

## 【理论探讨】

## “同证异治”内涵析辨\*

李金霞<sup>1,2,3</sup>, 周小青<sup>1,2,3△</sup>, 赖丽娜<sup>1,2,3</sup>, 郑彩杏<sup>1,2,3</sup>(1. 湖南中医药大学, 长沙 410208; 2. 湖南省高等学校数字中医药协同创新中心, 长沙 410208;  
3. 中医诊断学湖南省重点实验室, 长沙 410208)

**摘要:** “同证异治”可因“证”所指范围、含义不同而有广义和狭义之分。广义“同证异治”指宏观辨为同一基础证的病证, 因证的层次、兼夹等不同且治法多样, 从而使用不同治法和方药其本质仍属证异而治异, 反映出证候的细化不足, 有必要对“证”的生物学基础进行诠释以推进证候细化分型。狭义“同证异治”因医生的主观因素和方药的多维性, 在病因病机、病理层次等均相同的情况下, 不同医生的治法与方药仍可能不同。该现象体现了中医药多成分、多靶点优势, 也凸显出中医辨证客观化与定量不足的问题, 四诊的客观化研究、类方的差异性研究可为探索“同证异治”内涵和取效机制提供支撑, 推动辨证论治规范化、微观化及量化, 有利于临床精准用药。

**关键词:** 证; 病证; 同证异治; 诊断

**中图分类号:** R222.15 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2021)12-1868-03

## Analysis on The Connotation of "Same Syndrome and Different Treatment"

LI Jin-xia<sup>1,2,3</sup>, ZHOU Xiao-qing<sup>1,2,3△</sup>, LAI Li-na<sup>1,2,3</sup>, ZHENG Cai-xing<sup>1,2,3</sup>(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, China; 2. Collaborative Center for Research and Innovation of Digital Chinese Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, China;  
3. Key CM Diagnostics Laboratory of Hunan Province, Changsha 410208, China)

**Abstract:** Due to the different range and meaning of "Zheng", "Same syndrome with different treatments" have broad connotation and narrow connotation. In a broad sense, "same syndrome with different treatment" refers to the same basic syndromes, due to the different levels and combinations of syndromes and the diversity of treatment methods, different treatment methods and formulas are used, which are still different syndromes with different treatments in nature. This reflects the lack of refinement of syndromes, and it is necessary to interpret the biological basis of syndromes in order to promote the refinement classification of syndromes. In a narrow sense, "the same syndromes with different treatment" refers to the same syndrome, namely etiology, pathogenesis and pathological levels are the same, be treated differently by different doctors due to the subjective factors of doctors and the multi-dimensional nature of prescriptions. This phenomenon reflects the advantage of multiple composition and targets of TCM prescription, also highlights the problem of shortage of objective and quantitative of diagnosis, objective research of the four diagnosis methods and atherness study of analogous prescriptions may provide support for the exploration of the connotation and effectiveness mechanism of "same syndrome with different treatment", by which means facilitate the standardization and quantization of the clinical diagnosis and improve pertinence of clinical prescription.

**Key words:** Syndrome; Disease and syndrome; Same syndrome with different treatments; Diagnosis

DOI:10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.2021.12.004

辨证论治是中医学的核心与特色, 指导着中医临床实践的全过程。中医强调证同而治同, 证异则治异, 即理法方药的有机统一, 这也是“同病异治”“异病同治”的理论基础。理论上讲, 一个特定的证应对应唯一的治法, 达到最佳治疗效果的方剂也只有一个, 但现实上, 治疗某一病证的方剂常有多首, 不同医生针对同一患者也可能开出不同的方剂, 即出现“同证异治”。“同证异治”可以因“证”所指范

围、含义不同而有广义和狭义之分, 广义指“基础证”相同而“亚型证”不同, 客观上“证”的前提不同, 治法、方药也相应不同; 狭义指“基础证”“亚型证”均相同, 却因医生的主观因素导致后续环节的处方用药不同。前人多从广义论述“同证异治”, 未见狭义“同证异治”的相关内容, 致使临床科研中使用“同证异治”一词易令人产生歧义。本文就这一问题梳理“同证异治”广义及狭义内涵, 分析其出现的原因, 并提出相应的科学研究思路, 以利于临床诊断的规范化、精准化, 提高临床处方用药的针对性。

## 1 广义“同证异治”

广义的“同证异治”指宏观辨证为同一证候的病证, 治疗不局限于一法一方, 而使用不同治法和方药获得不同疗效, 是在辨证论治规律上进一步发展而来的特殊法则<sup>[1,2]</sup>。这里的“证”是指“基础证”

\*基金项目: 湖南省自然科学基金青年基金项目(2021JJ40399)-基于网络药理学的五首活血化瘀方治疗血瘀证作用机制差异研究

作者简介: 李金霞(1991-), 女, 湖南涟源人, 讲师, 博士研究生, 从事心血管疾病的中医药基础与临床研究。

△通讯作者: 周小青(1957-), 男, 湖南浏阳人, 二级教授, 博士研究生, 从事中医计量诊断学研究, Tel: 13974812099, E-mail: 1470128077@qq.com。

“笼统证”<sup>[3]</sup>,其由于疾病、体质、层次、兼夹等方面的不同又可分为许多“亚型证”,“同证异治”的过程即是“基础证”具细化、客观化,寻找不同疾病、不同个体出现的症状、体征及理化指标等细微差异,并采取针对性的治疗<sup>[4]</sup>,其本质仍属于证不同而治不同。“同证异治”的现象在古代论著中屡见不鲜,如《金匱要略·痉湿喝病脉证治》中麻黄加术汤与麻黄杏仁薏苡甘草汤均可治疗外感湿邪的表实证,但前者偏于寒湿,后者偏于风湿在表<sup>[5]</sup>。《伤寒论·辨太阴病脉证并治》第277条太阴病治“宜四逆辈”,太阴脾阳虚衰证为同证,理中、四逆、附子汤3个具有不同治法的处方则为异治<sup>[6]</sup>。王方方等<sup>[7]</sup>通过统计古今方证相关文献发现,截止今日中医各科方剂有10万余首之多,而证候却仅有几百种,可见“同证异治”在现代临床中也十分常见。

### 1.1 原因探究

1.1.1 证的复杂性 证是一种具有多环节、多层次病理生理特征的时空模型,是疾病状态下的机体阴阳、脏腑、气血紊乱的综合反映,受到病因、病机、病位、体质等多方面因素的影响,是一个多维多阶多变量的复杂系统<sup>[4,8]</sup>。证候的多元属性,决定了宏观上辨证为同一名称的证,虽病因病机基本相同,临床表现大体相似,但仍存在病理阶段、层次、范围、兼夹等不同情形,存在证的轻重、深浅、范围等“量”的差异,其内部尚可以细分为若干“亚型证”<sup>[9]</sup>。如脾气虚证为临床常见病证,从证的动态发展看有脾气虚、中气下陷、脾不统血等程度的之别,又有脾虚湿盛、脾虚食滞等病理兼夹。正是证的模糊、复杂及不确定性,导致临床即使辨证相同,不同医生也可能因对证的层次认识不同采取不同的治法与方药<sup>[10]</sup>。

1.1.2 治法的多样性 病机有层次性,包含基本病机、具体病机和症状病机。如阴阳失调、升降失调属于基本病机,阴虚、阳虚、气逆、气陷属于具体病机,气虚失养之头晕、耳鸣则是症状病机。针对不同病机治法分为治疗大法和具体治法<sup>[11]</sup>。调整阴阳属于治疗大法,益气活血、祛痰止咳等属于具体治法<sup>[12]</sup>。又如下法为治疗腑实证的大法,因病机有热结、寒积、津亏、饮结、正虚的不同,而使用清热、温里、润肠、逐水、扶正等药物,从而体现了寒下法、温下法、润下法、逐水法和攻补兼施等5类小法;攻补兼施法中,因正虚性质的不同佐以益气、养血、滋阴和补阳药,就形成了益气攻下、养血攻下、滋阴攻下和补阳攻下法等若干更为具体的治疗方法<sup>[13]</sup>。

### 1.2 现代研究思路

广义的“同证异治”是辨证论治原则指导下的特殊证治形式,与同病异治、异病同治、同证同治、异证异治相辅相成,使辨证论治的内容更加完善,体现了中医临证的精细化。“同证异治”为临床提供了

更宽阔的治疗思路,面对复杂的疑难病证,仔细辨别其中的细微差异,在错综复杂的情况下制定出针对性更强的治疗方案<sup>[1]</sup>。

广义“同证异治”的出现也反映出对证候细化工作不足,中医药学者借助现代技术手段探究“证”的生物学基础,从代谢物、基因、蛋白层面揭示相同证型在不同疾病状态下的细微差异,从而构建证候计量研究平台,细化证候分型推动了中医辨证规范化、微观化及量化研究。沈自伊<sup>[14]</sup>发现,心阴虚火旺患者尿儿茶酚胺高于正常值,肝阴虚火旺患者尿17羟值高于正常,心肝火旺者尿17羟值和儿茶酚胺均增高。王阶<sup>[15]</sup>发现,同是血瘀证冠心病心绞痛者多表现为全血黏度和血小板异常,脑栓塞和脑出血者多表现为血栓形成,心肌梗塞初期各项指标均增高,而梗塞后血黏度多降低。严石林等<sup>[16]</sup>发现,3种不同疾病肾阳虚证拥有37个共同的信号通路,但在基因表达上有差异,如FKBP12是糖尿病肾病肾阳虚组差异基因,CIR1和DVL3在阳痿肾阳虚组差异表达,CAMK2G在慢性肾炎肾阳虚组差异表达,初步揭示了肾阳虚“同证异治”分子生物学基础。何浩强<sup>[17]</sup>发现,UCHL5是潜在的气滞血瘀证RNA层面诊断生物标志物,但其在高血压、冠心病、慢性胃炎、脑梗死气滞血瘀证患者中表达有差异。

## 2 狭义“同证异治”

狭义的“同证异治”指病因、病机、疾病、病理层次等因素均相同,即前所述的“基础证”“亚型证”均相同的情况下,不同医生开出的治法与方药仍可能不同,有学者将其称之为“同证异方”。但最为典型的现象是面对同一个疑难病证患者,如邀请多位知名专家同时进行会诊,不同专家开具的方药存在差异,甚至辨证、治法都不相同,而患者若服用这些方药都可能获得一定的疗效<sup>[18]</sup>。有人将这一现象戏称为“一百个中医医生开出一百个方子”,这给中医的科学性解释、标准化与推广应用带来了困难。

### 2.1 原因探究

2.1.1 医生的主观因素 狭义“同证异治”所论之“治异”可涉及治则治法、选方、用药3个环节的不同,这3个环节是中医医师在脑海中进行思辨的过程,受到多方面主观因素的影响。一是临床资料的收集。问诊是否详尽决定了临床资料的完整性,如主证是否有兼夹、症状是否有真假,都直接关系到医生的诊断及相应治则治法的确定;二是主要矛盾的抓取。医生的科别不同、擅长不同、对疾病的关注点不同,直接影响到对同一证候中主诉即主要矛盾的提取,如一患者辨证为阳虚痰瘀证,可同时见到心脉痹阻的胸痛、胞宫寒凝的月经迟闭,心内科医生以宽胸通痹为主,妇科医生以暖宫通经为主,治法方药截然不同;三是对舌脉的认识。中医来源于生活,其语言存在许多取象比类、意会心悟的现象,如滑脉如

盘走珠、猪腰舌等,这种模糊性语言使得每个人脑海中的意向不同,理解也不同,从而影响医生的判断与处方;四是诊疗思路不同。医生诊疗思路的形成受教育、经历、阅历等多方面影响,现今医家也形成了经方派、时方派、火神派等多种派别,辨证方法也有脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证之别,因此针对同一患者不同医家的思维路径千差万别;五是用药习惯不同。具有相同功效的中药有多种,不同医者的偏好及习惯用药不同,药物品种也受到药物资源地域性的限制,且由于经验的积累医生对药物的认识也会不同,如连翘多用来辛凉解表,但有医家用之清胃火收效颇佳。

**2.1.2 方药的多维性** 方药的多维性使同病同证以多种方药治愈存在可能。人体是一有机整体,在病理状态下,脏腑相乘相侮、阴阳消长转化、气血津液相互影响,各种病理因素犹如一根链条互为因果,构成疾病过程的“病态链”,方药可能纠正了病态链中的一个主要环节而治愈疾病,也可能调节其中的两三个病态环节,从而阻断疾病发展,促使疾病向愈<sup>[19]</sup>。中药药性又存在多维性(四气五味、升降浮沉、刚柔动静、归经等),其与病证的病机环节在某些维度上相合时就可能呈现出一定的疗效<sup>[20]</sup>。具有相同功效的药物有许多,但各个药物作用力大小不同,药少力专的经方与药多力广的时方在治疗时都可取效。现代医学认为任何一种疾病和证候的发生是由多种网络分子、多条信号通路共同作用的结果,而中药复方通过药物之间配伍应用,具有多成分、多靶点的特点,通过对机体生物分子网络产生广泛的调节作用,从而影响疾病的发生发展<sup>[21]</sup>。

## 2.2 现代研究思路

狭义“同证异治”体现了中药复方多成分、多靶点的优势,其理论体系仍未脱离辨证论治的框架,仅因医者的主观原因呈现百家争鸣的局面,同时凸显出中医辨证直观多而客观化不足、定性多而定量不足、思辨多而实证不足的问题,使得临床诊疗带有模糊性和不确切性<sup>[22]</sup>。针对舌脉的模糊性问题,当代学者利用现代技术对其进行了客观化与数字化,研发了一批舌面象仪<sup>[23]</sup>、脉诊仪<sup>[24]</sup>,可实现对舌色、舌苔、面色、光泽、脉位、脉形等特征参数的定性定量分析,有助于诊断的规范化、精细化及量化,一定程度避免了主观因素导致的“同证异治”。

针对方药的多维性,现代学者也对不同方药治疗同一证候的取效机制进行了深入研究,以探讨不同方剂与相关证候之间的效应关系,以科学的语言阐释“同证异治”内涵,同时指导临床实践,提高处方用药的针对性。如边艳琴等<sup>[25]</sup>选用茵陈蒿汤、栀子柏皮汤、茵陈五苓散、甘露消毒丹和茵陈四逆汤治疗肝硬化湿热内蕴证,结果显示茵陈蒿汤疗效最佳,而栀子柏皮汤、茵陈五苓散和甘露

消毒丹仅能改善个别指标。周小青等<sup>[26,27]</sup>以5首活血化癥方(丹参饮、血府逐瘀汤、失笑散、活络效灵丹、桃红四物汤)对动脉粥样硬化家兔心血瘀证模型进行干预,结果显示在减轻斑块方面,血府逐瘀汤优于活络效灵丹、丹参饮、失笑散,桃红四物汤最差;丹参饮、血府逐瘀汤在降低血黏度方面较优<sup>[28]</sup>;血府逐瘀汤、活络效灵丹、丹参饮可降低MDA含量,增强SOD活性,失笑散、桃红四物汤无明显作用<sup>[29]</sup>。以上研究证实了不同方剂治疗同一证型的可能性,也发现其疗效和作用靶点存在差异,为临床用药提供指导。

## 3 结语

“同证异治”仍受到理-法-方-药有机统一的大原则指导,是辨证论治内容的进一步完善,体现了中医临床论治的原则性与灵活性,是临床辨治思路的不断深入,但“同证异治”的不确定性,为中医临床诊疗的规范化与推广应用带来困难。广义的“同证异治”因证和治法存在多元性和复杂性,“亚型证”不同则治不同,应针对“证”的生物学基础进行研究,推进证候的细化分型,以利于临床精准诊断。狭义的“同证异治”则因医生的主观因素和方药的多维性导致,舌脉的客观化研究一定程度上规避了中医模糊性语言的主观影响,而多个类方的差异性研究则可为探索“同证异治”内涵和取效机制,指导临床精准用药提供支撑。

## 参考文献:

- [1] 严石林,陈伟,于宏波,等.同证异治的理论基础和意义探讨[J].南京中医药大学学报,2012,28(6):501-503.
- [2] 严石林,汤朝晖,鲁法庭,等.从“一证多方”探讨“同证异治”[J].中华中医药学刊,2008,26(7):1384-1385.
- [3] 严石林,陈为,赵琼,等.重新思考“异病同治”中“证”的内涵[J].南京中医药大学学报,2010,26(1):7-9.
- [4] 董艳,李洪峰,朱爽,等.经方中“同证异治”理论辨析及临床运用[J].中国中药杂志,2019,44(18):3890-3894.
- [5] 于宏波,陈为,赵琼,等.从《金匮要略》探讨“同证异治”[J].浙江中医杂志,2010,45(8):608-609.
- [6] 严石林,于宏波,陈为,等.从《伤寒论》探讨“同证异治”[J].四川中医,2010,28(8):42-44.
- [7] 王方方,陈家旭,潘秋霞,等.从一证多方的演变探讨证候病机的复杂性[J].中医杂志,2016,57(24):2075-2077.
- [8] 王永炎.完善中医辨证方法体系的建议[J].中医杂志,2004,45(10):729-731.
- [9] 周小青,陈喜蓉,刘建新.论证候的病病理范围、轻重、阶段、因果、浅深层次与治疗[J].中国中医基础医学杂志,1997,3(1):17-19.
- [10] 邢梦,邢玉瑞.中医病证关系研究评析[J].中华中医药杂志,2018,33(12):5290-5294.
- [11] 曹楚珩,龙雨,罗尧岳,等.同证异治的理论挖掘及研究思路[J].湖南中医药大学学报,2017,37(6):611-614.
- [12] 沈宏春,王浩中,陶怡,等.“同证异治”的源流与发展[J].云南中医学院学报,2013,36(1):22-24.
- [13] 王浩中,沈宏春,邓瑞镇,等.从方剂治法的分类论“同证异治”[J].辽宁中医杂志,2010,37(10):292-293.

(下转第1974页)



病症,故中医治疗多在审证求因的基础上,从“血”论治。《景岳全书·杂症谟·血证》记载:“凡治血证,须知其要,而血动之由,惟火惟气耳。故察火者,但察其有火无火。察气者但察其气虚气实。知其四者而得之所以,则治血之法无余义矣。”<sup>[21]</sup>临床必须审证详细,以求“治病求本”。本例患儿病情初发时曾至外院多次输注免疫球蛋白及激素治疗,但病情反复,伴见呕血、鼻衄等症,难以维持正常的血小板计数,久病耗伤阴血津液之本,加之激素及免疫抑制剂为“纯阳之药”“壮火食气”,故见一派虚热之象。因此,给予生地、玄参、麦冬清热养阴凉血;鸡血藤、当归养血活血;红花、桃仁活血祛瘀;佐以板蓝根、重楼清热解毒利咽;藕节收敛止血;甘草补中益气,诸药共用以求养阴活血化瘀之功。二诊中患儿有外感风热之象,咽红较甚,口臭,故加鱼腥草、黄芩、制半夏以加强清热解毒利咽之效;患儿新出荨麻疹痒明显,加浮萍以祛风止痒;又症见咳嗽、流黄涕,故给予全瓜蒌、前胡以疏风清热,化痰止咳;三诊中患儿咳嗽痊愈仍有口臭,故易黄芩为黄连,加强清心火之效;全方配伍合理、清热活血的同时,注重养血扶正,切中 ITP 血瘀、血虚之病机,故收良效。

## 参考文献:

- [1] SINGH G, BANSAL D, WRIGHT A. Immune Thrombocytopenia in Children: Consensus and Controversies[J]. Indian J Pediatr, 2020,87(2):150-157.
- [2] WU XIAO-FANG, LI JIAN-QIN, HU SHAO-YAN, et al. Pathogenesis of Immune Thrombocytopenic Purpura (ITP) by MiRNA-30a-Mediated Th17 Cell Differentiation[J]. Zhongguo Shi Yan Xue Ye Xue Za Zhi, 2020,28(2):588-594.
- [3] CLARA A, MARTINS T, MARTINS A, et al. Severe Thrombocytopenia Induced by Fenofibrate[J]. Acta Med Port, 2020,33(1):58-61.
- [4] BASNAYAKE B, WAZIL A, NANAYAKKARA N, et al.

Atypical hemolytic uremic syndrome: a case report[J]. J Med Case Rep, 2020,14(1):11.

- [5] SAMSON M, FRASER W, LEBOWITZ D. Treatments for Primary Immune Thrombocytopenia: A Review[J]. Cureus, 2019,11(10):e5849.
- [6] 吴晓勇,陈广雷,王云龙,等. 中医药治疗免疫性血小板减少症的机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017,23(8):213-219.
- [7] 陈实功. 外科正宗[M]. 影印本. 北京:人民卫生出版社, 1956;225.
- [8] 陈言. 三因极一病证方论[M]. 北京:中国中医药出版社, 2015;107.
- [9] 唐宗海. 血证论[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005;27-106.
- [10] 姜森,尚东方,丁樱. 中医药治疗免疫性血小板减少性紫癜经验拾萃[J]. 中国中西医结合儿科学, 2015,7(4):407-408.
- [11] 王一仁. 饮片新参(下册)[M]. 铅印本. 上海:上海千金堂书局, 1936;24.
- [12] 冯铿,侯伦,丁樱. 鸡血藤养血活血化瘀治疗特发性血小板减少性紫癜经验[J]. 中国中西医结合儿科学, 2015,7(4):405-406.
- [13] 杜青容,王永,杨茜,等. 中药治疗原发性免疫性血小板减少症研究进展[J]. 新疆医学, 2018,48(6):586-588.
- [14] 吴越日华子. 日华子本草(辑释本)[M]. 合肥:安徽科学技术出版社, 2005;57.
- [15] 罗铮,邓雯,张前亮,等. 基于中药 QbD 理念的当归破壁粉质量评价研究[J]. 中国中药杂志, 2020,45(5):1105-1113.
- [16] 苏懿,马明远. 当代医家中医药治疗特发性血小板减少性紫癜的规律探讨[J]. 北方药学, 2016,13(6):148-150.
- [17] 谢诗慧. 中药当归多糖的研究进展[J]. 安徽农学通报, 2019,25(11):27-28.
- [18] 郑海涛,丁樱,尚东方,等. 丁樱教授应用藤类药物治疗过敏性紫癜经验[J]. 光明中医, 2015,30(3):604-605.
- [19] 代彦林,丁樱. 丁樱教授中药联合激素治疗小儿免疫性血小板减少症经验采撷[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018,16(13):84-85.
- [20] 张建,杨濤. 丁樱治疗难治性血小板减少性紫癜经验[J]. 中医杂志, 2012,53(24):2085-2086.
- [21] 张介宾. 景岳全书[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1959;515.

收稿日期:2020-12-21

(上接第 1870 页)

- [14] 沈自尹. 从《伤寒论》与《内经》的不同学术渊源来研究“证”的本质[J]. 中医杂志, 1984,25(1):71.
- [15] 王阶. 关于血瘀证诊断研究的若干方法学问题[J]. 中医杂志, 1989,30(1):511.
- [16] 严石林,沈宏春,王浩中,等. 3 种疾病肾虚证“同证异治”的信号通路调控研究[J]. 云南中医学院学报, 2012,35(1):3-9.
- [17] 何浩强. 气滞血瘀证 RNA 差异表达谱生物信息学分析及潜在的诊断生物标志物研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2018.
- [18] 王洪海,谢鸣. 关于“同证异方、同方异证”的思考[J]. 中医杂志, 2006,47(4):253-254.
- [19] 周小青,刘建新. “同病同证”以多种方药治愈的可能性机理研讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 1996,2(1):25-26.
- [20] 王洪海,谢鸣. 关于“同证异方、同方异证”的思考[J]. 中医杂志, 2006,47(4):253-254.
- [21] 李梢. 从维度与阶度探讨中医证候的特征及标准化方法[J]. 北京中医药大学学报, 2003,26(3):1-4.
- [22] 赵玉仁,曹红洲. 浅议中西医结合的诊断[J]. 中医研究, 2000,13(8):173.

- [23] 林锋,谭迎,周鹏,等. 中医面诊系统调研报告[J]. 中国体视学与图像分析, 2019,25(3):255-240.
- [24] 刘明林,魏红,郑洪新,等. 中医脉诊客观化研究的思路与方法[J]. 辽宁中医学院学报, 2004,6(3):258-259.
- [25] 边艳琴,刘平,孙明瑜,等. 基于方证相关理论解析肝硬化湿热内蕴病机[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2016,18(9):1477-1482.
- [26] 周小青,罗尧岳,谢小兵,等. 五首活血化瘀方对高脂饮食所致兔动脉粥样硬化保护作用的研究[J]. 中国中医药科技, 2004,11(3):148-150.
- [27] 周小青,罗尧岳,谢小兵,等. 五首活血化瘀方对实验性动脉粥样硬化家兔血脂、载脂蛋白变化的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2003,10(4):29-31.
- [28] 罗尧岳,周小青,谢小兵,等. 活血化瘀类方对动脉粥样硬化家兔血脂、血液流变学变化的影响[J]. 湖南中医学院学报, 2003,23(1):9-12.
- [29] 罗尧岳,周小青,刘建新,等. 五首活血化瘀方对动脉粥样硬化家兔血清超氧化物歧化酶和丙二醛变化的影响[J]. 中国临床康复, 2004,8(6):1094-1095.

收稿日期:2020-12-24