

引用:林仕高,杨苗苗,伍大华,谢乐.基于“肝主凝血”分析收敛法防治出血性疾病[J].中医药导报,2025,31(1):164-168.

基于“肝主凝血”分析收敛法防治出血性疾病*

林仕高^{1,2},杨苗苗²,伍大华²,谢乐²

(1.湖南中医药大学研究生院,湖南长沙 410208;

2.湖南省中西医结合医院/湖南省中医药研究院附属医院,湖南长沙 410006)

[摘要] 从古籍论述、现代医家经验及现代研究探讨“肝主凝血”在出血性疾病中的运用,为丰富出血性疾病的中医药治疗手段及今后“肝主凝血”的研究提供一定的参考及思路。肝阴、肝气充足,肝之疏泄适度,情志平和等因素决定了“肝主凝血”功能的正常发挥。肝还能与心、脾、肺、肾四脏协作共同发挥凝血之功。酸味收敛药物,诸如白芍、山茱萸、海螵蛸、乌梅等,既能止已出之血,又能固未出之血;酸又入肝,同时还能收肝气、敛肝阴,使肝之疏泄适度,更好地发挥“肝主凝血”的功能。现代药理研究也表明此类药物本身或炮制后可以发挥凝血功效。临床治疗出血的患者,需注意审求其因,在止血的同时寻找出血之因,灵活运用收敛法,注意配合其他治法联合运用,以使“肝主凝血”之功正常发挥。

[关键词] 出血性疾病;“肝主凝血”;收敛法;肝藏血

[中图分类号] R255.7 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)01-0164-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.01.029

Analysis of Convergence Method for Prevention and Treatment of Hemorrhagic Diseases Based on "Liver Dominating Coagulation"

LIN Shigao^{1,2}, YANG Miaomiao², WU Dahua², XIE Le²

(1.Graduate School, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410208, China;

2.Hunan Provincial Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine/The Affiliated Hospital of Hunan Academy of Traditional Chinese Medicine, Changsha Hunan, 410006, China)

[Abstract] This article explores the application of "liver dominating coagulation" in hemorrhagic diseases from the perspectives of ancient literature, modern medical experience, and modern research, in order to enrich the traditional Chinese medicine treatment methods for hemorrhagic diseases and provide certain references and ideas for future research on "liver dominating coagulation". The sufficiency of liver Yin and liver Qi, moderate relief liver, and emotional calmness determine the normal functionning of "liver dominating coagulation" function. The liver can also cooperate with the heart, spleen, lungs, and kidneys to jointly exert the function of coagulation. Sour astringent drugs, such as Baishao(Paeoniae Radix Alba), Shanzhuyu (Corni Fructus), Haipiaoxiao (Sepiae Endoconcha), Wumei(Mume Fructus) and so on, can not only stop the blood that has been produced, but also solidify the blood that has not been produced. Acid also can enters the liver, and regulate liver Qi and liver Yin, allowing the liver to have moderate relief and plays the "liver dominating coagulation"function better. Modern pharmacological research has also shown that such drugs themselves or after processing can exert coagulation effects. In the clinical treatment of patients with bleeding, it is necessary to pay attention to the examination and verification of the cause, find the cause of bleeding while stopping the bleeding, flexibly use the convergence method, and pay attention to the combined use of other treatment methods, so as to make the "liver dominating coagulation" function play normally.

[Keywords] hemorrhagic diseases; "liver dominating coagulation"; convergence method; the liver hides blood

*基金项目:湖南省科技创新计划湖湘青年英才科技创新项目(2023RC3215)

通信作者:谢乐,男,副主任医师,研究方向为中医防治脑病

古代医家早已提出过“肝主凝血”的理论，现代医学研究也表明肝对凝血功能有很大的影响，故对于出血性疾病，肝之凝血功能能否正常发挥也决定着疾病的转归及预后。然而，现代医家对“肝主凝血”及收敛法的论述及现代研究较少，为丰富出血性疾病的中医药治疗手段，以及今后“肝主凝血”的研究提供一定的参考及思路，笔者从古籍论述、现代医家经验及现代药理研究探讨“肝主凝血”在出血性疾病中的运用。

1 “肝主凝血”

关于肝主藏血的论述首见于《黄帝内经》。肝主藏血的内涵是肝能贮藏血液，调节血量，防止出血^[1]。肝防止出血即本文所论之“肝主凝血”。“肝主凝血”见于章潢所著《图书编》，其云“肝者，凝血之本”^[2]。“肝主凝血”能使血液收摄于经脉之中，使血液不溢出脉外，如《普济本事方·卷第十·妇人诸疾》所谓：“夫肝摄血者也。”^[3]《杂病源流犀烛·肝病源流》曰：“肝，其职主藏血而摄血。”^[4]《血证论·卷二·吐血》云：“肝为统血之脏，位在胁下。”^[5]《内经博议·卷之二·病能部·足厥阴肝脏病论》云：“肝……其脏主藏血，为血家之部，故其职为血脏而摄血。”^[6]关于“肝主凝血”的机理，唐容川在《中西汇通医经精义·上卷·经气主治》曰：“厥阴为阖者，足厥阴肝经，主藏下焦之阴气，使血脉潜而精不泄。”^[7]《说文解字》曰：“阖，门扇也，一曰闭也。”^[8]由此可见肝可“凝血”，而阴气主收敛，主凝，故肝阴具有收敛血液之功。肝之生理功能皆赖于肝主疏泄，肝气充足、疏泄适度则肝的生理功能得以正常发挥，若肝气虚，肝气疏泄不及则“肝主凝血”的功能也会受到相应的影响，如《丹溪心法·头眩》云：“肝家不能收摄荣气，使诸血失道妄行。”^[9]《女科证治准绳·卷之二·杂症门上》云：“肝虚不能摄血也。”^[10]若肝疏泄不及，则肝气不舒以致血行不畅而形成瘀血，即《血证论·卷二·吐血》所谓“气结则血凝”^[11]，瘀血阻络同样易导致血溢脉外成血瘀出血之证^[12]。若肝阴虚，则不能收敛血液，也会导致出血的发生，故缪希雍提出“宜补肝不宜伐肝”，“养肝则肝气平而血有所归，伐之则肝虚不能藏血，血愈不止矣”^[13]的治血法。肝在志为怒，大怒、暴怒则易伤肝，伤肝则影响肝藏血的功能，肝藏血之功受损，则不能收摄血液，使血溢脉外。故唐容川云：“然又有怒气伤肝，肝气横决，血因不藏。”^[14]《傅青主女科歌括·女科下卷·妊娠》云：“夫肝本藏血，肝怒则不藏，不藏则血难固。”^[15]《医宗金鉴·妇科心法要诀》曰：“有暴怒伤肝，肝不藏血而血妄行者。”^[16]综上，“肝主凝血”的功能能否正常发挥，取决于肝阴、肝气之充足，肝之疏泄适度，情志平和等因素。

2 肝与其他脏相互协作凝血

“肝主凝血”不仅表现在肝本身的止血作用，还表现于其能与他脏协作，如肝与心、脾、肺、肾四脏，皆能通过彼此之间的生理联系共同发挥凝血之功。

肝与心在血液运行上有密切的联系。心主血脉理论首见于《素问·痿论篇》，其云“心主身之血脉”。心主血脉之内涵应分为“心主血”“心主脉”两个方面^[17]。“心主血”的基本内涵是心气能够推动血液的运行，《医学入门·脏腑》云：“人心动则血行诸经……是心主血也。”^[18]心行血与“肝主凝血”的作用共

同发挥，则能使血正常循行于脉中而不溢于脉外导致出血。正如《女科精要·崩漏门诸论》所言：“心火亢甚，于是血脉泛溢，以致肝实而不能纳血，出纳之用遂废。”^[19]

脾气能够固摄血液，防止血溢脉外，这点与“肝主凝血”的功能相辅相成。如肝不摄血、脾不统血，则会发生出血，如《傅青主女科歌括·女科上卷·调经》在描述年老经水复行时曰：“经不宜行而行者，乃肝不藏、脾不统之故也。”^[20]

肝与肺在生理上的联系主要体现在气与血的关系上，《四圣心源·卷七·杂病解下》云：“肝藏血而左升，肺藏气而右降，气分偏虚，则病于右，血分偏虚，则病于左。”^[21]肺性清肃，其气以降为顺；肝主疏泄，其气以通为用。肝肺之气机升降协调，则肝肺之生理功能得以正常发挥，进而推动精、血、津液正常运行流动^[22]。若肺气虚，肃降不及，不能制约肝木，则肝木反侮肺金，引起出血，如《血证论·卷一·脏腑病机论》所言：“金不制木，则肝火旺，火盛刑金，则蒸热喘咳，吐血痨瘵并作。”^[23]反之若因肝升太过而导致木火刑金亦然。

肝与肾之间的生理联系为肝与肾之间的互滋互制，肾为肝之母，肾阴能滋肝阴，亦能涵肝阳，如肝阴充足则肝能摄血，肝阳被涵则血不妄行，肝肾则能共同发挥防止出血之功。若肾水不滋肝阴，则血无所摄，若肾水不涵肝阳，则血易妄行，即《素问·阴阳别论篇》云“阴虚阳搏谓之崩”。陈士铎认为“火之有余，由于肾水不足，补水则火自消亡于无有”，故其在《石室秘录·血治法》中云：“六味丸汤妙在不寒不热，补肾水以滋肝木，肝木得养则血有可藏之经，自然不致外泄。”^[24]由此可见肾水滋肝木对“肝主凝血”作用的重要性。

3 酸味收敛药与肝的关系

《素问·宣明五气篇》言：“五味所入，酸入肝。”故收敛药之酸味多可入肝，与肝共同发挥凝血之功。现代医家也认为，药物醋炒后味酸，可将药物引入肝经，且炒用能加强药物止血之功^[25]。张景岳于《类经·十一卷·气味类》云：“肝属木，酸入肝，故宜用此酸物。”^[26]宋·齐仲甫在《女科百问·卷上·第二十六问妇人偏喜酸物或嗜冷》中曰：“酸入肝而养血，血得其酸物，所以含藏也。”^[27]可见收敛药物之酸性与“肝主凝血”之功是相辅相成的。同时，酸能敛肝气，如唐宗海在《血证论·卷二·鼻衄》言：“醋和土敷阴囊，囊为肝所属，肝主血，敷囊以收敛肝气，则肝血自止。”^[28]《神农本草经疏·卷一·《续序例》上》云：“肝为将军之官，言不受制者也……若其太过，则屈制之，毋使逾分，酸可以收，芍药之属是已。”^[29]肝气疏泄太过则血易妄行，得酸之收敛使肝气收则血和而循于脉络；若肝虚则不能收摄血液，酸亦能补肝，如《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》所云“夫肝之病，补用酸”^[30]。张锡纯所著《医学衷中参西录·三、医论·论肝病治法》记载“敛肝即以补肝”^[31]。现代医家亦有主张应用酸收之法使肝疏泄之功与藏血之能正常发挥^[32]。此外，酸可养肝阴，《内经药论·卷三·五岁》云“酸可育肝之阴”^[33]。肝阴得养则敛血有源。酸味收敛与“肝主凝血”相辅相成，故对出血性疾病而言，用酸涩收敛之品以使“肝主凝血”之功正常发挥尤为重要。

4 收敛法防治出血性疾病

收敛法是指用含有收敛功效的药物治疗精微物质不能

藏于脏中的方法，其最早源于内经“散者收之”理论基础。此类药物多为酸涩之品，能够收敛固涩。《汤液本草·卷之三·草部》曰“酸束而收敛”^[39]；《本草备要·药性总义》曰“凡药酸者能涩能收”^[30]；《注解伤寒论·卷六·辨少阴病脉证并治法第十一》云“涩可去脱”^[31]。在人体中，血液循行于脉中，输布于全身以滋养脏腑，若血液不行于脉中，溢于脉外，则出血，即离经之血。收敛者，可以其酸性止已出之血，如《本草汇言·卷之二·草部(芳草类)》所言：“若胎前产后，崩漏淋带，污浊而不清者，宜用醋制，醋之味酸而辛，酸可以敛新血。”^[32]叶桂从肝论治崩漏时多用酸味药，《本草经解·卷四·金石部》曰：“肝血不藏，则崩中漏下……味甘酸可以藏肝血。”^[33]收敛者，还可以其涩性固未出之血，如《本草纲目·序例上·十剂》所云：“脱者，气脱也，血脱也，精脱也，神脱也。脱则散而不收，故用酸涩温平之药，以敛其耗散。”^[34]现代医家在治疗出血性疾病或有出血倾向的患者时，也多在其方中加入酸涩收敛之药而防止出血，如仝小林治疗眼底出血时用蒲黄、三七、仙鹤草以摄未出之血^[35]。收敛之效除止血涩血外，还可收敛浮动之气，如唐容川曰：“失血病……以收敛浮动之气，使阴生阳秘，而血乃不复动也。”^[36]此外，收敛法还可通过敛阴而摄血。《素问·阴阳应象大论篇》云“阴静阳躁”。人体之阴主静，其具有收敛、凝聚之功^[36]，阴得敛，则血循其常道，若人身之阴异常，则血易妄行，如《脉诀乳海·卷四·微脉指法主病》所云：“今脉见微，则为阴盛阳虚，不能摄血，以致败血不止。”^[37]

5 “肝主凝血”的现代医学研究

现代研究^[38-39]表明，肝脏可以通过合成多种凝血因子来发挥凝血的作用，对机体的凝血功能有很大的影响。血小板生成素(thrombopoietin,TPO)对血小板的生成有重要意义，DECKER M等^[40]通过定量逆转录聚合酶链反应(qRT-PCR)分析发现TPO的转录物富集于肝脏中，证实了TPO由肝细胞产生。肝衰竭患者的凝血功能会受到影响，急性肝衰竭患者凝血酶原活动度(PTA)≤40%，有出血倾向，亚急性肝衰竭患者有出血表现，慢性肝衰竭患者的血小板会出现明显下降^[41]。肝硬化会导致机体凝血机制异常，继而影响各种凝血因子的生成，使其凝血功能受损^[42]。肝脏可以合成多种凝血因子，若肝细胞功能受到损害，则肝依赖性凝血因子合成减少，就会导致凝血功能障碍^[43]。抗凝药华法林的作用机制是通过抑制由维生素K参与的在肝脏内合成的凝血因子Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ产生从而达到抗凝的效果^[44]，由此可见，抑制肝脏合成凝血因子对机体凝血功能有很大的影响。有文献^[45]报道，药物如果显示出一定程度的肝毒性，容易引起血小板减少症，从而导致出血性疾病的发生。从现代医学研究的角度来说，肝的生理功能在防治出血性疾病中具有重要地位。

6 酸涩收敛药物举隅

6.1 白芍 白芍味酸，酸者能涩能收，故其有酸涩收敛止血之功。关于白芍的功效，历代医家众说纷纭，其首见于《神农本草经》，而对于白芍止血之功的论述则首载于《日华子本草》：“治女人一切病产前后诸疾……泻血。”^[46]后世医家对于白芍酸涩止血之功也有了更多论述。缪希雍所著《神农本草经疏·卷八·草部中品之上》言白芍“酸以收之……太阳鼽衄”^[24]。成

无己在《注解伤寒论·卷三·辨太阳病脉证并治法第六》中云：“芍药之酸，收敛津液而益荣。”^[31]可见其酸性可止血。李时珍于《本草纲目·草部第十四卷·草之三》中言白芍能治衄血咯血、崩中下血、赤白带下、经水不止等出血性疾病^[34]；严洁所著《得配本草·卷二·草部》记载“血溢，醋炒”^[47]；黄宫绣在《本草求真·上编·卷二·收涩·收敛》中言：“功专入肝经血分敛气。气之盛者，必赖酸为之收，故白芍号为敛肝之液，收肝之气，而令气不妄行。”^[48]肝气疏泄适度则血行而不妄，肝气盛则血急而离经，得白芍则肝气得敛而血行常道。岳美中曾言“芍药味酸，能敛能泄……肝藏血，酸而敛之收之则可止血”^[49]，故白芍可以其酸性与“肝主凝血”之功共同发挥止血作用。李中梓所著《本草征要·第二卷形体用药及专科用药·妇科》云白芍“养血敛阴”^[50]。阴主收敛，藏于体内，敛而不散则可使血不离经。张锡纯之《医学衷中参西录·医方·治吐衄方·温降汤》曰：“肝为藏血之脏，得芍药之凉润者以养之，则宁谧收敛，而血不妄行。”^[26]白芍总苷是白芍的有效成分之一^[51]，有研究^[52]报道，将40例成人原发免疫性血小板减少症患者随机分为治疗组与对照组，治疗组以白芍总苷胶囊加醋酸泼尼松片治疗，对照组仅以醋酸泼尼松片治疗，治疗3个月后观察血小板计数变化情况，结果发现治疗组在提升血小板方面效果优于对照组($P<0.05$)，说明白芍总苷能够治疗原发免疫性血小板减少症，提示白芍可以通过升血小板来发挥止血效果。

6.2 山茱萸 山茱萸首载于《神农本草经·卷二·中经》。其云山茱萸“味酸”，为后世医家对其止血敛血之功的论述打下了基础。《本草征要·第一卷·通治部分·补益药·(四) 阴阳双补》言其“月事多而可以止”^[50]。《本草正·竹木部》云其“味酸、涩，主收敛……调经收血”^[53]。可见其对月经过多者可止血。《本草通玄·卷下·木部》言山茱萸“味酸微温，肝肾之药也……肾气受益，则封藏有度，肝阴得养”^[54]。山茱萸入肝肾，使肾能封藏而养肝阴，章潢言“肝者，凝血之本”，肝阴得养则能敛血而防止出血。《本草经解·卷三·木部》云：“山萸味酸入肝，益肝血而敛肝气。”^[33]肝气得敛而不疏泄太过，肝藏血的生理功能才能更好地发挥。现代医家有用山茱萸治疗崩漏、特发性血小板减少性紫癜等出血性疾病^[55-56]。此外，炒炭后的山茱萸止血之功显著增强。研究^[57]表明，与山茱萸相比，山茱萸炭可以显著降低小鼠的凝血时间，显著提高小鼠的活化部分凝血活酶时间(APTT)和凝血酶原时间(PT)，提示山茱萸炭能促进凝血。

6.3 海螵蛸(乌贼骨) 海螵蛸性咸、涩、温，能够收敛止血^[58]。关于海螵蛸止血之功古已有之。《素问·腹中论篇》中以乌贼骨治疗“有病胸胁支满者，妨于食，病至则先闻腥臊臭，出清液，先唾血，四肢清，目眩，时时前后血”之血枯病；李时珍言其“为末治吐血，吹鼻止衄”。《本草纲目·鳞部第四十四卷·鳞之四》云：“乌鲗骨，厥阴血分药也……厥阴属肝，肝主血，故诸血病皆治之。”^[34]《神农本草经疏·卷二十一·虫鱼部中品》载海螵蛸“主女子漏下赤白……为女人崩漏下血之要药”^[24]。现代医家多用海螵蛸论治便血、崩漏、原发免疫性血小板减少症等病^[59-60]。研究^[61]表明，用海螵蛸溶液对小鼠灌胃处理后测定小鼠凝血时间和出血时间，结果显示在一定剂量下海螵蛸组

小鼠的出血平均时间与凝血平均时间均较生理盐水对照组缩短,提示海螵蛸具有凝血活性,能缩短出血时间和凝血时间。6.4 乌梅 乌梅,古称梅实,《本经》言其“味酸”,《本草纲要·第三卷·肝胆二经·(三)敛肝》言乌梅“止血止利……乌梅、白梅皆以酸收为功”^[60]。可见古代医家已用乌梅之酸收敛止血,也认识到了酸味药物对于出血性疾病的重要性。《本草新编·卷之五(羽集)·乌梅》言乌梅“味酸……收敛肝气,固涩大肠,止血痢”^[61]。乌梅之酸除能止血,还能收敛肝气,使肝气疏泄适度来制约血行。李时珍于《本草纲目·果部第二十九卷·果之一·梅》中记载用乌梅治疗便痢脓血、大便下血、小便尿血、血崩不止等出血性疾病。现代医家用乌梅论治崩漏等出血性疾病^[63-64]。研究^[65]显示,乌梅炭能显著缩短小鼠的凝血时间,具有明显的凝血作用。

7 小 结

综上所述,临床治疗出血的患者,可灵活运用收敛法,使“肝主凝血”之功正常发挥,则已出之血自止,未出之血自固。临床运用收敛法时,应注意配合其他治法联合运用,对于急性出血或出血量较大的患者,应急用收敛以治标;气虚出血的患者应配益气之法,气为血之帅,气可摄血,配合酸收之法可使血循其常道;血热所致出血的患者应配清热之法,血热则妄行,故应凉血而宁血,配酸收之法可防止血溢脉外;对于血瘀所致出血的患者,因收敛药物多性味酸涩,易致血行瘀滞,故对此类患者应慎用收敛法^[66],如病情需要,血瘀患者应用酸涩收敛药物时应注意配伍化瘀之药,止血而不留瘀。出血患者多伴血虚之证,故在应用收敛之中需兼顾养血。此外,还可根据患者病情将收敛法灵活与温阳、滋阴等法联合应用,以期提高疗效。虽世人多认为收敛法为治标之法,但针对出血的患者需及时止血,防止血虚甚至血脱,不论是“精血同源”之说还是“血为气之母”理论均体现出人体之血的重要性。当然,临床需注意审证求因,在止血的同时寻找出血之因,否则将如《女科精要·卷一·崩漏门诸论》所云“若止塞其流,不澄其源,则滔天之势不能遏”^[17]。

参考文献

- [1] 王静,罗业浩,吕挺,等.从“肝藏血”初探围绝经期肝血不足与衰老的关系[J].中医药导报,2024,30(2):158-160.
- [2] 章潢.图书编[M].扬州:江苏广陵古籍刻印社,1988.
- [3] 许书微.普济本事方[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [4] 沈金鳌.杂病源流犀烛[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [5] 唐宗海.血证论[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [6] 罗美.内经博议[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [7] 唐宗海.中西汇通医经精义[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [8] 许慎.说文解字[M].徐铉,校定.北京:中华书局,2013.
- [9] 朱震亨.丹溪心法[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [10] 王肯堂.女科证治准绳[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [11] 须冰.陈以平从瘀论治胡桃夹性儿童血尿经验[J].中医杂志,2010,51(S1):93-94.
- [12] 缪希雍.先醒斋医学广笔记[M].杨洁,校注.2版.北京:中国医药科技出版社,2019.
- [13] 傅山.傅青主女科歌括[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [14] 吴谦.医宗金鉴[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [15] 郑洪新.中医基础理论[M].4版.北京:中国中医药出版社,2016.
- [16] 李梃.医学入门[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [17] 冯兆张.女科精要[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [18] 黄元御.四圣心源[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [19] 赵欣然,杨婕,孙韬.从肝肺相关理论探讨肺结节的诊疗思路[J].现代中医临床,2023,30(4):62-65.
- [20] 陈士铎.石室秘录[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [21] 张铭倩,葛惠男.葛惠男运用虫类药治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].湖南中医杂志,2022,38(1):52-55.
- [22] 张景岳.类经[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [23] 齐仲甫.女科百问[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [24] 缪希雍.神农本草经疏[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [25] 张仲景.金匮要略[M].于志贤,张智基,点校.北京:中医古籍出版社,1997.
- [26] 张锡纯.医学衷中参西录[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [27] 周锦,龚春柱,张卫红.平乐郭氏验方治疗老年全髋关节置换术后疲劳综合征的临床疗效[J].中国老年学杂志,2019,39(17):4221-4225.
- [28] 张骥.内经药渝[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [29] 王好古.汤液本草[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [30] 汪昂.本草备要[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [31] 成无己.注解伤寒论[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [32] 倪朱漠.本草汇言[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [33] 叶桂.本草经解[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.

- 5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [34] 李时珍.本草纲目[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [35] 李迈,邱连利,杨丽霞,等.全小林教授治疗糖尿病的中药用药特点分析[J].中医研究,2022,35(2):83-88.
- [36] 彭成,郭滢,于洋,等.基于阴阳理论探讨自噬在卵巢癌中的作用[J].中国实验方剂学杂志,2024,30(16):185-192.
- [37] 王邦博.脉诀乳海[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [38] 唐露露,陈怀珍,张静,等.Wilson病相关慢加急性肝衰竭患者预后影响因素及其预测价值[J].解放军医学杂志,2024,49(2):131-136.
- [39] 孙荣荣,贺娜,张粉娜,等.肝硬化凝血障碍机制的再认识[J].临床肝胆病杂志,2024,40(3):616-620.
- [40] DECKER M, LESLIE J, LIU Q X, et al. Hepatic thrombopoietin is required for bone marrow hematopoietic stem cell maintenance[J]. Science, 2018, 360(6384):106-110.
- [41] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组,中华医学会肝病学分会重型肝病与人工肝学组,等.肝衰竭诊治指南(2018年版)[J].临床肝胆病杂志,2019,35(1):38-44.
- [42] 蒙增萍,翟丽琼,李燚,等.肝硬化患者Child-Pugh分级与凝血4项、D-二聚体的关系[J].贵州医科大学学报,2022,47(1):66-71,78.
- [43] NORTHP P G, CALDWELL S H. Coagulation in liver disease: A guide for the clinician[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2013, 11(9):1064-1074.
- [44] 马丽,辜晓惠,周宏,等.互联网技术对心房颤动患者华法林抗凝治疗的影响分析[J].实用医院临床杂志,2022,19(4):89-92.
- [45] ZENG X H, ZHU X, TIAN Q K, et al. Celastrol-conjugated chitosan oligosaccharide for the treatment of pancreatic cancer[J]. Drug Deliv, 2022, 29(1):89-98.
- [46] 日华子.日华子本草[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [47] 严洁.得配本草[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [48] 黄宫绣.本草求真[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [49] 李艳青.白芍在出血证中的应用[J].时珍国医国药,2005,16(3):227-228.
- [50] 李中梓.本草征要[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [51] 孙婧,辛灵恩,冯贤珍,等.白芍总苷对脂多糖诱导的小鼠急性肺损伤的保护作用及机制[J].首都医科大学学报,2024,45(2):302-311.
- [52] 操儒森,曾英坚,樊启辉,等.白芍总苷胶囊联合强的松治疗原发免疫性血小板减少症临床观察[J].光明中医,2020,35(22):3621-3623.
- [53] 张介宾.本草正[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [54] 李中梓.本草通玄[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [55] 王礼琼,陈鹏,古学奎,等.丘和明基于《血证论》治血四法论治特发性血小板减少性紫癜经验[J].广州中医药大学学报,2021,38(7):1481-1485.
- [56] 潘扬,张大伟.庞氏妇科治疗湿热瘀结型围绝经期崩漏经验探讨[J].中国中医基础医学杂志,2024,30(2):216-219.
- [57] 孔德鑫,张宇航,董贝贝,等.山茱萸炭有效成分的含量测定及止血作用研究[J].中华中医药学刊,2024,42(8):237-243.
- [58] 国家药典委员会.中华人民共和国药典:一部[S].北京:中国医药科技出版社,2020.
- [59] 戴冬生.乌贼骨治血病举隅[J].时珍国医国药,2000,11(3):251.
- [60] 潘彦君,董石,于航,等.从肺论治原发免疫性血小板减少症[J].河北中医药学报,2023,38(4):19-22,38.
- [61] 郑红,吴成业.海螵蛸凝血作用效果初探[J].福建水产,2015,37(3):182-188.
- [62] 陈士铎.本草新编[M/CD]//《中华医典》编委会.中华医典.5版.长沙:湖南电子音像出版社,2014.
- [63] 张金枫,任苏妍,张荧,等.从《四圣心源》之“木气下陷”探究黄元御治疗崩漏的思想[J].中国中医基础医学杂志,2024,30(4):572-574.
- [64] 陈思韵,郜洁,麦观艳,等.罗颂平论治崩漏经验[J].中医杂志,2018,59(24):2090-2092.
- [65] 许腊英,潘新,许康,等.乌梅炭中鞣质、有机酸与凝血作用的关系[J].中国医院药学杂志,2011,31(7):535-537.
- [66] 周仲瑛.血证论治[J].南京中医药大学学报,1996,12(4):6-8.

(收稿日期:2024-06-12 编辑:刘国华)

(上接第157页) 2018,30(5):109-112.

- [46] 孙海滨,王帅,吴京伟,等.粪菌移植联合美沙拉嗪治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎临床研究[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(11):897-902.
- [47] 甘丽,岳仁宋.粪菌移植与中药金汁的相关性探究[J].四川中医,2015,33(10):32-34.
- [48] 许建峰,林瑞珠,张彦明,等.中药金汁和粪菌移植液的菌群结构特征[J].中国微生态学杂志,2019,31(11):1241-1245,1254.

- [49] 国家卫生健康委员会医院管理研究所,中华医学会肠外肠内营养学分会,中华医学会肠外肠内营养学分会肠道微生态协作组.肠道菌群移植临床应用管理中国专家共识(2022版)[J].中华胃肠外科杂志,2022,25(9):747-756.
- [50] 黄旭华,何俊,高秀梅.基于体质及其证型探讨肠道菌群研究进展[J].世界科学技术-中医药现代化,2019,21(6):1089-1096.

(收稿日期:2024-08-04 编辑:时格格)