

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.16.003

徐景藩基于脾阴理论治疗消化系统疾病思想撷菁

崔松香, 陆为民[✉]

南京中医药大学附属医院, 江苏省南京市秦淮区汉中路155号, 210023

[摘要] 总结徐景藩教授运用脾阴理论治疗消化系统疾病的经验。认为脾为阴土, 其性濡静, 脾阴脾气, 互为因果。临证以脾阴理论为指导, 治疗消化系统疾病时谨守病机, 病证结合, 以“甘”字立法, 体用结合。提出治疗溃疡性结肠炎宜甘淡甘平, 常用慎柔养真汤; 治疗慢性萎缩性胃炎宜甘淡凉润, 甘以入脾, 淡以利阴, 药如扁豆、山药、莲子、石斛、白芍之属, 凉润养胃体而滋胃用, 药如麦冬、知母、沙参、芦根、竹茹之属, 或用参苓白术散; 治疗功能性便秘宜甘凉滋润, 常用药如火麻仁、桃仁、郁李仁、杏仁、当归、白芍之属; 治疗肝硬化腹水宜甘寒淡渗, 常用一贯煎、参麦地黄汤等。同时强调注意阴无骤补, 不可急功。

[关键词] 脾阴; 消化系统疾病; 名医经验; 徐景藩

徐景藩(1927—2015), 首届国医大师, 白求恩奖章获得者, 全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从医60余载, 精研经典, 学验俱丰, 继承和发扬吴门、孟河医派的学术思想, 在脾胃病的诊治方面有诸多创见, 如创“糊剂卧位服药法”治疗反流性食管炎, 创“残胃饮”治疗残胃炎, 创“连脂清肠汤”内服配合“菖榆煎”保留灌肠法治疗以泄泻为主症的慢性结肠炎等。

脾为后天之本, 主司运化, 布散水精, 营养周身。脾以阴为本, 以阳为用, 脾阳功能的发挥依赖于脾阴所提供的物质基础, 脾阴的生成与补充又基于脾阳所化生的水谷精微。脾阴藏于脾脏, 脾阴不足, 则脾之运化失健, 变生多种疾病。

徐景藩教授结合临床实践, 提出脾阴虚可致多种消化系统疾病^{[1]62}, 治当谨守病机, 深谙辨证立方之道, 充分把握不同疾病的特点, 病证结合。本文通过总结跟诊所学, 结合徐老师著作, 从“脾阴”角度探讨徐老师治疗消化系统疾病之要义, 以飨同道。

1 脾为阴土, 其性濡静

《素问·宝命全形论篇》云:“人生有形, 不离阴阳。”五脏皆有阴阳两面, 脾为后天之本, 亦分脾阴、脾阳, 此虽未明确脾阴的概念, 但《素问·

五运行大论篇》中提到“中央生湿, 湿生土……其性静兼, 其德为濡”。明清以前, 脾阴虽有被提及却较为分散, 未得系统论述。及于后世, 缪希雍《神农本草经疏》首倡脾阴之说, 曰“脾阴亏则不能消, 胃气弱则不能纳”, 言其主司运化。张介宾精研脾阴理论, 于实践中创“理阴煎”“补阴益气煎”(《景岳全书》)等理脾阴之效方。唐宗海《血证论》曰:“脾阳不足, 水谷固不化; 脾阴不足, 水谷仍不化也。譬如釜中煮饭, 釜底无火固不熟, 釜中无水亦不熟也”, 详述脾阴助运之功有赖于脾阳温煦之力, 补前世医家之未备。综上, 徐老师总结, 脾阴由水谷精微化生而来, 乃有形之营血、津液, 具濡养脏腑、四肢百骸之用, 且与脾阳相辅相成, 同司运化、升清、统血之功^[2], 是脾脏生理功能的重要保证。此外, 脾阴虚为脏阴不足, 胃阴虚为腑阴亏虚, 二者有所区别, 不可混为一谈。

2 脾阴虚的病机特点

2.1 脾阴虚以脾气虚为基础

徐老师指出, 脾阴虚证以脾气虚为基础病机。脾气, 无形而运动不息, 主推动和调控脾之运化和固摄的生理功能。脾阴的凉润、宁静、抑制作用, 既制约脾之运化功能不致过亢, 又参与并增强脾之固摄功能^[3]。脾阴的生成, 有赖于脾气运化水谷精微, 而脾运化功能正常不离脾阴的濡润, 故脾阴与

基金项目: 国家中医药管理局全国老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教发[2010]59号)

✉ 通讯作者: wmlu@163.com

脾气常相互影响,互为因果。若脾阴虚,则必定会出现脾气虚的证候。脾脏一虚,每以气虚为先,若气虚经久不复,脾阴可随之而亏,或由气虚及阳,阳虚及阴;脾阴不足,则脾运失职,必有脾气衰少。故徐老师认为,脾阴虚证本质上是脾之气阴两虚^{[1]62}。

2.2 脾阴虚常兼夹湿邪

《血证论》云:“水阴不滋,则水邪亦不能去……水邪不去,则水阴亦不能生”,即是对脾阴虚与湿邪相兼夹的论述。徐老师总结脾运化水液的方式大致有四:一则上输于肺,二则下输膀胱,三乃灌溉四旁,四为中枢转津。脾阴亏虚则运化无权,水谷不化精微,水液不归正道,周身流转,聚而成湿。

2.3 脾阴虚常可累及胃腑他脏

脾胃同居中焦,以膜相连,互为表里,共主升降。脾胃相合,生理病理密切联系,不可分割。若出现脾阴虚证候,胃腑常相继为病,亦见阴虚。此外,脾阴虚证也可继发于肺阴虚、肝阴虚或肾阴虚证。反之,脾胃之阴先虚,气血生化乏源,濡润失司,日久亦致肺、肝、肾之阴虚。

3 谨守病机,病证结合

由于病因不同,病机特点各异,徐老师在治疗溃疡性结肠炎、慢性萎缩性胃炎、功能性便秘、肝硬化腹水等消化系统疾病时,常以脾阴理论为指导,恰当配伍益气、养胃、润肺、滋肾、利水之法,病证结合,全面考虑,以令脾和。

3.1 溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是消化系统难治病之一,患者常以腹痛、腹泻、里急后重、泻下赤白脓血等为主症。根据其临床表现,徐老师认为其诊为“下利”较为合适,病程超过三个月者,可称为“久利”^{[1]409}。

徐老师认为,UC病机错杂,发病初期多以脾虚湿盛为重,缓解期则以肝木乘脾为主,久恙不愈者,中土不坚,命火虚衰,脾肾两虚,温运失司,此为常理。诚然久利多表现为气虚、阳衰,但往往累及脾胃之阴亦虚,正如《温病条辨·原病篇》云:“泄而腹满甚,脾阴病重也,亦系阴阳皆病”,可见未有阳衰而阴不虚者。徐老师指出,久利脾阴虚的成因大致有三^[4]:其一,素体阴分不足,久利营血渐亏,脾阴暗耗;其二,久利脾气必虚,气虚及阳,阳虚及阴,脾阴虚馁;其三,久利肾阳不足,丹田不暖,阳伤及阴。其症虽有利,但由于

阴液匮乏,水湿不多,故一般程度不重,次量较少。对此,切不可见其泄泻日久,便投以大剂芳香温燥之品,置阴伤于不顾,法当滋脾阴而振脾阳,用药宜甘淡甘平。徐老师常选慎柔养真汤,此方出自胡慎柔所著《慎柔五书》,曰:“四君加黄芪、山药、莲子、白芍、五味子、麦门冬。煎去头煎不用,止服第二煎、第三煎,此为养脾阴秘法也”,药味主甘,煎服须淡,意在顾护脾阴。方中党参、黄芪益气健脾为君,俾脾气健旺,则阴虚来复,脾阴得滋。白术、山药、莲子肉助党参、黄芪补气健脾,山药、莲子肉兼滋脾阴;茯苓健脾利湿;白芍、麦冬敛阴生津,共为臣药。佐以五味子敛阴而治久利,尤适于脾阴亏虚之下利。使以甘草调和诸药。全方补气健脾养阴,补而不滋,健而不燥,相辅相成,效如桴鼓。

3.2 慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是一种多致病因素性疾病及癌前疾病,可归属于中医学“痞满”“嘈杂”“胃脘痛”等范畴。

《素问·阴阳应象大论篇》云:“年四十,而阴气自半。”CAG以中老年患者居多,故脾胃阴虚是其常见证型。然而,脾阴虚与胃阴虚不可一概而论,脾主消,脾阴亏则不能消,而见脘胀纳呆、食后尤甚;胃主纳,胃阴亏则不能纳,故见饥不欲食、干呕呃逆。脾阴虚往往易被医家忽视。《慎斋遗书》曰:“胃不得脾气之阴……而不能输精于五脏”,《素问·生气通天论篇》云:“脾气不濡,胃气乃厚”,均言脾阴之功。若脾土阴伤,升清不能,濡润失司,终致胃腑失养,得患本证。徐老师特别指出,由于CAG有癌变倾向,患者常思虑劳倦过度,暗耗阴血,必损脾阴^[5]。正如《血证论》曰:“脾主思虑,故每因思虑而伤脾阴”;亦有《医经原旨》云:“劳倦不慎而形气衰少,伤脾阴也”。此外,CAG久治误投,亦可损及脾阴,《明医杂著》言:“近世论治脾胃者,所用之药皆辛温燥热,助火消阴之剂,遂致胃火益旺,脾阴愈伤”。临证治之,徐老师主张脾胃同调,尤重滋阴养脾,用药宜甘淡凉润为主,甘以入脾,淡以利阴,药如扁豆、山药、莲子、石斛、白芍之属;凉润养胃体而滋胃用,药如麦冬、知母、沙参、芦根、竹茹之属。或以《太平惠民和剂局方》参苓白术散气阴并补,使气旺津生则脾胃之阴充养不绝,共成纳运水谷、益气生血、滋养脏腑四肢百骸之用。该方以四君子汤为基础,加用山药、莲子、扁豆、薏苡仁、砂仁、

桔梗而成。周慎斋亦认为补脾阴当气阴兼顾,如《慎斋遗书》言:“用四君加山药引入脾经,单补脾阴”。徐老师多以太子参易人参,与山药、扁豆、莲子同为主药,此皆补益脾阴之类;配以白术、炙甘草等甘温之品以阳中求阴,阴得阳生则源泉不竭;脾主升清,桔梗载药上行,合砂仁、茯苓行气燥湿,共助脾运。全方守甘淡之法,滋而不膩,温而不燥,共奏育阴健脾之功。

3.3 功能性便秘

功能性便秘(functional constipation, FC)是排除器质性病变后,以排便困难、排便次数减少为主要表现的一种功能性肠病,可归属于中医学“脾约”“大便秘”等范畴,老年人患此病较多。

《素问·五脏别论篇》言:“魄门亦为五脏使”,由此看出功能性便秘虽病在肠,但与五脏密切相关,而徐老师主张,五脏之中尤以脾阴虚为其病机关键^{[1]62}。早在《伤寒论》即载有胃热亢盛、脾阴不足之脾约证,乃为后世论治脾阴虚便秘之滥觞;《中西汇通医经精义》曰:“脾阴虚无濡润之气,故燥结不化……中焦不能受盛膈食便结”;《丹溪心法》言:“脾土之阴受损,转输之官失职”“燥结血少不能润泽,理宜养阴”。脾乃营之本,其体为阴,其用为阳,脾阴充足,则转输无虞,精微得化,中央土以灌四旁。脾阴亏虚,脾阳失用,运化无权,气血生化乏源,气虚则推动无力,血虚则肠腑失濡,故而糟粕不下;脾阴不足,脾不为胃行其津液,胃阴匮乏,火热内生,脾阴为胃热所约,肠道失润,大便秘涩难行;肺与大肠表里同气,肺气化精,滋灌大肠,则肠滑便易,若脾阴虚馁,损及脾土之母,肺气不能下达,则大肠传道之令失司,大便乃结。FC反复缠绵,医家为暂时收效,屡进攻伐之剂,妄投苦寒通下之品,反耗脾阴,阴津愈亏,加重便秘。徐老师法从养阴滋脾、增水行舟之治,用药宜甘凉滋润,常用药如火麻仁、桃仁、郁李仁、杏仁、当归、白芍之属,乃取麻子仁丸、五仁丸及润肠丸之意,亦治肺气郁闭之便秘^[6],乃肺为水之上源,脾之运化水液赖于肺之宣发肃降,若宣降失调,则水液不行、肠道失濡之理。又濡养肠液,使秘结之糟粕滑利而下,肠腑得通,所谓“河道”不枯,“舟船”方可行之。若有肺金失养者合用麦冬、百合、沙参、桔梗之属养肺阴,宣肺气,使水之上源得润,下源方得滋养。脾居中央,灌溉四脏,升降周身之气机,故脾脏在FC的发病中起着关键的作用。脾阴既是行使濡润功能的重要物

质,也是脾气升降功能发挥的基础,对便秘的发生和转归尤为重要^[7]。

3.4 肝硬化腹水

肝硬化腹水(liver cirrhosis ascites, LCA)是肝硬化从代偿期进入失代偿期的典型标志,以乏力、纳差、腹部胀大为主症,属于中医学“臌胀病”范畴,其病机错综复杂,病情变化多端,是中医学“风、癆、臌、膈”四大疑难病症之一。

臌胀病位涉及肝、脾、肾三脏,关键在脾,土败木贼,不克制水,肾失开合,为其常见病机^[8]。《素问·至真要大论篇》云:“诸湿肿满,皆属于脾”;《格致余论·臌胀论》曰:“脾土之阴受伤,转输之官失职……清浊相遇,隧道壅塞……遂成胀满”,均提出臌胀的病机关键在于脾阴虚。脾阴亏虚,运化失常,水湿内生,流于诸经,可致阴虚水停。徐老师认为,臌胀患者由于久病虚损,气血津液化生不足,加之在治疗过程中利水祛湿,尤损真阴,不仅易出现脾阴虚,肝肾之阴亦亏^{[1]107}。阴虚型臌胀,治疗颇为棘手,滋阴易膩湿留邪,利水恐伤阴损正,实则一对矛盾。治当主以滋阴育阴利水,佐以养肝滋肾,冀其阴津渐复,则“真水”增而“邪水”去。临证可投用甘寒淡渗之品,补泻相合,既无滋膩碍脾之弊,又不致温热助火劫阴。徐老师常用滋阴方如一贯煎、参麦地黄汤等,方中沙参、麦冬、扁豆、玉竹、花粉、甘草等药,均是养脾阴之剂,甘凉、甘平,入脾而濡养真阴,脾阴来复,纳谷渐增,则小便自可增多,邪水自小便而去。如遇患者舌红口干,不思饮食,稍食则胀,腹大瘦少,脾阴损伤明显者,胃气亦常窒滞,滋阴之品难免碍气,可稍佐陈皮、佛手、绿萼梅等理气不伤阴之品,俟阴虚来复,中土安和,饮食渐增,再加入利水而不伤阴之玉米须、车前子、猪苓、泽兰、泽泻,小溲随之渐增,腹胀亦渐减轻^{[1]107}。

4 甘字立法,体用结合

4.1 以甘为法,益脾补中

徐老师认为脾阴宜养,法在柔润,取药宜甘^[2]。临证治之,溯源于《素问·藏气法时论篇》,曰:“脾欲缓,急食甘以缓之……甘补之”,多遵“甘淡平补”的原则。《素问·刺法论篇》云:“欲令脾实,宜甘宜淡”,故“甘淡”是补脾之基本治法,亦为滋脾阴之大法。柔者缓也,润可生津,甘能补之,淡能渗之,甘淡相合,滋而不膩,补而不燥,守中化阴,效良而捷。此外,尚可据证取用甘

温、甘凉、甘酸之法。温则助阳，甘以益气，甘温相合以阳中求阴，燮理阴阳；凉制郁热，甘入脾胃，甘凉濡润既养阴清热，又益胃之体，滋胃之用；酸能敛阴，甘令津回，甘酸参用则化阴生液，缓中补津。

4.2 脾为柔脏，体阴用阳

“体”指脾之本体，“用”指脾之功能活动。《医医病书·五脏六腑体用治法论》言：“脾为足太阴，主安贞，体本阴也；其用主运行，则阳也”。脾属阴脏，位居中州，藏营统血，其体属阴；脾主运化、升清、护卫，其用为阳。脾之“体用”统一于气，调脾之气即是调脾之阴阳^[9]。脾阴虚者，法当滋阴，然脾体阴用阳，脾之阴阳互制互用，故脾阴虚之治，每于滋阴药中佐入白术、炙甘草、黄芪等补脾气之品，太阴湿土得阳始运，气阴同补，兼筹并顾之效，俾滋阴而不黏腻，补气而不温燥，此即脾之“体用”同调。徐老师强调临证需深化体用之说，随其所得立法施治，养脾阴，健脾气，补而不滋腻，健脾而不燥，以达执简驭繁之效。

4.3 阴无骤补，不可急功

《素问·经脉别论篇》云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行”，足见有形阴津之生，非一日所成，且与多脏腑密切相关，故《先醒斋医学广笔记》有“阴血者难成易亏也，不可责效旦夕”“温阳易而复阴难”“阴无骤补之法，非多服药不效”之说。徐老师谨遵前人观点，强调脾阴虚之治不可急功近利，若骤然进补，易致脾胃呆滞，反助湿邪。治当徐徐得效，以滋脾助运为要，以存津复液为旨，同时兼顾胃腑他脏。只要辨证准确，养阴法可守方稳进，常能取得较好的疗效^{[1]419}。

5 验案举隅

患者，男，31岁。初诊：1994年4月1日。主诉：脘痞、便溏4年，加重3个月。现病史：患者4年前饮食不当后出现脘痛、痞胀，食后尤甚，渐而空腹时亦有胀痛。胃镜示慢性萎缩性胃炎。至秋，下腹隐痛，大便溏泄，日二三行，迭经诊治，服多种中西药不效。后饮食渐少，口干欲饮，脘痞似饥，体重减轻，神倦乏力。近3个月症状加重，脘痞胀痛，体倦纳呆，查肠镜示慢性结肠炎，乙状结肠及直肠黏膜粗糙充血明显。诊查：形体消瘦，面色不华。舌质红、苔薄白，脉濡缓。上、中脘轻度压痛，左下腹轻压痛。西医诊断：慢性萎缩性胃

炎、慢性结肠炎；中医诊断：胃痞、泄泻（脾胃阴虚气滞证）；治以养脾胃之阴，健脾胃之气。处方：太子参15g，山药15g，麸炒白术10g，炙黄芪10g，莲子15g，麦冬15g，炒白芍15g，石斛10g，绿萼梅10g，炙鸡内金10g，麸炒枳壳10g，煨木香6g，谷芽30g，炙甘草3g。7剂，每日1剂，水煎分早晚两次口服。

二诊：1994年4月8日。服药7剂后，患者口干、脘痞隐痛减轻，下腹隐痛偶作，大便日一行，质溏。效不更方，续服7剂，每日1剂，水煎分早晚两次口服。

三诊：1994年4月15日。患者口干、脘痛、痞胀不显，腹痛、便溏均改善，乃胃阴渐复，脾运转佳，处方在初诊方基础上去石斛、木香、谷芽。继续服用1个月，患者饮食渐增，胃中渐和，大便日一行，已成形，精神体力转佳。方药逐渐改为隔日1剂服用20日、3日1剂续用20日，巩固前效。期间每2周随访一次，持续半年，症状渐除，体重增加。

1994年11月15日复查胃镜示慢性萎缩性胃炎转为浅表性胃炎，肠镜示乙状结肠及直肠黏膜粗糙充血较前明显改善。

随访两年，1995年11月最后一次就诊，症状不著，生活、工作均正常。

按：本案为徐老师运用脾阴理论治疗脾胃病之典型病例。患者乃胃痞与泄泻同病，病久脾胃气虚，又兼气滞，气虚及阴，脾阴、胃阴俱不足，尤以脾阴亏虚为著。胃阴虚则胃腑失濡，故口干欲饮，脘痞似饥；脾阴虚而运化不力，乃见大便溏薄。法当养脾胃之阴与健脾胃之气相合，重在治阴，药以甘凉、甘平为宜。滋养脾阴之品徐老师常用山药、扁豆、莲子、太子参为主，石榴皮、白芍、甘草为辅，神曲、谷芽为佐。本例泄泻次数不多故未用石榴皮，因兼气滞故不用扁豆。山药甘平，健脾气，养脾阴，气轻性缓，为补脾阴之首选；太子参甘润微凉，益胃养阴又滋脾，属“清养”之品；配以麦冬、石斛以养胃阴；酌加少量黄芪，甘温益气，阳中求阴；佐以炒枳壳、绿萼梅以行气和胃，不致香燥伤阴耗气；白术补益脾气，煨木香行气健脾，另配炙鸡内金以助脾运。二诊诸症改善，效不更方；三诊胃阴渐复脾运转佳，乃去养胃阴之石斛，健脾运之木香、谷芽。本例处方的指导思想，即是参照慎柔养真汤而随证加减。徐老师强调，根据主证选择恰当的方剂非常重要，养真汤不仅针对脾阴虚，也兼顾胃阴虚，故临证常选用之。

参考文献

- [1] 徐景藩. 徐景藩脾胃病临证经验集粹[M]. 北京: 科学出版社, 2015.
- [2] 宁丽琴. 国医大师徐景藩教授论治脾阴虚证[J]. 光明中医, 2013, 28(7): 1311-1313.
- [3] 施翔, 战丽彬, 陈静, 等. 从虚不受补证辨析吴澄理脾阴法[J]. 中医杂志, 2014, 55(18): 1613-1615.
- [4] 陆为民, 周晓波, 徐丹华. 国医大师徐景藩教授论治溃疡性结肠炎的经验[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(1): 124-126.
- [5] 陆为民, 徐丹华. 国医大师徐景藩治疗慢性萎缩性胃炎胃阴不足证的经验[J]. 时珍国医国药, 2014, 25(9): 2263-2264.
- [6] 卢海霞, 陆为民. 从“肺肠合治”探讨国医大师徐景藩治疗肺气郁闭型便秘经验[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(1): 190-193.
- [7] 刘芳, 白晓红. 基于脾阴学说探讨小儿功能性便秘的反复复发[J]. 中医杂志, 2020, 61(24): 2159-2162.
- [8] 闫军堂, 孙良明, 刘晓倩, 等. 刘渡舟治疗肝硬化腹水十法[J]. 中医杂志, 2012, 53(21): 1820-1823.
- [9] 张元贵, 邱仕君, 肖莹, 等. 从“体阴用阳”谈脾之阴阳[J]. 中医药信息, 2008, 25(2): 8-9.

XU Jingfan's Experience in Treating Digestive Diseases based on Spleen-*yin* Theory

CUI Songxiang, LU Weimin

Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210029

ABSTRACT This paper summarized XU Jingfan's experience in treating digestive diseases based on spleen-*yin* theory. It is believed that the spleen is *yin* earth, whose nature is moist and calm, and the spleen *yin* and spleen *qi* are mutual cause and effect. In treatment of digestive diseases, XU Jingfan took the spleen-*yin* theory as the guide, adhered to the pathogenesis, combined disease and syndrome, used the “sweet” method, and integrated the form and function. It is proposed that ulcerative colitis should be treated with sweet-bland and sweet-neutral medicinals, and *Shenrou Yangzhen Decoction* (慎柔养真汤) is usually used. For the treatment of chronic atrophic gastritis, it is suggested to use sweet-bland and cool-moistening medicinals, as the sweet intends to enter the spleen, and the bland moistens *yin*, such as *Biandou* (*Semen Lablab Album*), *Shanyao* (*Rhizoma Dioscoreae*), *Lianzi* (*Semen Nelumbinis*), *Shihu* (*Caulis Dendrobii*) and *Baishao* (*Radix Paeoniae Alba*); to cool and moisten the form and enrich the function of the stomach, medicinals such as *Maidong* (*Radix Ophiopogonis*), *Zhimu* (*Rhizoma Anemarrhenae*), *Shashen* (*Radix Adenophorae seu Glehniae*) and *Lugen* (*Rhizoma Phragmitis*), *Zhuru* (*Caulis Bambusae in Taenia*), as well as *Shenling Baizhu Powder* (参苓白术散) can be used. For functional constipation, it is advised to use sweet, cool and moistening medicinals, usually with *Huomaren* (*Fructus Cannabis*), *Taoren* (*Semen Persicae*), *Yuliren* (*Semen Pruni*), *Xingren* (*Semen Armeniacae Amarum*), *Danggui* (*Radix Angelicae Sinensis*) and *Baishao* (*Radix Paeoniae Alba*). In the treatment of liver cirrhosis ascites, sweet-cold and bland-percolating medicinals should be taken, and usually *Yi Guan Decoction* (一贯煎) and *Shenmai Dihuang Decoction* (参麦地黄汤) are used. At the same time, it is suggested not to supplement in a sudden, and not to be rushed to success.

Keywords spleen-*yin* theory; digestive diseases; experience of famous doctors; XU Jingfan

(收稿日期: 2022-05-06; 修回日期: 2023-05-02)

[编辑: 焦 爽]

更正

本刊2023年第14期《2023年度中医药重大科学问题、工程技术难题和产业技术问题》一文中, 1406页第二段中“视其外应, 以知其内者, 当以观外乎诊于外者, 斯以知其内, 盖有诸内者, 必形诸外”改为“视其外应, 以知其内脏, 则知所病矣”; 1407页第三段第四行首字“二”改为“一”。

特此更正, 并诚挚地向读者致歉。

《中医杂志》编辑部