

本文引用:樊柄杰,周彤,李铮,李经蕾,侯炜.基于“病痰饮者,当以温药和之”探讨恶性胸腔积液治疗思路[J].湖南中医药大学学报,2021,41(11):1756-1760.

基于“病痰饮者,当以温药和之”探讨恶性胸腔积液治疗思路

樊柄杰¹,周彤²,李铮²,李经蕾¹,侯炜^{2*}

(1.北京中医药大学,北京 100029;2.中国中医科学院广安门医院肿瘤科,北京 100053)

[摘要]“病痰饮者,当以温药和之”源于医圣张仲景《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》,后世论治痰饮病皆以此为宗。恶性胸腔积液的病因病机、临床表现、疾病演变与痰饮致病均有关联。故拟从释义、内涵、遣药组方等方面对“痰饮致病,温药和之”治则进行剖析,探讨此治则在论治恶性胸腔积液中的以“缓者温运阳气,通调脏腑治其本;急者和其不和,速排水饮治其标”为治疗纲领,阐释“温药和之”思想在治疗恶性胸腔积液中的应用,活用古方,遵古而不囿古,以期为临床治疗恶性胸腔积液提供思路。

[关键词] 恶性胸腔积液;金匮要略;痰饮病;治疗思路;温药和之

[中图分类号]R273 **[文献标志码]**A **[文章编号]**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2021.11.018

Discussion on the Treatment Ideas of Malignant Pleural Effusion Based on “Patients Suffered from Phlegm and Retained Fluid Should be Treated by Warm Medicine”

FAN Bingjie¹, ZHOU Tong², LI Zheng², LI Jinglei¹, HOU Wei^{2*}

(1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2. Department of Oncology, Guang'anmen Hospital of China Academy of Chinese Medical, Beijing 100053, China)

[Abstract] “Patients suffered from phlegm and retained fluid should be treated by warm medicine” originated from *Synopsis of the Golden Chamber* written by the medical sage Zhang Zhongjing, which was regarded as the canon to resist the phlegm and retained fluid. The etiology, pathogenesis, clinical manifestations and disease evolution of malignant pleural effusion are related to phlegm and retained fluid. Therefore, it is proposed to analyze the treatment principle of “patients suffered from drink pathogen should be treated by warm medicine” from the interpretation, connotation, dispatching medicine prescription and other aspects, and to explore the application of this treatment principle in the treatment of malignant pleural effusion, taking “the slow one warms and transports Yang Qi, dredges and regulates the Zang-fu organs to treat the root; the urgent one reconciles its discord, and the quick drainage drink to treat the treetop” as the treatment program, so as to expound the application of the thought of “reconcile with warm medicine” in the treatment of malignant pleural effusion, and to apply the ancient prescriptions flexibly, follow the ancient but not limit the ancient to the treatment of malignant pleural effusion, in order to provide ideas for clinical treatment of malignant pleural effusion.

[Keywords] malignant pleural effusion; *Synopsis of the Golden Chamber*; phlegm and retained fluid; treatment principle; reconcile with warm medicine

恶性胸腔积液(malignant pleural effusion, MPE)也称癌性胸水,是指原发于胸膜或其他部位的恶性

肿瘤转移至胸膜引起的胸腔积液,常见于所有恶性肿瘤的终末阶段,以肺癌、乳腺癌较为多见。临床上

[收稿日期]2021-09-25

[基金项目]国家自然科学基金面上项目(82074239)。

[作者简介]樊柄杰,男,在读硕士研究生,研究方向:中医内科防治肿瘤。

[通信作者]*侯炜,男,硕士,教授,博士研究生导师,E-mail:houwei1964@163.com。

常表现为咳嗽、胸闷、呼吸困难,或伴有胸痛,同时出现体重减轻、食欲减退、乏力甚至恶病质等全身表现,严重者出现呼吸、循环衰竭,危及患者生命。MPE的发生严重降低患者的生活质量,缩短患者的预期寿命^[1]。目前,临床上常以胸腔穿刺抽液、胸腔留置引流、胸膜固定术、腔内灌注治疗作为MPE的治疗方法,但以上方法存在复发率高、治疗后生活质量普遍下降及有创操作存在风险等不足^[2]。近年来,随着中医药在肿瘤防治中的深入研究,证实中医药在缓解MPE患者症状、减少胸水产生、改善生存质量方面具有显著治疗优势^[3]。

根据MPE的临床症状表现,现代医家普遍认为MPE当属于中医学广义“痰饮”的范畴^[4],张仲景在《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中首次提出“痰饮”病名,并提出“病痰饮者,当以温药和之”的治则,成为后世治疗痰饮疾病的纲领。本文通过理解该治则的具体含义,探讨和总结中医药治疗MPE的思路。

1 MPE与广义“痰饮”的关联

1.1 外在表现相似

“病痰饮者”中“痰饮”属于广义痰饮。徐彬《金匱要略论注·卷十二》中提到:“饮非痰,乃实有形之水也。”故“病痰饮者”为体内水饮内停之人。按水饮停留的部位和临床表现将广义痰饮分为“痰饮”“悬饮”“溢饮”“支饮”4种狭义水饮。其中“悬饮”为“饮后水留在胁下”如痛悬挂之物,不上不下,偏于一侧,表现为“咳唾引痛”“脉沉而弦”等;“支饮”为水饮结于心下两边,如树枝旁出,呈支撑上逆之状,表现为“咳逆倚息,气短不得卧,其形如肿”“喘满,心下痞坚,面色黧黑,其脉沉紧”“胸满”等,其重者表现为“不得息”“眩冒”“咳烦,胸中痛”等症状。“悬饮”和“支饮”水饮留滞的部位及临床与MPE相近,其中“支饮”表现出的胸闷喘憋不能平卧、面色黧黑、眩晕、胸痛、心烦等症状与MPE患者后期出现呼吸和循环功能障碍相仿。故临床应以《金匱要略》中“悬饮”和“支饮”为参考治疗MPE,其中“支饮”对应的MPE较“悬饮”症状更为严重,病情也更为凶险。

1.2 内在病机相仿

《素问·经脉别论》中对于人体津液代谢过程进行了论述:“饮入于胃,游溢精气……水精四布,五经并行”。并且认为水液失司产生的水饮为寒邪,即“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒”。基于这种思想,

张仲景认为“病痰饮者”由于感受外邪、年高体虚、失治误治、饮食不节^[5]等多种因素,导致胃虚不能游溢精气,脾虚不能散精,肺虚不能通调水道,肾虚不能化气行水,水精不能四布,水湿停留,化生水饮。由此可知,痰饮属于阴邪,其产生主要由脏腑阳气不足,主职失司导致津液不能输布所致,其中以脾阳不足较为多见^[6]。

导致MPE的直接病因是恶性肿瘤的生长和进展。巢元方在《诸病源候论·积聚病诸候·积聚候》中提出“积聚者……受于风邪,搏于腑脏之气所为也”,认为认为积聚多“受于风邪”,其在《诸病源候论·虚劳病诸候上·虚劳积聚候》中又指出“积聚者,脏腑之病也。积者,脏病也,阴气所生也;聚者,腑病也,阳气所成也。虚劳之人,阴阳伤损,血虚凝涩,不能宣通经络,故积聚于内也”,指出寒积是起始因素,其后因积聚所造成的阴阳虚劳促进其进一步发展^[7]。袁菊花等^[8]认为MPE的产生是由于肿瘤迁延日久,导致脏腑功能失调,阳气虚衰,气不化津,阴邪偏盛,水湿不化,终致气滞、血瘀、水停胸胁。基于以上论述,肿瘤患者正气虚弱,积聚又进一步耗散正气,致脏腑虚损,出现以脾阳不足为主的脏腑功能失调,影响机体对水液的输布,水饮内停而发为MPE,其病机与广义痰饮病机相仿。

2 从“温药和之”理论治疗MPE

2.1 探讨“温药和之”释义及内涵

“温药和之”为痰饮病治疗的核心治疗思想。水湿邪气的治疗,可见于《素问·至真要大论》“湿淫于内,治以苦热,佐以酸淡,以苦燥之,以淡泄之”。在此理论的指导下,张仲景认为治饮邪时应予温热性质药物助中阳而胜水饮。正如尤怡《金匱要略心典·痰饮咳嗽病脉证并治》云:“盖痰饮为结邪,温则易散,内属脾胃,温则能运耳。”

“和”作为治法见于《灵枢·终始》“和气之方,必通阴阳”,张仲景的“和”为平和之法,为“和其不和、平和为度”之义^[9],用于治疗虚实夹杂证候,采用治疗较为柔和,达到驱邪而不伤正的目的。魏荔彤《金匱要略方论本义·卷中·痰饮咳嗽病脉证并治》将张仲景痰饮病“温药和之”理论进行了阐释,认为痰饮病“因虚而成”,治疗应将行消驱邪之药与温补阳气之药并用,使得两者相和,达到通调脏腑,祛除水饮的目的。

“温药和之”的内涵体现在张仲景治疗痰饮的诸法及诸方中:当痰饮病处于的轻证期或缓解期时,根据痰饮邪气得寒则聚,得温则行,得温则化的病理特点,以温阳化饮法作为治疗痰饮病的常规治法,相关方剂有苓桂术甘汤、肾气丸、泽泻汤等,此法为“温药和之”的具体呈现^[9],达到既不专补碍邪,亦不过燥伤正,以平调为期的治疗目的;当痰饮病处于重症其或急性期时,根据饮为阴邪,易伤阳气的特点,以峻下逐饮法作为治疗痰饮病的特殊治法,相关方剂有十枣汤、木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤、葶苈大枣泻肺汤、甘遂半夏汤等,以上各方中均有温热药物以温其寒邪,峻下药物速去水饮,甘缓药物防治峻烈药物伤及正气,此亦为“温药和之”之体现;此外,痰饮亦非皆为寒,当饮邪蕴结化热者,张仲景予厚朴大黄汤荡涤逐饮,全方厚朴、大黄、枳实合用,效专力宏,以荡涤驱邪为先,此为“温药和之”之变法。

2.2 探讨“温药和之”治疗 MPE

2.2.1 病势和缓,温药调和,固本清源

MPE 以癌毒日久致脏腑虚损,出现以脾阳不足为主的脏腑功能失调为疾病的本质,以留滞于胸腔的水饮邪气为疾病的外在表现,当 MPE 患者初期或经治疗后病情平稳,患者呼吸困难、咳嗽症状不剧烈,可予温阳化饮法固其本、清其源。其中苓桂术甘汤被认为是张仲景“温阳化饮”治疗痰饮的代表方剂,方中茯苓利水渗湿为主,兼能健脾益气为君药,《神农本草经·上品·茯苓》中记载茯苓“味甘平……主胸胁逆气……咳逆……利小便”;桂枝辛、甘,温,归心、肺、膀胱经,为臣药,起降逆平冲、温阳化气之用;白术健脾补气为佐,有“培土制水”之意,即脾胃之阳健运,则水饮自化;甘草和中,调和诸药为使,合桂枝以辛甘化阳,合白术以益气健脾,4 味药相互作用,使此方温阳化气与健脾利水并行,温而不燥,为“治 MPE 之要剂”。现代研究证明苓桂术甘汤复方具有抗肿瘤、调节水液代谢和保护心肌等作用^[11]。在治疗 MPE 时,可予苓桂术甘汤为代表的方剂温阳气,通调脏腑,以治本为主,佐以祛除水饮的方剂治标。临床上常常将苓桂术甘汤与葶苈大枣泻肺汤合用加减治疗 MPE 间者并行、标本同治。李秋荐等^[12]通过临床随机对照试验发现使用苓桂术甘汤与葶苈大枣泻肺汤合用加减方后对于 MPE 的控制高于对照组,并且可使患者免疫功能、肺功能、生活质量均得到改善。贾海女等^[13]通过对近期临床文献进行数据挖掘总结中医治疗

MPE 处方的组方规律,MPE 内服处方按四气、五味划分,以温性、甘味药物最多,处方中常用药物组合是葶苈子、大枣、桂枝、白术、茯苓、黄芪。可见在临床上以“温药和之”为 MPE 的治则;以“温阳化饮、调和阴阳”为 MPE 的主要治疗方法;以苓桂术甘汤合葶苈大枣泻肺汤进行加减为治疗 MPE 的主要代表方剂。以“温药”助运中阳,“调和”脏腑气机,配合驱邪逐饮药物以固本清源是中医药对 MPE 的主流治法。

2.2.2 病势危骤,活用诸法,速去水饮

MPE 患者出现呼吸困难明显、喘憋难以平卧、胸痛、心烦、皮肤青紫等呼吸循环衰竭表现时,常因 MPE 量较多,居于胸部,胸阳受遏所致。饮邪如不速去,则患者阳气必将大伤,最终阴阳离决导致死亡。张仲景在治疗痰饮重症时,急以峻下逐水药物使痰饮速去,代表方剂有十枣汤、木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤、葶苈大枣泻肺汤、甘遂半夏汤等。以上方剂中葶苈子、甘遂、大戟、芫花、芒硝均为泻水重剂。其中葶苈子在临床中最常使用,被认为是治疗 MPE 的要药,《本草经集注·草木下·葶苈》中载葶苈子“主治癥瘕积聚结气,饮食寒热,破坚逐邪,通利水道”,其性猛力峻能够泻肺,去水气。现代研究^[14]也认为,葶苈子所含有的多种有效成分可抗炎、抗肿瘤、强心、利尿消肿,对于治疗 MPE 有着重要的作用。

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》言:“夫有支饮家,咳烦胸中痛者,不卒死,至一百日或一岁,宜十枣汤”,记载了痰饮病较重时应予十枣汤峻下逐饮。十枣汤在临床上常用于治疗 MPE 重症,实验研究^[15]表明十枣汤对荷瘤小鼠血清血管内皮生长因子 VEGF 有抑制作用,通过抑制 VEGF,可以控制肿瘤的生长,缓解 MPE。李枚霜等^[16]研究发现十枣汤对炎性胸腔积液模型大鼠有积极的干预作用,可明显减少胸腔积液量、降低胸腔积液白细胞总数、减轻胸膜间质的水肿及胸膜组织炎性细胞的浸润。马纯政等^[17]通过临床试验发现应用加味十枣汤可显著提高 MPE 疗效,并且显著提高患者生存质量。

张仲景对于痰饮重症的治疗核心是:速去实邪,留存正气。但是张仲景并未记载痰饮病重症若不能满足“不卒死,至一百日或一岁”条件时的治法,可知当时受医疗条件限制,对于部分痰饮重症无法有效缓解。古人对于如何迅速的去实邪经过了不断的尝试,如孙思邈《千金要方·膀胱腑·胞囊论》记载的以葱管导尿,迅速排出滞留在膀胱中的小便的治法,达

到迅速缓解症状,救急以防止患者病情进一步恶化。故对于 MPE 重症患者,应该以迅速排出留置在胸中的水液为核心,以峻下逐水为法,但不能拘泥于单纯使用峻下中药。目前,胸腔留置引流管已经成为 MPE 首选的初始治疗^[18],可以迅速的达到祛除积液,缓解症状的目的。因为 MPE 患者癌毒久居、中阳不足、脏腑亏虚为本,留滞于胸腔之水饮邪气为标的病机特点,临床上可使用胸腔引流配合中医中药治疗 MPE。熊绍权等^[19]在一项 66 例 MPE 患者的随机对照实验中以温阳逐水方联合胸腔留置引流及胸腔化疗灌注为实验组,以单纯胸腔留置引流及胸腔化疗灌注治疗为对照组,结果发现实验组患者的 MPE 客观缓解率、无症状生存期、症状缓解率均高于对照组 ($P<0.05$)。因此,临床上使用胸腔引流及胸腔化疗灌注治疗 MPE 的同时,配合中医中药治疗,可以最大程度的遏制胸水生长速度,改善因蛋白流失导致的消瘦、乏力等机体衰弱症状。

2.2.3 因人制宜,巧用峻药,固护正气 张仲景在使用十枣汤时,将甘遂、大戟、芫花磨粉,根据患者体质的强弱,“强人服一钱匕,羸人服半钱”,将药末放入“煮肥大枣”中,服药后“糜粥自养”处处体现了在使用峻药后,通过特殊的给药方式,防治峻药伤正的思想,方中以大枣 10 枚,使大戟、芫花、甘遂峻下水饮之力温和而持久,既不伤脾,又可通利水饮,扶正与攻邪兼顾^[20]。此为张仲景“温药和之”思想在使用峻剂时的体现。MPE 患者脏腑虚损、正气虚弱,十枣汤的组方思想对于临床选用合适的给药方式及剂量治疗 MPE 有着重要的借鉴意义。

峻下之品多以苦寒为主,用之不当则中伤正气。中药外敷在治疗 MPE 能兼具促进积液吸收与减少积液增加两大功效,且能避免内服引起的不良反应,是现代医家治疗 MPE 的常用方法,可达到祛邪不伤正的目的^[21]。如王爽等^[22]在一项随机对照试验中,将十枣汤中大戟、甘遂、芫花、大枣按比例粉碎,装入药包热熨季肋部联合胸腔引流及胸腔化疗灌注作为实验组,与单纯中药热熨联合胸腔引流和单纯使用化疗灌注联合胸腔引流的治疗方法进行对照,得出药包热熨联合胸腔引流及胸腔化疗灌注在治疗 MPE 的疗效、改善患者体力、缓解 MPE 症状方面均优于对照组,且治疗无明显不良反应,药熨方式给药,既无口服苦寒伤脾败胃之虑,又可借助烫熨治疗的热力提高药物疗效。

外治法体现了“表里互通、治表及里”的理念,通过穴位及经络的传导、皮肤的直接透入发挥作用,就近祛邪,避免峻烈药物损伤脏腑^[23]。其在临床中治疗 MPE 患者的应用体现了张仲景治疗水饮时固护正气的思想。

3 验案举隅

患者宋某,男,52岁,2020年8月3日就诊于广安门医院肿瘤科侯炜教授门诊。主诉:吞咽困难1年余,加重伴喘憋2月余。患者于2019年3月在外院确诊为“食管中段鳞癌伴贲门旁、纵膈淋巴结转移”,予放疗21次,并采用紫杉醇联合顺铂方案化疗4周期,2020年6月患者吞咽困难加重伴喘憋,复查胸部CT发现食道中段管壁环形增厚,伴右侧大量胸腔积液,行多次引流及伊立替康化疗后,症状反复,每次抽取胸水量约800~1000mL,现诉诸中医中药治疗。刻下患者喘憋严重,胸闷气短,时有喘咳,无法平卧,无明显胸痛,吞咽困难,时有反酸,胃胀,发力明显,纳少眠差,大便溏,小便调。舌淡暗有齿痕,苔白,脉细。中医辨证为痰瘀互结、脾虚水停证,治疗以补脾下水、化痰活血为主,拟方:生黄芪30g,党参15g,炒白术10g,猪苓15g,茯苓15g,葶苈子15g(包煎),大枣5枚,桑白皮15g,大腹皮15g,浙贝母15g,炒杏仁10g,白花蛇舌草15g,当归10g,赤芍10g,川牛膝15g,炙甘草15g。水煎服,每日早晚各服药1次,配合化疗及胸腔引流,守方服药1月后胸水量明显减少,喘憋症状减轻,已无需引流积液,继续守方服药2月,于2021年1月11日复诊,胸闷喘憋症状已缓解,复查胸部CT见少量积液,复诊调方:上方去猪苓、葶苈子、大枣、炙甘草,加肉桂6g,夏枯草15g,丹参15g,莪术10g,枳壳15g,厚朴15g。水煎服,每日早晚各服药1次,守方服药3月,2021年4月15日随访患者诉病情平稳,胸闷喘憋症状未再出现。

按:食管癌放化疗后出现MPE,见喘憋,呼吸困难,难以平卧,为食管癌病情进展的表现。食管癌属于中医学“噎膈”范畴^[24],清代医家徐灵胎认为噎膈病机不外乎“瘀血”“顽痰”“逆气”。侯教授认为该患者病机属脾气不足,痰浊内生,久则气机不畅,瘀血内生,痰瘀胶结,阻塞食道,发为噎膈,又经放化疗治疗及疾病本身的损耗,脾气进一步受损,中阳不振,水饮内停,产生胸腔积液。对于食管癌疾病本身来

说,其本在脾气不足,其标在痰瘀互结。痰瘀作为病理产物,又和脾气不足一起导致了水饮的出现。

患者的治疗过程体现了“温药和之”治疗 MPE 的思想,初诊时患者胸闷喘憋明显,不能平卧,胸腔积液量多,故予葶苈子下气定喘,泄水宁嗽,配合以猪苓、茯苓、大腹皮化湿利水,桑白皮、炒杏仁宣肺利水,配合化疗及胸腔引流,使水饮之邪气速去,和其不和;峻逐水饮的治疗易伤正气,又因患者脾气素虚,故用生黄芪、党参、炒白术益气健脾,大枣、炙甘草益气和缓,缓和峻药之性,使治疗有效而不伤正气,和其药性而固其本;最后再配合以浙贝母、白花蛇舌草解毒散结,川牛膝、当归、赤芍活血化瘀。诸法合用,固本清源,达到逐水饮的同时兼顾正气及肿瘤本身的治疗目的。二诊时患者水饮基本祛除,喘憋症状好转,逐饮治疗应中病即止,治疗重心以健脾益气、活血化瘀散结为主,故去猪苓、葶苈子缓其利水之功,去大枣、甘草防止甘缓掣肘,加肉桂以助阳,温药以和中,加夏枯草、丹参、莪术、枳壳、厚朴增强化痰活血散结之力,控制病情进展,防止 MPE 再度出现,使患者达到“和”的状态。

4 结语

“和”不仅是仲景辨证论治的目的与原则,更是其治疗的具体方法与手段^[25]。从病因病机及临床表现来看,MPE 可按痰饮病进行论治。张仲景“病痰饮者,当以温药和之”的痰饮治则对于 MPE 的治疗具有着统领指导的作用。MPE 的治疗关键在于判断疾病的标本缓急,MPE 患者的核心病机以脾阳不足为主的脏腑虚损为本,内停胸腔之饮邪为标。水饮既为病理产物,又为损伤人体正气的病因。如 MPE 症状较轻、病势和缓者,治疗以温运阳气,通调脏腑为主;如症状较重、病势急骤者,需考虑采用最有效的方法因势利导,和其不和,迅速排除水饮,防治其进一步伤及正气;在治疗 MPE 遣方用药时,应固护正气,以和为度,做到祛邪而不伤正,使患者取得最大的治疗效果。

参考文献

[1] 中国恶性胸腔积液诊断与治疗专家共识组.恶性胸腔积液诊断与治疗专家共识[J].中华内科杂志,2014,53(3):252-256.
[2] 龙婧,郑琪,马婕群,等.恶性胸腔积液治疗的研究进展[J].医学

综述,2019,25(3):470-474.
[3] 于盼,韩建宏,田建辉.中医药治疗肺癌恶性胸腔积液研究进展[J].西部中医药,2021,34(5):152-155.
[4] 王贝贝.从《金匮要略》浅析癌性胸腔积液的证治[J].中医临床研究,2019,11(4):43-45.
[5] 孙达,陈烨文.从仲景学说探讨痰饮病辨治思路[J].中医临床研究,2020,12(16):64-67.
[6] 刘渡舟,苏宝刚,庞鹤.金匮要略论解[M].北京:人民卫生出版社,2013:199-200.
[7] 胡帅航,李玉潇,张孝刚,等.运用“引阳入阴,破阴通阳”法治疗肿瘤[J].中医学报,2020,35(8):1664-1666.
[8] 袁菊花,贾立群,姜彦妮,等.以水通道蛋白 microRNA 探讨中医外治恶性胸水研究进展[J].现代中西医结合杂志,2021,30(25):2839-2842,2850.
[9] 吴国庆.“和”治痰饮[J].江西中医药大学学报,2020,32(2):1-3.
[10] 吴秋红,石伟荣,王幸.浅析“病痰饮者,当以温药和之”[J].福建中医药,2019,50(2):59-60.
[11] 陈君媚,周春祥.苓桂术甘汤药理作用及其机制研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(14):222-227.
[12] 李枚春,耿良,葶苈大枣泻肺汤合苓桂术甘汤加减治疗晚期肺癌合并恶性胸腔积液临床研究[J].陕西中医,2018,39(3):289-291.
[13] 贾海女,张沂,周梦玲,等.基于数据挖掘分析治疗恶性胸腔积液内服处方的组方规律[J].中国医药导报,2020,17(14):150-154.
[14] 史佩玉,林樨,陈国铭,等.基于网络药理学的葶苈子潜在作用机制研究[J].中国药房,2019,30(20):2823-2828.
[15] 邓甜甜,宗鑫,王媛,等.十枣汤联合顺铂干预恶性腹水的作用机制研究[J].山东中医杂志,2019,38(2):175-178.
[16] 李枚霜,李小兵,林柳青,等.十枣汤对悬饮(胸腔积液)模型大鼠干预作用[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(1):38-40.
[17] 马纯政,周世繁,赵丽娜,等.加味十枣汤联合胸腔化疗治疗恶性胸腔积液 33 例[J].中医杂志,2010,51(5):436-437.
[18] 申永春,陈磊,文富强.美国 2018 版恶性胸腔积液管理指南的解读[J].中国循证医学杂志,2019,19(3):271-275.
[19] 熊绍权,李亚玲,杨扬,等.温阳逐水方外敷联合顺铂腔内灌注治疗恶性胸水的临床研究[J].辽宁中医杂志,2019,46(1):90-92.
[20] 冯志成,袁勇.驾驭法在中医组方中运用[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(7):23-24.
[21] 杨梦娜,唐翠娟,林志威,等.恶性胸腔积液中药外治方剂组方规律[J].中医药导报,2020,26(2):97-100.
[22] 王爽,周维,罗明,等.十枣汤烫熨疗法联合胸腔灌注化疗治疗癌性胸水临床疗效观察[J].上海中医药大学学报,2018,32(1):39-43.
[23] 张兴,史苗颜.中医外治法治疗恶性胸腔积液的临床及基础研究最新进展[J].中国中医急症,2018,27(10):1856-1859,1873.
[24] 陈佳阳,李昊,张育荣,等.中医治疗晚期食管癌优势人群特征分析[J].北京中医药,2021,40(8):880-882.
[25] 田永衍,王庆其.张仲景“和”思想研究[J].中医杂志,2013,54(4):280-282.