从肝肾论治皮层下动脉硬化性脑病*

贾晴晴，康林林，杨亚平，葛玲玲，李霞，董宁

山东中医药大学第二附属医院，山东 济南 250001

摘要：皮层下动脉硬化性脑病为本虚标实之证，病势缠绵，以虚实夹杂者为著。其证以肾虚为本，髓亏、肝郁为标，其病位在脑，多由于年老肾虚及情志不遂引起脑萎髓空，脑神及脏腑功能失调，故见神智减退、反应呆钝，兼见情志活动异常。肾虚精亏是病机关键所在，该病皆由此作，并贯穿疾病始终。除肾虚外，肝郁气滞亦不容轻视。临证当谨守病机，把握主线，治疗上应益肾疏肝，补脑充髓，使肝气得疏，脑髓得充，神机得俱。

关键词：皮层下动脉硬化性脑病；从肝肾论治；肾虚精亏
DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2025.03.089
中图分类号：R259　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999(2025)03－0547－05

Treatment of Subcortical Arteriosclerotic Encephalopathy from Perspective of Liver and Kidney

JIA Qingqing，KANG Linlin，YANG Yaping，GE Lingling，LI Xia，DONG Ning

The Second Affiliated Hospital to Shandong University of Chinese Medicine，Shandong Jinan 250001

Abstract：Subcortical arteriosclerotic encephalopathy belongs to syndrome of deficiency in root yet excess in symptom. As a lingering disease，it is most typical when there is a mixed case of deficiency and excess. Kidney deficiency is the root while marrow loss and Liver depression are symptoms. The disease is in the brain. The disease is mostly due to aging，Kidney deficiency and emotional disorders，which causes the brain atrophy and marrow empty，brain，spiritual disorder and Zang－fu dysfunction，so the symptoms such as intelligence loss，dull reaction，and abnormal emotional activities can be seen. Kidney deficiency and Essence loss is the key disease mechanism throughout the whole process of the disease. In addition to Kidney deficiency，Liver depression and Qi stagnation should not be neglected. In clinical practice，the disease mechanism and the main issue should be kept in mind. The treatment should be to benefit the Kidney and dredge the Liver，to replenish the brain and marrow，so that the Liver Qi can be soothed，the brain and marrow can be filled，and the spiritual condition can be normalized.

Key words：subcortical arteriosclerotic encephalopathy；treating from Liver and Kidney；Kidney deficiency and Essence loss

皮层下动脉硬化性脑病（subcortical arteriosclerotic encephalopathy，SAE）也称慢性进行性皮质下血管性脑病。1894 年 Otto Binswanger 首先发现报道，因此又称 Binswanger 病（BD），呈进行性、隐匿性进展，是血管性认知障碍的主要原因之一[1]。本病好发年龄多在 40～90 岁，男女比例均衡。本病是临床常见的一组典型证候群，主要表现为进行性痴呆，并伴有步态异常、尿失禁，假性延髓性麻痹症状如呛咳、言语不清、强哭强笑，易出现明显的情感障碍和性格改变如易怒、抑郁、焦虑，以及反应迟钝，运动迟缓，手足震颤等症状[2]。

不同于阿尔茨海默病、路易体痴呆等神经变性疾病，高血压是本病的最重要因素[3]。该病病理机制普遍被认为是因动脉粥样硬化，管壁增厚、管腔狭窄，穿支血管次全闭塞导致脑组织长期处于低灌注

* **基金项目**：国家自然科学基金项目（81904108）；山东省中医药科技发展计划项目（2019－0240，2017－097）

状态，脑室周围白质供血、供氧不足，而呈弥漫性脱髓鞘表现[4]。

目前，已有国外文献报道[5]，SAE 多发于 60 岁以上人群，其发病率为 0.5% ~5.0%。国内对 BD 流行病学鲜有研究。有研究表明[6]，BD 患者约占老年人口的 2.2%。根据国家统计局数据，2010 年 60 岁及以上人群占人口总数的 13.31%。据 2020 年第七次人口普查结果，60 岁及以上人群 2.64 亿，占人口总数 18.70%，上升了 5.44%[7]。患者不仅要忍受长时间的病痛，同时也给家庭、社会带来了沉重的经济负担。近年来，随着老龄化日趋明显及 CT、MR 等检查手段精确性的提高，BD 发病率逐年攀升，其危害也愈来愈引人重视。

中医虽无皮质下动脉硬化性脑病之病名的记载，但对其类似症状及相关病因病机已有论述[8]。学界普遍认为本病以中医“痴呆”“呆病”“健忘”的概念为主，兼有“郁证”“喑哑”“颤证”等表现。明代张介宾首创“痴呆”病名，并详尽阐述其病机及临证表现：“痴呆证，凡平素无痰，而或以郁结，或以不遂，或以思虑，或以惊恐而渐致痴呆，言辞颠倒，举动不经，或多汗，或善愁。”汪昂在《本草备要》中论述本病的病位时明确指出：“人之记性，皆在脑中。”检索文献发现，目前对于 SAE，中医学并无系统的认识。笔者临床观察发现，本病病因、症状、治疗与中医肝肾密切相关，肾精亏虚，肝气郁结，脑窍失养可能是皮层下动脉硬化性脑病发病的重要病机，以下将从肝肾与脑的关系、易发人群、典型表现及其论治方法等方面进行论述。

1　从肝肾论治脑病的理论基础

1.1　肝肾精血同源　肝肾精血同源，血化精，精生髓，髓聚于脑。《本草述钩元》指出：“肝之化原在肾，而肾之资在肝。”肝肾二脏，同居下焦，一属乙木，一属癸水，乙癸同源，水木同府。肾主藏精，肝主藏血，精聚而为髓，髓化生为血，精与血异名而同类。诚如《张氏医通 · 卷五》中记载肝肾精血之间的关系：“气归于肾而为精，精归于肝而化精血。”吴昆在注解《黄帝内经》时论述：“髓生肝即肾生肝，水生木也。”从经脉循行角度，《灵枢 · 经脉》记载：“肾足少阴之脉……从肾上贯肝膈。”可见肝肾同源，精血互生互滋，肾精滋养于肝，肝之阴血充足，而肝阳不亢；肝血充养于肾，肾精充足，脑充神明。两者在病理上亦互相影响，肾水不足，则水不涵木，进而肝肾俱损，精血亏虚，脑髓失充。

1.2　肝肾藏泄互用　藏泄互用是气机调畅、神机清灵的必要前提，是升清降浊的内在动力。肾主封藏，内寓元阴元阳，封藏之本，精之处也。肝主疏泄，主条达之性。肝肾藏泄互用是指肝肾二脏对人体生理功能起协同作用，是人体正常功能活动的前提和基础[9]。如《素问 · 六微旨大论》中论述精气藏泄出入的枢纽作用：“非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。”人之血皆藏于肝，人之精及志皆藏于肾，肝肾藏泄互用。若肾精封藏太过，化髓无源，髓海亏虚，不能上达于脑，脑窍失充，神志失用，则志衰而神不清，故善忘也。疏泄太过，肾不藏精，亦可见髓减脑亏，脑窍失养。

1.3　八脉隶乎肝肾　清代叶天士在《临证指南医案》中首次提出“八脉隶乎肝肾”的论点，并指出“下元之损，肝肾下病，必累八脉。”冲、任、督三者皆起源“肾下、胞中”，与肝肾两脏同属于下焦。督脉在奇经中居统率作用，肝经“上出额，与督脉会于巅”，诸阳经皆会于督脉，任督相通。此皆为叶天士所指“八脉隶乎肝肾”的例证。《素问 · 骨空论》载：“督脉者……贯脊属肾……上入络脑。”故而八脉连于督，络于脑，隶乎肝肾。肝肾有损，或通过八脉而殃及脑窍。八脉隶乎肝肾既有经络理论可依，也是临床经验的总结。

2　SAE 临证特点

2.1　年逾花甲及血压居高者，最易发之

2.1.1　本病高发者，年逾花甲　中医认为，人至半百，年高肾亏，脏衰髓减。正如《本草备要》所言：“小儿善忘者，脑未满也；老人健忘者，脑渐空也。”人随年事渐长，髓减脑消，虽五脏皆衰，然求其本，乃在肝肾。《灵枢 · 天年》云：“五脏气衰，始于肝而终于肾。”任继学[10]明确指出，髓皆由肾精所化，脊髓上通于脑，以滋养脑髓。肝肾同源，肝血不足必定影响肾精转化，反之肾居元阳，肾阳不足必累及肝，不能化生精血，无以充养脑髓，则脑髓失充，神失所用，必发健忘。故其本在肝肾亏虚，当滋补肝肾、生髓益智。

2.1.2　病发者多眩晕日久，阴虚阳亢　病眩晕者，阴不维阳，阳亢于上，故患者素体不离肝肾阴亏或肝阳上亢。《素问 · 至真要大论》曰：“诸风掉眩，皆属于肝。”《灵枢 · 海论》云：“脑为髓之海……髓海有余，则轻劲多力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒。”《灵枢 · 口问》载：“脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。”又如《类证治裁 · 眩

晕》所说:“或由情志郁勃……或由年高肾液已衰,水不涵木……以致目昏耳鸣,震眩不定。”患者肝肾阴亏,水不涵木,阴亏于下,阳亢于上,上扰清窍,脑络不通,清阳不升,脑髓不充,脑窍失养,日久则神机失算,神志失用。现代研究亦证实,血压频繁而剧烈波动与 BD 的发病密切相关[11],高血压、动脉硬化、脑出血是本病发病的重要危险因素[12-13]。Babikian 等[14]指出,98% 的 BD 患者存在高血压。有研究表明,控制血压可以有效改善 BD 患者的神智状态[15]。

2.2　详辨诸证,责之肝肾

2.2.1　神志痴呆　平素经历,似是而非,渐至迟钝善忘,是本病的突出表现之一。呆者,“健忘”“善忘”之谓也,多表现为神情呆滞,思维迟钝,有甚者呆痴不知年岁。

张锡纯在《医学衷中参西录》论述:“大气下陷,不能上达于脑,故而脑髓神经无所凭借也。”《类证治裁》记载:“凡上升之气,皆从肝出。”一则肝阳上亢,化生肝风,上扰清窍,神志不清,善忘前事;二则肝之阴血不足,盖因血少不能养真脏,脑髓化生乏源,髓海失充,神机失灵,病发呆钝。《医学心悟》曰:“肾主智,肾虚则智不足。”《类经》言:“凡骨之有髓,惟脑为最巨。”《灵枢·经脉》云:“人始生,先成精,精成则脑髓生。”唐宗海在《中西汇通医经精义》描述神机记性:“记在肾精。”肾藏精,主骨生髓,脑为髓之海,可见肾精与脑窍、脑髓、神志三者密切相关。夫精者,身之本也,精是脑髓生成的基本物质,脑髓之生成皆源于先天之肾精。肾为水脏,癸水生乙木。肝肾精血同源,肝血、肾精相互化生,充养脑髓。若肾精充足,脑髓得以充养,则髓充神清,反应灵敏,精力充沛;反之,若肾精不足,髓海空虚,脑髓不荣,脑失所养,则可见记性减退,陌不知人。故肝肾精血是脑髓生成的关键,可知肝肾在本病中的重要地位。

2.2.2　步履不稳　筋骨懈惰,下肢痿弱无力,行走不稳、步态拖沓是本病的一种典型表现。肾主骨,肾亏骨不足则行走不稳;肝主筋,肝血不足则筋萎不用。《素问·上古天真论》云:“七八,肝气衰,筋不能动……肾脏衰,形体皆极……肾者主水,受五脏六腑之精而藏之,故五脏盛,乃能泻。今五脏皆衰,筋骨解堕,天癸尽矣。故发鬓白,身体重,行步不正。”《圣济总录》曰:“肾气不顺,故足废而为俳。”《灵枢·痈疽》云:“骨伤则髓消,不当骨空……则筋骨肌肉不相荣。”均明确指出肝肾阴亏,上实下虚,则筋骨不用,行步不稳。肝肾亏虚,精血不足,骨骼得不到肾精的濡养,肝血无以濡养筋脉肌肉,故见骨枯筋萎,肢体羸弱无力,萎废不用。

2.2.3　小便失禁　尿失禁是本病的又一典型症状,与早期阿尔茨海默病不同,可资鉴别。《诸病源候论》中指出:“小便不禁者,肾气虚,下焦受冷也。”《灵枢·经脉》记载:“是主肝所生病者……遗溺,闭癃。”且厥阴本经及太阴经筋均循股阴,环阴器,与膀胱密切相关,因此本病出现的尿失禁关键病机为肾气不固,但与肝病相兼错杂。肾主水,肝主疏泄,若肾气不固,肾失封藏,肝失疏泄,膀胱气化无权,津液输布失常,导致下元固摄无力,无以固涩小便。

2.2.4　情志不遂　本病发病或以精神错乱、性情改变为始,渐至健忘失事;或有神志如常,唯见情志抑郁、胡思乱想、精神昏聩。孙思邈《千金要方》载:“精气并于肝则忧,肝虚则恐,实则怒,怒而不已,亦生忧矣。”明确指出肝病可见愁郁惨戚、喜怒多恐、哭笑无常和恐惧等表现。

肝藏血,主疏泄,喜条达,恶抑郁,属风木之脏,性动而急,木失条达,气机失调,气行不畅,症见神情冷漠、意志不定,心中烦乱,神情恍惚,无故悲伤欲哭,或哭笑无常,言辞颠倒,语言错妄。如《针灸逢源·论治补遗·癫狂痴呆》论及痴呆:“凡平素无痰,而或以郁结不遂,思疑惊恐,而渐至痴呆。”可见古代医家对本病发病经过,及伴有情志抑郁等症已有一定认识。现代研究证实,较多的 BD 患者以精神症状为始发或唯一表现[16]。

2.2.5　言语不清、强哭强笑　言语不清、强哭强笑抑或饮食水呛咳是本病的特征性表现,可明确区别于阿尔茨海默病。《素问·调经论》曰:“神有余则笑不休,神不足则悲。”脑主神明,为元神之府,津液不能上冲于脑,脑窍失养,元神不足,则悲而强哭不止;元神有余,则喜笑不休。从经络角度看,足少阴经循喉咙,挟舌本,足厥阴经循喉咙之后,上入颃颡。若风阳之邪窜扰,循经络至舌本,亦可致呛咳、言语謇涩难清。

2.2.6　头身颤振、行动迟缓　肢体振栗、头部振摇、肌肉强直,继而不能自持是本病又一表现。《张氏医通·卷六》载:“有头动而手足不动者,盖木生风生火,上冲于头,故为颤震,若散于四末,则手足动而头不动也。”肝生筋,木生风,此风之象也。《素问·至真要大论》中病机十九条明确指出:“诸风掉眩,皆属于肝。”《临证指南医案》指出:“肝为风脏,因精血衰耗,水不涵木……故肝阳偏亢,内风时起。”明

代孙文垣在《赤水玄珠·颤振门》也指出:“颤振者非寒噤鼓栗,乃木火上盛,肾阴不充,下虚上实,实为痰火,虚则肾亏,法则清上补下。”由此可见,头身振摇不外二因:一则筋脉、头目失养。本病壮年少有而中年之后乃有之,盖因半百之后,或肾阴亏虚,水不涵木,阴虚风动;或素体肝血不足,虚风内动。二则肝气不疏,肝郁化火,上扰脑窍,神机失用,筋脉肢体失主。二者均可发为肢体拘急、头部震颤、手足搐搦、持物不稳之状。其病在筋,肝虚、肾亏是其发生的根本。

3　论治之法,肝肾为基

3.1　脑窍藏髓蕴含神之机　神为脑之用,脑为神之体。然何以化神,神藏何所?清代张锡纯论述神与脑的关系:“人之神明有体用,神明之体藏于脑。”王清任反复论述“灵机记性不在心在脑”“高年无记忆者,脑髓渐空”,明确指明脑髓空虚是痴呆、健忘的关键。脑髓宜有余,忌不足。髓海充沛,则视明、听聪、言清、易悟、神敏,反之则神机失灵。伍大华[17]在脑髓理论指导下,对该病的治疗注重补肾填精、荣养髓海。随着现代生活习惯及饮食、环境的改变,人类疾病谱及医学模式发生了重大转变,国医大师王新陆[18]革新了血作为基础物质这一认识,提出血浊这一概念,创造性提出血浊致脑病这一理论,认为血浊则脑髓不清,并就脑病与血浊的关系进行分析,包括血浊扰清、血浊扰神、血浊扰正,提出从清化血浊、化浊通络、荡涤脑窍等方面论治。

3.2　经脉为神往来之通路　脑居巅顶,精血皆由经络上达于脑而化髓充脑。如《扁鹊神应针灸玉龙经》载:“环跳在髀枢……呆痴针与灸,用此没疏虞。”又如《标幽赋》曰:“端的处,用大钟治心内之呆痴”,强调刺足少阳胆经、足少阴肾经络穴可疗呆痴之疾。除上述经穴,选取督脉治疗本病亦有迹可循,如有“病变在脑,首取督脉”之说[19]。孙云飞等[20]借鉴张道宗临证经验,认为八脉是脑髓化生的重要通路,提倡调补督脉为脑病治疗的主要治法之一,主张从“通督调神,疏通经络”治疗痴呆。现代研究中不乏联合针刺治疗本病者,魏文著等[21]应用温阳益肾健脑方合靳瑞教授的“靳三针”治疗本病,发现该法可协调肢体平衡,有健脑益智、舒畅情志之功。任鑫等[22]采用原络通经针法治疗本病,用穴精当,辨穴精确,通过针刺促进局部气血运行,恢复患者受损之功用,起到充脑增智的作用。

3.3　肝肾为髓化生之根柢　历代医家对本病的认识虽不尽相同,但究其根源,肾虚肝郁是本病的发病基础,故法当从肝肾入手治疗。金代李东垣最先提出“肝肾同治”之法,强调治疗上务当肝肾同治,藏泄同调,滋肾清肝。

肾藏精生髓,经肝之疏泄循经脉上藏于脑。盖因病髓减者,或精血亏损,或藏泄失调。《黄帝内经》中描述肝肾、脑、髓之间关系为“人始生,先成精,精成而脑髓生”“贯脊属肾……上入络脑”“肾生骨髓,髓生肝。”肾主智,因此“肾虚则智不足”。肾亏为本病之源,贯穿始终,故而补肾为补脑生髓第一大法。情志不遂、肝气郁结亦是本病的主要病因之一,徐春甫认为:“郁为七情不舒,遂成气结。既郁日久,变生多端。”张景岳从肝入手,提出痴呆的发病与情志因素关系密切。清代钱乐天在《医学传心录》中论述了“健忘血少忧郁而成”的观点。陈士铎同样认为:“呆病抑郁不舒,愤怒而成者有之,羞恚而成者有之。”《辨证奇闻》中论述:“脑气不足,则肝之气应之,肝气太虚,不能应脑……治之法,必须大补其肝气,肝足以应脑,则肝气足而脑气亦足也”,是故脑气不足,其治在肝。

迨至现代,医家对脑病病因病机的认识多承古人之迹,循法渐进。伍大华[23]认为,肝郁气滞可致脑脉不通,基于“肝欲散,急食辛以散之”,常运用逍遥散治疗脑病。张金生[24]基于“因郁致病,因病致郁”,对于从肝脑论治中风后抑郁的认识颇有见地,主张肝脑相维、肝脑同治。国医大师任继学[10]明确提出,骨髓、脑髓、脊髓一源三歧,皆源于肾。高巳东等[25]基于“肾藏精,充骨、生髓、通脑”,认为肾、骨、髓、脑四者紧密相关,填精关键在于补肾。陆佳宁等[26]对裘昌林教授临证经验探析,主张脑髓之源发轫于肾精,故而从肾脑相济理论出发治疗脑病。

4　结语

皮层下动脉硬化性脑病为本虚标实之证,病势缠绵,临证以虚实夹杂者为著,其证以肾虚为本,髓亏、肝郁为标,其病位在脑,多由于年老肾虚及情志不遂引起脑萎髓空,脑神及脏腑功能失调,故见智能减退、反应呆钝,兼见情志活动异常。肾虚精亏是病机关键所在,是病皆由此作,并贯穿本病始终。除肾虚外,肝郁气滞亦不容轻视。临证当谨守病机,把握主线,治疗上法当益肾疏肝,补脑充髓。肝气得疏,脑髓得充,神机得俱,是以功专力宏,屡屡收效。

参考文献:

[1]CAPLAN L R, GOMES J A. Binswanger disease: an update

[J]. J Neurol Sci,2010,299(1/2):9 - 10.
[2] KOVACS T, SZIRMAI I, PAPP M. Clinico - pathology and differential diagnosis of Binswanger's disease[J]. Ideggyogy Sz,2005,58(3/4):78 - 87.
[3] ROMAY M C, TORO C, IRUELA - ARISPE M L. Emerging molecular mechanisms of vascular dementia[J]. Curr Opin Hematol,2019,26(3):199 - 206.
[4] 周洁,朱益幡. 皮层下动脉硬化性脑病的 CT 和 MRI 诊断意义[J]. 影像研究与医学应用,2019,3(4):233 - 234.
[5] PETERSON B, SUMMERGRAD P. Binswanger's disease (part Ⅱ): pathogenesis of subcortical arteriosclerotic encephalopathy and its relation to other dementing processes [J]. J Geriatr Psychiatry Neurol,1989,2(4):171 - 181.
[6] 刘冬戈,尤广发,韦嘉湖,等. Binswanger 病的临床病理观察[J]. 中华病理学杂志,1999,28(3):14 - 17.
[7] 国务院第七次全国人口普查领导小组办公室. 2020 年第七次全国人口普查主要数据[M]. 北京:中国统计出版社,2021.
[8] 李君玲,王蕾,齐放,等. 中医脑病证治的发展源流[J]. 中医药导报,2018,24(18):1 - 4.
[9] 敖海清,朱艳芳,徐志伟. 肝肾"藏泄互用"内涵发微[J]. 江苏中医药,2011,43(3):5 - 6.
[10] 任继学. 脑髓述要[J]. 中国中医基础医学杂志,2003,9(3):1 - 4.
[11] 位慧芳,麻琳,单培彦,等. 血压波动及血管紧张素原 M235T 基因多态性与皮层下动脉硬化性脑病相关性研究[J]. 山东大学学报:医学版,2011,49(12):78 - 81.
[12] HUISA B N, ROSENBERG G A. Binswanger's disease: toward a diagnosis agreement and therapeutic approach[J]. Expert Rev Neurother,2014,14(10):1203 - 1213.
[13] 蔡志友,秦碧勇,涂汉军. 对于 Binswanger 病的几个思考[J]. 湖北医药学院学报,2015,34(6):519 - 522,514.
[14] BABIKIAN V, ROPPER A H. Binswanger's disease: a review[J]. Stroke,1987,18(1):2 - 12.
[15] 郭新友,杨金钟,胡红桥,等. 46 例 Binswanger 病的 CT 表现与干预治疗[J]. 中国现代药物应用,2016,10(8):101 - 102.
[16] 何洪程,高振忠,朱建平,等. 以精神障碍为首发皮层下动脉硬化性脑病临床研究[J]. 中国民康医学,2005,17(11):665,684.
[17] 谢金颖,伍大华,李映辰. 伍大华应用脑髓理论治疗痴呆经验[J]. 中医药临床杂志,2022,34(4):621 - 625.
[18] 王新陆. 血浊理论产生的历史背景和现实意义[J]. 天津中医药,2019,36(10):937 - 941.
[19] 刘宏伟,焦雪蕾,刘晶晶,等. 基于"督脉通于脑"理论探讨"通督益脑"法的形成及其治疗中医脑病的实践意义[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(3):515 - 518.
[20] 孙云飞,冯颜庆,吴彦,等. "通督调神针刺法"治疗血管性痴呆的临床经验总结[J]. 中医临床研究,2022,14(12):42 - 44.
[21] 魏文著,阮永队,宁晓军. 温阳益肾健脑方合"靳三针"治疗皮层下动脉硬化性脑病 21 例[J]. 河南中医,2009,29(10):991 - 992.
[22] 任鑫,孙远征. 原络通经针法针刺治疗 Binswanger 病所致轻度认知功能障碍的随机对照研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2019,40(2):203 - 204.
[23] 朱杏,伍大华,谢瑶. 伍大华运用逍遥散治疗脑病验案举隅[J]. 湖南中医杂志,2022,38(5):68 - 70.
[24] 张丽娜,张金生,袁书章,等. 张金生教授基于"肝脑同治"理论对治疗中风后抑郁症的机理探讨[J]. 中医临床研究,2020,12(2):72 - 74.
[25] 高巳东,邓洋洋,王重一,等. "肾 - 骨 - 髓 - 脑"相关性及临床意义[J]. 实用中医内科杂志,2022,36(6):44 - 47.
[26] 陆佳宁,张丽萍,冯秀珍,等. 基于肾脑相济理论探析裘昌林教授辨治多系统萎缩的临证经验[J]. 浙江中医药大学学报,2019,43(1):14 - 18.

收稿日期:2024 - 09 - 13

作者简介:贾晴晴(1994 -),女,山东济宁人,硕士研究生,研究方向:中医外治法的临床与理论研究。
通信作者:董宁(1988 -),男,山东泰安人,副主任医师,研究方向:中医药防治情志疾病的基础与临床研究。E - mail: dongning70 @ 163. com

编辑:孙铮