龙家俊从七淫八情理论辨治酒精性心肌病经验介绍

蒋文波[1]，季海刚[2]，徐俊伟[3]，陈昊[4]，金玉[5]

1. 南京中医药大学附属宿迁市中医院，江苏 宿迁 223800
2. 南京中医药大学常州附属医院，江苏 常州 213003
3. 南通大学附属医院，江苏 南通 226001
4. 南京中医药大学第二临床医学院，江苏 南京 210023
5. 江苏省中医院，江苏 南京 210004

［摘要］介绍龙家俊教授基于七淫八情理论辨治酒精性心肌病的临床经验。龙家俊教授临证重视审病论治与审因论治相结合，提出外因“毒邪”、内因“压情”致病学说，在六淫的基础上增添毒邪为第七淫，在七情的基础上，增添压情为第八情，形成“七淫八情”理论。并据此提出酒精性心肌病的病因病机，认为神机内压为主要发病诱因，酒毒、湿毒、热毒、瘀毒、痰毒内阻心脉为标，心阴心阳皆虚为本。治疗主以益心气、养心阴、温心阳、安心神、通心络之法，辅以清化湿热酒毒、利水化痰通腑。创拟龙氏心肌饮加减治疗。

［关键词］酒精性心肌病；七淫八情；毒邪；压情；龙家俊
［中图分类号］R229；R542.2 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）20-0191-05
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.20.039

Experience of LONG Jiajun in Treating Alcoholic Cardiomyopathy from Theory of Seven Pathogenic Factors and Eight Emotions Based on Syndrome Differentiation and Treatment

JIANG Wenbo[1], *JI Haigang*[2], *XU Junwei*[3], *CHEN Hao*[4], *JIN Yu*[5]

1. Suqian Hospital of Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Suqian Jiangsu 223800, China; 2. Changzhou Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Changzhou Jiangsu 213003, China; 3. Affiliated Hospital of Nantong University, Nantong Jiangsu 226001, China; 4. The Second Clinical Medical College of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210023, China; 5. Jiangsu Province Hospital of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210004, China

Abstract: This paper introduces Professor LONG Jiajun's clinical experience in treating alcoholic cardiomyopathy from the theory of seven pathogenic factors and eight emotions based on syndrome differentiation and treatment. Professor LONG attached great importance to the combination of examination of both disease and cause, and put forward the theory of external cause of "pathogenic toxin" and internal cause of "depressed emotion" leading to disease. He added "pathogenic toxin" to the seventh pathogenic factor on the basis of the six pathogenic factors, and added depressed emotion to the eighth emotions on the basis of the seven emotions, forming the theory of "seven pathogenic factors and eight emotions". According to this, he proposed the etiology and pathogenesis of alcoholic cardiomyopathy, and believed that the internal depression of vital activity was the main inducement, and the branch was the internal

［收稿日期］2022-11-23
［修回日期］2023-07-28
［基金项目］江苏省中医药科技发展计划面上项目（MS2021092）
［作者简介］蒋文波（1982-），男，医学博士，副主任中医师，E-mail：1392294099@qq.com。
［通信作者］徐俊伟（1972-），男，医学博士，主任中医师，E-mail：704168063@qq.com。

obstruction of the heart pulse by alcohol toxin，dampness toxin，heat toxin，stasis toxin，phlegm toxin，and the root was the deficiency of the heart yin and heart yang. The main treatment was to boost heart qi，nourish heart yin，warm heart yang，calm heart spirit and unblock heart collaterals，supplemented by clearing and dissolving damp-heat and alcoholic toxin，and promoting urination，dissolving phlegm and unblocking the bowels. He created LONG's Xinji Decoction and modified it to treat the disease.

Keywords： Alcoholic cardiomyopathy；Seven pathogenic factors and eight emotions；Pathogenic toxin；Depressed emotion；LONG Jiajun

龙家俊为江苏省名中医、南京中医药大学教授，从事医疗、教学工作60年，擅长难治性疾病的中医诊治。龙家俊教授深入探索病因病机理论，尊崇天地人三气相通相平之道，以人为本，提倡四维(天-地-人-时间)辨证方法，秉承“三因”致病理论，衍传统“六淫七情”，扩展为“七淫八情”[1-5]病因病机学说。在六淫的基础上，将人类衍生环境(水、土、空气、食物等)中的有毒有害物质伤人致病统称为第七淫“毒邪”，提出“外感七淫”学说；此外，还深入分析精神-心理-社会等压力因素与脏腑经络疾病发生、转化与复发的密切联系，在“内伤七情”基础上，增补“压情”致病论，提出“内伤八情”学说。笔者跟师随诊十余载，兹将其从七淫八情理论辨治酒精性心肌病的经验介绍如下。

酒精性心肌病是一种由长期大量饮酒引起的非缺血性心肌病，其特点是心室扩张和收缩能力受损，心室壁厚度正常或减少，广泛的研究已证明酒精及其代谢物对心脏的毒性影响。《内科学》[6]中酒精性心肌病诊断依据：①长期过量饮酒史[世界卫生组织(WHO)标准：女性＞40 g/d，男性＞80 g/d，饮酒5年以上]；②有符合扩张型心肌病的临床表现；③既往无其他心脏疾病史；④若能早期戒酒，多数患者心脏情况能逐渐改善或恢复。《医宗金鉴》云：“酒客病，谓过饮而病也，其病之状，头痛、发热、汗出、呕吐，乃湿热熏蒸使然，非风邪也。”张伯礼认为，辨治当分稳定期、急性加重期、控制后缓解期。缓则注重调理，扶正为本；急则祛邪为先，力挽将倾。缓解期扶正祛邪，注重损复[7]。

1 审因求证，源病求理，辨毒审压

1.1 溯本清源辨毒邪 毒之为病，论之久远，《素问·刺法论》云：“五疫之至，皆相染易……正气内存，邪不可干，避其毒气。”毒，《说文解字》释为“厚也，害人之草”，言其气厚重彪悍。《诸病源候论》记载了药毒、蛊毒、饮食中毒和杂毒病诸证。金元时期刘完素在《伤寒直格·主疗》中提到“凡世俗所谓阴毒诸证……皆阳热亢极之证”。明代吴又可认为“疫气即毒”，在《温疫论·应补诸症》中说：“今感疫气者，乃天地之毒气也。”清代温病学家王孟英《温热经纬》有“疫证皆属热毒，不过有微甚之分耳”的论述。近年来，一些学者将“毒”的范围拓展，提出郁毒、瘀毒、痰毒、癌毒、糖毒等病因概念。

龙家俊教授分析经典理论，从致病原因角度论毒邪，溯源求理，拓展毒邪理论，指出天行六气风、寒、暑、湿、燥、火，地生五味辛、甘、酸、苦、咸，其气太过者，皆可至极盛而成毒，此为外生毒邪之源。毒邪可分为急性之毒与慢性渐生之毒。急性之毒多为疫戾之气，口鼻、肌表、九窍皆为毒入之径，其毒性由外而内，伤人最速，穿经传气，多发流行；慢性渐生之毒可由外邪内传，蕴结脏腑经络而生，亦可由外邪内伤脏腑，随脏腑经络之阴阳虚实，久积蕴结，盛极而为毒。内生之毒与外邪相合为病，其毒性寒热变化多端，最为难医。其性彪悍，其气厚重，毒力强盛，急毒病情更为深重，如狂风暴雨迅速重伤元气，损伤元神，伤脏腑经络之形，无所不至。其发病从五官九窍、肌肉、筋骨、皮部等一切于外界接触之部位皆可受病而内传。

毒邪病机演变以败精损气阻络，耗神动神伤神为特点。临床将“毒邪”分为风毒、寒毒、火毒、水毒、湿毒、痰毒、疫疠之毒、五谷化毒、久瘀结块成毒(如肿瘤)、医药之毒、草木之毒、化学之毒、微生物之毒、雾霾之毒等。“毒邪”可单独为病，也可多毒相合为病。主张内气为成毒之本，外

邪为成毒之因，气化为成毒之枢。若人气化有常，则五气、五谷化生气血阴阳，入脉养生气；若气化无常，则五气、五谷变生阴阳邪气，稽留经络，阻滞气血，气血不通则生气渐少，邪气独留，邪气久居不去，深入脏腑精血，与形相合，胶结经络，化生寒热之邪，伤正阻经为病，邪气渐盛，正气渐虚，邪盛极而成毒。

毒邪是外感六淫之邪变化到一定程度所产生的新的外感病邪，具有独特的发病规律与临床表现，可明显区别六淫致病，然溯本求源，其根源于六淫之变，仍归于外感病邪一类，故以溯源归类方法度之，在外因致病方面提出毒邪致病的学说，拓展传统风、寒、暑、湿、燥、火六淫，为风、寒、暑、湿、燥、火、毒外感七淫致病理论[11]。

1.2 巧辨神机探压情 《灵枢·本神》曰：“凡刺之法，先必本于神。血、脉、营、气、精、神，此五脏之所藏也。何谓德、气、生、精、神、魂、魄、心、意、志、思、智、虑？请问其故。岐伯答曰：天之在我者德也，……因虑而处物谓之智。”龙家俊教授通过临床观察，提出天地神机之化，内生五志之变，气血阴阳之虚皆为压情之源。神气变化而衍生五志之化，五志之化必根基于气血之虚实动静，气血之不及则静有余而动不足，神气不足以伸展，易生压情；气血之太过则动有余而静不足，神气不平，亦生压情。喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七情阴阳变化之极，内伤脏腑精气，裹神困心，皆可产生压情。肝气郁结亦是内生压情的重要因素，郁甚伤精乃成压情。

人之神气合天地而生，天地养神，神气上通天阳，下彻地府，出入动静有常，和天地之阴阳，方致性平神和。压情为五脏神志极变所致，或出于心肝神魂，或出于心肺神魄。以五脏之神、魂、魄、意、志及其衍生的情绪变化喜、怒、忧、思、悲、恐、惊之七情。或因内外因素刺激，超出自我调平至于神和之度；或出于阴阳两极而产生的病邪，其出于脏腑，也解于脏腑。压情是内伤七情到一定程度所产生的新的病邪，具有独特的发病规律与临床表现，有别于七情致病，以形神互损，互相为病，气血内闭为其病变特点。

临床诊断在于虚与闭，五脏精气内虚为本，闭经气、闭血脉为标，虚闭互见方可诊断为压情。压情致病，其性如乌云裹天，上阻神气达天，下阻神气通地，闭塞神机，必有脏腑精血耗伤。久病压情，由气及血，由神及形，形神不合，多有脏腑、形体之损，形消肉减或形盛而虚，临证当纾解神机、疏通气血与补虚扶正并行。然溯本求源，其根源于情志之变，仍归于神气一类，故以溯源归类方法度之，在内因方面提出压情致病的观点，衍传统喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七情，为喜、怒、忧、思、悲、恐、惊、压内伤八情致病理论[8]。

1.3 毒、压同病多缠绵 毒邪与压情相兼为病，究其病源，毒邪分无形毒气与有形毒邪。压情致病乃神气极变，入阳神则伤三魂，入阴神则伤七魄，阴阳皆入则魂魄皆伤而致病。然毒邪与压情病有先后，酒客病为先病压情，后病酒毒，久病重症，毒邪与压情相兼为病，互为因果。酒之湿毒多夹热毒，入心脾肝肾之所，伤精气，败形体，痹血脉。久病不去，则心神不畅，五志拂郁，七情内伤，渐病渐重，至于极而内生压情，内闭气机，痹阻血脉，生气不至则脏腑精气不养，精形受损；浊气难出则气机不化，毒邪内生，神气之虚与闭，则神气阴阳两伤，魂魄受病。入阳伤三魂，多伤人魂幽精、地魂爽灵，久病天魂胎光亦伤；入阴伤七魄，先病除秽、非毒、伏矢，肝脾胃肠之证互见，气机失调，毒邪壅结难出，后病臭肺、雀阴，可见肺肾精气虚损，正虚邪实之证，也可兼病尸狗、吞贼，九窍不利，卫表不固，容易外感病邪。魂魄之病，复伤精、损形、败气、痹络，导致正气内虚，毒邪乘虚而入，深入而中未病之脏腑，或内生阴阳毒邪与既病之毒相合为病，毒邪与压情互为因果，则病情久痼，缠绵难愈，形成恶性循环。

主张久积为毒，非至极盛伤形不可称之为毒，其病位多深入脏腑精血，损阴伤阳，稽留经络；成毒之邪其病性必损伤脏腑、经络、精、气、血，阴阳互损，形神两伤方可称之为毒邪。毒邪为病，日久正虚，正虚毒邪深入难除，可由脏腑经络之形体，渐累及神气，导致神机内压，内生压情，阻气滞阴，神机不达，可酿生风火之毒，愈增毒邪之内盛。风毒为百毒之长，穿经透络，无所不至，可间夹其他阴阳毒邪相合为病，致毒邪与压情相互为病，久病不愈。

2 病证互参，因势利导，祛邪排毒

龙家俊教授认为酒毒多湿热，长期饮酒，酒毒久积脏腑经络，积盛成毒，酒毒致病可循三焦传

经，可直中脏腑，循经而传。一则脾胃肠湿热。酒毒归经，择肝而蓄，初病湿热邪盛，伤阴损阳，毒邪蓄积中焦肝脾胃肠，导致脾肾不足，后天受损则五脏六腑乏源，生发之气不足，阳不化阴，痰湿热瘀毒内阻，精血戕伤。二则肝脾肾虚损。酒毒中期，湿热胶着脾胃，留恋肠腑，耗气伤阴，阻滞经络，久病寒热夹杂，酿湿生痰，滞血成瘀，久病入络，由阳入阴，由实转虚，虚实夹杂，气、血、水、痰、瘀、湿、热、虚、毒夹杂为病。三则心阴心阳两虚。酒毒晚期，损伤心体，心气虚弱，心阳不振，水湿痰瘀毒阻络，血行不畅，心络阻遏，致心悸、胸闷、气喘。酒毒弥漫脏腑经络奇经八脉，入心脑伤精神，元阳精血大虚，形神俱消，多见于长期酗酒成瘾之人。正如《诸病源候论》所述：“酒性有毒，而复大热，饮之过多，故毒热气渗溢经络，浸溢腑脏，而生诸病也。”嘱患者完全戒酒，以祛除病因，因势利导，上下分消其湿热，祛邪排毒。

3 多维辨证，综合干预，攻补兼施

酒精性心肌病因长期过度饮酒所致，属中医酒客者，龙家俊教授基于七淫八情理论，注重毒邪、压情致病，病证互参定病机。以补为主，温不可劫阴；以攻为辅，祛毒不伤正。治拟益心气、养心阴、温心阳、安心神、通心络之法，以治其本；辅以清化湿热酒毒，利水化痰通腑之品，以治其标。所创龙氏心肌饮，处方：熟附子(先煎 1 h)、干姜各 15 g，桂枝、党参、麦冬、制黄精、生黄芪、车前子(包)、葶苈子(炒研)、炒赤芍各 30 g，炙甘草、五味子、灵芝、桃仁(打碎)、红花各 10 g，生大黄 6 g，川芎 20 g。多维辨证加减：①辨证加减。阳虚熟附子加量至 30 g(先煎 2 h)；阴虚加生地黄、天冬各 20 g；血瘀加丹参 20 g，炙水蛭 10 g；痰湿加制南星、姜半夏(打碎)、炒枳实各 10 g，陈皮 7 g；热证加金钱草 15 g，黄芩 10 g；气滞加降香、枳壳各 10 g。②辨体质加减。心气虚质加红参 15 g，生黄芪加量至 60～100 g；心阳虚质加肉桂(后下)6 g，生晒参 10 g；血瘀质加丹参、赤芍各 15 g；气郁质加香附、郁金、柴胡各 10 g；湿热质加茵陈 10 g，虎杖 15 g。③辨季节加减。春季加薄荷(后下)5 g，菊花 10 g；夏季加荷叶 15 g；秋季加百合 20 g；冬季加细辛 3 g。④辨地域加减。东北地区：加鹿角片(打碎，先煎)20 g；西北地区：加天冬 30 g；长江中下游，梅雨季节：加藿香、佩兰、苦杏仁各 10 g，薏苡仁 30 g。

4 病案举例

李某，男，46 岁，2016 年 6 月 10 日初诊。主诉：反复胸闷气喘十年余，加重 1 年。既往有饮酒史 20 年，平均每天 300 mL；有焦虑、轻度抑郁病史 20 年；有吸烟史 20 年，平均每天 20 支。2008 年曾就诊于中国医学科学院北京阜外医院，2008 年 10 月 30 日超声心动图：扩张型心肌病，左心扩大，左室显著，左室舒张末内经 74 mm，左心室射血分数(LVEF)20%。诊断为酒精性心肌病。现症见：心悸胸闷，夜间不能平卧，气短乏力，劳则气喘加重，精神抑郁，烦躁不安，心神不宁，形寒畏冷，胃脘嘈杂不适，夜尿频繁，大便难行，2～3 天 1 次。查体：血压(BP)110/70 mm Hg(1 mm Hg≈0.133 kPa)，神烦不畅，精神不振，面色少华，口唇紫绀，舌体青紫、舌苔白腻、边有齿印、舌下静脉充盈，脉寸关细数而涩、两尺乏力，颈静脉充盈，双肺呼吸音粗，双下肺闻及湿性啰音，心界叩诊向左侧扩大，心率 106 次/min，二尖瓣听诊区闻及收缩期 4/6 级吹风样杂音，双下肢轻微水肿。辅助检查：6 min 步行试验评估(6MWT)147 m；明尼苏达心力衰竭生存质量量表(MLHFQ)56 分；心电图：窦性心动过速，电轴左偏，左前分支传导阻滞，V1～V4 导联 R 波递增不良；血常规、小便常规、大便常规、凝血功能、血糖血脂、心肌损伤标记物(CK-MB、Myo、CTnI)均未见明显异常；肝肾功能电解质：总胆红素 33.6 μmol/L，直接胆红素 15.1 μmol/L，间接胆红素 18.5 μmol/L，谷丙转氨酶 109.1 U/L，谷草转氨酶 50.7 U/L，尿素氮 10.70 mmol/L，肌酐 147.5 mmol/L，钾 3.4 mmol/L，钠 134.4 mmol/L，余未见明显异常。胸部 CT：双肺多发条索影，右侧胸腔少量积液，心脏增大，心包腔积液。超声心动图：左心扩大，二尖瓣重度关闭不全，三尖瓣、主动脉瓣轻度关闭不全，左室舒张功能差，左室舒张末内径 74 mm，左室收缩功能减低，LVEF 36%。西医诊断：酒精性心肌病、心功能Ⅲ级。嘱完全戒酒，监测生命体征。予地高辛、氢氯噻嗪、螺内酯、马来酸依那普利、琥珀酸美托洛尔缓释片等药物治疗。请龙家俊教授远程会诊后，中医诊断：酒客病，辨证属气阴两虚、心血瘀阻证；治以益心气、养心阴、温心阳、安心神、通心络，辅以清化湿热酒毒、利水化痰通腑。方选龙氏心肌饮加减，处方：熟附子(先煎 2 h)、桂

枝、党参、麦冬、制黄精、生黄芪、炒赤芍、车前子（包）、葶苈子（炒研）各 30 g，川芎 20 g，干姜、炮姜各 15 g，炙甘草、五味子、灵芝、生大黄、红花、制南星、苦杏仁泥各 10 g，炒枳实、陈皮各 7 g。5 剂，每天 1 剂，煎煮，每次 200 mL，每天 2 次，温服。

2016 年 6 月 15 日二诊：静息下无胸闷气喘，夜间可平卧，无形寒畏冷，无胃脘部嘈杂不适，大便小便调。查体：BP 130/80 mm Hg，神清，精神可，口唇微绀，颈静脉充盈，两肺呼吸音粗，两下肺闻及湿性啰音，心界叩诊向左侧扩大，心率 69 次/min，二尖瓣听诊区闻及收缩期 3/6 级吹风样杂音，双下肢不肿。胸闷气喘改善，大便通畅，故熟附子减量至 15 g（先煎 1 h），去大黄、制南星、枳实，通腑祛痰之品，以防伤正，加桃仁（打）10 g，以润肠通便，上方 5 剂，服用方法同上。

2016 年 6 月 20 日三诊：轻微活动后无胸闷气喘，口唇不绀，舌苔淡白、舌下静脉根部隐显，脉细弱、两尺不足。复查肝肾功能电解质未见明显异常，6 min 步行试验评估（6MWT）519 m。药证合拍，治疗好转，给予出院。10 剂，研为细末，炼蜜为丸，丸重 5 g，每天服 3 次，每次 2 丸，以巩固疗效。

2016 年 8 月 7 日四诊门诊复诊：无胸闷气喘，舌苔淡白、舌下静脉根部和畅，脉细弦。复查超声心动图：左心扩大，二尖瓣重度关闭不全，三尖瓣、主动脉瓣轻度关闭不全，左室舒张末内经由 74 mm 减至 65 mm，LVEF 由 36%升至 53%。嘱继续口服上方丸剂，丸重 5 g，每次 2 丸，每天 3 次。

五诊至九诊：每 1～2 月门诊复诊 1 次或者电话随诊 1 次，据病情调整用药，嘱继续口服丸剂。随访至 2017 年 6 月，病情稳定，日常活动基本恢复正常，MLHFQ 23 分，心率 61～86 次/min，血压维持在 100～135/55～65 mm Hg。

按：该患者长期饮酒，酒毒循经入心，伤及气血，损阴耗阳，阻滞经络，致心肌损害。临床可见心悸胸闷气喘，轻微活动后加重，夜间不能平卧，酒毒顽固不去，久病不愈，神气调和失度，为压情内伤心肝精血虚弱之象；临床伴有精神抑郁，烦躁不安，心神不宁，口唇紫绀，舌体青紫，脉寸关细数而涩，为神闭气血之象；虚与闭二证俱现，故诊断为压情致病。压情日久，损神伤精，酒毒与压情相合为病，直伤心脉气血，益增心脉之疾，迁延日久伤阴耗阳，以致心阴心阳两虚。针对心阴心阳皆虚为其本，酒毒、湿毒、热毒、瘀毒、痰毒内阻心脉为标，故方中以黄芪、黄精补益心气，助心行血；党参、麦冬、五味子，即“生脉饮”，以养心阴；附子、桂枝、干姜、炮姜、炙甘草，温补心阳，使心阳振奋；灵芝补气安神；心主血脉，气血不通，滞则生瘀，血瘀水停，心络阻遏，致心悸、胸闷、气喘，方中加入川芎、赤芍、桃仁、红花，活血化瘀，以通心络。益心气、养心阴、温心阳、安心神、通心络，五法合用，补虚和络，扶正祛毒，以治其本。方中妙在附子一药三用，其一，附子为古四大君药之一，通行十二经，温通以祛心经湿阻之痹；其二，合生脉饮、黄精补阴收敛之品，一动一静，一行一收，使阴益而邪不留，阳行而阴不伤；其三，合桂枝、干姜温补元阳，助阳气伸展可缓“压情”，扶气血以补心脉之虚。辅以制南星、苦杏仁、枳实、陈皮化痰利湿，理气和中；大黄清热泻浊，车前子、葶苈子利水消肿，三药合用，釜底抽薪，祛邪排毒，纾解压情，以治其标。诸药合用，共奏补益心气、温通心阳、滋养心阴、豁痰利水、活血通络、祛邪排毒、纾解压情之效，使脉络通畅，心有所养，心神通达，标本兼治。同时针对“压情”，给予适当的心理疏导，运动引导，饮食调节，诸症皆除。

[参考文献]

[1] 陈新，程凌云，龙家俊. 龙家俊诊治难治性疾病的经验[J]. 江苏中医药，2014，46(6)：18-20.
[2] 蒋文波，金玉，陈昊，等. 龙家俊治疗心律失常经验[J]. 中华中医药杂志，2017，32(4)：1593-1595.
[3] 蒋文波，徐俊伟. 龙家俊辨治难治性疾病思路[N]. 中国中医药报，2017-09-18(004).
[4] 蒋文波，叶小彬，史波，等. 龙家俊辨治心衰病临证经验[J]. 江苏中医药，2022，54(1)：34-37.
[5] 蒋文波，徐俊伟，金玉，等. 龙家俊教授治疗难治性高血压所致眩晕经验[J]. 中医研究，2016，29(12)：41-43.
[6] 葛均波，徐永健，王辰. 内科学[M]. 北京：人民卫生出版社，2019：265.
[7] 金鑫瑶，张俊华，张立双，等. 张伯礼分期诊治慢性心力衰竭经验[J]. 中医杂志，2018，59(19)：1633-1636.
[8] 龙家俊，陈新. 难治性疾病中医临证探索[M]. 南京：江苏凤凰科学技术出版社，2016：3-10.

（责任编辑：刘淑婷）