

本文引用:王慧颖,胡不群,姚军,蔡磊,杨曼芬,张群峰,谢雪皎.胡不群例谈扶正驱邪治急危重症[J].湖南中医药大学学报,2022,42(8):1351-1355.

胡不群例谈扶正驱邪治急危重症

王慧颖¹,胡不群²,姚军³,蔡磊¹,杨曼芬⁴,张群峰⁵,谢雪皎^{1*}

(1.湖南中医药大学中医学院,湖南长沙410208;2.长沙天马医院,湖南长沙410006;3.湖南中医药大学附属第二医院,湖南长沙410005;4.湖南中医药大学附属第一医院,湖南长沙410007;5.南华大学附属第二医院,湖南衡阳430400)

[摘要] 胡不群教授认为急危重症往往虚实错杂,辨析病情虚实、权衡攻补关系是处理急危重症的关键,其临证擅于以虚实为纲、以扶正驱邪为法诊疗急危重症。通过列举胡教授运用桃核承气汤治疗邪实甚急、神昏抽搐案,托里透脓散合金苇茎汤治疗虚实并重、痰热壅肺案,独参汤合大承气汤治疗邪实正衰、热深厥甚案,将其诊疗经验总结如下:(1)邪实并存,以邪气实为急中之急者,当先驱其邪,邪去而后再议扶正;(2)邪实并存,虚实并重者,当扶正驱邪兼顾,至于其扶几分正,驱几分邪则又当据临床具体情况而定,无定法可依;(3)虚实错杂,正气欲脱,而又邪甚,必须攻伐者,则又当先托住正气,而后再议攻邪。

[关键词] 急危重症;扶正驱邪;医案;辨证论治;名医经验;胡不群

[中图分类号]R278

[文献标志码]B

[文章编号]doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2022.08.019

HU Buqun talks about promoting the healthy Qi and expelling the pathogenic factor to treat acute and critical illnesses

WANG Huiying¹, HU Buqun², YAO Jun³, CAI Lei¹, YANG Manqin⁴, ZHANG Qunfeng⁵, XIE Xuejiao^{1*}

(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 2. Changsha Tianma Hospital, Changsha, Hunan 410006, China; 3. The Second Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410005, China; 4. The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China; 5. The Second Hospital of Nanhua University, Hengyang, Hunan 430400, China)

[Abstract] Professor HU Buqun believes that the acute and critical illnesses are often mixed with the deficiency and the excess. Discriminating the deficiency and the excess of the condition and weighing the relationship between attack and complement are the key to deal with the acute and critical illnesses, he specializes in the treatment of acute and critical illnesses based on the outline of deficiency and excess and the method of promoting the healthy Qi and expelling the pathogenic factor. By citing professor HU's use of Taohe Chengqi Decoction in the treatment of urgent pathogenic factor and excess, and convulsion of mentality and dizziness, the case of Tuoli Tounong San combined with Qianjin Weijing Decoction in the treatment of deficiency and excess, phlegm-heat in the lung, and the case of Dushen Decoction combined with Dachengqi Decoction in the treatment of healthy Qi decline and pathogenic factor increase, heat causes confusion disease, the diagnosis and treatment experiences are summarized as follows: (1) If pathogenic factor and reality coexist, and pathogenic factor and reality are the urgency of urgency, we should first eliminate its pathogenic factor, and then discuss supporting healthy Qi; (2) If pathogenic factor and reality coexist, the deficiency and the excess are both important, then promoting the healthy Qi and expelling the pathogenic factor are taken into account. How

[收稿日期]2022-01-18

[基金项目]国家自然科学基金项目(81603600);全国教育科学规划单位资助教育部重点课题(DIA130289);全国教育科学十二五规划课题(DI-A130289);湖南省教育厅创新平台开放基金项目(19K069);湖南省研究生优质课程立项项目(2019-181)。

[第一作者]王慧颖,女,硕士研究生,研究方向:《伤寒论》治则治法理论与临床应用。

[通信作者]*谢雪皎,女,博士,教授,E-mail:99511298@qq.com。

to helping a bit of healthy Qi or removing a bit of pathogenic factor is also according to the specific clinical situation, there is no definite method to follow; (3) In cases of mixed deficiency and excess, where the healthy Qi is about to be released and the pathogenic factor is so strong that it must be attacked, the healthy Qi must be supported first, and then the attack on the pathogenic factor should be discussed.

[**Keywords**] acute and critical illnesses; promoting the healthy Qi and expelling the pathogenic factor; medical records; syndrome differentiation and treatment; experience of famous doctors; HU Buqun

急危重症严重威胁人们的生命,是医学研究的重点对象之一。虽然西医借助生命支持系统在抢救急危重症患者方面取得较大进步。但急危重症往往病情复杂、难以确诊、变化迅速,现代医学基本以重症监护、对症处理为主,存在因治疗手段滞后于检测结果而丧失治疗窗口期,或因检测结论与临床实际不符而病因难明,或虽明确病因而无相匹配之治疗手段等问题,因此,急危重症的诊治存在明显不足。中医治病不依赖精密仪器检测,为患者争取治疗时间。中医治病理念强调欲病救萌、既病防变,在急危重症中能截断病势,防止恶化。中医学有两个基本特点:一个是整体观念,二是辨证论治^[1]。其中,“辨证论治”作为中医固定术语使用见于1955年^[2-4],该年任应秋先生在《中医杂志》上先后发表了《伟大的祖国医学的成就》和《中医的辨证论治体系》两篇文章,提出“辨证论治”这一中医理论,得到当时中医学界诸多名家的响应^[5-6]。中医的辨证论治不局限于检测结果和病原学等诊断,故在治疗急危重症方面疗效卓著,有其独特而显著的优势。因此,研究挖掘中医名家运用传统中医学抢救急危重症的治疗经验非常重要,具有一定的现实意义与历史意义。

胡不群教授是中医主任医师,原光明中医函授学院湖南省分校教务长,现中南大学国学研究中心副主任、客座教授。胡教授家族世代从医,传自清代名医周学霆一脉。胡教授幼承庭训,后又师从著名中医学大家刘炳凡先生(湖湘中医五老之一),于中医脾胃学派独有心得,擅长治疗肿瘤、肾病、不孕不育等内科疑难杂症。胡教授主张发展中医师徒传承,中医治疗需与佛、道融汇贯通,治疗急危重症应以中医为主、以生命支持系统为辅,其诊疗思想用于临床,活人无数。

1 经验阐述

胡教授认为中医治病,首分邪正虚实,《素问·通评虚实论》谓:“邪气盛则实,精气夺则虚”^[7],实与邪气关联,虚与正气相属。实者,邪气实;虚者,正气虚

也。邪气实又有风、寒、暑、湿、燥、火、疫疠、秽毒、痰饮、瘀血等之分,正气虚则有气血、阴精、阳气、脏腑、津液等之别。故治疗需首辨邪正,其属邪者,又当辨清邪气之性质,其属正气虚者,则又当厘清在气、在血、在阴、在阳、在脏腑、在津液等。最后,再依八纲、六经、卫气营血、脏腑等辨证方法,审症求因,因证论治。

然则,病至危重,无不虚实夹杂、寒热错综,甚则诸邪并至。临床所见,纯实无虚,纯虚无实,纯寒无热,纯热无寒者,未之见也。论其治法,则正气虚者,诚以扶正为主,然邪有反噬之力,亦不可不知,即当邪正兼顾方能克敌制胜。邪正兼顾,则当根据具体病情,从病之发生发展过程中,从语言、气色、气味、舌象中寻找端倪,判其邪正之比重。又今日之急危重症,除交通不便的少数偏远山区之外,基本收入医院ICU病房,以现代医学的生命支持系统,可救其垂危,稳定维持生命体征。中医重脉乃辨证施治之要则,而在ICU病房抢救的患者,脉勿悉凭,皆因其各种生命支持系统维持其脉气,恐现假象而障目,须与当前之病机、病势、转归等参合,临证之际当予以几分扶正几分驱邪,甚是考验中医理论与临证功力。

胡教授治学严谨、经验丰富、临证屡效,笔者有幸跟随老师出诊于各大医院ICU病房,亲历疑难验案。胡教授兹以个人临证所及,从纯中医的角度,向弟子们例谈个人对急危重症治疗的宝贵经验。笔者现按正邪盛衰论治择其一二,将其整理形成一篇中医扶正驱邪治疗急危重症论述,以飨同道。

2 验案举隅

2.1 邪实甚急、神昏抽搐案

患者周某某,男,54岁,湖南省长沙市花岗石公司退休职工。1998年夏至,因腰部胀痛剧烈至长沙市第二医院就诊,经检查确诊为肾结石,并收治入院欲行超声碎石术。患者既往体健,无手术禁忌证,行术前准备时,患者突发头部剧烈疼痛,遂请神经内科医生会诊,会诊未得到明确诊断。之后头痛持续加

重,转该院神经内科继续治疗。治疗过程中,病情不减反增。十余天后,患者最终陷入昏迷。因未明确诊断,故后续治疗效果不佳,遂请中南大学湘雅医院专家会诊。经3次骨髓穿刺及腰椎穿刺(穿刺样本送检中南大学湘雅医院),确诊为结核性脑膜炎。按结核性脑膜炎救治,治疗效果不显。管床医生先后共下达病危通知书5次,并强烈要求患者转入结核病专科医院。危难之际,胡教授应邀,前往诊治。

1998年6月30日一诊:患者深昏迷,伴有严重抽搐,察舌深绛干缩而无苔,脉细数。结合舌脉,胡教授言其属肝阳鸱张,化热灼阴,阴虚动风,初拟大定风珠加羚羊角、钩藤。与随诊学生详析其病因病机时,胡教授突觉大定风珠证中的“瘵瘵”并未至此案严重抽搐之地步,亦与伤寒之痉病舌象不合,遂重新诊察。手触其腹,见少腹硬满疼痛、面容苦楚。再问小便,家属答其神识稍清时呼唤可解,量多、色清、解时通畅。诊毕,据此特征,胡教授改诊为《伤寒论》中太阳蓄血证,应通泻瘀热,投桃核承气汤加味:桂枝12g,桃仁24g,大黄12g,芒硝6g(冲),炙甘草6g,羚羊角9g(另煎2h兑服),钩藤30g,牡丹皮60g。1剂,水煎,分3次温服。因患者昏迷无法自行服药,嘱其家属每次用棉签将药液涂于口唇与舌上。

1998年7月1日二诊:患者次日8:00左右苏醒,丝毫不知昨日诊治服药之事,肢体时有小蠕动,舌虽伸直,仍深绛无苔,脉细数。胡教授诊为阴虚风动之证,治以滋阴息风,改投大定风珠:白芍30g,生地黄30g,麦冬30g,龟板30g,牡蛎30g,鳖甲30g,阿胶9g,甘草5g,五味子9g,麻子仁16g,鸡子黄1枚。3剂,水煎,日1剂,分3次温服。因疗效显著,随即出院,返家后由胡教授继续治疗。

1998年7月4日三诊:3剂药后,患者现已神志清楚,仅双下肢软弱无力,舌质由深绛无苔转为舌淡红少苔、脉细略数。刻下胡教授诊为下元虚衰、痰浊上泛,应滋肾阴、补肾阳、开窍化痰,因此投地黄饮子加减:熟地黄16g,巴戟天16g,山茱萸13g,石斛15g,肉苁蓉11g,五味子9g,茯苓15g,麦冬9g,石菖蒲12g,炙远志9g,龟甲24g,鳖甲24g,牡蛎24g。7剂,日1剂,分3次温服。

1990年7月13日四诊:7剂药后,舌转淡胖而边齿痕,脉转沉细,两腿无力,守上方去龟甲、鳖甲,加肉桂6g、炮附子6g、白芍30g、炙甘草5g。5

年后胡教授偶遇患者儿媳,方知患者先后服此方加减60余剂,现今复如常人,并可负重,活动自如,未留后遗症。

按:胡教授初察患者症状、舌脉与“热邪久羁,吸烁真阴……神倦瘵瘵,脉气虚弱,舌绛苔少,时时欲脱者,大定风珠主之”^[8]相仿,然通过触诊和仔细询问后发现患者少腹坚满,按之疼痛,小便自利,大便微利而色黑,却是瘀热内结之桃核承气汤证。彼时患者虽虚实错杂,然邪实是矛盾的主要方面,故先予以攻邪再扶正,正如吴鞠通所言“壮火尚盛者,不得用定风珠、复脉”^[8],虚实之辨,需慎之又慎。而桃核承气汤适用于伤寒表邪不解,随经入里,与血结于少腹,而致少腹急结、神烦如狂等证^[9]。然“中医不传之秘在剂量”^[10],其中牡丹皮之用,是受北京医院李文瑞主任之启发,李文瑞主任认为“丹皮重用25~60g,最大用量90g……血热所致之病症,重用方可获佳效”^[11]。故胡教授在此重用牡丹皮以攻瘀凉血,亦获佳效。此例患者,险些治错,若非见微知著,详察虚实,攻补先后得当,岂可力挽狂澜于既倒,扶危于将倾。此类急危重症,于医技熟稔者都有险些漏诊误治之虞,可见凶险之际,必细审诸症,以求识证无过、诊则无失。

故邪实并存,以邪气实为急中之急者,当先驱其邪,邪去而后再议扶正。

2.2 虚实并重、痰热壅肺案

患者肖某某,女,64岁。因左侧腰腹疼痛伴发热2d,低血压4h,于2018年7月29日22:30由急诊收入南华大学附属第二医院ICU病房。入院时体温:36.3℃,心率:109次/min,呼吸:22次/min,血压:73/45mmHg。神志清楚,呼吸音粗,左肾区叩痛可疑阳性。急诊CT示:(1)右肺中叶及左肺上叶舌段慢性炎症;左肺上叶肺大疱,双肺胸膜下坠积效应;(2)脂肪肝,肝脏多发低密度结节,性质待定;(3)左侧输尿管上段结石并左肾积水。入院后予以美罗培南抗感染、容量复苏、小剂量去甲肾上腺素持续泵入等治疗,患者血流动力学未有明显改善。7月30日7:00出现畏寒、高热,体温:39.6℃,予CT引导下左肾穿刺造瘘术,抽出淡黄色液体(穿刺液培养阴性,血培养为高毒力肺炎克雷伯菌),体温随之暂时下降。7月31日再次高热,体温39.4℃,增强CT示:(1)肝右叶低密度影,考虑肝脓肿可能,伴肝

右静脉分支内血栓形成(CT下行肝右叶脓肿穿刺引流术,术后半日,高热随之而降);(2)左肾穿刺引流术后改变:原左侧输尿管结石位置上移至左肾内,左肾积水较前减轻;(3)双肺感染(新发)可能性大;(4)双侧胸腔积液(新发)。临时加用替加环素 100 mg, 1日2次。7月31日13:00以后患者血压稳定在110/50 mmHg左右,去甲肾上腺素逐渐减量。7月31日肝脓肿穿刺返回病房后,右手指末稍冰凉且逐渐青紫,B超示:尺动脉、桡动脉血流可,考虑感染性血栓堵塞动脉至缺血坏死。因血小板计数小于 $10 \times 10^9/L$,凝血功能示低凝状态,且肝脓肿腔内有出血,不能行抗凝、溶栓治疗。虽用罂粟碱、前列地尔治疗,但右手手指末端仍缺血坏死,最终形成干性坏疽。8月13日又出现畏寒、高热,体温:39.1℃,复查CT示:(1)肝右叶脓肿引流术后:脓肿内积气吸收消失,积血减少;(2)两肺感染部分较前吸收,左上肺多发空洞形成;(3)右侧胸腔积液基本吸收消失,左侧胸腔积液较前吸收减少,提示肺脓肿形成,肝脓肿引流不畅。完善纤支镜检查发现左侧气道管通畅,右下叶有砖红色黏痰。8月14日在CT下行肝脓肿、肺脓肿穿刺引流术,均抽出砖红色脓液,培养为高毒力肺炎克雷伯菌。自8月14日培养出肺炎克雷伯菌感染后,一直针对肺炎克雷伯菌治疗,患者病情反复,间有低热,遂于8月21日请中医会诊。

2018年8月21日首诊:患者面色惨白,双目无神,纳呆,语声低弱,身上插有肝脓肿引流管、肺脓肿引流管、左肾造瘘管、右胸管,拨出呼吸管(经鼻高流量给氧),舌质淡白而嫩,边尖略显微红,苔黄黏滑腻带灰,脉细数无力。胡教授诊为痰热壅肺、元气耗损,予托里透脓散合千金苇茎汤加减:黄芪 90 g,人参 15 g,桔梗 9 g,炙甘草 12 g,丹参 30 g,金银花 90 g,玄参 60 g,当归 15 g,桃仁 9 g,苦杏仁 9 g,麦冬 15 g,厚朴 15 g,陈皮 15 g,薏苡仁 60 g,冬瓜仁 60 g,苦参 9 g,山楂 15 g,焦山楂、焦神曲、焦麦芽各 30 g。14剂,水煎服,日1剂,分3次温服,西医药物与生命支持的治疗方案不变。

2018年9月15日二诊:主管医师诉服药次日,心率即降至93次/min。继续服药,患者精神转佳,饮食渐进,气力渐增。9月5日转普通病房,继续调养。刻下:患者面色红润,双目有神,谈笑自如,精神、体力、饮食睡眠、二便均正常,舌转淡红,苔转薄白腻,

脉沉细。诊为病后脾虚气弱,予补脾益气、行气化湿之剂善后。处方:北黄芪 30 g,当归 6 g,白参 12 g,白术 15 g,云茯苓 15 g,炙甘草 10 g,陈皮 10 g,姜半夏 10 g,广藿香 10 g,广木香 10 g,公丁香 10 g,春砂仁 15 g,白莲肉 20 g,鸡内金 10 g,焦山楂、焦神曲、焦麦芽各 15 g。14剂,水煎服,日1剂,分3次温服。药后即康复(9月21日)出院。出院后续于胡教授门诊处调治,因苦于长期服中药,10月10日入院行手指截指术,10月19日出院,至今安好。

按:胡教授首诊诊察发现,患者一方面“面色惨白,双目无神,纳呆,语声低弱,舌质淡白而嫩,脉细数无力”,另一方面“肝、肺脓肿,苔黄黏滑腻带灰”,病情虚实并重,单扶正虚则痰热邪实愈猖,独攻痰热则正虚脓成不溃,故考虑攻补兼施,气血俱亏,不足以托里排脓,宜大补气血、托里排脓,方用《医宗金鉴》托里透脓散;肺炎痰热壅肺证之千金苇茎汤,具清肺化痰、逐瘀排脓之功^[12],两方加减兼顾虚实,故获良效。预后以健脾益气为主,因脾胃为后天之本,调理脾胃是疾病向愈的关键,此不治之治而胜于治也^[13]。

故邪实并存,虚实并重者,当扶正邪驱兼顾,至其扶几分正,驱几分邪则又当据临床具体情况而定,无定法可依。

2.3 邪实正衰、热深厥甚案

患者陈某某,女,年70余,湖北省武昌县人。1975年7月,患者高热半月,神昏1周,经当地医院治疗无效,欲回家以备后事。其侄儿与胡教授为旧友,因邀约前往救治。诊见:四肢厥冷、过肘过膝,面向床面倦卧,重衣厚被、包裹严实,呼吸急促微弱,声音低微,口渴饮热开水,神昏谵语;肛门时有青黑液体自流,并谓已不食六七日,无物可下;舌边尖淡白,舌苔灰黄而厚、不燥不腻,脉乍数乍迟、极微极细。此正为张仲景所谓“厥者,手足逆冷是也”,通脉四逆汤还未写完,即闻患者“哎哟”一声,声音高亢,直达户外,因生疑,遂入内室再诊。细询之:患者肢体虽冷,腹部却热,自用冷布鞋底贴于脐腹,鞋底热则取下,口渴,思冷饮,但因畏寒身冷,不敢饮冷。再诊其腹,初按之肤虽冷,久之则灼手,脐下有硬结,“累累如串珠”,再察其舌,舌边尖虽淡白,但舌苔却极紧实,且苔下之舌质,隐隐深绛色。断此为“热深厥亦深”之热厥证也,治当急下以存阴。然则,患者水谷未

进、神志昏糊已六七日,且呼吸微弱,气息奄奄,脉乍数乍迟,元气已极衰败,随时有倾覆之危,实不耐大承气汤之攻伐。提笔良久,不能书一字。忽忆叶天士先用一碗淡绿色的野山参汤,再用一碗浓黑味重的大承气汤治好了一位病情危笃的老妇人的医林掌故。

故先予独参汤以固其元气,再用大承气汤峻下热结。患者依法服药,大承气汤服下约1 h,出现腹痛矢气,3 h后,先泻下少许色黑秽水,矢气益频,后又泻下半痰孟小粪粒与黑水,奇臭无比。次日复诊,脉出厥回,予益胃养阴善后。数月后患者侄儿来访告知,患者现已痊愈。

按:清代两大医家之叶天士与薛生白,叶天士著《温热论》,创卫气营血辨证法,薛生白著《湿热病篇》,立湿热病专论,民间至今仍广泛流传着叶天士、薛生白学术争鸣、救逆拯危的事迹。本案患者正虚、邪实表现均明显,然其正气极易虚脱,若猛药攻下,即使燥屎已去,亦必正脱命绝,临证不可不深思慎取。由此亦可见,面对急危重症,必须辨析虚实、分别缓急、厘清标本,一分正气、一分生机,必当步步顾护元气之本。关于人参在急危重症上的应用,一为补虚固脱,二为扶正祛邪,而人参用量,清代医家柯琴等主张固脱用大剂人参,“方能挽回生命于瞬息之间,非他物所可代也”^[14]。厥冷过肘过膝者,为真寒之证,正气欲脱之候也,急当回元气,应从寒厥论治,则依《伤寒论》中所载厥证之发病机制、辨治规律和治疗经方^[15]。急危重症的出现多有诱发因素,腑气不通为常见诱发因素之一,下法是运用具有泻下作用的药物以荡涤肠胃、通利大便,从而达到祛除病邪目的的治疗方法,是治疗腑气不通诱发急危重症的重要手段之一。其中,《伤寒论》记载了大量的治疗急危重症的方剂^[16],而下法以《伤寒论》大承气汤及其衍生方为主^[17]。胡教授常借用岳美中的话教导弟子:治重病大症,要用仲景的经方;治脾胃病,用李东垣的方较好;治温热及小病轻病,叶派时方细密可取^[18]。“见微知著、司外揣内”,是中医诊察疾病、认识病机的基本方法^[19]。《素问·至真要大论》所谓“审察病机,无失气宜……谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之,盛者责之,虚者责之”^[7],是从根本上为人类的生命健康保驾护航^[20]。

故邪实正衰,正气欲脱,而须攻伐者,则当先固护正气,而后再议攻邪。

3 结语

急危重症是一种紧急、濒危的病症,由于医院急诊的普及以及西医治疗卓有成效,而逐渐轻视中医对于急危重症的应用。殊不知,中医在治疗急危重症方面历史悠久,经验丰富,且大量后世医家发挥之。中医药在诊治急危重症方面有其独特优势,构建以中医药为主、生命支持系统为辅的急危重症治疗范式应予以重视。总之,只有因人、因证、因时、因地制宜,选方用药,才能不偏不倚,恰中病机。

参考文献

- [1] 印会河.中医基础理论[M].上海:上海科学技术出版社,2018:5.
- [2] 张清苓,姜元安,李致重.论中医辨证方法及辨证论治体系[J].北京中医药大学学报,2002,25(4):5-9.
- [3] 张效霞.辨证论治的由来[N].中国中医药报,2015-04-02(4).
- [4] 薛飞,陈家旭.中医辨证论治体系的形成和发展[J].北京中医药大学学报,2006,29(10):658-661.
- [5] 任应秋.伟大的祖国医学的成就[J].中医杂志,1955(2):1-7.
- [6] 任应秋.中医的辨证论治的体系[J].中医杂志,1955(4):19-21.
- [7] 佚名.黄帝内经素问[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2012:118,362-363.
- [8] 吴 塘.温病条辨[M].南京中医药大学温病学教研室,整理.北京:人民卫生出版社,2005:125.
- [9] 车保平.桃核承气汤与桃仁承气汤[J].中医杂志,1983,24(9):79-80.
- [10] 高 振,董竞成.由四诊合参到中医精准辨证论治[J].中华中医药杂志,2019,34(1):13-17.
- [11] 李秋贵.李文瑞教授重用单味药的临床经验[J].辽宁中医杂志,1994,21(10):446-448.
- [12] 李建生,马锦地,余学庆,等.基于现代名老中医经验的肺痿常见证候方药规律研究[J].中医杂志,2016,57(18):1598-1603.
- [13] 王慧颖,刘国华,梁 昊,等.麻黄汤冷服治特发性耳聋[J].湖南中医药大学学报,2021,41(9):1427-1430.
- [14] 姚志雄,江明英,黄兆胜.人参在危重症中的应用[J].新中医,1983,15(8):31-34.
- [15] 李培生,刘渡舟.伤寒论讲义[M].上海:上海科学技术出版社,1985:5.
- [16] 樊耀华,陈 思,温俊茂.承气汤类方在急危重症的临床运用[J].中国中医急症,2016,25(1):114-117.
- [17] 章小稳,钟阳红,皮 鹰.欧阳枝磊应用《伤寒论》下法治疗内科急危重症经验[J].中国中医基础医学杂志,2014,20(9):1295-1296.
- [18] 周凤梧,张奇文,丛 林.名老中医之路:第1辑[M].济南:山东科学技术出版社,2015:6.
- [19] 胡镜清,江丽杰.从病机原义解析辨证识机论治[J].中医杂志,2015,56(24):2098-2100,2103.
- [20] 裴丽敏,杜武勋,李晓凤.中医气化理论探讨[J].陕西中医,2021,42(11):1586-1590.