**心病科优势病种诊疗常规、疗效**

**分析及评估、优化措施**

**目 录**

2020年胸痹心痛病诊疗常规、疗效分析及评估、优化措施 3

2016年胸痹心痛病诊疗常规、疗效分析及评估、优化措施 20

2014年胸痹心痛病诊疗常规、疗效分析及评估、优化措施 37

**胸痹心痛病(冠心病心绞痛)中医诊疗常规**

**（2020版）**

**一、诊断**

**（一）疾病诊断**

**1、中医诊断：**参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》 (ZY／T001.1-94)、1990年中西医结合心血管学会修订的《冠心病中医辨证标准》和1995年国家中医药管理局胸痹急症协作组《中医心病诊断疗效标准与用药规范》。

（1）膻中或心前区憋闷疼痛，甚则痛彻左肩背、咽喉、左上臂内侧等部位。呈发作性或持续不解，常伴有心悸气短，自汗，甚则喘息不得卧。

（2）胸闷胸痛一般几秒到几十分钟而缓解。严重者可疼痛剧烈，持续不解，汗出肢冷，面色苍白，唇甲青紫，心跳加快，或心律失常等危象，可发生猝死。

（3）多见于中年以上，常因操劳过度，抑郁恼怒或多饮暴食，感受寒冷而诱发。

（4）查心电图、动态心电图、运动试验等可辅助诊断。根据病情可作心肌酶谱测定，心电图动态观察。

（5）必要时行冠脉CT、心肌核素显像或冠状动脉造影检查以明确诊断。

**2、西医诊断：**参照国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组报告《缺血性心脏病的命名及诊断标准》及《中药新药临床研究指导原则》制定。

劳累性心绞痛

劳累性心绞痛的特征是由于运动或其他增加心肌需氧量的情况下所诱发的短暂胸痛发作，休息或舌下含服硝酸甘油后，疼痛常可迅速消失。劳累性心绞痛可分为3类：

a.初发型劳累性心绞痛：病程在1个月以内。

b. 稳定型劳累性心绞痛：病程稳定在1个月以上。

c. 恶化型劳累性心绞痛：同等程度劳累所诱发的次数，严重程度及持续时间突然加重。

自发性心绞痛

自发性心绞痛的特征是胸痛发作与心肌需氧量的增加无明显关系。与劳累性心绞痛相比，这种疼痛一般持续时间较长，程度较重，且不为硝酸甘油缓解。本型未见酶变化，心电图常出现某些暂时性的S-T段压低或T波改变。自发性心绞痛可单独发生或与劳累性心绞痛合并存在。

自发性心绞痛受试者的疼痛发作频率、持续时间及疼痛程度可有不同的临床表现，有时受试者可有持续较长的胸痛发作，类似心肌梗死，但没有心电图及酶的特征性变化。某些自发性心绞痛受试者在发作时出现暂时性的S-T段抬高，常称为变异型心绞痛。但在心肌梗死早期记录到这一心电图图型时，不能应用这一名称。

初发型劳累性心绞痛、恶化型劳累性心绞痛及自发性心绞痛统称为“不稳定型心绞痛”。

劳累性心绞痛分级诊断标准

参照加拿大心血管学会（CCS）心绞痛严重分级。

Ⅰ级：一般体力活动不引起心绞痛，例如行走和上楼，但紧张、快速或持续用力可引起心绞痛的发作。

Ⅱ级:日常体力活动稍受限制,快步行走或上楼、登高、饭后行走或上楼、寒冷或风中行走、情绪激动可发作心绞痛或仅在睡醒后数小时内发作。在正常情况下以一般速度平地步行200m以上或登一层以上的楼梯受限。

Ⅲ级：日常体力活动明显受限，在正常情况以一般速度平地步行100-200m或登一层楼梯时可发作心绞痛。

Ⅳ级：轻微活动或休息时即可以出现心绞痛症状。

非劳力型心绞痛（自发性心绞痛）轻重分级标准

轻度：有较典型心绞痛发作，每次持续数分钟，每周至少发作2～3次，或每日发作1～3次，但疼痛不重，有时需服硝酸甘油。

中度：每天有多次较典型心绞痛发作，每次持续时间数分钟到10分钟疼痛较重，一般需要含服硝酸甘油。

较重度：每天有数次典型心绞痛发作，因而影响日常生活活动（例如大便、穿衣等），每次发作持续时间较长，需多次含服硝酸甘油。

**（二）证候诊断**（参照GB《中医临床诊疗术语证候部分》1997—03—04发布及高等医药院校教材《中医内科学》上海科技出版社，1985年10月，第一版）

1. 实证

（1）心血瘀阻

主症：心胸阵痛，如刺如绞，固定不移，入夜为甚。

兼症：胸闷心悸，面色晦暗。

舌象：舌质紫暗，或有瘀斑，舌下络脉青紫，

脉象：脉沉涩或结代。

（2） 寒凝心脉

主症：心胸痛如缩窄，遇寒而作。

兼症：形寒肢冷，胸闷心悸，甚则喘息不得卧。

舌象：舌质淡苔白滑，

脉象：脉沉细或弦紧。

（3） 痰浊痹阻

主症：心胸窒闷或如物压。

兼症：气短喘促，多形体肥胖，肢体沉重，脘痞，痰多口粘。

舌象：舌苔浊腻。

脉象：脉滑。

（4）痰瘀互结

主症：胸闷、胸痛并见。

兼症：憋气、脘痞、呕恶腹胀，食少纳呆，肢体沉重。

舌象：舌暗红，或紫暗，苔白厚腻。

脉象：脉弦滑或涩。

（5）痰瘀毒证

主症：胸闷、灼痛并见。

兼症：憋气、心烦、失眠、口苦、口干。

舌象：舌暗红，或紫暗，苔黄厚腻。

脉象：脉弦滑数。

（6）气滞血瘀

主症：胸闷、憋气，胸部胀痛。

兼症：心悸、心烦、两胁胀满、口苦、口干。

舌象：舌暗红，苔薄白。

脉象：脉弦。

2、虚证

（1）心气虚弱

主症：心胸隐痛，反复发作。

兼症：胸闷气短，动则气喘，心悸易汗，倦怠懒言，面色恍白。

舌象：舌淡暗，或有齿痕，苔薄白，

脉象：脉结代或弱。

（2）心肾阳虚

主症：胸闷气短，遇寒则痛，心痛彻背。

兼症：形寒肢冷，动则气喘，心悸汗出，不能平卧，腰酸乏力，面浮足肿。

舌象：舌淡胖，苔白。

脉象：脉沉细或脉微欲绝。

（3）心肾阴虚

主症：心胸隐痛，久发不愈。

兼症：心悸心烦，头晕耳鸣，失眠多梦，腰膝酸软，气短乏力。

舌象：舌红，苔少。

脉象：脉细数。

3.虚实夹杂证

气虚血瘀

主症：胸部疼痛。

兼症：胸闷气短，心悸头晕，倦怠乏力。

舌象：舌淡红，有瘀点或瘀斑，苔白或薄白。

脉象：脉虚。

在证候诊断时，具有胸痛、胸闷主症之一，其他症状具有2项及舌脉支持者，即可诊断。

**二、治疗方案**

本病临床上多表现为虚实互见，复合证型较多，治疗上多攻补兼施。

（一）辨证选择口服中药汤剂或中成药

1.心痛发作时的治疗

可选用复方丹参滴丸、麝香保心丸、速效救心丸。

2.辨证论治

1）实证

（1）心血瘀阻证

治法：活血化瘀，通脉止痛。

方药：水蛭化瘀宣痹汤（协定处方）：水蛭6克 地龙15克 全蝎6克 丹参30克 赤芍15克 川芎15克 红花10克 葛根30克 山楂15克 红曲20克

中成药：复方丹参滴丸、银杏叶片

（2）寒凝心脉证

治法：散寒通脉，宣痹止痛。

方药：散寒宣痹汤：荜拨10克 细辛3克 良姜10克 桂枝10克 当归10克 川芎15克

中成药：麝香保心丸

（3） 痰浊痹阻证

治法：化痰通阳，宣痹止痛。

方药：化痰宣痹汤（协定处方）：全瓜蒌10-30克 薤白15克 半夏10克 桂

枝10克 郁金15克 藿香10克 前胡10克

中成药：丹蒌片

（4）痰瘀互结证

治法：化痰宣痹，活血化瘀。

方药：雷氏丹蒌方：瓜萎皮30克 薤白15克 丹参30克 川芎15克 赤芍15克 葛根30克 郁金15克 黄芪30克 泽泻15克 骨碎补15克。

中成药：丹蒌片

（5）痰瘀毒证

治法：化痰宣痹、化瘀解毒

方药：雷氏丹曲方：瓜蒌15克 薤白15克 丹参30克 三七粉3克（冲） 黄连10克 红曲20克

中成药：丹曲片

（6）气滞血瘀证

治法：理气化瘀，通脉止痛。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）： 当归10克 川芎10克 桃仁10克 红花

10克 赤芍15克 柴胡10克 桔梗10克 枳壳10克 牛膝15克 生地15克

中成药：心可舒片、复方丹参滴丸

2）虚证

（1） 心气虚弱证

治法：补益心气，宣痹止痛。

方药：补气宣痹汤（协定处方）：人参10克 黄芪30克 丹参30克 赤芍15

克 川芎15克 三七粉3克 淫羊藿15克

中成药：芪参益气滴丸

（2） 心肾阳虚证

治法：温阳散寒，宣痹止痛。

方药：温阳宣痹汤（协定处方）：制附子10克 人参10克 桂枝10克 细辛3克 丹参30克 三七粉3克 北五加皮5克

中成药：麝香保心丸、心肝宝胶囊

（3） 心肾阴虚证

治法：滋阴养血，通脉止痛。

方药：养阴活血汤（协定处方）：北沙参15克 麦冬15克 黄精15克 黄连10克 当归10克 赤芍15克 丹参30克 夜交藤30克

中成药：滋心阴胶囊

3)虚实挟杂证

气虚血瘀

治法：益气化瘀。

方药：芪参冠心II号方：炙黄芪30克 人参10g 丹参30克 赤芍15克

川芎15克 红花15克 降香15克

中成药：通心络胶囊、步长脑心通胶囊

（二）中药注射剂

根据辨证选择丹参类制剂、葛根素注射液、三七类制剂、参麦注射液、灯盏细辛注射液、大株红景天注射液、丹参川芎嗪注射液、银杏叶类制剂。

（三）中医特色疗法

**中医特色疗法1：**

【名称】

耳穴压籽疗法治疗胸痹心痛病

【具体应用】

运用中医经络理论及全息生物理论，辨证配穴，贴压耳穴，通过经络传导，生物反射，起到改善患者体质、缓解临床症状的作用。

辨证配穴，贴压耳穴治疗胸痹心痛病：

主穴：心 脾 肾，配穴：交感 神门

**中医特色疗法2：**

【名称】

针刺治疗胸痹心痛病

【具体应用】

依据中医经络理论，我们用经络辩证取穴，配合针灸治疗，以达到活血化瘀，缓解患者临床症状的目的

基本取穴：(手足十二针)内关 曲池 合谷 三阴交 足三里 阳陵泉

手法：平补平泻，或依据辩证采用补法或泻法

心血瘀阻证：加膈俞

痰瘀痹阻证：加丰隆

气滞血瘀证：加太冲

痰浊痹阻证：加三脘

**中医特色疗法3：**

【名称】

穴位注射治疗胸痹心痛病

【具体应用】

运用中医经络理论，就近取穴，采取中药注射剂穴位注射治疗。针对临床表现中虚症、实证、虚实夹杂的侧重不同，分别选取黄芪注射液、丹参注射液、丹红注射液等作为穴位注射的主要药物

基本取穴：内关、足三里

**中医特色疗法4：**

【名称】

中药浴足治疗胸痹心痛病

【具体应用】

用丹参、红花、赤芍等中药研成粉剂浴足熏蒸，发挥其温热刺激、药透效应、归经施治等作用缓解胸痹心痛病。

**中医特色疗法5：**

【名称】

穴位贴敷治疗胸痹心痛病（阳虚寒凝）

【具体应用】

方药：麝香、冰片、桂枝、降香、安息香、细辛、红花、血竭

穴位：䐺中、心俞、内关

具体操作：

①贴敷方法：先将贴敷部位用75%乙醇或碘伏常规消毒，然后取直径1厘米，高度0.5厘米左右的药膏，将药物贴于穴位上，用5厘米×5厘米(不同患者可有所变化)的脱敏胶布固定。  
 ②贴敷时机：一般在每年夏季，农历三伏天的初、中、末伏的第一天进行贴敷治疗（如果中伏为20天，间隔10天可加贴1次）。在三伏天期间也可进行贴敷，每两次贴敷之间间隔7~10天。

③贴敷时间：成人每次贴药时间为2~6小时；具体贴敷时间，根据患者皮肤反应而定。同时考虑患者的个人体质和耐受能力，一般以患者能够耐受为度，病人如自觉贴药处有明显不适感，可自行取下。

④疗程：连续贴敷3年为一疗程。疗程结束后，患者可以继续进行贴敷，以巩固或提高疗效。

（三）冠心病运动康复治疗

运动不仅是健身手段，也是防病治病的措施，已获得医学界的肯定。通过有效强度的运动刺激，可改善血管内皮功能，稳定冠状动脉斑块，促进侧支循环建立，改善心功能，降低再住院率和死亡率，提高生活质量。

1.运动评估

评估内容包括：心血管病史及其他器官疾病病史；体格检查，重点检查心肺和肌肉骨骼系统；了解最近的心血管检查结果，包括血生化检查、12导联心电图、冠状动脉造影、超声心动图、运动负荷试验、血运重建效果、起搏器或置人式心脏复律除颤器功能；目前服用的药物，包括剂量、服用方法和不良反应；心血管病危险因素控制是否达标；日常饮食习惯和运动习惯。

运动负荷试验：

1）运动负荷试验的种类：平板运动心电图试验、6分钟步行试验

2）运动负荷试验参数描述如下：

①运动耐力：运动耐力的量化根据代谢当量（MET）计算，以占预计代谢当量（MET）值的百分比表示。预计MET根据以下公式计算：男性预计MET=14．7—0．11×年龄；女性预计MET=14．7—0．13×年龄。如低于预计值的80％，运动耐力归类为低于正常。

②心率：记录静息、各阶段结束、缺血阈值出现、出现室性或室上性心律失常和血压异常时(例如在最大运动量以及恢复1、3及6 min过程中，出现血压下降或过高反应)的心率。在运动过程中心率变异的分类：1)达标：未应用B受体阻滞剂患者在运动中最大心率达到预测心率(220一年龄)的85％以上，或应用B受体阻滞剂者达到62％以上。2)未达标：低于上述指标。在恢复过程中心率变异的分类：1)正常：在有氧运动恢复级别的方案中(平板或踏车)，最大运动量和恢复1 min时心率的差异> 12次／min；如果达最大运动量后立即停止运动，两者之间心率差异>18次／min。2)异常：低于上述指标。

③血压：血压变化分类如下：1)正常：每1 MET，收缩压升高约10 mmHg，并且舒张压无变化或轻微降低。最大运动量时收缩压下降<10 mmHg也可接受。2)血压反应过度：收缩压数值>250mmHg或舒张压>120 mmHg。3)血压反应不足：收缩压升高<30 mmHg。

④心肌缺血：按照指南的标准，根据训练或恢复过程中是否存在心绞痛或诱发ST段抬高或压低等情况，运动试验结论一般分为阴性、阳性、可疑和无结论。心肌缺血的判断主要根据出现ST段变化及变化幅度、恢复过程中ST恢复到正常的时间、与限制性心绞痛的联系、血压下降以及心率变时功能不全或室性心律失常。明确心肌缺血阈值时的心率，出于安全考虑，运动过程中训练心率必须较该数值减少10次／min。

⑤有氧训练强度：训练心率的计算方法：心率储备的60％～80％。心率储备法：此法不受药物(B受体阻滞剂等)的影响，目标心率=(最大心率一静息心率)×运动强度+静息心率。

2.冠心病患者运动处方的具体内容：运动形式主要是氧运动，包括行走、慢跑、游泳和骑自行车、瑜伽、气功等；有氧运动每周 3-5 d，最好每周 7 d。心脏病患者的最佳运动时间为 30-60 min/d。对于刚发生心血管事件的患者，从 10 min/d 开始，逐渐增加运动时间，最终达到 30-60 min/d 的运动时间。

3.运动康复治疗具体实施方案

(1)住院患者的康复与运动

住院患者开始康复的指征： 开始康复过去 8 h内没有新的或再发胸痛；肌钙蛋白水平无进一步升高；没有出现新的心力衰竭失代偿征兆(静息时呼吸困难伴湿啰音)；过去8 h内没有新的明显的心律失常或心电图动态改变；静息心率50~100 次/min；静息血压90~150/60~100 mmHg；血氧饱和度>95%。

住院患者避免或停止运动的指征：运动时心率增加>20 次/min；舒张压≥110 mmHg；与静息时比较收缩压升高>40 mmHg以上，或收缩压下降>10 mmHg；明显的室性和房性心动过速；二或三度房室传导阻滞；心电图有ST段动态改变；存在不能耐受运动的症状，如胸痛、明显气短、心悸和呼吸困难等。 值得注意的是，住院患者进行活动须在心电、血压监护下进行。运动要从仰卧位到坐位、到站立、再到下地活动循序渐进。一般完成 4 步运动康复步骤后基本可以胜任日常生活活动。

 住院期4步早期运动适应证：入院后8 h，无胸痛和呼吸困难等不适主诉，穿刺部位无出血、血肿；心率50~90 次/min，血压90~150/60~100 mmHg，呼吸16~24 次/min，血氧饱和度95%以上。功能锻炼方案可见下表

住院患者功能锻炼方案

|  |  |
| --- | --- |
| 级别 | 功能锻炼 |
| A级 | 上午取仰卧位，双腿分别做直腿抬高运动，抬腿高度为30。；双臂向头侧抬高深吸气，放下慢呼气；5组／次。下午取床旁坐位和站立5 min。 |
| B级 | 上午在床旁站立5 min；下午在床旁行走5 min。 |
| C级 | 在床旁行走10 min／次，2次／d。 |
| D级 | 在病室内活动，10 min／次，2次／d。 |

患者在活动时要严密监测其症状及穿刺部位情况：如出现胸闷、胸痛，运动心率比静息心率增加≥20次/min，呼吸≥30次/min，血氧饱和度<95%，立即停止活动，行床旁心电图检查;次日活动量减半，或将活动计划推延。

(2)出院前后运动康复指导

出院前应对每例冠心病患者患者均进行运动负荷试验评估，以指导出院后运动：急性心肌梗死发病7 d后，支架置入术24 h后，冠状动脉旁路移植术7 d后。

运动负荷试验终止的绝对指征：在心电图无病理性 Q 波导联 ST 段抬高>1.0 mV；随运动负荷增加收缩压下降>10 mmHg 并伴有心肌缺血证据；中至重度心绞痛；中枢神经系统临床表现(如头晕、晕厥前兆和共济失调)；灌注不足的临床表现(紫绀或苍白)；持续室性心动过速或其他严重心律失常，包括二或三度房室传导阻滞；因技术问题无法监测心电图或收缩压；患者要求停止运动。 除禁忌症，大多数患者可在出院后1~3周内开始运动康复，如有条件可进行门诊运动康复指导，一般每周3次，持续36次或更长时间。如不能坚持门诊康复，建议低危患者至少参加心电监护下运动6~18次(或至出院后1个月)，中危患者至少参加心电监护下运动12~24次(或至出院后2个月)，高危患者至少参加心电监护下运动18~36次(或至出院后3个月)。

（3）院外康复

运动处方个体化最好。冠心病患者运动有3步：第一是做好热身，持续5~10 min。第二是开始运动，以有氧运动为主，抗阻运动为辅。有氧运动包括行走、慢跑、游泳和骑自行车、瑜伽、气功等；抗阻运动包括静力训练和负重等。第三是做放松运动。

注意事项：出院后1个月内不建议选择慢跑、骑自行车、爬楼梯和游泳等运动，建议以步行为主。每次运动时间为10~60 min。

三、疗效评价

（一）疗效评价标准

1、 中医证候疗效判定标准

根据积分法判定中医证候疗效：

疗效指数（n）=（疗前积分-疗后积分）/疗前积分×100%。

显效：临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥70%。

有效：临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥30%＜70%。

无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少＜30%。

加重：临床症状、体征均有加重，证候积分减少＜0。

2、心绞痛疗效判定标准

参照全国冠心病心绞痛座谈会修订的《冠心病的诊断参考标准》制定，分显效、有效、无效、加重。主要根据心绞痛积分减分率判定。

显效：同等劳累程度不引起心绞痛或心绞痛次数减少80%以上，硝酸甘油消耗量减少80%以上；

有效：心绞痛发作次数及硝酸甘油消耗量均减少50% ～80%；

无效：心绞痛发作次数及硝酸甘油消耗量减少不到50%。

3、心电图疗效判定标准

参照全国冠心病心绞痛座谈会修订的《冠心病的诊断参考标准》制定。

显效：心电图恢复至“大致正常”或达到“正常心电图”。

有效：ST段降低，以治疗后回升0.05 mV以上，但未达正常水平，在主要导联倒置T波改变变浅(达25％以上者)；或T波由平坦变为直立，房室或室内传导阻滞改善者。

无效：心电图基本与治疗前相同。

加重：治疗后ST段降低O.05 mV以上，主要导联倒置T波加深(达25％以上者)，或直立T波变平坦或平坦T波变倒置,以及出现异位心律、房室传导阻滞或室内传导阻滞。

(二)评价方法

1、临床症状的评价

采用心绞痛症状计分、中医症状计分表进行观察和比较。

2、心电图疗效评价

3、生存质量评价

采用西雅图心绞痛量表进行评价

4、远期疗效评定

通过随访方式评定心血管终点事件，如：心血管死亡、心肌梗死、脑卒中、需要行血运重建术（包括冠脉搭桥术）、需要住院等。

**2020年胸痹心痛病（冠心病心绞痛）**

**临床疗效分析及评价总结**

一、临床资料：

共收治胸痹心痛病病人914例，排除资料不全、并发症较多、肝肾功能异常、其他原因引起胸痛的病人，疗效评价共纳入病人486例，其中中西医结合治疗324例，男性 192例，女性 132 例，年龄 45～74岁，单纯西医标准化治疗162 例，男性 86例，女性75例；年龄 44～75岁，入选标准参照《中药新药临床研究指导原则》和国际心脏病学会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组报告《缺血性心脏病的命名及诊断标准》。对所有入选患者进行了中医辨证分型的统计学研究，临床常见主要证型依次为痰瘀互结型（达24%）、心血瘀阻及气滞血瘀型（达22%）、痰浊痹阻型（达16%）、心气虚弱型及气虚血瘀型（达16%）、痰瘀毒证（达12%）。实证里面寒凝心脉及虚证心肾阴虚、心肾阳虚少见，分别为3.5%、3.5%、3%。

二、治疗方法：对照组常规西药治疗，西医基础治疗包括皮下注射低分子肝素，口服肠溶阿斯匹林，B受体阻滞剂，钙拮抗剂，ACEI或ARB，他汀类药物等。心绞痛发作时临时给予速效救心丸或硝酸甘油片，舌下含服或静点硝酸甘油；治疗组西医基础上加用本科诊疗常规方药。

三、疗效评价标准

1、 中医证候疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》制定，主要根据中医证候积分减分率判定。

2、主要症状疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》制定，分显效、有效、无效、加重。主要根据心绞痛积分减分率判定。

3、心电图疗效判定标准

显效：心电图恢复至“大致正常”或达到“正常心电图”。有效：ST段降低，以治疗后回升0.05 mV以上，但未达正常水平，在主要导联倒置T波改变变浅(达25％以上者)；或T波由平坦变为直立，房室或室内传导阻滞改善者。无效：心电图基本与治疗前相同。加重：治疗后ST段降低0.05 mV以上，主要导联倒置T波加深(达25％以上者)，或直立T波变平坦或平坦T波变倒置。以及出现异位心率、房室传导阻滞或室内传导阻滞。

四：治疗结果：

1.证候积分对比：

1、证候积分对比（±s）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 组别 | n | 治疗前 | 治疗后 | P |
| 治疗组  对照组 | 324  162 | 30.8±7.2  28.9±8.2 | 12.4±5.8  16.8±5.3 | <0.05 |

2、（1）、两组症状疗效判定

|  |  |
| --- | --- |
| 症状 | 组别 显效 有效 无效 有效率(%) |
| 发作次数  持续时间  疼痛程度  硝酸甘油用量  胸闷  气短  心悸 | 治疗组 122 170 32 90.1  对比组 40 92 30 81.5  治疗组 102 198 24 92.4  对比组 50 82 30 81.5  治疗组 160 138 26 92.0  对比组 50 60 52 67.9  治疗组 224 100 0 100  对比组 60 102 0 100  治疗组 170 115 39 87.9  对比组 40 82 40 75.3  治疗组 122 150 52 83.6  对比组 20 85 57 64.8  治疗组 80 168 76 76.5  对比组 20 100 42 74.1 |

（2）两组各证型疗效对比

|  |  |
| --- | --- |
| 症状 | 组别 n 显效 有效 无效 加重 |
| 心血瘀阻及  气滞血瘀  寒凝心脉  痰浊痹阻  痰瘀互结  痰瘀毒证  心肾阴虚  心肾阳虚  心气虚弱及  气虚血瘀 | 治疗组 71 24 44 2 1  对比组 35 16 15 2 2  治疗组 12 4 6 1 1  对比组 6 2 2 1 1  治疗组 51 24 24 2 1  对比组 26 6 20 0 0  治疗组 78 48 26 3 1  对比组 39 12 24 3 0  治疗组 39 21 16 1 1  对比组 19 10 6 2 1  治疗组 12 8 3 1 0  对比组 6 2 2 1 1  治疗组 10 8 2 0 0  对比组 5 2 3 0 0  治疗组 51 20 26 2 1  对比组 26 15 10 1 0 |

3、两组心电图疗效对比

|  |  |
| --- | --- |
| 组别 | n 显效 有效 无效 加重 有效率（%） |
| 治疗组  对比组 | 324 80 205 35 4 87.9  162 40 62 52 8 62.9 |

五、疗效评估：

1、症状、体征变化：

根据本诊疗常规对患者进行辨证论治，对各证型患者临床症状改善明显，尤其对胸痹心痛病主症（发作次数、发作持续时间、疼痛程度）有显著改善，对其兼证也较治疗组改善明显。

2、心电图的变化：

心电图缺血改善率达87.9%，明显优于对比组。

**2020年胸痹心痛病（冠心病心绞痛）诊疗方案优化措施**

1. 胸痹患者在采用西药降血压及降脂的同时加用中药治疗，在改善胸痹并发症症状方面，优势明显，但是降血压及降脂效果不如西药显著，因此为发挥自身优势和特色，下一步应着力针对并发症的中医药治疗深入研究。
2. 继续加大对胸痹心痛病痰瘀互结证的研究，冠心病心绞痛临床表现多为胸闷胸痛并见，我科率先在国内提出冠心病心绞痛痰瘀互结证新理论，采用化痰宣痹、活血化瘀治法。发明国家级中药新药丹蒌片，用于临床，疗效确切。在此基础上根据痰瘀互结，郁久化热化毒，进而痰瘀与毒互结，气血津液凝滞，导致动脉粥样硬化斑块形成、破裂出血等，导致冠心病不稳定及急性心血管事件的发生，采用祛痰化瘀、清热解毒法，创制丹曲胶囊，疗效显著
3. 诊疗常规加入心脏康复理论及措施   
   （1）心脏康复的价值：心血管功能改善；运动能力明显提高；胸闷、心悸、气短、乏力、心绞痛等症状减少；使用药物量减少；死亡率降低；生活质量提高；改善心理状态；最终达到最大限度和可能的自理，回归家庭、回归社会，获得生存的尊严！

（2）中西医结合心脏康复：我科依据国医大师、名老中医多年治疗实践，在心脏康复流程之中，融合优化药物、物理治疗、心理康复、中医外治多种方法，把中西医治疗方法重新进行有机整合，形成了“陕西省中医医院中西医结合心脏康复模式”。该模式的中医方法主要有：中药、针灸、按摩、熏洗、气功、穴位贴敷、食疗等康复方法进行融合，疗效显著，获得患者高度好评。

**胸痹心痛病(冠心病心绞痛)中医诊疗常规**

**（2016版）**

**一、诊断**

**（一）疾病诊断**

**1、中医诊断：**参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》 (ZY／T001.1-94)、1990年中西医结合心血管学会修订的《冠心病中医辨证标准》和1995年国家中医药管理局胸痹急症协作组《中医心病诊断疗效标准与用药规范》。

（1）膻中或心前区憋闷疼痛，甚则痛彻左肩背、咽喉、左上臂内侧等部位。呈发作性或持续不解，常伴有心悸气短，自汗，甚则喘息不得卧。

（2）胸闷胸痛一般几秒到几十分钟而缓解。严重者可疼痛剧烈，持续不解，汗出肢冷，面色苍白，唇甲青紫，心跳加快，或心律失常等危象，可发生猝死。

（3）多见于中年以上，常因操劳过度，抑郁恼怒或多饮暴食，感受寒冷而诱发。

（4）查心电图、动态心电图、运动试验等可辅助诊断。根据病情可作心肌酶谱测定，心电图动态观察。

（5）必要时行冠脉CT、心肌核素显像或冠状动脉造影检查以明确诊断。

**2、西医诊断：**参照国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组报告《缺血性心脏病的命名及诊断标准》及《中药新药临床研究指导原则》制定。

劳累性心绞痛

劳累性心绞痛的特征是由于运动或其他增加心肌需氧量的情况下所诱发的短暂胸痛发作，休息或舌下含服硝酸甘油后，疼痛常可迅速消失。劳累性心绞痛可分为3类：

a.初发型劳累性心绞痛：病程在1个月以内。

b. 稳定型劳累性心绞痛：病程稳定在1个月以上。

c. 恶化型劳累性心绞痛：同等程度劳累所诱发的次数，严重程度及持续时间突然加重。

自发性心绞痛

自发性心绞痛的特征是胸痛发作与心肌需氧量的增加无明显关系。与劳累性心绞痛相比，这种疼痛一般持续时间较长，程度较重，且不为硝酸甘油缓解。本型未见酶变化，心电图常出现某些暂时性的S-T段压低或T波改变。自发性心绞痛可单独发生或与劳累性心绞痛合并存在。

自发性心绞痛受试者的疼痛发作频率、持续时间及疼痛程度可有不同的临床表现，有时受试者可有持续较长的胸痛发作，类似心肌梗死，但没有心电图及酶的特征性变化。某些自发性心绞痛受试者在发作时出现暂时性的S-T段抬高，常称为变异型心绞痛。但在心肌梗死早期记录到这一心电图图型时，不能应用这一名称。

初发型劳累性心绞痛、恶化型劳累性心绞痛及自发性心绞痛统称为“不稳定型心绞痛”。

劳累性心绞痛分级诊断标准

参照加拿大心血管学会（CCS）心绞痛严重分级。

Ⅰ级：一般体力活动不引起心绞痛，例如行走和上楼，但紧张、快速或持续用力可引起心绞痛的发作。

Ⅱ级:日常体力活动稍受限制,快步行走或上楼、登高、饭后行走或上楼、寒冷或风中行走、情绪激动可发作心绞痛或仅在睡醒后数小时内发作。在正常情况下以一般速度平地步行200m以上或登一层以上的楼梯受限。

Ⅲ级：日常体力活动明显受限，在正常情况以一般速度平地步行100-200m或登一层楼梯时可发作心绞痛。

Ⅳ级：轻微活动或休息时即可以出现心绞痛症状。

非劳力型心绞痛（自发性心绞痛）轻重分级标准

轻度：有较典型心绞痛发作，每次持续数分钟，每周至少发作2～3次，或每日发作1～3次，但疼痛不重，有时需服硝酸甘油。

中度：每天有多次较典型心绞痛发作，每次持续时间数分钟到10分钟疼痛较重，一般需要含服硝酸甘油。

较重度：每天有数次典型心绞痛发作，因而影响日常生活活动（例如大便、穿衣等），每次发作持续时间较长，需多次含服硝酸甘油。

**（二）证候诊断**（参照GB《中医临床诊疗术语证候部分》1997—03—04发布及高等医药院校教材《中医内科学》上海科技出版社，1985年10月，第一版）

1. 实证

（1）心血瘀阻

主症：心胸阵痛，如刺如绞，固定不移，入夜为甚。

兼症：胸闷心悸，面色晦暗。

舌象：舌质紫暗，或有瘀斑，舌下络脉青紫，

脉象：脉沉涩或结代。

（2） 寒凝心脉

主症：心胸痛如缩窄，遇寒而作。

兼症：形寒肢冷，胸闷心悸，甚则喘息不得卧。

舌象：舌质淡苔白滑，

脉象：脉沉细或弦紧。

（3） 痰浊痹阻

主症：心胸窒闷或如物压。

兼症：气短喘促，多形体肥胖，肢体沉重，脘痞，痰多口粘。

舌象：舌苔浊腻。

脉象：脉滑。

（4）痰瘀互结

主症：胸闷、胸痛并见。

兼症：憋气、脘痞、呕恶腹胀，食少纳呆，肢体沉重。

舌象：舌暗红，或紫暗，苔白厚腻。

脉象：脉弦滑或涩。

（5）痰瘀毒证

主症：胸闷、灼痛并见。

兼症：憋气、心烦、失眠、口苦、口干。

舌象：舌暗红，或紫暗，苔黄厚腻。

脉象：脉弦滑数。

（6）气滞血瘀

主症：胸闷、憋气，胸部胀痛。

兼症：心悸、心烦、两胁胀满、口苦、口干。

舌象：舌暗红，苔薄白。

脉象：脉弦。

2、虚证

（1）心气虚弱

主症：心胸隐痛，反复发作。

兼症：胸闷气短，动则气喘，心悸易汗，倦怠懒言，面色恍白。

舌象：舌淡暗，或有齿痕，苔薄白，

脉象：脉结代或弱。

（2）心肾阳虚

主症：胸闷气短，遇寒则痛，心痛彻背。

兼症：形寒肢冷，动则气喘，心悸汗出，不能平卧，腰酸乏力，面浮足肿。

舌象：舌淡胖，苔白。

脉象：脉沉细或脉微欲绝。

（3）心肾阴虚

主症：心胸隐痛，久发不愈。

兼症：心悸心烦，头晕耳鸣，失眠多梦，腰膝酸软，气短乏力。

舌象：舌红，苔少。

脉象：脉细数。

3.虚实夹杂证

气虚血瘀

主症：胸部疼痛。

兼症：胸闷气短，心悸头晕，倦怠乏力。

舌象：舌淡红，有瘀点或瘀斑，苔白或薄白。

脉象：脉虚。

在证候诊断时，具有胸痛、胸闷主症之一，其他症状具有2项及舌脉支持者，即可诊断。

**二、治疗方案**

本病临床上多表现为虚实互见，复合证型较多，治疗上多攻补兼施。

（一）辨证选择口服中药汤剂或中成药

1.心痛发作时的治疗

可选用复方丹参滴丸、麝香保心丸、速效救心丸。

2.辨证论治

1）实证

（1）心血瘀阻证

治法：活血化瘀，通脉止痛。

方药：水蛭化瘀宣痹汤（协定处方）：水蛭6克 地龙15克 全蝎6克 丹参30克 赤芍15克 川芎15克 红花10克 葛根30克 山楂15克 红曲20克

中成药：复方丹参滴丸、银杏叶片

（2）寒凝心脉证

治法：散寒通脉，宣痹止痛。

方药：散寒宣痹汤：荜拨10克 细辛3克 良姜10克 桂枝10克 当归10克 川芎15克

中成药：麝香保心丸

（3） 痰浊痹阻证

治法：化痰通阳，宣痹止痛。

方药：化痰宣痹汤（协定处方）：全瓜蒌10-30克 薤白15克 半夏10克 桂

枝10克 郁金15克 藿香10克 前胡10克

中成药：丹蒌片

（4）痰瘀互结证

治法：化痰宣痹，活血化瘀。

方药：雷氏丹蒌方：瓜萎皮30克 薤白15克 丹参30克 川芎15克 赤芍15克 葛根30克 郁金15克 黄芪30克 泽泻15克 骨碎补15克。

中成药：丹蒌片

（5）痰瘀毒证

治法：化痰宣痹、化瘀解毒

方药：雷氏丹曲方：瓜蒌15克 薤白15克 丹参30克 三七粉3克（冲） 黄连10克 红曲20克

中成药：丹曲片

（6）气滞血瘀证

治法：理气化瘀，通脉止痛。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）： 当归10克 川芎10克 桃仁10克 红花

10克 赤芍15克 柴胡10克 桔梗10克 枳壳10克 牛膝15克 生地15克

中成药：心可舒片、复方丹参滴丸

2）虚证

（1） 心气虚弱证

治法：补益心气，宣痹止痛。

方药：补气宣痹汤（协定处方）：人参10克 黄芪30克 丹参30克 赤芍15

克 川芎15克 三七粉3克 淫羊藿15克

中成药：芪参益气滴丸

（2） 心肾阳虚证

治法：温阳散寒，宣痹止痛。

方药：温阳宣痹汤（协定处方）：制附子10克 人参10克 桂枝10克 细辛3克 丹参30克 三七粉3克 北五加皮5克

中成药：麝香保心丸、心肝宝胶囊

（3） 心肾阴虚证

治法：滋阴养血，通脉止痛。

方药：养阴活血汤（协定处方）：北沙参15克 麦冬15克 黄精15克 黄连10克 当归10克 赤芍15克 丹参30克 夜交藤30克

中成药：滋心阴胶囊

3)虚实挟杂证

气虚血瘀

治法：益气化瘀。

方药：芪参冠心II号方：炙黄芪30克 人参10g 丹参30克 赤芍15克

川芎15克 红花15克 降香15克

中成药：通心络胶囊、步长脑心通胶囊

（二）中药注射剂

根据辨证选择丹参类制剂、葛根素注射液、三七类制剂、参麦注射液、灯盏细辛注射液、大株红景天注射液、丹参川芎嗪注射液、银杏叶类制剂。

（三）中医特色疗法

**中医特色疗法1：**

【名称】

耳穴压籽疗法治疗胸痹心痛病

【具体应用】

运用中医经络理论及全息生物理论，辨证配穴，贴压耳穴，通过经络传导，生物反射，起到改善患者体质、缓解临床症状的作用。

辨证配穴，贴压耳穴治疗胸痹心痛病：

主穴：心 脾 肾，配穴：交感 神门

**中医特色疗法2：**

【名称】

针刺治疗胸痹心痛病

【具体应用】

依据中医经络理论，我们用经络辩证取穴，配合针灸治疗，以达到活血化瘀，缓解患者临床症状的目的

基本取穴：(手足十二针)内关 曲池 合谷 三阴交 足三里 阳陵泉

手法：平补平泻，或依据辩证采用补法或泻法

心血瘀阻证：加膈俞

痰瘀痹阻证：加丰隆

气滞血瘀证：加太冲

痰浊痹阻证：加三脘

**中医特色疗法3：**

【名称】

穴位注射治疗胸痹心痛病

【具体应用】

运用中医经络理论，就近取穴，采取中药注射剂穴位注射治疗。针对临床表现中虚症、实证、虚实夹杂的侧重不同，分别选取黄芪注射液、丹参注射液、丹红注射液等作为穴位注射的主要药物

基本取穴：内关、足三里

**中医特色疗法4：**

【名称】

中药浴足治疗胸痹心痛病

【具体应用】

用丹参、红花、赤芍等中药研成粉剂浴足熏蒸，发挥其温热刺激、药透效应、归经施治等作用缓解胸痹心痛病。

**中医特色疗法5：**

【名称】

穴位贴敷治疗胸痹心痛病（阳虚寒凝）

【具体应用】

方药：麝香、冰片、桂枝、降香、安息香、细辛、红花、血竭

穴位：䐺中、心俞、内关

具体操作：

①贴敷方法：先将贴敷部位用75%乙醇或碘伏常规消毒，然后取直径1厘米，高度0.5厘米左右的药膏，将药物贴于穴位上，用5厘米×5厘米(不同患者可有所变化)的脱敏胶布固定。  
 ②贴敷时机：一般在每年夏季，农历三伏天的初、中、末伏的第一天进行贴敷治疗（如果中伏为20天，间隔10天可加贴1次）。在三伏天期间也可进行贴敷，每两次贴敷之间间隔7~10天。

③贴敷时间：成人每次贴药时间为2~6小时；具体贴敷时间，根据患者皮肤反应而定。同时考虑患者的个人体质和耐受能力，一般以患者能够耐受为度，病人如自觉贴药处有明显不适感，可自行取下。

④疗程：连续贴敷3年为一疗程。疗程结束后，患者可以继续进行贴敷，以巩固或提高疗效。

（三）冠心病运动康复治疗

运动不仅是健身手段，也是防病治病的措施，已获得医学界的肯定。通过有效强度的运动刺激，可改善血管内皮功能，稳定冠状动脉斑块，促进侧支循环建立，改善心功能，降低再住院率和死亡率，提高生活质量。

1.运动评估

评估内容包括：心血管病史及其他器官疾病病史；体格检查，重点检查心肺和肌肉骨骼系统；了解最近的心血管检查结果，包括血生化检查、12导联心电图、冠状动脉造影、超声心动图、运动负荷试验、血运重建效果、起搏器或置人式心脏复律除颤器功能；目前服用的药物，包括剂量、服用方法和不良反应；心血管病危险因素控制是否达标；日常饮食习惯和运动习惯。

运动负荷试验：

1）运动负荷试验的种类：平板运动心电图试验、6分钟步行试验

2）运动负荷试验参数描述如下：

①运动耐力：运动耐力的量化根据代谢当量（MET）计算，以占预计代谢当量（MET）值的百分比表示。预计MET根据以下公式计算：男性预计MET=14．7—0．11×年龄；女性预计MET=14．7—0．13×年龄。如低于预计值的80％，运动耐力归类为低于正常。

②心率：记录静息、各阶段结束、缺血阈值出现、出现室性或室上性心律失常和血压异常时(例如在最大运动量以及恢复1、3及6 min过程中，出现血压下降或过高反应)的心率。在运动过程中心率变异的分类：1)达标：未应用B受体阻滞剂患者在运动中最大心率达到预测心率(220一年龄)的85％以上，或应用B受体阻滞剂者达到62％以上。2)未达标：低于上述指标。在恢复过程中心率变异的分类：1)正常：在有氧运动恢复级别的方案中(平板或踏车)，最大运动量和恢复1 min时心率的差异> 12次／min；如果达最大运动量后立即停止运动，两者之间心率差异>18次／min。2)异常：低于上述指标。

③血压：血压变化分类如下：1)正常：每1 MET，收缩压升高约10 mmHg，并且舒张压无变化或轻微降低。最大运动量时收缩压下降<10 mmHg也可接受。2)血压反应过度：收缩压数值>250mmHg或舒张压>120 mmHg。3)血压反应不足：收缩压升高<30 mmHg。

④心肌缺血：按照指南的标准，根据训练或恢复过程中是否存在心绞痛或诱发ST段抬高或压低等情况，运动试验结论一般分为阴性、阳性、可疑和无结论。心肌缺血的判断主要根据出现ST段变化及变化幅度、恢复过程中ST恢复到正常的时间、与限制性心绞痛的联系、血压下降以及心率变时功能不全或室性心律失常。明确心肌缺血阈值时的心率，出于安全考虑，运动过程中训练心率必须较该数值减少10次／min。

⑤有氧训练强度：训练心率的计算方法：心率储备的60％～80％。心率储备法：此法不受药物(B受体阻滞剂等)的影响，目标心率=(最大心率一静息心率)×运动强度+静息心率。

2.冠心病患者运动处方的具体内容：运动形式主要是氧运动，包括行走、慢跑、游泳和骑自行车、瑜伽、气功等；有氧运动每周 3-5 d，最好每周 7 d。心脏病患者的最佳运动时间为 30-60 min/d。对于刚发生心血管事件的患者，从 10 min/d 开始，逐渐增加运动时间，最终达到 30-60 min/d 的运动时间。

3.运动康复治疗具体实施方案

(1)住院患者的康复与运动

住院患者开始康复的指征： 开始康复过去 8 h内没有新的或再发胸痛；肌钙蛋白水平无进一步升高；没有出现新的心力衰竭失代偿征兆(静息时呼吸困难伴湿啰音)；过去8 h内没有新的明显的心律失常或心电图动态改变；静息心率50~100 次/min；静息血压90~150/60~100 mmHg；血氧饱和度>95%。

住院患者避免或停止运动的指征：运动时心率增加>20 次/min；舒张压≥110 mmHg；与静息时比较收缩压升高>40 mmHg以上，或收缩压下降>10 mmHg；明显的室性和房性心动过速；二或三度房室传导阻滞；心电图有ST段动态改变；存在不能耐受运动的症状，如胸痛、明显气短、心悸和呼吸困难等。 值得注意的是，住院患者进行活动须在心电、血压监护下进行。运动要从仰卧位到坐位、到站立、再到下地活动循序渐进。一般完成 4 步运动康复步骤后基本可以胜任日常生活活动。

 住院期4步早期运动适应证：入院后8 h，无胸痛和呼吸困难等不适主诉，穿刺部位无出血、血肿；心率50~90 次/min，血压90~150/60~100 mmHg，呼吸16~24 次/min，血氧饱和度95%以上。功能锻炼方案可见下表

住院患者功能锻炼方案

|  |  |
| --- | --- |
| 级别 | 功能锻炼 |
| A级 | 上午取仰卧位，双腿分别做直腿抬高运动，抬腿高度为30。；双臂向头侧抬高深吸气，放下慢呼气；5组／次。下午取床旁坐位和站立5 min。 |
| B级 | 上午在床旁站立5 min；下午在床旁行走5 min。 |
| C级 | 在床旁行走10 min／次，2次／d。 |
| D级 | 在病室内活动，10 min／次，2次／d。 |

患者在活动时要严密监测其症状及穿刺部位情况：如出现胸闷、胸痛，运动心率比静息心率增加≥20次/min，呼吸≥30次/min，血氧饱和度<95%，立即停止活动，行床旁心电图检查;次日活动量减半，或将活动计划推延。

(2)出院前后运动康复指导

出院前应对每例冠心病患者患者均进行运动负荷试验评估，以指导出院后运动：急性心肌梗死发病7 d后，支架置入术24 h后，冠状动脉旁路移植术7 d后。

运动负荷试验终止的绝对指征：在心电图无病理性 Q 波导联 ST 段抬高>1.0 mV；随运动负荷增加收缩压下降>10 mmHg 并伴有心肌缺血证据；中至重度心绞痛；中枢神经系统临床表现(如头晕、晕厥前兆和共济失调)；灌注不足的临床表现(紫绀或苍白)；持续室性心动过速或其他严重心律失常，包括二或三度房室传导阻滞；因技术问题无法监测心电图或收缩压；患者要求停止运动。 除禁忌症，大多数患者可在出院后1~3周内开始运动康复，如有条件可进行门诊运动康复指导，一般每周3次，持续36次或更长时间。如不能坚持门诊康复，建议低危患者至少参加心电监护下运动6~18次(或至出院后1个月)，中危患者至少参加心电监护下运动12~24次(或至出院后2个月)，高危患者至少参加心电监护下运动18~36次(或至出院后3个月)。

（3）院外康复

运动处方个体化最好。冠心病患者运动有3步：第一是做好热身，持续5~10 min。第二是开始运动，以有氧运动为主，抗阻运动为辅。有氧运动包括行走、慢跑、游泳和骑自行车、瑜伽、气功等；抗阻运动包括静力训练和负重等。第三是做放松运动。

注意事项：出院后1个月内不建议选择慢跑、骑自行车、爬楼梯和游泳等运动，建议以步行为主。每次运动时间为10~60 min。

三、疗效评价

（一）疗效评价标准

1、 中医证候疗效判定标准

根据积分法判定中医证候疗效：

疗效指数（n）=（疗前积分-疗后积分）/疗前积分×100%。

显效：临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥70%。

有效：临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥30%＜70%。

无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少＜30%。

加重：临床症状、体征均有加重，证候积分减少＜0。

2、心绞痛疗效判定标准

参照全国冠心病心绞痛座谈会修订的《冠心病的诊断参考标准》制定，分显效、有效、无效、加重。主要根据心绞痛积分减分率判定。

显效：同等劳累程度不引起心绞痛或心绞痛次数减少80%以上，硝酸甘油消耗量减少80%以上；

有效：心绞痛发作次数及硝酸甘油消耗量均减少50% ～80%；

无效：心绞痛发作次数及硝酸甘油消耗量减少不到50%。

3、心电图疗效判定标准

参照全国冠心病心绞痛座谈会修订的《冠心病的诊断参考标准》制定。

显效：心电图恢复至“大致正常”或达到“正常心电图”。

有效：ST段降低，以治疗后回升0.05 mV以上，但未达正常水平，在主要导联倒置T波改变变浅(达25％以上者)；或T波由平坦变为直立，房室或室内传导阻滞改善者。

无效：心电图基本与治疗前相同。

加重：治疗后ST段降低O.05 mV以上，主要导联倒置T波加深(达25％以上者)，或直立T波变平坦或平坦T波变倒置,以及出现异位心律、房室传导阻滞或室内传导阻滞。

(二)评价方法

1、临床症状的评价

采用心绞痛症状计分、中医症状计分表进行观察和比较。

2、心电图疗效评价

3、生存质量评价

采用西雅图心绞痛量表进行评价

4、远期疗效评定

通过随访方式评定心血管终点事件，如：心血管死亡、心肌梗死、脑卒中、需要行血运重建术（包括冠脉搭桥术）、需要住院等。

**2016年胸痹心痛病（冠心病心绞痛）**

**临床疗效分析及评价总结**

一、临床资料：

共收治胸痹心痛病病人914例，排除资料不全、并发症较多、肝肾功能异常、其他原因引起胸痛的病人，疗效评价共纳入病人486例，其中中西医结合治疗324例，男性 192例，女性 132 例，年龄 45～74岁，单纯西医标准化治疗162 例，男性 86例，女性75例；年龄 44～75岁，入选标准参照《中药新药临床研究指导原则》和国际心脏病学会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组报告《缺血性心脏病的命名及诊断标准》。对所有入选患者进行了中医辨证分型的统计学研究，临床常见主要证型依次为痰瘀互结型（达24%）、心血瘀阻及气滞血瘀型（达22%）、痰浊痹阻型（达16%）、心气虚弱型及气虚血瘀型（达16%）、痰瘀毒证（达12%）。实证里面寒凝心脉及虚证心肾阴虚、心肾阳虚少见，分别为3.5%、3.5%、3%。

二、治疗方法：对照组常规西药治疗，西医基础治疗包括皮下注射低分子肝素，口服肠溶阿斯匹林，B受体阻滞剂，钙拮抗剂，ACEI或ARB，他汀类药物等。心绞痛发作时临时给予速效救心丸或硝酸甘油片，舌下含服或静点硝酸甘油；治疗组西医基础上加用本科诊疗常规方药。

三、疗效评价标准

1、 中医证候疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》制定，主要根据中医证候积分减分率判定。

2、主要症状疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》制定，分显效、有效、无效、加重。主要根据心绞痛积分减分率判定。

3、心电图疗效判定标准

显效：心电图恢复至“大致正常”或达到“正常心电图”。有效：ST段降低，以治疗后回升0.05 mV以上，但未达正常水平，在主要导联倒置T波改变变浅(达25％以上者)；或T波由平坦变为直立，房室或室内传导阻滞改善者。无效：心电图基本与治疗前相同。加重：治疗后ST段降低0.05 mV以上，主要导联倒置T波加深(达25％以上者)，或直立T波变平坦或平坦T波变倒置。以及出现异位心率、房室传导阻滞或室内传导阻滞。

四：治疗结果：

1.证候积分对比：

1、证候积分对比（±s）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 组别 | n | 治疗前 | 治疗后 | P |
| 治疗组  对照组 | 324  162 | 30.8±7.2  28.9±8.2 | 12.4±5.8  16.8±5.3 | <0.05 |

2、（1）、两组症状疗效判定

|  |  |
| --- | --- |
| 症状 | 组别 显效 有效 无效 有效率(%) |
| 发作次数  持续时间  疼痛程度  硝酸甘油用量  胸闷  气短  心悸 | 治疗组 122 170 32 90.1  对比组 40 92 30 81.5  治疗组 102 198 24 92.4  对比组 50 82 30 81.5  治疗组 160 138 26 92.0  对比组 50 60 52 67.9  治疗组 224 100 0 100  对比组 60 102 0 100  治疗组 170 115 39 87.9  对比组 40 82 40 75.3  治疗组 122 150 52 83.6  对比组 20 85 57 64.8  治疗组 80 168 76 76.5  对比组 20 100 42 74.1 |

（2）两组各证型疗效对比

|  |  |
| --- | --- |
| 症状 | 组别 n 显效 有效 无效 加重 |
| 心血瘀阻及  气滞血瘀  寒凝心脉  痰浊痹阻  痰瘀互结  痰瘀毒证  心肾阴虚  心肾阳虚  心气虚弱及  气虚血瘀 | 治疗组 71 24 44 2 1  对比组 35 16 15 2 2  治疗组 12 4 6 1 1  对比组 6 2 2 1 1  治疗组 51 24 24 2 1  对比组 26 6 20 0 0  治疗组 78 48 26 3 1  对比组 39 12 24 3 0  治疗组 39 21 16 1 1  对比组 19 10 6 2 1  治疗组 12 8 3 1 0  对比组 6 2 2 1 1  治疗组 10 8 2 0 0  对比组 5 2 3 0 0  治疗组 51 20 26 2 1  对比组 26 15 10 1 0 |

3、两组心电图疗效对比

|  |  |
| --- | --- |
| 组别 | n 显效 有效 无效 加重 有效率（%） |
| 治疗组  对比组 | 324 80 205 35 4 87.9  162 40 62 52 8 62.9 |

五、疗效评估：

1、症状、体征变化：

根据本诊疗常规对患者进行辨证论治，对各证型患者临床症状改善明显，尤其对胸痹心痛病主症（发作次数、发作持续时间、疼痛程度）有显著改善，对其兼证也较治疗组改善明显。

2、心电图的变化：

心电图缺血改善率达87.9%，明显优于对比组。

**2016年胸痹心痛病（冠心病心绞痛）**

**诊疗方案优化措施**

1. 胸痹患者在采用西药降血压及降脂的同时加用中药治疗，在改善胸痹并发症症状方面，优势明显，但是降血压及降脂效果不如西药显著，因此为发挥自身优势和特色，下一步应着力针对并发症的中医药治疗深入研究。
2. 继续加大对胸痹心痛病痰瘀互结证的研究，冠心病心绞痛临床表现多为胸闷胸痛并见，我科率先在国内提出冠心病心绞痛痰瘀互结证新理论，采用化痰宣痹、活血化瘀治法。发明国家级中药新药丹蒌片，用于临床，疗效确切。在此基础上根据痰瘀互结，郁久化热化毒，进而痰瘀与毒互结，气血津液凝滞，导致动脉粥样硬化斑块形成、破裂出血等，导致冠心病不稳定及急性心血管事件的发生，采用祛痰化瘀、清热解毒法，创制丹曲胶囊，疗效显著
3. 诊疗常规加入心脏康复理论及措施   
   （1）心脏康复的价值：心血管功能改善；运动能力明显提高；胸闷、心悸、气短、乏力、心绞痛等症状减少；使用药物量减少；死亡率降低；生活质量提高；改善心理状态；最终达到最大限度和可能的自理，回归家庭、回归社会，获得生存的尊严！

（2）中西医结合心脏康复：我科依据国医大师、名老中医多年治疗实践，在心脏康复流程之中，融合优化药物、物理治疗、心理康复、中医外治多种方法，把中西医治疗方法重新进行有机整合，形成了“陕西省中医医院中西医结合心脏康复模式”。该模式的中医方法主要有：中药、针灸、按摩、熏洗、气功、穴位贴敷、食疗等康复方法进行融合，疗效显著，获得患者高度好评。

**胸痹心痛病（冠心病心绞痛）中医诊疗规范**

**（2014年版）**

【概 述】胸痹证是由于心脉痹阻，心脏气血阴阳失调所致，病位在心。其发病与心、肝、脾、肾等脏功能虚衰，气滞、寒凝、痰阻、血瘀等因素密切相关。总属本虚标实之病证。常见膻中或胸前疼痛、憋闷，甚至胸痛彻背，牵引肩臂等主要表现。相当于现代医学的冠心病心绞痛。

【诊断要点】

1.辨疼痛性质：胸痹心痛有闷痛、刺痛、绞痛、隐痛之别，

1.1闷痛：心胸窒闷而痛或如物压，或闷重而痛轻，善太息，兼见痰多口粘，太腻，多属痰浊痹阻为患。

1.2刺痛：心胸阵痛如刺，固定不移，入夜犹甚，兼见舌质紫暗或瘀斑，多属瘀血内闭为患。

1.3绞痛：心胸痛如绞，遇寒则发，得冷则巨，兼见畏寒肢冷，，舌淡苔白滑，多属寒凝心脉所致。

1.4隐痛：心胸隐痛，动则引发，兼见面色恍白，气短懒言，舌淡暗、苔白薄。多有心气不足所致。

2.辨病情的轻重顺逆：1.1疼痛发作次数：发作频繁者重。偶尔发作者轻。1.2疼痛发作持续的时间：发作时间短者轻，时间长者重。1.3心痛证候的虚实：证候实属者轻，有虚象者重。1.4脉象：不急不徐，节律规整者轻；脉象过疾、过缓或见结带者为重。1.5病程长短：初发者一般为轻，迁延日久为重。总之，判断胸痹心痛病情的轻重，因把心痛局部和全身表现结合起来分析，才能得出正确的结论。

【辨证论治】

（一）实证

1. 心血瘀阻

主症：心胸阵痛，如刺如绞，固定不移，入夜为甚。

兼症：胸闷心悸，面色晦暗。

舌象：舌质紫暗，或有瘀斑，舌下络脉青紫，

脉象：脉沉涩或结代。

分析：瘀血停滞于心脉，故心胸疼痛如刺，固定不移，入夜痛甚。瘀血阻塞，心失所养，故心悸。舌质紫暗或瘀斑，脉沉涩或结代，均为瘀血内停之征。

治法：活血化瘀，通脉止痛。

方药：水蛭化瘀宣痹汤（协定处方）：水蛭6克 地龙15克 全蝎6克 丹参30克 赤芍15克 川芎15克 红花10克 葛根30克 山楂15克 红曲30克

方中水蛭、地龙、全蝎、红花破血逐瘀，丹参、赤芍、川芎、葛根活血化瘀、山楂、红曲消食、活血，诸药合用共凑活血化瘀，通脉止痛之功。若病情重，心痛剧者，可合用失笑散或加乳香10克，没药10克以增祛瘀定痛之功；若症情轻者可改用丹参饮加减治疗。

2. 寒凝心脉

主症：心胸痛如缩窄，遇寒而作

兼症：形寒肢冷，胸闷心悸，甚则喘息不得卧。

舌象：舌质淡苔白滑，

脉象：脉沉细或弦紧。

分析：心阳不振，复受寒邪，以致寒邪凝滞，闭阻心脉，不通则痛；寒性手引，故痛如缩窄；寒为阴邪，本已心阳不振，感寒则阴寒益盛，故易作心痛；胸阳失展，营血不运，失于濡养，故见胸闷心悸，甚则喘息，形寒肢冷；舌淡，苔白滑，脉紧，均为阴寒之侯。

治法：散寒通脉，宣痹止痛。

方药：散寒宣痹汤：荜拨10克 细辛3克 良姜10克 桂枝10克 当归10克 川芎15克

方中荜拨、良姜温中散寒止痛，细辛、桂枝温通心阳，通脉宣痹止痛，川芎理气活血，气行则血行、当归养血活血，诸药合用共凑散寒通脉，宣痹止痛之功。若病情重，心痛剧者，可合用失笑散或加乳香10克，没药10克以增祛瘀定痛之功；若症情轻者可改用丹参饮加减治疗。

或当归四逆汤（《伤寒论》）化裁：桂枝10克 细辛3克 当归10克

芍药10克 通草3克 甘草10克 赤芍15克。

若疼痛发作较剧而彻背者，为阴寒极盛之重症，可予乌头赤石脂丸合苏和香丸，以芳香温通而止痛。

3. 痰浊痹阻

主症：心胸窒闷或如物压。

兼症：气短喘促，多形体肥胖，肢体沉重，脘痞，痰多口粘。

舌象：舌苔浊腻。

脉象：脉滑。

分析：痰为阴邪，其性粘滞，停于心胸，滞塞阳气，痹阻心脉，故见心胸窒闷疼痛，气短，“脾为生痰之源”，脾虚运化无权，则致痰浊内生，故兼见肢体沉重，脘痞，痰多口粘；舌苔浊腻，脉滑为痰浊内阻之候。

治法：化痰通阳，宣痹止痛。

方药：化痰宣痹汤（协定处方）：全瓜蒌10-30克 薤白15克 半夏10克 桂枝10克 菖蒲15克 郁金15克 藿香10克 前胡15克

方中全瓜蒌、半夏宽胸理气，化痰和胃，薤白、桂枝、温通心阳，通脉宣痹，菖蒲、郁金豁痰开窍，藿香芳香辟秽化湿，前胡降气化痰。诸药合用共凑化痰通阳，宣痹止痛之功。

或温胆汤（《三因极——病症方论》）加味：半夏10克 茯苓15克

陈皮15克 甘草10克 竹茹10克 枳实5克 全瓜蒌30克 郁金10克

石菖蒲10克。

若痰浊化热明显，心痛如灼，心烦口干，痰多黄稠，大便秘结，舌红苔黄腻，脉滑数者，可用黄连温胆汤加全瓜蒌30克，郁金10克，石菖蒲10克，清热豁痰。宜适当配合活血行瘀之品，如丹参30克，川芎 10克

4、气滞血瘀

主症：胸闷、憋气，胸部胀痛。

兼症：心悸、心烦、两胁胀满、口苦、口干。

舌象：舌红，苔黄腻。

脉象：脉弦。

分析：七情不和，肝失疏泄，肝气郁滞，气滞则血行不畅，停滞而成瘀血，气滞血瘀，不通则痛，故胸痛，气机不畅则胸闷、气憋、两胁胀满。郁久化热，热扰心神则心悸、心烦，热邪灼伤津液则口苦、口干。舌红，苔黄腻为气滞血瘀之候。

治法：理气化瘀，通脉止痛。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）化裁：当归10克 川芎10克 桃仁10克 红花10克 赤芍15克 柴胡10克 桔梗5克 枳壳5克 牛膝15克 生地15克

方中桃仁、红花破血润燥，赤芍、生地凉血活血，当归、川芎养血理气活血，牛膝则引血下行，柴胡、桔梗、枳壳合用疏肝理气，升降合用，使气机调和。诸药合用共凑理气化瘀，通脉止痛之功。

（二）虚证

1. 心气虚弱：

主症：心胸隐痛，反复发作。

兼症：胸闷气短，动则气喘，心悸易汗，倦怠懒言，面色恍白。

舌象：舌淡暗，或有齿痕，苔薄白，

脉象：脉结带或弱。

分析：气为血帅，心气虚弱，则运血无力，血滞心脉，故发心痛，胸闷，气短；动则耗气，故活动则症状加剧，甚则喘息；心气鼓动无力，血运不达，则面色晄白，心悸，脉弱或结代；汗为心之液，气虚不摄，故易汗出。

治法：补益心气，宜痹止痛。

方药：补气宣痹汤（协定处方）：人参10克 黄芪30克 丹参30克 赤芍15克 川芎15克三七粉3克 羊霍15克

方中人参、黄芪大补元气，赤芍、丹参凉血活血，川芎、三七粉行气活血止痛，淫羊藿补肾壮阳，鼓舞阳气。诸药合用共凑补益心气， 宜痹止痛之功。

或保元汤（《博爱心鉴》）合甘麦大枣（《金匮要略》）化裁：人参（另煎）3克 黄芪 15克 炙甘草10克 桂枝10克 生姜1片。

原方可去生姜，加丹参或当归10克以养血行痰；甘麦大枣汤可益心气，敛汗宁心神。

2. 心肾阳虚

主症：胸闷气短，遇寒则痛，心痛彻背。

兼症：形寒肢冷，动则气喘，心悸汗出，不能平卧，腰酸乏力，面浮足肿。

舌象：舌淡胖，苔白。

脉象：脉沉细或脉微欲绝。

分析： 心力不足，渐成心阳亏虚，日久累及肾阳，致心肾阳虚。阳气亏虚。失于温煦鼓动，故见形寒肢冷，胸闷，心悸，脉沉细或欲绝；阳虚则生内寒，寒凝心脉，不痛则痛，故见心痛，遇寒痛剧；肾阳亏虚，命门火衰，蒸腾气化失司，水液代谢失常，故见面浮足肿；舌淡胖苔白，为阳虚寒盛之象。

治法：温阳散寒，宜痹止痛。

方药：温阳宣痹汤（协定处方）：制附子10克 人参10克 桂枝10克 细辛3克 菖蒲15克 丹参30克 三七粉3克 北五加皮4克

方中人参大补元气，制附子温补肾阳，桂枝、细辛温通心阳，丹参凉血活血、三七粉理气活血止痛， 北五加皮强心利尿，石菖蒲开窍 宁神、化湿和胃。诸药合用共凑温阳散寒，宜痹止痛之功。

或人参汤（《金匮要略》）合真武汤（《伤寒论》）化裁：附子10克 人参（另煎）3克 干姜10克 茯苓15克 白术10克。

若心肾阳虚而见虚阳欲脱的厥逆之症，急当回阳救逆，用参附龙牡汤。

3. 心肾阴虚

主症：心胸隐痛，久发不愈。

兼症：心悸盗汗，心烦少寐，腰酸膝软，耳鸣头晕，气短乏力。

舌象：舌红，苔少。

脉象：脉细数。

分析：素体阴虚或心阴亏虚日久，累及肾阴，致心肾阴虚。心阴亏虚，心失所养，虚火内炽，营阴涸涩，心脉不畅而见胸痛，心悸。阴虚不敛阳，心神不宁，故心烦不寐。腰为肾府，肾开窍于耳，肾阴亏虚，则腰酸耳鸣。舌红少苔，脉细数为阴虚之候。

治法：滋阴养血，通脉止痛。

方药：养阴活血汤（协定处方）：北沙参15克 麦冬15克 黄精15克 当归10克 赤芍15克 黄连6克 丹参30克 葛根30克 夜交藤30克

方中北沙参、麦冬、黄精、葛根养阴生津，丹参、赤芍凉血活血，当归养血活血，共凑通脉止痛之效。黄连、夜交藤交通心肾。诸药合用共凑滋阴养血，通脉止痛之功。

或天王补心丹（《摄生秘剖》）合左归饮（《景岳全书》）加减：生地15克 玄参10克 枸杞10克 麦冬10克 柏子仁30克 枣仁30克 五味子 10克 丹参30克 当归10克 人参（另煎）3克 茯苓15克。

若阴伤及气，致气阴两虚者，治当益气养阴，用生脉散加味：西洋参10克 麦冬15克 五味子10克 丹参30克 三七粉3克 水蛭6 丹皮10克 赤芍10克。

【其他疗法】

1、速效救心丸 川芎、冰片等组成。活血理气止痛，增加冠脉血流量，缓解心绞痛，治疗冠心病胸闷憋气，心前区疼痛，每日3次，每次4-6粒。急性发作时每次10-15粒。

2、复方丹参滴丸：急性发作时每次10粒。

3、麝香保心丸（麝香、蟾酥、人参等） 芳香温通，益气强心。每次含服或吞服1-2粒。

4、丹参类制剂,5%葡萄糖注射液或生理盐水，静滴，日1次；葛根素注射液0.4g+250ml 5%葡萄糖注射液或生理盐水，静滴，日1-2次；参脉注射液40ml+250ml 5%葡萄糖注射液，静滴，日1次，不仅对休克、心律失常、心力衰竭有效，且对心绞痛也有效。

【转归与预后】

心痛为内科临床常见的危及重症，其病机复杂，变化多端。尽管如此，只要辨证准确。治疗及时，善于摄养，一般都可得到控制或缓解。有些患者可因各种因素导致心胸剧痛，持续不解，伴见气短喘息，四肢不温或烦躁，甚至昏厥，脉细欲绝。此为心痛之危重症——“真心痛”。随着CCU（冠心病监护）病房在中医医院的建立，使急救手段与治疗方法日趋完善，因此死亡率亦明显降低。

【参考文献】

1、《中医内科学》周仲瑛主编，中国中医药出版社，2007年

2、《中医内科学》邓铁涛主编，上海科学技术出版社，1986年

3、《施今墨临床经验集》 祝湛予主编，人民卫生出版社，2005年

**2014年胸痹心痛病（冠心病心绞痛）**

**临床疗效分析及评价**

我科2014年中医疗效突出的优势病种有：胸痹心痛症（冠心病心绞痛）、心水症（心力衰竭）及心悸（心律失常）。我科中医药治疗效果明显。故确定以上三种为优势病种。 现对胸痹心痛症进行疗效及中医药特色分析：

胸痹心痛症（冠心病心绞痛）

1门诊就诊人数：18060例，胸痹心痛症6863例，占38%。

住院患者：1823例，胸痹心痛症657例，占36%。

住院排除资料不全、并发症较多、肝肾功能异常、其他原因引起胸痛的病人，疗效评价共纳入病人296例

2疗效分析

2.1中医症状记分法：

（1）心绞痛记分法

①发作次数：0分：无

2分：每周发作2-6次。

4分：每日发作1-3次。

6分：每日发作4次以上。

②持续时间：0分：无

2分：每次疼痛持续≤5分钟。

4分：每次疼痛持续>5≤10分钟。

6分：每次疼痛持续>10分钟。

③疼痛程度：0分：无

2分：发作时经休息即缓解不影响日常生活。

4分：发作时需药物治疗，缓解后可继续正常活动。

6分：发作频繁，影响日常活动（如穿衣、进食、散步、大便可诱发症状发作）。

④硝酸甘油用量：0分：无

2分：每周服1-4片。

4分：每周服5-9片。

6分：每周服10片以上。

（2）胸闷：0分：无

2分：偶感胸闷，可自行缓解。

4分：胸闷发作较频繁，有叹息可呼吸，但不影响正常生活和工作。

6：胸闷持续不解，影响生活和工作。

（3）心悸：0分：无

1分：偶发心悸，不适感轻微，可自行缓解。

2分：时有发作，持续时间长，不适感明显。

3分：经常发生，心悸持续不解，甚至影响生活和工作。

（4）气短：0分：无

1分：活动后气短。

2分：稍动即气短。

3分：平素不活动亦感气短喘促。

（5）倦怠乏力：0分：无

1分：精神不振，乏力较差，不影响工作。

2分：精神疲乏，全身乏力，尚可坚持工作。

3分：经常倦怠乏力，难以坚持工作、生活。

（6）自汗：0分：无

1分：活动后汗出甚。

2分：轻微活动则汗出。

3分：不动即汗出。

舌象、脉象不记分。

2.2中医证候总疗效判定标准：

疗前积分 — 疗后积分

疗效指数（EI）= ×100%

疗前积分

显效：EI≥ 70%

有效：30%≤EI <70%

无效：EI < 30%

2.3疗效统计结果

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | 门 诊 |  | 住 院 |
| 异常 显效 有效 有效率(%) | 异常 显效 有效 有效率(%) |
| 发作次数  持续时间  疼痛程度  硝酸甘油用量  胸闷  气短  心悸  倦怠乏力  自汗 | 423 81 111 45.36  423 84 125 49.31  423 90 127 1.36  224 87 108 87.25  6863 1762 2645 64.21  6105 1840 2761 75.36  3516 1212 1819 86.21  3251 1099 1649 84.54  765 264 397 86.35 |  | 192 51 76 66.32  192 39 59 51.23  192 40 61 52.64  136 59 77 100.00  296 81 121 68.35  268 86 129 80.36  202 72 108 89.25  287 110 166 96.25  187 72 107 95.51 |

\* 有效率=（显效例数+有效例数）/总例数

**2014年胸痹心痛病（冠心病心绞痛）**

**诊疗方案优化措施**

1. 医师辨证的准确率有待进一步提高。不同医师之间中医辨证证型不同，存在个体差异，导致所用中药方剂不同。故在本版诊疗方案中我们特意增加了辨证论治要点，从辨疼痛性质及辨病情顺逆等方面出发，从而有助于提高辨证的准确性。
2. 温阳宣痹法一直是治疗本病的关健。阳气在人体中起到的推动和温煦作用。冠心病心绞痛的常见证型为阳虚血瘀阴寒凝滞，并提出相应的温通化瘀，芳香开窍之法。达到温阳宣痹止痛的作用。并在临床反复应用多年，取得非常满意疗效。提高了患者的生活质量，产生了很好的社会效益。经过又一年的临床运用，我们发现有些病人久病身体虚弱，阳损及阴，阴阳两亏；或者久病，阳虚血瘀，瘀久化热，煎熬津液，阴液渐亏，虚热日甚；或者病人素体阴虚等，病人入院时即表现为胸闷隐痛、时作时止，心悸气短，倦怠懒言，面色少华，甚则头晕目眩，遇劳则甚，舌红或有齿痕少苔，或舌体瘦小，脉细弱无力或结代等症，为气阴两亏之象，药物温阳则徒伤阴血，阴亏液燥，心血淤阻更甚，活血则更伤气，血瘀安能运化。这实际是中医辨证与辨病治疗的如何有机结合的问题。
3. 在治疗中所用方剂虽为经典方剂，但是目前临床单一的典型证型仍较少见，虽然在实际使用中方剂也进行了划裁，但是仍不够集中、系统。

近一段时间以来，心病科收治胸痹（不稳定性心绞痛）患者呈下降趋势，于此同时胸痹心痛病（慢性稳定性心绞痛）患者呈上升趋势，成为我科主要收治的病种，因此我科及时更改中医优势病种诊疗方案将胸痹心痛病（慢性稳定性心绞痛）纳入诊疗方案以利于指导临床实践。