

李创鹏基于圆运动理论运用加味附子理中汤治疗急性心力衰竭经验介绍

张艾蒙¹, 李创鹏², 刘培中², 梁宇鹏², 张和针²

1. 广州中医药大学, 广东 广州 510006; 2. 广东省中医院珠海医院, 广东 珠海 519000

[摘要] 李创鹏主任基于圆运动理论, 提出急性心力衰竭的核心病机为中土虚寒、土湿不运, 水寒火败是病情进展的关键因素。运用加味附子理中汤健脾运土、固护中气, 辅以敛肺降气、疏肝理气等, 有助于恢复患者“一气周流”的状态, 为临床辨治急性心力衰竭提供思路与方法。

[关键词] 急性心力衰竭; 圆运动; 附子理中汤; 名医经验; 李创鹏

[中图分类号] R249; R259 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 18-0029-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.18.006

Introduction to LI Chuangpeng's Experience in Treating Acute Heart Failure with Modified Fuzi Lizhong Decoction Based on Circle-Motion Theory

ZHANG Aimeng¹, LI Chuangpeng², LIU Peizhong², LIANG Yupeng², ZHANG Hezhen²

1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510006, China; 2. Zhuhai Hospital of Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Zhuhai Guangdong 519000, China

Abstract: Based on the circle-motion theory, Director LI Chuangpeng proposes that the core pathogenesis of acute heart failure lies in deficiency-cold of the central earth and earth-dampness stagnation, and the collapse of kidney yin and kidney yang is the critical factors of disease progression. The application of modified Fuzi Lizhong Decoction aims to invigorate spleen and activate earth movement, and consolidate central qi, supplemented by astringing the lung to direct qi downward, and soothing the liver and regulating qi movement. This therapy facilitates the restoration of "unimpeded qi circulation" in patients, thereby providing valuable insights and methodologies for the clinical syndrome differentiation and treatment of acute heart failure.

Keywords: Acute heart failure; Circle-motion theory; Fuzi Lizhong Decoction; Experience of famous physician; LI Chuangpeng

心力衰竭是指多种原因导致心脏结构和(或)功能的异常改变, 使心室收缩和(或)舒张功能发生障碍, 从而引起的一组复杂临床综合征, 主要表现为呼吸困难、疲乏和液体潴留(肺淤血、体循环淤血及外周水肿)等^[1]。现代医学治疗方法可以快速稳定患者的生命体征, 但气促、纳差、腹胀、水肿、四肢

冷等症状仍难以完全缓解^[2]。中医学倡导整体观与辨证论治, 中医药疗法在提升患者生活质量方面展现出优势^[3]。

李创鹏主任是珠海市名中医, 从事心血管病诊治工作30余年, 积累了丰富的临床经验, 其基于圆运动理论诊治心力衰竭效果显著。李主任认为急性

[收稿日期] 2024-09-23

[修回日期] 2025-06-26

[基金项目] 珠海市社会发展领域科技计划项目 (2320004000278)

[作者简介] 张艾蒙 (1990-), 女, 医学硕士, 主治医师, E-mail: 13829860485@163.com。

[通信作者] 李创鹏 (1965-), 男, 主任中医师, 硕士研究生导师, E-mail: liupeizhong2000@163.com。

心力衰竭的核心病机为中土虚寒、土湿不运，水寒火败，运用附子理中汤加味健运脾土，辅以敛肺降气、疏肝理气等，可恢复“一气周流”。笔者师从李主任多年，有幸随师侍诊，深受启发，现将李主任基于圆运动理论运用加味附子理中汤治疗急性心力衰竭的经验总结如下，并辅以医案为例。

1 圆运动理论渊源

圆运动古中医学可溯源于河图洛书，发展于秦汉时期《黄帝内经》《伤寒论》，完善于清代黄元御的《四圣心源》，成熟于民国彭子益的《圆运动的古中医学》。圆运动理论提出“中气为轴，四维为轮，轴运轮转”的理论模型(见图1)，土居于中，木气左升，火气升浮，金气右降，肾水下藏，火气浮极而下，水气沉极而上，经络气血有序升降流通，即为圆运动，强调轴运轮转，邪气不生，则人不病^[4-5]。

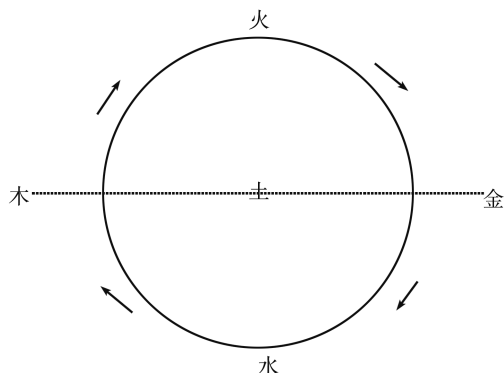


图1 圆运动的理论模型

2 基于圆运动理论认识急性心力衰竭

急性心力衰竭可归属于中医学喘证、水肿范畴^[6]。现代中医学者认为，急性心力衰竭总体以气、阳亏虚为本，以血瘀、水饮、痰浊为标^[7-9]。国医大师邓铁涛教授认为本病病位在心，与五脏相关，提倡调脾护心，将补脾、温阳、活血、利水、治痰贯穿于治疗各阶段^[10-11]，在临床实践中有较好疗效。李主任认为，立足于补脾的基础，基于圆运动理论能进一步阐述急性心力衰竭的病机并指导治疗。

2.1 中土虚寒、土湿不运为心力衰竭起病之核心 中土是整个圆运动的轴心和动力来源。对应人体的脾胃系统。中土之气具有升降的双重功能，它不是一个静态的点，而是包含了一升一降的动态平衡。如同车轮的轴心，轴心稳定旋转(中气健运)，车轮(四脏)才能正常转动(气机升降有序)。轴心不稳(中气衰败)，则车轮停转(百病丛生)。

己土，属性为阴土，对应足太阴脾，功能方向主升，代表中土升清的功能。己土(脾)将水谷精微(清气)和肾水中蕴含的阳气(相火)向上、向左升发输布。己土上升是圆运动左半圆(从肾水到心火)上升的动力起点，脾升则肝随其升。

戊土，属性为阳土，对应足阳明胃，功能方向主降，代表中土降浊的功能。戊土(胃)将受纳腐熟的水谷及其糟粕，以及心火下移的热能(君火)和肺气收敛的清肃之气向下、向右传导沉降。戊土下降是圆运动右半圆(从心火到肾水)下降的动力起点。胃降则肺随其降。

辛金，属性为阴金，对应手太阴肺，功能方向主降(肃降)。辛金(肺)秉承戊土(胃)的下降之势，发挥其收敛、肃降的功能。辛金是右半圆(下降圆)中承上(心火)启下(肾水)的关键执行者，是完成“降”的重要环节。它的肃降功能依赖于戊土的正常下降。

乙木，属性为阴木，对应足厥阴肝，功能方向主升(温升)。乙木(肝)秉承己土(脾)的上升之势，发挥其升发、疏泄的功能。乙木是左半圆(上升圆)中承下(肾水)启上(心火)的关键执行者，是完成“升”的重要环节。它的温升功能依赖于己土的正常上升。

己土左旋，肾水温升而化木，木蓄温则化为炎炎之火；戊土右转，心火清降而化金，金积凉则化为涓涓之水。中土健运，恰似轴转轮行，气机循圆运动，周流不息，则人体无恙。诚如《四圣心源·中气》^[12]所言：“湿则中气不运，升降反作，清阳下陷，浊阴上逆，人之衰老病死，莫不由此。”中土虚寒，土湿不运，气化失其常轨，气机阻遏不畅^[13]。脾土下陷，胃气上逆，升降之序颠倒，辛金之气不降，津液停滞，聚而成水饮，故咳嗽随之而来^[14]。乙木之气不升，郁结于下，可见腹满而小便不利，时而上冲，故心悸之症频发。火为阳之象，阳气升腾于肝、脾，然脾土既陷，肝木失其滋养，温煦之气颓败，阳气无以生化。肾水乏相火之温煦，癸水遂沉寒，命门之火渐衰，水气难以固摄，故肢体浮肿之象显现。盖相火与中气，交相为用，相火不降，脾土愈陷，水湿益甚，二者相激相迫，病情日增，循环往复，难觅自解之径^[15]。

2.2 水寒火败为心力衰竭进展之枢机 阳气衰败，非独心阳，实兼及脾、肾二脏，三者之间，互为表

里,环环相扣。土居中央,乃水火调和之枢机。火生土,土制水,此乃自然之序,天地之理。在常态之下,水得温煦而静谧,火因制约而清明,土藉此得以燥而不湿。然阳虚水寒之际,水反侮土,加重土湿,土湿则已土之气不升,中气陷而升降失常。左路乙木郁滞,升发无力,木为心火之母,木不升则心阳无以温煦,温气颓败,火之生化无源,终致水寒火衰之势。水寒火衰,阴阳失其根基,恰如《素问·生气通天论》所言:“阴阳离决,精气乃绝。”日久必致疾病加重,促使心力衰竭转为厥逆诸证。

3 基于圆运动理论应用加味附子理中汤治疗急性心力衰竭

3.1 温阳健脾,调和中气 “中气如轴,四维如轮,轴转轮行,轮运轴灵”乃圆运动古中医学系统之治疗精髓^[16]。附子理中丸出自《太平惠民和剂局方》,功可温阳祛寒、益气健脾,主治脾胃虚寒,风冷相乘;心痛,霍乱吐利转筋,适用于太阴脾胃阳虚、土气湿寒、中气大虚之证^[13]。附子理中丸用附子、干姜温化中土寒湿,抑阴扶阳,振奋脾阳以助脾升之枢,兼降胃逆以调胃降之机;党参甘能补益,平而不燥,无温燥伤阴之弊,培补后天之本,以复中土运化,助附子、干姜温养脾胃阳气,以复中土运化、升降之机,阳虚甚者以红参易党参。白术温中健脾燥湿,以防脾虚生湿,以巩固圆运动的枢轴之力;炙甘草益气和中,调和诸药,兼补中气之虚,以增强圆运动的中轴旋转之动力。观其病机,急性心力衰竭之“上逆,下陷”,实乃土气湿寒,中气大虚所致。治疗之道,在于燥土泻湿,温阳暖水,以固中气之根本。《四圣心源·劳伤解》^[12]云:“中气之治,崇阳补火,宜参、姜;培土泻水,宜甘、苓。”黄元御天魂汤,由甘草、桂枝、茯苓、干姜、人参、附子组成,主治阳虚之证^[12],与附子理中丸皆循此理,异曲同工。李主任认为,附子理中丸循圆运动之理,调中焦气机,复一气周流,温脾运土,顾护中气。而加味附子理中汤(附子、红参、白术、干姜、炙甘草、大枣、白芍、当归、乌梅、肉桂、桃仁、苦杏仁、葶苈子、煅龙骨、煅牡蛎)以温补脾肾为根基,配伍肉桂形成“双火暖土”之势,增强破阴回阳之力;大枣甘温,归脾、胃经,补中益气,缓和药性;加入白芍、当归、乌梅酸甘化阴,以制燥烈,针对

久利伤阴之口干、血便;桃仁活血通便、苦杏仁降肺润肠、葶苈子泻肺逐饮,三药协同破解阳虚致瘀之少腹冷痛、寒凝致秘及水饮射肺之喘逆;更以龙骨、牡蛎煅用潜阳固脱,用于冷汗脉散之阳脱危候,恰如运轴行轮之妙法(见图2),乃医者用心良苦之所在。

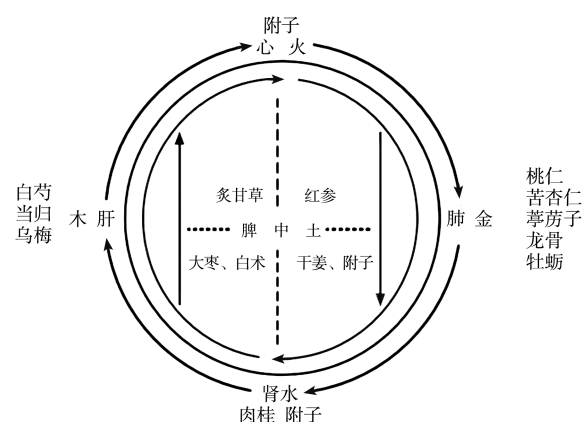


图2 加味附子理中汤圆运动图

3.2 敛肺肃降,化痰平喘 急性心力衰竭见喘嗽为著者,李主任认为病机兼有肺气不降,水饮之邪阻滞心肺,临证常以附子理中丸合苓甘五味姜辛汤温肺化饮、敛肺止咳。《圆运动的古中医学》^[17]曰:“治胸中痹塞短气者。湿凝于肺,气不下行,故痹塞短气。”用药时可加用陈皮、橘红、胆南星、法半夏以燥湿化痰。对于喘憋甚,不能平卧者,常合葶苈大枣泻肺汤泻肺平喘、祛痰利水。肺与大肠相表里,胃与大肠之降,尤需肺金之助,故对于腹胀便秘者,李主任临证常加桃仁、苦杏仁润肠通便,亦合用薏苡附子败酱散进行治疗。

3.3 疏肝理气,活血化瘀 李主任认为急性心力衰竭出现的腹满、肢体水肿、小便不利、心悸等实为肝气下陷或郁结之病,临床上常合用苓桂术甘汤、柴胡、升麻等,有助于恢复肝之疏泄功能。《圆运动的古中医学》^[17]曰:“凡木病中土必虚,故治风木之冲,以达木兼补土为要。”如若补土升木而冲逆之象更剧,临床见气逆上冲、面红目赤、呕呃烦怒、脉弦有力等冲逆加剧之象时,根本在于温燥升补扰动肝气,可加白芍、当归、乌梅以滋阴养血、柔养肝木,缓桂、附、姜之烈。肝气有所敛,行有所凭,水液运化有常。《四圣心源·卷四》^[12]言:“肝木左郁而血病……血病则凝瘀而不流。”临床见胁痛、爪甲

不荣、舌暗瘀斑、脉弦涩，夜甚者，皆属肝郁血瘀之征，行气须兼疏肝化瘀，可加柴胡、延胡索、郁金、鸡血藤、当归疏肝解郁、活血化瘀。血瘀重者，可加川芎、红花、桃仁、赤芍以通血脉，散瘀滞。

3.4 温补心肾，利水通络 戊土不降，相火逆升，水脏失煦，则寒为病。土败肾寒，中气失根，肾阳亏虚，封藏不及，可见腰痛、小便不利、肢体水肿、脸色暗黑等肾阳虚衰之证。临床上，李主任喜用真武汤温阳利水，常加肉桂微微生火，温煦肾阳，加泽泻、川牛膝利水通络。此外，心力衰竭患者常见心神不宁，烦躁失眠，乃心阳不振，可予桂枝、甘草温阳助心，龙骨、牡蛎镇静安神，共收温阳摄纳、安神定志之效。

4 病案举例

例1：彭某，女，88岁，2022年4月28日于广东省中医院珠海医院心内科住院部治疗。主诉：反复气促4年，再发加重2天。2018年4月开始出现活动后气促，双下肢水肿，于外院诊断为扩张型心肌病、心力衰竭。心脏彩超结果显示：左室收缩功能减低，左室射血分数(LVEF)17%，全心增大(左房内径42 mm，左室内径65 mm)，左室壁运动普遍减弱、欠同步及协调，左室舒张末期充盈压增高，二尖瓣反流(中-重度)，三尖瓣反流(重度)，肺动脉高压(重度)。N末端B型利钠肽原(NT-ProBNP)13 500 pg/mL，血红蛋白(Hb)55 g/L，肾小球滤过率(eGFR)25 mL/(min · 1.73 m²)。既往有胃溃疡、高血压、慢性肾脏病、贫血病史。刻诊：气促，动则加重，端坐呼吸，咳嗽，遇寒加重(寒冷空气、冷水刺激诱发)，咳声重浊沉闷，夜间或清晨明显，痰液清稀或呈泡沫状，双下肢水肿，畏寒腹冷，面色苍白，精神疲倦，喜卧，胃纳、夜寐差，小便量少，大便干。舌淡、少苔，左寸、关沉，左尺滑，右脉浮滑。西医诊断：扩张型心肌病，急性心力衰竭，慢性肾脏病4期，重度贫血。中医诊断：心衰，脾肾阳虚、寒痰阻肺证。予利尿、抗感染、雾化解痉平喘、化痰止咳治疗7天，症状改善不彻底，胃纳更差，精神萎靡，患者拒绝继续静脉输液治疗，情绪低落。李主任与患者及家属沟通后，后续治疗以中医疗法为主。治以温脾补肾、温肺化痰。方用加味附子理中汤，处方：熟附子(先煎1 h)30 g，红参10 g，干姜6 g，炙甘草10 g，大枣10 g，白术30 g，桃仁20 g，肉桂10 g，白芍10 g，葶苈子10 g，苦杏

仁10 g。5剂，每天1剂。住院期间由医院代煎中药，水煎取汁约200 mL，分2次于早、晚饭后温服。

2022年5月5日二诊：服药5剂后，患者精神好转，咳嗽咳痰、下肢水肿、气促、畏寒腹冷明显改善，胃纳改善，大便通畅，尿量增多。守方续服5剂。

2022年5月10日三诊：患者精神好转，气促、双下肢水肿改善，无明显咳嗽、咳痰，尿量增多，大便正常。舌淡红、苔薄白，脉滑。NT-ProBNP 3 600 pg/mL，次日带药出院。考虑患者寒痰阻肺改善，但仍为脾肾阳虚，拟方用药上以温补脾肾之阳固本为主，续拟温养太、少二阴(太阴脾、少阴肾)之法治疗，处方：熟附子(先煎1 h)20 g，红参10 g，干姜6 g，炙甘草10 g，大枣10 g，白术30 g，肉桂10 g，白芍10 g，续服30剂，每天1剂，煎服法同前。服完15剂后，门诊复诊(四诊)，治法方药基本同前，后继续服用15剂。

2022年6月5日五诊：患者气促明显改善，双下肢水肿消退，可平卧无咳嗽。睡眠、精神好转；大便成型质软，一天2次。舌淡红、苔薄白，脉沉细。复查心脏彩超：LVEF 53%，全心增大(左房内径为34 mm，左室内径为55 mm)，左室收缩功能正常低值，左室舒张末期充盈压正常，二尖瓣反流(轻-中度)，三尖瓣反流(中度)，肺动脉高压(中度)。NT-ProBNP 800 pg/mL。调整处方：熟附子(先煎1 h)15 g，红参10 g，干姜6 g，炙甘草10 g，大枣10 g，白术30 g，肉桂10 g，白芍10 g，熟地黄15 g，山茱萸15 g，茯苓15 g。15剂，每天1剂，煎服法同前。后每半个月复诊1次，效不更方，治疗周期持续半年。

后电话随访半年，患者述未再发急性心力衰竭。

按：患者年老，基础病多。畏寒腹冷，面色苍白，精神疲倦，胃纳差，小便量少，属一派中土虚寒之象。久病及肾，肾水亏耗，先、后天两本亏损。阳不入阴，耗伤阳气，则夜不能寐。中土虚寒，脾不制水，水湿泛滥，水气凌心，心阳被遏；肾水亏耗，水不涵木，肝阳化风，风阳扰心，心气耗散。久则心阳不展，水液失肾阳之温煦，不循常道，上凌于心则气促，下则制约肾阳，泛滥肌肤见水肿。中土失运，并从湿化，湿聚为痰，痰贮于肺，肺气上逆，则咳痰、咳嗽。久病伤阳，脾阳不足，水谷不化精微，宗气生成不足，肺失宗气推动，宣降无

力。痰随气升壅肺，肺为痰阻，宣肃失常。脾虚失运(土不生金)，肺失濡润(金燥不降)，大肠津枯(燥金失顺降)，则大便干结。舌淡、少苔乃脾阳亏虚，津不上呈之象。左寸、关沉，左尺滑，主肾阴寒极盛，正如《张氏医通》^[18]警示：“肾中龙火衰微，则肝木失养而风动，非滋水也，当温肾以沃其根。”唯有温补肾阳融化寒冰，真水方能上达养木！肾阳衰微，寒水不化，真水枯竭，肝失濡养，肝阳化风；寒凝肝脉，肝气郁结，故为水不生木。肾阳衰微(水寒)，肝失温养(木枯)，心阳不振(火衰)，故木不生火。因此李主任予加味附子理中汤温潜阳气，温阳化饮。附子破阴寒，回真阳，温脾阳，阳蒸阴化，肾水得充，使水生木；白芍补肝木，制风动以促木生火；干姜补火生土；炙甘草、红参厚中土以生金。白术守中运湿，助土生金以治痰饮之本；肉桂引火归土，解“火不生土”之困；大枣培土缓峻，既防葶苈子伤胃，又资肺金降气归肾，终成“水火既济，五行循环”之局。葶苈子、桃仁、苦杏仁泻肺通肠、活血润燥。此3味药通过肺、肠、血同治，实现阳明(肺气)通降。如此则浮阳潜入水中，恢复“一气周流”，转危为安。五诊时，患者气促、水肿、大便干改善，阴盛格阳之局已破，痰浊化，精神好转，可安然入睡。阳气得潜，君火明，相火归位，故去葶苈子、苦杏仁、桃仁，逐渐减少附子用量，但仍脾肾虚损，故在原附子理中汤基础上加熟地黄、山茱萸、茯苓，以阴中求阳、阳中求阴，阴阳并补，调补脾肾之气，温养先、后天以善后，恢复人体一气周流之圆运动。

例2：邢某，男，28岁，IT公司职员，曾于2022年9月外感后出现胸闷，活动后气促乏力，外院诊断为急性心肌炎，病历显示患者当时未经规范诊治。患者于2023年9月2日，以“胸闷心悸，活动后气促1年，加重1天”至广东省中医院珠海医院住院治疗。心脏彩超结果显示：左心增大(左房内径40 mm，左室内径为58 mm)，左室壁运动弥漫性减弱；主动脉瓣及三尖瓣轻度关闭不全，左室收缩功能降低(LVEF 42%)。NT-ProBNP 3 230 pg/mL。症见：胸闷，心悸，气促，活动后加重，不能平卧，咳嗽，咯白痰，下肢水肿，精神萎靡，胃纳差，小便少，大便稀烂，夜寐欠佳，四肢不温，畏寒蜷卧，面色苍白，舌淡红、苔白腻，脉沉细。西医诊断：心肌炎，急性心力衰竭。中医

诊断：心衰，少阴寒化、水气凌心证。治以利水化饮。主管医生处方：猪苓10 g，茯苓10 g，泽泻10 g，阿胶5 g，滑石粉10 g，玉竹10 g，白术10 g，甘草5 g，党参10 g，地龙10 g。由医院代煎中药，5剂，每天1剂，水煎取汁约200 mL，分2次于早、晚饭后温服。余为西医用药，如呋塞米、螺内酯、新活素、曲美他嗪。

2023年9月7日二诊：患者胸闷、气促、心悸无明显改善，疲倦乏力较前明显；小便少，腹泻，纳、寐差，舌淡红、苔白腻，脉数无力。辅助检查：NT-ProBNP 3 050 pg/mL。李主任改以温阳化饮法治疗，予加味附子理中汤，处方：熟附子(先煎1 h)10 g，薏苡仁30 g，炙甘草10 g，桂枝10 g，茯苓15 g，白术10 g，砂仁(后下)20 g，红参10 g。由医院代煎中药，10剂，每天1剂，煎服法同前。

2023年9月17日三诊：患者神清，精神改善，胸闷、气促、心悸好转明显，下肢水肿消退，四肢温暖，无乏力疲倦，纳、寐可，二便调，舌淡红、苔薄白，脉沉。续拟温养太、少二阴之法，二诊方去薏苡仁，处方：熟附子(先煎1 h)10 g，炙甘草10 g，桂枝10 g，茯苓15 g，白术20 g，砂仁(后下)20 g，红参10 g。由医院代煎中药，10剂，每天1剂，煎服法同前。患者症状好转明显，于2023年9月27日出院，出院带药。上方15剂，煎服法同前。

2023年10月12日四诊：患者门诊复诊，诉无胸闷、气促、心悸，当天复查心脏彩超，结果显示：左室壁运动弥漫性减弱；左室收缩功能偏低(LVEF 55%)，左房内径35 mm，左室内径52 mm。中药续守前方，后每半个月复诊1次，治疗周期持续半年。

后电话随访半年，患者诉未再发急性心力衰竭。

按：患者为IT从业者，长期过劳熬夜(暗耗真阳)、久坐少动(气滞血瘀伤肾)、思虑过度(损伤脾阳)，终致脾肾阳衰，心阳失煦。脾虚则痰湿内生而见纳差、便溏；肾虚则气化无权而见尿少、水肿；心阳不振则寒饮上泛，凌心射肺，故见胸闷气促(动则加重)、心悸、咳痰(色白)、不得平卧。全身畏寒蜷卧、四肢不温、面色苍白、精神萎靡，舌淡苔白、脉沉细，皆为心、脾、肾三阳俱衰、寒饮内停之症。初诊时，医生考虑患者辨证属少阴寒化、水气凌心证，却错予猪苓汤加味利水化饮，服药后患者困乏更甚，考虑全方滋腻碍脾，同时清热导致阳虚更甚，水反侮土，加重土湿，土湿则己土之气不升，中气

陷而升降失常。二诊时,李主任考虑此属阳虚水泛,本虚标实之候,以三阳虚损为本,寒饮凌心射肺为标,急当温振三阳以固其本,化饮宁心以治其标,通调水道而平其症,予加味附子理中汤。方中薏苡仁起到除湿利水之效;附子大辛大热,益火之源,以消阴翳,温壮元阳起效迅猛,破除阴寒。二药相须,扶阳而行气血津液。砂仁芳香化湿,红参厚脾土,加茯苓、白术、桂枝温潜阳气,温阳化饮。三诊时,李主任综合病情改善与病机转变进行考量,决定去掉薏苡仁,体现了中医“观其脉证,知犯何逆,随证治之”的动态诊疗思路:胸闷、气促、心悸好转明显,下肢水肿消退,代表水湿已退其七八;苔从白腻变薄白,考虑湿浊已化,阴液未复,过用薏苡仁渗利恐伤阴液。而患者以脾虚为本,长期使用薏苡仁,其微寒之性不利中阳恢复,治则的重心从“急利水湿”转向“温固脾肾”,故以白术增量(10 g增至20 g)替代薏苡仁健脾燥湿,佐砂仁温运中焦,既避渗利伤正之弊,又遵循“衰其大半而止”之训。此调整标志着治疗从攻邪为主转入固本善后阶段。四诊时,患者的症状明显改善,心脏彩超提示心脏缩小,收缩功能恢复如常人。考虑到患者的职业特性(久坐熬夜)与体质损害(脾肾阳虚)的因果关系,“三阳俱衰”的核心病机,本虚标实之证候,效不更方,故续守前方继续治疗。

例3:廖某,男,渔民,55岁,形体肥胖。2023年2月2日初诊,于广东省中医院珠海医院心内科住院。主诉:胸痛伴气促30 min。完善心电图,检测肌钙蛋白I(cTnI) 0.065 microg/L,考虑为急性非ST段抬高型心肌梗死。行冠状动脉造影术:左主干(LM)正常,左前降支(LAD)近段狭窄90%,中段狭窄80%,远段狭窄70%~80%;左回旋支(LCX)中段闭塞;右冠脉(RCA)未见明显狭窄。行LAD+LCX药物支架植入术。术后NT-ProBNP 16 500 pg/mL。症见:胸痛,气促,不能平卧,精神疲倦,舌暗红、有瘀斑,苔白腻,脉弦。西医诊断:急性心肌梗死,冠心病,急性心力衰竭。中医诊断:心衰,心脾阳虚、痰瘀阻络证。治以温阳益气,化痰祛瘀。主管医生遣方附子理中汤合浙贝母、胆南星、丹参治疗,处方:熟附子(先煎)15 g,升麻10 g,红参10 g,干姜6 g,炙甘草10 g,大枣10 g,白术30 g,浙贝母10 g,胆南星10 g,丹参10 g。5剂,每天1剂,水煎取汁约

200 mL,分2次于早、晚饭后温服,中药由医院代煎。西药予阿司匹林、氯吡格雷抗血小板,予阿托伐他汀钙降脂、稳斑。

2023年2月7日二诊:患者胸痛减轻明显,但仍气促,精神疲倦乏力,肢体沉重,小便少,大便硬,舌暗红、有瘀斑、苔白,脉弦。NT-ProBNP 9 650 pg/mL。李主任查房后,在初诊方基础上重用化痰药物,处方:熟附子(先煎)15 g,红参10 g,干姜6 g,炙甘草10 g,大枣10 g,白术30 g,茯苓20 g,浙贝母10 g,胆南星10 g,丹参10 g,桃仁10 g,红花10 g,赤芍10 g。10剂,每天1剂,水煎取汁约200 mL,分2次于早、晚饭后温服。

2023年2月17日三诊:患者神清,精神改善,气促明显好转,无乏力、疲倦,纳、寐可,二便调,舌淡红、苔薄白,脉沉。NT-ProBNP 1 800 pg/mL,肌钙蛋白阴性。因患者要求出院后携带中成药,改为附子理中丸合通心络胶囊口服1个月。

2023年3月17日四诊:患者门诊复诊,胸痛、气促症状未再发。

按:本例久居岭南湿地的渔民,因中焦脾气本虚、湿困中轴(脾胃),复感风寒湿邪(风寒束表碍肺气右降、湿邪困脾伤肾损阳)。中医认为肺与心同属上焦,二者在生理上相互依存。心主血脉,肺主气司呼吸,心肺功能相互配合以维持气血运行。当心肌梗死导致心阳不振或心血瘀阻时,气血运行不畅,会直接影响肺的宣发肃降功能,导致肺气不利,人体气血津液圆运动严重失常——中轴斡旋无力、左升(心阳鼓动)乏力、右降(肺气肃降水津)失职、肾阳失温。此圆运动失序致使痰瘀内生,痹阻心脉(阻滞左升通道),终成心阳不振、痰瘀痹阻之证,见胸痛、气促、水肿。故治以温通心阳、化痰祛瘀、兼健运中轴。但收效甚微,患者仍有气促,考虑患者术后气血大伤,中焦脾土本虚,升降枢纽脆弱。补土需以“健运中轴”为主,而非“升发肝木”。升提药易扰动虚阳,引动肝风上亢,反致中焦更虚、气机逆乱,同时考虑到心力衰竭以正虚为本,虚中夹瘀,一旦瘀血形成,会进一步对阳气造成损伤,因虚致实,由实致虚,形成恶性循环,痰瘀痹阻心脉(左升之路已滞),强行升提会加重心脉瘀堵,心阳更损,故去升麻。急则治标,“欲复升降,先通壅

滞；欲求左升，必先右降”，故李主任在二诊时加用茯苓、桃仁、红花、赤芍。茯苓泻肺宁心；桃仁活血祛瘀，润肠通便；红花活血通经，散瘀止痛；赤芍清热凉血，散瘀止痛。四药合用，通降水道、破瘀通络。后期予中成药巩固，效果喜人。

5 结语

李主任基于圆运动理论，提出急性心力衰竭的核心病机为中土虚寒、土湿不运，水寒火败是病情进展的关键。治疗以加味附子理中汤(附子、红参、干姜、白术、炙甘草)为主方，温阳健脾、固护中气以复圆运动之轴枢。针对兼症灵活化裁：喘咳痰多者，合葶苈大枣泻肺汤泻肺利水，或苓甘五味姜辛汤敛肺化饮；水肿尿少者，配真武汤温肾利水；肝郁气滞者(如腹满、胁痛)，疏肝(柴胡、升麻)兼活血(桃仁、红花)；痰瘀阻络者，加浙贝母、胆南星化痰，丹参、赤芍祛瘀。3则验案证实：通过健运中轴恢复“一气周流”，可显著改善心功能，消除水肿、气促等症，为急性心力衰竭的辨证施治提供思路。

[参考文献]

- [1] 许顶立, 宋霖. 《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024》解读[J]. 临床心血管病杂志, 2024, 40(6): 437-439.
- [2] WANG H, CHAI K, DU M H, et al. Prevalence and Incidence of Heart Failure Among Urban Patients in China: A National Population-Based Analysis[J]. Circ Heart Fail, 2021, 14(10): e008406.
- [3] 鞠春晓, 张瑶, 施玥, 等. 心力衰竭中医药防治临床研究证据图[J]. 中国循证医学杂志, 2021, 21(8): 964-972.
- [4] 林佳清, 吴颖昕. 论中医理论与圆运动规律[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(1): 69-70.
- [5] 安建静, 孙岚云. 谏述黄元御一气周流理论[J]. 国医论坛, 2017, 32(3): 25-27.
- [6] 王瑾. 急性心力衰竭证候要素特征规律及其临床指标相关性[D]. 天津: 天津中医药大学, 2024.
- [7] 陈可冀, 吴宗贵, 朱明, 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.
- [8] 李彬, 王永霞, 朱明军. 慢性心力衰竭的中医药治疗与思考[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(6): 1913-1915.
- [9] 郭英丽. 芪苈强心胶囊对冠脉粥样病变伴慢性左心衰患者血管内皮细胞功能及氧化应激的影响[J]. 西部中医药, 2017, 30(4): 85-87.
- [10] 邓铁涛. 邓铁涛临床经验辑要[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1997: 88.
- [11] 付婧婷, 张明雪. 冠心病合并慢性心衰的中医证候探析[J]. 中医药信息, 2019, 36(6): 3.
- [12] 黄元御. 四圣心源[M]. 孙洽熙, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 62.
- [13] 陈金凤, 张人文, 莫灼锚, 等. 理中丸圆运动机理及临床应用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(8): 194-196.
- [14] 邓贤斌, 颜芳, 廖宇, 等. 圆运动六经辨证论治心力衰竭[J]. 中医药导报, 2025, 31(5): 229-236.
- [15] 郭宁花, 王智超. 基于圆运动理论探讨破格救心汤治疗慢性心力衰竭[J]. 中华养生保健, 2025, 43(5): 96-99.
- [16] 陈曦. 彭子益“圆运动”扶阳思想研究[D]. 昆明: 云南中医药大学, 2023.
- [17] 彭子益. 圆运动的古中医学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 12.
- [18] 张璐. 张氏医通[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1995: 23.

[责任编辑: 吴凌, 蒋维超(英文)]