

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2022. 09. 017

临证心得

基于“相火理论”应用潜阳封髓法治疗难治性哮喘

代昭欣¹, 程云¹, 于雪莲¹, 梁艳霞², 王书臣², 樊茂蓉²✉

1. 烟台市牟平区中医医院, 山东省烟台市牟平区政府大街 505 号, 264100; 2. 中国中医科学院西苑医院

[摘要] 难治性哮喘临床治疗颇为棘手, 通过对其临床表现的分析, 认为该病根本病机为“肾失封藏, 相火妄动”, 结合相火生理功能和病理状态下的证候表现, 阐释相火妄动为难治性哮喘缠绵难愈和易于反复的根本, 潜阳封髓法为治疗相火妄动的有效方法。临证在应用该法的同时, 也应注重培补先天肾气和后天脾胃之气, 以尽快缓解难治性哮喘的症状、减少其反复发作。

[关键词] 难治性哮喘; 相火妄动; 潜阳封髓法

支气管哮喘(简称“哮喘”)是由多种细胞(如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、中性粒细胞、气道上皮细胞等)和细胞组分参与的气道慢性炎症为特征的异质性疾病。这种慢性炎症与气道高反应性相关, 通常出现广泛而多变的可逆性呼气气流受限。^[1] 中国成人肺部健康研究调查结果显示, 我国 20 岁及以上人群哮喘患病率为 4.2%, 患病人数达 4570 万^[2]。目前吸入型糖皮质激素仍是控制哮喘气道炎症的主要药物^[3], 但哮喘患者的疗效存在明显个体异质性, 部分患者经过规范治疗后症状仍难以控制, 称之为难治性哮喘。2016 年全球哮喘防治倡议(GINA)指南^[1]中将难治性哮喘定义为: 在保证用药依从性的基础上, 除诱发加重的因素外和其他疾病情况下, 采用高剂量激素和第二种控制性药物, 如长效 β_2 受体激动 LABA(和/或全身激素)治疗仍不能达到理想控制, 或者在减量过程中出现病情加重的哮喘。难治性哮喘约占哮喘患者的 5%^[4], 其急诊就医率和住院率分别为轻、中度哮喘患者的 15 倍和 20 倍, 是导致哮喘治疗费用增加的重要原因之一^[4]。

中医药治疗难治性哮喘具有一定特色和优势。现代医家对该病病机的认识主要有风痰交阻、气逆

而喘^[5], 肝郁气逆、侮脾犯肺^[6], 痰瘀毒聚、肺络亏虚^[7-8], 脏腑虚弱、肺脾肾虚^[9-10], 并通过辨证施治, 取得一定疗效。但在临床实践中, 仍有部分患者治疗效果不佳, 或病情易反复。我们通过多年临床观察, 并对难治性哮喘病因病机进行深入研究后, 发现该病感而易作, 作而不易愈, 合相火失位之象, 虽瘥而易复, 合君火不明之象, 同时此疾患损及先天, 符合“肾失封藏, 相火妄动”的特点, 君火不明系因相火失位所致, 故应治相火以明君火。近年我们以潜阳封髓法治疗难治性哮喘, 取得了良好的临床疗效, 现将体会总结如下。

1 相火之“常”与“变”

1.1 “相火”常则奉“君火”以守位, 变则妄动而百病生

“相火”一词首见于《素问·天元纪大论篇》, 谓“君火以明, 相火以位”, 其义为君火明于上职司神明, 相火位于下专司运用, 相火禀命于君火, 共同参与维持人体的一切生命活动。金元时期, 相火理论得到深入研究与发挥。刘完素《素问病机气宜保命集》曰: “右肾属火, 游行三焦, 兴衰之道由乎此, 故七节之旁, 中有小心, 是言命门相火也”, 首次提出了命门相火的理念, 为后世医家从肾论治相火妄动诸病提供了理论依据。张从正《儒门事亲》曰: “三焦为相火正化, 胆为相火对化……相火犹龙火也”, 遵《黄帝内经》相火属少阳之说, 但仍言其发病迅猛, 需及时用药, 防其抃

基金项目: 国家自然科学基金(81774297); 国家中医药管理局咳嗽古籍文献挖掘与出版项目(GZY-KJS-2020-022); 北京市中医管理局北京中医药薪火传承“3+3”项目(2019-SZ-C-77); 北京市自然科学基金(7162168); 中国中医科学院科技创新工程(CI2021A01105)

✉ 通讯作者: fanmr1974@qq.com

格。李杲遵刘完素学说,其《医学发明》中言道“两肾有水火之异,右为命门相火”,并提出以“三才封髓丹”之法封藏相火。朱震亨首倡相火论,其《格致余论》曰:“君火者,人火也;相火者,天火也”,并指出相火为先天之火,守位禀命,君火为后天之火,职司神明,相火易妄动,奉“阳常有余,阴常不足”之说,用药法度偏滋阴降火。至明清时期,相火理论得到极大发展,张介宾在《景岳全书》中言:“火邪之为病,必依于有位有形之相火”,相火之治,亦“须治以有形之物”,并形成以左归饮为代表的“阳中求阴”的阴阳抱守互补法。郑钦安参先贤之立论,尤重相火,其代表作《医理真传》开篇卷一即言坎离二卦解、君相二火解,言真阴真阳本为一气,真阳又称相火,真阳易于妄动上腾,诸病丛生。张国松等^[11]认为,相火守位禀命,为阳气之基,人体通体之温者,全赖相火维持。

1.2 久病沉疴,多责之“相火妄动”

根据“难治性哮喘”的临床表现、病因病机等特点,可参考中医学“喘鸣”“咳喘”“哮喘”等进行辨证论治。《丹溪心法·哮喘十四》曰:“哮喘必用薄滋味,专主于痰”,提出哮喘从伏痰论治的方法。《景岳全书·喘促》曰:“喘有宿根,遇寒即发,或遇劳即发者,亦名哮喘”,指出了该病缠绵难愈的病理基础即为“宿根”。我们在临床实践中发现,凡疾病迁延日久难愈者,多与“肾失封藏,相火妄动”有关。《景岳全书·传忠录》云:“肾为元气之根,为水火之宅,五脏之阴气,非此不能滋;五脏之阳气,非此不能发”,久病之疾,纵有邪气稽留,必伴阴阳之虚损。因肾为先天之本,内藏真阴真阳,疾病初起,但损肾气,尚易培补,若疾病进展,损及真阴真阳时,多为难治,难治性哮喘亦在此列。该病感而易发,瘥而易复,迁延缠绵,病势多重,系元气不固之象。发作时喘息倚息,甚则张口抬肩,系“肾失封藏,元阳外越”之象,诚如《医理真传·喘》曰:“喘而身大热,面赤如珠……元阳外越也”。《医法圆通·辨阴盛阳衰及阳脱病情·气喘唇青》曰:“久病与素秉不足之人,忽见气喘唇青,乃是元气上浮……急宜回阳降逆收纳”,虽可能合并外感、痰饮、血瘀等病因,亦可能合并肺脾肝虚损,然其根本必是损及真元,最终形成以肾失摄纳为本,兼见痰浊、痰饮、瘀血等为标的病理形态。正如《临证指南医案》所言:“久病不已,穷必及肾”,后世医家也多认为“久病

及肾”^[12]。我们通过临床实践并结合古代及近代医家经验,认为难治性哮喘多责之于肾,患者多表现为“肾失封藏,相火妄动”的疾病特点。

2 “相火妄动”为难治性哮喘缠绵反复的根本

2.1 郑钦安对“相火妄动”理论的发挥

郑钦安在《医法圆通》中认为,“阴阳互为根本,分之则亿万,合之则一,为人生立命之根基,阳主而阴从,阳易妄动,化为相火,诸症从生”,并在《医理真传》中立“潜阳封髓”法应用于临床。潜阳封髓法能封藏先天,培补元阴元阳,使君火明、相火安,而达到“阴在内,阳之守也;阳在外,阴之使也”(《素问·阴阳应象大论篇》)的和谐状态,常有济危救厄之效。在《医理真传》中,郑钦安潜阳丹用药意解自按为“夫西砂辛温,能宣中宫一切阴邪,又能纳气归肾。附子辛热,能补坎中真阳,真阳为君火之种,补真火即是壮君火也。况龟板一物,坚硬,得水之精气而生,有通阴助阳之力……佐以甘草补中,有伏火互根之妙,故曰潜阳”;封髓丹用药意解自按为“夫黄柏味苦入心,禀天冬寒水之气而入肾,色黄而入脾,脾也者,调和和水火之枢也,独此一味,三才之意已具。况西砂(砂仁)辛温,能纳五脏之气而归肾,甘草调和上下,又能伏火,真火伏藏,则人身之根蒂永固,故曰封髓”。二者皆属“纳气归肾之法”,且封髓丹“亦上、中、下并补之方也”,更言真火浮越时,“或上或下,皆能令人病。在上则有牙疼,喘促,耳面肿诸症,在下则有遗尿、淋浊、带下诸症,学者苟能识得此一点真阳出没,以此方治之,真有百发百中之妙”(《医理真传》)。据此,我们认为“潜阳”即为“潜藏肾中真阳”,“封髓”即为“使潜藏之真阳守位,勿有妄动之嫌”。

2.2 “相火”与“伏邪”为难治性哮喘的“宿根”

难治性哮喘易发作且迁延难愈,固然有诸多因素,诸如外邪(风邪、寒邪等)、伏饮、痰浊、瘀血等,然究其根源,乃“宿根”作祟。《景岳全书·杂证谟·喘促》云:“喘有宿根,遇寒即发,或遇劳即发者,亦名哮喘。”后世医家多认为哮喘之宿根乃肺中伏痰,在外在诱因的作用下而发作。我们认为,哮喘发作时除见喘息、喉鸣、咯痰等实证之象外,常多兼见乏力倦怠、畏寒恶风、面色少华、甚至面色黧黑、声低气怯、腰膝酸软等虚损证候,故“宿根”至少有两层含义,一者为医家普遍认同之“伏邪”说,二者为真阴真阳之虚损致相火

妄动，即或先天禀赋不足，或后天过劳失养，致肾失摄纳之权。作强之官无为，则真阴损耗，真阳不敛，相火妄动，州都无所制约，则肾水泛滥，三焦决渎不利，水湿痰饮内生，气不归元，枢机逆乱，致喘息大作。

2.3 难治性哮喘与“相火妄动”密切相关

相火妄动，诸症丛生，五脏六腑，皆受其害。在上可为喘息胸痹，在中可为呕吐纳呆，在下可为痿痹下痢，其他如癫狂、厥逆等，不一而足。在难治性哮喘中，其根本病机即表现为肾失摄纳。肾五行属水，在《周易》中，对应坎卦，卦象图为 ☵，由上下两个阴爻和中间的阳爻组成，按其阴阳属性划分属阳卦。郑钦安《医理真传·卷一》坎卦解曰：“坎为水，属阴，血也，而真阳寓焉。中一爻，即天也。天一生水，在人身为肾，一点真阳，含于二阴之中，居于至阴之地，乃人立命之根。”由此可见，肾虽属阴，然阴中含真阳，水中育真火，人身之生长收藏全赖于此，若真阳虚损而相火妄动，真阳浮越，则人非止肺气，甚则一身之气无以摄纳，真气散乱，气不归元，故为难治。坎卦中阳爻，乃初生之龙，阴爻乃藏龙之水，若水中之龙不安其位，飞越于上，于人则无以潜藏，根本不固，肾失摄纳，喘息发作，若不及时潜藏真阳，则有性命之虞。对于造成真阳浮越、肾失摄纳的原因，《医案金鉴·删补名医方论》有言：“肾取象乎坎，阳藏于阴之藏也。不独阴盛阳衰，阳畏其阴而不敢附，即阴衰阳盛，阴难藏阳亦无可依，虽同为火不归原，而其为病则异也”。结合郑钦安“相火”理论，我们认为肾失摄纳的病机有二：一者，真阴不足，真阳无以留恋，此类患者易辨，但峻补真阴，真阳即可回还，方可选左归饮、大补阴丸之辈加减；二者，真阳式微，阴水过剩，此类患者殊难鉴别，治疗不可一味温化阴水，非潜阳封髓法无以使真阳归位，方用潜阳封髓丹、引火汤等加减。

3 “潜阳封髓”为难治性哮喘核心治法

3.1 首当摄纳肾气

哮喘多自幼起病，反复发作，通常伴随终身。有学者认为先天禀赋不足是小儿难治性哮喘发病的根本，外感六淫、内生痰饮等为诱发因素^[13-14]，对于成人同样有临床指导意义。我们认为，难治性哮喘治疗可依“未发时以扶正气为主，既发时以攻邪气为急”之法，但未发时不可全然扶正，治本时勿忘顾标，既发时亦不可全力攻邪，治标时需切记扶

正。扶正诸法虽有补肺、健脾、养血、益气、温阳之别，但终以封藏肾气为要，肾气得藏，先天之本顾护，少火得以生气，虽有他脏不足，可以健运中州法缓图。攻邪诸法，虽有解表、化痰、祛风、平肝、逐瘀之异，终以潜降相火为根，若相火不降，耗气则卫表难固，蒸腾则炼液成痰，伤津则内风再起，耗血则肝火上腾，血亏则瘀血内阻。故肾得封藏，相火归位，则病退身安，反之则反复迁延，甚或病进身危。

3.2 纳肾重在潜阳封髓

在难治性哮喘急性发作期及慢性持续期，其临床症状表现为相火上趋的“相火妄动”证候。在《医法圆通·卷二·喘证》中记载：“因元阳将脱而喘者，由其人阳衰阴盛已极，逼阳于外，阳气不得下趋潜藏，阴阳两不相接，呼吸错乱，而喘促立生，见必面白唇青，口舌黧黑……法宜回阳收纳”，其描述与临床难治性哮喘急性发作期表现相吻合。此时，运用苏子降气汤、定喘汤、射干麻黄汤等方治疗效果不佳，需审明阴阳，急予潜阳封髓、回阳摄纳之法，方有转机。对于难治性哮喘缓解期时仍有乏力等虚损症状时，我们一般从两方面入手，或以潜阳封髓法固先天以生少火；或以培补中焦法，健后天以化气血。对于难治性哮喘的治疗，多数以肾失封藏、相火妄动为本，故安相火、藏肾气为第一要务。

4 用药之法

4.1 潜阳封髓以固本

难治性哮喘转归及预后治疗的关键在于肾阳是否潜藏，相火是否归位，若真阳安位，真阴固守，则病退而向愈，反之则迁延难愈，甚则出现少阴死证。难治性哮喘急性期，在辨证基础上或解表宣肺，或降气化痰，或祛风止痉，或理气活血，待邪去正虚时，急以潜阳封髓为重。我们据此并法前贤方论，拟定潜阳封髓引火汤，并根据患者病情，进行随证加减。方药组成：炮附片 12 g，砂仁 9 g，龟甲 15 g，黄柏 6 g，甘草 9 g，熟地黄 15 g，巴戟天 15 g，茯苓 12 g，麦冬 12 g，五味子 12 g。方中附子辛热，能补坎中真阳；砂仁能宣中焦阴邪，又可纳气归肾；龟甲质坚，得水之精气而生，有通阴助阳之力；黄柏味苦，合甘草苦甘化阴，又可使真阳伏藏；熟地黄大补肾水，麦冬、五味子相佐，金水相资，真阴旺则真阳藏；巴戟天性温，有水火既济之能，增茯苓引诸药归于下元，则水火同趋下而安

于肾宫。全方共奏潜阳封髓、引火归元之功。

4.2 少火生气以求全

《素问·阴阳应象大论篇》有“少火生气，壮火食气”之论。若患者真阳欲脱，阴寒内盛，可予大剂温热药温下元以潜真阳，真阳一复，则需小剂温热药，取“少火生气”之意，不可为求速效，一味峻补，如此则易损真阴。此时，可仿张景岳“阴中求阳，阳中求阴”之法，恰如十二辟卦中“复”卦之意，以少阳之生生之气，温煦下元。用药时需阴阳双补，抱守既济，如左归饮、右归饮之意，则相火无妄动之虞，肾气有敛藏之功。

4.3 重视后天以久安

若患者久病虚耗，羸弱不堪，纳谷不馨，则宜从中焦论治，若中气大亏，药食不纳，徒有良药，难以为用。《素问·六节藏象论篇》云“十一脏取决于胆”，《脾胃论·脾胃虚实传变论》释为“胆者，少阳春生之气。春气升则万化安，故胆气春升，则余脏从之，所以十一脏取决于胆也”。胆气生发，可带动一身生气，而胆气生发，不仅有赖于中气充足，更有赖于气机斡旋，若中焦气滞，则痞满腹胀，少阳难以生发。故不可徒补中气而忘左升右降之理，此时可参升阳益胃汤、补脾泻火升阳汤、补中益气汤之意，培补中焦、健运脾胃、升提阳气，如此中焦生化源源不竭，后天旺亦可培补先天，助真阳而无伤真阴之虞，升少阳而无越龙火之弊。

5 验案举例

患者，女，50岁，2020年11月3日初诊。主诉：反复喘息、气短40余年，加重1年余。病史：患者自幼时接触花粉后即出现喘息、气短之症，伴喉中哮鸣，于当地医院诊为“支气管哮喘”，服氨茶碱、强的松等药，症状可控，但病情迁延反复。1年前绝经后病情加重，胸部CT排除感染及肺结构性病变，结合肺功能、IgE检查，诊断为难治性哮喘。平素服用强的松片20mg，每日1次；并吸入沙美特罗替卡松粉吸入剂50μg/500μg，每次1喷，每日2次，病情控制不佳，日常活动明显受限。肺功能结果示：重度阻塞性通气功能障碍，小气道功能重度减退。六分钟步行实验（6MWT）结果：160m。刻诊症见：动则喘息，咳嗽，咯少量白黏痰，畏寒肢冷，面赤多油，气息短促，消谷善饥，大便质稀，日三行，小便清长，舌体瘦质红有裂纹，苔薄略黄，脉三部俱浮滑，重取无根。查

体：双肺散在哮鸣音。西医诊断：支气管哮喘（难治性哮喘）慢性持续期；中医诊断：哮喘（肾失封藏，相火浮越）。治法：峻补真阴，潜阳封髓，引火归元。给予潜阳封髓引火汤加减，处方：炮附片24g（先煎），砂仁30g（后下），龟甲6g（先煎），黄柏15g，甘草9g，熟地黄90g，巴戟天15g，茯苓15g，麦冬24g，五味子6g，知母12g。14剂，每日1剂，水煎分早晚两次温服。西药应用同前。

2020年11月17日二诊：患者喘息、气短减轻，活动耐力提高，畏寒肢冷减轻，面仍赤，多油减少，舌体瘦质红有裂纹、苔薄，脉虚浮。查体：双肺少许哮鸣音。6MWT：210m。处方以初诊方减炮附片为9g（先煎），减砂仁为15g（后下），14剂，每日1剂，水煎分早晚两次温服。强的松片减量至10mg，每日1次口服。沙美特罗替卡松粉吸入剂用量用法同前。

2020年12月1日三诊：诸症大减，喘息明显减轻，下肢畏寒，面赤无油，舌淡嫩体瘦、裂纹减少、苔薄，脉沉微。查体：双肺无明显阳性体征。肺功能检查示：轻度阻塞性通气功能障碍，小气道功能轻度减退；6MWT：300m。处方：熟地黄90g，山药12g，山萸肉15g，枸杞子12g，炙甘草6g，盐杜仲12g，肉桂6g，炮附片12g（先煎），黄柏6g。14剂，每日1剂，水煎分早晚两次温服。强的松片减量至5mg，每日1次。沙美特罗替卡松粉吸入剂用量用法同前。

2020年12月15日四诊：患者安静时无喘息，下肢微畏寒，面色少华，舌淡嫩体瘦裂纹、苔薄，脉沉。查体：双肺无明显阳性体征。6MWT：350m。处方以三诊方加砂仁9g（后下）。14剂，每日1剂，水煎分早晚两次温服。停用强的松片，沙美特罗替卡松粉吸入剂用量用法同前。

2020年12月29日五诊：日常活动无受限，仍面色少华，舌淡嫩体瘦、少许裂纹、苔薄，脉沉。查体：双肺无明显阳性体征；肺功能检查正常，6MWT：430m。处方：熟地黄500g，山药90g，山萸肉150g，枸杞子150g，炙甘草60g，盐杜仲120g，肉桂60g，炮附片120g，黄柏60g，砂仁90g。制水蜜丸（每100粒约重20g），每次20粒，分早晚两次口服。沙美特罗替卡松粉吸入剂用量用法同前。嘱每月复诊，饮食及作息规律。

2021年1月26日、2月23日门诊复诊，患者病情稳定，日常活动无受限。6MWT：450m。嘱继续服中药水蜜丸，用量用法同前。沙美特罗替卡松粉

吸入剂用法用量同前。后患者未再门诊复诊, 2021 年 5 月 11 日电话随访, 患者病情稳定, 日常活动无受限。现使用沙美特罗替卡松粉吸入剂 50 μg /500 μg , 每次 1 喷, 每日 2 次, 嘱不适随诊。

按语: 患者自幼喘息, 为先天禀赋不足之象, 若先于二七之年培补肾气, 藉天癸将至, 任脉得充, 太冲脉得盛, 尚有逆转之望。今逢七七之年, 任脉虚, 太冲脉衰, 天癸竭而地道不通, 真阴大亏, 真阳式微, 相火浮越, 气逆上冲, 则喘息大作, 真阳熏灼真阴越于上, 故见面赤多油。需大补真阴真阳, 潜藏相火。故首诊时重用附子大补真阳, 熟地黄峻补真阴, 合他药潜阳封髓, 患者真阳得复, 真阴得敛, 逆气得降, 故喘息气短减轻。二诊时患者喘息、气短减轻, 故以少火生气论, 减附子、砂仁用量, 以助肾阳生化, 而无伤阴之弊。患者脉症俱好转, 故减强的松片用量, 以防久服再致相火妄动^[15]。三诊时值冬至, 万物蛰伏, 患者症减而脉沉微, 真阳潜藏, 而真阳虚损象显, 且冬至虽为寒极, 然一阳始生, 予右归饮合潜阳封髓丹加减, 以助真阳生发, 而无相火妄动之弊。患者脉象沉微, 虽为不足之象, 但相火已得封藏, 故再减强的松片用量, 勿使相火再动。四诊时脉症俱平稳, 故停服强的松片, 以安相火。脉虽仍沉, 但已无微象, 真阳渐真, 故加少量砂仁, 一防相火随真阳复而再动, 二可制约熟地黄重剂滋腻碍胃。五诊时症虽得减, 然禀赋不足, 后天失养, 久病沉痾, 非一日之功可就, 法四诊方药制蜜丸缓图之, 并合参潜阳封髓之意。复诊随访, 虽沉痾得制, 但滋养先天不可贪一时之速效。此外, 治疗过程中适量应用糖皮质激素可起辅助作用, 若病情持续稳定, 当缓减其量, 直至停用。同时需兼参合运气、四时、脉症, 随时顾护, 可图全功。

参考文献

[1] BECKER AB, ABRAMS EM. Asthma guidelines : the

Global Initiative for Asthma in relation to national guidelines [J]. Curr Opin Allergy Clin Immunol, 2017, 17 (2) : 99-103.

[2] HUANG K, YANG T, XU J, et al. Prevalence, risk factors, and management of asthma in China: a national cross-sectional study [J]. Lancet, 2019, 394(10196): 407-418.

[3] 陆雪莲, 张念志. 支气管哮喘中医药研究概况 [J]. 中医临床杂志, 2017, 29(11): 1783-1786.

[4] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 难治性哮喘诊断与处理专家共识 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2010, 33 (8): 572-577.

[5] 封继宏, 陈燕, 张洪春. 晁恩祥教授学术思想及临床应用初探 [J]. 世界中医药, 2016, 11(12): 2729-2733.

[6] 邵长荣. 激素依赖型哮喘的中医证治 [J]. 江苏中医药, 2007, 39(6): 3-4.

[7] 王大伟, 朱慧志. 活血化瘀法治疗支气管哮喘临床研究进展 [J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(8): 1178-1180.

[8] 朱金凤. 朱良春治疗肺系难治病的理论与经验述要 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(1): 59-60.

[9] 李宣霖, 马锦地, 李建生, 等. 现代名老中医诊治支气管哮喘文献证候分析 [J]. 中医杂志, 2017, 58(16): 1416-1420.

[10] 沈自尹. 中西医结合防治支气管哮喘的探讨 [J]. 中国中西医结合杂志, 1995, 15(7): 426-427.

[11] 张国松, 易法银. 论相火 [J]. 中医杂志, 2020, 61(11): 1007-1009.

[12] 周开, 张磊. “久病及肾”“久病入络”理论浅析 [J]. 河南中医, 2012, 32(9): 1116-1117.

[13] 刘璇等. 马融治疗小儿难治性哮喘经验 [J]. 中医杂志, 2020, 61(21): 1871-1875.

[14] 许先科. 俞景茂从五脏相关论治小儿难治性哮喘经验 [J]. 中医杂志, 2020, 61(2): 110-113.

[15] 王冬, 于婷婷. 浅谈糖皮质激素与相火学说的关系 [J]. 中医药信息, 2012, 29(4): 6-8.

(收稿日期: 2021-12-13; 修回日期: 2022-01-20)

[编辑: 贾维娜]