

· 理论探讨 ·

基于“四维枢土”理论分期辨治胃痞病[※]王 明¹ 吴 婧^{2▲} 马 骏²

摘 要 “四维枢土”理论系黄元御所创,其以脾土中气为枢轴,通过斡旋升降,带动肝、心、肺、肾四维气机循环。基于此理论,可将胃痞病分为三期辨治:初期中气亏虚、枢轴失运,治以黄芽汤培补中气、运转枢轴;中期中虚不运、波及四维,治当扶中兼调四维逆乱之偏;后期久病入络、痰瘀痼结,治宜补中调枢转轮,佐以化痰祛瘀。文中通过分期论治胃痞,以恢复中焦枢机运转及四维气机周流,旨在为临床治疗胃痞提供诊疗思路。附验案 1 则以佐证。

关键词 胃痞;分期辨治;四维枢土;黄元御

胃痞又称心下痞,属于中医“痞满”范畴,是指以自觉心下痞塞、触之无形、按之柔软、压之无痛为主要症状的病证^[1]。胃痞临床具有发病缓慢、时轻时重、反复发作、病程漫长等特点。从与西医疾病的对应关系来看,胃痞主要对应于以胃脘部胀满不适为主要表现的慢性胃炎、功能性消化不良、胃下垂等疾病^[2]。胃痞理论源流可追溯至《黄帝内经》,其中已有“痞”“满”“痞塞”等名称记载。东汉张仲景在《伤寒论》中明确定义“满而不痛者,此为痞”,并针对痞证寒热错杂、中焦升降失常的核心病机,开创性地确立了“辛开苦降”的治疗大法^[3]。黄元御为清代著名医家,其所构建的“中气为枢,四维为轮”圆运动模型,深化并拓展了“四维枢土”理论,为胃痞病的辨治提供了独特视角。其学术著作《四圣心源》云“四维之病,悉因于中气”,强调中气作为人体气机升降的枢纽,一旦出现亏虚,则脾升胃降失常,中焦痞塞由生,进而波及肝、心、肺、肾四维气机,导致大气不转,一气周流受阻^[4]。黄元御在治疗胃痞时,首重中气,兼顾四维,常以黄芽汤(人参、干姜、茯苓、甘草)为基础方,培补中气、运转枢轴,使中土旺而枢轴运,四维得助而轮转有序,从而恢复人体气血津液的正常运行^[5]。笔者拟从“四维枢土”理论探讨胃痞病的分期诊疗思路,以期提升胃痞病的临床疗效。

1 “四维枢土”理论概述

“枢土”即指脾胃中气,其在人体气机升降及生命活动中发挥着枢纽动力作用^[6]。《四圣心源·劳伤解》曰:“脾为己土,以太阴而主升;胃为戊土,以阳明而主降。升降之权,则在阴阳之交,是谓中气。”脾为太阴湿土,主升清阳;胃为阳明燥土,主降浊阴。脾胃二者燥湿相济,升降相因,共同维持中焦的枢机功能。黄元御在《四圣心源》中进一步指出“中气者,和济水火之机,升降金木之轴”,将中气视为调和阴阳、运转五行的核心枢轴,即“中气如轴”^[7]。“四维”即指肝木、心火、肺金、肾水四象,分别对应人体的左右上下^[8]。《四圣心源·脏腑生成》云:“己土上行,阴升而化阳,阳升于左,则为肝,升于上,则为心;戊土下行,阳降而化阴,阴降于右,则为肺,降于下,则为肾。”此言四脏乃至四维之气皆由中气之变化所生,并依赖中气的枢转作用维持其正常的升(肝木、心火)降(肺金、肾水)运动。因此,“四维枢土”理论的内涵可总结为“中焦土气斡旋为枢轴,左路木火温升,右路金水凉降”。此理论强调,脾胃中气为人体气化之根本,脾土左旋升清,化生阴中之阳,使清阳之气由左路肝木升达而至心火;胃土右降浊阴,化生阳中之阴,使浊阴之气沿右路肺金敛降而归肾水^[9]。中气如轴,四维如轮,轴运轮行,则四维气机周流不息,终实现内在的阴平阳秘。

2 基于“四维枢土”理论探讨胃痞之病机

从黄元御“四维枢土”理论分析,胃痞病机演变过

※基金项目 国医大师、全国名中医、岐黄学者安徽省种子选手培育项目(No. 皖中医药[2025]23 号)

▲通信作者 吴婧,女,主任医师,硕士研究生导师。研究方向:中医药防治脾胃病。E-mail: 10814121@qq.com

• 作者单位 1. 安徽中医药大学(安徽 合肥 230012); 2. 安徽中医药大学第二附属医院(安徽 合肥 230061)

程大致可分为三期。初期以中气亏虚为本,枢轴运转乏力,气机初现滞涩,临床多见食后脘腹微胀、纳呆、乏力等症,病势尚浅。至中期,中焦枢转不利,气机壅滞加剧,进而波及四维,致肝、心、肺、肾气化失调,形成胃痞加重并伴见多脏兼证之候。后期则由于中气亏虚日久,四维气机逆乱,渐生实邪,痰湿瘀血互结中焦,进一步阻碍气机,耗伤正气,终致虚实夹杂、因实致虚、缠绵难愈之顽痞状态。

2.1 初期——中气亏虚,枢轴失运 《四圣心源·杂病解上》曰:“中气虚败,戊土偏衰,则能消而不能受;己土偏弱,则能受而不能消。”此言指出中气亏虚可致脾胃受纳与运化功能失衡。中气作为脾胃功能的集中体现,是维持“脾升胃降”这一气机枢纽运转的原动力。生理状态下,“中气旺则胃降而善纳,脾升而善磨”,使水谷得以腐熟、精气化生不息^[10]。若因饮食不节、劳倦过度或情志失调,中气受损,则致枢轴运转失司,脾土不升则清阳下陷,胃土不降则浊阴上逆,中焦斡旋之力滞涩,进而导致胃脘痞塞,发为胃痞。正如《素问·阴阳应象大论》所言:“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生腹胀。”此时中气初伤,病情尚浅,中焦气机壅滞之势已生,可见食后胀满、纳呆、乏力等轻微症状,此正合《脾胃论》“脾胃虚则百病生”之论。若病势进一步发展,则波及四维,可致肝失疏泄而左郁、肺失肃降而右逆、心肾不交而水火失济,终致痰瘀互结、虚实夹杂、因痞致虚。基于黄元御“四维枢土”理论,笔者认为,中气亏虚削弱了脾胃的纳运能力,损及中焦气机运转的枢纽功能,是胃痞发生的始动因素,并作为核心病机贯穿疾病发展演变的始终。

2.2 中期——枢病及轮,四维逆乱 中气亏虚导致脾胃纳运功能失常,形成胃痞的初始病机,而中轴不运进一步引发肝、心、肺、肾四维气机的紊乱。在《四圣心源》中,黄元御提出中气衰则升降窒,肾水下寒而精病,心火上炎而神病,肝木左郁而血病,肺金右滞而气病。从中医基础理论可知,脾阳与肾阳密切相关,脾阳久虚,损及肾阳,易形成脾肾阳虚之证^[11]。中气长期亏虚,脾阳不振,无以温煦肾阳,致使肾水下寒,命门火衰无以温养中土,则使病性趋于虚寒,精气化生无源,致胃痞正气难复、缠绵难愈。根据气机圆周运动,心火本应随脾胃之气下降以温煦肾水^[12]。当中焦不运,肺金不降,心火无以下降,亢而上炎,扰乱心神,致使胃痞患者伴有心烦、失眠、焦虑不安等神志症状,正如《黄帝内经》所言之“胃不和则卧不安”。肝主

疏泄,能助脾胃运化^[13]。当中焦气机壅塞,阻碍肝气条达,引起肝木左郁,肝郁则气滞,气为血之帅,气滞则血行不畅以致瘀血,其气滞血瘀可加重胃脘的胀闷与疼痛。肺主一身之气,与大肠相表里,其气以肃降为顺^[14]。中气亏虚,中焦升降失常,胃气不降,浊气上逆,肺失肃降,导致肺金右滞,其宣肃失司、腑气不通,可使脘腹胀满等胃痞症状加重。总之,胃痞病以中气亏虚为基础,随着中焦升降枢轴失司,气机圆周运动受阻,进而引发肝、心、肺、肾四维气机逆乱,诸症丛生;四维之乱又反向阻碍枢轴运转,形成“枢病及轮,轮病困枢”的轮枢互陷之势,使得胃痞症状迁延反复且逐渐加重。

2.3 后期——虚滞互结,因痞致虚 中气亏虚日久,四维气机逆乱,精、气、血、津液运行障碍,进而产生痰湿、瘀血等病理产物,故而胃痞患者进入虚滞互结、因痞致虚阶段。《医宗必读·痰饮》云:“脾为生痰之源。”脾主运化水湿,是水液代谢的关键环节。当中气亏虚、脾失健运时,土不制水,导致水液不行,反聚为湿,湿浊内停,凝结成痰。痰湿为阴邪,其性黏滞,易阻滞气机,困遏脾阳,从而使胃痞患者出现腹胀加重、纳呆、口中黏腻等表现。《四圣心源·劳伤解》曰:“肝主藏血,凡脏腑经络之血,皆肝家之所灌注也。”中气为脾升胃降运转之轴,肝血升发依赖于中焦脾土之左旋升清。若中气衰败,脾失健运而清阳不升,则肝气随之郁陷,血瘀随之而生;瘀血日久,结而不散,可渐成癥积。瘀血内停,络脉不通,可使胃痞患者出现胃脘刺痛、痛处固定等症,并见舌质紫暗等瘀血内停之象。痰湿阻滞,可妨碍血行,加重血瘀;瘀血内停,亦能阻碍津液输布,导致痰湿形成^[15]。痰、湿、瘀等病理产物郁积于中焦,相互胶结,久之则可能郁而化热,蕴结成毒,形成“浊毒”。浊毒之性剽悍灼烈,能进一步损伤脾胃络脉,使正气更虚,邪气更顽^[16]。虚、滞、痰、瘀、毒等多种病理因素相互搏结,形成“虚滞互结”的虚实夹杂之候。病理产物作为实邪,阻碍气机运行,耗伤人体正气,即“因实致虚”;而正气的进一步耗损,又使脾胃运化与气机升降之力愈弱,无力祛邪外出,从而助长了病理产物的再生与积聚,即“因虚致实”。虚实夹杂,互为因果,导致病情迁延难愈,胃痞渐成痼疾。

3 基于“四维枢土”理论探讨胃痞之辨治

从“四维枢土”理论分期辨治胃痞病,具体方案

为:初期以培补中气、运转枢轴为主,治以黄芽汤为基础方;中期需在扶助中土的基础上,兼以调和四维,复其轮转;后期需在补中调枢、运转四维的同时,佐以化痰祛瘀、通络散结之法,以涤除痼结,畅通气机。

3.1 初期——培补中气,运转枢轴 张介宾在《景岳全书》中言:“凡欲察病者,必须先察胃气;凡欲治病者,必须常顾胃气。胃气无损,诸可无虑。”《四圣心源·劳伤解》亦载:“医家之药,首在中气。”张介宾与黄元御,一立“阳非有余,阴常不足”之温补学说,一倡“土枢四象”之一气周流理论,虽学术侧重不同,却共同将顾护“脾土中气”置于诊疗思想的中心环节,统摄全局。脾胃同居中焦,为气机升降之枢纽。胃痞初期中气虚衰,枢纽失灵,清阳不升,浊阴不降,以致脘腹胀满。因此治疗上当以培补中气、运转枢轴为原则,着眼于恢复中气之健旺与升降之复常。方选黄元御为治疗“中气不运”所创立的代表方“黄芽汤”。此方为黄元御培补中气之核心方,内含“补中”与“降浊”之法。方中人参大补元气、补益五脏之气,为枢轴运转提供原动力;干姜温中散寒,扶助脾阳,其辛温之性,能温通中焦,以复气机之流转;茯苓渗湿健脾,涤除阴浊,以利枢轴运转;炙甘草在补脾益气之同时,亦能固守中气,防止辛散耗散太过。全方以温中补土为体,以斡旋气机为用,旨在补中气以治其本,调升降以复其用,恢复脾升胃降之机,使得中焦升降复序,清阳得升,浊阴得降,气机流通,水谷精微得以正常化生、转输,周身机体得养,胃痞自愈。若中阳虚甚,寒象明显,可酌情加重干姜用量,或加肉桂、附子以增强温阳之力,即合附子理中汤之意^[17]。若浊阴上逆明显,以胃脘痞塞、胀满为主,可酌情选用半夏、陈皮以增强和胃降逆、行气消痞之力。

3.2 中期——调和四维,复其轮转 研究表明,心、肺、肝、肾四维所呈现的各类证候,其深层病机往往可追溯至中气升降枢机功能的失常^[18]。胃痞中期在中气亏虚、枢轴失运的基础上,枢病及轮,进一步发展至四维逆乱之病机,造成肝、心、肺、肾四维气机紊乱之局面,以致症状除胃脘部满闷不适外,还可兼有心烦、失眠、气逆、胁胀、抑郁、脘腹冷痛等四维逆乱之象^[19]。此阶段枢轮同病,治疗上当以补中益气为主,兼以疏肝降肺、交济水火。临证以黄芽汤为核心底方,培补中气、运转枢轴,可酌加黄芪、白术以增强补益中气、温阳健脾之力;若伴有胁胀、抑郁、气血瘀滞等肝木左郁之候,酌情选用柴胡、芍药、桂枝、丹皮等药物,取其

疏解肝郁、调和肝气之效,以升发左路清阳;若伴有咳嗽、气逆等肺金右滞之象,可配伍陈皮、杏仁以调理肺气,助右路下降;若兼有心烦、失眠者,可加入黄连、白芍以清心安神;若见脘腹冷痛、腰膝酸冷等症,可加入附子、川椒以温肾助阳;若患者出现心火独亢于上、肾水独寒于下之上热下寒局面,可加黄连清心火,加肉桂引火归元、温肾阳,二者组成药对,使水火既济,心肾相交,此宗交泰丸之精义。此阶段胃痞患者本虚标实,补益中气以助其运转之力时,须遵循“补中寓通”之原则,可配伍枳壳、陈皮、砂仁等善于宣畅中焦气机之药物,旨在补而不滞、通不伤正,实现“补中寓动,动态调枢”的治疗效果。总之,胃痞病中期治疗以“运转枢轴”为根本,以“调畅四维”为协同,根据四维气化逆乱的具体表现,分别予以疏泄、降逆、清心、温阳、交通之法,从而使中焦能够正常斡旋,木火左升、金水右降的圆运动得以恢复。

3.3 后期——涤除痼结,畅通气机 《临证指南医案》云:“初病在经,久病入络……气病既久,血亦应病。”叶天士“久病入络”理论提示,疾病初期多在气分,若病情迁延不愈,则正气渐损,病邪由气及血,深入络脉,形成瘀血,临床可见固定性刺痛、癥瘕积聚、舌质紫暗等征象。胃痞病后期,病势由气分深入血络,疾病进入“久病入络、虚实夹杂”的病理阶段,此阶段以“虚、痰、瘀、毒”交织为病机特点^[20]。因此,此阶段胃痞患者之治疗需以培补中焦、斡旋气机为基础以扶正固本,同时结合燥湿化痰、活血通络等方法以祛除内结之顽邪。临证选用黄元御所创黄芽汤为基础方,此方体现了“崇阳补火,培土泻水”之治中思想,可用于此阶段扶助中气、温运脾阳;对于胃痞后期“久病入络”所衍生的痰湿、瘀血等顽邪胶结不解之证,则需灵活加入燥湿化痰、活血通络、解毒消癥之品,以期达到补虚不碍邪、攻邪不伤正的治疗效果。若伴有大便稀溏、肠鸣、舌苔腻而微黄等寒热错杂之表现,可在基础方中加入黄连、黄芩、半夏。黄连苦寒以清热降逆,黄芩助黄连清热燥湿,半夏助干姜和胃消痞,即合半夏泻心汤之意,调畅中焦寒热升降,使痞满自消^[21]。针对胃痞病迁延不愈、痰湿内阻之证,宜燥土泻湿、利气行郁,可合用姜苓半夏汤。方中茯苓、泽泻利水渗湿,半夏、陈皮理气燥湿化痰,生姜温胃化饮,甘草健脾和中,诸药合用则标本兼治,使正气得复、痰湿可祛、脾土中气得以复运。针对瘀血阻络所致之腹部痞满不适,则可在基础方上合用《四圣心源》破瘀汤进行

治疗。方中桃仁、丹参、丹皮活血祛瘀,通经活络;桂枝解肝气之郁、通经络、助血行;何首乌益肝肾、养精血,使活血而不伤正,化瘀而能生新。诸药合用,使瘀血得化,中焦气机得畅,从而恢复脾土运化之职。若胃痞病迁延日久,痰瘀搏结于中焦络脉,郁而化热,形成“浊毒”内蕴之证,则应在辨证基础上,佐入黄连、白花蛇舌草、半枝莲等清热解毒化浊之品,使毒解浊化而络通痞消。此阶段胃痞患者迁延难愈,正气已虚,用药切忌孟浪,宜以平为期,旨在缓缓图功,通过培补中气以治其本,斡旋升降以复其用,兼以化痰祛瘀以治其标,使得中气轮转,清浊复位,从而达到《脾胃论》所倡导之“脾升胃降,痞满自消”的治疗目的。

4 验案举隅

刘某,女,40岁,2025年8月5日初诊。主诉:上腹部胀满不适、烧心2年。2年前患者无明显诱因出现上腹部胀满不适、烧心嘈杂,反复发作。刻下症:食后胃脘不适,满而不痛,有嘈杂感,饥饿感明显,偶有呕吐呃逆,受凉加重,无明显反酸,纳可,寐差,二便调。查体:脉沉细弦,舌质暗红,舌苔腻而微黄。既往史:既往体健。辅助检查:胃镜示慢性非萎缩性胃炎活动期。西医诊断:慢性非萎缩性胃炎活动期。中医诊断:胃痞,辨为寒热错杂证。治法:平调寒热、消痞散结。处方:黄芽汤合半夏泻心汤加减。药用:人参9g,干姜6g,茯苓20g,姜半夏12g,炒黄芩10g,炒黄连6g,陈皮10g,枳壳6g,竹茹10g,白术9g,炒谷芽20g,炒麦芽20g,茯神20g,生牡蛎15g(先煎),炙甘草6g。7剂,水煎,每日1剂,早晚分服。服药期间忌食辛辣、油腻及刺激性食物。

2025年8月12日二诊:自觉上腹部胀满、烧心嘈杂较前稍好转,睡眠有所改善,舌红,苔薄黄,脉沉细弦。继予上方7剂,每日1剂,水煎,早晚分服。

2025年8月20日三诊:胃胀、烧心未再发作,寐安,舌红,苔薄白,脉沉细。守上方去姜半夏、炒黄芩、炒黄连、竹茹,续服7剂后告愈。

按 本案患者心下痞满,但满而不痛,舌苔腻而微黄,脉沉细弦,有明显烧心嘈杂,食后胃脘不适,而无明显脘痛拒按。患者病程已达2年,可知中土脾气已虚,中焦升降失常,四维逆乱,胆胃不和、痰热内扰,寒热错杂,故患者表现为呕吐、呃逆、寐差、嘈杂及饥饿感明显,受凉后加剧。患者脉沉细弦,舌质暗红,舌苔腻而微黄,皆为虚实寒热夹杂之象。据此辨为胃痞

后期中气虚弱、寒热互结之证,故以黄芽汤合半夏泻心汤主之。黄芽汤培中补土、温运中阳,旨在治本;半夏泻心汤辛开苦降、平调寒热,以畅通气机、消痞散结;同时患者烧心嘈杂,眠不安,偶有呕吐、呃逆,舌苔腻而微黄,兼见胆胃不和、痰热内扰之象,故予陈皮、枳壳、竹茹,取温胆汤理气化痰、和胃降逆之旨,以畅胆胃、清痰热;炒谷芽、炒麦芽消食导滞;生牡蛎、茯神潜镇安神,兼制酸除烦;更加白术9g,助人参补气健脾,同时燥湿运脾。全方补泻兼施,寒热并调,在“枢转中土”之同时,调和肝胆、安养心神,以平息四维之扰动,故初诊、二诊守方而效。三诊时患者胃胀、烧心未再发,夜寐安和,舌红,苔薄白,脉沉细,主症消失,标实已去,中焦气机得畅,然中虚之本未固,故去苦寒燥湿之品,以防苦寒伤中、辛燥伤阴。所留之药扶助中气、枢运中土,以巩固根本,防止复发。

5 小结

黄元御“四维枢土”理论强调,人体气化活动是以中气为枢轴,肝、心、肺、肾四维为轮辐的动态平衡体系。若中气枢轴不运,升降失司,四维不转,则百病由生,故黄元御在治疗疾病时尤为重视中气。本文运用“四维枢土”理论探讨胃痞病的病机与治疗,提出中气亏虚、枢轴失运为本病之核心病机,四维轮转失司、虚滞互结为本病之阶段性发展。胃痞病以中气亏虚为本,故治疗首重培补中气、运转枢轴,此法应贯穿治疗始终,可效法黄元御之黄芽汤,崇阳补火、培土泻水,以复中焦升降之权。随病情发展,中期贵在轴轮并治、调和四维,调畅左轮以助升发,复运右轮以利下行,以复四维轮转之序。至后期则需标本兼治,在培中补土、调和四维之基础上,佐以理气化痰活血之品,旨在破除痼结,畅通气机,终使一气周流复常,痞满自消。

参考文献

- [1]张伯礼,吴勉华,林子强,等.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2019:243.
- [2]中华中医药学会脾胃病分会.痞满中医诊疗专家共识(2023)[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(5):363-369.
- [3]胡建鹏,李佩佩.《伤寒论》论治“心下痞”的思路与方法[J].时珍国医国药,2022,33(2):431-433.
- [4]张婷,王子康,夏悦桐,等.基于《四圣心源》“一气周流,土枢四象”探析脾胃病的病机与诊治[J].世界中西医结合杂志,2025,20(5):924-928.
- [5]吴玲玉,宋咏梅.由道明医:黄芽汤及其类方的理论内涵解析[J].医

学与哲学, 2025, 46(21): 76-80.

[6] 杨震, 郝建梅. 黄元御“中气学说”探析[J]. 中西医结合肝病杂志, 2024, 34(5): 434-436.

[7] 史欣然, 刘玉辉, 裴晨越, 等. 基于黄元御枢轴运动理论探析胃痞病的治疗[J]. 中国中医药信息杂志, 2024, 31(9): 164-167.

[8] 毛文艳, 杜武勋. 黄元御一气周流理论探析[J]. 江苏中医药, 2016, 48(3): 6-8.

[9] 黄天奇, 黄顺宁, 张丽萍, 等. 从“四维枢土”气化模式分期辨治重症肌无力[J]. 中医杂志, 2025, 66(11): 1178-1181.

[10] 黄元御. 四圣心源[M]. 田思胜, 赵雨薇, 刘毅, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2024: 41.

[11] 刘成丽, 邱仕君, 刘小斌. 中医脾肾相关理论的内涵探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2009, 26(5): 491-494.

[12] 罗元珍, 罗晓欣, 胡方林. 黄元御一气周流论中的气化思维[J]. 中医导报, 2025, 31(3): 225-228.

[13] 霍磊, 张欢润, 詹向红, 等. “肝主疏泄”内涵演变[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(10): 1533-1535.

[14] 徐天成, 吴晓亮, 裴丽霞, 等. 肺与大肠相表里的微生物学解释[J]. 中国微生态学杂志, 2018, 30(1): 100-103.

[15] 王林现. 论痰浊与瘀血之关系[J]. 江西中医药, 2007, 38(10): 19-20.

[16] 王绍坡, 孙润雪, 马晓菲, 等. 浊毒理论研究回顾与展望[J]. 河北中医, 2022, 44(5): 709-712, 716.

[17] 邓珂欣, 席作武, 王炎炎, 等. 附子理中汤“补火生土”治疗溃疡性结肠炎机制探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(5): 98-102.

[18] 张佳丽, 梁翌, 赵晓峰. 基于肠道菌群探讨脾胃为后天之本[J]. 中国中医药信息杂志, 2020, 27(10): 21-25.

[19] 庄嘉欣. 黄元御中气学说的理论探讨及临床应用研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2015.

[20] 骆子荣, 何桂花, 黄穗平. 基于“虚、痰、瘀、毒”论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(9): 715-719.

[21] 张雪萍, 王倩影, 钟卓泰, 等. 基于《黄帝内经》“清浊相干”理论探讨脾胃病病机及半夏泻心汤的治疗作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(14): 225-231.

(收稿日期: 2026-01-11)

(本文编辑: 蒋艺芬)

(上接第 21 页)

[2] 杨学鑫, 黄礼云. 外阴白色病变的治疗进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(2): 78-81.

[3] XIE X, WU K. Advances in the pathogenesis of vulvar lichen sclerosis [J]. Mol Biol Rep, 2024, 51(1): 396.

[4] HE F R, LIN Y R, WEN Y H, et al. Trends and developments in vulvar lichen sclerosis research [J]. Health Sci Rep, 2025, 8(7): e71007.

[5] CROFTS V L, MOUSSAOUI D, SHYNKAROVA V, et al. Paediatric and adolescent vulvar lichen sclerosis: delay in diagnosis [J]. Eur J Pediatr, 2025, 184(3): 232.

[6] JADE K. Vulvar lichen sclerosis: a literature review with consideration of integrative therapies [J]. Integr Med (Encinitas), 2025, 24(1): 16-25.

[7] 张茂祥, 于洋, 张铭阳, 等. 中药熏洗联合局部手法治疗老年外阴白斑的临床疗效[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(6): 1360-1363.

[8] 赵峻德, 李淑玲, 师伟, 等. 李淑玲基于“本虚毒蕴”论治外阴白色病变经验浅梳[J]. 时珍国医国药, 2022, 33(4): 976-978.

[9] 梁瑞宁, 徐玲, 李佩双, 等. “月经生理”理论的中医学认知初探[J]. 中医杂志, 2022, 63(13): 1211-1214.

[10] 杨燕宇, 周洋宾, 魏雅馨, 等. 关于神庭穴定位的探讨[J]. 环球中医药, 2025, 18(3): 540-544.

[11] 张含, 刘云霞. 浅析“善治者治皮毛”[J]. 中医学报, 2021, 36(5): 979-982.

[12] 杨莉, 李盾, 李伟, 等. 基于经气理论浅析皮部浅刺针法[J]. 安徽中医药大学学报, 2025, 44(3): 1-3.

[13] 金亚蓓, 金肖青. 黄帝内经五体针法论新[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 278.

[14] PRETI M, BORELLA F, FERRETTI S, et al. Genital and extragenital oncological risk in women with vulvar lichen sclerosis: a multi-center Italian study [J]. Maturitas, 2023, 175: 107767.

[15] 王妍. 中医药治疗女性外阴硬化性苔藓研究进展[J]. 国医论坛, 2025, 40(4): 67-71.

(收稿日期: 2025-12-26)

(本文编辑: 黄明愉)