

引用:曾立伟,刘永刚,高星星,王涛,马小兵,李京涛,常占杰.常占杰运用温中逆挽法治疗慢性肝衰竭阳虚毒瘀证经验[J].中医导报,2023,29(9):213-215,228.

常占杰运用温中逆挽法治疗慢性肝衰竭阳虚毒瘀证经验*

曾立伟¹,刘永刚²,高星星¹,王涛²,马小兵³,李京涛²,常占杰^{2,4}

(1.陕西中医药大学第一临床医学院,陕西 咸阳 712000;

2.陕西中医药大学附属医院,陕西 咸阳 712000;

3.陕西中医药大学第二附属医院,陕西 咸阳 712046;

4.常占杰全国名老中医药传承专家工作室,陕西 咸阳 712000)

[摘要] 慢性肝衰竭病情危重,病死率高,因前期过用苦寒药物治疗,或因素体脾肾阳气不足,湿浊瘀毒内蕴,故疾病晚期易形成阳虚瘀毒的病理状态。其基本病机为“脾肾阳虚、湿浊内蕴、毒瘀胶着”,导致肝功能失代偿。常占杰提出温中逆挽法,重在挽救脾肾阳气衰败,祛瘀化湿,从而改善慢性肝衰竭晚期出现的多种并发症,并通过逆转脾肾阳气虚损的病理状态,挽救肝功能失代偿。

[关键词] 慢性肝衰竭;阳虚瘀毒证;茵陈术附汤;温中逆挽法;常占杰;名医经验

[中图分类号] R249.856.4 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2023)09-0213-03

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2023.09.041

慢性肝衰竭(chronic liver failure, CLF)是在慢性肝病或肝硬化基础上出现的肝功能失代偿,其并发症多,治疗难度大,病死率高达60%~80%^[1-2]。CLF致病因素诸多,晚期多出现腹水、肝性脑病、出血、电解质紊乱等并发症。西医治疗以保肝、支持治疗及对症治疗为主,尚缺乏特效药物及手段。近年来,中医药治疗CLF受到了广泛关注,中医药的参与也使得CLF的临床疗效明显提高^[3]。中医学将该病归属于“瘟黄”“肝瘟”“黑疸”等范畴,基本病机为“湿热疫毒、毒瘀胶着”^[4]。早期治疗以清热解毒凉血为主,中期以截断逆挽为法,晚期则以顾护脾肾为要^[5-6]。中医的整体观念及辨证论治可较好地避免和减少并发症的出现,改善失代偿期肝功能,提高患者生活质量,有效提高生存期。

常占杰教授,硕士研究生导师,陕西省名中医,全国第六批及陕西省第四、五、六批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,深耕中医肝病领域四十余载,学验俱丰。常占杰教授认为疾病发展到CLF阶段,总体病机较为复杂,其根据多年临床实践经验总结该病的基本病机为毒瘀胶着、寒湿内滞和阳气虚损。在深研文献及历代先贤治疗经验的基础上,常占杰教授提炼出“温中逆挽法”治疗CLF阳虚瘀毒证的思路,

疗效满意。笔者有幸跟师学习,获益良多,现将其运用温中逆挽法治疗CLF阳虚瘀毒证经验总结如下。

1 病因病机

早期CLF患者湿热邪毒内蕴,肝玄府郁闭不通,湿毒入营且弥漫三焦。三焦玄府郁滞不通,故见皮肤发黄如金、目珠黄染、小便色黄,或因瘀毒湿浊蒙蔽清窍出现神志异常,或因热毒入营、迫血妄行而见皮肤瘀斑。此阶段邪盛而正气不虚,治以清热解毒、凉血利湿,使用截断逆挽法可尽快祛逐客邪,切断恶性因果转换链^[7-8],顾护正气,防止热毒之邪灼伤津血。中期CLF患者湿毒之邪深入血分,血热妄行;湿热瘀毒阻络,脾胃呆滞不得运化,气血精微难以布达,气机受阻则暗耗阴血。此阶段当以“透营转气”逆转法及凉血化瘀法,截断病势,救阳存阴。久病不愈会损伤中焦阳气,或因过用苦寒之味,或因素体脾肾阳气虚损,湿浊瘀毒互结。《温热论》谓“湿胜则阳微”。湿热邪毒困于太阴脾土,湿伤阳气,土气困顿,久病瘀毒未除,致使疾病进展^[9-10]。各类肝毒性物质持续损害肝细胞,导致肝细胞的功能、数量以及所处的微环境质量下降。晚期CLF患者因脾肾阳气虚损,寒湿瘀毒内侵,而出现严重的肝功能失代偿,往往预后较差。从中医象思维来看,肝毒性物质可理

*基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号);陕西省第六批老中医药专家学术经验继承项目(陕中医药发[2018]29号);陕西省教育厅科研项目(20JK0594);陕西省科技厅项目(2022JM-506);陕西省中医药管理局中医药科研课题(SZY-KJCYC-2023-087)

通信作者:刘永刚, E-mail: 1667526652@qq.com

解为“瘀毒”，广泛的肝细胞坏死及肝功能失代偿，肝玄府被瘀毒阻闭，且因阳气虚损，肝玄府功能无法正常开合^[11-12]，阳气郁闭，故而出现“阳虚”之证。因此，CLF晚期出现阳虚瘀毒夹杂的复合状态，导致病程延长，疾病缠绵。

CLF病程中“湿”“毒”“瘀”三邪杂合而导致阳气虚损。阳气虚损又致三邪内蕴，不能祛邪外出，甚则脏腑内寒而湿浊瘀毒内蕴。阳虚则寒，正如《伤寒论》所言，“伤寒，发汗已，身目为黄，所以然者，以寒湿在里，不解故也”。尤其在晚期，当“湿热蕴结”转换为“瘀毒阻络、阳气虚损”的病理阶段，脾肾亏损，命门火衰，元气之根不得生发，致火不暖土。阳主阴从的关系被破坏，肾阳之先天之阳不受后天之本滋养，寒湿瘀毒凝滞，更致阳虚^[13]，进而表现出本虚标实之象。

2 茵陈术附汤的方药演变

治疗阴黄首选茵陈术附汤，其对肝衰竭有较好的疗效^[14]。原方出自程钟龄《医学心悟·卷二》：“茵陈一钱、白术二钱、附子五分、干姜五分、甘草（炙）一钱、肉桂（去皮）三分。水煎服。”方中茵陈用量较重，少量附子、干姜、肉桂制约茵陈之寒性而发挥温阳利湿退黄功效。费伯雄在《医醇膳义·卷三》中对茵陈术附汤也有相关记载：“茵陈三钱、白术二钱、附子一钱、茯苓二钱、当归二钱、广皮一钱、半夏一钱、砂仁一钱、苡仁八钱、姜皮八分。”两方均用于治疗阴黄，但治法有异，应用环境亦不相同。《医学心悟》茵陈术附汤中茵陈利湿化瘀退黄；附子、干姜、甘草相配为四逆汤之意，具有温补脾肾、回阳祛寒之功；配伍白术以温中燥湿，健脾宣化，与附子、干姜配伍，温热之性可防茵陈寒凉碍胃；少量肉桂调动机体阳气。全方药味少而精，是寒湿并用法的典范。正如《医学心悟》所言：“温者，温其中也。脏受寒侵，必须温剂。”^[15]而《医醇膳义》之茵陈术附汤重用茵陈，清热利湿退黄之力显著。为防止其寒凉伤及脾胃阳气，附子倍用以制约茵陈苦寒之性。两者合用共奏温阳利湿退黄之效。茯苓健脾利湿；当归养血温中，调肝体以滋肝用。两者配伍化湿养血柔肝。砂仁、陈皮、半夏、生姜皮重在理气畅中，宣发太阴脾土气机，且半夏和阴阳，通肝络。四药合用，辛散宣通，温阳通络，避免被寒湿所困。苡苡仁重用，渗利下行，取“轻药重投”之意，宣散与渗利相合，加强健脾除湿之力。全方畅达流通而不滞，利湿退黄而不寒，养血补肝而不燥，药性平和又不失温化寒湿之本意，体现了费氏以平为期、用药缓和、平淡立法的用药特点^[16]。两方蕴含着相同的学术思想，皆以茵陈为利湿退黄的主药，助以温阳救逆之干姜、附子、肉桂等，辅以白术、茯苓、陈皮、甘草等温中健脾利湿。两方均以温阳救逆退黄为基本原则，以茵陈、附子、白术为其配伍应用的核心。从中医象思维出发，茵陈春季采摘，具有生发启陈的特点。白术安殿中州。茵陈与白术相配伍，健脾升提，具有土中长木之法象，体现了崇土植木的思维。茵陈与附子相配，对附子温阳祛寒之功效起到引经药的作用，体现了“制性存用”的方药配伍特点。

3 温中逆挽法的临证经验

3.1 温中逆挽法的内涵 常占杰教授经过多年临床经验总结，针对CLF晚期患者“脾肾阳虚、湿浊内蕴、毒瘀胶着”的病理状态，结合钱英教授提出的截断逆挽法及茵陈术附汤中蕴

含的“重阳气”思想，提出针对阳虚瘀毒证的温中逆挽法。《素问·阴阳应象大论篇》曰：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰。故天运当以日光明。”中医象学思维也认为阳气如同大自然中的太阳^[17]，助万物生长，进而推动脏腑功能及气血运行，温通以宣化湿浊。CLF晚期患者，久病湿浊留滞，脾肾阳气虚损，瘀毒与湿浊相杂，形成湿瘀互阻而脾肾阳气虚损的病理状态。阳虚则无以宣发疏展，蒸腾鼓舞，致使湿浊、瘀血瘀滞。“温中”意在温脾暖肾，以其温推动中焦脾土运化湿浊。《素问·五常政大论篇》谓“土疏泄，苍气达”。脾土温运功能的正常发挥，有助于肝气疏泄。故温中有助肝木疏泄调达，木疏泄则瘀血得散，同时肝的疏泄功能有助于脾土布化阳和之气。“逆挽”有截断病势之意，重在挽救脾肾阳气衰败，散瘀化浊解毒，从而改善慢性肝衰竭出现的多种并发症，通过逆转脾肾阳气虚损的病理状态，挽救肝功能失代偿。

3.2 温中逆挽法临证体会 CLF患者病程日久，耗伤阳气，或失治误治损伤脾阳。久之肾阳虚衰，肾阳不足无以蒸化水液，则见小便不利。脾阳失其温煦，脾肾衰败，阳气虚损，瘀血兼夹湿浊内阻。治以温补脾肾为主，兼以活血祛瘀、化浊解毒为法，开玄通络，化瘀祛浊。如卢铸之所言：“阳气者，乃化生精血、津液之本源，为人生立命的根本。”^[18]因此，本证治疗旨在温补脾肾为要，开玄解毒，化浊祛瘀，逆转肝功能失代偿。

临床表现：身目发黄，晦暗不泽，或面色黧黑，畏寒肢冷，乏力，语速缓慢，行为异常或行走不稳，腹胀，下肢水肿，腹泻便溏，小便色黄量少。舌淡红或瘀紫，少苔或薄白腻，脉沉迟或沉细。治法：温补脾肾，化瘀解毒。方以茵陈术附汤（《医学心悟》）合茵陈丸（《千金翼方》）加减，处方：黑顺片（先煎）10 g，茵陈10 g，茯苓15 g，熟地黄15 g，麸炒白术20 g，泽兰10 g，刘寄奴30 g，川椒10 g，当归10 g，炙甘草6 g。

方药分析：方中附子补命门之火，温肾固阳，温阳以化阴霾；茵陈利湿退黄。两者相伍温阳救逆，利湿退黄。麸炒白术、茯苓、川椒温中益气，补虚生阳，运脾利湿化浊，温通腰脐间气血。因瘀毒阻络，宜祛邪为先，取截断病势、逆流挽舟之意。现代中医肝病大家关幼波教授主张“治黄先治血，血行黄易却”^[19]，故方中以泽兰、刘寄奴、当归祛瘀退黄。茵陈苦寒，利湿退黄，恐其寒凉碍胃，配以刘寄奴活血祛瘀退黄，使苦寒之性减低，但不减退黄祛邪之功^[20]。泽兰活血开玄通络。当归性温，养血柔肝。三者配伍活血化瘀，开玄通络以畅达肝木^[21]。甘草柔肝护肝，调和诸药^[22]。全方共奏温肾祛瘀、利湿化浊、开玄通络之功。若见手足冰冷，腹中冷痛，小便清长等肾阳虚衰而湿浊不盛者，可选用肾气丸合茵陈丸化裁，温肾暖土，利湿化瘀以退黄，进而改善肝功能失代偿。阳虚瘀毒阻滞者，出现胃肠道瘀滞，肠道气机运化失常，可加活血散瘀、行气导滞之味，常用厚朴、枳壳、酒大黄。畏寒怕冷者，可加肉桂、仙茅。腹水腹胀及双下肢水肿者，可加大腹皮、桂枝。胃脘胀满者，以重剂刘寄奴以活血散瘀，健胃消食，加枳实、莱菔子以理气消胀。

4 验案举隅

患者，男，65岁，2022年3月10日初诊。主诉：身目小便色黄6个月。2021年12月10日患者无诱因出现身目黄染，腹胀，双下肢水肿，小便色黄，小便不利，外院诊断为“丙型肝炎后肝硬

化失代偿期、肝功能衰竭、肝性脑病、低蛋白血症”,住院治疗20 d,症状好转后出院,曾口服索磷布韦维帕他韦片(丙通沙)[索磷布韦(400 mg/次)、维帕他韦(90 mg/次),均1次/d]和熊去氧胆酸胶囊(250 mg/次,3次/d)治疗。刻下症见:身目色黄染,晦暗不泽,小便黄染,全身乏力,怕冷,少量齿龈出血,无腹痛、腹胀,活动后出现下肢水肿,寐可纳一般,二便调。舌质淡红,苔白腻,脉沉细弦。查体:面色晦暗,肝病面容。全身皮肤黏膜重度黄染,色泽晦暗,未见肝掌,颈前可见一枚蜘蛛痣。腹平软,肝肋下未触及,脾肋下3 cm,双下肢轻度水肿。辅助检查。(1)丙肝抗体:64.67 COI;HCV RNA $<1.0\times 10^3$ IU/mL。(2)肝功能:天门冬氨酸氨基转移酶(AST)43 U/L,碱性磷酸酶(ALP)238 U/L,乳酸脱氢酶(LDH)295 U/L,总蛋白(TP)63.3 g/L,白蛋白(ALB)34.1 g/L,总胆红素(TBIL)85.6 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素(DBIL)54.4 $\mu\text{mol/L}$,间接胆红素(IBIL)31.2 $\mu\text{mol/L}$,总胆汁酸(TBA)61.8 $\mu\text{mol/L}$ 。(3)凝血功能:血浆凝血酶原时间测定(PT)15.4 s,凝血酶原活度(PTA)57.3%,凝血酶原比值(PTR)1.34,部分活化凝血时间测定(APTT)44.3 s。(4)血常规:白细胞计数(WBC) $1.80\times 10^9/\text{L}$,红细胞计数(RBC) $3.08\times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白(HB)110 g/L,血小板计数(PLT) $34\times 10^9/\text{L}$ 。(5)肝、胆、胰、脾MR:肝硬化,脾大,侧枝循环形成;考虑肝门静脉主干局部血栓形成可能,建议MR增强扫描;少量腹水;考虑胆囊泥沙样结石,胆囊炎;腹膜后多发淋巴结增大;腹壁软组织轻度水肿。西医诊断:丙型肝炎后肝硬化失代偿期;慢性肝衰竭;低蛋白血症;脾功能亢进;胆囊结石伴胆囊炎。中医诊断:黄疸;辨证:阴黄-阳虚瘀毒兼湿浊阻滞。治法:温补脾肾,活血祛瘀。方选茵陈术附汤合茵陈五苓散加减,处方:黑顺片(先煎)10 g,茵陈15 g,麸炒白术30 g,黄芪30 g,北刘寄奴20 g,泽兰10 g,盐菟丝子15 g,茯苓20 g,羌活10 g,地榆炭10 g,炒莱菔子30 g,炙甘草10 g。7剂,1剂/d,水煎取汁400 mL,早晚分2次温服。

2诊:2022年3月16日,患者诉双下肢水肿减轻,大便秘结,胃脘胀满,齿龈出血好转,食少腹胀。予上方去黄芪、麸炒白术、泽兰、地榆炭,菟丝子,加生白术15 g,麸炒枳实15 g,白茅根30 g,酒肉苁蓉20 g。12剂,煎服法同前。

3诊:2022年3月28日,患者诉面色黄染较前有所改善,下肢无水肿,乏力减轻,怕冷症状好转,大便正常。舌淡红,苔薄白腻,脉沉细。复查肝功能:ALB 39.8 g/L, TBIL 54.2 $\mu\text{mol/L}$, TBA 48.3 $\mu\text{mol/L}$ 。予初诊方北刘寄奴增至40 g,炒莱菔子减至20 g,加盐菟丝子15 g,当归10 g。7剂,煎服法同前。后患者续服3诊方加减调治1个月。

4诊:2022年5月9日,患者诉身目黄染症状明显好转,小便色淡黄,无下肢水肿、无腹胀。辅助检查。(1)肝功能:ALT 41 U/L, TP 69.7 g/L, ALB 41.5 g/L, TBIL 29.2 $\mu\text{mol/L}$, TBA 32.7 $\mu\text{mol/L}$ 。凝血功能:PTA 68.7%, APTT 36.8 s。(2)血常规:WBC $2.03\times 10^9/\text{L}$, RBC $3.40\times 10^{12}/\text{L}$, HB 121 g/L, PLT $49\times 10^9/\text{L}$ 。(3)上腹部超声提示:肝硬化,胆囊结石伴胆囊炎,脾大,腹膜后淋巴结增大。

按语:本案患者以“身目尿黄”就诊,辨病属于中医黄疸病范畴。因感染湿热疫毒之邪(丙肝病毒),病情隐匿性进展为肝硬化失代偿期、肝衰竭。久病湿热伏藏,脾失健运,湿滞脾胃,日久损伤脾肾阳气,肝木疏泄失职,胆汁不循常道,则

见身目黄染、小便色黄,黄色晦暗。湿滞中焦,热毒化瘀,毒瘀胶着,损及脾阳,久病肾阳疲弊,温阳化水无力,湿浊困阻,则见身困疲乏,怕冷、纳差、双下肢水肿。湿邪化浊,停滞中焦,脾虚失于统摄,血溢脉外,则见齿龈出血。湿浊阻滞,阳气不舒,瘀毒互结,故见舌淡红,苔白腻,脉沉细弦,辨证为阳虚瘀毒兼夹湿浊阻滞证。病位在脾肾,病性属虚实夹杂。治疗当以温补脾肾,活血祛瘀,逆转病势进展。故初诊时以黑顺片、茵陈为君药,温阳利湿退黄为要;炙黄芪温中健脾,莱菔子和胃降逆,两者配伍升降有序使水谷之气布化全身;白术、茯苓相配健脾利湿而不伤正;刘寄奴、泽兰、地榆炭活血化瘀,兼顾齿龈出血;菟丝子补气壮阳,温养玄府^[23];少量羌活升提中焦阳气,升发以宣提中焦气机。2诊时患者面色改善,水湿减轻,食少腹胀、大便秘结皆因脾肾阳虚,失于温通,湿浊瘀毒内阻,肠腑传化无力,故给予肉苁蓉温肾益精,润肠通便,且枳实、莱菔子通腑导滞。易麸炒白术为生白术,通大便,利小便。3诊时患者病情好转,乏力、怕冷症状减轻,水湿已去,阳气恢复疲惫,当以温补脾肾、活血利湿之法治疗,继服初诊方以巩固阳气,取“阴阳之要,阳密乃固”之意^[24]。入菟丝子壮阳补肾,当归、刘寄奴活血祛瘀。4诊时患者复查肝功能明显好转,未再出现并发症,嘱患者定期监测肝功能。本案治疗中整体诊治思路体现了常占杰教授温中以救其阳,逆挽以留其阴的诊疗思维。

参考文献

- [1] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组,中华医学会肝病学会重型肝病与人工肝学组.肝衰竭诊治指南(2018年版)[J].实用肝脏病杂志,2019,22(2):164-171.
- [2] 蒙荫杰,邱华,李旺,等.加味茵陈四逆颗粒联合西医综合治疗乙型肝炎病毒感染相关慢性肝衰竭的效果[J].中国医药导报,2022,19(5):146-149,166.
- [3] 申巧慧.中医参与治疗对慢性肝衰竭的疗效影响研究[D].长春:长春中医药大学,2021.
- [4] 周小舟,黄俏光,孙新峰,等.慢加急性、慢性肝衰竭中医证候规律的研究[J].中国中医药科技,2012,19(6):483-484.
- [5] 李亚芹,严惠萍,张龄予,等.中医药防治肝衰竭研究近况[J].广西中医药大学学报,2022,25(4):52-54.
- [6] 慢加急性肝衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].北京中医药,2021,40(9):946-955.
- [7] 陈欢,李秀惠.李秀惠教授运用截断逆挽法治疗慢性肝衰竭验案[J].中西医结合肝病杂志,2021,31(1):21-22,25.
- [8] 李秀惠,杨华升,钱英.“截断逆挽法”治疗慢性重型肝炎的经验[J].中西医结合肝病杂志,2006,16(6):362-365.
- [9] 何发娟,吕建林,裴燕燕,等.毛德文教授以毒邪-毒浊新学说指导治疗肝衰竭经验撷菁[J].四川中医,2018,36(3):17-19.
- [10] 蒋琴,邱华,毛德文,等.浅析毛德文运用“截断逆转”法、“扶阳培土”法、“通腑开窍”法论治肝衰竭[J].辽宁中医杂志,2019,46(10):2043-2046.
- [11] 王龙,杨宇,王宝家.从“玄府”辨治(下转第228页)

- [13] 潘楫.医灯续焰[M].北京:人民卫生出版社,1988.
- [14] 高学山.高注金匱要略[M].贾成祥,校注.北京:中国中医药出版社,2015.
- [15] 尤怡.金匱翼[M].2版.许有玲,校注.北京:中国中医药出版社,2005.
- [16] 朱棣,滕硕,刘醇,等.普济方[M].北京:人民卫生出版社,1959.
- [17] 彭玉,陈竹,冷丽.黄建业名老中医“从心论治”小儿遗尿经验[J].中医儿科杂志,2014,10(1):10-12.
- [18] 杨士瀛.仁斋直指[M].北京:中医古籍出版社,2016.
- [19] 庆云阁.医学摘粹[M].彭静山,点校.上海:上海科学技术出版社,1983.
- [20] 薛铠,薛己.保婴撮要[M].李奕祺,校注.北京:中国中医药出版社,2016.
- [21] 秦昌遇.幼科折衷[M].俞景茂,点校.北京:中医古籍出版社,1990.
- [22] 张璐.张氏医通[M].孙玉信,王晓田,主校.上海:第二军医大学出版社,2006.
- [23] 黄元御.素灵微蕴[M].杨枝青,校注.北京:中国中医药出版社,2015.
- [24] 胡芸谷,胡凤昌.保赤心筌[M].北京:中医古籍出版社,2007.
- [25] 孙一奎.赤水玄珠[M].叶川建,校注.北京:中国中医药出版社,1996.
- [26] 郑玉坛.彤园医书:小儿科[M].刘炳凡,周绍明.湖湘名医典籍精华:妇科卷儿科卷.长沙:湖南科学技术出版社,2000.
- [27] 摄扬下津.幼科证治大全[M].北京:人民卫生出版社,1955.
- [28] 庄应祺.补要袖珍小儿方论[M].张洁,校注.北京:中国中医药出版社,2015.
- [29] 严用和.重辑严氏济生方[M].王道瑞,申好真,重辑.北京:中国中医药出版社,2007.
- [30] 游会玲.《济生》菟丝子丸治疗遗尿症60例[J].时珍国医国药,2005,16(12):1315.
- [31] 李国芳.俞景茂教授治疗小儿遗尿症经验介绍[J].中医儿科杂志,2016,12(4):12-15.
- [32] 王怀隐.太平圣惠方[M].郑金生,汪惟刚,董志珍,校点.北京:人民卫生出版社,2016.
- [33] 张秉成.成方便读[M].张效霞,杜鹊,校注.北京:学苑出版社,2010.
- [34] 裘吉生.珍本医书集成[M].上海:上海科学技术出版社,1985.
- [35] 孙思邈.备急千金要方[M].高文柱,沈澍农,校注.北京:华夏出版社,2008.
- [36] 孙思邈.千金翼方校释[M].李景荣,校释.北京:人民卫生出版社,1998.
- [37] 吴崑.针方六集[M].黄龙祥,点评.黄幼民,点校.北京:中国医药科技出版社,2021.
- [38] 曲月川,张崇正.儿科针灸治疗经验[M].北京:人民卫生出版社,1959.
- [39] 陆瘦燕.金针实验录[M].北京:人民军医出版社,2008.
- [40] 柯传灏.针灸十四经穴治疗诀[M].上海:上海卫生出版社,1958.
- [41] 北京市中医学校.常见疾病针灸治疗便览[M].北京:人民卫生出版社,1960.
- [42] 杨永璇,杨依方.针灸治验录[M].张怀霖,整理.上海:上海科学技术出版社,1965.
- [43] 姚俊.经验良方全集[M].赵建新,田元祥,点校.北京:人民军医出版社,2009.
- [44] 何英辑.文堂集验方[M].上海:上海科学技术出版社,1986.
- [45] 赵学敏.本草纲目拾遗[M].闫冰,校注.北京:中国中医药出版社,1998.

(收稿日期:2022-09-13 编辑:刘国华)

- (上接第215页)肝纤维化的理论探析[J].中医药学报,2022,50(3):9-12.
- [12] 田仁靖,安祯祥.从玄府理论论治肝纤维化[J].河南中医,2022,42(3):358-360.
- [13] 樊钦华,吴圣贤,杜雅薇.基于“阳主阴从”探讨寒邪伤阳致病特点[J].环球中医药,2021,14(7):1234-1238.
- [14] 陈月桥,吴凤兰,覃秀容,等.茵陈术附汤加减治疗乙型肝炎相关性慢加急性肝衰竭阴阳黄证的疗效观察[J].中医药导报,2021,27(6):91-94,98.
- [15] 程国彭.医学心悟[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2006:33.
- [16] 杨治中,宋佳.费伯雄《医醇賸义》和缓醇正思想探析[J].环球中医药,2021,14(4):649-651.
- [17] 刘永旭,闫也.《黄帝内经》重视阳气思想的源流与应用[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(4):130-131.
- [18] 卢崇汉.著名蜀医卢铸之生平及学术思想[J].成都中医药大学学报,1995,18(1):20-22.
- [19] 李鸿钧.关幼波治黄三法举隅[J].北京中医,1991,10(5):3-4.
- [20] 闫志鹏,刘永刚,闫瑞娟,等.常占杰教授运用重剂刘寄奴治疗慢性肝病经验[J].中西医结合肝病杂志,2023,33(1):67-70.
- [21] 严京,吴正正,马若楠,等.高健生基于玄府学说以温阳通络开郁法治眼病经验[J].中国中医眼科杂志,2023,33(1):45-47,60.
- [22] 陆剑萍,覃家茂,韦昭华.复方甘草酸苷联合恩替卡韦治疗HBV相关ACLF疗效分析[J].中南医学科学杂志,2023,51(1):61-64.
- [23] 南云鑫,张磊,陈洪炆,等.李佩文运用风药开玄治疗乳腺癌骨转移经验[J].中医药导报,2023,29(3):224-227.
- [24] 晏蔓柔,张耀东,李超瑞,等.张仲景阳密乃固思想之临床运用[J].国医论坛,2023,38(1):1-3.

(收稿日期:2023-03-26 编辑:时格格)