

引用:吴伊莹,柳玉佳,郭志华.郭志华基于“心脑相关”论治慢性疼痛经验[J].中医导报,2025,31(5):225-228.

郭志华基于“心脑相关”论治慢性疼痛经验*

吴伊莹,柳玉佳,郭志华

(湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙 410007)

[摘要] 慢性疼痛为临床常见的慢性疾病之一,严重危害群众的身心健康,其发病机制复杂多样,涉及生物、心理和社会等多种因素。郭志华认为,慢性疼痛者多伴有抑郁焦虑等情志障碍,该病核心病机除气血痹阻不通外,多与心脑共主神明有关。郭志华基于“心脑相关”理论论治慢性疼痛,从“心主血脉”和“心主神明”两方面阐述慢性疼痛的病机和治疗思路,主张益气活血、温振心阳使气血运行,经络通畅;同时注重养心宁神、宁心定志使心脑协调,神机调达。

[关键词] 慢性疼痛;心脑相关;心主血脉;心主神明;郭志华;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2025)05-0225-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2025.05.042

慢性疼痛是指持续或反复发作超过3个月的疼痛,是一种与实际或潜在的组织损伤相关的不愉快感觉和情绪情感体验^[1]。随着全球人口老龄化的日益突出,慢性疼痛的问题日益加重^[2],已成为继心脑血管疾病和肿瘤之后的第三大严重影响人类生活和生存质量的慢性疾病之一^[3]。2018年世界卫生组织将慢性疼痛定义为一种独立疾病^[4]。流行病学调查^[5]显示,我国45~65岁慢性疼痛的患病率高达42.2%,而经积极治疗临床缓解者仅占30%左右,严重危害群众的身心健康。长期不可治愈的慢性病(如骨关节炎、椎间盘突出等)的持续疼痛刺激使神经系统敏感化,患者表现为感受疼痛程度与生理过程不成比例,心理因素也可能加剧持续性疼痛^[6],这是慢性疼痛突出的临床特点。因此,单纯止痛治疗尚不理想药物,阿片类止痛药治疗效果显著但存在成瘾风险。目前慢性疼痛治疗手段已经从过去的单纯药物治疗,转向多学科综合治疗,如传统中医治疗、物理治疗、调整自我认识等^[7]。

中医学虽无“慢性疼痛”的概念,但早在《黄帝内经·素问》中就有“风、寒、湿三气杂至,合而为痹也”,以及“痛而闭不通矣”“血虚则痛”等病机论述。后世医家不断发展和完善,并积累了丰富的治疗经验。根据临床症状,慢性疼痛一般归属于中医“久痹”“痲痹”“顽痹”等范畴。2021年发布的《肌肉骨骼慢性疼痛诊治专家共识》中明确指出治疗慢性疼痛需结合中医药“辨证论治”的思想,以提高疾病治愈率^[8]。中医治疗慢性疼痛善从整体观念出发,针对个体和疾病的不同种类、病因、病机、证型、病程和病势等进行个体化的辨证论治^[9]。

郭志华教授,博士研究生导师,湖湘名医,从事中医内科临床、教学、科研工作三十余载,尤善运用气血理论治疗内科

杂病,并对慢性病合并焦虑障碍的治疗有丰富经验^[10-11]。郭志华教授认为,慢性疼痛的治疗应区别于传统的行痹、着痹、痛痹、热痹的论治,在《黄帝内经》中“诸痛痒疮,皆属于心”的基础上结合“心脑相关”相关理论,从“心主血脉”和“心主神明”两方面结合阐述慢性疼痛病机及治疗思路。余侍诊左右,受益匪浅,现将郭志华教授治疗慢性疼痛经验总结如下,以飨同道。

1 病因病机

1.1 心主血脉——痹病的核心病机是气血不通 《中藏经》言“痹者,闭也”。《医林改错》载“凡肩痛、臂痛、腰痛、腿痛,或周身疼痛,总名曰痹证”^[12]。痹病的定义指疾病发病过程中因机体局部或全身气机郁滞、血行不畅而出现疼痛、麻木、屈伸不利等症状。痹病的关键病机是“不通”,人多痹痛者,无论内外虚实,均有经脉痹阻气血不能运达^[13]。虚者气虚无力鼓动血行,故瘀滞不通;实者因风寒湿热等外邪或痰瘀等病理产物,阻滞经络,局部或周身气血不通。慢性疼痛因痹阻日久更损伤气机,正气虚损,虚而停滞,化生痰瘀,虚实夹杂^[14];且慢性疼痛患者常心气郁结更阻经脉气血运行,亦加重气血痹阻。正如《类证治裁》^[15]所云“诸痹……正气为邪所阻,不能宣行,因而留滞,气血凝涩,久而成痹”,“久而不痊,必有湿痰败血瘀滞经络”。故慢性疼痛的核心病机为气血不通。

《素问·痿论篇》曰“心主身之血脉”,“心藏血脉之气”,即心具有推动血液运行周身的功能。脉为血之府,全身之血依赖于心气推动,故心主血脉主要依赖于心气和心血充足,使心脉通畅。血液的生成同样需要心的参与,即“奉心化赤”。《血证论》载“火者,心之所主,化生血液,以濡养周身”,“心为火

*基金项目:湖南省自然科学基金项目(2023JJ40508);湖南省教育厅优秀青年基金项目(21B0370)

通信作者:柳玉佳,男,副主任医师,研究方向为中西医结合治疗风湿病

脏,烛照万物”^[16]。五脏六腑、四肢百骸、皮肉筋骨皆依赖血液的濡养,而血液的运行有赖于心气的推动。心主血功能正常则气血上下通达肢体关节,充分滋养骨骼肌肉经络。郭志华教授认为,若心火虚衰,血液的化生、运行皆可失常,则气血不畅,形成瘀滞,痹阻经络,迁延不愈者,可出现疼痛。心主血脉失司则推动力下降、气血经脉不通,为“不通则痛”;心阳不足则温煦不足、气血痹阻或经脉失养,为“不荣则痛”。故“心脑相关”论治慢性疼痛是在基于心主血脉基础上,以补益心气,行气活血为法,改变机体气血经络运行状态,气流畅通痹阻自除。

1.2 心藏神——慢性疼痛与心脑密切相关 心藏神,又称心主神明,即心主司意识、思维、神志等精神活动的作用。《类经》曰:“人身之神,唯心所主……外如魂魄志意五神五志之类,孰匪元神所化而统乎一心。”《医学衷中参西录》云“人之元神在脑,识神在心,心脑息息相通”,提出神明之体藏于脑,神明之用发于心,从另一角度阐述神明与心的关系。基于心脑共主神明,郭志华教授结合临床经验,以气血理论、经络理论为依据提出“心脑相关”,认为气血是心脑正常运行的物质基础,心脑相关是以“神明”为纽带相连接的,心脑共主使神明活动正常^[17],即“一处神明伤,则两处俱伤”。人的感知活动由心神主导,心神功能多是与脑相关,如心神正常,对身体及外界的各种刺激产生客观准确的感知觉,如痛觉、触觉等;反之,心气不足不能化神养神,神失所养,精神委顿,心情郁闷,加重疼痛不良的情绪体验,放大痛感,甚至出现异常疼痛感。正如王冰在《黄帝内经素问》中注解:“心寂则痛微,心躁则痛甚,百端之起,皆自心生,痛痒疮疡,生于心也。”^[18]张邵宁^[19]认为慢性疼痛与心神有关,心安则气血调和,可降低痛感;心躁则气血逆乱,疼痛感觉加剧。张军平认为慢性疼痛的病机特点是“形-气-神”失和,提出“调补气血、平调寒热、调摄心神”的治疗策略^[20]。

慢性疼痛是一种复杂的身心疾病,包括躯体痛觉异常、认知障碍、负性情绪等多个方面。外界伤害性刺激信息需要在大脑中进行整合才能形成疼痛,长期疼痛刺激又会造成情绪及认知异常^[21]。张子月等^[22]临床研究表明,焦虑可能会增加疼痛感知或降低疼痛耐受性,疼痛和负面情绪相互作用,降低治疗效果。朱园园等^[23]通过核磁技术证实了腰椎间盘突出慢性疼痛能够引起大脑多个脑区的异常信号活动。综上,慢性疼痛发病病理机制和脑相关。此外,慢性疼痛患者多伴有失眠或睡眠差。中医认为不寐基本病机是由各种病因引起的心神不安或心神失养,即心不藏神,常用药物如黄连、石菖蒲、栀子、朱砂等,功效清心除烦而安神;酸枣仁、首乌藤、茯苓(神)、五味子、百合等,功效补心养心安神。上述药物皆入心经而助眠,从另一方面亦说明慢性疼痛与心脑关系密切。故从“心脑相关”论治慢性疼痛,除经络痹阻气血不通的核心外,更与心藏神、心脑共主神明、心神失养密切相关。

2 辨证施治和遣方用药

2.1 补气活血 疼痛初期或急性疼痛与外邪关系较大,但慢性疼痛随病程日久反复损耗正气,因实致虚;或素体气血亏虚,因虚致痹。久病多虚实夹杂,气血瘀滞难化,单独使用祛

风除湿药物往往疗效不佳。临床慢性疼痛者病因往往风寒湿热夹杂,痰瘀虚邪皆有,故治疗久痹当抓住“气血不通”的核心病机,治疗以补气活血为主,兼顾祛风、散寒、除湿、清热等。心主血脉行周身通遍经络,补气活血使血脉通、经络疏,气血通利而达到止痛目的。正如《医宗必读·痹》所言:“治行痹者散风为主,御寒利湿,仍不可废,大抵参以补血之剂,盖治风先治血,血行风自灭也。”^[24]久痹应先补气活血,使气旺血行,瘀去而经络通,为治痹之本,基础方剂为当归补血汤、补中益气汤、桃红四物汤、血府逐瘀汤等,并依据患者寒热属性佐以相应药物。常用药物为黄芪、当归、党参、红花、丹参、川芎、赤芍、乳香、姜黄等。其中核心药对为当归-黄芪,黄芪大补脾肺之气;当归养血和营,使阳生阴长、气旺血生;姜黄苦辛,性热不冷,益火生气,入心脾经,既能行气活血止痛,又可治风痹臂痛,尤适痹病无血虚者。除舌苔、脉象外,根据舌下脉络紫暗迂曲程度予不同活血化瘀力度药物,轻者当归补血合四物即可,重者酌加红花、桃仁、土鳖虫等,黄芪量增至30~50g,党参量增至20g,使气行则血行。

2.2 温振心阳 慢性疼痛反复缠绵不愈,常见患者精神不振,心神不宁,肢体关节冷痛、怕冷,疼痛遇寒加重。郭志华教授认为此与心阳不足有关,因心为火脏,心以阳气为用,可温通全身血脉,兴奋精神,心阳不振则血脉濡养温煦功能失常,出现怕冷、冷痛。若心阳不振则心火失于温养、心神失守而发为惊悸怔忡、心中空虚、惕惕而动;而机体阳气旺盛,即便有寒湿、痰饮、瘀血等邪气痹阻,阳气可推动气流畅利运行,经脉络道通畅,邪气容易被推动或化除。故治疗久痹者应重视心阳,温振心阳,此类遇冷加重的久痹患者,郭志华教授常用附子汤、四逆加人参汤、桂枝附子汤等。附子、桂枝一般配伍使用,皆入心经。附子补火助阳,强心救逆;桂枝甘能补温能通,可以和营解肌、温通心阳。两者配伍,既可宣痹止痛,又能振奋心阳,达温阳通络除痹之效。人参补心气,心阳得振,则脏腑气血均得阳助;配合茯苓、白术、干姜温补脾阳。阳虚合并血虚久痹患者,可予桂枝配炙甘草,生阳化气、补脾复脉。现代药理研究^[25]显示,附子中有效成分二萜生物碱具有明显的强心、镇痛作用,既能兴奋心肌又可抗炎止痛。

2.3 养心安神 慢性疼痛的一个重要特征是伴有显著的情绪情感异常(焦虑、愤怒/沮丧或抑郁情绪)或功能障碍^[4]。现代医学在治疗时常采用镇痛剂和抗焦虑剂的药物组合。郭志华教授认为思虑过度,不仅耗气伤神,也影响气血运行,加重痹病,基于心脑相关理论,当从心脑论治慢性疼痛,使神机调达,情志活动得以正常进行。郭志华教授治疗慢性疼痛在补气活血或温振心阳的基础上,常加用养心安神药如酸枣仁、柏子仁、合欢花、远志、首乌藤、刺五加等^[10],并根据焦虑心神异常的不同症状进行灵活加减。常用药对合欢皮-合欢花解郁安神、和络止痛;刺五加-五加皮补肾强骨、益气安神,均为既可安神又可治痹痛之品。针对久痹劳伤,气血两虚,心神失养,神魂不藏,致虚烦不眠或惊悸不安者,郭志华教授选用养心汤加味。方中黄芪、当归、人参补气活血;酸枣仁、远志、茯神养心安神;肉桂温心阳。惊悸明显、心虚胆怯者,郭志华教授则配合使用药对石菖蒲、龙齿醒神益智、镇惊安神,含安神

定志丸之意。伴畏冷或不耐寒热、失眠者,郭志华教授常使用桂枝加龙骨牡蛎汤,调阴阳和营卫,镇心安神,使心神得安,心神清明。

2.4 宁心定志 郭志华教授认为在临床诊治慢性疼痛患者时,除给予药物治疗之外,积极的心理建设和心理支持非常重要,包括积极跟患者沟通、告知患者病情、安抚焦虑情绪、正面鼓励患者。医者坚定的言语或温和的表情,能极大平复患者的焦虑,减少其惊恐和担忧,使其树立面对疾病的信心,治疗可达事半功倍的效果。正如《素问·上古天真论篇》曰:“心安而不惧,形劳而不倦,气从以顺。”心安则气顺,气血通畅则久痹易除。陶德钰等^[26]认为慢性疼痛理想的止痛方案应在具备针对疼痛的治疗外,还应具有缓解负性情绪、改善认知评价的作用。郭志华教授认为所谓宁心定志之法,是医者用专业知识与耐心做精神支持,予以积极的心理暗示或心理疏导,让患者正确认识疾病和疼痛,减少负面情绪,进而改善对疾病的负面认知,有利于疾病的治疗。此法无论慢性疼痛的任何证型任何时期均应配合使用。

3 验案举隅

患者,女,35岁,2022年3月20日初诊。主诉:全身疼痛9个月,加重1个月,无明显诱因。刻下症见:双上肢、肩背部、双大腿酸胀疼痛,天气变冷时痛甚,肢体乏力,关节无肿痛,肢体活动可,活动后易出汗,困倦疲劳,易惊悸,时有头晕,四肢未冷,纳一般,夜寐差,多梦易醒,面容紧绷,心情惆怅,自诉晨起醒来全身皮肤刺痛伴僵硬感,二便可,月经量少,有血块。舌淡红,苔薄白,脉沉弦。体格检查:颈肩部、背部、肢体多处弥漫性压痛。既往外院多次检查血常规、血沉、风湿全套、肌酶谱、自身抗体等均正常,颈椎MRI提示轻度退变、神经肌电图正常。口服止痛药、安眠药等均疗效欠佳,针灸及外治法亦无明显改善。西医诊断:慢性疼痛。中医诊断:久痹;辨证:阳虚血瘀,心神失养证。治法:温振心阳,补气活血,养心安神。方选附子汤合四物汤加味,处方:附子(先煎)10 g,当归20 g,川芎10 g,白芍15 g,黄芪20 g,党参20 g,茯苓30 g,白术20 g,桂枝20 g,远志10 g,合欢皮10 g,姜黄15 g,红花5 g,炙甘草15 g。14剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。另嘱患者无需重复检查,勿过于紧张焦虑,耐心配合治疗。

2诊:2022年4月5日,患者诉身体刺痛、畏冷较前好转,疼痛范围缩小,仍疲劳感,夜寐差,多梦,焦虑。舌淡红苔白,脉弦。辨证:心神失养,气虚血痹证。治法:养心安神,益气补血。方选养心汤合桂枝汤加减,处方:茯神20 g,炙甘草20 g,当归15 g,白芍15 g,黄芪20 g,党参15 g,柏子仁10 g,酸枣仁15 g,远志10 g,五味子10 g,葛根30 g,细辛3 g,桂枝10 g,川芎10 g。30剂,煎服法同前。另安抚鼓励患者,坚定信心,避免思虑过多加重疼痛。

3诊:2022年5月7日,患者诉肢体疼痛明显好转,压痛点减少,疲劳、失眠、焦虑亦好转,日常生活能力增加,面容轻松,舌脉同前。予2诊方去黄芪、细辛,桂枝减至6 g,加刺五加15 g,五加皮15 g。另嘱患者继续保持目前状态,适当增加社交及户外运动。

后患者续以3诊方加蜜制成丸剂,继续服用2个月余而安。

2022年10月随访,患者诉疼痛基本缓解,情绪稳定。

按语:本案患者初诊时见全身疼痛数月,多次检查均正常,伴有情绪异常和自我感觉异常,检查均为阴性,病属慢性疼痛。久痹气血瘀滞,心阳不舒,故全身疼痛疼痛、困倦疲劳,疼痛遇寒加重,此为外有寒气,故见脉沉紧。阳气者,精则养神,故治疗首当温振心阳,补气活血,佐以养心安神。方中附子、桂枝为君药,温经散寒,振奋心阳。当归、黄芪、党参养血活血,补气固表,共为臣药。茯苓、白术益气健脾,脾胃强则气血自生;川芎行气开郁,活血止痛;白芍养血柔筋,缓急止痛;红花、姜黄破血行气;合欢皮、远志养心安神;以上共为佐药。炙甘草为使药,和中缓急,调和诸药。患者情绪异常非短期内可改善,故着重使用宁心定志法,疏导患者焦虑的心理状态。2诊时患者疼痛有所好转,此为补气活血散寒得效,但仍失眠焦虑疲劳,因其病根本质为心气虚、神失养,而情绪睡眠异常会放大疼痛感。故着重养心安神、益气补血,兼通络止痛。以养心汤合桂枝汤加减。方中茯神宁心安神、炙甘草益气宁心为君药;当归补血养心,当归、白芍养血柔肝可养心之母,以党参、黄芪健脾益气,共为臣药,正所谓养气所以养神,养心所以养血;远志、柏仁、酸枣仁、五味子以补心安神定悸,为佐药;川芎活血行气兼祛风止痛,桂枝温通心阳化气,细辛、葛根解肌止痛为使药。3诊时患者症状明显好转,此为正中病机,予2诊方去黄芪、细辛,桂枝减半,防固表、温燥太过,加刺五加、五加皮,补肾安神,强筋壮骨。以此方制成丸药,缓缓补之。同时,全程给与患者心理支持,积极的心理暗示,并配合生活指导。郭志华教授认为治疗反复疼痛伴有焦虑、睡眠障碍者,需要注意心神异常在病情中的作用,若一味使用除痹止痛药物往往疗效欠佳,可配合使用养心汤、桂枝加龙骨牡蛎汤、酸枣仁汤等养心安神,使心神得安,情绪平稳,改善睡眠,能收获奇效。

4 结 语

慢性疼痛是世界范围内主要的身心障碍之一。我国有着庞大的慢性疼痛群体,其发病机制复杂多样,治疗方案有很多但至今仍没有一种是普适的。中医治疗本病有丰富的经验。中医学认为机体疼痛的核心病机在于气血痹阻不通,而慢性疼痛的情志异常与心脑共主神明有关。基于“心脑相关”理论,郭志华教授提出治疗该病运用益气活血、温振心阳使气血运行,经络通畅;同时注重养心宁神、宁心定志治法使心脑协调,神机调达。在治疗慢性疼痛过程中,郭志华教授还重视不良情绪情感对疾病的负面影响,从心脑论治不仅仅是辨证用药思路,更提示要心身同治,强调对患者予以心理支持。

参考文献

- [1] MCCracken L M. Psychological flexibility, chronic pain, and health[J]. Annu Rev Psychol, 2024, 75: 601-624.
- [2] 陈军.慢性疼痛转化研究的困境与挑战[J].空军军医大学学报, 2023, 14(2): 97-104.
- [3] 陈雪丽,贾晓丽,陈峥.对标疼痛新定义,浅谈慢性疼痛管理的现状和未来[J].华西医学, 2022, 37(8): 1253-1256.
- [4] 曹伯旭,林夏清,吴莹,等.慢性疼痛分类目录和定义[J].中

- 国疼痛医学杂志,2021,27(1):2-8.
- [5] 嵇承栋,付强强,杨志萍,等.慢性疼痛社区流行病学调查的研究进展[J].中国疼痛医学杂志,2018,24(7):542-547.
- [6] LIANG H X, FANG Y. Chronic pain increases the risk of motoric cognitive risk syndrome at 4 years of follow-up: Evidence from the China health and retirement longitudinal study[J]. Eur J Neurol, 2023, 30(4): 831-838.
- [7] 林相宏,江仁,黄长顺,等.非药物疗法在慢性疼痛干预中的应用和治疗机制[J].生物化学与生物物理进展,2023,50(10):2406-2419.
- [8] 中国老年保健协会.肌肉骨骼慢性疼痛诊治专家共识[J].骨科,2021,12(5):389-395.
- [9] 赵薇,巩颖,顾媛媛,等.中药治疗慢性疼痛的临床应用及特色[J].中国医院用药评价与分析,2021,21(5):637-640.
- [10] 袁歆荃,魏佳明,陈景怡,等.郭志华教授治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病伴焦虑障碍临床经验[J].中医临床研究,2022,14(27):20-23.
- [11] 王子焱,刘承鑫,魏佳明,等.郭志华基于“痰、瘀、虚”诊疗良性甲状腺结节经验[J].中医药导报,2024,30(6):177-180.
- [12] 王清任.医林改错[M].李天德,张学文,整理.北京:人民卫生出版社,2005:51.
- [13] 吴伊莹,柳玉佳,廖亮英,等.基于数据挖掘的旷惠桃教授治疗类风湿关节炎的方药规律研究[J].湖南中医药大学学报,2023,43(1):88-94.
- [14] 刘承鑫,王子焱,魏佳明,等.郭志华基于“虚、瘀、痰”辨治痹证经验[J].中医药导报,2023,29(12):163-166.
- [15] 林珮琴.类证治裁[M].太原:山西科学技术出版社,2010:301,309.
- [16] 王咪咪,李林.唐容川医学全书[M].2版.北京:中国中医药出版社,2015:74.
- [17] 匡琳,李卉,魏佳明,等.郭志华从“心脑相关”理论治疗眩晕临床经验[J].中医药临床杂志,2022,34(1):57-60.
- [18] 张登本,孙理军.王冰医学全书[M].2版.北京:中国中医药出版社,2015:432.
- [19] 张邵宁.从络病角度刍议慢性疼痛的因机证治[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(4):462-463,465.
- [20] 王振,漆仲文,严志鹏,等.慢病防治视角下辨治慢性疼痛临证思路[J].世界中医药,2023,18(16):2354-2357,2362.
- [21] 齐雪涛,西珂,万有.慢性疼痛的中枢记忆印迹细胞机制[J].中国疼痛医学杂志,2023,29(3):164-171.
- [22] 张子月,钟文欣,张楷苓,等.慢性疼痛及其诱发负面情绪的神经环路及电针调节机制[J].世界针灸杂志,2023,33(1):20-27.
- [23] 朱园园,赵力聪,赵洪增,等.腰椎间盘突出症慢性下腰痛患者脑局部一致性改变研究[J].新乡医学院学报,2020,37(8):777-782.
- [24] 李中梓.医宗必读[M].北京:中国中医药出版社,2020.
- [25] 梁小雨,石玉姣,刘永成,等.附子药理作用机制及减毒增效技术的研究进展[J].环球中医药,2024,17(7):1428-1439.
- [26] 陶偲钰,武平,唐洁,等.慢性疼痛中枢调控网络的研究现状与思考[J].世界科学技术-中医药现代化,2022,24(1):258-264.

(收稿日期:2024-06-24 编辑:时格格)

- (上接第224页)保守治疗的研究进展[J].现代实用医学,2023,35(12):1549-1552.
- [16] 潘丽贞,王英,陈弦.化痰消癥方在子宫腺肌病合并不孕患者GnRH-a治疗后窗口期应用的临床研究[J].中医药导报,2021,27(2):68-70,75.
- [17] 李澄,李盼盼,张芳,等.中药治疗子宫腺肌病疗效优势及评价指标探讨[J].中华中医药学刊,2019,37(11):2667-2671.
- [18] 何瑞琪,黄灿灿,张小花,等.少腹逐瘀汤联合西药治疗子宫内异位症的Meta分析[J].山东中医杂志,2021,40(11):1214-1221.
- [19] 阮青青,张虹,莫璟娟.补肾活血散瘀汤对子宫腺肌病患者免疫功能的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(19):4450-4453.
- [20] 叶天士.临证指南医案[M].苏礼,焦振廉,张琳叶,等.整理.北京:人民卫生出版社,2006:114-116.
- [21] 黄帝内经[M].影印本.北京:人民卫生出版社,2013:1.
- [22] 王肯堂.证治准绳-六-妇科证治准绳[M].臧载阳,点校.北京:人民卫生出版社,2014.
- [23] 赵佶.圣济总录[M].王振国,杨金萍,主校.北京:中国中医药出版社,2018.
- [24] 张锡纯.医学衷中参西录[M].太原:山西科学技术出版社,2009:12-410.
- [25] 张琦,林昌松.金匱要略讲义[M].3版.北京:人民卫生出版社,2016.
- [26] 张景岳.景岳全书[M].李玉清,主校.北京:中国医药科技出版社,2011:211.
- [27] 爱虚老人.古方汇精[M].邢玉瑞,林洁,康兴军,校注.北京:中国中医药出版社,2016:84.
- [28] 武之望.济阴纲目:十四卷[M].汪淇,笺释.新1版.上海:科技卫生出版社,1958.
- [29] 周慎斋.慎斋遗书[M].新1版.上海:上海科学技术出版社,1959.

(收稿日期:2024-06-24 编辑:时格格)