·综 述·

慢性心力衰竭的经方辨治

梁 晶[1]，刘 畅[1]，李 维[2]，曹 敏[1*]
（1. 上海中医药大学附属龙华医院急诊科，上海 200032；2. 上海市嘉定区南翔医院内分泌科，上海 201802）

摘要：慢性心力衰竭发病率高、预后差，是多种病因所致心脏病的终末期，严重威胁人类健康。该文从《伤寒论》及《金匮要略》角度论述慢性心力衰竭的辨证论治，突出慢性心力衰竭“虚”“瘀”“水”的辨证要点，同时结合慢性心力衰竭的兼夹症，总结治则治法，归纳理法方药，以期为临床治疗提供新的思路。

关键词：慢性心力衰竭；经方；辨证论治
中图分类号：R541.6＋1；R259 **文献标志码：**A **文章编号：**1672-9188(2025)03-0224-006
引用：梁晶, 刘畅, 李维, 等. 慢性心力衰竭的经方辨治[J]. 世界临床药物, 2025, 46(3): 224-229. DOI：10.13683/j.wph.2025.03.003

Diagnosis and treatment of chronic heart failure with classical prescription

LIANG Jing[1], LIU Chang[1], LI Wei[2], CAO Min[1*]
(*1. Department of Emergency, Longhua hospital Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China; 2. Department of Endocrinology, Shanghai Jiading District Nanxiang Hospital, Shanghai 201802, China*)

Abstract: Chronic heart failure (CHF) has a high incidence rate and a poor prognosis. It is the end-stage of heart disease caused by a variety of causes and poses a serious threat to human health. This article discussed the pattern differentiation and treatment of CHF from the perspectives of *Treatise on Cold Damage* and *Synopsis of the Golden Chamber*, highlighting the dialectical characteristics of "deficiency", "stasis", and "water" in CHF. Meanwhile, it summarized the treatment principles and methods, the rational theories and prescriptions based on the comorbidities of CHF, in order to offer novel perspectives for clinical management.

Key words: chronic heart failure; classical prescription; treatment with syndrome differentiation

慢性心力衰竭（chronic heart failure，CHF）是各种心血管系统疾病的终末期阶段，发病率高，全球约有心力衰竭（heart failure，HF）患者 6 400 万人[1]。《中国心血管健康与疾病报告 2023 概要》[2] 显示，我国心血管病患者约为 3.3 亿人，其中 HF 患者约 890 万人；2022 年我国心血管病疾病患者出院人次为 1 225.4 万，其中 HF 患者占 13.7%。随着人口预期寿命的延长，HF 患病率不断增高，给社会带来巨大负担[3]。目前 CHF 的治疗药物包括利尿剂、血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素Ⅱ受体阻断剂、β 受体阻断剂、醛固酮拮抗剂、血管紧张素 / 脑啡肽酶抑制剂及钠 - 葡萄糖共转运蛋白 2 抑制剂等[4]。虽然临床治疗方法已取得一定的进展，但 CHF 患者的 5 年生存率仍不足 50%[5—6]，且在长期治疗过程中会出现诸多不良反应，包括血压降低、心率减慢及咳嗽等[7]。中医药在干预 CHF 方

收稿日期：2024-11-26
作者简介：梁晶，硕士研究生，研究方向：中医药防治心血管疾病的临床与实验研究。
通信作者：曹敏，主任医师，研究方向：中医药防治心血管疾病的临床与实验研究。
基金项目：国家自然科学基金(82374397)；中医药高等教育学会临床教育研究会临床教学科学研究课题(2023-011)；上海中医药大学第23期课程建设项目(KECJ2024099)

面具有一定优势，其中中医经方尤为突出。《伤寒论》和《金匮要略》所载之方用药精简、配伍严谨、验之有效，是中医临床的源头活水，兹将近年来经方治疗 CHF 相关辨治浅释如下。

1 CHF 的中医核心病机

中国传统文献中并无“心力衰竭”这一病名，“心衰”二字最早记载于西晋王叔和所著的《脉经》：“心衰则伏，肝微则沉，故令脉伏而沉”。此处“心衰”是对脉象沉伏的解释；同样，后代诸多医家对其有不同的见解，元代程杏轩《医述•医学溯源•脏腑》曰：“五脏外形，爪甲者，脉之聚也，心主脉，爪甲色不华，则心衰矣”，清代周学海《形色外诊简摩•外诊杂法•闻法》曰：“面起浮光，久哑，无外邪实证者，心衰肺瘪，所谓声嘶血败，久病不治也”。但这里所说的“心衰”多反映心之气血衰少，与现代医学的 HF 相差甚远。

CHF 属中医“心痹”“心水”“心悸”“怔忡”“胸痹”“喘证”“肺胀”“水肿”“痰饮”“水气病”等范畴，其多因久患胸痹、真心痛或先天心脏疾患，日久不复，心气内虚，复受外邪、情志刺激或劳倦过度致心气亏虚，血行无力、血脉不通而致病，其病位在心，旁及脾、肺、肾及肝等脏，病机总属本虚标实。其中心气亏虚为本，瘀血、水饮为标，临床多见虚实夹杂之证，本虚是 CHF 的基本要素，决定疾病的发展，标实是 CHF 的易变因素，影响病情变化，本虚和标实的消长决定 CHF 的发展演变[8]，因此临证多从“虚”“瘀”“水”辨治[9]。

2 CHF 的经方辨证论治

2.1 虚

CHF 乃久患心系疾病渐积而成，正气亏虚贯穿 CHF 的发病过程，正虚常见气虚、阴虚、阳虚以及诸虚兼夹。

2.1.1 气虚

《素问•逆调论》云：“若心气虚衰，可见喘息持续不已”。患者可见胸闷、心悸、神疲乏力、少气懒言及脉沉细无力等证候，此时宜用甘麦大枣汤益气养心。张仲景在《金匮要略•妇人杂病脉证并治》言：“妇人脏躁，喜悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸，甘麦大枣汤主之”。其中，小麦益气和阳，大枣养血和阴，甘草补虚，虽用于脏躁之证，但其关键病机在于心气亏虚，在 CHF 发展过程中出现心气不足，亦可予甘麦大枣汤补养心气、补益心脾[10]。若患者兼脾胃虚弱之象，如腹胀满、食少纳呆、面色无华、纳差便溏、舌淡胖及苔薄白，宜益气健脾，方可选《伤寒论•辨太阳病脉证并治》中的厚朴生姜半夏甘草人参汤。方中厚朴燥湿行气，生姜散饮和胃，半夏和胃降逆，人参、炙甘草益气健脾。研究[11]显示，厚朴生姜半夏甘草人参汤可明显改善脾虚气滞患者的临床症状且安全性好。若脾胃阳虚，出现腹痛、呕吐及不食等症时，可选理中丸或人参汤温脾益气助阳。理中丸见于《伤寒论》第 396 条曰：“大病瘥后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸”[12]。《金匮要略•胸痹心痛短气病脉证治》中指出“胸痹心中痞，气结在胸，胸满，胁下逆抢心……人参汤亦主之”。理中丸与人参汤药物组成相同，方中干姜温中祛寒，人参、白术补气健脾，甘草益气。若脾胃虚寒加重，加附子即附子理中汤来温阳祛寒。现代药理研究表明，理中汤加减具有改善心功能、减轻心肌细胞损伤及抑制心室重构等作用[13]。

2.1.2 阴虚

CHF 出现胸闷、烦躁、口干、舌红少津、潮热盗汗及脉细数等阴虚之证，宜益气养阴生津。《金匮要略•肺痿肺痈咳嗽上气》曰：“大逆上气，咽喉不利，止逆下气者，麦门冬汤主之”。方重用麦冬清肺胃虚火，半夏温燥化痰，人参补五脏，甘草温中下气，粳米益气生津，大枣补气生津。若患者持续阴液消耗，肝血不足，虚热扰神，出现虚烦虚劳不得眠时，运用酸枣仁汤，方中重用酸枣仁养血补肝，茯苓、知母宁心安神，川芎调畅气机，甘草

调和诸药。研究[14]表明，酸枣仁皂苷A能够影响L型钙通道，从而发挥心肌保护作用。患者心肺阴虚内热后余热未清，又因情志不畅，出现心神不安、抑郁及失眠等百合病时，可予百合地黄汤，原方记载“意欲食复不能食，常默默，欲卧不能卧……，其脉微微”。方中百合润肺清心，生地黄滋阴利水。现代研究表明，百合地黄汤能有效治疗心脏疾病合并焦虑[15]。

2.1.3 阳虚

CHF进一步发展可出现阳虚之候，表现为气急喘促、不能平卧、四肢厥冷、大汗淋漓、脉微欲绝，治以回阳救逆，方用四逆汤。《伤寒论》第353条“呕而脉弱，小便复利，身有微热，见厥者，难治，四逆汤主之”;第388条“吐利汗出，发热恶寒，四肢拘急，手足厥冷者，四逆汤主之”。方中附子助心脾肾阳气，干姜峻补元阳，炙甘草补脾肾阳气，诸药合用,共增回阳救逆之功。刘强[16]的研究证实，四逆汤具有改善心功能的作用。若患者阴盛于下，虚阳浮于上，出现四肢厥冷、身热反不恶寒、面赤及颧红如妆等戴阳证时，可用白通汤，即四逆汤去甘草加葱白而成，方中附子、干姜破阴回阳，葱白宣通上下。若患者出现手足厥逆、脉微欲绝但面赤、身热等里有实寒、外有假热症状，可予通脉四逆汤。通脉四逆汤是在四逆汤的基础上倍干姜、重用生附子而成，旨在温通寒凝之脉、挽逆欲绝微阳。其虽方小而药简，但效著力专，是救逆之祖方[17]。同样，对于汗下亡阳、阳气不得下秘有虚浮，出现昼日烦躁不得眠时，干姜附子汤亦可治之。干姜附子汤与四逆汤同为回阳救逆之剂，但干姜附子汤去甘草，祛除其制约力量，增强破阴回阳功效，救残阳于未亡之间。CHF患者阳虚兼见水气上泛，可见水肿、身瞤动、小便不利、舌淡胖、苔白滑及脉沉细等症，可予真武汤。方中附子温肾助阳，茯苓、白术健脾助水，芍药敛阴利水，生姜温中散寒，五药共奏温阳利水之效。若肾阳持续不振，寒从中生，出现身体手足冷痛等外寒与内寒共见，治以附子汤。附子汤乃真武汤中生姜改为人参助其补火之力，倍附子、白术用量，茯苓敛阳，白芍柔肝，诸药合用，达到复阳而解阴之效。现代医学已证实，真武汤可通过增强心肌收缩力、抑制心室重构以及改善钙离子循环等多种途径对CHF发挥治疗作用，且具有较高的安全性[18]。

2.2 瘀

在CHF发展过程中，病理因素复杂多变，血瘀之证频现，经方活血之法亦非常丰富，临证可予以选用。

2.2.1 行气活血

CHF患者胸痛烦躁，气结血凝，郁而生热，烦满不能卧时，宜用枳实芍药散行气活血；若气滞血瘀兼湿邪者，治以当归芍药散，正如《金匮要略•妇人产后病脉证治》中“师曰：产妇腹痛，法当以枳实芍药散。”及《金匮要略•妇人杂病脉证并治》曰：“妇人腹中诸疾痛，当归芍药散主之”。当归芍药散虽是为治疗妇女产后腹痛而设，但也可用于CHF气结血凝者，方中枳实治心下痞痛，芍药破坚止痛，两药配合郁解、散气结而行血。

2.2.2 活血逐瘀

《金匮要略·妇人杂病脉证并治》中“妇人宿有癥病……，其癥不去故也，当下其癥，桂枝茯苓丸主之”。《金匮要略·疟病脉证并治》记载：“病疟，以月一日发，当以十五日愈……，此结为癥瘕，名曰疟母，急治之，宜鳖甲煎丸”。桂枝茯苓丸主治妇人瘀血癥疾，鳖甲煎丸治疗癥瘕及疟母等疾病，但两方绝不仅局限于治疗妇人、疟母疾病。桂枝茯苓丸可温补阳气、活血利水，鳖甲煎丸能活血化瘀、祛痰行水,两方均可辨证用于CHF兼瘀血水停之证，亦能体现中医异病同治之思想。

2.2.3 搜剔通络

CHF发展到后期，气血阴阳俱虚，患者可见胸闷喘憋加重、呼吸困难、两目黯黑及肌肤甲错，此

时用大黄䗪虫丸扶正祛瘀、搜剔通络。《金匮要略•血痹虚劳病脉症并治》记载：“五劳虚极羸瘦，腹满不能饮食，食伤、忧伤、饮伤……，大黄䗪虫丸主之”。本方中䗪虫破血逐瘀，地黄滋润阴血，蛴螬、水蛭、虻虫消肿止痛，黄芩、大黄共逐瘀热，桃仁、杏仁共宣降肺气，芍药化瘀除痹，甘草白蜜和中缓急，诸药共奏清热祛瘀、滋阴润燥之效。虫性走窜，善通络，消瘀破癥，使用虫类药祛瘀是张仲景治瘀的一大特色[19]。

2.2.4 泄热通瘀

若 CHF 持续加重，热毒里结，阳明腑实，患者出现发狂、少腹急结、小腹硬满及脉沉涩等下焦蓄血症状时，治以泻热通瘀。其中热重瘀轻者宜桃核承气汤，如《伤寒论》第 106 条“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，……，但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤”；瘀重于热者宜抵当汤急下，第 125 条载“太阳病，身黄，脉沉结，少腹硬，小便不利者，为无血也。小便自利，其人如狂者……，抵当汤主之”；瘀缓热微宜抵当丸缓投，如 126 条“伤寒有热，少腹满，应小便不利……，宜抵当丸”。

此外，张仲景还提出诸多活血化瘀之法，包括赤小豆当归散、升麻鳖甲汤、薏苡附子败酱散用以解毒活血；温经汤、枳实薤白桂枝汤、当归四逆汤、黄芪桂枝五物汤用以温经活血法等，临证可根据 CHF 之病机灵活选用。

2.3 水

CHF 追源溯本，与水气密切相关，水饮内停作为 CHF 病机的重要阶段，也是正气亏虚的延伸。

2.3.1 风水

CHF 病情演变过程中，常由于心阳不足，水火失济，水气上凌，出现水饮内停或泛溢肌肤等津液代谢障碍。《金匮要略•水气病脉证并治》[20] 记载：“师曰：病有风水、有皮水、有正水、有石水、有黄汗。风水，其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风；皮水，其脉亦浮，外证附肿，按之没指，不恶风，其腹如鼓，不渴，当发其汗”。若水饮泛溢肌肤，出现眼睑或下肢浮肿者，可予越婢汤，正如《金匮要略•水气病脉证并治》言“风水恶风，一身悉肿，脉浮不渴，续自汗出，无大热，越婢汤主之”。越婢汤中麻黄与石膏相配，使水气上散于外，下输于膀胱，甘草、生姜、大枣调和营卫，这也是“开鬼门，洁净府”治法的重要体现。若患者出现脉浮、身重且水肿部位较深等风水相搏症状，可选用防己黄芪汤。方中黄芪补气走表，生姜、白术燥湿行水，大枣、甘草益气固表，调和营卫。若在 CHF 发展阶段见于阳虚表邪不解，邪气循经入腑，膀胱气化不利，出现小便不利、口渴及水入即吐等蓄水病症，可用五苓散。方中茯苓、猪苓助泽泻利水渗湿，白术健脾运湿，桂枝化气利水。现代研究也表明五苓散具有抗炎、改善心脏纤维化、抑制心室重构及提升心功能的作用[21]。

2.3.2 皮水

CHF 进一步发展，患者出现水肿加重，按之没指，兼有汗出恶风症状时，为水气停于肌表，治以健脾温阳利水，《金匮要略•水气病脉证并治》述：“皮水为病，四肢肿，水气在皮肤中，四肢聂聂动者，防己茯苓汤主之”。相比防己黄芪汤，防己茯苓汤中防己及黄芪用量增加，改白术和生姜为桂枝及茯苓，以增其通阳化气、表里分消之效。若患者为全身浮肿、小便不利兼有发热恶风等水热互结之证时，原文所言“里水者，一身面目黄肿，其脉沉，假如小便自利，……，此亡津液，故令渴也，越婢加术汤主之”。《脉经》记载“一云皮水，可知里水为皮水”，由此可知“里水”即“皮水”，此时，在越婢汤的基础上加白术以增强健脾制水之效，甘草调和诸药，利水湿而解里热。

2.3.3 痰饮

《金匮要略》中记载“其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮”，痰饮日久，津液输布障碍，饮邪停聚胃肠，患者出现胸胁胀满、眩晕、呕吐清

唾及腹中水声漉漉等症，治以健脾利水化饮，如《金匮要略•痰饮》第16条言:“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，茯苓桂枝白术甘草汤主之”。方中茯苓健脾渗湿，桂枝温阳化饮，白术健脾燥湿，甘草养胃和中，正合“病痰饮者，当以温药和之”之旨。在临床中，苓桂术甘汤被广泛应用于CHF的治疗[22]。此外，痰饮病篇中小半夏加茯苓汤、己椒苈黄丸、十枣汤及泽泻汤等方以正气不虚而饮邪盛为病机特点，集中药力治以逐水化饮，对肠间饮聚成实者，予己椒苈黄丸前后分消，导水下行；对外感风寒、水饮内停者，予小青龙汤温肺化饮；兼里证者，可用大青龙汤发汗清热。还有小半夏汤治饮逆呕吐，甘遂半夏汤治留饮欲去，泽泻汤治支饮冒眩等均有逐饮攻邪之效。

2.3.4 支饮

CHF发展至重症阶段，并合并肺水肿、肺淤血等时，饮停胸肺，肺气受阻，患者出现喘憋胸胀、呼吸困难及咳逆上气等症[23]。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》记载“支饮不得息，葶苈大枣泻肺汤主之”。方中葶苈子除胸中痰饮，大枣和中扶正，两药合用，破水下气，共泻肺内实邪。同时，《金匮要略》所记载的“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之”“支饮胸满者，厚朴大黄汤主之”，以方测证，此时除胸闷咳喘，还兼有头昏目眩、胸腹胀满、气急及大便秘结等支饮轻证。

2.3.5 悬饮

若饮停胸胁，临证出现呼吸困难、咳嗽伴胸痛及恶心呕吐等悬饮症状时[24]，治以攻逐水饮，如《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》记载“病悬饮者，十枣汤主之”。此时痰饮之邪根深难化，需蠲饮破癖才能获效，故运用十枣汤峻逐水饮。方中大枣十枚以顾护胃气，甘遂行经隧水，大戟泄脏腑水，芫花除胸胁痰饮，且提出“平旦服”使药力速行。

在实际应用中，各经方互通互用，灵活用药，如十枣汤既可治支饮，又可治悬饮；小青龙汤既可治溢饮，又可治支饮；小半夏汤加茯苓汤既可用于痰饮，也可用于支饮等。

3 CHF之兼证

CHF由于病情复杂、病势缠绵，临证会出现心悸、胸痹及外感等CHF的重要兼证。

3.1 心悸

心悸是诱发或加重CHF的主要病因，患者心阳不足，出现心悸、两手交叉按心胸等症时，治以桂枝甘草汤补助心阳。若津伤而阳虚外浮，出现烦躁不安、胸闷及四肢冰冷等症时，可予桂枝甘草龙骨牡蛎汤温补心阳、安神定悸。若心阴阳亏虚，气血运行不畅，瘀血阻滞，出现心悸、结代脉时，用炙甘草汤滋阴通阳复脉。若心阳不振，痰饮内生，出现心下悸，治以半夏麻黄丸通阳化饮。若痰蒙心窍，烦躁不安者，可用桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤镇惊安神。

3.2 胸痹

胸痹作为CHF发展过程中的重要兼证，张仲景在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》中指出其病机为阳微阴弦。其中“阳微”指胸阳不振，“阴弦”指浊阴内生。若患者胸阳不振，痰浊闭阻，出现胸闷如窒、痛引肩背等症时，治以栝蒌薤白半夏汤宽胸涤痰、通阳散结。若痰气互结或阴寒凝结胸胃，出现胸痛彻背及咳逆冲心等症时，治以枳实薤白桂枝汤辛温散寒、宣通心阳。若痰热凝结胸膈，出现胸脘痞闷及咳痰黄稠等症时，治以小陷胸汤清热涤痰、宽胸散结。若水热互结，症见心下痛，按之石硬，当用大陷胸汤泻热逐水破结。若因感受寒邪，寒凝心脉，出现心痛彻背、背痛彻心者，可用乌头赤石脂逐寒止痛。

3.3 外感

CHF患者正气亏虚，易感外邪，出现胸闷气促及呼吸困难等症，临床可见于CHF失代偿期合并肺部感染等疾病。此时出现恶寒无汗，治以麻黄附子细辛汤温里散寒。若风寒循经入里，出现阳气虚

浮，发热、水肿加重时，用麻黄附子甘草汤温经解表利水，若疾病进一步发展，阳虚无力，致寒凝内生，水饮内停，出现端坐呼吸、小便短少及泄泻等症时，可用桂枝去芍药加麻辛附子汤以温阳散寒利水，正所谓“大气一转，其气乃散”[25]。

4 结语

本文结合临床，在经方CHF的治疗上，从“虚”“瘀”“水”三方面辨证论治，其中心气心阳虚是病理基础，血瘀是中心环节，水饮是病理产物，其病因病机复杂多样，易出现诸多兼证，疾病也从代偿阶段逐步进展到失代偿阶段。因此，在临床应用中，需综合考虑疾病的本证与兼证，辨证论治，或合方而治，为CHF的经方临床辨治提供参考与启示。

参考文献：

[1] SHAHIM B, KAPELIOS CJ, SAVARESE G, *et al*. Global public health burden of heart failure: an updated review[J]. Card Fail Rev, 2023, 9: e11.

[2] 国家心血管病中心, 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告2023概要[J]. 中国循环杂志, 2024, 39(7): 625-660.

[3] BRAGAZZI NL, ZHONG W, SHU JX, *et al*. Burden of heart failure and underlying causes in 195 countries and territories from 1990 to 2017[J]. Eur J Prev Cardiol, 2021, 28(15): 1682-1690.

[4] 中华医学会心血管病学分会, 中国医师协会心血管内科医师分会, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南2024[J]. 中华心血管病杂志, 2024, 52(3): 235-275.

[5] MCDONALD M, VIRANIS S, CHAN M, *et al*. CCS/CHFS heart failure guidelines update: defining a new pharmacologic standard of care for heart failure with reduced ejection fraction[J].Can J Cardiol, 2021, 37(4): 531-546.

[6] 程敏, 廖玉华, 袁璟. 2022ESC速递：心力衰竭相关临床研究解读[J]. 临床心血管病杂志, 2022, 38(10): 774-776.

[7] 曹敏, 王佑华. 中西医治疗心力衰竭:理论与实践[M]. 北京: 科学出版社, 2017: 56.

[8] 冠心病中医临床研究联盟, 中国中西医结合学会心血管疾病专业委员会, 中华中医药学会心病分会, 等. 慢性心力衰竭中医诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2014, 55(14): 1258-1260.

[9] 张方方. 慢性心力衰竭中医证候要素的研究[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2010.

[10] 金虹, 张丽艳. 叶天士应用甘麦大枣汤医案探微[J]. 中医临床研究, 2024, 16(31): 70-73.

[11] 徐瑞联, 刘先勇, 王川. 厚朴生姜半夏甘草人参汤治疗脾虚气滞型慢性浅表性胃炎临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(11): 53-54.

[12] 张仲景. 伤寒论[M]. 上海: 上海三联书店, 2017: 128.

[13] 黄光明. 理中汤加减治疗慢性心力衰竭及对患者血清BNP、IL-10及NOS水平的影响研究[J]. 陕西中医, 2021, 42(2): 159-162.

[14] 邓伟, 唐其柱, 李欣, 等. 酸枣仁皂苷A对大鼠心室肌细胞L-型钙通道的影响[J]. 武汉大学学报(医学版), 2009, 30(3): 299-302.

[15] 秦国玉, 曲夷, 张浩, 等. 百合地黄汤药理作用研究进展[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(3): 299-303.

[16] 刘强. 四逆汤加减治疗心肾阳虚型慢性心功能不全临床疗效总结[J]. 中医临床研究, 2018, 10(20): 42-43.

[17] 王倩, 熊家轩. “四逆汤”之临证发微[J]. 安徽中医学院学报, 2005, 24(3): 4-6.

[18] 郑铭豪, 郭迪. 真武汤治疗慢性心力衰竭有效成分及作用机制研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(11): 6007-6011.

[19] 易亚乔, 葛金文, 喻嵘, 等. 张仲景瘀血学说学术思想浅析[J]. 光明中医, 2014, 29(4): 684-686.

[20] 范永升. 金匮要略[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 194.

[21] 周晓洁, 黄思雨, 王一帆, 等. 五苓散现代临床应用及作用机制研究进展[J]. 中国医药导报, 2024, 21(21): 50-53.

[22] 张瑜, 杜武勋, 张少强, 等. 苓桂术甘汤治疗心血管系统疾病研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(2): 222-224.

[23] 董国菊, 刘永成. 基于中西医病证结合的射血分数保留的心力衰竭阳虚、阴虚、痰浊证候诊断专家共识[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(1): 255-258.

[24] 卿世花, 王飞. 胸腔积液中医药研究现状[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(71): 140-143.

[25] 何莉娜. 经方辨治心力衰竭六大方证刍议[J]. 浙江中医杂志, 2016, 51(9): 658-660.

（编辑：王 佳）