

基于“心-肺-肾-肠”整体观的心力衰竭诊疗经验

1

赵一霖¹，张艳²

(1.辽宁中医药大学第一临床学院，辽宁沈阳 110847；2.辽宁中医药大学附属医院心内科，辽宁沈阳 110000)

摘要：慢性心力衰竭（CHF）作为心血管疾病的终末阶段，其高发病率、高再住院率及复杂病理机制对现代医学提出了严峻挑战。本文通过总结张艳教授治疗 CHF 的学术思想与临床经验，提出分期辨治策略：早期以益气活血为主，中期兼顾气阴两虚与血瘀，晚期侧重温阳利水，以强心复脉方为核心方剂，疗效显著。临床实践表明，其治疗方案在改善心功能、缓解症状及降低复发率方面具有显著优势，为中西医结合治疗 CHF 提供了新思路。

关键词：慢性心力衰竭；“心—肺—肾—肠”整体观；经验总结

中图分类号：R249

心力衰竭（Heart Failure, HF）是指心脏无法有效泵血以满足机体代谢需求，或仅在异常升高的充盈压力下才能维持泵血功能的一种复杂的临床综合征，患者常常出现呼吸困难、乏力等症状，还会伴随颈静脉压力升高、肺部瘀血和外周水肿等体征^[1]。调查显示，我国约有 1370 万患者，在年龄 ≥ 35 岁群体中，HF 患病率为 1.3%^[2]。基于全国职工医保数据库调查显示，人均住院费用高达 4406.8 美元^[3]。可见，HF 不仅具有高发病率，还给患者带来巨大的经济负担。目前 HF 的治疗手段主要为“新五联”药物治疗^[4]。但仍然存在副作用明显，治疗成本高昂，禁忌症繁多等问题。中医博大精深，具有用药安全，疗效确切等优势，探索 HF 的中西医结合治疗已为必然趋势。张艳教授为辽宁省名中医，致力心脑血管病研究四十余载，在治疗 HF 的过程中，逐渐形成了独特的学术思想并应用于临床，本文通过深入总结张艳教授治疗 HF 的经验，力求为 HF 的治疗开辟新路径。

1.张艳教授对于心衰中医病名之见

HF 作为现代医学病名，在中医古籍中未形成完全对应的独立概念，历代医家对其论述散见于“心痹”、“心胀”、“心咳”等病证范畴^[5]。《素问·痹论》中所载的“心痹”，以“脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘”为特征^[6]，虽与 HF 患者心肌缺血、微循环障碍及急性失代偿期呼吸困难等临床表现存在相关性，但其病机强调外邪痹阻心脉，未能涵盖 HF 中晚期阳气虚衰，水饮凌心的核心病机转变。《灵枢·胀论》所述“心胀”之“烦心短气，卧不安^[7]”，以及《素问·咳论》“心咳”之“咳则心痛，喉中介介如梗状”，均聚焦于心肺功能失调引发的呼吸系统症状，对 HF 病程中广泛存在的水钠潴留等病理特征缺乏整体性概括。《脉经》虽有“心衰则伏”之记载，但此处之“心衰”更偏向于对心气虚损的概括，与 HF 作为复杂综合征的“神经—体液—心室重构”的病理网络概念存在本质差异^[8]。张艳教授梳理古籍文献及总结临床经验，将 HF 归属于《金匱要略·水气病脉证并治》的“心水病”范畴，文中“其身重而少气，不得卧，烦而燥，其人阴肿^[9]”，被认为是中医古籍中最接近 HF 临床表现的描述，与现代医学中慢性心力衰竭的症状与体征相符^[10]，涵盖呼吸困难、烦躁不安、下肢水肿等典型症状与体征，并可反映“气虚—血瘀—水停”之动

1作者简介：

赵一霖（第一作者），在读硕士研究生，研究方向：中西医结合治疗心血管疾病，Email:

2445627900@qq.com;

张艳（通讯作者），博士，二级教授，研究方向：中西医结合治疗心血管疾病，Email:

yanzhang1016@126.com

基金项目：

1.国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目（2022-304）：张艳全国名老中医专家传承工作室

2.国家自然科学基金项目（82174241）：基于“肾藏精主水”理论探讨补肾活血复方调节大鼠肠道 p38MAPK/NF-κB/AQP4 治疗心梗后心衰水液代谢障碍的作用机制

态病机演变，为分期辩证提供理论支撑。

2.张艳教授对慢性心衰病因病机之见

2.1 病因病机

张艳教授立足于《内经》“脉痹内舍于心”，“劳则气耗”，以及《难经》“气为血之帅”等理论，系统阐述了慢性心衰（Chronic Heart Failure, CHF）的病机演变规律：心气亏虚为本，血瘀水停为标，外邪侵袭、情志内伤及劳倦过度为本病关键诱因^[11]。《难经》云：“气者，人之根本也。”《素问·痿论》曰：“心主身之血脉。”心气是推动血液在脉管中运行的根本动力。心气充沛，鼓动有力，方能使血液在脉道中周流不息，营养全身^[12]。“气行则血行”，若心气不足，推动无力，则血行由畅至缓，血脉不通，逐渐形成瘀血^[13]。心阳与心气相互依存，心气虚损日久，常累及心阳，造成心阳亏虚。心阳具有温煦、推动作用，阳虚则寒，寒邪具有收引、凝滞的特性，寒邪侵袭血脉，可使血脉挛缩，血行更加艰涩不畅。《灵枢·痲疽》“寒邪客于经络之中则血泣，血泣则不通。”这种因寒致瘀的病理变化，加重了瘀血内阻，导致病情缠绵难愈。心气虚衰日久影响肺气，肺气亏虚，宣发肃降功能失常，肺主行水，肺气失于宣降则无法正常调节水液的输布与排泄。肺的通调水道功能受阻，水液不能正常代谢，聚而成湿，积湿成饮，饮凝成痰，出现咳嗽、咯痰、肢体困重、水肿等症状。心火下降于肾，肾水上济于心，心肾相交，水火既济，维持人体阴阳平衡和水液代谢正常。当心气虚日久，病及于肾，可导致心肾阳虚。肾主水，肾阳为人体阳气之根本，对水液代谢起着关键的蒸腾气化作用。肾阳亏虚，不能充分发挥温煦蒸腾作用，肾失开合之司，水液代谢紊乱。《景岳全书·肿胀》中提到：“凡水肿等证……盖水为至阴，故其本在肾^[14]。”心肾阳虚，水液停聚，泛滥肌肤，最终引发水肿等一系列水停之症。

2.2 辨证分期

针对 CHF 分期张艳教授提出：早期以心气亏虚为本，病位独居于心，患者多因外邪侵袭或劳倦耗气，症见心悸气短且活动后加重，舌淡红而脉沉细，“气虚致瘀”的特征显著；中期随着病程迁延，心气不足累及肺脏，心肺同病之势渐成，且气虚至阴液乏源，临床表现为胸闷喘促、倦怠乏力、动则气短难续、潮热盗汗，舌现瘀斑而脉沉涩，呈现“气虚及阴，瘀水渐生”的复杂病机；至疾病晚期，病位深陷心肾，《素问·逆调论》谓“肾者水脏，主津液”，心肾阳衰则水湿泛滥，症见端坐呼吸、腹胀肢肿、尿少肢冷，舌青紫而脉沉微，此乃“阳虚水泛，瘀水互结”的终末阶段。心气虚发展为血瘀与水停是一个复杂的病理过程，涉及心与肺、肾、肠等多个脏腑之间的相互关系以及气、血、水之间的相互影响^[15]。CHF 虽然不同时期的证候不同，但病机未曾改变，即以气虚为本，瘀血水停为标。

3.“心—肺—肾—肠”整体观

中医认为，脏腑之间在生理上协调统一，密切配合，在病机上相互影响，互为因果。因此，张艳教授基于 CHF 患者胸闷、气短、乏力、便秘以及水液代谢失常等临床表现，并结合中医整体观念与脏象学说，提出了“心—肺—肾—肠”整体观理论。

心与肺同居上焦，关系密切，胸中宗气既可贯心脉行血气，又能走息道而司呼吸，将心与肺联系起来。心主血，而肺主气，共同调节人体气血的运行。肺朝百脉，可助心行血，是血液正常运行的必要条件，《难经·四难》曰：“呼出心与肺”，肺的呼吸功能亦有赖于心的帮助。故一脏有病则必然对另一脏产生影响，若心气不足，行血无力，心脉瘀阻，导致肺气宣肃失常，日久肺气虚弱，不足以助心行血，则心血瘀滞更甚。现代研究表明，HF 患者因左心顺应性降低及舒张功能减退，可引发左室舒张末压力和左心房压力进行性上升，引发肺静脉回流受阻，导致肺瘀血。日久可发展为肺动脉高压，从而导致右心容量负荷增加，干扰体循环血流稳态，形成恶性循环，进一步加重心衰进展^[16]，凸显了心肺功能的深度耦联性。

心与肾督脉相通、血脉互资，君相安位，《素问·骨空》曰：“督脉者，起于少腹……”

贯脊属肾……夹脊抵腰中，入循脊络肾……其少腹直上者，贯脐中央，上贯心。”心与肾通过督脉紧密相连，且督脉可以为精血的升降提供运行通路^[17]，精、血同源，为心、肾之主，心化精生血，心血向下灌注于肾，肾化血为精，肾精向上循行灌注于心，心、肾两脏互为助用，互为化生，互为联系^[18]。且心为君火，肾为相火。相火秘藏，禀命守位，则心阳充足；心阳充盛，则相火潜藏守位。君相各安其位，则心肾互济。故心虚与肾虚互为因果。现代生理学中的肾素-血管紧张素-醛固酮系统（Renin-Angiotensin-Aldosterone System, RAAS）同样将心与肾紧密的联系起来^[19]。水钠潴留是HF的重要病理生理变化。有研究数据表明，当机体含水量上升3.5%时，心输出量将显著下降，降幅可达30~50%^[20]。当心输出量降低时，RAAS可被激活，过度激活的状态下会释放更多的血管紧张素II，诱发心肌肥大和纤维化，加速CHF的发展进程^[21]。此外，精氨酸加压素释放也会随之增多，促使肾脏中的AQP1、AQP2表达增强^[22]，AQPs作为肾脏调节水液代谢的分子基础^[23]，其表达或功能异常将增强水重吸收作用，加重液体潴留问题，致使心功能下降，同时水钠潴留会损害肾脏，使得肾小球滤过率降低，反之又加重了液体潴留。

心与小肠相表里，小肠主受盛化物而泌别清浊，所吸收的水谷精微为心肺所取，化赤为血，以养心脉，若小肠功能失调，则导致清者不升，浊者不降，心之化源不足，浊邪循经上犯于心，致使心主血脉功能失常，继而水液糟粕留置于脉中，导致痰饮、瘀血、水湿内生^[24]。大肠主津，能濡养五脏，充盈血脉，若大肠主津功能亢盛，则导致津液聚集，形成痰饮水湿等病理产物^[25]，泛滥入心则痹阻心脉，入肺则使肺气壅滞，行至肾中则影响肾的气化功能；若水液吸收不足，则引起津液匮乏，脉道不得充盈。故大小肠功能正常亦是气血调和，心脉畅达的关键^[26]。同时如若心脏衰败，心阳温煦、心血濡养功能失常则亦无法维持肠腑的正常功能，造成恶性循环，因此HF中晚期常伴有肠功能障碍的发生^[27]。现已有诸多研究证实HF与肠道关系密切^[28]。Pasini等^[29]通过临床研究发现HF患者的肠道菌群发生明显改变，粪便中存在大量致病菌和假丝酵母，且提示其与HF严重程度呈正相关。

张艳教授认为，CHF的病位主要在心，与肺、肾、大肠、小肠等脏腑相关^[30]，他脏与心互相制约、互相影响，而成为诱发或加重CHF的因素，反之他脏功能亦或因心衰而受损紊乱。

4.治疗

张艳教授基于其对心衰病机演变的认识，在心衰治疗中以“益气活血利水”为总体治疗原则，将以丹参、黄芪、茯苓、葶苈子、益母草、红花、太子参为药物组成的强心通脉方作为基础方，并根据心衰的不同阶段随证加减。心衰早期多属气虚血瘀之证，治疗时多重用益气活血之药，如黄芪、太子参、红花、丹参、益母草，酌情加以赤芍、三七、甘草、大枣之品。心衰中期多属气阴两虚兼血瘀证，治疗时在上述基础上，酌情加以麦冬、五味子、党参等滋阴之品。心衰末期多属阳虚水泛之证，在治疗上多用基础方加以真武汤，效果显著^[31]。白佳欢^[32]通过对70例CHF患者进行临床观察，发现强心通脉方联合西医常规基础治疗，在治疗气虚血瘀型CHF中，可有效降低NT-proBNP水平，改善患者预后，同时能够显著改善患者的NYHA心功能分级、6min步行试验及EF值，改善患者的心功能。迟荫东^[33]证明，强心通脉方联合西药治疗能够更好的缓解冠心病经皮冠状动脉介入治疗术后HF患者心悸、胸闷（痛）、喘息、乏力、双下肢水肿等症状，改善患者心功能，提高患者的生活质量。除此之外，张艳教授根据“心—肺—肾—肠”整体观，结合CHF的病理特征提出“心、肺、肾、肠同调”的治疗理念，在治疗上多注重“补心、益肺、温肾、清肠”，常以玉竹、百合、半夏等补肺纳气，以肉桂、巴戟天、锁阳、淫羊藿等温肾助阳，以麻仁、黄连、黄柏、苦参等清肠除湿。心气得充，肺气助心，血行脉通，温肾助阳，水液得行，痰浊得化，清肠通便，扶正祛邪，使机体达到阴平阳秘、气血调和的状态。

5. 验案举隅：

患者李某，男，62岁，2024年9月23日初诊。主诉：反复心悸、气短3年，加重伴胸闷喘促1月余。现病史：患者3年前因急性心梗后出现心悸、气短，活动后加重，诊断为“CHF（心功能II-III级）”，西药常规治疗，症状时有反复。近1月因劳累症状加重，稍动则气短难续，夜间需高枕卧位，偶有干咳，乏力明显，纳差，小便量少，大便黏，双下肢水肿（+）。舌脉：舌淡紫、边有瘀斑，苔薄白，脉沉细涩。辅助检查：心脏彩超：LVEF：38%，NT-proBNP：2850 pg/mL。西医诊断：CHF；中医诊断：心水病（气阴两虚兼血瘀证）。治以“益气养阴，活血利水，兼补肺温肾清肠”之法。方药：黄芪15g，太子参15g，丹参15g，益母草10g，红花10g，麦冬15g，五味子10g，茯苓15g，葶苈子10g，玉竹15g，淫羊藿10g，黄连6g。7剂，水煎服，日1剂，分2次温服。

二诊（2024年10月9日）：患者诉气短、胸闷、干咳缓解，夜间能平卧，小便量增多，双下肢水肿（±），仍感乏力，纳食稍增。舌淡紫，瘀斑减淡，苔薄白，脉沉细。予去黄连，加党参15g、泽泻15g，续服14剂。

三诊（2024年10月29日）：患者活动耐量明显提升，可步行500米无明显气短，水肿消退，纳食正常，大便调。舌质淡红，瘀斑基本消失，脉细缓。复查NT-proBNP降至850 pg/mL，LVEF：42%。予去葶苈子，加百合15g，巩固治疗2月，病情稳定。

按语：本案为CHF中期患者，患者年逾六旬，久病耗气，心气亏虚，鼓动无力则血行瘀滞，故见舌淡紫、瘀斑，脉沉涩；气病及阴，心肺气阴两虚，宗气不足则气短难续、动则尤甚，肺失清肃则干咳；肠道湿热则大便黏；肾气虚衰，水液代谢失司则小便少、水肿。符合CHF中期“气虚及阴，瘀水渐生”的病机特点，需从“心-肺-肾-肠”整体观论治。治疗上以强心通脉方为基础，方中黄芪、太子参大补心气，为君药；麦冬、五味子养阴生津，配太子参共奏气阴双补之效；丹参、红花、益母草活血化瘀，改善心脉瘀阻；茯苓、葶苈子利水消肿，通调水道；同时关注肺之宣肃、肾之气化、肠之传导功能，玉竹补肺而不膩，淫羊藿温肾而不燥，黄连清肠而不伤正，三药合用，使肺气得宣、肾水得化、肠浊得清，助力心主血脉功能恢复。现代研究表明，益气养阴药可改善心肌能量代谢，活血利水药能降低心脏负荷、改善微循环，与西药协同调节神经-体液系统，体现了中西医结合治疗CHF的优势。全方紧扣“心-肺-肾-肠”同调理念，攻补兼施，气血水同治。

6. 小结

综上所述，张艳教授立足中医整体观与脏腑相关理论，系统总结了CHF的病因病机与辨治规律，提出以“心—肺—肾—肠”整体观为核心的多维度诊疗框架，为CHF的中医治疗提供了理论依据。通过分期辨治与强心通脉方的应用，有效改善患者症状与心功能。然而，当前研究对微观机制（如肠道菌群、信号通路）的深入探讨仍有不足，未来需结合现代技术通过动物实验及高标准的临床研究进一步验证中药复方的作用靶点及量效关系。总体而言，张艳教授的学术思想与实践经验为CHF的中西医结合治疗开辟了新路径，其理论体系与临床方案值得进一步推广与优化，以期在提高疗效、改善患者生活质量方面发挥更大作用。

参考文献

- [1]SAVARESE G, BECHER P M, LUND L H, et al. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology[J]. *Cardiovascular research*, 2022, 118(17): 3272-3287.

- [2]HAO G, WANG X, CHEN Z, et al. Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in China: the China Hypertension Survey, 2012–2015[J]. *European Journal of Heart Failure*, 2019, 21(11): 1329-1337.
- [3]WANG H, CHAI K, DU M, et al. Prevalence and incidence of heart failure among urban patients in China: a national population-based analysis[J]. *Circulation: Heart Failure*, 2021, 14(10): e008406.
- [4]李家昊, 陈文亮, 陈庞何, 等. 慢性心力衰竭临床治疗的回顾及展望[J]. *广东医学*, 2024, 45(06): 794-800.
- [5]祝珍珍, 袁灿宇, 袁智宇, 等. 心力衰竭的古病名探究[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2017, 23(11): 1509-1511.
- [6]蔡欣桐. 芪参益气滴丸治疗射血分数降低型心力衰竭的临床病例回顾性分析[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2023.
- [7]柳士博, 张艳. 强心通脉方合肾气丸治疗 CHF 临床观察[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2023, 21(04): 105-108.
- [8]王军昌, 白秋生, 张宜雅, 等. 中医对心力衰竭的认识和研究[J]. *新中医*, 2010, 42(10): 5-6.
- [9]高嵩松, 杜久钢, 刘媛媛, 等. 张艳教授对慢性心衰的中医认识与辨治[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2008, (10): 77-78.
- [10]梁小雨, 郝校鹏, 黄璐琦, 等. 基于“汗为心之液”谈汗法在慢性心力衰竭中的应用与思考[J]. *中华中医药学刊*, 2025, 43(02): 194-197.
- [11]白佳欢, 张艳. 慢性心力衰竭中医研究进展[J]. *实用中医内科杂志*, 2020, 34(06): 88-90.
- [12]王琪格, 丁思元, 王群, 等. 从“血脉和利精神乃居”论治心脑血管疾病合并抑郁症[J]. *中华中医药学刊*, 2021, 39(09): 109-111.
- [13]陈莹, 刘悦, 张哲, 等. 从水湿论慢性心力衰竭不同分期的发病[J]. *中医杂志*, 2018, 59(12): 1021-1023.
- [14]朱昊希. 基于数据挖掘的孙伟教授治疗特发性膜性肾病用药特色研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2021.
- [15]于薇. 张艳教授中医治疗慢性心衰经验探析[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2014.
- [16]胡笛, 邬婉蓉, 叶勇, 等. 基于“心肺同治”理论辨治慢性心力衰竭[J]. *陕西中医*, 2023, 44(11): 1581-1584.
- [17]唐三春, 张艳, 尹举, 等. 基于“心-脑-肾轴”理论治疗冠心病的临床体会[J]. *中医药临床杂志*, 2022, 34(11): 2033-2037.
- [18]迟楠, 张艳. 基于“心-脑-肾轴”理论的慢性心力衰竭防治[J]. *中华中医药杂志*, 2020, 35(06): 2953-2955.
- [19]SILVA-CARDOSO J, FONSECA C, FRANCO F, et al. Optimization of heart failure with reduced ejection fraction prognosis-modifying drugs: A 2021 heart failure expert consensus paper[J]. *Rev Port Cardiol (Engl Ed)*, 2021, 40(12): 975-983.
- [20]Laine GA, Allen SJ. Left ventricular myocardial edema. Lymph flow, interstitial fibrosis, and cardiac function[J]. *Circ Res*, 1991, 68(6): 1713-1721.
- [21]刘雪丽, 甘家丽, 孙林, 等. 中医药调节肾素-血管紧张素-醛固酮系统防治慢性心力衰竭研究进展[J]. *上海中医药杂志*, 2021, 55(12): 100-104.
- [22]屈培荣, 胡骏, 刘兰椿, 等. 基于“心肾相关”探讨水通道蛋白在心衰中的作用[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2023, 29(10): 216-223.
- [23]Noda Y, Sohara E, Ohta E, et al. Aquaporins in kidney pathophysiology[J]. *Nat Rev Nephrol*, 2010, 6(3): 168-178.
- [24]郭宗耀, 刘芸, 高玉萍, 等. “心与小肠相表里”理论的源流与发展[J]. *中医杂志*, 2017, 58(02): 96-99.
- [25]黎崇裕, 黎嘉莉. 刘志龙教授一言而得: 从大肠论治失眠[J]. *中国民间疗法*, 2023, 31(23): 118-122+114.
- [26]于东林, 丁宝刚, 王斌胜, 等. 小肠“泌别清浊”文献源流探析[J]. *陕西中医药大学学报*, 2018, 41(03): 13-15.
- [27]张苗苗, 路士华, 迟莉丽, 等. 从“心与小肠相表里”分期辨治慢性心衰合并肠功能障碍[J]. *山东中医杂志*, 2025, 44(03): 291-295.
- [28]辛来运, 路迎冬, 林雪虹, 等. “心-脾-肠”相关理论在心衰病中的论治思考[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2022, 20(19): 3634-3637.
- [29]PASINI E, AQUILANI R, TESTA C, et al. Pathogenic gut flora in patients with chronic heart failure[J]. *JACC: Heart Failure*, 2016, 4(3): 220-227.

- [30]刘悦, 徐宁阳, 王洋, 等. 慢性心力衰竭中医临床辨识的系统研究[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(09): 71-73.
- [31]张伟, 张艳, 康伊, 等. 心力衰竭的“虚瘀水毒”理论内涵[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(06): 1432-1434.
- [32]白佳欢. 强心通脉方治疗气虚血瘀型慢性心衰的临床疗效观察[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2020.
- [33]迟荫东, 张艳. 强心通脉方治疗冠心病经皮冠状动脉介入治疗术后气虚血瘀型心衰病临床疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2018, 30(08): 1489-1492.