

心腦血管病的五運六氣病理分析與中醫調理：經典理論、現代證據與臨床邊界

執行摘要

核心結論。五運六氣是《黃帝內經》用以描述「歲運—司天—在泉—客主加臨—氣候偏性—人體反應」的時空醫學框架。《素問·天元紀大論》以五行、五氣、五臟建立天人相應模型，《五常政大論》進一步討論五運「平氣、太過、不及」，《六元正紀大論》則將六氣、歲運及治法相聯繫。從中醫理論看，它可以被用作**辨識某一時段更容易出現風、火、濕、燥、寒等偏性，以及患者既有臟腑虛實可能如何被放大的輔助框架**，而不是現代意義上的獨立病因學或可精確預測心肌梗死、腦卒中的模型。[\[1\]](#)

對心腦血管病而言，較合理的中醫病機整合是：

五運六氣偏勝/不及→風、火、痰、濕、寒、燥偏性→肝、心、脾、肺、腎功能失調→氣滯、痰濁、血瘀、陰陽氣血虧虛→脈絡痹阻或清竅受擾→胸痹、心痛、眩暈、中風等臨床表現。

其中最常見的共同病機不是某一個「運」，而是**風、火、痰、瘀、虛相互轉化**；「痰瘀互結」「氣虛血瘀」「肝陽化風」「寒凝血瘀」等，比單純按出生年份或當年干支處方具有更直接的臨床可操作性。現行冠心病與高血壓中醫/中西醫結合指南的辨證框架，也主要圍繞血瘀、氣虛、陰虛、痰濁、氣滯、陽虛、肝陽上亢等證候，而不是將五運六氣作為首要診斷標準。[\[2\]](#)

現代關聯性研究支持「可以研究」，尚不能支持「可以因果預測」。例如南寧一項納入 1,117 例缺血性腦卒中住院患者的分析發現，不同主氣階段病例數存在差異，太陰濕土期病例較多，但按二十四節氣並未發現明確集中性；湖南地區 1,041 例腦梗死患者及貴陽老年高血壓研究也報告了出生運氣分類與疾病分布的統計關聯。這些研究普遍缺乏相應一般人口分母、充分控制氣溫、污染、感染、血壓、年齡等混雜因素，因此**不能據此說「某運出生的人一定較容易中風」或「某年必然心梗高發」**。[\[3\]](#)

真正相對強的臨床證據主要來自「中醫干預+標準治療」，而不是「依五運六氣選藥」。CTS-AMI 大型雙盲 RCT 中，3,777 例 STEMI 分析患者在指南治療之外使用通心絡，30 日主要不良心腦血管事件為 3.4%對 5.2%，1 年為 5.3%對 8.3%；缺血性卒中的血塞通軟膠囊 RCT 中，3 個月 mRS 0–2 比例為 89.3%對 82.4%；QUEST 試驗中，3,110 例射血分數降低型心衰患者加用芪蘆強心後，心衰住院/心血管死亡複合終點為 25.02%對 30.03%。這些結果值得重視，但均是在現代標準治療基礎上的**輔助治療證據**，不能外推為停用 PCI、抗血小板、他汀、降壓藥、抗凝藥或卒中再灌注治療的理由。[\[4\]](#)

非藥物治療的證據較弱但有部分實用價值。穩定型心絞痛一項 404 人 RCT 顯示，內關（PC6）與通里（HT5）電針聯合標準抗心絞痛治療可減少心絞痛發作；2026 年高血壓針刺 Meta 分析納入 7 項 RCT、812 人，收縮壓平均降低約 6.7 mmHg，但異質性高；卒中後推拿大型 RCT 在發病 1–3 個月亞組改善痙攣，較晚期亞組則無明確優勢；氣功、太極對血壓有小至中等降幅訊號，但研究品質與干預方案高度異質。[5]

臨床底線。 急性心肌梗死與卒中首先是急症，而非「運氣失調」問題。突發胸痛、冷汗、呼吸困難，或突然面歪、單側肢體無力/麻木、言語障礙、意識改變，應立即啟動急救與胸痛/卒中中心流程；STEMI 的及時 PCI、缺血性卒中的溶栓/取栓評估等標準治療具有時間依賴性，中藥、針灸、艾灸、推拿均不得延誤再灌注和影像學診斷。中國現行腦卒中中西醫結合指南也把中醫措施定位在常規專科治療基礎上的補充，且多數推薦證據等級為低、推薦強度為弱。[6]

經典源流與五運六氣的病理框架

《素問·天元紀大論》提出「五運相襲」「寒暑燥濕風」與五臟五氣的天人對應，是後世運氣學說的基本綱領；《五常政大論》集中討論木火土金水五運的平氣、太過、不及及其生化、疾病差異；《六元正紀大論》進一步把歲運、司天、在泉與「調其化」「和其運」相連結，形成臨床運用的基本邏輯。《生氣通天論》所強調的陰陽與四時關係，則提供了更寬廣的生理基礎。[7]

五運指木、火、土、金、水五類歲運變化；六氣通常指厥陰風木、少陰君火、少陽相火、太陰濕土、陽明燥金、太陽寒水。臨床並非簡單地認為「木年只病肝」「火年只病心」，而是分析歲運太過、不及、司天、在泉、主氣、客氣、勝復與患者自身稟賦是否形成疊加。《內經》本身就反覆使用「太過」「不及」「勝復」等動態概念，因此運氣學的核心其實是相對偏性與動態平衡，不是固定標籤。[8]

對心腦血管病，可以將這套理論理解為三層：

第一層是外部時令偏性。 風木偏亢強調升動、動搖；火熱偏亢強調炎上與耗傷；濕土偏盛強調黏滯、困阻；燥金偏盛強調津液耗傷；寒水偏盛則強調凝滯與陽氣受遏。這些均是中醫病理語言，不等同於現代生物醫學中的血管痙攣、炎症、血液黏度或自主神經功能，兩者不能直接畫等號。[9]

第二層是臟腑易感性。 心主血脈、肝主疏泄、脾運化水濕、腎與精髓及水液代謝相關，故外部偏性若作用於已有肝陽亢、脾虛痰濕、心氣不足或腎陰陽虧虛者，中醫理論上可能使既有證候更加突出。當代部分運氣學研究也嘗試以出生日期、歲運或主氣分析高血壓、冠心病、腦梗死易感性，但目前主要仍為病例分布與回顧性研究。[10]

第三層是共同終末病機。 不論起於風、火、濕、寒或體虛，心腦血管病的中醫辨證最後經常落在氣滯、痰濁、血瘀、氣陰不足、陽虛、肝陽化風等組合。現代穩定型冠心病中醫指南所列主要證候要素包括血瘀、氣虛、陰虛、痰濁、氣滯、陽虛與寒凝等，與上述「運氣→病邪偏性→證候」的第二、第三層比單純以干支年份決定方劑更加吻合。[11]

需要特別區分兩件事：

問題	目前較合理的判斷
五運六氣是否可作為中醫辨證的背景信息？	可以作為輔助線索，尤其用於季節、氣候偏性與患者體質/證候的整合；屬傳統理論框架。[12]
五運六氣是否已證明能預測個人心肌梗死或卒中？	尚未證明。現有研究主要是病例分布、回顧性或橫斷面分析，缺乏足夠的前瞻性驗證和因果控制。[3]
是否已有「按五運六氣選方」降低心梗/卒中死亡的RCT？	沒有具有說服力的大型直接驗證試驗。現有大型中藥 RCT 驗證的是固定製劑作為標準治療的附加療法，而不是運氣分層策略。[13]
能否用運氣理論替代血壓、血脂、房顫、影像與冠脈評估？	不能。現代指南的急性與二級預防管理仍建立在標準診斷、危險因素控制及再灌注/藥物治療之上。[14]

一項 2018 戊戌年心血管病病例報告可很好地說明「傳統運氣臨床思路」與「循證證據」的差別：作者依「火運太過、太陽寒水司天、太陰濕土在泉」分析五個病例，並使用五苓散、補陽還五湯等加減。這類文章展示的是如何按照運氣理論思考個案，但樣本只有病例，沒有隨機對照，不能用來估計療效大小。[15]

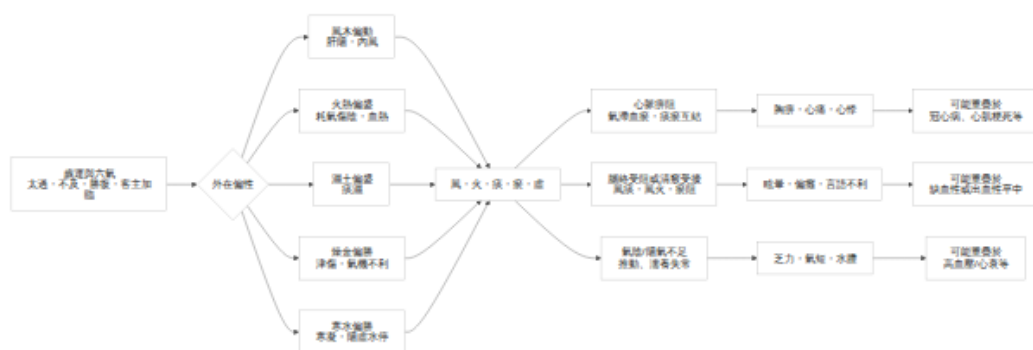
五運六氣與心腦血管病機的機制映射

下表是把《內經》運氣偏性、後世臟腑病機及現代心腦血管臨床表型放在同一張圖中的分析性映射。最後一欄只表示可能出現相似臨床表現或風險表型，不表示「某一運氣直接造成某一西醫疾病」；目前沒有足以證實這種一對一因果關係的研究。[16]

五運六氣 運行 / 病 理變化	臟腑、 經絡側 重	中醫病因 病機	常見證型	主要症狀/體 徵	可重疊的現代臨床情境
木運太 過、厥陰 風木偏勝	肝膽、 厥陰； 與心 脈、腦 絡相互 影響	陽升太 過、氣 逆；肝陽 上亢可化 風，風 痰、瘀血 上擾清竅	肝陽上 亢、風火 上擾、肝 風內動、 風痰阻絡	眩暈、頭 痛、面紅、 急躁、耳 鳴、肢麻； 重者口眼歪 斜、偏癱、 言語不利	高血壓及血壓波動；缺血 性卒中；若合併重度高血 壓等現代危險因素，可見 腦出血，但不能以「木 旺」預測出血
火運太 過；少陰 君火/少陽 相火偏盛	心、心 包、三 焦；心 脈、腦	火熱擾 心、血 熱、耗氣 傷陰；熱 與痰瘀相	心火亢 盛、痰火 擾心、氣 陰兩傷、	心悸、胸 悶、煩躁、 口渴、面 赤、失眠、	高血壓急劇波動、心絞 痛、心律失常；在既有冠 脈粥樣硬化背景下可與 ACS/MI 症狀重疊

五運六氣 運行 / 病 理變化	臟腑、 經絡側 重	中醫病因 病機	常見證型	主要症狀/體 徵	可重疊的現代臨床情境
	絡	結	風火上擾	頭脹痛	
土運太 過、太陰 濕土偏 勝；或土 不及、脾 運失健	脾胃、 太陰， 進而影 響心脈 與腦絡	濕聚成 痰，痰阻 氣機；久 則痰瘀互 結	痰濕壅 盛、痰濁 閉阻、風 痰阻絡、 痰瘀互結	肥胖/體重增 加傾向、頭 重困倦、胸 悶痰多、納 呆、苔膩	高血壓、代謝危險表型、 冠心病/穩定型心絞痛、 動脈粥樣硬化性缺血性卒 中；南寧病例研究中太陰 濕土階段病例比例較高， 但不構成因果證明。 [17]
金運/陽明 燥金偏勝	肺、大 腸、陽 明；肺 朝百脈 的傳統 關聯	燥傷津 液、肺失 宣降，氣 機不暢； 津虧可與 血瘀並見	燥傷陰 津、氣陰 不足、氣 滯血瘀	口鼻乾、皮 膚乾、大便 燥結、胸悶 氣短	可與老年高血壓、冠心病 患者的陰津不足/便秘表 型重疊；目前沒有證據證 明「燥金」本身導致血液 高凝
水運太 過、太陽 寒水偏勝	腎、膀 胱、太 陽；心 腎相交	寒主收引 凝滯；陽 氣受遏則 血行不 暢、水液 停聚	寒凝心 脈、心陽 不振、陽 虛水泛、 寒瘀	畏寒、肢 冷、胸痛遇 寒加重、水 腫、乏力	冠心病/心絞痛、心衰表 型及寒冷季節血壓變化可 有症狀重疊；不能以此取 代冠脈或心功能檢查
火不及而 寒水乘之	心腎	心陽不 足、寒凝 脈絡	心陽虛、 寒凝血瘀	胸悶胸痛、 心悸、冷 汗、四肢冷	慢性冠心病/心衰的部分 症候表型；急性胸痛必須 首先排除 MI
土不及而 木乘；脾 失健運	肝脾	肝氣犯 脾、脾虛 生痰，再 與瘀相結	肝鬱脾 虛、痰 濕、痰瘀	情緒誘發不 適、腹脹、 納差、胸 悶、頭重	高血壓伴壓力/焦慮、代 謝性危險因素、慢性冠心 病
勝復、郁 發或客主 加臨使既 有偏性加 重	視患者 「宿 疾」而 定	外在氣候 偏性與內 在虛實相 合，「同 氣相求」 式加劇原 證	原證加 重，而非 形成一個 固定「運 氣證」	原有頭暈、 胸悶、血壓 波動、睡眠 等在特定時 段加重	最適合作為觸發因素假說 研究；應同時測量氣溫、 濕度、污染、感染、睡眠 等現代暴露因素

其病機可以概括為：



這張圖是中醫理論模型，不是已被證明的生物醫學事件鏈。現代研究若要驗證它，必須證明運氣指標在調整實際氣候、血壓、房顫、吸菸、糖尿病、血脂、空氣污染等已知風險因素後仍有獨立預測價值；目前可檢索到的五運六氣心腦血管研究還沒有達到這一證據標準。[\[3\]](#)

現有五運六氣觀察研究的代表性結果：

研究	設計/樣本	主要發現	最重要限制
南寧缺血性腦卒中研究	單地區回顧性住院病例, 1,117 例	太陰濕土主氣階段 209 例 (18.7%) 較多, 少陽相火 198 例 (17.7%); 二十四節氣未顯示明確集中性	僅一個運氣年度、無一般人口對照與暴露校正, 病例數 ≠ 發病風險。 [17]
湖南腦梗死與出生運氣研究	1,041 例 住院腦梗死, 2019–2022	出生年運氣分類的患者分布存在差異	沒有同出生年代健康人口的分母, 容易受年代人口結構與選擇偏倚影響。 [18]
貴陽老年高血壓研究	約 1,092 例 社區老年人, 橫斷面	報告若干出生運氣類別與高血壓患病存在統計關聯	橫斷面設計、混雜控制及多重比較問題, 使因果推斷能力很弱。 [19]
冠心病合併高血壓五運六氣稟賦研究	1,049 例 病例分析	報告不同出生運氣稟賦病例分布差異	病例分布不能直接等同於一般人群相對風險。 [20]

因此，現階段最穩妥的臨床表述是：五運六氣可以提出「誰在什麼時段可能更容易出現何種中醫偏性」的假說；真正決定是否發生心梗、腦梗或腦出血的臨床風險評估，仍必須以血壓、血脂、糖尿病、房顫、吸菸、腎功能、血管影像與既往事件等現代醫學指標為核心。

國家心腦血管疾病防治政策同樣把高血壓、血脂、糖代謝、冠心病和卒中的規範管理與二級預防置於核心位置。[\[21\]](#)

現代臨床證據與證據強度

以下優先列入較大型、設計較嚴謹或對臨床決策較有代表性的研究。需要注意，「某一中藥有效」不等於「五運六氣理論被驗證」；這是兩個不同的研究問題。

干預/疾病	研究設計與樣本	劑量/療程	主要結果與效應量	解讀
通心絡 + 標準治療；STEMI	CTS-AMI, 多中心、隨機、雙盲、安慰劑；3797 隨機、 3777 納入主要分析；124 中心	負荷量後約 1.04 g, 每日 3 次, 12 個月 , 同時接受指南 STEMI 治療	30 日 MACCE 3.4% vs 5.2% , RR 0.64; 心源性死亡 3.0% vs 4.2%。1 年 MACCE 5.3% vs 8.3% , HR 約 0.64; 重大出血未顯著增加	中藥心血管領域較強的硬終點 RCT 之一; 但為中國人群、固定複方、標準治療的附加療法, 機制與跨人群外部效度仍需驗證。 [22]
血塞通軟膠囊/三七總皂苷; 缺血性卒中	67 家三級中心、雙盲安慰劑 RCT; 3072 隨機、 2966 mITT	120 mg 口服 每日 2 次, 3 個月 , 起病 14 日內加入標準治療	3 月 mRS 0–2: 89.3% vs 82.4% ; OR 1.95 (95%CI 1.56–2.44); 絕對差 6.9 個百分點, 粗略 NNT 約 15。嚴重不良事件 1.0% vs 1.1%	有臨床功能終點支持; 但多數患者未接受溶栓/取栓、人群主要為中國漢族, 作者指出外部效度有限; 12 月部分效果未持續顯著。 [23]
芪蘆強心 + GDMT; HFrEF	QUEST, 隨機雙盲安慰劑、多中心, 3110 例, 133 家醫院	4 粒, 每日 3 次 ; 中位隨訪 18.3 月	心衰住院/心血管死亡 25.02% vs 30.03% , HR 0.78 (0.68–0.90); 心衰住院 15.63% vs 19.16%; 心血管死亡 13.31% vs 15.95%; 不良事件相近	支持 HFrEF 中作為 GDMT 附加治療, 但所有患者仍接受現代心衰治療; 部分研究藥物與經費來自企業。 [24]
針刺; 慢性穩定型心絞痛	4 組 RCT, 404 隨機、 398 ITT, 5 中心	PC6 內關 + HT5 通里, 30 分鐘, 每週 3 次×4 週 = 12 次 ; 所	至 16 週, 疾病相關經脈組較非相關經脈組多減少 4.07 次/4 週, 較假針多減少 5.18 次/4 週 , 較等待	對症狀頻率有中等質量訊號; 沒有證明可降低 MI 或死亡, 也不適用於急性冠脈綜合徵。 [25]

干預/疾病	研究設計與樣本	劑量/療程	主要結果與效應量	解讀
		有人接受標準抗心絞痛藥物	組 5.63 次/4 週	
針刺；原發性高血壓	2026 Meta 分析, 7 RCT 、 812 例	各研究方案不同	SBP MD -6.73 mmHg (-8.84 至 -4.62) ; DBP -6.59 mmHg (-9.42 至 -3.76)	有降壓訊號, 但 SBP $I^2=73.3\%$ 、DBP $I^2=90.9\%$, 干預與不良反應報告不一致, 不能替代降壓藥。[26]
針刺；卒中康復	2023 版中西醫結合卒中指南基於系統檢索提出推薦	吞嚥障礙常用風池、金津、玉液、廉泉、翳風, 約 4 週 ; 肢體功能在生命體徵穩定時可與康復合用	指南對吞嚥、運動功能等給出 低證據、弱推薦	可作康復輔助手段; 急性期必須先完成影像及再灌注/出血處理。[27]
推拿 + 康復；卒中後上肢痙攣	評價者盲法 RCT, 444 例 , 16 機構	推拿 + 常規康復, 4 週	發病 1–3 個月 亞組 3 個肌群 MAS 改善優於康復單用, 效果持續至 3、6 月; 4–6 及 7–12 月亞組無顯著優勢; 未報告推拿相關 AE	可用於特定恢復期痙攣, 但效果具有時期依賴性, 不能推廣至所有卒中患者。[28]
氣功；高血壓	系統評價/Meta 分析	方案、頻次差異大	與不運動相比, 2021 Meta 分析 SBP MD 約 -8.90 mmHg (95%CI -12.13 至 -5.67)	適合作為低風險運動/身心調節的輔助選項; 研究樣本及方法學異質, 不能推論硬終點。[29]
太極；高血壓/血壓偏高	多項 RCT 及 Meta 分析	多為數週至數月規律練習	2020 Meta 分析報告相較不運動 SBP 約下降 6 mmHg ; 不同研究降幅差異較大	可作有氧、平衡及身心運動的一部分, 而非藥物替代。[30]
艾灸；高血壓	2021 系統評價, 18 項 RCT	穴位與療程高度不一	作者評為 低至中等質量證據 , 可能降低血	證據明顯弱於標準降壓治療; 可出現

干預/疾病	研究設計與樣本	劑量/療程	主要結果與效應量	解讀
			壓；長期安全性不確定	燙傷、水泡等局部AE。[31]
中醫食療；高血壓陰虛體質	小型隨機雙盲研究，僅 10 例	食療 + 健康教育，4 週	報告陰虛體質及血壓改善	樣本極小，不能作為有效降壓的充分證據；「中醫食療」的硬終點證據是目前最薄弱的一環。[32]

對卒中的證據尤其要避免「Meta 分析陽性 = 臨床證據很強」的誤讀。2025 年發表的《腦卒中中西醫結合防治指南（2023 版）》在系統檢索後形成 18 條推薦，但多數中藥、針刺及腦出血中醫補充治療均被評為**低證據、弱推薦**。例如缺血性卒中可在常規治療基礎上考慮活血化瘀類中藥 3–30 日；溶栓患者須嚴格評估出血風險；腦出血患者更需考慮血腫擴大與再出血風險。這種措辭本身就表明，指南沒有把中醫措施視為替代性的一線急救治療。[27]

艾灸的證據更不一致：早期系統評價甚至認為沒有足夠證據證明其對高血壓有益，較新的 18 項 RCT 評價則認為可能有降壓作用，但證據仍屬低至中等質量，長期安全性未確立；一項社區研究中可見輕度燙傷/水泡。因此，不宜把艾灸描述成已證實的降壓療法。[33]

中醫食療的情況類似。中國疾控部門支持限鹽、合理膳食並認為適當中醫食療可作健康管理的一部分，但專門按中醫體質或五運六氣配膳的高質量心腦血管硬終點 RCT 極少。相較之下，「Chinese Heart-Healthy Diet」等中國膳食模式研究有更強的血壓證據，但它本質上是循證營養干預，**不應被包裝成五運六氣食療得到驗證**。[34]

定性證據強度圖（為本報告綜合評估，不是正式 GRADE 重新評級）：

干預/命題	相對證據強度
大型中成藥 + 標準治療，臨床硬/功能終點	■ 較強
└ 通心絡/STEMI	
└ 血塞通/缺血性卒中	
└ 芪蔘強心/HFrEF	
針刺 + 標準治療，穩定型心絞痛症狀控制	■ 中等
針刺，高血壓血壓下降	■ 低-中
卒中康復針刺/推拿	■ 低
氣功/太極降壓	■ 低-中
艾灸降壓	■ 低
中醫特異性食療	■ 很低

五運六氣分層治療預防 MI/卒中
「出生運氣」預測個人心腦血管事件

極低/缺直接 RCT
極低

因此可以形成一個重要的證據排序：

現代標準治療 > 經大型 RCT 驗證的中醫附加療法 > 一般辨證論治/針灸康復 > 五運六氣作時間與體質修飾因素 > 單憑出生運氣預測疾病。

辨證調理、方藥與針灸的實際策略

下面所列方藥是證型框架中的代表方，不是給沒有面診、脈舌、肝腎功能及用藥資料者直接照方抓藥的處方。心腦血管患者常同時服用阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛、華法林/DOAC、他汀、ACEI/ARB/ARNI、利尿劑、抗心律失常藥，因此固定給出每味藥克數反而具有實際安全風險。冠心病指南及中西醫結合康復共識採用的代表方包括血府逐瘀湯、瓜蒌薤白半夏湯、生脈散、黃連溫膽湯等；卒中指南則把補陽還五湯及三七製劑等列為可考慮的補充方案，但證據多為低級別。[\[35\]](#)

湯劑劑量原則：實務上應由註冊/執業中醫師按原方比例、年齡、體重、血壓、肝腎功能及抗栓用藥逐味決定；慢性穩定期通常以短療程後重新辨證，而不是數月不變方。對有 RCT 規格的固定中成藥，則應遵循研究劑量、核准說明書與醫師處方，不能將研究中的產品劑量換算為相同藥材自行配製。[\[36\]](#)

常見

證型	主要臨床線索	治法及代表方	常用加減方向	針灸思路	合理療程/預期目標	主要禁忌與安全點
肝陽上亢/風火上擾	高血壓伴頭脹痛、眩暈、面紅、急躁、耳鳴，舌偏紅	平肝潛陽、清熱熄風；天麻鉤藤飲類	腰膝酸軟可兼顧肝腎；火熱偏盛再清熱；不可只因血壓高就一律「清肝」	GB20 風池、LR3 太衝、LI11 曲池、PC6 內關、KI3 太溪等，依證加減	慢性穩定患者常按數週為一評估週期；目標首先是改善頭暈、頭痛及輔助血壓控制	高血壓急症不能靠中藥/針刺降壓。需排除卒中、主動脈夾層、ACS 等；不得自行停降壓藥。高血壓中西醫指南把肝陽、痰濕、瘀血等作辨證框架，而非替代血壓目標。 [37]
痰濕壅盛/	頭重、眩暈、胸悶、痰多、困倦、	健脾化痰；半夏白朮天麻湯；胸痹痰濁可考	熱象明顯可向黃連溫膽湯方向；脾虛明顯則健	ST40 豐隆、SP9 陰陵泉、CV12 中脘、PC6 內關、ST36	約 2–4 週評估症狀；配合減重、限鹽和標準降壓/抗缺血治療	半夏等藥材製法、配伍有要求；胸痛發作不能先「化痰」觀察而延誤 ACS 診斷。穩定冠

常見證型	主要臨床線索	治法及代表方	常用加減方向	針灸思路	合理療程/預期目標	主要禁忌與安全點
痰濁閉阻	納差、舌苔厚膩	慮瓜蒌薤白半夏湯類	脾益氣	足三里		心病指南承認痰濁為重要證候要素。 [11]
風痰阻絡	卒中恢復期肢麻、偏癱、口角歪斜、言語不利，兼痰濁線索	化痰熄風、通絡；常由半夏白朮天麻湯等辨證加減	氣虛加益氣；痰重則兼活血，但需評估抗栓與出血風險	GV20 百會、LI11 曲池、LI4 合谷、ST36 足三里、GB34 陽陵泉、ST40 豐隆等；具體方案宜與康復醫師協作	病情穩定後數週康復療程；主要看 FMA、步行、ADL、吞嚥等功能，而非只看「有效率」	急性卒中先 CT/MRI 和再灌注評估；頸動脈區不得做粗暴深壓推拿。卒中針刺目前仍屬低證據弱推薦。 [38]
心血瘀阻 / 瘀血阻絡	固定刺痛、夜間痛、舌暗有瘀點、脈澀；卒中後亦可見瘀象	活血化瘀、通絡；冠心病常以血府逐瘀湯或冠心病 II 號類辨證	氣滯加行氣；寒象加溫通；氣虛兼益氣	PC6 內關、CV17 膻中、BL17 膈俞、SP10 血海等	穩定冠心病以心絞痛次數、硝酸甘油使用、運動耐量等評估；一般數週重新辨證	阿司匹林、雙抗、抗凝患者尤其要核對活血藥。丹參與華法林已有臨床相互作用證據；腦出血或出血轉化需專科評估後才可考慮活血療法。 [39]
氣虛血瘀	乏力、氣短、自汗、肢體無力兼瘀象；常見於卒中恢復期/慢性冠心病	益氣活血；補陽還五湯類	痰濕加化痰；陰傷則避免過於溫燥	ST36 足三里、PC6 內關、LI11 曲池、GB34 陽陵泉、SP6 三陰交等配康復訓練	卒中指南對補陽還五湯等作常規治療的補充，常見急性/恢復早期療程在數日至數週範圍；功能改善需以量表與 ADL 判斷	黃芪、當歸、桃仁、紅花等多藥配伍時須核對血壓、抗凝/抗血小板治療；不能因「氣虛」而減少現代二級預防。 [27]
氣	心悸、	益氣養	心悸重需	PC6 內關、	慢性穩定期 2–	甘草若長期或大劑

常見證型	主要臨床線索	治法及代表方	常用加減方向	針灸思路	合理療程/預期目標	主要禁忌與安全點
陰兩虛 / 陰虛陽亢	氣短、乏力、自汗/盜汗、口乾；或眩暈耳鳴、腰膝酸軟	陰；冠心病常用生脈散類；陰虛陽亢則滋陰兼平肝	首先排除房顫、室性心律失常；失眠可辨證安神	HT7 神門、ST36 足三里、SP6 三陰交、KI3 太溪	4 週評估症狀與心率/血壓；不以舌脈改善代替 ECG 或心衰指標	量可導致假性醛固酮增多、低鉀與血壓升高；心衰、腎病、低鉀、使用利尿劑者尤其需注意。 [40]
寒凝心脈 / 心陽不振	胸痛遇寒加重、四肢冷、畏寒、舌淡暗；陽虛者兼氣短、乏力	通陽散寒、化痰通脈；常用瓜蒌薤白類方；真正心陽虛有時涉及參附類方	合併瘀象才兼活血；不要把任何胸痛都判為寒凝	PC6 內關、CV17 膻中、BL15 心俞、ST36 等；艾灸僅限病情穩定且感覺正常者	僅限慢性穩定期辨證；預期改善胸悶、畏寒等症狀	含附子/烏頭方絕不應自行服用。烏頭鹼中毒可造成致命性室性心律失常與休克；急性胸痛須先排除 MI。 [41]
痰熱腑實 / 痰熱內閉	急性卒中部分患者見意識障礙、痰熱、便秘等	只能在住院專科環境下辨證；部分指南涉及通腑或安宮牛黃丸等方案	必須依影像區分缺血/出血並評估吞嚥、腎肝功能與出血	急性期針灸須在生命體徵穩定、急救處置完成後進行	指南對腦出血痰熱內閉的安宮牛黃丸等為 低證據、弱推薦	不能在家看到昏迷就自行灌藥，存在誤吸和延誤救治危險；某些傳統製劑成分亦需考慮毒理和禁忌。 [27]

對已具有較好 RCT 證據的固定製劑，應把「證型思維」和「研究劑量」分開理解：

製劑	研究中人群	研究劑量	不能外推為
通心絡	STEMI，在指南治療基礎上	負荷後約 1.04 g，每日 3 次，12 個月	胸痛時自行服用以代替急診、抗血小板或 PCI。 [42]
血塞通	起病 14 日內、NIHSS	120 mg，每日 2	代替溶栓、機械取栓或房顫抗凝；

製劑	研究中人群	研究劑量	不能外推為
軟膠囊	4–15 的缺血性卒中	次，3 個月	研究亦排除了腦出血。[23]
芪蔭強心	LVEF≤40%的 HFrEF	4 粒，每日 3 次，加入標準心衰治療	代替 ARNI/ACEI/ARB、β阻滯劑、MRA、SGLT2i 等 GDMT。[24]

針灸劑量也應用「治療暴露量」描述，而不是把一次針刺當成藥片。慢性穩定型心絞痛的較高質量 RCT 是 30 分鐘/次、每週 3 次、4 週，共 12 次，使用內關與通里並同時接受標準抗心絞痛治療；不能把這個方案直接外推到急性心梗。[43]

卒中針灸則更依階段與功能障礙而異。現行中西醫結合指南對吞嚥障礙建議普通針刺約 4 週，可選風池、金津、玉液、廉泉、翳風；病情穩定的運動障礙患者可在常規康復基礎上使用針刺，但整體證據級別仍為低。[27]

急慢性管理、生活調攝與安全性

五運六氣最合理的臨床用途，不是在急性事件時「算運氣再處方」，而是在**穩定期作為季節性調攝與證候變化的附加維度**。急性期的決策順序應完全相反：先確定是否心梗、缺血性卒中或腦出血，再談中醫輔助方案。[44]



飲食。心腦血管預防首先應遵守已被證實的原則：限制鹽及高鈉調味品，避免過多添加糖與高度加工食品，增加蔬菜、水果、豆類、全穀物及合理蛋白來源；中國疾控的高血壓膳食建議明確包括限鹽、合理蛋白和健康體重管理。中國心臟健康膳食 RCT 也支持中國飲食文化背景下的降壓效果。[34]

在此基礎上再做中醫化個體調整比較合理。例如痰濕證應特別避免長期高油、高糖、過量飲酒和夜宵；陰虛/火旺者不宜長期大量辛辣、烈酒；寒凝陽虛者也不應因「溫補」而喝

高鹽濃湯、肥肉湯。也就是說，**辨證食療不能違反心血管營養學的基本原則**。專門依五運六氣制定食譜以降低卒中或 MI 的證據目前不足。[45]

運動。對病情穩定者，規律有氧活動、力量與平衡訓練應是基礎；太極和氣功可以作為較低衝擊的身心運動形式。現有 Meta 分析顯示氣功和太極可能降低血壓，但研究異質性及偏倚使效果量不能視為與降壓藥等價。卒中或心衰患者的運動量應依心肺與神經功能調整。[46]

睡眠與情志。從中醫角度，長期熬夜可理解為耗傷陰血，持續憤怒、焦慮則容易被歸入肝失疏泄、肝陽偏亢；從現代管理角度，規律睡眠、壓力管理及改善生活方式也是高血壓與心腦血管慢病管理的一部分。因此，可將呼吸練習、太極、八段錦、氣功或正念式活動作為情志調攝工具，而不是宣稱它們能「疏通血管」或消除斑塊。[47]

將五運六氣真正用在預防上，可採較保守的「證候預警」方式：

- 風木、火熱偏盛而本人平素肝陽亢者，重點不是預測中風日期，而是更嚴格監測血壓、睡眠及情緒，避免停藥和過量飲酒。
- 濕土偏盛而本人肥胖、痰濕明顯者，重點是體重、腰圍、飲食和運動，而不是單純服化痰藥。
- 寒冷偏盛而已有冠心病者，應注意保暖、避免突然劇烈戶外運動並維持抗缺血/二級預防治療；任何新發胸痛均按 ACS 處理，而不是先判斷「寒凝心脈」。
- 這種方式把運氣學當成**提高依從性與季節性自我監測的提醒工具**，比用它取代現代風險模型更符合目前證據邊界。相關五運六氣病例研究尚不足以證明事件預測能力。[48]

藥物—中藥相互作用是心腦血管病最容易被低估的風險。

丹參與華法林的藥代/藥效相互作用已有文獻報告，可能提高抗凝效應及出血風險；其他活血化瘀方常同時含桃仁、紅花、當歸、三七等，因此服用雙抗或抗凝藥者應把完整中藥名單告知心內科/神經科與中醫師，而不能把「天然」等同於「無相互作用」。[49]

甘草/甘草酸可造成假性醛固酮增多，表現為低鉀、高血壓、水腫等，對本來就有高血壓、心衰、腎功能下降或服用利尿劑的患者尤其重要。[50]

附子、川烏、草烏所含烏頭類生物鹼處理不當或過量可造成嚴重神經和心臟毒性，尤其是室性心動過速、室顫等致命性心律失常；因此所有含烏頭類藥物的「溫陽救逆」「散寒通脈」方案都必須由合格醫師處方，不能自行煎煮加量。[41]

艾灸存在皮膚燙傷、水泡及煙霧暴露等問題，感覺障礙、糖尿病周圍神經病變、卒中後感覺減退者更不宜自行長時間灸治；系統評價仍認為其長期安全性資料不足。[51]

針刺在規範操作下多數不良事件為局部疼痛、皮下出血或瘀斑，但服用抗凝藥者仍需告知操作者並避免高風險深刺部位；慢性穩定型心絞痛 RCT 明確監測了出血、皮下出血、血腫、暈針、感染等事件。[52]

最重要的「禁忌」不是某一穴位，而是延誤急救。新出現持續胸痛、呼吸困難、冷汗、暈厥；突然偏癱、失語、視力改變、劇烈頭痛、意識障礙時，不應先服活血藥、安宮牛黃丸、推拿、放血或艾灸觀察效果。中國卒中中西醫結合指南也把中藥和針刺置於影像診斷及常規專科治療之後，且腦出血的活血化瘀治療必須評估血腫擴大、凝血功能和再出血風險。[53]

研究缺口、臨床結論與參考文獻

從研究方法學看，五運六氣與心腦血管病之間最大的問題並不是「完全沒有相關性訊號」，而是**現有研究設計很難回答因果問題**。

首先是**分母問題**。如果某一年、某一出生干支的病例較多，必須知道同一年或同一出生年代一般人口究竟有多少；否則病例比例可能只反映人口出生高峰、年齡結構或就醫模式，而不是疾病易感性。南寧 1,117 例卒中與湖南 1,041 例腦梗死研究很有探索價值，但均不足以完成這種因果校正。[48]

其次是**暴露定義問題**。五運六氣分類由曆法推導，而真正作用於血壓和血管事件的外部暴露可能是氣溫、晝夜溫差、濕度、氣壓、PM2.5、感染流行、日照與行為變化。如果不將這些實際暴露同時納入模型，統計上的「太陰濕土效應」究竟代表運氣規律還是單純濕熱天氣，很難區分。現有研究尚缺充分的多中心外部驗證。[54]

第三是**多重比較與事後解釋**。五運、六氣、司天、在泉、主客氣、出生年月日等可以形成大量分層；若沒有預註冊主要假說，很容易在眾多分類中找到偶然顯著結果。因此未來研究應預先固定運氣算法和主要終點，而不是看完資料後挑選最顯著的運氣組合。

第四是**真正缺少運氣導向的干預 RCT**。最能檢驗這一理論的研究，不是再做「哪個運氣病例多」，而是把同一疾病患者在標準治療下按預先定義的運氣—證候算法分層，隨機比較「運氣 + 辨證」與「只辨證」是否能進一步改善 24 小時血壓、心絞痛頻次、mRS、卒中復發或 MACE。現有通心絡、血塞通、芪蘆強心等大型試驗雖證實特定中藥製劑具有臨床訊號，卻沒有驗證五運六氣分層本身。[13]

第五是**中藥證據需要向硬終點與安全性轉型**。中醫心腦血管研究長期大量使用「總有效率」「證候積分」等終點，而大型高質量 RCT 開始轉向 MACCE、心血管死亡、心衰住院、mRS 等更有臨床意義的指標，這是明顯進步。另一方面，跨國複製、製劑批次標準化、與抗血小板/抗凝藥的相互作用、腎肝功能亞組及長期藥物警戒仍需要加強。[13]

第六是**針灸、推拿、艾灸和氣功應以「功能/症狀輔助」定位研究**。心絞痛針灸 RCT 提示症狀頻率可改善，高血壓 Meta 分析提示約數 mmHg 的降壓可能性，卒中推拿可能改善特定早期恢復期痙攣；但這些結果尚不能證明預防 MI、腦出血或降低死亡。將研究終點

設定為 24 小時動態血壓、運動耐量、FMA、步態、吞嚥和生活質量，比籠統的「中醫總有效率」更具有可驗證性。[55]

綜合古典理論和現代證據，可得到一個較嚴謹的臨床定位：

五運六氣的價值目前主要在「時令—體質—證候」的假說生成與個體化調攝，而不是已被證實的心腦血管事件預測工具；辨證論治可以作慢性和康復期中西醫結合的一部分，但急性心梗、缺血性卒中和腦出血必須以現代急救及指南治療為核心。

對患者最有實際價值的中醫方案，不是追求「今年是哪一運」，而是把運氣偏性與真實血壓、心電圖、血脂、房顫、影像、用藥、舌脈和症狀一起判斷，並優先採用已有較好臨床證據、且不妨礙標準治療的干預。[56]

主要參考文獻

1. 《黃帝內經·素問·天元紀大論》：五運、五氣、五臟與天人相應的核心經文。[57]
2. 《黃帝內經·素問·五常政大論》：五運平氣、太過、不及及相關病候。[58]
3. 《黃帝內經·素問·六元正紀大論》：六氣、歲運及「和其運、調其化」等框架。[59]
4. 《黃帝內經·素問·生氣通天論》：陰陽、四時與人體生理病理的大框架。[60]
5. 南寧市 1117 例缺血性腦卒中患者發病節氣及五運六氣相關性分析，2024：五運六氣與卒中時序分布的探索性病例研究。[17]
6. 湖南地區 1041 例腦梗死患者出生日期與五運六氣相關性研究：出生運氣稟賦的探索性觀察研究。[18]
7. 五運六氣與疾病發生相關性研究進展：總結相關觀察性研究及理論探索。[61]
8. 中華中醫藥學會心血管病分會，《冠心病穩定型心絞痛中醫診療指南》：冠心病證候要素與辨證治療框架。[62]
9. 《腦卒中中西醫結合防治指南（2023 版）》，中國全科醫學，2025；28:521–533：18 項中西醫結合卒中推薦。[27]
10. 國家衛生健康委，《心腦血管疾病防治行動實施方案（2023—2030 年）》：心腦血管危險因素、二級預防與中西醫協同管理的政策框架。[63]
11. Yang Y, et al. *Traditional Chinese Medicine Compound (Tongxinluo) and Clinical Outcomes of Patients With Acute Myocardial Infarction: The CTS-AMI Randomized Clinical Trial*. JAMA. 2023;330:1534–1545：大型 STEMI 雙盲 RCT。[64]
12. Wu L, et al. *Efficacy and Safety of Panax notoginseng Saponins in the Treatment of Adults With Ischemic Stroke in China*. JAMA Network Open. 2023;6:e2317574：3,072 例缺血性卒中 RCT。[23]
13. Cheang I, et al. *The traditional Chinese medicine Qiliqiangxin in heart failure with reduced ejection fraction: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. Nature Medicine. 2024;30:2295–2302：QUEST 試驗。[24]

14. Zhao L, et al. *Acupuncture as Adjunctive Therapy for Chronic Stable Angina: A Randomized Clinical Trial*. JAMA Internal Medicine. 2019;179:1388–1397: 404 例穩定型心絞痛 RCT。[65]
15. Li ZH, et al. *Acupuncture for primary hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. Blood Pressure. 2026: 7 項 RCT、812 例。[26]
16. *Effect of Tui Na on upper limb spasticity after stroke: a randomized clinical trial*. 2019: 444 例卒中後痙攣 RCT。[28]
17. Dong X, et al. *The Effects of Qigong for Hypertension: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. 2021: 氣功與血壓 Meta 分析。[29]
18. Tai Chi 降壓 RCT 之 Meta 分析, 2020: 太極與收縮壓/舒張壓研究彙總。[66]
19. *Moxibustion for hypertension* 相關系統評價: 現有結果提示可能降壓, 但品質低至中等, 長期安全性不確定。[67]
20. Chan TY. *Interaction between warfarin and danshen (Salvia miltiorrhiza)*.: 丹參—華法林相互作用的臨床安全資料。[68]
21. Yoshino T, et al. *Clinical Risk Factors of Licorice-Induced Pseudoaldosteronism...* 2021: 甘草酸相關低鉀、高血壓及假性醛固酮增多風險。[40]
22. *Aconite toxicity* 相關臨床文獻: 烏頭鹼可造成嚴重、甚至致命的室性心律失常。[41]
23. Zou P. *Traditional Chinese Medicine, Food Therapy, and Hypertension Control*.: 中醫食療理論與高血壓健康管理綜述。[69]
24. 中國疾控中心高血壓膳食管理資料: 限鹽、合理蛋白、健康體重及合理中醫食療的公共衛生建議。[70]
25. Wang Y, et al. *Effects of the Chinese Heart-Healthy Diet...*: 中國心臟健康膳食隨機研究, 支持中國飲食背景下的循證降壓策略。[71]

[1] [7] [9] [16] [57] 天元紀大論 Tianyuan Ji Da Lun - Suwen

https://ctext.org/huangdi-neijing/tian-yuan-ji-da-lun?utm_source=chatgpt.com

[2] [11] [35] [39] [62] 《冠心病穩定型心絞痛中醫診療指南》...

https://www.cacm.org.cn/zhzyyxh/bzhsj/201909/782745c492b14b83b82aa982a8a46339/files/02d58e4af704418c849f3a1033fcc1e0.docx?utm_source=chatgpt.com

[3] [17] [48] [54] 標題

<https://xbic.bucm.edu.cn/rc-pub/front/front-article/download/77880108/lowqualitypdf/Correlation%20analysis%20of%20Solar%20Terms%20and%20Five%20Circuits%20and%20Six%20Qi%20characteristics%20in%20117%20patients%20with%20ischemic%20stroke%20in%20Nanning.pdf>

[4] [13] [22] [42] [64] Traditional Chinese Medicine Compound (Tongxinluo) and ...

https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2811016?utm_source=chatgpt.com

[5] [25] [43] [52] [55] [65] Acupuncture as Adjunctive Therapy for Chronic Stable Angina: A Randomized Clinical Trial | Cardiology | JAMA Internal Medicine | JAMA Network

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2739058>

[6] 健康中国行动—心脑血管疾病防治行动 - 正蓝旗

https://www.zlq.gov.cn/zlq/ztlz/jkzlxqd/87e819c64fa84667ad20abbd094fb804/index.shtml?utm_source=chatgpt.com

[8] [58] 卷四二五常政大論篇上- 黃帝內經素問補註釋文

https://ctext.org/wiki.pl?chapter=191056&if=gb&utm_source=chatgpt.com

[10] 【学术】五运六气，生命密码

https://zyj.beijing.gov.cn/sy/xsyd/hdtz/201912/t20191219_1307176.html?utm_source=chatgpt.com

[12] [59] 黃帝內經：素問：六元正紀大論- 中國哲學書電子化計劃

https://ctext.org/huangdi-neijing/liu-yuan-zheng-ji-da-lun/zh?utm_source=chatgpt.com

[14] [21] [44] [56] [63] 心脑血管疾病防治行动实施方案（2023—2030 年）的通知

https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100375/202311/547c69afe3364649a730dcc9e69d231c.shtml?utm_source=chatgpt.com

[15] sdzy.cbpt.cnki.net

<https://sdzy.cbpt.cnki.net/portal/journal/portal//client/paper/preview?cache=false&filePath=history%2FEditor%2F2023%2F0519%2Fsdzy%2Ffeeba39ba-6e09-4da4-8645-0631ea7bc3ba.pdf>

[18] 基于五运六气理论探讨湖南地区脑梗死发病与出生日期的相关性

https://www.hunanzzyz.com/ch/reader/view_abstract.aspx?file_no=202310033&flag=1&utm_source=chatgpt.com

[19] 贵阳市社区老年高血压患者中医体质分布及先天五运六气禀赋 ...

https://www.fcipub.org/articleDetail/1998?periodicalId=22&utm_source=chatgpt.com

[20] 五运六气禀赋与冠心病合并高血压罹患倾向的关联性分析

https://hqzyyold.boyuancb.com/oa/pdfdown.aspx?Sid=201602002&utm_source=chatgpt.com

[23] [36] Efficacy and Safety of Panax notoginseng Saponins in the Treatment of Adults With Ischemic Stroke in China: A Randomized Clinical Trial | Neurology | JAMA Network Open | JAMA Network

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2806292>

[24] The traditional Chinese medicine Qiliqiangxin in heart failure with reduced ejection fraction: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial | Nature Medicine

<https://www.nature.com/articles/s41591-024-03169-2>

[26] Acupuncture for primary hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials - PubMed

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41919743/>

[27] [38] [53] 脑卒中中西医结合防治指南（2023 版）

<https://www.chinagp.net/CN/10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0485>

[28] Effect of Tui Na on upper limb spasticity after stroke: a randomized clinical trial - PubMed

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31020002/>

[29] [46] The Effects of Qigong for Hypertension: A Meta-Analysis of ...

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8519725/?utm_source=chatgpt.com

[30] [66] Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of the Effects ...

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7563036/?utm_source=chatgpt.com

[31] A Systematic Review of 18 Randomized Controlled Trials

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33494086/?utm_source=chatgpt.com

[32] 中医食疗对高血压阴虚体质病人作用的研究

https://ira.lib.polyu.edu.hk/bitstream/10397/39949/1/r37734.pdf?utm_source=chatgpt.com

[33] Efficacy of moxibustion for pre- or stage I hypertension - PMC

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3561138/?utm_source=chatgpt.com

[34] [70] How to manage hypertension through diet

https://en.chinacdc.cn/health_topics/nutrition_health/202302/t20230224_263931.html?utm_source=chatgpt.com

[37] 高血压病中西医结合诊疗指南

https://www.caim.org.cn/content/clientDf.do?id=20964&utm_source=chatgpt.com

[40] [50] Clinical Risk Factors of Licorice-Induced ... - PMC

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8484325/?utm_source=chatgpt.com

[41] Combined blood purification and antiarrhythmic therapy for ...

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12482442/?utm_source=chatgpt.com

[45] [69] Traditional Chinese Medicine, Food Therapy, and ...

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27852126/?utm_source=chatgpt.com

[47] 中国高血压健康管理规范（2019） - 心血管病学分会- 中华医学会

https://csc.cma.org.cn/art/2020/5/8/art_619_34440.html?utm_source=chatgpt.com

[49] Updates on the Clinical Evidenced Herb-Warfarin Interactions

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3976951/?utm_source=chatgpt.com

[51] A randomized controlled trial with patient preference arms - PMC

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10710558/?utm_source=chatgpt.com

[60] 黃帝內經: 素問: 生氣通天論- 中國哲學書電子化計劃

https://ctext.org/huangdi-neijing/sheng-qi-tong-tian-lun/zh?utm_source=chatgpt.com

[61] 五运六气与疾病发生相关性研究进展 - 浙江中医药大学

https://www.msook.com/xuebao/ch/reader/view_abstract.aspx?file_no=20190622&flag=1&utm_source=chatgpt.com

[67] Moxibustion for essential hypertension

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24559834/?utm_source=chatgpt.com

[68] Interaction between warfarin and danshen (Salvia ...

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11302416/?utm_source=chatgpt.com

[71] Effects of Cuisine-Based Chinese Heart-Healthy Diet in ...

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35861850/?utm_source=chatgpt.com