

· 会议纪要 ·

第九次陈可冀院士学术思想传承座谈会会议纪要

2019 年 5 月 26 日,以“传承中国精神,成就时代篇章”为主题的第九次陈可冀院士学术思想传承座谈会在北京友谊宾馆举行。国家中医药管理局党组书记、副局长余艳红,北京市中医管理局局长屠志涛,副局长罗增刚,中国中医科学院院长黄璐琦,副院长杨龙会、唐旭东和中国中医科学院西苑医院常务副院长张允岭等领导出席会议,陈可冀院士的学生、福建省政协副主席、福建中医药大学副校长刘献祥,北京中医药大学副校长王伟,暨南大学副校长张荣华,新加坡中医师公会会长赵英杰以及香港浸会大学中医药学院院长吕爱平等 200 余位专家参会。



陈可冀

陈可冀院士作了题为《中医药传承创新互动发展理念》的主题报告。他提出,回顾世界科学技术史以及中医药学发展史,我们应该注意到随着时代进步与社会发展,随着大规模社会需求和社会实践的推进,科学技术的传承与创新常常是互动发展的。我国在数千年中医药临床实践中,在维护人民健康方面,总结和陆续提出了很多杰出的学术理论以指导临床实践。中医古典医方蕴载的中华文化思想非常丰富,要以辩证论治思维研究实践经典医方。身处新时代,我们要发展和应用好经典名方,以辩证论治的思维进行研究实践,科学合理地采用循证医学方法进一步探究现代临床适应症及其机理,让经典名方更好地服务健康中国建设。

余艳红书记在讲话中指出,人才是中医药事业传承创新的第一资源。陈可冀国医大师工作室是名老中医药专家传承工作室中的杰出代表,培养了大批优秀中医药人才。她强调,加强名老中医药专家学术经验传承工作,不仅要学习老中医药专家的临床经验、学术思想,还要学习他们的治学精神、医德医风和对中医药学的坚定自信。要把老中医药专家的经验、技术应用到临床实践中,把发掘整理的典籍转化为提高临床疗效的理念方法,加大活态传承力度。要树立新发展理念,坚持师古而不泥古,推动中医药学术创新,形成百花齐放、人才辈出的良好局面。要进一步总结名老中医药专家传承工作室的建设经验,探索更好的模式、投入与保障机制。

屠志涛局长在讲话中介绍,9 年来陈可冀院士学术思想传承座谈会已经成为一个品牌,每年都在与时俱进。陈可冀院士给世界讲了一个非常美好的中西医结合的故事,解决了很多难题。希望陈可冀院士团队能够给全国起到示范作用,在“十三五”的收账期和“十四五”的规划期作出重大贡献。



余艳红



黄璐琦

在今天召开的陈可冀院士学术思想座谈会上,可借陈可冀院士文章中的一句话来体现,就是《左传》所言的“善不可失”。“善”首先是心地仁爱、品质淳厚,体现大医精诚;第二是善于、擅长,就是继承好、发展好、利用好。陈可冀院士提出了问题意识、机遇意识、产业化意识和国际化意识。其中,机遇意识就是抓住现在中医药发展天时、地利、人和的大好时机,乘势而为,把好时机体现到具体工作中。产业化意识不仅要重视“形而上”的“道”,而且要重视“形而下”的“器”。以上 4 个意识可表现出自主创新、改革创新与开放创新;第三是说文解字里“善”有赞许的意思,如“群臣百姓之所善”。陈可冀院士在报告里提出了失去自我与丰富自我,就是在团队中要多看到别人的长处,多表扬别人,多向别人学习,增进团结,团结就是力量。这些都是我们要传承的中国精神。

中国中医科学院西苑医院副院长史大卓介绍了《陈可冀院士科学探索与循证结合,不断新冠心病的诊疗模式》,上海市中西医结合心血管病研究所吴宗贵所长总结了《动脉粥样硬化研究近况》,宁波市第一医院胸痛中心医疗总监王胜煌、广东省中医院心血管科主任医师王磊及副主任医师徐丹萍分别汇报了芳香温通法代表药——宽胸气雾剂在缓解心绞痛、改善冠脉微血管病变、改善患者运动耐量等方面的临床研究结果,福建中西医结合研究院副院长彭军汇报了《中西医结合治疗高血压病的传承与发展》,中国中医科学院心血管病研究所常务副所长徐浩及所长助理薛梅分别汇报了《清心解瘀方调控巨噬细胞焦亡稳定动脉粥样硬化斑块的机制研究》和《中西药联合抗血小板治疗心血管疾病的进展》。



屠志涛

会议开放讨论环节中,陈可冀多位从业学生围绕中西医结合的传承创新发展理念、互动方法和临床实践等展开深入探讨。

(付长庚 整理)

(收稿: 2019-05-31 在线: 2019-06-04)

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20190530. 302

· 中西医结合医学家 ·

危北海教授从理论到基础、再到临床的 脾虚证创新性研究与应用 ——危北海教授从事中西医结合工作 60 周年

周 滔¹ 陈 詒¹ 危北海¹ 杨仲婷^{1,2} 陈瑞琳^{1,2} 殷秀雯^{1,2}

危北海教授是首届全国名中医、全国名老中医传承工作指导老师、国家中医药管理局中医传承博士后导师、首都国医名师。1959 年危北海教授响应党和国家号召投身于西医学习中医的伟大事业,并致力于开拓和建立中西医结合消化病学。他在中西医结合消化病学理论、基础与临床研究方面做出了卓越贡献和取得了丰硕成果。2019 年为危北海教授西医学习中医、从事中西医结合消化工作 60 周年。危北海教授率先开展脾虚证本质研究,系统阐述脾虚理论的发展源流,发现脾虚证特异性指标,提出新的中西医病证结合的诊断学概念“脾虚综合征”,并指导临床开展消化、呼吸、免疫等多系统疾病的诊治与研究,取得了一系列理论、基础与临床研究的重大成果。本文概述了危北海教授对脾虚证从理论到基础、再到临床的研究探索和创新应用历程,以更好传承和发扬危北海教授的学术思想,并以此纪念危北海教授从事中西医结合工作 60 周年。

1 脾虚证理论研究

危北海教授深入研究《黄帝内经》、《伤寒杂病论》等历代中医经典著作,建立了“中医脾胃理论知识数据库”、“中医脾胃方药知识数据库”。危北海教授在对中医脾胃理论的系统研究中,通过整理、分析古代文献,对脾虚证理论的形成和发展进行了系统的阐释。

危北海教授认为,《黄帝内经》奠定了脾胃学说的理论基础,对脾胃相关病理生理及临床证治均有具体

描述,尤其对脾虚证的系统而深入。如“脾胃者仓廪之官,五味出焉”,“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”等诸多经文指出脾胃主运化水谷精微,以化生气血,充养四肢百骸。若饮食不节、情志内伤,脾胃受损,则出现相应脾虚症状,如“脾病者,虚则腹满,肠鸣,飧泄,食不化”,“脾气虚则四肢不用,五脏不安”,“四肢不得禀水谷气,日以益衰,阴道不利,筋骨肌肉无气以生,故不用”。《黄帝内经》亦提出脾虚证的治疗原则,如“脾苦湿,急食苦以燥之”,“脾欲缓,急食甘以缓之”,“用苦泻之,甘补之”等。危北海教授认为《黄帝内经》对脾虚证的认识与证治起到奠基与指导性作用,不仅仅局限于脾胃病的治疗,更为从脾虚论治其他脏腑经络肢体筋骨病变提供了依据。

危北海教授认为,《伤寒杂病论》对中医脾胃学说的贡献就是奠定了脾胃学说的临床证治体系,尤其是脾虚证的临床证治。张仲景明确提出“四季脾旺不受邪”,认为脾胃不虚则五脏气旺,不被外邪所侵,免生疾病。且拟定了治疗脾虚的一系列方剂,如虚劳里急、腹中痛治以小建中汤,虚劳诸不足治以薯蓣丸,脾虚下血治以黄土汤,脾约证治以麻子仁丸,脾肺阴虚证治以麦门冬汤等。同时,在治疗其他疾病时,仲景亦处处顾护脾胃,以防脾胃虚弱,邪气乘虚内侵,如少阳证小柴胡汤用人参,十枣汤用大枣顾护脾胃等。

危北海教授认为,宋金元时期脾胃学说得到了深入发展,尤其是对脾虚证的认识以及脾虚证所致的疾病变化规律得到全面创新性升华。如李东垣创脾胃论,阐述了脾胃气(阳)虚之证治,开创补土派。提出“人以脾胃中元气为本”、“内伤脾胃,百病由生”等观点,强调脾虚对人体疾病发生的内在因素,从而提出了治未病及防病要重视脾胃的观点。还提出饮食不节是酿成脾虚的重要原因——“饮食自倍,则脾胃之气既伤,而元气亦不能充,而诸病之由生也”。同时提出“凡有此(脾胃)病者,虽不易变生他疾,已损天年”。李东垣认为脾虚者脾阳不升,元气损耗,心火亢盛,使阴血受

基金项目:国家重点研发计划(No. 2018YFC1704100, 2018YFC1704102);第四批全国中医(临床、基础)优秀人才研修项目(No. 国中医药人教发[2017]24号);北京市卫生系统高层次卫生技术人才培养计划(No. 2015-3-114);北京市属医院科研培育计划项目(No. PZ2016022)

作者单位:1.首都医科大学附属北京中医医院消化科(北京 100010);2.北京中医药大学临床医学院(北京 100029)

通讯作者:陈 詒, Tel: 010-52176700, E-mail: zycj2002@163.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20190503.143

火邪,此为阴火,治宜补中气,升清阳,泻阴火。并由此创立了许多沿用至今的调治脾胃疾病的方法与方剂,如用甘温除热、助阳益气之代表方补中益气汤、升阳益胃汤等。朱丹溪结合李东垣所论之“阴火”,提出“相火”理论,认为后天脾胃化生水谷精微,涵养肝肾之阴,脾胃虚弱者,土虚而木反强,则相火妄动。故维护相火应注意保养脾胃之气。

危北海教授认为脾虚证的认识与证治在明清时期得到进一步充实和完善。如李中梓提出“脾胃为后天之本”认为“善为医者必责根本,而本有先天后天之辨,后天之本在脾,脾应中宫之土,土为万物之母”;喻嘉言提出“人之脏腑以脾胃为主”,强调脾胃在脏腑中的重要作用;张景岳注重“治五脏以调脾胃”,认为“善治脾者,能调五脏即所以治脾胃也,能治脾胃而使食进胃强,即所以安五脏也”,治疗上,心火不足则补火生脾,肺气不足则补肺以防脾虚;叶天士强调了调养脾胃之阴,阐述了脾胃阴虚的证治,认为“胃易燥”、“胃为阳明之土,非阴柔不肯协和”,创滋阴养胃(脾)生津的治法方药。危北海教授在调养脾胃之阴的同时,亦注重脾阴虚和胃阴虚的区别。胃阴主濡润腐熟水谷,故胃阴虚则胃纳不佳,纳而不化,主要表现为饥不欲食,食不知味,或消谷善饥,干呕呃逆等;脾主运化,脾阴虚则脾失运化或脾气不升,主要表现为腹胀纳呆,皮肤干燥,肌肉消瘦等。

危北海教授在对历代文献研究过程中,较早开展脾虚证证候规范研究,提出脾气(阳)虚证的诊断标准:(1)面色淡白无华;(2)全身易于疲乏;(3)四肢无力酸软;(4)食欲不振进食减少;(5)脘腹经常胀满;(6)大便溏薄或失调。凡具备以上6项中的4项,而舌象具有舌质淡红、舌体胖肿、舌苔薄白或有齿痕,或有细裂纹,脉象沉缓或细软,其中舌象为必备条件。危北海教授对脾气(阳)虚证标准的提出,为开展脾虚证实质基础与临床研究奠定了基础,并以此为基础进一步提出了一种中西医结合诊断学意义的概念“脾虚综合征”。“脾虚综合征”是对中医脾虚证的发展,是为面向西医推广中医学理论做出的创新性工作。

2 脾虚证实质的基础研究

危北海教授在20世纪80年代率先开展脾虚证实质研究^[1],他通过长期大量的基础研究,在脾虚证的证候实质方面研究取得了较大进展,发现了一些具有较高敏感性和特异性的功能指标。他认为脾虚证包括脾阳虚证、脾气虚证、脾阴虚证。气和阳属于同一概念涵义,只程度不同,可归为一类。脾阳虚证和脾气虚证的差异主要是病变程度和能量代谢上的不同。相较

于脾气(阳)虚证,脾阴虚证的临床表现多不典型,常与肾阴虚、肺阴虚等并见。故危北海教授主要开展了脾气(阳)虚证实质研究。

危北海教授从多系统、多角度研究脾虚证的发病机理和病理学基础^[2],如D-木糖吸收试验,血清胃泌素测定,胰功肽试验,胃肠道排空运动试验,血甘胆酸测定,胃肠道菌群分析,植物神经功能状态的皮肤电位测定、血乙酰胆碱和胆碱酯酶活性测定等试验。他研究发现,脾虚证的病理变化主要有:细胞免疫功能下降,副交感神经功能亢进,副交感和交感神经应激能力低下;病理形态上表现为慢性炎症和实质脏器萎缩、退变,部分组织细胞幼稚化;血浆和组织cAMP水平降低;D-木糖排泄率降低;酸刺激前后唾液淀粉酶活性差下降;体表胃电波幅降低;消化道排空速度加快;多种生理机能储备减少等病理改变有明显较高的出现率^[3]。上述变化体现在较大的范围上,且有一定深度,如脾虚证分度与D-木糖排泄率、血浆cAMP等多项指标的改变平行;脾虚证时多种病理改变在负荷前提下较易显示,与传统脾虚证论述一致。其中,木糖吸收试验最具有代表性,已被较多的临床验证和动物实验证实,故认为木糖吸收试验是反映脾虚证的特有的病理生理学基础,是脾虚证区别于其他虚证的本质性改变。

危北海教授通过系统研究,认为脾虚证实质是以胃肠道的分泌、排泄、吸收和运动功能降低为主要表现的神经体液和免疫调节紊乱和有氧代谢、营养代谢低下的一种虚损性的病理状态。因此他提出了一种中西医结合诊断学意义的概念“脾虚综合征”。危北海教授提出脾虚综合征的诊断标准是在中医脾气(阳)虚证诊断基础上,结合木糖吸收试验和唾液淀粉酶活性测定。危北海教授关于脾虚综合征的提出,是从基础研究指导临床的重大突破。

3 脾虚证理论临床应用研究

危北海教授在临床上广泛开展脾虚证研究,以脾虚证理论为基础,创新中西医结合理论指导临床疑难病、危重病的诊治,推动了中西医结合消化病学的发展^[4,5]。

3.1 以脾虚证理论指导慢性胃病伴癌前病变研究 慢性萎缩性胃炎伴肠化生和不典型增生等癌前病变可演化成胃癌。危北海教授通过基础与临床的摸索与深入研究,认为慢性萎缩性胃炎的中医病机关键以脾虚为本,瘀血阻络,热毒内蕴,兼有肾虚,为本虚标实之证^[6]。脾胃虚弱是癌前病变发生的内在根本原因,瘀、毒致损是癌前病变的主要发病机制,因此本病的治

疗当以补益脾胃为主,佐以理气活血、清热解毒,或辅以补肾养阴。危北海教授运用加味四君子汤(胃安素)对慢性萎缩性胃炎进行了临床疗效及作用机制研究。研究发现,加味四君子汤(黄芪、干地黄、白术、枳壳、厚朴、丹参、龙葵、甘草等)可明显改善慢性萎缩性胃炎患者胃脘痞满、纳呆、胃痛、嗳气等主要症状及倦怠乏力、面色萎黄、口干舌燥等其他症状;能改善胃黏膜色泽、萎缩及结节形成等内镜下改变;且能改善活动性炎症、黏膜腺体萎缩、肠化生、非典型增生等病理情况^[7]。方中黄芪健脾益气,干地黄滋阴养血,白术补益脾胃、燥湿和中,滋阴养血、增强补肾之功,枳壳、厚朴、丹参理气活血、防止补阴药滋腻,龙葵清热解毒,甘草调和诸药,以上诸药合用共奏健脾补肾、理气活血、清热解毒之效。

3.2 以脾虚证理论指导幽门螺杆菌研究 《黄帝内经》云:“邪之所凑,其气必虚”,危北海教授认为,幽门螺杆菌(Hp)是一种致病的外邪,在脾胃虚弱、正气不足,机体抗邪能力下降时,方能侵袭机体,附着、定植并破坏胃黏膜屏障,进一步则引起炎症反应,导致胃炎及溃疡病。因此,危老认为脾胃虚弱、正气不足是Hp感染的内在病理基础,而毒邪内侵(Hp感染)导致脾胃湿热证或气滞血瘀证等病理表现的主要病因。危北海教授从“虚、毒”的发病观点出发,Hp感染的中医药治疗当以扶正祛邪为主,以“扶正补虚、解毒祛邪”为治则治法,运用“四黄调胃汤”联合PPI三联疗法治疗Hp相关性慢性胃炎及消化性溃疡疗效显著,Hp根除率、溃疡愈合率及症状改善情况均明显高于单纯使用中药或西药^[8]。“四黄调胃汤”中以黄芪、白术健脾益气,补中焦脾胃之气,功在扶正;黄芩、黄连清热燥湿,祛中焦湿热,意在祛邪;厚朴等行脾胃之气,助白术健脾和胃消胀;丹参、三七粉活血化瘀止痛,白及制酸止痛,诸药合用,共奏扶正祛邪之效。为探索四黄调胃汤对Hp的抑制作用,危老亦进行了相关实验研究,包括抑菌试验和黏附抑制试验。实验结果表明,四黄调胃汤水提液、三七液、厚朴酚及黄芪甲苷对Hp NCTC11639菌株均有不同程度的黏附抑制作用,其作用由强到弱依次为四黄调胃汤、黄芪甲苷液、三七液、厚朴酚^[9]。

3.3 以脾虚证理论指导危重病治疗研究 危北海教授在危重病研究中,根据中医学脾虚证理论以及胃肠道在危重病治疗中的重要作用,创新性提出了“肠胃复元”理论,以指导多系统危重病的治疗^[10]。“肠胃复元”从广泛意义上来看是指全身疾病,尤其是胃肠疾病,通过培补脾胃等调节脾胃治法从康复被损伤的胃肠功能这个发病之本的基础上进行治疗,使整

个胃肠功能复元,从而有利于全身疾病得到痊愈,这就是胃肠复元的本意。危北海教授认为,李东垣《脾胃论》“脾胃内伤,百病乃生”发病学观点,意指人体各种疾病都有脾胃损伤发病的根本内因参与。“有胃气则生,无胃气则死”指人体健康及疾病康复与胃(脾)气有明显的联系。因此,从调补脾胃的大法治疗疾病,是治病之本。所谓“胃肠复元”可以说就是鼓舞胃气、振作胃气,使已衰退的胃气恢复起来。“胃肠复元”从狭义的意义来看则是指针对脾胃气虚证的治疗,脾胃气虚证是脾胃疾病主要的基本证型,健脾益气是胃肠复元的根本治法。

危北海教授临床以“胃肠复元”理论指导治疗的疾病种类几乎包括了各系统全部疾病,如胃肠道、急性创伤、感染、肿瘤以及脏器实质性疾病等危重病及其手术后治疗,包括慢性溃疡性结肠炎,胰源性、肝源性、手术后、糖尿病等吸收不良性腹泻。尤其是各种危重病的手术治疗、放化疗,以及手术前后的禁食,造成整个人体阴阳失调,气血耗损,津液亏乏,尤其损伤脾胃、胃肠更为严重。危北海教授以参苓白术散、四君子汤、补中益气汤、黄芪建中汤等作为胃肠复元治疗的基本方剂。危北海教授以胃肠复元理论指导大中型手术和胃肠道手术后患者的治疗不仅有利于减少术后并发症,缩短术后恢复时间,而且对原发疾病亦有治疗作用。各种肿瘤,尤其恶性肿瘤病情危重,经过手术和放化疗等,会出现不同程度的消化道损伤及全身副反应,影响患者的生活质量和治疗效果,甚至可以使治疗过程受阻而一时无法继续治疗。危北海教授认为“毒”邪损伤脾胃,使脾胃虚弱,出现大便稀溏、腹胀腹痛、纳呆不食、恶心呕吐、肢倦乏力、形体消瘦、血象偏低等,甚至气阴亏损。在治疗上以胃肠复元为指导,采用参苓白术散治疗取得良好临床疗效。

此外,胃肠复元理论亦用于指导慢性病治疗、康复养生等情况^[11-13]。随着生物—医学模式向社会—心理—生物医学模式的转变,胃肠复元理论就更加显示其重要性。

3.4 以脾虚证理论指导睡眠呼吸暂停综合征研究 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(obstructive sleep apnea hypopnea syndrome, OSAHS)以睡眠紊乱,睡眠不实,易被憋醒,醒后出现疲倦、头痛,或伴有打鼾为主要症状,中医属“鼾证”、“头痛”、“不寐”等范畴。临床治疗多以痰浊内蕴或痰瘀互阻进行治疗。危北海教授认为本病上气道狭窄的成因与中医“痿证”有关,脾居中焦,主运化水谷精微以充养肌肉,脾气亏虚运化不利而痰浊内生,循经沉着于舌下肌肉

筋膜之间,久则气血为之滞缓,中气升提无力兼痰瘀阻滞而致肌肉塌陷、阻塞气道,即所谓经曰:“肌肉濡渍,痹而不仁,发为肉痿”。危北海教授基于上述“虚、痿、痰、瘀”的病机认识,治疗该病当以益气健脾起痿、燥湿化痰活血。临床应用健脾为主的六君子汤加味治疗睡眠呼吸暂停综合征,疗效显著。观察六君子汤加味(党参、茯苓、白术、炙甘草、半夏、陈皮、生黄芪、石菖蒲、当归尾、升麻)治疗 57 例 OSAHS,结果表明,六君子汤加味方可减轻 OSAHS 患者的症状,改善其夜间呼吸紊乱指数和氧减指数,且监测中呼吸暂停的性质亦有所改变,部分患者由阻塞型暂停变为以低通气为主,血氧下降变得不显著^[14]。提示,轻中度睡眠呼吸暂停综合征患者可选用中药治疗,以益气健脾为主。方中黄芪升阳益气,与四君相配加强益气健脾起痿之力,二陈汤化痰消浊,石菖蒲醒神开窍豁痰,升麻助气机升降,当归尾活血通络,诸药合用,共奏益气健脾起痿、燥湿化痰活血之效。

4 以脾虚证理论指导肌无力研究

《黄帝内经》曰:“脾主身之肌肉”,脾主运化水谷之精微,是以生养肌肉、四肢运动和能量代谢均有赖于脾之运化,若劳役过度,必致脾胃之气虚弱。“四肢懈惰,此脾精之不行也”,“脾胃虚弱则怠惰嗜卧,四肢不收”,可见肌肉无力、酸楚不适等症,均与脾虚气弱、清阳不升相关,当从脾虚论治,以补中益气、升阳健脾为主。危北海教授在长期临床实践中,以此立法,运用补中益气汤,重用黄芪、党参治疗重度疲劳、肌无力患者,疗效突出^[15]。

综上,危北海教授在脾虚证领域进行的一系列研究,包括脾虚证理论研究、脾虚证实质研究、脾虚理论指导的创新性临床研究等,取得了许多的成果,加深了对脾虚证本质认识,获得了良好的临床疗效,推动了中西医结合消化病学的发展,危北海教授的学术思想值得系统继承和进一步推广。

参 考 文 献

[1] 危北海,周滔. 中西医结合脾胃证本质研究与营养支持疗法[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(1): 5-8.

- [2] 危北海,金敬善,赵子厚,等. “脾虚综合征”一种新的病证诊断学概念[J]. 中国中医基础医学杂志, 1997, 3(1): 8-11.
- [3] 危北海,陈小野. 脾虚证实质的初步揭示[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 1999, 7(4): 193-195.
- [4] 周滔,危北海,陈詒,等. 消化病中西医结合研究的热点与进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(8): 635-637.
- [5] 周滔,申青艳,牛柯敏. 危北海——中西医结合消化病学的开拓者[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(2): 146-148.
- [6] 周滔,申青艳,危北海. 危北海治疗脾胃病的治法特色[J]. 中医杂志, 2015, 56(22): 1904-1906.
- [7] 危北海,金敬善,赵子厚,等. 加味四君子汤的临床与实验研究[J]. 山东中医学院学报, 1990, 14(4): 22-25, 69.
- [8] 王芳,危北海,孔令彪,等. 四黄调胃汤与 PPI 三联疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃炎及消化性溃疡的疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2003, 11(6): 337-339.
- [9] 王芳,危北海,刘晋生. 四黄调胃汤对幽门螺杆菌粘附的抑制作用[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2001, 9(2): 81-83.
- [10] 危北海主编. 胃肠复元[J]. 中国临床医生, 2008, 36(4): 66-67.
- [11] 周滔,陈瑞琳,牛柯敏,等. 危北海教授从“虚、气、火、痰”病因辨治胃食管反流病的临床经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(9): 788-790.
- [12] 牛柯敏,周滔,邱新萍,等. 降逆清热化浊方治疗肝胃不和型非糜烂性反流病的疗效评价[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(7): 3180-3182.
- [13] 危北海,周滔. 中西医结合治疗肝胆胰疾病的现状和展望[J]. 临床肝胆病杂志, 2013, 29(4): 241-244.
- [14] 刘薇,危北海. 六君子汤加味治疗阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征 57 例临床研究[J]. 北京中医, 2006, 25(7): 387-389.
- [15] 危北海. 危北海-中国现代百名中医临床家丛书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 332-333.

(收稿: 2018-12-09 在线: 2019-05-29)

责任编辑: 李焕荣

英文责编: 张晶晶