

从“宣可去壅”探析糖尿病前期的治疗

施 瑞,曲笑啸,杨宏杰

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院内分泌科,上海 200437)

[摘要] “宣可去壅”指通过宣散药物疏通气机,治疗郁结壅塞之症。该理论强调促进气机流通,清除郁滞,恢复身体功能的正常运行。糖尿病前期(PDM)主要病因在于中焦气机不通,湿热壅滞。治疗需恢复中焦气机,宣通气机是关键策略。文章从“宣可去壅”理论出发,针对PDM气壅、热壅、湿郁相互夹杂的特性,将PDM分为气壅夹热壅、气壅夹湿壅、湿热夹壅三种证型,提出在辛苦并用的性味配伍基础上,结合通腑、渗利、芳化、导滞等治法,根据主要矛盾调整药物比例,使壅随气动、壅消气畅。结合PDM治疗相对固化的现状,未来研究应从辛苦配伍的思路入手,进一步探索金元明清各家的组方技巧、用药选择以优化治疗方案。

[关键词] 糖尿病前期;宣可去壅;消渴;热壅;湿壅;气壅;辛苦并用

[中图分类号] R255.4

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2026)02-0156-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2026.02.008

Exploration and Analysis of Treatment of Prediabetes Mellitus Based on “Dispersion Can Relieve Congestion”

SHI Rui, QU Xiaoxiao, YANG Hongjie

(Endocrinology Department, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437)

Abstract “Dispersion can relieve congestion” refers to the treatment of congestion by promoting the circulation of qi through dispersing medicinals. This theory emphasizes promoting the circulation of qi, eliminating congestion, and restoring the normal body function. The main cause of prediabetes mellitus(PDM) lies in the obstruction of qi movement in the middle jiao and the accumulation of damp-heat. The treatment requires restoring the qi movement in the middle jiao, and promoting the circulation of qi is a key strategy. Starting from the theory of “dispersion can relieve congestion”, this article classifies PDM into three syndrome types based on the intermingled characteristics of qi congestion, heat congestion and dampness stagnation: qi congestion combined with heat congestion, qi congestion combined with dampness congestion, and damp-heat combined with congestion. It proposes that the pungent and bitter medicinals should be combined on the basis of the combination of property and flavor, combined with the therapeutic methods of unblocking the fu organs, promoting diuresis, aromatherapy and guiding stagnation, the proportion of medicinals should be adjusted according to the main contradiction to make congestion follow qi flow and congestion be eliminated to ensure smooth qi flow. In light of the relatively rigid status of PDM treatment, future research should

start from the idea of combining pungent and bitter medicinals and further explore the formulation techniques and medicinals selection of various schools in the Jin, Yuan, Ming and Qing Dynasties to optimize the treatment plan.

Keywords prediabetes mellitus; dispersion can relieve congestion; diabetes; heat congestion; dampness

[收稿日期] 2024-12-02

[基金项目] 上海申康医院发展中心临床创新三年行动计划项目(编号:SHDC12019124);上海市医院中药制剂产业转化协同创新中心项目

[作者简介] 施瑞,2022年硕士研究生,研究方向:中西医防治内分泌疾病。

[通信作者] 杨宏杰,医学教授,博士研究生导师,主要从事防治内分泌疾病的临床研究。邮箱:yanghongjie964@aliyun.com。

stagnation;qi congestion;combining pungent and bitter medicinals

糖尿病前期(PDM)是一种介于正常血糖和糖尿病之间的异常生理状态,涵盖了空腹血糖受损和糖耐量下降。我国成人PDM的患病率为35.2%,已远超糖尿病患病率,且持续升高^[1]。PDM不仅会增加心脑血管病变、微血管病变、肿瘤、抑郁、痴呆等疾病的发生风险,还会对其他慢性疾病的预后造成影响。及早进行治疗可以延缓或逆转PDM及多种相关疾病的发生和发展^[1-2]。当前PDM的管理策略是在控制饮食和增加运动的基础上,采用口服药物如二甲双胍和阿卡波糖进行干预。但口服药物的使用可能对患者的肝肾功能 and 心理健康带来不良影响。目前西医治疗存在靶点单一、长期用药效果减弱和不良反应较多等问题,中医药具有多靶点、多通路、多系统整体调节的作用,治疗方式多样、安全性及有效性较高,同时也能明确个人体质,预测疾病的预后。针对性调整日常饮食作息、行为习惯等,可以减少PDM的患病风险。

中医古籍中并没有PDM病名。《素问·奇病论》言:“帝曰:有病口甘者,病名为何?何以得之?岐伯曰:此五气之溢也,名曰脾瘴。”其发病机制、症状表现及预后与PDM极为相似,因此现代多将PDM归属于脾瘴范畴。PDM的病机主要在于中焦气机不流通,恢复气机的通畅是PDM的治则。“宣可去壅”指具有宣散属性的方药可以治疗壅塞的疾病。结合PDM的病机特点及“宣可去壅”的适用范围,本文从“宣可去壅”对PDM的中医治疗进行探讨。

1 “宣可去壅”渊源

“宣可去壅”始见于陈藏器《本草拾遗》:“至如宣可去壅,即姜、橘之属是也。”唐宋时期依据功效对药物或者方剂进行分类,定义宣药、宣剂为其中一类,其宣散之性可以治疗郁结壅塞之证,属于“十剂”之一,《圣济经》言:“郁而不散为壅,必宣剂以散之,如痞满不通之类是也。”金元时期,成无己运用“十剂”理论分析《伤寒论》麻黄汤、大承气汤,并未涉及宣剂。刘河间扩大了宣剂的种类,将具有涌吐、发汗作用的方剂归于宣剂,认为宣剂与泄剂作用方向相反,“宣者,宣散也。郁而不散为壅,必宣剂以散之,如痞满不通之类是也……攻其里则宣者上也,泄者下也。涌剂则瓜蒂梔豉之类是也。发汗通表亦同”(《素问病机气宜保命集》)。张从正明确驳斥宣剂与通剂、泻剂等同的思路,认为宣剂适用于病位在上、有向上趋势的疾病,包括发汗的梔豉汤、葱豉汤以及涌吐的瓜蒂散,使气机从上流通,“所谓宣剂者……况十剂

之中,独不见涌剂,岂非宣剂,即所谓涌剂者乎……宣者,升而上也……伤寒邪气在上,宜瓜蒂散……上而不下,久则嗽喘满胀,水肿之病生焉,非宣剂莫能愈也”(《儒门事亲》)。明清时期,李时珍明确提出壅塞之证的特征是气机停滞,“郁塞之病,不升不降,传化失常”,指出凡能使气机布散的方剂均属于宣剂,“宣者,布也,散也”,囊括了朱丹溪的六郁说、刘河间的风药通玄法、李东垣的风药升阳胜湿法、张从正的汗吐下法,使宣剂的适用范围广泛化^[3]。《本草新编·十剂论》强调“夫宣之义,原无尽也”,包括“开郁解郁”和“散邪”。“宣”法的意义在于调控气机流通的同时予邪以出路,无谓邪之性质。或疏泄,或导滞,或升发,通过带动气机的流通,引导邪从各出路而去,“邪在上者,可宣而出之;邪在中者,可宣而和之;邪在下者,可宣而泄之;邪在内者,可宣而散之;邪在外者,可宣而表之也”(《本草新编》)。抑或散六淫邪气、活血化瘀,通过解除邪气的堆积,恢复气机的流通。汪昂结合徐之才“上升下行曰宣”,细化了宣剂的多种属性,并将十剂扩展为补益、解表、攻里、理气等多个类别,强调“凡用药者审而详之”,为后世医家强调一物多能及用药精准奠定基础。现代医家基于“宣可去壅”的理论运用宣剂治疗各种疾病,如肿瘤发热、抑郁症^[4-5]。治疗壅塞之证时,斟酌宣剂的四气五味归经,使其既有宣散气机的作用,又能同时兼顾邪气的特点,解除人体的阻滞^[6]。同时亦有医家认为宣法并非一味强调宣散,宣散与壅遏之间应当维持一定平衡,维持脏腑气机流转的同时祛除病邪,亦需遵循因时制宜的思想,顺应四时之气^[7]。

总体来说,“宣可去壅”是运用流动之品通行表里上下,促进气机的流动,引导邪气从表里、上下分消而去,强调开壅、散邪兼备。

2 壅滞与PDM发病关联性

2.1 PDM与热壅相关

《素问·奇病论》明确指出脾瘴的病因、病机、预后及治法,后世医家在注释此条文时,普遍支持这一观点,即疾病病机在于热。如王冰注“生因脾热”;《黄帝内经太素》言“液在脾者,五谷液也。肥羹令人热中”;《黄帝素问直解》言“土虚脾热而口甘也”;《圣济总录》言“热则身重目黄口甘”;《临证指南医案》云“瘴即热之谓也”。《圣济总录》记录了11种适用于治疗脾瘴的方剂,例如知母汤方运用了甘寒和苦寒药物(石膏、知母、淡竹叶、枇杷叶等),具备清泄邪热的疗效,适用于表现为身热、口甘、咽干、烦渴的火热实

证,而非阴虚火旺的证候。

李湛等^[8]将PDM归类于阳明病证,依据里热的程度,常采用《伤寒论》中的方剂如白虎汤、栀子豉汤、黄连类方等,以轻宣郁热或清泄里热。国医大师吕仁和则指出,食用肥甘过多容易导致食物郁胃不化,引发胃热消谷善饥,诱发PDM,之后进一步消耗津液,从而演变为糖尿病^[9]。仝小林^[10]强调热在PDM形成过程中的重要地位,用黄连、石膏、知母、牡丹皮、栀子等清泄脏腑之热。

2.2 PDM与湿壅相关

PDM虽以热为主,亦伴湿盛阻滞。过食肥甘使机体内生湿浊,《临证指南医案》云:“湿从内生者,必其人膏粱酒醴过度。”《圣济总录》中治疗脾瘕的方药中常夹杂化湿、利水之药(如汤洗半夏、厚朴、茯苓之类),更以“辛以发散”之法“除陈久甘肥不化之气”,与“分消走泄”之理相合。叶天士进一步提出脾瘕形成的病机在于湿热弥漫中焦,如《温热论》所言“湿热气聚,与谷气相转,土有余也,盈满则上泛”。《温热论》中“舌上白苔黏腻,吐出浊厚涎沫”的描述亦佐证了脾瘕中湿的存在。张璐在《张氏医通》以三黄汤之佩兰、豆蔻芳香化湿除秽,以滚痰丸之礞石、大黄豁痰荡涤,无不体现脾瘕之湿。孟翔鹤等^[11]发现PDM与痰湿体质具有共同的发病基础、生化指标及预后转归,两者密切相关。脾、痰、湿是PDM最常见的证素^[12],也是PDM进展的重要原因。

2.3 PDM发生与气壅相关

脾胃之气的壅滞是PDM有热的基础病机^[13]。中焦是饮食食物受纳腐熟的地方,《灵枢·五乱》言:“胃者,太仓也。”饮食食物聚集于此转变为水谷精微。脾胃的运化之力具有一定限度,若饮食食物的消化超出精微转化的最大限度,则如《素问释义》所言“食肥则气滞而不达”,脾胃之气滞郁中焦,升清降浊不畅,则酿生热邪。研究显示,以“六郁同治法”为基础的胰岛康Ⅱ号胶囊可显著减轻糖脂代谢紊乱的程度,改善胰岛细胞的受损情况^[14]。

过食肥甘转为内生湿邪的病机在于壅。李洪蛟等^[15]认为过食肥甘导致的食郁是PDM的始动因素。张景岳提及饮食停滞中焦属于积聚,《景岳全书》言:“诸有形者,或以饮食之滞……皆积之类。”积聚有阻碍气机流通的特性,因饮食停留中焦,则有隔绝上下、运化紊乱之效,《丹溪心法》云:“郁者,结聚而不得发越也。当升者不得升,当降者不得降,当变化者不得变化也,此为传化失常。”食郁引发气壅,谷气不行,郁于中州,脾胃枢机不利,脾不升清,胃无降浊,水湿不得运化,成为湿郁。

2.4 PDM进展与湿热夹壅相关

湿与热临床上多相兼为病。湿邪可以生热,《医学正传》言:“湿滞而成热。”李东垣在《内外伤辨惑论》中言湿邪停滞易成阴火上冲,“肾间受脾胃下流之湿气,闭塞其下,致阴火上冲”。朱丹溪提出湿邪之相火来源于“郁积之久,湿中生热”,其根本在于“湿郁本身阳气,久而生热”(《温病条辨》)。刘河间则强调热邪致湿,“凡病湿者,多自热生,而热气尚多,以为兼证”(《宣明论方》)。

仝小林院士临床善用陷胸汤、泻心汤等小方干预PDM,以瓜蒌、清半夏清热降逆化痰,黄连、黄芩清热燥湿^[16]。黄连清热燥湿,对多通路糖脂代谢具有调节作用,因此被称为调节糖代谢的靶药,可精准治疗“湿与热合”为特性的脾瘕^[17]。

3 “宣可去壅”在PDM治疗中的应用

PDM的病机主要涉及湿与热两种病理因素,二者相互作用渐进发病,中焦脾胃气机滞而不通则是湿热的病理基础以及PDM的核心环节^[18]。现代生活方式变化引起代谢需求增加,而代谢能力无法相应提升,人体气机升降失调、精微物质代谢异常,进而引发PDM。PDM的病机在于中焦气机郁滞不通为本,热与湿为标,治疗首当恢复中焦生理状态。宣通气机是PDM治疗的根本大法,以辛、苦两种性味配伍为基础组成复方则是宣通气机的关键。

3.1 气壅伴热壅——辛开苦降兼以通腑渗利

半夏泻心汤为张仲景所创,是辛开苦降法的典型方剂,用于治疗寒热错杂、脾胃气机升降失和之痞证。组方特点是辛以开之、苦以降之、甘以调之。辛能宣散开湿,苦能清热,又可降泄,甘则补益脾胃、扶助正气。

目前辛开苦降法被广泛用于诸多现代疾病的治疗。现代医家运用葛根芩连汤治疗热壅气滞型PDM,取葛根的升阳透散之力,开通玄府,引中焦清气上升,输布水液,疏散热邪,临床剂量可用到20~50g,配伍黄芩、黄连清泄火热^[8]。亦有医家认为当以半夏泻心汤辛开苦降之法治疗PDM,亦可用柴胡、枳壳代替,通而郁散^[19]。王艺飞等^[20]则宣、清、通三法同用,用大柴胡汤加减治疗PDM之郁热。

辛味药的运用在金元明清时期多有突破。李东垣提出“以诸风药,升发阳气”,借用柴胡、葛根、升麻等风药的辛散之性,引动清气上升,可使“阳气之郁易达也”。辛味药的使用并不仅限于辛温。对于气壅轻证,刘河间使用辛味寒凉药“开腠理,致津液,通气也”。若气郁较盛,可少佐辛温辛热之品强力通行气机。叶天士、吴澄等则考虑到温药及辛苦之药对胃阴的损

害,借鉴刘河间的辛凉之法及“胃之不足,惟湿物能滋养”,用辛凉芳淡或微辛之药升阳透外,宣通气机,扩大了其用药范围,提升了治疗的精确度^[21]。现代研究证实,某些风药和以风药开玄为治则的方剂具有改善微循环、保护胰岛功能的作用^[22]。临床针对糖尿病各阶段及并发症组方时,常配伍各种风药,如羌活、独活、麻黄、桂枝、桑叶、菊花等,收效甚佳^[23]。

组方上辛苦同用的配伍可以借鉴李东垣与刘河间的组方思想。李东垣继承了张仲景的辛温复苦寒法,强调寒温同用,升降同调,临床上根据主要矛盾调整甘药、风药、苦寒药的比例^[24],如补脾胃泻阴火之升阳汤。对于火盛而成闭郁之证,以刘河间的防风通圣汤为代表方,融宣通、清泄、通腑、渗利为一方,以辛药(麻黄与桂枝、荆芥与防风、羌活与白芷)开通,苦寒(黄芩、石膏)之品清泄火热,加上通腑(芒硝、大黄)、渗利(滑石、栀子)之药前后分消,同样根据病情调整四者比例。刘河间通行气机更为强调机体与外界的通道,包括里郁向外透散及向下通导,李东垣则注意到升降浮沉中的升浮,补充了纵向气机的流通方式,使“阳气之郁易达也”。故治疗PDM之气火相壅应当引导壅滞多通路分消而去,组方要体现气机的调动透达。

热盛多用苦寒直折之品,但苦寒败胃伤阴,亦有凉遏气机之嫌。临床治疗火郁气壅之PDM,可借鉴刘河间及李东垣的配伍,从宣通、清热、通腑、渗利四方面论治,但渗利的力量不可过强,以免损伤津气。宣通可用鲜荷叶、菊花、连翘、淡豆豉、薄荷、淡竹叶、柴胡等清宣之品,既能伸展阳气,又能透邪于外;清热可用芦根、生石膏、淡竹叶、天花粉等清降之品,或黄芩、栀子等苦寒轻灵之品,取其凉而不遏,火热重时配伍黄芩、黄连加强清热力量;渗利则用滑石、通草、薏苡仁等利水药;再稍用生大黄、枳实、芦荟等通便药以下为清,使无形弥漫之火与肠腑积滞尽数涤荡而去。

3.2 气壅夹湿郁——辛开芳化兼以导滞淡渗

湿邪有困阻清阳的作用,进一步阻滞中焦升发之气,因此恢复升发透散之性十分关键。《本草纲目》言:“湿郁微,则苍术、白芷之属以燥之。”李东垣认为“胃湿有余,亦当泻湿之太过也”,常选用芳香醒脾之风药与健脾理气燥湿药、淡渗利湿药配伍使用,运用升麻、柴胡、羌活、防风引导胃气上升,茯苓、猪苓、泽泻、苍术祛除有形湿邪,开郁与散邪并重。叶天士等明清医家的发挥不外乎此配伍,“如近时杏朴苓等类,或如温胆汤之走泄”(《温热论》),实际仍属于辛苦同用的范畴。值得注意的是,组方内苦寒药使用的频率明显降低,主要为芳香化湿药,强调三焦的宣畅。

魏凯善等^[25]运用七味白术散治疗脾瘵,方中以葛根、藿香轻灵透发,白术健脾燥湿,木香行气化湿,茯苓利湿,全方升降相得,湿有出路,使气畅湿祛。王艺飞等^[20]用藿朴夏苓汤、三仁汤等寓理气分之郁于导湿中,强调“气行则湿行”,以藿香、法半夏、厚朴、豆蔻等一众芳化之品辛香透散,化上中焦湿邪,薏苡仁、茯苓、滑石等甘淡、甘凉渗湿,苦杏仁轻开肺气、宣肺化湿,上中下分消。研究表明,藿朴夏苓汤可以降低血糖水平及体质量指数(BMI),改善胰岛素抵抗^[26];黄连温胆汤可以明显改善PDM小鼠的餐后血糖水平、脂肪含量及炎症因子水平^[27]。

“气行湿自化”是气湿壅塞的治则。临床组方当以宣上、畅中、渗下为基础结构,利用苦杏仁、桔梗、前胡等宣通上焦,开肺之上源,使得“上焦得通,津液得下”;葛根、荷叶等辛散之品升阳透邪,麻黄、香薷等发汗之物亦可选用,从外、上而散;平胃散、大腹皮、紫苏梗等清除中焦湿邪,斡旋升降枢纽;芦根、滑石、冬瓜皮、车前草等疏导下焦;枳实、厚朴、木香、槟榔等导滞之品通导大肠。

整体选药要重视湿邪的分化。辛散、芳化、淡渗、燥湿、通导等数法并举,在恢复气机透达的同时,予湿邪出路。

3.3 湿热夹壅——苦辛凉(寒)法,分离湿热

PDM发展至湿热夹壅时,病情明显加重。湿性黏滞,能够阻断热邪的向外透发及水道通行,郁热更盛,热蒸水液而成湿。湿热交蒸,蒙蔽清窍,放大了湿壅、热壅的各种表现。湿壅有形而热壅无形,热邪常依附于湿邪,湿去则热消,分离湿热是治疗湿热夹壅的关键。

治疗湿热夹壅,当以辛、苦为基本结构,苦的比例较辛更重,但又不可过用,强调缓、衡、清。与湿壅不同,此证的辛宣法多用辛凉或辛寒,少用辛温及汗法,当以辛凉宣表;较之热壅,湿难速已,不可大下速下,此证当区别腑实与湿滞,通法宜缓。此证的代表方剂为甘露消毒丹、连朴饮等,具备宣畅三焦的组方思想,又添清热力量。庞国明等^[28]创制的清热化湿调糖饮就是在连朴饮基础上加四妙散加减而成,在改善胰岛功能及调节血糖水平方面具有明显功效,方中淡豆豉、升麻、荷叶、佩兰清透湿热于外,黄连、栀子、黄柏苦寒清热燥湿,法半夏苦温燥湿芳化,薏苡仁、牛膝、芦根导湿热于小便,厚朴通畅腑气。虽有厚朴、半夏等温燥之品,清热之品又抑其性,使气机流转而不滞涩。

4 结束语

气机的正常运作是气化有序的前提,若中焦布

散之机失常,气机不通,邪气不散,精微不布,阻于胃中,则“周身气血逆行而乱”。早期逆转PDM病势尤为重要。PDM的病机在于中焦气机郁滞不通为本,热与湿为标,治疗首当恢复中焦生理状态。从宣剂调畅中焦气机出发,发散火邪,通利湿邪,是本病的关键治法。促进中焦之气上达下降,布散于外,有助于增强机体内环境的稳定、与自然界交通的和谐,达到“正气存内”“天人合一”的理想状态,如此则病难传变,预后极佳。本文将PDM分为气壅夹热壅、气壅夹湿壅、湿热夹壅三种证型,其中湿热夹壅由前两者发展而来。治疗方面,强调三焦分治,以辛苦并用疏动气机,辛散、芳化、燥湿、淡渗、通降法结合,根据主要矛盾调整性味、治法比例,引导壅滞从多个出路分散而去。

需要注意的是,去除热邪的寒凉之药容易凉遏气机,加重邪气的沉伏;苦燥之药对水液流通存在影响,燥湿太过,致水液不通,气失去流通的载体而滞;苦温及芳化药有化火助热之弊,因此临床调控药物的比例需谨慎思考,适当加入反佐之品。

此外,现代医家普遍以经方化裁治疗PDM,治疗手段相对固化,而金元至明清的多位医家,诸如李东垣、刘河间、叶天士对湿热气壅的处理方式较前人有明显进步与创新,用药相对灵活,用药谱明显扩大,理当被予重视。未来研究应进一步探索其他金元明清医家(如王孟英、柳宝诒等)在继承前人“辛苦同用”配伍思路后,如何在营造方剂功效流动感的同时,兼顾一物多能,以促进现代医家用药思路的进化。

【参考文献】

- [1] 中华医学会内分泌学分会,中华医学会糖尿病学分会,中国医师协会内分泌代谢科医师分会. 中国成人糖尿病前期干预的专家共识(2023版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2023, 15(6):484-494.
- [2] 王泽,林兰,李晓文,等. 中医药干预糖尿病前期临床研究概况[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(4):2191-2195.
- [3] 简志谋. 李时珍药理学对临床医学的贡献[J]. 上海中医药杂志, 1998(4):4-6.
- [4] 袁国兴,吴洁,张明辉,等. 基于“宣可去壅”探讨淋巴瘤相关发热的治疗[J]. 环球中医药, 2023, 16(11):2316-2319.
- [5] 冯秋润,赵捷,赵明,等. 基于“宣可去壅”探讨辛味药在抑郁症治疗中的应用[J]. 上海中医药杂志, 2023, 57(9):45-48.
- [6] 吴建军,崔红生,李欣. 浅谈“宣可去壅”[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(6):1878-1881.
- [7] 安宏,于智敏. “宣可去壅”论解[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(7):901-903.
- [8] 李湛,王磊,曹灵勇,等. 经方“四期六经”辨治2型糖尿病[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(1):191-195.
- [9] 薛泰骑,王世东,陈小愚,等. 吕仁和分期辨治糖尿病经验阐释[J]. 中医杂志, 2022, 63(5):412-415.
- [10] 仝小林. 脾瘕是现代糖尿病的主要类型[N]. 中国中医药报, 2010-11-11(4).
- [11] 孟翔鹤,李玲孺,李英帅,等. 糖尿病前期与痰湿体质相关性探析[J]. 中医学报, 2019, 34(3):460-463.
- [12] 陈瑜凡,王燕平,荣培晶,等. 糖尿病前期中医证型及证素特点分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24(2):563-568.
- [13] 孙贵炎,苏嘉楠,安继仁,等. 基于“精不正化”理论探讨糖尿病前期的中医药干预[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(4):177-179.
- [14] 莫小书,周月红,廖尚上,等. “六郁同治法”组方胰岛康Ⅱ号治疗肥胖型糖尿病前期[J]. 中医学报, 2020, 35(3):647-651.
- [15] 李洪皎,仝小林,吴洁,等. 肥胖2型糖尿病前期、早期病机证治探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(7):529-530.
- [16] 王松,赵林华,周源. 仝小林教授谈黄连的量效毒[J]. 世界中医药, 2014, 9(10):1325-1327, 1330.
- [17] 郑景辉,陈旋,黄飞剑,等. 脾瘕郁热阶段医案用药规律数据挖掘:基于《脾瘕新论:代谢综合征的中医认识及治疗》[J]. 中医杂志, 2021, 62(9):755-763.
- [18] 刘伟,黄菲. 从“土郁夺之”论治肥胖型糖尿病前期[J]. 江苏中医药, 2023, 55(6):36-39.
- [19] 于博睿,柳红芳,杜青,等. 2型糖尿病早期“新病入络”病机探微[J]. 中医杂志, 2020, 61(3):209-212.
- [20] 王艺飞,王东. 从脾虚热郁论治脾瘕[J]. 中医杂志, 2017, 58(24):2144-2146.
- [21] 徐雯洁,徐世杰. 基于护阴理论的汪机、吴澄、叶天士三家脾胃思想研究[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(3):1206-1208.
- [22] 卓兴卫,朱建伟,富晓旭,等. 基于“玄府郁闭-胰岛微循环障碍”探讨糖尿病患者血糖波动的调控[J]. 中医杂志, 2020, 61(11):1010-1012.
- [23] 卓兴卫,周慧,朱建伟,等. 基于“玄府郁闭”理论的糖尿病证候演变及治法探讨[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(4):1025-1026.
- [24] 顾思臻,窦丹波. 读解“阴火”[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(11):1601-1602, 1635.
- [25] 魏凯善,罗敏,魏静,等. 基于玄府理论探讨脾瘕辨治[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(8):1200-1202, 1213.
- [26] 史丽伟,倪青,冯玲. 藿朴夏苓汤加减治疗糖尿病理论浅析[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(2):835-838.
- [27] 李寒,王宁,马伯艳. 基于肝细胞焦亡的黄连温胆汤干预IGT IR的机制[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(13):3394-3401.
- [28] 陈宏灿,庞国明. 庞国明教授从湿热论治2型糖尿病验案举隅[J]. 中国民族民间医药, 2019, 28(16):78-80.