

基于“枢轴失和”理论探析慢性胆囊炎的辨治思路

王潇剑¹, 张 杨^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生学院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院消化科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年8月18日; 录用日期: 2026年9月12日; 发布日期: 2026年9月21日

摘 要

慢性胆囊炎是临床常见的消化系统疾病, 易反复发作, 现代西医治疗存在局限性, 难以有效阻断病情进展及规避复发风险, 而中医药治疗本病具备整体调控、标本兼顾、副作用小的独特优势。当前中医临床多从湿热、气滞、肝郁等单一病机论治本病, 辨证视角较为局限。本文结合中医典籍与临床实践, 立足“少阳为枢”与“脾胃为轴”理论, 提出“枢轴一体”的气机运动观。分析并阐述慢性胆囊炎病机本质为“枢轴失和”, 即少阳枢机不利与脾胃中轴失运相互影响, 其病理演变可分为枢机不利、胆腑通降失司, 枢郁及轴、脾胃升降失常, 轴虚枢涩、枢轴互损三个阶段, 据此确立“调枢和轴”基本治则, 以和法为纲, 分期论治。该理论将六经气化、“一气周流”与脏腑辨证相结合, 可为慢性胆囊炎的中医辨治提供新的理论视角与治疗思路。

关键词

慢性胆囊炎, 枢轴失和, 调枢和轴, 辨证论治

Analysis of the Approach to Syndrome Differentiation and Treatment of Chronic Cholecystitis from the Perspective of “Pivot-Axis Disharmony” Theory

Xiaojian Wang¹, Yang Zhang^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

*通讯作者。

文章引用: 王潇剑, 张杨. 基于“枢轴失和”理论探析慢性胆囊炎的辨治思路[J]. 临床医学进展, 2026, 16(9): 2072-2078.
DOI: 10.12677/acm.2026.1693252

Abstract

Chronic cholecystitis is a common digestive system disease in clinical practice and is prone to recurrent attacks. Modern Western medical treatment has limitations, making it difficult to effectively block disease progression and avoid the risk of recurrence. In contrast, traditional Chinese medicine (TCM) treatment of this disease has the unique advantages of holistic regulation, simultaneously addressing both the root and branch, and minimal side effects. Currently, TCM clinical practice mostly treats this disease based on a single pathogenesis such as damp-heat, qi stagnation, or liver depression, and the perspective of syndrome differentiation is relatively limited. By combining TCM classical texts with clinical practice, and grounded in the theories of “Shaoyang as the pivot” and “the spleen and stomach as the axis”, this article proposes the qi movement concept of “pivot-axis unity”. It analyzes and elaborates that the essential pathogenesis of chronic cholecystitis is “pivot-axis disharmony”, that is, the mutual influence between dysfunction of the Shaoyang pivot and failure of the spleen-stomach central axis. Its pathological evolution can be divided into three stages: pivot dysfunction with impaired free descent of the gallbladder; pivot depression affecting the axis with disorder of spleen-stomach ascending and descending; and axis deficiency with pivot stagnation and mutual damage between the pivot and axis. Accordingly, the basic therapeutic principle of “regulating the pivot and harmonizing the axis” is established, with the harmonizing method as the guiding principle and staged treatment. This theory integrates six-meridian qi transformation, “the circulation of one qi”, and zang-fu syndrome differentiation, and can provide a new theoretical perspective and treatment approach for TCM syndrome differentiation and treatment of chronic cholecystitis.

Keywords

Chronic Cholecystitis, Pivot-Axis Disharmony, Regulating the Pivot and Harmonizing the Axis, Syndrome Differentiation and Treatment

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性胆囊炎(Chronic Cholecystitis, CC)是一种因胆结石、高脂饮食等原因引起胆囊壁发生炎性反应,呈慢性起病的常见消化系统疾病。慢性胆囊炎主要分为慢性结石性胆囊炎与慢性非结石性胆囊炎,临床表现以右上腹胀闷不适或疼痛为主,其疼痛有时可放射至后背,常伴有腹胀、嗝气、厌食油腻等胆源性消化不良症状。相关临床流行病学研究证实,慢性胆囊炎人群患病率可达 16.09%,在良性胆囊疾病中占比位居首位(74.68%),整体发病水平呈现逐年递增的特点[1]。且近年来,随着我国居民生活条件的提高及饮食习惯的改变,CC 的发病率逐渐上升。目前,西医治疗以对症处理、利胆抗炎及手术切除为主,治疗手段有限且存在局限性。若未能及时治疗,可诱发胆囊穿孔、急性腹膜炎等急症,严重威胁患者生命安全,而中医药在治疗 CC 方面有着独特的优势[2]。但现代中医多从湿热、气滞等单一病机论治 CC,因此本文通过回顾古籍经典及现代众家理论与临床实践,以“枢轴失和”角度去探析 CC 整体病程治疗,以期为临床治疗慢性胆囊炎提供新的理论视角。

2. 枢轴理论溯源

枢轴理论的学术脉络可溯源至清代医家黄元御“一气周流”理论,《四圣心源》提出:“中气者,阴阳升降之枢轴,所谓土也。”[3]构建出以中土脾胃为气机升降之轴、四脏为轮转的气化模型,后世医家将其思想概括为“枢轴运动”。黄氏虽在“肝随脾升,胆随胃降”中论及少阳胆气与胃气下行相协,但对于少阳经在气机转输中的独立地位,并未作专门阐述,与之相补充的是《内经》中“少阳为枢”理论[4],突出了少阳经在气机开阖转输中的独立地位。二者理论相互补充,在保持中气为一气周流核心的前提下,构建“少阳为枢、脾胃为轴”,使“枢”与“轴”各有其位、各司其职,构成枢轴相济的协同关系,最终归于“枢轴一体”的整体运动。

2.1. 少阳为枢

“少阳为枢”理论首载于《素问·阴阳离合论》:“太阳为开,阳明为阖,少阳为枢。”[4]此以门户为喻,开阖为门之启闭,枢为门之转轴,三者协同一体,方使门户启闭有序。王冰注《素问》曰:“枢者,所以主动转之微。”明确指出“枢”的核心义涵在于“动转”——即主持气机之运转、调节开阖之转换。不同于太阳之“开”主外放、阳明之“阖”主内收,少阳所主之“枢”是开阖之间的动态调节环节,是气机出入转换之关键[5]。从部位上而言,张介宾《类经·经络类·阴阳离合》注:“太阳为开,谓阳气发于外,为三阳之表也;阳明为阖,谓阳气蓄于内,为三阳之里也;少阳为枢,谓阳气在表里之间,可出可入,如枢机也。”[6]少阳位居半表半里,外邻太阳,内接阳明,为人体气机由表入里、由里出表的转枢之处。足少阳胆经系统与手少阳三焦经系统二者共属少阳经,协调构成人体气机“开阖转枢”之枢机结构。从功能上而言,《素问·灵兰秘典论》谓:“胆者,中正之官,决断出焉。”[4]足少阳胆经属胆络肝,胆附于肝,内藏精汁,肝胆相为表里。胆为甲木,内寄相火,其性喜升而宜降,以降为顺。胆腑枢机之“动转”体现在胆汁排泄与相火疏泄上,方向以“降”为主,是为枢之“用”;肝属脏主疏泄,重在调节全身气机畅达,方向以“升”为主,是为枢之“体”之动力,二者相互辅佐。胆腑生理功能的正常发挥,全赖少阳枢机之畅达。这一“通降”功能的实现,正是少阳枢机“主动转”之功能在胆腑层面的具体体现。少阳枢机畅达,则肝胆疏泄有度,气机升降出入有序,情志调畅,胆汁排泄正常;若枢机不利,则气机郁遏,胆腑通降失司,诸症丛生[7]。

2.2. 脾胃为轴

脾胃中气的学术概念本源于“脏腑学说”,并随后世医家不断丰富其理论基础。《素问·玉机真藏论》言:“脾脉者土也,孤藏以灌四傍者也。”[4]指出脾胃同居中焦,气机必经,四脏皆受其养。脾胃为后天之本、气血生化之源,中气充则枢机有所养,中气衰则枢机无所资。现代脾脏象理论研究亦表明,脾主运化、脾主升清与机体物质代谢、胃肠动力、免疫调节等多系统功能密切相关,为脾胃作为全身气机升降之“轴”提供了现代生物学基础[8]。黄元御《四圣心源》云:“脾升则肾肝亦升,故水木不郁;胃降则心肺亦降,故金火不滞。”[3]揭示了脾胃升降是全身气机运转的核心动力,脾主升清,将水谷精微上输心肺;胃主降浊,将腐熟食糜下传肠腑,由此带动肝木左升、肺金右降、心火下行、肾水上济,四维轮转皆系于此轴。《脾胃论》亦强调:“脾胃之气既伤,而元气亦不能充,而诸病之所由生也。”若中轴失司,则清阳不升,浊阴不降,升降反作,诸病由生。可见脾胃中轴在全身气机调节中居于核心地位[9]。

2.3. 枢轴一体,枢以运轴,轴以承枢

“枢以运轴,升降相因。”少阳主开阖之枢转、转输、疏泄;少阳胆气疏泄正常,则木能疏土,脾土

得肝木之疏而健运不壅, 胃气得胆气之降而下行有序。《素问·宝命全形论》云: “土得木而达。” [4] 肝气条达是脾土健运的前提。黄元御在《四圣心源》中将此概括为“肝随脾升, 胆随胃降” [3], 明确指出少阳胆气之通降直接参与胃气下行这一中轴运转的关键环节, 指出少阳经气的升降方向是由脾胃中轴的升降所引导。若枢机不利, 胆气郁结, 木不疏土, 则脾壅胃逆, 中轴随之失运, 临床中可见脘痞、暖气、恶心、纳呆等症。

“轴以承枢, 轴为体, 枢为用。”脾胃中轴主升降、运化、化源; 《灵枢·营卫生会》曰: “上焦如雾, 中焦如沤, 下焦如渎。” [10]中焦如沤, 腐熟水谷, 化生精微, 是全身气机得以运转的物质根基。脾胃为后天之本, 气血生化之源, 故脏腑生成实赖中土之气以运行。少阳枢机之运转, 有赖于脾胃中轴所化生气血的涵养。脾升胃降有序, 则清阳得升而充养肝胆, 浊阴得降而助胆腑通降。若中轴虚馁, 气血不充, 则枢机失其气化之源, 虽欲运转而无其力, 虽欲疏达而无其资。反之, 枢机畅达, 木能疏土, 则脾土不壅、胃气不逆, 中轴方得健运。故曰: 轴为枢之基, 枢为轴之用, 体用同源, 不可分割。

由此观之, 少阳为枢, 主开阖之枢转。少阳疏泄、三焦气化正常, 则能疏达中土, 促进脾升胃降, 防止中焦壅滞。; 脾胃为轴, 主升降。中气充足, 气血生化有源, 则少阳胆腑得养, 相火得降、枢机滑利。二者构成“枢轴一体”的气机运转系统。轴之旋转, 赖枢之滑利; 枢之滑利, 赖轴之濡养。轴停则枢涩, 枢郁则轴滞。

3. 基于“枢轴失和”解析慢性胆囊炎的病机本质

《灵枢·胀论》谓: “胆胀者, 胁下痛胀, 口中苦, 善太息。” [10]古代中医文献并无慢性胆囊炎病名记载, 但根据其临床症状表现, 可归属于“胆胀”、“胁痛”等范畴, 病位主责于胆腑, 但同时也与肝、脾、胃功能失调密切相关[11]。基于“少阳为枢、脾胃为轴”的枢轴一体观, 其病机本质可概括为“枢轴失和”, 即少阳枢机不利与脾胃中轴失运相互影响, 形成“枢郁及轴、轴滞阻枢、枢轴互损”的病理链。

3.1. “枢轴失和”理论与传统相关病机理论的辨析

“枢轴失和”理论并非对“肝脾不和”、“肝郁气滞”等传统病机理论的简单重组, 而是在其基础上的有机整合与深入探析。中医传统理论治疗慢性胆囊炎主要聚焦于两脏或两腑之间的线性耦合关系, 多描述某一阶段的静态证候, 缺乏对疾病整体演变规律的把控; 而“枢轴失和”理论将肝胆系统与脾胃系统置于“少阳为枢、脾胃为轴”的整体气机框架中, 以“枢”之系统(少阳经腑, 主表里出入)与“轴”之系统(中土脾胃, 主上下升降)的动态失衡来概括疾病本质, 实现了从“静态线性”到“动态演化”的突破, 其揭示了从“枢郁”到“枢郁及轴”再到“轴虚枢涩”的三阶传变规律, 为治疗慢性胆囊炎分期论治提供了直接依据。

3.2. 枢机不利, 胆腑通降失司——发病之始

情志不遂、饮食失节或外邪内伏, 常先扰少阳。《灵枢·本神》言“肝气虚则恐, 实则怒”、“愁忧者, 气闭塞而不行。” [10]少阳主枢, 胆为甲木, 内寄相火, 性喜疏泄而以降为顺。枢机一郁, 胆气不疏, 通降失职, 胆汁排泄不畅, 气机壅滞胆腑, 则见右胁隐痛、胀痛, 牵及肩背。《丹溪心法》所云: “气有余便是火” [12], 气郁日久化热, 或三焦气化不利、水湿内停, 湿热蕴结胆腑, 则见口苦、咽干、厌食油腻、舌红苔黄腻。此阶段以“枢郁”为主, 是慢性胆囊炎发病之始。

3.3. 枢郁及轴, 脾胃升降失常——传变之要

枢机不利, 木不疏土, 则中轴应之而病。黄元御谓“肝随脾升, 胆随胃降”, 胆气不降则胃气上逆, 木郁乘土则脾气不升。《灵枢·四时气》云: “邪在胆, 逆在胃。” [10]故慢性胆囊炎多见暖气、恶心、

呕吐、脘痞、纳呆、便溏等胆胃同病、胆脾同病之候。中轴壅滞,水谷不化,湿浊内生,而湿性黏滞,困阻中焦,又反过来加重枢机不利。此为“枢郁则轴滞”,病势由胆腑延及中焦。然枢郁及轴尚有一类寒热错杂之变局,即“胆热脾寒”。少阳枢机郁滞,胆火不得疏泄下达,郁于上而化热,则见口苦、咽干、胁痛、心烦、溲黄;木郁乘土,或中阳素虚,或久服苦寒清利之剂损伤中阳,致太阴脾土阳气不振,寒湿内生,则见腹胀、便溏、腹痛喜温、畏寒肢冷。此证热在少阳胆腑,寒在太阴脾土,枢轴同病而寒热异位。其机在于,枢机不利,相火内郁而不下交;中轴虚寒,脾阳失运而不升达。枢不运轴,则木火自燔;轴不承枢,则寒湿下注。此为“枢热轴寒”,乃枢轴失和中虚实并见、寒热错杂之特殊类型。

3.4. 轴虚枢涩, 枢轴互损——迁延之根

慢性胆囊炎反复发作,枢轴失和由实渐虚,而成虚实夹杂。一方面,枢机久郁,气滞、湿阻、郁热、瘀血留滞胆络;另一方面,中轴为木郁湿困,脾胃渐虚,气血生化不足,少阳枢机失于濡养,即“轴虚枢涩”。正如叶天士《临证指南医案》云:“久病入络”、“久痛必入络。”^[13]慢性胆囊炎迁延不愈,胆囊壁出现增厚、毛糙、纤维化器质性变化,正是瘀痰留滞胆络之征。临床常见胁痛隐隐、劳则加重,神疲乏力,纳差,舌淡暗或见瘀斑,苔腻,脉弦细或弦滑等。

4. “调枢和轴”论治慢性胆囊炎

基于慢性胆囊炎“枢轴失和”之病机本质,其基本治则可概括为“调枢和轴”,以“和法”为纲。调枢者,疏利少阳、畅达气机、清解郁热,以复胆腑通降;和轴者,健运脾胃、升降中焦、化生气血,以固后天之本。枢利则轴转,轴健则枢滑,二者相须为用,不可偏废。临证又须根据枢轴失和之动态变化,分清枢郁、枢郁及轴、轴虚枢涩之标本虚实,权衡寒热多少,分阶段论治。初期以调枢为主,佐以运轴;传变期枢轴并调,寒热同施;迁延期培轴运枢,兼以化瘀通络。故不宜猛峻攻削,亦不可径用呆补,当以和法为宗,调其偏胜,归于中和。

4.1. 疏利气机, 清降胆腑

慢性胆囊炎病发早期在少阳,以枢郁为主,胆腑通降失司,中轴尚未明显受病,或虽受影响而较轻。临床上主症可见右胁或右上腹胀痛、隐痛,痛引肩背,口苦咽干,亦可伴或不伴情绪抑郁或烦躁,嗳气,厌食油腻。舌脉上可见舌质淡红或边尖红,苔薄白或薄黄,脉弦或弦细。主以柴胡疏透少阳之郁,黄芩清泄胆腑之热。此期虽以调枢为主,但防其“枢郁及轴”,故在方中佐以运脾和胃之品,如茯苓、白术等。故应治当疏利少阳、清解郁热、恢复胆腑通降,并少佐运脾和胃之品,以先安未受邪之地。《伤寒论》云:“伤寒五六日中风,往来寒热,胸胁苦满,嘿嘿不欲饮食,心烦喜呕……小柴胡汤主之。”^[14]小柴胡汤为和解少阳之祖方,方中柴胡疏透少阳之郁,黄芩清泄胆腑之热,半夏、生姜和胃降逆,人参、甘草、大枣益气和中,全方辛开苦降,调枢而不忘运轴,恰合“枢郁”初期之治。若枢郁化热,湿热壅滞,兼见腑气不通者,可参大柴胡汤法。《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》谓:“按之心下满痛者,此为实也,当下之,宜大柴胡汤。”^[15]即和解之中兼以通下,使湿热瘀滞从下而解。现代研究亦证实,小柴胡汤、大柴胡汤可调节胆囊收缩功能、促进胆汁排泄、减轻胆道炎症反应,并能降低炎症因子水平^{[16][17]}。临证常加茯苓、白术、薏苡仁等运脾化湿之品,使中轴一运,枢机易利。

4.2. 调枢和轴, 升降同调

此期枢郁已及中轴,胆胃同病或胆脾同病,升降逆乱,寒热错杂。临床上在兼有初期症状的基础上,还可出现脘腹痞满胀痛,恶心呕吐,纳呆,大便不调。伴或不伴身重困倦,或畏寒肢冷与口苦心烦并见。舌脉上可见舌质红或淡胖,苔黄腻或白腻,脉弦滑或弦细。若为“胆热脾寒”之象,临床上则见胁痛、

口苦、心烦与腹胀、便溏、畏寒、舌淡胖苔白滑并见。治当调枢与和轴并重，辛开苦降，寒热同施，以复“肝随脾升，胆随胃降”之常。《灵枢·四时气》曰：“邪在胆，逆在胃。”[10]明确指出胆病可致胃气上逆。若胆胃不和、湿热中阻，症见胁痛、脘痞、呕恶、苔黄腻者，可用大柴胡汤合半夏泻心汤、温胆汤加减。半夏泻心汤辛开苦降、寒热并用，调脾胃中轴之升降；大柴胡汤疏利少阳、通下腑实，二者相合，枢轴同调。若属胆热脾寒之变局，则当以柴胡桂枝干姜汤为主方。《伤寒论》言：“伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，心烦者，此为未解也，柴胡桂枝干姜汤主之。”[14]方中柴胡、黄芩清解少阳郁热，干姜、桂枝温运太阴脾寒，栝楼根、牡蛎生津散结，炙甘草益气和中，全方寒热并用、枢轴同调，使少阳枢机得利，太阴脾土得温，恰合“枢热轴寒”之机，同时现代研究亦表明，柴胡桂枝干姜汤加味治疗胆热脾寒型慢性胆囊炎，可显著降低炎症因子水平，改善胆囊收缩功能与胃肠功能，且临床总有效率优于常规治疗[18]。

4.3. 培轴运枢，化瘀通络

此期病程迁延，枢轴失和由实转虚，而成虚实夹杂。中轴既虚，枢机失养而涩滞；久病入络，痰瘀凝结胆络。临床上主症可见右胁隐痛，痛处固定，劳累后加重，神疲乏力，纳差。伴或不伴面色萎黄或晦暗，腹胀，大便溏薄。此期舌脉上可见舌质淡暗或紫暗，或有瘀斑瘀点，苔薄白或腻，脉弦细涩或沉弦。治当健运脾胃、益气养血以培中轴，疏利少阳以运枢机，并兼化瘀通络以消癥结。方用香砂六君子汤或补中益气汤合逍遥散、膈下逐瘀汤加减。香砂六君子汤健脾益气、化湿和胃，以复中轴健运；逍遥散疏肝健脾、调和枢轴；膈下逐瘀汤活血化瘀、通络止痛。若胁痛固定、舌暗有瘀斑者，可加丹参、三七、莪术等以增化瘀通络之力。现代研究提示膈下逐瘀汤加减能明显缩小胆囊容积，改善胆囊血流动力学和患者临床症状。如此培轴以运枢，化瘀以畅枢，使枢轴渐复协调，减少复发[19]。

5. 小结与展望

本文通过梳理“枢轴”理论源流，将《内经》“少阳为枢”[4]与黄元御“枢轴运动”思想相融合，提出“枢轴一体”的气机运动观。慢性胆囊炎病位虽在胆，但其发病、传变与转归均与脾胃中轴密切相关。通过结合疾病全程演变规律，本文厘清了慢性胆囊炎具有三阶递进的病理特点。基于此，本文提出慢性胆囊炎治疗当以“调枢和轴”为总纲，以和法为宗，分期辨治，枢轴同调，兼顾寒热虚实。这一思路既突出了少阳经腑在慢性胆囊炎发病中的关键地位，又强调了脾胃中轴在疾病传变与转归中的核心作用，实现了从单一脏腑辨证向整体气机辨证的思维转变，丰富了慢性胆囊炎的中医病机内涵与治疗体系。

然而，本研究仍以理论探析为主，尚存在一定局限。今后可进一步深化研究：一是基于临床流行病学调查，系统总结慢性胆囊炎“枢轴失和”的证候分布与演变规律；二是开展规范化的随机对照研究，对“调枢和轴”法及其代表方药的临床疗效进行科学验证；三是结合现代分子生物学、网络药理学等技术，深入探究“调枢和轴”代表方剂的作用靶点与信号通路，揭示其调控胆囊功能、抗炎抗纤维化的微观机制，为理论提供现代科学佐证。通过理论、临床与实验的相互印证，有望进一步完善慢性胆囊炎的中医辨治体系。

综上所述，“枢轴失和”理论为慢性胆囊炎的中医诊疗提供了全新的整体视角与理论支撑，后续可通过系统化、规范化的临床与基础研究，进一步完善该理论体系，为慢性胆囊炎的中医药精准治疗、长期防控提供新的方向与思路。

参考文献

- [1] Rakesh, B.H. and Rajendra, G.C. (2013) A Prospective Clinicopathological Study of 50 Cases of Chronic Calculous Cholecystitis in the Local Population. *Journal of Evolution of Medical and Dental sciences*, 2, 6076-6716.

<https://doi.org/10.14260/jemds/1197>

- [2] 鲁意, 高允海. 慢性胆囊炎的中西医治疗进展[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(2): 4-6.
- [3] 黄元御. 四圣心源[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2011.
- [4] 佚名. 黄帝内经素问[M]. 林忆, 校正. 北京: 人民卫生出版社, 1956.
- [5] 孙秀娟, 周春祥. “少阳为枢”内涵探讨[J]. 南京中医药大学学报, 2008(3): 153-155.
- [6] 明·张介宾. 类经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1965.
- [7] 胡济源, 张向伟, 柳红芳. 论“少阳为枢”的理论内涵[J]. 环球中医药, 2018, 11(12): 1913-1915.
- [8] 刘悦, 寇晓忱, 张会永, 等. 中医脾脏象理论导源及研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(8): 3630-3633.
- [9] 赵国惠, 何振中, 盖建民. 丹道视域下黄元御中气圆转医学思想新探[J]. 中华中医药杂志, 2026, 41(4): 1103-1108.
- [10] 清·张志聪, 矫正强, 王玉兴, 等. 黄帝内经灵枢集注[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2012.
- [11] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胆囊炎中西医结合诊疗专家共识(2025 年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(4): 351-370.
- [12] 元·朱震亨, 彭建中. 丹溪心法[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997.
- [13] 清·叶天士. 临证指南医案[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959.
- [14] 汉·张仲景. 伤寒论[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1988.
- [15] 汉·张仲景. 金匱要略[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018.
- [16] 马亦湘, 周春宇, 杨成城, 等. 大柴胡汤对结石性胆囊炎豚鼠胆囊动力的影响及其机制[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(15): 2082-2086+2167.
- [17] 王克鹏, 焦恩虎, 李润东. 小柴胡汤加减治疗慢性胆囊炎的疗效评价[J]. 中国医药科学, 2023, 13(19): 111-114.
- [18] 顾瑞, 陆瑶瑶, 戴洪山, 等. 柴胡桂枝干姜汤加味治疗胆热脾寒型慢性胆囊炎疗效及对炎症因子、胆囊功能及胃肠功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(17): 64-69.
- [19] 陈朝露, 张仁卓, 李滨. 膈下逐瘀汤加减对慢性胆囊炎患者胆囊容积和胆囊动脉血流动力学的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(22): 2485-2488.