

◆ 名医传承 ◆

曹贵民运用温阳活血利水法从本-标-径分型 论治慢性心力衰竭经验介绍

叶新月¹, 万雪花², 刘红进², 黎华海¹, 刘璐莹¹ 指导: 曹贵民²

1. 广州中医药大学, 广东 广州 510006; 2. 广东祈福医院, 广东 广州 511495

[摘要] 介绍曹贵民教授运用温阳活血利水法从本-标-径分型论治慢性心力衰竭的临床经验。曹贵民教授认为, 慢性心力衰竭的核心病机为本虚标实, 以心肾阳气亏虚为本、血瘀水阻为标、气阴两虚为径, 将慢性心力衰竭分为心肾阳虚、血瘀水阻、气阴两虚三型, 治以益气温阳、活血利水、兼补气养阴为法。临证以自拟方心复宁Ⅳ号方为基础, 灵活化裁, 分型施治。

[关键词] 慢性心力衰竭; 活血利水; 心复宁Ⅳ号方; 曹贵民

[中图分类号] R249; R541.6⁺1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 14-0141-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.14.021

Introduction to CAO Guimin's Experience in Treating Chronic Heart Failure by Syndrome Differentiation Based on Root, Manifestation, and Pathway from the Perspective of Warming Yang, Activating Blood, and Promoting Diuresis

YE Xinyue¹, WAN Xuehua², LIU Hongjin², LI Huahai¹, LIU Luxuan¹ Instructor: CAO Guimin²

1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510006, China; 2. Guangdong Clifford Hospital, Guangzhou Guangdong 511495, China

Abstract: This paper introduces Professor CAO Guimin's clinical experience in treating chronic heart failure by syndrome differentiation based on root, manifestation, and pathway from the perspective of warming yang, activating blood, and promoting diuresis. In the view of Professor CAO Guimin, the core pathogenesis of chronic heart failure is deficiency in root and excess in manifestation, with deficiency of heart-kidney yang qi as the root, blood stasis and fluid obstruction as the manifestation, and deficiency of qi and yin as the pathway. He classifies chronic heart failure into three types: heart-kidney yang deficiency, blood stasis and fluid obstruction, and deficiency of qi and yin. The therapeutic principle should be replenishing qi and warming yang, activating blood and promoting diuresis, combined with tonifying qi and nourishing yin. In clinical practice, treatment is based on the self-made formula Xinfuning Ⅳ Prescription, with flexible modifications according to syndrome differentiation.

Keywords: Chronic heart failure; Activating blood and promoting diuresis; Xinfuning Ⅳ Prescription; CAO Guimin

[收稿日期] 2025-12-05

[修回日期] 2026-06-04

[基金项目] 广东省中医药局中医药科研项目 (20212189); 广州市科技计划市校 (院) 联合资助项目 (2023A03J0615); 广东省番禺区卫健局“科技计划项目” (2024Z04091)

[作者简介] 叶新月 (2000-), 女, 硕士研究生。

[通信作者] 万雪花 (1983-), 女, 硕士研究生, 副主任医师, 硕士生导师。

曹贵民教授是广东祈福医院主任医师，第三批广东省名中医，从事中医临床工作40余年，师承王朝宏教授，专长于心血管疾病的中医诊疗，擅长运用中医经典理论治疗各类常见心血管疾病，对慢性心力衰竭的病因病机及分型论治有着独特见解，疗效显著。现将其治疗慢性心力衰竭的临床经验整理介绍如下。

慢性心力衰竭是各种心血管疾病发生发展的终末期阶段，具有高患病率、高再住院率、高死亡率的特点。临床上常以为心悸、气喘、水肿为主要表现，患有心血管疾病的住院患者中心力衰竭患者约占20%，其中，30天再入院率为11.0%，住院死亡率为2.6%^[1]。现代医学治疗主要以药物治疗为基础，虽能改善临床指标及预后，但存在不良反应较多、症状控制欠佳且病情易反复等局限^[2]，患者的症状及再住院率仍有待改善。中医药在改善慢性心力衰竭患者的临床症状、提高运动耐量及降低药物不良反应方面有着独特优势。

1 病因病机

现代医学认为心力衰竭是慢性、自发性进展性疾病，心力衰竭发生发展的关键因素在于神经、内分泌系统激活导致心肌重构；心肌重构加剧逐渐使心功能由代偿向失代偿转变^[3]，以肺循环及/或体循环静脉系统淤血和动脉系统排血量减少引起组织灌注不足为主要特征^[4]。心肌重构与动脉排血量减少，引起心脏功能下降、组织器官灌注不足，导致恶寒、心悸、咳嗽、水肿的临床表现。曹贵民教授认为，慢性心力衰竭属中医心悸、心水、喘证、水肿范畴，心肾阳虚、血瘀水阻、气阴两虚为本病的三大核心病机。

1.1 病机之本：心肾阳虚，君相失煦 心为君主之官，肾为先天之本。曹贵民教授认为，

心肾阳虚、君相失煦是慢性心力衰竭发生的重要原因。心为君主之官，阳中之太阳，心阳气充足，则促进心动，温通血脉，生血行血；若心阳不足，则推动无力，血凝气滞，气血无法温煦濡养周身，故患者畏寒肢冷，阳气衰微。肾为先天之本、水火之宅，属阴中之阳，育真阴而含真阳，肾阳不足，阳不制阴，肾水上泛心肺，故患者畏寒肢冷、腰膝酸软、咳喘、心悸等。“君火以名，相火以位……君火不煦，则相火失养，动而有害。”^[5]曹贵民教授认为，君火为相火之引，相火为君火之助，君相共同维持心功能，君火下济肾阳，助火温元，相火温煦心阳，助心行血^[6]。君火不煦，相火妄动，心阳气亏虚，君火衰弱，温煦无力，君火不煦相火，心阳亏虚不能下温肾阳，阳气互资失衡，气化不利，水液潴留，上凌心肺，则出现恶寒、心悸、咳嗽、水肿等症状。因此，“心肾阳虚，君相失煦”是慢性心力衰竭的根本病机。

1.2 病机之标：血瘀水阻，相互为患，壅滞三焦 心肾阳虚，病程日久，气血水瘀滞，则会出现瘀血、水饮，“血与水本不相离”^[7]。曹贵民教授认为，血瘀水阻、相互为患是慢性心力衰竭发生的重要病理产物。心肾失煦日久，血液运行不利，形成瘀血，阻塞脉道，瘀血又使水液运化输布失调，产生水饮，水饮、瘀血二者恶性循环，相互为患，形成血瘀水停的病理状态。病理产物在机体蓄积，亦阻滞气机，壅滞三焦，影响气血水运行。曹贵民教授认为，血瘀水阻、壅滞三焦是慢性心力衰竭的必然结果。瘀血、水饮互结，壅滞三焦，致气化不行。上焦壅塞，肺失宣降，咳喘频作，倚息不得卧；中焦升降失司，胃失和降，则纳差、恶心、腹胀并见；下焦水道不利，膀胱气化失

行,水湿内停,外溢肌肤,则尿少水肿、足跗漫肿按之没指。三焦壅滞,气机升降、水液代谢、气血运行失衡,加重病理产物。病理产物与三焦阻滞互为因果,曹贵民教授认为调畅三焦对病理产物的改善尤为重要,三焦失司,导致瘀血、水饮无路排泄,从而出现慢性心力衰竭患者血瘀水阻更盛的征象。

1.3 病机之径:气阴两虚,因实致虚,贯穿始终 曹贵民教授认为,气阴两虚并非心衰之“果”,而是“因实致虚、虚中夹实”的动态演变过程,贯穿慢性心力衰竭病程中的每一环节。气为血帅,阴为血体;心阳既虚,鼓动无力,则血行迟滞,瘀阻脉道,气随瘀耗;肾阳不足,气化失司,则内饮水停,阴随饮伤。痰饮与瘀血互结,阻遏脉道,气机不利,阴液更耗,形成“由实致虚,虚而复实”之恶性循环。血属阴而气属阳,《素问·调经论》曰:“阳虚则外寒,阴虚则内热。”心力衰竭疾病初期,瘀水初成,气机不利,气先被郁,阴随郁伤,患者稍动气短,夜寐多梦,手心微热,舌淡红、苔润或干,脉细,此气阴初亏之兆。疾病渐进,瘀水已成,脉道壅遏,水液亦停,气为邪伤,阴为邪灼,见心悸怔忡,胸闷如窒,乏力自汗,口干不欲饮,舌暗红、苔少而润,脉细结代,此气阴两亏之显。疾病晚期,瘀水泛滥,三焦闭塞,血水阻滞不通,气血生化无源,气阴耗伤亦甚,患者喘促倚息,声低息短,肌肤甲错,舌绛、少苔,脉细数散乱,此气阴耗竭之危。故曹贵民教授强调:瘀水不去,则气阴难复;气阴不复,则瘀水难消。气阴两虚为慢性心力衰竭疾病重要环节。

2 基于“活血利水法”指导心力衰竭治疗

曹贵民教授认为,慢性心力衰竭患者病程日久,耗伤心阳,心阳鼓动无力,血液运行不

畅,血不利则为水,津液代谢失调,气血两虚。素体寒湿脾虚肥胖者多病以水,素体阴虚血亏瘦弱者多病以血,气血贯穿疾病始终;治疗上均须水血同治,但又各有偏向。曹贵民教授依据以下三方面来指导慢性心力衰竭的治疗。偏心肾阳虚者以益气温阳、温补心肾为主,以心复宁Ⅳ号方合真武汤加减治疗;血瘀水阻证则以活血利水、化瘀消肿为主,以膈下逐瘀汤合苓桂术甘汤加减治疗;气阴两虚证则以补气养阴、宁心安神为主,以生脉饮合桃红四物汤加减治疗。故心力衰竭治疗上虽同病却异治,往往事半功倍,疗效显著。

2.1 心肾阳虚,益气温阳补心肾 心阳气虚衰,水液失于温化,心阳不温肾水,肾阳亦虚,心肾阳虚常表现为心悸,咳嗽,气喘,不能平卧,咯泡沫痰,面色晦暗,口唇青紫,汗出,畏寒肢冷,全身水肿,舌暗红、苔白腻,脉沉细数无力或促。水液多停聚于脏腑、肢体、脉道,单用利水之法恐伤耗津液,使气随津脱,更耗伤阳气,《金匱要略》中提出“病痰饮者,当以温药和之”,治疗当在益气的基础上佐以温阳。曹贵民教授常运用心复宁Ⅳ号方合真武汤加减治疗以心肾阳虚者,此方以心复宁Ⅳ号方中的黄芪、制附子、桂枝、川芎、葶苈子、汉防己为主,再加上真武汤中的茯苓、白芍、白术;配伍干姜、肉桂、肉苁蓉共同组成。方中以制附子、肉桂、桂枝为君,附子为大辛大热之品,具有补火助阳、温经通络、补肾阳之本的功效,可助阳透邪,直达病所;与归心经之桂枝、归肾经之肉桂共同组成君药,桂枝性温味甘,可助心阳,通寒凝,肉桂性大热味辛甘,可引火归元,三者相配,共奏温心肾阳、补心肾气之效,针对久病伤阳、伤及先天之本者尤宜。以黄芪、川芎、汉防己

三药气血水共调为臣药，黄芪补肺脾一身之气，川芎入血行血，汉防己归肾、膀胱经，引水下行，三者相配，共奏益气行血利水之效。佐以茯苓、白术一守一走，脾得健运，葶苈子宣肺以通上，使补气有道，气行水行。配伍肉苁蓉温补肾阳，引火归元，以制肾水，白芍与桂枝相伍，共和营卫，助调机体之气血通畅；干姜温通心阳，纳气于肾。《本草纲目》^[8]载：“干姜，其用有四：通心助阳，一也；去脏腑沉寒痼冷，二也；发诸经之寒气，三也；治感寒腹痛，四也。”临证若见多心悸、喘息、水肿，常用少量干姜以温通心阳，助心气，温水饮，临床疗效明显。全方贯通守、走、温、通于一体，遵欲补于通思想。临证尤兼顾温通心肾，心气虚自汗者多加五味子、重用黄芪补气固汗；肾阳虚尿少加车前子、桑白皮、猪苓、半边莲分消肾寒之水。本方以补心肾之阳为本，兼以气血水为纲，体现治病求本的辨证特色。心复宁Ⅳ号方前期实验研究表明，可以明显改善阳虚水泛型患者的临床症状^[9]；前期大鼠实验也证实心复宁Ⅳ号方能改善心脏收缩功能^[10]。

2.2 血瘀水阻，活血利水消瘀肿 心阳不足后无力推动血液运行，使血液瘀阻脉中，产生瘀血，阻滞气机，三焦水道不利，津液聚而成水，形成瘀水互结的恶性循环，进一步加重心力衰竭。《血证论》唐容川：“水与血同类而异名，同源而殊流。”表现为不同的病理特点，但临床上多兼病。临床可见心悸，乏力，胸闷，气短，口唇紫暗，纳差，恶心，腹胀，肝脏肿大，足踝部水肿，舌暗红，有瘀点，舌体胖，有齿痕，舌下静脉怒张，苔白，脉沉细或结，实为血瘀致病。慢性心力衰竭为因虚致瘀，血瘀又致水阻，单纯补虚之法恐助邪气更

盛，治疗当化瘀消肿，活血利水使邪气除。曹贵民教授常运用膈下逐瘀汤合苓桂术甘汤加减治疗以血瘀水阻者。此方由当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、牡丹皮、五灵脂、延胡索、香附、乌药、枳壳、炙甘草、茯苓、桂枝、白术组成。方中以桃仁、红花、五灵脂、桂枝、茯苓为君，桃仁、红花、五灵脂直入血分，破瘀滞之血，为活血之要药，桂枝、茯苓温阳利水，针对水阻的病机，共奏瘀水并治之效，升清降浊利水，使邪有出路，共为君药。臣以当归、川芎、赤芍、牡丹皮养血活血，破血不伤正，顾护血分，助君药之力，白术健脾燥湿，与茯苓相须，为对药，增强利水渗湿之功。佐以延胡索、香附、乌药、枳壳以行气，入中焦，通畅中焦气机，符合唐容川《血证论》所言：“治血者，必以治气为主，气行则血行，气止则血止。”“治气即是治水，调气即是调血。”及《景岳全书·肿胀》所载“治水者，必先治气”^[11]的特点。炙甘草为使，补血和中，调和上下。全方共奏逐瘀不伤血、利水不伤中之效。此方融“逐瘀、化饮”双法同治，膈下逐瘀汤主攻血瘀，苓桂术甘汤主化水饮，两方之合，既消已形之瘀血，又断瘀水互结之恶性循环。体现“治水先治气，治气先治血”的辨治要点。水肿、咳喘等水阻重者可加猪苓、五加皮等；心悸、刺痛等心血瘀滞重者可加丹参。活血化瘀药与行气利水药配伍，气血同治，攻补兼施，化瘀行气以复脉，瘀去气畅则水调。

2.3 气阴两虚，补气养阴宁心神 心衰为病，气血耗伤贯穿始终，《圣济总录》^[12]云：“心虚之状，气血衰少，面黄烦热，多恐悸不乐……心膈胀满，梦寝不宁，精神恍惚。皆手少阴经虚寒所致。”气血衰少，气阴两虚，心神失养，

故神志动乱而不寐恍惚。故气阴两虚为心力衰竭的核心路径。临床可见心悸，乏力，气短，不耐疲劳，胸闷，多梦，手足心热，自汗，夜尿多。舌淡红有齿痕、苔薄白，脉细数无力。曹贵民教授认为，在治疗慢性心力衰竭上，不仅须温阳祛邪，还需须补气养血，滋阴安神。曹贵民教授常运用生脉饮合桃仁四物汤加减治疗以气血两虚为表现的心衰患者。此方由人参、麦冬、五味子、熟地黄、当归、芍药、川芎、桃仁、红花、益母草组成。方中以生脉饮中人参、麦冬、五味子为君，以益气生津、复脉固脱，人参大补元气，麦冬养阴生津，五味子宁心敛汗，共补无形之气及有形之津，补气不燥，养阴不腻，心气得安；针对气阴两虚之本虚病机。生脉散加减治疗慢性心力衰竭气阴两虚证可明显提高患者的临床疗效^[13]。臣以熟地黄、当归、白芍、川芎四物为补血之基，补血和血，充脉养心，熟地黄甘温滋阴填精，使血有所生，当归为血中圣药，补血活血，使补血不滞，白芍伍君药酸甘化阴生津，养血缓急；桃仁、红花相须为用，活血化瘀，通利血脉。佐以益母草活血利水，引血下行，以通为用。符合《景岳全书》所言“气不虚则不悸，血不亏则不忡”之气阴两虚病机。手足心热等阴虚重者可加用西洋参补气益阴；多梦、心悸患者可加酸枣仁、茯神、制远志养心安神。全方益气养阴兼施，补血兼以活血，以生脉饮益气复脉为根基，合桃红四物汤补血活血，佐益母草利水，以达补气阴、宁心神、养心血，气血心神同治之效，使血脉通利，气血和调，心神安宁。

3 病案举例

林某，男，49岁，2025年4月22日初诊。主诉：反复胸闷、气喘伴双下肢水肿1个月

余。患者近1个月因劳累出现心悸、气喘、咳嗽，不能平卧，伴胸闷、乏力，遂于广东祈福医院就诊。查体可见双下肢中度水肿，双肺底可闻及湿啰音，查心脏彩超提示：全心扩大，升主动脉、主肺动脉增宽，主动脉瓣轻度反流，二尖瓣中度反流，三尖瓣重度反流。肺动脉高压(轻度)。左室壁运动明显减低。左室收缩功能减低。左室射血分数(LVEF)38%。诊断为扩张型心肌病、心力衰竭、心功能Ⅲ级(NYHA纽约心功能分级)，目前患者口服心力衰竭新四联药物(沙库巴曲缬沙坦钠、达格列净、螺内酯、美托洛尔)及地高辛治疗，患者服药期间咳嗽气喘症状较前改善，但仍有胸闷、乏力，反复双下肢水肿情况。遂求治于中医。症见：心悸、气喘、胸闷、乏力，偶有咳嗽，少痰，活动、劳累后加重，汗出，畏寒肢冷，伴双下肢中度浮肿，纳差、口干，睡眠易醒，大便偏烂，小便清。舌淡暗、胖大、边有齿痕，苔白腻，脉沉细。既往体健，近半年无感染。西医诊断：心力衰竭。中医诊断：心水病，阳虚水泛，气虚水停。嘱患者避免劳累，注意保暖。治法：益气温阳，泻肺平喘，利水消肿。予心复宁Ⅳ号方合真武汤加减，处方：黄芪30g，制附子15g，桂枝15g，川芎15g，葶苈子15g，汉防己20g，茯苓15g，肉桂15g，白芍10g，白术10g，干姜15g，肉苁蓉10g。7剂，每天1剂，水浓煎，分早、晚2次温服。

2025年6月22日二诊：胸闷、乏力症状明显好转，咳嗽减少，无痰，无畏寒肢冷，仍有少许汗出，双下肢轻度浮肿，纳可，睡眠尚可，口干较前好转，大便由烂转软，舌淡红、胖大、齿痕稍浅、苔中稍腻、脉沉。心脏彩超提示：LVEF38%。患者纳可，畏寒肢冷明显好转，下肢浮肿反复，予上方去肉桂，加车前

子(包煎)15 g。7剂,每天1剂,煎服法同前。

患者二诊后病情稳定,遵医嘱间断服上方加减调理4个月,期间定期随访,病情未见反复。4个月后症状基本改善,为复查心脏超声及相关指标于2025年10月18日返院复查。

2025年10月18日三诊:患者未诉胸闷、乏力、咳嗽,双下肢水肿较前消退,纳可,眠佳,大便成形,舌淡红、苔白,舌根微腻,齿痕已浅,脉滑。减前方利水、温阳药量,继续服用4周后症状均改善,2025年10月18日复查心脏彩超LVEF48%,左心扩大,升主动脉增宽,室间隔增厚;主动脉瓣轻度反流;左室下壁、后壁运动减低。左室收缩、舒张功能减低。LVEF虽仍低于正常值,但临床症状显著改善。嘱患者继续服14剂后停药,平日注意休息,避免劳累。半年后随访,心力衰竭症状消失,体力逐渐恢复。

按:患者中年男性,因水肿、气喘入院。结合辅助检查和患者病史,排除缺血性心脏病、病毒性心肌炎等心肌病变,此次就诊考虑全心扩大、心力衰竭,患者长期服用西药,反复胸闷、乏力,水肿反复。患者职业为工人,平素体力劳动为主,致素体气虚,心气不足、心阳不振,肺为华盖,又为水之上源,主宣发肃降、通调水道,心阳不振则血行不畅,肺失宣降,水饮内停,泛滥肌肤则水肿、脉沉细;水停胸胁,则胸闷、咳喘,心气血亏虚,则胸闷乏力,活动、劳累后加重;水道不通,气机升降枢纽之脾胃也运化失常,津液不能上达,故口干、纳差、大便偏烂,舌淡暗,胖大,边有齿痕,苔白腻,脉沉。处方选用心复宁Ⅳ号方以振奋心阳,通利脉道;方中附子、桂枝温通心肾之阳;黄芪、川芎益气活血;葶苈子、汉防己利水消肿;合用干姜15 g温通心阳,助

心气,温水饮;配伍肉苁蓉10 g滋肾火以助心阳。患者除舌淡暗外,未见明显瘀血表现,也要注意久病致瘀、津血同源,心复宁Ⅳ号方中配伍川芎行血,桂枝养营,全方紧扣“阳虚水泛”之病机,运用“血水同治”之法。

二诊,胸闷、乏力症状好转,咳嗽减少,无畏寒肢冷,表明阳气渐复,水饮渐化,故去辛热之肉桂,因畏寒已解,去肉桂以防温燥太过伤阴;然下肢水肿反复,大便软,舌苔中腻,提示水湿未尽,故加车前子增强利水消肿之功,引水湿从小便出,性平不伤阴,体现利水邪而不伤正的治疗思路。

三诊,诸症状较前明显改善,双下肢水肿较前消退,舌转淡红、舌根苔微腻,脉滑有力,提示水饮已去,阳气渐复,减利水、温阳药量以防耗伤气阴。故在守原方中益气、温阳、利水之核心配伍思路的基础上,减轻利水、温阳药物剂量,由“攻补兼施”转为“扶正固本”,后续守方14剂,体现了曹贵民教授治病必求于本的特点。

4 结语

曹贵民教授认为,慢性心力衰竭虽证候繁杂,然其病机可概括为“本虚标实、瘀水互结”。本虚在心肾之阳,标实在瘀血与水饮,而气阴两虚则贯穿疾病始终,成为由虚致实、实又致虚的“病理基础”。据此,曹贵民教授提出“温阳活血利水”之总纲,以心复宁Ⅳ号方为基,将心衰证型分为心肾阳虚、血瘀水阻、气阴两虚三证,分别施以益气温阳、活血利水、补气养阴之法,务求“血水同调,三焦并治”。多年临床与实验研究均证实,该策略可显著缓解悸喘肿满诸症,提高LVEF,减少再住院率,且安全性良好。曹贵民教授亦强调,中医药的多靶点、整体观优势必须与现代

医学“新四联”等规范治疗相结合：西药强心利尿扩血管以救急，中药温阳化气、逐瘀行水以治本，既协同增效，又减毒减副，实现“逆转心室重构、恢复心之气阳”的远期目标。

[参考文献]

- [1] 王增武.《中国心血管健康与疾病报告2024》：心血管疾病及其危险因素流行状况[J]. 中国心血管病研究, 2025, 23(9): 771-793.
- [2] 吴燕婷, 李萍, 吴寒. 慢性心力衰竭再住院率研究进展[J]. 心血管病学进展, 2021, 42(8): 691-694.
- [3] Chinese Society of Cardiology, Chinese Medical Association, Chinese College of Cardiovascular Physician, et al. Chinese Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Heart Failure 2024[J]. Cardiology Discovery, 2025, 5(1): 1-38.
- [4] 葛均波, 徐永健, 王辰. 内科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2022.
- [5] 赵鹏, 张涵. 相火理论在心系疾病中的临床运用[J]. 中国社区医师, 2025, 41(26): 94-96.
- [6] 朱丹溪. 格致余论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018.
- [7] 唐宗海. 血证论[M]. 魏武英, 曹健生, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 1990: 12.
- [8] 李时珍. 本草纲目(金陵本)新校注: 下[M]. 王庆国, 主校. 北京: 中国中医药出版社, 2013.
- [9] 王军昌, 曹贵民, 胡元会, 等. 心复宁Ⅳ号治疗心力衰竭312例临床总结[J]. 陕西中医学院学报, 2000, 23(1): 1-3.
- [10] 曹贵民, 李建军, 拓步雄, 等. 心复宁Ⅳ号对双负荷慢性心力衰竭大鼠心血管功能的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(S1): 6-8.
- [11] 张介宾. 景岳全书[M]. 赵立勋, 主校. 影印本. 北京: 人民卫生出版社, 1991.
- [12] 赵佶. 圣济总录[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1962: 2496.
- [13] 王兴, 侯平. 生脉散加减治疗慢性心力衰竭气阴两虚证疗效及安全性的Meta分析[J]. 云南中医中药杂志, 2019, 40(11): 91-93.

[责任编辑: 刘淑婷, 蒋维超(英文)]