

《伤寒杂病论》经方治疗便秘思路探析

窦丹¹ 邓鑫¹ 马芸² 吉星宇¹ 王澍青² 丁洋¹ 张声生¹ 赵鲁卿¹

(1. 首都医科大学附属北京中医医院消化中心, 北京 100010; 2. 北京中医药大学, 北京 100029)

【摘要】《伤寒杂病论》由东汉张仲景所著, 是其辨证论治学术思想的集中体现, 其中所载方剂被称为经方。便秘是临床常见的疾病, 在《伤寒杂病论》中涉及便秘的治疗条文有 70 余条, 张仲景对其病因病机深入剖析, 创立了多首配伍严谨, 组方精简的经方, 具有很高的临床价值。本文通过系统梳理《伤寒杂病论》中治疗便秘的条文及方药, 分析各证候、病机, 探讨经方治疗便秘的思路, 以期对临床合理使用经方以及提高临床便秘疗效提供借鉴。

【关键词】经方; 《伤寒杂病论》; 便秘; 治疗思路

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.05.007

便秘是临床上常见的消化系统疾病, 表现为排便次数减少 (每周排便 < 3 次), 粪便干硬难下, 或粪质不干但排便困难^[1]。便秘既是一种独立的病种, 又可作为一种症状出现在各种急慢性疾病过程中。随着人们饮食结构变化、社会与精神因素等多方面的影响, 便秘的患病率逐年增高, 且发病趋势呈年轻化^[2-3]。便秘不仅是结肠癌发生的高危因素, 而且还会诱发心脑血管疾病的发生发展, 严重影响人们的生活质量^[4-5]。目前西医治疗虽然短期内可缓解便秘症状, 但是易产生药物依赖, 降低肠道应激性, 停药后症状易反复甚至加重^[6-7]。

中医药治疗便秘历史悠久且疗效显著, 历代医家经过长期的实践与总结, 为后世留下了许多宝贵的经验。张仲景在《伤寒杂病论》中对便秘的论述颇丰, 提出阳结与阴结之分, 创立了“三承气汤”“麻子仁丸”“大黄附子汤”等经典方剂, 为后世奠定了便秘辨证论治的基础。总结经方治疗便秘的证治经验, 临床活用古方古法, 不仅可提高便秘治疗效果, 还有助于中医经典的传承。本文浅谈《伤寒杂病论》中便秘的病因病机特点, 并选取有代表性的方药, 探析仲景治疗便秘的思路与特色, 以飨同道。

1 病机溯源, 承上启下

大便的通畅有赖于肺的肃降, 脾的运化, 胃的受纳腐熟, 大肠的传导、运输、排泄, 《伤寒杂病论》对便秘病因病机的认识是多方面、多维度的, 主要可分为以下几点。

1.1 胃肠热实, 肠失濡养

《伤寒论》云: “阳明之为病, 胃家实是也。”阳明多气多血, 属土, 受纳腐熟水谷化为精微, 传化糟粕。若燥热之邪入阳明, 热结于内, 损耗津液, 熏灼肠腑, 与肠中糟粕搏结, 发为阳明腑证, 表现出腹满、疼痛、便秘、潮热等症状。《素问·太阳阳明论篇》曰: “脾与胃以膜相连耳, 而能为之行其津液。”若胃肠燥热过盛, 脾为胃行其津液的功能受到制约, 津液不得四布, 但输膀胱, 出现大便困难, 小便频数的症状, 名为“脾约”。《素问·举痛论篇》云: “热气留于小肠, 肠中痛, 瘕热焦渴, 则坚干不得出, 故痛而闭不通矣”, 亦说明津液充足, 肠道得以滋润, 方可大便调和; 若因过食肥甘厚腻、辛辣刺激之品, 久可致中焦积热, 燥火壅结, 焦灼津液, 难以敷布于大肠致燥屎难下。

1.2 气机失调, 塞而不行

六腑以通为用, 以降为顺, 若气机上逆或升降失调则可引起便秘。少阳为枢, 居半表半里之

基金项目:北京市科技计划-首都临床特色诊疗技术研究及转化应用项目(Z221100007422094);首都医科大学优秀青年人才项目(B2308);北京市属医院科研培育计划项目(PZ2021020)

作者简介:窦丹, 女, 28 岁, 博士研究生。研究方向: 中医药治疗脾胃病。

通信作者:赵鲁卿, E-mail: zhaoluqing@bjzhongyi.com

引用格式:窦丹, 邓鑫, 马芸, 等. 《伤寒杂病论》经方治疗便秘思路探析[J]. 北京中医药, 2024, 43(5): 482-486.

位, 为人体气机升降出入开阖的枢纽, 胆和三焦为少阳之腑, 而三焦为元气之别使, 主通行元气和津液, 若病入少阳, 致枢机不利, 三焦阻隔, 津液运行障碍, 可发为便秘。《伤寒论》言: “阳明病, 胁下硬满, 不大便而呕, 舌上白胎者, 可与小柴胡汤。”《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》又言: “按之心下满痛者, 此为实也, 当下之, 宜大柴胡汤。”阐述了少阳经气不利, 继发阳明腑气不降、胆胃失和所致便秘。《金匱要略浅注补正》云: “肝主疏泄大便, 肝气既逆, 则不疏泄, 故大便难。”亦指出便秘与肝失疏泄, 气机失调有关。慢性便秘与精神心理障碍存在相关性^[8], 一方面焦虑、抑郁等负性情绪易导致便秘, 肛肠动力学和精神心理因素相互关联; 另一方面, 便秘亦可加重精神心理障碍, 二者互为因果。

1.3 阳气不足, 阴寒内结

寒主收引凝滞, 易伤阳气, 阳气不足, 阴寒内结, 肠腑失于温煦, 致大肠运化传导无力, 导致便秘, 此类证型在素体阳虚或老年人中较为常见。《伤寒论》曰: “阳明病, 若中寒者……此欲作痼瘕, 必大便初硬后溏……以胃中冷, 水谷不别故也。”胃肠为腑, 阳气最旺, 若胃肠虚寒, 则阴滞气积而结块也。《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》云: “趺阳脉微弦, 法当腹满, 不满者必便难……当以温药服之。”亦论述中阳受损, 寒气凝结, 下闭阴窍可致大便困难。

1.4 瘀血内结, 肠络失养

瘀血阻于肠间, 日久可使脉络阻滞, 精微物质输送受阻, 肠间失养干涩, 大便干结难下。此证型多见于顽固性便秘及外伤所致便秘患者^[9-10]。《伤寒论》言: “阳明证, 其人喜忘者, 必有蓄血……屎虽硬, 大便反易, 其色必黑……病人无表里证……不大便者, 有瘀血。”体现了瘀血结于肠间可致便秘, 且糟粕日久不去阻碍气机运行, 瘀血阻滞进一步加重气机不畅, 反使瘀血加重, 形成恶性循环, 致瘀血难消, 肠络失养, 便秘迁延不愈。

2 谨守病机, 创立名方

2.1 荡涤积滞, 润燥通便

胃肠热实, 燥火壅结可致腑气不通, 大便排出困难。针对不同的便秘特点, 施以不同的方药, 如对于阳明实热便秘, 治予三承气汤以荡涤积滞; 对于胃强脾弱之脾约便秘, 治予麻子仁丸以润燥

通便。

2.1.1 大承气汤: 临床适用于燥热内结、腑气不畅所致的痞满燥实坚俱备的阳明热实重症便秘, 症见脘腹胀满, 腹部坚硬疼痛拒按, 甚则可触及硬块, 口燥咽干, 手足汗出, 大便干燥, 多呈球状(燥屎), 排出困难, 小便频短而黄。方中大黄攻下泻实, 厚朴下气除满, 枳实破气消痞, 芒硝助大黄攻下又可软坚润燥, 诸药合用, 共奏荡涤积滞, 攻下实热而存阴之功。方中枳实、厚朴先煮, 大黄后下, 最后兑服芒硝, 厚朴用量倍于大黄, 行气与泻下并重。本方不拘泥于“痞、满、燥、实”之症, 灵活辨证用药, 伴有气滞血瘀者, 可加红花、赤芍、延胡索; 伴有热结阴虚者, 可加生地黄、白芍、玄参; 伴有气血两虚者, 去芒硝, 大黄减量, 可加党参、黄芪、当归。本方攻下作用峻猛, 故仲景原文告诫后世须“得下余勿服”“若一服利, 则止后服”, 临床运用本方时, 须中病即止, 以大便通为度, 勿攻下太过而耗伤正气。临床研究^[11-13]表明, 大承气汤不仅能够有效缓解慢性功能性便秘患者症状, 还能缓解术后患者腹胀便秘, 缩短排气排便时间, 效果优于西药治疗, 值得推广使用。

2.1.2 小承气汤: 临床适用于胃肠燥热津亏之阳明热实轻症, 以痞、满为主, 实而不坚, 临床主要见症与大承气汤证相似但程度较轻, 以腹部胀满为主, 腹痛不甚, 大便质硬但尚可排出, 未成燥屎。本方为大承气汤去芒硝, 减枳实、厚朴之剂量而得, 泻下之力缓于大承气汤, 重点在于理气, 方中大黄为君泻下荡积, 臣以枳实破气消痞, 厚朴行气散满, 全方共奏泄热通便, 消痞除满之功, 攻积泄下之力较大承气汤缓和, 若大承气汤证不典型者可用其试探之。方中三物同煮, 不分次第, 但求地道之通, 不用芒硝之峻, 服用方法同大承气汤, 以大便通为度, 中病即止, 以免耗伤正气。伴有肠道气滞者, 可加郁金、木香、槟榔; 伴有脾肾虚弱者, 可加黄芪、党参、白术、肉桂、肉苁蓉、川牛膝; 伴有阴血亏虚者, 可加当归、生地黄、玄参、麦冬。

2.1.3 调胃承气汤: 临床适用于阳明热结, 胃肠热盛, 痞满较轻者, 重在清泻胃肠实热, 症见蒸蒸发热, 心烦, 口干欲饮, 腹满程度轻, 大便硬或散而不畅。本方为大承气汤去枳实、厚朴, 增加芒硝剂量, 并加用性味甘温之甘草而得。方中

大黄、芒硝泻热软坚通便，甘草甘缓和中，调和大黄、芒硝攻下之力，诸药合用，取“下而去实，缓而不伤”之意，共奏泻热和胃，润燥软坚之功。本方重在泻热化燥，因势利导，使实热得去而胃气得调，为和下之剂也。服药方法“少少温服”，谓缓慢服药，使药力缓和，适用于津液受损、胃气有伤；“温顿服之，以调胃气”适用于“心烦、蒸蒸发热、腹胀满”燥热内结，顿服使药效集中，清胃中燥热。调胃承气汤兼具润肠、促动力、固护胃气的特点，临床常用于治疗胃肠功能障碍^[14]；此外，基于“肺与大肠相表里”理论，调味承气汤可应用于重症肺炎机械通气患者，减轻炎症反应，提高临床疗效，早期脱机，缩短 ICU 入住时间^[15]。

2.1.4 麻子仁丸：临床适用于胃强脾弱之脾约便秘，症见大便干结，脘腹胀痛，口干，口臭，小便频数^[16]。适用丸剂以图缓攻，方中厚朴、枳实、大黄（小承气汤）清泻胃热以抑胃强，麻子仁、芍药、杏仁润肠通便，养阴润燥，共扶脾弱，蜂蜜润燥滑肠，诸药合用，使胃热得泄，脾津得复，脾约得解，津液四布，二便正常。大便如羊屎难下者，可加芒硝、番泻叶；热积伤阴者，可加生地、玄参、麦冬。服用方法为“日三服，渐加，以知为度”，“以知为度”即以大便通下为度，亦含有中病即止、固护正气之意。麻子仁丸在临床运用相当广泛，如功能性便秘、产后便秘等，皆可用本方加减治之^[17-18]。1 项纳入 13 项 RCT 的 meta 分析^[19]表明单用麻子仁丸或联合西药治疗便秘优于西药常规治疗。

2.2 肝脾共调，疏泄互用

便秘的发生虽与五脏均有关，但肝脾地位尤重^[20]。胆腑清利则肝气调达，脾胃自无贼邪之患。针对肝脾失调不同的病机特点，施以不同方药，如对于少阳枢机不利、肝脾失调者，选用小柴胡汤疏肝和脾，理气通便；对于少阳胆腑郁热合并阳明胃实证者，选用大柴胡汤清胆通腑，荡涤实热；对于肝郁脾虚之阳郁便秘，选用四逆散疏肝健脾，透达郁阳。

2.2.1 小柴胡汤：临床适用于少阳气机不利、胆气内结所致便秘，症见大便干结，胸胁苦满，喜叹息，暖气频作，口干口苦。方中柴胡苦平，和解表里，疏泄少阳气机之郁滞，黄芩清泄少阳半里之热；柴胡之升散，得黄芩之清降，两者配伍，

是和解少阳的常用对药；胆气犯胃，胃失和降，佐以半夏、生姜和胃降逆止呕；邪从太阳传入少阳，缘于正气本虚，故又佐以人参、大枣、甘草益气健脾。诸药合用，邪气得解，枢机得利，升降协调，大便得通。平素情志抑郁、忧思过度者，可加合欢皮、香附；失眠多梦，夜寐不安者，可加龙骨、牡蛎；平日乏力，气短懒言者，可加黄芪、白术；怕冷兼见腰膝酸痛者，可加肉苁蓉、淫羊藿。小柴胡汤治疗便秘，经典有明训，后世医家也多有验证，于永铎等^[21]发现小柴胡汤加减可有效改善慢性传输型便秘患者症状，远期疗效较西药好。研究^[22-23]发现，小柴胡汤能通过促进胃肠道蠕动，改善肠道微循环，选择性调节肠道平滑肌舒缩来治疗便秘。

2.2.2 大柴胡汤：临床适用于少阳胆腑郁热合阳明胃实所致便秘，症见恶心呕吐，口苦，纳差，胃脘胀闷或疼痛难忍，大便秘结，心烦。方中重用柴胡疏肝利胆，调畅气机，黄芩泄胆腑郁热，二者相伍，和解少阳热邪；轻用大黄、枳实泄热通腑；佐以半夏燥湿降逆，生姜和胃止呕，加芍药敛阴和营；使以大枣和营卫、行津液。诸药合用，疏肝郁、清腑实，和解少阳，胆胃同治。若患者体质较弱，可减少大黄用量；兼食积不化者，可加焦三仙；兼气机郁滞者，可加木香、佛手、厚朴。大柴胡汤临床常用于治疗功能性便秘^[24]、消化道肿瘤^[25]，具有较好的疗效。药理学研究^[26]表明，大柴胡汤具有调节炎症微环境，延缓炎-癌转化，增加胃肠动力的作用。

2.2.3 四逆散：临床适用于肝脾不和所致便秘，症见大便欠畅，脘腹胀闷不适，食欲不振，怕冷，焦虑抑郁，失眠。方中柴胡辛散入肝经疏肝解郁，透邪外出；枳实性温入气分行气消滞，与柴胡合用，升降相因；白芍酸敛入血分条达肝气，使柴胡升散而无耗伤阴血之弊；甘草补益中土，调和诸药。诸药合用，共奏消积导滞，调肝理脾之功。四逆散在临床常用于治疗功能性便秘、便秘型肠易激综合征，能够改善患者便秘的同时缓解抑郁焦虑状态，提高患者生活质量，具有较好的临床疗效^[27-28]。

2.3 温中散寒，通腑祛积

临床上虽以胃肠积热等实证便秘多见，但由阴寒积滞所致的寒积便秘亦不少，阳虚阴寒凝结于下，耗损人体阳气，大肠传导无力，导致大便

不通。“寒者温之”，对于寒积于内，而致大便不通者，治以温下，予以大黄附子汤或三物备急丸。

2.3.1 大黄附子汤：临床适用于寒积里实证便秘，症见大便困难，腹中拘急冷痛，得温痛减，口淡不渴，四肢不温。方中附子、细辛温散脏腑沉寒痼冷，加大黄泻下积滞，三药寒热并用，具有温阳散寒、泻下冷积之功，为温下剂代表方。须注意的是，方中附子不久煎，大黄不后下，诸药同煎约 15 min，取其攻下寒结之用。临床多用于寒积里实型便秘及顽固性便秘、肠梗阻的治疗^[29]。动物实验^[30]发现，大黄附子汤可明显缩短慢传输型便秘大鼠的排便时间，提高小肠推进率，增多排便量。

2.3.2 三物备急丸：临床对于寒实冷结重症，症见腹胀痛较剧、燥屎坚硬不下、四肢厥冷者，可速投三物备急丸以攻逐寒积。方用性热巴豆，攻坚破滞除沉寒，性寒大黄荡涤肠腑泄积滞，巴豆得大黄，泻下之力缓和而持久；大黄得巴豆，其寒性可去；再加辛热干姜以助散寒之力，即所谓“大辛大热之品开结散寒，急攻峻下之品祛其积滞。”本方用量一般在 0.9~1.8 g，空腹汤药送服，得畅下七、八次至十数行而止。

2.4 活血化瘀，辛润通络

慢性传输型便秘普遍病程较长，根据“久病必虚、虚则致瘀”理论，便秘日久血虚津亏，津液不足则肠络失濡润，血行缓慢则瘀血积滞肠间，脉络不通，肠道失司，遂致便秘。对于此类慢性便秘应运用活血化瘀、辛润通络之法，辨证予以抵当汤。

方以虫药为向导，水蛭、虻虫直入血络破血逐瘀，佐甘苦辛之桃仁推陈出新、化瘀通便，苦寒之大黄泻热祛瘀，直达其当攻之处，全方集活血化瘀药之大成，为破血逐瘀之峻剂。临床多用于老年人便秘日久，久病入络，瘀血便秘，或外伤后瘀血内阻，久卧致气机不畅，症见腹胀满痛，腑气不行，大便色黑，舌质紫或有瘀斑，脉沉结。伴有水停者，可加白术、茯苓、泽泻；伴有阳虚或寒凝者，可加桂枝、细辛；伴有热邪蕴结者，可加大黄、牡丹皮；伴有阴虚者，可加生地黄、阿胶。外伤后便秘是外科常见并发症之一，目前临床除使用开塞露等外用方法外，尚无较好的处理办法，何文绍^[10]发现，抵挡汤加甘草能够有效治疗外伤手术后出现便秘的患者，且可促进损伤

组织的修复。

3 小结

便秘是临床常见病、多发病，仲景确立的辨证体系和方剂至今仍在便秘的临床诊治中广泛运用，其论便秘，有实热、气郁、寒积、瘀血等多种病因；病位主要在大肠，涉及脾胃、肝肾等多个脏腑；有下、清、和、温、消等多种治法；有汤、丸等多种剂型缓急轻重；有先煎、后下等多种煮药方式，须灵活结合运用。此外，便秘并非实热一概而论，更不能见秘即用下法，应着眼于病机并结合患者体质及症状，明确虚实状态，因人制宜，辨证施治，把握攻下时机和力度，方证对应，妙用经方，随证治之，方可实现便秘的多维辨治，提高临证疗效。

参考文献

- [1] 张声生, 沈洪, 张露, 等. 便秘中医诊疗专家共识意见 (2017)[J]. 中医杂志, 2017,58(15):1345-1350.
- [2] 杨直, 吴晨曦, 高静, 等. 中国成年人慢性便秘患病率的 Meta 分析[J]. 中国全科医学, 2021,24(16):2092-2097.
- [3] 姚健凤, 郑松柏. 老年人慢性便秘的评估与处理专家共识解读[J]. 中华老年病研究电子杂志, 2017,4(2):28-31.
- [4] JUDKINS CP, WANG Y, JELINIC M, et al. Association of constipation with increased risk of hypertension and cardiovascular events in elderly Australian patients[J]. Sci Rep, 2023,13(1):10943.
- [5] SUNDBOLL J, THYGESEN SK, VERES K, et al. Risk of cancer in patients with constipation[J]. Clin Epidemiol, 2019,11:299-310.
- [6] EL-SALHY M, SVENSEN R, HATLEBAKK JG, et al. Chronic constipation and treatment options (Review)[J]. Mol Med Rep, 2014,9(1):3-8.
- [7] GONZALEZ-MARTINEZ MA, ORTIZ-OLVERA NX, MENDEZ-NAVARRO J. Novel pharmacological therapies for management of chronic constipation[J]. J Clin Gastroenterol, 2014,48(1):21-28.
- [8] 樊文彬, 蓝海波, 谢彦鹏, 等. 慢性便秘与精神心理障碍的相关性研究[J]. 中国全科医学, 2019,22(34):4272-4276.
- [9] 杨文雯, 陈萌. 基于血瘀理论论治老年功能性便秘临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023,21(5):89-91.
- [10] 何文绍. 抵挡汤加甘草治疗外伤后便秘 30 例[J]. 新中医, 2003(11):52-53.

- [11] 孙路影, 苏芳, 马艳梅, 等. 大承气汤治疗阳明腑实证慢性功能性便秘临床疗效及安全性研究[J]. 新中医, 2023,55(16):42-46.
- [12] 张倚. 大承气汤治疗胸腰椎骨折术后腹胀便秘临床观察[J]. 光明中医, 2019,34(9):1354-1356.
- [13] 刘书华, 杨思雯, 李学艳, 等. 结肠滴注大承气汤在有创机械通气患者中的应用效果观察[J]. 北京中医药, 2023, 42(3):322-325.
- [14] 曹蕊, 林新锋, 杨海淦, 等. 调胃承气汤对重症患者胃肠功能障碍的治疗作用研究[J]. 广州中医药大学学报, 2020,37(3):418-421.
- [15] 张先进, 刘敏, 赵锋利, 等. 基于“肺与大肠相表里”探讨调胃承气汤对重症肺炎机械通气患者临床疗效[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021,23(2):106-110.
- [16] 张俊, 丁宁, 李佳珂, 等. 基于《伤寒论》六经辨证论治便秘经验探讨[J]. 北京中医药, 2023,42(4):439-441.
- [17] 刘梦莹. 麻子仁丸加减治疗功能性便秘的效果分析[J]. 内蒙古中医药, 2024,43(2):19-21.
- [18] 李秀荣, 李慧杰, 杨梅. 麻子仁丸加减方治疗阿片类药物所致便秘[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012,18(22): 312-314.
- [19] 张春祥, 廖为民. 麻子仁丸治疗便秘 Meta 分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019,19(99):22-24.
- [20] 李佳珂, 丁宁, 张俊, 等. 张声生从肝脾论治便秘经验[J]. 长春中医药大学学报, 2023,39(3):268-272.
- [21] 于永铎, 尹玲慧, 张斯瑶, 等. 小柴胡汤加减治疗慢传输型便秘临床疗效评价[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019,21(2):5-8.
- [22] 李晓磊. 《伤寒论》六经辨治便秘规律探讨[D]. 成都: 成都中医药大学, 2011.
- [23] 袁晓琳, 马健. 小柴胡汤加减治疗妇女习惯性便秘[J]. 时珍国医国药, 2007(3):675.
- [24] 冀二锋, 杨会举. 大柴胡汤加减联合复方嗜酸乳杆菌片治疗功能性便秘患者的临床疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2023.
- [25] 邢玉亭, 王静, 刘少玉, 等. 杜怀棠教授应用大柴胡汤治疗大肠癌经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2020,15(5): 860-862.
- [26] 刘亚楠, 吕恬仪, 任越, 等. 大柴胡汤功效标志物的发现及其作用机制解析研究[J]. 中国中药杂志, 2022,47 (8):2200-2210.
- [27] 潘琳琳, 相宏杰, 李文华, 等. 国医大师张志远治疗便秘的临证经验[J]. 中华中医药杂志, 2023,38(2): 630-633.
- [28] 周俊亮, 潘奔前, 叶伟成. 四逆散加味治疗慢性功能性便秘肠道气滞型 19 例临床观察[J]. 新中医, 2012,44(8): 28-29.
- [29] 梁晓夏, 张保国, 刘庆芳. 大黄附子汤现代药效学研究及临床运用[J]. 中成药, 2008(11):1670-1673.
- [30] 霍黎生, 臧亮, 孙龙, 等. 大黄附子汤对脾肾阳虚型慢传输型便秘大鼠排便功能的影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2017,26(2):128-130.

Thinking on the treatment of constipation with classic prescriptions in Treatise on Miscellaneous Diseases

DOU Dan, DENG Xin, MA Yun, JI Xingyu, WANG Shuqing, DING Yang, ZHANG Shengsheng, ZHAO Luqing

(收稿日期:2024-03-06)

《北京中医药》杂志对统计学方法描述的要求

应写明所用统计学方法的具体名称(如成组设计资料的 t 检验、双因素析因设计资料的方差分析等)和统计量的具体值,并尽可能给出具体的 P 值。统计学符号按中华人民共和国国家标准 GB3358-1982《统计学名词及符号》的有关规定书写,一律用斜体。如:①样本的平均数与标准差用英文小写 $\bar{x} \pm s$;② t 检验用英文小写 t ;③ F 检验用英文大写 F ;④卡方检验用希文小写 χ^2 ;⑤相关系数用英文小写 r ;⑥自由度用希文小写 ν ;⑦概率用英文大写 P (P 之前应有具体检验值,如 t 值, χ^2 值, q 值等)。

统计学检验结果上标于表格内相应数据后,如“*”“△”;表注需说明统计学检验结果,如:与治疗/干预前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta \Delta P < 0.01$ 。

(本刊编辑部)