

升阳益胃汤治疗重症肌无力的临床体会

潘建序¹, 马 莉^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院针灸二科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年1月15日; 录用日期: 2025年2月7日; 发布日期: 2025年2月19日

摘 要

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递功能障碍的获得性自身免疫性疾病, 80%以上的重症肌无力患者存在胸腺异常。其主要临床表现为肌肉连续收缩后出现严重无力甚至瘫痪, 休息后症状减轻。肌无力常于下午或傍晚因劳累后加重, 晨起或休息后减轻, 表现为“晨轻暮重”, 甚至可伴有吞咽困难、言语不清、饮水呛咳、呼吸困难等症状, 严重影响了患者的日常生活, 大大降低了患者的生活质量, 给患者造成了巨大的困扰。本文从中医药的角度分析重症肌无力的发病机制, 并通过真实的临床案例记录升阳益胃汤治疗重症肌无力的疗效, 为重症肌无力的治疗提供多样有效的中医药治疗方法。

关键词

重症肌无力, 治疗, 中医药, 升阳益胃汤

Clinical Experience of Shenyang Yiwei Decoction in the Treatment of Myasthenia Gravis

Jianxu Pan¹, Li Ma^{2*}

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

²Department of Acupuncture and Moxibustion (II), The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: Jan. 15th, 2025; accepted: Feb. 7th, 2025; published: Feb. 19th, 2025

Abstract

Myasthenia gravis is an acquired autoimmune disease of neuromuscular junction transmission dysfunction that occurs in more than 80% of patients. Myasthenia gravis patients have thymus

*通讯作者。

abnormalities. Its main clinical manifestations are severe weakness or even paralysis after continuous muscle contraction. The symptoms abated after rest. Muscle weakness is often aggravated in the afternoon or evening due to fatigue, and reduced in the morning or after rest, manifested as “morning light twilight Heavy”, can even be accompanied by dysphagia, slurred speech, drinking cough breathing difficulties and other symptoms, seriously affecting the daily life of patients Life has greatly reduced the quality of life of patients and caused great distress to patients. This paper analyzes the importance from the perspective of Chinese medicine. The pathogenesis of myasthenia and the efficacy of Shengyang Yiwei Decoction in the treatment of myasthenia gravis were recorded through real clinical cases. The treatment of myasthenia provides a variety of effective Chinese medicine treatment methods.

Keywords

Myasthenia Gravis, Treatment, Traditional Chinese Medicine, Shengyang Yiwei Decoction

Copyright © 2025 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

重症肌无力是一种神经-肌肉接头传递功能障碍的获得性自身免疫性疾病。主要由于神经-肌肉接头突触后膜上 AChR 受损引起。临床主要表现为部分或全身骨骼肌无力和极易疲劳, 活动后症状加重, 以眼外肌受累最为多见, 临床上大多数患者均以对称或非对称性的眼睑下垂复视首诊, 经休息或胆碱酯酶抑制剂治疗后症状减轻。本病发病率为(8~20)/10 万, 患病率为 50/10 万, 可见于任何年龄, 小至数月, 大至 70~80 岁。常见诱因有感染、手术、精神创伤、全身性疾病、过度疲劳、妊娠、分娩等。根据症状特点, 重症肌无力可分为: I 眼肌型(15%~20%)、IIA 轻度全身型(30%)、IIB 中度全身型(25%)、III 急性重症型(15%)、IV 迟发重症型(10%), V 肌萎缩型。轻者病变可仅限于眼外肌, 出现上睑下垂和复视等症状, 重者会出现咽喉肌无力症状, 如说话含糊不清、吞咽困难、饮水呛咳、咀嚼无力, 甚至累及延髓肌、肢带肌、躯干肌和呼吸肌, 导致重症肌无力危象, 危及生命。由此可见, 探究重症肌无力的临床治疗方法, 缓解患者症状, 对减轻患者痛苦, 改善患者生活质量具有重大意义。

2. 中医古籍对重症肌无力的认识

中医古籍并没有“重症肌无力”的病名记载, 根据症状, 可将其归属于“痿证”、“睑废”范畴[1]。正如《目经大成》曰: “只上下左右两睑, 日夜长闭而不能开, 攀开而不能眨, 理有不解……以手拈起眼皮方能视。”在病因上, 《素问·生气通天论》指出: “因于湿, 首如裹, 湿热不攘, 大筋短, 小筋弛长, 短为拘, 弛长为痿。”《素问·痿论》曰: “脾气热, 则胃干而渴, 肌肉不仁; 有渐于湿, 以水为事, 若有所留, 居处相湿, 肌肉濡渍, 痹而不仁, 发为肉痿。”认为湿热是痿证的成因之一。同时素体脾胃虚弱, 或久病伤及脾胃致虚, 或劳倦过度损及脾胃, 久思忧虑, 导致中气受损, 脾胃受纳、运化、输布水谷精微的功能失常, 气血津液生化乏源, 无以濡养五脏, 以致四肢肌肉筋骨失养而发病, 故见眼睑下垂, 或四肢肌肉痿软无力[2]。

3. 脾胃与重症肌无力的关系

3.1. 脾为气血生化之源

《素问·痿论》曰: “阳明者, 五脏六腑之海, 主润宗筋, 宗筋主束骨而利机关也。”李东垣代表的

“补土派”认为脾胃不同于其他的脏腑,其是人体发病与否的内因,脾胃为气血生化之源,气血是构成人体及维持人体生命活动最基本的物质,脾主运化,胃主受纳,通过消化吸收食物中的精微物质,成为血液最根本的物质,再通过心肺作用,血液的化生才能得以完成。正如《灵枢·营卫生会》云:“中焦亦并胃中,出上焦之后,此所受气者,泌糟粕,蒸津液,化其精微,上注于肺脉,乃化而为血。”脾的运化功能正常,才能化生精、气、血、津液,营养五脏六腑、四肢百骸。故若脾化源失职,则气血生化无力,可见四肢乏力、疲劳、吞咽困难等典型表现。国医大师邓铁涛教授认为重症肌无力是由于先天禀赋不足,后天失养,或情志刺激,或外邪所伤,或疾病失治、误治、病后失养等原因导致脾胃气虚,渐而积虚成损,遂导致该病的发生[3]。1项重症肌无力患者中医证型研究显示也表明,在11个辨证分型中,病位在脾胃的占83.91%[4]。由此可见,脾胃虚弱、气血亏虚是重症肌无力发生的主要原因。

3.2. 脾主四肢肌肉

脾主肌肉的发育和运动,脾气虚弱时,肌肉的发育和运动功能亦会随之发生变化,临床一般可表现为肌肉消瘦、四肢乏力、不耐劳作等症状。眼胞在五轮学说中定为肉轮,属脾胃,司眼睑之开合。正如《脾胃论·脾胃盛衰论》中描述:“脾胃俱旺,则能食而肥;脾胃俱虚,则不能食而瘦……脾虚则肌肉削[5]。”《素问·太阴阳明论》中指出:“四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷之气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉皆无以生,故不用焉。”脾不为胃行其津液,气血不充而引起肌肉病变,与重症肌无力的病理机制也一致[6]。以上论述足以说明四肢无力、肌肉瘦削、眼睑下垂等重症肌无力典型表现均因脾病受损所致。

3.3. 脾胃为人体气机升降之枢纽

脾胃共同调节和维持人体气机的正常运行。李东垣在《脾胃论》中曰:“饮食入胃,而精气先输脾归肺,上行春夏之令,而滋养周身,乃清气为天者也。升已而下输膀胱,行秋冬之令,为传化糟粕转味而出,乃浊阴为地者也。”《脾胃论·卷下·阴阳升降论》中又言:“在人则清浊之气皆从脾胃出,荣气荣养于身,乃水谷之气味化之也。”叶天士在《脾胃论》的基础上指出“纳食主胃,运化主脾,脾宜升则健,胃宜降为和”。从临床表现来看,呼吸吐纳的深度需要依靠脾胃气机的正常运转,如果脾胃升降失调,则肾不纳气,气不归元,可见气短,气喘,动则喘甚等症状,甚至引起呼吸肌、吞咽肌进行性无力或麻痹,造成重症肌无力危象,危及生命。

3.4. 脾胃为五脏之本

正如《素问·玉机真脏论》云:“五脏者,皆禀气于胃,胃者,五脏之本也。”《景岳全书·卷十七·脾胃》也表明:“脾胃有病,自宜治脾,然脾为土脏,灌溉四傍,是以五脏中皆有脾气,而脾胃中亦皆有五脏之气,此其互为相使,有可分而不可分者在焉,故善治脾者,能调五脏,即所以治脾胃也;能治脾胃,而使食进胃强,即所以安五脏也。”人体是一个统一的有机体,各脏腑、各系统相互关联,相互影响,形成一个复杂、有序、自我调节的整体。脾胃气虚,肌肉失养,可表现为眼睑下垂、四肢无力,吞咽苦难等症状。累及肝肾时,可因肝血不足、肾精亏损而表现为复视、斜视;累及肺肾时,可表现为呼吸气短,纳气不能;累及心肝时,可出现心悸、烦躁、失眠等表现;甚至大气下陷,呼吸困难。

3.5. 治痿独取阳明

脾胃同居中焦,互为表里,胃收纳的水谷精微通过脾的运化输布周身,而小肠、大肠承担受盛、传化水谷的功能,与中焦脾胃共同完成化生气血、营养周身的功能。刘渊《医学纂要·痿证》曰:“痿躄之证,乃肌肉萎弱,筋骨无力,不运动,故致痿躄。其证多因足三阴虚损,肝、脾、肾元气不足,以致内脏

精血亏耗。故经曰：治痿独取阳明。盖阳明为多气多血之海，所以调和五脏，洒陈六腑，渗灌溪谷，营养冲任，皆此气血之用。故阳明盛，则宗筋润，而机关利；阳明虚，则诸脉涸，而筋骨痿。……盖以脾气虚，则无力以运动；肾元弱，则精虚不能灌溉；肝筋备，则血虚不能荣养。故筋痿者，滋其肝；肉痿者，益其脾；骨痿者，生其精。”正如明·马蒔所讲：“治痿取阳明，但又必取所受病之经，所以言治痿独取阳明是治疗大法，并非定法，独取是言其重，而非言其孤[7]。”

4. 对升阳益胃汤的认识

升阳益胃汤出自李东垣《内外伤辨惑论》，其中载：“脾胃虚则怠惰嗜卧，四肢不收……兼见肺病，洒淅恶寒，惨惨不乐，面色恶而不和，乃阳气不伸故也，当升阳益气，名之曰升阳益胃汤”，指出升阳益胃汤主治脾胃虚弱证[8]。其方由黄芪、半夏、人参、炙甘草、独活、防风、白芍、羌活、陈皮、茯苓、柴胡、泽泻、白术、黄连组成。原方黄芪(二两)，半夏(汤洗，此一味脉涩者用)，人参(去芦)，甘草(炙)(以上各一两)，独活，防风(以其秋旺，故以辛温泻之)，芍药，羌活，以上各五钱，陈皮四钱(不去瓢)，茯苓三钱(小便，不渴者勿用)，泽泻三钱(不淋者不用)，柴胡三钱，白术三钱，黄连二钱。此方纳“二陈汤”“六君子汤”“芍药甘草汤”及“补中益气汤”，可温补与苦寒通用，攻邪与补益结合，既可温脾化湿益肺气，亦可清化湿热祛外寒。方中黄芪、人参、炙甘草用量较大，用于补益脾胃之气，升举清阳；脾为水之中洲，脾虚不运生湿，湿邪阻滞气机，郁而化热，故加半夏、陈皮、茯苓、泽泻、黄连除湿热，脾胃为元气之本，且脾为肺之母，故脾虚日久致肺气亦虚，表卫不固，用柴胡、白芍、羌活、独活、防风助肺气固表。诸药合用，补中有散，发中有收，阴阳平调为一体，以达到补益脾胃、升阳除湿的目的。脾气旺则受五味之精，化赤为血，气血生化有源，心神得以养，则诸症自除。故本方主要治疗脾胃气虚导致的诸多症状，如少气懒言、倦怠嗜睡、气血亏虚、失眠多梦、食欲不振等。吴崑的《医方考》和喻昌的《医门法律》均认为导致脾胃虚的原因是湿邪困脾和阳气郁胃，《医方考》言：“湿淫于内者，脾土虚弱，不能制湿，而湿内生也。湿流百节，故令体重节痛。脾胃虚衰，不能运化精微”，与病机十九条中“诸湿肿满，皆属于脾”相吻合[9]。《医门法律》言：“因其人阳气遏郁于胃土之中，胃虚不能升举其阳。”在治法上，喻昌联系《黄帝内经》，将治法总结为“火郁发之”，提出药物之间的补泻以及升降浮沉之理，在升阳益胃汤中，益胃者，选用人参、黄芪、白术、炙甘草；升阳者，选用独活、羌活、防风、柴胡，又因火本宜降，虽从其性而升之，故选用泽泻、黄连之降，以分杀其势[10]。临床研究表明，升阳益胃汤临床具有抗疲劳功效[11]。

5. 案例举隅

例 1: 患者，女，86 岁，2021 年初诊。患者于 2021 年 2 月无明显诱因出现双眼睑上抬无力，声音嘶哑，言语不利，饮水呛咳，遂就诊于外院，行颅脑 MR 及肌电图等相关检查，诊为“重症肌无力”，予口服溴比斯的明治疗(1 片，日两次)，症状可见缓解。半年后，口服溴比斯的明已无明显效果，遂就诊于外院，予口服强的松激素治疗，服药后症状可缓解。为求中西医结合治疗，遂来我院就诊。症见：双眼睑上抬无力，言语不利，声音嘶哑，自觉喉中有痰，粘滞难咳，偶有饮水呛咳，视物模糊，舌淡、苔白，脉细弱。导师马莉辨证为脾阳虚弱。治宜温阳益气，健脾祛湿，予中药方剂如下：党参 20 g、白术 15 g、防己 15 g、炙甘草 15 g、炒苦杏仁 10 g、茯苓 20 g、川芎 15 g、赤芍 15 g、北柴胡 15 g、白芍 15 g、黄芪 20 g、桂枝 15 g、当归 15 g、黑顺片 30 g、防风 10 g、肉桂 5 g、黄芩片 15 g、盐黄柏 5 g，水煎服，日一剂，早晚分服。二诊患者诉症状稍见缓解，偶有眩晕症状，给予升阳益胃汤加减：黄芪 50 g、党参 20 g、白术 15 g、当归 15 g、粉葛 30 g、白芍 15 g、羌活 10 g、独活 15 g、北柴胡 15 g、炙甘草 10 g、陈皮 15 g、黄连片 5 g、盐黄柏 10 g、清半夏 15 g、茯苓 15 g、仙鹤草 30 g、升麻 10 g、天麻 10 g。三诊患者

诉睡眠欠佳, 吞咽及乏力症状明显缓解, 已无眩晕, 遂去天麻, 为进一步振奋阳气, 改善患者睡眠状况, 加黄芪至 60 g、党参减至 15 g、加黑顺片 10 g、首乌藤 30 g、牡蛎 20 g。服药 2 月后患者及家属表示感谢, 并自诉眼睑下垂症状消失, 无吞咽困难及饮食呛咳症状, 自觉自身状态非常轻松, 感觉良好。后因自行突然停止口服激素药物出现症状复发表现, 又继续治疗 2 个月后, 患者日常生活基本正常, 基本劳作不受影响, 症状稳定至今。

例 2: 患者, 男, 64 岁。2023 年主因“双眼上眼睑上抬无力 3 年, 加重 3 月余”入院, 现病史: 患者 3 年前出现双眼上眼睑上抬无力, 无眼部疼痛, 无视物旋转、模糊及视力下降, 前往外院就诊, 确诊为“重症肌无力”, 给予溴比斯的明口服, 半年后自行将其改为一次一片, 一日三次, 症状有所好转。3 个月前因感冒后病情明显加重, 可见眼睑下垂、上抬无力, 咀嚼无力、吞咽困难、四肢无力等症状, 外院给予注射用甲泼尼龙琥珀酸钠、静脉注射用人免疫球蛋白、硫唑嘌呤片, 效果一般, 为求中医治疗, 遂前来就诊。现症见: 右眼睑缩小, 眼睑下垂, 上抬无力, 四肢乏力, 口不苦, 口不渴, 怕热, 汗出略多, 饮食可, 无反酸, 睡眠可, 二便正常, 舌质红, 少苔, 脉弱。查体: 四肢肌张力正常, 四肢肌力 IV 级。西医诊断: 重症肌无力; 中医诊断: 痿证。继续给予相关药物口服治疗, 导师马莉予中药: 党参片 20 g、麸炒白术 15 g、黄芪 45 g、黄连片 5 g、清半夏 15 g、陈皮 15 g、茯苓 15 g、白芍 15 g、北柴胡 15 g、黄柏 10 g、羌活 10 g、升麻 10 g、防己 15 g、独活 15 g、葛根 30 g、仙鹤草 30 g、甘草片 10 g、当归 15 g, 水煎服, 日一剂, 早晚分服。服药一周后患者述症状稍见改善, 导师马莉认为黄芪具有补气升阳, 提升人体机能, 对于重症肌无力所致的乏力等症有很好的效果, 加黄芪至 60 g, 余方药剂量不变。嘱患者继续服药, 患者自述四肢无力症状缓解明显, 偶有晕眩, 导师马莉认为此为患者四肢已强, 但仍中气未充, 遂去羌活、独活、防己, 加黄芪至 80 g 增强补中气作用、麸炒枳壳 15 g 体现补中有行、天麻 10 g 熄风定眩。治疗 25d 后, 患者四肢活动有力, 眼睑下垂症状明显改善, 自述吞咽及咀嚼功能恢复正常, 要求带药出院巩固治疗, 出院后坚持服用中药, 处方如下: 党参片 20 g、麸炒白术 15 g、黄芪 60 g、黄连片 5 g、清半夏 15 g、杜仲 15 g、陈皮 15 g、茯苓 15 g、白芍 15 g、北柴胡 15 g、黄芩片 15 g、干姜 10 g、升麻 10 g、槲寄生 15 g、防风 10 g、羌活 10 g、独活 15 g、葛根 20 g、仙鹤草 30 g, 日一剂, 水煎服, 早晚分服。服药 6 个月后, 患者病情稳定, 可参加较轻体力劳作。

例 3: 患者, 男, 32 岁, 2022 年 11 月初诊。自带神经肌肉接头疾病自身抗体谱检测结果: AchR (乙酰胆碱受体) 抗体 IgG: >20 mmol (参考区间 <0.45 mmol/L), Titin (肌联蛋白) 抗体 IgG: 阳性(2.33) (参考结果: <1.00)。自诉患重症肌无力症 2 年, 一直口服溴比斯的明治疗, 右侧眼睑上抬无力症状已明显改善, 病情平稳, 未予进一步治疗。后患者自觉症状加重, 伴耳鸣进行性加重, 且口服溴比斯的明随服药时间及剂量的逐渐加大, 疗效呈递减趋势, 遂来我院门诊寻求中西医结合治疗。症见: 患者精神不振, 语声低微, 少气懒言, 左侧眼睑略抬举无力, 耳鸣进行性加重, 听力下降, 乏力, 焦虑, 口苦、口渴, 怕冷, 汗出多, 睡眠欠佳, 入睡困难, 睡中多梦, 食欲欠佳, 咀嚼及吞咽较无力, 大便日 1 次, 排气多, 小便可, 舌质淡, 苔薄, 齿痕舌, 双手脉沉。中医辨证属阳气虚衰, 脾气虚弱。治宜升阳益气, 健脾除湿。予升阳益胃汤加减: 党参 20 g、麸炒白术 20 g、炙黄芪 25 g、清半夏 15 g、黄连片 15 g、茯苓 20 g、炙甘草 15 g、陈皮 15 g、羌活 15 g、独活 15 g、麸炒泽泻 15 g、防风 10 g、北柴胡 15 g、黄芩片 15 g、关黄柏 15 g、栀子 15 g、麸炒枳壳 15 g、升麻 10 g, 水煎服, 日一剂, 早晚分服。患者服药 1 周后, 肌力有所好转, 为进一步补益脾胃之气, 升举清阳, 加黄芪至 60 g, 吾师嘱患者坚定信心, 坚持继续服用中药汤剂治疗, 观察疗效, 服用 2 周后, 症状进一步减轻。黄芪加至 90 g, 继续坚持服药 1 月, 未见不良反应。患者肌力明显增加, 精神状态较前明显好转, 日常生活基本正常, 基本劳作不受影响。随访至今, 患者病情稳定。

6. 小结

重症肌无力属于难治性自身免疫性疾病, 病程较长, 且病情易反复, 导师马莉经常提醒临床治疗此类疾病, 要有足够的耐心与信心, 且面对疾病的经常复发要有心理准备, 不应图快地急于改变患者症状, 应治病求本, 善于辩证, 法随证立, 方从法出, 方以药成。患者也应该抱有对中医药的信心, 且症状缓解后还需坚持服用中药巩固疗效。在重症肌无力患者中, 以脾胃辩证居多, 常表现为精神不振, 气短懒言, 语声低微, 四肢乏力, 眼睑抬举无力, 舌淡, 苔薄, 脉沉。这也与脾主四肢肌肉, 为气血生化之源, 气机升降之枢纽, 维持人体生命活动的后天之本相吻合。升阳益胃汤由黄芪、半夏、人参、炙甘草、独活、防风、白芍、羌活、陈皮、茯苓、柴胡、泽泻、白术、黄连组成。此方纳“二陈汤”“六君子汤”“芍药甘草汤”及“补中益气汤”之意, 可升发脾阳, 脾升则健, 胃降则和, 临床用于治疗劳倦伤脾, 胃阳不振, 表现为四肢不收, 肢体重浊、嗜卧倦怠、恶风厥冷、口苦舌燥、饮食无味、食不消化、大便不调等。对于脾胃虚弱、气血亏虚所致的重症肌无力所致眼睑下垂、抬举无力、吞咽困难, 少气懒言, 四肢乏力等症状有较好的疗效, 选方对证。在西药减量问题上, 不应立即停止服用新斯的明或激素类药物, 会引起症状的加重复发, 得不偿失, 应在症状明显好转、且能进行日常活动、对减药能耐受的情况下逐量递减至停药, 最后再逐渐减少中药剂量至停药, 达到临床治愈的目的。从脾论治选方升阳益胃汤治疗重症肌无力, 远期疗效较为巩固, 乃属治本之法。在煎药方面, 补益之剂需久煎, 且应少量多次服用; 在饮食方面, 建议食用薏苡仁、山药等健脾食物, 避免服用寒凉、辛辣等损害脾胃的食物[12]。对于长期服用激素的患者, 可加用西洋参顾护阴液[13]。

上述病例报道均已获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] 张芹, 杨科朋, 张毅, 等. 范永升运用“治中焦如衡, 非平不安”治疗重症肌无力经验[J]. 浙江中医杂志, 2022, 57(9): 642-643.
- [2] 钟霖, 张震中. 补肾温阳法治疗老年眼肌型重症肌无力临床体会[J]. 浙江中医杂志, 2024, 59(5): 453-454.
- [3] 张修铭. 邓铁涛诊治重症肌无力治未病思想及临床用药相关规律[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2019.
- [4] 马书明. 重症肌无力(痿证)中医证型证素分析及补脾益肾法疗效 Meta 分析[D]: [硕士学位论文]. 郑州: 河南中医药大学, 2018.
- [5] 徐升, 刘友章, 杨晓军. 从脾胃论治重症肌无力[J]. 山东中医杂志, 2006, 25(11): 727-728.
- [6] 侯赛赛, 李燕梅, 时亚苹, 等. 基于《黄帝内经》理论探讨从脾胃论治重症肌无力[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(22): 6-8.
- [7] 苏卫东, 杨晓黎. 重症肌无力中医临床思考[J]. 时珍国医国药, 2006, 17(1): 120-121.
- [8] 李东垣. 内外伤辨惑论[M]. 张年顺, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 26.
- [9] 吴昆. 医方考[M]. 洪青山, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 149.
- [10] 喻昌. 医门法律[M]. 张晓梅, 肖培新, 袁尚华, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 110.
- [11] 冯玉华, 阎润红, 段剑飞. 升阳益胃汤抗疲劳的实验研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2008, 14(8): 60-62.
- [12] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 第2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 312.
- [13] 童妙然, 杨晓军, 陈楚纯, 等. 邓中光治疗重症肌无力处方用药分析[J]. 广州中医药大学学报, 2018, 35(2): 350-353.