

本文引用:张杼惠,刘建和,曹蛟,程丑夫.程丑夫基于“阳化气,阴成形”理论治疗慢性心力衰竭经验[J].湖南中医药大学学报,2021,41(10):1606-1610.

程丑夫基于“阳化气,阴成形”理论治疗慢性心力衰竭经验

张杼惠^{1,2},刘建和^{2*},曹蛟^{1,2},程丑夫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]程丑夫教授认为,“阳化气,阴成形”功能失调是慢性心力衰竭的发病机制,“阳化气”功能不足是构成慢性心力衰竭的发病之本,“阴成形”功能太过所形成的水饮、瘀血、痰浊停滞于心脏,构成慢性心力衰竭的发病之标,其治疗总体原则以温阳抑阴、温阳化气为主,以化饮消瘀为辅,恢复机体“阳化气,阴成形”动态平衡,创立温阳化饮泻肺汤治疗慢性心力衰竭。本文对程教授辨治慢性心力衰竭的临证思路进行总结,以期对临床诊治慢性心力衰竭提供新的治疗思路与方法。

[关键词]慢性心力衰竭;阳化气,阴成形;温阳化饮泻肺汤;名医经验;程丑夫

[中图分类号]R256.2 **[文献标志码]**B **[文章编号]**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2021.10.023

Cheng Choufu's Experience in the Treatment of Chronic Heart Failure Based on the Theory of "Yang Transforming Qi, Yin Constituting the Body"

ZHANG Zhuhui^{1,2}, LIU Jianhe^{2*}, CAO Jiao^{1,2}, CHENG Choufu²

(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] Professor Cheng Choufu believes that "Yang transforming Qi, Yin constituting the body" dysfunction is the pathogenesis of chronic heart failure, "Yang transforming Qi" deficiency is the root of chronic heart failure, excessive function of the "Yin constituting the body" formed water retention, blood stasis, phlegm stagnation in the heart to form the treetop of chronic heart failure. The general principle of its treatment is to warm Yang and suppress Yin, warm Yang and transforming Qi, supplemented by dissolving blood stasis and water retention. In addition, it can restore the dynamic balance of the body's "Yang transforming Qi, Yin constituting the body", and professor Cheng creates the Wenyang Huayin Xiefei Decoction to treat chronic heart failure. This paper summarizes professor Cheng's clinical thinking of treating chronic heart failure in order to enlighten the clinical diagnosis and treatment.

[Keywords] chronic heart failure; Yang transforming Qi, Yin constituting the body; Wenyang Huayin Xiefei Decoction; experience of famous doctor; Cheng Choufu

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是各种心脏结构或功能性疾病导致心室充盈和(或)射血功能受损,心排血量不能满足机体组织代谢需要,

以肺循环和(或)体循环瘀血,器官、组织血液灌注不足为临床表现的一组综合征^[1]。流行病学数据显示,世界范围内约有2 600万CHF患者^[2],发达国家的

[收稿日期]2021-01-03

[基金项目]国家重大疑难疾病慢性心力衰竭中西医协作试点项目(国中医药办医政发[2018]3号);湖南省中医药科研计划重点项目(2021011);湖南省学位与研究生教育改革研究项目(2019JGYB163);湖南省自然科学基金科卫联合项目(2018JJ6038);湖南中医药大学中医学国内一流建设学科(湘教通[2018]469号)。

[作者简介]张杼惠,男,在读博士研究生,研究方向:中医药防治心血管疾病。

[通信作者]*刘建和,男,教授,博士研究生导师,E-mail:ljhtcm1@163.com。

患病率高达1%~2%,并且随着年龄的增长,患病率迅速增加,70岁以上人群患病率更是上升至10%^[3-4]。现代医学对于CHF的治疗主要分为药物治疗和非药物治疗两方面,药物治疗主要采用血管紧张素受体/脑啡肽酶抑制剂(angiotensin receptor neprilysin inhibitor, ARNI)、醛固酮受体拮抗剂(mineralocorticoid receptor antagonist, MRA)、 β 肾上腺素能受体拮抗剂、利尿剂、正性肌力药等治疗^[5],非药物治疗主要采用心脏再同步化治疗、左室辅助装置等治疗,随着CHF的治疗措施不断规范和完善,CHF患者住院死亡率呈显著下降趋势^[6],根据中国心力衰竭患者注册登记研究最新研究显示,中国心力衰竭患者的住院病死率为4.1%^[7],心力衰竭患者近1年内因心衰再住院的比例为32.8%^[8],但如何进一步降低心力衰竭患者病死率及再住院率,改善患者心功能,提高患者生活质量仍是当前治疗的难点。中医学虽无心力衰竭的病名,但根据临床症状可归属于中医学“喘证”“心水”“心衰”等范畴。中医药因其具有增加运动耐力、提高生活质量、改善心功能的疗效特点,且显示出一定的安全性优势而被广泛应用于心力衰竭的临床治疗中^[9]。

湖南中医药大学第一附属医院程丑夫教授是第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,博士研究生导师,享受国务院政府特殊津贴专家,国家重点学科中医内科学学科带头人,国家重点学科心血管内科学科带头人,从事中医临床工作近五十年,倡导疑难病治痰、治瘀、治郁、治虚的“四治”法则,对各种疑难杂症尤其是心血管疾病的诊疗经验颇丰。笔者有幸侍诊左右,现将程教授治疗慢性心衰经验总结如下。

1 “阳化气,阴成形”理论内涵

“阳化气,阴成形”源于《素问·阴阳应象大论》,是论述阴阳气化规律两个基本过程的经典条文之一,原文记载:“故积阳为天,积阴为地。阴静阳躁,阳生阴长,阳杀阴藏。阳化气,阴成形”^[10]。对于“阳化气,阴成形”,李中梓在《内经知要·卷上》中注:“阳无形,故化气;阴有质,故成形”^[11],阳气无形弥散而化气,阴气形质凝聚而成形。张景岳在《类经·二卷·阴阳类》中注:“阳动而散,故化气,阴静而凝,故成形”,进一步指出阳气的特性是主升、主动,具有弥散、温

煦、推助的化气功能,阴气的特性是主降、主静,具有凝聚、下降、收敛的成形功能,“阴阳二气”彼此对立统一、消长转化,共同推动机体不断地进行“化气”和“成形”的生命运动^[12],正如张志聪在《黄帝内经素问集注·卷二上》中所言:“天主生物,地主成物。故阳化万物之气,吾人之气由阳化之;阴成万物之形,而吾人之形由阴成之”^[13]。同时,“阳化气,阴成形”也是指机体物质与能量通过气化以阴与阳的形式互相转化的过程,“阳化气”的过程是“由阴化阳”,是以机体有形之质充盈为基础的,是指机体通过气的升、出运动将机体内精、血、津、液等有形之质通过阳气的鼓动和气化作用转化为无形之气,使得无形之气得以弥散而发挥相应的生理功能;“阴成形”的过程是“由阳化阴”,是以无形之气凝聚为前提的,是指机体通过气的降、入运动将机体无形之气通过阴气的成形和凝聚作用转化为精、血、津、液等有形之质,使得有形之质得以凝聚而充养机体^[14-15]。由此可见,“阳化气”侧重于人体生命活动的过程,“阴成形”侧重于人体形质及其变化过程,二者互根互用,协调统一,只有“阳化气”与“阴成形”保持动态平衡,才能达到“阴平阳秘,形气相合”的最佳生理状态。

2 “阳化气,阴成形”功能失调是CHF的发病机制

“阳化气”与“阴成形”功能的辩证统一是人体生命活动正常进行的根本保障,若化气不足或成形太过则会导致阴阳失衡进而引起疾病。CHF的发病机制正是由于阴阳失衡,“阳化气”不足,“阴成形”太过,导致阴盛则阳病^[16]。五脏六腑之阳气亏虚,阳气失其推动、温煦、蒸化、鼓动之力,导致气化功能减弱,弥散功能失常,不能把机体的精、血、津、液等有形之质化为无形之气,致阴成形太过,水饮、痰湿、瘀血等有形之邪夹杂,继而阻滞气机升降出入,闭阻阳气布散,形成恶性循环,“阳化气”愈不足,“阴成形”愈太过,“阴成形”太甚,则“阳化气”进一步不足。CHF的临床表现主要有呼吸困难、体力活动受限、体液潴留^[17],程教授认为呼吸困难、体力活动受限是由于阳不化气所致,阳气不能把机体的精、血、津、液等有形之质转为无形之气,心气虚弱,心血瘀阻,导致心体失养,心用失和,日久发为CHF,心不主血,肺不主气,气血失和则见呼吸困难、气血不足,机体

失于濡养,故见活动受限;体液潴留正是在“阳化气”不足的基础上导致的“阴成形”过盛所致。在CHF的发病过程中,“阳化气”不足是主因,“阴成形”太过是结果。心为火脏,以阳气为用,若心之阳气不振,失于鼓动温煦,一方面阳气失于鼓动,可以导致血液运行迟缓,瘀滞不畅,阳气失于温煦,则气不化水,水停为饮,最终导致水饮、痰湿、瘀血内生,发为本病^[8]。另一方面心为五脏六腑之大主,心阳不振可累及他脏,肺为水上之源,肺失通调,导致水肿,肺主气,失于宣降,导致气短,脾主运化水液,脾失健运,水饮泛溢肌肤为水肿,肺、脾二脏功能失调可进一步加重CHF。肾阳为全身阳气之本,“阳化气”不足日久累及肾阳,且肾为主水之脏,肾阳虚衰可发为水肿之病。

此外,CHF的发病呈季节性,袁志敏等^[9]进行的一项回顾性研究表明,CHF患者的住院率和死亡率均存在冬高夏低的季节变异,冬季乃阳气潜藏,阴气盛极之季,成形胜于化气,CHF患者属于阳虚体质的“阳化气”功能愈加不足,在冬季更易出现CHF加重或急性发作。

总之,程教授指出CHF是由于“阳化气”不足,以心阳虚衰为主,牵涉肺脾,日久耗伤肾之阳气,“阴成形”过盛所致水饮内停为主,兼有瘀血阻滞所引起的本虚标实之病。

3 温阳抑阴是治疗CHF的总则

3.1 温阳化气是治本之法

西医治疗CHF强调限制液体摄入量和应用利尿剂以减轻心脏前负荷,程教授认为限制液体摄入量和应用利尿剂是治标之策,本末倒置,无法从根源上消除水饮。程教授认为CHF的治疗目的在于恢复机体阴阳平衡,使“阳化气”与“阴成形”功能相协调,如《素问·玉机真脏论》所言:“形气相得,谓之可治……形气相失,谓之难治”^[10],只有“阳化气”功能正常,全身气、血、津、液、精运行输布协调,则水饮、痰湿、瘀血等阴邪化生无源,不易发病。其中医治疗原则,王冰在《重广补注黄帝内经素问·至真要大论》中指出阴病治阳的关键在于“益火之源,以消阴翳”^[20],其治本之法在于温阳化气。温阳化气既针对阳气不足而进行病因治疗,又能促使水饮、痰湿、瘀血等病理产物的消除,其通过助阳化气,加强机体“阳化气”的功能,使得阳气相对亢盛,使得水饮、痰

湿、瘀血等阴邪得以温化而消散。程教授根据CHF的病机特点,创制温阳化饮泻肺汤,方中桂枝、白术、人参、黄芪、炙甘草等皆是辛温之药,桂枝是温通阳气之品,人参、黄芪俱为补气助阳之药,阳虚日久累及肾阳时加用附子,助燃命门之火以促全身之“阳化气”。

3.2 化饮消瘀是治标之策

CHF是因虚致实之病,在发病过程中夹杂的水饮、瘀血、痰湿等病理产物皆是“阴成形”太过所化生的阴邪,阴邪能阻碍“阳化气”,所以在温阳化气的基础上运用化饮消瘀之法有利于“阳化气”功能的恢复。程教授创制的温阳化饮泻肺汤方中茯苓、葶苈子、丹参、苦杏仁皆是祛邪治标之法,茯苓、苦杏仁化痰除湿,葶苈子泻肺利水,丹参活血化痰,与温阳化气药物同用可标本兼治。

4 温阳化饮泻肺汤是治疗CHF的基本方

基于以上对于心衰病病机的认识,程教授创制温阳化饮泻肺汤。方由苓桂术甘汤合葶苈大枣泻肺汤,加人参、黄芪、丹参、杏仁而成^[21],药物组成:茯苓15g,桂枝10g,炒白术10g,葶苈子15g,大枣15g,炙甘草6g,人参10g(另蒸,兑服),生黄芪30g,丹参15g,苦杏仁10g。对于心衰病的治疗,温阳化气是治本之法,化饮消瘀是治标之策,仲景之苓桂术甘汤标本兼治,有温心阳、健脾土、化水饮之效。茯苓具有健脾宁心、利水化饮的作用。白术可健脾益气、燥湿利水,《日华子本草》言其:“治水气,利小便”^[22]。茯苓、白术为健运脾土、化饮除湿常用配伍;桂枝、甘草相伍为仲景之桂枝甘草汤,辛甘化阳,温运上焦心肺之阳气,桂枝还能通利膀胱水气、助阳化气,为温阳化气之要药。炙甘草用在此,其一助桂枝辛甘化阳以助阳化气,其二助白术培土制水,其三调和诸药。葶苈子为开泻肺气、破除水饮之要药,然其性大寒,药力峻猛,故配伍大枣甘缓补中扶正。人参、黄芪相伍为补气利水而设,人参大补元气,使阳气化生有源,黄芪既能益气健脾补肺,还有利水消肿之效。《金匱要略·水气病脉证并治》云:“血不利则为水”^[23],丹参入心、肝二经,具有活血化瘀、清心安神的作用。肺主通调水道,肺失通调可见水饮泛溢肌肤,苦杏仁具有肃降肺气、平喘化痰的作用,《药征·卷下》言其:“主治胸间停水……形体浮肿”^[24]。诸药

合用,心、脾、肺同治,气、血、津同调,助阳之化气为主,消阴之余形为辅,而达阴平阳秘之态。

临证加减:阳虚较甚,日久累及肾阳,导致水肿日久难消者,加制附片 10 g(另包先煎),白芍 10 g,生姜 6 g 以助肾温阳化气;阴津耗伤明显,出现口干喜饮者,减桂枝剂量至 6 g,加麦冬 15 g,五味子 6 g 以补益气阴;瘀血明显,出现口唇紫绀者,加红景天 10 g、川芎 10 g 以活血化瘀;气滞明显,出现腹胀,胃纳欠佳者,加木香 6 g、砂仁 6 g(后下)以理气除胀。

5 医案举隅

朱某,男,71岁,2019年10月8日初诊。主诉:反复胸闷、心悸 10 余年,气促、双下肢水肿 5 余年,再发加重 1 月。现症见:胸闷,心悸,气促,活动后加重,口唇发绀,咳嗽咳痰,咯白色泡沫痰,口干不欲饮,口不苦,腹胀,胃纳欠佳,形寒肢冷,小便少,大便调,夜寐欠安,双下肢中度水肿,舌淡胖,苔薄白,舌边有齿痕,舌下络脉青紫,脉沉细无力。(1)体格检查:①动脉血压:132/90 mmHg;②肺部听诊:双肺呼吸音低,双下肺可闻及细湿啰音;③心脏听诊:心率 98 次/min,心律不齐,心尖区可闻及收缩期杂音。(2)既往史:①2006 年 7 月因胸闷胸痛在某三甲医院行经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)后诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病”,术中植入冠脉支架 2 枚,术后坚持服用氯吡格雷片抗血小板聚集、单硝酸异山梨酯片抗心肌缺血、阿托伐他汀钙片降脂稳斑、厄贝沙坦片抑制心室重构、琥珀酸美托洛尔缓释片控制心室率等药物控制病情;②2014 年 10 月患者出现气促、双下肢水肿,在当地某三甲医院诊断为 CHF,加用呋塞米片、螺内酯片利尿消肿,此后患者仍感气促,双下肢水肿时有反复;③有高血压病史 10 余年,目前服用左旋氨氯地平片控制血压,血压控制良好。(3)辅助检查:①常规十二导联心电图:频发室性期前收缩,V3~V5 导联 ST-T 改变;②心脏彩超:二尖瓣中度反流,三尖瓣轻度反流,左心功能减退,左心室射血分数:40%;③脑自然肽氨基端前体蛋白(N-terminal pro-B type natriuretic peptide, NT-proBNP):4 160 pg/mL。西医诊断:(1)CHF,心功能 III 级(NHYA 分级),心力衰竭 C 期;(2)冠状动脉粥样硬化性心脏病,缺血

性心肌病,PCI 术后;(3)心律失常,频发室性早搏;(4)高血压病 3 级,很高危组。中医诊断:心衰病,心阳亏虚,水瘀内停。治以温阳化饮,益气活血。方选温阳化饮泻肺汤加减,处方:茯苓 15 g,桂枝 10 g,炒白术 10 g,葶苈子 15 g,大枣 15 g,炙甘草 6 g,人参 10 g(另蒸,兑服),生黄芪 30 g,丹参 15 g,苦杏仁 10 g,红景天 10 g,川芎 10 g。14 剂,每日 1 剂,水煎,早晚分服。

二诊:2019 年 10 月 22 日。患者诉服药后胸闷、心悸、气促较前明显减轻,咳嗽不甚,咯痰量少,口干不欲饮,口不苦,腹胀稍缓,胃纳转佳,双下肢水肿较前减轻,仍感形寒肢冷,小便量较前增多,大便调,夜寐改善,舌淡胖,苔薄白,边有齿痕,舌下络脉青紫,脉沉细。辅助检查:NT-proBNP:1 820 pg/mL。上方有效,故续上方加制附片 10 g,白芍 10 g,生姜 10 片助温肾化气利水。7 剂,每日 1 剂,水煎,早晚分服。

三诊:2019 年 10 月 29 日。患者诉胸闷、心悸、气促较前改善,双下肢无水肿,口唇淡紫,口干喜饮,无咳嗽、咳痰,形寒畏冷较前好转,无腹胀,胃纳可,夜寐可,二便调。舌淡红,苔薄白,舌下络脉青紫,脉沉细。辅助检查:NT-proBNP:850 pg/mL。原法加减,处方:茯苓 15 g,桂枝 6 g,炒白术 10 g,葶苈子 10 g,大枣 15 g,炙甘草 6 g,人参 10 g(另蒸,兑服),生黄芪 30 g,丹参 15 g,五味子 6 g,麦冬 15 g。14 剂,每日 1 剂,水煎,早晚分服。药后诸症悉除,病情稳定,随访 1 个月未见复发。

按:西医对于 CHF 的药物治疗以 ARNI、MRA、 β 肾上腺素能受体拮抗剂为主,患者反复胸闷、气促、双下肢水肿,虽经过系统规范的西医治疗,但患者的 CHF 症状并未得到有效控制。程丑夫教授认为 CHF 是由于“阳化气”不足所致的“阴成形”太过所引起,温阳化饮是治疗核心,贯穿 CHF 的治疗始终。首诊患者心阳不振,水饮内停,心神被扰,故见胸闷、心悸、气短,夜寐欠安;肺失通调,水饮内停,故见水肿,肺气宣降失调,故见咳嗽咯痰;脾失健运,故见腹胀,胃纳欠佳。病机总属心之“阳化气”不足,而水饮、瘀血之“阴成形”太过。口唇发绀,舌下络脉青紫,瘀血之象明显,首诊加用红景天、川芎活血化瘀,红景天益气活血,川芎为血中之气药,活血行气,助气行血。二诊患者双下肢水肿较前减轻,小便量增多,治疗有效,但患者仍感形寒畏冷,此为阳气不足,机体

失于温煦故也,肢体水肿,乃水饮失于温化故也。肾阳具有促进机体“有形化无形”气化过程的功能^[25],故二诊合用真武汤温阳化气推动肾阳的蒸化作用,促进“阳化气”以消除水饮。三诊患者形寒畏冷好转,双下肢无水肿,但患者出现口干喜饮等津液耗伤之象,程教授强调临床上在运用温阳化气之法化饮之时,需注意阴阳平衡,不可使“阳化气”过亢而使得“阴成形”乏源,在疾病后期的治疗中须注意固护阴液,尤其是在进行液体容量管理以及应用利尿剂时,往往存在津液摄入不足,阴津耗伤太过之虞,三诊合用生脉散益气养阴,在养阴生津同时,亦能助“阳化气”,如张景岳在《景岳全书·新方八略》中所言:“善补阳者,必于阴中求阳,则阳得阴助,而生化无穷”^[26]。

6 结论

CHF 是心血管疾病的终末阶段和最主要的死因,作为 21 世纪心血管领域两大挑战之一,现代医学对于 CHF 的治疗仍不理想,致死率及病残率依旧很高。程教授基于“阳化气,阴成形”理论,认为“阳化气,阴成形”功能失调是 CHF 的发病机制,采用温阳抑阴的治疗总则,创制温阳化饮泻肺汤以恢复机体“阳化气,阴成形”的动态平衡,临床疗效甚佳,为临床诊治 CHF 提供新的治疗思路与方法。

参考文献

[1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J].中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.

[2] SAVARESE G, LUND L H. Global public health burden of heart failure[J]. Cardiac Failure Review, 2017, 3(1): 7-11.

[3] PONIKOWSKI P, VOORS A A, ANKER S D, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure[J]. European Journal of Heart Failure, 2016, 18(8): 2129.

[4] MOSTERD A, HOES A W. Clinical epidemiology of heart failure[J]. Heart, 2007, 93(9): 1137-1146.

[5] 黄峻.心力衰竭 2019:进展和思考[J].中华心力衰竭和心肌病杂

志,2020(1):52-59.

[6] 周京敏,崔晓通,葛均波.中国心力衰竭的流行病学概况[J].中华心血管病杂志,2015,43(12):1018-1021.

[7] ZHANG Y H, ZHANG J, BUTLER J, et al. Contemporary epidemiology, management, and outcomes of patients hospitalized for heart failure in China: Results from the China heart failure (China-HF) registry[J]. Journal of Cardiac Failure, 2017, 23(12): 868-875.

[8] 王华,李莹莹,柴珂,等.中国住院心力衰竭患者流行病学及治疗现状[J].中华心血管病杂志,2019,47(11):865-874.

[9] 毛静远,赵志强,王贤良.心力衰竭的中西医治疗研究现状[J].中国实用内科杂志,2020,40(12):1001-1004.

[10] 黄帝内经素问[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2005.

[11] 李中梓.内经知要[M].胡晓峰,整理.北京:人民卫生出版社,2007: 12.

[12] 张伟,唐农.基于“阳化气、阴成形”探讨中风的中医证治[J].中医杂志,2020,61(8):721-723.

[13] 张志聪.黄帝内经集注[M].杭州:浙江古籍出版社,2001:35.

[14] 盛文,何清湖.基于“阳化气,阴成形”探讨男性少弱精子症不育的中医论治[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(8):1203-1205.

[15] 范洪桥,刘丽芳,周亮,等.基于“阳虚阴结”理论探讨温阳抑阴法治疗硬皮病[J].湖南中医药大学学报,2019,39(10):1209-1211.

[16] 黄青,蒋卫民.基于“阳化气、阴成形”理论辨治慢性心力衰竭[J].中国中医药信息杂志,2020,27(5):126-128.

[17] 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:163.

[18] 史君,王星,赵慧辉,等.近 20 年慢性心力衰竭中医现代临床应用药规律分析[J].北京中医药大学学报,2020,43(10):841-848.

[19] 袁志敏,马渝汉,卢燕.慢性心力衰竭患者住院率和死亡率的季节变异分析[J].中国临床医生,2006,34(2):36-37.

[20] 王冰.重广补注黄帝内经素问[M].北京:中医古籍出版社,2015: 430.

[21] 范伏元.程丑夫医案精华[M].北京:人民卫生出版社,2016:48-49.

[22] 江苏新医学院.中药大辞典[M].上海:上海人民出版社,1977:1376.

[23] 张仲景.金匮要略[M].何任,等整理.北京:人民卫生出版社,2005:54.

[24] 吉益为则.药征[M].陆翔,等校注.北京:中国中医药出版社,2016:68.

[25] 孙广仁.中医基础理论[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007: 124.

[26] 李志庸.张景岳医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:1575.

(本文编辑 匡静之 周旦)