

茯苓四逆汤治疗慢性心衰急性加重（阳气亏虚）的疗效研究

甘莹利 阙桃 万茂山 李连容 赵婷婷

眉山市彭山区中医医院 四川 眉山 620860

【摘要】：目的：探究茯苓四逆汤治疗慢性心衰急性加重（阳气亏虚）的疗效。方法：选取眉山市彭山区中医医院 2025 年 1 月~2026 年 3 月收治的 60 例慢性心衰急性加重患者为研究对象，使用数字随机表法将患者分为对照组和实验组，每组各 30 例，对照组予以西医治疗，实验组予以茯苓四逆汤，比较心功能、左心室射血分数及脑钠肽水平。结果：治疗前两组无心功能 2 级者，治疗后 2 级者增加（ $P<0.05$ ），3 级数量减少（ $P<0.05$ ），均无 4 级者（ $P<0.05$ ）。治疗后对照组 LVEF 变化无统计学意义（ $P>0.05$ ），实验组 LVEF 提高（ $P<0.05$ ）。治疗两组 BNP 均下降（ $P<0.05$ ），但两组比较实验组更低（ $P<0.05$ ）。结论：与西药标准抗心衰治疗方案相比，茯苓四逆汤治疗慢性心衰急性加重（阳气亏虚）可以改善患者心功能，提高左心室射血能力，并降低脑钠肽水平。

【关键词】：茯苓四逆汤；慢性心衰急性加重；阳气亏虚

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.002

慢性心衰急性加重（阳气亏虚）是指慢性心衰患者在病情稳定一段时间后，因基础病因或诱因作用出现心衰症状的一种临床综合征，发病时可出现急性肺水肿或心源性休克，具有非常高的发病率和病死率^[1]。中医认为，慢性心衰急性加重的病机与阳气亏虚密切相关，该病病位主要在心，与脾、肾两脏紧密关联，先天禀赋不足或后天失养导致正气亏虚，心气鼓动无力，进而气虚及阳，引发心、脾、肾阳气亏虚，阳气失于温煦推动，导致津液代谢失常、聚湿成饮、瘀血内阻，形成本虚标实、虚实夹杂的病理状态^[2]。因此，中医治疗阳气亏虚要以益气温阳为核心，兼顾利水活血、扶正救逆，从而改善阳气亏虚、水饮内停以及瘀血阻滞的病理状态。《伤寒论》中记有茯苓四逆汤方剂，该方剂由茯苓、人参、附子、干姜、炙甘草五味中药组成，具有回阳益阴、温阳利水、扶正救逆的功效，可温补心脾肾阳气、利水渗湿、益气固脱，正适合阳气亏虚的治疗要求^[3]。基于此，研究探讨了茯苓四逆汤治疗阳气亏虚的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取眉山市彭山区中医医院 2025 年 1 月~2026 年 3 月收治的 60 例慢性心衰急性加重患者为研究对象，使用数字随机表法将患者分为对照组和实验组，每组各 30 例。对照组男性 18 例，女性 12 例；年龄 50~86 岁，均龄（ 71.87 ± 9.61 ）岁；病程 3~12 年，平均病程（ 7.65 ± 1.52 ）年。实验组男性 20 例，女性 10 例；年龄 29~83 岁，均龄（ 69.13 ± 11.14 ）岁；病程 3~15 年，平均病程（ 7.79 ± 1.63 ）年。纳入指标：①符合《中国心

力衰竭诊断和治疗指南》中的诊断标准；②中医辨证属阳气亏虚证；③年龄 ≥ 18 岁；④签署知情同意告知书。排除指标：①由非慢性心衰急性加重引起的心功能恶化者；②合并严重原发性肝脏、肾脏疾病者；③妊娠期、哺乳期女性；④患有精神疾病者。

1.2 方法

对照组予以西药标准抗心衰治疗，包括静脉推注 20~40mg 呋塞米注射液以利尿消肿；必要时静脉缓慢注射 0.2-0.4mg 去乙酰毛花苷注射液以增强心肌收缩力；联合口服 20mg 螺内酯。以上药物均为每日 1 次，共计用药 7 天。

实验组予以茯苓四逆汤（茯苓 15g、人参 10g、附子（先煎）9g、干姜 6g、炙甘草 6g），先将附子加水浸泡 30min，然后单独煎煮 40min 至口尝无麻舌感，再加入其余药物同煎 20min，取煎液 200ml，分早晚 2 次温服，连续治疗 7 天。治疗期间密切观察患者有无附子毒性反应，并确保用药安全。

1.3 观察指标

1.3.1 心功能

于治疗前后采用纽约心脏协会（NYHA）心功能分级标准进行评估，共分为四级：I 级为体力活动不受限，II 级为体力活动轻度受限，III 级为体力活动明显受限，IV 级为休息状态下即可出现心衰症状。

1.3.2 左心室射血分数

于治疗前后采用相同超声诊断仪测量两组患者的左心室射血分数（LVEF）值。

1.3.3 脑钠肽水平

于治疗前后采集两组患者空腹静脉血，采用酶联免疫吸附法检测血浆脑钠肽（BNP）浓度。

1.4 统计学分析

患者临床资料的统计学分析采用 SPSS29.0 软件，（%）表示计数资料，行 χ^2 检验，（ $\bar{x} \pm s$ ）表示计量资料，行 t 检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心功能比较

治疗后两组心功能 2 级数量均增加（ $P < 0.05$ ），3 级、4 级数量均减少（ $P < 0.05$ ），且治疗后均无 4 级患者，见表 1。

表 1 心功能分级[n, %]

组别	对照组	实验组	χ^2	P	
例数	30	30			
2 级	治疗前	0	/	/	
	治疗后	66.67 (20) *	76.67 (23) *	0.739	0.691
3 级	治疗前	73.33 (22)	66.67 (20)	0.317	0.853
	治疗后	33.33 (10) *	10.00 (3) *	4.812	0.090
4 级	治疗前	30.00 (9)	33.33 (10)	0.077	0.962
	治疗后	0*	0*	/	/

与治疗前相比，* $P < 0.05$

2.2 LVEF 比较

治疗前两组 LVEF 差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），治疗后与治疗前比较，对照组无统计学意义（ $P > .05$ ），实验组有统计学意义（提高）（ $P < 0.05$ ），治疗后组间比较实验组 LVEF 更高（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 LVEF[$\bar{x} \pm s$, %]

组别	对照组	实验组	t	P
例数	30	30		
治疗前	27.00 ± 6.29	30.53 ± 8.09	1.887	0.064
治疗后	27.06 ± 5.06	35.67 ± 10.13	4.106	<0.001
t	0.041	2.148		
P	0.968	0.036		

2.3 BNP 比较

治疗两组 BNP 比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），治疗后 BNP 均下降（ $P < 0.05$ ），治疗后组间比较实验组更低（ P

<0.05），见表 3。

表 3 BNP[$\bar{x} \pm s$, pg/mL]

组别	对照组	实验组	t	P
例数	30	30		
治疗前	1810.92 ± 1424.05	1457.94 ± 1083.57	1.463	0.146
治疗后	1085.38 ± 830.46	931.58 ± 1040.78	0.857	0.394
t	3.264	2.598		
P	0.001	0.011		

3 讨论

慢性心衰急性加重（阳气亏虚）发病以阳气亏虚为核心，属本虚标实之证。中医认为，心为君主之官，主血脉、主神明，依赖阳气的温煦与推动以维持正常功能；脾为后天之本，气血生化之源，脾阳不足则气血生化无源，无法濡养心脉；肾为先天之本，肾阳为一身阳气之根，肾阳亏虚则心阳失于温助，心气鼓动无力^[4]。先天禀赋不足、后天饮食失调、劳累过度、久病耗伤等因素，均可导致心、脾、肾阳气亏虚，阳气失其温煦推动之能，进而导致气血运行不畅、津液代谢失常，聚湿成饮、瘀血内阻，最终引发心衰症状急性加重，形成“阳气亏虚为本，水饮、瘀血为标”的病理格局^[5]。该病不仅会导致患者呼吸困难、乏力、水肿等症状急剧加重，降低生活质量，还可能引发急性肺水肿、心源性休克、恶性心律失常等严重并发症，增加患者再住院率和病死率，给患者家庭及医疗系统带来沉重负担^[6]。针对慢性心衰急性加重（阳气亏虚）的治疗，中医历代医家多有论述，《黄帝内经》提出“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰”，强调阳气在人体生理功能中的核心作用，为该病益气温阳的治疗思路奠定了理论基础^[7]；《金匱要略》中记载“心水者，其身重而少气，不得卧，烦而躁，其人阴肿”，描述了心衰的典型症状，并提出温阳利水的治疗原则，为临床治疗提供了重要参考。《伤寒论》作为中医经典著作，记载有茯苓四逆汤这一经典方剂，该方剂由茯苓、人参、附子、干姜、炙甘草五味中药配伍而成，其中附子为君药，辛甘大热，入心、肾、脾经，可峻补元阳、温通心脉，挽救阳气耗伤之危^[8]；干姜为臣药，辛热之性，助附子温阳散寒，增强回阳之力；茯苓甘淡渗湿，健脾利水，可祛除体内水饮之邪，缓解水肿症状；人参益气健脾、补心安神，既有助阳气恢复，又可补益气血，濡养心脉；炙甘草调和诸药，缓和附子、干姜的峻烈之性，同时益气补中，辅助温阳益气^[9]。全方配伍精妙，共奏回阳益阴、温阳利水、益气固脱之效，精准契合慢性心衰急性加重（阳气亏虚）“阳气亏虚、水饮内停、瘀血阻滞”的病理机制和“益气温阳、利水活血”的治疗需求，为临床治疗该病提供理论支撑。

本研究结果显示,治疗前两组均无 NYHA 2 患者,治疗后 NYHA 2 患者数量明显增加, NYHA 3 患者数量减少,且两组均未再出现 NYHA 4 患者,这表明两组治疗方案均可以改善患者的心功能。之所以出现这一结果,在于两组治疗方案均为对症治疗,前者采用的标准抗心衰治疗可以快速减轻心脏负荷、增强心肌收缩力以及抑制神经内分泌过度激活,从而改善心功能。后者有助于提升心搏出量、减轻水钠潴留,从而起到与对照组同样的效果,这提示如果单纯以改善心功能为目的,在用药安全的前提下均可以作为考虑方案。而从两组 LVEF 变化情况看,对照组并未起到改善 LVEF 的作用,而实验组则起到了这一作用,其原因在于对照组采用西药标准治疗,治疗药物主要通过快速减轻心脏负荷、抑制神经内分泌过度激活以及增强心肌收缩力等渠道缓解心衰,但慢性心衰患者的心肌收缩功能障碍根源在于长期的心室重塑和心肌细胞能量代谢异常,7天的短期西药干预虽能改善血流动力学,但难以逆转已发生的心肌纤维化,因此 LVEF 改善效果并不明显。相比之下,实验组所用方剂中的附子所含的乌头碱成分被证实具有正性肌力作用,可增强心肌收缩力,人参皂苷能改善心肌能量代谢,并抑

制心肌细胞凋亡,从而在短期内改善 LVEF。治疗两组 BNP 水平差异则说明,两种治疗方案虽然均能降低心室壁压力,但茯苓四逆汤的作用更明显,这是因为对照组作用机制单一,且短期内对已激活的神经内分泌系统抑制程度有限。而实验组方中的中药可从多个方向改善心肌能量代谢、提高心肌收缩效率以及降低心室壁张力。例如,茯苓利水渗湿,与人参相配,能抑制交感神经过度兴奋;全方可以调节神经内分泌失衡、减轻炎症反应以及氧化应激,阻断 BNP 的合成与分泌通路。整体而言,该研究总体上证实了茯苓四逆汤治疗慢性心衰急性加重(阳气亏虚证)在提高 LVEF、降低 BNP 方面优于常规西药,且两组心功能分级改善效果相当。但本研究治疗疗程仅 7 天,观察时间较短,并未评估远期疗效,后续研究应延长干预及随访周期,并扩大样本量,从而更全面地验证茯苓四逆汤的长期疗效与安全性。

综上所述,与西药标准抗心衰治疗方案相比,茯苓四逆汤治疗慢性心衰急性加重(阳气亏虚)可以改善患者心功能,提高左心室射血能力,并降低脑钠肽水平。

参考文献:

- [1] 李娜,郑玉岩.茯苓四逆汤口服及中药穴位贴敷辅治慢性心力衰竭临床观察[J].实用中医药杂志,2026,42(02):286-288.
- [2] 季小贵,田冰.茯苓四逆汤对慢性心力衰竭心肌灌注及纤维化病变的影响研究[J].药品评价,2025,22(11):1378-1382.
- [3] 吉向丽,李婵.茯苓四逆汤合甘遂半夏汤对急性心力衰竭病人心功能、水肿程度及呼气流速峰值的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2025,23(18):2828-2831.
- [4] 黄发根,陈冬杰,王评,等.茯苓四逆汤治疗重症心衰的临床观察[J].中国中医急症,2025,34(04):681-684.
- [5] 王超.茯苓四逆汤联合人脑利钠肽治疗慢性心力衰竭临床观察[J].实用中医药杂志,2024,40(12):2452-2454.
- [6] 谢继宏,陈艳俏.参附汤联合茯苓四逆汤治疗心阳亏虚型慢性心力衰竭患者的疗效及其转化生长因子 β 1、Smad 同源物 3 表达的影响[J].世界中西医结合杂志,2024,19(03):574-579+585.
- [7] 霍宏磊,邵静,李肇基,等.茯苓四逆汤治疗慢性心力衰竭的研究进展[J].中医临床研究,2023,15(36):60-64.
- [8] 姜冬云,王箭,吴亚梅.茯苓四逆汤化裁方对心肾阳虚型慢性心力衰竭大鼠血浆 BNP、ET、TNF- α 水平及心脏病理组织学的影响[J].四川中医,2023,41(10):52-58.
- [9] 肖建忠,郭苗苟,萧勋立,等.茯苓四逆汤联合稳心颗粒治疗慢性肺源性心脏病的临床效果研究[J].右江医学,2023,51(08):701-706.