



从“三焦-气化”论治 全程管理心衰

▲ 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 李云凤 陈晓喆 符德玉



符德玉 教授

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院心病科符德玉教授团队在心衰的治疗上秉承“中和”思想，尊崇“一气周流”理论，倡导调气机治疗心衰。

心衰是心血管病的最后战场，也是 65 岁以上患者住院的首要原因，5 年生存率低于多种癌症，再住院率高达 47%，尽管我国心衰诊治水平有所提升，但心血管病死亡率仍居高不下，患者临床结局不容乐观。中医对心衰的治疗由来已久，多数学者认为，心衰病位在心，与肺、脾、肾、肝密切相关，基本病机为气（阳）虚、血瘀、水停。

秉承“中和”思想 尊崇“一气周流”理论

并借鉴张锡纯升陷系列方，运用中药药性升降，调畅气机，通达“君主之官”，临床疗效显著。

已在上海市中医心病专科项目、上海中医药大

学预算内项目的支撑下验证了升陷汤、回阳升陷汤、升陷利水方、颐心方的临床疗效及机制（可显著提高患者临床疗效），并形成升陷利水方、颐心方等

系列协定方，分别针对“大气下陷”兼有水饮、血瘀遣方，疗效确切。团队对心衰患者的中医证候、代谢组学的深入研究分析也正在进行。

从三焦分治 对慢性心衰全程干预

临床实践中，符德玉教授团队优化提出从三焦分治，对慢性心衰全程干预。基于“三焦-气化”理论，符德玉教授团队梳理提出，上焦者，咳嗽咳痰，喘息心悸，多选用葶苈大枣泻肺汤、茯苓杏仁甘草

汤加减；中焦者，食欲不振、恶心、脘腹胀满，多选用五苓散、苓桂术甘汤加减；下焦者，下肢浮肿、身体困重、二便艰涩，多选用真武汤、肾气丸加减。

符德玉教授团队根据患者病情可上中焦（心肺）

同治，中下焦（脾肾）同治，也可三焦（肺脾肾）通调，而对于临床长期较为稳定的心衰患者，可选择膏方进行调理，以补虚疗疾，并配合化裁于五禽戏、鹿戏的恬淡疏肝调息操功法进行气机调畅。

综上，中西医结合优势互补，能较好地改善心衰患者临床症状，降低再住院率。



关联阅读全文
扫一扫

心衰防治关口前移 中医药显优势

▲ 河南中医药大学第一附属医院 王永霞



王永霞 教授

心衰是各种心脏病的严重和终末阶段，患病率高、死亡率高、经济负担重，为严重影响公众健康的大慢病。

2005 年，ACC/AHA 提出了从“防”到“治”的全面概念，根据心衰发生发展过程，从心衰危险因素进展成结构性心脏病、出现心衰症状，直至终末期，分为前心衰（A）、前临床心衰（B）、临床心衰（C）和难治性终末期（D）4 个阶段。中医药在心衰防治各个阶段均有优势。笔者团队以“核心病机-证候规律-循证评价-机制阐释-标准建立”为主线。

第一，系统总结了慢性心衰证候演变规律：前心衰 A、B 阶段以实证为主，主要表现为痰浊血瘀证；B 阶段到 C 阶段（心衰早期阶段）发展，核心病机则由实转虚实夹杂，表现为气虚血瘀证；到心衰 C、D 阶段，表现为本虚标实证，以阳气亏虚血瘀水饮证为主。

第二，系统创建了中医药防治慢性心衰不同阶段的治疗方案，开展系列循证研究，初步明确临床疗效并阐释了作用机制。

第三，依托“十三五”重点研发项目——中医药现代化课题，建立中西医结合延缓急性心梗冠脉介入后心室重构治疗方案，通过随机双盲安慰剂对照国际注册研究，证实急性心梗冠脉介入后早期，在西医规范治疗基础上加载通脉养心丸，可进一步延缓心室重构的发生。

中西医结合 专栏编委会

栏目总编辑：陈可冀
本期轮值主编：符德玉
执行主编：（按姓氏拼音排序）
蔡定芳 陈 歆 陈香美
陈志强 崔乃强 方敬爱
方祝元 付长庚 符德玉
郭 军 郭晓昌 黄光英
贾小强 李 浩 梁晓春
林 谦 凌昌全 刘勤社
刘献祥 陆 峰 陆付耳
马晓昌 苗 青 彭 军
施海明 唐旭东 陶 军
王 阶 王文健 王肖龙
吴永健 吴宗贵 徐丹苹
徐凤芹 杨传华 张敏州
张学智 张允岭
主编助理：刘龙涛



扬子江药业集团
Yangtze River Pharmaceutical Group

脉络通颗粒
Mailuotong Keli

心衰患者运动 需量力而行

▲ 上海中医药大学附属曙光医院 王肖龙



王肖龙 教授

心衰患者往往谨小慎微，不敢运动，其实这是错误的。多数患者通过科学规律的运动可明显改善心功能和提高生活质量，还能减少死亡的危险。因为个体差异，心衰患者需要在临床医生指导和监测下进行专业的运动康复评估，再进行适合自己的运动。患者可在医院内接受最初的训练，2 周后过渡为以家庭为中心的运动锻炼，如果有条件可在社区医生监护和指导下进行。

有氧运动与力量运动

有氧运动 运动前适当热身可以促进血管扩张。至少做 10 min 伸展、慢走或其他活动，勿使脉率超过最大心率的 40%~50%。理想的目标是患

者在预期的心率范围内步行或就地蹬车 20~40 min，每周 3~5 次。通过间断训练，许多患者可达到这一目标。

力量运动 增强呼吸肌（膈肌和腹肌）的运动可减轻呼吸困难、改善生活质量、增强运动耐量。低重量阻力运动（如哑铃操等）可增强四肢和躯干肌群的力量，减轻疲乏，一般运动 1~2 组、每组重复 12~15 次即可使肌肉得到足够的锻炼。

各类心衰患者如何运动？

所有证型患者 对于所有证型的患者，推荐在西医常规治疗基础上进行太极拳或八段锦等锻炼。运动量为每日 1 次，每次 30~60 min，疗程至少 12 周；可根据个人耐受程度从低运动量开始，随疗程逐渐增加至常规运动量。

虚弱患者 对于较为虚弱的患者，初始运动可采取短时间（10~15 min）、低强度和反复多次的训练模式。对于体能极差和严

重肌肉萎缩的患者，在耐力训练前应先行力量训练以增加肌肉力量和体积。运动训练应是一项终身“治疗”，在停止训练 2~3 周后，训练效果便会逐渐消退。

病情稳定者 如果患者病情稳定，药物治疗规范，在经过运动心肺功能测定后制定了适合的运动处方，那么运动中的风险相对较少，建议患者定期随访，进行评估，以便及时发现潜在的问题，并可以根据患者情况进行运动量的调节。

心绞痛者 需要注意的是，当患者出现心绞痛、气短加重、体重增加或下肢浮肿等情况时，应停止运动并就医。虽然病情恶化通常与运动无关，但在症状控制前患者应避免运动。服用血管扩张剂和运动时间应尽量错开，以避免血压下降等危险。

综上，运动对心衰患者而言是非常重要的非药物治疗手段之一，但应量力而行。

中医辨治心衰有规可循

▲ 天津中医药大学第一附属医院 王贤良



王贤良 教授

明确心衰中医证候特征，是进一步规范中医诊疗、开展循证研究及临床推广应用的前提条件。心衰的本虚以气虚为主，常兼有阴虚、阳虚，甚至发生阴阳两虚、阴竭阳脱；标实以血瘀为主，常兼痰、饮等，常因外感、劳累等加重。临床辨证分为气虚血瘀证、气阴两虚血瘀证、阳气亏虚血瘀证 3 种基本证型，各证型均可兼有痰、饮。

2008 年至今已有 80 余项加载中医药治疗心衰的临床研究注册，多为随机对照研究，研究对象包括急性/慢性心衰、射血分数降低/保留心衰（HFrEF/HFpEF），干预措施为中汤剂、口服中成药、中药静脉制剂等，其中多项具有代表性的研究结果证

明了中医药治疗可使心衰患者受益。

近十余年来，中医药治疗心衰的有效性及安全性证据不断积累，为满足临床实践需求，规范临床诊疗，毛静远教授联合行业内数十位中医、西医心血管病临床专家及指南研究方法学专家，制定了《中成药治疗心力衰竭临床应用指南（2021 年）》《慢性心力衰竭中医诊疗指南（2022 年）》，系统总结了中医药治疗心衰的临床证据，进一步规范了中医药在心衰诊疗中的合理应用。

综上，循证医学证据指导下的心衰个体化治疗，与中医辨证论治理念不谋而合。在我国心衰治疗实践中，关注现代医学治疗心衰新药及器械研发进展的同时，应当认识中医药因人制宜的个体化治疗优势和整体调节效应，中西医结合应当成为具有中国特色的心衰解决方案。未来期待高质量的循证医学证据助力提高中医药在心衰治疗中的贡献度。