

从“二本三枢”理论辨治支气管哮喘

郑美玲¹, 董艳^{2, Δ}

(1. 北京中医药大学东直门医院, 北京 100007; 2. 成都中医药大学附属医院, 四川 成都 610072)

摘要: 支气管哮喘 (bronchial asthma, BA) 是临床上常见的慢性呼吸系统疾病之一, 其发病率逐年上升, 目前我国哮喘患者的诊断率及控制水平均远低于发达国家, 支气管哮喘的反复急性发作是引起气道重构、肺功能下降、死亡率上升的重要原因, 因此长期且有效的哮喘控制是治疗哮喘的重要目标。中医学治疗哮喘历史悠久, 该病属于中医学“哮病”“喘证”范畴, 其提出的“发时治标, 平时治本”的治疗原则依然在临床上被遵循, 尤其在针对支气管哮喘慢性持续期的治疗时优势明显, 基于“二本三枢”理论, 结合导师临床经验, 认为“本元亏虚, 枢机不利, 风引痰动”是其发病的核心病机, 治以“固本培元, 斡旋气机, 祛风化痰, 降逆平哮”, 尤其注重“固本”和“疏机”两者, 通过阐述该病机及治疗方法, 为中医药治疗支气管哮喘提供有益的诊疗思路。

关键词: 支气管哮喘; 二本三枢; 固本培元; 斡旋气机

中图分类号: R 562.2⁺5 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 02-0021-04

支气管哮喘 (bronchial asthma, BA) 是一种以慢性气道炎症为特征的异质性疾病, 临床表现为反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽等, 同时伴有可变的呼气气流受限, 反复发作可导致气道重构。全球流行病学研究显示现世界上大约有 3.58 亿哮喘患者, 且在 2025 年将可能突破 4 亿^[1]。我国的一项大规模临床统计显示, 中国哮喘 20 岁及以上人群总体患病率为 4.2%, 且存在部分患者诊断不明确及未诊

断的情况, 其中 26.2% 的哮喘患者已经存在气流受限, 大部分患者均处于临床控制不佳的状态^[2]。早在 2006 年哮喘防治倡议 (global initiative for asthma, GINA) 就提出“哮喘控制”的概念, 然而根据 GINA 拟定的控制标准, 2017 年的临床数据显示我国哮喘的总体控制率仅为 39.2%, 远远低于发达国家^[3]。反复哮喘急性发作是导致气道重构、肺功能下降、死亡率升高的重要原因, 因此良好有效的哮喘控制是降低未来发作风险的重要手段。现代医学治疗哮

Δ 通讯作者: 董艳, 博士生导师, 从事中医药防治呼吸系统疾病, E-mail: dongyan@163.com; 作者简介: 郑美玲, 博士研究生在读, 从事中医药防治呼吸系统疾病, E-mail: 623902787@qq.com。

加重养阴生津之力, 同时加用陈皮、半夏, 补阴而不滋腻; 患者目前一般情况改善, 故重用白花蛇舌草, 增强抗癌之力。

4 小结

由于燥邪具有较为特殊的致病特点, 其阴阳属性也有待商榷, 历代医家对于燥病与燥证的治疗百家争鸣, 莫衷一是。对于杏苏散能否治疗燥证的争论也正反映了一个问题: “治燥”的内涵以及方法尚有需要厘清和探索之处。本文从津液的绝对不足与相对不足这个角度认识燥证, 重点关注津液输布不均所导致的相对燥证, 提出以“调理脏腑功能, 廓清病理产物”为纲的治疗思路, 旨在拓宽“燥者濡之”的含义, 丰富治燥的方法, 摆脱仅以润法治燥证的思维定式, 治燥求本, 从而进一步提高疗效。正如喻嘉言在《医门法律》中所说: “凡治燥病, 不深达治燥之旨, 但用润剂润燥, 虽不重伤, 亦误时日, 只名粗工, 所当戒也。”

参考文献

[1] 陈海生, 林琼燕, 陈壮忠, 等. 凉燥者, 非燥也 [J]. 中医杂志, 2009, 50 (2): 186-187.

- [2] 徐传富. 杏苏散非治燥之方, 亦非润剂 [J]. 四川中医, 1993, 12 (5): 21-22.
- [3] 高黎, 肖相如. 杏苏散非治燥剂 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21 (5): 499, 502.
- [4] 何时希. 杂病汇讲 (续) ——程门雪遗稿之八 [J]. 中医杂志, 1987, (5): 8-10.
- [5] 巢元方. 诸病源候论 [M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997: 93.
- [6] 李洋, 李燕村, 张伟. 从“脾不散精”论干燥综合征相关间质性肺疾病的中医病机 [J]. 中医杂志, 2018, 59 (12): 1075-1077.
- [7] 叶天士. 临证指南医案 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 91.
- [8] 顾军花, 陈湘君. 从肝论治干燥综合征 [J]. 中医杂志, 2011, 52 (04): 292-294, 302.
- [9] 徐杰. 从中精之府肝胆论治干燥综合征 [J]. 中医临床研究, 2011, 3 (16): 117-118.
- [10] 钱昌盛, 李青, 吕春艳. 中医湿邪伤阴浅析 [J]. 云南中医药杂志, 2020, 41 (3): 17-20.
- [11] 姜寅光. 论燥邪与津液异生 [J]. 新中医, 2013, 45 (07): 188-189.

(收稿日期 2022-08-25)

喘的药物可以分为控制药物和缓解药物, 主要包括吸入糖皮质激素 (inhale corticosteroids, ICS)、全身性激素、白三烯调节剂、 β_2 受体激动剂、抗胆碱能药物以及生物靶向药物, 但目前临床上仍存在难治性哮喘、激素抵抗或依赖性哮喘。中医学治疗哮喘历史悠久, 对于减少支气管哮喘急性发作、激素的替代治疗、协助达到完全控制状态颇具优势, 结合现代医学哮喘发病机理, 中医学亦对其病机不断进行探究, 基于“二本三枢”理论, 认为“本元亏虚, 枢机不利, 风引痰动”是其发病的核心病机, 治以“固本培元, 斡旋气机, 祛风化痰, 降逆平哮”, 尤其注重“固本”和“疏机”两者, 通过该法立方, 为中医药在控制哮喘方面提供新的临床思路。

1 “二本三枢”的理论渊源

《伤寒论》以六经辨证为核心, 在全书贯穿着“二本三枢”的理论思想, “二本”即为肾为先天之本, 脾为后天之本; “三枢”即少阳之枢、少阴之枢和半上半下之枢。“二本”及“三枢”理论渊源均出自《黄帝内经》, 肾为先天之本, 先天精气藏之于肾, 寓元阴元阳, 但人身肾气有度, 非取之不竭, 肾中精气充足与否与年龄密切相关, 《素问·上古天真论》^[4]曰: “女子七岁, 肾气盛, 齿更发长……七七, 任脉虚, 太冲脉衰少, 天癸竭, 地道不通, 故形坏而无子也; 男子八岁, 肾气实, 发长齿更……五八, 肾气衰, 发堕齿槁……八八, 天癸竭, 精少, 肾脏衰, 形体皆极……”。叶天士在《临证指南医案》^[5]中指出“女子以肝为先天”, 其旨在强调女子以肝血为基础以及肝主疏泄主导一身的气机的功能, 故有肝肾为先天之本的说法。脾胃为后天之本, 全身气血生化之源, 即“胃者, 五藏六府之海也, 水谷皆入于胃, 五藏六府皆禀气于胃”、“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精”、“脾者土也, 治中央, 常以四时长四脏”。同时“肾者主水, 受五脏六腑之精而藏之, 故五藏盛, 乃能泄”, 说明先后天相辅相成的关系。“三枢”始见于《素问·阴阳离合论》^[4]: “三阳之离合也, 太阳为开, 阳明为合, 少阳为枢……三阴之离合也, 太阴为开, 厥阴为合, 少阴为枢”。即在三阳之中, 敷布阳气为之开, 受持阳气为之合, 转输阳气谓之枢; 在三阴之中, 敷布阴气为之开, 受持阴气为之合, 转输阴气谓之枢。

2 三枢之“枢”

“枢”的原意是指门轴, 《说文解字》^[6]谓: “枢, 户枢也。”古人认为枢机是“制动之主”, 《辞海》^[7]将此引申谓“事物运动的关键”。董仲舒在《春秋繁露》中云: “君人者, 国之元, 发言动作, 万物之枢机。”可见枢机主要与运动有关。将其扩展至人体上, 气主动, 则枢机与人体气的运动有关, 包括全身阴阳二气的往来、正邪二气的往复、心肾二气的相交、水火的往来、气血的往来等, “三枢”之机又贯穿在全身的一气周流中, 即肝肺之气的左升右降、

脾胃之气的脾升胃降以及心肾相交。在“二本三枢”理论中将全身气机上下往来的核心概括为少阳之枢、少阴之枢、半上半下之枢, 少阳居于阴经与阳经之间, 是三阴三阳间的道路, 生理情况下, 人体元气由此出入阴分阳分, 病理状态下, 邪气由此出入表里, 因此少阳之枢是阴阳的道路、表里的枢机。少阴主心肾, 心阴需下济肾水, 肾阳要上充心阳, 水火往来, 心肾相交, 因此少阴枢机为人身的另一枢机。《伤寒论》虽未明确指出半上半下之枢纽, 但其在条文中指出若脾胃气虚, 感受邪气, 少阳邪热乘机内陷, 致寒热错杂于中, 脾胃升降失常, 气机痞塞, 故半上半下之枢又被称为脾胃之枢, 脾主升清, 脾升则助下焦肝肾二脏之气升, 胃主降浊, 胃降则上焦心肺两脏之气降, 脾升胃降斡旋一身之气即, 故又为人身一枢机。

3 “本元亏虚, 枢机不利, 风引痰动”是哮喘发病的核心病机

3.1 本元亏虚是哮喘发病的内在病机 支气管哮喘多幼儿即起病, 故有“幼稚天哮”之称, 后临床反复发作, 寓意支气管哮喘患者多先天禀赋不足, 脏腑功能虚弱, 易受到外邪侵袭, 即先天之本元亏虚, 肾为先天之本, 肾为气之根, 肾气助肺纳气, 张锡纯认为喘的病机即吸入之气不能下达、气上冲迫肺, 若肾气亏虚则摄纳无力, 肺吸入之清气不能下纳于肾, 则会出现呼吸表浅、或呼多吸少之喘证。脾胃为后天之本, 支气管哮喘的发作与过敏史密切相关, 其中食物过敏是诱发哮喘急性发作的重要组成部分, 《素问·六节藏象论》^[4]云: “五味入口, 藏于肠胃。”《素问·生气通天论》^[4]曰: “阴之所生, 生在五味; 阴之五官, 伤在五味。”食物过敏亦是脾土亏虚的体现之一。同时脾者, 谏议之官, 知周出焉, 谏、议一主一从、阴阳兼备, 关乎人体免疫。肺属金, 脾属土, 肺脾母子相生, 母强则子壮, 土旺则金生, 肺脾之间构成了气血生成、运行及水液代谢的脏腑功能体系, 此即《薛生白医案》所谓“脾为元气之本, 赖谷气以生; 肺为气化之源, 而寄养于脾也”。因此脾土亏虚, 势必影响肺脏的气血生成引起肺气亏虚无以肃降, 则可出现呼吸表浅的喘证。再者脾虚日久则先天无以充养, 终致脾肾两虚。因此从以上论述中显示先后天之本元亏虚是哮喘发病的内在病机。

3.2 枢机不利是哮喘发病的重要病机

3.2.1 少阳枢机不利 少阳之枢在经络层面为三阳之枢, 少阳枢机的作用是维系太阳与阳明正常与否的关键。故曰“少阳主枢”, 在脏腑范畴则涉及肝脏与胆腑。在藏象学说中, 少阳甲木之气与肝气密切相关, 肝属木, 主疏泄, 主升主动的功能都与少阳枢机相关, 《素问·刺禁论》^[4]云: “肝生于左, 肺藏于右。”此属概念概念, 而非解剖位置, 多数医家对此均论及其是关于肝肺气机的升降功能方面, 《素

问·阴阳应象大论》^[4]云：“左右者，阴阳之道路也。”张景岳在《类经·运气类》^[8]中曰：“上者右行，言天气右旋，自东而西以降于地；下者左行，言地气左转，自西而东以升于天。”可见阴阳气化，左升右降，与肝肺两脏相应，肝气以升发胃顺，肺气以肃降为和，两者相辅相成。因此少阴枢机不利与哮喘的发病关系主要涉及肝肺两者的关系。若少阴枢机不利，则肝肺之气不调，武维屏教授对从肝论治哮喘有着系统而全面的阐释，生理方面，肝肺两者经络相连、五行相克互制、气机升降相关、共主气血调畅，共主卫表而御邪；在病理方面，从肝论治哮喘的病机可概括为木叩金鸣、郁痰犯肺、木火刑金、风摇钟鸣、虚火灼金^[9]。

3.2.2 少阴枢机不利 少阴之枢为在经络层面为三阴之枢，少阴枢机的作用是维系太阴与厥阴正常与否的关键，故曰“少阴主枢”，在脏腑层面则涉及心肾水火阴阳之枢，寓元阴元阳，为阴阳之根，系先天真气，即刘渡舟老师在《伤寒论诠释》中指出：“少阴司水火，内寓真阴真阳。水火交通，阴阳既济，是人体正常生命活动的必要条件。要维持水火、阴阳的交通既济，有赖于少阴的枢机作用。”另外从少阴气化论层面理解，少阴热化温化太阳寒水为卫气，外出太阳发挥固表抗邪的功能。故少阴枢机不利可分为三个层面，一为经络层面的少阴枢机不利所致太阴、厥阴开阖失常之证，由此多见肝脾两经之证；二为脏腑层面的少阴枢机不利所致心肾水火不济之证；三为气化层面的少阴枢机不利所致的寒水不化之证。因此少阴枢机不利与哮喘的发病关系可概括为“虚”与“郁”两者，“虚”体现在少阴真阳虚衰，阳衰阴盛，气化不利，寒饮上逆，临床多表现在咳喘无力，甚则张口抬肩，痰多清稀，精神萎靡，恶寒肢冷等一派少阴虚喘之象，此外太阳寒水无以化为卫气御邪，则易反复遭受外邪侵袭从而诱发哮喘；“郁”体现在少阴阳气郁闭，寒水不化，郁而为“痰”，伏痰于内为哮喘发病的重要物质基础，临床可表现为短气喘促，动则为甚，咯痰质黏起沫，甚有咸味，伴畏寒肢冷等。

3.2.3 半上半下枢机不利 半上半下之枢亦被称为脾胃之枢。《四圣心源·脏腑生成》^[10]曰：“土分戊己，中气左旋，则为己土，中气右旋，则为戊土，戊土为胃，己土为脾。己土上行，阴升而化阳。阳升于左，则为肝，升于上，则为心。戊土下行，阳降而化阴，阴降于右，则为肺，降于下，则为肾。肝属木而心属火，肺属金而肾属水。是人之五行也。”因此脾胃为升降之枢，位居中宫、承运转化机体脏腑气机以交通各脏，即“脾升则肾肝亦升，故水木不郁；胃降则心肺亦降，故金火不滞”。因此脾胃之枢枢机不利会导致全身的气机紊乱，脾气升发不足、胃气通降不力，中焦郁滞，引起肺气不降反升或肺气郁闭，从而诱发咳嗽、气机胸闷、喘憋感

等。

3.3 风引痰动是哮喘发病的关键病机 一方面，“夙痰伏肺”是哮喘发病的物质基础。枢机不利是痰浊形成的前提，从虚实辨别，痰浊分为“郁痰”和“虚痰”；从寒热辨别，痰浊分为“寒痰”和“热痰”。“郁痰”则重点涉及在少阴枢机不利导致的肝郁之痰，武唯屏教授指出肝气郁结，疏泄失职，津液失布，凝而成痰；或肝气郁滞，横克脾土，脾失健运，酿液成痰^[4]；“虚痰”主要涉及在少阴枢机不利引起的肾虚之痰和脾胃之枢之脾虚之痰，肾气亏虚，气化不利，化生痰浊；或脾气亏虚，运化失司，水液代谢失常，停聚生痰，痰随气升，气因痰阻，搏结于气道，致痰敏如吼，气息喘促发为哮喘。“寒痰”可由气虚发展而来或患者本为阳虚体质，命门火衰，寒水不化而成寒痰；或中土脾阳虚衰，阳不化阴，故水液聚为寒痰。“热痰”可为“郁痰”久则郁而化火，如肝郁化火，郁火灼津，炼液成痰；或患者本身阳盛体质、感受阳热之邪而致“热痰”。另一方面，临床上哮喘发病，多骤发骤止，反复发作，与风邪致病特点极相符合，因风为百病之长，善行而数变，而风有外风、内风之分，外风始受于肺，内风始于肝，外风多挟其他五邪袭肺致哮喘发作，内风多因肝阳上亢化风或者肝阴亏虚，血燥生风，内风易引动外风，风摇钟鸣，引发哮喘。

综上所述，本元亏虚、枢机不利、风引痰动为支气管哮喘发病的核心病机。

4 以“固本培元，斡旋气机，祛风化痰，降逆平哮”为治疗大法

4.1 先后天同调以固本培元 本元亏虚是哮喘发病的内在病机，因此固本培元应为治疗之基石，因此通过先后天同调以达固本培元的目的。固本培元为新安固本培元派的学术主张，“本”分为先天之本和后天之本，“元”有先天之元和后天之元之分，先天之元多指肾气，后天之本通常指的是脾胃之气，其治疗重点在于脾、肾同治，因此临床上培元多侧重于培补脾胃之气，固本侧重于人体的肾气，如吴谦所言：“后天之气得先天之气则生生而不息，先天之气得后天之气始化化而不穷。”肺为脾之子，金水相生，因此通过固本培元不仅可固纳气之根，又可以恢复肺气的宣发肃降的功能以平喘，尤其针对哮喘发作的慢性缓解期。在临床用药方面，明代汪机提出的“参芪双补说”奠定了固本培元用药的特殊基础，人参、黄芪不仅可以温补阳气，且可固护卫表，亦取起甘能生血、阳生阴长之义，且可补养脾胃，因脾胃为气血生化之源，临床可予四君子汤、六君子汤为基础加减给予；同时重视脾肾双补，因下焦元气的助肾纳气的重要作用，以人参、黄芪、茯苓、白术等补脾药联合熟地、杜仲、附子、山茱萸、附子等益肾药，临床可予联合六味地黄丸之类方，因“善补阴者，必于阳中求阴；善补阳者，必于阴中求

阳。”

4.2 斡旋三枢气机以平喘 三枢气机紊乱是哮喘发病的重要病机，因此斡旋三枢气机是恢复气机平衡以平喘的重要治疗手段。

4.2.1 和解少阳枢机 少阳枢机不利重点突出在“肝气郁结之木叩金鸣”，该类哮喘发病常以情志相关，临床表现以咳嗽，以夜间咳嗽为主，无痰或少痰，伴肋肋胀满甚至疼痛等，以疏肝理肺为治法，临床选方若伴少阳证则给予小柴胡汤加减；若气滞明显者以逍遥散、越橘丸之类方加减；“郁痰犯肺之痰气互结”，患者多表现为咳嗽，喘憋感，咯痰不利等，以理气化痰为治法，若无热象以半夏厚朴汤、温胆汤加减，若痰伴热象，则可予大柴胡汤加减；“郁结化热之肝火犯肺”，患者以咳嗽阵作，或呛咳连连，甚咯血，喘憋感明显，伴面赤目红等，以清肝理肺为治法，临床选方以龙胆泻肝汤、泻白散合黛蛤散加减。

4.2.2 和解少阴枢机 少阴枢机不利主要表现在“从阴化寒”和“从阳化热”两个方面。“从阴化寒”表现在“少阴阳郁而寒水内生”，临床以咳嗽，喘憋，心悸或伴有泄泻等症遵循“郁而发之”，以开郁利其枢机，临床选方以四逆散为主方加减；亦可表现在“心肾阳虚而寒水内生”，以短气喘促，动则为甚，咯痰质清冷，伴腰酸腿软，心慌不耐劳累等，以温阳益气为治法，选方真武汤加减；“从阳化热”体现在“水热互结”之喘证，其在临床上多见于哮喘合并心衰的病人，外邪入里化热，多表现为喘憋甚，伴有明显心累气紧，动则尤甚，下肢水肿，小便不利等，以猪苓汤为主方加减。

4.2.3 和解半上半下之枢机 半上半下枢机不利体现在“气机痞塞”和“中气虚损”两个方面。“气机痞塞”主要是脾不升清、胃不降浊，中焦痞塞影响肺的通降功能，以咳嗽、喘憋，伴有脘腹胀满或疼痛，或暖气、呃逆等症，具体可分为“寒痞”“热痞”“寒热错杂”，以通降除痞为基本治法，临床可选方附子泻心汤、半夏泻心汤加减给予；“中气虚损”一方面体现在“卫外不固”导致外邪易袭肺，引动夙痰，发为哮喘，多表现为气短声低，痰多质稀，伴有自汗，平素易感冒，倦怠无力等，以健脾益气，补土生金为治法，选方以玉屏风散、六君子汤之类方加减；另外一方面，体现在脾气亏虚，痰湿内生，临床以喘憋伴有大量痰浊为主要临床表现，可选方二陈汤加减。

4.3 祛风涤痰以平哮 在上述病机中已经对“内风”和“外风”进行了阐述，因此祛风也应从“息内风”和“祛外风”两方面进行治疗，“祛外风”临床多予麻黄、桂枝、荆芥、防风、辛夷、苍耳子、蝉蜕、牛蒡子等药，因风邪易夹杂其他病邪同时致病，若夹杂寒邪联用小青龙汤加减；若夹杂热邪可用越婢加半夏汤、麻杏石甘汤等；若夹杂湿邪可

连用三仁汤等；若夹杂燥邪可合用桑杏汤、杏苏散等。“息内风”应着重在平肝风，养肝阴，在辨证基础上加用搜风平肝之品，如蝉蜕、白僵蚕、地龙，或联用天麻钩藤饮等，该类病人在临床上多见于中老年男性。对于“痰浊”的治疗，我们遵循痰饮“和”之的基本准则，遣方用药以“和”为度，即寒热温凉并用，寒而不伤阳，温而不伤阴的特点，同时因“脾为生痰之源，肺为潴痰之器”，故注意顾护脾胃，如化痰予二陈汤之类，多增加姜、枣、草之类保护胃气。若“寒痰”在内，以痰量多色白为基本临床表现，以痰为阴邪，宜用温药和之，用方可选择小青龙汤、射干麻黄汤等；若寒痰郁而化热，“热痰”在内，宜痰量多色黄，或难咯出、甚伴有咯血为特点，以清热化痰为基本治法，遣方可予清气化痰汤、桑白皮汤加减。

5 小结

综上，支气管哮喘在我国患病率高，控制率低，严重影响患者生命健康及生活质量，造成沉重的经济和医疗负担，因此达到良好的有效控制是我们的治疗目标。祖国医学对其认识由来已久，基于“二本三枢”理论，结合临床经验，认为“本元亏虚，枢机不利，风引痰动”是其发病的核心病机，以“固本培元，斡旋枢机，祛风涤痰”为治疗的基本原则，基于此法辨证论治选方，使得气顺痰化，则哮喘自平，临床获效明显。

参考文献

- [1] GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 [J]. *Lancet Respir Med*, 2017, 5 (9): 691-706.
- [2] Huang K, Yang T, Xu J, *et al.* Prevalence, risk factors, and management of asthma in China: a national cross-sectional study [J]. *Lancet*, 2019, 394 (10196): 407-418.
- [3] 林江涛, 王文巧, 周新, 等. 我国 30 个省市城区门诊支气管哮喘患者控制水平的调查结果 [J]. *中华结核和呼吸杂志*, 2017, 40 (07): 494-498.
- [4] 苗德根著. 黄帝内经·素问 (大字诵读版) [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [5] (清) 叶天士著; (清) 华岫云编订. 临证指南医案 [M]. 北京: 华夏出版社. 1995.
- [6] (东汉) 许慎著. 说文解字 [M]. 北京: 北京联合出版公司. 2018.
- [7] 上海辞书出版社编. 辞海 [M]. 上海: 上海辞书出版社. 2019.
- [8] 明·张介宾. 类经 [M]. 太原: 山西科学技术出版社. 2003.
- [9] 武维屏, 崔红生. 试论支气管哮喘从肝论治的生理病理学基础 [J]. *中国中医基础医学杂志*, 2002 (10): 7-8.
- [10] (清) 黄元御著. 四圣心源 [M]. 北京: 中国医药科技出版社. 2020.

(收稿日期 2022-05-13)