

本文引用: 柳雪影, 刘韩彬, 刘如歌, 王家慧, 卫佳豪, 张 杰, 杨俊红. 基于益肾通督升阳法探讨重症肌无力的因机证治[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(9): 1723–1728.

基于益肾通督升阳法探讨重症肌无力的因机证治

柳雪影^{1,2}, 刘韩彬^{1,2}, 刘如歌^{1,2}, 王家慧^{1,2}, 卫佳豪^{1,2}, 张 杰^{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

〔摘要〕重症肌无力(MG)属于中医学“痿证”范畴,以肢体筋脉弛缓,肌肉痿废不用为特征。本文提出“益肾通督升阳”治疗方法,以“肾-督脉-阳气”轴为理论基础,构建“精盛髓-髓充督-督通阳-阳柔筋”的功能转化体系。该治法针对MG“本虚标实”的本质,即肾督阳虚精亏之本、督脉瘀阻之标,填精固本以补先天之损;通调督枢以畅阳气之道;升阳举陷以复清阳之布,在改善患者的疲劳无力感、畏寒肢冷、睑废、头倾等阳气不振、清阳不升相关症状方面具有独特治疗优势。益肾通督升阳法通过重建“精充-督畅-阳布”生理循环,恢复机体阴阳互济、气机周流之稳态。附验案 1 则,佐证内外协同增效作用。

〔关键词〕重症肌无力;痿证;督脉;益肾通督升阳;中医病因病机;证治规律

〔中图分类号〕R277.7

〔文献标志码〕A

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.09.019

Etiology, pathogenesis, pattern differentiation, and treatment of myasthenia gravis based on the method of tonifying the kidney, unblocking the Du meridian, and elevating yang

LIU Xueying^{1,2}, LIU Hanbin^{1,2}, LIU Ruge^{1,2}, WANG Jiahui^{1,2}, WEI Jiahao^{1,2}, ZHANG Jie^{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

〔Abstract〕Myasthenia gravis (MG) falls within the scope of "wei-flaccidity disorders" in Chinese Medicine, characterized by flaccid limbs and sinews as well as muscular atrophy and weakness with loss or impairment of functions. This paper introduces the therapeutic method of "tonifying the kidney, unblocking the Du meridian, and elevating yang." Based on the theoretical framework of the "kidney-Du meridian-yang qi" axis, a functional transformation system is constructed: "sufficient essence replenishes the marrow, abundant marrow nourishes the Du meridian, an unobstructed Du meridian ensures smooth flow of yang qi, and balanced yang qi harmonizes the sinews." This treatment targets MG's intrinsic nature of "deficiency in root with excess in manifestations," addressing both the root deficiency of the kidney, Du meridian, yang qi, and essence, as well as the manifestations of the Du meridian obstruction. The treatment focuses on replenishing essence and strengthening the body to restore congenital deficiency, regulating the Du meridian to unblock the flow of yang qi, and elevating yang and lifting the sinking middle qi to restore the distribution of clear yang. This approach demonstrates unique advantages in alleviating symptoms associated with yang qi deficiency and impaired clear yang qi circulation, such as fatigue, aversion to cold with cold limbs, drooping eyelid, and bowed head. By reconstructing the physiological cycle of "essence sufficiency-Du meridian unobstruction-yang qi distribution," the method of "

〔收稿日期〕2025-06-05

〔基金项目〕国家重大疑难疾病中西医结合临床协作项目(国中医药综合函〔2023〕250 号);河南省重点研发与推广专项(232102311196);河南中医药大学“双一流”创建工程中医学科项目(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:13838119731@163.com。

tonifying the kidney, unblocking the Du meridian, and elevating yang" restores the body's homeostasis of yin-yang interdependence and smooth qi circulation. A verified medical record is attached to demonstrate the synergistic internal-external therapeutic effects.

[**Keywords**] myasthenia gravis; wei-flaccidity disorders; the Du meridian; tonifying the kidney, unblocking the Du meridian, and elevating yang; Chinese medicine etiology and pathogenesis; pattern differentiation and treatment principle

重症肌无力(myasthenia gravis, MG)是一种神经肌肉接头(neuromuscular junction, NMJ)传递障碍引起的自身免疫性疾病,核心病理机制为乙酰胆碱受体(acetyl choline receptor, AChR)抗体介导的免疫攻击^[1-2]。MG 特征性表现为波动性骨骼肌无力,具有晨轻暮重及活动后加重的动态演变规律^[3]。目前,西医治疗策略以胆碱酯酶抑制剂为基础,联合免疫抑制剂、生物制剂及胸腺切除术^[4],可有效缓解症状,但存在激素依赖、耐药与复发风险,以及对免疫稳态修复有限等问题^[5]。MG 属于中医学“痿证”“睑废”范畴。《素问·痿论篇》提到“肾气热则腰脊不举……发为骨痿”,明确肾虚致痿的病机。《景岳全书·痿证》进一步提出“元气败伤,则精虚不能灌溉,血虚不能营养”,奠定肾精亏虚、督脉失养致痿的理论基础。《难经·二十九难》亦指出“督脉为病,脊强而厥”,与 MG 临床表现中的脊柱活动不利、畏寒等肾阳虚候相符^[6]。中医学认为,MG 病程中,肾精亏虚为本,病久易转为肾阳虚衰、督脉失养,阳气不升,成为疾病加重的关键环节^[7]。唐桂华等^[8]对 344 例 MG 患者的回顾性分析显示,中医证候学特征中脾肾阳虚证占比10.81%,提示“阳虚”在 MG 证型演变中占据重要地位。与传统的健脾益肾、补中益气等治法相比,与传统的健脾益肾、补中益气等治法相比,虽然各有侧重,但均认为“虚”是治疗上均以补虚为核心原则,通过调理脏腑功能恢复气血阴阳平衡;益肾通督升阳法在补虚基础上,将“督脉”纳入发病机制,通过“益肾-通督-升阳”的策略,实现对 MG “本虚标实”病机更全面覆盖,尤其在改善督脉瘀阻、阳气不振相关症状及适应病程动态变化方面优势显著。本文基于“益肾通督升阳”理论,从经典溯源、因机演变及证治规律 3 个层面,系统阐释 MG 的中医诊疗思路。

1 “益肾通督升阳”理论体系

1.1 肾-督脉-阳气轴结构基础

肾为轴心之本,《素问·六节藏象论篇》提出:“肾者主蛰,封藏之本,精之处也。”定肾藏精,为先天之本。《素问·阴阳应象大论篇》载“精化为气”,指出肾精为生阳化气之本,肾精充足则能化生肾气,温煦脏腑,推动阳气运行,构成阳气输布 of 原始动力^[9]。《难

经·三十六难》载:“命门者,诸神精之所舍,原气之所系也。”命门居两肾之间,水火之宅,乃肾阳蒸腾之枢,督脉发端于此。督脉为阳气通道,《素问·骨空论篇》载:“督脉者,起于少腹以下骨中央……贯脊属肾……上额交巅上,入络脑。”《奇经八脉考·督脉》载:“督乃阳脉之海,其脉起于肾下胞中。”督脉循行贯脊柱上行入脑,输布阳气至躯干四肢;督脉属肾络脑,沟通先天之本与髓海。阳气为动力枢纽^[10],《素问·生气通天论篇》载:“阳气者,精则养神,柔则养筋。”阳气上奉于脑,则养神司窍;外达四末,则柔筋充肌;温煦脏腑,可固护元气阳气周流,阴气无滞,自然百病不作。如《素问·生气通天论篇》言:“阴平阳秘,精神乃治。”综上,古代医籍从肾精、命门、督脉及阳气多角度揭示了“肾为先天之本、督为阳脉之海、阳气为生命活动之枢纽”的内在联系,为益肾通督升阳法的构建提供了理论依据。

1.2 肾-督脉-阳气轴生理功能

肾-督脉-阳气轴的功能以精-髓-阳气转化输布为核心。肾精化髓充督^[11],《素问·阴阳应象大论篇》曰:“肾生骨髓。”肾精化髓,经督脉属肾贯脊之径,充养脊柱为基础;《灵枢·海论》曰:“髓海有余,则轻劲多力。”《十四经发挥》曰:“督脉者……属阳脉之海也。”指出督脉总督诸阳,统摄十二经阳气,借背俞穴输注五脏六腑,成脏腑阳气之门户。清阳布散以柔养^[12],《素问·阴阳应象大论篇》指出:“清阳出上窍,浊阴出下窍;清阳发腠理,浊阴走五脏。”肾阳蒸腾之清气循督上达,一则实头面九窍司视、言、吞咽;二则温分肉充四肢主运动,达柔养筋窍,抗疲劳之功。此体系以精充督畅为体,阳气温煦为用,构建生命动力之本源。

2 从“益肾通督升阳”阐释 MG 中医病机

2.1 MG 病程早期——肾精亏虚,作强失司

MG 病程初期,以眼肌无力为主要表现,临床常见症见如睑下垂、复视,属单纯眼肌型为主,症状较轻^[13,13]。中医学认为,此期病本在于“肾精亏虚”,精不足则髓海失充,阳气乏力,清阳不升,阳不荣睑、阳不柔筋之象遂现。《素问·灵兰秘典论篇》曰:“肾者,作强之官,伎巧出焉。”肾精禀受先天,化生髓海,主骨生髓、通于脑,与筋骨运动密切相关。《素问·痿论篇》

亦指出:“肾主身之骨髓……肾气热则腰脊不举,骨枯而髓减,发为骨痿。”肾精亏损,髓减骨枯,阳失濡养,致使“作强失权”,筋肉失养而痿软无力^[14],形成早期“睑废”之候。《灵枢·海论》曰:“髓海不足,则脑转耳鸣,胫痠眩冒,懈怠安卧。”临床所见病态性疲劳、骨骼肌乏力正属此类。精虚难化阳气,蒸腾乏力,清阳不升于上,不能荣睑,则眼睑下垂、视物昏重;外不达肢体,筋脉失温养,则晨起轻,日暮加重,为阳气随天阳递减而力竭之候^[15],对应《灵枢·卫气行》“阳气者,昼则行于阳,夜则行于阴”之论。肾阳虚衰,纳气无权,《类证治裁·喘症论治》曰:“肾为气之根。”气不归元,摄纳失司,进一步可致膈肌乏力、呼吸浅促,甚则危象。若病久不愈,精虚日深,及至督脉失濡,痰瘀毒内伏,络脉闭阻,神经-肌肉之间传导失调,形成“督损髓伤”之证。此机制与现代医学揭示的AChR抗体介导的突触后膜损伤、阻断神经-肌肉信号传导具有病机同构性^[1],提示“肾精亏虚、阳气不达”与MG早期发病机制之间可建立理论关联。

2.2 MG 病势加重期——督脉瘀阻,阳气失布

病情发展至中期,患者常出现四肢无力、咀嚼无力、易疲劳等全身症状,提示病机已由初期“肾精亏虚”逐步演变为“本虚标实”之证。此期肾精日渐亏耗,阳气无以温煦,督脉失于濡养,气血运行不畅,痰浊瘀阻内生,阳气升布之势受阻,病情由“虚”转“实”,虚实错杂、寒热夹杂之象渐显^[16]。中医学认为,督脉为“阳脉之海”,主统诸阳,通行脊里,上通髓海,内属于脑,下络肾脏。督脉贯脊属肾,肾中命火温煦督阳,督阳循脊上巅,内濡髓海,外实腠理。说明督脉不仅承载阳气之升发,也是脑髓濡养、肢体运动的重要枢纽。《素问·调经论篇》云:“血气者喜温而恶寒,寒则泣而不能流。”肾阳衰惫,不能温煦经络,督脉失养则气血运行受阻,痰瘀内生,形成“督脉瘀阻”^[17]。阳气不达,筋失所养,导致肢体无力、肌肉迟缓、遇寒加重,呈“痿证”之候。临床可见脊柱僵硬、运动受限,甚则构音不清、吞咽呛咳等,均属阳气失布、清阳不升、浊阴不降之象^[18]。《素问·骨空论篇》云:“督脉为病,脊强反折。”此对应MG中期患者脊柱活动不利、姿势不稳、肌力减退等表现^[19]。由于督脉“阳经之枢”,一旦气血闭阻、阳气壅遏,三焦气化失司,清阳无由上达,浊阴难以下降,形成上下失调、升降乖戾之病理状态。具体而言,阳气失于上升,则头面失荣,出现眼睑下垂、复视等症;阳不布津液,津液失布于咽喉,咽中壅滞,致饮水呛

咳、发声不清^[20];阳气不展于四末,则四肢痿软、晨轻暮重,皆属“督脉不通,阳气不达”之临证体现。

2.3 MG 危象期——阳气不升,清窍失荣

MG发展至危象期,临床表现以吞咽困难、呼吸无力、语音模糊为主,严重者可出现呼吸肌麻痹、窒息,属病情最危重阶段。中医学认为,此阶段病机属“阳气败脱、清阳反陷”,为“虚中夹实、寒瘀互结”之极^[21]。本期病本在于肾阳大亏,宗气衰竭,阳失温华,气化无权。肾为“诸阳之本”,阳虚则水火既济之机失衡。《景岳全书·命门余义》言:“命门为元气之根,为水火之宅;五脏六腑之阴气,非此不能滋;五脏之阳气,非此不能发。”肾阳为命门真火,推动气化,鼓舞五脏六腑之阳。一则蒸腾无力,清阳难升,出现畏寒肢冷、四肢无力;二则筋脉失濡,肌肉萎弱,遇寒加重。《素问·生气通天论篇》言:“阳气者,精则养神,柔则养筋。”阳气温煦之力衰微,则筋失所养,发为“痿证”。督脉为阳经之海,通性脊里,上入脑窍,主一身之阳气布行。督脉,阳气输布之干道。若督脉闭阻、枢机不利,阳气壅遏于中,升降失司,则清阳不升,头面失荣,见眼睑下垂、复视、晨轻暮重等;浊阴不降,壅于上窍,出现咽中壅滞、吞咽呛咳、语音不清等延髓样表现^[22],正属“清阳不升、浊阴填窍”之征象。《素问·阴阳应象大论篇》指出:“清阳实四肢,浊阴归六腑。”若阳气失布,津液难达四末,则四肢痿软无力。宗气为呼吸之本,气化失司,《灵枢·刺节真邪》言:“宗气不下,脉中之血,凝而留止。”可致呼吸急促、憋闷胸满^[23];中焦失运,“脾不得禀水谷气,筋骨肌肉皆无气以生”,为疲劳进行性加重之根由^[24]。现代研究发现,MG患者常伴有线粒体氧化磷酸化效率下降、神经递质传递障碍^[24],提示阳气升发之力不足,与中医学“阳气不升、气化失司”理论具有对应关系。

2.4 “肾-督脉-阳气轴”与现代医学相关机制

从现代医学角度分析,“肾-督脉-阳气轴”可与MG多个病理机制建立功能性对应。其一,肾精亏虚与神经内分泌-免疫网络失衡。中医学“肾藏精、生髓、通于脑”与下丘脑-垂体-肾上腺(hypothalamic-pituitary-adrenal, HPA)轴功能具有共通性。HPA轴失调可致免疫耐受降低,诱发AChR抗体产生,触发自身免疫反应^[25],与“肾精不足、阳不温煦”相互印证。其二,督脉瘀阻与神经肌肉接头功能障碍。督脉主一身之阳,现代研究已证实,MG突触后膜AChR被抗体阻断,乙酰胆碱传递受限,导致神经信号传导中断^[26],体现“督脉闭阻、阳气不通、髓海失濡”之病机。其三,肾阳不足与线粒体能量代谢障碍。中医“阳

气推动温煦”相当于线粒体产生 ATP 维持细胞兴奋性的能力, MG 患者线粒体呼吸链活性降低, ATP 合成减少, 尤其在运动神经末梢与肌肉细胞中能量供应受限, 致使肌肉易疲劳、乏力等^[27], 符合“阳虚失煦、气化无权”之证候。综上, “肾-督脉-阳气轴”可从现代神经-免疫-代谢相关机制中找到功能对照, 为 MG 中医病机与治疗策略提供跨学科理论基础。

3 从“益肾通督升阳”构建 MG 辨证策略

3.1 益肾填精, 固本培元

MG 患者典型症状表现为骨骼肌易疲劳、反复发作, 尤以活动后症状加重为特征。中医学认为, 肾“主骨生髓”, 为“先天之本”, 精藏于肾, 精化为髓, 髓养筋骨。肾精亏虚, 则髓海空虚、筋骨失养, 导致肌肉无力、运动迟缓、易疲劳等“痿证”表现, 舌多见淡红或偏红, 苔薄或少苔, 脉细弱。MG 属慢性消耗性疾病, 久病入络, 易形成“精亏-气弱-血瘀”之病理演变, 进一步损及督脉阳气。督脉为“阳脉之海”, 循脊入脑, 贯穿于脊柱与中枢神经系统, 与肾精密切相关。《素问·灵兰秘典论篇》云: “肾者, 作强之官, 伎巧出焉。”肾精充足, 化生肾气, 可温煦脏腑, 推动阳气布达四肢; 反之, 肾精亏损则阳气不升, 督脉失于濡养, 阳不荣筋, 出现肢体痿软、肌力下降, 甚至晨轻暮重等表现。针对肾精亏虚证型, 取“精血同源”之理, 通过益肾填精补髓, 补先天以充养元气, 固本培元^[28]。常用龟鹿二仙胶合左归丸加减。方中鹿角胶、龟甲胶为血肉有情之品, 填补肾精, 修复先天亏损; 熟地黄为补肾阴之要药, 滋阴补肾、填精益髓; 山茱萸、山药合熟地黄协同增强补肾、固摄精气之力; 枸杞子、菟丝子滋补肝肾、调和阴阳; 川牛膝补肝肾、强筋骨, 引诸药直达下焦肾经。全方共奏滋阴补肾、填精益髓之功。舌见偏红少苔, 脉细或细数尤宜。若兼见倦怠嗜卧、语声低微、动则气短, 舌质淡胖、苔薄白, 脉沉细或弱, 属肾阳不足、元气虚衰, 可加黄芪、人参、附子等益气助阳之品, 以温补肾阳、振奋气机。若病久入络, 形成瘀阻, 症见麻木、刺痛, 舌有瘀斑、瘀点, 脉涩, 可加桃仁、红花、川芎等以活血化瘀、疏通络脉。此外, 可配合针刺、穴位贴敷等中医传统疗法, 选取命门、肾俞等补肾助阳穴位, 可进一步增强振奋肾阳, 调和阴阳, 促进气血运行, 增强疗效。

3.2 温通督脉, 化瘀涤痰

MG 病程迁延, 久病入络, 气血运行瘀滞, 易形成瘀血阻塞督脉, 阳气升发无权。加之肾阴、肾阳俱损, 温煦化生乏力, 易致寒凝血瘀, 痰湿内生, 进一步

加重督脉瘀滞, 致阳不通达、神气失司。舌质多见暗紫或有瘀斑、苔白腻或黄腻, 脉细涩或沉弦, 为寒瘀痰阻之象。督脉为“阳脉之海”, 贯脊入脑, 上通巅顶, 下络肾脏, 主一身之阳。瘀阻于督, 则阳气不升, 清阳不布于头面, 目失温养, 致睑下垂、视物模糊; 四肢失阳气温煦推动, 则肌肉痿软, 痿废不用; 宗气不足则肺失宣发, 可出现呼吸浅弱、言语无力。《素问·骨空论篇》中“督脉为病, 脊强反折”, 正反映寒痹阻阳经之病理机制^[29]。针对督脉瘀阻, “通督”旨在温通督脉, 化瘀涤痰, 临床常用身痛逐瘀汤加减, 以温经通脉、活血散瘀为主。方中桃仁、红花、川芎活血散瘀、疏通经脉; 当归、五灵脂、没药化瘀止痛、调和气血; 秦艽、羌活、牛膝、地龙通经活络, 引药力达四肢百骸; 香附、甘草理气兼助血行, 调和药性。全方共奏活血化瘀、通络止痛之效。若舌质暗、有瘀点, 脉涩者, 可配伍虫类药, 如全蝎、地龙之品搜剔络瘀; 兼痰湿壅滞、苔腻脉滑者, 可酌加胆南星、陈皮、半夏等燥湿化痰药, 以助通阳涤浊。配合督灸, 选取补肾通络药粉, 沿督脉循行施以温热刺激, 助激发阳气、破除经络阻滞。

3.3 升阳举陷, 燮理气机

MG 患者常见肌肉无力、气短乏力, 甚则呼吸无力, 尤以午后、劳累后加重。中医学认为, 此与阳气不升、气机失调密切相关。其一, 肾阳虚衰, 推动、激发、温煦功能减弱, 阳气不足以濡养筋脉; 其二, 督脉瘀阻, 阳气运行不畅, 不能达于四肢百骸; 其三, 气机失调, 脾虚清阳不升, 肺脾两虚, 宗气不足, 升降失常。《灵枢·邪客》云: “宗气积于胸中, 出于喉咙, 以贯心脉, 而行呼吸焉。”宗气虚弱, 气血运化无权, 呼吸肌于骨骼肌失养, 致痿软无力。舌象多见淡红或偏淡, 苔薄白或白腻, 脉沉细、弱或濡滑。午后为阳气渐衰之时, 气机下陷更甚, 劳倦之后, 清阳愈难上升, 症状更加显著。气虚推动无力, 气滞痰凝, 血行不畅, 形成“虚中夹实”的复杂病机。针对阳气不升、气机升降失调证型, 治疗当以“温肾阳、通督脉、升清阳”为法^[30], 方选右归丸合补中益气汤加减, 方中熟地黄、附子阴阳双补; 肉桂、山药、山茱萸温阳固本、调补脾肾、补而不散; 枸杞子、菟丝子、鹿角胶、当归、杜仲填补精血、强筋健骨; 黄芪大补中焦之气、升阳举陷; 人参、白术补气健脾益气、强化后天之本; 当归、陈皮、炙甘草调和气血、行气助运; 升麻、柴胡升清透表、引药上行, 助阳气上达头面, 为升阳举陷的关键。全方共奏升阳举陷、温煦筋脉、调畅气机之效, 适用于舌质淡胖或边齿印明显、苔薄白或滑腻, 脉沉细、

虚弱者。若患者呼吸肌无力明显,可配合桔梗、知母,以清宣肺气、助宗气上达,体现升陷汤之法;若患者苔腻、便溏兼有痰湿之象,可配合半夏、茯苓、佩兰等以健脾燥湿之品。加辅灸督灸法温通督脉,激发阳气,畅通上下降之枢机,使阳气得升,清浊分明,四肢得养,症状缓解。

4 验案举例

刘某,男,49岁。初诊:2024年10月7日。主诉:四肢无力10个月,加重1周。10个月前劳累后出现右眼睑下垂、四肢无力,于郑州大学第一附属医院就诊,血清抗乙酰胆碱受体抗体15.265 nmol/L(参考值: <0.400 nmol/L)。查肌电图:双眼睑眼轮匝肌、双侧斜方肌重复衰减试验(低频、高频)阳性。确诊为“MG”,予溴比斯的明、泼尼松治疗,服用后症状好转,治疗后MGFA分级:ⅡA型。2024年1月因“肺部感染”“肝损害”症状加重,联合他克莫司胶囊,治疗后症状好转。2024年6月逐渐自行停用溴比斯的明、泼尼松及他克莫司,出现颈部无力、饮水呛咳、呼吸困难、构音困难,续服溴比斯的明、泼尼松及他克莫司,症状未见明显好转,于河南中医药大学第一附属医院住院治疗,查体:双侧上肢肌力Ⅲ级,双下肢肌力Ⅳ级,吞咽困难,站立行走困难,肌张力正常。ADL评分:95分。经治疗症状好转后出院。刻下症:颈部无力,垂头,易疲劳,饮水呛咳,咀嚼无力,语声不清,四肢活动尚可,乏力,呼吸基本正常,无胸闷,食欲不振,眠差,大便不成形,小便调。舌淡红,苔白,脉沉无力。既往体健,否认家族遗传史。查体:四肢肌力Ⅳ级,站立行走不稳。西医诊断:MG;中医诊断:痿证·脾肾两虚证。治法:健脾补肾益髓,补气升阳通督。方选补中益气汤合龟鹿二仙胶加减,联合督灸治疗。处方:黄芪45 g,当归10 g,党参15 g,醋鳖甲10 g,鹿角10 g,北柴胡10 g,升麻10 g,酒黄精10 g,甘草10 g。28剂。每日1剂,水煎服,早晚分服。同时口服溴比斯的明片、醋酸泼尼松片、他克莫司胶囊用法同前。联合督灸治疗。

二诊:2024年11月13日。患者乏力减轻,颈部无力改善,颈部活动度较前增加,饮水呛咳有所好转,仍感咀嚼力量欠佳,四肢力量尚可,食欲减退,眠一般,大便不成形,2~3次/d,小便正常。舌淡红,苔白腻,脉沉滑。予初方加炒白术10 g,28剂。联合督灸治疗。西药继服。

三诊:2025年3月7日。患者颈部力量基本恢复正常,但耐力不足,活动后感全身乏力,咀嚼力较

前有所改善,无饮水呛咳,语声清晰,偶感乏力,饮食尚可,眠差,二便调。予二诊方去黄精,加龙骨6 g、牡蛎10 g。35剂。联合督灸治疗。

随访:2025年5月17日。患者病情稳定,颈部、四肢可正常活动,体力活动后全身乏力明显,休息后可缓解,咀嚼力量尚可,无饮水呛咳,语声清晰,已停用溴比斯的明片、他克莫司胶囊,现服用醋酸泼尼松片2片/d,联合中药汤剂,每日1剂,分2次服用。嘱其避免劳累,适当活动,建议行八段锦或易筋经锻炼,注意休息,定期复诊。患者坚持定期门诊,以三诊方加减调护,联合督灸、针刺等中医传统疗法,症状未复发。

按:本案患者为中年男性,长期从事重体力劳动,暗耗肾精,精亏则髓海不足,致督脉失于充养。耗气伤精久则损阳,肾阳亏虚累及督脉,阳气失于温煦升提,故见颈部无力,饮水呛咳,语声不清,为清阳不达巅顶之症。肾为先天之本,脾胃为后天之本,先、后天相互充养。肾阳不足温养脾土失职,致脾胃失运,致食欲不振、便溏,气血精微物质乏源,而见患者出现周身乏力,加重肌肉失养的情况。四诊合参,辨证为痿证,证属脾肾两虚,治以填精通督以振阳,升阳健脾以养肌。初诊患者症见颈部无力、呛咳,语声不清,“精亏、阳虚”之象明显,方选补中益气汤合龟鹿二仙胶加减,方中鹿角温通督脉、峻补元阳,醋鳖甲滋肾填精、潜阳益髓,二者共奏“益肾通督”之功,治疗精亏阳衰之本。重用黄芪补气升阳,助鹿角引阳气上行项背;升麻、柴胡升举清阳,改善“阳气下陷”致肌痿之困;党参补脾益肺合补血活血之当归共奏补气养血之功,补充后天精微物质;酒黄精助益肾滋阴补气,甘草调和诸药为使药。督灸中艾火透达督脉,激发阳气温煦之力,与汤药联用,畅阳气通路,消除标急。二诊患者症状缓解,大便不成形,便次增加,加炒白术,性温,补脾同时,燥湿利水,改善患者脾虚食少症状。三诊咀嚼、言语功能恢复,西药逐步减量,继续方剂加减治疗,以达“益肾精以生髓,补脾气以充肌”的远期疗效;去黄精滋腻,鉴于患者睡眠欠佳,加龙骨、牡蛎潜阳安神,同时协调阴阳平衡,配合督灸巩固督脉阳气。患者坚持复诊,中西医结合治疗,随访半年未复发。

5 结语

MG的发病与肾精亏虚、督脉瘀阻、阳气不升密切相关。患者因肾精不足,髓海空虚,筋肉失于精微濡养,发为眼睑下垂、肢体痿废;督脉不畅,阳气输布

障碍出现肌无力遇寒加重、脊柱活动不利等症状。揭示了 MG 发病之初的肾精亏虚、髓海不足,督脉失充;发展到命门之火不足,激发督脉受阻;再到清阳不升,阳气衰惫的迁延阶段。治疗时益肾、通督、升阳综合应用,为 MG 提供了补肾填精以固护根本、通督化痰以畅枢、温阳升清以复力的立体化诊疗策略,重建“精-髓-督-阳”生理循环。然而,在临床中, MG 的病机不仅限于肾精亏虚和督脉瘀阻,患者的体质差异对病情进展和治疗效果有重要影响。如脾虚患者气血生化无源,筋脉失养,表现为虚弱、食欲不振、四肢乏力等,需结合健脾益气,促进气血生成,充盈四肢,可选用人参、白术健脾益气,茯苓、陈皮、砂仁化湿助运;湿热体质患者常见湿重、痰阻,气血运行不畅,脉络阻滞,影响治疗效果,需结合清湿化痰以改善气血流通,临床多用黄芩、黄柏等清热燥湿,半夏、胆南星、丝瓜络化痰通络。因此, MG 治疗应注重肾精、督脉、阳气等关键病机,并根据不同体质,灵活调整治疗策略。中医治疗强调整体观念与辨证施治,通过细致调整脏腑、气机、阴阳的平衡,更有效改善临床症状,提高长期疗效。

参考文献

- [1] BINU A, KUMAR S S, PADMA U D, et al. Pathophysiological basis in the management of myasthenia gravis: A mini review[J]. *Inflammopharmacology*, 2022, 30(1): 61-71.
- [2] MARTINE SALAZAR A, MOKHTARI S, PEGUERO E, et al. The role of complement in the pathogenesis and treatment of myasthenia gravis[J]. *Cells*, 2025, 14(10): 739.
- [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] ALEKSEEVA T M, ISABEKOVA P S, KONDRATOVA E I, et al. New pathogenic treatments for myasthenia gravis[J]. *Zhurnal Nevrologii I Psikiatrii Imeni S.S. Korsakova*, 2025, 125 (01): 31-38.
- [5] 常 婷, 李柱一. 重症肌无力的治疗: 期待靶向免疫治疗时代的到来[J]. *中华神经科杂志*, 2022, 55(4): 271-279.
- [6] 沈 洁, 刘 杰, 宗恩溢, 等. 李庚和教授治疗重症肌无力用药规律研究[J]. *中国初级卫生保健*, 2024, 38(5): 91-96.
- [7] 竺世静, 李庚和. 李庚和中西医结合辨治重症肌无力经验[J]. *山东中医杂志*, 2018, 37(12): 1015-1017.
- [8] 唐桂华, 况时祥. 重症肌无力中医证候分型及与 Osserman 分型的关系[J]. *现代中西医结合杂志*, 2019, 28(15): 1611-1613, 1617.
- [9] 金伟孝, 李华锋, 张竞之, 等. 从“精不化气”病机论治消渴病[J]. *中医杂志*, 2011, 55(7): 624-625.
- [10] 吴国庆, 汪子栋, 田君健, 等. 基于“益肾通督升阳”法探讨针灸辨治髓病的理论研究[J]. *世界科学技术: 中医药现代化*, 2024, 26(12): 3060-3065.
- [11] 吴新新, 沈 童, 张 雨, 等. 从“髓海不足”论治重症肌无力[J]. *世界中医药*, 2024, 19(8): 1134-1138.
- [12] 汪燕红, 李 鲲, 赵玉凤, 等. 《黄帝内经》清浊升降理论内涵及其在针刺临床中的指导意义[J]. *中医杂志*, 2025, 66(5): 443-447.
- [13] 丛志强, 李海峰. 重视重症肌无力的临床诊断[J]. *中华神经科杂志*, 2006(11): 786-788.
- [14] 刘红喜, 路梦颖, 梁 晓, 等. 基于髓海理论运用填精益髓法辨治中医脑病[J]. *中医杂志*, 2023, 64(18): 1877-1884.
- [15] 章晓思, 杨安琪, 石 磊, 等. 从卫气理论探讨时间节律与免疫系统对溃疡性结肠炎发病的影响[J]. *中医杂志*, 2025, 66(3): 238-243, 250.
- [16] 况时祥, 况耀堃. 重症肌无力免疫调节的 4 个阶段[J]. *中国中医急症*, 2024, 33(1): 62-65.
- [17] 江 岸, 李 平. 通督调神针法治疗重症肌无力临床观察[J]. *四川中医*, 2015, 33(3): 152-155.
- [18] 姬 旭, 武 琛, 陈 鹏, 等. 从“益肾通督”角度探讨针药并用治疗多系统萎缩[J]. *北京中医药*, 2021, 40(12): 1304-1306.
- [19] 张永辉, 马文强, 黄玉炜, 等. 新的重症肌无力外科临床分型及分期在围手术期中的应用[J]. *中国胸心血管外科临床杂志*, 2023, 30(6): 853-857.
- [20] 刘如歌, 智若愚, 刘韩彬, 等. 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.
- [21] 黄天奇, 黄顺宁, 张丽萍, 等. 从“四维枢土”气化模式分期辨治重症肌无力[J]. *中医杂志*, 2025, 66(11): 1178-1181.
- [22] 张志文. 延髓肌型重症肌无力胸腺切除术后疗效及影响因素分析[D]. 郑州: 河南大学, 2025.
- [23] 袁欣悦, 苏洁琼, 史依依, 等. 基于张锡纯大气理论论治慢性阻塞性肺疾病合并肌少症[J]. *中医临床研究*, 2024, 16(32): 92-96.
- [24] ZHANG J, HUANG J, LAN J, et al. Astragaloside IV protects against autoimmune myasthenia gravis in rats via regulation of mitophagy and apoptosis[J]. *Molecular Medicine Reports*, 2024, 30(1): 129.
- [25] 李 艳, 何前松, 况时祥, 等. HPA 轴损伤对实验性重症肌无力大鼠易感性的影响[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2019, 25(1): 63-67.
- [26] 郭雨鹤, 谈 颂. 乙酰胆碱受体抗体在重症肌无力中的研究进展[J]. *华西医学*, 2025, 40(6): 997-1002.
- [27] CHEN J, LU J, LV Z, et al. Mitochondrial dysfunction in myasthenia gravis: Exploring directions for future immunotherapy? A review[J]. *Biomolecules & Biomedicine*, 2025, 25(2): 346-359.
- [28] 吴新新. 龟鹿胶治疗脾肾两虚型重症肌无力患者的临床评价研究[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2025.
- [29] 季文达, 吴新风, 陈 旭, 等. 运用通督填髓法治疗痿证[J]. *中医杂志*, 2022, 63(1): 82-84, 98.
- [30] 彭思扬, 田煜坤, 常玮倩, 等. 基于数据挖掘探讨朱文增治疗重症肌无力用药规律[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2023, 29(12): 2049-2054.

(本文编辑 苏 维)