

• 慢病专题：心脑血管疾病 •

基于中医扶阳理论治疗心肌梗死后心力衰竭验案*

汤洁¹, 伏秋雯¹, 黄梅梅¹, 唐东¹, 徐丽^{2△}

(1. 贵州中医药大学, 贵州 贵阳 550002; 2. 贵州中医药大学第二附属医院心内科, 贵州 贵阳 550003)

[摘要] 既往存在心肌梗死被认为是心力衰竭发生的一个强有力因素, 相较于一般心力衰竭患者, 其再住院及死亡风险较高。本文基于中医扶阳理论, 以益气固脱、回阳救逆为法, 采用破格救心汤加减治疗 1 例心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后心力衰竭患者。疗效转归: 患者心室射血分数提高, 活动后胸闷、气促明显减轻, 一般活动不受影响, 无心悸、乏力, 双下肢水肿基本消失。

[关键词] 中医内科学; 心力衰竭; 破格救心汤; 扶阳理论

DOI: 10. 3969/j. issn. 1009-5519. 2025. 11. 013

中图法分类号: R259. 416. 1; R223. 11

文章编号: 1009-5519(2025)11-2569-04

文献标识码: A

Treatment of heart failure after myocardial infarction based on traditional Chinese medicine Fuyang theory*

TANG Jie¹, FU Qiuwen¹, HUANG Meimei¹, TANG Dong¹, XU Li^{2△}

(1. Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang, Guizhou 550002, China;

2. Department of Cardiology, The Second Affiliated Hospital of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang, Guizhou 550003, China)

[Abstract] Previous myocardial infarction is considered to be a powerful factor in the occurrence of heart failure. Compared with general heart failure patients, the risk of rehospitalization and death is higher. Based on the theory of Fuyang in traditional Chinese medicine, this paper uses the method of Yiqi Gutuo and Huiyang Jiuni to treat one case of heart failure after myocardial infarction PCI with the addition and subtraction of Poge Jiuxin decoction. Efficacy outcome: The patient's cardiac ejection fraction increased, chest tightness and shortness of breath were significantly reduced after activity, general activity was not affected, no palpitations, fatigue, and edema of both lower limbs basically disappeared.

[Key words] TCM internal medicine; Heart failure; Poge Jiuxin decoction; Fuyang theory

扶阳派在传承仲景思想的基础上主张“生命以火立极”, 重视温热类药物的应用, 在助长阳气的同时达到治病之效^[1]。如《素问·生气通天论篇》言:“凡阴阳之要, 阳密乃固。”“阳气者, 若天与日, 失其所则折寿而不彰, 故天运当以日光明。”阳气是生命运动的根本, 阳气损伤、阴邪生长导致心力衰竭(心衰)反复, 治疗当以扶阳贯穿始终^[2]。“阳化气”不足与“阴成形”太过会对心脏功能产生影响, “阳化气”不足则心脏功能下降, 精血津液瘀滞, 进而“阴成形”化生瘀血、痰饮等, 痹阻心脉, 心疾则生^[3]。相关研究显示, 扶阳理论结合西医治疗方案在应对冠心病心衰时有显著疗

效^[4]。现将 1 例运用扶阳理论治疗心肌梗死(心梗)后心衰的经验案例报道如下。

1 临床资料

1.1 病史资料 患者, 男, 56 岁, 于 2021 年 6 月因胸闷不适就诊于贵州省人民医院, 经冠状动脉造影术后确诊为“冠状动脉粥样硬化性心脏病、心梗”并行冠状动脉支架植入术, 患者症状好转后出院。2023 年 7 月患者出现胸闷、气促症状, 活动后加重, 休息后可稍缓解, 伴全身无力、双下肢中度水肿, 时有心悸、咳嗽、咳痰, 无恶寒发热、恶心呕吐、腹痛腹泻等不适, 精神纳眠差, 小便少, 大便尚可, 近期体重未见明显增减。患

* 基金项目: 国家自然科学基金资助项目(82260877)。

作者简介: 汤洁(2000—), 硕士研究生在读, 住院医师, 主要从事中西医结合心血管疾病防治工作。△ 通信作者, E-mail: 342109210@

qq.com。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20251009.1558.026\(2025-10-09\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20251009.1558.026(2025-10-09))

者自行于外院就诊,口服琥珀酸美托洛尔缓释片、呋塞米片、螺内酯片治疗后,上诉症状缓解不明显,遂于贵州中医药大学第二附属医院心内科住院治疗。

1.2 既往史 2⁺年前于贵州省人民医院完善相关检查后,确诊为“原发性高血压”,最高血压达 182/98 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),具体诊疗过程不详,间断口服药物(具体不详),目前血压控制可,未诉特殊不适。个人史:20⁺年以上吸烟、饮酒史,已戒烟、酒 2 年。过敏史、家族史无特殊。

1.3 辅助检查 2023 年 7 月 24 日心电图:(1)窦性心律(HR 78 次/分);(2)电轴右偏。心肺五联:NT-proBNP 9 109 pg/mL。7 月 26 日心脏彩色多普勒(彩超):(1)左房增大,右房稍大,左室增大;(2)左室舒张功能降低,收缩功能重度降低;(3)室间隔增厚,左室前壁、侧壁、后壁变薄;(4)静息状态下左室壁运动幅度普遍降低;(5)心包积液;(6)胸腔积液。辛普森法测定:射血分数(EF)19.1%。7 月 27 日 B 超检查胸腔积液:右侧第 9~11 肋间可探及液性暗区,最深约 120 mm;左侧第 10~11 肋间可探及液性暗区,最深约 38 mm。

1.4 中西医诊断 中医诊断:心水病,阳虚水泛证。西医诊断:(1)心力衰竭,心功能Ⅲ级;(2)冠状动脉粥样硬化性心脏病,稳定型心绞痛,冠状动脉支架植入后状态,心功能Ⅲ级;(3)原发性高血压 3 级,很高危组。

1.5 干预措施 2023 年 7 月 24 日首诊:患者胸闷、气促,活动后加重,休息后可稍缓解,伴全身无力、双下肢中度水肿,心悸伴咳嗽咳痰,痰色白,量少易咳,精神睡眠差,饮食差,小便少,大便正常,舌质淡,苔滑、厚腻,脉沉细。中医治疗:组方,制附片 30 g(先煎),炙甘草 30 g,干姜 30 g,党参 10 g,煅牡蛎、煅龙骨各 30 g(先煎),磁石 20 g,煅瓦楞子 15 g(先煎),黄芪 60 g,桂枝 12 g,茯苓 30 g,麸炒白术 30 g,厚朴 10 g,炒石菖蒲 10 g,熟地黄 10 g,山药 10 g,6 付,每日 1 剂,水煎服 300 mL,早中晚服。西医治疗:琥珀酸美托洛尔缓释片(23.75 mg)控制心率;呋塞米片(20 mg)联合螺内酯片(20 mg)利尿消肿;恩格列净片(10 mg)联合沙库巴曲缬沙坦钠片(100 mg)抑制心室重塑;阿托伐他汀钙片(10 mg)调脂稳斑;呋喃布芬片(200 mg)抗血小板聚集。中医以破格救心汤加减为依据,考虑用药安全性及患者个体差异性,暂予小剂量破格救心汤加减治疗。方中附子为君回阳救逆、补火助阳;炙甘草益气复脉、缓和附子毒性;干姜加强附子温阳功效;煅牡蛎、煅龙骨、磁石潜阴入阳、稳定药性;党参代替原方中高丽参,与黄芪相配补气生津养

血,气行则血行;煅瓦楞子防燥烈伤胃,加以桂枝温阳通脉;茯苓、麸炒白术、厚朴、炒石菖蒲同用燥湿健脾补中助中焦运化;熟地黄、山药滋阴益肾。

2023 年 8 月 28 日二诊:患者胸闷、气促症状较前改善,但活动后仍有加重,全身无力感较前好转,双下肢轻度水肿,仍时有心悸,小便较前增多,大便时有干结,食欲缺乏,舌质淡,苔滑腻微黄,脉沉细。于原方基础上去麸炒白术、厚朴、炒石菖蒲,加焦山楂 30 g,炒麦芽 30 g,炒建曲 30 g,6 付,每日 1 剂,早中晚分服。口服西药无调整。经治疗后患者情况均有不同程度好转,舌苔滑腻情况有明显改善,体内水湿停聚减少,是中焦运化得司、阳气得以复升的表现,故去麸炒白术、厚朴、炒石菖蒲;患者食欲缺乏、大便时有干结,但不宜用通利泻下之法,恐伤其气,故给予焦山楂、炒麦芽、炒建曲以健运脾胃、理气导滞。

2023 年 9 月 9 日三诊:患者偶有胸闷、气促,活动后稍明显,全身乏力感较前改善,双下肢轻度水肿,偶有心悸,食少,大、小便正常,舌质淡红,舌体胖嫩,苔滑、薄白,脉沉滑。组方:制附片 45 g(先煎),干姜 30 g,炙甘草 45 g,红参 15 g,煅牡蛎和煅龙骨各 30 g(先煎),煅磁石 20 g(先煎),山萸肉 12 g,黄芪 80 g,桂枝 12g,茯苓 30 g,麸炒白术 30 g,熟地黄 10 g,山药 10 g,炒火麻仁 10 g,焦山楂 30 g,炒建曲 30 g,炒麦芽 50 g,6 付,每日 1 剂,早中晚分服。口服西药无调整。患者舌苔由厚腻转为薄白,舌面裂纹消退,此为内邪外出、气阴得固、疾病好转之征象,但舌体胖嫩,苔滑而脉沉滑,疾病治疗发生阶段变化,但阳虚水湿停聚仍是治疗的关键,故调整组方及用量,加强方中附子补火助阳之效,炙甘草加量调和诸药、缓和附子毒性,红参以补益元气,山萸肉收敛元气、固摄精气,黄芪加量益气健脾消水肿,茯苓、麸炒白术、炒火麻仁、焦山楂、炒建曲、炒麦芽燥湿健脾、行气消积。

2023 年 9 月 23 日四诊:患者活动后偶有胸闷、气促、双下肢轻度水肿伴乏力感,夜间偶有心悸,持续约数分钟,精神饮食较前好转,大、小便正常。舌淡嫩,舌边有齿痕,苔薄黄,舌苔出现点块状剥脱,脉沉滑弱。在三诊基础上调整药物用量:制附片 60 g,干姜 45 g,炙甘草 90 g,黄芪 100 g,红参 30 g,煅磁石 30 g,桂枝 15 g,去焦山楂、炒建曲、炒麦芽,12 付,每日 1 剂,早中晚分服。口服西药无调整。患者复诊仍有胸闷、气促、心悸等心气、心阳虚损表现,治疗上将附子、干姜、炙甘草、煅磁石加量以加强扶阳益气、复脉定悸安神之效;舌苔见少量剥脱,此为久病耗伤脏腑气血的表现,方中黄芪、红参、桂枝加量以温阳益气、鼓舞气血生长,促进舌苔新生。

2023 年 10 月 16 日五诊:患者活动后胸闷、气促明显好转,双下肢无水肿及乏力感,夜间心悸情况较前改善,精神纳眠较前明显好转,舌淡红,舌边略有齿痕,苔滑薄白,剥脱处可见新生苔,脉沉滑有力。辅助心脏彩超检查结果(对比 2023 年 7 月 26 日):(1)左心增大,右室稍大;(2)左室舒张功能降低,收缩功能降低;(3)室间隔增厚,左室前壁、侧壁、后壁变薄;(4)心包腔微量积液;(5)静息状态下左室壁运动幅度普遍降低。辛普森法测定:EF 31.8%。2023 年 10 月 16 日肝肾功能指标:谷草转氨酶 14 U/L,谷丙转氨酶 15 U/L,肌酐 $78.8 \mu\text{mol/L}$ 。于四诊基础上调整部分用量:制附片 100 g,牡蛎 40 g,山萸肉 30 g,红参 40 g,山药 30 g,熟地黄 20 g,麸炒白术 40 g,茯苓 40 g,桂枝 20 g,12 付,每日 1 剂,早中晚分服。口服西药无调整。患者复诊心悸、胸闷等情况有明显好转,是心气心阳恢复的表现,脏腑气血生长,舌面可见新生苔,苔薄白、脉有力是阳气得以生长、里邪逐渐消散的表现;结合辅助检查患者心脏收缩功能提高,EF 明显提高且未出现肝肾功能损害;扶阳理论指导下采用破格救心汤加减治疗取得较好疗效,但仍处于阳气虚损阶段且该疾病会持续损耗一身气血,故继续加强附子、红参、桂枝用量扶阳益气养血,山萸肉、煅牡蛎收敛气阴,山药、熟地滋肾益气阴,茯苓、白术补中健脾。

2023 年 12 月 25 日六诊:患者未出现明显胸闷、气促,心悸发生次数较前明显减少,精神饮食可,舌淡红,舌边少量齿痕,苔薄白,舌后部剥脱处可见少量新生苔,脉滑有力,节律整齐。期间复查肝肾功能(2023 年 11 月 6 日):谷草转氨酶 15 U/L,谷丙转氨酶 15 U/L,肌酐 $79.9 \mu\text{mol/L}$ 。在五诊基础上调整部分用量:制附片 120 g,煅龙骨 40 g,干姜 60 g,熟地黄 30 g,麸炒白术 50 g,茯苓 50 g,12 付,每日 1 剂,早中晚分服。西药口服无调整。此次复诊患者无明显胸闷、气促,心悸情况明显好转,舌苔剥脱情况改善,舌有齿痕而脉滑,其仍有湿停聚于内、脏腑气血虚损之象,在附子、干姜加量扶阳的同时加强煅龙骨收敛固涩安神之效,茯苓、白术健脾除湿,熟地加量滋养脏腑促进舌苔新生。

2024 年 8 月 14 日七诊:患者活动后胸闷、气促情况明显减轻,一般活动不受影响,未出现夜间心悸,精神纳眠可,二便调,舌淡红,舌边无明显齿痕,苔薄白,舌面剥脱处可见新生苔,干湿适中,脉微滑,应指有力。辅助心脏彩超检查(2024 年 8 月 14 日):(1)左房、左室增大,右室、右房稍大;(2)左室舒张功能降低,收缩功能降低;(3)室间隔增厚,左室前壁、侧壁、后壁变薄。EF 34.0%。2024 年 8 月 13 日尿常规、大

便常规+隐血均为阴性;血常规未见异常;肝肾功能:谷草转氨酶 14.1 U/L,谷丙转氨酶 14.1 U/L,肌酐 $93.8 \mu\text{mol/L}$;心肺五联:NT-proBNP 3 439 pg/mL。在六诊基础上调整部分用量:制附片 60 g,煅龙骨 30 g,干姜 45 g,熟地黄 20 g,炙甘草 60 g。口服西药无调整。此次复诊患者症状均明显好转,舌边齿痕基本消失,苔薄且干湿适中,舌面剥脱处均有新生舌苔,体内湿浊之邪结聚得到明显改善,虚损气血得以补充,脏腑功能逐渐好转;结合患者辅助检查,心脏收缩功能较前改善,EF 提高,血常规、肝肾功能等未见异常,NT-proBNP 较首诊时明显下降;故应减少方中附子、干姜用量避免温阳太过而致内生火热或辛散太过反伤其气,心悸明显改善可减少煅龙骨、炙甘草用量,熟地减量避免滋腻太过。

2 讨 论

在中医学领域,心衰是被全面考量的,心悸、心水等是中医根据其症状进行的分类,如《黄帝内经》和《金匮要略》中详尽描述了包括足胫肿、颈部静脉脉动在内的心水病症状^[5]。中医治疗心衰多用益气固脱,回阳救逆之法,临床常用破格救心汤随症加减,突出了中医治疗的个性化特征^[6]。破格救心汤对心衰的疗效已经在实验中得到了验证。其通过降低大鼠体内的肿瘤坏死因子- α 来保护心脏,并改善心功能^[7]。进一步研究指出,该方也有有效地降低了如白细胞介素(IL)-8、IL-6 等多种炎症因子的血清内水平,从而减轻炎症并改善器官功能障碍^[8-9]。附子作为方中关键药物,主要影响心肌细胞,通过改善细胞环境、抑制细胞凋亡及调节细胞能量代谢来实现治疗效果^[10]。动物研究表明,附子煎剂对心衰有着良好的治疗作用,其强心能力与 β 受体的激活和儿茶酚胺的增加有关^[11-12]。久煎不仅减少了附子的毒性,还提高了对心脏的强化作用。在相关实验中,附子能够提高大鼠的心率、左心室收缩压及左室内压变化速率等心血管动力学变量^[13-14]。该中药配方还表现出降低心衰大鼠死亡风险的潜力。这些发现进一步说明了破格救心汤及其君药附子在治疗心衰方面的有效性。

本例患者属于阳虚水泛型心水病,既往有心肌梗死病史,后继发心衰,病程缠绵,反复发作,服用常规抗心衰药物后疗效不佳,属于难治型心衰。患者久病损伤阳气,全身无力、双下肢水肿、小便少为肾阳受损、无力气化之表现,水气凌心、心阳受遏则心悸,水寒犯肺、肺失宣降则咳嗽气喘;阳虚伤及心神致神不内舍,则精神纳眠差;湿浊之邪困遏中焦,导致中焦运化失司;诸邪夹杂见舌苔滑而厚腻,久病虚损见脉沉而细。本例患者就诊于贵州中医药大学第二附属医

院时,在标准化心衰用药基础上以中医扶阳理论为指导,益气固脱、回阳救逆为法,采用破格救心汤加减治疗;配方中也包括了熟地、黄芪、茯苓、炒白术及山药,共同促进脏腑功能及消除水肿,桂枝的引入有助于调节和平衡体内阳气,推动气血生成;治疗以扶阳为核心贯穿始终,安神定悸、健运中焦为辅,在内安心神的同时助阳气升发、驱邪外达,而后脏腑虚象逐渐显现,兼以补养气血,改善脏腑功能。经治疗后,患者症状体征及舌苔脉象均明显改善,辅助检查回示心脏收缩功能改善,EF 从 19.1% 上升至 34.0%,心功能提高且未出现肝肾功能损害等毒性反应,患者生活质量明显提高,半年内无再入院情况。中医扶阳理论及疗法显现出其在心脏疾病治疗上的显著效果,为相关疾病治疗提供宝贵经验。

参考文献

[1] 胡跃强. 基于扶阳思想论“五脏元真通畅,人即安和”[J]. 湖南中医杂志,2024,40(9):115-118.

[2] 崔玮璐,李梓宁,娄雨晴,等. 依据“阳化气,阴成形”理论探讨扶阳育阴法在心衰水肿中的应用[J]. 吉林中医药,2023,43(8):874-877.

[3] 黄观明,王菁菁,楚扬,等. 基于“阳化气,阴成形”理论探讨扶阳抑阴法在心肌纤维化辨治中的应用[J]. 北京中医药大学学报,2024,47(5):645-651.

[4] 柴松波,杜亚康,张淑娟,等. 扶阳通络法联合常规西医疗法治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病心力衰竭老年患者的疗效[J]. 中国医科大学学报,2024,53(6):531-535.

[5] 王科军,张秀荣,苏德成. 古代医家对慢性心衰病因病机的认识[J]. 吉林中医药,2011,31(8):711-712.

[6] 邓贤斌,陈路军,方艳琳,等. 破格救心汤的圆运动解析及临床应用拓展[J]. 中医药导报,2021,27(9):183-186.

[7] 李焕彬,陈法桂,陈铿,等. 破格救心汤对慢性心力衰竭大鼠 TNF- α 和 IL-10 水平的影响[J]. 新中医,2012,44(9):109-110.

[8] 朱弢,郑伟青,黄伟剑. 破格救心汤加减治疗急性心肌梗死 PCI 术后伴心源性休克疗效及对血清指标的影响[J]. 浙江中医杂志,2021,56(12):880-881.

[9] 腾占国,王小龙. 破格救心汤对急诊心脏骤停病人心肺复苏、氧化应激及血清 S100b、TNF- α 、IL-8 的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(13):2026-2029.

[10] 于武华,钟凌云. 附子的强心作用及其机理研究进展[J]. 江西中医药,2021,52(3):77-80.

[11] 徐硕,梁晓丽,李琼,等. 中药附子的研究进展[J]. 西北药学杂志,2017,32(2):248-252.

[12] 贾雪岩,林华,沈玉巧,等. 附子新型炮制品中乌头类生物碱测定及其强心作用研究[J]. 药物评价研究,2016,39(2):224-229.

[13] 王胜林,董耀荣. 附子水煎液对心梗后心力衰竭大鼠血流动力学的影响[J]. 陕西中医,2007,28(6):745-748.

[14] 卢志强,张艳军,庄朋伟,等. 附子对急性心力衰竭大鼠血流动力学影响及其机制研究[J]. 中草药,2015,46(21):3223-3227.

(收稿日期:2025-02-15 修回日期:2025-07-11)

(上接第 2559 页)

[8] MORAN C, AZZIZ R, WEINTROB N, et al. Reproductive outcome of women with 21-hydroxylase-deficient nonclassic adrenal hyperplasia [J]. J Clin Endocrinol Metab,2006,91(9):3451-3456.

[9] TIITINEN A, VÄLIMÄKI M. Primary infertility in 45-year-old man with untreated 21-hydroxylase deficiency: successful outcome with glucocorticoid therapy[J]. J Clin Endocrinol Metab,2002,87(6):2442-2445.

[10] BIDET M, BELLANNÉ-CHANTELOT C, GALANDPORTIER M B, et al. Clinical and molecular characterization of a cohort of 161 unrelated women with nonclassical congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency and 330 family members. J Clin Endocrinol Metab, 2009, 94 (5): 1570-1578.

[11] FINKIELSTAIN G P, CHEN W, MEHTA S P, et al. Comprehensive genetic analysis of 182 unrelated families with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency[J]. J Clin Endocrinol Metab,2011,96(1):E161-E172.

[12] SPEISER P W, ARLT W, AUCHUS R J, et al. Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: an endocrine society clinical practice guideline[J]. J Clin Endocrinol Metab,2018,103(11):4043-4088.

[13] WIEBE R H, MORRIS C V. Effect of an oral contraceptive on adrenal and ovarian androgenic steroids[J]. Obstet Gynecol,1984,63(1):12-14.

[14] WILD R A, UMSTOT E S, ANDERSEN R N, et al. Adrenal function in hirsutism II. Effect of an oral contraceptive[J]. J Clin Endocrinol Metab,1982,54(4):676-681.

[15] BIRNBAUM M D, ROSE L I. The partial adrenocortical hydroxylase deficiency syndrome in infertile women[J]. Fertil Steril,1979,32(5):536-541.

[16] MERKE D P, BORNSTEIN S R, AVILA N A, et al. NIH conference. Future directions in the study and management of congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency[J]. Ann Intern Med,2002,136(4):320-334.

(收稿日期:2024-08-11 修回日期:2025-06-23)