

罗玲主任中医师运用病证结合思想论治 支气管扩张症*

杨彤¹ 付玲² 刘勇² 陶劲² 寇明星² 任毅^{2Δ} 指导 罗玲²

(1.四川省眉山市中医医院,四川 眉山 620010;2.重庆市中医院,重庆 400021)

中图分类号:R562.2² 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2023)08-1464-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.08.040

【摘要】 罗玲主任中医师认为,支气管扩张症的病因病机主要是痰、热、瘀、火相互搏结于肺,但肺、脾、肾三脏气虚、阴虚、阳虚为本病发病的重要原因;提出运用病证结合思想论治本病,在治疗中,将其分为痰热壅肺证、痰瘀互结证、肝火犯肺证、肺脾气虚证、气阴两虚证5种证型,治以清热消痈、化痰止咳,清热化痰、祛瘀通络,凉血祛瘀、清肝泻肺,健脾化痰、益气补肺、佐以清肺化痰,润肺止咳、益气养阴。这些学术思想可为理论探讨和临床工作提供借鉴。

【关键词】 支气管扩张症 病证结合 名医经验 罗玲

随着现代科学技术水平的提升,在病证结合思想指导下,中医药学的精髓在临床诊疗及研究模式上体现得淋漓尽致。目前病证结合思想已成为中医药学研究的热点与核心。近年来中医药现代化研究无突破性进展,最主要的原因之一就是未将中医理论体系的本质规律研究透彻,关键一环就是缺乏病证结合思想^[1]。当前越来越多的专家学者在临床诊疗中主张辨病与辨证相结合,两者相辅相成^[2]。

1 罗玲主任中医师对病证结合思想的认识

罗玲主任中医师是重庆市名中医,第五批、第六批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,主任中医师,从事中医临床工作近40年,精研中医理论,深受中医整体观和病证结合思想的影响,对支气管扩张症、肺结节病、慢性阻塞性肺疾病、肺癌等疾病的认识独特,形成了自己的学术思想和临床经验。本文总结了罗玲主任中医师运用病证结合思想论治支气管扩张症的学术理论和临床经验。罗玲主任中医师认为每一种疾病的发生发展及转归都有规律可循,这种规律性正是辨病的基础;同一种病由于病理因素、发展阶段、患病体质及内外环境等各种因素的不同,可能表现出多种形式,这就是辨证的依据。罗玲主任中医师指出,辨病,抑或是辨证都非常重要,二者在临床诊疗中是相辅相成的关系,治疗疾病时应先从宏观整体把握疾病的方向,再从微观找准疾病的发展规律。

2 支气管扩张症的辨病治疗

2.1 支气管扩张症的西医认识

支气管扩张症是各种原因引起支气管树病理性、永久性扩张,导致反复发生化脓性感染的气道慢性炎症,临床表现为持续或反复咳嗽、咯痰,或伴有咯血,可导致呼吸功能障碍和肺源性心脏病^[3]。目前支气管扩张症的主要病因包括:既往下呼吸道感染;免疫功能缺陷;遗传因素;气道阻塞和反复误吸;其他肺部疾病;其他系统疾病等。支气管扩张症的诊断金标准是基于影像学表现和临床症状的综合判断。支气管扩张症的治疗首先是常规对症对因处理。常规处理包括有效的健康教育、适当的体育锻炼,其中戒烟对支气管扩张症的控制和康复非常重要^[4]。此外,接种肺炎链球菌疫苗以及流感疫苗可能使部分支气管扩张症患者获益^[5]。除此以外,一旦确诊本病,立即需要分稳定期和急性期治疗。稳定期治疗:气道廓清、祛痰疗法、长期抗菌治疗、病原体清除、手术治疗以及其他治疗。急性加重期治疗:经验性抗菌治疗前送检痰培养加药敏试验,中重度患者选用抗假单胞菌活性的抗菌药物治疗,推荐疗程为14d,并根据病原体检测及药敏试验结果和治疗反应及时调整抗菌药物治疗方案^[6]。此外,支气管扩张症还需重视其并发症的防治,例如咯血,慢性呼吸衰竭,肺动脉高压等。

2.2 支气管扩张症的中医病因病机

罗玲主任中医师认为支气管扩张症按照症状属中医学“肺痈”“咯血”“咳嗽”等疾病范畴,本病的病因病机主要是痰、热、瘀、火相互搏结于肺,但肺、脾、肾三脏

* 基金项目:重庆市教委科学技术研究项目(KJZD-K202215103)

Δ 通信作者(电子邮箱:cqszzyzjkd@163.com)

气虚、阴虚、阳虚为本病发病的重要原因。王书臣主张支气管扩张症元气与阴火失衡,阴损及阳,阴阳两虚是病本。热毒贯穿于疾病的始终^[7]。朱慧志认为支气管扩张症发病是以内因为主,外因为次,素体气阴本虚、情志所伤、年老体弱是主要内因,而气候转变、饮食不当是主要的外因^[8]。刘小虹教授认为支气管扩张症发病与禀赋不足有关,研究提出支气管扩张症患者幼年多有麻疹性肺炎、百日咳等病史,或由阻塞性肺疾病、肺结核等慢性肺部疾病发展而来,其病机为痰热瘀阻肺络,久病则会出现气虚、阴虚、气阴两虚的病理状态^[9]。国医大师洪广祥认为支气管扩张症的基本病机为本虚标实,其中本虚为其内因,亦是支气管扩张症发病的基础,而主要表现为气阳虚弱为本,痰、瘀、热为标^[10]。何德平^[11]研究显示,支气管扩张症中医证型分布前5位的分别是痰热壅肺(36.93%)、肝火犯肺(26.80%)、阴虚火旺(23.03%)、肺脾两虚(3.56%)、气虚血瘀(3.39%),目前仍未统一证型标准。罗玲主任中医师认为支气管扩张症的发病可由多种内因、外因引发,主要是痰、热、瘀、火所致,尤其是急性期发作时以痰、热、瘀、火等标实为主,且认为痰热瘀血贯穿于疾病的始终,这一点与许多医家观点类似^[12-13]。但在慢性稳定期时,罗玲主任中医师强调肺、脾、肾三脏气虚、阴虚、阳虚为本病发病的重要原因。总的来说,支气管扩张症的发病离不开“邪热、痰瘀、正虚”等致病因素。

罗玲主任中医师指出支气管扩张症在临床常表现为慢性咳嗽、反复咯血、黏液脓性或脓性痰。《医学正传》中提到“欲治咳嗽者,当以治痰为先”。痰为水液代谢障碍形成的病理产物,它的形成与五脏六腑均有关,其中最为重要的不外乎肺、脾、肾三脏。《张氏医通》曰“咳嗽者,必责之肺,而治法不在于肺,而在于脾,不专在脾,而反归重于肾”。肺为水之上源,肺主宣降,通调水道;脾为水之中州,主运化水谷和津液;肾为主水之脏,主管水液代谢全过程。一旦肺失宣降,不能通调水道、输布津液,脾失运化,不能运化水湿,肾开阖不利,水湿停聚而成痰邪,阻滞气机。肺、脾、肾三脏为水液代谢的中心环节,“肺为水之上源”“脾为生痰之源、肺为贮痰之器”,肾主水,一旦肺、脾、肾功能失调,就会出现水液输布障碍,最终形成痰饮。罗玲主任中医师在临床中常通过调整肺的宣发肃降、通调水道功能,脾运化水液功能,肾的开阖功能,使体内的水液代谢正常,避免痰饮瘀血等病理产物的形成。罗玲主任中医师常宗仲景之法“病痰饮者,以温药和之”,在治疗寒饮伏肺者,配伍温煦肺脾之寒的干姜、细辛、五味子以恢复脾之运化和肺之宣降功能,同时配伍温心肾之阳的桂枝或肉桂,以此恢复肾之开阖功能。通过调理五脏功能,达到祛除痰饮而病愈之目的。小青龙汤、苓甘五味姜辛汤、厚朴麻黄汤、真武汤等方是罗玲主任中医师在临

床中常用以温化痰饮的方剂。此外,若见阴虚痰饮者,常用生脉饮加姜、辛、味或金水六君煎加姜、辛、味,佐以百合、当归、沙参、麦冬等润肺之药;肺脾肾虚,更有心肺脾肾阴阳两虚之慢性心肺功能不全之痰饮重症,常用生脉饮合肾气丸加减,佐以姜、辛、味、肉桂或桂枝、牛膝、肉苁蓉、补骨脂等;对于燥痰,常用百合、玉竹、沙参、石斛、天冬、麦冬等润燥之品;对于顽痰,常用皂角刺、天竺黄、海浮石、天南星、石菖蒲等药;对于热痰,常用贝母、瓜蒌、地龙、黄芩、桑白皮、金荞麦、鱼腥草、蒲公英等,佐以姜、辛、味、桂枝等辛散之药,合“阳中求阴”之意,也体现了“病痰饮者,以温药和之”治疗大法。

罗玲主任中医师认为肺为相傅之官,朝百脉以助心行血。心之行血有赖于肺气的充足推动,脉的流畅、滞涩均取决于肺气盛衰。肺的功能失调不仅影响肺的通气功能,还会导致血脉运行受阻,或壅滞阻塞于脉道内,或离经溢于脉道外等形成瘀血。瘀血为血液运化失常的病理产物。瘀血既是支气管扩张症的病理产物,反过来又作用于支气管扩张症,进一步导致本病的恶化,肺的瘀血不去,影响肺的功能发挥,血不载气,影响气的生成和运行。瘀血伏肺,也是支气管扩张症反复发作、恶化的重要原因。罗玲主任中医师在治疗本病时指出,活血化瘀是总的治疗法则。首先围绕肺在血液的生成和运行方面进行。其次瘀血的病因病机大抵分为气虚血瘀、阴虚血瘀、阳虚血瘀、久病多瘀、气滞血瘀,在辨证的基础上应用化瘀通络法、辛温通络法、补气通络法、辛润通络法。此外,瘀为有形之邪,常与其他邪气兼杂,又有行气化瘀、破血逐瘀、养阴化瘀、益气化瘀、温阳化瘀、逐痰化瘀、通络化瘀等治法。罗玲主任中医师认为血瘀证常伴随支气管扩张症疾病始终,因此活血化瘀之法适用于其治疗全过程,根据病情轻重,临床中喜用赤芍、当归等行血,用红花、丹参等化瘀,用莪术、三棱等破血消癥,用蜈蚣、地龙等逐瘀。此外,临床在治疗咯血症状为主时,需加用白茅根、仙鹤草、三七、蒲黄、茜草、血余炭等化瘀止血药物,使得止血不留瘀。

罗玲主任中医师认为,支气管扩张症的发病与“火、热”关系亦密切,热为火之渐,火为热之极。总的来说,外感六淫邪气犯肺、“相火”灼肺、“阴火”伤肺、五志化火伤肺等“火热”因素导致肺的宣发与肃降功能失常而发病。火热之邪为阳邪,燔灼向上,易袭人体上部,而肺为五脏高位,常被侵袭。六气与火热之间存在着密切的联系,外感六淫邪气,气机怫郁化火伤肺;人体之相火克肺金,为伤重,阴液损伤,络脉受损,气逆上冲;人体阴阳本位,相依相傍,片刻不可分离,如果在运动过程中失于制衡,就可能气不归本位而产生阴火,进而引起肺脏系列症状。罗玲主任中医师指出支气管扩

张症可因“火、热”导致肺宣降功能失调而成。针对“火、热”之邪,以“火郁发之”为治疗法则,通过透发郁热,调畅气机,以恢复肺之宣降功能的目的。罗玲主任中医师擅用黄芩、芦根、薏苡仁、金荞麦、金银花、鱼腥草、桔梗、竹茹、浙贝母、紫苏子、葶苈子、瓜蒌、川贝粉(冲)、海蛤壳、冬瓜仁等。方用千金苇茎汤、温胆汤、清金化痰汤等清热化痰。

2.3 支气管扩张症的辨证治疗

罗玲主任中医师对支气管扩张症的诊治有着独特的见解,治疗支扩时不仅要分阶段论治,还要辨证论治,这与部分学者的观点相似^[14-15]。

2.3.1 分阶段论治 1)急性加重期。罗玲主任中医师认为支气管扩张症主要分为急性加重期和慢性稳定期。在急性加重期时,患者短期可能就会出现咳嗽剧烈或频次的增加、痰量明显增多、脓性痰、呼吸困难明显、运动耐受度降低、明显乏力或不适、咯血、发热、舌红、苔腻、脉滑等表现。本阶段患者病情危重,疾病发展迅速,病死率高,因此,治疗重点在于改善临床症状、缩短病程、降低死亡风险。支气管扩张症急性加重期多见痰热壅肺证、痰瘀互结证以及肝火犯肺证等证,治疗应按照“急则治其标”原则,法宜化痰、祛瘀、清肝为主,包括清热化痰、消毒排脓,清热化痰、祛瘀通络,凉血祛瘀、清肝泻肺。若临床出现了咯血症候,治疗以止血为主,首选三七、蒲黄、茜草等止血化瘀双向作用的中药;外加白茅根、仙鹤草、血余炭、侧柏炭、藕节等单向止血药物,使得组方止血功效突出。2)慢性稳定期。罗玲主任中医师认为支气管扩张症稳定期患者咳嗽、脓痰、咯血等症状稳定或症状较轻,因此本阶段防治目标重在稳定症状、防止疾病发展和减少急性加重发生的次数。稳定期患者的主要基本病机为肺、脾、肾三脏气虚、阴虚、阳虚。肺气虚是本病的开端,支气管扩张症病程日久,迁延不愈,久病及脾、肾,肺气虚是疾病的基础,从肺气虚到脾气虚,最后至肾气虚,三脏虚损相互关联,由于痰饮、血瘀贯穿疾病全过程,治以补虚,佐以化痰祛瘀。罗玲主任中医师认为,肺气虚者,可用玉屏风散化裁;脾气虚者,可用四君子汤化裁;肺脾气虚者,可用六君子汤化裁;肾阳虚者,可加用肾四味;肾气虚者,可用苏子降气汤化裁;肾阴虚者可用六味地黄丸化裁。治标常用方剂为二陈汤、三子养亲汤、血府逐瘀汤、涤痰汤等方剂加减化裁。罗玲主任中医师强调,稳定期患者用药的重点在于攻补兼施,虚实同治,但要有所侧重,治本为主,治标为辅,时刻注意顾护患者正气。要做到这点,就需要我们准确把握病情,不可攻伐太过,反伤正气,加重病情。

2.3.2 辨证论治 罗玲主任中医师认为支气管扩张症无论在哪个阶段,也可以按以下证型辨证论治。1)痰热壅肺证:临床典型表现为咯吐黄色黏稠痰,且量较

多,晨起多症状较重。甚至可能出现胸闷气紧,气喘气短,呼吸不畅。咯吐鲜血或暗红色血块,或有痰中带血。小便色黄,或短赤。大便干稀不调,舌质红或暗红,苔黄或黄腻,脉弦滑数。罗玲主任中医师治以清热消痈、化痰止咳为主,重用寒凉、攻伐之品。常用中药:芦根、薏苡仁、金荞麦、金银花、鱼腥草、桔梗、竹茹、浙贝母、紫苏子、葶苈子、瓜蒌、川贝粉(冲)、海蛤壳、冬瓜仁等。方中常用芦根、冬瓜仁、薏苡仁等药合千金苇茎汤之意,清热化痰,消毒排脓。2)痰瘀互结证:该证型患者痰火未尽,瘀血内停,阻滞肺气,表现为咳嗽,咯黄白黏痰,或痰中带血,伴有心烦,大便干,舌黯苔黄,脉弦滑。罗玲主任中医师治以清热化痰、祛瘀通络。常用中药:苇茎、薏苡仁、冬瓜仁、桃仁、桔梗、杏仁,伴瘀血,配伍当归、赤芍、丹参等活血化痰药。3)肝火犯肺证:临床表现为喜急易怒,胸胁胀痛,多面红耳赤,心烦口苦,咳嗽表现为短促性咳嗽,痰黄,痰液黏稠,咯血血色鲜红或痰中带血,小便短赤,大便秘结。舌质红或暗红,舌苔黄腻,脉弦滑数。罗玲主任中医师治以凉血祛瘀,清肝泻肺。常用中药:三七粉(冲)、山梔、川贝粉、败酱草、制大黄、藕节、黄芩、黛蛤散、冬瓜仁、玉竹、金荞麦、桑白皮、桔梗、生地黄等。4)肺脾气虚证:症见咳嗽反复发作,时轻时重,黄痰或可为绿痰,质黏且量多,排痰不畅,甚则胸憋气短,动则加重,纳差,胃脘不舒,小便正常,大便稀或溏,舌质淡,苔白腻,脉濡滑。罗玲主任中医师认为本证型治疗当以治脾为要,以祛除生痰之源。治法为健脾化痰、益气补肺,佐以清肺化痰。常用中药:黄芪、生晒参、炒白术、茯苓、甘草、梔子、白芥子、陈皮等。黄芪有健脾补肺、益气固表、托毒排脓,意为缓则治其本。黄芪合生晒参,共同起到建中补气的功效,联用可显著增加患者体液免疫功能,避免患者因抵抗力低下而反复感染,减少急性加重次数。罗玲主任中医师还擅长在使用大量补益药物的基础上酌加少量陈皮以理气,避免补益太过而致气机壅滞。5)气阴两虚证:气阴两虚证患者临床表现多可见干咳无痰或少量痰,口干欲饮,神疲乏力;舌质红或暗红,花剥苔或光苔,脉弦细。罗玲主任治以润肺止咳,益气养阴,常用中药:玉竹、太子参、北沙参、赤芍、麦冬、山药、炙百部、五味子、枸杞子、子参、玄参、川贝粉(冲)等。罗玲主任中医师常常将生脉散与沙参麦冬汤联用,以补益肺气阴两虚。

3 医案举隅

患某,男性,73岁。2022年3月6日初诊。主诉:咳嗽、咯痰20年余,再发伴咳血1d。现病史:20年来患者反复出现咳嗽咯痰,每年发作时间3~5个月不等,间断喘累,动则尤甚。1天前因受凉感冒出现咳嗽、咯痰,痰先为白色泡沫,自服“头抱类辛”“鲜竹沥”后无明

显缓解,痰液颜色转黄,晨起出现痰中带血丝,随后痰中血液逐渐增多,就诊前吐鲜红色血痰,每次约3 mL。刻下症见:患者间断咳嗽、咯痰,痰黄色、黏稠,痰中带血,伴头晕、气短,动则尤甚,无畏寒发热,精神疲惫,食欲欠佳,睡眠差,大便黏滞不爽,小便短赤,舌黯红,苔白厚腻,脉弦。辅助检查:血常规白细胞计数 $12.3 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比84.7%,血红蛋白127 g/L。胸部CT:双肺纹理增多,透亮度增高,双中肺及肺底可见卷发状阴影,提示支气管扩张伴感染。西医诊断:支气管扩张伴咯血。中医诊断:血证(咳血)。辨证:痰瘀互结,肺脾肾虚。治法:化痰止血,清热化痰,补肺脾肾。处方:二陈汤加味。陈皮15 g,法半夏15 g,款冬花15 g,桔梗15 g,茯苓20 g,白术20 g,冬瓜仁20 g,石膏20 g(先煎),蒲黄20 g,茜草20 g,炙甘草10 g,薏苡仁50 g,黄芪50 g,白茅根40 g,桑白皮30 g,熟地黄30 g,太子参50 g,补骨脂12 g,枳壳12 g,黄芩12 g,三七粉12 g(冲服),川芎6 g。共3剂,水煎服,日1剂,分3次温服,一次100 mL。2022年3月10日二诊:患者服药后,咯血已止,咳嗽、咯痰、头晕症状明显减轻,痰量较前减少;上方去石膏、黄芩、桑白皮,加丹参、仙鹤草。处方:陈皮15 g,法半夏15 g,款冬花15 g,桔梗15 g,茯苓20 g,白术20 g,冬瓜仁20 g,丹参20 g,蒲黄20 g,茜草20 g,炙甘草10 g,薏苡仁50 g,黄芪50 g,太子参50 g,仙鹤草30 g,熟地黄30 g,补骨脂12 g,枳壳12 g,三七粉12 g(冲服),白茅根40 g,川芎6 g,共4剂,水煎服,日1剂,分3次温服,每次100 mL。连服1周后,患者喘累明显减轻,头晕亦缓解,咳嗽已止。

按:患者长期咳嗽,本次再发,通过CT检查提示支气管扩张伴感染。从证候表现来看,属于支气管扩张症的急性发作阶段,辨证为痰热壅肺。又因肺与大肠为表里,腑气不通,胃肠之热熏蒸于上,痰热壅肺不解,肺失宣肃,而致咳嗽不止,热伤肺络而致咯血,故治重在清肺,必要时通腑。而久病之人,脉络郁滞,舌黯,脉弦,舌下络脉迂曲,这些都是气虚血瘀的表现。治疗方面应以清热化痰、补肺脾肾气、化痰止血为法。罗玲主任认为应该采用二陈汤化湿豁痰,同时酌加冬瓜仁、薏苡仁、桑白皮化痰清热。方中应用桑白皮既泻肺热,又降肺气;枳壳降肺气,桔梗宣肺气,两药相合,共同起到调理肺之升降的功效,有效抑制咳嗽;同时应用黄芩、石膏清肺热;款冬花止咳化痰。蒲黄、三七、茜草化痰止血,止血不留瘀,活血不伤正。患者存在头晕、乏力等血瘀阻络之证,故在应用大量止血药白茅根的同时,酌情应用少量川芎上清脑窍,起到止血不留瘀的作用。白术、茯苓、太子参、黄芪、炙甘草升清健脾益气,增强推动气的运行,气行则血行,血行则瘀去,还可朝百脉,补肺气,助心行血,补肺气之虚损。补骨脂补肾之气,熟地黄双补阴阳,金水相生、助肾纳气充肺气。

二诊时,患者肺热痰热症状已不明显,故加大化痰生新的力度,加仙鹤草30 g。该药苦,涩,平,归心、肝经,有收敛止血、截疟、止痢、解毒、消积、补虚的功效,用于咯血,吐血,崩漏下血,疟疾,血痢,痈肿疮毒,阴痒带下,脱力劳伤,既有收敛之功,又有消积之力,可止血而不留瘀,乃罗玲主任医师常用之药。

综上,支气管扩张症,咳血急性期以止血为主,缓解期在止血的基础上,可稍加大活血通络力度,需做到止血力度大于活血力度。针对咯血患者大胆使用活血化瘀药物,是罗玲主任医师一大用药特色。

参 考 文 献

- [1] 徐璿,许朝霞,王又闻,等. 基于病证结合的中医证候规范化研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(1): 14-16.
- [2] 王天芳,杜采凤,王庆国,等. 基于证候要素及病证结合建立证候诊断标准的思路[J]. 中西医结合学报, 2009, 10(7): 901-906.
- [3] 成人支气管扩张症诊治专家共识编写组. 成人支气管扩张症诊治专家共识[J]. 中华结核与呼吸杂志, 2012, 35(7): 485-492.
- [4] CHALMERS JD, GOEMINNE P, ALIBERTI S, et al. The bronchiectasis severity index. An international derivation and validation study[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2014, 189(5): 576-585.
- [5] PASTEUR MC, BILTON D, HILL AT. British thoracic society bronchiectasis non-CF guideline group. British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis [J]. Thorax, 2010, 65(Suppl 1): 1-58.
- [6] 支气管扩张症专家共识撰写协作组,中华医学会呼吸病学分会感染学组. 中国成人支气管扩张症诊断与治疗专家共识[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2021, 44(4): 311-321.
- [7] 王冰,樊茂蓉,崔云,等. 王书臣治疗支气管扩张症经验[J]. 中医杂志, 2017, 58(8): 647-650.
- [8] 孙孝魁,朱慧志. 朱慧志运用清肺宁络饮治疗支气管扩张症临证撷英[J]. 中医药临床杂志, 2020, 32(11): 2085-2088.
- [9] 吴鹏,刘城鑫,张妙芬,等. 刘小虹教授治疗支气管扩张症临证撷英[J]. 中国中医急症, 2020, 29(11): 2035-2053.
- [10] 莫丽莎,朱伟,兰智慧,等. 国医大师洪广祥治疗支气管扩张症经验探析[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(12): 6105-6107.
- [11] 何德平,王维亮,黄颖. 支气管扩张症中医辨证分型规律的文献研究[J]. 新中医, 2012, 44(12): 129-130.
- [12] 王亚琼,喻群. 曲敬来治疗支气管扩张经验[J]. 江西中医药大学学报, 2015, 27(5): 29-30.
- [13] 何梦甜,田正鉴. 田正鉴教授治疗支气管扩张的经验[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(3): 77-78.
- [14] 荣毅,曲畅,李国勤,等. 李国勤教授辨治支气管扩张症经验总结[J]. 中国医药导报, 2019, 16(7): 120-123.
- [15] 罗慧,张立山. 武维屏教授治疗支气管扩张经验[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(3): 783-785.

(收稿日期 2022-12-19)