

李心沁基于“脏腑别通”理论治疗腹泻型肠易激综合征经验[※]

秦单宇¹ 刘 笛¹ 郑婷婷¹ 于晓帆² 李心沁^{3▲}

摘 要 肠易激综合征多与遗传、饮食、心理精神等因素有关,病位虽在大小肠,但与肝之疏泄、脾之运化功能密切相关。李心沁教授基于“脏腑别通”理论,从“肝与大肠通”“脾与小肠通”的生理关系出发,阐释腹泻型肠易激综合征的核心病机为“肝失疏泄、大肠传导失司”“脾失运化、小肠清浊不分”,并确立其主要治法为“疏肝气以助大肠传导,健脾气以助小肠泌浊”。在治疗上,李心沁教授采用针药结合的综合疗法,针刺选取其经验穴组“疏肝调神针”“老十针”及“腹部四募穴”,以调畅气机、健运中州;中药则辨证施方,以疏肝解郁、健脾渗湿。二者相辅相成,临床疗效显著。

关键词 脏腑别通;肠易激综合征;针刺;中药;临床经验;李心沁

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种常见的功能性胃肠病,以持续性或间歇性发作为特征,以腹部疼痛、胀满、排便习惯异常及大便性状改变为典型症状^[1]。中医学常将该病归属于“腹痛”“泄泻”“大肠泄”等范畴^[2]。研究^[3]表明,本病在女性中的发病率高于男性,且虽可发生于任何年龄,但以青壮年高发。根据大便性状的异常,IBS可分为腹泻型(irritable bowel syndrome with diarrhea, IBS-D)、便秘型(irritable bowel syndrome with constipation, IBS-C)、混合型(irritable bowel syndrome-mixed, IBS-M)、不定型(irritable bowel syndrome-unsubtyped, IBS-U)四种亚型^[4],其中以IBS-D在临床中最为常见^[5]。现代医学尚未完全明确IBS的病因,目前认为其发病可能涉及胃肠动力学异常、内脏超敏、肠-脑轴调节异常、肠道微生态失衡、胃肠道感染和精神心理等多方面的因素^[6]。目前尚无治疗IBS的特效药物,西医方面多为对症治疗。中医“脏腑别通”理论强调肝与大肠、脾与小肠的功能关联,恰分别与肠-脑轴、肠道菌群的现代机制相呼应。肠-脑轴是连接胃肠道系统与中枢神经系统的

神经内分泌网络。该轴主要通过神经递质实现双向信息传递,因此肠道信号可以影响大脑功能。肠道菌群被视为肠道与大脑之间的机械联系,各种不同的肠道菌群共同参与肠道功能的调节,肠道菌群失调可激活胃肠道免疫反应,进而影响中枢神经系统。肠道菌群和肠-脑轴各自影响胃肠道功能,为IBS-D的治疗提供了传统与现代结合的思路。

李心沁教授(以下简称为“李教授”)从事中医临床30余年,能够灵活地运用中医理论与疗法治疗各种消化系统疾病。笔者有幸跟师学习,受益匪浅,现将李教授基于“脏腑别通”理论治疗IBS-D的经验总结如下。

1 “脏腑别通”理论与IBS-D病机的关联探讨

李教授认为IBS病位主要在大小肠,与肝、脾关系密切。从脏腑别通的角度来看,其病机可概括为“肝失疏泄、大肠传导失司”及“脾失运化、小肠清浊不分”。

1.1 “脏腑别通”理论源流 明代医家李梴在《医学入门·脏腑篇》中首次解注了“脏腑别通”理论,认为脏腑之间存在别通联系(即心与胆、肝与大肠、脾与小肠、肺与膀胱、肾与三焦及命门相通),并系统阐释了脏腑别通机理^[7]。清代唐容川受西医影响,在《中西汇通医经精义》中提出“人之脏腑,全有连网相联,其

※基金项目 山东省自然科学基金面上项目(No.ZR2022MH208)

▲通信作者 李心沁,男,教授,主任医师,硕士研究生导师。研究方向:针药结合治疗老年病及睡眠障碍的临床研究。E-mail: 2604318792@qq.com

•作者单位 1.山东中医药大学针灸推拿学院(山东 济南 250355);2.山东中医药大学附属医院(山东 济南 250011);3.山东特殊教育职业学院(山东 济南 250355)

连网中全有微丝管行血行气”，认为脏与腑之间的联系是基于解剖层次的气血流通^[8]，这一说法进一步拓展了“脏腑别通”理论。“董氏奇穴”代表人杨维杰在“气化论”的基础上，结合《灵枢·根结》六经开阖枢理论，认为“别通”的本质为气化之相通，并且别通的脏腑之间在生理、病理上相互影响^[9]。现代医学研究中，肝脏与肠道在解剖位置和生理功能上密切相关；肠道菌群在人体免疫中起重要作用，肠道菌群的抗定植性在一定程度上类似中医脾主卫的功能，这些为阐释中医“脏腑别通”理论提供了科学依据。李教授认为，“脏腑别通”理论中肝与大肠、脾与小肠经气相通，疾病互传，互治互用，由此可以从肝、脾的角度治疗 IBS-D。

1.2 肝失疏泄、大肠传导失司 肝者，将军之官，罢极之本，主疏泄，主藏血。大肠者，传导之官，主传导糟粕，主津。陈英杰认为，胆为“奇恒之腑”，难以司肝脏疏泄浊邪之职，而大肠通过魄门向下传输浊气，为五脏排泄浊物，故可为肝脏疏泄之“腑”，即“肝寄腑于大肠”之论^[10]，进一步证明了肝与大肠之联系。《素灵微蕴·噎膈解》^[11]记载“饮食消腐，其权在脾；粪溺疏泄，其职在肝。以肝性发扬……行其疏泄，催以风力，故传送无阻”，表明大肠的传化依赖肝的疏泄，同时肝亦借大肠而降泄浊气，两者在气机升降上相互为用，相辅相成。《兰室秘藏·大便结燥门》指出“忧愁思虑，诸气怫郁，则气壅大肠，而大便乃结”，认为大肠的传导功能易受情志影响，此与肝主疏泄的功能密切相关^[12]。现代医学研究表明，肠-脑轴使肠道和大脑之间形成双向互动的生理关系，大脑能够调控食物摄入、消化，以及排便等过程，而肠道亦能对神经系统方面产生相互作用^[13]。在病理条件下，肠-脑轴功能紊乱可影响胃肠道的运动、感觉、分泌及自主神经调节，进而引发肠道动力异常、内脏高敏感等变化，导致 IBS-D 的发病。李教授认为，肝与大肠别通，肝主升，赖大肠传导之功以泄浊气，从而维持自身疏泄、升发的生理功能正常。大肠主降，主要生理功能为传化糟粕，故需要肝气疏泄以助糟粕下行。若肝失疏泄，气机逆乱，则大肠传导失司，而致腹痛、腹胀；若肝之疏泄太过，又可致肠鸣、腹泻。反之，若浊邪壅滞肠腑，大肠传导失常，则肝失疏泄，气机郁结，诸患丛生。肝失疏泄则影响大肠传导，大肠传导失司亦导致肝气不畅。以上论述表明，肝与大肠在生理上紧密关联，在病理上相互影响。因此，IBS 的治疗应重视肝与大肠

的关系，其核心病机在于肝失疏泄、大肠传导失司。

1.3 脾失运化、小肠清浊不分 脾者，谏议之官，气血生化之源，主统血。小肠者，受盛之官，主泌别清浊，主液。脾胃虚弱则气血生化乏源，肠腑失于濡养而传导无力。若脾虚日久，湿浊内生，可阻滞肠腑气机，致清浊不分，发为泄泻或便秘。张景岳于《类经·藏象》云：“脾气化而上升，小肠化而下降。”此论阐明脾与小肠协同配合，共司机体受纳运化之职^[14]。经络循行方面，手太阳小肠经“循咽、下膈、抵胃”，足太阴脾经“络胃、上膈、挟咽”，二者均经过咽、膈、胃，是故脾经与小肠经于经络层面间接相连。《素问·脏气法时论》云“脾病者……虚则腹满肠鸣，飧泄食不化”，表明脾失运化可影响小肠泌浊，进而产生腹胀、肠鸣等症状。《医宗金鉴》有“脾主腹”之论，谓腹部诸症多责之于脾，故小肠之病变亦属脾所主^[15]。

现代研究中，邱奕平等^[16]基于古代解剖文献，结合小肠与脾的生理、病理特性，提出“小肠属脾”之说。何嫣婷等^[17]研究发现，脾虚犬小肠绒毛显著稀疏、变短，肠道黏膜充血、水肿伴大量黏液渗出，小肠表皮生长因子表达量降低，经加味四君子汤治疗后，脾虚犬小肠组织形态和小肠表皮生长因子表达量均恢复正常，这一变化印证了脾与小肠在病理方面具有密切联系。李教授认为，脾与小肠别通，小肠泌别清浊等功能依赖于脾阳的温煦作用，同时为脾化生气血提供条件。脾与小肠协调得当，则清阳得升，浊阴得降，脏腑调和。若脾虚失运日久，水湿内停，下趋肠道，致清浊不分而发生腹泻。反之，小肠虚弱，受盛化物、泌别清浊异常，无以运化浊阴使其下降，致使清气生化不及，脾无清气可运。脾喜燥恶湿，小肠喜热恶寒，六淫中寒湿之邪常相兼为患，故二者病变常相互传变。以上论述都是脾与小肠生理上相互联系，病理上相互影响的体现。故 IBS 以脾失运化、小肠清浊不分为基本病机，治疗应关注脾与小肠之联系。

2 从“脏腑别通”论治 IBS-D

李教授常从病机入手，以“疏肝气以助大肠传导，健脾气以助小肠泌浊”为主要治法，采用针药结合之法治疗 IBS-D。

2.1 疏肝气以助大肠传导 《医学入门》言：“肝病宜疏通大肠，大肠病宜平肝经为主。”^[18]肝主疏泄，司全身气机。若情志不畅致肝郁气滞，周身不通，升降失常，进而影响大肠的传导功能，常见腹痛腹泻、情绪低

落、两胁胀痛、胸闷不舒等症状。临床上,李教授基于“脏腑别通”理论,采用针药结合之法疏肝气以助大肠传导,方用柴胡疏肝散合四君子汤加减联合“疏肝调神针”以疏肝理气、调控升降。

2.1.1 方药:柴胡疏肝散合四君子汤 柴胡疏肝散出自《景岳全书》^[19];四君子汤出自《太平惠民和剂局方》^[20],原书载其主治“荣卫气虚,脏腑怯弱,心腹胀满,全不思食,肠鸣泄泻,呕哝吐逆,大宜服之”。柴胡疏肝散虽长于疏肝理气,然其健脾抑肝之力不足,故合四君子汤共奏疏肝健脾、条达肝气之功。方中柴胡味苦,归肝、胆经,可疏肝透邪,调畅气机^[21];李教授易原方中人参为党参,取其补益脾胃之气,与柴胡共为君药。川芎为“血中之气药”,可行气活血、开郁止痛;香附为“气中之血药”,可疏肝理气、通络止痛;白术健脾燥湿,三者共为臣药。君臣相伍,既可增强益气健脾之力,又可助柴胡疏肝解郁。枳壳消浊邪积滞^[22];陈皮理气行滞;白芍养血柔肝,防诸辛香之品耗伤气血;茯苓健脾祛湿,四者共为佐药。使药炙甘草既能调和诸药,又能助党参、白术益气补中。诸药合用,共奏疏肝气、解肝郁之效。临证时若患者出现烦躁易怒、头晕心烦、口苦唇燥等症状,此为气机郁结,郁而化火,可加栀子、牡丹皮,共奏清肝热泻肝火之效;若患者出现五心烦热、咽干口燥、盗汗等症状,此为肝郁化火,灼伤阴津,常加麦冬、玉竹等滋阴润燥之品;若患者出现失眠多梦等症状,常加远志、酸枣仁等宁心安神之品。此外,李教授尤为重视“肝体阴而用阳”之性,强调辛散之品理气太过易耗伤肝阴,故常取甘草、大枣等甘润之药和中缓急,既制辛燥之性,亦柔肝体而缓肝急。

2.1.2 针灸:疏肝调神针 疏肝调神针的操作方法为:使用0.30 mm×40 mm毫针,选取百会、四神聪、印堂、神庭、双侧本神、双侧内关、双侧太冲进行针刺,行平补平泻手法,每10 min行针1次,留针30 min。李教授所用“疏肝调神针”的针灸治疗处方以经脉理论与气街理论为依据。《难经·二十八难》载督脉“上至风府,入属于脑”;《灵枢·经脉》指出足厥阴肝经“上出额,与督脉会于巅”。《灵枢·卫气》亦言:“头气有街,胸气有街,腹气有街,胫气有街。故气在头者,止之于脑。”结合“经脉所过,主治所及”的取穴原则,诸穴相配,共奏调神疏肝之效,适用于神志类疾病的治疗。其中,百会是人体众多经脉汇聚的地方,位于巅顶,与印堂同属督脉,督脉入络于脑,脑为元神之府,刺之可

安神定志,醒神开窍;内关为八脉交会穴,通阴维脉,太冲为肝之原穴,两穴原络相配,可疏肝解郁,调心安神;四神聪为经外奇穴之一,可安神益智、激发头部阳气;神庭是督脉要穴,为足少阴肾经与冲脉之会,可醒脑开窍、清利头目;本神属足少阳胆经,且为胆经与阴维脉的交会穴,可疏肝利胆、平肝息风。

2.2 健脾气以助小肠泌浊 脾居中焦,主运化水谷精微,与小肠的气血运行相通,共同完成对精微物质的消化和吸收。若脾气虚衰,失于运化,易生湿、停饮、聚水,亦会影响小肠的泌别清浊之力,常见大便稀溏、胸脘痞闷、倦怠乏力、口舌黏腻等症状。临床上,李教授以“脏腑别通”理论为指导,注重健脾气以助小肠泌浊,常以参苓白术散加减,配合“老十针”及“腹部四募穴”针刺,共奏健脾升清、斡旋中焦之效。

参苓白术散出自《太平惠民和剂局方》,由四君子汤化裁而成^[23],药性平和,兼具补脾与祛湿之效,虚实兼顾。参苓白术散的主要药物为党参、白术、茯苓、炙甘草、莲子、山药、薏苡仁、砂仁、白扁豆、桔梗。方中党参甘平^[24],善补益脾肺之气;白术苦燥,长于健脾燥湿;茯苓甘淡,能健运脾气,利水祛湿,三者共为君药,共奏益气健脾之功。山药平补脾肺,莲子补脾涩肠,合用可助君药健脾益气;白扁豆、薏苡仁健脾利湿,四药共为臣药,共奏健脾和中化湿之效。砂仁辛香温散,有醒脾化湿,健运脾土之效;桔梗开提肺气,通利水道,载药上行,与砂仁共为佐药,可调畅气机;炙甘草,补脾和中,调和诸药,为使药。李教授临证常在此基础上加入柴胡、木香、五味子、石榴皮、大枣。其中,柴胡升举清阳;木香行气止痛,配合砂仁可调畅气机;五味子、石榴皮涩肠止泻,提升原方的固涩之力;大枣补中益气。此外,李教授临证时常随症进行加减:腹痛明显者,加白芍、木香以行气止痛;不欲饮食者,加神曲、麦芽以消食健胃;舌质暗红有瘀斑瘀点者,加丹参、路路通以活血祛瘀。李教授强调,鉴于IBS病程具有迁延反复的特点,且脾气虚弱这一病机贯穿其始终,故在治疗时,常以参苓白术散为基础,其中尤须注重风药的运用。风药轻扬升散,可引脾气上升,其性燥可祛湿,湿去则脾运得健,清阳得升而泄泻自止。

“老十针”的理论源于李东垣《脾胃论》所倡“治其本,以胃为先”^[25]之思想,强调脾胃为后天之本,主水谷受纳、精微运化,为气血生化之源。若脾胃功能正常,则水谷纳运协调、气机升降相因、阴阳燥湿相济。该针法的具体操作方法为:使用0.30 mm×40 mm毫

针,选取上脘、中脘、下脘、气海、双侧天枢、双侧足三里、双侧内关进行针刺,行平补平泻手法,每 10 min 行针 1 次,留针 30 min。其中,中脘、足三里为主穴,上脘、下脘、天枢、气海、内关为配穴。上脘、中脘与下脘为“脘腹三穴”的配伍,具有协同作用,可健运脾胃、调和气机升降;足三里为足阳明胃经合穴,具有健脾和胃、益气升清之功;天枢为大肠之募穴,可通调腑气、消导积滞、助脾运湿;内关为心包经之络穴,可安神定志、舒肝和胃;气海为人体元气所生之处,取之可温固下元、通调任脉。诸穴合用,共奏健脾益气、升清降浊、理气和血之效^[26]。

“腹部四募穴”以募穴主治脏腑病为基础。募穴主要位于胸腹部,是脏腑之气直接输注的部位,故针刺脾胃相关募穴并施以补泻,可直达病所,调节脾胃功能。取穴包括双侧天枢、双侧章门、中脘、关元。其中,胃之募穴、腑会中脘与脾经募穴、脏会章门相配,一脏一腑,一阴一阳,乃脾胃之气汇聚之所;大肠募穴天枢,乃阳明脉气所发之处;足三阴经与任脉之会关元,乃一身元气之所在。针刺以上诸穴,可激发脏腑功能,健运脾胃。

3 病案举隅

孔某,男,26岁,办公室职员,2024年11月11日初诊。主诉:反复腹痛、腹泻10个月。现病史:10个月前因工作压力大、饮食不规律,出现腹痛伴腹泻,发病后于当地医院行腹部CT检查,未见明显异常。刻下症:便前腹痛,便后痛减,大便稀溏,有臭味,日行3~4次,心烦不安,两胁胀满,每因工作压力大或情绪紧张时加重,便中未见黏液及脓血,无里急后重,纳一般,易失眠多梦,小便调,舌红,边有齿痕,苔白腻,脉弦紧。辅助检查:粪便常规+隐血均为阴性;血常规未见明显异常;胃镜示“慢性非萎缩性胃炎”;结肠镜示“全结肠黏膜未见明显异常”。西医诊断:肠易激综合征(腹泻型)。中医诊断:泄泻,辨为肝郁脾虚证。治法:疏肝解郁,健脾止泻。中药处方:柴胡 10 g,炒白术 10 g,党参 10 g,茯苓 10 g,山药 12 g,莲子 10 g,白扁豆 12 g,薏苡仁 15 g,桔梗 10 g,砂仁 6 g(后下),木香 10 g,五味子 15 g,石榴皮 10 g,远志 12 g,炙甘草 5 g,大枣 2 枚。14 剂,每日 1 剂,水煎,早晚分服。针刺取“老十针”“疏肝调神针”“腹部四募穴”,采用平补平泻手法,以患者出现酸、麻、胀、重等得气感为度,隔日针刺 1 次。另嘱患者节饮食,畅情志。

2024年11月24日二诊:便前腹痛、两胁胀满减轻,大便次数减少,大便质稀,偶有成形,每日2~3次,工作压力大或情绪紧张时仍有腹部胀痛、心烦不安,纳一般,失眠多梦好转,小便调,舌红,有齿痕,苔白稍腻,脉弦紧。继续予以针药结合治疗:中药于初诊方基础之上,将柴胡加量至 15 g,加郁金 10 g,酸枣仁 10 g,延胡索 12 g,共 14 剂,服法同前;针刺治疗方案同前。

2024年12月9日三诊:便前腹痛、两胁胀满基本消失,大便质可,每日1~2次,工作压力大或情绪紧张时偶有腹部不适伴心烦不安,纳可,失眠多梦基本消失,小便调,舌红,苔薄白,脉弦紧。中药于二诊方基础之上,去五味子、石榴皮,加黄芪 15 g,共 14 剂,服药方法同前。针刺治疗方案守前。

之后患者未再就诊。3个月后电话随访,患者大便恢复正常,诸症基本消失,未见复发。嘱患者合理饮食,调畅情志,不适随诊。

按 基于“脏腑别通”理论,李教授认为本案患者病因病机可概括为:平素饮食不规律,损伤脾胃,运化失职;复因工作压力致情志不畅,肝失疏泄,气机郁滞。肝郁乘脾,脾胃升降失常,大肠传导失司,水谷不能正常运化而致腹泻;气血运行不畅,则见腹痛;肝气疏泄不及,则胁肋胀满;气机失调,阳不入阴,则见失眠多梦。四诊合参,辨证属肝郁脾虚证,治以疏肝解郁、健脾止泻为法。针灸选用“老十针”“疏肝调神针”“腹部四募穴”以疏肝气、健脾气,配合中药加强疏肝健脾、渗湿止泻之功。本案辨证准确,治法方药切中病机,故获效显著。

4 结语

李教授从“脏腑别通”理论论治 IBS-D,指出其核心病机在于“肝失疏泄、大肠传导失司”和“脾失运化、小肠清浊不分”,并主张通过针药结合的方式进行肝与大肠、脾与小肠的同调同治。此外,李教授高度重视情志因素,认为焦虑、抑郁与本病发生密切相关,故在针药治疗之外,常辅以心理疏导,以缓解患者压力,从而全面提升临床疗效。这一综合诊疗策略为临床提供了新思路。

参考文献

- [1]王茜,陈侃俊,余安胜. 针灸治疗肝郁脾虚型肠易激综合征疗效及机制探讨[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(7): 42-46.
- [2]毛心勇,陈建德,荣培晶,等. 探讨“脑肠同调”治疗常见功能性胃肠

病[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(5): 116-120.

[3] 张沈晔, 林榕, 迟伟. 疏肝健脾运湿汤治疗腹泻型肠易激综合症的临床观察[J]. 中国医药指南, 2020, 18(6): 226-227.

[4] 卞立群, 黄绍刚, 魏玮, 等. 肠易激综合征中医诊疗专家共识(2024)[J]. 中医杂志, 2024, 65(18): 1948-1956.

[5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肠易激综合征中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(3): 183-194.

[6] 白俊清, 刘艳阳, 高占峰. 肠易激综合征非药物治疗的研究进展[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19(13): 1455-1457.

[7] 吴玄哲, 吴海洲, 刘飞. “脏腑别通”的理论微探[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(8): 256-257, 259.

[8] 唐容川. 中西汇通医经精义[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2023: 31-33.

[9] 魏韵卓, 蔡剑. 脏腑别通理论的历程及现状[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(6): 1053-1056.

[10] 陈英杰. “肝与大肠相通”探析[J]. 中医研究, 2007, 20(11): 3-8.

[11] 黄元御. 素灵微蕴[M]. 杨枝青, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 57.

[12] 王梦婷, 王莉, 于英华. 基于“肝与大肠相通”理论从肠道菌群角度防治抑郁症[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 37(1): 79-82.

[13] 曹惠莲, 孙香娟, 刘付嘉, 等. 中医基于“肠脑同调”理论治疗青少年神经性厌食的研究进展[J]. 四川中医, 2025, 43(7): 195-200.

[14] 逢冰, 周强, 李君玲, 等. 全小林教授治疗糖尿病性胃轻瘫经验[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(7): 2246-2249.

[15] 梁晓春. 祝湛予治疗糖尿病胃轻瘫经验[J]. 北京中医药, 2019, 38

(9): 876-878.

[16] 邱奕平, 沈其霖. 试论小肠属脾[J]. 亚太传统医药, 2019, 15(8): 201-202.

[17] 何嫣婷, 夏晓冬, 舒迎霜, 等. 加味四君子汤对脾虚犬小肠组织形态及EGF表达的影响[J]. 云南农业大学学报(自然科学), 2019, 34(3): 446-452.

[18] 李梃. 医学入门[M]. 金嫣莉, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1995: 72.

[19] 李志庸. 明清名医全书大成·景岳全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 1095-1096.

[20] 太平惠民和剂局. 太平惠民和剂局方[M]. 刘景源, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 1985: 109.

[21] 张爱华, 郭姗姗. 柴胡的临床运用及药理研究[J]. 中医研究, 2019, 32(4): 7-9.

[22] 房爱芹. 浅谈“木郁达之”治疗胃脘痛[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(8): 1439-1440, 1430.

[23] 许飞, 赵芳昭, 马少华, 等. 经方参苓白术散临床应用研究进展[J]. 中国民间疗法, 2020, 28(7): 106-108, 115.

[24] 黄兆胜. 中药学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 241-243, 453.

[25] 北京中医医院. 金针王乐亭[M]. 北京: 北京出版社, 1984: 46.

[26] 宁玉楼, 成泽东. 从气机升降理论探讨针灸与肠道菌群的关系[J]. 中医杂志, 2017, 58(1): 31-33.

(收稿日期: 2025-08-27)

(本文编辑: 金冠羽)

(上接第 4 页)

247-253.

[3] RANJITH G. Epidemiology of chronic fatigue syndrome [J]. Occup Med (Lond), 2005, 55(1): 13-19.

[4] 人民网. 告别亚健康, 远离慢性疲劳综合症[EB/OL]. (2018-04-23) [2025-08-10]. <http://health.people.com.cn/n1/2018/0423/c419116-29944105.html>.

[5] 骆州晓, 林玉芳, 金肖青. 慢性疲劳综合征发病机制及灸法治疗研究进展[J]. 新中医, 2018, 50(5): 196-199.

[6] 杨蕾, 康巧, 袁宏洁, 等. 慢性疲劳综合征的表现遗传机制研究进展[J]. 医学综述, 2022, 28(14): 2877-2883.

[7] 张兆晖, 李立华. 中医治疗慢性疲劳综合征的新进展[J]. 世界中医药, 2021, 16(6): 991-995.

[8] 刘欣欣, 杨柱, 崔瑾, 等. 对比论述中医和苗医对癌因性疲乏的认识[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(3): 664-665.

[9] 余婷. 苗医特色医疗技法隔药纸灸改善癌因性疲乏的临床研究[D]. 贵阳: 贵州中医药大学, 2020.

[10] 胡顶, 夏景富. 浅议苗医隔药纸灸治疗寒湿痹阻型肩痹[J]. 中国民族医药杂志, 2023, 29(2): 48-50.

[11] 彭艳辉. 隔苗药黑骨藤追风液纸灸法治疗慢性腰肌劳损临床疗效观察[D]. 贵阳: 贵州中医药大学, 2019.

[12] 李嘉杰. 隔药纸灸法配合牵引治疗腰椎间盘突出症的临床研究[D]. 贵阳: 贵阳中医学院, 2011.

[13] 孙明子. 苗医“药纸灸法”治疗腰部冷肉风的临床研究[D]. 贵阳: 贵阳中医学院, 2015.

[14] 蒙自己, 黎喜平, 唐东昕, 等. 苗医隔药纸灸法对椎动脉型颈椎病模型兔SOD、MDA及椎动脉血管形态学影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(5): 144-146.

[15] 陈振江, 肖亚平, 陈福洪, 等. 隔苗药黑骨藤追风液纸灸法治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效观察[J]. 中国民族民间医药, 2011, 20(2): 10, 13.

[16] 杨世梅, 朱亨燕. 苗医隔药纸灸对颈型颈椎病患者护理研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(94): 168-169, 173.

[17] 田兴秀. 中国苗族医学[M]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2013: 37.

(收稿日期: 2025-09-12)

(本文编辑: 蒋艺芬)