

基于“肝苦急，急食甘药以缓之”理论论治干燥综合征

黄漫玉¹, 付敏¹, 赵文^{2*}

¹成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

²四川省中医院急诊科, 四川 成都

收稿日期: 2023年12月11日; 录用日期: 2024年1月17日; 发布日期: 2024年1月29日

摘要

干燥综合征是临床上较为常见的一种弥漫性结缔组织疾病, 以眼干、口干、关节痛等为主要表现。传统中医认为干燥综合征的主要病机是燥邪侵犯, 阴虚为本, 燥热为标, 燥邪蕴久成毒, 脏腑功能失调。但部分观点认为在干燥综合征发病过程中既有津液绝对不足的一面, 也有津液全身疏布障碍所致的津液相对不足的一面。肝气统领全身气机, 在全身气血津液运行过程中发挥着重要作用, 当肝失疏泻时津液难以畅达全身, 导致体内津液相对不足。笔者将从“肝气苦急, 急食甘药以缓之”的理论出发, 探讨治疗干燥综合征时肝之气机的意义。“肝气苦急”即肝气容易因为各种原因导致气机不畅, 经脉拘挛, 肝气不畅则气血津液运行就不利, 而生燥痹。因此治疗上侧重运用甘草、麦冬、茯苓、地黄等“甘味药”, 缓解肝脉拘挛, 调畅肝之气机, 恢复肝之体用, 从而缓解干燥综合征。

关键词

肝主疏泻, 甘味药, 干燥综合征

Theoretical Exertion and Application Examples of the Theory of “The Liver Qi Is in Hurry Station, Taking Sweet Medicine to Slow it Down” in Sjögren’s Syndrome

Manyu Huang¹, Min Fu¹, Wen Zhao^{2*}

¹School of Clinical Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²Emergency Department, Sichuan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

*通讯作者。

文章引用: 黄漫玉, 付敏, 赵文. 基于“肝苦急, 急食甘药以缓之”理论论治干燥综合征[J]. 中医学, 2024, 13(1): 200-205. DOI: 10.12677/tcm.2024.131032

Abstract

Sjögren's syndrome is a relatively common clinical diffuse connective tissue disease, with dry eyes, dry mouth, and joint pain as the main manifestations. Traditional Chinese medicine believes that the main pathogenesis of Sjögren's syndrome is the invasion of dryness pathogens, yin deficiency is the foundation, dryness and heat are the standard, dryness pathogens accumulate for a long time and become poisonous, and the viscera functions are dysfunctional. However, some viewpoints believe that there is an absolute deficiency of body fluid in the pathogenesis of Sjögren's syndrome, and there is also a relative deficiency of body fluid caused by the disorder of body fluid distribution. Liver qi dominates the whole body qi and plays an important role in the operation of qi, blood and body fluids in the whole body. This writer will start from the theory that "the liver qi is in hurry station, taking the sweet medicine urgently to slow it down", and discuss the significance of the liver qi mechanism in the treatment of Sjögren's syndrome. "Liver qi is bitter and urgent" means that liver qi is prone to stagnation of qi due to various reasons, and the meridians are constricted. Therefore, the treatment focuses on the use of "sweet herbs" such as licorice, *Ophiopogon japonicus*, *Poria*, *Rehmannia glutinosa*, etc., to relieve the constriction of the liver veins, regulate the qi mechanism of the liver, and restore the function of the liver, thereby relieving Sjögren's syndrome.

Keywords

Liver Governing Conveyance and Dispersion, Sweet Medicine, Sjögren's Syndrome

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

干燥综合征是一种弥漫性结缔组织疾病，病变主要累及外分泌腺，如泪腺、唾液腺等腺体，同时也可导致多系统受损，导致口干、眼干、关节痛、猖獗性龋齿等症状，其病理特征为B淋巴细胞增殖和组织淋巴细胞浸润[1]。目前干燥综合征的病因和发病机制目前尚不完全明确，西医治疗没有针对性的全身治疗药物，主要是抗免疫及对症治疗，治疗目的在于缓解干燥症状，以及预防该病造成器官、系统的损害[2]，但大多数西药治疗效果不佳，且相关药物副作用较大[3]。

2. “肝苦急”是干燥综合征的病理基础

“肝苦急，急食甘药以缓之”出自《素问·藏气法时论》，是现代中医临证的重要理论基础。本意为肝气以疏泻条达为度，肝气因其独特生理特点和功能，难以忍受同时易于感受疏泻失常，从而肝气拘急不畅，导致疾病，治疗上宜用甘药缓解肝气拘急，恢复肝之气机[4]。与传统观点略有不同的是，从肝脏致病的角度而言，干燥综合征的病机不仅在于燥邪损伤津液，导致体内阴液亏损，出现阴虚内燥的证候，而是着重于筋膜、脉络等运行气血津液的通道不畅，津液代谢障碍，不能将精血津液等有形物质正常输布于全身组织，而导致的津液相对不足[5]。津液输布代谢虽然与脾胃肺肾密切相关，《内经》有言：“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”。

但五脏之中肝主疏泄，有疏通、畅达全身气机的作用，可调节气血津液的运行，气行则血行，气行则津布，故津液输布亦与肝密切相关[6]。又三焦是水液代谢运行的通路，而肝系少阳三焦遍布全身，皮肤之中，分肉之间、育膜胸腹、五脏经髓属于三焦组成部分[7]，因此肝气疏泄正常是人体上中下三焦精气血津液等一切流动的物质保持正常运行的前提。

3. “肝气急”导致干燥综合征的多种临床表现

3.1. “肝气急”导致全身干燥症状

干燥综合征的患者主要的表现就是全身上下的干燥症状，如眼干、口干、咽干、胃肠道症状、皮肤干燥、阴道干涩等。一方面是肝血亏虚、阴虚燥邪伤耗体内气血精液，使全身官窍失于濡养[8]。另一方面在于肝气不畅，三焦筋脉拘挛，导致津液分布异常[9]。肝开窍于目，泪为肝之液，又肝受血而能视，肝血不能上呈养目，则眼干，视力减退[10]。肝气郁滞，肝气横逆乘脾，导致脾胃化生水谷精微的功能降低，食欲不振等表现，肝气郁滞影响津液正常分布，津液也不能上呈于口、咽，导致口干、咽干等症状。

3.2. “肝气急”导致全筋脉拘挛疼痛

部分患者还兼有关节、肌肉疼痛的表现。《痿论篇》有言：“肝气热，则胆泄口苦，筋膜干，筋膜干则筋急而挛，发为筋痿”。关节滑膜、肌肉均由筋膜构成，而肝主筋膜，肝气不疏则导致筋膜拘挛，出现关节、肌肉疼痛的症状[11]。

3.3. “肝气急”导致焦虑抑郁状态

多项学术研究证明干燥综合征患者在长期疾病状态和社会心理等因素的影响下更容易出现焦虑、抑郁状态[12]。另外国内研究发现，49%的干燥综合征患者存在焦虑，30%的干燥综合征患者合并抑郁[13]。陈梦雪[14]等研究原发性干燥综合征伴焦虑抑郁状态患者的临床特征，最终发现伴有焦虑状态患者临床症状更多，且临床症状程度更重。中医证型以阴虚血瘀证、气阴两虚证和气阴两虚气滞证为主。肝主情志，燥邪相干，肝气郁滞，患者多出现情志不畅，从而出现焦虑与抑郁状态。

3.4. “肝苦急”影响全身脏腑气机

肝脏功能失调损伤其他脏腑功能，表现为干燥综合征中合并其他脏腑系统的病症。梁红等研究 100 例干燥综合征患者发现并肺间质性病变 15 例，慢性胃炎 7 例，血液系统受累 32 例，自身免疫性肝病 10 例，甲状腺病变 14 例，肾小管酸中毒 2 例[15]。肝木上逆克肺金，肺气宣降失常，出现咳嗽、呼吸困难，日久导致肺部间质性病变。肝气郁滞，横逆犯脾，则出现脾胃运化功能失常，导致食欲下降等表现。

4. 甘味药能有效治疗干燥综合征

4.1. 运用甘味药的最终目的在于恢复肝之疏泻

甘味药物是具有补虚、缓急止痛、缓和药性或调和药味等方面作用的药物[16]。运用甘味药的最终目的在于运用“甘药”调整肝之体用阴阳，使肝体用平衡，正常发挥其生发、条达、藏血、主筋等生理功能，从而使气血津液运行正常，改善津液全身的分佈。

其一，甘味药通过恢复肝之疏泻，使肝调节全身气津分布的功能恢复，从而改善全身津液分布。当肝气郁滞时，导致肝木对于脾土的克制增强，导致脾胃疾病，津液无以生化。甘味药补益脾胃之气，能够增加脾胃抵抗肝气克伐，同时肺金之气得到脾土帮助，肺金之气帮助能够制约肝木之气，使肝气不至于太过于亢旺，从而恢复肝的正常疏泻。

其二，甘味药能缓解筋膜拘挛而止痛。甘药主要作用是补虚以及缓解止痛，肝苦急时筋膜拘挛，经气不畅，导致关节、肌肉痛。运用甘药便可缓解筋脉拘挛而止痛，为最直接的治疗效果。此外，肝苦急主要原因在于肝体阴不足，或肝用阳太过，治疗肝病时注重滋养肝体，而甘药缓急的同时能够养阴柔肝，从而缓解肝急。

其三，甘味药能预防肝病之传变，保护其他脏腑功能，防止邪气深入。“肝受气于心，传之于脾，气舍于肾，至肺而死”，提出肝病的传变规律，认为肝病容易传入脾，导致脾病，若脾胃之气不顾，容易导致病邪深入于肺、肾，成为沉痾痼疾，难以治愈。因此在治疗干燥综合征时，运用甘味药在一定程度上可以防止疾病深入。

4.2. 临床用药规律研究表明甘味药在治疗干燥综合征中占有重要地位

统计安徽中医药大学附属医院风湿免疫科门诊2018年6月~2019年6月治疗的干燥综合征患者的172首方剂中，补虚药使用总频次最高，共1179次，其中频次多的药物为麦冬、甘草、北沙参、石斛、白芍，也是该次统计中使用频次前5位的中药[17]。研究统计南京中医药大学风湿免疫科门诊2019~2020年治疗干燥综合征的303首方剂，发现治疗干燥综合征的甘味是占比最大的药味，运用比例为42.87%。使用频率最高的药物是甘草、麦冬、生地黄等[18]。文献研究同样可以证明治疗干燥综合征治疗中甘味药的重要性。孙寰宇等通过研究相关文献，从中筛选出126个组方，统计234味中药，总用药频次1080次，五味中以甘味药运用频次最多，共703次；用药频次前5的药物分别为甘草、麦冬、白芍、生地黄、当归[19]。相关文献研究和临床研究一致表明，治疗干燥综合征的药物以甘味药为主，运用最多药物为甘草、麦冬、生地、白芍、茯苓、山药等。刘健教授[20]常用甘味药作为治疗干燥综合征的主药，其中性味甘淡平的茯苓为其核心药物，多配伍山药、麦冬、丹参等药物。陈湘君教授[21]治疗上多运用酸甘化阴法，自拟酸甘化阴方，以甘草、地黄、麦冬为主的甘味药配伍以白芍、五味子、乌梅为主的酸味药，两者结合能发挥酸甘生津的功效，有效缓解患者口干、眼干等干燥的症状。芍药与甘草配伍还能收涩缓急，提高疗效[22]。

4.3. 现代药理研究表明甘味药在治疗干燥综合征中占据重要地位

现代药理研究同样证明临床上常用的甘草、麦冬、茯苓、山药等药物都具有良好的抗炎、调节免疫的作用，能有效缓解干燥综合征的各种临床症状。刘健教授[20]运用茯苓治疗干燥综合征时发现茯苓与C3、C4、hs-CRP、ESR下降关联度较高，茯苓配伍山药与C3、C4、IgA、IgG、IgM下降关联度较高，茯苓配伍丹参与ESR、hs-CRP下降关联度较高。说明茯苓能有效地降低干燥综合征相关的免疫指标。张圆芳[23]等研究发现芍药甘草汤具有良好的抗炎、抗免疫、镇痛的作用，可以有效降低血清炎症因子肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素(IL)-1 β 、IL-6 β 的表达水平，通过缓解炎症从而达到止痛的效果。甘草多糖类成分作为甘草有效成分之一，具有抗氧化、调节免疫等药理活性[24]。麦冬具有免疫调节作用并能够保护外分泌腺体。研究证明麦冬多糖能促进T淋巴细胞和B细胞增殖的作用，调节细胞免疫与体液免疫。实验烧伤小鼠腹腔巨噬细胞的功能降低，通过向小鼠注射参麦注射液5天，证明参麦注射液能明显恢复腹腔巨噬细胞的功能，并且能够提高小鼠存活率[25]。其作用机制在于麦冬多糖通过诱导NO、诱导型一氧化氮合酶、IL-6和IL-12的分泌，提高淋巴细胞中共刺激分子CD80和CD86的表达，促进吞噬细胞吞噬、分泌[26]。麦冬多糖还能够上调NOD小鼠的IL-10的表达，从而降低IFN- γ 和IL-10的比值，防止下颌腺被淋巴结浸润，保护下颌腺[27]。

5. 临床运用举隅

患者卢某，女，51岁。于2021年9月8日在成都中医药大学附属医院风湿免疫科住院治疗。主诉：

反复全身关节游走性疼痛 10+月，加重伴口干 2+周。现病史：患者 10 月前出现全身关节游走性疼痛，休息后缓解，伴双手指间关节晨僵，持续 10 秒后自行缓解，伴四肢关节僵硬，经口服中药及针灸治疗后缓解(具体不详)。2+周前，患者全身关节疼痛加重，伴口干欲饮，手足肿胀，潮热盗汗，偶有四肢肌肉酸痛等症状，遂于我院门诊就诊，门诊查自身免疫抗体谱：ANA(+)核均质型 1:3200；抗双链 DNA 抗体 1:100；抗组蛋白抗体(++)；抗核小体抗体(+++)，抗 SSA 抗体(++)；风湿三项：C 反应蛋白 32.3 mg/L。现症见：神清神可，全身关节游走性疼痛，四肢关节僵硬，口干欲饮，手足肿胀，潮热盗汗，偶有四肢肌肉酸痛，纳眠可，二便调，舌干红少苔，脉弦细。考虑诊断：西医诊断：干燥综合征，中医诊断：燥痹；辨证为肝肾阴虚，经络痹阻证；治应补益肝肾，滋阴清热，通络止痛；处方：自拟方，具体药物为白芍 20 g，炙甘草 15 g，乌梅 15 g，焦山楂 20 g，南沙参 15 g，北沙参 15 g，丹参 15 g，熟地黄 20 g，芦根 15 g，麦冬 15 g，鸡血藤 20 g，麦芽 20 g，木瓜 20 g，路路通 20 g，大枣 15 g。出院后长期风湿免疫科门诊随访，病情控制良好。

按语：干燥综合征治疗重点在于恢复人体津液正常疏布，一方面是补津益气，使津液生化有源，另一方面在于畅通津液疏布的通道。“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”，与津液运行密切相关的脏腑包括肺、脾、肾、肝、三焦，而肝脏气机是调控各脏腑发挥运行津液功能的关键，因此治疗该病时重在条畅肝脏的气机。本案例中患者主要以游走性关节疼痛、晨僵、口干、潮热盗汗、手足肿胀，肌肉酸痛为主要表现。患者年逾七七，天癸衰竭，肝肾亏虚为本，同时燥邪侵袭耗伤津液而发为本病。《内经》有言“风寒湿三气杂至，和而为痹，其风气盛者为行，寒气盛者为痛痹，湿气盛者为着痹也”，风邪侵袭，不通则痛，导致全身游走性疼痛；湿邪痹阻经络则手足肿胀，晨僵；邪气痹阻经络，肌肉失于营养则肌肉酸痛；燥邪耗伤津液，同时经脉拘挛则津液疏布失常，不能上荣于口，则口干欲饮；肝肾阴虚，阴不制阳，则潮热盗汗。本方中运用大量甘味药治疗干燥综合征，合乎“肝苦急，急食甘药以缓之”的理论思想。方中使用炙甘草、麦芽、南沙参、北沙参、熟地黄、大枣、芦根、麦冬等甘味药，一方面能够恢复肝之疏泻，使肝调节全身气津分布的功能恢复，从而改善全身津液分布；同时以上药味均归属于脾胃经，发挥补益脾胃之功，同时配伍芍药、乌梅、焦山楂酸味药，酸甘生津，使津液生化有源，共同发挥缓解全身干燥症状的功效；内含芍药甘草汤，能缓急解痉，使筋脉畅通，缓解手足肿胀、晨僵等症状；另外丹参、木瓜、鸡血藤、路路通疏经通络，活血化瘀，治疗全身关节疼痛。

6. 总结

肝脏气机疏泻有时是全身气血津液运行正常的保证，肝气疏泄失常则导致津液疏布障碍，气血运行失调，气血津液不能发挥濡养的作用，导致疾病。在干燥综合征的认识中，患者一方面存在阴液亏损，虚热内生的病理基础，也存在着津液相对分布不均的病理因素。在单纯补阴润燥等治疗疗效不佳的时候，“肝苦急，急食甘药以缓之”为干燥综合征的治疗提供了新的思路。甘味药发挥其恢复肝之疏泻的能力，缓解肝脉拘挛，恢复气血津液的正常分布，达到治疗干燥综合征的目的。实际上临床实践不只是囿于使用“甘味药”缓解肝气急，而是需要在治疗干燥综合征时重视对于气机的条畅，比单纯滋阴润燥的治疗效果要更加突出。笔者认为《黄帝内经》所谓“肝苦急”意在提醒临床医生在治疗疾病时多重视肝脏气机的运行，不论是其他脏腑病变导致肝气不畅，或是由于肝气不畅导致的其他疾病，在临床实践中都应保证肝之气机通畅，治疗上才能收获良效。

参考文献

- [1] 段亚姣, 王佩云, 王佩云, 等. 曹奕从脏腑阴阳论治干燥综合征经验[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(6): 1094-1098.

- <https://doi.org/10.16448/j.cjctcm.2023.0612>
- [2] 月尔力卡·艾买尔, 照日格图, 李红璞, 等. 干燥综合征临床研究进展[J]. 新疆中医药, 2020, 38(6): 97-100.
- [3] 兰伟文. 口服不同中药方治疗原发性干燥综合征疗效的网状 Meta 分析[D]: [硕士学位论文]. 武汉: 湖北中医药大学, 2021. <https://doi.org/10.27134/d.cnki.ghbzc.2021.000323>
- [4] 吴云霞, 张一鸣, 张晶, 等. 汪悦教授从“燥、虚、瘀”论治干燥综合征经验[J/OL]. 中医临床研究, 1-8. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5895.R.20231103.1753.002.html>, 2023-12-22.
- [5] 崔家康, 陈晓, 姜泉. 从津液代谢探析干燥综合征论治[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(12): 1662-1663, 1680.
- [6] 陈潮祖. 中医治法与方剂[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 17.
- [7] 王丽莹, 闻志轲, 孟庆良. 从调畅气机论治干燥综合征[J]. 风湿病与关节炎, 2023, 12(3): 44-47.
- [8] 赵言鹏, 白健, 王仁一, 等. 从三焦辨证论治干燥综合征[J]. 河南中医, 2021, 41(5): 679-683.
- [9] 马玉草, 吕柳, 胡杰, 等. 基于络病理理论探讨干燥综合征的病机与治疗[J]. 陕西中医, 2023, 44(4): 479-482.
- [10] 王舒, 范嘉怡, 王一格, 等. 朱维平从“少阴伏邪”论治原发性干燥综合征之经验[J]. 江苏中医药, 2023, 55(11): 27-30. <https://doi.org/10.19844/j.cnki.1672-397X.2023.11.008>
- [11] 杨大伟, 陈岩松, 李中宇. 干燥综合征的双病探析[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(1): 37-40. <https://doi.org/10.13193/j.issn.1673-7717.2022.01.010>
- [12] 周宇, 陈妍伶, 叶亚丽, 等. 干燥综合征患者症状体验的研究进展[J]. 中国护理管理, 2023, 23(7): 1113-1117.
- [13] 王艳艳, 张缪佳, 沈友杆, 等. 47 例原发性干燥综合征患者的抑郁与焦虑情况调查[C]//中华医学会, 中华医学会儿科学分会, 中华医学会风湿病学分会. 全国自身免疫性疾病专题研讨会暨第十一次全国风湿病学学术年会论文汇编. 出版者不详, 2006: 232.
- [14] 陈梦雪, 王建明. 原发性干燥综合征伴焦虑抑郁状态患者临床特征初探[J]. 中日友好医院学报, 2021, 35(4): 232-234.
- [15] 梁红, 汪元, 刘佳佳, 等. 100 例原发性干燥综合征中医证型及用药规律分析[J]. 江西中医药, 2019, 50(3): 28-31.
- [16] 张廷模. 临床中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 50.
- [17] 李向阳, 许甜甜, 沈炳香, 等. 干燥综合征的中医药治疗规律浅析[J]. 江西中医药大学学报, 2021, 33(3): 44-47.
- [18] 郑华津. 燥痹肝肾阴虚证患者临床特征和用药规律回顾性研究及燥痹从肝论治探讨[D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京中医药大学, 2021. <https://doi.org/10.27253/d.cnki.gnjzu.2021.000558>
- [19] 孙寰宇, 王伟. 基于关联规则的干燥综合征中医用药规律分析[J]. 中国数字医学, 2021, 16(6): 81-85.
- [20] 陈瑞莲, 刘健, 汪元, 等. 刘健教授中医药治疗干燥综合征用药规律的数据挖掘研究[J]. 风湿病与关节炎, 2021, 10(6): 1-5, 28.
- [21] 陈浩, 陈湘君. 酸甘化阴法治疗干燥综合征[J]. 上海中医药大学学报, 2005, 19(3): 22-23. <https://doi.org/10.16306/j.1008-861x.2005.03.009>
- [22] 杨蓉, 庄小禹, 李修龙, 等. UPLC-MS/MS 法同时测定芍药甘草汤中 8 种成分[J]. 中成药, 2021, 43(11): 2965-2969.
- [23] 张圆芳. 基于 miR-146a、miR-155 调控 NF- κ B 信号通路探讨芍药甘草汤治疗颈型颈椎病兔颈肌炎症损伤的作用机制[D]: [硕士学位论文]. 福州: 福建中医药大学, 2017.
- [24] 邓桃妹, 彭灿, 彭代银, 等. 甘草化学成分和药理作用研究进展及质量标志物的探讨[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(11): 2660-2676.
- [25] 周二付. 中药材麦冬的药理作用研究[J]. 中医临床研究, 2017, 9(9): 125-126.
- [26] 迟宇昊, 李暘, 申远. 麦冬化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报, 2021, 38(2): 189-192.
- [27] 李成荫, 汪悦, 孙丽霞, 晏婷婷, 陶依凤, 吴素玲. 麦冬多糖对 NOD 小鼠颌下腺保护作用研究[J]. 中国免疫学杂志, 2014, 30(2): 198-201.