

夏永良运用小陷胸加枳实汤验案四则

吴昊¹ 胡攀² 夏永良³

1.浙江中医药大学第一临床医学院 杭州 310053 2.新昌县中医院 3.浙江中医药大学附属第一医院
陈意全国名老中医药专家传承工作室 浙江省陈意国医名师传承工作室

摘要: [目的] 总结夏永良老师临床应用小陷胸加枳实汤的经验。[方法] 通过跟师随诊并查阅夏师医案,选取胃痛、咳嗽、胃痞、吐酸验案 4 则,从病因病机、辨证论治、用药特点等方面,论述夏师临证运用小陷胸加枳实汤的经验。[结果] 夏师认为,运用小陷胸加枳实汤时,需抓住痰热郁阻、胃气上逆这一病机,常以噯气泛酸、胃痛脘胀、大便干结等为主症。临床多合用左金丸、乌贝散、旋覆代赭汤、半夏厚朴汤等,常用于治疗胃食管反流病、慢性胃炎、胆汁反流性胃炎、慢性咳嗽、慢性咽炎等疾病,尤其在胃食管反流病的治疗中应用较多。[结论] 夏师从痰热郁阻、胃气上逆出发,灵活运用小陷胸加枳实汤治疗胃痛、咳嗽、胃痞、吐酸等疾病,临床疗效确切,值得学习与推广应用。

关键词: 小陷胸加枳实汤;痰热郁阻;胃气上逆;医案;名医经验;夏永良

中图分类号: R256 **文献标志码:** A **文章编号:** 1005-5509(2022)06-0646-05

DOI: 10.16466/j.issn1005-5509.2022.06.012

Four Medical Cases of XIA Yongliang's Clinical Experience in Using Xiaoxianxiong plus Zhishi Decoction WU Hao¹, HU Pan², XIA Yongliang³ 1. The First Clinical Medical School of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou(310053), China; 2. Xinchang Hospital of Chinese Medicine; 3. The First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, National Famous Chinese Medicine Experts Heritage Studio of CHEN Yi, Zhejiang Famous Traditional Chinese Medicine Masters Heritage Studio of CHEN Yi

Abstract: [Objective] To summarize the experience of Teacher XIA Yongliang in clinical application of Xiaoxianxiong plus Zhishi Decoction. [Methods] Through following Teacher XIA in clinical work, checking Teacher XIA's medical cases, selecting medical records of stomachache, cough, epigastric fullness and acid regurgitation, this paper summarized Teacher XIA's thoughts and experience on using Xiaoxianxiong plus Zhishi Decoction from the aspects of pathogenesis, symptom, addition and subtraction of drugs. [Results] Teacher XIA believes that in the clinical application of Xiaoxianxiong plus Zhishi Decoction, it is necessary to grasp the pathogenesis of phlegm-heat stagnation and stomach Qi inversion. And the main symptoms of this syndrome are belching, pantothenic acid, stomachache, abdominal distention, dry stool and so on. Teacher XIA often combines Xiaoxianxiong plus Zhishi Decoction with Zuojin Pill, Wubei Powder, Xuanfu Daizhe Decoction and Banxia Houpu Decoction, etc. He often uses this prescription to treat gastroesophageal reflux disease, chronic gastritis, bile reflux gastritis, chronic cough, chronic pharyngitis and so on, especially gastroesophageal reflux disease. [Conclusion] Teacher XIA grasps the pathogenesis of phlegm-heat stagnation and stomach Qi inversion, flexibly uses Xiaoxianxiong plus Zhishi Decoction to treat stomachache, cough, epigastric fullness and acid regurgitation, and achieved considerable clinical effect, his experience is worthy of reference.

Key words: Xiaoxianxiong plus Zhishi Decoction; phlegm-heat stagnation; stomach Qi inversion; medical cases; famous doctor's experience; XIA Yongliang

小陷胸加枳实汤源自《温病条辨·中焦篇·暑温伏暑》:“脉洪滑,面赤身热头晕,不恶寒,但恶热,舌上黄滑苔,渴欲凉饮,饮不解渴,得水则呕,按之胸下痛,小便短,大便闭者,阳明暑温,水结在胸也,小陷胸汤加枳实主之。小陷胸加枳实汤方:黄连二钱,栝蒌三钱,枳实二钱,半夏五钱。急流水五杯,煮取二杯,分二次服。”^[1]吴鞠通先生^[1]对此方有注解:“黄连、栝蒌清在里之热痰,半夏除水痰而强胃,加枳实者,取其苦辛通降,开幽门而引水下行也。”此方辛开苦降,有清热化痰、开结降逆的功效。夏永良老师为中医内科学博

士,硕士研究生导师,第四批全国老中医药专家学术经验继承人,浙江中医药大学附属第一医院(浙江省中医院)中医内科、中医内科教研室副主任。夏师临床经验丰富,强调辨证论治,谨守病机,灵活运用小陷胸加枳实汤治疗一些脾胃系、肺系疾病,多数疗效良好。现选取四则验案,分析总结夏师临床应用小陷胸加枳实汤的经验,以飨读者。

1 胃痛

邵某某,男,79岁,2021年6月18日初诊。主诉:反复胃脘疼痛5年,加重半月。有反流性食管炎、十二指

通信作者:夏永良, E-mail:xiayongliang1@sina.com

肠溃疡病史,曾行食管裂孔疝修补术。刻下:胃脘疼痛,按之尤甚,暖气泛酸,口干口苦,大便干结,舌淡红苔薄,脉弦。西医诊断:反流性食管炎,十二指肠溃疡;中医诊断:胃痛,证属肝胃痰热、气机郁滞,治拟清热化痰、行气止痛,予小陷胸加枳实汤合左金丸加减。处方:瓜蒌皮15 g,瓜蒌仁15 g,姜半夏9 g,生黄连5 g,枳实10 g,蒲公英15 g,煅代赭石15 g,旋覆花9 g(包煎),吴茱萸2 g,元胡10 g,炒麦芽15 g。共14剂,日1剂,水煎,早晚饭后半小时温服。

2021年7月2日复诊。胃脘疼痛偶作,时有暖气泛酸,大便较前转畅,隔日一行,口干口苦,舌脉同前。前方加煅瓦楞子30 g、炒枳壳10 g。共14剂,服法同前。

2021年7月16日三诊。胃脘疼痛、泛酸暖气大减。前方去元胡、炒麦芽。续进28剂,服法同前。

2021年8月13日四诊。胃脘疼痛基本痊愈,泛酸偶作,稍有口干口苦,胃纳尚可,大便通畅,舌淡红苔薄腻,脉弦。上方去炒枳壳,加茯苓30 g。续进14剂,服法同前,以巩固疗效。

按:患者胃脘疼痛,按之尤甚,其证属实。脉弦者,肝之郁也,肝胃火郁,痰热互结,气机壅滞,不通则痛。虽舌淡红苔薄并非痰热之舌象,但口干口苦为火热内生之候,泛酸暖气为痰热上逆之征。舍舌从症,综合分析应有痰热为患。《顾松园医镜·吞酸嘈杂》有言:“吞酸因胃中湿热,郁遏肝火所致。盖湿郁则热,热郁则酸;以酸为肝木之味,故责之肝火。”^[2]可见泛酸多由肝火犯胃及痰湿郁热而成。热结则津伤,气郁则不通,而致大便干结。综上所述,此证痰热互结,而热偏重。夏师以小陷胸加枳实汤清热化痰、开郁降逆,兼以通便。《温病条辨》中,“按之胸下痛”“渴欲凉饮,饮不解渴”“得水则呕”“大便闭”^[1]等为小陷胸加枳实汤的主症,痰热互结心下则“按之胸下痛”,热甚而引水求救则“渴欲凉饮,饮不解渴”,痰湿中郁、胃气上逆则“得水则呕”,胃气不降、腑气不顺则“大便闭”。故病机属痰热互结心下、胃气上逆、腑气不降者,用之最为适宜。该患者此病,不仅病机与之相符,方证亦与之相合。大便秘结,则瓜蒌皮、仁同用,以增润肠通便之功;而方中之枳实,则如吴鞠通先生^[1]所言,能“苦辛通降,开幽门而引水下行”,既能降上逆之痰气,又能通降肠腑;又因肝胃热盛,故合左金丸清泻肝胃之热,加蒲公英更增清胃之力;元胡为血中之气药,长于止

痛;再入旋覆花、代赭石降逆止暖,炒麦芽行气消食。方药切中病机,故二诊症状缓解,因仍有泛酸、大便欠畅,再加制酸、行气之药。三诊之后,症状好转明显,再随证加减,以兹巩固,最终取得较好疗效。

2 咳嗽

姚某某,男,27岁,2019年10月9日初诊。主诉:咳嗽反复5月余。刻下:咽痒咳嗽,睡前平卧尤甚,暖气泛酸,胃脘不适,舌红黯苔厚腻,脉缓。西医诊断:慢性咳嗽;中医诊断:咳嗽,证属痰热郁阻、气机上逆,治拟清热化痰、降逆止咳,予小陷胸加枳实汤合半夏厚朴汤加减。处方:瓜蒌皮15 g,炒黄连5 g,姜半夏9 g,炒枳实10 g,旋覆花15 g(包煎),煅代赭石30 g,姜厚朴10 g,杏仁10 g,炒陈皮10 g,茯苓15 g,苏梗10 g,浙贝母10 g,海螵蛸15 g。共14剂,日1剂,水煎,早晚饭后半小时温服。后患者自行转方14剂,服法同前。

2019年11月13日复诊。咽痒咳嗽稍有好转,但仍有反复,胃脘不适好转明显,偶有腕胀,泛酸基本已无,时有暖气,夜卧痰多,舌红黯苔薄腻,脉缓。前方去苏梗,加白豆蔻6 g(后下)、砂仁6 g(后下)、茜草6 g。共14剂,服法同前。后又自行转方14剂,服法同前。

2019年12月13日三诊。咽痒咳嗽、泛酸暖气基本未作,偶有腕胀。前方去茜草,加槟榔6 g。共14剂,服法同前。服药后咳嗽未作,诸症皆平。

按:《素问·咳论》曰:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也。”患者以咳嗽为主诉,但仔细分析,其病位不仅在肺,更主在胃。痰热内蕴于胃,阻滞气机,则胃脘不适;胃气失于和降,痰热上冲,则暖气泛酸,舌红黯苔厚腻亦为痰热郁阻之明证。脾胃为气机升降之枢,《四圣心源·噎膈根原》曰“胃逆则肺金不降”^[3],胃气上逆、痰气郁结,则肺气不降反逆,且胃中酸水上泛,干于咽喉,以致咽痒咳嗽,平卧后胃酸更易于上泛,故咽痒咳嗽尤甚。夏师认为,平卧咳嗽明显,多为饮邪或胃食管反流所致。暖气、泛酸、烧心等是西医胃食管反流病的常见临床症状,而咳嗽、咽喉不适等亦为此病常见的食管外表现,其症状常与饮食和体位相关,卧位、下蹲、弯腰等可诱发^[4]。本案患者之症状,颇符合胃食管反流病的临床表现。胃病为本,肺病为标,故治疗当着重治胃,兼以治肺,标本兼顾,若不治胃,恐无功效。此证痰热郁阻,而以痰气交结为重,故夏师以小陷胸加枳实汤清热化痰、降逆和胃,合半夏厚朴汤行气化痰、降逆止咳。因无表证,故以苏梗易苏叶,且更

增行气降逆之功;因有热象,故不用辛温之生姜;又取旋覆代赭汤之意,用旋覆花、代赭石镇逆化痰而除噎气;因无胃虚,故去参、草、枣之属;再加杏仁宣利肺气,陈皮理气化痰,杏仁合厚朴为降气止咳常用药对,陈皮合夏、苓为化痰基础方二陈汤;乌贝散由浙贝母、海螵蛸组成,用之能清化痰热、制酸护胃。全方配伍得当,切中病机,二诊之时,诸症均有缓解,痰热渐消、气机渐顺。脾为生痰之源,夜卧痰多,其源在于脾胃,且见脘胀,则加白豆蔻、砂仁化湿行气。加茜草者,因根据现代药理研究,茜草具有祛痰止咳的作用^[9];且舌黯说明兼有瘀滞,茜草本具祛瘀功效,故用之较为适宜。三诊病情进一步好转,仍随证化裁,加以巩固,而获可喜疗效。

3 胃痞

徐某某,女,62岁,2020年5月6日初诊。主诉:胃脘胀满数年。刻下:胃脘胀满,噎气泛酸,大便稀薄,舌红苔薄腻,脉滑。西医诊断:慢性胃炎,幽门螺杆菌(*helicobacter pylori*,HP)阳性;中医诊断:胃痞,证属痰热互结、寒热错杂,治拟清热化痰、开结除痞,予小陷胸加枳实汤合半夏泻心汤加减。处方:瓜蒌皮15g,炒黄连5g,姜半夏9g,枳实10g,吴茱萸2g,白豆蔻6g(后下),砂仁6g(后下),煅代赭石30g,旋覆花9g(包煎),炒黄芩6g,干姜5g,太子参10g,甘草6g。共7剂,日1剂,水煎,早晚饭后半小时温服。

2020年5月14日复诊。患者空腹服药后出现恶心、烧心,伴噎气泛酸,胃脘胀满,晨起口苦口酸,大便溏稀,舌淡红苔薄腻,脉滑。前方加姜竹茹10g、焦六神曲10g、北秫米30g(包煎)。共7剂,再嘱其早晚饭后半小时服药。

2020年5月21日三诊。调整服药时间后胃脘较舒,未出现恶心,噎气、泛酸、烧心缓解,胃脘胀满减轻,食后脘胀,晨起口苦,舌淡红苔薄腻,脉滑。前方去姜竹茹、焦六神曲、北秫米,加炒麦芽15g、煅瓦楞子30g。共7剂,服法同前。

2020年5月28日四诊。噎气泛酸大减,大便转实,口苦未作,食后脘胀,矢气频频,舌淡红苔薄白,脉弦。去瓜蒌皮、枳实,予半夏泻心汤加减。处方:炒黄连5g,姜半夏9g,炒黄芩6g,干姜5g,太子参10g,炙甘草6g,吴茱萸2g,白豆蔻6g(后下),砂仁6g(后下),煅代赭石30g,旋覆花9g(包煎),炒麦芽15g,煅瓦楞子30g,青皮10g,甘松6g,焦六神曲10g。共14剂,服

法同前。服药后诸症渐平,回老家后停药。

2020年10月6日又因胃脘胀满等不适前来就诊,仍予小陷胸加枳实汤合半夏泻心汤等加减,服药后诸症均缓,病情稳定。

按:《伤寒论·辨太阳病脉证并治下第七》言:“心下满而硬痛者,此为结胸也,……但满而不痛者,此为痞。”患者但觉心下胃脘处胀满,而无疼痛,故病属胃痞。痰热互结于心下,中焦升降失司,气机壅滞,则胃脘胀满;痰热随胃气上逆,而致噎气泛酸;舌红苔薄腻,脉滑,皆为痰热内蕴之象;大便稀薄,则是实中见虚,由脾胃虚弱、清气不升而水湿不化所致。此证脾胃虚弱为本,水湿不化,痰湿内阻,郁久生热,而成痰热互结之标。此时以痰热之标为所急,故治疗当清热化痰、开结除痞为先,兼以益脾固本,治以辛开苦降、寒热平调法。夏师用小陷胸加枳实汤清热化痰、开结降逆而着重治标,合半夏泻心汤寒热平调、散结除痞而标本兼顾。《金匱要略·呕吐下利病脉证治第十七》言:“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之。”半夏泻心汤为治寒热错杂痞满之主方,对于此寒热互结、升降失职之证颇为合适,因痰热中阻,故不用红枣,防其助湿生热。《丹溪心法·吞酸》云:“吞酸者,湿热布积于肝,而出于肺胃之间。……宜用炒吴茱萸顺其性而折之,此反佐之法也。必以炒黄连为君。”^[9]泛酸之症,要责之于肝,故加吴茱萸反佐,顺肝木之性而引入于肝,合炒黄连取左金丸之意,清肝胃之湿热,降逆止其吞酸。再加旋覆花、代赭石降逆除噎,白豆蔻、砂仁行气消胀。二诊时因脾胃本弱,又空腹服药,药物对胃有一定刺激,从而加重其不适,更增胃气之逆,故用姜竹茹化痰止呕,加焦六神曲、北秫米护胃。三诊诸症均有好转,可见方证相应,亦提示了服药时间之重要性。恶心未作,胃脘较舒,则去姜竹茹、焦六神曲、北秫米;食后脘胀,为兼有食滞,故加炒麦芽消食行气和胃,再加煅瓦楞子以增制酸之功。四诊痰热渐去,胃气渐顺,标证渐退,而气机尚未条畅,升降尚未全复,故仍存食后脘胀、矢气频频之症,因而去小陷胸加枳实汤,予半夏泻心汤加减,以辛开苦降之法,重点调理脾胃气机,以复升降之职。夏师明辨标本,善抓重点,随证化裁,因而能取得良好疗效。

4 吐酸

麻某某,男,32岁,2020年9月23日初诊。主诉:泛酸噎气半年余。刻下:泛酸噎气,食后尤甚,胃纳欠馨,

面黄无华,眼圈色黑,形体消瘦,情志欠畅,大便溏结,舌淡红苔薄,脉弦细。西医诊断:反流性食管炎;中医诊断:吐酸,证属肝气犯胃、痰热上泛,治拟疏肝和胃、清热化痰,予小陷胸加枳实汤合柴胡疏肝散加减。处方:瓜蒌皮15 g,枳实10 g,炒黄连5 g,姜半夏9 g,煨代赭石15 g,旋覆花9 g(包煎),白豆蔻6 g(后下),砂仁6 g(后下),香附9 g,川芎10 g,柴胡10 g,陈皮10 g,炒麦芽15 g。共14剂,日1剂,水煎,早晚饭后半小时温服。

2020年10月7日复诊。暖气大减,泛酸稍有好转,口干喜饮,口中异味,大便干结,余症同前。前方加炒鸡内金10 g、蒲公英15 g,煨代赭石加至30 g。共14剂,服法同前。

2020年10月26日三诊。泛酸暖气已平,口干、口中异味好转,大便质软,日2~3次,舌淡红苔薄,脉弦细。前方加炒扁豆30 g,嘱患者调畅情志。共14剂,服法同前。后病情稳定,又转方14剂继服。

2020年11月23日四诊。未出现泛酸呃逆,胃纳尚可,神疲乏力,腋下汗出,畏寒肢冷,饮酒后易大便稀溏,晨起牙龈出血。前方续进7剂,服法同前,巩固疗效。

按:吐酸即胃中酸水上泛,又称泛酸^[7]。《中医临证备要·吞酸》有言:“胃中泛酸,嘈杂有烧灼感,多因肝气犯胃。”^[8]情志欠畅而脉弦,为肝郁之征;胃中酸水,多痰热所生。肝气郁结,横犯于胃,加之痰热内蕴,而致胃气上逆,发为泛酸暖气之症。食后暖气泛酸尤甚,则又兼有食滞。食滞亦可致泛酸,如《秘传证治要诀及类方·暖气吞酸》所言“吞酸者,宿食所为”^[9]。胃气失和,则胃纳欠馨;气血亏虚、脾肾不足,而见面黄无华、眼圈色黑、形体消瘦;其脉弦细,亦是肝郁之中兼虚象,脾胃为后天之本,脾胃失和,胃纳不佳,则气血生化乏源,更增虚弱;大便溏结,则由肝脾不和所致。虽有虚证,但此时以气机郁滞为主要矛盾,胃以通为用,肝气喜条达,脾肾虽亏,肝胃尚实,当先开其道路,而后方能用补,否则补而不通,更增壅滞。故夏师先以小陷胸加枳实汤清热化痰、开郁降逆,合柴胡疏肝散疏肝解郁、行气和胃,加旋覆花、代赭石降逆,砂仁、白豆蔻行气,炒麦芽消食。二诊时气渐降,则暖气大减,痰稍减则泛酸好转,胃热而兼积滞则口干口臭、大便干结,故加蒲公英清胃热、鸡内金消食积;加重代赭石用量,取其苦寒沉降、兼能通便,张锡纯先

生^[10]在《医学衷中参西录·赭石解》中言,代赭石“通燥结而毫无开破”。三诊气顺痰消,则泛酸暖气已平;口干、口中异味好转,则热渐清;而脾湿未化,再加炒扁豆祛湿健脾。四诊道路渐通,而脾湿仍存,胃热未尽,且虚象渐露,除邪务尽,故先予前方加以巩固,邪去之后再图补益。

5 结语

小陷胸加枳实汤由小陷胸汤发展而来,《伤寒论·辨太阳病脉证并治下第七》曰:“小结胸病,正在心下,按之则痛,脉浮滑者,小陷胸汤主之。”小陷胸汤,原为小结胸病所设,功擅清热化痰、宽胸散结。虽然《伤寒论》中以痛与不痛来区分结胸和痞,但临床上亦不必拘束,只要辨为痰热互结心下之证,痞满者亦可用之。枳实苦辛微寒,能破气除满、化痰消痞、下气降逆,加枳实后,更增开结除痰降逆之力。小陷胸加枳实汤主治痰热互结心下、郁阻气机、胃气上逆之证,常以胃痛按之尤甚、脘胀、泛酸暖气、大便干结、舌红苔腻、脉弦滑等为主症。临证时,根据不同症状、不同兼证,夏师灵活加减或合方。便秘者,瓜蒌皮、仁同用,以增润肠通便之功;便常者,用瓜蒌皮即可;暖气者,常加旋覆花、代赭石降逆下气;肝胃郁热泛酸者,常合左金丸清泻肝胃郁热;泛酸明显者,常加乌贝散、煨瓦楞子制酸和胃;脘腹胀满者,常加砂仁、白豆蔻化湿行气;胃痛者,常加元胡等活血行气止痛;兼食滞者,常加炒麦芽消食行气;兼寒热错杂,而见心下痞满、便溏泄泻等,常合半夏泻心汤以寒热平调、散结消痞;兼肝气郁滞、肝胃不和者,常合柴胡疏肝散疏肝解郁、行气和胃^[11];兼痰气交阻,而见咽中异物感,或咽喉不适,或咳嗽等,常合半夏厚朴汤行气散结、降逆化痰^[12]。

以上四则病案,患者皆有泛酸暖气的症状。《素问·至真要大论》载“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”,可见泛酸属热者为多。《丹溪心法·吞酸》云:“吞酸者,湿热布积于肝,而出于肺胃之间。”^[13]《寿世保元·吞酸》亦言:“饮食入胃,被湿热郁遏,食不得化,故作吞酸。”^[14]痰湿郁而化热,与热相合,壅滞气机,胃气上逆,则成泛酸暖气之症。小陷胸加枳实汤主治之证,与泛酸暖气之机相合,故泛酸暖气可为选用此方的指征之一。需要注意的是,泛酸暖气亦有属虚属寒者,必综合分析,属痰热者方能用之。夏师常用小陷胸加枳实汤治疗胃食管反流病、慢性胃炎、胆汁反流性胃炎等消化系统疾病,亦用此方治疗咳嗽、咽炎等呼吸

系统疾病,尤其胃食管反流病最为多用。胃食管反流病以反酸、烧心、嗝气等为常见表现,且亦可见慢性咳嗽、慢性喉炎等食管外表现^[4]。《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》认为,胃食管反流病属于中医“吐酸”“食管瘴”范畴^[4]。此病的发生与“郁”密切相关,有医家认为,无郁不成酸^[5]。虽然反酸是胃食管反流病最常见的典型症状之一,但另有40%左右的患者没有“吐酸”症状,仅表现为烧心、咽喉不适、胸前区不适等症^[4]。不论有无泛酸的表现,胃食管反流病总以气机失调、胃失和降为病机关键^[6],小陷胸加枳实汤开郁降逆之力大,故属痰热者常能用到此方。

综上所述,夏师在运用小陷胸加枳实汤时,强调需抓住痰热郁阻、胃气上逆这一病机,常以嗝气泛酸、胃痛脘胀、大便干结、舌红苔腻、脉弦滑等为主症。临床常用此方治疗胃食管反流病、慢性胃炎、胆汁反流性胃炎、慢性咳嗽、慢性咽炎等消化系统、呼吸系统疾病,尤其多用于胃食管反流病的治疗。

参考文献:

[1] 吴瑭.温病条辨[M].北京:人民卫生出版社,2005:79-80.

[2] 顾松园.顾松园医镜校注:下册[M].郑州:河南科学技术出版社,1986:83.

[3] 黄元御.四圣心源[M].北京:中国中医药出版社,2009:77.

(上接第 645 页)

相关因子进行检测,以期明确其作用机制;另外将开展不同外敷时间的疗效差异研究,以寻求更简便易行的方案,便于患者日常护理。

参考文献:

[1] PAVLOV -DOLIJANOVIC S, DAMJANOV N S, STOJANOVIC R M, et al. Scleroderma pattern of nailfold capillary changes as predictive value for the development of a connective tissue disease: A follow-up study of 3 029 patients with primary Raynaud's phenomenon[J].Rheumatol Int,2012,32(10):3039-3045.

[2] VANDEN HOOGEN F,KHANNA D,FRANSEN J, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative[J].Ann Rheum Dis,2013,72(11):1747-1755.

[3] 法尔斯坦,巴德,加布里尔,等.凯利风湿病学[M].9版.栗占国,左小霞,朱平,等,译.北京:人民卫生出版社,2015:923.

[4] 田牛.临床微循环检查手册[M].北京:中国医药科技出版社,1992:1-32.

[5] 巢元方.诸病源候论[M].鲁兆麟,黄作阵,点校.沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:4.

[4] 汪忠镐,吴继敏,胡志伟,等.中国胃食管反流病多学科诊疗共识[J].中华胃食管反流病电子杂志,2020,7(1):1-28.

[5] 杨连荣,周庆华,张哲锋,等.茜草的化学成分与药理作用研究进展[J].中医药信息,2007,24(1):21-23.

[6] 朱震亨.丹溪心法[M].北京:人民卫生出版社,2005:127.

[7] 张伯礼,吴勉华.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2017:162.

[8] 秦伯未,李岩,张田仁,等.中医临证备要[M].北京:人民卫生出版社,2005:205.

[9] 戴原礼.秘传证治要诀及类方[M].北京:中国中医药出版社,1998:85.

[10] 张锡纯.重订医学衷中参西录:上册[M].北京:人民卫生出版社,2006:47.

[11] 朱月玲,朱文佳.夏永良治疗慢性胃炎临证经验[J].山西中医,2013,29(5):6-7.

[12] 黄慧琳,夏永良.夏永良运用半夏厚朴汤验案五则[J].浙江中医药大学学报,2020,44(2):182-184.

[13] 龚廷贤.寿世保元[M].北京:中国中医药出版社,1993:177.

[14] 张声生,朱生樾,王宏伟,等.胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(5):321-326.

[15] 李昊天,谢晶日,孙志文.谢晶日以开郁通腑法治疗胃食管反流病经验[J].浙江中医药大学学报,2020,44(8):719-722.

[16] 孙佳琳,张声生,朱春洋.张声生教授从“胃以降为顺”论治胃食管反流病的经验[J].天津中医药,2021,38(1):29-33.

(收稿日期:2021-12-15)

[6] 张艳,宋欣伟.基于《内经》探析系统性硬化病的诊治[J].浙江中医药大学学报,2021,45(5):507-511.

[7] 吴师机.理渝骈文(注释本)[M].赵辉贤,注释.北京:人民卫生出版社,1984:3.

[8] 张晓岑,段行武.中医治疗硬皮病最新研究进展[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2016,15(3):191-193.

[9] MOSTMANS Y, RICHERT B, BADOT V, et al. The importance of skin manifestations, serology and nailfold (video)capillaroscopy in morphea and systemic sclerosis: Current understanding and new insights[J].J Eur Acad Dermatol Venereol,2021,35(3):597-606.

[10] RADIC M, SNOW M, FRECH T M, et al. Consensus-based evaluation of dermatoscopy versus nailfold video-capillaroscopy in Raynaud's phenomenon linking USA and Europe: A European League Against Rheumatism study group on microcirculation in rheumatic diseases project[J].Clin Exp Rheumatol,2020,125(3):132-136.

[11] CURTISS P, SCHWAGER Z, COBOS G, et al. A systematic review and Meta-analysis of the effects of primary and secondary Raynaud's phenomenon[J].J Am Acad Dermatol,2018,78(6):1110-1118.

(收稿日期:2021-12-16)

吴昊,等:夏永良运用小陷胸加枳实汤验案四则