

# 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

中国研究型医院学会中西医结合心血管病专家委员会 国家中医心血管病临床医学研究中心，  
中国中医药研究促进会青年医师分会

## Expert Consensus on Syndrome Diagnosis of Yang Deficiency, Yin Deficiency and Phlegm in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction Based on Combination of Western Medicine Disease and Traditional Chinese Medicine Syndrome

Expert Committee on Cardiovascular Diseases of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine of Chinese Research  
Hospital Association, National Clinical Research Center for Cardiovascular Diseases of Traditional Chinese Medicine,  
Young Physicians Branch of Chinese Association for Research and Advancement of Chinese Medicine

证候的客观化和标准化是规范辨证论治、提高中医临床疗效的关键所在<sup>[1]</sup>，是建立具有中医药特色和优势的疗效评价体系、使中医临床研究结果具有可比性和可重复性的前提<sup>[1-2]</sup>，也是实现中医药现代化、走向国际化的必由之路<sup>[3-4]</sup>。射血分数保留的心力衰竭(Heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF)是从传统心衰概念中独立出来的相对新的疾病诊断<sup>[5]</sup>。尽管钠-葡萄糖协同转运蛋白2抑制剂为HFpEF的治疗带来了突破性进展<sup>[6-7]</sup>，但目前西医的治疗方法仍比较有限<sup>[8-9]</sup>，尤其是针对HFpEF早期的治疗<sup>[9-10]</sup>。中医药干预HFpEF呈现出一定的优势，但由于证候诊断的不统一，限制了这些研究结果之间的可比性<sup>[11-13]</sup>。近年来有关慢性心力衰竭中医或中西医结合诊疗的共识<sup>[14-15]</sup>、指南<sup>[16]</sup>相继发布，一定程度上规范了慢性心力衰竭的中医诊疗和临床研究。然而这些共识、指南中的证候诊断均未对HFpEF与射血分数减低心衰进行区分，无法充分体现HFpEF的临床特点。除此之外，证候诊断大多仍是基于传统的主症、次症和舌脉，未融入有利于诊断客观化的重要体征、检验和检查指标。

由中国研究型医院学会中西医结合心血管病专家委员会发起的针对HFpEF的分期诊断共识<sup>[10]</sup>及证候诊断共识正是基于上述背景，旨在提高HFpEF中医诊断的精准化、客观化和规范化程度，建立了中西医病证结合、宏观表征与微观指标相结合的HFpEF分期诊断及气虚、血瘀、水饮、阳虚、阴虚、痰浊6个基本证候要素的诊断标准。HFpEF病证结合的气虚、血瘀、

水饮证诊断共识<sup>[17]</sup>一经发表，引起了业内的广泛关注和认可。项目组在前期工作基础上，经过进一步文献调研、患者访谈、临床研究和专家问卷调查等工作，完成了HFpEF阳虚、阴虚、痰浊3个基本证候要素的诊断量表制定，经检验信度和效度良好，在此基础上形成本专家共识。

### 1 诊断要点

#### 1.1 病的诊断要点

HFpEF病的诊断与前期气虚、血瘀、水饮证诊断共识<sup>[17]</sup>中病的诊断一致，需同时满足血清BNP/NT-proBNP升高+超声提示心脏结构或舒张功能改变两项条目。具体见表1-表4。

表1 诊断标准缩略语及术语

英文缩略语	英文全称	中文名称
BNP	B-type natriuretic peptide	B型利钠肽
LAVI	left atrial volume index	左心房容积指数
LVMI	left ventricular mass index	左心室质量指数
LVWT	left ventricular wall thickness	左心室壁厚度
NT-proBNP	N-terminal prohormone of B-type natriuretic peptide	N末端B型利钠肽原
PASP	pulmonary artery systolic pressure	肺动脉收缩压
RWT	relative wall thickness	相对室壁厚度
TRV	tricuspid regurgitation velocity	三尖瓣反流速度

#### 1.2 证的诊断要点

本共识证的诊断条目具有两大特色：(1)在包含传统中医辨证内容的基础上，增加了使证候诊断客观化的“证据”。如痰浊证中利用身体质量指数(body mass index, BMI)<sup>[18]</sup>对“肥人多痰湿”进行客观化定义，同时引入血脂<sup>[19-23]</sup>、动脉粥样硬化<sup>[23-26]</sup>这些能够反映痰浊内蕴的客观检验、检查指标。新增诊断条目是中西医病证结合思想的体现，符合现代中医的临床

基金项目：国家自然科学基金项目(82074423)；中国中医科学院科技创新重大攻关项目(CI2021A00903)

通讯作者：董国菊(1975-)，女，山东海阳人，主任医师，博士研究生导师，博士后，研究方向：中西医结合心血管病基础与临床。  
刘永成(1996-)，男，山东潍坊人，博士在读，研究方向：中西医结合心血管病。

特点和诊疗规律,不仅有利于中医证候诊断的客观化、现代化,也为后续中医临床疗效评价的量化奠定了基础。(2)融入鉴别诊断的思路,确保有一些相似“外候”的证型诊断特异性。如阳虚证和气虚证,因为“阳虚为气虚之极”,阳虚证必然会兼见气虚证<sup>[17]</sup>表现,阳虚证诊断标准中既要融入气虚证的诊断条目,又要充分独立于气虚证诊断;再如痰浊证和水饮证,同为水液代谢障碍所致,二者具有一些相同的临床表现,因而痰浊证的诊断标准同样在纳入了水饮证<sup>[17]</sup>条目基础上,又不同于水饮证的诊断。带有鉴别诊断思维的证候标准既保证了证候诊断的全面性,又满足了不同诊断之间的区分度,有助于提高证候诊断的准确性。

1.2.1 HFpEF 阳虚证 阳虚证的诊断需具备2项主要条目,或1项主要条目+2项次要条目(见表2)。畏寒、躯体发凉、脉沉细无力/沉迟无力/微是阳虚证的典型临床表现。参考以往指南<sup>[16]</sup>、共识<sup>[14-15]</sup>对躯体发凉的具体部位进行了区分,以使阳虚证的诊断趋于量化。次要条目中喜热饮(食)、尿少浮肿、面色㿔白、舌淡胖有齿痕/苔白滑是阳虚证常见的证候表现。阳虚为气虚之极,阳气不足导致的畏寒肢冷等证候表现与气虚症状共见<sup>[27]</sup>,故纳入气短、神疲乏力、心悸,动辄加重,少气懒言/语声低微,6分钟步行距离(6-minute walk distance, 6MWD)这些对阳虚证诊断有辅助价值的气虚证<sup>[17]</sup>条目。同时,为了规避阳虚证与气虚证诊断混淆的可能,诊断标准必须至少具备1项主要条目,以使阳虚证明显有别于气虚证的诊断。

1.2.2 HFpEF 阴虚证 阴虚证的诊断需具备1项主要条目+1项次要条目,或3项次要条目(见表2)。主要条目是阴虚证典型的舌象特征,以舌红少苔或者舌红无苔为主,次要条目均是阴虚证常见的证候表现,阴虚证诊断条目符合传统中医的阴虚证辨证规律。根据专家组对各条目与阴虚证诊断相关程度的判断,将舌红有裂纹/舌红少苔/舌红苔剥落/舌红无苔列为主要条目,午后和夜间潮热/骨蒸潮热、盗汗、口干/咽干、两目干涩、胸中/手心/足心烦热,喜就凉处、脉细数列为次要条目。

1.2.3 HFpEF 痰浊证 痰浊证的诊断需具备2项主要条目,或1项主要条目+2项次要条目(见表4)。主要条目中的舌苔腻、脉滑为痰浊证典型的舌苔脉象。次要条目中咳痰,质黏稠为客观存在的有形之痰;形体肥胖为痰浊证常见的证候表现之一,本共识借助BMI对其进行量化,避免了临床评判过程中的主观性。“血脂升高……控制在正常水平”“检查提示动脉粥样硬化”是基于HFpEF的临床特点、现代中医对于血脂异常和动脉粥样硬化疾病的认识和诊疗经验<sup>[19-20, 23-25]</sup>、痰浊与血脂异常和动脉粥样硬化的相关性研究结果<sup>[21-22, 26]</sup>而引入的客观辅助检查指标,是现代中医对痰浊内涵的丰富和发展;喉中痰鸣、头重如裹/眩晕、口中黏腻、脘痞/呕恶是水液代谢障碍导致的水饮证的常见临床表现,专家共识认为痰浊、水饮同出一源,这几项水饮证<sup>[17]</sup>的诊断条目对于痰浊证同样具有诊断价值。同时,为了避免误诊,强调诊断标准必须至少具备1项主要条目。

表2 HFpEF 阳虚证中西医结合诊断标准

条目类型	条目内容				
HFpEF 诊断条目(2项均需具备)	1. BNP $\geq$ 35 pg/mL 或 NT-proBNP $\geq$ 125 pg/mL <sup>[8]</sup> 2. 超声提示心脏结构或舒张功能改变,具备以下任一条 <sup>[8]</sup> : (1) 平均 E/e' $\geq$ 15; (2) 二尖瓣环室间隔 e' $<$ 7 cm/s 或侧壁 e' $<$ 10 cm/s; (3) TRV $>$ 2.8 m/s 或 PASP $>$ 35 mm Hg; (4) LAVI $>$ 29 mL/m <sup>2</sup> ; (5) LVMI $>$ 116/95 g/m <sup>2</sup> (男/女); (6) RWT $>$ 0.42; (7) LVWT $\geq$ 12 mm				
阳虚证诊断条目(诊断需具备2项主要条目,或1项主要条目+2项次要条目)	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">主要条目</td> <td>                             1. 畏寒<sup>[14-16, 27]</sup>                              2. 腰、背、腹部、胃脘或肢体等至少一处发凉<sup>[14-16]</sup>                              3. 脉沉细无力,或脉沉迟无力,或脉微<sup>[27]</sup> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">次要条目</td> <td>                             1. 喜热饮(食)<sup>[15, 27]</sup>                              2. 尿少浮肿<sup>[15, 27]</sup>                              3. 面色㿔白<sup>[27]</sup>                              4. 舌淡胖有齿痕,或苔白滑<sup>[15, 27]</sup>                              5. 以下任一条气虚证<sup>[17]</sup>表现:                              (1) 气短,动则加重                              (2) 神疲乏力,动则益甚                              (3) 心悸,动则尤甚                              (4) 少气懒言,或语声低微                              (5) 6MWD<math>\leq</math>450 m;或虽然 6MWD<math>&gt;</math>450 m,但试验后 Borg 自觉疲劳评分(0~10级)<math>\geq</math>5级(除外因行走功能障碍导致者)                         </td> </tr> </table>	主要条目	1. 畏寒 <sup>[14-16, 27]</sup> 2. 腰、背、腹部、胃脘或肢体等至少一处发凉 <sup>[14-16]</sup> 3. 脉沉细无力,或脉沉迟无力,或脉微 <sup>[27]</sup>	次要条目	1. 喜热饮(食) <sup>[15, 27]</sup> 2. 尿少浮肿 <sup>[15, 27]</sup> 3. 面色㿔白 <sup>[27]</sup> 4. 舌淡胖有齿痕,或苔白滑 <sup>[15, 27]</sup> 5. 以下任一条气虚证 <sup>[17]</sup> 表现: (1) 气短,动则加重 (2) 神疲乏力,动则益甚 (3) 心悸,动则尤甚 (4) 少气懒言,或语声低微 (5) 6MWD $\leq$ 450 m;或虽然 6MWD $>$ 450 m,但试验后 Borg 自觉疲劳评分(0~10级) $\geq$ 5级(除外因行走功能障碍导致者)
主要条目	1. 畏寒 <sup>[14-16, 27]</sup> 2. 腰、背、腹部、胃脘或肢体等至少一处发凉 <sup>[14-16]</sup> 3. 脉沉细无力,或脉沉迟无力,或脉微 <sup>[27]</sup>				
次要条目	1. 喜热饮(食) <sup>[15, 27]</sup> 2. 尿少浮肿 <sup>[15, 27]</sup> 3. 面色㿔白 <sup>[27]</sup> 4. 舌淡胖有齿痕,或苔白滑 <sup>[15, 27]</sup> 5. 以下任一条气虚证 <sup>[17]</sup> 表现: (1) 气短,动则加重 (2) 神疲乏力,动则益甚 (3) 心悸,动则尤甚 (4) 少气懒言,或语声低微 (5) 6MWD $\leq$ 450 m;或虽然 6MWD $>$ 450 m,但试验后 Borg 自觉疲劳评分(0~10级) $\geq$ 5级(除外因行走功能障碍导致者)				

表3 HFpEF 阴虚证中西医结合诊断标准

条目类型	条目内容
HFpEF 诊断条目(2项均需具备)	1. BNP $\geq$ 35 pg/mL 或 NT-proBNP $\geq$ 125 pg/mL <sup>[8]</sup> 2. 超声提示心脏结构或舒张功能改变,具备以下任一条 <sup>[8]</sup> : (1) 平均 E/e' $\geq$ 15; (2) 二尖瓣环室间隔 e' <7 cm/s 或侧壁 e' <10 cm/s; (3) TRV >2.8 m/s 或 PASP >35 mmHg; (4) LAVI >29 mL/m <sup>2</sup> ; (5) LVMI >116/95 g/m <sup>2</sup> (男/女); (6) RWT >0.42; (7) LVWT $\geq$ 12 mm
阴虚证诊断条目(诊断需具备1项主要条目+1项次要条目,或3项次要条目)	主要条目 舌红有裂纹,或舌红少苔,或舌红苔剥落,或舌红无苔 <sup>[14-16,27]</sup> 次要条目 1. 午后和夜间潮热,或骨蒸潮热 <sup>[27]</sup> 2. 盗汗 <sup>[14-16,27]</sup> 3. 口干,或咽干 <sup>[14-16,27]</sup> 4. 两目干涩 <sup>[27]</sup> 5. 胸中、手心或足心烦热,喜就凉处 <sup>[14-16,27]</sup> 6. 脉细数 <sup>[14-16,27]</sup>

表4 HFpEF 痰浊证中西医结合诊断标准

条目类型	条目内容
HFpEF 诊断条目(2项均需具备)	1. BNP $\geq$ 35 pg/mL 或 NT-proBNP $\geq$ 125 pg/mL <sup>[8]</sup> 2. 超声提示心脏结构或舒张功能改变,具备以下任一条 <sup>[8]</sup> : (1) 平均 E/e' $\geq$ 15; (2) 二尖瓣环室间隔 e' <7cm/s 或侧壁 e' <10cm/s; (3) TRV >2.8 m/s 或 PASP >35 mmHg; (4) LAVI >29 mL/m <sup>2</sup> ; (5) LVMI >116/95 g/m <sup>2</sup> (男/女); (6) RWT >0.42; (7) LVWT $\geq$ 12 mm
痰浊证诊断条目(诊断需具备2项主要条目,或1项主要条目+2项次要条目)	主要条目 1. 舌苔腻 <sup>[14-16,27]</sup> 2. 脉滑 <sup>[14-16,27]</sup> 次要条目 1. 咳痰,质黏稠 <sup>[27]</sup> 2. 形体肥胖 <sup>[15,27]</sup> (BMI $\geq$ 28 kg/m <sup>2</sup> <sup>[18]</sup> ) 3. 以下任一条: (1) 血脂升高(胆固醇 $\geq$ 5.2 mmol/L,或甘油三酯 $\geq$ 1.7 mmol/L,或低密度脂蛋白胆固醇 $\geq$ 3.4 mmol/L) <sup>[28]</sup> ,或曾有血脂升高病史,目前在生活方式或药物等干预措施下血脂控制在正常水平 (2) 检查提示动脉粥样硬化 4. 以下任一条水饮证 <sup>[17]</sup> 表现: (1) 喉中痰鸣 (2) 头重如裹,或眩晕 (3) 口中黏腻 (4) 脘痞,或呕恶

## 2 后序

本共识由中国研究型医院学会中西医结合心血管病专业委员会发起,国家中医心血管病临床医学研究中心和中国中医药研究促进会青年医师分会共同协助完成。来自全国18个省市的43位专家对本共识的形成提供了指导和支持。

本共识的编制本着中西医病证结合、宏观表征与微观指标

相结合的原则,力求使证的每个条目都与HFpEF相关、每个证的诊断都能体现HFpEF的临床特点,使HFpEF的辨证更加精准化、客观化和规范化。但在共识编制过程中,受病、证本身特点及相关证候现代化内涵研究不足的限制,个别证候的诊断仍是基于传统的症状、舌脉,未能充分融入体现HFpEF特点的临床表现和辅助检查。期望今后能随着HFpEF相关证候现代化

内涵阐释及客观化研究的进一步深入而不断更新共识。本共识难免存在不足,敬请业界同行在应用过程中将发现的问题及时指出,以便在共识更新时予以修正,使共识质量不断提升,更好地服务临床和科研工作。

#### 附专家组成员

执笔人:董国菊(中国中医科学院西苑医院)、刘永成(中国中医科学院西苑医院)

#### 专家组成员(按姓氏笔画为序)

马丽红(中国医学科学院阜外医院)、马晓昌(中国中医科学院西苑医院)、王承龙(中国中医科学院西苑医院)、安冬青(新疆医科大学附属中医医院)、刘强(浙江中医药大学附属第三医院)、孙建平(中国中医科学院望京医院)、朱明军(河南中医药大学一附院)、陈启兰(杭州市中医院)、陈咸川(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、杜健鹏(中国中医科学院西苑医院)、何红涛(河北省中医院)、李志立(中国中医科学院西苑医院)、李运伦(山东中医药大学附属医院)、李洁(青岛市中医医院)、沈琳(上海中医药大学附属龙华医院)、吴红金(上海中医药大学博鳌国际医院)、吴辉(广州中医药大学第一附属医院)、张立晶(北京中医药大学东直门医院)、张红霞(天津中医药大学第二附属医院)、张军平(天津中医药大学第一附属医院)、张泽(辽宁中医药大学附属医院)、周承志(湖北省中医院)、胡元会(中国中医科学院广安门医院)、胡志耕(山西中医药大学附属医院)、姚魁武(中国中医科学院眼科医院)、赵海滨(北京中医药大学东方医院)、赵益业(南方医科大学中西医结合医院)、郭泉滢(河南省中西医结合医院)、郭家娟(长春中医药大学附属医院)、唐可清(潍坊市中医院)、唐耀平(广西中医药大学附属瑞康医院)、徐强(天津中医药大学第二附属医院)、黄力(中日友好医院)、董国菊(中国中医科学院西苑医院)、蒋跃绒(中国中医科学院西苑医院)、熊向晖(湖南中医药大学第二附属医院)、熊尚全(福建中医药大学附属人民医院)、戴小华(安徽中医药大学第一附属医院)

#### 参考文献

[1] 朱蕾蕾,蒋健. 中医证候标准化研究概况[J]. 北京中医药大学学报 2008, 31(8): 515-518.

[2] 董国菊. 建立中西医病证结合、医患共同报告、1+N模式的心力衰竭疗效评价体系思路与方法[J]. 中医杂志, 2023, 64(19): 1975-1980.

[3] 宇文亚,吕爱平,韩学杰,等. 中医辨证论治诊疗技术标准化的思考[J]. 中国中西医结合杂志 2011, 31(10): 1419-1421.

[4] 赵瑜,彭景华,冯琴,等. 中医证候客观化研究进展[J]. 中华中医药杂志 2011, 26(11): 2638-2641.

[5] PONIKOWSKI P, VOORS A A, ANKER S D, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC[J]. Eur Heart J 2016, 37(27): 2129-2200.

[6] SOLOMON S D, MCMURRAY J, CLAGGETT B, et al. Dapagliflozin in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction [J]. N Engl J Med 2022, 387(12): 1089-1098.

[7] ANKER S D, BUTLER J, FILIPPATOS G, et al. Empagliflozin in

heart failure with a preserved ejection fraction [J]. N Engl J Med, 2021, 385(16): 1451-1461.

[8] HEIDENREICH P A, BOZKURT B, AGUILAR D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the american college of cardiology/american heart association joint committee on clinical practice guidelines [J]. Circulation 2022, 145(18): 876-894.

[9] 董国菊. 《2022 AHA/ACC/HFSA 心衰管理指南》中关于射血分数保留的心力衰竭的要点解读[J]. 中国循证医学杂志 2022, 22(10): 1117-1124.

[10] 董国菊,刘思雨. 射血分数保留心力衰竭中西医结合的分期诊断专家共识[J]. 中华中医药学刊 2023, 41(5): 254-258.

[11] 杨林,谢钢,吴超,等. 管通汤治疗射血分数保留的心衰患者40例临床观察[J]. 湖南中医杂志 2021, 37(5): 5-8.

[12] 陈成,张旺生,杨裕华,等. 健心颗粒治疗气虚血瘀型老年射血分数保留心力衰竭临床观察[J]. 山西中医, 2022, 38(1): 16-19.

[13] 陈丽萍,叶小汉. 心康方治疗气虚血瘀水停证射血分数保留的心力衰竭疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(4): 471-475.

[14] 毛静远,朱明军. 慢性心力衰竭中医诊疗专家共识[J]. 中医杂志 2014, 55(14): 1258-1260.

[15] 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]. 中国中西医结合杂志 2016, 36(2): 133-141.

[16] 中华中医药学会慢性心力衰竭中医诊疗指南项目组. 慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022年)[J]. 中医杂志, 2023, 64(7): 743-756.

[17] 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气虚、血瘀、水饮证候诊断专家共识[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(7): 255-258.

[18] 中国肥胖问题工作组. 中国成人超重和肥胖症预防与控制指南(节录)[J]. 营养学报 2004, 26(1): 1-4.

[19] 康善平,彭绍杰. 彭绍杰教授治疗高脂血症经验[J]. 时珍国医国药 2014, 25(6): 1490.

[20] 万智,仝森,沈宝藩教授辨治高脂血症思路探析[J]. 新疆中医药 2018, 36(1): 40-42.

[21] 高嘉良,何庆勇. 基于19877例文献病例的血脂异常证候要素及靶位研究[J]. 中华中医药杂志 2014, 29(2): 605-607.

[22] 郭宏昌,牛晓亚,张向东. 痰浊证与血脂水平关系的研究[J]. 河南中医药学刊, 1998, 13(6): 20-21.

[23] 刘子怡,李金双,侯美琪,等. 基于“脾-痰-血脂”相关理论探讨动脉粥样硬化[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(10): 4702-4704.

[24] 陈馨浓,葛其卉,赵一璇,等. 从“脉中积”认识动脉粥样硬化[J]. 中医杂志 2022, 63(16): 1532-1537.

[25] 刘继东,张哲,贾连群,等. 从现代生物学角度探讨动脉粥样硬化“痰浊-痰结-痰瘀”病机演变规律[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(2): 109-112.

[26] 许凌之,龚少愚. 1264例动脉粥样硬化患者中医证候特征研究[J]. 陕西中医学院学报 2015, 38(1): 16-19.

[27] 李灿东. 中医诊断学[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社 2016.

[28] 诸骏仁,高润霖,赵水平,等. 中国成人血脂异常防治指南(2016年修订版)[J]. 中国循环杂志 2016, 31(10): 937-953.