

历代麻黄临床用量评述

傅延龄 张 林

(北京中医药大学,北京,100029)

摘要 本文采用文献研究与数据统计的方法,将中药麻黄自先秦至今两千年的临床剂量变化进行了统计和描绘。结果表明:在金元时期之前麻黄用量较大,而从金元始,麻黄剂量明显下降。通过此文对麻黄确凿剂量的核算及大剂量应用的回顾,或可对拓宽麻黄的运用思路有所裨益。

关键词 麻黄;用量;统计

Review on Historical Clinical Dosage of Ma Huang (Herbal Ephedrae)

Fu Yanling, Zhang Lin

(Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract Based on literature research and data statistics, this article described the change of clinical dosage of Ma Huang (Herbal Ephedrae) from Han dynasty to present period. It showed that Ma Huang's dose was Large before Song dynasty, and began to decline significantly from Jin and Yuan dynasty. This research had reviewed and checked the accurate dosage of Ma Huang (Herbal Ephedrae), so as to broaden the thought of application of Ma Huang (Herbal Ephedrae).

Key Words Ma Huang (Herbal Ephedrae); Dosage; Statistics

中图分类号:R287;R289.1 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.01.002

中药的临床用量,如果用历史的眼光,从上下时间的角度全面地去看,也如自然界的河流一样,是以年代为长度,以用量为宽度的流域,我们可以称之为“中药临床用量流域”。对于中药临床用量流域的研究,既要从事总体上勘察,研究全部常用中药用量形成的用量流和用量流域,更需要分析每一味药物的用量流和用量流域。可以认为每一味药物的用量历史就是一个“水系”。

麻黄用量流域图

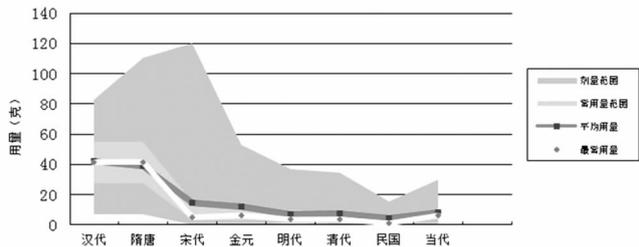


图1 历代麻黄用量流域图

麻黄在这个中药流域的长河中是一个非常重要的领军药物,历代医家对于麻黄的应用研究也有着非常丰富的记载。中药麻黄为麻黄科植物草麻黄(*Ephedra sinica* Stapf),中麻黄(*Ephedra intermedia* Schrenk et C. A. Mey.)或木贼麻黄(*Ephedra equisetina* Bge.)的草质茎。其味辛、微苦,性温。入肺、膀胱经。麻黄具有

发汗散寒、宣肺平喘、利水消肿等作用。内服入汤剂或丸、散剂。

在研究中,我们统计了麻黄在从汉代至当代临床上的用量情况,计算其剂量范围($D_{\max - \min}$)、平均用量、最常用量、常用剂量范围($D_{25\% - 75\%}$),并依据这几组数据,绘制了历代麻黄用量流域,如图1所示。

1 汉唐宋时期麻黄用量特点阐释

在张仲景方中,麻黄的用量很大,主要用麻黄发汗散寒,代表方剂为麻黄汤,麻黄的日用量为3两,合今约41.4g,分3次服,单次剂量约为13.8g。正因为用量很大,所以张仲景在使用时有几个原则:1)先煮,去上沫。先煮、久煮能缓和麻黄的性质。2)不啜热粥。啜热粥能加强麻黄的发汗力量。3)汗出热退,即停后服。4)大青龙汤的“温粉扑之”之法,虽然写在大青龙汤方后注里面,应该理解为并非仅仅为大青龙汤而设。如果服麻黄汤汗出流漓,也可以采用扑粉止汗的方法。“温粉扑之”之法也告诉我们,大青龙汤的发汗力量很大,它的麻黄用量很大。5)汗出表开之后,如果还有余邪,或转方用桂枝汤疏风散寒,或用桂枝二麻黄一等发汗轻剂发散余邪。所以,汉代用麻黄,虽然常常用较大的量,但同时也会用较小的量。如图1所示,当时麻黄的最小用量,日服也不过数克。因此,麻黄在汉唐之际

的用量呈现大剂量、宽范围的特点。

有人认为汉代人体质强壮,腠理致密,只有用量足够大,药物才能够产生较好的疗效。这就是汉唐药物临床用量较大的一个方面的重要原因。

从“历代麻黄用量流域图”可以看出,唐、宋医家对于麻黄的临床应用,有时其用量还要超过张仲景。关于这一点,《深师方》《伤寒总病论》《三因极一病证方论》等书所载的若干方剂反映了出来。

1)《深师》麻黄汤^[1]:疗上气,脉浮咳逆,咽喉中水鸡鸣,喘息不涌,呼吸欲死。麻黄八两,去节,射干二两,甘草四两,炙,大枣 30 颗,擘。右四味,切,以水一斗,先煮麻黄三沸,去上沫,纳诸药,煮取三升,分三服。

《深师方》为南北朝时宋齐间医家深师所撰的方书。深师是一位僧人,善医,曾辑成《僧深药方》三十卷,亦名《深师方》,全书已佚,部分佚文被《外台秘要》及《医心方》等书载录。南北朝时期的医药计量使用的是汉制,其 1 两合今约 13.8 g。本方用麻黄 8 两即半斤,约 110 g,分 3 次服,单次剂量为 36.7 g。这个用量超过张仲景大青龙汤的用量。深师本方用于治疗哮喘急症,呼吸欲死,与《金匮要略》射干麻黄汤有相同处。本方麻黄用量大、麻黄与射干配伍是两个显著的特点,其方甘草用量较大也是一个特点。研究表明,麻杏石甘汤四味药物中,甘草对全方平喘作用的贡献度最大。甘草有类肾上腺皮质激素样作用,能够舒张支气管平滑肌,对抗哮喘。

2)《伤寒总病论》暑病代麻黄(汤)^[2]:桂枝、杏仁、知母(各一两),麻黄三两,甘草、黄芩各一两。煎如前法。(咬咀,水六升,煮取三升,通口服一盞,相次取汗)。

庞安时为北宋名医,善治伤寒,当时社会上评价他“能与伤寒说话”,这句话高度赞扬庞安时诊治伤寒的精湛医术。庞安时撰写的《伤寒总病论》记载了他的医疗经验,包括他创制的一些方剂,他的药物用量。北宋的权衡标准,1 斤合今 660 g,1 两合今 41.3 g。庞安常全书各方剂的计量都是采用北宋权衡标准。本方麻黄用三两,合今约 123.8 g。这个用量超过上述《深师方》麻黄汤中麻黄的用量。将《深师》麻黄汤中麻黄的用量与《伤寒总病论》中麻黄的用量联系在一起,我们便能看出麻黄的日服量虽然高达 110 g,120 g,但它们在唐宋时期并不是一个孤立的现象,其应用并不罕见。

3)《伤寒总病论》大青龙汤^[2]:太阳中风,脉浮紧,发热恶寒,身痛,不汗出而烦躁者,大青龙汤主之。若脉微弱,自汗出,恶风者,不可服之;服之则厥逆,筋惕肉瞤,此为逆也。大青龙汤:麻黄三两,桂枝、甘草、石

膏各一两,杏仁二十个,枣五枚,生姜一两半。咬咀,水五升,煮麻黄数沸,去上沫,内诸药,煮取二升。每温饮一盞,微汗为度。若汗周身润则止服;未周身润,可停待少时,服尽。不欲汗多,亡阳故也。亡阳遂虚,恶风,烦躁,不得眠也。本方麻黄的用量依然为三两(112.5 g)。

我们注意到,《伤寒总病论》暑病代麻黄证等药方的方后注中存在一个疑问。暑病代麻黄汤方后注说:“煎如前法。”意思是说该方按照前面的方子所要求方法煎服。在暑病代麻黄汤之前的一张方子是“代桂枝并葛根”汤,其煎服法是:“咬咀,水六升,煮取三升,通口服一盞,相次取汗。”加水六升,北宋 1 升合今 600 mL,6 升即 3 600 mL。煮取 3 升,合今 1 800 mL。“通口服一盞”,“通口服”即一次性服下。宋代“一盞”有多少?宋代方书中常用“盞”计算液体的量,如《圣济总录》治女劳疸“鳖甲汤”,“每服三钱匕。水一盞,煎至七分,去滓不拘时候温服。”宋代方书里面常有“大盞”“小盞”的说法。如《圣惠方》“治霍乱已吐利后,烦渴不止”方,以“桑叶一握,切,以水一大盞,煎至五分,去滓,不计时候温服。”《圣惠方》治小儿惊痫、仰目嚼舌、精神昏闷的“钩藤散”:诸“药粗捣,罗为散。每服一钱,水一小盞,煎至五分,去滓,量儿大小分减,不计时候温服。”明代医家撰写的医药书籍,如《本草纲目》《证治准绳》等,亦常用盞计量。

宋代 1 盞的容量是多少?我们现在能够看到许多讲宋代茶盞的文献。茶盞是茶饮的用具。茶盞在唐以前就已有记载。《博雅》说:“盞,杯子。”盞的形状有二种,一种为斜壁,上大下小,敞口小足;一种为直壁,上下径接近。至于盞的大小,一般比饭碗小,比酒杯大。一般认为宋代 1 盞的容量约为 200 mL。

如果是这样,那么暑病代麻黄汤煮取三升(1800 mL),就需要分 9 次服。这看起来是不甚合理的。庞安时在这里讲的是不是汉唐方药计量标准呢,也就是说这里的 1 两仅合今 13.8 g,1 升仅合今 200 mL。笔者认为不存在这种可能。庞安时清楚地知道汉秤与宋秤的折算关系,他在《伤寒总病论》里明确指出古秤三两相当于宋秤一两。他还介绍了一种简易的古今秤换算方法:对于古代方书中的一两,如果采用宋秤计量,那么称取半两就可以了。他在《伤寒总病论》中说:“按古之三两,准今之一两。古之三升,今之一升。若以古方裁剪,以合今升秤,则铢两升合之分毫难以从俗。莫若以古今升秤均等,而减半为一剂,稍增其枚粒,乃便于俗尔。”^[2]庞安时这句话的意思是说,古方 3 两等于宋秤 1 两,古方 3 升等于宋量 1 升。如果要把

古方的用量换算为宋代用量,那么多大的重量,多大的容量,普通医生们很难做到完全相等,因此不如不考虑古今轻量值的差别,就把它们看成是相等的量值,但是,在使用的时候,只取一半的量,这就行了。用这样的办法称取的药物,虽然比用古秤称取的药物要稍微重一些,多一些,但是普通医生们使用起来比较方便。笔者按照庞安时讲的办法,举一个例子来做说明。《伤寒论》的麻黄汤,甘草用1两(13.8 g),宋代医家就把它看成是宋秤的1两(合今约41.3 g),但是在实际应用时,只取其一半(约今约20.7 g)。如果按照庞安时的这个办法,宋代医家在用古方时,每1两的实际用量多了约7 g。汉秤的一两,按照庞安时的用法,虽然增加了7 g之多,但庞安时却说那只不过是“稍增其枚粒”尔。在庞安时眼里,7 g的重量并不是很大的差别。由此我们可以看见,庞安时的临床药物用量一定很大。由此我们也可以看出,庞安时暑病代麻黄汤等方剂对药物的计量,一定采用的是宋秤,而不是汉秤。

庞安时的大青龙汤对药物的计量也清楚地说明它采用的宋秤。如前所述,庞安时提出把经方的书面剂量当成宋秤的剂量,但是要减半应用。其实按照这个方法,也可以把经方的书面剂量减半,这样就将汉秤标准转为宋秤标准了。庞安时正是采用这个办法对经方大青龙汤进行处理的。《伤寒论》大青龙汤各药物的用量为麻黄六两,桂枝二两,甘草二两,杏仁四十枚,生姜三两,大枣十枚,石膏如鸡子大。将各味药物的用量减半,正好是《伤寒总病论》大青龙的剂量:麻黄三两,桂枝、甘草、石膏各一两,杏仁二十个,枣五枚,生姜一两半。其中石膏用一两,大概庞安时认为经方“石膏鸡子大一枚”约重二两。不过庞安时在处理过程中好像犯了一个错误,他把杏仁的用量也从经方的40枚减半为20个;把大枣的用量也从10枚减半为5枚。由庞安时对经方大青龙汤的处理可以看出,他对药物的计量采用的是宋秤标准。

那么,庞安时暑病代麻黄汤之“加水六升,煮取三升,通口服一盞”该作如何解释呢?笔者认为,庞安时所言并无错误。暑病代麻黄汤全方药物总量8两,合今约330 g,加水6升,合今约3 600 mL,水药比约为11:1,加水量稍大,但仍然属于较为合理的加水量。煮取3升,合今约1 800 mL。每次服1盞,约200 mL,煮出来的药汤可供9次服用。请注意庞安时在这里并没有讲要在一日内全部服完,也没有讲一天服几次。如果病重,密集服药,昼夜服药,周时观之,恰如《伤寒论》桂枝汤方后注所讲的服法那样,完全有可能一昼夜服9次药。笔者考虑到,临床上可能会有一昼夜没有

喝完9盞药的情况,那么在疾病没有痊愈的情况下,剩下的药可以留待第二天服用。当然要保证药汤不变质。庞安时暑病代麻黄汤中麻黄的用量虽大,但分9次服,麻黄的单次剂量仅为13.75 g,相当于汉秤的1两,与《伤寒论》麻黄汤的单次剂量相等。

《伤寒总病论》还有几个方剂,麻黄的用量也比较大,如“代青龙汤”中麻黄的用量为二两(82.5 g/方),“代葛根麻黄汤”中麻黄的用量为一两半(61.9 g/方)。

4)《三因极一病证方论》麻黄醇酒^[3]:治伤寒瘀血不解,郁发于表,发为黄疸,其脉浮紧者,以汗解之:麻黄三两(去节)。上一味,以醇酒五升,煮取二升,每服一盞,温服,汗出愈。秋冬用酒煮,春夏用水煮。

《三因极一病证方论》的作者为北宋医家陈无择。陈无择(1131—1189),名言,宋青田鹤溪(今景宁县鹤溪镇)人。长期居住温州,行医济世,著有《三因极一病证方论》一书,亦称《三因方》,为永嘉医派奠定了学术基础,是永嘉医派的创始人。书中所载麻黄醇酒,独用一味麻黄,用量为3两,合今约123.8 g。以醇酒五升(约3 000 mL)煮药,煮取二升,约1 200 mL,每次服1盞,约200 mL,可服6次。麻黄的单次剂量为20.625 g。由此我们可以看出,在汉唐直至宋代,临床医家的麻黄用量范围很大,在必要的时候,麻黄的单次剂量可以达到10~20 g/次,日剂量可以高达41.3~123.8 g/d。

2 金元时期麻黄用量特点阐释

从现有文献看来,金元医家对于麻黄的临床应用,其用量范围与汉唐和宋代相比明显缩窄。刘完素是善于应用麻黄的医家;在金元医家中,他对麻黄的用量是最大的。这里让我们看看刘完素的二首麻黄用量最大的方剂。

1)《素问病机气宜保命集》麻黄桂枝汤^[4]:治发疟如前证而夜发者。麻黄一两(去节),甘草三钱(炙),桃仁三十个(去皮、尖),黄芩五钱,桂枝三钱。上五味,同为细末,依前服。

按原书,本方依卷中“治疟论第十六”第一方“桂枝羌活汤”服法:“每服半两,水一盞半,煎至半盞,温服清。迎发而服之。”

《素问病机气宜保命集》为刘完素(1118—1200)所撰。刘完素,字守真,号通玄处士。金代河间(今河北河间)人,后人称其刘河间,是著名的金元四大家之一。金元时期的1斤,其量值较唐宋缩小,约合今600 g,1两约合今37.5 g。麻黄桂枝汤是一首治疗疟病的方剂,其中麻黄的用量为1两,即37.5 g/方,但因整方每服仅半两,故折算后麻黄每服仅约9 g。按每日服3

次计算,其日服量为 27 g/d。

2)《素问病机气宜保命集》苍术防风汤^[4]:苍术(去皮)四两,麻黄(去根、节)四两,防风(去芦头)五钱。上为粗末,每服一两。生姜七片,水二盏,煎至一盞。去滓,温服。

本方麻黄的用量为 4 两,合今 150 g;全方总量为 8 两 5 钱,麻黄重量占全方总量的 47%。每次服 1 两(37.5 g),含麻黄 17.625 g。若按每日服 3 次计算,其日服量约为 52.9 g/d。

由以上以刘完素麻黄的临床用量为代表进行的分析可以看出,与汉唐和宋代相比,麻黄在金元时期的临床用量出现了大幅度的下降。

3 明清麻黄用量特点阐释

明清是温病学发展和应用的兴盛时期。明清医家对寒凉药物的使用频次较高,用量也较大;而他们对于温热性质的药物,使用频次偏低,用量也偏小。清代有些医家在使用小青龙汤的时候,甚至要减去麻黄、细辛。可想而知,他们在不得不用麻黄的时候,麻黄的用量也是比较小的。这就是我们在麻黄用量流域图上看到的那样,从金元到明清,麻黄的平均用量、最常用量和常用量范围都是比较小的。

4 当代麻黄用量特点阐释

从麻黄历代用量流域图可以看出,麻黄的用量在当代临床应用中又有所上升。这种现象或许与二个方面的因素有关:其一,明清时期温病学说鼎盛,人们多用寒凉,温热药物在临床上较为少用,温热药物的用量也偏小。到了现代,人们开始重新思考温病学说,认识到明清时期在临床方药应用上存在重寒轻温的现象,温热药物用量偏少,用量偏小。人们认识到温热类方药是不可偏废,不可轻视的;当应该用温热药物的时候,一定要用,也一定要足量应用。这样的认识很自然会导致麻黄等温热药物在用量上的增长。其二,现代医家多已认识到当今临床所用麻黄的药材含量有所下降,主要表现在含量下降,药材相对清虚少力。这样的认识自然会在一定程度上导致麻黄临床用量的提高。

在现代中医临床上,麻黄的平均用量不大,一般不超过 10 g。但是也有一些医家在麻黄时,其日服量可以在 20 g 上下。如胡希恕在临床上的麻黄用量,日服量常常为六钱(18 g)。下面 4 则医案即是其例:

1)大叶性肺炎 1 例,用大青龙汤治疗,处方:麻黄六钱,桂枝二钱,杏仁三钱,生姜三钱,大枣四枚,炙甘草二钱,生石膏三两。^[5]

2)狼疮性肾炎 1 例,用越婢加术汤治疗,处方:麻黄六钱,生石膏二两,生姜三钱,炙甘草二钱,大枣五

枚,苍术六钱。^[5]

3)慢性肾炎 1 例,用越婢加术汤加茯苓治疗,处方:麻黄六钱,生石膏一两半,生姜三钱,大枣四枚,炙甘草二钱,苍术四钱,茯苓三钱。^[5]

4)急性肾炎 1 例,用越婢加术汤治疗,处方:麻黄六钱,生姜三钱,大枣四枚,炙甘草二钱,苍术八钱,生石膏二两。^[5]

另如王维澎^[6]以麻黄汤为基础加减治疗小便不通 1 例,证属太阳风寒之邪不解,随经入腑致寒水互结之蓄水证。治以发表散寒,温化寒水。处方:麻黄、桂枝各 20 g,苦杏仁 15 g,炙甘草 10 g。上药进 1 剂,通体汗出,继之小便通畅,诸症皆失。方中重用麻黄辛温发散,开毛窍,散寒邪,宣发肺气,有助于膀胱之气化,有“提壶揭盖”之用。

邹世光^[7]以麻黄汤为基础加减治疗阳痿 1 例。证属寒中少阴,阳痿不用之候。治当温散少阴寒邪,宣通肺肾阳气。药物组成:麻黄、桂枝各 15 g,杏仁、花椒各 10 g,甘草 6 g,制附片(先煎)12 g,细辛 5 g。每日 1 剂,水煎服。10 剂后起到明显效果。

全小林教授^[8]以射干麻黄汤加减治疗变异性哮喘,药用射干 15 g,炙麻黄 12 g,紫菀 30 g,款冬花 30 g,五味子 15 g,细辛 3 g,清夏 30 g,苏子 9 g,葶苈子 30 g,前胡 30 g,大枣 5 枚,生姜 3 片。水煎服,1 日 1 剂,14 剂。服上方 3 剂而咳止,胸闷气短得以解除。

另外,我们也可从杂志的临床报道中,看到个别大剂量运用麻黄的报道,如黄仕沛^[9]用小续命汤治疗中风,麻黄每 2~3 d 加量 1 次,每次递增 3 g,最大用量可用至 35~45 g。柴浩然^[10]用麻黄附子汤治疗一例风水,方用麻黄 60 g(先煎去上沫),熟附子 45 g,甘草 24 g。水煎服,共取药汁 1 250 mL,每 1 h 服 1 次,约 250 mL,第二日水肿消失十之八九。亦有麻黄用量至 120 g 的特例^[11],如张生全治疗一例脑出血患者,在应用补阳还五汤不效的情况下,遵当地乡医的经验,应用麻黄汤与桂枝汤的合方(麻黄 120 g,桂枝 120 g,赤芍、白芍各 30 g,杏仁 10 g,炙甘草 10 g,生姜 10 g,大枣 60 g,水煎频饮,24 h 内服完,2 剂后(间隔 30 d),患者可下地行走。本案属于当代运用超大剂量麻黄的特例。

虽然现代医家也有很多大剂量应用的经验,但麻黄用量在 6~10 g 是一个较为通行的用量:如现代医家在麻黄桂枝汤^[12]、麻黄附子细辛汤^[13]及其他以麻黄汤为基础方的变化方临床运用中,以此范围中的用量较为多见^[14-15]。

麻黄历代用量流域图显示,当今麻黄的临床用量出现增大的趋势。笔者认为,我们可以这样看待当代

麻黄临床用量增大的现象:其一,现代临床所用中药材的功效成分含量下降是一种普遍现象,也是医生们普遍知晓的事实。因此,临床医生在使用麻黄时,有可能会适当增大用量。其二,少部分临床医生在应用麻黄时,他们可能根据自己的理解,向上突破常规用量范围。

通过对历代麻黄用量流域的分析,我们可以看到:在金元时期之前麻黄用量显示了一个大剂量、宽范围的特点,而从金元始,麻黄剂量明显下降。通过此文对麻黄确凿剂量的核算及大剂量应用的回顾,或可对现今临床及研究中拓宽麻黄的应用思路有所裨益。

参考文献

- [1]唐·王焘. 外台秘要方[M]. 北京:华夏出版社,1993:186.
- [2]宋·庞安时. 伤寒总病论[M]. 北京:人民卫生出版社,1989:9,31,101.
- [3]宋·陈无择. 三因极一病证方论[M]. 北京:人民卫生出版社,1957:143.
- [4]金·刘完素. 素问病机气宜保命集[M]. 北京:中医古籍出版社,1998:118,141.

(上接第 2 页)

糖。同时,当早期运用通络药物以预防糖尿病眼病、肾病等并发症。而在长期服用水丸或者散剂时,就是守法守方,小剂量累积起效的原则,在这个过程中血糖可能会再次波动或者升高,此时可能是疾病的环境或证候发生了改变,需要重新辨证,改为汤剂,再次以控制血糖为目标。因此慢病治疗的剂型和剂量是随着病情变化而调整的,是有一个灵活尺度的关系^[19]。

中医历经几千年的发展,对量有了一定认识,前辈和同行在经方剂量考证、随证施量策略、方药量效关系的方法学研究等方面取得了初步成果。目前慢病治疗用量模式繁多,剂型、剂量使用混乱,更缺乏用量疗效评估的方法和模式,如何寻找慢病合理的方药施量规律,构建科学的慢病用量理论,完善中医药剂量理论,进而指导临床,提高临床疗效,是我们需要解决的问题。

参考文献

- [1]张璐,孔灵芝. 预防慢性病:一项至关重要的投资—世界卫生组织报告[J]. 中国慢性病预防与控制,2006,14(01):1-4.
- [2]杨添安,黎彬,孙灵芝. 我国慢性非传染性疾病预防与控制研究进展[J]. 医学研究杂志,2011,40(4):9-11.
- [3]教育部等卫生部国家发展改革委. 《中国慢性病防治工作规划(2012-2015年)》[Z]. 2012.
- [4]全小林,刘文科. 论现代慢性病的特点及其中医诊治策略[J]. 上海中医药大学学报,2010,24(5):10-13.
- [5]Chung V, Lau C H, Yeoh E K, et al. Age, chronic non-communicable disease and choice of traditional Chinese and western medicine outpatient services in a Chinese population[J]. BMC Health Serv Res, 2009, 9:207.

- [5]冯世纶. 临床家胡希恕[M]. 北京:中国中医药出版社,2001:17,110,125,126.
- [6]王维澎. 麻黄汤新用[J]. 新中医,2000,32(1):53.
- [7]邹世光,王爱民,张琴. 麻黄汤临床应用举隅[J]. 湖北中医杂志,2004,26(1):41.
- [8]周强,彭志平,逢冰,等. 全小林治疗咳嗽变异性哮喘验案[J]. 辽宁中医杂志,2013,40(3):553-554.
- [9]何莉娜. 《古今录验》续命汤小议[J]. 河南中医,2010,30(5):443-444.
- [10]柴瑞霖,柴瑞霁. 柴浩然运用麻黄附子汤治疗重症风水的经验[J]. 中医药研究,1989(2):89-90.
- [11]张生全. 重用麻黄、桂枝治愈中风一例[J]. 甘肃中医学院学报,1993,10(2):36.
- [12]祁元刚,裴正学. 裴正学教授运用麻黄桂枝汤合方临床经验[J]. 西部中医药,2011,24(10):21-23.
- [13]吕玉秀. 麻黄附子细辛汤的临床应用[J]. 中医临床研究,2011,3(14):46-47.
- [14]尹逊媛. 麻黄方治疗慢性荨麻疹血虚外受风寒湿型的临床观察[J]. 中医药信息,2012,29(2):80.
- [15]耿爱春,杨天仁,刘云平. 麻黄汤现代临床应用研究[J]. 中医药信息,2013,30(2):75-77.

(2013-11-15 收稿 责任编辑:洪志强)

- [6]曹洪欣,王乐,蔡秋杰,等. 中医防治慢性病的优势与实践[J]. 中医杂志,2011,52(8):638-639.
- [7]Paterson C, Britten N. The patient's experience of holistic care: insights from acupuncture research[J]. Chronic Illn, 2008, 4(4):264-277.
- [8]Paterson C, Unwin J, Joire D. Outcomes of traditional Chinese medicine (traditional acupuncture) treatment for people with long-term conditions [J]. Complement Ther Clin Pract, 2010, 16(1):3-9.
- [9]严广乐,苏武兵. 系统科学视角下中医药干预慢性疾病的研究思路[J]. 世界科学技术:中医药现代化,2007,9(1):90-93.
- [10]宋述财,许华,陈群,等. 改善虚损体质调治慢性病症[J]. 中国医药学报,2004,19(2):107-109.
- [11]袁光辉,罗原文. 浅述“久病多瘀”及治法[J]. 贵阳中医学院学报,2001,24(2):55.
- [12]全小林,刘文科. 论方药用量策略[J]. 中医杂志,2011,52(6):469-470.
- [13]全小林,王跃生,傅延龄,等. 方药量效关系研究思路探讨[J]. 中医杂志,2010,51(11):965-967.
- [14]全小林,吴义春,穆兰澄,等. 经方大剂量探索[J]. 上海中医药杂志,2010,44(1):18-21.
- [15]彭智平,周强,刘文科,等. 全小林因方施量策略探讨[J]. 中医杂志,2012,53(23):2002-2004.
- [16]余秋平,刘阳,全小林. 剂型对经方量效关系的影响[J]. 中医杂志,2012,53(21):1805-1807.
- [17]全小林,刘文科,徐国良,等. 黄连治疗糖尿病的临床剂量及用药经验[J]. 中医杂志,2011,52(18):1604-1605.
- [18]全小林,吴义春,罗辉,等. 小剂量应用辨析[J]. 上海中医药杂志,2010,44(3):18-19.
- [19]朴春丽,于淼,全小林. 全小林教授治疗糖尿病的中药量效关系研究[J]. 世界中西医结合杂志,2012,7(4):283-284.

(2013-11-15 收稿 责任编辑:洪志强)