**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年心衰病诊疗常规、疗效分析及评估、优化措施 3

2016年心衰病诊疗常规、疗效分析及评估、优化措施......................16

2014年心悸病诊疗常规、疗效分析及评估、优化措施......................29

**心衰病（慢性心力衰竭）中医诊疗方案**

**（2020版）**

**一、诊断**

（一）疾病诊断

1、中医诊断：参考《实用中西医结合内科学》（陈可冀主编，北京医科大学/中国协和医科大学联合出版社）。

2、西医诊断和分级标准：参照中华医学会2007年颁布的“慢性心力衰竭的诊断和治疗指南”、2009年中华医学会编著《临床诊疗指南-心血管内科分册》、Framingham心衰诊断标准和美国纽约心脏病协会心功能分级标准制定。

（1）心力衰竭诊断标准

**Framingham心衰诊断标准**

|  |  |
| --- | --- |
| **主要标准** | **次要标准** |
| 阵发性夜间呼吸困难或端坐呼吸 | 踝部水肿 |
| 颈静脉怒张 | 夜间咳嗽 |
| 肺部罗音 | 活动后呼吸困难 |
| 心脏扩大 | 肝肿大 |
| 急性肺水肿 | 胸腔积液 |
| 第三心音奔马律 | 肺活量降低到最大肺活量的1/3 |
| 静脉压增高>1.57kpa（16cmH2O） | 心动过速 |
| 循环时间>25秒 | 治疗后5天内体重减轻>4.5kg |
| 肝颈静脉返流阳性 |  |

同时存在2个主项或1个主项加2个次项，即可诊断为心力衰竭（除外明确肺源性或其他原因所致的右心衰、急性心衰、心梗后心衰）

超声心动图指标：

①收缩功能：以收缩末及舒张末的容量差计算射血分数（EF值），虽不够精确，但方便实用。正常EF值>50%，运动时至少增加5%。

②舒张功能：目前大多采用多普勒超声心动图二尖瓣血流频谱间接测定心室舒张功能，心动周期中舒张早期心室充盈速度最大值为E峰，舒张晚期心室充盈最大值为A峰，E/A为两者之比值。正常人E/A值不应小于1.2，中青年应更大。舒张功能不全时，E峰下降，A峰增高，E/A比值降低。

（2）心力衰竭严重程度分级标准

美国纽约心脏病学会（NYHA）的分级方案，主要是根据患者自觉的活动能力划分为心功能四级，心力衰竭三度：

Ⅰ级（心功能代偿期）：患者患有心脏病，但活动量不受限制，平时一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

Ⅱ级（Ⅰ度心衰）：心脏病患者的体力活动受到轻度的限制，休息时无自觉症状，但平时一般活动下可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

Ⅲ级：心脏病患者体力活动明显受限，小于平时一般活动就会引起上述症状。

Ⅳ级：心脏病患者不能从事任何体力活动，休息状态下也会出现心衰的症状，体力活动后加重。

（二）证候诊断

慢性稳定期：

1.心肺气虚 血瘀饮停证：胸闷气喘，心悸，活动后诱发或加重，神疲乏力，咳嗽，咯白痰，面色苍白，或有紫绀。舌质淡或边有齿痕，或紫暗、有瘀点、瘀斑，脉沉细、虚数或涩、结代。

2. 气阴两虚 心血瘀阻证：胸闷气喘，心悸，动则加重，乏力自汗，两颧泛红，口燥咽干，五心烦热，失眠多梦，或有紫绀。舌红少苔，或紫暗、有瘀点、瘀斑，脉沉细、虚数或涩、结代。

 3.痰瘀互结、气虚水停：胸痛，胸闷，心悸喘促，动则喘甚，四肢或全身水肿，舌淡暗或紫暗，边有齿痕，苔白厚腻，脉沉弦滑。

 4.阳气亏虚，血瘀水停证：：胸闷气喘，心悸，咳嗽，咯稀白痰，肢冷，畏寒，尿少浮肿，自汗，汗出湿冷，舌质暗淡或绛紫，苔白腻，脉沉细或涩、结代。

 5.肾精亏损，阴阳两虚证：心悸，动辄气短，时尿少浮肿，或夜卧高。腰膝酸软，头晕耳鸣，四肢不温，步履无力，或口干咽燥。舌淡红质胖，苔少，或舌红胖，苔薄白乏津，脉沉细无力或数，或结、代。

急性加重期：

 1.阳虚水泛证：喘促气急，痰涎上涌，咳嗽，吐粉红色泡沫样痰，口唇青紫，汗出肢冷，烦躁不安，舌质暗红，苔白腻，脉细促。

 2.阳虚喘脱证：面色晦暗，喘悸不休，烦躁不安，或额汗如油，四肢厥冷，尿少肢肿，面色苍白，舌淡苔白，脉微细欲绝或疾数无力。

 3.痰浊壅肺证：咳喘痰多，或发热形寒，倚息不得平卧；心悸气短，胸闷，动则尤甚，尿少肢肿，或颈脉显露。舌淡或略青，苔白腻，脉沉或弦滑。

（三）中医症状分级量化表

**症状分级量化表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **症状** | **轻(1分)** | **中(2分)** | **重(3分)** |
| 心悸 | 正常活动时稍感心悸，不影响日常生活 | 正常活动时明显心悸，休息后可缓解，可勉强坚持日常生活 | 休息时无症状，稍轻微活动即可引起心悸，不能进行日常生活 |
| 气短 | 一般活动后气短 | 稍活动后气短 | 平素不活动亦感气短喘促 |
| 疲倦乏力 | 精神不振，气力较差，仍可坚持日常工作及活动 | 精神疲乏，全身无力，勉强坚持日常活动 | 精神气力严重疲乏，难以坚持日常活动 |
| 面肢浮肿 | 晨起晚间轻微浮肿 | 指陷性浮肿＋－＋＋ | 指陷性浮肿＋＋以上 |
| 自汗 | 活动后微汗出，略有湿衣 | 不活动皮肤微潮，稍动则更甚 | 平素即汗出，动则汗如水渍状 |
| 盗汗 | 头部汗出为主，偶尔出现 | 胸背潮湿，反复出现 | 周身潮湿如水洗，经常出现 |
| 胸闷（痛） | 胸胁隐隐作痛 | 胸胁闷痛时作时止 | 胸胁闷痛明显 |
| 口干 | 微有口干，不需饮水 | 口干少津，时欲饮水 | 口干难忍，频频饮水 |
| 气喘 | 喘息偶发，程度轻，不影响休息或活动 | 喘息较频繁，但不影响睡眠 | 喘息明显，不能平卧，影响睡眠或活动 |
| 咳嗽 | 间断咳嗽，程度轻微 | 频繁咳嗽，但不影响睡眠 | 昼夜咳嗽频繁或阵咳，影响休息和睡眠， |
| 咯痰 | 少量，昼夜咯痰10—50ml，或夜间及清晨咯痰5—25ml | 有痰，昼夜咯痰51—100 ml，或夜间及清晨咯痰26—50ml | 量多，昼夜咯痰100 ml以上，或夜间及清晨咯痰50ml以上 |
| 尿少 | 尿量稍减少，24小时尿量1000 ml以上 | 尿量减少，24小时尿量400 ml以内 | 尿量明显减少，24小时尿量100 ml以下 |
| 畏寒肢冷 | 手足不温，自觉怕冷 | 四肢发冷，需加衣被 | 全身发冷，增加衣被仍觉不能完全缓解 |
| 烦躁不安 | 心烦不宁，或夜寐欠安 | 焦躁不安，不能克制 | 烦躁 语 |
| 腹胀 | 轻微腹胀 | 腹部作胀明显 | 腹部如鼓，拒按 |

**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

慢性稳定期：

1.心肺气虚 血瘀饮停证：

治则：补益心肺，活血利水。

方药：保元汤和苓桂术甘汤加减化裁：人参（党参）10克、黄芪30克、桂枝10克、炙甘草3克、茯苓30克、白术10克、葶苈子15克、益母草20克、丹参30克、前胡10克。

中成药：芪参益气滴丸、黄芪注射液。

2.气阴两虚 心血瘀阻证

 治则：益气养阴，活血利水。

 方药：养心利水汤（协定处方）：西洋参10克 麦冬10克 五味子10克 丹参30克 三七粉3克 黄芪30克 茯苓20克 益母草20克 葶苈子30克 玉竹10克

 中成药：芪苈强心胶囊、生脉注射液、参麦注射液、丹参类制剂。

 3.痰瘀互结、气虚水停

 治则：益气化痰，活血利水。

 方药：雷氏丹蒌心水方：西洋参10克、炙黄芪30克、丹参30克、三七粉3克冲服、益母草20克、茯苓30克、粉防己10克、瓜蒌15克、前胡10克、葶苈子30克。

 4. 阳气亏虚，血瘀水停证

治则：温阳行气，化瘀逐饮。

方药：真武汤加减：制附片10克（先煎）桂枝10克 白术15克 茯苓30克 白芍10克 生姜皮20克 葶苈子15～30克 北五加皮5克 丹参30克 益母草20克 商陆6克。

中成药：心宝丸、参附注射液。

5.肾精亏损，阴阳两虚证

治则：补气回阳，益阴固脱。

方药：参附汤加减：人参10～30克 制附片10克（先煎）鹿茸5克 丹参30克 益母草20克 牛膝15克 车前子30克（另包）玉竹10克 麦冬15克 北五加皮5克 葶苈子30克。

中成药：心肝宝、参附注射液。

急性加重期：

1.阳虚水泛证

治法：温阳利水，泻肺平喘

方药：真武汤合葶苈大枣泻肺汤加减：制附片10克（先煎） 白术10克 白芍10克 茯苓15克 葶苈子15克 益母草15克 生姜皮10克

中成药：芪苈强心胶囊、参附注射液。

2.阳虚喘脱证

治法：回阳固脱。

方药：参附龙牡汤加味：人参10克 制附片10克 煅龙骨20克 煅牡蛎20克 干姜10克 葶苈子15克 益母草15克

中成药：可选用参附注射液

3.痰浊壅肺证

治法：宣肺化痰，蠲饮平喘。

方药：三子养亲汤合真武汤加减：苏子10克 白芥子10克 莱菔子30克 茯苓15克 白术10克 制附片10克 白芍10克 生姜皮10克 葶苈子15克 益母草15克

**（二）**中医特色疗法

 （1）体针：主穴取心俞、膻中、神门。手法平补平泻，每日一次，20次一疗程，每一疗程间隔5～7天。

（2）药膳：①黄芪粥：黄芪20g，粳米50g，红糖适量，同煮粥。有益气利水之功，适用于心衰属气虚水停之证。②赤小豆炖鲤鱼：赤小豆50g，鲤鱼500～1000g，煲炖熟烂后服食，用于心衰水肿。

（3）沐足疗法：（基本处方如下：黄芪20g 红花10g 山萸肉15g 茯苓20g 苍术10g 川芎10g 花椒10g 制附片10g）此法具中药利水消肿的作用，并能发挥其温热刺激、药透效应、归经施治等作用、减轻患者下肢水肿，减轻痛苦，临床应用具有一定的效果。

（4）耳穴埋豆疗法：取穴：心、小肠、皮质下、交感、肾俞、膀胱、神门、内分泌，耳穴埋豆，一周两次，定期按摩。

(5) 穴位贴敷治疗心衰病（阳虚水泛）

方药：川乌、草乌、麻黄、血竭、红花 甘遂 细辛 白芥子 桂枝；穴位： 心俞、脾俞、肾俞、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）心衰中西医结合综合康复疗法

适应症：心衰病稳定期。

流程：心脏评估 康复前教育（热身活动） 康复运动 情志疗法、饮食疗法、中医特色疗法。

方法：

（1）心脏评估和康复前教育：要对病人作相关的检查，而且定期复查。这包括：①[心电图平板运动试验](http://www.so.com/link?url=http%3A%2F%2Fwww.pumch.cn%2FItem%2F771.aspx&q=%E5%BF%83%E8%84%8F%E8%BF%90%E5%8A%A8%E8%AF%95%E9%AA%8C%E6%80%8E%E4%B9%88%E5%81%9A&ts=1467251998&t=12b574e88a95fbcb41bc07597d6df89&src=haosou)；②超声心动图测定左室射血分数，进行心脏评估；③6分钟步行试验。病情必须稳定，无休息时的心绞痛、失代偿性心衰，或影响血液动力学稳定的心律失常。严格按照Vera Bitter方法进行，观察运动前后6min内步行距离，制定运动方案。

（2）康复运动（参考中国康复程序中心衰部分）

运动类型：步行。病人要熟悉某些客观和主观运动强度指标：如脉搏测定、自感劳累分级法等的运用。采用步行训练，最初1周内进行步行训练，运动宜采取间歇形式，开始5～10min，每运动2～3min休息1min，运动时间可以按一两分钟的长度逐渐增加至6min以上。运动应为低水平的，靶心率比立位休息心率多10～20次/min，开始几天，不超过休息心率5～10次/min。在病情稳定、功能贮量增加以后，运动强度可逐渐增加。治疗过程中每周评价病人的一般情况，调整治疗计划，不能耐受者退出。

目标心率的计算方法为：（负荷试验中的最大心率-静息心率）×0.6（或0.8）+静息脉率。

运动的热身和恢复时间：应该延长，因为心功能减退，运动反应较慢。作为运动强度指标，因为心衰病人运动心率反应欠佳，比较容易产生劳累性低血压，故进行血压、自感劳累强度、心电图监测更为重要。这时运动的自感劳累强度应为12～14级。

（3）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。

应用指导：

（1）运动处方的制定特别强调个体化原则。

（2）在考虑采用运动训练之前应该进行详尽的心肺功能和药物治疗的评定。

（3）活动时应强调循序渐进、动静结合、量力而行，不可引起不适或症状加重，禁忌剧烈运动，并要有恰当的准备和结束活动。

（4）治疗时应有恰当的医学监护，出现疲劳、心悸、呼吸困难以及其它症状时应暂停活动，查明原因。严格掌握运动治疗的适应症，特别注意排除不稳定的心脏患者。

（5）心功能Ⅳ级者，体力活动应予限制，过多的体力活动会加重心脏负担，加剧病情。此期的重点以静为主，以动为辅。病情稳定后立即开始被动运动，活动肩、肘、膝关节，每次5～10min，1～2次/d，不应有疲劳感。活动必须循序渐进，开始可以在床上伸展四肢，再缓慢下床，在床边、室内漫步；经过一段时间后再逐渐缓慢增加活动量；病情好转后，可到室外活动。如活动不引起胸闷、气喘，则表明活动的适度。要以轻体力、小活动量、长期坚持为原则。

（四）基础治疗

积极控制危险因素和并发症，如高血压、糖尿病、高脂血症等，参照中华医学会2007年颁布的“慢性心力衰竭的诊断和治疗指南”

（五）护理:

1.饮食护理：高蛋白饮食、低盐低脂、易消化饮食，少量多餐，避免过饱。禁食刺激性食物，禁烟酒。

2.生活护理：慎起居、适劳逸、避风寒。

3.情志护理：保持心情舒畅，避免抑郁、烦躁、焦虑等不良情绪。

4. 活动指导：逐步增加活动量，避免劳累，以活动时不出现心慌、气促为度。

三、**疗效评价：**

**（一）疗效标准**

采用目前国内比较统一的心衰病评价标准，参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002年）制定。

1.中医证候疗效标准

中医证候疗效率=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分×100%

①临床控制：临床症状消失或基本消失，证候总积分较疗前减少≥95%；

②显效：临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥70%，<95%；

③有效：临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥30%，<70%；

④无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少<30%；

⑤加重：临床症状、体征均有加重，证候积分无减少或增加。

2.疾病疗效判定标准

⑴ 显效：心衰基本控制或心功能提高I级以上。

⑵ 有效：心功能提高I级，但不及II级者。

⑶ 无效：心功能提高不足I级者。

⑷ 恶化：心功能恶化I级或I级以上。

3.6分钟步行试验：评估运动耐力的客观指标（见下表），或评价药物治疗效果。

6分钟步行试验结果分级

|  |
| --- |
| 分级 步行距离(m) |
| Ⅰ <300Ⅱ 300-375Ⅲ 375-450Ⅳ >450 |

**（二）评价方法**

根据患者入院和出院当天病情按照疗效标准进行心衰疗效评价。心功能评价根据美国纽约心脏病协会（NYHA）心功能分级方案。

**2020年心衰病（慢性充血性心力衰竭）**

**临床疗效分析及评价报告**

一、临床资料：

收集2020年严格执行诊疗常规的、资料完备的各种心衰病住院病例539，其中冠心病心力衰竭314例,肺心病心力衰竭80例,扩张型心肌病118例,风心病心力衰竭27例;男性278例，女性261例；年龄50岁～87岁，平均年龄68．2±10．2；病程4年～25年；心功能分级(NYHA)，心功能Ⅱ级者65例，心功能Ⅲ级者225例，心功能Ⅳ级者249例，诊断标准参考人民卫生出版社《实用内科学》。

二、治疗方法：依照中华医学会心血管病分会《慢性收缩性心力衰竭治疗建议》，给予西医常规抗心衰治疗(治疗原发病，去除诱发因素，限制水盐摄入，控制高血压，给予利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素I受体拮抗剂、洋地黄制剂、β受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂、血管扩张剂等)及加用本科中医诊疗常规方药。

三、疗效标准：

（1）中医症候疗效判定标准：对主症和次症，分别记分，记分标准依据卫生部2002年发布的《中药新药临床研究指导原则》及1995年1月1日实施的《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》自行拟订。显效：主次证基本或完全消失，治疗后证候积分为0或减少>70％；有效：治疗后证候积分减少>30％；无效：治疗后证候积分减少不足30％；恶化：治疗后证候积分超过治疗前积分。

（2） 心衰病（心力衰竭）疗效判定：参照《中药新药治疗心力衰竭临床研究指导原则》，显效：心功能基本控制或心功能改善2级以上者；有效：心功能改善1级，但不及2级者；无效：心功能改善不足1级者。恶化：心功能恶化1级或1级以上者。

（3）治疗前后部分心功能测定：选择部分依从性良的病人行治疗前后超声心动图测定每搏输出量（SV）、左室射血分数（EF）。

四、治疗结果：

其中心肺气虚、血瘀饮停证108例，占20.0%；气阴两虚、心血瘀阻证116例，占21.5%；痰瘀互结、气虚水停证158例，占29.3%； 阳气亏虚、血瘀水停证96例，占17.8%；肾精亏损、阴阳两虚证23例，占4.3%；阳虚水泛证35例，占6.5%；阳虚喘脱证3例,占0.6%;

①治疗前后中医证候疗效比较

|  |  |
| --- | --- |
| 项目 |  异常 显效 有效 有效率(%) |
| 活动后气短夜间气短水肿胸闷心悸倦怠乏力自汗 | 539 200 292 91.2321 130 158 89.7323 152 130 87.3482 222 198 87.1456 168 212 83.3502 258 189 89.0225 92 95 83.1 |

②心衰疗效观察共539例，显效262例，有效236例，无效35例，恶化6例，总有效率92.3％。

③治疗前后部分患者心功能指标比较：治疗前后心功能指标SV、EF值明显升高，与治疗前比较，均有明显改善。

治疗前后部分心功能指标比较（±s）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 时 间 | SV（ml/min） | EF(%) |
|  | 治疗前治疗后 | 45±968±8 | 41±255±4 |

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，患者心衰疗效总有效率达91%以上。

2、心功能的变化：

无论从心功能NYHA分级或超声心动图SV、EF值测定，患者心功能明显升高，与治疗前比较，均有明显改善。

六、分析总结：

1.2015年心衰病例较往年比较有明显增高趋势,而且总体以冠心病心力衰竭为主,表明随着社会的发展、生活水平的提高,加之生活节奏的加快及多数人对冠心病及心血管疾病危害的认识不足所致。从中医病证分型方面分析表明，心肺气虚，血瘀饮停证、气阴两虚，心血瘀阻证及痰瘀互结、气虚水停证占心衰病中医证候主要方面；而其中以气虚或气阴两虚等虚证为主，兼有水湿、血瘀、痰浊；属本虚标实，治疗上以培补为主，兼以活血化淤利水。通过临床观察表明，本年度中医药对心衰病治疗的疗效显著，且无毒副作用。

2、随着心衰发病率的逐年增多及多数患者对疾病的认识仍欠缺，宣教工作难度大，仍应不断加强与社区医疗服务体系的配合，逐步提高患者防病治病的意识。

**2020年心衰病（慢性充血性心力衰竭）**

**诊疗方案的优化与修订情况**

《心衰病（慢性心力衰竭）》中医诊疗规范较2019版的优化如下：

1．开展慢性心力衰竭患者的心衰病监测，通过收集大量的心衰病慢性期病例，总结其常见中医证型，进一步优化心衰病中医药治疗方案，同时配合适当的西药治疗，以提高中医药在心衰病的防治作用，从整体提高疗效，降低死亡率。

2．加强开展心衰病的二级预防方案研究，进一步在中医整体观念、辩证论治原则指导下合理使用中药的二级预防方案，并进行临床观察，为将来中医药防治心衰病奠定坚实的基础。

3.加入康复理论，心力衰竭是一种病理状态，是各种不同原因所致的各种心血管疾病心脏病的最终结果，通常是由于心肌收缩力下降所致。慢性心力衰竭患者进行康复运动治疗是心脏康复的一大进展，对慢性心力衰竭患者实施综合康复治疗，能明显提高患者的治疗效果，减少患者痛苦，提高患者生活质量，具有重要的临床意义。运动康复治疗必将被越来越多的医生和患者采用，从而使患者最大获益。

**心衰病（慢性心力衰竭）中医诊疗方案**

**（2016版）**

**一、诊断**

（一）疾病诊断

1、中医诊断：参考《实用中西医结合内科学》（陈可冀主编，北京医科大学/中国协和医科大学联合出版社）。

2、西医诊断和分级标准：参照中华医学会2007年颁布的“慢性心力衰竭的诊断和治疗指南”、2009年中华医学会编著《临床诊疗指南-心血管内科分册》、Framingham心衰诊断标准和美国纽约心脏病协会心功能分级标准制定。

（1）心力衰竭诊断标准

**Framingham心衰诊断标准**

|  |  |
| --- | --- |
| **主要标准** | **次要标准** |
| 阵发性夜间呼吸困难或端坐呼吸 | 踝部水肿 |
| 颈静脉怒张 | 夜间咳嗽 |
| 肺部罗音 | 活动后呼吸困难 |
| 心脏扩大 | 肝肿大 |
| 急性肺水肿 | 胸腔积液 |
| 第三心音奔马律 | 肺活量降低到最大肺活量的1/3 |
| 静脉压增高>1.57kpa（16cmH2O） | 心动过速 |
| 循环时间>25秒 | 治疗后5天内体重减轻>4.5kg |
| 肝颈静脉返流阳性 |  |

同时存在2个主项或1个主项加2个次项，即可诊断为心力衰竭（除外明确肺源性或其他原因所致的右心衰、急性心衰、心梗后心衰）

超声心动图指标：

①收缩功能：以收缩末及舒张末的容量差计算射血分数（EF值），虽不够精确，但方便实用。正常EF值>50%，运动时至少增加5%。

②舒张功能：目前大多采用多普勒超声心动图二尖瓣血流频谱间接测定心室舒张功能，心动周期中舒张早期心室充盈速度最大值为E峰，舒张晚期心室充盈最大值为A峰，E/A为两者之比值。正常人E/A值不应小于1.2，中青年应更大。舒张功能不全时，E峰下降，A峰增高，E/A比值降低。

（2）心力衰竭严重程度分级标准

美国纽约心脏病学会（NYHA）的分级方案，主要是根据患者自觉的活动能力划分为心功能四级，心力衰竭三度：

Ⅰ级（心功能代偿期）：患者患有心脏病，但活动量不受限制，平时一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

Ⅱ级（Ⅰ度心衰）：心脏病患者的体力活动受到轻度的限制，休息时无自觉症状，但平时一般活动下可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

Ⅲ级：心脏病患者体力活动明显受限，小于平时一般活动就会引起上述症状。

Ⅳ级：心脏病患者不能从事任何体力活动，休息状态下也会出现心衰的症状，体力活动后加重。

（二）证候诊断

慢性稳定期：

1.心肺气虚 血瘀饮停证：胸闷气喘，心悸，活动后诱发或加重，神疲乏力，咳嗽，咯白痰，面色苍白，或有紫绀。舌质淡或边有齿痕，或紫暗、有瘀点、瘀斑，脉沉细、虚数或涩、结代。

2. 气阴两虚 心血瘀阻证：胸闷气喘，心悸，动则加重，乏力自汗，两颧泛红，口燥咽干，五心烦热，失眠多梦，或有紫绀。舌红少苔，或紫暗、有瘀点、瘀斑，脉沉细、虚数或涩、结代。

 3.痰瘀互结、气虚水停：胸痛，胸闷，心悸喘促，动则喘甚，四肢或全身水肿，舌淡暗或紫暗，边有齿痕，苔白厚腻，脉沉弦滑。

 4.阳气亏虚，血瘀水停证：：胸闷气喘，心悸，咳嗽，咯稀白痰，肢冷，畏寒，尿少浮肿，自汗，汗出湿冷，舌质暗淡或绛紫，苔白腻，脉沉细或涩、结代。

 5.肾精亏损，阴阳两虚证：心悸，动辄气短，时尿少浮肿，或夜卧高。腰膝酸软，头晕耳鸣，四肢不温，步履无力，或口干咽燥。舌淡红质胖，苔少，或舌红胖，苔薄白乏津，脉沉细无力或数，或结、代。

急性加重期：

 1.阳虚水泛证：喘促气急，痰涎上涌，咳嗽，吐粉红色泡沫样痰，口唇青紫，汗出肢冷，烦躁不安，舌质暗红，苔白腻，脉细促。

 2.阳虚喘脱证：面色晦暗，喘悸不休，烦躁不安，或额汗如油，四肢厥冷，尿少肢肿，面色苍白，舌淡苔白，脉微细欲绝或疾数无力。

 3.痰浊壅肺证：咳喘痰多，或发热形寒，倚息不得平卧；心悸气短，胸闷，动则尤甚，尿少肢肿，或颈脉显露。舌淡或略青，苔白腻，脉沉或弦滑。

（三）中医症状分级量化表

**症状分级量化表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **症状** | **轻(1分)** | **中(2分)** | **重(3分)** |
| 心悸 | 正常活动时稍感心悸，不影响日常生活 | 正常活动时明显心悸，休息后可缓解，可勉强坚持日常生活 | 休息时无症状，稍轻微活动即可引起心悸，不能进行日常生活 |
| 气短 | 一般活动后气短 | 稍活动后气短 | 平素不活动亦感气短喘促 |
| 疲倦乏力 | 精神不振，气力较差，仍可坚持日常工作及活动 | 精神疲乏，全身无力，勉强坚持日常活动 | 精神气力严重疲乏，难以坚持日常活动 |
| 面肢浮肿 | 晨起晚间轻微浮肿 | 指陷性浮肿＋－＋＋ | 指陷性浮肿＋＋以上 |
| 自汗 | 活动后微汗出，略有湿衣 | 不活动皮肤微潮，稍动则更甚 | 平素即汗出，动则汗如水渍状 |
| 盗汗 | 头部汗出为主，偶尔出现 | 胸背潮湿，反复出现 | 周身潮湿如水洗，经常出现 |
| 胸闷（痛） | 胸胁隐隐作痛 | 胸胁闷痛时作时止 | 胸胁闷痛明显 |
| 口干 | 微有口干，不需饮水 | 口干少津，时欲饮水 | 口干难忍，频频饮水 |
| 气喘 | 喘息偶发，程度轻，不影响休息或活动 | 喘息较频繁，但不影响睡眠 | 喘息明显，不能平卧，影响睡眠或活动 |
| 咳嗽 | 间断咳嗽，程度轻微 | 频繁咳嗽，但不影响睡眠 | 昼夜咳嗽频繁或阵咳，影响休息和睡眠， |
| 咯痰 | 少量，昼夜咯痰10—50ml，或夜间及清晨咯痰5—25ml | 有痰，昼夜咯痰51—100 ml，或夜间及清晨咯痰26—50ml | 量多，昼夜咯痰100 ml以上，或夜间及清晨咯痰50ml以上 |
| 尿少 | 尿量稍减少，24小时尿量1000 ml以上 | 尿量减少，24小时尿量400 ml以内 | 尿量明显减少，24小时尿量100 ml以下 |
| 畏寒肢冷 | 手足不温，自觉怕冷 | 四肢发冷，需加衣被 | 全身发冷，增加衣被仍觉不能完全缓解 |
| 烦躁不安 | 心烦不宁，或夜寐欠安 | 焦躁不安，不能克制 | 烦躁 语 |
| 腹胀 | 轻微腹胀 | 腹部作胀明显 | 腹部如鼓，拒按 |

**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

慢性稳定期：

1.心肺气虚 血瘀饮停证：

治则：补益心肺，活血利水。

方药：保元汤和苓桂术甘汤加减化裁：人参（党参）10克、黄芪30克、桂枝10克、炙甘草3克、茯苓30克、白术10克、葶苈子15克、益母草20克、丹参30克、前胡10克。

中成药：芪参益气滴丸、黄芪注射液。

2.气阴两虚 心血瘀阻证

 治则：益气养阴，活血利水。

 方药：养心利水汤（协定处方）：西洋参10克 麦冬10克 五味子10克 丹参30克 三七粉3克 黄芪30克 茯苓20克 益母草20克 葶苈子30克 玉竹10克

 中成药：芪苈强心胶囊、生脉注射液、参麦注射液、丹参类制剂。

 3.痰瘀互结、气虚水停

 治则：益气化痰，活血利水。

 方药：雷氏丹蒌心水方：西洋参10克、炙黄芪30克、丹参30克、三七粉3克冲服、益母草20克、茯苓30克、粉防己10克、瓜蒌15克、前胡10克、葶苈子30克。

 4. 阳气亏虚，血瘀水停证

治则：温阳行气，化瘀逐饮。

方药：真武汤加减：制附片10克（先煎）桂枝10克 白术15克 茯苓30克 白芍10克 生姜皮20克 葶苈子15～30克 北五加皮5克 丹参30克 益母草20克 商陆6克。

中成药：心宝丸、参附注射液。

5.肾精亏损，阴阳两虚证

治则：补气回阳，益阴固脱。

方药：参附汤加减：人参10～30克 制附片10克（先煎）鹿茸5克 丹参30克 益母草20克 牛膝15克 车前子30克（另包）玉竹10克 麦冬15克 北五加皮5克 葶苈子30克。

中成药：心肝宝、参附注射液。

急性加重期：

1.阳虚水泛证

治法：温阳利水，泻肺平喘

方药：真武汤合葶苈大枣泻肺汤加减：制附片10克（先煎） 白术10克 白芍10克 茯苓15克 葶苈子15克 益母草15克 生姜皮10克

中成药：芪苈强心胶囊、参附注射液。

2.阳虚喘脱证

治法：回阳固脱。

方药：参附龙牡汤加味：人参10克 制附片10克 煅龙骨20克 煅牡蛎20克 干姜10克 葶苈子15克 益母草15克

中成药：可选用参附注射液

3.痰浊壅肺证

治法：宣肺化痰，蠲饮平喘。

方药：三子养亲汤合真武汤加减：苏子10克 白芥子10克 莱菔子30克 茯苓15克 白术10克 制附片10克 白芍10克 生姜皮10克 葶苈子15克 益母草15克

**（二）**中医特色疗法

 （1）体针：主穴取心俞、膻中、神门。手法平补平泻，每日一次，20次一疗程，每一疗程间隔5～7天。

（2）药膳：①黄芪粥：黄芪20g，粳米50g，红糖适量，同煮粥。有益气利水之功，适用于心衰属气虚水停之证。②赤小豆炖鲤鱼：赤小豆50g，鲤鱼500～1000g，煲炖熟烂后服食，用于心衰水肿。

（3）沐足疗法：（基本处方如下：黄芪20g 红花10g 山萸肉15g 茯苓20g 苍术10g 川芎10g 花椒10g 制附片10g）此法具中药利水消肿的作用，并能发挥其温热刺激、药透效应、归经施治等作用、减轻患者下肢水肿，减轻痛苦，临床应用具有一定的效果。

（4）耳穴埋豆疗法：取穴：心、小肠、皮质下、交感、肾俞、膀胱、神门、内分泌，耳穴埋豆，一周两次，定期按摩。

(5) 穴位贴敷治疗心衰病（阳虚水泛）

方药：川乌、草乌、麻黄、血竭、红花 甘遂 细辛 白芥子 桂枝；穴位： 心俞、脾俞、肾俞、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）心衰中西医结合综合康复疗法

适应症：心衰病稳定期。

流程：心脏评估 康复前教育（热身活动） 康复运动 情志疗法、饮食疗法、中医特色疗法。

方法：

（1）心脏评估和康复前教育：要对病人作相关的检查，而且定期复查。这包括：①[心电图平板运动试验](http://www.so.com/link?url=http%3A%2F%2Fwww.pumch.cn%2FItem%2F771.aspx&q=%E5%BF%83%E8%84%8F%E8%BF%90%E5%8A%A8%E8%AF%95%E9%AA%8C%E6%80%8E%E4%B9%88%E5%81%9A&ts=1467251998&t=12b574e88a95fbcb41bc07597d6df89&src=haosou)；②超声心动图测定左室射血分数，进行心脏评估；③6分钟步行试验。病情必须稳定，无休息时的心绞痛、失代偿性心衰，或影响血液动力学稳定的心律失常。严格按照Vera Bitter方法进行，观察运动前后6min内步行距离，制定运动方案。

（2）康复运动（参考中国康复程序中心衰部分）

运动类型：步行。病人要熟悉某些客观和主观运动强度指标：如脉搏测定、自感劳累分级法等的运用。采用步行训练，最初1周内进行步行训练，运动宜采取间歇形式，开始5～10min，每运动2～3min休息1min，运动时间可以按一两分钟的长度逐渐增加至6min以上。运动应为低水平的，靶心率比立位休息心率多10～20次/min，开始几天，不超过休息心率5～10次/min。在病情稳定、功能贮量增加以后，运动强度可逐渐增加。治疗过程中每周评价病人的一般情况，调整治疗计划，不能耐受者退出。

目标心率的计算方法为：（负荷试验中的最大心率-静息心率）×0.6（或0.8）+静息脉率。

运动的热身和恢复时间：应该延长，因为心功能减退，运动反应较慢。作为运动强度指标，因为心衰病人运动心率反应欠佳，比较容易产生劳累性低血压，故进行血压、自感劳累强度、心电图监测更为重要。这时运动的自感劳累强度应为12～14级。

（3）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。

应用指导：

（1）运动处方的制定特别强调个体化原则。

（2）在考虑采用运动训练之前应该进行详尽的心肺功能和药物治疗的评定。

（3）活动时应强调循序渐进、动静结合、量力而行，不可引起不适或症状加重，禁忌剧烈运动，并要有恰当的准备和结束活动。

（4）治疗时应有恰当的医学监护，出现疲劳、心悸、呼吸困难以及其它症状时应暂停活动，查明原因。严格掌握运动治疗的适应症，特别注意排除不稳定的心脏患者。

（5）心功能Ⅳ级者，体力活动应予限制，过多的体力活动会加重心脏负担，加剧病情。此期的重点以静为主，以动为辅。病情稳定后立即开始被动运动，活动肩、肘、膝关节，每次5～10min，1～2次/d，不应有疲劳感。活动必须循序渐进，开始可以在床上伸展四肢，再缓慢下床，在床边、室内漫步；经过一段时间后再逐渐缓慢增加活动量；病情好转后，可到室外活动。如活动不引起胸闷、气喘，则表明活动的适度。要以轻体力、小活动量、长期坚持为原则。

（四）基础治疗

积极控制危险因素和并发症，如高血压、糖尿病、高脂血症等，参照中华医学会2007年颁布的“慢性心力衰竭的诊断和治疗指南”

（五）护理:

1.饮食护理：高蛋白饮食、低盐低脂、易消化饮食，少量多餐，避免过饱。禁食刺激性食物，禁烟酒。

2.生活护理：慎起居、适劳逸、避风寒。

3.情志护理：保持心情舒畅，避免抑郁、烦躁、焦虑等不良情绪。

4. 活动指导：逐步增加活动量，避免劳累，以活动时不出现心慌、气促为度。

三、**疗效评价：**

**（一）疗效标准**

采用目前国内比较统一的心衰病评价标准，参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002年）制定。

1.中医证候疗效标准

中医证候疗效率=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分×100%

①临床控制：临床症状消失或基本消失，证候总积分较疗前减少≥95%；

②显效：临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥70%，<95%；

③有效：临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥30%，<70%；

④无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少<30%；

⑤加重：临床症状、体征均有加重，证候积分无减少或增加。

2.疾病疗效判定标准

⑴ 显效：心衰基本控制或心功能提高I级以上。

⑵ 有效：心功能提高I级，但不及II级者。

⑶ 无效：心功能提高不足I级者。

⑷ 恶化：心功能恶化I级或I级以上。

3.6分钟步行试验：评估运动耐力的客观指标（见下表），或评价药物治疗效果。

6分钟步行试验结果分级

|  |
| --- |
| 分级 步行距离(m) |
| Ⅰ <300Ⅱ 300-375Ⅲ 375-450Ⅳ >450 |

**（二）评价方法**

根据患者入院和出院当天病情按照疗效标准进行心衰疗效评价。心功能评价根据美国纽约心脏病协会（NYHA）心功能分级方案。

**2016年心衰病（慢性充血性心力衰竭）**

**临床疗效分析及评价报告**

一、临床资料：

收集2016年严格执行诊疗常规的、资料完备的各种心衰病（原名为心水）住院病例539，其中冠心病心力衰竭314例,肺心病心力衰竭80例,扩张型心肌病118例,风心病心力衰竭27例;男性278例，女性261例；年龄50岁～87岁，平均年龄68．2±10．2；病程4年～25年；心功能分级(NYHA)，心功能Ⅱ级者65例，心功能Ⅲ级者225例，心功能Ⅳ级者249例，诊断标准参考人民卫生出版社《实用内科学》。

二、治疗方法：依照中华医学会心血管病分会《慢性收缩性心力衰竭治疗建议》，给予西医常规抗心衰治疗(治疗原发病，去除诱发因素，限制水盐摄入，控制高血压，给予利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素I受体拮抗剂、洋地黄制剂、β受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂、血管扩张剂等)及加用本科中医诊疗常规方药。

三、疗效标准：

（1）中医症候疗效判定标准：对主症和次症，分别记分，记分标准依据卫生部2002年发布的《中药新药临床研究指导原则》及1995年1月1日实施的《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》自行拟订。显效：主次证基本或完全消失，治疗后证候积分为0或减少>70％；有效：治疗后证候积分减少>30％；无效：治疗后证候积分减少不足30％；恶化：治疗后证候积分超过治疗前积分。

（2） 心衰病（心力衰竭）疗效判定：参照《中药新药治疗心力衰竭临床研究指导原则》，显效：心功能基本控制或心功能改善2级以上者；有效：心功能改善1级，但不及2级者；无效：心功能改善不足1级者。恶化：心功能恶化1级或1级以上者。

（3）治疗前后部分心功能测定：选择部分依从性良的病人行治疗前后超声心动图测定每搏输出量（SV）、左室射血分数（EF）。

四、治疗结果：

其中心肺气虚、血瘀饮停证108例，占20.0%；气阴两虚、心血瘀阻证116例，占21.5%；痰瘀互结、气虚水停证158例，占29.3%； 阳气亏虚、血瘀水停证96例，占17.8%；肾精亏损、阴阳两虚证23例，占4.3%；阳虚水泛证35例，占6.5%；阳虚喘脱证3例,占0.6%;

①治疗前后中医证候疗效比较

|  |  |
| --- | --- |
| 项目 |  异常 显效 有效 有效率(%) |
| 活动后气短夜间气短水肿胸闷心悸倦怠乏力自汗 | 539 200 292 91.2321 130 158 89.7323 152 130 87.3482 222 198 87.1456 168 212 83.3502 258 189 89.0225 92 95 83.1 |

②心衰疗效观察共539例，显效262例，有效236例，无效35例，恶化6例，总有效率92.3％。

③治疗前后部分患者心功能指标比较：治疗前后心功能指标SV、EF值明显升高，与治疗前比较，均有明显改善。

治疗前后部分心功能指标比较（±s）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 时 间 | SV（ml/min） | EF(%) |
|  | 治疗前治疗后 | 45±968±8 | 41±255±4 |

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，患者心衰疗效总有效率达91%以上。

2、心功能的变化：

无论从心功能NYHA分级或超声心动图SV、EF值测定，患者心功能明显升高，与治疗前比较，均有明显改善。

六、分析总结：

1.2015年心衰病例较往年比较有明显增高趋势,而且总体以冠心病心力衰竭为主,表明随着社会的发展、生活水平的提高,加之生活节奏的加快及多数人对冠心病及心血管疾病危害的认识不足所致。从中医病证分型方面分析表明，心肺气虚，血瘀饮停证、气阴两虚，心血瘀阻证及痰瘀互结、气虚水停证占心衰病中医证候主要方面；而其中以气虚或气阴两虚等虚证为主，兼有水湿、血瘀、痰浊；属本虚标实，治疗上以培补为主，兼以活血化淤利水。通过临床观察表明，本年度中医药对心衰病治疗的疗效显著，且无毒副作用。

2、随着心衰发病率的逐年增多及多数患者对疾病的认识仍欠缺，宣教工作难度大，仍应不断加强与社区医疗服务体系的配合，逐步提高患者防病治病的意识。

**2016年心衰病（慢性充血性心力衰竭）**

**诊疗方案的优化与修订情况**

《心衰病（慢性心力衰竭）》中医诊疗规范较2015版的优化如下：

1．开展慢性心力衰竭患者的心衰病监测，通过收集大量的心衰病慢性期病例，总结其常见中医证型，进一步优化心衰病中医药治疗方案，同时配合适当的西药治疗，以提高中医药在心衰病的防治作用，从整体提高疗效，降低死亡率。

2．加强开展心衰病的二级预防方案研究，进一步在中医整体观念、辩证论治原则指导下合理使用中药的二级预防方案，并进行临床观察，为将来中医药防治心衰病奠定坚实的基础。

3.加入康复理论，心力衰竭是一种病理状态，是各种不同原因所致的各种心血管疾病心脏病的最终结果，通常是由于心肌收缩力下降所致。慢性心力衰竭患者进行康复运动治疗是心脏康复的一大进展，对慢性心力衰竭患者实施综合康复治疗，能明显提高患者的治疗效果，减少患者痛苦，提高患者生活质量，具有重要的临床意义。运动康复治疗必将被越来越多的医生和患者采用，从而使患者最大获益。

**心水病(心力衰竭)中医诊疗方案**

**（2014年版）**

【概 述】

胸痹心水病(即心衰病BNX030)主要临床表现为下肢或全身水肿，甚则阴肿，并伴见恶水少饮，身重乏力，心悸气短，烦躁不安，喘咳倚息不能平卧等症。该病本虚而标实，其病机多因脾肾阳虚，气化障碍，水液停留体内并上凌于心所致。胸痹心水病一病，病位在心，病因为水，涉及脾肺肾等脏。另外，居处潮湿，岁水太过，寒气流行与饮食不节等在心水的发病中起着重要作用。胸痹心水病相当现代医学的冠心病引起的慢性充血性心力衰竭（I50.911）。

【诊断标准】

【西医诊断标准】 慢性心力衰竭（I50.911）诊断标准

 主要参照《慢性心力衰竭诊断治疗指南》[中华医学会心血管病学分会，中华心血管病杂志编辑委员会. 中华心血管病杂志, 2007,35(12)]及《2007ESC心力衰竭和超声协会对诊断左室射血分数正常心力衰竭的共识——如何诊断舒张性心力衰竭》[walter J. paulusl, Carsten Tschope, John E. Sanderson, et al European Heart Joumal Advance Acccss published April 11,2007]

 慢性心力衰竭诊断标准：

 ①有基础心脏病的病史、症状及体征；

 ②有或无呼吸困难、咳嗽、乏力和液体潴留（水肿）等症状；

 ③LVEF≤40% （改良Simpson法）。

 ④NT-proBNP<125pg/ml时不支持心衰的诊断。

 心功能分级标准：参照美国纽约心脏协会[NYHA]心功能分级标准。

 Ⅰ级：病人有心脏病，但体力活动不受限制。一般体力活动不引起过度的疲劳、心悸、呼吸困难或心绞痛。

 Ⅱ级：病人有心脏病，体力活动稍受限制。休息时感觉舒适，但一般的体力活动会引起疲劳、心悸、呼吸困难或心绞痛。

 Ⅲ级：病人有心脏病，体力活动明显受限。休息时尚感舒适，但比一般为轻的体力活动就会引起疲劳、心悸、呼吸困难或心绞痛。

 Ⅳ级：病人有心脏病，体力活动能力完全丧失，休息时仍可存在心力衰竭症状或心绞痛。进行任何体力活动都会使症状加重。

【中医证型诊断标准】[参照1993年版《中药新药临床研究指导原则》]

①心肺气虚证

主症：心悸，气短，乏力，活动后加重。

次症：神疲咳喘，面色苍白。

舌脉：舌质淡或边有齿痕，脉沉细或虚数。

②气阴两亏证

主症：心悸，气短，疲乏，动则汗出，自汗或盗汗。

次症：头晕心烦，口干，面颧暗红。

舌脉：舌红少苔，脉细数无力或结代

③心肾阳虚证

主症：心悸，短气乏力，动则气喘，身寒肢冷。

次症：尿少浮肿，腹胀便溏，面色灰青。

舌脉：舌淡胖或有齿印，脉沉细或迟。

④气虚血瘀证

主症：气悸气短，胸胁作痛，颈部青筋暴露，胁下痞块，下肢浮肿。

次症：面色晦暗，唇甲青紫。

舌脉：舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，脉涩或结代。

⑤阳虚水泛证

主症：心悸气喘或不得卧，咯吐泡沫痰，面肢浮肿，畏寒肢冷。

次症：烦躁出汗，颜面灰白，口唇青紫，尿少腹胀，或伴胸水、腹水。

舌脉：舌暗淡或暗红，苔白滑，脉细促或结代。

⑥痰饮阻肺证

主症：心悸气急，咳嗽喘促，不能平卧，咯白痰或痰黄粘稠，胸脘痞闷。

次症：头晕目眩，尿少浮肿，或伴痰鸣，或发热口渴。

舌脉：舌暗淡或绛紫，苔白腻或黄腻，脉弦滑或滑数。

⑦阴竭阳脱证

主症：心悸喘憋不得卧，呼吸气促，张口抬肩，烦躁不安，大汗淋漓，四肢厥冷。

次症：精神萎靡，颜面发绀，唇甲青紫，尿少或无尿。

舌脉：舌淡胖而紫，脉沉细欲绝。

（2）症状分级量化

（3）证候病情分级 以证候涵盖总分的1/3比例分轻、中、重三级。

①轻度：证候涵盖总分≤1/3。

②中度：证候涵盖总分>1/3，但≤2/3.

③重度：证候涵盖总分>2/3。

【诊断要点】1、短气、喘促、下肢或全身浮肿、不能平卧、烦躁、乏力等。2、有长期慢性心血管病史。

【辨证论治】

1、心气阴虚

主症：心悸气短，动辄尤甚，身重无力。

兼症：胃脘痞满，纳呆，五心烦热，夜寐不安。

舌象：舌淡胖苔滑或舌红少苔。

脉象：脉沉细无力或结代。

分析：心肺气虚，故见气短而喘。心气虚弱，神不守舍；或心阴亏虚，心火内动，均可致心悸不宁，夜寐不安。气虚可致疲乏无力，而阴虚则见五心烦热，水停心下则脘痞纳呆，由于湿性重着，故身体沉重。舌淡胖，苔白滑，脉沉均为气虚停泽的证象，若气虚脉来不均还可见脉结代，若气阴两伤见阴伤较重则舌红少苔，脉象细数。

治法：益气养阴，活血利水。

方药：养心利水汤（协定处方）：西洋参10克 麦冬10克 五味子10克 丹参30克 三七粉3克 黄芪30克 茯苓30克 益母草20克 葶苈子30克 玉竹15克 山茱萸15克 酸枣仁15克。若患者阴虚偏盛，则可改用中成药天王补心丸（《摄生秘剖》）；也可在前方基础上，去桂枝加玄参12克， 天冬10克， 酸枣仁12克。

2、气虚血瘀水停

主症：心悸喘促、动则喘甚。

兼症：四肢或全身水肿。

舌象：舌淡暗苔白。

脉象：脉滑沉缓。

 分析：心气虚，故见气短而喘，气虚不能耐劳，故动则尤甚；气行则血行，气虚无力推动血液运行，故瘀血内阻，心脉失养故见胸闷、心悸；血不利则为水，气虚运化不行，终致水湿内停，溢于四肢肌肤，故见四肢或全身水肿，舌淡暗苔白脉滑沉缓，均为气虚血瘀水停之象。

 治法：益气活血利水。

方药：保元汤合五苓散加减：党参15～30、黄芪30～60、桂枝10～15、生姜10～15、炙甘草10～15、茯苓15～30、猪苓15～30、白术15～30、泽兰15、车前子包15～30、丹参20～30、陈皮6～10。

3、痰瘀互结，气虚水停

主症：胸痛、胸闷、心悸喘促、动则喘甚。

兼症：四肢或全身水肿。

舌象：舌淡暗或紫暗，边有齿痕，苔白厚腻。

脉象：脉沉弦滑。

分析：心气虚，气不上续，故见气短而喘，动则耗气，故动则气短尤甚；气行则血行，气虚无力推动血液运行，故瘀血内阻，脾失健运，酿湿生痰，痰瘀互结，痹遏胸阳，不通则痛，故胸痛、胸闷，心脉失养故见乏力、心悸；血不利则为水，加之水液气化不利，终致水湿内停，溢于四肢肌肤，故见四肢或全身水肿，舌淡暗或紫暗，边有齿痕，苔白厚腻均为痰瘀互结，气虚水停之象。

治法：益气化痰，活血利水。

方药：雷氏丹蒌心水方：西洋参10克、炙黄芪30克、丹参30克、益母草20克、茯苓30克、瓜蒌15克、前胡10克、葶苈子30克、泽泻15克、粉防己10克、三七粉3克冲服、地龙15克

4、阳虚水泛（心肾阳虚）

主症：胸闷气短，心悸怔忡，心悸气短，动辄尤甚，身重无力。

兼症：精神萎靡，畏寒肢冷，恶水少饮，纳呆便溏，肢面浮肿，下肢为甚，自汗时出，面色苍白

舌象：舌淡暗胖，苔白滑，

脉象：脉沉细无力，脉沉弦或弦滑

分析：肾阳为一身阳气之根本，心阳为气血运行之动力。心肾阳虚则胸阳不运，气机瘀阻，而见胸闷气短。心失温养故心悸，自汗。肾阳虚衰不能温煦肌肤畏寒肢冷。火不生土，故见纳呆便溏，恶水少饮，肾虚气不化水，脾虚运化无权，则水湿停留而出现尿少浮肿。舌淡胖，苔白滑，脉象沉均为心肾阳虚，水湿泛滥之证。

治法：温阳利水

方药：温阳利水方（协定处方）：制附片10～30克 人参10～30克 桂枝8～10克 白术10～30克 茯苓15～30克 生姜皮8～10克 黄芪15～60克 益母草15～20克 葶苈子15～30克 丹参15～30克 白芍10～15克 三七粉3～5克。若肿甚，可以本方合五苓散（《金匮》），即前方加泽泻15克，猪苓15克；如近感风寒，无汗恶寒，喘咳痰多则可暂改小青龙汤（《伤寒论》）发表温里，宣肺化饮或真武汤去人参加麻黄11克 细辛6克 甘草8克 半夏10克。

5、水饮射肺

主症：喘咳气急，不能平卧。

兼症：痰涎上涌，汗出肢冷或见全身浮肿，心慌烦躁，颜面青灰，口唇紫绀。

舌象：舌质紫暗，舌苔白腻而厚。

脉象：脉沉滑而数。

分析：阳虚不运，饮邪留伏，支撑胸隔，上迫于肺，肺气不降故喘促气急，不能平卧；水气凌心，心脉失养，故心慌烦躁。汗为心液，心之阳不能卫外，津液外泄则汗出；阳虚不能温煦肌肤则肢冷，寒凝血滞，瘀血内生则颜面青灰，唇舌紫绀。阳虚三焦决渎不利，气化失司则水液停留，泛滥肌肤则肢肿。舌质紫暗，苔白腻, 脉弦滑亦均为水气上逆之证。

治法：温化痰饮，泻肺逐水。

方药：水邪射肺方（协定处方）葶苈子15～30克 茯苓15～30克 桂枝8～10克 白术10～30克 大枣12克 百花前胡10～15克 莱菔子15～30克 丹参15～30克。如兼有风寒束表证，则改苓桂术甘汤为小青龙汤（《伤寒论》）解表化饮；若再兼热象，则小青龙汤加石膏，是为寒温并用，以使水热俱去。

6、心阳虚脱

主症：喘促不宁，心悸怔忡，颜汗不止，大汗淋漓。

兼症：神志淡漠，但欲寐或烦躁不安或昏迷不醒。小便短少，或面肢浮肿。面色苍白或紫绀，唇甲青紫，四肢厥冷，皮肤潮湿。

舌象：舌淡或紫暗，苔白滑。

脉象：脉微细欲绝。

分析：胸痹心水病后期，可因心阳衰败虚脱。心阳衰之不能卫外则大汗不止；不能温煦肌肤则四肢厥冷。心阳衰宗气泄，不能助肺以行呼吸，故喘促不宁。阳虚气不化水，则小便不利，或伴见浮肿。心阳虚衰，心神失养，涣散则神去模糊，或烦躁或昏迷。另外心阳虚弱，无力推动血行则脉微细欲绝并可见唇甲青紫，舌质紫暗等瘀血表现。

治法：回阳救逆，益气固脱。

方药：参附龙牡救逆汤（《正体类要》）：人参10～30克 制附片10～30克 生龙骨15～30克 生牡蛎15～30克。也可加服中成药黑锡丹（《和剂局方》），以温壮下元，镇纳浮阳。

【其他疗法】

一、常用中成药：

①芪苈强心胶囊

【成 份】黄芪、人参、附子、丹参、葶苈子、泽泻、玉竹、桂枝、红花、香加皮、陈皮。

【性 状】本品为胶囊剂，内容物为棕褐色至黑褐色的颗粒，味苦。

【功能主治】益气温阳，活血通络，利水消肿。用于冠心病、高血压病所致轻、中度充血性心力衰竭证属阳气虚衰，络瘀水停者，症见心慌气短，动则加剧，夜间不能平卧，下肢浮肿，倦怠乏力，小便短少，口唇青紫，畏寒肢冷，咳吐稀白痰等。

【用法用量】口服，一次4粒，一日3次。

【注意事项】临床应用时，如果正在服用其它治疗心衰的药物，不宜突然停用。

②芪参益气滴丸

【成 份】是以现代科技提取黄芪、丹参、三七、降香中的有效成分精制而成的滴丸制剂。

【性 状】本品为胶囊剂，内容物为棕褐色至黑褐色的颗粒，味苦。

【功能主治】益气通脉，活血止痛。用于气虚血瘀型胸痹，症见胸闷胸痛，气短乏力、心悸、面色少华、自汗，舌体胖有齿痕、舌质暗或紫暗或有瘀斑，脉沉或沉弦。适用于慢性心功能不全、心肌炎及后遗症、心肌梗塞恢复期、心肌纤维化。

【用法用量】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。

③心宝丸

【成 份】洋金花、人参、鹿茸、肉桂、附子、三七、冰片、人工麝香、蟾酥。

【性 状】本品为黑色的小丸，除去包衣显棕褐色：气香、味甘、微苦、有麻舌感。

【功能主治】温补心肾，益气助阳，活血通脉。用于治疗心肾阳虚。心脉瘀阻引起的慢性心功能不全：窦房结功能不全引起的心动过缓．病窦综合症及缺血性心脏病引起的心绞痛及心电图缺血性改变。

【用法用量】口服。

1．慢性心功能不全按心功能1，2、3级分别服用：
  1级：每次120mg(2丸)．一日3次：
  2级：每次240mg(4丸)，一日3次：
  3级：每次360mg(6丸)，一日3次。

一疗程为2个月：在心功能正常后改为日维持剂量60-120mg(1～2丸)。 2．病窦综合症病情严重者一次300～600mg(5～10丸)，一日3次．疗程为3—6个月。
3．其他心律失常(期外收缩)及房颤，心肌缺血或心绞痛一次120～ 240mg (2—4丸)．一日3次，一疗程为1～2个月。

【注意事项】阴虚内热，肝阳上亢．痰火内盛者以及孕妇，青光眼患者忌服。 服药后如觉口干者．可饮淡盐开水或每日用生地10g水煎送饮。

二、中药注射剂

胸痹心水病是急危重症，为了提高中药的抢救效果，一些单位开展了中药剂型改革研究。现将研究较为成熟，疗效较高的中药注射液制剂介绍如下：

①黄芪注射液：

适应症：可用于心水病各种证型，特别是心肺气虚型的患者。

用法：肌注：1-2支（2毫米/支）/次，1-2次/日

静滴：4-5支（相当于生药16-20克）加入5%葡萄糖溶液250-500毫升中静滴，1-2次/日。

②生脉注射液：

适应症：可用于心水病的气阴两虚或阴竭阳脱型。

用法 ：20-50毫升加入5%葡萄糖溶液250-500毫升中静滴，1-2次/日。休克时也可用10-30毫升加入50%葡萄糖溶液中静推。每间隔15-30分钟可重复1次，连续3-5次，直至血压回升。

③参附注射液：

适应症：适用于心水病中心肾阳虚型的心阳虚脱型。

用法：20-100毫升加于5%葡萄糖溶液250-500毫升中静滴，1-2次/日。

三、中医特色疗法

根据病情，选用浴足、康复疗法等。

 **2014年心水病（心力衰竭）中医诊疗方案**

**疗效分析及评估总结**

一、临床资料：

收集严格执行诊疗常规的、资料完备的各种心水病住院病例436例，其中冠心病心力衰竭213例,肺心病心力衰竭68例,扩张型心肌病102例,风心病心力衰竭53例;男性230例，女性206例；年龄49岁～85岁，平均年龄66．5±11．2；病程4年～23年；心功能分级(NYHA)，心功能Ⅱ级者50例，心功能Ⅲ级者182例，心功能Ⅳ级者204例，诊断标准参考人民卫生出版社《实用内科学》。

二、治疗方法：依照中华医学会心血管病分会《慢性收缩性心力衰竭治疗建议》，给予西医常规抗心衰治疗(治疗原发病，去除诱发因素，限制水盐摄入，控制高血压，给予利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素I受体拮抗剂、洋地黄制剂、β受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂、血管扩张剂等)及加用本科中医诊疗常规方药。

三、疗效标准：

（1）中医症候疗效判定标准：对主症和次症，分别记分，记分标准依据卫生部2002年发布的《中药新药临床研究指导原则》及1995年1月1日实施的《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》自行拟订。显效：主次证基本或完全消失，治疗后证候积分为0或减少>70％；有效：治疗后证候积分减少>30％；无效：治疗后证候积分减少不足30％；恶化：治疗后证候积分超过治疗前积分。

（2） 心衰病（心力衰竭）疗效判定：参照《中药新药治疗心力衰竭临床研究指导原则》，显效：心功能基本控制或心功能改善2级以上者；有效：心功能改善1级，但不及2级者；无效：心功能改善不足1级者。恶化：心功能恶化1级或1级以上者。

（3）治疗前后部分心功能测定：选择部分依从性良的病人行治疗前后超声心动图测定每搏输出量（SV）、左室射血分数（EF）。

四、治疗结果：

其中心肺气虚、血瘀饮停证62例，占14.2%；气阴两虚、心血瘀阻证16例，占3.6%；痰瘀互结、气虚水停证106例，占24.3%； 阳气亏虚、血瘀水停证146例，占33.5%；肾精亏损、阴阳两虚证20例，占4.6%；阳虚水泛证86例，占19.7%；而未见阳虚喘脱证及痰饮壅肺、瘀血内阻证。

①治疗前后中医证候疗效比较

|  |  |
| --- | --- |
| 项目 |  异常 显效 有效 有效率(%) |
| 活动后气短夜间气短水肿胸闷心悸倦怠乏力自汗 | 436 175 218 90.1286 125 128 88.4295 153 96 84.4350 198 110 85.0302 95 167 86.8402 201 152 87.8176 62 85 83.5 |

②心衰疗效观察共436例，显效197例，有效201例，无效30例，恶化8例，总有效率91.2％。

③治疗前后部分心功能指标比较：治疗前后心功能指标SV、EF值明显升高，与治疗前比较，均有明显改善。

治疗前后部分心功能指标比较（±s）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 时 间 | SV（ml/min） | EF(%) |
|  | 治疗前治疗后 | 47±968±7 | 40±355±3 |

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，患者心衰疗效总有效率达91%以上。

2、心功能的变化：

无论从心功能NYHA分级或超声心动图SV、EF值测定，患者心功能明显升高，与治疗前比较，均有明显改善。

六、分析总结：

1、心衰病患者的远期疗效和心脏康复日益重视，对心衰病治疗效果的评定不应局限于血流动力学的改善和简单的生存期延长，预后指标才是关系到治疗效果的最终评定标准。

2、对心衰的疗效评价可以合理应用西医的指标体系和标准以说明中医临床或研究的有效性和科学性，同时不忽视中医“证”疗效的评价，建立反映中医药“整体调节”优势的多维结局指标评价体系。

3、中医在治疗心衰方面疗效显著，可以明显改善患者症状、提高其生存质量，心衰治疗应坚持辨病辨证相结合，从整体审视全身机能状况，对于急性心衰应结合西药强心、利尿、扩管、拮抗神经内分泌激活，抑制重塑等方法改善症状，改善预后等，中医药治疗心衰的基础研究应放在中药干预神经内分泌、阻逆心室重塑上，临床研究应开展规范、多中心、随机、对照试验，以终点事件和经济学项目为观察目标，为中医药治疗心衰提供循证医学证据，为患者提供更有效的治疗方法。

**2014年心水病（心力衰竭）中医**

**诊疗方案优化方案及措施**

《心水症（心衰）》中医诊疗规范较13版的优化如下：明确心水病名，明确心水内涵外延。从心水病的临床表现来看，该病和现代医学的慢性充血性心力衰竭相类。心水归于中医的“心胀”、“心水”、“心痹”、“水肿”“喘证”等范畴。

1、病机为本虚标实，多为心脾肾阳虚，气化障碍，水液积聚上凌于心所致；气虚血瘀水停贯穿疾病始终。

2、心水证型主要为：心气阴两虚、气虚血瘀水停、阳虚水泛、水饮射肺、心阳虚脱等五种，较之上版治疗指南，多水饮射肺这一证型，为强调喘咳气急，不能平卧，张口抬肩，心慌烦躁为主症的水饮射肺。虽说气虚血瘀水停贯穿心水病始终，但我们临床实践所见气虚血瘀水停为主证型为多数以上，故我们仍将其列为证型之一。

 3、中药方剂根据我科老中医的经验及科室多年用药经验积累协作方进行调整。如心肺气阴两虚，在用药上，较之13版的治疗指南加用玉竹15克 、 山茱萸15克 、酸枣仁15克等更加重其养阴安神之作用。如阳虚水泛证型，采用科室协作方温阳利水方，本方较之原来的真武汤增加了活血利水的力度，更能符合心水的病机实际。

4、在心衰急性发作期，临床需要中西医结合紧急救治，临床结合中医辩证以提高中药治疗急性心衰的有效率。增加目前公认有效的中成药口服药及针剂等。在临床实践中生脉注射液、参麦注射液、黄芪注射液、参附注射液等，及芪苈强心胶囊、心宝丸、参芪益气滴丸等均有一定的疗效，故因根据情况建议使用。

5、心衰因病程长、病情反复，临床常出现利尿剂抵抗现象，在病理发展过程中，因心气虚血运无力，多有血脉淤滞，即“血不利则为水”的病理改变，因此，临床以脏腑辩证与气血津液辩证相结合，治疗多以黄芪、人参为主药以补元气及心气之不足，配合丹参、泽兰、益母草等以活血化淤，车前子、猪苓、茯苓等以利水消肿。