

本文引用:袁 华,朴美虹,王小菊,王瑾茜,陈 亚,吴彬才,胡国恒,王行宽. 中后期心痹(风心病)的中医认识与证治思路——全国名中医王行宽学术思想与临床经验研究(三)[J].湖南中医药大学学报,2022,42(1):9-13.

中后期心痹(风心病)的中医认识与证治思路 ——全国名中医王行宽学术思想与临床经验研究(三)

袁 华^{1,2},朴美虹²,王小菊^{1,2*},王瑾茜¹,陈 亚¹,吴彬才¹,胡国恒¹,王行宽¹

(1.湖南中医药大学第一附属医院,王行宽全国名中医传承工作室,湖南 长沙 410007;2.湖南中医药大学,湖南 长沙 410208)

[摘要] 风湿性心瓣膜病简称风心病,属中医学心痹范畴。全国名中医王行宽认为,其发病多与邪舍于心,肩膈畸变,阻碍心之气血运行,损及心之脏真有关;其病位在“心之肩膈”;中后期风心病患者基本病机为气虚两虚,痰瘀互结,水饮内停,心神不宁,搏动失序。治疗上,除常规分型论治外,主张以间者并行为基本治则,以调和营卫为基本治法,同时辅以化痰通络、温阳利水、宁心复脉等方法,注重心肝并治,创立心痹强心方为本病基本方,临床疗效明显。

[关键词] 风心病;心痹;调和营卫;化痰通络;温阳利水;宁心复脉;心肝并治;心痹强心方;王行宽

[中图分类号]R256.2

[文献标志码]B

[文章编号]doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2022.01.003

TCM understanding and thinking of syndrome and treatment of cardiac arthralgia (rheumatic heart disease) in the middle and late stages: Empirical research on the academic thought and clinical experience of national famous Chinese medicine practitioner Wang Xingkuan (3)

YUAN Hua^{1,2}, PIAO Meihong², WANG Xiaoju^{1,2*}, WANG Jinxi¹, CHEN Ya¹, WU Bincai¹, HU Guoheng¹, WANG Xingkuan¹

(1. The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Inheritance Studio of National TCM Master Wang Xingkuan, Changsha, Hunan 410007, China; 2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China)

[Abstract] Rheumatic heart valvular disease referred to as rheumatic heart disease, belongs to the category of Chinese medicine cardiac arthralgia. Wang Xingkuan, who is the national famous Chinese medicine practitioners in China, considers the most common cause of rheumatic heart disease is that the evil initially lodged in heart, and therefore malformed heart valve, blocked the circulation of Qi and blood, and damaged the essential of heart; the location of the disease is "heart valve"; the mechanism in middle and late stages of rheumatic heart disease could be the dual vacuity of Qi and blood, the cluster of phlegm and static blood, internal collection of water-rheum, disquieted heart spirit, and disturbed pulsation. Regarding treatment protocol, professor Wang Xingkuan suggests that the basic principle of treatment is treating main and complicated symptoms except routine classification and treatment. The basic protocols of treatment are harmonizing Ying and Wei, and accompanied with eliminating phlegm and freeing channels, warming Yang and disinhibiting water, and quieting the heart and restoring the pulse etc. As well as focusing on treating heart and liver simultaneously. Professor Wang Xingkuan created a novel formula, named cardiac arthralgia with heart-strengthen formula, which showed a significant clinical effort.

[Keywords] rheumatic heart disease; cardiac arthralgia; harmonizing Ying and Wei; eliminating phlegm and freeing channels; warming Yang and disinhibiting water; quieting the heart and restoring the pulse; treating heart and liver simultaneously; cardiac arthralgia with heart-strengthen formula; Wang Xingkuan

[收稿日期]2021-01-24

[基金项目]国家中医药管理局“王行宽全国名中医传承工作室建设项目”(国中医药办人教函[2018]119号);湖南省中医药管理局重点项目(C2022039);湖南中医药大学中医学一流学科开放基金(2021ZYX40)。

[第一作者]袁 华,男,博士,主治医师,研究方向:心血管疾病的中医药防治研究。

[通信作者]*王小菊,女,博士,主治医师,E-mail: 463505537@qq.com。

王行宽教授,首届全国名中医,全国名老中医药专家传承工作室建设项目专家,第二、三、四、五、六、七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,湖南中医药大学第一附属医院首届终身教授。王行宽教授熟读经典,旁通西医,临床诊病主张中医四诊合参与病脉证治相结合,由此形成了独特的学术观点,尤倡“杂病治肝,微观辨证,多脏调变”^[1]。王教授认为风心病与邪舍于心,肩膈畸变有关,治疗上主张调和营卫,临床疗效明显。

风湿性心瓣膜病,简称风心病,常因链球菌感染导致的风湿热进一步发展而来。因链球菌荚膜与人体心肌和心瓣膜有共同抗原,链球菌感染后体内产生的抗链球菌抗体与这些共同抗原形成循环免疫复合物,沉积于心肌和心瓣膜,引发心肌炎和心内膜炎,进而侵犯心瓣膜,反复多次后导致心瓣膜永久性瘢痕形成,从而发为风心病。2019年,全球有风心病患者4050万例,发病率呈逐渐上升趋势,男性和女性风心病患者的例数在15岁之前相同,此后女性患者居多。而不同于全球趋势,我国由于生活水平的提高,发病率和死亡率均呈明显下降趋势,2020年,我国约有风心病250万例,与1990年相比,风心病死亡人数减少6.6万,下降47.9%^[2]。风心病易并发心律失常、血栓栓塞、感染性心内膜炎、心力衰竭及肺部感染,西医首选瓣膜置换手术治疗,但手术治疗难度较大,费用及风险均较高;亦可选择内科保守治疗,但疗效较差,且易反复发作^[3]。中医药在配合西药缓解症状,延缓预后方面有较好效果^[4]。因心痹的病因、病机及临床表现与风心病高度相似,故近来中医界已形成共识,将心痹与西医的风心病相对应^[5]。全国名中医王行宽对风心病中后期的辨治有独到体会,笔者有幸跟师侍诊,渐有所得,系统梳理总结后,现对王教授治疗该病中后期的临床经验简述如下。

1 邪舍于心,肩膈畸变

心痹,最早见于《素问·痹论》。《素问·痹论》曰:“风寒湿三气杂至,合而为痹也……脉痹不已,复感于邪,内舍于心……心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘,嗌干,善噫,厥气上则恐。”王教授认为,该病的病因为反复感受风寒湿(热)之邪。这类邪气袭居人之五体(筋、脉、肉、皮、骨)后,客于血脉之中,日久侵袭心脉,内舍于心。邪客于心,一则耗损心之气营,二则阻碍气血运行。心气不畅则推动无力,津液留阻则为痰为饮;血行不利则血流迟缓,滞于窠臼,

化而为瘀。痰瘀互结,客于心之肩膈,日久则致其畸变,启闭失常。所谓肩膈,在《说文解字》中释为门窗之意,与现代医学中瓣膜的概念接近,心之肩膈为心主血脉功能的重要结构基础。故肩膈之启闭失常会进一步阻碍心之气血运行。同时,“劳则气耗”,若加之劳累、情志不悦或外感则可愈加耗损气营,使心之气营愈加亏损。脏真者^[6],首见于《素问·平人气象论》,即脏之真元也,气营大伤日久,则进一步损及心之脏真。日久阴损及阳,心阳受损,阳不化气,水气凌心,心神不宁,搏动失序而发为心痹诸症。综上所述,王行宽教授认为,本病根本病因为邪舍于心,肩膈畸变,病位当在“心之肩膈”。故其针对该病用药,常以人参、麦冬、桂枝、丹参、桃仁、柏子仁、远志、甘草等入心经药物为主。

2 四诊合参,条分缕析

风心病患者前来就诊时,常已进入中后期心衰状态,临床上常表现为呼吸困难、咳嗽、咯血、水肿、腹胀、心悸、脉象结代促等。王教授据其症状及脉象,条分缕析,明辨其中后期症因脉理如下。

2.1 气营亏耗,损及脏真

该病中后期常以心衰的临床表现为特征,主要因为心主血脉,心之气营亏耗既久,心之脏真虚衰,则血脉瘀阻,而肺朝百脉,心气虚衰,则肺气不足,故常致肺络瘀阻,而见心肺并病^[7-8]。王教授认为,肺不仅为贮痰之器,亦是生痰之源,肺气不足,津液运行不畅,必为痰为饮,痰饮内阻更可加重肺气不利,导致肺脏肃降失调,故见呼吸困难、咳嗽、痰多、难以平卧;络脉瘀阻,故见舌质暗淡,边有瘀点瘀斑;肺瘀血日久,肺络破张则可出现咯血或发为左心衰。因此,王教授诊治该病,人参、麦冬等益气养营药物常为必用品,取治病求本之意。

心五行属火,为人身君火,气营亏耗日久,累及心阳,则心之阳气虚衰;心火不及,则水袭火位,肾水每多上泛,水气凌心则为心悸。阳不化气,水湿不化,湿困脾胃则为腹胀;水停四肢及内脏,则为肢肿、痰饮或臌胀(腹水);水停外周,回心过少,则成右心衰或全心衰。基于以上病机,故王教授常于处方中加入桂枝甘草汤以振奋心阳,温化水饮,临床疗效满意。

2.2 心神不宁,搏动失序

该病中后期的特异体征表现为脉律不匀。其形成原因主要有虚实两端:实者为邪气扰心及痰浊瘀阻脉道,血脉不畅;虚者则为心营不足,心主神明功

能受损,心神不宁则调节血脉节律功能失常,导致心之搏动紊乱。二者相合,故常见脉象结代不齐,甚者可见乍大乍小、乍疏乍密、乍短乍长、参伍不调,临床表现为脉象结、代或促,犹如雀啄,或如屋漏,类似于西医的房性早搏、联律、房颤或房扑等心律失常。一般而言,该病合并心律失常时,虚者脉率可快可慢,实者脉率则多表现为快速型。特别需要注意的是,合并房颤的患者,常有心内血栓形成,若瘀血脱落,阻于脑络,则可发生缺血性中风,需要提前预防。

中后期风心病患者基本病机为气营两虚,痰瘀互结,水饮内停,心神不宁,搏动失序。常在人参、麦冬等益气养营药中,加用活血化瘀通络之品,以畅其脉道;对心阳不足、水饮内停者,常加大桂枝及甘草用量,以温阳定悸;同时也可温通血脉,温化水饮,使血行则瘀化。

3 明辨病机,法随证立

3.1 标本兼治,间者并行

王教授临床实践中发现,中后期风心病在临床上虽常表现为西医的心衰发作,但有轻症和重症之分,急性和慢性之别,临床需首辨病情的轻重缓急,以免贻误病情。轻者多为慢性心衰,仅表现为气促、乏力、水肿、活动耐量下降;重者可发为急性心衰,表现为咳喘、难以平卧、心悸、尿少、肢肿、口唇发绀,甚则出现端坐呼吸、汗出肢冷、血压下降等厥脱危象。王教授认为本病病程较长,病情复杂,中后期常呈本虚标实之证,以心之气营受损为本,以痰浊、瘀血和水饮为标,病程中病机演化复杂,累及脏腑较多,单一治法常无明显效果。根据《素问·标本病传论》“间者并行,甚者独行”理论,王教授认为该病的治疗原则应为“间者并行”^[9]。所谓“间者并行”,是指治疗时应当采取标本兼治的方法。具体到本病而言,即治疗过程中需虚实、寒热、多脏并调,尤重心肝并治,同时需明确痰浊、瘀血和水饮的有无和轻重。其中,病情轻者可缓治其本,病情重者则需急治其标。王教授诊治该病,常补虚与泻实同施,治标与治本并行。对于轻症患者,人参、麦冬等扶正之品常用量更重、味数更多;而对于急性起病、实邪为甚者,则重用或多用葶苈子、桃仁、丹参、桑白皮、猪苓、泽泻等泻实之品。

3.2 调和营卫,心肝并治

针对该病中后期基本病机,王教授据《难经·十四难》“损其心者,调其营卫”的治心原则,制定了调

和营卫的治疗大法^[10],同时结合该病病程中的本虚标实特点,采用化痰通络、温阳利水、宁心复脉等辅助治法。

但是,王教授在多年临床实践中发现,单纯使用上述方法,临床疗效依旧欠佳,遂根据个人“杂病治肝,微观辨证,多脏调燮”的学术思想,于上述治法方药中加入养肝、疏肝之品,验之临床,疗效明显提升^[11]。细究其因,诚乃源于“肝藏血”之理,《素问·六节脏象论》曰:“肝者,罢极之本,以生血气。”因此,肝与气血生成关系密切。且肝又主疏泄,《明医杂著·医论》引《玉机微义》云:“肝气通则心气和,肝气滞则心气乏,此心病先求于肝,清其源也”^[12]。同时柯琴亦言“血道由肝”^[13],说明肝的疏泄功能与气血运行关系亦密不可分。肝为心之母,心病既久,必将子病及母,心病及肝。心气虚则肝气滞,肝气滞则疏泄失司,血脉运行失常,又加重心气虚。因此,于心病方药中加入养肝、疏肝之品以加强肝之藏血与疏泄功能,有助于发挥心病方药的疗效,王教授称之为心肝并治之法^[14]。临床上其并非单独多用或重用养肝疏肝之品,而是稍加柴胡、白芍等专入肝经之品,同时可选择兼入心经与肝经之品,如当归、桃仁、丹参等,临床常获佳效。综上所述,王教授认为风心病的基本治法为调和营卫、化痰通络、温阳利水、宁心复脉,并注重心肝并治。

4 方随法出,专病专治

根据风心病中后期的病因病机和治则治法,王教授创制心痹强心方。该方组成如下:人参 10 g,麦冬 15 g,五味子 5 g,当归 10 g,白芍 10 g,桃仁 10 g,丹参 10 g,桂枝 10 g,白术 10 g,茯苓 15 g,泽泻 10 g,柴胡 10 g,苦杏仁 10 g,远志 10 g,柏子仁 10 g,茯神 15 g,炙甘草 5 g。随症加减:喘促咳嗽,或合并左心衰者,加炒葶苈子、旋覆花、桑白皮;水肿明显者,合五皮饮(陈皮、茯苓皮、生姜皮、桑白皮、大腹皮),加猪苓、泽兰。

心痹强心方由归芍生脉散、丹参饮、苓桂术甘汤、春泽汤、茯苓杏仁甘草汤数方相合加减化裁而来。方中人参、麦冬、五味子为生脉散,补心肺之气,保心肺之阴,守阴所以留阳,寓调和营卫之效。当归、白芍滋阴和营,补血养肝,具化瘀生新之用,合炙甘草酸甘化阴,更可加强滋阴养血之功。桃仁、丹参入心肝血分,祛瘀生新,桃仁兼可止咳平喘,入肺络化胶结之痰瘀。桂枝、白术、茯苓、炙甘草合用,为苓桂术甘汤,取张仲景“病痰饮者,当以温药和之”及“短

气有微饮,当从小便去之”之意,以茯苓利水,使水饮从小便而去;桂枝一味,更具奇功。《本经疏证》云:“桂枝……色赤属心,纵横通脉络,故能利关节、温经通脉,此其体也……辛以散结,甘可补虚,故能调和腠理,下气散逆,止痛除烦,此其用也。盖其用之之道有六:曰和营,曰通阳,曰利水,曰下气,曰行瘀,曰补中。”^[15]桂枝用于本病证最是合拍,用于本方中有温阳通脉、和营化气、补中利水、布化津液,兼有平冲降逆之妙用。白术健脾燥湿,杜绝痰饮生成之源。炙甘草合桂枝辛甘化阳,助化阳气。风心病患者水饮较重,故加用泽泻,以加强利水之效。上焦不通,则下焦难利,故于方中更加苦杏仁以宣降肺气,开水之上源,有提壶揭盖之妙,更兼有止咳平喘之功。柴胡疏肝行气,升提清阳,合当归、白芍能柔肝畅脉,通行气血;合苦杏仁能辛开苦降,畅通气机。远志、柏子仁、茯神宁心复脉,养心安神。炙甘草兼有调和诸药之效。经多年临床实践证明,该方对中后期风心病患者疗效显著。

5 分型论治,病证结合

上述理法方药为王教授近年来针对风心病中后期患者的中医辨证独创理论,除此之外,风心病若处于其他阶段或有其他变证,王教授常参考《中医内科学·心衰》^[16]进行辨证论治,其常见证型如下:

(1)气虚血瘀证:临床表现为心悸,气短,胸闷痛,肢肿时作,喘息不得卧,常因活动诱发或于活动后加重,常伴神疲乏力、面色白、自汗、口唇发绀等气虚血瘀症状,舌质淡或淡暗,边有瘀点瘀斑,脉沉细或涩、结、代。治法:补益心肺,活血化瘀。常用方剂:保元汤合血府逐瘀汤。

(2)气阴两虚证:临床表现为心悸,气短,胸闷痛,肢肿时作,喘息不得卧,常因活动诱发或于活动后加重,常伴神疲乏力、口干、五心烦热、两颧潮红、腰膝酸软、头晕耳鸣等气阴两虚症状,舌质暗红,少苔或少津,脉细数无力或结、代。治法:益气养阴,活血化瘀。常用方剂:生脉散合血府逐瘀汤。

(3)阳虚水泛证:临床表现为心悸,气短,胸闷痛,肢肿时作,喘息不得卧,常因活动诱发或于活动后加重,常伴面浮肢肿少尿明显、神疲乏力、畏寒肢冷、腹胀、便溏、口唇发绀、或肋下痞块坚硬等阳虚水泛症状。舌淡胖有齿痕,或边有瘀点、瘀斑,脉沉细或结、代、促。治法:益气温阳,化瘀利水。常用方剂:真武汤合葶苈大枣泻肺汤。

(4)喘脱危证:临床表现为心悸,喘息不休,面色苍白或晦暗,四肢湿冷,大汗淋漓,尿少肢肿等阳气外脱症状。治法:回阳固脱。常用方剂:参附龙骨牡蛎汤。

此外,风心病辨治尚需病证结合,因该病患者常有风寒湿(热)等邪气留伏,故于常用方药基础上,常需酌加威灵仙、豨莶草、桑枝、桑寄生、青风藤、海风藤等祛风除湿方药,可加强疗效^[17]。且因该病易伴发房颤,可酌情加用苦参^[18]、甘松^[19]、葶苈子^[20]等现代药理学证明具有定悸复律作用的药物;因该病易于伴发血栓栓塞,可加用水蛭、土鳖虫、九香虫、僵蚕等虫类药物加强逐瘀通络之效。

6 验案举隅

姚某某,男,68岁。初诊:2019年10月10日。患者罹患风心病数十年,曾于湖南某大型三甲医院行主动脉瓣及二尖瓣置换术,既往有房颤、2型糖尿病、慢性肾功能不全病史。术前心脏彩超示:LA 60 mm×76 mm, LV 38 mm, RA 87 mm×126 mm, RV 56 mm, 心功能:FS 27%、EF 50%、肺动脉压约 57 mmHg。影像诊断为风心病联合瓣膜病变:(1)二尖瓣重度狭窄并轻度关闭不全;(2)主动脉瓣重度狭窄并轻度关闭不全;(3)左心房、右心室扩大,左心室壁运动欠协调、运动稍减弱;(4)三尖瓣重度反流(相对性关闭不全),肺动脉瓣轻度反流,肺动脉增宽:估计肺动脉高压(轻度-中度);(5)右室肌小梁增多;(6)主动脉弹性稍减退;(7)左心室顺应性减退、收缩功能测值正常低值、右心功能减退;(8)房颤心律;(9)心包少量积液。刻下症见:胸闷痛,心悸,气短,双下肢间歇性水肿,神疲乏力,胃胀,纳差,口干,口苦,夜梦多,夜尿1~2次,大便干结;舌淡暗红,苔薄黄,脉细弦,乍大乍小、乍数乍缓、参伍不调。诊断:心痹(风心病)。辨证:气营两虚,瘀阻心络,水气凌心,心神不宁,搏动失序。治法:调和营卫,化瘀通脉,温阳利水,宁心定悸,心肝并治。方用心痹强心方加减:人参 10 g,黄芪 30 g,当归 10 g,白芍 10 g,麦冬 15 g,五味子 5 g,柴胡 10 g,苦杏仁 10 g,茯苓 20 g,桂枝 10 g,白术 10 g,炙甘草 5 g,泽泻 10 g,远志 5 g,丹参 10 g,葶苈子 10 g,柏子仁 10 g,茯神 15 g。14剂,水煎服,日1剂,分2~3次温服。服药后患者自觉胸闷、心悸、气短等症状均明显缓解,自行坚持服用原方近3个月。二诊:2020年1月3日。自诉初诊症状除胃胀、纳差、神疲乏力、夜寐较差缓解

不明显外,余症均明显减轻,舌脉同前无明显变化。继以原方加砂仁 6 g,谷芽 10 g,麦芽 10 g,合欢皮 15 g,以加强行气、和胃、安神之功。服药 3 个月后随访,患者诉诸症缓解,日常生活已无明显受限。

按:本案患者素体气营不足,青年时期即易感受风寒湿(热)之邪,初起邪气侵袭体表五体,继而从其合而内舍于心,发为心痹。邪居日久,根深蒂固,虽行手术治疗,开通心之门户,但心之气营久伤,心之脏真已损,难以复原,故心衰、房颤等症反复发作。患者就诊时处于慢性心衰期,以本虚为重,瘀阻、水饮为轻,心神不宁、脉动失序为重要兼症,痰象不显,与心痹强心方极为合拍,故以原方加减治之。方中药用黄芪、人参补益心气;麦冬、五味子养营敛阴;当归、白芍补血和营;丹参化痰通脉;桂枝、白术温阳健脾,化气利水;苦杏仁、葶苈子泻肺平喘,开水之上源;茯苓、泽泻利水消肿,开水之下源;柏子仁、茯神、远志养心安神,宁心定悸;柴胡疏肝行气;炙甘草调和诸药。诸药合用,使心之气营渐复,瘀血、水饮渐消,使心肩膈启闭之职渐复如常,诸症渐退。然患者久病,病邪深居脏腑,伤及后天之本,阻碍脾胃运化之功,阻碍气血生化,心之病邪虽渐消,然他脏之邪尚未安,故仍见胃胀、纳差、神疲乏力、夜寐较差等症。二诊时在原方中加入砂仁、谷芽、麦芽、合欢皮,加强行气、和胃、安神之功。因理法方药,丝丝入扣,加之患者坚持长期服用,故终能久久见功,随访病情控制理想。

7 讨论

因我国风心病的发病率逐年下降,故近年来关于该病的经验报道相对较少,但仍有不少医家提出了自己的真知灼见,可与王行宽教授的经验互参。如顾仁樾^[21]认为,风心病初期多为风寒湿热毒侵入人体,留于关节,内舍于心;中期可见心脉痹阻,血运不畅,不通则痛;后期阴损及阳,阴阳俱虚,痰瘀互结,水饮停滞,甚则出现虚阳欲脱,危及生命。在整个病程中,都应重视血瘀这一病机特点,并应重视顾护脾胃。全小林^[22]根据“脏腑风湿”理论,认为风寒湿邪是发病重要外因,治疗上注重透邪外出,拟定祛风散寒,化湿通络;清热凉血,除湿透邪;益气活血,利湿除痰;温阳散寒,利水活血等治法。由此可见,王行宽教授与众多名家在对风心病的认识基本达成共识,如均认风寒湿热之邪为发病之因,应从气血阴阳

的变化角度来予以施治,均认为痰、瘀、水饮为重要病理产物,但在病机转化、具体证型及治疗侧重方面仍各有偏重,值得我们认真对比思考,不断提高。

参考文献

- [1] 王小菊,胡国恒,刘柏炎,等.全国名中医王行宽辨治过敏性紫癜性肾炎经验[J].湖南中医药大学学报,2021,41(4):599-602.
- [2] 施仲伟. 回眸过去 30 年全球和中国的心血管疾病负担及其危险因素:1990 年至 2019 年全球心血管疾病负担及其危险因素报告解读[J].诊断学理论与实践,2021,20(4):349-355.
- [3] 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].9 版.北京:人民卫生出版社,2018:285-301.
- [4] 蔡光先,赵玉庸.中西医结合内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:224-237.
- [5] 中国标准出版社.中医临床诊疗术语:疾病部分[M].北京:中国标准出版社,1997.
- [6] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2006:34.
- [7] 王子焱,范金茹,王行宽.王行宽治疗慢性心力衰竭经验[J].中国中医急症,2021,30(1):158-160,167.
- [8] 田丰铭,朴美虹,袁华,等.王行宽教授辨治慢性心力衰竭继发肺部感染临床经验[J].湖南中医药大学学报,2020,40(6):696-700.
- [9] 范金茹.王行宽临床经验集[M].长沙:湖南科学技术出版社,2011:177.
- [10] 卿俊,雍苏南,张稳,等.王行宽依据“损其心者,调其营卫”理论治疗心系疾病案举隅[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(1):131,143.
- [11] 王子焱,范金茹,陈彤,等.基于数据挖掘探讨王行宽教授治疗心系疾病遣方用药规律[J].湖南中医药大学学报,2020,40(12):1521-1526.
- [12] 明医杂著[M].北京:人民卫生出版社,2011:2.
- [13] 柯琴.伤寒来苏集[M].北京:中国中医药出版社,2008:87.
- [14] 王行宽.神而明之 存乎其人(二):我的从医之道及悟觉[J].中国中医急症,2013,22(4):517-518.
- [15] 邹润安.本经疏证[M].北京:学苑出版社,2011:126.
- [16] 张伯礼,吴勉华.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2017:103-104.
- [17] 吴勉华,石岩.中医内科学[M].5 版.北京:中国中医药出版社,2021:122.
- [18] 董珉翔,白音夫.苦参心血管药理作用的研究进展[J].西北药学杂志,2013,28(2):215-217.
- [19] 邓雅文,陈恒文,武庆娟,等.基于网络药理学探讨甘松干预心律失常的作用机制[J].中国现代中药,2020,22(9):1485-1493.
- [20] 孙凯,李锐.葶苈子化学成分和药理作用的研究进展[J].中草药,2002,33(7):附 3-附 5.
- [21] 梁知,章怡祎,顾仁樾,顾仁樾教授辨治风湿性心脏病经验摘英[J].上海中医药大学学报,2012,26(4):1-2.
- [22] 王青,刘彦汶,宋庆桥.全小林教授以“脏腑风湿”理论论治风湿性心脏病[J].环球中医药,2019,12(8):1221-1223.

(未完待续)

(本文编辑 贺慧斌)