

从《金匱要略》血痹虚劳病篇探讨寒厥的分期辨治

姚昆鵬^{1,2}, 蔡虎志², 罗云涛², 别明珂¹, 彭丽琪¹, 欧广洋¹, 陈青扬^{2*}, 陈新宇^{1,2*}

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208; 2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007)

【摘要】目前对于厥证的研究多集中在气厥、血厥、痰厥等,对于寒厥的研究尚属鲜见。通过整理张仲景所著《金匱要略》“血痹虚劳病脉证并治第六”(简称“血痹虚劳篇”),并结合临床实践,认为寒厥与雷诺综合征、系统性硬化病等疾病类似。疾病隐匿发展,出现“血痹-寒厥-虚劳”的证治演变,宜分期辨治。不仁期以血虚气亏,风湿阻痹为病机,治宜祛风除湿,调补气血,方选当归四逆汤合黄芪桂枝五物汤加减;不温期以阳虚失运,痰瘀形厥为病机,治宜化痰祛瘀,助阳化运,方选阳和汤合桂枝茯苓丸化裁;不养期以水土不化,积损成虚为病机,治宜温寒益气,培土补水,方选六味地黄丸加红参、巴戟天、肉桂、杜仲等品。此外,课题组创制温阳振衰颗粒对于寒厥的治疗具有一定疗效,可辨证选用。

【关键词】寒厥; 厥证; 血痹; 虚劳; 分期辨治

DOI 标识:doi:10.3969/j.issn.1008-0805.2024.10.19

【中图分类号】R222.3; R255.5 【文献标识码】A 【文章编号】1008-0805(2024)10-2417-04

《素问·厥论篇第四十五》曰:“寒厥之为寒也,必从五指而上于膝者,何也?岐伯曰:阴气起于五指之里,集于膝下而聚于膝上,故阴气胜则从五指至膝上寒。”从本条条文可窥探出,寒厥归属于厥证,为五指至膝部自觉冰凉寒冷的一类疾病,系阴寒内盛所致。《金匱要略》中对于肢体的异常感觉包括“不仁”“重不胜”“逆寒”等,其中手足逆冷是重要的症候与体征。目前的研究认为,雷诺综合征、系统性硬化病所表现的肢端麻木、发凉、疼痛、感觉障碍等与中医血痹病相类似,亦有学者认为其可属厥证范畴^[1,2]。笔者根据前人著作,结合临床跟师实践,略发古义,参以个人浅见,认为寒厥可单独作为病名。“血痹-厥证-虚劳”为寒厥在不同时期的证候演变,可分为“不仁期”“不温期”“不养期”三个阶段,辨证选用不同方剂。佐以验案一则,以飨同道。

1 血痹、虚劳与寒厥的关系

1.1 寒厥与血痹

《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六》载:“问曰:血痹病从何得之?师曰:‘夫尊荣人,骨弱肌肤盛,重因疲劳汗出,卧不时动摇,加被微风,遂得之’。尊荣人,地位尊贵,遍享荣华之意^[3]。因其失于劳作,筋骨不坚,腠理不固,故云‘骨弱肌肤盛’,易‘疲劳汗出’。‘卧不时动摇’为男女交合之事的委婉描述,‘加

被微风’为交媾之际汗出当风,气血运行不畅,遂得之血痹。本条描述血痹的体质倾向及成因,即素有内虚,外感风邪,气血不畅。仲景云:“血痹,阴阳俱微,寸口关上微,尺中小紧,外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之”。身体不仁即麻木之意,近代经方大家曹颖甫先生《金匱发微》云:“气血不运,故身体不仁,如风痹状,甚则两足痿软或更因阳气闭塞不濡分肉,麻木不知痛处”^[4]。刘渡舟老先生在《金匱要略诠释》载:“血痹之证以肌肉麻痹为主,如邪重者,亦可发生疼痛;故曰如‘风痹’状,而实非风痹之关节流窜疼痛之证”^[5]。肌肉麻痹出现感觉障碍,其甚者有疼痛的表现,与现代所述之雷诺综合征、系统性硬化病、血栓闭塞性脉管炎等疾病的发展颇为相似。寒冷刺激通过兴奋交感神经系统,刺激儿茶酚胺类物质释放,使外周血管收缩,甚至痉挛;当温度进一步下降或冷暴露时间过长时,心血管系统出现失代偿表现,心肌收缩力、心率等均下降,导致血压降低,组织脏器供血不足^[6]。当肢端痉挛时,趾指末端因供血不足而麻木,而长期的血供不佳则导致皮温下降,皮肤苍白,出现明显的“缺血期-缺氧期-充血期”三部曲^[7]。

综合上述医家认识,结合临床实践,笔者认为,厥证之寒厥可单独作为病名而存在,西医之雷诺综合征、系统性硬化病、冻疮、慢性血管炎等疾病可与之参照。现行中医内科学教材中厥证的亚型为气厥、血厥、痰

收稿日期:2024-01-27; 修订日期:2024-07-09

基金项目:国家自然科学基金资助项目(R1704061;81173213);湖南省自然科学基金青年项目(2021JJ40417);

湖南省创新型省份建设专项抗击新冠肺炎疫情项目(2020SK3009);湖南省科学技术厅重点领域研发计划(2019SK2321);

湖南省科技人才托举工程项目(2020TJ-JM01);湖南省发改委创新引导专项(湘发改投资2019-412号);

湖南省中医药管理局心病“四时调阳”重点实验室建设专项;湖南省“双一流”学术建设项目

作者简介:姚昆鵬(1997-),男(汉族),湖南益阳人,湖南中医药大学在读博士研究生,硕士学位,主要从事中医药防治心血管疾病及治未病工作。

*通讯作者简介:陈青扬(1988-),男(苗族),湖南长沙人,湖南中医药大学第一附属医院主治医师,硕士学位,主要从事中医药防治心血管疾病工作。

*通讯作者简介:陈新宇(1962-),男(汉族),湖南湘潭人,湖南中医药大学第一附属医院教授,主任医师,博二研究生导师,博士学位,主要从事中医药防治心血管疾病工作。

厥、食厥,并未纳入寒厥,应当加以相关研究^[8]。从疾病发展角度而言,血痹应当是寒厥的前期阶段,即“不仁期”,此期多为内有体虚,感受寒湿,表现为肌肤的麻木不仁,感觉功能障碍。寒厥为血痹的后期阶段,即“不温期”,此期多为阳虚失运,痰瘀形厥,见皮温下降,皮色苍白,手足皲裂,甚则皮色青紫,指节肿大,形寒畏冷。

1.2 寒厥与虚劳

《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》曰:“凡厥者,阴阳气不相顺接,便为厥。厥者,手足逆冷是也”。现代医家多着眼于“阴阳气不相顺接”,从阴阳不能交接层面探讨厥证,故常认为厥证与西医学之低血糖、脑出血、脑梗死、短暂性脑缺血发作、高血压脑病等疾病相通。然“手足逆冷”亦不可忽视,因寒厥患者,可出现长期的手足麻木,逆冷不温。笔者在长期的临证实践中,发现寒厥的发病情况复杂多变,然病因总不离寒。有先天体虚者,自小肢体冰凉不温,免疫低下,极度畏寒,常夏日着棉衣,冬日不离火炉;有后天虚损者,多为祖父祖母辈,自小体质尚可,然物资匮乏,终日劳作,营养不良,春则涉水播种,秋则勉力霜收,水气雾露常为之伴,终成寒厥;有调养不当者,产褥期未避风防寒,产褥当风,或急于劳作,逢冷涉水,曾为血痹,肢体麻木,久则遍身冰凉彻骨,积寒成厥。“阴阳俱微”,结合后一句“寸口关上微,尺中小紧”,可知论述脉象左右皆无力。《脉学心悟》述:“微脉浮取而见,极细而无力,犹如羹上漂浮之肥油,按之欲绝,如有如无”^[9]。微脉为气血不足,不得充盈,阳气衰微,不得鼓动之象。又云“紧脉……左右弹指……为拘急敛束之象”,有状若转索之说,为风寒入里,收引凝泣之象。其脉象虚实夹杂,虚为在里之气血亏虚,实为寒邪收引凝滞,故使机体麻木不仁。值得注意的是,寒厥患者并非均为虚证,亦有虚实夹杂,或由实转虚者。《素问·厥论篇第四十五》曰:“寒厥人者,因恃其质壮过于作劳,则下气上争,不复藏于下矣。阳气上出,则阴藏之精气亦溢于下矣。所谓烦劳则张,精绝也。……阳气日损,阴气独在,故手足为之寒也”。临床所见中老年寒厥患者,多自幼体质尚可,筋骨健强,然终日劳作,难避风寒,汗出当风,冒雨涉水,阳气烦劳于外,阴气损积于内,故见肢体麻木,皮温下降,甚则遍身寒冷彻骨。

《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六》载:“人年五六十,其病脉大者,痹侠背行,若肠鸣、马刀、侠瘕者,皆为劳得之”。此处为痹与劳同见,痹为血痹,劳为虚劳,可见随着人体阴阳损伤,血痹可发展为虚劳之症,并出现脾肾阳虚,兼夹痰瘀毒邪。“脉沉小迟,名脱气。其人疾行则喘喝,手足逆寒,腹满,甚则溇泄,食不消化也”。脾肾阳虚当属虚劳范畴。手足逆寒,腹满溇泄,表明寒厥之手足不温可从血痹延及至虚劳,本为气

血不足,外感邪气,后为阳气不运,痰瘀丛生,久则阻遏气血,内夺五脏元气,侵蚀真阴真阳,发为脾肾阳虚。虚劳为血痹、寒厥的后期阶段,机体症候逐渐由机体的麻木不仁,感觉功能障碍变为皮温下降,皮色苍白,再转变为皮燥肉枯,寒气彻骨,形寒肢倦。此期即“不养期”,病机多为水土不化,积损成虚。

2 寒厥的临床分期及病机特点

2.1 不仁期—血虚气亏,风湿阻痹

不仁期为寒厥的最早期阶段,此期与血痹的表现类似。外感风寒湿邪气为此期的主要外因,血虚气亏为主要内因。此类患者多为平素体虚,外感风寒湿,或长期劳作,不避寒湿,导致风湿外袭,耗气伤血。“邪在于络,肌肤不仁;邪在于经,即重不甚”,风邪趋上,寒湿趋下,故上下肢躯体均可见麻木不仁。人体血流由心脏出发,从近端向远端分布,优先保证重要脏器的血流供应,病理状态下,四肢末梢血供减少,故麻木不仁等症候在初期以趾指多见,又因血虚气亏,风湿阻络,故每逢阴雨天气则发作更甚。因此,不仁期临床多见血虚气亏,风湿阻痹证,表现为皮肤及肌肉的麻木,皮温降低,皮色较正常稍差,甚则触觉、痛觉减退,伴有周身畏寒,易于外感,或有咳嗽,长期反复荨麻疹发作,舌淡,苔薄白,脉细软。

2.2 不温期—阳虚失运,痰瘀形厥

寒厥在不仁期经过中药干预及适度调养,可获痊愈。然终日劳作者,多身处偏远地区,经济条件差,就医困难,病情未经系统治疗,常迁延反复。随着肢端的反复痉挛,或供血不足,往往出现对应的缺血缺氧改变。风寒湿之邪不祛,则阳气为阴邪所阻,化为伏邪。邪气伏聚,久成窠白,气血不行,痰瘀内生。脉道本应通利,然阳虚失于温煦,气虚失于推动,水不利则成痰,血不利则成瘀,脉道不畅,动力不足,反复如此,形成恶性循环。本期阳气渐衰,阴气渐长,以阳虚失运,痰瘀形厥为病机特点。临证时多见患者畏寒加重,皮温下降,皮色苍白或青紫,指节轻微肿大,肢体麻木、畏寒、僵硬并见,或伴有疼痛,纳差,腹泻,体重下降,舌淡紫,苔白腻,脉弦细。

2.3 不养期—水土不化,积损成虚

寒厥在经历上述两个阶段后,症状进一步加重。由于寒湿久蕴,阳气不达,在表可见寒厥,在里暗耗脏腑阳气。五脏虚损,尤以脾肾为主。脾阳运化,则气血充足;肾阳温煦,则寒祛阳生。俾阳气充沛,气血旺盛,则阴霾去,积损消。然此期已超过机体之代偿,肾水不温,脾土不运,若停滞之水液,贫瘠之土地,无以滋养。本期以水土不化,积损成虚为病机特点。临证时多见极畏风寒,四肢不温,寒气彻骨,盛夏亦着厚棉衣被,腰酸足软,肌肉松软,神疲便溏,不耐劳作,心烦气躁,舌

淡而瘦软,苔少,脉沉细。上述证候极似甲状腺功能减退症,部分患者可通过理化检查佐证,然少数患者,各项检查均正常,常需中药介入干预。

3 寒厥分期辨治

3.1 不仁期—祛风除湿,调补气血

不仁期为寒厥的早期阶段,常以血痹之表现为主,寒邪潜伏。临证治疗当以祛风除湿,调补气血为主,可选用黄芪桂枝五物汤合当归四逆汤。曹颖甫曾论黄芪桂枝五物汤:“此证治法,以宣达脾阳,俾风邪从肌肉外泄为主,故用解肌去风之桂枝汤,去甘草而用黄芪者,正以补里阴之虚,而达之表分也”^[4]。黄芪桂枝五物汤为桂枝汤之变制,去甘草之甘壅守中,取黄芪补气升阳,倍生姜发越寒水。全方生姜重达六两,倍于黄芪、芍药、桂枝,一则发越水气,使卫气实而痹阻减;一则补养脾胃,使营血充足而脉道充。日本汉方医家矢数道明在《汉方临床治验精粹》论述当归四逆汤加吴茱萸生姜汤:“本方常用于冬季寒冷期发生的冻疮、脱疽、雷诺氏病、手掌角化症、硬皮病等……故其处方均系加温而使血行通畅”^[10]。1982 年《中医杂志》曾刊登一则医案:一女性患者,因用凉水洗衣服,发现双手苍白渐即转为青紫,发冷伴有麻木刺疼感,间歇性发作,每次可达数小时,每需双手放入温水中方能缓解,诊断为“雷诺氏症”,用妥拉苏林、烟酸、消炎痛等效果不佳,后用黄芪桂枝五物汤加减方愈^[11]。在讲述当归四逆汤时,刘渡舟老先生指出:“血虚脉细,同时受风寒之邪,经脉血虚受寒,阴阳气不相顺接而出现寒厥,叫血虚寒厥”^[12]。当归四逆汤所述脉细欲绝,并未真正予四逆汤,而是将大枣加至二十五枚,并加当归三两,细辛三两,通草二两,以大枣、当归养血,以细辛、通草通阳,与黄芪桂枝五物汤之重用生姜,并加黄芪有异曲同工之妙,后者重用生姜以散水气,加黄芪以走表。故黄芪桂枝五物汤与当归四逆汤相配,一则祛风除湿,一则调补气血,切合寒厥的早期病机。笔者导师陈新宇教授经验:伴有明显气虚自汗,汗出畏寒甚者,可加用玉屏风散,以实卫气;伴有肢节酸胀感,则加羌活、苍术、吴茱萸以辛燥利湿。

3.2 不温期—化痰祛瘀,助阳化运

寒厥日久,从血痹阶段发展为厥证,寒象始见。临证当以化痰祛瘀,助阳化运为主,可选用阳和汤合桂枝茯苓丸。阳和汤出自《外科证治全生集》,王维德云:“此方主治骨槽风、流注、脱疽……一切阴凝等证。麻黄得熟地不发表,熟地得麻黄不凝滞,神用在此”^[13]。观阳和汤之架构,麻黄、白芥子、肉桂、炮姜炭以宣通阳气,熟地黄、鹿角胶滋阴养血,佐生甘草以免化热,若以土覆火,缓缓温运而不燥,对于阳虚久病之寒厥尤为适宜^[14]。桂枝茯苓丸本为缓消妇人瘀血积聚之方,汤本

求真常将其运用于痹证。《皇汉医学》载:“浅田氏曰:又血痹证不止而气虚者,有因瘀血积滞者,治属桂枝茯苓丸,不可不知也……驱逐麻痺真正病原的瘀血”^[15]。血痹之肌肤不仁,发展为寒厥之手足不温,非独为气血亏虚,寒湿内侵,阳气不运,更有痰瘀阻络,宜通补同用。桂枝茯苓丸中以桂枝、茯苓温阳化浊,芍药、桃仁、牡丹皮活血下瘀,因寒厥患者,病程缠绵,痰瘀胶结不去,故宜缓消痰瘀。

鉴于阳虚不运可致痰瘀内生,在温阳化运之同时,应注重清除痰瘀等病理产物。陈师认为,瘀血不化,邪伏成巢,可在阳和汤与桂枝茯苓丸基础上,加用水蛭、鸡血藤、土鳖虫、全蝎等品。水蛭嗜吸人畜血液,其唾腺中含有一种抗凝血物质名水蛭素,系强效凝血酶特效抑制剂,与凝血酶结合后形成一种极其稳定的非共价复合物^[16]。抗凝、抗血栓的同时,亦能保护组织对抗缺血缺氧损害,朱良春老先生常用其治疗静脉曲张、血栓闭塞性脉管炎^[17]。鸡血藤辛甘而温,甘缓能补,辛散能通,为陈师治疗手足麻痹之要药。全蝎、土鳖虫为陈师通络之常用药对,皆为虫类,最擅攻冲,现有研究表明,二者可减轻血管壁的动脉粥样硬化,抑制深静脉血栓形成^[18,19]。

3.3 不荣期—调寒益气,培土补水

寒厥日久,耗损机体阳气,导致五脏阳气虚损,尤以脾肾为要。临证当以调寒益气,培土补水为主,可选用六味地黄丸加红参、肉桂、巴戟天、杜仲、煅龙骨、煅牡蛎。六味地黄丸原为儿科名家钱乙所发明,主治“肾怯失音,囟开不合,神不足,目中白睛多,面色眇白”^[20]。张仲景云:“虚劳腰痛,少腹拘急,小便不利者,八味肾气丸主之”。六味地黄丸为八味肾气丸去桂枝、附子而成,有滋肾益阴之效。陈师宗张景岳之意,于阴中求阳,以巴戟天易附子,肉桂易桂枝,缓生相火,使火温而不著,避免化燥生风。更加红参以补气温阳,杜仲以补肾根,煅龙牡以固元阳。本期非全为虚证,尤可见虚实夹杂,寒湿外侵,痰瘀内生之况,或与患者未脱离相关致病环境相关,或为病久入络,邪气胶结,仍可依前法。如同虚劳病篇之虚劳干血,虽名为虚劳,实为虚实夹杂之证,用大黄䗪虫丸治疗,补气养血,祛瘀生新。凡脾虚较甚者,可酌加山药、白术、西洋参、紫苏梗以平补气阴,兼以理气和胃,滋阴以助阳,即“善补阳者,必于阴中求阳,则阳得阴助而生化无穷”。若肾虚较甚,则加用狗脊、乌梢蛇、怀牛膝、菟丝子。

针对寒厥日久,消铄阴阳,使阴阳耗损,气血俱虚,形寒肢冷,肌肉瘦削的特征表现,陈新宇教授创制温阳振衰汤,并将其转换为颗粒剂,方便患者携带与服用,亦减轻经济负担。温阳振衰颗粒脱胎于茯苓四逆汤合生脉散,由炮附子、红参、干姜、茯苓、麦冬、五味子、甘草共七味药组成,具有温阳益气,固阳化阴之功效,可

用于阴阳两虚之寒厥证。《伤寒论·辨太阳病脉证并治第六》：“发汗，若下之。病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之”。茯苓四逆汤为四逆汤加茯苓四两，人参一两而成，主以温阳，兼以化气利水，使水气去，阳气复。生脉散出自《医学启源》，有益气生津，敛阴止汗之功。温阳振衰颗粒融两方为一体，阴阳同补，对于寒气彻骨，筋骨痿软，肌肉瘦削，动则汗出，易于外感之患者尤为适用。

4 验案举隅

患者，女，40 岁，2021 年 7 月 3 日初诊。主诉：畏寒肢冷数十年。自记事起自觉畏寒肢冷，全身冰凉彻骨，有寒气至骨髓感，冬季加剧，诸检查无异常。时值盛夏，患者亦着外套长裤。现症见：形寒肢冷，双下肢寒气过膝，四肢乏力，体倦嗜睡，夏季易汗出，冬季口角易溃烂，双上下肢趾指部小水疱反复发作，夏季尤甚，大便稀溏如水，性情急躁，情绪波动后易心悸。唇暗，舌淡暗，苔薄白润，有齿痕，脉沉细。月经史：初潮 12 岁，6~7/35 天，量多，有血块。西医诊断：雷诺综合征。中医诊断：寒厥，血虚气亏，寒瘀阻痹，脾肾两虚证。治以调补气血，散寒祛瘀，培补脾肾。方选当归四逆汤合阳和汤合玉屏风散加减，处方：当归 10g，桂枝 5g，黄芪 15g，白芍 10g，甘草 10g，大枣 6 枚，干姜 5g，柴胡 10g，黄芩 10g，法半夏 10g，熟地黄 25g，鹿角胶 6g（烊化），炙麻黄 5g，煅龙骨 25g，煅牡蛎 25g，菟丝子 15g，杜仲 15g，陈皮 10g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，早晚温服。另予温阳振衰颗粒，8g/次，1 次/日。嘱其避免接触冷水，注意保暖。

二诊：2021 年 7 月 28 日。患者诉服药后畏寒、乏力、嗜睡、汗出、手足水疱等症状均大为改善，自觉情绪爽朗。现仍有畏寒，心悸，便溏。舌淡紫，苔薄白，脉沉细。本次月经提前 1 天，量较前减少，色同前。前方已效，续守前方，改煅龙骨为 15g，煅牡蛎为 15g，熟地黄为 15g。28 剂，水煎服，每日 1 剂，早晚温服。另予温阳振衰颗粒，8g/次，1 次/日。亦嘱其避免接触冷水，注意保暖。药后诸症悉除，随访 3 月，未见复发。

按：患者初诊症见形寒肢冷，乏力，体倦，汗出，便溏，急躁，心悸，知其乃肺脾肾阳虚。肺虚不能卫外，易汗出；脾虚不能资养，故乏力，体倦，便溏；肾虚不能温煦，见畏寒，脉沉细。唇暗，舌淡暗，为寒凝血瘀之象，陈师并未予活血药物，俾阳气温运而阴凝自散。此外，心悸、急躁为病程日久，阳损及阴之象，故与温阳振衰

颗粒，固阳化阴。二诊畏寒、乏力、嗜睡、汗出减轻，仍有畏寒、心悸、便溏，肺脾肾阳气得充，考虑便溏为脾虚失运，故减制煅龙骨、煅牡蛎、熟地用量，以防滋腻碍运。后续随访，患者诉药后诸症悉除，此后断续服用温阳振衰颗粒，病未复发。嘱其适当食用温补药膳，避寒保暖，调理善后。

参考文献：

- [1] 罗成贵, 姜景, 张华东. 国医大师薛志正从脾论治雷诺综合征经验[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(1): 198.
- [2] 吴丹, 荣晓凤. 雷诺综合征的中西医诊治研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(30): 3415.
- [3] 张承坤, 崔为. 《金匮要略》“尊荣人”考[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(9): 1447.
- [4] 曹颖甫撰述, 邹运国整理. 金匱发微[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2014: 47.
- [5] 刘渡舟, 苏宝刚, 庞鹤作, 等. 金匱要略论解[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 93.
- [6] 王温, 孙嘉岑, 谭兴, 等. 寒冷对心血管疾病的影响: 现状与机制[J]. 海军军医大学学报, 2023, 44(6): 741.
- [7] 贾建平, 苏川著. 神经病学, 第 8 版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 408.
- [8] 吴勉华, 石岩主编. 中医内科学, 第 5 版[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 357.
- [9] 李士懋, 田淑霄编. 脉学心得[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1994: 43.
- [10] (日)矢数道明著. 汉方临床治验精粹[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 78.
- [11] 金学仁. 黄芪桂枝五物汤加减治疗雷诺氏症 2 例[J]. 中医杂志, 1982, 32(1): 72.
- [12] 王庆国编著. 刘渡舟伤寒论讲稿[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 358.
- [13] 胡晓峰整理. 外科证治全生集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 31.
- [14] 罗云涛, 邓旭, 蔡虎志, 等. 基于“缓生少火”理论运用阳和汤经验[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(12): 7205.
- [15] (日)汤本求真著, 周子叙(译). 皇汉医学, 第 2 版[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 69.
- [16] 姜秋, 王玲娜, 刘谦, 等. 水蛭的炮制历史沿革、化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(21): 5806.
- [17] 朱良春著. 虫类药的应用[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 251.
- [18] 罗淑芳, 黄博宁, 何广铭, 等. 土鳖虫通过改善炎症抑制深静脉血栓形成的机制研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24(12): 4917.
- [19] 王思婷, 张玥, 张筱杉, 等. 虫类中药治疗深静脉血栓形成的研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2023, 29(4): 564.
- [20] (宋)钱乙(著). 小儿药证直诀[M]. 阎孝忠, 编集, 郭君双, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 44.

(责任编辑:王诗涵)