

加味黄连温胆汤治疗有口苦症状胆汁反流性胃炎的临床观察^{*}

徐 敏, 李 襄, 沈 静[△]

(云南中医药大学第一附属医院, 云南 昆明 650021)

摘要: **目的** 通过观察加味黄连温胆汤对有口苦症状胆汁反流性胃炎的治疗效果,为临床应用提供参考。**方法** 根据症状、胃镜检查及中医证素诊断,使用随机数字表法将符合纳入标准的 60 例患者分为观察组和对照组各 30 例,其中观察组使用加味黄连温胆汤治疗,对照组使用铝碳酸镁片治疗,疗程均为 4 周。治疗前后 2 组单项症状积分、中医证候积分、胃镜积分及胆汁反流程度作为疗效评定和临床观察的指标。**结果** 2 组患者口苦以及相关症状、内镜下表现、胆汁反流程度均较治疗前明显好转,在口苦症状的改善、降低中医证候积分和胃镜积分方面,观察组优于对照组($P<0.05$),观察组临床总有效率 90.00%,对照组临床总有效率 70.00%,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在证素辨证的基础上,应用加味黄连温胆汤治疗有口苦症状的胆汁反流性胃炎,可明显缓解口苦症状及胆汁反流程度,降低中医证候积分和胃镜积分,临床疗效显著。

关键词: 口苦;胆汁反流性胃炎;加味黄连温胆汤;铝碳酸镁片;临床观察

中图分类号: R256.3

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2022)05-0024-05

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2022.05.006

Clinical Observation of Jiawei Huanglian Wendan Decoction in Treating Bile Reflux Gastritis with Bitter Mouth Symptoms

XU Min, LI Xiang, SHEN Jing

(The First Affiliated Hospital, Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming 650021, China)

ABSTRACT: **Objective** By observing the therapeutic effect of Jiawei Huanglian Wendan Decoction on bile reflux gastritis with symptoms of bitterness in the mouth, it can provide reference for clinical application. **Methods** According to symptoms, gastroscopy and TCM syndrome diagnosis, 60 patients who met the inclusion criteria were divided into the observation group and the control group with 30 cases in each group by random number table method. The observation group was treated with Jiawei Huanglian Wendan Decoction, while the control group was treated with Hydrotalcite treatment, the course of treatment for 4 weeks. Before and after treatment, the individual symptom scores, TCM syndrome scores, gastroscopy scores and the degree of bile reflux in the two groups were used as indexes for efficacy evaluation and clinical observation. **Results** Bitter mouth and related symptoms, endoscopic manifestations, and bile reflux degree of patients in both groups were significantly improved compared with those before treatment, and the observation group was better than the control group in terms of improvement of symptoms of mouth pain and reduction of TCM syndrome scores and gastroscopic scores ($P<0.05$), the total clinical effective rate of the observation group was 90.00%, and the total clinical effective rate of the control group was 70.00%, and the difference between the two groups was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** On the basis of syndrome differentiation, the application of Jiawei Huanglian Wendan Decoction in the treatment of bile reflux gastritis with symptoms of bitterness in the mouth can significantly relieve the symptoms of bitterness in the mouth and the degree of bile reflux, reduce the TCM syndrome score and gastroscopy score, and has a significant clinical effect.

KEY WORDS: bitterness in the mouth; bile reflux gastritis; Jiawei Huanglian Wendan Decoction; Hydrotalcite; clinical observation

收稿日期: 2022-09-20

^{*} 基金项目: 云南省 2020 年高层次中医药人才培养对象项目(云卫中医发展中[2021]1 号);云南省科技厅中医联合专项面上项目(202101AZ070001-071);云南省教育厅科学研究基金项目(2022Y340)

第一作者简介: 徐敏(1995-),女,在读硕士研究生,研究方向:中医内科脾胃病诊疗。

[△]通信作者: 沈静, E-mail: 120851778@qq.com

胆汁反流(duodenogastric reflux,DGR),又称十二指肠胃反流,是机体普遍存在的一种生理现象,在餐后及空腹均可发生。当机体出现胃十二指肠运动失调、幽门结构异常或功能不全、胃肠压力梯度变化、胃肠激素水平异常等情况时,含有胆汁酸、胆盐及胰液等成分的十二指肠内容物则会持续、过多的反流入胃,造成胃黏膜屏障的破坏及黏膜充血、水肿、糜烂等病变,称为胆汁反流性胃炎(bile reflux gastritis,BRG)^[1-2]。有研究表明BRG约占慢性胃炎的22.6%^[3],近年来,由于生活节奏加快和生活压力增加,BRG的发病率呈逐年上升趋势^[4]。现代医学治疗本病多从促进胃肠动力、保护胃黏膜、结合胆酸等方面着手,但难以取得令人满意的效果。通过多年的临床实践及研究,笔者发现口苦症状在胆汁反流性胃炎患者中多见,这一症状甚至成为影响患者生活质量的主要原因。然而由于医学模式的差异,现代医学并不重视口苦这一症状,也没有特定药物治疗口苦。

通过调查研究,结合湖南中医药大学朱文锋教授《证素辨证学》^[5]的判定标准,笔者得出在昆明地区该病常见的病性证素是“痰、热”、病位证素是“胆、胃”的结论。笔者立足于口苦这一症状,在明确胆汁反流性胃炎这一疾病诊断的基础上,以“痰热内蕴于胆,胆胃失和”这一病机为切入点,以指导教师沈静老师的博士生导师袁红霞教授临床经方为指导,观察加味黄连温胆汤对胆汁反流性胃炎的临床疗效,现将结果整理报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 病例来源 选取2018年1月-2018年12月在云南省中医医院脾胃病科门诊就诊的BRG患者60例,按就诊先后顺序编号,使用随机数字表法随机分为2组,30例/组。观察组:男16例,女14例;年龄22~61岁,平均 (41.2 ± 9.91) 岁;对照组:男17例,女13例;年龄20~62岁,平均 (44.0 ± 10.51) 岁。2组患者年龄、民族、职业分布及性别差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准及纳入标准

1.2.1 西医诊断标准 参考2017年上海《中国慢性胃炎共识意见》^[6]及2014年人卫版《消化内科学》^[7]中相关内容,符合以下4个方面:①临床症状:上腹胀或上腹痛,可伴有烧灼感、早饱、嗝气、恶心、厌食、口苦

或呕吐胆汁等。②胃镜表现:胃黏膜充血、水肿、糜烂,胃内黏液湖胆染或可见黄、绿色胆汁,胃镜插至幽门附近并静止不动1~2 min,仍可见到十二指肠液呈泡沫样或水流样反流入胃,胃壁可见到胆汁浸渍或黄色胆栓。③胆汁反流程度的分级,参考Kelloso等制订的胆汁反流程度的标准,分为0级:黏液湖清亮、透明,无染色;Ⅰ级:黏液湖清亮,可见淡黄色胆汁;Ⅱ级:黏液湖可见黄色清亮胆汁;Ⅲ级:黏液湖浑浊,可见淡绿色或深绿色胆汁。④病理表现:胃黏膜活检以胃小凹增生明显为主要特征,炎性细胞浸润相对较轻,尚可见到片状糜烂、肠上皮化生、不典型增生等改变。

1.2.2 中医诊断标准 参照中华中医药学会脾胃病分会2017版《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》^[8]、2017版《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见》^[9]、“十二五”规划教材《中医诊断学》^[10]及2002年版《中药新药临床研究指导原则》制定如下标准:主症:①口苦;②胃脘痞满灼痛;③两侧胁胀闷不适。次症:①咽部异物感;②暖气;③纳呆食少;④大便粘滞不爽;⑤呕吐(胆汁/苦水)。舌象:舌红,苔黄腻。脉象:脉滑或脉滑数。具备主症①,兼具主症其他1项或次症2项,同时符合舌脉象,即可判断病性证素为“痰”“热”,病位证素为“胆”“胃”。

1.2.3 纳入标准 符合中西医诊断标准,自愿参加该临床试验,签署知情同意书,并配合填写临床疗效观察表。

1.2.4 排除标准 ①妊娠及哺乳期女性、计划妊娠者;②过敏体质或对所使用药物成分过敏者;③幽门螺旋杆菌检测结果为阳性者;④同时参与其他临床药物试验者。

1.2.5 剔除、脱落标准 ①依从性差,不能按研究方案完成治疗的患者予以剔除;②没有按要求填写临床疗效观察表的患者予以剔除;③主动要求退出该临床试验的患者视为脱落;④试验过程中出现严重不良反应者视为脱落。

1.3 治疗方法

1.3.1 一般治疗 帮助患者正确认识疾病,保持健康的心态,劳逸适度,忌食生冷、油腻、辛辣之品,忌烟酒浓茶,不服用其他治疗本病的药物。

1.3.2 药物治疗 对照组给予铝碳酸镁片(商品名:

威地美, 重庆华森制药有限公司, 国药准字 H50021189), 2 片/次, 3 次/d, 餐后半小时口服, 4 周/疗程。观察组给予中药配方颗粒, 具体处方为黄连 5 g, 法半夏 10 g, 茯苓 15 g, 陈皮 6 g, 麸炒枳实 10 g, 竹茹 10 g, 姜厚朴 10 g, 瓜蒌皮 15 g, 甘草 5 g, 生姜 5 g, 由云南省中医医院天江配方颗粒药房统一配送, 3 次/剂, 1 剂/d, 150 mL 开水冲调, 餐后半小时口服, 4 周/疗程。

1.4 观察指标 单项症状积分: 按主次症的不同, 症状程度的轻重采用计分法表示, 主症按无、轻度、中度、重度, 分别计为 0、2、4、6 分, 次症按无、轻度、中度、重度, 分别计为 0、1、2、3 分, 舌脉具体描述不计分。治疗前后对单项症状进行计分。

中医证候积分: 治疗前后对症状的积分之和进行统计分析。

胆汁反流程度: 见西医诊断标准, 治疗前后对胆汁反流程度进行记录分析。

胃镜积分: 参照《实用消化病学: 图解诊断与治疗方法》^[11]及 2017 年上海《中国慢性胃炎共识意见》^[6], 制定胃镜积分标准如下: 0 分: 黏液湖未见黄绿色胆汁, 黏膜无明显充血水肿; 1 分: 黏液湖可见少量清亮淡黄色胆汁, 黏膜散在充血水肿, 无糜烂及出血点; 2 分: 黏液湖可见中等量黄色清亮胆汁, 部分黏膜充血水肿, 可伴出血点但无糜烂; 3 分: 黏液湖可见大量淡绿色或深绿色胆汁, 黏膜广泛充血水肿,

可伴局部糜烂或出血点。治疗前后对胃镜积分进行记录分析。

1.5 临床疗效 参照中华中医药学会 2017 版《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》^[8]、2017 版《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见》^[9], 根据治疗前后的症状分级量化情况, 采用尼莫地平法判定。

疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。

痊愈: 症状消失或基本消失, 症状积分减少 ≥ 95%; 显效: 症状消失明显, 偶有但很快消失, 症状积分减少 70%~95%; 有效: 症状未消失, 但较之前有好转, 症状积分减少 30%~70%; 无效: 症状无明显好转或加重, 症状积分减少 < 30%。

总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.6 数据处理 数据利用 SPSS 24.0 统计软件进行数据处理及统计分析, 计量资料采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 若呈正态分布, 采用 *t* 检验。若呈非正态分布, 采用秩和检验。计数资料采用 χ^2 检验。 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 单项症状积分 2 组治疗后各症状积分均较同组治疗前改善 (*P* < 0.05); 观察组口苦症状治疗后积分较对照组降低明显 (*P* < 0.05), 改善效果更有优势; 2 组的其他症状积分变化比较, 差异无统计学意义。见表 1。

表 1 2 组治疗前后症状积分情况 ($\bar{x} \pm s$, 分, *n* = 30)

组别	口苦	胃脘痞满灼痛	两侧胁胀闷不适	咽部异物感	嗝气	纳呆食少	大便粘滞不爽	呕吐胆汁/苦水
观察组	治疗前 3.60±1.10	3.27±1.23	2.73±1.34	1.67±1.06	1.87±0.90	1.00±0.64	1.5±0.97	0.23±0.50
	治疗后 1.60±1.22*#	2.07±0.60*	1.13±1.10*	0.97±0.70*	1.07±0.60*	0.47±0.50*	0.60±0.62*	0.03±0.18*
对照组	治疗前 3.47±1.38	2.93±1.14	2.47±1.25	1.87±0.78	2.27±0.69	1.07±0.52	1.30±1.06	0.23±0.50
	治疗后 2.33±1.06*	1.6±1.10*	1.53±1.36*	1.17±0.70*	1.50±0.78*	0.63±0.61*	0.63±0.76*	0.10±0.31*

注: 与同组治疗前相比较, **P* < 0.05; 与对照组比较, #*P* < 0.05。

2.2 中医证候积分、胃镜积分 2 组治疗后中医证候积分、胃镜积分均较同组治疗前改善 (*P* < 0.05); 观察组中医证候积分、胃镜积分较对照组明显降低, 差异有统计学差异 (*P* < 0.05)。见表 2。

2.3 胆汁反流程度 胆汁反流程度为等级变量, 采用秩和检验分析其在组别上的差异, 治疗前对照组与观察组在胆汁反流程度上差异无统计学意义 (*P* >

0.05)。治疗后 2 组的胆汁反流程度差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。观察组无胆汁反流的患者明显多于对照组, 且观察组胆汁反流 I 级患者明显少于对照组, 提示观察组在改善患者胆汁反流程度方面优于对照组。见表 3。

2.4 临床疗效 经 χ^2 检验, 2 组总有效率比较, 观察组优于对照组, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 4。

表 2 2 组治疗前后中医证候积分、胃镜积分情况
($\bar{x}\pm s$, 分, $n=30$)

组别		中医证候积分	胃镜积分
观察组	治疗前	15.87±3.55	1.83±0.59
	治疗后	7.93±2.85 [#]	0.77±0.63 [#]
对照组	治疗前	15.60±3.15	1.80±0.55
	治疗后	9.50±3.29 [*]	1.10±0.76 [*]

注：与同组治疗前相比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组比较，[#] $P<0.05$ 。

表 3 2 组治疗前后胆汁反流程度比较($n=30$)

组别		0 级	I 级	II 级	III 级
观察组	治疗前	0	12	13	5
	治疗后	13 [#]	16 [#]	1	0
对照组	治疗前	0	15	13	2
	治疗后	7	17	6	0

注：与对照组比较，[#] $P<0.05$ 。

表 4 2 组临床疗效比较($n(\%)$, $n=30$)

组别	无效	有效	显效	治愈	总有效率
观察组	3(10.00)	14(46.67)	10(33.33)	3(10.00)	27(90.00) [#]
对照组	9(30.00)	15(50.00)	5(16.67)	1(3.33)	21(70.00)

注：与对照组比较，[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

胆汁反流性胃炎属于祖国医学“胃痛”“痞满”“呕胆”“胆瘕”等范畴，病位在胆和胃，但与肝、脾密切相关，胆胃不和为核心病机，患者多表现为胃脘疼痛，胀满，或胃脘灼热，口苦口干，嘈杂暖气，恶心呕吐胆汁等。胆胃同属六腑，六腑传化物而不藏，以通为顺，以降为和。胃司受纳与腐熟水谷；胆附于肝，毗邻胃，胆汁系“肝之余气泄于胆，聚而成精”，并“借小肠以为出路”排泄于小肠，助胃肠腐熟水谷。胆汁借胃气通降下行，胆胃不和则胆汁不循常道，上逆犯胃，发为此病。引起胆胃不和的因素众多，一者，情志不畅则木郁不达，肝失疏泄，横逆犯胃，胃失和降，胆随胃逆；二者，气郁日久则化火，火性炎上，胆火上逆犯胃；三者，恣食肥甘厚腻，烟酒无度，则酿生痰热，痰热熏灼中焦，胆汁不循常道，上逆犯胃；四者，脾胃素虚或久病劳倦，则浊阴不降，阴火上乘迫胆汁外泄，上逆于胃。情志失调是本病最常见的诱因，痰热内生是本病起病或加重的因素。

随着社会经济的发展，生活水平不断提高，人们的饮食习惯也在发生变化，或肥甘厚味、辛辣炙烤、纵烟嗜酒，或饥饱无常、暴饮暴食、口味偏嗜等，皆使湿浊内生，聚而成痰，日久化火，从而导致痰热内蕴。而生活工作压力大，运动少，思虑多，常易导致气机郁滞。昆明地区地处云贵高原，饮食习惯受川渝一带影响颇深，喜食辛辣及腌制食品^[12]。且昆明为多民族聚居地，少数民族饮酒文化自古有之，而此地冬春两季干燥温暖，夏秋两季则多雨湿热，饮食因素加之气候因素，易使痰热内生，扰动胆胃气机，胆胃失和而发为本病。辛辣油腻食物本身即易损伤脾胃，胃不能正常腐熟水谷，脾不能正常传输精微，日久则酿生痰热，痰热阻滞中焦气机，则脾失健运、胃失和降、胆失清宁而为病。热迫胆汁外溢则口苦，甚则呕吐胆汁苦水；痰热燔灼脾胃，脾胃损伤则胃脘灼痛；痰热横逆犯胃，胃气上逆则暖气；痰热上蒸口窍则口臭；痰热阻于咽喉，气机不利则咽部异物感明显；痰热壅滞大肠则大便粘滞不爽。在治疗上应本着治病求本的原则，以清化痰热、利胆和胃为大法，疏其血气，令其调达，而致和平。

黄连温胆汤出自清代陆廷珍《六因条辨》，主要药物组成为黄连、法半夏、茯苓、陈皮、炒枳实、竹茹、甘草、生姜、大枣，加味黄连温胆汤乃在此基础上去大枣加厚朴、瓜蒌皮而成，也是黄连温胆汤和小陷胸汤的合方，具有清热化痰、利胆和胃的功效。方中陈皮、半夏燥湿化痰、和胃消痞，茯苓、甘草健脾利湿，生姜散饮和中，三者可使湿无所聚，痰无所生；竹茹、黄连、瓜蒌皮清热化痰，使热从气化；枳实、厚朴理气行痰、降气消积。同时黄连与半夏，一苦一辛，辛开苦降以复气机升降；一寒一温，寒温互用以和阴阳。概言之，加味黄连温胆汤一方面舒畅气机、通利三焦，一方面清化痰热、调和脾胃，胆为清净之府，喜清宁恶烦扰，此方可为胆腑“排除干扰”，使胆腑清净安宁^[13-14]，则口苦诸症悉除。正如《医宗金鉴·删补名医方论》论：“方以二陈治一切痰饮，加竹茹以清热，加生姜以止呕，加枳实以破逆，相济相须，虽不治胆而胆自和，盖所谓胆之痰热去故也。”

本次临床观察中，观察组在降低口苦症状积分、中医证候积分、胃镜积分及减轻胆汁反流程度方面明显优于对照组($P<0.05$)，观察组的临床疗效亦优于对照组($P<0.05$)，而其余症状的改善二者则无明显差异

($P>0.05$)。对照组使用的铝碳酸镁片,擅长在胃内与毒性较大的非极性胆酸结合,从而减轻其对胃黏膜的损伤,且不影响胆酸的肠肝循环,同时它还能中和胃酸、保护胃黏膜,是目前治疗 BRG 效果较为突出的药物^[15]。通过笔者临床观察发现,由于其治疗效果缺乏对不同症状患者的针对性治疗,临床疗效不尽如人意。而中药治疗则具有特异性,针对患者不同症状,加减具有针对性的药物,临床疗效显著。

此次临床研究表明,加味黄连温胆汤不仅可以明显改善患者口苦症状,而且还可以改善或消除相关临床症状,对抑制胆汁反流,减轻胃黏膜充血、水肿、糜烂等胃镜下表现,进而改善胃镜积分,值得临床借鉴与应用,同时也为进一步深入探讨其作用机制奠定了基础。

参考文献:

- [1] 肖定洪,吴晓华,黄天生,等. 小陷胸汤合四逆散治疗肝胃郁热型原发性胆汁反流性胃炎的临床观察[J]. 云南中医学院学报,2014,37(6):56-59.
- [2] 李斯文,王云. 加味小承气汤治疗胆汁反流性胃炎 106 例疗效观察[J]. 云南中医学院学报,1999(2):39-40.
- [3] PEIFZ U, WEX T, VIETH M, et al. Correlation of serum pepsinogens and gastrin-17 with atrophic gastritis in gastroesophageal reflux patients: a matched -pairs study [J]. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2011, 26(1): 1541-1543.
- [4] MCCABE M E, DILLY C K. New causes for the old prob-

lem of bile reflux gastritis [J]. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2018, 16(9): 1389-1392.

- [5] 朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 162-229.
- [6] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [7] 钱家鸣. 消化内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 68-81.
- [8] 张声生, 唐旭东, 黄穗平, 等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [9] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 321-326.
- [10] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 9-138.
- [11] 张亚历. 实用消化病学——图解诊断与治疗方法[M]. 北京: 清华大学出版社, 2009: 120-123.
- [12] 颜芳, 张茂谔, 杨昭, 等. 昆明市居民生活行为和饮食习惯现状调查[J]. 中国慢性病预防与控制, 2016, 24(9): 690-692.
- [13] 杨鹏, 王彦晖. 温胆汤调畅气机的作用[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(3): 646-648.
- [14] 张凤丽, 范琳琳, 李寒, 等. 《六因条辨》之黄连温胆汤临床运用浅析[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(11): 106-107.
- [15] CHEN H, LI X, GE Z, et al. Rabeprazole combined with hydrocortisone is effective for patients with bile reflux gastritis after cholecystectomy[J]. Can J Gastroenterol, 2010, 24(3): 197-201.

(上接第 12 页)

- [9] 凌丽, 孟凡雨, 刘念, 等. 痛风中医证候与临床分期及实验室检查相关性研究[J]. 云南中医学院学报, 2021, 44(4): 26-31.
- [10] 姜泉, 韩曼, 唐晓娟, 等. 痛风和高尿酸血症病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2021, 62(14): 1276-1288.
- [11] 肖勇洪, 张志娇, 彭江云, 等. 云南吴佩衡扶阳学术流派附子应用特色[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(6): 3419-3422.
- [12] 周雨桐, 索文栋, 倪青. “通法”在痛风治疗中的应用[J]. 环球中医药, 2021, 14(12): 2216-2218.
- [13] 杨显娜, 刘念, 沈嘉艳, 等. 基于脾虚湿阻分期论治痛风的理论探讨[J]. 云南中医学院学报, 2021, 44(4): 42-46.
- [14] 张文娜, 解琳莉, 许彭龄. 许彭龄从脾肾论治痛风急性期

经验[J]. 北京中医药, 2020, 39(4): 331-334.

- [15] 朱丹溪. 格致余论 局方发挥[M]. 2 版. 北京: 中国医药科技出版社, 2019: 25.
- [16] 黄智莉, 陈纪藩. 陈纪藩教授治疗痛风性关节炎的临床经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(12): 1459-1461.
- [17] 段艳蕊, 李琦. 基于李东垣“阴火论”治疗痛风性关节炎经验解析[J]. 环球中医药, 2020, 13(12): 2070-2073.
- [18] 冯波, 陆定其, 胡文秀, 等. 王新昌运用温法治疗痛风经验介绍[J]. 新中医, 2020, 52(15): 198-200.
- [19] 赵志国, 曹焯民, 赵诚. 奚九一辨治痛风学术经验[J]. 中医文献杂志, 2020, 38(3): 62-65.
- [20] 肖勇洪, 杨瞳, 汪学良, 等. 浅谈脾胃同治的重要性[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(7): 142-143.