

引用:曹云钊,王晗,徐奚如.从“有故无殒”探究活血化瘀药物在老年出血患者中的应用[J].中医导报,2025,31(12):211-215.

# 从“有故无殒”探究活血化瘀药物在老年出血患者中的应用\*

曹云钊<sup>1</sup>,王 晗<sup>2</sup>,徐奚如<sup>2</sup>

(1.南京中医药大学,江苏 南京 210029;

2.南京中医药大学附属医院,江苏 南京 210029)

[摘要] 本文围绕“有故无殒”理论的内涵与应用展开探讨,旨在为活血化瘀药物在老年出血患者中的安全合理使用提供参考。通过解析该理论的古今核心要义,归纳其三大基本原则:有是病用是方、中病即止勿犯太过及合理把控用药剂量。在此基础上,进一步阐述活血化瘀单药、复方的临床应用及与西药联合使用的实践方案,同时强调了用药过程中量效关系的重要性。研究表明,遵循“有故无殒”原则,活血化瘀类药物可安全适用于老年出血患者。

[关键词] 出血;有故无殒;活血化瘀;老年人

[中图分类号] R255.7 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)12-0211-05

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2025.12.034

Exploration on the Application of Blood-Activating and Stasis-Resolving Drugs in Elderly Hemorrhage Patients Based on the Theory of "You Gu Wu Yun (Presence of Indication Without Harm)"

CAO Yunzhao<sup>1</sup>, WANG Han<sup>2</sup>, XU Xiru<sup>2</sup>

(1.Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210029, China;

2.Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210029, China)

[Abstract] This article explores the connotation and application of the theory of the "You Gu Wu Yun (Presence of Indication Without Harm)", aiming to provide a reference for the safe and rational use of blood-activating and stasis-resolving drugs in elderly patients with hemorrhage. By analyzing the core essence of this theory from ancient to modern times, three basic principles are summarized: administering corresponding prescriptions for specific diseases, discontinuing medication once the condition improves to avoid excess, and reasonably controlling the dosage of drugs. On this basis, the clinical application of single blood-activating and stasis-resolving drugs, compound prescriptions, and their combination with western medicine is further elaborated, while emphasizing the importance of the dose-effect relationship during medication. The study shows that blood-activating and stasis-resolving drugs can be safely applied to elderly patients with hemorrhage in accordance with the principle of "You Gu Wu Yun (Presence of Indication Without Harm)".

[Keywords] hemorrhage; You Gu Wu Yun (Presence of Indication Without Harm); blood-activating and stasis-resolving; the elderly

随着医学发展,中西医联合治疗老年疾病取得了明显的疗效,活血化瘀类药物在老年性疾病中使用广泛。而对于具

有出血证候的老年患者,是否能够使用活血化瘀类药物,临床上仍存在分歧。老年患者是出血高风险人群,一方面是由

\*基金项目:江苏省卫健委老年健康科研项目(LKZ2023002)

通信作者:王晗,女,主任医师,研究方向为老年心血管疾病

于老年患者体质的改变,另一方面是由于多种药物使用后出现的不良反应。故在治疗上,既要提供有效的治疗,也要避免出血事件的发生,给临床用药带来诸多挑战。这与妇人妊娠期使用活血化瘀药物情况类似,而妇人妊娠的用药原则总体依据于“有故无殒”理论,从而能够使活血化瘀药物得到合理使用。近年来,该理论也拓展到其他疾病的治疗中,基于相关研究成果,也能为老年出血患者用药提供一个良好的思路。

## 1 “有故无殒”的古今含义与应用

### 1.1 “有故无殒”的起源及内涵

“有故无殒”最早起源于《素问·六元正纪大论篇》<sup>[1]</sup>,其载:“黄帝问曰:妇人重身,毒之何如?岐伯曰:有故无殒,亦无殒也。”此时的含义主要体现在妇人产病用药禁忌方面。书中后半句“大积大聚,其可犯也,衰其大半而止,过者死”,进一步阐述了“有故无殒”的一大原则,即“衰其大半而止”。所谓中病即止,勿犯太过,后世医家在妇产疾病中亦多遵循此原则,并在“衰其大半而止”的基础上,进一步进行阐述。如明代张介宾在《类经》<sup>[2]</sup>中注为:“重身,孕妇也。毒之,谓峻利药也。故,如下文大积大聚之故,殒,伤也。”其基本原则为“有是病,而用是药,所谓有病则病受之”。因孕妇体内有大积大聚等实邪,使用峻利之药会优先针对实邪,从而避免对孕妇及胎儿的损伤。清代高士宗于《黄帝素问直解》<sup>[3]</sup>释道“有寒热之病,用寒热之毒,谓之有故,有故而用,则无殒灭之患”,即针对相关病因治疗,有什么样的病因(寒热温凉),就采用相应的药物治疗(寒者热之,热者寒之),病因得到了解决,则妇人反无所害,也体现了“有是病,用是药”的原则。清代医家张志聪在其《黄帝内经素问集注》<sup>[4]</sup>里进一步补充道“有故无殒,亦无殒”,其言:“此言胎孕积聚,亦有阴阳寒热之分,所当远寒而远热者也……毒者,大寒大热之药也。”在遵循“有故无殒”时,应注意“用寒远寒,用热远热,勿犯其过,合理掌握药物剂量”。

### 1.2 “有故无殒”之古用

临证关于“有故无殒”的应用,当属张仲景《金匮要略》<sup>[5]</sup>最为显著,经典中药方剂桂枝茯苓丸用于治疗癥瘕导致妊娠妇人下血。方中桃仁、牡丹均为活血化瘀之品,且桃仁为滑利有毒之品,故服法很是谨慎。诸药制以丸剂,逐渐加量,而中病即止。唐代孙思邈在其《备急千金要方》<sup>[6]</sup>中使用半夏茯苓汤与茯苓圆治疗妊娠恶阻,方中半夏与干姜配伍,能使痰湿去而安胎增食。金元时期李东垣则提出“孕妇有病,毒之无殒”之说,其曾诊治一例孕妇寒邪犯胃,胃脘当心而痛,急用草豆蔻、半夏、干生姜等大热之药治愈。明代吴又可也对“有故无殒”作了验证和阐发,其主张孕妇时疫选用三承气汤,但须辨证施治,慎勿惑于参术安胎之说等。清代医家吴鞠通在《吴鞠通医案》<sup>[7]</sup>中也使用大黄、肉桂、桃仁等药治疗妊娠腹痛泄泻,由于药性刚猛,故病愈即止服,或减半服,以使积滞去而不伤胎。明末清初傅山的《傅青主女科》<sup>[8]</sup>更是集大成之作,在治疗妇人妊娠吐泻腹痛时,采用附子、肉桂等辛热之品,然方中大辛大热之品用量极小。近代中西医汇通医派的张锡纯,治疗妊娠恶阻多用代赭石、半夏重镇降逆。以上皆体现了各时期医家对“有故无殒”理论的发展。

“有故无殒”的思想除了应用于妇科疾病,其他疾病中也有体现。如《伤寒论》<sup>[9]</sup>中使用大承气汤通腑泄热,以求急下存

阴,从而来治疗阳明腑实、热毒闭窍的危重症候。金元时期张从正以巴豆、甘遂等峻药攻逐痰饮,以求邪去正安。李东垣用附子、乌头治疗寒痹疼痛,因病而用不伤正。清代王清任的《医林改错》<sup>[10]</sup>用桃仁、红花等活血药治疗瘀血重症。叶天士在其《临证指南医案》<sup>[11]</sup>中以全蝎、蜈蚣等虫类药搜剔络中邪毒,用于治疗温病热毒及久痹。

### 1.3 “有故无殒”之今用

随着医学发展,现代医学进一步拓展了“有故无殒”的应用。谭兆峰等<sup>[12]</sup>应用“有故无殒”理论,采用有毒性的中药治疗虚实夹杂的肿瘤疾病,体现出以毒攻毒,以偏纠偏,中病即止的思想。苏哲苓<sup>[13]</sup>从“有故无殒”的角度探讨了麻黄附子细辛汤对阳虚型慢性肾炎患者的治疗效果。该研究表明即使麻黄附子细辛汤的组成药物具有肾毒性,然依旧能够改善阳虚型肾炎患者临床症状及实验室指标。毛鑫羽等<sup>[14]</sup>在“有故无殒”理论指导下,遵循着有是证用是方的原则,提出了使用香加皮等毒性药物改善心衰的合理性。蓝宇洋等<sup>[15]</sup>在其临证治疗2型糖尿病中,往往喜用干姜、附子、大黄等药物“以毒攻毒”,并佐以黄芪、太子参、甘草、大枣等品以“中病即止”。

除了在疾病治疗上的应用,现代很多医家认为“有故无殒”的理论提供了一种药物使用的量效关系。张惜燕等<sup>[16]</sup>认为,药物具有偏性,合理使用药物,可表现为治疗作用;但长期或过量使用,超过机体耐受范围,则表现为毒性作用。邢玉瑞<sup>[17]</sup>列举大量实例,认为药证相应,则药物作用于疾病,不会对人体造成伤害;若药证不符,不合理的药物则会对人体造成损害。在对莪术的研究中,莪术对正常小鼠和血瘀证小鼠表现出毒性差异,结果发现,莪术对正常孕小鼠子代反射行为功能具有不良影响,血瘀证小鼠子代发射行为功能无显著影响<sup>[18]</sup>。一项关于大黄对肝损伤的量效关系研究发现,熟大黄对正常动物具有一定的肝毒性作用,但用于肝损伤动物具有显著的治疗作用,在一定程度上印证了“有故无殒”之说和辨证用药减毒的科学性<sup>[19]</sup>。钱嘉豪等<sup>[20]</sup>通过对比附子对健康小鼠及慢性心力衰竭小鼠的心脏作用研究,结果发现附子对健康小鼠心脏产生毒性作用,对慢性心力衰竭小鼠具有一定治疗作用,从而认为临床用药因遵循“有是证用是方”的原则,该原则又恰恰符合“有故无殒”理论。

### 1.4 “有故无殒”之内涵新说

由此可见,对于“有故无殒”的内涵,主要体现在如下几个方面:(1)有是证用是方;(2)中病即止,勿犯其过;(3)合理的药物剂量。掌握“有故无殒”的内涵,则能更好地解决临证中虚实夹杂证候的合理用药。依据该理论,对于具有出血证候的老年患者,如何合理使用活血化瘀药物提供了良好的思路。

## 2 老年患者出血的特殊性

### 2.1 老年患者体质的特殊性

步入老年,身体机能开始逐渐衰退。《灵枢·天年》<sup>[21]</sup>曰:“六十岁,心气始衰,苦忧悲,血气懈惰,故好卧。七十岁,脾气虚,皮肤枯。八十岁,肺气衰,魄离,故言善误。九十岁,肾气焦,四藏经脉空虚。百岁,五藏皆虚,神气皆去,形骸独居而终矣。”由此可见,身体进入老年状态具有以下特点:脏腑阴阳亏虚、气血失调、易感外邪、情绪忧愁,病理上常表现为“多虚、多瘀、多痰、常气郁、常兼夹”。由

于老年患者体质多以脏腑精气虚衰为主,部分慢性疾病又以实邪为主,故总体表现为虚实夹杂的证候表现。

## 2.2 老年患者血症的特殊性

### 2.2.1 中医病机

关于出血的原因,明代张介宾在《景岳全书》<sup>[22]</sup>中有言“血本阴精,不宜动也,而动则为病。血主荣气,不宜损也,而损则为病。盖动者多由于火,火盛则逼血妄行;损者多由于气,气伤则血无以存”,将其原因概括为“火盛”及“气虚”。火盛有实火与虚火之分,气虚有气虚与气损及阳。对于老年患者的出血,两种病机皆有。若老年患者脏腑功能减弱,或久病正气亏损,气虚日久,或气虚及阳,而致血液外溢,从而出现畏寒怕冷,神疲乏力,短气息微,同时伴随出血症状;若老年患者阴虚血少,或久病阴精伤耗,阴虚火旺,迫血妄行,表现出失眠多梦,心烦口干,五心烦热,潮热盗汗,同时伴随出血症状。针对“火盛”与“气虚”两种不同的病机,《景岳全书》<sup>[22]</sup>提出了“治火、治气、治血”的治疗原则。其中,治火、治气针对病机,治血则针对证候。《血证论》<sup>[23]</sup>提出“止、消、宁、补”四法,即针对出血疾病,先止血,血止之后;离经之血与新血不合,则采用消瘀治法;止血消瘀之后,又恐血再潮动,则以宁血为主;血止瘀化邪安,又恐正虚,则又加以补虚治法。四法兼备,则血止而正安。

### 2.2.2 西医病理

西医学认为,出血的主要原因是血管损伤(缺氧、炎症、创伤等)和凝血功能异常(血小板、凝血因子等)引起,从而表现出一系列出血症状(如:消化道出血、鼻出血、咳血、尿血等)。同时由于老年患者慢性疾病的病程较长,病程期间往往会使用很多药物治疗,多种药物的长期使用,则会引起药物的不良反应,其中出血就是最常见的一类不良事件。西医在治疗出血上,一般采用止血(药物止血、外科止血等)、扩容、输血等治疗。但由于老年患者大都存在多种疾病,所以经常会使用多种药物联合治疗,由此引发的一系列出血事件可能难以避免,并且很难得到改善。

针对这种情况,中药联合西药治疗可以起到很好的治疗效果。由于中药在解决原有疾病的同时,又能够改善甚至预防不良反应,进而增加西药使用的安全性。在老年性疾病中,活血化瘀药物的使用占比很大,尤其是在心脑血管方面。因此,在“有故无殒”理论的指导下,合理使用活血化瘀药物,可有效降低用药风险,改善患者预后。

## 3 活血化瘀药物应用

活血化瘀药多为辛散温通之品,味多辛苦,主归肝心经,入血分。其性善于走散通行,能够疏通血脉、消散瘀血<sup>[24]</sup>。药理实验研究表明,活血化瘀类药物能够抑制氧化应激,抑制炎症反应,改善血小板活化及聚集功能<sup>[25]</sup>,故活血化瘀药物在临床上应用广泛。根据出血部位及老年患者体质状态(寒、热、虚、实)的不同,临床治疗除单纯使用该类药物,还常常配伍补益、温化、消滞等药物。

### 3.1 单药

单味的活血化瘀药物,如大黄(泻火凉血、活血祛瘀)用于治疗消化道出血。大黄内含蒽醌化合物成分,有助于清除积蓄在胃肠道中的瘀血,避免直接引起或诱发出血。现代药理研究发现,大黄能够保护胃黏膜,够减轻胃蛋白酶对胃壁的刺激,降低胃肠黏膜毛细血管通透性及脆性,同时促进

出血周围毛细血管平滑肌的收缩及血小板聚集和黏附功能<sup>[26]</sup>。黑便患者口服生大黄粉(温水送服,3g/次,4次/d)可改善出血症状<sup>[27]</sup>。又如三七(功善散瘀生新,消痈定痛,通经活血,具止血不留瘀之功效)能改善脑血管出血<sup>[28]</sup>,对于有脑血管疾病的老年患者,长期口服三七粉可有效改善患者的生活质量,冲服用量一般为0.5~11.25g<sup>[29]</sup>。王蔚等<sup>[30]</sup>通过给予脑出血模型动物灌胃丹参、三气、红花等活血化瘀药物,结果提示该类药物能够降低脑含水量,改善脑水肿,有效治疗脑出血。另有一项研究发现,活血化瘀类中药联合抗凝药虽未出现明显的血液生化指标的显著变化,但出血事件的发生率显著升高<sup>[31]</sup>。综上,对于中药单药的应用主要重视以下几点:(1)注重药物的使用剂量。合理地掌握活血化瘀药物的剂量,以低剂量作为起始剂量服用,根据患者的临床症状合理调整用药剂量。(2)可改为散剂或粉剂,多次少量服用,在发挥药物疗效的同时,又能够减少出血事件的发生。(3)病情好转后,可适当减少药物剂量,若有出血情况则停止服用。

### 3.2 复方

活血化瘀的复方多种多样,不论是单纯实证,抑或虚实夹杂证,活血化瘀类方都占有一席之地。如治疗上焦火热证的泻心汤,原文载“心气不足,吐血、衄血,泻心汤主之”<sup>[5]</sup>。方中黄连长于泻心火,黄芩泻上焦火,大黄苦寒降泄。三药合用,使火降血止。此上焦热证所致出血的妙方,现临床亦有使用该方治疗上消化道出血<sup>[32]</sup>,故本方适合于具有上焦火热证兼有上焦出血证的老年患者。又如《医林改错》<sup>[10]</sup>中针对血瘀证的逐瘀汤,最具代表性的为血府逐瘀汤。该方以桃红四物汤活血化瘀为主,配伍四逆散行气止痛,牛膝使血下行,通达畅利。枳壳配桔梗升降气机。诸药配伍,使气行瘀消。症见心胸气滞,皮下瘀斑瘀点,舌紫暗有瘀点等者皆可使用该方加减。目前血府逐瘀汤多应用于心脑血管疾病的治疗,有研究表明血府逐瘀汤可以改善脓毒症患者的凝血功能障碍,减轻炎症反应,从而减轻出血风险<sup>[33]</sup>。《济生方》<sup>[34]</sup>中载小蓟饮子治疗下焦结热之血淋。该方主以小蓟、藕节、蒲黄、生地凉血止血,当归引血归经,配伍数味清热下利之药,使热去而血无所犯。目前临床多用该方治疗肾性血尿,临床疗效显著<sup>[35-37]</sup>。

除了经典方剂的使用,现代医家亦有使用活血化瘀法治疗老年患者出血疾患的经验方。如樊永平在治疗脑血管出血方面以益气潜阳、化痰活血为主,常用药物有生黄芪、川芎、怀牛膝、桃仁、红花<sup>[38]</sup>。全小林院士临床常用生蒲黄、侧柏叶、木贼三药合方治疗热灼血络型眼底出血<sup>[39]</sup>。牟重临在临证治疗血证时,也喜用多种活血化瘀类方剂来治疗患者<sup>[40]</sup>。正如“有故无殒”理论所提到的,只要是方证相应,即便是有出血风险或是已经存在出血,药物首先会针对致病的邪气,故而不会损伤到人体,即邪气去则出血自止,而不会增加出血事件的发生。活血化瘀类复方治疗出血病证,需注意以下几方面:(1)有是证,用是方。依据疾病病机的不同,合理搭配补气、养血、清热等药物,以求祛邪不伤正,行血活血而不破血。(2)中病即止,勿犯其过。病情恢复便可改用其他复方或单药治疗。(3)合理的药物剂量。若患者不耐受药物的攻伐之力,可适当减量或改为丸剂,以求慢病缓攻之效。

3.3 活血化瘀药物与西药联合 合理的联合使用活血化瘀药物与西药,往往能起到1+1>2的效果。潘小琴等<sup>[40]</sup>使用活血祛瘀方(药物组成:牡丹皮10 g、侧柏叶10 g、茜草10 g、甘草10 g、丹参15 g、赤芍15 g、花蕊石15 g、藕节15 g、三七3 g)联合常规西药治疗急性上消化道出血,证实两者联用能够促进凝血功能恢复,改善血流动力学,且能缩短临床症状消失时间,临床疗效明显。柴华等<sup>[42]</sup>分析了活血化瘀中药与抗血小板药物联合应用,初步证实与活血化瘀药物合用既能改善抗血小板药物抵抗和减少出血风险,又能增强其抗血小板活性,从而达到进一步抑制血栓形成、降低血栓性事件发生率的作用。由此看出,中西药物联合使用亦能够改善老年患者的出血状况,减少出血事件的发生。这不仅能够有效避免西药带来的不良反应,又能够更好地改善老年患者的生活质量。因此,近年来,很多老年患者都采用中西医结合治疗,其中不乏使用活血化瘀类药物与抗血栓药物联合使用的案例,这也为治疗老年患者慢性疾病提供了更多的治疗选择。为求临床用药安全起见,中西医结合治疗须注意以下几点:(1)中西治疗搭配,应避免药物相互的毒副作用加重患者病情。(2)用药期间需密切关注患者病情变化,注意二便情况,如有不适需及时停药就诊。(3)定期血液生化检查,定期体检能够帮患者更好地观测病情变化。

3.4 用药原则 活血化瘀药物目前广泛应用于肿瘤、心脑血管、皮肤、骨伤、内分泌等方面的疾病,因此对于具有出血风险的老年患者,把握好“有故无殒”理论的内涵,掌握好用药的原则,则可放心使用该类药物。如《血证论》<sup>[29]</sup>所言:“凡系离经之血,与荣养周身之血已睽绝而不合……此血在身,不能加于好血,而反阻新血之化机。”对应“瘀血不去,新血不生”之理,也合乎“有故无殒”的论断,即:(1)辨证论治,有是证用是方,药证相应。若患者出现局部刺痛、红肿、拒按,口唇、舌体、指甲青紫色暗,肌肤甲错,皮下瘀斑瘀点,口渴欲饮水但不欲咽,或有血块排出,舌淡紫或有瘀斑瘀点,脉细涩、结、代等属于血瘀证的表现,皆可使用。(2)中病即止。对于具有出血风险的老年患者,若实证居多,当实证已祛之十有七八,则合理的减少活血化瘀药物的剂量,同时密切观察患者是否有出血症状,从而做出进一步治疗;若虚实夹杂,在使用活血化瘀药物的同时,一定要顾护患者的正气,适当调整活血化瘀药物与补益药物的比例。(3)急则治其标,以毒攻毒。对于因实证导致的出血,先投补益固涩之剂,往往不能起到很好疗效,若因势利导,使用攻下除邪、破血化瘀之品,邪气方除,乃可用补益药缓缓补之。(4)合理掌握用药剂量。中医不传之秘在于量,剂量往往是使用中药最难把控的地方,由于每个患者的疾病表现与机体状态不相同,若药量过轻,恐达不到治疗效果,若药量过重,往往会引发出血事件的发生。对于经验浅薄的临证医生而言,起始低剂量与临证的密切关注,如有需要可配合西医的临床生化检查,从而能够更好地指导临证医生的用药。

3.5 量效关系 合理使用活血化瘀类药物,总绕不开量效关系的观察研究。陶慧娟等<sup>[43]</sup>通过评价不同剂量的丹参-三七药对(0.405、0.810、1.215、1.620、2.025和2.430 g/kg)对

大鼠的凝血指标的影响,最终认为在1.215 g/kg和1.62 g/kg浓度下的丹参-三七药对活血化瘀作用最明显。张彦华等<sup>[44]</sup>探讨了血府逐瘀汤、少腹逐瘀汤、膈下逐瘀汤、身痛逐瘀汤、通窍活血汤对家兔血小板聚集及凝血酶时间的作用及其量效关系,结论指出5个活血化瘀方对ADP诱导血小板聚集和凝血酶时间均有显著影响,且不同部位样品侧重的药效强弱不同。但该研究并未明确指出5种活血化瘀汤合理的剂量搭配。由此可见,目前对于活血化瘀药物的量效关系仍处于探索阶段,目前依旧依靠临床经验用药为主。而对于具有出血风险的老年患者,不必故步自封,若病证由血瘀证引起,则不必拘泥,正如《血证论》<sup>[29]</sup>中所言:“凡系离经之血,与荣养周身之血已睽绝而不合……此血在身,不能加于好血,而反阻新血之化机。”即“瘀血不去,新血不生”之理,也合乎“有故无殒”的论断,只需密切观察患者情况,做到“衰其大半而止”即可。

#### 4 总结与展望

在老年慢性病的治疗领域,针对具有出血风险的老年患者运用活血化瘀药物,是对中医“有故无殒”理论的创新性拓展与实践。在该理论指导下,活血化瘀药物在老年慢性疾病治疗中的应用边界得以延伸,有望为更多老年患者带来新的治疗契机。尽管目前尚缺乏关于活血化瘀药物治疗出血风险的老年患者的量效关系的研究,然现有的临床实践经验已充分表明,活血化瘀药物在改善老年患者症状的同时能有效降低出血风险。此外,在中西医结合治疗慢性病的临床实践中,精准合理把控中药以及西药的用药剂量至关重要,需综合考虑患者的症状体征并结合临床安全性指标,方能充分发挥中西医协同治疗的优势,切实提高患者的生活质量。未来,临床实践迫切需要更多深入且详实的中西药联合治疗案例,为慢性疾病提供切实有效的治疗思路和方式,后续相关研究应着力弥补当前在机制探索、循证证据等方面的不足,推动中西医结合治疗慢性疾病向科学化、规范化、精准化方向发展,为广大老年慢性病患者带来更优质、高效的医疗服务。

#### 参考文献

- [1] 黄帝内经素问[M].周鸿飞,范涛,点校.郑州:河南科学技术出版社,2017.
- [2] 张景岳.类经[M].太原:山西科学技术出版社,2013.
- [3] 高士宗.黄帝素问直解[M].于天星,按.北京:科学技术文献出版社,1982.
- [4] 张隐庵.黄帝内经素问集注:九卷[M].新1版.上海:上海科学技术出版社,1959.
- [5] 张仲景.金匮要略[M].赵立凝,整理.广州:广东科技出版社,2022.
- [6] 张介宾.备急千金要方[M].北京:中版集团数字传媒有限公司,2020-12-01.
- [7] 吴鞠通,胡玲,徐伟,等.吴鞠通医案[M].上海:上海浦江教育出版社,2013.
- [8] 傅山.傅青主女科[M].北京:中国中医药出版社,2019.
- [9] 张仲景.伤寒论[M].太原:山西科学技术出版社,2018.
- [10] 王清任.医林改错[M].欧阳兵,张成博,点校.天津:天津科

- 学技术出版社,1999.
- [11] 叶桂.临证指南医案[M].北京:中版集团数字传媒有限公司,2021-04-01.
- [12] 谭兆峰,张传龙,宋永蕾,等.从“有故无殒,亦无殒也”论攻补法在肿瘤疾病中的应用[J].山东中医药大学学报,2021,45(1):77-80.
- [13] 苏哲苓.基于“有故无殒”理论研究麻黄附子细辛汤对肾病大鼠及阳虚型慢性肾炎患者的作用[D].上海:上海中医药大学,2019.
- [14] 毛鑫羽,黄宇虹,王保和.“有故无殒”理论对香加皮应用的启发[J].环球中医药,2021,14(2):261-263.
- [15] 蓝宇洋,王晓斐,苗耀东,等.基于“有故无殒”理论治疗2型糖尿病并发症经验[J].现代中医临床,2024,31(4):95-98.
- [16] 张惜燕,李翠娟,胡勇,等.“有故无殒,亦无殒”理论内涵及拓展应用[J].河南中医,2021,41(8):1142-1146.
- [17] 邢玉瑞.“有故无殒亦无殒”思想古今应用探讨[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(8):1045-1046.
- [18] 于春磊,徐天娇,张晓杰,等.基于“有故无殒”莜术对正常和血瘀证小鼠毒性差异机制的研究[J].药科学,2019,54(2):329-334.
- [19] 王艳辉,赵海平,王伽伯,等.基于“有故无殒”思想的熟大黄对肝脏量-毒/效关系研究[J].中国中药杂志,2014,39(15):2918-2923.
- [20] 钱嘉豪,吴美平,凌望,等.基于“有故无殒”理论的健康与慢性心力衰竭状态下附子对小鼠心脏不同作用的实验研究[J].上海中医药杂志,2024,58(10):71-78.
- [21] 灵枢经[M].周鸿飞,李丹,点校.郑州:河南科学技术出版社,2017.
- [22] 张介宾.景岳全书[M].北京:中国中医药出版社,1994.
- [23] 唐容川.血证论[M].金香兰,校注.北京:中国中医药出版社,1996.
- [24] 王广龙,白云飞,冯梦函,等.基于四气五味理论探析活血化瘀药的用药思维[J].中医药导报,2023,29(3):73-77.
- [25] 张园园,高媛,赵御凯,等.活血化瘀中药防治冠状动脉微循环障碍的分子机制研究进展[J].中医药导报,2024,30(12):83-87.
- [26] 潘玉霞.大黄的药理作用及临床应用进展[J].中国城乡企业卫生,2021,36(6):20-22.
- [27] 王前波,韩亮.大黄粉治疗消化道出血的临床疗效[J].血栓与止血学,2020,26(2):233-234.
- [28] 孙中侠.三七粉冲服治疗脑出血急性期的临床疗效探析[J].中医临床研究,2017,9(11):93-94.
- [29] 房国伟,吉红玉,邸莎,等.三七的临床应用及其用量探究[J].吉林中医药,2019,39(10):1283-1286.
- [30] 王蔚,沈宏萍,王丽,等.浅析活血化瘀药治疗脑出血急性期的作用机制[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(14):165-166.
- [31] 杜秋,丁溯,郭华.活血化瘀类中药饮片与口服抗凝血药联合应用的出血风险研究[J].中国医院用药评价与分析,2024,24(3):283-286.
- [32] 陆艾阳子,高卉,刘宏宇,等.比较泻心汤与常用西药治疗上消化道出血的疗效[J].中国中医急症,2018,27(10):1713-1717,1721.
- [33] 罗凯,靳志峰,郭仁光.血府逐瘀汤加减对脓毒症凝血功能障碍的影响[J].实用中医内科杂志,2023,37(1):130-132,143.
- [34] 严用和.济生方[M].影印本.北京:人民卫生出版社,1956.
- [35] 张亚琦.小蓟饮子加减治疗肾性血尿疗效观察[J].内蒙古中医药,2013,32(20):19,3.
- [36] 宋珂,宋丹,宋纯东,等.小蓟饮子加减联合来氟米特治疗孤立性血尿型紫癜性肾炎(湿热下注型)疗效观察[J].时珍国医国药,2024,35(4):906-908.
- [37] 谷燕,谢江海.小蓟饮子加味治疗IgA肾病血尿30例疗效观察[J].云南中医学院学报,2012,35(2):40-42.
- [38] 王昕,康越之,刘盛男,等.樊永平活血化瘀法治疗出血性疾病临床应用[J].中华中医药杂志,2021,36(2):879-883.
- [39] 黄雯静,顾成娟.生蒲黄、侧柏叶、木贼治疗肝热、血热型眼底出血:全小林三味小方撮萃[J].吉林中医药,2020,40(9):1143-1145.
- [40] 胡炜,沈丹,牟重临.活血祛瘀法治疗血证临床体会[J].浙江中医杂志,2014,49(3):215-216.
- [41] 潘小琴,肖辉,尹强龙.活血祛瘀方联合常规西药治疗急性上消化道出血临床研究[J].新中医,2023,55(3):78-81.
- [42] 柴华,曲华,杜健鹏,等.活血化瘀中药与抗血小板药物联合应用进展[J].中国中西医结合杂志,2020,40(11):1396-1399.
- [43] 陶慧娟,乐世俊,唐于平,等.基于主成分分析和多指标综合指数法研究丹参-三七药对活血化瘀作用量效关系[J].中国新药杂志,2019,28(17):2141-2147.
- [44] 张彦华,唐于平,郭建明,等.活血化瘀方对ADP诱导的家兔血小板聚集和凝血酶时间的影响及量效关系研究[J].中国中药杂志,2009,34(21):2821-2826.

(收稿日期:2025-01-06 编辑:时格格)