

中图分类号: R969.3 文献标志码: A 文章编号: 1006-4931(2026)02-0138-06
doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2026.02.029



“汤液经法图”理论下的多发性神经病药学监护实践*

何静文¹, 张亚囡², 黄悦³, 郭红叶³, 金锐^{3Δ}

(1. 河南省鹿邑县人民医院, 河南 周口 477200; 2. 山东省烟台市烟台山医院, 山东 烟台 264001; 3. 中国中医科学院西苑医院, 北京 100091)

摘要:目的 为中药饮片处方在临床的合理应用提供参考。方法 回顾性分析中国中医科学院西苑医院收治的1例多发性神经病患者开展药学监护后的临床疗效。患者以咳嗽咯痰1周,伴双下肢麻木无力为主诉入院,入院后辨为痹病,肝郁脾虚、痰湿内阻证,以逍遥散合防己黄芪汤加减治疗,服药5d后部分症状虽好转,但主要症状(肢麻、腿颤、项强、头木、汗出、善太息、口干、寐差、尿频)均未改善。临床药师运用“汤液经法图”理论体系判断患者病情为肝木病证,且为以肝实证为主的虚实夹杂之证,故治疗上应以泻肝之酸味药为主。第1次处方的配伍结构为“六甘六辛四苦四咸三酸”,以甘、辛、苦味药为主,而酸味药极少,医师与药师沟通后,将处方结构调整至“七酸三甘三辛一苦”,以酸味药为主,辅以甘、辛、苦味药。结果 服药后患者双下肢麻木无力好转,走路时小腿不再抖动;间断性颈项僵硬伴头木、汗出的发作频次明显减少,睡眠状况改善,睡眠时间延长,多发性神经病中医证候积分为8分,无不良反应表现。结论 “汤液经法图”理论体系为中药临床药师参与临床决策及中药饮片处方用药方案的合理性评价提供了有利的理论支持,为中药临床药学监护的深入开展提供了可能。

关键词:汤液经法图;中药;多发性神经病;临床药师;药学监护

Pharmaceutical Care Practice for Polyneuropathy Based on the "Tangye Jingfa Map" Theory

HE Jingwen¹, ZHANG Yanan², HUANG Yue³, GUO Hongye³, JIN Rui^{3Δ}

(1. The People's Hospital of Luyi, Zhoukou, Henan 477200, China; 2. Yantai Yantaishan Hospital, Yantai, Shandong 264001, China; 3. Xiyuan Hospital of CACMS, Beijing 100091, China)

Abstract: Objective To provide a reference for the rational application of prescriptions of prepared drug in pieces of traditional Chinese medicine (TCM) in clinical. **Methods** The clinical efficacy of pharmaceutical care in a patient with polyneuropathy admitted to Xiyuan Hospital of CACMS was retrospectively analyzed. The patient was admitted to the hospital with the main complaint of cough and phlegm for one week, accompanied by numbness and weakness in both lower limbs. After admission, the patient was diagnosed as rheumatism, liver - stagnation and spleen - deficiency, and phlegm - dampness internal obstruction syndrome. The patient was treated with Xiaoyao Powder combined with modified Fangji Huangqi Decoction. After 5 d of medication,

*基金项目:国家中医药管理局全国中药特色技术传承人才培养项目[国中医药人教函[2023]96号];中国中医科学院西苑医院提升中医药临床循证证据级别研究专项[XYZX0202-07];中国中医科学院科技创新工程课题[CI2021A03805]。

第一作者:何静文,女,硕士研究生,中药师,研究方向为中药临床药学,(电子信箱)1159677539@qq.com。

Δ通信作者:金锐,男,博士研究生,主任药师,研究方向为中药药性理论,jinrui9862@126.com。

a clinical, radiological, and cerebrospinal fluid analysis of 326 cases[J]. J Neurol, 2016, 263(10):2004-2021.

[33] MOLLOY ES, CALABRESE CM, CALABRESE LH. The Risk of Progressive Multifocal Leukoencephalopathy in the Biologic Era: Prevention and Management[J]. Rheum Dis Clin North Am, 2017, 43(1):95-109.

[34] FOCOSI D, TUCCORI M, MAGGI F. Progressive multifocal leukoencephalopathy and anti-CD20 monoclonal antibodies: What do we know after 20 years of rituximab[J]. Rev Med Virol, 2019, 29(6):e2077.

[35] WILLIAMSON E, BERGER JR. Diagnosis and Treatment of Progressive Multifocal Leukoencephalopathy Associated with Multiple Sclerosis Therapies[J]. Neurotherapeutics, 2017, 14(4):961-973.

[36] BRICKELMAIER M, LUGOVSKOY A, KARTIKEYAN R, et al. Identification and characterization of mefloquine efficacy against JC virus *in vitro* [J]. Antimicrob Agents Chemother,

2009, 53(5):1840-1849.

[37] JOSEPH FG, LAMMIE GA, SCOLDING NJ. CNS lupus: a study of 41 patients[J]. Neurology, 2007, 69(7):644-654.

[38] 闻炜. 阿糖胞苷对 AIDS 伴发的进行性多灶性脑白质病无效[J]. 传染病信息, 1994(1):17-18.

[39] 阿沐. 阿糖胞苷治疗与人免疫缺陷病毒感染相关的进行性多灶性脑白质病无效[J]. 中华医学信息导报, 1998(19):20.

[40] CORTESE I, MURANSKI P, ENOSE - AKAHATA Y, et al. Pembrolizumab Treatment for Progressive Multifocal Leukoencephalopathy [J]. N Engl J Med, 2019, 380(17):1597-1605.

[41] FISCHBACH L, BAUER T, RUBER T, et al. Treatment of progressive multifocal Leukoencephalopathy associated with idiopathic lymphocytopenia with Nivolumab [J]. J Neurol Sci, 2021, 427:117503.

(收稿日期:2024-09-02;修回日期:2025-06-27)

although some symptoms improved, the main symptoms (limb numbness, leg tremors, neck stiffness, head numbness, sweating, frequent sighing, dry mouth, poor sleep, and frequent urination) were not improved. Clinical pharmacists used the "Tangye Jingfa Map" theoretical system to determine that the patient's condition was a liver - wood disease syndrome, which was characterized by a complex pattern of deficiency and excess, with liver excess being the predominant aspect. Therefore, the treatment principle should primarily focus on draining the liver using medicines with sour - flavor. The composition of the first prescription was structured as "six sweet, six acrid, four bitter, four salty, and three sour", dominated by sweet, acrid, and bitter medicines, with very few sour medicines. Following communication between the physician and the pharmacist, the prescription structure was adjusted to "seven sour, three sweet, three acrid, and one bitter", dominated by sour medicines, supplemented by sweet, acrid, and bitter medicines.

Results After medication, the patient's numbness and weakness in both lower limbs improved, and the calves no longer trembled when walking; the frequency of intermittent neck stiffness accompanied by head numbness and sweating significantly decreased, sleep conditions improved, sleep duration prolonged, and the TCM syndrome score for polyneuropathy was eight points, with no adverse reactions. **Conclusion** The "Tangye Jingfa Map" theoretical system provides favorable theoretical support for clinical pharmacists of TCM to participate in clinical decision - making and the rational evaluation of prescription and medication plans for TCM decoction pieces, offering possibility for the in - depth development of clinical pharmaceutical monitoring of TCM.

Key words: Tangye Jingfa Map; traditional Chinese medicine; polyneuropathy; clinical pharmacist; pharmaceutical care

多发性神经病又称多发性神经炎、末梢神经炎、周围神经炎等,以肢体远端受累为主,临床表现为四肢对称性末梢型感觉障碍、下运动神经元瘫痪及自主神经功能障碍^[1-2]。多发性神经病的病因众多,因个体差异而不同,目前考虑多为感染、免疫或炎症、代谢紊乱、物理、药物、毒物等因素导致的周围神经损伤^[3]。根据临床表现和疾病特点,本病属中医“麻木”“血痹”“痿证”等范畴,其病机核心为气血功能障碍,病理过程多与肝、脾、肾功能异常有关,其治疗多根据患者症状表现辨证论治。药学监护是临床药师参与临床决策的重要途径,是一种以患者为中心的药物治疗服务模式,以保证药物治疗的安全性、有效性和合理性为目的^[4]。中药饮片临床应用指导理论影响因素较多,使得中药饮片处方的药学评价和药学干预较困难,影响了中药临床药学监护的发展^[5]。课题组前期研究表明,敦煌遗书《辅行诀五脏用药法要》(简称《辅行诀》)所载“汤液经法图”包含一套完整的辨证论治及组方配伍原理,为中药临床药学监护提供了有力的理论支持^[6-8]。在通过脏腑辨证明确五脏虚实状况后,可依据该图来确定中药复方的配伍结构^[9]。以此为基础,课题组多次开展中药临床药学监护^[10-12],并取得良好疗效,从而形成一套基于中药药性理论的、具体可操作的中药临床药学监护模式^[9]。本研究中在现有研究基础上,运用该理论体系,对1例多发性神经病患者开展药学监护及干预,取得较好效果。现报道如下。

1 病例资料

患者,女,82岁,身高153 cm,体质量67 kg。因“咳嗽咯痰1周,伴双下肢麻木无力”于2025年1月4日入院。患者6年前出现双下肢麻木、乏力,诊断为“末梢神经炎”,1周前于社区医院证实感染甲型流感病毒,行抗

炎及抗病毒治疗(静脉用药,具体不详)后体温较前下降,咳嗽咯痰仍明显,双下肢麻木乏力加重,麻木感向整条右腿扩散。入院时体温36.5℃,心率72次/分,呼吸频率18次/分,血压136/73 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。精神良好,神志清楚,双目失明,动作迟缓,面色少华,呼吸平稳,舌暗红,苔薄黄,脉沉、滑。语音清晰,咳嗽、咳痰,频叹息,无呃逆,无特殊气味。证见:间断咳嗽咯痰,时有胸闷喘憋,双下肢麻木无力(以右下肢为重),行走时麻木加重伴小腿抖动,发作性颈项僵硬伴头部麻木、汗出,周身乏力,善太息,口干,纳食减少,眠差,入睡困难,小便频,大便排出困难,质黏。

体格检查示,叩诊肺部呈清音,听诊双上肺干罗音,双下肺湿罗音。螺旋CT胸部平扫示支气管炎并双肺炎;超声检查示双侧颈动脉粥样硬化、双下肢动脉粥样硬化改变。入院相关检查:流感病毒原体检测和快速呼吸道病原体检测结果均为阴性(-),血常规、凝血功能及心电图、尿常规、粪便常规、C反应蛋白未见明显异常。红细胞沉降率23.00 mm/h;血钾(K⁺)3.00 mmol/L、总蛋白63.15 g/L、白蛋白35.67 g/L、前白蛋白173.56 g/L、肌酐61.00 μmol/L、低密度脂蛋白胆固醇1.52 mmol/L,甲状腺功能七项中仅三碘甲状腺原氨酸(T₃)异常(1.06 nmol/L)。

中医诊断:痹病,肝郁脾虚、痰湿内阻证。西医主要诊断:末梢神经炎;肢体动脉硬化;颈椎间盘突出;重度骨关节病;冠状动脉粥样硬化性心脏病;高血压病3级,极高危;慢性支气管炎;甲状腺功能减退症;低钾血症。

2 治疗经过

初始治疗方案以消炎、化痰、止咳、平喘为主,并结合基础疾病给予降压、调脂等西医常规治疗。患者住院期间主要用药情况见表1(ivgtt为静脉滴注,po为口

表1 患者住院期间主要用药情况

Tab. 1 Main medication during patient's hospitalization

用药目的	药物名称	用法用量	药物治疗起止时间
消炎	喜炎平注射液	375 mg, ivgtt, qd	01-04-01-15
平喘	多索茶碱注射液	0.2 mg, ivgtt, qd	01-04-01-15
化痰	吸入用异丙托溴铵溶液	0.5 mg, inhal, bid	01-04-01-15
	吸入用布地奈德混悬液	1 mg, inhal, bid	01-04-01-15
降血压	硝苯地平控释片	30 mg, po, qd	01-04-01-15
调脂、稳定斑块	阿托伐他汀钙片	10 mg, po, qn	01-04-01-15
补充甲状腺素	左甲状腺素钠片	25 μg, po, qd	01-04-01-15
改善循环	丹参酮Ⅱ _A 磺酸钠注射液	80 mg, ivgtt, qd	01-04-01-15
补充钾离子	氯化钾缓释片	1 g, po, tid	01-04-01-15
镇静催眠	地西洋片	1.25 mg, po, qn	01-08-01-14

服, inhal为吸入; qd为每日1次, bid为每日2次, qn为每晚1次, tid为每日3次。

入院第3天(2024年1月6日),患者咳嗽咳痰好转,医师见其皱眉,善太息;进一步问诊,患者自诉双下肢麻木无力,走动时小腿抖动,阵发性颈项僵硬伴头部麻木、汗出,乏力,纳差,失眠,尿频,2d未大便。舌暗红,苔薄黄,脉沉、滑。对患者进行多发性神经病中医证候积分评定^[13],结果为18分。医师根据患者症状进行辨证,认为患者为老年女性,年高体衰,脏腑功能衰退,以肝

郁脾虚、气血不足为核心病机,兼夹痰湿内阻、虚风内动。肝喜条达而恶抑郁,为藏血之脏,体阴而用阳,若情志不畅,肝木不能条达,则肝体失于柔和,以至肝郁血虚,郁而化火则见口燥咽干;肝木为病,易于传脾,脾胃虚弱,则见神疲食少;脾失健运,运化失调,致肺气亏虚,痰湿内阻,宣降失常,则见咳嗽咯痰、胸闷喘憋、大便黏滞难排;气血亏虚,筋脉失养,故见双下肢麻木无力,心神失养,虚热扰神,则眠差难寐;肝血不足,虚风内动,可见小腿抖动,上扰清窍,则颈项僵硬、头部麻木。舌暗红,苔薄、黄、干,脉沉、滑,提示气阴两虚、痰湿内阻,治当疏肝健脾、祛湿化痰、养阴安神。给予逍遥散合防己黄芪汤加减,具体为:茯苓、白术、黄芪、石菖蒲、丹参各30g,当归、鸡血藤、制远志各20g,北柴胡、黄芩、防己、牛膝、天麻、浙贝母、郁金、麦冬、地龙、夏枯草各15g,地榆炭12g,人参、清半夏、醋五味子、炙甘草各10g,5剂,水煎服,每日1剂。注意与其他药物分开服用,时间间隔1h以上(下同)。

入院第7天(2024年1月10日),患者自诉咳嗽咳痰好转,胸闷憋气缓解,纳食改善,乏力减轻,可坐起,已解大便,复查血钾为3.92 mmol/L。患者仍皱眉、善太息,双下肢麻木无力、颈项僵硬、头木、口干、尿频、寐差等无明显改善;舌暗尖红,苔薄黄、干,脉沉;多发性神



图1 病情经过时间线和结果

Fig. 1 Timeline and outcome of the clinical course

经病中医证候积分为18分;疗效欠佳。临床药师运用“汤液经法图”理论对患者病情进行分析发现,其病证为肝实合并脾虚为主,兼有肺虚之证,治当以“酸、甘、辛”为主,但分析原方发现其以“甘、辛”为主,主治脾土之虚实夹杂证,兼以散肺补肝,因此,患者脾土病证(纳食、咳痰)和肺金病证(咳嗽、胸闷憋气、大便)均有改善,但肝木病证(皱眉、善太息)无明显改善。临床药师对患者现有病证进行分析,认为患者当前表现应为疾病所累,而非肝虚之证,故患者现有病证应为肝木病证,且是以肝实证为主,兼有脾肺两虚之证。治当泻肝为主,补泻兼施,药味当以酸味为主,兼以甘、辛。基于此,对全方主导药味的选择提出药学建议,临床医师采纳。处方调整为以酸味药为主导药味,具体为:葛根、龙骨、牡蛎各30g,北柴胡、党参各20g,白芍、天麻、白术各15g,麦冬、酒萸肉各12g,制巴戟天、桂枝、黄芩各10g,木瓜9g,水煎服,每日1剂,共3剂。

入院第10天(2024年1月13日),患者自诉双下肢麻木无力、颈项僵硬、头木、汗出、乏力等症状有所缓解。多发性神经病中医证候积分为14分。延用原方,服5剂。

入院第12天(2024年1月15日),患者咳嗽咳痰、胸闷憋气、纳差改善,患者无皱眉,叹气频率明显减少,情绪明显改善,言语轻快,间断颈项僵硬、双下肢麻木、乏力等症状较前明显改善。多发性神经病中医证候积分为8分。但患者自诉仍觉口干,寐差,尿频症状改善不明显,仍自觉小腹胀而排尿量少,药师建议原处方基础上加入少量咸味药以补心,并予苦味药黄芩,以咸苦化酸,进一步加强酸敛之效,以改善口干、寐差和尿频。医师采纳,出院带药处方调整为:在原方基础上加旋覆花15g,服10剂。

患者出院后第8日(2024年1月23日),药师电话回访,患者述双下肢麻木无力好转,走路时小腿不再抖动;间断性颈项僵硬伴头木、汗出的发作频次明显减少(由每日多次减至2~3d1次);睡眠状况改善,睡眠时间延长,起夜次数由原本的7~8次减少至3~5次;口干、叹气等症状均有好转。多发性神经病中医证候积分为8分。病情经过时间线和结果见图1。

3 用药分析

3.1 整体思路

汤液经法图见图2。图中共有肝木、心火、脾土、肺金、肾水5个脏腑区域,每个脏腑区域对应3种药味,分别是补味、泻味和化味。如在图1中肝木区域的“用”对应辛味,即辛味补肝;“体”对应酸味,即酸味泻肝;“化”对应甘味,即甘味缓肝。意为肝虚证予辛味药,肝实证予酸味药,无论肝虚证还是肝实证或肝虚实夹杂证,均

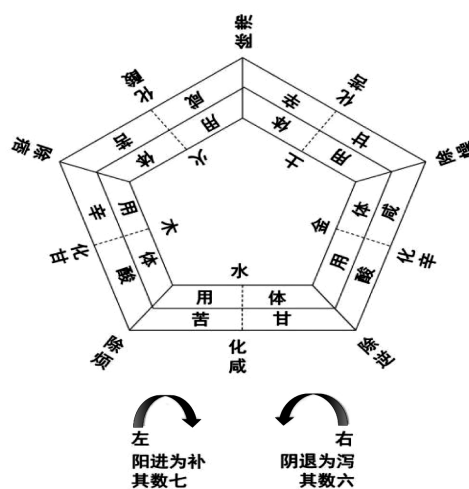


图2 汤液经法图

Fig. 2 Tangye Jingfa map

可予甘味药。

与传统中药处方采用君臣佐使理论进行组方配伍不同,“汤液经法图”理论体系更注重中药药味在处方中的作用,而其对中药药味的界定基于中药的五行属性及中药自身的功效,与2020年版《中国药典》的药味记载不完全相同^[14],因此在解方时予以调整。见表2。

表2 药味调整的中药

Tab. 2 TCM with flavor adjustment

中药	2020年版 《中国药典》	“汤液经法图”	中药	2020年版 《中国药典》	“汤液经法图”
人参	甘、微苦	甘、咸	夏枯草	辛、苦	咸、酸
黄芪	甘	甘、辛	浙贝母	苦	酸、咸
白术	甘、微辛	甘、苦	麦冬	甘、微苦	酸
北柴胡	辛、苦	辛、酸	醋五味子	酸、甘	酸、辛
当归	甘、辛	辛、咸	葛根	甘、辛	辛、酸
清半夏	辛	辛、咸	白芍	苦、酸	酸
鸡血藤	苦、甘	辛、咸	酒萸肉	酸、涩	酸
防己	苦、辛	苦、甘	龙骨	甘、涩	酸、咸
地榆炭	苦、酸、涩	苦、酸	牡蛎	咸	酸、咸
牛膝	苦、甘、酸	苦、咸	制巴戟天	甘、辛	辛、苦
丹参	苦	苦、咸	桂枝	辛、甘	辛
制远志	苦、辛	咸、辛	旋覆花	苦、辛、咸	咸
地龙	咸	苦、咸			

3.2 病因病机分析

《辅行诀》所载“汤液经法图”包含一套以五脏虚实进行辨证及以五味补泻进行组方的完整的辨证论治体系^[15]。基于此,辨证时应先定病变脏腑,再辨虚实,从而确定其病因病机。该例患者以双下肢麻木无力、腿颤、颈项僵硬、头木、汗出、咳嗽咳痰、胸闷憋气、乏力、口干、尿频、寐差为主要症状。从藏象学说来看,肝在体合筋,筋脉疾病为肝之所主,筋失所养,筋急而挛,且“诸暴强直,皆属于风”,而肝为风木之脏,“诸风掉眩,皆属于肝”,故该例患者双下肢麻木、腿颤、项强、头木等症,

当属肝木症状,且以肝实证为主的虚实夹杂之证。见肝之病,知肝传脾,脾主运化,在体合肉,脾之运化失常,则出现食欲不振、倦怠乏力等症状;脾失健运,升清无力,不能奉养心神,致使心神不安,而生失眠、多梦、醒后不易入睡等症,血虚不能上荣于面,所以面色少华而萎黄;脾失健运,无力运化水湿,上承于肺,则咳痰;《辅行诀》记载:“脾实则腹满,殄泻;虚则四肢不用、五脏不安”^[15],故患者咳痰、乏力、四肢无力、面色少华、纳差、寐差等症,当属脾土虚证。肺主气,司呼吸,在体合皮毛,与大肠相表里,且“诸气贖郁,皆属于肺”,肺气壅塞,则呼吸急促、胸闷、咳嗽、喘息等症,此外,《辅行诀》中记载“汗出、口干、少气不足以息”^[15]为肺虚之证,故患者咳嗽、胸闷憋气、口干、大便难等症,当属肺金虚实夹杂之证。总体来看,该例患者当属肝实合并脾虚为主,兼有肺的虚实夹杂之证。详见表3。

表3 基于“汤液经法图”的分析结果

Tab.3 Analysis results based on "Tangye Jingfa Map"

症状	五脏虚实辨证
双下肢麻木、腿颤、项强、头木	肝木实证
咳痰、乏力、四肢无力、面色少华、纳差	脾土虚证
咳嗽、胸闷憋气、口干、大便难	肺金的虚实夹杂证

3.3 治法治则确定

从“汤液经法图”角度看,五脏实证用泻法,虚证用补法,虚实夹杂当补泻兼施。《辅行诀》记载:“肝德在散,以辛补之,酸泻之,甘缓之”“脾德在缓,以甘补之,辛泻之,苦燥之”“肺德在收,以酸补之,咸泻之,辛散之”^[15]。该例患者以肝实合并脾虚为主,兼有肺的虚实夹杂之证,治当以泻肝、补脾为主,兼以散肺。泻肝用酸味,补脾用甘味,散肺用辛味。故该例患者的治疗药物应选酸、甘、辛三味,且以双下肢麻木、头项僵硬为主要改善症状,因此应以酸味为主。

3.4 中药汤剂处方分析与调整

该例患者入院后中医诊断为痹病,肝郁脾虚、痰湿内阻证,治以疏肝健脾、祛湿化痰,第一次处方给予逍遥散合防己黄芪汤加减。患者咳嗽咳痰加清半夏、浙贝母、石菖蒲以祛湿化痰;口干、寐差加麦冬、五味子、远志以养阴安神;肢麻、腿颤、项强加天麻、地龙以平肝熄风,丹参、牛膝、郁金以活血通络;苔薄黄、大便黏加黄芩、地榆炭、夏枯草以清热泻火,考虑到其年老体衰、神疲乏力加人参以补元气。全方以疏肝健脾、祛湿化痰、息风通络、养阴安神为主。从“汤液经法图”角度分析,第一次处方的全方配伍结构为“六甘六辛四苦四咸三酸”(见图3)。柴胡、郁金味辛补肝,疏肝解郁,当归、鸡血藤味辛补肝、活血通络,天麻味甘缓肝、熄风止痉;丹参、远志、地龙、夏枯草味咸补心、清热安神定惊;地榆炭味苦泻心、清热凉血;人参、黄芪、白术、茯苓、炙甘草

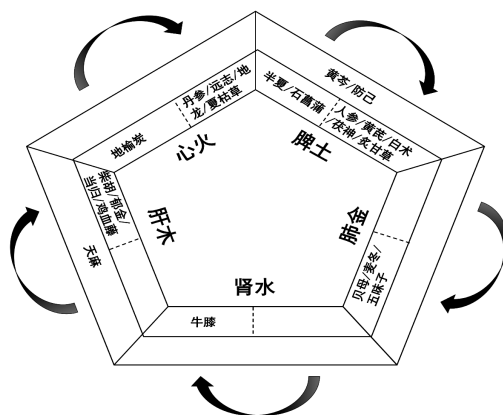


图3 中药复方汤剂的五味补泻原理示意图1

Fig.3 Schematic diagram 1 of the five - flavor reinforcing - reducing principle of TCM compound decoction

味甘补脾、健脾益气;半夏、石菖蒲味辛泻脾、化痰祛湿;黄芩、防己味苦燥脾、清热燥湿;浙贝母、麦冬、五味子味酸补肺、生津润肺止咳;牛膝味苦补肾、补肾强骨利尿。通过图3所示药味的脏腑归属可知,此方用药以甘、辛为主,辅以苦、咸、酸,其中酸味药用量最少。根据箭头方向可知,全方以补为主,补肝、补心、补脾、补肺。但该例患者为肝实合并脾虚为主,兼有肺的虚实夹杂之证,其治则应以酸味泻肝为主,辅以甘、辛之味补脾散肺,药证不符。故患者服药后,脾土与肺金症状稍有改善,即咳嗽咳痰好转,胸闷憋气缓解,纳食改善,其他如双下肢麻木、腿颤、项强、头木等肝木实证的症状改善不明显。图3中柴胡、郁金、当归、鸡血藤为辛味补肝之用,天麻为甘味,有缓肝之用,肝木用药以补肝为主;丹参、远志、地龙、夏枯草为咸味,有补心之用,黄芩、地榆炭为苦味,有泻心之用,心火用药以补心为主;人参、黄芪、白术、茯苓、炙甘草为甘味,有补脾之用,半夏、石菖蒲为辛味,有泻脾之用,黄芩、防己为苦味,有燥脾之用,脾土用药以补脾为主;贝母、麦冬、五味子为酸味,以补肺为主,肺金用药以补肺为主;牛膝为苦味,有补肾之用,肾水用药以补肾为主。因各脏腑用药以补味为主,故箭头方向为顺时针方向,即补味方向。

根据患者未改善症状,药师建议处方结构应以酸味药为主,甘、辛为辅。医师采纳建议,将处方结构调整“七酸三甘三辛一苦”(见图4)。方中选用酸味药白芍、麦冬、酒萸肉、木瓜、龙骨、牡蛎、葛根泻肝以柔肝舒筋、熄风止痉,配合甘味药天麻缓肝以平肝熄风,辛味药柴胡、桂枝、巴戟天补肝以疏肝通经、强筋壮骨,诸药合用,共同缓解患者肢麻、腿颤、项强、头木等肝木实证,缓解患者长期病痛所致情绪不舒。再加甘味药党参、白术补脾以补气健脾,苦味药黄芩燥脾以清热燥湿,缓解患者神疲乏力之症。此方用药以酸为主,辅以辛、甘、苦,根据箭头方向可知,本次处方以泻肝补脾为主。此外,方中酸味药麦冬、酒萸肉、龙骨、牡蛎兼能补

肺,以养阴润肺、收敛固涩,兼治患者口干、汗出、尿频之症。调方后,全方以酸味泻肝为主,辅以甘味、辛味防泻味太过,少量佐以苦味以燥脾,主治肝木实证,兼补脾肺虚证。从临床症状来看,患者服药5 d后,肢麻、腿颤、项强、头木、汗出等症状明显改善,眉头舒展,叹气频率明显减少,言语轻快,情绪明显改善。图4中柴胡、桂枝、巴戟天为辛味,有补肝之用,白芍、麦冬、酒萸肉、木瓜、龙骨、牡蛎、葛根为酸味,有泻肝之用,肝木用药以泻肝为主,故箭头方向为逆时针方向,即泻味方向;党参、白术为甘味补脾之用,黄芩为苦味燥脾之用,脾土用药主以补脾为主,故箭头方向为顺时针方向,即补味方向。

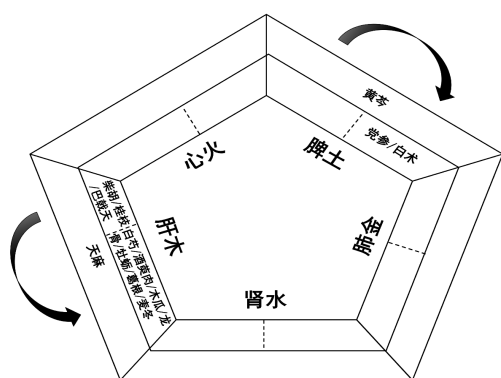


图4 中药复方汤剂的五味补泻原理示意图2

Fig. 4 Schematic diagram 2 of the five-flavor reinforcing-reducing principles of TCM compound decoction

调整用药后,患者主要症状好转,病情平稳,准备出院,但口干、小便频症状改善不明显,考虑到心与小肠相表里,药师建议增加少量咸味药以补心,进而改善患者尿频症状。同时,根据五味配伍化合理论,咸味与苦味配伍后可化酸,增强补肺泻肝的作用^[16],改善口干和尿频症状的同时进一步缓解肝木症状。医师采纳建议,于出院带药处方中增加旋覆花15 g。药师于患者出院后第8日进行电话回访,患者双下肢麻木无力、腿颤、口干、叹气等症状持续好转,间断性颈项僵硬、头木伴汗出发作频次明显减少,睡眠状况改善,睡眠时间延长。

4 讨论

药学监护是临床药师的核心工作之一,是保证患者合理用药的重要途径,其主要内容包括用药方案设计、疗效追踪、药品不良反应防控、治疗过程管理、依从性优化、检测结果解读等6个方面^[17]。由于中药临床应用的指导理论的特殊性,使中药临床药师在评估处方的方证契合度与配伍合理性方面存在瓶颈,难以形成标准化评价体系。这导致中药临床药师在参与临床决策时缺乏客观依据,使得中药临床药学监护多局限于基础用药指导(如监测药品不良反应、患者用药教育等)。“汤液经法图”理论体系为这一瓶颈的突破提供可能。本课题组前期研究结果表明,“汤液经法图”理论体系一方面能解析复方配伍原理,建立“病症-药味-药

性”关联模型,为方证契合度与配伍合理性评价提供可量化框架,从而使中药饮片处方点评科学化;另一方面,依托五脏虚实辨证与五味补泻治疗体系,构建与传统诊疗互补的决策路径,使中药临床药师能够基于中药药性理论优势提出优化方案,实现从用药指导到参与治疗方案设计的转化。

参考文献

- [1] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社, 2018:399-400.
- [2] 于勇刚,杨改琴,李婷婷,等. 近五年中医药治疗多发性神经病研究概况[J]. 亚太传统医药,2022,18(8):227-231.
- [3] 王晓苗,陈红霞,童萌萌,等. 多发性神经炎的中西医研究进展[J]. 新疆中医药,2018,36(5):141-144.
- [4] 姚明,康吉云,李昊洋,等. 我国药学监护领域研究现状及趋势的可视化分析[J]. 数理医药学杂志,2025,38(1):16-26.
- [5] 薛春苗,曹俊岭. 中药临床药师培训面临的难题及解决措施探索[J]. 中南药学,2019,17(11):1972-1975.
- [6] 金锐.“汤液经法图”系列研究之一:汤液经法图的来历、内容与应用[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2020,22(8):2954-2960.
- [7] 金锐.“汤液经法图”系列研究之二:基于五味补泻理论的10首经方配伍原理解析[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2020,22(8):2961-2968.
- [8] 王宇光,金锐.“汤液经法图”系列研究之三:25味药精五行属性内涵的探索性研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2021,23(2):385-390.
- [9] 齐明月,夏亚楠,郭红叶,等. 运用“汤液经法图”理论对1例胃痞病湿热内蕴证患者的药学监护[J]. 中国医院药学杂志,2025,45(13):1560-1564.
- [10] 杨寿圆,龚宗玉,王华阳,等. 运用《辅行诀》所载“汤液经法图”理论开展中药汤剂治疗消渴病的药学监护1例[J]. 医药导报,2023,42(4):496-502.
- [11] 于琪,郭红叶,高婷婷,等. 运用《辅行诀》所载“汤液经法图”理论开展中药治疗痹证的药学监护及干预1例[J]. 中南药学,2024,22(3):592-597.
- [12] 罗春梅,郭晓龙,吴立旗,等. 中药临床药师参与1例肾上腺危象患者的中西联合药学监护实践[J]. 中南药学,2025,23(2):563-568.
- [13] 白亚娟. 临床症状积分表在糖尿病周围神经病变筛查中的价值研究[D]. 杭州:浙江中医药大学,2015.
- [14] 金锐,李凡.《辅行诀》所载“汤液经法图”蕴含的中药药性理论新内容探析[J]. 医药导报,2023,42(4):479-483.
- [15] 陶弘景. 辅行诀五藏用药法要传承集[M]. 张大昌,钱超尘,主编. 北京:学苑出版社,2008:3-21.
- [16] 金锐,方子寒,朱贺,等.“汤液经法图”五味化合理论的数学模型分析[J]. 中国实验方剂学杂志,2021,27(20):191-199.
- [17] 侯文婧,沈素,温爱萍,等. 药学监护标准制订与解析[J]. 医药导报,2022,41(10):1445-1448.

(收稿日期:2025-06-20;修回日期:2025-09-27)