欢迎浏览环球中医药杂志网站www.hqzyy.com 投稿E-mail：hqzhyy@163.com 编辑部电话：010-65269860

床心力衰竭阶段患者临床症状不明显，又缺乏对宣教，导致患者错过治疗节点，而使心力衰竭向不可逆转的方向发展。既造成巨额的治疗费用，又使心力衰竭的病死率难以下降。这也为临床研究带来困难，造成无法获得大样本资料，缺乏采用包括重要预后指标为终点的前瞻性、多中心、大规模的随机对照实验。虽然 ACEI 类药物及 β 受体阻滞剂是心脏病学会推荐用药，但其药费高昂，且有使用禁忌，也有患者不能耐受。而中药制剂则费用低廉，且治疗轻、中度心力衰竭已取得公认的良好效果，长期应用毒副作用轻微，前景远大。同时，进一步中医中药研究应从减弱机体内部实际已开始进行的神经内分泌激活反应，减轻与其互为因果的心室重塑等进展过程，从保护心肌、截断与延迟心力衰竭进程、延缓充血性心力衰竭的到来及提高远期生存率入手，充分发挥中医学“不治已病治未病”的优势和特点。

参 考 文 献

[1] 贺明珠. 大剂量益气强心中药对充血性心力衰竭的影响[J]. 中国中西医结合杂志，2000，20(8)：630.

[2] 黄从新，江洪，唐其柱. 心血管病学前沿与临床[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，2007：421.

[3] Giles W, Noble SJ. Changes in membrane currents in bullfrog atrium produced by acetylcholine[J]. J Physiol, 1976, 261(1): 103-123.

[4] Hunt SA, Baker DW, Chin ML, et al. Report of the ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult[J]. Circulation, 2001, 104(24): 2996.

[5] 周迎春. 对中医药治疗心力衰竭研究思路的几点思考[J]. 新中医，2006，38(1)：5-7.

[6] 徐变玲，徐学功. 中医药治疗慢性心力衰竭临床研究进展[J]. 中医临床研究，2011，3(23)：27-28.

[7] 赵淳，叶勇，吴英，等. 慢性心力衰竭现代治疗进展及中医诊治思路探讨[J]. 中国中医急症，2006，15(2)：158-159，163.

[8] 吴文金，陆蔚. 心率变异性与心衰中医证型的关系研究[J]. 山西中医，2008，24(8)：35-37.

[9] 中华医学会心血管病学分会，中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志，2007，35(12)：1076-1095.

[10] 李广浩，楼丹飞，周端，等. 周端治疗慢性心力衰竭经验[J]. 浙江中医杂志，2009，44(10)：715-716.

[11] 徐慧聪，吕渭辉，任毅，等. 慢性心力衰竭中医辨证现代研究概况[J]. 中医杂志，2009，50(7)：655-658.

[12] 徐俊波，吴时达，王静，等. 温阳健心灵对心肾阳虚型心衰大鼠影响的实验研究[J]. 中医药学刊，2003，21(9)：1419-1420.

[13] 李越华，闫国良，卜建红，等. 生脉散加味治疗慢性充血性心衰(气阴两虚证)临床研究[J]. 中国中医急症，2011，20(1)：25-26，44.

[14] 白海波，万海同，宋子荣，等. 中药复方拮抗小鼠运动应激时血中儿茶酚胺升高[J]. 中草药，2002，33(8)：716-718.

[15] 沈晓红，董耀荣，吴美平，等. 麦冬注射液对心肌梗死后心力衰竭大鼠血流动力学的影响[J]. 上海中医药杂志，2007，41(7)：56-58.

[16] 吴美平，熊旭东，董耀荣，等. 玉竹乙醇提取物对心梗后心力衰竭大鼠血流动力学的影响[J]. 中国实验方剂学杂志，2009，15(11)：67-70.

[17] 陈长勋，高建平，吴琦，等. 慢性心力衰竭治疗进展及中医药有效防治方法的思考[J]. 中西医结合学报，2010，8(1)：7-14.

[18] 刘辉球. 心衰患者猝死的临床表现及危险因素分析[J]. 中外医疗，2009，28(24)：188-188.

[19] 温天明，吴时达，王静，等. 温阳与滋阴对慢性心力衰竭长期预后可能的影响[J]. 中西医结合学报，2006，4(1)：7-9.

(收稿日期：2012-02-17)

(本文编辑：秦楠)

难治性腹水的中医治法要素琐谈

杨铂 王小利 刘倩 吴谙诏

【摘要】 难治性腹水属于中医臌胀范畴，本文参照中医理论、历代医家及当代中医临床实践，概括提出难治性腹水的治法为健脾、补肾、疏肝、宣肺、活血化瘀、清热、通腑，通过以上治法的联合应用达到利水退肿消退腹水的目的。并指出腹水中医治法研究存在的问题。

【关键词】 难治性腹水； 中医治疗

【中图分类号】 R442.5 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.010

基金项目：财政部、国家中医药管理局 2009 年中医药行业科研专项(200907001-1)

作者单位：250021 济南市传染病医院(杨铂、刘倩、吴谙诏)；济南护理职业学院(王小利)

作者简介：杨铂(1979-)，硕士，主治医师。研究方向：中西医结合传染病、肝病。E-mail：optyb@sina.com

建议参考文献标引格式：
杨铂，王小利，刘倩，等.难治性腹水的中医治法要素琐谈[J].环球中医药，2012，5(5)：356-359.

欢迎浏览环球中医药杂志网站www.hqzyy.com 投稿E-mail：hqzhyy@163.com 编辑部电话：010-65269860

腹水是肝硬化代偿期向失代偿期发展的分界点之一。难治性腹水则是失代偿早中期转化为晚期的重要表现。按照国际腹水协会定义，难治性腹水（refactory ascites）为药物治疗后腹水消退不满意和（或）经排放腹水治疗后不能防止腹水的复发。肝硬化顽固性腹水患者常常腹水量大，症状明显，常伴有稀释性低钠血症，肾功能不全，对多种利尿剂不敏感，因此，治疗十分困难，预后不佳，其 1 年存活率仅为 25%。中医学对此病早有认识，在临床上作为主要或辅助治疗手段已渐显示出其优势，根据宏观辨证与微观辨病相结合的原则通过健脾、补肾、疏肝、宣肺、活血化瘀、清热、通腑等多种治法达到利水、减轻腹水的目的。研究治法要素的治疗作用，对准确选用治法，提高用药的准确性、目的性，提高疗效是十分必要的。

1 难治性腹水“难治”的原因

中医学认为臌胀的病机可概括为正虚邪盛，难治性腹水到了难治阶段，由于病久邪气耗伤正气或久服大攻峻补之药伐伤正气，其“难治”的病机的主要方面以正虚为主，气血阴阳亏虚，脏腑功能严重低下，出现不耐攻补的状态。因此利尿药等已无驱动正气祛邪的物质与功能的基础，表现为“难治”。

现代医学以“灌注不足学说”和“周围血管扩张学说”解释难治性腹水阶段，认为其腹水发生与有效血容量减少、肾灌注不足有关。此时，门脉高压症、低蛋白血症及淋巴回流量增加均达到相当严重程度，致使大量血浆容量隔离于门脉系统所属脏器，形成腹水，不参加有效血循环，导致门脉系统阻性充血，动脉系统相对充盈不足，肾脏血流动力学出现严重障碍，引起过度水钠储留，形成顽固性腹水。此外由于放腹水、长期利尿、过度限钠使利尿剂作用减弱，腹水消退时间延长。

2 治法要素

2.1 健脾

《素问·至真要大论篇》曰：“诸湿肿满，皆属于脾。”脾气通过固摄脉管主统血，通过主运化、升清阳使水谷精微输至全身。脾之阳气亏虚不能有效统摄脉管，使管内津液漏出；不能使水谷精微津液等达于四末，而淤于中焦化为水湿。故而健脾可以通过固摄脉管、调节津液代谢而减轻腹水。正如朱丹溪所言：“鼓胀又名单鼓，宜大补中气行湿，此乃脾虚之甚。”现代研究表明腹水形成的重要原因之一是门静脉静水压升高与血浆白蛋白减少同时存在，导致血管内液体的漏出。毛炯等[1]、南京医学院[2]的实验研究表明脾气虚的患者体内蛋白总量降低，其中白蛋白减少，球蛋白 α_1 与 γ 增加；而实验研究证实补脾药白术、大枣有明显提高血浆白蛋白的作用。此外，健脾可以通过调节免疫减少自发性腹膜炎的发病。临床上，李厚根[3]用温阳健脾法以桂附理中丸加减治疗肝硬化伴顽固性腹水 38 例，有效 15 例，好转 19 例，无效 4 例。郑乃庚[4]以圣术煎重用白术治疗肝硬化腹水 96 例，61 例治愈，33 例好转，2 例无效，总有效率为 97.9%。

2.2 补肾

中医认为尿液的来源是人体的水液，故而大量利尿必然伤及阴液，因此中医传统理论中有伤阴者不可利小便之训。腹水则可以看做人体中正常的阴津停聚而成的水饮之邪，这部分水饮已无正常生理功能，抽取腹水反而可促进其生成，而使人体正常的阴液减少。顽固性腹水多为久病，患者多惯服利水甚至峻下之品，或有抽取腹水的治疗，必有阴液之伤。肾阴又称元阴，是人体阴液之本。人体阴液的亏少日久必然引起肾阴的亏虚。久则阳随阴脱、阴损及阳，体不充则用不足，出现肾阳的不足，使肾的蒸腾气化水液的功能进一步减退引起少尿和腹水的增长，如《素问·水热穴论》所说：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。”因此难治性腹水经常出现肾阴阳的亏虚，当以补肾为定法之一。现代医学认为肾有效血流量减少引起的肾功能不全是难治性腹水难治的主要原因之一。陈建章[5]研究发现补肾阳药在退肿早期可减少肾小管重吸收率，后期增加肾小球滤过率与肾有效血流量改善肾功能，从某种程度上可以证明上述观点。史晓彬[6]以补肾固本法治疗难治性肝硬化腹水治疗组有效率 88.8%，对照组 52.9%，治疗组有效率明显优于对照组（$P<0.01$）。

2.3 疏肝

肝主疏泄，功善升发阳气，宣散郁滞，调畅肺脾肾的气机，通利三焦水道，肝气郁滞则肺脾肾气化失权，三焦不利，津液运行不畅而聚为水湿。气聚则水停，气行水亦行，故有“治水先治气”之法。正如张景岳所说：“水气本为同类故治水者当兼理气，盖气化，水自化也。”实验表明，肝硬化失代偿时，肝脏对抗利尿激素（ADH）灭活减少，使 ADH 在体内含量增高，作用于远曲小管和集合管的上皮 V_2 受体，产生了“保水排钠”的生理作用。这是形成难治性腹水低钠血症的重要机制。陈泽奇等[7]的实验表明：血浆 ADH 含量升高是肝气郁结证的指标，认为是肝气郁结证较好的辨证参考指标之一。这也可以从一定程度上证明难治性腹水患者存在着肝郁的病机，当以疏肝行气为治则。蒋本尤[8]以肝郁为核心论治肝硬化腹水取得显著疗效。陶景渊等[9]以三络青皮汤治疗肝硬化腹水，总有效率为 89.29%。

2.4 宣肺

肺为气之主，又为水之上源，司“通调水道下输膀胱”之职，若肺气虚闭，失其宣降，每易形成源堵流塞，使膀胱气化不利，以致上窍闭而下窍涩。当以宣泄肺气之法治之，前人称此法为提壶揭盖，或以升为降法，有“欲降先升”之意。此法后世应用甚广，清代喻昌在《寓意草》中提出治胀病有三法，其中最后一法为：“有解散一法，开鬼门，洁净府是也。”此即宣肺利水之意。常用药有紫苑、苏叶、桔梗、车前子、桑白皮、杏仁等。如叶天士以紫苑杏仁方兼进小温中丸治疗臌胀。现代医学研究发现，肝硬化门脉高压、腹水严重时常出现门静脉-肺静脉分流、膈肌上抬引起严重低氧血症，甚至引起肝肺综合症，出现呼吸困难、平卧呼吸等肺失宣肃的表

建议参考文献标引格式：
杨铂，王小利，刘倩，等.难治性腹水的中医治法要素琐谈[J].环球中医药，2012，5(5):356-359.

欢迎浏览环球中医药杂志网站www.hqzyy.com 投稿E-mail：hqzhyy@163.com 编辑部电话：010-65269860

现。而低氧血症、高碳酸血症、机械通气和应激反应等可直接刺激中枢释放 ADH，加重低钠血症和腹水的顽固性，改善肺的呼吸功能可以减弱这一机制。朱英超[10]以宣肺活血利水法治疗腹水，取得显效。

2.5 清热

《素问·至真要大论篇》："诸胀腹大，皆属于热。"且鼓胀日久，气滞血瘀、痰湿水饮久郁皆可化热，热邪可以进一步灼伤营阴，耗散正气。故脏腑郁热是臌胀不可忽视的重要病机之一。此外，气血阴阳的亏虚皆可以产生虚火，虚实火相杂，增加了腹水的难治性。因此治疗上辅以各种清热法也就不难理解了。肝硬化患者由于免疫功能低下（网状内皮系统吞噬作用及滤菌功能减退、补体产生减少），易于发生各种感染，尤其是革兰氏阴性杆菌等引起的自发性腹膜炎。其所产生的大量内毒素一方面可以影响能量代谢、损伤细胞，另一方面可引起肝脏小血管收缩，加重门脉压升高，同时腹膜毛细血管通透性增强，蛋白漏出增加，腹水蛋白量增多。内毒素还可以引起肾小动脉痉挛，使肾小球滤过率降低，从而加重腹水形成。患者多出现以发热为主的多种表现。许多清热解毒的中药如赤芍、丹参、黄芩等可以控制黏膜炎症，维护黏膜的完整性，减少内毒素的吸收。

2.6 活血化瘀

中医认为"久病入络"，《金匮要略》指出："血不利则为水。"血瘀可引起经脉中的津液运行不利，遂迫其妄行，成为离经之水，聚于肠间则为鼓胀。正如《医门法律·胀病论》所说"凡有症瘕积聚痞块，即是胀病之根"，而水液的潴留又影响血液的运行，加重瘀血的形成，形成恶性循环。肝硬化腹水患者多可见胁下癥积或有刺痛，尚可见赤痕血痣、肝掌、胸腹壁青筋暴露甚或牙衄、鼻衄等血瘀之象，故当用活血化瘀之品，如《血证论》所言"但去瘀血，则痰水自消"。门静脉静水压升高原因中的后向血流作用认为重要原因是肝细胞坏死使肝血窦塌陷、疤痕及再生结节使肝小叶排列结构紊乱，进而导致肝窦及 Disse 间隙血流阻断，或由于肝窦毛细血管化等使门静脉回流阻力增高。活血祛瘀法可以促进肝胶原降解、改善肝微循环血流灌注从而降低门脉静水压。此外，肾有效血流量的减少使肾小球滤过率减少，引起水钠潴留加重腹水。其原因主要有去甲肾上腺素值增多，前列腺素（PGE_2、PGI_2）的合成减少，血管紧张素 II 的增多，内皮素产生增多，NO 合成减少等。吕金雷[11]研究发现活血祛瘀药丹参能使 PGE_2 分泌增加，扩张肾血管，增加肾血流量。红花、莪术、灯盏花均能使血栓素 A2/前列环素比值下降发挥扩管效应。当归的有效成分阿魏酸对 ET 有明显的拮抗作用，川芎嗪可显著降低血浆内皮素（ET）含量使血管平滑肌舒张。因此，活血化瘀药有增加肾血流量的作用，从而有利于恢复肾功能。此外，郁金、三七还有明显升高白蛋白、胶体渗透压的作用。张建明等[12]以活血化瘀为主治疗肝硬化腹水 18 例，显效 7 例（38.89%），有效 8 例（44.4%），无效 3 例（16.67%）。王健中[13]以活血化瘀法治疗肝硬化腹水 60 例，总有效率 91%。

2.7 通腑

腹水患者以腹中水满撑胀为首患，欲除腹中水湿痰饮之邪，当给邪以去路。除了利水之法，通腑也可以起到引肠间湿热毒邪外出的作用。如徐灵胎所说："胀满之病即使自虚，终属邪实，…… 宜缓缓下之。"清·怀抱奇《医彻》主张："每以大攻大泻药投之，反恒奏效于俄顷，然后以参调之，以补济之，以善后图。"《金匮要略》："病水腹大，小便不利，其脉沉绝者，有水，可下之。"但这种治法容易导致伐伤正气，尤其对于难治性腹水，多已正气亏耗日久，正如《千金方》所说"气血皆变为水，决而出之，去水即出其气血也"，故当慎用。现代医学认为很多泻下药如大黄可以抑制 Na^+-K^+-ATP 酶而减少肠道对水分的吸收，芒硝可以提高肠道的渗透压，吸收水分……这与吴秀芳等[14]用口服甘露醇导泻治疗难治性腹水有异曲同工之妙，不但可以起到排水的作用还可以减少肠道细菌及其产生的内毒素和分解蛋白质产氨。李章琴等[15]用逐水汤治疗顽固性肝硬化腹水 20 例，效果显著。

3 治法要素的应用

3.1 各种治法的联合应用

中医重视整体观和辨证论治，人体是一个整体，各脏腑及各种病理产物之间紧密相关，且难治性腹水病机十分复杂。因此以上治法要素需在辨证的基础上联合、灵活选用。各种治法合理地联合应用可以发挥中药多靶点作用的优势，大大提高疗效。如温阳活血、温补脾肾、滋补肝肾、清热养阴益气、活血化瘀、宣肺利水等等。探索联合应用的规律是今后研究的重点之一。

3.2 难治性肝硬化腹水的治法研究存在的问题

首先，无论中医西医，仍无对难治性肝硬化腹水的准确的量化的定义，造成一般性腹水与难治性腹水的治法研究的混乱；其次，低氧血症、低钠血症、高钾血症、内毒素血症、各种激素和细胞因子的含量等难治性肝硬化腹水时重要的现代医学指标与中医辨证分型之间的关系的研究不多，如能加以研究或许能有所发现，有助于提高中医辨证论治的精细程度和准确性；再次，目前各种治法联合应用的临床观察较多，而实验研究少，研究缺乏深度。

3.3 难治性肝硬化腹水的治法应用前瞻

肝硬化到了难治性腹水阶段，肝功能严重低下，病情急重。因此，各种药物的应用应提高效率，避免量大味多，这就要求中医发挥辨证论治的优势，把握难治性腹水病机的主要矛盾，精选治法方药，改革药物剂型和服用方法。还可以借鉴现代医学的检测手段和药理学研究用微观辨证提高治法的实用性和用药的精度。相信通过以上努力，中医药在治疗肝硬化难治性腹水方面一定会发挥出更大的优势。

参 考 文 献

[1] 毛炯，贝叔英. 脾阴虚证中的中医临床观察和血浆蛋白测定[J]. 浙江中医杂志，1990，25(8)：363-365.

[2] 南京医学院，南京中医学院中西医结合研究组，南京中医学院附属医院. 对中医"脾"本质的研究探讨-95 例脾虚泄泻研

建议参考文献标引格式：
杨铂，王小利，刘倩，等. 难治性腹水的中医治法要素琐谈[J]. 环球中医药，2012，5(5)：356-359.

欢迎浏览环球中医药杂志网站www.hqzyy.com 投稿E-mail：hqzhyy@163.com 编辑部电话：010-65269860

究分析[J]. 新医药学杂志,1979,(3):129-134.
[3] 李厚根. 温阳健脾法为主治疗肝硬化伴顽固性腹水 38 例[J]. 中国中医急症,2002,11(4):264-264.
[4] 郑乃庚. 圣术煎治疗肝硬化腹水 96 例[J]. 浙江中医杂志,1995,30(4):153.
[5] 陈建章. 祖国医学肾脏学说的现代认识[J]. 河北中医,1989,11(1):1-2.
[6] 史晓彬. 补肾固本法治疗难治性肝硬化腹水[J]. 中国中医药信息杂志,2001,8(9):74.
[7] 陈泽奇,陈国林,李学文,等. 肝气郁结证患者血浆抗利尿激素的变化[J]. 华人消化杂志,1998,(6):495-496.
[8] 蒋本尤. 以肝郁为核心论治肝硬化腹水五法[J]. 北京中医杂志,1994,(2):24-25.
[9] 陶景渊,顾群. 三络青皮汤治疗肝硬化腹水的体会[J]. 江西中医药,1997,28(2):22-23.
[10] 朱英超. 宣肺活血利水法治疗肝硬化腹水[J]. 新中医,1996,28(10):16-17.
[11] 吕金雷. 活血化瘀中药注射液对肾血液动力学影响的研究概况[J]. 湖北中医杂志,2002,24(4):52-54.
[12] 张建明,孙艳春,孙桐杰,等. 活血化瘀为主治疗肝硬化腹水 18 例[J]. 中医药信息,2000,17(3):31.
[13] 王健中. 活血化瘀法为主治疗肝硬化腹水[J]. 湖北中医杂志,2002,24(10):25.
[14] 吴秀芳,荆有森. 顽固性腹水的治疗[J]. 临床荟萃,1990,5(1):4243.
[15] 李章琴,张照琪. 逐水汤治疗顽固性肝硬化腹水 20 例[J]. 河北中医,1996,18(2):10-11.

(收稿日期:2012-02-13)
(本文编辑:秦楠)

岭南地区慢性乙型肝炎诊治因人制宜的规律研究

池晓玲

【摘要】 岭南地区湿热为主的独特气候使岭南人群形成了脾虚湿盛、痰湿内蕴的体质特点,而慢性乙型肝炎的发病与岭南地区独特的气候及人群体质密切相关,虚实夹杂证候多见,在遵循辨证论治的前提下,根据岭南地区人群体质特点,本着因人制宜的治疗原则,为慢性乙型肝炎患者制定相应的治疗方法,以舒理肝气、健运脾气为治疗之根本,注重祛湿法的运用,灵活运用道地药材,这些对岭南地区慢性乙型肝炎的防治具有重要的现实意义。

【关键词】 岭南医学; 慢性乙型肝炎; 因人制宜
【中图分类号】 R512.6+2 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.011

慢性乙型肝炎(chronic hepatitis B,CHB)是中国的常见病、多发病,1~59 岁一般人群乙肝病毒表面抗原携带率为 7.18%,现有的慢性乙型肝炎病毒(HBV)感染者约 9300 万人,其中慢性乙型肝炎患者约 2000 万例[1]。岭南,指五岭以南,包括现代的广东、广西、海南、香港、澳门以及越南北部。岭南地区因其独特的地理环境及饮食习惯所形成的独特的人群体质,使得该地区 HBV 携带率及慢性乙肝患病率均居中国其它省市前列。因此,在遵循辨证论治的前提下,根据岭南地区人群体质特点,为该地区慢性乙型肝炎患者制定更为适宜的治疗原则,选用更为适宜的治疗手段和方法,对岭南地区慢性乙型肝炎的防治具有非常重要的现实意义。

基金项目:财政部、国家中医药管理局 2009 年中医药行业科研专项(200907001-1)

作者单位:510120 广州,广东省中医院肝病科
作者简介:池晓玲(1960-),本科,主任医师。研究方向:中医多维立体系列疗法治疗肝病。E-mail:chixiaolingqh@163.com

1 岭南地区人群的体质特点

1.1 湿热为主的气候特点

岭南地区处于热带和亚热带地区,冬暖夏长,全年平均气温、绝对湿度及平均降雨量均较高,其总体气候特点以湿热为主。屈大均[2]概括岭南气候特点说:“岭南之地,愆阳所积,暑湿所居。”岭南全年长期的温热,夏长冬暖,缺乏气象学意义上的冬季气候,四季不分明,并且气候变化快,如《潮州府志》记载当地气候就说:“愆阳所积,凝阴所伏,四时之气既盛,一日之候屡更。”再者,岭南地区地势低卑,濒海傍水,潮湿之气常盛,“南方者,天地所长养,阳之所盛处也,其地下,水土弱,雾露之所聚也”,王冰认为阳气盛、多雾露、气候潮湿、温热为中国南方主要的地域特点,正因为如此,“东方南方人皮肤疏松腠理开,人皆食冷,故宜收宜温,使中外条达”。对于湿热的成因,清代温病学家叶天士将内湿与外湿并提,并且提出岭南地区外湿为害最为重要,如“长夏阴雨潮湿”、

建议参考文献标引格式:
杨铂, 王小利, 刘倩, 等.难治性腹水的中医治法要素琐谈[J].环球中医药, 2012, 5(5):356-359.