

本文引用:周德生,谭惠中.基于五体理论辨治痿病——中医脑病理论与临床实证研究(一)[J].湖南中医药大学学报,2019,39(1):6-10.

基于五体理论辨治痿病 ——中医脑病理论与临床实证研究(一)

周德生¹,谭惠中^{2*}

(1.湖南中医药大学第一附属医院神经内科,湖南长沙410007;2.湖南中医药大学,湖南长沙410208)

[摘要] 应用五体理论指导痿病的辨治,例举了运动神经元病、慢性格林巴利综合征、重症肌无力、周期性麻痹4个医案,以强肌汤为主方,疏利玄府,温阳化气,通行三焦,强力振痿。坚持中西医结合思维,根据西医病种、分型、发病机制、发病原因、病程、西药治疗状况,拓广临床辨病辨证用药的选择范围。并根据中医病因、病位、病性、病理用药,分辨虚实,权衡补泻,综合药象功能和药理作用处方,有选择的配伍补肾强筋、疏通经络、补脾益气、清热解毒、理气化痰、活血化瘀等等,疏通筋络、开通玄府气机,目的在于恢复五体与五脏神机合一,促进脑髓神机对五脏神机及五体的调控,有效治疗神经元、神经干、神经肌肉接头、肌肉病变所致的各种痿病。

[关键词] 痿病;五体;气化;调神;运动神经元病;慢性格林巴利综合征;重症肌无力;周期性麻痹

[中图分类号]R2-0;R255.6 **[文献标志码]**B **[文章编号]**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.01.002

Syndrome Differentiation-Based Treatment of Paralysis Based on Five-Body Theory: Traditional Chinese Medicine Theory of Encephalopathy and Clinical Empirical Study (1)

ZHOU Desheng¹, TAN Huizhong^{2*}

(1. Department of Neurology, The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China; 2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China)

[Abstract] This paper applies the five-body theory to guide the syndrome differentiation-based treatment of paralysis, such as motor neuron disease, chronic Guillain-Barre syndrome, myasthenia gravis, and periodic paralysis. Qiangji Decoction is the main prescription, dredging Xuanfu, warming Yang and transforming Qi, passing vessels within the Sanjiao site, and reversing paralysis strongly. With adherence to the combination of Chinese and Western medicine thinking, and according to the disease type, classification, pathogenesis, etiology, course of disease, and treatment outcome in Western medicine, the range of clinical drugs based on disease differentiation and syndrome differentiation is expanded. According to the etiology, disease location, nature of disease, and pathology in traditional Chinese medicine, with the principle of distinguishing deficiency and excess, weighing supplementation and drainage, and combining drug functions and pharmacological action prescriptions, kidney-tonifying and tendon-strengthening medicine, meridian- and collateral-dredging medicine, spleen-tonifying and Qi-benefiting medicine, heat-clearing and detoxicating medicine, Qi-regulating and phlegm-eliminating medicine, and blood-activating and stasis-resolving medicine are combined selectively to dredge the tendons, meridians, collaterals, and Xuanfu and to make Qi-movement. The purpose is to restore the five body in consistent with the five viscera and to promote the regulation of the five viscera and the five body by the brain, in order to effectively treat the various types of paralysis caused by the lesions in neurons, the nerve trunk, the neuromuscular junction, and muscles.

[Keywords] paralysis; five body; Qi transformation; spiritual cultivation; motor neuron disease; chronic Guillain-Barre syndrome; myasthenia gravis; periodic paralysis

[收稿日期]2018-11-02

[基金项目]湖南省科技厅科技创新平台与人才计划资助项目(2017SK4005)。

[作者简介]周德生,男,主任医师,教授,研究方向:神经系统疾病的中医药防治。

[通讯作者]*谭惠中,女,在读硕士研究生,E-mail:471803292@qq.com。

痿病是肌肉筋脉失养以致肢体弛缓、软弱无力,甚至日久不用,引起肌肉萎缩或瘫痪的一种病证。痿病是五体的共同病变,五脏皆令人痿,故有痿躄、筋痿、脉痿、肉痿、骨痿之分类。并有痿厥、痿痹、痿易、风痿、体惰、解体、肉烁、肉苛、弹等病名^[1]。多见于运动神经元病、脊髓病变、多发性硬化、格林巴利综合征、周围神经病、重症肌无力、多发性肌炎、肌营养不良、周期性麻痹、副肿瘤综合征等神经肌肉疾病。兹从笔者临床诊疗的运动神经元病、慢性格林巴利综合征、重症肌无力、周期性麻痹4个医案经验,从神经元、神经干、神经肌肉接头、肌肉病变,探讨应用五体理论指导痿病的辨治体会。

1 从五体理论认识痿病的病因病机

《黄帝内经》五体理论强调,在神机、精气血津液的作用下,五体结构之间的关系以及经络脉系的联络,彼此之间或与其他结构乃至和全身脏器产生广泛的联系。五体相联,体脏合一。例如骨部,颅骨包围脑髓,脊骨内藏脊髓,督脉贯脊,化生神机,调控体脏;骨骼支撑形体,附着筋肉,联缀运动;储存骨髓,精髓化血,营养筋肉。肉部,肉附于骨,赤白相分,保护脏器,屏障外邪,主司运动;有肉腠、筋肉、分肉、肌腠、肌皮、肉节,以及肉之大小会的谿谷。筋部,经筋系于关节,联于肌肉,络缀形体,著藏经络,协助运动;经筋之外的宗筋、维筋、缓筋、筋膜、筋节、筋余。五体相关是实现人体运动功能的生理机制^[2]。《证治准绳·痿痹门》说:“由是论之,凡神机气血或劣弱,或闭塞,即脏腑经络四属,若内若外,随处而不用。”

因此,基于五体理论辨治痿病,痿病因病种不同,病因不一。但是,湿邪侵袭、情志不调、精气亏损,是其共同病因。因此,在西医明确诊断的基础上,联系不同病种的发病机制,应用中西医结合思维,临床上不以五脏痿分类,而是直接按证素、机素辨证。病位在于脑髓、经筋、筋膜、玄府,与脏腑、经脉、五体均有相关,痿病是全身性疾病。病性属于虚实夹杂,但有侧重。内虚包括气虚、血虚、气血两虚、阴虚、阳虚、阴阳两虚、元气虚、精气不足、气血阴阳俱虚等。实邪包括湿热、燥热、痰湿、浊毒、血瘀、食积等。病理乃气化不利,神机障碍,脏腑失和,五体失用,形气同病。

2 基于五体理论的痿病治法方药特色

在中医气化学说指导下,以五体理论为基础,联

系脑髓、脏腑、经络、玄府理论,以神机轴为通路,以强肌汤为主方,配伍补肾强筋、疏经通络、补脾益气、清热解毒、理气化痰、活血化瘀等治法,疏通筋络脉、开通玄府气机,体脏合一,五体合一,才能有效治疗痿病。

2.1 以气化调神为治则

精化气,气化神,神气游行出入于脏腑骨筋肌肉,故痿病以气化调神为治则,在于恢复五体与五脏神机合一,促进脑髓神机对五脏神机及五体的调控。

2.2 辨证复方用药经验

治疗痿病,已经有学者认识到“补益经络气血,调节神机功能”为大法^[3]。但是,由于神经元、神经干、神经肌肉接头、肌肉病变所致不同病种的发病机制差异,明确诊断和规范治疗是痿病辨治的临床基础。根据西医病种、分型、病程、西药治疗状况,有选择的结合中药治疗。坚持中西医结合思维,拓广临床辨病辨证用药的选择范围。

(1)结合西医病种及发病机制,参考现代中药药理研究成果指导用药选择。①对中枢神经有兴奋作用的中药:人参、五味子、黄芪、太子参、党参、刺五加、苦茶丁、马钱子、艾叶、白芷、薄荷、连翘等。②正性肌力作用的中药:西洋参、山茱萸、何首乌、豨莶草、黄芪、葛根、附子、干姜、杜仲、菟丝子、巴戟天、肉苁蓉、淫羊藿、白芷、茴香、川芎、枳实、毛冬青、牛黄、黄连、仙鹤草等。③调节免疫作用的中药:细辛、荆芥、防风、白芷、芦荟、大黄、天花粉、刺五加、附子、茵陈、山豆根、苦参、秦皮、半枝莲、白花蛇舌草、罗布麻、海风藤、威灵仙、雷公藤、川乌、天麻、忍冬藤、地龙、蜈蚣、斑蝥、莪术、川牛膝、三七、松香、柴胡、路路通、川楝子、天仙藤、枳实、枳壳、九香虫等。

(2)根据中医病因、病位、病性、病理用药。权衡补益、祛邪、疏通各种亚治法侧重组合作用,调其虚实,和其逆顺,以脾胃为主,辨证复方用药,但不可执于独取阳明。根据不同病情,组合亚治法成方,选择相应药物配伍。①补益精气:补精、补气、精气同补,或者补肾强筋、补脾助运、补肺生津。用药如熟地黄、山茱萸、黄芪、女贞子、墨旱莲、黄精、麦冬、紫河车等。②舒畅气道经隧:疏肝理气、活血化瘀、化痰开窍、清热散结、化浊解毒、祛风解痉、润燥通络等。用药如郁金、鸡血藤、川牛膝、山羊角、连翘、木瓜、皂角刺、天花粉等。③调平气机紊乱:升清降浊、调和荣

卫、升降气机、重镇潜阳、升陷固脱等。用药如葛根、桂枝、升麻、柴胡、川芎、龙骨、仙鹤草、黄芪等。④辨别五脏痿病：痿躄用金毛狗脊、地骨皮、知母、黄柏、川防己、川牛膝等，以肺热为目标，兼清肝热；筋痿用五加皮、石斛、钩藤、白蒺藜、山茱萸、五味子等，以肝火为主，兼顾肺金；脉痿用橘络、秦艽、桑枝、炙水蛭、远志、虎杖等，以心火为目标，兼清相火、五脏游火；肉痿用党参、白术、茯苓、黄芪、陈皮、山楂等，以健脾为主，兼以祛风湿、调营卫、通经络；骨痿用怀牛膝、熟地黄、肉苁蓉、菟丝子、杜仲等，以滋阴清热药为主，阴损及阳时，阴阳并补。同时，考虑到脏腑相互作用，全面兼顾^[4]。

3 应用强肌汤基础方加减

笔者临床经验，应用强肌汤为基础方，对各种痿病都有较好的临床疗效。强肌汤疏利玄府，温阳化气，通行三焦，强力振痿。药物组成：炙麻黄 10 g，白参 10 g，紫石英 15 g，蜈蚣 2 条。临床应用时，须配伍少量开窍中药如人工牛黄、人工麝香、石菖蒲、白芷、薄荷、天竺黄、竹沥、冰片等。每天 1 剂，水煎服。注意炙麻黄兴奋中枢神经系统，对横纹肌具有正性肌力，用于肌痿无力、拘急痉挛、麻木不仁，不能用生麻黄代替。

根据具体病种加减，用药方法：(1)神经源性痿病，如运动神经元病、脊髓病变、多发性硬化、格林巴利综合征，配合使用正力散：制马钱子 0.3 g，鹿茸 1.0 g，冬虫夏草 0.7 g。每次 1 g，每天 2 次，冲服。《医学衷中参西录》说马钱子“能润动神经，使之灵活”。制马钱子方法^[5]，取砂子置锅内，用武火加热，加入净马钱子，拌炒至褐色，鼓起，内部红褐色，并起小泡时，取出，筛去砂子，放凉，研细末备用。由于马钱子炮制加工难度大，难于严格掌握有效剂量与中毒剂量，也可以使用中成药风湿马钱片（每片 0.17 g），每次 2 片，每天 2 次。(2)肌源性痿病，如多发性肌炎、肌营养不良、周期性麻痹、副肿瘤综合征，选择使用西洋参、黄芪、党参、红景天、葛根、山药、薏苡仁、干姜、甘草等补脾胃作用的正性肌力中药。(3)神经肌肉接头性痿病，如重症肌无力，选择使用露蜂房、蜈蚣、乌梢蛇、白僵蚕、全蝎、土鳖虫、穿山甲、鹿茸等虫类中药，或者羌活、独活、荆芥、防风、细辛、威灵仙、桂枝、川乌等风药。

根据发病原因加减，用药方法：(1)有遗传性背景者，配合使用紫河车粉：紫河车粉 3 g，每天 1 次，冲服。或者豨莶草、山茱萸、何首乌、覆盆子、五味子、刺五加、杜仲、菟丝子、附子、巴戟天、肉苁蓉、淫羊藿等补肝肾作用的正性肌力中药。(2)有感染史者，《症因脉治》称为外感痿，选择使用苍耳子、海风藤、川防己、苍术、木瓜、草薢、土茯苓、龙胆草、黄柏等祛湿化浊中药。(3)有重金属及毒素中毒史者，选择使用白花蛇舌草、土茯苓、青黛、大黄、玄参、附子等解毒中药。(4)有肿瘤病史者，选择使用重楼、苦参、山慈菇、臭牡丹、白花蛇舌草、石见穿、土贝母等抗癌中药。配合使用中成药西黄胶囊（每粒 0.25 g），每次 1 g，每天 2 次。

4 基于五体理论的痿病临床医案举隅

4.1 慢性苯中毒性运动神经元病案

左某某，男，52 岁。2016-09-14 首诊：进行性构音障碍、饮水呛咳 4 年余，加重 9 月。患者长期从事汽车修理工作，无防护条件下接触工业油类。4 年前开始出现声音嘶哑，偶尔有吞咽梗阻感；近 9 个月来，因新购汽车坐垫有异常香味，渐渐饮水呛咳、吞咽困难，声音低沉、言辞不清；双手及左足肌力稍差，走路欠稳，肌肉稍有萎缩，无感觉障碍。舌暗红苔黄厚腻，脉细弦。头部 MRI+MRA 无异常发现。肝肾功能、电解质、肌酶、甲状腺三项、肿瘤标志物等生化指标正常。苦于无特殊实验室检查方法，询问专业人员得知，工业油类中含有正己烷、环烷(苯)等有急性、亚急性、慢性神经毒性，可以累积性或蓄积性中毒，形成迟发性多发性神经损害。据此推理，本病疑诊为慢性苯中毒性运动神经元病、真性球麻痹。中医诊为痿病痿痹，痰湿瘀毒、神窍阻滞证。治法：利湿化浊，清热活血，滑痰开窍。强肌汤加减，处方：大青叶、虎杖各 15 g，桃仁、制乳香、制没药、青黛、白参、苏木、炙麻黄各 10 g，白花蛇舌草 30 g，人工牛黄 3 g，炮附子、甘草各 6 g。14 剂，每日 1 剂，水煎服。安脑丸（组成：人工牛黄、猪胆汁粉、朱砂、冰片、水牛角浓缩粉、珍珠、黄芩、黄连、栀子、雄黄、郁金、石膏、赭石、珍珠母、薄荷脑），清热解毒，醒脑安神，豁痰开窍，镇惊息风。每次 2 丸，每天 2 次。利鲁唑片，每次 50 mg，每天 2 次。2016-09-28 二诊：患者信心大增，诉用药后构音障碍、饮水呛咳、吞咽困难、走路欠稳

等症明显好转,舌暗红苔黄厚滑,脉沉细滑。效不更方,加大化痰力度。原方加人工天竺黄、法半夏各10g,胆南星6g。14剂,每日1剂,水煎服。配合风湿马钱片(每片0.17g),每次2片,每天2次。2016-10-12三诊:患者声音较前清晰,声调变高,仍然嘶哑,饮水稍呛咳,吞咽正常,肢体活动正常,舌暗红苔黄薄滑,脉沉细弱。治法:清热利湿,化浊解毒,利咽开窍。清开利咽汤加减,处方:石菖蒲、黄芩、秦艽、炒栀子、牡丹皮、白茅根、川牛膝、防风、木蝴蝶各10g,红景天、天花粉、白花蛇舌草、益智仁、土茯苓各15g,蜈蚣1条,甘草6g。14剂,每日1剂,水煎服。随后,以清开利咽汤为主方出入,调理半年而愈。

按:慢性砒中毒以脑神经远端小纤维神经损伤为主,延髓以下IX、X、XI、XII对脑神经轴索与髓鞘共同发生病变,是真性球麻痹的发病机制。选择人工牛黄、白花蛇舌草、青黛、栀子、黄芩、土茯苓、白茅根、甘草等解毒中药配方。中医认为声音嘶哑的原因,乃内外邪气阻遏肺窍,宗气鼓动乏力,声道滞涩,会厌开合不利,故先期以强肌汤加减疏通玄府神窍,后期治以清开利咽汤(人工牛黄3g,白花蛇舌草30g,木蝴蝶、栀子、桃仁、苏木、玄参各10g,桔梗、甘草各6g)加减利咽开窍。

4.2 慢性格林巴利综合征案

肖某某,女,79岁。2017-02-15首诊:四肢乏力、感觉减退5月,双手肌肉萎缩,轮椅代步,二便自控,基本生活需要专人护理。2016-08-22开始,出现急性进行性四肢瘫痪9d,当地县人民医院住院,确诊为急性格林巴利综合征,使用大剂量丙种球蛋白静脉注射冲击治疗,泼尼松片30mg,每天1次;以及维生素B₁片、B₁₂片营养神经,艾地苯醌片保护线粒体,病情好转,但基本生活能力丧失。期间反复使用过中药汤剂(不详)治疗,疗效欠佳。刻诊诉头晕,全身乏力,四肢末端乏力明显,四肢冷痠麻木如束,双手肌肉痿缩,不能握固,吞咽无障碍。天气变化前后,腓肠肌及前臂痠胀疼痛。舌紫暗苔薄黄腻,脉细弦促代。查四肢近端肌力V级,末端肌力III⁺级,腱反射对称性减弱。EMG检查示:双正中神经、双桡神经、双尺神经、双腓浅神经、双腓肠神经运动及感觉神经传导速度(NCV)减慢,远端潜伏期延长,诱发动作电位波降低。患者拒绝行腰椎穿刺检查。诊断为慢性格林巴利综合征。中医诊断为痿病痿痹,肝肾亏

虚、瘀血阻络证。治法:平补阴阳,活血通络。强肌汤加味,处方:威灵仙、秦艽、黄柏、苏木、白芷、炙麻黄、白参、女贞子、墨旱莲、制乳香、制没药各10g,紫石英、忍冬藤、鸡血藤、石楠藤各15g,蜈蚣2条。30剂,每日1剂,水煎服。并予活血荣络片4片,每天3次;泼尼松片30mg,每天1次,晨起顿服;维生素B₁片、B₁₂片、艾地苯醌片等常规治疗。2017-03-19二诊:患者精神可,四肢乏力及麻木紧束感均有减轻,痠胀疼痛已除。舌暗苔薄黄腻,脉细弦促。西成药如前法,中药继续上方加减调理,去制乳香、制没药,加丹参、红景天各15g,蜈蚣改1条。30剂,每日1剂,水煎服。2017-04-21三诊:患者信心增加,四肢乏力及麻木紧束感明显减轻,手指活动范围及力度增大。查手指末端肌力IV级。舌略暗苔薄黄,脉细促。泼尼松片每周递减5mg,至10mg时,长期维持10mg治疗;其余西成药如前法;中药继续使用二诊处方,每月服中药3周,停中药1周。加强肢体功能训练,特别是双手精细活动训练。2017-12-10开始弃轮椅,2018-03-22双手可以持筷,基本生活能力恢复。

按:此案痿痹并见,有其特殊性。《诸病源候论·虚劳病诸候》中有“虚劳风痿痹不随候”,与此案相类似。《儒门事亲·指风痹痿厥近世差玄说》云:“四末之疾‘不仁或痛者为痹,弱而不用者为痿’,亦有‘肌痹传为脉痿’。病久则精血虚耗,荣卫行涩,留而不行,在骨则重而不举,在筋则屈伸不利,在肉则不仁,在脉则血凝而不流,在皮则寒。五体的结构与功能同病,多虚重损,多实交互,虚实并存。《证治汇补·痿》说:“其痿症亦有作痛者,必挟火挟痰挟湿挟瘀而起,切不可混同风治。”强肌汤加味方用紫石英、白参、女贞子、墨旱莲平补阴阳,从阴引阳;以及诸多活血通络药物,养血活血,疏通经络;佐以祛风、理气、清热等,祛除多种内邪。医院内制剂活血荣络片(玄参、生地黄、黄精、鸡血藤、石楠藤、川芎、乳香、没药、冰片)滋阴活血为主,兼益气、补血、理气、开窍,适合长期用药。《儒门事亲·指风痹痿厥近世差玄说》还指出:“治肝肾之病最远,用药剂不厌顿而多。”反观本案病程长,患者及患者家属配合努力,尤为重要。

4.3 重症肌无力眼肌型案

张某某,男,46岁。2017-09-08首诊:反复双眼睑下垂、复视1年余,有晨轻暮重规律,不耐久视,胸

部MRI示胸腺增生,血清AchR-Ab(+),诊断为重症肌无力眼肌型,服用溴吡斯的明片60mg,每天3次。刻诊诉看电脑1h以上就出现眼疲劳,偶尔出现双眼睑下垂、视物模糊、复视,需要休息10~20min才能缓解,不敢久视,常欲闭眼,以致影响工作。舌暗红苔薄白腻,脉沉弱。中医诊断为痿病睑废,气虚不化、神机障碍证。治法:温阳疏利,化气调神。强肌汤加减,处方:炙麻黄、白参、柴胡各10g,黄芪、紫石英、红景天、薏苡仁各15g,山药30g,蜈蚣1条,甘草5g。14剂,每日1剂,水煎服。2017-09-23日二诊:药后眼部症状消失,精神好转,继续服用溴吡斯的明片60mg,每天3次;加服补中益气丸1个月。

按:脾胃气虚,气化不利,神机失用,目纲失司,故痿病睑废;动则耗损阳气,卧则阳入于阴,故症见晨轻暮重。参照《原机启微·附方》治疗方法,“主以群队升发,辅以和血补血,导入本经,助以相协收敛”。在补脾升阳同时,注意气血兼顾,升降协调。本案三焦同治,上下并调,开阖有度。先以温阳疏利,化气调神;再以补中益气、升阳助运。

4.4 周期性麻痹案

奉某某,男,79岁。2016-09-14日首诊:四肢乏力、反复下肢瘫痪3月。患者于5个月前行胃大部分切除术,3个月前开始腹泄,呈水样,时有白冻状黏液,每天6~10次。精神萎靡不振,四肢乏力冷麻,反复下肢瘫痪,3~5d发作1次,每次瘫痪持续时间15min至1h不等,休息后或者进食后可以缓解。舌淡红苔薄黄干,脉沉细弱。5个月来体质量下降8kg。多次急诊住院,诊断为低钾性周期性麻痹,留观补钾及对症支持治疗好转。中医诊断为虚损痿病劳泄,脾肾亏损、阳气不固证。治法:温补脾肾,止泻固脱。强肌汤加减,处方:炙麻黄、白参、黄连炭各10g,山药30g,炒麦芽、炒谷芽、车前子、诃子、紫石英、鹿角霜、赤石脂、乌梅炭各15g,炙甘草6g。3剂,每日1剂,水煎代茶频频饮用,不可一二次服完。并嘱营养饮食,少食多餐。2016-09-17二诊:精神略微好

转,腹泄,每天4~6次,3d来竟然没有发作下肢瘫痪症状,患者及其家属均认为佳兆。舌淡红苔薄黄,脉沉细弱。效不更方。7剂,每日1剂,水煎代茶频频饮用。2016-09-25三诊:精神一般,大便溏,每天1~4次,7d中下肢瘫痪症状亦无发作。舌淡红苔薄黄润,脉沉细弱。续予原方20剂,每日1剂,水煎代茶频频饮用。2016-10-10之后,其子多次电告病情稳定,三诊药物用完后不再用药。

按:《医宗金鉴·虚劳总括》曰:“脾损食少肌消泻。”脾肾亏损,阳气不固,清浊不分,内消脏腑之真,外损五体之形。劳伤日久,肉痿羸瘦,乃至肉极。因此,止泻为第一要务,同时必须脾胃水谷生化荣卫,才能拯阳理劳,筋骨肌肉皆有气以生。

5 结语

综上所述,基于五体理论辨治痿病,可以最大限度的拓展临床思维。治疗神经元、神经干、神经肌肉接头、肌肉病变所致的各种痿病,不再囿于传统的独取阳明^[6]或者泻南补北之说^[7],而是根据不同病种的辨病辨证及发病机制,分辨虚实,权衡补泻,气化调神,综合药象功能和药理作用处方。一般而言,痿病病程较长,不宜使用燥烈、滞腻、毒性药物,或者使用中成药剂型,以便守方满足疗程时间。

参考文献

- [1] 陈士玉.《黄帝内经》神经、精神疾病研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2012.
- [2] 陈羽楠,林丹红,陈立典.试析五体理论与中医运动功能[J].中医杂志,2018,59(4):276-280.
- [3] 许军峰.石学敏教授经筋刺法学术思想解析[J].天津中医药,2017,34(10):649-651.
- [4] 熊江华,倪寅,李艳.《医方考》论痹痿病[J].中医药临床杂志,2016,28(1):36-38.
- [5] 吴菲,李阿荣,郭洁文.毒性中药马钱子炮制方法的历史沿革[J].今日药学,2017,27(5):355-357.
- [6] 程士德,王洪图,鲁兆麟.素问注释汇粹[M].北京:人民卫生出版社,1982:627-638.
- [7] 李志庸.张景岳医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:1855.