

本文引用:姚昆鹏,别明珂,欧阳过,蔡虎志,石静,蔡子杰,陈新宇. 陈新宇教授运用平调阴阳法治疗肥厚型心肌病[J]. 湖南中医药大学学报, 2022,42(2):306-310.

陈新宇教授运用平调阴阳法治疗肥厚型心肌病

姚昆鹏¹,别明珂¹,欧阳过¹,蔡虎志²,石静¹,蔡子杰¹,陈新宇^{1,2*}

(1.湖南中医药大学,湖南长沙 410208;2.湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙 410007)

〔摘要〕肥厚型心肌病(hypertrophic cardiomyopathy, HCM)为临床常见遗传性心肌病之一,预后差异较大,为心源性猝死的主要原因之一。陈新宇教授在长期临床诊疗中倡导首辨阴阳、次辨虚实,运用平调阴阳法论治HCM。方药多选取桂枝加黄芪汤、生脉散、桂枝茯苓丸、柴胡加龙骨牡蛎汤等,灵活加减,临床疗效佳。

〔关键词〕肥厚型心肌病;平调阴阳;桂枝加黄芪汤;生脉散;桂枝茯苓丸;柴胡加龙骨牡蛎汤;陈新宇

〔中图分类号〕R256.2

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2022.02.023

Professor Chen Xinyu treats hypertrophic cardiomyopathy by regulating Yin and Yang

YAO Kunpeng¹, BIE Mingke¹, OUYANG Guo¹, CAI Huzhi², SHI Jing¹, CAI Zijie¹, CHEN Xinyu^{1,2*}

(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China;

2. The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

〔Abstract〕 Hypertrophic cardiomyopathy (HCM) is one of the common clinical hereditary cardiomyopathy with different prognosis, which is one of the main causes of sudden cardiac death. In the long-term clinical diagnosis and treatment, professor Chen Xinyu advocates the first to distinguish Yin and Yang, the second to distinguish deficiency and excess, and to use the method of regulating Yin and Yang to treat HCM. The prescription mostly selects Guizhi Plus Huangqi Decoction, Shengmai Powder, Guizhi Fuling Pill, Chaihu Plus Longgu Muli Decoction and so on, which are flexibly added and subtracted and have good clinical curative effect.

〔Keywords〕 hypertrophic cardiomyopathy; regulating Yin and Yang; Guizhi Plus Huangqi Decoction; Shengmai Powder; Guizhi Fuling Pill; Chaihu Plus Longgu Muli Decoction; Chen Xinyu

陈新宇教授是第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,湖南省名中医,湖南防治新冠肺炎省级中医救治专家组组长,博士研究生导师,首批全国优秀临床人才。陈教授从事中医内科临床工作四十余载,深谙经典,擅长运用中医药治疗心脑血管疾病,对于此类疑难杂症积累了丰

富经验。陈教授在治疗肥厚型心肌病(hypertrophic cardiomyopathy, HCM)的过程中发现,此类疾病多与阴阳失调密切相关,临床常运用平调阴阳法,通过从阴阳、虚实的角度进行诊治。笔者有幸侍诊左右,谨以陈新宇教授治疗HCM验案为例做简要概述,探讨陈教授运用平调阴阳法治疗HCM的经验。

〔收稿日期〕2021-02-06

〔基金项目〕国家自然科学基金资助项目(81704061,81173213);湖南省科学技术厅重点领域研发计划项目(2019SK2321);湖南省科技人才托举工程项目(2020TJ-N01);湖南省发改委创新引导专项(湘发改投资2019-412号);湖南省中医药管理局心病“四时调阳”重点实验室建设专项;湖南省中医学“双一流”学科建设项目。

〔第一作者〕姚昆鹏,男,硕士研究生,研究方向:中医药防治心血管疾病。

〔通信作者〕*陈新宇,男,教授,主任医师,博士研究生导师,E-mail: chenxinyuchen@163.com。

1 HCM 概况

HCM 是一种较为常见的遗传性心肌病^[1],在普通人群中的发病率为 1/500~1/200^[2-3],病死率为 1.4%~2.2%^[4],其中,出现非持续性室性心动过速、晕厥等症状或有猝死家族史的高危人群,其猝死率达 5.9%^[5]。流行病学调查表明,中国 HCM 患病率为 80/100 万人,据此推算,中国成人罹患 HCM 患者超过 100 万人^[6]。其常见的并发症为心脏性猝死(sudden cardiac death, SCD)、心力衰竭、血栓栓塞等,HCM 是青少年与运动员猝死的重要原因^[7],亦可导致老年人发生卒中。对于此病,治疗围绕改善症状、减少并发症与预防猝死展开,多采用 β 受体拮抗剂、非二氢吡啶类钙通道阻滞剂、ACEI/ARB 类药物等,手术干预方案有室间隔切除术、经皮间隔心肌化学消融术(percutaneous transluminal septal myocardial ablation, PTSMA)、心脏起搏治疗等^[8-9]。

对于 HCM 患者症状的控制及猝死的预防是临床防治中的难点,HCM 患者最常见的症状为劳力性呼吸困难与乏力,剧烈运动时多出现晕厥,此类表现与其病理生理机制密切相关。由于左心室流出道梗阻、左心室舒张功能下降、小血管病变等原因,极易造成心肌缺血,从而引发上述症状。因此,通过多种手段减轻流出道梗阻、改善心室顺应性、防治血栓栓塞、预防猝死,是防治 HCM 的重点与难点。然而,目前尚无特异性缓解患者症状、改善预后的治疗手段,且药物及介入手段引起的并发症难以为患者及家属所接受^[10]。在中医学整体观念与辨证论治原则指导下,患者通过服用中药通常能够有效改善症状,提高生活质量,减少心脑血管意外的发生^[11]。

2 平调阴阳法论治 HCM

中医学理论体系认为,HCM 属于心系疾病,由于临床症状各不相同,病名可为胸痹心痛、心悸、厥证等,虽有气滞、血瘀、水饮等病理产物的不同,实际上总可归为阴阳失调,具体病机可有气滞心胸、痰阻胸阳、瘀血内阻、寒凝血瘀、气血亏虚等^[11]。陈教授临证方剂运用灵活:气滞心胸证,表现为胸部闷痛、情绪激动则发、性情忧郁,每多予柴胡疏肝散、百合地黄汤;痰阻胸阳证,症见喜食肥甘、形体肥胖、苔黄腻,方用瓜蒌薤白半夏汤、涤痰汤之类;瘀血内阻证,

多见胸中刺痛感、入夜尤甚、按之不舒,方用血府逐瘀汤、桂枝茯苓丸、活络效灵丹之类;寒凝血瘀证,则胸闷心悸感寒则发,冬季尤甚,自觉胀痛刺痛,方用枳实薤白桂枝汤、当归四逆汤、人参汤之类;气血亏虚证,其人心悸心慌,劳则气短难续,面色苍白,每多嗜睡,方用人参养荣汤、归脾汤、炙甘草汤等。张仲景认为“阳微阴弦”是胸痹心痛的发病机制,陈教授认为,HCM 所表现出来的心悸心慌、呼吸困难、甚至晕厥等,均可从“阳微阴弦”论治,由于阳气亏虚,失于鼓动脉道,或阴血亏虚,脉道不充,致机体失于濡养,更为耗伤阳气,形成气滞、瘀血、水湿痰饮等病理产物。故陈教授临证多运用温阳、滋阴、益气、活血类药物,根据患者病情,酌加理气、通络、镇惊安神类药物,收效甚佳。

2.1 首辨阴阳,以平为期

陈教授在诊治疾病时重视“平调阴阳”法,在 HCM 诊疗中可见一斑。由于前来诊治的患者大多病程较长,且病多见心悸心慌、胸痹心痛,伴阳虚畏寒或口干渴之状,实为阴阳亏损、血流瘀滞之兆,《伤寒论·胸痹心痛短气病脉证治》曰:“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛。”^[12]张仲景认为胸痹心痛之病机为胸中阳气亏虚。又有“厥者,阴阳气不相顺接,便为厥”^[12]。可见厥证多为阴阳失调所致,后世医家论述胸痹心痛、心悸、厥证等也多从阴阳立论,如《备急千金要方·心脏·心腹痛》曰:“寒气卒客于五脏六腑,则发卒心痛胸痹”^[13]。陈教授认为,对于此类疾病,辨清阴阳为诊治第一要务,阴阳之关系并非停留在简单数或者量的层面,应该更多从“象”的层面进行把握^[14],方可平调阴阳,达到“阴平阳秘”的状态。故陈教授首辨阴阳,若患者平素畏寒喜温,心悸、肢厥、胸痹心痛等症状每逢饮冷、受寒尤甚,喜饮温水,多考虑阳虚,多予桂枝、细辛、花椒、炙麻黄、白术等品;若平素畏热,消谷善饥,口气臭秽,便质干结难解,多为阳盛,用药多予知母、芦根、天花粉、黄连、黄芩之属;又有形体瘦长,皮屑增多,口干喜饮,不耐久视,食少易饥之人,为阴虚之象,喜用麦冬、西洋参、五味子、沙参、玉竹之类;若见形体肥胖,腹大肢肿,喜吐涎唾,头重如蒙之人,多从阴盛论治,多选用白术、法半夏、胆南星、地龙、苦杏仁、厚朴等品。

此外,阴阳互根互用,本同出一气,皆为先天元阳之属,有互生之势,来求诊者多年高体弱,元阴元

阳亏虚,虽由心悸、胸痹心痛来诊,然每多见腰膝酸软、下肢浮肿、牙齿松动、疲倦少神,故陈教授临床多用六味地黄丸、金匱肾气丸等。若肝肾亏虚,头晕耳鸣,多在主方上加用六味地黄丸;若命门火衰,见阳痿滑精,神疲畏冷,则在加用金匱肾气丸的同时,重用龙骨、牡蛎等摄纳元气之品。取张介宾“阴中求阳、阳中求阴”之意,《景岳全书·新方八阵·补略》曰:“善补阳者,必欲阴中求阳,则阳得阴助而生化无穷;善补阴者,必欲阳中求阴,则阴得阳升而泉源不竭”^[15]。阴阳平调之论,虽为中医界之永恒话题,然由于节气、地域、患者体质、饮食等因素的干预,临床上准确把握患者体内阴阳虚实情况,实对医者要求甚高,可堪细寻。

2.2 次辨虚实,无犯顺逆

《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》云:“虚虚实实,补不足,损有余,是其义也。”虚则补之、实则泻之是诊治疾病之总则。张仲景在论治杂病时就已告诫后世医家勿犯“虚虚实实”之诫,若虚实不分,实证加以滋补,则邪恋不可去;虚证加以攻伐,则正气不得留。故陈教授常在辨别阴阳的基础上,次辨虚实,并根据虚实指导治疗。虚证者,予桂枝、干姜、黄芪、红参等温阳,或予人参、麦冬、五味子等敛阴,以资脉道鼓动,促进心脏内血液循环,改善心肌供血,提高患者生活质量。实证者,此类患者多处于疾病初期,或因素体体质壮实而未见虚象,然血热煎熬易伤阴液,脉道乏气则无力,乏阴则血液运行不畅,久酿成血瘀、痰饮等病理产物,阻滞脉管,易生因实致虚之变,宜“随证治之”,陈教授多予桂枝、白芍、牡丹皮、桃仁、茯苓、黄芩、黄连、黄柏等清热活血、化瘀通脉之品。又有虚实夹杂者,有偏盛偏衰之属,治宜平调阴阳、补虚泻实,陈教授多用柴胡、黄芩、桂枝、法半夏、陈皮、黄连、黄柏、细辛、花椒等品,调和阴阳。心烦喜呕,情志不舒,易于外感者,多加以柴胡、黄芩、法半夏、竹茹等品,取“小柴胡汤”之意,从少阳论治;肠鸣泄泻,腹部痞闷不舒,恶寒而饮冷者,复予黄连、黄芩、法半夏、干姜、大枣、甘草等品,从“半夏泻心汤”之平调寒热之法;饥不索食,巅顶冷痛,自觉胸中热气上冲者,多考虑厥阴转复,取“乌梅丸”之意,在主方基础上加用细辛、花椒、黄连、吴茱萸、乌梅等品。

3 验案举隅

尚某,男性,32岁。初诊:2015年3月11日。主诉:心悸2年,加重伴胸痛半年。现病史:患者诉2年前无明显诱因出现心悸,呈一过性,当时未予重视。半年前心悸发作较前频繁,劳则胸痛,未行处理,后于2014年11月5日于湘雅医院就诊,心脏彩超示:室间隔(interventricular septum, IVS)厚度20 mm,左房(left atrial, LA)内径34 mm,左室(left ventricular, LV)内径35 mm,左室射血分数(left ventricular ejection fractions, LVEF) 82%。(1)室间隔增厚,提示HCM;(2)左房大;(3)二、三尖瓣反流。心电图示:(1)avL异常Q波,V5、V6出现Q波;(2)V1R/S=1;(3)高顺转位;(4)电轴左偏。诊断:(1)HCM;(2)冠状动脉粥样硬化性心脏病、劳力型心绞痛、陈旧性心肌梗死、心功能Ⅱ级(NYHA分级);(3)高血压Ⅰ级(极高危)。经药物治疗(具体不详)后好转出院,后症状反复,遂来就诊。现症见:心悸,胸痛,头晕,无气促,纳寐可,手足心多汗,二便正常。舌暗红,苔薄白,脉细。血压:142/88 mmHg。甲状腺功能检测:阴性。西医诊断:(1)非梗阻性HCM;(2)冠状动脉粥样硬化性心脏病、劳力型心绞痛、陈旧性心肌梗死、心功能Ⅱ级(NYHA分级);(3)高血压Ⅰ级(极高危)。中医诊断:心悸(阴阳两虚、瘀血内阻证);胸痹心痛(阴阳两虚、瘀血内阻证)。治法:滋阴温阳,活血化瘀。处方:黄芪25 g,桂枝10 g,白芍15 g,桃仁10 g,牡丹皮10 g,茯苓15 g,生牡蛎25 g,薏苡仁20 g,麦冬15 g,五味子5 g,党参15 g,川芎10 g,糯稻根15 g,白术15 g,土鳖虫10 g,干姜5 g,甘草5 g,大枣3 g。14剂,每日1剂,水煎服,分2次温服。嘱患者配合服用血压平胶囊(湖南中医药大学第一附属医院院内制剂,药物组成为天麻、酸枣仁、菊花、防己、牛膝;批号:20141227,0.43 g/粒),每日3次,每次5粒。另嘱其勿剧烈运动,定期复查心脏彩超。HCM患者多数症状轻微,病情易被忽视,但此病发作则极为凶险,为青少年和运动员猝死的主要原因之一。《丹溪心法·能合色脉可以万全》云:“欲知其内者,当以观乎外,诊于外者,斯以知其内。盖有诸内者形诸外。”^[16]本例患者心悸已久,且呈间断发作,终致生活质量下降,虽症状为偶发,实有心之阴阳暗耗,有猝死之风险。陈教授认为,大凡疾病,无外乎虚实

两端;虚实相继,无外乎阴阳两极。然阴阳互根互用,有阴损及阳、阳损及阴,招致阴阳两虚之祸^[7]。故治病施治,首辨阴阳,其虚者,择其短而补之;其阴阳实而不和者,平调之。此例患者阴阳两虚、瘀血内阻,故以桂枝加黄芪汤为基础方,合生脉散补敛阴阳,取桂枝茯苓丸活血化瘀,再酌加生牡蛎、薏苡仁、川芎、糯稻根、白术、土鳖虫、干姜等品,助平调阴阳。

二诊:2015年6月28日。患者诉服上方后症状改善,西药已停用,已无心悸、胸痛、气促,偶感黑矇,手足心多汗,纳可,寐稍差,畏寒畏热,易疲劳,舌暗红,苔薄白,脉弦。BP:128/70 mmHg(未服药)。心脏彩超示:LA 35.5 mm, LV 39 mm, IVS 14 mm, LVEF 71.5%,左室后壁厚度(left ventricular posterior wall thickness, LVPW)10 mm, E峰(左室舒张早期充盈速度最大值):61 cm/s, A峰(舒张晚期心室充盈最大值):85 cm/s, E/A(E峰与A峰比值)<1。(1)左房稍大,室间隔增厚;(2)二尖瓣轻度反流;(3)左室顺应性减退,收缩功能正常。前方取效,胃气得实,然寒热不调,仍有痰瘀未尽之象,遂以前方去薏苡仁、党参、白术、土鳖虫,改黄芪20 g,桂枝3 g,白芍10 g,生牡蛎15 g以健运中气,加生地黄、熟地黄各15 g滋阴,黄芩10 g,黄连2 g清热燥湿,法半夏10 g,胆南星5 g,土贝母10 g,玄参15 g清热化痰散结。14剂,煎服法同前。另予温阳振衰颗粒(湖南中医药大学第一附属医院院内制剂,药物组成为炮附片、干姜、茯苓、红参、麦冬、五味子、甘草;批号:201709,8 g/包)4盒,每日1次,每次半包,睡前服。陈教授云:“平调阴阳之法,总不离三焦之属。三焦由何者入?中焦脾胃也。凡病欲攻之,欲补之,皆由中焦起,盖脾处中央,沃灌四方。”药石入口,皆由中焦运化而达上下焦耳^[8]。今胃气已固,仍以补阳敛阴为法,佐以清热活血、化痰散结。

三诊:2017年7月26日。患者诉近来因劳累、工作压力大出现胸闷痛,发作频繁。自觉胸前区压榨感,无明显气促、心悸、黑矇等,仍畏寒热,易疲劳,全身酸胀,手足心汗出,口干,不欲饮食,寐可,小便可,大便不成形,偶有排便困难。舌暗红,苔白,脉沉缓。未服用西药。复查心脏彩超示:LA 34.9 mm, LV 37.8 mm, IVS 15~22 mm, LVEF 66, LVPW 10 mm, E峰100 cm/s, A峰80 cm/s, E/A>1。(1)左房稍大,室间隔增厚并回声改变:考虑非对称性非梗阻性HCM;

(2)二尖瓣、三尖瓣轻度反流;(3)左心功能正常。心电图示:(1)窦性心律;(2)左前分支阻滞;(3)陈旧性高侧壁、前侧壁心肌梗死。上方见效,仍以前法进退,因患者大便不成形,伴排便困难,去黄芩、黄连、生地黄,加党参15 g。14剂,煎服法同前。予温阳振衰颗粒4盒,每日1次,每次半包,早餐后服用。予护心通络方(湖南中医药大学第一附属医院院内制剂,药物组成为丹参、三七、西洋参、天麻、葛根、川芎)1盒,每日1次,每次10 g。嘱患者勿过度劳累,按时复查。患者二诊服药后诸症悉减,后未前来就诊,病已去半,本应修养将息,然又因劳累、情志而起,遂再来就诊。患者疲乏,大便溏而不畅,遂去苦寒之黄芩、黄连、生地黄等,加党参15 g,补养肺脾之气。

四诊:2020年3月14日。患者诉无明显诱因出现左侧腋下至后背部胀痛,呈阵发性,多于疲劳时发作,每次持续约10 min,自行按揉或休息后可缓解,未服用药物。偶有耳鸣,左侧胸闷、刺痛感,颈部紧迫感。无明显气促、气喘、呼吸不畅等,无视物旋转、视物模糊、黑矇感。纳可,进食后稍腹胀,矢气频多。寐欠佳,多梦。小便可,大便稀溏,质黏腻,1~2次/d。舌紫黯,苔薄白,脉沉弦。BP:133/87 mmHg。心脏彩超示:LA 34.6 mm, LV 38 mm, IVS 13~25 mm, LVEF 68%, LVPW 10.5 mm, E峰100 cm/s, A峰90 cm/s, E/A>1。(1)左房稍大,室间隔明显增厚,考虑非对称非梗阻性HCM;(2)左室流出道流速稍高(暂未见明显梗阻);(3)左室壁运动功能欠协调,二、三尖瓣轻度反流;(4)左心功能测值正常。心电图示:(1)窦性心律;(2)左前分支阻滞;(3)胸导联R波递增不良。患者已无明显口干,遂去麦冬、五味子、胆南星,因患者背部胀痛劳累多发,考虑气血不足所致,故于上方中加甘草10 g,大枣6枚,当归10 g,杜仲20 g;因舌紫黯,矢气频多,腹胀,加土鳖虫10 g,陈皮10 g,土贝母15 g理气健脾;患者大便黏腻,加黄柏10 g,一以制姜桂之热性,一以清肠道之湿热;由于患者寐差,故加煅龙骨15 g益阴潜阳、重镇安神。14剂,每日1剂,久服,分3次温服。予护心通络方1盒,服法同前。《灵枢·胀论》云:“夫心胀者,烦心短气,卧不安。”患者四诊距三诊时隔两年有余,症状也颇有变化,但总不离阴阳失调,瘀血内阻。本次因左侧腋下至后背部胀痛就医,仍考虑心之血脉不通,气血瘀阻所致,与西医“不稳定型心绞痛”之粥样斑块

形成机制颇为类似^[19]。陈教授嘱患者“莫急躁、莫剧烈运动、莫过度劳累”，继续定期复查心脏彩超及心电图，坚持服用中药方剂以资巩固。其后电话回访，患者诉心悸、胸痛等症状明显减轻，身体恢复良好，病情稳定。

4 讨论

LVEF 是评价心功能的重要指标，是超声心动图的重要参数之一。HCM 患者，在组织学上有如下病变特点：心肌细胞排列紊乱、小血管病变、瘢痕形成，从而导致心室肥厚，特别是室间隔肥厚^[1]。与其他心系疾病不同的是，这种病理改变往往心肌内壁增厚，尤其是 LV、IVS 及 LA 增厚。由于内壁增厚，压力增大，故导致 LVEF 升高(>60%)。然而，长期的左室压力升高，会加重心脏的负担，故切不可忽视 LVEF 值高带来的疾病危害^[20]。陈教授在诊治此类 HCM 患者时，往往抓住“阴阳失调”之核心病机，辨证审因，以平调阴阳法灵活处方。除此之外，陈教授对中医药三因制宜运用有独到心得，常根据节气、体质、服药时间、饮食等不同，灵活使用药物，不仅仅局限于夏季炎热时节于方中加薄荷、藿香、荷叶等消暑祛湿药物，冬季加用高良姜、茴香等散寒之品，而且嘱患者更替药物服用时间，如本例患者二诊时寤寐稍差，为阳气虚衰，不敌夜中阴寒，遂嘱其加服温阳振衰颗粒，每日 1 次，每次半包，睡前服。三诊，三诊患者口干不欲饮，考虑阳气来复，然大便稍溏，全身酸胀，为阳气怫郁之象，《素问·阴阳应象大论》云：“壮火之气衰，少火之气壮。壮火食气，气食少火。壮火散气，少火生气。”遂将温阳振衰颗粒改为每日 1 次，每次半包，早餐后服用，徐徐温运阳气。陈教授之意，宗《灵枢·营卫生会》所云：“阴阳相贯，如环无端”。人之气与天地四时之气相顺接，顺应四时之气，方能更好地平调阴阳，解救患者于疾苦困厄。

参考文献

[1] 中华医学会心血管病学分会中国成人肥厚型心肌病诊断与治疗指南编写组, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国成人肥厚型心肌病诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2017, 45(12): 1015-1032.

[2] GERSH B, MARON B, BONOW R. American college of cardi-

ology/European society of cardiology clinical expert consensus document on hypertrophic cardiomyopathy (vol 42, pg 1687, 2003)[J]. Journal of the American College of Cardiology, 2012, 59(4): 434.

[3] SEMSARIAN C, INGLES J, MARON M S, et al. New perspectives on the prevalence of hypertrophic cardiomyopathy[J]. Journal of the American College of Cardiology, 2015, 65(12): 1249-1254.

[4] O'MAHONY C, ELLIOTT P M. Prevention of sudden cardiac death in hypertrophic cardiomyopathy[J]. Heart, 2014, 100(3): 254-260.

[5] ELLIOTT P M, POLONIECKI J, DICKIE S, et al. Sudden death in hypertrophic cardiomyopathy: Identification of high risk patients[J]. Journal of the American College of Cardiology, 2000, 36(7): 2212-2218.

[6] 廖玉华. 中国扩张型心肌病诊断和治疗指南: 创新与转化[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(S1): 120-121.

[7] ZOU Y B, SONG L, WANG Z M, et al. Prevalence of idiopathic hypertrophic cardiomyopathy in China: A population-based echocardiographic analysis of 8080 adults[J]. The American Journal of Medicine, 2004, 116(1): 14-18.

[8] MARON B J, SHIRANI J, POLIAC L C, et al. Sudden death in young competitive Athletes. Clinical, demographic, and pathological profiles[J]. JAMA, 1996, 276(3): 199-204.

[9] 贾君迪, 李玉峰, 肖珉, 等. 肥厚型心肌病中西医结合治疗方法的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(15): 2430-2433.

[10] 闫丽荣, 樊朝美, 张健. 肥厚型心肌病药物治疗新进展[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(6): 502-505.

[11] 罗斌玉, 于兆欣, 冯晓敬. 肥厚型心肌病中医辨证论治[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(20): 3499-3501.

[12] 张仲景. 金匮要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 31.

[13] 李景荣. 备急千金要方校释[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 1306.

[14] 罗云涛, 蔡虎志, 邓旭, 等. 陈新宇教授从“阴平阳秘”论治失眠经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(9): 1094-1096.

[15] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1994: 675.

[16] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 57.

[17] 陈立华. 从病例谈阴阳互根理论的临床意义[J]. 中西医结合杂志, 1984, 4(9): 568-569.

[18] 金晓, 徐丹苹, 吴焕林. 吴焕林教授从脾胃论治慢性心力衰竭经验[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(4): 497-499.

[19] 徐浩, 陈可冀. 中西医结合防治冠心病研究的难点与对策[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(7): 647-649.

[20] 韦丙奇, 王运红, 黄燕, 等. 肥厚型心肌病心力衰竭呈扩张性心肌病改变与限制性心肌病改变患者的心脏结构和功能特点对比分析[J]. 中国循环杂志, 2018, 33(6): 580-584.