

基于“伏寒”理论论治室性期前收缩

史可¹, 陈雨¹, 张钰¹, 刘恒君¹, 客蕊^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院老年病科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年7月6日; 录用日期: 2026年7月29日; 发布日期: 2026年8月7日

摘要

室性早搏(PVC)是一种常见的心律失常, 临床上表现为心悸、短气、胸闷等症状。近年来, 随着中医学理论的深入研究, 伏寒理论逐渐被应用于心脏疾病的诊断与治疗中。“伏寒”作为潜藏体内的始动因素, 其凝滞、伤阳之性, 是导致心脉不通、心阳不振, 进而引发心中悸动不安(室早)的核心病机之一。因此, 深入探析伏寒理论与室性早搏的内在联系, 不仅有助于阐明其发病机制, 更能为中西医结合防治该病开拓新的临床路径与研究方向。

关键词

伏寒, 室性早搏, 病因病机, 心悸

Based on the “Latent Cold” Theory in the Treatment of Ventricular Premature Contractions

Ke Shi¹, Yu Chen¹, Yu Zhang¹, Hengjun Liu¹, Rui Qie^{2*}

¹Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Geriatrics, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: July 6, 2026; accepted: July 29, 2026; published: August 7, 2026

Abstract

Ventricular premature beats (PVCs) are a common form of cardiac arrhythmia, clinically manifested as palpitations, shortness of breath, and chest tightness. In recent years, with in-depth research into

*通讯作者。

文章引用: 史可, 陈雨, 张钰, 刘恒君, 客蕊. 基于“伏寒”理论论治室性期前收缩[J]. 临床个性化医学, 2026, 5(4): 177-183. DOI: 10.12677/jcpm.2026.54237

Traditional Chinese Medicine (TCM) theory, the “Latent Cold” theory has been increasingly applied in the diagnosis and treatment of heart diseases. As a hidden initiating factor within the body, “Latent Cold”, with its properties of congelation and Yang impairment, is considered one of the core pathogenesis leading to obstruction of the heart vessels and debilitation of Heart-Yang, thereby triggering restless palpitations (i.e., PVCs). Therefore, a thorough exploration of the intrinsic relationship between the Latent Cold theory and ventricular premature beats will not only help clarify its pathogenesis but also open up new clinical pathways and research directions for the integrated prevention and treatment of this condition using both Chinese and Western medicine.

Keywords

Latent Cold, Ventricular Premature Beats, Etiology and Pathogenesis, Palpitation

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

室性期前收缩，简称室早(Ventricular Premature Contraction, PVC)，是最常见的心律失常之一[1]，临床以心悸、胸闷、脉结代为主要表现。现代医学治疗虽能控制症状，但存在副作用及复发率高等问题。中医药在改善症状、调节体质方面具有一定优势。近年来，“伏寒”理论，特别是黄永生教授阐发的“先天伏寒”学说，为阐释心血管疾病反复发作、遇寒加重的特点提供了新颖视角。该理论认为，潜藏于体内的寒邪是诸多慢性病迁延难愈的共性病根。临证观察发现，部分室性早搏患者伴有顽固性手足不温、畏寒等症，且病情常随季节、情志波动而反复，这与伏寒“潜藏、伤阳、伺发”的特性高度吻合。因此，本文基于“伏寒”理论论治室性早搏，以丰富其辨证体系，并为临床治疗提供新思路。

2. 伏寒的理论概述

2.1. 寒邪的内涵

寒邪为六淫之一，其性属阴，具有寒冷、凝滞、收引的基本特性。《素问·阴阳应象大论》言：“阴盛则寒”，明确指出寒是阴气偏盛的病理状态。其致病特点主要体现在三个方面：一为寒易伤阳。寒为阴邪，易损伤人体阳气。阳气具有温煦、推动、气化的功能，是维持生命活动的根本动力。寒邪侵袭，最易遏制或耗伤阳气，导致“阴盛则阳病”。临床上可见全身或局部畏寒、肢冷、喜温、分泌物清稀、舌淡苔白等一系列虚寒征象。二为寒性凝滞。“凝滞”即凝结、阻滞不通之意。人体气血津液的正常运行，全赖阳气的温煦与推动。寒邪侵入，使经脉气血失于温通，运行迟滞，甚则凝结阻塞，从而导致疼痛，即《素问·举痛论》所云：“寒气入经而稽迟，泣而不行……故卒然而痛。”[2]因此，“不通则痛”是寒邪致病的显著特征，疼痛部位多固定，得温则减，遇寒加剧。三为寒性收引。“收引”即收缩、牵引之意。寒邪侵袭人体，可使气机收敛，腠理闭塞，经络筋脉收缩而挛急[3]。客于肌表，则毛窍紧闭，卫阳郁遏，表现为恶寒、无汗、头身拘紧；客于经络关节，则经脉拘挛，出现关节屈伸不利、冷痛麻木；客于脏腑血脉，亦可导致脉络挛急，如寒凝心脉可致胸痹猝痛[4]。此外，根据五行学说，寒与肾同气相求，属水。寒邪不仅易伤肾阳，影响水液气化，致水肿、尿少；亦可循“水克火”之径，上凌心火，遏制心阳，导致心悸、胸闷、四肢厥逆等症，这为寒邪导致心血管疾病提供了重要的理论依据。

2.2. 伏寒的内涵

“伏寒”是“伏邪”与“寒邪”概念的结合。所谓“伏”，强调其潜藏隐匿、伺机而发的病理状态；所谓“寒”，则明确其伤阳、凝滞、收引的核心属性。伏寒的形成，多因正气(尤其是阳气)先虚，无力祛邪外出，致使寒邪得以深伏体内[5]。其潜伏途径大致有三：其一，感寒即伏，邪气乘虚潜入，暂不发病；其二，感寒发病，治疗失当，正气受损，余邪内陷；其三，寒病虽愈，然余邪未尽，隐匿为患。因此，伏寒致病具有鲜明的隐匿性、积聚性与伤损性，表现为病程漫长、反复发作、渐进加重，且常规祛邪之法往往难以根除。根据寒邪的来源与形成机制，伏寒可分为“先天伏寒”与“后天伏寒”两大类。

2.2.1. 先天伏寒

全国名中医黄永生教授基于《内经》“男女媾精”理论和任继学教授“伏邪探微”思想，创新性地提出“男女媾精，阳气不足，寒伏于内”的“先天伏寒”病因学说[6]。该学说认为，在生命孕育之初，若父母精气不足，则先天阳气禀赋薄弱，寒邪便可乘此虚潜藏于肾元，形成与生俱来的病理基础。此“伏寒”并非后天所得，而是作为一种隐性的体质偏颇贯穿个体生命周期。其临床辨识具有鲜明的规律性：顽固性足凉或手足不温是贯穿始终的核心体征。追溯病史可见，女性约自“二七”(14岁)天癸至时，即伴发痛经、手足凉；男性约自“二八”(16岁)始，出现手足凉，或伴少腹疼痛、遗尿。随着年岁增长，伏寒暗耗阳气，损伤脏腑，病势沿“肾→脾→心”的轨迹演进。至“五七”(女35岁)、“五八”(男40岁)前后，脾阳受损，常现胃脘冷痛、纳呆、嗳气等中焦虚寒之症；及至“七七”(女49岁)、“八八”(男64岁)阶段，心阳受累，则胸痹、心痛、心悸等心系病症凸显[7]。这一演进过程，精准对应了《素问·上古天真论》所描述的生命节律。其病机关键在于下焦寒伏与阴火上冲的寒热错杂格局。先天伏寒蛰伏于下，久耗肾脾之阳，致中焦运化不力，后天气血生化乏源。脾胃气虚，则元气不充，阴火失于镇潜，反成“阴火上冲”之势[8]。如此，则形成“下寒上热”之局：下部肾元虚寒，阳气不达四末，故手足逆冷；上部虚火浮越，扰心灼津，故见心烦、口干、失眠等“假热”之象。此非实热，实乃阳虚阴盛、虚阳浮越之候，为伏寒致病的复杂表现[9]。

2.2.2. 后天伏寒

后天伏寒指个体出生后，因外感或内伤因素导致的寒邪潜伏[10]。根据来源可分为两类：一为外感内伏：多因调摄不慎，如冒雨涉水、久居寒湿等外感寒邪，或过食生冷，寒邪直中。若当时正气尚可抗邪，或治疗不彻底，寒邪未能透达，则内陷潜伏，成为“宿根”。待人体正气一时之虚，内外相引，便骤然发病。二为内生潜藏：又称“内寒伏匿”，源于脏腑阳气日久虚衰，温煦气化失职，阴寒内盛。此过程常由久病伤阳、劳倦过度、年老体弱等因素导致。阳虚生内寒，此内生之寒邪同样具有“伏”的特性，潜藏于虚损之脏腑经络，持续耗伤阳气，并可作为新的病理基础，与痰、饮、瘀等病理产物互结，使病情胶固难解。后天伏寒与先天伏寒常互为因果。先天阳气不足之体，更易招致外寒或酿生内寒；而后天反复感寒或久病伤阳，又可加重先天伏寒之势，形成恶性循环。

3. 伏寒与室早发病的相关性

3.1. 病势隐匿与伏寒潜藏之性相合

伏寒致病，初起多潜藏体内，症候不显或仅有畏寒、足凉等非特异性表现。室早早期亦可呈隐匿状态，患者或仅偶感心悸，或于体检时偶然发现，此即《伤寒论》所言“藏结无阳证”之类似状态。部分患者平素即有明显畏寒、手足不温之体象，此乃伏寒内伏、阳气不布之外征，可视为疾病潜期的外在线索[11]。

3.2. 病情渐进与伏寒积聚之性相合

伏寒具有由微至著、渐积成患的特性。室早的病情演变常呈现渐进性，可由偶发至频发，由单纯心悸发展至伴有气短、乏力、眩晕，甚则影响心功能。此过程类似伏寒暗耗阳气，或与痰、瘀等病理产物相互搏结，使病邪日益深痼，病势不断加重的“积聚”过程。

3.3. 遇寒诱发与伏寒伤阳、伺机而发之性相合

寒邪易伤阳气，伏寒内伏之体，阳气本已不足。当外感寒邪、或内伤生冷、或劳累耗气时，内外寒邪相引，极易扰动内伏之寒，引动疾病发作。临床上，室早患者常在寒冷季节、气温骤降或饮冷后感寒时症状加重或复发，此即《素问·举痛论》“寒气客于脉外则脉寒，脉寒则缩蜷”之机，体现了伏寒遇诱因“伺机而发”的特点。

4. 伏寒理论视域下室早的病因病机与治疗思路

室早属于中医学“心悸”“惊悸”“怔忡”的范畴。其根本在于阳虚寒伏，此为病之本；在此基础上，寒邪凝滞，与痰、瘀等病理产物互结，阻塞心脉，此为病之枢；若病情进一步发展，因虚致实、寒热转化，可衍生虚火上扰或肝风内动等标象，直接扰动心神，此为病之标。故本文将从发病之本(心肾阳虚，寒邪内伏)、病机之枢(寒凝血脉，痰瘀互结)与标现之征(火扰风动，心神失守)三个层面，系统阐述伏寒理论视域下室性早搏的核心病机，并结合临床探讨相应的治疗思路。

4.1. 发病之本：心肾阳虚，寒邪内伏

室早之发生，其根本在于心肾阳气亏虚，伏寒深潜为患^[12]。此一病理格局，可由先天禀赋与后天失调两途形成。心阳乃一身阳气之主，为血液运行之动力。若心阳充沛，则能温煦心脉，鼓动气血有条不紊，维持心律匀整。然若心阳亏虚，其温运之力减弱，心脏失于濡养，心神便难以安宁，此乃心悸发生的内在基础。导致心阳亏虚之由，或为先天父母精气不足，“男女媾精，阳气不足”，致使先天伏寒随生命之始便潜藏于心肾，暗耗阳气；或为后天外寒直中、过食生冷、久病失治，后天寒邪乘虚内陷，深伏不去。寒为阴邪，其性收引凝滞，既可直损心阳，亦能使心脉拘挛，气血运行滞涩，发为心动悸、脉结代。

肾阳为先天之本，内寓元阳，能温煦并资助心阳。心阳之温煦与功能发挥，有赖肾阳之蒸腾与支持。若肾阳不足，则如釜底无薪，心阳失其根本温养，可致心阳亦随之虚衰，此谓“火不暖土，心肾不交”。肾阳亏虚，常由先天伏寒久羁、下元虚冷，或后天房劳过度、久病伤肾所致。肾阳虚衰，不能蒸化水液，水饮内停，上凌于心，则可困遏心阳，致心悸、胸闷、气短；肾水亏乏，不能上济心火，又可致心火独亢于上，虚火扰神而悸。此即《素问玄机原病式》所言之“水衰火旺而扰火之动也”^[13]。因此，心肾阳虚是伏寒得以产生和内潜的土壤，而伏寒(无论先天与后天)的潜伏与肆虐，又是持续耗伤心肾阳气的根源。二者互为因果，形成“阳虚则寒易伏，寒伏则阳更伤”的情形，共同构成了室性早搏反复发作、缠绵难愈的病理基础。临床所见患者之顽固性畏寒、手足不温、腰膝酸冷、夜尿清长等症，皆是此心肾阳虚、伏寒内潜之“本”的外在体现。

治疗上，当以温补心肾、散寒通脉为根本大法。临床常用麻黄细辛附子汤合桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减。若肾阳虚甚，腰冷尿频突出，可合用金匮肾气丸以温补肾阳；心阳虚明显，胸闷气短者，可加红参、黄芪益气温阳。现代药理研究表明，附子、细辛、桂枝等温阳药物具有增强心肌收缩力、改善心脏传导功能的作用。

4.2. 病机之枢：寒凝血脉，痰瘀互结

伏寒内伏，其“凝滞”之性是导致心脉痹阻、心律紊乱的核心病理环节。在“心肾阳虚，伏寒内潜”

之本的基础上，寒邪持续伤人，进一步衍生出痰、瘀等关键病理产物，二者相互搏结，壅塞心脉，构成室性早搏发生与进展的中心枢纽。寒为阴邪，性主收引凝滞。寒邪内伏，心阳失于温煦，则血脉挛急，血行不畅而成瘀血。此即《素问·调经论》“寒则泣不能流”之谓。瘀血阻络，心脉滞涩，直接扰乱心律[14]。同时，心肾阳虚，气化失司，水液代谢失常，停聚而成痰饮。痰饮属阴，与内伏之寒邪同气相求，易于结合。寒痰上凌，遏阻心阳，亦致悸动不安。痰与瘀在病理上常相互转化，交织为患。痰阻气机，可加重血瘀；瘀血内停，亦能影响津液布散而生痰。二者在伏寒的框架下相互胶结，深伏血脉之中，使病势缠绵，室性早搏反复发作，迁延难愈。现代研究亦提示，先天伏寒证候与机体高凝状态及复杂代谢紊乱相关，从微观层面佐证了此“寒、痰、瘀”互结的病理实质。因此，寒凝是因，痰瘀是成形之果。痰瘀互结作为“病机之枢”，上承阳虚伏寒之本，下启心悸频发之标，是疾病从虚寒状态向虚实夹杂、复杂胶着阶段转化的关键。临证若只见心悸而忽视此深伏之痰瘀，则治疗难触其根。

治疗上，需在温阳散寒基础上，着重化痰祛瘀、疏通心脉。常选用血府逐瘀汤合瓜蒌薤白半夏汤加减。胸痛明显者加檀香、降香行气止痛；痰湿重者加茯苓、陈皮健脾化痰；瘀血显著者加三七、水蛭加强破血逐瘀之力。黄永生教授治疗此类室早，常在温阳方基础上加用丹参、川芎、郁金等活血通络之品，收效显著。

4.3. 标现之征：火扰风动，心神失守

在“心肾阳虚，伏寒内潜”之本与“寒凝血脉，痰瘀互结”之枢的基础上，机体阴阳气血逆乱，可衍生出复杂的标象，主要表现为虚火上扰与肝风内动，二者共同扰动心神，构成室性早搏发作的直接诱因与外在征象。其核心在于中土失运，阴火上冲。李东垣在《脾胃论》中明确指出：“脾胃气虚，则下流于肾，阴火得以乘其土位”。本病心肾阳虚，火不暖土，常致脾胃气虚，运化失职。中焦乃气机升降之枢，脾胃一虚，清阳不升，浊阴不降，气机壅滞[15]。元气源于脾胃，脾胃既伤，则元气不足，阴火失于潜藏，反而上冲，此即“阴火上冲”之病机[16]。此火非实火，乃阳虚气陷所生之虚火。虚火上灼，扰及心神，则见心烦、心悸、失眠；灼伤津液，则见口干、咽燥，然虽口干却不多饮，或喜热饮。此热象为标，其本仍在于中下焦之虚寒。其次，常兼水不涵木，肝风内动。肾阳久亏，常可累及肾阴，致肾水不足。肝肾同源，肾水不能涵养肝木，则肝阴血亏虚，肝阳失潜，虚风内动。肝风挟痰瘀上扰心神，亦能引发或加重心悸，表现为心中惕惕不安、易惊、头晕目眩等症。此即清代医家所述“心悸……乃肝血虚不能养心也”之机制[17]。因此，室性早搏临床常见上热下寒、虚实错杂之象：患者既有下部畏寒、手足不温、腰膝酸冷等阳虚伏寒之本，又有上部心烦、口干、失眠等虚火上扰之标，或兼见头晕、易惊等肝风之征。这种“火扰风动”的格局，是伏寒致病深入发展、阴阳失和的重要标志，亦是心神失守、悸动不宁的直接动因[18]。治疗时需明辨此火属虚，此风属内，不可一味清热平肝，而当以温补脾肾、引火归元、潜阳熄风为法，方合其本。

治疗上，应遵循“温下清上”、“引火归元”的原则，兼顾潜阳熄风。常用交泰丸交通心肾，引火归元；加用生龙骨、生牡蛎、灵磁石重镇潜阳；肝风明显者加天麻、钩藤、白芍柔肝熄风。对于脾虚阴火上冲者，可选用补中益气汤加减，体现“甘温除热”之旨。此阶段用药需特别注意寒温搭配、升降相因，避免过于温燥或过于寒凉。

5. 病案举例

患者，男，48岁，2024年10月17日初诊，主诉：反复心慌伴胸闷3月，加重1周。自觉心跳有“停顿感”，持续时间数秒至数分钟不等，活动后及夜间静息时均可发生，伴有胸闷、气短，自服“复方丹参滴丸”后症状可稍缓解，但易反复。近1周因天气转凉，上述症状发作频率增加，每日可达5~6

次，故来就诊。患者诉平素畏寒，常年手足不温，尤以双足冰凉为著，即便夏季亦需穿袜入睡。腰膝酸软，夜尿频多，每晚 2~3 次，小便清长。刻下症：心慌阵作，胸闷，气短，神疲乏力，畏寒肢冷，双足不温，腰膝酸软，纳可，眠差多梦，夜尿频，小便清长，大便溏薄。舌质淡胖，边有齿痕，苔白滑，脉沉细而结。中医诊断：心悸(肾阳亏虚证)治法：温补肾阳，散寒通脉，安神定悸。方药：金匱肾气丸合麻黄细辛附子汤加减：熟地黄 20 g，山药 15 g，山茱萸 12 g，泽泻 10 g，茯苓 15 g，牡丹皮 9 g，桂枝 10 g，炮附子(先煎) 9 g，麻黄 6 g，细辛 3 g，煅龙骨(先煎) 30 g，煅牡蛎(先煎) 30 g，炙甘草 9 g，×7 剂，每日 1 剂，水煎 300 ml，分早晚两次温服。

二诊(2024 年 10 月 24 日)：患者诉心慌、胸闷发作频率明显减少，约每日 1~2 次，程度减轻，畏寒、足凉有所改善，夜尿减至 1~2 次，精神转佳。舌脉同前，脉象较前略有力。药已中的，守方继进，原方加红参 10 g(另炖兑服)以增益元气。续服 14 剂，以固疗效。

三诊(2024 年 11 月 7 日)：患者自诉心慌胸闷已基本未作，畏寒肢冷明显改善，双足转温，夜尿每晚 1 次，精神体力恢复如常，睡眠转安。舌质淡红，苔薄白，脉沉细，未见结代。此乃阳气渐复，寒邪得散，心神得安之象。为巩固疗效，防止复发，以金匱肾气丸合桂枝甘草龙骨牡蛎汤化裁，重在温补肾阳、健脾益气以善后：熟地黄 15 g，山药 15 g，山茱萸 12 g，茯苓 15 g，桂枝 10 g，炮附子(先煎) 6 g，煅龙骨 20 g，煅牡蛎 20 g，炙甘草 9 g，黄芪 15 g，白术 12 g。14 剂，水煎服。嘱其避寒就温，适度锻炼，随访三月，病情稳定，未再复发。

患者以“心慌伴胸闷，遇寒加重”为主诉，结合其平素顽固性畏寒肢冷、腰膝酸软、夜尿清长等症，及舌淡胖、脉沉细结之象，辨证属典型之肾阳亏虚、伏寒内扰、心脉失煦所致心悸。其发病与天气转凉明显相关，正契合伏寒“伺机而发”之特性。治疗紧扣“温补肾阳、散寒通脉”之根本大法，初诊以金匱肾气丸温补肾之元阳，合麻黄细辛附子汤(麻附细)温经散寒、鼓动阳气达表，佐以龙骨、牡蛎重镇安神。方中附子、桂枝、细辛相配，力专势宏，直祛深伏之寒；熟地、山茱萸等滋阴之品，寓“阴中求阳”之妙，防温燥伤阴。二诊症状显减，加红参大补元气，助阳气生化之源。三诊诸症向愈，调整方剂，减少辛散之力，增强健脾益气(黄芪、白术)固本之功，旨在使阳气生生不息，伏寒无以再生。全案治疗体现了从“温阳散寒治其标”到“温补脾肾固其本”的清晰思路，验证了运用伏寒理论，以温补之法治疗伴有虚寒体质室性早搏的显著疗效，为临床辨治此类病症提供了可资借鉴的范例。

6. 小结

室早，作为当今临床医学中一种常见的、反复发作的心脏疾病，对人们的健康构成了严重的威胁。通过深入研究伏寒理论，我们可以对室性早搏有更加深刻的认识。在伏邪理论体系中，伏寒理论作为重要分支，有着独特性质。它具备潜藏隐匿、状态动态变化、易损伤人体阳气以及容易积聚的特征。从医学角度深入探究，这些特性与室性早搏在病因根源、发病内在机制以及外在临床表现等方面，存在诸多共通之处，为研究室性早搏的发病原理提供了新的思考方向。在笔者看来，对于那些伴有寒象症状的室性早搏患者，可以尝试从伏寒理论的角度来进行治疗。在治疗过程中，我们不应仅仅局限于心脏本身的问题，而应该采取一种全面的视角，对患者的脏腑功能进行综合调理。通过运用温阳祛寒、养阴息风、健脾兼升清阳、泻阴火等多种治疗方法，我们能够实现对室性早搏的标本兼治，从而达到治疗的最佳效果。期待本文的研究成果能够为后续临床针对室早的诊疗实践，提供全新的辨证分析思路与中医临床诊疗思维模式，助力提升相关病症的治疗效果。

声 明

已获得患者的知情同意。

基金项目

① 黑龙江省自然科学基金项目(PL2025H259)益智地黄汤经肠脑轴丁酸信号调控小胶质细胞极化改善 MCI 的机制; ② 黑龙江省中医经典普及化专项课题项目(ZYW2025-095); ③ 黑龙江省中医药科研项目(编号 ZHY2024-014)。

参考文献

- [1] 曹克将, 陈明龙, 江洪, 等. 室性心律失常中国专家共识[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2016, 30(4): 283-325.
- [2] 黄梦文, 张笑霄, 孙晓宁, 等. 基于“少阴伏寒”理论探析心系疾病的辨治思路[J/OL]. 中医学报, 1-6. <https://link.cnki.net/urlid/41.1411.R.20250818.1413.048>, 2025-12-30.
- [3] 王健康, 丛云苗, 郭家娟. 全国名中医黄永生教授治疗室性早搏学术思想撷[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(12): 2874-2877.
- [4] 李德新, 等, 编. 中医基础理论[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1985.
- [5] 张笑霄, 肖烨, 黄梦文, 等. 姚魁武从“寒伏致瘀”分期辨治颈动脉粥样硬化[J]. 中医学报, 2026, 41(1): 20-24.
- [6] 李乐. “先天伏寒”证候诊断标准诊断效能评价和阈值的研究[D]: [硕士学位论文]. 长春: 长春中医药大学, 2024.
- [7] 田宇丹, 张敏. 黄永生教授应用“先天伏寒”病因理论治疗冠心病学术思想解析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(12): 30-32.
- [8] 张航, 冯嘉玮. 李东垣“阴火”与朱丹溪“相火”之比较研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(7): 871-873.
- [9] 郑大为, 牟宗毅, 靳宏光. 黄永生“先天伏寒”理论与伏寒方应用[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(9): 112-113.
- [10] 张丽秀, 刘铁军, 李安阳. 先天伏寒与外寒对脾胃病影响[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(3): 523-526.
- [11] 马莎. 冠心病室性期前收缩(先天伏寒兼血瘀证)的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 长春: 长春中医药大学, 2012.
- [12] 李秀冲, 李晓辉, 牟宗毅, 等. 名中医黄永生基于伏邪理论运用角药辨治冠心病经验[J]. 陕西中医, 2025, 46(7): 963-967.
- [13] 王钟. 浅析《伤寒论》对心悸的证治[J]. 河北中医, 2004(3): 229-230.
- [14] 吴峻豪. 心律失常的中医辨证研究[D]: [博士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2011.
- [15] 苏月嫻, 洪秀梅. 五脏阴火浅谈[J]. 四川中医, 2015, 33(10): 1-3.
- [16] 王颖, 李娟, 矫健鹏, 等. “阴火”发微[J]. 上海中医药大学学报, 2023, 37(3): 74-77.
- [17] 刘伟爽, 寇冠军, 王保和. 王保和从肝肾论治心悸经验[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(2): 27-28.
- [18] 张嘉琨, 朱林平. 基于李东垣“阴火理论”探析心悸[J]. 中医药通报, 2023, 22(11): 22-23+35.