

慢性心力衰竭中医证型分层及中西医诊疗研究进展

滕 越

黑龙江省中医药科学院，黑龙江 哈尔滨

收稿日期：2026年9月7日；录用日期：2026年10月2日；发布日期：2026年10月13日

摘 要

慢性心力衰竭是多种心血管疾病终末期临床综合征，以发病率高、再住院率高为主要特点，远期预后差，使其成为心血管领域的重大难题。现代西医“新四联”规范化治疗可抑制神经内分泌激活、延缓心室重构进程，但仍存在部分患者乏力、水肿等残余症状难以改善，个体治疗反应差异明显等现实局限。中医认为，心衰病机总属于本虚实证，在改善临床症状、提高生活质量方面具有独特的优势，以气虚、阴虚、阳虚为本，以血瘀、水饮、痰浊为标。目前围绕慢性心力衰竭中医证型分布、证型与客观实验室指标、预后关联、分证中西医干预已积累大量临床研究。本文梳理近年国内核心期刊公开文献，从西医病理认识、中医病机证型分布、证型客观化研究、中西医辨证干预、现存问题与展望展开综述，以期慢性心力衰竭中西医结合临床与科研提供参考依据。

关键词

慢性心力衰竭，中医证型，证型分层，心室重构，中西医结合

Research Progress on TCM Syndrome Stratification and Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure

Yue Teng

Heilongjiang Academy of Chinese Medical Sciences, Harbin Heilongjiang

Received: September 7, 2026; accepted: October 2, 2026; published: October 13, 2026

Abstract

Chronic heart failure (CHF) is a clinical syndrome at the end-stage of various cardiovascular diseases. Characterized by high morbidity and high readmission rates with poor long-term prognosis, it has become a major challenge in the field of cardiology. Standardized treatment with the modern Western medicine “four-pillar therapy” can inhibit neuroendocrine activation and delay the progression of ventricular remodeling. Nevertheless, practical limitations remain, including refractory residual symptoms such as fatigue and edema in some patients and marked individual variations in treatment response. From the perspective of traditional Chinese medicine (TCM), the pathogenesis of heart failure is generally defined as root deficiency and excess manifestation. TCM boasts unique advantages in relieving clinical symptoms and improving quality of life. Its root causes include qi deficiency, yin deficiency and yang deficiency, while blood stasis, fluid retention and phlegm turbidity represent the secondary manifestations. To date, abundant clinical studies have been conducted on the TCM syndrome distribution of CHF, correlations between TCM syndromes and objective laboratory indicators, the association of syndromes with prognosis, and syndrome-specific integrated Chinese and Western medicine interventions. By sorting out recent publicly available literature from domestic core journals, this paper reviews the Western pathological understanding, TCM pathogenesis and syndrome distribution, objective research on TCM syndromes, syndrome-differentiated integrated Chinese-Western medical interventions, existing problems and prospects, so as to provide references for clinical practice and scientific research of integrated traditional Chinese and Western medicine in the management of chronic heart failure.

Keywords

Chronic Heart Failure, TCM Syndromes, Syndrome Stratification, Ventricular Remodeling, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

因人口老龄化加剧，高血压、冠心病、糖尿病等疾病患病率逐年增加，我国慢性心力衰竭疾病患病风险持续升高。现代心力衰竭指南推荐“新四联”药物方案，可显著降低心衰患者全因死亡风险，但仍有相当一部分患者存在活动后气短、疲乏、下肢水肿等残余症状，生活质量得不到有效改善。

中医将慢性心力衰竭归属于“心悸”“水肿”“喘证”范畴。《慢性心力衰竭中医诊疗指南(2024 年)》[1]明确三大核心证型：气虚血瘀证、气阴两虚血瘀证、阳气亏虚血瘀证，为国内心衰中医辨证提供统一行业标准。临床可见证型随 NYHA 心功能分级进展发生动态演变，探究证型 - 心功能 - 生化指标 - 预后之间的对应关系，开展分层辨证干预，是当前中西医结合心衰研究热点[2]。本文就慢性心力衰竭中医证型分层及中西医诊疗研究进展综述如下。

2. 现代医学对慢性心力衰竭的认识

慢性心力衰竭是心脏结构或功能异常造成心室充盈、射血能力受损的临床综合征，神经内分泌过度激活、心肌心室重构是核心病理机制。依据左室射血分数划分为射血分数降低型心力衰竭(HFrEF)、射血分数轻度降低型心力衰竭(HFmrEF)、射血分数保留型心力衰竭(HFpEF) [3]。临床联合 NYHA 心功能分

级、NT-proBNP、左室舒张末期内径、6 min 步行试验、MLHFQ 心衰生活质量量表综合评估病情[4]。

现代标准化药物治疗能够显著降低心血管硬终点事件，但对患者主观疲乏、气短等症状改善有限；同一心功能分级患者，临床表现、再住院风险、远期预后存在明显个体差异，单纯依靠西医理化指标尚不能完整覆盖患者整体状态[5]。

3. 慢性心力衰竭中医病机与证型研究

3.1. 病机源流

心衰相关论述最早见于《黄帝内经》，“水停心下，则悸且喘”描述心衰喘促水肿表现；张仲景《金匮要略》记载真武汤、苓桂术甘汤主治阳虚水泛喘肿诸症，后世医家不断丰富心衰病机理论。当代学界共识：本虚标实为心衰总病机，气虚贯穿疾病全程，气虚进一步发展，可出现气阴两虚，久则损及心阳，形成心肾阳虚；血瘀、水饮、痰浊作为标实伴随病程进展逐步加重。气虚→气阴两虚→阳气亏虚，反映心衰由轻向重的病机演变链条[6]。

3.2. 证型分布流行病学

国内多中心临床观察显示，慢性心力衰竭最常见证型依次为气虚血瘀证、气阴两虚血瘀证、阳气亏虚血瘀证，三者占心衰中医证型 90%以上，痰浊、阴阳两虚多为兼夹证，较少单独出现[7]。黄尉威等研究提示，HFpEF 患者气阴两虚血瘀占比偏高，HFrEF 患者阳气亏虚血瘀比例更高，不同射血分数心衰证型分布存在差异[8]。

3.3. 辨证标准化现状

既往心衰中医辨证存在标准不统一、主观依赖性强、地域差异较大等问题，制约多中心临床研究开展[9]。《慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022 年)》[10]统一三大证型主症、次症、舌脉判定标准，明确气虚血瘀贯穿病程始终[10]。中国研究型医院学会发布病证结合证候诊断专家共识，进一步规范射血分数保留心衰的气虚、血瘀、水饮辨证条目，提升证候可操作性[11]。但临床仍存在复合兼夹证较多，辨证一致性有待提高的现实问题。

4. 中医证型客观化研究进展

4.1. 证型与心功能、心室重构指标相关性

多项临床研究提示，中医证型与心脏超声指标存在梯度差异。阳气亏虚血瘀证患者 LVEF 更低，左室舒张末期内径更大，心室重构损伤更加显著；气虚血瘀证心脏结构损伤相对较轻，6 min 步行距离更长，活动耐量更佳[12]。唐薇研究 HFpEF 患者发现，阳气亏虚血瘀组左室质量指数高于气虚血瘀、气阴两虚血瘀组，提示证型严重程度与心肌肥厚重构程度相关[13]。但也有部分研究未得到完全一致结果，提示受样本、基础疾病、合并用药干扰，不能单一依靠超声指标反向判定证型。

4.2. 证型与 NT-proBNP、炎症、纤维化标志物

NT-proBNP 是评估心衰容量负荷、病情严重程度的核心标志物。多数研究结果显示 NT-proBNP 水平：阳气亏虚血瘀证 > 气阴两虚血瘀证 > 气虚血瘀证，阳虚重症患者 NT-proBNP 显著升高[8]。阳气亏虚血瘀患者血清 IL-6、TNF- α 等炎症因子、心肌纤维化标志物水平高于其他证型，炎症、纤维化水平升高与阳虚水饮证候密切相关[13]。气阴两虚血瘀型心衰患者炎症、胶原代谢指标显著升高，经益气养阴活血干预后可出现下降。

4.3. 证型与再住院、远期预后

林飞宁对 207 例 HFpEF 患者开展 2 年随访, 气虚血瘀、气阴两虚血瘀、阳气亏虚血瘀组 2 年死亡率依次升高, 阳气亏虚血瘀是 HFpEF 患者死亡独立危险因素[14]。何佰程通过 Lasso-Logistic 回归研究证实, 阳虚、血瘀证候要素是慢性心衰预后不良独立危险因素, 基于中医证候可构建预后预测列线图模型[15]。据研究显示, 阳气亏虚血瘀证患者 1 年内再入院风险显著高于气虚血瘀证。

5. 不同证型中西医干预研究进展

5.1. 气虚血瘀

气虚血瘀为心衰基础证, 治法益气活血, 代表方补阳还五汤, 常用药物黄芪、党参、丹参等[10]。多项临床研究显示益气活血方药联合西医基础治疗, 可以改善气短乏力, 提高 6 min 步行距离, 降低 NT-proBNP, 改善早期心室重构[16]。芪参益气滴丸作为益气活血中成药, 多项临床试验证实对气虚血瘀型心衰安全有效, 可改善患者心功能与生活质量[17]。该证型病情相对较轻, 中西医结合获益较为突出。芪参益气滴丸相关研究多为中小样本 RCT, 证据等级低 - 中等; 主要以 NT-proBNP、6 min 步行距离等替代指标为终点, 尚缺乏以死亡、心衰再住院为硬终点的大样本多中心 RCT。

5.2. 气阴两虚血瘀证

治法益气养阴、活血通脉, 生脉散为代表方剂, 药选麦冬、五味子、生地黄配伍活血药。薄浩浩等运用红芪参麦饮联合西药治疗气阴两虚血瘀型心衰, 可下调炎症与心肌纤维化相关蛋白, 改善心衰生活质量评分[18]。孟骊冲等指出, 气阴两虚血瘀多出现于心衰中期, 兼顾益气养阴不可一味温阳, 避免耗伤阴液[19]。现有研究多为单中心、样本量有限、随访时间偏短; 缺少不同证型头对头横向对照研究。

5.3. 阳气亏虚血瘀证

治法温阳利水、活血化瘀, 代表方真武汤、苓桂术甘汤。该证多见于终末期重症心衰, 常合并利尿剂抵抗, 水肿顽固。吴佳莉运用温阳化饮养心方联合西医治疗阳气亏虚血瘀合并利尿剂抵抗患者, 可改善水饮证候, 提升利尿效果[12]。温阳利水法治疗重症心衰, 温阳利水中药联合抗心衰西药有助于减轻顽固性水肿, 降低再住院风险。但温阳类药物附子使用需要严格把控剂量, 重视安全性监测。温阳含附子复方现有 RCT 整体证据质量参差不齐, 替代指标改善证据为中 - 低等级; 长期心律失常、中毒、电解质紊乱的大样本安全性数据仍然不足。

5.4. 当前干预研究存在问题

现有临床试验部分不做证型区分, 统一方药干预全部心衰患者, 背离辨证论治原则。不同证型横向对比研究数量偏少; 多数研究观察周期短, 以短期症状、实验室指标为终点, 缺少 1 年以上远期硬终点随访; 高质量多中心 RCT 数量不足, 循证证据等级有待提升。中成药治疗心衰临床应用指南提出, 未来需要更多病证结合临床试验支撑临床用药。

6. 国际视角: 草药、针灸类补充疗法治疗 CHF 研究进展

欧美及东亚其他国家将中医药归为补充替代医学(CAM), 当前 ESC、ACC/AHA 主流心衰指南尚未给出强推荐, 但已有多篇系统综述总结植物药、针灸、身心运动用于慢性心衰的证据。

6.1. 植物药/复方

一项发表于 Journal of the American College of Cardiology 的多中心随机双盲安慰剂对照研究观察芪苈

强心胶囊, 结果提示在常规西医治疗基础上加用该药可降低 NT-proBNP 并改善临床症状, 但研究主要终点为替代指标, 缺少国际大样本硬终点 RCT 支持。一项纳入 12 项 RCT 的国际系统综述显示含附子温阳复方联合西药可改善证候及心功能指标, 但整体 GRADE 证据多为低 - 中等, 乌头碱毒性风险也制约其海外应用。韩国针对五苓散(Oryeongsan)的系统综述提示该类方剂有助于改善水钠潴留相关指标, 但纳入文献以中文为主, 存在发表偏倚风险。总体上植物药相关国际证据普遍存在: 单中心居多、盲法与分配隐藏报告不完善、多数未开展中医证型分层入组、随访周期较短的共性短板。

6.2. 针灸、艾灸、身心运动

多项 Meta 分析提示艾灸、针灸、耳穴辅助干预可改善心衰患者 LVEF、6 min 步行距离、生活质量, 但盲法实施困难, 整体偏倚风险较高。太极拳、气功作为心脏康复手段, 可改善运动耐量与负性情绪, 但对死亡、再住院硬终点证据尚不充分。

6.3. 新药时代中西医结合的契机与挑战

契机: ① 新四联、SGLT-2 抑制剂显著降低硬终点, 但乏力、利尿剂抵抗、残余充血等患者报告症状改善有限, 中医药在症状与生活质量层面具备补充价值; ② HFpEF 缺乏特效西药, 其中医证型特征相对明确, 适合开展分层辨证研究; ③ 国际心衰领域越来越重视患者报告结局(PRO), 与中医重视主观证候的理念相契合。

挑战: ① 多重西药基础上加用中药, 高钾血症、肾功能损伤、药物 - 药物相互作用风险上升, 安全监测体系尚不健全; ② 国际临床试验难以复制中医辨证分层入组模式; ③ 中药复方质控、毒性药材安全性要求高, 限制国际多中心合作开展。

7. 现存研究不足

当前慢性心衰中医证型分层及中西医结合研究仍存在多方面局限: ① 辨证层面, 现有指南三大证型属于简化分型, 真实世界复合兼夹证候多见, 主观辨证偏差难以完全消除; 尚未形成公认可推广的证候客观化诊断模型, 单一理化、超声指标均不能直接判定证型。② 研究设计层面, 横断面研究占比高, 大样本前瞻性动态队列稀缺, 对病程中证型动态转化规律证据不足; 干预研究中小样本、单中心较多, 缺少不同证型头对头对比; 随访周期短, 多采用替代终点, 硬终点导向的多中心 RCT 数量不足。③ 客观化与预后模型: 证型与实验室指标仅能证明相关性, 因果关系难以确立; 现有证候预后预测模型大多基于单中心, 缺少外部队列验证, 难以直接投入临床应用。④ 国际研究层面: 草药、针灸相关系统综述证据等级多为低 - 中等, 发表偏倚风险不容忽视; 缺少严格辨证分层的国际多中心试验, 中药质量控制与毒性药材安全问题仍是国际推广现实障碍。

8. 研究展望

今后应当开展大样本前瞻性队列, 观察慢性心衰病程中证型动态演变规律; 开展病证结合 RCT, 针对气虚血瘀、气阴两虚血瘀、阳气亏虚血瘀分别开展中西医联合干预研究, 明确不同证型最优治疗方案; 结合代谢组学、转录组学挖掘不同证型生物学基础, 推进证候客观化; 完善中医证候参与的心衰预后预测模型并开展外部验证; 推动高质量证据产出, 促进中医证型分层评估真正融入心衰临床综合评估体系。

9. 结语

慢性心力衰竭病机复杂, 西医标准化治疗仍存在残余症状、个体预后差异等现实问题。气虚血瘀、气阴两虚血瘀、阳气亏虚血瘀作为心衰三大核心证型, 证型演变对应心衰由轻到重病程, 证型与心功能、

理化指标、远期再住院及死亡风险存在相关性。中西医分层辨证干预,在改善症状、提高生活质量方面具备优势。目前证候客观化、病证结合临床研究仍存在短板,未来需要更多高质量研究夯实证据,推动慢性心力衰竭中西医精准诊疗发展。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 刘乐,陈锐,王晶,等.慢性心力衰竭中医证型客观化的研究进展[J].中国社区医师,2025,41(4):3-5.
- [3] 国家心血管病中心,国家心血管病专家委员会心力衰竭专业委员会,中国医师协会心力衰竭专业委员会,等.国家心力衰竭指南 2023[J].中华心力衰竭和心肌病杂志,2023,7(4):215-311.
- [4] 李莹莹,王华.《2022 年 AHA/ACC/HFSA 心力衰竭管理指南》解读——从新指南看治疗进展[J].中国心血管杂志,2022,27(5):417-421.
- [5] 陈可冀,吴宗贵,朱明军,等.慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].心脑血管病防治,2016,16(5):340-347.
- [6] 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(6):1432-1434.
- [7] 刘亚荣,任得志,安静,等.慢性心力衰竭患者中医证候分布及与心肺功能的相关性研究[J].国际中医中药杂志,2024,46(12):1565-1570.
- [8] 黄尉威,姚美丹,邓佳妮,等.慢性心力衰竭不同中医证型患者生存质量评价及其影响因素的前瞻性多中心研究[J].中医杂志,2023,64(8):805-811.
- [9] 邢冬梅,李彬,朱明军,等.慢性心力衰竭中医药临床研究设计要点[J].中华中医药杂志,2018,33(3):993-995.
- [10] 慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022 年)[J].中医杂志,2023,64(7):743-756.
- [11] 刘永成,董国菊.《基于中西医病证结合的射血分数保留的心力衰竭气虚、血瘀、水饮证候诊断专家共识》与《基于中西医病证结合的射血分数保留的心力衰竭阳虚、阴虚、痰浊证候诊断专家共识》解读[J].中华中医药学刊,2025,43(3):194-198.
- [12] 吴佳莉,肖丹,詹洮,等.温阳化饮养心方对慢性心力衰竭合并利尿剂抵抗患者中医证候的影响及疗效观察[J].四川大学学报(医学版),2025,56(1):94-101.
- [13] 唐薇,常佩芬,李天力,等.基于不同证型的射血分数保留型心力衰竭患者心功能与无创心排量相关性研究[J].北京中医药,2024,43(10):1205-1208.
- [14] 林飞宁,林超,黄丽华,等.射血分数保留型心力衰竭不同中医证型对患者远期预后的影响[J].福建中医药,2024,55(6):59-61.
- [15] 何佰程,陈丽虹,陈家崧,等.基于 Lasso-Logistic 回归分析中医证候要素对慢性心力衰竭患者预后的影响及预测模型构建[J].国际中医中药杂志,2026,48(6):622-630.
- [16] 庄锐,张立晶,范宗静,等.益气活血利水方治疗气虚血瘀水停证慢性心力衰竭患者的临床疗效研究[J].中国中医基础医学杂志,2025,31(11):2038-2042.
- [17] 于坚,王小红,王江涛,等.慢性心力衰竭患者血清胆汁酸与炎症因子及心功能指标的相关性研究[J].实用心脑血管病杂志,2023,31(1):22-26.
- [18] 薄浩浩,张丞波,毛晨晗,等.红芪参麦饮调控分泌型磷蛋白 1 改善气阴两虚兼血瘀型心肌梗死后心力衰竭的临床研究[J].南京中医药大学学报,2025,41(12):1734-1741.
- [19] 孟骊冲,谭朵廷,王梓仪,等.慢性心力衰竭气虚血瘀证的证候学特征与微观指标研究概况[J].中医杂志,2025,66(19):2065-2071.