

• 文献研究 •

孟河马派痞证证治规律研究

田耀洲^{1*} 张 伟²

(1. 江苏省中医药研究院, 江苏省南京市红山路十字街 100 号, 210028; 2. 南京中医药大学)

基金项目: 江苏省科学技术厅科技基础设施建设计划项目(BM2008152)

* 通讯作者: tianyaozhou1960@163.com, (025)52362051

[摘要] 目的 探寻孟河马派临证痞证证治规律。方法 搜索整理马派主要医家相关著作及文献中有关“痞证”的医案, 对医案中所记录的症状、病位证素、病性证素、药物组成参照相关标准进行数据规范化处理, 并对医案中痞证医案病位证素、病性证素、中药频数进行统计分析、关联规则分析、R 型聚类分析。结果 频数统计显示, 痞证病位主要为胃、脾、肝、胸膈; 病性主要为气滞、气虚、湿、痰; 用药以理气药、补虚药、祛湿药为主。关联规则显示, 病位证素、病性证素与中药三者之间均存在强关联规则; R 型聚类分析得到 5 个用药聚类组合。结论 痞证病位在胃, 涉及肝、脾; 病性以气滞、气虚、湿、痰为主; 主要证型为中虚气滞证、中虚湿困证和肝胃不和证; 用药以理气药、补虚药、祛湿药为主; 治以益气健脾、理气化湿为主, 方用归芍六君汤等化裁。

[关键词] 孟河医派; 马派; 痞证; 证治规律; 数据挖掘

Syndrome Identification and Treatment Law of Pi Syndrome by the MA Scholarly Current in Menghe Area

TIAN Yaozhou¹, ZHANG Wei²

(1. Jiangsu Province Academy of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province 210028; 2. Nanjing University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To study the syndrome identification and treatment law of Pi syndrome (epigastric fullness syndrome) by the MA scholarly in menghe area. **Methods** Case records related to the Pi syndrome distributed in books by main doctors of MA scholarly were collected. The syndrome factors of symptom, disease location, disease nature and medicinal composition in the medical records were standardized. The frequency statistical analysis, association rules and R-type cluster analysis were conducted by Microsoft Office Excel 2003, Alpha-Miner 2.0.0.0 and IBM SPSS U software. **Results** The main location of Pi syndrome was the stomach, spleen, liver, chest and diaphragm. The main nature of Pi syndrome was qi stagnation, qi deficiency, damp and phlegm. The mainly used medicinal was qi-rectifying medicinal, supplementing medicinal and dampness-dispelling medicinal. There was a strong correlation between the syndrome factors of symptom, disease location and medicinal. Five medication clustering combinations were found with cluster analysis. **Conclusion** The main syndrome types of the Pi syndrome was center deficiency qi stagnation syndrome, center deficiency dampness encumbering syndrome and liver-stomach disharmony syndrome. The mainly used medicinal was qi-rectifying medicinal, supplementing medicinal and dampness-dispelling medicinal. The main treatment was boosting qi, fortifying the spleen, rectifying qi and transforming the dampness. Guishao Liujun Decoction (Chinese Angelica and Peony Six Gentlemen Decoction) was commonly used.

Keywords Menghe scholarly current; MA scholarly; Pi syndrome; syndrome identification and treatment law; data mining

孟河医派是明末清初源出江苏孟河的地域性医学流派, 以费、马、巢、丁四大家族为主, 全国影响甚大。名医马培之“以外科见长而以内科成名”, 家传及门徒薪火相传, 不断将马氏学术发扬光大, 马派诸医家在诊治脾胃病方面经验丰富, 疗效卓著, 值得后世继承发扬。慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是临床常见疾病, 1989 年 10 月全国第五届脾胃病痹证学术交流会议上, 将 CAG 定为

“胃痞病”^[1]。我们尝试通过对孟河马派主要医家临证有关痞证医案、医话等进行搜集、整理, 运用现代数理统计及数据挖掘技术探寻痞证的证候特征及方药规律, 以期为辨治痞证及 CAG 提供新的思路与方法。

1 文献资料

1.1 医案来源

以孟河马派主要医家^[2]为研究对象, 南京中医

药大学图书馆馆藏图书为来源、中国知网(CNKI)为平台,搜索、整理马派医家相关著作(共23种)及文献(共600余篇)中有关“痞证”的医案。

1.2 选案标准

1.2.1 诊断标准 参照新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医内科学》中痞证标准。

1.2.2 纳入标准 ①所选医案符合痞证的诊断标准:需在著作目录下出现“痞、痞证、痞满”或在医案中出現“胃痞、痞满、痞胀、腕痞、心下痞、腕闷、腕胀、腕塞、腕窒”等;②所选医案的辨证用药遵循中医学传统思路,要求真实、有效;③若属多次复诊的医案,则由二诊时的疗效决定是否仅录入初诊部分,以使各医案之间相对独立;或复诊时与前者病证不同,但符合上述痞证诊断标准。

1.2.3 排除标准 ①医案不完整,如没有临床症状或只有治则而无方药的医案;②医案记载中治疗无效的医案,误诊、误治的医案;③同一医案转载与不同医籍中,只记录其原始出处,其他概不录入。

2 方法

2.1 数据规范化

对医案记录以下信息点:症状、病位证素、病性证素及药物组成。数据规范如下:①症状规范:参照《中医药学名词》^[3]对医案中的中医症状描述进行规范化处理。②药名规范:参照新世纪全国高等中医药院校规划教材《中药学》、《中华本草》^[4]等对中药名进行规范化处理。③证素规范:证素即证候要素,是指辨证所要辨别的脾、肾、肝、胃等病位和气虚、血瘀、痰、寒等病性。参照朱文锋主编的《证素辨证学》^[5],对医案中相关病因病机进行证素规范,并根据相关症状对每个医案进行证素分析。

2.2 统计分析方法

①频数统计分析:利用 Microsoft Office Excel 2003 对痞证医案中的病位证素、病性证素和中药进行频数统计分析。②关联规则分析:运用 Alpha-Miner 2.0 开放数据挖掘平台进行关联规则分析,挖掘痞证医案中的病位证素、病性证素与中药三者的相互关联关系。③R型聚类分析:利用 SPSS v20 软件,选取频次前56位的药物进行R型聚类分析,探析痞证的处方用药规律。

3 结果

孟河马派主要医家有61名:马院判、马荣成、马省三、马益三、蒋汉儒、马绍成、马培之、马日初、马道生、马继昌、马均之、马希融、马伯藩、马冠群、马擗

卿、马洛川、马际周、马际卿、马惠卿、马笃卿、马嘉生、马书坤、黄翼天、马冀良、马书常、马泽人、马心厚、马心安、黄自强、马寿南、黄剑波、马黛云、马荷庵、马坦庵、丁甘仁、巢渭芳、邓星伯、沈奉江、贺季衡、毛善珊、王询白、赵竹泉、金宝之、贾幼山、周憩堂、钱厚甫、谢大章、吴庚生、钟道生、张泽生、颜亦鲁、庄育民、贺桐孙、芮大荪、徐鼎汾、单兆伟、张继泽、邵荣世、金惠伯、卞同琦、徐苇江。共得痞证医案70例,其中马培之11例、马伯藩1例、丁甘仁3例、邓星伯16例、贺季衡3例、张泽生3例、颜亦鲁2例、单兆伟24例、张继泽6例、金惠伯1例。

3.1 频数统计分析

痞证医案涉及病位证素10项,病性证素12种,中药136味。病位证素频次总计194项,其中 ≥ 20 项的病位证素分别是胃、脾、肝、胸膈,占有病位证素总频次的88.14%;病性证素频次总计208种,其中 ≥ 20 种的病性证素分别是气滞、气虚、湿、痰,占有病性证素总频次的72.12%;中药使用频次总计838味,平均每张处方使用中药11.97(838/70)味, ≥ 5 味的中药共有56味,占有中药总频次的83.05%。详见表1~表3。

表1 痞证医案病位证素频数统计

病位	频次	频率(%)
胃	70	36.08
脾	53	27.32
肝	24	12.37
胸膈	24	12.37
大肠	9	4.64
心神	4	2.06
肾	3	1.55
心	3	1.55
胆	2	1.03
肺	2	1.03

表2 痞证医案病性证素频数统计

病性	频次	频率(%)
气滞	61	29.33
气虚	41	19.71
湿	27	12.98
痰	21	10.10
热	13	6.25
阳虚	12	5.77
血瘀	11	5.29
血虚	10	4.81
阴虚	3	1.44
饮	2	0.96
气不固	1	0.48
气陷	1	0.48

表 3 痞证医案中药频数前 56 位统计

中药	频次	频率 (%)	中药	频次	频率 (%)	中药	频次	频率 (%)
陈皮	40	4.77	紫苏梗	13	1.55	太子参	8	0.95
半夏	39	4.65	川楝子	13	1.55	娑罗子	7	0.84
白术	33	3.94	当归	12	1.43	大腹皮	7	0.84
白芍	31	3.70	生姜	12	1.43	炮姜	7	0.84
茯苓	26	3.10	旋覆花	12	1.43	桂枝	7	0.84
枳壳	23	2.74	吴茱萸	12	1.43	竹茹	7	0.84
厚朴	19	2.27	枳实	11	1.31	麦冬	7	0.84
甘草	19	2.27	砂仁	11	1.31	百合	7	0.84
黄连	18	2.15	香附	10	1.19	赭石	6	0.72
党参	17	2.03	豆蔻	10	1.19	柴胡	6	0.72
郁金	15	1.79	玫瑰花	10	1.19	合欢皮	5	0.60
干姜	15	1.79	丹参	10	1.19	苍术	5	0.60
黄芩	15	1.79	青皮	9	1.07	藿香	5	0.60
谷芽	14	1.67	香橼	9	1.07	附子	5	0.60
佛手	14	1.67	麦芽	9	1.07	鸡内金	5	0.60
仙鹤草	14	1.67	神曲	9	1.07	决明子	5	0.60
山楂	13	1.55	沉香	8	0.95	莪术	5	0.60
木香	13	1.55	莱菔子	8	0.95	黄芪	5	0.60
薏苡仁	13	1.55	白花蛇舌草	8	0.95			

将前 56 位中药按功效进行归类,参考新世纪全国高等中医药院校规划教材《中药学》,并结合医案具体内容做相应调整,如将柴胡归为理气药、仙鹤草归为补虚药,统计分析其归类情况。结果显示,痞证医案用药以理气药、补虚药、祛湿药、消食药、温里药等为主。详见表 4。

表 4 痞证医案高频药物归类频数

中药归类	频次	频率 (%)
理气药	15	26.79
补虚药	10	17.86
祛湿药	7	12.50
消食药	6	10.71
温里药	6	10.71
清热药	4	7.14
化痰药	3	5.36
活血药	3	5.36
安神药	1	1.79
平肝药	1	1.79

3.2 关联规则分析

设定置信度 $>50\%$,支持度 $>20\%$,进行二阶和三阶关联分析。发现病位证素、病性证素和中药相互之间均存在强的关联规则。

3.2.1 病位证素与病位证素、病性证素、中药的关联关系 病位证素与病位证素关联结果显示,胃与脾强关联,即医案中病位胃和病位脾常同时出现,此

外,肝与胃、脾,胸膈与胃、脾均存在强关联。病位证素与病性证素关联结果显示,气滞、气虚、湿与胃、脾均强关联;脾、肝、胃、胸膈与气滞强关联;气滞、痰与胃强关联。病位证素与中药关联结果(限于篇幅,仅列出 10 条,其余以文字描述)显示:佛手、白芍、干姜、仙鹤草、郁金、谷芽、白术、半夏、黄连、党参、陈皮、茯苓与胃强关联;陈皮、白芍、白术、半夏、茯苓与脾强关联;党参、白术、白芍、陈皮、半夏、枳壳、厚朴与胃、脾强关联;半夏、陈皮与胸膈强关联。详见表 5。

表 5 病位证素与病位证素、病性证素、中药的关联关系

编号	规则	项容量	支持度 (%)	置信度 (%)
1	胃 $\Rightarrow$ 脾	2	75.714	75.714
2	肝 $\Rightarrow$ 胃,脾	3	20.000	58.333
3	胸膈 $\Rightarrow$ 胃,脾	3	20.000	58.333
4	气滞 $\Rightarrow$ 胃,脾	3	62.857	72.131
5	气虚 $\Rightarrow$ 胃,脾	3	58.571	100
6	湿 $\Rightarrow$ 胃,脾	3	37.143	96.296
7	脾,肝 $\Rightarrow$ 气滞	3	20.000	100
8	胃,肝 $\Rightarrow$ 气滞	3	34.286	100
9	胃,胸膈 $\Rightarrow$ 气滞	3	31.429	91.667
10	气滞,痰 $\Rightarrow$ 胃	3	28.571	100
11	干姜 $\Rightarrow$ 胃	2	21.429	100
12	仙鹤草 $\Rightarrow$ 胃	2	20.000	100
13	郁金 $\Rightarrow$ 胃	2	21.429	100
14	白术,白芍 $\Rightarrow$ 胃	3	22.857	100
15	半夏,黄连 $\Rightarrow$ 胃	3	20.000	100
16	陈皮,半夏 $\Rightarrow$ 脾	3	24.286	68.000
17	党参 $\Rightarrow$ 胃,脾	3	22.857	94.118
18	枳壳 $\Rightarrow$ 胃,脾	3	24.286	73.913
19	厚朴 $\Rightarrow$ 胃,脾	3	22.857	84.211
20	陈皮,半夏 $\Rightarrow$ 胸膈	3	20.000	56.000

3.2.2 病性证素与病性证素、中药的关联关系 病性证素与病性证素关联结果显示,气滞与气虚相互强关联,湿与气滞、气虚强关联,痰与气滞强关联。病性证素与中药关联结果(限于篇幅,仅列出 10 条,其余以文字描述)显示,干姜、黄连、郁金、枳壳、厚朴、白术、白芍、半夏、陈皮、茯苓与气滞强关联;党参、甘草、陈皮、白术与气虚强关联;茯苓、白术、陈皮与气滞、气虚强关联;气滞、湿与半夏、陈皮强关联,气滞、痰与半夏、陈皮强关联。详见表 6。

3.2.3 中药与中药的关联关系 中药与中药之间关联结果显示,白芍与白术强关联;白术与陈皮强关联;茯苓与半夏强关联;茯苓与陈皮强关联;党参与白术强关联;黄连与半夏强关联;半夏、陈皮、白芍三者相互强关联。详见表 7。

表 6 病性证素与病性证素、中药的关联关系

编号	规则	项容量	支持度(%)	置信度(%)
1	气滞=>气虚	2	45.714	52.459
2	气虚=>气滞	2	45.714	78.049
3	湿=>气滞,气虚	3	20.000	51.852
4	痰=>气滞	2	28.571	95.238
5	干姜=>气滞	2	20.000	93.333
6	黄连=>气滞	2	24.286	94.444
7	党参=>气虚	2	22.857	94.118
8	白术,白芍=>气滞	3	20.000	87.500
9	半夏,黄连=>气滞	3	20.000	100
10	陈皮,白术=>气虚	3	21.429	83.333
11	气滞,气虚=>白术	3	32.857	71.875
12	气滞,气虚=>陈皮	3	24.286	53.125
13	气滞,湿=>半夏	3	24.286	70.833
14	气滞,痰=>陈皮	3	21.429	75.000

表 7 中药与中药的关联关系

编号	规则	项容量	支持度(%)	置信度(%)
1	白芍=>白术	2	22.857	51.613
2	白术=>陈皮	2	25.714	54.545
3	茯苓=>半夏	2	22.857	61.538
4	茯苓=>陈皮	2	25.714	69.231
5	党参=>白术	2	20.000	82.353
6	黄连=>半夏	2	20.000	77.778
7	半夏,白芍=>陈皮	3	20.000	82.353
8	陈皮,白芍=>半夏	3	20.000	66.667
9	陈皮,半夏=>白芍	3	20.000	56.000

3.3 高频药物聚类分析

频次前 56 位药物占中药总频次的 83.05%,对其进行 R 型聚类分析,结合中医专业知识,得到以下 5 个用药聚类组合: C1: 白花蛇舌草、莪术、仙鹤草、薏苡仁、莱菔子、决明子、麦冬、百合、太子参、丹参、黄芩。C2: 枳实、柴胡、桂枝、黄芪、炮姜、附子、苍术、鸡内金、竹茹、藿香、谷芽、麦芽。C3: 砂仁、豆蔻、青皮、山楂、神曲、紫苏梗、川楝子、玫瑰花、合欢皮、香附、香橼、娑罗子、大腹皮、沉香。C4: 旋覆花、赭石、郁金、木香、生姜、佛手、黄连、吴茱萸、干姜。C5: 党参、当归、甘草、枳壳、厚朴、茯苓、白术、陈皮、白芍、半夏。

4 讨论

4.1 痞证病位

由以上病位证素频数统计分析(表 1)和病位证素与病位证素的关联规则分析(表 5),可得痞证的主要病位在胃、脾、肝、胸膈。痞证的病位为何与胸膈关系密切?《中医内科学》有“痞满是指以自觉心下痞塞,胸膈胀满,触之无形,按之柔软,压之无痛为

主要症状的病证”,痞证按部位分为胸痞、心下痞(胃痞),而诸多著作重点讨论的是胃痞,本研究亦如此。我们回顾原始医案后发现,所选 16 例邓星伯医案中 15 例均描述为“胸痞脘闷”,可见胸痞常为胃痞的兼证,其治仍应以胃痞为主,胸痞兼顾而治。综上所述,痞证的病位在胃、胸膈,与脾、肝密切相关。

4.2 痞证病性

由以上病性证素频数统计分析(表 2)和病性证素与病性证素的关联规则分析(表 6),可得痞证的主要病性为气滞、气虚、湿、痰。

4.3 痞证常见证型

临床上的各种常见证(型)都是由病位证素和病性证素相互组合而成为完整、规范的证名。我们参考文献[5]总结提出的 500 个临床实用、由证素组成的规范证名,结合痞证的病位证素、病性证素以及二者的关联关系(表 5),归纳出痞证的主要证型有:中虚气滞证、中虚湿困证、肝胃不和证和痰气阻隔证,前三者为胃痞主要证型,后者为胸痞主要证型。

4.4 痞证用药规律

中药频数统计分析显示,陈皮、半夏、白术、白芍、茯苓、枳壳、厚朴、甘草、黄连、党参等出现频次较高(表 3)。前 56 位中药按功效归类,显示痞证用药以理气药和补虚药、祛湿药为主,其次为消食药、温里药(表 4),这与上述痞证的病性证素、主要证型是一致的。病位证素与中药、病性证素与中药、中药与中药关联分析结果(表 5~表 7)与中医学基础大体相符,不再赘述。中药与中药的关联关系如白芍与白术、白术与陈皮、茯苓与半夏、茯苓与陈皮、党参与白术、黄连与半夏等(表 7),可认为是脾胃病临床常用的药对。

4.5 痞证处方规律

R 型聚类分析得到 5 个用药聚类组合 C1~C5,现对其探讨如下。C1 聚类组合具有健脾濡胃、清热化湿、活血化瘀之效,适用于痞证等证属气阴两虚、湿热瘀阻者。C2 聚类组合具有温中化湿、理气助运之功,适用于痞证等证属寒湿内蕴者。C3 聚类组合具有疏肝和胃之功,适用于痞证等证属肝胃气滞者,但理气药似繁多,有待进一步优化。C4: 旋覆花、赭石、郁金、木香、生姜、佛手、黄连、吴茱萸、干姜。本聚类组合具有降气化痰、清肝和胃之效,适用于痞证等证属气逆痰阻、肝胃郁热者。与 C3 组合比较,本聚类组合含有化痰降逆,而 C3 组合偏于疏肝理气。

(下转第 2141 页)

- (3):9-11.
- [16]刘涌,赵蜀军,蔡圣荣.慢性支气管炎肺气虚证大鼠丙二醛、肿瘤坏死因子 α 的改变及意义[J].中医药临床杂志,2007,19(1):26-27.
- [17]李振卿,倪静,方朝义.慢性支气管炎肺气虚证大鼠转化生长因子 β_1 的变化及其意义[J].河北中医,2011,33(2):265-266.
- [18]杨胜兰,李道本,樊琼.补肺汤对肺气虚模型大鼠肠神经系统神经递质的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19(2):77-80.
- [19]官妍,程惠娟,王艳.肺气虚证大鼠模型溶菌酶含量变化的实验研究[J].时珍国医国药,2010,21(2):373-374.
- [20]王煜,张竹君,浦斌红.补肺益寿合剂1号对肺气虚大鼠ET-1mRNA-表达的影响[J].中国中医药科技,2008,15(4):262-262.
- [21]杨宏新,闫晓红,王妍.CD4⁺、CD8⁺在肺气虚证大鼠肺和皮肤中的表达及其生物学意义[J].中华中医药学刊,2008,26(7):1538-1540.
- [22]陈霖霖,张景明.肺气虚对SD大鼠被动皮肤过敏反应的影响[J].陕西中医学院学报,2006,29(6):47-48.
- [23]黄高,朱祝生,吴红.固表实卫治疗“肺气虚证”的实验研究[J].江西中医药,2010,41(4):73-74.
- [24]任秀玲,赵清树,程振芳.“肺气虚”大鼠模型肺、皮肤、大肠Fas、Fas2L表达相关性的实验研究[J].中华中医药杂志,2007,22(7):478-480.
- [25]王哲,王莹,井欢.肺气虚模型大鼠结肠水通道蛋白2表达变化及机制研究[J].辽宁中医杂志,2010,37(2):353-355.
- [26]张伟,林丽,赵润杨.肺气虚大鼠血、尿中 β_2 -微球蛋白变化的研究[J].天津中医药大学学报,2009,28(2):81-82.
- [27]王德山,王哲,单德红.肺气虚证模型大鼠肾组织钠离子转运相关蛋白表达变化研究[J].中国中医药信息杂志,2010,17(6):39-41.
- [28]张艳红,张伟.寒饮蕴肺及肺气虚模型大鼠尿液EGF的含量变化[J].甘肃中医,2009,22(3):72-73.
- [29]陈炜,陈晴,付雨.肺气虚与变应性鼻炎的免疫相关性研究[J].成都中医药大学学报,2007,30(2):42-44.
- [30]张伟,赵润杨,林丽.肺气虚大鼠鼻黏膜病理组织及P物质表达改变[J].中医药临床杂志,2008,20(5):455-457.
- [31]陈丹丹,宋亮,刘丽娟.黄芪多糖对肺气虚小鼠免疫调节作用[J].陕西中医学院学报,2007,30(3):35-37.
- [32]陈斯宁,黄美杏,龙学明.利金方对慢性阻塞性肺疾病肺气虚证大鼠IL-8及TNF- α 表达的影响[J].中国中医急症,2009,18(6):939-941.
- [33]张葵,张樱,陈翌江.参芪补肺汤对肺气虚证慢性阻塞性肺疾病大鼠气道重构中NF- κ B和MMP-29、TIMP-21表达的影响[J].中国中药杂志,2008,18(33):2129-2132.
- [34]耿晓照,谢达莎,刘良丽.参芪肺宝对慢性阻塞性肺疾病“肺气虚证”大鼠血清超氧化物歧化酶活性、丙二醛水平的影响[J].时珍国医国药,2011,22(6):1429-1430.
- [35]李逊.加减补肺汤对COPD肺气虚证大鼠血浆中6-K-PGF $_{1\alpha}$ 、TXB $_2$ 含量的影响[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(2):165-166.
- (收稿日期:2012-02-23;修回日期:2012-04-09)
- [编辑:黄健]

(上接第2130页)

C5:党参、当归、甘草、枳壳、厚朴、茯苓、白术、陈皮、白芍、半夏。本聚类组合具有益气健脾、理气化湿、养血活血之功,适用于痞证等证属中虚气滞湿阻者。结合痞证的病位、病性、主要证型及用药特色,我们认为,本聚类组合最为相符,细究可知本组合乃归芍六君汤增枳壳、厚朴而成。与C1组合相较,二者均具有补益脾胃、化湿活血之效,但本聚类组合偏于理气化湿,C1组合偏于清热化湿。

通过以上分析,总结孟河马派主要医家临证痞证(胃痞)的证治规律如下:病位在胃,涉及肝、脾;病性以气滞、气虚、湿、痰为主;主要证型为中虚气滞证、中虚湿困证和肝胃不和证;用药以理气药、补虚

药、祛湿药为主;治以益气健脾、理气化湿为主,方用归芍六君汤等化裁。

参考文献

- [1]梁方信.胃痞与慢性萎缩性胃炎——全国第五届脾胃病学术会侧析[J].山东中医杂志,1990,9(4):58-60.
- [2]李夏亭,单德成.孟河医派三百年——孟河医派研究荟萃[M].北京:学苑出版社,2010:83.
- [3]中医药学名词审定委员会.中医药学名词[M].北京:科学出版社,2005.
- [4]朱文锋.证素辨证学[M].北京:人民卫生出版社,2008.
- [5]国家中医药管理局中华本草编委会.中华本草[M].上海:上海科学技术出版社,1999.

(收稿日期:2012-05-21;修回日期:2012-08-22)

©1994-2011 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. [编辑:黄健]