

· 思路与方法 ·

从“气血伤内, 脏腑不和”论治骨质疏松性椎体压缩骨折[※]

王智成¹ 薛丛洋¹ 房晓阳¹ 陈 双¹ 何敢声¹ 谢 林^{2▲}

摘 要 骨质疏松性椎体压缩骨折通过中药及传统手法等治疗可以获得较好预后。《正体类要》对该书理论的概括,可总结归纳为“气血伤内”和“脏腑不和”理论。文中提炼“气血伤内”之“分期”“祛瘀”特点,“脏腑不和”之“理肝治血”“健脾治伤”“滋肾治虚”思路,结合现代临床及实验研究,探讨骨质疏松性椎体压缩骨折中医药治疗的气血及脏腑辨治思路。

关键词 《正体类要》; 气血; 脏腑; 骨质疏松性椎体压缩骨折

骨质疏松性椎体压缩骨折(osteoporotic vertebral compression fracture, OVCF)是由于椎体骨质疏松导致椎体骨密度下降,骨强度降低,在轻微外力作用下发生的骨折,以胸、腰背部疼痛为主要症状的临床综合征^[1]。随着老龄人口激增,OVCF的发病率逐年增高。其发病人群以绝经后期的女性为主,并且其发病隐匿,只有 1/4 患者有跌倒病史,在 65~80 岁绝经后女性中其漏诊率可达 34%^[2]。本病可归属于中医学“骨折”“骨萎”的范畴,其发生主要因年老体虚,或因情志内伤、饮食不节等导致肝、脾、肾等脏腑功能失调,从而导致髓失养,易损伤于外。

《正体类要》由明代医家薛己所著。该书乃中医骨伤科经典之著,蕴含独特的中医骨伤科内治思路。《正体类要·序》总结薛氏理论为:“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和。”《正体类要》治疗伤科疾病的思路涉及众多,然笔者认为最主要的为气血理论及脏腑理论。尽管《正体类要》未言明辨治系统理论,但其面对疾病的主要辨治思路,如“出血过多,昏愤目黑……时肌肉溃烂,脓水淋漓,筋挛骨痛”,继而引申为“此因气血耗损,不能养筋,筋虚不能束骨,遂用养气血之药”,充分体现了伤科分期用药,筋骨并重的思路。《正体类要》的相关理论,对于中

医药及传统手法辨治 OVCF 有着重要的参考价值。

1 《正体类要》之“气血伤内”理论

《素问·调经论》有云:“人之所有者,血与气耳。”可见,气血对于人体的重要性。气血调达则邪不上犯,气血不和则百病丛生。OVCF 多由外伤或轻微外力等因素诱发,在伤损初期多与筋骨有着密切联系,骨折会破坏骨与骨膜的血供,造成局部血管破裂,加之椎体的节段动脉和营养动脉的影响,此时可见气血的紊乱,致使 OVCF 在骨折初期易产生骨髓水肿等情况。《正体类要》之气血理论可为医者了解 OVCF 等伤科疾病的发生、发展过程提供一定的理论参考。

1.1 “气血伤内”之分期思路 薛氏气血理论认为,气血情况在病程不同分期具有不同的特点。

伤损初期,究其气血方面的特点,正如陈士铎在《辨证录·接骨门》所言:“骨折的内治之法,必须活血祛瘀为先,血不活则瘀不去,瘀不去则骨不接。”可见,伤损初期,由于局部筋脉受损,血运失其常度而溢出脉外,离经之血滞于内,故以出血及其导致的血瘀为主。此外,正如《血证论》所云“跌打最危险者,则有血攻心肺之症。血攻心者,心痛欲死,或心烦乱,或昏迷不省人事。血攻于肺者……”,薛氏十分注重出血的情况,察出血相关之症,如“作渴”“咳喘”“发热”等。同时不拘泥于局部,而是先辨相关出血的具体原因。

伤损后期,薛氏认为当以气虚之血运变化为重。在此期,经脉停滞,多可见伤损处疼痛异常,局部运动范围受限,依“血由气所依,气由血所附,活血之症,必先治气可也”^[3]之论,当先治气。薛氏着重从气虚入手

※基金项目 江苏省中医药科技发展计划项目(No.ZD202008);江苏省科技支撑计划(社会发展)项目(No.BE2019765)

▲通讯作者 谢林,男,医学博士,主任医师,教授,博士研究生导师。主要从事中西医结合临床 research。E-mail:xielin117@126.com

• 作者单位 1.南京中医药大学(江苏 南京 210023);2.南京中医药大学附属中西医结合医院(江苏 南京 210028)

以治气。书中有验案记载：“腿肿痛而色黯，食少倦怠，此元气虚弱，不能运散瘀血而然耳。”薛氏认为“其气已损，切不可再用行气下血之药，复损脾胃，则运气愈难行达于下，而反为败症”。可见，治瘀之法，不应只固守气机，后期更应重视气之虚实^[4]。伤瘀损形而为肿胀，影响其气，然患者本身气血亏虚，则不宜知调而不知补。

1.2 “气血伤内”之祛瘀之辨 薛氏不仅在《正体类要》中建立伤科内治之要，还在其中细数实践之错漏与用药之非，如“行气之非”“下血之非”“寒药之非”“不补之非”等。这些错误治法可能与历代医家受《素问·缪刺论》中“有所堕坠，恶血留内，腹中胀满，不得前后，先饮利药”^[5]之论的影响，而秉持以导瘀下行之法治疗的观点有关。

薛氏却有自己的用药思路。如在“肚腹作痛”诊治之中，薛氏用按腹之法，先分辨“瘀血在内”“瘀血未尽”与“血气伤也”等情况，并列了十一种诊治方法，下瘀而不伤气血，由此可看出薛氏在治伤攻瘀方面之谨慎。同时，薛氏还提出可在内服补益中药的同时，用砭法以外治而祛除瘀血，如其治验之中，有“环跳处闪伤，瘀血肿痛，发热作渴，遂砭去瘀血……用八珍汤加黄柏”之说。可见，中医内外同治之法逐渐形成^[4]。内外同治之法，在砭法祛除瘀血的同时更加注重内补元气，可见伤者之论治应以补为基，攻伐节制，防止伤损扩大。

2 《正体类要》之“脏腑不和”理论

《正体类要》在脏腑辨证中尤其注重肝、脾、肾三脏之改变，且三脏在薛氏理论中的作用也是不同的。薛氏以清肝柔肝之和法为用药之先，如以小柴胡汤为代表方进行加减；薛氏继承了李东垣之脾胃论思想，在治伤的基础上，多采取温补脾胃的诊治思路，如“其死肉不能溃，或新肉不能生而致死者，皆失于不预补脾胃”最可概之；薛氏同样注重肾对于疾病发生、发展的重要作用，辨证运用滋肾方剂时，“接骨散、没药丸，无元气亏虚者，宜用；若肾气素怯，或高年肾气虚弱者，必用地黄丸、补中益气汤，以固其本为善”。

2.1 “脏腑不和”之理肝治血 《素问·缪刺论》有言：“人有所堕坠，恶血留内，腹中胀满，不得前后，先饮利药，此上伤厥阴之脉，下伤少阴之络。”可见肝气之调达，有助于活血化瘀。李东垣也有言：“血者，皆肝之所主，恶血必归于肝，不问何经之伤，必留于胁下。”薛

己忠于李东垣“恶血必归肝”之说。全书记载跌仆伤医案 60 则，其中以小柴胡汤为主方来论治的医案有 9 则^[6]。凡损伤瘀血留内，从其所属，因肝藏血必凝滞于肝。薛己在医案中点明理肝治血之理论基础，曰：“被人扭按甚重，努力恚怒，以伤其气血，瘀血归肝。”瘀血归肝，不得疏泄，肝为刚脏，五脏六腑之贼，以情志改变结合病证之变化，又以肝为基分析五脏之变。又曰：“久衄脉弦洪，乃肝火盛而制金也，至春则肝木茂盛而自焚，或戕贼脾土，非易治之症。”治则以五脏互生以治肝，认为“当滋肾水以生肝木，益脾土以生肺金”。观其常用之小柴胡汤，多在原方基础上加山药、五味子、麦冬、人参、黄芪、川芎、当归，全方治肝理血，兼见滋肾培土之意。

2.2 “脏腑不和”之健脾治伤 《素问·痿论》认为“脾主身之肌肉”；《素问·阴阳应象大论》又有“清阳实四肢”之论。脾胃为气血生化之源，只有肌肉丰满强健，骨骼才能强健而有力；若肌肉消瘦则骨髓失养^[6]。陈无择有言：“失志伤肾，郁怒伤肝，忧思伤脾，皆致腰痛者，以肝肾同系，脾胃表里，脾滞胃闭最致腰痛。”指出脾胃功能对于腰痛及后续康复的重要性。薛氏列举了诸多由于脾胃功能衰败导致伤损预后较差的现象，认为伤后出血不止、吐泻不食、新肉不生与脾胃之亏虚有关。如“患处夭白，脾气虚也……食少体倦而不生，脾胃气虚也”的论述，治以培土生肌之法，认为“非归术参芪之类，培养脾土，则肌肉何由而生，岂可复用寒凉克伐之药，重损气血耶”。同时，祛瘀活血之品大多味道腥烈且败胃伤中，正如薛氏所说“痛伤气血而复伤脾胃而然尔”^[5]。因此，在伤损过程中大多需要顾护脾胃之变化，若只专于破血攻瘀败胃之品克伐，日久便伤血耗气，饮食日减，胃气一败，百药难施，薛氏以“瘀血自散，肿痛自消。行血破血，脾胃愈虚，运气愈滞，若敷贴凉药，则瘀血益凝，内腐益深，难收拾”为概括。用药多以六君子汤为效，以壮伤后之愈。

2.3 “脏腑不和”之滋肾治虚 《素问·上古天真论》曰：“女子七岁，肾气盛，齿更发长……三七，肾气平均，故真牙生而长极；四七，筋骨坚，发长极，身体盛壮……六七，三阳脉衰于上，面皆焦，发始白；七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。”肾之盛衰与人的生长、衰老过程及筋骨的强健与否有着密切的联系。薛己继承发展了钱乙的补肾学说，在《正体类要》中，大凡伴有肾虚者，伤损及骨者，或脉象尺脉虚弱者，皆用六味地黄丸治之。《素问·

痿论》有言：“肾者，水藏也，今水不胜火，则骨枯而髓虚，故足不任身，发为骨痿。”《正体类要》也曾记载一案：“儒者王清之跌腰作痛，用定痛等药不愈，气血日衰，面耳黧色。余曰，腰为肾之府，虽曰闪伤，实肾经虚弱所致，遂用杜仲、补骨脂、五味、山萸、苁蓉、山药，空心服。又以六君、当归、白术、神曲各二钱，食远服，不月而瘥。”由此可见，健脾及固肾之法可用于治疗肾虚复遭闪伤之人，无论是伤损，还是伤损过程中的并发症，皆宜在补肾的基础上加减使用。“肾中病证，不论热病寒病，总属肾虚所致，若是无水之病，以六味丸滋补肾水；若无火之病，用八味丸益火之源”，薛氏常引六味地黄丸为滋肾治虚剂，推崇钱乙补肾思路，大凡伤损皆以六味治之，认为“诸虚不足之症，皆用此以滋化源，其功不可尽诉也”。三补三泻，共奏统摄藏阴之效，而不致两歧。

3 OVCF 辨治思路

在 OVCF 的复位、固定阶段，非手术治疗可因长期卧床而造成褥疮等并发症，而切开复位内固定术可因骨质疏松而造成术后钉棒移位、骨折椎体再塌陷等，因此，现临床上多以微创手术治疗。在抗骨质疏松阶段，需适时补充骨基本补充剂以及抗骨质疏松症药物（这类药物大多是骨吸收抑制剂）。而中医药在 OVCF 的治疗方面有独特之处。例如，张彦军等^[8,9]认为中医药治疗虽然不如微创手术在缓解 OVCF 患者早期疼痛方面的疗效好，但是在长远看来两者并无差异；刘晓曦等^[10]通过比较椎体成形术（PVP）以及中医非手术治疗 171 例单节段 OVCF 患者，发现中医非手术治疗再次发生骨折的概率明显小于手术治疗。笔者认为，薛氏“气血伤内”理论，可运用于复位固定阶段，而“脏腑不和”理论，主要运用于抗骨质疏松阶段。现从《正体类要》的“气血伤内”“脏腑不和”理论出发，结合现代临床和实验研究，探析 OVCF 的辨治思路如下。

3.1 气血辨治思路 薛氏从气血分期思路治疗伤科疾病，前期立足审血，后期立足补虚。OVCF 的微创术后辅助治疗等可以根据薛氏的气血辨证思路进行分析。

3.1.1 分期思路 首先，伤损初期，审血思路在微创手术方面有着独特意义。由于 PVP 为微创手术，既往临床经验认为其出血量可忽略不计而未予重视，但多位医家发现部分 PVP 术后的 OVCF 患者出现贫血的

症状^[11,12]。蔡同川等^[13]认为，应重视围手术期隐性出血情况，以防止患者术后灌注不足情况的发生，这些隐性出血可能存在于组织间隙、无效腔，或由溶血导致。此外，手术节段数量、椎体高度恢复情况以及骨水泥渗漏可能是隐性出血的危险因素。其次，伤损中后期，众多医家立足薛氏“补虚止痛”思路探索中医药对于微创术后疼痛的改善。周金权等^[14]发现 PKP 联合补肾壮骨汤可以显著缓解术后疼痛，并提高骨密度，缓解脊柱侧弯情况。林鹏等^[15]将补肾活血汤联合 PKP 治疗 OVCF，并根据手术时间进行随访，结果显示术后 6 个月与术前相比，伤椎矢状面 Cobb 角明显减小，伤椎前缘高度增大，血清骨碱性磷酸酶增高，I 型胶原羧基端交联端肽降低。除了中药内治法，中药外治也有应用，并于伤损初期对成骨预后较好改善。张震等^[16]在 PKP 术后予扶元乳膏穴位贴敷，对照组以中药热奄包外敷，发现两组除了 VAS 评分与 ODI 评分显著降低外，血清 I 型胶原氨基端延长肽（P1NP）、骨碱性磷酸酶（BALP）等骨代谢指标明显升高，且治疗组比对照组改善更明显，说明扶元乳膏穴位贴敷有利于骨吸收及成骨细胞活性。

3.1.2 祛瘀之辨 薛氏外治祛瘀之思路，与如今温针灸、浮针等外治法联合微创手术诊治 OVCF 的思路不谋而合。皇甫沁媛等^[17]将温针灸联合补阳还五汤治疗 OVCF，与单纯口服塞来昔布的西药组相比，针药结合组的 VAS 评分与 ODI 评分均较低。吕成国等^[18]通过浮针治疗 OVCF 术后遗留肋间神经痛的患者，完成 3 次浮针治疗后，VAS 评分以及 ODI 值与治疗前比较显著性降低。

3.2 脏腑辨治思路

3.2.1 理肝治血 在抗骨质疏松治疗阶段中，一方面，从肝主疏泄的角度来看，OVCF 患者伤后局部气血运行不佳，同时其发病人群多以绝经期女性为主，女子以肝为先天，加之不通则痛，可通过此法，缓解早期疼痛。彭庆州教授认为，创伤后骨质疏松症应当从肝论治，从养肝、补肝、疏肝 3 个方面着手，其中特别强调了疏肝的重要性，认为创伤后骨质疏松者因生活质量下降导致肝气郁滞，血流不畅，“久病多瘀”，当疏肝调气活血，使一身之气血畅通^[19]。另一方面，从肝主筋角度来看，在复位阶段，OVCF 患者脊柱的稳定性主要取决于骨和软组织的完整性，而与脊柱稳定性相关的软组织结构包括前纵韧带、椎间盘、后纵韧带和后方韧带复合体。OVCF 患者长期肝肾劳损，肝血亏虚，

无以滋养筋骨,致筋枯松弛无力,不能维持脊柱的稳定性,需术前理筋,助肝输布局部气血,滋养筋骨。辜志昌等^[20]用背飞震颤法联合 PKP 手术治疗 OVCF 患者 52 例,在术前针对性地配合手法复位,根据伤椎周围韧带及椎间纤维环之间的关系,预先提高伤椎高度,再采用 PKP 术,以减轻脊神经后支背伸,从而得到满意效果。

3.2.2 健脾治伤 OVCF 患者本身长期患有骨质疏松,有研究^[21]表明肌肉牵拉的机械应力有助于刺激成骨细胞的生成。而“脾主身之肌肉”,脾胃健则肌肉丰满,肌肉丰满则骨骼强健有力。相关研究^[22]表明,脾胃强健有助于钙、蛋白质、维生素 D、微量元素等营养物质的摄入。潘云菲等^[23]发现老年营养不良性骨质疏松症患者在常规治疗的基础上加用归脾颗粒,服用 3 个月后,无论是在骨密度恢复方面,还是在维持血磷、血钙、碱性磷酸酶平衡方面,均优于对照组。张寒等^[24]利用参苓白术散合龟鹿二仙汤加减治疗脾肾两虚型原发性骨质疏松症,发现其有效率明显升高,并且症状评分均低于口服碳酸钙 D3 片与阿仑膦酸钠的对照组,L2-4 的腰椎、股骨颈、桡骨远端 1/3 的骨密度及血清 BGP 与 IL-10 水平高于对照组。现代研究^[25-27]发现,黄芪中含有香豆素、黄酮类化合物、微酸和数种微生物,可抑制破骨细胞活性,降低骨吸收,促进骨形成,也可提高体内雌激素水平,使 IL-6 分泌下降,使骨吸收增强。可见人之保养需依赖脾胃之运化,从而使精微得以吸收,五脏得以滋养,元气得以接续,即所谓以后天养先天。

3.2.3 滋肾治虚 OVCF 是一系列骨骼退变性过程导致的临床综合征,骨的退变与肾的变化密切相关。薛氏重视滋肾之辨证,书中有言:“肾中病证,不论热病寒病,总属肾虚所致,若是无水之病,以六味丸滋补肾水;若无火之病,用八味丸益火之源。”谢丽华等^[28]对采用六味地黄丸治疗的肾阴虚绝经后骨质疏松患者,使用 JAK/STAT 信号通路基因芯片检测,发现 3 个月后,差异表达基因 JUN、JUNB 明显上调,另有 9 条表达基因上调,14 条表达基因下调。临床疗效方面,有多项研究^[29,30]显示,抗骨质疏松药物联合六味地黄丸与单用抗骨质疏松药物相比,在 VAS 评分、ODI 功能障碍指数、骨密度、骨代谢指标等方面的改善均优于单用抗骨质疏松药物的对照组。在分子作用机制研究方面,通过动物实验发现,六味地黄丸可能与绝经后骨质疏松大鼠 OPG/RANKL/RANK 与 Wnt-catenin

信号通路有关,并与之相关的基因表达改变有关^[31,32]。在蛋白调控方面,郭洁梅等^[33]发现肾阴虚大鼠与正常大鼠相比有 22 个股骨髌骨松质总蛋白存在差异,用六味地黄丸干预后发现 10 个蛋白出现调整,表明了六味地黄丸与骨松质蛋白表达的关系。

4 结语

在气血辨证中,薛氏根据伤损时期气血运行变化之不同,初期辨出血,后期以气血之关系辨治之法。在脏腑辨证中,又以肝、脾、肾三脏为要,以理肝治血、健脾治伤、滋肾治虚的思路进行辨治。理肝从养肝血以明筋之改变;辨脾以精微物质之吸收示伤损预后;滋肾以六味丸为基查伴发症。笔者认为基于《正体类要》中的相关理论,在复位固定阶段可应用薛氏的气血分期辨治思路,在抗骨质疏松阶段可应用薛氏诊治肝、脾、肾等脏腑的思路,以期得到较好的疗效。

参考文献

- [1] 中国康复医学会骨质疏松预防与康复专业委员会. 骨质疏松性椎体压缩骨折诊治专家共识(2021 版)[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(41): 3371-3379.
- [2] DELMAS P D, VAN DE LANGERIJT L, WATTS N B, et al. Underdiagnosis of vertebral fractures is a worldwide problem: the IMPACT study[J]. J Bone Miner Res, 2005, 20(4): 557-563.
- [3] 牛永涛, 谢林, 席志鹏, 等. 《正体类要》气血脏腑辨证论治思想初探[J]. 中医正骨, 2019, 31(7): 75-76.
- [4] 施杞, 石印玉, 石幼山. 论《正体类要》的学术思想[J]. 上海中医药杂志, 1980, 14(3): 38-39.
- [5] 邱德华, 蔡奇文. 第二届国医大师临床经验实录·国医大师石印山[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 398.
- [6] 刘乾亮, 余文景, 曾一林. 薛己运用小柴胡汤内治伤科疾病浅探[J]. 中医杂志, 2007, 48(8): 761-762.
- [7] 杨友发. 《正体类要》脏腑内治特色探讨[J]. 中医正骨, 1994, 6(4): 40.
- [8] 张彦军, 邓强, 王国玉, 等. 中医综合疗法与微创手术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折比较研究[J]. 西部中医药, 2018, 31(1): 94-98.
- [9] 陈发. 中医非手术治疗和 PKP 方法治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的综合疗效对比观察[J]. 中医临床研究, 2018, 10(13): 87-88.
- [10] 刘晓曦, 王港, 高延征, 等. 经皮椎体成形术与非手术治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的疗效比较[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(17): 4943-4945.
- [11] KUWABARA W M, ZHANG L, SCHUIKI I, et al. NADPH oxidase-dependent production of reactive oxygen species induces endoplasmic reticulum stress in neutrophil-like HL60 cells[J]. PLoS One, 2015, 10(2): e116410.
- [12] BAO N, ZHOU L, CONG Y, et al. Free fatty acids are responsible for the hidden blood loss in total hip and knee arthroplasty[J]. Med Hypotheses, 2013, 81(1): 104-107.

[13]蔡同川,王峰,翁梅,等.老年经皮椎体成形术围手术期隐性失血及其影响因素分析[J].中华老年骨科与康复电子杂志,2021,7(1):34-39.

[14]周金全,张亦工.PKP联合补肾壮骨汤治疗老年骨质疏松性脊柱压缩骨折疗效观察[J].中医临床研究,2018,10(31):72-74.

[15]林鹏,金涛,史科学,等.经皮椎体后凸成形术联合补肾活血汤口服治疗老年骨质疏松性椎体压缩骨折肾虚血瘀证[J].中医正骨,2019,31(11):72-74.

[16]张震,林晓生,韩林静,等.扶元乳膏穴位贴敷治疗骨质疏松性椎体压缩骨折患者PKP术后残留腰背痛的疗效观察[J].中国骨质疏松杂志,2020,26(10):1509-1513.

[17]皇甫沁媛,耿艳,范利锋,等.温针灸结合补阳还五汤治疗骨质疏松性椎体压缩骨折经皮椎体后凸成形术后残留痛疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2019,28(25):2819-2822.

[18]吕成国,杨勇,陈爽,等.浮针治疗骨质疏松性胸椎压缩骨折术后遗留肋间痛疗效分析[J].中国骨质疏松杂志,2019,25(4):502-505.

[19]张永立,董辉,辛晓林,等.彭庆洲教授从肝脾肾论治创伤骨折后骨质疏松症经验[J].中医研究,2021,34(5):72-74.

[20]辜志昌,何庆建,彭利平,等.背飞振颤复位法联合PKP治疗胸腰段椎体骨质疏松性骨折52例[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(9):60-61.

[21]欧阳钢,谢碧红.论原发性骨质疏松症从脾胃论治[J].南京中医药大学学报(自然科学版),2000,16(5):269-270.

[22]胡关彪,丁积勇,吴明.浅述调理脾胃法在治疗骨伤科疾病中的应用[J].浙江中医杂志,2010,45(6):406.

[23]潘云菲,赵费敏,韩虹,等.归脾颗粒对老年营养不良性骨质疏松症患者疗效及对血清离子水平的影响[J].中国生化药物杂志,2016,36(12):130-132,136.

[24]张寒,王洪海,徐荣林.参苓白术散合龟鹿二仙汤加减对原发性骨质疏松症脾肾两虚证患者骨代谢及炎症反应的影响[J].国际中医

药杂志,2021,43(12):1204-1208.

[25]邹丽宜,吴铁,崔燎.黄芪多糖对肝纤维化小鼠骨丢失的防治作用[J].中西医结合肝病杂志,2002,12(2):95-98.

[26]施杞,王拥军,宋莉君,等.黄芪多糖的提取及对体外培养成骨细胞成骨能力的影响[J].中国中医骨伤科,1999,7(6):3-6.

[27]王永东,吴铁,刘晓青.黄芪和司坦唑醇复方制剂干预去卵巢骨质疏松大鼠胫骨中段皮质骨及上段松质骨形态计量学参数的变化[J].中国临床康复,2006,10(23):105-107.

[28]谢丽华,陈娟,李生强,等.六味地黄丸对绝经后骨质疏松症肾阴虚证JAK/STAT信号通路基因的影响[J].中国骨质疏松杂志,2014,20(7):741-746.

[29]王玺,罗志秀.六味地黄丸联合鲑鱼降钙素对改善绝经后骨质疏松性疼痛症状的临床研究[J].中国骨质疏松杂志,2018,24(11):1485-1488.

[30]王久清,张显,郭庆功,等.阿仑膦酸钠片联合六味地黄丸治疗女性绝经后骨质疏松症40例临床观察[J].中国民族民间医药,2018,27(20):74-76.

[31]李玉星.基于OPG和RANKL探讨六味地黄汤及其“补泻”药对干预绝经后骨质疏松模型大鼠的作用及其机制[D].长沙:湖南中医药大学,2018.

[32]XIA B, XU B, SUN Y, et al. The effects of Liuwei Dihuang on canonical Wnt/beta-catenin signaling pathway in osteoporosis[J]. J Ethnopharmacol,2014,153(1):133-141.

[33]郭洁梅,黄露露,赖兴泉,等.六味地黄丸对肾阴虚证大鼠股骨髁骨质骨差异蛋白质表达的影响[J].中华中医药杂志,2019,34(1):81-85.

(收稿日期:2022-05-27)

(本文编辑:蒋艺芬)

(上接第20页)

阴,养血调经;龟甲、鳖甲、牡蛎滋阴以化液,养阴以退热;炙甘草复脉定悸;麻子仁养阴润燥。诸药配伍,共奏滋阴潜阳、复脉定悸之功。患者经中药治疗后,房颤得以转复,心衰得以纠正,偶有心慌,手足心热,汗出,为房颤转复后阴虚内热,阳虚不固,继用三甲复脉汤,选用膏方剂型,以维持窦性心律,强化治疗效果。

5 总结

张教授认为,心悸的病机关键为“心肾不交”,并指出心肾不交包括以下4种类型:火旺引起水亏;阴虚不能潜阳;心气不足、肾气不纳;肾气不足、心火独亢。治疗宜从心肾论治,旨在交通心肾,调补阴阳,并提倡“欲安心者须实肾,欲补肾者须治心”,协调心肾二脏的平衡。通过病案两则举证,充分体现中医异病同治的特点,为临床诊治疗提供了新思路,值得深入

探讨。

参考文献

[1]吴勉华,王新月.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:127.

[2]刘阔.心律失常的诊治进展[J].中国处方药,2021,19(9):23-26.

[3]张静.《冠心病合理用药指南(第2版)》出版:倍他乐克联合治疗心律失常的有效率分析[J].介入放射学杂志,2021,30(6):641.

[4]张永健,陈纪焯,杨金龙,等.丁书文运用当归六黄汤从阴虚火旺论治心房颤动的经验[J].中华中医药杂志,2021,36(5):2750-2752.

[5]张惠兵,裴豫琦,崔涛,等.李妍怡教授从心肾相交论治心悸经验总结[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(3):839-843.

[6]陈雨佳,马晓峰.从《伤寒论》《金匮要略》浅谈心肾不交[J].四川中医,2017,35(2):26-27.

(收稿日期:2022-06-13)

(本文编辑:黄明愉)