王新东以“味”统方、苦辛平逆法辨治射血分数保留型心力衰竭临证经验*

张蒙[1]，王新东[2]

1. 上海中医药大学附属曙光医院，上海 201203；2. 南京中医药大学附属中西医结合医院/江苏省中西医结合医院，江苏 南京 210028

摘要：目的：对王新东诊治射血分数保留型心力衰竭（ejection fraction preserved heart failure，HFpEF）的医案进行数据分析，挖掘其诊治 HFpEF 的特色经验。方法：选取 2020 年 9 月至 2023 年 1 月王新东于江苏省中西医结合医院门诊与病房诊治的 HFpEF 病例共计 340 诊次，运用中医传承辅助平台，构建王新东治疗 HFpEF 医案信息平台，进行数据管理、频次统计、数据挖掘和数据分析，并进行分析和总结。结果：本研究纳入患者中男女占比分别为 33.82% 和 66.17%，年龄为 34～94 岁，症状以胸闷、乏力、不寐等为主，舌象以舌质红、舌质淡红等为主，脉象以脉浮、脉弦滑等为主。对医案中出现的 186 味中药进行统计分析，中药四气统计依次为温、寒、平、凉；五味统计依次为苦、辛、甘、酸、咸；归经统计前 5 位为肺、脾、肝、胃、心；中药分类统计前 5 位为补虚药、利水渗湿药、活血化瘀药、化痰止咳平喘药、理气药；用药频次统计前 5 位的中药分别为半夏、茯苓、生白术、莪术、陈皮。基于规则分析及熵聚类算法分析得出治疗 HFpEF 的核心药物组合为香附－桔梗、五味子－麦冬、莪术－葶苈子－瓜蒌皮等，并凝练形成经验方剂“葶鹿益心饮”获国家发明专利授权。结论：王新东认为 HFpEF 病性属本虚标实，病因病机为气阴两虚，水瘀内停；临证时可宗以“味”统方、苦辛平逆理论治疗 HFpEF，苦辛合用，一阳一阴，泄中寓开，通中有降，相反相成，分消和解水湿，宣通平逆肺气。

关键词：射血分数保留型心力衰竭；以“味”统方、苦辛平逆法；葶鹿益心饮；王新东

DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2025.08.282

中图分类号：R259.416　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999(2025)08－1748－09

Wang Xindong′s Experience in Treating Heart Failure of Preserved Ejection Fraction Type by Ku Xin Ping Ni Method and "Taste" Unifying Formula

ZHANG Meng[1]，WANG Xindong[2]

1. Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine，Shanghai China 201203；2. Integrative Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine/Integrative Hospital of Jiangsu Province，Nanjing Jiangsu China 210028

Abstract：Objective：To analyze the medical cases of Professor Wang Xindong in the diagnosis and treatment of ejection fraction preserved heart failure（HFpEF），and to explore his characteristic experience in the diagnosis and treatment of HFpEF. Methods：A total of 340 cases of HFpEF were diagnosed and treated by Professor Wang Xindong in the outpatient and ward of Jiangsu Provincial Hospital of integrative Medicine from September 2020 to January 2023. Results：The male and female proportions of the patients included in this study were 33.82% and 66.17%，respectively，aged 34－94，and the symptoms were mainly chest tightness，fatigue，and insomnia，the

* **基金项目**：国家自然科学基金项目（81973766）；董其美全国名老中医药专家传承工作室建设项目｛国中医药人教函〔2022〕75 号｝；江苏省自然科学基金项目（BK20211387）

tongue image was mainly red tongue and pale red tongue, and the pulse image was mainly floating and slippery. The statistical analysis of 186 flavors of traditional Chinese medicine in the medical case showed that the statistics of the Four Qi of traditional Chinese medicine were warm, cold, mild and cool. The statistics of the Five Flavors were bitter, pungent, sweet, sour, and salty; The top 5 meridian tropism are Lung, Spleen, Liver, Stomach and Heart; The top 5 in the classification statistics of traditional Chinese medicine are deficiency tonic drugs, relieving Water and Dampness drugs, blood circulation promoting and stasis removing drugs, relieving Phlegm, stop cough and asthma medicines as well as Qi regulating drugs; The top 5 traditional Chinese medicines in terms of drug frequency were Banxia (Pinellia ternata), Fuling (Poria cocos), Shengbaizhu (Bighead atractylodes rhizome), Ezhu (Curcuma zedoary) and Chenpi (Tangerine peel). Based on the rule analysis and entropy clustering algorithm analysis, it was concluded that the core drug combinations for the treatment of HFpEF were Xiangfu – Jiegeng (Cyperus rotundus – Platycodon, Wuweizi – Maidong (Schisandra chinensis – Ophiopogon japonicus), Ezhu – Tinglizi – Gualoupi (Curcuma zedoary – Semen lepidii – trichosanthes peel), etc., and the empirical formula "Tinglu Yixin Drink" was created, which was authorized by the national invention patent. Conclusion: Professor Wang Xindong believes that the pathology of HFpEF is a deficiency in root and excess in symptom and the pathogenesis is Qi and Yin deficiency as well as Water and stasis stagnation. In clinical practice, the theory and method of "Taste unifying formula" and "Ku Xin Ping Ni" in treatment of HFpEF. Bitter and pungent drugs, with one Yang and one Yin, the opposite, can dissipate and dissolve Water and Dampness, and can calm the reversed Lung Qi.

Key words: heart failure with preserved ejection fraction; "taste" unifying formula, Ku Xin Ping Ni method; Tinglu Yixin Drink; Wang Xindong

心力衰竭是心血管疾病的终末阶段，其中射血分数保留型心力衰竭（ejection fraction preserved heart failure，HFpEF）病因复杂[1-2]，且与射血分数降低型心力衰竭在预后等方面存在较大差别，逐渐成为备受关注的公共卫生问题[3-4]。随着人口老龄化及肥胖、糖尿病等慢性疾病日益突出，HFpEF 的发病率和病死率在全球范围内持续攀升[5-7]。当前，临床缺乏改善 HFpEF 预后的有效方法，治疗措施主要为积极改变风险因素，如控制血压、糖尿病，同时使用利尿剂维持体液[8]。目前，β 受体阻滞剂、厄贝沙坦、地高辛以及奈必洛尔均未能显著改善 HFpEF 患者症状[9]。研究表明，中医药对 HFpEF 的治疗具有显著优势[7,10]。

中医遣药组方有 7 种基本形式：切证组方、释因组方、审察病机组方、经验遣药组方、辨病辨证组方、兼容药理组方及对症组方[11]。其中，张仲景、陈无择、刘完素分别为切证组方、释因组方、审察病机组方的代表；经验遣药组方多为学验俱丰的名老中医，现代临床则较多采用辨证结合辨病和根据中药药理组方的形式。《黄帝内经》提出“辛散，酸收，甘缓，苦坚，咸软”五味的特性，“辛甘发散为阳，酸苦涌泄为阴”[12]的配伍关系，认识药物性味的差异是中医指导临床组方应用的重要基础，不同药物性味之间的配伍又可发挥不同的功效。王新东在此基础上根据长期的临床实践，逐渐发展成以“味”统方、苦辛平逆法辨治 HFpEF 的理论，为该病的临床遣方应用提供了更多的思路。

王新东是国家中医药管理局全国中医药创新骨干人才，中医内科学博士，全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师董其美学术继承人。王新东在心系疾病中医诊疗过程中，坚持理论与实践结合、继承与创新并重、师古而不泥古、中西医融合的治学观，对 HFpEF 的诊治提出以“味”统方、苦辛平逆的创新治法，疗效显著。

1　方法

1.1　研究对象　研究对象全部来源于王新东 2020 年 9 月至 2023 年 1 月于江苏省中西医结合医院门诊及住院部诊治的临床病案。共收集整理 168 例有效病例，共计 340 次就诊记录。

1.2　诊断标准　（1）符合中医诊断：参考《中医内科学》[9] 心力衰竭诊断依据。①心力衰竭是以心悸、气喘、肢体水肿为主症的疾病。②早期表现为气短心悸或夜间突发惊悸喘咳，端坐后缓解。随着病情发展，心悸频发，动则喘甚或持续端坐呼吸，不能平卧，咳嗽咯痰，或咳泡沫状血痰，水肿以下肢为甚，甚则全身水肿。常伴乏力、神疲、腹胀、纳呆、便溏。③多有心悸、胸痹、心痹、肺胀等病史。（2）符合 HFpEF 诊断依据：参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》[1]、《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》[2] 和文献[3]，具备下列 3 项标准：①典型心力衰竭症状（NYHA 心功能Ⅰ—Ⅲ级）和/或体征。②脑钠钛≥35 ng·L^{-1}或末端脑钠钛前体≥125 ng·L^{-1}。③超

声提示心脏结构或舒张功能改变，具备以下任意 1 条：平均 E/e′≥15；二尖瓣环室间隔 e′<7 cm·s^{-1}或侧壁 e′<10 cm·s^{-1}；三尖瓣反流速度>2.8 m·s^{-1}或肺动脉收缩压>35 mm Hg（1 mm Hg=0.133 kPa）；左心房容积指数>29 mL·m^{-2}；左心室质量指数>116/95 g·m^{-2}（男/女）；相对室壁厚度>0.42；左心室壁厚度≥12 mm。

1.3　病例纳入标准　（1）年龄 18～80 岁；（2）达到上述中医诊断标准的患者；（3）达到 HFpEF 西医诊断标准的患者；（4）基本资料相对完整，包括电话、证型、方剂等信息；（5）自愿签署知情同意书者。

1.4　病例排除标准　（1）哺乳期和妊娠患者；（2）易敏体质者；（3）不遵医嘱，依从性差，未按时按量服药者；（4）发生急性心肌梗死，恶性心律失常的患者；（5）伴有重度肝肾功能不全、严重的感染性疾病及恶性肿瘤的患者。

1.5　病案采集　筛选出符合病例纳入标准的病案，将相关病案资料作为纳入患者的原始数据，并对其进行标准化处理。

1.6　数据处理　在 340 例患者中，对全部中药及证候进行了严格、统一的标准化处理，以保证数据分析的客观性及规范性。根据《中医症状鉴别诊断学》[13]，对本研究中涉及的症状进行规范化处理。根据 2020 版《中华人民共和国药典》[14]对所有涉及的中药进行规范，如“麦门冬”统一为“麦冬”。

1.7　数据电子化　利用 Microsoft Office Excel 2016 软件，对相关数据进行输入，按照顺序将患者的信息（包括年龄、诊次、舌象等）输入，按照 1.6 的方法对数据进行规范，并请其他研究者对所收集到的数据进行核对，确保其正确性。在确定数据正确之后，将其存储为电子化的数据，以便于以后对其进行数据分析。

1.8　统计学方法　采用 Microsoft Office Excel 2016 软件，分析纳入患者的性别、年龄、症状、舌象、脉象、高频药物、四气五味、归经等资料的频数分布情况。采用 SPSS Modeler 18.0 软件对涉及的药物和相关症状进行二阶、三阶关联规则分析。采用 SPSS Statistics 26 软件进行药物聚类分析。

2　结果

2.1　性别频数分析　本研究总计纳入 168 例患者病案，340 次诊次，女性与男性患者占比分别为 66.17%、33.82%，男性：女性=1.0：1.9，见表 1。

表 1　性别分布情况

性别	频次/次	占比/%
女	225	66.17
男	115	33.82
合计	340	100.00

2.2　年龄频数分析　本研究所纳病例最大年龄为 94 岁，最小年龄为 34 岁，见表 2。

表 2　各年龄段分布情况

年龄分布	31 岁≤年龄<46 岁	46 岁≤年龄<61 岁	61 岁≤年龄<76 岁	76 岁≤年龄<91 岁	年龄≥91 岁
频次/次	3	9	41	103	12
占比/%	1.78	5.35	24.40	61.30	7.14

2.3　症状频数分析　本研究的病案总症状频次为 2 410 次，涉及 75 种症状，频次大于 120 次的症状为：胸闷（218 次），乏力（158 次），气喘（140 次），食欲不振（132 次），心悸（121 次），前 20 位见表 3。

表 3　症状分布情况

序号	症状	频次/次	占比/%	序号	症状	频次/次	占比/%
1	胸闷	218	9.05	11	心烦	67	2.78
2	乏力	158	6.56	12	小便频数	62	2.57
3	气喘	140	5.81	13	咳嗽	58	2.41
4	食欲不振	132	5.48	14	头痛	52	2.16
5	心悸	121	5.02	15	口苦	50	2.07
6	浮肿	106	4.40	16	小便不利	48	1.99
7	头晕	95	3.94	17	口干渴	42	1.74
8	不寐	90	3.73	18	胸痛	40	1.66
9	健忘	81	3.36	19	夜间多尿	36	1.49
10	大便秘结	75	3.11	20	手足厥冷	32	1.33

2.4　舌象频数分析　本研究的病例总舌象频次为 340 次，涉及 23 种舌象，频次大于 20 次的舌象为舌质红（97 次），舌质淡红（48 次），舌暗红（30 次），苔黄腻（21 次），前 20 位见表 4。

表 4　舌象分布情况

序号	舌象	频次/次	占比/%	序号	舌象	频次/次	占比/%
1	舌质红	97	28.53	11	中有裂纹	9	2.65
2	舌质淡红	48	12.65	12	舌下络脉粗	7	2.06
3	舌暗红	30	8.82	13	苔黄厚腻	7	2.06
4	苔黄腻	21	6.18	14	苔白厚	7	2.06
5	苔薄黄	19	5.59	15	苔后部白腻	6	1.76
6	舌边有齿痕	17	5.00	16	苔有裂纹	5	1.47
7	苔白	15	4.41	17	苔白腻	4	1.18
8	苔少	12	3.53	18	舌体干	4	1.18
9	苔薄白	11	3.24	19	苔剥脱	4	1.18
10	苔黄	10	2.94	20	无苔	4	1.18

2.5　脉象频数分析　本研究的病案总脉象频次为 340 次，涉及 27 种脉象，频次大于 20 次的脉象为：脉浮（61 次），脉弦滑（42 次），脉弦细（35 次），脉涩（23 次），前 20 位见表 5。

表 5　脉象分布情况

序号	脉象	频次/次	占比/%	序号	脉象	频次/次	占比/%
1	脉浮	61	17.94	11	脉沉弦	11	3.24
2	脉弦滑	42	12.35	12	脉弱	11	3.24
3	脉弦细	35	10.29	13	脉滑	9	2.65
4	脉涩	23	6.76	14	脉弦数	8	2.35
5	脉细	17	5.00	15	脉结代	7	2.06
6	脉沉	16	4.71	16	脉弦滑稍数	7	2.06
7	脉弦	15	4.41	17	脉弦稍数	7	2.06
8	脉滑数	13	3.82	18	脉稍弦	5	1.47
9	脉细数	13	3.82	19	脉细稍弦	5	1.47
10	脉沉弱	13	3.82	20	脉左弦右软	4	1.18

2.6　药物频数分析　本研究的病案总用药频次为 4 420 次，规范化处理获得 186 味中药。根据用药频次前 10 位的中药分别为：半夏（3.64%），茯苓（3.44%），生白术（3.21%），莪术（3.14%），陈皮（2.90%），甘草（2.74%），葶苈子（2.69%），生黄芪（2.62%），丹参（2.44%），大枣（2.29%），前 40 位见表 6。

表 6　中药分布情况（频次≥30 次）

序号	中药名称	频次/次	占比/%	序号	中药名称	频次/次	占比/%
1	半夏	161	3.64	21	车前草	68	1.54
2	茯苓	152	3.44	22	楮实子	64	1.45
3	生白术	142	3.21	23	青蒿	60	1.36
4	莪术	139	3.14	24	红花	58	1.31
5	陈皮	128	2.90	25	枳实	54	1.22
6	甘草	121	2.74	26	白豆蔻仁	52	1.18
7	葶苈子	119	2.69	27	厚朴	50	1.13
8	黄芪	116	2.62	28	川芎	48	1.09
9	丹参	108	2.44	29	柴胡	45	1.02
10	大枣	101	2.29	30	当归	42	0.95
11	桂枝	96	2.17	31	龙骨	40	0.90
12	杏仁	94	2.13	32	黄芩	38	0.86
13	鹿衔草	91	2.06	33	枳壳	38	0.86
14	蒲黄	88	1.99	34	酸枣仁	35	0.79
15	麦冬	85	1.92	35	白芍	34	0.77
16	红景天	82	1.86	36	泽泻	34	0.77
17	五味子	80	1.81	37	葛根	33	0.75
18	玉竹	78	1.76	38	三棱	33	0.75
19	路路通	75	1.70	39	赤芍	32	0.72
20	党参	71	1.61	40	桔梗	32	0.72

2.7　性味归经统计　四气依次为温(34.91%)、寒(31.90%)、平(22.19%)、凉(11.00%),见表 7。药味依次为苦(30.64%)、辛(28.95%)、甘(16.84%)、酸(13.06%)、咸(10.49%),见表 8。中药归经分别为肺、脾、肝、胃、心、肾、胆等,见表 9。

表 7　四气分布情况

四气	频次/次	占比/%
温	1 543	34.91
寒	1 410	31.90
平	981	22.19
凉	486	11.00

表 8　五味分布情况

五味	频次/次	占比/%
苦	1 788	30.64
辛	1 689	28.95
甘	983	16.84
酸	762	13.06
咸	612	10.49

2.8　中药功效频数分析　参考《中药学》[15],按照中药功效将本研究所涉及的 186 味中药进行归类,得到 16 类中药功效,应用频率较高的分别为补虚药、利水渗湿药、活血化瘀药、化痰止咳平喘药、理气药、解表药、安神药等,见图 1。将应用频次≥30 次的高频药物进行中药功效归类,见图 1、表 10。

表 9　归经分布情况

序号	归经	频次/次	占比/%	序号	归经	频次/次	占比/%
1	肺	1 326	16.08	7	胆	732	8.88
2	脾	1 251	15.17	8	膀胱	401	4.86
3	肝	1 018	12.35	9	大肠	218	2.64
4	胃	1 011	12.26	10	小肠	183	2.22
5	心	983	11.92	11	心包	129	1.56
6	肾	921	11.17	12	三焦	73	2.89



图 1　中药功效分布图

表 10　中药功效分布情况(频次≥30 次)

序号	中药功效	药物
1	补虚药	黄芪、五味子、麦冬、大枣、红景天、楮实子、玉竹、甘草、鹿衔草、当归、党参、白芍、白术
2	利水渗湿药	泽泻、车前草、茯苓、路路通、白豆蔻仁
3	活血化瘀药	莪术、三棱、丹参、生蒲黄、红花、赤芍、川芎
4	化痰止咳平喘药	葶苈子、半夏、桔梗、杏仁
5	理气药	枳实、厚朴、枳壳、陈皮
6	解表药	桂枝、葛根、柴胡
7	安神药	龙骨、酸枣仁

2.9　药物二阶关联分析　采用 SPSS Modeler 18.0 软件建模,然后借助 Apriori 算法分析高频药物进行二阶关联分析,设置支持度为 10%,置信度为 100%,最大前项数为 1。筛选出 20 个药物关联,如“香附－苏梗”“五味子－麦冬”等,见表 11。

2.10　药物三阶关联分析　运用 SPSS Modeler 18.0 软件中的 Apriori 算法进行药物三阶关联结果分析,设置支持度为 25%,置信度为 85%,最大前项数设置为 2。前 20 个药物关联为“莪术－葶苈子－瓜蒌皮”“白术－泽泻－陈皮”等,见表 12。药物关联规则的可视化分析见图 2。

2.11　药物聚类结果　采用 SPSS Statistics 26 软件聚类分析用药频次≥45 次的中药,相关条件为组间联接、皮尔逊相关性。聚类分析分为 3 类,其中聚类 3 由法半夏、茯苓、大枣、黄芪、葶苈子、莪术、麸炒白术、桂枝、甘草、苍术、石菖蒲、陈皮、丹参组成,见图 3、表 13。

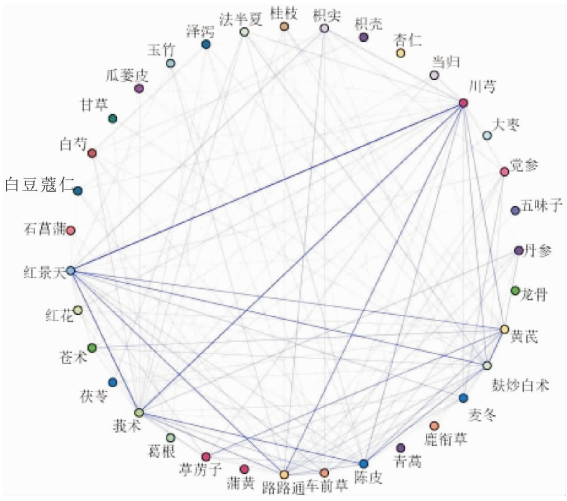


图 2　关联规则网络图

表 11　药物二阶关联规则分析

序号	前项	后项	支持度	置信度	提升度
1	香附	苏梗	0.57	0.92	1.10
2	五味子	麦冬	0.53	0.90	1.75
3	枳壳	三棱	0.49	0.87	1.33
4	苍术	合欢皮	0.45	0.91	1.50
5	泽泻	三棱	0.41	0.89	3.00
6	白芍	三棱	0.41	0.83	1.72
7	车前草	楮实子	0.40	0.90	2.30
8	红景天	楮实子	0.39	0.89	1.57
9	莪术	瓜蒌皮	0.38	0.91	1.42
10	红花	青蒿	0.36	0.93	1.50
11	枳实	青蒿	0.35	0.89	1.50
12	路路通	五味子	0.33	0.89	1.87
13	麸炒白术	甘草	0.31	0.92	1.50
14	路路通	蒲黄	0.30	0.91	1.87
15	莪术	杏仁	0.29	0.86	1.42
16	枳实	白豆蔻仁	0.29	0.89	2.50
17	路路通	白豆蔻仁	0.27	0.93	1.875
18	川芎	白豆蔻仁	0.26	0.91	1.50
19	白芍	葛根	0.25	0.87	1.72
20	葶苈子	泽泻	0.23	0.90	1.64

表 12　药物三阶关联规则分析

序号	后项	前项	支持度	置信度	增益
1	莪术	葶苈子、瓜蒌皮	0.53	0.89	1.88
2	白术	泽泻、陈皮	0.52	0.90	2.50
3	川芎	莪术、红景天	0.47	0.91	1.50
4	莪术	泽泻、车前草	0.45	0.87	1.43
5	黄芪	苍术、红景天	0.43	0.93	1.58
6	车前草	党参、路路通	0.41	0.84	2.31
7	川芎	党参、红景天	0.40	0.89	1.50
8	枳实	车前草、川芎	0.38	0.92	2.50
9	麸炒白术	麦冬、莪术	0.35	0.89	1.50
10	黄芪	丹参、莪术	0.34	0.95	1.42
11	红景天	枳实、路路通	0.32	0.91	1.42
12	黄芪	葶苈子、莪术	0.31	0.93	1.42
13	路路通	党参、车前草	0.30	0.82	1.67
14	红景天	党参、川芎	0.30	0.86	1.40
15	麸炒白术	法半夏、莪术	0.29	0.89	1.33
16	红景天	枳实、车前草	0.29	0.93	1.40
17	川芎	枳实、车前草	0.28	0.91	1.33
18	红景天	麦冬、川芎	0.27	0.83	1.40
19	莪术	麦冬、麸炒白术	0.26	0.85	1.27
20	黄芪	葶苈子、陈皮	0.25	0.92	1.38

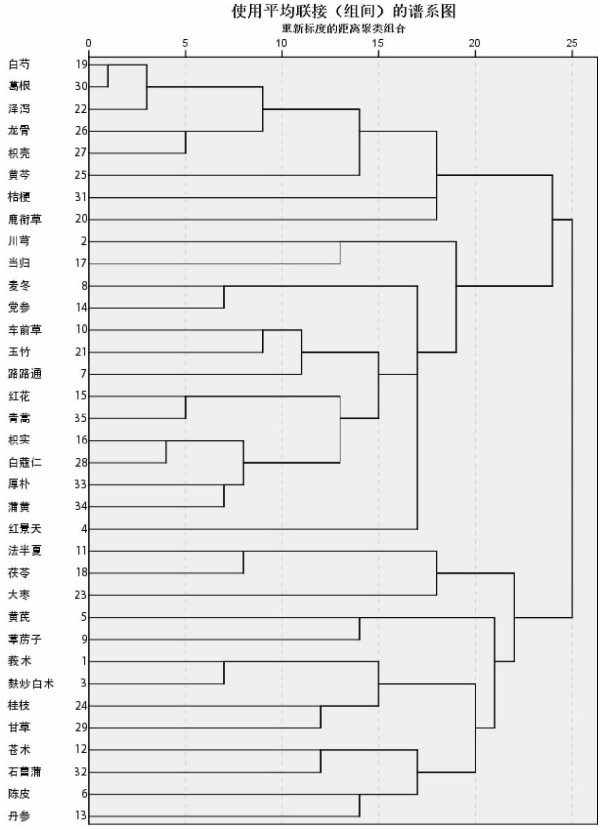


图 3　药物聚类图

表 13　药物聚类分析

序号	药物组成
聚类 1	白芍、葛根、泽泻、龙骨、枳壳、黄芩、桔梗、鹿衔草
聚类 2	川芎、当归、麦冬、党参、车前草、玉竹、路路通、红花、青蒿、枳实、白豆蔻仁、厚朴、蒲黄、红景天
聚类 3	法半夏、茯苓、大枣、黄芪、葶苈子、莪术、麸炒白术、桂枝、甘草、苍术、石菖蒲、陈皮、丹参

3　讨论

3.1　HFpEF 病机总属气阴两虚，水瘀内停　王新东认为，HFpEF 最主要的临床症状及就诊主诉症状仍然是胸闷，其次是乏力、不寐、心悸、气喘、浮肿等。王新东指出，HFpEF 初期以气虚为主，心主身之血脉，表明慢性心力衰竭的病理基础是心气不足[16-17]。心气是血液运行的主要动力，心气顺畅可推动血液循脉管流至全身，人体正常的生理功能得以维持。心气虚易引起血脉瘀阻痹阻上焦胸阳，发为胸闷，并强调气虚血瘀，血水互化，久之为痰为饮，发为浮肿。水湿既可作为病理产物，阻塞脉道；又可作为致病因素，反之加重血瘀，耗损阳气[11]。久之气虚及阴发展为气阴两虚，并贯穿于疾病全程。气

阴两虚会造成阳气亏虚，表现为乏力；心主神志，若心阳虚损，久之阴阳失调可见不寐。水液代谢依赖于阳气温运气化，若阳气亏虚化湿功能失调，易致水液运行不畅，蓄积体内，泛溢于脏腑，发为水肿。

3.2　HFpEF 的关键证素为气虚、阴伤、血瘀、痰湿　笔者对 HFpEF 患者舌象、脉象进行分析发现，阴伤、血瘀、痰湿是 HFpEF 的关键证素。其中频数最高的脉象是脉浮，寸浮主表证，亦主虚证，主上焦病，与王新东主张的 HFpEF 病机为气阴两虚一致；脉弦滑见于痰饮内停；脉弦细见于肝郁脾虚、血虚肝郁、肝肾阴虚，提示部分 HFpEF 患者进展到水瘀内停阶段。王新东指出，许多 HFpEF 患者多在秋冬季节交替、气候变化剧烈之时发病或病情加重，诊脉时多见寸浮，病因可能为外感，应遵循表里分先后的治疗原则。由于 HFpEF 患者包括 EF 值在内的各项指标轻于射血分数降低型心力衰竭，而病情却迁延反复。因此，王新东认为，HFpEF 患者因为疾病的不适，更容易焦虑敏感、情志失宜，加之年老体虚、疾病耗损，脉象可见弦细。王新东重视郁证在 HFpEF 中的地位，倡导气血同调、肝脾同治、肝肾并治。

3.3　王新东以“味”统方、苦辛平逆法辨治 HFpEF　王新东治疗 HFpEF 处方用药的药性依次为苦味、辛味、甘味、酸味、咸味。《药鉴》曰：“辛能散结，甘能缓中，淡能利窍，苦能泄逆，酸以收耗，咸以软坚[18]。”王新东认为，辛味药可宣散开通、行气行血、发邪润养，苦味药可降气泄浊、燥湿坚阴，二者配伍一辛一苦，一开一降，一热一寒，一阳一阴，泄中寓开，通中有降，相反相成，能升能降、能宣、能肃，具有平衡阴阳、调理气机、祛邪降浊、散结开郁、分消和解之妙用。苦辛平逆法是仲景宗四气五味理论及升降相因说，运用苦寒和辛温两种不同性味的药物组方，辛开苦降，燮理阴阳，调理脏腑气机，尤其重在斡旋中焦气机，属中医八法中“消法”“和法”范畴。叶天士《温热论》运用大量苦辛配伍调理气机，如“苦与辛合，能降能通”“辛以宣气，苦以降逆”“以苦降其逆，辛通其痹”[19]。因此，王新东治疗 HFpEF 常借苦辛之葶苈子泻肺平喘、行水消肿，借苦甘之鹿衔草祛风除湿，借苦寒之丹参活血祛瘀、清心除烦，借苦辛之莪术行气破血、消积止痛，借苦甘之白术健脾利湿，借辛甘之桂枝温阳通脉。如此气机升降得以恢复，血行津输得以正常运转，则气短水肿等 HFpEF 症状得以缓解。

3.4　温清并用，以“和”为要　笔者对药物的四气进行分析发现，王新东治疗 HFpEF 的处方用药以温性、寒性为主。温性药可温中、助阳、散寒，属于八法中的温法。王新东善用黄芪补气升阳，桂枝温通经脉、助阳化气。寒性药可清热、凉血、泻火，属于八法中的清法，王新东擅用丹参活血化瘀、清心除烦，葶苈子泻肺平喘，麦冬清心除烦、养阴润肺。温性及寒性中药占比相近，体现王新东辨治 HFpEF 选方用药注重寒热同调，即八法中的温清并用。

笔者将药物的归经类别按出现频次排序发现，王新东治疗 HFpEF 用药归经依次为肺、脾、肝、胃、心、肾等。肺主气，司呼吸；脾主运化，脾为气血生化之源，脾主统血，肺脾调和，则气血和利，痰饮瘀血等病理产物则无以生成，体现王新东治疗 HFpEF 重视气血，倡导以“和”为要。另外，王新东指出辨治 HFpEF 须调和肝脾，脾为气血生化之源，若脾胃失健，子虚母乘，土虚木乘，致肝脾失调，可用抑木扶土法调和肝脾；土可制水，若脾阳虚弱，易致水湿不化，临证可见 HFpEF 患者表现为水肿胀满，因此，可用培土制水法治疗浮肿一症。

3.5　攻补兼施，圆机活法　笔者对治疗 HFpEF 的药物功效及分类进行分析，发现王新东治疗 HFpEF 使用频率较高的中药功效分别为：利水渗湿、益气养阴、行气活血、止咳平喘、温经通脉、疏肝理气、养血安神。王新东认为，正虚是决定疾病发病的内因，邪气是重要的外在条件。治疗 HFpEF 常用的中药兼顾了气阴两虚、瘀血阻滞、痰浊湿邪、外感病邪、气郁等证候因素，体现了王新东针对 HFpEF 气阴两虚、水瘀内停证实施“攻补兼施”之法。

笔者对高频中药进行分析，发现王新东十分推崇使用半夏。张锡纯曾言：“半夏并非为其利痰，诚以半夏生当夏半，乃阴阳交换之时，实为由阳入阴之候，故能通阴阳和表里，使心中之阳渐渐潜藏于阴。”王新东认为，半夏味辛，具辛开滑降之性，一则可利痰，二则可调心之阴阳。王新东取葶苈大枣泻肺汤之意，善用葶苈子、大枣配伍泻肺平喘，行水消肿；取二陈汤之意，善用半夏、陈皮配伍利水消肿；取枳桔二陈汤之意，善用枳壳、桔梗、法半夏、陈皮、茯苓、炙甘草配伍行气利水；取茯苓杏仁甘草汤之意，善用茯苓、苦杏仁、甘草寓配伍健脾化痰；取生脉散

之意，善用麦冬、五味子配伍益气养阴；取泽泻汤之意，以泽泻、白术配伍利水除饮，健脾制水；取血府逐瘀汤之意，以当归、红花、枳壳、川芎、柴胡、赤芍、炙甘草、桔梗配伍活血化瘀、行气止痛。

3.6　合理配伍，优化功效　笔者通过对治疗 HFpEF 中药处方药物进行关联分析，发现香附－紫苏梗是王新东用于治疗 HFpEF 患者症见焦虑烦躁的常用药对。苦辛之香附功擅行气解郁，《滇南本草》言其："调血中之气，开郁，宽中，消食，止呕吐[20]。"辛温之紫苏梗功擅理气宽中、止痛。王新东推崇香附与紫苏梗合用，功擅行气解郁，对于 HFpEF 症见焦虑、烦躁者疗效显著。

五味子－麦冬是王新东治疗 HFpEF 气阴不足证的常用配伍。酸甘之五味子功擅收敛固涩、益气生津、补肾宁心，苦甘之麦冬功擅养阴生津、润肺清心。王新东常合用五味子与麦冬以期达到宁心、清肺、补肾之效。在此基础上，临证酌加人参取生脉散之意，人参功擅补气，三药合用，共奏补气养阴生津之效。

莪术－葶苈子－瓜蒌皮是王新东用于逐瘀化痰的常用配伍。苦辛之莪术功擅行气破血、消积止痛，苦辛之葶苈子功擅泻肺平喘、行水消肿；苦寒之瓜蒌皮功擅清化热痰、利气宽胸；王新东认为，莪术益气之功在于疏气，三者合用能最大程度发挥行气活血、逐瘀化痰、泻肺平喘的功效。

白术－泽泻－陈皮是王新东治疗水湿泛溢的常用配伍，苦甘之白术功擅健脾益气、燥湿利水[21]。甘寒之泽泻功擅利小便、清湿热，李杲言其："去脬中留垢、心下水痞[22]。"王新东常将泽泻与白术合用，取泽泻汤之意，治水停心下、清阳不升、浊阴上犯、头目昏眩，重用泽泻利水下行，以治其标；用白术健脾制水，以治其本。

3.7　理论引领，凝练转化　笔者对高频中药进行聚类分析发现，聚类 3 是王新东治疗 HFpEF 的常用方剂。针对 HFpEF 气阴两虚、水瘀内停的病机证候特点，王新东提出以"味"统方、苦辛平逆的创新治法，在此治法指导下凝练形成经验方剂葶鹿益心饮，已获国家授权发明专利（专利号：ZL202111080972.2）。葶鹿益心饮由葶苈大枣泻肺汤衍化而来，方药组成：葶苈子 20 g，鹿衔草 10 g，莪术 15 g，蒲黄 10 g，生黄芪 30 g，丹参 15 g，红景天 15 g，路路通 20 g，车前草 10 g，茯苓 15 g，炒白术 15 g，玉竹 10 g，桂枝 6 g，楮实子 15 g，大枣 10 g。方中以苦辛之葶苈子止咳平喘利水，苦甘之鹿衔草祛风除湿，二者配伍共为君药，对心力衰竭大有裨益[23－24]。臣以苦辛之莪术、苦寒之丹参、甘平之蒲黄活血化瘀及苦甘之红景天益气活血、通脉平喘，加黄芪健脾益气，玉竹养阴生津，车前草、路路通、茯苓、生白术、楮实子共奏利水除湿之效。佐以辛甘之桂枝温阳化气，助肾蒸腾气化水液；大枣益气和中，共奏泻肺利水、益气滋阴、活血通络之功。

4　结语

本研究基于中医传承辅助平台对王新东治疗 HFpEF 的组方规律进行挖掘，结果显示 HFpEF 病因病机关键为气阴两虚、水瘀互结，病性属本虚标实，治宜泻肺利水、益气滋阴、活血通络。可宗以"味"统方、苦辛平逆法治疗 HFpEF。一方面，辛可升散，以辛散已成之痰；苦可燥湿，以苦去未成形之水湿。另一方面，辛先入肺，肺主气，气为血帅，无气虚血瘀饮停之弊，所谓辛能疏通，宣导而行之，正合叶氏"辛通其痹"之旨[25]。《金匮要略心典》曰："苦者，能泻，能燥，能坚[26]。"《周礼·天官冢宰》中有"以苦养气"[21]记载，苦能降泄肺气。本研究提出苦辛合用法治疗 HFpEF，一阳一阴，泄中寓开，通中有降，相反相成，顺气降逆，为 HFpEF 的中医治疗提供思路。

参考文献：

[1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组，中国医师协会心力衰竭专业委员会，中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志，2018，46(10)：30.

[2] 董国菊，刘永成. 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[J]. 中华中医药学刊，2024，42(1)：255－258.

[3] STEINBERG B A，ZHAO X，HEIDENREICH P A，et al. Trends in patients hospitalized with heart failure and preserved left ventricular ejection fraction：prevalence，therapies，and outcomes[J]. Circulation，2012，126(1)：65－75.

[4] BORLAUG B A. Evaluation and management of heart failure with preserved ejection fraction[J]. Nat Rev Cardiol，2020，17(9)：559－573.

[5] SHIMRON M，WILLIAMS L，HAZANOV Y，et al. Clinical

and echocardiographic characteristics of patients in sinus rhythm, normal left ventricular function, and indeterminate diastolic function[J]. Echocardiography, 2018, 35(6): 792 – 797.

[6]HUYNH T, HARTY B J, CLAGGETT B, et al. Comparison of outcomes in patients with diabetes mellitus treated with versus without insulin + heart failure with preserved left ventricular ejection fraction (from the TOPCAT study)[J]. Am J Cardiol, 2019, 123(4): 611 – 617.

[7]于琪力, 葛雪, 刘丽. 冠状动脉粥样硬化性心脏病患者心力衰竭危险因素分析[J]. 新乡医学院学报, 2024, 41(6): 560 – 565.

[8]YANCY C W, JESSUP M, BOZKURT B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure a report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines and the heart failure society of America[J]. J Am Coll Cardiol, 2017, 70(6): 776 – 803.

[9]王永炎, 鲁兆麟. 中医内科学. 第 2 版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 262 – 272.

[10]MEMBERS: A F, MCDONAGH T A, METRA M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC[J]. Eur J Heart Fail, 2022, 24(1): 4 – 131.

[11]刘庆林. 中医临床遣药组方形式浅探[J]. 湖南中医学院学报, 1999, 23(4): 43 – 44.

[12]黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017.

[13]姚乃礼. 中医症状鉴别诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000.

[14]国家药典委员会. 中华人民共和国药典[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2010.

[15]高学敏. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2000.

[16]REED D D. Using Microsoft Office Excel 2007 to conduct generalized matching analyses[J]. J Appl Behav Anal, 2009, 42(4): 867 – 875.

[17]灵枢经[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2017.

[18]杜文燮. 药鉴[M]. 上海: 上海人民出版社, 1975.

[19]叶天士. 温热论[M]. 北京: 学苑出版社, 2013.

[20]兰茂. 滇南本草[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013.

[21]周公旦. 周礼[M]. 桂林: 漓江出版社, 2022.

[22]李杲. 脾胃论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019.

[23]李焱, 刘阳, 石霄宇, 等. 药对黄芪葶苈子对心力衰竭大鼠心肌组织线粒体动力学的影响[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(3): 520 – 523.

[24]路培培, 刘俊田, 刘娜, 等. 鹿衔草总黄酮对异丙肾上腺素诱导的大鼠急性心肌缺血的保护作用[J]. 中药材, 2010, 33(1): 73 – 76.

[25]叶天士. 临证指南医案[M]. 上海: 上海人民出版社, 1959.

[26]尤在泾. 金匮要略心典[M]. 上海: 上海人民出版社, 1975.

收稿日期: 2025 – 03 – 17

作者简介: 张蒙(1998 –), 女, 江苏宿迁人, 博士研究生, 研究方向: 中医药防治心血管疾病。

通信作者: 王新东, 男, 主任医师, 研究方向: 中医药防治心系疾病。E – mail: wangxindong@ jsatcm. com

编辑: 秦小川