

# 腹脉相应 在结胸证辨治中的应用\*

弓 鹏<sup>1,2</sup> 卢茂林<sup>3</sup> 魏向东<sup>1</sup> 弓红霞<sup>4</sup> 芦亦旻<sup>1</sup> 李孝波<sup>1Δ</sup>

(1.山西中医药大学,山西 晋中 030600;2.山西省寿阳县人民医院,山西 寿阳 045499;  
3.河西学院,甘肃 张掖 734000;4.山西师范大学,山西 晋中 030600)

中图分类号:R222 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2024)09-1572-05

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2024.09.015

**【摘要】** 结胸证是《伤寒论》中的重要病证之一,具有病情复杂、变化多端的特点。本文通过对《伤寒论》中关于结胸证的病机、辨治方法进行深入分析,重点探讨腹脉相应 在结胸证诊断与治疗中的应用价值。在结胸证中,腹脉相应表现为腹部胀满、按之疼痛、脉象弦紧等症状。分析这些腹脉相应的表现有助于医生准确判断结胸证的类型和程度,从而制定合理的治疗方案。通过对腹脉相应的深入研究和运用,可以更准确地诊断和治疗结胸证,提高临床疗效。

**【关键词】** 结胸证 《伤寒论》 脉诊 腹诊

## Application of Abdominal Pulse Correlation in the Diagnosis and Treatment of Chest Binding Syndrome

Gong Peng, Lu Maolin, Wei Xiangdong, Gong Hongxia, Lu Yimin, Li Xiaobo. Shanxi University of Chinese Medicine, Shanxi, Jinzhong 030600, China.

**【Abstract】** Chest binding syndrome is one of the important syndromes in the *Treatise on Cold Pathogenic Diseases* and is characterized by complex and variable conditions. This article analyzes the pathogenesis and diagnostic and therapeutic methods of chest binding syndrome in the *Treatise on Cold Pathogenic Diseases* and focuses on the application value of abdominal pulse correlation in the diagnosis and treatment of chest binding syndrome. In chest binding syndrome, abdominal pulse correlation is manifested as abdominal fullness, tenderness on palpation, and taut pulses. Analyzing these manifestations of abdominal pulse correlation helps doctors accurately determine the type and severity of chest binding syndrome, thereby formulating a reasonable treatment plan. Through in-depth research and application of abdominal pulse correlation, the diagnosis and treatment of chest binding syndrome can be more accurately performed, improving clinical efficacy.

**【Key words】** Chest binding syndrome; *Treatise on Cold Pathogenic Diseases*; Pulse diagnosis; Abdominal examination

结胸证是《伤寒论》中记载的一种病证,主要表现为胸膈部位的疼痛。这种病证的成因通常是由于表证误下,导致表邪内陷,与胸膈部位的有形之邪相结而成。在《伤寒论》中,结胸证被分为热实结胸和寒实结胸两大类,其中热实结胸又分为大结胸和小结胸。临床表现上,结胸证的特点是胸膈脘腹按之疼痛,现代医学中,结胸证的相似病证包括急性腹膜炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎、慢性支气管炎、胸膜炎、冠心病等。治疗上,中医采用内服药为主,如小陷胸汤或柴胡陷胸汤等治疗。

《伤寒论》条文言简意赅,蕴意深远,为辨证论治奠定基础。从原文及篇章名称均可体会到仲景诊疗中尤其重视脉与证的结合,《伤寒论》中的证是患者自觉症状与医者诊察的结合,形成具有特征特象的“腹象”。《伤寒论》397法,113方中治则治法均是以“证”为本<sup>[1]</sup>,“观其脉证,知犯何逆,随证治之”,便是腹诊与脉诊的高度概括,腹诊及脉诊分别占条文总数的28.7%、38%<sup>[2-3]</sup>。

## 1 腹脉相应之起源

《伤寒论》中没有明确提及“腹脉相应”这一名词,古籍《伤寒论·平脉法》篇,原文“诊腹脉者,病在里,脉沉而紧,病在表,脉浮而滑。沉紧者,病在阴;浮滑者,病在阳……病在阴者,脉来缓而涩”,体现了腹脉相应的必要性及仲景在诊察疾病中如何诊断,医者应通过察腹诊脉了解疾病的病位、病势及病性,力求医者在诊

\* 基金项目:山西省中医药管理局科研课题立项计划(2023ZYA030);山西中医药大学中医临床基础学科基金(KY2023089);山西特色优势名方验方和诊疗技术研发引导专项-门氏功能五态诊疗技术建设(2023PY-YS-29)

Δ通信作者

治中重视腹脉之间的联系,了解脏腑气血运行及邪气深浅,有助于精确诊断。

### 1.1 脉诊

《伤寒论》各篇章均以辨……脉证并治命名,开篇《辨脉法》中所述脉诊,是在吸取《难经》独取寸口精髓而升华的独特体系,其特点以阴阳为纲,阳脉与阴脉以脉象、尺寸区分,脉象多从浮沉论述,而原文中谈到寸口脉微,为阳不足;尺脉弱,为阴不足<sup>[4]</sup>。二者相比,何者更为精确呢?从“风温为病,脉阴阳俱浮”可证明脉象阴阳即尺寸。尺寸判病位,在《伤寒论·伤寒例》中提及脉象辨六经病,“尺寸俱浮,太阳病;尺寸俱长,阳明病;尺寸俱弦,少阳病;尺寸俱沉细,太阴病;尺寸俱沉,少阴病;尺寸俱微缓,厥阴病”。辨脉象、脉位,如《辨太阳病脉证并治》中提到“脉阴阳俱紧者,名为伤寒;风温为病,脉阴阳俱浮”。结合《伤寒论·伤寒例》,纵观伤寒论,在太阳病篇中详细阐述提及脉浮,实则就是隐藏脉位,深层次体现脉象及脉位。以“寸关尺”为主,这一思想与脉诊体系有关,《伤寒论》以阴阳诊法为指导,不同于《脉经》中“寸关尺”,详细论述了脉的力度、长度及代表脏腑。书中提出趺阳与少阴脉诊法,二者常相伴出现,从部位观察,一为冲阳穴,一为太溪穴,部位相邻,可同时切脉,从生理功能观察,趺阳脉即后天之本,少阴脉即先天之本,《水气病脉证并治第十四》中二脉同切,以决死生,判断预后<sup>[5]</sup>。仲景诊察疾病时四诊合参,脉证结合为重要依据,但告诫后人要动态分析,一脉可见多证,一证可见多脉,多证可见一方。所以,知常达变,在错综复杂的表现中,望、闻、问、切,综合分析,以达到辨证论治的统一<sup>[6]</sup>。

### 1.2 腹诊

腹诊即通过手法诊察腹壁紧张度、肌性张力,判定疾病虚实及病证的一种方法,源自《难经》《黄帝内经》《伤寒论》,后经日本汉方医学对典籍中腹部证候梳理,结合临床实践,深入挖掘形成腹诊的理论与方法<sup>[7]</sup>。《灵枢经·论疾诊尺篇》“审其尺之缓急……肉之间脆,而病形定矣”<sup>[8]</sup>,《伤寒论·平脉法》“消息诊看,料度脏腑”明确提出指候腹审,平脉辨证的重要。腹为五脏六腑之舍,经络气血运行,密切联络脏腑,体表与体内的关联,见微知著,司外揣内,通过诊察腹部状态,以知气血阴阳,疾病传变<sup>[9]</sup>。腹诊诊察内容包括:腹部有汗无汗、腹壁温度、腹部张力、腹壁肤色、腹部形态、胸胁胀满、脐周疼痛、胃脘压痛、少腹疼痛,其结果与体内气血津液代谢密切联系,在疾病中某些特殊腹诊可协助临床定位某方证类型或方证。诸如,心下痛提示陷胸汤类方,按部位分为:心下痞、心下濡、心下满微痛、正在心下,按之则痛、心下痞硬满、按之石硬、心下悸、支结、心下至少腹硬满而痛不可近<sup>[10]</sup>。通过形象描述腹部证候的性质、部位、程度、轻重缓急

等,均呈现具有特点的腹诊,不能互相转化,也不能用定义解释,只能在自觉症状与四诊合参中形成“特象特征、多象特征、类象分证”,更好地证治关联,形成方-证集于一体的诊疗体系<sup>[11-12]</sup>。

## 2 腹脉相应之原理

### 2.1 腹脉应阴阳

《黄帝内经》提到“圣人之治病也,必知天地阴阳”,《平人氣象论篇》“脉从阴阳,病易已;脉逆阴阳,病难已”。由此可知医者在诊疗中阴阳的重要性。在中医学理论体系中,阴阳是事物根本。人体经络运行全身,腹部是任脉、督脉的汇聚之地,任脉为“阴脉之海”,督脉为“阳脉之海”。腹部经脉与阴阳二气互根互用、相互制约。通过经络联系,腹部可诊察表现于体表的气血阴阳状态,寸口诊法可体现体内气血阴阳的分布状态,辨证提倡以腹诊为基,佐以脉诊辨疾病阴阳。

### 2.2 腹脉应本末

“本”为根之意,寓意深埋于地不可见,“末”为末端,意味表现于外,可见之意。《玉机真脏论》篇提出“察其行气色泽,脉之盛衰……脉实以坚”,认为在诊治中应察色与按脉结合,腹诊为末,脉诊为本,腹脉结合判断病因病机。

## 3 腹脉相应临床应用原则

在临床实践中四诊合参,可知病机及证型,从而确定治则治法,遣方用药。从单方面着手,易被表象所迷惑,不能透过现象看本质,《伤寒论》中多提出腹诊、脉诊结合症状综合分析,如225条“脉浮而迟,表热里寒,下利清谷者,四逆汤主之”。假若观其脉象,认为脉浮而迟则应解表散寒,本应是温助脾阳,而应用解表之剂,使邪气更甚,因而在诊察中腹脉结合更能深入了解病机。临证中用指腹触及病处,感知腹壁柔韧性、有无疼痛或不适的程度、性质及二便,结合脉诊浮者,病位在阳,主表;沉者,病位在阴,主里。判断病位深浅及病势,切不可只验腹而忽视脉诊或重视脉诊而忽视腹诊,同时应注意方与腹诊、脉诊的结合<sup>[13]</sup>。在临床辨证中,兼证受多种因素影响,而脉诊是呈现客观表现。因此,临证中可通过腹诊对疾病进行初步诊断,结合方证经验灵活选择类方,利用脉诊确定方组,从而验证方、腹诊及脉诊的统一。本研究主要论述在《伤寒论》中腹脉结合辨大、小结胸证、寒实结胸和气滞结胸<sup>[14]</sup>。

## 4 腹脉相应辨结胸证

### 4.1 辨结胸之病因病机

结胸证以胸胁胃脘部疼痛拒按为主的病证,《伤寒论》128条提到结胸证,“按之痛,寸脉浮,关脉沉”,在结胸证中,邪气主要由外来的六淫之邪或内生的病理产物。邪气盛实,则阻滞气机,胸阳不振,导致胸中气

血运行不畅,形成结胸。邪热与痰水互结,邪气内盛;阳热之邪上扰心胸,病邪陷里致寸脉浮,关脉反映中焦病邪,痰水凝聚中焦导致关脉沉。因痰热互结,腹诊为阳热之象;寒实结胸的脉象多表现为弦紧或沉紧。弦脉主痛,紧脉主寒,沉脉主里证,寒为阴邪,致腹诊触及一派阴寒之象;由于情志内伤、饮食不节、外邪侵袭等原因导致气机郁滞,则胸阳不振,胸中气血运行不畅,从而形成气滞结胸,脉象多表现为弦脉或涩脉。弦脉主肝郁气滞,涩脉主气滞血瘀。气机郁滞不通,则腹诊表现为气机凝滞于局部症状。这些脉象变化提示了气机不畅、胸阳不振、寒邪内侵、实邪内结的病机,临证中应腹诊结合脉象及病势,遣方立药<sup>[15]</sup>。

4.2 辨结胸之病位

腹诊可归纳为心下硬满、按之痛。脉象特征包括沉紧、沉实、浮动数、沉、浮滑。其中心下硬满、按之痛、脉沉紧为结胸证的主要表现<sup>[16]</sup>。

4.2.1 痰热之邪 《伤寒论》135条“伤寒六七日,结胸热实,脉沉而紧,心下痛,按之石硬”。太阳表邪内陷,痰热互结心下,气机阻滞,心下疼痛而坚硬,此处心下硬满为腹诊的主要辨证依据,通过腹诊,皮温较身体其他部位高,腹肌紧张,同时可见局部稍隆起,按压胃脘部有痞块,质地较硬,压痛明显,甚者拒按,舌红,苔黄腻,表明热邪偏甚。腹部症状:痰热互结结胸的患者可能会出现腹部胀满、便秘或腹泻等症状。反映了痰热内蕴,腑气不通,导致腹部气机不畅的病机。由于邪热深浅未定,病情不一,方用大陷胸汤、小陷胸汤泄热化痰。心下硬满痛的程度与病势有密切联系,《伤寒论》137条“从心下至少腹硬,满而痛不可近”,较心下硬满痛程度重,因水热互结,热郁而致阳明腑实证,如脉象沉紧,宜大陷胸汤。若病势较缓,腹诊剑突下按压疼痛,不按则不痛,脉浮滑,选用小陷胸汤。《伤寒论》138条“小结胸病,正在心下,按之则痛,脉浮滑者,小陷胸汤主之”,提出心下胃脘部,触诊疼痛,因病邪轻,病位表浅,痰热互结导致脉浮滑。与大陷胸汤比较,二者均为热实结胸,病位、证候、脉象各有所异,腹诊及脉诊结合,前者病位局限在心下胃脘,触之疼痛;结合脉诊,前者浮滑;后者病位广泛,邪气入里,从心下至少腹硬满疼痛,拒按,后者脉象沉紧,可知仲景在临证中腹脉结合,从相似病证中见微知著,整体把握疾病,同时在应用药物时,对于相同症状,视病位轻重,药证结合,并依据疾病通过方药剂型调控<sup>[17]</sup>。

4.2.2 寒实之邪 《伤寒论》141条“寒实结胸,无热证者,与三物小陷胸汤,白散亦可服”。通过腹诊,皮温较身体其他部位低,喜温,皮肤色暗,腹肌紧张,同时可见腹部胀满,拒按,舌淡,苔白。三物小白散因寒实之邪较甚,致寒凝气滞腑气不通,脉象沉实有力<sup>[18]</sup>。腹部症状:患者可能伴有腹痛、腹泻或便秘等腹部症状,这些

症状可能与寒邪直中胃肠,导致胃肠功能紊乱有关。

三物小白散、大陷胸丸触诊心下肌张力大,按之疼痛,但结合脉象观察,大陷胸丸颈部拘急,脉沉紧,因病位居上,病邪入里,汤剂力峻而速,直达下焦,借丸者缓之之性,峻药驱逐上之水邪。

4.2.3 气滞之邪 气滞结胸证,多由情志刺激诱发,与少阳证相伴随而发。腹诊:皮温正常,腹肌紧张,按压剑突下有痞块或可触及条索状物,质地较硬,压痛明显,舌红,苔黄,脉弦。腹部症状:气滞结胸的患者可能会出现腹部胀满、胁肋疼痛、纳呆等症状。反映了肝气郁结,横逆犯脾,导致脾胃运化失常的病机。柴胡陷胸汤源于《通俗伤寒论》,由清代名医俞根初根据《伤寒论》中的小柴胡汤和小陷胸汤化裁而成的,特点是和解兼开降,主要用于治疗少阳结胸证<sup>[19-20]</sup>。

表1 腹-脉诊辨结胸证

| 方     | 腹诊       | 脉        |
|-------|----------|----------|
| 大陷胸汤  | 按之痛、心下硬满 | 沉、浮动数、沉紧 |
| 大陷胸丸  | 心下硬满     | 沉紧       |
| 柴胡陷胸汤 | 心下硬满     | 脉弦       |
| 三物小白散 | 心下硬满     | 沉实       |
| 大陷胸丸  | 颈项强直     |          |
| 小陷胸汤  | 按之痛      | 浮滑       |

5 腹脉相应辨治结胸证案例

患某,男性,58岁,2023年5月就诊。主诉:反复胸痛、胸闷2年,加重1个月。患者2年前无明显诱因出现胸痛、胸闷,呈阵发性,每次持续数分钟,休息后可缓解。曾在外院就诊,诊断为“冠心病”,予以药物治疗(具体用药不详),症状缓解不明显。平素嗜烟酒。1个月前,患者饮酒后胸痛、胸闷症状加重,伴心悸、气短,遂就诊于山西中医药大学附属医院。刻下症见:胸痛、胸闷,心悸,气短,乏力,纳差,口干,口臭,寐欠安,二便调。舌质紫暗,苔黄腻,脉缓涩。腹诊:患者腹部硬,无明显压痛,剑突下按之硬,压痛(+),无波动感。中医诊断:胸痹(痰热互结证);西医诊断:冠心病。治疗原则:行气活血,化痰通络。方药:小陷胸汤加减。处方:黄连9g,半夏9g,瓜蒌实12g,丹参15g,赤芍15g,桃仁9g,红花9g,枳壳9g,炙甘草6g。7剂,水煎服,每日1剂,早晚分服。嘱患者保持良好的生活作息,适当进行体育锻炼,忌食辛辣油腻食物,保持情绪稳定。治疗1周后腹诊:患者胸痛、胸闷症状明显减轻,心悸、气短症状缓解,纳可,眠安,舌质红,苔黄微腻,脉缓涩。腹诊:心下痞硬较前减轻,疼痛缓解,腹部柔软度改善。前方基础上加用薤白9g,以加强通阳散结之力。继服7剂。治疗2周后患者胸痛、胸闷症状基本消失,心悸、气短症状明显改善,纳寐可,二便调。舌

质淡红,苔薄白,脉弦。腹诊:患者心下痞硬基本消失,腹部柔软,无压痛。前方去丹参、赤芍,继服14剂以巩固疗效。随访3个月,患者病情稳定,未再出现胸痛、胸闷等症状,腹诊腹部柔软,剑突下无痞块及硬满,无压痛。

按:结胸证是《伤寒论》中太阳病误下后形成的病证,其主要特点是“正在心下,按之则痛”,发病特点为胸痹、胸痛、气短等症状。冠心病,即冠状动脉粥样硬化性心脏病,是现代医学中的疾病,其主要症状包括胸痛、胸闷、心悸等。虽然两者的概念和定义不同,但胸痛相似,同时,冠心病也因患者长期嗜烟酒、肥甘厚腻之品而成痰热互结证<sup>[21]</sup>。在《伤寒论》中具有方证对应关系,着重强调方-证-人的关系,但见一证便是,不必悉具的特点。因此,利用治疗结胸证的思路来治疗冠心病。本案患者胸痹之证,病机为痰热互结,心脉痹阻,治疗以行气活血,清热化痰通络为法,方选小陷胸汤加减。方中黄连清热燥湿,半夏燥湿化痰,瓜蒌实宽胸散结,丹参、赤芍、桃仁、红花活血化瘀,枳壳行气宽中,炙甘草调和诸药。全方共奏行气活血、化痰通络之功。治疗过程中,根据患者症状变化,适当调整用药,体现了中医辨证论治的优势,腹诊观察也显示了治疗前后腹部症状的改善,这进一步验证了小陷胸汤在治疗胸痹中的有效性。

## 6 结 语

腹脉相应作为中医诊断的重要方法,其理论基础源于《黄帝内经》。《黄帝内经》中有关腹脉相应的论述为后世医家辨治疾病提供了重要的理论依据。从理论观察,脉诊反映全身经络运行状态,腹诊反映脏腑机能情况,两者互为表里,联合应用可更全面地判断病机和证候,单一诊法难以做出准确判断。因此,应开展脉诊和腹诊结合研究,深入挖掘二者辨证的内在联系和规律,建立腹脉结合的辨证体系<sup>[22]</sup>。结胸证作为一类病证,其腹脉相应的表现具有明显的特点,如腹部胀满、按之疼痛、脉象弦紧等。这些表现有助于医生准确判断结胸证的类型和程度,从而制定合理的治疗方案。

通过总结分析《伤寒论》条文中脉诊、腹诊及方药结合分析,深入挖掘仲景思想,学习仲景临证中对证的把握,提高临床思辨能力,特别在病证结合中颇为赞赏。腹脉相应具有以下特点:1)精准辨证,把握疾病:在众多篇章中提到病脉证并治,《伤寒论》中太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病既各自独立又相互联系,在传变及发展中证候不同,如太阳病变证中出现痞证、蓄水证、蓄血证及结胸等证,在这些证中可出现相同的症,对于医者而言,需要同中求异,异中求同,如通过病情的轻重缓急与腹脉及方证结合,若无法辨

证或依据腹诊不能精准辨病时,要结合脉诊辨阴阳与本末,如柴胡证中提到但见一证便是,不必悉俱。2)判断预后,防止演变:通过腹脉结合掌握规律,对腹脉判断做到见微知著,及早阻断内传之势。如阳明腑实证中,大承气汤使用应根据腹脉掌握攻下时机及攻下力度。在治则治法方面,结合腹脉证缓急及表里先治原则随证治之,如106条宜先解表,后宜桃核承气汤,124条根据腹诊情况,按照急者先治原则先攻里后解表;再如,对于相同腹脉,但缓急轻重不同,可借剂型特点发挥优势作用,124条和126条腹诊脉诊表现相同,但通过兼证分析后者未见躁狂等较急之势,则用丸剂缓攻其下。3)方证相应,灵活施治:方剂组合中变化灵活,方证对应是《伤寒论》的治则,一证对应一方,但一方并非对应一证,如心下痞硬,根据腹证不同可分为大、小陷胸汤、三物白散<sup>[23]</sup>。中医在发展中借助腹诊与西医体格检查中胸腹触诊密切联系,归纳总结,形成腹诊为基础,脉诊为佐证,方药为保障的有机统一体。在现代化研究中形成以仲景思维为底线,取其精华去其糟粕,开辟了一条新型腹脉相应的理论体系,为临床思维及临床能力奠定基础。然而,腹脉相应在结胸证辨治中的应用仍存在一定的局限性。一方面,腹脉相应的表现可能受到患者体质、病程等因素的影响,导致诊断和治疗的不确定性。另一方面,腹脉相应的研究尚需进一步深入,以期更好地指导临床实践。因此,在今后的研究中,应加强对腹脉相应理论的研究,不断提高其在结胸证辨治中的应用价值。

## 参 考 文 献

- [1] 熊曼琪. 伤寒学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007.
- [2] 范天田,马文辉. 再谈《伤寒论》脉学[J]. 中华中医药杂志, 2018,33(11):4801-4803.
- [3] 丁正香,章薇,潘江,等. 基于《伤寒杂病论》腹诊探讨腹壁张力触诊意义[J]. 中国中医药信息杂志, 2020,27(11):134-135.
- [4] 苏立斌.《金匱要略》脉法探究[D]. 杭州:浙江中医药大学,2016.
- [5] 王超,宋佳,刘旒,等. 浅论张仲景之“少阳脉”[J]. 环球中医药, 2019,12(6):909-911.
- [6] 李丹.《伤寒论》脉学的整理与研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2010.
- [7] 邵家东,龚雨萍,林江,等. 腹诊理论与临床运用探讨[J]. 中华中医药杂志, 2020,35(3):1323-1326.
- [8] 李祝华. 刘保和教授运用《难经》腹诊理论的临床经验[J]. 四川中医, 2015,33(1):13-16.
- [9] 赵晓晖,马维骥. 日本汉方医“伤寒派”腹诊诊法探析[J]. 现代中医药, 2018,38(2):72-74, 77.
- [10] 武德卿,苏庆民.《伤寒论》腹诊与协调疗法的临床运用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017,23(5):727-730.
- [11] 寇馨云,白明华. 中医学思维中“象”与证的关系探讨[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012,10(21):148-149.

- [12] 马翻过, 方文岩. 《伤寒论》腹诊及其应用[J]. 江苏中医药, 2019, 51(9): 76-78.
- [13] 冯筱筱, 刘庚鑫, 郭栋, 等. 《伤寒论》腹证研究[J]. 山东中医药大学学报, 2022, 46(5): 573-577.
- [14] 稻叶克, 和久田寅. 腹证奇览[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1988.
- [15] 孟佳, 韩琳, 张晓宇, 等. 运用腹诊辨治荨麻疹的理论探讨与临床应用[J]. 环球中医药, 2023, 16(6): 1202-1206.
- [16] 王珊珊, 崔长虹, 周文静, 等. 日本汉方腹诊初探[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(7): 1026-1027, 1032.
- [17] 李盼飞, 高星晨, 谭天阳, 等. 试论《伤寒论》中桂枝剂的腹诊依据及其临床应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(5): 682-685, 737.
- [18] 刘仲农. 伤寒论太阳病下篇“寒实结胸无热症者与三物小陷胸汤, 白散亦可服”之研究[J]. 上海中医药杂志, 1955(7): 26.
- [19] 白子璇, 曾英. 基于网络药理学探讨柴胡陷胸汤治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病的作用机制[J]. 中医临床研究, 2021, 13(23): 10-14.
- [20] 苏捷, 杨贤海, 阳国彬, 等. 国医大师梅国强运用柴胡陷胸汤辨治肺炎临证思路撮要[J]. 四川中医, 2023, 41(12): 8-10.
- [21] 李同达, 王乐, 赵凯维, 等. 曹洪欣教授治疗冠心病经验[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(2): 482-485.
- [22] 李凤, 王小荣, 赵哲, 等. 日本汉方医腹诊探析[J/OL]. 中国中医基础医学杂志, 1-6 [2024-03-22]. <https://doi.org/10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.20231129.005>.
- [23] 弓鹏, 芦亦旻, 梁继丹, 等. 基于《伤寒论》《金匮要略》探讨附子“毒性-用量”的证治规律[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(9): 2222-2225.

(收稿日期 2024-03-27)

(上接第 1560 页)

- [5] SHERMAN RE, ANDERSON SA, DAL PAN GJ, et al. Real-World evidence - what is it and what can it tell us [J]. N Engl J Med, 2016, 375(23): 2293-2297.
- [6] 符宇, 邵明义, 燕树勋, 等. 真实世界研究与中医临床疗效评价[J]. 中医杂志, 2019, 60(7): 546-550.
- [7] 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 60-61.
- [8] 钟迪, 张舒婷, 吴波. 《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》解读[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2019, 19(11): 897-901.
- [9] 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 62-64.
- [10] YOSHIMURA S, SAKAI N, YAMAGAMI H, et al. Endovascular therapy for acute stroke with a large ischemic region[J]. N Engl J Med, 2022, 386(14): 1303-1313.
- [11] 金奥铭, 潘岳松. 倾向性评分法在脑血管病临床研究中的应用[J]. 中国卒中杂志, 2022, 17(12): 1310-1313.
- [12] 张丹丹, 韩振蕴, 秦绍林, 等. 真实世界中通络化痰胶囊治疗脑梗死恢复期痰瘀阻络证疗效的多因素分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(12): 2001-2006.
- [13] 李春晓, 陈玉欢, 凌霄, 等. 基于真实世界数据的注射用血栓通(冻干)治疗脑梗死急性期疗效比较研究[J]. 中医杂志, 2023, 64(16): 1661-1669.
- [14] 张喻, 曲艺, 董丽, 等. 真实世界证据与随机对照试验证据比较研究[J]. 中国新药杂志, 2021, 30(11): 971-975.
- [15] 李瑞涵, 周峻, 梁志, 等. 真实世界恒古骨伤愈合剂治疗膝骨关节炎临床疗效和作用机制分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(24): 63-71.
- [16] 李倩, 郭艳, 徐梓铭, 等. 基于真实世界人工智能分析的脑血疏口服液治疗脑卒中的回顾性研究[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(2): 1056-1061.
- [17] 江佳林, 林祉均, 董鑫, 等. 化湿理气法在岭南郁证人群中应用[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(2): 659-662.
- [18] 陈辉焕, 詹杰, 凌珊珊, 等. 基于“脾在液为涎, 肾在液为唾”探讨唾液与缺血性中风痰湿证的关系[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24(9): 3644-3650.
- [19] 李志更, 岳利峰, 马培, 等. 从“痰瘀互结”论治缺血性中风[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(12): 55-57.
- [20] 杨熠文, 杨柏灿. 基于本草认识的半夏药理及对中药药性理论的思考[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(6): 758-762.
- [21] 石坚宏, 姬丽婷, 骆启晗, 等. 石菖蒲化学成分、药理作用及质量标志物预测分析研究进展[J]. 中成药, 2021, 43(5): 1286-1290.
- [22] 张妍妍, 韦建华, 卢澄生, 等. 桃仁化学成分、药理作用及质量标志物的预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(1): 234-241.
- [23] 王佐梅, 肖洪彬, 李雪莹, 等. 中药红花的药理作用及临床应用研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(11): 6608-6611.
- [24] 廖佳伟, 金晨, 陈志, 等. 鸡血藤化学成分、药理作用研究进展及其质量标志物(Q-Marker)预测[J]. 中草药, 2023, 54(20): 6866-6877.
- [25] TU WJ, WANG LD. Special Writing Group of China Stroke Surveillance Report. China stroke surveillance report 2021[J]. Mil Med Res, 2023, 10(1): 33.
- [26] XIA XS, YUE W, CHAO BH, et al. Prevalence and risk factors of stroke in the elderly in Northern China: data from the National Stroke Screening Survey [J]. J Neurol, 2019, 266(6): 1449-1458.
- [27] SHARMA D, SMITH M. The intensive care management of acute ischaemic stroke [J]. Curr Opin Crit Care, 2022, 28(2): 157-165.

(收稿日期 2024-03-01)