



团 体 标 准

T/CACM 1474—2023

慢性心力衰竭治未病干预指南

Guidelines for preventive treatment of diseases in chronic heart failure

2023 - 03 - 23 发布

2023 - 03 - 23 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目 次

前言	II
引言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 流行病学特点	3
5 病因病机	4
5.1 久病脏衰	4
5.2 感受外邪	4
5.3 情志过极	4
5.4 劳倦内伤	4
6 筛查和辨证分型	4
6.1 筛查	4
6.2 辨证分型	7
7 干预	9
7.1 “未病先防”（B期：心衰前期）	9
7.2 “既病防变”（C期：症状性心衰）	17
7.3 “瘥后防复”（慢性心衰稳定期患者的管理）	21
8 随访、监测和调查	23
8.1 随访	23
8.2 监测	24
8.3 调查	24
附录 A（资料性） 本文件的制定方法	25
附录 B（资料性） 本文件专家指导组、专家组、工作组成员及其所做的工作	27
参考文献	29

前 言

本文件参照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国中医科学院西苑医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位（按单位名称首字笔画排序）：上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、广州中医药大学第一附属医院、广东省中医院、广西中医药大学第一附属医院、天津中医药大学第一附属医院、中国中医科学院西苑医院、中国中医科学院广安门医院、长春中医药大学第一附属医院、北京大学第一医院、北京中医药大学循证医学中心、北京中医药大学东直门医院、安徽中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、首都医科大学附属北京中医医院、南京中医药大学附属医院、浙江省中医院、新疆维吾尔自治区中医医院。

本文件主要起草人（按姓氏笔画排序）：毛静远、毛威、邓悦、卢健棋、朱明军、安冬青、李立志、刘红旭、刘龙涛、刘玥、张敏州、陈晓虎、冼绍祥、林谦、胡元会，徐凤芹、高蕊、符德玉、戴小华。

本文件参与起草人（按姓氏笔画排序）：付长庚、戎光、刘艳飞、辛莉、张颖、张萍、张艳虹、赵阳、赵俊男、梅俊、惠稼祺、漆仲文。

引 言

慢性心力衰竭（chronic heart failure, CHF）是由于心脏结构或功能异常导致心室充盈或射血能力受损所致的一组复杂临床综合征。各种心脏疾病的终末阶段均会不同程度地导致心力衰竭的发生，包括冠心病、高血压、心律失常、心脏瓣膜病、心肌病等，这其中又以冠心病、高血压所占比例最高。随着我国经济社会的不断发展和医疗卫生条件的逐步改善，人均寿命不断延长，心血管病患者的存活率不断增加，老年人群心力衰竭患病率显著高于中青年，因此，在可预测的未来，慢性心力衰竭的患病率仍将不断增加。同时，流行病学研究显示，慢性心力衰竭5年存活率与恶性肿瘤相仿，是全球范围内危害最大的心血管疾病之一^[1]。

《黄帝内经》有云：“上工治未病，不治已病，此之谓也”，慢性心力衰竭的远期预后较差，因此，在慢性心力衰竭的早期进行有效的预防其意义远大于终末期治疗，而慢性心力衰竭的分期干预与中医“治未病”理论中“未病先防、已病防变、瘥后防复”三个主要阶段的主旨不谋而合。2022年4月，美国心脏病学会（AHA）、美国心脏协会（ACC）、美国心力衰竭学会（HFSA）联合发布了《2022 AHA/ACC/HFSA 心力衰竭管理指南》，将心衰风险期界定为A期，即存在心衰的危险因素，无心衰的症状及结构性心脏病；心衰前期界定为B期，即存在左心室肥厚、室壁运动异常等结构性心脏病或心脏功能异常，但目前或既往无心衰症状或体征；症状性心衰界定为C期，即目前或既往存在由心脏结构和（或）功能异常引起的心衰症状和（或）体征；晚期心衰界定为D期。A期的干预主要围绕危险因素的控制，可参考相关标准或指南、共识进行慢性心力衰竭治未病干预，同时，对于D期晚期心衰乃至心力衰竭急性加重期而言，其干预目前主要以西医治疗为主，中医主要是预防慢性心力衰竭向D期演变，对D期本身的干预效果较为有限。

因此，本文件将充分结合循证医学证据及专家经验，主要针对慢性心力衰竭B期及C期患者，通过“治未病”理论的三个主要阶段即“未病先防、已病防变、瘥后防复”。针对慢性心力衰竭B期，流行病学调查显示，高血压（57.2%）、冠心病（54.6%）、扩张性心肌病（14.7%）及瓣膜性心脏病（9.2%）是目前我国住院心力衰竭患者的主要合并症^[7]，同时，我国高血压及冠心病的发病率均较高，也是心力衰竭发生发展的主要危险因素。故本文件在慢性心力衰竭B期主要针对导致心力衰竭最常见的原因即高血压性心脏病、冠心病进行干预。在慢性心力衰竭B期、C期进行有效的干预，在西医常规治疗的基础上，通过中药、中医非药物疗法、运动、饮食、心理干预，即中西医结合“五位一体”干预体系，延缓乃至阻止高血压、冠心病患者心力衰竭的发生，防止已经出现心力衰竭症状的患者病情进一步发展，改善心力衰竭患者的远期预后效果。

本文件的制定方法，见附录A。

慢性心力衰竭治未病干预指南

1 范围

本文件提供了慢性心力衰竭的流行病学特点，病因病机，筛查和辨证分型，干预，随访、监测和调查的指南。

本文件适用于慢性心力衰竭的治未病干预。

本文件适合综合医院中医科、中西医结合科，中医院老年科、治未病科、体检中心，基层医疗机构等相关科室医务人员使用。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 慢性心力衰竭

3.1.1

心力衰竭 heart failure; HF

心衰

其症状和（或）体征由心脏结构和（或）功能异常引起，并由利钠肽水平升高和（或）肺部或全身淤血的客观证据所证实的一组临床综合征。

注：根据心力衰竭发生的时间、速度、严重程度分为慢性心力衰竭（3.1.2）和急性心力衰竭（急性心衰）。

3.1.2

慢性心力衰竭 chronic heart failure; CHF

慢性心衰

在原有慢性心脏疾病基础上逐渐出现心力衰竭（3.1.1）症状和体征的心力衰竭（3.1.1）。

注1：慢性心力衰竭的症状、体征稳定1个月以上者称为慢性稳定性心衰。慢性稳定性心衰恶化称为失代偿性心衰，若失代偿性心衰突然发生则称为急性心衰。

注2：中医学的“心衰病”与之相对应，临床可表现心悸、喘憋、水肿等。

3.2 慢性心力衰竭分期

3.2.1

A期：心衰风险期 stage A: at-risk for heart failure

患者有心衰（3.1.1）的危险因素，但无心衰（3.1.1）症状，没有结构性心脏病，无提示心肌牵张或损伤的心脏生物标记物。患者存在高血压、动脉粥样硬化性心血管疾病、糖尿病、代谢综合征或肥胖、接触心脏毒性药物、心肌病遗传变异或阳性家族史。

3.2.2

B期：心衰前期 stage B: pre-heart failure

患者没有心衰（3.1.1）的症状，但是存在以下任意1项情况：结构性心脏病，包括左心室或右心室收缩功能下降、心肌肥厚、心腔扩大、室壁运动异常、瓣膜性心脏病等；存在心室充盈压力增加的证据，包括通过有创血流动力学检查、通过无创超声心动图检查发现；存在A期的危险因素并伴有B型利钠肽水平升高或者心肌肌钙蛋白水平持续性升高，同时无导致此类生物标记物水平升高的其他病因，如急性冠脉综合征、慢性肾脏病、肺栓塞或心肌炎、心包炎。

3.2.3

C期：症状性心衰 stage C: symptomatic heart failure

患者现有或曾有心衰（3.1.1）症状。

3.2.4

D期：晚期心衰 stage D: advanced heart failure

尽管按照本文件指导的药物进行治疗，但仍有影响日常生活的心衰（3.1.1）症状并反复住院。

3.3 慢性心力衰竭分级

3.3.1

心功能Ⅰ级 New York Heart Association class I

体力活动不受限，日常活动不引起明显的疲乏、气促或心悸，属于心功能代偿期。

3.3.2

心功能Ⅱ级 New York Heart Association class II

轻度（或者Ⅰ度）心力衰竭

体力活动轻度受限，静息时无症状，日常活动可引起疲乏、气促、心悸或心绞痛。

3.3.3

心功能Ⅲ级 New York Heart Association class III

中度（或Ⅱ度）心力衰竭

体力活动明显受限，静息时仍可无症状，但轻于日常的活动便可引起上述各种症状。

3.3.4

心功能Ⅳ级 New York Heart Association class IV

重度（或Ⅲ度）心力衰竭

已不能做任何体力活动，静息时也有上述症状，轻微体力活动即可使症状加重。

3.4 慢性心力衰竭分类

3.4.1

射血分数降低的心衰 heart failure with reduced ejection fraction; HFrEF

LVEF \leq 40%的慢性心力衰竭（3.1.2）。

3.4.2

射血分数改善的心衰 heart failure with improved ejection fraction; HFimpEF

既往LVEF \leq 40%，后续检查LVEF $>$ 40%的慢性心力衰竭（3.1.2）。

3.4.3

射血分数轻度降低的心衰 heart failure with mildly reduced ejection fraction; HFmrEF

LVEF在41%~49%，且有证据表明左室充盈压增加的慢性心力衰竭（3.1.2）。

3.4.4

射血分数保留的心衰 heart failure with preserved ejection fraction; HFpEF

LVEF \geq 50%，且有证据表明左室充盈压增加的慢性心力衰竭（3.1.2）。

4 流行病学特点

心力衰竭是全球范围内造成心血管疾病患者死亡的重要原因之一，目前全球约有 6430 万心力衰竭患者^[2]。在发达国家，心力衰竭的患病率约占成年人口的 1%~2%^[3]。有调查分析了 2012—2015 年入选的 22158 名居民，发现在大于 35 周岁（含 35 周岁）的成年人中，加权后心力衰竭的患病率为 1.3%，较 2000 年增加了 44%。射血分数保留心力衰竭、射血分数中间值心力衰竭和射血分数降低心力衰竭的患病率分别为 0.3%、0.3%和 0.7%^[4]。《中国心血管健康与疾病报告 2020》公布的数据显示，中国现有心力衰竭患者已达 890 万，心力衰竭患病率和死亡率仍处于上升阶段^[5]。中国现有冠心病 1139 万，高血压 2.45 亿，均为心力衰竭的高危人群，中国高血压调查（CHS）研究结果显示，大于 35 周岁（含 35 周岁）的成年人心衰患病率为 1.3%，左心室收缩功能障碍患病率为 1.4%，中度或重度左心室舒张功能障碍患病率为 2.7%^[5]。China-HF 研究入选的 2012 年 1 月至 2015 年 9 月全国 132 家医院 13687 例心力衰竭患者中，住院心力衰竭的病死率为 4.1%^[6]，高血压（50.9%）、冠心病（49.6%）及心房颤动（24.4%）是目前中国心力衰竭患者的主要合并症。心力衰竭患者病情重、医疗费用高，在严重威胁人们的身体健康的同时，也加重了公共卫生领域的经济负担。

5 病因病机

5.1 久病脏衰

心衰乃久患心系疾病渐积而成，疾病反复迁延必损及心之体用，或血脉瘀阻，心体失荣；或外邪留伏，中伤心体；或劳倦内伤，心气耗散，诸内外因均可致心之体用俱损，气阳亏虚，进而加重心血瘀阻，脏腑失养，水液内聚之证。

5.2 感受外邪

心气内虚，复感六淫、疫毒之邪，趁虚内犯于心，如清·叶天士《温热论》云：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。”《素问·痹论》云：“风寒湿三气杂至，合而为痹。”痹证日久，可内舍于心。心衰病常因外感诱发或加重，心气虚无以驱邪外出，日久则心体受损，心气愈虚不复，加之外邪首犯肺卫，肺主治节失司，则进一步加重心血瘀阻，而致脏腑失养，水津外泄。

5.3 情志过极

情志失调，七情内伤，致脏腑气机紊乱，血行受扰。暴怒伤肝，疏泄失职，心血为之逆乱；忧思气结伤脾，血行滞缓，化源不足，不能上资心阳，则心气内虚。七情皆通过其所应之脏影响心之气血运行，致心脉痹阻，心体失养，水饮内生。

5.4 劳倦内伤

劳力过度伤脾或房劳伤肾，气血生化乏源，心体失养，而致心气内虚。劳倦内伤是心衰加重的关键诱因，《素问·举痛论》云：“劳则喘息汗出，外内皆越，故气耗矣。”已虚之体，骤然气耗，则虚者愈虚，运血无力，血脉瘀滞，水津外泄。

6 筛查和辨证分型

6.1 筛查

6.1.1 B期：心衰前期

6.1.1.1 高血压性心脏病

6.1.1.1.1 定义及临床表现

长期高血压引起的血流动力学应激最终可能导致心肌结构和代谢的改变，导致心脏重构，表现为左室功能障碍和心衰，以及心律和心肌灌注紊乱。根据高血压对心脏的病理生理和临床影响，将高血压性心脏病分为四个上升的等级，分别为Ⅰ级（孤立左室舒张功能不伴左室肥厚）、Ⅱ级（左室舒张功能不伴左室同心性肥厚）、Ⅲ级[临床心衰（呼吸困难、肺水肿伴射血分数保留）]、Ⅳ级（心衰扩张型心肌病伴射血分数降低）。

6.1.1.1.2 筛查方法

6.1.1.1.2.1 经胸超声心动图

是评估高血压性心脏病患者心脏结构和功能的首选方法，可提供房室内径、房室容量、左室射血分数、左右心室收缩和舒张功能、室壁厚度、瓣膜功能、肺动脉高压等。

6.1.1.1.2.2 心电图

高血压性心脏病患者存在不同程度的心电图异常。对怀疑存在心律失常或无症状性心肌缺血时应行24 h动态心电图。

6.1.1.2 稳定性冠心病

6.1.1.2.1 定义及临床表现

主要包括3种情况：

- 慢性稳定性劳力型心绞痛：是在冠状动脉固定性严重狭窄基础上，由于心肌负荷的增加引起的心肌急剧的、短暂的缺血缺氧临床综合征。通常为一过性的胸部不适，其特点为短暂的胸骨后压榨性疼痛或憋闷感（心绞痛），可由运动、情绪激动或其他应激诱发。
- 缺血性心肌病：指由于长期心肌缺血导致心肌局限性或弥漫性纤维化，从而产生心脏收缩和/或舒张功能受损，引起心脏扩大或僵硬、慢性心力衰竭、心律失常等一系列临床表现的临床综合征。
- 急性冠状动脉综合征之后稳定的病程阶段：通常无症状，表现为长期、静止、无典型缺血症状的状态。

与心肌缺血相关的胸部不适（心绞痛）通常从以下4个方面描述：

- 部位：心肌缺血引起的胸部不适通常位于胸骨体之后，可波及心前区，有手掌大小范围甚至横贯前胸，界限不很清楚。常放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指，或至颈、咽或下颌部。
- 性质：胸痛常为压迫、发闷、紧缩或胸口沉重感，有时被描述为颈部扼制或胸骨后烧灼感，但不像针刺或刀扎样锐性痛。可伴有呼吸困难，也可伴有非特异性症状如乏力或虚弱感、头晕、恶心、坐立不安或濒死感。呼吸困难可能为稳定性冠心病的唯一临床表现，有时与肺部疾病引起的气短难以鉴别。胸痛发作时，患者往往被迫停止正在进行的活动，直至症状缓解。
- 持续时间：通常持续数分钟至10余分钟，大多数情况下3 min~5 min，很少超过30 min，若症状仅持续数秒，则很可能与心绞痛无关。
- 诱因：与劳累或情绪激动相关是心绞痛的重要特征。当负荷增加如走坡路、逆风行走、饱餐后或天气变冷时，心绞痛常被诱发。疼痛多发生于劳累或激动的当时，而不是劳累之后。含服硝酸酯类药物常可在数分钟内使心绞痛缓解。

6.1.1.2.2 筛查方法

6.1.1.2.2.1 经胸超声心动图

是评估稳定性冠心病患者心脏结构和功能的首选方法，部分稳定性冠心病患者左心功能正常，但可见局部心室壁活动异常，提示罹患冠心病的可能性大。还有助于排除其他结构性心脏疾病，如瓣膜病、肥厚型心肌病等。

6.1.1.2.2.2 心电图

对于疑诊稳定性冠心病的患者应行静息心电图，静息心电图正常不能除外心肌缺血，但能提供患者罹患冠心病的某些信息，如既往存在心肌梗死或复极异常等。对怀疑存在心律失常或无症状性心肌缺血时应行24 h动态心电图。

6.1.1.2.2.3 胸部X线

对可疑心力衰竭患者的评估有意义，且有助于鉴别诊断肺部疾病。心绞痛症状不典型或疑似肺部疾病的患者宜行胸部X线检查。

6.1.1.2.2.4 其他检查

实验室检查、冠状动脉CT血管成像、负荷心电图、负荷超声心动图、冠状动脉造影、负荷超声心动图、核素心肌负荷显像等有助于进一步明确诊断和评估。

6.1.2 C期：症状性心衰

6.1.2.1 临床表现

心衰常见的症状为劳力性呼吸困难、夜间阵发呼吸困难、端坐呼吸、运动耐量降低、疲劳、夜间咳嗽、腹胀、纳差等。主要体征有颈静脉怒张、肺部啰音、第三心音（奔马律）、肝颈静脉回流征阳性、下肢水肿等。原心功能正常或慢性心衰稳定期患者出现原因不明的疲乏或运动耐力明显减低，以及心率增加15次/min~20次/min，可能是左心功能降低或心衰加重的早期征兆。心衰患者体重增加可能早于显性水肿出现，观察到患者体重短期内明显增加、尿量明显减少、入量大于出量提示液体潴留。

6.1.2.2 筛查方法

6.1.2.2.1 经胸超声心动图

是评估心衰患者心脏结构和功能的首选方法，可提供房室容量、左右心室收缩和舒张功能、室壁厚度、瓣膜功能、肺动脉高压、评估室壁运动情况及有无心包积液等。

6.1.2.2.2 心电图

心衰患者存在不同程度的心电图异常。对怀疑存在心律失常或无症状性心肌缺血时应行24 h动态心电图。

6.1.2.2.3 X线胸片

可提供肺淤血/水肿和心脏增大的信息，但X线胸片正常并不能除外心衰。

6.1.2.2.4 血浆利钠肽 [B 型利钠肽 (BNP) 或 N 末端 B 型利钠肽原 (NT-proBNP)]

可用于因呼吸困难而疑为心衰患者的诊断和鉴别诊断。在慢性心衰的临床应用中, BNP/NT-proBNP 用于排除心衰诊断价值更高。排除慢性心衰诊断的界值: BNP<35n g/L或NT - proBNP<125 ng/L, 在此范围内, 心衰诊断的可能性非常小。

6.1.2.2.5 其他检查

实验室检查、心脏磁共振 (Cardiac Magnetic Resonance, CMR)、冠状动脉造影、负荷超声心动图、核素心肌灌注、心肌活检、基因检测、6 min 步行试验和心肺运动试验等有助于进一步明确诊断和评估。

6.2 辨证分型

6.2.1 B 期: 心衰前期

6.2.1.1 高血压性心脏病

6.2.1.1.1 肝阳上亢证

主要表现: 眩晕耳鸣, 头痛, 头胀, 劳累及情绪激动后加重, 颜面潮红, 甚则面红如醉, 脑中烘热, 肢麻震颤, 目赤, 口苦, 失眠多梦, 急躁易怒, 舌红, 苔薄黄, 脉弦数, 或寸脉独旺, 或脉弦长, 直过寸口。

6.2.1.1.2 痰饮内停证

主要表现: 眩晕, 头重, 头昏沉, 重如物裹, 头痛, 视物旋转, 胸闷心悸, 胃脘痞闷, 恶心呕吐, 食少, 多寐, 下肢酸软无力, 下肢轻度水肿, 按之凹陷, 小便不利, 大便或溏或秘, 舌淡, 苔白腻, 脉濡滑。

6.2.1.1.3 阴阳两虚证

主要表现: 头晕, 畏寒肢冷, 腰膝酸软, 夜尿频, 五心烦热, 气短, 脉弱, 舌淡红, 苔白, 脉沉细。

6.2.1.1.4 肾阴亏虚证

主要表现: 眩晕, 视力减退, 两目干涩, 健忘, 口干, 耳鸣, 神疲乏力, 五心烦热, 盗汗, 失眠, 腰膝酸软乏力, 遗精, 舌质红, 少苔, 脉细数。

6.2.1.1.5 瘀血内停证

主要表现: 眩晕, 头痛, 兼见健忘, 失眠, 心悸, 精神不振, 耳聋耳鸣, 面唇紫暗, 舌暗有瘀斑, 脉涩或细涩。

6.2.1.2 冠心病 (稳定型心绞痛)

6.2.1.2.1 心血瘀阻证

主要表现: 胸痛以固定性疼痛为特点, 症见面色紫暗, 肢体麻木, 口唇紫暗或暗红。舌质暗红或紫暗, 舌体有瘀点瘀斑, 舌下静脉紫暗, 脉涩或结代。

6.2.1.2.2 气滞血瘀证

主要表现：胸痛以胸闷胀痛、多因情志不遂诱发为特点，症见善太息，脘腹两肋胀闷，得暖气或矢气则舒，舌紫或暗红，脉弦。

6.2.1.2.3 痰浊闭阻证

主要表现：胸痛以胸闷痛为特点，症见痰多体胖，头晕多寐，身体困重，倦怠乏力，大便黏腻不爽，舌苔厚腻，脉滑。

6.2.1.2.4 寒凝心脉证

主要表现：胸痛以卒然心痛如绞、感寒痛甚为特点，症见形寒肢冷，冷汗自出，面色苍白，心悸气短，苔薄白，脉沉紧。

6.2.1.2.5 气虚血瘀证

主要表现：胸痛以胸痛胸闷、劳则诱发为特点，症见气短乏力，身倦懒言，心悸自汗，面色淡白或晦暗，舌胖淡暗，脉沉涩。

6.2.1.2.6 气阴两虚证

主要表现：胸痛以胸闷隐痛、遇劳则甚为特点，症见气短口干，心悸倦怠，眩晕失眠，自汗盗汗。舌胖嫩红少津，脉细弱无力。

6.2.1.2.7 心肾阴虚证

主要表现：胸痛以疼痛时作时止为特点，症见腰膝酸软，心悸失眠，五心烦热，口燥咽干，潮热盗汗，舌红少苔，脉细数。

6.2.1.2.8 心肾阳虚证

主要表现：胸痛以胸闷痛、遇寒加重为特点，症见畏寒肢冷，心悸怔忡，自汗神倦，面色白，便溏，肢体浮肿，舌淡胖、苔白，脉沉迟。

6.2.2 C期：症状性心衰

6.2.2.1 气虚血瘀证

主要表现：气短/喘息、乏力、心悸。次症：倦怠懒言，活动易劳累；自汗；语声低微；面色、口唇紫暗。舌质紫暗（或有瘀斑、瘀点或舌下脉络迂曲青紫），舌体不胖不瘦或边有齿痕，苔白，脉沉、细或虚无力。

6.2.2.2 气阴两虚血瘀证

主要表现：气短/喘息、乏力、心悸。次症：口渴/咽干；自汗/盗汗；手足心热；面色/口唇紫暗。舌质暗红或紫暗（或有瘀斑、瘀点或舌下脉络迂曲青紫），舌体瘦，少苔，或无苔，或剥苔，或有裂纹，脉细数无力或结代。

6.2.2.3 阳气亏虚血瘀证

主要表现：气短/喘息、乏力、心悸。次症：怕冷和/(或)喜温；胃脘/腹/腰/肢体冷感；冷汗；面色/口唇紫暗。舌脉：舌质紫暗（或有瘀斑、瘀点或舌下脉络迂曲青紫），舌体胖大，或有齿痕，脉细、沉、迟无力。

6.2.2.4 兼证

痰饮证：咳嗽/咯痰、胸满/腹胀、面浮/肢肿、小便不利。舌脉：舌苔润滑，或腻，或有滑脉。具有兼证1项，结合舌脉，即可诊断。

7 干预

7.1 “未病先防”（B期：心衰前期）

7.1.1 高血压性心脏病

7.1.1.1 西医治疗

参考《2020 国际高血压实践指南》《中国高血压防治指南 2018》。治疗原则：控制原发病，强调早期血压达标，改善心血管预后^[8-10]。

7.1.1.2 中医药治疗

7.1.1.2.1 肝阳上亢证

治疗原则：平肝潜阳，补益肝肾。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用天麻钩藤饮（1C）、龙胆泻肝汤（1B）、调肝降压方（2B）。

天麻钩藤饮方剂来源《中医内科杂病证治新义》：天麻、钩藤、石决明、山栀、黄芩、桑寄生、川牛膝、夜交藤、益母草、杜仲、朱茯神；龙胆泻肝汤方剂来源《医方集解》：龙胆草、黄芩、山栀子、泽泻、木通、车前子、当归、生地黄、柴胡、生甘草；调肝降压方方剂来源《中国百年百名中医临床家丛书（第二版）·内科专家卷：周次清》：柴胡、佛手、炒栀子、丹皮、菊花、钩藤；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可提高临床疗效，降低原发性高血压收缩压、舒张压。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：中成药可选择天麻钩藤颗粒（1C）、强力定眩片（2C）、松龄血脉康胶囊（1C）。

天麻钩藤颗粒药物组成：天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、川牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、夜交藤、茯神。

用法用量：开水冲服。一次 1 袋，一日 3 次，或遵医嘱。

强力定眩片药物组成：天麻、杜仲、野菊花、杜仲叶、川芎。

用法用量：口服。一次 4 片~6 片，一日 3 次，或遵医嘱。

松龄血脉康胶囊药物组成：鲜松叶、葛根、珍珠层粉。

用法用量：口服。一次 3 粒，一日 3 次，或遵医嘱。

改善结局：提高临床治疗效果，降低焦虑抑郁评分，提高生活质量。

安全性：松龄血脉康胶囊，个别患者服药后可能出现轻度腹泻、胃脘胀满等，饭后服用有助于减轻或改善症状；余无不良事件报告。

7.1.1.2.2 痰饮内停证

治疗原则：化痰息风，健脾祛湿。

推荐意见：中药汤剂宜使用半夏白术天麻汤（1B）。

方剂来源《脾胃论》：黄柏、干姜、天麻、苍术、白茯苓、黄芪、泽泻、人参、白术、炒曲、半夏、大麦蘖面、橘皮；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可降低高血压患者的收缩压。

安全性：无不良事件报告。

7.1.1.2.3 阴阳两虚证

治疗原则：滋阴温阳。

推荐意见：中药汤剂宜使用地黄饮子（2C）。

方剂来源《圣济总录》：干地黄、巴戟天、山茱萸、肉苁蓉、石斛、炮附子、五味子、肉桂、白茯苓、麦门冬、石菖蒲、远志、生姜、大枣、薄荷；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可使24h动态血压监测中各项指标趋于正常，亦能改善心率变异性相关指标，增强心脏自主神经系统功能。

安全性：无不良事件报告。

7.1.1.2.4 肾阴亏虚证

治疗原则：滋补肝肾，养阴填精。

推荐意见：中药汤剂宜使用六味地黄丸（2C）。

方剂来源《小儿药证直诀》：熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、丹皮、茯苓；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：六味地黄丸联合西药基础治疗可更好地降低收缩压与舒张压。

安全性：无不良事件报告。

7.1.1.2.5 瘀血内停证

治疗原则：祛瘀生新，活血通窍。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用通窍活血汤（2C）。

通窍活血汤方剂来源《医林改错》：赤芍、川芎、桃仁、红枣、红花、老葱、鲜姜、麝香；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善患者临床症状与心功能指标（BNP、左室功能），LVEF，降低血压。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：心脉通胶囊（2B）。

药物组成：当归、决明子、钩藤、牛膝、丹参、粉葛、槐米、毛冬青、夏枯草、三七。

用法用量：口服。一次 3 粒，一日 3 次，或遵医嘱。

改善结局：可降低高血压患者的收缩压。

安全性：无不良事件报告。

7.1.1.3 有氧运动

有氧运动能改善由于血压升高长期控制不良，左心室负荷逐渐加重，左心室失代偿而逐渐肥厚和扩张而形成的器质性心脏病。

推荐意见：有氧运动（1C）。

以步行为主，15 min/次~30 min/次，3 次/周。

改善结局：可改善慢性心力衰竭 B 期（高血压性心脏病）患者 NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期径（LVEDd）及左心室收缩末期径（LVEDs）。

7.1.1.4 生活方式干预

参考《2020 国际高血压实践指南》《中国高血压防治指南 2018》。生活方式干预原则：降低血压，控制其他危险因素和临床情况，降低心血管病风险。

7.1.2 稳定性冠心病

7.1.2.1 西医治疗

稳定性冠心病包括慢性稳定性劳力型心绞痛、缺血性心肌病和急性冠状动脉综合征之后稳定的病程阶段。冠心病所致的心肌缺血、梗死及瘢痕形成，是心衰发生发展的常见原因，约占 46.8%。一项基于心梗数据采集系统（MIDAS）的研究发现，高血压、糖尿病、肾脏病史以及肺病史是心梗后心衰的危险因素，前壁心梗、合并慢性完全闭塞病变以及瓣膜反流的患者也是心梗后心衰的高危人群，排除冠心病急性发作导致的心衰。

参考《稳定性冠心病基层诊疗指南（2020 年）》《2019 ESC 慢性冠状动脉综合征指南》。

常用药物选择：血管紧张素转化酶抑制剂（Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors, ACEI）/血管紧张素 II 受体拮抗剂（Angiotensin II Receptor Blocker, ARB）^[11-13]、β 受体阻滞剂^[14]、醛固酮受体拮抗剂^[15-16]、血管紧张素受体-脑啡肽酶抑制剂（Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor, ARNI）^[17-20]、他汀类药物^[12]。

7.1.2.2 中医药治疗

7.1.2.2.1 心血瘀阻证

治疗原则：活血化瘀，通络止痛。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用冠心 2 号方（1B）。

方剂来源《古今名方》：川芎、赤芍、红花、降香、丹参；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可有效改善临床症状，降低心绞痛发作频率，改善心电图缺血。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：中成药宜使用血府逐瘀胶囊（2D）、血塞通软胶囊（2B）、冠心舒通胶囊（2B）、乐脉颗粒（2B）。

血府逐瘀胶囊药物组成：桃仁(炒)、红花、赤芍、川芎、枳壳(麸炒)、柴胡、桔梗、当归、地黄、牛膝、甘草。

用法用量：口服，一次 6 粒，一日 2 次，或遵医嘱。

血塞通软胶囊药物组成：三七总皂苷。

用法用量：口服，每次 2 粒，每日 2 次，或遵医嘱。

冠心舒通胶囊药物组成：广枣、丹参、丁香、冰片、天竺黄。

用法用量：口服，每次 3 粒，每日 3 次，或遵医嘱。

乐脉颗粒药物组成：丹参、川芎、赤芍、红花、香附、木香、山楂。

用法用量：开水冲服，一次 1 袋~2 袋，一日 3 次，或遵医嘱。

改善结局：可提升心绞痛的治疗疗效，并有效减少治疗前后心绞痛发作的次数，提高患者心绞痛总有效率、心电图有效率，改善患者血脂和超敏 C-反应蛋白（hs-CRP）水平。

安全性：冠心舒通胶囊，个别患者用药后出现恶心、胃部不适、胃中嘈杂不安等胃肠道不良反应；余无不良事件报告。

7.1.2.2.2 气滞血瘀证

治疗原则：行气活血，通络止痛。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用血府逐瘀汤（1C）。

方剂来源《医林改错》：桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善心绞痛的发作次数、持续时间，减轻严重程度。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：中成药宜使用心可舒片（2B）、银丹心脑血管通软胶囊（1B）、麝香保心丸（2B）。

心可舒片药物组成：山楂、丹参、葛根、三七、木香。

用法用量：口服，一次 4 粒，一日 3 次，或遵医嘱。

银丹心脑血管通软胶囊药物组成：银杏叶、丹参、灯盏细辛、绞股蓝、山楂、大蒜、三七、艾片。

用法用量：口服，一次 2 粒~4 粒，一日 3 次，或遵医嘱。

麝香保心丸药物组成：人工麝香、人参提取物、人工牛黄、肉桂、苏合香、蟾酥、冰片。

用法用量：口服，一次 1 丸~2 丸，一日 3 次，或遵医嘱。

改善结局：可降低心血管事件发生率，减少心绞痛发作次数，改善中医证候。

安全性：麝香保心丸，个别患者服用后偶有麻舌感；余无不良事件报告。

7.1.2.2.3 痰浊闭阻证

治疗原则：通阳泄浊，豁痰开结。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用瓜蒌薤白半夏汤（1C）。

方剂来源《金匱要略》：栝蒌实、薤白、半夏；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可有效改善冠心病心绞痛患者的心绞痛、心电图和中医症候疗效，且安全性较好。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：中成药宜使用丹萎片（2B）。

丹萎片药物组成：瓜蒌皮、薤白、葛根、川芎、丹参、赤芍、泽泻、黄芪、骨碎补、郁金。

用法用量：口服，一次5片，一日3次，或遵医嘱。

改善结局：可减少心绞痛发作次数。

安全性：部分患者服用后可出现恶心、腹泻、口干。

7.1.2.2.4 寒凝心脉证

治疗原则：温经散寒，活血通痹。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用宽胸丸（2D）、瓜蒌薤白白酒汤（2D）。

宽胸丸方剂来源《古今名方》：萆拔、高良姜、延胡索、檀香、细辛、冰片；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

瓜蒌薤白白酒汤方剂来源《金匱要略》：栝蒌实、薤白、白酒；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善心绞痛发作次数、程度、持续时间及硝酸甘油停减率。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：中成药宜使用冠心苏合丸（1B）、宽胸气雾剂（1C）。

冠心苏合丸药物组成：檀香、青木香、乳香、朱砂、冰片、苏合香。

用法用量：每次1丸，一日3次，口含服或咀嚼后咽服，或遵医嘱。

宽胸气雾剂药物组成：细辛油、檀香油、高良姜油、萆拔油、冰片；用法用量：喷口对准口腔，喷2次~3次，或遵医嘱。

改善结局：可明显改善患者中医症状，缓解心绞痛发作，提高临床疗效，并可降低患者血清同型半胱氨酸（Hcy）和hs-CRP水平。

安全性：宽胸气雾剂，部分患者使用后会现头晕、头胀、恶心、呕吐；余不良事件报告。

7.1.2.2.5 气虚血瘀证

治疗原则：益气活血，补虚止痛。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用八珍汤加味（2C）。

方剂来源《瑞竹堂经验方》：人参、白术、白茯苓、当归、川芎、白芍药、熟地黄、甘草；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可减少心绞痛发作次数、硝酸甘油用量及改善中医证候。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：中成药宜使用通心络胶囊（1B）、脑心痛胶囊（2B）、麝香通心滴丸（2B）、血栓心脉宁片（2C）、养心氏片（2C）、冠心丹参滴丸（2C）、芪参益气滴丸（1D）。

通心络胶囊药物组成：人参、水蛭、全蝎、赤芍、蝉蜕、土鳖虫、蜈蚣、檀香、降香、乳香（制）、酸枣仁（炒）、冰片。

用法用量：口服，一次2粒~4粒，一日3次，或遵医嘱。

脑心通胶囊药物组成：黄芪、赤芍、丹参、当归、川芎、桃仁、红花、醋乳香、醋没药、鸡血藤、牛膝、桂枝、桑枝、地龙、全蝎、水蛭。

用法用量：口服，一次2粒~4粒，一日3次，或遵医嘱。

麝香通心滴丸药物组成：人工麝香、人参茎叶总皂苷、蟾酥、丹参、人工牛黄、熊胆粉、冰片。

用法用量：口服，一次2丸，一日3次，或遵医嘱。

血栓心脉宁片药物组成：川芎、丹参、水蛭、毛冬青、牛黄、麝香、槐花、人参茎叶皂苷、冰片、蟾酥。

用法用量：口服，一次2片，一日3次，或遵医嘱。

养心氏片药物组成：黄芪、党参、丹参、葛根、淫羊藿、山楂、地黄、当归、黄连、延胡索（炙）、灵芝、人参、甘草（炙）。

用法用量：口服，一次2片~3片，一日3次，或遵医嘱。

冠心丹参滴丸药物组成：丹参、三七、降香油。

用法用量：舌下含服，一次10丸，一日3次，或遵医嘱。

芪参益气滴丸药物组成：黄芪、丹参、三七、降香油。

用法用量：口服，餐后半小时内服用，一次1袋，一日3次，4周为一疗程，或遵医嘱。

改善结局：可减少心绞痛发作次数。

安全性：通心络胶囊，个别患者会出现胃肠道不适、头痛、面红；麝香通心滴丸，极个别患者用药后出现身热、颜面潮红，停止服药后很快缓解；极个别患者可出现舌麻辣感。较高剂量服用可导致ALT升高；芪参益气滴丸，部分患者会出现头痛、胃肠道不适；余无不良事件报告。

7.1.2.2.6 气阴两虚证

治疗原则：益气养阴，活血通络。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用生脉散加味（2D）。

方剂来源《医学启源》：人参、麦冬、五味子；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善患者左心功能。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：中成药宜使用灯盏生脉胶囊（1B）、通脉养心丸（2B）、养心生脉颗粒（2C）。

灯盏生脉胶囊药物组成：灯盏细辛、人参、五味子、麦冬。

用法用量：口服，一次2粒，一日3次，或遵医嘱。

通脉养心丸药物组成：地黄、鸡血藤、麦冬、甘草、制何首乌、阿胶、五味子、党参、醋龟甲、大枣、桂枝。

用法用量：口服，一次40丸，一日1次~2次，或遵医嘱。

养心生脉颗粒组成：人参、麦冬、丹参、五味子、龙眼肉、枸杞子、赤芍、牛膝、郁金、木香、佛手、茯苓、泽泻、甘草。

用法用量：口服，一次 1 袋，一日 3 次。温开水冲服，或遵医嘱。

改善结局：可改善心脏舒缩功能，提高其运动耐量。

安全性：养心生脉颗粒，个别患者服药后出现口干咽燥、食欲不振、上腹不适；余无不良事件报告。

7.1.2.2.7 心肾阴虚证

治疗原则：滋阴清热，养心安神。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用左归饮（2D）。

方剂来源《景岳全书》：熟地、山药、枸杞、炙甘草、茯苓、山茱萸；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可缓解心绞痛症状及改善心电图缺血表现。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：中成药宜使用心元胶囊（1B）、天王补心丹（2C）。

心元胶囊药物组成：制何首乌、丹参、地黄；用法用量：口服，一次 3~4 粒，一日 3 次，或遵医嘱。

天王补心丹组成：人参、茯苓、玄参、丹参、桔梗、远志、当归、五味、麦门冬、天门冬、柏子仁、酸枣仁、生地黄；用法用量：口服，一次 8 丸，一日 3 次，或遵医嘱。

改善结局：可缓解心绞痛症状及改善心电图缺血表现。

安全性：无不良事件报告。

7.1.2.2.8 心肾阳虚证

治疗原则：补益阳气，温振心阳。

推荐意见：中药汤剂宜使用参附汤合右归饮（2D）。

参附汤方剂来源《圣济总录》：人参、附子；右归饮方剂来源《景岳全书》：熟地、山药、山茱萸、枸杞、甘草、杜仲、肉桂、制附子；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可减轻心绞痛发作次数及改善心电图缺血表现。

安全性：无不良事件报告。

7.1.2.3 非药物治疗

推荐意见 a：针刺治疗（2C）。

平衡针针刺阿是穴可缩短 AMI 患者胸痛持续时间和减轻胸痛程度，取内关、间使、神门等具有与心脏相关特异性的穴位行针刺治疗，可促进 AMI 患者心脏功能的恢复和改善。

改善结局：可改善慢性心力衰竭 B 期（冠心病）患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径（LVEDd）及心输出量。

推荐意见 b：饮食营养干预（2C）。

改善结局：与常规治疗相比，饮食营养干预及中医药膳联合西医常规治疗在改善慢性心力衰竭 B 期患者 BNP/NT-proBNP、左室舒张/收缩末期内径、心输出量、LVEF、心功能(NYHA 分级) 疗效以防止心衰进展至 C 期方面有更好的临床疗效。

7.1.2.4 有氧运动

推荐意见 a：八段锦（2C）。

每天 1 次，每次 30 min，每周锻炼 3 次~5 次，可改善慢性心衰患者的心肺功能、提高其运动耐力，还具有“治未病”的积极意义。

改善结局：可改善慢性心力衰竭 B 期患者 LVEF。

推荐意见 b：太极拳（2C）。

每天 1 次，每次 20 min。可改善不良心理状态，疏通经络气血，具有精、养气和存神的作用。

改善结局：可改善慢性心力衰竭 B 期患者 LVEF。

7.1.2.5 日常调护

每日称体重及监测血压、心率；戒烟；注意休息，勿劳累；避免感染；社会支持。

其中，社会支持对患者预后的影响十分重要，常见的社会支持是通过亲人、朋友、配偶及医疗卫生保健系统所提供的支持。社会支持水平不仅会影响个体的心理健康水平，还是影响疾病治疗和康复的重要途径，在冠心病患者中的作用更为明显。患者通过与亲属、配偶的沟通交流，表达自己内心的情感，从而改善患者心理和生理健康状况，提高冠心病患者的依从性，增强患者战胜疾病的信心，进而缓解其焦虑抑郁情绪，改善患者的生活质量^[21-24]，包括以下几个方面：

- 健康教育：普及相关医学知识，对患者及家属施行健康教育，包括与心衰相关的基础知识、药物知识、症状监控、饮食运动指导及改善生活方式等^[25]。同时，教会心衰患者及其家属如何识别心衰症状及恶化征兆，加强患者自我监测与管理，特别是每日体重和尿量变化、合理限制钠盐摄入。提高药物依从性，减少不必要的非治疗性保健药物。
- 生活方式调整：合并睡眠呼吸暂停患者，可侧卧体位睡眠和考虑使用连续气道正压通气以增加 LVEF 和改善睡眠功能状态^[26]；嘱咐患者尽可能地保证呼吸平稳，进行呼吸训练（10 min/次，早晚各 1 次）；根据患者爱好选择舒缓音乐，调节患者情绪；鼓励患者进行适当的慢跑、散步，每天晚上睡觉前用温水泡脚，按摩头部、脚部，可调节患者情绪，促进睡眠^[24]。
- 心理疏导：有计划地指导患者进行心理疏导，避免在应对疾病的过程中出现各种社会心理行为问题。保持良好的精神状态有利于缓解病情、减少心衰急性发作。基于社会支持系统下的心理护理是通过对患者的焦虑程度进行调整，以提高患者的心理内环境适应能力，消除过度的心理应激反应，减少并发症的发生。心理支持可通过心理调适方法，引导患者克服惰性、改变生活方式，鼓励患者帮助他人及其他的娱乐形式以改善患者的负性情绪，包括家人支持、同事好友支持、病友支持、心理护理、放松疗法等。所以对冠心病患者提供及时心理支持，可减轻负性情绪对疾病的影响，帮助患者消除对疾病产生的恐惧感和抵抗心理，使患者积极、正向地面对后续的治疗^[23-24]。
- 随访：推荐心肌梗死患者出院后每 2 周随访 1 次，病情稳定后改为每 1 个月~2 个月 1 次，随访的内容包括测量血压及心率、临床评估心功能分级、肾功能与电解质、治疗依从性与不良反应，应注意中西药物相互作用导致的不良反应；根据病情行 BNP/NT-proBNP、经胸超声心动图和动态心电图检查，通常在规范治疗 3 个月后，患者临床状况可发生变化，宜每 6 个月进行 1 次病情评估，根据评估结果及时进行药物调整等措施^[27]。

建议药物治疗的同时进行患者教育和康复治疗，患者教育主要包括药物治疗依从性、饮食指导与生活方式干预等；康复治疗有助于更好地控制危险因素、提高运动耐量和生活质量。若患者病情允许，应在住院期间尽早开始康复治疗，出院后根据情况循序渐进的进行康复治疗。

7.2 “既病防变”（C期：症状性心衰）

7.2.1 西医治疗

7.2.1.1 一般治疗

应进行多学科团队管理，促进按本文件规范用药和患者自我管理，后者包括坚持用药以及保持健康生活方式，例如限盐和适度活动。患者应了解如何进行自我监测，及时发现心衰恶化征象并知晓如何应对。接种包括 COVID-19 在内的常见呼吸道疾病疫苗。

7.2.1.2 常用西药选择

HFrEF 患者应选择血管紧张素脑啡肽酶抑制剂（ARNI/ACEI/ARB）（1，A）、 β 受体阻滞剂（1，A）、盐皮质激素受体拮抗剂（MRA）（1，A）和钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂（SGLT-2i）（1，A）。对于存在液体潴留的患者，宜使用利尿剂。

HFmrEF 患者可选择 SGLT-2i（2a，B-R）和利尿剂，可选用 ARNI/ACEI/ARB/MRA/ β 受体阻滞剂（2b），并重复评估 LVEF。

对于 HFpEF 患者，SGLT-2i（2a，B-R）可能有助于降低心衰住院率和心血管死亡率；可选用 MRA/ARNI（2b，B-R）。

对于 HFimpEF 患者，继续其 HFrEF 治疗，即使患者没有症状（1，B-R）。

7.2.2 中医特色干预

7.2.2.1 中医辨证治疗

7.2.2.1.1 气虚血瘀或兼痰饮

治疗原则：益气活血，或兼以化痰利水。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用其中一种，包括保元汤（1B）、补阳还五汤（2D）等。

代表方剂 1：保元汤。方剂来源《博爱心鉴》：人参、黄芪、肉桂、甘草、生姜；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径（LVEDd）、左心室收缩末期内径（LVEDs）、6 min 步行试验（6MWT）、中医证候积分及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

安全性：无不良事件报告。

代表方剂 2：补阳还五汤。方剂来源《医林改错》：黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、红花、桃仁。治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、心功能疗效、6 min 步行试验（6MWT）及中医证候疗效。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：中成药宜使用芪参益气滴丸（1B）。

药物组成：黄芪、丹参、三七、降香油。

用法用量：口服，餐后半小时服用，一次1袋，一日3次，4周为一疗程，或遵医嘱。

改善结局：可改善中医证候、心功能，提高运动耐量（例如6 min步行距离）、LVEF、心输出量（CO）、心功能疗效及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

安全性：部分患者可出现头痛、胃肠道不适。

7.2.2.1.2 气阴两虚血瘀或兼痰饮

治疗原则：益气养阴活血，或兼以化痰利水。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用生脉散（1B）、丹参饮（1B）。

代表方剂：生脉散，方剂来源《医学启源》：人参、麦冬、五味子；丹参饮，方剂来源《时方歌括》：丹参、檀香、砂仁；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善慢性心力衰竭C期患者LVEF、左室舒张末期内径（LVEDd）、心功能疗效、6 min步行试验（6MWT）、中医证候积分、明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）及再住院率。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：中成药宜使用补益强心片（2B）。

药物组成：人参、黄芪、香加皮、丹参、麦冬、葶苈子。

用法用量：口服，每次4片，一日3次。

改善结局：可改善慢性心力衰竭C期患者心输出量（CO）、6 min步行试验（6MWT）及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

安全性：无不良事件报告。

7.2.2.1.3 阳气亏虚血瘀或兼痰饮

治疗原则：益气温阳活血，或兼以化痰利水。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用其中一种，包括参附汤（1B）、四逆汤（2B）。

代表方剂1：参附汤。方剂来源《圣济总录》：人参、附子；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP、LVEF、心功能疗效、6 min步行试验（6MWT）、中医证候疗效、明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）、再住院率及全因死亡。

安全性：无不良事件报告。

代表方剂2：四逆汤。方剂来源《伤寒论》：附子、干姜、炙甘草；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径（LVEDd）、左心室收缩末期内径（LVEDs）、6 min步行试验（6MWT）、中医证候积分。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b: 中成药宜使用其中一种, 包括芪苈强心胶囊(1B)、参附强心丸(1B)。

芪苈强心胶囊药物组成: 黄芪、人参、黑顺片、丹参、葶苈子、泽泻、玉竹、桂枝、红花、香加皮、陈皮。

用法用量: 口服, 一次4粒, 一日3次。

改善结局: 可改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径(LVEDd)、心功能疗效、6 min步行试验(6MWT)、中医证候积分、明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)、再住院率及心血管事件。

安全性: 部分患者服药后可出现胃肠道不适、头昏头胀、头晕头痛、面红、心悸、干咳。

参附强心丸药物组成: 人参、附子(制)、桑白皮、猪苓、葶苈子、大黄。

用法用量: 口服, 一次2丸, 一日2次~3次。

改善结局: 可改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径(LVEDd)、6 min步行试验(6MWT)、中医证候疗效及明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)。

安全性: 部分患者服药后可出现头晕头痛、乏力、皮疹。

7.2.2.1.4 其他方药

推荐意见 a: 脾虚证, 中医治以益气健脾, 中药汤剂补中益气汤(1B)。

方剂来源《脾胃论》: 黄芪、党参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡、生姜、大枣; 治疗期间可随症加减。

用法用量: 口服, 每日1剂, 水煎服, 早晚分服, 或遵医嘱。

改善结局: 可改善慢性心力衰竭C期患者LVEF、心功能疗效、中医证候积分及明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)。

安全性: 无不良事件报告。

推荐意见 b: 风水或风湿证, 中医治以益气祛风, 健脾利水, 中药汤剂防己黄芪汤(2C)。

方剂来源《金匮要略》: 防己、黄芪、甘草、白术; 治疗期间可随症加减。

用法用量: 口服, 每日1剂, 水煎服, 早晚分服, 或遵医嘱。

改善结局: 可改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP、LVEF、6 min步行试验(6MWT)及中医证候积分。

安全性: 无不良事件报告。

推荐意见 c: 心脉失养证, 中医治以益气滋阴, 通阳复脉, 中药汤剂炙甘草汤(1B)。

方剂来源《伤寒论》: 炙甘草、生姜、桂枝、人参、干地黄、阿胶、麦门冬、麻仁、大枣; 治疗期间可随症加减。

用法用量: 口服, 每日1剂, 水煎服, 早晚分服, 或遵医嘱。

改善结局: 可改善慢性心力衰竭C期患者LVEF、左心室收缩末期内径(LVEDs)、心功能疗效、中医证候积分及6 min步行试验(6MWT)。

安全性: 无不良事件报告。

推荐意见 d: 心脾两虚证, 中医治以益气补血, 健脾养心, 中药汤剂归脾汤(2B)。

方剂来源《正体类要》: 白术、当归、白茯苓、黄芪炒、远志、龙眼肉、酸枣仁炒、人参、木香、炙甘草; 治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径（LVEDd）、左心室收缩末期内径（LVEDs）、6 min步行试验（6MWT）及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

安全性：无不良事件报告。

7.2.2.1.5 兼证

痰饮证：临证加减，水饮内停者，五苓散（2C）、苓桂术甘汤加减（2C）；阳虚水泛者，真武汤（2D）、防己茯苓汤加减（2D）；水凌心肺者，葶苈大枣泻肺汤加减（2D）等。

安全性：无不良事件报告。

7.2.2.2 非药物治疗

7.2.2.2.1 针刺（1B）

治疗原则：补心安神。

推荐意见 a：毫针。

取穴：内关、间使、少府、郄门、曲泽、神门、膻中穴、厥阴俞、心俞。每次3穴~5穴。

阴虚加三阴交或太溪；阳虚型加关元或大椎；气虚型加气海或足三里；痰阻型加丰隆；血瘀型加膈俞或血海。

方法：平补平泻。

推荐意见 b：芒针。

取穴：巨阙、上脘、心俞、内关、中极、归来、足三里。

方法：针巨阙时患者仰卧，两手上举均匀小幅度呼吸，针刺4寸深时感应先上后下，散至少腹时即出针，针带脉时按带脉循行方向环腹而行，深刺6寸~8寸。针秩边秩边穴时，要求先放射至会阴部再下行至小腿。内关宜捻上百次而不留针。

推荐意见 c：头针。

取穴：双侧胸腔区。

方法：留针20 min~30 min，隔日1次，5次为1疗程。

推荐意见 d：电针。

取穴：内关、间使、少府、曲泽

方法：先以毫针针刺上述穴位，然后加上电针，留针15 min，隔日1次，5次为1个疗程。

改善结局：针刺治疗可改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径（LVEDd）、心输出量（CO）、6 min步行试验（6MWT）、中医证候积分、中医证候疗效及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

7.2.2.2.2 灸法（1B）

推荐意见 a：艾灸神阙和足三里穴可改善老年冠心病患者的心功能。

取穴：神阙、足三里。

方法：以悬灸方法，点燃艾条，距离皮肤约2 cm~3 cm处对准神阙、足三里穴进行熏灸，让患者感到舒适无灼痛感，以皮肤潮红为度。

推荐意见 b：艾灸肺俞、心俞治疗慢性心衰。

取穴：双侧肺俞、心俞穴。

方法：采用艾条温和灸，每穴灸治 20 min，每日 1 次。

推荐意见 c：艾灸治疗心功能衰竭水肿。

取穴：中脘、气海、关元、双三阴交穴。

方法：艾灸雀啄上述穴位。

改善结局：灸法治疗可改善慢性心力衰竭 C 期患者 NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径 (LVEDd)、左心室收缩末期内径 (LVEDs)、心输出量 (CO)、6 min 步行试验 (6MWT)、中医证候积分及明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)。

7.2.2.2.3 贴敷疗法 (2C)

推荐意见：贴敷内关、膻中、心俞、厥阴俞、肾俞、神阙等穴位。

治疗时间：从三伏天第一天开始进行贴敷，隔日贴敷 1 次，每次贴敷 4 h~6 h，直至出伏；根据个体差异，贴敷时间可做适当调整。

改善结局：可改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、心功能疗效、6 min 步行试验 (6MWT)、中医证候疗效及明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)。

7.3 “瘥后防复” (慢性心衰稳定期患者的管理)

7.3.1 随访频率和内容

推荐患者出院后每 2 周、病情稳定后每 1 个月~2 个月复诊 1 次，测量血压、心率、体重及身体成分，临床评估心功能。必要时行血常规、肾功能、电解质、利钠肽、心电图以及超声心动图检查，超声心动图每 3 个月复查 1 次。根据检查结果进行治疗方案调整，同时注意对合并症的管理，预防感染。

7.3.2 多学科管理

患者应遵循医疗方案，遵守饮食和锻炼建议，根据医生建议规范使用药物，注意中西药物相互作用导致的不良反应，改变生活习惯。

7.3.3 生活方式管理

合理膳食：坚持低钠饮食，建议心衰患者避免过量摄入盐，每日盐摄入量不超过 5 g；重度心衰患者每日最多饮水 1.5 L~2.0 L。注意保持大便通畅；每日称体重及监测血压、心率；戒烟；注意休息，勿劳累，避免感染；同时，鼓励病情稳定的患者进行适当运动，以日常体力活动为主运动，以不出现心衰症状为宜；控制高血压、糖尿病等心血管疾病危险因素。

7.3.4 健康教育

普及相关医学知识，包括心衰患者的饮食和锻炼、心衰症状的早期检测和处理、药物治疗等。教会心衰患者及其家属如何识别心衰症状及恶化征兆，提高患者自我管理的参与度，提高治疗依从性。

7.3.5 远程监控

远程监控对心梗后心衰患者的院外管理越来越重要，包括居家远程监控、植入式血流动力学监测

系统、移动健康技术和心衰患者日记等。远程监控便于医生及时了解患者的病情变化，并指导调整院外治疗方案（目前证实，居家远程监控能明显改善患者的生活质量，但其远期临床获益仍有待大规模临床研究认证）。患者可根据医疗条件和自身意愿选择相应的远程监控模式，参与疾病管理。

7.3.6 心力衰竭中心的作用

中国于2017年开始了全国范围的心衰中心建设和认证项目，先后颁布了标准版和基层版中国心衰中心认证标准，旨在通过区域性心衰中心的建立推进心衰规范化诊疗和管理。心梗后心衰患者的长期随访是心衰中心建设工作的重要部分，依托心衰中心，能更好地对心梗后心衰患者进行院内和院外管理，最终达到提高生活质量、改善预后的目的。

7.3.7 中医特色干预

7.3.7.1 中医辨证论治（适用于心肾阳虚证）

治疗原则：补益阳气，温振心阳。

推荐意见 a：中药汤剂宜使用参附汤（2C）、生脉散加味（1C）。

参附汤方剂来源《圣济总录》：人参、附子；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善慢性心力衰竭C期患者再住院率及全因死亡率。

生脉散加味方剂来源《医学启源》：人参、麦门冬、五味子；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎服，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善慢性心力衰竭C期患者再住院率。

安全性：无不良事件报告。

推荐意见 b：中成药宜使用芪苈强心胶囊（1B）。

药物组成：黄芪、人参、黑顺片、丹参、葶苈子、泽泻、玉竹、桂枝、红花、香加皮、陈皮。

用法用量：口服，一次4粒，一日3次。

改善结局：可改善慢性心力衰竭C期患者的再住院率及心血管事件。

安全性：部分患者服药后可出现胃肠道不适、头昏头胀、头晕头痛、面红、心悸、干咳。

7.3.7.2 足浴（2C）

适宜慢性心衰稳定期患者。

推荐意见：足浴方药遵医嘱执行。如气虚、血瘀者可选用红花、银花、当归、玄参、泽泻、甘草等。阳虚、水停者可选用经验方（桂枝、鸡血藤、凤仙草、食盐、芒硝等）。加水煎煮后滤去药渣，将滤液自然待温后浸泡双足30 min，每日1次。

改善结局：可改善慢性心力衰竭C期患者6 min步行试验（6MWT）、中医证候积分及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

7.3.7.3 中医功法及运动干预

7.3.7.3.1 中医功法

推荐意见 a: 太极拳（1B），每日 1 次，每次 20 min。可改善不良心理状态，疏通经络气血，具有补精、养气和存神的作用。

改善结局: 可改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP、6 min 步行试验（6MWT）及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）、再住院率、心血管事件及全因死亡率。

推荐意见 b: 八段锦（1B），每日 1 次，每次 30 min，每周锻炼 3 次~5 次。可改善慢性心衰患者的心肺功能、提高其运动耐力，还具有“治未病”的积极意义。

改善结局: 可改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、心功能疗效、6 min 步行试验（6MWT）、明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）、再住院率、心血管事件率及全因死亡率。

7.3.7.3.2 运动康复

推荐意见 c: 运动康复（1C），运动种类以改善心肺功能的有氧运动为主，辅助抗阻运动、柔韧性运动、平衡运动及呼吸肌训练，柔韧性运动可作为热身和整理运动。对大多数慢性心衰患者，在 3 周~4 周内逐步增加运动强度、时间、频率，目标运动总量逐步达到 3 MET-h/周~7 MET-h/周。

改善结局: 可改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP、左室舒张末期内径（LVEDd）、6 min 步行试验（6MWT）及中医证候积分。

7.3.7.4 心理状态调节（2C）

总原则: 保持心情愉快。

推荐意见: 心理状态调节。可根据具体情况选择：

——节制法：调和、节制情感，防止七情过极，达到心理平衡；

——疏泄法：把积聚、抑郁在心中的不良情绪，通过适当的方式宣达、发泄出来，以尽快恢复心理平衡；

——转移法：通过一定的方法和措施改变人的思想焦点，或改变其周围环境，使其与不良刺激因素脱离接触，从而从情感纠葛中解放出来，或转移到另外事物上；

——情志制约法：根据情志及五脏间存在的阴阳五行生克原理，用互相制约、互相克制的情志，来转移和干扰原来对机体有害的情志，借以达到协调情志的目的。

改善结局: 可改善慢性心力衰竭 C 期患者 LVEF、左室舒张末期内径（LVEDd）及左心室收缩末期内径（LVEDs）、再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率。

8 随访、监测和调查

8.1 随访

8.1.1 一般性随访

心力衰竭是所有心血管疾病的终末阶段，心衰住院患者在出院后 1 个月~3 个月内是心衰的“易损期”，死亡和再入院率分别高达约 15% 和 30%，因此定期随访尤为重要。门诊随访应在出院后或启动

心衰规范治疗后 2 周、1 月、3 月及 1 年进行，出院后 1 个月~3 个月内随访频率为 2 周 1 次，病情稳定后，随访频率可改为 1 个月~2 个月 1 次。根据患者的病情确定随访内容，包括以下几个方面：

- a) 了解患者基本状况：包括日常生活和运动能力，进行 CPET 测试或 6 min 步行试验，容量负荷及体重变化，饮酒、膳食和钠摄入状况，以及药物应用的剂量和不良反应；
- b) 体格检查：评估生命体征、心率、心律、容量负荷；
- c) 评估治疗的依从性，有无药物的不良反应：在 ACEI/ARB/ARNI、醛固酮受体拮抗剂开始使用或者调整剂量后应复查血生化（肾功能、电解质）；
- d) 根据病情及时调整用药。

8.1.2 重点随访

每 3 个月~6 个月 1 次，或者出现病情变化后，除了一般性随访中的内容外，应检查血常规、血生化（血糖、肝肾功能、电解质）、BNP/NT-proBNP、心电图、超声心动图等检查，必要时行胸部 X 线、动态心电图等检查。

8.2 监测

主要包括临床评估和利钠肽监测。临床评估除了上述各种常规检查外，国外还推出了远程监测（如置入装置监测胸内阻抗反应）和电话支持系统等；对于病情较为稳定的患者，若利钠肽仍然升高，应继续随访和加强治疗，但不应单纯依靠利钠肽，应以临床评估为主，根据病情作出综合性评价。

8.3 调查

设计《价值观及意愿调查问卷》，采用网络问卷形式开展调查，包括治疗方案的接受度、治疗方案选择的影响因素。

附录 A

(资料性)

本文件的制定方法

A.1 临床问题的构建

本文件通过文献预检索、专家访谈、临床调研，经专家指导组和专家组（见附录 B）讨论形成本文件的临床问题。

A.2 方药及中成药的遴选

本文件纳入的方药以中医临床诊疗经验、相关指南/共识、医保目录、中医教材为主，进行证据检索及综合，采用共识会议法进行专家投票，形成推荐意见。

A.3 证据的检索

选用中国期刊全文数据库（CNKI）、万方全文数据库、中文科技期刊数据库（维普）、中国生物医学文献数据库、PubMed、the Cochrane Library、Embase、Web of Science，以稳定性冠心病、慢性冠状动脉综合征、稳定型心绞痛、缺血性心肌病、心肌梗死、高血压性心脏病、高血压心脏病、心力衰竭、心衰、心功能不全、中医、中药、中西医、传统医学、hypertensive heart disease、coronary disease、stable angina pectoris、myocardial ischemia、myocardial infarction、heart failure、cardiac failure、heart decompensation、traditional Chinese medicine 等为检索词进行检索，检索从入库至今的文献。将检索到的文献导入 EndNote 软件进行文献管理。

A.4 证据的筛选、评价及综合

纳入标准：①研究对象：慢性心力衰竭 B/C 期患者及慢性心力衰竭稳定期患者，临床症状及体征均符合高血压心脏病、冠心病、慢性心力衰竭的诊断标准，按心功能分级为心功能 I 级、心功能 II 级、心功能 III 级。②干预措施：试验组在常规西药治疗的基础上加用中药、中医非药物疗法、运动、饮食、心理等治疗；对照组进行常规西药治疗。③结局指标：临床疗效[以心功能（NYHA）疗效或中医证候积分、中医证候疗效为疗效指标]、脑钠肽（BNP）或氨基末端脑钠肽前体（NT-proBNP）、左室射血分数（LVEF）、左室舒张末期径（LVEDd）、左室收缩末期径（LVEDs）、心输出量（CO）、6 min 步行试验（6MWT）、明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）、再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率。排除标准：①未公开发表的文献；②动物或细胞等基础类研究；③原始数据不完整的文献；④综述、重复报道的文献。

质量评价：使用系统评价偏倚风险评价工具 AMSTAR 量表对系统评价进行证据质量评价；使用 Cochrane 偏倚风险评价工具（ROB 量表）对随机对照试验进行证据质量评价。

证据综合：若有高质量系统评价，直接使用其结果；否则对纳入的随机对照试验进行证据综合。

A.5 证据等级及推荐强度

采用 GRADE 方法对证据体进行汇总和质量评价，将证据体分为高（A）、中（B）、低（C）、极低（D）四个等级。基于专家意见，采用共识会议法达成共识，形成推荐强度。证据等级和推荐强度分别见表 A.1 及表 A.2。

表 A.1 证据等级

证据等级	具体描述
高 (A)	非常确信真实的效应值接近效应估计值
中 (B)	对效应估计值有中等程度的信心：真实值有可能接近估计值，但仍存在二者大不相同的可能性
低 (C)	对效应估计值的确信程度有限：真实值可能与估计值大不相同
极低 (D)	对效应估计值几乎没有信心：真实值很可能与估计值大不相同

注：参照使用牛津大学循证医学中心制定的证据分级标准以及推荐、评估、发展和评价分级工作组（the grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE）于2014年推出的评价系统。

表 A.2 推荐强度

推荐强度	具体描述
强推荐 (1)	确信干预措施利大于弊
弱推荐 (2)	干预措施有可能利大于弊

注：参照GRADE证据评价标进行医学文献的分级评价进行医学文献的分级推荐。

附录 B

(资料性)

本文件专家指导组、专家组、工作组成员及其所做的工作

本文件专家指导组成员：

陈可冀：中国中医科学院西苑医院，主要负责指导指南的制定。

霍 勇：北京大学第一医院，主要负责指导指南的设计。

刘建平：北京中医药大学循证医学中心，主要负责指南的技术指导。

本文件专家组成员（按姓氏笔画排序）：

组长：

徐凤芹，教授，中国中医科学院西苑医院，主要负责指南的制订、编写和组织管理。

成员：

毛静远，教授，天津中医药大学第一附属医院，主要负责指南的总体设计以及技术指导。

毛 威，教授，浙江省中医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

邓 悦，教授，长春中医药大学附属医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

卢健棋，教授，广西中医药大学第一附属医院，主要负责指南的方法学技术指导。

朱明军，教授，河南中医药大学第一附属医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

安冬青，教授，新疆医科大学，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

李立志，教授，中国中医科学院西苑医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

刘红旭，教授，首都医科大学附属北京中医医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

刘龙涛，教授，中国中医科学院西苑医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

刘 玥，副教授，中国中医科学院西苑医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

张敏州，教授，广东省中医院，主要负责指南件的方法学技术指导。

陈晓虎，教授，南京中医药大学附属医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

冼绍祥，教授，广州中医药大学第一附属医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

林 谦，教授，北京中医药大学东直门医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

胡元会，教授，中国中医科学院广安门医院，主要负责指南的总体设计以及技术指导。

高 蕊，教授，中国中医科学院西苑医院，主要负责指南的方法学技术指导。

符德玉，教授，上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

戴小华，教授，安徽中医药大学第一附属医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

本文件工作组成员（按姓氏笔画排序）：

付长庚：中国中医科学院西苑医院，主要负责临床问题构建及专家访谈。

戎 光：中国中医科学院西苑医院，主要负责临床问题构建及专家访谈。

刘艳飞：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价。

辛 莉：中国中医科学院西苑医院，主要负责临床问题构建及专家访谈。

张 颖：中国中医科学院西苑医院，主要负责临床问题构建及参加指南起草工作。

张 萍：中国中医科学院西苑医院，主要负责临床问题构建及专家访谈。

张艳虹：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价及参加指南起草工作。

赵 阳：中国中医科学院西苑医院，主要负责指南的方法学和报告质量。

赵俊男：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价及参加指南起草工作。

梅 俊：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价。

惠稼祺：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价及参加指南起草工作。

漆仲文：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价及参加指南起草工作。

起草工作组秘书：张艳虹、赵俊男。



参 考 文 献

- [1] Dayer M, Cowie MR. Heart failure: diagnosis and healthcare burden[J]. Clin Med, 2001, 4(1):13-18.
- [2] Metra M, Teerlink J R. Heart failure[J]. Lancet, 2017, 390(10106):1981-1995.
- [3] Groenewegen A, Rutten F H, Mosterd A, et al. Epidemiology of heart failure[J]. Eur J Heart Fail, 2020, 22(8):1342-1356.
- [4] Hao G, Wang X, Chen Z, et al. Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in China: the China Hypertension Survey, 2012-2015[J]. Eur J Heart Fail, 2019, 21(11):1329-1337.
- [5] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2020 概要[J]. 中国循环杂志, 2021, 36(06):521-545.
- [6] 顾东风, 黄广勇, 吴锡桂, 等. 中国心力衰竭流行病学调查及其患病率[J]. 中华心血管病杂志, 2003(01):6-9.
- [7] 王华, 李莹莹, 柴珂, 等. 中国住院心力衰竭患者流行病学及治疗现状[J]. 中华心血管病杂志, 2019(11):865-874.
- [8] 中国高血压防治指南(2018年修订版)[J]. 中国心血管杂志, 2019, 24(01):24-56.
- [9] Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group[J]. N Engl J Med, 1997, 336(16):1117-1124.
- [10] Fossum E, Moan A, Kjeldsen SE, et al. The effect of losartan versus atenolol on cardiovascular morbidity and mortality in patients with hypertension taking aspirin: the Losartan Intervention for Endpoint Reduction in hypertension (LIFE) study[J]. J Am Coll Cardiol, 2005, 46(5):770-775.
- [11] 心力衰竭合理用药指南(第2版)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2019, 11(7):1-78.
- [12] 王华, 梁延春. 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):760-789.
- [13] 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)[J]. 中华心血管病杂志, 2019, 47(10):766-767.
- [14] Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [J]. Eur Heart J, 2021, 42(14):1289-367.
- [15] Montalescot G, Pitt B, Lopez DE SA E, et al. Early eplerenone treatment in patients with acute ST-elevation myocardial infarction without heart failure: the Randomized Double-Blind Reminder Study[J]. Eur Heart J, 2014, 35(34):2295-302.
- [16] Lax A, Sanchez-mas J, Asensio-lopez MC, et al. Mineralocorticoid receptor antagonists modulate galectin-3 and interleukin-33/ST2 signaling in left ventricular systolic dysfunction

after acute myocardial infarction[J]. JACC Heart failure, 2015, 3(1):50-8.

[17] Desai AS, Solomon SD, Shah AM, et al. Effect of Sacubitril-Valsartan vs Enalapril on Aortic Stiffness in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction: A Randomized Clinical Trial[J]. Jama, 2019, 322(11):1077-84.

[18] Januzzi J L, Butler J, Fombu E, et al. Rationale and methods of the Prospective Study of Biomarkers, Symptom Improvement, and Ventricular Remodeling During Sacubitril/Valsartan Therapy for Heart Failure (PROVE-HF) [J]. American heart journal, 2018, 199:130-6.

[19] Miyoshi T, Nakamura K, Miura D, et al. Effect of LCZ696, a dual angiotensin receptor neprilysin inhibitor, on isoproterenol-induced cardiac hypertrophy, fibrosis, and hemodynamic change in rats[J]. Cardiology journal, 2019, 26(5): 575-83.

[20] Vanden Bossche L, Vanderstraeten G. A multi-center, double-blind, randomized, placebo-controlled trial protocol to assess Traumeel injection vs dexamethasone injection in rotator cuff syndrome: the TRAumeel in ROTator cuff syndrome (TRARO) study protocol [J]. BMC musculoskeletal disorders, 2015, 16(1):8.

[21] 杨晓丽, 蔡益民, 吴贤琳, 等. 八段锦对冠心病患者心脏康复干预效果的 Meta 分析[J]. 医学信息, 2019, 32(4):70-74.

[22] 冯琳, 吕瑾瑜, 叶秋赞. 心梗患者饮食调护的重要性[J]. 现代中医药, 2005(2):72.

[23] 邵云霜, 黄双丽, 张倩, 等. “双心护理”在冠心病患者负性情绪中的应用进展[J]. 牡丹江医学院学报, 2020, 41(6):106-109.

[24] 楚岩. 中医情志护理干预在心肌梗死稳定期患者护理中的应用效果及价值研究[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(5):175-176.

[25] 胡亚亚, 辛转苹. 基于社会支持系统下的心理护理干预对冠心病患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(17):193-194.

[26] 中华医学会老年医学分会心血管疾病学组, 《老年慢性心力衰竭诊治中国专家共识》编写组. 老年人慢性心力衰竭诊治中国专家共识(2021) [J]. 中华老年医学杂志, 2021, 40(5):550-561.

[27] 急性心肌梗死后心室重构防治专家共识[J]. 中华心血管病杂志(网络版), 2020, 3(1):1-7.