

引用:黄遂和,张锦祥,齐玉茹.《伤寒论》动脉的内涵与临床应用[J].中医药导报,2023,29(10):212-215.

《伤寒论》动脉的内涵与临床应用*

黄遂和¹,张锦祥¹,齐玉茹²

(1.广州中医药大学第二附属医院,广东 广州 510120;

2.广东省中医院李可古中医齐玉茹学术经验传承工作室,广东 广州 510006)

[摘要] 结合中医经典理论探讨《伤寒论》中动脉的病机与主治,认为动脉反映了正气驱邪外出而相持不下,阴阳气欲相交而不得相交融洽的情况,主惊、痛及气机逆乱,里虚不足是其重要原因。临证时需考虑人体正气强弱情况,做到因势利导,或鼓舞正气或调和阴阳,切忌因气机逆乱相争而出现的热象、实象而误用攻伐之法,导致正退邪进。

[关键词] 动脉;《伤寒论》;脉象;病机;临床应用

[中图分类号] R222.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2023)10-0212-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2023.10.044

The Connotation and Clinical Application of Stirred Pulse in *Treatise on Febrile Diseases*

HUANG Suihe¹, ZHANG Jinxiang¹, QI Yuru²

(1.The Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China; 2.LI Ke and Qi Yuru TCM Academic Office, Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China)

[Abstract] Based on the classic theories of traditional Chinese medicine, this paper discussed the pathogenesis and main treatment of stirred pulse in the *Treatise on Febrile Diseases*. It was believed that stirred pulse reflect the situation where the healthy Qi drives away evil and remains stagnant, while the Yin and Yang Qi desire to intersect but cannot be harmonious. The main symptoms were shock, pain, and disorder of Qi mechanism, and the deficiency of internal Qi was the main reason of stirred pulse. It was necessary to consider the strength of healthy Qi in the human body during clinical diagnosis, so as to guide the situation, or encourage healthy Qi or harmonize Yin and Yang. It was important to avoid the misuse of drastic remedy due to the heat and excess syndrome caused by the struggle between the healthy Qi and pathogen and Qi movement disorder, which can lead to the retreat of healthy Qi and the advancement of pathogen.

[Keywords] stirred pulse; *Treatise on Febrile Diseases*; pulse manifestation; pathogenesis; clinical application

动脉是《伤寒论》中的一个脉象,成无己认为:“动,为阴阳相搏,方其阴阳相搏而虚者,则动。阳动为阳虚,故汗出;阴动为阴虚,故发热也。”^[1]张璐认为:“动脉虽多见于关上,然尺寸亦常见之。本文又言,若数脉见于关上,若字甚活,是举一隅为例耳。今世以尺寸之动,强饰为滑,殊不知动脉是阴阳相搏,虚者则动,故单见一部。滑脉是实邪有余,多兼二三部,或两手俱滑。以此辨之,则动滑之虚实辨矣。”^[2]李时珍^[3]则认为动脉为阳脉,且提出“动随虚见”的观点。《新修伤寒论研究大

辞典》^[4]则认为动脉之机转,是因为人体内部生理功能失调,引起阳气与阴气互相搏击,脉不能贯通三部,而仅动于一处。亦有王伟明等^[5]从临床观察中提出动脉可能反应了癥瘕积聚的存在。黄岑汉等^[6]则认为动脉是因交感神经兴奋性增强或β受体功能亢进,导致心跳加快加强而形成脉搏急快的脉象。上述观点从形态、病机及主治等方面描述了动脉,笔者认为各有其依据,但要进一步揭示动脉的临床内涵,应回归到《伤寒论》成书年代同期相关书籍并结合临床实践进行分析,正

*基金项目:杨志敏广东省名中医传承工作室建设项目(粤中医办函[2020]1号);广东省中医院李可古中医齐玉茹学术经验传承工作室项目(中医二院[2014]89号-22);广东省中医院扶阳流派工作室项目(2013KT1517)

通信作者:张锦祥,E-mail:516319106@qq.com

本清源,以使其更适应临床应用。

1 动脉的临床内涵

1.1 正邪相持,阴阳欲自和而不得 动脉反映了正气驱邪外出而相持不下,阴阳气欲相交而不得相交融洽的情况,笔者从以下三方面理解。

第一,条文病机互参。如《伤寒论·辨脉法第一》言:“阴阳相持,名曰动。阳动则汗出,阴动则发热。”^[1]从字面理解,动脉反映了阴阳二气环绕缠斗的情况,当阳气动为主则症见汗出,阴气动为主则症见发热。此处可与《伤寒论·辨脉法第一》条文“病有洒淅恶寒,而复发热则何也?寸口脉微,名曰阳不足。阴气上入阳中,则洒淅恶寒也……尺脉弱,名曰阴不足,阳气下陷入阴中,则发热也”^[2]互参,该条文认识到阳不足,阴气上入阳中则恶寒,阴不足,阳气下陷阴中则发热,实质也是反映了阴阳二气不得自和的病机。另《金匱要略·惊悸吐血下血胸满瘀血病脉证治第十六》指出:“寸口脉动而弱,动即为惊,弱则为悸。”^[3]《素问·举痛论篇》言:“惊则气乱”^[4]。上述亦可佐证动脉实质是反映了阴阳二气相搏不得自和,导致出现气机逆乱的情况。

第二,阴阳自和趋势。虽然阴阳二气相搏不得自和,但因人体正气总是欲与邪气抗争,故阴阳二气有自和的趋势。如《伤寒论·伤寒例第三》指出:“凡得病厥,脉动数,服汤药更迟;脉浮大减小;初躁后静,此皆愈证也。”^[5]可以看出通过服用汤药,脉象由动数转迟,浮大转小,脉躁转静,提示了正进邪退、阴阳自和,病情向愈。

第三,动脉形态推断。可从动脉形态描述理解,《伤寒论·辨脉法第一》指出:“若数脉见于关上,上下无头尾,如豆大,厥厥动摇者,名曰动也。”^[6]笔者作如下分析:(1)数见于关,为何不是见于寸、尺?《伤寒论·辨脉法第一》指出寸口脉微为阳不足,尺脉弱为阴不足,可推断寸口脉以候“阳”而尺脉以候“阴”,阳在天,阴在下,阳气下降、阴气上升,方能阴阳相交、一气周流生命不止,而因邪气内阻,阴阳气欲相交而不得,转为相搏于中,故以关位明显。(2)动脉上下无头尾,张璐^[7]对动脉有这样描述:“滑数如珠,见于关上……不似滑脉之诸部皆见滑数流利也。”可知动脉除关部之外,寸尺部指下感觉并不流利,而且并不充盈,反映了阴阳均不足病机。此外虽是不足,但正气仍欲驱邪,正邪相争、阴阳自和过程中相搏于关部,因气机逆乱故可出现“惊”“痛”等一类症状,临床多以“阳”“热”等性质表现,这也是伤寒论开篇把动脉归为阳脉之理。(3)动脉厥厥动摇,可理解为脉不静的一种状态,实质反映了正邪抗争、阴阳二气欲自和而不得带来的气机逆乱问题。《素问·六微旨大论篇》指出:“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危。故非出入,则无以生长壮老已,非升降,则无以生长化收藏。”^[8]阴阳二气欲自和而不得,反而形成相搏之态势,立足人体而言最常见的就是气机升降出入逆乱,所以有发热、汗出等各种阴阳失衡的症状。

1.2 主惊、痛及气机逆乱 《伤寒论》《金匱要略》分别指出:“动则为痛”^[9]、“动即为惊”^[10]。结合第一点认识,不难理解正因为阴阳二气欲自和而不得,形成相搏状态,从而出现了气机不通则痛、气机逆乱则惊的情况。

1.3 主里虚不足 动脉主里虚不足,这也是导致阴阳欲自和而不得的重要原因。可从两方面认识。

一方面,依据动脉的形态推断。“动见于关上,上下无头尾”,提示寸尺均不足,寸为阳,尺为阴,反映了阴阳均不足的病机。

另一方面,从动脉相关条文的病机认识。(1)《伤寒论》134条载:“太阳病,脉浮而动数,浮则为风,数则为热,动则为痛……表未解也。医反下之,动数变迟,膈内拒痛,胃中空虚……阳气内陷,心下因硬,则为结胸。”^[11]条文讲述的是患者属太阳病外感且正气不足,正气欲驱邪外出而不得,正邪抗争激烈,故出现发热、头痛、脉数等热象。医者误认为已形成里实证,运用下法治疗导致误治,脉象动数脉转为迟,因阳气内陷,正气抗争之力被削弱,邪气转盛转实形成结胸证。所幸虽有里虚且误下,但正气尚未至虚惫,况且邪气已经入里,故此时不用解表法而用大陷胸汤攻下治疗。可见动脉出现时,往往反映的是正气相对不足,欲驱邪外出但不得,与邪气相争激烈,气机升降失常的状态,医家此时不能被动脉之热、实等现象迷惑而误用下法,应四诊合参判断,否则容易出现阳气内陷、邪气转盛转实的情况。(2)《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六》条文载:“夫失精家,少腹弦急,阴头寒,目眩,发落,脉极虚芤迟,为清谷,亡血失精。脉得诸芤动微紧,男子失精,女子梦交,桂枝加龙骨牡蛎汤主之。”^[12]笔者认为条文中出现的“芤”“迟”“微”“紧”“动”脉象中唯独“动”属于阳脉,其余均为虚损寒脉,同时依据条文,病情可分为两个层次,病轻者“脉芤动微紧”对应“失精、梦交”症状,病重者“脉极虚芤迟”对应“清谷,亡血失精”症状。故推断脉芤(芤则为虚)、微(微为虚、不足)、紧(紧为寒)等虚损寒脉象中出现动象,乃虚证、阴证中正气(阳气)抗争之象,亦可理解为阴阳两虚,但仍欲阴阳相交维持人体一气周流不息,若迁延不治或误以为动脉为热证、实证误用攻下,则动脉转为迟脉,提示病情加重,正退邪进。

综上,笔者认为动脉反映了里虚、正气不足之病机,此时往往处于正邪斗争相持不及、阴阳二气欲自和而不得的状态,表现出以“痛”“惊”等气机逆乱相关病症。

2 动脉的临证注意事项

2.1 需顾护正气 临证见动脉须考虑虚、正气不足等情况,治疗需因势利导,或疏导调和或扶正驱邪,切忌被气机逆乱相争出现的热象、实象迷惑而误用苦寒攻下,导致正退邪进。正如《伤寒论·辨不可发汗病脉证并治第十五》言:“诸脉得数动微弱者,不可发汗,发汗则大便难,腹中干,胃燥而烦,其形相象,根本异源。”^[13]

2.2 需四诊合参判断病势 不是所有“动变迟”均是正退邪进,“动变迟”只是张仲景通过脉象来讲病机,切不可陷入“动变迟”之现象中去,临证中要四诊合参综合判断。如《伤寒论·伤寒例第三》认为:“凡得病厥,脉动数,服汤药更迟;脉浮大减小;初躁后静,此皆愈证也。”该条指出病厥者若脉动数,服药后转为迟,反而提示病情向愈,这里的迟不能理解为“阴脉”或者是正退邪进,乃是服药后正气相争后正胜邪退、阴阳相搏后阴阳自和之象。

2.3 提示病位广泛 动脉为“数见于关,上下无头尾”,笔者认为不能简单把“关”理解为上下的中间抑或是中焦,因为阴阳变化不是平面二维的,而是立体多维的^[1],应该理解为阴阳升降出入出现了问题,它既可以在外,亦可在内,于人体之处无处不在。故张璐提出的“动脉虽多见于关上,然尺寸亦常见”^[2]观点,临证可参考。

3 验案举隅

患者,男,76岁,2021年10月2日初诊。主诉:反复发热2年余,再发10 d。患者2年前不慎受凉后出现发热、咳嗽、气促,于我院诊断为肺部感染、全血细胞减少,给予抗感染、升高白细胞等处理后好转出院,出院后反复发热及全血细胞减少。2020年4月,患者于外院完善骨髓穿刺、骨髓免疫分型及全身PET-CT等检查,诊断为噬血细胞综合征、肺部感染,期间抗感染、消炎、输血及两疗程VP-16(依托泊苷)化疗,后因无法耐受化疗,选择出院中医保守治疗。近1年来反复发热,10 d前患者再次因发热、咳嗽咳痰于2021年10月1日至我院急诊就诊,完善血常规:白细胞 $2.01 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $1.17 \times 10^9/L$,红细胞 $3.86 \times 10^{12}/L$,血红蛋白124 g/L,血小板 $110 \times 10^9/L$;超敏C-反应蛋白(hsCRP)4.03 mg/L;胸部CT提示右肺中叶、左肺上叶下舌段、双肺下叶散在慢性炎症改变。结合病史考虑噬血细胞综合征发热,为求中医治疗收入我科。

刻诊:神清疲乏,形体肥胖,刻下 $36.4^\circ C$,无汗出,咳嗽咳少量白稀痰,无胸闷气促,眼睑红鲜,无恶心呕吐,无皮疹及皮下出血点,腹部按之满,无腹痛腹泻,纳差,口干口苦喜饮,眠一般,小便排解不顺畅,夜尿4~5次,平素大便一至三日一行,质偏硬难解。舌淡暗红,苔黄白腻,脉中取弦大,沉取滑。发热以凌晨为主,超过 $39^\circ C$ 时伴恶寒,但平素怕热,上半身热,汗多。既往冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压病、前列腺增生、结肠息肉、左侧肾上腺瘤及脂肪肝病。西医诊断:噬血细胞综合征。中医诊断:发热(阳明少阳合病)。治以内泻阳明通腑泻浊,外解少阳利水清热,方用大柴胡汤合桃核承气汤加减。处方:北柴胡40 g,黄芩15 g,生半夏20 g,白芍15 g,生姜25 g,红枣15 g,麸炒枳实20 g,大黄10 g,桃仁15 g,炙甘草10 g,桂枝10 g,芒硝10 g(冲服)。6剂,1剂/d,水煎服,分温3服。

2诊:2021年10月8日。服药后每日仍有发热,症状改善不明显,期间热峰 $39.1^\circ C$,可用退热贴、耳尖刺络放血临时退热,怕热、汗多、疲乏、咳嗽、小便不畅等症状同前,大便转为一日二三行,质稀烂。2021年10月7日复查血常规:白细胞 $1.66 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $0.75 \times 10^9/L$,血小板 $77 \times 10^9/L$ 。予前方调整为:北柴胡40 g,黄芩45 g,生半夏45 g,白芍30 g,生姜25 g,红枣10 g,麸炒枳实30 g,大黄15 g,桃仁30 g,炙甘草10 g,桂枝5 g,芒硝10 g(冲服),豆蔻30 g(后下),陈皮5 g,龙骨45 g,牡蛎45 g,炮姜5 g。3剂,1剂/d,水煎服,分温3服。

3诊:2021年10月11日。服药后情况同前,无改善。症见疲乏,反应稍迟钝,发热无规律,体温最高为 $38.7^\circ C$,高热时伴少许恶寒、四肢凉,低热及不发热时则怕热,上半身少许汗出,咳嗽咳少量白痰,时有胸闷、心悸,腹部按之胀满,偶有呃逆,纳一般,口干欲饮,无口苦,大便一日二三行,质烂,小便排解不畅顺。舌淡暗红,苔黄白,脉毛浮弦芤,关动。辨证分析为少

阴病,气机不畅,郁而化热,伤及阴液。治以开气结、降气逆、散郁热、养阴液为法。方用四逆散,处方:北柴胡20 g,白芍20 g,麸炒枳实20 g,炙甘草20 g。7剂,1剂/d,水煎服,分温3服。

4诊:2021年10月18日。服药期间体温缓慢下降,发热规律转为晨起发热为主,无伴发冷、四末凉等不适,夜间发热基本消失,发热时饮水后可微汗而退。2021年10月17日最高体温降至 $37.3^\circ C$,2021年10月18日已无发热,仍怕热,汗出多,口干欲饮,咳嗽略痰、小便情况同前,少许鼻塞无鼻涕,大便转为一日一行,成形顺畅。舌苔黄白微,脉象关脉动象减轻,余脉同前。2021年10月18日复查血常规:白细胞 $1.25 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $0.55 \times 10^9/L$,红细胞 $3.38 \times 10^{12}/L$,血红蛋白106 g/L,血小板 $94 \times 10^9/L$ 。考虑病情好转予办理出院,出院带3诊处方3剂。1剂/d,水煎服,分温3服。

2021年10月21日随访,患者已无发热3 d,疲倦改善,怕热、汗出缓解,无怕冷,偶有胃部隐痛、呃逆,无腹胀,少许鼻塞无鼻涕,少许咳嗽咳白稀痰同前,偶有活动后气短,眼睑略红,纳可,仍口干欲饮,少许口苦,大便成形软便,一日一行,夜尿4~5次,小便顺畅,眠可梦多。左脉关浮弦略动,寸细弦,尺沉细弦,右脉三部偏沉弦,双脉仍有芤象。查体腹部胀满,按之无不适。予4诊处方3剂,1剂分2 d服,水煎服。2021年10月27日复查血常规:白细胞 $2.30 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $0.94 \times 10^9/L$,红细胞 $3.78 \times 10^{12}/L$,血红蛋白120 g/L,血小板 $157 \times 10^9/L$ 。后因患者住址较远,未能门诊就诊服药。2021年11月18日利用微信随访,患者情况稳定,已无发热,复查血常规:白细胞 $5.39 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $2.97 \times 10^9/L$,红细胞 $4.14 \times 10^{12}/L$,血红蛋白133 g/L,血小板 $238 \times 10^9/L$ 。2022年2月2日再次随访,患者已无发热3个月余。患者部分血细胞变化情况见图1,患者住院期间日最高体温变化见图2。

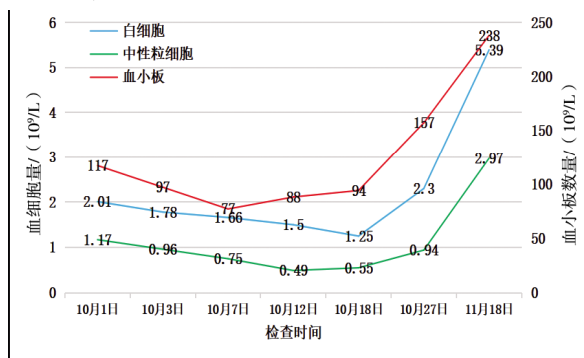


图1 患者部分血细胞变化情况

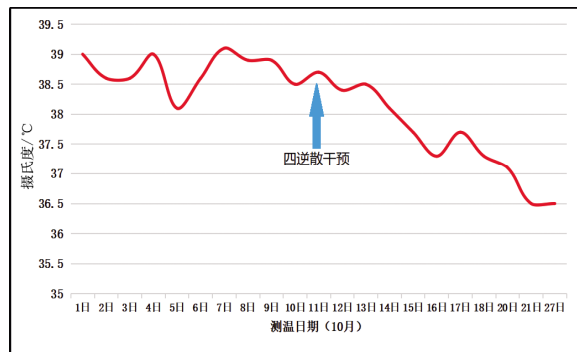


图2 患者住院期间日最高体温变化图

按语:噬血细胞综合征是一种遗传性或获得性免疫调节功能异常导致的严重炎症反应综合征^[12],临床特征特点是发热、血细胞减少、肝脾肿大及肝、脾、淋巴结和骨髓组织发现噬血现象,中医对此病认识甚少。本案患者有冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压病、前列腺增生、结肠息肉、肾上腺瘤及脂肪肝等病史,平素怕热、上半身汗出多及形体肥胖,可推知患者高龄久病,两本虚损,浊邪内生,兼之两年前不慎受凉外感发病,治不得法,正气更虚,邪气失于外透而转内消,内外邪气相合,正邪相持,导致反复发热。外感邪气不解,水饮痰浊上犯心肺,可见咳嗽咳痰;因邪气闭阻少阳三焦水道,故膀胱气化不利,小便不畅;且腑气失通,少阳枢机不利,导致全身内外气机不通,故见恶寒发热、口干口苦及脉弦等症。口干苦、眼睑红、腹满、二便难解、苔黄白微腻及脉弦、滑等提示邪气热化实化,形成少阳阳明水热互结之势。综上考虑为外感邪气不解,与里邪相合,病位在心下,病性为实证,辨证为表里不解,水热互结,属少阳与阳明合病,故使用了大柴胡汤合桃核承气汤内阖阳明以通腑泻浊祛瘀,外解少阳以利水清热。患者服用上方6剂后仍有反复发热,2诊合用了理气祛湿敛阳药物仍未见好转,3诊出现脉毛浮弦关动,其余诸症同前。可判断前两诊中脉诊欠准,其脉中取弦大象及沉取滑象均为假象,弦大象实为弦脉象,滑象实为动脉象,其中滑脉及动脉均可见指下搏动感明显,但是动脉往往沉取寸尺部脉管空虚,脉体仅限于关部为主,而且该患者同时合并弦脉,提示精血亏虚;此外3诊时见疲乏、反应迟钝等症,已有少阴病但欲寐之象,所幸脉象未见少阴病四逆汤证之微细脉,可知正气尚存,病势尚可逆转;但因患者高龄两本不足,前方攻下导致邪气进而正气退,并现气机逆乱之象,在上则心肺不能通宣,症见胸闷、心悸、咳嗽;在中则脾胃升降失施,症见呃逆、腹满、纳差;在下则三焦膀胱水道不通,症见小便不利;且四肢阳气郁而不达化热,故见高热时伴四末厥冷;又因邪气不解,阳气内郁,耗损阴液,故仍有怕热明显,伴汗出、口干,血细胞仍进行性下降等情况。综上,此种情况属于少阴病范畴,患者的动脉提示了虽有正气不足,但正气仍有欲于邪气抗争之机,未出现少阴虚化、寒化的四逆汤证,而是少阴病阳气内陷,气机逆乱,郁而化热,伤及阴液的四逆散证。四逆散出自《伤寒论》,此方中柴胡苦平,主心腹肠胃中结气,饮食积聚,寒热邪气,有推陈致新之效果,而枳实苦寒,主大风在皮肤中,如麻豆苦痒,除寒热结^[13],两者相须为用,柴胡开气结,枳实降热结,可条畅气机,平其逆乱,调和阴阳二气,疏散郁热;且方中芍药配伍炙甘草为芍药甘草汤之意,此方陈修园认为具有“滋阴以退热”^[14]之作用,芍药苦平而甘草甘平,苦甘化阴以养阴液恢复阴气之作用。全方契合动脉之里虚不足,气机逆乱,阴阳相搏之病机。前后合计10剂,最终脉静热退,精神好转,血细胞回升,病情向愈。可见当临证中遇到动脉脉象时,要时刻顾护正气不足之病机,正如黄宫绣所言:“如动在于阳,则有汗出为痛为惊之症;动在于阴,则有发热失血之

症;动兼滑数浮大,则为邪气相搏而热宜除。至于阳虚自汗而见动寸,阴虚发热而见动尺,与女人动尺而云有孕,皆不宜作热治矣。”^[15]切勿轻易将动脉判断为热证、实证而使用清热攻下等法,否认容易导致正退邪进,病情加重。

4 小 结

结合《黄帝内经》《伤寒论》及《金匱要略》的认识,笔者对动脉的内涵有了更进一步的理解。临证中应提高脉诊水平,处处考虑人体正气强弱情况,遇到动脉之象,切忌因气机逆乱相争而出现的热象、实象而误用攻伐之法,紧扣动脉病机处方用药,进一步扩展动脉的临床应用范围。

参考文献

- [1] 成无己.注解伤寒论[M].田思胜,马梅青,校注.北京:中国医药科技出版社,2011:4.
- [2] 张璐.伤寒缙论[M].付笑萍,李淑燕,校注.北京:中国中医药出版社,2015:148.
- [3] 李时珍.濒湖脉学[M].太原:山西科学技术出版社,2019:22.
- [4] 傅延龄.新修伤寒论研究大辞典[M].北京:中国中医药出版社,2017:101-102.
- [5] 王伟明,王磊,吴友莉,等.“动脉”主病新解[J].辽宁中医杂志,2013,40(10):2017-2018.
- [6] 黄岑汉,蓝娇娜,刘燕平.关于“动脉”的考证与分析[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(9):17-18.
- [7] 张仲景.伤寒论[M].王叔和,撰次.钱超尘,郝万山,整理.北京:人民卫生出版社,2005:3,4,22,56,108.
- [8] 张仲景.金匱要略方论[M].王叔和,集.北京:人民卫生出版社,2012:23,65.
- [9] 黄帝内经·素问[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2005:78,138.
- [10] 张璐.诊宗三昧[M].张成博,欧阳兵,点校.天津:天津科学技术出版社,1999:32.
- [11] 何云,何晶,蒋卫民,等.运用立体阴阳思维初探心系疾病治疗[J].中华中医药杂志,2020,35(9):4502-4505.
- [12] 中国医师协会血液科医师分会,中华医学会儿科学分会血液学组,噬血细胞综合征中国专家联盟,等.中国噬血细胞综合征诊断与治疗指南(2022年版)[J].中华医学杂志,2022,102(20):1492-1499.
- [13] 森立之.神农本草经:日森立之辑本[M].罗琼,赵永亮,点校.北京:北京科学技术出版社,2016:11,15,39,43.
- [14] 陈修园.伤寒论浅注[M].刘德荣,校注.北京:中国中医药出版社,2016:17.
- [15] 黄宫绣.脉理求真[M].王英,点评.北京:中国医药科技出版社,2018:19.

(收稿日期:2022-05-17 编辑:刘国华)