

基于“持中央、运四旁”辨治脾虚湿盛型燥痹

杨青霞¹ 李琴^{2*}

1 青海大学 2 青海省中医院

DOI:10.12238/bmtr.v7i4.15543

[摘要] 脾胃作为“后天之本”、“气血生化之源”,在燥痹的发生、发展过程中发挥着极为重要的调控作用。与以往的阴虚为本,燥热为标理论有所差异。笔者在临床跟诊李琴教授过程中发现,结合青海地区患者体质特点,多从脾胃入手,以脾虚湿盛为关键病机。分初期、中期、后期三个阶段治疗,临床疗效确切,本文将从立论依据、辨证论治、临床验案及笔者的学习心得等方面进行论述,以期为临床治疗燥痹提供更多思路。

[关键词] 燥痹; 脾胃; 脾虚湿盛; 持中央; 运四旁

中图分类号: R256.3 **文献标识码:** A

Based on "maintaining the center, transporting the four sides" to treat the spleen deficiency and dampness-excessive type of Sjogren's syndrome

Qingxia Yang¹ Qin Li^{2*}

1 Qinghai University 2 Qinghai Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine

[Abstract] The spleen and stomach, as the "foundation of acquired nature" and the "source of qi, blood, and biochemistry," play an extremely important regulatory role in the occurrence and development of dryness and paralysis. There are some differences from the previous theory of yin deficiency as the foundation and dry heat as the standard. During the clinical follow-up with Professor Li Qin, the author found that, based on the physical characteristics of patients in Qinghai, they often start from the spleen and stomach, with spleen deficiency and dampness as the key pathogenesis. The treatment is divided into three stages: initial stage, middle stage, and late stage, and the clinical effect is good. This article will discuss the basis of argumentation, syndrome differentiation and treatment, clinical cases and the author's learning experience, in order to provide more ideas for the clinical treatment of sjogren's syndrome.

[Key words] Sjogren's syndrome; Spleen and stomach; Spleen deficiency and dampness; Hold the center, Move four sides

干燥综合征(sjogren's syndrome, SS)是一组以外分泌腺受损为病理基础的自身免疫性疾病,临床症状复杂多变,主要以泪液及唾液分泌减少导致的口干、眼干等为主要表现^[1]。相关研究表明约有1/3的患者以腺体外症状为首发表现,且SS的诊断时间平均需要2.8年^[2],男性与女性的发病率为15:9^[3]。目前SS的病因尚不明确,临床异质性不明显,治疗难度较高^[4-5]。中医药治疗燥痹优势明显,可减轻患者经济压力及心理负担,且副作用较小,更易接受。

中医古籍中虽无燥痹之名,然其症状早有记载,《素问·至真要大论》云:“燥胜则干”,指出燥邪伤津;《素问玄机原病式·六气为病》云:“诸涩枯涸,干劲皱揭,皆属于燥”,明确燥致津亏,体失濡润。《黄帝内经》还指出“两气相感”致痹,重正气之功。李东垣主张“百病生于脾胃”,为后世从脾论治燥痹奠定基础。

1989年国医大师路志正正式将本病归属于中医“燥痹”范畴^[6],倡“持中央、运四旁”之论,“持中央,运四旁”以中焦脾胃为主持,兼顾心、肝、肺、肾这四脏,广涉四肢经脉,五官九窍,皮肉筋骨^[7],旨在调动中央斡旋之司,调整脏腑阴阳。“青海省名中医”李琴教授承路氏之学,临床多验,现将李琴教授临床辩证运药思路总结如下。

1 燥痹脾虚湿盛型的立论依据

《黄帝内经·宝命全形论》载:“天覆地载,万物悉备,莫贵于人,人以天地之气生,四时之法成。”指出地理环境会潜移默化地影响体质形成。青海地处高原,《异法方宜论》描述“天地所闭藏之域,其地高陵居”,当地居民摄纳的天地精气稀少,饮食起居等生活调摄缺乏健康指导,脾胃为后天之本,当先受邪。《类证治裁》曰:“因于外者,天气肃而燥胜,或风热致伤气分”,说明

在青海干燥寒冷环境下,正气亏虚,燥邪外袭,易致津液匮乏,燥热内蕴的病理变化。燥邪痹阻,脾虚无力为胃行其津液,脾为生痰之源,易酿生痰湿,湿邪阻滞气机,“四旁”失于濡养,湿愈重,燥愈显。路老亦言“北方亦多湿”^[8],故当地居民尤以脾虚湿盛,干劲皱揭者为多。本研究立足于青海省燥痹患者体质偏颇特点,选取脾虚湿盛型为研究对象,基于“持中央,运四旁”理论探讨调燮脾胃,恢复气机运行治疗燥痹的临证心得。

2 脾虚湿盛型燥痹的辨证论治

2.1 早期健脾益气,输布水液

《医方考》曰“脾胃人身之坤元也,至哉坤元,万物滋生,故脾胃为百骸之母。”强调脾胃属土,主司稼穡。《素问·经脉别论篇》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。”表明饮食入胃后赖胃中阳气腐熟水谷,化生的精微物质储藏于脾中形成脾阴,再由脾气弥散周身。青海地区居民脾胃失养,脾气阴俱虚,亦使“四旁”失于濡养而生燥痹诸症。因此顾护脾胃是脾虚湿盛型燥痹论治的基础。治疗当以益气健脾为主,方选四君子汤为底方加减治疗。李琴教授通常用党参易人参为君药,根据文献记载^[9]党参和人参都有补脾益肺生津的功效,在很多方面可以相互代替,但人参补气力大,尤善大补元气,党参则善于补血,朱丹溪提出人体“气有余便是火”,用药补气太过亦有耗伤津液之虞,故常用党参易人参,维持阴阳的动态平衡。白术为臣,苦,甘,性温,《本草汇编》中记载“脾恶湿,湿胜则气不得施化,津何由生?故曰膀胱者,津液之府,气化则能出焉。用白术以除其湿,则气得周流而津液生矣。”足见白术健脾燥湿,益气助运之妙。常根据患者大便干燥与否选用生白术和麸炒白术:结合舌苔白腻、脉象濡缓,大便稀溏,不成形者,选用相对温和的麸炒白术。何晗等^[10]通过16SrRNA高通量测序技术检测生白术煎水液和炒白术煎水液同等剂量给脾虚模型小鼠灌胃,从大鼠粪便提取DNA进行高通量16SrRNA测序分析,结果表明白术水煎液及多糖具有缓解腹泻的作用,能够调节脾虚泄泻型大鼠的肠道菌群,上调有益菌丰度,降低有害菌丰度,且麸炒对于脾虚泄泻型大鼠肠道菌群多样性的调节强于生品,与白术健脾燥湿益气功效相关。脾虚湿盛,湿性重浊,故常四肢沉重无力,佐以茯苓,重视健运脾胃,祛除湿邪。崔园园^[11]等以脾虚模型小鼠的体重增长量作为检测指标,来判定炙甘草和生甘草的疗效,结果表明炙甘草高剂量组小鼠体重增长量显著升高($P<0.05$),且在不同使用剂量下疗效存在差异性,故用炙甘草益气和中,调和诸药。立法着重顾护脾胃,经典名方配伍精妙,取其组方之理而不拘原方,药简效彰。

2.2 中期补益气血,调和营卫

《素问·痹论》记载:“荣卫之气亦令人痹乎……逆其气则病,从其气则愈,不与风寒湿气合,故不为痹”。青海地处高原,气候寒冷,居民易感寒湿之气,营卫失调,昼夜循行阻滞,不能涵养精气,故疲乏无力。李琴教授用当归、黄芪双补气血。二者同时应用,既能防脾胃虚弱,运化无力导致当归滋腻碍脾,又能防黄芪补气太过加重燥痹阴虚燥热之象。《医碥·血》记载:“汗、

液、津、泪、溺皆清澈,阳所生也;精、髓、血、乳、涕皆稠浊,阴所成也。阳性速,其生易,故气至而即生;阴性迟,其成难,故蓄积而后富。”汗液、津液、泪液等皆属于阳,治疗燥痹引起的口干、眼干当先鼓舞阳气,黄芪用量较大,旨在于此。《会心录》曰:“燥证有外因者,六淫之一也;有内因者,血液之枯也。”营血虚滞是脾虚湿盛型燥痹形成的内在因素,用丹参一味补益营血,功同四物。辛温的白芷、厚朴相伍,燥湿的同时不忘行气,气行则血行,方能让五脏六腑得以濡养,营卫通利,痹阻得以宣畅。研究^[12]表明厚朴中的主要成分和厚朴酚与厚朴酚对免疫系统疾病具有较好的临床疗效,减轻淋巴细胞的浸润^[13-15]。饮食五味入口,赖脾胃运化水谷精微,素体脾虚,运化无力,《素问·阴阳应象大论》:“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生腹胀。”脾气不升,胃气不降,导致胃胀满,不思饮食,需适当加入健脾消食的药物,如鸡内金、麦芽之类,协助脾胃消食,恢复营卫运行,加入少量郁金,可活血行气解郁,脾气健运的同时梳理肝气,土木和谐则周身气机宣畅。

2.3 后期安内攘外,平衡阴阳

脾虚湿盛型燥痹后期燥邪为盛,气机痹阻,津液耗伤严重,鲜少有纯虚纯实之证,病机错综复杂,出现明显口眼干燥,鼻干燥等特征性症状外,常伴周身乏力,关节疼痛,燥烦,舌绛红、苔燥、舌有裂纹等一系列五脏失衡之相,因肺为“水之上源”,心为君主之官,主持神明,肾主五液^[16],脾主运化水液,肝主藏血、体阴而用阳,当辩缓急,健运中央而安抚四旁,用天花粉、天冬、淡竹叶、玄参、麦冬、石斛等等滋补阴精。现代药理学研究表明麦冬里的麦冬多糖、石斛中所含的石斛兰多糖、淡竹叶的醇提取物及玄参的主要化学成分均可调节免疫功能^[17-19]。滋阴生津之品多性偏寒凉,恐伤胃阳,加入一味炮姜,健脾开胃,温中散寒。脾胃亏虚不能涵养元气,元气充养不足,肾中相火不安其位上冲,即谓“阴火”^[20],当温水之法辅以燥土^[21],治以乌药温肾散寒。《类证治裁·痹证》曰:“痹久必有瘀血”,日久阴火更伤元气,阴液耗极,燥、瘀、毒转结,符合现代医学腮腺反复肿大及结节,雷诺现象,皮肤出现结节性红斑,肋肋刺痛或肝脾肿大,舌质紫暗和舌下络脉迂曲等表现。急则治其标,先用丹参、虎杖活血散瘀,炒芥子温肺豁痰、利气散结。阴火上冲,下元寒邪凝滞,且燥痹的患者多年近七七,天癸将竭,腰膝酸痛,关节屈伸不利,配合威灵仙、秦艽等祛风湿、通经络的药物改善症状。

此外,因脾虚湿盛型燥痹病情缠绵复杂,临床常合并多种兼证,李琴教授对其用药有独特见解:伴睡眠障碍患者,常加入交泰丸,黄连:肉桂以2:1的量加入,治疗心火不降,肾水不升导致的虚烦失眠,同时配伍龙骨、牡蛎、珍珠母等镇静安神;伴周身关节疼痛不利者,上肢常用桑枝祛风湿、利筋骨,下肢用牛膝引诸药下行,叶天士言“初病湿热在经,久则瘀血入络”,故对于关节疼痛肿胀严重者加通经活络的全蝎、乌梢蛇、地龙等虫类药物加强走窜经络之功,祛风活络的路路通、解毒通络的鸡血藤等增强活血通络,通痹止痛之力;长期服用抗炎止痛药及免疫抑制剂等,脾胃功能受损者多见,故用鸡内金、党参、黄芪等健脾益

气,脾胃健运则五脏六腑皆调达,气血充足则四肢九窍通利;伴眼干,视物模糊者,用青箱子、密蒙花、蝉蜕养肝明目。

3 验案举隅

贺某某,女,61岁,于2024年6月15日(芒种)初诊。主诉:“口干眼干2年,加重1月。”现病史:患者于2年前无明显诱因出现口干,进食干性食物无需用水送服,眼干,有泪液,未予诊治。1月前眼干,口干明显,夜间为重,吞咽干性食物需用水送服,2024年6月15日至我院门诊,查:ESR:36mmol/h,抗SSA抗体:阳性(+++),抗SSB抗体:阳性(++),抗RO-52抗体:阳性(+++),抗核抗体:滴度为1:320,核型为斑点型,WBC: 3.0×10^9 ,RA: 46.8IU/ml,余甲功、血、尿常规、肝肾功能均未见明显异常。刻下诊见:口干,夜间及晨起时明显,进食干性食物需用水送服,眼干,无视物模糊,无龋齿,食欲欠佳,双膝关节疼痛,屈伸不利,精神欠佳,夜眠可,大便稀软不成形,小便可,舌红,苔白腻,舌中间有裂纹,脉细弱。唇腺活检:腺体组织结构部分正常,但可见灶性淋巴细胞浸润;在4mm²组织内发现2个淋巴细胞灶,每个灶内淋巴细胞数 ≥ 5 个,符合灶性淋巴细胞性唾液腺炎表现;部分腺泡组织受累,导管周围淋巴细胞聚集明显。西医诊断:干燥综合征。中医诊断:燥痹,脾虚湿盛证。治法:健脾益气,养阴通络。处方:党参16g,茯苓20g,白术16g,黄芪30g,当归10g,丹参20g,白芷10g,麦芽20g,鸡内金16g,厚朴10g,郁金10g,炮姜10g,玄参16g,麦冬16g,石斛16g,天花粉6g,淡竹叶16g,威灵仙20g,秦艽16g,炒芥子16g,甘草6g。用法:水煎服,每日一剂,约400ml,早晚饭后温服,连服六剂。

2024年6月26日(夏至)二诊:口干明显减轻,眼干稍缓解,食欲可,精神可,二便调,眠可,舌红,苔白,有裂纹,脉细,较初诊有力。辨证属脾胃虚弱证,治以健脾益气,清肝明目。在前方基础上去白芷、鸡内金、郁金、炮姜,加煅瓦楞子16g、蒲公英10g、青箱子16g、密蒙花16g、瞿麦20g、赤小豆20g。水煎服,每日一剂,连服六剂。

2024年7月8日(小暑)三诊:口干、眼干明显缓解,进食干性食物无需用水送服。舌红,苔薄白,脉稍细有力。患者未诉特殊不适,继续予二诊方去瞿麦、赤小豆,十五剂连服。

此后随访患者3月内上述症状未复发。

按:患者以口干、眼干为主诉,合诸症与检查,诊断为燥痹。大便溏薄,舌红、苔白腻,舌中裂纹,脉象细弱,此乃脾虚湿盛之证。治以四君子汤为底,佐以黄芪、当归、丹参,以益气健脾生血。患者食欲不振,脾胃虚弱,无力运化水湿,故用党参、白术健脾渗湿,为湿邪开路。

《丹溪心法》云:“痰之为物,随气升降,无处不到。”恐痰邪随气上涌,痹阻经络,故加炒芥子以豁痰散结。配伍郁金行气解郁、活血止痛,白芷、厚朴燥湿行气,祛湿而不伤阴。麦芽、鸡内金健脾消食,减轻脾胃负担,保障日常能量供应。

患者发病于夏至至小暑前后,此季暑湿当令,气候燥热,复感温燥之邪,津液更伤,内外燥邪相合。故加入天花粉、麦冬、淡竹叶、玄参等滋阴生津之品,滋养阴液,清润燥邪。燥邪日久,

痹阻经络,气血瘀滞,不通则痛,故双膝关节疼痛,屈伸不利,加少量通痹、利关节之药以缓解症状。

二诊时,口干显著减轻,食欲、精神俱佳,舌苔由腻转薄,湿邪渐退,脾气渐复。遂去白芷、鸡内金、炮姜、郁金,加入煅瓦楞子、蒲公英、青箱子、密蒙花、瞿麦、赤小豆等。其中,蒲公英、青箱子、密蒙花清热养肝明目;瞿麦、赤小豆利水渗湿,助湿邪从小便排出,防止滋阴药再酿湿气。继续服用六剂后,口干眼干燥明显缓解,脉象虽沉而有力,正气渐复。为防长期利水耗伤正气,去瞿麦、赤小豆,继服前方以巩固疗效。

4 小结

李琴教授深研“持中央,运四旁”之理,以脾胃为枢机,调和四脏,通达上下。其治燥痹,首重脾胃虚弱,津液失布,燥邪内生之病机。依“持中央”之法,以健脾益气为本,四君子汤为底,加减化裁,使脾胃得健,中焦得运;继以“运四旁”之术,调和气血阴阳,滋养肝肾,疏通经络,使津液四布,燥邪得解。

临证之际,分三期而治:初则健脾祛湿,益气生津;中期补益气血,调和营卫;后期滋养阴精,活血化瘀。全程注重扶正祛邪,使邪去而不伤正,正复而不留邪。此法深得“持中央,运四旁”之精髓,调燮脾胃,燮理阴阳,俾中焦升降有序,气血津液运行无阻,燥痹之症得以缓解。

本研究通过对脾虚湿盛型燥痹之立论依据、辨证论治及临床验案之探讨,验证“持中央,运四旁”理论在燥痹治疗中之独特价值。临证应用,患者口干、眼干诸症显著改善,脾胃功能得复,正气渐充,为中医药治疗燥痹开辟新径。然燥痹病因复杂,病机多端,脾虚湿盛致燥的机理仍需深究,以臻完善治疗体系,提高临床之效。

[基金]

2024年青海省卫生健康系统重点课题(2024-wjzd-01)——健脾祛湿活血方联合泰它西普治疗干燥综合征高球蛋白血症的临床研究。

[参考文献]

- [1]中华中医药学会风湿病分会.干燥综合征病证结合诊疗指南[J/OL].中医杂志,1-13[2025-03-02].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2166.r.20231212.1557.004.html>.
- [2]VIVINO FB,BUNYA WY,MASSARO-GIORDANO G,et al.Sjogren's syndrome:an update on disease pathogenesis,clinical manifestations and treatment[J].Clin Immunol,2019,203:81-121.
- [3]QIN B,WANG J,YANG Z,et al.Epidemiology of primary Sjogren's syndrome:a systematic review and meta-analysis[J].Ann Rheum Dis,2015,74(11):1983-1989.
- [4]李奔,薛鸾.干燥综合征腺体外损害的治疗进展[J].天津医药,2018,46(07):770-775.
- [5]朱柯鑫,张瑞敏.舍格伦综合征治疗方法研究进展[J].国际免疫学杂志,2018,41(4):472-476.
- [6]姜泉,张华东,陈祎,等.路志正治疗干燥综合征经验[J].中医杂志,2016,57(06):463-465.

[7]周新尧,姜泉,张华东,等.国医大师路志正“持中央、运四旁”针刺润燥理论形成与应用[J].中华中医药杂志,2022,37(11):6345-6348.

[8]姜泉.路志正调理脾胃治疗风湿病学术思想传承及临床应用研究[D].中国中医科学院,2012.

[9]巩延婷,胡仁春,岳小强.党参本草源流考证及临床应用研究进展[J/OL].中华中医药学刊,1-10[2024-12-30].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.R.20240715.1214.013.html>.

[10]何晗,但林蔚,王巧珍,等.基于16SrRNA高通量测序研究麸炒前后白术水煎液及多糖对脾虚泄泻型大鼠肠道菌群的影响[J].中药药理与临床,2022,38(02):136-141.

[11]崔园园,吴天滢,马艳芹,等.生、炙甘草对脾虚和脓毒症模型小鼠的疗效差异研究[J].中国医院用药评价与分析,2023,23(07):820-823.

[12]秦晓颖,陈文静,刘玉萍,等.和厚朴酚与厚朴酚治疗免疫紊乱疾病及其免疫调控作用研究进展[J].中草药,2024,55(24):8602-8612.

[13]孙宇博,范欣生,杨耀景,等.厚朴麻黄汤的研究现状与展望[J].南京中医药大学学报,2023,39(12):1249-1259.

[14]何琛璐,王雪君,刘润武,等.桂枝加厚朴杏子汤联合孟鲁司特钠对咳嗽变异性哮喘患者的临床疗效[J].中成药,2021,43

(10):2690-2694.

[15]李琦,唐以军,王梅芳.半夏厚朴汤治疗咳嗽变异性哮喘的网络药理学研究[J].西部中医药,2023,36(1):23-29.

[16]王婉茹,陈璐,刘赛,等.阎小萍教授诊治燥痹的学术思想——肾主五液[J].风湿病与关节炎,2019,8(12):34-36.

[17]彭婉,马骁,王建,等.麦冬化学成分及药理作用研究进展[J].中草药,2018,49(2):477-488.

[18]张雪琴,赵庭梅,刘静,等.石斛化学成分及药理作用研究进展[J].中草药,2018,49(13):3174-3182.

[19]谢丽华,刘洪宇,钱瑞琴,等.哈巴昔与哈巴俄昔对阴虚小鼠免疫功能及血浆环化核苷酸的影响[J].北京大学学报(医学版),2001,33(3):283-284.

[20]刘勘,杨春艳.基于阴火理论辨治干燥综合征相关间质性肺炎[J/OL].环球中医药,1-5[2025-01-06].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5652.R.20241209.1712.020.html>.

[21]商竞宇,姜莉云.吴荣祖“温水燥土,引火归元”法辨治阴火证经验探析[J].中华中医药杂志,2020,35(11):5576-5578.

作者简介:

杨青霞(2001--),女,土族,青海省海东市互助土族自治县人,研究生在读,住院医师,研究方向:风湿免疫方向。