

引用:李坤峰,王彦刚,郑金栋,谭茗月,田向上.王彦刚基于“核心病机观”治疗慢性萎缩性胃炎伴失眠的分时用药经验[J].中医药导报,2025,31(8):207-210.

王彦刚基于“核心病机观”治疗慢性萎缩性胃炎伴失眠的分时用药经验*

李坤峰¹,王彦刚^{2,3},郑金栋¹,谭茗月¹,田向上¹

(1.北京中医药大学第三临床医学院,北京 100029;

2.北京中医药大学第三附属医院,北京 100029;

3.河北省中医院,河北 石家庄 050011)

[摘要] 王彦刚认为,慢性萎缩性胃炎的核心病机是浊毒困阻脾胃,郁热伤阴,胃腑失养,贯穿疾病始终。临幊上,患者常伴有失眠,与浊毒伤阴密切相关。治疗上应以化浊解毒为基本原则,以化浊解毒方为基础,遵循疾病发展规律,抓住主要病机,兼顾核心病机。根据不同时间出现的睡眠障碍,运用清胆、潜阳、疏肝、宁心、肺肾通调等方法,辅以茵陈、龙骨、牡蛎、柴胡、天竺黄、五味子等药物,分时论治失眠,疗效显著。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;失眠;核心病机观;化浊解毒;分时用药;王彦刚;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2025)08-0207-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.08.034

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis,CAG)是以胃黏膜固有腺体萎缩为主要表现的胃部疾病^[1],临幊上多表现为上腹部隐痛、胀满、嗳气、食欲不振等消化系统症状^[2]。除此之外,CAG的患者还常伴有睡眠障碍,西医学认为其主要与“脑-肠轴”密切相关^[3],认为胃肠道及肠道菌群的改变可以通过神经、内分泌等多重系统影响睡眠^[4]。治疗上,针对CAG多

以内镜下黏膜剥离术,根除幽门螺杆菌的三/四联疗法,以及运用叶酸、抗氧化剂、环氧合酶2抑制剂等药物为主,尚缺乏明确有效逆转的治疗方法^[5]。而失眠则多以运用镇静类药物为主要治疗手段,具有明显的成瘾性和戒断反应^[6]。中医学自古便有“胃不和则卧不安”的论述,从整体治疗,在改善患者症状、控制疾病进展方面,具有显著优势。

*基金项目:北京市自然科学基金项目(23G40217)

通信作者:王彦刚,教授,主任医师,研究方向为中医脾胃病基础及临床研究

- [11] 于海洋,韩雨,杨阳,等.王有鹏教授运用“三辨思想”治疗咳嗽变异性哮喘经验[J].中国中医急症,2018,27(9):1655-1657.
- [12] 常富业.玄府相关病因病机浅析[J].浙江中医药大学学报,2009,33(6):741,743.
- [13] 施国善,曲婉莹,王有鹏.风药在小儿咳嗽变异性哮喘中的应用探析[J].中国中医急症,2017,26(3):437-439.
- [14] 戚潇禹,杨阳,刘璐佳,等.儿童CVA进展为典型哮喘的影响因素及中医治疗进展[J].中医药信息,2021,38(5):81-85.
- [15] 陈震萍,吕萍,牟重临.“玄府”学说阐发与临床发挥[J].中华中医药杂志,2017,32(2):446-448.
- [16] 姜春燕,郑小伟.基于玄府理论辨治哮喘体悟[J].中华中医药杂志,2019,34(10):4665-4667.
- [17] 张淼,霍海如,王朋倩,等.辛味药性理论溯源与现代研究评述[J].中草药,2018,49(3):505-511.
- [18] 王义南,李思澄,姜珊,等.分消走泄法治疗小儿咳嗽变异性哮喘[J].中医杂志,2019,60(3):256-258.
- [19] 秦雯,赵启腾,芦丽莎,等.王有鹏从“调畅三焦”角度论治寒地儿童咳嗽变异性哮喘[J].辽宁中医杂志,2023,50(11):46-48.
- [20] 李勇军,梁婧,郭峥,等.典型哮喘与咳嗽变异性哮喘中医辨治之异同[J].长春中医药大学学报,2022,38(12):1303-1306.
- [21] 任晓婷,王烈,孙丽平.国医大师王烈教授治疗小儿咳嗽变异性哮喘经验[J].时珍国医国药,2022,33(12):3001-3003.
- [22] 李玉丽,易腾达,谭志强,等.经典名方泻白散的源流及古今应用考究[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(4):168-174.

(收稿日期:2025-02-14 编辑:罗英姣)

王彦刚教授,博士研究生导师,享受国务院政府特殊津贴专家,北京中医药大学第三附属医院脾胃病学术带头人,师承国医大师李佃贵教授,临证三十余年,通过总结前人经验,结合临床实践,提出“核心病机观”理论,认为CAG的核心病机为浊毒困阻脾胃,郁热伤阴,胃腑失养^[1]。随着CAG的进展,湿热浊毒加重,伤阴耗阳,使得“阴阳失交,营卫失和”则导致失眠。治疗上从“浊毒”立论,疗效显著。笔者有幸投身师门,侍诊多年,得授心法,受益颇深,现将王彦刚治疗CAG伴失眠的学术观点和临证经验总结如下,以飨同道。

1 溯本求源,分时论治

王彦刚通过对多年临床经验的总结,将哲学思想与中医病机理论相结合,提出“核心病机观”理论^[2],认为疾病在发生发展的过程中存在特定的病理机制伴随疾病的始终,即“核心病机”。核心病机是疾病的本质所在,即“基本矛盾”;但因为疾病进展过程具有复杂性,且易受其他各种致病因素的干扰,其间可能会出现各种各样不同于核心病机的其他病机,其中在当下阶段起主要作用的可称为“主要病机”,即疾病当下的“主要矛盾”。因此核心病机是该疾病的病机实质,而主要病机则决定了各个阶段的变化。故在辨证论治时当抓住疾病当下的主要病机,同时兼顾其核心病机。

王彦刚发现:CAG患者胃镜下常表现黏膜色泽变淡,皱襞变细且平坦,黏液减少,黏膜变薄,有时可透见黏膜血管纹;病理常表现为胃黏膜固有腺体的破坏和数量减少,以及固有层的纤维化;临床则多出现黄腻苔、裂纹舌、弦滑脉等征象。从中医辨证的角度看CAG的镜下、病理及舌脉的改变,呈现出一派“虚损”“郁热伤阴”的表现^[3]。因此王彦刚总结CAG的核心病机为浊毒困阻脾胃,郁热伤阴,胃腑失养,致腺体萎缩而发病。

脾胃为全身气机斡旋升降之枢纽,正常情况下,卫气昼行于阳经,阳气盛则醒;夜行于阴经,阴气盛则眠。《灵枢·营卫生会》曰:“卫气行于阴二十五度,行于阳二十五度,分为昼夜,故气至阳而起,至阴而止。”^[4]睡眠起居与营卫气血的运行及脏腑经络的功能密切相关,夜间主要为胆、肝、肺三经主令。随着CAG的进展,胃腑功能受损,酿化湿热浊毒,伤及营卫气血,使得阴阳失交、营卫失和、胆肝肺脏腑经络失调,导致失眠,则在其主令的时段出现入睡困难、多梦、早醒等睡眠障碍的症状。因此当溯本求源,在化浊解毒的基础上分时论治。

1.1 子时难寐,病在胆经 子时(23时—1时),为胆经当令之时,十二时辰之首。《灵枢·营卫生会》曰“夜半而阴陵为重阴”^[5]。子时夜半,胆经主时,为阴阳交替之时,阴极而阳生,阴气渐弱,阳气渐生。阳主动、阴主静,日间阳气由阴达表则醒,夜晚阳气入里与阴交合而能成眠。CAG患者多为浊毒困阻胃腑,胃腑与胆谷道相通、经络相连,故CAG患者病久必然胆经不利,阳不入阴,阳气无法正常转入阴分,虚阳浮于外,进而扰动心神,故致入睡困难。CAG伴失眠的患者常常兼有胆汁反流,并出现口苦、反酸烧心等胆火上炎的症状。胆为清净之府,喜宁谧而恶烦扰。宁谧而无邪扰,胆气不刚不柔,禀少阳温和之气,则得中正之职,而胆汁疏泄以时,临时自有决断。胆属少阳,少阳枢机利,则脏安宁,神志清,寐自安。胆为“中清之府”,以通为用,以降为顺,浊毒重着黏腻,胆受邪扰,则

中正失守,谋虑不定,神魂魄意志受其影响,而致五脏不宁,神魂受扰,夜寐则难安。

1.2 丑时多梦,多责于肝 丑时(1时—3时),此为肝经所主之时。《素问·五脏生成篇》曰“人卧血归于肝”^[6]。《灵枢·本神》云“肝藏血,血舍魂”^[7]。《血证论·卧寐》曰:“肝藏魂,人寤则魂游于目,寐则魂返于肝,若阳浮于外,魂不入肝,而不寐。”^[8]说明肝血充足和运行正常与否是“肝魂内守”的前提条件。肝与胃腑左右相邻,CAG患者胃腑蕴结湿热浊毒日久,土气过盛,土反侮木,则影响肝木正常生理功能。若肝藏血功能异常,魂不内守,则会出现丑时多梦。CAG伴失眠的患者多有胁肋胀痛、善太息、咽喉异物感等肝气郁滞的症状。肝为刚脏,内寄相火,肝主疏泄,性调达。浊毒黏滞,易阻滞气机,肝气郁滞,气机不畅,气血失于调和,阳不入阴,而发多梦难寐;肝郁日久,不得疏泄,化火生热,火热内扰,神志不宁,亦会多梦难寐。

1.3 寅时早醒,肺肾同病 寅时(3时—5时),为肺经当令之时,亦是夜日交替之时,患者此时易早醒或醒后不能再次入睡,《灵枢·本神》云“故生之来谓之精,两精相搏谓之神……并精而出入者谓之魄”^[9]。魄是以精为物质基础,是与生俱来,不需后天习得的生理功能。魄为肺所藏,由先天之精所化,是神的重要组成部分。因此,肺气充足、精气充盈则魄全,魄全则反应敏捷,睡眠安稳。CAG患者湿热浊毒困阻胃土,母病及子,土气不舒则肺金郁结,气机不利,则导致精神萎靡,反应动作迟钝,甚则不能助气行血,心血运行不流畅,神失所养,引起不寐早醒。CAG伴失眠的患者多出现后背疼痛不适、少气懒言、畏寒易感等肺气不利的症状。同时肺魄依附肾精所生,肾水由为肺金所化,因此当肺经为浊毒所困,必然累及肾水,母病及子,导致肾水不充,阴不敛阳,阳气升发过早,使人提前觉醒而不能再入眠。

2 诸症丛生,谨守核心病机

王彦刚认为,胃属阳,为阳明燥土,《医宗金鉴》云:“命门无火,不能为中宫腐熟水谷之用。”^[10]《医门法律》载:“釜底有火,乃得腐熟水谷,冷灶无烟,世宁有不炊自熟之水谷耶?”^[11]胃腐熟之功依赖命门之火,故与其他脏腑相比,胃如灶上之釜,其中之湿,更易化热酿为浊毒。湿热浊毒日久,必然化热,热得湿则愈炽,湿得热则愈横,壮火食气,煎灼营血,阴损及阳,导致阴阳二气不相顺接,出现入睡困难、多梦、早醒等睡眠障碍表现。因此CAG伴失眠的患者,当谨守核心病机,若但见失眠便投以大量滋补之品,恐助长湿热浊毒之邪,加重疾病。王彦刚沿袭国医大师李佃贵化浊解毒之法,在治疗CAG伴失眠时首当化浊解毒,解决核心病机,基础方常选用化浊解毒方(茵陈、黄芩、黄连、白花蛇舌草、半边莲、半枝莲、板蓝根、藿香、苦参、绞股蓝、佩兰),全方共奏清热利湿、化浊解毒之功,同时结合主要病机,辨证施治。

3 把握主要病机,辨证施治

《素问·阴阳应象大论篇》言“治病必求于本”^[12]。失眠是当下的主要矛盾,而浊毒困阻中焦脾胃,导致CAG才是本病的基本矛盾。基于核心病机观理论,王彦刚认为CAG伴失眠的治疗应以化浊解毒为基本大法,遵循疾病发展规律,抓住主要病机,兼顾核心病机,运用清胆、潜阳、疏肝、宁心、肺肾通调等法对失眠分时论治,治疗效果显著。

3.1 清胆祛湿，潜阳入阴，以助入眠 CAG患者子时入睡困难，多病于胆。从解剖生理角度，胃与胆共道相通，且同属足之三阳，经络相连。CAG患者湿热浊毒困阻胃腑日久，必上扰胆腑，胆中湿热浊毒蕴结，中正失守，则入睡困难。此时CAG患者常表现为口苦，反酸烧心，胃镜可见胆汁反流。当治以清胆祛湿，疗失眠之急；化浊和胃，截浊毒生成之源。王彦刚常选用茵陈、胆南星、竹茹。茵陈于初春采收，禀春天勃发之本性，调达少阳之机。其味苦性微寒，能清利胃胆之浊毒，同时味辛气清芳，能调气机，通郁滞，利水湿。胆南星化痰清热，息风安神。竹茹可清郁热，宁神志，其质润微寒，清胃泄胆而不伤正，开郁降气而不伐脾。三药相伍，清胆祛湿，化浊和胃，安神助眠。子时为阴阳交替之时，可选用柴胡加龙骨牡蛎汤加减。柴胡在《医学启源》^[15]中描述为少阳引经药，升郁升散，黄芩苦寒通降，可清泻少阳之积热，两药相伍，升降相依，助阴阳周转；半夏辛开苦降，燥湿化痰，生于夏半，可引阳入阴，桂枝温通血脉，调和营卫，可引阳出阴，两药配合，复阴阳出入之机，助阳入阴以助眠；茯苓利水宁心，使浊毒从小便而祛，龙骨、牡蛎潜阳镇逆，安神定志，敛阳入于阴，镇心神以定魂魄，从而使眠得以安。

3.2 疏肝泻火，升阳宁心，多梦自愈 CAG患者丑时出现多梦眠浅，多病在肝。脾胃为气血生化之源，运化水谷，散精于肝，肝方可主持疏泄与藏血的功能。浊毒困阻脾胃，气机郁滞，土困木郁，肝郁化火或肝血亏虚，皆可导致多梦眠浅。此时CAG患者常表现为胸胁胃脘胀满，咽部异物感，口干口苦，视物模糊，头晕耳鸣。王彦刚常使用柴胡、白芍、枳实，散肝郁结之气。柴胡主升主散，意在升其清气；枳实行气散结，主在降其郁气。升降相伍，而不至升发或降泄过度；白芍苦凉下泄，兼敛阴养血柔肝，与柴胡合用补养肝血，调达肝气，顺应肝“体阴用阳”之性。肝气郁结日久则化火，肝火上扰，常使用夏枯草、半夏、天竺黄清肝泻火，夏枯草苦寒，为清泻肝火之要药。《本草纲目》记载夏枯草“夏至后即枯，盖禀纯阳之气，得阴气则枯”^[16]。夏至为一年中阳气盛极，阴气始萌之时。夏枯草于夏至即枯，半夏于夏至始长，两药相伍，取双夏汤之意，清肝泄热，祛痰化浊，平衡阴阳而治疗失眠；肝火炽盛，日久母病及子，心火必亢。天竺黄归心肝经，可清心、肝之火热，同时化浊祛痰，定惊安神。若心火尤甚，可配伍黄连、牡丹皮、栀子，加强清心凉血安神之功效。肝火亢盛日久，必煎灼肝血，肝血不足，魂不内守，则噩梦纷纭，可伍用酸枣仁、合欢皮、首乌藤，补养肝血，宁心安神。

3.3 母子同调，肺肾同治，早醒不复 CAG患者寅时出现早醒或醒后不能再次入睡，多与肺肾相关。浊毒之邪黏滞，易阻滞气机，且可随气机升降遍布全身。而脾胃为气机升降之枢纽，故当脾胃受邪，气机升降失调，肺气郁闭则致病。肺在志为忧，《素问·宣明五气篇》言“精气并于肺则悲”^[17]。《金匮要略·妇人杂病脉证并治第二十二》言：“妇人脏躁，喜悲伤，欲哭，象如神灵所作，数欠伸，甘麦大枣汤主之。”^[17]肺气郁闭，宣肃不畅，可见失眠、悲忧欲哭等症，王彦刚常选用小麦、五味子、麦冬，养阴敛肺，定魄安神。肺气不利，日久必然母病及子，累及肾脏，CAG患者多胃脘隐痛、舌面裂纹。王彦刚常使用女贞子、墨旱莲、桑椹，三药配伍，滋阴而不助浊毒生成之

源，清虚火而不伤脾胃之本，助阴敛阳以安眠。同时女贞子与墨旱莲取二至丸之意，《医方集解》^[18]载女贞子采于冬至、墨旱莲采于夏至。冬至阳气始动，夏至阴气初萌，二药合用，得四季初生阴阳之助，调全身脏腑阴阳之机，以资睡眠。

4 验案举隅

患者，女，71岁，2022年11月2日初诊。主诉：间断入睡困难伴多梦1年，加重1周。患者1年前无明显诱因出现入睡困难伴多梦，情绪不畅时加重，需睡前口服艾司唑仑片(2 mg)辅助睡眠，多梦，眠浅，醒后乏力。患者曾于北京某西医医院住院治疗（具体用药不详），治疗效果不佳。1周前因与家人争吵，症状加重，遂来医院就诊。现症见：入睡困难，多梦，眠浅，醒后乏力，平素情绪急躁易怒，伴口干口苦，腹胀，纳呆，大便质稀，一日一行，小便可；舌紫暗红，苔黄厚腻，脉弦滑。近期体质量无变化。辅助检查（2022年5月21日）：电子胃镜示反流性食管炎（LA-A），慢性萎缩性胃炎（C2）；病理示（胃窦大弯）中度慢性萎缩性胃炎，中度肠上皮化生。西医诊断：睡眠障碍；反流性食管炎；慢性萎缩性胃炎；肠上皮化生。中医诊断：不寐（肝胃郁热，浊毒内蕴）。治法：疏肝和胃，化浊解毒。方选化浊解毒方加减，处方：茵陈15 g，黄连10 g，黄芩9 g，麸炒枳实15 g，姜厚朴10 g，半枝莲15 g，半边莲15 g，白花蛇舌草15 g，陈皮9 g，竹茹10 g，清半夏9 g，石菖蒲15 g，郁金12 g，合欢皮15 g，首乌藤15 g，夏枯草30 g，梔子6 g，蒲公英20 g，炒鸡内金9 g，焦槟榔9 g。14剂，1剂/d，水煎服，分两次温服。

2诊：2022年11月16日。患者入睡困难较前减轻，但仍有多梦，眠浅，醒后乏力，口干口苦症状缓解，纳食较前增多，大便每日两次，质稀，小便可。舌质紫暗，苔黄微腻，脉弦滑。予上方加北柴胡15 g，白芍15 g，胆南星9 g，龙骨10 g，牡蛎10 g，去梔子、枳实。14剂，1剂/d，水煎服，分两次温服。

3诊：2022年12月1日。患者失眠症状明显改善，时有腹胀，胃痛，大便每日两次，质稀，小便可。舌暗红，苔白腻，脉滑。予2诊处方去龙骨、牡蛎、夏枯草、蒲公英，加延胡索10 g，白芷10 g，白术10 g，茯苓10 g。14剂，1剂/d，水煎服，分两次温服。

患者规律服药，守方随症加减治疗，逐渐停服艾司唑仑片。2023年3月17日复查胃镜：慢性非萎缩性胃炎伴糜烂。病理：（胃窦大弯）浅表胃黏膜轻度慢性炎。继续守方随症加减治疗半年，逐渐停药，后期随访患者诸症明显缓解，无明显不适。嘱其定期复查胃镜，放松情绪，不适随诊。

按语：本病患者因情绪激动而症状加重，并出现口干、口苦、脉弦滑等症状体征，提示病位在肝；暴怒伤肝，气郁化火，扰动心神，则出现入睡困难、多梦；肝火炽盛，横逆克犯脾土，故出现腹胀、纳呆、大便质稀等症状。但患者素有CAG病史，且有黄腻苔、紫暗裂纹舌、弦滑脉等体征，提示患者体内素有湿热浊毒。此时若忽视核心病机，徒疏肝则热愈炽，徒补心则浊难祛，徒健脾则毒不解。因此当以化浊解毒为基本治法治疗核心病机，兼顾疏肝、宁心、健脾处理当下的主要病机。故以化浊解毒方为主方。以茵陈为君药芳香化浊，清热解毒，利水渗湿；黄芩、黄连为臣药，仿伤寒“泻心”法，该患者暴怒伤肝，心肝火炽，黄芩清泻肝胆之火，防止母病及子，木火及心，黄连清少阴之火，截断心火碍土；佐以白花蛇舌草、半边莲、半枝莲清热解毒以防癌，麸炒枳实、姜厚朴行气消胀，陈皮、

竹茹、清半夏燥湿化痰，合欢皮、首乌藤养肝血以安神，石菖蒲、郁金开窍醒神，夏枯草、栀子清郁热以助眠，炒鸡内金、焦槟榔祛积滞助运化。2诊时患者失眠好转，但大便次数增多，故去栀子、枳实。睡眠虽有好转但仍有多梦，眠浅，醒后乏力，故加柴胡、白芍疏肝柔肝，胆南星化痰清热，息风安神，龙骨、牡蛎潜阳入阴，镇静安神。3诊时患者诸症减轻，时有腹痛，故加延胡索、白芷行气止痛，辅以白术、茯苓疗脾虚之本（王彦刚喜用生白术，因其较炒用利水祛湿之功更强，且无炒后性燥伤阴之弊）。后期随访患者逐渐病瘥。王彦刚在遣方用药上以核心病机观为指导，着眼当下的主要病机，亦不忘该病的核心病机，“标本”同治，疗效颇佳。

5 小 结

CAG虽然为一种消化系统疾病，但因其疾病特点，临水上患者常常伴有失眠。目前现代医学对两种疾病的关联机制有一定的研究，但治疗却分而治之，效果有限。中医学对该病认识已久，有着独特的见解与疗效。王彦刚在治疗CAG伴失眠的过程中，从整体出发，抓住CAG浊毒困阻脾胃，郁热伤阴，胃腑失养的核心病机，从清胆、潜阳、疏肝、宁心、肺肾通调等法对失眠分时论治，治疗效果显著。

参考文献

- [1] CORREA P. Human gastric carcinogenesis: A multistep and multifactorial process: First American cancer society award lecture on cancer epidemiology and prevention[J]. *Cancer Res*, 1992, 52(24):6735–6740.
- [2] MASSIRONI S, ZILLI A, ELVEVI A, et al. The changing face of chronic autoimmune atrophic gastritis: An updated comprehensive perspective[J]. *Autoimmun Rev*, 2019, 18(3):215–222.
- [3] AGIRMAN G, YU K B, HSIAO E Y. Signaling inflammation across the gut–brain axis[J]. *Science*, 2021, 374(6571): 1087–1092.
- [4] WANG Z, WANG Z, LU T S, et al. The microbiota–gut–brain axis in sleep disorders[J]. *Sleep Med Rev*, 2022, 65: 101691.
- [5] SHAH S C, PIAZUELO M B, KUIPERS E J, et al. AGA clinical practice update on the diagnosis and management of atrophic gastritis: Expert review[J]. *Gastroenterology*, 2021, 161(4):1325–1332.
- [6] 顾平,何金彩,刘艳骄,等.中国失眠障碍诊断和治疗指南 [C]//中国睡眠研究会东北睡眠工作委员会首届学术年会暨黑龙江省中西医结合学会睡眠分会第二届学术年会论文集,2019:77–86.
- [7] 王彦刚,张世雄,刘少伟,等.基于“矛盾论”探究中医“核心病机观”[J].中医药导报,2020,26(9):103–106.
- [8] 田向上,王彦刚.王彦刚教授从“核心病机观”八法论治胃癌前病变[J].世界中西医结合杂志,2023,18(3):501–505.
- [9] 李坤峰,王彦刚,郑金栋,等.基于代谢重编程探讨浊毒致病在胃癌前病变中的科学内涵[J].中医药导报,2024,30(10):132–137.
- [10] 灵枢经[M].田代华,刘更生,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [11] 黄帝内经·素问[M].王冰,撰.北京:人民卫生出版社,1963.
- [12] 唐容川.血证论[M].谷建军,校注.北京:中国医药科技出版社,2011.
- [13] 吴谦.医宗金鉴[M].闫志安,何源,校注.北京:中国中医药出版社,1994.
- [14] 喻昌.医门法律[M].史欣德,整理.北京:人民卫生出版社,2006.
- [15] 张元素.医学启源[M].郑洪新,校注.北京:中国中医药出版社,2007.
- [16] 李时珍.本草纲目[M].马美著,校点.武汉:崇文书局,2008.
- [17] 张仲景.金匮要略[M].影印本.北京:中医古籍出版社,2018.
- [18] 汪昂.医方集解[M].鲍玉琴,杨德利,校注.2版.北京:中国中医药出版社,2007.

(收稿日期:2024-09-17 编辑:刘国华)

- (上接第164页)对颞下颌关节紊乱综合征的疗效及对炎症因子水平的影响[J].系统医学,2023, 8(22):24–26, 30.
- [45] 王天柱.针刺“颤颌五穴”结合运动训练治疗急性颞下颌关节盘不可复性前移位的临床疗效观察[D].福州:福建中医药大学,2023.
- [46] 苏温惠.针刺“颤颌六穴”对颞下颌关节紊乱病的临床疗效及表面肌电信号的影响[D].福州:福建中医药大学,2022.
- [47] 赵旭斌,王杏丽,原宇华,等.针刺颈百劳治疗颞下颌关节紊乱病机制探析[J].中国民间疗法,2023,31(12):22–25.
- [48] 张重阳.下关穴扬刺为主治疗颞下颌关节紊乱病的临床研究[D].北京:北京中医药大学,2021.
- [49] 韩佩洁,郭凯锋,谢景夏,等.电针联合稳定型咬合板对咀嚼肌功能紊乱患者疼痛及咀嚼肌肌电的影响[J].中医康

- 复,2024,15(4):30–34.
- [50] 齐红梅,郭建军.龙虎交战针法治疗颞下颌关节紊乱综合征疗效观察[J].广西中医药,2021,44(3):53–55.
- [51] 倪芳英,孙云廷,边金,等.超微针刀松解颈肩部激痛点治疗颞下颌关节紊乱综合征临床观察[J].浙江中西医结合杂志,2024,34(4):356–358, 361.
- [52] 颜嘉丽,唐晓敏,黄海城,等.浮针联合再灌注活动治疗颞下颌关节紊乱病的临床观察[J].广州中医药大学学报,2023,40(6):1432–1437.
- [53] 苏温惠,张洁.针灸治疗颞下颌关节紊乱病的临床研究概况[J].按摩与康复医学,2021,12(22):74–76, 79.
- [54] 王楠,李鲲,马得旅.揿针配合冲击波治疗颞下颌关节紊乱病的临床效果[J].智慧健康,2023,9(20):192–194.

(收稿日期:2024-08-09 编辑:李海洋)