·本刊特稿·



王振涛，医学博士，主任医师，二级教授，博士研究生导师，河南中医药大学特聘教授、内科学科主任，国务院政府特殊津贴专家，全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，全国优秀中医临床人才，河南省首届名中医，中华中医药学会心血管病分会副主任委员，河南省中医药学会心血管病分会主任委员。擅长中医药治疗心血管疾病如扩张型心肌病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心律失常、高血压、病毒性心肌炎及内科疑难杂症，主持国家级科研项目 3 项，省部级科研项目 12 项，出版学术著作 8 部，获科技进步奖 13 项，国家发明专利 4 项，发表学术论文 300 余篇。

扩张型心肌病的中医药治疗现状与思考*

王振涛[1,2]

1. 河南中医药大学第二附属医院/河南省中医院，河南 郑州 450002；2. 河南中医药大学第二临床医学院，河南 郑州 450002

摘要：扩张型心肌病（dilated cardiomyopathy，DCM）与气虚、血瘀、阳虚、阴虚、水停等证素密切相关，气虚血瘀证、气阴两虚证、阳虚水停证等为其主要证型。临证治疗 DCM 以辨证论治为核心，主要治法包括益气、活血、温阳、利水、养阴等，注重气血阴阳的平衡与调和。目前，中医药治疗 DCM 存在的问题：（1）辨证论治标准化不足；（2）方剂应用存在局限性；（3）中成药研究深度不够；（4）中药静脉制剂安全性评估标准不统一；（5）中医特色疗法推广困难。中医药治疗 DCM 应深化中医理论探究与体系构建；加大中医药科研投入与创新驱动；健全中药静脉制剂安全保障网络；助力中医特色疗法现代化转型与推广。

关键词：扩张型心肌病；中医药；气虚血瘀证；气阴两虚证；阳虚水停证
DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2025.04.110
中图分类号：R259.422　　**文献标志码：**A　　**文章编号：**1674－8999（2025）04－0679－09

Current Status and Thoughts on Chinese Medicine Treatment of Dilated Cardiomyopathy

WANG Zhentao[1,2]

1. The Second Affiliated Hospital to Henan University of Chinese Medicine/Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine，Zhengzhou Henan China 450002；2. The Second Clinical Medical College of Henan University of Chinese Medicine，Zhengzhou Henan China 450002

Abstract：Dilated cardiomyopathy（DCM）is closely related to syndrome elements such as Qi deficiency，blood stasis，Yang deficiency，Yin deficiency and Water stagnation，with Qi deficiency and blood stasis syndrome，Qi and Yin deficiency，Yang deficiency and Water stagnation as the main syndromes. The clinical treatment of DCM is centered on syndrome－based treatment，and the main treatment methods include benefiting Qi，invigorating blood，warming Yang，alleviating Water and nourishing Yin，focusing on the balance and reconciliation of Qi，blood as well as Yin and Yang. Currently，there are problems in the treatment of DCM with TCM：（1）insufficient standardization of syndrome－based treatment；（2）limitations in the application of formulae；（3）insufficient depth of research on Chinese medicines；（4）inconsistent standards for the safety assessment of intravenous preparations of traditional Chinese medicines；（5）

* **基金项目：**河南省中医学“双一流”科学研究专项资助项目（HSRP－DFCTCM－2023－2－04）

difficulties in the promotion of characteristic TCM therapies. The treatment of DCM with TCM: Deepening the theoretical investigation and system construction of TCM; Increasing the investment in scientific research and innovation drive of TCM; Improving the safety guarantee network of TCM intravenous preparation; Helping with the modernization, transformation and promotion of TCM characteristic therapies.

Key words: dilated cardiomyopathy; traditional Chinese medicine; Qi deficiency and blood stasis syndrome; Qi and Yin deficiency syndrome; Yang deficiency and Water stagnation syndrome

扩张型心肌病(dilated cardiomyopathy, DCM)是引起心力衰竭(heart failure, HF)、心律失常甚至猝死的常见心肌疾病[1-2]。2004 年我国 DCM 发病率约为 19/10 万[3]。由于既往研究多依赖于陈旧且敏感性不足的成像方式,DCM 发病率可能被低估。2015 年一项前瞻性、多中心、大规模的心力衰竭患者登记研究纳入了国内 88 家医院的 8 516 例心力衰竭患者,其中扩张型心肌病患者 1 695 例(19.9%)[4]。2012—2015 年的中国调查数据显示,在≥35 岁成人中心力衰竭发病率为 1.3%,全国约有 890 万例心力衰竭患者[5]。由此推算,国内 35 岁以上 DCM 患病人数约为 177 万例。

DCM 以血管紧张素转换酶抑制剂(angiotensin converting enzyme inhibitor, ACEI)/血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(angiotensin Ⅱ receptor blocker, ARBⅡ)、β 受体阻滞剂(β-blocker)和盐皮质激素受体拮抗剂(mineralocorticoid receptor antagonist, MRA)为主要治疗方案,随访 52 个月的病死率仍高达 46.81%[6]。随着血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(angiotensin receptor neprilysin inhibitor, ARNI)、钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 受体抑制剂(sodium-glucose cotransporter 2 receptor inhibitor, SGLT2I)等新型药物的开发[7-9],其足够剂量的应用可明显改善 DCM 心力衰竭患者的长期预后,但上述口服药物有降低血压的副作用,部分患者难以耐受。DCM 也是全球范围内成人及儿童心脏移植的主要适应证,但该治疗方法面临着供体稀缺、手术费用高昂、术后免疫排斥反应需长期使用免疫抑制剂等诸多难题,临床普及十分困难[10]。其他外科治疗方法如植入式心脏除颤复律器(implantable cardioverter defibrillator, ICD)能够预防恶性心律失常引发的心源性猝死,心脏再同步化治疗(cardiac resynchronization therapy, CRT)可提高患者运动耐量。但二者均价格不菲,治疗反应差异较大,存在一定手术风险,且并非适用于所有 DCM 患者[11-13]。

临床研究证实,中医方药治疗 DCM 患者疗效良好,能够改善心功能、提高左室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)、缩短左室舒张末内径(left ventricular end diastolic diameter, LVEDD)、减轻患者临床症状并提高生活质量[14-19]。基础研究表明,中医经典方剂、中成药、自拟方及中药有效成分等均可通过多通路、多靶点、多环节的方式改善 DCM 动物模型中的氧化应激反应、心肌细胞凋亡、铁死亡、焦亡及线粒体功能障碍等[20-30]。

因此,本文就中医药治疗 DCM 的现状进行综述,并根据现有问题提出思考,以期为未来临床与基础研究提供参考。

1　中医对 DCM 的认识

1.1　中医病名　DCM 患者常出现胸闷、心悸、气短、水肿等症状,故可归属于“心痹”“虚喘”“心水”等范畴。《素问·痹论》曰:“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘。”《景岳全书》曰:“虚喘者,慌张气怯,声低息短,惶惶然若气欲断,提之若不能升,吞之若不相及,劳动则甚,而唯急促似喘,但得引长一息为快也。”《金匮要略》曰:“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴重。”但以上中医病名并不能体现 DCM 的病理改变。因此,现代部分医家支持 DCM 中医病名应为“心胀”,该名不仅符合 DCM 心力衰竭难以平卧、呼吸困难等临床表现,也体现了心脏扩大的外观形态[31-32]。《灵枢·胀论》曰:“夫心胀者,烦心短气,卧不安。”《医宗金鉴》载:“心胀之证,心下满硬,气逆而喘,身重而肿。以心主火而恶水,水邪乘之,心火郁遏,不能下行,反逆于上,故心下满硬。肺气受迫,故气逆而喘。火不生土,脾失健运,水湿泛上,故身重而肿。”张会超等[33]制作问卷调查表,遵循权威性、地域性、代表性相结合的原则,遴选长期从事心血管疾病诊治的 34 位专家,通过德尔菲法两轮问卷,认为可将“心胀”作为 DCM 的中医病名。

1.2　病因病机　国医大师邓铁涛认为,本病病位在心,与五脏密切相关,尤重于脾,病机本质为心气血阴阳的亏虚,并伴有痰饮水湿阻滞[34]。李庆海教授总结,DCM 应分期论治,初期以心气(阳)亏虚为本,

痰瘀夹杂为标；中期累及脾肾，且痰瘀胶结；危重期则阴阳俱损[35]。孙语男等[36]将 DCM 病证要素归纳为气虚、阳虚、血瘀。祝光礼认为，先天不足或后天外感邪毒、饮食劳倦等均为本病诱因，血行于脉道，不仅受心气鼓动，也受心阴、心阳调节[37]。笔者认为，DCM 病机以大气下陷、气血失调为本，瘀血、水湿为标，气陷血瘀贯穿整个病程[38]。

总之，心胀总属本虚标实。就本虚而言，涵盖了气、血、阴、阳的亏虚，并以气虚为主。气虚日久损及阴分，形成气阴两虚；或损及阳气，造成心阳亏虚；亦可引发阴阳两虚，甚至出现阴竭阳脱的危象；而标实则以血瘀为主，兼夹水饮内停等。

2　中医药治疗 DCM 的临床研究现状

本病病位在心但不局限于心，病情有轻、中、重之分，病机虚实夹杂，临证论治不可一蹴而就，当仔细辨证施治，治法当以益气、活血、温阳、利水、养阴、调神等为主[36,39-40]。

2.1　辨证论治体系下的方剂应用

2.1.1　益气活血　气血乃是人体之根本，血之濡养与气之推动的相辅相成是维持机体四肢百骸与五脏六腑正常运转所必不可少的基础。《血证论》曰："夫载气者，血也；而运血者，气也。"《素问・调经论》云："血气不和，百病乃变化而生。"体现了气血之间相互依存的紧密关系[41]，若心气耗损，则无力行血致血瘀渐生，并可累及脾气，运化失常，痰瘀互结亦可加重血脉之阻滞。

《医学衷中参西录》载："大气不但为诸气之纲领，并可为周身血脉之纲领也。"笔者从"大气下陷"重新认识本病病机，若大气虚馁而下陷，其"司呼吸，调气机，贯心脉，行气血"的功能将受损，故无力运化，积水成饮，水聚成痰，更与瘀血胶结[38,42-44]。二者互为因果，形成恶性循环，演变为涉及全身各处的"瘀滞"状态，具体表现包括：下肢水肿、肺水肿以及胃肠淤血等。针对大气下陷、瘀结水停的核心病机，笔者首创抗纤益心方，益气升陷以治本，辅活血化瘀、利水渗湿之品以治标。方药组成：红参 12 g，黄芪 30 g，茯苓 15 g，白术 15 g，丹参 15 g，泽兰 15 g，益母草 15 g，升麻 9 g，麦冬 12 g。临床试验显示，与单纯常规西医治疗比较，联合抗纤益心方加减能够显著缩短 DCM 患者的 LVEDD 与左心房内径（left atrial diameter，LAD），提高 LVEF，降低脑钠前肽（N terminal pro－B－type natriuretic peptide，NT－proBNP）、血清内皮素－1 及 C 反应蛋白（C－reactive protein，CRP）的血浆水平[15,45-48]，不仅增强了患者心功能，亦改善了机体炎症状态[49]，且有益于长期预后。

黄芪保心汤（黄芪 30 g，党参 12 g，丹参 12 g，连翘 12 g，桂枝 6 g，茯苓 12 g，麦冬 12 g，鳖甲 12 g，五味子 6 g，当归 12 g）主要功效为益气活血，是治疗 DCM 气虚血瘀证的经验效方。临床研究显示，联合常规西药治疗 DCM 患者能够进一步改善 LVEDD、左室收缩末期内径（left ventricular end systolic diameter，LVESD）、LVEF 及左室短轴缩短分数（left ventricular fraction of shortening，LVFS）等心脏超声指标，并可提高患者生活质量、降低中医证候积分，整体临床疗效良好[50-56]。

2.1.2　益气养阴　《难经》有云："气者，人之根本也。"气乃人之根本，元气源于先天，为生命原动力。宗气聚胸助呼吸、行血脉。卫气御外，营气养内，诸气协同可护生机。《素问・生气通天论》言："阴者，藏精而起亟也。"阴液作为生命活动的根基物质，滋养周身脏腑百骸。DCM 受先天禀赋不足、劳倦内伤诸般病因扰攘，心气渐虚，如舟失楫桨；心阴亦亏，仿若膏腴之地失于灌溉，神机难运，发为悸动难安、气短息促等症状，应以益气养阴为法。

史海波等[57]通过计算机检索益气养阴类中药辅助治疗 DCM 的随机对照试验（randomized controlled trials，RCTs），共纳入 28 项 RCTs 包括 2 121 例 DCM 患者，进行 Meta 分析显示，益气养阴类中药联合常规西药治疗 DCM 患者可显著提高综合疗效，提高 LVEF、缩短 LVEDD、增加 6 分钟步行距离以及降低 NT－proBNP 水平。张军平等[39]从"血－脉－心－神"一体观辨治本病，认为外邪侵袭（病毒感染等）所致的 DCM 初期为邪毒伏于心脉，心体损伤，心神受扰。故气阴耗伤为主要病机，当益气养阴、清透伏邪，给予心脉宁（自拟方）治疗，方药组成：黄芪 15 g，麦冬 15 g，玉竹 20 g，石斛 20 g，绞股蓝 10 g，连翘 15 g，丹参 30 g，玄参 30 g，赤芍 15 g，鹿衔草 15 g，刺五加 6 g，刘寄奴 10 g，龙齿 30 g。结果显示，该方可安全有效缓解 DCM 患者临床症状、增强心功能、改善心室重塑[58]。

2.1.3　温阳利水　《医理真传》载："阳气不足，稍有阻滞，百病丛生。"揭示阳气虚衰常导致气血运行不畅。阳气不布则瘀血凝结、水饮停滞、痰浊内生。因此，温补心肾之阳、疏通胸中之气、活血化瘀利水

在 DCM 治疗中具有重要作用[59-60]。

王庆国教授认为，当 DCM 患者表现为气短憋闷、下肢水肿、小便不利等水饮邪实之象时，其病机多在于心脾阳气不足，难以运化，水不化气，内积成饮，痰饮停聚，阻滞气机[61]。其治法不应以利水逐饮为主，原因在于 DCM 患者心脾肾阳虚弱，阳虚为根本原因；此“实象”乃“因虚致实”。再者，患者全身阳气虚损，若使用发汗、利小便等攻逐水饮等法作为主要治法，会导致正气损伤更甚。因此，此阶段治疗应以《金匮要略》中所述“病痰饮者，当以温药和之”为治疗原则，方选真武汤温阳祛寒镇水邪。

加味真武汤治疗 DCM（脾肾阳虚证）患者的临床研究显示，该方能提高患者的中医证候疗效、改善心功能，且具有良好的安全性[60,62]。Meta 分析结果显示，真武汤加减治疗 DCM 患者在提高有效率、改善 LVEF、缩小 LVEDD 方面均优于常规西药治疗[63]。

2.1.4　补益心脾　五脏六腑的整体统一，脾胃气血生化有源，五脏才能得气血所养、功能正常。邓铁涛认为，DCM 病机主要为心脾气血亏损，痰瘀水饮痹阻心脉[34]。应以补益心脾为主要治法，并注重调养五脏，治疗分为急性期和缓解期。急性期治以温补元阳，益气养阴；阳虚治以暖心方（红参 10 g，炮附子 10 g，薏苡仁 30 g，橘红 6 g，三七粉 3 g）；阴虚治以养心方（人参 10 g，麦冬 15 g，法半夏 12 g，茯苓 30 g，三七粉 3 g）。缓解期应五脏兼顾，首治脾胃，以参苓白术散或补中益气汤加减。蒋卫民基于李东垣《脾胃论》提倡“运脾胃，建中州，以滋养先天”，采用四君子汤加减治疗本病亦取得了良好疗效[64]。

2.2　中成药的应用

2.2.1　芪苈强心胶囊　芪苈强心胶囊是在脉络学说“营卫承制调平”理论基础上研制而成的中成药，其组成为：人参、制附子、香加皮、泽泻、丹参、葶苈子、红花、黄芪、玉竹、陈皮、桂枝。全方标本兼顾，益气温阳，活血通络，利水消肿；气、血、水同治分消。芪苈强心胶囊治疗 DCM 患者的 Meta 分析结果显示，在西医治疗的基础上联用芪苈强心胶囊能进一步增强患者心功能、改善临床症状，且无明显不良反应[16]。

2.2.2　通心络胶囊　通心络胶囊由人参、水蛭、全蝎、赤芍、蝉蜕、土鳖虫、蜈蚣、檀香、降香、乳香、炒酸枣仁、冰片组成。全方具有补气血、通经络、解痉止痛之效。常规西药联合通心络胶囊治疗 DCM 患者的临床研究显示，联用通心络胶囊能够进一步改善 DCM 患者心功能及血管内皮功能，并改善患者生活质量[65-66]。

2.2.3　芪参益气滴丸　芪参益气滴丸由黄芪、丹参、三七、降香组成。四药合用，共奏益气活血、通脉止痛之功。临床研究显示，芪参益气滴丸联合常规西药治疗 DCM 疗效显著，可改善患者 LVEF、LVEDD 等心脏超声指标，增加 6 分钟步行距离，降低血浆 BNP 水平[67-68]。

2.2.4　益心舒胶囊　益心舒胶囊主要由人参、麦冬、五味子、黄芪、丹参、川芎、山楂组成。采用益心舒胶囊联合常规西药治疗 DCM 心力衰竭患者[69-70]，与常规西药治疗相比，联用益心舒胶囊在 LVEDD、LVEF、心脏指数（cardiac index，CI）、6 分钟步行距离及超敏 C 反应蛋白（high-sensitivity C-reactive protein，hs-CRP）等方面改善更加显著，且安全性良好，提示益心舒胶囊有助于改善 DCM 心力衰竭患者的心功能。

3　中药静脉制剂

近年来，中药静脉制剂已广泛用于治疗心血管系统疾病。参附注射液[71]、参麦注射液[72]、生脉注射液[73]等均可有效改善 DCM 患者心功能指标。

3.1　黄芪注射液　黄芪是补气之圣药，具有益气升阳、利水消肿等功效。黄芪中的黄芪皂苷具有调节心肌细胞能量代谢，抑制大鼠心室重塑的作用[74]，同时黄酮类化合物能调节核因子-κB（nuclear factor-κB，NF-κB）及丝裂原活化蛋白激酶（mitogen-activated protein kinase，MAPK）等信号通路，起到免疫调节和抗炎效果[75]。临床研究报道，黄芪注射液对 DCM 患者的心功能有明显改善作用，超声心动图显示心脏各腔明显缩小（尤以左心室明显），同时 LVEF 显著提高[76]，提示黄芪注射液在改善 DCM 患者心功能、增加活动耐量方面有明确的治疗效果。

3.2　参附注射液　参附注射液来源于传统的中药配方参附汤，是采用现代制药技术制成的新剂型，临床给药方便、起效迅速，主要成分是人参、附子的提取物，具有补益气血、益气温阳之功效。现代药理学研究证实，人参皂苷能减慢心率，降低心肌耗氧量，扩张冠状动脉及周围血管，增加冠状动脉血流量，改善心肌缺血，减轻心脏前后负荷，降低心肌耗氧，改善心功能[77-78]。DCM 心力衰竭患者在常规西药治疗的基础上联合参附注射液治疗，可改善患者的

NYHA 心功能分级、增加 6 分钟步行距离[71]。

3.3　参麦注射液　由红参、麦冬共同组成的参麦注射液在治疗 DCM 方面也具有显著疗效[79-81]。红参为人参经特殊炮制之后而形成，具有复脉固脱、培补阳气之功；而麦冬则有补阴以升阳、清热、凉血、除烦的功用。二药联用能祛邪气、扶正气、生阳气、补阴津、清郁热、行气血。参麦注射液有效成分麦冬黄酮能有效增加冠脉血流量，改善心肌细胞缺血，加快新陈代谢，促进心肌细胞修复，由此起到改善心功能的作用[82]。

3.4　丹参注射液　丹参注射液为中药丹参的提取物，具有活血化瘀、益气摄血、凉血止痛消痈的作用。临床研究显示，丹参注射液治疗后 DCM 心力衰竭患者的 LVEF、LVEDD、LVESD、BNP 等指标均有明显改善，临床症状明显缓解，心功能显著提高[83-84]。丹参具有正性肌力作用，能抑制冠状动脉粥样硬化、改善冠脉血流微循环、稳定血管内皮细胞的细胞膜，保护心肌[85]。

4　中医特色疗法

穴位贴敷、中医康复运动等中医特色疗法均在临床取得了良好疗效，对改善 DCM 患者预后具有重要意义[40]。

4.1　穴位贴敷　穴位贴敷作为中医药的特色外治疗法，是通过特制的中药经炮制、加工后置入纱布袋中，选取相应的穴位贴敷于皮肤表面，以达到疏通经络气机、调整脏腑阴阳、维持机体平衡的作用。刘红霞等[86]选取神阙、水分、肾俞（两侧交替）、阴陵泉（两侧交替）等穴位进行穴位贴敷，结果表明，穴位贴敷组的有效率、NT－proBNP 水平、尿量及临床症状的改善等方面均优于对照组，且可显著提高患者的心功能。

4.2　康复运动　康复运动是从患者自身体质健康出发，根据自身耐受情况及心功能的评估结果制定合适的心脏康复疗法。DCM 的运动康复治疗已被相关研究证实有效，但是只有当运动康复治疗方案同时具备了合理的运动处方和疗效评估体系才能发挥其最大作用。

李若冰等[87]从运动处方和疗效评估体系两个方面为 DCM 患者制定了适当的运动康复治疗方案，运动处方的制定包括安全保障措施、个体化建立、运动处方的特殊性 3 个方面；其疗效的评估主要为患者的主观感受、运动能力、心脏结构指标等。目前，DCM 运动康复治疗的研究仍处于初期阶段，需要更多临床医师将该疗法纳入 DCM 患者的治疗方案，并设计科学的运动处方和疗效评估体系，从而让更多患者从中获益。

5　中医药治疗 DCM 存在的问题与思考

5.1　存在问题

5.1.1　辨证论治标准化不足　中医学者对 DCM 病因病机论述多样，虽有基本共识为“本虚标实”，但在具体辨证分型、分期及各阶段核心病机方面，仍缺乏统一、权威的标准。中医临床医生辨证论治时主观性较强，可能影响治疗的规范性与可重复性，不利于中医药治疗方案的推广。

5.1.2　方剂应用存在局限性　虽然目前诸多自拟方、经验方，如抗纤益心方、黄芪保心汤等已有多项临床试验证实其有效性，但局限于小样本、单中心研究，缺乏大规模、多中心、长期随访的高质量循证医学证据，缺乏国际认可度。此外，方剂的药物组成、剂量调配多基于个人经验，普适性有待提高。同时，部分方剂药材品类较多，成本较高，不利于基层医疗单位及经济欠发达地区的推广使用。

5.1.3　中成药研究深度不够　尽管已有 Meta 分析表明，常规西药联合中成药治疗 DCM 具有优势[19,88]，但目前专门针对 DCM 的中成药仍然空白，亟须加大研发力度。现有中成药的作用机制研究不够深入，缺乏细胞及分子生物学层面的深入阐释，这限制了中成药的精准应用与二次研发。并且，中成药的质量控制标准差异较大，不同厂家的同一药品因原材料和工艺不同，药效也有所波动，为 DCM 的临床治疗带来了不确定性，亟须建立统一、规范的质量评价标准。

5.1.4　中药静脉制剂安全性评估标准不统一　中药静脉制剂虽能快速改善心功能，但静脉给药直接进入血液循环，不良反应发生风险相对较高，如过敏反应、发热反应等[89-90]，且在与西药联合静脉滴注时，可能存在药物相互作用的风险。目前，学界对这些潜在风险的系统研究及防控措施尚不完善。

5.1.5　中医特色疗法推广困难　穴位贴敷疗法的选穴原则主要基于传统中医理论，缺乏现代医学层面的深入解释，西医临床医师难以理解和接受，限制了其推广应用。康复运动疗法虽然是心血管疾病恢复期的重要干预方法，但 DCM 患者的个体心功能差异较大，制定个性化运动方案对医护人员的专业要

求较高，且患者的依从性受病情、年龄、文化程度等多种因素影响，实际实施存在一定困难。

5.2　思考　中医药治疗 DCM 已展现出一定成效，但鉴于现存问题，未来的临床与基础研究可从以下关键方向深入推进。

5.2.1　深化中医理论探究与体系构建　利用系统生物学和生物信息学等前沿技术，结合中医理论与现代医学，深入解析 DCM 的中医病因病机。例如，通过基因测序、蛋白质组学分析，结合中医证候诊断，探索疾病微观变化与中医宏观辨证的内在联系，明确不同证型对应的分子标志物，为精准辨证提供科学依据。组建多学科团队，开展大规模、多中心临床调查研究，系统收集病例资料，利用数据挖掘分析不同人群的中医证型分布及病情演变规律。基于此，构建权威、规范的辨证论治体系，明确本病中医证型、分期标准，减少主观偏差，提高中医诊疗的规范性和可重复性，更精准地指导临床实践。

5.2.2　加大中医药科研投入与创新驱动　政府、科研机构和企业应加强协作，加大科研投入，设立中医药专项课题。推动跨区域、跨单位合作，开展大规模、多中心、长期随访的高质量临床试验，并严格遵循国际规范，引入独立评估机构，确保研究结果的客观性与可信度。运用细胞生物学、分子生物学、代谢组学等先进技术，深入探究中医药方剂、中成药的作用机制。揭示药物对心肌细胞死亡、线粒体功能、心肌纤维化等关键病理过程的调控机制，深入解析其在信号传导通路、基因表达调控层面的具体作用靶点，为精准用药提供坚实的科学依据。例如，利用基因编辑技术构建特定的 DCM 动物模型，观察中药干预后基因表达谱的变化，筛选出关键基因与信号通路。依托现代制药技术，优化组方配伍，利用计算机辅助设计、高通量测序等手段，筛选高效低毒的药物组合。创新制备工艺，引入超微粉碎、纳米技术、缓释控释技术，提升生物利用度和稳定性。同时，对原材料质量管控、生产标准化、成品检验等程序严格把关，确保药效稳定可靠，增强市场竞争力，推动中医药在 DCM 治疗领域的国际化进程。

5.2.3　健全中药静脉制剂安全保障网络　建立覆盖全国的中药静脉制剂不良反应监测体系，联合医疗机构、监管部门、科研院校和药企，设立监测站点，实时收集患者用药反馈。利用大数据分析，深入挖掘监测数据，快速识别潜在风险，如过敏反应、热原反应及药物相互作用等。组织药学、医学专家团队，基于循证医学证据，制定中药静脉制剂联合用药指南，内容应涵盖药物配伍禁忌、剂量调整、用药顺序及特殊人群（如老年人、儿童、肝肾功能不全者）的用药建议。定期开展医护培训，通过案例分析、模拟演练等方式，提高其对不良反应的甄别与应对能力。

5.2.4　助力中医特色疗法现代化转型与推广　针对穴位贴敷疗法，运用现代解剖学、生理学、生物物理学等知识，阐释穴位作用的生物学机制。通过功能磁共振成像、单光子发射计算机断层成像等技术手段，观察穴位贴敷对机体神经、内分泌、免疫系统的影响，揭示其改善心功能的原理。借助大数据分析患者个体特征，如年龄、性别、基础疾病、心功能分级及运动耐量，并结合智能穿戴设备实时监测心率、血压、血氧饱和度等生理指标。依托移动医疗平台，实现远程指导与动态管理，为 DCM 患者定制个性化康复运动方案，并根据实时反馈调整方案，确保精准执行，提升患者依从性，拓展中医特色疗法在 DCM 中的应用。

6　结语

中医对 DCM 的认识独具特色，结合古籍与现代临床研究，将其归为“心胀”范畴。临证治疗遵循辨证论治原则，根据不同证型施以益气活血、益气养阴、温阳利水、补益心脾等法。然而，中医药治疗 DCM 仍面临诸多挑战，需多方协同推进。应整合中医经典理论与现代医学前沿技术，借助系统生物学、生物信息学等手段，深入解析 DCM 的中医病因病机。构建权威、规范的辨证论治体系，明确各证型与分期标准，减少辨证的主观差异，提高临床应用的规范性与可重复性，使中医理论更精准地指导实践。

参考文献：

[1] 中华医学会心血管病学分会，中国心肌炎心肌病协作组. 中国扩张型心肌病诊断和治疗指南[J]. 临床心血管病杂志，2018，34(5)：421－434.

[2] HEYMANS S，LAKDAWALA N K，TSCHPE C，et al. Dilated cardiomyopathy：causes，mechanisms，and current and future treatment approaches[J]. Lancet，2023，402(10406)：998－1011.

[3] 王志民，邹玉宝，宋雷，等. 超声心动图检查调查 8080 例成人肥厚型心肌病患病率[J]. 中华心血管病杂志，2004，(12)：39－43.

[4] 张健，张宇辉. 多中心、前瞻性中国心力衰竭注册登记研究：病因、临床特点和治疗情况初步分析[J]. 中国循环

杂志,2015,30(5):413 – 416.
[5]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]. Eur J Heart Fail,2019,21(11):1329 – 1337.
[6]LIU X Y,YU H Y,PEI J H,et al. Clinical characteristics and long – term prognosis in patients with chronic heart failure and reduced ejection fraction in China[J]. Heart Lung Circ,2014,23(9):818 – 826.
[7]NASRALLAH D,ABDELHAMID A,TLULI O,et al. Angiotensin receptor blocker – neprilysin inhibitor for heart failure with reduced ejection fraction[J]. Pharmacol Res,2024,204:107210.
[8]WANG Y W,ZHOU R,LU C,et al. Effects of the angiotensin – receptor neprilysin inhibitor on cardiac reverse remodeling:meta – analysis[J]. J Am Heart Assoc,2019,8(13):e012272.
[9]PATEL J,RASSEKH N,FONAROW G C,et al. Guideline – directed medical therapy for the treatment of heart failure with reduced ejection fraction[J]. Drugs,2023,83(9):747 – 759.
[10]HARDING D,CHONG M H A,LAHOTI N,et al. Dilated cardiomyopathy and chronic cardiac inflammation:Pathogenesis,diagnosis and therapy[J]. J Intern Med,2023,293(1):23 – 47.
[11]CITTAR M,ZECCHIN M,MERLO M,et al. Long – term outcomes in ICD:all – causes mortality and first appropriate intervention in ischemic and nonischemic etiologies[J]. Am J Cardiol,2024,233:35 – 44.
[12]KAYA E,OTTEN M,THEUNS D A M J,et al. Long – term outcome of ICD therapy in patients with noncompaction cardiomyopathy compared with DCM and HCM[J]. JACC Clin Electrophysiol,2023,9(8 Pt 1):1368 – 1378.
[13]LINDE C. CRT for dilated cardiomyopathy:time for a personalized approach[J]. JACC Clin Electrophysiol,2024,10(7 Pt 1):1465 – 1467.
[14]边汝涛,郭宗耀,王振涛. 益气活血方药治疗扩张型心肌病疗效的 Meta 分析[J]. 时珍国医国药,2019,30(5):1260 – 1263.
[15]柴松波,王振涛,刘舜禹. 抗纤益心方治疗扩张型心肌病气虚血瘀证队列研究[J]. 陕西中医,2019,40(1):49 – 51.
[16]冯娟,闫奎坡,朱翠玲,等. 芪苈强心胶囊辅助治疗扩张型心肌病的有效性与安全性的 Meta 分析[J]. 世界中医药,2022,17(10):1396 – 1404.
[17]谭雨晴,李颖,李军. 中医药治疗扩张型心肌病的临床研究现状[J]. 中华中医药杂志,2019,34(8):3655 – 3657.
[18]陶诗怡,于林童,李军,等. 中药注射液治疗扩张型心肌病的网状 Meta 分析[J]. 中国中药杂志,2024,49(22):6198 – 6213.
[19]王卓溪,王贺,班纪芳,等. 11 种中成药治疗扩张型心肌病的网状 Meta 分析[J]. 中国中药杂志,2023,48(24):6778 – 6797.
[20]曾垂义,张淑娟,曹程浩,等. 抗纤益心方调节 MCP – 1/CCR2 信号通路对扩张型心肌病大鼠心功能的影响[J]. 中国医院药学杂志,2024,44(3):251 – 256,262.
[21]常红波,王振涛,吴鸿,等. 抗纤益心方通过调控线粒体动力学对扩张型心肌病小鼠心肌细胞凋亡的作用机制研究[J]. 北京中医药大学学报,2023,46(10):1391 – 1399.
[22]陈伟佳,白烨升,祁玉营,等. 参丹方通过 PI3 K/AKT 信号通路改善扩张型心肌病大鼠心肌细胞凋亡的研究[J]. 中国临床药理学杂志,2023,39(21):3116 – 3120.
[23]冯尧伟,刘舜禹,黑炫鼎,等. 抗纤益心方调控线粒体质量控制对大鼠心肌细胞肥大模型的影响[J]. 中药新药与临床药理,2023,34(7):929 – 935.
[24]李莉,李翠文,张晓君,等. 丹参酮ⅡA 对扩张型心肌病患者合并恶病质后 TLR4/JNK MAPK 通路介导的 TNF – α、IL – 1 和 IL – 6 的抑制作用[J]. 中国老年学杂志,2023,43(10):2312 – 2315.
[25]邱月清,王振涛. 扩张型心肌病相关信号通路及其中医药调控研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2024,30(5):256 – 264.
[26]施佳君,杨钦钦,富丹婷,等. 冠心宁片抑制 NLRP3/ASC/Caspase – 1 通路改善阿霉素诱导的扩张型心肌病大鼠心肌细胞焦亡[J]. 中国实验动物学报,2024,32(3):337 – 346.
[27]隋吉峰,原艺,李铮,等. 真武汤通过 AMPK/mTOR 通路改善转基因扩张型心肌病小鼠心功能的作用机制[J]. 中华中医药学刊,2023,41(10):41 – 47.
[28]陶诗怡,于林童,李军,等. 中医药干预扩张型心肌病作用机制研究进展[J]. 中草药,2024,55(23):8222 – 8234.
[29]杨阳,金明磊,宋灵燕,等. 芪苈强心胶囊治疗扩张型心肌病的抗心室重构作用[J]. 中国实验方剂学杂志,2019,25(13):99 – 104.
[30]禹笑阳,王振涛,强祎彤,等. 抗纤益心方调控 SIRT1 介导的线粒体自噬抑制心肌细胞肥大的机制[J]. 时珍国医国药,2024,35(9):2108 – 2111.
[31]李靖,李荣. 扩张型心肌病与中医“心胀”关系的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(18):3010 – 3011.
[32]边汝涛,王振涛. 中医药治疗扩张型心肌病的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(12):1826 –

1828.
[33]张会超,王振涛,韩丽华,等. 基于德尔菲法的扩张型心肌病中医病名及证候要素研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2023,29(7):1114－1118.
[34]罗川晋,李先隆,吴伟. 邓铁涛调脾护心法治疗扩张型心肌病心力衰竭经验[J]. 中医杂志,2018,59(4):285－288.
[35]郭小乐,王雪臣,李庆海. 李庆海治疗扩张型心肌病经验[J]. 中国中医基础医学杂志,2021,27(3):513－514,534.
[36]孙语男,李军. 扶阳活血法治疗扩张型心肌病理论探讨[J]. 中国中医基础医学杂志,2022,28(7):1060－1063,1146.
[37]张丽,陈铁龙,陈启兰,等. 祝光礼活用经方分期论治扩张性心肌病经验[J]. 浙江中西医结合杂志,2023,33(8):687－689.
[38]许玉倩. 王振涛教授从“大气下陷”辨治扩张型心肌病经验[J]. 西部中医药,2023,36(7):60－64.
[39]耿小飞,漆仲文,施琦,等.“血－脉－心－神”一体观指导下的扩张型心肌病辨治思路[J]. 中华中医药杂志,2022,37(4):2052－2055.
[40]尚雨,赵明君,李舒钰,等. 中医药治疗扩张型心肌病述评[J]. 中国中医基础医学杂志,2023,29(7):1205－1207,1223.
[41]刘建勋,陈进成,郭浩,等. 气血交互于脉的理论基础与实践[J]. 中医杂志,2020,61(2):98－102.
[42]冯尧伟,杨凤鸣,李康,等. 王振涛从虚分期辨治扩张型心肌病经验介绍[J]. 新中医,2022,54(14):193－198.
[43]邱月清,王振涛. 王振涛教授中西医结合治疗扩张型心肌病的临床经验[J]. 中医临床研究,2022,14(23):82－84.
[44]张会超,赵晓阳. 王振涛从虚、瘀、水论治原发性扩张型心肌病经验[J]. 中医研究,2021,34(6):66－70.
[45]李习婉,贾鲁姣,王振涛. 抗纤益心方联合不同剂量美托洛尔对扩张型心肌病患者心室重构的影响[J]. 时珍国医国药,2021,32(9):2203－2205.
[46]刘舜禹,王素云,李梦頔,等. 抗纤益心方逆转扩张型心肌病心室重构的影响因素[J]. 中医学报,2024,39(7):1543－1550.
[47]邱月清,王振涛,贾鲁姣. 抗纤益心方联合美托洛尔治疗扩张型心肌病的临床疗效[J]. 中国老年学杂志,2023,43(13):3073－3077.
[48]王振涛,刘舜禹,柴松波,等. 抗纤益心方治疗扩张型心肌病的队列研究[J]. 时珍国医国药,2020,31(2):378－380.
[49]聂恒,贾成军,黄斌,等. 抗纤益心方联合西药对扩张型心肌病患者血清高敏 C－反应蛋白、内皮素－1、B 型脑钠肽前体表达的影响[J]. 新中医,2022,54(13):32－35.
[50]白春雨,徐宏遵. 厄贝沙坦联合黄芪保心汤治疗扩张型心肌病疗效观察[J]. 中医学报,2018,33(4):648－652.
[51]卢磊,张培影,刘晓丹,等. 黄芪保心汤对扩张型心肌病心衰患者心功能及神经内分泌因子的影响[J]. 南京中医药大学学报,2018,34(2):123－127.
[52]孙志周,王文建,余丹丹. 黄芪保心汤联合西医治疗扩张型心肌病并发慢性心力衰竭[J]. 深圳中西医结合杂志,2022,32(8):37－40.
[53]田志广. 黄芪保心汤联合曲美他嗪治疗扩张型心肌病心衰临床观察[J]. 实用中医药杂志,2024,40(8):1543－1545.
[54]许太欣. 黄芪保心汤辅治扩张型心肌病心衰临床观察[J]. 实用中医药杂志,2024,40(5):954－956.
[55]张刘扛. 黄芪保心汤辅治扩张型心肌病心力衰竭临床观察[J]. 实用中医药杂志,2022,38(2):214－216.
[56]赵艺,孙亚茹,崔会营. 黄芪保心汤治疗扩张型心肌病并发慢性心力衰竭患者的效果分析[J]. 华夏医学,2022,35(2):58－61.
[57]史海波,程嵩奕,杨莉,等. 益气养阴法辅助治疗扩张型心肌病有效性的系统评价[J]. 辽宁中医杂志,2018,45(5):920－925.
[58]吴琼,董艺丹,王佑华,等. 益气养阴活血方联合常规治疗对扩张型心肌病患者的临床疗效[J]. 中成药,2022,44(9):2830－2833.
[59]苏文文,张菀桐,钱真真,等. 翁维良治疗扩张型心肌病临证验案分析[J]. 天津中医药,2021,38(12):1497－1501.
[60]张成英,陈少军,陈艳俏. 温阳健脾利水方治疗扩张型心肌病心力衰竭的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(10):1265－1267.
[61]戚瑜清,张双,雷超芳,等. 王庆国教授治疗扩张型心肌病合并心力衰竭验案一则[J]. 天津中医药大学学报,2019,38(2):161－163.
[62]于凯洋. 加味真武汤治疗扩张型心肌病(脾肾阳虚型)的疗效观察[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2022.
[63]原艺,李峥,李文杰. 真武汤加减治疗扩张型心肌病临床疗效的 Meta 分析[J]. 世界中西医结合杂志,2024,19(3):457－461,471.
[64]黄青,谢勇. 蒋卫民教授从禀赋论治扩张型心肌病经验撷菁[J]. 环球中医药,2019,12(4):603－605.
[65]梁志芳,吴刚,陆海鸥. 通心络胶囊联合马来酸依那普利治疗扩张型心肌病的临床疗效及其安全性[J]. 临床合理用药杂志,2020,13(15):114－116.
[66]卢志超,贾振. 缬沙坦联合通心络胶囊对扩张型心肌病

患者的治疗价值[J]. 新疆医学,2023,53(7):811 - 813,862.
[67]王峰. 芪参益气滴丸联合毛花苷 C 对老年扩张型心肌病心功能的影响[J]. 光明中医,2018,33(11):1640 - 1642.
[68]王明军,云美玲,刘正旺,等. 螺内酯联合芪参益气滴丸治疗心肌病并心力衰竭疗效观察[J]. 中国热带医学,2013,13(4):481 - 483.
[69]蒋周田. 益心舒胶囊治疗扩张型心肌病慢性心力衰竭的临床疗效观察[J]. 广西医科大学学报,2013,30(5):765 - 767.
[70]王秋林,周鹏,朱燕梅,等. 益心舒胶囊治疗扩张型心肌病并慢性心力衰竭患者的疗效观察[J]. 首都医药,2013,20(22):41 - 43.
[71]贾秋蕾,胡元会,宋庆桥,等. 参附注射液辅助治疗扩张型心肌病有效性及安全性系统评价[J]. 中国循证心血管医学杂志,2015,7(5):609 - 613.
[72]吴嘉瑞,胡晓,王凯欢,等. 基于 Meta 分析的参麦注射液治疗扩张型心肌病的临床评价研究[J]. 中国医院用药评价与分析,2017,17(11):1448 - 1451,1456.
[73]史丽,王信凡,周经霞. 生脉注射液对扩张型心肌病并心力衰竭患者疗效及心率变异性的影响[J]. 中药药理与临床,2017,33(3):177 - 180.
[74]唐斌,张金国,谭洪勇,等. 黄芪甲苷对压力超负荷大鼠心室重构及过氧化物酶体增殖物激活受体 a 表达的影响[J]. 中国循环杂志,2017,32(2):183 - 187.
[75]郭宗耀,王振涛. 基于网络药理学探讨黄芪治疗扩张型心肌病的机制研究[J]. 中国中西医结合杂志,2020,40(12):1464 - 1470.
[76]朱浩,何本鸿,袁德培. 黄芪注射液治疗扩张型心肌病心力衰竭 40 例[J]. 河南中医,2016,36(8):1349 - 1351.
[77]王振富. 参附注射液对心肌缺血/再灌注损伤血流动力学和心肌酶的影响[J]. 中国应用生理学杂志,2011,27(2):155 - 157.
[78]吴锦波,王志兵,袁诚. 促红细胞生成素联用参附注射液治疗慢性心力衰竭的疗效观察[J]. 中国循证心血管医学杂志,2013,5(3):244 - 246.
[79]焦金英. 参芪强心汤联合参麦注射液治疗心肌病 39 例[J]. 黑龙江中医药,2020,49(3):108 - 109.
[80]尚丽丽. 参麦注射液辅助西药对扩张型心肌病伴心力衰竭的治疗效果[J]. 河南医学研究,2021,30(6):1096 - 1098.
[81]张俊敏,邱会国. 参麦注射液联合酒石酸美托洛尔在扩张型心肌病患者中的临床价值[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31(18):154 - 156.
[82]刘山. 参麦注射液治疗扩张型心肌病心力衰竭的临床效果[J]. 深圳中西医结合杂志,2020,30(16):43 - 44.
[83]毕连红,于国刚. 黄芪、丹参注射液对扩张型心肌病患者心功能的影响[J]. 中国药物经济学,2012,7(4):57 - 58.
[84]辛书庆. 左卡尼汀联合丹参注射液治疗扩张型心肌病心力衰竭效果观察[J]. 白求恩医学杂志,2017,15(2):231 - 233.
[85]王子君,郑媚,解举民. 中药丹参治疗心血管疾病的分子机制研究[J]. 湖北理工学院学报,2023,39(5):44 - 48.
[86]刘红霞,鲁彦辉,张欣,等. 穴位贴敷治疗扩张型心肌病心力衰竭利尿剂抵抗临床效果观察[J]. 临床军医杂志,2021,49(3):288 - 289.
[87]李若冰,张国刚,徐锴,等. 扩张型心肌病运动康复治疗的研究进展[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2021,23(6):661 - 663.
[88]彭方. 中成药联合 ACEI/ARB 治疗扩张型心肌病 meta 分析[D]. 武汉:湖北中医药大学,2023.
[89]李丽香,李水福. 中药注射剂不良反应的发生原因及预防对策[J]. 中草药,2009,40(4):672 - 674.
[90]鲁莲,杨田. 静脉滴注血塞通(冻干)针剂致全身严重皮肤过敏反应一例[J]. 实用心脑肺血管病杂志,2014,22(1):158.

收稿日期:2025 - 03 - 06

作者简介:王振涛(1962 -),男,河南滑县人,医学博士,教授,研究方向:中医药防治心血管疾病。

编辑:秦小川