

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.08.017

射血分数保留的心力衰竭中西医结合诊疗专家共识

中华中医药学会心血管病分会



[摘要] 中医药治疗射血分数保留的心力衰竭(HFpEF)具有多途径、多靶点和个体化治疗的优势。为进一步规范HFpEF的中西医结合诊疗,发挥中西医结合优势,提高中西医诊治HFpEF的水平,制定了《射血分数保留的心力衰竭中西医诊疗专家共识》,包括HFpEF的定义、病因病机、诊断标准、中西医结合治疗方案等,适用于明确诊断为HFpEF的人群,适合中医院、中西医结合医院、综合医院等各级医疗机构及从事HFpEF临床工作的心内科医师参考。

[关键词] 心力衰竭;射血分数;中西医结合;专家共识

射血分数保留的心力衰竭(heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF)定义为左心室射血分数(LVEF) $\geq 50\%$,存在心衰症状和/或体征且有证据表明左心室充盈压升高为主要特征的心力衰竭的临床亚型^[1]。流行病学调查显示HFpEF在人群中总患病率为1.1%~5.5%,约占心力衰竭患者的50%,其院内、1年、5年病死率分别为2.4%~4.9%、20%~29%、53%~74%^[2]。目前采用的“新四联”疗法可使射血分数降低的心力衰竭(heart failure with reduced ejection fraction, HFrEF)患者明显获益,但对HFpEF患者的症状和预后未见明显改善^[3]。中医药治疗HFpEF具有多途径、多靶点和个体化治疗的优势,与现代医学的单靶点治疗相比,联合中医药治疗HFpEF可明显改善患者的症状及预后^[4]。在HFpEF诊疗实践中积累了很多行之有效的中医药物及非药物疗法,形成了较多的循证医学证据。为进一步规范HFpEF的中西医结合诊疗,发挥中西医结合优势,提高中西医诊治HFpEF水平,项目组根据《世界卫生组织指南制定手册》的共识制定流程和中华中医药学会团体标准管理办法的相关规定,制定了《射血分数保留的心力衰竭中西医诊疗专家共识》(简称本共识)。本共识于2023年2月21日经中华中医药学会立项(团体标准号:20230203-GS-CACM),并在国际实

践指南注册与透明化平台(<http://www.guidelines-registry.org>)进行了注册(编号:PREPARE-2023CN590)。具体制定方法见附件(请扫描本文二维码获取)。

1 范围

本共识提出了HFpEF的定义、病因病机、诊断标准、中西医结合治疗方案等,适用于明确诊断为HFpEF的人群,适合中医院、中西医结合医院、综合医院等各级医疗机构及从事HFpEF临床工作的心内科医师。

2 流行病学特点

心血管死亡是HFpEF患者死亡的主因,占比60%~70%^[5-6]。基于中国心血管病协会数据库-心力衰竭中心注册登记研究^[7],41 708例住院HFpEF患者出院后一年全因再住院率和心衰再住院率分别为22.2%和13.6%,一年全因死亡率和心血管死亡率分别为8.5%和3.1%。HFpEF的发生与衰老以及高血压、糖尿病、心房颤动、肥胖、睡眠呼吸暂停综合征等主要风险因素增加有关^[8]。

3 中医病因病机及西医发病机制

3.1 中医病因病机

共识建议1:HFpEF多由久病耗伤、年老体弱、饮食不节、情志失调、劳倦过度等多种致病因素相互影响而发病。

建议说明:心系疾病及他系疾病反复发作,日久不愈;年老体弱,气血渐亏;饮食不节,过食肥

基金项目:国家自然科学基金(82030120);国家中医药管理局中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程)岐黄学者(国中医药人教函[2021]203号);河南省卫生健康委国家中医药传承创新中心科研专项(2023ZXZX1165,2023ZXZX1029)

甘厚味，痰饮内生；情志失调，气血郁滞，心脉痹阻；劳倦过度，耗伤正气，均可引起心气暗耗，阴阳渐衰，血脉瘀滞，水饮停聚，痰浊内阻，最终导致心体受损，从而发为 HFpEF。

共识建议 2：HFpEF 的病理性质为本虚标实，虚实夹杂。本虚以气虚、阴虚、阳虚多见，标实以血瘀、水饮、痰浊多见。病位在心，主要涉及肺、脾、肾。核心病机为虚、瘀、水。

建议说明：HFpEF 最常见的虚性证素为气虚、阴虚、阳虚，实性证素为血瘀、水饮、痰浊^[9-12]，还可见气滞^[9-11, 13]、热^[9-13]等证素。在所有证素中，气虚占比最高，血瘀、水饮、痰浊等亦有较高出现频率^[9-12]，提示 HFpEF 以虚为主、因虚致实的病机特点。虚证较虚实夹杂证可能有着更高的心率和更低 LVEF^[14]。与 HFrEF 以气（阳）绝对不足不同，HFpEF 早期的气（阳）虚程度相对较轻^[13, 15-17]，以饮停于肺、阳气敷布不利为著^[15-17]，但随着病情的发展，HFpEF 随着病情发展也会表现为类似 HFrEF 的气（阳）绝对不足。研究^[11, 13]还发现，HFpEF 比 HFrEF 的阴虚、痰浊、热蕴证素占比更为突出。此外，合并冠心病多见血瘀，合并高脂血症、肥胖多见痰浊，合并慢性肾脏病多见气虚水停等^[18]。而我国南方以气虚、阴虚、水饮多见，北方以阳虚相对多见^[10]，故应因病、因地制宜。病位早期以心、肺为主，中期在心、肺、脾，后期累及心、肺、脾、肾^[19]，反映出 HFpEF 逐渐加重的病情进展过程。一项研究^[20]显示治疗 HFpEF 的中药中补虚药、活血化瘀药和利水渗湿

药所占比例高达 70%，且补虚药频次大于后两者之和，从侧面反映出 HFpEF 以正虚为主，虚、瘀、水是其核心病机。

3.2 西医发病机制

HFpEF 是一种全身综合征，存在多系统异常，除心脏外，还包括肺、血管、全身代谢、骨骼肌、肾脏和肝脏的结构和功能改变（其中一些可能是疾病驱动因素），其中系统性炎症被认为是 HFpEF 发病的核心机制之一^[21-22]，其主要生物学过程包括系统性炎症、代谢异常、细胞（肌联蛋白）/细胞外（纤维化、淀粉样蛋白）结构异常、神经内分泌系统激活、利钠肽不足、内皮功能异常、自主神经功能障碍等^[23-25]。促炎性合并症可能通过心肌微血管内皮细胞炎症、氧化应激增加、一氧化氮-可溶性鸟苷环化酶-蛋白激酶 G 信号减少、清除功能失调蛋白的过程受损，从而导致心肌结构和功能损伤以及冠状动脉微血管功能障碍，进而促进 HFpEF 的发生^[21-22]。但炎症和一氧化氮生物利用度降低在 HFpEF 发展中的作用仍不明确，有可能是多种生物学途径导致了 HFpEF 的发生。识别 HFpEF 患者独特的、有治疗意义的病理生理学表型群是 HFpEF 研究的主要领域^[21]。

4 中医辨证标准及西医诊断评估

4.1 中医辨证标准

共识建议 3：HFpEF 的基本证素包括气虚、阴虚、阳虚、血瘀、水饮、痰浊 6 种，通过对证素的诊断，进一步归纳出相应证型。详见表 1。

建议说明：根据证候、辨别证素、组成证名是

表 1 射血分数保留的心力衰竭证素特征
Table 1 Characteristics of syndrome elements of heart failure with preserved ejection fraction

证素	特征
气虚	主要条目：1) 气短，动则加重；2) 神疲乏力；3) 脉弱。次要条目：1) 心悸，活动尤甚；2) 自汗；3) 懒言或语音低微；4) 面白少华；5) 舌淡或淡红。
阴虚	主要条目：1) 盗汗；2) 手足心热；3) 舌红有裂纹、或舌红少苔、或舌红苔剥落、或舌红无苔。次要条目：1) 午后和夜间潮热，或骨蒸潮热；2) 口渴欲饮；3) 咽干或两目干涩；4) 颧红；5) 脉细或细数。
阳虚	主要条目：1) 畏寒；2) 肢冷、腕腹或腰背发凉；3) 脉沉细无力、或沉迟无力、或微。次要条目：1) 喜热饮；2) 尿少水肿；3) 面色白；4) 舌淡胖有齿痕、或苔白滑。
血瘀	主要条目：1) 面部、口唇、肢体、爪甲等至少一个部位色黯或色青；2) 舌质黯（淡黯、黯红、紫黯或青紫）、或有瘀斑瘀点、或舌下络脉粗长、青紫或迂曲；3) 脉涩、或结、或代、或无脉。次要条目：1) 胸闷憋气，夜间或活动后加重；2) 疼痛固定不移，或疼痛夜间加重；3) 肌肤甲错。
水饮	主要条目：1) 肢体水肿，甚或全身水肿；2) 胸/腹水；3) 喘促不得卧；4) 舌淡胖有齿痕、或苔滑。次要条目：1) 清稀/泡沫痰；2) 口干不欲饮；3) 小便短少或不利；4) 头晕；5) 脘痞或呕恶；6) 脉沉、或滑、或弦。
痰浊	主要条目：1) 咳嗽咳痰；2) 喉中痰鸣；3) 呕吐痰涎；4) 舌苔腻；5) 脉滑。 次要条目：1) 形体肥胖；2) 口中黏腻；3) 胸闷；4) 头身困重；5) 脘痞或呕恶；6) 纳呆或便溏。

注：诊断标准，具备 2 项主要条目，或 1 项主要条目+2 项次要条目。

中医辨证的原则。因此,先辨别出证素,能避免辨病分型、以证套症的弊端^[26]。证素诊断标准参照《慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识》^[27]、《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》^[28]、《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》^[29]综合制定。

共识建议4: HFpEF 稳定期的常见证型为气虚血瘀证、气阴两虚血瘀证、阳虚血瘀水饮证;急性失代偿期的常见证型为阳虚水泛证、阳虚喘脱证、痰浊壅肺证。

建议说明:本共识组将 HFpEF 分为稳定期和急性失代偿期,参照《慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识》^[27]、《慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022 年)》^[30]、国家中医药管理局发布的心衰病(慢性心力衰竭)中医诊疗方案(2017 年版)^[31]并结合纳入文献及共识专家组意见列出临床常见的证型组合,供临床参考。

稳定期各证型虽均可兼见水饮、痰浊,但在气阴两虚血瘀证中较少合并出现。气虚血瘀证需要同时符合气虚及血瘀的证素诊断标准;气阴两虚血瘀证需要同时符合气虚、阴虚及血瘀的证素诊断标准;阳虚血瘀水停证需要同时符合阳虚、血瘀及水饮的证素诊断标准。急性失代偿期可兼见阴虚证、血瘀证,标实更突出。阳虚水泛证需要同时阳虚及水饮的证素诊断标准,但水饮证程度更重、范围更广,表现为水邪泛滥三焦,出现严重水肿、呼吸急促、心悸、紫绀、尿量减少明显等症;阳虚喘脱证需要同时符合神志异常及阳虚的证素诊断标准,常表现为烦躁不安,恐惧及濒死感,严重者出现意识模糊或昏迷等神志异常,伴有呼吸急促、心悸、水肿进一步加重,并合并冷汗淋漓、四肢厥逆、严重紫绀、无尿、脉疾数、微细欲绝等;痰浊壅肺证需要同时符合痰浊的证素诊断标准,表现为喘憋严重,咳嗽频繁,痰量增多,或伴恶寒、发热等外感证候。详见表2。辨证时应结合证素诊断,组合出符合临床实际的证型,以便给予精准化治疗。

4.2 西医诊断评估^[1, 25, 32]

4.2.1 诊断标准 1) 具有 HFpEF 患者的流行病学和人群特征:包括年龄>60岁、女性、高血压、心房颤动、代谢性疾病(肥胖、糖尿病)、慢性肾脏病、冠心病等;2) 存在呼吸困难、活动耐量下降及水肿等心衰的症状和/或体征;3) 心脏影像学检查,主要指经胸超声心动图检查(TTE)中

表2 射血分数保留的心力衰竭不同分期常见证型及证素

Table 2 Common syndromes and syndrome elements in different stages of heart failure with preserved ejection fraction

分期	证型	证素
稳定期	气虚血瘀证	气虚+血瘀
	气阴两虚血瘀证	气虚+阴虚+血瘀
	阳虚血瘀水饮证	阳虚+血瘀+水饮
急性失代偿期	阳虚水泛证	阳虚+水饮
	阳虚喘脱证	神志异常+阳虚
	痰浊壅肺证	痰浊

LVEF $\geq$ 50%; 4) 存在与左心室舒张功能不全和/或左心室充盈压升高一致的心脏结构和/或功能异常的客观证据,包括利钠肽水平升高等。

4.2.2 评估方法 1) 血清利钠肽水平,如B型利钠肽(BNP)或N末端B型利钠肽原(NT-proBNP),有助于诊断 HFpEF。稳定期及急性失代偿期的诊断阈值见表3。2) 初始辅助检查包括心电图、X线胸片、TTE, TTE主要用于评估与左心室舒张功能不全和/或左心室充盈压升高一致的心脏结构和/或功能异常,在 HFpEF 评估中处于核心地位。3) 运动试验+有创性血液动力学检查评估是目前诊断或排除 HFpEF 的“金标准”,主要用于不能通过上述方法确诊者,诊断标准为呼气末静息状态下测量肺毛细血管楔压(PCWP) $\geq$ 15 mmHg 或仰卧位运动时测量 PCWP $\geq$ 25 mmHg。

表3 稳定期及急性失代偿期 HFpEF 的诊断阈值

Table 3 Diagnostic thresholds for stable and acute decompensated stages of heart failure with preserved ejection fraction

		(pg·ml ⁻¹)	
心衰类型	分层因素	BNP	NT-proBNP
稳定期	节律		
	窦性心律	$\geq$ 35	$\geq$ 125
	房颤心律	$\geq$ 105	$\geq$ 365
急性失代偿期	年龄		
	<50岁	$\geq$ 100	>450
	50~75岁		>900
	>75岁		>1800
	eGFR<60 ml·min ⁻¹ ·1.73m ⁻²		>1200

注: HFpEF, 射血分数保留的心力衰竭; BNP, B型利钠肽; NT-proBNP, N末端B型利钠肽原; eGFR, 估算的肾小球滤过率。

4.2.3 诊断评分系统 1) H₂FPEF 评分: 包括体质质量、高血压、心房颤动、肺动脉高压、老年、左心室充盈压6项指标, 详见表4。2) HFA-PEFF 评分: 包括心脏形态、功能和利钠肽3个方面的检测评估, 详见表5。根据总分评估患者诊断 HFpEF 的

表 4 H₂FPEF 评分系统
Table 4 H₂FPEF scoring system

评分标志	临床变量	特征描述	评分
H ₂	体质量	体质量指数≥30 kg/m ²	2
	高血压	≥2 种降压药物	1
F	心房颤动	持续性或阵发性	3
P	肺动脉高压	肺动脉收缩压>35 mmHg (多普勒超声心动图测量)	1
E	老年	年龄>60 岁	1
F	充盈压	E/e' 比值>9 (多普勒超声心动图测量)	1

注：E/e'，二尖瓣尖处舒张早期血流速度/二尖瓣环处舒张早期心肌运动速度。

表 5 HFA-PEFF 评分系统
Table 5 HFA-PEFF scoring system

评分域	条目特征
功能	主要条目：间隔 e'<7 cm/s 或侧壁 e'<10 cm/s 或平均 E/e' 比值>15 或三尖瓣反流速度>2.8 m/s (估测肺动脉收缩压>35 mmHg) 次要条目：平均 E/e' 比值绝对值 9~14 或整体纵向应变绝对值<16%
形态	主要条目：左心房容积指数>34 ml/m ² 或左心室质量指数>149 g/m ² (男) 或 122 g/m ² (女) 且相对室壁厚度>0.42 次要条目：左心房容积指数 29~34 ml/m ² 或左心室质量指数>115 g/m ² (男) 或 95 g/m ² (女) 或相对室壁厚度>0.42 或左心室壁厚 度≥12 mm
生物标志物	窦性心律： 主要条目：NT-proBNP>220 pg/ml 或 BNP>80 pg/ml 次要条目：NT-proBNP 125~220 pg/ml 或 BNP 35~80 pg/ml 房颤心律： 主要条目：NT-proBNP>660 pg/ml 或 BNP>240 pg/ml 次要条目：NT-pmBNP 365~660 pg/ml 或 BNP 105~240 pg/ml

注：满足主要条目计 2 分，次要条目计 1 分，累计 3 个评分域得分即为 HFA-PEFF 总分。

e'，二尖瓣环处舒张早期心肌运动速度；E/e'，二尖瓣血流频谱舒张早期峰值速度/组织多普勒二尖瓣环舒张早期峰值速度；NT-proBNP，N 末端 B 型利钠肽原；BNP，B 型利钠肽。

可能性：H₂FPEF 评分 0 或 1 分，或 HFA-PEFF 评分 0 或 1 分为低度可能，需要寻找其他心脏或非心脏问题；H₂FPEF 评分 2~5 分或 HFA-PEFF 评分 2~4 分为中度可能，需要进一步行运动试验及有创性血流动力学检查；H₂FPEF 评分 6~9 分或 HFA-PEFF 评分 5 或 6 分为高度可能，提示很可能是 HFpEF。

4.2.4 诊断流程 参照《国家心力衰竭指南 2023》^[32] 中 HFpEF 的诊断流程进行。诊断需要结合患者的危险因素（人群特征）、临床表现、TTE 检查、BNP 或 NT-proBNP 检测结果判断，或者根据 HFpEF 诊断评分系统评估诊断 HFpEF 的可能性。如果心脏生物标志物或 TTE 检查不能明确诊断，或者诊断评分系统评估为中度可能，需要进行有创性血液动力学检查及运动试验以明确或除外 HFpEF 诊断。见图 1。

5 中医治疗

5.1 稳定期

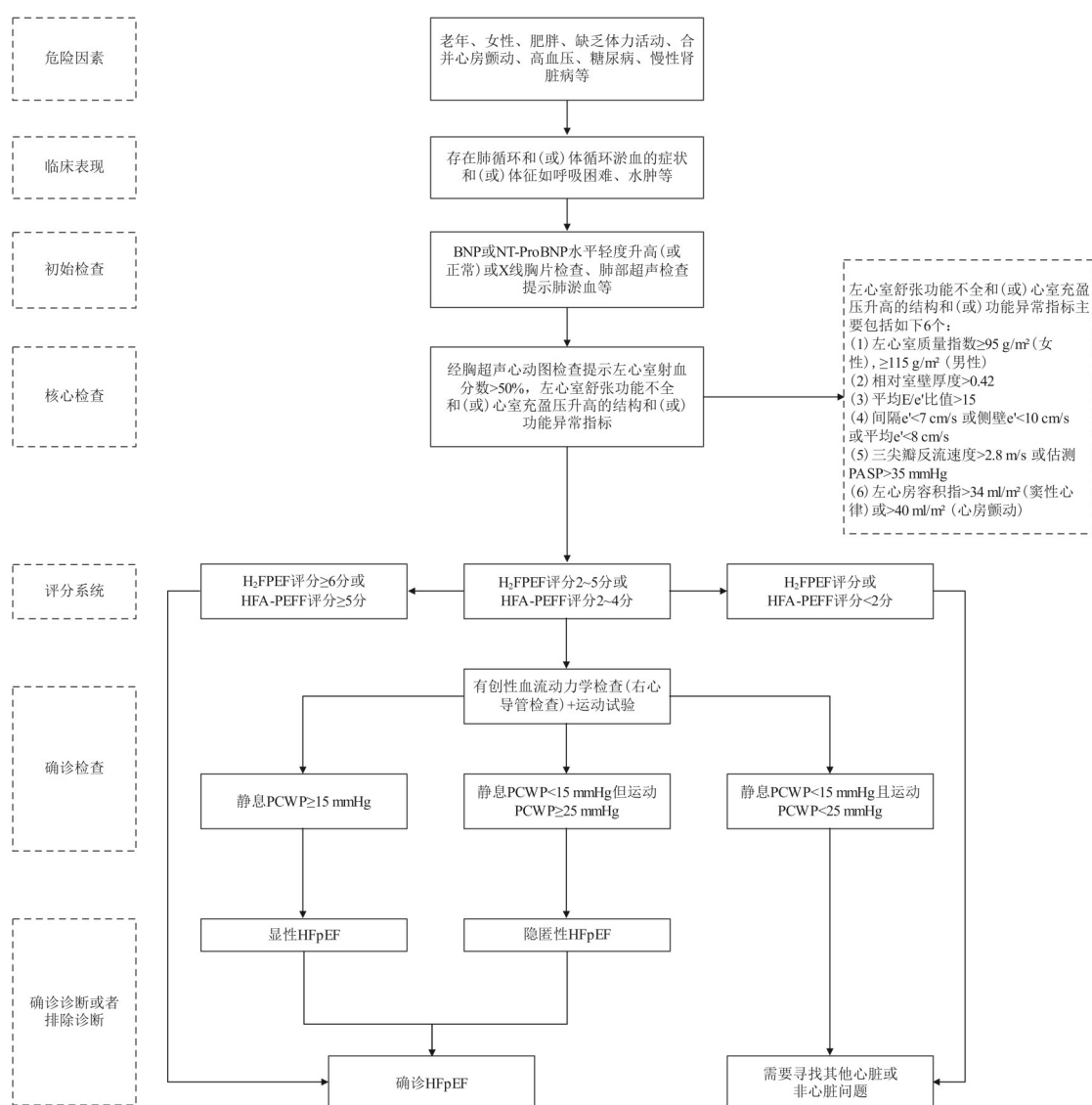
5.1.1 气虚血瘀证

推荐意见 1：对于稳定期气虚血瘀证的 HFpEF

患者，推荐加用芪参益气滴丸治疗，以改善 E/e'、舒张早期二尖瓣血流峰值与舒张晚期二尖瓣血流峰值两者之比值（E/A）、舒张早期二尖瓣血流峰值速度（EV）及左室收缩末期内径（LVESD）等心脏超声指标，降低 BNP 及中医证候总积分，提高美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）心功能分级疗效及临床总有效率，提高峰值摄氧量（VO_{2peak}）、无氧代谢阈值（AT）、峰值氧脉搏（peakO₂Pulse）等心肺运动试验指标，提高六分钟步行距离（6MWT），降低明尼苏达生活质量量表（MLHFQ）评分。（证据级别：C 级，推荐强度：强推荐）

用法用量：口服，餐后 30 min 服用，每次 1 袋（每袋 0.5g），每日 3 次。建议疗程 3~6 个月^[33-41]。

证据说明：本共识工作组完成 1 个系统评价（924 例患者，9 个随机对照研究^[33-41]），芪参益气滴丸联合西医常规治疗改善 E/e'^[40] [60 例患者，MD=-2.69，95%CI（-3.48，-1.90），P<0.001]、降低 BNP^[33-35，40] [316 例患者，SMD=-2.37，



注: BNP, B型利钠肽; NT-proBNP, N末端B型利钠肽原; PASP, 肺动脉收缩压; PCWP, 肺毛血管瘤楔压。

图1 射血分数保留的心力衰竭诊断流程图

Figure 1 Diagnostic diagram of heart failure with preserved ejection fraction

95%CI (-3.98, -0.77), $P=0.004$]、降低中医证候总积分^[37] [120例患者, $MD=-3.06$, 95%CI (-3.84, -2.28), $P<0.001$]、提高NYHA心功能分级疗效^[33-35, 37-39] [580例患者, $RR=1.21$, 95%CI (1.12, 1.29), $P<0.001$]、提高6MWT^[33, 36, 38-39] [465例患者, $MD=47.97$, 95%CI (16.75, 79.15), $P=0.003$]、提高VO_{2peak}^[40] [60例患者, $MD=6.18$, 95%CI (4.36, 8.00), $P<0.001$]、提高AT^[40] [60例患者, $MD=2.26$, 95%CI (1.19, 3.33), $P<0.001$]、降低MLHFQ评分^[36, 39-41] [433例患者, $MD=3.63$, 95%CI (-4.56, -2.71), $P<0.001$]、提高临床总有效率^[41] [102例患者, $RR=1.24$, 95%CI (1.03, 1.48), $P=0.020$]、改善E/A^[33-37, 39, 41] [749例患者, $MD=0.16$, 95%CI (0.10,

0.23), $P<0.001$]、改善EV^[35] [80例患者, $MD=6.70$, 95%CI (3.13, 10.27), $P<0.001$]、改善LVESD^[38] [98例患者, $MD=-6.92$, 95%CI (-8.98, -4.86), $P<0.001$]、提高peakO₂Pulse^[40] [60例患者, $MD=5.53$, 95%CI (4.30, 6.76), $P<0.001$]方面优于西医常规治疗。不良反应包括恶心3例、心动过缓2例、胃肠道不适1例、低血压2例、肾功能恶化1例、干咳1例、高血钾1例。

推荐意见2: 对于稳定期气虚血瘀证的HFpEF患者, 症见汗出恶风, 小便不利, 苔白脉浮等表虚之水饮, 推荐加用防己黄芪汤加减治疗, 以降低BNP及中医证候积分(尤其改善心悸、气短、乏力、咳嗽等)、提高6MWT及临床总有效率。(证据级别: C级, 推荐强度: 强推荐)。

常用药物及推荐剂量：防己 6~10 g、黄芪 9~30 g、甘草 3~9 g、白术 6~12 g、生姜 3~9 g、大枣 6~10 g；每日 1 剂，水煎服（尽量浓煎），分 2 次服用，每次 50~100 ml。（本共识仅推荐常用药物及其剂量范围供临床参考，具体加减变化应结合实际情况而定）。建议疗程 2 个月^[42]。

证据说明：1 项随机对照研究^[42]（74 例患者）发现，防己黄芪汤加减联合常规治疗在降低 BNP [$MD=-50.29$, 95% $CI(-71.01, -29.57)$, $P<0.001$]、降低中医证候积分 [$MD=-0.81$, 95% $CI(-0.87, -0.75)$, $P<0.001$]、提高 6MWT [$MD=38.25$, 95% $CI(18.30, 58.20)$, $P<0.001$]、提高临床总有效率 [$RR=1.31$, 95% $CI(1.04, 1.65)$, $P=0.020$] 方面均优于西医常规治疗。纳入研究中安全性未提及。

推荐意见 3：对于稳定期气虚血瘀证的 HFpEF 患者，症见胸闷憋气，气短不足以息，脉沉迟微弱等气虚较重的情况，可以考虑加用升陷汤加减治疗，以改善左房内径（LAD）及 E 峰减速时间（DT）等心脏超声指标，提高 NYHA 心功能分级疗效。（证据级别：C 级，推荐强度：弱推荐）

常用药物及推荐剂量：黄芪 9~30 g、知母 6~12 g、柴胡 3~9 g、桔梗 3~9 g、升麻 3~6 g；每日 1 剂，水煎服（尽量浓煎），分 2 次服用，每次 50~100 ml。（本共识仅推荐常用药物及其剂量范围供临床参考，具体加减变化应结合实际情况而定）。建议疗程 2 个月^[43]。

证据说明：1 项随机对照研究^[43]（72 例患者）表明，常规西医治疗基础上联合加味升陷汤在提高 NYHA 心功能分级疗效 [$RR=1.26$, 95% $CI(1.03, 1.55)$, $P=0.030$]、改善 DT [$MD=-12.37$, 95% $CI(-22.35, -2.39)$, $P=0.020$]、改善 LAD [$MD=-2.68$, 95% $CI(-4.70, -0.66)$, $P=0.009$] 方面优于西医常规治疗。纳入研究中无明显不良反应。

5.1.2 气阴两虚血瘀证

推荐意见 4：对于稳定期气阴两虚血瘀证的 HFpEF 患者，如需住院治疗，推荐常规西药治疗基础上加用参麦注射液治疗，以改善 E/A、EV 及左室舒张末期内径（LVEDD）等心脏超声指标，降低 BNP 及 MLHFQ 评分，提高 NYHA 心功能分级疗效。（证据级别：C 级，推荐强度：强推荐）

用法用量：静脉滴注，每次 20~100 ml（用 5%~10% 葡萄糖注射液 250 ml 稀释后使用），或遵医嘱。建议疗程 2 周^[44-46]。

证据说明：本共识工作组完成 1 个系统评价（243 例患者，3 个随机对照研究^[44-46]），参麦注射液联合常规西药治疗在改善 EV^[44] [90 例患者， $MD=7.86$, 95% $CI(6.57, 9.15)$, $P<0.001$]、降低 BNP^[46] [84 例患者， $MD=-78.75$, 95% $CI(-88.07, -69.43)$, $P<0.001$]、提高 NYHA 心功能分级疗效^[45] [150 例患者， $RR=1.13$, 95% $CI(1.01, 1.26)$, $P=0.040$]、降低 MLHFQ 评分^[44] [60 例患者， $MD=-11.00$, 95% $CI(-14.37, -7.63)$, $P<0.001$]、改善 E/A^[46] [85 例患者， $MD=0.30$, 95% $CI(0.10, 0.50)$, $P=0.030$]、改善 LVEDD^[46] [85 例患者， $MD=-0.46$, 95% $CI(-0.80, -0.12)$, $P=0.008$] 方面优于西医常规治疗。研究报告无明显不良反应。

5.1.3 阳虚血瘀水饮证

推荐意见 5：对于稳定期阳虚血瘀水饮证的 HFpEF 患者，推荐加用芪苈强心胶囊治疗，以改善 E/e'、左心房容积指数（LAVI）、左室壁厚度（LVWT）、E/A、EV、LVEDD 及 LVESD 等心脏超声指标，降低 BNP 及 NT-proBNP，提高中医证候疗效、NYHA 心功能分级疗效及临床总有效率，降低 Lee 氏心力衰竭积分，提高 6MWT。（证据级别：C 级，推荐强度：强推荐）

用法用量：口服，餐后 30 min 服用，每次 4 粒（每粒 0.3 g），每日 3 次。建议疗程 3~6 个月^[47-61]。

证据说明：本共识工作组完成 1 个系统评价（1592 例患者，15 个随机对照研究^[47-61]），结果芪苈强心胶囊联合西医常规治疗在改善 E/e'^[49, 51, 56, 58, 61] [438 例患者， $MD=-2.49$, 95% $CI(-2.95, -2.02)$, $P<0.001$]、改善 LAVI^[49, 56] [204 例患者， $MD=-6.56$, 95% $CI(-7.79, -5.33)$, $P<0.001$]、降低 BNP^[47-48, 50, 57, 59] [556 例患者， $SMD=-3.00$, 95% $CI(-4.44, -1.56)$, $P<0.001$]、降低 NT-proBNP^[49, 51-53, 58, 60] [640 例患者， $SMD=-1.09$, 95% $CI(-1.80, -0.37)$, $P=0.003$]、提高中医证候疗效^[47-48] [180 例患者， $RR=1.31$, 95% $CI(1.12, 1.52)$, $P<0.001$]、提高 NYHA 心功能分级疗效^[47-48, 52-57, 59, 61] [1004 例患者， $RR=1.23$, 95% $CI(1.16, 1.30)$, $P<0.001$]、降低 Lee 氏心力衰竭积分^[54] [112 例患者， $MD=-1.40$, 95% $CI(-2.42, -0.38)$, $P=0.007$]、提高 6MWT^[49, 53, 55-56, 58] [(462 例患者， $MD=70.39$, 95% $CI(40.11, 100.67)$, $P<0.001$]、提高临床总有效率^[50] [90 例患者， $RR=1.24$, 95% $CI(1.03, 1.48)$, $P=0.020$]、

改善 LVWT^[60] [200 例患者, $MD=-0.34$, 95%CI (-0.55, -0.13), $P=0.001$]、改善 E/A^[49,53,56,58,60] [642 例患者, $MD=0.18$, 95%CI (0.12, 0.24), $P<0.001$]、改善 EV^[54] [112 例患者, $MD=4.70$, 95%CI (0.13, 9.27), $P=0.040$]、改善 LVEDD^[57,59-60] [486 例患者, $MD=-3.58$, 95%CI (-4.64, -2.51), $P<0.001$]、改善 LVESD^[59] [200 例患者, $MD=-3.43$, 95%CI (-4.94, -1.92), $P<0.001$] 方面优于西医常规治疗。不良反应包括轻度腹泻、低血钾、低血压各 1 例, 头痛、头晕 6 例, 耳鸣、失眠、腹痛、室性早搏各 2 例。

推荐意见 6: 对于稳定期阳虚血瘀水饮证的 HFpEF 患者 (NYHA 心功能 II 级), 如需住院治疗, 推荐加用心脉隆注射液治疗, 以降低 BNP、提高 NYHA 心功能分级疗效。(证据级别: C 级, 推荐强度: 强推荐)

用法用量: 静脉滴注, 每次 5 mg/kg (加 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 200 ml, 滴速 20~40 滴/min), 每日 2 次, 2 次之间间隔 6 h 以上, 或遵医嘱。建议疗程 2 周^[62]。

证据说明: 1 项随机对照研究^[62] (81 例患者) 表明, 心脉隆注射液联合西医常规治疗在降低 BNP [$MD=-134.00$, 95%CI (-154.07, -113.93), $P<0.001$]、提高 NYHA 心功能分级疗效 [$RR=1.17$, 95%CI (1.01, 1.37), $P=0.040$] 方面优于西医常规治疗。纳入研究未提及安全性。

推荐意见 7: 对于稳定期阳虚血瘀水饮证的 HFpEF 患者, 如需住院治疗, 症见四肢厥冷、心悸不安、动则喘促、冷汗淋漓等阳虚较重的情况, 推荐加用参附注射液治疗, 以改善 E/e'、LVWT、舒张晚期二尖瓣血流峰值速度 (AV)、LVEDD、LVESD 等心脏超声指标, 降低 NT-proBNP。(证据级别: C 级, 推荐强度: 强推荐)

用法用量: 静脉滴注, 每次 20~100 ml (用 5%~10% 葡萄糖注射液 250 ml 稀释后使用), 或遵医嘱。建议疗程 1~2 周^[63-65]。

证据说明: 本共识工作组完成 1 个系统评价 (252 例患者, 3 个随机对照研究^[63-65]), 结果参附注射液联合西医常规治疗在改善 E/e'^[65] [106 例患者, $MD=-1.92$, 95%CI (-3.49, -0.35), $P=0.020$]、降低 NT-proBNP^[63-64] [146 例患者, $SMD=-0.96$, 95%CI (-1.31, -0.62), $P<0.001$]、改善 LVWT^[64] [60 例患者, $MD=-1.10$, 95%CI (-1.91, -0.29), $P=0.008$]、改善 AV^[63] [86 例

患者, $MD=-12.30$, 95%CI (-19.05, -5.55), $P<0.001$]、改善 LVEDD^[64] [60 例患者, $MD=-7.07$, 95%CI (-12.07, -2.07), $P=0.006$]、改善 LVESD^[64] [60 例患者, $MD=-4.74$, 95%CI (-8.43, -1.05), $P=0.010$] 方面优于西医常规治疗。纳入研究安全性未提及。

推荐意见 8: 对于稳定期阳虚血瘀水饮证的 HFpEF 患者, 症见胸痛, 胸胁支满, 目眩心悸, 舌质暗红, 有瘀点瘀斑, 苔白滑等血瘀及脾阳不足之痰饮, 可加用血府逐瘀汤合苓桂术甘汤加减治疗, 以提高 NYHA 心功能分级疗效。(证据级别: C 级, 推荐强度: 弱推荐)

常用药物及推荐剂量: 桃仁 6~10 g、红花 3~10 g、当归 6~12 g、生地黄 6~12 g、川芎 3~10 g、赤芍 6~12 g、牛膝 6~9 g、桔梗 6~9 g、柴胡 3~9 g、枳壳 6~10 g、茯苓 9~15 g、桂枝 3~10 g、白术 6~12 g、炙甘草 3~9 g; 每日 1 剂, 水煎服 (尽量浓煎), 分 2 次服用, 每次 50~100 ml。(本共识仅推荐常用药物及其剂量范围供临床参考, 具体加减变化应结合实际情况而定)。建议疗程 1 个月^[66]。

证据说明: 1 项随机对照研究^[66] (63 例患者) 表明, 血府逐瘀汤合苓桂术甘汤加减联合西医常规治疗在提高 NYHA 心功能分级疗效 [63 例患者, $RR=1.31$, 95%CI (1.05, 1.62), $P=0.020$] 方面优于西医常规治疗。纳入研究未提及安全性。

推荐意见 9: 对于稳定期阳虚血瘀水饮证的 HFpEF 患者, 症见小便不利, 渴口欲饮水, 水入即吐, 舌苔白, 脉浮或缓等膀胱气化不利之水饮, 可以考虑加用五苓散加减治疗, 以改善 E/e'、降低 BNP 及中医证候总积分、提高 6MWT。(证据级别: C 级, 推荐强度: 弱推荐)

常用药物及推荐剂量: 猪苓 6~12 g、泽泻 6~10 g、白术 9~12 g、茯苓 9~12 g、桂枝 3~9 g; 每日 1 剂, 水煎服 (尽量浓煎), 分 2 次服用, 每次 50~100 ml。(本共识仅推荐常用药物及其剂量范围供临床参考, 具体加减变化应结合实际情况而定)。建议疗程 2 个月^[67]。

证据说明: 1 项随机对照研究^[67] (80 例患者) 结果表明, 加味五苓散联合西医常规治疗在改善 E/e'^[67] [$MD=-1.70$, 95%CI (-2.11, -1.29), $P<0.001$]、降低 BNP [$MD=-17.90$, 95%CI (-20.81, -14.99), $P<0.001$]、降低中医证候总积分 [$MD=-2.40$, 95%CI (-3.05, -1.75), $P<0.001$]、提高 6MWT [$MD=62.04$, 95%CI (54.54, 69.54), $P<0.001$]

方面优于西医常规治疗。纳入研究安全性未提及。

推荐意见 10: 对于稳定期阳虚血瘀水饮证 HFpEF 患者, 症见小便不利, 肢体困重或浮肿, 畏寒肢冷, 舌质淡胖, 苔白脉沉等脾肾阳虚之水饮, 推荐加用真武汤加减治疗, 以改善 E/A、LAD 及 LVESD 等心脏超声指标, 降低中医证候总积分, 提高 NYHA 心功能分级疗效, 提高 6MWT。(证据级别: C 级, 推荐强度: 强推荐)

常用药物及推荐剂量: 茯苓 9~15 g、白芍 6~15 g、白术 6~12 g、生姜 3~10 g、炮附片 3~15 g; 每日 1 剂, 水煎服 (尽量浓煎), 分 2 次服用, 每次 50~100 ml。(本共识仅推荐常用药物及其剂量范围供临床参考, 具体加减变化应结合实际情况而定)。建议疗程 1~3 个月^[68-70]。

证据说明: 本共识工作组完成 1 篇系统评价 (298 例患者, 3 个随机对照研究^[68-70]), 结果真武汤加味联合常规西药在降低中医证候总积分^[70] [48 例患者, $MD=-5.96$, $95\%CI (-7.77, -4.15)$, $P<0.001$]、提高 NYHA 心功能分级疗效^[70] [48 例患者, $RR=1.47$, $95\%CI (1.05, 2.05)$, $P=0.020$]、提高 6MWT^[68-69] [250 例患者, $MD=52.34$, $95\%CI (46.65, 58.03)$, $P<0.001$]、改善 E/A^[70] [48 例患者, $MD=0.20$, $95\%CI (0.13, 0.27)$, $P<0.001$]、改善 LAD^[70] [48 例患者, $MD=-5.00$, $95\%CI (-6.03, -3.97)$, $P<0.001$]、改善 LVESD^[70] [48 例患者, $MD=-3.30$, $95\%CI (-4.90, -1.70)$, $P<0.001$] 优于西医常规治疗。纳入研究未提及安全性。

推荐意见 11: 对于稳定期阳虚血瘀水饮证的 HFpEF 患者, 症见小便不利, 水肿, 腰膝酸重等肾阳不足之水饮, 可以考虑加用济生肾气丸加减治疗, 以提高 NYHA 心功能分级疗效、提高 6MWT、降低 MLHFQ 评分。(证据级别: C 级, 推荐强度: 弱推荐)

常用药物及推荐剂量: 炮附片 3~15 g、茯苓 9~15 g、泽泻 6~10 g、山萸肉 3~12 g、山药 9~30 g、车前子 6~15 g、牡丹皮 6~12 g、肉桂 2~5 g、川牛膝 6~10 g、熟地黄 9~15 g; 每日 1 剂, 水煎服 (尽量浓煎), 分 2 次服用, 每次 50~100 ml。(本共识仅推荐常用药物及其剂量范围供临床参考, 具体加减变化应结合实际情况而定)。建议疗程 1 个月^[71]。

证据说明: 1 项随机对照研究^[71] (70 例患者) 结果表明, 济生肾气丸方联合西医常规治疗在提高 NYHA 心功能分级疗效 [$RR=1.36$, $95\%CI (1.05, 1.74)$, $P=0.020$]、提高 6MWT [$MD=42.92$,

$95\%CI (8.52, 77.32)$, $P=0.010$]、降低 MLHFQ 评分 [$MD=-12.02$, $95\%CI (-21.76, -2.28)$, $P=0.020$] 方面优于西医常规治疗。纳入研究未提及安全性。

推荐意见 12: 对于稳定期阳虚血瘀水饮证的 HFpEF 患者, 症见腰膝酸软, 畏寒肢冷, 精神疲惫, 气短乏力, 动则喘甚, 小便不利等肾阳 (气) 虚较重的情况, 可以考虑加用金匱肾气丸合参蛤散加减治疗, 以改善 E/A 及 EV 等心脏超声指标、降低 NT-proBNP。(证据级别: C 级, 推荐强度: 弱推荐)

常用药物及推荐剂量: 熟地黄 9~15 g、山药 9~30 g、山萸肉 3~12 g、泽泻 6~10 g、牡丹皮 6~12 g、茯苓 9~15 g、桂枝 3~9 g、炮附片 3~15 g; 每日 1 剂, 水煎服 (尽量浓煎), 分 2 次服用, 每次 50~100 ml; 蛤蚧 3~6 g、人参 3~9 g 打粉, 每日 2 次, 冲服。(本共识仅推荐常用药物及其剂量范围供临床参考, 具体加减变化应结合实际情况而定)。建议疗程 6 个月^[72]。

证据说明: 1 项随机对照研究^[72] (36 例患者) 结果表明, 肾气丸合参蛤散联合西医常规治疗在改善 E/A [$MD=0.27$, $95\%CI (0.18, 0.36)$, $P<0.001$]、改善 EV [$MD=10.55$, $95\%CI (5.88, 15.22)$, $P<0.001$]、降低 NT-proBNP [$MD=-64.10$, $95\%CI (-112.18, -16.02)$, $P=0.009$] 方面优于西医常规治疗。纳入研究未提及安全性。

5.1.4 中医运动疗法

推荐意见 13: 对于稳定期 HFpEF 患者, 可以考虑加用八段锦治疗, 以降低 BNP、提高 NYHA 心功能分级疗效、提高 6MWT、降低 MLHFQ 评分。(证据级别: B 级, 推荐强度: 弱推荐)

操作方式: 参照国家体育总局颁布的八段锦健身功法^[73], 每个动作重复 8 次, 每次约 0.5 h, 每周至少练习 5 天, 3 个月为 1 个疗程。

证据说明: 本共识工作组完成 1 个系统评价 (200 例患者, 2 个随机对照研究^[74-75]) 结果表明, 八段锦结合西医常规治疗在提高 NYHA 心功能分级疗效^[75] [100 例患者, $RR=1.18$, $95\%CI (1.01, 1.37)$, $P=0.040$]、提高 6MWT^[74] [100 例患者, $MD=62.60$, $95\%CI (44.17, 81.03)$, $P<0.001$]、降低 MLHFQ 评分^[74-75] [200 例患者, $MD=-3.20$, $95\%CI (-4.05, -2.35)$, $P<0.001$]、降低 BNP^[74] [100 例患者, $MD=-39.37$, $95\%CI (-53.13, -25.61)$, $P<0.001$] 方面优于西医常规治疗。研究报告无

明显不良反应。

推荐意见 14: 对于稳定期 HFpEF 患者, 可以考虑加用太极拳治疗, 以提高 LVEF, 降低 NT-proBNP、中医证候总积分及 MLHFQ 评分, 提高中医证候疗效及 6MWT。(证据级别: B 级, 推荐强度: 弱推荐)

操作方式: 参照 24 式简化太极拳^[76], 运动前进行 5~10 min 的热身活动, 每次运动 30 min, 运动后进行 5~10 min 的拉伸运动。每周 3~5 次, 疗程 12 周。

证据说明: 1 项随机对照研究^[77] (69 例患者) 结果表明, 太极拳结合常规治疗在提高 LVEF [$MD=1.25$, 95% CI (0.82, 1.68), $P<0.001$]、降低中医证候总积分 [$MD=-4.46$, 95% CI (-6.29, -2.63), $P<0.001$]、提高中医证候疗效 [$RR=6.11$, 95% CI (2.67, 13.95), $P<0.010$]、提高 6MWT [$MD=27.57$, 95% CI (19.18, 35.96), $P<0.001$]、降低 MLHFQ 评分 [$MD=-4.86$, 95% CI (-5.62, -4.10), $P<0.001$]、降低 NT-proBNP [$MD=50.31$, 95% CI (38.25, 62.37), $P<0.001$] 方面优于西医常规治疗。研究报告无明显不良反应。

5.2 急性失代偿期

共识建议 5: 急性失代偿期 HFpEF 患者, 在西医常规治疗基础上可以考虑辨证联合参附汤、真武汤、参附龙牡汤、真武汤合葶苈大枣泻肺汤、三子养亲汤合真武汤等中药汤剂进行治疗。

建议说明: 随机对照研究显示, 参附汤加味能够提高试验组 LVEF, 缩小 LVESD、LVEDD 内径, 降低 NT-proBNP 水平均低于对照组 ($P<0.05$), 且试验组不良反应发生率低于对照组 ($P<0.05$)^[78]; 真武汤加味提高试验组的治疗总有效率、左室射血分数, 降低 NT-proBNP、中医证候积分低于对照组 ($P<0.05$)^[79]; 苓桂术甘汤加减能提高试验组总有效率、左室射血分数, 降低血清 NT-proBNP 水平、中医证候积分、PCWP, 缩小 LVESD、LVEDD ($P<0.05$)^[80]; 真武汤合葶苈大枣泻肺汤辅助治疗西医常规治疗的治疗总有效率、左室射血分数, 降低中医证候积分、NT-proBNP 较治疗前显著降低 ($P<0.05$), 不良反应发生率低于对照组 ($P<0.05$)^[81]。心衰病 (慢性心力衰竭) 中医诊疗方案 (2017 年版)^[31] 中将急性心衰分为阳虚水泛证、阳虚喘脱证和痰浊壅肺证, 针对 3 个证型分别应用真武汤合葶苈大枣泻肺汤、参附龙牡汤、三子养亲汤合真武汤加减治疗。

共识建议 6: 急性失代偿期 HFpEF 患者, 在西医常规治疗基础上可以考虑辨证联合芪苈强心胶囊进行治疗。

建议说明: 一项随机对照研究^[82] 显示, 西医常规治疗基础上加用芪苈强心胶囊治疗后, 能提高试验组 LVEF 及临床治疗总有效率 ($P<0.05$)。

共识建议 7: 急性失代偿期 HFpEF 患者, 在西医常规治疗基础上可以考虑辨证联合黄芪注射液、生脉注射液、参麦注射液、注射用益气复脉 (冻干)、参附注射液、心脉隆注射液等中药注射液进行治疗。

建议说明: 一项网状 Meta 分析^[83] 显示, 对于急性心力衰竭, 参麦注射液、参附注射液及心脉隆注射液均能提高 LVEF、降低 LVEDD、降低 BNP 及 NT-proBNP、提高总有效率、提高 6MWT、降低 MLHFQ 评分; 益气复脉注射液能提高 LVEF、降低 LVEDD、降低 BNP 及 NT-proBNP、提高总有效率、提高 6MWT; 生脉注射液能提高 LVEF、降低 LVEDD、降低 BNP 及 NT-proBNP、提高总有效率。安全性方面, 中药注射液联合常规西药的不良反应整体少于常规西药。《中成药治疗心力衰竭临床应用指南 (2021 年)》^[84] 推荐黄芪注射液、生脉注射液、参麦注射液、注射用益气复脉 (冻干)、参附注射液、心脉隆注射液用于急性心力衰竭的治疗。

6 西医治疗

6.1 稳定期^[1, 25, 32]

1) 对于所有的 HFpEF 患者, 积极筛查并治疗病因、心血管及非心血管合并症。2) 对于所有的 HFpEF 患者, 推荐应用钠-葡萄糖共转运蛋白 2 抑制剂 (SGLT2i) 恩格列净或达格列净治疗, 降低心衰住院或心血管死亡风险。3) 对于存在液体潴留证据的 HFpEF 患者, 应用利尿剂以缓解症状或体征。4) 存在症状 (NYHA 心功能分级 II~IV 级) 的慢性 HFpEF 女性患者 (无论 LVEF 水平) 或 LVEF $<55\%$ ~60% 的男性患者, 应考虑应用血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂 (ARNI) 沙库巴曲缬沙坦及盐皮质激素受体拮抗剂 (MRA) 螺内酯治疗。5) 不能耐受沙库巴曲缬沙坦, 应考虑应用血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB) 坎地沙坦治疗, 以降低心衰住院风险。6) 运动康复治疗可以改善 HFpEF 患者的运动耐量和生活质量。

6.2 急性失代偿期

参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024》^[1]、

《国家心力衰竭指南 2023》^[32] 等指南进行治疗。

7 不足与展望

本共识主要纳入了随机对照试验,可能遗漏部分有价值的中医诊疗经验和临床数据;部分推荐意见支持的文献质量相对较低、数量较少,可能影响结果的精确性;既往文献由于时间因素导致 HFpEF 的诊断不统一,可能会对数据的结果造成一定的偏倚;中医诊断仅区分病性证素,弱化了病位证素,虽在诊断中病位有迹可循,但仍对中药的精准化治疗提出挑战。

现代研究发现,对于稳定期 HFpEF 患者,在西医治疗的基础上加用养心氏片^[85],可降低中医证候积分(尤其改善气促、乏力、胸闷、口唇紫暗等证候)、提高 NYHA 心功能分级疗效、6MWT;加用步长稳心颗粒^[86],可提高 NYHA 心功能分级疗效;加用益心舒胶囊^[87-88],可提高 LVEF、改善 E/A 及 LAD 等心脏超声指标,提高中医证候疗效;加用黄芪生脉饮^[89],可降低中医证候积分(尤其改善胸闷、乏力、口唇紫暗等证候)、提高 NYHA 心功能分级疗效及 6MWT;加用心元胶囊^[90],可降低 NT-proBNP、提高 6MWT;加用银丹心脑通软胶囊^[91],可改善 E/e'、提高 LVEF、LVMI 及 LVEDD 等心脏超声指标,降低 NT-proBNP,提高 6MWT;加用参芪扶正注射液^[92],可提高 NYHA 心功能分级疗效、降低 MLHFQ 评分。

此部分中成药及中药注射剂虽可改善 HFpEF 的相关症状及指标,但存在超说明书应用的情况,不利于临床推广应用,故未纳入。随着证据的补充和研究的深入,更多的中成药和中药注射液今后有望应用至 HFpEF 当中。

利益冲突声明

本共识所有成员均已签署利益冲突声明,不涉及与本共识主题相关的任何商业的、专业的或其他方面的利益冲突,独立地完成共识编制工作。

主要起草人: 朱明军(河南中医药大学第一附属医院)、张健(中国医学科学院阜外医院)、毛静远(天津中医药大学第一附属医院)、王永霞(河南中医药大学第一附属医院)

方法学专家: 刘建平(北京中医药大学)、刘新灿(河南中医药大学第一附属医院)

临床专家(按姓氏拼音排序): 安冬青(新疆医科大学)、戴小华(安徽中医药大学第一附属医院)、邓悦(长春中医药大学附属医院)、杜廷海

(河南中医药大学第一附属医院)、关怀敏(河南中医药大学第一附属医院)、李应东(甘肃中医药大学)、林谦(北京中医药大学东方医院)、刘中勇(江西中医药大学附属医院)、卢健棋(广西中医药大学第一附属医院)、马晓昌(中国中医科学院西苑医院)、毛威(浙江大学医学院附属浙江医院)、王磊(广东省中医院)、王贤良(天津中医药大学第一附属医院)、王肖龙(上海中医药大学附属曙光医院)、王振涛(河南省中医院)、徐浩(中国中医科学院西苑医院)、姚魁武(中国中医科学院眼科医院)、曾春雨(陆军军医大学大坪医院)、赵英强(天津中医药大学第二附属医院)

工作组: 彭广操、王新陆、孙阳、李彬、于瑞、赵齐飞、李巧稚、聂闪闪、李一卓、吴文俊、郭红鑫、江晓蕊、雷家宝、聂陈飞、苏依梦、崔入元、吕涌杰(河南中医药大学第一附属医院)

执笔人: 朱明军[✉](河南中医药大学第一附属医院)、张健(中国医学科学院阜外医院)、毛静远(天津中医药大学第一附属医院)

✉ 通讯方式: zhumingjun317@163.com

秘书: 彭广操(河南中医药大学第一附属医院)

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会,中国医师协会心血管内科医师分会,中国医师协会心力衰竭专业委员会,等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024[J]. 中华心血管病杂志, 2024, 52(3): 235-275.
- [2] DUNLAY SM, ROGER VL, REDFIELD MM. Epidemiology of heart failure with preserved ejection fraction [J]. Nat Rev Cardiol, 2017, 14(10): 591-602.
- [3] 葛均波,霍勇,杨杰孚,等. 慢性心力衰竭“新四联”药物治疗临床决策路径专家共识[J]. 中国循环杂志, 2022, 37(8): 769-781.
- [4] 李屹龙,薛金贵. 中医药治疗射血分数保留的心力衰竭的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(5): 839-842.
- [5] ZILE MR, GAASCH WH, ANAND IS, et al. Mode of death in patients with heart failure and a preserved ejection fraction: results from the Irbesartan in heart failure with preserved ejection fraction study (I-Preserve) trial [J]. Circulation, 2010, 121(12): 1393-1405.
- [6] DESAI AS, VADUGANATHAN M, CLELAND JG, et al. Mode of death in patients with heart failure and preserved ejection fraction: insights from PARAGON-HF trial [J]. Circ Heart Fail, 2021, 14(12): e008597.
- [7] CAI A, QIU W, ZHOU Y, et al. Clinical characteristics and 1-year outcomes in hospitalized patients with heart

- failure with preserved ejection fraction: results from the China Cardiovascular Association Database-Heart Failure Center Registry [J]. *Eur J Heart Fail*, 2022, 24(11): 2048-2062.
- [8] KITTLESON MM, PANJRATH GS, AMANCHERLA K, et al. 2023 ACC expert consensus decision pathway on management of heart failure with preserved ejection fraction: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2023, 81(18): 1835-1878.
- [9] 陈婵, 张鹏, 王娟, 等. 射血分数保留和射血分数减低心力衰竭中医四诊及证候特征研究[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2019, 17(7): 972-975.
- [10] 赵志强, 李达, 王贤良, 等. 射血分数正常心力衰竭中医证候分布特点的文献分析[J]. *中华中医药杂志*, 2019, 34(9): 4047-4050.
- [11] 赵志强, 王贤良, 张萍, 等. 基于前瞻性临床流行病学调查的射血分数正常心力衰竭中医证候特征分析[J]. *中医杂志*, 2019, 60(9): 773-778.
- [12] 彭菊琴, 侯丕华, 彭娴, 等. 射血分数保留心力衰竭中医证素分布规律研究[J]. *中华中医药杂志*, 2020, 35(7): 3660-3664.
- [13] 刘晶, 徐浩. 从气血理论探讨射血分数保留心力衰竭的中医药防治[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2017, 15(17): 2210-2213.
- [14] 王金平, 刘俊杰, 王佩佩, 等. HFpEF 虚实证候的临床检查指标分析[J]. *世界中医药*, 2018, 13(9): 2127-2129, 2135.
- [15] 董国菊. 从“微饮”立论射血分数保留的心力衰竭早期防治思想[J]. *中华中医药学刊*, 2024, 42(6): 6-8.
- [16] 董国菊. 基于气化学说谈射血分数保留心力衰竭分期治疗的诊治思路[J]. *环球中医药*, 2022, 15(5): 805-808.
- [17] 董国菊. 基于“心肺相关”探讨射血分数保留心力衰竭的“心肺同治”[J]. *中国中西医结合杂志*, 2023, 43(11): 1371-1374.
- [18] 彭菊琴. HFpEF 中医证型分布规律及与合并症、生物学指标的相关性研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2019.
- [19] 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.
- [20] GUO HX, WANG JR, PENG GC, et al. A data mining-based study on medication rules of Chinese herbs to treat heart failure with preserved ejection fraction [J]. *Chin J Integr Med*, 2022, 28(9): 847-854.
- [21] REDFIELD MM, BORLAUG BA. Heart failure with preserved ejection fraction: a review [J]. *JAMA*, 2023, 329(10): 827-838.
- [22] CAMPBELL P, RUTTEN FH, LEE MM, et al. Heart failure with preserved ejection fraction: everything the clinician needs to know [J]. *Lancet*, 2024, 403(10431): 1083-1092.
- [23] LAM CSP, VOORS AA, DE BOER RA, et al. Heart failure with preserved ejection fraction: from mechanisms to therapies [J]. *Eur Heart J*, 2018, 39(30): 2780-2792.
- [24] BORLAUG BA, SHARMA K, SHAH SJ, et al. Heart failure with preserved ejection fraction: JACC scientific statement [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2023, 81(18): 1810-1834.
- [25] 射血分数保留的心力衰竭诊断与治疗中国专家共识制定工作组. 射血分数保留的心力衰竭诊断与治疗中国专家共识 2023 [J]. *中国循环杂志*, 2023, 38(4): 375-393.
- [26] 朱文锋. 构建“证素辨证”新体系的意义 [J]. *浙江中医药大学学报*, 2006, 30(2): 135-136, 142.
- [27] 中国中西医结合学会心血管病专业委员会, 中国医师协会中西医结合医师分会心血管病学专业委员会. 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.
- [28] 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. 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.
- [29] 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. 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.
- [30] 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.
- [31] 国家中医药管理局办公室. 国家中医药管理局办公室关于印发中风病 (脑梗死) 等 92 个病种中医临床路径和中医诊疗方案 (2017 年版) 的通知 [EB/OL]. (2017-03-13) [2024-10-04]. <http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/gongzuodongtai/2018-03-24/2651.html>.
- [32] 国家心血管病中心, 国家心血管病专家委员会心力衰竭专业委员会, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 等. 国家心力衰竭指南 2023 [J]. *中华心力衰竭和心肌病杂志*, 2023, 7(4): 215-311.
- [33] 张俊岭, 李全恩. 芪参益气滴丸对舒张性心力衰竭患者血浆中脑钠肽和心功能的影响 [J]. *实用医学杂志*, 2013, 29(1): 132-134.
- [34] 何少雷. 芪参益气滴丸治疗舒张性心力衰竭的临床研究 [J]. *包头医学院学报*, 2015, 31(11): 43-44.
- [35] 胡建华, 陈世健, 刘琨, 等. 芪参益气滴丸对舒张性心力衰竭患者左室舒张功能及血浆脑钠肽的影响 [J]. *中成药*, 2015, 37(5): 959-961.
- [36] 张凯旋, 耿巍, 姜一鸣, 等. 芪参益气滴丸对射血分数

- 保留心力衰竭的疗效观察[J]. 临床荟萃, 2019, 34(11):995-998.
- [37]侯建伟,杨静. 芪参益气滴丸联合比索洛尔对糖尿病合并左心室射血分数保留性心力衰竭患者氧化应激及心脏重构的影响研究:附 60 例临床资料[J]. 江苏中医药, 2019, 51(10):26-28.
- [38]张丹,勾韦华. 芪参益气滴丸联合比索洛尔治疗 HF-PEF 的疗效及对氧化应激和心室重构的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(11):1844-1847.
- [39]刘蕾. 芪参益气滴丸联合左西孟旦对射血分数保留性心力衰竭心脏舒张功能的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(15):8-9.
- [40]连晶晶. 芪参益气丸对射血分数保留型心力衰竭患者的治疗作用[D]. 邯郸:河北工程大学, 2022.
- [41]王方园. 芪参益气滴丸联合左西孟旦对射血分数保留心力衰竭患者心脏舒张功能及 MLHFQ 评分的影响[J]. 哈尔滨医药, 2022, 42(4):112-113.
- [42]方晓江,钱宝庆,魏丽萍,等. 防己黄芪汤加减用于射血分数保留型心衰的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(12):2591-2593.
- [43]张根生. 加味升陷汤对冠心病左室舒张功能不全患者心衰症状及心功能的影响[J]. 陕西中医, 2017, 38(11):1521-1522.
- [44]刘培中,李创鹏,刘克锋,等. 参麦注射液对老年舒张性心力衰竭患者生存质量影响的临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(11):113-114.
- [45]陈芳,蒋金全,楼丽娜. 参麦注射液辅助治疗老年舒张性心力衰竭的疗效分析[J]. 中国民康医学, 2014, 26(18):65-66.
- [46]潘春梅,林仲秋,范穗光. 参麦注射液治疗左室射血分数正常心衰临床研究[J]. 中医药临床杂志, 2016, 28(6):821-824.
- [47]田野,李彦霞,任君霞,等. 芪蒺强心胶囊治疗舒张性心衰的疗效观察[J]. 中国临床药理学杂志, 2011, 27(9):666-668.
- [48]洪恩. 芪蒺强心胶囊治疗舒张性心衰 40 例临床疗效观察[J]. 中国民族民间医药, 2013, 22(24):70.
- [49]李彦霞,贾振华,张鑫月. 芪蒺强心胶囊对慢性舒张性心力衰竭患者心脏舒张功能的影响[J]. 疑难病杂志, 2013, 12(4):261-263.
- [50]余智云. 芪蒺强心胶囊治疗 45 例舒张性心衰的临床疗效观察[J]. 中国民族民间医药, 2013, 22(21):28.
- [51]冯文伟,熊斌,李玉凤. 芪蒺强心胶囊对射血分数保留的心力衰竭患者多普勒 E/E' 比值及 NT-pro-BNP 的影响[J]. 新中医, 2014, 46(10):39-41.
- [52]杜亚康. 芪蒺强心胶囊治疗舒张性心力衰竭疗效观察[J]. 山西中医, 2014, 30(2):14-15, 42.
- [53]罗平,万凤福. 芪蒺强心胶囊联合西药治疗射血分数保留的心衰临床观察[J]. 江西医药, 2016, 51(10):1069-1071.
- [54]周琳,李嘉俊,任继刚. 观察芪蒺强心胶囊早期防治糖尿病伴射血分数保留心力衰竭的疗效[J]. 中国疗养医学, 2017, 26(1):77-79.
- [55]刘宏军,许强,夏晓鹏,等. 芪蒺强心胶囊治疗射血分数保留心力衰竭的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(14):1730-1733.
- [56]李澈,刘幼根,王圣果,等. 常规疗法联合芪蒺强心胶囊治疗慢性舒张性心功能不全的临床疗效[J]. 心脑血管病防治, 2018, 18(3):251-253.
- [57]李瑜贤. 芪蒺强心胶囊联合美托洛尔治疗高血压并舒张性心力衰竭的效果观察[J]. 中国民康医学, 2018, 30(21):84-85, 89.
- [58]高彩,金连珍,文磊,等. 芪蒺强心胶囊治疗射血分数保留慢性心力衰竭的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(17):2621-2623.
- [59]唐勇,陆咏. 芪蒺强心胶囊联合尼可地尔治疗慢性心力衰竭的临床效果[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(12):35-38.
- [60]阮静. 芪蒺强心胶囊联合冻干重组人脑利钠肽对 HFPEF 患者的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2021, 44(2):125-126.
- [61]孟莉莉,杨颖. 芪蒺强心胶囊与托伐普坦用于射血分数保留心力衰竭患者的效果[J]. 微量元素与健康研究, 2022, 39(3):41-43.
- [62]黄佳滨,王凤玲,陈丽霞,等. 心脉隆注射液治疗老年舒张性心力衰竭的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(21):3164-3165.
- [63]康素娴,张瑜,王杰敏,等. 参附注射液对老年气虚血瘀症型舒张性心力衰竭的影响[J]. 实用老年医学, 2013, 27(6):495-497, 501.
- [64]杨萍,李华,章永南,等. 参附注射液治疗舒张性心力衰竭的临床疗效及机制研究[J]. 中药药理与临床, 2014, 30(4):116-119.
- [65]戴金,毛威,刘强,等. 参附注射液治疗舒张性心力衰竭的临床疗效研究[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(12):3939-3941.
- [66]陈一峰. 苓桂术甘汤合血府逐瘀汤配合西药治疗舒张性心力衰竭 32 例[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(10):40-41.
- [67]翁惠珍,赵华云,彭毅,等. 加味五苓散对阳虚血瘀型射血分数保留心力衰竭的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(7):1207-1211.
- [68]冀雯芳. 加味真武汤辅助治疗老年舒张性心力衰竭临床研究[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(12):147-148.
- [69]刘培中,谢跃藩,李创鹏,等. 真武汤加味联合常规西药治疗老年舒张性心力衰竭临床观察[J]. 新中医, 2017, 49(1):22-24.
- [70]方奕芬,蔡小丽,何皓颖. 真武汤治疗舒张性心衰阳虚

- 水泛证临床疗效[J]. 西部中医药, 2020, 33(7): 89-92.
- [71] 刘振, 陈荣. 济生肾气丸方治疗心肾阳虚型舒张性心力衰竭疗效观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2011, 32(20): 3299-3300.
- [72] 强世平, 杨凤君, 赵冬, 等. 补肾纳气法治疗舒张性心衰 18 例[J]. 中医研究, 2011, 24(11): 35-37.
- [73] 国家体育总局健身气功管理中心. 健身气功: 八段锦[M]. 北京: 人民体育出版社, 2008: 56.
- [74] 李新玥, 周日辉, 甘灏云, 等. 八段锦结合西医常规疗法及健康教育对射血分数保留的心力衰竭患者心功能的影响[J]. 国际中医中药杂志, 2018, 40(8): 698-701.
- [75] 李新玥, 周日辉, 甘灏云, 等. 八段锦联合西药治疗射血分数保留慢性心力衰竭随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(3): 56-59.
- [76] 施海平, 宋伟鹏. 24 式简化太极拳在高校体育课中的教学分析[J]. 武术研究, 2021, 6(4): 94-96.
- [77] 王新婷, 贾美君, 刘永明. 太极拳对射血分数保留的心力衰竭患者临床疗效: 随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(8): 961-967.
- [78] 郑海波. 补阳活血汤联合沙库巴曲缬沙坦钠片治疗阳气亏虚血瘀型慢性心力衰竭急性加重期临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(23): 35-40.
- [79] 赵永强, 富军花, 张渊博. 真武汤加味联合呋塞米治疗心肾阳虚型急性心力衰竭的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(21): 117-120.
- [80] 殷可婧, 张苗, 杨斌, 等. 苓桂术甘汤加减辅助治疗急性心力衰竭患者的疗效评价[J]. 贵州医药, 2021, 45(12): 1932-1933.
- [81] 张和针, 梁宇鹏, 刘培中, 等. 真武汤合葶苈大枣泻肺汤治疗急性心力衰竭患者的临床观察[J]. 中国中医急症, 2021, 30(10): 1793-1796.
- [82] 殷小金, 曾先钦, 钟钰灵. 芪苈强心胶囊联合重组人脑利钠肽对急性心力衰竭的临床效果[J]. 深圳中西医结合杂志, 2023, 33(22): 93-96.
- [83] 王薇, 孔繁婷, 李蕊, 等. 不同中药注射液联合常规西药治疗急性心力衰竭的网状 Meta 分析[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(1): 251-267.
- [84] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗心力衰竭临床应用指南(2021 年)[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(3): 261-275.
- [85] 张航, 牛天福. 养心氏片治疗气虚血瘀型舒张性心力衰竭 34 例临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(24): 3148-3150.
- [86] 张明亮. 步长稳心颗粒治疗老年舒张性心力衰竭合并阵发性房颤效果分析[J]. 中国实用医刊, 2015, 42(5): 69-70.
- [87] 刘强, 徐智, 毛威. 益心舒胶囊治疗心房颤动合并舒张性心力衰竭患者的疗效[J]. 中国新药与临床杂志, 2011, 30(10): 766-770.
- [88] 马爱玲, 邵宁, 吴兆增, 等. 益心舒胶囊对舒张性心衰患者 6MWD、LA、E/A 比值、BNP 的影响[J]. 陕西中医学院学报, 2011, 34(5): 69-71.
- [89] 黄黎英, 章琴莺, 包斐丰, 等. 黄芪生脉饮与倍他乐克联合治疗舒张性心力衰竭临床观察[J]. 新中医, 2016, 48(1): 30-32.
- [90] 余家玉, 赵文婷, 鲍荣琦, 等. 心元胶囊对射血分数保留的心力衰竭的治疗作用[J]. 中国中医急症, 2015, 24(9): 1610-1611.
- [91] 宋艳琴, 于珊, 董明. 银丹心脑通软胶囊治疗舒张性心力衰竭的疗效评估[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015(10): 1210-1212.
- [92] 徐志强, 张雁, 连敏, 等. 参芪扶正注射液改善老年射血分数保留的心衰患者临床疗效机制初探[J]. 老年医学与保健, 2020, 26(4): 537-541.

Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction (HFpEF) by Integrated Chinese and Western Medicine

Cardiovascular Disease Branch, China Association of Chinese Medicine

ABSTRACT Traditional Chinese medicine (TCM) has advantages in managing heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) by offering multiple pathways, multiple targets, and individualized treatment. To further standardize the integrated diagnosis and treatment of HFpEF using both TCM and western medicine, and to maximize the advantages and improve the effectiveness level of this integrated approach, the *Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction (HFpEF) by Integrated Chinese and Western Medicine* has been developed. This consensus includes the definition, etiology, pathogenesis, and diagnostic criteria of HFpEF, as well as the integrated Chinese and western medicine treatment protocol. It is applicable to populations diagnosed with HFpEF, and is intended as a reference for cardiologists engaged in the clinical management of HFpEF from medical institutions at all levels, including traditional Chinese medicine hospitals, integrated Chinese and western medicine hospitals.

Keywords heart failure; ejection fraction; integrated Chinese and western medicine; expert consensus

(收稿日期: 2024-10-21; 修回日期: 2025-02-14)

[编辑: 焦 爽]