“寒温并用”辨治心律失常*

孙治琪[1]，赵海滨[1]，郜亚茹[1]，王昀[2]

1. 北京中医药大学东方医院，北京 100078；2. 北京中医医院顺义医院，北京 101300

摘要：心律失常属于中医“心悸”。既往医家多从伤寒水饮病辨治心悸，而现代人由于不良饮食、不良作息等生活习惯，常见湿浊内生。故临床辨治时不能单从“阳虚水停，寒湿内盛，水饮上逆于心”的角度出发；更要重视湿性黏滞，易阻滞气机，造成津液代谢障碍，与水饮内停合而发病加重心悸的病理特点。基于此，提出“寒温并用”辨治心悸，即伤寒体系结合温病体系，伤寒六经辨证对水饮的论治结合温病三焦辨证对湿邪的论治，采用温阳化饮、芳香化湿等治法，临床应用苓桂剂加减芳香化湿等药物以治疗心悸，予饮与湿邪以出路。

关键词：心律失常；“寒温并用”；《伤寒论》；温病；痰饮；湿气
DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2025.03.085
中图分类号：R259.417　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999(2025)03－0527－05

Differentiation and Treatment of Arrhythmias with Combination Method of Coldness and Warmness

SUN Zhiqi[1], ZHAO Haibin[1], GAO Yaru[1], WANG Yun[2]

1. Dongfang Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing China 100078; 2. Shunyi Hospital of Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital, Beijing China 101300

Abstract: Arrhythmia belongs to the category of "palpitation" in traditional Chinese medicine. In the past, doctors often treated palpitation from perspective of Cold injury and Water evil factor injury. However, modern people often suffer from Dampness and Turbidity evil factors due to abnormal dietary and lifestyle habits. Therefore, the clinical diagnosis and treatment cannot only be based on the perspective of "Yang deficiency and Water stagnation, Cold and Dampness as well as Water going up to the Heart"; we should pay more attention to the pathological characteristics of palpitation that Dampness is sticky and stagnant, which is easy to block the Qi, causing impediments to the metabolism of Fluids. When combing with Water stagnation, the onset of palpitation is aggravated. Based on this, the "combined method of Coldness and Warmness" is proposed to treat palpitation. In other words, typhoid system should be combined with the system of febrile disease, or the treatment of Water evil factor by the six meridians of typhoid should be combined with the treatment of Dampness by the Three Jiao of febrile disease. The method of warming Yang to dissolve Water and the use of aromatic drugs to dissolve Dampness, etc. should be applied. The modified Ling Gui kinds of prescriptions with aromatic drugs should be used to treat palpitation, by giving the Water and Dampness a way out.

Key words: arrhythmia; "combination method of Coldness and Warmness"; *Treatise on Cold Damage*; warm disease; phlegm; dampness

心律失常是典型的心血管疾病之一[1]，在临床较为常见。目前，我国已有超过 2 000 万的心律失常患者[2]。心律失常可突然发作导致心源性猝死，也可频繁发作，导致心脏扩大、心功能减退，使患者的生活质量降低，给家庭和社会带来沉重的负担[3-4]。目前，口服抗心律失常药物是治疗心律失常的主要方法，虽然近些年不断有新药投入临床，但仍有较多的不良反应，且单一用药治疗效果一般，复发率高[3-5]。

心律失常属中医“心悸”。《黄帝内经》有对心悸的相关描述：“乳之下，其动应衣，宗气泄也”“惊

* **基金项目**：国家自然科学基金项目(82174332)；北京市自然科学基金项目(7202126)

则心无所倚。”中医对心悸有独特的认识和系统的治疗。《伤寒论》首提心悸病名，称之为“心动悸”“心下悸”“心中悸”。朱丹溪认为，痰可致悸。叶天士认为，正虚为本，痰饮为标。王清任补充瘀亦为悸之病理因素。经过历代医家对其病因病机及治法方药的发展和完善，中医治疗疾病能取得显著的效果。既往医家认为，心悸的病机为气血阴阳亏虚，痰饮水湿闭阻，其中水饮致病尤为重要，临证多采用《伤寒论》中六经辨证论治心悸。而现代人养尊处优、饮食不节，体内湿气重，湿性黏腻，易阻滞气机，造成津液代谢障碍，常与水饮相互转化合而发病，加重心悸。因此，赵海滨教授提出“寒温并用”辨治心悸。“寒温并用”在此并非寒凉药物和温热药物的运用，而是伤寒体系和温病体系的有机融合，同时用于临床治疗心悸，即以伤寒六经辨证对水饮的论治结合温病三焦辨证对湿邪的论治，采用温阳化饮、芳香化湿等治法，予饮与湿邪以出路。

1　《伤寒论》对心悸的论述

张仲景在《汤液经》《黄帝内经》的基础上撰写《伤寒论》，开创了临床六经辨证论治的先河[6]。《伤寒论》虽未集中论述心悸，但是以条文形式杂现于各篇，散见于六经之中。《伤寒论》首将心悸纳入六经病的辨治体系中，从六经与心脏的联系出发，论述六经均可致心悸，并阐释其病因病机，探讨心悸的病机及治法方药[7]。

1.1　太阳过汗、误下之心悸　汗为心之液，过汗则心阳耗散，神气无所依，可见心中悸动不安，如《伤寒论》第 64 条载：“发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者，桂枝甘草汤主之。”此外若素体阳虚，过汗伤及脾肾之阳，则脾失运化，肾失温化，阳不化气，饮不蒸腾，水饮上凌于心，可致心悸。《伤寒论》第 82 条载：“太阳病发汗……心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地者，真武汤主之。”若吐下误治，邪陷中上二焦，伤及脾胃之阳，损伤心阳，无以制水，水饮内停，心下逆满，造成心悸。《伤寒论》第 67 条载：“伤寒若吐若下后，心下逆满，气上冲胸……茯苓桂枝白术甘草汤主之。”若患者素体血虚，经外邪引动，亏虚益甚，心失所养，发为心悸。《伤寒论》第 177 条载：“伤寒脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”

1.2　阳明误用火、汗之心悸　火、汗之法耗气伤津，阴不敛阳，燥热上扰，心神浮越，造成心悸烦躁。《伤寒论》第 221 条载：“阳明病……发热汗出，不恶寒，反恶热，若发汗，则躁，心愦愦，反谵语；若加温针，必怵惕，烦躁不得眠。”

1.3　少阳枢机不利之心悸　少阳枢机不利，三焦通调水道之职失司，水液内停，逆于胸胁，而发心悸。《伤寒论》第 96 条载：“伤寒五六日中风……心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸……小柴胡汤主之。”

1.4　太阴运化失司之心悸　脾运化精微，化生营气，运化水液输布至五脏六腑，若脾失健运，饮食不化，水液停滞，清阳不升，浊阴不降，聚湿成痰，阻滞中焦，水饮痰湿上逆于胸发为心悸。《伤寒论》第 273 条载：“太阴之为病，腹满而吐……若下之，必胸下结硬。”《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》亦言：“水停心下，甚者则悸。”此外，中焦虚寒，心脾不足，心无所主，发为心悸。《伤寒论》第 102 条言：“伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之。”

1.5　少阴阳虚水盛之心悸　少阴病，阴阳相交，水火既济，阴阳两虚，则心肾不交[8]。少阴属心肾二脏，肾精上济于心，制约心阳，使心阳不亢，心阳下潜于肾，温暖肾水，使肾水不寒。少阴寒化则心肾阳衰，无以制水，肾水上泛，以凌心肺，出现心悸。少阴热化则肾阴不足，无以制约心阳，使心火独亢，热扰心神出现心悸。《伤寒论》第 303 条载：“少阴病……心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。”少阴为阴之枢，枢转两阴之气，水火之机，枢转不利，心肾阳气郁遏，不温心阳不达四肢，故心悸与厥并见。《伤寒论》第 318 条言：“少阴病，四逆，其人或咳，或悸……四逆散主之。”

1.6　厥阴阴阳失调之心悸　厥阴病，两阴交尽，阴尽阳生，主阴阳胜复，寒热错杂证。阴阳气不相承接则见寒厥、热厥、气厥、蛔厥、脏厥、饮厥等。《伤寒论》第 356 条云：“伤寒，厥而心下悸，宜先治水，当服茯苓甘草汤，却治其厥。”厥阴肝木体阴而用阳，肝藏血主疏泄寄相火。肝木失调，气郁化火，上扰心神而致心悸。《伤寒论》第 326 条言：“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蚘，下之，利不止。”

张仲景认为，心悸的病机分为虚实两方面，虚即气血阴阳亏虚，实即痰饮水湿闭阻，并提出相关治法方药。其中以茯苓、桂枝为代表的苓桂剂作为心悸治疗的代表类方剂在《伤寒论》中被多条条文所提到[9]，虽见于不同篇章，但对阳虚水停、寒湿内盛，机体水液代谢障碍所致的心悸，都有系统的论治。

2　温病对心悸的论述

温病心悸于伤寒之外，补充了心悸治疗的新思路。早在《黄帝内经》中就有对温病的相关记载。《素问·生气通天论》言：“冬伤于寒，春必病温。”《灵枢·论疾诊尺》言：“尺肤热甚，脉盛躁者，病温

也。”张仲景在《伤寒论》中指出温病为伏寒所化，并提出相关处方治疗，为后世温病发展奠定基础。刘完素认为，“六气皆能化火”，提出温病有伏寒、新感之分，温病由初期的“伏寒化温”转变为外感热病辨治的理论体系。叶桂言温热，创立了温热病卫气营血的辨证纲领。他认为，卫之后方言气，营之后方言血。温热之邪侵卫气，再传营血，肺主气属卫，心主血属营，邪入营血必扰乱心神。吴鞠通认为，温热之邪随三焦而变化，取《灵枢・营卫生会》三焦之名，由上及下，由浅入深，区分温病发展过程中的 3 个阶段，从而掌握病情的传变之势。

2.1　温热病邪　温病心悸从温热立论，心为火脏，阳气最盛，同气相求，邪易从阳化火，燔灼心体，损伤心用，发为心悸[10]。而温病心悸，从温而不止温，吴又可言：“天地间别有一种异气所感。”他认为伤寒得天地之常气，温病得天地之杂气，即疠气，邪自口鼻入，伏于表里间，以表里传变为纲。感病之初，邪在表里之间，内不在脏腑，外不在经络，往往不表现任何症状，当正气不足，邪气渐张，外传于经，内侵于腑，则诸症皆显。藏于膜原的邪毒热淫之气内舍于心，扰动心神，则发为动悸。

2.2　湿热病邪　温病心悸，受邪易挟湿而成湿热，薛雪在《湿热条辨》中言：“少阴不藏，木火内燔，风邪外袭，表里相应，故为温病。太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热。”温病为少阴太阳同病，而湿热则为阳明太阴同病。薛雪认为，湿热以脾胃病变为核心，谓：“阳明为水谷之海，太阴为湿土之脏，故多阳明太阴受病。”湿热蕴结，充斥三焦，循经连络，内舍于心，则易造成心悸。

2.3　温病辨证　温病心悸，病机演变以卫气营血和三焦为总纲。叶天士《温热论》提出“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”的观点，创立卫气营血的辨证体系。与伤寒六经传变不同，叶天士认为“温邪”是导致温病的主因，温邪由口鼻而入，犯肺后不解，逆传心包，心悸即由此途径，感邪传变，移热于心而发病[11]。邪在卫分则见发热、恶寒、口渴、头痛、咳嗽、脉浮数等肺卫证；邪在气分则见身大热、汗出、不恶寒、反恶热、口渴欲饮、舌红苔黄、脉滑数等里热证；邪入营分则见烦躁不安，夜不能寐、口干舌燥、不喜饮水、舌质红绛等热损营阴证，邪入心包则见心神被扰，脉数、舌赤、心悸、胸闷、小便不利；邪在血分则见心悸烦躁、身热、吐血衄血、斑疹透露、舌质深绛等热盛动血证[12]。

温热病邪，易多挟风挟湿，吴鞠通在《温病条辨》中将温病分为“温热、湿温、风温、温疫”等[13]，根据《黄帝内经》《伤寒论》中相关理论，结合温病发生传变的规律，纳入六经、脏腑、卫气营血辨证方法，创立三焦辨证。温病根据其是否挟湿分为温热和湿热两类，湿邪久留伏而化热，成为湿热之邪交织，而为湿温。吴鞠通对湿温一证研究颇有心得，他在《温病条辨》中言：“瑭所以三致意者，乃在湿温一证。盖土为杂气，寄旺四肘，藏垢纳污，无所不受，其间错综变化，不胜枚举。其变证也，则有湿痹、水气、咳嗽、痰饮……等证，较之风火燥寒四门之中，倍而又倍，苟非条分缕析，体贴入微，未有不张冠李戴者。”温热病邪易与他邪相兼为病，变化多端，挟湿常形成湿热，常与温热相互转化。湿热蕴结中焦，熏蒸肝胆，胆胃不和，痰瘀互结，心气不畅，发为心悸。湿为阴邪，易伤阳气，脾肾之阳不足，阳不化气，形成水湿，凌心射肺，造成心悸，胸闷气短等。湿热郁久伤及下焦真阴，肾阴不足，心火偏亢，则出现心悸、烦躁、不寐等症。吴鞠通提出通三焦分治系温病治疗大法，以三焦为纲，病名为目，对脏腑功能失调及临床症状进行辨证论治，总结出治上焦宜轻、治中焦宜平、治下焦宜重的用药法则。

3　寒温并用辨治心悸

伤寒体系和温病体系自古以来素有争执，即以寒概温和以温概寒[14]。然无论伤寒体系还是温病体系都是由《黄帝内经》发展而来，两者密不可分，各有其适应证，应以临床疗效为原则，采纳两体系之长，不偏废任何一方。现代人多饮食不节，喜食肥甘，贪凉饮冷，嗜酒成癖，久则脾胃耗伤，运化失常，水液不化，聚湿生痰；又养尊处优，缺乏运动，气血虚弱，出汗较少，湿气无以出路，闭阻于体内[15]。因此，大多数人体内湿气重，都属于肌肤盛、形体胖的痰湿体质，处于亚健康状态。正如《金匮要略・血痹虚劳病脉证并治》中所述：“夫尊荣人，骨弱肌肤盛，重因疲劳汗出。”湿聚为水，积水为饮，饮凝成痰，水湿痰饮相互转化、相兼为病。湿为饮之渐，饮为湿之积，湿气不化，积而成饮，凝而成痰，湿、痰、饮一源三歧，均为水液代谢障碍形成的病理产物[16]。湿邪留滞，困阻气机，气机不畅则水液代谢障碍积而成饮，水饮内停，上逆于心，造成心悸[17]。此外，湿邪黏腻重浊，易困阳气，胸阳被阻则胸闷心悸；湿易化热，上扰心神，亦可造成心悸[18]。

3.1　痰饮为始　柯琴《伤寒论翼》言：“伤寒最多心病……心为君主，寒为阴邪，君火不足，寒气得以伤之。”心为阳中之太阳，胸中之阳不治，而饮邪上逆，心阳不振无法下潜温化水寒之气，会造成水饮内停，水气上冲，发为心悸。成无己注水气上冲时言：“水寒相搏，肺寒气逆。”钱天来注：“水气，水饮之属

也。”水气，水指其形，寒指其气，饮则指其邪，既有水饮，又有寒气，二者相因，心阳亏虚，坐镇无权，而致上冲。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》指出：“病痰饮者，当以温药和之。”张仲景在治疗水停心下，水气上冲所致的心悸，首选茯苓，如太阳病过汗心阳不足，水气起于脐下，水气将动而未动，欲发奔豚之心悸用茯苓桂枝大枣甘草汤，重用茯苓至半斤取其利水之效；少阳气机不利，水饮阻滞用小柴胡汤去黄芩加茯苓；太阴脾阳亏虚，水饮内停用理中丸加茯苓；厥阴阴阳气不相承接之饮厥，厥与心悸并见，用茯苓甘草汤。皆以茯苓为主药，以利水宁心。此外，水气上冲多与阳气不足有关，张仲景多用桂枝温通心阳。纵观《伤寒论》《金匮要略》多采用辛温的药物来温阳利水，其中茯苓、桂枝为其常用药物。茯苓、桂枝相配为基础组成苓桂剂治疗水气上冲诸证，其中茯苓利水渗湿以消阴翳，宁心安神以平动悸，健脾祛湿以制水气。桂枝可以平冲气、开结气、补中气，配茯苓则助阳化气以利水渗湿，入心补中以平冲降逆。苓桂相合，相辅相成，专主温阳化气，平冲降逆，利水祛湿。《伤寒论》第 71 条的五苓散治疗心阳不振，不能下温肾阳，肾阳虚衰，水寒不化，上凌于心之心悸，茯苓、猪苓、泽泻利水，白术健脾，桂枝温阳化气以助利水。全方共奏温阳化气、健脾利水之功。《伤寒论》第 73 条的茯苓甘草汤治疗水气起于心下，水停胃中，饮邪上犯之心悸，其中苓桂温阳利水外，另重用生姜，温化、发散胃中的水饮。苓桂剂作为温阳利水的代表类方多次出现[19]，虽见于不同篇章，但都用于治疗阳虚水停、寒湿内盛，机体水液代谢障碍所致的心悸。

3.2　湿气为变　旧时湿病多感于外，而今湿邪内生者比比皆是，湿性黏滞，易阻遏气机，治疗时多从三焦分证施治，分消上下。温病学在《伤寒论》的基础上，通过三焦理论发展了对湿邪的辨证论治，形成了自己的鲜明特色。治疗湿盛所致的心悸采用宣上、畅中、渗下的基本治则，即上焦化、中焦燥、下焦利，祛除三焦湿邪，恢复体内水液代谢功能。上焦如雾，故治上焦如羽，非轻不举。上焦病谓手太阴肺和手厥阴心包的病证，温邪上受，首先犯肺，逆传心包，多采用宣上之法，宣利上焦肺气。温病学派主张用极清之品以宣上焦阳气。吴鞠通《温病条辨》强调：“虽云三焦，以手太阴一经为要领[20]。”治疗湿热时要宣畅肺气以利其湿，所载三仁汤可宣降肺气以化湿[21-22]。此外，上焦宜化，“盖肺主一身之气，气化则湿亦化”，芳香化湿采用芳香宣利之品透化湿邪，是温病学派对传统祛湿法的一个发展，适用于湿邪闭阻、气机不畅之证。临床常选用叶、花、梗之类药物，取其质轻升浮、宣散透泄之性，如郁金、枳壳、紫苏叶、藿香、佩兰、荷叶、竹叶、白豆蔻仁、菖蒲等。中焦如沤，故治中焦如衡，非平不安。脾胃位于中焦，为气机升降之枢，中焦脾胃运化功能障碍，脾不升清，胃不降浊[23]。邪气盘踞中焦，中焦枢机失利，水液代谢失调，长时间羁留，形成湿重于热、热重于湿、湿热并重等证型。多采用畅中之法，利气宽胸，畅中焦之气机以助祛湿邪。胃热非苦降不得清，脾湿非辛开不能化，苦温燥湿以辛温苦降之品辛开理脾、苦降平胃，如厚朴、苍术、半夏、黄芩、陈皮等燥湿宽中，健脾化痰调理中焦之气机，恢复其升降之序。下焦如渎，故治下焦如权，非重不沉。湿热邪气直犯下焦或中焦湿热不解而下传，肾与膀胱气化失司，大小肠功能失常，水液不得气化，留而为滞，湿为阴邪，耗伤下焦之阳气，久而湿邪内盛阳气衰微。多采用渗下之法，渗利下焦，通调水道以祛湿邪。淡渗利湿是以甘淡之品泄利下焦，因势利导，引邪外出，如薏苡仁、滑石、通草、泽泻、猪苓、茯苓等药，使湿邪从小便而去。

古今医家辨治心悸多从伤寒论治，尚未寒温并用论治心悸，而当今现代人的生活方式、习惯造成了新的病理因素和状态。因此，赵海滨教授提出“寒温并用”论治心悸。通过伤寒六经辨证水饮，并将温病体系中三焦辨证论治湿邪纳入心悸的治疗，断绝湿向饮的转化，对水湿痰饮所致心悸的用药处方作出补充，使心悸的治疗更加完善。因此，临床以伤寒六经辨证对饮邪的论治为框架，并结合温病三焦辨证对湿邪的论治，采用温阳化饮、芳香化湿等治法，予饮与湿邪以出路，“寒温并用”辨治心悸。

4　病案举隅

患者，女，70 岁，2022 年 8 月 6 日初诊。主诉：间断心悸两周余。患者于两周前无明显诱因出现心悸、胸闷、胸痛，未予治疗，后症状加重，遂就近医院查动态心电图示：窦性心动过缓；不完全右束支传导阻滞；室性早搏，总数 9 085 次。刻下症见：阵发性心悸，每次持续数分钟，可自行缓解，胸闷，偶有胸痛，恶风，易汗出，以头颈为主，口干喜饮，焦虑失眠，易醒难再入眠，腹胀矢气，纳可，大便黏腻，排便不爽，小便可，舌胖暗红，边有齿痕，苔薄白水滑，脉滑略沉缓。处方：茯苓 15 g，桂枝 15 g，炒白术 10 g，泽泻 25 g，猪苓 20 g，藿香 10 g，佩兰 10 g，陈皮 15 g，石菖蒲 15 g，远志 15 g，厚朴 15 g，大腹皮 10 g，乌贼骨 30 g，仙鹤草 30 g，半夏 15 g。14 剂，每日 1 剂，每日 2 次，水煎服。

二诊，患者胸闷、胸痛症状消失，诸症状基本缓

解，晨起偶发心悸，胸闷气短减轻，胃胀较前缓解，易汗出，恶风，头项不适，口干不欲饮，纳可，睡眠较前改善明显，可睡 6 ~ 7 h，小便可，大便仍不爽利。舌质红，苔白，脉滑。动态心电图（2022 年 8 月 20 日）：室性早搏，总数 3 191 次。于上方改茯苓 25 g，余不变，继服 14 剂。每日 1 剂，每日 2 次，水煎服。

按语：根据患者症状及体征，中医诊断为心悸，西医诊断为心律失常。患者年龄较大，体型较瘦，素体虚弱，脾胃运化不及，水湿不化，停于心下，影响心阳；水饮内停，上逆于心，引起心悸；湿邪闭阻中焦，枢机不利，气滞湿停，则见腹胀。心阳不足，血脉运行无力故见胸闷、胸痛；水饮湿邪郁而化热，上扰心神，则见失眠，多梦易醒；郁热上冲，腠理失和则恶风汗出头颈尤甚；口干、大便不爽、水滑苔均为湿盛之象。因此，该患者整体辨为阳虚水停、湿热阻滞证。阳虚水停从伤寒体系论治，湿热阻滞从温病体系论治，寒温并用，方选五苓散合藿朴夏苓汤，温阳利水，芳香化湿，祛除水饮湿邪，运转体内枢机，减轻水饮内停、水气上冲所致的心悸及湿邪闭阻、气机不畅所致的腹胀、大便不爽。

5　结语

综上，阳虚水停，寒湿内盛，水饮上逆于心；湿性黏滞，常随热行，易阻滞气机，造成津液代谢障碍，常与水饮内停合而发病所致心悸。临证在此病理基础上采用“寒温并用”进行治疗，伤寒结合温病，六经辨证结合三焦辨证，以利水与化湿并行，温阳化饮祛湿，宣上畅中渗下，临床应用苓桂剂加减芳香化湿等药物来治疗心悸，可为临床诊疗提供参考。

参考文献：

[1]《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 2020》概述[J]. 中国心血管病研究，2021，19(7)：582 - 590.
[2]罗富锟，金子轩，于悦，等. 心律失常的中医认识与经方治疗策略[J]. 中国中药杂志，2023，48(10)：2613 - 2619.
[3]陈璇，王雨锋，张筑欣，等. 中国心律失常现状及治疗进展[J]. 中国研究型医院，2020，7(1)：75 - 78，198 - 201.
[4]中华医学会心电生理和起搏分会，中国医师协会心律学专业委员会. 2020 室性心律失常中国专家共识(2016 共识升级版)[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志，2020，34(3)：189 - 253.
[5]贾玉珍，焦晓敏，安胜军. 中药益气平悸颗粒用于心悸(室性早搏)气阴两虚型药理机制的探讨[J]. 中华中医药学刊，2023，41(10)：109 - 111.
[6]赵进喜.《伤寒论》“六经钤百病”探识[J]. 中医药学刊，2005，23(2)：210 - 211，226.
[7]廖华君，张雯，朱章志，等. 立足六经探讨张仲景辨治心悸的研究[J]. 中华中医药杂志，2019，34(9)：3939 - 3942.
[8]谭令，龙霖梓，曲华，等. 基于“少阴为枢”理论探析《伤寒论》方对心律失常的治疗[J]. 中国中医基础医学杂志，2022，28(11)：1769 - 1772.
[9]孟晓媛，鞠宝兆，谷松，等.《伤寒论》经方中的中医思维探究及发展[J]. 中华中医药学刊，2020，38(11)：53 - 55.
[10]李涵，张明雪. “温病心悸”与病毒性心肌炎辨治[J]. 中华中医药杂志，2014，29(2)：470 - 472.
[11]梁沛崧，黄辉. 叶天士与柳宝诒伏温思想的异同比较[J]. 中医药导报，2023，29(3)：198 - 201.
[12]薛雪. 温热论[M]. 北京：人民卫生出版社，2007.
[13]钟明珍，陆跃，连建伟，等. 寒温统一刍议[J]. 中华中医药杂志，2017，32(3)：929 - 931.
[14]常淑枫，肖照岑. 寒温争鸣与融合的历史与现状[J]. 辽宁中医药大学学报，2006，8(4)：40 - 42.
[15]刘宗莲，路洁，王秋风，等. 国医大师路志正从湿辨治冠心病学术思想初探[J]. 中华中医药杂志，2010，25(3)：379 - 381.
[16]殷鸣，张琦，金钊.《金匮要略》水湿邪气分合考[J]. 成都中医药大学学报，2022，45(4)：106 - 109.
[17]陈浩殷，李依帆，汤沁淇，等. 湿邪侵袭机体不同部位的病机异同及西医学认识[J]. 北京中医药大学学报，2023，46(7)：954 - 959.
[18]梁婉婷，李育楷，董倩影，等. 王磊教授“从湿论治”室性期前收缩经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2022，20(20)：3827 - 3831.
[19]陈榕榕，黄飞翔.《伤寒论》治“悸”方药统计[J]. 江西中医药，2020，51(3)：24 - 26.
[20]吴鞠通. 温病条辨[M]. 北京：中国医药科技出版社，2011.
[21]李金懋，戴方圆，王一非，等. 国医大师路志正应用三仁汤经验举隅[J]. 世界中西医结合杂志，2018，13(12)：1629 - 1632.
[22]毛晨晗，龙丹，马文祺，等. 董其美应用三仁汤“角药”配伍思维辨治心系病湿证经验[J]. 中医药导报，2022，28(8)：137 - 139.
[23]章美玲. 浅析国医大师伍炳彩教授对湿邪致病的认识[J]. 光明中医，2022，37(9)：1558 - 1560.

收稿日期：2024 - 10 - 16
作者简介：孙治琪（1995 - ），男，河南焦作人，博士研究生，研究方向：中西医结合防治心脑血管疾病。
通信作者：赵海滨（1967 - ），男，医学博士，主任医师，教授，博士研究生导师，研究方向：中西医结合防治心脑血管疾病。E - mail：haibin999@126.com

编辑：秦小川