

• 经验传承 •

DOI: 10.13463/j.cnki.cczyy.2026.09.012

张道宗基于“亢害承制”理论治疗不宁腿综合征临床经验

汪 博^{1,2}, 王 涛^{2*}

(1. 安徽中医药大学研究生院, 合肥 230000; 2. 安徽中医药大学第二附属医院脑病二科, 合肥 230036)

摘要: 不宁腿综合征(RLS)是一种常见的神经系统感觉运动障碍性疾病,以静息状态下下肢出现难以名状的不适感、夜间加重、活动后缓解为核心特征,常伴随睡眠障碍,严重影响患者生活质量,目前西医治疗多以多巴胺受体激动剂为主,但存在疗效波动、依从性差等局限,因此探索安全有效的中医干预方案具有重要临床意义。张道宗将《黄帝内经》“亢害承制”理论应用于RLS诊疗,形成特色辨证思路与治疗体系。本文总结其临床经验并附典型验案,为RLS的中医针灸治疗提供新思路与参考。

关键词: 不宁腿综合征; 张道宗; 针灸; 亢害承制; 临床经验

中图分类号: R245

文献标志码: A

文章编号: 2095-6258(2026)09-1057-05

Zhang Daozong's clinical experience in treating restless legs syndrome based on the theory of restraining excessiveness to acquire harmony

WANG Bo^{1,2}, WANG Tao^{2*}

(1. Graduate School, Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230000, China; 2. The Second Department of Encephalopathy, the Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230036, China)

Abstract: Restless legs syndrome (RLS) is a common sensorimotor disorder of the nervous system characterized by indescribable discomfort in the lower limbs at rest, aggravation at night, and relief after movement as core features. RLS is often accompanied by sleep disorders and severely affects patients' quality of life. At present, Western medicine for RLS mainly uses dopamine receptor agonists but there are limitations such as fluctuating efficacy and poor compliance. Therefore, exploring safe and effective traditional Chinese medicine (TCM) interventions holds significant clinical importance. Zhang Daozong applies the theory of "restraining excessiveness to acquire harmony" from Huangdi Neijing to the diagnosis and treatment of RLS, establishing a distinctive syndrome differentiation approach and therapeutic system. This paper summarizes his clinical experience and presents a typical proven case, providing new ideas and references for TCM acupuncture treatment of RLS.

Keywords: restless legs syndrome; Zhang Daozong; acupuncture; restraining excessiveness to acquire harmony; clinical experience

不宁腿综合征(restless legs syndrome, RLS)患者静息时下肢出现蚁行、麻木、酸胀等不适,活动后缓解,通常在静坐、平卧或夜间睡眠时显著加重^[1],而起身活动后可暂时性缓解,呈现出明显的

时间节律性和动静相关性^[2-3]。相关研究^[4-6]表明,欧美国家RLS发病率为5%~10%,日韩等亚洲国家发病率为0.1%~3.0%。性别分布上,女性发病率显著高于男性^[7-9]。目前,RLS的发病机制尚不明确,现

基金项目: 安徽省中医药高水平传承人才项目(皖中医药发展秘〔2024〕1号); 安徽中医药大学“基础-临床融合”专项面上项目(JCLCA2025008)

作者简介: 汪 博(2000—),男,硕士研究生,主要从事中医针灸治疗内科疾病临床应用与机理方面研究

*通信作者: 王 涛,男,副教授,硕士研究生导师,电子邮箱-34613464@qq.com

代医学普遍认为,其发病多与神经功能障碍、情绪、铁蛋白缺乏等因素密切相关^[10-12]。西医常采用多巴胺受体激动剂、镇静催眠药等药物,但长期使用易导致临床疗效减退,甚至引发症状严重恶化^[11]。针灸治疗对于改善RLS的症状具有适用人群广、疗效好、不良反应少等独特的优势^[13-14]。

张道宗是国家级名老中医,安徽省国医名师,全国第三、四、五批名老中医药专家学术经验继承工作指导导师,已从事临床和教学工作50余载,较早关注并探索RLS的中医治疗。张道宗基于“亢害承制”理论,认为本病虚实夹杂,偏亢与承制失调并存。治疗上以“祛邪制亢、扶正充承”为则,抑制偏亢、缓解其害、防止乘变、恢复制约关系,最终达到脏腑调和、经络通畅、神安腿宁。现将其治疗RLS的经验总结如下。

1 中医学对不宁腿综合征的认识

在传统中医理论中,RLS并无完全对应的病名,临床多从“痹证”“不寐”等范畴进行辨证。其病位虽主要在下肢筋脉,但与肝、脾、肾三脏关系密切。RLS的病机并非单纯的虚证或实证,多属虚实夹杂,且常以某一病理因素为主导,临床常见肝风内动、虚火扰动、痰湿壅滞或脉络瘀阻等证型,其中亢邪无制可直接扰动筋脉而致下肢不宁,进一步损伤正气、扰乱心神,形成症状反复、顽固难愈的局面。张道宗认为,RLS从中医角度看具有三大特点:一是动态性,病根在脏腑失调,由单纯虚损渐演变为虚实夹杂;二是偏亢主导性,在本虚基础上必有肝风、痰湿、虚火或瘀阻等单一偏亢因素主导发病;三是神腿同病性,常伴失眠、烦躁、心悸等,提示此为筋脉、气血与心神共病。故单用“补虚”或“通络”常显不足,需从“亢害承制”的动态制衡角度重新认识。

2 基于亢害承制理论阐述不宁腿综合征的病因病机

“亢害承制”理论强调疾病发生发展过程中,某一脏腑功能或病理因素偏亢为始,进而造成机体功能失调与临床损害,并在病程演变中出现相互承侮、传变加重的动态过程,治疗当以“制衡”为核心,通过抑制偏亢、减轻其害、阻断其承、恢复制约关系,从而实现阴阳协调、气血调和^[14-15]。该理论突出疾病的动态性与整体性,强调治疗并非单纯攻邪或补虚,而在于把握主导矛盾,实施有针对性的制衡干预。

2.1 木亢承土,风痰瘀阻,亢逆为害为发病之本

某一脏腑功能或病理因素超越常态,失去制约,形成“亢”。在RLS中,即肝风偏亢。逆乱为机:亢盛之气不循常道,逆向攻冲。肝风本性主动、善行数变,亢极则逆乱妄行,不走常经而窜扰筋脉。此即“逆”之义。为害为果:亢逆之气所到之处,功能紊乱、气血失常,产生临床症状。张道宗认为RLS患者肝风逆窜下肢筋脉,则见蚁行、酸胀、抽动等“筋脉不宁”之害。正如《素问·六微旨大论》云:“亢则害,承乃制”,即过亢必生危害,须有制约方可平息^[15]。

2.1.1 肝亢生风,筋脉失养 肝藏血而主筋,生理状态下,肝血充足则筋脉得养,肢体舒展自如;肝阴敛藏则肝阳不亢,内风无以妄动。张道宗指出,RLS患者多因久病失养、劳倦过度或年老体衰,致肝肾阴虚、肝血不足,筋脉失于濡养,肝阳无以敛藏,进而引动内风^[16]。肝风善行数变,走窜下肢筋脉,便引发肢体蚁行、酸胀、刺痛等异常感觉。《灵枢·本神》亦曰:“肝藏血,血舍魂,肝气虚则恐,实则怒。”肝血不足则魂不守舍,筋脉失养,故夜寐不宁而肢动不安。夜间阳气入里,阴气用事,阴血更难上承,肝风益盛,故症状于夜间静息时尤为显著,是“亢害承制”中“亢”的核心启动环节^[17]。

2.1.2 木亢乘脾,痰湿内生 张道宗认为生理状态下肝木疏泄脾土,助其运化水谷精微;脾土亦能涵养肝木,使肝气疏泄有度。若肝风亢盛,则木旺乘土,脾失健运,水湿无以运化,聚而成痰。痰湿下注下肢,阻滞经络气血,筋脉失养则见肢体重着、酸胀;痰湿与风邪相搏,走窜筋脉,则不适感游走不定,进一步加重“筋脉不宁”之害。正如《丹溪心法》所云:“痰之为物,随气升降,无处不到。”痰湿既是病理产物,亦是致病因素,与肝风相互裹挟,成为RLS缠绵难愈的重要环节。

2.1.3 气郁化火,炼血成瘀 在肝风夹痰、阻滞气机的基础上,肝气郁结日久则化火,即“木气有余从阳化热”^[18]。火热煎灼津液,使痰湿交结更甚;同时,火热煎血成瘀,痰瘀互结于下肢络脉,气血不通则痛,不荣则麻。痰瘀阻滞既加重了筋脉的失养与拘急,又可上扰心神,导致患者夜间烦躁不安、失眠多梦,而睡眠障碍又进一步耗伤阴血,助长肝风与痰瘀,形成“症状-失眠-病机加重”的恶性循环^[19]。

2.2 气血之源, 五脏失养, 承制不及为发病之标

张道宗强调, 在正常情况下, 脏腑之间存在相互制约的关系。这种制约关系, 中医称之为“承制”。若承担制约功能的脏腑本身气血不足、功能衰减, 则其制约能力随之下降, 此即“制化无权”。被制约的一方因失去管控而逐渐偏亢。制不及则亢者为害, 偏亢的一方不仅自生为病, 还会进一步侵犯其他脏腑, 引发连锁病理反应。正如《素问·六节藏象论》“所不胜薄之”之义, 肝木乘脾土之虚而侵侮为病。

2.2.1 脾虚为始, 病及于心 脾为后天之本, 气血生化之源。RLS患者因木亢乘土, 脾失健运, 气血生化无源, 既不能濡养筋脉, 亦不能上济心血。心血不足则心神失养, 表现为入睡困难、睡眠浅易醒、日间疲乏等症状^[19]。《伤寒论》云: “人受气于水谷以养神, 水谷尽而神去。”脾虚则心神失养, 心神不宁又反扰肝气, 使肝风更难平息, 此为“承制不及”的关键环节^[20]。

2.2.2 乙癸同源, 精血两亏 肝肾为子母之脏, 乙癸同源, 互藏精血, 互助互制。RLS患者长期受肝风、痰瘀侵扰, 加之睡眠不足、心神失养, 必耗伤肾精^[13]。肾精亏虚则无以化血, 肝血不足则无以生精, 终致精血两亏、肝肾阴虚。水不涵木则肝阳更亢, 内风益盛; 肾阴不足则虚火内生, 进一步灼津成痰、煎血成瘀, 使“风-痰-瘀”的病理链条持续强化。患者常伴腰膝酸软、头晕耳鸣、潮热盗汗等症, 且病情反复发作、顽固难愈, 皆因肝肾阴虚、承制不及所致。

2.2.3 阴精失承, 君火失制 心为君火, 肾为相火, 生理状态下肾水上济于心, 使君火不亢; 心火下交于肾, 使肾水不寒, 水火既济则心神安宁。张道宗认为RLS患者因肝肾阴虚、精血两亏, 肾水无以涵养肝木, 更难上济心火, 致君火独亢、心神受扰。同时, 痰瘀阻滞气机, 气血不畅, 心神失于濡养, 进一步加重失眠与烦躁。君火失制不仅使夜间症状加剧, 还会耗伤阴血, 助长肝风与痰瘀, 最终形成“肝肾阴虚-君火亢盛-痰瘀阻滞-筋脉不宁”的复杂病机网络^[18]。

3 基于“亢害承制”理论阐述不宁腿综合征的治法治则

基于上述病因病机, 张道宗认为RLS虽表现于下肢筋脉, 但其本质在于机体制约失衡, 尤以某一

病理因素偏亢为主导。针灸治疗当以“制其亢势”为先, 兼顾“止其为害、防其乘变”, 通过调和脏腑、疏通经络、安定心神, 使筋脉得养、夜卧得宁。临床施治注重整体调控与局部干预相结合, 强调通过针刺手段恢复制约关系, 从根本上改善患者夜间下肢不适及睡眠障碍。

3.1 “制其亢势”为首要核心

张道宗认为“亢”是病机启动的源头, 制约病理因素的偏亢是治疗的第一步。肝风偏亢者取太冲、行间等肝经原荥穴, 以“实则泻其子”之法, 直折亢盛之风。针对“木亢乘土”, 在平肝的同时, 辅以健脾化湿, 取足三里、阴陵泉以“培土御木”, 杜绝痰湿再生之源, 体现“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”的治未病思想。对虚火上炎者, 取三阴交、太溪滋补肾阴, 涵养肝木, 使阴充而阳潜, 虚火自熄, 体现“滋阴以制阳, 壮水以制火”的思想。

3.2 兼顾“止其为害、防其乘变”

在制约亢势的同时, 需同步缓解当下症状, 并阻断病理传变的链条。止其为害、通络养筋, 针对“筋脉不宁”之害, 取“筋会阳陵泉”舒筋活络, 配飞扬、悬钟疏通下肢少阳、太阳经络^[21]; 针对“心神受扰”, 取神门、内关以“心主神明”之理, 宁心安神, 改善“目不瞑”之苦。防其乘变, 截断病传, 根据“亢害承制”的传变规律, 提前干预。若见肝亢之象, 即加丰隆以化痰, 防“木亢生痰”; 若见脾虚之征, 即加血海以活血, 防“痰瘀互结”, 体现“上工治未病”的预防思想^[22]。在基本穴组基础上, 张道宗根据患者偏亢因素的不同, 灵活加减穴位, 以增强针刺制衡效果。针刺操作上, 多采用常规毫针, 得气后根据偏亢性质施以平补平泻或以泻为主的手法, 留针时间一般为20~30 min。治疗频次以每周2~3次为宜, 连续治疗4周为一疗程。针对症状夜间加重的特点, 可适当给予电针刺刺激治疗, 部分患者于傍晚或睡前接受治疗, 临床疗效更为显著。

4 病案举例

患者, 女, 58岁。2025年1月8日初诊。主诉: 夜间双下肢不适感3年余。患者诉: 3年前无明显诱因出现夜间双下肢酸胀、蚁行感, 需反复活动下肢或下床行走方可缓解, 严重影响睡眠。曾于安徽医科大学第一附属医院就诊, 行多导睡眠监测及下肢制动试验, 诊断为“不宁腿综合征”, 外院就诊期间查血清铁蛋白 $15.6 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$, 血清铁 $7.2 \mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$, 提示铁代

谢异常；行肌电图及神经传导速度检查未见明显异常，排除周围神经病变。曾服用普瑞巴林，75 mg，每日2次口服等对症处理，症状可暂时缓解，但停药后反复发作。2025年1月8日因症状加重伴失眠、烦躁来诊。刻下：夜间下肢不适感明显，每晚发作3~4次，需起床活动1~2 h方能再次入睡；日间头晕乏力、头胀头痛、烦躁易怒、焦虑，伴腰膝酸软、潮热盗汗，二便尚可。查体：双下肢肌力V级，肌张力正常，静息时可见不自主搓动；深浅感觉对称，主观蚁行感以小腿为主，活动后缓解；足背动脉搏动有力，生理反射存在，病理征未引出。舌暗红、苔薄黄腻，脉弦细。既往有高血压病史10年余，现口服苯磺酸氨氯地平片，5 mg，每日1次；自诉平素血压控制尚可。否认家族遗传病史。辅助检查：RLS严重程度评分为24分。西医诊断：不宁腿综合征。中医诊断：痹证（肝肾虚损，风痰瘀阻证）。治法：平肝息风，滋阴潜阳，化痰通络，安神定志。处方以针刺为主：取太冲、合谷、三阴交、阳陵泉、神门、百会，配穴：丰隆、血海。操作：患者取仰卧位，局部常规消毒。太冲、行间穴施以提插捻转泻法，以针感向足部放射为度；三阴交、太溪穴施以捻转补法，以局部酸胀为度；足三里、丰隆、血海穴施以捻转补法，针后加电针，疏密波2 Hz，强度以肌肉微颤为宜。神门、内关穴施以捻转补法，留针期间行针1次。患者转为俯卧位，阳陵泉、飞扬、悬钟、委中穴施以提插捻转泻法，以针感向下肢远端传导为佳。留针30 min，每日治疗1次，共14次。

2025年1月23日二诊。患者诉：夜间下肢不适感明显减轻，偶有轻微酸胀感，持续时间不超过10 min，无须起床活动，睡眠时间恢复至6~7 h，日间乏力、烦躁感明显改善，潮热盗汗已不显，二便尚可。查体：双下肢静息时不自主搓动消失，舌淡红、苔薄白，脉弦缓。复查血清铁蛋白 $28.5 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ ，较前上升。RLS严重程度评分由初诊的24分降至6分。处方：守初诊方，去血海、飞扬，加肾俞、脾俞（均用捻转补法）。继予14次针刺治疗，每日1次。

2025年2月10日三诊。患者诉：经过2个疗程针刺治疗，夜间双下肢酸胀、蚁行感基本消失，每晚可安然入睡，无须中途起床活动，睡眠时间稳定在7~8 h，晨起精神饱满。日间头晕、烦躁易怒、焦虑情绪显著平复，情绪平稳，潮热盗汗未再发作，

腰膝酸软感消失，自觉体力恢复，可正常进行家务及轻度体育锻炼。查体：双下肢静息时不自主搓动消失，双下肢肌力V级，肌张力正常，深浅感觉对称，无异常体征。舌淡红、苔薄白，脉弦缓。复查血清铁蛋白 $32.1 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ （已恢复正常范围），RLS严重程度评分降至1分。处方：守二诊方（去血海、飞扬，加肾俞、脾俞），减少治疗频次，改为隔日1次，共7次。

此后患者每2周门诊随访1次，随访至2025年4月15日，血清铁蛋白稳定在正常值范围内，RLS严重程度评分：0分，症状完全消失，睡眠如常，腰膝酸软等症消退，未再复发，生活质量显著提升。

按语：本例为中老年女性，病程迁延3年，属肝肾阴虚为本、肝风内动、痰瘀阻滞为标。铁代谢异常与中医“肝肾阴虚、筋脉失养”病机契合。肝肾阴虚致虚火内生、痰瘀互结，肝风夹痰瘀窜扰筋脉，夜间阴血亏虚则症状加重；痰瘀扰神致失眠烦躁，契合亢害承制理论。治疗以制亢、除害、防传为纲，初诊泻肝息风，滋阴潜阳，化痰安神，全方针法刚柔相济，使亢阳得制、痰瘀得化、心神得安。治疗后患者夜寐得安，下肢不适基本消失，复查铁代谢指标亦见改善。待势衰减后，健脾补肾、培土御木，巩固疗效，终获痊愈。张道宗临床常以太冲、合谷、行间、三阴交、阳陵泉、神门、百会为基础方，诸穴配伍兼顾调肝、养阴、宁神、通络。太冲配合谷为“四关穴”，一开一阖，一升一降，调节全身气机；行间为荥穴，偏于清肝火、泻郁热，与太冲相合，一清一疏，增强肝经的调理效果；三阴交滋养肝脾肾之阴，起到“柔肝养阴”的作用；阳陵泉舒筋通络；神门、百会安神定志。全方疏中有养、通中有安，契合RLS病机特点。

5 结语

RLS以夜间下肢不适、睡眠障碍为主症，病机复杂多变，单一虚实辨证难以概全，其病机演变特点与亢害承制理论高度契合。张道宗紧扣制亢调衡之旨，以平肝息风、滋阴通络、宁心安神为治则，配伍太冲、阳陵泉、三阴交、神门、百会诸穴，随证加减，确立“以通为用、以衡为本”的针法，同时建议在日常中注意情志调摄、劳逸起居，综合提升临床疗效，可有效缓解症状、改善睡眠、减少复发。该理论指导下的针灸治疗辨证明确、选穴规范，对本病的治疗具有重要指导意义。旨在为临床治疗

RLS 提供新思路与取穴参考,也为中医经典理论指导疑难杂病诊疗提供了可行借鉴。

参考文献:

- [1] SARAWAD S. Restless legs syndrome: An overview [J]. International Journal of Advances in Nursing Management, 2022;153-155.
- [2] VLASIE A, TRIFU S C, LUPULEAC C, et al. Restless legs syndrome: An overview of pathophysiology, comorbidities and therapeutic approaches (Review) [J]. Experimental and Therapeutic Medicine, 2022, 23(2):185.
- [3] NANAYAKKARA B, DI MICHIEL J, YEE B J. Restless legs syndrome [J]. Australian Journal of General Practice, 2023, 52(9):615-621.
- [4] ALLEN R P, WALTERS A S, MONTPLAISIR J, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study [J]. Archives of Internal Medicine, 2005, 165(11):1286-1292.
- [5] HENING W, WALTERS A S, ALLEN R P, et al. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome(RLS) in a primary care population: the REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study [J]. Sleep Medicine, 2004, 5(3):237-246.
- [6] 马建芳, 辛晓瑜, 梁樑, 等. 原发性不宁腿综合征的患病率调查——来自上海社区的流行病学研究 [J]. 中华神经科杂志, 2012, 45(12):873-875.
- [7] ALLEN R P. Restless legs syndrome/Willis Ekbohm disease: evaluation and treatment [J]. International Review of Psychiatry, 2014, 26(2):248-262.
- [8] LI L H, CHEN H B, ZHANG L P, et al. A community-based investigation on restless legs syndrome in a town in China [J]. Sleep Medicine, 2012, 13(4):342-345.
- [9] 徐媛, 钱进, 李良媛, 等. 老年人不宁腿综合征的流行病学现状 [J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(24):7187-7189.
- [10] XU Y, WEN H B, LI J, et al. The relationship between sleep disorders, anxiety, depression, and cognitive function with restless legs syndrome(RLS) in the elderly [J]. Sleep and Breathing, 2021:1-10.
- [11] 赵显超, 任佳封, 孙述昱, 等. 不宁腿综合征临床特点与规范化治疗 [J]. 中国临床药理学与治疗学, 2021, 26(5):497-503.
- [12] 潘柳青, 王甜甜. 外周铁代谢在不宁腿综合征临床诊疗和机制研究中的进展 [J]. 中外医学研究, 2021, 19(20):191-194.
- [13] 刘欣, 张冰. 张冰教授“柔-通-补”三法从肝论治不宁腿综合征探析 [J]. 世界中医药, 2025, 20(16):2945-2950.
- [14] 何晓雅, 吴晓华, 程晓丛, 等. 基于“一气周流, 土枢四象”理论探讨针药结合治疗不宁腿综合征 [J]. 现代中医临床, 2025, 32(5):54-58.
- [15] 路佳乐, 程雯婷, 汪博, 等. 张道宗基于“亢害承制”理论针灸治疗 ALS 症临床经验 [J/OL]. 江西中医药, 1-4 [2026-03-09]. <https://link.cnki.net/urlid/36.1095.R.20251111.1755.002>.
- [16] 上官子妍, 姜敏, 牟桂颀, 等. 郝万山教授从“肝体阴而用阳”论治不宁腿综合征 [J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42(7):1203-1206.
- [17] 杨靖, 王小强, 段昱方, 等. 通络泄浊方外洗治疗维持性血液透析继发不宁腿综合征疗效观察 [J]. 长春中医药大学学报, 2022, 38(7):770-774.
- [18] 孟甜甜. 王宝亮教授从肝论治不安腿综合征经验 [J]. 中医研究, 2017, 30(5):54-55.
- [19] 方榕, 陈宝国. 从心脾论治不宁腿综合征 [J]. 江西中医药大学学报, 2016, 28(4):32-33.
- [20] 李文珊, 袁芳, 游伟, 等. 从阳气筋神共养特点论以火针为主治疗不宁腿综合征 [J]. 江苏中医药, 2025, 57(12):50-53.
- [21] 吴子奇, 陈海峰, 楚家豪, 等. 姚新苗教授基于“骨假筋立”针刀四筋分治不宁腿综合征经验探讨 [J]. 浙江中医药大学学报, 2025, 49(7):809-815.
- [22] 蒋湘彬, 袁长津, 李师锋, 等. 袁长津基于“亢害承制”理论辨治肝癌癌因性疲乏 [J]. 长春中医药大学学报, 2026, 42(4):419-423.