http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00043
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

从“气虚为本、痰瘀为标”论治心梗后心力衰竭经验

王赟槟[1]，吴亚俊[2]，刘春华[2]
1.湖南中医药大学第二附属医院心血管病科，湖南长沙 410005；2.湖南中医药大学第二中医临床学院，湖南长沙 410005

[摘要] 本文从“气虚为本、痰瘀为标”视角介绍论治心梗后心力衰竭的经验。本病属中医“心衰病”范畴，心肌梗死使心脉骤然受损，病机总属本虚标实。心气亏损、推动无力为发病之本，瘀阻内生、痰浊水饮停聚为标实，两者相因为病，日久气虚及阳。临证首辨病情轻重缓急，病情急重时以规范西医救治为先；病情转缓后以中医辨治为主，规范西药治疗贯穿其间，治以益气养心、化痰祛瘀、通阳利水，并结合瓜蒌薤白类方化裁。日常指导患者畅情志、适劳逸、节饮食。附验案 2 则，以资佐证。

[关键词] 心肌梗死；心力衰竭；益气养心；气虚痰瘀；瓜蒌薤白半夏汤
[中图分类号] R256.22；R249　[文献标识码] A

心肌梗死后心力衰竭是心血管疾病中的严重并发症。我国心血管病患病率持续上升，心肌梗死是心力衰竭最常见的病因之一[1]；心肌梗死引起的心力衰竭患者院内死亡率为 12.2%，高于未发生心衰者的 3.0%，再住院率仍较高[2]。规范药物治疗虽可改善预后[1,3]，然其病机复杂，病势也有缓急轻重之别；单靠西医规范方案难以完全控制，病情易反复发作，常须中医药协同辨治。临证所见，本病以喘促、水肿、心悸为要，按中医辨证可归属“心水”“支饮”范畴。

1　病因病机

《素问·痿论》言“心主身之血脉”，心气充沛，方能推动血液周流不息；心气不足，则脉道失于鼓动，血行不畅。《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》云“阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也”，寸口脉微为上焦阳虚，尺脉弦紧为阴邪内盛，可见胸痹之成，其本在虚。水谷精微所化之荣气入于脉中，奉心化赤而为血，心气、荣血相互依存，其一亏损，均可影响心脉运行，故笔者认为胸痹病机当为“五脏相干，阳微阴弦，因虚而发”[4]。

本病继发于心肌梗死之后，因其发病时心脉骤然痹阻、气血逆乱，血行骤滞，气机随之壅遏。瘀血留而不去，瘀久则心脉失养，心气日耗；气虚之后又无力运血，遂成虚因瘀甚、瘀因虚留之势。心气愈亏，气化失司，病机则由心脉痹阻转为心气亏虚，水饮停聚，发为心衰，临床医者常侧重于心脉血瘀之标象，易忽视心气亏虚实为心衰发病之本。观心衰之候，《圣济总录》载“虚劳惊悸者，心气不足，心下有停水也”。《灵枢·经脉》谓“手少阴气绝则脉不通，脉不通则血不流”，脉道失充，血行涩滞，水津亦难输布，故本病不能仅从心脉痹阻立论，还应着眼于心气亏虚、心阳不足。慢性心衰病久正伤，常由气虚而及阳虚；心气既亏，病变由气及血、由阳及水，瘀血、痰浊、水饮相继而生[5]，心衰日久，气虚渐损及阳，心肾阳衰，不能温化水液，水饮停聚，凌心则心下悸，《伤寒论》载“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地者，真武汤主之”，此条虽为太阳误汗伤阳而设，实揭示阳虚水泛、水气凌心之纲，与本病气虚及阳、水饮内停之病机相合。王清任在《医林改错》中提出“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”，指出心气亏虚则运血无力，血留为瘀。气化无权，津液不能正常输布，则湿聚为痰，水停为饮；加之瘀留脉中，津液愈难通行；瘀阻津停、痰瘀易结，遂见气短喘促、胸闷痰多、苔腻，胸阳因之受遏。水饮、血瘀、痰浊虽各有侧重，实则同源于心气之虚，彼此牵连、互为因果，随病程进展而演变[6]。本病以心脉损伤为始，病程

通信作者：刘春华，电子信箱：Amy12302006@126.com

10.12201/bmr.202611.00043V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00043
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

迁延则气虚、心阳不足渐显，痰瘀水饮因虚而留；故“气虚为本、痰瘀为标”是对本病演变后病机特点的概括，临证仍当审度虚实、分清缓急。

2 辨证论治

2.1 益气养心，标本兼顾

心气充盛，则血脉运行有力；心气亏虚，鼓动无力，则胸闷、气短、乏力诸症由生。心肌梗死后，心脉受损，气血失和，久则气虚及阳，血行愈滞，水液亦失于输布，故见瘀血、痰饮相兼，其病总属本虚标实。心系之病无论显症与否，气虚血瘀痰阻的病理变化不可不察[7]。慢性心力衰竭证候调查显示，气虚、血瘀为常见病性证素，气虚痰瘀证所占比例较高[8]。故临证当重视固护心气，在理气、活血、化痰等方中配伍益气之品，使补益不碍邪，祛邪不耗气[9]。

气虚明显者以黄芪、炙甘草为主；心阳不足者，酌加桂枝温通心阳。然益气养心并非专施补剂，气虚者补气，阳虚者温阳，痰瘀已成者仍须佐以化痰活血，方合标本兼顾之意现代药理学研究表明，黄芪所含黄芪甲苷、环黄芪醇等成分可通过减轻氧化应激、抑制炎症反应、保护缺血缺氧心肌细胞等途径改善心力衰竭[10-11]。炙甘草所含甘草次酸成分能对抗多种原因所致的心律失常，保护心肌[12]。桂枝所含桂皮醛可舒张血管、改善血液循环[13]。

2.2 化痰祛瘀，通阳利水

固护心气之外，也应重视痰瘀水湿之标。心气亏虚，推动无力，则血行迟滞而为瘀；气化失常，津液不布，则聚湿成痰、水停为饮。痰瘀水饮既可痹阻心脉，见胸闷、胸痛，又可壅遏胸阳、阻滞气机，见气促、喘憋、水肿等心衰表现。《金匮要略》痰饮篇云：“病痰饮者，当以温药和之。”痰饮内停不可徒用寒凉攻逐，宜以温药通阳化饮。心衰之痰饮水停，治以化痰祛瘀、通阳利水，使心脉得通、气化得行[14]。

《金匮要略》胸痹篇云：“胸痹不得卧，心痛彻背者，瓜蒌薤白半夏汤主之。”寒痰阻胃，上逆心胸，患者可见胸痹不得卧、心痛彻背，故以瓜蒌薤白半夏汤通阳化痰、宽胸降逆，为心胃同治之法[4]。此方虽为胸痹而设，心衰患者若兼气促、喘憋、痰饮、水肿，可取其通阳化痰、宽胸降逆、助气化水之功。临证时根据痰浊、气逆、阳虚、瘀阻的轻重选方化裁，用药不应拘泥于方名。瘀血重者，加丹参、延胡索、山楂活血通络；水湿内停者，加茯苓、泽泻、薏苡仁、白扁豆健脾利湿；夜寐不安、心神失养者，加百合、麦冬、茯神养阴宁心；兼痰热、腑气不畅者，加黄芩、大黄，使痰热得清、腑气得降。

3 验案举隅

3.1 案一

患者女，77 岁，2024 年 9 月 22 日初诊。主诉：反复胸闷气促 10 余年，再发加重 2 月。患者 10 余年前无明显诱因出现胸闷气促，活动后明显，休息后可缓解，伴心悸。2023 年 9 月 29 日突发胸闷胸痛，伴大汗淋漓、肩背疼痛，于外院诊断为急性广泛前壁心肌梗死，行急诊介入治疗，后给予抗血小板聚集等药物（具体用药不详）控制病情。出院后家属诉平素间断服用硫酸氢氯吡格雷片 75mg 口服 Qd 抗血小板聚集、沙库巴曲缬沙坦片 50mg 口服 Bid 抑制心室重构、呋塞米片 20mg 口服 Qd 利尿消肿，此后胸闷气促反复，多次因心衰住院，西医药物效果逐渐欠佳，为求中医药系统治疗，遂前往我院就诊。刻下症见：阵发性胸闷胸痛，活动后气促，咽喉部不适，纳可，寐差，二便调，双下肢轻度凹陷性水肿。舌质暗，苔白腻，脉细涩。辅助检查：N 末端 B 型利钠肽前体（N-terminal pro-B-type natriuretic peptide，NT-proBNP） 3820ng/L；心电图示窦性心律、ST-T 段改变；心脏超声

10.12201/bmr.202611.00043V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00043
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

示室壁节段性运动异常、室壁瘤可能，心包少量积液；左心室射血分数 40.05%。西医诊断：慢性心力衰竭，冠心病，陈旧性心肌梗死。中医诊断：心衰病，气虚痰瘀证。治以益气养心、祛痰化瘀，方用瓜蒌薤白半夏汤加减。处方：瓜蒌皮 10g，醋延胡索 10g，薏苡仁 15g，茯苓 20g，丹参 15g，净山楂 15g，炙甘草 6g，黄芪 15g，薤白 15g，盐泽泻 10g，炒白扁豆 10g，百合 10g，茯神 30g，麦冬 10g。7 剂，水煎服，每日 1 剂，早晚温服，并嘱患者规律继服前西药。

2024 年 9 月 27 日二诊，复查 NT-proBNP 1031ng/L。2024 年 11 月 20 日复查心脏超声，左心室射血分数 45.83%；效不更方，继服上方 14 剂，西医治疗方案同前，2024 年 12 月 6 日复查，左心室射血分数升至 51.68%，后续随访家属诉其可从事日常劳作，嘱其可再服前方数剂以巩固疗效；2025 年 1 月 28 日因感冒复诊，查左心室射血分数已达 62.96%。

按：患者年高，既往心肌梗死经治疗后反复出现胸闷、气促，活动后加重，并见下肢水肿，喘促与水肿属于心水的常见表现；脉细为心气不足，舌暗、脉涩为瘀血阻络，苔白腻为痰湿内停，四诊合参，辨属心衰病气虚痰瘀证。本案喘促、苔白腻、下肢水肿，痰饮停聚明显，故取瓜蒌薤白半夏汤之意，以瓜蒌皮涤痰宽胸、薤白通阳散结；因痰湿滞于肌表经络而未上逆犯胃，故去半夏；心衰日久，心阳渐虚，火不暖土，脾失健运，水湿泛溢故以茯苓、薏苡仁、白扁豆健脾渗湿，代其化饮之功；又以黄芪、炙甘草益气养心以固其本，丹参、延胡索、山楂活血通络以除其瘀，泽泻助茯苓利水消肿，百合、麦冬、茯神养阴宁心以安寐。诸药合用，益气、活血、化痰、利湿并施，兼顾养心而不致壅滞。经治后胸闷气促明显改善，NT-proBNP 由 3820ng/L 降至 1031ng/L；经中西药协同治疗后，左心室射血分数由 40.05%逐步升至 62.96%，已恢复正常。

3.2 案二

患者男，62 岁，2024 年 3 月 10 日初诊。主诉：突发呼吸困难 1 小时余。患者自 2017 年起反复气促气喘、呼吸困难，曾诊断为冠心病、慢性心力衰竭，冠脉造影示前降支狭窄 70%，长期服用螺内酯、呋塞米（具体剂量不详）。此次于 1 小时前突发呼吸困难，活动后加重，吐泡沫样痰，口唇发绀，张口呼吸，无胸痛，急诊入院。刻下：气管插管，舌象无法查及，脉弦沉细，双下肢轻度水肿。辅助检查：NT-proBNP 2180ng/L，心肌肌钙蛋白 I（cardiac troponin I，cTnI） 0.410ng/mL，肌酸激酶同工酶 MB（creatine kinase-MB，CK-MB） 33U/L，乳酸脱氢酶（lactate dehydrogenase，LDH） 306U/L，肌红蛋白（myoglobin，Myo） 520μg/L。心电图示前间壁心外膜下心肌损伤，复查 V1～V3 导联 ST 段弓背向上抬高，疑急性前间壁心肌梗死。西医诊断：1.慢性心力衰竭急性加重；2.急性冠脉综合征，急性前间壁心肌梗死（Killip 分级Ⅱ级）；3.冠心病，陈旧性心肌梗死。中医诊断：心衰病，心阳亏虚、心脉瘀阻证。治以温通心阳、化痰利水、活血通脉，方用枳实薤白桂枝汤加减。处方：炒枳实 15g，薤白 15g，桂枝 10g，瓜蒌皮 10g，法半夏 10g，泽兰 10g，大黄 10g，炙甘草 10g，益母草 10g，茯苓 10g，黄芩片 10g，陈皮 10g。7 剂，水煎服，每日 1 剂，早晚温服；中药干预期间配合西医规范的扩冠护心、抗心衰、抗血小板聚集、抗凝等基础治疗。

3 月 11 日复查，NT-proBNP 2539ng/L，cTnI 13.94ng/mL；3 月 16 日复查，NT-proBNP 降至 938ng/L，cTnI 3.10ng/mL。3 月 24 日出院，患者胸闷气促明显减轻，乏力好转，双下肢无水肿，纳寐可，二便调；舌淡红，苔白兼黄，脉弦沉细。

按：患者素有冠心病、慢性心力衰竭，心气久虚，损及心阳，阳虚不运，突发喘憋、唇绀，脉沉细；津液失布，聚为痰饮，故见泡沫痰、下肢水肿，属《金匮要略》痰饮篇所

10.12201/bmr.202611.00043V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00043
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

论支饮。虽初诊舌象未查，仍据病史脉象辨为心阳亏虚、心脉瘀阻证。《金匮要略》胸痹篇载：“胸痹心中痞，留气结在胸，胸满，胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之。”本案心阳亏虚，胸阳不展，气机痹阻于胸，故见胸闷，取本方温通心阳、宽胸化痰之意。方中薤白通阳散结，瓜蒌皮涤痰宽胸，桂枝通阳化气、平冲降逆，炒枳实消痞，法半夏燥湿降逆陈皮理气化痰，佐泽兰、益母草活血利水，茯苓健脾利湿。辨治急症当重视缓急先后，先以规范西医救治为主，再配合枳实薤白桂枝汤加减温通心阳、化痰利水。经治后喘憋好转下肢水肿消退；NT-proBNP 初诊为 2180ng/L，3 月 11 日复查升至 2539ng/L，提示急性期心功能负荷仍重；3 月 16 日复查降至 938ng/L，提示经中西医协同治疗后指标逐步回落，后续喘憋及水肿等症状亦随之减轻。

4 讨论

由心肌梗死引起的心力衰竭常因兼症颇多、发作时病情更加凶险，导致临床上治疗此病较为棘手。辨治本病时，不拘泥只用中医治疗手段，而是根据患者当前症状缓急与否灵活调整治疗方案。如患者当前症状险峻，以现代医疗手段救治为先，中药据证配合；转入平稳阶段后则以中医辨治为主，规范西药治疗仍贯穿其间，及时随访，动态调整用药。两则验案一缓一急，疗效可征。日常还可告知患者畅情志、适劳逸、节饮食，按时服药并定期复查心功能，使辨证用药与长期调护相互配合。

参考文献

[1] 国家心血管病中心, 中国心血管健康与疾病报告编写组. 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.

[2] 中国医师协会心血管内科医师分会, 中国心血管健康联盟, 心肌梗死后心力衰竭防治专家共识工作组. 2020 心肌梗死后心力衰竭防治专家共识[J]. 中国循环杂志, 2020, 35(12): 1166-1180.

[3] 中华医学会心血管病学分会, 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.

[4] 邓晓晨, 刘春华. 刘春华基于“脏腑相关”运用《金匮要略》经典方剂辨治心血管疾病经验[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2025, 49(3): 191-193.

[5] 中华中医药学会慢性心力衰竭中医诊疗指南项目组. 慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022 年)[J]. 中医杂志, 2023, 64(7): 743-756.

[6] 孙靖云, 王帅. 基于“一气周流”探讨益气强心汤治疗气虚血瘀水停型慢性心力衰竭作用机制[J]. 中国医药导报, 2025, 22(25): 128-131.

[7] 赵茜, 郑燕姣, 刘春华. 刘春华主任医师中西合璧辨治冠心病经验[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(6): 150-151.

[8] 邹旭, 潘光明, 盛小刚, 等. 慢性心力衰竭中医证候规律的临床流行病学调查研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(7): 903-908.

[9] 陶诗怡, 李军, 薛甜甜, 等. 稳心汤对急性心肌梗死后心力衰竭气虚血瘀证患者外周血转录组学的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(23): 130-137.

[10] 关静, 黄凡克, 周伊璐, 等. 黄芪甲苷抗心力衰竭患者缺血缺氧性心肌损伤的机制研究进展[J]. 实用心脑肺血管病杂志, 2023, 31(9): 111-114.

10.12201/bmr.202611.00043V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00043
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

[11] 马欢, 魏东升, 张妮, 等. 基于 cGAS-STING 信号通路探讨环黄芪醇干预心肌梗死后心力衰竭的作用机制[J]. 中国细胞生物学学报, 2026, 48(3): 642-654.

[12] 谢瑞强, 王长福. 炙甘草化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药信息, 2023, 40(4): 84-89.

[13] 李雪, 赵婧含, 吴文轩, 等. 桂枝的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2023, 51(5): 111-114.

[14] 李东梅, 王梓仪, 贾裕智, 等. 芪苈强心胶囊防治慢性心力衰竭的临床应用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2026, 32(20): 306-313.

10.12201/bmr.202611.00043V1