◆思路方法◆

基于燥热怫郁理论辨治糖尿病痛性神经病变

邹玥[1]，吴大嵘[2]

1. 广州中医药大学第二临床医学院，广东 广州 510405
2. 广州中医药大学第二附属医院省部共建中医湿证国家重点实验室，广东 广州 510120

[摘要] 糖尿病痛性神经病变（PDN）是常见的糖尿病慢性并发症，病机复杂。刘完素“燥热怫郁”理论深刻揭示了津伤气郁、由燥致瘀的动态病理过程。本文基于此理论，突破了传统PDN辨治多从“阴虚寒凝”或“气虚血瘀”立论的局限，系统剖析了PDN“燥热内蕴为始动、气阴两虚致血瘀为核心转折、瘀热互结痹阻络脉为发病关键”的核心病机演变规律。创新性地构建了分期论治体系：早期清泄燥热、固护气阴（方选清燥救肺汤化裁），以安未病之络；中期益气养阴、调和气血（方选芍药甘草汤合四物汤），以荣已损之络；后期创新性运用“辛润通络”法（方选血府逐瘀汤合四妙勇安汤），以通痹阻之络；全程辅以针灸外治。本研究为PDN的中医辨治提供了理法方药兼备的新思路，深化了“消渴痛痹”的理论认识。

[关键词] 糖尿病痛性神经病变；燥热怫郁；病机；分期论治
[中图分类号] R259 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415（2026）09-0108-07
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.09.018

Differentiation and Treatment of Painful Diabetic Peripheral Neuropathy Based on Theory of Dryness-Heat Constraint and Stagnation

ZOU Yue[1], *WU Darong*[2]

1. The Second Clinical Medical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510405, China; 2. State Key Laboratory of Dampness Syndrome of Chinese Medicine Jointly Established by Provincial and Ministry of Traditional Chinese Medicine Setted in Guangzhou, The Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China

Abstract: Painful diabetic neuropathy (PDN) is a common chronic complication of diabetes with a complex pathogenesis. The theory of "dryness-heat constraint and stagnation" proposed by LIU Wansu profoundly reveals the dynamic pathological process of fluid impairment, qi stagnation, and progression from dryness to stasis. Based on this theory, this article transcends the limitations of traditional PDN differentiation and treatment, which often focus on "yin deficiency and cold coagulation" or "qi deficiency and blood stasis." It systematically analyzes the core pathogenic evolution of PDN: "internal accumulation of dryness-heat as the initial trigger, qi and yin deficiency leading to blood stasis as the pivotal transition, and the binding of stasis and heat obstructing the collaterals as the key to disease manifestation." Addressing the shortcoming of traditional therapeutic methods, an innovative stage-specific treatment system is constructed: in the early stage, clearing and draining dryness-heat while consolidating qi and yin (using

[收稿日期] 2025-12-18
[修回日期] 2026-03-06
[基金项目] 省部共建中医湿证国家重点实验室课题（SZ2021ZZ30）
[作者简介] 邹玥（2001-），女，在读硕士研究生。
[通信作者] 吴大嵘（1972-），女，主任中医师。

modified Qingzao Jiufei Decoction) to protect unaffected collaterals; in the middle stage, supplementing qi and nourishing yin, harmonizing qi and blood (using Shaoyao Gancao Decoction combined with Siwu Decoction) to nourish damaged collaterals; in the late stage, innovatively applying the pungent-moistening and collateral-unblocking method (using Xuefu Zhuyu Decoction combined with Simiao Yongan Decoction) to unblock obstructed collaterals, supplemented with acupuncture and moxibustion for external therapies throughout the course. This study provides a new perspective on the differentiation and treatment of PDN in traditional Chinese medicine, integrating principles, methods, prescriptions, and herbs, and deepens the theoretical understanding of "diabetes-related painful impediment."

Keywords: Painful diabetic peripheral neuropathy; Dryness-heat constraint and stagnation; Pathogenesis; Stage-specific treatment

糖尿病痛性神经病变(PDN)作为糖尿病周围神经病变的一种特殊类型，以慢性疼痛为核心症状，常表现为自发性疼痛及痛觉过敏[1]，严重影响患者的生活质量。我国流行病学调查显示，糖尿病周围神经病变患者中PDN发生率高达57.2%，已成为糖尿病并发症的主要负担[2]。尽管西医在严格血糖控制和对症止痛方面取得进展，但其临床疗效仍不理想[3]，且长期应用易引发眩晕、恶心等不良反应，且难以逆转既往神经损伤[4-5]。PDN属于中医学消渴痛痹范畴，以气阴亏虚、络脉失养为本，瘀热阻络、气血不通为标，形成不荣则痛与不通则痛并存的复杂病理状态。中医药通过整体调理、辨证论治，不仅能有效缓解疼痛、改善神经传导功能，还可调控血糖代谢、减轻西药不良反应，临床优势显著[6]。消渴并发痛痹，其病程演变中燥热内生贯穿始终，且与气机郁滞互为影响。刘完素《三消论》所创“燥热怫郁”理论，承袭《黄帝内经》“阳热怫郁”之旨，独辟蹊径地阐明了因饮食不节、脾胃亏虚，燥热内蕴，腠理怫郁，进而导致气液壅滞、津液枯竭的动态病理过程。此理论不仅突破了传统消渴单纯阴虚的认识局限，更深刻揭示了由燥致郁、由郁致瘀、由瘀化热的复杂传变。本研究基于刘完素“燥热怫郁”理论，结合临床实践经验，系统剖析PDN的病机演变规律，并据此构建分期辨治方案，深化对“消渴痛痹”的理论认识，为PDN的中医药临床实践提供新的思路与借鉴。

1 “燥热怫郁”理论内涵

“燥热怫郁”理论始于《黄帝内经》“阳热怫郁”之思，如《素问·阴阳应象大论》言“壮火之气衰，少火之气壮”，暗示邪热可致气津耗伤，四肢失养；“热胜则肿，燥胜则干”则直接指出燥热互结可扰乱气血津液输布，致腠理闭郁、气机壅滞。金元四大家之刘完素承《黄帝内经》“阳热怫郁”思想，在《三消论》中结合五运六气理论，首创“燥热怫郁”概念，主张“六气皆可化火”，认为消渴病机核心在于“本湿寒之阴气极衰，燥热之阳气甚……脾胃之气竭矣”，强调“故见消渴数溲……岂知肠胃燥热怫郁使之然也”[7]。此处“燥热”为致病主因，“怫郁”乃气机壅滞之象，二者相合导致津液不布、气血涩滞，终成消渴[7]。刘完素将燥热视为“标”，脾肾亏虚视为“本”，二者互为因果，共同导致三焦气化失司、津液不布，腠理怫郁，气液壅塞，成为消渴病复杂传变的根源。此理论突破了消渴单纯以阴虚立论的局限，强调了燥热在病机动态演变中的关键作用，为后世如朱丹溪发展“阴

虚燥热”理论奠定了基础，使其病机体系日益完善[8]。现代研究亦证实该理论的科学价值，如李嘉鑫等基于“燥热怫郁”理论探讨2型糖尿病肠黏膜屏障损伤及脂代谢紊乱，为本文的立论提供了现代佐证[9-10]。

2 基于“燥热怫郁”理论探讨PDN的核心病机

“燥热怫郁”之病机，作为PDN的核心驱动因素，贯穿病程始终，并随着疾病的进展呈现出动态演变。其过程可概括为三个层次：一为燥热内蕴，灼阴耗气，奠定病变初期热邪与气阴损伤的基础；二为气阴两虚，因燥热“郁”滞而致血瘀，成为虚实交织、病机转折的关键；三为瘀热互结，痹阻络脉，是痛症发作的直接原因。此三者交互循环，燥热与怫郁互为因果，持续扰乱气血津液的正常输布及络脉濡养，最终导致疼痛。

2.1 饮食不节，燥热内蕴为始动因素 早在《素问·奇病论》中就指出：“此人必数食甘美而多肥也……转为消渴。”即饮食不节，过食肥甘，损伤脾胃，可导致消渴病。清代陈士铎在《辨证奇闻·消渴门》[11]中云：“胃消之病……燔熬烹炙肥之物，肥甘醇厚之味，过于贪饕，酿成内热，津液干涸。”说明饮食不节是消渴病发生的重要诱因。高血糖及高脂饮食类似“燔熬烹炙肥甘醇厚”[8]，诱发肠胃燥热，伤脾致运化失司，气阴初虚。现代研究也证实，过食膏粱厚味易导致肥胖、胰岛素抵抗及2型糖尿病等[12]。《素问·经脉别论》曰：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”脾主运化，燥热克伐则运化失司，精微输布异常，无法濡养五脏六腑、四肢百骸。同时，脾胃居于中焦，灌四傍，其运化功能受损，可致中焦气机不利，水谷精微壅滞，继而酿生痰湿、瘀血等病理产物，进一步阻滞经络。刘完素《三消论》[7]进一步详述：“盖燥热太甚，三焦肠胃之腠理怫郁结滞，致密壅塞，而水液不能渗泄浸润于外，荣养百骸，故肠胃之外，燥热太甚。”明确指出燥热蕴结中焦，导致腠理初现“怫郁”之象，虽此时痛象不显，但气液输布已然受扰，百骸失养，为后续痛痹的“不荣则痛”与“不通则痛”埋下伏笔。

2.2 气阴两虚，因郁致瘀为核心转折 《素问·阴阳应象大论》云“壮火散气”，燥热消灼肌肉的同时不断损耗气血津液，四肢、肌肉失养，从而导致患者形体日渐消瘦。中医对于疼痛产生机理的认识，早在《素问·举痛论》中就有记载，“经脉流行不止，环周不休……客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛”，此处“血少”为虚，“气不通”为实，二者均可致痛。具体而言，“血少”指的是因气血亏损而引发的虚性疼痛，表现为“不荣则痛”；而“气不通”则是指气机不利导致的实性疼痛，表现为“不通则痛”。作为糖尿病的慢性并发症之一，PDN的病情发展与糖尿病本病紧密相关。在糖尿病的早中期阶段，患者体内郁热等火热之象显著[13]，燥热持续耗灼，加剧气阴亏虚，致气虚推动无力，阴虚血脉失养，血行涩滞，气机因郁而阻，瘀血随之初生。这种由燥热伤津耗气所致的“郁”，是推动血瘀形成的关键，由此构建了PDN独特的疼痛病机，标志着从“不荣则痛”向“不通则痛”转化的核心节点。PDN在消渴病基础上，具有气伤血少、瘀热阻滞、络脉不荣且不通的特征[14]。若瘀血凝滞、郁而化热，则推进至瘀热互结阶段，加重神经损伤。芍药甘草汤中芍药可通过激活相关受体、上调对应信号通路的表达，抑制神经元的氧化应激反应与凋亡进程，同时促进神经营养因子的合成与分泌，以此实现对神经元的保护作用[15]；四物汤的当归

多糖可显著延长凝血时间、缩短出血时间，其抗凝血作用主要影响内源性凝血系统[16]。

2.3 瘀热互结，络脉痹阻为发病关键 随着瘀血的凝滞，久瘀渐而化热，正如《灵枢·五变》载“血脉不行，转而为热”，瘀血凝滞日久，郁而化热，形成瘀热互结之势。叶天士《临证指南医案》亦有“积伤入络，气血皆瘀，则流行失司，所谓痛则不通也”之论[17]。此阶段瘀热深入孙络，络脉痹阻，“不通则痛”成为PDN疼痛发作的直接且关键因素。临床表现为疼痛剧烈，痛势较重，持续发作，夜间尤甚，伴见面色晦暗、烦躁失眠、口干、大便秘结，舌紫暗有瘀斑，脉沉涩、结代等症状和体征，此皆乃瘀热为病之征象，可见PDN发病与瘀热阻滞密切相关，符合“不通则痛”之实痛病机。瘀热既成之后，耗气伤血，使本虚更著；气血不足之“本虚”与瘀热阻滞之“标实”二者互为因果、交互为患，最终形成“不荣则痛”与“不通则痛”并存的复杂病理格局，遂使病势缠绵加剧。因此，本病气血亏虚为本，瘀热阻滞为标，此乃PDN疼痛剧烈、迁延难愈之关键症结。相较于传统观点多将PDN单纯归咎于“阴虚寒凝”或“气虚血瘀”，基于“燥热怫郁”理论可进一步阐明“由燥致郁、因郁致瘀、瘀热互结”的病机新认识。这一理论突破了常规“重虚瘀、轻燥热”的局限，揭示了燥热内蕴不仅是消渴之源，更是推动络脉痹阻、疼痛由虚转实的核心动力，为临床从“清热润燥”入手截断病势提供了理论依据。

3 从“燥热怫郁”理论辨治PDN

3.1 清解燥热，固护气阴以安其源 PDN早期，以燥热内蕴、灼阴耗气为主要特点。患者往往形体渐瘦，口干多饮，皮肤干燥，或兼有疲乏倦怠、舌红少苔、脉细数等症。此阶段虽疼痛不甚或偶发，但燥热已开始损伤气阴，扰乱津液输布，为后续络脉失养、疼痛发作埋下伏笔。故治宜清解燥热、固护气阴，以安其源，防其深入。《素问·太阴阳明论》载：“今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉皆无气以生，故不用焉。”明确指出脾胃失调，津液不布，可致气血不足，四肢失养。而《灵枢·痈疽》记载：“津液和调，变化而赤为血。”强调津血同源，燥热伤津亦伤血。《素问·五脏生成》曰：“肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄。”可知血对肢体滋润濡养起着至关重要的作用。因此，早期在清解燥热的同时，必须注重固护气阴，以防燥热进一步耗伤，损伤络脉。方选清燥救肺汤化裁，方中石膏清宣肺胃燥热，为君药；人参益气生津，麦冬、阿胶滋阴润燥，共为臣药；桑叶、枇杷叶清宣肺热；苦杏仁降气润燥；胡麻仁滋润通便；甘草调和诸药。全方共奏清解燥热、益气养阴、润肺生津之功，旨在清除内蕴之燥热，同时补充和保护气阴，从而固护津液，调畅气机，阻止病邪进一步深入。临床可根据具体症状加减：若燥热偏盛，可加天花粉、知母增强清热生津之力；若气虚明显，可加黄芪、山药健脾益气；若兼有口干甚者，可加玄参、玉竹滋阴润燥。《素问·刺法论》记载：“欲令脾实……宜甘宜淡。”生晒参味甘，性微温，可补脾益肺、补气生津，有甘温益气之功，是治疗气虚的常用药，临证时对于气短乏力严重者改为红参。麦冬味甘，性微寒，归心经、肺经、胃经，《医学衷中参西录》记载其“能入胃以养胃液，开胃进食，更能入脾以助脾散精于肺”，可滋阴润肺、益胃生津，有甘寒生津之功。赵乾等[18]对60例肺热津伤型糖尿病性便秘患者进行疗效观察，发现在口服双歧杆菌三联活菌胶囊的基础上加用清燥救肺汤后，可明显提高临床疗效，增加排便次数并降低血糖

水平。

针药结合自古以来备受世代医家重视，《黄帝内经》曰“毒药治其内，针石治其外”，针药结合，可达取长补短、协同增效的作用。临证可运用人迎气口脉法判断人体气血阴阳状态，并基于此阴阳偏倾状态，指导选穴[19]。临床观察显示，此阶段患者多见足太阴病，故多选取表里经足阳明经的原穴冲阳穴，五行属水的厉兑穴，进行呼吸补法，达到《灵枢·九针十二原》所言的“刺之要，气至而有效”。关于“气至”的判定，宜结合脉象变化，《灵枢·终始》云：“所谓气至而有效者，……故补则实、泻则虚。痛虽不随针，病必衰去。”PDN进展期，燥热持续耗伤气阴，致气虚推动无力，阴虚血脉失养。通过针刺补泻，若脉象由过盛转为柔和，由脉力弱转为有力，即提示“气至”，此时便可出针，病必衰去。

3.2　益气养阴，调和气血以荣其络　PDN进展期，燥热持续耗伤气阴，致气虚推动无力，阴虚血脉失养。此时“燥热怫郁”中的“郁”象渐显，气机郁滞，推动无力，血行涩滞，因郁致瘀。患者临床症见体质量下降、下肢麻木刺痛渐显、肌肉瘦软乏力、舌淡红边齿痕、脉细弱，皆为气阴两虚、血瘀内阻、络脉失养所致，故治宜益气养阴、调和气血，以荣其络。芍药甘草汤有酸甘化阴之功效，临床常用于治疗下肢疼痛[20]、糖尿病周围神经病变[21]等，四物汤活血养血，因此常用芍药甘草汤合四物汤加减治疗糖尿病下肢血管病变。活血药易耗血动血，长期使用易伤及阴血，糖尿病下肢血管病变患者具有阴津亏虚的病机特点，临证时需注重活血药与滋阴养血药同用，以达活血不伤阴之效[22]，临床多配伍当归、白芍、鸡血藤等药。此外，虫类药性善走窜，善于逐瘀通经，临床多加用水蛭、地龙等虫类药以增强逐瘀通络之功。现代研究表明，芍药甘草汤加减能显著提高糖尿病周围神经病变治疗总有效率，改善腓总神经运动、感觉神经传导速度，临床应用效果确切[23]。四物汤中的当归是糖尿病周围神经病变常用药物，其发挥作用的主要是挥发油、氨基酸类、多糖、黄酮类、有机酸等化学成分，主要有抗炎、促进造血等药理作用[24]。川芎的有效成分川芎嗪通过抑制ERK5/P70S6K/Rac1信号通路发挥抗血小板活化及血栓形成作用[25]，对于预防糖尿病周围神经病变、延缓病情进展有积极作用。从现代机制看，该期“缓急止痛、调和营卫并兼养血活血”，可对应PDN中期“炎症—敏化—微循环失衡”交织的病理特征。《伤寒论·辨脉法》有“尺脉弱，名曰阴不足”“阴脉弱者，则血虚”“阴脉迟涩，故知血亡也”等论述，阴脉弱即尺脉弱，这些条文充分说明张仲景对于尺脉候营血的重视。此阶段燥热伤阴日久，气阴两虚，血脉不充，临床诊察中患者尺脉常表现为偏空、偏沉细，提示营血亏虚。《灵枢·海论》载，血海之输“其输上在于大杼，下出于巨虚之上下廉”。故取大杼、上巨虚、下巨虚等穴，运用呼吸补法，留针约30 min，以期调补气血，使尺脉渐趋充盈，病症随之减轻，从而达到益气养阴、调和气血、濡养络脉之效。

3.3　辛润通络，化瘀清热以通其痹　PDN发展至晚期，“燥热怫郁”之邪已深入络脉，与久瘀相结，形成瘀热互结、络脉痹阻的关键病理环节。临床以疼痛剧烈、痛处固定、夜间尤甚为主要表现，可伴见面色晦暗、肌肤甲错、烦躁不宁、口干欲饮、大便秘结等症，舌质多呈紫暗，或见瘀点瘀斑，舌下络脉迂曲，脉象以沉涩或结代为主，此皆属瘀热胶结、络脉不通之象，符合“不通则痛”的实证病机。虽然“本虚”依然存在，但“标实”已成为主要的矛盾，直接导致疼痛缠绵难愈。故治当标本兼顾、攻补兼施，以辛润通络法贯穿始终。辛润

之法源于《素问·脏气法时论》：“肾苦燥，急食辛以润之，开腠理，致津液，通气也。”刘完素在《素问玄机原病式》中引申为“开发郁结，使气液宣通”，强调辛味药具开通之性，润剂有濡养之功，二者相伍可使瘀结得散、阴津得复。方选血府逐瘀汤合四妙勇安汤化裁。血府逐瘀汤为活血化瘀、行气止痛之名方，方中桃仁、红花活血化瘀，力专效宏，直击“瘀热互结”之标，在治疗糖尿病周围神经病变中常以药对出现，具有改善血流动力学、调控细胞凋亡和增殖、抗凝血等作用，二者相互配合，相辅相成，瘀血通则疼痛、麻木的症状改善[26]。当归、生地黄养血润燥，活血而不耗血，体现辛润之意；柴胡、枳壳、桔梗疏肝理气，调畅气机，气行则血行，为活血化瘀创造条件。合用四妙勇安汤为臣方，重用金银花清热解毒、凉血消痈，直清络中之热毒；玄参滋阴降火、解毒散结，既能清除瘀热，又可顾护阴津，共奏清热解毒、养阴凉血之功，精准清除因瘀而生之热邪。甘草调和诸药，兼能清热。全方配伍，集活血化瘀、理气行滞、清热解毒、滋阴润燥于一体，攻补兼施，标本兼治，使瘀热得清，络脉得通，顽痛自解。若灼热感明显、口干便秘，属热毒炽盛，可加蒲公英15 g、紫花地丁15 g以增强清热解毒之功。若麻木感明显，可加鸡血藤20 g、伸筋草15 g以舒筋活络。若伴下肢沉重、肿胀，属湿热下注，可加黄柏10 g、川牛膝15 g、薏苡仁30 g，即合四妙丸之意，清热利湿，引药下行。针灸外治作为辅助，贯穿全程，尤在此阶段发挥速效通络、解除痹阻之功。可遵循“去菀陈莝”之法，取患侧下肢膝关节以下络脉瘀阻明显处行三棱针点刺放血，配合阿是穴刺络拔罐。此法旨在引瘀热外泄，通畅经络，迅速改善局部微循环，缓解剧烈疼痛，正如《灵枢·经脉第十》所载：“故诸刺络脉者，必刺其结上，甚血者虽无结，急取之以泻其邪而出其血，留之发为痹也。”通过直接泻去瘀血、热毒，迅速改善局部微循环，解除疼痛。

4 小结

本文基于刘完素燥热怫郁理论，厘清PDN“因燥致郁、由郁致瘀、瘀热搏结”的病机演变规律。这一视角突破了传统视消渴痛痹多属“阴虚寒凝”或单纯“气虚血瘀”的认知局限，强调了燥热之邪贯穿病变始终的核心地位。据此构建的分期辨治体系，确立了早期清热固本、中期调和荣络、晚期辛润通络的治疗法则，并融合人迎气口脉法指导针药并用，有效解决了PDN临床治疗中“清热易伤正、破瘀易耗阴”的难点，体现了中医“治病求本、既病防变”的学术思想。

[参考文献]

[1] SLOAN G, SELVARAJAH D, TESFAYE S. Pathogenesis, diagnosis and clinical management of diabetic sensorimotor peripheral neuropathy[J]. Nat Rev Endocrinol, 2021, 17(7): 400-420.

[2] LI C, WANG W, JI Q, et al. Prevalence of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes mellitus and diabetic peripheral neuropathy: a nationwide cross-sectional study in mainland China[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2023, 198: 110602.

[3] 刘新明，李全民. 糖尿病痛性神经病变的治疗新进展[J]. 临床药物治疗杂志，2017，15(11)：1-4.

[4] PONIRAKIS G, ELHADD T, CHINNAIYAN S, et al. Prevalence and risk factors for painful diabetic neuropathy in secondary healthcare in Qatar[J]. J Diabetes Investig, 2019, 10(6): 1558-1564.

[5] EID S A, RUMORA A E, BEIROWSKI B, et al. New perspectives in diabetic neuropathy[J]. Neuron, 2023, 111(17): 2623-2641.

[6] 陈蕾，魏婉冰，胡天赤. 糖尿病痛性神经病变诊疗研究进展[J]. 中医临床研究，2023，15(27)：80-84.

[7] 胡国臣，宋乃光. 刘完素医学全书[M]. 北京：中国中医药出版社，2006：273-275.

[8] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京：中国医药科技出版社，2020.

[9] 李嘉鑫，王庆峰，安继仁，等. 基于“燥热怫郁”理论探讨2型糖尿病肠黏膜屏障损伤[J]. 北京中医药大学学报，2023，46(7)：992-998.

[10] 赵金铃，付子珊，宁顺宇，等. 基于“燥热怫郁”理论探讨2型糖尿病合并脂代谢紊乱的病机和治疗[J/OL]. 辽宁中医药大学学

报，1-11[2026-03-06]. https://link.cnki.net/urlid/21.1543.R.20250725.1541.010.
[11] 陈士铎. 辨证奇闻[M]. 孙洽熙等，校注. 北京：中国中医药出版社，1995：228.
[12] 徐媛颖，王琪，陈琳，等. 中医药治疗2型糖尿病合并肥胖的研究进展[J]. 世界中医药，2022，17(19)：2824-2828.
[13] 仝小林. 糖络杂病论[M]. 3版. 北京：科学出版社，2020.
[14] 彭幽，周映伶，刘昀玮，等. 基于“因消致痛”理论的糖尿病痛性神经病变治疗探讨[J]. 中国中医基础医学杂志，2025，31(12)：2215-2219.
[15] 赵晓燕，张慧，张璇，等. 白芍治疗神经病理性疼痛抑郁共病药理机制研究进展[J/OL]. 辽宁中医药大学学报，1-11[2026-03-06]. https://link.cnki.net/urlid/21.1543.R.20260205.1635.002.
[16] 杨铁虹，商澎，梅其炳，等. 当归多糖硫酸酯对凝血和血小板聚集的作用[J]. 中草药，2002，33(11)：1010-1013.
[17] 叶天士. 临证指南医案[M]. 华岫云，编订. 北京：华夏出版社，1995：460.
[18] 赵乾，徐铁岩，冯占荣，等. 基于“肺与大肠相表里”观察清燥救肺汤治疗肺热津伤型糖尿病性便秘的临床疗效[J]. 河北中医，2023，45(5)：733-736，741.
[19] 李奕诗，陈宣尚，李红梅. 人迎寸口脉法之学与用[J]. 中国针灸，2023，43(9)：1076-1080.
[20] 宋明，朱旭，张锴. 芍药甘草汤加减治疗颈肩腰腿痛的疗效及患者满意度分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志，2019，7(12)：159，162.
[21] 王开欣，张攀，罗涛，等. 芍药甘草汤加味联合中药熏洗治疗阴虚血瘀型糖尿病周围神经病变临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报，2023，25(9)：212-216.
[22] 刘莹，王娜娜，郑冬雪，等. 李光荣活血化瘀学术思想治疗子宫内膜息肉探析[J]. 吉林中医药，2024，44(9)：1028-1031.
[23] 胡可心，李瑜璠，方朝晖. 芍药甘草汤加减治疗糖尿病周围神经病变的Meta分析[J]. 湖北民族大学学报(医学版)，2024，41(2)：1-4.
[24] 马艳春，吴文轩，胡建辉，等. 当归的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报，2022，50(1)：111-114.
[25] 张丽媛，陈璐，李春晓，等. 川芎嗪通过抑制ERK5/P70S6K/Rac1信号通路发挥抗血小板活化及血栓形成作用[J]. 中华中医药学刊，2021，39(2)：135-139，274-275.
[26] 杨凯麟，曾柳庭，葛安琪，等. 基于网络药理学探讨桃仁-红花药对活血化瘀的分子机制[J]. 世界科学技术-中医药现代化，2018，20(12)：2208-2216.

[责任编辑：郑锋玲，蒋维超(英文)]