

- children: A 6-year prospective cohort study in a general hospital. *Eur J Pediatr*, 2016, 175(4): 457–464
- [23] Cjuno J, Taype-Rondan A. Headache seasonality in the Northern and Southern hemispheres: An approach using Google Trends. *Rev Med Chil*, 2016, 144(7): 947
- [24] 沈姗姗. 紧张型头痛危险因素的logistic回归分析. 济南: 山东中医药大学, 2012
- [25] 伍嘉仪, 翁衡, 郑玮琳, 等. 基于中医药大数据智能处理与知识服务系统探析经行头痛临床特征与方药规律. 广州中医药大学学报, 2020, 37(9): 1808–1815
- [26] 袁欣, 蒋伟青, 任潇, 等. 原发性头痛患者血清维生素D水平变化及相关性分析. 疑难病杂志, 2019, 18(7): 665–669
- [27] Luykx J J, Bakker S C, Lentjes E, et al. Season of sampling and season of birth influence serotonin metabolite levels in human cerebrospinal fluid. *PLoS One*, 2012, 7(2): e30497
- [28] Lee Y J, Chen Y T, Ou S M, et al. Temperature variation and the incidence of cluster headache periods: A nationwide population study. *Cephalalgia*, 2014, 34(9): 656–663
- [29] Suzuki M, Taniguchi T, Furihata R, et al. Seasonal changes in sleep duration and sleep problems: A prospective study in Japanese community residents. *PLoS One*, 2019, 14(4): e0215345
- [30] 刘轩. 失眠五脏辨证的时间因素相关性临床调查研究. 北京: 北京中医药大学, 2016
- [31] 侯理伟, 荣培晶, 魏玮, 等. 基于脑-肠轴探讨消化疾病和失眠共病的应用展望. 中华中医药杂志, 2020, 35(9): 4541–4544
- [32] 刘雷蕾, 马淑然. 基于脑-肠轴探讨脾主运化水液应长夏而变的物质基础与科学内涵. 辽宁中医杂志, 2020, 47(9): 43–45
- [33] 武肖玲, 王彩云, 李刚, 等. 失眠障碍患者失眠严重程度与焦虑抑郁的相关性. 中华实用诊断与治疗杂志, 2020, 34(7): 696–698
- [34] Lim ASP, Gaiteri C, Yu L, et al. Seasonal plasticity of cognition and related biological measures in adults with and without Alzheimer disease: Analysis of multiple cohorts. *PLoS Med*, 2015(9): e1002647
- [35] Arseneault-Lapierre G, Lupien S, Chertkow H. P1–152: Cortisol levels are increased in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease compared to normal elderly subjects when effects of season are taken into account. *Alzheimer's & Dementia*, 2008, 4(4): T251–T251
- [36] Wahnschaffe A, Nowozin C, Rath A, et al. Night-time activity forecast by season and weather in a longitudinal design-natural light effects on three years' rest-activity cycles in nursing home residents with dementia. *Int Psychogeriatr*, 2017, 29(12): 2071–2080
- [37] 廖兵兰. 老年痴呆住院患者感染原因分析及护理管理. 中医药管理杂志, 2012, 20(10): 1006–1007
- [38] 谭黎峰, 吴晔, 张晓凡. 痴呆晚期患者死亡因素预测分析. 神经损伤与功能重建, 2019, 14(11): 551–556

(收稿日期: 2020年11月28日)

· 优博专栏 ·

从“阴燥”立论探讨扶阳法治疗燥痹的理论依据

刘念¹, 杨小黎¹, 尹飞¹, 张艳坤¹, 李玲玉², 彭江云²(¹云南中医药大学, 昆明 650500; ²云南中医药大学第一附属医院, 昆明 650021)

摘要: “燥痹”是临床常见的风湿病, 病机在于津液绝对或相对不足导致局部失去濡润变生燥象。中医药治疗燥痹具有较好的疗效, 但对其认识多偏于“火热伤阴化燥”, 治以“养阴润燥”, 而对阳虚致燥的机制认知尚有不足, 一定程度上限制了中医药治疗燥痹的应用范畴。阳气为人身之原动力, 肺-脾(胃)-肾-膀胱-三焦轴是机体津液代谢的轴枢, 若脏腑阳气不足, 津液代谢轴枢运转无力, 则可出现肺失宣降、脾失运化、肾失气化、膀胱开阖失司、三焦决渎失职, 导致津液化生不足或津液凝聚不布, 肌肤孔窍失于濡润, 发为“阴燥”。此种“阴燥”治疗当重视温扶脏腑阳气以助气化、通行津液, 扶阳救阴润燥。

关键词: 阴燥; 燥痹; 干燥综合征; 肺-脾-肾-膀胱-三焦轴; 扶阳

基金资助: 国家自然科学基金项目(No.81960863), 中医药科研行业专项(No.201507001-07), 云南省科学技术厅-云南中医药大学应用基础研究联合专项[No.2019FF002-(003)], 云南省教育厅科学研究基金项目(No.2020Y0206)

通信作者: 彭江云, 云南省昆明市五华区光华街120号云南中医药大学第一附属医院风湿病科, 邮编: 650021, 电话: 0871-63639702
E-mail: pengjiangyun@163.com

Discussion on the theoretical basis for the treatment of dry bi by the method of strengthening yang from the theory of 'yin dryness'

LIU Nian¹, YANG Xiao-li¹, YIN Fei¹, ZHANG Yan-kun¹, LI Ling-yu², PENG Jiang-yun²

(¹Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming 650500, China; ²The First Affiliated Hospital of Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming 650021, China)

Abstract: Dry bi is a common rheumatic immune disease in clinical practice, the cause is mainly attributed to insufficient body fluid lead to lack of moistureiness. Traditional Chinese medicine has great curative effect in the treatment of dry bi, but the understanding of it mostly focuses on 'heat harms yin and dryness' and the treatment is 'nourishing yin and moistening dryness'. The lack of understanding of the mechanism of dryness caused by yang deficiency has limited the application of traditional Chinese medicine in treating dryness to a certain extent. Yang qi is the prime mover of life. The lung-spleen-kidney-bladder-trifocal axis is the key of fluid metabolism. If there is insufficient yang qi of the lung-spleen-kidney-bladder-triple focal axis, the water-liquid metabolism axis will be unable to maintain its operation, which may result in abnormal function of lung announcement and suppression, spleen transport, kidney gasification, bladder opening and closing and Sanjiao dereliction of duty. Under the action of the such factors, the body's fluid is insufficiently metabolized or water movement is obstructed caused 'yin dryness'. The focus of the treatment is to strengthen yang qi to metabolize and move the body fluid to save yin and moisturize dryness.

Key words: Yin dryness; Dry bi; Sjögren's syndrome; Lung-spleen-kidney-bladder-trifocal axis; Strengthening yang

Funding: National Natural Science Foundation of China (No.81960863), Chinese Medicine Scientific Research Industry Special Project (No.201507001-07), Applied Foundation Joint Project of Yunnan University of Chinese Medicine, Yunnan Provincial Science and Technology Department [No.2019FF002-(003)], Scientific Research Foundation of Education Department of Yunnan Province (No.2020Y0206)

干燥综合征是一种以累及外分泌腺为主的自身免疫性疾病,临床表现以持续性、渐进性口、眼、皮肤等部位干燥,反复腮腺肿大和关节肿痛为特征^[1]。属于中医学“燥痹”范畴。《素问·玄机原病式》曰:“诸涩枯涸,干劲皴揭,皆属于燥”。《奇效良方·燥门》载:“燥之为病,在外则皮肤皴揭,在上则咽鼻焦干,在中则水液衰少而烦渴”^[2]。20世纪80年代,国医大师路志正根据“燥气致病”的特点,提出以“燥痹”作为干燥综合征的中医病名,该提议得到业内认同,并在全国范围内推广^[3]。可见,古今大多医家认为燥痹的中医病因病机在于“阴液不足,燥邪为患”,对于“燥邪”的阴阳本质及阳虚致燥的认识仍显不足。本文将基于“阴燥”理论探讨水液代谢轴阳虚导致津液“不荣”“不通”变生燥痹的机制,提出从扶阳治疗燥痹的辨治理论,创新并丰富中医药治疗燥痹的辨治体系。

“燥”之阴阳属性

燥邪作为六淫之一,因其生理特性和致病特点的特殊性,导致历来对其阴阳本质属性颇有争议。部分学者基于“燥”的造字结构、对立关系、审证求因原则和用药原则等主张“燥邪”性质属于阳,而陈可冀等分析《黄帝内经》与历代医家著作中对于燥邪的论述指出燥邪淫于秋,五行属金,具有肃杀、凋

零的特性,性似寒邪,属于阴,又名次寒^[4]。可见,从阴阳属性而言,“燥”既有阳邪的性质,亦有阴邪的性质。

阴燥病机浅析

人身之濡润依赖津液充足且输布正常,若津液匮乏或失布,皆可造成“机体失润”出现燥象。故以为“燥”是疾病的标象,其本有津液不足、津凝不布之异。对于燥热津亏之证,治以“养阴润燥”,根据病位不同从养阴润肺、养阴益胃、滋补肝肾等角度论治,临床效果良好^[5-8]。然临证亦可见口、眼、鼻腔、二阴、皮肤等部位干燥不适,兼口渴喜热饮或饮而不多,畏寒怕冷,受寒反干燥症状加重,面色萎黄,头身困重,倦怠乏力,脘腹痞闷,小便量少或清长,便溏,舌淡红或胖,苔白滑等。此时虽见干燥症状,却未见半分火热阳邪亢盛之象,反而表现为一派阳虚寒盛、阴邪为患诸症。《素问·生气通天论》曰:“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰,故天运当以日光明”。阳气为生命的原动力,脏腑功能正常离不开阳气温煦、推动。水为阴邪,得阳则化。若脏腑阳气不足,温煦、推动不能,无法将水液气化、布散以濡润周身,导致肌肤孔窍失润变生燥象。阴盛则阳病,此种燥痹是因阳虚阴盛,津液生成不足或输布道路痹阻所致,故可谓之“阴燥”。水饮不归正化,变生湿

邪,流注脏腑,更伤脏腑阳气。阳虚阴盛、水湿痰浊互为因果,日久必然导致痰湿瘀血互结,脏腑经络痹阻,阴阳气血俱伤。

肺-脾(胃)-肾-膀胱-三焦轴与津液代谢

《素问·经脉别论》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行,合于四时五脏阴阳,揆度以为常也”,详细描述了饮水入胃,受纳腐熟,游溢传输至脾,脾气运化升清,将津液上输于肺,经肺气宣降,津液由三焦水道内达五脏六腑,外散形体诸窍以滋润濡养。此外,布散于全身的津液一方面经肺气宣发,在卫阳作用下化为汗液经皮肤排出,另一方面在肺气宣降、脾胃升清降浊协同下通过三焦水道降下输于肾,藏于膀胱。肾阳蒸化,膀胱所藏水液浊中之清者重新吸收,循三焦上达于肺,重新参与输布,其浊中之浊者则化为尿液,在肾司开阖作用下以二便形式有时有度排出体外,完成津液代谢全过程。人体津液吸收、输布、排泄依赖肺、脾(胃)、肾、膀胱、三焦协同完成,故可认为肺-脾(胃)-肾-膀胱-三焦共同构成人体津液代谢轴。若该轴任一脏腑阳虚,虚阳不能温煦,津液化生不足、凝聚不布,湿浊流踞脏腑,壅塞三焦,则可导致燥痹、饮病、消渴、水肿等津液代谢异常的疾患。

肺-脾(胃)-肾-膀胱-三焦轴阳虚与阴燥证机

1. 肺阳不足,宣降失常 肺居高位,为水之上源,属阳中之阴。津液随肺气宣降布散周身,若雾露之溉,充养、润泽机体。肺阳是肺主宣发、行水的原动力^[9],因此,肺生理功能发挥是一个不断消耗肺阳的过程。肺开窍于鼻,与六气相通应。《灵枢·邪气脏腑病形》载:“形寒饮冷则伤肺”,寒自外感或内生,郁遏或耗伤肺阳,肺阳亏虚或阳郁不伸,均可出现“肺阳不足”的征象。水为阴类,非阳不运。肺阳不足,肺之宣降失常,不能通调水道,津液不布,寒饮内停成痹,濡润无源,出现口咽、鼻腔、肌肤干燥,或伴咳喘,胸闷,大便干结或便溏,寸脉浮滑或浮紧等。

2. 脾(胃)阳虚,运化失常 《脾胃论》曰:“气少作燥,甚则口中无涎。泪也津液,赖气之升提敷布,使能达其所,溢其窍。今气虚津不供奉,则泪液少也,口眼干燥之症作矣”^[10]。脾胃为后天之本,气血生化之源,居于中焦,为气机升降之枢纽。气能行津,故脾胃亦为津液代谢之枢纽,一切津液均需脾胃

运化升降才能上传下达濡养周身。脾胃功能皆赖脾胃之阳气^[11]。脾胃阳虚,纳运失职,一则津液化生不足,无以润养致燥;二则津液凝聚,痹阻不布,无以灌四旁而生燥;再则,水饮停聚化湿邪,脾胃阳气为湿所痹,郁生阴火,煎灼津液致燥。故刘完素有云“脾本湿,虚则燥”。脾胃阳虚致燥者,临证多见口咽干燥,吞咽不利,不思饮水或饮热而不多,面色萎黄,乏力,脘痞,肠鸣,便溏,舌苔白腻,脉濡等。

3. 肾阳虚弱,水失所主 肾为水脏,其功能体现在3个方面。一在于肾阳蒸腾气化,将代谢后水液浊中之清者通过三焦上输于肺重新参与代谢;二在于肾司二便,为诱发二便排泄的动力。三在于肾阳为一身阳气之本,充养它脏之阳以维持脏腑功能,保证津液代谢正常有序。正如张景岳所云:“五脏之阳气,非此不能发”。从生理结构来说,肾络上贯膈入肺,上循喉咙夹舌本,舌下廉泉玉英,上液之道也。肾在液为唾,口咽有赖肾液的滋养。若肾阳不足,气化失司,津液痹阻不行;或二便失固,津液下趋;或脏腑失温,寒湿内生下趋肾命,虚阳无位以立被迫僭越于上,煎灼阴液,最终皆导致津凝失濡,津竭失润,诸燥从生。临证可见头面诸窍及二阴干涩不适,恶寒喜暖,欲饮暖水却饮不解渴,面色㿔白,形寒肢厥,小便清长,夜尿频多,便溏,舌淡胖,苔白润或干,脉尺部沉细或寸脉浮大等。

4. 州都失职,藏泄失度 《素问·灵兰秘典论》曰:“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣”。代谢后的津液皆下归储藏于膀胱,在肾阳蒸腾气化作用下,津液重新吸收参与代谢或从二便排出体外。若肾失气化、膀胱开阖失司,可导致水液排泄过多,伤津化燥。《伤寒论》载:“太阳病,发汗已,脉浮数,烦渴者,五苓散主之……伤寒汗出而渴,小便不利者,五苓散主之”。足太阳膀胱经行于一身之体表,太阳受邪可循经内传膀胱腑,邪与水结,气不化津,津不上承而表现为烦渴之燥象。

由此可见,膀胱为病致燥病机包括肾阳不足、气化失职,膀胱开阖失司;太阳邪传膀胱,邪与水结痹阻膀胱,膀胱气化失司。症状均以口燥烦渴,渴欲饮水,水入即吐,少腹胀满小便不利或小便清长为主,但前者多兼见畏寒怕冷,面色㿔白、脉沉细等阳虚之像。后者以兼见发热恶寒、脉浮或浮数等太阳表证为典型。

5. 决渎失司,水道失畅 “三焦者,决渎之官,水道出焉”。津液布散道路全赖三焦所主。从生理

结构来看,温病学家认为人体以横膈、脐为界,分属上焦、中焦、下焦,肺、脾、肾、膀胱均属于三焦范畴。

《中藏经》云:“三焦者,人之三元之气也,号曰中清之府,总领五藏六腑”^[12]。在经络的联系上,手少阳三焦经直接与六条经脉相交会,循行入缺盆后,遍属上中下三焦,其联系范围之广,在身体内没有经脉能出其右^[13]。在生理功能方面,三焦为津液升降出入通行全身的道路,输布精微,排泄废物;为元气之别使,气能行经,故三焦气机正常,津液输布通畅。就生理特性而言,上焦如雾,中焦如沤,下焦如渎,贯穿了肺居高位宣降水液,脾胃居中纳运水谷,肾与膀胱居下,储藏、排泄津液的全过程。就病理变化而言,若肺失宣降,脾失运化,肾失气化,膀胱开阖失司,都会导致津液代谢某一环节气机不畅,有形之邪内生,津液运行道路为其所痹阻,三焦决渎失职,津液失布致燥。因此,无论是从生理结构、生理功能、生理特性还是病理变化而言,参与津液代谢之三焦并非一个单独的器官,而是参与代谢过程各脏腑功能的总体反映。因此,凡肺、脾、肾、膀胱病变均可视为三焦为病的表现。

治以扶阳通痹,生津行津为法

《素问·至真要大论》云:“燥淫于内,治以苦温,佐以甘辛”。《医学启源·六气病解》载:“凡物湿润则滑泽,干燥则涩滞……俗方多用乌附辈者,令气因之冲开道路,以得通利”^[14]。肺-脾(胃)-肾-膀胱-三焦轴阳气虚弱,温运无力,津液化生不足,水道痹阻不通,津液凝聚不行,故治以“扶阳通痹,生津行津”。《医学真传》曰:“通通之法各有不同……虚者,助之使通,寒者,温之使通”。燥痹因阳气绝对不足,津液无以化生者,温阳生津为通痹;阳郁不布造成局部阳气相对不足者,通阳行津为通痹,阳失潜藏还需潜阳益阴。脏腑阳气充足,津液代谢轴枢功能正常,道路通畅,津液化生有源,布散有序,则诸燥得以濡润。

肺阳不足,以治虚寒肺痿之生姜甘草汤(《备急千金要方》)温肺暖脾生津,子母同治;若为表寒闭肺,阳郁不伸之肺阳“不足”者,宜麻黄汤提壶揭盖,开启肺气以行津,若兼寒饮内停则以小青龙汤解表散寒,温肺化饮,布散津液。诸法相参,意在充肺阳,复宣降,畅水道。脾胃阳虚,纳运失常致燥者,当以温脾生津、通阳布津为法。叶天士认为脾阳虚之治法非不过温阳散寒、益气升阳、通阳化饮^[15]。脾阳

不足阴寒内盛者,以理中汤温脾散寒以消阴翳;脾阳不振,饮停不布者,以苓桂剂配伍柴胡、升麻、羌活、防风等风药升阳运脾,通阳化气行津。“阳化气,阴成形”,肾阳虚弱,气化失司,水失所主致燥者,以四逆辈、肾气丸之类益肾温阳、化气行水。若为寒湿内甚,虚阳浮越,当潜阳归肾,以郑钦安所创之潜阳封髓丹为主方。膀胱与肾相表里,膀胱的功能正常依赖于肾的功能正常,故膀胱腑为病当从肾论治,同样可以四逆辈、肾气丸、右归丸等温肾助阳化气行水;若为太阳蓄水证,重在以五苓散解表利湿、通阳化气、表里双解。因三焦是参与水液代谢过程各脏腑器官功能的总体现,三焦为病致燥治疗时并不在于治三焦,而在恢复肺、脾、肾、膀胱功能,治它脏而畅三焦,行津液。

医案举隅

患者某,女,49岁,因“口腔、鼻腔、皮肤干燥6年余”于2019年12月3日求诊。患者6年前因口腔、鼻腔及皮肤干燥,在当地医院诊断为“干燥综合征”,曾服用硫酸羟氯喹及六味地黄丸等滋阴生精之品枉效。刻下症见:口腔、鼻腔、皮肤干燥,夜间及秋冬症状明显加重,每日需饮热水4L左右,饮后稍舒,午后常自觉烘热、鼻腔出血,无汗,神倦乏力,怕冷,厌食生冷,胃脘痞闷,纳食尚可,夜间需饮水7、8次,小便清长量多,大便调。舌红质嫩少津,边有齿痕,苔薄黄,脉细弦,寸部脉浮,尺部沉弱。西医诊断:干燥综合征。中医诊断:燥痹,证型:上热下寒;治法:温阳化气,引火归元。处方:潜阳封髓丹加味。组方如下:川附片^(开水先煎2h)60g,肉桂^(后下)15g,醋龟甲^(先煎)15g,细辛6g,砂仁^(后下)10g,焦黄柏10g,补骨脂15g,炒白术15g,茯苓30g,生麻黄6g,杏仁10g,炙甘草10g,生姜10g。5剂,水煎,日1剂,分3次服。

二诊(2019年12月10日):患者诉口干缓解,夜间饮水减至3次左右,头面烘热及鼻腔出血症状暂未发作,怕冷,厌食生冷,胸胁胀闷,矢气多,夜间小便量减少,大便调。舌淡红边夹青,舌体胖大质嫩,边有齿痕,苔薄黄,脉细弦。西医、中医诊断同前,证型:水寒土湿木郁。治法:温水燥土,通阳化气,暖肝达木。处方:四逆汤合苓桂术甘汤加减。组方如下:川附片^(先煎3h)100g,干姜20g,桂枝20g,细辛6g,砂仁^(后下)10g,炒白术15g,茯苓30g,杜仲15g,补骨脂15g,吴茱萸15g,柴胡10g,炙甘草10g,生姜10g。10剂,煎服法同前。嘱患者每日适量户外运动,晒太阳。

三诊(2019年12月27日):患者诉干燥症状进一步减轻,口腔有少许唾液分泌,每日饮水2L即可,运动后肌肤微微汗出,精神稍差,纳眠可,二便调。舌淡红,苔薄白,脉细滑。予二诊方去吴茱萸、杜仲、补骨脂,加党参30g、大枣10g。继服收效。

按:郑钦安在《医理真传》中以龙之因水盛而游,水高一尺,龙亦高一尺生动阐释了下元阴寒,相火无位以立,虚火上冲,上热下寒的机制。本案患者初诊虽有干燥、烘热、鼻衄等看似火热阴伤之象,却又伴恶寒怕冷、喜热饮、神倦等一派阳虚寒甚的症状。若属壮火为患,应见烦渴喜冷饮、身轻恶热、口臭气粗、便干尿赤等。尤其仔细参其舌脉,虽舌红苔黄少津,舌质却胖嫩有齿痕未见苍老之象,寸脉浮而尺部沉而无力,且饮热水后症状好转,四诊合参,全为水寒相火失于潜藏,绝无半点壮火亢盛之征。故以温阳化气、引火归元之潜阳封髓丹为正治之法。方中附子大辛大热,补坎中真阳,通行十二经,速破阴寒以安相火之位;肉桂、细辛、补骨脂助附子温肾通阳,细辛交通心肾,与肉桂相配伍又可增引火归元、纳气归肾,诸药喻“辛以润之,开腠理,致津液,通气”之意。砂仁辛温,宣中宫阴邪,又能通达三焦津液;麻黄、杏仁二药宣降肺气、提壶揭盖;醋龟甲甘寒,引阳入阴,益坎中之阴;焦黄柏苦寒清肃,色黄入脾调水火之枢,使龙火不至于奋扬又能坚肾阴,与醋龟甲相合,以防大剂辛温伤阴;炒白术、茯苓、炙甘草,健脾化湿,补土伏火。二诊患者坎水得温,相火归位,故易方为四逆汤加细辛、杜仲、补骨脂温肾暖脾、通阳化气,苓桂术甘剂合砂仁温运中轴,茯苓淡渗通利水道以助通阳。水寒土湿木郁不达,故以吴茱萸、柴胡温升肝木,柴胡又兼升运脾阳之功。三诊脾肾阳气渐复,相火居位,津液化生、输布,故去杜仲、补骨脂、吴茱萸,加党参、大枣重在培补中土,滋养后天,补土伏火。

小结

中医辨证当首辨阴阳,审证求因切忌管中窥豹。对于燥痹而言,阳热伤阴或阳虚津亏皆能致燥。肺-脾(胃)-肾-膀胱-三焦轴是机体津液生成、吸收、输布、排泄全过程的核心,阳气是维持人体生命活动

的原动力,津液生成、输布有赖脏腑阳气,若肺-脾(胃)-肾-膀胱-三焦轴阳气不足,津液化生无源、津液凝聚不布终可变生燥痹。善补阴者,必阳中求阴。燥痹治疗不仅要重视益气养阴润燥,同样要重视扶阳通痹,生津行津,救阴润燥。视脏腑阳虚之所异,分别施以温阳、通阳、潜阳之法,充实脏腑之原动力,使肺气宣降、脾气健运,肾司气化、膀胱开阖有度,三焦决渎通畅,水津四布,五经并行,机体得以濡润,诸燥可解。

参考文献

- [1] Both T, Dalm V A S H, Hagen P M V, et al. Reviewing primary Sjögren's syndrome: Beyond the dryness-from pathophysiology to diagnosis and treatment. International Journal of Medical Sciences, 2017, 14(3): 191-200
- [2] 清·李用粹. 证治汇补. 卷之一. 太原: 山西科技出版社, 2011: 34
- [3] 钱丹琪, 姜泉, 杜羽. 路志正教授燥痹理论形成之古籍溯源. 风湿病与关节炎, 2012, 1(5): 48-52
- [4] 孙敬辉, 王承龙, 陈可冀. 燥邪新论. 中华中医药杂志, 2020, 35(11): 5408-5410
- [5] 刘芳. 滋阴补肾、润燥祛瘀法治疗原发性干燥综合征的临床研究. 成都: 成都中医药大学, 2009
- [6] 韩善芳, 金实. 宣肺布津颗粒及其拆方组对干燥综合征模型鼠干预研究. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(12): 74-76
- [7] 覃海. 益胃汤合玉女煎加减治疗脾胃阴虚型原发性干燥综合征25例. 广西中医药大学学报, 2010, 13(2): 13-15
- [8] 李春, 贾蕊菡, 阎小萍. 运用六味地黄汤加减治疗干燥综合征经验. 中华中医药杂志, 2018, 33(12): 5469-5471
- [9] 常兴, 张恬, 颜培正, 等. “肺阳”与“肺阳虚”理论及其现代研究探析. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(8): 1046-1048, 1069
- [10] 金·李东垣. 脾胃论·卷下. 张年顺, 点校. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 69
- [11] 林昱臣, 苗宇船, 赵杰. 从脾阳虚浅论抑郁症. 中国民间疗法, 2019, 27(22): 1-3
- [12] 东汉·华佗. 中藏经. 农广才, 点校. 北京: 学苑出版社, 2007: 44
- [13] 许扬, 赵英凯, 程建斌. 从三焦辨证治疗干燥综合征的思路与方法. 中国针灸, 2006, 26(1): 57-60
- [14] 金·张元素. 医学启源. 卷之中. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 40
- [15] 姚海强, 王琦. 叶天士温脾阳与理胃阳治法析疑. 北京中医药大学学报, 2019, 42(11): 890-893, 89

(收稿日期: 2020年11月28日)