

- [21] 沈美华. 罗氏内异方对大鼠EMT模型病理形态与血液流变学的实验研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2010.
- [22] 黄洁明, 欧阳惠卿, 许丽绵, 等. 子宫内膜异位症血瘀证本质探讨及罗氏内异方对其血管内环境的影响[J]. 河南中医, 2006, 26(10): 23-25.
- [23] 廖慧慧, 李芳, 黄洁明, 等. 罗氏内异方对子宫内膜异位症模型大鼠内膜组织形态学的影响[J]. 临床医学工程, 2010, 17(6): 5-6.
- [24] 李芳. 罗氏内异方对子宫内膜异位症的临床及内膜容受性的实验研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2009.
- [25] 罗碧云. 罗氏内异方对EMs大鼠内膜容受性的干预及EMs不孕患者体质与生存质量关系的研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2018.
- [26] 舒美恩. 罗氏内异方对子宫异位内膜细胞凋亡、MMPs的影响[D]. 广州: 广州中医药大学, 2008.
- [27] 黄洁明. 罗氏内异方对子宫内膜异位症模型大鼠的在位与异位内膜芳香化酶表达的影响[D]. 广州: 广州中医药大学, 2006.
- [28] 黄洁明, 罗颂平. 罗氏内异方对子宫内膜异位症局部雌激素合成影响的实验研究[J]. 新中医, 2012, 44(2): 101-104.
- [29] 黄洁明, 桑传兰, 罗颂平. 子宫内膜异位症复发模型的建立及中药干预的研究[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(4): 814-818.
- [30] 史云, 伍海鹰, 何金洋, 等. 罗氏内异方含药血清对子宫内膜异位症合并不孕患者腹腔液细胞的影响[J]. 中药新药与临床药理, 2013, 24(4): 344-347.
- [31] 黎海芳. 罗氏内异方联合腹腔镜治疗中重型内异症性不孕的疗效和机理研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2012.
- [32] 张旭宾, 赵广兴, 欧阳惠卿. 活血化瘀中药对大鼠实验性子宫内膜异位症异位内膜VEGF的作用[J]. 中医药学刊, 2006, 24(9): 1725-1727.
- [33] 伍海鹰, 史云, 谢蓬蓬. 罗氏内异方对子宫内膜异位症并不孕患者腹腔液细胞ICAM-1与IL-8含量的影响[J]. 中国优生与遗传杂志, 2013, 21(3): 114-116.
- [34] 李莉, 张丽美, 黄洁明, 等. 罗氏内异方对子宫内膜异位症模型大鼠内膜容受性的影响[J]. 新中医, 2014, 46(8): 182-184.
- [35] 陈思, 樊耀华, 赵颖, 等. 罗氏内异方对子宫内膜异位症大鼠Bcl-2、Bax表达及内膜组织形态的影响[J]. 中国妇幼保健, 2018, 33(9): 2103-2108.

【责任编辑: 贺小英】

岭南地区湿热证研究进展

周润津¹, 庞博¹, 刘兴华¹, 丘金钰¹, 林樑², 刘叶¹, 吴智兵¹, 林兴栋²

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广东广州 510405; 2. 广州中医药大学第三附属医院, 广东广州 510150)

摘要: 综述了岭南地区湿热证研究概况。岭南地区湿热证型多见, 临床涉及病种较多。岭南地区湿热证的形成与饮食、生活习惯等内因和外感湿邪、热邪、暑邪等外因有关; 其症状表现为乏力、出汗异常、皮肤改变等全身症状和耳鸣耳聋、口疮、腰痛、舌苔厚腻等局部症状。岭南地区湿热证可见于各脏腑疾病, 脾胃系疾病中的湿热证研究较多; 肺系疾病中的湿热证研究主要集中在上呼吸道感染、咳嗽、社区获得性肺炎、病毒性感冒等; 肾系疾病中的湿热证研究涉及慢性肾功能衰竭、泌尿系结石、尿路感染、肾病综合征等; 脑系疾病中的湿热证研究主要涉及病毒性脑炎、脑膜炎、急性脊髓炎等; 皮肤及五官疾病中的湿热证研究涉及痤疮、口疮、慢性湿疹、损容性皮肤病等; 亦有学者对岭南地区慢性疲劳综合征、小儿脾胃病、痛风性关节炎、急性期腰椎间盘突出症的湿热证的证治进行了探讨。岭南湿热证实质研究及动物实验研究也取得一定进展。通过系统总结岭南地区湿热证的研究概况, 可为其基础研究及临床实践提供参考。

关键词: 岭南地区; 湿热证; 脾胃系疾病; 肺系疾病; 综述

中图分类号: R241

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)05-1071-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.05.038

收稿日期: 2020-08-07

作者简介: 周润津(1994-), 男, 在读硕士研究生; E-mail: 2937023088@qq.com

通讯作者: 林兴栋, 男, 教授; E-mail: 961586314@qq.com

基金项目: 广东省自然科学基金面上项目(编号: 2020A1515010392)

Research Progress of the Damp-Heat Syndrome in Lingnan Area

ZHOU Run-Jin¹, PANG Bo¹, LIU Xing-Hua¹, QIU Jin-Yu¹,
LIN Jian², LIU Ye¹, WU Zhi-Bing¹, LIN Xing-Dong²

(1. The First Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China;

2. The Third Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese medicine, Guangzhou 510150 Guangdong, China)

Abstract: The research status of the damp-heat syndrome in Lingnan area is reviewed. Damp-heat syndrome is commonly seen in Lingnan area and involves various kinds of diseases in the clinic, and its development is usually due to endogenous factors of improper diet and living habit, and due to the exogenous factors of the attack of damp, heat, and summer-heat pathogens. Damp-heat syndrome in Lingnan area has the systemic symptoms of weakness, abnormal sweating, and skin symptoms, and has the local symptoms of tinnitus and deafness, oral ulceration, lumbago, and thick and greasy tongue fur. Various kinds of *zang-fu* organ diseases can be shown as the Lingnan damp-heat syndrome. The damp-heat syndrome of the spleen-stomach diseases is frequently reported. Of the lung diseases, the damp-heat syndrome was mostly seen in viral upper respiratory infection, cough, community-acquired pneumonia, and viral influenza. Of the kidney diseases, the damp-heat syndrome was mostly seen in chronic renal failure, urinary calculus, urinary tract infection, and nephrotic syndrome. Of the brain diseases, the damp-heat syndrome was mostly seen in viral encephalitis, meningitis, and acute myelitis. Of the diseases involving the skin and five sense organs, the damp-heat syndrome was mostly seen in acne, oral ulceration, chronic eczema, and discosmetic dermatosis. The differentiation and treatment for the damp-heat syndrome of the chronic fatigue syndrome, infantile spleen-stomach disease, gouty arthritis, and acute lumbar intervertebral disc herniation in Lingnan area is also explored. In recent years, certain achievements have been made in the research for the essence of Lingnan damp-heat syndrome and in the experimental research of damp-heat syndrome. This paper presents an overview of the research status of Lingnan damp-heat syndrome, and it is expected to supply evidence for the basic research and clinical practice of Lingnan damp-heat syndrome.

Keywords: Lingnan area; damp-heat syndrome; spleen and stomach diseases; lung diseases; review

湿热证是指由湿热之邪引起的多种病证总称,外感与内伤疾病中均可见^[1]。岭南为我国南方的五岭之南地区,包括我国的广东、广西、海南、香港、澳门等地区,该地区的气候具有日照充足、炎热湿润多雨等特点。独特的地理环境致使岭南人易酿成阳热体质,加之岭南地区人们喜食鱼虾螺蚌等多湿阴柔之品,日久湿困脾胃而酿成湿热体质;湿热病邪困扰,缠绵难愈,所发病种多样。岭南湿热证概念经过历代医家阐述得以完善^[2],近年来所发表的相关论著颇丰。本研究通过查阅国内主要数据库如中国知网(CNKI)、万方数据库(Wanfang)、维普数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库(SinoMed)等关于岭南湿热证的研究文献,并结合我校温病教研室多年对岭南温病研究的成果^[3],拟系统总结关于岭南地区湿热证的研究概况,以期为其基础研究及临床实践提供参考。

1 岭南地区湿热证发展沿革及病症特点

有关湿热证的认识最早可追溯至《黄帝内经》,书中将湿证按照性质分为寒湿和湿热两类。而后《难经》将外感中的湿热证划分出来,命名为湿温。至宋金元时期,各医家认识到岭南地区具有“阳燠之气常泄、阴湿之气常盛”地域气候特色^[4]。宋代《太平圣惠方》指出:“岭南土地卑湿,气候不同,夏则炎毒郁蒸,冬则温暖无寒,风湿之气易于伤人。”病理机制上扩展了“积湿生热”“湿自热生”的湿热相互转化机制,治则治法在这一时期得到极大的扩充,如“湿温不可发汗”“外湿宜表散,内湿宜淡渗”等。明清时期对岭南湿热证认识渐至成熟,认为湿热证病位在中焦脾胃,易伤阴液。清代广东南海名医何梦瑶结合岭南地理气候特点,认为岭南人出现病变时“多湿”“凡病多火”^[5]。清代名医叶天士首次提出

湿热体质,薛雪则专论湿温,二者的论述使外感病中的湿热病研究形成了较独立的理论体系。叶天士的卫气营血辨证和吴鞠通的三焦辨证的创立,标志着岭南湿热证已发展成为一个较为完善的理论体系。

因岭南地区独特的气候特点和居民独特的生活习惯,岭南湿热证也相应具有其独特的病症特点。岭南湿热证具有发病不拘时令、涉及病种范围广、病性复杂、伏气引发、常兼见脾胃气虚和气阴两虚的特点^[6];有关岭南人体质分布的研究结果显示,湿热体质是广西、香港地区成年人最常见的偏颇体质类型^[7-8],广东地区居民则以阴虚质、湿热质为主,以上研究成果一定程度上证明了岭南地区湿热体质的普遍性。岭南湿热证的形成与饮食、生活习惯等内因和外感湿邪、热邪、暑邪等外因有关;症状表现为乏力、出汗异常、皮肤改变等全身症状和耳鸣耳聋、口疮、腰痛、舌苔厚腻等局部症状^[9],现代学者基于此开展了多系统疾病岭南湿热证的相关研究,完善了相关病种理法方药理论体系。

2 岭南湿热证临床证治

湿邪按来源途径不同可分外感湿邪、内生湿邪。岭南气候潮湿,若久居湿地,感受雾露之邪,或涉水淋雨,湿邪浸淫肌肤、关节,可致疮疡、历节等病;脾喜燥恶湿,湿邪碍脾,致脾失健运,进一步加快痰湿的形成。湿为阴邪,易损伤脾肾阳气,多表现为水液代谢失衡;湿性重浊黏滞、阻滞气机,多表现为气滞、有形实邪的产生,如息肉、囊肿、结石等。湿热证可见于各脏腑疾病,以下分而论之。

2.1 脾胃系疾病中的湿热证研究 脾胃系疾病的研究较多,涉及便秘、大肠黑变病、肠易激综合征、慢性胃炎等病种。对于消化系统疾病湿热证的病因病机,各研究的认识基本相同,病因主要由内外湿相合,导致湿热阻滞脾胃而发病;对于病机,梁民联等^[9]认为湿热可根据体质不同而出现寒化、热化的区别。对脾胃湿热证的辨证,主张重视舌苔变化以追踪病情演变。对脾胃湿热证的治疗,各医家均认为需分消湿热,调理脾胃。刘洁明等^[10]对24位岭南名医的处方进行分析,结果显示各医家治疗脾胃湿热证时喜祛湿与清热并

重。琚星萌等^[11]强调,治疗脾胃湿热证除了清热祛湿外,还要注意顾护津液。邓添才^[12]的研究显示,对比口服莫沙必利片,三仁汤治疗功能性消化不良效果上均能优于西药组,且无明显不良反应;三仁汤中药组通过提高患者血清胃动素(MTL)、胃泌素(GAS)含量,促进胃排空、改善消化功能。岭南地区肝炎发病率较高,病程早期以肝脾湿热型多见。赵敏^[13]运用健脾清热利湿法治疗此类慢性乙型肝炎,患者的证候表现如大便稀溏、纳呆、倦怠困重等改善较为明显。在治疗小儿肠炎方面,通过使用加味苍苓散可提高患儿 γ 干扰素(IFN- γ)含量,发挥治疗湿热型轮状病毒肠炎的疗效^[14]。罗文^[15]运用清热解毒祛湿颗粒治疗小儿湿热泻,与单用蒙脱石散比较,取效明显,体现了中医“通因通用”的治疗原则。

2.2 肺系疾病中的湿热证研究 肺系疾病中的湿热证研究主要集中在上呼吸道感染^[16-17]和咳嗽^[18-19]。以严重急性呼吸综合征(SARS)为代表的上呼吸道感染,中医认为其属风温、风湿挟湿、伏气温病范畴,具有湿阻气机和易伤阴传变的特点,治疗应分解湿热,分利三焦^[16-17]。对于咳嗽湿热病证的认识,魏辉^[18]侧重于外感咳嗽的诊治,认为湿热咳嗽具有寒热错杂的特点,治则为宣展气机,清肺止咳,首选三仁汤;陈佳等^[19]侧重于久咳不愈的内伤咳嗽的诊治,认为湿热咳嗽的本质为肺痹不开、气机不畅导致病情缠绵,方药推崇黄连温胆汤和三仁汤。对于病毒性呼吸道感染的治疗,多采用蒿芩清胆汤治疗。基础研究认为Th1/Th2比值失衡可能是外感湿热证发病机制之一^[20],蒿芩清胆汤可减缓免疫炎症因子肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素(IL)-6的释放^[21],使升高的血清IFN- γ 水平降低,INF- γ /IL-4比值降低^[20];同时升高淋巴细胞亚群CD3⁺%、CD4⁺%、CD8⁺%,降低自然杀伤细胞的百分比^[22]。此外,戴洁琛^[23]的研究提示,甄氏清肺化湿合剂联合西药治疗湿热蕴肺型社区获得性肺炎比单纯西药治疗的疗效更好。陈恩^[24]通过设置单盲、随机对照试验,以西药利巴韦林为对照,观察翁花袋泡茶对风热挟湿型病毒性感冒的疗效,结果显示翁花袋泡茶在退热时间及症状改善效果方面均优于对照组。

2.3 肾系疾病中的湿热证研究 崔娟等^[25]提出了岭南地区慢性肾功能衰竭以阴虚湿热证为主,认

为岭南气候潮湿炎热,损伤脏腑津液,阴虚又可引外湿入侵和内湿滋生,故治疗当补阴而不留湿,祛湿而不伤正。林谋清等^[26]回顾性分析100例岭南湿热瘀阻型泌尿系结石患者的病历资料,并进行聚类分析,探讨利尿化脓法的用药规律,结果提示利尿化脓法多采用膀胱经药物,且多采用种类丰富的岭南地道药材。针对湿热下注型尿路感染,吴蝉丰^[27]发现加味茯苓皮汤除可有效改善尿路感染症状外,还可降低尿白细胞数和尿细菌数。谢桂权的团队^[28-29]采用蛋白组学方法,对湿热型肾病综合征患者进行血清蛋白分析,发现载脂蛋白C-Ⅲ和 α 2-HS糖蛋白为湿热型肾病综合征患者的特异表达蛋白;采用清热利湿法治疗可降低24h尿蛋白定量,增加血清白蛋白含量,减少炎症因子如TNF- α 、IL-6、IL-8等的形成。

2.4 脑系疾病中的湿热证研究 脑系疾病中的湿热证研究主要涉及病毒性脑炎、脑膜炎,辨证以留连气分阶段者多见,发病机理多认为与湿邪蒙蔽清窍有关,临床治疗多以清热祛湿、解毒开窍为法^[30],通过结合抗感染、控制炎症及对症治疗,可改善患者症状体征、脑脊液指标、脑电图等。对于岭南地区急性脊髓炎,梁洁茹^[31]认为其病因多与湿热瘀相关,治疗以清热祛湿、化痰通络为原则。

2.5 皮肤及五官疾病中的湿热证研究 杨柳等^[32]运用清肺愈疮方联合复方颠倒散面膜(治疗组)治疗脾胃湿热型痤疮,以凯莱克林分散片及维生素B6、外用维A酸霜为对照,结果显示治疗组在疗效、起效时间及不良反应等方面均优于对照组。针对湿热口疮,胡玲等^[33]拟泻黄散合藿朴夏苓汤加减治疗,有效率达到94.3%(33/35)。在外治法方面,李乐诗^[34]采用岭南火针点刺法治疗慢性湿疹,可达到快速修复皮损,减少渗出、消肿、止痒等效果。吴小薇等^[35]认为岭南地区损容性皮肤病多见阴虚湿热证,在病因上提出思虑过度亦为致病因素,治疗宜以健脾为要,以养阴祛湿清热为法。

2.6 其他 亦有学者对岭南地区慢性疲劳综合征、小儿脾胃病、痛风性关节炎、急性期腰椎间盘突出症的湿热证的证治进行了探讨。胡玲等^[36]基于岭南“体质混杂”的特点提出了慢性疲劳综合征(CFS)可辨为脾虚挟湿热和脾胃湿热2种证型,治疗分别以益气健脾、理气化湿和芳香化浊、化

湿清热为法。徐正莉^[37]补充了小儿脾胃病湿热证的特有病因:脾常不足和喂养失误,治疗主张采用宣上、畅中、达下的三焦论治。以甄氏穿海汤、陈氏刺络放血联合口服二妙散治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎效果明显,两者可不同程度改善患者血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP)、尿酸(UA)水平^[38-39]。元启鸿^[40]则采用利腰颗粒治疗湿热型急性期腰椎间盘突出症,可有效缓解疼痛($P < 0.05$),但其总有效率与扶他林对照组比较则差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 岭南湿热证实质研究及动物实验研究

对岭南湿热证的遗传学特征的研究显示,人类白细胞抗原(HLA)-A*0207基因型可能是广西籍汉族人群湿热证的易感基因,HLA-DRB1*0301、HLA-DRB1*1602和HLA-A*02可能分别是广西籍、广东籍汉族人群湿热证的保护性基因;O-1基因启动子L型可增加湿热证的易感性^[8,41-42]。针对慢性肾衰竭湿热证患者的基因研究显示,湿热体质人群对慢性肾脏病(CKD)具有易感性,细胞黏附分子(ICAM)-1 G241位点GG基因型可能是CKD湿热体质患者的预测基因,且通过G241位点GG基因型调控ICAM-1,使得ICAM-1的表达下调,血清ICAM-1浓度降低,减少炎症反应^[43]。这一系列研究为岭南湿热证的实质研究奠定了基础。

有关湿热证的动物模型研究方面,以“肥甘饮食+湿热环境+病毒感染”制造湿热证小鼠模型最为常用^[44],其中对流感病毒、登革病毒感染、MHV-A59病毒的使用较广泛。对湿热证模型的研究发现,湿热证小鼠出现大肠杆菌属、肠球菌属、梭菌属等条件致病菌的过度增长^[45],其内毒素-Toll样受体4(TLR-4)通路诱导的炎症介质反应和水通道蛋白的紊乱也与温病湿热证动物模型相关^[46]。在药物干预的动物实验研究中,有关蒿芩清胆汤的相关基础研究较多。针对呼吸道感染,蒿芩清胆汤可降低模型小鼠的肺指数;提高模型小鼠外周血CD4⁺% ,降低CD8⁺% ,调节Th1/Th2细胞平衡向Th2细胞方向回归;降低肺泡表面细胞炎症启动因子核因子(NF)- κ B表达^[47];还可作用于水通道蛋白,影响水液代谢,抑制病毒复制^[48]。三仁汤、王氏连朴饮对鼠下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴具有神经内分泌调节作用,通过促进

促肾上腺皮质激素释放激素(CRH)、促肾上腺皮质激素(ACTH)、血清皮质醇(Cor)等分泌,减少水湿停聚,恢复正常的水盐代谢^[49]。其中王氏连朴饮还可保护和修复胃肠道黏膜作用,诱导胃黏膜上皮细胞凋亡及抑制机体炎症反应^[50]。藿朴夏苓汤可调控高脂血症大鼠的血脂代谢,降低血清甘油三酯的水平^[51]。茵陈蒿汤则通过抑制TLR4受体通路激活来调节水通道蛋白3(AQP3)、AQP8的表达量而达到利湿效果^[52]。

肠道致病菌的过度增殖是温病湿热证实质的病理机制之一^[52]。肠道菌群可调节湿热环境下的细胞自噬、稳定线粒体DNA,一定程度起到保护肠黏膜作用。实验研究发现,茵陈、连翘能够缓解炎症反应,改善舌和小肠组织病变,其作用主要表现在调节水液代谢和减轻免疫炎症,但对肠道微生物群是否起作用仍需进一步研究^[53],故湿热证与肠道菌群研究及药物干预作用需进一步深入研究。

4 小结

岭南湿热证病症繁多,涉及各类病变脏腑。湿热证患者脾胃运化失司,表现为水液代谢紊乱,现代医学则从肠道菌群失调诊治该病症。中医治疗需区分“湿”与“热”不同,“徒清热则湿不退,徒祛湿则热愈炽”,治法上以“和法”为要,方以蒿芩清胆汤、三仁汤等常用;单味药以茵陈、连翘等研究最多,岭南药材如布渣叶、龙俐叶等亦被临床广泛使用。除药物治疗外,外治法中如颠倒散外敷、刺络放血、岭南火针外刺等对湿热证均具有一定的疗效。值得一提的是,本研究中肺系疾病发生率也较高,其原因一者与肺脏娇嫩,易受湿热之邪困扰有关;二者因肺金为脾土之子,脾胃受损导致“母病及子”,这可为临床“未病先防”提供一定思路。

参考文献:

[1] 邹会宁,史圣华,莫日根.浅析中医湿热病[J].内蒙古中医药,2007,26(4):42-43.
 [2] 周登威,徐志伟,孙海娇,等.岭南湿热病证理论的学术源流[J].中华中医药杂志,2019,34(7):2901-2904.
 [3] 彭胜权.岭南温病研究与临床[M].广州:广东高等教育出版社,1991.
 [4] 唐芸,王洪琦.岭南湿热证候理论源流探究[J].广西中医药,

2009,32(2):54-55.
 [5] 何梦瑶.医碥[M].北京:中国中医药出版社,2009.
 [6] 周登威,徐志伟.岭南医学湿热病的形成与学术特色[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(8):1052-1053.
 [7] 刘穗宁.香港生态环境与港人外感湿证的相关性研究[D].北京:北京中医药大学,2009.
 [8] 刘含.广西汉族人群湿热证候易感性与HLA基因多态性的关联研究[D].广州:广州中医药大学,2013.
 [9] 梁民联,刘丽,吴杞纳,等.论岭南湿热病的临床特点与证治经验[J].浙江中医药大学学报,2014,38(3):352-355.
 [10] 刘洁明,何国新,廖晓意,等.基于数据挖掘的岭南名医治疗脾胃病湿热证的用药经验分析[J].环球中医药,2020,13(1):48-51.
 [11] 琚星萌,宋雅芳.岭南地区脾胃湿热证的中医治疗[J].光明中医,2015,30(9):1833-1834.
 [12] 邓添才.三仁汤加减治疗湿热内蕴型功能性消化不良的临床疗效及机理研究[D].广州:广州中医药大学,2013.
 [13] 赵敏.健脾清热利湿法治疗慢性乙型肝炎肝脾湿热证的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2007.
 [14] 李伟锋.苍苓散加味对湿热型轮状病毒肠炎的疗效观察及干扰素- γ 的影响[D].广州:广州中医药大学,2015.
 [15] 罗文.清热解毒祛湿颗粒治疗小儿湿热泻30例疗效观察[J].新中医,2011,43(1):88-89.
 [16] 吴仕九,文彬.岭南温病湿热(毒)证与SARS防治的相关问题[C].北京:第二届中华医学论坛防治SARS学术会议,2003.
 [17] 曾艺文.浅议SARS冠状病毒的来源及“湿热疫毒”的治疗[J].中国中医急症,2012,21(7):1105-1106.
 [18] 魏辉.湿热咳嗽浅探[J].新中医,2011,43(10):136.
 [19] 陈佳,于斌,徐云生,等.浅谈岭南湿热咳嗽论治[J].新中医,2014,46(7):245-246.
 [20] 李华锋,刘叶,林培政.外感湿热证患者Th1/Th2细胞因子水平变化的研究[J].新中医,2011,43(1):39-41.
 [21] 王晓萍.蒿芩清胆汤对病毒性呼吸道感染湿热证的免疫炎症机制研究[D].广州:广州中医药大学,2009.
 [22] 苏丽湘.蒿芩清胆汤治疗上呼吸道感染湿热证的疗效观察及机理研究[D].广州:广州中医药大学,2010.
 [23] 戴洁琛.岭南甄氏清肺化痰剂治疗湿热蕴肺型社区获得性肺炎临床观察[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(19):41-43.
 [24] 陈恩.翁花袋泡茶治疗风热挟湿型病毒性感冒的疗效观察[D].广州:广州中医药大学,2010.
 [25] 崔娟,朱诗评,孙升云.从阴虚湿热论治慢性肾功能衰竭理论探微[J].中国中医药信息杂志,2010,17(5):89-90.
 [26] 林谋清,徐嘉辉,赵冬,等.利水化痰法治疗湿热瘀阻型泌尿系结石的用药[J].世界中医药,2018,13(10):2633-2636.
 [27] 吴蝉丰.加味茯苓皮汤治疗湿热下注型尿路感染疗效观察[D].广州:广州中医药大学,2011.
 [28] 谢桂权,高颖,冯天保,等.清热利湿法治疗肾病综合征湿

- 热证45例疗效观察[J]. 新中医, 2007, 39(10): 85-87.
- [29] 钟云良, 谢桂权. 原发性肾病综合征湿热证的蛋白质组学研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2011, 12(2): 150-152.
- [30] 林兴栋, 刘亚敏, 钟嘉熙, 等. 化湿解毒通窍法治疗岭南病毒性脑炎82例[J]. 中华中医药学刊, 2010, 28(12): 2659-2662.
- [31] 梁洁茹. 岭南地区急性脊髓炎中医证型分析及清热清热祛湿、化痰通络法的疗效评价[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011.
- [32] 杨柳, 孙凯亮, 焉志超, 等. 中药治疗脾胃湿热型痤疮71例临床观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2010, 32(1): 41-43.
- [33] 胡玲, 郑晓凤, 鄢雪辉, 等. 泻黄散合藿朴夏苓汤加减治疗湿热口疮35例[J]. 新中医, 2009, 41(3): 73-74.
- [34] 李乐诗. 岭南火针点刺法治疗慢性湿疹的临床疗效观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2018.
- [35] 吴小薇, 丁慧. 岭南阴虚湿热型损容性皮肤病证治探析[J]. 中国美容医学, 2019, 28(11): 121-124.
- [36] 胡玲, 陈苇菁, 潘怀耿, 等. 基于脾胃湿热辨治慢性疲劳综合征探析[J]. 广州中医药大学学报, 2012, 29(3): 323-324.
- [37] 徐正莉. 清热祛湿并举从三焦辨治小儿湿热证[J]. 新中医, 2012, 44(2): 6-7.
- [38] 金连顺, 祝鸿发, 唐丽娟, 等. 甄氏穿海汤治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(2): 196-199.
- [39] 李秀娟, 陈秀华. 岭南陈氏刺络放血联合二妙散口服治疗急性痛风性关节炎湿热蕴结证30例临床观察[J]. 中医杂志, 2020, 61(2): 142-145.
- [40] 元启鸿. 利腰颗粒治疗腰椎间盘突出症急性期(湿热型)疗效观察[J]. 新中医, 2011, 43(4): 54-56.
- [41] 唐芸. HLA基因多态性与广东汉族人群湿热证候易感性的相关性研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2009.
- [42] 路永坤. HO-1基因启动子微卫星多态性与广东汉族湿热证易感性的相关性研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2010.
- [43] 张海林, 卢晓君, 冯流畅, 等. 慢性肾脏病湿热型体质易感人群ICAM1基因和IL-10基因启动子多态性研究[J]. 西部中医药, 2018, 31(12): 1-4.
- [44] 刘叶, 吴智兵, 林兴栋, 等. 小鼠流感病毒性肺炎湿热证模型的建立及应用[A]/第三届中医药现代化国际科技大会论文集[C]. 成都: 2010.
- [45] 王婷, 郑锋玲, 骆欢欢. 岭南温病湿热证小鼠模型的建立及肠道菌群的研究分析[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(6): 1361-1365.
- [46] 谢婧. 温病湿热证“湿热交蒸”实质的实验研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2018.
- [47] 刘叶. 清热化湿透表法干预小鼠流感病毒性湿热证免疫损伤的机理研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2008.
- [48] 高展翔. 蒿芩清胆汤对流感病毒感染湿热证小鼠水通道蛋白影响的实验研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2012.
- [49] 武凯歌. 王氏连朴饮对脾胃湿热证大鼠HPA轴相关指标及白细胞介素影响的实验研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2011.
- [50] 廖莹峰. 王氏连朴饮对脾胃湿热证大鼠Th1/Th2细胞因子、胃粘膜上皮细胞凋亡蛋白Bcl-2、P53的实验研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2013.
- [51] 侯笙总. 藿朴夏苓汤干预湿热环境下高脂血症大鼠脂代谢的实验研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [52] 王婷. 岭南温病湿热证小鼠模型的建立及肠道相关湿热证实质的研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [53] 周祎青. 岭南湿热模型小鼠肠道菌群特征分析及中药作用研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2019.

【责任编辑：贺小英】