无底止 而为消渴……肾气丸主之。于以蒸动精水,上承君 火,而止其下入之阳光,此正通天手眼。"[10]为临床上 出现小便量异常的病证、水肿和消渴的治疗提供了 理论依据。胃为水谷之海,饮入于胃之后或蒸津化液 充养五脏六腑、形体官窍,或为水湿痰饮蓄积体内成 为致病之邪,或为遗尿不禁、频数无度而致正虚,皆 责之于肾,肾阳不足,温煦无能,气化失司则水液代

谢异常。在临床治疗诸如此类水液代谢失常、开阖失 司的疾病时皆可考虑从肾论治,治官温补肾阳,要时 刻强调固肾护气,恢复肾之气化功能,则水液代谢可 复,诸症可消。如治疗水肿的真武汤和治疗消渴的 肾气丸,皆从肾论治而取效。真武汤中附子、生姜温 肾助阳以化气行水,兼暖脾土以温运水湿。肾气丸 中附子、肉桂补肾阳助气化,配以干地黄、山茱萸、山 药滋阴益精,旨在阴中求阳,少火生气,助阳之弱以 化水,滋阴之虚以生气,使肾阳振奋,气化复常。李用 粹在《证治汇补·消渴章》亦云:"久病宜滋肾养脾。盖 五藏之津液,皆本乎肾,故肾暖则气上升而肺润,肾 冷则气不升而肺枯,故肾气丸为消渴良方也"[11]。

另一方面,后阴启闭失于常度。肾关不固可生腹 泻,张介宾在《景岳全书·泄泻》指出:"今肾中阳气不 足,则命门火衰,而阴寒独盛,故于子丑五更之后,当 阳气未复、阴气盛极之时,即令人洞泄不止也。"[5]275 黎明五更之时,人体阳气未复,命门火衰,脾失温煦, 而致脾胃运化失常是导致泄泻的一个重要原因。李 中梓在《医宗必读》提出了著名的治泻九法中就有温 肾之法,对于临床上常见的黎明五更之时,脐腹作 痛,肠鸣即泻,泻下清稀,甚则如水样,或完谷不化, 泻后则安,腹部喜暖,形寒肢冷,腰膝酸软,舌淡苔 白,脉沉细无力。治当温肾散寒,涩肠止泻,方用四神 丸加减,方中补骨脂补命火、散寒邪,吴茱萸、肉豆 蔻、生姜温中散寒,使脾胃中州之土得以温养,脾胃 健运如常,饮食得化,疾病向愈。肾关不开可致便秘, 《医学正传·秘结》曰:"饮食之火起于脾胃,淫欲之火 起于命门,以致火盛水亏,津液不生,故传道失常,渐 成结燥之证。"[12]阐明便秘除与脾胃有关外,还与肾 有密切的关系。《景岳全书·秘结》云:"凡下焦阳虚则 阳气不行,阳气不行则不能传送而阴凝于下,此阳虚 而阴结也。下焦阴虚则精血枯燥,精血枯燥则津液不 至而肠脏干槁,此阴虚而阳结也。"[5]393 进一步指出肾 阳虚,温煦无权,会出现阴邪凝结的阳虚便秘;肾阴 虚,津枯血燥,则可致无力行舟的阴虚便秘。"阴阳和 则出入有常,阴阳闭则启闭无序。"[5]30 故临床中多以 济川煎加减治疗阳虚便秘,增液汤加减治疗阴虚便 秘。济川煎中肉苁蓉、牛膝为温补肾阳之品,又佐以 当归养血润肠,既可温肾益精治其本,又能润肠通便 以治标。增液汤中重用玄参,苦咸而凉,滋阴生津, 壮水制火,启肾水以助胃生津,又佐以生地黄、麦冬 共奏养阴增液之效,使肠燥得润,大便得下。

此外,对于遗精、带下等精微失于封藏从下焦孔 窍散失的疾病,皆可从肾论治。如《女科切要》中以 内补丸为治疗肾虚带下的代表方,方中鹿茸、菟丝 子、肉豆蔻、附子、肉桂等皆为温补肾阳之品,温肾壮 阳以收涩止带。

3.2 根据经义外延论治中焦脾胃病

根据"肾为胃之关"的经义外延,我们可知肾与 脾胃联系密切,不但生理相关而且病理相及。脾胃须 得肾中元阳的温煦,才能正常的纳运水谷精微,阳明 燥土亦有赖于肾中元阴的滋养才能柔润而不燥。所 以在临证之时,对于脾胃的病证,因肾病而及脾胃 者,其病虽在脾胃,但其本在肾,故当根据辨证情况 从肾论治:对于非由肾病所致者,在其治疗过程中兼 用补肾法亦具有重要的价值。如陈士铎《辨证录》中 云:"盖脾胃之土,必得命门之火以相生,而后土中有 温热之气,始能发生以消化饮食。"[13]认为脾胃运化 饮食物,全赖肾中命门之火的蒸化。其所创制的两生 汤,就是由肉桂、附子、山茱萸等温肾之品组成,使脾 胃得火气而无寒冷之虞。许叔微在《普济本事方》中 记载二神丸时有这样一段论述:"有人全不进食,服 补脾药皆不验,予授此方,服之欣然能食,此病不可 全作脾虚。盖因肾气怯弱,真元衰劣,自是不能消化 饮食,譬如鼎釜之中,置诸米谷,下无火力,虽终日米 不熟,其何能化?"[14]二神丸由补骨脂、肉豆蔻两味补 命门药组成,可见温补肾中命门之火,对于健补脾胃 的重要性,犹如釜底加薪。在临床中治疗诸如此类 肾阳虚衰,中焦失温而脾胃不健,或脾胃久虚,损及 肾阳的病证,如小儿消化不良、老年脾胃病、胃病日 久者,都应时时不忘把温肾补火作为重要一环,补命 门以助脾胃运化得复,疾病可愈。

「参考文献]

- [1] 王冰. 重广补注黄帝内经素问[M]. 北京:学苑出版社, 2004:377.
- [2] 张介宾. 类经[M]. 北京:学苑出版社,2005.
- [3] 陈士铎. 辨证奇闻[M]. 北京:中医古籍出版社,1993:352.
- [4] 崔伯瑛. "肾者胃之关"辨析[J]. 上海中医药杂志,1993 (5):37-38.
- [5] 张景岳. 景岳全书[M]. 太原:山西科学技术出版社,2005.
- [6] 柳长华. 陈士铎医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,
- [7] 章楠. 医门棒喝[M]. 北京:中医医药科技出版社,2011:
- [8] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:2.
- [9] 赵献可. 医贯[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:115.
- [10] 喻昌. 医门法律[M]. 北京:中医古籍出版社,2002:279.
- [11] 李用粹. 证治汇补[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:
- [12] 虞抟. 医学正传[M]. 北京:中医古籍出版社,2002:337.
- [13] 陈士铎. 辨证录[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:
- [14] 许叔微. 普济本事方[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:24.

基于数据挖掘中药治疗学龄前儿童呼吸系统疾病 用药规律分析

黄 科,贺梅红

(重庆三峡中心医院药学部,重庆 404000)

[摘要]目的:基于数据挖掘技术探讨中药治疗学龄前儿童呼吸系统疾病的用药规律。方法:收集我院中医科 2017 年治疗学龄前儿童呼吸系统疾病处方 446 张,利用 Excel、IBM SPSS Modeler 18 软件进行频数频率分析、关联分析、聚类分析等。结果:446 例患儿使用了 148 味中药,使用频数前 6 位的中药为桔梗、甘草、黄芩、苦杏仁、连翘、薄荷;中药类别频数前 3 位的为清热药、化痰止咳平喘药、解表药;关联规则显示,支持度最高的药对为甘草和苦杏仁,置信度最高的药对为桔梗、薄荷和苦杏仁;聚类分析得到 5 个新组合。结论:通过对学龄前儿童呼吸系统疾病用药进行数据挖掘,体现了以解表为核心,辨证加入化痰、止咳、清热、健脾的用药及组方特点,为名老中医经验传承提供了参考。

[关键词] 学龄前儿童;呼吸系统疾病;数据挖掘;关联分析;聚类分析;化痰止咳平喘;清热解表

[中图分类号] R2-03; R259.62

[文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0354-06

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.008

Analysis on Medication Rules of Traditional Chinese Medicine in Treating Respiratory Diseases in Preschool Children Based on Data Mining

HUANG Ke, HE Meihong

(Department of Pharmacy, Chongqing Sanxia Central Hospital, Chongqing 404000, China)

Abstract Objective: To investigate the medication rules of traditional Chinese medicine (TCM) in the treatment of respiratory diseases in preschool children based on data mining. Methods: A total of 446 prescriptions treating respiratory diseases in preschool children were collected from department of traditional Chinese medicine of Chongqing Sanxia Central Hospital. The Excel, IBM SPSS Modeler 18 software were used in the frequency analysis, association analysis, cluster analysis, etc. Results: A total of 148 Chinese herbs were used in 446 patients. The top 6 Chinese herbs with highest frequency include: Jiegeng (Platycodon Grandiflorum), Gancao (Glycyrrhizae Radix), Huangqin (Scutellaria Baicalensis), Kuxingren (Semen Armeniacae Amarum), Lianqiao (Fructus Forsythia), Bohe (Mentha Haplocalyx). The most frequently used 3 categories of Chinese herbs include: medicine for clearing heat, dissolving phlegm, relieving cough and calming panting, and relieving exterior. The analysis based on association rule showed that Gancao and Kuxingren had the highest support. Jiegeng, Bohe and Kuxingren had the highest confidence, and 5 new combinations were mined through

[收稿日期] 2018-07-26

[作者简介] 黄科(1985-),男,重庆万州人,主管中药师,主要从事数据挖掘研究。

the cluster analysis from the database. **Conclusions:** Through the data mining of medication for respiratory diseases in preschool children, it shows that the medication rules focuses on relieving exterior, com-

bined with resolving phlegm, relieving cough, clearing heat and invigorating spleen based on syndrome differentiation, which will provide reference for the inheritance of prestigious TCM doctors' experience.

Keywords preschool children; respiratory disease; data mining; association analysis; cluster analysis; resolving phlegm, relieving cough and calming panting; relieving exterior and clearing heat

呼吸系统疾病是我国城市、农村居民中常见的 疾病。中华人民共和国国家统计局发布的《中国统 计年鉴》显示 2009 年至 2016 年的居民主要疾病死 亡率及死因构成中,呼吸系统疾病死亡率均位居前 位。儿童各器官发育仍不成熟,自我防御能力弱,极 易受到外界不利因素的影响,因此呼吸系统疾病发 病率、死亡率均居儿科疾病首位,大部分发生在小于 3岁的婴幼儿[1-2]。对于呼吸系统疾病,西医一般采 用口服、雾化、注射等治疗,但是部分药物缺乏儿童 用药信息,且儿童病情急变化快,用药方面存在一定 的安全隐患[3-4]。我院中医科在中医药理论指导下, 充分发挥中医中药特色,形成了自己的中医药学术 思想和临床用药经验。本研究基于我院中医科(副) 主任中医师开具的 2017 年学龄前儿童用药处方,运 用数据挖掘技术,探究用药规律[5-7],为临床处方用 药、院内制剂开发提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

收集 2017 年 1 月至 12 月重庆三峡中心医院中医科(副)主任中医师开具的学龄前儿童(7 岁以下)呼吸系统疾病首诊处方,共 446 张。依据中医临床诊疗术语国家标准,收集处方涉及的疾病分别为:肺咳 233 张,哮病 34 张,感冒 92 张,肺热病 61 张,乳蛾 7 张,疖病 1 张,鼻窒 5 张,鼻衄 2 张,鼻鼽 3 张,喉痹 7 张,百日咳 1 张。处方涉及 7 名(副)主任中医师,446 例患儿。

1.2 数据提取及处理

用 Excel 软件建立患儿数据库,按固定格式录入 患儿基本信息、临床诊断指征、用药情况。中药名称采 用 2015 版《中国药典》,中药类别参照《中药学》^[8]。

1.3 统计学方法

运用 Excel 统计患儿年龄构成、中药及其类别的使用频率和频数,运用 IBM SPSS Modeler 18 软件进行关联分析和聚类分析。

2 结果

2.1 性别年龄分布

446 例患儿中女 160 例(35.9%),男 286 例(64.1%);

年龄 0~1 岁 16 例,1 岁 1 个月~2 岁 31 例,2 岁 1 个月~3 岁 49 例,3 岁 1 个月~4 岁 118 例,4 岁 1 个月~5 岁 149 例,5 岁 1 个月~6 岁 62 例,6 岁 1 个月~7 岁 21 例。3~6 岁患儿占比 73.8%,共 329 例。

2.2 中医证候分型

446 例患儿涉及中医证候 35 种。频次排名前 10 位的证候见表 1。

表 1 中医证候分型前 10 位频次排名

序号	证候分型	频次(次)	频率(%)
1	风热犯肺证	181	40.6
2	肺热炽盛证	76	17.0
3	风邪袭肺证	32	7.2
4	风寒袭肺证	26	5.8
5	脾肺气虚证	20	4.5
6	痰热蕴脾证	18	4.0
7	燥邪伤肺证	11	2.5
8	湿痰证	9	2.0
9	肺热阴虚证	8	1.8
10	脾胃气虚证	8	1.8

2.3 单味中药频次和频率

治疗呼吸系统的 446 张处方中,涉及 148 味中药,总频次 6895 次。使用频率大于 10%的有 48 味中药,见表 2。

2.4 中药类别频次、频率分析

收集处方涉及 16 个大类,34 个小类。其中大类使用频率超过 10%的按大小排列依次为清热药、化痰止咳平喘药、解表药、补虚药,频率分别为 22.9%、22.3%、20.1%、15.3%;小类使用频率超过 10%的按大小排列依次为发散风热药、补气药、止咳平喘药、清热解毒药、清化热痰药,频率分别为 13.5%、11.7%、11.0%、10.4%、10.1%。其余中药类别频次、频率见表 3。

2.5 关联分析结果

根据关联规则采用 Apriori 算法,最低条件支持度为 30,最小规则置信度(%)为 85,得出 148 味中药的关联程度;共有规则 50 条,其中 2 味药物组合

表 2 药物频数和频率分布

-++- 1/4-	there where where		サル			
药物	频次(次)	频率(%)	药物	频次(次)	频率(%)	
桔梗	351	78.7	鸡内金	102	22.9	
甘草	339	76.0	款冬花	100	22.4	
黄芩	251	56.3	僵蚕	98	22.0	
苦杏仁	239	53.6	山楂	90	20.2	
连翘	236	52.9	六神曲	86	19.3	
薄荷	203	45.5	浮小麦	86	19.3	
桑叶	201	45.1	半夏	85	19.1	
牛蒡子	173	38.8	蒲公英	83	18.6	
芦根	169	37.9	乌梅	80	17.9	
枇杷叶	166	37.2	紫菀	76	17.0	
茯苓	153	34.3	鱼腥草	75	16.8	
白术	150	33.6	陈皮	74	16.6	
防风	149	33.4	炙甘草	69	15.5	
蝉蜕	146	32.7	石膏	69	15.5	
金银花	145	32.5	荆芥	69	15.5	
川贝母	143	32.1	麻黄	67	15.0	
菊花	141	31.6	野菊花	64	14.3	
黄芪	133	29.8	柴胡	64	14.3	
前胡	126	28.3	山药	62	13.9	
五味子	123	27.6	辛夷	61	13.7	
知母	122	27.4	白芍	54	12.1	
百部	118	26.5	麦芽	52	11.7	
玄参	116	26.0	板蓝根	51	11.4	
麦冬	114	25.6	桑白皮	45	10.1	

18条,3 味药物组合 24条,4 味药物组合 8条。支持度最高的药对为甘草-苦杏仁(53.59%),其次为桔梗-连翘(52.92%),置信度最高的药对为桔梗-薄荷、苦

杏仁(100%),其次为桔梗-薄荷、甘草(98.73%),见表4。对处方的中药组方关联规则进行网络化分析,通过线条的粗细可直观反映药物之间的关联强度,线条越粗关联越强,反之越弱。由图1可知,桔梗-苦杏仁、甘草-桔梗、连翘-桔梗、薄荷-桔梗等药对关系紧密。

2.6 聚类分析结果

构建 K-means 算法对所有中药进行聚类分析,但 聚类效果不理想。故对频率大于 10%的中药采用两步 聚类模型进行聚类分析,得到 5 组新组合。见表 5。

3 讨论

儿童呼吸道疾病常见于上呼吸道感染、肺炎和急性支气管炎,多发于春冬两季^[9]。《素问·灵兰秘典论》云:"肺者,相傅之官,治节出焉",肺主气,为五脏六腑之华盖。然而小儿脏腑娇嫩,肺也全而未壮,成而未全,加之主气功能未健,寒冷不自调,故常受外邪侵袭而致病^[10-12]。明代医家万全提出小儿"肺常不足"理论,指出小儿在物质基础和生理功能方面的娇嫩、不耐外邪,这与现代医学对儿童呼吸系统生理、解剖、免疫功能等方面的认识一致^[13]。董廷瑶^[14]的"小儿用药六字诀"指出小儿脏腑柔弱,易寒易热,易虚易实,用药若不当,最易引起疾病传变,用药以"轻"居首位。故儿童组方药量宜轻、药味宜少,贵在平和、轻灵,中病即止。

单味中药频次和频率统计显示,高频药物为桔梗、甘草、黄芩、苦杏仁、连翘、薄荷、桑叶、牛蒡子、芦根、枇杷叶。桔梗祛痰宣肺、排脓利咽,《本草蒙筌》曰:"通鼻中窒塞,咽喉肿痛急觅,逐肺热,住

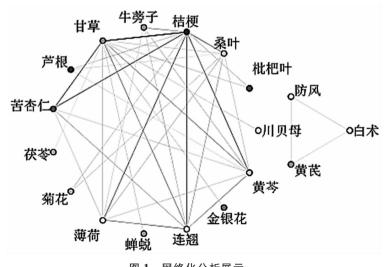


图 1 网络化分析展示

	1 -44 - 51 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1	
表 3	中药类别频数	

		12.	1 = 3 > C / /	19次致、9次平7171			
大类别	小类别	频次(次)	频率(%)	大类别	小类别	频次(次)	频率(%)
清热药	清热解毒药	714	10.4	利水渗湿药	利水消肿药	160	2.3
	清热泻火药	378	5.5		利尿通淋药	14	0.2
	清热燥湿药	260	3.8		利湿退黄药	7	0.1
	清热凉血药	130	1.9	理气药	理气药	146	2.1
	清虚热药	92	1.3	平肝息风药	息风止痉药	122	1.8
化痰止咳平喘药	止咳平喘药	759	11.0		平抑肝阳药	8	0.1
	清化热痰药	697	10.1	化湿药	化湿药	66	1.0
	温化寒痰药	85	1.2	止血药	收敛止血药	24	0.3
解表药	发散风热药	933	13.5		凉血止血药	12	0.2
	发散风寒药	455	6.6	活血化瘀药	活血止痛药	18	0.3
补虚药	补气药	807	11.7		活血调经药	1	0.0
	补阴药	191	2.8	安神药	养心安神药	10	0.1
	补血药	56	0.8		重镇安神药	2	0.0
	补阳药	3	0.0	泻下药	攻下药	5	0.1
消食药	消食药	410	5.9	袪风湿药	袪风寒湿药	1	0.0
收涩药	敛肺涩肠药	205	3.0	开窍药	开窍药	1	0.0
	固表止汗药	121	1.8				
	固精缩尿止带药	2	0.0				

咳,下痰,治肺痈排脓"。桔梗水提物可以抑制卵清蛋白(ovalbumin,OVA)诱导的黏液分泌过多,减少痰液^[15],桔梗为"舟楫之药",能"载诸药上行",治疗肺系疾病确实有效^[16];甘草止咳祛痰,甘润平和,有痰无痰均适宜,用于寒热虚实多种喘咳;黄芩入肺经,《本草正》云:"清上焦之火,消痰利气,定喘咳";苦杏仁降气平喘止咳,为治喘咳要药;连翘、薄荷、桑叶、牛蒡子疏散风热;芦根泻肺热、祛痰排脓;枇杷叶止咳清肺。总体而言,频次前 20 位的中药除白术、防风外,均入肺经,明代医家万全在《育婴家秘》中提出:"天地之寒热伤人也,感则肺先受之"。故以治疗肺经病证为主,使用具有宣肺化痰、止咳平喘、清热利咽等功效的中药。

中药类别频次、频率分析显示,大类别频率最高的为化痰止咳平喘药、清热药、解表药,表明呼吸系统疾病以咳嗽症状最常见,与儿童咳嗽中西医结合诊治专家共识中的观点一致[13]。解表药多为轻扬辛散之品,符合吴鞠通的《温病条辨》"治上焦如羽,非轻不举"的原则。金代刘完素在《黄帝素问宣明论方》云:"大概小儿病者,纯阳,热多冷少",宋代钱乙也在《小儿药证直诀》中指出:"小儿纯阳,无烦益火"。小儿发育生长迅速,感邪后易化火化热,治疗时宜用偏于清热的寒凉药物,从中医证候分型也反映出就诊

患儿以风热或肺热为主,故中药小类频率中清化热痰药显著高于温化寒痰药,发散风热药高于发散风寒药。小类别高频中药除了止咳平喘药、发散风热药、清热解毒药、清化热痰药外,还有补气药,说明小儿脏腑娇嫩,形气未充,佐之补气药补益脏气,扶正祛邪。

关联分析显示,在2至4味组合中甘草、苦杏仁、桔梗、连翘、薄荷和桑叶之间关联更密切。苦杏仁肃降肺气,有小毒,甘草调和药性,又协同苦杏仁增强祛痰止咳的功效,两者常配合使用;苦杏仁辛散苦降,以降为主,桔梗既升又降,以升为主,两者配伍协同为用,增强祛痰止咳之力;甘草药性甘平,可润肺祛痰,桔梗药性辛苦而平,有祛痰排脓之功,两药配伍相形益彰,甘草泻火解毒可治本,桔梗宣肺祛痰标本兼顾。连翘轻清上浮,可治上焦诸热,配以桔梗辛散苦泄,开宣肺气,可同治上焦风热。薄荷轻扬升浮,清头目利咽喉,配以桔梗可治风热壅盛,咽喉肿痛;薄荷与连翘同用可疏散上焦风热,清利头目。网络化分析中防风-黄芪-白术药对独立关联,该药物组成为经典名方玉屏风散,有益气固表止汗之功。

聚类分析显示,共有 5 个聚类。聚类 1 中苦杏仁 微温味辛苦,辛可散邪,苦能下气,川贝母微寒味苦甘,苦可化痰,甘能润燥,两药配伍,一温润一凉降,

表 4 基于 Apriori 算法的药物关联分析

	表 4 奉 TAPHON 异层的约彻关联为例								
序号	后项	前项	支持度(%)	置信度(%)	序号	后项	前项	支持度(%)	置信度(%)
1	甘草	苦杏仁	53.59	85.77	26	桔梗	桑叶、连翘	34.53	96.75
2	桔梗	连翘	52.92	90.25	27	桔梗	连翘、苦杏仁	34.31	96.08
3	桔梗	薄荷	45.52	95.57	28	甘草	连翘、苦杏仁	34.31	85.62
4	连翘	薄荷	45.52	88.18	29	桔梗	牛蒡子、连翘	33.18	95.95
5	桔梗	桑叶	45.07	95.03	30	桔梗	牛蒡子、黄芩	32.96	94.56
6	桔梗	牛蒡子	38.79	95.38	31	桔梗	桑叶、薄荷	32.51	97.24
7	连翘	牛蒡子	38.79	85.55	32	连翘	桑叶、薄荷	32.51	87.59
8	桔梗	芦根	37.89	88.17	33	桔梗	桑叶、黄芩	32.29	95.83
9	桔梗	枇杷叶	37.22	87.95	34	桔梗	枇杷叶、甘草	32.06	86.71
10	甘草	枇杷叶	37.22	86.15	35	桔梗	薄荷、苦杏仁	31.17	100.00
11	防风	白术	33.63	88.00	36	连翘	薄荷、苦杏仁	31.17	93.53
12	白术	防风	33.41	88.59	37	甘草	薄荷、苦杏仁	31.17	87.05
13	黄芪	防风	33.41	85.24	38	桑叶	菊花、桔梗	30.94	97.10
14	甘草	蝉蜕	32.74	95.21	39	桔梗	菊花、桑叶	30.72	97.81
15	甘草	金银花	32.51	93.79	40	桔梗	桑叶、甘草	30.72	97.81
16	甘草	川贝母	32.06	95.80	41	桔梗	薄荷、黄芩	30.72	94.16
17	桔梗	菊花	31.61	97.87	42	连翘	薄荷、黄芩	30.72	90.51
18	桑叶	菊花	31.61	97.16	43	薄荷	连翘、甘草、桔梗	36.55	85.89
19	连翘	薄荷、桔梗	43.50	89.69	44	连翘	薄荷、甘草、桔梗	34.75	90.32
20	桔梗	薄荷、连翘	40.14	97.21	45	薄荷	连翘、苦杏仁、桔梗	32.96	88.44
21	桔梗	连翘、甘草	39.24	93.14	46	甘草	连翘、苦杏仁、桔梗	32.96	86.40
22	桔梗	连翘、黄芩	37.89	89.35	47	桔梗	薄荷、连翘、甘草	31.84	98.59
23	连翘	牛蒡子、桔梗	37.00	86.06	48	连翘	桑叶、薄荷、桔梗	31.61	89.36
24	桔梗	薄荷、甘草	35.20	98.73	49	连翘	薄荷、苦杏仁、桔梗	31.17	93.53
25	连翘	薄荷、甘草	35.20	90.45	50	甘草	薄荷、苦杏仁、桔梗	31.17	87.05

表 5 聚类分析所得新组合

序号	新组合
1	蝉蜕、川贝母、苦杏仁
2	茯苓、甘草、金银花、桔梗、枇杷叶
3	薄荷、甘草、桔梗、菊花、苦杏仁、连翘、枇杷叶、桑叶
4	白术、薄荷、防风、甘草、黄芩、金银花、桔梗、连翘、 牛蒡子
5	白术、薄荷、防风、甘草、黄芩、桔梗、菊花、连翘、

既治气又化痰,佐以甘寒质轻的蝉蜕,疏散肺经风热。曹维宏等[17]治疗咳嗽变异性哮喘患者,牛德峰[18]治疗外感痒咳,运用包含上述药物的方剂效果显著。聚类2中甘草、桔梗利咽止咳,茯苓健脾祛痰渗湿,以治生痰之本,枇杷叶止咳祛痰,金银花清热解毒,适合脾虚肺经风热咳嗽之证。聚类3与《温病条辨》桑菊饮相似,原方基础上减芦根,加枇杷叶即为聚类3新方,枇杷叶清肺止咳,临床多运用桑菊饮加减后

治疗各种呼吸道疾病[19]。聚类 4 与《温病条辨》银翘散类似,白术健脾、黄芩清热、防风解表祛风,防风配伍白术有益卫固表之功,黄芩配白术一寒泻一温补,调和气血,共奏透表清热、解毒健脾之功。聚类 5 也与桑菊饮相近,少杏仁,多白术、黄芩、防风、牛蒡子宣肺利咽,诸药配伍有清热宣肺止咳之力。

综上,数据挖掘技术分析传统医学治疗学龄前 儿童呼吸疾病的用药经验和方法,得出的新组合、新 聚类符合中医药理论,也为名老中医经验传承提供 了一定的参考。

[参考文献]

- [1] 朱一丹,魏建荣,黄露,等. 不同大气污染程度地区学龄 儿童呼吸系统疾病及症状发生的比较[J]. 北京大学学 报(医学版),2015,47(3):395-399.
- [2] 张皓. 肺功能测定在儿童中的应用[J]. 中国实用内科杂志,2013,33(s1):16-17.

(下转第392页)

原发性高血压患者痰湿质与阴虚质对比研究

李玉华1,李 军1,陈春玲1,蔡 涛1,岳桂华2

(1.广西中医药大学研究生学院,广西 南宁 530000; 2.广西中医药大学附属瑞康医院,广西 南宁 530000)

[摘要] 从痰湿质和阴虚质原发性高血压患者的体质量指数、血脂、血糖和尿酸等相关危险因素,以及肾脏和心脏不同靶器官损害方面的研究进展入手,探讨两大偏颇中医体质与原发性高血压内在关系。阴虚质宜少食辛辣温燥食物,膳食上酌加补益肝肾、滋阴润燥之品,痰湿质饮食应少吃油腻之品,膳食中酌加辛温燥湿、利湿化痰之品。为从中医体质角度干预原发性高血压人群,预防原发性高血压提供理论基础,并进一步在临床上运用中医体质辨识展开针对性的治疗提供科学依据。

[关键词] 原发性高血压:痰湿质:阴虚质:中医体质:中医干预

「中图分类号] R259.441.1

「文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0359-04

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.009

Comparative Study on Phlegm-dampness Constitution and Yin Deficiency Constitution in Patients with Essential Hypertension

LI Yuhua¹, LI Jun¹, CHEN Chunling¹, CAI Tao¹, YUE Guihua²

(1.Graduate School of Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530000, China; 2.Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530000, China)

Abstract From the dangerous factors of body mass index, blood lipids, blood sugar and uric acid in patients with essential hypertension of phlegm-dampness constitution and yin deficiency constitution, as well as the research progress of different target impairments in kidney and heart, we try to explore the underlying relationship between the two biased constitution of traditional Chinese medicine and essential hypertension. Patients with yin deficiency constitution should eat less spicy and warm dry food, food of supplementing the liver and kidney, nourishing yin and moistening dryness is benefital to health. Patients with phlegm-dampness constitution should eat less greasy food, add food pungent in taste, warm in nature, drying dampness and resolving phlegm in the diet. It provides a theoretical basis for the intervention of essential hypertension from the perspective of TCM constitution and prevention of essential hypertension, and further provides a scientific basis for the clinical application of TCM constitution identification to carry out targeted treatment.

Keywords essential hypertension; phlegm-dampness constitution; yin deficiency constitution; constitution of traditional Chinese medicine; intervention of traditional Chinese medicine

高血压是最常见的慢性非传染性疾病,是临床 上心血管、脑卒中疾病的首要危险因素和主要发病

[[]收稿日期] 2018-07-13

[[]基金项目] 广西壮族自治区卫生和计划生育委员会中医药民族医药传承创新专项课题(编号:GZLC16-28)

[[]作者简介] 李玉华(1991-),女,湖南岳阳人,2016 年级硕士研究生,主要从事中西医结合心血管疾病的防治研究。

[[]通信作者] 岳桂华(1968-),男,广西南宁人,教授,主任医师,博士研究生导师,主要从事中西医结合心血管疾病的防治研究,Tel: 15577116736,E-mail;549603313@qq.com。

原因[1]。它发病隐匿,进程缓慢,长期高血压可致心、 脑、肾、血管及其他系统的功能病变[2]。根据《中国心 血管病报告 2017》中的相关数据提示,我国心血管 病(CVD)的发生率逐步增加,大约 2.9 亿人,其患病 率和死亡率也处于不断上升阶段,其中高血压患病 人数占据 93.0%, 有 2.7 亿人[3]。近年来, 随着社会生 活水平的提高,其发病率呈现逐年增加趋势,严重 威胁着人类的健康[4-5]。不同体质的差异性在一定程 度上决定着人体对某种疾病的易感性及患病后转 归的倾向性[6-8]。高血压属于中医学眩晕的范畴[9]。眩 晕发病机制比较复杂,与个体体质差异密切相关[10]。 相关文献研究表明:痰湿质和阴虚质患者发生高血 压的倾向性明显高于其他体质,属于高血压最主要 的偏颇体质[11]。朱丹溪的"无痰不作眩"说明了痰湿 体质是眩晕发生的基础。《景岳全书》中"无虚不作 眩"阐明了眩晕后期本质多属阴虚。这与现代研究 认为高血压发病初期多痰湿壅盛、后期多阴阳亏虚 的病因病机不谋而合[12]。痰湿质和阴虚质贯穿于高 血压临床变化的始终[13]。由于个体体质处于动态平 衡状态,通过改善体质对高血压患者进行中医干预 具有重大意义[14]。现从相关危险因素、对靶器官的 损害、中医干预三方面概述体质与原发性高血压的 相关性。

1 相关危险因素

1.1 体质量指数

高血压患者发生心血管疾病的风险不仅取决于血压的高低,还取决于同时存在的其他危险因素的数量和程度[15]。我国流行病学研究证实,肥胖是高血压发病三大因素之一。体质量指数(BMI)作为肥胖的主要指标,其指数水平的高低与高血压发生密切相关。王佩等[16]依据 208 例高血压临床症状进行体质辨识分类后,发现痰湿质患者与 BMI 呈现独立正相关性,明显高于阴虚质者。何玲玲[17]通过对 242 例高血压患者的比较发现,痰湿质患者的 BMI 明显高于阴虚质患者,可见痰湿质与 BMI 关系密切,痰湿质患原发性高血压的危险性较高。王伟强等[18]研究发现,社区 647 例高血压老年患者中的 BMI 与阴虚质呈现负相关性。痰湿质者 BMI>24 的比例显著上升,为 43.89%,明显高于阴虚质的 13.98%。痰湿质者患高血压的风险显著增加。

综合研究表明:痰湿质与是否患原发性高血压 有较强的联系性。这与中医理论中的肥胖人多痰湿, 瘦人多气阴虚观点一致。痰湿质较阴虚质患者更容 易增加因心脑血管疾病致死的危险性。

1.2 血脂、血糖

血脂、血糖的异常亦是高血压的重要危险因素。 血脂中的低密度脂蛋白能够被氧化生成氧化低密度 脂蛋白(OX-LDL)。OX-LDL 能够减少血管内皮细胞 的数量,导致内皮细胞修复和生化功能的失调,促使 其老化[20-21]。血糖的升高能够影响炎性因子水平,造 成血管及器官的破坏从而导致血管收缩功能障碍, 血液黏滞度发生改变,进一步诱发或加重高血压。郭 夕珍等[22]在498例高血压患者中随机选取发生率最 高的3种体质中的30例患者进行血脂检测,痰湿质 组较阴虚质组更容易出现低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)水平增高, 差异有统计学意义(P<0.05), 结 果表明痰湿质相对危险度较高,其对高血压的患 病情况及严重程度有很好的预测价值。曹明华[23]评 估 311 例高血压患者不同体质中的心血管危险因素 发现:痰湿质组三酰甘油(TG)含量明显高于阴虚质 组,痰湿质高血压患者心血管疾病的危险因素更 高。赵帅[24]研究 268 例高血压患者空腹血糖水平发 现,阴虚质、痰湿质患者糖尿病发病多见,痰湿质 血糖升高率较阴虚质多5.7%,差异具有统计学意义 (P<0.05)。这表明痰湿质更容易导致原发性高血压 的发生。

综合分析表明:痰湿质和阴虚质作为高血压患者的主要偏颇体质,痰湿质因血脂、血糖异常发生高血压及其并发症的风险显著提高。痰湿体质应关注血脂、血糖异常带来的危害。

1.3 尿酸

大量研究证实高尿酸与高血压发生、发展以及心血管事件相关[25]。其发病机制可能与高尿酸引发肾素分泌,引起肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活而导致血压升高有关。高尿酸也可引起血管内皮损伤,促进动脉硬化,导致高血压[26]。王会容[27]对比研究 900 例阴虚质和 900 例痰湿质高血压患者的尿酸指标,结果提示,全部的痰湿质组患者血尿酸值均高于阴虚质组,差异具有统计学意义(P<0.05)。表明了痰湿质与高血压的发生发展具有内在关系。李小燕等[28]发现 642 例原发性高血压痰湿质患者的血尿酸水平较阴虚质增加,尿酸水平与痰湿质呈现独立正相关性。牛凤娟[29]对 239 例原发性高血压患者展开调查,结果显示痰湿质与尿酸升高成显著相关性,明显高于阴虚质患者。

综合分析表明:血尿酸作为一个持续存在的、独

立发生高血压的风险标记物,常能够预测高血压的 发生^[30]。痰湿质患者的血尿酸值较易增高,痰湿质 与高血压的危险因素显著相关,一定程度上增加了 心力衰竭、脑卒中、冠心病等疾病的发生。

2 靶器官损害

2.1 肾脏损害

原发性高血压肾脏损害机制主要与肾小球动脉粥样硬化有关,在此基础上进一步产生玻璃脂肪样变,致使肾功能减退,引发血压升高,形成恶性循环,最后发展至终末期肾病[31]。宋银枝等[32]通过对 498例不同体质原发性高血压肾功能和尿 β2 微球蛋白检查,结果显示阴虚质组肾功能变化较其他体质明显,且高于痰湿质者。周海永[33]对 60 例高血压合并肾损害患者进行研究,观察其中医体质的分布,结果显示阴虚质最为频发,出现率 33.3%,明显高于痰湿质的 8.3%。阴虚质在高血压引起的肾脏早期损害更为多见。赵庆高[8]通过观察 50 例原发性高血压患者尿微量球蛋白(mALB)、转铁蛋白(TRF)的水平,发现阴虚质较痰湿质中的 mALB、TRF 明显升高。原发性高血压肾脏损害在偏颇体质中具有普遍性,阴虚质在肾损害中更为突出。

以上研究提示:原发性高血压靶器官损害与 阴虚质息息相关,阴虚质更容易导致肾功能损伤, 这在一定程度上可以作为一种预测高血压并发症的 指标。

2.2 心脏损害

长期血压升高可使外周血管硬化和狭窄,以冠状动脉硬化形成为主。动脉硬化增加心脏的后负荷,进一步出现心肌肥大和间质纤维化,导致左心室肥厚和心律失常等心脏损害。唐杨等[34]对 212 例老年性原发性高血压患者进行冠状动脉粥样硬化评分比较,结果发现阴虚质、痰湿质患者冠状动脉管腔狭窄程度广泛增高,但阴虚质颈动脉粥样硬化(CAS)症状更加严重。王佩等[35]通对 208 例原发性高血压行动脉超声检查,比较其内膜中层厚度(IMT)及斑块个数。结果表明:痰湿质的 IMT 增厚程度高于其他组。莫霄云等[36]观察 98 例不同体质中老年原发性高血压患者的动脉斑块检出率、IMT,发现痰湿质组斑块个数较阴虚质者多,痰湿体质高血压患者发生CAS的倾向性更强。

以上研究表明,高血压导致动脉斑块形成是一个动态复杂的发展过程。其发病机制与中医"痰湿"内生观点一致,津液输布不利,积聚体内,则生痰湿。

痰湿质与高血压心脏损害相关,并且对冠状动脉粥 样硬化程度等有预测价值。

3 中医干预

3.1 调理体质是根本

原发性高血压患者多属偏颇体质,其发生发展与体质息息相关。高血压常见病机有痰浊上蒙、肝肾阴虚等,此类证型多与痰湿质、阴虚质有关。因此,整体调理偏颇体质可以从本质上预防高血压的发生。

3.2 阴虚体质多关注

原发性高血压阴虚质最多见,阴虚体质的形成主要与禀赋不足、房劳伤精、偏食辛燥食物、精神刺激等因素损伤机体阴精、津液,致阴虚燥热有关。对阴虚质者调理方法当以饮食指导为先,遵循"春夏养阳,秋冬养阴"原则。少食辛辣温燥食物,可在膳食中加入枸杞子、桑椹等补益肝肾、滋阴润燥之品。同时嘱房劳有节,适量运动,鼓励进行八段锦、太极拳类运动。通过中医药物调理及经络调理,达到"阴平阳秘"的状态。

3.3 痰湿体质当首重

痰湿质是原发性高血压的常发体质。其病因病机多因平素饮食不节,喜嗜冷饮或肥甘厚味,伤及脾阳或饮酒太甚或过度忧思,致使脾失健运,津液运化失常,痰湿聚集^[37]。在痰湿质的中医干预方面,饮食上推荐以主食为主,适量蔬果,少吃油腻之品,力求膳食平衡。如《素问·脏气法时论》指出:"五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充,气味合而服之,以补精益气"。同时在汤料中可加入淮山药、茯苓、薏苡仁等健脾燥湿化痰之品。嘱患者注意调节情志,避免过思伤脾。再可予艾灸太阴和阳明经上穴位,耳部穴位贴压,佐以调理脾胃。

4 小结

运用中医体质干预原发性高血压,属于中医学 "治未病""既病防变"的范围,充分发挥了中医药"治未病"的优势。纠正偏颇体质,注重阴虚质的调护,重点防范痰湿质,从饮食、运动、情志、起居方面整体养生,整体调理,防止原发性高血压的进展。但在研究中尚存在一些问题:①个体体质的差异不能排除地域、职业、生活及饮食习惯等诸多流行病学因素的影响;②部分研究调查范围小,研究手段单一,未能深入准确反映发病情况,一定程度上影响了结果的准确性;③实验研究大多停留在理论阶段。因此,今后研究要不断扩展样本量,总结中药干预体质防治原发性高血压的疗效,为创建有特色的中医药疗效

评价体系奠定基础。

[参考文献]

- [1] 隋辉,陈伟伟,王文.《中国心血管病报告 2015》要点解读[J]. 中国心血管杂志,2016,21(4):259-261.
- [2] 张一颖,张丽丽,申鹏飞,等. 血管内皮及其分泌因子在血压调节中作用机制[J]. 辽宁中医药大学学报,2015,17(3):60-64.
- [3] 陈伟伟,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告 2017》 概要[J]. 中国循环杂志,2018,33(1):1-8.
- [4] 李高叶,黄惠桥,黄金姣,等. 冠心病合并高血压中医体质与冠状动脉粥样硬化的相关性研究[J]. 广西医科大学学报,2013,30(1):104-105.
- [5] 韩冰. Ⅲ级高血压病中医体质特点及相关危险因素分析[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2014.
- [6] 袁尚华,富斌,陈斐斐,等. 正常高值血压与中医体质的相关性[J]. 中华中医药杂志,2017,32(9):4008-4011.
- [7] 王琦. 论中医体质研究的 3 个关键问题(上)[J]. 中医杂志,2006,11(4):250-252.
- [8] 赵庆高. 原发性高血压患者不同中医体质间早期肾损害指标比较及相关性分析[D]. 北京:北京中医药大学,2013.
- [9] 郭昕,张国英. 健康干预对痰湿质高血压人群的疗效评价[J]. 世界中西医结合杂志,2016,11(4):537-539.
- [10] 吴红,施贝德. 1000 例高血压病患者中医体质类型构成调查分析[J]. 上海中医药杂志,2014,48(6):10-12.
- [11] 袁绮恒. 老年性高血压合并血脂异常的中医体质特点研究[D]. 广州:广州中医药大学,2014.
- [12] 庄希瑶,于振萍,许月梅,等. 社区中老年高血压病患者中医体质类型的调查分析[J]. 淮海医药,2015,33(5):424-426.
- [13] 鞠昂. 原发性高血压痰湿壅盛证与中医体质的相关性研究[D]. 济南:山东中医药大学,2014.
- [14] 李寅,艾静,汤峥冬,等. 原发性高血压病患者中医体质分布规律初探[J]. 临床误诊误治,2017(7):95-98.
- [15] 周智林. 中国高血压防治指南 2005 年修订版[C]//浙江省中西医结合学会临床药学专业委员会第六次学术年会暨省级继续教育学习班论文汇编. 杭州:浙江省中西医结合学会,浙江省科学技术协会,2006;6.
- [16] 王佩,周华,杨涛. 原发性高血压病人中医体质与颈动脉硬化相关性的研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017,15(3):267-270.
- [17] 何玲玲. 原发性高血压患者痰湿体质与阴虚体质危险 因素的比较研究[D]. 广州:广州中医药大学,2010.
- [18] 王伟强,罗维祥. 社区老年高血压患者中医体质分析[J]. 福建中医药,2017,48(3):61-62.
- [19] 熊波,刘国军,潘勇军. 痰湿质高血压病患者中医干预效果分析[J]. 时珍国医国药,2014,25(5):1155-1156.

- [20] 韩建科. 氧化低密度脂蛋白损伤血管内皮细胞研究进展[J]. 实用医学杂志,2011,27(2):317-318.
- [21] IMANISHI T, HANOT, SAWAMURA T, et al. Oxidized low density lipoprotein induces endothelial progenitor cell senescence, leading to cellular dysfunction [J]. Clin Exp Pharm Phys, 2004, 31(7):407-413.
- [22] 郭夕珍,黄德珍,冯盛才. 老年糖代谢异常患者合并心脑血管疾病的危险因素分析[J]. 四川医学,2011,32(6):921-922.
- [23] 曹明华. 高血压病患者中医体质分类及与心血管危险 因素相关性分析[J]. 河南中医,2016,36(2):303-304.
- [24] 赵帅. 高血压分级与血脂、血糖水平及中医体质的相关研究[D]. 广州:广州中医药大学,2013.
- [25] JOHNSON R J,FEJG D I,HERRERAACOST A J,et al. Resurrection of uric acid as a causal risk factor in essential hypertension [J]. Hypertension, 2005, 45 (1):18-20.
- [26] 韩晶. 原发性高血压合并高尿酸血症的证候规律及相关代谢组学研究[D]. 济南:山东中医药大学,2015.
- [27] 王会容. 原发性高血压患者两种主要中医体质的对比研究[J]. 中国实用医药,2017,12(13):19-21.
- [28] 李小燕,郭世俊,李春霖. 原发性高血压合并高尿酸血症患者的中医体质特点[J]. 广东医学,2015,36(6):955-957.
- [29] 牛凤娟. 痰湿质高血压病患者临床特征研究[D]. 福州: 福建中医药大学,2012.
- [30] 陈长春,王丽,张静. 高尿酸血症与心脑血管疾病危险因素相关性的研究[J]. 中国医疗前沿,2010,5(2):10-11.
- [31] 唐云霞. 动态动脉硬化指数评估原发性高血压靶器官 损害的临床意义[D]. 吉林:吉林大学,2014.
- [32] 宋银枝,宋群利,叶仁群,等. 原发性高血压病中医体质与并发症相关性研究[J]. 中国中医药信息杂志,2012,19(9):20-21.
- [33] 周海永. 早中期高血压肾损害的中医体质学研究[D]. 北京:北京中医药大学,2012.
- [34] 唐杨,王梁谦. 动态动脉硬化指数与老年原发性高血压病患者左心室肥厚及尿微量白蛋白的关系研究[J]. 川北医学院学报,2016,31(1):42-45.
- [35] 王佩,周华,杨涛,等. 原发性高血压病人中医体质与颈动脉硬化相关性的研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(3):267-270.
- [36] 莫霄云,黄琛,钱海凌. 中老年原发性高血压不同体质类型与动脉粥样硬化的相关性研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(2):119-121.
- [37] 鲍丽. 高血压社区中医规范化管理模式构架研究[D]. 济南:山东中医药大学,2015.

·临床研究与报道·

固本驱邪抑癌汤治疗子宫内膜癌腹腔镜 高位腹主动脉旁淋巴结切除术后疗效观察

王竹林1,曲红卫1,王秀芳2,严维娜1,凌晓娟3

(1.西安高新医院妇科,陕西 西安 710000; 2.西安高新医院中医科,陕西 西安 710000; 3.宝鸡市中心医院产科,陕西 宝鸡 721008)

[摘要] 目的:探讨固本驱邪抑癌汤对子宫内膜癌患者腹腔镜高位腹主动脉旁淋巴结切除术后的治疗效果。方法:将 2014 年 12 月至 2017 年 12 月在我院收治的 206 例子宫内膜癌患者采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组 103 例。对照组患者仅接受腹腔镜高位腹主动脉旁淋巴结切除术治疗,观察组在对照组基础上另给予固本驱邪抑癌汤。治疗前后,分别检测两组患者外周血中 IgG、IgA、IgM、CD3+及 CD4+含量;检测其中肿瘤标记物含量,主要包括上皮型钙黏蛋白(E-cadherin)、缺氧诱导因子-α(HIF-α)、整合素链接激酶(ILK)及人附睾蛋白(HE4)。治疗前后,分别对两组患者的生活质量进行评价,主要包括角色功能、躯体功能、情绪功能、认知功能及社会功能。治疗结束后,对两组患者进行 2 年的随访,每 3 个月随访 1 次,观察两组患者总生存时间(OS)、1 年生存率、2 年生存率及 3 年生存率。结果:观察组外周血中 IgG、IgA、IgM、CD3+及 CD4+含量均明显高于对照组(P<0.05),观察组外周血中 E-cadherin、HIF-α、ILK 及 HE4 改善程度均明显优于对照组(P<0.05),观察组患者角色功能、躯体功能、情绪功能、认知功能及社会功能评分均明显高于对照组(P<0.05),观察组1 年生存率、2 年生存率及 OS 均明显高于对照组(P<0.05)。结论:固本驱邪抑癌汤对子宫内膜癌患者腹腔镜高位腹主动脉旁淋巴结切除术后具有较好的治疗效果。

[关键词] 固本驱邪抑癌汤;子宫内膜癌;腹腔镜高位腹主动脉旁淋巴结切除术;免疫功能;肿瘤标志物; 生活质量;远期疗效

[中图分类号] R273.373.3 [文献标志码] A [文章编号] 1007-659X(2019)04-0363-06 **DOI**: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.010

Effects of Guben Quxie Yiai Decoction in Treatment of Patients with Endometrial Cancer after Laparoscope Paraaortic Lymphadenectomy

WANG Zhulin¹, QU Hongwei¹, WANG Xiufang², YAN Weina¹, LING Xiaojuan³

(1.Department of Gynecology, Xi'an High-tech Hospital, Xi'an 710000, China; 2.Department of Traditional Chinese Medicine, Xi'an High-tech Hospital, Xi'an 710000, China; 3.Department of Obstetrics, Baoji Central Hospital, Baoji 721008, China)

Abstract Objective: To investigate the effects of Guben Quxie Yiai Decoction in treatment of patients with endometrial cancer after laparoscope paraaortic lymphadenectomy. **Methods**: Total 206 patients with endometrial cancer after laparoscope

[[]收稿日期] 2018-09-27

[[]基金项目] 陕西省教育厅自然科学研究项目(编号:2013JK0782)

[[]作者简介] 王竹林(1976-),女,陕西榆林人,主治医师,主要从 事中西医妇科研究。

[[]通信作者] 凌晓娟(1976-),女,医学硕士,副主任医师,Tel: 18091716615,E-mail:125556746@qq.com。

paraaortic lymphadenectomy in our hospital from December 2014 to December 2017 were divided into observation group and control group using random number table, with 103 cases in each group. Control group was treated by laparoscope paraaortic lymphadenectomy, while the observation group was treated by Guben Quxie Yiai Decoction on the basis of laparoscope paraaortic lymphadenectomy. The levels of IgG, IgA, IgM, CD3+ and CD4+ before and after treatment were detected in the two groups. The contents of tumor makers including: epithelial-type calcemins (E-cadherin), hypoxic induction factors-α (HIF-α), integrin-linked kinases (ILK) and human epididymal proteins (HE4) were observed. Before and after the treatment, the scores of life quality were evaluated, including role function, body function, emotional function, cognitive function and social function. After treatment, the two groups were followed up every 3 months for 2 years to observe total survival time (OS), the 1-year survival rate, 2-year survival rate, 3-year survival rate. Results: The levels of IgG, IgA, IgM, CD3+ and CD4+ were significantly higher in observation group than those in control group (P<0.05), while the levels of E-cadherin, HIF-α, ILK and HE4 were significantly improved in observation group than those in control group (P < 0.05). The scores of role function, body function, emotional function, cognitive function and social function were also significantly higher in observation group than those in control group (P<0.05). The long-term effects showed that 1-year survival rate, 2-year survival rate, 3-year survival rate and OS were significantly higher in observation group than those in control group (P<0.05). Conclusion: Guben Quxie Yiai Decoction has a good effect in the treatment of patients with endometrial cancer after laparoscope paraaortic lymphadenectomy.

Keywords Guben Quxie Yiai Decoction; endometrial cancer; laparoscope paraaortic lymphadenectomy; immunological function; tumor markers; quality of life; long-term efficacy

子宫内膜癌是指发生于子宫内膜上的一类上皮 性恶性肿瘤,绝经后及围绝经期女性是该疾病的高 危人群,对广大女性的生命健康造成严重威胁[1-2]。 子宫内膜癌的标准术式是全子宫双附件切除和盆 腹腔淋巴结清扫,该方法能提高治疗效果、延长患者 生存时间等[3-4]。然而,由于在经腹全子宫双附件切 除术前缺乏对子宫体外受侵情况的非创伤性检查, 故该手术仍存在部分患者预后不佳、症状控制不明 显等不足[5]。近年来,美国国立综合癌症网的多项大 样本临床观察结果显示,在常规手术的基础上另采 用腹腔镜腹主动脉旁淋巴结切除可进一步提高患者 的治疗效果,但如何对术后进行有效的治疗,该指南 则并未推荐详细方法[6]。大量临床研究结果显示,中 医药能够有效提高多种恶性肿瘤术后的临床疗效, 延长患者生存时间回。为此,笔者观察了固本驱邪抑 癌汤对子宫内膜癌患者腹腔镜高位腹主动脉旁淋巴 结切除术后治疗效果的影响,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

将 2014 年 12 月至 2017 年 12 月西安高新医院 收治的 206 例子宫内膜癌患者纳入本研究,采用随 机数字表法将上述患者分为观察组和对照组,每组 103 例。观察组中,年龄 31~63 岁,平均(54.8±5.1) 岁;国际妇产科联盟(FIGO)分期:IA 期 46 例,IB 期 38 例,II 期 19 例;病理类型:腺癌 56 例,乳头状腺癌 20 例,鳞腺癌 3 例,透明细胞癌 24 例;病灶大小:直径 <1 cm 患者 72 例,直径 1~3 cm 患者 31 例;病灶数量:1 个病灶 65 例,2 个病灶 31 例,3 个病灶 7例。对照组中,年龄 32~65 岁,平均(54.3±5.0)岁;FIGO 分期:IA 期 44 例,IB 期 39 例,II 期 20 例;病理类型:腺癌 53 例,乳头状腺癌 18 例,鳞腺癌 5 例,透明细胞癌 27 例;病灶大小:直径 <1 cm 患者 70 例,直径 1~3 cm 患者 33 例;病灶数量:1 个病灶 64 例,2 个病灶 30 例,3 个病灶 9 例。两组患者一般情况比较,差异无统计学意义(P>0.05)。

1.2 纳入标准

①采用《2015 美国肿瘤综合协作网子宫肿瘤临床实践指南》^[8]中标准,根据影像学及病理学等检测结果,诊断为子宫内膜癌的患者;②IA1 期伴淋巴脉管间隙浸润、IA2 期、IB1 期及 II 期的需要采用腹腔镜高位腹主动脉旁淋巴结切除术治疗的子宫内膜癌患者;③影像学结果表明存在可测量病灶的患者;④已接受子宫内膜癌标准分期手术中筋膜外全子宫切除+双附件切除,且术后未出现严重

并发症的患者;⑤我院伦理委员会批准,本人同意参与且签署知情同意书的患者,伦理学批文:院伦字-20112-31。

1.3 排除标准

①同时患有胆囊癌、原发性肝癌、小细胞肺癌、非小细胞肺癌、卵巢癌及结直肠癌等其他类型恶性肿瘤的患者;②已发生远处转移的患者;③同时患有严重心血管疾病、凝血障碍、严重肝肾损伤等手术禁忌证的患者;④预计生存时间小于6个月或不配合治疗的患者。

1.4 脱落标准

①患者失去联系;②患者不配合治疗或随访工作;③患者自愿退出。

2 治疗方法

对照组均给予腹腔镜高位腹主动脉旁淋巴结切 除术治疗:全面评估患者盆腔及腹腔的基本情况,评 估完成后,将光源孔定位于左侧髂前上棘内侧约3cm 处,随后在腋中线内侧 1 cm 左侧肋沿下约 2 cm 处 及左腋中线上左髂前上棘上约 3 cm 处定位操作孔, 并将腹腔镜置入,进套管针(trocar)处为患者左侧 腋前线水平。在腹腔镜下找到患者腰大肌,沿腰大 肌可视髂外动脉的搏动,从左向右将腰大肌内侧间 隙钝性分离,并确定左侧输尿管走行,将输尿管与 腹膜后血管分离,沿输尿管的内侧向上至左肾血管, 依次分离腹主动旁间隙、肾动静脉及腰动静脉,将 腹主动脉与腰大肌之间的淋巴结、肠系膜下动脉 周围淋巴结、腹主动脉与腔静脉之间淋巴结及下 腔静脉周围的淋巴结依次切除,术后给予抗感染、 营养支持及常规护理。观察组患者在对照组的基础 上,于术后第3天开始,给予固本驱邪抑癌汤口服, 药物组成:人参 10 g,党参 10 g,黄芪 10 g,北沙参 10 g, 蜈蚣 10 g, 白花蛇舌草 6 g, 女贞子 6 g, 麦冬 6g,山慈菇6g,制黄精6g,蛇莓4g,绞股蓝4g,土 鳖虫 4 g, 半枝莲 4 g, 莪术 4 g, 鸡内金 4 g, 灵芝 4 g, 炒白术 4g, 日 1 剂, 水煎煮浓缩至 300 mL, 于晚饭 后服用,连续给药3个月,对照组给予等量安慰剂。

3 观察指标

3.1 一般情况观察

术中及术后,密切观察两组患者出现的并发症 及药物不良反应。

3.2 免疫功能指标检测

治疗前后分别抽取两组患者静脉血,分离血清,

采用化学发光法检测其中 IgG、IgA 及 IgM,采用流式细胞仪检测其中 CD3+及 CD4+。

3.3 肿瘤标记物检测

治疗前后分别抽取两组患者静脉血,分离血清, 检测其中肿瘤标记物含量,主要包括上皮型钙黏蛋 白(E-cadherin)、缺氧诱导因子-α(HIF-α)、整合素链 接激酶(ILK)及人附睾蛋白(HE4),操作均采用同一 样本多次平行检测的方式来控制误差,并以此进行 质量控制。

3.4 生活质量评价

治疗前后分别采用癌症患者生活质量核心问卷 (QLQ-C30)对两组患者的生活质量进行评价 [9],主要包括角色功能、躯体功能、情绪功能、认知功能及社会功能,各项目总分均为 10 分,评分越高表示该项目生活质量越好。

3.5 远期疗效评价

治疗结束后对两组患者进行2年的随访,每3个月随访1次,随访方式为电话随访及门诊随访,观察两组患者总生存时间(OS)、1年生存率、2年生存率及3年生存率。

4 统计学方法

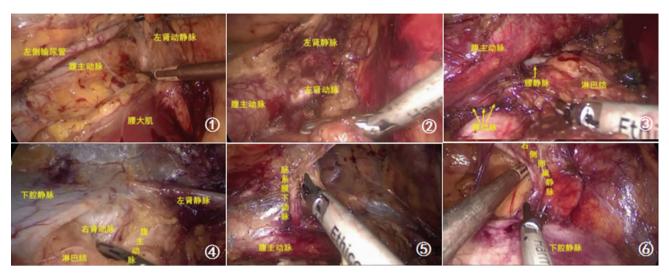
采用 SPSS 22.0 软件进行统计学分析,计量资料 以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用独立样本的 t 检验及配对 t 检验 进行 2 组治疗前后疗效比较,采用 Kaplan-Meier 法 进行生存分析,取 α =0.05 为检验水准。

5 治疗结果

5.1 两组患者治疗一般情况比较

术中及术后,两组患者均未发生死亡、休克及大出血等严重并发症,其中观察组中出现2例低热、9例伤口疼痛、4例轻度渗血的并发症;对照组中出现4例低热、7例伤口疼痛、2例轻度渗血的并发症。术后所有患者均未出现明显药物不良反应,血尿常规、心电图及肝肾功能均未出现异常。典型患者手术示意图见图1。

- **5.2** 两组免疫功能指标比较见表 1。
- **5.3** 两组肿瘤标记物比较见表 2。
- **5.4** 两组生活质量评分比较见表 3。
- 5.5 两组远期疗效比较 随访期间,观察组出现5例病例失访,包括



①分离腰肌与输尿管的间隙;②分离及切除腹主动脉旁淋巴结;③对腰动静脉进行保护;④切除下腔静脉与腹主动脉间的淋巴结;⑤将肠系膜下动脉周围淋巴切除;⑥切除腔静脉及腹主动脉之间的淋巴结。

图 1 典型患者手术示意图(患者年龄 51 岁、腺癌、Ⅱ期)

	次1 网络无发功能自称比较(ALS)						
组别	时段	例数	IgG(g/L)	IgA(g/L)	IgM(g/L)	CD3 ⁺ (%)	CD4 ⁺ (%)
观察组	治疗前	103	21.63 ± 2.32	24.46 ± 2.84	8.35 ± 1.12	15.56 ± 1.58	27.83 ± 2.98
	治疗后	103	29.56 ± 2.79	38.83 ± 3.57	18.67 ± 1.79	28.13 ± 2.86	36.57 ± 3.47
t			7.723	7.901	7.825	7.293	7.103
P			0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
对照组	治疗前	103	21.46 ± 2.31	23.56 ± 2.31	8.30 ± 1.12	15.45 ± 1.52	27.89 ± 2.87
	治疗后	103	16.79 ± 1.59	16.78 ± 1.61	4.21 ± 0.41	9.67 ± 0.87	12.34 ± 1.21
t			6.215	6.783	6.451	6.988	6.624
P			0.011	0.006	0.009	0.004	0.007
治疗后 t 值			4.930	4.725	4.571	4.006	4.259
治疗后 P 值			0.026	0.027	0.030	0.036	0.038

表 1 两组免疫功能指标比较 $(\bar{x}\pm s)$

表 2 两组肿瘤标记物比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	时段	例数	E-cadherin(ng/L)	HIF - $\alpha(mg/L)$	ILK(ng/L)	HE4(pg/L)	
观察组	治疗前	103	1.57 ± 0.17	12.41 ± 1.35	33.14 ± 3.13	2.14 ± 0.23	
	治疗后	103	5.26 ± 0.53	2.42 ± 0.23	12.35 ± 1.12	0.34 ± 0.04	
t			4.967	5.667	4.734	5.124	
P			0.021	0.014	0.023	0.019	
对照组	治疗前	103	1.54 ± 0.16	12.44 ± 1.22	33.85 ± 3.14	2.24 ± 0.24	
	治疗后	103	2.51 ± 0.28	6.67 ± 0.69	23.53 ± 2.31	1.25 ± 0.13	
t			4.013	3.731	3.815	4.158	
P			0.040	0.043	0.042	0.037	
治疗后 t 值			3.434	3.596	3.245	3.621	
治疗后 P 值			0.046	0.045	0.048	0.044	

自愿退出 2 例、不配合治疗 1 例、失去联系 2 例, 有效病例 98 例;对照组出现 7 例病例失访,包括 自愿退出 3 例、不配合治疗 2 例、失去联系 2 例, 有效病例 96 例。观察组 1 年生存率、2 年生存率、3 年生存率及 OS 均明显高于对照组(P<0.05)。见表4。

	\mathcal{K} S Sullanger \mathcal{K}						
组别	时段	例数	角色功能	躯体功能	情绪功能	认知功能	社会功能
观察组	治疗前	103	3.45 ± 0.33	4.12 ± 0.42	4.27 ± 0.45	2.14 ± 0.21	3.31 ± 0.44
	治疗后	103	8.24 ± 0.81	7.82 ± 0.77	7.88 ± 0.74	7.16 ± 0.83	6.62 ± 0.65
t			7.946	7.847	7.584	7.384	7.248
P			0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
对照组	治疗前	103	3.47 ± 0.34	4.25 ± 0.45	4.59 ± 0.46	2.33 ± 0.24	3.64 ± 0.45
	治疗后	103	6.41 ± 0.62	6.21 ± 0.62	5.70 ± 0.58	5.53 ± 0.53	5.41 ± 0.54
t			6.451	6.371	6.703	6.591	6.271
P			0.009	0.012	0.007	0.008	0.014
治疗后 t 值			4.582	4.125	3.970	4.262	4.180
治疗后 P 值			0.035	0.039	0.043	0.037	0.039

表 3 两组生活质量评分比较 $(\bar{x} \pm s. \hat{\beta})$

表 4 两组远期疗效比较

分组	例数	1年生存率[例(%)]	2 年生存率[例(%)]	3 年生存率[例(%)]	OS(月)
治疗组	98	82(83.7)	75(76.5)	69(70.4)	18.57 ± 1.81
对照组	96	71(73.9)	64(66.7)	53(55.2)	13.74 ± 1.33
t 或 χ^2	-	3.602	3.973	3.583	3.705
P	-	0.046	0.043	0.047	0.045

6 讨论

淋巴结转移是恶性肿瘤最常见转移途径之一, 癌细胞侵入淋巴管间隙中,并通过淋巴循环进入区域 淋巴结,从而转移至远处淋巴结,引起癌症的扩散[10]。 子宫内膜癌的淋巴结转移方式则主要为阶梯式转 移,即癌细胞的淋巴转移常依次累及盆腔淋巴结、髂 总淋巴结及腹主动脉旁淋巴结,由于子宫内膜癌的 危险程度主要是根据术后病理特征进行判定,目前 临床对于如何术前及术中准确评价患者淋巴结状态 仍不清楚,故各大指南均推荐在进行子宫内膜癌手 术切除时同时进行淋巴结清扫[11-12]。然而,多年来各 大指南均认为子宫内膜癌的标准术式是全子宫双附 件切除和盆腹腔淋巴结清扫,但对于淋巴清扫的程 度及范围仍存在一定的争议,如日本恶性肿瘤治疗 指导方法中推荐仅进行盆腔淋巴结清扫,而英国妇 科肿瘤治疗标准则认为盆腔淋巴结清扫阳性后再进 行高位腹主动脉旁淋巴结清扫[13]。近年来,美国国立 综合癌症网对 1278 例子宫内膜癌患者高位腹主动 脉旁淋巴结清扫后的临床疗效进行了观察,发现上 述患者中淋巴水肿、下肢深静脉血栓及淋巴潴留囊肿 等并发症的发生率与仅进行单纯盆腔淋巴结清扫的 患者基本一致,而3年生存率则提高至57.4%,与本 研究对照组患者基本一致,且明显高于盆腔淋巴结 清扫患者的 46.4%, 故该指南推荐采用腹腔镜高位腹主动脉旁淋巴结切除术治疗 IA1 期伴淋巴脉管间隙浸润、IA2 期、IB1 期及 II 期的子宫内膜癌[14]。

大量研究结果显示,采用中西医结合治疗多种 类型恶性肿瘤有较好的临床疗效[15]。为此,我院在腹 腔镜高位腹主动脉旁淋巴结切除术治疗子宫内膜癌 的基础上,同时给予固本驱邪抑癌汤进行治疗。子宫 内膜癌的病因病机是由于邪毒入侵,病邪郁久化火, 热毒痰瘀胶结;正气耗伤,气血虚弱,阴虚阳损,且热 性喜动,热毒走窜,从而热毒蕴结最终导致癌毒。邪 毒入侵,郁而化火,火毒交织,则为毒热蕴结;邪盛 正衰,正气耗伤,则为气虚证;气不行则血不行,故血 脉瘀阻,则为血瘀证;邪毒郁久化热,耗伤阴血,故见 阴虚内热证;患者平素生活饮食习惯不良导致湿邪 内伏,加之邪毒壅盛,二者交加故见湿热下注。通过 研究发现常用的治疗药物类别为:清热药,活血化瘀 药,补虚药,理气药,消食药[15]。固本驱邪抑癌汤方 中人参扶正固本、活血通络、益气:党参补中益气;黄 芪利尿托毒、补气固表:北沙参益胃生津:蜈蚣以毒 攻毒、抑癌;白花蛇舌草消痛散结、清热解毒;女贞子 滋补肝肾、消肿止痛;麦冬生津补气;山慈菇益气健 脾、活血化瘀;制黄精滋肾润肺、补脾益气;蛇莓活 血祛瘀:绞股蓝清化痰浊:土鳖虫消积滞、健脾胃:半

枝莲清热解毒; 莪术理气化痰、止痛祛瘀; 鸡内金通络散结、消肿止痛; 灵芝扶正固本、和解少阳; 炒白术益气养血, 诸药共奏扶正固本、散结化瘀、补中益气功效。

本研究结果表明,治疗后观察组生活质量评分、远期疗效、免疫功能均明显高于对照组,方中人参、党参、黄芪及北沙参均可有效提高机体免疫功能,尤其是人参中皂苷及多糖成分在提高免疫功能的同时还可抑制癌细胞的增长;灵芝中多糖成分则可促进机体体液免疫作用,改善疾病所引起的体液免疫低下;半枝莲水提取物则可促进T淋巴细胞的增殖与分泌,提高患者免疫功能[16]。

研究结果表明,E-cadherin是一种分布于上皮细胞的跨膜糖蛋白,可降低子宫内膜癌病灶中恶性肿瘤细胞间的相互接触作用,从而加剧肿瘤组织恶性病变^[17];HIF-α 在肿瘤组织缺氧条件下可呈现广泛性表达,不仅可对红细胞生成素及血管内皮生长因子的表达进行有效的调节,还能够促进癌细胞的能量代谢^[18];ILK 在人体子宫内膜癌、卵巢癌、乳腺癌及宫颈癌等妇科恶性肿瘤细胞中呈高表达状态,不仅可加剧癌细胞致瘤性转化作用,还可提高肿瘤细胞非贴壁依赖性生存能力,从而提高肿瘤的成瘤性及侵袭潜力^[19];HE4则是一种发现于附睾远端上皮的蛋白质,在子宫内膜癌、卵巢浆液性癌、肺腺癌、宫颈癌及胰腺癌中均呈现高表达^[20]。由此可见,E-cadherin、HIF-α、ILK 及 HE4 均是子宫内膜癌发生及发展过程中的主要肿瘤标记物。

本课题组对上述指标进行检测,结果表明治疗后观察组 E-cadherin、HIF-α、ILK 及 HE4 等肿瘤标记物改善程度均显著优于对照组,提示固本驱邪抑癌汤的具体抗肿瘤分子机制可能与降低并阻滞癌细胞转移、抑制病灶组织能量代谢等作用相关,然而本研究所检测的指标数较少,并不能确证上述作用机制,而该作用尚有待后续研究予以证实。

[参考文献]

- [1] 杨媛,赵丽君,王志启,等. 子宫内膜癌分型的研究进展[J]. 中华妇产科杂志,2016,51(6):474-476.
- [2] 郭桂林,艾迪拜·木合买提,阿布杜拉·阿布力孜,等.子 官内膜癌相关危险因素的探讨[J].实用老年医学,2016, 30(3):199-202.
- [3] 张阳阳,张琨,李冬,等. 子宫内膜瘤发病相关危险因素的研究进展[J]. 中国妇幼保健,2018,33(1):219-222.

- [4] 刘妮,闫雅欣,钱延玲,等. 子宫内膜癌的治疗进展[J]. 医药前沿,2016,6(11):5-7.
- [5] 冯慧. 腹腔镜下全子宫及双附件切除术患者的围手术期护理效果研究[J]. 现代诊断与治疗,2016,27(22):4376-4377.
- [6] 许静,郭哲,孙慧霞,等. 全子宫加双附件切除术对 I 期子宫内膜癌患者生存状况分析[J]. 现代医学杂志,2017,27(8):97-102.
- [7] 徐静,马小芳,萧园丽. 薄型子宫内膜中医治疗方案综述[J]. 世界最新医学信息文摘,2017,17(99):80-81.
- [8] 谢玲玲,林仲秋. 2015 美国肿瘤综合协作网子宫肿瘤临床实践指南(第2版)解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2015,31(1):5-9.
- [9] 谭诗生,李杭,罗健,等. 欧洲癌症研究与治疗组织研制的生活质量核心调查问卷第3版中文版生活质量调查问卷测评[J]. 中国组织工程研究,2006,10(4):23-27.
- [10] 王新宇. 子宫内膜癌淋巴结切除适应证和争议[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2017,33(12):1230-1233.
- [11] 于波. 子宫内膜癌盆腔淋巴结转移的临床病理特征与彩色多普勒超声诊断的相关性[J]. 中国现代医生,2016,54(10):105-107.
- [12] 曾靖,李艳,金滢,等. 子宫内膜癌淋巴结转移的危险因素及预后分析[J]. 基础医学与临床,2017,37(4):454-462.
- [13] 王志启,夏伟,郝娟,等. 子官内膜癌淋巴结切除的研究 进展[J]. 中华妇产科杂志,2016,51(1):70-73.
- [14] 王志启,王建六. 子宫内膜癌淋巴结切除的研究进展和争议问题[J]. 实用肿瘤杂志,2016,31(6):497-499.
- [15] 黄彩梅,夏亦冬,胡国华. 中药治疗子宫内膜癌作用机制研究进展[J]. 吉林中医药,2015,35(9):969-972.
- [16] 朱意麟,李斌,周蓓. 新编中草药彩色图谱[M]. 北京: 化学工业出版社,2016:29-45.
- [17] 孙新超,秦旭,王金海,等.上皮型钙黏蛋白、神经型钙黏蛋白及 p63 在宫颈癌组织中的表达及其与临床病理因素关系研究[J].现代医药卫生,2017,33(14):2091-2094.
- [18] 娄英,梁文倩. 宫颈癌患者 HIF-1α、VEGF、MVD、CXCL12/CXCR4 的表达及其预后研究[J]. 中国妇幼保健,2016,31(20):4135-4138.
- [19] 李胜水,张凤梅,孙德飞,等. 整合素连接激酶在宫颈上皮内瘤变及宫颈癌组织中的表达及临床意义[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2009,25(1):58-59.
- [20] 魏继红,钟倩,李明伟,等. 人附睾蛋白 4(HE4)在宫颈癌中的表达及临床意义[J]. 国际医药卫生导报,2012, 18(17):2523-2527.

电针联合髓芯减压术 治疗早中期股骨头缺血性坏死 30 例

金成辉

(沈阳市骨科医院运动医学科,辽宁 沈阳 110044)

[摘要]目的:评价电针联合髓芯减压术治疗早中期股骨头缺血性坏死的临床疗效。方法:60 例早中期股骨头缺血性坏死患者按随机数字表分为两组,每组 30 例,对照组采用髓芯减压术,治疗组采用电针联合髓芯减压术。治疗 6 个疗程后,观察两组 Harris 髋关节功能评分、临床疗效、影像学评分。结果:治疗组优良率93.33%,对照组优良率70.00%,治疗组疗效优于对照组(P<0.05)。治疗组 Harris 髋关节功能评分、影像学评分改善明显优于对照组(P<0.05)。结论:电针联合髓芯减压术治疗早中期股骨头缺血性坏死可改善髋关节功能,有效缓解患者疼痛,促进骨修复。

[关键词] 股骨头缺血性坏死;早中期;电针;髓芯减压术;Harris 髋关节功能评分;影像学评分

[中图分类号] R274.981.8

「文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0369-04

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.011

Electro-Acupuncture Combined with Core Decompression in Treating 30 Cases of Avascular Necrosis of Femoral Head in Early and Middle Stages

JIN Chenghui

(Department of Sports Medicine, Orthopedics Hospital of Shenyang, Shenyang 110044, China)

Abstract Objective: To evaluate the clinical efficacy of electro-acupuncture combined with core decompression in treating avascular necrosis of the femoral head in early and middle stages. Methods: Total 60 cases of avascular necrosis of the femoral head in early and middle stages were divided into two groups according to random number table, with 30 cases in each group. The control group was treated with core decompression, and the treatment group was treated with electro-acupuncture combined with core decompression. After 6 courses of treatment, Harris hip score, clinical efficacy, radiographic score in the two groups were observed. Results: The clinical excellent and good rate of the treatment group was 93.33% while the excellent and good rate of the control group was 70.00%, the effect of the treatment group was better than that of the control group (P < 0.05). Harris hip function score and the improvement of the imaging score were significantly better in the treatment group than those in the control group (P < 0.05). Conclusion: Electro-acupuncture combined with core decompression for the treatment of avascular necrosis of the femoral head in early and middle stages can improve the hip joint function, relieve the patients' pain and promote the bone repair.

Keywords avascular necrosis of the femoral head; early and middle stages; electro-acupuncture; core decompression; Harris hip function score; radiographic score

股骨头缺血性坏死(ANFH)又称股骨头无菌性坏死,是骨科常见的难治性疾病,往往引起严重残疾,目前尚无切实有效的治疗手段[1]。本病早期临床表现不明显,如果在早中期不能采用有效的干预措

[[]收稿日期] 2018-07-26

[[]基金项目] 辽宁省医学高峰建设工程专项经费项目(编号:201

[[]作者简介] 金成辉(1980-),男,辽宁沈阳人,医学硕士,副主任医师,主要从事骨与关节损伤研究。

施,将导致髋关节疼痛以及股骨头塌陷、变扁,影响患者生存质量^[2]。2013年5月至2016年5月,我们采用电针联合髓芯减压术治疗早中期股骨头缺血性坏死,效果满意,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例股骨头缺血性坏死患者全部来自沈阳市骨科医院住院部与门诊,按宾夕法尼亚大学分期分为早中期^[3],采用随机数字表法分为两组。对照组 30 例(38 髋),男 18 例,女 12 例;年龄 20~60 岁,平均(39.8 ± 7.34)岁;病程 0.5~10 年,平均(4.7 ± 1.2)年;Ficat 分期: I 期 11 例, II 期 19 例。治疗组 30 例(36 髋),男 16 例,女 14 例;年龄 20~61 岁,平均(37.7 ± 6.8)岁;病程 0.7~10 年,平均(4.2 ± 1.5)年;Ficat 分期:I 期 12 例,II 期 18 例。两组在性别、年龄、病程等方面差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。本临床试验已经过沈阳市骨科医院医学伦理委员会审核通过。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医标准参照《股骨头坏死临床诊疗规范》^[4], 经过详细询问病史,严格体格检查,结合影像学检查资料,确定以下诊断标准:①行走困难,呈跛行,进行性加重;②有明显的髋部外伤史;③X线片见股骨头密度改变及中后期股骨头塌陷;④髋部疼痛,以内收肌起点处为主,疼痛可呈持续性或间歇性;⑤无髋部外伤史,但有长期服用激素史、过量饮酒史等;⑥髋关节功能障碍,以内旋外展受限为主。

1.2.2 股骨头坏死 Ficat 分期参照文献[3]制定。 I期:X线片表现正常,50%的患者出现腹股沟区疼痛及大腿放射痛,骨功能性检查可能检测出阳性结果,髋关节部分活动受限。Ⅱ期:X线片发现骨重建迹象,股骨头外形及关节间隙无变化,坏死区骨质疏松、囊性变、骨硬化,髓芯活检有组织病理学改变,临床症状明显。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②Ficat 分期为 $I \sim II$ 期; ③年龄 $20 \sim 70$ 岁;④患者知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①不符合上述诊断标准;②基础疾病没得到有效控制,如类风湿性关节炎活动期、急性创伤、持续性酗酒;③妊娠期或哺乳期妇女;④因骨结核、肿瘤及骨髓炎等致使的股骨头缺血坏死;⑤严重心、肝、肾等重要器官器质性病变或精神疾病不能合作者。

2 治疗方法

2.1 对照组

采用髓芯减压术,均给予硬膜外麻醉联合腰椎

麻醉,患者取仰卧位,患髋垫高 15°~20°,常规消毒铺巾。髋关节外侧小切口,在大转子下 1 cm 做长 2~3 cm 纵形切口,并逐层切开分离肌肉达骨质。再由大粗隆顶点下 1.5 cm 沿着股骨颈方向进针,直达坏死区股骨头关节面下 8 mm,采用 C 型臂透视髋关节正位与蛙位,使用 8 mm 空心针沿导针钻入股骨头,用长柄刮匙刮除股骨头软骨下病变组织,彻底清除坏死骨,取胫骨上段前外侧一骨条植入骨道,送至股骨头充满填实,逐层缝合切口^[5]。术后 2 周左右进行功能锻炼,功能锻炼采用循序渐进的原则,增大髋关节的运动幅度,减少运动频率和强度,恢复活动范围,避免患肢扶拐或负重。

2.2 治疗组

在对照组治疗基础上,术后 2 周左右,采用电针治疗,参照《针灸学》选取居髎、髀关、血海、风市、足三里、阳陵泉、委中、三阴交、悬钟、肾俞、秩边、环跳^[6]。常规皮肤消毒,采用 75 mm 毫针直刺,平补平泻。然后接通华佗牌 SDZ-V 型电子针疗仪,用疏密波,电流输出大小以患者感觉合适为度,留针 45~60 min。每周治疗 2 次,并指导功能锻炼,如主动抗阻力锻炼髋周肌力,主动及被动活动改善髋关节活动度等^[7]。两组皆治疗 2 周为 1 个疗程,连续治疗 6个疗程。

3 观察指标

3.1 Harris 髋关节功能评分[8]

包括疼痛评分(共 44 分)、关节功能评分(共 47 分)、畸形评分(共 4 分)、关节活动度评分(共 5 分)。 优:>90 分;良:75~90 分;可:60~74 分;差:<60 分。

3.2 影像学评分

采用《成人股骨头缺血坏死疗效评价(百分比)草案》影像评价方法进行死骨修复情况评估^[9]。治疗前后分别拍摄蛙位 X 线片、双髋关节正位。部分修复:囊状裂隙征和透光区变小,病灶内骨密度增高,股骨头再塌陷 <2 mm。无修复:囊状裂隙征和透光区无变化或扩大,病灶内骨密度增高不明显,股骨头再塌陷 >4 mm。0~ I 期:35~40 分; II 期:30 分; II 期:25 分; IV期:20 分。

4 疗效标准

参照《全国股骨头缺血性坏死专题讨论会的髋关节功能标准》^[10]制定疗效标准。包括关节活动度、疼痛、生活能力、行走距离、X线评分。优:≥80分,良:≥60分,可:≥40分。

5 统计学分析

采用 SPSS 18.0 软件对数据进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用t检验,取 α =0.05 为检验水准^[11]。

6 治疗结果

- **6.1** 两组疗效比较 见表 1。
- **6.2** 两组 Harris 髋关节评分比较见表 2。
- **6.3** 两组髋关节影像学积分比较见表 3。

衣I	网纽汀	双比牧		
优	良	可	差	优良

组别	例数	ル (例)	艮 (例)	刊 (例)	差 (例)		
治疗组	30	18	7	3	2	93.33#	_
对照组	30	13	4	4	9	70.00	

注:与对照组比较,*P<0.05

表 2 两组 Harris 髋关节评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时段	例数	疼痛评分	关节功能评分	畸形评分	关节活动度评分
治疗组	治疗前	30	20.79 ± 1.10	28.05 ± 1.32	3.12 ± 0.56	3.23 ± 0.26
	治疗后	30	$39.54 \pm 1.33^{\text{\#}\triangle}$	$37.23 \pm 1.14^{\# \triangle}$	$3.74 \pm 0.42^{\text{\#}\triangle}$	$4.38\pm0.58^{\text{\#}\triangle}$
코 나 1177 사다	治疗前	30	20.87 ± 1.13	28.32 ± 1.26	3.13 ± 0.29	3.33 ± 0.91
对照组	治疗后	30	$36.34 \pm 1.55^{\#}$	34.05 ± 1.53 #	3.65 ± 0.64 #	4.12 ± 0.64 #

注:与治疗前比较,*P<0.05,与对照组治疗后比较,^P<0.05

表 3 两组髋关节影像学积分比较 $(\bar{x} \pm s, \beta)$

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	30.28 ± 1.89	35.12 ± 2.74#
对照组	30	30.35 ± 2.05	32.65 ± 3.12

注:与对照组比较,#P<0.05

7 讨论

股骨头缺血性坏死与创伤、慢性劳损、较长时间 或大量使用激素、长期过量饮酒以及接触放射线等 原因有关,因股骨头内压增高、动脉供血障碍等造成 股骨头供血破坏,形成股骨头软骨下骨质变性或坏 死,出现股骨头结构改变甚至塌陷[12]。骨髓腔内压力 增大,表现出血液淤滞、骨组织缺氧、微循环障碍等 病理变化,从而出现股骨头坏死[13]。现代研究包括手 术治疗与非手术治疗。手术治疗包括:股骨头钻孔 减压术、带肌蒂或血管蒂植骨术、血管移植术、人工 关节置换术。非手术治疗适用于 Ⅰ~ Ⅱ期患者,限 制负重,运用推拿、按摩等手法改善髋关节周围软组 织血运,缓解肌肉痉挛、增加关节活动度;也可使用 牵引缓解髋关节周围软组织痉挛,降低关节内压力。 髓芯减压术临床最早用于股骨近端骨髓内压测定、 骨内静脉造影和髓芯活检:可降低骨内高压,减轻 股骨头髓腔水肿和刺激周围血管形成,不破坏骨密 度,延缓骨坏死的发展,减少骨质破坏[14]。

股骨头缺血性坏死属中医学骨蚀、骨痹范畴。本病内因为先天禀赋不足,后天精气血不足,筋骨失养,肝肾虚损;外因为酒损药伤,跌仆损伤,经脉痹阻。常见病机变化如下。肝肾亏损:肾虚而不能主骨,髓失所养,肝虚而不能藏血,营卫失调,气血不能温煦、濡养筋骨,产生本病;正虚邪侵:体质素虚,外伤或受风、寒、湿邪,脉络闭塞;血脉痹阻:酒损药伤,嗜欲不节,饮酒过度,脉络张弛失调,血行受阻,

或用药不当使骨骼受累;气滞血瘀:气滞则血行不畅,血瘀也可致气行受阻,营卫失调,闭而不通,骨失所养。《医林改错》指出:"元气既虚,必不能达于血管,血管无气必停留而瘀。"

肾藏精主骨生髓,肝藏血主筋主疏泄,少阳属 肾,肝胆互为表里,肝肾同源,故骨髓气化所聚在少 阳,足少阳胆经行于身之侧,经过部位以骨节最多, 从上到下有头角、胸胁、髀枢、股、外辅骨、绝骨等。足 少阳胆经"是主骨所生病"。足少阳脉主骨,络于诸 节,纲维诸骨,令其转动[10]。《灵枢·根结》载:"少阳为 枢……枢拆则骨摇而不安于地,故骨摇者取之少阳。" 因此取穴应以胆经腧穴为主,可激发转枢之机与少阳 经气,增强骨髓气化,气血调和,筋骨濡润,经气充 盛。居髎强筋壮骨、通经活络;风市、髀关、秩边通脉 止痛、活血化瘀;血海祛瘀止痛、通经活络;三阴交养 肝益肾、健脾和胃;足三里益气生血、健脾益胃、增补 元气:环跳利腰腿、通经络:委中是治疗腰腿痛必取 的经验要穴;肾俞培补元气以固本;筋会阳陵泉,髓 会悬钟,悬钟亦为足少阳胆经之穴,取二者强健筋骨 之用,悬钟舒筋活络、补益肝肾、填精益髓。《难经》所 言:"针灸欲补髓以健步,可以取阳辅或悬钟穴"。

针刺后通过电流可刺激肌肉收缩,改善局部血液循环和炎性吸收,改善软骨及周围组织营养,疏通气血,调畅经络,调节脏腑^[15]。电针能加快组织细胞间代谢,加强血液、淋巴循环及离子转运,改善微循环,可明显改善激素性股骨头坏死的组织病理学改变,降低股骨头空骨陷窝率,修复坏死骨,促进新生骨再生,对激素性股骨头坏死有明显的防治作用^[16]。白良川等^[17]电针针刺激素性股骨头坏死模型兔的环跳、髀关、悬钟等穴位,经过2周治疗后局部组织血流量明显升高,提示电针对兔激素性股骨头坏死的疗效与调整局部微循环有关。顾志华等^[18]通过临床

观察和动物实验研究,发现电效应对骨愈合有促进作用,能影响骨骼重建。林孝风等[19]观察电针结合康复训练治疗股骨头坏死,能有效提升患者髋关节功能,进而改善其生活质量。本文治疗组采用电针联合髓芯减压术治疗,Harris 髋关节评分、临床疗效、影像学评分均优于对照组。

[参考文献]

- [1] 苏伟,江峰,宋英儒,等. 股骨头缺血性坏死早期诊断的 实验观察[J]. 广西医科大学学报,2006,23(6):946-948.
- [2] AMSTUTZ HE, GRIGORIS P, SAFRAN MR, et al. Precision-fit surface hemiarthroplasty for femoral head osteon-ecrosis, longterm results [J]. Bone Joint Surg Br, 1994, 76 (3):423-427.
- [3] 康鹏德,裴福兴,王坤正. 股骨头坏死的宾夕法尼亚大学分期[J]. 中国矫形外科杂志,2004,12(Z3):1737-1738.
- [4] 李子荣. 股骨头坏死临床诊疗规范[J]. 中国矫形外科杂志,2016,387(1):1-6.
- [5] 张译文. 活血补髓汤联合髓芯减压术治疗激素性股骨头坏死临床研究[J]. 辽宁中医杂志,2014,41(10):2177-2179.
- [6] 燕平. 针灸学[M]. 北京:科学出版社,2011:56.
- [7] 郑晓,李岩峰, 忻志平, 等. 电针治疗股骨头缺血性坏死临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2010, 29(4): 235-236.
- [8] 绍光湘,杨淮沄. 股骨头缺血性坏死[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1999:142.
- [9] 王岩,朱盛修,袁洁,等. 成人股骨头缺血坏死疗效评价

(百分比)草案[J]. 中国骨与关节损伤杂志,1994(2): 142-144.

- [10] 翟伟,杜革术,陈玉香,等. 电针结合关节模造治疗股骨头缺血性坏死 40 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志,2014,30(4):83-85.
- [11] 耍彦霞,康斐. 针药结合治疗类风湿性关节炎湿热痹阻证 52 例[J]. 河南中医,2015,35(9):2132-2134.
- [12] 王占有,周学龙,谢利,等. 针刀与髓芯减压治疗早、中期股骨头缺血性坏死的临床随机对照研究[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(5):1055-1058.
- [13] 石少辉,李子荣,孙伟,等. 酒精性和激素性股骨头坏死的发病与脂质代谢[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2011,15(17):3217-3219.
- [14] 章建华, 厉驹, 童培建, 等. 髓芯减压加自体多能干细胞、脱钙骨基质植入治疗早期股骨头坏死[J]. 中国骨伤, 2007, 20(1):15-16.
- [15] 郭艳明,梁永瑛,顾钧青,等. 电针围刺治疗早中期膝骨性关节炎[J]. 吉林中医药,2016,36(1):91-93.
- [16] 郭宁. 电针防治激素性股骨头缺血性坏死的实验研究[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2007.
- [17] 白良川,许冠荪,张荣军,等. 电针对兔激素性股骨头坏死局部组织血流量的影响[J].中国组织工程研究,2005,23(6):33-34.
- [18] 顾志华,张印玺,张蒲,等. 电效应对骨重建影响的临床观察和动物实验研究[J]. 中国骨伤,1996,9(2):8-9.
- [19] 林孝风,郑雷. 电针联合康复训练治疗股骨头坏死临床疗效分析[J]. 新中医,2016,48(1):73-75.

(上接第 337 页)

肝肾阴虚风阳上升病机无疑,法"当大滋肾母以苏肝子,补胃阴以杜木火乘侮",以龟胶、阿胶血肉有情之品填补肝肾精血,五味子益气生津,收敛固涩,茯神降逆安神。③《虚劳》篇某三二案固本丸去生地黄,加茯神、龟板。叶氏云:"少阴肾水枯槁,厥阳上越不潜,议用填阴潜阳",以龟板填补真阴,滋阴潜阳,因有心悸不安见症,以茯神安定心神。④《胁痛》篇沈案以固本丸去熟地黄,加柏子霜、生白芍。柏子霜少柏子仁润肠通便之功,以安神定志为用,白芍以生者.养阴柔肝,遵原方意。

叶氏于固本丸一方或守原方施用,或以加减化裁,皆以对证切病为要,十二则化裁之法,乃略表大意,以发叶氏用方之术。

5 结语

《临证指南医案》一书系叶天士临证思想的重要 载体,统观全书,借案解方,是通过该书研究叶天士 用方思路的关键。运用"拆方""方证""方机"等方剂 学研究思路与方法,解读叶氏用方,以为方剂临床应 用提供参考。人参固本丸一方,虽非叶氏所拟,叶氏之用,或守方而施,或化裁而用,颇具特色。其据证立法,依法删减药味,灵活用方,可通过方证、方机两大方面,把握叶氏用方特色,根据化裁加减,明确叶氏用方思维。

「参考文献]

- [1] 张景岳. 景岳全书[M]. 北京:中国医药科技出版社,2011: 687.
- [2] 盛增秀,陈勇毅,王英. 医方类聚(第4分册)[M]. 北京: 人民卫生出版社,2006:202.
- [3] 繆正来. 实用方剂辞典[M]. 南京:江苏科学技术出版 社,1989:19.
- [4] 彭怀仁. 中医方剂大辞典(第1册)[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:274.
- [5] 谭蔡麟,杨永宏,王先兵,等.叶天士"胃阴学说"的临证价值[J].上海中医药杂志,2017,51(8):37-39.
- [6] 苏晓乾,王荣. 叶天士治疗温病应用生地黄经验探讨[J]. 河北中医,2011,33(9):1334-1335.
- [7] 周雪明,李晓娟,陈家旭. 方证相应中的象思维[J]. 世界中医药,2017,12(3):481-483.

毫火针针刺井穴治疗脑卒中后偏身肢体麻木临床研究

郑晓彤1.刘 悦2

(1.广州中医药大学,广东 广州 510405; 2.广东省第二中医院,广东 广州 510095)

[摘要]目的:观察毫火针针刺井穴治疗脑卒中后偏身肢体麻木的疗效。方法:将纳入的脑卒中后偏身肢体麻木患者按就诊顺序分为普通针刺组 35 例、毫火针组 33 例,在基础治疗的前提上,普通针刺组予常规毫针针刺治疗,毫火针组予毫针针刺+毫火针针刺井穴治疗,治疗 2 个疗程后对比两组治疗前后的感觉障碍评定积分、日常生活活动能力评分以及临床疗效。结果:两组治疗后的感觉障碍评定积分、日常生活活动能力评分以及临床疗效。结果:两组治疗后的感觉障碍评定积分、日常生活活动能力评分都较治疗前提高(P<0.01),且毫火针组较普通针刺组疗效更显著(P<0.05);总有效率毫火针组 90.91%,普通针刺组 71.43%,两组疗效比较差异有统计学意义(P<0.01)。结论:毫火针针刺井穴治疗脑卒中后偏身肢体麻木疗效确切,能明显改善患者的感觉障碍,提高日常生活活动能力。

[关键词] 脑卒中;偏身肢体麻木;毫火针;井穴;感觉障碍评定积分;日常生活活动能力评分;疗效评价[中图分类号] R277.743.9 [文献标志码] A [文章编号] 1007-659X(2019)04-0373-04 **DOI**: 10.16294/i.enki.1007-659x.2019.04.012

Clinical Study on Milli-fire Needle Acupuncturing Well Points in Treating Post-stroke Unilateral Limb Numbness

ZHENG Xiaotong¹, LIU Yue²

(1.Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China; 2.Guangdong Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510095, China)

Abstract Objective: To observe the clinic effect of milli-fire needle acupuncturing well points in treating patients with unilateral limb numbness after stoke. Methods: Patients suffering from post-stroke limb numbness were divided into two groups according to registration order: conventional acupuncture group (35 cases) and milli-fire needle group (33 cases). Two groups were both treated by basic treatment. The conventional acupuncture group was treated by conventional acupuncture while the milli-fire needle group treated by conventional acupuncture and milli-fire needle acupuncturing well points treatment. After 2 courses of treatment, the sensory dysfunction scores, the daily living activity scores and therapeutic effect of two groups before and after treatment were observed. Results: Both the sensory dysfunction scores and the daily living ability scores increased in two groups after treatment (P < 0.01) and those scores increased more significantly in

milli-fire needle group (P<0.05). The total effective rate of milli-fire needle group was 90.91%, that in the conventional acupuncture group was 71.43%, the difference of curative effect was statistically significant (P<0.01). **Conclusion**: With the curative effect of treating the patients with post-stroke uni-

[[]收稿日期] 2018-06-08

[[]作者简介] 郑晓彤(1993-),女,广东广州人,2016 年级硕士研究生,主要从事针灸治疗脑病研究。

[[]通信作者] 刘悦(1968-),男,广东梅州人,医学硕士,主任中医师,硕士研究生导师,主要从事针灸治疗脑病研究,E-mail:gzyxzxt@foxmail.com。

lateral limb numbness, milli-fire needle therapy can improve sensory impairment and the daily living ability. **Keywords** stroke; unilateral limb numbness; milli-fire needle; well points; sensory dysfunction scores; daily living activity scores; efficacy evaluation

脑卒中是中医对急性脑血管病的统称,有发病率高、致残率高、死亡率高等特点。随着生活压力不断增大,不良的生活方式越来越普遍,脑卒中的发病率逐年上升,严重威胁着人类健康。脑卒中后肢体麻木是较常见的后遗症之一^[1],主要表现为偏身肢体麻木,可伴有沉重感、触电感、针刺感、蚁行感等肢体感觉的异常^[2],影响患者的生活质量,但目前脑卒中康复治疗方面的研究多重视恢复肢体的运动障碍,而忽略了感觉障碍的研究。因此,寻找一种有效的治疗脑卒中后偏身肢体麻木的方法是目前脑卒中治疗的一个重点,同时也是一个难点。笔者用毫火针针刺井穴治疗脑卒中后肢体麻木取得较好疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

纳入的病例为 2016 年 12 月至 2018 年 2 月于广东省第二中医院针灸康复科确诊为脑卒中并伴有肢体麻木患者 70 例,应用 SPSS 22.0 软件按照就诊顺序分成毫火针组及普通针刺组,每组 35 例。毫火针组治疗期间有 2 例因个人原因脱落,最终 33 例。毫火针组男 15 例,女 18 例;年龄(58.82±8.67)岁;脑梗死 17 例,脑出血 16 例;上肢麻木 12 例,下肢麻木 13 例,同侧上下肢麻木 8 例;病程(3.97±1.21)个月。普通针刺组男 17 例,女 18 例;年龄(56.63±8.18)岁;脑梗死 19 例,脑出血 16 例;上肢麻木 10 例,下肢麻木 14 例,同侧上下肢麻木 11 例;病程(3.74±1.22)个月。经统计学分析,两组性别、年龄、发病类型、病程、麻木部位比较差异均无统计学意义(P>0.05),具有可比性。已通过广东省第二中医院伦理委员会审批。

1.2 诊断标准

- **1.2.1** 西医诊断标准 参照 1995 年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》制定^[3]。
- **1.2.2** 中医诊断标准 参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症科研组制定的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》制定^[4]。

1.3 纳入标准

①符合中西医诊断标准,并有一侧肢体麻木,或

沉重感、触电感、针刺感、蚁行感等异常感觉;②经头颅 CT 或者 MRI 明确诊断为脑出血或者脑梗死;③ 年龄 30~70岁;④病程 2周~6个月;⑤神志清,生命体征平稳,病情相对稳定,有一定的言语表达能力;⑥同意接受毫火针治疗,并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①年龄小于30岁或大于70岁者;②病情危重,或合并严重心、肾、肝疾病,或恶性肿瘤者;③严重出血倾向或明显凝血功能障碍;④由于其他原因导致的肢体麻木者;⑤神志不清或有精神疾病不能配合者;⑥孕妇或哺乳期妇女;⑦针刺部位皮肤破损或感染者。

1.5 剔除标准

①患者依从性差,不遵医嘱执行,服用其他药物或接受其他治疗者;②因自身因素或不良反应中途退出试验者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗

两组患者均按照广东省第二中医院针灸康复科脑卒中临床路径处理。①根据病情予抗血小板聚集,调控血压、血糖、血脂,改善脑循环及代谢,改善认知,抗抑郁焦虑等;②根据病情予偏瘫肢体综合训练、运动疗法、作业疗法、吞咽功能障碍训练、理疗等。

2.2 毫火针组

患者取平仰卧位,暴露针刺部位,针具选择苏州 医疗器械厂生产的华佗牌一次性无菌针灸针,规格 为 0.30 mm×40.00 mm。①普通针刺治疗:参考第 6 版《针灸学》以及相关文献中的选穴⑤,其中头针选 取运动区、平衡区、感觉区,体针上肢麻木者选取肩 髃、曲池、尺泽、手三里、合谷、八邪,下肢麻木者选 取环跳、委中、足三里、三阴交、丰隆、阳陵泉、太冲、 八风。常规消毒后,根据穴位采用直刺或斜刺,得气 后行平补平泻法,红外线灯照射麻木肢体,留针 30 min,出针时用干棉球按压针孔片刻。②毫火针 治疗:上肢麻木选取少商、商阳、中冲、关冲、少冲、少 泽,下肢麻木选取隐白、大敦、厉兑、足窍阴、至阴、涌 泉。常规消毒后,左手持点燃的酒精灯,右手持针柄 在酒精灯外焰处将针尖烧至发亮发红,然后迅速刺入穴位,深度 0.1~0.2 寸,留针 30 min,出针时用干棉球按压针孔并涂抹适量的万花油。每天治疗 1 次,连续治疗 5 d 为 1 个疗程,休息 2 d 后行下 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

2.3 普通针刺组

普通针刺组不行毫火针治疗,取穴、疗程等同毫火针组。

3 观察指标

3.1 感觉障碍评定[6]

参照《感觉障碍评定积分表》(改进 Fugl-Meyer 及 Lindmark 评价法),评定浅感觉、本体觉、皮层觉三个方面,其中浅感觉(痛觉、温度觉和触觉)最高20分,本体觉(运动觉和位置觉)最高16分,皮层觉(实体觉、两点辨别觉)最高6分,共42分。评定积分表分数越低,感觉障碍越严重。

3.2 日常生活活动能力评定

参照《改良 Barthel 指数评定表》,评定日常生活活动能力,其中有大小便、修饰、洗澡、如厕、吃饭、穿衣、转移、上下楼梯行走,总分 100 分。0~20 分表示极严重功能障碍,生活完全需要帮助;20~45 分表示严重功能障碍,生活需要大部分帮助;50~70 分表示中度功能障碍,生活需要部分帮助;75~95 分表示轻度功能障碍,生活需要很少帮助,基本自理;100 分表示生活自理。

疗效观察时间分别在治疗前、治疗2个疗程后。

4 疗效标准

疗效评价标准参照 1995 年国家中医药管理局

颁布的《中医病证诊断疗效标准》[7]以及相关文献中 的疗效评价标准[6]。治愈:患侧肢体麻木症状以及 伴随的感觉异常完全消失,与健侧肢体对比无明显 差异,对日常生活活动无任何影响;治疗后感觉障碍 评定积分≥40分,较治疗前提高≥25分,若为单项 感觉障碍,治疗后积分≥该项最高分的90%。显效: 患侧肢体麻木症状以及伴随的感觉异常明显好转, 对日常生活活动影响很小:治疗后感觉障碍评定积 分 <40 分, 较治疗前提高≥15 分, 若为单项感觉障 碍,治疗后积分≥该项最高分的70%。有效:患侧肢 体麻木症状以及伴随的感觉异常好转,对日常生活 活动有一定影响;治疗后感觉障碍评定积分较治疗 前提高≥5分,若为单项感觉障碍,治疗后积分≥该 项最高分的50%。无效:患侧肢体麻木症状以及伴随 的感觉异常无任何好转,严重影响日常生活活动;治 疗后感觉障碍评定积分较治疗前提高 <5 分,若为 单项感觉障碍,治疗后积分<该项最高分的50%。 当感觉障碍评定积分与患者自觉麻木减轻程度不相 符时,以患者感觉改善程度为准。

5 统计学方法

使用 SPSS 22.0 软件进行数据分析处理,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 t 检验,计数资料采用 Fisher 确切概率法,等级资料比较采用秩和检验,取 α =0.05 为检验水准。

6 治疗结果

6.1 两组治疗前后感觉障碍评定积分比较 见表 1。

		11 .
表 1	两组治疗前后感觉障碍评定积分比较 $(x\pm s)$	分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值	
 毫火针组	33	25.09 ± 5.57	36.18 ± 3.19△	11.09 ± 6.52*	
普通针刺组	35	25.91 ± 6.20	$33.54 \pm 5.08^{\vartriangle}$	7.63 ± 5.75	

注:与本组治疗前比较, $^{\triangle}P$ <0.01;与普通针刺组比较, $^{*}P$ <0.05

6.2 两组治疗前后日常生活活动能力评分比较

见表 2。

表 2 两组治疗前后日常生活活动能力评分比较 $(\bar{x}\pm s, \mathcal{G})$

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
毫火针组	33	45.30 ± 15.61	70.45 ± 12.21 [△]	25.15 ± 14.44*
普通针刺组	35	44.57 ± 14.77	$61.71\pm11.31^{\vartriangle}$	17.14 ± 14.67

注:与本组治疗前比较,^ΔP<0.01;与普通针刺组比较,^{*}P<0.05

6.3 两组临床疗效比较

见表 3。

7 讨论

脑血管疾病患者约65%有感觉障碍,其中50%

表 3 两组临床疗效比较

组别	例数	治愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
毫火针组	33	3	15	12	3	90.91*
普通针刺组	35	1	4	20	10	71.43

注:与普通针刺组比较,*P<0.05

为偏身感觉障碍^[8],而肢体麻木是偏身感觉障碍最常见表现之一。脑血管病是由于脑血管形态结构受损或变异、血流动力学异常、血液成分改变及栓子形成等诸多因素造成脑部血液循环受阻,脑组织的灌注不足出现缺血坏死,或者脑血管破裂出血,从而损害感觉传导通路,造成不同程度的感觉障碍^[9]。

脑卒中后偏身肢体麻木在中医学中无明确的病名,但肢体麻木症状在古代医籍中多处记载。《黄帝内经》有"时痛而皮不仁""在于肉则不仁",明代薛己著《医案总论》云:"一曰皮死麻木不仁,二曰肉死针刺不痛",清代沈金鳌著《杂病源流犀烛》指出:"麻,非痒非痛,肌肉之内……木,不痒不痛,自己肌肉如他人肌肉,按之不知,掐之不觉,有如木之后"等,都详细描述麻木的病位及特点。脑卒中多有内伤积损的基础,突然在外邪侵袭或情志不畅等刺激下,出现脏腑阴阳失调,气血上逆,肝风内动,或夹痰,或夹瘀,或夹水,上蒙神窍而发病。发病之初,多以风、火、痰、瘀标实为主,后期多为本虚标实,由于正气未复,邪气未去,气血亏虚不能荣养筋脉肌肉,痰湿瘀血阻滞经络,导致遗留偏身肢体麻木[10]。

井穴为五输穴之一,《灵枢·九针十二原》云:"经脉十二,络脉十五,凡二十七气,以上下,所出为井",即井穴为十二经脉、十五络脉之气的出处,是经脉气血循环开始之处,是气血的源泉。根据《灵枢·根结》的标本根结理论,井穴又是十二经之根部所在。此外,《灵枢·本输》有"四末阴阳之会",《素问·厥论》指出"阳气起于足五指之表""阴气起于五指之里",说明井穴为阴阳交会之处,有交通阴阳、疏经通络之功。临床研究表明运用井穴大接经法治疗脑卒中临床疗效显著[11-12]。脑卒中病变常涉及阴阳经,通过针刺井穴,以增强周流全身的气血运行,从而达到调和阴阳、接气通经以及激发患侧肢体残存经气的作用。因此,针刺井穴可调节经络脏腑,平衡阴阳,治疗脑卒中。毫火针在火针的基础上创新发展,剔除了火针疼痛明显、创伤较大、容易感染、接受度低等

缺点,使用普通毫针代替火针,针刺时患者疼痛不明显,针后遗留针孔小,对皮肤损伤甚微,同时也降低了局部感染的风险,患者比较容易接受。毫火针在创新的同时也保留了火针的优点,兼具针和灸的双重功效,集针刺激发经气之效与灸法温阳散寒之效于一身,具有温经通络、扶正助阳的功效,故毫针可治之病,毫火针也大抵可治,且借助火之力,对于虚证、寒证等病证有更好的疗效,继承并促进了火针的发展[13]。脑卒中后偏身肢体麻木多为本虚标实证,机体阳气尚未恢复,痰湿、瘀血仍留体内,通过毫火针针刺四肢末端井穴,既能交通阴阳,推动气血运行,濡养筋脉肌肉,还能疏通经络腠理,使邪有出路,痰湿瘀血得以祛除,使阴平阳秘,经气贯通,气血舒畅,故效佳。

[参考文献]

- [1] 陈晓虹,王玉洁,孙晓菊. 偏瘫肢体的感觉障碍[J]. 现代 康复,2000,4(4):486-487.
- [2] 王永炎. 中医脑病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007: 282-283.
- [3] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [4] 国家中医药管理局脑病急症科研协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55-66.
- [5] 唐术平, 勾字哲, 刘宪彤. 从络病论治脑卒中后肢体麻木的临床观察[J]. 中国实用医药, 2015, 10(5): 268-269.
- [6] 徐贞杰,刘奕,向连,等. 放血疗法配合肌注腺苷钴胺治疗脑卒中后肢体麻木临床观察[J]. 上海针灸杂志,2014,33(1):11-13.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社,1994:22.
- [8] 周智梁,杨家荣. 刺血疗法治疗脑血管疾病偏身感觉障碍疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2004,23(5):6-7.
- [9] 郑悦,尹琳,殷卓琳,等. 青年脑卒中 268 例病因分析[J]. 中华脑血管病杂志,2011,5(2):20-23.
- [10] 雷婉慈. 腹针治疗脑卒中后偏身感觉障碍的临床研究[D]. 广州·广州中医药大学,2012·8-9.
- [11] 米建平,朱晓平,樊莉,等. 大接经法治疗血管性痴呆临床观察[J]. 中国针灸,2004,24(11):747-749.
- [12] 秦彦强,孙迎春,张亚娟,等. 大接经从阳引阴针刺法对脑梗死肌张力的影响[J]. 中国康复理论与实践,2016,22(2):189-193.
- [13] 周小云, 嵇明月, 马明云, 等. 毫火针临床应用心得[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(10):758-759.

针刀治疗椎动脉型颈椎病及对脑血流量的影响

刘冠中,李鹏霄,纪妙丽

(西安医学院附属宝鸡医院,陕西 西安 721000)

[摘要]目的:探求针刀治疗椎动脉型颈椎病(CSA)的临床效果。方法:86例 CSA 患者按照随机数字表法分为针刀组 45例、针灸组 41例。治疗 2 个疗程后通过颈椎病临床评价量表(CSACS)、疼痛程度标尺法(VAS)、经颅多普勒(TCD)评价治疗结果。结果:针刀组和针灸组 CSACS 评分较治疗前均显著提高,差异具有统计学意义(P<0.05)。两组间比较,针刀组对于 CSACS 评分的改善优于针灸组,差异具有统计学意义(P<0.05)。3 个月后与治疗后 CSACS 评分比较无统计学意义(P>0.05)。两组 VAS 评分较治疗前均显著提高,差异具有统计学意义(P<0.05)。两组间比较,针刀组对于 VAS 评分的改善优于针灸组,差异具有统计学意义(P<0.05)。3 个月后与治疗后 VAS 评分相比无统计学意义(P>0.05)。针刀组 TCD 收缩期峰值血流速度(SPV)值较治疗前显著提高,差异具有统计学意义(P<0.05)。针刀组 TCD 收缩期峰值血流速度(SPV)值较治疗前显著提高,差异具有统计学意义(P<0.05)。针灸组 VS值较治疗前无显著变化。针刀组 TCD 平均血流速度(VM)中的基底动脉(BA)值较治疗前显著提高,差异具有统计学意义(P<0.05)。结论:针刺组及针刀组均能改善其CSACS 评分、VAS 评分及 TCD 指标,针刀组疗效优于针灸组,TCD 可以作为评价 CSA 疗效的重要指标。

[关键词]针刀;椎动脉型颈椎病;脑血流量;颈椎病临床评价量表;疼痛程度标尺法;经颅多普勒 [中图分类号]R274.981.55 [文献标志码]A [文章编号]1007-659X(2019)04-0377-04 **DOI**:10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.013

Treatment of Cervical Spondylosis of Vertebral Artery Type with Acupotome and Its Effect on Cerebral Blood Flow

LIU Guanzhong, LI Pengxiao, JI Miaoli

(Affiliated Baoji Hospital of Xi'an Medical University, Xi'an 721000, China)

Abstract Objective:To explore the clinical efficacy of acupotome in the treatment of cervical spondylosis of vertebral artery type(CSA). **Methods**:Total 86 patients with CSA were divided into acupotome group(45 cases) and acupuncture group(41 cases) according to random number tablet. After 2 courses of treatment, the treatment results were evaluated by the clinical evaluation scale for cervical spondylosis(CSACS), pain scale method(VAS), and transcranial doppler(TCD). **Results**:The CSACS scores of acupotome group and acupuncture group were significantly higher than those before treatment, the difference was statistically significant (P<0.05). In comparison between the two groups, the improvement of CSACS score in acupotome group was better than that in acupuncture group, and the difference was statistically significant (P<0.05). There was no statistically significant in CSACS score between 3 months after treatment and after treatment (P<0.05), and there was statistically significant between the two groups(P<0.05). The improvement of VAS score in

[收稿日期] 2018-09-29

[作者简介] 刘冠中(1984-),男,陕西宝鸡人,医学硕士,主治医师,主要从事脊柱相关疾病研究。

the acupotome group was better than that in the acupuncture group, and the difference was statistically significant between the two groups (P<0.05). There was no significant difference in VAS score

between 3 months after treatment and after treatment (P>0.05). The systolic peak velocity (SPV) of TCD in acupotome group was significantly higher than that before treatment (P<0.05). There was no significant change in VS of acupuncture group compared with that before treatment. The basilar artery (BA) of mean velocity (VM) in acupotome group was significantly higher than that before treatment (P<0.05). **Conclusions:** The CSACS score, VAS score and TCD index were improved in both acupotome group and acupuncture group. The curative effect of acupotome group was better than that of acupuncture group. TCD can be used as an important index to evaluate the curative effect of CSA.

Keywords acupotome; cervical spondylosis of vertebral artery type; cerebral blood flow; clinical evaluation scale for cervical spondylosis; pain scale method; transcranial Doppler

椎动脉型颈椎病(CSA)发病率为1.73%,占颈椎病的10%~15%,仅次于神经根型颈椎病,且呈现递增趋势^[1]。发病时患者觉颈部疼痛、头痛、眩晕、恶心,甚至猝然昏倒。目前治疗主要是通过扩张脑血管药物,改善脑细胞代谢来改善眩晕症状,如盐酸氟桂利嗪,作为非选择性 Ca²+拮抗剂,能够抑制血管收缩,对基底动脉及颈内动脉作用明显,但长期服用会导致嗜睡、抑郁症及锥体外系症状等不良反应^[2]。针灸治疗该病效果确切,但疗程较长,需每天治疗,患者难以坚持。目前针刀治疗 CSA 的临床疗效较好,针对病变关键部位出现的粘连、瘢痕结构进行松解,能破坏原有的病理构架,恢复人体动态平衡。2013年6月至2017年6月,我们应用针刀治疗45例CSA患者,疗效较好,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

86 例患者全部来自西安医学院附属宝鸡医院门诊及住院患者,使用随机数字表分为两组。针刀组 45 例,男 19 例,女 26 例;年龄最大 75 岁,最小46 岁,平均 53.8 岁;病程最短 1 周,最长 5 年;伴有上肢麻木 38 例,有猝倒、恶心症状 18 例。针灸组 41 例,男 16 例,女 25 例;年龄最大 78 岁,最小 45 岁,平均 55.2 岁;病程最短 1 周,最长 7 年;伴有上肢麻木 33 例,有猝倒、恶心症状 13 例。两组患者通过经颅多普勒(TCD)检查均存在椎-基底动脉供血不足。两组一般资料对比差异无统计学意义,具有可比性(P>0.05)。

1.2 诊断标准

参照 2008 年全国第三届颈椎病专题座谈会颈椎病的诊断标准。曾有猝倒发作、并伴有颈性眩晕;旋颈试验阳性;多伴有头颅症状,包括视力模糊、耳鸣及听力障碍等;X线片显示节段性不稳定或钩椎关节骨质增生;除外眼源性、心源性及耳源性眩晕;

TCD显示椎动脉或基底动脉有供血不足表现。

1.3 纳入标准

符合上述诊断标准者;可耐受针灸及针刀治疗, 且治疗期间内不服用阿司匹林等可能影响治疗结果 者;依从性较高,能按疗程完成治疗者。

1.4 排除标准

骨质疏松者;出血倾向严重者;惧怕针具,不愿意继续接受治疗者;耳源性、眼源性眩晕引起眩晕、恶心者:合并严重内科系统疾患或有精神病患者。

2 治疗方法

2.1 针灸组

41 例患者分别选取风池、大椎、夹脊、列缺。配穴:肩井、百会、人中、太冲。头痛加太阳、率谷,呕吐加内关、足三里,耳鸣加听宫、听会。按照常规操作方法,皮肤消毒,捻转进针,施以补泻,留针 30 min。日1次,每周6次,2周为1个疗程,共治疗2个疗程。

2.2 针刀组

45 例患者取枕外隆突,在上项线平面距离后正中线向两侧分别旁开 2.5 cm 定两点,距正中线 5 cm 再定两点。选取颈后肌肉两旁压痛点,距正中线 1.5 cm 于关节突关节投影处选点。使用 4 号 0.8 mm 针刀,按照针刀进针四步原则,到达骨面后,采用纵疏横拨刀法 2~3 刀。感觉针下紧涩感消失后出刀,按压 2 min 止血,包可贴覆盖针眼。针刀治疗每周 2 次,针刀治疗 5 次为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

所有 CSA 患者每日均配合中药外敷治疗,针刀组做针刀当天先行中药外敷,再进行针刀治疗。对于频发猝倒患者佩戴颈托固定,随着症状减轻,逐渐在医师指导下进行颈部旋转及屈伸功能锻炼。所有患者治疗 2 个疗程后判定临床疗效。通过根据颈椎病临床评价量表(CASCS),疼痛程度标尺法(VAS)及经颅多普勒(TCD)检查来判定治疗效果。

3 疗效标准

3.1 CASCS 评分

主观症状(18分),生活、工作适应能力(9分),临床体征(73分),总分为100分。治疗2疗程及3个月后,对比两组疗效评分。

3.2 VAS 评分

0分:无痛;3分以下:有轻微疼痛,可忍受;4~6分:疼痛并影响睡眠,尚可忍受;7~10分:患者有渐强烈的疼痛,疼痛难忍,影响食欲,影响睡眠。治疗2疗程及3个月后,对比两组疗效评分。

3.3 TCD 检查

所有 CSA 患者进行 TCD 检查,统计基底动脉 (BA)及左右椎动脉(LVA、RVA)的收缩期峰值血流速度(SPV)、平均血流(VM)情况的变化。正常值参考《超声医学》[3]。

4 统计学方法

采用 SPSS 15.0 进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采取卡方检验,取 $\alpha = 0.05$ 为检验水准。

5 治疗结果

5.1 两组 CASCS 评分比较 见表 1。

表 1 两组 CASCS 评分对比 $(\bar{x} \pm s, \beta)$

组别	例数	治疗前	治疗后	3个月后
针刀组	45	70.68 ± 3.65	90.08 ± 2.45*△	91.05 ± 3.09
针灸组	41	71.34 ± 2.57	$83.45 \pm 3.09^*$	85.45 ± 3.09

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

5.2 两组 VAS 评分比较 见表 2。

表 2 两组 VAS 评分比较 $(\bar{x} \pm s, \beta)$

组别	例数	治疗前	治疗后	3个月后
针刀组	45	4.8 ± 2.8	$1.2\pm1.1^{*\vartriangle}$	1.0 ± 1.2
针灸组	41	4.6 ± 3.0	$2.7\pm2.1^*$	2.5 ± 1.3

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

5.3 两组 TCD 收缩期峰值血流速度(SPV)比较 见表 3。

表 3 两组 TCD 收缩期峰值血流速度(SPV)比较($\bar{x} \pm s$,cm/s)

组别	例数	时间	BA	LVA	RVA
£1, 77 /P	45	治疗前	47.93 ± 7.54	41.95 ± 5.97	40.24 ± 6.23
针刀组	45	治疗后	$58.80 \pm 7.34^{* \triangle}$	$53.60 \pm 6.56^{* \triangle}$	$49.00\pm6.67^{*\triangle}$
4. 久加	41	治疗前	48.32 ± 7.09	42.98 ± 6.53	41.64 ± 7.07
针灸组	41	治疗后	50.40 ± 6.32	43.80 ± 7.98	42.20 ± 6.73

注:与本组治疗前比较,*P<0.05,与对照组治疗后比较,△P<0.05

5.4 两组 TCD 平均血流速度(VM)比较

见表 4。

表 4 两组 TCD 平均血流速度 (VM) 比较 $(\bar{x} \pm s, \text{cm/s})$

组别	例数	时间	BA	LVA	RVA
十刀组	45	治疗前	32.05 ± 5.91	24.92 ± 6.31	32.04 ± 6.01
刊刀组	45	治疗后	$42.30 \pm 5.43^{* \triangle}$	25.80 ± 6.78	31.64 ± 5.93
4. 久 知	41	治疗前	31.87 ± 5.96	25.30 ± 5.92	32.50 ± 4.87
针灸组	41	治疗后	32.40 ± 4.43	25.80 ± 5.35	31.10 ± 5.83

注:与本组治疗前比较,*P<0.05,与对照组治疗后比较,△P<0.05

6 讨论

椎动脉型颈椎病根据临床症状归属于中医学眩晕的范畴。《素问玄机原病式·五运主病》中言:"所谓风气甚,而头目眩运者,由风木旺,必是金衰不能制土,而木复火生,风火皆属阳,多为兼化,阳主乎动,两动相搏,则为之旋转。"主张眩晕病机应从风火立论。《丹溪心法·头眩》中则强调"无痰不作眩",提出痰水致眩学说。《景岳全书·眩运》中提出:"眩运一

证,虚者居其八九,而兼火兼痰者,不过十中一二耳。"强调无虚不作眩,中医学认为眩晕的发生与"风""痰""虚"相关。基本病机为虚实夹杂,本虚为脾肝肾虚,实为风痰。颈部为诸阳经上达头部之通道,风邪夹寒或湿或痰浊,阻遏经气上行,清窍失养发为眩晕;肝肾不足,或脾胃虚弱,则精血亏乏,导致髓海失养,发为眩晕。针刺选穴按照"经脉所过,主治所及"之理论,通过对经穴刺激,调节经络气血平

衡,使清阳上升。颈3夹脊穴位于颈夹脊中部,同风池穴、天柱穴双侧针灸可以通畅督脉和太阳经气而调和阴阳,并通过膀胱经背俞穴与脏腑的联系调节脏腑气血[4],达到治疗目的。

针刀的针体较针灸针粗,故能够产生更强的针 刺作用[5],治疗过程中患者的"得气"针感较强,而且 部分治疗点与足太阳膀胱经的玉枕、天柱相重合,能 清利头目,舒筋活络。有学者从生物力学角度对针 刀治疗颈椎病的机制分析认为[6-8],针刀能够调节颈 项部的生物力学失衡状态,从而达到治疗目的。针刀 医学认为人体组织损伤最根本的病理机制是动态平 衡失调^[9],由于年龄和慢性劳损等原因导致颈椎小 关节及周围软组织的力学平衡破坏,导致椎小关节 失稳,引起颈椎椎体整体或局部发生位移,而这种位 移会使颈椎生理曲线产生偏曲、僵直等,穿行于横突 孔内的椎动脉在这种变化中发生迂曲、痉挛,则会导 致椎-基底动脉供血不足[10]。与此同时,椎小关节的 微小移位会使机体自我代偿机制激活,导致骨质增 生,而骨质增生可能会刺激颈部周围的神经、血管, 产生颈椎病的临床症状。这一学说为针刀通过软组 织调节治疗颈椎病提供了理论依据。从解剖结构而 言,椎动脉枕段从寰椎横突孔出来到进入颅内前,要 沿寰椎侧块的外、后、内侧绕行,需转 180°的弯:继而 还要穿过一个骨性纤维管。行程迂曲,其活动范围、 伸缩余地极小,又紧贴骨面或韧带,软组织少,无缓 冲地带:加之寰枢关节容易发生紊乱、错位等,故此 段椎动脉很容易被扭曲、牵引、刺激、压迫,而引起椎 动脉供血障碍,出现眩晕等表现[11]。另外,当患者的 机体发生感染,过度劳累或者精神处于高度紧张及 睡眠的姿势发生改变,都有可能造成椎动脉出现结 构或者功能的变化,引起血管壁周围自主神经发生 功能性的失调,产生供血不足的现象[12]。TCD能检 测椎动脉血流动力学的变化,具有重复性好、无创 伤、数据可靠等优点,是诊断 CSA 及评价治疗的理 想检测方法。其中,血流速度、阻力指数以及搏动指 数等检测指标的变化反映了患者疾病症状的生理状 态及椎动脉的弹性[13]。也有学者对椎基底动脉供血 不足出现眩晕持怀疑态度,实验研究显示结扎狗的 一侧或两侧动脉,观察狗的运动,并无异常表现[14]。 针对该实验结果,笔者认为动物实验并不能完全模 拟 CSA 的病因,许多 CSA 患者并没有出现猝倒、走 路摇晃等情况,但TCD检查的确出现了椎基底动脉 供血不足,这可能和椎动脉在横突孔内所受到的理 化刺激有关[15]。通过针刀松解,可以解除此段椎动脉 的卡压,改善局部血液循环,为椎-基底动脉供血 提供了良好的"通路"。另一方面,针刀通过对颈交 感神经周边软组织的刺激,可使颈交感神经的兴奋 性降低,从而调整了椎动脉交感神经丛,缓解椎动脉 的痉挛,并能够反射性的舒张血管,改善了脑干及小 脑的血供,消除了眩晕症状。

[参考文献]

- [1] 施杞. 骨伤科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:1099.
- [2] 陈新谦,金有豫,汤光. 新编药物学[M]. 16 版. 北京:人 民卫生出版社,2007:301.
- [3] 周永昌,郭万学. 超声医学[M]. 北京:科学技术文献出版 社,1998:279-280.
- [4] 卜晗,张梅刃,赵奎,等. 益气活血法加胞二磷胆碱治疗 老年椎动脉型颈椎病的临床观察[J]. 临床合理用药杂 志,2014,7(4):53-54.
- [5] 吴绪平. 针刀医学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2016: 15-36.
- [6] 魏威,石仕元,王以进,等. 小针刀治疗颈椎生理曲度变直的生物力学研究[J]. 中国中医药科技,2012,19(2):
- [7] 黄承军,王力平. 小针刀治疗对颈椎病颈椎曲度的影响[J]. 辽宁中医杂志,2010,37(2):344-345.
- [8] 田弯弯,李开平,李敏,等. 针刀对颈型颈椎病模型兔颈肌中 SOD、MDA 的影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2016,18(5):136-138.
- [9] 张天民,吴绪平. 人体弓弦力学系统平衡失调与疾病发生发展及针刀治疗的关系[J]. 中国针灸,2010,30(1): 121-124
- [10] 田纪钧. 刃针疗法(5)——刃针治疗颈枕部软组织损害性椎-基底动脉供血不足[J]. 中国针灸,2005,25(6):437-438.
- [11] 易秉瑛. 针刀医学应用解剖[M]. 北京:人民卫生出版社, 2014:103.
- [12] 丁转兰. 彩色多普勒超声诊断先天性椎动脉变异的价值和临床意义[J]. 影像研究与医学应用,2018,2(2): 190-191.
- [13] 王冠. 中医针灸联合推拿手法治疗椎动脉型颈椎病临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志,2016,11(2):207-210.
- [14] 贾连顺. 当代颈椎外科学[M]. 上海:上海远东出版社, 1993;165.
- [15] 徐志伟,罗荣敬. 中西医结合生理学[M]. 北京:科学出版社,2003:125-126.

中药热奄包联合西药对围手术期鼻骨骨折患者 疼痛肿胀的影响

王文一

(文登整骨医院,山东 文登 264400)

[摘要]目的:分析自制中药热奄包联合西药治疗对围手术期鼻骨骨折患者疼痛的影响。方法:选择2016年1月至2018年5月120例围手术期鼻骨骨折患者为研究对象,由计算机产生的随机数依据奇偶数分为对照组(60例)和观察组(60例),对照组采用西医常规围手术期鼻骨骨折治疗,观察组在对照组基础上加用自制中药热奄包外敷治疗,采用视觉模拟评分(VAS)评估鼻部疼痛程度,薄膜涂色法评估鼻部肿胀面积,1周后观察相关疗效指标。结果:治疗后,观察组 VAS为(1.75±0.50)分,肿胀面积为(13.21±6.53)cm²,明显低于对照组的(3.60±0.40)分和(37.42±9.63)cm²,两组疗效比较差异有统计学意义(P<0.05)。观察组显效率56.67%,总有效率96.67%,明显高于对照组的36.67%和80.00%,两组疗效比较差异有统计学意义(P<0.05)。两组均未见明显不良反应,药物安全性好。结论:针对鼻骨骨折患者围手术期治疗,采用中药热奄包外敷联合西药治疗,可显著缓解鼻部疼痛肿胀。

[关键词] 鼻骨骨折:疼痛:肿胀:中药热奄包:抗生素:视觉模拟评分:薄膜涂色法

「中图分类号] R276.165.8

「文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0381-03

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.014

Effect of Chinese Medicine Fomentation Combined with Western Medicine on Pain and Swelling in Patients with Nasal Bone Fracture during Perioperative Period

WANG Wenyi

(Wendeng Osteopathic Hospital, Wendeng 264400, China)

Abstract Objective: To analyze the effect of self-made Chinese medicine fomentation combined with western medicine on pain of patients with nasal bone fracture during perioperative period. Methods: Total 120 patients with perioperative nasal bone fractures from January 2016 to May 2018 were selected. The patients were divided into control group (60 cases) and observation group (60 cases) according to computer-generated random odd and even numbers. The control group was treated with routine perioperative nasal bone fracture. The observation group was treated with self-made Chinese medicine fomentation on the basis of the control group. The degree of nasal pain was assessed by visual analogue scale(VAS). The area of nasal swelling was assessed by film coloring method. Relevant therapeutic indexes were observed one week later. Results: After treatment, the VAS of the observation group was (1.75 ± 0.50) and the swelling area was (13.21 ± 6.53) cm²,

[收稿日期] 2018-09-27

[作者简介] 王文一(1981-),女,山东威海人,医学硕士,主治医师,主要从事中医外治法治疗耳鼻喉常见病、多发病研究。

which was significantly lower than those of the control group: (3.60 ± 0.40) and (37.42 ± 9.63) cm² respectively, the difference was statistically significant (P < 0.05). In terms of clinical efficacy, the marked

effective rate and the total effective rate of the observation group was 56.67% and 96.67%, which was significantly higher than 36.67% and 80.00% of the control group, the difference was statistically significant (P<0.05). There were no obvious adverse reactions in both groups, and the drug safety was good. **Conclusion**: In the treatment of perioperative nasal bone fracture, the combination of Chinese medicine fomentation and western medicine can significantly relieve nasal pain and swelling.

Keywords fracture of nasal bone; pain; swelling; visual analogue scale; film coloring method; Chinese medicine fomentation

鼻是人体颅面部最突出的解剖部位,在碰撞、车祸等意外事件中极容易发生鼻骨骨折。鼻骨骨折后,鼻部出血、局部疼痛为最常见的症状,同时可见面部发生淤青、肿胀,甚至面部外形、鼻通气功能也受到影响。临床行手术复位治疗后,若疼痛、肿胀未能有效控制,治疗效果会受到影响,造成复位失败,严重则鼻梁塌陷或偏斜无法纠正,导致五官后天畸形,影响患者的面部美观及生活质量[1]。在围手术期快速有效地消除或者缓解患者的疼痛、肿胀情况,可使患者痛苦程度减轻、住院时间缩短、降低住院费用[2]。目前西医常采用抗生素治疗围手术期鼻部肿胀、疼痛,效果一般[3]。本科室自制的中药热奄包具有行气活血、散瘀止痛之功效,可以有效缓解围手术期鼻骨骨折患者疼痛、肿胀程度,改善患者预后,报道如下。

1 临床资料

选择 2016 年 1 月至 2018 年 5 月在文登整骨医院五官科接受诊治的围手术期鼻骨骨折患者为研究对象。纳入标准:①符合西医鼻骨骨折诊断标准^[4];②符合中医气滞血瘀证的辨证标准^[5];③无意识障碍及认知功能障碍。排除标准:①年龄不足 18 岁,或超过 75 岁以上;②相关药物过敏者;③妊娠期或哺乳期女性患者;④严重的神经功能缺损;⑤鼻部皮肤有破损者。最终纳入 120 例研究对象,由计算机产生的随机数依据奇偶数分为对照组和观察组,对照组 60 例,男 38 例,女 22 例,年龄 27~63 岁,平均(43.8±4.5)岁。观察组 60 例,男 40 例,女 20 例,年龄 28~64 岁,平均(42.8±5.0)岁。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。本研究经过医院伦理委员会批准,所有患者均知情同意。

2 治疗方法

对照组采用西医常规围手术期鼻骨骨折治疗,包括消肿、止痛、优质护理的治疗措施,常用止痛药为氢溴酸高乌甲素注射液,消肿药为注射用七叶皂苷钠。观察组在对照组基础上加用自制中药热奄包

外敷治疗,主要成分: 苏木 20 g,醋乳香 10 g,醋没药 10 g,桃仁 9 g,酒大黄 9 g,研成直径约 0.3~0.5 cm 的颗粒状,放于纺布缝制的布袋内制成药包,将准备好的中药热奄包放于微波炉内,中高火加热 4 min。热奄包加热完成后,将水温计插于袋中 3 min,测温度为 50~60 ℃为加热适度。再将其放在患者前臂掌侧测温,以患者可以耐受且产生舒适感为最佳温度。然后将其均匀平铺于患者面部,每次外敷 20~30 min,日 2 次,药包每日更换。1 周后观察相关疗效指标。

3 观察指标

3.1 治疗前后疼痛、肿胀面积比较

采用视觉模拟评分(VAS)评估治疗前后鼻部 疼痛程度,采用薄膜涂色法评估治疗前后鼻部肿胀 面积^[6]。

3.2 临床疗效

显效:经3d治疗后只有轻微疼痛,止痛药无需使用,局部皮肤产生细微褶皱;有效:经3d治疗后减轻疼痛,但需使用止痛药才能忍受疼痛,褶皱未出现在局部皮肤;无效:治疗7d后应用止痛药物仍无法缓解疼痛。

3.3 安全性评估

治疗期间监测患者血尿常规、肝肾功能以及鼻出血等相关不良反应。

4 统计学方法

应用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据的分析和处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验,取 α =0.05 为检验水准。

5 治疗结里

- **5.1** 两组治疗前后 VAS 评分、肿胀面积比较见表 1。
- **5.2** 两组临床疗效比较见表 2。
- **5.3** 药物安全性评价 两组患者治疗期间肝肾功能、尿常规基本正常,

表 1 两组治疗前后 VAS 评分、肿胀面积比较 $(\bar{x} \pm s)$

선다 단대	VAS È	平分(分)	肿胀面积(cm²)		
组别	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
对照组	5.28 ± 1.44	3.60 ± 0.40	144.11 ± 27.33	37.42 ± 9.63	
观察组	5.30 ± 1.51	$1.75 \pm 0.50^{*\#}$	143.82 ± 27.42	$13.21 \pm 6.53^{*\#}$	

注:与本组治疗前比较,*P<0.05,与对照组治疗后比较,*P<0.05

表 2 两组临床疗效比较

组别	例数 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
对照组	60	22	26	12	96.67#
观察组	60	34	24	2	80.0

注:与对照组比较,#P<0.05

血常规初期以中性粒细胞增高为主,术后 3 d 复查基本恢复正常,考虑与组织损伤相关,与药物使用无关。两组患者均未见明显不良反应。

6 讨论

鼻骨骨折是颌面部中一种常见的骨折类型,在颌面部骨折中的发生率 50%,男性发病率明显高于女性。因剧烈疼痛、肿胀导致患者需要合理的治疗措施来缓解临床症状^[7]。通常情况下,鼻骨骨折多采用复位术治疗,手术时间以鼻骨骨折 72 h 内进行为佳,通过手术治疗,可改善鼻骨骨折复位的准确性,加速患者伤口的愈合程度。但是围手术期患者鼻部出现的疼痛、肿胀会对手术和预后产生重大影响^[8]。首先是术前鼻部肿胀会对手术复位的判断以及复位准确性造成重大影响,部分患者因为明显肿胀和疼痛而不能顺利开展手术^[9];其次是术后鼻部疼痛、肿胀的迁延不愈,会对患者预后产生影响,延长住院时间和费用。

目前西医对围手术期鼻骨骨折患者疼痛肿胀主要采用抗生素治疗,全身性抗生素治疗很难到达局部有效药物浓度,致使作用较为缓慢[10]。中医理论认为鼻骨骨折会导致气血运行不畅,瘀血痹阻经脉,引发疼痛,久痛入络,引发肿胀,肿胀进一步影响血运,形成恶性循环,延长病程,不利于疾病康复[11]。热奄包选用行气活血、散瘀止痛的中药,通过加热的方式,使中药在热蒸气作用下以离子形式渗透到患处,促进患处气血运行,经络通畅,瘀祛痛止[12]。研究显示热奄包外敷治疗,可以明显改善患者的 VAS 评分和鼻部肿胀面积,提高临床治疗效果,同时无明显不良反应。

热奄包君药为苏木,消肿止痛、活血化瘀;醋乳香、醋没药为臣药,具有活血化瘀、消肿生肌的作用,

醋没药还可散血止血;佐以桃仁活血化瘀;使药为酒 大黄,引药上行,清上焦热;诸药共奏活血化瘀、温经 通络之功效。临床结果也表明,采用中药热奄包联 合西药治疗可明显降低鼻骨骨折疼痛评分,显著缓 解疼痛肿胀。

[参考文献]

- [1] 高自立. 观察中药外敷治疗骨折部位软组织肿胀的临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,18(36):163-164
- [2] 胡霞. 中药外敷联合电磁波治疗下肢骨折早期肿胀疼痛的效果分析[J]. 中国继续医学教育,2017,9(22):207-208.
- [3] 鞠传宝,姜秀娟,于海勇. 中药外敷治疗四肢骨折疼痛患者的临床分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,18(31): 149.
- [4] 陈胜基,冯柳,张大波,等. X 线平片与 CT 检查技术在鼻骨骨折诊断中的应用价值对比[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2016,37(4):480-482.
- [5] 吴振清,马莉,胡沛. 中医辨证联合手法整复治疗鼻骨骨 折的临床研究[J]. 云南中医中药杂志,2018,39(3):30-32
- [6] 谭子明,沈为民,彭旦生. 薄膜涂色法在扩张皮肤面积测量中的评价[J]. 中华整形外科杂志,2011,27(6):468-469.
- [7] 晁静. 中药热奄包治疗骨折后肿胀疼痛效果观察[J]. 河南医学研究,2017,26(8):1416-1417.
- [8] 张彦哲,胡亚兰,王满. 舍雷肽酶在鼻骨骨折后消退软组织肿胀的临床观察[J]. 实用心脑肺血管病杂志,2010,18(5):599-599.
- [9] 郭珈彤. 马栗种子提取物用于鼻骨骨折伤后消肿疗效观察[J]. 中国实用医药,2016,11(12);201-202.
- [10] 陈佳伟,金秀,吕朝晖.中西医结合治疗骨折早期肢体肿胀疗效观察[J].中国民族民间医药,2018,7(6):125-129
- [11] 程红霞,张琴,付艳,等. 中药伤科油纱外敷改善四肢骨折患者术后肢体疼痛及肿胀的效果观察[J]. 广西医科大学学报,2017,34(1):147-150.
- [12] 陈麒. 中药外敷对改善骨折后患肢肿胀的效果观察[J]. 现代诊断与治疗,2016,27(16):2991-2992.

功能性正骨疗法治疗运动员肩袖损伤临床研究

包信通

(山东省运动康复研究中心,山东 济南 250102)

[摘要]目的:观察功能性正骨疗法对运动员肩袖损伤的临床疗效。方法:将80例肩袖损伤运动员按就诊顺序采用区组随机法分成观察组和对照组各40例,分别接受功能性正骨治疗和常规理筋手法治疗,均每周治疗2次,1个月为1个疗程。观察两组治疗前、第1次治疗结束后、1个疗程治疗后、1个疗程治疗后2周的关节功能活动度、肩关节功能评分;治疗1个疗程后2周进行临床疗效比较。结果:两组治疗后肩关节活动度、肩关节功能评分均显著提升,与治疗前比较差异有统计学意义(P<0.05),观察组治疗后关节功能活动度、肩关节功能评分均高于对照组,两组比较差异有统计学意义(P<0.05);两组总有效率分别为92.5%和85.0%,疗效比较差异有统计学意义(P<0.05)。结论:功能性正骨疗法治疗运动员肩袖损伤具有较好的临床疗效。

[关键词] 肩袖损伤;运动员;功能性正骨疗法;肩关节活动度;肩关节功能评分;疗效观察

[中图分类号] R274.31

[文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0384-04

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.015

Clinical Study on Functional Bone-setting Manipulation in Treating Athletes with Rotator Cuff Injury

BAO Xintong

(Shandong Sports Rehabilitation Research Center, Jinan 250102, China)

Abstract Objective: To observe the clinical effect of functional bone-setting manipulation on athlete rotator cuff injury. Methods: Total 80 athletes with rotator cuff injury were divided into observation group and control group by block random method according to the order of visiting doctors, with 40 cases in each group. Two groups of patients were treated with functional bone-setting manipulation and routine tendon manipulation respectively, twice a week, one month as a course of treatment. Before treatment, after the first treatment, after a course of treatment and two weeks after a course of treatment, the range of motion and the score of shoulder joint were observed in both groups. The clinical effect was observed two weeks after a course of treatment. Results: The range of motion and shoulder joint function score of the two groups were significantly improved after treatment. There were statistically significant before and after treatment (P < 0.05). The range of motion and shoulder joint function score of the observation group were higher than those of the observation group after treatment, and there was statistically significant between the two groups (P < 0.05). The total effective rates of the two groups were 92.5% and 85.0% respectively. The difference of curative effect was statistically significant (P < 0.05). Conclusion: Functional bone-setting manipulation therapy has a good clinical effect on athlete rotator cuff injury.

Keywords rotator cuff injury; athlete; functional bone-setting manipulation; shoulder range of motion; shoulder joint function score; efficacy observation

[收稿日期] 2019-02-22

多。运动员肩部运动创伤流行病学调查结果显示,肩袖损伤患病率在 60%以上,成为影响运动员健康及运动成绩的重要因素印。肩袖损伤常发生在需要肩关节极度外展的反复运动中,如体操、投掷、排球、乒乓球、游泳及举重等运动项目,患者主要表现为肩关节周围疼痛及肩关节功能受限,目前对本病的临床治疗方法较多,主要以手法、针灸、理疗等保守治疗手段为主,重度肩袖损伤患者则以手术治疗为主。临床中多数患者不愿接受手术治疗,对本病保守治疗手段的选择存在盲目性和不确定性,导致很多运动员没有得到及时有效的治疗而延误病情。我们自2014 年 1 月至 2018 年 12 月对收治的肩袖损伤运动员采用功能性正骨疗法治疗,取得了较好的临床效果,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取山东省体育医院收治山东省体育局所属训练项目中心患肩袖损伤的专业运动员 80 例,按就诊顺序采用区组随机法分为观察组和对照组各 40 例,所有患者均表现肩关节主动用力时疼痛无力,部分患者夜间疼痛无法人眠,肩关节功能受限。肩关节磁共振成像影像学检查提示肩袖损伤。观察组男 23 例,女 18 例;年龄 13~31 岁;病程最短 1 周,最长 6个月。对照组男 26 例,女 14 例;年龄 15~33 岁;病程最短 5 d,最长 6 个月。患者入组前均通过山东省体育医院伦理委员会审核。两组基线资料比较差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。治疗前两组肩关节外展角度、前屈角度、内旋角度、加州大学肩关节评分系统评分(UCLA)比较,无统计学意义(P>0.05)。见表 1~4。

1.2 诊断依据

参照《实用运动医学》[1]及《临床诊疗指南·骨科分册》[2]相关标准拟定肩袖损伤的诊断依据。①临床表现:有明确外伤史,患者突感肩部疼痛,程度与关节活动相关,尤其是肩外展、上举、内旋受限,夜间症状加重。②体格检查:肩峰下凹征阳性,臂坠落试验阳性,撞击试验及疼痛弧征可为阳性。病史超过3周以上病例可有不同程度局部肌肉萎缩。病史超过3个月以上病例可继发关节挛缩。③辅助检查:MRI检查可明确诊断肩袖损伤。

1.3 纳入标准

符合上述诊断标准;年龄 13~35 岁,性别不限,依从性好,能接受系统、规范的治疗并完成试验者;影像学检查和体格检查排除引起肩部疼痛的其他疾

病者;近1个月内未应用激素类药物治疗的运动员 患者;同意参与本项研究并签署知情同意书者。

1.4 排除标准

合并肩关节骨性关节炎、冻结肩、类风湿关节炎等肩关节疾病者;肩袖损伤属于中、大型撕裂,肌腱完全断裂以及大范围软组织损伤等具有明显手术指征者;合并重要脏器严重功能障碍及相关重大疾病者;严重精神障碍者;发病过程中服用大量激素或非甾体类止痛药者。

2 治疗方法

2.1 观察组

功能性正骨手法:肩关节运动功能包括肩外展、内收、前屈、后伸、内旋、外旋和肩胛骨旋前旋后,肩袖损伤通常对肩关节的这些运动产生不适。肩关节功能性正骨就是在评估肩关节这些运动功能基础上,针对运动功能出现的异常采用手法予以纠正,具体操作如下。

- 2.1.1 外展功能障碍 患者坐位,施术者立于患者健侧,自斜后方面向患者。用患者伤肩同侧手从患者颈后以拇指轻抵伤肩肱骨大结节。另一手自患者胸前环绕,抓住患者肘部,患者肘关节屈曲 90 度,肩部放松,避免主动发力,施术者向上抬动患者肘部。同时,伤肩同侧手拇指向下轻轻推压肱骨大结节,抬动至患者出现疼痛的角度,保持 3~5 s,然后将肘放至最低,如此反复,直至将患者肩部外展扩展至无痛最大角度。
- 2.1.2 前屈功能障碍 患者坐位,施术者立于患者身后,用患者伤肩同侧手四指并拢抵住患肩肱骨大结节前方,拇指抵住肩胛冈,进行抓握用力,感受到肱骨向后方轻微滑动感并保持3~5 s。另一手拇指抵住患肩肩胛内上角,其余四指抓住患者锁骨向前方轻微用力,与另一只手同时配合发力。反复3~5 次。
- 2.1.3 内收功能障碍 患者坐位或站位,术者立于患者背后,靠近伤肩侧。用患者伤肩同侧手四指并拢与拇指对掌,四指在前,虎口卡住肩峰下关节缝。另一手从患者胸前环绕抓握患者肘部,牵拉上肢做内收动作至肩关节内收活动最大,患者前臂及肩部放松。反复 3~5 次。
- 2.1.4 后伸功能障碍 患者坐位或站位,术者立于 患者背后。用患者伤肩对侧术者的手扶住患者伤 肩,另一手握住伤肩前臂向后牵拉后伸,反复数次 直至最大范围。反复 3~5 次。
- **2.1.5** 内旋功能障碍 患者坐位或站位,垂肩背手, 术者立于患者背后。患肩同侧术者手扶伤肩,对侧

手握住患者前臂,向后方用力旋转直至最大角度。反复 3~5 次。

- **2.1.6** 外旋功能障碍 患者坐位或站位,自然垂肩屈肘 90°,术者立于患者背后。用患者伤肩对侧术者手扶住患者伤肩,另一手握住伤肩前臂向后旋转直至最大角度。反复 3~5 次。
- **2.1.7** 肩胛骨旋后功能障碍 患者坐位或站位,施术者立于患者背后,用患者伤肩对侧术者手立掌小鱼际抵住肩胛骨内侧缘,同侧手自侧面抓握肩关节,向后旋转肩胛骨并保持 3~5 s。反复 3~5 次。
- **2.1.8** 肩胛骨旋前功能障碍 患者坐位或站位,术者立于患者伤肩对侧,面对患者,一手自胸前环绕抓握患肩肩关节,另一手自背后用掌根轻推肩胛内侧缘并保持3~5 s。反复3~5 次。

以上手法每次治疗 45 min,隔 3 d 治疗 1 次,连续治疗 1 个月为 1 疗程。

2.2 对照组

采用常规理筋手法治疗。参照国家卫生部"十二五"规划教材《中医筋伤学》中关于肩袖损伤的理筋手法^[3],患者取坐位,术者站立于其背侧,术者先用掌揉法、小鱼际滚法施加于患肢肩背部,再用拿法自患肢斜方肌由近至远到肩部肌肉、三角肌和上臂肌肉,通经活络,而后取肩髃、肩井、曲池穴点按,并配合患侧肩部的被动外展、上举、旋内、旋外等动作进行治疗,每次治疗 45 min,隔 3 d 治疗 1 次,连

续治疗1个月为1个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

- **3.1.1** 关节活动度 指患者活动肩部时,肩关节达到的最大弧度,主要观察患者外展、前屈、内旋的关节活动度。
- 3.1.2 加州大学肩关节评分系统(UCLA)^[4] 总分为 35 分,疼痛 10 分,功能 10 分,主动前屈活动度 5 分,前屈力量测试 5 分,患者满意度 5 分。

于治疗前、第1次治疗结束后即刻、1疗程治疗结束后、1疗程治疗结束后2周共4次进行关节活动度测量和UCLA评分。

3.2 疗效标准

临床疗效评价 UCLA 评分可以分为 3 个级别: 优(34~35分),良(29~33分),差(<29分),其中优为痊愈,良好为有效,差为无效。1 疗程治疗结束后 2 周进行疗效评定。

4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件处理数据,计数资料用 χ^2 检验,计量资料数据均以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料分别采用配对资料或成组资料的 t 检验,分级资料采用 Ridit 分析,取 α =0.05 为检验水准。

5 治疗结果

5.1 两组肩关节外展角度变化比较见表 1。

表 1 两组肩关节外展角度变化比较 $(\bar{x} \pm s, \bar{y})$

组别	例数	治疗前		治疗后	
	列致	イロクリ 月リ	第1次治疗后	1 疗程治疗后	1 疗程治疗后 2 周
观察组	40	58.76 ± 9.28	79.92 ± 7.89**	160.52 ± 7.36**	164.13 ± 9.13**
对照组	40	60.32 ± 9.71	$68.54 \pm 8.03^{\#}$	$155.73 \pm 8.57^{\text{\#}}$	157.48 ± 8.64 #

注:与治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,*P<0.05

5.2 两组肩关节前屈角度变化比较

见表 2。

表 2 两组肩关节前屈角度变化比较 $(\bar{x}\pm s, g)$

组别	例数	治疗前	治疗后			
		イロク」 目り	第1次治疗后	1 疗程治疗后	1 疗程治疗后 2 周	
观察组	40	62.98 ± 9.86	85.58 ± 7.17**	167.52 ± 8.87**	173.13 ± 7.04**	
对照组	40	64.63 ± 9.32	$73.22 \pm 7.23^{\#}$	158.73 ± 8.35 #	162.48 ± 9.48 #	

注:与治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,*P<0.05

5.3 两组肩关节内旋角度变化比较见表 3。

5.4 两组 UCLA 评分比较

见表 4。从以上结果可以看出,在提高肩关节活动度以及肩关节功能评分方面,观察组首次治疗即

时效果明显优于对照组,完成1疗程治疗后,观察组提高关节活动度以及改善肩关节功能评分明显优于对照组,效果稳定持久。

5.5 两组临床疗效比较 见表 5。

表 3	两组启关节	内旋角度变化	比较 $(\bar{x}\pm s, \bar{g})$
-----	-------	--------	------------------------------

组别	例数	治疗前 -	治疗后				
	沙川安义	行りたり	第1次治疗后	1 疗程治疗后	1 疗程治疗后 2 周		
观察组	40	24.85 ± 6.95	36.82 ± 9.17**	63.29 ± 8.83**	65.71 ± 8.92**		
对照组	40	23.82 ± 7.05	$27.76 \pm 7.53^{\#}$	54.95 ± 7.97#	56.43 ± 8.06 #		

注:与治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,*P<0.05

表 4 两组 UCLA 评分比较 $(\bar{x} \pm s, \beta)$

组别	例数	治疗前		治疗后	
组 剂	沙川安义	石づり、利り	第1次治疗后	1 疗程治疗后	1 疗程治疗后 2 周
观察组	40	12.57 ± 3.61	17.58 ± 2.17**	32.86 ± 2.14**	33.71 ± 1.92**
对照组	40	12.93 ± 3.52	$14.76 \pm 1.95^{\text{\#}}$	29.95 ± 1.97 #	31.43 ± 2.17#

注:与治疗前比较, *P <0.05;与对照组治疗后比较, *P <0.05

表 5 两组临床疗效比较

组别	例数	痊愈(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	40	25	12	3	92.5*
对照组	40	16	18	6	85.0

注:与对照组比较,*P=0.033

6 讨论

肩袖是覆盖于肩关节前、上、后方之冈上肌、冈下肌、小圆肌、肩胛下肌等肌腱组织的总称,这些肌腱将肱骨头稳定于肩胛盂上,对维持肩关节的稳定和肩关节活动起重要的作用。运动员肩袖损伤主要是由于肱骨大结节反复的超常范围的急剧转动(特别是外展),劳损或牵扯并与肩峰和喙肩韧带不断撞击摩擦所致,其发生大都有损伤史,如未及时合理处理,继续重复损伤动作,最后则变成慢性损伤,部分病例系逐渐发生,受伤史不明[5]。运动员往往因为竞技项目的需要,受伤后不能停止训练和比赛,导致损伤后更难以恢复。

通常的保守治疗以改善患者临床症状为目的,往往忽略了患者功能的恢复,甚至有些患者临床症状也未能根本消除。本研究深入研究运动员肩袖损伤的临床表现及特点,充分尊重运动员急于恢复伤后训练并且提高运动能力的诉求,采用了区别于常规临床治疗的思路,以恢复关节正常运动功能为目的,通过独特的正骨手法调整关节平衡。这种手法以恢复关节运动功能为目的,是在应用传统推拿按摩疗法基础上,结合现代康复手法总结出的一套功能性正骨手法。这套手法从运动功能解剖学及生物力学分析伤病产生的部位及对运动动作的影响,评估关节活动范围、肌肉力量及本体感觉神经控制等内容,找出伤病处运动功能失衡的根本原因,然后针对功能失衡的原因结合手法原理制定出个体化方

案进行手法干预,以减少或者解除人体运动过程对受伤部位的力学影响,使受损组织不再受到致伤因素刺激,从而逐渐修复。首先,功能性正骨通过手法恢复肩关节周围软组织的张力,增强关节囊的顺应性,平衡关节囊内压,增强关节的稳定性和灵活性^⑥,通过评估后找到功能障碍点,有针对性地增加关节活动度,即刻效果显著。其次,功能性正骨手法通过对肩袖各肌肉组织纤维的牵拉与放松,促进了肌肉组织内部血液、淋巴等液体的循环运动,使肌肉组织的营养状态得以改善,肌肉张力、耐受力与弹性得以平衡。第三,通过对肌肉进行激活、牵拉,调整肩袖的生物力学关系,使肩袖部"应力紊乱"得以改善,从而减轻或消除应力对肩袖的不良刺激,以消除致伤因素的影响,为肌腱愈合提供最合适负荷,促使肩袖各肌腱的成功修复^[7],达到治疗作用。

[参考文献]

- [1] 曲绵域,于长隆,高云秋,等. 实用运动医学[M]. 北京: 北京大学医学出版社,2003:632-633.
- [2] 中华医学会. 临床诊疗指南·骨科分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:63.
- [3] 马勇. 中医筋伤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2012: 104-107.
- [4] 梁江声,黄必留,谭加群,等. 肩袖损伤诊断与治疗方法的选择[J]. 中国临床解剖学杂志,2010,28(3):342-344.
- [5] 钟珊,刘晓华,覃鼎文,等. 肩袖损伤关节镜修复术后的 康复临床研究[J]. 中国康复医学杂志,2012,27(1):40-43.
- [6] 钱竞光,宋雅伟. 运动康复生物力学[M]. 北京:人民体育出版社,2008:160-164.
- [7] 杨建军,蒋佳,陈世益. 生物力学在肌腱愈合中作用的研究进展[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2012,27(12):1158-1160.

综合疗法治疗白癜风 50 例疗效观察

曹淑丽,孙 晶

(中国人民解放军第四六三医院皮肤科,辽宁 沈阳 110000)

[摘要] 目的:探究综合疗法治疗白癜风的临床疗效机制,并检测对血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、 γ -干扰素(IFN- γ)、白细胞介素-17(IL-17)水平的影响。方法:收集 2015 年 3 月至 2018 年 3 月于中国人民解放军第四六三医院皮肤科诊治的白癜风病例患者 100 例,采用随机数字表法分成对照组、观察组各 50 例。对照组采用常规西药联合紫外线光疗治疗,观察组在对照组治疗基础上联合应用中药方剂加减治疗,治疗 2 个月后进行临床疗效评估。观察两组治疗总有效率、白癜风面积及严重程度指数(VASI)总评分、不良反应发生率改善情况,并检测患者外周血清 TNF- α 、IFN- γ 、IL-17 的水平以评价疗效。结果:观察组总有效率 86.0%,对照组 68.0%,两组疗效比较,差异有统计学意义(P<0.05);治疗后两组白癜风面积及 VASI 评分均有明显改善(P<0.05),组间比较观察组降低明显(P<0.05);观察组治疗后不良反应发生率明显低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05);两组治疗后血清 TNF- α 、IFN- γ 、IL-17 水平均显著降低,组内及组间比较差异均具有统计学意义(P<0.05)。结论:运用西药联合紫外线光疗、中药治疗白癜风可明显提高临床疗效,有效促进症状体征的改善,并降低不良反应发生率,并且可以通过血清中 TNF- α 、IFN- γ 、IL-17 水平的变化预测白癜风病情程度与治疗效果。

[关键词] 白癜风;中西医结合;白癜风面积;肿瘤坏死因子-α;γ- 干扰素;白细胞介素-17;严重程度指数 [中图分类号] R275.984.1 [文献标志码] A [文章编号] 1007-659X(2019)04-0388-05 **DOI**: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.016

Therapeutic Observation on Comprehensive Therapy in Treatment of 50 Cases of Vitiligo

CAO Shuli, SUN Jing

(Department of Dermatology, 463 Hospital of People's Liberation Army, Shenyang 110000, China)

Abstract Objective: To explore the clinical therapeutic mechanism of comprehensive therapy in treating vitiligo, and to detect the effects on serum levels of tumor necrosis factor- $\alpha(\text{TNF-}\alpha)$, interferon- $\gamma(\text{IFN-}\gamma)$ and interleukin-17(IL-17). Methods: Total 100 cases of vitiligo were collected from March 2015 to March 2018 in dermatology department of 463 Hospital of People's Liberation Army. They were divided into control group and observation group according to random number tablet, 50 cases in each group. The control group was treated with routine western medicine combined with ultraviolet light therapy, while the observation group was treated with traditional Chinese medicine prescription addition and subtraction on the basis of the control group. The clinical efficacy was evaluated after two months of treatment. The effective rate of treat-

[收稿日期] 2018-06-23

[作者简介]曹淑丽(1974-),女,辽宁沈阳人,医学硕士,主治医师,主要从事皮肤病诊断与治疗研究。

ment, the total score of vitiligo area and severity index (VASI) and the improvement of adverse reactions were observed. The levels of TNF- α , IFN- γ

and IL-17 in peripheral serum of patients were detected to evaluate the therapeutic effect. **Results**: The total effective rate was 86.0% in the observation group and 68.0% in the control group. There was statistical significance between the two groups (P < 0.05). After treatment, the area of vitiligo and VASI scores in both groups were significantly improved (P < 0.05), and the incidence of adverse reactions in the observation group was significantly lower than that in the control group (P < 0.05). After treatment, serum levels of TNF- α , IFN- γ and IL-17 were significantly decreased, and there was statistical significance between the two groups (P < 0.05). **Conclusions**: Western medicine combined with ultraviolet phototherapy and traditional Chinese medicine can significantly improve the clinical efficacy, effectively promote the improvement of symptoms and signs, and reduce the incidence of adverse reactions. In clinical work, the severity and therapeutic effect of vitiligo can be predicted by abnormal changes of serum levels of TNF- α , IFN- γ and IL-17.

Keywords vitiligo; integrated traditional Chinese and western medicine; vitiligo area; tumor necrosis factor- α ; interferon- γ ; interleukin-17; severity index

白癜风是因机体皮肤黑色素缺失引起的皮肤科常见疾病,主要表现为皮肤出现白斑,对患者的心理及生活质量造成严重影响[1]。目前已总结出多种治疗白癜风的方法,可不同程度地改善白癜风症状,缓解病情发展[2],但远期疗效并不显著。我们采用中西医结合方法治疗白癜风,临床疗效较满意,报道如下。

1 临床资料

1.1 研究对象

收集 2015 年 3 月至 2018 年 3 月中国人民解放 军第四六三医院皮肤科治疗的白癜风患者 112 例, 符合纳人标准病例数 100 例,采用随机数字表法分 为对照组、观察组各 50 例。方案经伦理委员会审批 同意后实施,患者同意参加本临床试验并签署知情 同意书。两组患者在年龄、病程、疾病分期、疾病类 型、性别、体质量方面比较无统计学意义(P>0.05), 具有可比性,见表 1。

表 1 两组基本资料比较

年龄	年龄	性	别	病程	体质量	疾病分	期(例)		疾病类	类型(例)		
组别	例数	$(\bar{x}\pm s, \mathcal{B})$	男	女	$(\bar{x}\pm s, \mp)$	$(\bar{x} \pm s, kg)$	进展期	稳定期	局限	散在	泛发	肢端
对照组	50	43.24 ± 5.38	27	23	6.49 ± 1.86	65.42 ± 8.36	24	26	15	14	11	10
观察组	50	44.82 ± 6.21	24	26	6.54 ± 1.94	64.38 ± 7.86	23	27	15	13	12	10

1.2 诊断标准

西医疾病分期及诊断标准参考 2010 年与 2014 年中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会颁布的 白癜风相关诊断标准^[3-4],中医证候诊断标准参考《中 医症状鉴别诊断学》^[5]的相关标准。辨证为经络瘀阻 型,症见:皮肤显现白斑的边界清晰,常伴有白斑边 缘色素沉着加深,部位固定,或伴有唇甲青紫、面色 发暗;舌下静脉迂曲,舌质紫暗或有瘀斑,苔薄白,脉 细涩或弦涩。

1.3 纳入标准

①符合上述中医、西医关于白癜风的相关诊断标准;②年龄 18 岁以上;③接受常规西医治疗、中医辨证治疗、紫外线光疗;④知情并签署同意书。

1.4 排除标准

①对紫外线光疗存在过敏禁忌:②患者伴有肝

肾功能严重障碍或其他系统危重疾病,意识不清; ③病情不稳定处于危重状态,无法对治疗的安全及 有效性作出判断;④患者患有严重精神类相关疾病, 神志不清;⑤吸毒及酗酒,近3个月内入组患者服 用过临床研究使用药物,消化道大出血、恶性肿瘤、 严重感染患者,对治疗药物过敏患者;⑥处于哺乳、 妊娠期女性,不能坚持本研究治疗方案、临床资料 不全或治疗过程中同时接受其他治疗的患者。

1.5 剔除标准与脱落标准

剔除标准:①误诊或误纳的患者;②无检测记录 患者;③服用影响试验有效性和安全性评估药物的 患者。

脱落标准:所有填写知情同意书并进入试验 观察后,退出试验,没有完成试验的患者,均为脱落 病例。

2 治疗方法

2.1 对照组

予以紫外线光疗联合常规西药治疗,紫外线光疗仪器型号:DuaLight-TUA120-2型。起始治疗剂量:设置为最小红斑量的 2 倍剂量,之后治疗能量每次提高 10%,每周治疗 2 次,当皮肤病变处出现红斑变化时,进行维持剂量治疗,2 个月后评定疗效。西药:他克莫司软膏(国药准字 H20123430,四川明欣药业有限责任公司),适量外涂患处,日 2 次;复方甘草酸苷片(国药准字 H20093006,西安利君制药有限责任公司),每次 3 片,日 3 次。2 个月后评定疗效。

2.2 观察组

在对照组治疗基础上加用中药辨证论治,组成:白芍 10 g,川芎 10 g,赤芍 10 g,菟丝子 10 g,红花 10 g,生地黄 15 g,熟地黄 15 g,桃仁 10 g,制何首乌 5 g,当归 20 g,黄芪 20 g。肾阳虚衰患者加肉桂 10 g、补骨脂 10 g、枸杞子 10 g;肾阴虚衰患者加黄精 10 g、茜草 10 g、石斛 10 g。日 1 剂,水煎服,早晚两次各 100 mL 温服。我院药剂室统一煎制中药,2 个月后评定疗效。

3 标本采集及检测方法

分别于治疗开始前 1 天及治疗 2 个月后第 1 天,采集患者清晨空腹(禁食 8 h 以上)肘静脉血 5 mL,置于普通试管中,自然凝固 1.5 h,以 4000 r/min 离心 10 min 后分离血清,低温(-60 °C)冷冻保存,集中进行检测。血样标本贮存时间最长不超过 2 个月。试剂盒由广东瑞舒生物科技公司提供,采用 ELISA 法检测血清肿瘤坏死因子 $-\alpha$ (TNF- α)、 γ - 干扰素(IFN-

v)、白细胞介素-17(IL-17)水平。

4 疗效标准

4.1 采用手掌法评价治疗前后白癜风面积改善情况 手掌面积按体表面积的 1%计算评估白癜风 面积;运用白癜风面积及严重程度指数(VASI)评分 评估病情改善情况,病情越重积分越高,总计为 100分。

4.2 疗效评价

显效:VASI评分改善大于50%;有效:VASI评分大于10%而小于50%;无效:VASI评分改善小于10%。总有效率(%)=(总例数-无效例数)/总例数×100%。

4.3 不良反应

根据随访结果,统计两组不良反应发生率情况。

5 统计学处理

数据均应用 SPSS 20.0 统计软件进行处理。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验比较两组数据,运用 χ^2 检验统计计数资料,取 α =0.05 为检验水准。

6 治疗结果

6.1 两组临床疗效比较 见表 2。

表 2 两组临床疗效比较

组别	例数	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
对照组	50	14	20	16	68.0
观察组	50	20	23	7	86.0*

注:与对照组比较,*P=0.002

6.2 两组白癜风面积及 VASI 评分比较见表 3。

表 3 两组白癜风面积及 VASI 评分 $(\bar{x} \pm s)$

산□ 단 미	例数 -	白癜风面积(%)		VASI 总评分(分)		
组别	7列致 —	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
对照组	50	56.24 ± 8.29	26.69 ± 8.12*	50.46 ± 6.39	35.13 ± 4.34*	
观察组	50	57.59 ± 9.02	$17.98 \pm 5.45^{*\#}$	51.22 ± 7.63	$20.38 \pm 4.61^{*\#}$	

注:与本组治疗前比较,*P<0.05,与对照组治疗后比较,*P<0.05

6.3 两组治疗后不良反应发生情况比较见表 4。

6.4 两组治疗前后血清 TNF-α、IFN-γ、IL-17 水平比较 见表 5。

7 讨论

研究表明,白癜风发病机制与人体免疫系统调 节异常相关,因此在治疗上西医以调节机体免疫功 能状态为主[6-8]。

T细胞为效应及调节细胞,在人体免疫系统调节过程中扮演重要角色,主要对免疫功能生理状态的平衡起作用,在促炎症反应中辅助 T细胞 Th1、Th17与炎症反应相关[11-12]。Th17细胞可产生 IL-17细胞因子,进而发挥机体防御及促炎症作用。血清中 IL-17水平的升高促进了白癜风患者免疫炎症反

表 4 两组治疗后不良反应发生情况比较

分组	例数	皮肤瘙痒(例)	痛性红斑(例)	水疱(例)	下肢水肿(例)	总计[例(%)]
对照组	50	4	4	3	1	12(24.0)
观察组	50	1	2	1	0	$8(8.0)^*$

注:与对照组比较,*P=0.029

表 5 两组治疗前后血清 TNF- α 、IFN- γ 、IL-17 水平比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	时段	TNF- $\alpha(\mu g/L)$	IFN-γ(ng/L)	IL-17(ng/L)
对照组	7+ 112 VI 50	治疗前	2.48 ± 0.29	26.64 ± 4.28	24.18 ± 4.36
利無组	50	治疗后	$1.86 \pm 0.12^*$	$17.98 \pm 3.23^*$	$16.37 \pm 3.72^*$
जाति क्षेत्र ५०	50	治疗前	2.39 ± 0.34	26.59 ± 4.87	24.69 ± 4.45
观察组	50	治疗后	$1.49 \pm 0.11^{*\#}$	$12.15 \pm 2.96^{*\#}$	$11.94 \pm 3.12^{*\#}$

注:与本组治疗前比较,*P<0.05;与对照组比较,*P<0.05

应破坏的过程^[13]。TNF-α、IFN-γ由 Th1 细胞分泌,机体的体液免疫过程由 IFN-γ介导,可促进细胞的分化及生成。TNF-α 主要由肥大细胞、T 细胞活化 NK、活化单核巨噬细胞构成,可促进肿瘤组织产生出血坏死物质。TNF-α 具有调节机体免疫功能等多种生物学效应,同时在炎性反应的病理变化过程中发挥重要调节作用,通过提高黏附因子在黑色素细胞表面的表达影响黑色素形成^[14]。因此体内 Th1、Th17细胞的生理功能状态可通过血清中 TNF-α、IFN-γ、IL-17水平反映。而本研究结果说明,可能由于治疗前 Th1、Th17细胞明显减少而导致 TNF-α、IFN-γ、IL-17水平过高,治疗后 3种炎性因子明显降低,症状明显改善。因此通过观察血清 TNF-α、IFN-γ、IL-17水平的变化明确病情的发展与预后。

以紫外线作为媒介治疗白癜风,可以明显减少皮肤局部组织内朗格汉斯细胞及淋巴细胞的数量,有效改善病变皮肤局部的免疫应答反应,并且对病变处黑色素细胞的形成与生长有积极刺激促进作用,从而治疗白癜风[15-16]。本研究对患处皮肤外涂他克莫司软膏,可选择性抑制体内淋巴细胞的转录,减轻患处皮肤局部的免疫反应。复方甘草酸苷片为复合制剂,由蛋氨酸、甘氨酸、甘草酸单铵盐、甘草酸苷构成,具有显著抑制病毒增殖、促进肝细胞增殖、抑制肝细胞损伤、调节免疫、抗炎作用,在治疗白癜风及其他疾病方面疗效突出。

白癜风归属于中医白癜、白驳风病范畴。《诸病源候论·白癜候》中有论述:"白癜者,面及颈项身体皮肉色变白,与肉色不同,亦不痒痛,谓之白癜"。王清任在《医林改错·通窍活血汤所治症目》中论述道:

"白癜风血瘀于皮里"。《医宗金鉴·外科心法要诀》中同样有关于白癜风的论述:"白驳风……由风邪相搏于皮肤,致令气血失和"。以上均涉及了白癜风发病的病因病机,强调感受外邪致经络瘀阻而发病的重要病机,白癜风发病多由于机体经络不和,气血运行失调,造成气血损伤,形成血虚导致出现血瘀,瘀血阻滞经络运行。经络瘀阻证提示白癜风病程缠绵难愈,久病形成多虚多瘀状态,导致气血瘀滞,营卫失调,气血不和。即所谓"有诸内必形诸于外",外在皮肤的病理改变多与机体内部的气血运行失调相关。

中医认为白癜风的发病原因为风邪滞留于皮肤经络,阻滞经络气机运行,造成经络瘀阻,气机运行不畅,最终导致气机逆乱,日久引起肝肾两虚而发病。因此中医治则为活血祛风、滋养肝肾[17]。方中黄芪重在补气,当归调和气血,两药相合可达到补气调血的功效;生地黄生津养阴,熟地黄滋阴补血,菟丝子滋补肾阴,何首乌补精益血,白芍生津养阴,诸药合用共奏滋养肝肾之效;川芎活血通络止痛,赤芍化瘀凉血,红花通经活血,桃仁化瘀行血,共同起到通络止痛、活血祛风的功效。临证根据病情辨治,可提高临床疗效。

[参考文献]

- [1] 中华中医药学会皮肤科分会. 白癜风中医治疗专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2017,16(2):191-192.
- [2] 孔珍珍,陆江涛,刘春保,等. 中西医结合治疗白癜风疗效的 Meta 分析[J]. 中国现代医学杂志,2017,27(7):121-124.
- [3] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组.

- 黄褐斑和白癜风的诊疗标准(2010年版)[J]. 中华皮肤 科杂志,2010,43(6):373.
- [4] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 白癜风诊疗共识(2014版)[J]. 中华皮肤科杂志,2014, 47(1):65.
- [5] 姚乃礼. 中医症状鉴别诊断学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2000;639.
- [6] 米吉提·吾普尔,热孜万古丽·乌买尔. 白癜风免疫机制研究进展[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2016,15(2):130-132.
- [7] 叶莹,周莲宝,项蕾红,等.节段型与非节段型白癜风临床特征比较及治疗现状初步调查[J].临床皮肤科杂志, 2013,42(3):142-144.
- [8] 杨珂. 白癜风免疫发病机制研究进展[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2012,28(3):188-191.
- [9] 赵婧,钱磊,盛国荣,等. 窄谱中波紫外线联合退白颗粒对寻常型白癜风外周血 IL-2、IFN-γ、IL-4、IL-10、IL-17、TGF-β₁ 水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2017,26 (33);3652-3656.
- [10] 于越,冯玉康. 他克莫司软膏联合乌龙散治疗白癜风的疗效及对血清 IL-18 和 IFN-y 的影响[J]. 现代中西医结

- 合杂志,2016,25(3):293-295.
- [11] 陈阳,杨景煜,张莉,等. 白癜风患者血清 IL-17、IL-4 及 IL-23 水平的变化[J]. 宁夏医科大学学报,2014,36(5): 508-510.
- [12] 肖汉龙,陶娟,刘辉峰,等. 白癜风患者血清巨噬细胞移动抑制因子和肿瘤坏死因子α的表达[J]. 中华皮肤科杂志,2012,45(9):673-674.
- [13] 雷勇,王晶晶,张少光. 中西医结合治疗对白癜风的临床疗效和血清炎性因子的影响[J]. 世界中医药,2016,11(6):1016-1019.
- [14] 何昉军,付合金,李玉湘. 紫外线光疗配合中西药治疗对白癜风患者血清炎性因子的影响及疗效观察[J]. 临床合理用药,2015,8(4A);31-32.
- [15] 闫毅,李健,王茹,等. 308 nm 准分子光与窄谱中波紫外 线治疗白癜风随机对照研究[J]. 临床皮肤科杂志,2013, 42(2):120-123.
- [16] 王晓东. 他克莫司软膏联合 308 nm 准分子激光治疗白 癜风的临床疗效观察[J]. 中国当代医药,2013,20(27): 30-31.
- [17] 徐永康. 他克莫司软膏治疗白癜风临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2013,12(1):33.

(上接第358页)

- [3] 朱晓虹,秦红丽,谢吉科,等. 300 种儿科常用药品说明书中儿童用药信息的调查[J]. 中国药房,2015,26(14): 1903-1905.
- [4] 王小川,王晓玲,谢晓慧,等. 15 家医院儿科常用药品说明书儿童用药信息调查分析[J]. 中国药学杂志,2015,50(16):1446-1450.
- [5] 白扬,林江,任素剑,等. 数据挖掘在方剂学研究中的应用与发展[J]. 山东中医药大学学报,2019,43(1):24-27.
- [6] 李凌艳,李认书,孙鹤. 数据挖掘技术在中药研究中的应用[J]. 中草药,2010,41(5):852-854.
- [7] 潘家文,刘琼,郑升鹏,等. 基于数据挖掘的老年肺炎用药规律研究[J]. 山东中医杂志,2019,38(2):135-139.
- [8] 钟赣生. 中药学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社, 2016:1-485.
- [9] 张昕婷,张俊英,曹爱华. 济南市 1300 例儿童呼吸道疾病流行病学分析[J]. 中华流行病学杂志,2014,35(11): 1275-1277.
- [10] 陈华,陈健,陶敏. 俞景茂教授肺脾同治小儿疾病经验浅析[J]. 中华中医药杂志,2014,29(9):2832-2834.
- [11] 刘芳,南春红,王雪峰. 小儿肺系疾病证治源流探析[J].

- 辽宁中医杂志,2004,31(10):818-819.
- [12] 王霞芳. 从脾论治小儿呼吸道疾病-肺脾同治的经验——"治肺为先、脾肺同治、健脾善后"[C]//世界中联第六届中医儿科国际学术交流大会论文集. 海口:世界中医药学会联合会儿科专业委员会,2014;10-14.
- [13] 陆权,王雪峰,陈慧中,等. 儿童咳嗽中西医结合诊治专家共识[J]. 中国实用儿科杂志,2010,25(6);439-443.
- [14] 董廷瑶. 小儿用药六字诀[J]. 新中医,1980,12(4):56-57.
- [15] 李婷,徐文珊,李西文,等. 中药桔梗的现代药理研究进展[J]. 中药药理与临床,2013,29(2):205-208.
- [16] 王凯,张伯礼,崔远武,等. 桔梗"载药上行"探寻与评议[J]. 中医杂志,2018,59(4):271-275.
- [17] 曹维宏,温霞. 肺金止咳汤治疗咳嗽变异性哮喘 39 例[J]. 陕西中医,2011,32(8):947-948.
- [18] 牛德峰. 中西医结合治疗外感痒咳 78 例体会[J]. 中医杂志,2010,51(S2):179-180.
- [19] 张保国,梁晓夏,刘庆芳. 桑菊饮药效学研究及其现代临床应用[J]. 中成药,2007,29(12):1813-1816.

谈勇治疗血栓前状态致复发性流产经验

陈文俊1,李慧芳2,谈 勇3

(1.浙江省中医院妇科,浙江 杭州 310006; 2.桐乡市妇幼保健院中医妇科,浙江 桐乡 314500; 3.南京中医药大学,江苏 南京 210023)

[摘要] 总结谈勇治疗血栓前状态(PTS)致复发性流产(RSA)的经验。谈勇认为 PTS 致 RSA 病机多属于肾虚血瘀,治疗宜采用补肾活血法。治疗本病有两个关键点:首先,孕前预培其损,未病先防,调补冲任,培补其源。在滋阴补阳序贯疗法基础上,以经后期补肾滋阴,经前期补肾助阳为总原则,佐以少量活血化瘀药物,以期达到阴平阳秘状态,常用寿胎丸、毓麟珠、左归丸、归芍地黄汤、当归芍药散、自拟补肾活血汤等。其次,孕后采用补肾安胎、养血化瘀方法,结合国医大师夏桂成提出的"3、5、7 奇数律"理论,辨证论治,常用寿胎丸、滋肾育胎丸、泰山磐石散合桂枝茯苓丸等。附验案1则进一步论述谈勇治疗本病的特色。

[关键词] 复发性流产;血栓前状态;肾虚血瘀;补肾活血;固摄胎元;谈勇;名医经验

「中图分类号] R271.942.1

「文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0393-04

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.017

TAN Yong's Experience in Treating Recurrent Spontaneous Abortion Caused by Pre-thrombotic State

CHEN Wenjun¹, LI Huifang², TAN Yong³

(1.Gynecology Department of Zhejiang Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 310006, China; 2.TCM Gynecology Department of Tongxiang Maternal and Child Care Service Center, Tongxiang 314500, China; 3.Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China)

Abstract This article aims to summarize TAN Yong's experience in the treatment of recurrent spontaneous abortion (RSA) caused by pre-thrombotic state (PTS). TAN Yong believes that the pathogenesis of RSA caused by PTS mostly belongs to kidney deficiency and blood stasis, and the treatment should adopt the method of tonifying kidney and activating blood. For the treatment of this disease, there are two key points. First, prevention of diseases should be taken before pregnancy to regulate and reinforce Chong and Ren so

as to increase vitality. Base on the sequential therapy of nourishing yin and tonifying yang, the principle is reinforcing kidney and nourishing yin for delayed menstruation and reinforcing kidney and strengthening yang for early menstruation, adding a little herbs of promoting circulation and removing stasis to reach relative equilibrium of yin-yang. Shoutai Pill, Yuling Pill, Zuogui Pill, Guishao Dihuang

[「]收稿日期] 2018-04-11

[[]基金项目] 江苏省科技厅临床重点专项课题"中医药诊治不孕症的规范化研究"(编号:BL2013039);浙江省中医药优秀青年人才基金项目(编号:2018ZQ021);浙江省中医药科技计划项目(编号:2018 ZA038)

[[]作者简介] 陈文俊(1989-),女,山东聊城人,医学博士,主要从事中医药在生殖内分泌疾病中的应用。

[[]通信作者] 谈勇(1956-),女,江苏苏州人,医学博士,主任医师,教授,主要从事中医药在辅助生殖技术中的应用,E-mail:396719046 @qq.com。

Decoction, Danggui Shaoyao Powder, Self-designed Bushen Huoxue Decoction were usually used. Second, tonifying kidney for preventing miscarriage, nourishing blood and promoting circulation were used to prevent miscarriage. Treatment was based on the theory of "3,5,7 odd number", which was put forward by XIA Guicheng, master of traditional Chinese medicine. Shoutai Pill, Zishen Yutai Pill, Taishan Panshi Powder combined with Guizhi Fuling Pill were usually used. One medical case was presented to analyze the characteristics of TAN Yong's treatment of this disease.

Keywords recurrent spontaneous abortion; pre-thrombotic state; kidney deficiency and blood stasis; reinforcing kidney and activating blood circulation; consolidating fetus original qi; TAN Yong; famous doctors' experience

复发性流产(Recurrent spontaneous abortion, RSA)是育龄期女性的常见病,严重危害患者的身心健康。近年来随着人民生活习惯和外界环境的变化,RSA发病率有升高趋势,亟待有效的解决方法。但是本病病因尚不明确,治疗手段有限,往往难以收到满意的效果。血栓前状态(Pre-thrombotic state, PTS)在RSA发病机制中占有重要的地位,是目前研究的热点。西医治疗以抗凝为主,中医辨证论治具有独特的优势。谈勇教授在长期的临床工作中发现,本病多为肾虚血瘀型,采用补肾活血治疗,临床效果显著。本文梳理了中西医学关于PTS致RSA的发病机制,并总结谈老师治疗本病的特色,报道如下。

1 RSA与PTS

RSA 指与同一伴侣连续发生 3 次及 3 次以上的 自然流产。病因极其复杂,涉及胚胎、母体、父亲、环 境等[1],但大约50%患者原因不明[2]。近年来,PTS与 RSA 的关系越来越引起人们的关注。PTS 目前尚无 统一诊断标准,涉及凝血过程和纤溶系统,一般认为 在血栓事件形成之前,如果发现血流变存在血栓形 成的高危因素,超过正常范围,可初步诊断[3]。先天 性 PTS 存在凝血和纤溶相关的基因突变[4],获得性 PTS主要包括抗磷脂综合征、高半胱氨酸血症以及 其他各种病变导致的血液高凝状态的疾病。本病亦 称"易栓症",虽无临床表现,血栓尚未形成,但是已 经存在微循环障碍。有研究表明,RSA 的患者因为 高凝状态导致子宫内膜血供不足,血流灌注下降,子 宫内膜腺体发育不良,可导致不孕,亦可导致蜕膜绒 毛及脐带管内微血栓形成,这些异常能直接导致胎 盘组织出现血栓倾向,胎盘纤维沉着导致胎盘梗死 灶诱发流产[5]。对于 PTS,抗凝治疗被公认为行之有 效的方法,包括低分子肝素、阿司匹林及中药等[6]。中 医关于 PTS 的认识, 散见于血瘀证相关的记载中。现 代药理学研究发现,活血化瘀中药具有降低血液黏稠度、抗凝、抗血小板聚集作用[^{7]}。

2 辨证经验

RSA 属中医学滑胎、屡孕屡堕的范畴。《诸病源候论》提出"妊娠数堕胎候"。《灵枢·邪气脏腑病形》提出:有所堕坠,恶血留内,认为血瘀是本病的病机之一。《金匮要略》有桂枝茯苓丸治疗癥瘕伤胎血不止的记载。清·王清任提出少腹逐瘀汤可治疗血瘀型流产,并提出病因是"子宫内,先有瘀血占其地……血既不入胎胞,胎无血养,故小产",提出治疗上断不能不辨病因,一律妄用滋阴养血、健脾养胃等补法,针对血瘀应该用活血法"将子宫内瘀血化净,小儿身长有容身之地,断不致再小产"[8]。

谈老师总结夏桂成教授经验,重视"3、5、7 奇数律"理论指导安胎,防治流产。认为在早孕的 30 d、50 d、70 d 以及孕 3、5、7 月时是安胎关键时机^[9],并提出血瘀型流产属于"瘀血占据血室的出血性疾病",属于"瘀血未净,新血不归经",切不可一味见血止血,宜采用"通因通用"之法。

谈老师继承了夏桂成教授的生殖节律理论[10],总结出 PTS 致 RSA 辨证以肾虚血瘀为主的观点。谈老师认为,肾主生殖,冲任之本在于肾,胞脉系于肾。肾精充足,胎儿才能正常发育。本病多因先天肾气不足,气血虚弱,无力行血,瘀滞为患,恶血留滞,妨碍胞胎发育,甚至停止发育;抑或多次流产、堕胎导致冲任瘀滞不通;或情志悱郁,气机不畅,血不归经,流于脉外,结而为瘀,发为肾虚血瘀之证。肾虚与血瘀可互为因果,气为血之帅,肾虚气血运行无力,故致瘀滞产生;血瘀致新血生成障碍,机体失养可致肾气更加虚弱。此类患者临床多表现为月经后期或闭经,经行腹痛,喜温,月经量或多或少,色黯,血块较多,血块排出后腹痛可减,伴腰膝酸软、头晕乏力、耳聋

耳鸣等,舌暗,边有瘀点瘀斑,脉弦或弦涩无力。

本病的治疗有两个关键点。首先,遵循治未病原 则,孕前提倡预培其损,未病先防,调补冲任,培补其 源。正如《女科正宗·广嗣总论》载:"男精壮而女经 调,有子之道也。"在"滋阴补阳序贯疗法"基础上,以 经后期补肾滋阴、经前期补肾助阳为总原则, 佐以少 量活血化瘀药物,以期达到阴平阳秘状态,常用方剂 为寿胎丸、毓麟珠、左归丸、归芍地黄汤、当归芍药 散、自拟补肾活血汤等。根据患者血瘀轻重不同,轻 者给予延胡索、牡丹皮、川芎、郁金、乳香、没药等药, 重者给予桃仁、血竭、水蛭、虻虫之类。由于孕后给予 活血类药物,医者及患者多有疑惑,因此孕前纠正患 者的 PTS 状态尤为关键。其次,孕后采用补肾安胎、 养血化瘀、固摄胎元方法,结合"3、5、7奇数律"理 论,辨证论治。PTS 所致 RSA 患者辨证多属肾虚血 瘀型,治疗补肾活血安胎,常用寿胎丸、滋肾育胎丸、 泰山磐石散合桂枝茯苓丸等。孕后保胎的疗程要灵 活掌握,因人而异,随既往流产孕周的增加而适当延 长,超过既往流产月份2周,尤其注意孕30点50点、 70 d 以及孕 3、5、7 月为保胎的关键节点。临床发 现,孕期出现先兆流产症状,多集中于此时。与《景 岳全书:妇人规》在"数堕胎"门中记载:"屡见小产、 堕胎者,多在三个月及五月、七月之间,而下次之堕 必如期复然。"补肾药物常用菟丝子、桑寄生、杜仲、 川续断、山萸肉、淫羊藿、仙茅、紫石英等, 化瘀止血 药常用白及粉、三七粉、茜草、蒲黄炭等,止血常用苎 麻根、地榆炭、仙鹤草等。辨证加减:血热加黄芩、苎 麻根以防辛温助热;脾胃虚弱,加砂仁、白术、茯苓以 健脾化湿;妊娠恶阻,加陈皮、竹茹、苏梗降逆和胃; 腹痛加白芍、阿胶、炙甘草缓急止痛。RSA患者长期 处于焦虑紧张状态,常出现肝郁不舒、气机不畅,可 加柴胡、香附、枳壳疏肝理气。谈老师尤其强调"安 心神"在本病治疗中的重要作用。心主神明,主血 脉,为五脏六腑之大主,心神安则胎可安,常在安胎 方中加入炒酸枣仁、茯神、钩藤、莲子心等宁心安神。

3 病案举例

29岁,2015年8月3日初诊。主诉:不良妊娠3次。末次月经时间:2015年7月23日。患者婚后不良妊娠共3次,2013年5月、2014年2月、2014年8月均于孕40~50d时自然流产,第一次未予治疗,后两次孕后给予黄体酮治疗,均无效,其后因畏惧

流产,一直避孕。7月20日辅助检查:促卵泡激素(FSH)6.2 IU/L,促黄体生成素(LH)4.5 IU/L,雌二醇(E₂)34.6 pg/mL,睾酮(T)0.32 ng/mL,泌乳素(PRL)8.0 ng/mL。抗精子抗体、抗子宫内膜抗体、抗卵巢抗体、抗透明带抗体、优生四项、甲功七项、生殖道支原体、衣原体、人乳头瘤病毒、抗核抗体谱 ANA 谱、淋巴细胞亚群+Treg、盆腔 B 超均未见异常。抗心磷脂抗体 ACA(+),B 超查子宫动脉血流:搏动指数(PI)2.8,阻力指数(RI)0.8。

就诊后给予完善相关检查,结果示:血栓弹力图试验(TEG,高岭土激活法测定)R值4.33 min、MA值82.3。血液流变学:全血黏度低切9.65 mPa·s,血小板聚集率75%。封闭抗体:-264.05。D-二聚体0.62 mg/mL。患者月经规律,4~5/28~32 d,量中,质可,色暗,血块较多,时有痛经,就诊时面色晦暗无光泽,面部少许陈旧性痤疮,焦虑烦躁,睡眠欠佳,手足欠温,舌质紫暗,舌苔薄白,脉象弦涩。西医诊断:RSA,PTS?中医诊断:滑胎,肾虚血瘀型。考虑与PTS和封闭抗体缺乏有关,要求中药调理,遂采用补肾活血法,同时阿司匹林25 mg口服,日3次,要求患者继续避孕。

中药以当归芍药散合少腹逐瘀汤加减:当归12g,川芎6g,赤芍12g,白芍12g,肉桂6g,延胡索12g,炒蒲黄10g,茯苓15g,炒白术10g,菟丝子10g,杜仲12g,柴胡8g,郁金10g,丹参10g,炙甘草6g。月经后期加用补肾填精滋阴之品:生地黄10g,炒山药15g,山萸肉10g,醋鳖甲15g(先煎);月经前期加用补益助阳之品:淫羊藿10g,肉苁蓉10g,覆盆子10g,鹿角霜15g。经期暂停服,治疗2个周期后复查,B超子宫动脉血流:PI2.0,RI0.7。血栓弹力图试验R值6.23 min、MA值60.6。血液流变学:全血黏度低切7.45 mPa·s,血小板聚集率53%,D-二聚体0.48 mg/mL。封闭抗体:-34.6。指标较前改善,月经量较前增多,经色转红,血块较多,痛经较前缓解,舌质紫,舌苔薄白,脉弦涩。嘱继服1个月后可试孕,妊娠后及时就诊保胎治疗。

2016年2月20日,停经34d后自测尿妊娠试验(+)。就诊查人绒毛膜促性腺激素(HCG)253.47 IU/L,孕酮(P)15.7 ng/mL。患者腰酸、下腹坠胀、无腹痛及阴道流血等异常,舌暗,苔薄白,脉弦滑,诊断:胎动不安-肾虚血瘀型。西药给予地屈孕酮20 mg口服,

日2次, 肝素5000单位皮下注射, 日1次, 阿司匹林 25 mg 口服, 日 3 次, 中药治疗补肾活血、健脾益气安 胎。处方:寿胎丸合桂枝茯苓丸加减,续断 15 g,菟丝 子 20 g, 阿胶 10 g, 桑寄生 15 g, 太子参 20 g, 白术 10 g, 桂枝 10 g, 茯苓 10 g, 牡丹皮 10 g, 赤芍 10 g, 炙甘草 6 g。服用 7 剂,患者症状明显好转,复查 HCG 3745.7 IU/L, P 25.6 ng/mL, 纳眠欠佳, 焦虑明 显,舌暗,苔腻,脉弦滑,原方加酸枣仁 10 g、钩藤 8g、柴胡8g,西药同前。服药10d后孕50d后B超 示:早孕,见胚芽和胎心,可见少许液暗区。根据"3、 5、7 奇数律"理论, 孕 50 d 是保胎关键的时期, 且患 者既往流产均发生于此时,原方加蒲黄炭 10 g、地榆 炭 15 g、仙鹤草 10 g 继服。治疗期间每周复查血常 规、凝血功能、肝肾功均未见异常,其后未见阴道流 血,偶发腰膝酸软乏力,给予对症加减治疗,其后随 访超声下孕囊液性暗区逐渐消失,当地社区医院定 期产检未见异常,2016年10月12日足月分娩一健 康女婴。

谈老师认为,该患者素有宿瘀滞于内,损伤冲 任,使气血失和,胞脉不固,胎元失养,故屡孕屡堕, 遂发滑胎。中医治疗本病重在孕前,孕前活血化瘀, 预培其损,未病先防。肾主生殖,久病及肾,故亦要 注意补肾填精为主,另外需结合月经周期不同阶段 的生理特点,给予经后期滋阴、经前期补阳的方法。 孕期补肾活血、益气健脾为主,根据具体情况可活血 化瘀止血,或者固冲止血等。诸多医家有活血恐出血 过多之虑,但是只要临床辨证得当,用药精准,则可 获得良好的效果,此即"有故无殒,亦无殒也"。有报 道,补肾活血中药可增加子宫动脉血流灌注,改善血 流动力学状态,还具有免疫调节作用[11-12],可升高 CD4+、CD25+调节性 T细胞百分率,提高血清白细胞 介素 -10(IL-10)及转化生成因子 - β_1 (TGF- β_1)水平, 调节RSA 患者的免疫状态[13]。有采用蛋白组学的方 法证实了此证候实质可关联到 CXC 亚族、CC 亚族、 PDGF、TNF、TGF-P家族等7个信号通路,涉及凝血、 血小板聚集、炎症、血管形成等多个方面[14]。

临床用药时需要与患者积极沟通,阐释利弊。应该注意的是,虽然患者合并血瘀征象,病机属虚实夹杂,但总归肾虚为主,凡破血逐瘀之品仍需禁用。用药起初,宜量少药轻,根据患者病情变化随时调整,若效果不显甚至出血倾向严重,则需停药积极寻求

病因。中药补肾活血安胎之法对于 PTS 致 RSA 通常会收效,但是其他因素导致 RSA 则不宜使用,比如胚胎因素所致 RSA,要顺从优胜劣汰的自然法则,保胎治疗难以收效,因此建议所有保胎失败患者进行绒毛染色体检查,避免不必要的医疗纠纷。

[参考文献]

- [1] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013:48-49.
- [2] VAIMAN D. Genetic regulation of recurrent spontaneous abortion in humans[J]. Biomed J,2015,38(1):11-24.
- [3] HOBBELT A H,SPRONK H M,CRIJNS H,et al. Prethrombotic state in young very low-risk patients with atrial fibrillation [J]. J Am Coll Cardiol, 2017, 69 (15):1990-1992.
- [4] WANG Y, LIN X, WU Q, et al. Thrombophilia markers in patients with recurrent early miscarriage[J]. Clin Lab, 2015,61(11):1787-1794.
- [5] LU X, LIU Z, ZHANG X, et al. Prothrombotic state of patients with unexplained recurrent spontaneous abortion [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2015, 131(2):161-165.
- [6] 王墨华,张建平. 血栓前状态与复发性流产及抗凝治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2013,29(2):102-106.
- [7] 杜志刚,李辉,赵宝伶,等. 通塞脉片对慢性脑供血不足血管内皮功能及血栓前状态的影响[J]. 山东中医药大学学报,2009,33(4):302-303.
- [8] 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,2005:23.
- [9] 谈勇,胡荣魁. 夏桂成国医大师调治复发性流产经验探 赜[J]. 江苏中医药,2015,47(9):1-4.
- [10] 任青玲,夏桂成,谈勇.夏桂成生殖节律理论的医学思维模式探析[J]. 江苏中医药,2004,25(4):4-5.
- [11] 李建恒, 乔亚君, 侯力峰, 等. 丹参脂溶性有效成分丹参酮研究进展[J]. 河北大学学报(自然科学版), 2015, 35(2): 217-224.
- [12] 赵妍妍. 梁学林教授运用补肾益气、活血化瘀法治疗肾虚血瘀型免疫性复发性流产[D]. 沈阳:辽宁中医药大学, 2010
- [13] 党慧敏,刘艳巧,安鹏,等. 补肾活血方联合地屈孕酮对复发性自然流产患者 $CD4^+$ 、 $CD25^+$ 、调节性 T 细胞及 IL-10、 $TGF-<math>\beta_1$ 表达的影响[J]. 中华中医药学刊,2015,33(11):2716-2720.
- [14] 武颖. 复发性流产血栓前状态与肾虚血瘀证相关性及 其蛋白组学研究[D]. 北京:北京中医药大学,2016.

朱佳辨治上气道咳嗽综合征经验

刘 敏,朱 佳

(南京中医药大学附属医院,南京 210029)

[摘要]朱佳认为上气道咳嗽综合征(UACS)病因不仅包括鼻炎、咽喉疾病,还与胃食管反流性咳嗽(GERC)有一定关联。中医治疗当以辨病与辨证相结合,变应性鼻炎(AR)导致的UACS以祛风抗敏、益气固表为纲;慢性鼻-鼻窦炎(CRS)所致UACS应以清胆泻热通窍、宣肺止咳为首要治则;咽喉部疾患为病因者以理气化痰利咽为大法;GERC所致者则主以降逆止咳。不离乎肺,不止于肺,兼顾鼻咽症状。

[关键词]上气道咳嗽综合征;祛风抗敏;益气固表;清胆泻热通窍;理气化痰利咽;降逆止咳;朱佳;经验 总结

「中图分类号] R256.11

[文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0397-04

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.018

ZHU Jia's Experience in Differentiation and Treatment of Upper Airway Cough Syndrome

LIU Min, ZHU Jia

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

Abstract ZHU Jia believes that the etiology of upper airway cough syndrome (UACS) not only includes rhinitis and throat diseases, but also correlates with gastroesophageal reflux-related cough (GERC). The treatment of traditional Chinese medicine should be combined with disease differentiation and syndrome differentiation. The treatment of UACS caused by allergic rhinitis (AR) is based on expelling wind and resisting allergy, boosting qi to consolidate the exterior. UACS caused by chronic rhinosinusitis (CRS) should be treated by clearing gallbladder, purging heat, unblocking the orifices, diffusing the lung and relieving cough. For the patients with throat diseases, regulating qi, resolving phlegm and relieving sore-throat are the main methods. The main method of UACS caused by GERC is to direct counterflow downward and relieve cough. In the treatment, attention should be paid to the lung but not limited in the lung. At the same time, nasopharyngeal symptoms should be taken into account.

Keywords upper airway cough syndrome; expelling wind and resisting allergy; boosting qi to consolidate the exterior; clearing gallbladder, purging heat and unblocking the orifices; regulating qi, resolving phlegm and reli-

eving sore-throat; directing counterflow downward and relieving cough; ZHU Jia; experience summary

[收稿日期] 2018-07-25

上气道咳嗽综合征(upper airway cough syndrome,UACS)既往被称为鼻后滴流综合征,指鼻部疾病引起分泌物倒流鼻后和咽喉等部位,直接或间

[[]基金项目] 国家自然科学基金资助项目(编号:81473609)

[[]作者简介] 刘敏(1993-),女,江苏徐州人,2016 年级硕士研究 生,主要从事肺脏病临床研究。

[[]通信作者] 朱佳(1960-), 男, 江苏连云港人, 医学硕士, 教授, 主任中医师, 博士研究生导师, 主要从事肺脏病临床研究, Tel: 13813 988992, Email: jsnjzj@163.com。

接刺激咳嗽感受器,导致以咳嗽为主要表现的临床综合征[1-2],与鼻炎、鼻窦炎、咽喉部疾病及咽喉反流等均有关[3]。UACS 是引起慢性咳嗽常见病因之一,以咳嗽咳痰为主,常伴有打喷嚏、鼻痒、鼻分泌物增加和鼻塞等,也可出现鼻后滴流感、清嗓、面部疼痛及嗅觉障碍,并常存在咽部黏膜充血、淋巴滤泡增生、咽后壁有黏性分泌物附着等体征。

UACS 引起咳嗽的机制尚不明确,目前主要有鼻后滴流刺激、气道炎症、神经源性炎症、气道高反应性、咳嗽敏感性增高等观点。以往认为,UACS 产生咳嗽主要是由于鼻咽部的分泌物通过鼻后滴流方式刺激上呼吸道的咳嗽感受器。但有相当多的鼻后滴流患者并不伴有咳嗽症状;NIIMI A^[4]认为长期气道炎症导致慢性咳嗽患者(包括 UACS)的气道重塑,从而引起咳嗽,并且气道炎症可能使 UACS 患者的咳嗽敏感性增高;季俊峰等^[5]通过研究提出,UACS的重要机制可能归因于上气道相关疾病产生的炎症细胞及其释放的神经源性炎症介质;张巧等^[6]认为UACS 的发病可能是多种机制、多因素的综合结果。

治疗上西医主要以针对病因及对症处理为主,包括鼻喷糖皮质激素、抗组胺药、减充血剂等,但临床疗效欠佳、症状易反复。朱佳教授师从国医大师周仲瑛先生,临证 30 余载,精于呼吸系统慢性咳嗽疾病的治疗。朱老师认为 UACS 的涵盖范围广泛,病因不仅包括鼻炎、咽喉疾病,还与胃食管反流性咳嗽(GERC)有一定关联,提出 UACS 的治疗当以辨病与辨证相结合,不离乎肺,不止于肺,兼顾鼻咽症状。现将朱老师辨治 UACS 的经验介绍如下。

1 鼻部疾病所致的 UACS

临床上 UACS 患者常表现出咳嗽、流涕等肺鼻同病的症状,《灵枢·五阅五使》云:"鼻者,肺之官也",《灵枢·脉度》曰:"肺气通于鼻",认为肺气贯通于整个肺系,上达鼻窍,肺鼻协作完成肺气之宣降,说明肺与鼻关系密切。朱老师认为,鼻部疾病所致 UACS中以变应性鼻炎(AR)和慢性鼻-鼻窦炎(CRS)临床最为多见,病位在鼻、肺,常与脾、肾有关,病理属性为本虚标实。不同病因所致的 UACS 基础病机相互关联又有所不同,治疗上亦应辨证论之。

1.1 病因病机

AR 中医称为鼻鼽或鼽嚏,《素问玄机原病式·六 气为病》曰:"鼽者,鼻出清涕也;嚏者,鼻中因痒而 气喷作于声也。"朱老师认为 AR 所致 UACS 的基本 病机为素体肺虚,风痰伏窍,肺气不宣。本病多以正 气不足为内因,外感风邪为外因。患者素体肺气虚弱,卫表不固,每于春秋季或换季气温骤变时,易受外邪如冷空气、花粉、螨虫等侵袭。"伤于风者,上先受之",鼻为肺之窍,《灵枢·本神》云:"肺气虚弱则鼻塞不利,少气",故鼻窍不利而鼻塞、流涕;肺主宣发肃降,风邪干于肺,肃降无权,上逆作咳;肺失清肃,气不摄津,布液失常,则有痰色白质稀,鼻流清涕;"风胜则痒""风性挛急",因此有喉痒欲咳,鼻痒,或眼痒;鼻涕下流刺激咽喉,则有鼻后滴流感,咽喉不适。如机体外感后邪去不尽,风邪内伏,易形成"内风",再遇"外风"时内外相引,致咳嗽等症状反复迁延。本病常见舌质稍红或淡,舌苔薄白,脉细。

CRS 相当于中医的"鼻渊",鼻渊之名首见于《素 问·气厥论》:"胆移热于脑,则辛頞鼻渊,鼻渊者,浊 涕下不止也, 传为衄。"宋代《圣济总录·卷一六》亦 云:"夫脑为髓海,藏于至阴,故藏而不泻,今胆移邪 热上入于脑,则阴气不固,而藏者泻矣,故脑液下渗 于鼻,其证浊涕出不已,若水之有渊源也。"朱老师 认为, CRS 所致 UACS 的基本病机为素体肺虚, 胆 经风热上冲,肺失肃降。"风为百病之长",人体正气 亏虚,风邪乘虚袭入,内传肝胆,或因情志不畅,肝气 郁结, 胆失疏泄, 郁而化火, 或因嗜食酒肉肥厚之物, 湿热内生,致使胆经风热,循经上犯,蒸灼鼻窍,故见 鼻流浊涕,鼻中喷火;风热侵袭,肺失宣发肃降,肺气 上逆,且热蒸津液为痰,上贮于肺,则见咳嗽,咳黄 痰:鼻涕倒流刺激,则有鼻后滴流感,咽喉不清:肺气 不足,清肃不利,无力祛邪,以致外邪久困,阻塞鼻 肺,病久不愈。本病常见舌质红,舌苔薄黄,脉浮数。

朱老师认为鼻部疾病所致 UACS 与脾、肾也密切相关。《医学入门》指出:"鼻乃清气出入之道,清气者,胃中生发之气也。"若饮食不节,或劳倦过度,日久则脾失健运,酿生痰饮;脾虚又易损及肺气,致久咳不愈。肾为气之根,肾精不足,失于摄纳,气浮于上则加重咳嗽、喷嚏;同时久咳易损伤肾阳,肾阳不足,气化失职,寒水上犯,涕、痰更甚。

1.2 辨证治疗

AR 导致的 UACS 以祛风抗敏、益气固表为纲。常用药:紫苏叶、荆芥、防风疏散外风;僵蚕、蝉蜕、地龙、蜈蚣祛除内风,解痉止咳;麻黄辛散解表、宣发肺气;苍耳草、白芷祛风散寒通窍;细辛、辛夷消痰利咽;陈皮理气化痰,同时又可缓解虫类药引起的胃肠道不适,趋利避害;祛邪治标同时不忘治本,予生黄芪补益肺气,白术健脾除湿,党参益气固表,取玉屏

风散之义;炙甘草调和诸药等。其中紫苏子、防风、辛夷、白芷、荆芥、陈皮、甘草等在现代药理学中均有抗过敏的功效^[7-9],其抗过敏反应的作用可能是多环节的,如抑制 IgE 的产生、抑制过敏介质的释放、中和变应原等,另外,这些中药还能不同程度地增强机体免疫功能。

CRS 所致 UACS 应以清胆泻热通窍、宣肺止咳为首要治则,待症状缓解后再酌加扶正之品。药用藿香辛温通窍、芳香化湿;制胆南星清热化痰息风,黄芩、焦栀子清热燥湿,菊花清热平肝散风,四药协同加强清热泻火之功;柴胡和解少阳、疏肝解郁,以助外感出表而解;辛夷及白芷宣疏肺气、芳香通窍,白芷尚可祛风排脓,为治鼻病要药;陈皮消痰利咽,鱼腥草化痰排脓,荆芥、防风疏散外风,僵蚕、蝉蜕祛除内风,甘草调和诸药。现代药理研究表明黄芩具有抗菌作用,白芷抗炎抑菌,辛夷保护鼻黏膜,促进分泌物吸收并减轻炎症[10]。若患者头痛明显,可加川芎、蔓荆子等。

2 咽喉疾病所致的 UACS

UACS 临床上常表现咽喉部症状,如咽喉作痒、咽干、自觉咽中有异物感、频繁清嗓等。朱老师认为可以从两个方面考虑,首先是鼻部疾病刺激累及咽喉,此时多从鼻肺论治,可酌加利咽之品;其次是咽喉本身所致,常常缺乏鼻部症状、体征,这种情况下便与中医学中的"喉源性咳嗽"有所重合。不同的是,"喉源性咳嗽"是由著名老中医干祖望教授提出的一种单独的疾病名称,朱老师认为临床上伴随咽喉部症状的慢性咳嗽可以归类于 UACS 之中,不应拘泥于咽喉,应仍以肺为主要病位。

朱老师认为咽喉部疾病所致的 UACS,基础病机主要为痰气交阻。情志不遂,肝失条达,气壅上逆,脾失健运,聚湿生痰,痰气郁结,凝聚咽喉,故见咽中异物感、清嗓;痰郁气滞,肺窍不利,气道不宣,上逆咽喉,可见咽痒咳嗽,咳吐少量白色黏痰;痰气交阻不散,是本病迁延不愈、病情反复的关键。咽喉为肺之门户,肺为气之主,肾为气之根,肾脉贯膈入肺,循经喉咙,又为一身阴液之本。故久咳之后易肺失清润,燥热内生,阴液不能上濡咽喉,出现咽干的症状。本病常见舌质红,舌苔薄白或薄黄或苔少,脉细弦或细数。

治疗上以理气化痰利咽为主。方选半夏厚朴汤加减,其中法半夏、生姜化痰降逆和胃,厚朴行气消痰,紫苏叶疏肝理气,茯苓健脾除湿化痰,桔梗宣肺

祛痰利咽,取其微苦以清降、微辛以宣通之效,薄荷清热利咽,苦杏仁降气止咳,甘草调和诸药。现代药理学研究也证明法半夏具有抑制呕吐中枢、抑制胃液分泌等作用;生姜则具有保护胃黏膜、抗溃疡、镇吐等作用。若声音嘶哑,可加木蝴蝶、诃子利咽开音。咽需液养、喉赖津濡,若患者久咳不愈,出现咽干等阴虚肺燥症状,则治疗上侧重养阴润燥,方选玄麦甘桔汤加减。方中玄参滋肾润燥以利咽,麦冬养阴润肺以止咳,桔梗宣肺利咽化痰,款冬花润肺下气,枇杷叶、川贝母润燥清肺化痰,薄荷、藏青果疏风清热利咽,僵蚕祛风解痉,甘草利咽、调和诸药。朱老师认为诊治应关注咽喉部体征,根据不同的局部变化灵活调整用药,或利咽,或清热,或润燥。

3 与 GERC 相关的 UACS

UACS 患者咽喉不适症状常见,临床上常考虑鼻部滴流自上而下导致,朱老师认为亦不能忽略自下而上反流致病的情况。GERC 指因胃酸和其他胃内容物反流进入食管,导致以咳嗽为主要表现的临床综合征,作为慢性咳嗽的另一种常见的病因,长期以来均提倡针对病因治疗,西医以调整生活方式、制酸剂、促胃动力药等为主。机制方面目前多认为与食管-支气管反射引起的气道神经源性炎症相关[12]。

朱老师指出部分 UACS 患者咽喉不适、如物梗阻症状明显,通过仔细询问病史发现这些患者存在泛酸、嗳气,并与体位相关,可能与反流刺激上升至咽喉有一定关系。据此提出 UACS 与 GERC 在概念及临床表现有重合的这一观点。

本病病位在食管、咽喉和肺,基本病机为胃、肺失于和降,与肝、脾、胃密切关系。饮食不节,胃失和降,气逆上行,扰于食管及咽喉,故见泛酸、咽喉部不适;肺主气司呼吸,禀气于脾,胃失通降,脾胃气滞,母病及子,则肺气不降,气逆而咳嗽。《寿世保元·吞酸》中述:"夫酸者肝木之味也,由火盛制金,不能平木,则肝木自甚,故为酸也。"若情志不畅,肝失疏泄,木旺乘土,则影响脾胃升清降浊,也可发展为本病,常见舌质淡红,舌苔白腻,脉滑。

治疗上以降逆止咳为原则,胃气降则肺气亦降,肺气降而咳嗽自止。方用旋覆代赭汤加减,药用旋覆花降气消痰,赭石重镇降逆,人参、茯苓益气健脾,法半夏燥湿化痰降胃气,厚朴行气降逆,紫苏叶和胃宽中,苦杏仁降气止嗽,瓦楞子制酸,大枣安中养脾缓急,生姜、甘草调和诸药。全方条达气机升降,兼以制酸。现代药理研究表明,旋覆代赭汤能够促进胃

肠动力^[13],赭石可阻止反流并保护胃肠黏膜屏障。本 病在生活上还需注意饮食规律,睡前 2 h 不宜进食。

4 病案举例

男,42岁,2014年1月9日初诊。患者咳嗽反复半年余,咳嗽咳痰,痰吐色白量多,遇冷空气易加重,鼻塞流涕,以清涕为主,量多,晨起有鼻涕倒流感,时有咽痒、胸闷,偶有胸骨后火辣感,多于食后出现,无嗳气泛酸,无气喘,无咽干、口干,二便正常。舌质稍红,苔薄微腻,脉细。查体:咽稍红,扁桃体无肿大,心肺听诊(-)。辅助检查:胸部 CT(-),过敏原检测:尘螨、香烟、动物毛(+)。证属风痰伏窍,肺气不宣,治以祛风化痰通窍,宣肺止咳,佐以降逆。处方:紫苏叶10g,荆芥10g,防风10g,白芷10g,苍耳草12g,苦杏仁10g,桔梗6g,紫菀10g,厚朴6g,姜半夏10g,陈皮10g,桂枝10g,乌梅10g,炒白术10g,生黄芪10g,生甘草10g,7剂。日1剂,分2次水煎服。

二诊 2014 年 1 月 21 日。药后咳减,但仍有鼻塞流涕,时有咽喉作痒,自诉有时鼻涕中可见少许血丝,无口干。舌红,苔薄黄,脉细。查体:心肺听诊(-)。原方去桂枝,加蝉蜕 6 g、辛夷(包煎)6 g、炒黄芩10 g,7 剂。日 1 剂,分 2 次水煎服。

三诊 2014 年 1 月 29 日。药后咳嗽、鼻塞流涕基本控制,咽喉作痒不显。舌红,苔薄微黄,脉细。查体:心肺听诊(-)。原方,7 剂。日 1 剂,分 2 次水煎服。

后续电话随访,患者诉无咳嗽咳痰、流涕等症状。

按:患者中年男性,咳嗽咳痰反复发作,痰吐色 白,遇冷加重,鼻塞流清涕,鼻后有滴漏感,咽痒,多 种过敏原试验阳性,考虑为 AR 引起的 UACS,同时 患者偶有胸骨后火辣感,与饮食相关,虽无嗳气泛酸 等症状,但治疗上需兼顾 GERC。结合患者症状、体 征及舌苔脉象,属风痰伏窍之象。冷空气及过敏原 刺激,风邪内袭,鼻先受之,鼻窍失利,肺失宣肃,则 鼻塞、咳嗽、鼻后滴漏;风胜则痒,咽痒欲咳;肺不布 津,加之平素饮食不节,脾失健运,则白痰、清涕量 多;肺脏失养,无力祛邪,迁延难愈。治疗上祛风化痰 通窍,宣肺止咳,佐以降逆。方药中紫苏叶味辛,宣肺 疏风;荆芥善祛内外风,防风为"治风通用",荆芥偏 入血分,防风偏入气分,二者相合加强祛风之效;白 芷、苍耳草味辛散风,除湿通窍;苦杏仁肃肺降气止 咳,桔梗开宣肺气、利咽祛痰,二药一宣一降,宣降有 度,治节有常;紫菀开肺化痰;厚朴燥湿行气降逆,姜 半夏、陈皮燥湿化痰,姜半夏尚可降逆下气止呕,陈 皮尤能理气健脾;桂枝辛温,平冲降气;乌梅敛肺止咳,同时抗过敏效佳;白术补脾益气燥湿,生黄芪补气固表,二药与防风同用,取其玉屏风散方义;甘草量大,增强抗敏利咽之功。二诊患者服药后症情有所好转,舌苔薄黄,考虑内有郁热,火热熏蒸,损伤脉络,可有鼻涕中血丝,仍有咽痒,遂原方去桂枝,加黄芩清泄肺热,蝉蜕除风热,辛夷加强祛风通窍。三诊患者诸症不显,治以原方巩固。

[参考文献]

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(2015)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2016,39(5):323-354.
- [2] PRATTER M R. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus diseases (previously referred to as postnasal drip syndrome): ACCP evidence-based clinical practice guidelines [J]. Chest, 2006, 129(1 Suppl): 63S-71S.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.上-下气道慢性炎症性疾病联合诊疗与管理专家共识[J].中华医学杂志, 2017,97(26):2001-2022.
- [4] NIIMI A. Structural changes in the airways: cause or effect of chronic cough[J]. Pulm Pharmacol Ther, 2011, 24 (3):328-333.
- [5] 季俊峰,许莉,张勇,等. 气道神经源性炎症在上气道咳嗽综合征中的作用[J]. 实用医学杂志,2015,31(9):1449-1451.
- [6] 张巧,马千里,黄赞胜,等.上气道咳嗽综合征病因的初步研究[J].中国呼吸与危重监护杂志,2010,9(5):458-461
- [7] 王化龙,李振虎,徐砚通. 中药治疗过敏性疾病的药理作用研究进展[J]. 中草药,2015,46(10):1542-1555.
- [8] 华晓东,尹春晖. 抗过敏中药及其作用机制研究进展[J]. 天津药学,2009,21(6):69-72.
- [9] 邓德厚,沈小珩. 祛风中药治疗过敏性疾病实验研究进展[J]. 中国中医药信息杂志,2007,14(8):92-94.
- [10] 梁云燕. 参苓白术散加减方对Ⅱ型鼻窦炎术后促进黏膜上皮化疗效观察[J]. 新中医,2012,44(12):75-76.
- [11] 宋小莉,牛欣. 半夏、生姜、甘草三泻心汤君药探讨[J]. 中国实验方剂学杂志,2007,13(9):66-68.
- [12] 刘春丽,赖克方,陈如冲,等. 胃食管反流性咳嗽患者气道黏膜与分泌物中神经肽含量的变化[J]. 中华结核和呼吸杂志,2005,28(8);520-524.
- [13] 贾锐馨,李国永,席洪涛,等. 大剂量旋覆代赭汤治疗脾胃虚弱型糖尿病胃轻瘫临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2012,14(9):114-115.

·文献研究·

晋唐方书兴盛的时代背景探析

姜 璇,司国民

(山东中医药大学基础医学院,山东 济南 250355)

[摘要] 晋唐经方类著作在总量上远超过医经类著作,使该期医学呈现出"重术轻理"的特征。试图从社会生活、文化、科技、医学教育等大背景入手,揭示方书兴盛的时代原因。在战乱年代,直接从方书中找寻治法,无疑是最快捷有效的自救方式,方书正因通俗的便民特质而易于流通。又因当时印刷术尚未普及,理论性医著的流通极其局限,医学教育又多是师徒之间的秘授,故大多数人无法接触到医学理论,因此理论性著作较少,方书中亦少有病因病机及组方理法的阐释。故不应忽略科技、教育等时代局限而将晋唐时期在方剂学发展史上的地位简单地定位于"经验用方的积累"阶段,若将晋唐经方与《诸病源候论》联系起来解读,或许会对其背后的组方理法收获更深刻的认识。

「关键词〕方书:晋唐经方:重术轻理:时代背景:时代局限:自救:经验:病源

[中图分类号] R289.9

[文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0401-06

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.019

Analysis on Historical Background of the Prosperity of Medical Formulary Books in the Jin and Tang Dynasties

JIANG Xuan, SI Guomin

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

Abstract In the Jin and Tang Dynasties, formulary books outnumber the medical theory books, which made the medical science show the characteristics of "emphasizing techniques and despising theories". This article attempts to start from the background of social life, culture, science and technology, medical education, etc., to reveal the reasons for the prosperity of formulary books. In the war years, it is undoubtedly the quickest and most effective way to find the treatment method and self-rescue directly from the formulary books. Formulary books were much easier to circulate because of their convenience and practicability. However, the public didn't have access to the core theories of medicine because printing and medical education had not yet been popularized at that time and medical resources were limited to a small number of professional medical practitioners. That's why the theoretical books were much fewer and pathogenesis of diseases and

the principle of prescription were omitted in the medical formulary books. Therefore, we should not neglect the limitations of science and technology, education, etc., and simply position the Jin and Tang Dynasties in the stage of "accumulation of experi-

[[]收稿日期] 2018-10-12

[[]作者简介]姜璇(1988-),女,山东德州人,2013年级博士研究生,主要从事经方的临床应用研究。

[[]通信作者] 司国民,教授,博士研究生导师,主要从事经方的临床应用研究,Tel:13075311802,E-mail:i1317747989@163.com。

ence" in the formulary development. If the formulary study of the Jin and Tang Dynasties is related to *Treatise on the Origins and Manifestations of Various Diseases*, it may gain a deeper understanding of the principles and methods of the formulae in the Jin and Tang Dynasties.

Keywords formulary books; formulae of the Jin and Tang Dynasties; emphasizing techniques and despising theories historical background; historical limitation; self-rescue; experience; pathogenesis

对于晋唐时期医学的发展,医史学家们或具两种截然不同的观点。有认为该期是医学发展史上不作为的时代,如谢观^{[1]9}将晋唐视为"蒐葺残缺之期",贾得道^[2]认为:"就整个医学的发展来说,这将近700年的时间,进展是比较缓慢的";而另有一些观点却充分肯定该期医学进展之迅猛,如范行准^{[3]58}称该期为医学"历史上最发展的时期",马伯英^{[4]306}称该期"有史以来发展最快的一个新时期"。

尽管对晋唐医学发展概况存在异议,但学者对该期医学发展的特点却达成共识——博考众方、精求妙药。《隋书·经籍志》共载录医书 256 部 4510 卷,除养生、炼丹、食经、疗马等外,真正的医书共计3953 卷,而方书类著作就达 3714 卷,占 94%^[2]。《旧唐书·经籍志》中,方书类医著共计60家706卷,是"明堂经脉"类(包括中医基础理论、中医诊断学)医著的19倍有余。《唐书·艺文志》中方书类著作共3500余卷,是"明堂经脉"类的14倍有余。故晋唐时期堪称盛产方书的时代。

如若将《汉书·艺文志》与《隋书·经籍志》对比来看,后者所载医书总量是前者的 8 倍。但方书类著作在数量上远远超过理论性著作,且方书类著作本身仅载证治方药而罕言医理,又为该期的医学刻上"重术轻理"的烙印,显示出基础医学相对于临床医学发展的滞后。本文试图从社会生活、文化、科技、医学教育等大背景入手,揭示方书兴盛的时代原因,并通过与其后的宋王朝进行比较,探讨方书兴盛背后晋唐医学发展的缺陷,以期对晋唐经方的研究有所启发。

1 时代背景

1.1 社会生活背景

1.1.1 魏晋南北朝时期——"战乱中医学争艳斗奇"[4]719 魏晋南北朝时期,较大的战争发生了500次以上,不安定状态持续了369年之久。透过华阳隐居《补阙肘后百一方·序》可一窥当时动乱的社会环境对医学的需求:"今搢绅君子,若常处闲佚,乃可披

检方书。或从禄外邑,将命遐征;或宿直禁闱,晨宵隔绝;或急速戎阵,城栅严阻,忽遇疾仓卒,唯拱手相看,曷若探之囊笥,则可庸竖成医。"[5]5 乱世中,人们更需医学知识以自救自护,如颜之推所言:"微解药性,小小和合,居家得以救急,亦为胜事"[6]。而直接从方书中找寻治疗方法,不失为最快捷有效的自救途径。

另外,"大军之后,必有凶年",战乱是疾疫的催化剂。自晋武帝咸宁以后,饥荒遍野,疫疠频仍,雍、梁、关中一代,天花和鼠疫都发生过大的流行。颠沛流离的生活还使一些散在的疾病暴增,如永嘉南渡后,由于营养缺乏而害脚气病者甚多,一般士大夫因迁至江南瘴疠之地,为维护健康起见,亦不得不留意医药。作为医生,必须应对新的疾病谱,故要在已有理论和经验上进行创新,同时接受大量医学实践的验证。可见,战乱确实对医学有一定的促进作用。

1.1.2 隋唐时期——盛世集大成 前朝留下如此丰富的医学积累,隋唐的大一统局面、强盛和升平的时代氛围、学者们获取资料的便利程度,都是产生集大成著作的良好条件。该期的三部巨著《诸病源候论》《千金方》《外台秘要》的内容表明,隋唐医学是魏晋南北朝医学成果的总结和发展。

1.2 文化背景

马伯英[4]306 这样评价汉末至隋的文化思潮,指出"儒学经学,余绪犹存;兴佛灭佛,佛学大盛;炼丹修道,道教鼎立;名士清谈,玄学独盛;元气阴阳,无神论存……各家并立,思想解放,不亚于甚至胜过春秋战国诸子蜂起时代。"诸多文化思想的交融,拓宽了医者的思路。具有不同学术渊源的医家,各展其能,为该期的医学注入了新鲜的血液。

1.2.1 佛教的影响 佛教认为宇宙间一切事物皆被它的理论所统摄,医药也不例外。因此,佛教吸收了古代印度医药并加以宗教性的解说,形成了"医方明"。这与佛教本身教义亦相吻合,行医即是行菩萨

道。当佛教自东汉传入中国时,古代印度医药知识就被以"医方明"的形式介绍进来。而在佛教兴盛的晋唐时期,中医学必然会受其影响,主要表现在以下几方面。

①医论:四大说,是古代印度医学有关生理病理的一种理论。孙吴时译入的《佛医经》中载"人身中本有四病,一者地,二者水,三者火,四者风。风增气起,火增热起,水增寒起,土增力盛。本从是四病,起四百四病"。后陶弘景再增补《肘后方》时首先采用此说,"《佛经》云:'人用四大成身,一大辄有一百病'[5]4,并改书名为《补阙肘后百一方》。在《诸病源候论》[7]44《千金方》[8]20 和《外台秘要》[9]517 中亦曾有过关于"四大说"的大段论述。

②医术:主要有金针拔障术和脚气病的治疗。如《外台秘要》第21卷中载录《天竺经论眼》,在第18卷"脚气论"中提到"自永嘉南度,衣缨土人多有遭者,岭表江东有支法存、仰道人等,并留意经方,偏善斯术。晋朝仕望,多获全济,莫不由此二公。又宋齐之间,有释门僧深师仰道人述支法存等诸家旧方为三十卷。其脚弱一方近百余首"[9]448。

③方药:有关方药的记载较多。据范行准《胡方考》[10]此时引入的印度药方有 40 余首,如《千金方》中娑婆百病丸、娑婆汤等,《外台》中亦载有 20 余首,如莲子草膏、酪酥煎丸等。

④医者与医著:此期见载于文献的著名僧医有擅长脚气病证治的支法存、仰道人、释深师;擅长解寒食散毒的释道洪、释慧义、释智斌;擅长妇产科的于法开;擅长骨伤科治疗的蔺道人等。另外,该期涌现出多部佛教医学著作,如直接用佛教词汇命名的医著共有18部,这些书目中分别有"龙树菩萨""婆罗门""耆婆"等佛教菩萨的称谓。

另外,佛教中的养生保健、咒禁气功等内容也汇 入了该期的主流医学。

1.2.2 道教的影响 道教产生于东汉末年,道教徒 为实现"成仙登天"这一终极目标进行反复实践,逐 渐积累了丰富的医药、炼丹、养生知识,对中医学发 展起到积极作用。其中的五斗米道被葛洪等人改造 为上层天师道,以炼制不老之药而称丹鼎派,颇受统 治者赞许。后在南北朝时又经陶弘景吸收儒、释两 家思想,建全真教。从此,道教与儒、佛两家三分鼎 立,受到封建统治者的崇奉,至唐代因李氏王朝而大肆倡导。

①葛洪:葛洪认为学仙应先学医,如其言:"古之初为道者,莫不兼修医术,以救近祸焉。凡庸道士,不识此理,恃其所闻者,大至不关治病之方,又不能绝俗幽居,专行内事,以却病痛,病痛及之,无以攻疗,乃更不如凡人之专汤药者。"[四学医是实现成仙的先决条件,这样既可为自己在山林中防治疾病,同时还可救人。他撰著的《肘后备急方》是有突出成就的一部急症手册。书中载有治疗内外妇儿五官各科疾病方剂 1000 余首,每病备述证候,后附方药或灸法,注重临床疗效而罕言理论,所用药物多简便易得。

②陶弘景:陶氏在医学上受葛洪影响至深,他增订葛氏《肘后备急方》,改名为《华阳隐居补阙肘后百一方》。他的《本草经集注》堪称本草史上的一座丰碑,《神农本草经》赖此书以流传后世,而后世的主流本草也以此书为基本框架加以扩充。另外,敦煌出土托名陶氏的《辅行诀脏腑用药法要》,经考证属隋、唐时人传录陶氏佚文而成[12]。书中载五脏补泻方、救诸劳损病方及天行病经方等古经方。书名冠以"辅行诀",即将医药作为辅助修道之手段。

③孙思邈:孙氏亦是卓越的道医,其著作涉及 医药、炼丹、养性、辟谷、退居、飞炼、禁经、咒法等 各诸方面。他在医学上的成就主要体现在撰著了第 一部医学百科全书——《千金方》,涵盖了作为医者 必备的各种理论与实践知识。虽是百科全书,却难 掩其方书的属性,书中采录了自汉以后历代医家的 经方及大量民间验方,同时收录了国内外其他民族 医方。

由以上三位医家可见,该期的道教徒多兼医者之职。道教对于长生不老的追求调动了人们积极探索以健康为目的的医学领域,但亦不排除其中具有迷信色彩的符箓咒禁及服丹的流弊。

1.2.3 儒家思想的影响 自汉武帝确立儒学在社会思想中的独尊地位以后,儒家思想便一直作为封建社会的正统思想而受到历代统治者的高度重视和大力提倡。重人文、伦理、政治为纲是儒家思想的特征。

孝道是儒家最基本的道德原则。司马炎以禅让 的权诈方式从曹魏手中夺取天下后,提倡以孝治天 下^[3]。父母有病,子不知医,也算不孝,故《外台》序中 言:"齐梁之间,不明医术者,不得为孝子。"[9][1] 孝道激发许多人去学习医术,北齐李元忠和王焘皆因母病而学医。孝与忠是密切联系的,孝以事亲,忠以事君,如孙思邈言"君亲有疾,不能疗之者,非忠孝也"[8][1]。

"仁"是儒家的最高道德标准。医术作为一种除 疾患、利世人的手段,与儒家的仁义观、济世观是一 致的,故医术又称"仁术",而政府对医学的重视自然 算"仁政"的表现了。方书成为政府普及医学知识表 达仁政的最主要工具。魏武帝永平三年诏王显编撰 《药方》颁布天下,诏书中称:"经方浩博,流传处方, 应病投药,卒难穷究。更令有司,集诸医工,寻篇推 简,务在精要,取三十余卷,以颁九服,郡县备写,布 下乡邑,使和救患之术耳"[13]。唐代官方也多次组织 类似的医方普及行动[14]:唐玄宗因怜恤偏远地区医 疗资源匮乏,在开元11年下诏"每州写《本草》及《百 一集验方》,与经史同贮",将本草、方书与经史书籍 置于同等地位予以贮存:后玄宗又亲撰《广济方》并 于天宝5年命以"牍示"方式择要将此书公布天下; 德宗亦曾撰集《贞元集要广利方》,于贞元 12 年颁下 州府。可见方书作为医学知识的科普读物,成为政 府鼓励民众自救的主要工具,这无疑说明方书因其 浅显实用性而具更广的受众。

1.2.4 玄学的影响 魏晋以降,鼎革骤变,诛杀异己,名士避祸转而游谈玄理,"弃经典而尚老庄,蔑礼法而崇放达"[15]是当时"玄风"的写照。他们一方面向往保命长寿,于是对医学格外关注;一方面又放浪形骸、追求淫乐。欲将养生与声色之乐两者兼顾,服石之法应运而生,甚至历隋唐五六百年未衰。服石方与解散方盛行。服石中毒促成了针灸大家皇甫谧,以解石毒而著名的医者还有徐文伯、曹歙、靳邵、范曲、释道弘等。仅《隋书·经籍志》就载有20家解散方。《外台秘要》卷三十七、三十八两章亦专收录服石方和解散方。除中毒的不良反应外,《诸病源候论》还将"石热"作为消渴、强中等病的病因。可见服石作为新的病因改变了疾病谱,拓展了治疗学的范围。

1.3 科技对医著传播的影响

1.3.1 科技对医著撰写及传播的促进作用——造纸术的推广应用 科技的发展有力地促进了医学的进展,尤其是造纸术的发明。公元2世纪,蔡伦改造早

期造纸术,使纸更宜于书写。但当时纸张的应用并未普及,价格昂贵。2~3世纪,纸和简帛同时并用。4世纪后,简、帛逐渐绝迹,被纸书所代替。纸的使用,为私人著书立说尤其是大部头的方书提供了条件,如葛洪的《金匮药方》100卷,《范汪方》176卷,隋朝官修方书《四海类聚方》更是达 1600卷之多,这是简牍时代难以想象的。

1.3.2 科技对医著传播的限制——印刷术尚未普及纸在六朝隋唐期间的广泛应用,无疑促进了医著的撰写和传播。但当时的书籍主要靠手抄,工期长,效率低,且经辗转抄写,难免缺文少字,削弱了书籍传播文化的作用。雕版印刷术,在唐五代属初创时期,尚未大规模应用,直到宋代才得以普及。印刷术带动了出版业,北宋嘉祐二年校正医书局成立。医书局刊印了唐以前的一批重要古医书,使这些著作脱离了靠抄写传播的历史局限而具有统一的版本。这无疑是宋代注重医理探讨的一大契机。

宋代之前,因医籍流通的不便,亦因民众文化程度有限,理论性医著仅限于士大夫阶层或师徒相授的业医者手中,广大民众无从见到,对医学理论的学习就更无从谈起。而方书因其实用通俗的特质,自然更易流通。直至宋代,校正医书局使《内》《难》《伤寒》等唐以前经典有了定本,确定了《内经》在医学中的正统地位。因书籍获得的便利条件,读书自学的影响愈加显著,再加理学"格物致知"的影响,文化程度越高的医者对医学理论的探讨则越为重视,正如吕思勉所言:"北宋时,士大夫之言医者,始好研究《素问》,渐开理论医学之端。"[16]可见,方书的市场日渐萎缩,至金元时期,晋唐时期经方大荟萃的局面已瓦解冰消。

1.4 医学教育的局限性

范行准^{[3]57}提到,魏晋南北朝时期医学的"权利便被两大集团——'门阀的医家''山林的医家'所占有……除西晋以前的方书外,绝大多数的著作者,都属于这两个集团中的人物。"

南北朝时期门阀观念极重。钱穆^[17]在研究魏晋 南北朝学术文化与门第的关系时说到:"中国文化命 脉之所以犹得延续不中断,而下开隋唐之盛者,亦颇 有赖于当时门第之力。"当时的门阀医家最出名的莫 过于东海徐氏,从晋朝至北朝八代世医;吴兴姚氏姚 僧垣、姚最,子承父业;其他大族,诸如阳翟褚氏、陈郡殷氏、丹阳陶氏,都是六朝显赫家族。可见医学的传承与家族关系密切。

山林医家,则多道士、佛徒,如前面提到的葛洪、陶弘景、于法开等。一方面他们结庵山林,远离城市,不得不留心医药以自救;另一方面,如陈寅恪云:"自来宗教之传播,多假医药天算之学以为工具"[17],医学被当做传教的工具。

医学知识的传播,依赖医书的流传及医者间的 授受。而魏晋时印刷术尚未发明,理论性医著恐怕 只能局限在门阀与山林这两派业医者手中,故私淑 几无可能,只能通过拜师亲炙的途径学习医术。如 若再向秦汉追溯,会发现医学门派传授的保密气息 愈加浓烈。早在战国时期,医著即以"禁方"形式在 师徒间流传,甚至要歃血发誓。《灵枢·禁服》中载: "此先师之所禁,坐私传之也,割臂歃血之盟也。"[19] 《史记·扁鹊仓公列传》载长桑君传"禁方"给扁鹊,扁 鹊又传子阳、子豹;公孙光将其"少所受妙方"传授给 仓公时咛嘱"毋以教人",后公乘阳庆亦叮嘱仓公"慎 毋令我子孙知若学我方也"[20]。直到官办医学校的出 现,这种私人传授的禁锢才被打破。

刘宋"元嘉二十年,太医令秦承祖奏置医学以广 教授"[21],为我国正式由政府设置医学教育之始。至 隋设太医署为全国最高医学教育机关,唐基本承袭 隋制并加以扩大。虽然教育制度涉及全国,但如孙思 邈所言"朝野士庶咸耻医术之名"[8]11 和韩愈《师说》 中言"巫医乐师百工之人,君子不齿",可见当时医者 的社会地位不高,故虽有官办医学,以此为途业医者 的数量也极有限。而到了宋代,一是医学的地位因 皇帝的偏好与日俱隆,宋徽宗将医学正式纳入儒学 教育体系[22]:二是儒家的正统地位更加巩固,作为 "仁术"的医学被认为是实行儒家理论的途径,"不为 良相,则为良医"成为儒士箴言。正因政府的倡导, 医籍获取的便利,医学教育的普遍性,以"格物致知" 为箴言的儒士向医学领域的渗透,造就了宋代医学 的繁荣,亦奠定了以后中医学注重理论阐发经典著 作微言大义的格调。然过分注重医学理论的发挥未 免与临床脱节,而唐以前医家,无论理论与实践技术 都经师授且是"口传心授"方能掌握,不仅继承其师 理论层面上"学"的部分,亦继承其经验层面上"术"

的部分。正是由于对"术"的传承和重视,方书成为 寓学术思想于临床实践的最好载体。

1.5 医疗资源的有限

晋唐时期的医疗资源十分有限、《唐代疾病医疗 史初探》一书中有详细调研[23]。《补阙肘后百一方》序 中亦有如此论述:"今辇掖左右,药师易寻,郊郭之外, 已似难值。况穷村迥野,遥山绝浦,其间枉夭,安可 胜言?"[5]4可见当时只在大城市中才有专业的医生。 这也可透过当时灸法的盛行来了解方书远较理论性 医著盛行的原因,因《外台》《千金方》《小品方》《医心 方》等方书中,皆将灸法和药方并载,即灸法亦是方 书的重要内容。究其原因,针法须专业医者的操作, 如《肘后方》葛洪序中言"又使人用针,自非究习医 方,素识明堂流注者,则身中荣卫尚不知其所在,安 能用针以治之哉"[5]3,陈延之[24]243《小品方》"灸法要 穴"中亦有如此论述:"夫针术须师乃行,其灸则凡人 便施",因灸疗"但依图详文则可灸,野间无图不解文 者,但逐病所在便灸之"。从针和灸的分化亦可看出, 当时明堂经脉类著作因医理深奥、脏腑血脉经络气 血的繁琐,故只有专业医者方可掌握。而方书中所 载的经方和灸法,却因其通俗的便民特质,使患者跳 过医生这一环节,直接抓药采药或实施灸疗。故方 书自然占有更大的市场。

2 意义及缺憾

2.1 意义

方书的盛行无疑代表着晋唐医学的隆盛、学术视野的开阔和经验的丰富积累。在那个战乱频仍的年代,亦或在远离城市的僻壤,直接按照方书所载的病证方药找寻治疗方法,无疑是最快捷的自救方式。故方书因其通俗的便民特质而更易于流通。正如谢观所言:"医经类甚少,同一经方也,本草类亦甚少,而方书独多,盖医理深邃,非尽人所能知,方药则足便民事,好菟辑之者甚众,而流传亦易。"[1]33

2.2 缺憾

通过在医学教育、医著传播方面与其后宋王朝的对比,该期理论性医著的相对匮乏又反映出受时代科技、教育的限制,绝大多数人无缘深入到中医理论内核中以窥其本质的缺憾。亦正如谢观先生所言:"徒知蒐辑成方以治病,而不复能研究药性,所谓知有术而未足语于学也。"[1]33

3 启迪

"察证候不言病理,出方剂不言药性"[25]是晋唐方书的特征。然而,亦是因为这一特征,晋唐经方背后的理法显得相对匮乏,甚至有些方剂学史研究者将晋唐时期简单地定位于"经验用方的积累"[26-28]。如若从方书的受众和时代背景入手,或许更易解释这种理论和实践的脱节。一是方书的受众不仅局限于业医人士,尚有普通民众,由于当时印刷术尚未发明及推广、医学教育和医学资源仅局限在一小部分专业医者手中,民众的医学知识是有限,经方背后理法并不易被众人接受,故方书中予以省略。二是晋唐经方"多出古来专家之传授"[1]31,故经方背后的理法亦具师徒相传的保密气息。

晋唐经方背后的理性内核又体现于何处?这在遗留下的晋唐方书序言中可寻见线索。《小品方·序》中描述了医家创制经方的过程"当疾之时,序其源由诊候之,然后依药性处方耳"[24]1,《备急千金要方·序》中"虽不能究尽病源,但使留意于斯者,亦思过半矣"[8]11,《外台秘要·序》中"若不能精究病源,深探方论,虽百医守疾,众药聚门,适足多疑,而不能一愈之也。"[9]11可见晋唐医家莫不以"病源"作为诊治的依据。"病源"即病因病机,这就不得不联系当时中医病理学大成《诸病源候论》,如周学海言"今日而欲考隋唐以前明医之论,独有此书而已耳"[7]1。如若将晋唐经方与《诸病源候论》联系起来解读,或许会对其背后的组方理法收获更深刻的认识。

[参考文献]

- [1] 谢观. 中国医学源流论[M]. 福州:福建科学技术出版 社 2003
- [2] 贾得道. 中国医学史略[M]. 太原:山西人民出版社,1999:
- [3] 范行准. 中国医学史略[M]. 北京:中医古籍出版社,1986.
- [4] 马伯英. 中国医学文化史[M]. 上海:上海人民出版社, 2010.
- [5] 葛洪. 肘后备急方[M]. 北京:人民卫生出版社,1956.
- [6] 颜之推. 颜氏家训[M]. 夏家善,整理. 天津:天津古籍 出版社,1995:215.
- [7] 巢元方. 诸病源候论校释[M]. 南京中医学院,编著. 北

京:人民卫生出版社,2009.

- [8] 孙思邈. 孙思邈医学全书[M]. 张印生,韩学杰,主编. 北京:中国中医药出版社,2009.
- [9] 王焘. 王焘医学全书[M]. 张登本,主编. 北京:中国中医药出版社,2006.
- [10] 范行准. 胡方考[J]. 中华医学杂志,1936:1254-1257.
- [11] 葛洪. 抱朴子内篇[M]. 顾久译,注. 贵阳:贵州人民出版社,1995;381.
- [12] 马继兴. 敦煌古医籍考释[M]. 南昌:江西科学技术出版社,1988;20.
- [13] 魏收. 魏书[M]. 北京:中华书局,1974:210.
- [14] 宋敏求. 唐大诏令集[M]. 上海:学林出版社,1992:544-545.
- [15] 顾炎武. 日知录[M]. 周苏平,陈国庆,点注. 兰州:甘肃 民族出版社,1997:592.
- [16] 吕思勉. 先秦学术概论[M]. 上海:上海三联书店,2014: 147.
- [17] 钱穆. 中国学术思想史论丛(三)[M]. 台北:东大图书 股份有限公司,1977:152.
- [18] 陈寅恪. 金明馆丛稿初编[M]. 陈美延,主编. 北京:生活·读书·新知三联书店,2001:127.
- [19] 灵枢经[M]. 田代华,刘更生,校注. 北京:人民军医出版 社,2011:175-176.
- [20] 司马迁. 史记[M]. 北京:线装书局,2006:434-441.
- [21] 李林甫. 唐六典[M]. 陈仲夫,点校. 北京:中华书局, 1992.410
- [22] 徐松辑. 宋会要辑稿[M]. 北京:中华书局,2006:2213.
- [23] 于廣哲. 唐代疾病、医疗史初探[M]. 北京:中国社会科学出版社,2011:21-32.
- [24] 陈延之. 小品方[M]. 高文铸,点校. 北京:中国中医药出版社,1995.
- [25] 岳美中. 岳美中医学文集[M]. 北京:中国中医药出版 社,2000;441.
- [26] 朱建平. 中医方剂学发展史[M]. 北京:学苑出版社, 2009·60.
- [27] 张家玮. 方剂学发展史上的两个特征[J]. 中华医史杂志,2002,32(3):8-12.
- [28] 康彦同. 方剂学发展史研究[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2008.

·实验研究:

当归多糖干预再生障碍性贫血模型小鼠 线粒体功能异常机制研究

崔 兴1,张 静2,陈泽涛3

(1.山东中医药大学附属医院血液科,山东 济南 250011; 2.山东中医药大学第一临床医学院,山东 济南 250011; 3.山东中医药大学附属医院老年医学科,山东 济南 250011)

[摘要]目的:研究当归多糖(ASP)对再生障碍性贫血(AA)模型小鼠线粒体功能异常的作用机制。方法: AA 小鼠随机分为对照组、再障组和治疗组,再障组与治疗组通过 ⁶⁰Coγ、腹腔注射环磷酰胺和氯霉素造模后,分别用生理盐水或 ASP 喂养 2 周。透射电子显微镜观察骨髓的线粒体超微结构。从骨髓细胞中分离出Lin-Sca-1+c-Kit+(LSK)细胞,通过流式细胞仪检测线粒体膜电位(MMP),并进行活性氧(ROS)、丙二醛(MDA)、细胞色素氧化酶(COX)和单胺氧化酶(MAO)的相关检测。结果:与对照组比较,再障组和治疗组骨髓的单个核细胞、BFU-Es 和 CFU-Es、LSK 细胞中的线粒体数量减少,MMP 降低。应用 ASP 干预后,骨髓的单个核细胞、BFU-Es 和 CFU-Es等数值相比再障组显著增加。ASP 可以纠正 LSK 线粒体数量下降的趋势,ASP 纠正 AA 模型小鼠异常的 MAO 和 COX 水平,并通过降低 ROS 和 MDA,纠正异常的膜电位而改善线粒体的功能(P<0.05或 P<0.01)。结论:ASP 可能通过上调线粒体膜电位、改善线粒体膜稳定性,纠正 AA 干细胞的过度凋亡。

[关键词] 再生障碍性贫血;当归多糖;线粒体;膜电位;活性氧;丙二醛;细胞色素氧化酶

[中图分类号] R259.869

「文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0407-05

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.020

Mechanism of Angelica Sinensis Polysaccharide Intervention on Mitochondrial Function Abnormality in Aplastic Anemia Model Mice

CUI Xing¹, ZHANG Jing², CHEN Zetao³

(1.Department of Hematology, Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250011, China; 2.Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250011, China; 3.Department of Geriatric Medicine, Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250011, China)

Abstract Objective: To study the mechanism of angelica sinensis polysaccharide (ASP) on mitochondrial

[收稿日期] 2018-10-09

[基金项目] 山东省自然科学基金项目(编号: ZR2017LH073); 山东省中医药科技发展计划项目(编号: 2015-074);国家自然科学基金面上项目(编号: 81774080);泰山学者青年专家人才项目(编号: tsqn201812145);2017年度山东省保健科技协会科学技术课题

[作者简介] 崔兴(1980-),男,医学博士,副主任医师,泰山学者 青年专家,主要从事中西医结合临床防治血液病的研究。

[通信作者] 陈泽涛(1961-),男,医学博士,主任医师,山东省五级中医药师承教育项目第三批指导老师,主要从事中西医结合防治常见老年病(心脑血管病、肿瘤血液病、内分泌疾病)的临床研究, E-mail·zetaochen2007@126.com。

dysfunction in aplastic anemia (AA) model mice. **Methods**: AA mice were randomly divided into control group, aplastic anemia group and treatment group. The aplastic anemia group and the treatment group were treated with ⁶⁰Coγ, intraperitoneal injection of cyclophosphamide and chloramphenicol, and were treated with normal saline or ASP for 2 weeks respectively. The mitochondrial ultrastructure of bone marrow was observed by transmission elec-

tron microscopy. Lin-Sca-1+c-Kit+(LSK) cells were isolated from bone marrow cells, and mitochondrial membrane potential(MMP) was detected by flow cytometry, and reactive oxygen species(ROS), malondialdehyde (MDA), and cytochrome oxidase(COX) and monoamine oxidase(MAO) were examined. Results: Compared with the control group, the number of mitochondria in the mononuclear cells, BFU-Es and CFU-Es, LSK cells in the bone marrow of the aplastic anemia group and the treatment group decreased, and the MMP decreased. After the intervention of ASP, the numbers of mononuclear cells, BFU-Es and CFU-Es in bone marrow were significantly increased compared with the aplastic anemia group. ASP can correct the decline in the number of mitochondria in LSK. ASP corrected the abnormal MAO and COX levels in AA model mice and improved mitochondrial function by reducing ROS and MDA and correcting abnormal membrane potential(P<0.05 or P<0.01). Conclusion: ASP may correct the excessive apoptosis of AA stem cells by up-regulating mitochondrial membrane potential and improving mitochondrial membrane stability.

Keywords aplastic anemia; angelica sinensis polysaccharide; mitochondria; membrane potential; reactive oxygen species; malondialdehyde; cytochrome oxidase

再生障碍性贫血(aplatic anemia, AA)是一种骨髓衰竭综合征,全血细胞减少和骨髓增生减低是 AA的特征。暴露于化学品、药物、辐射、放射性物质、辐射生产设备、感染、免疫疾病、遗传(占总病例 50%)等是 AA 发病的主要原因。

线粒体产生的三磷酸腺苷(ATP)是细胞维持功能的主要能量来源,因此,线粒体又被称为细胞的能量工厂^[1]。但是,因为线粒体 DNA(mtDNA)没有类似于核 DNA 的组蛋白来保护,也没有类似于核 DNA 的自我修复机制,因此,mtDNA 的突变率很高。多项研究指出,多个血液系统相关疾病,如骨髓增生异常综合征和获得性再生障碍性贫血等的发病机制与 mtDNA 的突变密切相关^[2-4]。我们先前研究表明,呼吸链功能障碍引起的线粒体突变可能是 AA 骨髓衰竭的重要机制之一^[5],这是因为,线粒体功能的异常、膜电位的改变可以导致细胞的自噬、凋亡甚至坏死^[6]。

研究表明,当归可以提高红细胞、白细胞和骨髓单个核细胞数量^[7],当归多糖(Angelica sinensis polysaccharide, ASP)是当归最主要的效用成分之一。有研究证明,ASP可以并通过抑制氧化应激损伤,保护DNA,增加端粒酶活性,从而提升CD34⁺造血干细胞数量^[8-11]。因此,我们设计了该实验,以探讨ASP通过维持AA小鼠线粒体功能稳态改善造血功能的作用机制。

1 材料和方法

1.1 实验动物及分组

实验动物为雄性 ICR 小鼠,体质量 18~22 g, 6~8 周龄,SPF级,来源于朋悦实验动物繁育有限公司,由山东省实验动物中心检测合格,合格证号37009200006508。实验开始前适应性饲养7d,72只

小鼠被随机分为 3 组:对照组、再障组和治疗组,各 24 只。AA 小鼠的造模方法参照文献[12]:2.0 Gy ^ωCoγ 照射后,每天给予 40 mg/kg 环磷酰胺腹腔注射,并每天灌胃 50 mg/kg 氯霉素,持续 3 d。

再障组和治疗组各随机处死 8 只小鼠,通过检验血常规、骨髓常规以检验造模成功。剩余小鼠用药分别为:①对照组、再障组每天以 0.2 mL 生理盐水灌胃1次。②治疗组:结合前期预实验研究,按照体质量,每天以 200 mg/kg ASP(纯度≥95%,北京索莱宝科技有限公司)灌胃 1次。各组连续用药 14 d,分别于第 7 天及第 14 天取材进行检测。期间,再障组小鼠第 1 周、第 2 周共死亡 4 只,治疗组小鼠第 2 周死亡 2 只。

1.2 外周血常规的检测

分别于造模后第 1、7、14 天,每组小鼠采用摘眼球取血方法获得外周血,利用 HEMAVET 950FS 动物血细胞分析仪检测外周血常规。见表 1。

1.3 骨髓单个核细胞(BMMNCs)计数

造模后第 1、7、14 天,采用颈椎脱臼的方法每组处死小鼠(具体数量见表 1),取单侧股骨,使用含胎牛血清 1640 培养液冲洗出骨髓腔内骨髓细胞,采用淋巴细胞分离液密度梯度离心法分离骨髓单个核细胞,制备单细胞悬液(每毫升 106 细胞),40×10 倍显微镜下计数 BMMNCs。

1.4 骨髓红系爆式集落形成单位(BFU-Es)与红系 集落形成单位(CFU-Es)的测定

采用甲基纤维素体外半固体培养法,即将单个核细胞接种于培养皿中,置 37 ℃,5%CO₂ 培养箱中培养至 14 d,并计数两个以上培养皿。

1.5 线粒体数量的检测

各组小鼠取单侧股骨,切取厚度小于 1 mm 的

样本,使用透射电子显微镜(Jem-2000,日本)进行骨髓组织中线粒体的计数。

1.6 造血干细胞的获取及培养

筛选 Lin⁻ Sca-1⁺c-Kit⁺ 细胞 (LSK) 是分离小鼠造血干细胞常用的方法^[13]。获取骨髓单个核细胞后,使用 BD FACS AriaⅢ流式细胞仪分选出 LSK 细胞群,使用的抗体包括 Mac-1、Gr-1、Ter119、CD4、CD8a、CD3 和 B220。分选后在伊思柯夫培养液 (IMDM)细胞培养液中培养以备用。

1.7 活性氧(ROS)、丙二醛(MDA)的检测

二乙酸二氯荧光素孵化 LSK 细胞 45 min 后,使用荧光酶标仪检测活性氧(ROS)水平,检测波长485 nm。使用硫代巴比妥酸反应的方法检测 MDA水平,检测波长532 nm。

1.8 细胞色素氧化酶(COX)和苹果酸脱氢酶(MDH) 检测

根据线粒体分离试剂盒(Pierce Biotechnology Inc.,美国)的操作说明分离 LSK 细胞的线粒体。分别使用 COX 和 MAO ELISA 试剂盒(R&D Systems,Inc.,美国)进行血清检测,按照试剂盒说明书操作,测定

COX 和 MAO 的吸收波长分别为 450 nm 和 470 nm。

1.9 流式细胞术定量分析线粒体膜电位

提取 LSK 细胞后,取 2×10^5 细胞置于 0.5 mL 细胞培养液中,加入 0.5 mL JC-1 染色液(Mitochondrial membrane potential assay kit with JC-1,ATCC,美国),37 ℃细胞培养箱中放置 15 min,4 ℃离心4 min,洗涤,重悬细胞,最后使用流式细胞仪对线粒体膜电位进行分析研究。使用 JC-1 试剂检测方法检测线粒体膜电位,通过分析两个通道的比例(红、03)/(绿色,04)来判断线粒体膜电位水平。

2 统计学分析

使用 SPSS 19.0 进行数据的统计分析,计量资料 以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间差异使用单因素方差分析,多重 比较使用修正的 F 检验,取 α =0.05 为检验水准。

3 实验结果

3.1 外周血和单个核细胞检测

使用全自动血细胞分析仪检测外周血细胞的数量、显微镜下计数单个核细胞数量,发现 AA 小鼠(再障组、治疗组)上述指标的数量明显减少(*P*<0.05),证明造模成功,见表 1。

表 1 三 4	1血常规、	、骨髓单个	`核细胞.	、BFU-Es スタ	CFU-Es	比较 $(x \pm s)$)
---------	-------	-------	-------	------------	--------	----------------	---

	造模后 天数	只数	白细胞(×10°)	红细胞(×1012)	血小板(×10°)	骨髓单个核细胞 (×104/每根股骨)	BFU-Es (/2×10 ⁵ 有核细胞)	CFU-Es (/2×10 ⁵ 有核细胞)
	1	8	4.92 ± 0.54	11.37 ± 0.53	1119.17 ± 69.13	376.83 ± 52.35	26.67 ± 4.76	72.00 ± 6.03
对照组	7	8	4.94 ± 0.50	9.36 ± 0.33	1070.33 ± 44.11	367.33 ± 45.28	26.20 ± 4.30	76.50 ± 5.10
	14	8	4.94 ± 0.50	11.39 ± 0.37	1081.17 ± 68.25	369.50 ± 44.82	26.50 ± 5.05	72.33 ± 6.62
再障组	1	8	$0.40 \pm 0.24^{**}$	$3.78 \pm 1.28^{**}$	44.33 ± 23.95**	$34.67 \pm 20.56^{**}$	$13.83 \pm 4.49^{**}$	$35.83 \pm 7.19^{**}$
	7	6	$0.36 \pm 0.15^{**}$	$7.78 \pm 0.56^{**}$	$78.33 \pm 23.95^{**}$	$41.67 \pm 15.04^{**}$	$14.90 \pm 4.50^{**}$	$41.60 \pm 6.70^{**}$
	14	6	$0.75 \pm 0.34^{**}$	$6.58 \pm 1.72^{**}$	$119.33 \pm 58.30^{**}$	$53.00 \pm 28.87^{**}$	$13.83 \pm 3.66^{**}$	$41.83 \pm 7.36^{**}$
治疗组	1	8	$0.34 \pm 0.16^{**}$	$4.02 \pm 1.79^{**}$	$48.17 \pm 28.75^{**}$	$36.83 \pm 17.2^{**}$	$16.00 \pm 7.95^{**}$	$29.50 \pm 3.70^{**}$
	7	8	$0.60 \pm 0.09^{**}$	$9.36 \pm 0.33^{**##}$	132.17 ± 23.29**#	66.83 ± 22.61**	$16.10 \pm 4.80^{**}$	$43.70 \pm 4.10^{**}$
	14	6	$1.38 \pm 0.34^{**\#}$	$8.86 \pm 0.69^{**##}$	$473.17 \pm 178.72^{**\#}$	$106.50 \pm 33.26^{**\#}$	$20.17 \pm 4.92^{**\#}$	59.17 ± 11.62*##

与对照组比较,*P<0.05,**P<0.01;与再障组比较,*P<0.05,**P<0.01

3.2 BFU-Es 和 CFU-Es 的检测

与正常对照组相比, AA 小鼠的 BFU-Es 和 CFU-Es 的集落计数显著降低(P<0.01)。而给予 ASP 治疗后, BFU-Es 和 CFU-Es 分别恢复到对照组的 76.2% (20.2/26.5)和 81.88%(59.2/72.3)水平, 见表 1, 与再障组比较差异有统计学意义。

3.3 线粒体超微结构和数量

透射电镜下观测到,对照组线粒体的大小和形状都是正常的。而再障组可以观察到线粒体结构破坏、嵴消失、数量减少,见图 1,ASP 处理后,线粒体数量及结构完整性得到了显著提高,证明 ASP 可

以维持AA小鼠线粒体数量及功能。

3.4 ROS、MDA、COX、MAO 水平检测结果

在 ASP 的作用下,可以观察到,AA 小鼠 ROS、MDA 的水平被明显抑制(P<0.01)(图 2)。COX 和MAO 是线粒体膜的重要标志。MAO 水平过高提示线粒体的氧化应激增加,所以 AA 小鼠(再障组、治疗组)的 MAO 水平明显高于对照组(P<0.01);而线粒体内膜的标志 COX,再障组和治疗组的水平明显低于对照组(P<0.01),见图 2。

3.5 线粒体膜电位检测结果

结果表明,第14天再障组、治疗组线粒体膜电

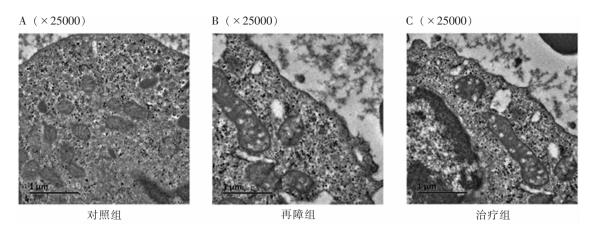


图 1 当归多糖对线粒体超微结构的影响

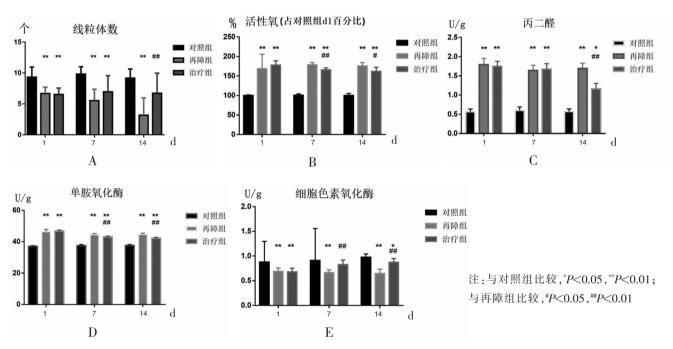


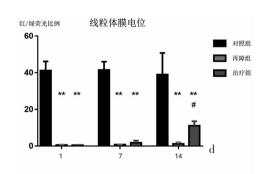
图 2 当归多糖对 LSK 细胞线粒体数量(A)、活性氧(B)、丙二醛(C)、单胺氧化酶(D)、细胞色素氧化酶(E)水平的影响

位的水平显著低于对照组(*P*<0.01)。而 ASP 干预下,治疗组线粒体膜电位水平明显恢复、高于再障组(*P*<0.01),这表明 ASP 能促进 AA 小鼠造血干细胞线粒体功能的恢复。见图 3。

4 讨论

AA 是一种造血功能衰竭性疾病,中药对该病尤其是慢性 AA 的疗效较好。当归功用养血活血,是中医治疗 AA 的最常用药物之一。有关 ASP 研究表明,其可以有效改善造血微环境^[8,14-15],因此本实验应用 ASP 研究以进一步明晰其对线粒体的作用机制。

mtDNA 的突变常与肿瘤、糖尿病、血液系统疾病的发生密切相关,mtDNA 突变、mtDNA 拷贝数减少是这些疾病发病的重要原因[16-18]。研究证实,严重



与对照组比较,*P<0.05,**P<0.01;与再障组比较,*P<0.05,**P<0.01

图 3 当归多糖对 LSK 细胞线粒体膜电位水平的影响

的全血细胞减少症常常与 mtDNA 突变相关[19]。这主要是因为异常水平 mtRNA 拷贝数量、线粒体相关蛋白质合成及 mtDNA 损伤导致线粒体功能异常,最终导致相关细胞凋亡、死亡及自噬的异常。此外,线粒体 ATP 质量和数量的不足也是染色体不稳定的关键因素之一[1]。基于本课题组对 AA 线粒体突变的研究[5],本实验试图分析 ASP 能否逆转 AA 小鼠异常的线粒体功能。

在本实验中,小鼠按照文献造模后,血常规三系下降明显,可以观察到严重的骨髓单个核细胞的降低(表1),这符合 AA 的特点,证实造模成功。而在应用 ASP 干预后,骨髓的单个核细胞、BFU-Es 和 CFU-Es 等数值相比再障组显著增加。此外,小鼠模型中 LSK 细胞中线粒体的数量也受到影响,而 ASP可以纠正 LSK 线粒体数量下降的趋势(图 1)。之后,我们检测了线粒体膜的标志物发现,再障组小鼠和对照组之间膜的标志物 MAO 和 COX 水平差距显著,而 ASP 可以纠正该部分异常,并通过降低 ROS 和 MDA、纠正异常的膜电位来改善线粒体的功能(图 2、3)。这些结果表明,ASP 能够通过增加线粒体数目、稳定线粒体膜从而恢复 AA 骨髓造血细胞功能。

总之,AA模型小鼠造血干细胞中确实存在线粒体功能异常,而 ASP 可以通过逆转线粒体膜电位异常,调控 ROS、MDA、COX、MAO 水平,提高线粒体数量及结构完整性,纠正线粒体功能异常的问题,从而促进造血干细胞功能的恢复。

「参考文献]

- [1] CHINNERY P F, SCHON E A. Mitochondria[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2003, 74(9):1188-1199.
- [2] GATTERMANN N. Mitochondrial DNA mutations in the hematopoietic system[J]. Leukemia, 2004, 18(1):18-22.
- [3] GATTERMANN N, RETZLAFF S, WANG Y L, et al. Heteroplasmic point mutations of mitochondrial DNA affecting subunit I of cytochrome c oxidase in two patients with acquired idiopathic sideroblastic anemia [J]. Blood, 1997, 90(12):4961-4972.
- [4] KIM H R,SHIN M G,KIM M J,et al. Mitochondrial DNA aberrations of bone marrow cells from patients with aplastic anemia [J]. Korean Med Sci, 2008, 23(6):1062-1067.
- [5] CUI X, WANG J, CAI Z, et al. Complete sequence analysis of mitochondrial DNA and telomere length in aplastic anemia[J]. Int J Mol Med, 2014(34):1309-1314.
- [6] CHIU T L, SU C C. Tanshinone IIA induces apoptosis in human lung cancer A549 cells through the induction

- of reactive oxygen species and decreasing the mitochondrial membrane potential [J]. Int J Mol Med, 2010, 25 (2):231-236.
- [7] 宁炼,陈长勋,金若敏,等. 当归补血汤促进造血功能的成分及其作用的研究[J]. 中国中药杂志,2002,27(1):50-53.
- [8] LEE J G, HSIEH W T, CHEN S U, et al. Hematopoietic and myeloprotective activities of an acidic angelica sinensis polysaccharide on human CD34* stem cells[J]. Ethnopharmacol, 2012, 139(3):739-745.
- [9] XIAO H, XIONG L, SONG X, et al. Angelica sinensis polysaccharides ameliorate stress-induced premature senescence of hematopoietic cell via protecting bone marrow stromal cells from oxidative injuries caused by 5-fluorouracil[J]. Int J Mol Sci, 2017, 18(11). pii; E2265.
- [10] 张先平,王乾兴,陈斌,等. 当归多糖抑制氧化损伤延缓造血干细胞衰老[J]. 中国中药杂志,2013,38(3):407-412.
- [11] 张先平,刘俊,徐春燕,等. 当归多糖对小鼠衰老造血干细胞端粒、端粒酶及 P53 的影响[J]. 中国中药杂志, 2013,38(14):2354-2358.
- [12] CHEN Y F,WU Z M,XIE C,et al. Expression level of IL-6 secreted by bone marrow stromal cells in mice with aplastic anemia[J]. ISRN Hematol, 2013, 2013: 986219.
- [13] VASAM G, JOSHI S, JARAJAPU Y P. Impaired mobilization of vascular reparative bone marrow cells in streptozotocin-induced diabetes but not in leptin receptordeficient db/db mice[J]. Sci Rep, 2016, 6:26131.
- [14] 毛宇,徐芳,邹云,等. 当归多糖对造血功能的影响及其机制的研究[J]. 食品研究与开发,2015,36(8):122-126.
- [15] 王改琴,景鹏,贾书花. 当归多糖对小鼠骨髓造血干细胞及基质细胞表面细胞间黏附分子 1 水平的影响[J].中国组织工程研究,2017,21(21):3293-3298.
- [16] WALLACE D C. A mitochondrial paradigm of metabolic and degenerative diseases, aging, and cancer; a dawn for evolutionary medicine [J]. Annu Rev Genet, 2005, 39: 359-407.
- [17] CLAY MONTIER L L, DENG J J, BAI Y. Number matters:control of mammalian mitochondrial DNA copy number[J]. J Genet Genomics, 2009, 36(3):125-131.
- [18] ROTIG A, POULTON J. Genetic causes of mitochondrial DNA depletion in humans[J]. Biochim Biophys Acta, 2009, 1792;1103-1108.
- [19] HATFILL S J,LA COCK C J,LAUBSCHER R,et al. A role for mitochondrial DNA in the pathogenesis of radiation-induced myelodysplasia and secondary leukemia[J]. Leuk Res, 1993, 17(11):907-913.

•中药研究•

基于叶绿体 rbcL 基因对不同产区 浙贝母的 PCR 扩增体系及序列差异研究

林 娜,蓝 艳,张晓芹

(丽水市中医院,浙江 丽水 323000)

[摘要]目的:建立不同产区浙贝母的叶绿体 rbcL 基因的 PCR 扩增体系,并对产区间的序列差异进行分析。方法:将采集于 27 处不同产地的浙贝母鉴定、切碎、打粉后保存备用。总 DNA 提取方法采用试剂盒法,PCR 扩增体系主要考察退火温度、Taq 酶浓度、 Mg^{2+} 、dNTP 浓度等因素。基因序列分析采用 Conting Express 和 DNAman 软件。结果:50 μ L 反应体系中含 Taq 酶 1 U,2.5 mmol/L Mg^{2+} 、dNTP 分别为 2 μ L,退火温度为 52 ∞ 。浙贝母 rbcL 序列全长 599 bp,G+C 含量为 50.7%,浙贝母不同产区 rbcL 序列未发现突变位点。结论:所建立的体系可用于浙贝母 rbcL 序列分析,为浙贝母的 rbcL 序列研究奠定基础。研究结果提示 rbcL 序列在浙贝母种间或者产地间的分辨率较低,不适合作为浙贝母种间和产地间的鉴别方法。

[关键词] 浙贝母;叶绿体;rbcL基因;产地;序列差异;中药鉴别

[中图分类号] R282.710.3

[文献标志码] A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0412-05

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.021

Study on PCR Amplification System and Sequence Difference of Zhebeimu (Fritillariae Thunbergii Bulbus) in Different Producing Areas Based on Chloroplast *rbc*L Gene

LIN Na, LAN Yan, ZHANG Xiaoqin

(Lishui Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lishui 323000, China)

Abstract Objective: To establish a PCR amplification system for the chloroplast rbcL gene of of Zhebeimu (Fritillariae Thunbergii Bulbus) in different producing areas, and to analyze the sequence differences in the different producing areas. **Methods:** Zhebeimu collected in total 27 different producing areas were identified, chopped, powdered and stored for later use. The total DNA extraction method uses the kit method. The PCR amplification system mainly investigates the annealing temperature, Taq enzyme concentration, Mg^{2+} , dNTP

concentration and other factors. Gene sequence analysis was performed using Conting Express and DNAman software. **Results**: The 50 μ L reaction system contained 1U of Taq enzyme, 2.5 mmol/L Mg²⁺ and 2 μ L dNTP respectively, and the annealing temperature was 52 °C. The *rbc*L sequence of Zhebeimu was 599 bp in length and 50.7% in G+C. No mu-

[「]收稿日期] 2018-06-07

[[]基金项目] 浙江省中医药管理局科研基金项目(编号:2015ZA2

[[]作者简介] 林娜(1975-),女,浙江舟山人,副主任中药师,主要 从事中药鉴定与中药质量分析研究。

[[]通信作者] 张晓芹(1988-)女,山东临沂人,中药师,中药学硕士,主要从事药用植物与分子生药学研究,E-mail:71008018@qq.com,Tel:18806788133。

tation sites were found in the rbcL sequences of Zhebeimu in different regions. **Conclusions:** The established system can be used for the analysis of rbcL sequence of Zhebeimu, which lays a foundation for the study of rbcL sequence of Zhebeimu. The results suggest that the rbcL sequence has a low resolution between the different species of Zhebeimu or between the different producing areas; therefore, it is not suitable to be used as a method for identification between different species and producing areas of Zhebeimu.

Keywords Fritillaria thunbergii; chloroplast; rbcL; cultivated varieties; sequence difference

浙贝母药材来源于百合科(Liliaceae)植物浙贝母(Fritillaria thunbergii Miq.)的干燥鳞茎,具有化痰止咳、清热散结之功效,常用于风热或痰热咳嗽、肺痈吐脓、瘰疬瘿瘤、疮痈肿毒[1]。现代药理研究表明,浙贝母具有祛痰、镇咳、抗病原微生物等药理作用,浙贝母生物碱为其化痰、止咳的主要功效成分[2]。目前对不同来源浙贝母的生物碱研究已有较多报道,其有效成分的含量随产地和品种的不同而呈现一定的差异,而对不同来源浙贝母基因序列差异的研究还较少。

植物 DNA 序列分析突破了对经验的过度依赖,能在较短时间内建成易于利用的应用系统,是传统植物分类与鉴定强有力的补充,已在药用植物品种和产地鉴别方面发挥了重要作用^[3]。目前采用的 DNA 序列主要有 cp DNA 的 rbcL、matK、trn H-psb A 序列,rDNA 的转录间隔区序列(ITS)和 mtDNA 序列等。作者前期已经对 ITS 序列进行了研究,发现不同产区之间浙贝母品种的 ITS 序列并无差异,难以作为浙贝母种间和产地鉴别的有效工具。因此,本文拟基于叶绿体基因 rbcL 序列,分析不同产区浙贝母的基因序列差异,寻找适用于浙贝母的种间和产地间的鉴别工具,为浙贝母的质量控制和遗传多样性研究奠定基础。

本文针对浙贝母 rbcL-PCR 反应体系中 Mg^{2+} ,dNTP、随机引物、Taq 酶的浓度和退火温度等因素进行优化,建立了一套适合浙贝母的 rbcL-PCR 反应体系,并对不同来源浙贝母的 rbcL 序列差异进行了分析。

1 仪器与材料

1.1 仪器

FW100 型高速万能粉碎机,B-220 型电热恒温水浴锅,Biomerta PCR 仪,君意东方水平电泳槽,SIGMA 3K-5 低温高速离心机,BioRed GEL DOC 2000 凝胶成像扫描系统,GEANT 雪花制冰机。

1.2 试剂

广谱植物基因组 DNA 提取试剂盒(北京博迈德

生物技术有限公司),r-Taq 酶、DL-2000 Maker、dNTP、10×Buffer,MgCl₂等购自 Takara 公司,引物由上海生工生物技术有限公司合成。

1.3 样品

浙贝母样品采自浙江省磐安、缙云、云和、庆元、宁波、永康、江苏南通等地(表1),由金华职业技术学院医学院药用植物学教授陈坚波鉴定为百合科植物浙贝母(Fritillaria thunbergii Miq.)。样品采集后趁鲜切小块,减压干燥,球磨机粉碎,避光阴凉处保存。

2 方法

2.1 总 DNA 提取

浙贝母鲜药材减压干燥,置球磨机中粉碎,采用广谱植物基因组 DNA 提取试剂盒进行 DNA 提取。 得到的总 DNA 于 -20 ℃保存。

2.2 PCR 扩增

PCR 扩增引物由上海生工生物技术有限公司合成,引物序列分别为 r-F:5'-ATGTCACCACAAACAG AGACTAAAGC-3',r-R:5'-GTAAAATCAAGTCCACC RCG-3'。根据模板 DNA 浓度、Taq 酶用量、 Mg^{2+} 浓度、dNTP 浓度,分别进行单因素实验,每确定一个条件就作为后续研究的条件。50 μ L 反应体系中各因素与水平见表 2,共实验了 4 个因素各 5 个水平。

2.3 rbcL-PCR 反应程序

扩增程序为 95 ℃预变性 5 min;94 ℃变性 30 s,50 ℃~58 ℃退火 50 s,72 ℃延伸 1 min,共 35 个循环;72 ℃延伸 10 min。PCR 扩增产物用 1%琼脂糖凝胶电泳验证,ITS 序列由上海生工生物工程有限公司上海测序部进行双向测序。

2.3 序列分析及数据处理

所得序列用 Conting Express 校对拼接,去除低质量序列及引物区;用 DNAman 软件进行序列处理和比对。

3 结果

3.1 总 DNA 提取结果

提取的 DNA 用 1%琼脂糖凝胶电泳分析,结果

表 1 样品采集信息

表1 杆品米集信息							
序号	采样地点	样品编号	样本数量	采样时间			
1	杭州市桐庐县	HZ-TL	3	2014年5月			
2	江苏省南通市	JS-NT	3	2014年5月			
3	金华市磐安县翠坞村	PA-CW	3	2015年5月			
4	金华市磐安县大处村	PA-DC	3	2015年5月			
5	金华市磐安县大麦坞村	PA-DMW	3	2015年5月			
6	金华市磐安县杜坑村	PA-DK	3	2015年5月			
7	金华市磐安县后陈村	PA-HC	6	2015年5月			
8	金华市磐安县金山村	PA-JS	5	2015年5月			
9	金华市磐安县潘潭村	PA-PT	3	2015年5月			
10	金华市磐安县市售饮片	PA-SS	3	2015年5月			
11	金华市磐安县田口村	PA-TK	1	2015年5月			
12	金华市磐安县西英村	PA-XY	5	2015年5月			
13	金华市磐安县岩潭村	PA-YT	1	2015年5月			
14	金华市磐安县庄头村	PA-ZT	1	2015年5月			
15	丽水市缙云县古溪村	LS-JY-GX	3	2015年5月			
16	丽水市缙云县潜陈村	LS-JY-QC	3	2015年5月			
17	丽水市缙云县潜明村	LS-JY-QM	4	2015年5月			
18	丽水市缙云县外麻车村	LS-JY-WMC	3	2015年5月			
19	丽水市庆元县玉下村	LS-QY-YX	4	2015年5月			
20	丽水市云和县龙埠村	LS-YH-LB	1	2015年5月			
21	宁波市崔岙村	NB-CL	3	2016年5月			
22	宁波市后溪村	NB-HX	3	2016年5月			
23	宁波市章水镇	NB-ZS	3	2016年5月			
24	宁波市樟溪村	NB-ZX	3	2016年5月			
25	衢州市柯城区崇文村	QZ-KC-QW	2	2015年5月			
26	温州市乐清县盛家塘村	WZ-LQ-SJT	1	2015年5月			
27	永康市白岩村	YK-BY	2	2015年5月			

表 2 ITS-PCR 体系优化因素与水平

水平	退火温度(℃)	Taq 酶用量(U)	Mg ²⁺ 用量(μL, 2.5 mmol/L)	dNTP 用量(μL,2.5 mmol/L)
1	50	0.25	2.0	2.0
2	52	0.50	2.5	2.5
3	54	1.00	3.0	3.0
4	56	1.25	3.5	3.5
5	58	1.50	4.0	4.0

见图 1。从图中可以看出提取的总 DNA 质量较高,可满足后续 PCR 要求。

3.2 退火温度对 rbcL 扩增的影响

退火温度对 rbcL 扩增的影响,结果见图 2。总体而言,退火温度对扩增结果影响较大,50 ℃~54 ℃均可达到良好的扩增效果,当扩增温度升高,无法出现预期条带。在确保实验结果稳定的情况下,考虑到扩增的特异性和重复性最佳,选择 52 ℃为退火温度。

3.3 Taq酶用量对rbcL扩增的影响

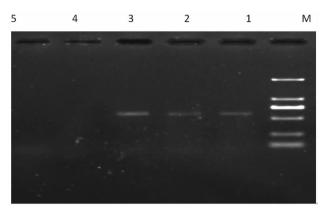
由图 3 可知, Taq 酶用量对 ITS 扩增结果影响较大, Taq 酶用量较小, 无法出现预期条带, 当 Taq 酶用量大于 0.5 U 时开始出现明亮的 PCR 条带, 而当 Taq 酶用量达到 1 U 时, PCR 条带越加明亮, 故选择 Taq 酶用量为 1 U。

3.4 Mg^{2+} 用量对rbcL扩增的影响

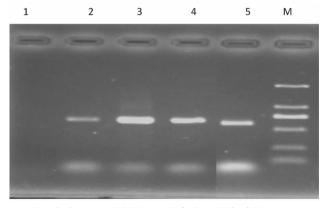
Mg²⁺ 用量对 PCR 反应的特异性和扩增效率影



图 1 浙贝母 DNA 模板电泳图



注:泳道 1~5 对应的退火温度分别为 50,52,54,56,58 ℃ 图 2 退火温度对扩增的影响



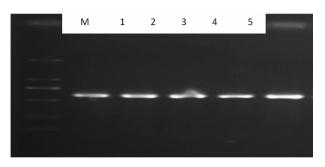
注:泳道 1~5 对应的 Taq 聚合酶用量分别为 0.25,0.50, 1.00,1.25,1.50 U

图 3 Taq 聚合酶的用量对扩增效果的影响

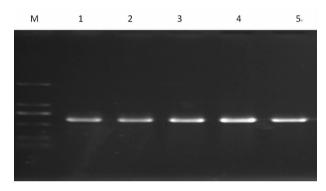
响相对较小。图 4 中可以看出 Mg^{2+} 用量为 $2\sim4~\mu L$ 时均可出现扩增条带,且随着 Mg^{2+} 用量的增加,条带明亮度增加。考虑条带清晰度和经济适用性,选择 Mg^{2+} 用量为 $2~\mu L$ 。

3.5 dNTP 用量对 ITS 扩增的影响

dNTP 用量对扩增结果影响较小,2~4 μ L 的用量均可扩增出条带,且随着用量的增加,条带明亮度稍有增加。考虑到经济因素,最终选择 dNTP 用量为 2 μ L。见图 5。



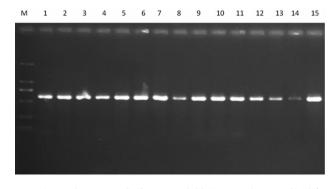
注:泳道 1~5 的 Mg²⁺用量分别为 2.0,2.5,3.0,3.5,4.0 μL 图 **4** Mg²⁺用量对扩增结果的影响



注:泳道 1~5 dNTP 用量分别为 2.0,2.5,3.0,3.5,4.0 μL 图 5 dNTP 用量对扩增结果的影响

3.6 优化条件组合的 PCR 扩增结果

随机选取 5 份样品(1-5 号),以优化后的条件对 其进行 PCR 扩增,每个处理重复 3 次,PCR 产物经 1%琼脂糖凝胶电泳检测,在约 600 bp 处有一明亮的 PCR 条带(图 6),与预期大小一致。表明所建立的 PCR 扩增条件可以满足浙贝母的 rbcL 扩增要求。



注:M 为 Maker,泳道 1~15 为样品 1~5 的 PCR 扩增条 带,每个样品重复 3 次

图 6 样品的 rbcL-PCR 反应体系结果

3.7 浙贝母的 rbcL 序列鉴定

将测序后的 rbcL 序列经 NCBI 核酸数据库比

对,与浙贝母的相似度达到 100%。说明所测得的序列为浙贝母无疑。

3.8 浙贝母的 rbcL 序列分析

将测序结果用分子生物学软件进行处理分析后得到浙贝母的 rbcL序列(图 7)。浙贝母 rbcL基因序列全长 599 bp,A、T、G、C 四个碱基的含量分别为28.9%、28.7%、22.0%、20.4%,G+C 含量达到 50.7%。对 27 个产区浙贝母 rbcL序列进行分析发现,不同产区浙贝母 rbcL序列并无差异,未发现碱基突变现象。

```
AGGICACCAC AAACAGAGAC TAAAGCAAGT GCIGGATICA AAGCIGGIGI TAAAGATTAC
AAATIGACTI ATTATACTCC TGACTATGAA ACCAAAGATA CTGATATITI GGCAGCATTC
CGAGTAACTC CTCAACCCGG AGTICCACCC GAAGAGGCAG GGGCAGCGGT AGCCGCCGAA
181 TCTTCCACTG GTACATGGAC AACTGIGIGGG ACTGATGGAC TTACCAGTCT TGATCGTTAC
241 AAAGGGCGAT GCTACCACAT CGAGAGCGTT GTIGGGGAAG AAAATCAATA TATTGCTTAT
301 GTAGCTTATC CTTTAGACCT TITTGAAGAA GGTTCTGTTA CTAAACATGTT CACTTCCATT
361 GTGGGTAATG TATTTGGTTT CAAAGCCCTA CGAGCTCTAC GTGTGGAGGA TCTGCGAATT
421 CCTACTTCTT ATTCCAAAAC TITTCAAGGC CGGCCTCATG GTATCCAAGT TGAAAGGGAT
481 AAATTGAACA AGTATGGTCG TCCCCTATTA GGATGTACCA TTAAACCAAA ATTAGGATTA
541 TCTGCAAAGA ACTATGGTAG AGCAGTTTAT GAATGTCTGC GTGGGGGAC TGTTTTTAC
```

图 7 浙贝母的 rbcL 序列

4 讨论

4.1 rbcL-PCR 扩增效果的影响因素分析

在 rbcL 扩增体系的考察中,Taq 酶的浓度过低则无法扩增出条带,过高则容易出现非特异性条带,一般而言, Mg^{2+} 和 dNTP 用量对 PCR 扩增结果的影响较大,对于浙贝母的 rbcL 扩增而言,二者的用量对扩增结果的影响相对较小, $2\sim4$ μ L 均可扩增出条带。退火温度对扩增影响较大。退火温度过低容易出现非特异性条带,过高则无法扩增出条带。本文通过对各种影响因素的考察,最终确定了各因素的最佳用量(50 μ L 反应体系中含 Taq 酶 1 U,2.5 mmol/L Mg^{2+} 、dNTP 分别为 2 μ L,退火温度为 52 ∞)。为浙贝母的 rbcL 序列研究奠定了基础。

4.2 rbcL序列的扩增优势

影响 PCR 扩增的因素较多,从样品质量到扩增体系的各个环节,均可对 PCR 扩增率产生重要的影响^[4]。浙贝母肉质根茎含水分较高,若样品处理不得当,则容易被真菌污染而影响扩增效果。普通的烘干和晒干,均需要一段时间才能干燥样品,且温度不宜过高,容易使样品滋生细菌。作者曾经采用 ITS 序列作为浙贝母种间鉴别工具,发现测序结果大部分是真菌序列,且在扩增过程中,Taq 酶、Mg²⁺和 dNTP 用量等因素对扩增结果的影响均较大,而采用 rbcL 序列可有效避免以上问题。rbcL 序列为叶绿体基因,是真菌所不具备的基因序列,因此可有效避免真菌的

影响,提高扩增和测序效果。

4.3 rbcL序列在浙贝母种间和产地间的鉴别力分析 对 rbcL 序列的扩增研究已经较多,在茶树、高 良姜、半边莲等诸多植物中均有应用[5-6]。但还未见 对不同产地浙贝母 rbcL 序列进行研究的报道。蔡朝 晖等[7]对不同产地浙贝母的 5S rRNA 序列进行了研 究,发现不同产地之间不存在序列差异;庄欣晨等[8] 对不同品种浙贝母的 ITS1 和 ITS2 序列进行了研 究,发现浙贝母1号、2号、三籽、多籽、高三籽等品 种的 ITS1 和 ITS2 序列不存在差异。本文通过考察 浙贝母 rbcL 基因的扩增体系中相关影响因素,建立 了其 rbcL-PCR 扩增最佳体系,随机采用 5 份样品进 行了扩增体系的验证,结果表明所建立的体系稳定 性较高,随后对27个产地的所有浙贝母样品进行了 序列测定研究,发现不同产区浙贝母的 rbcL 序列完 全一致,提示叶绿体基因的种间变异较低,且 rbcL 序列在浙贝母种间或者产地间的分辨率较低,可能 无法作为浙贝母不同品种或不同产地的鉴别工具。

[参考文献]

- [1] 何琛晔,张春椿,李石清,等. 浙贝母品质现状及中药材生态适宜性的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2018,24(2):220-225.
- [2] 林娜,张晓芹,蓝艳,等. 浙贝母质量控制的研究进展[J]. 中国药房,2017,28(9):1289-1292.
- [3] 夏至,黄勇,李贺敏,等. 基于核基因 ITS 及叶绿体 psbA-tmH 和 tmS-tmG 基因怀地黄栽培起源探讨[J]. 中草药, 2018,49(2):423-430.
- [4] 孟祥善,代晓华,刘萍,等. 基于 ITS 序列的银柴胡种质资源遗传多样性研究[J/OL]. 中药材,2018,41(1):55-59. https://doi.org/10.13863/j.issn1001-4454.2018.09.026.
- [5] 刘振,成杨,赵洋,等. 基于叶绿体 rbcL和 trnH-psbA序列的湖南茶树资源遗传多样性与亲缘关系研究[J]. 热带作物学报,2018,39(1):40-45.
- [6] 黄琼林,詹若挺,陈蔚文. 应用 rbcL 条形码鉴别高良姜及其伪品大高良姜[J]. 中国调味品,2017,42(2):122-133
- [7] 陈建雄,魏艺聪,黄泽豪,等. 基于 rbcL 序列的半边莲与 通泉草的分子鉴别方法[J]. 福建农业学报,2017,32(7): 730-733
- [8] 蔡朝晖,李萍,李松林,等. 不同产地浙贝母的基因序列及生物碱含量比较[J]. 中药材,2001,24(3):157-159.
- [9] 庄欣晨,袁颖,丁溶樱,等. 浙贝母 DNA 条形码技术研究[J]. 科技通报,2017,33(2):48-51.

中医药对糖皮质激素受体调节作用研究进展

李 军1,李玉华1,梁爱武2

(1.广西中医药大学,广西 南宁 530001; 2.广西中医药大学附属瑞康医院,广西 南宁 530011)

[摘要] 从应激状态下、疾病状态下及其他研究方面,总结近年来中医药对糖皮质激素受体作用的研究, 概述中医药对糖皮激素受体(GR)起调节作用的有效成分及作用机制。研究显示无论单味中药还是方药中的有效成分均通过干预机体内 GR 的水平及影响 GR 水平的相关因素,从而上调机体内 GR 的水平及抑制 GR 水平下降趋势。分析中医药与调节 GR 之间的效应关系,其效应关系是通过提高机体抗应激能力及提高机体对应激状态的耐受性和增强自身免疫调节、抑制或逆转激素相关性疾病的激素抵抗现象,从而改善激素的不敏感现象。参考文献 32 篇。

[关键词] 中医药;糖皮质激素受体;作用机制;糖皮质激素抵抗;综述

[中图分类号] R259.869

「文献标志码] A

[文章编号] 1007-659X(2019)04-0417-04

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.022

近些年来,高速发展的分子生物学研究使糖皮 质激素(Glueocorticoid,GC)在临床上得到广泛应用, 糖皮质激受体(Glueocorticoid receptor, GR)作为激 素依赖的转录活化因子,是核受体家族中的重要成 员。GR 平均分子量 90~95 kD, 多见于有核细胞的胞 浆中,GC 通过与 GR 结合发挥抗炎作用。其作用机 制主要是激活的 GR 结合细胞核内 DNA 上的相应 激素应答元件或作用于其他转录因子促进或抵制靶 基因转录过程,或通过阻断炎症和免疫反应过程中 相关靶基因的转录,抑制炎性细胞因子表达,从而起 到抗炎、抑制免疫的作用[1]。GR 在人体各种组织细 胞中的表达水平随着内外环境的刺激引起数量及活 性的改变,如常见的炎性应激反应、基因突变情况以 及自身免疫性疾病等多种疾病状态。GR数目的变 化及其活性大小是决定 GC 疗效的关键因素之一[2]。 但是,相关研究表明无论是在体外培养的细胞还是动 物体内以及在分子蛋白或 mRNA 层面上,GC 均可对 GR 呈现负相关调节性[3-4]。所以,进一步探索 GC 与 GR 结合率的提高,增加 GC 的敏感性已成为分子生物学研究中的热点之一。本文总结中医药对机体不同应激状态下 GR 的影响,分析中医药与调节GR 的效应关系,阐明作用机制,为中医药调节GR 提供理论依据。

1 应激状态下调节

应激是指自身个体在受到各类内外环境因素影响时,所呈现出的一种维持相对稳定生物学功能的非特异性遍及全身的反应,这一变化过程称为应激反应^[5]。下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴(HPA)的兴奋是主要的特征表现^[6],应激形式多变,出现方式无法预测^[7-8]。长期的应激正反馈促使 GC 分泌过多,若超出机体自身应对能力范围后则会引起损伤反应^[9]。在动物实验中,构造负性应激原刺激模型,常常采用4周、6周及以上时间作为应激暴露最低时限,能模拟应激造成的长期损伤^[10]。

研究表明,机体发生应激反应时,通过 HPA 轴的兴奋,促进 GC 的分泌与释放,但 GR 浓度水平却减少[111]。2型糖尿病大鼠模型在慢性心理应激中的后期 GR 水平数量迅速下降,免疫反应强度明显减

[[]收稿日期] 2018-06-25

[[]基金项目] 广西中医药民族医药资助项目(编号:GZZC16-23) [作者简介] 李军(1990-),男,湖南隆回人,2016 年级硕士研究 生,主要从事中西医结合防治肺系疾病。

[[]通信作者] 梁爰武(1968-),女,广西南宁人,教授,主任医师,硕士生导师,主要从事中西医结合防治肺系疾病研究,Tel:13367713537, E-mail:2834572616@qq.com。

弱,给予不同高低剂量的逍遥散干预后可显着逆转大鼠体内 GR 的下降趋势[12]。长时间的超负荷训练可使脑组织、胸腺细胞中 GR 数目发生持续性的下降,通过健脾补肾中药干预后,胸腺细胞中 GR 数量明显升高,从而减弱 GC 的抑制作用,充分提高和改善机体免疫能力[13]。在长期限制自由后大鼠胸腺中的 GR 核转移率较正常大鼠明显增高,明显抑制了其免疫能力,通过加味四逆散的干预后使腺细胞 GR 的核转移率降低,较大程度地缓解了 GC 对胸腺的抑制作用[14]。

研究发现,逍遥散及大黄在调节应激损伤和烫伤后脓毒症大鼠 GR 表达水平方面有明显的作用^[15]。大黄主要的作用机制通过干预大鼠外周血白细胞中 GR 结合及对其活性的调节,从而影响外周血淋巴细胞数量,缓解脓毒症对免疫功能的影响,提高免疫功能^[16]。逍遥散中产生主要效应的可能是柴胡,其主要表现为上调 GR。亦有研究表明,人参中的人参皂苷通过影响 GR mRNA表达,降低失血性休克大鼠 GR 活性物的下降速度^[17]。

综上所述,机体在应激状态下 GR 水平呈明显下降趋势,免疫受到不同程度的影响,导致免疫功能降低。中药或中药复方在调节细胞内 GR 的水平、提高机体抗应激能力、提高机体对应激状态的耐受性和增强自身免疫调节能力方面具有不可取代的优势。中药方剂中某些主要成分或某一味药在调节GR 水平作用中的机制,可为今后开发利用中医药改善应激反应奠定理论基础。

2 疾病状态下调节

GC 是由肾上腺皮质束状带细胞分泌的甾体类激素,是目前临床上主要抗炎药物,用于慢性炎症性、血液系统、自身免疫性等疾病治疗[18]。但目前临床上有一部分患者出现 GC 不敏感现象[19]。同时因长期使用 GC 而导致机体产生一系列相关的不良反应,如血压升高、血糖升高、脂肪堆积、骨质密度的改变甚至股骨头缺血性坏死等[20]。中医药不仅可以提高机体内 GR 数目,而且能提高 GC 的治疗效果,从而减少其用量和缩短用药时间,减少不良反应[21]。

2.1 实验研究

年宏蕾等[22]研究淫羊藿、女贞子协同布地奈德

对 50 只哮喘大鼠 GR 及抗炎作用的影响,研究结果 表明淫羊藿、女贞子合用可明显改善哮喘大鼠内源 性 GR 缺陷情况,从而保护并提高 GC 局部作用的敏 感性及防止 GC 抵抗情况的出现。李先茜等[23]研究 薯蓣皂苷对 50 只哮喘模型小鼠气道上皮细胞的 GRα、GRβ 表达的影响,结果表明哮喘小鼠气道上皮 细胞中 GRα、GRβ mRNA 和蛋白表达水平明显低于 正常小鼠气道上皮细胞,薯蓣皂苷干预后可明显逆 转气道上皮细胞中 GRα、GRβ 和热休克蛋白的表 达,从而在哮喘模型小鼠中发挥抗炎作用。郭晓冬 等[4]观察加味丹栀逍遥散干预抑郁模型大鼠海马内 盐皮质激素受体(MR)和GR含量的影响,研究结果 提示,加味丹栀逍遥散可以通过影响海马内 GR 和 MR 的蛋白表达,达到抵抗抑郁目的,其作用机制可 能与调节海马内 GR 和MR 的平衡密切有关。韩远 山等[25]观察中药复方左归降糖解郁方对糖尿病并 发抑郁大鼠的 HPA 轴及 GR 的影响。在高糖状态 下,由于HPA 轴基础活性显著增高,海马组织内 GR 表达下降,使其对 HPA 轴的调控作用减弱,导致 HPA 持续亢进,GC 分泌增加。研究结果表明,通过 左归降糖解郁方干预后,可有效减缓模型大鼠海马 组织中 GR 表达的下降速度,从而促进海马组织发 挥抗抑郁作用。

综上所述,通过中医药干预均可改善不同疾病 模型动物体内的 GR 表达水平,在提高 GR 水平方 面无明显组织差异性。这表明中医药在治疗激素相 关疾病的机制上可能与调节 GR 水平密切相关。

2.2 临床研究

杨宏光等^[26]通过对 36 例慢性特发性血小板减少性紫癜(ITP)激素抵抗患者的观察,比较中药组、中药加强的松组、强的松组通过药物干预后每组治疗前后外周血小板计数、单个核细胞内 GRα 和 GRβ 表达水平的变化。结果表明自拟风芪汤通过发挥其补肾凉血疏风功效,能明显改善慢性 ITP GC 的耐药,提高临床疗效。冷文飞^[27]运用补益肝肾法治疗类风湿关节炎(RA)疼痛患者,对比 78 例 RA 患者及 72 例健康人的外周血 GR 含量,结果显示中药干预后 GR 水平与正常对照组比较无统计学差异,补益肝肾发挥抗炎作用的机制是通过调节GR 受体水

平,从而最大程度缓解 RA 患者疼痛。张盈等[28]应用加减金匮肾气丸辨治脾肾阳虚型周围神经系统疾病(PNS)患者,发现此方能增强 GC 的抗炎疗效,提高患者对 GC 的敏感性。李达等[29]通过对激素依赖性原发免疫性血小板减少症患者应用怡癜饮治疗后发现,治疗组在激素的用量、减撤率及改善淋巴细胞中 GR 的浓度方面明显优于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。6个月疗程后,怡癜饮干预后激素依赖性患者激素剂量可有效降低,其减量甚至停用的成功率明显增加,这与改善淋巴细胞中 GR 含量密切相关。

综上所述,中医药在与激素联用治疗激素依赖性疾病中,疗效远比单独使用某种激素治疗时效果显著。从激素使用剂量的减少和反弹性的降低这两方面,展示了中医药对激素依赖性疾病治疗的有效性。

3 其他研究

郝桂锋[17]证实三七总皂苷是三七的主要活性成 分。现代药理研究表明,三七总皂苷可以有效抑制 急性炎症引起的血管炎性疾病,同时亦具有降低脑 梗死面积、扩张血管、降低血脂、延长凝血时间、清除 自由基、抗炎抗氧化等药理作用。高岩等[30]发现人 参皂苷 Rg₁ 作为一种人参提取物中最具药理活性的 物质,在改善小鼠的生存率、降低异常升高的血清生 化指标方面有重要意义。Rg,可反转病理和超显微 结构提示酒精性肝损害的病变。损伤产生的炎症因 子包括 TNF-α、IL-1β 及 IL-6 均可被 Rg₁ 抑制。Rg₁ 通过作用 GR 调节核因子-κB(NF-κB),发挥配体作 用从而对抗酒精性肝炎。王力宁等[31]通过比较六味 地黄丸(颗粒)对空白对照组、哮喘模型组、药物干 预组小鼠中 GR mRNA 的表达差异,发现六味地黄 丸(颗粒)通过上调哮喘小鼠 GR mRNA 的水平,而 缓解小鼠哮喘症状。易浪等[32]选择小鼠巨噬细胞系 Raw264.7 为研究对象观察青藤碱抗炎作用。在炎症 状态下,小鼠中的 GR 蛋白表达显著降低,研究表明 青藤碱通过调节 GR 发挥抗炎作用。

4 结语

综上所述,GR 贯穿于整个激素依赖性疾病的发生、发展及预后过程中。中医药可使 GR 数目增加,

调节与 GC 结合能力。中医药与 GC 联合应用不但能提高疗效,还可降低 GC 对机体的不良反应,改善疾病的复发率。但中医药也存在不足,比如成分的不确切性,成分作用于机体的差异性,某些单药成分的功效相反性,加上不同靶器官 GR 变化的不同性,有待于我们进一步开展更深领域的研究。

[参考文献]

- [1] UHLENHAUT N HENRIETTE, BARISH GRANTD, YU RUTH T, et al. Insights into negative regulation by the glucocorticoid receptor from genome-wide profiling of inflammatory cistromes[J]. Mol Cell, 2013, 49(1):158-171.
- [2] HAGENDORF ANTJE, KOPER JANW, DE JONGFRANK H, et al. Expression of the human glucocorticoid receptor splice variants alpha, beta, and P in peripheral blood mononuclear leukocytes in healthy controls and in patients with hyper- and hypocortisolism[J] J Clin Endocrinol Metab, 2005, 90(11):6237-6243.
- [3] BIDDIESIMON, CONWAY-CAMPBELLBECKYL, LIGHT-MANSTAFFORD L, et al. Dynamic regulation of glucocorticoid signallinge in health and disease[J]. Rheumatology(Oxford), 2012, 51(3):403-412.
- [4] KINO TOMSHIGE, MANOLI IRINI, et al. Glucocorticoid receptor(GR) beta has intrinsic, GRalpha-independent transcriptional activity[J]. Biochem Biophys Res Commun, 2009, 381(4):671-675.
- [5] JOELS MARIAN, SARABD JITSINGHR ANGELA, KAR-ST HENK. Unraveling the time domains of corticosteroid hormone influences on brain activity; rapid, slow, and chronic modes [J]. Pharmacol Rev, 2012, 64(4); 901-938.
- [6] 魏师. 糖皮质激素受体在动物应激时的作用及其调控[J]. 天津农学院学报,2016,23(1):57-61.
- [7] DARWISH R S, AMIRIDZE N, AARABI B, et al. Nitrotyrosine as an oxidative stress marker: evidence for involvement in neurologic outcome in human traumatic brain injury[J]. J Trauma, 2007, 63(2):439-42.
- [8] LEDERBOGEN R, POSTMA D S, GEERLINGI M, et al. City living and urban upbringing in humans[J]. Nature, 2011,23(2):288-293...
- [9] KRETZO, REICHARDT H M, SCHUTZ G, et al. Corticotropin-releasing hormone expression is the majortarget for glucocorticoid feed back-control at the hypothalamic level[J]. Brain Res, 1999, 818(2):488-490.

- [10] SHEN J,ZHANG J,DENG M,et al. The antidepressant effect of angelica sinensis extracts on chronic unpredictable mild stress-Induced depression is mediated via the upregulation of the BDNF signaling pathway in rats[J]. Evid Compl Altern Med, 2016, 15(3):478-485.
- [11] TERUNUMA T, KAWAUCHI S, KAJIHARA M, et al. Effect of acoustic stress on glucocorticoid receptor mRNA in the cochlea of the guinea pig[J]. Molec Brain Res, 2003, 120(1):65-72.
- [12] 朱艳芳,徐志伟,敖海清,等.加减逍遥散对慢性心理应激2型糖尿病小鼠糖皮质激素受体表达的影响[J].广州中医药大学学报,2013,25(6):876-879.
- [13] 常波,杨剑. 序贯法和单纯进补法对慢性运动应激大鼠脑组织和胸腺组织糖皮质激素受体的影响[J]. 体育科学,2010,26(2):48-54.
- [14] 史亚飞,严灿,吴丽丽,等. 加味四逆散对束缚制动心理应激大鼠 HPA 轴调节作用的影响[J]. 中药材,2008,31(1):88-91.
- [15] 富文俊, 敖海清, 孙琪, 等. 逍遥散对应激损伤大鼠糖皮质激素受体(GR)的调控[J]. 时珍国医国药, 2012, 23 (9):2128-2130.
- [16] 张红金,刘娇,吴相伟,等. 大黄对烫伤后脓毒症大鼠糖皮质激素受体表达和外周血淋巴细胞的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志,2014(3);186-189.
- [17] 郝桂锋. 中药有效活性成分对糖皮质激素受体调节作用的研究[C]//2014年浙江省风湿病学学术年会论文汇编. 湖州:浙江省医学会风湿病学分会,浙江省科学技术协会. 2014:2.
- [18] 张书印,丁选胜,方芸. 炎症性疾病中糖皮质激素抵抗机制的研究进展[J]. 药物评价研究,2017,40(12):1811-1815.
- [19] FITZGERALD J MARK, FOUCART SYLYAIN, COYLE STEPHEN, et al. Montelukast as add-on therapy to inhaled corticosteroids in the management of asthma (the SAS trial)[J]. Can Respir J, 2009, 593(6):162-165.
- [20] 刘欢. 慢性阻塞性肺疾病患者糖皮质激素受体表达与激素疗效相关性的研究[D]. 长春:吉林大学,2012.

- [21] 程彬彬. 中药对糖皮质激素受体的调节研究概况[J]. 中国中医药信息杂志,2009,16(7):103-106.
- [22] 年宏蕾,杨燕,罗良涛,等. 淫羊藿及女贞子协同布地奈 德对哮喘大鼠糖皮质激素受体及抗炎作用的影响[J]. 北京中医药,2016,35(2):118-121.
- [23] 李先茜,吴宁,余荣环,等. 薯蓣皂苷对哮喘小鼠气道 上皮细胞糖皮质激素受体表达的影响[J]. 山东医药, 2017,57(42):16-19.
- [24] 郭晓冬,许二平,李琳,等. 加味丹栀逍遥散对抑郁模型 大鼠海马内盐皮质激素受体和糖皮质激素受体的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2014,20(11):119-122.
- [25] 韩远山,赵洪庆,杨蕙,等. 左归降糖解郁方对糖尿病并发抑郁症大鼠 HPA 轴及海马糖皮质激素受体表达的影响[J]. 中国中医基础医学杂志,2017,23(12):1710-1713.
- [26] 杨宏光,陈志雄,于天启. 自拟风芪汤对慢性 ITP 糖皮质激素受体的调节作用[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(2): 281-283.
- [27] 冷文飞. 补益肝肾对类风湿关节炎患者糖皮质激素受体的影响[J]. 中国社区医师(医学专业),2012,14(20): 210-211
- [28] 张盈,陈红波,鲁科达,等. 糖皮质激素受体 DNA 甲基 化对脾肾阳虚型原发性肾病综合征患者激素敏感性的 影响及"加减金匮肾气丸"干预作用的研究[J]. 浙江中 医药大学学报,2015,39(5):340-344.
- [29] 李达,胡永珍,陈瑶,等. 怡癜饮治疗激素依赖性原发免疫性血小板减少症 30 例临床观察[J]. 中医杂志,2015,56(17):1479-1482.
- [30] 高岩,楚世峰,陈乃宏. 人参皂苷 Rg1 通过糖皮质激素 受体相关 NF-κB 信号通路发挥抗炎作用抵抗酒精性肝炎研究[J]. 湖南中医药大学学报,2015,35(12):1-4.
- [31] 王力宁,罗梅芳,黄小琪,等. 六味地黄丸(颗粒)对哮喘 小鼠糖皮质激素受体 mRNA 作用的研究[J]. 中华中医药杂志,2010,25(9):1393-1397.
- [32] 易浪,朱瑞丽,谢冰冰,等. 青藤碱通过糖皮质激素受体发挥抗炎作用的研究[J]. 中药新药与临床药理,2015,26(4):494-499.

中医药膳防治糖尿病研究概况和思考

魏丽萍

(山东师范大学校医院,山东 济南 250014)

[摘要] 综述糖尿病前期、糖尿病期、糖尿病并发症期应用药膳情况。研究表明,糖尿病患者在常规治疗的同时给予药膳辅佐治疗,患者空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白、血清总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、血肌酐、尿微量清蛋白等指标明显下降;同时患者多饮、多食、多尿、消瘦、乏力、肢凉肢麻、皮肤瘙痒、失眠、焦虑等症状明显缓解。并就药膳在糖尿病防治中正确合理应用问题展开思考,从因人而异,辨证施膳,常规治疗为主,药膳治疗为辅以及药膳组方的继承与创新方面进行探讨。参考文献 32 篇。

「关键词」糖尿病:药膳:应用概况:应用思考

[中图分类号] R259.871 [文

「文献标志码」A

「文章编号] 1007-659X(2019)04-0421-04

DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2019.04.023

药膳是中医治疗学的重要组成部分,是中医医学知识与烹饪经验相结合的产物。药膳是以药物和食物为原料,经过烹饪加工制成的一种具有食疗作用的膳食,将药物作为食物,赋食物以药用,药借食力,食助药威,既有营养价值又可防病治疗^[1]。药膳历史由来已久,目前在慢性病防治中应用广泛。本文就中医药膳在糖尿病防治中的应用状况进行整理,并探讨药膳的现代应用,论述如下。

1 治疗机制和常用药物

中医认为,人体是一个有机的整体,人与自然也是一个有机的整体,人体内阴阳平衡,气血调和,人就健康。当四季气候异常、过度劳累、饮食不节、情志失调等诸因素影响,就会使人体气血阴阳平衡失调而得病。同样,生于大自然的动、植物,也禀受天地阴阳之气具有四气五味,这些动、植物有的可以入药,有的可以作为食物,有的既是药物又是食物,用药物、食物的偏性调节人体的气血阴阳失衡,即是药膳食疗的根本所在。正如《素问·脏气法时论》所言:"毒药攻邪,五谷为养,五果为助,五禽为益,五蔬为充,气味合而服之,以补精益气。"糖尿病属于中医学消渴范畴,其发病原因比较复杂,主要由于先天禀赋不足,素体阴虚,复因饮食不节、情志失调、劳欲过度导致脏腑功能失调,气血运行失常,出现阴虚燥热,导致本病发生。临床上,诸医家依据药物的四气五

味归经,选取益气养阴、清热降火中药制成药膳,扶 正祛邪,标本兼顾,可有效防治糖尿病。

依据"医食同源""药食同源"之说,糖尿病养生药膳益气药常用黄芪、党参、人参、太子参、灵芝、木耳等,益气养阴药常用西洋参、黄精等;滋阴润燥药常用玉竹、知母、石斛、百合、麦冬、天冬、沙参、银耳等,补益肝肾药常用枸杞子、女贞子、山萸肉、制何首乌、黑芝麻等;健脾补肾药有山药、芡实等,健脾药有茯苓、薏苡仁等,清热降火药有桑叶、葛根、天花粉、生地黄、玄参、地骨皮、大黄等;活血化瘀药有山楂、丹参等。其中,山药、枸杞子、人参、黄精、玉竹、黑芝麻、银耳、木耳、茯苓、薏苡仁、桑叶、葛根、山楂等,性味和口感较好,现代药理研究又具有调节血糖和降糖作用,属"药食同源"之佳品。

2 分期辨证

2.1 糖尿病前期

糖尿病前期包括空腹血糖受损(IFG)和餐后 2 h 血糖受损(IGT),患者的血糖介于正常人血糖值与糖尿病血糖值之间,属于"未病"阶段,属于中医消渴前期^[2]。我国糖尿病现状严峻,2017 年发表于《美国医学会杂志》(JAMA)上"中国慢性病及其危险因素监测"项目研究结果显示:2013 年中国成人糖尿病患病率 10.9%,糖尿病前期患病率 35.7%^[3]。故对糖尿病前期进行有效干预具有重要的意义^[4]。饮食失调是糖尿病发病的重要因素之一,随着药膳的推广和应用,许多糖尿病患者和糖尿病前期患者不断尝试应用药膳改善病情。一项关于社区居民药膳食疗认知度的问卷调查显示,有 74.2%的人对药膳感兴趣,有

[作者简介]魏丽萍(1964-),女,山东昌邑人,医学学士,副主任医师,主要从事社区慢性病研究。

[[]收稿日期] 2018-10-08

37.1%的居民服用过药膳,72.6%以上的居民认可药膳的保健强身、防治疾病的功能^[5]。

邹映珍等[6]对糖调节受损(IGR)患者在生活方 式指导的同时进行中药膳食干预 18 个月后发现:空 白组、对照组、干预组IGR患者高血糖逆转为正常 血糖的百分比分别为 5.97%、29.85%、59.09%; 稳定在 IGR 阶段者分别为 79.10%、64.18%、37.88%;发展为 糖尿病者分别 14.93%、5.97%、3.03%。干预组与对照 组比较差异有统计学意义(P<0.01)。黄慧等[7]用益 气健脾药膳对糖尿病前期气虚质者干预 6 个月发 现,益气健脾药可有效改善气虚质糖尿病前期患者 血糖水平。江映红等[8]对葡萄糖耐量减低的患者辨 证分型选择药膳,肥胖、痰多者平补,偏瘦、素体燥热 者清补,素体脾胃虚弱者温补,治疗3个月发现:药 膳组空腹血糖(FPG)、餐后2h血糖(2hPPG)、体质 量指数(BMI)、血清总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆 固醇(LDL-C)降低,优于对照组,差异具有统计学意 义(P<0.05)。张利民等[9]在糖尿病前期患者体质辨 识的基础上研究中药膳食对体质的干预,分为痰湿 质组和湿热质组,痰湿质者每日山楂、绞股蓝代茶 饮,茯苓、泽泻、佩兰、猪胰煲汤餐食,湿热质者每日 荷叶、玉米须、桑叶代茶饮,绿豆衣、赤小豆、薏苡仁、 猪胰煲汤餐食,与口服西药阿卡波糖组对照发现,两 组 FPG、2 hPPG、糖化血红蛋白(HbA1c)、血脂水平 均较治疗前降低,三酰甘油(TG)、TC、LDL-C、高密 度脂蛋白胆固醇(HDL-C)的改变辨体施膳组与阿 卡波糖组比较有统计学意义(P<0.05),且无不良反 应发生。由此可见,中药膳食在糖尿病前期,联合其 他的糖尿病干预措施起到了影响糖尿病前期患者 的转归、降低糖尿病发生风险的作用。

2.2 糖尿病期

糖尿病为慢性疾病,病久会导致诸多并发症,严重威胁着患者的健康,临床上各医家从不同角度,依据不同的证型辨证施膳。

杨喜忠等[10]从阴虚热盛证、肝肾不足证、肾元不固证辨证施膳,研究发现患者空腹血糖(FPG)较治疗前均降低(P<0.05),加入食疗药膳组降低更明显。程霞[11]研究表明患者 FPG、2 hPPG 的治疗有效率,食疗药膳观察组(97.44%)较常规治疗对照组(89.74%)差异有统计学意义(P<0.05)。杨海侠等[12]从阴虚热盛、气阴两虚、阴阳两虚三型辨证施膳于2型糖尿病患者,8周后观察到治疗组血糖、血脂、中医症状都明显改善,与对照组对比差异有统计学意义(P<0.05)。同时发现,病情较轻的阴虚热盛型干预效果较好.病情较重的阴阳两虚型干预效果有限。

季学清等[13]配置益气养阴活血的方药制成药膳,服用3个月发现:治疗组FPG、2 hPPG、HbA1e、TG、TC较治疗前降低(P<0.05),而对照组仅FPG、TC较治疗前降低(P<0.05),且治疗后两组FPG、2 hPPG、HbA1e、TG、LDL-C差异有统计学意义(P<0.05)。另外,中医药膳形式灵活多样,有煲汤、煲粥、代茶饮,还有的把药食同源中药制成粉状结合小麦、燕麦、荞麦等面粉,加工成血糖生成指数较低的馒头,便于患者服用,廖锦芳等[14]将其作为早餐主食,袁媛等[15]以此作为中晚餐主食,在调整血脂降低餐后血糖方面有明显疗效。

研究还发现,利用中医药膳理论指导糖尿病患者的膳食不仅能降低血糖、调节血脂,更能改善其生活质量。马俊等[16]研究发现利用中医药膳理论指导患者膳食,对患者因血糖增高产生的乏力、五心烦热、两目干涩、口苦、皮肤瘙痒等症状有明显缓解作用。杨莉等[17]研究发现糖尿病患者采用药食同源的膳食指导,配合运动养生、情志养生,可有效改善糖尿病患者因病造成的在精力、睡眠、社会关系和情感反应方面的不适。刘庆元等[18]的研究也表明糖尿病药膳治疗组在生存质量总评分、生理、心理及独立领域的评分均高于对照组(P<0.05)。

2.3 并发症辨治

2.3.1 糖尿病肾病 糖尿病肾病早期肾小球受损伤 程度较轻,合理治疗可逆转病情。张穗娥等[19]结合 糖尿病肾病气阴两虚的情况,用益气养阴、活血化瘀 的中药制成肉饼和汤羹,嘱患者分别于中、晚餐服 用,观察2个疗程发现,药膳组在症状、血常规、尿常 规、微量蛋白尿、尿肌酐、血脂及肾功能的改善均优 于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。魏宝永等[20] 用药膳做成主食辅助治疗早、中期糖尿病肾病,观察 发现患者自身对比 FPG、HbA1c、尿蛋白都降低,对 于改善"三多一少"、纳差、便溏、浮肿、腰痛、畏寒等 临床症状亦有良好效果。吴李花等[21]、吴晓军[22]对糖 尿病肾病早期患者在糖尿病基础治疗相同的情况 下,观察组加入健脾补肾的药膳粥佐餐应用 12 周, 两组治疗前后 FPG、血肌酐、尿蛋白排泄率均有下 降,但观察组下降明显,与对照组比较差异有统计学 意义(P<0.05)。

2.3.2 糖尿病周围神经病变 糖尿病周围神经病变 (DPN)是糖尿病最常见慢性并发症之一,有报道 DPN 国内发病率 85% [23],临床以肢体的"凉、麻、痛、痿"为主要表现,常出现在糖尿病后期。DPN 因消渴日久,耗气伤阴,气虚不能推动血液运行,阴虚营血涩滞,久病入络,痰瘀互结,影响血脉运行,致精气不能荣

养四肢^[24]。刘琪玉等^[25]用药膳补阴,联合肢体穴位温灸补阳,阴阳双补,对阴阳两虚型 DPN 患者干预治疗,与口服甲钴胺片剂的对照组比较,治疗组的临床症状积分、神经病变积分、总体疗效评定积分皆优于对照组(P<0.05)。李玉玲等^[26]把 150 例 DPN 患者随机分为药膳联合温和灸组(治疗组)、温和灸组(对照 A 组)、口服甲钴胺组(对照 B 组),在患者一般护理、心理护理及基础治疗相同的情况下,治疗组给予益气活血的药膳干预 3 个疗程后,治疗组中医证候积分均低于对照 A 组及对照 B 组(P<0.05),治疗组有效率均高于对照 A 组及对照 B 组(P<0.05)。

2.3.3 其他糖尿病并发症 糖尿病患者因病程长久,阴损气耗,特别是老年患者,常常出现气虚便秘,虽有便意,但临厕努挣不出,气短乏力。阮柳红等[27]用药膳方黄芪陈皮煮水冲服黑芝麻糊补中益气、润肠通便,配合艾灸治疗30d,治疗组较对照组在改善症状和排便情况方面为优,差异具有统计学意义(P<0.01)。

3 应用思考

3.1 应用原则

药膳是中医治疗学"治未病"理念的体现,随着疾病谱、医学模式的改变,人们的健康需求正发生着改变,药膳的应用受到前所未有的关注,也显示出广阔的发展前景。一项基于北京居民对中医预防保健服务需求的调查显示,21.9%居民愿意接受药膳,特别是老年人和慢性病患者,且 47.0%的糖尿病患者对中医预防保健服务有需求[28]。在糖尿病防治中如何实施全程中医健康管理措施,增加药膳知识,有效减少药膳滥用的发生,笔者认为应坚持如下两个原则。

第一,药膳以中医药理论为基础,因人而异,注重辨证施膳。应用药膳应仔细辨证,明了不同人、不同体质、不同病变时期,有针对性地选用药物,借传统烹饪的方式制成膳食,"同病异治",辨证施膳,才能取得预期的效果。纵观以上诸医家糖尿病药膳组方,无论是从三焦辨证、气血阴阳辨证、气血津液辨证、脏腑辨证,还是依据患者体质辨证,虽然临床证型不一,均以本病阴虚燥热为重点,结合不同的兼症,辨证施膳。所以,尽管药膳组方各有不同,但都离不开养阴润燥,符合中医"治病必求于本"的原则。

第二,药膳以治病、保健和强身为目的,辅佐治疗。药食结合是中医综合治疗中的一种重要方法,但是其作用是辅佐治疗,且不可代替药物治疗。临床要正确区分药膳与药物的关系:药物是祛病疗疾的,起效快,重在治病;药膳多用来养身防病,见效慢,重在养与防。药膳不能代替药物在治疗疾病中的作用,

但药膳在保健、养身、康复中又有很重要的地位。糖尿病药膳疗法也是如此,药膳配方配伍规律应符合中药方剂配伍规律,但不完全等同于中药方剂,在临床应用中应遵循一定的原则,不可滥用。针对糖尿病不同阶段、不同病机变化,因时、因地、因人辨证施膳,辅佐治疗,使其在糖尿病防治过程中发挥"未病先防、已病防变、已变防渐"的作用。从而改善糖尿病患者的临床症状,提高其生活质量。

3.2 继承和创新

糖尿病药膳通过药物与谷薯禽蔬等食物的组合,丰富了糖尿病患者的饮食,改善了糖尿病饮食单一的缺点,给患者提供了多口味的膳食和营养支持,这些药膳多是在烹调形式上的创新,缺乏系统的药膳组方设计方法,难以出现重大创新和突破性进展,如何创新值得诸医家多角度、多层面的思考和研究。马莉等[29]提出"药性组合模式的药膳配方方法",不失为药膳创新的一个思路,值得借鉴。

另外,如何把药膳与现代医学相结合,也是一个 值得深究的问题。不论是中医学还是西医,都认为 糖尿病与不健康的生活方式有密切的联系。江苏省 成年居民不同膳食模式对糖尿病前期患病影响的 调查显示,多食新鲜果蔬和蛋奶为主的健康型膳食 可显著降低居民患病风险[30]。现代医学中饮食干预 在糖尿病生活方式治疗中起重要作用,饮食管理与 血糖监测、药物治疗、运动管理、患者教育并列为糖 尿病的"五驾马车"。西医饮食管理指导多以控制食 物总热量、降低脂肪、摄取优质蛋白为主要方法。限 制每日摄食总热量短期内可明显减轻体质量,但存 在发生胆结石、便秘、神经系统症状等不良反应风 险,且要求患者具备较高的依从性[31],这种干预方式 不利于患者长期自我血糖管理。且糖尿病患者饮食 中碳水化合物、脂肪、蛋白质三大营养素的最合适 比例尚无定论,目前大量研究仍在继续探讨糖尿病 患者营养成分的合理分配问题。

如果能充分利用中医之长,采用中西医结合方法,把中医药膳用于患者的饮食管理,通过辨证分型及药物、食物的四气五味,在总热量相同的情况下,因人而异制定个体化的糖尿病饮食处方,用西医控制食物的量,用中医控制食物的质,将两者融合在食谱中,使中医辨证施膳与西医热量计算相结合,多靶点调整,减轻胰岛细胞负担,恢复胰岛β细胞的功能,改善胰岛素抵抗,增加胰岛素敏感性。目前,也有学者用西医的方式适当控制热量的摄入,再加入药膳调节,取得了一定的疗效[13,32],但尚缺乏大样本、长时间的系统性研究。

4 结语

随着我国社区卫生工作的大力推进,慢性病社区干预措施逐步完善,糖尿病患者体质辨析已纳入健康档案管理。基层医疗机构应做好中医保健与基础公共卫生服务相结合的工作,为充分发挥药膳的优势,减少药膳滥用,促进药膳健康发展,应多形式普及药膳知识,定期聘请专家为糖尿病患者进行药膳指导,通过整体辨证,个体化治疗,依据患者生理病理、营养需求特点及时间、地域、体质的不同,合理选择药膳组方,充分应用药物与食物的性味与功能的统一,改善患者体质、饮食观念和行为,优化饮食结构,以提高药物治疗对血糖的控制达标率,减缓糖尿病相关慢性并发症的发生和发展。

[参考文献]

- [1] 方药中,邓跃涛,李克光,等. 实用中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社,1984:430.
- [2] ALEXANDEF N J, ANDERSON D J. Immunology of semen[J]. Fertil steril, 2001, 47(2):12-17.
- [3] WANG LIMIN, GAO PEI, ZHANG MEI, et al. Prevalence and ethnic pattern of diabetes and prediabetes in China in 2013[J]. JAMA, 2017, 317(24):2515-2523.
- [4] 方朝晖, 仝小林, 段俊国, 等. 糖尿病前期中医药循证临床实践指南[J]. 中医杂志, 2017, 58(3); 268-272.
- [5] 潘诗美,林殷,张聪,等. 社区居民药膳食疗认识度调查研究——以北京市市区为例[J]. 中医药导报,2018,24(13): 42-45.
- [6] 邹映珍,肖春玲,曾兰英,等. 药膳联合生活方式干预对糖调节受损患者的影响[J]. 中华现代护理杂志,2010,16(15):1778-1780.
- [7] 黄慧,张玉修,张敏敏. 药膳干预糖尿病前期气虚质 60 例[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(8):105-106.
- [8] 江映红,黄秋云,聂焱. 中医辨证施膳防治葡萄糖耐量减低的临床观察[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(5):511-512.
- [9] 张利民,谭毅,黄伟,等. 中医辨证施膳对糖尿病前期糖 脂代谢的影响[J]. 成都中医药大学学报,2012,35(1): 26-27
- [10] 杨喜忠,孙静,杨林,等. 中医食疗药膳治疗 2 型糖尿病 38 例疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报,2007,31(5):596-597.
- [11] 程霞. 中医食疗药膳治疗 2 型糖尿病疗效观察[J]. 中西医结合心血管病杂志,2018,6(3):149-150.
- [12] 杨海侠,荣华,董荣华,等. 辨证施膳对2型糖尿病患者血糖水平的干预研究[J]. 陕西中医,2012,33(12):1596-1597.
- [13] 季学清,王素,蔡骏. 营养治疗结合药膳干预 2 型糖尿病疗效观察[J]. 上海中医药杂志,2014,48(7):53-54.

- [14] 廖锦芳,黄秋云,江映红,等. 主食馒头在糖尿病治疗中的研究与应用[J]. 中医临床研究,2012,4(2):22-23.
- [15] 袁媛,陈立勇. 药食同源组方主食对住院 2 型糖尿病患者疗效的实验研究[J]. 慢性病杂志,2013,14(3):172-174.
- [16] 马俊,兰一,姚允怀,等. 利用中医药膳理论对糖尿病综合征患者的膳食指导与分析[J]. 现代中医药,2013,33 (5):53-55.
- [17] 杨莉,王宁玫,李莉,等. 中医养生法对社区 2 型糖尿病病人生存质量影响的研究[J]. 护理研究,2011,25(9): 2343-2345.
- [18] 刘庆元,欧吏秀,吴新民.中医药膳食疗对糖尿病患者 生存质量的影响[J]. 按摩与康复医学,2014,5(9):158-159.
- [19] 张穗娥,董彦敏,李惠林. 益气养阴药膳对早期糖尿病肾病疗效的影响[J]. 广州中医药大学学报,2005,22(3): 174-178.
- [20] 魏宝永,郑斯玉. 药膳辅助治疗早中期糖尿病肾病 37 例疗效观察[J]. 中医临床研究,2017,9(26):63-64.
- [21] 吴李花,吴江,姚景霞. 中医食疗方在糖尿病肾病早期的应用效果[J]. 全科护士,2014,12(14):1270-1271.
- [22] 吴晓军. 中医食疗方在糖尿病肾病早期的应用效果分析[J]. 糖尿病新世界,2015,35(3):41-42.
- [23] 李莉,王旭. 糖尿病周围神经病变的中医药治疗研究[J]. 吉林中医,2011,31(4):310.
- [24] 钱秋海,苏勋庄,崔方竹,等. 益气养阴化痰活血法治疗糖尿病周围神经病变的机理探讨[J]. 山东中药杂志, 2005,24(2):67-68.
- [25] 刘琪玉,罗彩花,李玉玲,等. 药膳联合温和灸干预阴阳两虚型糖尿病周围神经病变 60 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志,2017,38(5):68-69.
- [26] 李玉玲,黄兰花,付菊荣. 中药药膳联合温和灸对糖尿病周围神经病变的疗效观察[J]. 按摩与康复医学,2015,6(15):8-10.
- [27] 阮柳红,莫少媛. 艾灸联合药膳治疗老年糖尿病气虚便 秘的护理[J]. 当代护士(中旬刊),2012(7):87-88.
- [28] 罗富键,王宋颖,马莉敏. 北京社区居民对中医预防保健服务需求的调查与分析[J]. 北京中医药大学学报, 2015.38(4)·248-288.
- [29] 马莉,颜素容,李晓鹏,等. 基于药性组合模式的药膳配方方法[J]. 中国中药杂志,2014,39(13):2392-2395.
- [30] 曹烨,涂青云,汪秋实,等. 江苏省成年居民不同膳食模式对糖尿病前期患病影响[J]. 中国公共卫生,2018,34(3):423-427.
- [31] 李琳,徐瑜. 生活方式干预对2型糖尿病患者血糖控制的影响[J]. 上海交通大学学报(医学版),2017,37(6):870-875.
- [32] 孟妍,陈立勇. 强化抗性淀粉药膳方主食对于 2 型糖尿病患者的影响[J]. 营养学报,2015,37(3);279-284.