

中图分类号: R932; R288 文献标志码: A 文章编号: 1006-4931(2026)05-0140-05
doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2026.05.029



1例运用“汤液经法图”理论开展中药治疗胸痹伴头汗的 药学监护与干预*

齐明月¹, 刘南阳², 赵依佳³, 吕旭潇¹, 晋齐中⁴, 金锐^{2Δ}

(1. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250014; 2. 中国中医科学院西苑医院, 北京 100091; 3. 北京大学第一医院密云医院, 北京 101500; 4. 江苏省徐州市中心医院, 江苏 徐州 221009)

摘要:目的 探讨“汤液经法图”理论体系在1例胸痹伴头汗患者中药治疗中进行药学监护的应用价值。方法 采用回顾性分析法分析1例冠状动脉粥样硬化性心脏病(胸痹)伴头汗的老年女性患者的药学监护过程。患者以间断胸闷、憋气30年,加重伴心悸1个月为主诉入院。在常规予苏合香丸及丹参酮Ⅱ_A磺酸钠注射液控制胸痹主症的同时,临床药师基于“汤液经法图”理论体系,结合患者出头汗、口干、小便异常等表现,辨证为脾实合肺虚为主、兼夹肾实证,确立辛味泻脾、酸味补肺、甘味泻肾的治疗原则。首次予中药汤剂化肝煎合小柴胡汤加减方,组方配伍结构为“六辛五苦五酸一甘”,服用5d后,反酸、烧心、呃逆、睡眠改善,但出头汗、口干、小便色黄量少等症未见缓解。调整组方为桑蚕方合桂枝汤加减方,配伍结构改为“六酸五辛三苦二甘一咸”,增加酸味药比例,以加强补肺,服用3d后,出头汗、口干症状减轻,但小便异常症状仍未改善。临床医师与临床药师会诊,将组方结构调整“四酸三甘二辛一苦”,以酸味补肺、甘味泻肾为主,继续服用5d。**结果** 2次调整组方后,患者出头汗、口干、小便色黄量少等症均明显改善,且未见不良反应。**结论** “汤液经法图”理论体系可为中药组方的合理性分析与动态调整提供理论依据,有助于临床药师深入参与个体化治疗方案的制订与优化。

关键词: 汤液经法图; 中药; 药学监护; 胸痹; 出头汗

Pharmaceutical Care and Intervention of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Chest Paralysis with Head Sweating Based on the Theory of "Tang Ye Jing Fa Map": A Case Report

QI Mingyue¹, LIU Nanyang², ZHAO Yijia³, LYU Xuxiao¹, JIN Qizhong⁴, JIN Rui^{2Δ}

(1. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan, Shandong 250014, China; 2. Capital Medical University Xiyuan Hospital, Beijing 100091, China; 3. Peking University Frist Hospital - Miyun Hospital, Beijing 101500, China; 4. Xuzhou Central Hospital, Xuzhou, Jiangsu 221009, China)

Abstract: Objective To investigate the application value of the theoretical system of "Tang Ye Jing Fa Map" in the pharmaceutical care of a patient with chest paralysis and head sweating treated with traditional Chinese medicine (TCM). **Methods** A retrospective analysis was conducted to analyze the pharmaceutical care process of an elderly female patient with coronary heart disease (chest paralysis) and head sweating. The patient was admitted with the main complaint of intermittent chest tightness and breath-holding for 30 years, aggravated with palpitations for one month. While routine administration of Suhexiang Pills and Danshentong II_A Sodium Sulfonate Injection was used to control the main symptoms of chest paralysis, the clinical pharmacist used the theoretical system of "Tang Ye Jing Fa Map", and based on the patient's symptoms such as sweating, dry mouth, and abnormal urination, differentiated the patient's syndrome into spleen excess combined with lung deficiency as the main manifestation with kidney spleen excess syndrome, and established the treatment principles of pungent flavors to purge the spleen, acidic flavors to tonify the lungs, and sweet flavors to purge the kidneys. For the first time, the modified Huagan Decoction combined with Xiaochaihu Decoction was adopted, with a prescription structure of "six pungent, five bitter, five sour and one sweet". After taking the medicine for 5 d, the patient's symptoms such as acid reflux, heartburn, eructation and poor sleep were better than before, but symptoms such as head sweating, dry mouth, and a small amount of yellow urine did not improve. The prescription was adjusted to the modified Sangcan Formula combined with Guizhi Decoction, and the compatibility structure was changed to "six acids, five pungent, three bitter, two sweet, and one salty", and the proportion of acidic medicines was increased to tonify lung function. After taking the medicine for 3 d,

*基金项目: 中国中医科学院科技创新工程重大攻关项目[CI2021A03805]; 中国中医科学院西苑医院提升中医药临床循证证据级别研究专项面上项目[XYZX0202-07]; 山东中医药大学临床药学科专项基金项目[SDACM202204]; 山东省药学会医院药学高质量发展专项科研学术活动项目[SDSYXH-46-2025-20]。

第一作者: 齐明月, 女, 回族, 硕士研究生, 主管中药师, 研究方向为临床中医学, (电子信箱)LA9127645@163.com。

Δ通信作者: 金锐, 男, 博士研究生, 主任药师, 研究方向为中医药基本理论与临床中医学, (电子信箱)jinrui9862@126.com。

the patient's symptoms such as head sweating and dry mouth were improved, but the symptoms of abnormal urination still did not improve. The clinical physician and clinical pharmacist consulted and adjusted the prescription structure to four acid, three sweet, two pungent and one bitter", with acidic herbs that tonified the lungs and sweet herbs that purged the kidneys as the mainstay, and then continued to take the medicine for 5 d. **Results** After two rounds of adjustments of the prescription, the patient's symptoms such as head sweating, dry mouth, and a small amount of yellow urine significantly improved, and no adverse drug reactions were observed. **Conclusion** The theoretical system of "Tang Ye Jing Fa Map" can provide a theoretical basis for the rational analysis and dynamic adjustment of TCM prescriptions, and help clinical pharmacists to participate deeply in the formulation and optimization of individualized treatment plans.

Key words: "Tang Ye Jing Fa Map"; traditional Chinese medicine; pharmaceutical care; chest paralysis; head sweating

临床中医学是临床药学的最新分支,其核心理念为保证中药治疗的有效性、安全性和合理性。临床中药师要以患者为主导,根据患者的证型,结合专业知识制订合理的用药方案^[1]。但中药治疗强调单人单方、个性化治疗,尤其存在不同流派、同病异治、异病同治、随方加减、经方时方、经验用药等复杂情况,使其药学监护缺乏统一标准^[2]。“汤液经法图”出自《辅行诀五脏用药法要》(以下简称《辅行诀》),其展示了1套严密、规律的五味补泻五脏固定配伍模式^[3-4]。“汤液经法图”中的“病性-病位-药性-配伍”临床诊断用药链条完整、逻辑性强,为临床中药师运用中医药基础理论和循证医学思路参与药学监护提供了参考^[5-6]。故本研究中基于“汤液经法图”理论体系对1例胸痹伴头汗患者开展药学监护。现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例介绍

患者,女,72岁,因“间断胸闷、憋气30年,加重伴心悸1个月”入院。30年前,患者劳累后因“间断胸闷、憋气,阵发性心悸,心前区隐痛”于外院就诊,诊断为“冠心病”,此后每于劳累、情绪激动后胸闷、憋气症状加重,经休息及口服速效救心丸或复方丹参滴丸后症状缓解。1个月前,患者因搬家劳累及情绪波动再次出现胸闷、憋气,阵发性心悸,心前区不适,自觉后背隐痛,无放射痛,头晕,持续5~10 min,口服复方丹参滴丸后症状略缓解。

入院检查示:1)望。精神良好,神志清楚,两目精彩,反应灵敏,面色荣润,呼吸平稳,舌红,舌苔黄。2)闻。语音清晰,无咳痰,无呃逆,无特殊气味。3)问。间断胸闷、憋气,阵发性心悸,心前区及后背隐痛,无放射痛,反酸、烧心,严重时后背发热、呃逆,头晕,无头痛,无耳鸣,情绪急躁,口干口苦,两肋时有胀痛,出头汗,平素易紧张害怕,情绪激动后大汗淋漓,纳可,睡眠差,小便量少、色黄,有灼热感,大便尚可。4)切。脉沉、弱。

入院诊断:中医诊断为胸痹心痛,痰热互结证。西医诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病);高脂血症;反流性食管炎;慢性萎缩性胃炎。

1.2 治疗经过

从中医角度看,患者为老年女性,因常年情绪不佳,肝郁化火,怒伤肝,而气逆动火致烦热胁痛,故情绪急躁,两肋时有胀痛,胸闷、憋气。同时,肝失疏泄,肝木郁乘脾土,故反酸、烧心、呃逆,其治疗应以疏肝解郁、泻热和胃为主。

入院第1天,予化肝煎合小柴胡汤加减方(组方:煅牡蛎60 g,淡豆豉、白芍、丹参、海螵蛸、珍珠母各30 g,天花粉20 g,陈皮、北柴胡各15 g,麸炒枳实、甘草片、黄芩片、法半夏、知母、牡丹皮、炒栀子各10 g,砂仁8 g),水煎服,每日1剂,早晚分服,连续治疗5 d。同时开展抗血小板聚集、降血脂、扩张冠状动脉、保护胃黏膜等常规西医治疗,口服氯吡格雷片(每日1次,每次75 mg)+瑞舒伐他汀钙片,每晚1次,每次10 mg)+单硝酸异山梨酯缓释片(每日2次,每次20 mg)+复方铝酸铋颗粒(每日3次,每次1.3 g)。针对患者的胸痹症状,予丹参酮Ⅱ_A磺酸钠注射液,静脉滴注,每日1次,每次8支;口服苏合香丸,每日1次,每次1丸。

入院第5天,两肋时有胀痛,胸闷、憋气,阵发性心悸,反酸、烧心、呃逆,睡眠差等症状较前缓解,仍有口干、口苦,出头汗,小便色黄、量少、灼热感等症状。患者强烈要求解决出头汗、小便色黄问题。临床医师考虑出头汗乃气血不调,气不入血,血逼气于外为汗,营卫不和,应调和营卫;阴虚津亏,应养阴生津。

入院第6天,调整中药方剂为桑蚕方合桂枝汤加减方(组方:煅牡蛎60 g,蜜桑白皮、土茯苓、海螵蛸、麻黄根、浮小麦、合欢皮各30 g,连翘、天花粉各20 g,麸炒枳实、厚朴、浙贝母、麸炒白术各15 g,知母、桂枝、白芍各10 g,砂仁8 g),水煎服,每日1剂,早晚分服,连续治疗3 d。

入院第9天,患者出头汗和口干、口苦症状略改善,小便色黄、量少、灼热感症状改善不明显。医师认为应调整诊疗思路,组织临床药师会诊。临床药师运用“汤液经法图”理论分析后建议更改主导药味,调整组方为煅牡蛎30 g,麦冬、通草各20 g,山茱萸、白芍、山药、生地黄各15 g,柴胡12 g,炙甘草、香附各10 g,水煎

服,每日1剂,连续治疗3 d,临床医师采纳建议。

入院第10天,予调整后的方剂。

入院第14天,患者胸闷、憋气,两肋时有胀痛,反酸、烧心,呃逆,睡眠差,出头汗,小便色黄、量少、灼热感等症状明显好转,病情平稳,当日办理出院。

出院当日,病情总体平稳,但仍存在出头汗、口干、咽干、咽痒等症状,并自觉有气自腹上冲。故在调整组方基础上加用酸味补肺药醋五味子15 g、辛味补肝药桂枝6 g。此外,因患者在治疗前兼有阴虚证候(出头汗明显,伴手足心热、口干),故加用苦味滋肾药熟地黄15 g,以养阴生津,共7剂,水煎服,每日1剂。出院后同时服用苏合香丸。鉴于该药长期使用可能引发脾虚乏力,且冰片成分过量易耗散真气,临床药师建议疗程不宜超过4周^[7],临床医师采纳。

出院后第5日,电话随访,患者病情大致稳定,出头汗症状较前减轻。但于出院第3日患感冒,在社区医院就诊,服用银柴颗粒。该颗粒组方属“三辛一苦”配伍,以辛味药为主,与调整组方存在配伍不宜^[8],故建议患者暂停服用调整方剂,待感冒痊愈后复诊,患者采纳。

2 药学监护与干预

2.1 “汤液经法图”理论体系

整体思路:“汤液经法图”见图1。图中以五行(肝木、心火、脾土、肺金、肾水)划分为5个区域,每个区域对应3种药味。其中,用味为补味,针对虚证;体味为泻味,针对实证;化味为补味和泻味化合而成,适用于虚证、实证或虚实夹杂证^[9]。

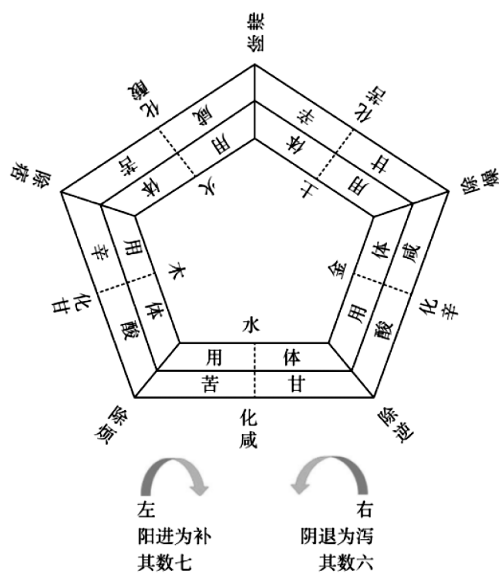


图1 汤液经法图

Fig. 1 "Tang Ye Jing Fa Map"

病因病机分析:“汤液经法图”理论体系是以脏腑辨证确定五脏的虚实,以五味补泻五脏理论确定主导药味^[9]。脾胃同居中焦,因脾升胃降、升清降浊为气机升

降之枢纽,脾主升,脾用太过则影响胃降浊之功用,导致浊气不降反随脾气上升,出现反酸、烧心、呃逆等症状,故患者为脾实证^[10]。《黄帝内经素问》云:“肺病者,喘咳逆气,肩背痛,汗出。”^[11]肺脏虚损可致汗出异常,故患者为肺金虚证。肾为水脏,主封藏,肾用失职时有小便清长、尿失禁等症状,肾用太过则小便赤少,《中藏经校注》云:“肾者……,实则烦闷,脐下重,热则口舌干焦而小便涩黄。”^[12]故患者兼有肾实证。综上,患者以脾实合肺虚为主,兼有肾实证。

治则治法确定:《辅行诀》记载:“脾德在缓,以甘补之,辛泻之,苦燥之。肺德在收,以酸补之,咸泻之,辛散之。肾德在坚,以苦补之,甘泻之,咸润之。”^[13]从“汤液经法图”理论体系看,脾实合肺虚为主、兼有肾实证应以五味补泻五脏虚实,泻脾用辛味,补肺用酸味,泻肾用甘味,故药物治疗应以辛酸甘味为主导药味。

组方药味配伍结构与功效特点分析:依据“汤液经法图”理论体系的五味补泻五脏规律判断组方功效,再将其与脏腑辨证证型比较,进而评估方药与证候的匹配程度^[14]。但“汤液经法图”理论体系下的中药药味取决于其五行属性和功效特点,本例患者治疗药物的组方中,淡豆豉、白芍、海螵蛸等中药材的主导药味与2020年版《中国药典(一部)》记载不一致(表1),生地黄的主导药味与2005年版《安徽省中药饮片炮制规范》记载不一致,故在其解方、组方时需调整^[15]。

表1 “汤液经法图”理论体系下主导药味与2020年版《中国药典(一部)》记载不一致的中药材

Tab. 1 Chinese medicinal herbs with dominant flavors under the theoretical system of "Tang Ye Jing Fa Map" inconsistent with those recorded in the Chinese Pharmacopoeia (2020 Edition Volume I)

中药材	2020年版 《中国药典》	汤液经 法图	中药材	2020年版 《中国药典》	汤液经 法图
淡豆豉	苦、辛	酸、辛	桂枝	辛、甘	辛
白芍	苦、酸	酸	香附	辛、微苦、微甘	辛
海螵蛸	咸、涩	酸、咸	北柴胡	辛、苦	辛、酸
煅牡蛎	咸	酸、咸	牡丹皮	苦、辛	苦、咸
珍珠母	咸	酸	法半夏	辛	辛、咸
知母	苦、甘	酸、咸	丹参	苦	苦、咸
天花粉	甘、微苦	苦、酸	土茯苓	甘、淡	苦、酸
浙贝母	苦、寒	酸、咸	连翘	苦	苦、辛
麻黄根	甘、涩	酸、辛	生地黄	甘	苦
浮小麦	甘、咸	酸、甘	蜜桑白皮	甘	甘、酸
麸炒枳实	苦、辛、酸	酸、辛	麸炒白术	苦、甘	甘、苦
麦冬	甘、微苦	酸	通草	甘、淡	甘、苦
山茱萸	酸、涩	酸	山药	甘	甘、酸
陈皮	苦、辛	辛、酸	厚朴	苦、辛	咸、辛
合欢皮	甘	咸、酸			

2.2 中药组方分析与调整

入院第1天,予化肝煎合小柴胡汤加减方。因患者兼有心烦失眠、暖气反酸、口干口苦、出头汗症状,分别加用淡豆豉、煅牡蛎、珍珠母以宁心安神,麸炒枳实、砂仁、海螵蛸以和胃制酸,天花粉、知母以清热生津。全方共奏清热除烦、疏肝和胃功效。从“汤液经法图”理论体系分析,该方配伍结构为“六辛五苦五酸一甘”(图2),主导药味为辛味和苦味。方中,陈皮、砂仁、法半夏、麸炒枳实、柴胡均为辛味药,有泻脾、理气除滞功效;黄芩、牡丹皮、炒栀子、丹参、天花粉均为苦味药,有泻心、清热,除烦功效;淡豆豉、珍珠母、白芍、知母、煅牡蛎均为酸味药,分别有收心、清心安神,补肺、生津止渴功效;海螵蛸为酸味药,有收敛功效;甘草为甘味药,有补脾、益气和缓功效。

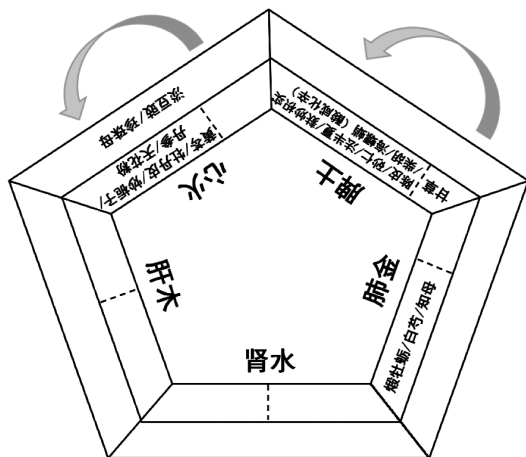


图2 化肝煎合小柴胡汤加减方的五味补泻原理示意图

Fig.2 Schematic diagram of the five flavors for tonifying and purging principles of modified Huagan Decoction combined with Xiaochaihu Decoction

入院第5天,因患者有出头汗症状,予桑蚕方合桂枝汤加减方,其主导功效为补肺、泻脾。因患者兼有出头汗、口干,呃逆、反酸、烧心,心烦不得眠症状,分别加用了麻黄根、浮小麦、煅牡蛎、天花粉,麸炒枳实、砂仁、麸炒白术,浙贝母、合欢皮、连翘,全方以调和营卫、养阴生津、清热除烦为主。从“汤液经法图”五味补泻角度看,组方配伍结构为“六酸五辛三苦二甘一咸”,主导药味为酸味(图3)。患者服用3剂后,自述出头汗症状明显减轻,口干、口苦症状改善,但仍有小便色黄、量少、灼热感症状。

入院第9天,患者小便色黄、量少、灼热感症状改善不明显。临床药师基于“汤液经法图”理论体系建议,更改主导药味,调整组方,调整后的组方主导功效为补肺、泻肾。组方配伍结构为“四酸三甘二辛一苦”(图4),延续了桑蚕方合桂枝汤加减方以酸味补肺的主导功效。因患者为肾实证(小便色黄、量少),故予甘味药泻

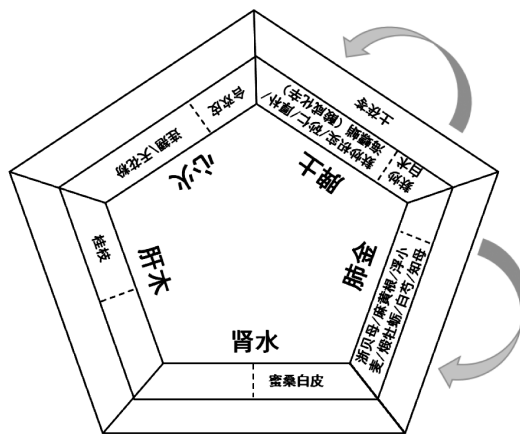


图3 桑蚕方合桂枝汤加减方的五味补泻原理示意图

Fig.3 Schematic diagram of the five flavors for tonifying and purging principles of modified Sangcan Formula and Guizhi

Decoction

肾利尿。方中,麦冬、山茱萸、白芍、煅牡蛎均为酸味药,有补肺、生津止渴功效,可用于出头汗、口干;白芍、山茱萸均为酸味药,有泻肝止痛功效,可用于两胁胀痛;柴胡、香附均为辛味药,有补肝泻脾、疏肝行气、理气除滞功效;同时,甘味药(山药和炙甘草)可补脾补气,防止辛味药泻脾太过,导致脾虚乏力;通草、山药均为甘味药,有泻肾利尿功效,协同苦味药(生地黄),兼顾补肾泻心、清热养阴生津,使热从小便出,治疗小便色黄、量少。患者服用5剂后,出头汗症状明显缓解,小便色淡黄,且小便量较前增多,灼热感消失,其余症状均明显改善。

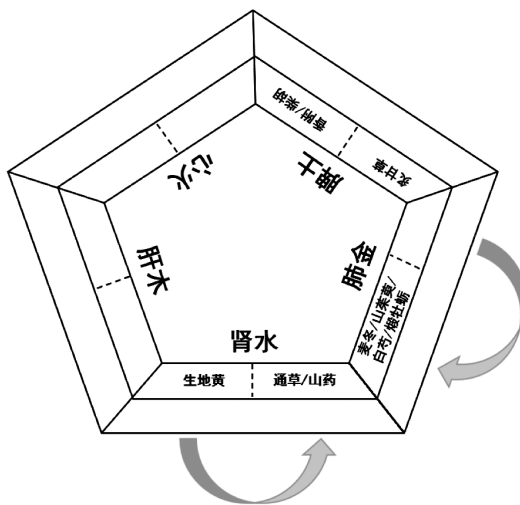


图4 调整组方的五味补泻原理示意图

Fig.4 Schematic diagram of the five flavors for tonifying and purging principles of the adjusted prescription

2.3 “汤液经法图”理论体系的临床应用价值

药病相投、方证相应是中医选药组方的核心要义和确保临床疗效的关键^[16],但现代以七情配伍和君臣佐使为主要理论的选药方式可能存在一定的局限性。

七情配伍主要为两两配伍原则,较少涉及三味及以上药味的配伍关系,君臣佐使则仅为组方用药的模式框架,均未阐明方药与病证间的关系。“汤液经法图”理论体系则是以五脏虚实理论认识疾病和以五味补泻理论治疗疾病的中医辨证论治体系,其将特定脏腑疾病与五味关联,可根据组方配伍结构判断主导药味和功效,有助于透视选药组方的底层逻辑,掌握不同方剂的根本差异^[6]。

基于“汤液经法图”理论体系,治疗出头汗症状当用酸味补肺药。有文献记载,汗出异常与心、肺、肾功能失调密切相关^[17]。《伤寒杂病论》将自汗的病机分为里热内盛、迫津外出,营卫失和、津液不固,水湿内停、津液失常,均为津液失常、外泄不固,致异常汗出,可见治疗出头汗症状的组方应有收敛功效,肺属金,且多收敛,故可补肺增强其收敛功能治疗出头汗症状^[18]。酸味药为治疗出头汗症状组方的关键,如桂枝汤用于治疗营卫不和之汗出,方中有酸味药白芍^[19];白虎汤用于治疗三阳合病、邪热较盛之汗出,方中有酸味药石膏^[20];牡蛎散用于治疗气阴两虚之汗出,方中有酸味药牡蛎^[21]。

3 讨论

本例患者在院期间持续服用苏合香丸,该中成药中含有大量辛味药,有补肝泻脾、宣肺功效。治疗风寒、风热感冒的方剂中多含有补肝散肺、祛风解表的辛味药,以发汗的形式鼓邪外出,但本例患者有出头汗症状,后续调整组方加大酸味药比例后,出头汗症状仍未完全解决。分析原因,可能与服用苏合香丸有关。故在停用苏合香丸后,需关注中药组方中辛味药的用量。可见,如何依据患者的具体症状确定相反功效药味(如辛散与酸收)间的适宜比例,是后续药学监护工作需进一步研究的问题。

参考文献

- [1] 郭玉妹. 中药师开展中药临床药学服务探讨[J]. 中国药房, 2014, 25(11): 974 - 976.
- [2] 曾聪彦, 曹俊岭, 梅全喜. 中药临床药学几个值得探讨的问题[J]. 中国药师, 2015, 18(10): 1735 - 1739.
- [3] 徐浩. 从《辅行诀》的研究探索经方组方法则和配伍规律[D]. 成都: 成都中医药大学, 2005.
- [4] 钱超尘. 《汤液经法》、《伤寒论》、《辅行诀》古今谈(待续)[J]. 世界中西医结合杂志, 2008, 3(6): 311 - 315.

- [5] 金锐. “汤液经法图”系列研究之一: 汤液经法图的来历、内容与应用[J]. 世界科学技术 - 中医药现代化, 2020, 22(8): 2954 - 2960.
- [6] 金锐. 以“汤液经法图”视角重构中医组方配伍理论体系[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(4): 1445 - 1449.
- [7] 金锐, 杨寿圆, 王彬. 含冰片中成药临床合理使用与药学评价的专家共识(2022, 北京)[J]. 中国医院药学杂志, 2023, 43(8): 827 - 834.
- [8] 刘佳, 任昭, 刘桦. 某院前置审核系统中成药处方审核规则拓展优化[J]. 中国医院药学杂志, 2021, 41(20): 2127 - 2132.
- [9] 郭红叶, 张爽, 金锐. 从《辅行诀》所载“汤液经法图”角度分析 60 首常用补益方剂的组方配伍原理[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(12): 217 - 223.
- [10] 张爽, 郭红叶, 金锐. 从《辅行诀》所载“汤液经法图”角度论证半夏泻心汤类方的泻脾功效[J]. 中南药学, 2024, 22(3): 580 - 585.
- [11] 田代华. 黄帝内经素问校注[M]. 北京: 人民军医出版社, 2011: 78.
- [12] 李聪甫. 中藏经校注[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1990: 49 - 51.
- [13] 王雪苔. 《辅行诀脏腑用药法要》校注考证[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 3.
- [14] 于琪, 郭红叶, 高婷婷, 等. 运用《辅行诀》所载“汤液经法图”理论开展中药治疗痹证的药学监护及干预 1 例[J]. 中南药学, 2024, 22(3): 592 - 597.
- [15] 金锐. 汤液经法图讲记 2 还原中药的五行属性[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2023: 11.
- [16] 王志昊, 周文静, 费程浩, 等. 中药复方及组分配伍优化策略与实践[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(1): 299 - 310.
- [17] 王梦真, 罗玥, 刘子玉, 等. 从肝脾论治多汗症[J]. 北京中医药大学学报, 2024, 47(4): 490 - 495.
- [18] 孙慧. 《辅行诀脏腑用药法要》中体用思想探究及应用[D]. 兰州: 甘肃中医药大学, 2023.
- [19] 邵世才, 张丽君. 《伤寒杂病论》汗证浅析[J]. 环球中医药, 2013, 6(1): 35 - 37.
- [20] 崔光宇, 陈代奕, 郭迪. 从汗出发热探讨白虎汤、白虎加人参汤、竹叶石膏汤及四逆加人参汤方证[J]. 河南中医, 2024, 44(7): 993 - 999.
- [21] 王宗涛, 陈长江, 朱奎华. 补中益气汤合牡蛎散加减治疗但头汗出 42 例[J]. 湖北中医杂志, 2005, 27(3): 43 - 44.

(收稿日期: 2024 - 09 - 18; 修回日期: 2025 - 11 - 27)

中国科技核心期刊 中国科技论文统计源期刊

《中国药业》杂志 特别欢迎重点科研、基金项目论文投稿!