

# 秦伯未从“虚、郁、瘀、水”辨治肝硬化经验

孙玲玲<sup>1</sup> 李雁<sup>1</sup> 陈一凡<sup>2</sup> 曾燕鹏<sup>1</sup> 骆长永<sup>3</sup> 刘通<sup>1</sup> 孙晨阳<sup>1</sup> 刘德<sup>1</sup>

(1. 北京中医药大学东直门医院急诊科,北京 100700; 2. 北京中医药大学国学院,北京 100029;

3. 北京中医药大学东方医院感染科,北京 100078)

**【摘要】**秦伯未先生认为肝硬化总属本虚标实之证,结合其病理演变过程,总结“虚、郁、瘀、水”为其核心要素,四者在病程中互为因果,各有侧重。其中,“虚”为本,故治疗以“扶正”为基础并贯穿始终;“郁”为要,治以“疏肝和络”;“瘀”为枢,辨其轻重予以“和络消癥”;“水”为标,治以“利尿泻水”为主。

**【关键词】**肝硬化;中医药;虚;郁;瘀;水

**DOI:** 10.16025/j.1674-1307.2024.12.013

肝硬化是以肝实质弥漫性纤维化、假小叶和再生结节形成,肝内外血管异常为特征,以腹胀、乏力、胁痛、黄疸、腹水、肝掌、蜘蛛痣、肝脾大等为主要临床表现的消化系统常见病,为45~64岁人群的第三大死因<sup>[1-2]</sup>。目前,失代偿期肝硬化的西医治疗方案主要是针对并发症的对症治疗,其5年生存率为14%~35%<sup>[3]</sup>。中医药治疗不仅可以有效改善肝功能,而且能降低患者死亡率<sup>[4-5]</sup>。根据临床表现,肝硬化可归属于中医学“胁痛”“臌胀”“肝积”“癥瘕”等范畴。

秦伯未是我国近代著名中医学家,在脏腑辨证论治体系构建方面贡献卓著,尤擅辨治肝胆系疾病。本团队作为秦伯未名家研究室核心成员,负责整理秦老遗留病案与手稿、举办名医工作室学术研讨会以及多平台推广秦老学术经验等工作,致力于其经验挖掘与传承。现总结秦教授治疗肝硬化经验如下。

## 1 核心病机

秦老指出,病机是从复杂的症状中提出的纲领,可作为辨证求因的依据<sup>[6]</sup>。根据《黄帝内经》提出“病所、病因、病态”的“辨证三要素”,以把握病机,因机施治<sup>[7]</sup>。其中,病态对症状具有提纲挈领之作用,是病机的具体体现<sup>[8]</sup>。对肝硬化患者进行症状分析,提取病态要素,当以“虚、

郁、瘀、水”为核心。

### 1.1 “虚”为致病之本

肝硬化总属本虚标实之证,既有肝脏本虚致病,亦有他脏虚损而致肝病。一方面,肝硬化由各种慢性肝病发展而来,患者久病正气亏虚,瘀、水邪实内生,脏腑俱损,瘀、水、虚互结,疾病进一步发展,导致因虚致病、因病致虚之循环,使其缠绵难愈。《景岳全书·杂证谟》提到:“凡虚损……或先伤其气,气伤必及于精;或先伤其精,精伤必及于气。”肝气与肝阳是肝脏升发与条达能力的基础。当肝气虚衰,运行不畅时,肝脏升发不足,推动无力,久则肝阳虚。肝虚无以疏土,脾先受累,久延及肾,三脏俱虚。另一方面,他脏之虚亦可致肝病。如“水不生木”,即肾阴亏虚不能滋养肝木,而肝阴亏虚致肝病;“火不生土”,即心脾阳虚,心火衰微不能温脾,脾失运化,气血乏源,肝失其养则病;“金不克木”,则为肺虚引起的肝病<sup>[9]</sup>。肝气虚则疏泄之功下降,血行不畅而成瘀血,瘀血又进一步阻碍气行,故肝硬化早期以“虚”为主,兼见“郁、瘀”,患者多见乏力、腹胀、脾轻中度肿大等。随着病情进展,气虚无以行津而成水,血瘀阻于经络而滞水,瘀水阻碍气血运行,脏腑失养而加重虚损。故在肝硬化晚期,以“水”为主,兼见“虚、郁、

**基金项目:**国家重点研发计划项目(2018YFC1704100,2018YFC1704101);北京中医药薪火传承“3+3”工程项目(2020-SZ-A-47);北京中医药大学东直门医院临床研究和成果转化能力提升试点项目(DZMG-MLZY-23004)

**作者简介:**孙玲玲,女,26岁,硕士研究生。研究方向:名老中医经验传承。

**通信作者:**李雁,E-mail:13011097949@126.com

**引用格式:**孙玲玲,李雁,陈一凡,等.秦伯未从“虚、郁、瘀、水”辨治肝硬化经验[J].北京中医药,2024,43(12):1396-1400.

瘀”，患者表现为腹水、脾大、营养不良等。研究<sup>[10]</sup>表明，肝硬化患者的中医体质以气虚质最多。

### 1.2 “郁”为致病之要

肝郁为肝硬化的重要病因，多由情志不畅所致，既有因“郁”致病，又可见因病致“郁”。因“郁”致病者，如《丹溪心法·六郁》曰：“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。”“阳郁不达，神机颓废”，肝阳郁而神失养，神气郁结则情志异常。《张氏医通》言：“郁多缘于志虑不伸，而气先受病。”情志忧思郁结，肝气不舒，血随气停，发为血郁，气血运行进一步受阻；肝气郁滞，木不疏土，脾失运化，气血生化乏源，肝脾失于充养而虚弱，加重病情。因病致“郁”者，指肝硬化患者在疾病进展中易出现心理问题，又会加重肝郁。研究显示，焦虑抑郁为肝硬化患者常报告的精神症状，而“肝硬化”病名也使患者抑郁程度加重<sup>[11-12]</sup>。因此，“郁”既可作用于疾病之初，又能与“虚、瘀、水”互结贯穿整个病程，患者在发病之初、病情进展和疾病晚期都可见情绪问题。

### 1.3 “瘀”为致病之根

秦老将肝硬化之胁痛、肝脾大等临床表现多归结为血瘀所致，并指出其乃肝硬化进展之关键环节。一方面，胁痛久治不减，为久则入络，络道血流障碍，瘀结气滞而痛，是为“不通则痛”。《景岳全书》载：“凡人之气血犹源泉也。盛则流畅，少则壅滞，故气血不虚不滞，虚则无有不滞者。”气为血之帅，气虚血运无力则滞，气血周流不畅，日久因虚而瘀，终致气虚血瘀；肝疏泄失职，气机郁滞，血随气停，久致气滞血瘀；土郁木壅，脾失运化，津液停聚，血行受阻，久而为瘀，瘀血阻于肝络则为肝络血瘀，逐步影响肝脏实质。另一方面，肝脾大属于中医学“积聚”“癥瘕”等范畴。《血证论·瘀血》云：“瘀血在经络脏腑之间，则结为癥瘕。”肝脏为气血运行之枢纽，“肝络”为运行气血之途径<sup>[13]</sup>，气不运血而成血瘀阻络，而瘀血阻络，肝郁不疏，又可进一步导致水湿内停，久成腹水。研究认为“血瘀”与肝窦毛细血管化过程相契合，而晚期肝硬化患者常处于血栓形成前状态<sup>[14-15]</sup>。肝硬化早期，血因气虚、气郁运行不畅而成瘀，阻于脉络，故患者可见胁痛；日久瘀甚，病位较深，可见肝脾大；晚期又可因瘀滞致水，患者可见腹水。临床研究表明，肝硬化不同阶段的不同中医证型患

者具有共性证候特征——气虚血瘀<sup>[16]</sup>。故瘀可存在于肝硬化病程始终，又与“虚、郁、水”互为因果，循环往复。

### 1.4 “水”为致病之标

肝硬化晚期之腹水，虽为水湿停聚所致，实则缘于“虚、郁、瘀”，其作为致病之标，又可加剧“虚、郁、瘀”之程度。肝气虚衰，无力疏土，久致肾虚，“脾气散精，上输于肺，通调水道”“肾者主水”，水液不得输布而水停，为“虚”而致“水”；肝气郁结，气滞不行，郁而伤脾，脾不能制水，此为“郁”而致“水”；肝脾肾三脏虚损、三焦决渎失权，气虚则血停，“血不利则为水”，此为因“瘀”致“水”。《医门法律·胀病论》亦言：“胀病亦不外水裹气结血凝。”而水为阴邪又易困脾土，脾为后天之本，脾不运化，气血乏源，脏腑失养而致虚；水停于中焦，气血运行受阻，久致气郁、血瘀。故在肝硬化晚期，以“水”为主，兼见“虚、郁、瘀”。

## 2 临证论治

### 2.1 虚——培养气血，扶正调脾

针对肝硬化患者早期乏力、消化不良，晚期消瘦、精神不振，甚则因虚而卧床不起等“虚”证，秦老提出需培养气血，调理脾胃以扶正。《金匱要略》提到：“见肝之病，知肝传脾。”肝木易克脾土，肝病乘而犯脾。土需木疏，木可疏土，脾土得肝木之疏泄才能纳运相得，升降相应。故一般用补剂多以调养肝脾为基础，随症加减。秦老常用逍遥散作为基本方，以养血疏肝健脾。方中当归养血活血，白芍滋阴柔肝，柴胡疏肝解郁，白术、茯苓益气健脾，薄荷散郁热，生姜温中，甘草调和诸药。随病情进展，患者气血亏虚加重，则去柴胡、薄荷、生姜，加黄芪、肉桂、人参、熟地黄、川芎为十全大补汤，以温补气血。肝硬化晚期，患者肾阳亏虚，可予金匱肾气丸以温补肾阳。研究<sup>[17]</sup>显示，逍遥散加减方可有效治疗肝硬化。肝硬化的发生与发展，是由肝细胞损害和肝内结缔组织增生影响肝脏功能所致。一则，只要维持肝功能正常，有望控制其恶化出现腹水；二则，若腹水除后肝功能未有好转，腹水也必然复发，因此维持和恢复肝功能正常是治疗肝硬化的重要一环，故扶正应贯穿始终。

### 2.2 郁——疏肝和络，散瘀化滞

在肝硬化早期，临床常见纳差、胁痛、腹胀、

体质量减轻等消化功能紊乱表现。体征多见肝脾大、蜘蛛痣、神情忧郁等。肝硬化早期的治疗,秦老认为当从痞满入手,以疏郁为主,治以疏肝和络、散瘀化滞,常用枳壳煎、柴平煎等疏肝和胃调脾之方。方中柴胡、白芍、黄芩、枳壳归肝以畅气机,苍术、半夏、陈皮、砂仁等调理脾胃。《医方考》曰:“用小柴胡汤以和解表里,平胃散以健脾制湿,二方合而为一,故名曰柴平。”在此取其疏肝健脾和胃、调畅气机之用,肝木得舒,肝郁自除。现代研究显示,柴胡具有多成分-多靶点-多途径的抗抑郁作用,且最为常见的防治抑郁症的柴胡药对为柴胡-白芍和柴胡-黄芩<sup>[18-19]</sup>。疏肝方如小柴胡汤、柴胡疏肝散等可通过调节胆汁酸含量、成分及其受体相关通路以改善肝功能,减轻抑郁症状<sup>[20]</sup>。如患者郁滞较重,可适当加入青皮、香附、郁金之类以加强疏肝解郁之功。如患者出现胁刺痛,则可加入川芎、丹参之类。

### 2.3 瘀——和络消瘀,通瘀生新

在肝硬化早期,瘀滞较轻,表现为肝区疼痛、痛有定处等;在进展期,血瘀日久,可见面部黧黑、唇甲青紫,皮肤瘀斑,舌紫瘀点,脉涩等;在晚期,瘀久成积,致脾大、腹水等。在瘀滞初起,秦老常以理气佐以活血为治,方用柴胡疏肝散。对于“久痛入络”患者,秦老主张重用祛瘀通利法,此谓通则不痛,秦老常在肝硬化之肝脏大、肝区疼痛伊始,便用旋覆花汤、手拈散和复元活血汤等祛瘀和络之方。待患者自觉症状消失,肝脏尚未缩小,再予丹栀逍遥散养血舒气、健脾和胃,以缓缓调治。对于肝脏癥积,秦老予以消癥除瘀法,用黄芪、丹参、当归、赤芍、白芍、苍术、柴胡、穿山甲、五灵脂、制乳香、制没药、生蒲黄等以消瘀软肝。其中,黄芪、苍术益气健脾,丹参、当归活血养血和血,白芍、柴胡疏肝柔肝,五灵脂、制乳香、制没药活血破血散瘀,穿山甲、蒲黄活血行血通瘀。现代药理研究证实,黄芪、丹参具有抗纤维化作用,白芍、柴胡可延缓肝纤维化进展和保肝,柴胡可抗纤维化及保肝,当归、苍术亦具保肝之效<sup>[21-26]</sup>。此外,秦老认为通瘀生新法可对改善已被破坏的肝脏组织有所帮助。研究发现扶正化瘀法可改善肝窦毛细血管化<sup>[27]</sup>。活血化瘀药物(如丹参、桃仁)在改善肝脏微循环以防肝硬化的过程中具有重要作用<sup>[28]</sup>。活血化瘀方如扶正化瘀汤、桃红四物汤、膈下逐瘀汤

等可拮抗病理性血管生成与重构,促进肝脏功能性血管新生<sup>[29]</sup>。

### 2.4 水——利尿泻水,缓急有序

肝硬化晚期,患者主要症状为腹水,肿属水,胀属气,气聚不散,水湿停留,故肝硬化腹水前期以理气为主,佐以利尿。常用方廓清饮最为典型,方中茯苓、泽泻、大腹皮利水;厚朴、枳实、陈皮理气,白芥子下气宽中,莱菔子开痞降气,共奏疏肝行气、利水消肿之功。秦老强调,不论腹水已消或未消,以《金匱要略》中“腰以下肿,当利小便”为准则,针对一般小便短黄,伴下肢和阴囊水肿患者,当用利尿法,可用五皮饮、八正散等利尿。此类方剂以利尿为主,兼以消水泻热、疏气宽中之用。秦老认为,当患者利尿后仍腹部胀急难忍,当予泻水。常用药物如大戟、甘遂、芫花、葶苈子、商陆、牵牛子、巴豆霜等峻下逐水药。腹水之成小便先不利,泛滥流溢不可遏阻,如《古今医彻》所言:“治臌胀譬如洪水泛滥,不事疏凿,乃欲以土填之,愈提防而愈泛滥……非不峻烈可畏,然不再涤荡,则水何由而行,所蓄何由而去。”秦老指出,肝硬化腹水尽可能用利尿药,不宜早泻水,在利尿药效果不显,而患者正气尚足时,应当以泻水为主法,促进腹水消失。临床使用泻水剂时,需综合患者病情、体质、兼症和舌脉情况,用药不可大意。

## 3 病案举例

患者,男,31岁,1959年2月17日初诊,主诉:腹痛伴下肢浮肿1年余。患者1957年5月发现下肢浮肿,腹内不适,胀满疼痛,以中、上腹部尤为明显,但胃纳尚可,无恶心呕吐现象。就诊于某院,发现腹内有肿块,诊断为“肝硬化”,经外院住院治疗,未见疗效,遂来我院就诊。刻下症见:腹痛,下肢浮肿,无乏力,无恶心呕吐,无口苦思饮,纳可,睡眠佳,小便稍黄,大便正常。查体:黏膜轻度黄染,未发现蜘蛛痣。舌红,无苔。脾大,AB线5.5 cm,CD线6.5 cm,EF线5.5 cm,肝未触及,腹壁静脉未见怒张,腹水,双下肢膝关节以下轻度可凹性水肿。西医诊断:肝硬化;中医诊断:臌,气滞血瘀、水饮内停、气阴耗伤证。治以疏肝利水、消癥扶正,方药组成:制苍术9 g,茯苓12 g,陈皮4.5 g,厚朴3 g,汉防己6 g,薏苡仁15 g,枳壳4.5 g,大腹皮9 g。4剂,水煎,1剂/d,分2次服。

1959年5月6日秦老查房：患者小便渐多，下肢浮肿未见好转，胃纳不佳，黏膜轻度黄染。方药组成：茯苓 30 g，白术 9 g，山药 15 g，茵陈 15 g，丹参 30 g，三棱 9 g，莪术 9 g，枳壳 6 g，汉防己 12 g，大腹皮 9 g，蚕砂 9 g，车前子 9 g，木通 4.5 g。2剂，煎服法同前。

1959年6月2日秦老查房：患者胃纳不化，嗳气，两胁胀痛，脉沉稍滑，舌无苔。方药组成：苍术 9 g，白术 9 g，青皮 4.5 g，陈皮 4.5 g，生甘草 2.4 g，茯苓 30 g，猪苓 9 g，泽泻 9 g，桂枝 3 g，生姜皮 3 g，汉防己 9 g，砂仁 3 g，小茴香 3 g，荔枝核 12 g，厚朴 6 g。4剂，煎服法同前。

后守方加减，患者病情减轻，1959年9月29日出院。

按：患者以腹部胀痛、腹水、下肢浮肿、脾大为主要临床表现，属“癥”范畴。《类证治裁》言“肿在外属水，胀在内属气”；秦老《谦斋医学讲稿·腹痛》云“少腹痛多气属肝”。肝主疏泄，肾主水，脾主运化，故患者病位涉及肝、脾、肾三脏。肝失疏泄，气机郁滞，血随气停，聚而为瘀，瘀血停于脾络，故见脾大；气不行津，脾失运化，水液停聚，瘀水互结，阻于中焦，故见腹水、腹胀痛，胁痛；肝木横犯脾土，脾土克于肾水，水液溢于皮肤，故而下肢浮肿。《医学衷中参西录》云：“肝于五行属木，木性原善条达，所以治肝之法当以散为补，散者即升发条达之也。”初诊患者“郁、水”为主，治以疏肝和络，健脾扶正，利尿消肿。方中苍术、茯苓、炒薏米健脾渗湿，固护中焦；陈皮、厚朴、枳壳疏肝行气以消水；汉防己、大腹皮利水消肿。二诊患者“瘀、水”为主，治以活血消癥、利尿消肿，以丹参活血祛瘀，三棱、莪术破血消癥，使血道得通；佐枳壳疏肝行气，助血得行；茯苓、白术行健脾化湿之功，山药健脾和中、蚕砂和胃化湿，使脾胃得健、水湿得运；加汉防己、大腹皮、车前子、木通利水消肿，辅茵陈退黄。三诊时患者症状以“郁、虚”为主，方中陈皮、青皮、荔枝核、厚朴疏肝行气；苍术健脾，加砂仁开胃，小茴香和胃；同时予五苓散加生姜皮、汉防己利水，甘草调和诸药。

#### 4 结语

秦老认为肝硬化核心病机为“虚、郁、瘀、水”。总属本虚标实、虚实错杂。肝硬化往往由代

偿期向失代偿期进展，其病机呈动态演变。病程中“虚、郁、瘀、水”四者均可见，然程度不同。脏腑虚损，气机郁滞，运化无力，新血不生，瘀血内停，血不循经，血不利而为水；而瘀水互结，阻于中焦，肝气不疏，横犯脾胃，气血生化乏源，加重虚、郁。形成了因虚致瘀、因瘀致虚，虚、郁、瘀、水互结的恶性循环，使病情日益加重。秦老提出“疏肝、和络、消癥、利尿、泻水、扶正”等治法，“疏肝用于肝硬化早期的消化功能紊乱，和络用于肝区疼痛，消癥用于肝脾肿大不消，利尿和泻水用于晚期腹水，扶正用于体力衰退时期”<sup>[7]</sup>。同时强调“中医治疗从整体出发，不仅需着重于现有症状，更要注意以前原因及其发展，结合施治。如果因为分类而把它机械地分割应用，便失去了中医的治疗精神”<sup>[7]</sup>。故治疗肝硬化临床证应明晰轻重主次，精准施治。此外，对于肝硬化并发症如出血、肝性脑病等，开窍、止血之法，不可忽略。

#### 参考文献

- [1] GINES P, KRAG A, ABRALDES JG, et al. Liver cirrhosis [J]. Lancet, 2021,398(10308):1359-1376.
- [2] GBD 2017 Cirrhosis Collaborators. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2020,5(3):245-266.
- [3] PENG CY, CHIEN RN, LIAW YF. Hepatitis B virus-related decompensated liver cirrhosis: benefits of antiviral therapy[J]. J Hepatol, 2012,57(2):442-450.
- [4] LI H. Advances in anti hepatic fibrotic therapy with Traditional Chinese Medicine herbal formula[J]. J Ethnopharmacol, 2020,251:112442.
- [5] XIE Z, QIANG J, PI X, et al. Favorable outcome of adjunctive traditional Chinese medicine therapy in liver cirrhosis: A large cohort study in Southwest China[J]. Complement Ther Med, 2020,51:102446.
- [6] 秦伯未. 中医入门[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:62.
- [7] 秦伯未. 秦伯未增补谦斋医学讲稿[M]. 北京:中国医药科技出版社,2014.
- [8] 曾燕鹏,李雁,陈一凡,等. 从“病所-病因-病态”探析秦伯未对补中益气汤方证之认识[J]. 环球中医药,2020,13(12):2141-2144.
- [9] 孙其新. 谦斋五行生克辨证法则:当代名医秦伯未辨证论治精华(17)[J]. 辽宁中医杂志,2004,31(1):8-10.
- [10] 李菲. 肝硬化患者的中医体质调查研究与分析[D]. 南

- 宁:广西中医药大学,2023.
- [11] HUI Y, LI N, YU Z, et al. Health-related quality of life and its contributors according to a preference-based generic instrument in cirrhosis[J]. *Hepatol Commun*, 2022,6(3):610-620.
- [12] VAUGHN-SANDLER V, SHERMAN C, ARONSOHN A, et al. Consequences of perceived stigma among patients with cirrhosis[J]. *Dig Dis Sci*, 2014,59(3):681-686.
- [13] 袁振华,刘苗苗,张蕾,等.基于“从化”与“通络”思想探析儿童抽动障碍因机证治[J].北京中医药,2024,43(1):82-84.
- [14] 孙学刚,黎春华,吕志平.肝主疏泄与肝窦内皮功能关系探讨[J].中国中医基础医学杂志,2010,16(5):373-375.
- [15] TRIPODI A, PRIMIGNANI M, MANNUCCI PM, et al. Changing concepts of cirrhotic coagulopathy[J]. *Am J Gastroenterol*, 2017,112(2):274-281.
- [16] 谭春雨,刘平.肝硬化“虚损生积”病机理论溯源及其临床意义[J].上海中医药大学学报,2010,24(4):25-28.
- [17] 王永生.逍遥散与四逆散方辨治肝硬化[J].中国民族民间医药,2012,21(19):88.
- [18] 吴丹,高耀,向欢,等.基于网络药理学的柴胡抗抑郁作用机制研究[J].药科学报,2018,53(2):210-219.
- [19] 张明远,许二平,陈毅恒,等.柴胡治疗抑郁症药理作用研究现状[J].中华中医药学刊,2023,41(10):102-108.
- [20] 黄灿,沈垚村,刘深梵,等.基于“肝-胆汁酸-肠道菌群轴”论非酒精性脂肪性肝病肝郁脾虚病机的生物学内涵[J].北京中医药,2023,42(5):551-555.
- [21] 王佳俊,向世颢,谢治深,等.黄芪化学成分抗纤维化作用及分子机制研究进展[J].中药新药与临床药理,2023,34(12):1799-1805.
- [22] 林稼樱,曹云,黄佳钦,等.基于网络药理学探讨丹参治疗肝纤维化的作用机制[J].北京中医药,2021,40(5):542-545.
- [23] 徐佳新,许浚,曹勇,等.中药白芍现代研究进展及其质量标志物的预测分析[J].中国中药杂志,2021,46(21):5486-5495.
- [24] 李力恒,陈丽萍,胡晓阳,等.柴胡的化学成分及药理作用研究进展[J].中医药学报,2023,51(2):109-112.
- [25] 马燕,张育贵,石露萍,等.当归炮制品及其化学成分和药理作用研究进展[J].中国中药杂志,2023,48(22):6003-6010.
- [26] 刘思佳,姚杰,宋雪,等.苍术属药用植物的化学成分、药理作用、临床应用概况[J].中华中医药学刊,2023,41(1):151-154.
- [27] LIU HL, LYU J, ZHAO ZM, et al. Fuzhenghuayu Decoction ameliorates hepatic fibrosis by attenuating experimental sinusoidal capillarization and liver angiogenesis[J]. *Sci Rep*, 2019,9(1):18719.
- [28] 齐婧姝,王宇,刘成海.活血化瘀法在肝硬化中医药治疗中的实践应用与发展[J].上海中医药杂志,2023,57(8):27-32.
- [29] 吴晓明,何强,尤圣杰,等.中药复方抗肝纤维化作用机制研究概述[J].北京中医药,2021,40(6):675-680.

### QIN Bowei's experience in differentiating and treating liver cirrhosis from the perspective of "deficiency, depression, stasis, and water"

SUN Lingling, LI Yan, CHEN Yifan, ZENG Yanpeng, LUO Changyong, LIU Tong, SUN Chenyang, LIU De

(收稿日期:2024-03-29)

## 《北京中医药》杂志对数字用法描述的要求

数字用法执行中华人民共和国国家标准 GB/T 15835-2011《出版物上数字用法的规定》。凡是可以使用阿拉伯数字且得体处均应使用阿拉伯数字,如:公历世纪、年代、年、月、日和时,必须使用阿拉伯数字。年份用4位数表示,如1994年小时用“h”,分钟用“min”,秒用“s”表示。避免用时间代词,如“今年”、“去年”等。小时用“h”表示,分钟用“min”表示,秒用“s”表示。小数点前或后超过4位数字时,每3位为1组,组间空1/4个汉字空,如“56 123.478 36”。但序数词和年份、页数、部队番号、仪表型号、标准号不分节。百分数的范围和偏差,前一个数字的百分号不可省略,如10%~20%不可写为10~20%;(80.9±8.6)%不可写为80.9%±8.6%。附带尺寸的数值相乘,应写为3 mm×4 mm×5 mm,不可写为3×4×5 mm<sup>3</sup>。

(本刊编辑部)