



从《伤寒论》“太阴虚寒” 论治原发性灼口综合征临床观察*

喻 国,林 垦,赵昕怡,闫 旭,谭翠霞

成都市中西医结合医院/成都市第一人民医院,四川 成都 610041

[摘要] 目的:观察从《伤寒论》“太阴虚寒”论治原发性灼口综合征(burning mouth syndrome, BMS)的临床疗效。方法:按伤寒论中“太阴虚寒”理论对32例BMS患者应用四逆汤、理中汤加减治疗,疗程1周。观察治疗前后患者口腔疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)、其他主要临床症状评分及临床疗效。结果:治疗前后患者VAS评分及烧灼感、异物感评分比较差异有统计学意义($P < 0.05$);麻木感、口干、异味感评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);总有效率为62.50%。结论:从伤寒论“太阴虚寒”论治BMS可缓解患者口腔疼痛,减轻烧灼感、异物感,有一定临床疗效。

[关键词] 灼口综合征;《伤寒论》;太阴虚寒;扶阳;四逆汤;理中丸

[中图分类号] R222.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 2096-9600(2023)03-0115-04

Clinical Observation on the Treatment of Primary Burning Mouth Syndrome Based on "Taiyin Deficiency Cold" from *Treatise on Febrile Diseases*

YU Guo, LIN Ken, ZHAO Xinyi, YAN Xu, TAN Cuixia

Chengdu Integrated TCM & Western Medicine Hospital/Chengdu First People's Hospital, Chengdu 610041, China

Abstract Objective: To observe clinical effects of treating BMS on the foundation of "Taiyin deficiency cold" from *treatise on febrile diseases*. Methods: All 32 BMS patients were treated with modified *Sini Tang* and *Lizhong Tang* in light of the theory of "Taiyin deficiency cold" from *treatise on febrile diseases*, the course was one week. To observe VAS, the changes in the other major clinical symptoms scores and curative effects before and after the treatment. Results: The difference was statistically significant in VAS scores, the scores of burning sensation and foreign body sensation before and after the treatment ($P < 0.05$); the difference had no statistical meaning in the scores of the feeling of numbness, dry mouth and smell ($P > 0.05$); total effective rate was 62.50%. Conclusion: Treating BMS with the theory of "Taiyin deficiency cold" from *treatise on febrile diseases* could relieve oral pain, reduce the burning sensation and foreign body sensation, which has certain clinical effects.

Keywords burning mouth syndrome; *treatise on febrile diseases*; Taiyin deficiency cold; strengthening Yang-Qi; *Sini Tang*; *Lizhong* pills

为血之帅,血为气之母,气血运行不畅,瘀血滞于胞宫,则发为有形之物;痰湿瘀结证患者多因湿性趋下,陷于胞宫而聚湿生痰,痰湿互结积聚不散,滞久则渐生癥瘕;湿热瘀阻证患者因湿热内蕴,与血相互搏结,蕴结于胞中,使气血失畅而成癥瘕;肝郁气滞证患者因肝之疏泄功能失常,不能调畅气机,故而困血于胞宫,发为癥瘕;肾虚血瘀证患者由于肾的气化功能失调,使肾气亏虚无力运行血液,而致血行不畅停滞于胞宫,日久则见癥瘕。

因此,不同中医证型子宫肌瘤与其彩色超声影像存在一定对应关系,本研究结果可利于延伸拓展中医诊疗方式,指导临床研究工作。

参考文献

[1] 王莹,严妮子,吴参伟.行子宫切除术治疗子宫肌瘤时子宫

保留程度对卵巢功能的影响分析[J].中国性科学,2020,29(3):105-109.

[2] 乐杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:269.

[3] 张玉玲.中医妇科学[M].7版.北京:中国中医药出版社,2002:308-313.

[4] 濮丹华,赵敏.情境代入式床旁体验护理对子宫肌瘤手术患者的影响[J].西部中医药,2019,32(12):109-112.

[5] 朱璐,陈红天,丁正香,等.彩色多普勒超声评价不同证型子宫肌瘤血流特征研究[J].中医药导报,2016,22(24):91-93.

[6] 蔡晓宇,李永贵,李英.探讨子宫肌瘤不同中医证型与超声强度的关系[J].中医药导报,2016,22(13):79-80.

收稿日期:2022-04-26

作者简介:张颖(1989—),女,主治医师。研究方向:妇科超声。

灼口综合征(burning mouth syndrome, BMS)又名口干症、舌灼痛、口痛、舌痛等,国际疼痛研究协会将其作为独特的疾病学实体^[1],但目前尚无权威定义,其临床表现为舌头、口腔黏膜感觉异常,出现疼痛、异物感、口干、麻木、异味感等,实验室检查及病理组织学检查并无明显特异性改变^[2]。2014年国际头痛协会明确将BMS分类为原发性BMS和继发性BMS,继发性BMS可以由口腔黏膜病变、口腔不良习惯、创伤等局部因素及糖尿病、维生素缺乏、自身免疫性疾病等引起^[3]。原发性BMS发病机制复杂,存在较大争议,近年来研究发现其是一种慢性神经性疾病^[4-5],包括外周神经病变和中枢神经病变。定量感官试验和电味觉测量可帮助鉴别原发性和继发性BMS^[3]。由于缺乏权威统一的诊断标准,BMS发病率各文献报道相差较大,为0.6%~15.0%之间^[6],其多发生在中老年人群,女性多于男性^[7]。该病往往给患者带来痛苦感受甚至造成心理负担影响其生活、工作。现代医学认为对于继发性BMS需要关注及处理原发病因,而原发性BMS治疗更为棘手,各种药物及行为、心理治疗效果并不令人满意^[8-9]。中医治疗BMS特别是原发性BMS有独特优势,万怡等^[10]采用舌针配合体针治疗BMS能有效缓解患者舌痛症状;侯维维等^[11]采用参苓白术散加减缓解BMS患者口腔疼痛及不适感;刘真等^[12]采用穴位注射联合新癬片治疗BMS,相对于“G-B-E”(谷维素+复合维生素B+维生素E)疗效更优。笔者通过伤寒论中“太阴虚寒”理论对32例BMS患者应用四逆汤、理中汤加减治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 对成都市中西医结合医院2017年2月至2020年7月门诊及住院的BMS患者共32例,均行纯中药治疗,通过治疗前后自身对照判定疗效。其中年龄最小52岁,最大80岁,平均(66.34±6.50)岁;男9例,女23例。

1.2 诊断标准 继发性BMS以口腔局部疾患、系统性疾病等原发病因为主;原发性BMS目前尚无权威统一的诊断标准,本研究依据《口腔黏膜病学》^[2]及国际头痛协会标准^[13],同时结合临床实际制定:口腔内出现疼痛、麻木、口干、异物感、异味感等不适症状,症状每天持续2 h以上,病程3个月以上;临床检查舌部和口腔黏膜无明显异常。

1.3 排除标准 1)口腔黏膜:任何原因引起的黏

膜红斑或糜烂;萎缩性舌炎;念珠菌病;地图舌;扁平苔藓;天疱疮、类天疱疮。2)口腔不良习惯:咬颊、伸舌。3)创伤:机械性、化学性、热损伤。4)口干和唾液质改变:放疗、化疗、药物、舍格伦综合征。5)系统性因素:糖尿病;维生素B₁、B₁₂、叶酸、Fe、Zn缺乏;甲状腺功能异常;对食物或齿科材料过敏;自身免疫性疾病;激素紊乱;帕金森病。6)药物:帕罗西汀、血管紧张素、转换酶抑制剂。7)局部神经损伤:化疗相关性神经病、局部刺激。

1.4 纳入标准 1)符合诊断标准;2)12周内未接受任何针对该病的中西医治疗;3)知情同意。

1.5 排除标准 1)伴有严重心、脑、肾等脏器疾病;2)1个月内使用过性激素、苯二氮䓬类抗焦虑药、三环类抗抑郁药、抗组织胺类药物及局部使用过激素治疗;3)精神分裂症等心因性精神障碍;4)不能配合治疗者;5)各种原因无法服用中药者;6)妊娠期或哺乳期妇女;7)疗程未结束放弃治疗者。

1.6 治疗方法 若症属纯阴无阳,舌苔白、脉沉有根,无明显热象者以四逆汤加减;若阳气亏耗,神疲、虚弱明显,脉来无根者以理中汤加减;若阴寒内阻,阳浮于外,热象明显,口苦、喜冷,舌红、脉数者四逆汤加黄连,湿偏重者加苍术、陈皮。其中附片使用白附片,剂量为15~30 g;干姜为10~30 g;党参代替人参,剂量15~30g;白术使用麸炒白术,剂量15~30 g;炙甘草使用蜜炙甘草,剂量10~20 g;苍术15~30 g;陈皮15~30 g。均使用免煎颗粒,服用方法为每日1剂,分3次于三餐后服用,每次以温水150 mL冲服。疗程1周。

1.7 观察指标

1.7.1 视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)^[14] 通过疼痛标尺检测患者口腔疼痛程度,标尺范围为0~10分,0分表示不痛,10分为最大程度疼痛。向患者说明评定方法,治疗前后患者在疼痛标尺正面做标记,记录标尺背面的分数作为疼痛程度评分。

1.7.2 症状评分 包括烧灼感、麻木感、异物感、口干、异味感。采用6级计分法。0分:无症状;1分:症状轻微偶尔发生;2分:症状轻微经常发生或中度症状偶尔发生;3分:中度症状经常发生;4分:症状严重偶尔发生;5分:症状严重经常发生。

1.7.3 临床疗效 采用尼莫地平法,显效:疗效指数≥60%;好转:疗效指数≥30%且<60%;无效:疗效指数<30%。

疗效指数(%)=[(治疗前症状评分-治疗后症状评分)/治疗前症状评分]×100%

症状评分(分)=疼痛评分+烧灼感评分+麻木感评分+异物感评分+口干评分+异味感评分

1.8 统计学方法 运用SPSS 16.0软件分析数据,计数资料符合正态分布以n或%表示,使用t检验,不符合正态分布以中位数[M(P25,P75)]表示,使用秩和检验,P<0.05表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 VAS评分 治疗1周后,VAS疼痛评分为(4.78±2.00)分,低于治疗前的(6.03±2.53)分,差异有统计学意义(t=2.19,P=0.03<0.05)。

2.2 症状评分 烧灼感、异物感症状评分治疗前后比较差异有统计学意义(P<0.05),麻木感、口干、异味感症状评分治疗前后比较差异无统计学意义(P>0.05),见表2。

表2 治疗前后患者症状评分[M(P25,P75)]

症状	治疗前(分)	治疗后(分)	Z	p
烧灼感	2.00(2.00,4.00)	2.00(0.25,3.00)	-2.20	0.03
麻木感	2.00(2.00,3.00)	2.00(1.00,2.00)	-1.79	0.07
异物感	2.00(0.25,3.00)	1.00(0.00,1.00)	-2.34	0.02
口干	2.00(2.00,3.00)	2.00(1.00,3.00)	-1.44	0.15
异味感	2.50(1.25,3.00)	1.0(0.00,2.00)	-1.06	0.29

2.3 疗效评价 治疗1周后显效4例,显效率12.50%;好转16例,好转率50.00%;无效12例,无效率37.50%,总有效率为62.50%。

3 讨论

原发性BMS的现代医学病因、病理机制仍不明确,暂无满意治疗手段。原发性BMS主要表现为口腔灼痛,《杂病源流犀烛·火病源流》中谓:“病之无形说是火,但疼不肿是也。”《素问吴注·卷二十二》中曰:“热甚则痛。”BMS患者多伴有焦虑、抑郁等情志改变,与心、肝关系密切,肝气郁滞,容易化火,心为阳脏,心火易动,BMS好发于围绝经期女性^[15],多肝肾阴虚,阴虚则虚火上炎^[16],故“火热”为患是本病的重要原因。谢志文等^[17]认为各脏腑火热之邪,均可上攻舌络而致舌痛;万怡等^[10]认为本病之“火”可分虚、实,其中以虚火为多;毛凯平等^[18]认为本病是肾水不能上济于心,于是君火动越于上,心火上炎,上窍失养,引起舌痛,口内灼热如烫伤感。蒋健^[19]认为本病的常见基本病机为火热内生,上炎口舌。治法以滋阴清热,疏肝泻

火、清心安神较多,常以知柏地黄丸、清心莲子饮、丹栀逍遥散、增液汤等加减治疗。笔者以清热、养阴、疏肝等思路治疗,初期多有效,后期疗效减弱甚至无效,也有患者初始便无效,笔者认为“火热”确为该病的重要因素,但需要另辟蹊径阐释其“火热”机理,而从伤寒论“太阴虚寒”及“虚阳浮火”角度认识、治疗BMS效果明显。

足太阴脾经连舌本、散舌下,口舌与脾经相连。生理上“脾开窍于口”“脾在液为涎”,口舌的正常功能及感觉与脾关系密切,正如《灵枢·脉度》篇中谓:“脾气通于口,脾和则能知五谷矣。”病理上《灵枢·经脉》篇中谓:“主脾所生病者,舌本痛。”提示原发性BMS可从脾论治^[20],然笔者认为从脾论治不仅仅从脾虚气弱及心脾积热、脾经湿热着手,还可从“太阴虚寒”着手,其口腔灼痛的“火热”征象为“太阴不开”所致的虚阳浮火。

《伤寒论》第273条:“太阴之为病,腹满而吐,食不下,自利益甚,时腹自痛。若下之,必胸下结硬。”脏腑阴阳角度提示太阴病核心为脾胃虚寒,“开、阖、枢”角度则为太阴主开的功能失常^[21]。《素问·阴阳离合论篇》中谓:“太阳为开,阳明为阖,少阳为枢……太阴为开,厥阴为阖,少阴为枢。”太阴主开一是指中焦阳气健运脾运正常,能运化水谷,布散精微、水液,二是指人之阳气总处于不断运动变化中,阳气除了升发于外发挥其功能,还需要回潜于肾以行闭藏,太阴处于三阴之门户,太阴开启,阳气升降通道顺畅,才能顺利收藏^[22]。若太阴不开,首先阳气不能敷布,虚寒内盛则脾运失常,寒湿中阻,气机壅滞,导致太阴病一系列病症。其次阳气主升主外,但“升已而降”,阳气不能无限升发,到一定程度还需转为收藏,若寒湿阻隔,太阴不开,阳气不能回潜,则为虚阳浮火。《素问·生气通天论篇》中指出:“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰”,道出了阳气的重要性,同时本句中“所”之一字也十分重要,指出阳气一定要处于其应该在的位置上,否则会变为邪气为祸。因此“太阴虚寒”除了表现为一般意义上的脾胃虚寒还可以表现为太阴不开导致的虚阳浮火,笔者认为这是原发性BMS顽固难治的重要原因,因此使用干姜、附子等大辛大热之品破阴除寒,恢复阳气升降以治疗看似阳证、实证、热证的病症^[23]。

原发性BMS多发生于中老年人群,其多脾胃虚弱,随着社会的日益发展,人们生活习惯和社会

环境的改变,饮食不规律,贪凉饮冷,熬夜工作等导致心力交瘁,焦虑抑郁,极易损伤脾气,伤及阳气。而原发性BMS“火热”的表现更多为“太阴虚寒”,太阴不开,阳气阻隔在外的虚阳浮火。故遵从《伤寒论·辨太阴病脉证并治》第277条“自利不渴者,属太阴,以其脏有寒故也,当温之,宜服四逆辈。”以四逆汤、理中丸加减治疗,其中附子、干姜温阳散寒,党参益气健脾、白术健脾除湿,炙甘草调和诸药,缓和药性,热象盛者加以黄连降泄浮火,引火归元,湿重者以苍术、陈皮温燥除湿,以上药物灵活运用以温阳健脾,散寒除湿,达到开太阴,潜阳气,去虚火的目的。本研究结果显示,治疗1周后,BMS患者口腔疼痛得到了缓解,烧灼感、异物感也有改善,总有效率为62.50%,表明从“太阴虚寒”治疗BMS有一定疗效,也提示虚阳浮火可能是BMS更重要的病机特点。但麻木感、口干、异味感症状评分治疗前后比较差异无统计学意义,一方面可能与样本量少有关,另一方面也可能表示治疗思路及方药需要进一步优化,但总体而言疗效肯定,值得进一步研究应用。

参考文献

- [1] FORTUNA G, DILORENZO M, POLLIO A. Complex oral sensitivity disorder: a reappraisal of current classification of burning mouth syndrome[J]. Oral Dis, 2013, 19(7): 730-732.
- [2] 陈谦明. 口腔黏膜病学[M]. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 165-167.
- [3] 于习习, 王彩霞, 王万春. 原发性灼口综合征相关研究进展[J]. 口腔疾病防治, 2018, 26(12): 810-816.
- [4] FORSSELL H, JÄÄSKELÄINEN S, LIST T, et al. An update on pathophysiological mechanisms related to idiopathic oro-facial pain conditions with implications for management[J]. J Oral Rehabil, 2015, 42(4): 300-322.
- [5] KOLKKA-PALOMAA M, JÄÄSKELÄINEN S K, LAINE M A, et al. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome with special focus on taste dysfunction: a review[J]. Oral Dis, 2015, 21(8): 937-948.
- [6] 孙小琴, 蔡扬. 灼口综合征病因及发病机制[J]. 中国实用口腔科杂志, 2019, 12(12): 715-719.
- [7] PUHAKKA A, FORSSELL H, SOINILA S, et al. Peripheral nervous system involvement in primary burning mouth syndrome—results of a pilot study[J]. Oral Dis, 2016, 22(4): 338-344.
- [8] 刘道华. BMS的研究进展[J]. 检验医学与临床, 2018, 15(7): 1040-1043.
- [9] LIU Y F, KIM Y, YOO T, et al. Burning mouth syndrome: a systematic review of treatments[J]. Oral Dis, 2018, 24(3): 325-334.
- [10] 万怡, 赵李清. 舌针配合体针治疗灼口综合征临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(8): 908-911.
- [11] 侯维维, 万坤镇, 张玉, 等. 参苓白术散加减治疗灼口综合征临床疗效观察[J]. 四川中医, 2020, 38(4): 194-196.
- [12] 刘真, 陈虹林, 黎力. 穴位注射联合新癬片治疗灼口综合征26例[J]. 河南中医, 2016, 36(6): 1087-1088.
- [13] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version)[J]. Cephalalgia, 2013, 33(9): 629-808.
- [14] 周曾同. 上海第二医科大学附属第九人民医院口腔医学专题讲座[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2005: 55-58.
- [15] KAMALA K A, SANKETHGUDDAD S, SUJITH S G, et al. Burning mouth syndrome[J]. Indian J Palliat Care, 2016, 22(1): 74-79.
- [16] 彭于治, 刘宝珍, 赵升柯. “左归丸”加减治疗灼口综合征疗效观察[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(24): 66-67.
- [17] 谢志文, 駱林萍, 韩菲燕. 中西医结合治疗灼口综合征[J]. 中医学报, 2019, 34(9): 1981-1984.
- [18] 毛凯平, 周杰, 荣刚. 黄连清心饮治疗灼口综合征的临床疗效观察[J]. 北京口腔医学, 2008, 16(1): 22-23.
- [19] 顾志坚, 朱蕾蕾, 孙玄忒, 等. 蒋健教授辨治灼口综合征临床经验[J]. 河北中医, 2019, 41(11): 1617-1620.
- [20] 何慧, 陈笑腾, 谷红苹, 等. 马伟明从脾胃论治灼口综合征经验介绍[J]. 新中医, 2019, 51(4): 317-319.
- [21] 张俊修, 李绍旦, 杨明会. 浅谈《内经》“开、阖、枢”理论在《伤寒论》阳明病与太阴病中的运用[J]. 环球中医药, 2017, 10(8): 943-946.
- [22] 闫美花, 程越, 钟升华, 等. 分析扶阳思想及四逆法的临床指导意义[J]. 中医药导报, 2019, 25(17): 12-15.
- [23] 庄灿, 李红, 孙云广. 郑钦安扶阳理论运用四逆汤之体会[J]. 中医基础医学杂志, 2018, 24(9): 1319-1321.

收稿日期: 2022-10-10

*基金项目: 四川省卫生和计划生育委员会重点研究项目(18ZD006)。

作者简介: 喻国(1986—), 男, 硕士学位, 主治医师。研究方向: 中医内科及中医哲学。