

医案

引用:李朋涛,李玉昌,扈有芹,左晨亮,李景琪.国医大师李士懋从“里证亦用汗法”辨治寒湿型心悸经验[J].中医导报,2025,31(10):166-169.

国医大师李士懋从“里证亦用汗法”辨治寒湿型心悸经验*

李朋涛^{1,2},李玉昌²,扈有芹³,左晨亮⁴,李景琪⁴

(1.河北省肃宁县河北留善寺镇卫生院,河北 肃宁 062350;

2.河北省肃宁县中医医院李玉昌名中医工作室,河北 肃宁 062350;

3.河北省沧州市中西医结合医院,河北 沧州 061014;

4.北京中医药大学东方学院,河北 沧州 061108)

[摘要] 国医大师李士懋在平脉辨证思辨体系及“论汗法”思想指导下,认为寒湿型心悸(心律失常)的主要病机是寒湿外客于脉,内传于心。诊治寒湿型心悸时以脉为辨证治疗的主要根据,脉表现为拘滞蜷缩状态,再加之胸闷、心慌、苔白腻等症。在辨证施治时强调里证亦用汗法、全局观念和治未病思想,散寒、化湿的同时兼顾变证与兼夹,表里同治并加以“辅汗三法”,选用五积散加减治疗寒湿型心悸,疗效显著。附验案1则以佐证。

[关键词] 心悸;心律失常;寒湿;汗法;五积散;李士懋;国医大师;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2025)10-0166-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.10.028

心律失常是临床常见病,根据心律失常的症状表现,中医学将其归属于“心悸”“怔忡”范畴。心律失常多伴发于各种器质性心血管疾病,可见于心脏结构功能正常者,是一个致命的危险因素,如未及时诊治,严重者可导致心搏骤停^[1]。现代医学治疗心律失常,以四类抗心律失常药及导管消融、心脏起搏治疗、植入ICD(implantable cardioverter defibrillator,植入式心脏复律除颤器)等介入或手术为主^[2-3]。这些治疗方法虽具一定优势,但介入、手术侵入性治疗可能会带来创伤及手术费用偏高等问题^[4]。而中医学对心悸具有明显的治疗作用,尤其是无器质性病变的神经官能症患者,副作用小,可以弥补西医治疗的不足。

国医大师李士懋(以下尊称“李老”)从事中医临床工作五十余载,一直坚守仲景平脉辨证思辨体系,主张在辨证论治理论体系指导下活用经方、时方,临床擅于治疗心脑血管疾病及内科各类疑难杂症。笔者曾有幸侍诊,现将李老治疗寒湿型心悸经验总结如下,以飨同道。

1 明机寻源,从寒湿论治心悸的理论基础

1.1 古代典籍论述 中医学对寒湿致悸的认识历史悠久。《黄帝内经》中早有寒湿之邪导致心悸病的记载。如《素问·至真要大论篇》曰“寒淫所胜……淡淡大动……病本于心”^{[5]347},其中“淡淡大动”为心悸病的临床表现,可因寒胜所引发。又

如《素问·痹论篇》云“风寒湿三气杂至……心痹者,脉不通,烦则心下鼓”^{[5]164}。心痹之状,脉泣不通,心下鼓搏,正是心悸之症。由此可见,心悸病的发生与寒湿之邪密切相关。明代张介宾继承了《黄帝内经》的学术思想,在《景岳全书》中指出“凡治怔忡惊恐者……或兼寒者之宜暖……故用方者宜圆不宜凿也”^[6]的治则及“若寒痰停蓄心下而怔忡者,姜术汤”^[6]治法。及至清代叶天士、吴鞠通等温病大家均重视寒湿这一重要致病因素。叶天士在《临证指南医案》中指出“脉沉,短气咳甚……乃寒湿郁痹……无非清阳少旋”^[7]。吴鞠通在《温病条辨》记载“寒湿者……最损人之阳气”^{[6]254},并指出“湿之为物也……上焦与肺合”^{[8]367}。心肺同居上焦,相互影响。肺朝百脉,主治节,心主血脉之职赖肺气之助,寒湿邪气侵袭上焦,肺失宣降,治节失司。心主血脉功能亦受影响,发为心悸。以上论述表明,古代医家已认识到寒湿为导致心悸病的重要病理因素。

1.2 当代医家对寒湿致悸的认识 当代医家也认识到了寒湿邪气这一致病因素,如全小林院士认为寒湿久郁,导致瘀热互结致病势深重缠绵^[9]。也有实验研究^[10]表明,寒湿邪气对小鼠免疫功能影响最为严重。但目前对寒湿二邪致悸的研究相对较少,当代医家对心悸病因的看法主要集中在痰饮、气虚、阴虚等方向^[11]。一项基于数据挖掘探究国医大师治疗心律失常学术经验的研究^[12]表明,不同地域心律失常证候要素均

*基金项目:国家中医药传承创新发展项目(沧卫中医字[2023]16号);全国基层名中医工作室建设项目(冀中医药[2024]6号)

通信作者:李玉昌,男,主任医师,研究方向为国医大师李士懋学术思想研究

有气虚、血瘀、阴虚、血虚,辨证分型以气阴两虚为主,其次为痰浊瘀阻、心脾两虚证。另一项关于国医大师诊治心律失常特色的研究^[13]指出,部分国医大师认为快速性心律失常以风、火等病理因素相关,缓慢性心律失常以阳虚日久,正气不足而致邪实。

2 李老对寒湿型心悸的认识及辨治思路

2.1 心悸首辨虚实,寒湿乃病机之要 李老认为心悸总的病机分为虚实两端,即正虚与邪阻。故临证时李老强调应首分虚实。正虚为先天禀赋不足、劳心过多、久病体虚等而致气血阴阳虚衰,心神失其所养而致。邪阻为六淫、七情及内生之五邪扰于心所致。

李老认为寒湿是导致心悸的重要病因。于外,寒湿作为六淫之邪,在一定条件下可致病。流行病学调查^[14]表明,心律失常运气禀赋,高危因素为寒水湿土燥金。可见自然界寒湿邪气为心律失常重要致病因素。于内,今时之人贪凉饮冷或过食肥甘厚味,久坐卧也易发为寒湿之证。

李老认为寒湿型心悸其病机,主要有两点:(1)寒邪其性凝滞,主痛。湿邪性重浊、黏滞。机体感受寒湿之邪,由表或经膻传变少阴,痹阻心脉,发为心悸,可伴有畏寒、肢冷、腰痛、骨节痛等症状。(2)寒湿之邪可直犯三阴,寒湿直犯少阴或其他脏腑寒湿之邪,上干于少阴,发为心悸。可有胃脘满胀、腹泻、呕吐、食欲不振等症状。

寒湿同为阴邪,胶结难解。故二邪相兼致使病情更为严重、多变^[15]。故李老认为寒湿致悸时存在诸多变证兼夹,纷繁复杂:(1)寒邪可郁闭阳气,从而形成寒在外,内郁阳而化热的寒包火证。(2)寒邪可随阳化热,即刘完素所言“六气皆从火化”。(3)邪之所凑,其气必虚。寒邪直中,必因体内阳虚。(4)寒主凝泣,寒凝于血脉而致瘀血。(5)湿邪可致中焦运化失司,水液运行不利,聚湿生为痰饮。(6)湿可寒化热化,寒化则加重寒湿之证。热化因湿遏阳气,化湿成热郁,继而可转为热证,伤阴化燥,动血动风。此即薛生白《湿热条辨》所论湿热病传变之变局。

由此可见寒湿致悸有着广泛的致病基础及错综复杂的病机。寒湿型心悸变证兼夹虽多,但其关键病机为寒湿。李老认为应紧扣寒湿病因,权衡寒湿所占比例。动态辨证,在重全局的同时,更要“既病防变”。兼顾变证与兼夹,先其时而治。表里同调,攻补兼施,终使五脏六腑阴阳调和,气血周流顺畅,君主之官方能康健。

2.2 寒湿型心悸脉象辨识与舌诊辨证要点 李老认为识证关键在于脉诊,通过脉可以定性、定位、定量和定势^[16]。正如《脉学辑要》所云:“已有此证,当诊其脉,以察其阴阳表里、虚实寒热,而为之处措。”^[17]李老诊治寒湿型心悸时脉诊比重达到90%,尤重视寒邪所致脉象。寒邪侵袭,脉呈弦而拘紧也可成沉弦而拘紧。所谓沉弦拘紧即李老所言痉脉(拘滞蜷缩状态,痉挛感)是寒实者所呈脉象^[18]。弦为寒,“弦则卫气不行”(《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治第十》),寒邪外客,阳升不及,经脉失于温煦而为弦。沉主气,寒邪阻遏气机,气血不畅而无以充盈血脉而脉沉。沉脉亦可见于正虚气血无力外达,与前者区分以沉取有力无力分辨,沉而有力为实,无力为

虚。湿邪致病,脉当濡缓或濡细。如水上浮绵之濡脉乃湿邪氤氲,脉不能充实所致。寒湿二邪致病,寒重脉偏于拘紧,湿重偏于濡缓。两者孰重孰轻靠脉分辨即可。如遇兼夹,脉象亦可有相应变化,如寒客热郁,脉为紧数。如脉沉而拘紧,按之减为阳虚感寒者之脉象。减是为不足。阳虚者,无力鼓荡血脉,故脉沉而无力。如遇虚寒可见脉迟缓。兼有痰饮,脉可见弦滑。伴有瘀血可见脉涩。但不论如何变化,拘紧濡缓仍是主流^[18]。

舌诊是李老诊治寒湿型心悸时辨别湿邪的重要依据。因湿邪黏腻,易阻气机,湿浊痰饮停聚,上泛舌面,故舌常呈白腻。如遇热化也可呈黄腻。故脉拘紧舌白腻是辨别寒湿最主要的抓手。临证时也常遇舌脉不一致,此时当舍舌从脉,以脉解舌。李老临证时以脉诊为中心,结合舌诊兼顾症状,四诊合参,全面分析,以观疾病之全貌。

3 以“里证亦用汗法”总领寒湿心悸治则

3.1 以寒湿为中心,妙用汗法 《素问·阴阳应象大论篇》云“其在皮者,汗而发之”^[19]。李老认为表证可用汗法,里证亦可用之^[16]。寒湿型心悸重要发病原因是感受寒湿二邪,寒湿内扰于心。故针对寒湿型心悸应运用“发汗法”祛除内外之寒。并针对湿邪加以芳化渗利分消走泄,如有兼表加以疏化,运用“火郁发之”之理,祛其壅塞,使升降出入之机得复,病乃解。李老应用汗法时,用方仅2~3剂,以其得正汗出(正汗标准为:微似有汗、遍身可见、持续不间断、汗出脉静身凉)为原则,正汗已出,脉象已无拘紧之象,则停用汗法,恐继汗出而伤正。得此正汗而非邪汗,可判断患者病情转归,此即李老应用汗法治疗疾病时所言测汗法。

3.2 辅汗三法并施,调和营卫促正汗 李老在运用汗法时常配合使用辅汗三法。辅汗三法即:吸热粥、连续服用和温覆。此法是李老从张仲景的桂枝汤将息法得来,目的有三:(1)助方中药物发散,从而开达玄府,鼓舞阳气,促使汗出。(2)有益胃气,顾护自身正气,正所谓有胃气则生。(3)调节汗出程度,以防汗出太过或不及。李老曾诊治一名患者,其连服五积散28剂,初诊因使用辅汗三法,得畅汗出,后续复诊仍服前方,但未继用辅汗三法,期间未见汗出。由此可见,应用汗法,促正汗出的关键在于辅汗三法的应用。李老应用辅汗三法,常三法联合使用,不见汗则继续服用,正汗已出,则减所覆衣被,止后服,以调汗出之量,汗出绵延3~5 h,避免大汗出。

3.3 寒湿内阻,汗法启枢:五积散的应用与灵活化裁

3.3.1 五积散为治疗基础方 五积散为李老治疗寒湿型心悸的基础方,历代医家都颇为重视此方,明代医家龚信在所著《古今医鉴》一书中评价此方为“温寒燥湿之圣药”^[20]。清代汪昂认为此方“统治多病,惟活法者变而通之”(《医方集解》)。著名中医药学家蒲辅周灵活运用此方治疗产后多种病及内科杂病等^[21]。李老评价此方:为临证常用之表里双解名方,灵活加减变化,可治疗广泛有关的病证,演绎出绚丽多姿的中医辨治篇章。

李老据其多年临证经验,变散剂为汤剂,其所用五积散方参考剂量为:麻黄6 g,桂枝9 g,当归10 g,川芎8 g,白芍9 g,白芷7 g,茯苓10 g,法半夏9 g,苍术10 g,厚朴6 g,枳壳8 g,桔梗9 g,陈皮9 g,甘草6 g,生姜6片,葱白1根。(此剂量为李老临

床习惯用量,未含传统象数意义。李老认为“方无定方,法无定法”。临证时也会根据患者脉象、症状轻重不同,灵活加减变化。)

此方妙用药对,且于方中寓有众多经方、时方之义。方中桂枝、芍药、甘草、生姜有“群方之祖”桂枝汤义,麻黄、桂枝、甘草又有麻黄汤药味。此时麻黄汤与桂枝汤合用,取散寒之理。李老认为麻黄、桂枝可用于表寒,寒凝于里,仍当用之。寒邪入里,客于心经,损伤阳气,痹阻气血,使升降出入之路闭塞。麻黄可解寒凝,发越阳气,桂枝能振心阳,通血脉,二者相合,开达玄府,鼓舞阳气敷布,阳加于阴而作汗,正汗出则寒凝自解。此即李老提出的“狭义汗法”(指经服发汗剂或针灸灸熏等外治之后,必令其正汗出的一种方法)的应用^[2]。麻黄可提高心率,心率快时麻黄本应被禁用。但李老认为当脉拘紧而数,证为寒凝阳郁,属寒不散郁热不能透发,此时麻黄仍可以应用。数脉从紧,寒散热透,用之心率反而降低。因此,李老认为:邪之所凑,其气必虚,故而麻黄用量仅为6 g,白芷7 g,川芎8 g。为避免温燥之力过大而伤阴,故而白芷与川芎剂量高于麻黄,低于桂枝。苍术、厚朴、甘草、陈皮、生姜为平胃散去大枣。苍术,味苦温,《本草从新》称其能“燥胃强脾,发汗除湿”^[24]。李老认为苍术为此方的必备之药,苍术健脾燥湿且能发汗,苍术走而不守,助脾阳以重运枢纽升降之常,一身之气得以周流。正如黄元御提出的“中气者,和济水火之机,升降金木之轴”(《四圣心源》)。厚朴为消除胀满要药,与苍术常相须为用,是为对药。厚朴燥湿化痰,二药相合共起燥湿下气化痰之功。再合以味辛、苦、温之陈皮,具有行气、燥湿、除胀之用,为治寒湿型心悸最佳之选。

半夏、陈皮、茯苓为二陈汤之义。李中梓认为“脾为生痰之源”(《医宗必读》)。寒湿痹阻于内,水液运化不利而为痰饮。陈皮与半夏一升一降,以复中州。半夏与茯苓相须,既利水化痰,又能淡渗利湿,解决生痰之根源。三药合用是从中州入手,以复其升降。升降调和,痰饮水湿病理产物皆可消除。正如张介宾所言“故善治痰者,惟能使之不生,方是补天之手”(《景岳全书》)。当归、芍药、川芎为四物汤之组成。寒湿痹阻心脉又可兼夹血瘀,当归配伍川芎,互制其短而展其长,使得“补血而不滞,活血而不伐”。芍药可“除血痹”(《神农本草经》)。芍药与当归、川芎合而用之,可行气活血,解决血分瘀滞。瘀滞得除,血气充盛,君主之官方能得以复权。半夏与生姜是仲景小半夏汤,寒湿凝滞,水液不行化为痰饮,饮停于心下而致胃失和降。二者相合正如尤在泾云:“故以半夏消饮,生姜降逆,逆止饮消,谷斯下矣。”(《金匱要略心典》)。桔梗、枳壳亦为此方重要之药对,桔梗“下一切气”(《日华子本草辑注》),桔梗升而破。枳壳主治邪实不降,为开破之金。二者相配,一上一下使气机升降有常,胸中有形之水痰瘀滞实邪也能够随之而化。肺主一身之气,肺气得以通顺,一身之气才能周流复始,心之功能方能恢复。葱白为药食同源,是李老运用五积散时必用药味。其认为葱白能通上下阳气,且能带津液上行。《素问·生气通天论篇》云“天运当以日光明”^[25]。葱白一物使内蔽疲劳之阳得以振奋,上下内外阳气将无处不在,天运朗朗,寒湿之邪必无可遁。同时葱白可通阳,与麻黄、桂枝一

起,使机体阴阳充盛,升降出入之路顺畅,方使正汗出。

李老认为方犹兵也,方药是辨证论治的最终体现。遣方用药一定要总揽全局,用准用活。五积散一方涵盖了寒湿型心悸的病因病机,正是李老以脉为主体,四诊合参整体辨证观的体现。

3.3.2 随证予以加减 寒湿型心悸的辨治应根据寒湿之比例程度及变证兼夹等情况予以加减。如寒邪甚者,李老喜加葛根15 g,取葛根能鼓舞气上行,升清阳,疏达经隧之用。或合以乌附麻辛桂姜汤,用大辛大热的川乌、附子增强散寒之力。遇脉弦并见全身恶寒、畏寒,或是身体局部寒象及疼痛者,李老常加全蝎6~10 g,蜈蚣5~15条(李老自拟寒痉汤之义),取二药能解痉止痛,搜剔入络之用。若患者脉弦紧数,寒未舒缓而见热象,李老认为此是郁热之象,依据“火郁发之”,减少麻黄用量,加僵蚕、蝉蜕、姜黄或再合以栀子豉汤。僵蚕、蝉蜕、姜黄取升降散之义。李老认为僵蚕、蝉蜕二药皆能升浮宣透,可透达郁热且升而不霸,无助热化燥、逼汗伤阴之弊端。姜黄味苦、性寒、气辛,善于行气活血解郁。郁热形成的关键在于气机的郁滞,加入姜黄可展布气机,给郁热以出路。气机周流通畅,热即可透发。栀子豉汤为辛开苦降之祖方。以栀子既苦又性寒而宣,能够透解三焦郁火。淡豆豉亦可宣透解郁,与僵蚕、蝉蜕合用增强透达郁热的功效。

若临证兼有血瘀,表现为舌淡暗有瘀斑、面色黧黑、肢体麻木、唇甲青紫等症,李老将五积散方中白芍替换为赤芍,或赤白二芍同用,以增强整方化瘀的功效。如遇血瘀较重者,常加水蛭10 g,桃仁12 g,红花12 g,与五积散原方中的当归、川芎、桔梗、枳壳等药物成血府逐瘀汤之义。此外,若患者湿邪较重,用石菖蒲9 g以化湿。《本草经疏》记载:“菖蒲禀孟夏……辛温四达以散邪结……此通利心脾二经之要药也。”^[24]现代药理研究表明有改善血液流变性、抗心肌缺血损伤等作用^[26]。石菖蒲辛苦温且香窜,故加石菖蒲一味既能增五积散化湿之功,又为其增添散寒除痹、除痰开窍之力。

4 验案举隅

患者,女,21岁,2004年3月26日初诊。患者1 d前欲晕倒,查心电图示:窦性心动过速。7年前曾晕倒一次,意识短暂丧失,无抽搐。刻下症:心慌,平素心率常120次/min,鼻塞,咳痰,唇暗,面色白泛青,纳可,二便可;脉沉紧而数,舌淡苔白。查心电图示:室上性心动过速。西医诊断:室上性心动过速。中医诊断:心悸(寒湿痹阻心阳)。治法:散寒化湿通阳。方拟五积散加减,处方:麻黄6 g,桂枝9 g,当归12 g,川芎8 g,白芍10 g,白芷7 g,茯苓12 g,法半夏10 g,苍术9 g,枳壳8 g,桔梗9 g,陈皮9 g,生姜6片,葱白1茎,3剂,水煎服,1剂分两次服,每3 h服一次,服后啜粥温覆令汗,汗透停药。

2诊:2004年3月29日,药后已汗,心慌减,鼻已通,咳痰已减少。心率80次/min,面赤,唇暗已退。舌可苔白,脉沉弦细紧数,按之减(减为不足之意)。方拟桂枝汤加味,处方:桂枝12 g,白芍15 g,黄芪15 g,红花15 g,茯苓15 g,生姜5片,大枣7枚,炙甘草8 g,7剂,1剂/d,水煎服,分早晚两次温服。

患者连服中药1个月余,后随访未见复发,心律已正常。

按语:此例患者脉象沉紧而数,诊脉首辨虚实。沉主气,

紧为寒实,寒邪阻遏气机,气血不畅而无以充盈血脉而出现脉沉。沉而数是为寒凝阳郁之征,舌淡苔白为有湿之征。结合患者心慌、心率快判断病位在心。寒湿痹阻心脉,故心慌。心阳郁滞,阳气不能通达,而致晕厥。心主一身之阳气,心阳被郁,肺失温煦而致宣肃失司,故而咳痰、鼻塞。寒湿二邪所客,气血运行不畅,故而面色发青,唇暗。四诊合参证属寒湿痹心阳,故予五积散加减以散寒化湿通阳,并加以辅汗三法以助汗出。方中麻黄、桂枝、生姜、葱白相配以通阳散寒,当归川芎配伍以通理血脉。半夏、陈皮、茯苓、甘草等药功在化痰散寒利湿。辅汗三法是使阳气通达,散寒化湿取正汗出。因怕患者发汗过多而损伤正气,故先服三剂以观脉证。二诊时患者正汗已出,心慌已减,咳嗽、鼻塞都已好转,通过测汗法及脉诊,提示已非寒湿之证。而转为阳虚阴盛寒凝,阴血亦虚。正虚已现故改用桂枝汤加味以温阳而解体内阴盛寒凝,加以补气见长的黄芪并增白芍剂量以顾护阴血,从而达到阴阳并调之功。本案治疗紧扣寒湿痹阻心脉之病机,重视汗法的应用,寒湿与兼证同调,发汗驱邪外出。后脉变则证变,证变而方调,终得痊愈。

5 小 结

李老使用五积散加减治疗寒湿型心悸,充分体现了其“平脉辨证”“论汗法”及“火郁发之”的学术思想。基于寒湿型心悸的病因病机,李老用以五积散,认为表证可用汗法,里证同样可用之,散寒化湿的同时兼顾寒湿之邪的变证与夹证,故而能用之有效,为治疗心悸另辟蹊径。这彰显了李老深厚的理论功底和临床水平。此外,李老在治疗过程中,始终注重全局观念,灵活加减五积散以应对不同的病情变化。善于根据患者的具体症状体征,随证加减药物,以达到散寒、化湿、化痰、化痰等多重治疗效果。这种动态辨证、灵活施治的方法,不仅提高了临床疗效,也为后学者提供了宝贵的治疗思路和经验借鉴。

参考文献

- [1] 王特,常天瀛,崔英子,等.口服中成药治疗心律失常临床研究证据的概况性综述[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(6):157-166.
- [2] 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:205-211.
- [3] 曹克将,陈柯萍,陈明龙,等.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.
- [4] 吴峻豪.心律失常的中医辨证研究[D].广州:广州中医药大学,2011:2.
- [5] 黄帝内经·素问[M].北京:人民卫生出版社,2017.
- [6] 张介宾.景岳全书[M].李继明,王大淳,整理.北京:人民卫生出版社,2023:414-415.
- [7] 叶天士.临证指南医案[M].北京:中国中医药出版社,2008:294.
- [8] 吴塘.温病条辨[M].南京中医药大学温病学教研室,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [9] 鲍婷婷,杨映映,黄飞剑,等.论寒湿疫之瘀热入营[J].中医杂志,2021,62(8):645-649.
- [10] 高鹏.寒湿外邪对上呼吸道感染小鼠免疫功能影响的实验研究[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2011:12.
- [11] 卢健棋,林浩,朱智德,等.含贝壳类中药的抗心律失常方剂配伍规律分析[J].中医药导报,2020,26(14):164-167.
- [12] 王萌超.基于数据挖掘等技术探究国医大师治疗心律失常学术经验研究[D].北京:北京中医药大学,2021:35.
- [13] 黄溥玮,卢健棋,潘朝铎,等.国医大师诊治心律失常的特色[J].时珍国医国药,2024,35(12):2857-2860.
- [14] 邹喆.心律失常与五运六气禀赋的相关性研究[D].北京:北京中医药大学,2022:3.
- [15] 王晓梅,姜秀新,丁宁,等.中医学寒湿病因内涵探赜[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(6):891-892,909.
- [16] 李士懋,田淑霄.李士懋田淑霄医学全集-下卷[M].北京:中国中医药出版社,2015.
- [17] 丹波元简.脉学辑要[M].石历闻,秦琴,徐燕,等,校注.北京:中国中医药出版社,2024:1.
- [18] 李士懋,田淑霄.李士懋田淑霄医学全集:上卷[M].北京:中国中医药出版社,2015:38.
- [19] 李士懋,田淑霄.汗法临证发微[M].北京:人民卫生出版社,2011:22-23.
- [20] 龚信.古今医鉴[M].达美君,王荣根,周金根,等,校注.2版.北京:中国中医药出版社,2007:75.
- [21] 中国中医研究院.蒲辅周医疗经验[M].北京:人民卫生出版社,2005:123.
- [22] 刘洋,张明泉,张洁哈,等.李士懋运用汗法治疗高血压经验[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(1):130-131.
- [23] 吴仪洛.本草从新[M].陆拯,赵法新,陈明显,校注.北京:中国中医药出版社,2013:10.
- [24] 吴世铠.本草经疏辑要[M].田思胜,王静,汪洋,等,校注.北京:中国中医药出版社,2015:105.
- [25] 蒲艳华,莫雪妮,钟洁,等.石菖蒲防治脑血管疾病作用机制的药理研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2024,26(4):216-220.

(收稿日期:2024-10-16 编辑:刘国华)