

引用:周民,李海霞,童亮明,袁长津,何可,彭素娟,周春吉,欧降红.基于水火气血论袁长津治疗病毒性肝炎经验[J].中医药导报,2025,31(6):166-169.

基于水火气血论袁长津治疗病毒性肝炎经验*

周 民¹,李海霞¹,童亮明²,袁长津³,何 可³,彭素娟³,周春吉⁴,欧降红⁵

(1.湖南省儿童医院,湖南 长沙 410007;

2.桃江县人民医院,湖南 益阳 413499;

3.湖南中医药大学第二附属医院,湖南 长沙 410005;

4.南华大学附属第一医院,湖南 衡阳 421000;

5.南华大学附属长沙中心医院,湖南 长沙 410004)

[摘要] 《血证论》提出的“止血、消瘀、宁血、补血”治血四法也是现代中医治疗出血性疾病的重要法门,水火气血理论是其理论基础。病毒性肝炎主要症状有急性发热、肝硬化腹水、消化道出血等。袁长津基于水火气血理论进行论治,在疾病早期理清水、火、气、血的关系,做到先证而治,截断并延缓病情的进展。在病毒性肝炎的治疗上,袁长津积累了丰富的诊疗经验,其理论源于《伤寒论》,契合《血证论》,且有所创新和发展。基于水火气血理论,结合临床病案分析总结袁长津治疗病毒性肝炎的诊疗思路及用药经验,以期为临床治疗病毒性肝炎提供参考。

[关键词] 病毒性肝炎;水火气血;肝硬化腹水;消化道出血;袁长津;名医经验

[中图分类号] R249 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2025)06-0166-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.06.030

病毒性肝炎是由某种肝炎病毒引起的以肝脏损害为主的一种传染病,临床表现为畏寒、发热、疲乏无力、食欲减退、肝脏肿大及肝功能损害等症,后期可能出现肝区疼痛、肝硬化、腹水、黄疸、消化道出血等。病毒性肝炎每年可导致约14万人死亡^[1],以乙型病毒性肝炎(HBV)及丙型病毒性肝炎(HCV)感染为主,是导致肝硬化和肝癌的主要原因^[2-3]。在我国病毒性肝炎的发病率居所有传染病的首位,死亡数居前五^[4],是影响我国人民健康的重大疾病。甲型病毒性肝炎(HAV)、丁型病毒性肝炎(HDV)、戊型病毒性肝炎(HEV)感染以对症支持治疗为主;HBV的主要治疗药物存在不可随意停药、易耐药、疗程长、不良反应多、乙肝e抗原(HBeAg)血清学转换率相对较低等问题^[5];HCV患者临床治愈后仍有进展为肝癌的风险^[6]。中医药治疗不仅在抑制病毒、抗炎、抗氧化应激、抗纤维化、缓解症状等方面具有一定优势,而且能减少或延缓慢性肝炎向肝硬化、肝癌的发展,弥补纯西医治疗的不足^[7]。

袁长津教授,全国名中医,全国第四、五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,湖南省名中医,从事中医药临床科研与诊疗实践工作四十余载,在病毒性肝炎的诊治方面有独到经验。20世纪70年代,袁长津教授在农村行医时诊治

过诸多急性病毒性肝炎患者,在县医院也收治过多例急、慢性病毒性肝炎患者^[8],现门诊患者中也不乏病毒性肝炎、肝硬化等病例。病毒性肝炎的临床症状如急性发热、腹水、消化道出血等均与水火气血密切相关,水火气血理论十分契合袁长津教授的诊治病毒性肝炎经验。笔者有幸随诊袁长津教授抄方学习,有所感悟,故从水火气血理论结合临床病案分析总结袁长津教授治疗病毒性肝炎的诊疗思路及用药经验,以飨同道。

1 病因病机

《血证论·阴阳水火气血论》^[9]指出:“人之一身,不外阴阳,而阴阳二字,即是水火,水火二字,即是气血,水即化气,火即化血。”阴阳是人体的总括,水火气血是互根互用,缺一不可的。水火气血是保持人体脏腑生理功能的基础,而水火气血失和是人体脏腑功能受损而产生病变的本质。袁长津教授认为病毒性肝炎的病因、病机、病位、病性为湿热病毒侵犯滞留中焦、郁蒸肝胆,从而肝胆失于疏泄,脾胃失于健运,气血失于通调,若日久失治不愈,则湿热余毒淤结气血而不解,肝郁脾虚正气耗损而难复^[10]。因此,病毒性肝炎的总体病因病机为水火气血失于通调,肝郁脾虚,正虚邪伏。

*基金项目:国家中西医协同“旗舰”科室建设项目(国中医药综合函[2024]221号);第五批全国中医临床优秀人才研修项目(国中医药人教函[2022]1号)

通信作者:何可,男,副主任医师,研究方向为内科常见病的中医药治疗

1.1 水与气 从生理上,气化生于水,气推动水的运行输布,水化于气随气输布全身滋养五脏六腑,维持人体正常的生理功能。在病理上,水气为一家,水病气必病,气病水亦病。袁长津教授认为从水与气的关系而言,病毒性肝炎病机为:气机不利,水饮内停,导致太阳之气不达、汗不得出而发热;湿热熏蒸水停则见黄疸;湿热蕴积脾胃,脾失健运,则纳差乏力、恶心呕吐、腹胀;肝胆气机不利,气机郁滞,则胁痛;气虚日久,亦可见神疲乏力、纳差等;病变后期,气停水滞,则见腹水。因此,袁长津教授认为病毒性肝炎总的病因病机为湿热侵犯脾胃,熏蒸肝胆,肝胆失于疏泄,脾胃失于健运。

1.2 火与血 《血证论》云“火者,心之所主,化生血液濡养周身。火为阳而生血之阴,即赖阴血以养火,故火不上炎”。生理上,血生于火,血养火。病理上,一方面“火化不及,而血不能生”;另一方面“火化太过,反失其化”。血虚,则肝失所藏。火旺则伤血,心失所养,即火病及血。袁长津教授认为肝炎病毒感染属于湿热蕴积肝胆,有发热、黄疸、出血等火化太过的表现,又常伴贫血、神疲乏力、纳差等火化不及、不能生血的表现。现代医学研究^[10-13]表明,病毒性肝炎除消化道出血引起贫血外,常有溶血性贫血、地中海贫血、缺铁性贫血、再生障碍性贫血病等表现,肝硬化贫血的患者则更加常见。亦有研究^[14-16]表明肝脏疾病可导致造血系统发生改变。

1.3 血与水 《血证论》当中关于血与水的关系有“水病累血”“血病兼水”两种。病毒性肝炎重症感染发热时有贫血症状,属于《血证论》当中“汗出过多则伤血……是水病而累血也”,在中医学中属津血同源的关系。“血虚则精竭水结,痰凝不散。失血家往往水肿,瘀血化水,易发水肿,是血病兼水也”,说明病毒性肝炎贫血及瘀血是导致水肿的原因。“血病兼水”从中医的角度很好地解释了贫血及瘀血导致水肿的中医病机。袁长津教授认为病毒性肝炎患者常有贫血、低蛋白血症等表现,且肝纤维化、肝硬化的患者往往瘀血症比较严重,水肿亦常见。肝硬化阶段总与瘀血相关,属于因血虚、血瘀而致水肿的典型。

1.4 气与血 《血证论》曰“运血者即是气,守气者即是血”。“气为血之帅,血为气之母”为气与血关系的体现,说明气血之间一阴一阳,互根互用,也说明了在病毒性肝炎、肝硬化出血时气与血的关系。袁长津教授在治疗出血症状时常通过调和气机的升降来增强治血效果,并通过补气增强气摄血功能以缓解出血。针对贫血患者,袁长津教授常通过补气而补血,气足则摄血于脉中,补气而生血,对病毒性肝炎的出血、贫血的治疗,效如桴鼓。

2 辨证施治和遣方用药

2.1 和调气与水,擅用和法 《血证论·用药宜忌论》载“至于和法,则为血证之第一良法”。“和法”是治疗血证十分重要的方法。“人本通和”是袁长津教授的行医总则^[17],擅用“和法”也是袁长津教授治疗疾病的一大特色。《血证论·阴阳水火气血论》中两次提到小柴胡汤,从气与水的关系证实小柴胡汤有和胃气、畅气机、通津液的作用。袁长津教授在HAV、HBV急慢性肝炎、急性黄疸型肝炎的诊治中尤其善用“和法”,选用小柴胡汤进行加减治疗,疗效满意,并形成了治疗病毒性肝

炎的基本方。药物组成:柴胡12 g,黄芩12 g,海金沙12 g,太子参15 g,法半夏10 g,炒栀子10 g,郁金10 g,甘草6 g。

袁长津教授认为病毒性肝炎的基本症状,完全符合《伤寒论》中“呕而发热者,小柴胡汤主之”,“往来寒热,胸胁满,不欲食,心烦喜呕……小柴胡汤主之”,以及《金匮要略》中“诸黄,腹痛而呕者,宜柴胡汤”的原文。袁长津教授应用小柴胡汤治疗病毒性肝炎“和法”有三层含义:一为和解寒热,二为和畅气机,三为和调脾胃。急性病毒性肝炎的常见表现为恶寒发热。柴胡透表泄热,通津液,使太阳之气外达,寒热自解,此为和解寒热;海金沙、炒栀子、黄芩清肝胆湿热;柴胡配伍郁金和畅肝胆气机,使湿热随水液代谢而出,共奏和畅气机之功。病毒性肝炎致脾失健运,水湿内停,常出现纳差乏力、恶心呕吐等症状。方中太子参与甘草合用,健脾扶正,和胃气而通津液,合乎《金匮要略》“现肝之病,知肝传脾,当先实脾”的道理,此为和调脾胃。肝炎急性期往往湿热偏重,故去生姜、大枣;肝炎慢性期,正气亏虚的情况下,可酌情减少清热解毒药物的用量,加入生姜、大枣补益正气。

2.2 明辨水火气血偏盛,选方灵动 袁长津教授除常用基本方为主治疗病毒性肝炎和调气与水外,并不拘泥一方,主张整体观念,明辨水火气血偏盛后再精准选方。病毒性肝炎急性期,湿热蕴积,水火偏盛,有发热、黄疸,舌红、苔黄,脉数等症,故袁长津教授常用茵陈四苓散、茵陈胃苓汤、甘露消毒丹及其病毒性肝炎基本方等;病毒性肝炎慢性期,以湿热为主,水火偏盛,仍可辨证选用前方;肝郁脾虚湿盛,偏向于水气为病,表现为胁痛、纳差、腹胀,舌淡、苔水滑等,方选逍遥散、柴芍六君子汤、胃苓汤、二金汤等;脾失健运,火化不及,表现为怕冷、腹胀、便稀等,舌淡、苔白或水滑,脉细弱等,方选半夏泻心汤、归脾汤、附子理中汤合五苓散等;水阴不足,津液枯竭,有皮肤干燥枯竭、舌红少苔等阴虚表现时,选用一贯煎等;若瘀血阻滞,血病累水,有固定刺痛、水肿、皮肤甲错,舌紫暗,舌下络脉瘀曲,脉弦涩等,选择膈下逐瘀汤、柴枳桃红四物汤等。

2.3 清火补血,洞谙寒热止出血 《血证论》曰:“李东垣治病,以气为主,专主脾胃,然用药偏于刚燥……朱丹溪治病,以血为主,故用药偏于寒凉。不知病在火脏宜寒凉,病在土脏宜甘缓也。”表明治病应明辨寒热再分别用药,不可偏执用药。针对出血性疾病,袁长津教授尤为注重寒热的分辨,分为寒热两大证型进行辨证论治。袁长津教授认为治便血重在分清寒热。热者选用地榆汤合赤小豆当归散加减。药物组成:地榆18 g,赤小豆18 g,黄连6 g,黄芩15 g,芍药15 g,山栀子10 g,茜草10 g,木香10 g,甘草6 g。该方功效为清火凉血止血。寒者选用黄土汤加减。药物组成:黄芪25 g,白术15 g,生地黄15 g,阿胶15 g,黄芩10 g,炮姜6 g,炙甘草6 g,灶心土50~100 g。全方益气温脾,坚阴止血^[18],起摄血补血的功效。袁长津教授认为肝炎肝硬化所致的吐血、便血,可在辨证寒热的基础上选用上方加减。出血量大时,袁长津教授常加用大黄,其认为无论寒热在局部均为火热迫血妄行,用大黄直泄其火以加强止血效果,是“治火即是治血”“清火即是补血”的直接体现。现代诸多药理研究^[18-19]亦证实,大黄有止血的效果。

2.4 活血止血利水,妙用活血 在病毒性肝炎的治疗中,后期出现的肝硬化所致的出血是临床上的重症、难症。袁长津教授认为肝硬化的本质在于瘀血。一方面,离经之血即为瘀;另一方面,肝硬化患者常出现舌下络脉重度瘀曲、舌暗、唇紫、皮肤干暗紫斑等瘀血表现,皮肤干瘪、形如枯槁等瘀滞骨蒸、肌肤甲错现象,食管胃底、腹壁、直肠静脉曲张。肝脏彩超检查弹性降低也属于瘀血表现。肝硬化患者腹水往往较为常见,为瘀血阻滞、水饮内停的表现,此时单用利水的方法效果欠佳。临幊上诸多医者出于肝硬化患者易出血的考虑,不敢擅用活血药物。袁长津教授则基于病机,妙用活血相关方药,以达到治血不留瘀、化瘀止血而生新血、活血而利水的目的,疗效明显。(1)急性出血期:先用中西医结合的方法及时控制出血,然后分辨寒热,选用止血处方时加用三七粉、花蕊石、郁金、蒲黄、赤芍等化瘀止血药,或加用血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤等活血化瘀的方。(2)疾病稳定期:因贫血和低蛋白,患者常有腹水、下肢肿胀、腹胀不适、纳差等症状,可选用自拟加味复肝丸。长期服用加味复肝丸可有效提升白蛋白、改善白球比倒置情况,活血而消腹水。袁长津教授以朱良春先生的复肝丸和陆观虎先生的小金瓜散加减为依据,创制了加味复肝丸,主要药物有全瓜蒌、青皮、紫河车、炮甲、三七、郁金等。该方具有补气养血、活血化瘀、软坚散结、活血利水等作用。此外,在辨证选方的基础上还可选加鳖甲煎丸,以活血化瘀,软坚化结。现代研究^[20]发现,鳖甲煎丸能明显改善肝脏纤维化。

2.5 理气利水,调节气机升降而止血 袁长津教授在治疗病毒性肝炎时长于理气,对肝硬化腹水及出血症状疗效尤为明显。针对肝硬化腹水患者,袁长津教授在辨证选方的基础上加用己椒苈黄丸。药物组成:葶苈子15 g,防己12 g,椒目8 g,大黄6 g。方中葶苈子泄肺气,肺气得降,提壶揭盖行水而消肿;防己行气祛风,利水而消肿;椒目降气平喘,利水消肿;大黄降气破瘀,泻火逐瘀,导湿热外出。诸药合用,共同达到理气利水消腹水的效果。在肝硬化出血时,袁长津教授十分注重调节气机的升降加强止血效果。治疗气逆而上的呕血、吐血等,选加旋覆花、代赭石、紫苏子、莱菔子、枳实、法半夏、厚朴等降逆气机而止血;治疗便血、下血,可适当加入升麻、葛根、柴胡等升提气机而止血。

3 验案举隅

患者,女,62岁,2023年12月21日初诊。主诉:检查发现慢性乙型病毒性肝炎37年,肝功能异常5年。现病史:发现慢性乙型病毒性肝炎37年,未予特殊治疗,5年前检查发现肝功能异常,反复多处治疗(具体不详),肝功能未见明显好转。2023年11月24日检查结果提示:天门冬氨基转移酶101.8 μ/L,丙氨酸氨基转移酶152.6 μ/L。刻下症见:偶有胸胁部闷痛,夜间痰多,黏痰难以咯出,夜尿5~6次,夜寐差,脾气急躁,全身紧绷感,劳累后易疲乏无力,右上肢麻木,无恶风恶寒,无口干口苦,纳可,二便可。舌红偏暗,苔薄黄,脉弦。西医诊断:慢性乙型病毒性肝炎。中医诊断:胁痛;辨证:肝郁痰阻,湿热瘀阻。治法:疏利肝胆,清热利湿,理气化瘀。方选抗肝炎病毒基本方加减,处方:柴胡15 g,黄芩15 g,法半夏10 g,太子参30 g,炒栀子12 g,郁金12 g,蒲公英30 g,甘草8 g,五味子10 g,田基黄10 g,茯苓20 g,赤芍15 g,枳壳10 g。15剂,1剂/d,水煎服,分早

晚温服。

2诊:2024年2月7日,患者肝功能明显改善。2024年2月6日检查结果提示:丙氨酸氨基转移酶44 μ/L,天门冬氨基转移酶40 μ/L。现无胸胁部闷痛,夜间喉中痰阻,黏痰,气往上冲,呃逆多,无恶风无恶寒,无口干口苦,睡眠改善,右上肢麻木改善,夜尿5~6次减为3~4次,夜寐改善,觉人轻松,脾气改善,纳可,二便可。舌红偏暗,苔薄黄,脉弦。予上方去枳壳、赤芍,加枳实12 g,白芍20 g,紫苏梗15 g,厚朴15 g。15剂,煎服法同前。

3诊:2024年3月9日,患者肝功能均正常,现夜间咽喉梗阻感减轻,黏痰减少,心情不好易胁肋部闷,在人多、温度差大的地方有头晕、颜面发红,身上燥热感,无口干口苦,夜寐好,夜尿2次,背部发冷好转,呃逆、双手麻木、僵硬等症狀均好转,纳可,无腹胀,大便一日一行,不成形。予2诊方去紫苏梗、厚朴、白芍、枳实,加枳壳12 g,赤芍18 g,当归15 g,川芎10 g,白术15 g,淫羊藿15 g,黄柏12 g,丹参15 g,蚤休12 g。15剂,煎服法同前。

4诊:2024年4月20日,现患者肝功能检查仍正常,查肝硬度指标下降(2023年2月28日10.8 kPa,2024年4月7日7.1 kPa)气上冲咽喉、咽中异物感明显减轻,头顶眩晕,潮热汗出,后背凉好转,纳一般,无口干口苦,入睡难,易醒,夜尿较前好转,双手指僵硬,无麻木,大便可。舌淡红,苔薄白,脉弦。予初诊方去法半夏、甘草、五味子、田基黄、茯苓、枳壳,加茯神20 g,枳实10 g,丹参15 g,当归15 g,桃仁10 g,红花8 g,酸枣仁20 g,鳖甲20 g,蚤休12 g。15剂,煎服法同前。

后随访至今,患者家属代诉患者间断服药,目前肝功能正常。

按语:本案患者辨证为肝郁痰阻,湿热瘀阻。患者素体脾气急躁,肝气郁结,故见胸胁部疼痛;气结而水停,肺经津液不布,痰湿内阻,再加上湿热瘀阻,夜间气行不畅故见夜间痰多;湿热瘀阻,火热扰心,故见夜寐难安;膀胱气化无力,则夜尿频多;病程日久,正虚邪伏,故见劳累后神疲乏力。以基本方去海金沙加蒲公英、田基黄增强去湿热黄疸作用,加赤芍柔肝活血缓急止痛,寐差用五味子清火养心安神。方中柴胡为君药,透表泄热,舒畅气机,下积滞。黄芩、蒲公英、炒栀子、田基黄清泄湿热化瘀,共为臣药。法半夏和胃降逆;太子参益气健脾;郁金、枳壳、赤芍助柴胡行气活血,调畅气机;五味子、茯苓利水宁心。七药共为佐药。甘草调和诸药。诸药配伍,共奏疏肝解郁行气、清热利湿化瘀、活血祛瘀止痛安神之效。2诊时患者肝功能明显改善,胸胁部疼痛消失,寐差改善,出现气逆严重,咽中痰阻感,加枳实下气,用半夏厚朴汤行气化瘀。3诊时患者肝功能恢复正常,诸多症狀皆改善,咽部痰阻感减轻,去紫苏梗、厚朴,加蚤休。蚤休入肝肝经,清热解毒。止咳平喘。气逆减轻,改枳实为枳壳。赤芍、当归、川芎、丹参行气活血补血。太子参、茯苓、白术、甘草为四君子汤补脾益气。仍夜尿多,考虑肾中阳气不足,为饮为泻,故用淫羊藿补肾阳,黄柏清下焦之火而坚阴。4诊时患者肝功能检查正常,肝硬度指标较前下降,气逆明显好转,故继续予以基本方加减。患者有眩晕,潮热汗出,考虑水不制火,加鳖甲以滋阴潜阳、退热除蒸。袁长津教授也常选用鳖甲改善肝硬化、肝纤维化,从而降低肝脏硬度。研究^[20]表明鳖甲有缓解肝纤维化的作

用。合用柴枳桃红四物汤，去生地黄，加丹参、当归行气活血以祛瘀养血。改海金沙为蒲公英有清火补血之效。

4 结语

病毒性肝炎是危害最大的一类肝病，目前西医治疗具有易耐药、疗程长、不良反应多等缺点，有进展为肝硬化、肝癌的风险，且后期可能出现消化道出血、肝硬化腹水等难治并发症。袁长津教授应用中医药治疗病毒性肝炎经验丰富，基于水火气血阴阳理论治疗病毒性肝炎，疗效明显。

参考文献

- [1] 杨瑞锋,陈红松.《2022—2030年全球卫生部门关于艾滋病、病毒性肝炎和性传播疾病行动计划》在病毒性肝炎领域的要求:解读及临床实践[J].中华检验医学杂志,2023,46(1):12-18.
- [2] 刘博文,武越,李晓斌,等.中药治疗慢性乙型病毒性肝炎用药规律及作用机制研究[J].浙江中医药大学学报,2024,48(8):1017-1032.
- [3] 白峻竹,游妹萌,张馨,等.2006—2020年中国丙型病毒性肝炎发病趋势及年龄-时期-队列分析[J].现代预防医学,2024,51(14):2497-2500,2534.
- [4] 方碧陶.《2022年我国卫生健康事业发展统计公报》发布[J].中医药管理杂志,2023,31(19):116.
- [5] 孙雨洁,黄稚真,薛凝雨,等.中医药治疗慢性乙型病毒性肝炎的研究近况[J].医学信息,2024,37(8):188-192.
- [6] 许姗姗,仇丽霞,柳雅立,等.丙型肝炎持续病毒学应答后肝癌发生的危险因素及预测模型[J].临床肝胆病杂志,2024,40(6):1259-1263.
- [7] 封晓洁,于俊杰,隋营营,等.中药治疗病毒性肝炎研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2024,30(13):289-298.
- [8] 蔡铁如,袁梦石.袁长津病证辨治实录[M].北京:中国中医药出版社,2014.
- [9] 唐宗海.血证论[M].魏武英,李佺,整理.北京:人民卫生出版社,2023.
- [10] 王丽佳,江宇泳,王鹏,等.戊型病毒性肝炎相关性再生障碍性贫血3例及文献复习[J].胃肠病学和肝病学杂志,2013,22(10):1046-1050.
- [11] 梁金元,李银杰.病毒性肝炎并发溶血性贫血56例临床分析[J].实用全科医学,2006,4(2):175.
- [12] 肖日央.病毒性肝炎非消化道出血性贫血的原因探讨[J].国际医药卫生导报,2013,19(14):2150-2151.
- [13] 周方,权冰洁.13例儿童肝炎相关性再生障碍性贫血临床特征分析[C]/全国疑难及重症肝病攻关协作组(CNSLD),北京肝胆相照公益基金会(BIF),北京医药科学技术发展协会(BMA),等.第12届全国疑难及重症肝病大会论文汇编,2023.
- [14] 陆光生,景晔,徐和福,等.肝炎肝硬化患者血常规和骨髓祖细胞造血功能的改变[J].解放军预防医学杂志,2013,31(5):421-424.
- [15] 蒋卉男.乙型肝炎病毒抑制不同发育阶段巨核细胞分化成熟导致血小板生成障碍的机制研究[D].沈阳:中国医科大学,2022.
- [16] 肖成钢,田度玉,明全.慢性丙型肝炎与血细胞减少之间的关系分析[J].贵州医药,2018,42(6):747-749.
- [17] 袁长津.中医学防治疾病的理论、方法与原则(二)[J].中医药导报,2011,17(2):1-3.
- [18] 治便血重在分清寒热[N].中国中医药报,2013-11-25(5).
- [19] 杨琬卿,刘嘉灏,解秋凤,等.基于“异效异标”的大黄质量评价新模式探讨[J].中华中医药学刊,2023,41(8):148-153,273.
- [20] 王慧,魏睦新.鳖甲煎丸对肝纤维化小鼠肝脏PPAR γ 表达的影响[J].中医药导报,2023,29(7):19-23.

(收稿日期:2024-08-12 编辑:时格格)

- (上接第149页)质量评价[J].中医药导报,2021,27(5):61-64.
- [14] 陈泽麒,苟维,刘飞,等.HPLC-ELSD同时测定丹参川芎嗪注射液中间体中7种糖类成分[J].中国现代应用药学,2021,38(11):1349-1353.
 - [15] 金钰莹,钟先锋,徐家豪,等.水苏糖及其代谢产物的HPLC-ELSD检测方法研究[J/OL].食品与发酵工业,1-9(2024-03-09)[2024-04-01].<https://doi.org/10.13995/j.cnki.11-1802/ts.038139>.
 - [16] 许歆瑶.糖类化合物分析新方法研究及中药葛根多糖的提取、纯化与结构鉴定[D].上海:上海交通大学,2020.
 - [17] 褚延斌,苏小琴,李德坤,等.基于一测多评法对注射用益气复脉(冻干)中糖类成分的质量控制研究[J].药物评价研究,2018,41(3):451-456.
 - [18] 赵志国,张敏敏,尹郑,等.亲水色谱-蒸发光散射检测器-电喷雾-四级杆-飞行时间串联质谱法测定低聚麦芽糖化学成分[J].食品工业科技,2021,42(6):265-270.
 - [19] 罗妍,杜旭,殷克敬,等.从“三焦—元阳”论脑卒中后偏瘫的针刺治疗[J].中医杂志,2024,65(17):1825-1828,1834.

- [20] 杨雅琴,卢素宏,潘华山,等.足三里-中脘合募配穴针刺对运动应激性胃溃疡大鼠胃黏膜功能、氧化应激及炎症反应的影响[J].广州中医药大学学报,2024,41(9):2401-2409.
- [21] 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,2015:22.
- [22] 王秀,姜蕾,于兴娟,等.从“命门之火—三焦—相火—肾阳”辨治多囊卵巢综合征[J].环球中医药,2024,17(7):1363-1367.
- [23] 陈立杰,马雨雨,徐威威,等.殷克敬教授滋肾化痰法治疗老年男子乳房发育经验总结[J].中国医药导报,2022,19(29):122-125.
- [24] 杨育林.医方心悟:杨氏中医临证辨治心法[M].杭州:浙江科学技术出版社,2019:234.
- [25] 叶锐城,李文珍,唐乐,等.“合谷刺”结合“关刺”治疗慢性腰肌劳损的临床观察[J].广州中医药大学学报,2024,41(8):2069-2074.

(收稿日期:2024-09-24 编辑:罗英姣)