

从“脾主困”理论探讨风药在慢性疲劳综合征治疗中的应用*

夏天¹ 黄圣¹ 杨柳新¹ 胡馨雨¹ 高文蕴¹ 顾元焯¹ 刘果¹ 赵迎盼²

[摘要] 钱乙的“脾主困”理论源自《黄帝内经》而影响后世,其主要论及的脾实证正日益增多,但在临床上应用并不广泛。慢性疲劳综合征(chronic fatigue syndrome, CFS)病机与“脾实证”相合,论治在于祛邪解困、通调气血,风药在 CFS 的治疗中起到了升举清阳、疏肝理脾、宣散祛湿等多方面的点睛之用。本文通过分析风药在 CFS 治疗中的作用,使“脾主困”理论的指导意义得以阐发,并为临床治疗脾实证提供参考。

[关键词] “脾主困”理论;风药;慢性疲劳综合征;脾实证

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2023.07.17

[中图分类号] R256 **[文献标志码]** B

Discussion of the function of "wind medicine" in the treatment of chronic fatigue syndrome from the "spleen governs Kun" theory

XIA Tian¹ HUANG Sheng¹ YANG Liuxin¹ HU Xinyu¹ GAO Wenyun¹
GU Yuanye¹ LIU Guo¹ ZHAO Yingpan²

(¹Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029, China; ²Department of Gastroenterology, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences)

Corresponding author: ZHAO Yingpan, E-mail: zypzyp1984@163.com

Abstract QIAN Yi's theory of "spleen governs Kun" originated from *Huangdi Neijing* and has influenced future generations. This theory mainly focuses on the concept of "Spleen Shi syndrome" which is increasingly common nowadays, but has not been widely applied in clinical treatment. The pathogenesis of chronic fatigue syndrome(CFS) corresponds with "Spleen Shi syndrome", and its treatment should focus on dispelling pathogenic factors, resolving stagnation, and regulating Qi and blood flow. "Wind medicine" in the treatment of CFS play a vital role in elevating the clear Yang, promoting liver and spleen function, and dispelling dampness. By analyzing the role of "wind medicine" in treating CFS, the guiding significance of the "spleen governs Kun" theory is explained further, which can also provide insights for the clinical treatment of "Spleen Shi syndrome".

Key words "spleen governs Kun" theory; wind medicine; chronic fatigue syndrome; Spleen Shi syndrome

“脾主困”理论出自宋代儿科大家钱乙的《小儿药证直诀·五脏所主》^[1]:“脾主困,实则困睡,身热,饮水,虚则吐泻生风”,明确将“脾主困”所生之病分为虚实两端,其临床表现各有不同,实者嗜睡,脘腹满闷,胃热壅盛;虚者肠鸣泄泻、呕吐不止。后世对“脾主困”理论的引述与临床应用多见于儿科,如应用该理论指导小儿厌食症^[2]、腹痛^[3]、功能性消化不良^[4]等病的治疗。脾居中焦,主运化精微充养全身,又是升降枢纽,统司一身上下之气机,故其

以“困”为病,常涉及临床各科,其理论对多种疾病的诊治均具有实际的指导意义和重要的临床价值。其治法有补虚、理气、化痰^[5],重点在于运脾。

慢性疲劳综合征(chronic fatigue syndrome, CFS)是 20 世纪末被美国疾病控制与预防中心(centers for disease and control and prevention, CDC)正式命名的一组以疲劳为主诉的综合征,其主要症状为疲劳、低热、记忆力或注意力下降^[6]。现代医学对 CFS 尚无特效药,治疗多采取抗抑郁、抗病毒、改善睡眠等对症处理的方式,仅能缓解部分症状,存在停药后症状复发、药物不良反应大等缺点。现代中医治疗 CFS 时多基于“脾主困”理论,从脾论治,而风药则在其中发挥了多方面的点睛之用。

*基金项目:国家自然科学基金青年项目(No:81503560);中国中医科学院科技创新工程(No:CI2021A01011);中央级公益性科研院所基本科研业务费专项资金(No:ZZ13-YQ-011)

¹北京中医药大学(北京,100029)

²中国中医科学院西苑医院消化科

通信作者:赵迎盼, E-mail: zypzyp1984@163.com

本文依据“脾主困”理论,分析风药在 CFS 治疗中的作用,同时阐释“脾主困”理论的指导意义,为临床使用风药治疗脾实证提供参考。

1 “脾主困”理论浅析

钱乙在《小儿药证直诀》中首次提出“脾主困”的概念:“脾主困。实则困睡,身热,饮水;虚则吐泻,生风。”困是会意字,甲骨文字形为“木”在“口”中,本义为“横在门框底部的木头”,亦即“门槛”。木在口中不得条达也,《说文》载其本义为止而不过,《六书正义》分析其有“阻碍”之义,因阻碍而穷尽,继则“力量耗尽,疲惫”,再由“疲惫”引申为“疲惫想睡”、“睡”。唐代将“困”理解为“睡”的使用局限于吴方言区^[7],而宋及宋以后就大量使用,尽管钱乙祖父辈即北迁山东,但“仲阳先世,系出吴越,或当时已有此谚,所谓实则困困睡,确与吴越俗语相合”^[8]。明代医家万密斋认为“脾主困,谓疲惫也,非嗜卧也”^[9],明确将脾所主之“困”的语义范畴由“卧睡”之意拓展到“疲劳”。

《黄帝内经·素问·脏气法时论》最早描述了“脾主困”的病机:“脾病者,身重善肌肉痿,足不收行,善瘦脚下痛,虚则腹满肠鸣,飧泄食不化”,脾病水液运化不利、升降失常则身体重着、肉痿、飧泄、食不化。基于此,钱乙提出“脾主困”理论,治疗时不是一味地“补”,而更注重“健运”,以期畅达气机、助脾运化。钱乙的脾胃观为后世脾胃学说的形成奠定了理论基础,李东垣、朱丹溪深受其影响,重视脾胃气机的升降;万密斋、王肯堂、薛己等皆沿用钱乙观点,如万密斋《育婴家秘》中所言:“脾属土,其体静,故脾病喜困”^[9],从脾的属性上说明脾多困病^[10]。清代叶天士也主张“脾宜化则健,胃宜降则和”。综上所述,历史上许多名医治中焦时都持“脾主困”的一致看法。

在结合古代医家认识的基础上,当代医家将“脾主困”理解为脾失健运,气机不通^[11],据临床所见可分虚实两种:虚者多见脾肾阳虚之证,主要症状为“腹满肠鸣,飧泄,食不化”;实证表现为“困睡,身热,饮水”。脾困既可因脾实之困阻,停滞不通;也可因脾虚之困乏,无力推动,最终脾胃升降轮转不利,困厄阻滞无以升发。在临床表现上,脾困可分为虚实两类,虚证多为肠鸣飧泄,完谷不化,较多被临床所认知;实证为“困睡、身热、饮水”,较少引起医者和患者的足够重视,而往往将其归结为“状态不好”,而“足不收,行善瘦,脚下痛”等症状因其表现部位非在脾胃,临床中鲜有将其归因于脾病。笔者认为,目前临床上对于“脾主困”属实证者重视不够。

2 CFS 的中医病机诊治分析

2.1 核心病位在脾,病机为脾困实证

CFS 在中医古籍中无对应病名,但据其疲劳、

低热、记忆力、注意力下降、焦虑抑郁的临床表现,可归“虚劳”、“郁证”范畴。疲劳是该病的主要症状,表现为活动工作效率的下降、身心倦怠的主观感觉、生物功能失调^[5]。而疲劳之因,则主要在脾。

脾困致 CFS 诸症,其根本病机是脾之运化功能失常。其病机以脾失健运和气血两虚多见,并可兼见虚实夹杂之象。脾失健运,气机郁滞,清窍昏蒙不利,则见困睡、疲劳、记忆力减退,若未及时调理,久滞而生化乏源,则困倦之症进一步加重,气机郁久不得宣通则化火,故见身热、饮水;若是气血两虚证,脾脏失于滋养,脾虚难运水谷精微,四肢百骸、清窍失养,故困睡、疲劳,若久病迁延,亦可因脾困宿疾而变为实证。总而言之,脾失健运或气血两虚最终均可转归为脾困,也是 CFS 的核心病机。

2.2 病性与脾实互相参考

CFS 的病性属“脾实”。“脾实”有生理性和病理性之分^[11],生理性主要指脾气充实、运化输布功能正常。病理性则是脾困病机的病性,可分两种情况:①脾本不虚,仅是因滞致“实”,郁久化热,其症状表现以脾热为主,如低热、口干、疲乏、便秘等,其病机与 CFS 脾失健运相合;②脾气虚,因虚致实,因脾脏运化不力,气血化生不足,此类病证除实滞所致腹胀腹痛、大便失调甚或烦躁外,又兼见脾虚之象如神疲体倦,少气懒言,或肢体浮肿,舌淡苔白,脉缓无力,其病机与 CFS 气血两虚相合。

现代社会随着人民生活水平的提高和工作节奏的巨大变化,临床所见“脾实证”逐渐增多。嗜食肥甘厚味所致食积、痰湿困脾,郁而化热,从而出现困倦、身热、口疮等脾实热证;思虑过度,精神压力大所致脾虚运化不利,气血不能营养周身,出现记忆力减退,倦怠等症状,进而因虚致实,伏火内生,表现为便秘,烦躁,口渴等。研究表明,许多现代疾病都与脾实证有关,比如肥胖、高血糖、高血压、高血脂症等^[12];体内代谢紊乱后,又会加重身心疲劳,如血液中的乳酸堆积可使肌肉酸胀无力,有研究发现大脑皮层的谷氨酸堆积可导致精神疲劳^[13],日久还可能诱发心脏病、肝病、肾病、胃病等^[14]。随着当代“脾主困”之实证逐渐增多,相关理论与治法的传承及研究价值理应得到重视。

2.3 治疗重运脾

在治疗上,历代医家均注重运脾行气。如唐代《备急千金要方》记载了治疗脾热的方药,在治疗脾实热证时以行气与清泻脾热为主要目的^[15]。宋代《太平圣惠方》所载治疗脾实热证的方中常使用升麻等风药,其记载系列方剂如升麻散、柴胡散、射干散、泻脾升麻汤等,均有引清气、助药性上行之意;李东垣认为脾失健运、伏火内郁的治法应“火郁发之”。结合古代医家对脾实证的辨治思想,笔者认为治疗脾实证时应注意其虚实夹杂的特点,消补兼

施,扶“虚”祛“实”。

3 风药内涵和功用浅析

风药概念在《外台秘要》中首次出现,张元素在《医学启源》中将羌活、藁本归为太阳经风药,提出药类法象,将“味之薄者,阴中之阳”的防风、升麻、柴胡、葛根等20位中药归为“风升生”一类,至此,风药理论初步形成^[16]。李东垣基于药物性味,对风药进行阐释,“味之薄者,风药是也,此助春夏之升浮也”,将其运用到脾胃等内伤杂病中,创制名方补中益气汤、升阳散火汤等^[17]。清代徐大椿提出“中药者,凡质轻气盛者均属风药”,进一步丰富了风药的内涵。现代临床风药应用的主要功效为:宣散透邪,升举清阳,醒脾除湿,疏肝理肺,散瘀通络。

4 风药在CFS治疗中的临床价值

4.1 风药功效与CFS常见症状、病因病机高度契合

CFS常见症状有身体疲倦、四肢乏力、头昏头痛、时恶寒发热、自汗或盗汗、肌肉关节酸楚、食欲不振、记忆减退等,其主症与脾困实证之象相合。

风药具有升举清阳、疏肝理脾之功。脾能升清,胃则降浊,风药之用首先在于推动脾胃气机轮转;肝疏泄不利则易致气郁,风药升发,顺肝木条达之性,兼疏脾胃升发之机。例如柴胡、升麻,李时珍云:“升麻引阳明清气上行,柴胡引少阳清气上行,此乃禀赋素弱,元气虚馁,及劳役饥饱生冷内伤,脾胃引经最要药也”。升麻善引轻清之气上达头目,清窍通利,困睡得解,又以清阳“发腠理”而“实四肢”,周身经络气血通行则疲劳减消;柴胡疏泄肝木,调畅气机,升发胆气,调理脾胃枢机,中焦气机得调、升降复衡,郁气透散而热亦除,此用风药,正解“脾困疲劳”。《内外伤辨惑论》认为,凡脾胃不足之证须用升麻、柴胡,李东垣运用风药治疗脾胃病,源于脾胃不在“补”而在“运”,脾升胃降则脾运有度,肝木条达则脾运自健,正如李东垣所云:“以诸风药,升发阳气以滋肝胆之用,是令阳气生,上出于阴分”^[18]。此外,风药还可以引脾胃中清气行于阳道及诸经。依据临床经验,常用补中益气汤治疗CFS,方中风药虽然味数少于补益药,但正是通过少剂量应用风药激发春升之气,既不会太过耗散脾胃元气又能起到四两拨千斤的作用,使得五行土运,六合风动,达到升举阳气,疏土达木,疏壅消滞的效果,如此困证自除。现代医学认为CFS病理与病毒感染、免疫异常、神经内分泌系统的紊乱有关^[19],而风药具有抗炎抗菌、抗病毒、改善心血管功能、提高免疫力等作用^[20],可在治疗中发挥疗效。

4.2 风药应用于CFS应用验案举隅

病案一^[21],患者,女,36岁,2007年7月23日就诊。患者常感浑身乏力,肢倦懒言,偶有心悸头痛,动则气短,易感冒,自觉身体发热,测体温正常,

饮食睡眠欠佳,二便可。体检:舌质淡,苔薄白、脉细,血压正常,心电图、血生化检查均正常。脉症合参,该患者中医诊断为虚劳,辨证为气虚,脾胃气虚。方选补中益气汤,药用:生黄芪30g,当归12g,升麻10g,柴胡10g,炒白术15g,炙甘草3g,人参10g,陈皮10g,山萸肉30g,鸡内金15g,炒枣仁30g,苍术12g。每日1剂,水煎服。连服1个月,诸症悉除。

脾主四肢,脾失健运而水谷精微生化不足,不能充养肌肉筋脉则见浑身乏力;气机运转不畅,发为脾困,见气短懒言,纳差;水谷精微不足,气血生化无源,心神、清窍失养,故心悸头痛;卫气“温分肉,充皮肤”,脾为肺之母,土不生金,卫气化源不足,不能温煦肌肤、抵御邪气,则易感冒;气机郁滞,郁火内生,窜于肌肤则见身体发热,综合舌脉,均为脾气不运伏火内生之象。法当补中益气,升阳散火。方中运用补气药以温补中焦,又用升麻、柴胡等风药,一方面升发阳气,另一方面运中焦之滞气以除脾困,收效甚好。

病案二^[22],患者,女,54岁,2009年6月23日初诊。主诉:倦怠乏力8个月。患者8个月前出现倦怠乏力,在外院诊断为“CFS”,经中西医结合治疗,效果不佳,就诊时已值夏暑炎热之季。临床表现为乏力,四肢困重,健忘,身热,头痛,口渴自汗,不思饮食,大便溏薄,小便短赤,苔腻,脉虚。辨证:元气亏虚,清阳不升,暑湿困脾,暑热伤津。治法:益气健脾,升发清阳。采用清暑益气汤加减治疗。处方:黄芪20g,白参10g,苍术10g,升麻4g,白术10g,五味子8g,麦冬10g,黄柏6g,当归6g,陈皮10g,青皮10g,神曲6g,泽泻6g,炙甘草4g,葛根10g,藿香10g,佩兰10g,荷叶10g。每日1剂,水煎,分两次内服。7剂。2009年6月30日二诊,服药后倦怠乏力、四肢困重等症明显减轻,胃纳转佳,身热头痛、口干自汗症状消失,腻苔已化。故守方去藿香、佩兰、荷叶,继服7剂而症状消失。

脾失健运四肢失养,则见四肢沉重、倦怠乏力;清阳不升,清窍失养,元神失用则见健忘、头痛;中焦气运无力,发为脾困,故见纳差;气机不畅,郁火内生,窜于周身则见身热、小便短赤;脾不升清则见大便溏薄;肺卫虚,不能司玄府开阖,则见自汗,汗出过多,津液亏损故口渴,结合舌脉,均为脾虚不升、湿浊内蕴之象。法当益气升阳、化湿运脾。方中用大量补气药补中益气,又用苍术、升麻、葛根等风药,使脾运有度,阳气自升,“清阳实四肢”,清窍、四肢既得养,四肢沉重、头痛缓解,“清阳发腠理”,玄府开阖归于正常,则自汗消失;用藿香、佩兰、荷叶等芳香药物解暑化湿和中,腻苔得化。

病案三,患者,男,44岁,2022年1月5日初

诊。主诉：口腔溃疡反复发作多年。患者晚餐后倦怠乏力，舌尖发热，食欲尚可，大便偏软。舌宽质嫩黯淡尖红，苔薄腻，脉沉滑。处方：蔓荆子 10 g，荆芥 6 g，升麻 10 g，葛根 30 g，太子参 15 g，淡竹叶 15 g，侧柏叶 15 g，黄芪 15 g，知母 6 g，关黄柏 10 g，白芍 15 g，赤芍 15 g。7 剂，每日分两次内服(8:00~16:00)。2022 年 1 月 12 日二诊，服药觉后背轻松，大小便似乎较前增加一次，晚餐进多则仍有疲乏感，舌胖大质黯淡，脉细滑。处方去太子参、白芍，加茯苓 30 g，黄芪加至 20 g。

脾胃乃元气之本，脾胃伤则元气衰，元气衰则疾病所由生。脾困而致少气懒言，发热困重之 CFS，故以补中益气汤以健脾益气，以益气血生化之源而病瘳。风药升清阳，畅气机，如少阳风动，春风拂柳，而纾脾困。如病案三患者餐后疲乏，溃疡反复，大便偏软，舌黯尖红，脉沉滑。此乃脾虚不运，气血阻滞，且有气分湿热之象。人体伤口难以愈合，主要跟脾虚有关。薛立斋言：“不生肌、不收敛、脾气虚也”^[23]；明代汪机在《外科理例》中亦指出：“肌肉、脾之所主，溃后收敛迟速者、乃气血盛衰使然……生肌之法，当先理脾胃，助气血为主，则肌自生。”^[24]脾胃虚弱气血亏虚，创口愈合延缓。本方不在补脾，而是抓住气滞血瘀郁热的特征，以风药转动枢机，并用泄热祛湿，清通气血之法，解除脾之困厄，气血自然生化，风药解脾困，而脾证自除。

5 结束语

随着我国经济社会发展，居民生活饮食习惯随之变化，临床上以困为病的脾实证日益增多，CFS 是其中较为典型的疾病，通过钱乙“脾主困”理论分析发现，CFS 可以“脾困”为主要病机，论治在于祛邪解困、通调气血，风药的运用可起到升举清阳，疏肝理脾，宣散祛湿等多方面的功用，俾脾之功能开动，脏腑生化得通则病困自除。希冀本文对 CFS 的诊治探讨，可为后期开展更多脾实证临床研究提供思路，并发扬“脾主困”理论与风药在临床中的应用。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] 钱乙. 小儿药证直诀[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012:2-2.
 [2] 阳和平,陈竹,彭玉,等. 脾主困理论在彭玉教授治疗小儿厌食症的应用[J]. 中国民族民间医药, 2019, 28(5):56-57.
 [3] 袁俊辉,吴泽湘. 从“脾主困”浅谈七味白术散加减治疗小儿腹痛(肠系膜淋巴结肿大)的体会[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(9):7-9.
 [4] 李亚群,田云龙,王靖. 从“脾主困”论治儿童功能性消

化不良[J]. 中国中西医结合儿科学, 2021, 13(6):542-545.
 [5] 赵敏,陈召起,罗天帮,等. 国医大师张磊治疗慢性疲劳综合征经验[J]. 中医学报, 2023, 38(5):1021-1026.
 [6] Fukuda K, Straus SE, Hickie I, et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group[J]. Ann Intern Med, 1994, 121(12):953-959.
 [7] 葛晶晶. 试析“困”[J]. 现代语文(语言研究版), 2017(9):30-33.
 [8] 张山雷. 小儿药证直诀笺正[M]. 上海:上海卫生出版社, 1958:8-8.
 [9] 万全. 万密斋医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社, 2015:477-477.
 [10] 童云. 浅谈“脾主困”与“脾主湿”[J]. 中医临床研究, 2018, 10(32):9-10.
 [11] 程引,张治国. “脾实”与“泻脾”探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(4):533-535.
 [12] 张会永,崔家鹏,杨关林. 从《内经》脾病“脉道不利”探讨“从脾论治”冠心病[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(11):1256-1258.
 [13] Branzoli F, Adanyeguh I, Wiehler A. A neuro-metabolic account of why daylong cognitive work alters the control of economic decisions[J]. Curr Biol, 2022, 32(16):3564-3575. e5.
 [14] 李宝丽,唐方. 试述中医对慢性疲劳综合征的认识与辨证论治[J]. 浙江中医杂志, 2007, 434(5):255-257.
 [15] 王家琪. 基于理论研究及数据挖掘的脾证相关理论及治疗方药规律的研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学, 2019.
 [16] 蔡云,景欣悦,甘可,等. 风药名考[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2019, 21(12):2659-2663.
 [17] 李冀,王晓雨,庞宇航,等. 东垣倡风药在脾胃病中的运用溯源[J]. 中医药学报, 2021, 49(9):96-98.
 [18] 李杲. 脾胃论[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:12-12.
 [19] 马菲,张建宾,马永利,等. 中医药治疗慢性疲劳综合征的作用机制研究进展[J]. 中医外治杂志, 2020, 29(5):73-76.
 [20] 刘庆银,张伟. 张伟教授运用风药经验[J]. 长春中医药大学学报, 2016, 32(5):932-934.
 [21] 张凤琴. 补中益气汤临床应用举隅[J]. 中国校医, 2016, 30(9):649-649.
 [22] 方艳琳. 欧阳新主任医师治疗慢性疲劳综合征经验[J]. 湖南中医杂志, 2011, 27(4):34-35.
 [23] 罗美. 古今名医方论[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2012:40-40.
 [24] 汪机. 外科理例[M]. 北京:中国中医药出版社, 2010:22-22.

(收稿日期:2023-04-09)