

【理论探讨】

心衰中水饮证候要素辨治分析*

刘碧绒¹, 李金根², 李 蒙², 王碧晴¹, 王蓉燕齐¹, 张立晶^{2Δ}
(1. 北京中医药大学, 北京 100029; 2. 北京中医药大学东直门医院, 北京 100700)

摘要: 心衰是多种心血管疾病发展的终末期病症,以心悸、喘促、水肿为主要临床表现。近现代中医理论研究将心衰的病机总结为本虚标实,“虚”“瘀”“饮”三大证候要素贯穿疾病发生始终,其中水饮在疾病发展变化过程中所致临床症状体征最为显著,上冲于心则悸,停于肺则喘,溢于肌肉腠理则发为水肿,是心衰疾病症状表现的关键因素。同时水饮停聚程度的变化临床观察也最为直观,可快速反映病情变化。在心衰发展进程中,水饮从微到著、从隐性到显性且逐步加重,水饮的减轻也是心衰治疗好转的有效标志,“治水”便成为心衰临床证治的重要思路。通过整理相关医籍条文以及后世医家的理论应用,分析归纳出水饮辨治的基本规律,同时探讨水饮证候要素辨治在心衰疾病诊疗中的应用,为心衰临床证治提供思路与方法。

关键词: 心衰;水饮;证候要素;辨治

中图分类号: R541.6⁺1 文献标识码: A 文章编号: 1006-3250(2021)09-1370-03

Syndrome Differentiation and Treatment with Retained Fluid Syndrome Elements in Heart Failure

LIU Bi-rong¹, LI Jin-gen², LI Meng², WANG Bi-qing¹, WANG Rongyan-qi¹, ZHANG Li-jing^{2Δ}

(1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China, 2. Dongzhimen Hospital,
Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

Abstract: Chronic heart failure is a normal end-stage in the development of many cardiovascular disease, and the main clinical performances include palpitation, dyspnea, and edema. The syndrome of heart failure is summed up in the theory of modern Chinese medicine as deficient root and excessive superficial, and the elements of deficiency, blood stasis, retained fluid run through the occurrence and development in heart failure. The clinical symptoms and signs caused by retained fluid are the most significant. When the retained fluid up to the heart, the patient will shown with palpitation, stopping in the lung is shown to be dyspnea, flowing in the muscle is shown to be swollen. It plays a key factor in the appearance of heart failure. At the same time, the clinical observation of the degree change of retained fluid is also the most intuitive, which can quickly reflects the change of the disease. In the development process of heart failure, retained fluid changes from none to have and recessive to dominant, while the reduction in retained fluid is also a indicator of the effective treatment in heart failure. Control of retained fluid is an important idea for treatment of heart failure. By sorting out the relevant provisions of medical books, as well as the application of the later generation doctors, we analyze and sum up the basic treatment laws of retained fluid. Finally, exploring the treatment application of retained fluid in heart failure can provide ideas and directions for the clinical diagnosis and the treatment of heart failure.

Key words: Heart failure; Retained fluid; Syndrome elements; Syndrome differentiation and treatment

DOI:10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.2021.09.009

慢性心力衰竭是多种原因导致的心脏结构功能异常改变,使心室收缩舒张功能发生障碍,而引起的一组复杂临床综合征,是多种心血管疾病的终末期表现。由于冠心病、糖尿病、高血压等慢性基础疾病发病率增加,同时患者有条件得到良好规范的治

疗,生存机会也随之增加,心衰的发病率也逐年上升^[1]。心衰的5年存活率与癌症相仿,住院患者病死率达4.1%^[2]。对于充分应用血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ACEI/ARB)、β受体阻滞剂联合醛固酮拮抗剂“金三角”治疗方案后症状仍不能缓解的心衰患者,或使用利尿剂后出现肾功能不全、电解质紊乱甚至利尿剂抵抗的患者,对发病机制不清、治疗有待进一步研究的心衰患者,使用中医药治疗具有多靶点、个体化等优点,与西药合用具有良好的临床疗效,可进一步改善心衰的临床症状,减缓病情的发展。多项高质量临床试验证实,中医药在改善心衰患者的临床症状、生活质量、减少再住院等方面可发挥独特作用^[3-5]。为更好地探究中医药防治心衰的临床优势,本文梳理了心衰中水饮证候要素辨治规律,以期为广大临床医师提供參考。

*基金项目:国家中医药管理局国家中医临床研究基地业务建设科研专项(JDZX2015257)-基于络风内动病机学说的益气养阴通络法防治胸痹心痛络风内动证(气)阴虚风动型患者诊疗随访大数据平台建立及临床疗效评价研究;国家重点研发计划(2017YFC1700400)-冠心病(心绞痛-心肌梗死-心衰)中医药防治方案的循证优化及疗效机制

作者简介:刘碧绒(1997-),女,陕西榆林人,在读硕士研究生,从事心血管疾病的中西医结合临床与研究。

Δ通讯作者:张立晶(1967-),女,北京人,主任医师,博士研究生,从事心血管内科疾病的中西医结合临床与研究, Tel: 010-84013181, E-mail: dzmyccu@163.com。

1 中医对心衰的认识

中国古代典籍中“心衰”一词的记载,最早出现于西晋·王叔和的《脉经·卷三》:“心衰则伏,肝则微沉,故令脉伏而沉”^[6]所言,“心衰”为心气血不足、气力衰微之义,仅表示病因病机,与西医慢性心力衰竭的定义相差甚远。根据心衰疾病的临床症状及体征,查阅相关古籍记载,可将其归属于中医古籍记载中的“心悸”“怔忡”“心痹”“喘证”“痰饮”“水肿”“心水”等范畴^[7]。中医学认为心衰病位在心,与肺、脾、肾多脏相关,心之气阳亏虚为本,血瘀、水饮停聚为标。张仲景的《伤寒论》将心衰认识总结为“心水”,强调水饮病邪的重要影响,所载真武汤、五苓散、葶苈大枣泻肺汤、苓桂术甘汤、肾气丸、木防己汤至今仍为治疗心衰相关病证的常用经方^[8],并列专篇论治,为从水饮论治心衰提供了理论及临床应用基础。

2 水饮证候要素的概念

辨证论治是中医的理论基础与特色所在,证候要素的概念来源于王永炎院士提出的“证候要素应证组合”的辨证方法新体系^[9],即证候要素是组成证候的最基本元素,是对证候病因病机的表述,包括病性类证候要素与病位类证候要素。目前国内通过文献研究、专家咨询等方式对心衰常见证候要素进行了分析研究,发现慢性心力衰竭病性类证候要素主要有气虚、阳虚、阴虚、痰浊、水饮、血瘀等,病位类证候要素主要为心、肾、肺^[10,11]。水饮是机体水液代谢障碍、水谷精微不能正常转化所形成的病理产物,湿聚为水,水停可成饮,饮可凝成痰。就其形质而言,稠浊者为痰,清稀者为饮,清澈澄明者为水,水饮证候要素属心衰的病性类证候要素范围,在疾病发生发展过程中占据重要地位。

3 水饮在心衰疾病进程中的变化规律

3.1 病理产物之“水饮”的生成

心衰由心脏基础疾病发展而来,心气虚弱是发病的起点,心肺同居上焦,心主血脉,肺主气,当心肺气虚之时,血行推动之力不足,见血瘀之证;气为水之母,气虚则气不化水、水饮内停;同时津血同源,行于脉中的血液可渗出脉外转化为津液,瘀血内停,血不利则为水,水饮生成。

慢性心衰初期即表现为气虚血瘀证^[12],临床表现为心悸、胸闷气短、剧烈活动后加剧,在心衰早期虽然水饮体征不显,但其实已存在少量的水饮停聚,这些患者在症状不典型时肺底可听到少量细小水泡音,称之为“微饮”^[13]。

疾病进展中,气虚、血瘀、水饮进行性加重,互为因果,相互为患,呈现由微到著不断加重的病理进程,饮邪渐盛,出现夜间憋醒,咳吐泡沫痰,双肺可听到大量水泡音;心衰中期心肺气虚,阴津化生受累,亦可发展为气阴两虚证^[12],气虚则运血乏力,阴虚

则血涩,血瘀更甚,饮邪更甚,瘀水互结日久加重心衰。

心衰后期主要病机为肾阳虚衰、痰瘀互结^[12],心气虚最终会发展为心阳虚衰,不能下助肾阳,肾阳亏虚,不能化气行水,致使水液潴留,水饮泛滥。临床表现为心悸、眩晕、胸闷、咳逆气喘甚则倚息难以平卧,颜面浮肿、面色青灰或晦暗、小便短少、下肢浮肿甚至出现腹水等症状,津停日久,饮凝成痰,痰质稠浊,痰瘀互结,更为黏腻难治,发展为难治型心力衰竭。

3.2 致病因素之“水饮”加重心衰病程

水饮是水液停积形成的病理产物,作为一种致病因素又进一步作用于机体,将《金匱要略》四饮症状进行归类,大体上有呕、咳、满、痛、肿、喘、悸、眩八大端^[14]。在心衰中,水饮上凌于心而出现心中悸动不安;水蓄上焦,饮邪干肺,肺失宣降,故见咳喘,倚息难以平卧,同时累及肾阳,可导致气失摄纳,喘促不宁;水道不通,饮邪停聚于肌肤腠理,可见水肿,以下肢多见;水停下焦,壅积于膀胱,膀胱气化不利,清阳不升,浊阴不降,见小便不得通利。心衰虚、瘀导致水饮的产生,水饮进一步影响气机运化,造成血瘀的进一步加重,同时加重心气的亏耗,进一步加重病情。水饮推动疾病的发展进程,水饮的产生及其症状体征的加重预示着心功能的进一步减退,同时水饮的增多加重心脏的负荷,又会造成心功能的进一步恶化,形成恶性循环。故预防水饮出现、减缓水饮病理产物增多在心衰治疗中尤为重要。

4 水饮证候要素辨治思路探究

虚、瘀、饮贯穿于心衰疾病发展全程,水饮不同程度积聚的临床表现差异最为显著,可以有效反映心衰的病程。同时水停表现最明显,患者表述最不适的临床症状,在临床中通过治疗可有效缓解甚至消失。对于水饮的治疗,可有效减缓心力衰竭的病程进展,故从“水饮”证候要素辨治入手,探讨心衰的治疗值得深入。综观医籍记载与现代研究,心衰水饮的治疗多从以下方面展开。

4.1 泻肺利水

肺主气,主治节,通调水道,心主血脉,心肺共同维持气血正常运行。《小品方辑录笺注》云:“肿从胸中起,名为赤水,其根在心,葶苈主之……先从手足肿,名曰心水,其根在小肠,巴豆主之。”^[15]心衰饮邪渐盛,咳逆倚息不能平卧,咳吐泡沫痰,此时水饮支撑胸肺,当泻肺逐水。针对赤水、心水,记载用十水丸、十水散等治疗,方中均有葶苈子、桑白皮二药,寓泻肺利水之意。多项临床试验已证实,泻肺利水法能够有效改善心衰患者的临床症状并改善预后^[16]。

4.2 益气活血利水

气、血、水本同源,互相影响,心气虚衰,气虚推动无力形成瘀血、水饮,同时“血不利则为水”,加重水

饮的程度,故补益心气、活血利水作为心衰的治疗大则。《血证论》有言:“血病不离乎水,水病不离乎血……凡调血,必先治水,治水即以治血,治血即以治水”^[17],治宜益气温阳、利水活血,药用黄芪、人参、桃仁、红花、丹参、泽泻等^[18]。近现代医家认为,益气活血利水是心衰治疗的基本原则,标本同治取得临床良好疗效^[19]。

4.3 通利小便

《金匱要略》有云:“夫短气有微饮,当从小便去之。”心衰初期微饮即可通利小便给饮邪以出路,药物可选车前子、猪苓、茯苓、泽泻等,如出现下肢浮肿、小便量少当利尿消肿,药物可选车前子、泽泻、大腹皮等,可有效消除水饮,同样亦可用发汗之法治疗水饮停聚^[20],与活血化瘀共同组成《黄帝内经》中“开鬼门,洁净府,去菟陈莖”的治水三法。心衰兼有气虚、气阴虚,发汗易伤及正气,违背治疗原则,但临床可拓宽“开鬼门”的意义,除发汗之法亦包含有宣肺之意,临床治疗中“提壶揭盖”的理念,即表示可通过宣通肺气通利小便,缓解心衰水饮积聚程度,药用桔梗、苏叶、杏仁等^[21]。

4.4 温阳化水

《医宗必读·水肿胀论》曰:“命门火衰,既不能自制阴寒,又不能温养脾土,则阴不从阳,精化为水。”^[22]水饮性寒属阴,得阴则聚,得阳则化。《金匱要略》提出“病痰饮者,当以温药和之”,这一治疗大法一直为后代所推崇,心阳不振,肾阳虚损,脾胃阳虚,累及多脏,无以温煦,水饮不化,血瘀不散,水瘀互结。若阳气得复,瘀水自然得消。方可选真武汤加减治疗,药用附子、桂枝、干姜等温阳之品,使心阳回复、气化得行,自然血活水化^[23],但同时应注意不可单纯大量使用温补之品。叶天士指出:“欲去浊阴,急急通阳”,需结合通阳的治法^[24],可选用茯苓、桂枝、甘草、白术、猪苓等药,取其温通化水之意。

4.5 畅通三焦

气血水同病当究于三焦,三焦为原气之别使,主运行水液。《素问·灵兰秘典论篇》中提到:“三焦者,决渎之官,水道出焉。”《类经》曰:“上焦不治,则水泛高原;中焦不治,则水留中脘;下焦不治,则水乱二便,三焦气治,则脉络通而水道利。”^[25]三焦气化不利为水饮停聚重要病机之一,人体水液的周身环流必须以三焦为通道才能实现^[26],只有三焦畅通方可气调、血畅、水行,可选用宣上、畅中、渗下三焦同治的三仁汤加减化裁治疗。同时三焦畅通得益于少阳经脉的枢利作用,张景岳提出少阳为枢,即气机升降出入的枢机,其中小柴胡汤为张仲景调畅少阳三焦的要方,治疗当以和解少阳加活血利水之品^[27],药用柴胡、黄芩、半夏、白芍等,可配以活血利水之牛膝、泽兰等,气血行则水饮去。

4.6 养阴清热利水

心衰气虚久致脾肾阳虚,则阴津化生受累,发展为阴亏证,同时瘀水互结日久,易于化热,热灼津液,进一步损伤气血阴阳,同时过用温阳、利尿之品,亦会伤津耗液,故临床养阴清热利水药物的使用不可忽视^[28],多选用滑石、猪苓、五味子等药味,清热利水,固护阴液^[29],治疗心衰之本防已汤内石膏之用则寓清热之意在其中^[30]。

4.7 攻逐水饮

对于水饮停聚较为严重且普通的祛痰利水消肿药达不到预期效果时,会使用张仲景攻逐水饮方的名方十枣汤治疗,药物由甘遂、芫花、大戟组成,其作用峻猛。由于心衰患者病机本质属虚,除情况特殊外,临床通常不予应用,或可通过改变药物剂型进行临床治疗,采用外治贴敷的方法可取得良好疗效^[31]。

5 小结与展望

心衰的基本病机为“虚”“瘀”“饮”,三者互相影响,加重病程,心衰的发展过程中,水饮从最初的“微饮”至大量停聚,从初期的胸闷气短到后来咳逆不能平卧、下肢浮肿、小便短少,水饮从微到著、从隐性到显性、从上焦到下焦逐渐发展,水饮停聚程度反映了心衰疾病发展的进程。根据心衰不同时期水饮证候要素的特点进行辨证,选用泻肺利水、益气活血利水、通利小便、温阳化水、畅通三焦、养阴清热利水、攻逐水饮等多种治法临床辨证施治,在西药常规治疗的基础上遣方用药,发挥中医药多靶点、辨证论治及未病先防的优势,可有效改善心衰患者的临床症状及生活质量,最终改善其预后。

参考文献:

- [1] 贾晨平.心力衰竭药物治疗新进展[J].临床心血管病杂志,2017,33(6):601-604.
- [2] 中华医学会心血管病学分会,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):760-783.
- [3] 陈可冀,吴宗贵,朱明军,等.慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].心脑血管病防治,2016,16(5):340-347.
- [4] 李小明,瞿素娜,汪晓艳,等.加味葶苈大枣泻肺汤对慢性心力衰竭临床疗效的研究[J].世界科学技术-中医药现代化,2019,21(7):1542-1547.
- [5] 刘芳.中医温阳利水法治疗心力衰竭的临床效果[J].临床合理用药杂志,2020,13(23):41-42.
- [6] 王叔和.脉经[M].贾君,等,整理.北京:人民卫生出版社,2007:37.
- [7] 沈会.心力衰竭古今中医文献的整理与研究[D].北京:北京中医药大学,2006.
- [8] 吴浩.从气血水相关探心水辨治思路[J].中华中医药杂志,2014,29(4):1117-1119.
- [9] 张志斌,王永炎.证候要素应证组合[C]//中华中医药学会内科分会学术年会资料汇编.石家庄:中华中医药学会,2007:6.
- [10] 张鹏,赵慧辉,陈婵,等.慢性心力衰竭常见证候和证候要素的现代文献研究[J].中华中医药杂志,2011,26(10):2378-2381.

(下转第1425页)

中医证候分型具有可行性,对PSD中医证候标准化研究具有促进作用。但本研究仅仅是对PSD中医证候的初步探讨,尚需要进一步的大样本统计分析与临床验证,以实现卒中恢复期PSD辨证论治的规范化和标准化。

参考文献:

- [1] LIU RUI, YUE YINGYING, JIANG HAITANG, et al. A risk prediction model for post-stroke depression in Chinese stroke survivors based on clinical and socio-psychological features[J]. *Oncotarget*, 2017,8(38):62891-62899.
- [2] WHYTE EM, MULSANT BH. Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment[J]. *Biological psychiatry*, 2002,52(3):253-264.
- [3] MITCHELL AJ, SHETH B, GILL J, et al. Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder[J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2017, 47:48-60.
- [4] SCHOTTKE H, GIABICONI CM. Post-stroke depression and post-stroke anxiety: prevalence and predictors[J]. *Int Psychogeriatr*, 2015, 27(11):1805-1812.
- [5] SUN C, YANG F, WANG C, et al. Mutual information-based brain network analysis in post-stroke patients with different levels of depression[J/OL]. *Front Hum Neurosci*, 2018, 12:285.
- [6] ISABELLE L. GOLO K, MATTHIAS E, et al. Post-stroke depression: mechanisms, translation and therapy[J]. *Journal of Cellular and Molecular Medicine (Online)*, 2012.
- [7] JOYCE A. KOOTKER, MARIA L. VAN MIERLO, JAN C. HENDRIKS, et al. Risk factors for symptoms of depression and anxiety one year poststroke: a longitudinal study[J]. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2016, 97(6):919-928.
- [8] WILLIAMS LS, GHOSE SS, SWINDLE RW, et al. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke[J]. *Am J Psychiatry*, 2004,161(6):1090-1095.
- [9] 中国针灸学会. 循证针灸临床实践指南:抑郁症(修订版)[M]. 北京:中国中医药出版社,2014.
- [10] 抑郁障碍中西医结合诊治专家共识组, 中国民族医药学会神志病分会. 抑郁障碍中西医结合专家共识[J]. 中国医药导

报,2021,18(6):4-12.

- [11] 过伟峰,曹晓岚,盛蕾,等. 抑郁症中西医结合诊疗专家共识[J]. *中国中西医结合杂志*, 2020,40(2):141-148.
- [12] BENJAMIN G. SHAPER,等. 麻省总医院抑郁症诊疗指南[M]. 黄明贵,译. 北京:中国科学技术出版社,2020:241.
- [13] 王少石,周新雨,朱春燕. 卒中后抑郁临床实践的中国专家共识[J]. *中国卒中杂志*, 2016,11(8):685-693.
- [14] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:233-237.
- [15] 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. *北京中医药大学学报*, 1996,19(1):55-56.
- [16] 国家中医药管理局批准发布. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:93-94.
- [17] 于存娟,孙海英. 浅谈脑卒中后抑郁的中西医认识[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2009,7(10):1212-1213.
- [18] 王彦之,张卫. 针灸治疗卒中后抑郁的研究进展[J]. *系统医学*, 2019,4(2):181-183.
- [19] 刘泰,林泯儒. 脑卒中后抑郁中医辨证分型概述[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2017,15(17):2214-2216.
- [20] 孙颖. 卒中后抑郁中医辨证分型研究进展[J]. *中国中医急症*, 2011,20(5):773-774.
- [21] 张介宾. 景岳全书[M]. 太原:山西科学技术出版社,2006:653.
- [22] 龚信. 古今医鉴[M]. 北京:中国中医药出版社,1997:1-528.
- [23] 沈金鳌. 杂病源流犀烛[M]. 北京:中国中医药出版社,1994:290.
- [24] 唐永祥,王晓玲,贺君,等. 脑卒中后抑郁症“因虚致郁”病机探讨[J]. *湖南中医杂志*, 2012,28(3):103-104.
- [25] 徐浩刚,陈正平. 浅析卒中后抑郁的中医病因病机[J]. *湖南中医杂志*, 2011,27(5):99-100.
- [26] 符文彬. 整合针灸是治疗抑郁障碍难点的关键[J]. *中国针灸*, 2018,8(7):766.
- [27] 张燕婷,黄燕. 卒中后抑郁的相关因素及中医证候研究[J]. *辽宁中医杂志*, 2005,32(11):1105-1107.
- [28] 李兵,王忠,张莹莹,等. 中医证候分类研究常用方法与应用概述[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2014,20(1):30-33.
- [29] 杨森. 聚类分析及其应用研究[J]. *计算机安全*, 2014(1):36-39.

收稿日期:2020-11-20

(上接第1372页)

- [11] 张洁,仇盛蕾. 慢性心力衰竭患者中医证候要素相关性研究[J]. *中医学报*, 2017,32(8):1555-1558.
- [12] 陈莹,刘悦,张哲,等. 从水湿论慢性心力衰竭不同分期的发病[J]. *中医杂志*, 2018,59(12):1021-1023.
- [13] 戴雁彦,张立山. 水饮与心衰[J]. *北京中医药大学学报(中医临床版)*, 2007,14(5):31-32.
- [14] 李世俊. 痰饮[J]. *浙江中医学院学报*, 1979,02:47-49.
- [15] 汤万春. 小品方辑录笺注[M]. 合肥:安徽科学技术出版社,1990:85-86.
- [16] 来晓磊,邢文龙,刘红旭,等. 泻肺利水法治疗心力衰竭的研究进展[J]. *北京中医药*, 2018,37(6):507-509.
- [17] 唐宗海. 血证论[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:66-67.
- [18] 王莹威,方慧敏,奚玉鑫,等. 从瘀与水论治心源性水肿[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2019,21(9):30-32.
- [19] 童存存,赵明君,周端,等. 当代中医名家辨治慢性心力衰竭经验撷英[J]. *陕西中医*, 2011,32(9):1269-1271.
- [20] 陆书魁,高建华,栾海堂,等. 《内经》治水三法在充血性心力衰竭中的应用[J]. *河北中医*, 1990,05:26-27.

- [21] 陈银,应艳新,黄雪莲,等. “提壶揭盖”法源流及其临床应用论析[J]. *浙江中西医结合杂志*, 2019,29(7):599-601.
- [22] 李中梓. 医宗必读[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:267.
- [23] 刘婧,雷媛琳. 浅谈温阳利水法在慢性心脏病治疗中的应用[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2019,17(6):857-859.
- [24] 陈玲. 叶天士“通阳法”浅析[J]. *陕西中医*, 2005,26(10):1112-1113.
- [25] 张介宾. 类经[M]. 北京:中医古籍出版社,2016:29.
- [26] 戴雁彦,张立山. 心衰水饮证的三焦论治[J]. *中华中医药杂志(原中国医药学报)*, 2014,29(6):1899-1901.
- [27] 刘建和,王伟松,张杼惠,等. 从少阳论治心病[J]. *湖南中医药大学学报*, 2019,39(12):1431-1434.
- [28] 韩旭,李七一. 心衰辨证不可轻视阴虚[N]. *中国中医药报*, 2015-03-26(4).
- [29] 刘宁,赵进喜,贾海忠,等. 茯苓泽泻,淡渗降浊;猪苓滑石,利水清热[J]. *环球中医药*, 2019,12(7):1043-1045.
- [30] 熊兴江. 木防己汤方证特征及其治疗重症心衰研究[J]. *中国中药杂志*, 2019,44(2):388-400.

收稿日期:2020-08-07