

本文引用: 刘如歌, 智若愚, 刘韩彬, 王家慧, 卫佳豪, 张杰, 柳雪影, 杨俊红. 基于“三阴三阳开阖枢”理论辨析重症肌无力[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(5): 927-932.

基于“三阴三阳开阖枢”理论辨析重症肌无力

刘如歌^{1,2}, 智若愚³, 刘韩彬^{1,2}, 王家慧^{1,2}, 卫佳豪^{1,2}, 张杰^{1,2}, 柳雪影^{1,2}, 杨俊红^{1*}

1.河南中医药大学第一附属医院脑病科,河南 郑州 450000; 2.河南中医药大学第一临床医学院,河南 郑州 450046;
3.河南中医药大学中医学学院,河南 郑州 450046

[摘要] 重症肌无力(MG)属于中医学“痿证”范畴,中医药治疗MG成效显著,预后良好。现代医学认为,MG是一种难治性自身免疫性疾病,目前缺少有效的根治方法。历代医家对MG的辨治多从脏腑辨证体系展开,但较少将其纳入三阴三阳六经辨治体系进行探讨。“三阴三阳开阖枢”理论首载于《黄帝内经》,其核心在于:若开阖枢功能正常,则气机升降出入有序,阴阳气化得以平衡;若开阖枢功能失司,则阴阳升降出入失调,气血经络阻滞,导致疾病发生。以“三阴三阳开阖枢”理论为指导,对MG的病机及治疗进行探析,以期拓宽本病的治疗思路。

[关键词] 重症肌无力;三阴三阳;开阖枢理论;黄帝内经;痿证;六经辨证;阴阳气化

[中图分类号]R255 **[文献标志码]**A **[文章编号]**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.05.021

Analysis of myasthenia gravis based on the "opening-closing-pivoting theory of three yin and three yang"

LIU Ruge^{1,2}, ZHI Ruoyu³, LIU Hanbin^{1,2}, WANG Jiahui^{1,2}, WEI Jiahao^{1,2}, ZHANG Jie^{1,2},
LIU Xueying^{1,2}, YANG Junhong^{1*}

1. Department of Encephalopathy, The First Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan 450000, China; 2. The First Clinical Medical College, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan 450046, China;
3. Chinese Medicine College, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan 450046, China

[Abstract] Myasthenia gravis (MG) falls under the category of "wei-flaccidity pattern" in Chinese medicine. TCM treatment of MG has demonstrated remarkable efficacy and favorable prognosis. While modern medicine believes that MG is a refractory autoimmune disease, and there is no effective cure. Throughout history, many TCM practitioners have approached the differentiation and treatment of MG primarily from the perspective of visceral pattern identification systems, but rarely included it in the three yin and three yang pattern identification of six meridians system for discussion. The "opening-closing-pivoting theory of three yin and three yang" was first recorded in the *Huang Di Nei Jing (Huangdi's Classic of Medicine)*. Its core lies in that if the opening-closing-pivoting function is normal, the qi movement of ascending, descending, entering, and exiting can be maintained, and the qi transformation of yin and yang can be balanced. MG can be caused by the dysfunction of the opening-closing-pivoting function, the imbalance of yin and yang to ascend, descend, enter, and exit, and the obstruction of qi, blood, and meridians. In this paper, the pathogenesis and treatment of MG are analyzed under the guidance of the "opening-closing-pivoting theory of three yin and three yang", in order to broaden the treatment of this disease.

[收稿日期]2025-04-23

[基金项目]国家重大疑难疾病中西医临床协作项目(国中医药综合函[2023]250号);河南省重点研发与推广专项科技攻关项目(232102311196);河南省中医学“双一流”创建科学研究专项课题(HSRP-DFCTCM-2023-1-27)。

[通信作者]* 杨俊红,女,博士,主任医师,硕士研究生导师,E-mail:13838119371@163.com。

[Keywords] myasthenia gravis; three yin and three yang; opening-closing-pivoting theory; *Huang Di Nei Jing (Huangdi's Classic of Medicine)*; wei-flaccidity pattern; pattern identification of six meridians; qi transformation of yin and yang

重症肌无力(myasthenia gravis, MG)是一种主要由乙酰胆碱受体抗体介导的神经-肌肉接头处传递功能障碍的难治性自身免疫性疾病^[1]。2018年, MG 已被纳入中国第一批罕见病名录^[2],但缺乏根治方法。据流行病学显示,我国 MG 的发病率为 0.68/10 万,女性发病率较高,呼吸衰竭是其首位死亡原因^[3]。MG 的临床特征是眼睑下垂、骨骼肌无力、吞咽困难、饮水呛咳、构音困难、晨轻暮重,属于中医学“痿证”“睑废”“肉极”等范畴。

“三阴三阳开阖枢”理论首载于《黄帝内经》,三阴之开阖枢反映阴气的气化运动,三阳之开阖枢反映阳气的气化运动。开阖枢功能失司,阴阳升降出入失调,气血经络不通,可发为 MG。历代众医家多通过脏腑辨证论治 MG,很少从三阴三阳六经体系的角度去认识。故以“三阴三阳开阖枢”理论为指导,对 MG 的病机及治疗进行探讨,以期拓宽 MG 的治疗思路。

1 “三阴三阳开阖枢”理论源流

“三阴三阳开阖枢”这一理论源自《素问·阴阳离合论篇》,正如文中阐述,在三阳的离合关系中,太阳主“开”,阳明主“阖”,少阳主“枢”。同样地,在三阴的离合关系里,太阴代表“开”,厥阴象征“阖”,而少阴则担任“枢”的功能^[4]。“开”指开达向外的作用,“阖”为贮藏向里的功能,“枢”指枢纽作用。《素问·天元纪大论篇》言:“阴阳之气各有多少,故曰三阴三阳也。”即因阴阳二气有盛衰之异,遂分三阴三阳之属;而三阴三阳既立,其气性升降出入各有侧重,是以衍生开阖枢之论。六经开阖枢是三阴三阳气之盛衰的表达,是气机升降出入的具体表现形式。

历代医家将“三阴三阳开阖枢”理论用于解释疾病的变化,并指导临床治疗。唐代王冰认为,三阴三阳经气因阴阳盛衰之异而有太少之分,其开阖枢功能亦随之变化。明代张景岳则从气运行于表里的位置论述,认为:太阳、太阴为三阳、三阴之表,主导着“开”的功能,即主外;阳明、厥阴为三阳、三阴之里,承担着“阖”的职责,即主内;少阳、少阴为三阳、三阴表里之间,为“枢”可出可入^[5]。明代吴崑将三阴开阖枢与所属之脏配对。清代黄元御提出“一气周流”学说,认为气的升降出入以开阖枢的形式为表现^[6]。《伤寒论》中的六经辨证体系是对《内经》“三阴三阳开

阖枢”理论的传承发展,伤寒的六经病是由三阴三阳开阖枢失常而产生的 6 种病理状态。唐宗海通过分析太阳经与膀胱、阳明经与胃、少阳经与胆的形气关联,论证了六经开阖枢功能以脏腑经络为生理基础的观点^[7]。杨伟勋以开阖枢来表达脏腑经络气化后的功能状态,如肺与膀胱相通,手太阴肺主皮毛,足太阳膀胱为一身巨阳,二者共同开而卫外等^[8]。开阖枢中任一机能失司,都会使人体阴阳之气升降失序,气血运行失常,引发各类疾病。“三阴三阳开阖枢”理论经过历代发展而日趋完善,形成以脏腑、经络、气化为核心的统一体。

2 “三阴三阳开阖枢”理论与 MG 发病的相关性

2.1 太阴主开失司

凡气血津液的布达,均为太阴所司,故太阴主开。太阴为开的功能主要包含两方面,一是足太阴脾运化水谷,布达至全身。《素问·经脉别论篇》云:“饮入于胃,游溢精气。”水液进入胃部后,其精微之气游溢而出,上升至脾。脾气散精,进一步上输于肺,通过肺的调节作用下输膀胱。如此,水谷中的精微物质输布全身,全赖于脾气升清之功。二是手太阴肺通调水道,宣降气机。当太阴主“开”正常时,才能调节肺中清气与脾胃上输之水谷精微共同生成营卫之气,周流一身。

若太阴开机失职,正如《灵枢·根结》所说“故开折则仓廩无所输……气不足而生病也”。脾气主升,为气血生化之源,主四肢肌肉。眼睑为肉轮,属脾。若脾气健运,眼睑正常上启,四肢有力;若脾气虚弱,肢体失养,临床表现为上睑下垂、肌肉痿废、倦怠懒言,动则加剧。国医大师邓铁涛认为, MG 的关键病机是脾胃虚损^[9]。MG 危象指呼吸肌无力导致的急危状态。肺主气,司呼吸,手太阴肺“开”的机能失调,大气下陷,导致危象。肺主皮毛,外邪侵袭,肺先受之。《素问·痿论篇》云:“肺热叶焦。”若肺燥或感受湿热之邪,失其宣降,五体失养,亦可导致痿证,可见肌肉无力伴有皮肤干燥、咳嗽咯痰等^[10]。

2.2 厥阴阖机失职

手厥阴心包经和足厥阴肝经各自主藏上下焦阴气,促使血脉潜行,因此,厥阴被视为“阖”的状态。《素问·六节藏象论篇》云:“肝者,罢极之本。”肝脏是人体从疲劳中恢复的根本。《素问·六节藏象论篇》又

云：“其华在爪，其充在筋。”肝血充足，筋得其养，才能灵活有力。《素问·五脏生成篇》云：“人卧血归于肝，肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄。”当人平卧时，肝藏血功能正常，血液储存于肝中。人体的正常活动，需在肝血的濡养下完成。

手厥阴心包经之募穴为膻中。膻中为臣使之官，促使人产生喜悦的情绪，若厥阴主阖失司则善悲。MG患者病程长，易反复，多伴有抑郁焦虑的情绪^[1]。厥阴主筋，筋不束骨节而摇动不止。肝开窍于目，肝血不足，经筋不用，眼睑缓纵而下垂，精血不能上承于目，亦是复视出现的原因。《素问·脏气法时论篇》云：“肝病者平旦慧，下晡甚。”肝病者，平旦证候多减，日晡病势易增。晨起时由于厥阴阖机不利，肝血虚不能荣筋而发生波动性无力，卧床休息后血海得到补充则病情缓解，这与MG晨轻暮重的特点一致。女性MG患者月经期症状加重，更证实了肝血不足对MG发病的影响。

2.3 少阴枢机不利

少阴主骨，骨气有损而肉节内败。手少阴心主血脉，足少阴肾主行津液，心肾二经之间水火既济，故少阴为阴阳转化的枢纽。

肾阳为命门之火，若少阴肾主枢失司，先天不足，命门火衰，则无法发挥先天资助后天的作用，脾阳受累，肌肉软弱，发于上睑则见下垂。少阴枢机失常亦与吞咽言语功能障碍相关。《灵枢·经脉》曰：“肾足少阴之脉……循喉咙，挟舌本。”故肾经受损会影响咀嚼、吞咽和发音功能。若饮食不节，脾阳虚衰，后天无以滋养先天，亦会累及肾阳，表现为MG脾肾两虚证，症见肌肉无力、腰膝酸软、畏寒怕冷、小便清长、大便溏、舌淡苔白、脉沉细。肾脏与督脉相连，而督脉作为阳脉之海，统领所有阳经，主导全身阳气^[2]。若肾中元阴、元阳不充，则督阳不振，统摄失职，造成四肢痿废、颈软头倾，五脏六腑功能均受影响。

2.4 阳明主阖失司

阳明主阖，通过足阳明胃经与手阳明大肠经的阖降功能，促进阳气沉降、温煦脏腑、气血生化及水液代谢。胃收纳的水谷，受盛于大小肠，共同完成化生气血的过程。阳明充盛则气血能经阳明散于四肢，濡养肌肉。

阳明亦主润宗筋，故与MG的发病密切相关。若阳明失阖，通降失职，一则阳气浮越，外散不收，可见面部潮红、头目眩晕；二则胃肠逆乱，胃肠之气易与燥热相争，表现为腹胀便秘或溏泄不调，邪热炽盛亦

耗气伤血；三则气血生化乏源，宗筋失润，肌肉失养，致四肢痿软、咀嚼无力等^[3]。《灵枢·根结》曰：“阳明为合……阖折气无所止息而痿疾起矣，故痿疾者，取之阳明。”故阳明阖机失常，气失摄纳而经筋约束无力，如眼肌型MG患者表现为眼睑下垂、复视等症。经脉所过，病之所及，阳明经病变也可直接导致经络循行部位痿废不用。此外，阳明旺于申时，MG患者常出现午后症状逐渐加重的节律性特征，大肠传导失常还可影响肺气宣降，导致咳嗽无力甚至呼吸衰竭的危象。

2.5 少阳枢转不畅

少阳居半表半里，枢转表里之气，为气机升降之枢纽。少阳气血交接自太阳，转输于阳明，其枢转功能由足少阳胆经与手少阳三焦经协同完成，促进太阳与阳明气血的交接。胆主疏泄，调节情志与胆汁排泄。三焦为“决渎之官”，通调水道、布散津液。少阳枢机通利则阴阳平调，使气血津液在机体内运行有序。《灵枢·根结》曰：“枢折，即骨繇而不安于地。”揭示了少阳枢机不利时，筋脉失于气血濡养而出现肢体痿废不用等症的病机。若少阳枢转失常，其一，经气郁滞、胆火上炎，可见胸胁胀满、口苦咽干、目眩耳鸣，甚则寒热往来；其二，气机逆乱影响神明，出现情绪抑郁或烦躁不安^[4]；其三，三焦气化失职致水液代谢障碍，表现为头面虚浮、肢体肿胀；其四，宗气运行受阻，则气短乏力、语声低微，甚则出现呼吸肌无力的危象。三焦统摄气机，若三焦气化失常则影响宗气运行。张锡纯在《医学衷中参西录·医论》中提到，宗气可“撑持全身，人体官骸动作”，对四肢百骸的充养至关重要。宗气对胸腺有充实和调节作用。若宗气不足，实邪易趁虚而入，形成痰湿等病理因素，瘀结于胸，易形成胸腺瘤，导致脏腑肌肉失养，则发为MG。临床中，常见MG患者伴发胸腺增生或胸腺瘤^[5]。其眼睑下垂、咀嚼无力等症状易受情绪波动的影响而加重，形成“虚-瘀-毒”互结的病理状态，这与少阳枢机不利导致的气血周流失序密切相关。

2.6 太阳开机不利

太阳主开，通过足太阳膀胱经与手太阳小肠经共同完成阳气宣发、卫外御邪及津液代谢的功能。足太阳膀胱经上达头面，下至足掌，为诸阳主气。营卫之气一部分以太阳经脉作为管道，护卫体表、滋润腠理，另一部分释放至膀胱以助气化，至小肠受盛化物而泌别清浊。

《灵枢·根结》载：“开折则肉节渎而暴病起矣，故暴病者取之太阳。”太阳开机不利时，一者，卫阳不

固,腠理疏松,若遇风寒外袭,客于上睑经筋,可突发眼睑下垂、复视。临床中,MG患者常因外感而诱发或加重病情。《诸病源候论·目病诸候》中记载了“睚目”和“侵风”这两种病症,认为眼睑下垂是由于卫气不足、外邪侵袭眼睑所致。眼部经筋不用,发为眼肌型MG。二者,因手太阳小肠经泌别清浊失职导致水液代谢障碍,可表现为大便稀溏、小便不利或夜尿增多。若小肠经阳气不升、清阳不展,则出现头目昏沉、视物模糊等症状。三者,由于营卫不和,阳气升发不足,晨起时眼肌疲劳加重,遇寒则四肢痿软更剧。如《灵枢·经筋》言:“太阳为目上纲。”纲,为约束目睫之经筋。阳跷脉出于足太阳经,司目之开启。若阳跷虚衰,无法正常开目,也可出现眼睑下垂。

3 基于“三阴三阳开阖枢”理论治疗MG

3.1 开太阴

脾胃虚损是MG的核心病机之一。气血虚弱,风邪首先犯肺,肺气宣降失常,热盛津伤,肌肉失养,故治疗MG应标本同治,兼顾补中益气 and 清泻肺热。

当前临床治疗中,针对MG的辨治大多采用补法,或是补脾益肾,或是益气升清,而对于“清泻肺热”这一治法并未得到广泛运用。对于肺热叶焦之痿证,宜采用清燥救肺汤加减治疗,该疗法既能治疗MG患者脾肺气虚的根本问题,又能应对郁热阻肺的表象,实现标本兼治。在孙思邈所创治疗肉极的方剂中,多以石膏、黄芩为主药,麻黄为辅药,宣肺透热^[16]。邓铁涛教授遵循补脾的原则,自拟强肌健力饮治疗MG,效果显著^[17]。MG患者由于病程长、易反复,临床表现通常比较复杂,临床辨证以脾胃为本的同时,还需兼顾其他脏腑、兼证,标本同治^[18]。

3.2 阖厥阴

《素问·脉要精微论篇》言:“肝开窍于目,肝受邪,故闷瞤。”多数MG患者首发症状为眼睑下垂、复视,可见足厥阴肝对MG眼部症状的影响。若肝之气血亏虚,则“筋急而爪枯”,导致肌肉痿废。

MG患者以虚为本,肝虚血海不足,不能充分濡润筋脉。肾为肝母,在补肝养血的同时,还应该同调肝肾。病程迁延不愈,长期抑郁,肝气不畅,MG患者常合并抑郁状态,肝主筋的生理功能也受到影响,则四肢不利。肝木过旺克制脾土,会加重MG脾虚的症状。王跃强等^[19]通过数据挖掘治疗MG的处方,一组核心组合即是逍遥散,在健脾益气方中加入陈皮、木香、白芍等疏肝木、养肝阴之药,有利于气机调畅。现代医学也证实了MG与肝的相关性,有研究报道,

继发于自身免疫性肝病的MG案例,可能与免疫紊乱有关^[20]。因此,MG患者在补脾的基础上施以养肝清肝等治法,有助于提高疗效^[21]。

3.3 和畅少阴枢机

少阴肾阳不足,难以温养后天之本,易导致脾阳虚衰,表现为四肢肌肉无力、腰背酸软、畏寒怕冷、小便清长、舌淡苔白、脉沉细。治疗时,以温补脾肾为核心,选用补中益气汤为基础方,酌情选用淡附片、淫羊藿、巴戟天等温补肾阳药。《灵枢·根结》载:“少阴根于涌泉,结于廉泉。”针对吞咽言语不利,针灸治疗常从足少阴肾经考虑,取廉泉局部、舌下络脉金津玉液以及太溪、照海、复溜、涌泉等穴。

少阴枢机不利,入夜则血不归于肝,使心血不得养,变生痿证。在临床中,MG患者常出现失眠、心悸等症状,可选柴胡汤类方加减以疏肝,同时可加用茯神、酸枣仁、远志、龙眼肉和首乌藤等中药以养血安神。

3.4 阖阳明

阳明阖机功能不利亦可导致经脉所过部位的痿废不用。《素问·痿论篇》云:“治痿独取阳明。”MG的治疗常选用补中益气汤和参苓白术散加减。其中,黄芪补中益气,人参补脾益肺;升麻与柴胡搭配使用,能够提升清气;白术、白扁豆、薏苡仁具有健脾祛湿的功效;陈皮、半夏共同发挥理气燥湿作用;当归补血活血;桔梗引药上行。

阳明经为多气多血之经,可濡养五脏六腑、筋骨肌肤,对痿证治疗至关重要。针刺可选用足阳明胃经穴位,如双侧足三里、丰隆,采用提插补法。肺热津伤者,配尺泽以清肺保津;湿热壅盛者,配内庭以祛湿清热;脾胃虚寒者,艾灸中脘以和胃健脾;肝肾阴虚者,配太溪以滋阴益肾。MG以气血虚为本,虚热、水湿为标,治疗时以阳明为纲,随证加减,方能提高疗效^[22]。

3.5 畅通少阳枢机

三焦宗气大虚可引起痿证,从宗气统摄三焦角度来看,临床治疗当以疏通三焦、调畅气机为主,在补和行的基础上兼具通与调,使气机升降出入有序,气机得通,则壅滞渐消,病势乃缓。若宗气虚陷,则用升陷汤、补中益气汤等;若有痰饮,可用二陈汤、苓桂术甘汤等;若有瘀血,可用血府逐瘀汤、桃红四物汤等;若有气郁,可用柴胡疏肝散等。张锡纯提出了补、涩、升、引、通的五位一体宗气调补原则,以升陷汤为基础方加人参、山茱萸治疗痿证。疏通三焦,一则可令气充而血行,气煦而血濡,全身气血得充;二则可

防气之涣散,以充实筋脉;三则令精神振作,脑力敏捷,感觉灵敏,体力充沛,从而使四肢肌肉运动如常。针刺少阳经穴位能针对性地刺激肌群,有效改善MG患者的症状。

3.6 开太阳

外感风寒为眼肌型MG的诱发因素之一,预防外感为其调护要点。MG患者正气虚弱,卫外不力,感受风寒,正邪相争,营卫失调,导致太阳经脉不畅,出现眼睑下垂,故以散寒通络为治法,可选用桂枝葛根汤加减。针灸足太阳经筋走行部位,调和局部气血以助眼睑提升。太阳枢机不利,首先疏风解表、温通阳气,才能气血充盈,畅通枢机。

4 验案举隅

患者,男,41岁,2024年2月12日初诊。主诉:右眼睑下垂1个月余。患者自诉1个月余前外感后出现右眼睑下垂,晨轻暮重,严重影响工作。于当地医院查新斯的明试验阳性,血清抗乙酰胆碱受体抗体检测值为5.146 nmol/L(参考值: <0.400 nmol/L),结合肌电图检查示右眼轮匝肌重复衰减试验(低频)阳性,确诊为MG。予以口服溴吡斯地明片治疗,每次60 mg,每日3次,初服有效,近来效果变差,遂至河南中医药大学第一附属医院脑病科门诊就诊。刻下症:右侧眼睑下垂,睁眼费力,偶有视物重影,渐感双下肢乏力,行走稍长距离需休息,神疲乏力,少气懒言,食后腹胀,情绪焦虑,多梦易醒,大便溏薄,日行2~3次。舌淡胖,边有齿痕,苔白腻,脉沉细。平素易感冒,否认家族遗传病史。西医诊断:重症肌无力。中医诊断:痿证(肝郁脾虚兼加痰湿证)。治以健脾疏肝,祛湿化痰,调和枢机。处方:黄芪30 g,党参15 g,炒白术15 g,茯苓15 g,桂枝12 g,防风10 g,续断10 g,枸杞子15 g,北柴胡10 g,升麻9 g,黄芩6 g,陈皮6 g,炙甘草6 g。14剂,每日1剂,分2次温服。并配合2周针刺治疗,选穴:睛明(右侧)、攒竹(右侧)、鱼腰(右侧)、阳白(右侧)、支沟(双侧)、足三里(双侧)、三阴交(双侧)、太溪(双侧),每周2次,平补平泻,每次留针30 min。

2024年2月26日二诊。患者右眼睑下垂症状减轻,自诉食欲增加,腹胀较前好转,大便不成形,日2次,睡眠仍差,眠浅易醒。舌淡红,苔白腻,脉沉细。上方加首乌藤10 g,继服14剂,服法同前。针刺治疗同前。

2024年3月13日三诊。患者右眼睑基本恢复正常,睁眼双侧睑裂等大,无视物重影,自诉下肢乏

力较前明显减轻,可长时间行走,纳眠尚可,大便成形,日2次。舌淡红,苔薄白,脉沉细。为巩固疗效,嘱患者继服上方调理1个月,并定期复诊。随访3个月,患者病情未复发。

按:患者长期工作劳累,饮食失节,损伤脾胃,足太阴脾经运化失职,其“开”功能失常,气血生化无源,不能输布水谷精微滋养肌肉,遂出现睁眼费力、下肢乏力、腹胀便溏等症。患者易感冒,太阳经卫气不固,肌表失于护卫,外邪易侵,加重病情。少阴枢机不利,阳气不足,无力温煦周身,表现为神疲乏力、少气懒言。且患者情志不舒,少阳枢机不利,气机升降出入不畅,影响全身气血脏腑的功能。四诊合参,西医诊断为重症肌无力,中医诊断为痿证,辨为肝郁脾虚兼加痰湿证。治以健脾祛湿、疏肝理气为法,方以补中益气汤加减。方中黄芪为君药,其性甘温,重用可大补脾肺之气,升阳举陷,针对患者脾虚气陷之根本病机。党参、炒白术、茯苓为臣药,补气健脾,促进太阴经运化,资气血生化之源,增运化水湿之功。桂枝、防风、续断、枸杞子、升麻、北柴胡、黄芩、陈皮共为佐药,其中:桂枝、防风、升麻助太阳经卫气开阖,固表御邪;枸杞子滋补肝肾之阴,与少量续断温阳相伍,调节少阴经阴阳平衡,恢复其枢机;北柴胡、黄芩和解少阳,陈皮调理少阳枢机,共使气机通畅。炙甘草为使药,其味甘性平,调和诸药。针药协同,太阳经选睛明、攒竹,能振奋太阳经气,配伍鱼腰,通调眼部气血,改善眼部症状;阳明经选足三里,健运脾胃,补益气血,恢复阳明经“阖”功能,充养肌肉;少阳经取阳白、支沟,调节眼部局部经气,改善眼睑下垂症状,还可理气宽胸,通调少阳枢机,调畅情志;太阴经选三阴交,健脾利湿,调和气血,促进气血运化;少阴经选太溪,补肾填精,恢复少阴经枢机。二诊时,患者眼睑下垂减轻、腹胀改善,提示足太阴脾经运化功能渐复,太阳经卫气固护及少阳枢机调畅初显成效,但仍有睡眠差、大便不成形,反映少阴枢机未全复,且痰湿余邪未净。故在原方基础上加首乌藤,其味甘性平,入心经,功善养血安神、通络止痛,助少阴心肾相交以宁心安神。针灸治疗守原穴,通过振奋太阳经气、调和少阳枢机,达到气机平衡状态。三诊时,患者诸症显著改善,眼睑开合正常、下肢肌力恢复、二便调畅,开阖枢功能趋于协调,太阴脾经“开”机复常,少阳、少阴枢机通畅,阴阳调和,厥阴“阖”而血能内藏,心神得养。此时继用原方巩固,旨在通过健脾疏肝、调和枢机的作用,防止病邪复聚或枢机再度失调。纵观治疗全程,以调和开阖枢气机为法,既复

太阴脾经“开”机以生化气血、运化痰湿,又起到疏少阳、固太阳、调少阴以畅达气机、平衡阴阳之效。针药并用,经气与脏气同调,最终验证了“三阴三阳开阖枢”理论指导 MG 辨治的有效性,后期治疗充分体现了中医“随证治之”的动态辨证思路,获效显著。

5 结语

“三阴之开阖枢”反映阴气的气化运动,三阴通过少阴的枢转、太阴的转输、厥阴的内藏来实现气化和调。“三阳之开阖枢”则反映阳气的气化运动,其中,少阳枢转、阳明使阳气内蓄,太阳使阳气外达,共同作用于内外阳气周流复始。如此,开阖枢功能正常,升降出入才能维持,阴阳气化得以平衡。因此,开阖枢之间并非绝对独立,而是互根互用。

目前,论治 MG 多以脾肾为核心,但临床实践中 MG 患者常表现为多脏同病,故还应注重整体观念,辨证施治。以“三阴三阳开阖枢”理论为指导,通过经络和脏腑纵横相联,为 MG 的治疗提供了临证分经论治的新视角,或能更好改善临床症状,提高患者生活质量。然而,本研究仍存在一定局限性,目前缺乏大样本临床数据支撑,疗效评价尚需更严谨的科研设计。未来可开展多中心、大样本的临床研究,运用循证医学方法验证“三阴三阳开阖枢”理论指导 MG 治疗的有效性与安全性。通过理论创新与临床实践的深度融合,“三阴三阳开阖枢”理论有望为 MG 的防治提供更精准的辨经论治思路,提升中药治疗 MG 的临床价值。

参考文献

- [1] 常 婷, 李柱一. 中国重症肌无力研究进展近十年回顾与展望[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2022, 29(5): 349-355.
- [2] 国家卫生健康委员会, 科学技术部, 工业和信息化部, 等. 关于公布第一批罕见病目录的通知[EB/OL]. (2018-05-11)[2015-04-11]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengcekn2018-12/31/content_5435167.htm.
- [3] 常 婷. 中国重症肌无力诊断和治疗指南(2020 版)[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2021, 28(1): 1-12.
- [4] 金永日. 伤寒六经证治与经络[M]. 李 鼎, 审订. 福州: 福建科学技术出版社, 2011: 43.
- [5] 石雪晶. 基于六经“开阖枢”理论的《伤寒论》太阴病本证的文献研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2022.
- [6] 姚旭艺, 刘莘丽, 杨欣睿, 等. 基于“一气周流”理论论治湿疹[J]. 中国民族民间医药, 2024, 33(17): 78-80.
- [7] 唐宗海. 伤寒论浅注补正[M]. 刘智利, 点校. 天津: 天津科学技术出版社, 2010: 33.
- [8] 杨伟勋. 伤寒论中脏腑别通的理论探讨[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [9] 曾宇华, 区晓榆, 陈燕芬, 等. 从脾胃虚损论治重症肌无力合并无排卵性异常子宫出血[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(10): 2661-2665.
- [10] 付浩然, 熊卫标. 从“阳明燥金”理论阐述“治痿独取阳明”的病理机制[J]. 江西中医药大学学报, 2025, 37(1): 17-20.
- [11] 吴 雷, 张冬梅, 吕志国, 等. 伏邪与重症肌无力的发病关系探讨[J]. 吉林中医药, 2024, 44(6): 621-624.
- [12] 胡国恒, 李映辰, 邹 婷. 滋肾调肝汤治疗重症肌无力的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(3): 522-524.
- [13] 董 鑫, 陈馨雨. 《黄帝内经》“治痿独取阳明”理论探讨[J]. 江西中医药, 2025, 56(1): 18-20.
- [14] 吉晓晓, 崔 霞, 马 宁, 等. 基于“少阳为枢”理论探讨四逆散在儿科的临床运用[J]. 湖南中医药大学学报, 2024, 44(9): 1672-1676.
- [15] 陈柳伶, 谭舒婷, 包效燃, 等. 胸腺瘤相关重症肌无力患者瘤旁胸腺上皮细胞外泌体对 Treg 细胞功能的影响[J]. 广西医科大学学报, 2024, 41(7): 1056-1062.
- [16] 栾振先, 李绍旦, 杨明会. 从《千金方》探讨重症肌无力的中医辨治思路[J]. 环球中医药, 2021, 14(9): 1634-1637.
- [17] 孟令昊, 马厚芳, 彭思扬, 等. 基于形气神一体论探重症肌无力辨治思路[J]. 中医药学报, 2024, 52(9): 42-46.
- [18] 侯赛赛, 李燕梅, 时亚苹, 等. 基于《黄帝内经》理论探讨从脾胃论治重症肌无力[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(22): 6-8.
- [19] 王跃强, 蒋军林, 王智浩, 等. 基于数据挖掘的中医药治疗重症肌无力症状及用药规律分析[J]. 湖南中医杂志, 2022, 38(10): 51-56, 62.
- [20] SAKAE H, MAWATARI S, ODA K, et al. A case of autoimmune hepatitis with thymoma and myasthenia gravis[J]. Clinical Journal of Gastroenterology, 2022, 15(4): 765-770.
- [21] 王朝阳, 欧梦仙, 张怀楠. 张怀亮从肝论治重症肌无力经验[J]. 河南中医, 2019, 39(8): 1182-1185.
- [22] 刘小露, 张建立. 从“治痿独取阳明”论针刺治疗重症肌无力[J]. 山东中医杂志, 2012, 31(12): 908-909.

(本文编辑 匡静之)