

## ◆临证医案◆

# 运用汤液经法图开展心律失常患者的药学监护并干预医案1则

刘阳<sup>1</sup>, 金锐<sup>2</sup>, 韩道福<sup>3</sup>, 贾静<sup>3</sup>, 齐明月<sup>3</sup>, 马传江<sup>3</sup>

1. 广饶县人民医院药剂科, 山东 广饶 257300
2. 中国中医科学院西苑医院药学部, 北京 100091
3. 山东中医药大学附属医院药学部, 山东 济南 250014

[关键词] 汤液经法图;《辅行诀五脏用药法要》;药学监护;临床药师;心律失常;中药;医案  
[中图分类号] R288 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2026) 08-0205-05  
DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.08.035

“汤液经法图”(见图1)收录于《辅行诀五脏用药法要》(简称《辅行诀》)<sup>[1]</sup>, 全图结构工整对称, 搭配巧妙, 具有很强的逻辑性和严谨性。整个图文主要包含了五脏配五行、五味配五行、五味的五脏体用补泻、五味配伍转化和配伍功效等关键信息, 构成了完整的病性-病位-药性-配伍的临床诊断用药链条, 回答了“在什么脏腑、有什么样的病, 就用哪种药性的中药、采用什么样的配伍方式去治疗”的基本问题<sup>[2]</sup>。所以, 临床中药师可运用“汤液经法图”理论, 参与临床中药处方的用药指导, 开展药学监护, 保障患者用药安全。

本课题组前期对“汤液经法图”开展了识方、解方和审方的研究, 并尝试还原其中所展示的以五脏虚实辨证和五味补泻治疗为基础的辨证论治方法学体系, 结果表明, 运用“汤液经法图”所示的五脏虚实辨证与五味补泻原理能够解析经方、时方、验方等各种方剂<sup>[3-6]</sup>。笔者认为, 借助“汤液经法图”理论对临床医师的处方进行深入分析, 能够精准识别处方中存在的不足, 从而为患者的治疗提供更为坚实的保障。

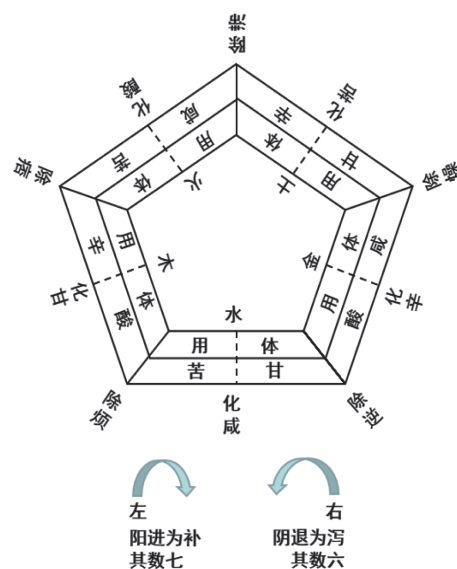


图1 汤液经法图

## 1 病案资料

患者, 男, 61岁, 3年前无明显诱因出现周身乏力, 活动后加重, 伴胸闷不适, 无心慌, 无恶心呕吐。于4个月前就诊于某三甲综合医院, 考虑心律失常、房颤, 行射频消融术。术后常规口服阿司匹林

[收稿日期] 2025-10-14  
[修回日期] 2026-03-06  
[基金项目] 马传江全国老药工传承工作室建设项目; 山东省药学会医院药学高质量发展专项科研学术活动项目  
[作者简介] 刘阳 (1992-), 男, 主管中药师。  
[通信作者] 马传江 (1971-), 男, 硕士, 主任中药师, 教授, 硕士研究生导师。齐明月 (1991-), 女, 硕士, 主管中药师。

肠溶片、硫酸氢氯吡格雷片、瑞舒伐他汀钙片等药物。现患者仍感乏力，活动后明显，无胸闷心慌，偶有头痛、头晕伴颈部不适。入院症见：乏力，活动后明显，无胸闷心慌，偶有头痛、头昏沉伴颈部不适，双膝关节疼痛，坐位及活动时明显，纳可，入睡困难，不规律口服阿普唑仑助眠。大便不规律，偶不成形，色可，小便色黄。望：表情自然，面色红润，形体正常，动静姿态，气息平。舌红略紫暗、舌苔白腻，老舌，舌体正常。闻：语音清晰，无咳嗽，无呃逆，无特殊气味。切：脉滑。中医诊断：心悸，痰瘀阻络证。西医诊断：心律失常(心房颤动，心脏射频消融术后)；高血压病2级(高危)；冠状动脉粥样硬化性心脏病；高脂血症；双膝关节炎。

患者入院后接受了抗凝、降脂、降压、稳定心率、保护胃黏膜等西医常规治疗，主要用药为利伐沙班片、瑞舒伐他汀钙片、盐酸罂粟碱注射液、缬沙坦氢氯地平片(I)、盐酸胺碘酮片以及泮托拉唑钠肠溶片。针对膝关节疼痛的症状，予以盐酸氨基糖片补益软骨。同时，以中药汤剂进行调理改善。

本案患者为老年男性，久病体虚，加之饮食不节，损伤脾胃，脾失健运，水湿内停，积聚生痰，脾胃虚弱，气血乏源，宗气不行，血脉瘀留，痰瘀互阻，心神失养而心悸。治当以益气化痰、祛瘀通络。

入院后，主管医师以血府逐瘀汤合柴胡舒肝散加减化裁，处方：盐杜仲15 g，川牛膝15 g，白及12 g，柴胡9 g，醋香附12 g，制巴戟天12 g，檀香6 g，党参30 g，木香9 g，红花9 g，葛根30 g，黄芪30 g，山楂15 g，丹参20 g，川芎12 g。3剂，每天1剂，水煎，分早、晚2次服用。

患者服药3天后，神志清，精神可，颈部不适好转，双膝关节疼痛减轻，耳鸣、乏力加重，胸闷心慌，头痛头昏沉，手足不温，纳可，入睡困难，便秘，小便短赤。舌红紫暗、苔白厚腻，脉滑。

针对患者服药后出现了耳鸣、乏力加重、手足不温、便秘等新的症状。临床药师运用“汤液经法图”进行药学监护时认为，该患者应调整处方药味配伍比例，主管医师遂新拟中药方剂，处方：檀香12 g，红花15 g，黄芪30 g，党参30 g，柴胡15 g，合欢皮30 g，麸炒白术30 g，酸枣仁30 g，升麻12 g，当归15 g，陈皮12 g，炙甘草9 g，石菖蒲15 g，炒桃

仁12 g，甘松12 g。5剂，每天1剂，水煎，分早、晚2次服用。其余治疗方案不变。

患者服药3天后，乏力减轻，无耳鸣、胸闷心慌、头痛头昏沉，颈部不适好转，双膝关节疼痛减轻，纳眠可，二便调。舌红、苔腻减轻，脉略滑。服药5天后，病情平稳，于当日出院。

## 2 运用“汤液经法图”理论对中药汤剂功效特点的分析

**2.1 病因病机分析** 首先根据患者症状及四诊信息确定脏腑，再辨脏腑虚实，从而分析出病因病机。患者主要症状包括乏力，活动后症状加剧，偶发头痛、头晕伴有颈部不适，入睡困难，大便不规律且偶有不成形，小便色黄。舌象表现为舌红略紫暗、舌苔白腻，脉象滑。依据中医藏象理论，肝属风木，病机十九条指出“诸风掉眩，皆属于肝”，患者的头晕症状可归因于肝木功能失调。肝主疏泄，影响全身气机的畅通，维持气血津液的正常运行。《辅行诀》载：“肝病者……则两胁中痛，寒中。”患者出现胸闷、手足不温等症状，均指向肝气虚弱之证。脾为气血生化之源，患者的乏力症状正是脾气虚弱的体现。结合舌诊所见，舌色略显紫暗，舌苔白腻。此外，脉象滑，均表明体内存在湿气停滞的情况。脾喜燥而恶湿，大便不成形亦是脾虚的显著征兆。综合以上分析，患者为肝脾两虚证。

**2.2 治法治则分析** 从“汤液经法图”理论看，五脏虚则补之，实则泻之。《辅行诀》载，“肝德在散，以辛补之，以酸泻之，以甘缓之”“脾德在缓，以甘补之，以辛泻之，以苦燥之”。本患者肝虚合脾虚证，治当以肝脾同补。故处方药物当以辛、甘味为主。

**2.3 2次中药汤剂处方的药味配伍结构和功效特点分析** “汤液经法图”描述了一个基于五脏虚实和五味补泻的辨证论治体系，与仲景经方的配伍原则密切相关，且同时将脏腑辨证、中药药性、复方配伍等若干理论融于一体，具有重要的理论意义和实践价值。其中，五味补泻理论所示的五味与功效的关系(如辛味能补肝、泻脾和散肺)，与《中国药典》关于五味功能的认知有所不同<sup>[7]</sup>。例如，现行《中国药典》中石膏的药味为“甘、辛”、《神农本草经》中则为“辛”、《本草别录》中则为“甘”、《医学启源》中则为“淡”，可见历代本草著作对某一中药的

脏理论以定味<sup>[8]</sup>，例如石膏在该理论体系中药味为“酸、辛”，酸补肺可养阴清热、止咳止渴，酸收心可止烦定惊，辛散肺可解表除热，辛补肝可疏风、祛头痛，正好对应了石膏的功效。所有中药均可根据其功效特点，在该理论体系下定位到自身可体现作用特点的标准化药味，并已广泛地用于各类处方的药味配伍分析中，本研究涉及到的具体的药味调整，见表1。

表1 药味调整的中药

| 《中国药典》<br>2020 版记载药味 |           |     | “汤液经法图” 体系<br>所示主导药味 |         |     |
|----------------------|-----------|-----|----------------------|---------|-----|
| 檀香                   | 辛         | 辛   | 山楂                   | 酸、甘、微温  | 辛、酸 |
| 红花                   | 辛         | 咸、辛 | 丹参                   | 苦、微寒    | 苦、咸 |
| 黄芪                   | 甘         | 甘、辛 | 川芎                   | 辛、温     | 辛、咸 |
| 党参                   | 甘         | 甘   | 合欢皮                  | 甘、平     | 酸、咸 |
| 柴胡                   | 辛、苦       | 辛、酸 | 麸炒白术                 | 甘、微辛    | 甘、苦 |
| 盐杜仲                  | 甘         | 苦、辛 | 酸枣仁                  | 甘、酸、平   | 酸   |
| 川牛膝                  | 甘、微苦      | 咸、苦 | 升麻                   | 辛、微甘、微寒 | 辛、苦 |
| 白及                   | 苦、甘、涩     | 酸   | 当归                   | 甘、辛、温   | 咸、辛 |
| 醋香附                  | 辛、微苦、微甘、平 | 辛   | 陈皮                   | 苦、辛、温   | 辛、酸 |
| 制巴戟天                 | 甘、辛、微温    | 苦、辛 | 炙甘草                  | 甘、平     | 甘   |
| 葛根                   | 甘、辛、凉     | 酸、辛 | 石菖蒲                  | 辛、苦、温   | 苦、辛 |
| 木香                   | 辛、苦、温     | 辛   | 炒桃仁                  | 苦、甘、平   | 咸、辛 |

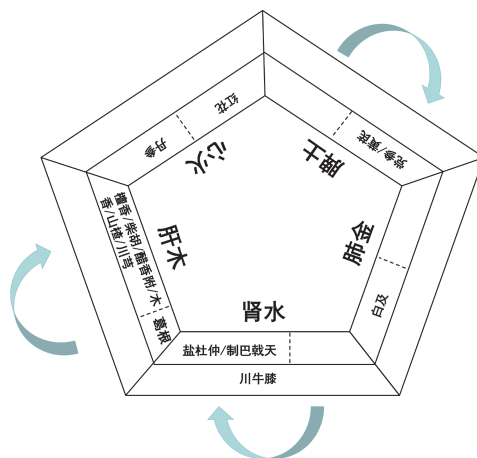
### 2.3.1 第1次处方药味配伍结构和功效特点分析

从“汤液经法图”的理论分析,首次开具的中药处方配伍结构为“六辛三苦二咸二甘二酸”(见图2),主导药味为辛味。其中檀香、柴胡、醋香附、木香、山楂、川芎味辛补肝泻脾,行气理气,除滞消痞;党参、黄芪味甘补脾,补气益气;红花味咸补心活血,丹参味苦咸泻心清热;盐杜仲、制巴戟天味苦,川牛膝味咸,补肾润肾,强筋健骨,止痛;葛根、白及味酸,泻肝柔筋,消肿止痛。

根据该患者病因病机、治法治则的分析,可知该患者应以辛、甘味为主导药味组方治疗,第1次处方配伍结构为“六辛三苦二咸二甘二酸”,以辛味为主导药味,全方重心在补肝泻脾的治疗上,药证不完全相符,甘味药比例不够,脾虚则气虚,气虚则无力推动气机运行和温煦机体。故患者服药后,症状改善不佳,并出现乏力加重、手足不温、便秘等问题。

### 2.3.2 第2次处方药味配伍结构和功效特点分析

调整处方思路,增加甘味补脾益气中药的用药比例,



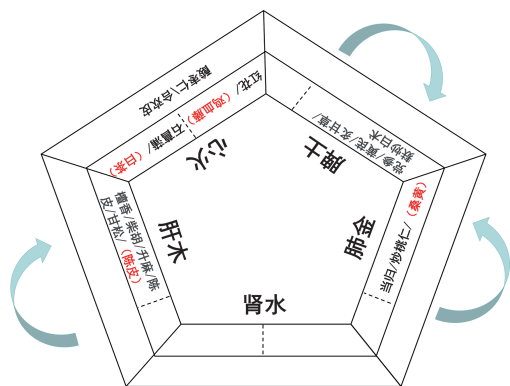
注：箭头方向代表主导功效方向：补肝、补脾、补肾。

图2 第1次处方的五味补泻原理示意图

同时兼顾患者出现便秘症状的问题，增加咸味泻肺通便中药的比例，调整处方后的配伍结构为“五辛四甘三咸二酸一苦”（见图3），辛味檀香、柴胡、升麻、陈皮、甘松补肝泻脾，行气除滞；甘味党参、黄芪、炙甘草、麸炒白术补脾益气；咸味当归、炒

桃仁泻肺通便；咸味红花，苦味石菖蒲，酸味酸枣仁、合欢皮补心活血、泻心清热、收心安神助眠。综合分析，咸味与酸味药物的加入，尽管能够入心治心，安神助眠。然而，关键在于二者能化辛补肝<sup>[7]</sup>，从而使整个方剂的治疗重点在于补肝木为主、实脾土为辅。

同时，药师在询问患者日常作息情况时，发现患者有服用药茶的习惯。经药师辨认，药茶由苦味白茶、咸辛味鸡血藤、辛酸味陈皮、咸辛味桑黄组成，药茶配伍结构为“二咸一辛一苦”（见图3），与第2次处方的治疗方向不冲突。药师进行用药教育时，告知患者在服用中药汤剂期间，可以适量服用该药茶。患者服用3剂后，诉乏力减轻，胸闷心慌好转，便秘改善；服用5剂后，病情稳定，予以出院。



注：箭头方向代表主导功效方向：补肝、补脾、泻肺。

图3 第2次处方的五味补泻原理示意图

### 3 讨论

**3.1 运用“汤液经法图”理论体系可对中药处方进行药学监护** “汤液经法图”建立了一种严谨的中药复方与适应证的关联关系，符合中医“有是证则用是药”的思路，对中医组方配伍有重要的、独特的参考价值。通过“汤液经法图”的理论指导进行处方解析，采用“收集患者症状→辨识脏腑虚实→确定治法治则→分析医师处方→反馈临床效果”的模式，能够更加精准地识别处方中潜在的问题，从而有效缩短患者的病程。

运用本理论体系，已经成功监护多例消渴病、胃痞病、胸痹心痛、痹证等患者<sup>[9-12]</sup>，并逐步建立起一套运用“汤液经法图”理论体系的完整且规范的临床中药师会诊监护模式<sup>[13]</sup>。本团队对同一病种不同证型的药味配伍结构特点也做了相应的研究，便于

临床医生开具中药饮片处方以及临床中药师监护患者时参考使用<sup>[14]</sup>。但目前该方面的研究只是针对单一病情的患者，对于多重慢性疾病、合病、并病的复杂情况，还未进行深入的探究。

**3.2 气虚患者中药处方的监护要点** 在中医临床实践中，针对气虚患者的治疗，处方配伍的合理性至关重要，其中尤以行气药与补气药的配伍比例为关键核心。《素问·阴阳应象大论》云：“壮火食气，气食少火；壮火散气，少火生气。”过度行气，犹如壮火，易耗散正气，加重气虚症状<sup>[15]</sup>。朱丹溪亦指出：“气有余便是火。”行气太过，易使气机紊乱，化火伤气，进一步损耗正气<sup>[16]</sup>，此为临床所常见，过度使用行气药物，可导致气短、乏力、自汗等气虚表现加剧。同理，单纯补气亦存在弊端，补气药物多具壅滞之性，若不辅以行气之品，易致气机不畅，出现胀满、痞塞等症状。正如李东垣所论：“纯用甘温之剂，恐滞中满。”单纯依赖甘味补气药物，虽可补充正气，却可能因壅滞而影响气机的正常运行。

对于气虚患者，理想的治疗策略应是补气与行气兼施。在“汤液经法图”的视角下<sup>[17-18]</sup>，甘味药物能够缓肝止痛、补脾益气和中、泻肾补气利水，因此，补气类药物多具有甘味；辛味药物则能补肝行气、泻脾开壅、散肺开腠理升气，故行气类药物多属辛味。基于此，精准把握甘味与辛味药物的配比，即是有效平衡补气与行气的关系。通过对药味的深入分析，这一治法得以量化，从而更便于临床实践中对补气与行气平衡的掌控。

**3.3 运用“汤液经法图”可监护保健品与中药处方联用的合理性** 在国家积极倡导药食同源理念的政策推动下，民众的康养意识显著提升，代茶饮因其简便易行、兼具养生功效的特点，深受大众青睐<sup>[19]</sup>。而当个体患病并接受中药处方治疗时，潜在的问题便随之而来。代茶饮虽多取材于药食两用之品，但同样具有一定的药性，其成分与功效可能与因病开具的中药处方产生相互作用。运用“汤液经法图”理论对代茶饮的药物进行分析，可充分判断代茶饮中的药物与所用中药是否存在冲突。例如，在本例患者中，未停止服用代茶饮的原因主要在于，所使用的代茶饮的组成与整个中药处方的治法治则并不冲突。因此，在拟定患者治疗方案时，亦需将中药类保健品的影响纳入考量。否则，可能导致药倍而

功半,进而延长患者的病程。

在对本例患者进行药学监护与干预的过程中,不难发现,在开具中药处方时,亦会遭遇治疗上的矛盾现象。这与西医在处理血小板数量减少与血栓形成风险并存的复杂状况时所采取的策略和方法具有相似性。例如,由气虚所致的气滞血瘀,“气滞”是全身或局部功能障碍的统称。“气虚”为推动血液运行之气亏虚而帅血无力<sup>[20]</sup>。在治法上,既要注重行气化瘀,又要兼顾补气养血。然而,补气过度可能导致壅滞,而行气过度则可能加剧气虚。因此,务必精准平衡补气与行气之间的相互关系。运用“汤液经法图”理论,通过调整药味中辛、甘药味的比例,获得具体量化的指标,有助于医师明确行气与补气之间的平衡点。

#### [参考文献]

- [1] 张大昌,钱超尘. 辅行诀五脏用药法要传承集[M]. 北京:学苑出版社,2008.
- [2] 金锐,王宇光. 基于“汤液经法图”的新型冠状病毒肺炎临床各期中药治疗复方的配伍原理及加减原则研究[J]. 中中药学, 2020, 18(3): 340-344.
- [3] 金锐. 以“汤液经法图”视角重构中医组方配伍理论体系[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(4): 1445-1449.
- [4] 郭红叶,田佳鑫,张爽,等. 基于《辅行诀》所载“汤液经法图”解析心病治疗的经方时方与医案[J]. 医药导报, 2023, 42(4): 472-478.
- [5] 王宇光,金锐. “汤液经法图”系列研究之三: 25味药精五行属性内涵的探索性研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(2): 385-390.
- [6] 金锐,李凡. 《辅行诀》所载“汤液经法图”蕴含的中药药性理论新内容探析[J]. 医药导报, 2023, 42(4): 479-483.
- [7] 金锐,韩晟. “汤液经法图”系列研究之四: 五味化合规律的数理分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(4): 1036-1041.
- [8] 金锐,郭红叶,王宇光. 五行本草——以“汤液经法图”解读中药性效之源[M]. 北京:中国中医药出版社, 2025.
- [9] 杨寿圆,龚宗玉,王华阳,等. 运用《辅行诀》所载“汤液经法图”理论开展中药汤剂治疗消渴病的药学监护1例[J]. 医药导报, 2023, 42(4): 496-502.
- [10] 齐明月,夏亚楠,郭红叶,等. 运用“汤液经法图”理论对1例胃病病湿热内蕴证患者的药学监护[J]. 中国医院药学杂志, 2025, 45(13): 1560-1564.
- [11] 李博,金锐,刘晓倩,等. 运用“汤液经法图”理论对1例胸痹心痛患者的药学监护[J/OL]. 中国医院药学杂志, 1-8[2025-11-06]. <https://link.cnki.net/urlid/42.1204.R.20250730.1146.002>.
- [12] 于琪,郭红叶,高婷婷,等. 运用《辅行诀》所载“汤液经法图”理论开展中药治疗痹证的药学监护及干预1例[J]. 中中药学, 2024, 22(3): 592-597.
- [13] 郭红叶,刘南阳,杨寿圆,等. 运用“汤液经法图”进行中药饮片处方评价与干预的临床药学会诊模式实践[J]. 药学前沿, 2024, 28(12): 686-693.
- [14] 齐明月,郭红叶,谢晨琼,等. 基于指南/教材研究经典咳嗽治疗方的药味配伍规律[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2025, 27(9): 2654-2665.
- [15] 高梦洁,朱洋洋,陈思易,等. 基于“病痰饮者,当以温药和之”思想浅析精液不液化症的证治思路[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(2): 307-310.
- [16] 田福玲,张庆祥. 《黄帝内经》“气郁”理论研究[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(7): 1680-1681.
- [17] 金锐. “汤液经法图”系列研究之一: 汤液经法图的来历、内容与应用[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(8): 2954-2960.
- [18] 金锐. “汤液经法图”系列研究之二: 基于五味补泻理论的10首经方配伍原理解析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(8): 2961-2968.
- [19] 赵瑜,曲夷. 药食同源经方五味配伍应用研究[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(11): 6207-6210.
- [20] 孔令钧,李鲁扬,唐占府. 老年气滞血瘀、气虚血瘀患者与CD62p、CD63及TSP关系的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2001, 21(8): 588-590.

(责任编辑:刘淑婷)