

陈秋以肝为中心辨治骨质疏松症经验介绍

祖义志, 孙丽莎, 唐小妹, 陈秋

成都中医药大学附属医院, 四川 成都 610072

[关键词] 骨质疏松症; 肝; 骨松汤; 经验介绍; 陈秋

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 10-0172-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.073

骨质疏松症(osteoporosis, OP)是一种由多方面原因引起的以骨量低下, 骨微结构破坏, 导致骨脆性增加, 易致骨折的代谢障碍性疾病, 以乏力、不耐劳累、腰背痛、步履艰难, 甚则驼背畸形等为常见症状^[1]。该病多归属中医学骨痿、骨痹、虚劳等范畴, 主要病机为脾肾不足致骨失所养及痰瘀致骨络不通, 肾虚是其根本病因, 其治疗亦多从补肾健脾、通络止痛着手^[2]。陈秋教授是成都中医药大学附属医院内分泌科主任医师, 博士研究生导师, 一直勤于内分泌代谢性疾病研究, 披沙拣金, 成果丰硕。笔者有幸侍诊左右, 探先生立论之源, 究其用药之律, 其从肝治疗 OP 之法, 及“以肝为中心调控脏腑气血”辨治 OP 之论, 不为套法所囿, 并在此思想指导下自拟骨松汤运用于临床, 每获良效。现将其经验介绍如下, 以飨同道。

1 重脾肾, 调肝为前提

传统上治疗 OP, 多以先后天脾肾为中心立论。《素问·六节脏象论》云: “肾者主蛰, 封藏之本, 精之处也, 其充在骨。”《素问·痿论》云: “肾气热, 则腰脊不举, 骨枯而髓减, 发为骨痿。”《医经精义·脏腑所合》注释为: “肾藏精, 精生髓, 髓生骨, 故骨者, 肾之所合也。”这些观点为后世从肾辨治 OP 奠定了理论基础, 认为肾气的盛衰决定着骨的强弱, 这与现代医学关于 OP 发病与性腺功能衰退有关的认识是一致的。赵玉堂等研究证实, 肾虚可影响钙、磷代谢, 使骨密度下降, 发生 OP^[3]。《素问·五脏生成》有云: “肾之合骨也, 其荣在发, 其主脾也。”故骨的生长、发育亦受脾胃功能影响。《素问·痿论》曰: “脾主身之肌肉”, 肌肉壮实为骨骼强健提供力学保证^[4]。其中增龄性肌肉衰减症与骨质疏松症皆与年龄密切相关, 可相互影响, 合称脆弱综合征^[5], 即《医宗必读·痿》所谓的: “阳虚则气血少, 不能润养宗筋, 故弛纵, 宗筋纵则带脉不能收引, 故足痿不用。”陈教授认为脾肾可相互影响、互为因果, 在 OP 发病机理中所占的重要地位不

容忽视, 但“肝为万病之贼”(《续名医类案》), 《医门八法》亦云: “诸病多生于肝”, 因此, 在益肾健脾治疗 OP 的同时当注意调肝理气。肝藏血, 主疏泄, 调畅气机, 主少阳春生之气, 能鼓舞、协调诸脏腑气化, 调节气血津液代谢, 即《读医随笔》所云: “凡脏腑十二经之气, 皆必藉肝胆之气以鼓舞之, 始能调畅而不病”, 可见肝为气化之本。肾为阴中之阴, 脾为至阴, 二者在人体生命过程中的主要作用体现在精血上, 为生长发育提供物质基础。物质当然重要, 但人体精气、气血等基本物质必须通过脏腑功能才能化生, 通过气机的升降出入方可正常运行, 发挥濡养作用。而脏腑功能的发挥, 精血的输布皆须通过气的升降出入才能实现。肝乃阴中之阳, 主疏泄, 是保正人体气机调畅、气血调和、其他脏腑功能正常发挥的重要前提条件。没有肝之疏泄, 就没有气机运动, 脾肾就不能完成其生理功能, 也就不能生成精血, 就体现不出其在防治 OP 中的重要性。诚如《血证论》所云: “木之性主疏泄, 食入于胃, 全赖肝木之气以疏泄之, 而水谷乃化。”所以, 调肝理气是补肾健脾防治 OP 的前提条件。研究发现, 慢性肝病、肝硬化及终末期肝病、肝移植术后均可并发不同程度的骨营养不良, 主要表现为 OP^[6]; 慢性肾衰竭患者多合并明显的骨质疏松症亦已成为共识, 已有医家认为从肝论治慢性肾病具有重要的临床意义^[7-8], 亦侧面表明了从调肝着手防治 OP 的重要性。

2 论气血, 养肝抓关键

《丹溪金匱钩玄·六郁》强调: “气血冲和, 诸疾不生, 一有怫郁, 百病生焉。”《灵枢·本脏》曰: “是故血和则经脉流行, 营复阴阳, 筋骨劲强, 关节清利矣。”表明了气血与骨骼的关系。气血对骨的滋养是骨维持正常形态和功能的关键, 气血生成不足或运行不畅, 导致骨骼失于濡养出现骨质疏松已得到广泛认可^[9]。陈教授认为骨骼作为人体的重要器官, 尤其须在气血调达的情况下才能发挥正常职能, 其认为以肝为先天的女性, 特别是进入了肝气血虚衰的围绝经期时, 其骨矿含量下

[收稿日期] 2016-05-04

[基金项目] 四川省科技支撑计划项目 (2011SZ0088)

[作者简介] 祖义志 (1989-), 男, 硕士研究生, 研究方向: 中西医结合内分泌代谢性疾病研究。

[通讯作者] 陈秋, E-mail: chenqiu1969@163.com。

降速度明显比以肾为先天的同龄男性快。肝藏血,可以通过与脾肾及他脏的关系促进气血的生成,甚至直接生血,如《素问·六节脏象论》云:“肝者罢极之本,魂之居也,其华在爪,其充在筋,以生血气。”肝主疏泄以气为用,司气机运动,直接推动血的运行。《阴医杂著·医论》指出“肝气通则心气和,肝气滞则心气乏。”说明肝还能促进心气的发动,使血行有力。肝疏泄失常,气郁则血郁,甚则成瘀。唐容川指出:“瘀血在经络脏腑之间,则周身作痛,以其堵塞气之往来,故滞障而痛,所谓痛则不通也。”瘀血是临床上OP常见一身痛症状的重要原因。眭承志等从血液流变学和微循环等方面证实血瘀是绝经后OP的主要病机之一^[10]。《医学发明》曰:“血者,皆肝所主,恶血必归于肝。”故《傅青主男科·满身皆痛》说:“手足心腹一身皆痛……治肝为主,盖肝气一舒,诸痛自愈。”研究亦发现改善老年OP患者的微循环障碍,有促进机体对钙的吸收作用^[11]。

3 崇规律,补肝还本质

陈教授认为OP是一种伴随人口老龄化而逐渐被重视的全身代谢性骨病,其本质原因还在于随着年龄增长机体组织的衰退,从人体衰老的发动脏腑来说,OP亦与肝息息相关。《素问·上古天真论》云:“七八,肝气衰,筋不能动……,形体皆极。”指随着年龄增长,逐渐出现“肝气衰”,而后“形体皆极”。《灵枢·天年》曰:“五十岁,肝气始衰,肝叶始薄,胆汁始灭,目始不明……七十岁,脾气虚,皮肤枯……九十岁,肾气焦,四藏经脉空虚。百岁,五脏皆虚,神气皆去,形骸独居而终矣。”更是详细地描述了人体衰老过程中五脏功能衰退是从肝开始的。王玉芳等认为肝衰是人体衰老的启动因子^[12]。张英亦提出肝郁是加速衰老进程的根本环节^[13]。

4 破循环,舒肝斩乱麻

随着医学模式转变,越来越多的研究发现抑郁症与OP关系密切。Cizza等^[14]明确提出抑郁症是OP的高危因素^[14]。抑郁患者中常出现骨密度降低;OP患者中抑郁症状更明显^[16];Williams LJ等^[17]发现不仅仅是抑郁症,焦虑症患者的骨密度也相对偏低。现代研究认为,肝郁是高级神经活动紊乱而表现出的一组症候群,肝失疏泄主要对机体内环境产生影响,其中包括气血生成、脏腑机能协调等方面,形成在神经-内分泌-免疫网络、下丘脑-垂体-植物神经、内分泌(肾上腺、甲状腺、性腺、胸腺)和免疫网络等不同层面和系统的综合影响^[18]。陈教授认为OP其病位在骨,但涉及全身多系统、多器官、多靶点,患者存在着一个“因郁致痿”和“因痿致郁”的恶性循环系统,使其病机复杂化,也是高龄OP患者多存在肝郁的关键所在。推测其抑郁、焦虑的发生可能与慢性疼痛、骨折限制活动等有关,而抑郁、焦虑的情绪可通过影响日常生活,进一步加剧OP。Cizza等研究证实抑郁患者中OP发病率高,抑郁导致骨矿含量减少可能机制之一是高皮质醇血症,此症可导致生殖轴的抑制和性腺激素减少(主要是雌激素水平的

下降),而体内低水平的雌激素是OP的危险因子之一^[14]。

5 提纲目,以肝为中心

陈教授从“以肝为中心调控脏腑气血”立论辨治OP,具有以下特点:①发扬而不离宗,不否定传统脾肾瘀血理论,但更加注重补肝柔筋、调养气血;②尊重自然规律,刘完素曰:“妇人童幼天癸未行之前,皆属少阴;天癸既行,皆属厥阴;天癸既绝,乃属太阴经也。”从老年人的生理出发,续厥阴以补肝,养太阴以护脾;③阴阳不足皆从肝论,偏重阳气功能不及,《素问·上古天真论》云:“肝气衰则筋不能动”,肝为刚脏,体阴用阳,易“体”不足而出现“气有余”,但“物不可以久居其所,故受之以遁”,久则自身受损,出现阳气不充之“用”不足;④标本兼治,益气养血荣筋以治本、通络止痛以治标。老年人皆潜藏着气血虚弱和由虚致瘀的病理基础,气血虚弱、筋骨不荣和瘀瘀阻滞、脉络不通是OP出现骨骼疼痛等表现的重要病理机制;⑤瘀瘀分述,注意区分瘀血、血瘀及痰湿分布概念。陈教授拟定的骨松汤就主要体现了其上述思想,加减运用于临床取得了良好疗效^[19]。其组成有生黄芪、党参、当归、制首乌、生白术、茯苓、淫羊藿、桑寄生、杜仲、续断、龟甲、鳖甲、枳壳。其中党参配合大剂量黄芪共为君药,补肝脏生升之气。臣以白术、茯苓及当归、制首乌,前二者合黄芪有四君子的影子,健脾补气;气弱血必不足,故辅以当归、制首乌与大剂量黄芪相配,生血养肝体以助肝用。淫羊藿、杜仲、续断、龟甲、鳖甲、桑寄生为佐药,肝肾同属下焦,肝肾阴虚可并存,肝肾阳虚亦可同在,治疗当温补肝肾。补肾阳之药大多都能补肝阳,然肝性温升,体阴用阳,补肝气、肝阳之药宜选温升而不燥之品。由于肝阳虚常伴有肝阴血虚的症候特点,出现以寒为主,寒热交错的症候,故佐以龟甲、鳖甲以养阴,有阳生阴长以增强益气之功。肝气虚乏则疏泄无力,易出现气滞,故伍以枳壳补而不滞,升而有降。临床加减,阳虚重者,加补骨脂、锁阳、四逆汤合白芍;阴虚热重者加地骨皮、黄连、知母、山药或者二至丸;痰湿重者加苍术、藿香、荷叶、熟地黄,重用生白术;骨络瘀重疼痛者加红花、延胡索、白芥子甚至虫类药;肝郁重而胁痛者加郁金、姜黄;阳虚上越汗出、晕眩、失眠者选用龙骨、牡蛎、白芍、麦冬、五味子、天麻;便秘者加肉苁蓉、酒大黄、枳实;目昏者加枸杞子、菟丝子等。

6 病案举例

邓某,女,57岁,2016年1月14日初诊。主诉:双下肢冷痛1年,伴胁胀痛1月。症见:表情焦虑,神疲,舌紫暗,脉涩。自诉双下肢冰如铁,怕风伴游走性疼痛,裹多层棉衣仍如裸,上半身偶发热伴冷汗出,身如两截,纳可,二便可,长期口服艾司唑仑仍彻夜不寐,1年前因子宫肌瘤行子宫及附件全切术,有因胸椎压缩性骨折输注密固达治疗史,长期口服阿法骨化醇、钙尔奇。近期血生化:总胆固醇(TC):6.72 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C):4.64 mmol/L,肌酐

(Cr): 49 $\mu\text{mol/L}$, 汉密顿焦虑量表得分 29, 汉密顿抑郁量表得分 18。骨密度检查示 T 值: Ward's 三角区: - 3.05; 腰 1 (L1): - 2.84; 腰 2(L2): - 2.34。诊断: 骨痹; 辨证为肝肾阳虚、气血郁滞证。治以补肝温阳, 理气活血。选用骨松汤加味, 处方: 生黄芪 40 g, 党参、制首乌、生白术、淫羊藿各 20 g, 茯苓 15 g, 桑寄生、杜仲、续断、当归、龟甲、鳖甲、姜黄各 10 g, 枳壳 5 g。6 剂, 每天 1 剂, 水煎服, 每天 3 次, 嘱患者畅情志, 适量户外运动, 谨防摔倒。2016 年 1 月 21 日二诊: 胁痛消失, 双下肢疼痛明显减轻, 但仍发凉、失眠, 上半身汗出有增多, 腹稍胀, 大便偏溏, 加龙骨、牡蛎各 25 g, 山茱萸 10 g, 白芍 20 g, 枳壳加量至 10 g, 去制首乌, 10 剂。2016 年 1 月 30 日三诊: 心情舒畅, 近 3 天夜卧下肢已暖, 无明显疼痛, 口服艾司唑仑后能夜寐 4~5 h, 无腹胀, 大便可。

按: 该患者系绝经后女性, 其首诊基本情况提示患有重度骨质疏松症, 且合并有焦虑、抑郁, 已严重影响生活, 中医辨证属于肝肾阳气不足, 然章虚谷云: “人身生阳之气根于肾脏, 始发于肝木”, 故单从传统脾肾瘀血论治其效果可能有限。陈教授遂选用主要体现其“以肝为中心调控脏腑气血”的骨松汤进行辨证论治, 其效果显著。该方君药黄芪, 乃张锡纯所云“为补肝之主药”, 性温而能升, 再合用当归之类以益气养血, 补肝之体, 起提纲挈领的作用。此患者有明显的寒热错杂症状, 故佐以龟甲、鳖甲, 合淫羊藿之品以调和阴阳, 增强益气之功。肝气虚则疏泄无力, 最易导致气滞, 一般只需伍以小剂量枳壳, 随肝气得补即可舒畅气机, 然该患者二诊时出现腹胀, 故在继续补益肝气的同时, 适度加大枳壳剂量; 而其大便偏溏与患者本身脏腑阳气不足有关, 亦考虑当归、制首乌滑肠所致, 故二诊时弃用首乌。肝性温升, 补肝气、肝阳时当温升而不燥, 在该患者治疗过程中, 当患者出现上半身汗出增多时, 及时选用龙骨、牡蛎、山茱萸、白芍以酸收、敛降, 诚可谓用药精当, 以常达变之典范。

[参考文献]

- [1] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 835.
- [2] 马立正. 填精补肾中药对老年性大鼠下丘脑 - 性腺 - 甲状腺轴的形态学研究[J]. 中医杂志, 1989, 30(8): 493.
- [3] 赵玉堂, 刘凯军, 李金花, 等. 骨矿含量与肾虚、肾主骨关系的研究[J]. 中国骨质疏松杂志, 1996, 2(3): 19-21.
- [4] 马永成, 郝永强. 肌肉与骨质疏松症[J]. 国际骨科学杂志, 2006, 27(6): 334-336.
- [5] Cadore EL, Pinto RS, Bottaro M, et al. Strength and endurance training prescription in healthy and frail elderly[J]. Aging Dis, 2014, 5(3): 183-195.
- [6] 段雪飞, 范小玲. 慢性肝病与骨质疏松症[J]. 世界华人消化杂志, 2010, 18(27): 2841-2845.
- [7] 李桂英, 肖太玲, 秦燕. 慢性肾衰竭与骨质疏松的相关因素分析[J]. 中国骨质疏松杂志, 2011, 17(5): 405-407.
- [8] 余柯娜, 麻志恒, 钟利平, 等. 何立群从肝论治慢性肾病经验拾萃[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(1): 120-123.
- [9] 何铭涛, 梁祖建. 庄洪教授从瘀论治骨质疏松症经验介绍[J]. 新中医, 2007, 39(9): 18-19.
- [10] 睦承志, 周军, 刘志坤. 绝经后骨质疏松症血瘀病机的客观初步论证[J]. 中医研究, 2005, 18(1): 30-33.
- [11] 杨永光. 改善微循环对老年骨质疏松症钙治疗作用研究[J]. 医学理论与实践, 1999, 12(5): 256-259.
- [12] 王玉芳, 路永超. 试论肝与衰老的关系[J]. 山东中医药大学学报, 2002, 26(4): 249-251.
- [13] 张英. 肝郁与衰老的关系[J]. 浙江中医杂志, 1993, 28(19): 420.
- [14] Cizza G, Primma S, Csako G. Depression as a risk factor for osteoporosis [J]. Trends Endocrinol Metab, 2009, 20(8): 367-373.
- [15] Altindag O, Altindag A, Asoglu M, et al. Relation of cortisol levels and bone mineral density among premenopausal women with major depression[J]. Int J Clin Pract, 2007, 61(3): 416-420.
- [16] Coelho R, Silva C, Maia A, et al. Bone mineral density and depression: a community study in women[J]. J Psychosom Res, 1999, 46(1): 29-35.
- [17] Williams LJ, Bjerkeset O, Langhammer A, et al. The association between depressive and anxiety symptoms and bone mineral density in the general population: the HUNT study [J]. J Affect Disord, 2011, 131(1-3): 164-171.
- [18] 王睿琦, 赵丽慧. 以肝为中心的肝郁辨证临床意义及方法探讨[J]. 江苏中医药, 2011, 43(6): 1-3.
- [19] 刘润萍. 骨松汤治疗糖尿病性骨质疏松症的疗效评估[D]. 成都: 成都中医药大学, 2013.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)