

引用:汪艺,赵遐,金实.金实基于通窍和络法从情志治疗舌痹经验[J].中医导报,2026,32(3):229-232.

金实基于通窍和络法从情志治疗舌痹经验*

汪艺,赵遐,金实

(南京中医药大学附属医院,江苏 南京 210029)

[摘要] 金实教授认为舌痹核心病机为窍络痹阻,病理因素涉及风、痰、瘀、热,病位主要在心,与脾、胃、肝、肾等脏腑功能失调有关。情志因素在疾病的发生发展中也不可忽视。舌痹初病以实证为主,久病虚实夹杂居多。金实教授治疗舌痹以通窍和络为核心治疗原则,注重辨病与辨证结合,重视心理因素对疾病的影响,在临床上取得了较好疗效。

[关键词] 舌痹;灼口综合征;情志;通窍和络;金实;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2026)03-0229-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2026.03.036

舌痹是以舌体麻木或疼痛为主要特征,伴见舌体活动受限,言蹇语涩,甚则言语不利的病证。患者神志思维正常,但存在吐字困难,含糊不清的表现^[1-2]。舌痹可单独发病,亦可继发于其他疾病。舌痹的病名首载于明代孙一奎所著《赤水玄珠》:“舌痹或麻,此因痰气滞于心包络。舌无故自痹者,不可作风热治,由心血不足,用理中汤合四物汤治之。”^[3]现代中医治疗舌痹的学术观点丰富多元,如:胡国恒认为舌痹病位在心脾,以痰、瘀、虚为核心病机,临证强调化痰瘀、清心热、降虚火、益气血^[4];唐启盛认为舌痹多因火热而发,且实证多见,根据灼痛部位可分为心火上炎和胃火炽盛两型,常用治法为凉血安神和清胃降气^[5];王行宽认为该病为火热之邪上炎所致,治疗上主张疏肝利胆、清心泻脾、引热下行,兼佐益气养阴^[6]。金实教授认为舌痹的核心病机为窍络痹阻,当以通窍和络为核心治疗原则,同时注重调畅气机。

舌痹在现代医学中可归属于灼口综合征(burning mouth syndrome, BMS)的范畴,主要与神经、免疫、内分泌、心理因素等方面的病变有关。BMS以口面部疼痛为主要临床表现,常伴口腔黏膜烧灼样不适,被认为是一种“神经性疼痛”^[7]。其发病机制尚不清楚,目前认为主要与神经-内分泌-免疫网络失衡及心理应激等多方面因素有关^[8-11]。流行病学调查显示,本病患病率为0.1%~3.9%,70%以上的患者为中老年女性^[12]。针对这一现象,目前较受认可的发病机制涉及下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA轴)功能障碍及中枢敏化。研究证实,HPA轴激素(如皮质醇、促肾上腺皮质激素)及性激素(如雌二醇、孕酮和睾酮)在疼痛控制中具有重要作用^[13]。衰老会导致性激素水平显著降低。这可能诱发HPA轴功能障碍,进而导致慢性疼痛和情绪问题。神经递质增加可引起中枢神经系统对痛觉信号的敏感性增加。这一过程称为中枢敏化,是导致神经性疼

痛的重要因素。相关研究发现,HPA轴功能障碍与中枢敏化的启动和持续有关^[14-15]。此外,社会心理因素在中老年BMS患者发病中具有重要作用^[16]。此类患者往往表现出更严重的焦虑、失眠症状,甚至存在强迫、偏执观念^[17]。相关研究表明,心理应激状态会影响免疫系统功能,且BMS患者的抑郁症状与血浆去甲肾上腺素和皮质醇水平相关^[18]。这进一步佐证了HPA轴功能障碍是中老年女性BMS患者的发病机制。心理应激与激素水平波动形成负反馈调节,导致病情反复发作,缠绵难愈。现代医学治疗多聚焦于消除局部致病因素^[19],通过指导患者调整生活方式、改善情绪状态或调节激素水平等手段干预,但总体疗效仍有待提升。

金实教授,江苏省名老中医,第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,享受国务院政府特殊津贴。金实教授悬壶济世六十余载,在风湿免疫系统疾病及疑难杂症的诊疗领域造诣深厚。笔者有幸跟随金实教授学习,将其辨治舌痹的临床经验详述如下。

1 窍络理论源流

络脉理论肇始于《黄帝内经》。《灵枢·经脉》载“经脉十二者,伏行分肉之间,深而不见……诸脉之浮而常见者,皆络脉也”^{[20]305},明确络脉是从经脉横向别出、遍布全身的细小分支。东汉张仲景所著《伤寒杂病论》将经络理论系统应用于外感热病辨治,为后世奠定基础。至清代,温病学派提出“久病入络”“久痛入络”的经典理论,进一步拓展了络脉学说。近现代医家在前人理论上不断深化研究,如吴以岭主编的《络病学》提出:“络脉作为从经脉支横别出、逐层细分、遍布全身的网络系统,把经脉中纵性运行的气血横向弥散渗灌到脏腑组织,以维持人体生命活动和保持人体内环境稳定。”^[21]金实教授通过系统梳理历代医籍发现,传统经络理论多聚焦于血

*基金项目:江苏省中医药科技发展计划重点项目(ZD202310)

通信作者:赵遐,女,副主任医师,研究方向为风湿免疫

络层面。他提出“络”不仅是血行通道,还是气血津液运行的微观路径,同时“络”也是邪气侵袭、留滞、化生的重要部位,构成了脏腑气血津液病变的关键病理基础。舌体作为多气多血之器官,血络分布尤为丰富。

“窍”在中医理论中,泛指自然界或人体的孔穴、孔道。《黄帝内经》中构建了以五脏为核心,九窍为外延的整体生理病理体系。九窍是气血津液的通道、气机交换的窗口。《素问·生气通天论篇》指出:“天地之间,六合之内,其气九州、九窍、五脏、十二节,皆通乎天气。”^[202]其强调九窍是人体与自然之气交换的通道。《素问·阴阳应象大论篇》将九窍分上下,明确其与气机及气血津液的关系,认为“清阳出上窍,浊阴出下窍”^[206]。上窍主清气升腾,下窍主浊气排泄。九窍是五脏盛衰的外在表现,其与五脏一一对应。肝开窍于目,心开窍于舌,脾开窍于口,肺开窍于鼻,肾开窍于耳及二阴。窍的功能状态是五脏精气盛衰的外在表现,观察窍的状态可早期预判脏腑状态。除此之外,九窍是外邪入侵的门户。《素问·移精变气论篇》载“贼风数至,虚邪朝夕,内至五脏骨髓,外伤空窍肌肤”^[209]。邪气通过九窍侵袭脏腑。《中国医学大辞典》对“窍”的概念进一步明确,即“窍,孔也,人体纵有九窍,横有八万四千毛孔”^[21]。综上,窍既是风、寒、湿等外邪入侵人体的门户,也是气血津液输布于体表的通道。窍还是经络腧穴功能失调在体表的反应部位。作为人体与外界环境交互的枢纽,窍在维持机体生理平衡中发挥着流通气液、渗灌气血、贯通内外的关键作用。基于此,金教授认为从通窍、和络两方面辨治舌痹具有坚实的理论依据。

2 舌痹以窍络痹阻为核心病机

金实教授提出舌痹核心病机为窍络痹阻。基于五行学说“取类象”思维中的“心开窍于舌”,金实教授认为舌痹病位首责于心(心之窍络),与脾、胃、肝、肾等脏腑功能失调有关,病理因素涉及风、痰、瘀、热。舌痹“初病多实,久病虚实夹杂”。同时金实教授特别强调情志因素可影响疾病转归。

2.1 四火内炽,热引病发 舌痹的发生,首责之于心。心主火,其气易循经上炎,因此实热证在舌痹中较为常见。心火炽盛易耗伤津液,直接致使舌体失于濡养而出现麻木疼痛。肝主疏泄,调畅全身气机。肝气条达则津液上承,舌体得以濡润;肝气疏泄失常,可致气滞津停,甚则气郁化火,循经上扰。脾主运化,为后天之本,气血生化之源。脾失健运,则气血生化乏源,导致心血亏虚,心神失养;心气虚弱则无力推动血行,气血不能上荣于舌,亦可导致舌体麻木疼痛。津液的生成与胃关系密切。津液来源于水谷。水谷经胃受纳腐熟,经脾传输于肺而输布全身。故脾胃热盛可烧灼津液,致津液生成不足,导致舌体灼热干燥等一系列症状。根据“子病及母”的传变规律,心为肝之子,心火亢盛可引动肝火。两者交灼,进而引发舌痹。同时,肝脾之间存在密切的生理病理联系,“土得木而达”。肝郁可致脾失健运,脾虚则易致肝木乘侮,形成肝郁脾虚、虚实夹杂的复杂病机。肾主藏精。老年人尤其是处于更年期和围绝经期的女性,肾精渐衰,任脉虚损,太冲脉衰少,天癸枯竭,导致阴血不足,不能滋养肝木。肝血亏虚则心肝之火偏亢,火热循经上灼口舌。这也是导致舌痹发生的重

要原因。

2.2 风动痰生,瘀阻窍络 金实教授强调“痹非三气,患在痰瘀”,痰既是机体的病理产物又是导致疾病发生发展的病因。《辨舌指南·辨舌证治》言:“舌痹者,强而麻也。乃心绪烦扰,忧思暴怒,气凝痰火而成。”^{[23][24]}心火炼痰是导致舌痹的重要因素。心火炽盛,可煎熬津液成痰。一方面,痰阻心脉,导致气血无法正常濡养舌体,出现“不荣则痛”的表现;另一方面,痰浊停滞舌络,阻碍气血运行,进而形成瘀血,痹阻舌窍经络,引发“不通则痛”的表现。《辨舌指南·观舌总纲》言“硬而麻木,欲伸不能出者,肝风挟痰也”^{[23][40]}。肝主木,风依于木,木郁则化风。若肝失疏泄,气机不和,郁而化火动风,则阻滞一侧舌络,致舌体麻木而强。同时风动可引发气滞血瘀、痰浊内蕴。痰瘀互结于窍络,阻滞气机运行,进而导致内生湿邪,影响津液的正常化生。津液充足才能化生气机,而气足则能推动津液输布。因此,津液亏虚会导致气虚,同时气虚又会进一步加重津液输布障碍,促使痰浊再生,形成恶性循环,使得病情迁延难愈。此外,血脉瘀滞日久会郁而化热。火热循经上炎至舌,灼伤津液,致使舌体失于濡养,从而出现麻木、疼痛,活动受限,甚至舌体强硬、言语不利等症。

2.3 情志不畅,气机失调 五志与五脏相应。心者,君主之官也,神明出焉。心为情志活动的核心枢纽。《灵枢·本神》进一步阐明“所以任物者谓之心”^{[202][74]}。外界事物经感官传入,由“心先受之”,感知、判断并产生情志。故其他情志的产生、发展、调控皆需心的参与——“悲哀忧愁则心动,心动则五脏六腑皆摇”。若心之“神明”功能正常,则情志调和有度;若心失其主,则情志紊乱。综上,情志致病根在心,治疗亦需“从心出发”。金实教授指出,忧、思、郁、怒等情志波动是诱发舌痹的特征性情志因素。《临证指南医案》提出“女子以肝为先天,阴性凝结,易于拂郁,郁则气滞血亦滞”^[24]。郁怒伤肝,肝气郁结久而化火,火热循经上炎,常导致口舌灼热、麻木、疼痛,且过度郁怒易致肝气郁结。气为血之帅。气滞则血瘀,从而阻止络脉,加重病情;气行失常可致水谷津液运化障碍,内生湿浊瘀血,阻滞经络,使病情反复难愈。《灵枢·本神》载“愁忧者,气闭塞而不行”^{[202][76]}。过度忧思易伤脾肺,脾失健运,清气不升,肺失宣降,津液难布。这会导致干燥麻木疼痛等一系列症状。脾肺功能失调,则清气不能布散,浊气不得出,九窍闭塞。病理产物堆积,成痰成瘀。痰瘀既阻碍津液输布与气机运行,又可暗耗阴液,化燥生热,反过来加重气机闭塞。处于“七七”之年的女性,正值任脉虚衰、太冲脉渐少、天癸竭绝的特殊生理转折期。此时阴阳平衡失调,极易出现情志波动,表现为多思善虑、烦躁易怒。加之肝肾精血亏虚,阴虚不能制阳,虚火内生,上灼舌体,从而引发舌痛、舌麻等感觉异常症状。

3 舌痹以通窍和络为核心治疗原则

3.1 调和脏腑,清上实而滋下虚 心经火热循经上炎,极易灼伤舌体津液,进而引发舌痹。基于此,临床治疗多以清心泻火为核心治则。因心与小肠相表里,心火常循经下移,金实教授临证时,常以黄连导赤散合三黄泻心汤化裁。其中,黄连清心泻火之力卓著;生地黄养阴生津,可制衡三黄泻心汤中苦寒之品的燥性,防止伤阴;淡竹叶清心除烦,通利小便,使心

经火热随尿液排出。木通、大黄分别通利小便与大便,使邪热从二便分消,共奏泻火之功;黄芩清泻上焦之火,与诸药协同,全面清解心经及上焦热邪;生甘草调和诸药,清热解郁。若患者因肝郁化火,致肝火夹风上扰头目,出现烦躁易怒、头目昏眩、口干口苦等症,金实教授常用龙胆泻肝汤清肝泻火。该方既重泻肝胆实火,又兼顾滋阴养血、调畅气机,使攻伐而不伤正。针对脾胃火盛,症见舌体灼痛、牙龈肿痛,伴口臭、口唇干燥者,金实教授常以泻黄散合清胃散加减。方中石膏、栀子与黄连配伍,增强清泻脾胃实火之力;防风、藿香、升麻疏散伏火,清泻里热,取“火郁发之”之意;生地黄、当归与甘草相伍,滋养阴血,调和脾胃,防止苦寒药物戕伐正气。两方合用,清泻脾胃伏火之效显著,且兼顾疏散、凉血、养阴、和中,适用于脾胃伏火兼血热、阴伤的复杂证候。此外,针对火热偏盛患者,金实教授常在基础方中加用生地黄、牡丹皮、蛇莓、赤芍、紫草、水牛角等凉血之品,以及连翘、莲子心、人中白等清火药物。若属阴虚内热,症见舌根隐隐灼痛,伴口咽干燥、失眠多梦、五心烦热、盗汗、腰膝酸软者,金实教授则选用玉女煎或知柏地黄丸或当归六黄汤加减;若兼见心肾不交,金实教授加用交泰丸交通心肾。对于此类阴虚患者,金实教授常配伍山萸肉、枸杞子、天冬、麦冬、鳖甲等滋阴药物,以补其不足,敛其虚火。

3.2 通络蠲痹,祛痰瘀于经隧 针对风痰瘀阻型舌痹患者,金实教授常以涤痰汤合牵正散化痰施治。涤痰汤中半夏、天南星燥湿化痰,且天南星兼能祛风解痉,尤擅祛除风痰;枳实、橘红理气行滞,使气顺痰消;茯苓健脾渗湿,杜绝生痰之源;石菖蒲芳香开窍,化湿豁痰;人参扶正补虚,以防攻邪伤正;竹茹清热和胃化痰;甘草调和诸药。牵正散中白附子辛温燥烈,善散头面之风痰;白僵蚕、全蝎均具祛风止痉之效。两方合用,共奏祛风化痰、通络止痉之效。此外,金实教授善用半夏-厚朴药对,增强理气化痰之力,以达通络蠲痹、祛邪通脉之功。在临证配伍上,金实教授常选用丹参、当归、川芎、泽兰、路路通、鬼箭羽等活血化痰之品,并配伍地龙、水蛭、石菖蒲、竹黄等药,以增强祛风化痰通络之效。现代药理学研究表明,地龙富含蛋白质、多肽、氨基酸等多种活性成分,具有抗凝血、抗纤维化等药理活性^[25-26]。地龙中所含的蚓激酶能够有效溶解纤维蛋白原与纤维蛋白,降低血小板聚集,在通络方面展现出良好的临床疗效。

3.3 畅情解郁,散郁结于灵台 尽管七情所伤脏腑各有侧重,但总与心主神明的功能密切相关。因此,金实教授在治疗情志相关疾病时,始终以调心为核心。在遣方用药方面,金实教授常配伍黄连、莲子心、牡丹皮、栀子等药,以清心泻火,宁心安神;同时金实教授选用龙骨、牡蛎、磁石、石决明等重镇之品,以平肝潜阳,解郁安神。牡丹皮、栀子、莲子心能减轻氧化应激反应,抑制神经炎症,调节神经递质平衡,发挥抗抑郁作用^[27-28];龙骨、牡蛎富含无机盐、微量元素及多种氨基酸,具有显著的镇静安神、解郁除烦功效^[29]。这些药物配伍不仅能快速缓解患者舌部不适症状,更能从整体上调节机体阴阳平衡,重建内环境稳态,在改善情志因素所致疾病方面疗效确切。

4 验案举隅

患者,女,50岁,2024年10月25日初诊。主诉:舌体麻木、言语欠清晰十余天,伴头晕、乏力、嗜睡。现病史:患者近十余天无明显诱因出现舌体麻木,自觉舌体活动欠灵活,言语时偶有吐词不清,伴头晕昏沉,易疲劳,白天嗜睡明显。患者自觉咽喉有痰,咯吐不爽,无口腔溃疡,无明显口干口苦。大便日行二三次,质稀不成形。精神稍倦,面色欠华,苔薄腻微黄,舌质略暗,脉细。月经史:已绝经近2年。既往史:高脂血症、颈动脉斑块病史。查体:口腔黏膜未见溃疡。舌麻程度VAS评分为7分。西医诊断:灼口综合征。中医诊断:舌痹(风痰瘀阻证)。治法:化痰息风,活血通络。拟方涤痰汤合牵正散加减,处方:胆南星10g,法半夏10g,陈皮6g,黄连6g,丹参30g,天麻10g,白蒺藜15g,谷精草15g,炒僵蚕10g,生厚朴8g,紫苏梗10g,磁石30g,钩藤30g,甘草5g,大枣15g。14剂,水煎服,1剂/d,早晚分服。

2诊:2024年11月8日,患者舌麻略有好转(VAS评分4~5分),纳可,大便每日两次,较前成形。舌脉如前。予初诊方加石菖蒲15g,广地龙10g。28剂,水煎服,1剂/d,早晚分服。

3诊:2025年1月3日,患者乏力、嗜睡、头晕均好转,舌麻好转仅略有不适(VAS评分2~3分)。舌脉同前。2024年12月19日查头颅MRA+MRI显示:脑内腔隙性缺血灶。予前方加泽兰10g。35剂,水煎服,1剂/d,早晚分服。

4诊:2025年3月7日,患者语蹇、头昏、嗜睡缓解,舌麻减轻(VAS评分2分),夜晚盗汗,湿衣,纳可,大便每日二三次,较前成形。舌红,脉细。考虑患者舌麻长期未改善,且目前已无说话不能自主、头晕等窍络痹阻所致症状,病情主要矛盾转为盗汗,疾病日久标实缓解,本虚显露。结合患者正处“七七”之年,阴亏不能制阳,虚火迫津外泄,病机转为冲任失调,肝肾阴亏。拟方当归六黄汤合牡蛎散加减,处方:生地黄30g,炒当归6g,酒黄芩15g,黄连6g,炒僵蚕10g,广地龙10g,煅龙骨30g,煅牡蛎30g,瘪桃干30g,浮小麦30g,牡丹皮10g,莲子心6g,芡实30g,麻黄根12g,生甘草5g。28剂,水煎服,1剂/d,早晚分服。

2025年4月10日回访,患者舌麻、头晕、盗汗、便溏等症状已明显好转(舌麻程度VAS评分0~1分),嘱患者定期继续就诊巩固疗效。

按语:本案病机呈现由实转虚,虚实夹杂的动态过程。金实教授认为舌痹主要涉及两大关键因素:其一为痰瘀互结,痹阻经络,气血运行不畅;其二为冲任失调,情志不畅,暗耗气血,影响脏腑功能。治疗紧扣通窍和络之法,同时注重情志调节。初诊冲任失调、气血亏虚导致脏腑功能失调,气血津液运行失畅,酿生痰浊、瘀血。风痰瘀互结,上扰清窍、痹阻舌络,是主要矛盾。故治以涤痰汤合牵正散加减,重在化痰、息风、活血通络,辅以黄连清心除烦,厚朴、紫苏梗理气化湿。服药后标实之证显著改善,验证了此阶段“通窍和络、祛除实邪”策略的正确性。头颅MRI结果显示脑内腔隙性缺血灶。腔隙性缺血灶为大脑小动脉发生闭塞后引起的局部组织缺血。本案考虑为痰浊瘀血搏结,痹阻脑络影响气血运行之果。然舌麻残留,并新现严重盗汗。此症状转折点至关重要。金实教

授认为,此乃前期有效祛除实邪后,冲任失调、肝肾阴亏的本质矛盾充分暴露之象。天癸竭、阴血亏,一则舌络失养致麻,二则阴不制阳,虚火内生迫津外泄而盗汗。便溏虽存但改善,考虑阴亏累及脾土或虚火扰动,非主症。此时,病机主要矛盾已从“风痰瘀阻”转为“冲任失调,肝肾阴亏,虚火内扰”。故金实教授转换治法,采用当归六黄汤合牡蛎散为主方,以滋阴清热,固摄止汗。牡丹皮清伏火,莲子心清心安神,芡实固涩止泻。虽病机转换,主方更迭,但对残留之络脉不和,仍巧妙保留少量僵蚕、地龙通络,体现“治病求本,兼顾标症”的灵动。莲子心、牡丹皮,既清心除烦安神,亦暗合调节更年期常见情志波动之需。这体现了金实教授针对本病顾护情志的治疗特色。

5 结 语

在多年临床实践中,金实教授对舌痹的辨治形成了系统理论与独到见解。金实教授强调,舌痹以实证为多见。风邪扰窍、痰浊阻滞、瘀血内停、郁热上炎等实邪阻滞舌部络脉,导致气血运行不畅,舌体失于濡养而发病。基于此,金实教授在治疗时注重精准辨证,灵活选用息风、豁痰、散瘀、清热等治法,以通窍和络、祛除病邪为核心治疗目标。此外,金实教授重视情志因素在舌痹发病及病情演变中的作用。金实教授从多个维度着手,既缓解患者临床症状,又从根本上防止病邪反复,体现了中医整体观念与辨证论治的特色。

参考文献

- [1] 任向军,杨小梅,叶蜀晖.血府逐瘀汤治疗舌痹的临床体会[J].光明中医,2018,33(14):2113-2114.
- [2] 景慧,陆素琴.陆素琴教授治疗舌痹病的学术思想总结及验案举隅[J].中国医药科学,2024,14(22):191-194.
- [3] 孙一奎.赤水玄珠[M].周琦,校注.北京:中国医药科技出版社,2011.
- [4] 谢杰妹,何国平,胡国恒.胡国恒教授分型论治灼口综合征经验撷英[J].中医药学报,2020,48(1):52-54.
- [5] 张硕,王戈,郑琴,等.唐启盛教授灼口综合征治验[J].世界中医药,2025,20(2):289-292,298.
- [6] 曾乐,黄益桃,王行宽.全国名中医王行宽教授诊疗灼口综合征经验探析[J].广西中医药,2025,48(1):38-40.
- [7] DYM H, LIN S, THAKKAR J. Neuropathic pain and burning mouth syndrome: An overview and current update[J]. Dent Clin North Am,2020,64(2):379-399.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] WODA A, DAO T, GREMEAU-RICHARD C. Steroid dysregulation and stomatodynia (burning mouth syndrome)[J]. J Orofac Pain,2009,23(3):202-210.
- [11] SIMCIĆ D, PEZELJ-RIBARIĆ S, GRZIĆ R, et al. Detection of salivary interleukin 2 and interleukin 6 in patients with burning mouth syndrome[J]. Mediators Inflamm,2006,2006(1):54632.
- [12] 中华口腔医学会口腔黏膜病学专业委员会,中华口腔医学会中西医结合专业委员会.灼口综合征临床实践循证指南[J].中华口腔医学杂志,2021,56(5):458-467.
- [13] TENNANT F. The physiologic effects of pain on the endocrine system[J]. Pain Ther,2013,2(2):75-8.
- [14] FELLER L, FOURIE J, BOUCKAERT M, et al. Burning mouth syndrome: Aetiopathogenesis and principles of management[J]. Pain Res Manag,2017,2017:1926269.
- [15] WILLIAMS A, CLAUWD J. Understanding fibromyalgia: Lessons from the broader pain research community[J]. J Pain,2009,10(8):777-791.
- [16] HONDA M, IIDA T, KAMIYAMA H, et al. Mechanical sensitivity and psychological factors in patients with burning mouth syndrome[J]. Clin Oral Investig,2019,23(2):757-762.
- [17] YOOH S, JINS H, LEEY J, et al. The role of psychological factors in the development of burning mouth syndrome[J]. Int J Oral Maxillofac Surg,2018,47(3):374-378.
- [18] KOIKE K, SHINOZAKI T, HARA K, et al. Immune and endocrine function in patients with burning mouth syndrome[J]. Clin J Pain,2014,30(2):168-173.
- [19] 卢成辉,罗文海,李欣,等.灼口综合征多学科综合治疗进展[J].口腔疾病防治,2023,31(4):290-294.
- [20] 黄帝内经[M].姚春鹏,译.北京:中华书局,2009.
- [21] 吴以岭.络病学[M].北京:中国中医药出版社,2006.
- [22] 谢观.中国医学大辞典[M].赖鸿铭,主校.天津:天津科学技术出版社,1998.
- [23] 曹炳章.辨舌指南[M].裘俭,点校.福州:福建科学技术出版社,2005.
- [24] 叶天士.临证指南医案[M].宋白杨,校注.北京:中国医药科技出版社,2011.
- [25] 傅炜昕,李建华,董占双,等.免疫活性地龙肽的制备及其对小鼠巨噬细胞活性的影响[J].微生物学杂志,2008,28(1):36-40.
- [26] 韩兆鹏,薛征.从瘀论述蚓激酶疗效的研究进展[J].世界中医药,2022,17(10):1481-1484.
- [27] 陶伟伟,白子君,岳启予,等.栀子豉汤对慢性应激诱导的抑郁模型小鼠脑组织神经炎症和突触可塑性的影响[J].中医杂志,2022,63(11):1073-1079.
- [28] CHEN S X, LI X P, WU J X, et al. Plumula Nelumbinis: A review of traditional uses, phytochemistry, pharmacology, pharmacokinetics and safety[J]. J Ethnopharmacol,2021,266:113429.
- [29] 常兴革,侯云云,徐京育,等.柴胡加龙骨牡蛎汤治疗内科杂病研究进展[J].辽宁中医杂志,2019,46(2):439-441.

(收稿日期:2025-06-17 编辑:蒋凯彪)