

ISSN: 2822-0145 (Print)
ISSN: 2822-0153 (Online)

วารสารการแพทย์แผนจีน

ในประเทศไทย

Thailand Journal of
Traditional Chinese Medicine



ภาพจาก : มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเจิ้งตู

张仲景

泰国中医药杂志



ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566

Vol. 2 No. 1 January-June 2023

第2卷第1期 2023年1月至6月出版

จางจ้งจิ้ง (ค.ศ. 150-219)

Zhang Zhongjing (150-219 A.D.)

张仲景 (公元 150 年 — 公元 219 年)



张仲景



จางจ้งจิ้ง (ค.ศ. 150-219) เป็นแพทย์ที่มีชื่อเสียงในสมัยปลายราชวงศ์ฮั่น เดิมชื่อจี้ ต่อมาเปลี่ยนเป็นชื่อจ้งจิ้ง เป็นชนพื้นเมืองของเมืองชิงเหอ เขตเหนิงหยาง มณฑลเหอหนาน (ปัจจุบันคือหมู่บ้านจางไจ้ ในเขตวังตง เมืองเต็งโจว มณฑลเหอหนาน) ในปีเจียนอันแห่งยุคตงฮั่น ได้เกิดโรคระบาดติดเชื้อไข้ไทฟอยด์ที่จางจ้งจิ้งได้สูญเสียบุคคลในตระกูลไปมากถึง 2 ใน 3 ดังนั้นท่านจึง "เพียรศึกษาจากตำราโบราณ และเรียนรู้จากหลายด้าน" และรวบรวมตำรับยาต่างๆอย่างกว้างขวางและนำมาเขียนเป็นผลงานชิ้นเอก "ซางหานจ่าปี้ลุ่น" ในยุคต่อมาได้ถูกแบ่งออกเป็นตำรา "ซางหานลุ่น" และ "จินคฺยฺเห่าเลว" ซึ่งเป็นตำราโบราณที่สุดเล่มหนึ่งที่เรียบเรียงหลักทฤษฎีวิถีการวินิจฉัย ตำรับยา และด้วยเอาไว้ จนในยุคหลังจากราชวงศ์หมิง ได้ถูกขนานนามว่าเป็น "ปรมาจารย์ทางการแพทย์" โดยท่านได้คิดค้นหลักการ "เปี่ยนเจิ้งลุ่นจื่อ" ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานทางคลินิกทางการแพทย์แผนจีนและ จิตวิญญาณแห่งการแพทย์แผนจีน

ในด้านเภสัชวิทยา ในตำรา "ซางหานจ่าปี้ลุ่น" ท่านได้คิดค้นรูปแบบยาและบันทึกตำรายาที่มีประสิทธิภาพจำนวนมาก อีกทั้งยังได้คิดค้นหลักการรักษา โดยอาศัยลั่วจิงเปี่ยนเจิ้ง จ้งฝู่เปี่ยนเจิ้ง และจิ้งลั่วเปี่ยนเจิ้ง โดยตำราที่กล่าวนี้ยังเป็นเอกสารทางการแพทย์ฉบับแรกของจีนที่บันทึกตั้งแต่ทฤษฎีจนถึงการปฏิบัติ กำหนดหลักการเปี่ยนเจิ้งลุ่นจื่อเป็นหนึ่งในผลงานที่มีอิทธิพลมากที่สุดในประวัติศาสตร์การแพทย์ของจีน เป็นผลงานยอดเยี่ยมให้นักวิชาการด้านการแพทย์แผนจีนรุ่นหลังได้ศึกษาวิจัยและได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางจากนักศึกษาแพทย์และแพทย์ทางคลินิก

Zhang Zhongjing (150-219 A.D.) His formal name is Zhang Ji, also known as Zhang Zhongjing, one of the most eminent Chinese physicians during the later years of the Eastern Han dynasty. He was born in the Nanyang commandery, Nieyang subdistrict, Qinghe town (now it is Zhangzhai village, Luodong Town, Dengzhou City, Henan Province). He was prompted to study medicine and collect prescriptions because of the spread of epidemic diseases in the Jian'an reign of the Eastern Han Dynasty, which caused the death of several members in two-thirds of his own clan. Zhang Zhongjing assimilated from previous medicinal literature and collected many prescriptions elsewhere, finally writing the medical masterpiece "Shanghan Zabing Lun", later ages were divided into two books "Shang Han Lun" and "Jin Gui Yao Lue", which is the first classical book in TCM that deals with mechanism, therapeutic principles and methods, prescriptions and herbs. After Ming Dynasty, he was often regarded as "the Sage of Chinese medicine". The principle of "syndrome differentiation and treatment" established by him, which is the basic principle of TCM clinical practice and the soul of TCM.

In terms of prescriptions, "Shanghan Zabing Lun" also made great contributions, created many formulations, and recorded several effective prescriptions. The treatment principles established by it based on syndrome differentiation of the six meridians, viscera and bowels, meridians and collaterals. This is the first medical monograph in China that establishes the principles of syndrome differentiation and treatment from theory to practice, and is one of the most influential works in the history of Chinese medicine.

张仲景 (公元 150 年—公元 219 年), 东汉末年著名医学家, 名机, 字仲景, 南阳郡涅阳县清河镇人 (今河南省邓州市穰东镇张寨村人)。东汉建安年间, 伤寒、疫病流行, 张仲景的宗族死亡人数达三分之二, 其中伤寒病十居其七。张氏乃“勤求古训, 博采众方”, 张仲景广泛收集医方, 写出了传世巨著《伤寒杂病论》, 后世分成《伤寒论》与《金匮要略》两书, 是中医史上第一部理、法、方、药具备的经典, 明朝以后被奉为“医圣”。他确立的“辨证论治”原则, 是中医临床的基本原则, 是中医的灵魂所在。

在方剂学方面, 《伤寒杂病论》也做出了巨大贡献, 创造了很多剂型, 记载了大量有效的方剂。其所确立的六经辨证和脏腑经络辨证的治疗原则。这是中国第一部从理论到实践、确立辨证论治法则的医学专著, 是中国医学史上影响最大的著作之一, 成为后代学者的中医必备的经典著作, 广泛受到医学生和临床大夫的重视。

บทความปริทัศน์ Review Article 文献综述

- | | | |
|---|--|----|
| <p>● ความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ชาผู้เออร์ในศาสตร์การแพทย์แผนจีน</p> <p>Traditional Chinese medicine understanding and application of Pu-er tea</p> <p>普洱茶的中医认识和应用</p> | <p>มู่ หลิน และคณะ</p> <p>Mu Lin, et al.</p> <p>牟林, 等</p> | 46 |
| <p>● การศึกษาทฤษฎีเบื้องต้นในการรักษาโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจจากความสัมพันธ์ “อินหยางสอดคล้องกลมกลืน” ในคัมภีร์หวงตี้เนยจิง</p> <p>Study on the theory of treating psychocardiological disease from "Yin Ping Yang Mi" in Huangdi Neijing</p> <p>从《黄帝内经》“阴平阳秘”论治双心疾病的理论初探</p> | <p>หลี่ ซื่อจิ้น และคณะ</p> <p>Li Sijin, et al.</p> <p>李斯锦, 等</p> | 53 |
| <p>● การศึกษาการประยุกต์ใช้ดอกมีเหมิงในทางจักษุวิทยา</p> <p>Application of Buddlejae Flos in ophthalmology</p> <p>密蒙花在眼科的应用探究</p> | <p>จาง ชูเยี่ยน และคณะ</p> <p>Zhang Shuyan, et al.</p> <p>张舒燕, 等</p> | 61 |
| <p>● การวิเคราะห์วิธีการรักษาภาวะสมาธิสั้นในเด็ก โดยศาสตราจารย์สวีในแง่มุมของ "จิตวิญญาณแห่งอวัยวะทั้งห้า"</p> <p>Analysis on treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children by Xu's pediatrics from the perspective of "five numen viscera"</p> <p>徐氏儿科从“五神脏”论治儿童注意缺陷多动障碍</p> | <p>หลี่ เสว่จวิน และคณะ</p> <p>Li Xuejun, et al.</p> <p>李雪军, 等</p> | 68 |
| <p>● ความก้าวหน้าด้านงานวิจัยทางชีววิทยาในยุคปัจจุบันในด้านสукุณธบำบัด</p> <p>Advances in modern biological research on aromatherapy</p> <p>浅述香薰疗法的现代研究进展</p> | <p>ไต้ เวยเว่ย และคณะ</p> <p>Dai Weiwei, et al.</p> <p>戴薇薇, 等</p> | 76 |
| <p>● ความก้าวหน้าของการวิจัยด้านการรักษาภาวะนอนไม่หลับด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา</p> <p>Recent advances in the treatment of cancer-related insomnia using traditional Chinese medicine for the past 10 years</p> <p>近 10 年中医药治疗肿瘤相关性失眠的研究进展</p> | <p>กาน ซานซาน และคณะ</p> <p>Gan Shanshan, et al.</p> <p>甘珊珊, 等</p> | 85 |
| <p>● ความก้าวหน้าด้านการวิจัยในการรักษาอาการปวดท้องประจำเดือนแบบปฐมภูมิด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน</p> <p>Research progress of traditional Chinese medicine treatment of primary dysmenorrhea</p> <p>中医治疗原发性痛经的研究进展</p> | <p>ลิตา สร้อยอัมพรกุล</p> <p>Sita soiampornkul</p> <p>林影雯</p> | 97 |

บทความปริทัศน์ *Review Article* 文献综述

- | | | |
|---|---|-----|
| <p>● การศึกษาทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการฝังเข็ม</p> <p>The review of clinical studies on acupuncture treatment of major depressive disorders</p> <p>针灸治疗抑郁症的临床研究综述</p> | <p>ญาณิน ทาระบุตร และคณะ</p> <p>Yanin Tharabud, et al.</p> <p>唐雅丽, 等</p> | 105 |
| <p>● ความก้าวหน้าด้านการวิจัยของแพทย์แผนจีนต่อการรักษาโรคหอบหืดที่มีอาการไอเรื้อรังอย่างเดียวในผู้ป่วยเด็ก</p> <p>Clinical research progress on the treatment of cough variant asthma in children with traditional Chinese medicine</p> <p>中医治疗儿童咳嗽变异性哮喘的临床研究进展</p> | <p>สุกัญญา เสรีรักษ์จุฑารังษี และคณะ</p> <p>Sukanya Serirukchutarungsee, et al.</p> <p>周月虹, 等</p> | 116 |
| <p>● ความก้าวหน้าด้านงานวิจัยของการรักษาอาการปวดจากโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา</p> <p>Research advance in treating cervical spondylosis with acupuncture and tuina massage</p> <p>针灸联合推拿治疗神经根型颈椎病研究进展</p> | <p>อรภา คิลมัฐ และคณะ</p> <p>Orapa Sinlamuth, et al.</p> <p>邱惠敏, 等</p> | 129 |
| <p>● การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่วจากเส้นประสาททวารกัส</p> <p>Analysis of correlation between obstructive sleep apnea hypopnea syndrome and vagal atrial fibrillation</p> <p>阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征与迷走型心房颤动的相关性分析</p> | <p>จาง อี้, เลิ่น หลิน</p> <p>Zhang Yi, Shen Lin</p> <p>张懿, 沈琳</p> | 142 |

วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย

วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย เป็นวารสารวิชาการของคลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวใจ โดยความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเจิ้งตู และโรงพยาบาลหลงหัวสังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยด้านการแพทย์แผนจีน และสมุนไพร เป็นเวทีสื่อกลางแลกเปลี่ยน และพัฒนาทางวิชาการและนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนจีน และสมุนไพร โดยรับตีพิมพ์บทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ บทปริทัศน์ บทความพิเศษ รายงานผู้ป่วย เวทีทรรศนะ ปกิณกะ วารสารสโมสร ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนจีน การรักษาด้วยการฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพร การนวดทุยหนา หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนจีน ทั้งทางด้านบริการ บริหาร การศึกษา การพัฒนาคุณภาพ นวัตกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนจีน รวมทั้งบูรณาการระหว่างการแพทย์แผนจีนกับการแพทย์สาขาอื่นๆ

วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย มีกำหนดออกเผยแพร่ 2 รูปแบบ คือ วารสารสิ่งพิมพ์ [ISSN: 2822 - 0145 (Print)] และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ [ISSN: 2822 - 0153 (Online)] ที่เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM> โดยกำหนดเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อประเมินและให้ความคิดเห็นทางวิชาการโดยอิสระและเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงผลงานให้มีคุณภาพถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในลักษณะ “การทบทวนแบบปกปิดสองทาง (double-blinded review)” กล่าวคือ ทั้งผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิก็ไม่ทราบชื่อของผู้นิพนธ์บทความที่ประเมิน ภายหลังที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีการทบทวน และให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการตามแบบฟอร์มต่อกองบรรณาธิการแล้ว กองบรรณาธิการจะประสานงานให้ผู้นิพนธ์พิจารณาปรับปรุงแก้ไขผลงานตามข้อแนะนำ เมื่อผู้นิพนธ์ปรับปรุงแก้ไขผลงานแล้ว กองบรรณาธิการจะจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นอีกครั้งหนึ่ง และบรรณาธิการจะพิจารณาการรับหรือไม่รับการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานในขั้นสุดท้าย โดยจะมีการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขเท่าที่จำเป็นและสมควรก่อน

วารสารรับตีพิมพ์บทความ 3 ภาษา ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษาจีน โดยบทความย่อจะมีทั้ง 3 ภาษา ผู้ที่สนใจสามารถจัดเตรียมต้นฉบับบทความตามแนวทางที่ได้เผยแพร่ไว้ในเว็บไซต์ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM/guidelines>) และศึกษาคำแนะนำผู้นิพนธ์ที่สามารถศึกษาข้อมูลด้านจริยธรรมของวารสารได้ที่เว็บไซต์ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM/ethics>) โดยสามารถส่งบทความได้โดยตรงที่กองบรรณาธิการวารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทยผ่านเว็บไซต์ หรือทางอีเมลของวารสาร

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวใจ

เลขที่ 14 ซอยนาครเกษม แขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย

กรุงเทพฯ 10100 โทร 02-223-1111 ต่อ 509, 827

เว็บไซต์: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM>

อีเมล: hctcm.journal@gmail.com

พิมพ์ที่ บริษัท ธนอรุณการพิมพ์ จำกัด

เลขที่ 457/6-7 ถนนพระสุเมรุ แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200



คำแนะนำผู้นิพนธ์



นโยบายและ
จรรยาบรรณ

ข้อมูล ความคิดเห็นและบทสรุปต่างๆ ในบทความทุกฉบับที่ตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย ถือเป็นความคิดเห็นของผู้นิพนธ์ มิใช่ความคิดเห็นหรือความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการวารสารฯ และมีได้แสดงว่าทางกองบรรณาธิการหรือคลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวใจจะเห็นพ้องด้วย



Thailand Journal of Traditional Chinese Medicine

The Thailand Journal of Traditional Chinese Medicine is published by Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic in collaboration between Chengdu University of Traditional Chinese Medicine and Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. The Journal's objectives are (1) to disseminate technical and research articles on Traditional Chinese Medicine and (2) to serve as a central forum for the exchange and development of technical and innovative aspects of Traditional Chinese Medicine.

Articles published in this journal are in the form of original article, review article, special article, case report, viewpoints and perspectives, miscellaneous, and journal club with content related to traditional Chinese medicine, acupuncture treatment, herbal medicine, Tui Na massage, or other fields related to Chinese medicine. Its scope also covers, administration, education, quality development, innovation, Chinese medical technology, as well as collaboration between traditional Chinese medicine with other medical disciplines.

The Journal is published in both printed version [ISSN: 2822 - 0145 (Print Version)] and electronic version [ISSN: 2822 - 0153 (Online)] at <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM>. Two issues are published annually:

Issue No.1: January-June

Issue No.2: July-December

As for the peer-review process of "original articles" and "review articles", the acceptance and preliminary review process for each article is undertaken by the editorial board; then it will be forwarded to at least two experts or reviewers for independent peer review and comments for quality improvements, using a double-blind review process whereby the authors are unable to identify the reviewers' name, and the reviewers do not know the names of the authors. After receiving the reviewers' technical comments in the established format, the editorial board will coordinate with the author to improve the article in accordance with the technical comments of the reviewers. After the revision, the revised version will be forwarded to the reviewers again for additional comments. The editorial board will have a final say as to whether or not the article will be accepted for publication.

The Journal publishes articles in three languages, including Thai, English and Chinese. The abstracts are available in all three languages. Those who are interested to publish can prepare the original article according to the guidelines provided on the website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM/guidelines>. The Journal's ethical information is also available on the website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM/ethics>. Articles can be submitted directly to the editors of the Chinese Medicine Journal in Thailand via the website or via email of the journal.

Hua Chiew Traditional Chinese Medicine (TCM) Clinic

14 Soi Nak Kasem, Klongmahanak, Pomprab Sattru Pai

Bangkok 10100 Tel. 02-223-1111 (509, 827)

Website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM>

Email: hctcm.journal@gmail.com



Instructions to
Authors



Policy and Ethics

The opinions and conclusions in the original and review articles published in the Journal are regarded as those of the author, not the opinions or responsibilities of Huachiew TCM Clinic and the Journal's editorial board.



《泰国中医药杂志》

《泰国中医药杂志》是泰国华侨中医院，联合成都中医药大学、以及上海中医药大学附属龙华医院的学术期刊，目的是传播中医药的学术研究成果，作为中医药学术发展与创新和交流的媒介。主要是发表关于在针灸治疗、中药、骨伤推拿以及其他于中医药相关领域的学术知识。同时还包括中医管理、医疗服务和质量发展、医疗技术创新、中药技术以及中医和其他医学学科结合方面的原创论文，文献综述，特殊文章，案例报告，评论和杂项等学术型文章。

《泰国中医药杂志》每年出版两期，杂志分有两种类型：印刷期刊 [ISSN: 2822-0145 (Print)] 和电子期刊 [ISSN: 2822-0153 (Online)]，网址为：<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM>。发行的时间分别是 1 月至 6 月发行第 1 期，7 月至 12 月发行第 2 期。

本期刊发表的文章至少经过两位专家的独立评估和学术意见审查，以“双向审查”的形式（双盲评审查），以确保文章质量和准确性。即作者是不知评估文章的专家名字，并且审查人员也不知道文章的作者姓名。专家审阅后以表格形式向编辑提供修改建议，编辑部将通知作者根据建议进行修改，编辑组将再次发送修改后的文章给专家征求意见。编委将考虑在文章出版之前是否再进行修改和决定文章是否适合发表。

本刊以泰文、英文、中文三种语言来发表文章，摘要有三种语言，有兴趣者可根据网站上公布的资料投稿，网址为 <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM/guidelines>。如需阅读作者观点介绍和其他资料可点击 <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM/ethics> 文章可以通过网站和通过期刊的电子邮件直接提交给泰国中医药杂志的编辑部。

泰国华侨中医院杂志发行办公室

地址: 14 Soi Nak Kasem, Khlong Maha Nak, Pom Prap Sattru Pai, Bangkok 10100
联系电话: 02-223-1111 转 509、827 网址: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM>
电子邮件: hctcm.journal@gmail.com



投稿指南



政策和道德

《泰国中医药杂志》上发表的每篇文章中的信息、观点和结论仅代表作者的观点，并不代表编委和华侨中医院的观点。

คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายอร่าม เอี่ยมสุรีย์
ภญ.เย็นจิตร เตชะดำรงสิน
นาย ณ กาฬ เลหาวิไลย
ทพ.อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ
รศ.ดร.อุไรพรรณ เจนวาณิชยานนท์
Professor Dr.Xiao Zhen

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว
คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว
นักวิชาการด้านการสื่อสารองค์กร
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

คณะบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

นายอรรณู เอี่ยมสุรีย์

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
Professor Dr.Peng Cheng
Professor Dr.Chen YueLai

เครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน-เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหิดล
Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

บรรณาธิการรอง

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์
พจ.สมชาย จิรพินิจวงศ์
Professor Dr.Deng Yun
Professor Dr.Huang Jie

สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์
คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว
Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

น.ส.เหมยกุล ลู่

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ภญ.นพมาศ สุนทรเจริญนนท์
ผศ.ดร.ภญ.วิรสรา ปาฐกานนท์
รศ.ดร.ภก.อุทัย โสธนะพันธุ์
นางสุภาวดี นวลมณี
พจ.อรภา ศิลมัฐ
พจ.ธรรมธัช เชื้อพรหมคุณ
ดร.พจ.เสาวลักษณ์ มีศิลป์
พจ.วีรชัย สุทธิธรรวษ
พญ.วิรัชพัชร เสี่ยงประเสริฐ
ภญ.สินีพร ดอนนาปี

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
กรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กองบรรณาธิการ

พจ.จรัญ จันทะเพชร
 ดร.พจ.ชวน ไพบูลย์เวช
 พจ.เซิ่งจุ่น แซ่ลี
 พจ.ตันสกุล สังข์ทอง
 พจ.ปัทมรา เจริญวัฒน์ชัย
 พจ.พิมพ์ขวัญ มุขลินทโมลี
 ดร.พจ.พีระพงศ์ เลิศนิมิตพันธ์
 พจ.สิตา สร้อยอัมพรกุล
 พจ.ศิริขวัญ ก้าวสัมพันธ์
 พจ.อรุณ มหาดิลกรัตน์
 ภก.พจ.ฤทธิ์เจตน์ รินทร์แก้วกาญจน์
 Luo Xiao
 Professor Dr.Ao Hui
 Professor Dr.Li Yunxia
 Professor Dr.Liao Wan
 Professor Dr.Yan Jie
 Professor Dr.Zhan Gu
 Professor Dr.Lu Zhenhui
 Professor Dr.Chen Xiaoxu
 Professor Dr.Dai Weiwei
 Professor Dr.Gu Yebin
 Professor Dr.Ma Chao
 Professor Dr.Yang Ming
 Professor Dr.Xu Li
 Professor Dr.Wang Wei

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 Chengdu Institute for Drug Control, China
 Chengdu University of Traditional Chinese Medicine,China
 Chengdu University of Traditional Chinese Medicine,China
 Chengdu University of Traditional Chinese Medicine,China
 Chengdu University of Traditional Chinese Medicine,China
 Chengdu University of Traditional Chinese Medicine,China
 Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
 Traditional Chinese Medicine, China
 Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
 Traditional Chinese Medicine, China
 Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
 Traditional Chinese Medicine, China
 Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
 Traditional Chinese Medicine, China
 Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
 Traditional Chinese Medicine, China
 Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, China
 Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, China

คณะผู้จัดทำ

น.ส.นัทธมนต์ ฤกษ์บุรี
 น.ส.ณัฐภัตสร อันวารคม
 น.ส.ธนภรณ์ ม่วงขาว
 น.ส.วรรณพณี วิไล
 พจ.วรารัตน์ กุลธีรพงศ์ธร
 น.ส.วัชรภรณ์ กวางแก้ว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว



Advisory Board

Aram Eamsureya	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Arkorn Praditsuwat	The Department of Health Service Support, Thailand
Uraipan Janvanichyanont	Huachiew Chalermprakiet University, Thailand
Nakan Laohavilai	The Scholar of Corporate organizational communication, Thailand
Yenchit Techadamrongsin	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Xiao Zhen	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Editorial Board

Excutive Editor

Arun Eamsureya	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
----------------	--

Editor

Wiwat Rojanapithayakorn	ASEAN University Network–Health Promotion Network Mahidol University, Thailand
Peng Cheng	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Chen YueLai	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Associate Editors

Vichai Chokeyvivat	Institute for the Development of Human Research Protections, Thailand
Somchai Jirapinitwong	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Deng Yun	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Huang Jie	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Lu Meigui	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand

Editorial Team

Noppamas Soonthornchareonnon	Department of Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Thailand
Warisara Parichatikanond	Department of Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Thailand
Uthai Sotanaphun	Department of Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University, Thailand
Supavadee Nuanmanee	The professional committee of Chinese medicine, Thailand
Orapha Silmath	Huachiew Chalermprakiet University, Thailand
Saowalack Meesin	Huachiew Chalermprakiet University, Thailand
Thamatat Chiaopromkun	Huachiew Chalermprakiet University, Thailand
Veerachai Soottitantawat	Huachiew Chalermprakiet University, Thailand

Editorial Team

Sineeporn Donnapee	Department of Thai Traditional And Alternative Medicine, Thailand
Virunpat Siangprasert	Department of Thai Traditional And Alternative Medicine, Thailand
Charun Chanthaphet	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Lee Tseng Chun	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Lin PeiChuan	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Orakoch Mahadilokrat	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Paphasara Chiarawatchai	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Peeraphong Lertnimitphun	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Pimpitch Muchalintamolee	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Ritjet Rinkaewkan	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Sirikwan Kaosamphan	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Sita Soiampornkul	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Tonsakul Sungthong	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Luo Xiao	Chengdu Institute for Drug Control, China
Ao Hui	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Li Yunxia	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Liao Wan	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Yan Jie	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Zhan Gu	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Lu Zhenhui	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Chen Xiaoxu	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Dai Weiwei	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Gu Yebin	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Ma Chao	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Yang Ming	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Xu Li	Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, China
Wang Wei	Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, China

Management Team

Nutsamon Rerkburi	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Natthapatsorn Tanwarakom	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Tanaporn Mounghaow	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Vantanee Vilai	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Wararat Kulteraphongthorn	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Watcharaphon Kwangkaeo	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand



顾问委员会

蚁锦桐

乌莱盼. 简哇妮查雅奴

阿空. 巴拉迪素万

纳甘. 劳哈育莱

周少华

肖臻

泰国华侨中医院

泰国华侨崇圣大学

泰国卫生部医疗辅助健康司

泰国传媒家

泰国华侨中医院

中国上海中医药大学附属龙华医院

编辑委员会

责任编辑

蚁凡

主编

育瓦. 洛扎纳提亚官

彭成

陈跃来

泰国华侨中医院

东盟大学联盟-泰国辅助健康联盟

泰国玛希隆大学

中国成都中医药大学

中国上海中医药大学附属龙华医院

副主编

育猜. 措育瓦

谢强明

邓赞

黄杰

陆梅瑰

泰国人体研究保护研究所

泰国华侨中医院

中国成都中医药大学

中国上海中医药大学附属龙华医院

泰国华侨中医院

编委

诺帕玛. 素通扎叻

瓦丽莎. 巴丽查干

肖旭泰

素帕瓦迪. 诺玛妮

邱惠敏

萨静姝

萧仁信

钟伟才

泰国玛希隆大学

泰国玛希隆大学

泰国艺术大学

泰国执业中医师委员

泰国华侨崇圣大学

泰国华侨崇圣大学

泰国华侨崇圣大学

泰国华侨崇圣大学

编委

诗丽蓬. 措纳毕
育拉蓬. 诗帕绅
蔡佩玲
陈江成
贾靖雯
李成俊
林培川
林影雯
林志安
宋先念
许谭丽
湛蓝
张慧珊
罗霄
敖慧
李芸霞
廖婉
闫婕
詹固
鹿振辉
陈晓旭
戴薇薇
顾晔斌
马超
杨铭
徐立
王卫

泰国泰医和替代医学司
泰国泰医和替代医学司
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
中国成都市药品检验研究院
中国成都中医药大学
中国成都中医药大学
中国成都中医药大学
中国成都中医药大学
中国成都中医药大学
中国上海中医药大学附属龙华医院
中国上海中医药大学附属龙华医院
中国上海中医药大学附属龙华医院
中国上海中医药大学附属龙华医院
中国上海中医药大学附属龙华医院
中国上海中医药大学附属龙华医院
中国天津中医药大学
中国天津中医药大学

管理团队

白雨希
陈灵悦
陈王幸
林楚芝
吕慧仙
姚孝娴

泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院
泰国华侨中医院

บรรณาธิการ

การแพทย์แผนจีนแบบมืออาชีพในยุคใหม่

ปัจจุบันวิทยาการการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมากในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการศึกษาทางการแพทย์ สหพันธ์แพทยศาสตรศึกษาโลก (World Federal Medical Education: WFME) ได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการศึกษาทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาคุณภาพแพทยศาสตรศึกษา ซึ่งได้ผ่านมติการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1989 และได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางทั่วโลก นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตร การประเมินและการรับรอง โดยมีเป้าประสงค์หลักเรื่องการส่งเสริมสุขภาพแก่มนุษย์ทุกคน ส่งเสริมมาตรฐานทั้งในเชิงวิทยาศาสตร์และจริยธรรม เกณฑ์มาตรฐานได้รับการยอมรับและถูกนำไปขยายผลนำไปใช้อย่างรวดเร็วภายหลังจากการนำเสนอ ถูกแปลไปมากกว่ายี่สิบภาษา สามารถเป็นแม่แบบให้กับการตรวจประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานการศึกษาและผลิตบุคลากรทางการแพทย์ โดยได้รับการสนับสนุนความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลก เนื่องจากบุคลากรทางแพทยอาจมีการย้ายที่ทำงานหรือมีการศึกษาต่อประเทศต่างๆทั่วโลก การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานที่ผ่านการยอมรับ จะสร้างความมั่นใจว่าแพทย์ที่ผ่านการศึกษาด้วยระบบที่เป็นมาตรฐานย่อมมีคุณภาพเหมาะสมในการประกอบวิชาชีพภายใต้หลักสากล เป็นการประกันคุณภาพของแพทย์ไม่ว่าจะประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ใดในโลก เกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวยังเป็นต้นแบบที่สร้างแรงบันดาลใจให้สาขาวิชาชีพอื่นด้านการสาธารณสุขนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการศึกษา สามารถนำไปปรับใช้กับนานาประเทศ เพราะหลักการของวิทยาศาสตร์การแพทย์นั้นเป็นสากล

ภารกิจของแพทยศาสตรศึกษาไม่ว่าจะที่ไหนคือการบริการสุขภาพทั่วโลกต่างมีความคล้ายคลึงกัน พื้นฐานที่เหมือนกันคือรากฐานทางทฤษฎี เวชปฏิบัติ พฤติกรรมศาสตร์ ทักษะทางคลินิก การตัดสินใจทางคลินิก ความสามารถในการสื่อสาร และเวชจริยศาสตร์ ส่วนประกอบเหล่านี้อยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ทุกแห่งที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย การพัฒนาควรคำนึงถึงคุณภาพที่ไม่ควรหยุดนิ่งอยู่กับที่การปรับปรุงระบบการศึกษาทางการแพทย์มีความสำคัญอย่างมากในการสร้างแพทย์ที่มีคุณภาพ มีคุณสมบัติตรงตามความต้องการ ความคาดหวังของสังคม ปรับตัวให้เข้ากับความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ปลุกฝังการเรียนรู้ตลอดชีวิต ฝึกฝนให้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ ปรับให้ได้การบริบทที่เปลี่ยนไปของระบบสุขภาพ ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต มีความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในสังคม สร้างความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ

ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนจีนเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน ใช้องค์ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ สอดคล้องกับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการผลิตแพทย์ที่กล่าวข้างต้น ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนจีนจึงควรพัฒนาตนเองเข้าสู่การแพทย์แผนจีนแบบมืออาชีพในยุคใหม่ มีการคำนึงถึงสมรรถนะของผู้ประกอบการวิชาชีพสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานที่ WFME กำหนดไว้เป็นเป้าประสงค์ อย่างน้อย 6 ด้านดังต่อไปนี้

1. การบริบาลผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน (patient care) ได้แก่ การบริบาลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวม คำนึงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย รวมทั้งสามารถปฏิบัติงานในสาขานั้นได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีการกำกับดูแล



2. ความรู้และทักษะหัตถการการแพทย์แผนจีน (medical knowledge & procedural skills) สามารถทำเวชปฏิบัติ การบำบัดรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็มและการนวดทุยหนาได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของสาขาวิชาที่เข้ารับการฝึกอบรม

3. ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (interpersonal and communication skills) สามารถใช้ความรู้ความสามารถในสาขาวิชา รวมทั้งมีทักษะเทคนิคการสื่อสารที่เป็นแบบมืออาชีพที่เหมาะสม

4. การเรียนรู้และการพัฒนาจากฐานการปฏิบัติ (practice-based learning and improvement) โดยสามารถปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพหรือเป็นทีมได้ร่วมกับทีมแพทย์และนักวิชาชีพสาขาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยในระบบสุขภาพได้เหมาะสม

5. ความสามารถในการทำงานตามหลักวิชาชีพนิยม (professionalism) รวมทั้งคุณลักษณะของความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต (continue medical education) หรือการพัฒนาวิชาชีพต่อเนื่อง (continue professional development) โดยมีการพัฒนาตนเองและเรียนรู้ตลอดเวลาตามการเปลี่ยนแปลงของวิทยาการสมัยใหม่ เพื่อให้ทันยุคทันสมัย

6. การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ (systems-based practice) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศ ระบบพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการบูรณาการร่วมกับงานบริการสุขภาพในทุกมิติ การมีคุณลักษณะตามการแพทย์แผนจีนแบบมืออาชีพในยุคใหม่จะส่งผลให้แพทย์แผนจีนได้รับความเชื่อมั่นในการประกอบวิชาชีพภายใต้การพัฒนาแพทยศาสตร์ศึกษาอย่างต่อเนื่อง

สุภาวดี นวลมณี
กองบรรณาธิการวารสาร



特殊文章

中医孔子学院视角下“中医药文化是医生与百姓的融合”

仲强惟

泰国华侨崇圣大学中医孔子学院

摘要: 文化是凝结在百姓生活中约定俗成的生活习惯, 中医药文化包括价值理念和生活实践, 是临床医生与百姓的高度融合。医生在治病的同时需要传承和普及这种价值理念, 百姓需要坚守和延续这些生活习惯并不断升华, 进而充实中医药文化的优秀内涵。孔子学院是“一带一路”沿线国家中医药文化输出的平台之一, 在泰国孔子学院不止在推动汉语教学发挥了重要作用, 还传播中医文化最好的重要平台之一, 促进了中医文化交流、增加两国人民对中医文化融合在生活中的理念。

关键词: 中医药文化; 价值理念; 生活习惯

通讯作者: 仲强惟: chongqiangwei@163.com



Received: 31 May 2023

Revised: 20 June 2023

Accepted: 20 June 2023



前言

中医药诞生并传承至今已有几千年的历史, 公元前 221 年, 一部医学巨著《黄帝内经》诞生, 奠定了中医学在中国乃至世界医学史的重要地位。回顾中医学的历史, 治病与防病一直作为中医学的两个重要属性传承和发展。随着民众医学知识的普及和健康延年的需求, “不得病”与“养生保健”作为防病的医学属性受到人们的日益关注, 中医药文化的价值得到人们的认可和重视。

《黄帝内经》指出: “是故圣人不治已病治未病, 不治已乱治未乱, 此之谓也”。这种思想延续至今, 形成了“治未病”理念和“治未病”专科。治未病专科是医生的职责, 包括未病先防和既病防变。治未病的理念却是一种文化属性, 应该根植于百姓之中, 使老百姓在日常生活中了解和体会中医治未病的思想和方法, 进而享受中医药文化带给人们的健康价值和延年益寿的具体方法。

谈到中医药文化, 一定与中医药技术加以区分。医疗技术是医生的职责, 是医生服务于病人的治疗手段, 而中医药文化却是来源于百姓生活, 成熟于百姓生活, 是民众口口相传的民间行为方式, 缺少的是理念与行为的结合, 既“知其然, 更要知其所以然”。在“一带一路”国家战略下, 中医药对外传播带来了时空和谐的发展机遇。中医药文化的输出和传播途径有很多种, 目前孔子学院无疑是“一带一路”沿线国家中医药文化输出、建设国家软实力的最佳交流平台。

1. 泰国孔子学院传播中医文化的发展历史

中医孔子学院作为中医药文化传播的平台, 最重要的任务是向国外民众介绍中医药知识和中医药文化, 向世界展示中华民族的认知方式、价值取向和审美情趣, 增强中医药文化的国际竞争力和吸

引力,提升国家软实力。中医孔子学院是我国在海外设立的以传播中医药文化为宗旨的非赢利性公益机构,它建立的背景是“中医热”的全球升温,学习中医药知识和中医药文化成为世界各国的迫切要求。^[1]

随着中国发展迅速中泰两国经济上将日益融合发展,两国友好合作关系日益密切。中泰两国高校和有关部门,顺应时代的发展趋势,在泰国皇室、政府和中国国家汉办的大力支持下,积极合作,于2006年底起在泰国各地建立了16所孔子学院和11个孔子课堂。目前泰国的孔子学院已初具规模,中泰双方精诚合作,开展汉语教学,培训汉语教师资格,为社会提供汉语教学服务,开展了中国

教育、文化等信息的咨询及交流活动。各孔子学院因地制宜,发挥优势,形成了各具特色的办学模式,成为了泰国人民学习汉语言文化、了解中国的窗口和桥梁,受到了泰国政府和人民的欢迎。

华侨崇圣大学是一所知名度较高的私立大学,是中国华侨投资建设的一所高校,也是泰国唯一一所设置了中国语言文化和中医学院,华侨崇圣大学中医孔子学院坐落于此,于2016年10月份挂牌(见图1),是中国天津中医药大学与泰国华侨崇圣大学共同建立,作为泰国首家中医特色孔子学院,在拓展孔子学院传统汉语教学、中国传统文化活动外,也积极推广中医药文化,传播健康生活理念,深化中医药知识在泰国的普及。



图1 2016年10月20日在华侨崇圣大学举行中医孔子学院揭牌仪式

近7年来华侨崇圣大学中医孔子学院坚持“两线四支点”为宗旨,两线是指中文与中医并重,四支点是指中文与中国文化、中医与中医药文化并行。至今仍在积极扩展汉语教学、文化交流、汉语人才培养等。另外还定期组织中医专业讲座、中医养生讲座、中医教师培养、中医药文化交流等中医相关活动,为中医文化推动奠定基础。^[2-4]

日前,国家中医药管理局、推进“一带一路”建设工作领导小组办公室联合印发《推进中医药高质量融入共建“一带一路”发展规划(2021-2025年)》(以下简称《规划》),旨在全面提升中医药参与共建“一带一路”质量与水平。展望2035年,中医药融入更多共建“一带一路”国家主流医学体系,在国际传统医学领域的话语权和影响力显著提升。^[5]

2. 中医药文化从古代至今对医生与百姓生活影响

中医药文化是一种“遵循自然、敬重生命、关怀健康”,文化中包含了阴阳学说、五行学说、

运气学说、经络学说、辨证论治、整体观念等涉及到人文学科、人文知识、自然科学,比如养生、道德、道学、天文地理等共同构成了中医药学理论体系。^[6]“天人合一”思想是中国传统文化中的重要哲学命题,也是中医临证的指导思想之一,也是传统中医养生的核心理论。它最早出现在《黄帝内经》奠定了“天人合一”思想形成和发展的基础。天人合一是人指人和大自然之间的关系,人生存在大自然中,既要保持自身的规律,又要顺应宇宙的规律,才是健康长寿之路。《黄帝内经》讲,春夏养阳,秋冬养阴,这就是一种顺应,人应该顺应自然界的四时变化,合理安排作息。从古代医案的角度来审视“天人合一”思想,擅长利用天地人关系在防治疾病过程,更能体现对中医临证的指导作用。正如晚清刘金方之《临症经应录·卷四》记载:“戴,恙由胎前伤风咳嗽,产后虽愈而气血尚虚,……明明子病及母。速当保守肺阴,……如此一月,可许瘥安,否恐春分节近,天人换气,厥阴之络血上涌,生气

再衰则不足之境。拟投喻嘉言清燥救肺汤进退以治之。”^[7] 该案提出要在春分节前提前保守肺阴,来防止天人换气的到来给疗效造成的不利影响。如果错过治疗时机,再行滋阴保肺,必定无法取效。在《灵枢·卫气行》云:“谨候其时,病可与其,失时反候,百病不治。”在正确的时间用对证之药是中医在“天人合一”思想指导下辨证论治的精髓。可见论治过程中,选对时机与选对方药同等重要。^[8]

中医药是中华文明瑰宝,是几千年文明的结晶对全民健康发挥着重要作用,从《中国医学史》传说的“伏羲制九针”到“神农尝百草”,中国关于中医药文化的研究与探索是从古代先人日常生活拉开了序幕。到公元前 1330 年,甲骨文记载医药知识,中医药文化有迹可循,从民间的百姓实践到《五十二病方》、《黄帝内经》、《难经》的相继问世,基本构建了整体观的中医理论体系,从文化属性上升到了系统的中医学。如“阴阳”本是古人对男女性生殖器以及太阳光对自然界的物体照射所形成的光与影的认识,逐渐演变为用于解释人体的组织、结构、生理、病理变化,并指导疾病的诊断、治疗。“五行”本是对组成自然界各种事物的五种基本物质的特性的概括,也被用来分析五脏六腑,五体、五官、五液、五志以及自然界相关事物之间的特殊联系。

实际上,这种中医学理论或者理念与中医药文化属性的距离有多大,我们认为其实不远,这是一种融合,是双向融合。民间百姓长时间的生活实践可以升华到医学理念的程度,进而成长为民间医生,而一个高等学府的毕业生,满腹经纶需要走向社会实践和文化的熏陶,才能历练成具备中医药文化与中医药技能的医学实践者。

中医药文化的融合可以归纳成医生习惯的精神或理念价值和百姓日积月累的生活习惯。

2.1 中医药文化在医生的角度需要传道普及的理念^[9-11]

医生需要传道普及的理念价值包括三方面:一是自然观,天人合一,重视整体。中医认为人与自然、人与社会是一个相互联系的整体,人体内部也是一个有机的整体,这就是“天人合一”的深刻含义。中医特别重视自然环境和社会环境对

健康与疾病的影响,强调在疾病诊疗过程中要注重生理和心理的协同关系。

二是阴阳观,阴阳平衡,以和为贵。中医强调和谐、平衡对健康具有重要作用,认为人的健康在于各脏腑功能和谐,情志平和,顺应环境,其根本在于阴阳的动态平衡。疾病的发生,是在内、外因素作用下,人的整体功能失去动态平衡。治疗疾病就是使失去动态平衡的整体功能恢复到和谐、平衡的状态,而保护健康的根本就是长久保持这种状态。

三是三因观,灵活多变,三因制宜。中医诊疗强调因人、因时、因地制宜,体现为灵活多变的“辨证论治”。所谓“辨证”,就是将四诊(望、闻、问、切)所采集的症状、体征等个体信息,通过分析、综合,判断为某种证候。“论治”,就是根据辨证结果确定相应治疗方法。具体治疗时,既可“同病异治”,也可“异病同治”,紧贴患者具体情况,绝不生搬硬套,墨守成规。

2.2 中医药文化对健康生活理念^[9-12]

百姓积累的生活习惯是中医药重要的文化属性,主要体现是如何“不得病”和“健康长寿”,反应在生活中就是如何做好衣食住行。概括起来就是四方面的健康生活理念。

一是吃好饭,“人不可一日无谷”。现在许多疾病是吃出来的,糖尿病、肥胖症、中风等均和“饮食自倍,肠胃乃伤”相关。如何管理好自己的一日三餐是中医药文化的重要方面。“早吃好、午吃饱、晚吃少”是从古至今延续下来的健康饮食方式。晨起脾胃当令,正午阳气旺盛,夜晚阳潜阴旺,适时调节饮食,保障身体均衡营养。我们看到的现实情况是由于生活、工作节奏的改变,人们往往忽略早餐、便当午餐、深夜大餐,这种与健康饮食相悖的饮食方式正是对现代“时髦”疾病高发的解释和反馈。

二是睡好觉,“宁缺一顿饭、不失子午眠”。日为阳、夜为阴,阳动阴静才能保持阴阳协调。阳动就是工作、生活、学习,消耗能量,这些消耗的能量需要从阴静的睡眠中补充。“子时一阳生”,半夜 11 点至 1 点是最佳睡眠时间,充分的深度睡眠可以补充白天消耗的阳气。现代工作节律是 8 个小时,休养生息也需要 8 个小时,违背这种

阴阳平衡的协调规律就会“罚阳耗精”，罹患各种疾病。每天使用的手机不充电就会关机是一个道理。

三是不生气，“百病生于气”。世界卫生组织认为现在的疾病与精神情志因素相关占百分之 82。《2022 年世界精神卫生报告》指出，全球近 10 亿人患有精神心理疾病，占世界人口的 13% 以上，由精神障碍造成的疾病负担已经占到各种疾病总负担的 13%，超过了心血管疾病和癌症。^[12] 危害全球生命健康的三大疾病，癌症、心血管、脑血管疾病均与情志因素有直接或间接的相关性。“笑一笑，十年少”说的是开朗乐观、豁达包容的生活态度。创造并迎合正面情绪，包括人和事物，远离和抵御负面情绪，包括尽快摆脱和隔断负面情绪。中医的肝可以舒调气机、缓解情志抑郁或异常亢奋，青山绿水可以柔肝养肝，平调情志的异常变化和影响。

四是多运动，“流水不腐、户枢不蠹”。古人的智慧反应生活中就是“生命在于运动”。古有“八段锦”、“易筋经”、“太极拳”，今人的健身操、跑步、行走等各种健身方式，内在之理就是运行气血、协调阴阳、维持脏腑升降出入。运动可以增强肠胃蠕动，改善营养吸收，促进代谢，排泄体内垃圾。运动可以兴奋阳气，提高“精气神”人身三宝的转换频率，进而延缓衰老，延年益寿。

结论

中医药文化是中华优秀传统文化的重要组成部分和典型代表，包括中医的价值理念“道法自然、天人合一”，“阴阳平衡、调和致中”，“三因制宜、辨证论治”，以及体现在百姓生活中的健康生活方式。两者的高度融合才是这种文化存在和发展的重要历史和现实意义。医生在治病的同时需要传承和普及这种价值理念，百姓需要坚守和延续这些生活习惯并不断升华，进而充实中华文化的优秀内涵，为百姓认识和改造世界提供了有益启迪和坚强保证。

References

1. Zhang HL, Zhang ZM. Study on Confucius Institute of Traditional Chinese Medicine and

- traditional chinese medicine culture spreading. Chinese Health Service Management. 2011;28(9):718-9. (in Chinese)
2. Confucius Institute Headquarters Representative Office in the Kingdom of Thailand. Introduction to the Confucius Institute of Traditional Chinese Medicine at Huachiew Chalermprakiet University [Internet]. [cited 2016 Oct 20]. Available from: <http://www.hanbanthai.org/kongzixueyuan/tcihcu> (in Chinese)
3. Confucius Institute of Traditional Chinese Medicine at Huachiew Chalermprakiet University [Internet]. The unveiling ceremony of the first Confucius Institute of Traditional Chinese Medicine in Thailand held [cited 2016 Oct 20]. Available from: <http://cihcu.hcu.ac.th/about/mission> (in Chinese)
4. Da HJ. Research on the development of Confucius Institute in Thailand. Journal of Chinese Language and Culture. 2020;7(1): 17-32. (in Chinese)
5. The Belt and Road Construction Work Leadership Group Office, National Administration of Traditional Chinese Medicine. Notice on printing and distributing the promoting the high-quality integration of traditional Chinese medicine into the joint construction of the "belt and road" development plan (2021-2025). Beijing: Belt and Road Construction Work Leadership Group Office; 2021. (in Chinese)
6. Zhao ZL. On China traditional culture and culture of traditional Chinese medicine. Guiding Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacology. 2014;20(2):4-7. (in Chinese)
7. Liu JF. Records of clinical classics. In: Duan YS, Ji WH, editors, Selected rare manuscripts of ancient Chinese medicine books. Volume 16. Shanghai: Shanghai Scientific and Technical Publishers; 2004: p.112-3. (in Chinese)
8. Yu L, Ma SL. Viewing the thought of the unity of nature and man in traditional Chinese

- medicine from ancient medical records. Global Traditional Chinese Medicine. 2018;11(1):107-8. (in Chinese)
9. Qi Z, Ke Z. Analysis of the theory of health preservation and living practice in four seasons in Huangdi Neijing · Siqi Tiaoshen Dalun. Clinical Medicine Asia Periodicals Medical Journal. 2020;3(6):18-21. (in Chinese)
10. Hu XS. Viscera, meridians and collaterals sequential disease pulse syndrome (first). In: Chen H, Fu YG, editors, Hu Xishu's lecture on the essentials of the golden chamber. Beijing: Xueyuan Publishing; 2016: p.94-103. (in Chinese)
11. Wang ZY. Read "Jin Shu" to realize health preservation. Family & Traditional Chinese Medicine. 2011;18(3):52-4. (in Chinese)
12. World Health Organization. World mental health today. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.

บทความพิเศษ

มุมมองจากสถาบันขงจื๊อ “วัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนคือการบูรณาการระหว่างแพทย์กับมนุษย์”

จิ่ง เจียงเหว่ย

สถาบันขงจื๊อการแพทย์แผนจีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ: วัฒนธรรมคือพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่แนบแน่นอยู่ควบคู่กับการใช้ชีวิตประจำวันของคนทั่วไป ส่วนวัฒนธรรมการแพทย์-แผนจีนหมายความรวมถึงค่านิยมและแนวทางการใช้ชีวิต และยังเป็นการบูรณาการในระดับสูงระหว่างแพทย์และมนุษย์ แพทย์ต้องถ่ายทอดแนวคิดค่านิยมในขณะที่รักษาโรค ส่วนคนทั่วไปต้องยึดมั่นและควบคุมพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การเสริมสร้างวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนแผ่ขยาย สสถาบันขงจื๊อเป็นส่วนหนึ่งในการส่งออกวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนในประเทศต่างๆ ตามแนว “หนึ่งแถบหนึ่งเส้นทาง” ในประเทศไทยสถาบันขงจื๊อไม่ได้เพียงแค่ถ่ายทอดวัฒนธรรมทางภาษาจีนเท่านั้น ยังเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการถ่ายทอดวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนที่ดีที่สุด ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนและหล่อหลอมวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนเข้ากับแนวคิดวิถีชีวิตของประชาชนทั้งสองประเทศไทย-จีน

คำสำคัญ: วัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน; แนวคิดค่านิยม; วิถีชีวิต

ผู้รับผิดชอบบทความ: จิ่ง เจียงเหว่ย: chongqiangwei@163.com

บทนำ

การแพทย์แผนจีนนับตั้งแต่เริ่มต้นและสืบทอดต่อเนื่องจนมาถึงปัจจุบันมีประวัติศาสตร์ยาวนานนับพันปี ในปี 221 ก่อนคริสต์ศักราช ผลงานชิ้นเอกทางการแพทย์คัมภีร์หวงตี้เนย์จิง《黄帝内经》ได้ถือกำเนิดขึ้น ทำให้การแพทย์แผนจีนถูกจารึกอยู่ในประวัติศาสตร์ที่สำคัญของจีนและของโลก เมื่อมองย้อนกลับไปประวัติศาสตร์ของการแพทย์แผนจีน การรักษาโรคและการป้องกันโรคเป็นคุณลักษณะที่มีความสำคัญสองประการของการแพทย์-แผนจีนที่ได้รับการสืบทอดและพัฒนาโดยตลอด ด้วยความรู้ทางการแพทย์ที่แพร่หลายและความต้องการด้านสุขภาพและการมีอายุที่ยืนยาว ผู้คนจึงให้ความสนใจกับการ “ไม่มีโรค” และ “วิธีการดูแลสุขภาพอย่างแข็ง” มากขึ้นในการป้องกันโรค ทำให้คุณค่าของวัฒนธรรมการแพทย์-แผนจีนได้รับการยอมรับและผู้คนต่างให้ความสำคัญ

คัมภีร์หวงตี้เนย์จิง《黄帝内经》ได้กล่าวถึง “ปราชญ์ชั้นสูงไม่รักษาโรคที่เป็นแล้วแต่รักษาก่อนที่จะเกิดโรค และไม่รักษาโรคที่แปรเปลี่ยนไปแล้วแต่กลับรักษาก่อนที่จะโรคแปรเปลี่ยนไป” แนวความคิดนี้ได้ถูกสืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน กลายเป็นแนวคิด “การรักษาก่อนที่จะเกิด

โรค” และเกิดเป็น “แผนกป้องกันการเกิดโรค” โดยแพทย์แผนกนี้ก็มีหน้าที่ในการป้องกันรักษาก่อนเกิดโรค และป้องกันรักษาก่อนที่จะเกิดโรคนี้ก็คือว่าเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง ควรจะต้องบ่มเพาะอยู่ในวิถีชีวิตของมนุษย์เรา ทำให้คนทั่วไปได้เข้าใจถึงหลักการใช้ชีวิตประจำวัน และเข้าใจถึงแนวคิดและวิธีการรักษาของแพทย์แผนจีนเพื่อป้องกันโรค ซึ่งก็จะเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้คนทั่วไปรู้สึกเพลิดเพลินและเข้าถึงวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนที่มีคุณค่าด้านสุขภาพและการมีอายุที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี

เมื่อพูดถึงวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน จะต้องแยกออกจากเทคโนโลยีการแพทย์แผนจีน เทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นเพียงหน้าที่ของแพทย์ที่ให้การรักษาและบริการผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม วัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนมีต้นกำเนิดและเติบโตไปพร้อมกับวิถีการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นพฤติกรรมหรือเป็นวิถีการดำรงชีวิตของพื้นที่ที่สืบทอดกันมาตามคำบอกเล่า สิ่งที่ยังขาดคือการผสมผสานระหว่างแนวคิดและพฤติกรรม นั่นคือ “รู้ว่ามันคืออะไร แต่ก็ควรรู้ว่าทำไมถึงเป็นเช่นนั้น” นโยบายยุทธศาสตร์

“หนึ่งแถบหนึ่งเส้นทาง” ของสาธารณรัฐประชาชนจีน ทำให้การแพทย์แผนจีนได้มีช่วงเวลาและโอกาสที่เหมาะสมในการพัฒนาและเผยแพร่ออกสู่ภายนอกได้ ซึ่งการส่งออกและเผยแพร่วัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนมีอยู่หลายวิธี ปัจจุบันสถาบันขงจื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนที่ดีที่สุดอย่างไม่ต้องสงสัยสำหรับการส่งออกวัฒนธรรมการแพทย์-แผนจีนภายใต้นโยบาย “หนึ่งแถบหนึ่งเส้นทาง”

1. ประวัติความเป็นมาในการเผยแพร่วัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนโดยสถาบันขงจื่อในประเทศไทย

สถาบันขงจื่อการแพทย์แผนจีนเป็นเวทีแลกเปลี่ยนของการเผยแพร่วัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน มีหน้าที่สำคัญในการแนะนำศาสตร์การแพทย์แผนจีนและวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนให้ประชาชนในต่างประเทศ แสดงให้โลกเห็นถึงการรับรู้ ค่านิยม และรสนิยมทางสุนทรีย์ของประชาชนชาวจีน เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันระหว่างประเทศและความน่าดึงดูดใจของวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน อีกทั้งยังช่วยเพิ่มอำนาจละมุนหรือซอฟต์พาวเวอร์ของประเทศได้อีกด้วย สถาบันการแพทย์แผนจีนขงจื่อเป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ที่ไม่แสวงหากำไรซึ่งก่อตั้งขึ้นในต่างประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่วัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน เป็นเบื้องหลังของการที่ทั่วโลกหันมาให้ความสนใจการแพทย์แผนจีน ซึ่งการเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนจีนและวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนได้กลายเป็นที่ต้องการของประเทศต่างๆ ทั่วโลก^[1]

ด้วยการพัฒนาอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจจีนและไทย จนทำให้มีการบูรณาการร่วมกันมากขึ้น และความสัมพันธ์ฉันมิตรและความร่วมมือระหว่างทั้งสองประเทศก็แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น มหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของจีนและไทยได้ร่วมมือกันอย่างแข็งขัน สำนักงานส่งเสริมการเรียนการสอนภาษาจีนนานาชาติได้ร่วมมือกับทางรัฐบาลไทย

และช่วงปลายปีค.ศ. 2006 ได้มีการก่อตั้งสถาบันขงจื่อ 16 แห่ง และห้องเรียนขงจื่อ 11 แห่ง ปัจจุบันสถาบันขงจื่อในประเทศไทยเริ่มเป็นรูปเป็นร่าง ประเทศจีนและประเทศไทยได้ร่วมมืออย่างจริงจังในการสอนภาษาจีน อบรมครูสอนภาษาจีน ให้บริการสอนภาษาจีนแก่สังคม ให้คำปรึกษาแลกเปลี่ยนความรู้ด้านภาษาจีน การศึกษาวรรณกรรม และข้อมูลอื่นๆ สถาบันขงจื่อแต่ละแห่งปรับมาตรการให้เข้ากับสภาพท้องถิ่นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และสร้างรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง กลายเป็นหน้าต่างและสะพานเชื่อมให้คนไทยได้เรียนรู้ภาษาและวัฒนธรรมจีนและเข้าใจประเทศจีนของประชาชนชาวไทย ซึ่งมีการตอบรับให้ความสนใจเป็นอย่างดีของทั้งภาครัฐและประชาชนชาวไทย

สถาบันขงจื่อการแพทย์แผนจีน แห่งมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยเอกชนที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่ง เป็นมหาวิทยาลัยที่ลงทุนและก่อสร้างโดยชาวจีนโพ้นทะเล และยังเป็นแห่งเดียวที่มีการจัดตั้งวัฒนธรรมภาษาจีนและวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งได้ก่อตั้งและมีพิธีเปิดป้ายเมื่อเดือนตุลาคม ปีค.ศ. 2016 (ดังภาพที่ 1) ซึ่งเป็นการก่อตั้งโดยได้รับความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจินและมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กลายเป็นสถาบันขงจื่อที่มีเอกลักษณ์ด้านการแพทย์แผนจีนที่แรกทีเดียวในประเทศไทย มีการส่งเสริมด้านการเรียนภาษาจีนแบบดั้งเดิม และกิจกรรมเผยแพร่วัฒนธรรมชาวจีนแบบดั้งเดิม และส่งเสริมวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน เผยแพร่แนวคิดเรื่องการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีและเผยแพร่ความรู้ด้านการแพทย์แผนจีนให้แพร่หลายในประเทศไทย

ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา สถาบันขงจื่อการแพทย์แผนจีน แห่งมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้มุ่งมั่นพัฒนาตามปณิธาน “สองเส้นและสี่สาขา” ซึ่งสองเส้น คือ ด้านภาษาจีนและการแพทย์แผนจีน ส่วนสี่สาขา คือ



ภาพที่ 1 พิธีเปิดป้ายสถาบันขงจื่อ แห่งมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม ค.ศ. 2016

ภาษาจีนกับวัฒนธรรมจีน และศาสตร์การแพทย์แผนจีน กับวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน ปัจจุบันยังคงมุ่งมั่นพัฒนา ด้านการสอนภาษาจีน การแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม การส่งเสริม บุคลากรด้านภาษาจีน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการจัด กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนจีน เช่น การบรรยาย ความรู้ทางวิชาชีพด้านการแพทย์แผนจีน การบรรยายด้านการดูแลรักษาสุขภาพอย่างเชิง การฝึกอบรมอาจารย์ แพทย์แผนจีน และการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมการแพทย์-แผนจีน เพื่อวางรากฐานการส่งเสริมวัฒนธรรมการแพทย์-แผนจีนอย่างสม่ำเสมอ^[2-4]

ในปัจจุบันสำนักบริหารการแพทย์แผนจีนแห่ง สาธารณรัฐประชาชนจีน และสำนักงานกลุ่มผู้นำที่ผลักดัน การจัดตั้งนโยบาย "หนึ่งแถบหนึ่งเส้นทาง" ได้ร่วมกันออก วางแผนพัฒนา การส่งเสริมการบูรณาการด้านความเป็น เลิศทางการแพทย์แผนจีนเข้าร่วมในแผนพัฒนา "หนึ่งแถบ หนึ่งเส้นทาง" (ค.ศ. 2021-2025) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ ปรับปรุงคุณภาพและยกระดับของการแพทย์แผนจีนอย่าง ครอบคลุมให้เข้าร่วมอยู่ในแผนพัฒนา "หนึ่งแถบหนึ่ง เส้นทาง" และคาดหวังว่าในปีค.ศ. 2035 การแพทย์แผนจีน จะถูกรวมเข้ากับระบบการแพทย์กระแสหลักของประเทศ ต่างๆ มากขึ้น ที่ดำเนินตามแผนพัฒนา "หนึ่งแถบหนึ่ง เส้นทาง" และจะเป็นผู้นำทางการแพทย์และมีอิทธิพล ในด้านการแพทย์ระดับสากล^[5]

2. อิทธิพลของวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนที่มีต่อ ชีวิตของแพทย์และคนทั่วไปตั้งแต่สมัยโบราณจนถึง ปัจจุบัน

วัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน ก็คือวัฒนธรรมที่ "มีวิถีชีวิตตามธรรมชาติ เคารพชีวิต และดูแลเอาใจใส่ สุขภาพ" ซึ่งภายใต้วัฒนธรรมนั้นก็ประกอบด้วยทฤษฎี อินและหยาง ทฤษฎีห้าธาตุ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ ชี ทฤษฎีเส้นลมปราณจึงแล้ว การเป็ยเน้จ้ลุ่นจื้อ และแนวคิด แบบองค์รวม เป็นต้น โดยเกี่ยวข้องกับวิชามนุษยศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ เช่น การดูแลรักษาสุขภาพ อย่างเชิง หลักศีลธรรม ปรัชญาเต๋า ดาราศาสตร์ และ ภูมิศาสตร์ รวมกันเป็นระบบทางทฤษฎีของการแพทย์-แผนจีน^[6] แนวคิด "ฟ้าและมนุษย์รวมกันเป็นหนึ่งเดียว" เป็นแนวคิดทางปรัชญาที่สำคัญในวัฒนธรรมจีนดั้งเดิม และยังเป็นหนึ่งในแนวคิดที่เป็นแนวทางการรักษาในทาง คลินิกของศาสตร์การแพทย์แผนจีน และยังเป็นทฤษฎีที่เป็น หัวใจสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพอย่างเชิงตามศาสตร์ การแพทย์แผนจีน ซึ่งมีการบันทึกครั้งแรกอยู่ในคัมภีร์-หวงตี้เนย์จิง 《黄帝内经》 ได้วางรากฐานของแนวคิด

"ฟ้าและมนุษย์รวมกันเป็นหนึ่งเดียว" ซึ่งหมายถึงความ สัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และธรรมชาติ เมื่อมนุษย์ดำรงอยู่ ภายใต้ธรรมชาติ ไม่เพียงแต่มีหลักเกณฑ์ในการปกป้อง ดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองเท่านั้น ยังต้องปฏิบัติ ตามกฎเกณฑ์แห่งจักรวาลด้วย นี่คือนทางสู่สุขภาพและ อายุยืน ในคัมภีร์หวงตี้เนย์จิง 《黄帝内经》 ยังได้กล่าว ว่าฤดูใบไม้ผลิและฤดูร้อนควรดูแลหยาง ฤดูใบไม้ร่วงและ ฤดูหนาวควรดูแลอิน ซึ่งเป็นการปรับตัวในเข้ากับธรรมชาติ อย่างหนึ่ง มนุษย์ควรปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของ ฤดูกาลทั้งสี่ในธรรมชาติ ดำรงชีวิตและพักผ่อนอย่างสมดุล เหมาะสม มุมมองจากตำราบันทึกการรักษาของแพทย์ ในสมัยโบราณยังกล่าวว่า แนวคิด "ฟ้าและมนุษย์รวมกัน เป็นหนึ่งเดียว" ยังสามารถนำความสัมพันธ์ของธรรมชาติ ฟ้าดินและมนุษย์นี้มาใช้ในการรักษาและป้องกันการเกิด โรค ซึ่งยิ่งจะสะท้อนถึงบทบาทในการชี้นำในการรักษาทาง คลินิกของศาสตร์การแพทย์แผนจีนได้ ยกตัวอย่างเช่นใน สมัยราชวงศ์ซิง ท่านหลิวจินฟางได้บันทึกไว้ในตำราหลิน-เจิ้งจิงอิงลวี่ บทที่ 4 《临症经应录·卷四》 โรคสครับ-ไทฟัส (scrub typhus) หรือโรคไ้ร้การสาดใหญ่สำหรับผู้ป่วยที่ต้งครรรค์ แม้ว่าหลังคลอดจะฟื้นตัวแล้วแต่ไข้และ เลือดยังพร่องอยู่...เห็นได้ชัดว่าอาการป่วยของลูกกระทบ ไปถึงแม่ ต้องรักษาอินของปอดโดยเร็ว...ในช่วงเวลาหนึ่ง เดือนอาการควรจะหายดี ไม่เช่นนั้นหากถึงช่วงเริ่มต้น ฤดูใบไม้ผลิ ที่เรียกว่า ชุนเฟินเจี๋ย หรือ วันวสันตวิษุวัต (春分节) เลือดในเส้นลมปราณเจี๋ยอินจะพุ่งทะยานขึ้น และถ้าไข้ไม่เพียงพอจะไม่หายดี ต้องใช้ตำรับยาชิงจ้าว จิวเฟย์ทัง (清燥救肺汤) ในการรักษาลงจะหาย^[7] ซึ่งจาก ตัวอย่างนี้ทำให้รู้ว่าในช่วงเวลาก่อนที่จะถึงชุนเฟินเจี๋ยจะ ต้องดูแลปกป้องอินของปอด เพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เกิดผล กระทบจากการเปลี่ยนแปลงของชีของธรรมชาติ ถ้าหาก พลาดโอกาสไปการที่จะดูแลและ บำรุงอิน ของ ปอดนั้นจะได้ประสิทธิผลไม่เท่าที่ควร ในตำราหลินชู บทเว่ยชีลิ่ง 《灵枢·卫气行》 ได้บันทึกไว้ว่า "รอเวลาที่ เหมาะสม โรคก็จะสามารถหายได้ แต่ถ้าหากพลาดโอกาส ที่ดีไป โรคต่างๆ ก็จะไม่รักษาไม่ได้" ดังนั้นการรักษาหากรักษา ในเวลาที่เหมาะสม ยาที่เหมาะสมกับโรคและอาการ นั้นคือหัวใจสำคัญของการนำแนวคิด "ฟ้าและมนุษย์รวม กันเป็นหนึ่งเดียว" มาใช้ในการเป็ยเน้จ้ลุ่นจื้อของศาสตร์-การแพทย์แผนจีน จะเห็นได้ว่าในขั้นตอนการรักษา การเลือกเวลาที่เหมาะสมมีความสำคัญพอๆ กับการเลือก ยาที่เหมาะสมด้วย^[8]

ศาสตร์การแพทย์แผนจีน เป็นสมบัติอันล้ำค่าของ อารยธรรมจีนที่ตกผลึกจากอารยธรรมการดำรงชีวิตอย่าง

มีสุขภาพดีของประชาชนชาวจีนนับพันปี จากตำนาน "ผู้สืสร้างเก้าเข็ม (伏羲制九针)" ไปถึง "เส้นหนงชิมสมุนไพรร้อยชนิด (神农尝百草)" ที่บันทึกอยู่ในประวัติศาสตร์การแพทย์ของสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งถึงเป็นการวิจัยและการสำรวจเบื้องต้นจากที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนจากการดำรงชีวิตของบรรพบุรุษในสมัยโบราณ จากปีค.ศ. 1330 คำจารึกอักษรจีนโบราณบนกระดองเต่าได้บันทึกความรู้ทางการแพทย์ และวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน ตั้งแต่การดำรงชีวิตของพื้นบ้านไปจนถึง การรวบรวมเป็นตำรา "ตำรับยาห้าสิบสองโรค 《五十二病方》" คัมภีร์หวงตี้เนยจิง 《黄帝内经》 และ คัมภีร์น่านจิง 《难经》 ค่อยๆ รวบรวมต่อเนื่องมาจนได้เป็นระบบทฤษฎีของศาสตร์การแพทย์-แผนจีน จากวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนกลายเป็นศาสตร์การแพทย์แผนจีน ยกตัวอย่างเช่น "อินหยาง" เดิมเป็นความเข้าใจของคนโบราณเกี่ยวกับเพศชายและหญิง สรรพสิ่งที่อยู่ในธรรมชาติแสงสว่างและความมืดมืดจนกลายเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับอวัยวะการทำงานภายในร่างกายของคนเรา องค์ประกอบโครงสร้าง ลักษณะทางกายภาค การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ การวินิจฉัยโรคและการรักษา "อู่ลิ่ง (ปัญหาธาตุ)" เป็นการสรุปลักษณะของสารพื้นฐานทั้งห้าที่ประกอบกันเป็นสิ่งที่ต่างๆ ในธรรมชาติ นอกจากนี้ยังนำมาใช้ในการวิเคราะห์อวัยวะภายในอู่จ้งลี้ฝู กายทั้งห้า (五体) ทวารทั้งห้า (五官) ของเหลวทั้งห้า (五液) อารมณ์ทั้งห้า (五志) และความสัมพันธ์พิเศษต่างๆ ระหว่างสิ่งที่เกี่ยวข้องในธรรมชาติ

แท้จริงแล้ว ทฤษฎีหรือแนวคิดของศาสตร์การแพทย์แผนจีนกับวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนนี้ยังห่างไกลกันมาก พวกเราอาจจะรู้สึกว่ามันต่างกันสักเท่าไร ทว่าคือการหล่อหลอมรวมกันของทั้งสองอย่างอย่างลงตัว การดำรงชีวิตของคนเราสามารถที่จะพัฒนาขึ้นมาอยู่ในระดับของแนวคิดทางการแพทย์จนกลายเป็นองค์ความรู้ของแพทย์พื้นบ้าน ในขณะที่ผู้สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาระดับสูงจำเป็นต้องไปฝึกปฏิบัติทางสังคมและการจรรโลงวัฒนธรรมก่อนที่จะจะสามารถนำวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนและทักษะการรักษาทางการแพทย์แผนจีนมาใช้ในทางคลินิก

การหล่อหลอมวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน สามารถสรุปได้ว่าเป็นคุณค่าทางจิตวิญญาณหรือแนวคิดของความเคยชินของแพทย์และพฤติกรรมการใช้ชีวิตในประจำวันที่สั่งสมมาของคนทั่วไป

2.1 วัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนในมุมมองของแพทย์ต้องถ่ายทอดแนวคิดและคำสั่งสอน^[9-11]

คุณค่าหลักความคิดของการแพทย์จีนจะต้องถ่ายทอดแนวคิดและคำสั่งสอน ประกอบด้วยกันสามด้าน:

ประการที่ 1 คือมุมมองของธรรมชาติ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของมนุษย์และธรรมชาติ และการให้ความสำคัญกับองค์รวมศาสตร์การแพทย์แผนจีนเชื่อว่ามนุษย์กับธรรมชาติ มนุษย์และสังคมมีความเป็นหนึ่งเดียวที่เชื่อมโยงถึงกัน และเชื่อมโยงอวัยวะภายในร่างกายมนุษย์นี้คือความหมายที่ลึกซึ้งของ "ความกลมกลืนระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ" การแพทย์แผนจีนให้ความสำคัญเป็นพิเศษต่ออิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ และเน้นย้ำถึงการทำงานร่วมกันระหว่างสรีรวิทยาและจิตวิทยาในกระบวนการวินิจฉัยและรักษาโรค

ประการที่ 2 คือมุมมองของอินและหยาง ความสมดุลของอินและหยาง และความกลมกลืนเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด การแพทย์แผนจีนเน้นย้ำว่าความสามัคคีและความสมดุลมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพ โดยเชื่อว่าสุขภาพของมนุษย์อยู่ที่การทำงานประสานกันของอวัยวะต่างๆ อารมณ์ที่สงบสุข และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม รากเหง้าของมันอยู่ที่ความสมดุลแบบไดนามิกของอินและหยาง การเจ็บป่วยเกิดจากการเสียสมดุลไดนามิกของการทำงานโดยรวมของบุคคลนั้น ภายใต้การกระทำของปัจจัยภายในและภายนอก การรักษาโรคคือการฟื้นฟูการทำงานโดยรวมที่สูญเสียสมดุลไดนามิกไปสู่สถานะที่เหมาะสมและสมดุล ส่วนพื้นฐานของการปกป้องสุขภาพคือการรักษาสถานะนี้ไว้ให้ยาวนาน

ประการที่ 3 คือมุมมองด้านปัจจัย 3 ประการ ก็คือปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงซึ่งมีอยู่ 3 ด้าน โดยมีความสำคัญในการตรวจวินิจฉัยและรักษาของศาสตร์การแพทย์แผนจีน อันได้แก่ ปัจจัยแต่ละบุคคล ปัจจัยทางด้านช่วงเวลาหรือฤดูกาล ปัจจัยจากสภาพภูมิประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง "การเขียนแจ้งลุ่นจื้อ" ที่มีความยืดหยุ่น ในส่วนของการ "เขียนแจ้ง" หมายถึงการวิเคราะห์และการสังเคราะห์จากข้อมูลต่างๆ เช่น อาการและอาการแสดงที่รวบรวมโดยวิธีการตรวจวินิจฉัยโรคทั้ง 4 ประการ (การมอง การดมหรือฟัง การซักถาม และการจับชีพจร) จนวิเคราะห์ได้เป็นกลุ่มอาการออกมาส่วนการ "ลุ่นจื้อ" คือการกำหนดวิธีการรักษาที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ของการวิเคราะห์กลุ่มภาวะอาการ (เขียนแจ้ง) มากำหนดรูปแบบในการรักษา เช่นว่า "โรคเดียวกันให้การรักษาที่แตกต่างกัน" หรือ "โรคที่แตกต่างกันอาจรักษาด้วยวิธีการเดียวกัน" ขึ้นอยู่กับ

สภาพร่างกายของผู้ป่วย ยึดหยุ่นได้ไม่ยึดติดจนเกินไป แต่ก็ไม่หลุดจากหลักเกณฑ์

2.2 วัฒนธรรมการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องแนวคิดเรื่องการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดี^[9-12]

พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่มาสืบสมมาจากความคุ้นเคยของมนุษย์ เป็นคุณลักษณะทางวัฒนธรรมที่สำคัญของการแพทย์แผนจีน โดยส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นวิธีการทำอย่างไรให้ "ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ" และทำอย่างไรให้มี "สุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว" ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการดำรงชีวิตในชีวิตประจำวันที่ดีว่าควรทำอย่างไร สามารถสรุปเป็นปรัชญาการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีได้ 4 ประการ

ประการที่ 1 คือการกินอาหารที่ดี "ในหนึ่งวันเราไม่สามารถอยู่ได้โดยปราศจากอาหาร" ปัจจุบัน โรคต่างๆ มักมีสาเหตุจากการกิน เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น มีคำกล่าวว่า "การกินอาหารเพิ่มทวีคูณ เป็นการทำร้ายกระเพาะอาหารและลำไส้" วิธีการจัดการอาหารสามมื้อของตนเองต่อวันเป็นสิ่งสำคัญของวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน "เข้านอนอย่างดี กลางวันกินพออิ่ม เย็นกินแต่น้อย" เป็นแนวทางการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่สืบทอดกันมาตั้งแต่สมัยโบราณ จนถึงปัจจุบัน ในตอนเช้ามีอาหารเช้าและกระเพาะอาหารเริ่มทำงาน หยางซึ่งจะเต็มเปี่ยมในตอนกลางวัน และหยางจะอ่อนกำลังหลังบ่าย ส่วนอินจะเต็มเปี่ยมในตอนกลางคืน จึงควรปรับการกินอาหารให้เหมาะสมตามแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างสมดุล ความจริงที่พบเห็นในปัจจุบันอันมาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงและการทำงาน คนส่วนมากจะละเลยอาหารเช้า ช่วงกลางวันก็หาอะไรรับประทานง่ายๆ และรับประทานอาหารมื้อหนักในตอนกลางคืน พฤติกรรมการกินที่ตรงกันข้ามกับการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีนี้ จึงเป็นคำอธิบายได้ดีของสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุโรคที่สูงขึ้นของโรคยุคสมัยใหม่

ประการที่ 2 คือการนอนหลับที่ดี "ยอมขาดอาหารหนึ่งมื้อ แต่ไม่ยอมที่จะไม่นอน" กลางวันเป็นหยางและกลางคืนเป็นอิน หยางเคลื่อนไหวและอินสงบทั้งสองด้านต้องรักษาสมดุลของการอยู่ร่วมกัน หยางเคลื่อนไหวคือการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน และการใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเติมเต็มจากการหลับไหลอย่างเพียงพอของอิน "ยามจื่อ หยางบังเกิด" ช่วงเวลา 11:00 น. - 01:00 น. เป็นช่วงที่อินสูงสุดและหยางเริ่มเกิด ซึ่งเป็นเวลาที่ที่ดีที่สุดในการนอนหลับ และการนอนหลับสนิทอย่างเพียงพอสามารถเติมพลังงานหยางที่ใช้ไปในระหว่างวัน การทำงานของคนในยุคสมัยใหม่

คือ 8 ชั่วโมง และเวลาพักผ่อน 8 ชั่วโมง ถ้าหากไม่ทำตามกฎแห่งความสมดุลของอินและหยางนี้ก็จะทำให้ "หยางซึ่งถูกทำลาย" และเป็นสาเหตุก่อให้เกิดโรคต่างๆ ก็เหมือนกับคนที่โทรศัพท์มือถือที่ใช้ทุกวัน ถ้าไม่ชาร์จแบตเตอรี่ก็จะดับไปไม่สามารถใช้งานได้นั่นเอง

ประการที่ 3 คือการประคับประคองอารมณ์ "โรคทั้งหลายเกิดจากความโกรธ" องค์การอนามัยโลกเชื่อว่าโรคในปัจจุบัน เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตใจและอารมณ์ร้อยละ 82 จากรายงานสุขภาพจิตโลกปี 2565 ระบุว่าเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลกประสบปัญหาอาการป่วยทางจิต ซึ่งคิดเป็นกว่าร้อยละ 13 ของประชากรโลก และภาวะโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตคิดเป็นร้อยละ 13 ของภาวะทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคมะเร็ง^[12] โรคสำคัญสามโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของโลก คือ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ล้วนมีปัจจัยทางอารมณ์มาเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม มีคำกล่าวว่า "ยิ้มเล็กน้อย อ่อนวัยไป 10 ปี" นั้นหมายถึงทัศนคติที่ดี ร่าเริง มองโลกในแง่บวก เปิดใจกว้าง สร้างและตอบสนองต่ออารมณ์เชิงบวก รวมถึงผู้คนและสิ่งที่อยู่รอบตัวเรา อยู่ให้ห่างจากอารมณ์เชิงลบ รวมถึงกำจัดและปิดกั้นอารมณ์เชิงลบโดยเร็วที่สุด ในการแพทย์แผนจีน ดับสามารถควบคุมซึ่ง ทำให้ชี้อไหลเวียนสะดวก จะช่วยผ่อนคลายบรรเทาความหุดหู่ทางอารมณ์หรือความตึงเครียดผิดปกติ ภูเขาตำราสี่เขียวสามารถทำให้ดับอ่อนโยนและช่วยบำรุงดับ ดับจึงมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ทำให้จิตใจสงบ

ประการที่ 4 คือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ "น้ำที่ไหลจะไม่เหม็น และบานพับประตูที่ขยับบ่อยๆ จะไม่มีสนิม" ภูมิปัญญาของคนโบราณสะท้อนให้เห็นในชีวิตว่า "ชีวิตอยู่ได้จำเป็นต้องมีการเคลื่อนไหว" ในสมัยโบราณมีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเช่น "การบริหารแบบปาด่วนจิน" "การบริหารแบบอีจินจิง" และ "การรำรำไทเก็ก" นอกจากนี้ยังมีการเดิน และการวิ่งออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้มีหลักการเดียวกัน คือการขับเคลื่อนชีและเลือด ปรับสมดุลอินและหยาง และรักษาการทำงานของอวัยวะภายในให้ขับเคลื่อนขึ้นลงเข้าออกเป็นปกติ การออกกำลังกายสามารถเพิ่มการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ กระตุ้นการดูดซึมสารอาหาร ส่งเสริมการเผาผลาญ และขับของเสียออกจากร่างกาย นอกจากนี้ยังสามารถกระตุ้นหยางซึ่งส่งเสริมการแปรเปลี่ยน "สารจิง ชี และเลิน" ซึ่งเป็นสิ่งมีค่าสามประการของร่างกายเรา ซึ่งจะช่วยเหลือความชราและยืดอายุให้ยาวนานได้

unaşu

วัฒนธรรมดั้งเดิมที่ยอดเยียมของชนชาวจีนเป็นองค์ประกอบสำคัญและเป็นตัวแทนของวัฒนธรรมจีนที่กำลังเกิดเป็นวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน แนวคิดที่ทรงคุณค่าของการแพทย์แผนจีนอันได้แก่ "วิถีธรรมชาติแห่งเต๋า ฟาและมนุษย์เป็นหนึ่งเดียวกัน" "อินและหยาง อยู่ร่วมกันอย่างสมดุล" "ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงสามประการกับการเปลี่ยนเจิ่งลุนจื่อ" และวิถีการดำรงชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ

การหล่อหลอมแนวความคิดระดับสูงของทั้งสองด้านนี้เป็นประวัติศาสตร์ที่สำคัญของวัฒนธรรมและการพัฒนาที่ยังคงดำรงอยู่อย่างขึ้นกับแพทย์ที่ให้การรักษานั้นจำเป็นต้องถ่ายทอดแนวคิดนี้ ผู้คนก็ต้องยึดมั่นและดำเนินพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ถูกต้องไปอย่างต่อเนื่อง จึงจะช่วยเสริมคุณค่าอันมีนัยยะที่ยอดเยียมของวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน ให้ชาวโลกได้เข้าใจและเกิดเป็นประโยชน์สูงสุด

Special Article

From the perspective of the Confucius Institute, "Chinese medicine culture is the integration of doctors and humans"

Zhong Qiangwei

Confucius Institute for Traditional Chinese Medicine at Huachiew Chalermprakiet University, Thailand

Abstract: Culture is a way of life that is intimately integrated into the everyday life of the common people. Traditional Chinese medicine culture includes values and lifestyles. It is also a high level of integration between doctors and humans. Physicians must convey their values concepts while treating disease. As for the common people, they must continually adhere to and control their living behavior. This will lead to the strengthening of the latent excellent traditional Chinese medicine culture. The Confucius Institute plays a part in the export of traditional Chinese medicine culture in countries along the One Belt One Road. In Thailand, the Confucius Institute not only transmits Chinese culture, but also becomes an important part in transmitting the best traditional Chinese medicine culture, and promoting exchanges of traditional Chinese medicine culture in order to mold the traditional Chinese medicine culture into the way of life of the people of Thailand and China.

Keywords: traditional Chinese medicine culture; value concept; way of life

Corresponding author: Zhong Qiangwei: chongqiangwei@163.com



特殊文章

温经化瘀通络方改善化疗后周围神经病变验案二则

饶志璟, 陈佩晶, 徐振晔

上海中医药大学附属龙华医院肿瘤二科

摘要: 温经化瘀通络方是上海市名中医徐振晔教授经验方, 君臣佐配伍精当, 君以全蝎, 臣以川芎, 佐以桂枝, 功擅走散、活血、温通, 恰与周围神经病变之阳虚血瘀辨证相合, 改善患者周围神经病变案例不胜枚举, 本文将举隅两则。

关键词: 温经化瘀通络方; 化疗后周围神经病变; 验案; 中医药; 徐振晔教授

通讯作者: 徐振晔: xuzhenye1947@126.com



Received: 22 April 2023

Revised: 6 June 2023

Accepted: 18 June 2023



前言

化疗后周围神经病变作为化疗后常见的副反应之一, 与患者生活质量呈负相关, 影响治疗进程及疾病预后。^[1,2] 目前研究尚未成熟, 本病产生机制尚不能确定, 故临床治疗针对性较弱, 有效性和安全性也有待提高。^[3] 目前关于西医对于CIPN 发生机制的研究尚处于探索阶段, 诊断及治疗仍缺乏统一标准, 常见治疗药物包括(1)抗氧化剂和细胞保护剂如谷胱甘肽、硫辛酸、VC、VE等以及细胞保护剂氨磷汀、依达拉奉;(2)神经递质再摄取抑制剂如度洛西汀、文拉法辛;(3)钠离子通道阻滞剂如奥卡西平、卡马西平等;(4)钙镁合剂如葡萄糖酸钙和硫酸镁;(5)神经营养剂如维生素类和脂肪酸等。迄今临床上亦缺乏FDA、SFDA认证的安全有效的药物及理想的治疗方法。中医应对化疗后周围神经病变的治法主要包括辨证中药内服、中成药制剂、针刺治疗以及外洗等。^[4] 中医药治法在改善化疗所致周围神经毒性方面有着独到的优势, 方法多样, 效果显著, 值得深入探索。

温经化瘀通络方是上海市名中医徐振晔教授经验方, 其中融入了徐教授数十年来的宝贵经验和众多患者的用药反馈, 理论基础坚实, 君臣佐配伍精当, 经多年临床观察, 疗效及安全性较佳。徐教授认为, 肿瘤患者正气本虚, 气滞血瘀日久, 再遇化疗之大毒, 峻伤气血, 伐正伐气, 更犯虚虚之弊, 余毒沉积, 阻滞四末、经络, 经气闭塞, 皮肉筋脉失荣以致肢端麻木疼痛。临床所见病症多属阳虚血瘀证范畴, 故拟全蝎为君, 川芎为臣, 桂枝为佐之温经化瘀通络方, 功擅温阳通络、化瘀活血, 以改善周围神经损伤症状。临床运用效若桴鼓, 值得深层次挖掘和推广。温经化瘀通络方恰与周围神经病变之阳虚血瘀辨证相合, 改善患者周围神经病变案例不胜枚举, 本文将举隅两则。

病案举隅

2.1 病案一

患者胡某某, 男, 70岁, 2018.11.3 查胸部

CT: 右肺下叶占位性病变, 2018. 11. 20 穿刺病理示: 鳞癌。于当地医院行 GP 化疗方案 6 疗程 (吉西他滨 1.8 g d1, d8+ 顺铂 110 mg d1-d3), 末次时间: 2019. 4. 2。疗效评价 PR。顺铂累积剂量为 660 mg。化疗结束 1 月后患者出现四肢麻木, 范围超过肘膝关节, 畏寒肢冷, 神疲乏力, 皮肤色黯, 可见瘀斑, 走路困难, 影响日常生活。曾试用中草药外敷、泡脚等方式无缓解。为求中医结合治疗来诊。

首诊时间: 2020 年 1 月 15 日

西医诊断: (1) 支气管恶性肿瘤原发性周围型, 右肺下叶鳞癌 c-T2N3M0 IIIB 期 (2) 化疗后周围神经病变 3 级。

中医诊断: 肺癌, 阳虚血瘀证

治法: 益气温阳, 化瘀通络

刻下: 手足麻木, 神疲乏力, 畏寒肢冷, 咳嗽咳痰, 胃纳欠佳, 二便尚可, 夜寐尚可。舌淡紫有瘀斑苔薄白, 脉细涩。

方药: 黄芪 30 g, 白术 9 g, 苦杏仁 9 g, 芦根 30 g, 石见穿 30 g, 蛇六谷 30 g, 山慈菇 9 g, 川芎 15 g, 桂枝 9 g, 全蝎 3 g, 黄精 30 g, 灵芝 15 g, 女贞子 15 g, 鸡内金 12 g, 淫羊藿 12 g, 何首乌 15 g, 山茱萸 15 g (28 剂)。每日一剂水煎, 早晚饭后温服。

复诊时间: 2020 年 2 月 14 日

患者四肢麻木感觉明显改善, 自觉遇风时麻刺、过电感程度较前减轻, 可自行拿水杯, 大部分生活可自理, 治疗 2 月后, 手足瘀斑范围渐缩小, 颜色转淡, 周围神经症状分度降为 0 级, 患者未再诉麻木。

按: 患诉神疲乏力, 乃气虚之征, 君以黄芪、白术益气健脾, 咳嗽之症, 对予杏仁、芦根止咳化痰, 病邪深中, 癌毒内留, 须予石见穿、蛇六谷、山慈菇清热解毒散结抗癌, 主诉四末麻木, 予川芎、桂枝、全蝎之徐教授经典药以温经化瘀通络, 阳气盛则血脉得通, 麻木自缓。结合患者病证, 可见精气亏虚, 须扶助正气, 以助驱邪, 故予黄精、灵芝、女贞子、何首乌、山茱萸共奏益气养精健脾补肾之效, 再予淫羊藿益肾温阳, 脾胃乃先天之本, 当以鸡内金顾护胃气。本方扶正祛邪兼顾, 注重温经化瘀, 益气通络, 主症得缓, 兼症得除。

2.2 病案二

患者杨某, 女, 49 岁, 于 2019 年 8 月初诊。患者因结肠占位于 2018 年 8 月行右半结肠癌根治术。术后病理示: 中分化浸润性腺癌, 淋巴结转移。术后行 XELOX 方案化疗 8 次, 末次化疗时间 2019. 4. 5。近 2 月来, 患者时感手足肿胀、麻木、疼痛, 难以屈伸。日常生活受到影响, 冷热感觉受限, 机械刺激敏感。面色、爪甲、皮肤晦暗, 皮肤干裂脱皮, 可见瘀斑及色素沉着。停用化疗药物已半年, 麻木情况未见明显改善。

首诊时间: 2019 年 10 月 15 日

西医诊断: (1) 右半结肠癌切除术后 T3N1bM0 IIIB 期 (2) 化疗后周围神经病变 3 级。

中医诊断: 肺癌, 气虚血瘀证

治法: 益气温阳, 化瘀通络

刻下: 手足麻木, 神疲乏力, 畏寒肢冷, 气急喘促, 胃纳差, 二便尚可, 夜寐欠佳。舌黯有瘀斑苔薄有齿痕, 脉沉涩。

方药: 党参 15 g, 白术 12 g, 茯苓 15 g, 佛手 12 g, 川芎 15 g, 桂枝 9 g, 全蝎 3 g, 仙茅 15 g, 仙灵脾 15 g, 黄精 30 g, 灵芝 15 g, 绞股蓝 15 g, 生黄芪 30 g, 鸡内金 12 g, 炒谷麦芽 15 g, 炙甘草 9 g, 淮小麦 30 g, 大枣 9 g (28 剂)。每日一剂水煎, 早晚饭后温服。

复诊时间: 2019 年 11 月 14 日

患者服药 1 周后即觉手足麻木明显缓解, 手指灵活度改善, 皮肤干裂改善。服药 1 月, 精细触觉渐恢复, 疼痛缓解, 皮肤基本已无脱皮。两个月疗程结束, 患者手足麻木消失, 爪甲颜色紫暗缓解, 周围神经症状分度降为 0 级, 生活可自理, 夜寐渐安。

按: 参、术、苓、草四君子汤益气健脾为底, 温而不燥, 补而不峻, 行冲和之德、中庸之道, 川芎、桂枝、全蝎乃温经化瘀通络之组合, 可益气温阳, 行血通经, 功擅治疗化疗后四末不仁。方中再加黄芪大补气虚, 气运则血行, 二仙之用, 温肾阳, 补肾精, 调更年期妇女之阴阳冲任不和, 更加黄精、灵芝、绞股蓝益气养精, 鸡内金合炒谷麦芽顾护胃气, 更年期之期, 易脏躁焦虑, 加甘麦大枣汤养心安神,

和中缓急。全方配伍精当，切中气虚血瘀之要害，兼顾更年妇女之病症特点，方可奏桴鼓之效。

讨论

在我国传统中医理论中，化疗所致周围神经毒性可归属于“痹证”、“痿证”、“血痹”、“不仁”、“寒痹”等范畴。早期患者气血不足，推动无力，气滞血瘀，四末缺少气血濡养，以致麻木疼痛之感，不通则痛，证属“痹证”；病程日进，逐渐发展，后期气血不荣，肢体废用，肌肉痿软，归属“痿证”。^[5] 化疗乃大毒之品，易损伤阳气，尤其脾肾之阳，阳乃一身之本，正气生化之源，阳损则阴无以生，阴阳俱衰，气血失荣，且寒性余毒易于沉积，阻滞四末、经络，经气闭塞，感觉减弱。化疗后周围神经病变病机复杂，乃各类邪气兼杂而致，并非单一因素可成。罹患肿瘤，正气本虚，气滞血瘀日久，再遇化疗之大毒，峻伤气血，伐伐正气，更犯虚虚之弊，邪毒留滞，皮肉筋脉失荣以致肢端麻木疼痛。^[6]

本方由全蝎、川芎、桂枝三味药组成。方中全蝎为君，走窜迅速，力专善行，气血凝聚之处皆能开之，化瘀止痛之力甚强；川芎走而不守，既能行散入气分，上行可达巅顶，又可活络入血分，下行可达血海，臣用以活血祛瘀；桂枝温阳通络，以形补形，直达四肢，开腠理以熨阴痹，为佐。三药合用，共奏温经化瘀通络之功。^[7] 全蝎味辛，平，归肝经，始载于《开宝本草》，息风止痉、攻毒散结、通络止痛之功效。现代药理研究认为全蝎具有抗凝、抗血栓、促纤溶、镇痛、抗癫痫等作用，此外，全蝎还可增强机体免疫功能，通过干扰肿瘤细胞 DNA 合成以杀伤细胞、诱导凋亡，抑制肿瘤新生血管生成等发挥抗肿瘤功效。^[8] 川芎味辛，归肝经、胆经、心包经，具有行气止痛，活血通络的作用，《神农本草经读》曰：“川芎气温，……血少而不能热肤，故生寒而为痹；血少而不能养筋，故筋结而为挛；筋纵而为缓；筋结而为急，川芎辛温而活血，所以主之。”现代研究表明，川芎的提取物有咖啡酸、川芎嗪和阿魏酸等。咖啡酸能升白、抗氧化、抗肿瘤，

川芎嗪和阿魏酸则具有抗凝、扩血管、保护血管内皮、抗氧化、抑制细胞凋亡、增强免疫等作用，^[9] 阿魏酸还可上调前列腺素活性，增强镇痛作用。^[10] 有研究发现川芎素可提高神经痛模型大鼠机械刺激反射阈值，^[11] 降低大鼠冷热感反应敏感性，证明川芎素对化疗后周围神经病变具有一定保护作用。桂枝味辛、甘，温。归心、肺、膀胱经。《本经疏证》曰：“其用之道有六：曰和营、曰通阳、曰利水、曰下气、曰行水、曰补中。”现代药理研究发现，桂枝功效主要有抗感染、扩血管、抗血小板聚集、抗血栓、抗肿瘤、抗惊厥、解热镇痛等。^[12]

温经化瘀通络方对缓解周围神经损伤症状、提高患者生存质量具有显著疗效，安全性佳，副作用小，具有发展潜力，值得深层次挖掘，探究其作用机制，进一步临床推广。祖国医学在改善化疗所致周围神经毒性方面有着独特的优势，方法多样，效果显著，拥有广阔的应用前景，中华民族的文化瑰宝历久弥新，当今的医疗形势下亦值得我们进一步挖掘，我们应当发挥中医药特色，立足于患者的切身感受，研究出简、便、廉、验的中医药防治化疗周围神经病变的方案。

References

1. Oneda E, Abeni C, Zanotti L, Zaina E, Bighe S, Zaniboni A. Chemotherapy-induced neurotoxicity in the treatment of gynecological cancers: state of art and an innovative approach for prevention. *World J Clin Oncol*. 2021;12(6):458-67.
2. Cascella M, Muzio MR. Potential application of the Kampo medicine goshajinkigan for prevention of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *J Integr Med*. 2017;15(2):77-87.
3. Rao ZJ, Deng HB, Zhu LM, Shi HX, Xu ZY. Research progress of chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity. *Modernization of Traditional Chinese Medicine and Materia Medica-World Science and Technology*. 2020;22(4):1307-14. (in Chinese)

4. Meng J, Zhu J. Research progress of traditional Chinese medicine on treatment of peripheral neuropathy. *Journal of Nanjing University of Traditional Chinese Medicine*. 2018;34(6):634-8. (in Chinese)
5. Xu PP. Analysis of traditional Chinese medicine constitution characteristics in patients with peripheral neuropathy induced by chemotherapy drugs [Master]. *Oncology*. Beijing: Beijing Traditional Chinese Medicine. 2019. (in Chinese)
6. Su ZJ, Chai N, Zhu HR. A review of research on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of chemotherapy induced peripheral neuropathy. *Chinese Archives of Traditional Chinese Medicine*. 2020;38(4):196-200. (in Chinese)
7. Shu HX, Rao ZJ, Zhu LM, Lu YY, Yang XL, Gai Y, et al. Clinical effect of Yiqi Wenyang Tongmai formula on patients with chemotherapy induced peripheral neuropathy. *Academic Journal of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine*. 2022;36(2):13-19. (in Chinese)
8. Zlotecki RA, Scarborough MT, Morris CG, Berrey BH, Lind DS, Enneking WF, et al. External beam radiotherapy for primary and adjuvant management of aggressive fibromatosis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2002;54(1):177-81.
9. Chugh R, Wathen JK, Patel SR, Maki RG, Meyers PA, Schuetze SM, et al. Efficacy of imatinib in aggressive fibromatosis: results of a phase II multicenter Sarcoma Alliance for Research through Collaboration (SARC) trial. *Clin Cancer Res*. 2010;16(19):4884-91.
10. Smith EM, Pang H, Cirrincione C, Fleishman S, Paskett ED, Ahles T, et al. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;309(13):1359-67.
11. Durand JP, Deplanque G, Montheil V, Gornet JM, Scotte F, Mir O, et al. Efficacy of venlafaxine for the prevention and relief of oxaliplatin-induced acute neurotoxicity: results of EFFOX, a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial. *Ann Oncol*. 2012;23(1):200-5.
12. Song M, Meng Y, Ren XH, Chang ZW, Chang J, Li L. Effects and mechanism of venlafaxine on neuropathic pain induced by oxaliplatin. *Cancer Research on Prevention and Treatment*. 2013;40(6):555-9. (in Chinese)

บทความพิเศษ

กรณีศึกษาทั้งสองของการรักษาโรคปลายประสาทอักเสบหลังจากคีโมบำบัดโดยตำรับเวินจิงฮว่า-อวิทงลั่ว

หรรว จื้อจิง, เฉิน เฟยจิง, สวี เจิ่นเย่

แผนกมะเร็งแห่งที่สอง โรงพยาบาลทองหล่อ สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: ตำรับเวินจิงฮว่าอวิทงลั่ว เป็นตำรับประสบการณ์ของศาสตราจารย์ สวี เจิ่นเย่ ซึ่งเป็นแพทย์จีนที่มีชื่อเสียงในนครเซี่ยงไฮ้ เป็นผู้ที่ใช้ยาหลักยารองยาเสริมร่วมกันอย่างแม่นยำ ยาหลัก ได้แก่ ฉวนเซี่ย ยารอง ได้แก่ ชวนชยง ยาเสริม ได้แก่ กุ้ยจื่อ สรรพคุณ ไหลเวียนแผ่กระจาย กระตุ้นการไหลเวียนเลือด อุณหภูมิเพื่อใช้รักษาปลายประสาทอักเสบที่มีภาวะหยางพร่องเลือดคั่งตามการวินิจฉัย ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีประสิทธิผลในการรักษาบรรเทาอาการปลายประสาทอักเสบในผู้ป่วยจำนวนมาก บทความนี้จะยกตัวอย่างกรณีศึกษา 2 กรณี

คำสำคัญ: ตำรับเวินจิงฮว่าอวิทงลั่ว; ปลายประสาทอักเสบหลังทำเคมีบำบัด; กรณีศึกษาตัวอย่าง; ศาสตร์การแพทย์แผนจีน; ศาสตราจารย์ สวี เจิ่นเย่

ผู้รับผิดชอบบทความ: สวี เจิ่นเย่: xuzhenye1947@126.com

Special Article

Two cases of treating chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity (CIPN) with Wenjing Huayu Tongluo formula

Rao Zhijing, Chen Peijing, Xu Zhenye

Department of Oncology II, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: The Wen Jing Hua Yu Tong Luo Formula is an experienced prescription by Professor Xu Zhenye, a renowned traditional Chinese medicine doctor in Shanghai. The combination of herbs is precise and appropriate, including principle herb scorpio, associate herb ligusticum wallichii and adjuvant herb cassia twig. It excels in dispersing, promoting blood circulation, and warming the meridians, and is consistent with the differentiation of yang deficiency and blood stasis in peripheral neuropathy. There are countless cases of improving peripheral neuropathy in patients. This article presents two cases.

Keywords: Wen Jing Hua Yu Tong Luo formula; chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity (CIPN) ; case report; traditional Chinese medicine; Professor Xu Zhenye

Corresponding author: Xu Zhenye: xuzhenye1947@126.com

Original Article

Tanshinones encapsulated PLGA nanoparticles: preparation and the effect on cognitive improvement with the combination of borneol

Wang Di¹, Li Wei², Wu Yihan¹, Zhan Gu¹, Zhang Chen¹, Gao Huile³, Zou Liang⁴, Zhang Jinming¹

¹ State Key Laboratory of Southwestern Chinese Medicine Resources, School of Pharmacy, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China

² School of Basic Medicine, Chengdu University, China

³ West China School of Pharmacy, Sichuan University, China

⁴ Key Laboratory of Coarse Cereal Processing, Ministry of Agriculture and Rural Affairs, Chengdu University, China

Abstract: The cognitive impairment belongs to the most common symptom caused by several central nervous system (CNS) diseases, leading to the lowered living quality. However, these commonly therapeutic agents scarcely exhibit the satisfactory clinical outcome, due to the unclear pathogenesis as well as the delivery challenges posed by blood-brain barrier. The purpose in this study is to develop a therapeutic approach with the combination of tanshinones co-loaded nanoparticles (NPs) and borneol, to improve the cognitive impairment. Primarily, tanshinone IIA (TanIIA) and cryptotanshinone (CTan), which are the main tanshinones derived from traditional Chinese herbal *Salvia miltiorrhiza* Bunge, were loaded into PLGA copolymer (TC@PLGA/NPs) by one-step solvent evaporation method. TC@PLGA/NPs exhibited the encapsulation efficiency of TanIIA and CTan were $85.31 \pm 1.28\%$ and $86.42 \pm 2.07\%$, respectively. LE% of TanIIA and CTan were $1.24 \pm 0.09\%$ and $1.53 \pm 0.15\%$, respectively. Meanwhile, it had the average particle size of 194.2 ± 3.5 nm and good storage stability. The DSC results indicated that the tanshinones were well encapsulated in PLGA polymer, instead of the physical mixture. The Morris water maze (MWM) behavioral experiment demonstrated that TC@PLGA/NPs with the combination of borneol (BNL+TC@PLGA/NPs) could dramatically improve the spatial learning and memory capability of AD model rats, compared with other groups. Specifically, the administration of BNL+TC@PLGA/NPs can significantly shorten the escape latency and swimming distance of scopolamine-induced dementia rats, meanwhile it can also reduce the expression of MDA and AchE in hippocampus. In conclusion, combined the advantage of borneol to enhance drug delivery across BBB and the tanshinones co-loaded NPs, the learning ability and cognitive function could be significantly improved. It would provide a useful strategy for CNS diseases treatment.

Keywords: tanshinone IIA; cryptotanshinone; borneol; cognitive impairment; PLGA

Corresponding authors: Zou Liang: zouliangcdu@126.com;

Zhang Jinming: cdutcmzjm@126.com

Introduction

Alzheimer's disease (AD) is one of the most serious aging-related neurodegenerative brain disorders, manifested primarily by progressive cognitive impairment, memory impairment, and affective disorders.^[1] It is currently occurring in approximately 40 million people globally.^[2,3] The main pathology of AD is predominantly characterized by extracellular plaque formation of β -amyloid ($A\beta$), neurogenic fiber tangles (NFT) and neuronal cell death, appearing in the frontal and temporal lobes of the cerebral cortex, hippocampus, and basal forebrain. Despite the unclear etiology of AD, it is generally believed that the formation of Ab plaques leads to NFT, causing neuronal cell death and cognitive impairment. Memory disorders are associated with cholinergic neuron dysfunction in AD. In addition, many studies have shown that inflammation, cholinergic nerve damage and oxidative stress also contributes to the incidence of AD.^[4-6] At present, due to its complex pathogenesis, there is a lack of effective treatment methods for AD.^[7] A variety of treatment medications are currently being developed to treat AD, such as cholinergic inhibitors, N-methyl-D-aspartate receptor antagonist, and some AD treatment that promote blood flow in the cerebral blood vessels. However, these drugs have hepatotoxicity and gastrointestinal adverse effects, combined with failure to stop progressive neuroinflammatory dystrophy, costing a high price of treatment and limiting its clinical efficacy. Therefore, it is urgent to develop an alternative agent's multi-target drug to prevent and treat AD.

The effectiveness of TCM in preventing and controlling neurological diseases is gradually goes into people's visual field.^[8,9] The root of *Salvia miltiorrhiza* (Lamiaceae), known as "Danshen" in Chinese, has been widely applied in the treatment of

cardiovascular and cerebrovascular diseases.^[10,11] Clinical studies have found that Danshen has anti-inflammatory, improves microcirculation and protects the central nervous system. The main components of Danshen can be divided into two groups, including water-soluble polyphenolic compounds and lipophilic chemicals, with both groups contribute to the biological activities of Danshen. Studies have shown particularly lipophilic chemicals, such as tanshinone IIA (TanIIA) and cryptotanshinone (CTan) have significant multiple neuroprotective potentials related to AD.^[12-14] TanIIA can inhibit oxidative stress response to improve learning and memory function of AD rats. In addition, TanIIA has anti- $A\beta$, anti-inflammation, and induces neurogenesis of neural progenitor cells/stem cells in vitro and in vivo. Meanwhile, CTan can reduce the deposition of Tau protein in the brain, and enhancement of cholinergic signaling to prevent AD. These results indicate that both components show great potential in the treatment of AD.^[15-17] In order to make TanIIA and CTan pass through the blood-brain barrier (BBB) and produce better results, nano-scaled carriers have been considered as the most promising tools with various advantages on increasing stability, bioavailability and targetability for the treatment of brain diseases.^[18,19] Among diverse nano-vehicles, polymer materials are ideal artificial carriers with superior biodegradability and targetability.^[20] Previous studies have confirmed the potential advantages of TanIIA/CTan encapsulated in poly (lactide-co-glycolide (PLGA)) nanoparticles (TC@PLGA/NPs) for improving the oral bioavailability of insoluble drugs.^[21] Although nanopreparations improve accumulation capacity and bioavailability of the drugs at the brain compared to free drugs. However, complex, and functional BBB

can protect brain tissue while limiting the substances transport into the brain lead to poor bioavailability. Borneol (BNL), possessing the ability to the permeability of BBB, is widely used in the treatment of cardiovascular and cerebrovascular diseases. Previous studies have reported that it can be used in combination with certain drugs, such as ligustrazine, geranium and asparagine, to increase the permeation and accumulation in the brain, achieving the effect of improving the bioavailability of the drug. In addition, in our previous work, we found that borneol has an obvious permeation effect on blood-brain barrier and can improve the bioavailability of gastrointestinal drugs.^[22] Consequently, borneol were employed by us to assist in enhancing the ability of PLGA nanoparticles (NPs) to penetrate the BBB. The new drug delivery system (BNL+TC@PLGA/NPs) was prepared by combining the characteristics of polymer nanoparticles and borneol. Based on the optimization and characterization of TC@PLGA/NPs, the combination of borneol were employed to evaluate the effects on spatial memory in MWM rat test, followed by the determination of malonaldehyde (MDA) content and acetylcholinesterase (AChE) expression in hippocampus.

1. Materials and methods

1.1 Materials

Tanshinone IIA (TanIIA, purity≥98%), Cryptotanshinone (CTan, purity≥98%) and natural Borneol (BNL, purity≥98%) were purchased from Melonephama Co., Ltd. (Dalian, China). PLGA (d,l-lactide-co-glycolide, MW=15000, lactide: glycolide (75:25)) was obtained from Dai-Gang Pharma Co., Ltd. (Shandong, China). Scopolamine hydrobromide was provided by Karamay Reagent Co., Ltd. (Shanghai, China). Polyvinyl alcohol (PVA, alcoholysis degree: 88%, MW=22000)

was from Sigma-Aldrich (St. Louis, MO, USA). All other chemicals were of analytical grade.

Ten-month-old male SD mice weighing 280-320 g were purchased from Dashuo Laboratory Animal Reproduction Center (Chengdu, China). All mice were kept under pathogen-free environment and allowed free access to the diet and water. All methods were carried out in accordance with relevant guidelines and regulations and procedures involving mice were approved by the animal care center of Chengdu University.

1.2 Preparation and characterization of TanIIA/CTan-loaded PLGA Nanoparticles (TC@PLGA/NPs)

1.2.1 Drug loading in PLGA/NPs

TanIIA and CTan (TC) were jointly encapsulated in PLGA NPs by solvent evaporation method with assistance of ultra-sound as reported studies.^[23] Some vital preparation parameters were optimized by orthogonal design tests with encapsulation efficiency (EE%), loading efficiency (LE%) and nanoparticle size as comprehensive evaluation index. More specifically, the model drug (TC,TanIIA:CTan=1:1) and PLGA were dissolved by ultra-sound to blend well with dichloromethane in different mass ratios (20:1, 25:1, 30:1). Then, the oil phase dropped in a certain ratio of PVA solution consisting of aqueous phase (1%, 1.5%, 2%). The mixed solution was dissolved by ultrasonic cell breaker (UCB, Shanghai Qiqian Electronic Technology Co., LTD., Shanghai, China) with a certain time (4, 6, 8 min) and different ultrasonic power (500, 600, 700 W). After ultrasonic treatment, the nano suspension was placed on magnetic stirrer and stirred at room temperature for 2 hours to remove the organic solvent from the nano-particle solution. At last, the total TC@PLGA/NPs was obtained by centrifugation(Centrifuge, Changsha Yingtai Instrument Co., LTD, Changsha, China) at

13000 rpm for 30 minutes and freeze drying (Freeze dryer, VIRTIS Instrument Co., LTD, USA) technique.

1.2.2 Characterization of TC@PLGA/NPs

TC@PLGA/NPs were diluted properly with distilled water at the polymer concentration of 1 mg/ml, and the particle size, polydispersity index (PDI) and zeta potential were determined by a nano particle size analyzer (NSA, Malvern Instruments Ltd., Worcestershire, UK). The TC@PLGA/NPs were dripped on copper net for 10 min and dried with filter paper. Then it was stained with 2.0% phosphor tungstic acid solution for 5min to analyze the morphology of prepared TC@PLGA/NPs by a Tecnai G20 transmission electron microscope (TEM, FEI, Hillsboro, OR). The storage stability of TC@PLGA/NPs was evaluated by the particle size change, PDI and encapsulation efficiency EE% at 4 °C during 15 days. In order to measure the EE% and loading efficiency LE% of drugs, the TC@PLGA/NPs were dissolved in methanol to disrupt the polymeric shells before analysis. Then, the concentration of TanIIA and CTan were determined by Waters UPLC (UPLC, Waters Instruments Ltd., USA) equipped with a reverse phase C18 Column (2.1 mm×50 mm, 1.7 μm) at a maximum absorbance of 270 nm with methanol/water (75/25, v/v) as the mobile phase at a flow rate 0.3 ml/min. The EE% and LE% were calculated using the following equations, respectively:

$$EE(\%) = \frac{\text{amount of drug loaded}}{\text{amount of drug loaded}} \times 100\%$$

$$LE(\%) = \frac{\text{amount of drug loaded}}{\text{amount of drug loaded} + \text{polymer}} \times 100\%$$

The samples to be analyzed by differential scanning calorimetry (DSC) (DSC, Shanghai Hesheng Instrument Technology Co., LTD, Shanghai, China) with the scanning range of 0~250 °C at a heating rate of 10 °C /min.

1.3 Pharmacodynamics test of animals in vivo

1.3.1 Animals

A total of 64 healthy male Sprague-Dawley rats, aged ten months and weighted 300±20 g, were purchased from Dashuo Laboratory Animal Reproduction Center (Chengdu, China). All rats were adopted to the laboratory environment (23±0.5 °C, relative humidity 55±3%) and allowed free access to the diet and water. Before treatment, animals were given a 3-day acclimation period to the laboratory condition. All in vivo experiments were conducted in accordance with the Guidelines for Nursing and Use of Laboratory Animals of National Institute of Health of Chengdu University.^[24]

1.3.2 Dose and grouping

All the 64 rats were randomly divided into 8 groups (8 rats in each group), as follows: (a) control group; (b) model group; (c) donepezil group (1 mg·kg⁻¹); (d) blank NPs group; (e) BNL group (20 mg·kg⁻¹); (f) free drug of TC group (TanIIA : 4 mg·kg⁻¹; CTan : 5 mg·kg⁻¹); (g) TC@PLGA/NPs group (TanIIA : 4 mg·kg⁻¹; CTan : 5 mg·kg⁻¹); (h) BNL+TC@PLGA/NPs group (BNL : 20 mg·kg⁻¹; TanIIA : 4 mg·kg⁻¹; CTan : 5 mg·kg⁻¹). BNL and free drug of TC were dissolved in CMC-Na. Each group was administered once a day by gavage for 28 days. Except the control group, all rats in each group were injected with 3 mg·kg⁻¹ scopolamine solution from the 22nd day after intragastric administration for 1 hour, so as to make Alzheimer's disease model. Meanwhile, from the 24th day, each group was tested by Morris water maze (MWM) 20 minutes after scopolamine injection for 5 days.

1.3.3 Behavioral test of rats

All rats in each group were tested for behavior by MWM consisted of a circular pool filled with water (22±2 °C) to a depth of 50 cm and divided into four equivalent quadrants, including north-east (NE), north-west (NW),

south-east (SE), and south-west (SW), a platform located 1 cm below the water surface in the center of the target quadrant (NW). This experiment lasted for 5 days, including 4-day positioning navigation experiment and space exploration experiment for a day.

Escape latency and total traveling distances, respectively, were used as indicators to evaluate the learning ability of experimental rats in the positioning navigation experiment. Escape latency, as one of the indexes, refers to the time taken by rats to enter water from different quadrants to find the central platform of the second quadrant in 90 seconds. If a rat fails to reach the platform within 90 seconds, the experimenter will guide it to the platform and stay on the platform for 15 seconds, and its escape latency was 90 seconds.

In space exploration experiments, the hidden platform was removed, and the rat was placed on the NW quadrant and allowed to swim for 90 seconds. The 4 indicators we selected, time in target quadrant, residence time in platform, travel distances in quadrant and number of platform crossing, to evaluate the memory function of rats systematically.

1.3.4 Determination of MDA contents in hippocampus

All rats were sacrificed by euthanasia. The hippocampus tissues were collected and cleaned with cold PBS. 0.9% sodium chloride solution was rapidly added to the right side of hippocampus to obtain the 10% tissue homogenate through tissue homogenate on ice water bath. MDA content in hippocampus homogenate suspension was determined. And then, the left part of the hippocampus was put into 4% paraformaldehyde for 24 hours, and a series of operations

such as gradient alcohol dehydration, xylene removal and paraffin embedding were performed. Paraffin section from the similar section from each rat was used for hematoxylin and eosin (H&E) staining. The histo-morphological changes of the hippocampus were observed with microscope at x100 and x400 magnification.

1.3.5 Expression of AchE in hippocampal tissue

The expression of AchE in hippocampus was determined by immunohistochemical method using the specific binding between antigen and antibody. First, the dewaxed slices were stained with methanol and hydrogen peroxide at 25°C for 10 minutes. The slices were washed in PBS for 15 minutes, and then immersed in 0.01 M citrate buffer. Then, heat up to boiling and cool it. Then 10% goat serum blocking solution, first antibody and biotinylated second antibody were added in turn. Similarly, the next series of operations have been described before, such as gradient alcohol dehydration, removal in xylene and neutral glue sealing sheet. Finally, the average optical density (Image Pro Plus, IPP) of the collected images was calculated.

1.4 Statistical analysis

The SPSS 19.0 Software (IBM Corp., Armonk, NY, USA) and OriginPro 9.1 Software (OriginLab Corp., Northampton, MA, USA) were applied to data analysis. Besides, all results were expressed as the mean $\pm$ standard deviation. Comparisons between two groups were conducted by independent t-test; and comparisons among multiple groups were performed using the one-way ANOVA test. $p < 0.05$ considered statistically significant.

2. Results

2.1 Preparation and characterization of TC@PLGA/NPs

TC@PLGA/NPs were prepared by emulsion solvent evaporation method. The formula was optimized by L18 (35) orthogonal design and calculated by UPLC (Figure 1) with three levels of factors. Particle size, EE% and LE% were as the comprehensive evaluation indexes. The results and variance analysis are shown in Tables 1 and 2. The data analyzed by comprehensive weighted scoring method. The maximum particle size, encapsulation efficiency and drug loading were determined to be 100, and the weight coefficients were 0.5, 0.3 and 0.2 respectively. According to results, the contribution of the ratio of PLGA to drugs and volume ratio of oil phase to aqueous phase are significant. The optimum preparation process of TC@PLGA/NPs was deduced as NO.3: PLGA-drugs ratio of 20:1, PVA concentration of 1.5%, oil phase-aqueous phase ratio of 1:15, ultrasonic time of 8 min and ultrasonic power of 700 W.

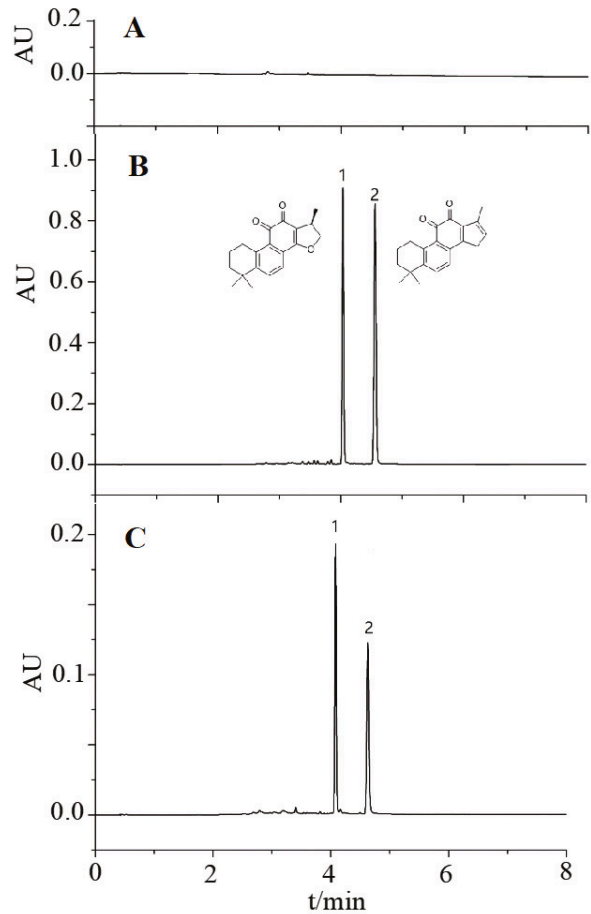


Figure 1 UPLC spectrum of blank NPs(A), mixed reference substances of TC(B) and TC@PLGA/NPs(C).

Note: 1 : CTan ; 2 : TanIIA

Table 1 Orthogonal test of L18(35) of TC@PLGA/NPs preparation optimization

NO	A	B	C	D	E	Diameter (nm)	EE (TanIIA%)	EE (CTan%)	LE (TanIIA)%	LE (CTan%)	Overall score
1	1	1	1	1	1	236.0±1.7	74.84%	88.48%	0.67%	1.28%	45.91
2	1	2	2	2	2	250.3±3.6	81.79%	81.53%	1.40%	1.65%	50.59
3	1	3	3	3	3	190.9±1.7	83.46%	84.02%	1.26%	1.57%	60.35
4	2	1	1	2	2	225.3±3.2	80.59%	82.21%	0.48%	1.02%	45.04
5	2	2	2	2	3	206.1±2.7	71.91%	75.42%	0.72%	1.23%	48.77
6	2	3	3	1	1	208.2±2.9	80.21%	79.37%	1.04%	1.29%	52.98
7	3	1	2	1	3	225.6±2.7	74.06%	73.64%	0.42%	0.79%	40.93
8	3	2	3	2	1	236.3±3.5	86.76%	88.34%	0.79%	1.21%	48.28

Table 1 Orthogonal test of L18(35) of TC@PLGA/NPs preparation optimization (cont.)

NO	A	B	C	D	E	Diameter (nm)	EE (TanIIA%)	EE (CTan%)	LE (TanIIA)%	LE (CTan%)	Overall score
9	3	3	1	3	2	252.4±4.0	77.74%	81.52%	0.54%	1.05%	40.25
10	1	1	3	3	2	210.8±2.7	83.83%	89.25%	1.32%	1.90%	59.88
11	1	2	1	1	3	242.4±2.1	84.51%	88.44%	0.60%	1.50%	47.02
12	1	3	2	2	1	256.3±5.5	77.94%	83.24%	0.80%	1.45%	43.83
13	2	1	2	3	1	254.1±2.1	83.56%	87.33%	0.64%	1.23%	43.48
14	2	2	3	1	2	208.5±3.3	80.93%	88.75%	1.08%	1.56%	56.23
15	2	3	1	2	3	230.2±6.5	81.83%	83.69%	0.45%	1.22%	45.45
16	3	1	3	2	3	242.5±0.6	91.47%	82.91%	0.45%	1.21%	44.67
17	3	2	1	3	1	280.3±3.4	91.49%	95.44%	0.54%	0.75%	38.18
18	3	3	2	1	2	282.4±6.0	74.83%	76.27%	0.51%	1.01%	33.21

Table 2 The result of variance analyses

Factor	SST	F	p
A	347.305	2.923	p<0.05
B	14.87	0.125	p>0.05
C	414.348	3.487	p<0.05
D	21.491	0.181	p>0.05
E	20.685	0.174	p>0.05

Note: Freedom(f)=2

A: PLGA-drugs ratio, B: PVA concentration, C: oil phase-aqueous phase ratio, D: ultrasonic time, E: ultrasonic power.

Optimum preparation process was repeated three times under this condition. We obtained the TC@PLGA/NPs with a homogeneous translucent colloid appearance and a good storage stability, which were characterized by a mean particle size of 194.2 ± 3.5 nm with a narrow distribution (PDI=0.189), and the zeta potential of -15.5 mV. The TEM images (Figure 2B) showed that TC@PLGA/NPs exhibited the uniform particle size, smooth surface and spherical shape (Figure 2A and Figure 2B). In addition, the EE%

of TanIIA and CTan were $(85.31\pm1.28)\%$, $(86.42\pm2.07)\%$, the LE% of TanIIA and C Tan were (1.24 ± 0.09) , $(1.53\pm0.15)\%$, respectively. Meanwhile, the storage stability was verified by the change of particle size, PDI, and EE% once again during 15 days storage. As shown in Figure 2C and Figure 2D, there was no obvious change from the appearance after 15 days, EE% and particle size are basically consistent on the whole. Only the EE% of TanIIA showed a small decline during the period from day 5 to day 15.

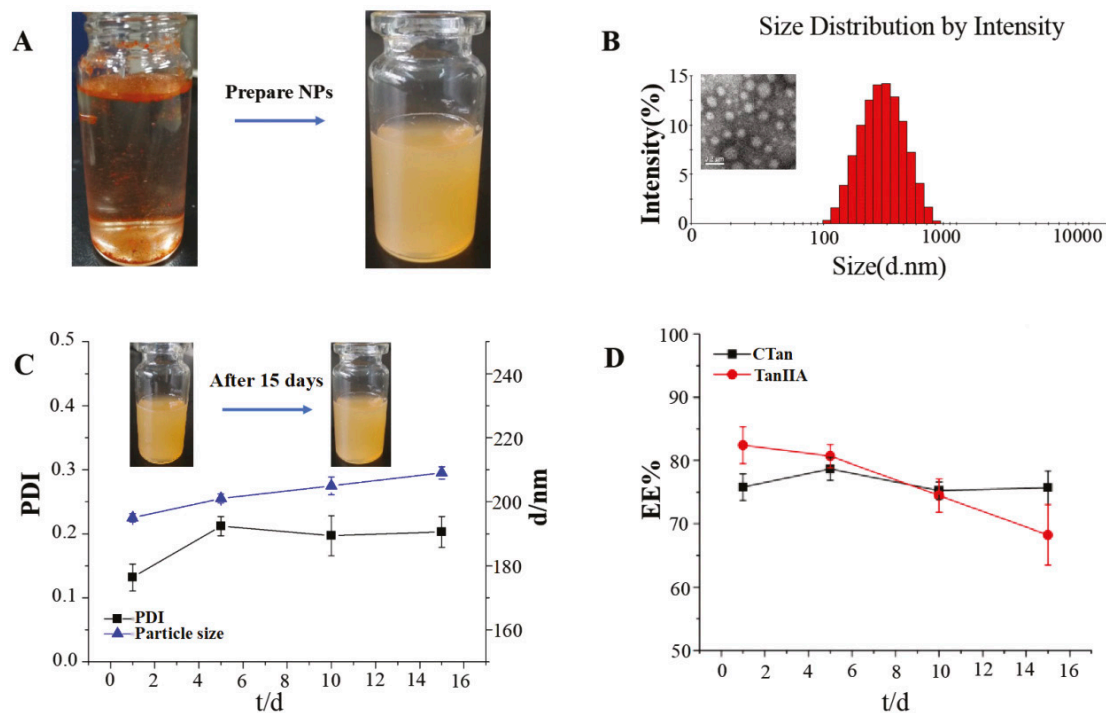


Figure 2 Appearance (A), size distribution and transmission electron microscopic images (B) of NPs, the variable trend graph of particle size (C) and EE% (D) of TC@PLGA/NPs in 15 days of TC@PLGA/NPs.

The chemical interactions after encapsulation of TC into PLGA NPs were investigated by DSC. As shown in Figure 3, apparently, there was a sharp endothermic peak of PLGA at 140 degrees Celsius. In addition, the free drug TC appeared another endothermic peak at around 180 degrees Celsius. Obviously, the spectrum of its physical mixture was the superposition of two curves, and the glass-transition temperature was close to that of the TC and PLGA. However, great changes had taken place the TC@PLGA/NPs in characteristic peak compared with the spectrum of its physical mixture, which had no characteristic peak of free TC. The glass transition temperature is also greatly reduced. The results showed that the original crystal form of TC loaded in PLGA nanoparticles changed.

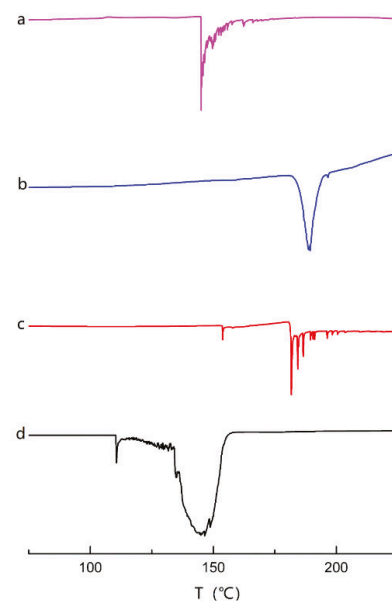


Figure 3. DSC curve of different samples.

Note: a. Blank NPs; b. Free TC;
c. Physical mixture; d. TC@PLGA/NPs

2.2 Behavioral tests

As seen in the figure 4A, the swimming trajectory of the saline control group was mostly linear. However, the swimming trajectories in the model group mostly showed marginal type. Except blank NPs, other groups tend to be directional. The results showed that rats in normal saline control group can locate quickly and accurately, and landed safely. During the training period, rats in the model

group spent more time looking for the platform than those in other groups in the positioning navigation experiment (Figure 4B). There was a significant difference ($p < 0.05$) between the model group and the TC@PLGA/NPs group. In addition, as shown in Figure 4C, there is a significant difference between model group and TC@PLGA/NPs group in the total distance index.

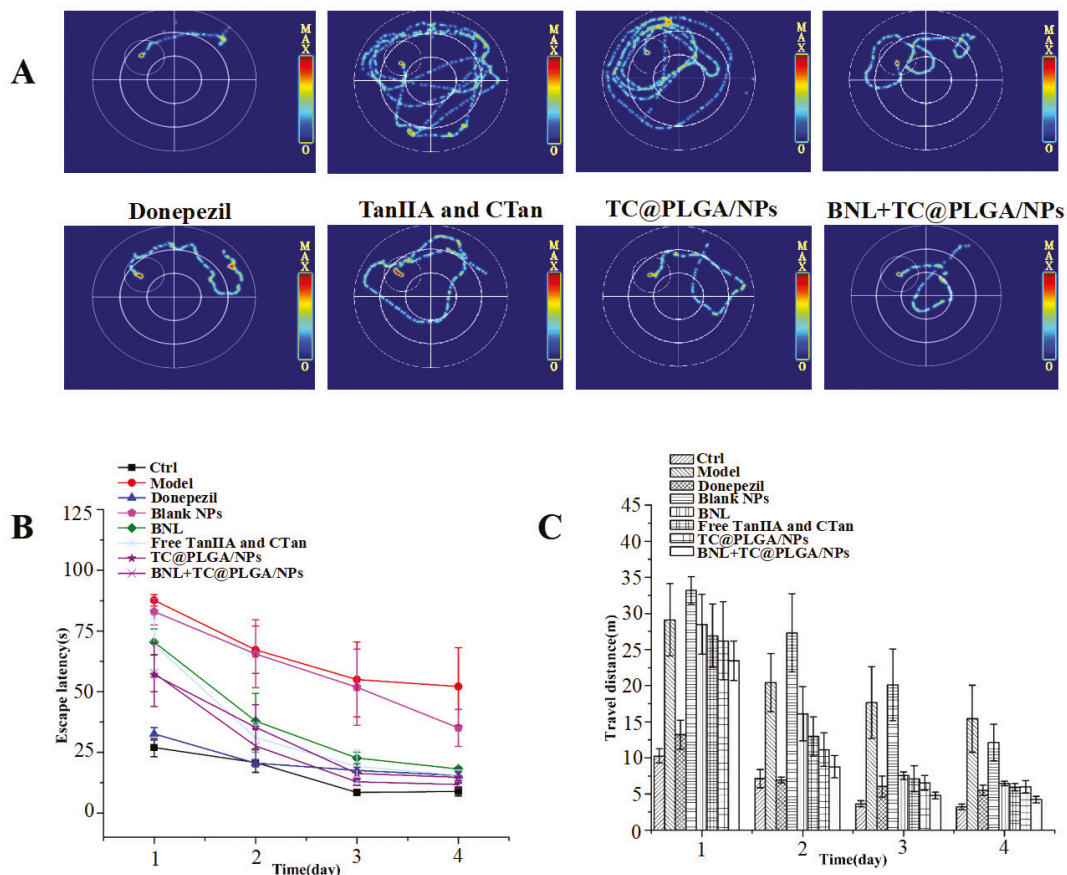


Figure 4 Swimming trace (A), escape latency (B) and swimming distances (C) of rats in the positioning navigation stage.

Through space exploration experiment, the target quadrant time, platform stay time, quadrant travel distance and platform crossing times were tested, and the learning and memory ability of rats were comprehensively evaluated, as shown in Table 3 and Figure 5. The results showed that compared with the saline control group, the rats in saline control group were more concentrated

in the target quadrant within 90 seconds, and the rats in model group was more disordered and the target was unclear. Compared to the model group, all the treatment groups improved in four different evaluation indexes (except the blank control group). Especially, the BNL+TC@PLGA/NPs group improved memory function of dementia rats more significantly.

Table 3 Four different evaluating indicators in space exploration experiment

Group	residence time in platform(S)	number of platform crossing	time in target quadrant(S)	travel distances in quadrant (m)
Saline ctrl	9.96±5.68 [#]	10.80±4.49 [#]	34.14±3.36	8.32±2.02
Model	1.88±1.23 ^{**}	3.60±3.21 [*]	25.32±4.11 [*]	7.15±0.28
Donepezil	10.08±3.04 [#]	10.40±3.36 [#]	29.26±4.27	7.62±1.09
Blank NPs	8.13±6.29	8.67±6.03	24.73±6.49 ^{**}	7.20±1.25
BNL	8.52±6.14	11.00±5.57 ^{##}	28.10±7.45	7.83±1.04
Free TC	8.5±5.35	10.60±6.19 ^{##}	27.24±5.81	7.37±0.27
TC@PLGA / NPs	11.30±6.93 [#]	9.60±5.86	29.28±7.32	7.80±0.66
BN+TC@LGA/ NPs	11.94±3.62 [#]	14.40±2.88 ^{##}	36±7.28 ^{##}	8.35±0.79

Note: Compared with the saline ctrl group: * p<0.05, ** p<0.01; compared with the model group, [#]p < 0.05, ^{##}p<0.01

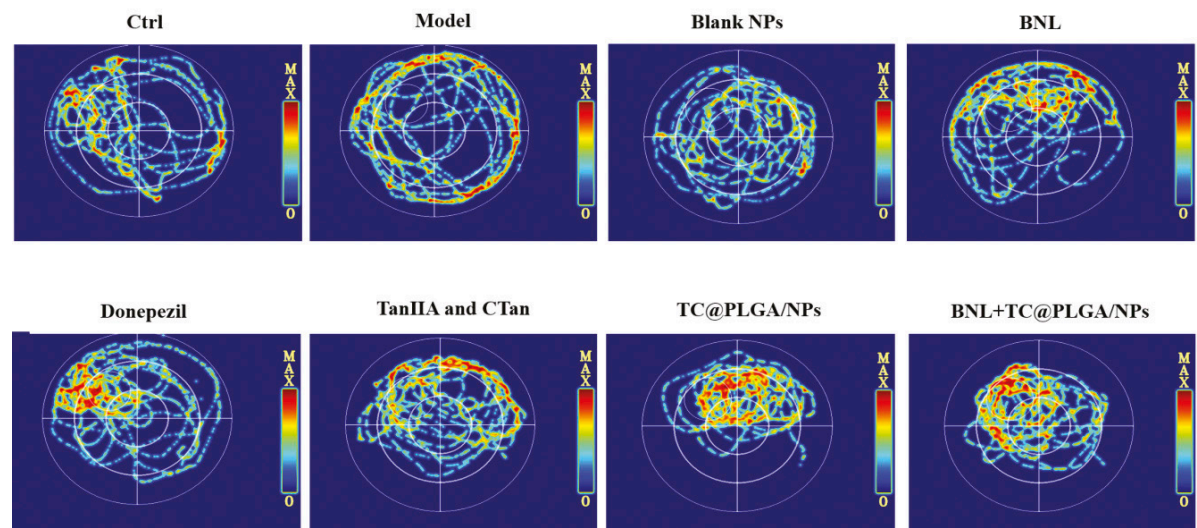


Figure 5 The swimming trace of rats in the space exploration stage

2.3 Determination of MDA contents in hippocampus

As shown in Table 4, compared with the model group, the content of MDA in hippocampus of other groups decreased

compared with the model group. Especially, the BNL+TC@PLGA/NPs group decreased significantly (p<0.05). This indicates that BNL combination would significantly reduce the content of MDA in hippocampus.

Table 4 Content of MDA in hippocampus of rats in each group

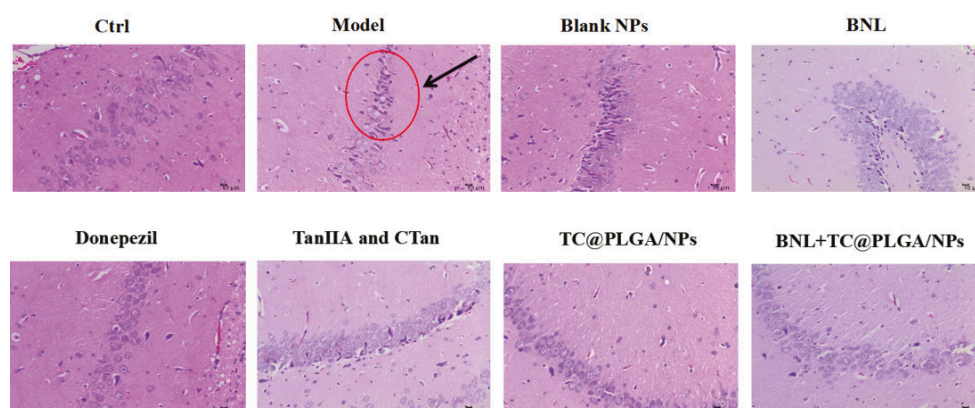
Group	MDA contents (nmol/mgprot)
Saline ctrl	1.664±0.062
Model	1.820±0.086*
Donepezil	1.611±0.300
Blank NPs	1.682±0.205
BNL	1.667±0.077
Free TC	1.645±0.596
TC@PLGA/NPs	1.631±0.271
BNL+TC@PLGA/NPs	1.599±0.007#

Note: Compared with the saline ctrl group: * $p<0.05$; compared with the model group, # $p<0.05$.

2.4 H&E staining in hippocampus

As shown in Figure 6, all the pyramidal cells in the hippocampus of normal saline control group were arranged closely and orderly, and there was no cell necrosis and rapid changes of cell numbers. In addition, the hippocampal formation is basically normal, the stroma is dense, without edema. Compared with normal saline control group, the rats in model group had different pathological changes. It mainly includes constriction and

necrosis in pyramidal cells. Compared with the model group, each administration group improved the morphology of the hippocampal cells in scopolamine model rats in varying degrees. Surprisingly, the BNL+TC@PLGA/NPs group showed the most significant improvement on the pathological changes of hippocampal tissue cells in scopolamine-induced dementia rats, and its therapeutic effect even exceeded that of Donepezil.

**Figure 6 H&E staining in hippocampus of rats in each group**

2.5 Expression of Ache in hippocampal tissue

It can be seen from Figure 7A that compared with the normal saline control group, the positive cells in the hippocampus of the model group showed dark brown, indicating that the expression of AchE was significantly enhanced. Compared with the model group, the expression of AchE in different administration groups decreased to some extent. The quantitative analysis in Figure 7B shows that compared with normal rats, the integrated

optical density (IOD) of AchE in hippocampus of dementia rats increased significantly. Treatment with BNL+TC@PLGA/NPs resulted in significant decrease in AchE activity ($p<0.05$). Remarkably, the correlation analysis showed that there was a strong negative correlation between IOD and retention time of target quadrant, which indicated that decreasing the expression of AchE in hippocampus could improve memory and cognitive function of dementia rats (Figure 7C).

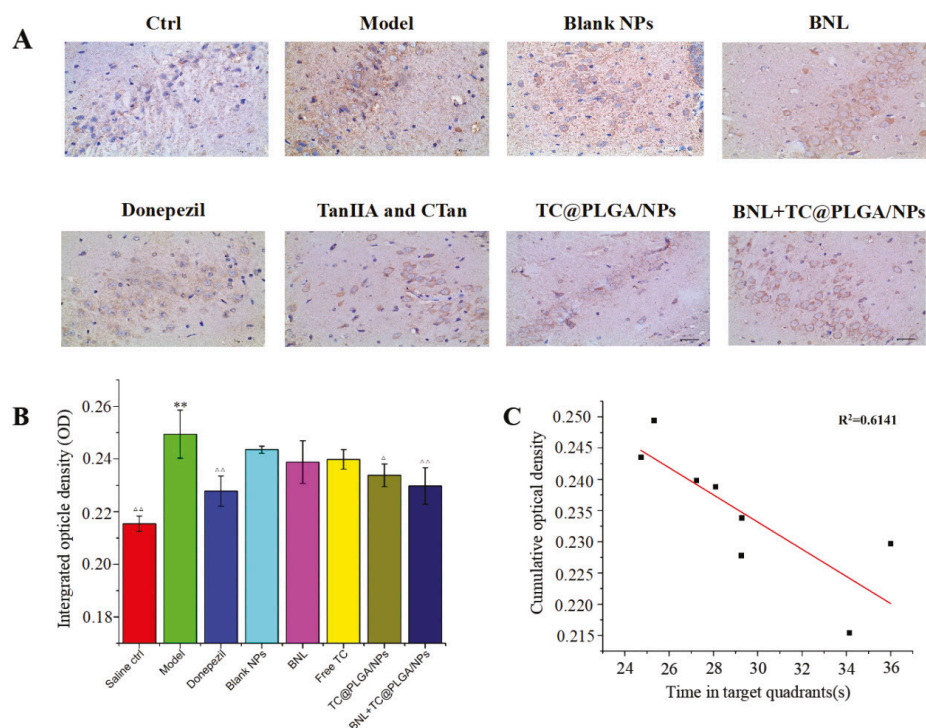


Figure 7 The expression of AchE in hippocampus(A) and the cumulative optical density(B) and correlation analysis between OD and the time in target quadrant(C).

Note: Compared with blank control group, * $p<0.05$ ** $p<0.01$; Compared with model

3. Discussion

In the present study, we prepared TC@PLGA/NPs by combining nanotechnology with traditional Chinese medicine. The TC@PLGA/NPs have high encapsulation efficiency, moderate particle size and good stability. In addition, the results of differential scanning calorimetry fully indicate that drug crystal have changed in the nano-precipitation process.

In the behavioral experiment, compare the free TC, TC@PLGA/NPs can significantly shorten the escape latency and swimming distance of scopolamine-induced dementia rats. In terms of platform residence time, TC@PLGA/NPs is 1.33 times higher than free TC. Meantime, TC@PLGA/NPs can also reduce the expression of AchE in hippocampus, so as to improve the learning ability and cognitive function.

The results of this study provide new strategies for the treatment of brain diseases.

Besides, a study has shown that borneol can enhance the bioavailability of several other drugs by opening the BBB and inhibiting P-glycoprotein (P-gp) efflux. Therefore, the combination of borneol, TanIIA and CTan loaded PLGA nanoparticles can further enhance the drug concentration in the brain. As shown in Figure 7, the combination of borneol and TanIIA and CTan loaded PLGA nanoparticles could lower the expression of AchE in hippocampus and improve the memory of rats significantly.

Author contributions

Wang Di and Li Wei contributed equally to this work. Wang Di prepared and characterized the PLGA nanoparticles. Li Wei and Gu Zhan conducted experiments on rat behavior. Zhang Chen and Wu Yihan worked for immunohistochemistry and pathology experiments. Zou Liang and Zhang Jinming gave the ideas and designed the whole research. All the authors were involved in the data analysis.

Acknowledgements

Open Foundation of Key Laboratory of Coarse Grain Processing of Ministry of Agriculture and Rural Affairs (No. 2021CC003). Sichuan Science and Technology Innovation Seedling Project Funding Project (MZGC20230055). Chengdu University of Traditional Chinese Medicine "Xinglin Scholars" Discipline Talent Research Promotion Program for Nursery Talent Special Project (MPRC2022017).

References

1. Nezerwa M, Chen T, Fried-Stahl J, Joshi N, Terranova J, Wright R, et al. Universal design with mobile app development: bridging the gap for the forgotten populations. In: 2015 Long Island Systems, Applications and Technology Conference; 2015 May 1; Farmingdale, NY, USA. New York: IEEE; 2015. p. 1-6.
2. Klich-Rączka A, Piotrowicz K, Mossakowska M, Skalska A, Wizner B, Broczek K, et al. The assessment of cognitive impairment suspected of dementia in Polish elderly people: results of the population-based PolSenior Study. *Exp Gerontol*. 2014;57(9):233-42.
3. Sabir S, Roohi N. Association of electrophoretically resolved low molecular weight protein fractions with senile dementia in elderly people. *Pak J Zool*. 2011; 43(4):721-26.
4. Tian BJ, Wei WS. The contribution of vascular factors to the pathogenesis of alzheimer's disease. *Chinese J Clinical Neurosciences*. 2014;22(4):445-51. (in Chinese)
5. Wang Y, Liu ZB, Niu WM. Influence of "Xiusanzhen" electroacupuncture on spatial memory ability and APP, A β protein expression in hippocampus of mice with Alzheimer's disease. *Shaanxi J Traditional Chinese Medicine*. 2018;39(2):139-42. (in Chinese)
6. Li H, Liu JG, Yao MJ, Zhao WM. Effect of Huannaoyicong prescription to AD rat in learning and memory and hippocampus of A β -related protein expression with lipid metabolism. *Chinese Journal of Basic Medicine in Traditional Chinese Medicine*. 2009;15(5): 354-7. (in Chinese)
7. Lei X, Wang JH, Cheng XR, Zhou WX. Multiple-target agents in the therapy of Alzheimer's disease: research advances. *J Int Pharm Res*. 2016;43(2):205-15. (in Chinese)
8. Xiao XH, Niu M, Wang J. Precision medicine oriented drug R&D and quality control of traditional Chinese medicine. *Modernization of Traditional Chinese Medicine and Materia Medica-World Science and Technology*. 2017;19(6):900-5. (in Chinese)
9. Shen CY, Jiang JG, Yang L, Wang DW, Zhu W. Anti-aging active ingredients from herbs and

- nutraceuticals used in traditional Chinese medicine: pharmacological mechanisms and implications for drug discovery. *Br J Pharmacol*. 2017;174(11): 1395-425.
10. Liu N, Guo L, Yang J. Role of syndrome elements to name Alzheimer's disease syndrome. *Global Traditional Chinese Medicine*. 2012;5(7): 517-20. (in Chinese)
11. Cheng Y, Feng J, Yao Q, Wu YH, Zhao FX. Discussion on the treatment of chronic arthritis by blood stasis. *Guide of China Medicine*. 2013;11(20):275-6. (in Chinese)
12. Qu Q, Zhang H, Zhao XP, Zhang GS. Professor Pei zhengxue's clinical experience on usage of *Salvia miltiorrhiza*. *World Chinese Medicine*. 2013;8(11):1326-8. (in Chinese)
13. Xu SX, Zhong AQ, Ma HN, Li D, Hu Y, Xu YZ, et al. Neuroprotective effect of salvianolic acid B against cerebral ischemic injury in rats via the CD40/NF- κ B pathway associated with suppression of platelets activation and neuroinflammation. *Brain Res*. 2017;1661: 37-48.
14. Jiang P, Li C, Xiang Z, Jiao B. Tanshinone IIA reduces the risk of Alzheimer's disease by inhibiting iNOS MMP-2 and NF- κ Bp65 transcription and translation in the temporal lobes of rat models of Alzheimer's disease. *Mol Med Rep*. 2014;10(2):689-94.
15. Jiang P, Sun XJ, Xiang ZH, Su XP, Li CB. The effect of tanshinone on the expression of iNOS MMP-2 in temporal of Alzheimer's disease model rats and study on mechanism. *Progress in Modern Biomedicine*. 2014;14(18): 3401-4. (in Chinese)
16. Ye DF, Li MF, Zhang YH, Wang XH, Liu H, Wu WT, et al. Cryptotanshinone regulates androgen synthesis through the ERK/c-Fos/CYP17 pathway in porcine granulosa cells. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2017;2017:5985703.
17. Canfield SG, Stebbins MJ, Morales BS, Asai SW, Vantine GD, Svendsen CN, et al. An isogenic blood-brain barrier model comprising brain endothelial cells astrocytes and neurons derived from human induced pluripotent stem cells. *J Neurochem*. 2017;140(6):874-88.
18. Thao LQ, Byeon HJ, Lee CK, Lee SH, Lee ES, Choi HG, et al. Pharmaceutical potential of tacrolimus-loaded albumin nanoparticles having targetability to rheumatoid arthritis tissues. *Int J Pharm*. 2016;497(1-2):268-76.
19. Wan X, Zheng XY, Pang XY, Pang ZQ, Zhao JJ, Zhang ZM, et al. Lapatinib-loaded human serum albumin nanoparticles for the prevention and treatment of triple-negative breast cancer metastasis to the brain. *Oncotarget*. 2016;7(23):34038-51.
20. Zhang JM, Wang D, Wu YH, Li W, Hu YC, Zhao G, et al. Lipid-polymer hybrid nanoparticles for oral delivery of tartary buckwheat flavonoids. *J Agric Food Chem*. 2018;66(19):4923-32.
21. Cai H, Wen XX, Wen L, Tirelli N, Zhang X, Zhang Y, et al. Enhanced local bioavailability of single or compound drugs delivery to the inner ear through application of PLGA nanoparticles via round window administration. *Int J Nanomedicine*. 2014;9:5591-601.
22. Zou L, Wang D, Hu YC, Fu CM, Li W, Dai L, et al. Drug resistance reversal in ovarian cancer cells of paclitaxel and borneol combination therapy mediated by PEG-PAMAM nanoparticles. *Oncotarget*. 2017;8(36):60453-68.
23. Alshamsan A. Nanoprecipitation is more efficient than emulsion solvent evaporation method to encapsulate cucurbitacin I in PLGA nanoparticles. *Saudi Pharm J*. 2014;22(3): 219-22.
24. Lewis DL. Animal experimentation: implementation and application of the 3Rs. *Emerg top life sci*. 2019;3(6):675-9.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเตรียมสารกลุ่มแทนซิโนนที่บรรจุใน PLGA/NPs และผลในการส่งเสริมด้านการเรียนรู้และความจำเมื่อใช้ร่วมกับพิมเสน

หวัง ดี¹, หลี่ เว่ย², อู๋ อี้ห่าน¹, จาน กู๋¹, จาง เจิน¹, เกา สู่ยเล่อ³, โจว เลียน⁴, จาง จินหมิง¹

¹ห้องปฏิบัติการหลักประจำมณฑลด้านทรัพยากรยาแผนจีนภาคตะวันตกเฉียงใต้ มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตู

²วิทยาลัยเวชศาสตร์พื้นฐาน มหาวิทยาลัยเฉิงตู

³วิทยาลัยเภสัชกรรมแผนจีนและตะวันตก มหาวิทยาลัยซื่อชวน

⁴ห้องปฏิบัติการหลักด้านการแปรรูปสมุนไพร กระบองเพชรและชนบท มหาวิทยาลัยเฉิงตู

บทคัดย่อ: ความบกพร่องด้านการเรียนรู้และความจำเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดโดยมีสาเหตุมาจากโรคทางระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่แย่ลง ถึงอย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาที่ใช้กันโดยทั่วไปนั้นให้ผลการรักษายังไม่เป็นที่น่าพอใจ อีกทั้งยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัดของการเกิดภาวะดังกล่าว รวมถึงความท้าทายในการนำส่งยาผ่านชั้นเยื่อที่เป็นแนวกั้นทางธรรมชาติระหว่างหลอดเลือดฝอยในสมองและเซลล์สมองรวมถึงส่วนอื่นๆ ที่ประกอบเป็นเนื้อเยื่อสมอง วัตถุประสงค์ในการศึกษานี้เป็นการพัฒนาวิธีการรักษาโดยใช้สารกลุ่มแทนซิโนนที่ถูกบรรจุไว้ในอนุภาคนาโนร่วมกับการใช้พิมเสนเพื่อทำให้การเรียนรู้และความจำนั้นดียิ่งขึ้น วิธีที่ใช้ในเบื้องต้นโดยนำสารสำคัญคือ แทนซิโนน IIA (TanIIA) และคริปโตแทนซิโนน (CTan) ซึ่งสกัดได้จากพืชที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Salvia miltiorrhiza* Bunge ซึ่งสารสำคัญทั้งสองชนิดได้ถูกนำไปบรรจุไว้ในโคโพลิเมอร์ PLGA ได้เป็นอนุภาคนาโนที่เรียกว่า TC@PLGA/NPs โดยใช้เทคนิคการระเหยด้วยตัวทำละลายชั้นตอนเดียว ประสิทธิภาพการห่อหุ้ม TanIIA และ CTan ของ TC@PLGA/NPs มีค่าเท่ากับ $85.31 \pm 1.28\%$ และ $86.42 \pm 2.07\%$ ตามลำดับ ค่า LE% ของ TanIIA และ CTan มีค่าเท่ากับ $1.24 \pm 0.09\%$ และ $1.53 \pm 0.15\%$ ตามลำดับ มีขนาดของอนุภาคโดยเฉลี่ยเท่ากับ 194.2 ± 3.5 นาโนเมตร และมีความคงสภาพของการกักเก็บรักษาอยู่ในระดับที่ดี ผลของการวิเคราะห์เชิงความร้อนด้วยเทคนิคดิฟเฟอเรนเชียลสแกนนิ่งคาลอริเมทรี (DSC) พบว่าสารกลุ่มแทนซิโนนที่ถูกห่อหุ้มในโคโพลิเมอร์ PLGA ได้ดีไม่เป็นการผสมกันทางกายภาพ ส่วนการทดลองทางพฤติกรรมโดยใช้วิธี The Morris water maze (MWM) แสดงให้เห็นว่าการให้ TC@PLGA/NPs ร่วมกับพิมเสน (BNL+TC@PLGA/NPs) โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ สามารถเพิ่มความสามารถด้านการเรียนรู้และความจำเชิงพื้นที่ของหนูทดลองที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยการให้พิมเสนร่วมกับ TC@PLGA/NPs สามารถลดระยะเวลาแฝงของการหลบหนีและระยะทางในการว่ายน้ำของหนูที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ชักนำด้วยสาร scopolamine อย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกันยังลดการแสดงออกที่เกิดจากสารมาลอนไดอัลดีไฮด์ (MDA) และเอนไซม์แอซิติลโคลีนเอสเตอเรส (AChE) ในสมองส่วนฮิปโปแคมปัสอีกด้วย บทสรุปคือข้อได้เปรียบจากการใช้พิมเสนที่ช่วยในการลำเลียงยาผ่านเยื่อแนวกั้นระหว่างหลอดเลือดฝอยและเนื้อเยื่อสมองกับการใช้สารกลุ่มแทนซิโนนที่ถูกบรรจุไว้ในอนุภาคนาโนร่วมกัน ทำให้ยกระดับความสามารถในการเรียนรู้และความจำในหนูทดลองให้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้ได้ให้แนวทางที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางระบบประสาทส่วนกลาง

คำสำคัญ: แทนซิโนน; คริปโตแทนซิโนน; พิมเสน; ความบกพร่องด้านการเรียนรู้และความจำ; PLGA

ผู้รับผิดชอบบทความ: โจว เลียน: zouliangcdu@126.com;

จาง จินหมิง: cdutcmzjm@126.com



原创论文

丹参酮包封 PLGA 纳米粒的制备及其与冰片联合对认知改善的研究

王迪¹, 李维², 吴亿晗¹, 詹固¹, 张晨¹, 高会乐³, 邹亮⁴, 章津铭¹

¹成都中医药大学药学院西南特色中药资源国家重点实验室

²成都大学基础医学院

³四川大学华西药学院

⁴成都大学农业农村部杂粮加工重点实验室

摘要: 认知功能障碍是中枢神经系统疾病引起的最常见的症状,会导致患者生活质量下降。然而,由于其发病机制不明确以及血脑屏障给药带来的挑战,常用的治疗药物几乎没有表现出令人满意的临床效果。本文旨在开发一种丹参有效组分与冰片共载纳米粒的治疗方法,从而改善认知功能障碍。首先采用一步溶剂蒸发法将丹参酮 IIA (TanIIA) 和隐丹参酮 (CTan) 这两种丹参的有效组分载于 PLGA 聚合物材料中,得到丹参有效组分共载聚合物纳米粒 (TC@PLGA/NPs)。在对 TC@PLGA/NPs 进行优化表征的基础上,采用冰片联合给药对 Morris 水迷宫大鼠空间记忆的影响进行探究。本研究结果显示 TC@PLGA/NPs 中 TanIIA 和 CTan 包封率分别为 $85.31 \pm 1.28\%$ 、 $86.42 \pm 2.07\%$,载药量分别为 $1.24 \pm 0.09\%$ 、 $1.53 \pm 0.15\%$ 。平均纳米粒径为 194.2 ± 3.5 nm,贮存稳定性好。差式扫描量热分析结果表明,丹参有效组分能够较好地包载于 PLGA 聚合物中,并不是物理混合。水迷宫行为学实验表明,与其他对照组相比,静脉给药 TC@PLGA/NPs 联合冰片 (BNL+TC@PLGA/NPs) 可显著提高阿尔茨海默病 (AD) 模型大鼠的空间学习记忆能力。其中,BNL+TC@PLGA/NPs 可显著缩短东莨菪碱诱导痴呆大鼠的逃避潜伏期和游泳距离,同时降低海马组织中丙二醛 (MDA) 和乙酰胆碱酯酶 (AChE) 的表达。本研究表明将冰片增强血脑屏障药物传递的优势与丹参有效组分共载纳米粒相结合,可显著提高大鼠的学习能力和认知功能。这将为中枢神经系统疾病的治疗提供有效策略。

关键词: 丹参酮IIA; 隐丹参酮; 冰片; 认知障碍; PLGA

通讯作者: 邹亮: zouliangcdu@126.com;

章津铭: cdutcmzjm@126.com



文献综述

中医“温阳法”治疗难治性哮喘的临床研究进展

吴金祥, 邱磊, 潘辰慧, 蒋雨薇, 李翠, 马子风, 郑培永, 鹿振辉

上海中医药大学附属龙华医院

摘要: 支气管哮喘是全球第二大呼吸慢病(患者超过4570万)。难治性哮喘是指经规范西医治疗后仍然未能控制的哮喘患者,是临床难题之一。中医学认为:难治性哮喘以“病程日久、反复发作致阳虚寒凝、痰饮不化”为主要特征,以“阳虚痰阻”为核心病机,累及肺脾肾三脏,以“温阳化饮”为基本治法。“温阳法”思想最早见于《黄帝内经》,张仲景《伤寒论》首次提出“病痰饮者,当以温药和之”,创立小青龙汤、射干麻黄汤、苓甘五味姜辛汤等众多经典方剂,初步形成“温阳法”治哮的理论体系,后历代医家不断发展完善。众多学者开展“温阳法”治疗哮喘的临床研究,发现:“温阳法”联合西药可更好提高哮喘临床控制率、改善临床症状、改善肺功能指标、减少急性发作和提高生活质量,并针对其潜在机制开展探索性研究;但目前“温阳法”治疗哮喘的效应机制和物质基础仍然不清楚。未来亟待借助多学科交叉技术精准阐释“温阳法”治疗哮喘的科学内涵,不断丰富完善中医温阳法治疗哮喘的理论体系,为难治性哮喘患者提供有效的中医药治疗方案。

关键词: 难治性哮喘; 中医药; 温阳法; 哮喘; 综述

通讯作者: 鹿振辉: Dr_luzh@shutcm.edu.cn



Received: 22 April 2023

Revised: 9 June 2023

Accepted: 18 June 2023



1. 支气管哮喘防治现状

支气管哮喘(以下简称“哮喘”)是全球第二大慢性气道疾病,疾病负担沉重。2015年哮喘流行病学调查显示:^[1] 全球哮喘有3.58亿例患者,高于1960年的患病率12.6%。2021年《柳叶刀》杂志发布王辰院士牵头的中国成人肺部健康研究结果:中国20岁以上哮喘患病率为4.2%,40岁及以上人群的哮喘患病率为5.4%,哮喘患者总数达4570万。^[2] 哮喘的诱发因素很复杂,包括宿主遗传因素、环境气候变化、变应原刺激(如饮食、药物、精神状态等)等多种因素。^[3,4] 目前已阐明的哮喘的发病机制主要包括气道慢性气道炎症、气道高反应性以及气道重塑。其中参与气道炎症的细胞主要包括中性粒细胞、T淋巴细胞、嗜酸性粒细胞(EOS)、NK细胞、IgE等,涉及

的主要细胞因子包括TNF- α 、IL-5、IL-13、IL-25、IL-33等。^[5,6] 哮喘治疗药物主要包括吸入或全身用糖皮质激素、 β_2 受体激动剂、抗胆碱能药物、磷酸二酯酶抑制剂、白三烯受体拮抗剂和生物制剂。^[7,8] 绝大多数哮喘患者经过规范治疗后可实现临床控制。但是,少数患者经GINA方案(第4或第5级阶梯)治疗后仍然反复发作,往往与更快的肺功能下降、更差的生活质量、更高住院率、更大经济负担有关,已成为受到全球医学界广泛关注的临床诊治难题,临床称为“难治性哮喘”或“重症哮喘”。^[9] 目前针对难治性哮喘的生物制剂取得了初步成果,抗IgE单克隆抗体药(奥马珠单抗)药物已经进入临床应用,抗IL-5单克隆抗体、抗IL-4单克隆抗体等生物制剂

正在积极开展临床试验,^[10] 可能会为难治性哮喘治疗提供新的药物选择。然后,针对哮喘免疫精准靶点的单克隆抗体药物作为解决难治性哮喘的最后解决方案仍然任重道远,临床应用仍然存在适用人群范围较窄,^[10] 临床给药不便、不同人群疗效差异大、治疗成本高昂、药物可及性不佳等问题。^[11] 如何进一步发现难治性哮喘发病机制、研发新的有效药物及治疗方案已经成为亟待解决的临床问题。在中国,中医药是哮喘慢病管理方案中的重要组成部分;尤其是对于西医方案难以控制的难治性哮喘,中医药能够有效改善慢性症状、改善临床控制水平、延缓肺功能下降和提高生活质量,其优势在于与西药协同增效减毒,已经逐步成为难治性哮喘的重要治疗选择之一。

2. 难治性哮喘的中医理论认识

在中医药理论中,哮喘归属为“哮病”的范畴。先秦两汉时期(公元前 475-前 221 年),中国《黄帝内经》最早描述了类似哮喘发作的临床特征,如《素问·阴阳别论篇》曰:“阴争于内,阳扰于外,魄汗未藏,四逆而起,起则熏肺,使人喘鸣”。^[12] 东汉时(公元 200 年-210 年左右),著名医家张仲景在《伤寒论》和《金匮要略》将哮病归属为“哮病”和“喘证”的范畴。^[13] 元代(14 世纪 40 年代末),朱丹溪在《丹溪心法》最早提出“哮喘”病名,^[14] 为后世“哮病”辨证论治体系奠定了基础。中医理论认为:哮喘是由于外感六淫、饮食不节、情志不畅、体虚久病等多种原因所致,^[15] 其核心病机是:伏痰阻肺,随外邪引动,痰随气升、气因痰阻,痰气交阻而壅塞气道,发为“咳而上气、喉中水鸡声”“哮鸣、喘促”。素体禀赋差异、兼夹不同邪气则表现为不同类型的哮喘,包括寒哮、热哮、寒包热哮、风哮、虚哮等,各类哮病可独立或合并出现,其主要病位涉及肺、脾、肾三脏。^[16] 其中,经规范治疗仍然难以实现临床控制的“难治性哮喘”归属于“虚哮”辨治范畴,是本文主要探讨的一类哮喘群体,以“病程日久、反复发作致阳虚寒凝、痰饮不化”为主要特征。根据“肺主气司呼吸”和“肺通调水道”的功能,肺气不足,则呼吸和

水液代谢功能失常,导致痰饮伏肺,肺气虚更甚,甚至阳虚水停。肺为脾之子,肺气虚日久可发展演变及脾,使水湿运化功能失调,加重水饮不化而促痰饮之生成。此外,痰饮可随气机上逆停聚于肺,痰饮属阴邪,易伤阳气,使肺阳气耗伤,引起水液代谢障碍的恶化循环,^[17] 造成肺脾两虚。肺脾气虚日久可传变及肾,肾虚则纳气、利水功能失常,导致水液代谢障碍,引起咳逆喘促。总而言之,“阳虚痰阻”是贯穿“虚哮”疾病全周期、参与病势转折发展的共性关键病机,而“温阳化饮”是“虚哮”辨治的基本指导原则。

3. 历代医家运用温阳法治疗哮喘的临床实践

中医的“温阳法”思想最早记载于《周易》和《黄帝内经》,^[18] 历代医家逐步发展将“温阳法”作为治疗哮喘的基本原则。“温阳法治哮”在张仲景《伤寒论》中阐释最为丰富,并成为后世医家提供效法的典范。张仲景在《金匮要略》中提出“病痰饮者,当以温药和之”,强调温热类药物治痰饮所致的病证;^[19] 针对表寒内饮型的哮病,以解表散寒、温肺化饮为主要治法,以小青龙汤为代表方。^[20] 《金匮要略》提出:“夫短气有微饮,当从小便去之,令桂术甘汤主之;肾气丸亦主之”,创立了苓桂术甘汤、肾气丸、苓甘五味姜辛汤等温阳利水化饮的经典方。宋代杨士瀛在《仁斋直指方》中提出“肺虚肺寒,冷痰如冰之症,法当温补,如官桂、阿胶之类是也”,^[21] 强调运用温热药治疗肺气虚寒型哮病。元代朱丹溪在《丹溪心法》中提出“善治痰者,不治痰而治气”,重视使用半夏、厚朴、辛温理气之品治疗哮病。明代万全在《幼科发挥·肺脏兼证》提到“素有喘病,发则多痰,予用补肾地黄丸服之”,强调补肾阳为治哮的重要方法。明代张介宾在《景岳全书》强调哮喘以“益气扶阳”为基本治则,提出“未发时以扶正为主,阳虚者补其阳”、“弱人久病气虚发喘者,但当以养肺为主,凡阴盛者宜温养之”。^[22] 清代蒋宝素《问斋医案》认为哮喘应以“化痰健脾益肾”为要,提出“疏解豁痰为主,平复后脾肾双补为宜”。^[23] 当代医家使用温阳法治疗哮病亦多有阐发。国医大师

洪广祥教授在《全程温法治疗哮喘之我见》提出：气阳虚弱、痰伏于肺和外感六淫是哮喘的主要发病机制；^[24] 同时提出“治肺不远温”的观点，强调运用温宣、温散、温化、温通、温补等温法治疗哮喘。^[25] 国医大师晁恩祥教授认为：哮喘的发作病机特点是肺肾两虚，由于肺虚发展演变及肾而影响呼吸运动功能，强调“治哮”要注重温补肺肾并创立“调肺补肾方”。^[26] 吴银根教授认为：哮喘患者多为阳虚寒盛体质，尤以肾阳虚不足为关键，多由于先天不足、长期哮喘反复发作所致，^[27] 而在肾阳虚基础上，又可演变产生痰饮、瘀血及兼夹寒热之邪；^[28] 后基于“温肾阳治哮”思想创制“咳喘落”方，具有温阳化痰平喘之效，临床疗效良好。^[29]

4. 温阳法治疗哮喘的临床研究

根据肺脾肾三脏“阳气亏虚”阶段及偏重之差异，温阳法可分为温肺化饮法、温补脾肺法和温补肾阳法。众多学者开展了不同温阳治法治疗哮喘的临床研究，为温阳法治哮提供了临床证据支撑。

4.1 温肺化饮

肺气不足，寒痰伏肺，治以温肺化饮为主，辅以理气平喘，以小青龙汤、桂枝汤、射干麻黄汤等为代表方药。现代药理研究提示：^[30] 小青龙汤具有止咳平喘、解热、抗炎、抗过敏作用，其机制可能包括降低外周血中嗜酸性粒细胞水平、改善气道重塑、调节气道免疫炎症反应、参与气道神经调节系统等。徐东波等人开展小青龙汤联合西药治疗 80 例哮喘-慢阻肺重叠综合征（ACOS）的临床观察，^[31] 将 80 例 ACOS 随机分为对照组和观察组，对照组接受常规西药治疗，观察组在常规西药治疗基础上加载小青龙汤，干预 12 周，发现：小青龙汤联合西药治疗能有效减轻 ACOS 临床症状、改善患者肺功能、降低炎症因子水平和提高生活质量。1 项纳入 20 篇文献的射干麻黄汤治疗哮喘急性发作期的荟萃分析显示：与对照组（西药治疗）相比，试验组（西医治疗+射干麻黄汤）可显著提高治疗有效率、改善肺功能指标（FVC/FEV1、FEV1/pred%）和改善临床症状。^[32] 逢雪梦等人采用网络药理学方法探索射干麻黄汤治疗

支气管哮喘的作用机制，^[30] 研究发现：射干麻黄汤有效入血活性成分达 144 个、涉及 115 个关键靶点、576 种生物学过程和 111 条信号通路，具有抑制炎症、改善气道重塑、提高免疫等多种效应。

4.2 温补脾肺

哮喘肺气不足传变到脾，致中焦脾阳不足，津液运输不利、酿生成痰，痰饮袭肺进而伤及肺气，形成恶性循环，治宜温阳利水、健脾益肺。周松晶等人将 146 例哮喘慢性持续期患者分两组，^[34] 对照组给予吸入糖皮质激素（ICS）治疗，观察组接受 ICS 联合加味苓甘五味姜辛汤（茯苓、甘草、干姜、细辛、五味子、杏仁、地龙、苏子、莱菔子、白芥子、葶苈子、瓜蒌、法半夏、淫羊藿），疗程 12 周，研究发：与单纯 ICS 治疗相比，加味苓甘五味姜辛汤联合 ICS 治疗慢性持续期哮喘可提高哮喘疗程控制率、减轻临床症状、改善肺功能，其作用机制可能与调节 IL-4、IL-10、IL-13 和 IL-17 等因子有关。赵岩等人将 120 例哮喘分两组，^[35] 对照组接受常规西药治疗，观察组在西药治疗基础上联合加味苓甘五味姜辛汤，结果显示：与对照组相比，观察组可显著提高治疗有效率（85.00% vs 68.33%）和改善肺功能指标（FEV1%、PEF），同时降低血清炎症细胞因子水平（IL-4、IL-13、IL-17）。现代药理研究发现：^[36] 苓甘五味姜辛汤治疗哮喘的有效成分主要包括槲皮素、山奈酚、 β -谷甾醇、7-甲氧基-2-甲基异黄酮等，具有抗炎、止咳、平喘、抗过敏作用。

4.3 温补肾阳

痰饮日久不化，肺脾亏虚可传变于肾，致肾阳虚精亏，金水不生，表现为肾不纳气、肺不藏气，治宜温肾纳气平喘。蒋朱秀等人将 80 例哮喘随机分为治疗组和对照组各 40 例，^[37] 于夏季三伏天（7-8月）开始治疗，对照组给予吸入布地奈德福莫特罗，治疗组在西医治疗基础上，在二伏期间给予穴位敷贴和内服金匱肾气丸治疗 1 个月，结果发现：金匱肾气丸联合穴位敷贴可显著提高哮喘控制率、提高 ACT 评分，其作用机制可能与调控免疫炎症反应有关。张静等人将 110 例哮喘缓解期患者分两组，^[38] 对照组接受西医常规治疗，治疗组在西医常规治疗基础上加金匱肾气丸，结果显示：与单纯西医治疗相比，西医治疗

联合金匱肾气丸可减轻气道炎症反应、减少哮喘急性发作。研究表明:^[39] 金匱肾气丸复方有效成分包括水溶性附子多糖、地黄多糖b、山药多糖、山茱萸多糖、茯苓多糖、丹皮酚、桂皮醛等,其作用机制主要包括抑制气道炎症和调节免疫功能。难治性哮喘(阳虚证)可能是由环境因素、慢性病程、哮喘病理生理、合并症等众多因素综合作用形成,其发病机理仍然有待进一步研究阐明。现有证据提示:温阳法指导下的中药复方对哮喘的干预效应包括解痉平喘、免疫炎症调节、抗过敏、改善气道重参与气道神经调节系统等,其有效成分包括黄芩苷、姜黄素、青蒿素/青蒿琥酯、黄芪多糖、甘草次酸、大黄素、雷公藤内酯醇、银杏苦内酯、白藜芦醇、甘草次酸、川芎嗪、大黄素等,其潜在靶点包括 Th17/Treg 通路、NF- κ B通路、p38MAPK 通路、TGF- β 1/smads 等,对哮喘气道炎症、结构重塑、粘液分泌、平滑肌收缩等关键病理环节具有多成分、多靶点、多途径的网络化作用特点。^[40]

5. 讨论和展望

从《黄帝内经》、《伤寒论》,再到当代医家的临床实践,“温阳法治哮”中医理法方药体系历经数千年发展历程并不断完善,形成了众多经典温阳治哮名方,为后世治哮实践和研究工作奠定了坚实的理论基础,积累了丰富的理法方药。在中国,温阳法治哮的临床实践以中药汤剂、丸剂、散剂等为主,主要以小青龙汤、射干麻黄汤、桂枝汤、苓桂术甘汤、苓甘五味姜辛汤、肾气丸、真武汤等经典方剂为基础,结合望闻问切四诊和现代检测指标(肺功能、呼出气一氧化氮、外周血免疫炎症标志物、痰液/呼出气冷凝液的细胞学检测、量表工具等),制定最符合患者临床特征的个体化中西医结合治疗方案;除此之外,还有众多中成药可供选择使用;满足患者的个性化/多样化临床需求。与单纯西药治疗相比,“温阳法”中药单用或者与西药联用治疗哮喘能够有效提高临床控制率、改善临床症状、改善肺功能指标、减少急性发作和提高生活质量,提高患者的生存质量,在难治性哮喘的临床应用中具有巨大潜力。

自上世纪 80 年代以来,笔者团队继承吴银根教授温阳法治哮理论基础上,通过长期临床实践和研究工作,继承创新“温阳法治哮”的理论内涵和治疗方法,总结提出:温阳法是指使用温热类中药治疗难治性哮喘,以温肺蠲饮、健脾化痰、纳气平喘为基本治疗原则,系统开展温阳法治哮轻度间歇性哮喘、慢性持续期哮喘、哮喘-慢阻肺重叠综合征、肥胖型哮喘等各类难治性哮喘的临床与基础研究,构建各种哮喘体内外实验模型,探索治哮有效复方的作用机制及物质基础,以期创建难治性哮喘中西医结合治疗方案贡献中医药智慧。目前温阳法治哮研究仍然存在一些问题亟待解决:① 不同表型哮喘的中医证候的共性及个性特征仍然有待通过大样本流行病学研究予以明确;② 目前缺少温阳法治哮的高质量临床循证证据;③ 囿于缺少符合中医证候特征的哮喘动物模型,中药复方作用机制研究难以取得突破。近 10 年以来,中医学、药理学、免疫学、细胞生物学、分子生物学等多学科交叉日益频繁,期待国内外同道未来能够通过构建高水平交叉科学研究平台,精准阐释发掘哮喘的病证生物学机制、方证效应机制及有效复方的物质基础,不断丰富完善中医温阳法治哮的理论体系和科学内涵。

致谢

国家自然科学基金项目(82174286; 82205005; 81973817; 82274263); 上海市科委项目(20Y21900200; 21Y21920400; 18401971700); 上海市申康医院发展中心(SHDC2020CR2006A; SHDC2020CR4045; SHDC2020CR3017A); 上海市徐汇区卫健委项目(XHLHGG202107); 上海市名老中医学术经验研究工作室建设项目(SHGZS-202228)

References

1. Asthma Group, Respiratory Branch, Chinese Medical Association. Guidelines for the prevention and treatment of bronchial asthma, 2020 edition. Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases. 2020;43(12):1023-48. (in Chinese)

2. Zhou X, Zhang M. Understanding of Chinese guideline for prevention and treatment of asthma, 2020 version. *Journal of Diagnostics Concepts & Practice*. 2021;20(2):138-43. (in Chinese)
3. Ding C. Clinical observation on modified Dingchuan Tang as an adjuvant treatment for acute attack of bronchial asthma. *Journal of Practical Traditional Chinese Medicine*. 2020;36(12):1622-4. (in Chinese)
4. Dong Y, Cao Y. The effect of continuous nursing on the clinical symptom score and self-care ability score of patients with bronchial asthma complicated with allergic rhinitis. *Chinese Medical Digest (Otorhinolaryngology)*. 2022;37(5):134-6. (in Chinese)
5. Yang DF, Jiang PF, Huang XQ, Xie YY. Changes of serum lipoxin A4, vitamin D and IL-18 and their correlation with lung function in patients with bronchial asthma. *Journal of Public Health and Preventive Medicine*. 2022;33(5):100-2. (in Chinese)
6. Peebles RS Jr, Aronica MA. Proinflammatory pathways in the pathogenesis of asthma. *Clin Chest Med*. 2019;40(1):29-50.
7. Zhang TY, Zhang TT, Song YQ, Kong FH, Tian GF, Zhang XQ. Clinical Observation of Wumo Yin zi decoction combined with Suhuang Zhike capsules in the treatment of bronchial asthma. *China Pharmaceuticals*. 2021;30(8):70-2. (in Chinese)
8. Sun L, Yu HG, Gong J, Jia BY, Li JX, Li QS. Analysis of the new progress in the treatment of bronchial asthma. *World Latest Medicine Information*. 2018;18(27):30-2. (in Chinese)
9. Zhou X, Zhang M. Attention should be paid to several special issues of bronchial asthma. *Chin J Tuberc Respir Dis*. 2019;42(3):164-6. (in Chinese)
10. Liu MM, Zhang XQ. Recent advances of disease burden and targeted therapy in severe bronchial asthma. *China Modern Doctor*. 2021;59(29):188-92. (in Chinese)
11. Li W. The value of targeted anti-IgE recombinant humanized monoclonal antibody in the treatment of severe allergic asthma. *Inner Mongolia Medical Journal*. 2022;54(5):583-6. (in Chinese)
12. Zhang HL, Cai X, Jin PP, Shen XH, Su KG. Research progress on treating bronchial asthma with traditional Chinese medicine. *Western Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2021;34(12):155-8. (in Chinese)
13. Qiao L, Hu SG, Li RX. Wenyanghuayin decoction ameliorates the airway remodeling associated with bronchial asthma and syndrome of cold fluid accumulation in the lungs of rats via the ERK1/2 and p38 MAPK signaling pathways. *Chinese Journal of Comparative Medicine*. 2021;31(8):93-100. (in Chinese)
14. Cai Y, Zhuang HF, Zhong LH, Liu XH. On the essentials of treating asthma in the "Danxi Xinfu". *Journal of New Chinese Medicine*. 2015;47(3):277-8. (in Chinese)
15. Wang Y. Effect of bailing capsules combined with budesonide formoterol powder inhalation on traditional Chinese medicine symptoms, airway remodeling and inflammatory factors in patients with bronchial asthma. *Medical Innovation of China*. 2022;19(23):73-7. (in Chinese)
16. Chen D, Li JB, Wang X, Xu J, Li LX. Exploration of the pathogenesis of childhood asthma based on "lung Yang deficiency - phlegm blood stasis". *Journal of Basic Chinese Medicine*. 2020;26(8):1068-9. (in Chinese)
17. Li ZY, Shi LJ, Gao FL. Discussion on lung Yang deficiency syndrome of asthma syndrome and warming Yang to relieve asthma. *Journal of Emergency in Traditional Chinese Medicine*. 2019;28(6):1033-5. (in Chinese)

18. Wei AL, Wei YQ, Wang XL, Wang M, Huang ZL, Zhang L, et al. The effect of enhancing zheng and warming Yang method on the Yang deficiency constitution is verified by infrared thermal imaging technology. *Journal of Yunnan University of Traditional Chinese Medicine*. 2023;45(3):6-11. (in Chinese)
19. Fan G, Chai MS. Treatise on cold wheezing from the aspect of Yang deficiency and cold fluid retention. *Journal of Shandong University of Traditional Chinese Medicine*. 2017;41(3):216-7. (in Chinese)
20. Wang MJ, Sun ZL, Wang LJ, Wang F. Ancient and modern exploration on Xiaoqinglong decoction for treating cough and asthma. *Yunnan Journal of Traditional Chinese Medicine and Materia Medica*. 2018;39(1):46-8. (in Chinese)
21. Guo QJ. The TCM archaic literature research on bronchial asthma [Master]. Guangzhou: Guangzhou Traditional Chinese Medicine; 2011. (in Chinese)
22. Zhao YT, Yu JE, Bai LL, Li Q. Cognition of asthma in ancient medical literature. *Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2009;43(10):51-2. (in Chinese)
23. Zhang CB. Research on ancient Chinese medicine literature of asthma. *Journal of Shandong University of Traditional Chinese Medicine*. 2005;29(5):376-9. (in Chinese)
24. Sun P, Ye C, Yu QQ, Hong GX, Yu JW, Zhu Q, et al. Discussion on the clinical experience of TCM master HONG Guang-xiang in treating asthma with whole-course warming therapy. *China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy*. 2019;34(10):4610-3. (in Chinese)
25. Mo LS, Zhu W, Lan ZH, Zhang YB, Li SF, Liu LJ. Experience of TCM master Hong Guang-xiang in treating chronic pulmonary disease from lung Yang deficiency. *China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy*. 2021;36(1):175-7. (in Chinese)
26. Han CS, Zhang HC. Professor Chao En-xiang's experience in treating asthma. *Beijing Journal of Traditional Chinese Medicine*. 1996;(3):18-20. (in Chinese)
27. He F, Zhou L, Fang H, Wu YG. Professor Wu Yingen's experience in differentiating and treating asthma. *Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2013;47(5):1-2. (in Chinese)
28. Gu Z, Huang WL, Yu FZ, Zhang SF, Wang LX. Research review and considerations on professor Wu Yin-gen's treatment of bronchial asthma based on warming and tonifying kidney Yang method. *Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2019;53(12):2-4. (in Chinese)
29. Yin LS. Professor Wu Yingen's clinical experience in treating asthma. *Acta Universitatis Traditionis Medicalis Sinensis Pharmacologiaeque Shanghai*. 2006;20(4):62-3. (in Chinese)
30. Yao YL, Gong HW, Pan L, Chen SN, Huang MX. Pharmacological effects of Xiaoqinglong decoction and its mechanism of action in treating bronchial asthma. *Journal of Guangxi Traditional Chinese Medical University*. 2008;11(4):51-3. (in Chinese)
31. Xu DB, Li YJ, Li ZL, Chang ZP. Curative effect of Xiaoqinglong decoction combined with western medicine on asthma-COPD overlap syndrome and its influence on serum inflammatory factors and lung function. *Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine*. 2021;30(29):3233-7. (in Chinese)
32. Xie YZ, Ji SL, Zhong CT, Xian LY, Yang BY, Zhan SF, et al. Meta analysis and trial sequential

- analysis of Shegan Mahuang decoction in treating acute attack of bronchial asthma. Chinese Traditional and Herbal Drugs. 2020;51(22):5814-24. (in Chinese)
33. Pang XM, Zheng X. Study on the mechanism of Shegan Ephedra decoction in treating bronchial asthma based on network pharmacology of traditional Chinese medicine. Clinical Journal of Traditional Chinese Medicine. 2022;34(4):697-701. (in Chinese)
 34. Zhou SJ, Li YL, Shi J. Effect of modified Linggan Wuwei Jiangxintang on inflammatory factors in patients with chronic persistent bronchial asthma. Chinese Journal of Experimental Traditional Medical Formulae. 2017;23(4):198-202. (in Chinese)
 35. Zhao Y, Yang D, Yu SS. Effect of modified Ling Gan Wuwei Jiang Xin decoction combined with salbutamol sulfate on pulmonary function and inflammatory factors in patients with chronic duration of bronchial asthma of syndrome of phlegm asthma. Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine. 2019;28(2):149-52. (in Chinese)
 36. Zhu ZY, Chen F, Wang X. Potential mechanism of Linggan Wuwei Jiangxin decoction in the treatment of asthma based on network pharmacology and molecular docking. Practical Pharmacy and Clinical Remedies. 2021;24(9):794-803. (in Chinese)
 37. Jiang ZX, Zheng XW, Jiang J, Li MJ, Cai WR. The Effects of Jingui Shenqi Wan combined with acupoint application to immune function in patients of clinical remission stage bronchial asthma with kidney-Yang deficiency syndrome. Journal of Traditional Chinese Medicine. 2016;57(11):938-41. (in Chinese)
 38. Zhang J, Tao ZG, Xu BH. Influence of Jinkuishenqiwan adjuvant therapy on immune function in adult bronchial asthma in remission stage patients. World Chinese Medicine. 2017;12(7):1569-72. (in Chinese)
 39. Tian ZT, Wang XH. Therapeutic mechanism of Chinese herbal monomers contained in Jingui Shenqi pills on bronchial asthma. Journal of Hubei University of Chinese Medicine. 2018;20(4):119-21. (in Chinese)
 40. Chen SZ. Research progress on the effects and mechanisms of traditional Chinese medicine monomers in the treatment of asthma. Acta Chinese Medicine and Pharmacology. 2021;49(10):89-93. (in Chinese)

บทความปริทัศน์

ความก้าวหน้าด้านการวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาโรคหอบหืดด้วยวิธี "อุ่นหยาง" ตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน

อู่ จินเสียง, ชิว เหลย์, พาน เฉินหุ้ย, เจียง อวี๋เว่ย, หลี่ ชูย, หม่า จื่อเฟิง, เจิ้ง เป่ยหย่ง, ลู่ เจิ้นซูย

โรงพยาบาลหลงหัวสังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: โรคหอบหืดเป็นโรคทางเดินหายใจเรื้อรังเป็นอันดับสองของโลก (จำนวนผู้ป่วยทั่วโลกมีมากถึง 45.7 ล้านคน) โรคหอบหืดที่ยากต่อการรักษาหมายถึงผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ แม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันตามมาตรฐานแล้วก็ตาม ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งในทางคลินิก ตามทฤษฎีการแพทย์แผนจีน: โรคหอบหืดที่ยากต่อการรักษามีลักษณะเด่นคือ โรคที่เป็นแบบเรื้อรังยาวนาน มีอาการกำเริบซ้ำๆ ทำให้หายใจพร่องความเย็นเกาะกุม และถันอื่นไม่สามารถย่อยสลายได้ โดยมีหยางพร่องทำให้เสมหะอุดกั้น ซึ่งเป็นกลไกการเกิดโรคที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อปอด ม้าม และไต หลักการรักษาพื้นฐานจะใช้วิธีอุ่นหยางและสลายลึง ปฏิภูมิที่เป็นของเหลว ความคิดเกี่ยวกับวิธีอุ่นหยาง พบครั้งแรกในตำราหวงตี้เนยจิง จากนั้นท่านจางจิ้งจิงได้บันทึกในตำราซางฮานลุนเป็นครั้งแรกถึงผู้ที่มีโรคที่เกิดจากถันอื่นควรใช้ยาอุ่น และได้คิดค้นสูตรยาโบราณที่มีชื่อเสียงเช่น เชี่ยวซิงหลงทัง เซอกานหมาหวงทัง หลังกานอู๋เว่ยเจียงซินทัง เป็นต้น จึงเป็นจุดเริ่มต้นของระบบทฤษฎีวิธีอุ่นหยางตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา และแพทย์ในยุคต่อมาก็ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นักวิจัยจำนวนมากได้เริ่มดำเนินการวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาโรคหอบหืดด้วยวิธีอุ่นหยาง และพบว่าการใช้วิธีอุ่นหยาง ร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบันสามารถเพิ่มอัตราการควบคุมโรคหอบหืดในทางคลินิกได้ ช่วยแก้ไขอาการทางคลินิกเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด ลดอัตราการเกิดอาการเฉียบพลันและสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตได้ และดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจสำหรับกลไกที่มีศักยภาพ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันกลไกการออกฤทธิ์และพื้นฐานของสารสำคัญของวิธีอุ่นหยางในการรักษาโรคหอบหืดยังไม่ชัดเจน ในอนาคต หวังว่านักวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศจะสามารถใช้วิทยาศาสตร์มาอธิบายวิธีอุ่นหยางในการรักษาโรคหอบหืดได้อย่างถูกต้อง และเสริมสร้างระบบทฤษฎีการรักษาโรคหอบหืดด้วยวิธีการอุ่นหยางตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ยากต่อการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพด้วยจุดเด่นของศาสตร์การแพทย์แผนจีน

คำสำคัญ: โรคหอบหืดที่ยากต่อการรักษา; ศาสตร์การแพทย์แผนจีน; วิธีอุ่นหยาง; โรคหอบหืด; ปริทัศน์

ผู้รับผิดชอบบทความ: ลู่ เจิ้นซูย: Dr_luzh@shutcm.edu.cn



Review Article

Clinical research progress of "Warming Yang Method " of traditional Chinese medicine in the treatment of refractory asthma

Wu Jinxiang, Qiu Lei, Pan Chenhui, Jiang Yuwei, Li Cui, Ma Zifeng, Zheng Peiyong, Lu Zhenhui

Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: Asthma is the second largest chronic respiratory disease in the world (with over 45.7 million patients). Refractory asthma refers to asthma patients who still cannot be controlled after standardized Western medicine treatment, and is one of the clinical challenges. Traditional Chinese medicine believes that refractory asthma is mainly characterized by a long course of disease, repeated attacks leading to Yang deficiency and cold coagulation, and stagnant phlegm and Yin . The core pathogenesis is "Yang deficiency and phlegm obstruction", which affects the lungs, spleen, and kidneys. The basic treatment method is "warming Yang and transforming Yin ". The idea of "warming Yang method" was first seen in the "Yellow Emperor's Internal Classic". Zhang Zhongjing's Treatise on Cold Damage" first proposed that "those who drink phlegm due to illness should be reconciled with warm medicine". He established numerous classic formulas such as Xiaoqinglong Tang, Shengan Mahuang Tang, Linggan Wuwei Jiangxin Tang, and initially formed the theoretical system of "warming Yang method" for treating asthma. Later, it was continuously developed and improved by medical practitioners of various dynasties. Many scholars have carried out clinical studies on the treatment of asthma with "warming Yang method", and found that: "warming Yang method" combined with western medicine can better improve the clinical control rate of asthma, improve clinical symptoms, improve lung function indicators, reduce acute attacks and improve quality of life, and carry out exploratory research on its potential mechanism; However, the mechanism and material basis of the "warming Yang method" in treating asthma are still unclear. In the future, it is urgent to accurately explain the scientific connotation of "warming Yang method" for treating asthma through interdisciplinary technology, continuously enrich and improve the theoretical system of traditional Chinese medicine warming Yang method for treating asthma, and provide effective traditional Chinese medicine treatment plans for refractory asthma patients.

Keywords: refractory asthma; traditional Chinese medicine; warm Yang method; asthma; review

Corresponding author: Lu Zhenhui: Dr_luzh@shutcm.edu.cn

文献综述

普洱茶的中医认识和应用

牟林, 张舒燕, 吴佳俊, 吴晓宇, 张殷建

上海中医药大学附属龙华医院眼科

摘要: 普洱茶是中国云南地区特产的一种发酵茶, 具有独特的口感和香气。近年来, 越来越多的研究证明普洱茶对人体健康有很多益处, 包括改善血脂、预防心血管疾病、抗癌、保护肝脏、降低血糖和促进消化等。此外, 普洱茶还被广泛应用于中医领域, 具有温中散寒、理气行滞、清热解毒、生津止渴、降脂降压等功效。因此, 普洱茶在中医治疗中具有广泛的应用前景, 为人们提供了一种安全、有效的自然疗法。本文对普洱茶在中医疗效方面的研究进行了综述。

关键词: 普洱茶; 中医药; 普洱生茶; 普洱熟茶

通讯作者: 张殷建: zhangyinj@126.com

Received: 22 April 2023

Revised: 1 June 2023

Accepted: 20 June 2023

前言

普洱茶是中国传统茶叶中的一种, 历史悠久、文化底蕴深厚, 素有“茶中之王”的美誉。普洱茶是经过特殊的加工工艺制作而成的, 具有独特的香味和口感。普洱茶不仅是中国茶文化的重要组成部分, 也是中医药学中重要的中药材之一。自古以来, 普洱茶就被广泛应用于中医药治疗中, 对多种疾病具有较好的疗效。

1. 普洱茶历史渊源

普洱茶是中国云南省西南部地区特有的一种茶叶。据考古研究表明, 云南地区在公元前 3000 年左右就已经开始种植茶树, 而普洱茶的历史可追溯到西汉时期, 距今已有 2000 多年的历史。^[1] 普洱茶的渊源, 与茶马古道的开辟密不可分。茶马古道是中国古代著名的商路, 自唐代起形成, 以茶叶和马匹为主要交易品, 连接了中国西南地区和印度、缅甸

等国家和地区。普洱茶正是在这条商路上得以流传和传承, 成为中国和周边国家和地区的一种特色茶叶。^[2]

在古代, 普洱茶被视为珍品, 仅供皇室和贵族享用。直到唐宋时期, 普洱茶逐渐进入民间, 成为普通百姓日常饮品之一。而到了明清时期, 普洱茶已经成为了广泛流传的饮品, 并被视为一种医食同源的保健茶。现代, 随着人们对健康饮食的重视, 普洱茶的知名度和市场需求逐渐增加, 成为了中国茶叶的重要品种之一。

2. 普洱茶的来源和制作

普洱茶是一种中国传统的发酵茶, 主要产于云南省南部的普洱地区, 因而得名。普洱茶是用大叶种茶树的新鲜叶子经过一系列的加工制作而成的。

普洱茶的制作首先需要采摘新鲜的茶叶, 根据采摘季节的不同常分为春茶和秋茶。春茶一般采摘时间在清明节前后。秋茶采摘时间一般在9月下旬到十月上旬。采摘回来的茶叶要经过杀青处理, 这个步骤是将采摘回来的茶叶在高温下烘干, 使其失去鲜叶特有的气味。杀青之后的茶叶需要进行揉捻, 这个步骤是用手或者机器将茶叶揉捻成条状, 促进其发酵。

普洱茶的发酵是普洱茶制作的关键步骤, 也是其与其他茶类的显著区别。普洱茶的发酵需要将揉捻后的茶叶放入堆堆里, 通过堆积发酵的方式, 促进茶叶内部的化学反应。这个过程中, 微生物和酵母会对茶叶进行代谢, 使茶叶产生发酵变化, 形成独特的味道和香气。然后筛掉杂质, 保留优质茶叶。

3. 普洱茶的分类

普洱茶根据加工方式的不同, 可以分为熟茶和生茶, 如图1所示。熟茶是经过特殊的后发酵处理而制成的, 加工过程中采用渥堆技术, 即将茶叶堆放在湿润的环境下进行发酵, 然后进行杀青、揉捻、干燥等处理。熟茶的茶叶颜色较深, 呈暗红色或暗褐色, 汤色深红, 味道醇厚、甜润, 有独特的陈香味。熟茶经过后发酵处理, 茶多酚和儿茶素等成分发生了复杂的化学反应, 产生了一些新的化合物, 如茶黄素等。^[3]

生茶是指未经过发酵处理的普洱茶, 即直接经过杀青、揉捻、干燥等工序而制成的茶叶。^[4] 生茶的颜色较浅, 呈绿色或浅黄色, 汤色浅黄或浅绿, 味道清爽、鲜活, 带有青草味。由于未经过后发酵处理, 生茶中的茶多酚含量较多。

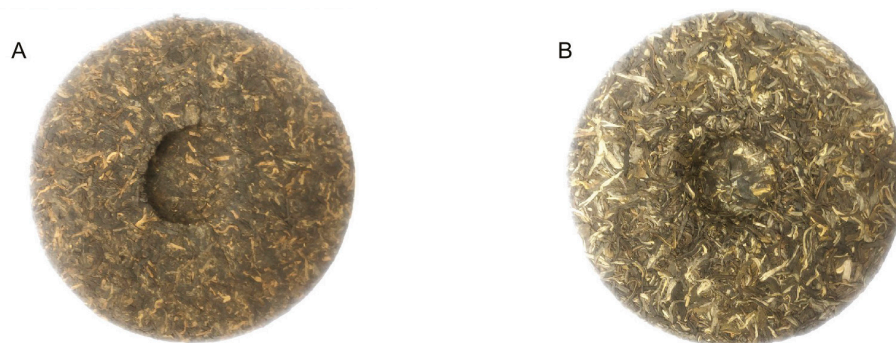


图1 普洱茶

A. 普洱熟茶, B. 普洱生茶

4. 历代医家对普洱茶的认识

古代医家已经对普洱茶的药用价值有所认识。如唐代陈藏器在《本草拾遗》中记载: “云南茶, 别名普洱茶, 性温, 味苦甘, 入脾肺胃经。能消食积滞, 行气化痰, 利水消肿, 除烦止渴, 清热解毒。” 详细描述了普洱茶的性味归经及其功效。元代吴瑞在《日用本草》中记载: “普洱茶, 性温味苦, 入肝、胃经。具有理气消食, 清热解毒, 散结祛湿的功效。” 进一步的对普洱茶的性味归经及其功效进行了总结和修正。明代李时珍喜好饮茶, 对茶的见解尤为深入, 其在《本草纲目》记载: “普洱茶, 别名云南茶, 昆明茶, 产于南诏, 色味皆优, 不腻不涩, 不浊不淡, 能去油腻, 祛湿败毒。” 明代兰茂在《滇南本草》中记载: “普洱茶, 别名

普洱砖茶、宜良茶、大益茶、南诏茶等, 味苦甘, 性温, 有化痰散结, 利水消肿, 清热解毒的功效。”

5. 中医对普洱茶的认识

5.1 普洱茶的性味归经

结合历代医家研究, 现在普遍认为普洱茶味甘苦微涩, 入肝、胃、脾经。其的性味具有健脾益胃、化痰散结、清热解毒、解酒化痰等功效。^[5]

5.2 普洱茶的功效

中医学中, 普洱茶被广泛应用于多种疾病的治疗和保健。例如, 对于胃肠不适、消化不良、肥胖等症状, 可以通过适量饮用普洱茶进行调理; 对于高血压、高血脂等慢性疾病, 普洱茶也有

一定的辅助治疗作用;此外,普洱茶还可以用于解酒、清热解毒、去湿除痰等方面。普洱茶含有多生物碱和多酚类物质,能够促进肠胃蠕动,增加胃肠液分泌,改善消化功能,缓解胃部不适。^[6]普洱茶中的茶多酚和茶黄素等物质有较强的脂肪分解作用,能够促进脂肪代谢,降低血脂、血糖水平,预防肥胖、高血压等疾病。^[7]普洱茶中富含多酚类化合物,具有很强的自由基清除作用,能够延缓细胞老化,预防氧化性损伤,对肝脏、心血管等器官具有保护作用。^[8]普洱茶具有化痰散结、解毒解酒等功效,能够降低酒精的毒性,减轻酒后不适症状。^[9]

普洱茶治疗高血压:高血压是一种常见的慢性疾病,中医认为,高血压的病因是气滞血瘀、肝火上扰等因素所致。普洱茶具有利尿通便、清热解毒的作用,可以降低血压。此外,普洱茶中含有丰富的茶多酚和儿茶素等物质,可以抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统的活性,从而起到降低血压的作用。^[10]

普洱茶治疗高血脂:高血脂是指人体内胆固醇和甘油三酯等脂类物质的含量超过正常水平,易导致冠心病等心血管疾病。中医认为,高血脂的病因是肝气郁结、痰湿内盛等因素所致。普洱茶具有清热解毒、降脂降压的作用,可以降低血脂。此外,普洱茶中的茶多酚和儿茶素等物质可以促进脂肪代谢,从而起到降低血脂的作用。^[11]

普洱茶治疗便秘:便秘是一种常见的肠道疾病,中医认为,便秘的病因是脾胃虚弱、气滞血瘀等因素所致。普洱茶具有利尿通便、清热解毒的作用,可以缓解便秘。此外,普洱茶中的茶多酚和儿茶素等物质可以促进肠道蠕动,从而起到通便的作用。^[12,13]

5.3 普洱生茶和熟茶的不同功效

普洱熟茶茶汤中的物质经过湿堆发酵,其中的儿茶素等成分会转化为更容易被人体吸收利用的化合物,有助于改善胃肠道消化吸收功能,促进胃液分泌,调节肠胃蠕动,对于消化不良、胃肠功能失调等问题有一定的缓解作用。^[14]

此外,普洱熟茶还具有降血脂、降血压、降血糖等保健功效。研究表明普洱熟茶可以通过调节人体内部的生理功能,改善血液循环,促进新陈代谢,提高机体免疫力,从而达到保健的效果。

相比之下,普洱生茶则没有经过湿堆发酵处理,茶叶中的茶多酚、儿茶素等成分相对较多,保留了大量的活性成分,有利于抗氧化、抗菌、抗炎等保健功效的发挥。此外,普洱生茶的口感相对较为清淡,需要经过长时间的储存和陈化后才能达到醇厚、柔滑的口感。^[15]

6. 普洱茶的现代药理研究

目前的研究表明,普洱茶具有多种药理作用,以下是一些重要的研究发现:

降低血脂和预防心血管疾病:多项研究表明,普洱茶中的茶多酚可以降低血脂、预防心血管疾病,并具有抗氧化、抗炎和抗血小板聚集等作用。^[16]

降血糖和预防糖尿病:普洱茶中的多酚和生物碱可以促进胰岛素的分泌,降低血糖水平,并具有保护胰岛 β 细胞的作用,有助于预防糖尿病。^[17,18]

抗菌消炎和防癌抗癌:普洱茶中的茶多酚、黄酮类化合物和生物碱等物质具有明显的抗菌、抗炎和抗肿瘤作用,可用于防治多种疾病。^[19]

保护肝脏:普洱茶中的黄酮类化合物和生物碱可以保护肝脏细胞,促进肝细胞再生,并对肝脏损伤具有保护作用。^[20]

抗氧化和延缓衰老:普洱茶中的茶多酚和黄酮类化合物具有强烈的抗氧化作用,可以清除自由基,延缓细胞老化,有助于保持身体健康。^[21]

普洱茶中的乙酸乙酯能够减少成熟脂肪细胞的数目和体积,从而减少细胞内甘油三酯含量,起到降脂减肥的作用。^[22]

结语

茶在中医学中的地位越来越受到重视。通过传统中医理论的指导和现代药理学研究,普洱茶被认为具有一定的保健和治疗作用,因此

越来越受到人们的青睐。但是需要注意的是，普洱茶虽然具有一定的保健功效，但并不是万能的“灵丹妙药”，不应将其作为药物来使用。同时，由于普洱茶中也含有咖啡因等成分，过量饮用可能会对身体产生负面影响。因此适量饮用才能真正发挥普洱茶的益处。

致谢

国家重点研发计划(2019YFC1711605)

References

1. Liu XY, He LN, Lu CY. Domestic and foreign research progress and prospects of Pu-erh tea. *China Tea*. 2020;42(9):1-7. (in Chinese)
2. Huang JH. On the present situation and protection of Pu'er tea Horse Ancient road. *Journal of Pu'er University*. 2022;38(4):37-9. (in Chinese)
3. Hu YY, Yang YZ, Yang YP, Li Y, Li SX. Sensory quality and endogenous analysis of Pu'er tea mature tea (loose tea). *China Food Safety Magazine*. 2021;(29):75-6. (in Chinese)
4. Su D, Li YL, Li SJ, Zhou HJ, Ren XJ. Preparation of physical standard samples and quality characteristics analysis of sun-dried tea and Pu-erh tea (raw tea) compressed tea. *Journal of Food Safety & Quality*. 2021;12(15):6233-9. (in Chinese)
5. He L, Chen LX, Wang N, Zhang FJ, Chen YN, Jia Z. Medicinal property, taste, efficacy and prescriptions of tea from the perspective of TCM literature. *China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy*. 2021;36(9):5630-4. (in Chinese)
6. Gu XP, Pan B, Wu Z, Zhao YF, Tu PF, Zheng J. Progress in research for pharmacological effects of Pu-erh tea. *China Journal of Chinese Materia Medica*. 2017;42(11):2038-41. (in Chinese)
7. Chen DY. A general study on the pharmacology and health effects of Pu'er tea. *Health Protection and Promotion*. 2018;(12):170-1. (in Chinese)
8. Du EJ, Zhang YD, Cai Rang ZM, Chen TT, Zhang XL, Qin QZ, et al. Improving insulin resistance effect of Pu'er tea on SD rats fed with high-fat diet. *Food Research and Development*. 2020;41(23):14-20. (in Chinese)
9. Guan XF. Experimental study on the effect of Pu'er tea aqueous extract on sleep [dissertation]. Heilongjiang: Heilongjiang University Of Chinese Medicine; 2016. (in Chinese)
10. Tian LW, Tao MK, Xu M, Hu J, Zhu HT, Xiong WY, et al. Carboxymethyl- and carboxyl-catechins from ripe Pu-er tea. *J Agric Food Chem*. 2014;62(50):12229-34.
11. Jensen GS, Beaman JL, He Y, Guo Z, Sun H. Reduction of body fat and improved lipid profile associated with daily consumption of a Puer tea extract in a hyperlipidemic population: a randomized placebo-controlled trial. *Clin Interv Aging*. 2016;24(11):367-76.
12. Xu LL, Cheng WK, Zhou XN. Regulatory effect of Pu-erh tea polysaccharide on short-chain fatty acid metabolism and gut microbiota in mice. *Food and Fermentation Industries*. 2021;47(21):115-22. (in Chinese)
13. Lou CX, Xu Y, Zhou WY, Huang W, Yan JR, Rao ZL, et al. Cathartic effect of low-caffeine Pu-erh tea extracts. *Chinese Journal of Ethnomedicine and Ethnopharmacy*. 2018;27(8):31-3. (in Chinese)
14. Liu HC, Jiang MM, Li QW. Nonstereoselective dissipation of sulfoxaflo in different Puer tea processing. *Food Science & Nutrition*. 2020;8(9):4929-35.
15. Ma BS, Xu CC, Ren XY, Wang JC, Ma CQ, Zhou BX, et al. Changes in the chemical

- components of Pu-erh raw tea during storage aging from 0 to 10 years. Food Research and Development. 2022;43(5):156-62. (in Chinese)
16. Wang XY, Zhao YM, Gao Y, Yin ZY, Wang LX, Ma JL, et al. Mechanism of puerin II on improving atherosclerosis in ApoE^{-/-} mice with hyperlipidemia. Chinese Traditional and Herbal Drugs. 2023;54(4):1157-63. (in Chinese)
 17. Xu XT, Wang P, Luo SZ, Hou Y, Shao WF, Yang JH. Hypoglycemic effects of fermented Puer tea extracts- theabrownins in mice of type 2 diabetes. Chinese Journal of Ethnomedicine and Ethnopharmacy. 2015;24(20):9-10. (in Chinese)
 18. Zhang XM, Wang P, Luo SZ, Yang JH, Hou Y, Shao WF, et al. Effects of fermented Puer tea extracts-polysaccharides on atherosclerosis in ApoE^{-/-} mice. Chinese Journal of Ethnomedicine and Ethnopharmacy. 2018;27(8):27-30. (in Chinese)
 19. Li CL. Effect of Pu-Erh tea extracts on anti-inflammation [dissertation]. Jilin: Changchun University of Science and Technology; 2012. (in Chinese)
 20. Huang YW, Xu HH, Wang SM, Zhao Y, Huang YM, Li RB, et al. Absorption of caffeine in fermented Pu-er tea is inhibited in mice. Food Funct. 2014;5(7):1520-8.
 21. Fang CY, Pang XL, Shuhei H, Sheng J, Cai XB. Research progress of preventive effect of the Pu-erh tea on metabolic syndrome. E-Journal of Translational Medicine. 2018;5(1):53-6. (in Chinese)
 22. Xiong CY. Studies on the lipid-lowering, anti-obesity effect and mechanism of Pu-erh tea [dissertation]. Zhejiang: Zhejiang University; 2012. (in Chinese)

บทความปริทัศน์

ความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ชาผู้เออร์ในศาสตร์การแพทย์แผนจีน

มู่ หลิน, จาง ชูเหียน, อู๋ เจียจวิน, อู๋ เสี่ยววี่, จาง อินเจียน

แผนกจักษุ โรงพยาบาลหลงหัว สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: ชาผู้เออร์เป็นชาหมักชนิดหนึ่งที่เกิดในมณฑลยูนนานประเทศจีน ซึ่งมีรสชาติและกลิ่นหอมเฉพาะตัว ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา จากการศึกษาวิจัยจำนวนมากได้ยืนยันว่าชาผู้เออร์มีประโยชน์มากมายต่อสุขภาพของคนเรารวมถึงการปรับลดไขมันในเลือด ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ต้านมะเร็ง ดูแลรักษาดับ ลดน้ำตาลในเลือด และกระตุ้นการย่อยอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ ชาผู้เออร์ ยังใช้กันอย่างแพร่หลายในด้านการแพทย์แผนจีน มีหน้าที่อุ่นจางเสียวและขจัดความหนาวเย็น กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดการติดขัด ระบายร้อนขับพิษ สร้างสารน้ำลดอาการกระหาย ลดไขมันและความดันโลหิต เป็นต้น ดังนั้น ชาผู้เออร์จึงมีโอกาสมประยุกต์ใช้อย่าง กว้างขวางในการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน ทำให้ผู้คนได้รับการบำบัดด้วยวิธีธรรมชาติที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผล บทความ นี้ได้รวบรวมและสรุปงานวิจัยถึงประสิทธิผลของการนำชาผู้เออร์มาใช้รักษาในศาสตร์การแพทย์แผนจีน

คำสำคัญ: ชาผู้เออร์; ศาสตร์การแพทย์แผนจีน; ชาผู้เออร์ดิบ; ชาผู้เออร์สุก

ผู้รับผิดชอบบทความ: จาง อินเจียน: zhangyinjing@126.com

Review Article

Traditional Chinese medicine understanding and application of Pu-er tea

Mu Lin, Zhang Shuyan, Wu Jiajun, Wu Xiaoyu, Zhang Yinjian

Department of Ophthalmology, Longhua Hospital Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: Pu-er tea is a fermented tea that is a specialty of Yunnan Province, China, with a unique taste and aroma. In recent years, increasing research has shown that Pu-er tea has many health benefits, including improving blood lipids, preventing cardiovascular disease, anti-cancer effects, protecting the liver, lowering blood sugar, and promoting digestion. Additionally, Pu-er tea is widely used in Traditional Chinese Medicine, with effects such as warming the middle and dispelling cold, promoting the movement of Qi, clearing heat and detoxifying, generating body fluids and relieving thirst, and reducing blood lipid and blood pressure levels. Therefore, Pu-er tea has broad prospects for application in TCM treatment, providing a safe and effective natural therapy for people. This article reviews the research on the medicinal effects of Pu-er tea in TCM.

Keywords: Pu-er tea; traditional Chinese medicine; Pu-er raw tea; Pu-er ripe tea

Corresponding author: Zhang Yinjian: zhangyinj@126.com



文献综述

从《黄帝内经》“阴平阳秘”论治双心疾病的理论初探

李斯锦, 王怡茹, 张一凡, 冯骁腾, 杜敏, 常鑫迪, 王佳柔, 刘萍

上海中医药大学附属龙华医院心病科

摘要: 双心疾病即心理心脏病, 根据患者不良情绪表现是焦虑或抑郁, 总括为阳证和阴证。《素问·生气通天论》: “阴平阳秘, 精神乃治, 阴阳离决, 精气乃绝”。阴阳平衡, 是机体防病、愈病的根本始动力。本文以“阴平阳秘”为切入点, 从生理、病理、辩证、防治等方面探究阴阳平衡在双心疾病治疗中的理论内涵, 以冀为双心疾病的防治和诊疗提供参考。

关键词: 双心疾病; 阴阳; 阴平阳秘; 中医心理; 黄帝内经

通讯作者: 刘萍: liuping0207@yeah.net

Received: 22 April 2023

Revised: 1 June 2023

Accepted: 20 June 2023

前言

双心疾病 (Psychocardiologica disease) 是指心血管疾病合并焦虑抑郁等心理障碍, 即心脏和心理双重疾病, 是心血管科常见且高发的疾病。^[1] 临床表现为心下悸、心烦、气从少腹上冲心、心中懊憹、胸中窒、胸满烦惊、心中愤愤然无奈等, 多属于中医学“郁证”, “脏燥”, “百合病”, “胸痹”, “心悸”, “不寐”等范畴, 病位在心, 常与肝, 脾, 肾等相关。2500 多年以前的中医经典《黄帝内经》(简称《内经》) 中, 已有很多关于心身问题的精辟简介。胡大一教授从《内经》“心主神明, 心主血脉”中受到的启发, 最早提出“双心医学”概念。^[2] 中医学认为天地万物、人类社会都是一个阴阳统一体。《素问·阴阳应象大论》曰: “阴阳者, 天地之道也, 万物之纲纪, 变化之父母, 生杀之本始, 神明之府也。治病必求于本”。^[3] 《内经》的《通天篇》与《阴阳二十五人篇》以阴阳五行为纲, 将人分为“五态人”和“五行人”, 强调每个人都是阴阳的

统一体, 在不同的神明条件下, 阴阳相互消长, 会有不同心理表现。心神之所以要修明是因为每个个体的生存环境都具有阳和阴负两方面。神明或不明也属于中医阴阳失衡的疾病观范畴, 健康的躯体和健康的心理一样, 都以阴阳平衡为基准。同时内伤七情也可直接伤及内脏, 影响脏腑气机, 影响双心疾病转归。本文通过对《内经》“阴平阳秘”思想内涵进行剖析, 整理机体自身及外界的生理病理联系, 强调阴阳平衡在双心疾病中的重要性, 并总结其在中医辨治双心疾病中的临床应用, 进而探索双心疾病论治中的中医学理论内涵。

1. 生理角度

阴阳彼此间具有相互制约, 互根互用, 消长平衡和相互转化关系, 并通过这种制约维持“阴平阳秘”的状态。人体之所以能进行正常的心脏生理及心理活动, 也是基于机体自身阴阳

的彼此消长,以及与外界的相互依存和相互制约始终维持动态平衡的结果。

1.1 人体自身“心-脉-神”的阴阳平衡

心主神明和心主血脉是心脏的主要生理功能,心脏功能的正常,取决于“心-脉-神”三者的阴阳平衡。

1.1.1 心与神的关系

心与神的关系体现了阴阳互根互用,相互转化的关系。具体表现为心主神明,神气舍心,心神任物。《内经》曾数次提及“心主神明”。如《素问·刺法论》曰:“心者,君主之官也,神明出焉……脾者,谏议之官,智周出焉。”^[3]历史上很多著名医家曾对“心主神明”作过精辟的阐述。如徐灵胎说:“心为一身之主,脏腑百骸,皆听命于心”。张景岳亦谓:“脏腑百骸,惟所是命,聪明智慧,莫不由之”。可以推断,“心主神明”所指的“心”,非现代医学所指的器官中之心脏,而是人的精神、思维、意识。而所谓“神明”,广义上指人体生命活动的外在表现,是对生命活动的高度概括。狭义上是指人的精神、思维、意识、情感活动等,如《灵枢·本神》中所说的“所以任物者为之心”。^[4]心主之神明,是身心健康的重要基石,心主之不明,是身心疾病产生的根源。

1.1.2 心与脉的关系

心与脉的关系体现了阴阳相互制约,消长平衡。心主血脉指心气推动和调节血循环于脉中,周流全身,发挥营养和滋润作用。《素问·痿论》:“心主身之血脉。”《素问·五脏生成篇》:“诸血者,皆属于心。”《素问·六节藏象论》云:“心者,生之本,神之变也,其华在面,其充在血脉。”^[3]说明心的活动不仅可以反映在神,还可以反映在面部及血脉。《素问·刺禁论》曰:“脏有要害,不可不察,肝生于左,肺藏于右,心部于表,肾治于里,脾为之使,胃为之市”^[3]。说明了心脏在体内的位置及其与各脏的相互关系。各个脏腑、形体、官窍必须在心神的主宰下才能协调分工合作,故心为“五脏六腑之大主”。《素问·宣明五气论》:“心藏神,肺藏魄,肝藏魂,脾藏意,肾藏志。”^[3]心与各脏相互制约,消长平衡,使双心得安。

1.1.3 脉与神的关系

脉与神的关系体现了阴阳相互依存,互根互用。

《灵枢·本神》曰:“心藏脉,脉舍神”。《灵枢·营卫生会》云:“血者,神气也”。^[4]《素问·阴阳应象大论》曰:“阳生阴长,阳杀阴藏”。^[3]血脉充盈则人精气神足,同时,神明得安则血脉则和,两者阴阳平衡则双心健康。

1.2 人与外界自然阴阳平衡

《内经》提出人的生命活动与自然变化遵循相同的规律,我们的饮食起居应顺应自然界阴阳消长情况变化,并且以此为基准有规律地生活,从而达到天人合一,顺应自然。^[5]《素问·上古天真论》:“法于阴阳,和于术数,饮食有节,起居有常”。《素问·四气调神大论篇》说:“故阴阳四时者,万物之终始也,生死之本也;逆之则灾害生,从之则苛疾不起,是谓得道”。《素问·宝命全形论篇》云:“人以天地之气生,四时之法成”。^[3]同时在人际交往中,精神上的修养也很重要,并主张“务快其心”,需保持恬淡虚无,才能“心安而不惧”、“淫邪不能惑其心”。《素问·移精变气论》曰:“恬憺之世,邪不能深入也”。^[3]这一天人合一,形与神俱的整体观也是双心健康的重要理论。^[6]

2. 病理角度

心与神、心与脉、脉与神之间是阴阳互根互用,相互制约及消长平衡的关系。任何一方亢剩或不及均会打破这一动态平衡,则心主不明、心脉受损或神明无所依,进而导致心慌、焦虑、抑郁、失眠等等一系列双心疾病的症状。

2.1 心失于脉则神损

心脏病是心之血脉受损,心主血脉失常的表现之一,心脏冠状动脉病变又影响着心功能,同时也是心主血脉失常的重要原因。^[7]《血证论》:“血虚则神不安而怔忡,有瘀血亦怔忡。”《素问·灵兰秘典论》:“故主明则下安,主不明则十二官危,使道闭塞而不通,形乃大伤”。^[3]《灵枢·邪气脏腑病形》:“十二经脉三百六十五络,其气血皆上于面而走空窍”。^[4]冠心病患者有智能和记忆力减退、心脏病患者有显著的抑郁与焦虑倾向,且冠心病患者抑郁、焦虑症状明显高于正常人,这从病理角度进一步说明心主血脉对心神的重要性。此外,既往邓铁涛教授^[8]已发现运用

治疗冠心病的方药可以用来治疗失眠、神经官能症等，且已于临床取得良好疗效，通过以方反证的形式证明了这一观点。总之，心主血脉失司，温煦推动无力则脉无以充养，血脉无所主，神明则无所依，情志郁结于内，发为双心疾病。

2.2 神失于明则心损

情志之伤，虽五脏各有所属，然求其所由，则无不从心而发。《类经》：“悲哀忧愁则心动，心动则五脏六腑皆摇。可见心为五脏六腑之大主，而总统魂魄，故忧动于心则肺应，思动于心则脾应，怒动于心则肝应，恐动于心则肾应”。《素问·举痛论》曰：“百病生于气也，怒则气上，……思则气结”。^[3] 无论何种情志所伤，首伤心神。情志失调可引起气机逆乱，气为血之帅，气机失调则影响血脉的运行，日久则暗耗心血，心脉受损，导致心慌不安，惊悸怔忡。心神阴阳动静与睡眠关系密切，心神阴静则寐，心神阳动则寤，因此双心病人常出现失眠症状。

3. 双心疾病的辨证诊断

双心疾病在诊断上应以阴阳为纲，再辨寒热、虚实，望闻问切四诊当参，兼顾五脏。首先根据患者精神症状的总体表现是亢奋或抑郁，总括为阳证和阴证。望诊辨阴阳：看形体：阳虚形瘦，阴虚形胖；看舌象：阳虚舌质淡嫩，舌形胖，舌苔白，苔厚，阴虚者舌质红，舌形瘦，苔少。看神情：阳虚气短，懒语，抑郁寡欢，阴虚燥热不安。看寒热：阳虚者胆小，怕冷，出惊汗，阴虚者怕热，出热汗。闻诊应遵循《素问·阴阳印象大论》以五声、五音应五脏。《素问·脉要精微论》以省、音、呼吸判断正邪盛衰。问诊上胡大一教授提出一问症状，二问心情，三问工作生活经历，四问性格等，^[1] 再根据其情况辨阴阳。同时，《素问·阴阳别论》提出脉定阴阳，根据脉象是弦、紧、洪、数，还是细、微、迟、结辨明是属阴抑或属阳。心为君主之官，与五脏六腑皆密切相关，因此辨证也不能忽视脏腑，应根据病情辨病位主次。阳证患者焦虑烦躁、易怒，胁肋胀痛，口干口苦，胸闷不舒，伴有舌红少苔，脉弦而数者，病位多在于肝，兼顾

心脾；阴证患者表现为抑郁低沉，心神不宁，善悲欲哭，疲劳乏力等症状，伴有舌淡苔薄，脉细无力，病位多在心脾，兼顾肝脏。《丹溪心法》云：“凡郁皆在中焦”，若患者面黄肌瘦，神倦乏力，不欲饮食，胸闷不舒伴舌淡苔白脉细，则病位在脾；久病出现喘息，腰膝酸软，耳鸣或肾水亏虚不能上济于心等则病位在肾。

4. 双心疾病的防治

胡大一教授主张双心治疗的五大处方包括药物、运动、营养、心理（含睡眠）和戒烟限酒。^[9] 双心疾病的防治除了基础的药物治疗外，也需开好“双心方”，即配合其它治疗干预心脏心理问题。可根据病情给予五行音乐治疗、针灸、中医传统功法如气功以及中医心理治疗等，具体如下。

4.1 中药内服

采用中药汤剂治疗双心疾病应以“和法”为核心，阳证侧重疏肝平肝，理气健脾，活血安神，阴证则侧重温养气血，补而和之，用药应无偏颇，缓而求之。^[10] 《素问·六元正纪大论》即指出“木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之”。^[3] 提示应兼顾五脏之阴阳调和。对于阳证者，病位在肝脾，肝气不舒者，用柴胡疏肝散、逍遥散、柴胡加龙骨牡蛎汤加减等以疏肝平肝，健脾理气；病位在心肝，肝血不足致虚热内扰、心悸不安则用酸枣仁汤加减以养血安神，清心除烦；病位在心，心阳不足至心悸怔忡者，可依辨证用桂枝甘草汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、四逆汤等进行加减。对于阴证者，病位在心脾者，常以小建中汤、归脾丸、养心汤、甘麦大枣汤、百合地黄汤、八珍汤等加减。病久及肾者，常用龟鹿二仙汤、黄连阿胶汤、滋水清肝饮、天王补心丹等加减。双心疾病的阳证、阴证下属之证型、方剂可有交叉，具体选用仍当遵循辨证论治原则。

4.2 针灸治疗

《灵枢·根结》说：“用针之要，在于知调阴与阳。调阴与阳，精气乃光，合形与气，使神内藏”。说明针灸治病亦以调整阴阳为要则。根据双心病患者的阴阳辨证结果，可从阴引阳，

从阳引阴，泻其有余，补其不足，从而使失去平衡的阴阳，恢复其新的相对平衡。《百症赋》曰：“听宫、脾俞祛残心下之悲凄……惊悸怔忡，取阳交、解溪勿误”。在双心疾病的治疗中，针刺心经穴能够使与情感等高级认知功能相关得特定脑区功能连接增强，同时可改善心血管功能。^[11] 此外，中医理论认为督脉与脑、心、肝、肾关系密切，其与足厥阴肝经会于巅顶，同时入髓海，与脑相通。有研究取督脉和手厥阴心包经穴位针刺，通补互用、调和经络，可有效改善双心患者的心脏心理症状。^[12]

4.3 五行音乐治疗

《黄帝内经》中：“天有五音，人有五脏；天有六律，人有六腑”。说明音乐与脏腑之间存在着联系，五音通过与五脏间的互动与共鸣，可依据双心病患者对季节的适应能力、性格特点和体型等个体阴阳特质，选取不同调式的音乐调整平衡。对《黄帝内经》将“宫、商、角、徵、羽”五音与情志学说、五行学说相结合，运用音乐达到宣畅情志、补泻脏腑、调和身心的目的。^[13] 五行音乐法是基于五行相克原理及中医以相胜理论，根据患者的情志状态选择与患者情志相克的音乐进行治疗。^[14] 相关研究表明五行音乐疗法可以有效改善心血管疾病中的焦虑抑郁状态。^[15] 乐和阴阳、音通人心，

因此在双心疾病的治疗中可以辅助音乐治疗以达到阴阳平和。

4.4 中医传统功法治疗

我国传统功法的理念主要是“动静结合”，通过肢体锻炼，调节体内气血运行，使人体达到阴阳平衡的状态。中医认为患者通过传统功法进行锻炼，能达到“精、气、神”的统一，使得阴阳平衡。中医传统功法如气功、导引术、五禽戏、八段锦、太极拳等讲究身心息三调合一，在双心疾病的治疗中也发挥举足轻重的作用《黄帝内经》里的导引术也属于此类，其与药、针、灸等齐名。^[3,4] 诸多现代研究表明单用或在中医基础药物治疗的基础上联用八段锦等中医传统功法，可有效改善双心疾病患者的心功能及心理状态。^[16,18]

4.5 中医心理治疗

心脏心理疾病治疗应注重双心兼顾，则心理治疗是必不可少的另一半。《黄帝内经》中有关心理学的内容占了全篇 79.6%，涉及面很广。^[3,4] 现代中医心理理论中的“心神合一”、“心主神明”、“心神感知”、“五脏情志论”、“阴阳睡梦”、“人格体制”等学术理论都是在《内经》基础上发展起来，并建立了日益完整的理论体系。^[19] 根据这一理论体系也产生相应的中医心理疗法如“情志相胜法”、“诉说疏泄法”、“劝慰开导法”、



图 1 阴阳平衡在双心疾病治疗中的理论内涵

“暗示转移法”等等。^[20] 这些疗法以言语沟通为主，建立于阴阳动态平衡的理论基础，更多强调的是人与人、人与事、人与自然的动态平衡过程，使得情志表达适度中和，并能顺应不同环境变化，“形与神俱”才能尽终其天年，因此，双心疾病的诊治需要联合中医心理的系统疗法。

结语

《内经》文化博大精深，阴阳既是宇宙万物变化生存、平衡、和谐之道，也是人类身心健康平衡之道。“心-脉-神”的阴阳失衡会打破心脏心理生理平衡引起一系列身心症状，临床治疗时应以阴阳辨证为纲，上述疗法综合运用最终达到阴阳平和，形与神俱，神明得安则血脉则和。（图1）《内经》中关于双心病的思想理论还值得我们进一步挖掘，对双心病的发病机理和诊治机制需要进一步的探讨，未来的研究中应通过《内经》经典理论指导临床，研究双心疾病中多脏腑同病和多元复杂证候的病理特点，进行辨证论治，并结合心理疏导、方药、针灸、传统功法等多靶点、多方向的治疗手段，使中医药能在识别及防治双心病上发挥更大的优势，以期在缓解患者心血管疾病的症状的同时，还能够促进抑郁焦虑等心理障碍的改善，提高患者的生活质量。

致谢

本研究由国家自然科学基金资助项目（NO.82074200, 82204849, 81873117）资助。

References

1. Zhang Y. Analysis of the current situation of psychological problems in outpatients of cardiovascular medicine. Journal of Clinical Medical Literature. 2017;4(88):17301. (in Chinese)
2. Hu DY. How did I come to realize and propose "dual heart medicine". Chinese Journal of Cardiology. 2021;49(6):543-4. (in Chinese)
3. Li L. Huangdi's internal classic. Beijing: People's Medical Publishing House; 2012. p. 2-339. (in Chinese)
4. Li L. Miraculous pivot. Beijing: People's Medical Publishing House; 2012. p.23. (in Chinese)
5. Duan AL, Ju BZ. Time regimen based on theory of man being an integral part of nature in internal classic of yellow emperor. Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine. 2019;46(11):2305-8. (in Chinese)
6. Guo XY, Li ZJ. Research advances in mind-body related issues in Huangdi's internal classic. Acta Universitatis Traditionis Medicalis Sinensis Pharmacologiaeque Shanghai. 2015;29(6):83-6. (in Chinese)
7. Wu JP, Dang XJ, Sun HJ, Wu HL. Thoughts and methods of Chinese medicine treatment of heart and psychological disease. Journal of Traditional Chinese Medicine. 2016;57(2): 115-7. (in Chinese)
8. Deng TT. The scientific nature of the theory of mind governing deity. New Journal of Traditional Chinese Medicine. 2013;(3):15-6. (in Chinese)
9. Hu DY. Implementation of "double heart medicine" service model-attaching great importance to mental and psychological problems in doctor education and science communication. Chinese General Practice. 2019;22(18):2150-1. (in Chinese)
10. Liu JJ, Xiao CJ, Li ZR, Yang XY. Based on harmonization to explore idea of psychocardiology in TCM treatment. Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine. 2016;43(11):2295-7. (in Chinese)
11. Shi WY, Li P, Chang XR, Lou BD, Li JX, Huang J, et al. Effect of electroacupuncture stimulation of acupoints of heart meridian on brain connectivity in 27 healthy volunteer subjects. Acupuncture Research. 2017;42(3): 229-34. (in Chinese)

12. Li QY, Wang FR. Analysis on the status of clinical treatment of double heart disease in traditional Chinese and western medicine. Journal of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine. 2021;23(1):155-9. (in Chinese)
13. Li ZN, Li R. Exploring "double heart disease" based on the theory of harmony and law. Chinese Journal of Integrative Medicine on Cardio-Cerebrovascular Disease. 2022; 20(23):4387-90. (in Chinese)
14. Hu LQ, Chen LF. Advances in the treatment of coronary heart disease patients with "double heart medicine" with traditional Chinese medicine. Traditional Chinese Medicine Journal. 2019;18(1):70-2. (in Chinese)
15. Dai YQ, Pei DJ, Liu J. Effect of five tone music therapy on anxiety, depression and blood pressure in patients with cardiovascular disease: a meta-analysis. Chinese Journal of General Practice. 2016;14(8):1359-62. (in Chinese)
16. Du A, Yu SQ. Clinical observation on Jieyu Anshen decoction combined with baduanjin in the treatment of cardiac neurosis. Guangming Journal of Chinese Medicine. 2022;37(15):2734-7. (in Chinese)
17. Zhao FR, Li HX, Liang C, Zhang HW, Huang Y, Tu Yua, et al. The theoretical and clinical significance of the application of traditional Chinese medicine heart disease guidance in cardiac rehabilitation. Chinese Journal of Integrative Medicine on Cardio-Cerebrovascular Disease. 2020;20(14):2554-7. (in Chinese)
18. Li LL, Bi HY, Hao SJ. The general situation of traditional Yijinjing techniques in clinical application. Chinese Journal of Ethnomedicine and Ethnopharmacy. 2017;26(20):50-3. (in Chinese)
19. Cao PH, Wang MX, Wu CJ, Chen XH. Analysis of psycho-cardiology disease from the perspective of TCM psychology. Journal of Practical Traditional Chinese Internal Medicine. 2021;35(6):25-8. (in Chinese)
20. Li ZJ. Research progress of psychosomatic disease. Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine. 2004;(5):63-5. (in Chinese)

บทความปริทัศน์

การศึกษากฎเบื้องต้นในการรักษาโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจจากความสัมพันธ์ “อินหยางสอดคล้องกลมกลืน” ในคัมภีร์หวงตี้เน่ยจิง

หลี่ ซื่อจิ้น, หวาง อี้หู่, จาง อี้ฟาน, เฟิง เสี่ยวเถิง, ตู๋ หมิ่น, ฉาง ซินตี้, หวาง เจียโหลว, หลิว ผิง

แผนกโรคหัวใจ โรงพยาบาลหลงหัว สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: โรคทางจิตเวชที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคทางจิตเวชร่วมกับโรคหัวใจ เกิดจากอารมณ์ที่ไม่ปกติของผู้ป่วยคือ มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แบ่งออกเป็นกลุ่มอาการหยางและกลุ่มอาการอิน จากคัมภีร์โบราณ 《ซูเวิน·เซิงซีทงเทียนลุ่น》: “อินหยางกลมกลืนกัน จิตใจก็สงบ อินหยางแบ่งแยกกัน จิตก็สับสน” อินและหยางที่สมดุลกันเป็นแรงผลักดันพื้นฐานของการป้องกัน และรักษาโรคของร่างกาย ในบทความนี้จึงเน้นทฤษฎี “อินหยางสอดคล้องกลมกลืน” เป็นประเด็นหลัก ศึกษาความสมดุลกันของ อินหยางในการรักษาโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจ จากสรีรวิทยา พยาธิวิทยา การวินิจฉัยแยกโรค การป้องกันและ รักษาโรค เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงประกอบการป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ: โรคทางจิตเวชที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจ; อินหยาง; อินหยางสอดคล้องกลมกลืน; จิตวิทยาทางการแพทย์แผนจีน; หวงตี้เน่ยจิง

ผู้รับผิดชอบบทความ: หลิว ผิง: liuping0207@yeah.net

Review Article

Study on the theory of treating psychocardiological disease from "Yin Ping Yang Mi" in Huangdi Neijing

Li Sijin, Wang Yiru, Zhang Yifan, Feng Xiaoteng, Du Min, Chang Xindi, Wang Jiarou, Liu Ping

Department of cardiology, Longhua Hospital Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: Psychocardiological disease, a form of cardiac psychological disease, is associated with the patient's adverse emotional performance together with anxiety or depression including positive syndrome and negative syndrome. 《Su Wen · Sheng Qi Tong Tian Lun》: "Yin Pingyang secret, spirit is the treatment, Yin and Yang separation, essence is the absolute." The balance of Yin and Yang is the basic initial motivation for the body to prevent and cure diseases. This article takes "Yin Ping Yang secret" as the entry point, explores the theoretical connotation of the balance of Yin and Yang in the treatment of double heart diseases from the aspects of physiology, pathology, dialectical analysis, prevention and treatment, hoping to become a reference for the prevention and treatment of double heart diseases.

Keywords: psychocardiological disease; Yin and Yang; Yin ping Yang constipation; TCM psychology; Huangdi Neijing

Corresponding author: Liu Ping: liuping0207@yeah.net

文献综述

密蒙花在眼科的应用探究

张舒燕, 牟林, 吴佳俊, 吴晓宇, 张殷建

上海中医药大学附属龙华医院眼科

摘要: 密蒙花是临床常用中药, 能够清热泻火、凉血祛风、养肝明目退翳。密蒙花中含有黄酮、生物碱等多种有效化合物, 能够发挥抗炎、抑菌、抗氧化、神经保护、降血糖等作用, 在眼科疾病治疗中显现出良好的疗效。本文阐述了密蒙花的功效及其在眼科的运用情况, 旨在加深眼科医生对密蒙花的重视, 造福更多眼病患者。

关键词: 密蒙花; 暴风客热; 白涩症; 消渴内障; 宿翳

通讯作者: 张殷建: zhangyinj@126.com



Received: 22 April 2023

Revised: 1 June 2023

Accepted: 20 June 2023



前言

密蒙花是一种马钱科、醉鱼草属植物, 又名染饭花、九里香、小锦花、蒙花、黄饭花、鸡骨头花。《本草纲目·卷三十六·密蒙花》曰: “其花繁密, 蒙茸如锦簇, 故名。” 始载于宋代《开宝本草》, 主产于湖北、四川、福建、广东、甘肃、陕西等地。密蒙花多于春季未开放时采摘, 其性味甘、寒, 归属肝经, 具有清热泻火、凉血祛风、养肝明目退翳之功。从古籍研究到目前眼科临床应用, 从不同维度加深了人们对密蒙花的认识。根据现代药理学研究, 其主要化学成分为黄酮、三萜、单萜、生物碱等, 在抗炎、抑菌、抗氧化、神经保护、降血糖等方面起到了重要的作用。^[1-6] 密蒙花除在眼部疾病广泛使用外, 也可用于治疗慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、帕金森病、骨质疏松症等。^[7-10]

至此世人对密蒙花有了初步认识。《本草求真》: “密蒙花, 味薄于气, 佐以养血之药, 更有力焉。” 阐明其药性力专。《医宗必读》言密蒙花“味甘、平, 无毒, 入肝经”, 提出密蒙花独入肝经之专性, 肝外应于目, 为密蒙花治疗眼科疾病提供了依据。

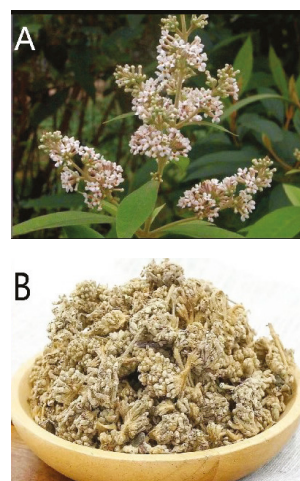


图 1 密蒙花两种植物状态

A 密蒙花新鲜植被

B 密蒙花干燥炮制

1. 密蒙花的古籍论述

《开宝本草》首次描述其植物状态(图1): “树高丈余, 叶似冬青而厚, 有细毛”, 深绿似冬青叶,

明代《医宗必读》中记载密蒙花“养营和血，退翳开光”，主要用于“大人眦泪羞明，小儿痘疮攻眼”等。《普济方》在此基础上，化裁出蒙花散（密蒙花 2 两，当归 2 两，川芎 2 两，砂仁 8 钱，桔梗 4 两，防风 4 两，薄荷 5 两，黄芩 20 两，甘草 10 两）可除瘀热，治风眼。《药性会元》记载密蒙花能“消目中赤脉”，可用于治疗青盲、多泪等症。《本草易读》记载密蒙花“治一切目疾”；2020 年版《中国药典》对密蒙花的功效阐述“润肝明目，主治目赤肿痛，多眵泪，羞明怕日，青盲翳障”。随着年代的递增，可见密蒙花治疗目疾的应用更为广泛、功效更为显著。

2. 密蒙花在内科的应用

《开宝本草》云：“主青盲肤翳，赤涩多泪，消目中赤脉，小儿麸痘及疳气攻眼。”因而，密蒙花临床上多用于治疗目赤肿痛、目昏干涩、多泪羞明、眼生翳膜、肝虚目暗、视物昏花等症。

2.1 暴风客热

暴风客热又称风热赤眼，是指外感风热而猝然发病，以白睛红赤、眵多黏稠、痒痛交作为主要特征。《秘传眼科龙木论·暴风客热外障》云：“此眼初患之时，忽然白睛胀起，都覆乌睛和瞳人，或痒或痛，泪出难开。”暴风客热多发生于春秋季节，具有传染性，类似于西医学的急性卡他性结膜炎。《证治准绳·杂病·七窍门》指出，本病“乃素养不清，躁急劳苦，客感风热，卒然而发也。”白睛外应于肺，《银海精微·暴风客热》所说：“暴风客热者肝肺二经病。”本病治当疏风清肺凉肝，范大菁^[1]临床上常使用宋代《太平惠民和剂局方·治眼目疾》中的密蒙花散加减。方用密蒙花、僵蚕、蝉蜕、鱼腥草、石决明各 15 g，木贼、夏枯草、菊花、桑叶、车前子、刺蒺藜、羌活各 12 g，薄荷 10 g（另包后下），取密蒙花、木贼、石决明、夏枯草清肝明目退翳之功。

2.2 白涩症

白涩症是指白睛不赤不肿，而以自觉眼内干涩不适，甚则视物昏朦为主症的眼病。又名干涩昏花，首见于《证治准绳》。白涩症之名首见于《审视瑶函·白痛》，谓：“不肿不赤，爽快不得，沙涩昏朦，名曰白涩，与西医学之干眼相类似。《秘传眼科·龙木论》有治疗眼睛干涩的论述：“密蒙花散：

治风气攻注，两眼昏暗，眵多羞明。睑生风栗，隐涩难开，或痒或痛，……昏涩隐疼，并暴赤肿疼皆治之。”可见密蒙花在内可清肝之积热、滋肝之阴液，在外清卫表风热，恰中干眼症中医病因病机。现代研究表明：密蒙花其有效部位为黄酮类物质。雄激素、黄酮类化合物均为杂环多酚类化合物，可利用其化学结构的相似性，发挥其拟内源性雄激素作用，治疗某些雄激素水平下降导致的眼科疾病，如雄激素水平下降所致的干眼症，可与柴胡、白芍、甘草、枸杞子等联合用药。杨璐等人使用密蒙花茶治疗绝经期女性中重度干眼，^[12]可明显减轻眼部干涩、烧灼感。彭清华团队则使用密蒙花颗粒离子导入治疗，^[13,14]结果显示，治疗组患者眼干燥症评分、角膜染色评分和泪液表达情况等均优于对照组。此外还可使用密蒙花滴眼液（主成分为密蒙花）进行体外实验，其能下调干眼结膜炎性因子 IL-1 β 、黏蛋白 5AC、P38MAPK 蛋白表达，显著调节泪腺局部炎症反应，改善眼部不适症状。^[15]

2.3 消渴内障

消渴内障是指由消渴病引起的内障眼病，中晚期可引起晶珠混浊、眼底出血、水肿、渗出、新生血管等，相当于西医学的糖尿病视网膜病变。赵丹丹团队认为 DR 发生的早期阶段是从气阴两虚向阴阳两虚转变的开始，^[16]并提出在“心肾论治”思路指导下组成密蒙花方（君药为密蒙花）。通过 3 个月的临床观察，结果显示密蒙花方可促进视网膜出血、渗出等病变的吸收，能够有效防治早期糖尿病视网膜病变的发生发展。^[17,18]张育梅团队对糖尿病视网膜病变患者采用全视网膜激光光凝术联合密蒙花方的治疗方法，^[19]结果显示其能够显著改善患者的视力、降低黄斑水肿厚度。密高健生教授通过体内实验验证密蒙花方减缓了 DR 大鼠的视网膜及视网膜毛细血管病理变化。^[20]此外，还通过体外实验证实密蒙花方抑制了缺氧状态下人血管内皮细胞细胞的增殖，从而阻止新生血管发生。^[21]

2.4 宿翳

宿翳是指黑睛疾患痊愈后遗留下的瘢痕翳障，临床表现为翳障表面光滑，边缘清晰，无红赤疼痛。其首见于《日经大成·卷之二下·冰壶秋月》，相当于

西医学的角膜瘢痕。刘志龙使用拨云退翳丸(君药为密蒙花、蔓荆子)观察流行性角结膜患者症状变化,^[22]结果显示治疗组的总有效率为100%,方中取密蒙花辛凉疏风,退翳明目之效。通过网络药理和分子对接对菊花-密蒙花药对治疗角膜损伤的作用机制进行了初步探讨,黄酮类药物能促进角膜损伤恢复,减少斑翳形成。^[23]对于多数角膜混浊数月至一年左右未消退的宿翳治疗上缺乏特效药,激素类眼水有一定的副作用,因而使用清热祛风退翳明目中药对角膜上皮浸润有独特的疗效。

总结与展望

总言之,密蒙花因其归经、性味、功效,在眼科疾病中应用广泛。可对证配伍其他药物,如配白术、龙胆草、黄连清热燥湿,以治眼赤肿痛伴湿热浸淫;配白术、薏苡祛湿健脾,以治目胞湿烂,浸淫多泪;配青葙子、草决明、夜明砂养肝明目,以治肝阴虚之夜盲症;密蒙花兑米汤油、蜂蜜或者糖蒸可治疗百日咳;与谷精草、蝉蜕同用,用于眼目昏花、目盲翳障;与桑叶、菊花同用,用于睑生风粟、目涩肿痒。在此基础上,市场上还研制出障眼明片、明目蒺藜丸等中成药,密蒙花滴眼液以及密蒙枸杞茶、蒙菊明目饮等茶饮用于养肝明目。但是密蒙花也有用药禁忌,不适用于有脾胃虚寒症状人群。迄今为止,国内外关于密蒙花的药理作用和作用和临床研究的文献很多,为开发出更有特色的治疗眼科疾病的中药复方提供理论依据和实验数据支撑,以使中药材发挥其更大的价值。

致谢

国家重点研发计划(2019YFC1711605)

References

1. Yang ZB, Chen LT, Wu YH, He YJ. Study on antioxidant activity of different extraction parts from flower buds of *Buddlejae Flos*. China Pharmacy. 2016;27(1):32-4. (in Chinese)
2. Cao JF, Liu JB, Teng SX, Ren CH, Chen HQ. Immune regulation function and antioxidant capacities of total flavonoids from *Buddleja officinalis* Maxim DC. Journal of Henan Agricultural Sciences. 2016;45(9):130-4. (in Chinese)
3. Tong TT, Huang H, Wang YM, Luo GA. Studies on antibacterial activity of extracts from 60 traditional Chinese medicinals. Modernization of Traditional Chinese Medicine and Materia Medica-World Science and Technology. 2013;15(6):1268-73. (in Chinese)
4. Wang F, Peng QH, Li HZ, Wang F, Yao XL, Li WJ. Influence for cell model of dry eye after intervention of plasma containing *Buddleja Officinali* flavone and the expression of bax mRNA and Bcl-2 mRNA in lacrimal gland epithelial cells. International Eye Science. 2012;12(10):1836-40. (in Chinese)
5. Wang Q, Zhou LX, Luo XD. Advances in studies on aldose reductase inhibitors from plants. Chinese Traditional and Herbal Drugs. 2005;(2):298-303. (in Chinese)
6. Wang J, Li XL, Li MX, Ma JP, Shen YH, Qiu Y. Neuroprotective effects of phenylethanoid glycosides on hypoxic-induced cognitive impairment in rat via the PI3K/Akt/mTOR-HIF-1 α pathway. Journal of International Pharmaceutical Research. 2020;47(12):1137-45. (in Chinese)
7. Long DK, Song SM, Ai Q, Wang EH, Du FQ, Wei YB. The distribution of the medicinal resource and pharmacological activities of *Buddleja officinalis* Maxim. Tillage and Cultivation. 2022;42(3):53-6. (in Chinese)
8. Hu TK, Zhang JH, Li DJ. New uses of *Buddleja officinalis* Maxim in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. Private Scientific and Technological. 2017;(12):11-3. (in Chinese)

9. Jung JY, Lee CW, Park SM, Jegal KH, Kim JK, Park CA, et al. Activation of AMPK by *Buddleja officinalis* Maxim flower extract contributes to protecting hepatocytes from oxidative stress. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2017;2017:9253462.
10. Kim YH, Lee YS, Choi EM. Linarin isolated from *Buddleja officinalis* prevents hydrogen peroxide-induced dysfunction in osteoblastic MC3T3-E1 cells. *Cell Immunol*. 2011;268(2):112-6.
11. Fan DJ. Experience in treating acute catarrhal conjunctivitis with modified formula of Mimenghua San. *Journal of Practical Traditional Chinese Medicine*. 2009;25(4):255. (in Chinese)
12. Shao Y, Yu Y, Pei CG, Yi YM, Zhou Q, Dong WJ, et al. Clinical research of *Buddleja officinalis* tea on moderate to severe xerophthalmia of menopause female. *China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy*. 2012;27(12):3243-4. (in Chinese)
13. Zeng ZC, Peng J, Yao XL, Peng QH. Effects of Flos Buddlejae granules iontophoresis on tear quality and matrix metalloprotein-9 expression in tears of dry eye patients. *Journal of Hunan University of Chinese Medicine*. 2020;40(3):364-8. (in Chinese)
14. Zeng ZC, Peng J, Yao XL, Peng QH. Effects of Chinese medicine Mimenghua (Flos Buddlejae) iontophoresis on interleukin-6, intercellular adhesion molecule-1 in tear of dry eye patients. *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2019;60(3):219-23. (in Chinese)
15. Peng XF, Peng QH, Peng J, Zhou YS, Zhang YW, Qin GY, et al. Effects of butterflybush flower eye drops on expression of inflammatory cytokines IL-1 β , Mucin 5AC and P38MAPK in castrated male rabbits. *International Eye Science*. 2020;20(3):426-31. (in Chinese)
16. Yan J, Gao JS, Jie CH, Guo XL, Jin M, Xu B, et al. Impacts on fundus lesions in non-proliferative diabetic retinopathy treated with Flos Buddlejae formula. *World Journal of Integrated Traditional and Western Medicine*. 2013;8(3):246-8. (in Chinese)
17. Jie CH, Gao JS, Yan J, Guo XL, Song JT, Chen ZY, et al. Effect of Buddleja prescription on the visual function in non-proliferative diabetic retinopathy. *China Journal of Chinese Ophthalmology*. 2010;20(6):323-5. (in Chinese)
18. Yan J, Gao JS, Jie CH, Song JT, Wu ZZ, Guo XL. Effects of Mimenghua formula on TCM symptoms of early diabetic retinopathy and safety. *Journal of Beijing University of Traditional Chinese Medicine*. 2010;33(11):773-6. (in Chinese)
19. Chen YL, Xia W, Zhu JF, Wei W, Xie L, Kong YY, et al. Clinical observation on panretinal laser photocoagulation combined with Mimenghua recipe in the treatment of diabetic retinopathy. *Guangming Journal of Chinese Medicine*. 2021;36(10):1683-5. (in Chinese)
20. Wu ZZ, Yan J, Gao JS, Jie CH, Wang Q, Su WL, et al. The effect of Mimeng flower decoction to the pathological changes of retinals in diabetic rats induced by streptozocin. *Lishizhen Medicine and Materia Medica Research*. 2012;23(6):1319-22. (in Chinese)
21. Wu ZZ, Yan J, Gao JS, Jie CH, Wang Q, Su WL, et al. The effect of Mimeng

- flower decoction to the pathological changes of retinals in diabetic rats induced by streptozocin. *Lishizhen Medicine and Materia Medica Research*. 2012;23(6):1319-22. (in Chinese)
22. Liu ZL. Observation on the therapeutic effect of traditional Chinese medicine on subepithelial keratitis. *Heilongjiang Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2009;38(1):36. (in Chinese)
23. Chen HM, Shi J, Wang ZY, Tang Y, Yao XL. Study on the mechanism of Chrysanthemum-Buddleja officinalis herb pair in the treatment of corneal injury based on network pharmacology and molecular docking. *Clinical Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2023;35(2):302-9. (in Chinese)

บทความปริทัศน์

การศึกษาการประยุกต์ใช้ดอกมีเหมิงในทางจักษุวิทยา

จาง ชูเยี่ยน, มู่ หลิน, อู๋ เจียจวิน, อู๋ เสี่ยวหยู, จาง อินเจี้ยน

แผนกจักษุ โรงพยาบาลหลงหัว สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: ดอกมีเหมิงเป็นสมุนไพรจีนที่นิยมใช้ในทางคลินิก มีสรรพคุณขับร้อนระบายไฟ ทำให้เลือดเย็นลง ไล่ลม บำรุงตับ ทำให้ตาสว่าง และลดอาการขุ่นมัวของตา ดอกมีเหมิงมีองค์ประกอบทางเคมีที่สำคัญหลายชนิด เช่น flavonoids, phenylethanolic glycosides, triterpenes saponins, monoterpenes, alkaloids, vanillic acid เป็นต้น สามารถลดการอักเสบด้านเชื้อแบคทีเรีย มีสารต้านอนุมูลอิสระ ป้องกันความเสื่อมของเซลล์ประสาท ปรับระบบภูมิคุ้มกัน ลดระดับน้ำตาลในเลือด และยับยั้งความเป็นพิษต่อเซลล์ได้ ซึ่งใช้ในการรักษาโรคทางจักษุได้ผลดี ในบทความนี้ได้อธิบายถึงสรรพคุณของดอกมีเหมิงและการประยุกต์ใช้ในแผนกจักษุ เพื่อให้จักษุแพทย์ได้เห็นถึงคุณประโยชน์ของดอกมีเหมิงมากขึ้นในการนำมารักษาผู้ป่วยโรคทางจักษุ

คำสำคัญ: ดอกมีเหมิง; ลมร้อนรุกราน; อาการตาแห้ง; ต้อกระจกจากเชื้อรา; กระจกตาอักเสบ

ผู้รับผิดชอบบทความ: จาง อินเจี้ยน: zhangyinj@126.com



Review Article

Application of Buddlejae Flos in ophthalmology

Zhang Shuyan, Mu Lin, Wu Jiajun, Wu Xiaoyu, Zhang Yinjian

Department of Ophthalmology, Longhua Hospital Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: Buddlejae Flos is a common clinical herb that can clear heat and fire, cool the blood and dispel wind, nourish the liver, brighten the eyes and reduce opacity. It contains a variety of effective compounds such as flavonoids, phenylethanol glycosides, alkaloids, which can exert anti-inflammatory, antibacterial, antioxidant, neuroprotective, hypoglycemic, showing good efficacy in the treatment of ophthalmology diseases. This article describes the efficacy of Buddlejae Flos and its use in ophthalmology, aiming to deepen the attention of ophthalmologists to Buddlejae Flos for the benefit of more patients with eye diseases.

Keywords: Buddlejae Flos; stormy wind and guest heat; white astringency; thirsty cataract; persistent opacity

Corresponding author: Zhang Yinjian: zhangyinjin@126.com



文献综述

徐氏儿科从“五神脏”论治儿童注意缺陷多动障碍

李雪军, 姜之炎, 肖臻, 王淑敏

上海中医药大学附属龙华医院儿科

摘要: 形神关系的演变(“五脏藏神”——“五神脏”) 对后世医学产生了深远影响,“五神脏”以“藏精气”为基础,强调“神”的作用,与人的神志、思维、运动等息息相关。注意缺陷多动障碍(ADHD)是儿童期常见的神经发育障碍疾病,病机责之于“五脏失神”。基于“五神脏”理论,从其发展演变、与儿童 ADHD 的关联、徐氏儿科从“五神脏”辨治 ADHD、验案举隅 4 个方面系统阐述“五神脏”理论对儿童 ADHD 诊疗的指导意义,以期领悟《内经》“五神脏”学说之真谛,升华中医经典思想辨识、辨治儿科疾病的理论价值。

关键词: 五神脏; 五脏藏神; 注意缺陷多动障碍; 徐氏儿科; 验案

通讯作者: 肖臻: xiaozhen61@126.com

Received: 22 April 2023

Revised: 31 May 2023

Accepted: 20 June 2023

前言

注意缺陷多动障碍(attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)是儿童期常见的一种神经发育障碍性疾病,主要以注意力不集中、活动过多、冲动任性、自制力差和不同程度的学习困难为表现,常合并癫痫、抽动障碍、孤独症谱系障碍、睡眠障碍、焦虑障碍等其他神志疾病。^[1-3] ADHD 全球发病率为 5%~7%,并表现为逐年上升趋势,且好发于男童,严重损害患儿学习、情感、认知功能和社交能力等。^[4] 目前 ADHD 发病机制尚不明确,遗传和环境因素的共同作用使本病具有易复发、难控制的特性,^[5] 甚至可伴随患儿一生,加之一线用药神经兴奋类制剂在儿童使用中的限制性,使其诊治颇为棘手。

ADHD 归属于中医学“脏躁”“躁动”“健忘”“失聪”等范畴,其病因病机各家学说不一,但均与五脏功能失衡密切相关,而五脏的功能活动

是由“神”来进行调控的,《内经》曰之“形与神俱”,并在此基础上提出“五脏藏神观”,即心藏神,肺藏魄,肝藏魂,脾藏意,肾藏志。^[6] 因“五神(神、魂、魄、意、志)”分属于五脏所藏,故五脏又曰之“五神脏”。五脏藏“五神”以保证精神、意识、思维活动的正常进行;反之,“五神”离脏,则神识失常,思维不运,行为异常。“徐氏儿科”传人王玉润教授将小儿 ADHD 的病机总结为“心脾两虚,肝阳亢盛,心神失养”,认为脾虚不运、意舍不藏,以致肝阳偏亢、神魂妄动,并损伤心神而发展为 ADHD 之变,临证辨病应辨识病变脏腑,分清虚实,整体调理,恢复“五神”,以求“五脏安定,血脉和利,精神乃居”之旨。^[7] 基于“五神脏”理论,结合“徐氏儿科”思想,将儿童 ADHD 的论治规律总结如下。

1. “五神脏” 的形成发展演变

1.1 形神（气）关系的演变——“五神脏”的产生背景

秦汉时期,《荀子·天论》指出:“形具而神生”,强调“形神合一”的生命观^[8],至《黄帝内经》则发展为“形与神俱”,认为形神不可分离,神主宰着人体的生命活动,神去则生命终止。然形神又根植于“精”,《灵枢·本神》曰:“生之来谓之精,两精相搏谓之神”。^[7]

“精化气,气生精”,形神合一又以气为基础,《灵枢·平人绝谷》曰:“神者,水谷之精气也”,^[7]而人亦由精气构成,如《素问·宝命全形论篇》曰:“天地合气,命之曰人”。^[6]王充则在此基础上提出“万物之生,皆稟元气”,《论衡·论死篇》曰“人之所以生者,精气也”,^[8]至此,形神合一、形神为气的理论日趋成熟完善。晋唐时期,佛教强调“形尽神不灭”,神不是气,也不以气为物质基础。如郑鲜之《弘明集·神不灭论》曰:“形与气息俱运,神与妙觉同流,虽动静相资,而精粗异源,……推此理也,则神不灭,居可知矣”。^[9]这种“神灵不灭”的理论与当时“形神合一”“形亡则气消神散”的理论产生了极大的冲击,在这种“形神之争”的背景下,“五神脏”的理论得以形成发展。

1.2 “五脏藏神”——“五神脏”的发展基础

《内经》在形神为气、气别阴阳的基础上,指出五脏的功能为藏精气。《素问·六节藏象论》曰:

“生之本,本于阴阳……皆通乎天气……故其生五……故形藏四,神藏五,合为九藏以应之也”;^[6]又根据四时、五行,指出“肝藏春气、木气、少阳之气;心藏夏气、火气、太阳之气;脾藏长夏之气、土气、太阴之气;肺藏秋气、金气、太阴之气;肾藏冬气、水气、少阴之气”。这些理论基础形成了《内经》的“五脏藏神观”,《素问·宣明五气篇》曰:“心藏神,肺藏魄,肝藏魂,脾藏意,肾藏志,是谓五脏所藏”。^[6]而神、魂、魄等皆属精气,由此可见,《内经》“五脏藏神观”是在以五脏藏精气为理论核心的基础上进一步细分的。^[10]在“形神之争”的背景下,杨上善受佛教思想影响,以“五脏藏精气”为基础,提出“舍五神”理论:“肝、心、脾、肺、肾,谓之五脏,藏精气也。血、脉、营、气、精,谓之五精气,舍五神也”,^[11]并以此为核心,进一步发展了“五神脏”理论,指出:“夫心藏神(心藏于脉以舍神,今藏神者,言所舍也),肺藏气(肺藏于气,气以舍魄,今藏气者,言其舍也),肝藏血(血藏于肝以舍魂,今藏血者,亦言其舍),脾藏肉(脾主于肉,故曰藏肉,非正藏肉,脾于营以为正也,脾藏营,营以舍意及智二神,以脾营血,谷气最大,故二神舍也),肾藏志,而此成形(肾藏于精,精以舍志,今藏志者,言所舍也)”。^[11]杨上善虽重视佛家“神”的思想,但仍认为气是神的物质基础,而藏精气的作用是为了“舍五神”,只是藏精气由《内经》时期的核心地位变成了物质基础。由此,“五神脏”理论发展完善,亦对后世医学产生了深远影响。

“五神脏”理论形成发展示意图如图 1 所示。

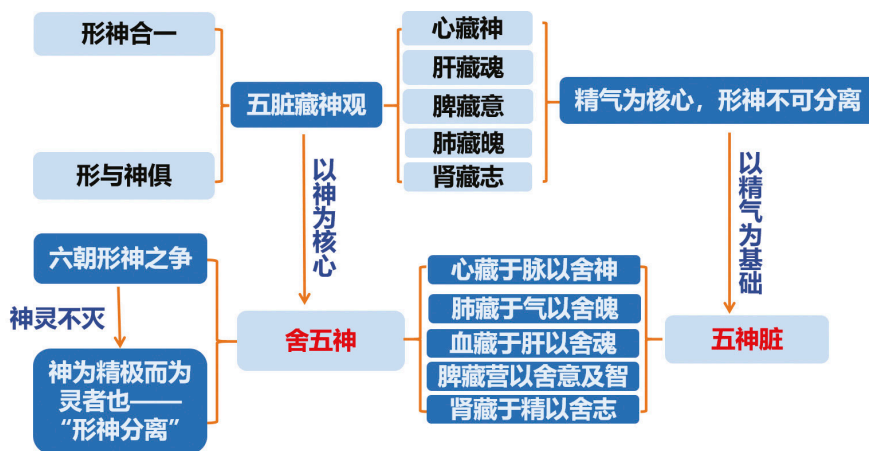


图 1 “五神脏”理论形成发展演变

2. “五神脏”与 ADHD 病因病机的内在联系

《内经》对情志疾病多有阐述,如《素问·举痛论》:“余知百病生于气也。怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,思则气结”,^[6]这些情志活动则与五脏功能密切相关,如《素问·阴阳应象大论》言:“人有五脏化五气,以生喜怒思忧恐”。^[6]对应“五神脏”,则认为“过喜伤心”,“过怒伤肝”,“过思伤脾”,“过悲伤肺”,“惊恐伤肾”;指出了情志的太过或不及会导致“五神脏”功能的失常,而“五神脏”功能的失常亦会导致情志的太过或不及。^[12]儿童 ADHD 属于情志性疾病的一部分,其发生与“五神脏”有密切联系,现阐述如下。

2.1 “心神”失藏

《灵枢·邪客》曰:“心者,五脏六腑之大主也,精神之所舍也”。^[7]心者藏神,主神明,“任物者谓之心”,即言人体认识客观事物并进行思维活动,依赖于心进行。心又主血脉,血脉者,又赖神气以充养;若心血不足,心神失养,可致神志涣散,注意力不集中等。小儿体属“纯阳”,“心常有余”,其神识未开,易受外界影响而惊惕,损伤心神;外邪致病后,又极易化热生火,耗竭阴液,“津血同源”,阴液不足,则血脉不充,心火易亢;以上因素均可致心失所藏,而见心神不宁、失聪健忘、多动不安等症。^[13]

2.2 “肝魂”妄动

《灵枢·本神》曰:“肝藏血,血舍魂,肝气虚则恐,实则怒”,^[7]张介宾注:“魂之为言,如梦寐恍惚,变化游行之境是也”。^[14]肝为刚脏,体阴而用阳,其藏血功能正常,则魂有所舍,精神不妄。小儿为稚阴稚阳之体,若先天禀赋不足,肾水不充,水不涵木,以致肝阳亢盛,神魂不藏,则表现为多动难静,神思涣散;或父母打骂,言语不当,致患儿情志失调,郁久伤肝,肝郁化火,并进一步耗伤肝血,魂无所舍,可致注意力难以集中,冲动易怒,甚至口出秽语或出现攻击性行为等。

2.3 “脾意”不清

《灵枢·本神》曰:“脾藏营,营舍意,脾气虚则四肢不用,五脏不安”。^[7]张介宾注:“谓一念之生,心有所向而未定者,曰意”。^[14]脾藏意,即

言人的记忆力、想象力及学习能力均与脾有关。《三因极一病证方论》曰:“今脾受病,则意舍不清,心神不宁,使人健忘”。^[15]脾素喜静,小儿脾常不足,脾虚不运,气血生化乏源,心脾失养则注意力不集中,兴趣多变,健忘,甚至学习成绩进行性下降;若小儿素喜肥甘厚味,湿邪内生,困阻脾胃,脾为生痰之源,痰湿凝结,郁而化火,痰火上扰心神,则多动多语,冲动任性。

2.4 “肺魄”不运

“并精而出入者谓之魄……肺藏气,气舍魄”张志聪注:“魄乃阴精所生,肺为阴脏,故主藏魄”。^[16]魄,指精神活动中司感觉和支配动作的功能,包括听觉、视觉,皮肤感受冷热等,张景岳注:“魄之为用,能动能作,痛痒由之而觉也”。^[15]肺藏魄活动的正常进行则依靠宗气来推动。肺朝百脉,肺与 ADHD 关系主要是通过影响心神来实现的;若心气不足,血脉失养,肺朝百脉功能失常,百脉无力流通,不仅不能输精于皮毛,宗气的化生亦不足,推动能力减弱,肺不藏魄,则思维反应迟钝,学习成绩下降。

2.5 “肾志”不充

“意之所存谓之志”,《灵枢·本神》:“肾藏精,精舍志……五脏不安”,^[7]王冰注:志者,“专意而不移者也”,强调肾与人的意志、记忆力密切相关。然这种功能依赖于肾藏精功能的正常。肾主骨生髓而通于脑,脑为髓海,肾精、肾气充盈,则肾有所藏,志有所舍,表现为精力旺盛,意志坚定、记忆力强。小儿肾常虚,母胎禀受不足,肾精亏虚,脑髓失养,发育异常,可致注意力不集中、健忘、话多而语无伦次等;若肾阴、肾精不足,水不涵木,肝火偏亢,扰动心神,则见急躁易怒、冲动、失眠等。^[17]

“五神脏”与 ADHD 病因病机的内在联系示意图如图 2 所示。

3. 徐氏儿科从“五神脏”辨治 ADHD

王玉润教授是“徐氏儿科”代表性人物徐小圃的传承弟子,他融会贯通中西医理论,强调“治病识本”。他认为儿童 ADHD 的发生发展与“五神脏”密切相关,五脏失衡,“五神”失常,则产生神志之变,然无论是先天还是后天之因,

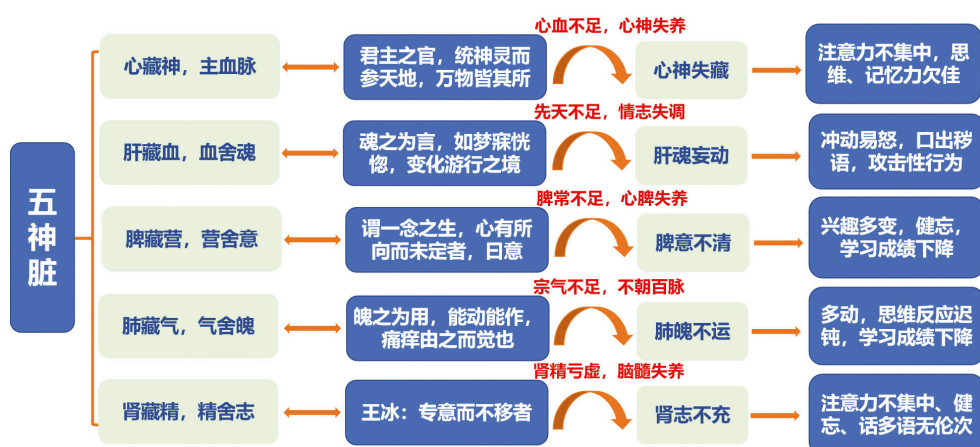


图 2 “五神脏”与 ADHD 病因病机的内在联系

皆可从五行生克乘侮最终影响脾、肝两脏: 肾精不藏, 阴水亏虚, 水不涵木则肝阳亢盛, 以致“肾志不充”、“肝魂妄动”; 小儿“肺脏娇嫩”, 不耐邪毒侵袭, 肺金为水上之源, 其运行受阻, 子病及母, 可影响脾土水液运化, 以致生湿化痰, 加剧“脾不足”, 并影响心血化生。故而小儿 ADHD 主要责之于心脾两虚, 肝阳亢盛, 阴阳失调。小儿又体属纯阳, “肝常有余, 心常有余而脾常虚”。“脾虚不藏意”, 又无以化生精气血而致心神失养; “心肝有余”而“神不内守”、“魂志妄动”, 两者相合, 可致患儿冲动、多动、注意力不集中、思维欠敏、脾气暴躁, 临床证型也以心脾两虚肝旺证居多, 病性虚实夹杂。“徐氏儿科”又强调, 儿科诸疾, 皆需“顾护脾胃”、“久病以治脾、扶正为主”, “潜阳需兼顾育阴”, 结合小儿 ADHD 的病机病证本质, 王玉润教授提出了“抑木扶土、养心安神、平肝潜阳”的治疗原则, 并研制龙牡清心合剂(黄芪、当归、煅龙牡、珍珠母、磁石、钩藤、大枣、炙甘草、浮小麦、白芍、五味子、黄柏、黄芩、夜交藤), 以求运脾健脾, 平肝潜阳, 诸脏神安, 这一思想也极大地传承、丰富了“徐氏儿科”理论。

4. 验案举隅

张某, 男, 9 岁, 2022 年 9 月 17 日初诊。

代主诉: 脾气暴躁、学习成绩下降半年。

家长诉患儿近半年脾气暴躁, 上课不认真听讲, 学习困难, 必须在老师、家长严格监督下才能完成

作业, 算术错误率较高, 经批评指正改善不明显。

刻下症见: 多动, 脾气急躁, 胃纳欠佳, 挑食, 眠不安, 舌淡红, 苔白腻, 脉平缓。

西医诊断: 注意缺陷多动障碍(混合型)。

中医诊断: 躁动(心脾虚肝旺证)。

治宜: 健脾理气, 平肝潜阳, 养心安神。

处方予龙牡清心合剂加减: 黄芪 5 g, 当归 2 g, 石菖蒲 5 g, 远志 2 g, 炒白芍 5 g, 五味子 5 g, 煅龙牡各 9 g, 钩藤 4 g, 淮小麦 5 g, 红枣 5 g, 甘草 3 g, 夜交藤 5 g, 焦山楂 5 g, 炒莱菔子 5 g。农本方, 14 剂, 日 1 剂, 分 2 次, 开水冲服。

二诊(2022.9.29): 脾气较前改善, 胃纳增加, 继服上方 14 剂。

三诊(2022.10.13): 算术正确率提高, 情绪偶有失控, 舌淡红, 苔白, 脉弦。上方减石菖蒲, 加川芎 5 g, 继续巩固治疗。随访 2 月, 家长诉偶发小脾气, 但能克制, 算术水平大有提高。

按: 此例患儿以多动、脾气暴躁、学习困难为主要表现, 平素胃纳欠佳, 睡眠不安, 归属于中医“躁动”范畴, 辨证属心脾两虚肝旺证。方药予龙牡清心合剂加减: 方中黄芪、当归健脾益气, 补养心脾, 充养后天之本, 可化生营血, 使意有所舍, 为君药; 龙骨、牡蛎、钩藤皆入肝经, 可平抑肝阳, 潜阳镇静, 肝阳不妄动, 则魂有所藏, 为臣药; 甘草、大枣、浮小麦, 即甘麦大枣汤, 可助黄芪、当归益气生血, 养心安神, 同时还可培育肾阴, 和中缓急(肝), 主治“脏躁”, 使神明清灵,

意志坚定;白芍、五味子则养血敛阴、柔肝抑木,潜阳同时兼顾育阴;加用夜交藤,则增强养心安神之功;石菖蒲、远志则化痰开窍定志,使脑神清明。诸药配伍严禁,以求抑木扶土、心安神宁、五脏安和,故效如桴鼓。

小结

“五神脏”理论由《黄帝内经》“五脏藏神”理论发展演变而来,对临床医学的诊治产生了深刻影响,对认识疾病、辨治疾病有着重大的指导意义,这种理论源于形神合一、精气为本。人的精神情志活动均与“五神脏”密切相关,“五神脏”功能失调,则会产生情志疾病,如“心气虚则悲,实则笑不休”,“肝气虚则恐,实则怒”。ADHD 是儿童时期较为常见的精神情志障碍疾病,与“五神脏”密切相关,主要责之于心脾两虚,肝阳亢盛。龙牡清心合剂针对此病机而设,前期基础研究证实了龙牡清心合剂可明显改善 ADHD 模型小鼠的学习记忆功能,并能促进小鼠脑内环磷酸腺苷的合成,减缓多巴胺、去甲肾上腺素等儿茶酚胺类神经递质下降。^[16] 临床研究表明龙牡清心合剂治疗 6 周后临床疗效控显率明显优于小儿智力糖浆对照组(75.00% vs 56.71%, $Z = -2.002$, $p < 0.05$)。^[18-20] 基础研究和临床试验均证实了从“五神脏”辨治儿童 ADHD 的科学性及有效性。然人体是一个有机整体,“五神脏”之间亦相互联系,临床要准确辨治,不可拘泥于单一脏腑,同时要注意患儿的心理治疗,以求五脏安和,神有所藏,阴平阳秘之旨。

致谢

本研究由上海市进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划(2021年-2023年)项目(ZY(2021-2023)-0206-01)、上海市临床重点专科建设项目(中医专业)(shslczdsk04102)、龙华医院科技创新项目(KY22059)共同资助。

References

1. Reale L, Bartoli B, Cartabia M, Zanetti M, Costantino M, Maria A, et al. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(12):1443-57.
2. Antshel KM, Zhang-James Y, Wagner KE, Ledesma A, Faraone SV. An update on the comorbidity of ADHD and ASD: a focus on clinical management. *Expert Rev Neurother*. 2016;16(3):279-93.
3. Colvin MK, Stern TA. Diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(9):27643.
4. Hinshaw SP. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): controversy, developmental mechanisms, and multiple levels of analysis. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018;7(14):291-316.
5. Palladino VS, McNeill R, Reif A, Kittel-Schneider S. Genetic risk factors and gene-environment interactions in adult and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Genetics*. 2019;29(3):63-78.
6. Tian DH, Liu GS. Elementary questions of the yellow emperor's internal classic. Beijing: People's Health Publishing House; 2020. (in Chinese)
7. Tian DH, Liu GS. Miraculous pivot. Beijing: People's Health Publishing House; 2020. (in Chinese)
8. Wang C. On balance (Lun Heng). Changsha: Yuelu Bookstore; 2015. (in Chinese)
9. Wu Y. Hongmingji. Beijing: Oriental Publishing House; 2019. (in Chinese)
10. Wang XZ, Wang SC. Analysis on evolution from five Zang-viscera storing spirit theory in inner canon of yellow emperor to five spirit Zang-viscera theory in grand simplicity of inner canon of Huangdi. *J Tradit Chin Med*. 2020;61(7):569-72. (in Chinese)
11. Yang SS. Grand simplicity of inner canon of Huangdi. Beijing: Xueyuan Publishing House; 2007. (in Chinese)

12. Song DL, Yang JH. Theory of five numen viscera treating attention deficit and hyperactivity disorder. *Journal of Pediatrics of Traditional Chinese Medicine*. 2011;7(4):12-4. (in Chinese)
13. Chen XF, Xiao Z. Research progress of children with attention deficit hyperactivity disorder by viscera syndrome differentiation. *Jilin Journal of Chinese Medicine*. 2017;37(8):851-4. (in Chinese)
14. Zhang JB. *Classified Canon* (volume 1). Beijing: People's Health Publishing House; 1965. (in Chinese)
15. Chen Y. *Treatise on three categories of pathogenic factors*. Beijing: People's Health Publishing House; 2020. (in Chinese)
16. Zhang ZC. *Annotations on the yellow emperor's internal classic*. Beijing: Traditional Chinese Medicine Classics Press; 2015. (in Chinese)
17. Zhang Y, Liu YT, Luo Y, Zhang L. Discussion on hyperactivity disorder of "excess of heart and liver, deficiency of spleen and kidney" based on brain-gut axis theory. *Journal of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine*. 2021;23(11):120-4. (in Chinese)
18. Sun YL, Wang YR, Qu XS. Animal experimental observation on the treatment of children's ADHD with "Yizhi syrup". *Journal of Shaanxi College of Traditional Chinese Medicine*. 1991;(4):37-8. (in Chinese)
19. Chen XF, Xiao Z. Clinical efficacy observation of Longmu Qingxin mixture on treating children attention deficit hyperactivity disorder. *Chinese Journal of Basic Medicine in Traditional Chinese Medicine*. 2016;22(10): 1366-8+81. (in Chinese)
20. Zhang CQ, Jiang ZY. Clinical observation of Longmu Qingxin mixture treating of children with attention deficit hyperactivity disorder (heart-spleen deficiency and liver-Yang hyperactivity). *Journal of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine*. 2016;18(11): 104-7. (in Chinese)

บทความปริทัศน์

การวิเคราะห์วิธีการรักษาภาวะสมาธิสั้นในเด็ก โดยศาสตราจารย์สวีในแง่มุมของ "จิตวิญญาณแห่งอวัยวะทั้งห้า"

หลี่ เส่วจวิน, เจียง จื่อเหยียน, เซียว เจิน, หวาง ซูหมิ่น

แผนกกุมารเวชวิทยา โรงพยาบาลหลงหัว สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: การเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ (จาก "ห้าอวัยวะที่สถิตของจิตวิญญาณ" สู่ "จิตวิญญาณแห่งอวัยวะทั้งห้า") มีอิทธิพลอย่างมากต่อการแพทย์ในอนาคต โดย "จิตวิญญาณแห่งอวัยวะทั้งห้า" มีพื้นฐานมาจากการกักเก็บของสาร "จิง" เป็นพื้นฐานนำไปสู่ "จิตวิญญาณ" ซึ่งเกี่ยวข้องกับสติปัญญา ความคิดอ่านและการเคลื่อนไหวของมนุษย์ เช่นเดียวกับภาวะสมาธิสั้นในเด็กซึ่งนับเป็นความผิดปกติทางจิตเวชอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยในเด็ก และมีกลไกเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย "จิตวิญญาณแห่งอวัยวะทั้งห้า" ดังนั้นบทความนี้จึงได้อธิบายความสำคัญของทฤษฎี "จิตวิญญาณแห่งอวัยวะทั้งห้า" ในการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder - ADHD) ในเด็กได้เขียนอธิบายอย่างมีระบบทั้งสี่แง่มุม คือ การพัฒนาและวิวัฒนาการของ "จิตวิญญาณแห่งอวัยวะทั้งห้า" ความสัมพันธ์ระหว่าง "จิตวิญญาณแห่งอวัยวะทั้งห้า" กับ ADHD ในเด็ก การรักษา ADHD ในเด็กจากมุมมอง "จิตวิญญาณแห่งอวัยวะทั้งห้า" ของศาสตราจารย์สวีและตัวอย่างกรณีศึกษาที่พบเห็นบ่อยเพื่อเข้าใจความหมายของจิตวิญญาณแห่งอวัยวะทั้งห้าได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้นตามตำราเนย์จิง และเพื่อเสริมสร้างคุณค่าของการรักษาโรคทางกุมารเวชด้วยแนวความคิดของการแพทย์จีนโบราณให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: จิตวิญญาณแห่งอวัยวะทั้งห้า; ห้าอวัยวะที่สถิตของจิตวิญญาณ; ภาวะสมาธิสั้น; ศาสตราจารย์สวี แผนกกุมารเวช; กรณีศึกษา

ผู้รับผิดชอบบทความ: เซียว เจิน: xiaozhen61@126.com



Review Article

Analysis on treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children by Xu's pediatrics from the perspective of "five numen viscera"

Li Xuejun, Jiang Zhiyan, Xiao Zhen, Wang Shumin

Department of Pediatrics, Longhua Hospital Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: The evolution of the relationship between form and spirit ("five viscera storing spirit" - "five numen viscera") has had a profound impact on later medicine. The "five numen viscera" is based on the basis of "reserving essence and qi", and emphasizes the role of "spirit", which is closely related to the human mind, thinking, movement, etc. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a common neurological disorder in childhood, and the pathogenesis of TCM is attributed to the "five viscera losing spirit". Based on the theory of "five numen viscera", this paper systematically explains the significance of the theory of "five numen viscera" in the diagnosis and treatment of ADHD in children from four aspects: the development and evolution of "five numen viscera", the relationship between "five numen viscera" and ADHD in children, the treatment of ADHD by "five numen viscera" in Xu's pediatrics, and examples of typical cases, in order to understand the true meaning of the doctrine of "five numen viscera" in the Nei Jing, and to enhance the theoretical value of classical Chinese medicine in the identification and treatment of pediatric diseases.

Keywords: five numen viscera; five viscera storing spirit; attention deficit hyperactivity disorder; Xu's pediatrics; case study

Corresponding author: Xiao Zhen: xiaozhen61@126.com

文献综述

浅述香薰疗法的现代研究进展

戴薇薇¹, 释延柏², 谢安娜¹, 张孙正远¹

¹上海中医药大学附属龙华医院科技中心实验室

²嵩山少林寺少林药局

摘要: 香薰疗法作为补充和替代医学的治疗手段, 可通过皮肤吸收或呼吸系统而起作用。本文综述了香薰疗法的起源及功用、类型与药物性味功效, 以及在疼痛、焦虑、抑郁、失眠干预等方面的现代临床应用, 并进行了生物学机制的阐释, 旨在为其临床合理应用提供参考。

关键词: 香薰疗法; 精油; 疼痛; 焦虑; 抑郁

通讯作者: 戴薇薇: wdai2018@shutcm.edu.cn

Received: 22 April 2023

Revised: 19 May 2023

Accepted: 20 June 2023

前言

香薰疗法 (aromatherapy), 又称为芳香疗法、简称为香疗, 是通过芳香物质 (如香料或精油) 直接与皮肤接触或释放挥发性物质吸入体内, 从而达到治疗、防病或振奋精神、美容的目的。

1. 香薰之起源与功用

北宋初年政治家丁谓 (公元 966—1037) 著有《天香传》: “香之为用从上古矣。所以奉神明, 可以达鬻洁”。意即用香的历史可追溯到上古时期, 用来供奉神明, 亦可达到辟秽清洁的目的。古代香薰的功用可分为祭祀香薰与医疗香薰 (图 1)。

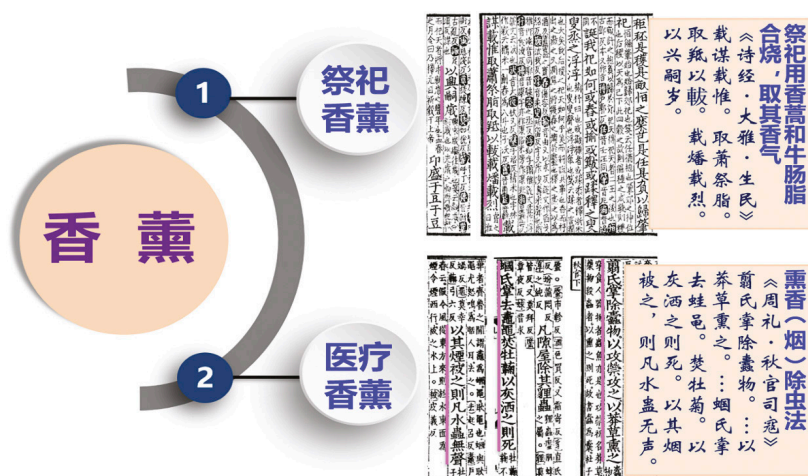


图 1 古代香薰的功用

如先秦时期《诗经·大雅·生民》记载：“载谋载惟，取萧祭脂，取粢以鬯，载燔载烈，以兴嗣岁”。在我国古代并未系统提出香熏疗法的概念，但很早将香熏疗法应用于临床，防治多种疾病。^[1]至西周时期，朝廷专门设立了掌管熏香的官职。《周礼》中记载：“翦氏掌除蠹物。…以莽草熏之。…蜎氏掌去蛙黾。焚牡菊。以灰洒之则死。以其烟被之，则凡水蛊无声”。可见西周时期人们就善用

熏香驱灭虫类、清新空气。而当代，香熏疗法作为补充和替代医学的治疗手段，正在被逐渐接受使用。

2. 芳香药物性味功效

香熏疗法所用的药物都具有芳香之气，在药性理论中多归于辛味，性多升浮，具有理气、解郁、化滞、开窍、醒神等功效，归属脾胃经居多。^[2]如下表 1 所示：

表 1 芳香药物分类与功效

	功效	代表药物
化湿	以辛香之味，醒脾化湿，助脾胃恢复健运	藿香、佩兰、苍术、砂仁、豆蔻、草果
行气	气香而疏泄，助气机调达畅行	檀香、沉香、木香、橘皮、佛手、香橼、甘松
开窍	药性走窜，入心经而开通心窍，苏醒神志	麝香、冰片、苏合香、石菖蒲
疏散	药性疏散，使毛窍疏达，开合可司，外邪祛除，卫阳宣畅，部分药物又可宣通鼻窍	紫苏、香薷、薄荷、菊花、白芷、辛夷
散寒止痛	温性药，因其辛散温通之性可起散寒止痛的作用	肉桂、桂枝、干姜、吴茱萸、丁香、高良姜、花椒

3. 香熏疗法类型

宋代之后，不仅佛家、道家、儒家提倡用香，而且香更成为普通百姓日常生活的一个部分。^[3]主要的香熏类型如下：

3.1 佩香

将芳香药制成粉末，装在特制布袋中佩戴在胸前、腰际、脐中等处。此法通过药物渗透作用，经穴位、经络直达病灶，可起到活血化瘀、祛寒止痛、燥湿通经的作用。如我国江南地区湿度较大，蚊虫甚多。人们常佩戴香囊以除潮湿，驱赶蚊虫。

3.2 嗅香

芳香中药研成粉末、或煎液取汁、或用鲜品制成药露，装入密封的容器中，以口鼻吸入，也可将药物涂在人中穴上嗅之。此法通过鼻黏膜的吸收作用，使药物中的有效成分进入血液而发挥药效，也可治疗局部疾病。可用于治疗

支气管炎、头痛、眩晕、失眠、鼻炎、咽炎、中暑等症。如《备急千金要方》治鼻不利香膏方，制成小丸，纳鼻中。

3.3 燃香

将具有芳香醒脑、辟秽祛邪的中药制成香饼、瓣香、线香、末香等，置于香炉中点燃。通过燃烧熏香，香气缭绕，起到清新环境、怡养心神的作用。燃香多混合有几种乃至数十种香料，使香气更浓郁，持续时间更长久。《本草纲目》中记载：“乳香、安息香、樟木并烧烟薰之，可治卒厥”。

3.4 浴香

将芳香类中药加入水中，用来洗浴或熏蒸。通过选择不同功效的药材，可达到健身除病、美容玉肤的作用。浴香疗法对于风湿症、关节炎、皮肤病等有一定的治疗作用。《本草纲目》中记载：“香附子，煎汤浴风疹，可治风寒风湿”。

4. 香薰疗法的现代临床应用

香薰疗法以其自然平衡调整治疗方法,越来越受到医学界的重视。精油(Essential oil)是具有特殊香气的植物挥发油,有抑制或杀灭细菌病毒、强化中枢神经系统、促进新陈代谢、增强各器官的功能和人体免疫力的作用。在香薰疗法中,常以气味芳香的药物制成精油剂型,作用于全身或局部以防治疾病。相对于药物而言,精油的优势体现在高渗透性、代谢快、不滞留、毒性小、易透过血-脑屏障。精油可借助薰香器具扩散,经呼吸道吸收后,作用于大脑边缘系统和全身各器官,从而达到预防和治疗身心疾病的功效。在国内外已有许多学者将香薰疗法应用于疼痛、焦虑、抑郁、失眠等的干预,取得良好效果。举例如下:

4.1 香薰疗法缓解疼痛的应用

国际疼痛学会(International Association for the Study Pain, IASP)提出疼痛是一个主要的健康问题,开展非药物治疗缓解慢性疼痛是当今主要任务。^[4]在对疼痛病人的流行病学调查分析显示,近年来疼痛患病率增加,其中慢性疼痛增加至 21%,^[5]临床多以服用阿片类药物进行缓解。现今,IASP 提倡减少阿片类药物服用,鼓励采用安全有效的护理方案减少疼痛。

4.1.1 分娩疼痛

WHO 将分娩痛列在疼痛第二位。香疗被认为是一种具有积极影响的替代医学方法,是医院提供整体护理的一部分,能够有效地减轻产妇产紧张、焦虑、恐惧等不良心理情绪,降低疼痛敏感度,缩短产程,提高自然分娩成功率,促进新生儿的身体健康及产妇的产后恢复。^[6]

Tsai 等系统评价了 15 项芳香疗法对产后妇女疗效的研究,^[7]发现有效缓解时间随精油的不同而改变,产后疼痛度量视觉模拟量表评价结果显示香疗可改善产后生理和心理亚健康状态,对抑郁、焦虑、困扰、乳头裂痕疼痛、疲劳、身体疼痛、情绪、剖宫产恶心、剖宫产后疼痛及切开后疼痛均有缓解作用,且不会产生严重的干预相关副作用,表明芳香疗法可以作为一种无

创辅助干预手段,用以提高产后妇女生理、心理舒适度。

4.1.2 癌症疼痛

研究显示香疗对癌症疼痛病人益处较大。钱源等将 120 例癌症疼痛患者随机均分为对照组与观察组,^[8]对照组给予常规护理,观察组在对照组基础上联合香疗、治疗性按摩,干预 14d 后发现香疗与治疗性按摩结合,能够缓解中重度癌痛患者的疼痛。

Kwong 等采用定性研究设计,^[9]对 15 例采用过香疗的癌症妇女进行半结构化访谈,其结果显示所有参与者对芳香疗法按摩都有积极的反馈,香疗按摩能够减轻疼痛、肌肉紧张及淋巴水肿等,有助于增强自我接纳和应对身体变化。

4.1.3 术后疼痛

术后疼痛是临床术后的常见症状,会延缓患者康复,芳香疗法能有效缓解患者的情绪体检和躯体反应。Kasar 等研究肌筋膜疼痛综合征患者在触发点注射过程中吸入香薰对疼痛、^[10]舒适度、焦虑和皮质醇水平的影响,发现吸入薰衣草精油可减轻触发点注射过程中的疼痛和焦虑,并改善患者舒适度,且不会影响唾液皮质醇水平,表明吸入性芳香疗法能够缓解术后患者的疼痛。

4.2 香薰疗法缓解焦虑的应用

中医理论认为,焦虑属于“郁症”,是因情志不舒、气急淤滞所引起。香薰触摸疗法中,精油借助薰香器具扩散,人体吸入后作用于大脑嗅觉区,可促发神经化学物质的释放,从而调控和平衡自主神经系统。薰衣草、天竺葵、佛手柑精油被证实同时具有治疗焦虑和沮丧的效用。用掌推法配合穴位按压对腰背部、尤其是足太阳膀胱经进行触摸,可以疏通经络,解郁破结,加强肝的疏泻功能,促进气机的调畅,从而舒缓焦虑情绪。

杨璐炜等探索香薰疗法对住院危重患者不良情绪的影响。^[11]从 2017 年 2 月至 2020 年 2 月选取 120 例住院危重患者作为研究对象,随机抽取并将患者分为观察组(n=60)和对照组(n=60)。对照组应用常规治疗方法,观察组在常规用药治疗方法上加用香薰疗法。采用焦虑

自评量表(SAS)对患者的焦虑情况进行评价,统计两组患者治疗期间发生的不良反应,计算不良反应发生率。治疗7天后,观察组SAS评分显著低于对照组。治疗期间观察组不良反应发生率为3.33%,明显低于对照组的28.33%。住院危重患者应用香薰疗法后能够有效改善患者焦虑情绪,并且能够显著降低患者治疗期间的不良反应。

牙科焦虑症(dental anxiety, DA)是指患者对于口腔治疗环节感到紧张、焦虑甚至恐惧,表现为烦躁不安、心慌气促,导致推迟、躲避甚至破坏必要的口腔护理和治疗。香薰疗法作为治疗牙科焦虑症的新兴方法,安全简便,价格低廉。邓伟华等选择某医院口腔科2016年行种植术的患者120例,^[12]随机分成三组,A组:常规护理下行牙种植术,无任何干扰措施;B组:心理护理下行牙种植术。C组:心理护理配合香薰疗法下行牙种植术,即在薰衣草香薰环境下行牙种植术(点燃电香薰灯,薰衣草精油和纯净水按1:1比例添加)。采用改良牙科焦虑量表(modified dental anxiety scale, MDAS)测量三组患者不同治疗时期DA水平的变化,并对牙种植术前后测量数据进行统计学分析。结果发现三组患者的DA值均呈下降趋势,其中以C组下降最为明显。对于行口腔种植术的患者,心理护理配合香薰疗法具有明显的抗焦虑作用。

4.3 香薰疗法对抑郁症患者的干预

抑郁症是全球最大的健康问题之一,大约涉及3.5亿人。临床可见心境低落与其处境不相称,情绪消沉,自卑抑郁,甚至悲观厌世,可有自杀企图或行为;严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。^[13]据统计,每年全球有100万患者因为抑郁而自杀。目前临床上一线的抗抑郁药主要包括选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)、5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRI)、去甲肾上腺素和特异性5-羟色胺能抗抑郁药(NaSSA)等。在美国,约53.6%患者还尝试接受补充替代疗法(CAM),其中一种就是香薰疗法。有学者对香薰疗法干预抑郁症患者的作用进行了系统评价分析,按照设置标准分析了12个随机对

照试验,其中有5个为香薰疗法嗅觉吸入方式,7个为按摩方式,经过统计分析认为其中7个改善了患者的抑郁症状,并且发现以按摩方式的香薰疗法效果优于嗅觉吸入方式。^[14]研究认为香薰疗法是一种有效的治疗抑郁症的方法。

Ogata等通过研究表明薰衣草油吸入可改善健康男性成年人的抑郁情绪和焦虑,^[15]薰衣草油是一种有效的减压疗法。Aponso等的研究结果支持精油芳香疗法可以调节氧化应激和炎症生物标志物,^[16]从而改善焦虑、抑郁。

林慧玥等通过建立抑郁小鼠模型研究芳香物质对抑郁症的治疗效果,^[17]该研究将32只模型小鼠随机分为丁香精油、茉莉精油、蒸馏水雾化治疗组及抑郁组,而抑郁组与正常组不予任何干预,通过测试每组小鼠的悬尾不动时间百分比、强迫游泳不动时间百分比、血5-HT浓度及13个嗅觉受体(OR)基因,结果表明芳香物质对抑郁症有较好的治疗效果。

4.4 香薰疗法改善睡眠的应用

调查显示,有75%的女性都出现过失眠、睡眠质量不佳的情况,长期的睡眠不足、睡眠质量低下都会影响到日常生活,甚至影响自己的身体健康。出现睡眠问题时可以借助芳香疗法,来缓和心情,调节紧张、不安、焦虑的情绪。

CHOI等对23名年龄在20到60岁之间的女性使用芳香油进行脑电图、^[18]血压和脉率测量比较。与嗅觉刺激前相比,吸入薰衣草、迷迭香、桉树、茉莉、洋甘菊、丁香鼠尾草和百里香精油时,反映大脑松弛和静息状态的相对 α (RA)功率谱显著增加。当吸入迷迭香、茉莉、鼠尾草和薄荷油时, α 与高 β 的比值(RAHB)显著增加,RAHB是大脑稳定和放松的指标。在薰衣草、迷迭香、玫瑰和天竺葵气味刺激下,相对较低的 β (RLB)功率谱显著增加,这是在没有压力的情况下大脑活动的指标。此外,芳香油使收缩压显著下降,表明压力减轻。因此,芳香精油的嗅觉刺激对前额叶皮层和大脑活动具有稳定作用,并可降低收缩压。

欧阳灿等选择2018年9月-2019年1月住院治疗的72例年轻卵巢癌患者,^[19]随机分为对照组和观察组,各36例。对照组采取常规

肿瘤科心理护理, 观察组在常规肿瘤科心理护理基础上给予情绪释放联合香薰疗法。结果干预 4 周后, 睡眠质量 6 个维度(睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、日间功能障碍)得分及总分均低于对照组。香薰疗法能够缓解年轻卵巢癌患者焦虑抑郁情绪, 促进睡眠。

5. 香薰疗法的生物学机制阐释

香薰疗法作为补充和替代医学的治疗手段, 使用方法包括外用、吸入、沐浴、熏蒸等。香薰疗法的生物学机制阐释, 主要有药理学假说和心理学假说 2 种。^[2] 药理学假说中认为香气分子作用于人体自主神经系统、中枢神经系统、内分泌系统进而对人的情绪、生理状态和行为产生影响。心理学假说认为通过气味唤醒人体曾经的体验进而

唤醒记忆。这些曾经的体验会通过气味的唤醒而复苏, 并且会回忆起曾经的情绪、行为、认知等各种身体心灵方面的反应。

2004 年, Richard Axel 和 Linda B. Buck 两位科学家, 因发现嗅觉受体与气味传递系统而获得诺贝尔生理或医学奖。嗅觉受体位于鼻上皮的嗅觉受体细胞中。当鼻子吸入带有气味分子的空气, 气味附着于嗅觉受体, 受体细胞被激活并发生电信号, 信号在嗅小球中接力, 将信号传送到大脑更高区域(图 2)。香薰的气味分子通过嗅觉或皮肤进入人体, 因嗅觉神经感应到的刺激产生微妙的生理和心理作用, 以及通过血液和淋巴系统扩散到全身。从而促进细胞新陈代谢, 激发机体活性。因此涉及心理、精神上的感应作用和芳香化合物本身具有的潜在医疗作用。

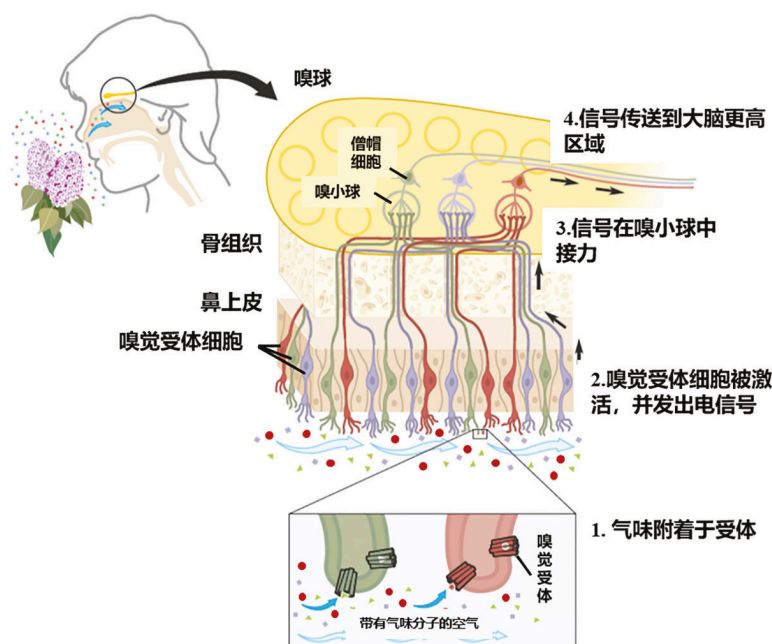


图 2 嗅觉受体与气味传递系统示意图

香薰的医疗作用, 是指芳香物质含有的醇、醛、酯、酸、萜类成分, 进入肌肤、血管及体内组织后, 在不同的部位发挥功能, 达到身心松弛、头脑清醒、平衡内分泌等效果。^[20] 香薰精油稀释后可加强血液循环排出体内毒素, 具有增强免疫活性的作用。有学者认为香薰疗法有色氨酸样作用, 起镇静和镇痛效果、有助于个体的松弛反应, 舒缓心理压力、改善睡眠、促进心理平静。^[21]

以在香疗中常用的薰衣草精油为例, 其易溶于水, 可通过皮肤按摩吸收, 将信息直接送到脑部, 使大脑前叶分泌出内啡肽和脑啡肽, 使精神舒适, 改善睡眠质量, 达到舒畅的感觉。内含有乙醇芳樟酯、芳樟醇等多金属氧酸盐, 可激活副交感神经。学者认为薰衣草精油降低焦虑水平的作用机理可能如下: 一方面, 芳樟醇作为精油的主要成分, 通过钝化自律系统降低机体生理觉醒水平; 另一方面, 嗅觉器官直接联系

大脑边缘系统,引起情绪改变。也有研究表明薰衣草可能作用于神经后突触,作为信号抑制环腺苷酸(cAMP)。cAMP的降低与镇静有关。另有药理研究表明,薰衣草精油能提高脂肪降解率、抗脂质过氧化,对衰老有一定的预防作用。综上所述,香薰疗法具有悠久的历史、较完备的理论体系,现代研究与发展则拓宽了其应用途径。在临床应用上,香薰疗法多被作为补充替代疗法用于改善症状,目前已有众多学者将香薰疗法应用于疼痛、焦虑、抑郁、失眠等的干预,并取得良好效果。每一种香料、精油都有独特的化学成分,所产生的功效正在被逐步发掘,而更多的药理证据还有待科学实验的进一步证明。

致谢

本研究由国家自然科学基金项目(N0.81873318),中华医学会医学教育分会、中国高等教育学会医学教育专业委员会医学教育研究课题(N0.2020B-N13169);上海中医药大学医养结合科创项目(N0.YYKC-2021-01-010)共同资助。

References

1. Qian YY, Li Q, Li SN, Jiang X, Gong RY, Yuan Y. Chinese fragrance culture and aromatherapy under the guidance of traditional Chinese medicine. *Jiangxi Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2017;48(9):8-11. (in Chinese)
2. Li YK, Liu DS, Ren C, Lei SY, Han XJ. Research progress in traditional Chinese medicine aromatherapy. *Journal of Emergency in traditional Chinese Medicine*. 2020;29(1):171-81. (in Chinese)
3. Wang L, Li CW. Effects of aromatic therapy on TCM in Song dynasty. *China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy*. 2010;25(11):1874-6. (in Chinese)
4. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor Herta, Gibson S, et al. The revised international association for the study of pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82.
5. Shupler MS, Kramer JK, Cragg JJ, Jutzeler CR, Whitehurst DGT. Pan-Canadian estimates of chronic pain prevalence from 2000 to 2014: a repeated cross-sectional survey analysis. *J Pain*. 2019;20(5):557-65.
6. Wei HL. Research progress of aromatherapy in labor analgesia. *Chinese and Foreign Medical Research*. 2019;17(12):184-6. (in Chinese)
7. Tsai SS, Wang HH, Chou FH. The effects of aromatherapy on postpartum women: a systematic review. *J Nurs Res*. 2019;28(3):e96.
8. Qian Y, Chen Y, Liu Y, Yan XL. Study on effect of aromatherapy combined with therapeutic massage on moderate to severe cancer pain. *Electronic Journal of Practical Clinical Nursing Science*. 2019;4(35):48-56. (in Chinese)
9. Ho SSM, Kwong ANL, Wan KWS, Ho RML, Chow KM. Experiences of aromatherapy massage among adult female cancer patients: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4519-26.
10. Kasar KS, Yildirim Y, Senuzun Aykar F, Uyar M, Sagin FG, Atay S. Effect of inhalation aromatherapy on pain, anxiety, comfort, and cortisol levels during trigger point injection. *Holist Nurs Pract*. 2020;34(1):57-64.
11. Yang LW, Yang Y, Ma PP, Wang W, Sun CY, Liu HY. Impact of aromatherapy on adverse emotion of hospitalized critically ill patients and analysis of its adverse reactions. *China Medicine and Pharmacy*. 2021;11(23):234-6. (in Chinese)
12. Deng WH, Chen GS. The psychological assessment with aroma therapy of dental implant clinical effective. *Chinese Journal of Oral Implantology*. 2017;22(3):134-6. (in Chinese)
13. Monroe SM, Harkness KL. Major depression and its recurrences: life course matters. *Annu Rev Clin Psychol*. 2022;18:329-57.

14. Sánchez-Vidaña DI, Ngai SP, He W, Chow JK, Lau BW, Tsang HW. The effectiveness of aromatherapy for depressive symptoms: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2017;2017:5869315.
15. Ogata K, Ataka K, Suzuki H, Yugi T, Okawa A, Fukumoto T, et al. Lavender oil reduces depressive mood in healthy individuals and enhances the activity of single oxytocin neurons of the hypothalamus isolated from mice: a preliminary study. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2020;2020:5418586.
16. Aponso M, Patti A, Bennett LE. Dose-related effects of inhaled essential oils on behavioural measures of anxiety and depression and biomarkers of oxidative stress. *J Ethnopharmacol*. 2020;250:112469.
17. Lin HY, Wan XL, Du YJ, Xie HL. Efficacy and mechanism of clove oil and jasmine oil on treatment of depressive mice. *Journal of Wenzhou Medical University*. 2018;48(5):330-7. (in Chinese)
18. Choi NY, Wu YT, Park SA. Effects of olfactory stimulation with aroma oils on psychophysiological responses of female adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5196.
19. Ouyang C, Liu Y. The effects of emotional release combined with aromatherapy on young ovarian cancer patients. *Health Vocational Education*. 2020;38(14):149-51. (in Chinese)
20. Ayaz M, Sadiq A, Junaid M, Ullah F, Subhan F, Ahmed J. Neuoprotective and anti-aging potentials of essential oils from aromatic and medicinal plants. *Front Aging Neurosci*. 2017;9:168.
21. Agarwal P, Sebghatollahi Z, Kamal M, Dhyani A, Shrivastava A, Singh KK, et al. Citrus essential oils in aromatherapy: therapeutic effects and mechanisms. *Antioxidants*. 2022; 11(12):2374.

บทความปริทัศน์

ความก้าวหน้าด้านงานวิจัยทางชีววิทยาในยุคปัจจุบันในด้านสมุนไพร

ได้ เวยเว่ย¹, ซื่อ เหยียนไป๋², เซี่ย อานน่า¹, จางซุน เจิ้งหยวน¹

¹ ห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โรงพยาบาลหลงหัว สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

² สำนักงานเภสัชกรรมแห่งวัดเซ้าหลินแถบเทือกเขาชางซาน

บทคัดย่อ: บทความนี้อธิบายโดยย่อเกี่ยวกับคุณสมบัติ และประเภทของการรักษาด้วยวิธีสมุนไพร โดยการรักษาด้วยวิธีสมุนไพรมีบทบาทสำคัญในด้านการส่งเสริมหรือเป็นการแพทย์ทางเลือกอื่นในการรักษา โดยวิธีการนำมาใช้ได้แก่การใช้ภายนอก การสูดดม การแช่ การรมควัน เป็นต้น โดยออกฤทธิ์ผ่านการดูดซึมผิวหนังหรือทางระบบทางเดินหายใจ โดยบทความนี้ได้มีการทบทวนงานวิจัยด้านชีววิทยาทางการแพทย์ในปัจจุบันด้านประสิทธิภาพของการรักษาด้วยกลิ่นหอมระเหยในการบรรเทาความเจ็บปวด ช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความสามารถของยาด้านซึมเศร้าและเสริมสร้างคุณภาพการนอนรวมถึงยังได้อธิบายถึงกลไกชีววิทยาบางส่วนอีกด้วย

คำสำคัญ: สมุนไพร; น้ำมันหอมระเหย; ปวด; วิตกกังวล; ซึมเศร้า

ผู้รับผิดชอบบทความ: ได้ เวยเว่ย : wdai2018@shutcm.edu.cn

Review Article

Advances in modern biological research on aromatherapy

Dai Weiwei¹, Shi Yanbai², Xie Anna¹, Zhangsun Zhengyuan¹

¹ Central Laboratory of Science and Technology Department, Longhua Hospital Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

² Shaolin Pharmacy Bureau of Shaolin Temple in Songshan Mountain, China

Abstract: As a treatment method in complementary and alternative medicine, aromatherapy may work through skin absorption or respiratory system. This article briefly describes the origin, function and types of aromatherapy, and the properties, tastes and functions of aromatic herbs. This article reviews the good effects of aromatherapy on pain relief, anxiety intervention, antidepressant and sleep improvement in modern clinical applications, and explains the biological mechanisms, in order to provide reference for its clinical rational application.

Keywords: aromatherapy; essential oil; pain; anxiety; depression

Corresponding author: Dai Weiwei: wdai2018@shutcm.edu.cn



文献综述

近 10 年中医药治疗肿瘤相关性失眠的研究进展

甘姗姗, 姜靖洁, 周海伦, 阿格尔, 刘睿潮, 刘玉, 柴妮, 龚亚斌

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院肿瘤科

摘要: 肿瘤患者确诊后的压力及经过手术、放疗、化疗、靶向治疗或是免疫治疗后容易出现一系列的不适症状, 导致失眠率高, 约占百分之 30~68, 严重影响了肿瘤患者的生活质量。现代医学治疗失眠最常用的是安眠药物, 但安眠药存在宿醉现象、呼吸抑制、诱发精神疾病等副作用, 长期服用还容易引起药物依赖、成瘾和耐药等不良反应, 在肿瘤相关性失眠的运用中存在诸多问题。中医药对肿瘤相关性失眠具有独到的见解, 治疗方法多样, 疗效良好且无明显毒副作用, 患者依从性较高, 具有一定的优势。本文就近 10 年中医药治疗肿瘤相关性失眠 (cancer-related insomnia, CRI) 的研究进展做一概述, 归纳总结中医的特色理论与治疗方法, 为肿瘤相关性失眠的中医治疗提供参考。

关键词: 肿瘤相关性失眠; 中医治疗; 研究进展

通讯作者: 龚亚斌: gongyabin@hotmail.com

Received: 28 April 2023

Revised: 25 May 2023

Accepted: 20 June 2023

前言

WHO 显示每年恶性肿瘤患者新增约 1100 万, 至 2020 年, 这一数字可能将达到 1600 万, 而发展中国家将会成为重灾区。^[1] 而肿瘤相关性失眠 (cancer-related insomnia, CRI) 亦称为肿瘤相关性睡眠障碍, 肿瘤发生及治疗过程中以明显而持久的睡眠障碍为主要临床表现, 例如难以入睡, 难以维持睡眠, 睡眠效率差, 早起醒来以及白天过度嗜睡, 与肿瘤的进展息息相关。^[2] 据统计, CRI 发病率高达 30%~68%,^[3,4] 失眠在肿瘤患者中的发生率远远地大于普通人群。Induru 等人也通过研究发现失眠在肿瘤患者中比较常见,^[5] 特别是在肺癌、乳腺癌、头颈部肿瘤等患者中发生率极高。西医治疗 CRI 主要是通过镇静安神药物, 但是这种药物长期使用会有一定的成瘾性或戒断反应等不良反应。中医对于 CRI 病因病机有独特的认识, 强调整体

观念和辨证论治, 治疗上讲求内外合治, 可在有效改善睡眠的同时稳定瘤体或防复发转移, 患者依从性较强, 毒副反应小, 提高了肿瘤患者生活质量, 具有一定的优势。现将近年来中医学对于 CRI 的研究的丰富理论与特色疗法做以下综述。

一、病因病机

现代医学认为引起 CRI 的因素有很多, 概括下来主要可分为由于肿瘤本身的发展引起的各种症状 (失眠、疲劳、癌痛、抑郁等)、抗癌治疗 (手术、放化疗、靶向治疗等) 的不良反应、患者的心理因素以及生活环境的改变均可导致患者失眠。

CRI, 中医属于“不寐”范畴。亦称“失眠”、“不得眠”、“不得卧”、“目不瞑”。从古至今有许多医家对其病因病机进行论述。

（一）营卫不和学说

营卫之气的正常运行是人体睡眠活动的机枢。^[6]《内经》认为不寐的病理机制在于营卫的运行失常，明确阐述了“营卫昼夜循行”的睡眠生理：“其清者为营，浊者为卫；营在脉中，卫在脉外。营周不休，五十而复大会，阴阳相贯，如环无端。卫气行于阴二十五度，行于阳二十五度，分为昼夜，故气至阳而起，至阴而止。”卫气属阳，随同自然界太阳升落而增减变化，日暮阳气沉敛内收，阴气渐长占据主导，即“日西而阳衰，日入阳尽而阴受气矣。夜半而大会，万民皆卧”。《灵枢·营卫生会》云：“营卫之行，不失其常，故昼精而夜瞑”。而营卫失常则“其营气衰少而卫气内伐，故昼不精，夜不寐”，《景岳全书》、《辩证录》也对不寐的病因作了精辟地分析，提到与营气不足有关。对于CRI，曹建雄认为CRI患者多为肿瘤后期，感癌毒邪气日久，^[7]机体运化失常，气血往来不利，导致营卫失调，夜不能寐。沈敏鹤认为CRI的病机可概括为“浮升散有余，沉降敛不足”，^[8]肿瘤患者营卫乏源，阳气虚弱者难以潜入营阴，营阴干涸者难以藏敛卫阳；或因元气衰弱多兼有湿、痰、瘀等病理产物，营卫循行阻滞，阴阳失交。

（二）脏腑损伤学说

脏腑损伤学说指出“五脏六腑”皆有不寐，脏腑功能失调导致气血失调，阴阳失和，从而出现失眠。^[9]《灵枢·本神》中曰：“肝藏血，血舍魂……脾藏营，营舍意……心藏脉，脉舍神……肺藏气，气舍魄……肾藏精，精舍志。”肿瘤患者正虚邪实，五脏的邪实或内虚皆可导致神不安宅而致不寐。于淼、高毅东认为不寐病位主要在肝、脾、心、胆、肾，^[10,11]其生理功能、病理变化在失眠的发生、发展及疾病预后中起着重要的作用。^[11]贾英杰认为不寐多归于情志因素，^[12]主要责之于肝。国医大师伍炳彩认为从肝论治不寐最为重要。^[13]《素问·刺热论》也提到：“肝热病者……热争则狂言及惊，胁满痛，手足燥不得卧”。对于CRI，患者长期对于癌症的恐惧、担忧、以及化疗等治疗带来的副反应，导致肝的疏泄功能异常，肝郁化火，扰乱神明，亦或阴血暗耗，肝血亏虚，血不养神而致不寐。

李东垣在《脾胃论·脾胃盛衰论》中论及：“百病皆由脾胃衰而生”。张元素说：“盖积聚癥瘕，

必由元气之不足，不能运行而致之。欲其消散，必借脾胃气旺”。故魏治鹏认为老年CRI患者的失眠，^[14]与脾胃损伤关系密切，对于老年肿瘤病人，多有虚证，加之脾胃后天不足，放化疗、止痛药物等胃肠道反应，气血亏虚，水谷精微无法到达神窍，失眠随之而生。所谓“有胃气则生，无胃气则死”。

（三）阴阳失调学说

中医认为阴阳失调是失眠的根本病机。《类证治裁·不寐》言：“不寐者，病在阳不交阴也。”《临证指南医案》曰：“不寐之故，虽非一种，总是阳不交阴所致。”《黄帝内经》中将不寐的原因归结为两大类，一是其他病证伴发，如咳嗽、呕吐、腹满等，使人不能安卧；二是自身气血阴阳失和，不得入寐。郭艳等人认为不寐是一个阴虚不能纳阳或者阳盛不得入阴的一种失衡状态，^[15]而阴阳失衡又是恶性肿瘤发生发展的重要因素。《诸病源候论·积聚候》说到：“积聚者，由阴阳不和，脏腑虚弱，受之风邪，搏于脏腑之气所为也。”^[16]晚期肿瘤患者，体内癌毒浸淫，机体正气虚衰而邪气亢盛出现阴阳严重失衡，导致人体机能日渐虚衰。程国良认为肿瘤自身引起的癌毒、痰浊、瘀血三者导致机体气血阴阳失衡，影响全身机体功能，遂生不寐。^[17]林汉瑜和蒋倩从疾病的治疗反观其病因病机，^[18,19]也认为阴阳失调是所有发生的关键。阴与阳是自然界中相互对立的两个事物的属性的一种概括，阴阳之间的平衡状态是人体各种生理功能的基础。

（四）气血紊乱学说

气血阴阳为人体一切生理活动的基础，脏腑发挥其正常生理功能依赖于气血阴阳平衡。《医方难辨大成》言：“气血之乱皆能令人寤寐之失度也。”机体阴阳平衡与否，脏腑功能皆与气血津液的运行情况密切相关。气为阳，血为阴，阳盛阴衰，阴阳失交，阴血虚不能纳阳气，或阳气亢盛不得入于阴血则气血失和，气机失调，脏腑失濡，寐难安。

（五）神主失用学说

不寐的病机与神失所藏密切相关，神主学说主张睡眠是人体的生命活动形式。^[20]《景岳全书》云：“盖寐本乎阴，神其主也，神安则寐，神不安则不寐”，阐明了心神对睡眠的影响。^[21]肿瘤患者久病体虚，禀赋不足，使得“神不安”。

以上可以看出,对于不寐的病因病机众说纷纭,诸位医家都有着自己的观点和理论,但中医对于CRI的病因病机并没有明确的定论,各个医家也是根据自己的经验来阐述CRI的病因病机。病位主要在心,与脾、胃、肝、胆、肾密切相关。主要归结于营卫失调,气血阴阳失和,阴不敛阳,阳不入阴分,阴阳失交。

CRI是继发于肿瘤之后的一种常见病证,在临床治疗时可辨病与辨证相结合。与单纯不寐略微不同的是,辨病时当明了肿瘤之“癌毒邪气”的存在是前提,失眠或不寐是当下主要矛盾。但在辨证时应不拘泥于“癌毒邪气”的存在,把握患者即刻出现睡眠问题是脏腑、气血津液等辨证参数的变化,随机处方,据证加减用药。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 疏肝理气, 解郁安神

CRI患者相较于单纯不寐患者,面对长期的放、化疗,而焦虑、恐惧,加之化疗所带来的毒副反应等,必然会导致肝脏功能失调,长期忧思郁结,更会影响肝的疏泄功能,肝失疏泄,日久化火,扰乱心神。对于CRI患者,在疏肝理气解郁的同时更要注意养血柔肝,注重肿瘤的发展。证属肝郁者,平素不寐多梦,甚则彻夜不眠,急躁易怒易惊醒,或见胸胁胀满,或咽部异物感,伴头晕、头胀、目赤口苦、便秘、溲赤、舌红、苔黄、脉弦数。治宜疏肝理气,解郁安神,清泻肝火。可选用疏肝理气或清泻肝火类方剂加减化裁。此证型在乳腺癌患者中较为常见。^[22] 胸闷太息者,酌加香附、郁金、佛手;头晕目眩,急躁易怒可予生地、丹皮滋阴清热。曹欣用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗34例乳腺癌术后失眠患者,^[23]总有效率高达97.06%。柴胡龙骨牡蛎汤取治疗失眠常用方剂小柴胡汤中的清泻肝火、调节阴阳的疗效,加牡蛎配龙骨,具有重镇安神、平肝潜阳等功效,同时发挥软坚散结的作用。郝力争也使用柴胡龙骨牡蛎汤治疗30例肿瘤失眠患者,^[24]总有效率为90.0%。疗效明显。马旭辉总结了郑玉玲使用丹栀逍遥散治疗恶性肿瘤的医案,^[25]表明了对于肝郁化火型CRI应用丹栀逍遥散治疗疗效十分显著。

2. 和解少阳, 调畅枢机

CRI患者患病后情绪不佳,加之对病情担忧惊恐,初期可见气滞不畅,久而则气郁成结。经过手术、放疗、化疗等多种治疗后,因动气、耗气、散气,气机进一步紊乱,导致少阳枢机不利,功能失常,三阳之气不得疏布,阴阳交合失常,卫阳难入营阴。对此证治应调理少阳气机,疏通少阳经络,沉潜少阳相火,以顺应胆之升发,三焦之畅。冯圳蕾等总结了贾政使用柴胡加龙骨牡蛎汤化裁加减治疗CRI之医案,^[26]认为此方可和解少阳,调畅枢机,泄热通腑,可作为基础方广泛应用于肿瘤相关性失眠各个阶段。宋建营、李娟、仇玮等认为,^[27-30]乳腺癌、甲状腺癌术后不寐患者多为少阳证,临床可采用小柴胡汤加减治疗。^[31,32]靳宝辉采用小柴胡汤加减治疗少阳证CRI具有较好的临床疗效,^[33]能显著降低PSQI评分,改善中医证候,缓解主要症状,且无不良反应。

3. 养心安神, 健脾化湿

CRI患者,癌毒邪气入侵,正气愈虚,脾气不足,心神失养,发为失眠。或是因患病后使用手术、放化疗等治疗方式,也可导致脾胃愈虚,生化乏源,营血亏虚,不能上奉于心,而致失眠。在健脾补脾的同时使用醒脾运脾药物,如木香、藿香等。使补而不滞,气血运畅,正气盛则邪气虚,发挥抗肿瘤作用。气血得养,心神得按则病自愈。证属心脾两虚者,平素难以入寐,寐则多梦易醒,心悸健忘,肢倦神疲,头晕,腹胀,便溏,面色少华,舌淡苔白,脉细弱。治宜补益心脾,养血安神。多见于胃癌、结直肠癌等消化系统肿瘤患者。可选用大补气血类之剂。林红采用加味归脾汤治疗35例肿瘤失眠患者,^[34]总有效率为88.57%。王青兰等人对于心脾两虚型乳腺癌失眠患者,^[35]也使用了归脾汤加减治疗,总有效率达到97.5%,显著高于对照组。

4. 清热化痰, 定心安神

CRI患者,因癌毒邪气、情志因素等主观或者客观因素的影响,又因外感六淫,饮食水谷精微等耗伤,气机不畅,饮食水谷停积内化,痰湿更盛。郁痰化热,内扰心胆,致胆气不宁,心神不安,阳盛不入阴,发为失眠。证见心烦不寐,痰多,脘闷,吞酸恶心,心烦口苦,全身困重,目眩,舌质红,苔黄腻,脉滑数。此证型患者以肝胆系肿瘤多见。治宜清化痰热,和中安神。黄连温胆汤对于心虚

胆怯,痰热扰动心神而致失眠具有良好的疗效,主要由黄连、竹茹、枳实、半夏、橘红、甘草、生姜、茯苓组成。对于顽固性CRI,失眠严重者,可加入龙骨、牡蛎等重镇安神药物。丁井永观察了35例中度焦虑肿瘤失眠患者(胆郁痰扰型),^[36]使用黄连温胆汤,总有效率高达96.7%。王淑萍应用加味黄连温胆龙骨牡蛎汤治疗痰热扰心型CRI,^[37]总有效率为90%,该实验对于治疗顽固性CRI、提高肿瘤患者生活质量有着优势。此证型CRI患者多因痰郁生热,内扰心神所致,故使心火清,痰热化,健脾和中,心神得养,不寐愈之。

5. 交通心肾,清心安神

CRI患者,在肿瘤后期,癌毒邪气日久,或因手术、化疗、放疗和靶向治疗等内耗肾阴,致使肾阴耗伤,不能上奉于心,水不济火则心火亢盛,扰乱心神,而发不寐。此证型平素心烦难以入睡,多梦易惊兼心悸、健忘,头晕耳鸣,口舌生疮,腰膝酸软,梦遗,五心烦热,舌红,脉细数。治宜交通心肾,滋阴降火,清心安神。交泰丸是治疗心肾不交失眠的名方。方中黄连之苦寒平抑亢盛之心火,使心阳不亢;同时以肉桂之温阳鼓舞肾气,使肾水上承于心,水火相交,二药一寒一温,相反相成,水火既济。王珣应用经典名方“孔圣枕中丹”治疗心肾阴虚型CRI患者,^[38]能有效地改善其睡眠状况,提高患者睡眠质量。孙佳琦和华海清都有应用加味交泰丸治疗CRI患者,疗效显著。^[39,40]

CRI影响因素较为繁杂,常见两证、三证、甚至多证合一,如心肾不交者,同时可见肝肾阴虚、心脾两虚、夹杂痰热等,与肿瘤发病机理复杂密切相关。临床需时时兼顾扶正,不忘解毒,临证之时需明确辨证,应用中医药辨证施治,同时提高机体免疫力,治疗失眠同时发挥中医药的抑癌、抗癌作用,延缓复发转移,遵循整体观念,方能收得良效。

(二) 经验方

季进锋等人选取80例伴有失眠的不同证型恶性肿瘤患者。^[41]治疗组40例口服安神补康灵方,主要成分:党参、黄芪、熟地黄、当归、川芎、白芍、茯神、枣仁、远志、五味子、知母、甘草。共观察30d。诸药合用共奏益气养血、清热安神之功效,使气血得以补养,脏腑得以调和,阴阳得以平衡。治疗组

的有效率高达92.5%,在治疗恶性肿瘤相关性失眠方面有着显著的效果,在改善神疲、头晕、心悸、虚烦等中医证候方面具有优势,证型包括肝火扰心、痰热扰心、心脾两虚、心肾不交、心胆气虚证。陈旦妃等人将60例肺癌伴失眠心肾不交证患者随机分为对照组和治疗组各30例。^[42]治疗组在对照组常规西药的基础上加用固本安神汤,治疗组总有效率为96.7%,对照组为93.3%。说明固本安神汤能有效改善患者的失眠状况,提高肿瘤患者的生活质量。高璐等也应用自拟固本安神汤治疗肺癌伴失眠患者30例,总有效率为96.7%,值得推荐。^[43]

史彩霞选取64例鼻咽癌放疗后阴虚火旺型失眠的患者,^[44]治疗组33例给予益神汤治疗,主要成分:生地黄、黄连、炒知母、阿胶、灯芯草、白芍、玄参、当归、黄柏、五味子、炙黄芪、百合、麦冬、酸枣仁、茯神、川芎、煅龙骨、煅牡蛎、炙甘草。7d一疗程,连续2个疗程。治疗组总有效率高于对照组为87.50%。结论:益神汤治疗鼻咽癌放疗后阴虚火旺型失眠有效,在改善中医证候方面疗效显著。可以改善肿瘤患者的睡眠质量,提高生活质量。该药安全有效,毒副作用小,可以考虑在临床推广使用。覃霄燕将88例肝郁脾虚型乳腺癌失眠患者分为治疗组和对照组,^[45]治疗组给予疏肝宁神汤,疗程为10d。对照组总有效率为79.9%,治疗组则高达91.1%。

(三) 中药外治

1. 足浴

尹光宇等人观察选取了100例恶性肿瘤患者,^[46]观察组50例将百合花、甘草、酸枣仁、首乌藤等中药研磨后用开水冲泡,在睡前让患者进行足浴,再加上辨证论治进行中医干预,例如肝郁化火型失眠嘱咐患者保持清淡饮食、阴虚火旺型失眠患者多食莲子、桂圆、银耳、红枣等食物,缓解不良情绪等。采用匹兹堡睡眠质量指数量表,完全没有使用足浴等中医干预的对照组50例患者评分明显高于进行足浴等中医干预的患者(得分越高表明睡眠质量越差)。得出结论:中药足浴由外向内将中药的有效成分直达腠理,改善气血运行,平衡生理功能,达到安神定志,温通经脉的作用,从而改善患者的情绪,提高其睡眠质量。

2. 穴位敷贴

于晓侠等人选取 57 例肿瘤化疗期患者进行艾盐包热敷三阴交、涌泉穴,^[47] 透过热力来刺激穴位, 达到疏通经气、调节人体脏腑气血平衡的作用。同时利用盐敷的效果, 将艾绒通过体表毛窍进入经脉, 从而取得温经通络、活血理气、祛邪扶正、调和阴阳的效果, 进而缓解失眠症状。此研究总有效率高达 91.23%。区俊文等采用癌痛膏穴位敷贴联合全身红外线热疗的方式本想缓解恶性肿瘤患者的疼痛,^[48] 其癌痛膏组方: 黄芪、当归、川芎、蒲黄、乳香、没药、僵蚕、全蝎、肉桂、干姜和吴茱萸。但其结果发现, 40 例实验组患者在疼痛缓解的同时, 睡眠质量的改善也明显好于对照组。陈星余等对肿瘤患者选用乳香、没药、元胡、冰片、蚤休、法半夏、蒲公英、五灵脂、蜈蚣、马钱子和蟾蜍等进行中药穴位敷贴,^[49] 结果在改善肿瘤患者睡眠、情绪包括饮食等方面都取得了比较好的疗效。莫嘉明使用肉桂、黄连行穴位敷贴,^[50] 显示中药穴位贴敷确可改善患者睡眠质量及机体激素水平。叶婷的相关研究也证实了穴位敷贴对于肺癌化疗失眠患者具有确切效果,^[51] 经济、安全, 并且利于患者康复。

三、非药物治疗法

1. 针刺与灸法

尹诗选用 90 例晚期恶性肿瘤姑息性化疗后睡眠障碍患者,^[52] 先取百会、神庭、印堂及双侧神门、足三里、三阴交穴进行针刺治疗, 再取神阙、关元穴进行灸法治疗, 疗程为 2 周, 治疗组有效率达 93.3%, 优于对照组的 77.8%。结果显示针灸能显著改善 CRI 患者不良情绪, 降低炎症因子水平, 提高其睡眠质量与生活质量, 且具有一定安全性。张月腾选取 70 例肿瘤失眠患者,^[53] 观察时间为 7 d, 选穴位: 神阙、神门、三阴交、心俞、脾俞等, 得出结论: 热敏灸能有效提高患者的睡眠质量, 缩短入睡时间, 增长睡眠时间, 增加睡眠效率、减轻睡眠障碍和日间功能障碍, 减少西药的使用, 避免西药的副作用。热敏灸还可以改善失眠、神疲体倦、多梦、健忘等症状, 减轻心悸, 缓解腹胀。便溏等心脾两虚症状。彭晓虹等人将 208 例肿瘤失眠患者随机分为针灸组和药物组,^[54] 针灸组采用针刺

百汇、神庭、印堂、神门、足三里、三阴交; 艾灸神阙、关元 (每日一次, 每次 30 min)。药物组口服艾司唑仑 (每晚睡前 30 min 口服一片)。连续治疗观察 7 d, 治疗结束七天后进行随访。治疗后针灸组总有效率 88.17%, 药物组总有效率 95.88%。随访时针灸组总有效率 87.10%, 药物组总有效率 68.04%。治疗之后; 两组患者的睡眠状况均得到了不同程度的改善, 其中, 针灸组疗效略低于药物组, 但是随访时针灸组疗效则明显优于药物组, 远期效果较好。并且针灸相较于药物对于身体和脏器的负担比较少, 减轻患者的心理负担, 促进患者的健康, 值得在临床上推广。

石彧等人使用头皮花针对 100 例肿瘤化疗后失眠患者进行治疗,^[55] 选取百会、囟会、神庭、印堂等穴位, 穴位均有安神、助眠之效。总有效率高达 92.0%, 并且操作方便快捷, 副作用少, 治疗安全性高。张香菊选取肺癌伴失眠患者 248 例,^[56] 观察组使用隔姜艾灸配合耳穴埋豆, 观察时间为 4 个疗程共 32 d。观察组每日进行 1 次足三里穴位、关元穴隔姜艾灸, 加上对神门、心、肝、肾上腺、脾、交感、气管、耳背后失眠穴等穴位进行穴位埋豆。总有效率 88.71% 高于对照组的 71.77%。隔姜艾灸具有温阳补气、回阳救逆、祛寒化湿等功效, 从而提高身体免疫力, 改善患者的生活质量。耳穴埋豆对于经络的疏通、气血的运行都有着很大的帮助。两者相合, 使患者体内阴平衡, 达到治疗目的。

李薇晗等人观察了 70 例失眠的恶性肿瘤患者,^[57] 35 例使用天灸膏外敷配合谷维生素口服, 天灸是灸法的一种, 是一种通过将刺激性药物敷贴与穴位或患处, 使其局部皮肤充血, 即可刺激穴位, 激发经络之气, 促进了穴位对药物的渗透、吸收, 两者互相促进、协同, 使其药效能直达病所。天灸膏处方: 1、心俞、胆俞、肾俞、水分、三阴交; 2、中脘、下脘、气海、关元、足三里、涌泉; 两组交替取穴。治疗频率为 2 次/周, 共治疗八周。另 35 例直接使用谷维生素口服。得出结论: 天灸组不但可以从生理层面治疗失眠, 还从心理等方面缓解了患者的不良情绪, 帮助患者摆脱焦虑-失眠的复性循环, 达到治疗的效果。刘一弦使用杵针五音法治疗消化系统恶性肿瘤心脾两虚型失眠病人,^[58] 得出结论: 杵针五音疗法能改善患者的失眠症状, 提高其睡眠质量。

并且方法操作十分简单,也比较被患者接受,可在医院、社区和家庭中直接应用。胡幼平等研究也证实了杵针疗法对失眠的有效性。^[59]

2. 推拿

付莲英、王丽萍和罗娟采取引阳入阴推拿法配合静默疗法治疗恶性肿瘤患者的失眠。^[60] 首先对患者头面部进行引阳入阴推拿,包括:开天门、推印堂、揉太阳、揉百会、按压风池安眠、勾按廉泉、按承浆。以任督二脉为重点,在具有调整机体阴阳作用的腧穴及经络上进行推拿手法的治疗,使卫气出阳入阴,阴阳相交,恢复正常流注,达到阴阳平衡,改善睡眠。第二步,由护士引导患者按顺序放松身体各部位并且心里默念“松”字,将意识或者注意力集中到一个客体、声音、意念或体验,这就是静默疗法。有研究显示,中晚期恶性肿瘤患者失眠的主要因素为担心预后、经济问题、肿瘤疼痛或是治疗带来的不良反应,^[61] 而此疗法可以有效地放松缓解患者的紧张情绪,已经成为治疗失眠最常用的非药物疗法之一。^[62] 两种方法相结合,是机体阴阳相交。身心放松、安神定志。总有效率达到 89.47%。

小结

肿瘤患者常因多次包括手术、放化疗、靶向、免疫等在内的综合治疗影响,人体器官与免疫功能遭到严重破坏,且由于疼痛、食欲降低、对疾病恐惧感、经济负担过大等因素,极度容易造成神经衰弱、睡眠障碍以及导致各种并发症的发生。^[63,64] 据有关资料统计,肿瘤患者发生睡眠障碍的概率是一般人群的 2~3 倍。^[65] 中医对CRI有独到的见解,治疗方法多样,尚能兼顾原发病,且疗效显著,相对于西医来说具有不良反应少,患者依从性高,可选疗法多的优势。

纵观全文,阴阳不调,心肾不交,少阳枢机不利为 CRI 常见证型,且多错综复杂,很少有单证。磁朱丸滋阴潜阳,重镇安神;交泰丸、孔圣枕中丹交通心肾,调和阴阳;柴胡加龙骨牡蛎汤及小柴胡汤和解少阳,均出自中医古籍经典方剂,疗效显著,可辨证后作为主方治疗 CRI。但目前相关研究甚少,临床可从相关角度出发,开展更多上方干预 CRI 的临床研究。有研究显示,^[66] 中药联合非药物

疗法治疗 CRI 能够在原基础上提高临床疗效,虽目前联合治疗的研究较少,其联合应用的疗效尚需更多的临床研究验证,但其临床可行性值得肯定。

同时对于 CRI 相关中医治法的作用机制研究尚有不足,值得进一步深入探索。首先,中医药标本兼顾、辨证论治及个体化治疗对于缓解患者失眠症状方面疗效确切。目前对于中医药治疗 CRI 的临床观察周期普遍较短,缺乏随访或是长期疗效的观察。其次,现有的研究中样本量较小,且目前尚无诊断 CRI 的量化标准,缺乏准确性资料。病因学,病理生理学机制尚不明确,其确切有效的治疗都还在进一步探索当中。

中医在改善症状方面有着独特的优势,对于肿瘤疾病引起的失眠症状,中医方面的研究较为广泛,然而尚停留在经验水平,是基于经验之上的实践。故今后研究者应该重视发挥以辨证论治为基础的中医药的治疗特色,更深层次的探讨 CRI 的病因病机,及其中医证候采集与特征分析,设计更多关于中医药疗效的大样本研究来证明其安全性和疗效,以建立数据模型,将辨证分型规范后,结合中医中药特有的治疗手段,有针对性的治疗 CRI,从而改善患者的生活质量,延长生存期。

致谢

本研究由上海市卫生健康委员会卫生行业临床研究专项(20204Y0401)资助。

References

1. Tyl M, Domagała-Kulawik J. Lung cancer and COPD - growing clinical problem. *Pol Merkuriusz Lekarski*. 2017;43(253):5-9.
2. Roscoe JA, Kaufman ME, Matteson-Rusby SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S, et al. Cancer-related fatigue and sleep disorders. *Oncol*. 2007;12(suppl 1):35-42.
3. Induru RR, Walsh D. Cancer-related insomnia. *Am J Hosp Palliat Care*. 2014;31(7):777-85.
4. Janson C, Lindberg E, Gislason T, Elmasry A, Boman G. Insomnia in men: a 10-year prospective population based study. *Sleep*. 2001;24(4):425-30.

5. Zhou ES, Partridge AH, Syrjala KL, Michaud AL, Recklitis CJ. Evaluation and treatment of insomnia in adult cancer survivorship programs. *J Cancer Surviv.* 2017;11(1):74-9.
6. Lu Y. On the circulation law of Ying Qi and Wei Qi for day and night is the key of sleep activities. *Chinese Archives of Traditional Chinese Medicine.* 2010;28(1):187-9. (in Chinese)
7. Lai GH, Yuan J, Yan YT, Cheng XG, Cao JX. A brief analysis of professor Cao Jianxiong's experience in the treatment of cancer-related insomnia. *Clinical Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2019;31(6):1034-6. (in Chinese)
8. Jiang Y, Yu LL, Gao X, Shen MH, Ruan SM. Shen Minhe's experience in treating cancer-related insomnia from the perspective of Yingwei. *Zhejiang Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine.* 2022;32(3):197-9. (in Chinese)
9. Zhang F, Liu QQ. Etiology and pathogenesis of insomnia and treatment of viscera. *Henan Traditional Chinese Medicine.* 2019;39(11):1643-7. (in Chinese)
10. Yu M, Guo RJ, Wang JL, Xing J, Han AQ. Study on TCM pattern element of insomnia based on factor analysis. *Global Traditional Chinese Medicine.* 2017;10(12):1460-4. (in Chinese)
11. Gao YD, Huang JS, Yin LF, Zhang Y, Zhang Y, Zeng XA, et al. Exploration in TCM syndrome characteristics of insomnia based on factor analysis. *Acta Chinese Medicine and Pharmacology.* 2022;50(1):75-9. (in Chinese)
12. Guo JY, Li XJ, Guo SQ. Experience of professor JIA Yingjie treating cancer-related insomnia by liver regulating method. *Tianjin Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2019;36(7):635-7. (in Chinese)
13. Zhong L, Wei LZ, Wu JG, Huang CH. Exploration and analysis of Wu Bingcai, a master of traditional Chinese medicine, in treating insomnia from the perspective of the liver. *Jiangxi Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2021;52(2):23-5. (in Chinese)
14. Wei ZP, Zhao JF, Jin CH. Treatment of insomnia in elderly cancer patients from fine adjustment of spleen and stomach function. *Guangming Journal of Chinese Medicine.* 2019;34(13):2068-70. (in Chinese)
15. Guo Y, Jia WK, Han XC. Analysis on the relationship between cancer-related insomnia and Yin and Yang. *Inner Mongol Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2018;37(10):39-40. (in Chinese)
16. Xu SH. Analysis of the Yin and Yang balance method in the treatment of malignant tumor. *Journal of Practical Traditional Chinese Internal Medicine.* 2013;27(2):49-50. (in Chinese)
17. Cheng GL, Li J, Jiang XW, Qian YF. Traditional Chinese medicine research on tumor associated with insomnia. *World Journal of Sleep Medicine.* 2016;3(6):363-7. (in Chinese)
18. Lin HY, Lin HB, Zhang YM, Chen WH, Zhang YJ, Lin SJ, et al. TCM treatment of cancer-related insomnia. *Clinical Journal of Chinese Medicine.* 2018;10(2):27-9. (in Chinese)
19. Jiang Q, Ho JG, Wang XN. Outline of treatment of insomnia syndrome of malignant tumor. *Traditional Chinese Medicine Journal.* 2015;14(2):36-8. (in Chinese)
20. Xu B, Long QH, Xie GJ, Tan AH, Liu BY, Wang P. Excavating insomnia based on theory of traditional Chinese medicine. *Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2017;44(8):1623-5. (in Chinese)
21. Zheng GQ. On the theory of Brain-Shen control sleep. *Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2011;38(5):888-90. (in Chinese)
22. Liu CX, Li XR, Zhou YF. Jiao Zhonghua's experience in treating breast cancer.

- Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine. 2010;37(12):2295-6. (in Chinese)
23. Cao X. Clinical experience of diagnosis and treatment of insomnia after breast cancer surgery with Chaihu plus Longgu Muli decoction. China Practical Medicine. 2019;14(1):133-4. (in Chinese)
24. Hao LZ. Clinical observation of modified Chaihu Longgu Muli decoction in the treatment of insomnia in patients with malignant tumor. Guangming Journal of Chinese Medicine. 2019;34(13):2026-8. (in Chinese)
25. Ma XH, Yang X. Zheng Yuling's application of Danzhi Xiaoyao powder in the treatment of malignant tumors. Journal of Practical Traditional Chinese Medicine. 2002;18(6):36. (in Chinese)
26. Feng ZL, Zhang MM, Ma ZQ, Qi WY, Jiang L, Jia M. Jia Mei's experience in treating cancer-related insomnia from Shaoyang. Guiding Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacology. 2022;28(6):145-8. (in Chinese)
27. Li J, Li j. Treatment of mixed anxiety-depressive disorder in patients with breast cancer from Shaoyang as the pivot. World Chinese Medicine. 2021;16(3):487-90. (in Chinese)
28. Song JY, Song JM. Preliminary exploration on treating thyroid diseases from Shaoyang. World Latest Medicine Information. 2021;21(86):340-2. (in Chinese)
29. Zhang W, Xie FF, Fu YY, Zhou YZ. Relationship between clinicopathologic characteristics of breast cancer and traditional Chinese medicine constitution types. Journal of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine. 2018;35(4):590-5. (in Chinese)
30. Dai JF, Zhao Y, Sun YZ. Exploration and analysis of the etiology and pathogenesis of breast cancer in traditional Chinese medicine. Guangming Journal of Chinese Medicine. 2017;32(7):1069-72. (in Chinese)
31. Yi ZX, Lei Y, Deng Y, Zhou WQ, Wang HM, Zhang ZM, et al. Epidemiological characteristics and rules of syndrome and treatment of 1977 inpatients with breast cancer in Hunan province. Hunan Journal of Traditional Chinese Medicine. 2020;36(8):130-3. (in Chinese)
32. Zhou Y, Guan QQ, Liu SY, Han J, Wang ZQ, Lu M, et al. Cluster analysis on TCM patterns in patients with thyroid cancer after surgery. Journal of Beijing University of Traditional Chinese Medicine. 2017;40(9): 783-9. (in Chinese)
33. Jin BH, Jin JX, Hu YM, Liu HJ, Liu NN, Feng YY, et al. Clinical effects of modified Xiaochaihu decoction in treatment of cancer related insomnia with Shaoyang syndrome. Academic Journal of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. 2022;36(6):30-3. (in Chinese)
34. Lin H. Curative effect observation on treating 35 cases of cancer-related insomnia with modified Guipi decoction. Zhejiang Journal of Traditional Chinese Medicine. 2015;50(12):884. (in Chinese)
35. Wang QL, Huang BB. Observation on the effect of invigorating decoction plus minus on insomnia in patients with heart and spleen deficiency type breast cancer. 2019;6(12):1688-9. (in Chinese)
36. Ding JY, Ren QY, Zheng J. Observation on the effect of modified Huanglian Wendan decoction on gallbladder depression and phlegm disturbance in patients with moderate anxiety and insomnia. Beijing Journal of Traditional Chinese Medicine. 2019;38(4):384-7. (in Chinese)
37. Wang SP. Clinical observation on modified Huanglian Wendan Longgu Muli decoction in the treatment of refractory insomnia in cancer patients. Journal of Sichuan Traditional Chinese Medicine. 2013;31(6):108-9. (in Chinese)

38. Wang J. Observation on the clinical efficacy of Kong Sheng Zhen Zhong Dan in the treatment of cancer-related insomnia [dissertation]. Integrated Chinese and Western Medicine. Beijing: Beijing University of Traditional Chinese Medicine; 2014. (in Chinese)
39. Sun JQ, Wang XM. Treatment of cancer-related insomnia based on communication between heart and kidney. Global Chinese Medicine. 2017;10(11):1375-7. (in Chinese)
40. Shao J, Hua HQ. Hua Haiqing's experience in using Jiaotai pills to treat cancer-related insomnia. Jiangsu Journal of Traditional Chinese Medicine. 2012;44(5):10-1. (in Chinese)
41. Ji JF, Xu CM, Ni XJ, Wei GH, Gu JS, Miao HY. Curative effect observation of Anshen Bukangling decoction on patients with cancer-related insomnia. China Continuing Medical Education. 2016;8(31):186-7. (in Chinese)
42. Chen DF, Chen GF, Zhang NH, Gao HL, Li SJ, Wu JQ, et al. Observation on curative effect of self-made Guben Anshen decoction in the treatment of lung cancer with insomnia. Guiding Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacology. 2017;23(11):65-7. (in Chinese)
43. Gao L, Gan CC, Fu HZ. Observation on curative effect of self-made Guben Anshen decoction in the treatment of lung cancer with insomnia. China Higher Medical Education. 2018;(11): 133-5. (in Chinese)
44. Shi CX. The clinical research on treating insomnia of Yin-deficiency and fire-excess type after radiotherapy of nasopharyngeal carcinoma with Yishen decoction [dissertation]. Integrated Chinese and Western Medicine. Yunnan: Yunnan University of Chinese Medicine; 2019. (in Chinese)
45. Qin XY, Duan FF. Efficacy observation on treating breast cancer patients's insomnia with Shugan Ningshen decoction plus pressing ear acupoint with bean. Clinical Journal of Chinese Medicine. 2015;7(11):61-3. (in Chinese)
46. Yin GY, Zhao LQ. Efficacy observation on treating cancer patients's insomnia with traditional Chinese medicine intervention. World Latest Medicine Information. 2015;15(51):44-5. (in Chinese)
47. Yu XX, Jiang LX, Xu LX. Clinical observation on improving chemotherapy-related insomnia in cancer patients with acupoint hot ironing. Nursing and Rehabilitation Journal. 2018;17(1): 88-9. (in Chinese)
48. Ou JW, Wang XP, Zhang XT, Sun XS. Effect of acupoint application of Aitong ointment combined with whole body infrared hyperthermia on cancer pain. Guangdong Medical Journal. 2022;38(11):1761-3. (in Chinese)
49. Chen XY, Chen CB. Efficacy of acupoint application combined with oxycodone hydrochloride sustained-release tablets in the treatment of cancer pain and its impact on the quality of life of patients. Chinese Journal of Gerontology. 2017;37(15):3775-7. (in Chinese)
50. Mo JM. Effects of acupoint application on hormone-related insomnia and hormone levels in tumor patients. Journal of China Prescription Drug. 2020;18(4):146-7. (in Chinese)
51. Ye T. Observation on the application effect of acupoint application nursing in insomnia patients with lung cancer chemotherapy. 2019 Shanghai International Nursing Conference; 2019 Sep 24; Shanghai International Convention Center, Shanghai, China. Shanghai: Shanghai Nursing Association; 2019. p.12. (in Chinese)
52. Yin S, Wang Y, Chen JX, Xie AW, Liu S. Therapeutic observation of acupuncture combined with medication for sleep disturbance after palliative chemotherapy for advanced malignant tumor. Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion. 2021; 40(1): 21-5. (in Chinese)

53. Zhang YT. Clinical study of heat-sensitive moxibustion in treating tumor-related insomnia of heart and spleen deficiency [dissertation]. Integrated Chinese and Western Medicine. Guangzhou: Guangzhou University of Chinese Medicine; 2017. (in Chinese)
54. Peng XH, Zhang JL, Song JR, Liu YF, Zhao YL, Dan ZJ, et al. Clinical observation on treating tumor patients with insomnia by acupuncture. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy. 2016;31(6):2409-11. (in Chinese)
55. Shi Y, Wang ZX, Guo H, Xia JN. Clinical application of scalp flower acupuncture in treating patients with insomnia after tumor chemotherapy and its empirical study on the selection of acupoints and application superior. Journal of Modern Oncology. 2020;28(3):469-73. (in Chinese)
56. Zhang XJ. Effects of ginger-partitioned moxibustion combined with auricular point-buried beans on sleep quality in patients with insomnia due to lung cancer. Medical Journal of Chinese People's Health. 2019;31(9):97-8. (in Chinese)
57. Li WH, Jiang L, Lu L, Lei R, Fu WB. Clinical study on treatment for insomnia in cancer patients by vesiculation moxibustion. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy. 2019;34(4):1814-7. (in Chinese)
58. Liu YX, Jiang YL, Liu WL. Influence of Chinese pestle therapy combined with five-tone therapy on sleep quality in patients with digestive system malignancy with heart and spleen deficiency. Chinese Nursing Research. 2018;32(22):3553-7. (in Chinese)
59. Hu YP, Li Hong, Yin Z, Wang YJ, Luo R. Observation on therapeutic effect of Chuzhen therapy on insomnia. Chinese Acupuncture & Moxibustion. 2009;29(5):365-9. (in Chinese)
60. Fu LY, Wang LP, Luo J. The effect of inducing Yang to Yin with meditation on insomnia in malignant tumor patient. Journal of Contemporary Medicine. 2019;25(32):118-20. (in Chinese)
61. Huang HP, Zhao M, Zhong XQ. Investigation on the insomnia-related factors in patients with middle-late malignant tumors. Journal of Nursing Science. 2004;19(23):8-9. (in Chinese)
62. Chinese Society of Neurology, Sleep Disorders Group of Chinese Society of Neurology. Guidelines for the diagnosis and treatment of adult insomnia in China. 2017 edition. Chinese Journal of Neurology. 2018;51(5):324-35. (in Chinese)
63. Liu YW, Ran JP, Zhang L, Xiang XJ, Le W, Rao QC. The prevalence of sleeping disturbance and the related risk factors associated with 634 patients undergoing chemotherapy. Drug Evaluation. 2012;9(12):20-4. (in Chinese)
64. Wang YY. Analysis of causes and countermeasures for insomnia in tumor radiotherapy patients. Jilin Medical Journal. 2011;32(6):1228-9. (in Chinese)
65. Kaye J, Kaye K, Madow L. Sleep patterns in patients with cancer and patients with cardiac disease. J Psychol. 1983;114(1):107-13.
66. Ren XL. Clinical study of acupuncture treatment on cancer-related insomnia of heart and spleen deficiency [dissertation]. Guangzhou: Guangzhou University of Chinese Medicine; 2020. (in Chinese)

บทความปริทัศน์

ความก้าวหน้าของการวิจัยด้านการรักษาภาวะนอนไม่หลับด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา

กาน ชานชาน, เจียง จิ่งเจี๋ย, โจว ไท่หลุน, อาเก๋อเอ๋อ, หลิว รุ่ยเฉา, หลิว ยวี, ไฉ หนี่, กง ย่าปิ่น

โรงพยาบาลการแพทย์ผสมผสานแผนจีนและแผนปัจจุบันแห่งเมืองเยว่หยาง สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: ความกดดันของผู้ป่วยมะเร็งหลังจากได้รับการวินิจฉัย และหลังจากได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายแสง เคมีบำบัด การรักษาด้วยยาสมุนไพรหรือภูมิคุ้มกันบำบัด มักทำให้เกิดอาการไม่สบายต่างๆ รวมถึงอาการนอนไม่หลับที่มีอัตราการนอนไม่หลับค่อนข้างสูง ประมาณร้อยละ 30 ถึง 68 ถ้าอาการรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในทางการแพทย์แผนปัจจุบันการใช้นอนหลับเป็นวิธีการรักษาที่นิยมใช้กันมากที่สุด แต่ยานอนหลับมีผลข้างเคียง เช่น อาการเมาค้าง เกิดการปิดกั้นของทางเดินหายใจ และชักนำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต การใช้ในระยะยาวอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ง่าย เช่น การติดยา การเสพติด และปัญหาอื่นๆ ปัญหาการใช้นอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งจึงยังคงมีปัญหามากมาย ในศาสตร์การแพทย์แผนจีนมีมุมมองที่เป็นเอกลักษณ์เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง มีวิธีการรักษาที่หลากหลาย มีผลการรักษาที่ดีและไม่ผลข้างเคียง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างดี และมีจุดเด่น บทความนี้ได้สรุปความคืบหน้าการวิจัยของการแพทย์แผนจีนในการรักษาโรคนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง (cancer-related insomnia, CRI) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยสรุปทฤษฎีที่มีลักษณะเฉพาะและวิธีการรักษาของการแพทย์แผนจีน เพื่อให้ไว้ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการรักษาโรคนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน

คำสำคัญ: ภาวะนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง; ศาสตร์การแพทย์แผนจีน; ความคืบหน้าด้านการวิจัย

ผู้รับผิดชอบบทความ: กง ย่าปิ่น: gongyabin@hotmail.com

Review Article

Recent advances in the treatment of cancer-related insomnia using traditional Chinese medicine for the past 10 years

Gan Shanshan, Jiang Jingjie, Zhou Hailun, Ageer, Liu Ruichao, Liu Yu, Chai Ni, Gong Yabin

Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: The pressure of cancer patients after diagnosis and after treatment with surgery, radiation, chemotherapy, targeted drug therapy or immunotherapy often causes various discomforts, including insomnia with a relatively high rate of insomnia, approximately 30 to 68 percent. If severe symptoms may affect the quality of life. In modern medicine, using sleeping drugs is the most commonly used treatment. But sleeping drug has side effects such as hangover, blockage of the airways, and induce mental illness. Long-term use can easily lead to adverse effects such as addiction, addiction and drug resistance. The problem of using sleeping drugs in cancer patients still has many problems. In the traditional Chinese medicine, there is a unique perspective on cancer-related insomnia. There are various treatment methods. It has a good treatment effect and no side effects. Patients were able to follow well and had outstanding features. This article summarizes the research progress of traditional Chinese medicine in the treatment of cancer-related insomnia (CRI) for the past 10 years, outlining the unique theories and treatment methods of traditional Chinese medicine. To provide as a reference for the treatment of cancer-related insomnia with traditional Chinese medicine.

Keywords: cancer-related insomnia; traditional Chinese medicine; research progress

Corresponding author: Gong Yabin: gongyabin@hotmail.com



文献综述

中医治疗原发性痛经的研究进展

林影雯

泰国华侨中医院

摘要: 原发性痛经 (PD) 又称功能性痛经, 是妇科常见的疾病之一, 中医又称 “经行腹痛” 本病是由内在的子宫功能障碍所引起的。中医治疗本病临床有显著疗效, 本文总结了原发性痛经的病因病机, 诊断标准, 治疗方法。从中医治疗原发性痛经近年来的研究进展进行综述。

关键词: 中医治疗; 原发性痛经; 文献研究发展

通讯作者: 林影雯: sita_soi5437@hotmail.com



Received: 27 February 2023

Revised: 29 May 2023

Accepted: 16 June 2023



前言

痛经是妇女正值经期或经行前后, 出现周期性小腹疼痛, 或痛引腰骶, 甚则剧痛昏厥者, 亦称 “经行腹痛”。若经前或经期仅有小腹或腰部轻微的胀痛不适, 不影响日常工作和生活, 则属经期常见生理现象, 不作病论。^[1] 痛经可分为原发性和继发性。前者是指生殖器官无器质性病变的痛经, 后者是指盆腔器质性疾病所引起的痛经。中医治疗原发性痛经从辨证论治入手, 以实现标本兼治的目的。临床中医治疗原发性痛经的方法较多, 如何选择行之有效的治疗方法, 降低痛经的发生率是当前临床研究的热点之一。^[2] 本文以下对原发性痛经的病因病机、诊断标准以及中医治疗方法进行综述, 以期中医治疗原发性痛经提供新的治疗方向。

1. 中医对原发性痛经的认识

中医有关痛经的记载, 最早见于《金匱要略·妇人杂病脉证并治》: “带下, 经水不利, 少腹满痛, 经一月再见者, 土瓜根散主之”。《诸病源候论》

则首立 “月水来腹痛候”, 认为 “妇人月水来腹痛者, 由劳伤血气, 以致体虚, 受风冷之气客于胞络, 损伤冲任之脉”, 为研究痛经奠定了理论基础。《景岳全书·妇人规·经期腹痛》曰: “经行腹痛, 证有虚实……然实证多痛于未行之前, 经通而痛自减; 虚证多痛于既行之后, 血去而痛未止, 或血去而痛益甚。大都可按、可揉者为虚。拒按、拒揉者为实”。^[3]

2. 病因病机

中医认为, 本病病位在子宫、冲任, 以 “不通则痛” 或 “不荣则痛” 为主要病机。实者可由气滞血瘀、寒湿凝滞、湿热瘀阻导致子宫气血运行不畅, “不通则痛”; 虚者可由肝肾亏虚、气血虚弱导致子宫失于濡养, “不荣则痛”。^[4] 杨爱萍等认为先天禀赋不足,^[5] 肾气欠盛, 娇生惯养, 如嗜食生冷, 涉水着凉, 或情志不畅等在经期及行经前后的急骤的变化不能疏通条达, 致邪气客于冲任、胞中, 与经血搏结, 经血运行不畅, 故而发病, 其病机特点多为本虚而标实或实证,

“不通则痛”则是原发性痛经的主要病因病机。李巧颖发现少女痛经以寒证居多,^[6] 临经行或正值经期,感受寒邪,客于胞宫,血为寒凝,瘀阻作痛。郑秀丽认为熬夜过度或无序减肥,^[7] 气血不足,不荣则痛是其主要病因病机。

3. 诊断标准

3.1 西医疾病诊断标准

参照加拿大妇产科协会(SOGC)2017年制定的《原发性痛经临床指南》。^[8] 妇女多在月经来潮前后出现耻骨弓上痉挛性疼痛。在经量最多的时候疼痛感最明显,痛感可持续2~3 d。痛经的症状不一定在每个月经周期都会出现。疼痛的特点可表现为绞痛,位于下腹部正中,也可表现为钝痛,可放射到两侧下腹部、腰部以及大腿部。同时可伴有腹泻、恶心、呕吐、疲乏、眩晕、头痛等症状,偶尔发生晕厥及发热。经B超及妇科检查后排除生殖器官明显的器质性病变。

3.2 中医证候诊断标准

参考《中医妇科学》中的寒凝血瘀证诊断标准。^[9] 经前或经期,小腹冷痛拒按,得热痛减,或周期后延,经血量少,色暗有块;畏寒肢冷,面色青白;舌暗,苔白,脉沉紧。

4. 治疗方法

4.1 内治法

4.1.1 中药治疗

中药汤剂治疗痛经疗效迅速。倪英芳以布洛芬胶囊配合暖宫逐瘀止痛汤^[10] (小茴香、肉桂、干姜、细辛等)治疗寒凝血瘀型痛经患者,治疗总有效率达93.5%,优于单纯布洛芬胶囊组的71% ($p<0.05$),能够标本兼治,显著改善痛经症状。覃薇纳入68例原发性痛经患者,^[11] 研究组在对照组口服布洛芬缓释胶囊的基础上加用补肾逐瘀汤,治疗后研究组有效率为94.1%,高于对照组的85.3% ($p<0.05$)。罗文将88例痛经患者随机分为两组,^[12] 对照组给予痛经宝颗粒,治疗组给予健脾补肾汤,治疗3个周期,治疗组有效率达93.18%,对照组有效率75.00%。钱含玉采用玄胡当归散加味治疗气滞血瘀型原发性痛经72例,^[13] 治疗3个周期,总有效率为87.50%。

满玉晶等认为本病以脾肾阳虚、瘀阻胞宫为主,^[14] 治宜气血双补、脾肾同调。采用大温经汤联合其他药物治疗本病,临床疗效显著。

4.1.2 中成药治疗

中成药具有疗效相当、携带方便等特点。复方益母胶囊治疗气滞血瘀型痛经有良好的效果,张永芬发现复方益母胶囊可使患者PGE₂、 β -EP水平升高,^[15] PGF₂ α 水平降低,调节子宫体内激素水平同时可以改善血流动力学以及血液流变学指标,缓解血瘀状态,从而缓解疼痛,总有效率达95.2%。李娟将63例患者分为两组,^[16] 其中33例服用益母草分散片,其余使用布洛芬缓释胶囊,3个月经周期后中药组治疗总有效率为90.91%,优于西药组的73.33% ($p<0.05$)。

4.2 外治法

4.2.1 针灸治疗

针刺治疗原发性痛经的原理,是以脏腑经络学说为指导,以《内经》的“经脉所过,主治所及”的循经原则为依据,通过通调冲任,使气血运行通畅,通则不痛。薛淑芬将120例患者分为2组治疗,^[17] 试验组60例采用针灸治疗,针刺归来、中极、关元、气海、子宫、太冲、三阴交、足三里、合谷。对照组60例服用西药布洛芬缓释片治疗。结果显示试验组总有效率91.67%明显高于对照组71.67%。针刺法能够有效改善临床疼痛不适,且不易产生不良反应,从而提高治疗效果。林文敏等用温针灸治疗原发性痛经患者110例,^[18] 其先针刺子宫、关元、足三里、三阴交,针刺入腧穴,得气后再用艾条施灸,总有效率96.36%。温针灸具有扶正祛邪、温经散寒、化瘀止痛的功效,对寒凝血瘀型痛经患者有一定针对性。陈维伟采用局部配穴与局远配穴针刺治疗寒凝血瘀型痛经,^[19] 局远配穴选用关元、中极及三阴交,局部配穴选用关元、中极及子宫穴,发现两组整体疗效相当,但在远期疗效、痛经伴随症状、中医证候方面,局远配伍均优于局部配伍。

4.2.2 艾灸治疗

刘静等在三阴交穴、十七椎穴、关元穴寻找热敏穴进行单穴施灸,^[20] 观察在治疗后10 min、

20 min、30 min 及治疗完成后 3 h 的止痛疗结果三阴交穴有效率 92.5%，关元穴 77.5%，十七椎穴 65.5%，差异有统计学意义 ($p < 0.05$)。姜梅等研究在寒凝血瘀型痛经中，^[21] 长蛇灸、温和灸(关元、足三里)和口服布洛芬缓释胶囊对症干预的疗效，长蛇灸有效率 93.33%，温和灸 80.00% ($p < 0.05$)，对症干预组 53.33% ($p < 0.05$)。肖丽丹等将 122 例原发性痛经患者随机分为 2 组治疗，^[22] 对照组 61 例给予止痛药物布洛芬进行止痛处理，观察组 61 例在对照组的基础上联合应用艾灸与温针灸治疗，结果显示艾灸与温针灸治疗原发性痛经能够降低患者的不良体征发生率，增强免疫功能，值得在临床中应用。刘颖华等在神阙、关元穴连续给予患者 7 d 的艾灸治疗，^[23] 持续 3 个月经周期，结果显示与治疗前对比患者寒凝血瘀症候表现、痛经症状评分及生活质量均明显改善，止痛药的使用频率也明显下降。现代研究表明，艾灸能通过热效应、光效应、艾烟及药物作用渗透于肌肤，调节内分泌激素、改善免疫功能、调节神经因素、改善子宫微循环等达到治疗原发性痛经的目的。^[24]

4.2.3 穴位贴敷

朱理芬等取神阙、关元、肾俞、腰阳关、子宫五个穴位，^[25] 对寒湿凝滞型原发性痛经患者进行单纯穴位贴敷治疗，对照组予对乙酰氨基酚片进行治疗，研究证明研究组总有效率高于对照组。李晶运用中药贴敷关元穴、气海穴、神阙穴等穴位治疗原发性痛经，^[26] 与单纯进行护理干预的对照组进行对比，结果显示观察组在调节患者体内血清前列腺素水平，提高临床疗效，缓解患者疼痛程度等方面均优于对照组。熊森林等通过数据挖掘，^[27] 提取并分析出治疗原发性痛经使用频率居前五位的穴位分别是关元、神阙、中极、气海、三阴交，而使用频率前五位的药物分别是肉桂、当归、延胡索、细辛、川芎。从选穴上分析，所选腧穴多遵循“腧穴所在，主治所在”的近治规律，直接刺激疾病所在位置。穴位多集中在任脉，任脉起于胞中，为“阴脉之海”，总司精、血、津、液，任脉之气通畅，则胞宫行经顺畅，若任脉不通，胞宫气血停滞不行则成瘀，故以任脉穴位为主穴，能够起到行气通络、调畅气血的效果。

从药物选择上分析，中药穴位贴敷所使用药物药性多偏温热，有利于升发阳气、温里散寒，促进气血运行，使经水畅行，通则不痛。

4.2.4 耳穴疗法

耳穴贴压疏通经络、调畅气血，可达到较好的疗效。韦波等在治疗结束后 3 个月的随访结果表明其远期疗效也优于西药对照组。^[28] 而梁芸菊等从整体出发，^[29] 根据病变相应部位及脏腑辨证相结合的取穴方法，以耳穴贴压治疗原发性痛经，能显著提高治疗有效率，改善患者的疼痛情况，明显优于单纯病变相应部位取穴法。此外，车向阳给予耳穴磁珠按压治疗原发性痛经，^[30] 通过经络感传，加上磁场作用，使气血运行畅通，从而达到调经止痛的效果，其治疗有效率为 98.3%。

4.2.5 推拿治疗

赵志斌等将 60 例女大学生痛经患者随机分为两组，^[31] 其中观察组在对照组使用常规手法(一指禅推气海、关元穴，滚腰部脊柱两旁及骶部，按揉肾俞、八髎穴)基础上加用“延年九转”摩腹法，结果显示，4 个月经周期后观察组 VAS 积分、症状疼痛积分改善情况优于对照组 ($p < 0.01$)。张璐皎等将 90 例女大学生痛经患者分为三组，^[32] 分别采用用当归精油、复方精油(当归、薰衣草和玫瑰精油配制)和基础精油按摩下腹部，比较三组的 VAS 评分、CMSS 症状和时间评分的改善情况，结果表明，相比于普通按摩介质，复方精油疗效更为显著 ($p < 0.05$)。

4.3 内外结合治疗

4.3.1 针药结合治疗

针灸与中药联合，可协同增效，标本兼治，共奏温经散寒，化瘀止痛之功。张勇等对 100 例寒凝血瘀型痛经患者行温针灸合谷、三阴交、太冲、血海、地机等穴位，^[33] 联合四逆汤加味，同时根据患者症状加减，持续治疗 2 个月，结果显示与布洛芬对照组相比，治疗组总有效率为 94%，同时治疗后中医证候积分、VAS 评分、不良反应均明显降低，而血清 PGE2 升高，前列腺素 F2a (PGF2a) 水平降低。杜美容等将 240 例寒凝血瘀型痛经患者随机分为艾灸组、导入组及联合组，^[34] 艾灸组给予气海、关元、中极和子宫穴隔姜灸，导入组给予

中药(肉桂 3 g、丁香 6 g、白芷 10 g、乳香 6 g、没药 6 g、细辛 3 g、川芎 6 g、吴茱萸 3 g)离子导入, 联合组则为隔姜灸配合中药离子导入治疗, 治疗后联合组中医症候评分、血清 PGF₂、PI 和 RI 值均显著降低, PGE₂ 显著升高, 各项指标均优于艾灸组及导入组, 说明两者联合治疗效果显著。

结语

综上所述, 原发性痛经的中医治疗有多种方法, 临床疗效显著, 无毒副作用, 但在诊断上中医的标准不够明确, 未能把原发性痛经与继发性痛经有效鉴别开, 希望今后进一步完善及深入研究探讨。

References

1. Wu ZX. Experience of TCM clinical treatment of primary dysmenorrhea. *Clinical Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2014;26(9):965-7. (in Chinese)
2. Xin SY, Zhang P, Lin CH. Research on the relationship between uterine position and acupoint effect in primary dysmenorrhea patients by multi-center randomized controlled trial. *Shaanxi Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2015;36(3):365-7. (in Chinese)
3. Luo SP. *Gynecology of traditional Chinese medicine*. Beijing: Higher Education Press; 2010. (in Chinese)
4. Lu T, Shi YP. Current status of TCM treatment of primary dysmenorrhea. *Journal of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine*. 2012;14(10):214-6. (in Chinese)
5. Yang AP, Chen Q, Lu Y. Literature research on the distribution of TCM syndromes and related factors in primary dysmenorrhea. *Lishizhen Medicine and Materia Medica Research*. 2012;23(5):1258-9. (in Chinese)
6. Li QY. An analysis on the main types of syndrome in TCM and the factors affecting primary dysmenorrhea in adolescent girls. *Journal of Emergency in Traditional Chinese Medicine*. 2006;15(9):996-7. (in Chinese)
7. Zheng XL. The etiology and prevention of dysmenorrhea in college students. *Chinese Journal of School Doctor*. 2012;26(6):467. (in Chinese)
8. Burnett M, Lemyre M. No.345-primary dysmenorrhea consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39(7):585-95.
9. Tan Y. *TCM gynecology*. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 2016. (in Chinese)
10. Ni YF. Nuangong Zhuyu Zhitong decoction for 31 cases of adolescent dysmenorrhea with cold coagulation and blood stasis syndrome. *Chinese Journal of Traditional Medical Science and Technology*. 2019;26(1):152-4. (in Chinese)
11. Qin W. Clinical observation of Bushen Zhuyu decoction in treatment of primary dysmenorrhea in adolescence. *Popular Science & Technology*. 2020;22(4):59-60. (in Chinese)
12. Luo W. Clinical study on the treatment of primary dysmenorrhea of spleen and kidney deficiency with Jianpi Bushen decoction. *Maternal and Child Health Care of China*. 2019;34(12):2892-4. (in Chinese)
13. Qian HY. The clinical study of Xuanhu Danggui san flavored in the treatment of primary dysmenorrhea (Qi stagnation and blood stasis syndrome) [Master]. Changchun: Changchun University of Traditional Chinese Medicine; 2020. (in Chinese)
14. Man YJ, Wu XK, Li XY. Retrospective study on the Dawenjing decoction in treating dysmenorrhea. *Chinese Medicine Modern Distance Education of China*. 2017;15(17):157-9. (in Chinese)
15. Zhang YF. Observation on curative effect of compound Yimu capsules in treating primary dysmenorrhea. *Nei Mongol Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2020;39(8):20-2. (in Chinese)
16. Li J. Comparison of the effect of motherwort dispersible tablets and ibuprofen sustained-

- release capsules in the treatment of dysmenorrhea. Contemporary Medical Symposium. 2019;17(14):151-2. (in Chinese)
17. Xue SF. Clinical observation on acupuncture and moxibustion treatment of primary dysmenorrhea. Nei Mongol Journal of Traditional Chinese Medicine. 2020;39(3):137-8. (in Chinese)
18. Lin WM, Wu JSH, Lin LX. Observation on the therapeutic effect of warm acupuncture on primary dysmenorrhea. Chinese and Foreign Medical Research. 2020;18(16):124-6. (in Chinese)
19. Chen WW. Different parts of compatibility acupoints acupuncture treatment of primary dysmenorrhea (cold coagulation and blood stasis type) therapeutic effect difference [Master]. Changchun: Changchun University of Traditional Chinese Medicine; 2021. (in Chinese)
20. Liu J, Wang L, Li F, Fu J. Observation on immediate analgesic effect and curative effect of thermal-sensitive moxibustion at different single-point in the treatment for primary dysmenorrhea. Journal of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine. 2021;33(1):72-5. (in Chinese)
21. Jiang M, Ding LP, Li QX, Hu XW, Deng CY. Controlled study of long snake moxibustion on primary dysmenorrhea of cold coagulation and blood stasis type. Jiangxi Medical Journal. 2020; 55(5):568-70. (in Chinese)
22. Xiao LD. Clinical objective on warming needle moxibustion combined with moxa-wool moxibustion in the treatment of primary dysmenorrhea. Chinese Medicine Modern Distance Education of China. 2022;20(23): 119-21. (in Chinese)
23. Liu YH, Wang X. Clinical observation of 147 patients of primary dysmenorrhea of cold and blood stagnation syndrome in treatment with moxibustion. World Journal of Integrated Traditional and Western Medicine. 2019;14(9):1316-8. (in Chinese)
24. Li GF, Gao ML, Liu WSH, Wang YJ. Research advances in the mechanism of action of moxibustion treatment on primary dysmenorrhea. Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion. 2020;39(4): 508-13. (in Chinese)
25. Zhu LF, Zhang L, Ge XL. Clinical observation of acupoint sticking in the treatment of primary dysmenorrhea of cold-damp stagnation type. Journal of Practical Traditional Chinese Medicine. 2021;37(9): w1598-600. (in Chinese)
26. Li J. The application effect of traditional Chinese medicine acupoint application in patients with primary dysmenorrhea. Practical Clinical Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine. 2021;21(13):32-3. (in Chinese)
27. Xiong SL, Zheng WX, Chen HL, Chen YJ, Deng JY, Guo YJ, et al. Analysis of point selection and medication rule of primary dysmenorrhea treated by point application. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy. 2019;34(7):3242-6. (in Chinese)
28. Wei B, Min W, Dong ZZ, Chen YZ, Zhang BF, Zhi Y. Therapeutic observation of auricular point sticking for primary dysmenorrhea in college students. Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion. 2017;36(2):167-70. (in Chinese)
29. Liang YJ, Yang SH, Zheng JF. Observation on the curative effect of different acupoint selection methods on auricular acupoint pressing beans in the treatment of primary dysmenorrhea. The Medical Forum. 2020;24(23):3348-9. (in Chinese)
30. Che XY. Observation on therapeutic effect of auricular point sticking and pressing magnetic beads on primary dysmenorrhea. World Latest Medicine Information. 2016;16(69):432. (in Chinese)
31. Zhao ZB, Li WH, Yao F. Observation on the curative effect of "Yan Nian Jiu Zhuan" abdominal massage on primary dysmenorrhea of female college students. Chinese Manipulation

- and Rehabilitation Medicine. 2021;12(11):1-3. (in Chinese)
32. Zhang LJ, Wu Can. Effect of aromatherapy combined with abdominal massage on primary dysmenorrhea of female college students. Psychological Monthly. 2020;15(4):54. (in Chinese)
33. Zhang Y, Chen LL. Effect of warming acupuncture combined with Sini decoction on primary dysmenorrhea of cold coagulation and blood stasis type and its influence on TCM syndrome, serum PGE2, and PGF2a levels. Hainan Medical Journal. 2021;32(14):1817-20. (in Chinese)
34. Du MR, Liu XM, Yu T. Study on curative effect and mechanism of ginger-separated moxibustion coordinated Chinese medicine iontophoresis for cold-stagnation and blood-stasis type primary dysmenorrhea. Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine. 2020;38(5):170-4. (in Chinese)

บทความปริทัศน์

ความก้าวหน้าด้านการวิจัยในการรักษาอาการปวดท้องประจำเดือนแบบปฐมภูมิด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนจีน

ลิตา สร้อยอัมพรกุล

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

บทคัดย่อ: การปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ (PD) เป็นหนึ่งในโรคที่พบบ่อยในแผนกนรีเวช ในทางการแพทย์แผนจีนเรียกว่า "ปวดท้องช่วงเป็นประจำเดือน" โดยโรสดังกล่าวเกิดจากความผิดปกติของระบบการทำงานของมดลูก การรักษาทางการแพทย์แผนจีนของโรคนี้มีผลการรักษาที่ชัดเจน ซึ่งบทความนี้ได้สรุปสาเหตุของอาการปวดท้องประจำเดือน หลักเกณฑ์การวินิจฉัย วิธีการรักษา โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนจีนจากผลงานวิจัยใหม่ในช่วงที่ผ่านมา

คำสำคัญ: การรักษาโดยแพทย์แผนจีน; ปวดท้องประจำเดือนแบบปฐมภูมิ; ความก้าวหน้าด้านการวิจัย

ผู้รับผิดชอบบทความ: ลิตา สร้อยอัมพรกุล: sita_soi5437@hotmail.com

Review Article

Research progress of traditional Chinese medicine treatment of primary dysmenorrhea

Sita Soiampornkul

Huachiew TCM Clinic, Thailand

Abstract: Primary dysmenorrhea (PD), also known as functional dysmenorrhea, is one of the common gynecological diseases, and is also known as "menstrual abdominal pain" in traditional Chinese medicine. The disease is caused by internal uterine dysfunction. Traditional Chinese medicine has a significant clinical effect on this disease. This article summarizes the etiology, pathogenesis, diagnostic criteria and treatment methods of primary dysmenorrhea. It also includes the summary of the advanced research progress in the treatment of primary dysmenorrhea by traditional Chinese medicine in the recent years.

Keywords: traditional Chinese medicine; primary dysmenorrhea; research and development

Corresponding author: Sita Soiampornkul: sita_soi5437@hotmail.com

บทความปริทัศน์

การศึกษาทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการฝังเข็ม

ญาณิน ทาระบุตร, วิจิตรตรา เอกธวัชปรางค์

หลักสูตรการแพทย์แผนจีนบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ: โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกซึ่งนำไปสู่สาเหตุการเสียชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีอายุ 15-29 ปี การดำเนินโรคและกระบวนการรักษาโรคนั้นใช้เวลาหลายเดือนไปจนถึงหลายปี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน พบอาการที่เป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตหลายประการ ปัจจุบันศาสตร์การแพทย์แผนจีนมีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น มีการศึกษาวิจัยถึงกลไก ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการรักษาด้วยวิธีฝังเข็ม พบว่าการฝังเข็มรักษาโรคซึมเศร้ามีเทคนิคหรือวิธีการฝังเข็มหลายรูปแบบ โดยบทความนี้ได้ศึกษารวบรวมข้อมูลการรักษาโรคซึมเศร้าจากแหล่งข้อมูลงานวิจัยในประเทศจีนสรุปได้ว่าการฝังเข็มมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยได้ จึงมีความประสงค์ที่จะเผยแพร่ข้อมูลการศึกษานี้แก่สาธารณะเพื่อเป็นแนวทางในการรักษา และนำเสนอเพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนแก่ผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: การฝังเข็ม; โรคซึมเศร้า; แพทย์แผนจีน; การแพทย์ทางเลือก

ผู้รับผิดชอบบทความ: ญาณิน ทาระบุตร: yanin07801@gmail.com



Received: 26 March 2023

Revised: 6 June 2023

Accepted: 16 June 2023



บทนำ

โรคซึมเศร้า คือโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความรู้สึกที่พบได้บ่อยในปัจจุบัน โดยมีอาการซึมเศร้าของอารมณ์ติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ป่วยมีอาการทางด้านจิตใจ เช่น อารมณ์ทุกข์ รู้สึกหมดความสนใจ วิตกกังวล รู้สึกผิดหวัง ความภูมิใจในตนเองต่ำลง ไม่มีสมาธิ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอาการทางด้านร่างกายอื่นๆ เช่น ปัญหาด้านการนอนหลับ ความอยากอาหาร น้ำหนักตัว เป็นต้น^[1]

โดยโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่มีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 5 ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งนับเป็นประชากรจำนวนกว่า 280 ล้านคนที่ประสบปัญหาดังกล่าว^[2] ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าฆ่าตัวตายสูงถึง 7 แสนคนต่อปี และจัดเป็นลำดับที่ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ที่มีอายุ 15-29 ปี^[3]

ในประเทศไทยมีการสำรวจเกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years:

DALYs) ประจำปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรเพศหญิงกลุ่มอายุ 15-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.1 รองลงมาจากอุบัติเหตุทางถนน และเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตในกลุ่มประชากรเพศหญิงอายุ 30-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.1^[4]

นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังมีความเกี่ยวข้องกับโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจมีอัตราการป่วยโรคซึมเศร้าร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 30 พบว่ามีความแปรผันระหว่างจังหวะการเต้นของหัวใจต่ำลงในแต่ละครั้ง (heart rate variability: HRV) เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกลดลง ผู้ป่วยโรคมะเร็วมัอัตราการป่วยโรคซึมเศราร่วมด้วยร้อยละ 25 และพบมากในผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อน นอกจากนี้ยังมีรายงานการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานสูงถึงร้อยละ 27 โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์รุนแรงอันเนื่องมาจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง^[5]

ปัจจุบันการฝังเข็มรักษาโรคทางระบบประสาทได้รับการศึกษาวิจัยทางคลินิกเพิ่มมากขึ้น พบว่าการฝังเข็มและกระตุ้นไฟฟ้ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า และมีผลข้างเคียงน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาบางชนิด^[6] นอกจากนี้การฝังเข็มสามารถรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับเบาและกลางได้เทียบเท่ากับยา Paroxetine และผลการรักษาด้านคุณภาพชีวิต และด้านสภาพจิตใจของกลุ่มที่ใช้การฝังเข็มดีกว่า^[7]

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลงานวิจัยทางคลินิกในการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการฝังเข็ม รวมถึงขั้นตอนวิธีการและเทคนิคที่ใช้ในการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลความรู้ถึงบทบาทของแพทย์แผนจีนในการรักษาโรคซึมเศร้า โดยสืบค้นข้อมูลจากรายงานในระบบ Online Database ของสาธารณรัฐประชาชนจีน และระบบฐานข้อมูลออนไลน์ ได้แก่ China National Knowledge Infrastructure (CNKI), The National Center for Biotechnology Information (NCBI), ScienceDirect ที่ได้รับการตีพิมพ์อยู่ในฐานข้อมูลระหว่างปี 2018-2022 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 5 ปี คำสำคัญที่สืบค้นคือ โรคซึมเศร้า และการฝังเข็ม

1. โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า และมีอาการต่อเนื่องกันเป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยมีอาการเศร้าหมอง เบื่อหน่าย ท้อแท้ วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง เสียสมรรถภาพในการทำงาน เสียปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยโรคซึมเศร้ามีองค์ประกอบที่แสดงออกมา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม การแสดงออกแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน^[8]

สาเหตุของโรคซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย^[9]

- 1) ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ความผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาทและฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำงานของสมอง
- 2) ปัจจัยทางจิตและสังคม (Psychosocial factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม พบภาวะผิดหวัง ท้อแท้ ลึกลับบ่อยครั้ง อาจนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม เช่น อารมณ์เศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับชีวิต เป็นต้น

2. โรคซึมเศร้าในมุมมองแพทย์แผนจีน

โรคซึมเศร้า หรือ อวิเจ้ง คือกลุ่มอาการโรคที่มีลักษณะเด่นทางคลินิก คือ รู้สึกอึดอัด อารมณ์แปรปรวน แน่นหน้าอก ปวดตึงทรวงอกและสี่ข้าง หรือโมโหง่าย หรือรู้สึกเหมือนมีก้อนติดในคอ มักมีสาเหตุมาจากชี่ติดขัด การเสียสมดุลอิน หยาง ชีและเลือดของจิงฝู (อวัยวะภายใน)^[10] ในคัมภีร์หวงตี้เนยจิง 《黄帝内经》ไม่พบการบันทึกโรคที่ชื่อว่าอวิเจ้งหรือโรคซึมเศร้า หากแต่มีการอธิบายเกี่ยวกับชี่และเลือดของอวัยวะภายในที่ติดขัด และได้บันทึกเกี่ยวกับอวิเจ้งที่มีสาเหตุจากอารมณ์ดังในตำราเนยจิงภาคหลังซุ “ความคิดมากวิตกกังวล ขัดขวางการไหลเวียนชี่” ต่อมาในสมัยราชวงศ์หยวนได้มีการบันทึกถึงโรคซึมเศร้าในตำราตางชีชินฝู 《丹溪心法》 “ภาวะซึมเศร้าเกิดจากติดขัดแน่นไม่แผ่กระจาย ควรขึ้นแต่ไม่ขึ้น ควรลงแต่ไม่ลง ควรเปลี่ยนแปลงแต่ไม่เปลี่ยน การหมุนเวียนเสียสมดุลเกิดเป็นอวิเจ้งทุกชนิด” กล่าวถึงการติดขัดของชี่ เลือด ไฟ อาหาร ความชื้นและเสมหะ และเกิดเป็นหลักการในการตั้งตำรับยาเยว่จวูหวาน 《越鞠丸》

โรคซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุเช่น การเสียสมดุลของอารมณ์ทั้ง 7 ที่อาจมากเกินไปโดยเฉพาะอารมณ์เศร้า ครุ่นคิด และอารมณ์โกรธ หรือสาเหตุที่มาจากพื้นฐานร่างกายที่อ่อนแอถูกกระตุ้นจากอารมณ์ได้ง่าย เมื่ออิน หยาง ชีและเลือดของอวัยวะภายในเสียสมดุล โดยเฉพาะเมื่อลมปราณดับสูญเสียการระบาย กระบวนการทำงานของม้าม ทำให้อย่อยอาหารได้ไม่ดีเกิดเป็นเสมหะสะสมเกิดความร้อนอุดกั้น ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งในการเกิดอวิเจ้ง เมื่อภาวะอุดกั้นสะสมเป็นเวลานาน ไฟที่ถูกอุดกั้นมักไปทำลายอินจึงทำให้เกิดภาวะร้อนพร่องได้ ดังในตำราเสยเจ้งจื่อไจ้ 《类证治裁》 บทอวิเจ้งกล่าวว่า “ภาวะอุดกั้นจากอารมณ์ทั้ง 7 เริ่มจากทำลายชี่แล้วไปทำลายเลือด นานวันเข้าจึงเกิดความเหนียวแน่น” ดังนั้นโรคซึมเศร้าไม่เพียงจัดเป็นภาวะแกร่งเท่านั้นแต่ยังสามารถเกิดภาวะพร่องได้อีกด้วย

3. การวินิจฉัยแยกกลุ่มอาการและหลักการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน^[11]

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุหลักมาจากการไหลเวียนของชี่ติดขัด ดังนั้นหลักการรักษาจึงเป็นการปรับการไหลเวียนชี่ และเสริมด้วยหลักการรักษาตามกลุ่มอาการอื่นๆ ได้แก่ การอุดกั้นของ เลือด ไฟ เสมหะ ความชื้น หรืออาหาร โดยโรคซึมเศร้าตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 กลุ่มอาการดังนี้

- 1) กลุ่มอาการลมปราณดับติดขัด มีอาการอารมณ์แปรปรวน จุกแน่นบริเวณทรวงอก ปวดชายโครง ชอบถอนหายใจ ไม่อยากอาหาร การขับถ่ายแปรปรวน ลิ้นมีฝ้าเหนียว ชีพจรตึง
- 2) กลุ่มอาการชี่ติดขัดเกิดเป็นไฟ มีอาการกระวนกระวาย โมโหง่าย ปวดแน่นทรวงอกและชายโครง ปากแห้งปากขม หรือปวดหัว ตาแดง มีเสียงในหู หรือมีอาการเรอเปรี้ยว อุจจาระแข็ง ลิ้นแดงมีฝ้าเหลือง ชีพจรตึงและเร็ว
- 3) กลุ่มอาการเสมหะและชี่ติดขัด มีอาการหุดหิดแน่นหน้าอก ปวดตึงชายโครง รู้สึกเหมือนมีก้อนในลำคอ กลืนไม่ลง ขากไม่ออก ลิ้นมีฝ้าขาวและเหนียว ชีพจรตึงและลื่น
- 4) กลุ่มอาการหัวใจและเส้นขาดการหล่อเลี้ยง มีอาการมึนงง จิตใจสับสน ตกใจง่าย ร้องไห้ง่าย อารมณ์ดีใจและโกรธสลับกันไปมา หรือมีอาการโวยวาย กระตือรือร้น ลิ้นซีด ชีพจรตึง มักพบในเพศหญิง
- 5) กลุ่มอาการหัวใจและม้ามพร่อง มีอาการคิดมาก อ่อนเพลีย เวียนหัว ใจสั่น ตกใจง่าย นอนไม่หลับ หลงลืม ไม่อยากอาหาร ใบหน้าหม่นหมอง ลิ้นซีด ฝ้าลิ้นบางสีขาว ชีพจรเล็กบางเหมือนเส้นด้าย
- 6) กลุ่มอาการอินของหัวใจและไตพร่อง มีอาการอารมณ์ไม่มั่นคง ใจสั่น หลงลืม นอนไม่หลับ ฝันมาก ฝ่ามือฝ่าเท้าร้อน เหงื่อออกตอนกลางคืน ปากคอแห้ง ลิ้นแดงและแห้ง ชีพจรเล็กบางและเร็ว

4. บทบาทการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน

4.1 การให้ยาสมุนไพรจีน

จากการวิจัยพบว่ายาสมุนไพรจีนที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้ามีกลไกต้านซึมเศร้าผ่าน PI3K/Akt signaling pathway ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการออกฤทธิ์ในยาด้านซึมเศร้าหลายชนิดเนื่องจากเป็นเส้นทางไปสู่ระบบการทำงานอื่นๆ ของร่างกาย^[12] จากการวิจัยพบว่าตำรับยาเสี่ยวโหล่วทงมีฤทธิ์ในการยับยั้งอาการซึมเศร้าโดยการรักษาสารสื่อประสาทในสมองได้แก่ dopamine, norepinephrine, 5-hydroxytryptamine ให้อยู่ในระดับคงที่ และเพิ่มระดับโปรตีนที่เป็นอาหารของเซลล์ประสาทสมอง^[13]

4.2 การนวดทุยหนา

ผลการศึกษาการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีนวดทุยหนาโดยใช้วิธีการนวดสัปดาห์ละ 3 วันติดต่อกันเป็นจำนวน 6 ครั้งนับเป็น 1 คอร์สการรักษา รวมทั้งหมด

2 คอร์สการรักษา โดยเริ่มต้นนวดบริเวณศีรษะเป็นส่วนแรกใช้การนวดคลึง (按揉) จุด Yintang, EX-HN3 (印堂) และจุด Shenting, GV24 (神庭) 2 นาที ใช้ท่านวตโคเทียนเหมิน (开天门) 9 รอบ จากนั้นนำนิ้วโป้งนวดคลึงจุด Taiyang, EX-HN5 (太阳) 1 นาที จับบีบนวดคลึงบริเวณศีรษะทั้งสองข้าง สุดท้ายกดคลึงเบาๆ บริเวณจุด Baihui, GV20 (百会) และจุด Sishencong, EX-HN1 (四神聪) จุดละ 30 วินาที ต่อไปให้ได้รับการรักษานอนคว่ำใช้ฝ่ามือ นวดคลึงบริเวณแผ่นหลัง 30 วินาที ใช้ฝ่ามือดัน (推法) บริเวณเส้นลมปราณหลัง ได้แก่ เส้นลมปราณตูม่าย (督脉) และเส้นลมปราณเท้าไท่หยาง กระเพาะปัสสาวะ (足太阳膀胱经) จากบนลงล่าง เส้นละ 1 นาที นวดคลึง (滚法) บริเวณหลังทั้งหมดจากบนลงล่างทำการหยิบตึง (提捏) บริเวณเส้นลมปราณตูม่าย (督脉) จากจุด Changqiang, GV1 (长强) ถึงจุด Dazhui, GV14 (大椎) 3 รอบ ใช้ศอกกดจุดเป่ย์ชู่ (背俞穴) และจุด A'shi (阿是穴) ใช้ฝ่ามือทำเป็นรูปดอกบัวจิก (啄法) จากบนลงล่างใช้มือตบบริเวณหลังเป็นเวลา 1 นาที ให้ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นอย่างดี คิดเป็นร้อยละ 96.67 โดยเห็นผลชัดเจน 17 คน อาการดีขึ้น 10 คน และไม่เห็นผลชัดเจน 1 คน^[14]

4.3 การฝังเข็ม

หลักการเลือกจุดฝังเข็มรักษาโรคซึมเศร้าคือการปลุกเส้นปรับการไหลเวียนชี่ ระบายลมปราณดับแก่ภาวะอัดอั้น (调神理气, 疏肝解郁) โดยมีจุดรักษาหลักได้แก่ จุด Shuigou, GV26 (水沟) จุด Baihui, GV20 (百会) จุด Neiguan, PC6 (内关) จุด Shenmen, HT7 (神门) จุด Taichong, LR3 (太冲) และมีจุดเสริมตามกลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการลมปราณดับติดขัดเพิ่มจุด Danzhong, CV17 (膻中) จุด Qimen, LR14 (期门) กลุ่มอาการลมปราณอุดกั้นเกิดไฟเพิ่มจุด Xingjian, LR2 (行间) จุด Xiaxi, GB43 (侠溪) กลุ่มอาการเสมหะอุดกั้นเพิ่มจุด Fenglong, ST40 (丰隆) จุด Lianquan, CV23 (廉泉) กลุ่มอาการหัวใจและม้ามพร่องเพิ่มจุด Xinshu, BL15 (心俞) จุด Pishu, BL20 (脾俞) กลุ่มอาการตับและไตพร่องเพิ่มจุด Ganshu, BL18 (肝俞) จุด Shenshu, BL23 (肾俞) โดยอธิบายหลักการเลือกจุดได้ว่าสมองเป็นที่ยาอาศัยของหยวนเลน (元神) เส้นลมปราณตูม่าย (督脉) เดินทางผ่านสมองจึงเลือกใช้จุดบนเส้นลมปราณดังกล่าวเพื่อปรับสมดุลเส้น (调神) อวัยวะหัวใจเป็นที่หลบซ่อนของเส้น (心藏神) จึงใช้จุดบนเส้นลมปราณหัวใจและเส้นลมปราณเยื่อหุ้มหัวใจ จุด Neiguan, PC6 (内关) สามารถระบาย

ความอึดอันของชีบริเวณทรวงอก และจุด Taichong, LR3 (太冲) สามารถระบายลมปราณดับได้^[15] นอกจากนี้หลักการเลือกจุดฝังเข็มดังกล่าวแล้วยังมีการใช้เทคนิคและวิธีการในการฝังเข็มที่แตกต่างกันในการรักษาโรคซึมเศร้าดังตารางที่ 1

5. กลไกการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยการฝังเข็ม

5.1 การฝังเข็มมีผลต่อระบบสารสื่อประสาทและหน่วยรับสารสื่อประสาท

หลักการตามทฤษฎีที่กล่าวว่าสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้ามีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสารสื่อประสาทในสมองผิดปกติ^[16] พบว่าการฝังเข็มสามารถกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท และตัวรับโมโนเอมีนในสมอง เช่น serotonin, dopamine, norepinephrine เป็นต้น หลังจากการฝังเข็มในสัตว์ทดลองพบว่าระดับค่าสารสื่อประสาทชนิดดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัยฝังเข็มและกระตุ้นไฟฟ้าเปรียบเทียบกับ การรับประทานยา fluoxetine ในสัตว์ทดลองทั้งสองกลุ่ม การทดลองมีผลของระดับสารสื่อประสาทในสมองส่วน hippocampus เพิ่มขึ้น สรุปได้ว่าการฝังเข็มและกระตุ้นไฟฟ้ามีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการรับประทานยา fluoxetine และไม่มีผลข้างเคียง^[17]

5.2 การฝังเข็มมีผลต่อระบบประสาทและฮอร์โมน

ระบบประสาทและระดับโทรอยด์ฮอร์โมนมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการทำงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal axis หรือ HPA axis มีความเกี่ยวข้องในการเกิดอาการของโรค

ซึมเศร้า งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับโทรอยด์ฮอร์โมนในระบบประสาทส่วนกลางผิดปกติ^[18] จากการศึกษาการฝังเข็มและกระตุ้นไฟฟ้าโดยใช้ชุดของจุดฝังเข็มที่เรียกว่า "เจียววี่ฟาง" หรือ ตำรับคลายกังวลมีผลทำให้ระดับของ IL-1 β , IL-6 และ TSH ในซีรัมของหนูทดลองที่เป็นโรคซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไป สรุปได้ว่าสามารถบรรเทาอาการซึมเศร้าในหนูทดลองผ่านการปรับระดับ inflammatory cytokines และฮอร์โมนบางชนิดไปจนถึงปรับการทำงานของระบบ HPA axis^[19]

5.3 การฝังเข็มมีผลต่อระบบประสาทและระบบทางเดินอาหาร

ปัจจุบันพบว่าแบคทีเรียในระบบทางเดินอาหารเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยกลุ่มของแบคทีเรียในลำไส้สามารถปรับสมดุลการทำงานของสมองส่วน hippocampus, microglial และ astrocyte ผ่านทาง coding RNA, non-coding RNA signaling pathway นอกจากนี้ยังสามารถปรับระดับของ brain-derived neurotrophic factor ซึ่งเป็นโปรตีนที่เป็นอาหารของเซลล์ประสาทสมอง ดังนั้นความไม่สมดุลของแบคทีเรียในลำไส้จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า^[20] การศึกษาพบว่า การฝังเข็มและกระตุ้นไฟฟ้าสามารถบรรเทาอาการซึมเศร้าในหนูทดลองที่มีปัญหาทางระบบทางเดินอาหารโดยปรับสมดุลลำไส้ผ่านระบบ Gut-Brain axis^[21]

6. การศึกษาทางคลินิกในการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการฝังเข็ม

ตารางที่ 1 การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการฝังเข็ม

คณะวิจัย	จำนวนผู้ป่วยในการศึกษา	วิธีการรักษา	ผลการศึกษา
Hu Qing Qing ^[22]	68 ราย	1. กลุ่มทดลอง 34 รายได้รับการฝังเข็มเหอเถียวตูเรินอันเลินเจินฝ่า (和调督任安神针法) ในการรักษา 2. กลุ่มเปรียบเทียบใช้การรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มทั่วไปสัปดาห์ละ 6 วัน พัก 1 วันติดต่อกัน 4 สัปดาห์	- ประสิทธิภาพการรักษาของทั้ง 2 กลุ่มคิดเป็นร้อยละ 93.33 ร้อยละ 76.67 - เมื่อเปรียบเทียบก่อนการรักษาพบว่า Hamilton Depression Scale, the World Health Organization quality of life หลังรักษา 3 เดือนดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบก่อนการรักษาทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - Self-rating Depression Scale หลังการรักษาลดลงเมื่อเปรียบเทียบก่อนการรักษา

ตารางที่ 1 การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการฝังเข็ม (ต่อ)

คณะวิจัย	จำนวนผู้ป่วยในการศึกษา	วิธีการรักษา	ผลการศึกษา
Zhu Ying ^[23]	66 ราย ผู้ป่วยกลุ่มอาการลมปราณดับติดขัด	1. กลุ่มทดลองใช้การรักษาด้วยวิธีฝังเข็มจุด Baihui, GV20 (百会) จุด Sishencong, EX-HN1 (四神聪) จุด Yintang, EX-HN3 (印堂) จุด Danzhong, CV17 (膻中) จุด Qimen, LR14 (期门) จุด Neiguan, PC6 (内关) จุด Shenmen, HT7 (神门) จุด Sanyinjiao, SP6 (三阴交) จุด Taichong, LR3 (太冲) เป็นจุดหลัก โดยรักษาต่อเนื่อง 30 วัน 2. กลุ่มเปรียบเทียบใช้การรักษาด้วยยาจีนตำรับไฉหูซูกานหวาน (柴胡疏肝丸)	- ประสิทธิภาพการรักษาของกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 91.67 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ที่ร้อยละ 86.11 - Self-rating Depression Scale และ Hamilton Depression Scale ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Wang Yuan ^[24]	60 ราย	1. กลุ่มทดลองจำนวน 30 รายรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มจุด Taichong, LR3 (太冲) จุด Hegu, LI4 (合谷) จุด Shenmen, HT7 (神门) จุด Sanyinjiao, SP6 (三阴交) จุด Anmian, EX-HN16 (安眠) จุด Baihui, GV20 (百会) จุด Yintang, EX-HN3 (印堂) และกระตุ้นไฟฟ้าที่จุด Taichong, LR3 (太冲) จุด Hegu, LI4 (合谷) จุด Baihui, GV20 (百会) จุด Yintang, EX-HN3 (印堂) โดยใช้คลื่น Dense-sparse wave (疏密波) 2 Hz 2. กลุ่มเปรียบเทียบใช้การรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มเพียงอย่างเดียวไม่มีการกระตุ้นไฟฟ้า โดยทำการรักษาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เว้นระยะห่างกันไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมงทั้งหมด 20 ครั้ง	จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการฝังเข็มรักษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่า การรักษาแบบฝังเข็มและกระตุ้นไฟฟ้าและการฝังเข็มเพียงอย่างเดียวให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกันทางสถิติ
Zhang Ai Jia ^[25]	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับเบา 60 ราย	1. กลุ่มทดลอง 30 รายใช้การฝังเข็มรมยา "เวินหยางซุเสียเจินจิวฝ่า" (温阳祛邪针灸法) ในการรักษา โดยฝังเข็มที่จุด Shangxing, GV23 (上星) จุด Renzhong, GV26 (人中) จุด Daling, PC7 (大陵) จุด Shaoshang, LU11 (少商) จุด Yinbai, SP1 (隐白) และรมยาที่จุด Dazhui, GV14 (大椎)	- ประสิทธิภาพการรักษาของกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 83.3 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 60 - กลุ่มทดลองมีค่าประเมิน HAMD, SDS, SAS, QIDS ในเกณฑ์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ - ทั้ง 2 กลุ่มการทดลองมีระดับค่าฮอร์โมน ACTH, CORT ต่ำลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา

ตารางที่ 1 การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการฝังเข็ม (ต่อ)

คณะวิจัย	จำนวนผู้ป่วยในการศึกษา	วิธีการรักษา	ผลการศึกษา
		จุด Mingmen, GV4 (命門) เป็นเวลา 40 นาทีสัปดาห์ละ 3 ครั้งติดต่อกัน 5 สัปดาห์	
		2. กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 ราย ใช้การบำบัดทางจิตเป็นเวลา 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 5 สัปดาห์	
Zhao WenBo ^[26]	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มอาการซีตีดัดเกิดเป็นไฟ 60 ราย	1. กลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ใช้การฝังเข็ม “ทงตูเซี่ยกานเจินซือฝ่า” (通督泻肝针刺法) โดยใช้จุด Baihui, GV20 (百会) จุด Shenting, GV24 (神庭) จุด Yintang, EX-HN3 (印堂) จุด Shuigou, GV26 (水沟) จุด Fengchi, GB20 (风池) จุด Shendao tou Lingtai, GV11 to GV10 (神道透灵台) จุด Shaofu, HT8 (少府) จุด Jianshi, PC5 (间使) จุด Zuqiaoyin, GB44 (足窍阴) จุด Dadun, LR1 (大敦)	- ประสิทธิภาพการรักษาของกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 83.33 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 75.86
		2. กลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย ใช้การฝังเข็มจุด Baihui, GV20 (百会) จุด Shuigou, GV26 (水沟) จุด Neiguan, PC6 (内关) จุด Shenmen, HT7 (神门) จุด Taichong, LR3 (太冲) จุด Xingjian, LR2 (行间) จุด Xiashi, GB43 (侠溪) 50 นาทีสัปดาห์ละ 6 วัน ติดต่อกัน 4 สัปดาห์	- หลังการรักษา 4 สัปดาห์พบว่า HAMD-24 7-factor scores อาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ ความสามารถในการจดจำหลังการรักษา 4 สัปดาห์ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันทางสถิติ
			- สรุปได้ว่าทั้ง 2 กลุ่มการรักษาสามารถบรรเทาอาการโรคซึมเศร้าได้และกลุ่มทงตูเซี่ยกานเจินซือฝ่าให้ประสิทธิภาพการรักษามากกว่า

วิจารณ์

การศึกษาทางคลินิกในการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการฝังเข็มโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน โดยได้มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า กลไกการเกิดโรค กลุ่มอาการ แนวทางการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน และข้อมูลการฝังเข็มว่าด้วยเทคนิคและวิธีการต่างๆ พบว่าการฝังเข็มมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า มีความปลอดภัยสูง และผลข้างเคียงน้อย^[27] นอกจากนี้การฝังเข็มยังสามารถบรรเทาอาการที่มีผลมาจากโรคซึมเศร้า เช่น อาการนอนไม่หลับ วิดกกังวล

ไม่อยากอาหาร^[28] และพบว่ามีผลงานวิจัยหลายฉบับที่ได้ใช้การฝังเข็มร่วมกับการรักษาอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย เช่น ยาแผนปัจจุบัน การบำบัดทางจิตเวช ยาสมุนไพรจีน เป็นต้น^[29]

ด้านเทคนิคและวิธีการในการฝังเข็ม พบว่าจุดฝังเข็มหลักที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคซึมเศร้า ได้แก่ จุดบนเส้นลมปราณตูม่าย เส้นลมปราณเท้าเจวอินดับ จุด Neiguan, PC6 (内关) จุด Shenmen, HT7 (神门) และจุดเสริมอื่นๆ นอกเหนือจากจุดฝังเข็มแล้วยังพบว่ามีความคิดและเทคนิคในการฝังเข็มที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับกลุ่มอาการที่วินิจฉัย

เช่น วิธีการทงดูฝ่า (通督法) ซึ่งมีการใช้จุดฝังเข็ม จุด Baihui, GV20 (百会) จุด Shenting, GV24 (神庭) จุด Yintang, EX-HN3 (印堂) จุด Shuigou, GV26 (水沟) เป็นหลัก โดยมีหลักการว่าเส้นลมปราณดูม่ายเชื่อมต่อกับสมอง ดังนั้นวิธีทงดูฝ่าจึงมีสรรพคุณในการปรับสมดุลเส้น (调神)^[30] วิธีชูกานฝ่า (疏肝法) ซึ่งมีหลักการว่าตับเป็นอวัยวะที่ควบคุมการไหลเวียนซี่ เมื่อเกิดการอุดกั้นจึงเกิดเป็นอิวี่เจ็ง หรือโรคซึมเศร้า^[31]

ด้านการประเมินผลมีการใช้แบบประเมิน Hamilton Depression Scale, World Health Organization quality of life, self-rating depression scale พบว่า ในกลุ่มทดลองที่ใช้การฝังเข็มหรือใช้เทคนิคการฝังเข็มที่แตกต่างให้ผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ ACTH, CORT ต่ำลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา

ทั้งนี้แม้ว่าการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการฝังเข็มถูกนำมาใช้ทางคลินิก และมีการศึกษาทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้นแต่ยังพบข้อจำกัดบางประการเช่น (1) ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่ออาการของโรคอาจส่งผลกับการรักษา (2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่ป่วยแตกต่างกันจึงอาจมีผลต่อการรักษา และ (3) ในปัจจุบันแม้ว่ามีการใช้เครื่องมือในการติดตามผลการรักษาทางคลินิกเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกการรักษาที่ชัดเจนได้จึงเป็นจุดที่อาจทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต

สรุป

การฝังเข็มมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า ปรับสมดุลฮอร์โมนและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยได้ โดยยังไม่พบว่ามีผลข้างเคียงรุนแรง มีความปลอดภัยในการรักษาโรคซึมเศร้า อาจนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการรักษาอื่นๆ ในประเทศไทยเช่น การรับประทานยาสมุนไพรจีน ยาแผนปัจจุบัน การรักษาด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย การนวดทุยหนา การบำบัดทางจิตเวช เป็นต้น

References

1. Boldrini M, Mann JJ. Depression and suicide. In: Zigmond MJ, Wiley CA, Chesselet MF, editors, *Neurobiology of Brain Disorders*. 2nd ed. New York: Elsevier Inc; 2022. p. 861-83.
2. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global health data exchange (GHDx) [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 14]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
3. World Health Organization. Depression [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Ministry of Public Health International Health Policy Program 2017. Report of burden of disease and injuries among the Thai population in 2013 [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 16]. Available from: http://bodthai.net/en/download/burden-of-diseases-and-injuries-of-thai-population-in-2014-english-report-151118-np_final/
5. Hauser SL, Beal MF. Neurology and psychiatry. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Huaser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors, *Harrison's principles of internal medicine vol.2*. 18th ed. New York: McGraw Hill Medical; 2012. p. 3536-7.
6. Luo HC, Meng FQ, Ja YK. Clinical research on the therapeutic effect of the electro-acupuncture treatment in patients with depression. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;52(S6):338-40. (in Chinese)
7. Wu GH. Clinical study on improving the quality of life of patients with mild to moderate depression by acupuncture and moxibustion [Dissertation]. Guangzhou: Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine; 2017. (in Chinese)
8. Chanapan N. Patients with major depressive disorders: nurses' Role in promoting for patients' Self care. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2020;32(1):77. (in Thai)
9. Pusomsri P. Major depressive disorder, serious health issue closes to us. *EAU Heritage Journal Science and Technology*. 2020;14(2):51-8. (in Thai)

10. New Chinese-English dictionary of traditional Chinese medicine. 2nd ed. Beijing: China Medical Science Press; 2013.
11. Zhou ZY. Internal Chinese medicine. 3rd ed. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Publishing House; 2017. (in Chinese)
12. Wu D, Gao Y, Xiang H, Xing J, Tian JS, Qin XM. Research progress on depression and mechanism of anti-depressant Chinese material medica based on PI3K/Akt signaling pathway. Chinese Traditional and Herbal Drugs. 2019;50(18): 4461-9. (in Chinese)
13. Su LJ, Wang J, Liu XE, Wang QX. Study on anti-depression effect of Xiaochaihu decoction and its effect on neurotransmitters, neurotrophic factor and estrogen in brain. Chinese Archives of Traditional Chinese Medicine. 2020;38(9):38-40. (in Chinese)
14. Xu LY. Clinical study on the treatment of depression with the combination of tuina which unblocking Du meridian and regulating spirit and the medicine [Dissertation]. Guangzhou: Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine; 2016. (in Chinese)
15. Shi XM. Acupuncture. 6th ed. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Publishing House; 2007. (in Chinese)
16. Liu X, Bao JF. The functions of neurogenesis in the occurring and developing of depression. Chinese Journal of Cell Biology. 2019;41(6): 1184-92. (in Chinese)
17. Yang LD, Wu YM. Research progress of the mechanism of acupuncture and moxibustion for the treatment of depression. World Latest Medicine Information. 2018;18(92):53-4. (in Chinese)
18. Wang N, Fu XY, Zhang F, Jiang YF, Yang S, Mo M, et al. Relationships of thyroid hormone and proBDNF with depression. Chinese General Practice. 2020;23(9):1100-4. (in Chinese)
19. Zhang R. Effect on the expression of IL-1 β , IL-6 and TSH in serum of depressive rats with chronic unpredictable mild stress treated by electro-acupuncture acupoints "Jieyu" formula [Dissertation]. Shanxi: Shanxi University of Traditional Chinese Medicine; 2019. (in Chinese)
20. Chen WL, Yan XR, Gao XP, Song GH. Research progress on the regulatory mechanism of intestinal flora in the occurrence of depression. Chinese Journal of Comparative Medicine. 2022;32(10):130-5. (in Chinese)
21. Qin LN. Mechanism of electro-acupuncture on depressive rats digestive system [Dissertation]. Department of Acupuncture and Tuina. Beijing: Beijing University of Traditional Chinese Medicine; 2007. (in Chinese)
22. Hu QQ. Clinical observation on treatment of mild and moderate depression with "He Tiao Du Ren An Shen Acupuncture" [Dissertation]. Heilongjiang: Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine; 2022. (in Chinese)
23. Zhu Y. Study clinical study on acupuncture treatment of liver-qi stagnation depression [Dissertation]. Changchun: Changchun University of Traditional Chinese Medicine; 2018. (in Chinese)
24. Wang Y. The clinical effectiveness of electro-acupuncture in treating depression related insomnia [Dissertation]. Guangzhou: Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine; 2018. (in Chinese)
25. Zhang AJ. Clinical study on the treatment of mild and moderate depression with acupuncture and moxibustion for warming yang and expelling pathogenic factors [Dissertation]. Shanghai: Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; 2019. (in Chinese)

26. Zhao WB. Clinical observation on treatment of depression of QiYu-HuaHuo-type by Tong Du Xie Gan acupuncture manipulation [Dissertation]. Heilongjiang: Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine; 2022. (in Chinese)
27. Wang H. The safety and efficacy of acupuncture and moxibustion in treatment of depression. China Health Standard Management. 2018;9(14):99-101. (in Chinese)
28. Xu P. Clinical observation on treatment of depression of mild and moderate liver depression with spleen insufficiency by Pei-Tu-Kai-Yu acupuncture manipulation [Dissertation]. Beijing: Beijing University of Traditional Chinese Medicine; 2019. (in Chinese)
29. Li M. Clinical observation on treatment of depression by Chinese combined with western medicine. Guangming Journal of Chinese Medicine. 2022;37(14):2636-8. (in Chinese)
30. HX. Clinical efficacy observation of acu-therapy of balancing and adjusting Ren and Du on mild to moderate depression patients with the syndrome of liver-depression and spleen-deficiency [Dissertation]. Guangzhou: Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine; 2019. (in Chinese)
31. Gao QH, Tan YQ. Clinical observation on treatment of depression by Jian-Pi-Shu-Gan electro-acupuncture manipulation and effectiveness on serum cytokine. New World Journal of Medical Information. 2018;18(11): 135-9. (in Chinese)

Review Article

The review of clinical studies on acupuncture treatment of major depressive disorders

Yanin Tharabud, Wijittra Ektuwapranee

Bachelor Program of Traditional Chinese Medicine, Huachiew Chalermparakiet University, Thailand

Abstract: Major depressive disorder is a global health problem that leads to causes of death in population, particularly individuals aged 15-29 years. The disease progression and its treatment processes can take several months to several years. Patients with depression can experience varying levels of severity, and it affects various aspects of their life. Currently, traditional Chinese medicine (TCM) plays an increasing role in the treatment of depression, and there have been studies and research on the mechanisms, efficacy, and safety of acupuncture treatment for major depressive disorder. Different techniques or methods of acupuncture treatment for depression have been found. This article aims to summarize research findings on the treatment of major depressive disorder via acupuncture from Chinese research database to assess its effectiveness in treating depression and improving the quality of life. The intention is to provide an option for treating depression with TCM.

Keywords: acupuncture; major depressive disorders; traditional Chinese medicine; alternative medicine

Corresponding author: Yanin Tharabud: yanin07801@gmail.com



文献综述

针灸治疗抑郁症临床研究综述

唐雅丽, 高梦媛

中医专业本科生, 华侨崇圣大学

摘要: 抑郁症是一种全球性的健康问题, 会导致人们死亡的原因, 尤其是 15-29 岁的人群。疾病进展可以持续数月甚至数年。该疾病的发展和治疗过程可能需要几个月到几年的时间。抑郁症患者经历不同程度的严重性, 并影响生活的各个方面。目前, 中医药在抑郁症治疗中越来越重要, 进行了针灸治疗抑郁症的机制、疗效和安全性。发现不同的针灸治疗抑郁症的技术或方法。通过查阅最近几年针灸治疗抑郁症的相关文献, 将关于该病的病因病机、作用机制以及不同的治疗方法进行归纳总结, 发现针灸可以有效改善患者的抑郁程度以及可以改善患者的生活质量。本文作为临床研究提供新思路, 并将其作为将来用中医治疗抑郁症的替代选择。

关键词: 针灸; 抑郁症; 中医; 替代医疗

通讯作者: 唐雅丽: yanin07801@gmail.com



文献综述

中医治疗儿童咳嗽变异性哮喘的临床研究进展

周月虹¹, 姜之炎²

¹上海中医药大学

²上海中医药大学附属龙华医院

摘要: 咳嗽变异性哮喘是儿科临床较常见的疾病,常病情迁延不愈。目前中医治疗咳嗽变异性哮喘取得了一定进展。本文通过查阅相关文献,总结了众医家治疗儿童咳嗽变异性哮喘的思路与治疗方法,分为中医内服及外治法,为临床治疗儿童咳嗽变异性哮喘提供参考。

关键词: 儿童;咳嗽变异性哮喘;过敏性哮喘;中医药;研究进展

通讯作者: 姜之炎: lhjzycm@163.com

Received: 9 April 2023

Revised: 29 May 2023

Accepted: 20 June 2023

前言

咳嗽变异性哮喘 (cough variant asthma, CVA) 作为儿科临床较常见的疾病,为非典型性哮喘,由于本病以长期反复咳嗽为主要临床表现,同时多伴有鼻塞流涕、打喷嚏及气道高反应性的特殊类型哮喘,而不伴有明显喘息,^[1] 所以又被称为隐匿性哮喘、过敏性哮喘或咳型哮喘,且容易被误诊为支气管炎或者反复呼吸道感染,从而使病情迁延不愈,若不及时采取对症治疗,会发展为典型哮喘。本病多在夜间或凌晨发作,长期会导致身体健康及生活质量受到影响。由于 CVA 疾病至今未有明显的发病原因,病情迁延不愈长期反复发生,各家中医通过辨证论治后选用中药处方,以调理身体、治疗疾病,使减少疾病复发的机率甚至治愈,因此提高了患儿生活质量让孩子健康成长。

1. 病因病机

CVA 在中医学属于“哮喘”“顽咳”“风咳”“痉咳”等范畴,^[2] 小儿属于稚阴稚阳之体,

脏腑娇嫩,形气未充,肺、脾、肾三脏常不足为本。先天禀赋不足、肺脏娇嫩容易感受外感之邪、六淫邪气、饮食肥甘厚腻等外因,易导致脾失健运、肺失宣发肃降,气不布津,水湿内停,液聚成痰,产生痰饮内付,而伏痰为本病的病因的重要因素,伏痰内动,阻塞气道,肺失宣降可造成反复咳嗽,病情迁延难愈。

2. 中医内服疗法

2.1 从分期辨治

咳嗽变异性哮喘的特点为病情缓慢、反复发作,因此临床上可表现出症状分为多期。大部分可分为发作期、缓解期和稳定期,选用方药及治疗方法需要辨证论治而随证加减。以下提出各位教授对于儿童变异性哮喘的分期辨证不同、且随证选药各有差异的特色。

陈华教授认为儿童咳嗽变异性哮喘多见虚实夹杂,^[3] 由于风痰内伏肺络导致疾病的主要病因,

可分为三个阶段,早期以疏风祛邪为治疗原则,中期涤痰宣肺,后期以培土生金、顾护脾胃为要。针对不同体质、不同病机以及不同期断的病程选用适当的治疗方法,应以祛风涤痰法为主要治则,后加佐证用宣肺、化痰、润肺、补肺等不同治法。以“治诸般咳嗽”的止嗽散为本方,方中用紫菀、荆芥、百部、白前、陈皮、桔梗、炙甘草而成。此外常加虫类药物,以加强祛风解痉之效如蝉衣、地龙、全蝎等;若有风痰瘀阻常加少量丹参、皂角刺、当归、赤芍等活血药;早期感受风寒咳嗽加剧配加炙麻黄、紫苏、桑叶以辛温解表,宣肺止咳。中期咳嗽迁延,喉间有痰难豁,痰湿偏重,根据临床表现再分出三种不同证型后选用药,为寒痰阻肺、痰热壅肺与燥痰黏肺证。寒痰阻肺证可加桂枝、细辛、五味子等温肺散寒、化痰止咳;痰热壅肺证应用清热化痰、宣肺通便,如射干、黄芩、瓜蒌仁、桑白皮、鱼腥草、炒莱菔子等;燥痰黏肺证,则加芦根、瓜蒌仁、浙贝母、北沙参、石斛等清热养阴、润肺止咳。后期咳嗽渐平,面色不华,形体消瘦,常以六君子汤加减,健脾补肺化痰,以达培土生金之效。

孙轶秋教授治疗小儿 CVA 以分期辨证论治,将本病分为三个阶段,^[4]一为急性发作期,多为实证、痰热蕴肺,自拟加减定喘汤,方药有炙麻黄、杏仁、法半夏、黄芩、桑白皮等组成;第二阶段为炎症持续期,多因正虚邪恋、虚实夹杂所致,应当标本兼治,扶正祛邪为主,是治疗该病的关键期,自拟益气祛风化痰方,组成为黄芪、白术、防风、杏仁、射干、款冬花等;第三阶段为临床缓解期,多以正虚为主,方用生脉饮合玉屏风散加减,方中用太子参、麦冬、五味子、黄芪、防风、白术等,共奏益气养阴、扶正固本之效。

王烈教授在治疗本病应从治哮喘论治理论提出三期。^[5]第一阶段即发作期或咳期,为肺阻气逆,病位主要在肺,治宜解痉降逆止咳。选用哮喘饮合服小儿哮喘喘胶囊,组成由苏子、地龙、前胡、桃仁、杏仁、冬瓜子、莱菔子、芦根、白屈菜、贝母、射干、挂金灯。第二阶段即缓解期或痰期,为痰湿内蕴,病位主要在脾,治宜健脾化痰止咳。方用缓哮方合哮喘喘胶囊。方中由紫苏子、前胡、

白前、桃仁、杏仁、白屈菜、莱菔子、胆南星、茯苓、款冬花、清半夏、沙参。第三阶段为稳定期或根期,为肺脾肾虚,病位在肺、脾、肾,治宜固本截痰。用方为防哮汤合服婴儿壮。黄芪、玉竹、太子参、五味子、女贞子、牡蛎为药物组成,并依据患儿体质不同选加山药、熟地、何首乌、海螵蛸、黄精等药。

王霞芳教授根据不同临床表现与不同体质将儿童咳嗽变异性哮喘分为四个证型。^[6](1)风寒束肺证,以当疏风散寒、宣肺止咳法,处方用荆芥、桔梗、甘草、紫菀、百部、白前、半夏、蝉衣、陈皮、橘络。(2)风热袭肺证,治以疏风清肺化痰、解痉止咳,组成由桑叶、杏仁、桔梗、甘草、南沙参、炒大力子、前胡、百部、半夏。(3)风痰阻络证,治法应用疏风宣肺、蠲痰通络,处方为麻黄、杏仁、甘草、蝉衣、僵蚕、地龙、半夏、黄芩、紫菀、百部、款冬花、炙苏子。(4)肺胃气逆证,治以温化痰饮、降逆止咳,方用茯苓、桂枝、白术、甘草、陈皮、竹茹、桔梗、杏仁、厚朴、半夏。

2.2 从风论治

小儿脏腑娇嫩、形气未充,易感受外界之邪气,而“风为百病之长”。风邪入侵、体内脏腑功能失常,导致肺失宣降,风盛则挛急,临床上多见本病患儿挛急性咳嗽、突发突止、变化莫测为特点。

肖和印教授对于儿童 CVA 的治疗方法“以风论治”为立法,^[7,8]认为小儿之体脏腑娇嫩,肺、脾常有不足,脾胃之体成而未全、脾胃之气全而未壮,易感受六淫之邪,则内有伏痰、外受邪气,内外因相互为病,本病症状多为顽固性咳嗽,多与过敏体质有密切关系,因此应以祛风解痉、化痰止咳为治则,祛风为先兼以熄风。肖教授认为凡有过敏病因病机的疾病均可用祝谌予先生的经验方过敏煎为基础方,加减药物创立“祛风宁肺散”。方中用防风、荆芥、白芷祛风解表;钩藤、蝉蜕息风止痉,前者为内外风兼;五味子、乌梅收敛肺气;银柴胡、胡黄连清泻肺热;紫菀、百部润肺下气止咳。白英杰等将 124 例咳嗽变异性哮喘患儿分为联合组和单纯组各 62 例,^[9]单纯组采用孟鲁司特钠治疗,联合组在单纯组基础上加用祛风宁肺散进行治疗;结果治疗 1 个月后联合组的治疗总有效率为 96.77%,高于

单纯组的 85.48% ($p<0.05$), 认为采用祛风宁肺散联合孟鲁司特钠治疗 CVA 患儿可改善肺功能、免疫功能以及能明显减轻机体炎症反应, 具有较好的临床疗效。

晁恩祥教授治疗咳嗽变异性哮喘病应以疏风宣肺,^[10] 解痉止咳, 纳气平喘为总则, CVA 患儿多见平时不耐寒热、容易感冒、气到高反应、反复发作作为特征, 本病与支气管哮喘相似, 都具有外风、外邪与内风引起的疾病。治疗时以疏风为主, 同时兼用调补肺肾, 因此自拟“苏黄止咳颗粒”, 方中用炙麻黄以宣肺平喘; 紫苏子、紫苏叶、枇杷叶、前胡有降肺气亦有助于降胃气之功能使肺胃同治。地龙、蝉蜕虫类药有疏风通络解痉之功能且能扩张支气管; 牛蒡子、五味子以补肾达到收敛固涩, 纳气平喘之作用。孙程辉、姜之炎将 60 例咳嗽变异性哮喘患儿分成对照组及治疗组各 30 例,^[11] 治疗组给予孟鲁司特钠和苏黄止咳颗粒, 对照组给予孟鲁司特钠和中药安慰剂。结果治疗组总有效率为 96.7%, 对照组总有效率为 76.7%, 疾病疗效治疗组优于对照组, 差异有统计学意义 ($p<0.05$)。认为根据国医大师晁恩祥的“风咳”理论, 运用苏黄止咳颗粒治疗儿童变异性哮喘能够使患儿咳嗽咽痒、鼻塞流涕等症状得所减轻, 在临床上收获良好的疗效。

申春梯教授以从风论治,^[12] 认为本病与风有密切相关, 同时即有痰湿、阴虚为发病因素, 治疗当以疏风宣肺、润肺化痰为主要方法, 临床对咽痒即咳, 慢性咳嗽, 风邪恋肺, 咳嗽变异性哮喘患儿运用抗敏镇咳方取得较好疗效。方中用苦参, 它具有清热疏肺, 也有止咳平喘之功, 现代研究发现苦参含有苦参碱, 能减少过敏介质, 减轻变态反应, 有抗过敏之作用; 炙麻黄解表散寒、宣肺止咳、润肺平喘, 与苦参共为君药, 共奏疏风宣肺, 抗敏镇咳之功效。苦杏仁祛痰止咳、平喘润肠; 矮地茶祛痰止咳平喘, 祛风活血治肺; 地龙清肺热、降气止咳平喘的作用; 陈皮具有燥湿化痰、防止以上药物对胃的刺激, 四者共为臣药。佐药由旋覆花、前胡以降气化痰, 散风清热。甘草为使药, 调和诸药。钟远、蔡汉炯、曹建标等将符合诊断标准的 68 例 CVA 患者随机分为对照组和观察组各 34 例。^[13]

对照组给予孟鲁司特钠片治疗, 观察组给予抗敏镇咳方治疗。比较两组患者治疗后咳嗽症状积分、第 1 秒用力呼气容积、呼气流量峰值、25% 肺活量时的最大呼气流速、外周血嗜酸性粒细胞、外周血嗜酸性阳离子蛋白变化情况。结果为两组患者治疗后咳嗽评分、EOS、ECP 水平低于本组治疗前, 且观察组低于对照组同期治疗后, 差异均有统计学意义 ($p<0.05$)。两组患者治疗 2 周后、4 周后肺功能指标高于本组治疗前, 且治疗后观察组高于对照组同期治疗后, 差异均有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组恶心发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($p<0.05$); 认为服用抗敏镇咳方能使患者咳嗽程度和肺功能改善及降低气道炎症反应。

2.3 从痰论治

多数中医认为变异性哮喘的病因与痰有密切相关, 而小儿体质多有脾常不足及肺常不足, 若受到外界之淫邪, 容易影响脾肺的脏腑功能, 脾气不足、脾失健运, 水湿内停, 停留时间久而导致体内产生伏痰; 肺失宣降、肺气上逆, 出现咳逆气喘。临床上多表现出患儿咳嗽多痰、病情迁延不愈、反复发作等痰证的临床特点。

张惠霞等认为咳嗽变异性哮喘患儿多痰饮内伏于肺,^[14] 痰热迫肺使肺气失宣而致肺气上逆出现咳嗽、喘息、胸闷等表现。因此应以宣肺化痰、健脾助运为主, 方中用麻黄以疏散风寒、宣肺止咳、利水通调水道的作用; 杏仁能降肺气而止咳平喘。麻黄、杏仁配伍一宣一降, 可有效恢复患儿肺气宣降功能而止咳平喘; 陈皮可宣畅中焦之气而化中焦湿气; 法半夏有燥湿化痰之作用; 细辛可温肺化饮、除痰下气; 莱菔子可行气助运; 茯苓能健脾利湿而减少痰的生成。上述药物配合使用可共奏宣肺化痰、健脾助运之效。研究将 138 例 CVA 患儿采用随机数字表法将其分为对照组和治疗组各 69 例。对照组在常规治疗基础上加用孟鲁司特钠咀嚼片治疗, 治疗组在对照组基础上加用麻杏二陈汤加减治疗。结果观察组总有效率 84.06% 高于对照组 69.57%, 差异有统计学意义 ($p<0.05$)。治疗后两组 IL-5、白细胞介素-13、C 反应蛋白、白三烯 B4、白三烯 C4、白三烯 D4 水平低于治疗前, 且观察组低于对照组 ($p<0.05$)。结果显出采用麻杏二陈汤

加减可有效提高对儿童 CVA 的临床疗效,缓解炎症反应,降低白三烯水平。

万军,于宙等认为小儿肺常不足,^[15]久咳耗伤肺气,而风为百病之长也,易受风邪而诱发内伏之痰,痰随风动,气道壅塞,肺失宣降,肺气上逆,风盛则挛急、咳呛,痰饮内伏引起久治不愈、长期反复发作。因此,采用二陈汤合三子养亲汤加减以燥湿化痰、止咳平喘、健脾益肺,方中清半夏、橘红、紫苏子均有化痰及理气之作用,莱菔子降气化痰、消食除滞,白芥子利气豁痰、散寒通络,僵蚕搜风化痰、止痉祛风,地龙能活血通络、止痉平喘,生龙骨、生牡蛎敛气逐湿化痰,白术、茯苓、炒薏苡仁健脾化湿,以绝生痰之源,太子参益气健脾、生津润肺,甘草益气和中,调和诸药。研究将 116 例 CVA 患儿随机分为观察组和对照组,每组 58 例。两组均采用孟鲁司特钠咀嚼片,观察组加用口服二陈汤合三子养亲汤加减,而对照组口服二陈汤合三子养亲汤安慰剂颗粒。治疗后结果为观察组患儿临床疗效总有效率为 96.55%,对照组的总有效率 82.76%,观察组的总有效率高于对照组,差异有统计学意义 ($p<0.05$)。

刘翠真、王有鹏认为小儿常有肺、脾、肾三脏不足,^[16]痰饮留伏;外因为感受外邪、接触异物、饮食不节、情志失调及劳倦过度等触动伏痰,痰阻气道。宿痰伏肺是 CVA 反复发作的宿根。泻白温胆汤为王有鹏教授的经验方,方中桑白皮、地骨皮两者合用清肺中伏火,甘草益气和中以扶肺气,三药成为泻白散,本方清中有润,泻中有补。温胆汤由半夏、竹茹化痰和胃;枳实、陈皮能理气化痰;茯苓友健脾渗湿之作用,以绝生痰之源。加用炙百部润肺止咳,桔梗祛痰利气,侧柏叶清热化痰止咳。全方共奏化痰止咳平喘之功。研究将 62 例咳嗽变异性哮喘患儿随机分为治疗组和对照组,各 31 例。治疗组采用泻白温胆汤内服合布地奈德雾化治疗,对照组单纯采用布地奈德雾化治疗。结果总有效率治疗组为 93.33%,对照组为 73.33%,两组比较,差异有统计学意义 ($p<0.05$)。两组治愈患儿中医主症咳嗽、咳痰复发率治疗组分别为 15.38%、7.69%,对照组分别为 50.00%、75.00%,两组比较,差异有统计学意义 ($p<0.05$)。认为运用泻白

温胆汤治疗儿童 CVA 可有效减轻疾病症状,且预后良好、愈后复发率低。

2.4 从调畅气机论治

儿童体质肺、脾、肾三脏常有不足而肝常有余,无论因体内虚弱或因受到外界之邪气,皆可导致体内气机失畅,出现脏腑功能失常,如肺失肃降、肾不纳气或肝气郁结而致咳嗽喘息、气道挛急等症状。以下列出了各位教授从调畅体内脏腑气机而达到肃肺降逆、止咳化痰、疏肝解郁等立法,以及各方药研究内容与作用。

郭素香认为由于体内伏痰与外感风邪引起,^[17]两者搏及气道,导致气道挛急,肺气上逆,失于肃降为本病的病因病机。运用肃肺降逆,清热化痰法之百茅汤治疗小儿 CVA,本方由《圣济总录》百部丸和《伤寒论》旋覆代赭汤而成,药中用百部、白茅根、旋复花、煅赭石、竹茹、桔梗、清半夏、前胡、甘草。方中百部润肺止咳;白茅根入肺、胃经可清泻脾胃之热、清热止咳两者为君药。臣药为赭石以镇重降逆;旋复花降气化痰,止咳平喘,两者助以肃肺降逆之功。半夏、竹茹、前胡三者加强君药清热化痰之力,桔梗作为佐药可利气祛痰,宣开肺气。甘草有祛痰止咳之作用,即可调和诸药,为使药。

夏以琳、杨学会按照绍长荣教授经验自拟“柴胡平喘方”,^[18]认为本病由外邪之气郁阻于肺,导致气机失畅,另一方面小儿“肺常不足”“肝常有余”肝气有余易阳亢化风,外内风相聚导致肝肺气机不调,肺失宣发肃降功能,引起肺气上逆,气到挛急而致咳嗽。应以疏肝宣肺,祛风平喘为立法。柴胡平喘方由柴胡、地龙、炙麻黄、蝉衣、防风、黄芩、射干、前胡、赤芍、白芍、桂枝、生甘草而成。柴胡、地龙、炙麻黄能疏肝宣肺,通络解痉,当为本方君药;蝉衣、防风、黄芩、射干为臣清热利咽,祛风透邪;赤芍、白芍、桂枝有缓急解痉,降气化痰之作用为佐药;甘草为使药以调和诸药。将 93 例 CVA 患儿随机分成治疗组 48 例和对照组 45 例。治疗组给予柴胡平喘方治疗,对照组给予小青龙合剂治疗。结果治疗组总有效率为 89.58%;对照组总有效率为 37.78%,差异有统计学意义 ($p<0.01$)。

黄河等认为本病由于肺脏气机失调,^[19]肺失宣降,水道失利,津蓄液停,痰浊乃生,导致咳喘。

小儿咳嗽变异性哮喘属于“痉咳”，应以顺气为要，能有助于治痰。因此，以调气解痉祛痰法，采用匀气宁金汤，方中用杏仁味苦能降泄、辛可宣散，能降气平喘，宣肺止咳之功；桔梗走肺经，有宣散肺气之结，通利胸膈之滞；莱菔子祛痰止咳，顺气之功；苏梗可疏肝解郁，宽胸顺气；白蔻仁辛温香散上可宣发肺气，中可启运脾气，又具芳香化浊、开胃消食之力；枳壳善理脾胃，行气消胀；僵蚕化痰解痉；蝉蜕祛风解痉；地龙其性下行，能舒肺止咳，通利水道；白前为肺家咳嗽之要药长于泻肺降气，祛痰止咳；前胡既可宣肺清热，又能降气化痰；甘草调和诸药，前者组合而成调气舒肺，解痉止咳，祛痰散结之功。研究将 60 例儿童咳嗽变异性哮喘患儿随机分为两组，治疗组和对照组各 30 例，前者采用自拟匀气宁金汤治疗，后者采用盐酸班布特罗治疗。结果临床疗效比较为治疗组总有效率 93.33%，对照组总有效率 73.33%，两组比较差异有统计学意义 ($p < 0.05$)；中医证候疗效比较治疗组总有效率为 96.67%，对照组总有效率 43.33%，两组比较 ($p < 0.01$)。

夏海波认为咳嗽变异性哮喘的病理产物为痰，^[20]而痰阻气逆，气机失调为本病的病机，应当宣肺化痰、止咳平喘为主要治疗方法，观察射干麻黄汤加减对于儿童咳嗽变异性哮喘的疗效。组方由射干、炙麻黄、细辛、法半夏、紫菀、款冬花、五味子、生姜、大枣、地龙、蝉衣及苍耳子而成。方中射干开痰结；麻黄宣肺止咳，且现代药理研究证实，麻黄能松弛支气管平滑肌，对组胺引起的哮喘有平喘作用；生姜、细辛能辛温散寒；款冬花、紫菀、半夏有降气化痰之作用；五味子收敛肺气；大枣安中，调合诸药；地龙平喘解痉，清热利尿，有缓解支气管痉挛、扩张支气管的作用；蝉衣、五味子、苍耳子有抗过敏作用，使咳嗽变异性哮喘患儿常见的过敏性鼻炎之鼻塞、打喷嚏、咳嗽症状有所改善。若临床上出现鼻塞、喷嚏连声者症状可加辛荑花；皮肤瘙痒、湿疹病史者加土茯苓、刺蒺藜；久咳气虚无力自汗患儿去细辛、生姜，加太子参、白术、黄芪、牡蛎；食欲不振者加神曲、麦芽。研究将 84 例患儿进行治疗，结果临床控制为 56 例，显效 18 例，好转 6 例，无效 4 例，总有效率为 95.2%。结果显示运用

射干麻黄汤加减治疗儿童 CVA 取得了较好的疗效。

2.5 从养阴论治

咳嗽变异性哮喘的特点为病情缓慢、迁延难愈，因其慢性咳嗽导致日久化燥伤阴，使肺胃津液被亏耗。治疗本病的方法也可从养阴而论治，在滋阴润肺同时兼以收敛肺气、祛风止咳或跟随临床表现出的症状加减药物。此方法适合对于阴虚体质、长期患病或感受风热所表现出燥热现象的肺阴亏虚证 CVA 患儿。

黄伟霞等按照程钟龄教授思想，运用止嗽散合沙参麦冬汤治疗该病，认为患儿咳嗽日久，内有伏痰瘀热，引起肺胃津液亏耗，阴气易伤，应以滋阴润肺，兼补脾气。《温病条辨·上焦篇·秋燥》中“燥伤肺胃阴分，或热或咳者，沙参麦冬汤主之”。方中用沙参清肺养阴，可去肺中虚火；麦冬润肺止咳；桑叶疏风清热能泄肺热；天花粉润肺生津；甘草调和诸药。同时可用收敛肺气药物如五味子、乌梅，对患儿肺脾气虚者“培土生金”，健运脾气，补益肺气之意。止嗽散方中紫菀、百部为君药，两药润肺止咳，对于新久咳嗽皆可运用。桔梗、白前为臣药，一能开上宣下、另善降肺气，二味相互合用有宣降，祛痰化痰之功。荆芥、橘红为佐药，可增加其他药解表化痰。甘草祛痰止咳，调和诸药为使药。^[21,22]陈玉等将符合纳入标准 110 例咳嗽变异性哮喘患者分为实验组和对照组各 55 例，对照组采用常规治疗，^[23]实验组应用加味沙参麦冬汤，治疗后结果显出实验组总有效率为 94.54% 明显高于对照组的 72.72%，数据差异对比具有统计学意义 ($p < 0.05$)；认为对本病在基础治疗 CVA 症状的药物上加用沙参麦冬汤能达滋阴润肺作用，使得疗效更有突出，加快患者康复。

郝宏文等认为风邪伏肺是本病的基本病机、再感受外风为重要诱因、伏风日久化燥伤阴为主要病机。^[24]当以养阴敛肺为法，配用祛风润燥、养阴敛肺中药治疗，荆芥、防风、前胡、紫苏叶四者清宣疏风。肺燥阴伤、津液亏虚，导致喉痒即咳，配加射干、僵蚕、蝉蜕以清热解痉、祛风利咽。沙参、石斛、麦冬以清肺润燥。干咳频繁影响夜间睡眠者，予诃子、乌梅、五味子酸收以敛肺。甘草相配伍，酸甘化津以生津养阴润燥。久则入络，用地龙、

钩藤以祛风通络。若有余热未净之症状,加地骨皮、桑白皮以清热降气。诸药共用,达到祛风润燥、养阴敛肺之效,认为祛风润燥、养阴敛肺,则气道通顺,肺气如常宣肃,能缓解支气管炎及痉挛,从伏风化燥伤阴论治小儿 CVA 取得较好的临床疗效。

李丽梅、张国庆在临床上多数变异性哮喘患儿中常有长期反复咳嗽,^[25,26]少痰难咯,或痰少而粘,兼有口渴咽干、手足心热、咳声嘶哑等肺阴亏虚证的症状。认为其病病因病机为内由阴虚体质,外由风邪入侵,首犯卫表,风动上扰,痰饮聚于肺,伤阴耗津,肺失宣降,气道挛急,发为此病。治疗原则为养阴清肺,祛风止咳。方药采用养阴祛风方,方中由黄精、百合、五味子、诃子、乌梅、防风、白蒺藜、柴胡、紫菀、白果、石菖蒲、紫苏梗而成。黄精能滋补肺肾脾之阴,有助于缓解阴虚肺燥引起的干咳等症状;百合能补阴益肺,清肺热;五味子、诃子、乌梅能养阴生津,敛肺止咳,适用于肺虚久咳;防风、白蒺藜、柴胡能祛风解表,宣肺行气;紫菀能润肺止咳;白果能宣肺定喘,敛肺止咳;石菖蒲能宽胸平喘;紫苏梗能宽胸平喘。研究上将 126 例儿童 CVA 患儿分为研究组和对照组各 63 例。对照组给予常规对症治疗药物,研究组在对照组治疗的基础上加养阴祛风方治疗。结果治疗后研究组总有效率 95.24%,对照组总有效率为 84.13%,研究组的总有效率高于对照组,差异有统计学意义($p<0.05$),认为运用养阴祛风方治疗该病能调节患儿免疫功能,缓解症状。

2.6 从虚论治

“久病致虚”为 CVA 肺肾两虚证的主要原因,因其反复发作,长期未愈导致体内正气被损伤,临床上可出现患儿有长期反复咳嗽、气喘、自汗、面色苍白、形体消瘦等症状。应以补益气血、温补肺肾为主。

何淑娴等认为小儿咳嗽变异性哮喘病与肺、肾有密切相关,^[27]因肺失宣降,肾不纳气,本虚标实,上实下虚。治疗应以标本兼治,温肾纳气,止咳平喘为原则,采用温肾镇咳方,药用当归、熟地黄、牡蛎、露蜂房、旋覆花、肉苁蓉、胡桃肉、磁石、紫菀、法半夏、紫苏子、沉香。当归、熟地、肉苁蓉、胡桃肉

能温补肺肾;牡蛎、磁石质重潜降,纳气收敛;旋覆花、紫菀、法半夏、紫苏子化痰降气,止咳平喘;露蜂房祛风有攻毒之效;沉香行气消滞,温肾纳气。将 67 例咳嗽变异性哮喘患者,符合纳入标准随机分为治疗组 34 例及对照组 33 例,治疗组给予温肾镇咳方,对照组给予博利康尼片、氨茶碱缓释片治疗。结果总有效率治疗组为 85.29%,对照组为 69.69%,两组比较,差异有显著性意义($p<0.05$)。

焦鹏洋、韩雪认为肺不足、脾肾两虚,其三脏功能不全为该病发病的主要原因,^[28]用小柴胡汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘,方中药物以柴胡、黄芩合用能和解表里;半夏与生姜降逆和胃;人参、大枣、炙甘草扶正祛邪,益气和胃;蝉蜕、僵蚕宣肺解痉;紫苏叶、厚朴行气宽中,燥湿祛痰;茯苓健脾利水。曹学伟、李航将 60 例咳嗽变异性哮喘患者分为对照组及观察组各 30 例,^[29]对照组接受常规西药治疗,观察组接受加味小柴胡汤治疗,比较两组患者治疗效果、症状积分及血清炎症因子指标。结果观察组患者治疗总有效率为 93.33%,高于对照组的 63.33%,差异具有统计学意义($p<0.05$),且治疗后观察组患者白细胞介素-8、肿瘤坏死因子、超敏 C 反应蛋白均低于对照组,差异具有统计学意义($p<0.05$)。认为采用加味小柴胡汤治疗 CVA 能使缓解症状及改善血清炎症因子水平,且能提升机体免疫功能,抗过敏、抗菌的效果。

刘光西认为中医所说的“久病多瘀”、“久病致虚”为小儿咳嗽变异性哮喘的特点,^[30]此病病情缓慢,迁延难治,反复咳嗽 1 月以上,咳嗽以夜间或清晨尤甚,可见以阴虚为主,久咳耗伤肺气,故兼有气虚。治疗上当血瘀、阴虚、气虚三者兼顾。采用桃红四物汤加减,方中用桃仁、红花、当归、赤芍以活血化瘀;川芎有行气作用;生地黄凉血消瘀;桔梗、杏仁、两者相伍一宣一降;莱菔子以绝生痰之源,若伴头痛、鼻塞加辛夷、苍耳子;咽痒喉痒加蝉蜕、薄荷、橘红;咳稀白痰加半夏、陈皮;舌红苔黄加金银花、黄芩。研究将 128 例 CVA 患儿分为对照组 64 例给予酮替芬加氨茶碱治疗,治疗组 64 例给予口服桃红四物汤加减,结果治疗组总有效率 96.87%,对照组总有效率 50.00%。两组临床疗效比较有显著性差异($p<0.01$)。

3. 中医外治疗法

因年龄问题或患儿不配合服用中药,可选用中医外治疗法对于小儿咳嗽变异性哮喘进行治疗,目前有许多中医外治方法治疗 CVA 的临床研究,笔者简单列出三种临床常见的外治疗法,如药饼灸法、推拿法以及敷贴拔罐法,为临床上选择适合的治疗方法提供更多参考。

3.1 药饼灸法

张晓蕊等认为儿童咳嗽变异性哮喘病位在肺,^[31]但是与五脏六腑均密切相关。其中与脾、肾最为相关。肺肾气虚为本,痰饮内伏为标,治疗以温阳化饮为主。研究采用隔药灸崔氏四花穴治疗 CVA 患儿,四花穴位于第 7、10 胸椎棘突下旁开 1.5 寸,亦即膈俞、胆俞穴,此穴位于背部,具有调节阳气和治疗肺气失清肃之作用。药饼以小青龙汤为主,本方具有辛温解表、温肺化饮之功,治疗外寒内饮之咳嗽,方中由麻黄、白芍、细辛、干姜、炙甘草、桂枝、五味子、姜半夏而组成。且隔药灸法在发挥腧穴作用的同时,也加强了药物及热作用的综合治疗。将 90 例,随机分为观察组和对照组,每组 45 例。观察组给予隔药灸崔氏四花穴治疗,对照组给予口服孟鲁斯特钠咀嚼片治疗,结果治疗后观察组总有效率 91.1% 明显高于对照组 75.6%,数据差异对比具有统计学意义 ($p<0.05$)。

3.2 推拿法

乔巧、徐晓丽认为本病由外感内伤而成,^[32]小儿常于肺、脾、肾三脏不足而致痰饮留伏,隐伏于肺窍,肺气失宣而出现咳嗽痰多之症。因此,应以健脾化痰、培土生金,肺肾双补,纳气平喘为治疗原则,推肺、脾经可达到培土生金,健脾益肺的作用;揉肺俞可宣肺平喘;揉膻中、运内八卦能理气宽胸及化痰;推二马可补肾纳气平喘;揉足三里可增强胃的腐熟功能;捏脊可激发人体阳气,以上推拿配穴合成可达到宣肺健脾滋肾之作用,使咳嗽变异性哮喘患儿的临床症状得到明显的缓解,疗效得以提高。将 112 例 CVA 患儿分为观察组与对照组,各 56 例,对照组给予孟鲁斯特钠咀嚼片,观察组在对照组治疗方法基础上予健脾保肺滋肾推拿法治疗(推肺经、补脾经、揉二马、运内八卦、揉膻中、揉擦肺俞、足三里、捏脊自下而上;对于痰多者加揉

掌小横纹、分推膻中;痰吐不利者,加揉丰隆、天突。结果观察组总有效率为 91.07% 高于对照组的 76.79%,差异有统计学意义 ($p<0.05$)。

张丽萍,田群认为该病由于小儿体质薄弱,^[33]脾肺不足,痰饮伏于体内,外有风邪,共同致使其发病。此病发病部位主要为肺,然后再脾和肾。肺司呼吸,肺失肃宣,导致咳嗽。同时此证又常与脾有密切相关,小儿脾气虚弱,易被生冷、乳食等所伤,造成脾不运化,水谷精微反结成浊。因此,以宣肺化痰、健脾益气、兼补肝肾为主。平肝肺法以逆运八卦、补脾法以揉二马穴,逆运八卦具有可理气宽中化痰、平肝熄风清肺、培土生金补脾作用;二马则能够补元气、纳气定喘,而推拿取穴能够对上述穴位及脏腑起到针对性刺激作用。研究将 80 例符合标准的咳嗽变异性哮喘患儿分为两组,对照组和观察组各 40 例。对照组患儿接受雾化吸入布地奈德混悬液,观察组在对照组的治療基础上采取推拿法治疗,推拿方法以平肝肺、逆运八卦、补脾和揉二马穴。结果治疗后观察组患者的肺功能及免疫功能相比对照组改善显著,组间有明显差异性,差异无统计学意义 ($p>0.05$)。表明采用推拿疗法,可加快患儿恢复气道及免疫功能的进程。

3.3 敷贴拔罐法

董庆霞运用冬病夏治穴位敷贴及拔罐对治疗小儿咳嗽变异性哮喘,^[34]敷贴主穴为心俞、肺俞、膈俞、天突、大椎、膻中;敷贴药物处方用甘遂、白芥子、细辛、延胡索研细后与生姜汁、香油调成糊状;拔罐药物选用玉屏风散加山药。上述方法选取背部膀胱经、胃经以及督脉相关的穴位,具能调补肺脾肾,祛风散寒之作用,认为冬病夏治穴位敷贴及拔罐联合西医常规药物治疗,能够有效缓解 CVA 患儿症状以及降低患儿每年的激素用量、药物不良反应发生率以及患儿的再住院率。将 207 例患儿随机分为治疗组 105 例,对照组 102 例,对照组给予酮替芬、布地奈德喷雾剂治疗,治疗组在对照组基础上联合运用冬病夏治穴位敷贴及拔罐疗法,以 3 年为 1 个疗程,比较两组患儿临床疗效、每年感冒次数、每年激素用量以及不良反应。结果治疗组每年感冒次数、每年激素用量、不良反应发生率以及每年因本病住院人次均显著

低于对照组,差异具有统计学意义($p<0.05$)。

王冬梅、曹钰荣认为外感、饮食及情志刺激均能导致痰浊阻滞,^[35]失调肺脏功能,引起气道挛急。运用拔罐及敷贴方法,敷贴方药中所用的延胡索具有散瘀、活血、理气之效;白芥子有治胸胁胀痛、寒痰喘咳作用;细辛可痰饮喘咳;配以姜汁外敷穴位,可起到止咳平喘、疏通经络及肺腑阴阳调节等作用。将 80 例 CVA 患儿,按随机数表法分为对照组和研究组各 40 例。对照组给予常规护理,研究组在常规护理基础上实施中医特色护理结合穴位敷贴干预,后观察两组中医症状评分及肺功能情况。方法为在肺俞、肾俞、脾俞等进行拔火罐。后在肺俞、心俞及膈俞穴位进行敷贴。服帖方药由甘遂、白芥子、延胡索和细辛而组成,以上药物磨研为细末,加入生姜汁调配成糊状。结果研究组总有效率为 95.00% 高于对照组的总有效率 80.00%,差异具有统计学意义($p<0.05$)。认为中医特色护理穴位敷贴及火罐对于变异性哮喘患儿中,可缓解其临床症状,改善肺功能,提高治疗效果。

讨论

众家医师对于咳嗽变异性哮喘的病因病机,以及采取治疗方法有所不同。多数医家认为本病与小儿脏腑娇嫩、肺脾肾三脏功能不全有密切关系。由于内因肺、脾、肾三脏不足为本,气不布津,液聚成痰,导致痰饮内伏,外因气候、饮食、异物等引动伏痰,痰阻气道,气道挛急导致咳嗽。笔者通过探究各家中医对于本病的思想、治疗方法与采取用药方,可简述分为中医内治六大方法,(1)从分期辨治,CVA 临床表现特点为反复发作,多数患儿病情有早期为急性发作期、中期为持续期、后期为稳定期或缓和期,每期段临证特点不同,选用方药、治则也有所不同,多为虚实夹杂,内外因相互导致发病。(2)从风论治,“风为百病之长”、“风者善行而数变”、“风盛则挛急”风邪伤肺,则肺气失宣,肺气上逆,气道痉挛,引起咳嗽。(3)从痰论治,“伏痰”为本病的宿根,痰饮留伏,外因触动伏痰,痰阻气道,引起咳嗽反复发作、病情缓慢、迁延难愈。(4)从调畅气机论治,

多数中医师认为脏腑气机瘀滞、肺失肃降、脾失健运,同时肝脏失与调达,因此导致气机不畅而肺气上逆,使患儿咳逆不顺。(5)从养阴论治,本病病情缓慢,迁延难愈,反复咳嗽,伏风日久化燥伤阴,引起肺胃津液亏耗,损伤精液,阴气耗伤。(6)从虚论治,小儿常有肺、脾及肾此三个脏腑不足为主,且此病为慢性病,病情缓慢反复发作,“久病致虚”为小儿咳嗽变异性哮喘的主要病因之一。以及近年研究中医外治方法,笔者简略分为药饼灸法、推拿法和敷贴拔罐法。以上可显示中医内外治疗方法能够提高治疗小儿咳嗽变异性哮喘疗效、使疾病复发率降低。

近年中医对于小儿咳嗽变异性哮喘的认识不断加强,且现代研究此病的治疗方法以及疗效不断增加,中西医配合治疗小儿咳嗽变异性哮喘能使得治疗效果更佳,能够有效降低患儿每年的激素用量、药物不良反应发生率以及有助于降低医疗成本。许多研究结果显得中医内外疗法能缓解症状,充分发挥中医治疗小儿 CVA 的优势,值得临床推广运用。

致谢

上海市进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划《上海西南地区中医儿科医体暨中西医联合诊疗网络建设》(项目编号:ZY(2021-2023)-0206-01)

References

1. Feng XC, Duan XZ, Sun LP, Lin SZ, Wang R, Liu J. Guideline for clinical diagnosis and treatment of pediatrics of traditional Chinese medicine·cough variant asthma in children (formulation). Journal of Pediatrics of Traditional Chinese. 2016;12(5):1-4. (in Chinese)
2. Liu J. Research progress in the treatment of cough variant asthma in children with traditional Chinese medicine. Basic Traditional Chinese Medicine. 2022;1(10):81-7. (in Chinese)

3. Jin D, Yang WJ, Hu WJ. Professor CHEN Hua's experience in the treatment of pediatric cough variant asthma by expelling wind and eliminating phlegm. Journal of Zhejiang Chinese Medical University. 2020;44(7):639-41. (in Chinese)
4. Wang YY. The clinical research on treating children's cough variant asthma belongs to accumulation of phlegm-heat in the lung syndrome with modified Ding Chuan decoction [dissertation]. Nanjing: Nanjing University of Traditional Chinese Medicine; 2018. (in Chinese)
5. Feng XC, Sun LP, Yuan XF, Xia SF. Theoretical research on asthma of professor Wang Lie. Chinese Pediatrics of Integrated Traditional and Western Medicine. 2010;2(2):100-2. (in Chinese)
6. Shi XJ, Wang XF. Professor Wang Xiafang's experience in treating coughing variant asthma on syndrome differentiation. Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine. 2008;458(3): 20-1. (in Chinese)
7. Lu HS, Jiang JM, Chen YX, Xia K. Study on medication rule of Xiao Heyin in the treatment of cough variant asthma in children. Journal of Changchun University of Chinese Medicine. 2020;36(3):511-5. (in Chinese)
8. Wang YJ, Ma J. Analysis of the mechanism of treating cough variant asthma with wind-expelling drugs. Journal of Nanjing University of Traditional Chinese Medicine. 2016;32(2): 107-10. (in Chinese)
9. Bai YJ, Guo K, Huang SS, Zhu LX. Clinical curative effect of Qufeng Ningfei San combined with montelukast sodium on children with cough variant asthma and its influences on immune function. Journal of North Sichuan Medical College. 2021;36(6):737-40. (in Chinese)
10. Wu XQ, Wang XJ, Zhang HC, Chen Y. Professor Chao EnXiang's experience in the treatment of pulmonary disease. Tianjin Journal of Traditional Chinese Medicine. 2008;(5):358-9. (in Chinese)
11. Sun CH, Jiang ZY. Clinical study of Suhuang cough granule treated children with variant asthma by Chao Enxiang. Lishizhen Medicine and Materia Medica Research. 2022;33(10): 2421-3. (in Chinese)
12. Shen CF. The academic thought of Dr. Shen Chunti for treating chronic cough. Journal of Zhejiang Chinese Medical University. 2015;39(7):525-6. (in Chinese)
13. Zhong Y, Cai HJ, Cao JB, Mei WX, Shen CT. Clinical study on Kangmin Zhenke decoction in the treatment of cough variant asthma. Henan Traditional Chinese Medicine. 2022;42(6): 923-7. (in Chinese)
14. Zhang HX, Zhao GJ, Zhang YY, Han S. Clinical observation of modified maxing Erchen decoction combined with montelukast sodium chewable tablets in treatment of cough variant asthma in children. Chinese Journal of Rational Drug Use. 2021;18(12):100-3. (in Chinese)
15. Wang J, Yu Z, Sun MT, Yang XZ. Clinical efficacy on Erchentang combined with Sanzi Yangqintang in treatment of cough variant asthma in children with phlegm evil accumulation lung syndrome. Chinese Journal of Experimental Traditional Medical Formulae. 2021;27(10):58-63. (in Chinese)
16. Liu CZ, Wang YP. Clinical efficacy of Xiebai Wendan decoction in treatment 31 cases of cough variant asthma in children. Hunan Journal of Traditional Chinese Medicine. 2014;30(3):15-7. (in Chinese)
17. Guo SX. Baimao decoction treating spasmodic cough in children. Journal of Traditional Chinese Medicine. 2022;63(17):1695-7. (in Chinese)

18. Xia YL, Yang XH. Treatment of 48 cases of childhood coughing variant asthma by "Chaihu Pingchuan decoction". Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine. 2006;(4):39-40. (in Chinese)
19. Huang H. Treatment of 30 cases of pediatric cough variant asthma by invigorating Qi spasmolysis and eliminating phlegm. Henan Traditional Chinese Medicine. 2008;28(12):62-3. (in Chinese)
20. Xia HB. Treatment of 84 cases of childhood coughing variant asthma by Shagan Mahuang decoction. Guiding Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy. 2008;(9):49-50. (in Chinese)
21. Huang WX, Fan FC. Treating cough variant asthma in children based on the lung and spleen. Henan Traditional Chinese Medicine. 2020;40(4):506-9. (in Chinese)
22. Wu JT. Detailed analysis of epidemic warm diseases. Beijing: China Bookstore; 1994. (in Chinese)
23. Chen Y, He MQ, Chen XQ. Treatment of cough variant asthma by Shashen Maidong decoction combined with montelukast sodium chewable tablets. Psychologies Magazine. 2019;14(13):171. (in Chinese)
24. Hao HW, Wang H, Wang DH, Wei L, Liu Y, Xue XN, et al. The treatment of children's cough variant asthma from the pathogenesis of hidden wind transforming into dryness and consuming Yin. Modern Chinese Clinical Medicine. 2019;26(3):71-3. (in Chinese)
25. Zhang LM, Zhang GQ. Treatment of 63 cases of pediatric cough variant asthma by Yangyin Qufeng decoction. Global Traditional Chinese Medicine. 2018;11(12):2015-7. (in Chinese)
26. Jiang CX, Zhang TJ, Chen CQ, Li XK, Liu CX. Research progress in Molygonati rhizoma and predictive analysis on Q-marker. Chinese Traditional and Herbal Drugs. 2017;48(1):1-16. (in Chinese)
27. He SX, Xu ND, Xia LP. Clinical observation of modified Wen Shen Zhenke decoction in treatment of cough variant asthma in children. Journal of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine. 2007;(1):7-8. (in Chinese)
28. Jiao PY, Han X. Research progress of Chinese and western medicine treatment for children with cough variant asthma. Clinical Journal of Chinese Medicine. 2018;10(18):29-31. (in Chinese)
29. Cao XW, Li H. Clinical observation of modified Xiaochaihu decoction in treating cough variant asthma. Shenzhen Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine. 2021;31(21):65-7. (in Chinese)
30. Liu GX. Clinical observation of modified Taohongsiwu decoction in treating pediatrics cough variant asthma. Shandong Journal of Traditional Chinese Medicine. 2020;39(4):426-30. (in Chinese)
31. Zhang XR, Shi ZM, Li XQ. Therapeutic observation of herb-partitioned moxibustion at Cui's Si Hua points for cough variant asthma in children and its effect on the immune function. Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion. 2020;39(4):426-30. (in Chinese)
32. Qiao Q, Xu XL, Liu J, Yu H. Curative effect of massage for invigorating the spleen, strengthening the lung and nourishing the kidney in the treatment of children with cough variant asthma and its effect on inflammatory factors and the immune function. Jilin Journal of Chinese Medicine. 2022;42(4):439-42. (in Chinese)

33. Zhang LP, Tian Q. Curative effect of massage in the treatment of children with cough variant asthma effect on the immune function and small airway function. Cardiovascular Disease Electronic Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine. 2020;8(32): 160-2. (in Chinese)
34. Dong QX. Clinical curative observation of treating winter diseases in summer and cupping and acupoint application in the treatment of children with cough variant asthma. Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine. 2015;33(8):154-6. (in Chinese)
35. Wang DM, Cao YR. Effect of traditional Chinese medicine nursing and acupoint application intervention on TCM symptom score and lung function of children with cough variant asthma. Chinese and Foreign Medical Research. 2022;20(3):90-3. (in Chinese)

บทความปริทัศน์

ความก้าวหน้าด้านการวิจัยของแพทย์แผนจีนต่อการรักษาโรคหอบหืดที่มีอาการไอเรื้อรังอย่างเดี่ยว ในผู้ป่วยเด็ก

สุกัญญา เสรีรักษ์จุฑารังษี¹, เจียง จื่อเหยียน²

¹ มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

² โรงพยาบาลหลงหัว สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: บทความนี้สำรวจแนวทางการรักษาทางศาสตร์การแพทย์แผนจีนสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีอาการไอเรื้อรังอย่างเดี่ยว รวบรวมการรักษาทั้งภายในโดยตำรายาจีนและการรักษาภายนอกด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน โดยศึกษาจากผลวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง สรุปแนวคิดและวิธีการรักษาของแพทย์ที่โดดเด่นเกี่ยวกับโรคหอบหืดที่มีอาการไอเรื้อรังในเด็ก

คำสำคัญ: กุมารเวชศาสตร์; โรคหอบหืดที่มีอาการไอเรื้อรังอย่างเดี่ยว; หอบหืด; การแพทย์แผนจีน; ความก้าวหน้าด้านการวิจัย

ผู้รับผิดชอบบทความ: เจียง จื่อเหยียน: lhjzycm@163.com

Review Article

Clinical research progress on the treatment of cough variant asthma in children with traditional Chinese medicine

Sukanya Serirukchutarungsee¹, Jiang Zhiyan²

¹Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

²Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: Cough variant asthma (CVA) is an occult form of asthma, it is the most common cause of chronic cough in children, this article is to investigate the treatment methods of traditional Chinese medicine for children with cough variant asthma, including internal therapy and external therapy of traditional Chinese medicine, and summarized the ideas and treatment methods of TCM for children with cough variant asthma by searching relevant literature.

Keywords: pediatric; cough variant asthma; allergic asthma; traditional Chinese medicine; research progress

Corresponding author: Jiang Zhiyan: lhjzycm@163.com

บทความปริทัศน์

ความก้าวหน้าด้านงานวิจัยของการรักษาอาการปวดจากโรคกระดูกคอเสื่อมกับเส้นประสาทด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา

อรภา ศิลมัฐ, ศรัญญา สาธารณพร, จุฑารัตน์ ถิรศักดิ์ธนา, จารวกร สินธุสิงห์, นัทชา ธรรมพงศ์พันธ์, กุสุมาภรณ์ โสภาสาย, ธันยนันท์ สรรพธนวัฒน์, อัญญา โพธิสุทธิ, พรไพรินทร์ ศรีเมือง, ปภาวี สุวรรณวิจิตร, ชนิตดา ไกรรัตนสม

คณะการแพทย์แผนจีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ: โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเป็นโรคหนึ่งที่พบบ่อยในประเทศไทย สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สาเหตุเกิดจากการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้คน การพึ่งพาเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ มากขึ้น และออกกำลังกายลดน้อยลง สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ส่วนใหญ่การรักษาโรคนี้ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันในระยะเริ่มต้นมักเป็นการรักษาตามอาการโดยจะหลีกเลี่ยงการผ่าตัด ศาสตร์การแพทย์แผนจีนมักใช้การฝังเข็มและการนวดทุยหนารักษาและบรรเทาอาการต่างๆ จากโรคนี้เช่นกัน บทความนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากคลังข้อมูลบนเว็บไซต์ และฐานข้อมูล CNKI ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี สรุปได้ว่าการรักษาด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนาสามารถรักษาอาการทางคลินิกต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและจะให้ผลการรักษาที่ดีมากยิ่งขึ้นหากใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน ถือเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ช่วยรักษาอาการปวดของผู้ป่วยและช่วยฟื้นฟูการทำงานของกระดูกคอได้ดีโดยไม่ผลข้างเคียงจากการใช้ยาและไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดระหว่างรับการรักษา

คำสำคัญ: โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท; ฝังเข็ม; ทุยหนา; ปวด; แพทย์แผนจีน

ผู้รับผิดชอบบทความ: อรภา ศิลมัฐ: orapa.sin@live.hcu.ac.th

Received: 26 April 2023

Revised: 12 June 2023

Accepted: 20 June 2023

บทนำ

รูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของผู้คนในปัจจุบันมีหลากหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ขยับร่างกายน้อยลง สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้ผู้คนเกิดความเครียดได้ง่ายขึ้น อาหารการกินที่เน้นการบริโภคอาหารขยะหรืออาหารสำเร็จรูป การออกกำลังกายที่น้อยลง เป็นต้น โดยเฉพาะหนุ่มสาวยุคใหม่หรือผู้คนวัยทำงานที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับหน้าจอ โทรศัพท์เคลื่อนที่ หรือหน้าจอคอมพิวเตอร์วันละหลายๆ ชั่วโมง ต้องใช้ชีวิตอยู่บนรถที่การจราจรติดขัดเป็นเวลานาน รวมถึงต้องเผชิญกับภาวะความเครียดทั้งในที่ทำงานและจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยไม่สบายกาย ที่พบได้บ่อยคือ “โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท”

1. โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทในมุมมองของการแพทย์แผนปัจจุบัน

1.1 ความหมายของโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท (cervical spondylotic radiculopathy, CSR)

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเป็นอาการเจ็บป่วยของกระดูกที่พบได้บ่อยมากในปัจจุบัน สาเหตุสำคัญคือ เมื่ออายุมากขึ้น หมอนรองกระดูกสันหลังจะมีการเสื่อมสภาพ ส่งผลให้ส่วนอื่นที่อยู่รอบข้างต้องรับแรงกระแทกมากขึ้น รวมทั้งการมีหินปูนมาเกาะกระดูกและเส้นเอ็น พังผืดมีการหนาตัวขึ้น เมื่อสิ่งต่างๆ เหล่านี้ไปกดทับเส้นประสาท ผู้ป่วยจะมีอาการปวดต้นคอ สะบัก ร้าวลงแขน มีอาการชา อาจมีอาการปวดบริเวณศีรษะ หัวไหล่ และหน้าอกร่วมด้วย^[1]

1.2 กายวิภาคศาสตร์และเส้นประสาทไขสันหลังของกระดูกสันหลังคอ

กระดูกสันหลังคอมี 7 ชิ้น โดยลักษณะของกระดูกสันหลังคอในชั้นที่ 3-6 จะประกอบไปด้วยส่วนของตัวกระดูกสันหลัง (body) ช่องรูปสามเหลี่ยม (vertebral foramen) ซึ่งเป็นทางผ่านของหลอดเลือดแดง (vertebral artery) และมีส่วนของ spinous process ที่ยื่นออกมา มีลักษณะสั้นและเป็นสองแฉก (bifid) ด้านข้างทั้ง 2 ด้านของตัวกระดูกสันหลังมีช่องสำหรับเส้นประสาท (sulcus of the spinal nerve) ซึ่งในกระดูกชั้นที่ 1, 2 และ 7^[3] จะมีลักษณะพิเศษดังนี้ (ภาพที่ 1)

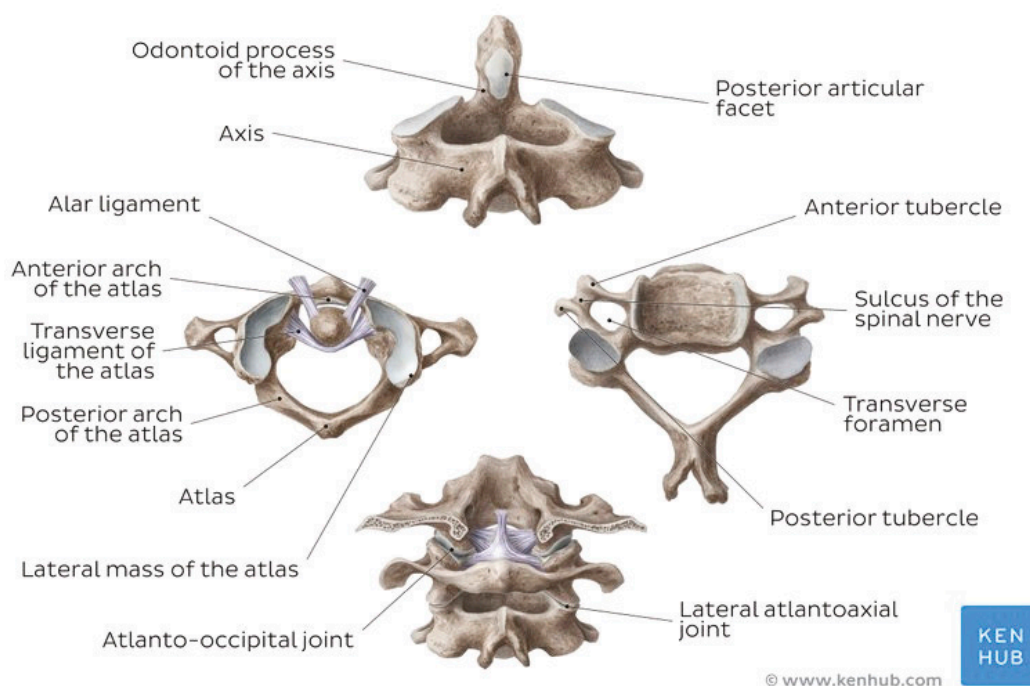
กระดูกสันหลังส่วนคอชิ้นแรก (first cervical vertebra) หรือแอตลาส (atlas) เป็นกระดูกสันหลังที่ต่อกับกะโหลกศีรษะโดยตรง ไม่มีส่วนของ body ตรงกลางจะเป็นช่องเปิดใหญ่ที่ล้อมรอบด้วยแนวกระดูกโค้ง บริเวณผนังด้านข้างของช่องนี้เป็นจุดต่อกับปุ่มท้ายทอยของกะโหลกศีรษะ กระดูกสันหลังส่วนคอชิ้นที่สอง (second cervical vertebra) หรือแอกซิส (axis) มีลักษณะที่สำคัญคือ dens ที่ยื่นขึ้นไปด้านบนนอกจากมีรอยปุ่มเล็กๆ เป็นจุดเกาะของเอ็น alar ligaments และป้องกันการหมุนที่มากเกินไประหว่างศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอ

กระดูกสันหลังส่วนคอชิ้นที่ 7 จะมี spinous process ที่ยาวมากกว่าชิ้นที่ 3-6 เป็นปุ่มนูนสามารถคลำได้ที่ด้านหลังของคอเรียกว่า vertebral prominence^[4]

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทและอาการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายที่เป็นไปตามวัย โดยมักพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป หรืออาจเกิดจากปัจจัยอื่น เช่น การได้รับบาดเจ็บที่คอ มีการเคลื่อนไหวคอที่ไม่เหมาะสม อยู่ในท่าทางที่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานาน น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ไม่ออกกำลังกาย หรือคนในครอบครัวมีประวัติกระดูกต้นคอเสื่อม สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่างๆ ของกระดูกสันหลังคอ^[5]

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทมักทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดตามเส้นประสาท เนื่องจากเส้นประสาทถูกกดทับจากกระดูกหรือแคลเซียม ทำให้คอ ไหล่ แขน ข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้างมีอาการปวดชา เป็นๆ หายๆ บ่อยครั้งอาการจะเป็นมากขึ้นเมื่อเงยหน้าหรือไอ มีอาการชาที่ปลายนิ้วมือ การเคลื่อนไหวของมือซึ่งเป็นกล้ามเนื้อมัดเล็กไม่คล่อง^[5]



ภาพที่ 1 กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสันหลังคอ^[2]

ที่มา : <https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/cervical-spine>

1.4 การตรวจวินิจฉัย การรักษา และการป้องกัน โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาททางการแพทย์-แผนปัจจุบัน

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท สามารถตรวจวินิจฉัยได้โดยการตรวจร่างกาย ด้วยวิธีการ Distraction test, Spurling test, Eaton's test และ Pressure head test พบว่าผลตรวจเป็น positive^[6] หรือส่งตรวจ X-ray, MRI, CT scan เพื่อใช้ในการยืนยันว่าเป็นโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท

ในผู้ป่วยระยะแรกที่มีเพียงอาการปวดที่ไม่มากนัก จะใช้การรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) คือ ใช้ยาบรรเทาอาการปวด พักการใช้งานสวมใส่ cervical collar เพื่อปรับให้กระดูกสันหลังคอบอยู่ในองศาที่ถูกต้อง หรือใช้การประคบเย็นและร้อนเพื่อบรรเทาอาการปวด หากในผู้ป่วยที่มีอาการปวด ชา รุนแรง อาจพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด^[7]

เนื่องจากกระดูกสันหลังคอบมีการเสื่อมตัวไปตามอายุ และการใช้งาน ดังนั้น เพื่อชะลอการเสื่อมตัวของกระดูกคอไม่ให้เสื่อมตัวเร็วเกินไปควรหลีกเลี่ยงการบิด การบิด หมุนคอ หรือสะบัดคอบ่อยๆ การนั่ง นอน ควรอยู่ในท่าทางที่ถูกต้อง คือเมื่อนั่งไม่ควรก้มหรือเงยคอมากเกินไป เมื่อนอนควรหนุนหมอนที่มีส่วนรองรับได้กระดูกสันหลังคอบ และเพิ่มการบริหารกล้ามเนื้อคออย่างสม่ำเสมอ^[5]

2. โรคกระดูกคอเสื่อมกับเส้นประสาทในมุมมองของการแพทย์แผนจีน

2.1 นิยามของโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท

โรคกระดูกสันหลังคอบเสื่อมทับเส้นประสาท คือโรคที่มีอาการหลัก ได้แก่ ปวดคอ ปวดไหล่ เวียนหัว ปวดหัวแขนขา ถ้าโรครุนแรงขึ้นจะมีอาการตะคริวและแขนขาอย่างหนัก ปกติมักพบในผู้ใหญ่วัยทำงานและผู้สูงอายุ ในมุมมองทางแพทย์แผนจีนอาการปวดจัดเป็น “โรคปี้เจิ้ง” (痺症) ซึ่งเกิดจากปัจจัยก่อโรคภายนอกที่เป็นลม ความเย็น ความชื้น และความร้อนอุดกั้นเส้นลมปราณ ทำให้มีผลต่อการไหลเวียนของลมปราณและเลือด ทำให้แขนขาเอ็นกระดูกข้อต่อ กล้ามเนื้อเกิดการเจ็บปวดเมื่อยล้าหรือชา อาจทำให้ข้อต่อนั้นเคลื่อนไหวน้อยลง ส่งผลให้ข้อต่อนั้นเกิดอาการแข็ง บวม หรือผิดรูปไป ในคัมภีร์โบราณหวงตี้เนยจิงมีการกล่าวถึงปี้เจิ้งว่าเกิดจากปัจจัยก่อโรคภายนอก ได้แก่ ลม ความเย็น และความชื้น ทั้ง 3 ชนิดเข้ามาระทำ มีการแบ่งปี้เจิ้ง ออกเป็น 3 ประเภท คือ หากถูกลมมากระทำเด่นชัดจะเรียกว่า ลิงปี้ (行痺)

หากถูความเย็นมากระทำเด่นชัดจะเรียกว่า ฟ่งปี้ (痛痺) และหากถูความชื้นมากระทำเด่นชัดจะเรียกว่า จั่วปี้ (著痺) วิธีการแบ่งประเภทของปี้เจิ้งดังกล่าวยังมีการใช้ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันอีกด้วย^[8]

2.2 สาเหตุและกลไกการเกิดโรค

ปี้เจิ้งในทางแพทย์แผนจีนได้ถูกกล่าวถึงมาอย่างยาวนาน สามารถค้นพบได้ในคัมภีร์โบราณหลายเล่ม เช่น คัมภีร์หวงตี้เนยจิง ซึ่งกล่าวไว้ว่า สาเหตุของปี้เจิ้งเกิดจากการแทรกซึมของลม ความเย็น และความชื้น จึงทำให้เกิดอาการอุดกั้นในเส้นลมปราณทั้งซี่และเลือด กล่าวคือ ลม ความเย็น และความชื้น สามอย่างหลอมรวมกันเข้ามามีผลต่อเส้นลมปราณจะทำให้เส้นเอ็นและเส้นลมปราณบริเวณคอตึง การไหลเวียนที่ไม่ไหลลื่นทำให้เจ็บปวดบริเวณคอได้นอกจากนี้ อาจเกิดจากการทำงานของอวัยวะตับและไตพร่องหรือทำงานไม่สัมพันธ์กันทำให้เส้นเอ็นบริเวณต่างๆขาดการหล่อเลี้ยงทำให้เกิดการพร่อง โดยเฉพาะเส้นเอ็นบริเวณช่วงคอ ทำให้เกิดอาการปวดคอได้^[8] นอกจากนี้ ในคัมภีร์จ่าปี้ ยังกล่าวไว้ว่า มีผู้คนจำนวนมากที่มีพฤติกรรมนั่งที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอาการคอแข็ง หมุนคอไม่สะดวก ทั้งหมดนี้มาจากการที่ไตไม่สามารถหล่อเลี้ยงได้ ทำให้ตับไม่สามารถหล่อเลี้ยงเส้นเอ็นได้ส่งผลให้เส้นเอ็นติดขัด จากที่กล่าวมานั้น สามารถสรุปสาเหตุของการเกิดปี้เจิ้งได้ดังนี้ สาเหตุที่หนึ่งมาจากการได้รับลม ความเย็นและความชื้นที่เข้าไปกระทบซี่และเลือดจนเกิดการติดขัด และอีกสาเหตุมาจากการทำงานของตับและไตบกพร่องไป จนส่งผลให้เส้นเอ็นและกล้ามเนื้อขาดการหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดอาการปวดคอบ่าไหล่นั่นเอง^[10]

2.3 การวินิจฉัยแยกภาวะโรค

ทางการแพทย์แผนจีนสามารถจำแนกภาวะโรคได้เป็น 4 ภาวะ ดังนี้

2.3.1 อาการปวดที่เกิดจากลม ความเย็น และความชื้นจากภายนอก (风寒湿痺) เกิดจากการแทรกซึมของลม ความเย็น และความชื้น เนื่องจากมีการอยู่ในสถานที่ที่มีความชื้นเป็นเวลานาน หรืออยู่ในสถานที่ที่มีอากาศหนาวเย็นจัด ชอบนอนตากลม ทำให้ปัจจัยก่อโรคจากภายนอกที่เป็นลม ความเย็น และความชื้น เข้าไปอุดกั้นเส้นลมปราณ เกิดอาการปวด โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ภาวะโรค ตามความแรงของปัจจัยก่อโรคภายนอก ดังนี้

(1) ลิงปี้ (行痺) เป็นภาวะโรคที่มีการแสดงออก มีลักษณะเด่นจากปัจจัยก่อโรคชนิดเย็น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเมื่อยตามข้อหรือกล้ามเนื้อตามแขนขา ยึดเหยียดติดขัด หากเป็นอาการหนักจะเกิดการปวดในหลายๆ ข้อตามแขนขาของร่างกาย อาการปวดจะไม่อยู่กับที่ อาการเริ่มต้นจะพบ

ชี้หนาว ตัวร้อนร่วมด้วย ผ่าลิ้นบางสีขาว ชีพจรลอยหรือลอยช้า

(2) ท่งปี้ (痛痺) เป็นภาวะโรคที่มีการแสดงออกมีลักษณะเด่นจากปัจจัยก่อโรคชนิดเย็น ผู้ป่วยจะมีการปวดตามข้อแขนขา ระดับความปวดจะรุนแรงกว่า อาการปวดจะอยู่กับที่ เมื่อเจอความร้อนอาการปวดจะมากขึ้น เจอความร้อนอาการปวดจะน้อยลง การยืดเหยียดตามข้อติดขัด ผิวหนังบริเวณที่ปวดจะรู้สึกเย็นกว่าที่อื่น ลิ้นสีซีด ผ่าบางสีขาว ชีพจรตึง

(3) จ้งปี้ (着痺) เป็นภาวะโรคที่มีการแสดงออกมีลักษณะเด่นจากปัจจัยก่อโรคชนิดชื้น ผู้ป่วยจะมีการรู้สึกปวดเมื่อยหนักและมีการบวมตามข้อหรือกล้ามเนื้อตามแขนขา การเคลื่อนไหวของข้อติดขัด รู้สึกชาตามผิวหนัง ลิ้นซีด ผ่าเหนียวสีขาว ชีพจรลื่นเบาช้า

2.3.2 อาการปวดที่เกิดจากลม ความชื้น และความร้อน (风湿热痹) เกิดจากการถูกลม ความร้อน และความชื้น เข้ามากระทำ เช่น อยู่ในสถานที่ที่มีสภาพอากาศร้อนชื้นเป็นเวลานาน ทำให้ลม ความร้อน และความชื้น เข้ามากระทำต่อร่างกาย เกิดการอุดตันของชีและเลือดในเส้นลมปราณ ทำให้เกิดอาการปวดแบบเคลื่อนที่ไปตามข้อต่างๆ สามารถปวดที่จุดเดียวหรือหลายๆ จุดพร้อมกัน เคลื่อนไหวติดขัด บริเวณที่ปวดจะบวมแดงร้อน สัมผัสโดนไม่ได้ เจอความร้อนจะปวดน้อยลง อาจมีเหงื่อหรือรอยแดงใต้ผิวหนัง ร่วมกับตัวร้อน ชีหนาว เหงื่อออก คอแห้ง กระหายน้ำ กระสับกระส่าย เป็นต้น ลิ้นแดง ผ่าเหลืองหรือเหลืองเหนียว ชีพจรลื่นเร็วหรือลอยเร็ว

2.3.3 อาการปวดแบบมีเสมหะอุดกั้นและเลือดคั่ง (痰浊血瘀) เมื่อเส้นลมปราณถูกกระทบโดยลม ความเย็น ความร้อน หรือความชื้น เป็นเวลานาน จะเกิดเป็นเสมหะและเลือดคั่ง ไปอุดตันเส้นลมปราณ เกิดเป็นอาการปวดเรื้อรังเป็นเวลานานตามกล้ามเนื้อและข้อ ปวดแบบเข็มทิ่มและการปวดจะอยู่กับที่ หรือผิวหนังตามข้อสีม่วงคล้ำ บวม ยิ่งกดยิ่งแข็ง แขนขาชาหรือหนัก อาจมีข้อต่อผิดรูป ยืดเหยียดติดขัด มีรอยม่วงใต้ผิวหนัง หน้ำคล้ำ หน้ำตาบวม แขนหน้าอก เสมหะเยอะ ลิ้นม่วงคล้ำหรือมีจุดคล้ำบนลิ้น ผ่าขาวเหนียว ชีพจรตึงขัด

2.3.4 อาการปวดจากตับและไตพร่อง (肝肾亏虚) ผู้ป่วยที่มีอายุมากหรือเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ชีและเลือดจะถูกทำลาย กระทั่งตับและไต ทางแพทย์แผนจีนกล่าวว่า กระดูกจัดเป็นส่วนหนึ่งของไต เส้นเอ็นจัดเป็นส่วนหนึ่งของตับ เมื่อตับและไตอ่อนแอลง เนื้อเยื่อจึงขาดการหล่อเลี้ยง เกิดอาการปวดเรื้อรังนานวันรักษาไม่หาย ข้อต่อยืดเหยียดติดขัด กล้ามเนื้อลีบ ปวดเอวปวดเข่า อาจมีอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ ชีหนาว แขนขาเย็น เลือดสมรรถภาพ

ทางเพศ ผื่นเปื่อย หรือกระสับกระส่าย คอแห้ง ลิ้นแดงซีด ผ่าบางขาวหรือแห้ง ชีพจรจมเล็กไม่มีแรงหรือเล็กเร็ว^[5,11]

3.การรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมกับเส้นประสาท

3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็มเพื่อลดความปวด

การฝังเข็มเป็นศาสตร์การรักษาโรคของจีนที่มีประวัติความเป็นมายาวนานกว่า 4,000 ปี^[12] การฝังเข็ม เป็นการใช้เข็มขนาดเล็กๆ แทงลงไปยังจุดฝังเข็มบนร่างกายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยการ ใช้เข็มปักตามตำแหน่งจุดเฉพาะต่างๆ ของร่างกาย มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับสมดุลร่างกาย ช่วยปรับให้อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายกลับมาทำงานได้เป็นปกติ โดยเฉพาะการรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มมีความโดดเด่นในการช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดได้^[13]

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท มีอาการเด่นที่ปรากฏและส่งผลต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย คือ อาการปวด การฝังเข็มเพื่อปรับสมดุล เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและชีซึ่งช่วยบรรเทาอาการปวด ซึ่งจากงานวิจัยของอู่เหว่ย^[14] ได้ทำการทดลองจากผู้ป่วยกลุ่มละ 45 รายซึ่งเปรียบเทียบการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการดัดคอกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม โดยเลือกใช้จุดหลักมารักษา เช่น จุดเจียนจงซู (肩中俞, SI15) จุดเจียนจิ่ง (肩井, GB21) จุดโศวซานหลี่ (手三里, LI10) จุดเจียนไ่วซู (肩外俞, SI14) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) และจุดปิงเฟิง (秉风, SI12) ได้ผลว่าคะแนนความเจ็บปวด (vas) ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มมีอาการดีขึ้น 44 ราย (คิดเป็นร้อยละ 97.78) ดีกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการดัดคอเพียงอย่างเดียวซึ่งมีอาการดีขึ้น 24 ราย (คิดเป็นร้อยละ 53.33) และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการเคลื่อนไหว ความเจ็บปวด และการนอนหลับของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับจางกั๋วหมินและเสี่ยวหลู่^[15] จากกรณีตัวอย่างกลุ่มละ 43 ราย แต่เลือกใช้จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) จุดชวี่ฉือ (曲池, LI11) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดเจียนจงซู (肩中俞, SI15) จุดไ่วกวน (外关, TE5) จุดเจียนจิ่ง (肩井, GB21) หลังได้รับการรักษา ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มลดลงมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการดัดคอเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และในวิจัยของสงยงจงเหา เทียนเฟิงเหว่ย และคณะ^[16] ทำการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มละ 40 ราย ได้เปรียบเทียบการ

รักษาด้วยการดัดคอและฉีดยาตั้งกึ่งเข้าที่รากประสาทที่กระดูกสันหลังคอกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม โดยเลือกใช้จุดเฟิงฉือ (风池, GB 20) จุดต้าจู (大椎, DU14) จุดไวกวาน (外关, TE5) จุดโหล่วซี (后溪, SI3) และจุดจิ้งเจี๋ย (颈夹脊, EX-B2) ผลจากการทดลองพบว่าคะแนนความเจ็บปวด (vas) ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มและหายจากอาการปวดมีจำนวน 37 ราย (คิดเป็นร้อยละ 92.50) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการดัดคอและฉีดยาตั้งกึ่งเข้าที่รากประสาทที่กระดูกสันหลังคอกับผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจำนวน 9 ราย (คิดเป็นร้อยละ 72.50) และคะแนนคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าผลการรักษาในผู้ป่วยที่ใช้การฝังเข็มนั้นให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาด้วยการดัดคอเพียงอย่างเดียว

ในงานวิจัยของหวางกู่ไฉ^[17] ที่รวบรวมกรณีตัวอย่างกลุ่มละ 300 ราย ทำการเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วยการรับประทานยาพาราเซตามอลและวิตามินร่วมกับฉีดยาแก้ปวดเข้าเส้นเลือดดำกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม โดยเลือกใช้จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเจียนจงซู (肩中俞, SI15) จุดจิ้งเจี๋ย (颈夹脊, EX-B2) จุดเจียนไ่วซู (肩外俞, SI14) จุดโหล่วซานหลี่ (手三里, LI10) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดเจียนจิง (肩井, GB21) จุดต้าจู (大椎, DU14) จุดเทียนจู้ (天柱, BL10) พบว่าคะแนนความเจ็บปวด (vas) ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มได้ผลการรักษาที่มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 290 ราย (คิดเป็นร้อยละ 96.67) มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการรับประทานยาแก้ปวดร่วมกับฉีดยาแก้ปวดเข้าเส้นเลือดดำรักษาหายจำนวน 270 ราย (คิดเป็นร้อยละ 90.00) และทั้งสองกลุ่มมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับในงานวิจัยของหลิวหมิง และหวางต้าเฉียน^[18] ใช้กรณีตัวอย่างกลุ่มละ 42 ราย ในการรักษาด้วยการฝังเข็มเลือกใช้จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดไวกวาน (外关, TE5) จุดไปหลาว (百劳, EX-HN15) จุดจิ้งเจี๋ย (颈夹脊, EX-B2) จุดเจียนจิง (肩井, GB21) จุดเจียนจิน (肩贞, SI9) และได้เพิ่มจุดที่ใช้รักษาซึ่งแตกต่างจากการวิจัยอื่น เช่น จุดจงจู่ (中渚, SJ3) จุดเหลี่ยเชวี่ (列缺, LU7) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดเหล่านี่เป็นจุดไกล และยังมีการใช้จุดร่วมตามอาการของผู้ป่วย นั่นคือ จุดเซินซู (肾俞, BL23) จุดซีไห่ (气海, RN6) ซึ่งจุดเหล่านี้มีสรรพคุณในการบำรุง ผลจากการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มมีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 39 ราย (คิดเป็นร้อยละ 92.90) มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการ

รับประทานยาซึ่งมีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 30 ราย (คิดเป็นร้อยละ 71.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

งานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้น พบว่าจุดที่นิยมนำมาใช้บรรเทาอาการปวดจากโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทมีจุดหลักๆ ในการรักษา ดังนี้ จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดไวกวาน (外关, TE5) จุดจิ้งเจี๋ย (颈夹脊, EX-B2) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดโหล่วซี (后溪, SI3) เป็นต้น และจากผลการรักษาจากคะแนนความเจ็บปวด (VAS) คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มที่มีผลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทำให้ทราบว่าการฝังเข็มนั้นมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดได้มากกว่าการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการดัดคอ การรับประทานยาแก้ปวดและวิตามินหรือการฉีดยาแก้ปวดเข้าเส้นเลือดดำ

3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการนวดทุยหนา

การนวดทุยหนาเป็นศาสตร์การนวดของแพทย์แผนจีนที่มีมาอย่างยาวนาน อ้างอิงจากหลักทฤษฎีการรักษา^[19] โดยใช้วิธีกด คลึง ดัด บีบ หรือกลิ้ง นวดลงบนจุดต่างๆ ของร่างกายตามแนวเส้นลมปราณหรือจุดฝังเข็ม เพื่อรักษาอาการในบริเวณที่เจาะจง และทำให้เลือดไหลเวียนไปส่วนต่างๆ ของร่างกายดีขึ้น^[20] เพื่อช่วยคลายและบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ

โดยส่วนใหญ่โรคที่เหมาะสมกับการรักษาด้วยการนวดทุยหนามักจะเป็นโรคเกี่ยวกับอาการปวดตามร่างกาย เช่น โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท ที่จะมีอาการปวดบริเวณต้นคอ บ่า สะบัก และอาจปวดร้าวลงไปที่บริเวณแขนได้ ซึ่งมักทำการรักษาโดยใช้วิธีการนวดแบบการกด การคลึง และการกลิ้ง ในงานวิจัยของเฉินส่วง^[21] ได้ทำการรักษาในผู้ป่วยกระดูกต้นคอเสื่อมจำนวน 60 รายแบ่งเป็นสองกลุ่มเท่ากัน โดยใช้การนวดทุยหนาข้างต้น ร่วมกับการกดจุดตามจุดต้าจู (大椎, DU14) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดเทียนจู้ (天柱, BL10) และจุดชวี่ฉือ (曲池, LI11) เปรียบเทียบกับการใช้เครื่องดัดคอ ผลการรักษาพบว่าการนวดทุยหนามีคะแนนความเจ็บปวด (vas) ที่ลดลงมากกว่าการรักษาด้วยการดัดคอเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของหลี่เจี้ยน^[22] ได้ทำการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นคอเสื่อมด้วยการดัดคอในผู้ป่วย จำนวน 41 ราย และในกลุ่มที่ใช้การดัดคอร่วมกับการรักษาด้วยการนวดทุยหนาจำนวน 41 ราย โดยวิธีการรักษาจะเพิ่มวิธีการนวดจากงานวิจัยก่อนหน้านี้คือ การบีบ แขน การบีบ และการดัดแขน รวมถึงกดจุดในบริเวณที่เจาะจงเพิ่มขึ้นตามจุดเฟิงฉือ จุดข้างกระดูกสันหลัง

(椎旁痛点) จุดต้นคอ (颈根点) จุดกังเซีย (岗下点) จุดเจียนจงซู (肩中俞, SI15) และจุดเจียนไวซู (肩外俞, SI14) ผลการรักษาในกลุ่มที่ทำการรักษาด้วยการดัดคอ ร่วมกับการนวดทุยหนาสามารถรักษาให้ผู้ป่วยทั้ง 41 ราย มีอาการดีขึ้น (คิดเป็นร้อยละ 100) ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่รักษา ด้วยการดัดคอเพียงอย่างเดียวที่อาการของผู้ป่วยดีขึ้น จำนวน 33 ราย (คิดเป็นร้อยละ 80.49)

เนื่องจากการนวดทุยหนาเป็นศาสตร์การรักษาที่มีมา อย่างยาวนาน จึงมีการพัฒนาวิธีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเห็นได้จากงานวิจัยของต่งหลินหลินและต่งปิง^[23] ทำการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นคอเสื่อมกลุ่มละ 30 ราย โดย จะได้รับการรักษาด้วยการนวดทุยหนาแบบดั้งเดิม และ อีกกลุ่มได้รับการรักษาด้วยการนวดทุยหนา 6 วิธี คือ การ ดัน การคลึง การบีบ การดึงยืด (拔伸法) การดัด (扳法) และการกด โดยเลือกใช้จุดเฟิงฝู (风府, DU16) จุดเจียนจิง (肩井, GB21) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเจียนไวซู (肩外俞, SI14) และจุดเหลี่ยเซวีย (列缺, LU7) เป็นต้น ซึ่งการรักษาด้วยการนวดทุยหนา 6 วิธี มีประสิทธิผลใน การรักษาจำนวน 28 ราย (คิดเป็นร้อยละ 93.33) มากกว่า กลุ่มที่ใช้การรักษาแบบดั้งเดิมที่มีประสิทธิผลการรักษา จำนวน 19 ราย (คิดเป็นร้อยละ 63.33) เนื่องจากการนวด ทุยหนา 6 วิธีช่วยปรับสมดุลอินและหยาง ทำให้เลือดและ ซีไหลเวียนได้ดี ข้อต่อไม่ติดขัด ในขณะที่เดียวกันก็สะดวก รวดเร็ว เจ็บน้อย และผลข้างเคียงน้อยกว่าการนวดทุยหนา แบบดั้งเดิมที่ใช้วิธีคลึงด้วยนิ้ว (一指禅推法) ซึ่งวิธีดึงยืด (拔伸法) วิธีบีบ (拿法) วิธีดัด (扳法) และวิธีกด (点按法) เหมาะสำหรับการประยุกต์ใช้ทางคลินิก

การจัดกระดูกเป็นหนึ่งในวิธีการในการรักษาด้วยการ นวดทุยหนา นอกเหนือ การบีบ การคลึง การกด เป็นต้น มาใช้ในการรักษา ซึ่งให้ประสิทธิผลการรักษาที่ดีกว่าการ นวดทุยหนาทั่วไป จากงานวิจัยของกู่จิงผิง^[24] ได้ทำการ รักษาในผู้ป่วยกระดูกต้นคอเสื่อมกลุ่มละ 90 ราย โดยใช้ การนวดทุยหนาแบบดั้งเดิม และอีกกลุ่มได้ทำการรักษา ด้วยเทคนิคการนวดทุยหนาแบบหลงซือ (龙氏手法) คือ ใช้วิธีการนวดเพื่อผ่อนคลาย (放松手法) การนวดจัด กระดูกด้วยวิธีหลงซือ (龙氏正骨手法) การนวดเสริม ความแข็งแรง (强壮手法) และนวดคลายปวด (痛区手法) ตามลำดับ จากการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดทุยหนา จัดกระดูกหลงซือมีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 85 ราย (คิดเป็นร้อยละ 95.6) มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการนวด ทุยหนาแบบดั้งเดิมที่มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 68 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75.6) และในงานวิจัยของชวณ ไส่วซง^[25] ได้ทำการทดลองรักษาในผู้ป่วยกระดูกต้นคอเสื่อม

2 กลุ่ม กลุ่มละ 300 ราย โดยทำการรักษาด้วยวิธีการ ดึงคอเปรียบเทียบกับการจัดกระดูกแบบจี้จู่เวียเถียว (脊柱微调手法) โดยเริ่มด้วยการนวดเพื่อผ่อนคลาย การ นวดจัดกระดูกจี้จู่เวียเถียว (脊柱微调手法) และนวด กระตุ้นการไหลเวียนกล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ (手法整理颈肩部肌肉) ตามลำดับ พบว่าในกลุ่มที่ใช้ วิธีการรักษาด้วยการนวดจัดกระดูกมีประสิทธิภาพในการ รักษา 290 ราย (คิดเป็นร้อยละ 96.67) มากกว่าในกลุ่ม ที่รักษาด้วยการดัดคอที่มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 270 ราย (คิดเป็นร้อยละ 90.00) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.05$)

จากงานวิจัยพบว่าการนวดทุยหนานั้นมีหลากหลาย รูปแบบที่สามารถนำมาใช้ในการรักษาอาการปวดของ ผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการนวดทุยหนาแบบดั้งเดิมที่นิยมใช้ อย่างแพร่หลาย หรือการนวดทุยหนาแบบใหม่ที่ใช้เพียง 6 วิธี คือ การดัน การคลึง การบีบ การดึงยืด การดัดซึ่งเป็นการ รักษาที่สะดวกรวดเร็วได้ผลในการรักษาดีเช่นเดียวกันกับ การนวดทุยหนาแบบดั้งเดิม และยังมีผลการนวดทุยหนาคัด กระดูก ที่มีผลการรักษาที่ดีเช่นกัน แต่การจัดกระดูกนั้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น เนื่องจากการจัดกระดูกต้องพิจารณาจากหลายเหตุปัจจัย ทั้งอาการของโรค และข้อจำกัดของร่างกายผู้ป่วยเอง

3.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม ร่วมการนวดทุยหนา

การฝังเข็มและการนวดทุยหนาเป็นการรักษาที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก เนื่องจากสามารถช่วยเพิ่มการ ไหลเวียนเลือดและซี จึงทำให้อาการปวดในผู้ป่วย โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทสามารถบรรเทาลง ได้มาก ดังนั้น การนำเอาการฝังเข็มมาใช้ร่วมกับการนวด ทุยหนานั้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้ดียิ่งขึ้นได้

จากงานวิจัยของเหมียวจิง หลี่เหว่ย และคณะ^[26] ได้ ทำการทดลองรักษาผู้ป่วยกลุ่มละ 25 ราย โดยเปรียบเทียบ การรักษาระหว่างการรักษาด้วยการดัดคอร่วมกับการ ฝังเข็ม กับการรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา โดยทั้งสองกลุ่มใช้จุดฝังเข็มเหมือนกัน คือ จุดโหล่วซี (后溪, SI3) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดไป่ฮุย (百会, GV20) การนวดทุยหนาใช้วิธีกดและคลึงบนจุด เฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเจียนจิง (肩井, GB21) จุดต้าจู่ (大椎, DU14) ผลการรักษาของกลุ่มที่รักษาด้วย การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนามีประสิทธิผลดีกว่าการ รักษาด้วยการดัดคอร่วมกับการฝังเข็ม โดยผลการรักษา ด้วยการดัดคอร่วมกับการฝังเข็มมีประสิทธิผลการรักษา จำนวน 20 ราย (คิดเป็นร้อยละ 80.00) ซึ่งน้อยกว่าใน

กลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา ที่มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 24 ราย (คิดเป็นร้อยละ 96.00) แสดงให้เห็นว่าการนวดทุยหนาสามารถช่วยคลายกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและซีได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของชินกั้วหมิง^[27] ทำการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มละ 45 ราย ได้ใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีการดัดคอร่วมกับการฝังเข็ม และใช้การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา โดยมีจุดสำคัญที่เลือกใช้ ดังนี้ จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B 2) จุดตำจุย (大椎, DU14) จุดตำจู้ (大杼, BL11) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดโหล่วซานหลี่ (手三里, LI10) จุดหยางเหล้า (养老, SL6) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดโหล่วซี (后溪, SI3) จุดเหอคุ (合谷, LI4) การนวดใช้วิธีคลึง บีบ และกดที่บริเวณคอ จากการทดลองพบว่า การรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 41 ราย (คิดเป็นร้อยละ 91.1) มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการดัดคอร่วมกับการฝังเข็มที่มีประสิทธิผลในการรักษาจำนวน 33 ราย (คิดเป็นร้อยละ 73.4)

การฝังเข็มนอกจากสามารถเพิ่มการไหลเวียนเลือดและซีได้แล้วนั้น ยังมีการนำเอาการนวดทุยหนามาช่วยเสริมประสิทธิภาพในการรักษา เช่น ในงานวิจัยของซือจุนเฟิง และจางเจียนหัว^[28] ทำการรักษาผู้ป่วยจำนวน 80 ราย โดยแบ่งเป็นสองกลุ่มเท่ากัน ได้ใช้การรักษาด้วยการฝังเข็มแบบดั้งเดิม มาเปรียบเทียบกับกรฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา โดยเลือกใช้จุดเทียนจู้ (天柱, BL10) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B 2) จุดอาซือ (阿是穴 Pain point) จุดโ่วกวาน (外关, TE5) และจุดเหอคุ (合谷, LI4) และได้ใช้การฝังเข็มตามจุดข้างต้นร่วมกับการนวดทุยหนา ด้วยวิธีกดและคลึงตามจุดโหล่วซานหลี่ (手三里, LI10) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดโ่วกวาน (外关, TE5) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดตำจุย (大椎, DU14) และจุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) และใช้วิธีสั่น วิธีบีบที่แขน และข้อนิ้วมือ ผลการรักษาแสดงให้เห็นว่าการฝังเข็มเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิผลในการรักษาจำนวน 30 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75.00) ซึ่งน้อยกว่าการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาที่มีประสิทธิผลจากการรักษาจำนวน 39 ราย (คิดเป็นร้อยละ 97.5) และเช่นเดียวกันกับงานวิจัยของโจวกุ้ยเซิง^[29] ได้ทำการทดลองในผู้ป่วยกลุ่มละ 24 ราย โดยทำการรักษาด้วยการฝังเข็มเพียงอย่างเดียว ใช้จุดหลักคือจุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเทียนจู้ (天柱, BL10) จุดตำจุย (大椎, DU14) จุดเจียนจิ่ง (肩井, GB21) และมีจุดร่วมคือจุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดปี้่นาว

(臂臑, LI14) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดเหอคุ (合谷, LI 4) และจุดโ่วกวาน (外关, TE5) อีกกลุ่มได้ใช้จุดฝังเข็มเช่นเดียวกัน และเพิ่มการนวดกดจุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเฟิงฝู (风府, DU16) จุดเจียนจิ่ง (肩井, GB21) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดโหล่วซานหลี่ (手三里, LI10) และจุดเหอคุ (合谷, LI 4) เพื่อลดอาการปวด ผ่อนคลายเส้นเอ็น ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและช่วยให้เส้นลมปราณเดินสะดวกมากขึ้น ผลการรักษาพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มมีประสิทธิ ผลการรักษาจำนวน 19 ราย (คิดเป็นร้อยละ 79.17) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาที่มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 23 ราย (คิดเป็นร้อยละ 95.83)

ในงานวิจัยของซูซู หวงเซีย และกั๋วฮิง^[30] ทำการเปรียบเทียบการรักษาโดยใช้การไช่ยาแก้ปวด พาราเซตามอลร่วมกับการดัดคอและอีกกลุ่มใช้วิธีเดียวกัน แต่เพิ่มการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาเสริมเข้าไปด้วย จะทำการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มละ 47 ราย โดยจะทำการฝังเข็มที่จุดอาซือ จุดโ่วกวาน (外关, TE5) จุดโหล่วซี (后溪, SI3) จุดเจียนเจิน (肩贞, SI9) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดโหล่วซานหลี่ (手三里, LI10) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดเจียนยวี่ (肩髃, LI15) จุดไป๋ฮุ่ย (百会, GV20) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดเทียนจู้ (天柱, BL10) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) และทำการนวดทุยหนาด้วยวิธี ดัน ดึง กลิ้ง กด ไปตามกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ และกดที่จุดกดเจ็บ (阿是穴, ouch point) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดโ่วกวาน (外关, TE5) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดเฟิงฝู (风府, DU16) และจุดเฟิงฉือ (风池, GB20) ใช้วิธีดัดยืด โดยวิธีทำการดัดคอร่วมกับการดึงและสั่นแขนทั้งสองข้างของผู้ป่วย ผลจากการวิจัยพบว่าการรักษาโดยไช่ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการดัดคอมีประสิทธิผลในการรักษาจำนวน 37 ราย (คิดเป็นร้อยละ 78.72) น้อยกว่าใช้การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาที่มีประสิทธิผลในการรักษาจำนวน 45 ราย (คิดเป็นร้อยละ 95.74)

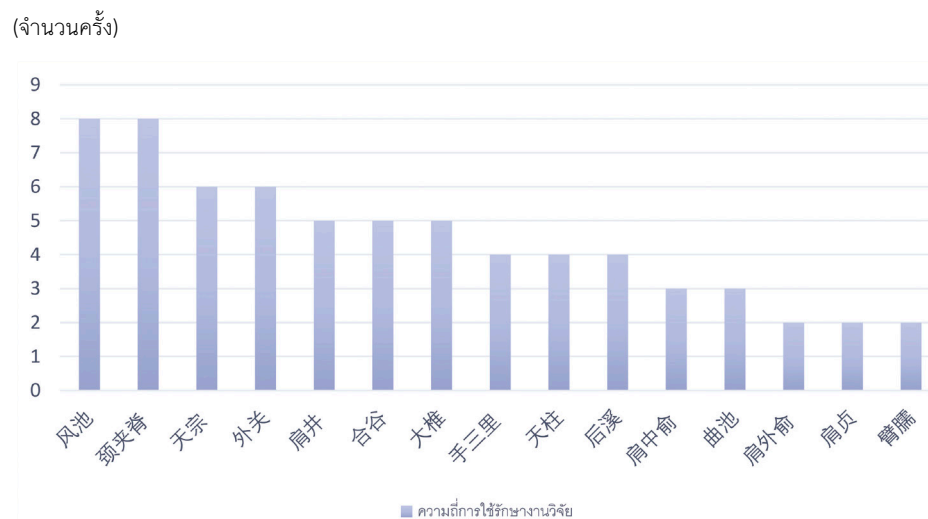
จากงานวิจัยข้างต้น การรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา การฝังเข็มนั้นมีสรรพคุณในการลดระดับอาการปวด เมื่อใช้การรักษาร่วมกัน พบว่าผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น และมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) มากกว่าการได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว ไม่ว่าจะเป็นการฝังเข็ม การนวดทุยหนา การดัดคอ หรือรับประทาน

ยาแก้ปวด

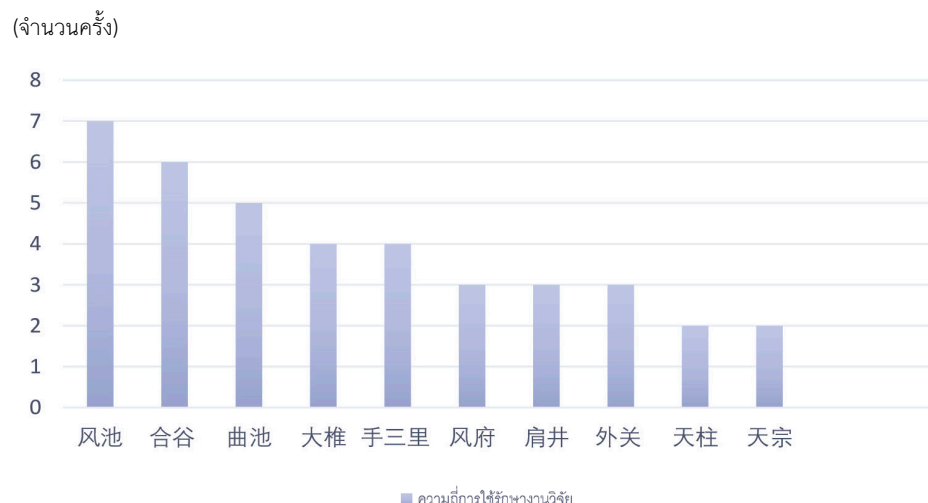
การเลือกจุดฝังเข็มเพื่อใช้ในการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทจากการรวบรวมงานวิจัย พบว่าจุดที่เป็นที่นิยมใช้ในงานวิจัยจะแสดงในแผนภูมิที่ 1 โดยมีจุดที่สูงที่สุด 5 อันดับ คือ จุดเฟิงฉือ (风池, GB 20) จุดจิ้งเจี๋ย (颈夹脊, EX-B 2) จุดเทียนจง (天宗, SI 11) จุดไ่ว่กวาน (外关, TE5) และจุดเหอคุ (合谷, LI 4) ซึ่งจุดเหล่านี้เป็นจุดใกล้ที่อยู่บนเส้นลมปราณถุงน้ำดี ชาวหยางเท้า เส้นลมปราณลำไส้เล็กไท่หยางมือ หรือเลือกใช้จุดไกลที่อยู่บนเส้นลมปราณซานเจียวชาวหยางมือและเส้นลมปราณลำไส้ใหญ่หยางหมิงมือที่มี

ทิศทางการวิ่งของเส้นลมปราณผ่านมายังบริเวณคอเป็นต้น (ภาพที่ 2)

การนวดทุยหนาเป็นอีกหนึ่งในวิธีการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่ได้รับความนิยม และได้ผลการรักษาที่ดีเช่นเดียวกับการฝังเข็ม เนื่องจากการเลือกใช้จุดในการนวดนั้น เป็นจุดฝังเข็มที่อยู่บนเส้นลมปราณที่มีทิศทางการวิ่งของชีฝ่านที่บริเวณคอ โดยจุดที่เป็นที่นิยมใช้ในการนวดทุยหนาที่พบในงานวิจัยจะแสดงในแผนภูมิที่ 2 โดยมีจุดที่มีความถี่ในการใช้สูงสุด 5 จุด คือ จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดต้าจู (大椎, DU14) และโส่วซานหลี่ (手三里, LI10) (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 2 แสดงความถี่การใช้จุดฝังเข็มรักษาในงานวิจัย



ภาพที่ 3 แสดงความถี่การใช้จุดนวดทุยหนารักษาในงานวิจัย

จากการรวบรวมงานวิจัย ดังแผนภูมิแสดงความถี่ของจุดฝังเข็มและจุดนวดทุยหนาที่ใช้ในการรักษาพบว่าจุดฝังเข็มที่ถูกนำมาใช้นั้นเหมือนกัน เช่น จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเหอกู่ (合谷, LI4) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดไวกวาน (外关, TE5) และจุดต้าจู่ (大椎, DU14) เป็นต้น จะเห็นได้ว่าจุดเหล่านี้เป็นจุดบนเส้นลมปราณชาวยางงูน้ำดีเท้า (足少阳胆经) เส้นลมปราณไท่หยางลำไส้เล็กมือ (手太阳小肠经) เส้นลมปราณหยางหมิงลำไส้ใหญ่มือ (手阳明大肠经) เส้นมือเล้าหยางซานเจียว (手少阳三焦经) เส้นตูม่าย (督脉) เนื่องจากเส้นลมปราณเหล่านี้มีทิศทางวิ่งของชีฝ่านที่บริเวณคอ จึงสามารถเลือกจุดมาใช้ได้ทั้งจุดใกล้และจุดไกล ดังนั้น การรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมการนวดทุยหนาโดยใช้จุดเหล่านี้จึงสามารถบรรเทาอาการปวดที่บริเวณคอของผู้ป่วยได้

สรุปผล

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทในมุมมองของแพทย์แผนจีนจัดว่าเป็นโรคปี้เจ็ง ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยก่อโรคนอกที่เป็นลม ความเย็น ความชื้น และความร้อนมาอุดกั้นเส้นลมปราณ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดและชีตติดขัด การติดขัดทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก หรือเกิดการผิดรูปของข้อต่อหรือเกิดจากการทำงานของอวัยวะระดับและไต่พร่องทำงานไม่สัมพันธ์กัน ทำให้เส้นเอ็นบริเวณต่างๆ รวมทั้งเส้นเอ็นบริเวณช่วงคอ ขาดการหล่อเลี้ยงส่งผลให้เกิดอาการปวดในทางแพทย์แผนปัจจุบันนั้นโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเกิดจากมีพยาธิสภาพจากการกดทับเส้นประสาทโดยมีสาเหตุจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังคอ หรือเกิดกระดูกงอก ทำให้เกิดอาการปวดที่คอ อาจมีอาการปวดร้าวไปที่สะบักและแขน สร้างความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากการรวบรวมงานวิจัย สรุปได้ว่า การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทในทางแพทย์แผนจีนนั้นสามารถใช้การฝังเข็ม การนวดทุยหนา การนวดทุยหนาจัดกระดูก มาใช้รักษาบรรเทาอาการปวดให้ผู้ป่วยได้ ทั้งยังสามารถนำการรักษาดังกล่าวมาใช้ร่วมกันได้ โดยจากงานวิจัยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการเหล่านี้ นั้นมีคะแนนความเจ็บปวด (VAS) ลดลงหรือคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น การรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาจึงเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ที่ใช้บรรเทาอาการของโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท และถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย

ในปัจจุบันพบว่าโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทมีสถิติผู้ป่วยที่มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงและป้องกันการเกิดโรคในอนาคต ควรหมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ปรับท่าทางและอิริยาบถให้ถูกต้อง เช่น การนั่งหลังให้ตรง เมื่อต้องนั่งนานๆ เกิน 1 ชั่วโมงต้องลุกขึ้นมายืดเส้นยืดสาย ลดการอยู่ในท่าเดิมที่นานเกินไป หรือควบคุมน้ำหนัก ไม่สูบบุหรี่ และปรับระดับหมอนให้เหมาะสมกับคอ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคกระดูกสันหลังคอเสื่อม

References

1. Nakornping Hospital. Patients with spinal cord compression [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 20]. Available from: http://mis.nkp-hospital.go.th/institute/admInstitute/nFile/sID2018-03-17_102107. (in Thai)
2. Perry C. Cervical spine [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/cervical-spine>
3. Janchai K. Nursing guide for cervical spondylosis patients undergoing anterior cervical spine surgery [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 20]. Available from: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/225/sins_nursing_manual_2559_02.pdf. (in Thai)
4. Bunmaprasert T. Fractures & dislocations of the spine and acute spinal cord injury [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://w1.med.cmu.ac.th/ortho/images/education/Dr.Torpong/PDF%20new_58/Fractures%20&%20Dislocations%20of%20the%20Spine.pdf. (in Thai)
5. Orthopedic Center, Thonburi Hospital. Neck pain [Internet]. [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://www.thonburihospital.com/Neck_Pain_Causes_of_Cspine_s_Disease_.html. (in Thai)
6. Bintachitt P. Approach to neck pain [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 15]. Available from: https://meded.psu.ac.th/binla/class05/388_571_2/Approach_neck_pain/index2.html. (in Thai)

7. Chaiyamongkol W. Degenerative spinal disorder: cervical spine [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 15]. Available from: https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class05/388_571_2/Degenerative_spinal2/index4.html. (in Thai)
8. Zhou ZY, editor. Internal traditional Chinese medicine. 2nd ed. Beijing: Beijing Songyuanying Printing; 2008. (in Chinese)
9. Wang HM, editor. Orthopedics and traumatology of traditional Chinese medicine. 2nd ed. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Publishing House; 2007. (in Chinese)
10. Zhan HS, He W, editors. Orthopedics and traumatology of traditional Chinese medicine. 2nd ed. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Publishing House; 2019. (in Chinese)
11. Zhou ZY, editor. Internal traditional Chinese medicine. 2nd ed. Beijing: Beijing Songyuanying Printing; 2008. (in Chinese)
12. Alternative Medical Unit, Ramathibodi Hospital. Acupuncture [Internet]. [cited 2022 Mar 12]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/altern_med/th/acupuncture_km. (in Thai)
13. Huachiew TCM Clinic. How does acupuncture and moxibustion treat diseases? [Internet]. 2023 [cited 2022 Mar 12]. Available from: <https://www.huachiewtcm.com/content/5859/ฝังเข็มรักษาโรคได้อย่างไร>. (in Thai)
14. Wu W. Effectiveness of acupuncture and moxibustion in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy. Guide of China Medicine. 2020;18(32):121-3. (in Chinese)
15. Zhang GM, Xie R. Clinical value of acupuncture and moxibustion in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy. Health for Everyone. 2020;(5):169. (in Chinese)
16. Xiong ZH, Tian FW, Liu YB, Lu Y. Clinical observation on the treatment of 80 cases of cervical spondylotic radiculopathy with acupuncture and moxibustion. Inner Mongolia Journal of Traditional Chinese Medicine. 2017;36(Z1):195. (in Chinese)
17. Wang GC. Safety analysis of acupuncture and moxibustion in treating cervical spondylotic radiculopathy. Guangming Journal of Chinese Medicine. 2020;35(21):3418-20. (in Chinese)
18. Hu ZM, Wang DQ. Clinical observation of acupuncture and moxibustion in the treatment of radicular pain of cervical spondylosis. Chinese Community Doctors. 2020;36(6):97-9. (in Chinese)
19. Huachiew TCM Clinic. Tuina [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 12]. Available from: <https://www.huachiewtcm.com/content/6276/การนวดทุยหนารักษาโรค-tuina-นวดแผนจีน>. (in Thai)
20. Medical Unit, Ramathibodi Hospital. Tuina [Internet]. [cited 2022 Mar 12]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/altern_med/th/tuina. (in Thai)
21. Chen S. Therapeutic effect of massage on cervical spondylotic radiculopathy. Continuing Medical Education. 2020;31(11):165-6. (in Chinese)
22. Li J. Efficacy of massage plus cervical traction on cervical spondylotic radiculopathy. Clinical Journal of Chinese Medicine. 2020;12(13):36-8. (in Chinese)
23. Dong LL, Dong B. Treatment of 30 cases of cervical spondylotic radiculopathy with six tuina massage methods. Traditional Chinese Medicinal Research. 2020;30(1):55-7. (in Chinese)
24. Gu ZP, Huang JH, Zhang HY. Clinical observation in the treatment of senile cervical spondylotic radiculopathy with LONG 's manipulation. Journal of Zhejiang Chinese Medical University. 2020;44(6):585-795. (in Chinese)
25. Xuan SS, Luo YB, He TF. Clinical study on the treatment of cervical spondylotic radiculopathy

- by spinal fine-tuning. Hebei Journal of Traditional Chinese Medicine. 2020;42(12): 1871-5. (in Chinese)
26. Miao J, Li W, Wang K, Guo L, Liu HY. Study on the clinical effect of massage combined with acupuncture and moxibustion on cervical spondylotic radiculopathy. Renowned Doctor. 2020;(2):108. (in Chinese)
27. Xin GM. Clinical effect of Chinese massage combined with acupuncture and moxibustion on cervical spondylotic radiculopathy. Modern Diagnosis & Treatment. 2013;24(11):2459. (in Chinese)
28. Shi JF, Zhang JH. Effect of acupuncture and moxibustion on cervical spondylotic radiculopathy. China Continuing Medical Education. 2020;12(3):133-5. (in Chinese)
29. Zhou GS. Clinical effects of massage plus acupuncture on cervical spondylotic radiculopathy. Clinical Journal of Chinese Medicine. 2020;12(28):41-4. (in Chinese)
30. Su S. Efficacy of acupuncture plus massage on pain and functional recovery of cervical spondylotic radiculopathy. Clinical Journal of Chinese Medicine. 2019;11(1):24-6. (in Chinese)

Review Article

Research advance in treating cervical spondylosis with acupuncture and tuina massage

Orapa Sinlamuth, Sarunya Satharanaporn, Jutharat Thirasakthana, Jarawee Korn Sintuhsing, Nutch Thammamongpan, Kusumaporn Sopasai, Thunyanun Suppatanawat, Aunchana Potisut, Pornpirin Srimuang, Paphavee Suwanvichit, Chantatda Krirattanasom

Faculty of Chinese Medicine, Huachiew Chalermprakiet University, Thailand

Abstract: Cervical spondylotic radiculopathy is a common clinical condition in Thailand. The number of patients is continuously increasing due to the changing lifestyle which is becoming more dependent on electronic devices and less exercise, affecting the patient's quality of life. The general management in the early stages involves symptomatic treatment and avoiding surgical intervention. Traditional Chinese medicine usually applies acupuncture and Tuina massage treatment to alleviate the symptoms. This research collected data from the China National Knowledge Infrastructure website (CNKI) for a period not exceeding 10 years. The research results show that acupuncture treatment and tuina massage can effectively treat the clinical symptoms.

Keywords: cervical spondylotic radiculopathy; acupuncture; tuina massage; impediment syndrome; traditional Chinese medicine

Corresponding author: Orapa Sinlamuth: orapa.sin@live.hcu.ac.th



文献综述

针灸联合推拿治疗神经根型颈椎病研究进展

邱惠敏, 单兰雅, 刘玉簪, 邢萝莉, 马宝玉, 刘晓嫣, 安东柏, 郑珍, 林玉心, 白薇, 宋莉颖

泰国华侨崇圣大学

摘要: 神经根型颈椎病是泰国最常见的疾病之一, 可能发生在任何人身上, 而且呈上升趋势。其原因是人们生活方式的变化, 对各种电子仪器的依赖性越来越强, 运动量越来越少。这些都严重影响了患者的生活质量。目前西医治疗本病早期往往是避免手术、以缓解症状为基础治疗。中医通常也可以采用针灸和推拿治疗为缓解本病的各种症状。本文收集了不超过10年的网站档案和 CNKI 数据库中的信息。总之, 针灸治疗和推拿可以治疗各种临床症状, 并且如果同时使用这两种方法, 效果会更好。它被认为是另一种有助于治疗患者疼痛和恢复颈部骨骼功能的替代品, 没有药物的副作用, 在治疗过程中也不会引起疼痛。

关键词: 神经根型颈椎病; 针灸; 推拿; 痹症; 中医

通讯作者: 邱惠敏: orapa.sin@live.hcu.ac.th



文献综述

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征与迷走型心房颤动的相关性分析

张懿, 沈琳

上海中医药大学附属龙华医院心病科

摘要: 心房颤动 (atrial fibrillation, AF) 作为临床上最多见的心律失常之一, 具有很高的致残率和致死率, 可能导致脑卒中、心脏猝死、心衰、认知障碍等多种并发症, 然目前尚缺乏有效防治 AF 的方法。阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (obstructive sleep apnea hypopnea syndrome, OSAHS) 作为可能导致 AF 重要且可治疗的疾病之一, 具有极大的临床研究意义。本文将从西医发病机制和中医病因病机两方面分析 OSAHS 与迷走型 AF 的相关性, 以期 AF 的防治提供新思路。

关键词: 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 迷走神经; 心房颤动; 痰瘀; 营卫不和

通讯作者: 沈琳: cathylin927@126.com

Received: 30 March 2023

Revised: 30 May 2023

Accepted: 21 June 2023

前言

心房颤动 (atrial fibrillation, AF) 作为临床上最多见的心律失常之一, 具有很高的致残率和致死率。2017 年全球共有 304.6 万例房颤新病例在数据库中登记, 全球房颤的流行率为 375.74 亿例 (占全球人口的 0.51%), 发病率及流行率在过去 20 年中均有明显增长, 分别达到 31% 和 33%。预计未来 30 年这一数据还将继续攀升, 至 2050 年房颤所带来的医疗经济负担将增长超过 60%, 成为最大的流行病和公共卫生挑战之一。^[1] 且其危害性亦不容小觑, 可能导致脑卒中、心脏猝死、心衰、认知障碍等多种并发症。然目前尚缺乏有效防治 AF 的方法。近年来, 大量研究发现阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (obstructive sleep apnea hypopnea syndrome, OSAHS) 与 AF, 尤其是与迷走型 AF 的关系密切。阻塞性睡眠呼吸暂停 (obstructive sleep apnea, OSA) 可促进 AF 的发生、发展, 且这种危险因素独立于高血压、

肥胖和 BMI。此外, OSAHS 还可能增加 AF 患者的栓塞风险。^[2] 因此 OSAHS 作为可能导致 AF 重要且可治疗的疾病之一, 具有极大的临床研究意义。本文将从西医发病机制和中医病因病机两方面分析 OSAHS 与迷走型 AF 的相关性, 以期 AF 的防治提供新思路。

1. 西医发病机制

1.1 胸内压改变

反复上气道塌陷阻塞是 OSAHS 的特征性表现, 为抵抗这一现象, 阻塞暂停期间的吸气力增大, 可引起胸腔内压反复而迅速的变化, 研究表明最高可达 -80cmH₂O。胸内压的反复波动可引起血流动力学和心脏结构的急性改变, 如左室跨壁压和后负荷明显增加, 左心室顺应性降低, 心房伸展致左房增大、电重构等。^[3] 胸腔负压增大可迅速增加心脏回心血量, 同时还可导致血压的升高和波动。高血压

和心脏重构已被证明是心房颤动的危险因素之一。另有研究表明回心血量增加,^[4] 心房过度舒张,可刺激心房钠尿肽 (atrial natriuretic peptide, ANP) 的释放。ANP 作为心脏重构的保护因子,其释放增加从侧面表明 OSAHS 参与了心脏重构和心肌损伤。

1.2 反复发作的低氧血症和高碳酸血症

OSAHS 引起的间歇性缺氧 (intermittent hypoxia, IH) 是心脏重构的最有力诱因之一。反复缺氧-复氧可通过诱导氧化应激反应,致使心肌细胞的内质网钙离子失稳,导致间质胶原蛋白增多、心肌细胞肥大及内皮间质转分化,增加左室心肌细胞外基质的被动硬度及心肌纤维化。^[5] Peter Razeghi 等人通过动物实验发现低氧血症通过增加大鼠心肌泛素 b 的表达介导了心肌重塑过程。^[6] 低氧血症和高碳酸血症还可通过对中枢和外周化学感受器的刺激,从而影响交感神经活动,导致血管收缩,血压升高。另一方面 OSAHS 患者体内儿茶酚胺水平明显增加,过度激活肾素-血管紧张素-醛固酮系统 (renin-angiotensin-aldosterone system, RAAS), 不仅可产生升压作用,其中血管紧张素及醛固酮是心室重构的促进因子,尤其是醛固酮,参与心肌细胞肥大,心室结构重塑的发生。Hang-Mee Yeung 等人通过对大鼠 OSA 模型的实验研究发现慢性间歇性缺氧 (CIH) 可增大大鼠收缩压水平,^[7] 显著提高炎症细胞因子 (TNF- α 、IL-6 和 COX-2) 和纤维标记 (PC1 和 TGF- β) 的表达水平,恶化 I/R 期间心肌细胞中的 SR-Ca²⁺ 稳态,从而介导心肌损伤和心脏纤维化。

1.3 炎症反应

细胞因子具有促进炎症和抑制炎症的双重作用。近年来免疫细胞群被认为参与了心房颤动的发生与发展,其中细胞因子可通过影响心脏的传导系统导致房颤的发生。^[8] IH 可通过介导 NF- κ B 信号通路,调节基质金属蛋白酶转录,上调 IL-6、TNF- α 等炎症因子及 TGF- β 的表达。研究证实 OSA 患者体内 C 反应蛋白 (C-reactive protein, CRP) 水平与夜间反复缺氧明显相关,^[9] 而 CRP 和 IL-6 的升高与未来房颤的发展密切相关。黏附分子也是一类重要的促炎症介质,其水平可作为反映血管内皮

细胞功能紊乱的敏感指标。OSA 患者体内黏附分子表达明显上调,不仅可诱导动脉粥样硬化,还被认为是房颤的重要风险预测因素。^[10]

1.4 自主神经功能紊乱

迷走型 AF 相对于交感型 AF 而言,多发生于夜间或休息时,男性多见,25~65 岁多发,常为特发性、孤立性 AF,不伴有心脏器质性的改变。

大量研究发现,自主神经系统参与了 AF 的发生和维持,其机制可能是通过高水平迷走神经刺激诱发心肌膜上离子电流的变化,从而影响心房的有效不应期,同时缩短了动作电位时程、增加了动作电位时程的离散度,通过形成折返电路的方式,诱导 AF 的发生。^[11] 另一方面,迷走神经刺激作用于肺静脉可改变其电生理特征,大大缩短肺静脉各个部位,特别是肺静脉远端的有效不应期,从而降低 AF 的发生阈值。^[12]

越来越多的证据表明,心脏自主神经系统 (autonomic nervous system, ANS) 是联系 OSA 和 AF 的重要桥梁。OSA 导致的酸中毒、缺氧、高碳酸血症和肺动脉压升高,都可增加心脏 ANS 活动,从而导致血流动力学和电生理变化,增加 AF 的敏感性。^[13] 一项犬 OSA 模型的实验研究表明心脏 ANS 与呼吸暂停造成的 AF 之间存在密切联系,研究结果支持了心脏 ANS 介导心房心肌对呼吸暂停的电生理反应作用。^[14] Gao 等人通过对兔 OSA 模型的观察研究发现,^[15] 对其进行低水平迷走交感干的刺激,使得其心房有效不应期 (AERP) 有效延长,从而有效抑制房颤的诱发。OSA 导致的夜间低氧血症是引起迷走神经过度兴奋的重要原因之一,也是加重其心脏传导功能不良的重要诱因。

1.5 心房传导阻滞

OSAHS 患者心脏传导阻滞发生率增加。长期的间歇低氧以及低氧血症可直接损害心血管系统,影响窦房结功能,增加异位起搏点的兴奋性,从而诱发心律失常。夜间低氧血症引起迷走神经张力增加,从而加重 OSA 患者的心动过缓及传导节律障碍,缺氧还可延长心房不应期、降低传导速度并增加传导的异质性。研究表明,OSA 严重程度还与 p 波宽度明显相关,中重度患者的 p 波离散度增加,可能是因 OSA 患者肺动脉高压、心房负荷

增加所致。Deftereos 等通过前瞻性研究发现,心房传导阻滞(inter-atrial block, IAB)每延长1 ms, AF 的发生率即增加 7%。而 p 波越宽,由阵发性房颤进展为慢性房颤的概率越大。且进展性 IAB 为新发房颤的最强预测因子。

2. 中医病因病机

OSAHS 虽为现代医学概念,但中医有关睡眠时鼾声呼吸的记载远早于现代医学,近年来随着研究的深入,中医学者正式将其命名为“鼾症”。鼾症亦为本虚标实之证,其中标实以痰浊、血瘀为主。丁元庆等人认为鼾症的基本病因乃各种因素导致的脏腑失调、营卫不和,^[16]以致痰结血瘀,壅阻气道,出现寐时呼吸不畅。中医学中也无“房颤”这一病名,但根据其临床特点可归属于中医“心悸”、“怔忡”、“短气”等范畴。历代医家对心悸的认识各有千秋,但总不离虚实二端,虚以气虚、血虚为主,实以痰火、血瘀为要。国医大师严世芸教授将心悸的病因病机归纳总结为“邪、情、痰、虚、瘀”,^[17]认为痰饮、水湿、瘀血等有形之邪可痹阻心脉,心神失养而致心悸。由此可见,鼾症与心悸存在共同的病理机制,一定条件下可相互转化。

2.1 鼾症因“痰瘀”而致“心悸”

“痰瘀”是鼾症和心悸共同的病理因素和病理产物。《诸病源候论》中首次提出了“肥人多鼾眠”的观点。巢元方认为肥人多病痰湿,久则郁热成瘀,痰瘀互结,阻隘气道,发为鼾眠。《石室秘录》对此也载有论述:“肥人多痰,乃气虚也”。指出肥胖之人脾胃气虚,水液不归正化,而致痰饮内生。肥胖之人多喜食肥甘厚腻,且缺少活动,喜坐喜卧。正如《内经》所言“久卧伤气”,损脾碍胃,脾胃虚损,日久则“多湿多痰”,气机升降不利,冲击咽喉而致鼾眠候。清代医家李用粹认为该病的病理因素在于痰湿,中痰升达于肺,阻塞清窍以致鼾眠有声。痰凝日久痹阻经脉,血行不畅则瘀血渐生,痰瘀互结可进一步阻隘气道,以致鼾声连连,甚则呼吸暂停。《丹溪心法》云“惊悸病本为心虚,在惊为痰,在悸为饮。”其人或外感六淫,或内伤脾胃,使脏腑气化失司,津液代谢障碍,停聚于体内而成痰饮。痰性粘滞,着而难去,气机因而阻滞;气机不畅,

则血行瘀阻,日久瘀血渐成。痰浊、血瘀痹阻心脉,扰动心神,以致心悸阵作。临床上,痰浊、血瘀往往相伴而见,互相转化。正如唐容川《血证论》云:“血积既久,也能化为痰水。”“痰水之壅,由瘀血使然。”痰瘀互为因果,相互滋生,在 AF 的病理演变过程中,具有病理产物和致病因素的双重特性,因此在 AF 的治疗中尤为重要。

鼾症因“痰瘀”加重而致“心悸”。脾胃为气机升降之枢纽、气血生化之源,脾宜升则健,胃宜降则和。鼾症患者体内痰湿素盛,湿浊困于脾胃,运化功能失司,水液不归正化,水气上逆停聚于胸膈,以致心阳不振、心神不宁;脾胃乃后天之本,鼾症患者脾胃虚弱,生化乏源,气血不足,不能濡养心脉,心失所养则见心悸,气虚无力推动血行,瘀血渐生,日久痰瘀互结闭阻心脉,亦可发为心悸;鼾症患者,痰湿之体,易从热化,痰火上扰心神,症见心悸怔忡。故鼾症患者若不及早干预,脾胃渐虚,痰瘀渐生,闭阻心脉,或失所养,或受其扰,则多致心悸。

2.2 鼾症因“营卫不和”而致“心悸”

鼾症的发生与饮食、运动息息相关,^[19]而饮食运动责之脾胃,关乎营卫。营卫之气,皆由脾胃运化的水谷精微所化生,与自然界吸入的清气共同化生为宗气,积于胸中贯心脉而行呼吸。营卫不和,则呼吸不利发为鼾症。反之呼吸受阻,亦可致营卫失和。迷走型 AF 多为功能性 AF,无器质性改变,多以气血阴阳不足为本,渐而酿生痰湿、瘀血等有形实邪。众多医家指出营卫不和、气机升降失调是导致痰浊、瘀血等病理性产物不断累积的根本原因。^[18]《难经·十四难》首次提出:“损其心者,调其营卫”。正如《灵枢·营卫生会》载:“人受气于谷,谷入于胃,以传于肺,五脏六腑,皆以受气,其清者为营,浊者为卫。”营在脉中,化赤为血,以滋心阴;卫在脉外,温养脏腑,以充心阳;营卫和谐,阴平阳秘,心神得安。“卫气行于阴二十五度,行于阳二十五度,分为昼夜,故气至阳而起,至阴而止。”心为火脏,位居于胸中。胸为阳,火亦为阳,两阳相合,故《内经》称其为“阳中之太阳”。心阳亏虚,则心脏无法维持正常节律。迷走型 AF 常于夜间发作,夜间正值阴阳交汇之际,卫阳不足,营阴

涩滞，血行失常，则可见心悸、脉结代；营阴不足，不能引卫气入阴，卫气浮越于外，则夜不安眠、心神不宁。

鼾症因“营卫失和”而致心悸。夜间阳气入里，血运迟缓，鼾眠者多痰瘀，浊阴邪气客于脏腑，气机被扰，营卫之气运行异常，心血瘀阻更甚，故迷走型 AF 发生前多有窦性心动过缓。

讨论与总结

OSAHS 与迷走型 AF 关系密切，可通过影响 ANS 从而诱导 AF 的发生。从中医学角度分析，痰瘀是 OSAHS 和 AF 的共同病机及病理产物，营卫不和是二者的发病基础，提示其在疾病的发生、发展上密切相关、相辅相成。首份全球 OSAHS 的流行病学研究分析了来自 17 项研究覆盖 16 个国家的可靠流行数据，^[20] 估计全球约有 9.36 亿 30-69 岁的成年人患有不同程度的 OSAHS，其中近半数达到了中重度水平，并且研究发现中国是患病率最高的国家。然而无论是患者或者医务人员对 OSAHS 的知晓率及重视程度都严重不足。临床上或可通过早期识别 OSAHS，及早干预，从而达到防治 AF 的作用。

OSAHS 相关的迷走型 AF 应以预防为主。多项研究表明，早期干预 OSAHS，可有效提高 AF 的临床疗效、降低其复发率。正如《素问·四气调神大论》言：“是故圣人不治已病，治未病，不治已乱，治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎。”对于未出现心悸的鼾症患者，应遵循中医治未病之既病防变的理念，临床症见鼾声呼吸者应及时干预，去除可能导致心悸的各种病理因素。

中医药治疗鼾症历史经验丰富、临床疗效显著、安全性高。鼾症总属本虚标实之证，痰浊、血瘀为其标，气血阴阳不足为其本，标实者痰瘀阻滞经络，气机受扰，营卫运行不畅而失和，本虚者化生乏源，营卫之气虚衰而失和。故笔者认为对于临证主诉有鼾声呼吸者，在活血化痰豁痰的同时，要注重调理脾胃，正所谓“中气立，则营卫流行而不失其和”，营卫之气化生于水谷精微，并依赖后天水谷精微的充养，故可佐以温阳健脾之品，以图标本同治。且无论是否有心悸之感，均可加入宁心安神之品，

先安未受邪之地。冀以此文对 AF 的治疗提供新思路。

References

1. Lippi G, Sanchis-Gomar F, Cervellin G. Global epidemiology of atrial fibrillation: an increasing epidemic and public health challenge. *Int J Stroke*. 2021;16(2):217-21.
2. Pengo MF, Faini A, Grote L, Ludka O, Joppa P, Pataka A. Impact of sleep apnea on cardioembolic risk in patients with atrial fibrillation: data from the ESADA cohort. *Stroke*. 2021;52(2):712-5.
3. Liu J, Su XL, Yao FC. Obstructive sleep apnea and atrial fibrillation. *Advances in Cardiovascular Diseases*. 2019;40(4):630-3. (in Chinese)
4. Sun H, Shi JP, Li M, Chen X. Impact of continuous positive airway pressure treatment on left ventricular ejection fraction in patients with obstructive sleep apnea: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2013;8(5):e62298.
5. Zhou J, Li BG. Research progress on the relationship between obstructive sleep apnea hypopnea syndrome and cardiovascular disease. *Military Medical Journal of Southeast China*. 2020;22(5):505-9. (in Chinese)
6. Razaghi P, Baskin KK, Sharma S, Young ME, Stepkowski S, Essop MF, et al. Atrophy, hypertrophy, and hypoxemia induce transcriptional regulators of the ubiquitin proteasome system in the rat heart. *Biochem Biophys. Res Commun*. 2006;342(2):361-4.
7. Yeung HM, Hung MW, Lau CF, Fung ML. Cardioprotective effects of melatonin against myocardial injuries induced by chronic intermittent hypoxia in rats. *J Pineal Res*. 2015;58(1):12-25.
8. Wu SY, Lin L, Chen JY, Huang WQ. Research progress on the role in pathogenesis of

- T lymphocyte subsets and their cytokines in atrial fibrillation. *Geriatrics Research*. 2021;2(2):61-4. (in Chinese)
9. Zhang ZX, Zhang H, Wang BJ, Yan J, Pang JX. Review on the association between obstructive sleep apnea and inflammation response and vascular regulation. *Progress in Modern Biomedicine*. 2014;14(19):3779-83. (in Chinese)
 10. Mendez IJ, Manemann SM, Bell EJ, Larson NB, Decker PA, Guerrero MA, et al. Adhesion pathway proteins and risk of atrial fibrillation in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *BMC Cardiovasc Disord*. 2021;21(1):436.
 11. Zhu JW, Jiang JQ. Therapeutic effect of vagus nerve intervention in cardiovascular disease. *Advances in Cardiovascular Diseases*. 2020;41(3):301-5. (in Chinese)
 12. Jiao HC, Wei Z, Sun TT, Zheng SM. The mechanism of autonomic nervous system in the occurrence and maintenance of paroxysmal atrial fibrillation. *First Chinese Journal of Integrative Medicine on Cardio-Cerebrovascular Disease*. 2018;16(2):213-6. (in Chinese)
 13. Tavares L, Lador A, Valderrábano M. Sleep apnea and atrial fibrillation: role of the cardiac autonomic nervous system. *Methodist Debaquey Cardiovasc J*. 2021;17(1):49-52.
 14. Tavares L, Rodríguez-Mañero M, Kreidieh B, Ibarra-Cortez SH, Chen JX, Wang SF, et al. Cardiac afferent denervation abolishes ganglionated plexi and sympathetic responses to apnea: implications for atrial fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2019;12(6):e006942.
 15. Gao M, Zhang L, Scherlag BJ, Huang B, Stavrakis S, Hou YM, et al. Low-level vagosympathetic trunk stimulation inhibits atrial fibrillation in a rabbit model of obstructive sleep apnea. *Heart Rhythm*. 2015;12(4):818-24.
 16. Ding YQ, Wang J, Yu C. Research on the disease mechanism of snoring disease and the diagnosis and treatment. *Shandong Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2021;40(2):111-5. (in Chinese)
 17. Wang YQ, Zhang W, Shen L, Xu Y, Yang AD, Li Y, et al. Clinical experience by professor Yan Shiyun in the treatment of palpitations. *Shandong Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2020;39(3):273-6. (in Chinese)
 18. Zhang LL. Professor Yuan Haibo experience of treating Yang deficiency core water disease research [master]. Henan: Henan Traditional Chinese Medicine University; 2013. (in Chinese)
 19. Ding YQ. Review of nutrient and defense theory in canon of medicine. *Journal of Shandong University of Traditional Chinese Medicine*. 2017;41(1):3-7. (in Chinese)
 20. Benjafield AV, Ayas NT, Eastwood PR, Heinzer R, Ip MSM, Morrell MJ, et al. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. *Lancet Respir Med*. 2019;7(8):687-98.

บทความปริทัศน์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด สั้นพลั่วจากเส้นประสาทวากัส

จาง อี้, เลิ่น หลิน

แผนกโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลหลงหัว สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่ว (atrial fibrillation, AF) เป็นความผิดปกติของการเต้นของหัวใจที่พบบ่อยในทางคลินิก มีอัตราการเสียชีวิต และการเกิดภาวะทุพพลภาพสูง อาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจช็อค ภาวะหัวใจล้มเหลว ความบกพร่องทางการรับรู้ และการแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ แต่ในปัจจุบันยังขาดวิธีการป้องกันและรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่วที่มีประสิทธิภาพ ส่วนภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (obstructive sleep apnea hypopnea syndrome, OSAHS) เป็นโรคที่สามารถทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่วได้และเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ ซึ่งมีความสำคัญในการวิจัยทางคลินิกอย่างมาก บทความนี้จะวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกลไกการเกิดโรคในทางแพทย์แผนปัจจุบันและสาเหตุกลไกการเกิดโรคในทางแพทย์แผนจีนระหว่างภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่วจากเส้นประสาทวากัส เพื่อนำไปสู่แนวคิดใหม่ในการป้องกันและรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่ว

คำสำคัญ: ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ; เส้นประสาทวากัส; ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่ว; เสมหะอุดกั้นร่วมกับเลือดคั่ง; หายใจเว้าเสียสมดุล

ผู้รับผิดชอบบทความ: เลิ่น หลิน: cathylin927@126.com

Review Article

Analysis of correlation between obstructive sleep apnea hypopnea syndrome and vagal atrial fibrillation

Zhang Yi, Shen Lin

Department of cardiology, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: Atrial fibrillation (AF), one of the most common arrhythmias in clinical practice, has a high disability rate and fatality rate; and may lead to stroke, sudden cardiac death, heart failure, cognitive impairment and other complications. However, at present, there is still a lack of effective prevention and treatment of AF. As one of the important and treatable diseases that may lead to AF, obstructive sleep apnea hypopnea syndrome (OSAHS) has great clinical significance. This paper analyzes the correlation between OSAHS and vagal AF from the pathogenesis of modern medicine and the etiology and pathogenesis of traditional Chinese medicine, in order to provide new ideas for the prevention and treatment of AF.

Keywords: obstructive sleep apnea hypopnea syndrome; vagus nerve; atrial fibrillation; phlegm and blood stasis; disharmony between Ying and Wei

Corresponding author: Shen Lin: cathylin927@126.com



โรงพยาบาลหลงหัว ในสังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

โรงพยาบาลหลงหัว ภายใต้สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ สาธารณรัฐประชาชนจีน ก่อตั้งขึ้นในเดือนกรกฎาคมปี ค.ศ.1960 เป็น 1 ใน 4 โรงพยาบาลการแพทย์แผนจีนที่เก่าแก่ที่สุดในประเทศจีน มากกว่า 60 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลหลงหัวได้ยึดหลักยุทธศาสตร์ในการพัฒนา “แพทย์ที่มีชื่อเสียง แผนกที่มีชื่อเสียง โรงพยาบาลที่มีชื่อเสียง ยาที่มีชื่อเสียง” โดยเน้นการแพทย์แผนจีนเป็นหลัก และมีการบูรณาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นโรงพยาบาลการแพทย์แผนจีนที่มีชื่อเสียงระดับประเทศโรงพยาบาลต้นแบบของการแพทย์แผนจีน และเป็นโรงพยาบาลระดับ 3A แห่งชาติ โดยมีทั้งการบริการทางการแพทย์ การจัดการเรียนการสอน และการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ของการแพทย์แผนจีนรวมไว้ด้วยกัน ปีค.ศ.2022 ได้ผ่านการตรวจสอบระดับประเทศว่าเป็นโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิแห่งชาติประเภทผสมผสานแผนจีนและแผนปัจจุบันอันดับ 1 ของประเทศ โรงพยาบาลหลงหัวมีทั้งหมด 3 วิทยาเขต มีพื้นที่รวมทั้งหมด 189.93 เอเคอร์ (480.5229 ไร่) มีจำนวนเตียง 2,100 เตียง มีผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยนอกรวม 4,155,000 visit ต่อปี มีผู้ป่วยในที่ออกจากโรงพยาบาล 63,100 visit ต่อปี

โรงพยาบาลหลงหัวเป็นทีบุกเบิกโมเดลห้องแสดงผลงานของผู้สืบทอดแพทย์จีนอาวุโสที่มีชื่อเสียงระดับประเทศ และได้จัดตั้งขึ้นอย่างต่อเนื่องรวม 54 ห้อง มีการก่อกำเนิดในการสร้างศูนย์การแพทย์ระดับภูมิภาคระดับชาติของมณฑลเหอหนานและมณฑลเจียงซี มุ่งมั่นให้เป็นแห่งบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานเดียวกัน เสริมสร้างระบบบริการทางการแพทย์แผนจีนในระดับสากล และทำความร่วมมือสร้าง “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย” และ “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนในประเทศมอลตา”

โรงพยาบาลหลงหัวยึดมั่นในพันธกิจของโรงพยาบาลเสมอว่า “คุณภาพมาก่อน ผู้ป่วยมาก่อน การสืบทอดและนวัตกรรม และการแสวงหาความเป็นเลิศ” และมีเป้าหมายที่จะเป็นโรงพยาบาลการแพทย์แผนจีนระดับโลก

Founded in July 1960, Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine is one of the four earliest TCM clinical centers in China. For more than 60 years, Longhua Hospital has adhered to the development strategy of "Renowned Doctors, Renowned Departments, Renowned Hospital, Renowned Medicines" and followed the path of focusing on TCM and integrating of traditional Chinese and Western medicine. With the distinctive feature and prominent advantage of TCM, Longhua Hospital serves as a famous TCM center that combines health care, medical training, and scientific research. It is regarded as a national demonstration TCM hospital and grade III level A hospital in Shanghai. In 2022, it ranked first in national grade III public hospital performance assessment among all the TCM comprehensive hospitals. Longhua Hospital has 3 branches, covering a total area of 189.93 mu, with 2,100 approved beds. Annually, it provides medical service for more than 4.155 million outpatients and emergency patients and discharges 63,100 patients.

Longhua Hospital pioneered the inheritance model of Famed TCM doctors studios, and successively established 54 famed TCM studios. To achieve homogenization of medical services between regions, Longhua Hospital participated in constructing national regional medical centers in Henan and Jiangxi Province. Additionally, it joined to establish the "China-Thailand TCM Center" and "China-Malta TCM Center" that strengthen the construction of the international health care system of TCM.

Sticking to the mission of “quality first, patients upmost, inheriting and innovating, pursuing excellence”, Longhua Hospital aims to become a world-class hospital of Traditional Chinese Medicine.



上海中医药大学附属龙华医院创建于 1960 年 7 月，是全国最早建立的四大中医临床基地之一。60 余年来，医院坚持“名医、名科、名院、名药”的发展战略，走中医为主、中西医结合的道路。已成为集医疗、教学、科研为一体，中医特色鲜明和中医优势突出的全国著名中医医院、全国示范中医院、全国三级甲等医院，2022 年在全国三级公立医院绩效考核中位列中医综合类医院第一。医院共有 3 个院区，占地面积共 189.93 亩，核定床位数 2,100 张。年门急诊人次 415.5 万余，年出院患者 6.31 万人次。

医院首创名老中医工作室的传承模式，先后成立 54 个名中医工作室。输出建设河南省、江西省国家

区域医疗中心，努力实现区域间医疗服务同质化。加强中医药国际医疗服务体系建设，共建“中国-泰国中医药中心”、“中国-马耳他中医中心”。

医院始终秉承“质量第一，病人至上，继承创新，追求卓越”的医院使命，目标建设成为世界一流的中医医院。



上海中醫藥大學附屬龍華醫院

Longhua Hospital Shanghai University Of Traditional Chinese Medicine



วารสารออนไลน์



เลขที่ 14 ซอยนาครเกษม แขวงคลองมอหานะ
เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กทม.10100
โทรศัพท์ 02-223-1111 ต่อ 509, 827