DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.08.051

阴阳维脉视角下心力衰竭创新病机及防治模式探讨

闫思彤[1],杨莺[2],王金侠[2]
(1.辽宁中医药大学,辽宁 沈阳 110847;2.辽宁中医药大学附属医院,辽宁 沈阳 110032)

摘要:基于"阴阳维脉"理论,探讨慢性心力衰竭的发病机制及防治思路。心力衰竭的中医病机主要为气血阴阳失衡,从而形成虚、瘀、水互结的本虚标实病理格局。在现有心力衰竭理论(气虚血瘀、阳虚水泛、心肾阳虚等)基础上,补充提出阴阳维脉失和是心力衰竭发生的关键病机,并据此构建"和维通络"防治模式,采用益气温阳、活血通络、化饮利水的综合治法,注重个体化与动态辨治。为心力衰竭中医诊疗提供新思路,并拓展了中医理论在心血管领域的应用,具有重要临床价值。

关键词:阴维;阳维;心力衰竭;阴阳平衡;本虚标实
中图分类号:R259.416 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)08-0246-04

Exploring Innovative Pathogenesis and Prevention – Treatment Models for Heart Failure from erspective of Yin and Yang Linking Vessels

YAN Sitong[1], YANG Ying[2], WANG Jinxia[2]
(1. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, Liaoning, China;
2. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine Affiliated Hospital, Shenyang 110032, Liaoning, China)

Abstract: It explored the pathogenesis and therapeutic strategies for chronic heart failure (CHF) based on the theory of "Yin and Yang Link Vessels". In Traditional Chinese Medicine (TCM), the key pathogenesis of CHF involves an imbalance of Qi, blood, Yin and Yang, leading to a pathological pattern of root deficiency and excess manifestations characterized by the intermingling of deficiency, blood stasis and fluid retention. Building upon existing CHF theories (e.g., Qi deficiency with blood stasis, Yang deficiency with water overflow and heart – kidney Yang deficiency), this study further proposed that the disharmony of the Yin and Yang Link Vessels was a critical pathogenic mechanism. Accordingly, a "harmonizing the link vessels and unblocking collaterals" therapeutic model was established, employing a comprehensive treatment approach that included boosting Qi and warming Yang, activating blood circulation and unblocking collaterals, and resolving fluid retention and promoting diuresis, with an emphasis on individualized and dynamic pattern differentiation. This theory provides novel insights for TCM diagnosis and treatment of CHF, expands the application of TCM theories in cardiovascular diseases, and holds significant clinical value.

Keywords: Yin Linking Vessel; Yang Linking Vessel; heart failure; Yin – Yang balance; root deficiency with secondary excess

慢性心力衰竭(chronic heart failure,CHF)是由多方面原因导致心脏发生结构及功能异常改变,使心室收缩、舒张功能出现障碍,从而引发的一组复杂临床综合征,也是多种心血管疾病发展的终末期及主要死亡原因之一[1]。心力衰竭在我国已成为严重威胁公众健康的重要疾病。流行病学数据显示,随着人口老龄化进程加快,其患病率和发病率呈逐年升高趋势[2]。根据《中国心血管健康与疾病报告2024》报告,目前我国有超过1000万心力衰竭患者,其住院病死率为2.6%,非康复离院率为10.2%,30天再入院率为11.0%[3],发病率与病死率均居高不下,心力衰竭的难治与预后不佳严重影响患者的生命质量,威胁人类生命健康。阴阳维脉理论作为奇经八脉的重要内容,历代医学经典如《难经》提出"阴维主里,阳维主表",强调维脉在调节阴阳、沟通表里的特殊作用[4]。基于《黄帝内经·经脉别论》《难经·二十八难》典籍中"维络诸阴诸阳"的核心生理功能[5-6],传承"心肾阳虚、水饮内停"病机基础上,本文创新性提出"维脉失和——气血阴阳失衡"是慢性心力衰竭(心水病)的核心病机,填补了维脉理论与心血管疾病关联研究学术空白,为提高心力衰竭中医治疗水平及创新诊疗思路提供理论依据和借鉴意义。

1 阴阳维脉的理论渊源与内涵探析

1.1 阴阳维脉维络诸阴诸阳 《难经》首次明确提出阴维、阳维,为奇经八脉理论体系的逐步完善起到了里程碑作用。其中

基金项目:辽宁省教育厅面上项目(LJKMZ20221343)
作者简介:闫思彤(2000-),女,辽宁海城人,硕士在读,研究方向:中西医结合防治心血管疾病。
通讯作者:杨莺(1976-),女,辽宁沈阳人,主任医师,博士研究生导师,博士,研究方向:中西医结合防治心血管疾病。E-mail:yy20170225@sina.com。

记载:“阳维、阴维者,维络于身”[4],表明阳维脉、阴维脉维系联络于全身[6];“阳维维于阳,阴维维于阴”“阳维维系诸阳,阴维维络诸阴”[4],揭示出维脉对维持经脉气血运行及阴阳表里调和的重要功能[6]。阳维脉维持阳气,阴维脉维系阴气,与十二经不同而自成一体,两脉不仅贯穿诸经,更在气血阴阳流注调控中发挥着枢纽作用。李时珍在《奇经八脉考》[7]中将八脉以阴维、阳维、阴跷、阳跷、冲、任、督、带的先后排序,可见阴阳维脉在奇经八脉中的重要地位,又将阴阳维脉喻为乾坤二卦,其曰:“阳维起于诸阳之会”“阴维起于诸阴之交”“所以为一身之纲维也。……是故阳维主一身之表,阴维主一身之里,以乾坤言也”[7]。《周易》中乾坤二卦象天地而统御八卦,因而赋予二维脉统领八脉之寓意;由此可见,阴阳维脉负有维系并联络人身阴经与阳经之功能,乃人体之纲维[8-9]。

1.2 阴阳维脉维系一身阴阳之平衡 据《十四经发挥》记载,阳维脉负责维系并联络各阳经,阴维脉则承担维系并联络各阴经的功能,二者相互维持以保持维脉的协调与正常运作;又记载阴维脉起自各阴经在胸部的交汇处,主要职能为统摄营血[10]。维脉与十二经脉关系密切,是十二经功能的补充和调和。阴维、阳维通过络结十二经,使气血流注更加圆融,促进经络气血互通,维护经脉阴阳平衡。

1.3 阴阳维脉调节表里气血之盛衰 《难经·二十八难》中有云:“阳维、阴维者,维络于身,溢蓄不能环流灌溉诸经者也”[4]。其中“溢蓄不能环流灌溉诸经者也”揭示了维脉在调节全身气血溢蓄方面的作用:当气血充盈时,维脉促其蓄积;气血不足时,维脉则协助外溢,从而维持十二经脉气血的循环流通。又《难经·二十九难》云“阳维维于阳,阴维维于阴,阴阳不能自相维,则怅然失志,溶溶不能自收持。阳维为病苦寒热,阴维为病苦心痛”[4]。此段说明在“阴阳不能自相维”之病理情形下,阳维多表现为表证(苦寒热),阴维则多见里证(苦心痛)。清代黄元御在《难经悬解》中进一步阐明:“阳维主一身之表,病则表伤而苦寒热。阴维主一身之里,病则里伤而苦心痛”[11]。由此可将生理职能与病理表现相联系:阴阳维脉分别担负表里联络与调节的作用,因而阳维多主表证,阴维多主里证。

2 心力衰竭的西医学发病机制

现代医学研究表明,慢性心力衰竭的核心病理机制为交感神经系统与“肾素-血管紧张素-醛固酮系统”的持续性激活[12]。这种过度激活会使心率加快、血管收缩、体内水钠潴留,从而增加心脏的前后负荷,导致心室肌肥厚、心肌纤维化等心脏结构和功能的改变[13],也就是我们所说的心脏重构。研究证据显示,中医药治疗心力衰竭能够改善患者的呼吸困难与喘憋症状、改善心功能、减少利尿剂用量,从而增加活动耐量并提高生活质量,其作用机制可能为多途径协同:一方面通过利尿、血管舒张以及改善微循环与血流动力学,提升左室舒张功能;另一方面通过调节心肌能量代谢与神经内分泌稳态,降低心肌负荷;同时可调控细胞自噬、抑制炎性细胞因子产生、减轻氧化应激,抑制心肌细胞凋亡与心肌纤维化,最终延缓或抑制心室重塑[14]。

近年来,基于分子生物学机制的研究发现,蛋白激酶G和环磷酸鸟苷等分子在慢性心力衰竭的发生发展过程中发挥着重要作用[15-16]。例如,射血分数保留的心力衰竭(HFpEF)常常跟糖尿病、慢性肾脏疾病等合并症一起出现[17]。这些合并症会使心肌细胞中的蛋白激酶G活性降低,进而造成心肌肥大与僵硬,从而导致心力衰竭的发生[18]。药理学研究大量证实,经方能改善心力衰竭患者的治疗效果并提升其生活质量。因此临床治疗心力衰竭时,应同时兼顾中医学的发病机理与现代病理生理学解释,在处方设计上,不仅要关注经方药物的寒热温凉属性,还应考虑其对应的现代药理学作用[19-20]。

3 阴阳维脉失和是心力衰竭的核心病机

3.1 阴阳失调为本病的始动因素 中医认为,阴阳为生命活动的根本动力与调衡枢纽。在八纲辨证体系中,阴阳辨证居于统领地位;心力衰竭的辨证论治亦应以阴阳理论为纲,从而抓住关键环节,简化复杂的辨治过程[21]。在心力衰竭这一“本虚标实、虚实夹杂”病证中,任何一端偏盛或偏衰都会牵动气血津液运行、脏腑协同,直接影响病情走向与发展。据清代张飞畴在《伤寒兼证析义》所述,阴维起于诸阴交会之处(诸阴皆交于胸),其主司营血;阴维维于阴并贯通心脏,故其病理表现常以心痛为主要症状[22]。对此,《难经·二十九难》亦有“阴维为病苦心痛”[4]之记载。王叔和在《脉经》中补充了阴维脉的脉象与临床表现,指出当诊见阴维脉沉大而实时,常伴胸中剧痛、胁下支满及心痛等里证[23]。张洁古于《奇经八脉考·二维为病》解释道,营属阴、主里,阴维受邪则以里证为主,故出现心痛等表现[24]。综上可见,阴维功能失常多呈里证。且由于三阴经属里且与阴维在腹部有交会,故阴维失调在临床上常出现心、胸、腹部不适,并可细分为太阴、少阴、厥阴等不同证型,《针灸甲乙经》等古籍亦记载了多处阴维交会穴用于治疗阴经相关病症[25]。

由上可知,阳维循行于卫分,贯结诸阳,主表而护外,使卫气运行顺畅;阴维循行于营分,维系诸阴,主里而和内,调摄五脏六腑。二脉相互维系,分理表里、营卫与气血,以资内外阴阳之平定。阴阳平衡失调与心力衰竭的病情发展有着紧密关系。新病机理论认为,维脉失和贯穿心力衰竭发病与演变全过程。阴维脉虚,阴血不足,不能盛载阳气,阳维脉失调则阳气不布,气化不行,导致气血失调、阴阳失衡,从而推动水湿、瘀血等病理因素聚集。“维脉失和-气血阴阳失衡”病机模式不仅弥补了传统以脏腑单向失职为主的不足,还强调了经脉调节和整体联系,对于临床辨治复杂型慢性心力衰竭有重要理论和实践指导价值。

3.2 “虚-瘀-水”为本病的重要环节 “阳虚水泛”是指心阳(或心肾阳)亏虚,推动温煦和气化无力,导致水液输布失司、水湿泛滥的一条核心病理链。它在心力衰竭的演变中常常起到“承上启下、牵一发动全身”的枢纽作用——既是早期本虚失调的直接结果,又是后续痰饮、水肿、气喘、瘀阻等标实病理的“母体”。

阴维脉气血亏虚,为“虚”的核心内容。阴维主一身之阴,维系脏腑阴液、阴血,当阴维脉亏虚时,机体阴液日减,心阴亏损,进而产生心气、心阳的相对不足,使得心脏功能减弱、推动

无力，由“虚”而及于“瘀”；阴血不能畅达，推动无力，血瘀乃生。血行不畅则气血易阻于经脉、脏腑，临床可见心悸、胸闷、紫绀等瘀血证候。阴维失和还会及于水液代谢：阴液失固，津液不能正常输布，致水湿内停，形成心力衰竭“水肿”的关键环节。阳维脉负责维系阳气运行，调控机体升降出入。阳维失和，常因寒温失司，阳气不布，外卫不固以致脏腑阳虚，气机壅滞，津液瘀阻，亦促使“水湿泛溢”。此外，阳维脉功能失常，会造成局部或整体温煦及气机流动障碍，间接加重气血瘀阻，加深病理循环。此环节不仅解释了“因虚致实、水邪横行”的病机，也为心力衰竭治疗提供了清晰的靶向：一手扶阳鼓动心肾，一手利水解郁除瘀。

从病理演变来看，虚、瘀、水三者之间的关系密切，可相互影响、互为因果。阴阳维脉失和导致机体由虚致瘀、由瘀致水；反之水湿困脾、阻塞经气，又可加重气虚、阳虚，出现恶性循环。这种三要素动态演变模式能够有效解释复杂心力衰竭病情的阶段性表现及难以逆转的过程，“虚－瘀－水”并非静止不变，而是在维脉气机“监控失灵”下循环推进和转化。例如，慢性心力衰竭后期，虚损日久则瘀血日盛，瘀血阻络则水湿越聚，三者互为因果，治疗若忽略其本质上的经脉调和之机，难以获得满意疗效。

3.3 *虚实夹杂为本病的内在趋势* 在病机方面，传统教材认为心力衰竭的证型有气阴两虚、气血亏虚、痰饮阻肺、阳虚水泛、阴竭阳脱等证。这一认识亦与王清任所言“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”[26]相印证。随着临床上常规抗心力衰竭药物（如“五朵金花”）、新型抗心力衰竭药物及血液滤过等疗法的广泛应用，心力衰竭的病机呈现出新的格局。单一病机在临床已较少见，取而代之的是兼有虚实与寒热并存的混合表现，此现象表明心力衰竭这一复杂疾病具有非线性特征，而非传统的单一线性模型[21]。心力衰竭属本虚标实之证，标在气机不利与血脉瘀阻，本为心肾亏虚、阴阳维脉失衡，即代表人体内气血阴阳失衡。心阳失振，阴维不固，气血濡养无力，易致心肺气虚、心肾阳虚、阳虚水泛等虚证；心阴不足，阳维不充，气机推动失司，易见气阴两虚、气虚血瘀、痰饮阻肺等复合证候。心阳与肾阳、心阴与肾阴及其交互关系，均通过维脉协调。一旦维脉失司，脏腑阴阳失衡，心肾功能更趋衰退，终致气血瘀滞、水湿内停、痰饮阻络等一系列病理变化。在慢性心力衰竭的疾病发展中，维脉失和与诸多核心症状、体征关系密切。从病机角度分析，心悸、气短、喘促等典型心力衰竭表现，与阴维、阳维脉气机阻滞、气血不畅直接相关。阴维脉虚，心血不荣，患者常自觉心悸、胸闷、怔忡，夜不能寐，气机上逆而生喘促；阳维脉失布，则推动无力，气血不能外达，于是造成乏力、气短，又易感寒邪，心包气血循环不畅致血瘀阻滞，导致紫绀与胸痛等表现。

“心为五脏六腑之大主”，为“阳中之阳”，心气不足，心失所养，故以气虚为先，气虚日久及阳，心阳虚损，失于温化，故见肢冷；由气及水，气虚无力行水，水液代谢失常，水邪内扰，上犯于心，下降入肺，受脾所制而归肾所统。若肺气亏虚，失于通调水道；脾气不足，运化水湿无权；肾气（阳）不振，气化失司，则水湿停聚，凌心射肺，形成水肿，并使心力衰竭进一步加重。由气及血，心气鼓动乏力，血行迟缓，致瘀血内阻；瘀阻又碍肝之疏泄，瘀上加瘀，更促进水肿加剧。血瘀、水停又进一步加重气虚，而出现气虚（阳虚）、血瘀、水停相互交杂的病理局面，气（阳）虚、血瘀、水停病变构成了心力衰竭病理实质三要素，但根本原因是心脏真气（阳）受损，而肾阳作为一身阳气之根，其温煦、推动作用对心阳的维护至关重要。心肾阳虚相互影响，最终导致心阳不振、肾阳衰微，阳气亏虚贯穿始终，成为心力衰竭发病的核心环节，而心肾阳虚的本质正是阴阳维脉失和。维脉失和，诸络壅滞，故提出“和维通络”可为心力衰竭的根本治疗大法。

4 以“和维通络”法论治心力衰竭

4.1 *益气培元以温阳通脉* 阳维“维于阳，主表”，其病多见卫气虚弱、营卫失和所致的恶寒发热、自汗、腹痛泄泻等表现。金元张洁古即以“卫气不和”立论，推崇桂枝汤温经调营卫；明代李时珍进一步指出阳维虚证“营卫虚弱”，以黄芪建中汤、八物汤补气和血[24]。据《得配本草·奇经药考》记载，黄芪主治阳维之病，常见表证为寒热；白芍亦以治疗阳维寒热为主；桂枝则能通行阳维[27]。清代王旭高每以黄芪、桂枝温阳固表治阳维虚腹痛[28]，严洁等[27]将黄芪、白芍、桂枝列为“阳维要药”，强调“补气固表、调和营卫”之功。由此可见，益气培元是疏通阳维的首要法则——黄芪、桂枝辛温发散而扶阳，白芍酸敛而固卫，同用则温阳通脉、表里俱调，既祛外寒又复内阳，使营卫相维而和。

4.2 *活血通络以散瘀通滞* 阴维“维于阴，行于营分”，病位在里，多因血寒、血瘀阻络而成心胸疼痛、寒热往来。张洁古以三阴温里方（理中汤、四逆汤、当归四逆汤、吴茱萸汤）温通血脉；李时珍又据寒热有无、兼经不同辨用当归四逆汤、失笑散、金铃散等活血散瘀[24]。清代《得配本草》以当归、川芎为阴维主药，取其“养血活血、行气止痛”[27]，蒋宝素[29]治“阴不维阳”不孕亦重用生地黄、当归、川芎补血活血。现代临床每配合鸡血藤、丹参、红花等，以温通与活血并施，营阴得养而瘀滞自散。故活血通络既可化寒凝，又可解血瘀，是调阴维、温阳维的重要途径。

4.3 *疏利水邪以逐痰化饮* 阳维循于少阳外侧，阴维贯通胸胁腹里，水湿痰饮客络，则卫外不固、经脉失养而现寒热往来、胸胁痞满、肢体酸楚。李时珍针对“寒热半表半里而兼少阳”之阳维实证，提出小柴胡汤加减：柴胡疏少阳、半夏和胃化痰、黄芩清里热，正寓“疏利水邪、逐痰化饮”之义[24]。清代王旭高在《环溪草堂医案》中指出，阳维维系诸阳，若阳气不足则可引起腹痛、便溏；阴维维系诸阴，营阴亏损时常见心痛并见舌红[28]。心力衰竭病程中，心气、心阳虚贯穿始终；病久则元气渐耗、温煦失职，痰湿易聚。治疗宜标本兼顾，重在调和气血阴阳。又因久病多伤阴，在既有阳虚基础上并见阴亏，易致阴阳两虚；津液亏损则虚火上扰，灼炼肺津而成痰[30]。阴维痰湿阻滞，则见胸痹心痛、舌红苔腻，可于当归四逆汤中佐以泽泻、茯苓、橘红、薤白，以利水渗湿、理气化痰，使营阴得清。临证若水饮偏在下肢，可加防己、羌活、车前子通行水道；痰饮壅胸，可合瓜蒌、桔梗、薏苡仁宣胸逐饮。通过疏导水湿、化痰软坚，可解除奇经受阻之痰湿壅遏，使阳维之阳气得伸，阴维之营阴得荣，

达“水道通则脉气行”的治效。

5 总结与展望

本文立足于阴阳维脉理论,将其与慢性心力衰竭的中医病机创新性融合,提出“维脉失和-气血阴阳失衡”是慢性心力衰竭的核心环节,为传统辨证体系提供了新的阐释维度。研究表明,阳维脉“主表、司卫”、阴维脉“主里、司营”,两脉共同调节表里气血、贯穿诸经,是维持人体阴阳平衡的枢纽。慢性心力衰竭的发生,既有气血阴阳的本虚,也有水湿、瘀血等病理产物的标实,其本质表现为维脉功能障碍致“虚、瘀、水”恶性循环。

在具体辨治思路上,本文确立了“益气培元以温阳通脉、活血通络以散瘀通滞、疏利水邪以逐痰化饮”三大核心治法。益气温阳着眼于扶助阳维以振奋卫外,代表方如黄芪建中汤、桂枝汤等;活血通络强调调畅阴维,畅达营阴,方药如当归四逆加吴茱萸生姜汤及血分用药,既温通又活血,以解血瘀心痛、胸闷等症;疏利水邪则针对水肿、痰饮,采用小柴胡汤等化饮利水药,调畅阴阳、恢复水液代谢。临床应根据患者不同病理阶段,灵活参用诸法,各法互参贯通,兼顾本虚与标实,突出个体化诊疗思路[31]。

本研究创新性地将阴阳维脉“调和营卫、联通表里”的理论机制用于慢性心力衰竭的病机和防治模式阐释,不仅拓展了奇经理论在心血管疾病领域的应用范围,也提示临床医生突破脏腑辨证局限。中医药在治疗心力衰竭方面有着显著疗效与广阔前景[32],通过“和维通络”辨治模式,为复杂疑难心力衰竭的多病因、多环节治疗提供了系统化、动态化的理论工具,丰富了中医防治慢性心力衰竭的学术内涵和实践路径,具有重要临床推广和学术研究价值。

参考文献

[1] Project Group of Traditional Chinese Medicine Guideline for Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, China Association of Chinese Medicine. 慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022年)[J]. 中医杂志, 2023, 64(7): 743-756.
[2] 陶成敏, 谢伟, 徐晓东. 沙库巴曲缬沙坦对AMI急诊PCI术后射血分数保留型心力衰竭患者的疗效及对心血管事件的影响[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2024, 16(3): 316-319, 334.
[3] 国家心血管病中心. 中国心血管健康与疾病报告-2024[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2025.
[4] 难经[M]. 田代华,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:28.
[5] 王冰. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963:94.
[6] 郭霭春. 八十一难经集解[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1984:60.
[7] 王剑, 孙士江. 李时珍医药学全集[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 852.
[8] 屈少雄.《周易》对中医理论发展的影响[J]. 西部中医药, 2018, 31(1): 38-40.
[9] 李冲. 阴、阳维脉的文献整理研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2019.
[10] 滑寿. 十四经发挥[M]. 李玉清, 主校. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 53.
[11] 黄元御. 黄元御医书全集[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2016:548.
[12] EGOCHEAGA M I, DRAK Y, OTERO V. Classical nephroprotection: renin angiotensinaldosterone system inhibitors[J]. Semergen, 2023,49(Suppl 1):102018.
[13] 薄慧赢, 侯平. 慢性心力衰竭的中西医发病机制及现代治疗药物的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2025, 39(2): 1-4.
[14] 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气虚、血瘀、水饮证候诊断专家共识[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(7): 255-258.
[15] VAN HEEREBEEK L, HAMDANI N, FALCÃO-PIRES I, et al. Low myocardial protein kinase G activity in heart failure with preserved ejection fraction[J]. Circulation, 2012, 126(7): 830-839.
[16] PAULUS W J, TSCHÖPE C. A novel paradigm for heart failure with preserved ejection fraction: comorbidities drive myocardial dysfunction and remodeling through coronary microvascular endothelial inflammation[J]. J Am Coll Cardiol, 2013, 62(4): 263-271.
[17] 卢琳, 何杰, 李培培, 等. 达格列净联合二甲双胍治疗肥胖2型糖尿病合并OSAS疗效及安全性的Meta分析[J]. 疑难病杂志, 2020, 19(8): 778-784.
[18] ZHANG N N, FENG B, MA X X, et al. Dapagliflozin improves left ventricular remodeling and aorta sympathetic tone in a pig model of heart failure with preserved ejection fraction[J]. Cardiovasc Diabetol, 2019, 18(1): 107.
[19] 蓝宇, 罗富锟, 于悦, 等. 冠心病的中医认识与经方治疗策略[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(13): 3684-3692.
[20] 于悦, 金子轩, 罗富锟, 等. 基于病-证-治结合的核心方证研究思路[J]. 中国中药杂志, 2023, 48(10): 2625-2629.
[21] 潘文秀, 郭文龙. 基于“阴阳互根”理论探讨慢性心力衰竭的中医药治疗[J]. 中医药临床杂志, 2024, 36(10): 1858-1862.
[22] 张倬. 伤寒兼证析义[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 19.
[23] 王叔和. 脉经[M]. 郭君双,整理. 北京:人民卫生出版社, 2017:32.
[24] 李时珍. 濒湖脉学:奇经八脉考[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社,2009:60,85.
[25] 皇普谧. 黄帝针灸甲乙经[M]. 黄龙祥,整理. 北京:人民卫生出版社,2017:132.
[26] 王清任. 医林改错[M]. 穆俊霞,张文平, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 32.
[27] 严洁. 得配本草[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 1997: 279.
[28] 王泰林. 王旭高临证医案[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2019:116-122.
[29] 蒋宝素. 问斋医案[M]. 北京:人民卫生出版社,1989:213.
[30] 庞金华, 侯杰军, 张小飞, 等. 中医治疗慢性心衰研究进展[J]. 陕西中医药大学学报, 2025, 48(1): 153-158.
[31] 何竟, 贾杰, 陈欣, 等. 老年慢性心力衰竭全周期康复专家共识[J]. 康复学报, 2025, 35(2): 112-123.
[32] WANG P Q, CHO W C, YE D W, et al. Editorial: Clinical evidence for and advances in translational research on the classic formulas of traditional Chinese medicine[J]. Front Pharmacol, 2024, 15: 1392930.