

## 基于方证辨证浅析奔豚气病的病机与证治\*

周雨龙<sup>1</sup>, 司廷林<sup>2</sup>

1. 山东中医药大学, 山东 济南 250014; 2. 山东中医药大学第二附属医院, 山东 济南 250001

**摘要:**奔豚气病位在肾, 气之源头为肾间动气, 任冲二脉为气之通路, 其根本病机为肾阳虚损, 水饮作为关键病理因素贯穿疾病始终。阴证奔豚即肾积奔豚, 因肾中寒水留积, 致动气沿任脉上冲形成, 此属虚寒证; 阳证奔豚因寒水郁遏相火, 相火妄动, 则动气经冲脉上逆, 致奔豚气发作, 实为虚热证。《金匱要略》以三方治疗奔豚气, 侧重不同: 桂枝加桂汤温肾、苓桂甘枣汤化饮、奔豚汤清降相火, 临床可随证选方。

**关键词:**奔豚气病; 方证辨证; 桂枝加桂汤; 苓桂甘枣汤; 奔豚汤; 《金匱要略》; 张仲景

**DOI:**10.16368/j.issn.1674-8999.2022.04.136

**中图分类号:**R256.59 **文献标志码:**A **文章编号:**1674-8999(2022)04-0723-05

### Analysis on the Pathogenesis and Treatment of Bentun Qi Disease Based on the Prescription and Syndrome Differentiation

ZHOU Yulong<sup>1</sup>, SI Tinglin<sup>2</sup>

1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Ji'nan Shandong China 250014; 2. The Second Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Ji'nan Shandong China 250001

**Abstract:** Bentun qi disease is located in the kidney. The source of Qi is the movement of Qi between the kidneys, and Ren channel and Chong channel are the pathway of qi. Its fundamental pathogenesis is the deficiency of kidney yang, which is divided into yin and yang. Fluid is the key pathological factor throughout the disease. Yin Syndrome of Bentun refers to kidney accumulation Bentun. Due to the accumulation of cold water in the kidney, it causes qi to rush up along the Ren channel, which belongs to deficiency cold syndrome; Yang Syndrome of Bentun suppresses phase fire due to cold water depression. If phase fire moves rashly, it will move Qi upward through the Chong channel, resulting in the attack of Bentun qi. In fact, it is deficiency heat syndrome. *Synopsis of the Golden Chamber* treats Bentun qi with three prescriptions, focusing on different aspects. Guizhi Jiagui Decoction warms the kidney, Lingui Ganzao Decoction Huayin and Benfu Decoction clear and reduce phase fire. Clinically, the prescriptions can be selected according to the syndrome.

**Key words:** Bentun qi disease; prescription and syndrome differentiation; Guizhi Jiagui Decoction; Lingui Ganzao Decoction; Bentun Decoction; *Synopsis of the Golden Chamber*; Zhang Zhongjing

奔豚气病是中医特有病名, 以患者自觉有气上冲为主要临床表现, 现代医学多将其归为神经症。因其症状复杂多变, 且历代医家对奔豚气病认识不一, 具体病因病机尚无定论, 故临床难以施治。笔者基于方证辨证的思路, 通过对相关经典文献的追根

溯源, 梳理奔豚气病的病机, 根据病机对奔豚气患者繁杂的症状及《金匱要略》的三方剂进行分析, 将二者建立联系, 从而深化对奔豚气病及其方证的认识, 以期对临床诊断及遣方用药有所指导, 现阐述如下。

### 1 方证辨证概说

**1.1 方证辨证源流** 方证辨证, 又称汤方辨证、方

\* 基金项目: 山东省中医经典名方协同创新中心项目 (2019KFY08)

证相对、方证相应,最早由顾武军于1987年提出。其思想源于中医学的方书之祖《伤寒杂病论》,其中的“方”一般指经方,“证”在《伤寒论》时期与症状含义相同。仲景在《伤寒论》中多次将方和证直接对应,在第101条中更是提出:“伤寒中风,有柴胡证,但见一证便是,不必悉具”,为方证辨证理论的提出奠定了基础。

历代医家已对方证进行了深入的研究和探讨,唐代孙思邈率先提出“方证”一词,并以方证同条,比类相附的方法编次《伤寒论》。清代柯琴《伤寒来苏集》强调:“合是证便是方,方各有经而用不可拘”,后人将其引申为有是证,用是方,成为方证辨证的应用原则。近代经方学家更加强调方证的重要性,刘渡舟教授认为:“方与证是伤寒学的关键<sup>[1]</sup>”。胡希恕先生提出,方证是六经八纲辨证的继续,是辨证论治的尖端<sup>[2]</sup>。同时,以方证相关为代表的针对方证的现代化研究也在不断开展,为中医科学化指明了方向。

**1.2 谨守病机是方证辨证的核心** 方证辨证着重强调方与证的对应关系,因此有学者认为,方证辨证的缺陷是忽略了对疾病病机的解释<sup>[3]</sup>。方证辨证并非将方与证进行机械式的一一对应,刘渡舟教授曾说:“证”的精微之处,古人则称之为“机”<sup>[1]</sup>。“证”作为病理属性的概括,可以充分反映病机,而病机则是方与证之间联系的桥梁,这一特点在多证对一方时尤为明显。如《伤寒论》太阳病篇、阳明病篇、太阴病篇及霍乱病篇中均可见到桂枝汤的使用,症状却并不相同。若仅将方与证进行简单的对应,难免产生混乱,但只要把握营卫不和,营弱卫强这一病机,最终指向的一定是桂枝汤。《素问·至真要大论》云:“谨守病机,各司其属”。国医大师熊继柏认为,谨守病机就是审察疾病的关键、疾病的变化、疾病的缘由和病变的去向<sup>[4]</sup>。刘渡舟教授在临床运用方证辨证的过程中强调抓主证,而主证是对疾病病机的反映<sup>[5]</sup>。因此,通过对疾病多角度的分析来推导其病机,抓住病机这一核心将方证建立联系,以方证对应的原则遣方用药,这是方证辨证的必由之路,如此才能有针对性地选择方剂,避免辨证的盲目性。

**1.3 以方证辨证分析奔豚气病的优势** 奔豚气,又称奔豚、贲豚,发作时患者常自觉有气自下而上冲逆,时作时止,伴有恐惧感,大多数患者使用辅助检查手段无明显异常。耿琦等<sup>[6]</sup>所做的奔豚气现代临床个案频数统计显示,奔豚气病患者有明确器质性病变者占比不足20%,具有明显情志性疾病特

征,且脉证离散程度较大,采用传统思路难以辨证。《伤寒论》中奔豚气病条文出现在太阳病篇,属于太阳病变证,变证即为坏病,指疾病由于各种因素的影响已不再属于太阳病范畴,应随证治之。《金匮要略》为奔豚气病设立专篇,将其作为内伤杂病与六经病并列,因此其方虽为经方,但辨证方法不应局限于六经辨证。现代教材认为,《金匮要略》包含六经、脏腑、经络等多种辨证方法。胡希恕先生认为,方证辨证是上述辨证方法的深化,并将方证对应作为验证临床疗效的标准<sup>[2]</sup>。基于以上论述,以方证辨证思路为指导,以病机为依托,论治奔豚气这一内伤疾病,可以避免传统辨证思路的片面性,从更深层次理解奔豚气病。

## 2 奔豚气病机探微

方证辨证以病机为核心。国医大师熊继柏认为,辨清病位与病性是辨病机的关键<sup>[4]</sup>。奔豚气病兼证繁多,病机难以推断,以病位、病性为切入点,可准确高效地确定病机。

### 2.1 脏腑经脉定病位

**2.1.1 肾间动气为源头** 谈及奔豚气之源头,多数学者认为是冲脉之气,以至于凡言奔豚,皆是冲气上逆,这种认识有所局限。奔豚气实质为肾间动气,冲脉仅为其通路之一。

《灵枢·邪气脏腑病形》从脉象的角度认识奔豚,认为肾脉“微急,为沉厥,奔豚”。《难经·五十六难》则认为奔豚是肾之积:“肾之积,名曰贲豚,发于少腹,上至心下,若豚状,或上或下无时。久不已,令人喘逆,骨瘦少气。”张仲景在《金匮要略》中未谈及病机,只将奔豚气病因总结为:“皆从惊恐得之”,而肾在志为恐,由以上论述可知,奔豚气与肾关系密切。

脐下是奔豚气与肾间动气联系的关键。《奇经八脉考》云:“肾为生气之门,出而治脐下。”《难经·六十六难》云:“脐下肾间动气者,人之生命也,十二经之根本也,故名曰原。”因此,肾间动气即为原气,由肾之气所生,位置在脐下。《金匮要略》在奔豚气病篇开篇即言“奔豚病,从少腹起”,并通过苓桂甘枣汤证说明其发作先兆为脐下悸动,肾间动气与奔豚气皆与肾关系密切,又同出于脐下,这并非巧合,恰恰说明二者本为一气,只是处于生理与病理两种状态。肾间动气是十二经之本,脐下乃诸经所过,或因外感,或因内伤,致肾阳虚损,肾中阴气、寒水留积,形成肾积,皆可引动其化作奔豚气而上冲,此为奔豚气产生的根源。

**2.1.2 任冲二脉为通路** 《灵枢·五音五味》云：“冲脉、任脉皆起于胞中。”“胞中”是肾间动气的不同表达形式<sup>[7]</sup>。因此，肾间动气发源于肾，是任、冲二脉之起始，此二脉同为奔豚气的通路。

《素问·骨空论》云：“任脉为病，男子内结七疝，女子带下瘦聚。”日本汉方学家丹波元简认为，《素问·骨空论》中“督脉生病，从少腹上冲心而痛，不得前后，为冲疝”及《史记·扁鹊仓公列传》所载“涌疝，令人不得前后溲”，二者皆是对奔豚气的描写。而督脉循行于腹部的分支即为任脉，任督相贯，如环无端，二者在古籍中常互相代指。正如马蒔所言：“督脉、任脉名色虽异，而气脉不殊，其督脉所行者，一如任脉之行。”因此，冲疝、涌疝皆可归入七疝范畴，任脉为阴经之海，与全身阴脉相连，统一身之阴，因此任脉奔豚多为阴证，因阴寒之气积于肾而生，此即后世医家所谓的疝气奔豚，也是奔豚气上逆的第一条通路。

冲脉主干起于中极附近，上至胸中而散。《素问·骨空论》云：“冲脉为病，逆气而里急。”结合《素问·阴阳应象大论》中“逆气象阳”这一描述，可见奔豚沿冲脉上逆者多为阳证表现且多伴见腹痛，因冲脉有血海之职，故冲脉气血不通则易出现里急腹痛。奔豚汤条文“奔豚气上冲胸，腹痛，往来寒热”所述症状均符合冲脉特点及病候。因此，冲脉当为奔豚气上逆的第二条通路。

**2.2 八纲辨证明病性** “病有发热恶寒者，发于阳也，无热恶寒者，发于阴也”。历代医家多以此条作为伤寒论辨证的总纲，认为应当先辨疾病的阴阳属性，奔豚亦是如此。

《黄帝内经》与《难经》将奔豚归为阴证。《难经·五十五难》云：“积者，阴气也，聚者，阳气也……故积者，五脏所生；聚者，六腑所成也。积者，阴气也，其始发有常处，其痛不离其部，上下有所终始，左右有所穷处。”《灵枢·百病始生》将积的形成原因概括为“积之始生，得寒乃生，厥乃成积。”《难经》将奔豚归为肾积，认为肾脏阴气积聚上逆而形成奔豚。综合上述观点，奔豚的发病基础当是感受寒邪，损伤肾阳。然而肾主封藏，内蕴真阴真阳，暂受寒邪侵袭并不能损伤肾阳，因此患者必然素体阳虚；或久居冷地，才可导致肾阳受损，肾为水脏，肾中阴水失去肾阳制约，水寒凝结则为肾积，肾中阴气挟寒水沿任脉上乘阳位则奔豚气病发，发则气上冲胸甚至上冲咽喉，久则肾阳大伤，令人骨萎少气。

《金匮要略》在《黄帝内经》的基础上进行扩展，提出了奔豚汤证这一具有明显阳证表现的证型。虽

以阳证表现为主，但方中用大量半夏、生姜，不仅说明阳证奔豚依然是水饮为患，也点明其并非单纯的实热证，根本病机是肾阳虚损，而下焦肝肾内寄相火，相火又称龙雷之火，不为水灭湿伏<sup>[8]</sup>。肾中寒水留积，肝木性喜生发，不堪被郁，肝中雷火则不免妄动。正如《四圣心源·奔豚根源》所载：“然积则水邪，而发则木气……以水寒木郁，则生振摇。”又因肝主藏血，冲为血海，二者联系紧密，冲脉生理功能的正常发挥有赖于肝之疏泄正常，冲脉起源于肾间动气<sup>[7,9]</sup>。因此，相火妄动导致肾间动气沿冲脉上逆，则奔豚气病发，此实为本虚标实之虚热证。

综上所述，正如胡希恕先生提出的“寒热有常，而虚实无常”，寒热与虚实之象交错互见，可导致阴阳逆反<sup>[10]</sup>。因此，奔豚气病本为肾中寒水留积形成的虚寒之证，若相火妄动，热象萌生，亦可转为虚热之证，临证时应谨慎辨别。

### 3 方证分析

**3.1 桂枝加桂汤证** 从“证”的角度分析，仲景曾两次提到桂枝加桂汤，分别在《伤寒论》第117条和《金匮要略·奔豚气病脉证治》中。两处条文基本一致，可认为是相同脉证。方中使用五两桂枝，以方测证，当为阴证奔豚，即肾积奔豚，因此仲景虽未明言，患者必是素体阳虚，后外感寒邪，用药物发汗后，大汗出，复用烧针发汗，卫气不固，寒邪从针孔而入，邪正相搏于肌表，故“核起而赤”。汗为心之液，多次发汗，心阳受损，且肾阳本虚，肾水不固，肾阴欲得阳气之助，引动肾间动气沿任脉上逆，邪之所凑，其气必虚，心阳不振故奔豚气从少腹上冲至心而止。

从“方”的角度分析，桂枝加桂汤由桂枝汤原方加二两桂枝得来。桂枝汤作为伤寒论第一方，既可温通心阳，以制肾水，又可温卫固表，和营止汗。《神农本草经》云：“芍药味苦平。主邪气腹痛，除血痹，破坚积寒热，疝瘕，止痛，利小便，益气”。芍药与桂枝相配伍，既可和营卫，又可除肾积，利小便以泄肾中水邪，防止阴寒内侵，其除治疝瘕外，还可治疗冲气沿任脉上逆形成的疝气奔豚，再加肉桂温肾固本，以制阴寒水湿之气向上冲逆，则奔豚可不再发作。

关于伤寒论中使用桂枝还是肉桂，历代学者一直争论不休。宋代以前桂枝据考证，多使用樟科植物桂的枝皮，与现代的肉桂基本一致<sup>[11]</sup>，因此仲景所用桂枝更接近肉桂。而在实际临床中，常根据患者的病因病机进行选择，桂枝温通心阳力强，肉桂温补肾阳效佳。根据方证分析，患者以肾阳虚为本，后又因发汗损伤心阳，心肾俱虚，因此肉桂与桂枝不可

偏废,当共同使用。刘渡舟教授认为,在特定的情况下,也必须对经方进行加减变通,以求适应疾病的变化要求<sup>[12]</sup>。当今社会条件下,过度发汗情况已经少见,肾积奔豚患者往往以肾阳虚损为主,处方时以肉桂为主,辅以少量桂枝,提升温补肾阳的效果。

山西中医大家温碧泉曾遗一治疗奔豚气方,后被李可先生运用三十余年,屡获佳效,并命名为温氏奔豚汤<sup>[13]</sup>。桂枝加桂汤证以肾阳虚损为核心,兼有过汗伤心阳之证,肉桂与桂枝配伍,温补心肾之阳效力足够,但在温化水饮方面难免力有不逮。温氏奔豚汤继承了桂枝加桂汤的核心思路,不用药性较为和缓的桂枝、芍药,以附子、肉桂、红参为君,附子配伍肉桂直温肾阳,益火之源,以消阴翳;附子配伍红参,使过汗后损伤的心阳得复。以茯苓、泽泻代芍药利水渗湿,并加用山药、砂仁以健脾祛湿,同时用肉桂合牛膝、沉香,引上逆之奔豚气还于肾中。诸药相伍,在温补心肾、除水饮、降逆等方面均有加强,与桂枝加桂汤有异曲同工之妙。

**3.2 苓桂甘枣汤证** 从“证”的角度分析,本证条文较简略,仅以“发汗后,脐下悸者,欲作奔豚”为主要表现,根据其过汗病史及方中四两桂枝的加入,可推知此证仍属肾积奔豚。本证较桂枝加桂汤证有两大不同:一是奔豚气处于将发而未发状态,患者因奔豚气尚未发作而自觉气冲感不明显;二是此证寒饮留积程度较桂枝加桂汤证更重,已产生“脐下悸”这一明显腹证。日本汉方学家吉益东洞认为:“腹证不详,不可处方”。根据学者研究,苓桂甘枣汤证患者腹软但腹直肌可触及被牵引样紧张感<sup>[14]</sup>,此为苓桂甘枣汤证的独有特征,是水饮内动之征兆。

从“方”的角度分析,苓桂甘枣汤以温阳药和利水药为主,方中重用茯苓至半斤。病痰饮者,当以温药和之。脐下悸动是水饮上冲之预兆,茯苓、桂枝相伍,取苓桂术甘汤之意,温化水饮,防止冲气形成,桂枝亦可温心阳,以制肾水。《伤寒论》中桂枝类方普遍用十二枚大枣,苓桂甘枣汤方用大枣十五枚,《神农本草经》中载大枣为上品:“主心腹邪气,安中养脾,助十二经,平胃气,通九窍,补少气,少津液,身中不足,大惊,四肢重,和百药,久服轻身长年”。惊恐是导致奔豚气产生的重要情志因素,此处用大枣甘温以“安中养脾”,助茯苓利水,养心以安神定惊。历代医家认为白术能补气,从而加重奔豚气症状,故不用之,这种解释未免有些牵强。仲景此处不用白术,是因大枣相比白术是更好的选择,白术虽能健脾,但缺少安神作用,甘麦大枣汤也可从侧面印证大枣的定惊之功效。

以苓桂甘枣汤为基础衍生出两方,一是桂苓五味甘草汤,用五味子替换大枣,治疗青龙汤发汗后损伤肾阴,出现尺脉微、手足厥、气冲等表现,急用五味子收敛。二是苓桂术甘汤,《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中言:“水在肾者,心下悸”。临床中苓桂甘枣汤证患者,若病情进一步发展,因冲气挟肾中水饮上逆,常出现心下悸动的表现。正如苓桂术甘汤条文中所描述:“心下逆满,气上冲胸,起则头眩。”患者误认为是心系疾病而伴有焦虑或惊恐感,辅助检查无明显异常,或异常结果无法解释症状,此时病已波及脾胃,可合苓桂术甘汤,进一步运脾以化湿邪。根据吾师多年临床经验,如湿邪较重可将白术换为苍术,疗效更佳。

**3.3 奔豚汤证** 从“证”的角度分析,多数医家认为其适用于有奔豚气表现兼少阳火化证患者,却忽视了其潜在的水饮上逆和冲脉气逆之病机。方中大量生姜与半夏的使用,证实其发病基础仍为肾阳受损,存在肾中寒水上逆这一病理因素。往来寒热并非少阳证表现,奔豚气病本为内伤疾病,无论寒邪还是热邪,阻滞气机后皆可导致往来寒热<sup>[15]</sup>。故阳证奔豚胆火上炎则发热,肾中寒水上冲阻碍卫气出表则恶寒,二者随奔豚气上冲而交替,则出现往来寒热。阳证奔豚气沿冲脉上逆,冲脉为血海,患者冲气上逆,气机逆乱,气血运行失常,气滞湿阻于经络故腹痛。

从“方”的角度分析,方中包含清热药物、散寒化饮药物及少量活血药物,以葛根代替柴胡为君药。《神农本草经》记载:“葛根味甘平。主消渴,身大热,呕吐,诸痹,起阴气,解诸毒”。其中的关键是起阴气的功效,《难经·五十五难》将积描述为:“积者,阴气也,其始发有常处……”葛根可针对性治疗肾中留积的寒水之气,促进水液正常输布,则往来寒热可解。配合黄芩清降相火,以平奔豚气之上逆。而柴胡治疗伤寒少阳病外邪陷于半表半里,往来寒热,可托邪外出,用于奔豚这一内伤疾病并不合适。

方中芍药、当归、川芎并用,取当归芍药散之意,功在行气活血、缓急止痛。方用生姜四两,半夏四两,比例为1:1。高洁等<sup>[16]</sup>对《金匮要略》中生姜、干姜与半夏进行了统计,发现其配伍比例多为1:1,并认为使用此比例可达到理想的治疗效果。此配伍既可温化寒饮,又可降逆平冲,与葛根相辅相成,从标本两处缓解奔豚气。《长沙药解》言李根白皮:“味涩,性寒,入足厥阴肝经。下肝气之奔冲,清风木之郁热。”历代本草著作均将其作为治疗奔豚气的专药,可清热平冲,平复奔豚气。

对于奔豚气病表现出奔豚汤证的患者,关键在于把握其本虚标实的病性特点。清其相火不忘温化水饮,寒解水散则相火降,相火降则冲气平,奔豚气症状定可缓解。

#### 4 结语

奔豚气病是临床较为少见的情志性疾病,采用传统、孤立的辨证思路并不能很好地解释其复杂而多变的临床症状。方证辨证以方证为着眼点,综合多种辨证方法分析基本病机,以机解方、以方测证,方证、药证皆可对应,结合对经典文献的分析,构建完整的奔豚气病诊疗思路,对临床有重要的指导价值。

#### 参考文献:

[1] 刘渡舟. 方证相对论[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):3-5.  
LIU D Z. Relativity of prescriptions and syndromes [J]. J Beijing Univ Tradit Chin Med,1996(1):3-5.

[2] 康金龙. 胡希恕治伤寒学思想研究[D]. 济南:山东中医药大学,2012.  
KANG J L. Study on Hu Xishu's thought of treating typhoid fever [D]. Jinan: Shandong University of Traditional Chinese Medicine, 2012.

[3] 潘禹硕,谷松,李令康,等. 广义六经辨证理论体系提出与研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2020,22(7):107-110.  
PAN Y S, GU S, LI L K, et al. Proposition and research of the generalized six-jing syndrome differentiation theory system [J]. J Liaoning Univ Tradit Chin Med,2020,22(7):107-110.

[4] 刘扬,何清湖,易法银,等. 国医大师熊继柏论如何辨病机[J]. 中华中医药杂志,2019,34(11):5166-5169.  
LIU Y, HE Q H, YI F Y, et al. Opinion about TCM master XIONG Ji-bo in how to differentiate pathogenesis [J]. China J Tradit Chin Med Pharm,2019,34(11):5166-5169.

[5] 简瑜真. 刘渡舟教授方证辨证方法研究[D]. 北京:北京中医药大学,2005.  
JANE Y Z. Research on syndrome differentiation methods of prescriptions and syndromes of Professor Liu Duzhou [D]. Beijing: Beijing University of Traditional Chinese Medicine,2005.

[6] 耿琦,崔晨,蒋健. 基于频数统计的奔豚气病现代临床个案报道分析[J]. 中华中医药学刊,2015,34(7):1596-1599.  
GENG Q, CUI C, JIANG J. Analysis on modern clinical case reports of bentun based on frequency statistics [J]. Chin Arch Tradit Chin Med,2015,34(7):1596-1599.

[7] 侯养彪,贺志有. 冲脉与脏腑关系之探讨[J]. 内蒙古中医药,2018,37(12):102-104.  
HOU Y B, HE Z Y. Discussion on the relationship between Chong pulse and Zang Fu organs [J]. Nei Mongol J Tradit Chin Med,2018,37(12):102-104.

[8] 戴琪,朱明. 从朱丹溪君火与相火的关系论中医心理调节机制

[J]. 北京中医药大学学报,2002,25(2):5-8,9.  
DAI Q, ZHU M. On the psychological regulation mechanism of traditional Chinese medicine from the relationship between Jun fire and Xiang fire in Zhu Danxi [J]. J Beijing Univ Tradit Chin Med,2002,25(2):5-8,9.

[9] 赵一星,林翠云. 谈冲任二脉与肝肾脾的关系[J]. 中国民族民间医药杂志,2007,16(1):20-22.  
ZHAO Y X, LIN C Y. On the relationship between Chong Ren pulse and liver, kidney and spleen [J]. Chin J Ethnomedicine Ethnopharmacology,2007,16(1):20-22.

[10] 冯世纶. “寒热有常”和“虚实无常”刍议[J]. 中医药通报,2017,16(6):1-3.  
FENG S L. On "constant cold and heat" and "impermanence of deficiency and excess" [J]. Tradit Chin Med J,2017,16(6):1-3.

[11] 赵艺涵,屈会化,赵琰. 宋以前《伤寒论》中“桂枝”名实考[J]. 环球中医药,2016,9(8):957-960.  
ZHAO Y H, QU H H, ZHAO Y. On the name and reality of "Guizhi" in Treatise on febrile Diseases before Song Dynasty [J]. Glob Tradit Chin Med,2016,9(8):957-960.

[12] 闫军堂,刘晓倩,马小娜,等. 刘渡舟教授经方运用学术思想探析[J]. 中医药学报,2013,41(3):1-5.  
YAN J T, LIU X Q, MA X N, et al. On Professor Liu Duzhou's application of academic thought in Jingfang [J]. Acta Chin Med Pharmacol,2013,41(3):1-5.

[13] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原:山西科学技术出版社,2001:68.  
LI K. Li Ke's album on the experience of acute, critical and difficult diseases of traditional Chinese medicine [M]. Taiyuan: Shanxi Science and Technology Press,2001:68.

[14] 岩崎. 日本汉方伤寒派腹诊方法与理论研究[D]. 北京:北京中医药大学,2011.  
YAN Q. Study on abdominal diagnosis method and theory of Han style typhoid fever school in Japan [D]. Beijing: Beijing University of Chinese Medicine,2011.

[15] 黄开颜,李赛美. 也论《伤寒论》中的“往来寒热”[J]. 辽宁中医杂志,2012,39(6):1036-1037.  
HUANG K Y, LI S M. On "cold and heat exchanges" in Treatise on Febrile Diseases [J]. Liaoning J Tradit Chin Med,2012,39(6):1036-1037.

[16] 高洁,李浩. 《金匮要略》中生姜、干姜与半夏的配伍运用[J]. 中医杂志,2015,56(7):628-630.  
GAO J, LI H. Compatible application of ginger, dried ginger and Pinellia ternata in Synopsis of the Golden Chamber [J]. China J Chin Mater Med,2015,56(7):628-630.

收稿日期:2021-11-02

作者简介:周雨龙(1997-),男,山东济南人,硕士研究生,研究方向:中西医结合防治肾脏病。

通信作者:司徒林(1973-),男,山东济南人,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合防治肾脏病。E-mail:stl-2004@126.com

编辑:孙铮