

病证结合模式下心力衰竭证素与中西医结合治疗研究进展*

胡方彤¹，谭舒桓¹，曹昊辉¹，李鹏^{2**}

(1. 新疆医科大学研究生学院，新疆乌鲁木齐 830000；2.新疆医科大学附属中医医院心内科，新疆乌鲁木齐 830000；)

摘要 心力衰竭是多种心血管疾病进展至终末期的共同结局，其证素辨证体系日趋成熟，病位以心为主，病性证素以气虚、血瘀、阳虚、阴虚、水停、痰浊为核心。然而证素判定目前仍主要依赖四诊信息，缺乏客观、可量化的生物学标尺。“病证结合”模式则融合了西医疾病诊断与中医证素辨证优势，使心力衰竭的临床辨证更加准确，治疗效果更加理想。故本文从病证结合模式出发，围绕心衰证素分布特征、物质基础以及中西医结合治疗三个维度系统梳理现有文献，以期心力衰竭中西医结合精准辨证与个体化治疗提供参考依据。

关键词：心力衰竭；心血管疾病；证素；病证结合；中西医结合治疗
中图分类号 R256.2

心力衰竭是由心脏结构或功能异常导致心室充盈或射血能力受损的一组复杂临床综合征，具有病程迁延、反复住院和死亡风险较高等特点^[1-2]。我国心血管病疾病负担仍然沉重，心力衰竭作为多种心血管疾病的终末阶段，已成为影响患者预后和医疗资源利用的重要问题^[3-4]。现代医学依据左心室射血分数、病因和病程阶段进行分型，有利于规范诊断和治疗，但同一分型患者在症状负担、容量状态、运动耐量和药物反应方面仍存在明显差异。中医证素辨证通过病位与病性要素的组合，能够从整体功能状态、邪正盛衰及病机演变角度描述个体差异，为解释“同病异证”和实施分层干预提供补充。病证结合并非简单并置两种诊断体系，而是以明确的现代医学疾病诊断为基础，将证素信息与疾病表型、严重程度及生物学指标进行对应，从而提高辨证结果的可解释性和可重复性^[5]。因此，系统总结心力衰竭证素分布及其潜在物质基础，对推动中医证候客观化、构建中西医协同的精准诊疗模式具有重要意义。

1.心力衰竭证素分布规律

证素是从中医证候中提取的相对独立的病位、病性诊断单元，可通过不同证

***基金项目：**新疆维吾尔自治区自然科学基金重点项目（NO:2022D01D49）；自治区天山英才医药卫生领军人才项目（NO: TSYC202401A017）；自治区第一批岐黄学者培养项目{2026}。

作者简介：胡方彤（2001-），新疆医科大学在读硕士研究生，从事中医心血管内科方向相关研究。Tel: 17590823911，电子信箱: 1660349166@qq.com

****通讯作者：**李鹏（1971-），教授/主任医师，博士生导师，主要研究方向：中医及中西医结合心血管病临床与基础研究。Tel: 0991- 5821350，电子信箱: tgzymail123@qq.com

素的组合形成具体证候。与传统固定证型相比，证素辨证更便于描述心力衰竭病机的动态演变及多证兼夹特点^[6]。例如，患者早期可表现为气虚或气阴两虚，随病情迁延逐渐兼见血瘀、痰浊和水停，晚期则常出现阳虚、血瘀与水饮并存。现有证据主

要来自医家经验总结、文献计量或数据挖掘和临床调查三类研究。三类证据在核心证素上具有一定一致性，但受样本来源、诊断标准和研究目的不同影响，证素排序及组合形式仍存在差异。

1.1 医家临床经验

历代及现代医家普遍认为，心力衰竭病位以心为主，并与肺、脾、肾等脏腑功能失调密切相关。陈可冀等^[7]提出，疾病早期多见心气、心阳及肺气不足，病程迁延则血行不畅、瘀阻脉络，后期可出现脾肾阳虚、水湿内停，概括为“虚、瘀、水”相互转化。雷忠义^[8]认为其核心病机为心阳气不足、血瘀水停，病位虽在心，但与肺、脾、肝、肾相关。邓铁涛^[9]将气虚、阴虚、阳虚、痰浊、瘀血和水饮视为常见病性要素；沈宝藩^[10]结合新疆地域特点，强调血瘀、痰浊及心气、心阳不足；翁维良^[11]则以“气（阳）—血—水”概括其病机演变。上述经验具有较强临床启发性，但多源于个体医家总结，仍需通过标准化临床研究加以验证。

1.2 文献研究

文献研究可从较大范围归纳心力衰竭证候与证素的高频分布。研究显示，病位证素以心、肺、肾、脾较常见，病性证素前六位依次为气虚、血瘀、阳虚、阴虚、水停和痰浊^[12]。另有研究发现虚性证素以气虚、阳虚、阴虚为主，实性证素主要包括血瘀、痰浊、水饮和热蕴^[13]。王自英^[14]对张伯礼教授相关文献进行数据挖掘，气虚、血瘀、阳虚、水饮和痰浊的出现比例较高。这些结果提示，本虚与标实并存是心力衰竭证素结构的基本特点，其中气虚构成病机基础，血瘀、水停和痰浊多为继发病理产物，阳虚、阴虚则反映不同阶段的正气耗损。然而，文献研究易受原始研究证型命名不统一、同义词归并规则不一致和发表偏倚影响，所得频次不能直接等同于真实人群患病率。

1.3 临床调查研究

临床调查能够在相对统一的诊断框架下观察证素分布。毛静远等^[15]研究发现，病性证素频次前五位为气虚、血瘀、阳虚、阴虚和水停。其他研究显示，病位证素依次以心、脾、肺、肾、肝较常见，病性证素以气虚、血瘀、水饮、痰浊和气滞为主^[16]。张玉婷等^[17]调查显示，病性要素排序为气虚、血瘀、痰浊、水饮、阳虚和阴虚，本虚以气虚、阳虚为主，标实以血瘀和痰浊为主。综合上述研究，心为核心病位，肺、脾、肾共同参与；气虚和血瘀出现最稳定，阳虚、阴虚、水停和痰浊随疾病阶段、容量负荷和基础病因而变化。值得注意的是，住院患者往往病情较重，水停、阳虚等证素可能被高估；门诊和社区患者则可能更多表现为气虚、阴虚或轻度血瘀。因此，后续研究应在不同心力衰竭表型和不同医疗场景中分别报告证素分布。

2. 病证结合模式下的心力衰竭核心证素物质基础研究

证素物质基础研究旨在寻找能够解释证素形成、演变及疗效反应的客观生物学特征。现有研究多聚焦能量代谢、炎症免疫、神经体液调节、氧化应激、脂质代谢、凝

血功能和细胞自噬等环节。应当强调，证素并非单一器官或单条通路的对应物，而是由症状、体征和整体功能状态共同构成的临床表型。由于证素具有动态性和兼夹性，单一指标通常难以完成特异性判定，相关结果更适宜被理解为“关联性生物学特征”，而非已经确立的诊断标志物。病证结合研究的关键，在于比较同一疾病不同证素之间的差异，并控制疾病严重程度、合并症和治疗因素，而不仅是比较患者与健康人。

2.1 气虚证素的物质基础

气虚是贯穿心力衰竭病程的常见本虚证素，其现代研究主要指向心肌能量代谢障碍、钙稳态异常和免疫炎症失衡。张倩等^[18]认为，中医学“气”的推动和温煦功能与现代医学能量供应及利用在功能层面具有一定可比性；心肌缺血缺氧、线粒体功能受损和底物利用异常可导致能量生成不足，进而影响心肌收缩与舒张。程百如等^[19]从钙调控异常切入，提出钙离子转运及钙稳态紊乱可能与心气虚相关的心功能下降相联系。

2.2 血瘀证素的物质基础

血瘀是心力衰竭最常见的标实证素之一，其形成与心气不足、推动无力以及心脉失养密切相关。从现代病理生理看，低心排血量、内皮功能障碍、微循环灌注不足、血小板活化和凝血—纤溶失衡均可能构成血瘀相关表型。心力衰竭患者长期神经体液激活可引起血管收缩和内皮损伤，炎症介质又可促进凝血反应，使血液流变学及微循环状态进一步恶化。多组学研究中，气虚血瘀证相关信号涉及血管性血友病因子、血小板活化及炎症免疫通路^[20]，提示“气虚为本、瘀阻为标”可能对应能量供应不足与血管—凝血异常共同作用的网络。

2.3 阳虚与水停证素的物质基础

阳虚和水停在中重度及失代偿性心力衰竭中常相互伴随。中医认为阳气失于温煦和气化，水液输布排泄受阻，遂见水肿、畏寒、尿少及胸闷喘促。慢性心衰心阳虚证的病理实质涉及线粒体能量代谢的广泛紊乱，其内涵涵盖生物发生受阻、能量底物利用效率下降、氧化应激反应增强及线粒体形态结构异常等多个层面^[21]。相关多组学研究提示，阳虚血瘀兼水饮证可能涉及肾脏钠重吸收、环磷酸鸟苷—蛋白激酶 G 信号、补体和中性粒细胞胞外陷阱等通路^[20]。

2.4 痰浊证素的物质基础

痰浊证素通常与水液代谢失常、脂质代谢紊乱及炎症反应相关。痰湿体质及肥胖人群中肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-6 和 C 反应蛋白等炎症指标升高，提示慢性低度炎症可能是痰浊相关表型的重要背景，但其与心力衰竭痰浊证之间的直接因果关系尚不明确。杨茗茜等^[22]通过体内外实验发现，六君子汤加减方可能通过调节内质网—线粒体接触面的胆固醇转运，改善线粒体膜结构、生物能量学和自噬过程，从而减轻心肌细胞损伤。该研究为痰浊证的脂质代谢—线粒体机制提供了实验线索，但方药作用机制不能直接等同于证素本身的生物学本质，仍需在临床人群中进一步验证。

2.5 复合证素的物质基础

心力衰竭临床上常见气虚血瘀、阳虚血瘀、气阴两虚和阳虚水泛等复合证候。复合证素不是若干单一指标的机械叠加，而可能表现为多条病理通路的协同或阶段性重构。邓帅帅等^[23]对射血分数保留的心力衰竭气虚血瘀证患者开展代谢组学与转录组学整合分析，发现缺氧、能量供应异常、炎症、氧化应激、自噬及细胞损伤相关通路可能共同参与其病理过程，其中缺氧诱导因子-1信号和钙/钙调蛋白依赖性蛋白激酶Ⅱ相关改变值得关注。总体来看，复合证素研究更符合心力衰竭的真实临床状态，但应避免将组学差异直接等同于证候“特异性标志物”。

3. 病证结合模式下的心力衰竭中西医结合治疗研究

多项随机对照临床研究证实，西医常规治疗联合中医药辨证干预可多靶点、多途径作用于心力衰竭病理机制，有效提升临床疗效且安全性可靠。

徐欢等^[24]开展的临床试验共纳入 93 例慢性心力衰竭受试者，研究结果显示，血府逐瘀汤联合标准化四联抗心衰方案能够明显下调血清 NT-proBNP 浓度，修复受损心功能，缓解心衰相关中医证候，并提升患者活动耐受能力。另一临床研究针对急性心肌梗死伴心力衰竭人群开展观察，结果显示参芪心衰方与瑞舒伐他汀协同干预，相较于单一干预手段，可更大幅度下调血清血管紧张素Ⅱ（AngⅡ）、NT-proBNP、心肌脂肪酸结合蛋白（H-FABP）、心肌肌钙蛋白Ⅰ（cTnI）等反映心肌损伤与心衰严重程度的标志物，该生物学效应或是此方缓解患者临床不适症状的关键作用通路^[25]。参蛤散以红参、蛤蚧为君药，功擅温补心肾、益气通络，联合常规抗心衰治疗可通过中医温阳益气与现代医学抑制心肌重构、利尿减负的协同机制，有效调节心肾阳虚证慢性心衰患者血清心肌损伤标志物，改善心功能损伤，同时具备良好的用药安全性^[26]。保元汤加味联合标准抗心衰方案治疗气虚血瘀证 CHF 的临床效果优于单纯西医治疗，可显著改善心功能及生活质量，降低 MACE 发生风险，安全性良好。该方以黄芪、人参补益元气；肉桂温阳散寒；人参、炙甘草健脾和中，助运化；丹参、川芎活血化瘀，兼有安神之效。诸药合用，共奏益气活血、温阳通络之功，其协同增效可能与其多靶点干预心衰病理环节有关^[27]。

综上，在西医标准化抗心衰治疗的基础上，结合中医辨证施治理念开展联合干预，可多角度干预心衰病理进展，协同改善患者心功能与临床症状，且用药安全性稳定，为中西医结合治疗慢性心力衰竭的临床应用提供了可靠循证医学依据^[28]。

4. 结语

病证结合为心力衰竭中医证素研究提供了连接宏观辨证与微观病理生理的可行路径。现有证据较一致地支持心为主要病位，气虚、血瘀、阳虚、阴虚、水停和痰浊为常见病性证素，并呈现由本虚向虚实夹杂、由单一向复合演变的特点。能量代谢障碍、炎症免疫失衡、神经体液激活、脂质代谢紊乱、钙稳态异常、凝血改变及心室重构可

能构成其重要生物学背景。中西医协同干预可发挥叠加疗效，在优化心功能、减少心血管不良事件发生风险上具备独特优势。然而，当前研究仍处于关联探索阶段，尚缺乏可直接用于临床诊断的证素特异性标志物。未来应以规范证素评定为前提，通过疾病内对照、多中心纵向随访和独立队列验证，构建能够反映证素动态变化的多模态评价模型，并进一步检验该模型对疗效预测和临床决策的实际增益。只有实现标准统一、证据复现和临床可用，证素客观化研究才能真正服务于心力衰竭中西医结合精准诊疗。

参考文献

- [1]中华医学会心血管病分会，中国医师协会心血管内科医师分会，中国医师协会心力衰竭专业委员会，等.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024[J].中华心血管病杂志 2024,52(3):235-275.
- [2]吐孟巴依尔·吾奇尔巴特,胡嘉伟,肖芳,等.慢性心力衰竭中医证型客观化研究进展[J].新疆中医药,2024,42(2):77-80.
- [3]中国心血管健康与疾病报告 2025 概要[J].中国循环杂志,2026,41(6)527-563.
- [4]张静,马爱群.《国家心力衰竭指南 2023》专家解读[J].疑难病杂志,2024,23(09):1025-1030.
- [5]孟媛,毛秉豫,韦汉文.西医辨病与中医辨证相结合的慢性心衰辨证论治[J].浙江中医药大学学报,2017,41(6):474-477.
- [6]李奕,张国杰.关于“证素辨证新体系”创新性的评述[J].中医研究,2023,36(02):5-9.
- [7]于子凯,陈可冀院士治疗常见心血管疾病临证经验[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(16):3083-3086.
- [8]时岩,袁润,范虹,等.国医大师雷忠义运用角药治疗心衰经验探析[J].四川中医,2024,42(02):1-5.
- [9]金政,吴伟,皮建彬,等.国医大师邓铁涛辨治心力衰竭的经验[J].中国中西医结合杂志,2020,40(06):754-755.
- [10]翟雪芹,高玉,杨毅,等.国医大师沈宝藩分期论治心力衰竭经验撷英[J].西部中医药,2023,36(12):25-28.
- [11]程苗苗,于洁馨,翁维良.翁维良治疗慢性心力衰竭经验[J].中医杂志,2015,56(19):1635-1638.
- [12]闫玲玲.慢性心力衰竭中医证候及证候要素分布规律十年文献分析[D].河南中医药大学,2016.
- [13]焦苗苗.《心力衰竭中医证候诊断标准》中证素诊断条目筛选与赋权的研究[D].天津中医药大学,2024.
- [14]王自英.基于数据挖掘的国医大师张伯礼教授治疗心衰用药经验研究[D].天津中医药大学,2024.
- [15]毕颖斐,毛静远,崔小磊,等.心力衰竭中医证候特征的临床横断面调查[J].中华中医药学刊,2013,31(05):1001-1003.
- [16]崔燕.慢性心力衰竭的中医证素分布及中药使用规律初探[D].南方医科大学,2023.
- [17]张玉婷.慢性心力衰竭的中医证候要素与心功能分级的关联性研究[D].成都中医药大学,2018.
- [18]张倩,李彬,邢冬梅,等.慢性心力衰竭心气虚证与心肌能量代谢障碍关系的探讨[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(3):313-315.
- [19]程百如,林谦.基于钙调控异常探讨慢性心力衰竭心气虚证科学内涵[J].中国中西医结合杂志,2024,44(4):481-485.
- [20]Zhang Y, Wei J, Qiao L, et al. Exploring the biological basis for the identification of different syndromes in ischemic heart failure based on joint multi-omics analysis[J]. Front Pharmacol, 2025, 16: 1641422.
- [21]吴子政,陈杏,孟骊冲,等.基于扶阳理论探讨慢性心力衰竭心阳虚证线粒体能量代谢分期特点及方药干预[J].中国实验方剂学杂志,2026,32(5)129-138.
- [22]杨茗茜,袁东超,王建华,等.六君子汤加减方抑制胆固醇转运蛋白 GRAMD1C 在心衰痰浊证的机制研究[J/OL].中华中医药学刊,1-17[2026-07-06].
- [23]邓帅帅,罗小非,姜国旺,等.基于多组学技术分析射血分数保留的心力衰竭气虚血瘀证的生物学特征[J/OL].南京中医药大学学报,2026,(4):510-522[2026-07-06].

- [24]徐欢, 卢薇薇, 周宽. 血府逐瘀汤联合标准 4 联治疗方案对慢性心衰患者心功能及血清 proBNP 的影响[J]. 湖北中医杂志, 2026, 48(5):7-10.
- [25]孙笑卫. 参芪心衰方联合瑞舒伐他汀治疗急性心肌梗死合并心力衰竭的疗效[J]. 中国民族医药杂志, 2026, 32(4):11-14.
- [26]周莉. 参蛤散联合常规抗心衰治疗对慢性心力衰竭心肾阳虚证患者血清心肌损伤标志物及心功能的影响[J]. 黑龙江医药, 2026, 39(2):272-275.
- [27]张可欣. 保元汤加味联合标准抗心力衰竭治疗气虚血瘀证慢性心力衰竭的效果及安全性观察[J]. 大医生, 2026, 11(3):87-89.
- [28]陆纪元, 孙雪梅. 参芪桂枝四味汤联合西医治疗冠心病合并慢性心衰的效果[J]. 疾病预防与控制, 2026, 2(1):69-72.