

IC **, ***, **
C**



中华中医药学会专家共识

中医脑心同治临床应用专家共识

Expert consensus on clinical application of Nao Xin Tong Zhi in Traditional Chinese Medicine

(文件类型：送审稿)

(完成时间：2025 年 4 月 22 日)

2025-**-**-**发布

20**-**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前 言	I
引 言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 适用疾病范围及其病名	2
5 危险因素	4
6 西医药物治疗	4
7 中医病因病机	4
8 脑心同治的证候诊断	5
9 脑心同治的治法与方药（部分治法）	6
10 用法用量	9
11 合并用药	9
参 考 文 献	10

前 言

本文件参照GB/T1.1—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》规定起草。

请注意本文件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。

本文件由浙江中医药大学中医心脑血管病研究院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：浙江中医药大学、河南中医药大学、安徽中医药大学第一附属医院、甘肃中医药大学附属医院、河北医科大学第二医院、陕西国际商贸学院、银川脑心同治互联网医院、辽宁中医药大学附属医院、长春中医药大学附属医院、青岛大学医学院附属医院、成都中医药大学附属医院、河南中医药大学第一附属医院、天津中医药大学第一附属医院、云南省中医医院、中国中医科学院附属西苑医院、广东省中医院、首都医科大学附属北京中医医院、郑州大学第一附属医院、贵州中医药大学、重庆医科大学附属第二医院、陕西省中医医院、宁夏医科大学总医院、内蒙古医科大学附属医院、湖南中医药大学第一附属医院、青海省人民医院、南昌大学第一附属医院、贵州中医药大学第一附属医院、广西中医药大学第一附属医院、海南省人民医院、福建医科大学附属第一医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、上海中医药大学附属曙光医院、山东中医药大学第二附属医院、常州市中医院、湖北省人民医院、北京中医药大学中药学院、四川大学华西医院、哈尔滨医科大学附属第二医院、湖北中医药大学、陕西中医药大学附属医院。

本文件主要起草人：万海同、杨文明、李应东、张祥建、付巍

本文件其他起草人：郭艺蕾、杨洁红、王新志、赵超、张艳、姜丽红、何昱、赵迪、安毅、潘丹萍、陈秋、张军平、林亚明、雷燕、陈伯钧、刘红旭、许予明、刘兴德、陈阳美、韩祖成、石学宁、赵世刚、陈新宇、胡全忠、郑泽琪、孙刚、卢棋健、文国强、陈金水、程为平、王肖龙、王兴臣、汪瀚、罗立波、杨波、吴嘉瑞、周鹏、王湛、孙鑫、毛森林、赵宾宾、赵明君、万浩芳、李畅、邵翀羽、周惠芬、虞立、徐关锋、郭艳。

引言

基于心脑血管疾病和神经心脏疾病诊治的脑心同治观临床意义日益受到中西医学界专家学者高度重视与认可。目前,已有国家、省及地市级脑心同治专业委员会 200 余家,已形成多项脑心同治中药应用专家共识并广泛应用,但有关脑心同治的概念、所适用病证及其病因病机、诊断、治法尚需形成中医脑心同治临床应用标准与专家共识。

现代医学认为心血管疾病和脑血管疾病均为血管动脉粥样硬化或狭窄等血管病变引起的疾病;神经心脏疾病包括心脏的神经控制、心脏和大脑之间自主神经系统双向交流,及情绪等失调引起的心脑疾病;心脑血管疾病与神经心脏疾病通过病理反馈相互影响可加重病变。中医学认为人体在生理上脑为元神之府,心主神明,心藏脉,脉舍神,心脑共主神志;心主血脉,上供于脑,血足则脑髓充盈,心脑血管息息相连相通。心主血脉是心主神志的基础,心与脑之神明、血脉密切关联相通,相须为用。病理上心脑互损致病,心脑血管病有共同血管病变,并以脑-心轴等复杂神经生物信息相互致病。

中国心血管病负担日渐加重,据《中国心血管健康与疾病报告 2023 概要》推算我国心血管病(cardiovascular disease, CVD)现患人数 3.3 亿,其中脑卒中 1300 万,冠心病 1139 万^[1]。全世界越来越多人同时患有两种或两种以上的长期疾病被称为多病同病或称多病共病,尤其是缺血性心脑血管疾病具有临床最常见的多病并发的同病特征^[2,3]。2010 年,赵步长等首次明确提出针对心脑血管病等诊治的“中医脑心同治论”^[4],论述了心脑血管病共同病理基础是“虚、瘀、痰、络阻”及脑心整体治疗原则^[5],取得了显著临床疗效。此后,数十名学者从理论、临床、实验等不同层面开展了系列研究,取得了多项标志性成果。临床与实验研究表明脑心同治中药脑心通等具有抗心脑血管缺血性损伤^[6-11]等作用。“脑心同治”理论源于“脑心同源,脑心同病”、“证同治同,异病同治”、“辨证求因,审因论治”、“整体观念、辨证施治”等中医理论。针对心/脑血管疾病,采用单一治疗脑病或心病难以满足临床实际治疗需求,此类同病已成为治疗难点,而脑心同治具有中医药整体辨证观治疗优势,在心脑疾病防治中具有重要学术与实用价值。以脑心同治作为切入点已经成为心脑血管疾病和神经心脏疾病等治疗的重要方法和广泛共识。

针对心脑血管疾病和神经心脏疾病(冠心病、脑梗死,心房颤动等),中医辨证该类病主要以气虚、阴虚等为本虚,血瘀、痰浊、气滞、气郁、络阻等为标实,以益气、养阴,活血、祛痰、理气、解郁、通络等为治疗原则,达到脑心同治,标本兼治目的。

为更好规范脑心同治理论应用,依据多年临床应用经验、临床试验与基础研究相结合形成中医脑心同治临床应用专家共识,指导临床合理用药,提升临床诊治与疗效水平,为临床与基础研究提供新思路。

本共识主要由国家重点研发计划项目“中医药现代化”重点专项“基于脑心同治理念的蒙医药治疗冠心病(心绞痛-心肌梗死)心肌纤维化理论与评价系统研究(No.2023YFC3503100)”、“基于脑心同治理念的益气活血类方治疗脑梗死/心肌梗死的病因病机与诊治方案的创新研究(No.2019YFC1708600)”、国家自然科学基金重点项目“基于药物代谢与生物效应关联的补阳还五汤类方与缺血性中风气虚血瘀证相关的生物学基础研究(No.81630105)”、国家科技重大专项“基于脑心同治理念的养阴益气活血类方防治心房颤动-脑梗死-冠脉综合征高出血风险高危人群的研究(No.2024ZD0528100)”等项目资助。

中医脑心同治临床应用专家共识

1 范围

本文件界定脑心同治的术语和定义，明确了病名、流行病学特点、危险因素，中医防治理论体系与整体辨治。

本文件的目标人群适用于心脑血管疾病和神经心脏疾病及其相关疾病的中医脑心同治的诊疗。

本文件适用于各级医疗和科研机构中从事心脑血管疾病和神经心脏疾病诊疗的执业医师及科研工作者使用。

本共识主要针对狭义缺血性心脑血管疾病的脑心同治，并主要以急性冠脉综合征、慢性冠状动脉综合征、脑梗死、短暂性脑缺血发作、慢性脑缺血为对象制定诊断标准，并制定中医诊断、病因病机、辨证、治法、方药等临床应用标准。广义的脑心同治可根据狭义的脑心同治观，按“证同治同，异病同治”整体辨治应用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GB/T 20000.1-2014 标准化工作指南第1部分：标准化和相关活动的通用术语

GB/T 20348-2006 中医基础理论术语

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候部分

3 术语和定义

3.1 脑心同治 (Nao Xin Tong Zhi) Integrated treatment of the brain and heart

脑心同治是指在心脑血管病变、神经心脏调控失调等多种病理因素作用下导致心脑血管疾病和神经心脏疾病（包括脑心同病、脑病或心病并有潜在脑心互损病变的一组疾病）的中医药防治理论、整体辨证和治则治法的总称。该类病常存在气虚、阴虚、瘀血、痰浊、气滞、络阻（脑/心）等本虚标实基本病机及证候，可采用益气、养阴、活血、祛痰、理气、通络（脑/心）等整体辨治。

广义脑心同治：指脑心同病、心脑肾同病、脑病或心病并有潜在脑心互损病变等心脑血管疾病、神经心脏疾病以脑心同治、心脑肾同治、脑病或心病治疗及防变的整体辨治。

狭义脑心同治：主要针对动脉粥样硬化性血管病变等病理因素导致的缺血性心脑血管疾病的整体辨治。该类病包括冠状动脉综合征、脑梗死等及其存在共同病理生理机制（动脉粥样硬化、内皮功能障碍等）的疾病。

脑心同治概念强调心脑血管疾病、神经心脏疾病的整体性和相互关联性，及中医药防治理论、整体辨证施治方法。

4 适用疾病范围及其病名

4.1 西医

4.1.1 缺血性心血管病

包括急性冠状动脉综合征和慢性冠状动脉综合征。

4.1.1.1 急性冠状动脉综合征诊断标准

主要依据《2025年ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI急性冠状动脉综合征患者管理指南：美国心脏病学会/美国心脏协会临床实践指南联合委员会的报告》^[12]确定，包括：

(1) ST段抬高型心肌梗死：cTn>99th正常参考值上限（ULN）或CK-MB>99thULN，心电图表现为ST段弓背向上抬高，伴有下列情况之一或以上者：持续缺血性胸痛；超声心动图显示节段性室壁活动异常；冠状动脉造影异常。

(2) 非ST段抬高型心肌梗死：cTn>99thULN或CK-MB>99thULN，并同时伴有下列情况之一或以上者：持续缺血性胸痛；心电图表现为新发的ST段压低或T波低平、倒置；超声心动图显示节段性室壁活动异常；冠状动脉造影异常。

(3) 不稳定性心绞痛：cTn阴性，缺血性胸痛，心电图表现为一过性ST段压低或T波低平、倒置，少见ST段抬高（血管痉挛性心绞痛）。

4.1.1.2 慢性冠状动脉综合征诊断标准

参考《2024 ESC慢性冠状动脉综合征管理指南》^[13]，慢性冠状动脉综合征（CCS）这一术语，用于描述冠状动脉疾病(CAD)在稳定期的临床表现，特别是在急性冠状动脉综合征(ACS)之前或之后的临床表现。慢性冠状动脉综合征是一系列因冠状动脉和/或微循环慢性疾病相关的结构和/或功能改变而引起的临床表现或综合征，其范畴包含5大类：

- (1) 无症状且冠状动脉解剖或功能异常；
- (2) 心绞痛或类似症状,无阻塞性CAD(非阻塞性冠状动脉心绞痛/非阻塞性冠状动脉缺血)；
- (3) 应激性心绞痛或类似症状,伴阻塞性CAD；
- (4) ACS、经皮冠状动脉介入治疗或冠状动脉旁路移植术后的稳定期；
- (5) 左心室功能障碍或缺血性心力衰竭。

4.1.2 缺血性脑血管病

包括缺血性脑卒中（脑梗死），短暂性脑缺血发作，慢性脑缺血等。

4.1.2.1 缺血性脑卒中诊断标准

参考《中国急性缺血性卒中诊治指南 2023》^[14]，缺血性脑卒中诊断依据包括：

- (1) 急性起病；
- (2) 局灶神经功能缺损，少数为全面神经功能缺损；
- (3) 影像学出现责任病灶或症状/体征持续24 h以上；
- (4) 排除非血管性病因；
- (5) 脑CT/MRI排除脑出血。

4.1.2.2 短暂性脑缺血发作诊断标准

参考《中国各类主要脑血管病诊断要点2019》^[15]，短暂性脑缺血发作诊断依据包括：

- (1) 突发局灶性脑或视网膜功能障碍，符合颈动脉或椎=基底动脉缺血表现，一般在24

小时内（多数不超过1h）完全恢复，可反复发作。

（2）头颅MRI弥散加权成像（DWI）未发现相应急性脑梗死证据，为影像学确诊的短暂性脑缺血发作；无条件进行DWI时，头颅CT/MRI常规序列未发现相应梗死灶，可作为临床诊断依据；无法得到责任病灶证据时，仍以症状/体征持续时间不超过24h为时间界限。

（3）排除非缺血性病因。

4.1.2.3 慢性脑缺血诊断标准

参考《慢性脑缺血中西医结合诊疗专家共识》(2024年)^[16]，诊断依据包括：

- （1）患者年龄原则上>40岁；
- （2）具有慢性脑功能不全的表现；
- （3）具有脑血管病危险因素；
- （4）无脑部的局灶神经系统体征；
- （5）存在支持脑动脉硬化的证据：眼底动脉等周围动脉硬化表现，或可闻及入颅动脉的血管杂音；
- （6）脑血管检查可发现颅内、外动脉狭窄或闭塞性病变的证据；
- （7）头 CT/MRI 无血管性器质性脑改变；
- （8）脑灌注影像检查证实存在脑部低灌注；
- （9）排除其他可导致相关临床症状的疾病，如焦虑障碍、抑郁障碍、躯体症状障碍以及各种神经系统变性病或持续性姿势—知觉性头晕等引起的脑功能障碍。

4.1.3 缺血性心脑血管病相关疾病

动脉粥样硬化、高血脂、高血压、糖尿病、肥胖等。

4.2 中医

根据缺血性心脑血管病常见临床表现和中医古籍病名记载，该类病主要包括“中风，眩晕，胸痹，真心痛，心悸”等，归属于中医“血脉病”。

4.2.1 中风^[17]

- （1）主症：偏瘫、神识昏蒙，言语謇涩或不语，偏身感觉异常，口舌歪斜。
- （2）次症：头痛，眩晕，瞳神变化，饮水发呛，目偏不瞬，共济失调。
- （3）起病方式：急性起病，发病前多有诱因，常有先兆症状。
- （4）发病年龄：多在40岁以上。

具备2个主症以上，或1个主症2个次症，结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊，不具备上述条件，结合影像检查结果亦可确诊。

4.2.2 眩晕^[18]

- （1）头晕目眩，视物旋转，轻者闭目即止，重者如坐车船，甚则仆倒。
- （2）可伴恶心呕吐，眼球震颤，耳鸣耳聋，汗出，面色苍白等。
- （3）慢性起病逐渐加重，或急性起病，或反复发作。
- （4）测血压，查血红蛋白，红细胞计数及心电图，电测听，脑干诱发电位，眼震电图及颈椎X线摄片，经颅多普勒等有助明确诊断。根据病情进一步行头颅CT或磁共振检查。
- （5）应注意除外肿瘤、严重血液病等。

4.2.3 胸痹、真心痛（胸痹心痛）^[19]

(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、运动试验等以明确诊断。必要时作心肌酶谱测定，心电图动态观察。

4.2.4 心悸^[20]

(1) 自觉心搏异常，或快速或缓慢，或跳动过重，或忽跳忽止。呈阵发性或持续不解，神情紧张，心动不安。

(2) 伴有胸闷不适，心烦寐差，颤抖乏力，头晕等症。中老年患者，可伴有心胸疼痛，甚则喘促，汗出肢冷，或见晕厥。

(3) 可见数、促、结、代、缓、迟等脉象。

(4) 常有情志刺激，惊恐，紧张，劳倦，饮酒等诱发因素。

(5) 血常规、血沉、抗“O”、T₃、T₄及心电图，X线胸部摄片、测血压等检查，有助明确诊断。

5 危险因素

心脑血管病的共同危险因素包含高龄、吸烟、血脂异常、糖尿病、高血压、心脑血管病家族史、肥胖等。北京高血压防治协会、中国卒中学会高血压预防与管理分会、中国老年保健协会养老与健康专业委员会、中华预防医学会健康生活方式与社区卫生专业委员会共同发起编撰《基层冠心病与缺血性脑卒中患管理专家共识2022》，指出缺血性心脑血管病发生发展相关危险因素的管理主要从以下方面进行：高血压、血脂管理、糖尿病管理、睡眠呼吸暂停低通气综合征管理、高同型半胱氨酸血症^[21]。

6 西医药物治疗

目前，缺血性心脑血管病常规治疗以静脉溶栓、血管内治疗、抗血小板、抗凝、改善心脑血管缺血、抗动脉粥样硬化和抗心绞痛为主，以此减轻脑供血不足、心肌缺血的症状，预防心肌梗死、脑卒中、死亡等不良心脑血管事件的发生。因此，缺血性心脑血管病的药物治疗包含缓解症状和改善预后两个方面。对于缺血性心血管疾病而言，缓解症状的药物主要包括硝酸酯、钙通道阻滞剂和 β 受体阻滞剂，对于合并缺血性脑血管疾病的患者，缓解症状的药物应与改善预后的药物联合使用。改善预后的药物主要包括抗栓药、他汀类调脂药、 β 受体阻滞剂和肾素-血管紧张素-醛固酮系统阻滞剂和脑啡肽酶抑制剂^[21]。

7 中医病因病机

中医认为生理上心与脑共主神志，心脑血管密切相通关联；病理上心脑互损致病。脑为

元神之府，心主神明，心脑共主神明。《素问》云：“心主神明”、“心者君主之官，神明出焉。”《本草纲目》云：“脑为元神之府。”《医林改错》记载：“灵机记性在脑者，因饮食生气血，长肌肉，精汁之清者，化而为髓，由脊髓上行入脑，名曰脑髓。”

心主血脉，心脑息息相通：《素问》云：“心主身之血脉”、“诸血者，皆属于心”。《灵枢》云：“心藏脉，脉舍神”、“血者，神气也”。《医学衷中参西录》记载：“心脑息息相通”。即心主血脉生理功能是心主神志的基础。

病理上心脑互损。人至中老年并在多种因素作用下致气血虚，阴虚、阳虚影响血液运行，形成瘀血、痰浊、气滞等，严重者造成脑、心等组织梗死或缺血。心脑血管病有共同血管病变，并以生物信息相互致病损。人类常以动脉粥样硬化为病变基础，累及主动脉、心冠状动脉、脑动脉等致冠状动脉血管狭窄、血栓形成，血管痉挛等病理变化从而影响心肌供血，引起冠心病；造成脑血管痉挛、狭窄、血栓形成致缺血性脑血管病等，并通过脑-心轴等复杂生物信息相互致病损^[22]。故动脉粥样硬化、心脑互损是脑心同治观病理基础。

总之，缺血性心脑血管病基本病机为本虚标实，“本虚”以脏腑气、血、阴、阳虚损为主，“标实”以瘀血、痰浊、气滞、络阻、热毒、寒凝为主。虚实证相互为因，可因虚生实，或因实致虚，日久则心脑之络闭阻而发病^[23]。可采用益气、养阴、活血、祛痰、理气、通络（脑/心）等整体辨治。

8 脑心同治的证候诊断

基于相关指南与共识^[24-27]，结合专家经验及中医理论分析，将脑心共病临床常见证候总结如下：

8.1 血瘀阻络证

半身不遂或瘫痪，甚则昏睡不醒；心前区激烈疼痛，如刺如绞，痛处固定不移，甚则心痛彻背，或痛引肩背，胸憋或胸部窒闷感，心悸怔忡；舌质紫暗，或有瘀点、瘀斑，舌苔薄白，脉细涩或结代。

8.2 气虚血瘀证

半身不遂，偏身麻木，舌强言蹇或不语，口舌歪斜，口角流涎；心胸隐痛，时作时休，心悸气短，动则益甚；神疲乏力，面色暗淡，少气懒言；舌质淡暗或紫，边有瘀点、瘀斑，舌苔薄白，脉沉细或涩。

8.3 气滞血瘀证

半身不遂，偏身麻木，口舌歪斜；心胸满闷，胀痛或刺痛阵发，痛处以心前区最多见，或攻窜作痛，痛无定处；眩晕，耳鸣，情志不舒，时欲太息，脘腹胀闷；舌质紫暗，或有瘀点，脉弦涩。

8.4 痰瘀阻络证

半身不遂，舌强言蹇或不语，吞咽或言语痛甚，偏身麻木，关节屈伸不利，或口舌歪斜；心胸憋闷或痛，牵掣后背，动辄尤甚，或气上冲咽，自觉有窒息感，或突感胸痛汗出肢冷，甚则晕厥，心悸怔忡；遇阴冷潮湿辄加重或诱发，体胖多痰，身体困重，纳呆便溏，眩晕，时欲呕呃，面色晦暗，唇甲青紫；舌质紫暗，舌质胖大，舌边尖有瘀点、瘀斑，舌苔腻，脉弦滑或结代。

8.5 阳气虚衰证

半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇或不语，偏身麻木；胸憋闷或闷痛，心悸；气短，自汗，畏寒肢冷，面色淡白，少气懒言，动则喘憋，大便溏稀，夜尿频多，脘腹腰冷；舌质淡或淡胖，苔白或腻，脉沉细或结代。

8.6 气阴两虚，瘀血阻络证

半身不遂，肢体麻木、疼痛，皮肤感觉迟钝或消失，舌强言蹇或不语，口角流涎，或口舌歪斜；心胸疼痛，或灼痛，或隐痛，时作时休，心悸气短，动则益甚；神疲乏力，气短，自汗或盗汗，心烦不宁，多梦易惊，口燥咽干，五心烦热，颧红，头晕耳鸣，大便秘结；舌质暗淡，或有瘀象，少苔、无苔或苔白，脉虚细缓或结代。

9 脑心同治的治法与方药

根据缺血性心脑血管病的共同病机，整体辨证论治。主要治法与方药如下：

9.1 活血化瘀治法与方药

用于血瘀阻络证。

代表方药：活络效灵丹（《医学衷中参西录》）加减^[28-32]：当归、丹参、乳香、没药。

（共识建议）

推荐中成药：丹红注射液^[33-36]用法：20-40mL 丹红注射液加入 5%葡萄糖溶液 100-500 mL 稀释后静脉缓慢滴注，每日 1-2 次。（证据级别：B，推荐强度：强）

脉血康胶囊^[37-39]用量：每次 2~4 粒/片，每日 3 次。（证据级别：B，推荐强度：弱）

临床研究发现^[28]，活络效灵丹加减治疗缺血性脑卒中瘀血阻络证患者，可以明显改善患者的美国国立卫生院神经功能缺损量表(NIHSS)评分、Barthel 指数(BI)、中国脑卒中量表(CSS)评分、Ashworth 评分(ASS)，纠正血液流变学异常，降低血脂水平及炎症因子水平。另有研究发现^[29,30]，活络效灵丹加减也能够明显改善冠心病心绞痛瘀血阻络证患者的疾病综合疗效和证候疗效。

循证医学研究证实^[33-36]，丹红注射液在治疗脑心共病（脑梗死合并冠心病、脑卒中致脑心综合征）时，可以更好提升患者的临床疗效，促进神经功能恢复，降低血脂水平，改善血小板活化功能及血管内皮功能等。

系统评价证实^[37,40]，在西医常规治疗基础上联用脉血康胶囊在改善脑梗死患者的神经功能缺损、提升临床总有效率、降低血浆纤维蛋白原含量方面，较单纯西医治疗效果更佳，且安全性较高。另有系统评价证实^[41,42]，脉血康胶囊联合常规西药治疗稳定性心绞痛和不稳定性心绞痛时，对心绞痛、心电图、血液流变学、血脂指标的改善作用均优于常规西药，且未出现明显不良反应。专家共识明确指出^[37]，脉血康胶囊(肠溶片)治疗心脑血管疾病具有良好的临床疗效及安全性。临床研究发现^[38,39]，相较于常规内科治疗（波立维），脉血康胶囊在治疗冠心病合并脑梗塞患者时，能够更好地提升治疗有效率，降低神经功能缺损评分，改善凝血指标。

9.2 益气活血治法与方药

用于气虚血瘀证。

代表方药：补阳还五汤（《医林改错》）加减^[43-46]：黄芪、当归尾、赤芍、地龙、川芎、

红花、桃仁。（证据级别：B，推荐强度：强）

推荐中成药：脑心通胶囊^[47-52]用法：每次 2-4 粒，每日 3 次，口服。（证据级别：B，推荐强度：强）

多项研究发现^[43-46]，补阳还五汤加减在治疗脑心共病（急性脑梗死并发脑心综合征、急性心肌梗死并发脑心综合征、急性脑梗死伴心肌损害）气虚血瘀证时，可以显著提升患者的临床总有效率，降低 NIHSS 评分、心律失常发生率、心肌酶异常率、ST-T 段改变率等。

药品综合评价结果显示^[47]，脑心通胶囊治疗气虚血瘀证脑梗死及冠心病心绞痛临床价值综合评价为 A 类，依据国家卫生健康委发布的《药品临床综合评价管理指南(2021 年版试行)》，建议可直接按程序转化为基本临床用药管理的相关政策结果。多项循证医学研究证实^[48-51]，脑心通胶囊在治疗脑心共病气虚血瘀证时，可以更好提升患者的临床疗效，提高患者脑血流速度，降低血液黏稠度，改善神经功能和心肌缺血等。

9.3 行气活血治法与方药

用于气滞血瘀证

推荐方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减^[53-56]：桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡。（证据级别：C，推荐强度：强）

推荐中成药：冠心舒通胶囊^[57-60]用法：每次 3 粒，每日 3 次，口服。（证据级别：B，推荐强度：强）

丹参川芎嗪注射液^[61-64]用法：将 10 mL 丹参川芎嗪注射液加入 250 mL 5%葡萄糖注射液 中静脉滴注，每日 2 次。（共识建议）

有研究报道^[53]，血府逐瘀汤加减可以有效减轻冠心病合并脑梗死患者的心绞痛症状，保护神经功能，改善患者预后，具体表现为血府逐瘀汤加减联合西医常规治疗在提升患者的治疗总有效率、生活自理能力和神经功能缺损评分方面优于西医常规治疗。

研究表明^[57]，冠心舒通胶囊可以显著提升急性脑梗塞致脑心综合征患者的临床总有效率，纠正心律失常，降低心肌酶水平，改善 ST-T 改变。

丹参川芎嗪注射液在脑梗死和心肌梗死患者中的临床疗效已受到研究支持。Meta 分析结果表明^[61]，基于 38 项随机对照试验共 3869 例急性脑梗死患者的数据分析，与单纯常规治疗相比，丹参川芎嗪注射液联合常规治疗可显著提高患者的客观缓解率、神经功能状态及日常生活活动能力，同时显著改善患者的血液流变学指标。此外，两组患者的不良事件发生率无显著差异。另有 Meta 分析结果表明^[65]，基于 16 项随机对照试验共 1631 例心绞痛患者的数据分析，与西药常规疗法相比，联合丹参川芎嗪注射液治疗心绞痛总疗效更好，同时能有效改善血脂且不增加不良反应发生率。多项临床研究进一步证实^[62-64]，丹参川芎嗪注射液在急性心肌梗死治疗中的潜在益处。研究表明，该药物可有效降低心肌损伤标志物水平，抑制血小板因子表达，改善心室重构及心脏功能，并提高血管再通率。

9.4 化痰祛瘀治法与方药

用于痰瘀阻络证。

代表方药：桃红四物汤（《医宗金鉴》）合半夏白术天麻汤（《医学心悟》）加减^[66,67]：当归、熟地黄、白芍、川芎、桃仁、红花、半夏、天麻、白术、茯苓、橘红、甘草、生姜、大枣。（证据级别：B，推荐强度：强）

推荐中成药：

银杏蜜环口服溶液^[68-72]用法：每次 10ml，每日 3 次，口服。（共识建议）

多项研究表明^[66,67]，在西医常规治疗基础上联用桃红四物汤合半夏白术天麻汤，可提升急性脑梗死并发脑心综合征风痰瘀阻证患者的临床总有效率，降低 NIHSS 评分、降低心律失常发生率及 ST-T 段改变率。

有临床研究发现^[68]，银杏蜜环口服溶液联合阿司匹林肠溶片在改善风痰瘀血证脑梗死患者的临床症状方面明显优于阿司匹林肠溶片治疗。多项临床研究进一步证实^[69,70]，银杏蜜环口服溶液可显著提高急性缺血性脑卒中患者神经功能缺损评分；与对照组相比，观察组全血黏度、血浆黏度、NSE、S100B、Hcy 明显降低，表明患者血流变异常和神经功能缺损得到明显改善，值得临床推广应用。此外，研究发现^[71]，银杏蜜环口服溶液治疗不稳定型心绞痛，可明显改善患者氧化应激及血液流变学指标水平，提升患者血管内皮功能。网络药理学研究证实，银杏蜜环口服溶液治疗缺血性心、脑血管疾病通过多成分、多靶点、多途径发挥作用，其主要活性成分是槲皮素、山奈酚、木犀草素、银杏内酯 A、银杏内酯 B 等，关键靶点基因为 ALB、IL-6、AKT1、TNF、MAPK3 等^[72]。

9.5 温阳化痰治法与方药

用于阳气虚衰证。

代表方药：黄芪桂枝五物汤（《金匮要略》）加减^[73-78]：黄芪、桂枝、白芍、生姜、大枣。（共识建议）

推荐中成药：参仙升脉口服液^[79-84]用法：每次20mL，每日2次，口服。（共识建议）

研究发现^[73-75]，黄芪桂枝五物汤加减治疗脑卒中患者，可以明显促进患者神经功能及偏身感觉障碍的恢复，改善上下肢运动功能，维护脑血流循环，降低并发症发生率，提高患者生活质量。另有研究发现^[76-78]，黄芪桂枝五物汤加减也能够治疗冠心病稳定型心绞痛、急性心肌梗死患者，能够降低患者的心肌缺血及再灌注损伤，改善冠状动脉灌注和心功能，同时下调血清 miR-21、miR-126、D-D、NT-proBNP、ET-1 水平。

Meta 分析证实^[79,80,83]，试验组（参仙升脉口服液）患者在提升缓慢性心律失常患者临床疗效、平均心率、最高心率、最低心率方面显著优于对照组（其他西药或中成药）。研究报告显示^[81,82]，参仙升脉口服液治疗心动过缓伴慢性脑供血不足及心脑血管综合征患者，能显著提高心率，缩短窦房结传导时间，改善心功能和脑血流灌注。

9.6 益气养阴活血治法与方药

用于气阴两虚，瘀血阻络证。

推荐方药：生脉散（《医学启源》）合血府逐瘀汤（《医林改错》）加减^[53,85,86]：人参、麦冬、五味子、桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡。（共识建议）

推荐中成药：稳心颗粒^[87-95]用法：每次1袋，每日3次，温开水冲服。（证据级别：B，推荐强度：强）

脉络宁注射液^[96,97]用法：20mL脉络宁注射液，加入 5%葡萄糖注射液或生理盐水 250mL 稀释后静脉滴注，每日 1 次。（共识建议）

研究发现^[85]，以冠心病气阴两虚血瘀证患者为研究对象，对照组采用常规西药治疗，治

疗组在对照组基础上联合生脉散合血府逐瘀汤进行治疗,结果治疗组有效率、中医证候积分、心电图指标、心功能指标、血浆脑钠素水平、生活质量评分等指标的改善以及不良反应发生情况均优于对照组。另有研究发现^[53],血府逐瘀汤加减在治疗冠心病合并脑梗死患者时,可以明显减轻患者心绞痛症状,改善神经功能,提升生活自理能力。此外,研究表明^[86]使用益气、滋阴、化瘀法进行治疗可以减少血糖、同型半胱氨酸和甘油三酯的水平,从而使患者出现动脉粥样硬化的机率下降,减缓心脑血管疾病的出现,并预防血栓事件再次发生。

多项临床研究证实^[87-93],稳心颗粒不但可以有效减轻脑心共病患者的临床症状,同时还有抗心律失常、改善脑缺血和心肌缺血、保护神经功能和心功能的作用,且未发现明显不良反应,安全性高。

系统评价研究^[96]纳入 22 篇文献,共 2247 例受试者,结果显示,在西医常规治疗基础上联合脉络宁注射液可显著提高急性脑梗死的临床总有效率,改善神经功能缺损,降低纤维蛋白原、胆固醇和三酰甘油水平。网状 Meta 分析^[98]纳入 66 项研究(7142 例患者),结果显示脉络宁注射液在改善 NIHSS 评分方面优于醒脑静注射液和苦碟子注射液。另有 Meta 分析表明^[99],脉络宁注射液在神经功能缺损总有效率和 NIHSS 评分改善方面优于丹红注射液。临床研究表明^[97],脉络宁注射液可有效预防缺血性心脑血管疾病的发生与再发。经 3 年、6 个或以上疗程治疗,心脑血管疾病的急性发生率和再发生率总体下降了 67%。其中,脑梗死的发生及再发率由 14.6%降至 5.0%,心肌梗死由 3.6%降至 1.3%。

10 用法用量

用法方面:缺血性心脑血管病患者应根据具体疾病和疾病分期而异,建议按照说明书服用。同一药物在不同疾病中存在用法用量差异,同一药物在疾病不同分期中的也存在差异,皆有待进一步研究。

疗程方面:缺血性心脑血管病具有长期存在的病理生理基础,依据现有文献报告与临床实践,中医药治疗缺血性心脑血管病急性期疗程多在1周至2周,恢复期或稳定期疗程多在4周至12周,临床可根据病人对药物的疗效反应决定适当延长或暂停服用。

11 合并用药

依据现有文献报告,中成药治疗缺血性心脑血管病临床研究与实践等,大多为在西医治疗基础上叠加使用上述中药和/或中成药。对于心脑血管共患疾病患者,若合并其他疾病,如高血压、高血脂、糖尿病等,应联合使用降压、降脂、降糖药物,需注意血压、血脂、血糖的达标及不良反应的发生。例如,与抗栓药物联合应用时,需兼顾抗栓药物有增加出血的风险,应在血压得到有效控制之后再考虑使用;与降糖药物联合应用时,应特别注意是否存在其他容易引发患者低血糖发作的协同治疗的药物,应注意血糖监测,必要时降低胰岛素用量^[21]。

参 考 文 献

- [1] Diseases N C f C, Health T W C o t R o C, China D i. 中国心血管健康与疾病报告 2023 概要[J]. 中国循环杂志, 2024, 39(7): 625-660.
- [2] 赵步长, 伍海勤, 赵涛等编著. 中医脑心同治论[M].北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [3] 赵步长, 伍海勤, 赵涛. 开启“脑心同治”时代之门 中医药防治心脑血管疾病的传承与创新[M].北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [4] Health T W C o t R o C, China D i. 中国心血管健康与疾病报告 2021 概要[J]. 中国循环杂志, 2022, 37(6): 553-578.
- [5] Litmeier S, Meinel T R, von Rennenberg R, et al. Coronary angiography in acute ischemic stroke patients: Frequency and determinants of pathological findings in a multicenter cohort study[J]. J Neurol, 2022, 269(7): 3745-3751.
- [6] 万海同,白海波,杨洁红,黄绳武,王立人,蔡宇,严伟民,郑筱祥. 养阴益气活血冲剂对脑缺血-再灌注损伤保护作用的实验研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, (2): 85-87.
- [7] 万海同,白海波, 杨洁红,余道军,杜月光,别晓东,严伟民,杨进,郑筱祥. 养阴与益气活血方药对培养人脐静脉内皮细胞抗凝和纤溶等功能影响的对比研究[J]. 中国医药学报, 2002, (4): 217-220+255-256.
- [8] 王海燕, 周惠芬, 何昱, 等. 脑心通胶囊对缺糖缺氧损伤脑微血管内皮细胞的保护作用及其机制[J]. 中草药, 2018, 49(14): 3318-3325.
- [9] 王燕珍, 王维峰, 安玉兰, 等. 补阳还五汤合四君子汤加减治疗中风后疲劳气虚血瘀证和抗氧化及抗炎的作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(23): 131-136.
- [10] 赵梦迪, 杨洁红, 周惠芬, 等. 补阳还五汤类方对氧糖剥夺再复糖复氧海马神经元细胞的体外保护作用及其机制研究[J]. 中国药学杂志, 2020, 55(9): 728-736.
- [11] Hai-yan W, Hui-fen Z, Yu H, et al. Protective effect of naoxintong capsule(脑心通胶囊)combined with guhong injection(谷红注射液)on rat brain microvascular endothelial cells during cerebral ischemia-reperfusion injury[J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2021, 27(10): 744-751.
- [12] Rao S V, O'Donoghue M L, Ruel M, et al. 2025 acc/aha/acep/naemsp/scai guideline for the management of patients with acute coronary syndromes: A report of the american college of cardiology/american heart association joint committee on clinical practice guidelines[J]. J Am Coll Cardiol, 2025.
- [13] Vrints C, Andreotti F, Koskinas K C, et al. 2024 esc guidelines for the management of chronic coronary syndromes[J]. Eur Heart J, 2024, 45(36): 3415-3537.
- [14] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性卒中诊治指南 2023[J]. 中华神经科杂志, 2024, 57(6): 523-559.
- [15] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主

要脑血管病诊断要点 2019[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 710-715.

[16] 中国中西医结合学会神经科专业委员会, 高长玉, 陈志刚. 慢性脑缺血中西医结合诊治专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2024, 44(3): 273-281.

[17] 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, (1): 55-56.

[18] 眩晕的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(zy/t001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(9): 167.

[19] 胸痹心痛的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(zy/t001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(7): 32.

[20] 心悸的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(zy/t001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(8): 7.

[21] Association B H, Prevention C S A, Branch M o H, et al. 基层冠心病与缺血性脑卒中共患管理专家共识 2022[J]. 心脑血管病防治, 2022, 22(4): 1-19.

[22] Tahsili-Fahadan P, Geocadin R G. Heart-brain axis: Effects of neurologic injury on cardiovascular function[J]. Circ Res, 2017, 120(3): 559-572.

[23] 许晓敏, 仲爱芹, 徐士欣, 等. 论心脑血管病从络同治[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(7): 1236-1238.

[24] 王阶, 邢雁伟. 冠心病心绞痛证候要素诊断标准[J]. 中医杂志, 2018, 59(6): 539-540.

[25] 高长玉, 吴成翰, 赵建国, 等. 中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 136-144.

[26] 张敏州, 丁邦晗, 林谦. 急性心肌梗死中医临床诊疗指南[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(7): 4119-4127.

[27] 冯凯, 郑志东. 脑梗死急性期中西医结合诊疗专家共识[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(7): 1153-1162.

[28] 赵乐, 陈琳, 蒋美玲, 等. 活络效灵丹方剂联合银杏内酯注射液治疗缺血性脑卒中恢复期瘀血阻络证疗效研究[J]. 中国药师, 2024, 27(1): 125-134.

[29] 贺街文. 活络效灵丹合手拈散治疗瘀血阻络型胸痹 60 例临床观察[J]. 中医药导报, 2010, 16(8): 34-36.

[30] 杨德林. 活络效灵丹加味治疗冠心病 245 例[J]. 中国中医急症, 2006, (7): 715.

[31] 沈佳豪. 基于网络药理学探讨活络效灵丹治疗缺血性中风作用机制[J]. 新中医, 2024, 56(13): 39-47.

[32] 金竹青. 活络效灵丹通过抑制脑组织炎症反应对缺血性脑损伤的保护作用[J]. 浙江中医药大学学报, 2013, 37(09): 1099-1102+1107.

[33] 吴坚. 丹红注射液对冠心病合并脑梗死患者血小板活化及血管内皮功能的影响[J]. 青岛医药卫生, 2022, 54(3): 185-188.

[34] 赵燕红. 丹红注射液治疗脑卒中致脑心综合征 43 例临床效果分析[J]. 首都食品与医药, 2018, 25(13): 27.

[35] 贾清云. 丹红注射液联合阿托伐他汀治疗急性脑梗死合并冠心病疗效观察[J]. 东

方药膳, 2019, (7): 164.

[36] 吴娅丽, 吴东苑, 杨伟, 等. 基于不平衡数据处理方法的丹红注射液上市后安全性监测和再评价研究[J]. 中国医院用药评价与分析, 2022, 22(10): 1233-1236+1243.

[37] 杜金行, 刘尊敬. 脉血康胶囊(肠溶片)治疗心脑血管疾病临床应用专家共识[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(2): 250-258.

[38] 杨丽萍. 波立维与脉血康药物联合疗法对冠心病合并脑梗塞患者凝血功能的影响研究[J]. 河北医学, 2015, 21(9): 1494-1497.

[39] 常红, 彭芳. 波立维与脉血康药物联合疗法对冠心病合并脑梗塞患者凝血功能的影响研究[J]. 养生保健指南, 2016, (23): 290-290.

[40] 李婷婷, 孙千惠, 王博远, 等. 脉血康胶囊治疗急性脑梗死的临床疗效及安全性系统评价和 grade 证据级别评价[J]. 中草药, 2021, 52(2): 483-494.

[41] 阎早芳, 李磊, 孙瑞华. 脉血康胶囊联合常规西药治疗稳定性心绞痛的 meta 分析[J]. 中日友好医院学报, 2022, 36(2): 112-114.

[42] 晁田田, 张大武, 王承龙. 脉血康胶囊联合常规西药治疗不稳定性心绞痛的 meta 分析[J]. 中药新药与临床药理, 2021, 32(1): 128-134.

[43] 董婷, 杨文明, 汪美霞, 等. 补阳还五汤治疗急性脑梗死并发脑心综合征(气虚血瘀证)90 例临床观察[J]. 中国中医急症, 2011, 20(1): 5-7.

[44] 王建清. 补阳还五汤治疗气虚血瘀证 ami 并发脑心综合征的临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(10): 1375-1376.

[45] 张丽, 段红霞, 崔丽红. 补阳还五汤治疗急性脑梗死伴心肌损害患者疗效及对血清 hs-crp、d-d、h-fabp、ctni 的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(31): 3446-3449.

[46] 丰效杰. 补阳还五汤加味治疗急性脑梗死并发脑心综合征临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(11): 1293-1294.

[47] 耿洪娇, 谢雁鸣, 王志飞. 脑心通胶囊治疗气虚血瘀证脑梗死及冠心病心绞痛的临床综合评价[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(23): 6087-6095.

[48] 孙光明. 脑心通胶囊辅助治疗对急性脑梗死伴无症状心肌缺血患者神经功能、q-t 离散度的影响观察[J]. 中国医学工程, 2019, 27(11).

[49] 黄然. 脑心通胶囊联合西药治疗急性脑梗死合并心肌缺血效果[J]. 中外女性健康研究, 2019, (5).

[50] 范智慧. 脑心通胶囊联合单硝酸异山梨酯片治疗脑梗死伴无症状心肌缺血患者的临床疗效[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(27).

[51] 袁兴杰. 脑心通联合奥扎格雷钠对老年脑梗死合并冠心病患者大脑基底动脉脑血流动力学指标的影响[J]. 慢性病学杂志, 2023, 24(6): 914-916.

[52] 王威. 脑心通与脂必泰联合治疗对糖尿病性卒中伴冠心病患者的效果观察[J]. 慢性病学杂志, 2019, 20(1): 107-109.

[53] 叶长瑞. 血府逐瘀汤加减治疗 45 例冠心病合并脑梗死的临床观察[J]. 临床心身疾病杂志, 2016, 22(z1): 188-189.

[54] 周洪波. 血府逐瘀汤联合西药治疗冠心病合并心房颤动气滞血瘀证临床观察[J].

中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(9): 179+187.

[55] 姜春雪. 血府逐瘀汤联合西药治疗冠心病合并心功能不全气滞血瘀证临床观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2021, 9(30): 39-42.

[56] 王志敏. 血府逐瘀汤治疗气滞血瘀型冠心病临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(4): 571-573.

[57] 任艳丽, 郭根明. 冠心舒通胶囊治疗急性脑梗塞致脑心综合征疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(13): 116-118.

[58] 邵贵军. 丹红注射液联合冠心舒通胶囊治疗缺血性脑卒中的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(25): 103+106.

[59] 吴晓丹. 冠心舒通胶囊联合丹红注射液治疗缺血性脑卒中 40 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(20): 47-48.

[60] Yu L, Wu L, Peng W, Huang P, Chen L, Deng Y, Wang M, Zeng J, Chen B. Efficacy and safety of guanxinshutong capsule combined with western medicine on stable angina pectoris: a systematic review and meta-analysis. Front Pharmacol. 2024 Oct 30;15:1444388.

[61] Ma Z, Zhang H, Zhao F, et al. Safety and effectiveness of salvia miltiorrhiza and ligustrazine injection for acute cerebral infarction in chinese population: A prisma-compliant meta-analysis[J]. Front Pharmacol, 2024, 15: 1425053.

[62] 张洁, 王峰. 丹参川芎嗪注射液联合尿激酶治疗急性心肌梗死的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(3): 487-491.

[63] 杨森, 代莉. 丹参川芎嗪注射液联合胺碘酮治疗急性心肌梗死并发房颤的临床研究[J]. 现代诊断与治疗, 2024, 35(3): 335-337.

[64] 王岑. 丹参川芎嗪注射液联合替格瑞洛治疗急性心肌梗死的效果及对心肌损伤标志物、血小板因子的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2024, 9(19): 53-57.

[65] 朱雪萍, 张丽梅, 毛信心, 等. 丹参川芎嗪注射液对心绞痛疗效及血脂影响的 meta 分析[J]. 中国现代应用药学, 2022, 39(5): 638-647.

[66] 李仕妹. 桃红四物汤合半夏白术天麻汤治疗急性脑梗死并发脑心综合征 60 例[J]. 西部中医药, 2017, 30(8): 77-79.

[67] 郑素玉, 李艺敏. 桃红四物汤合半夏白术天麻汤对急性脑梗死并发脑心综合征的疗效分析[J]. 心血管病防治知识, 2020, 10(21): 24-26.

[68] 李广宣. 银杏蜜环口服溶液治疗风痰瘀血证脑梗死临床研究[J]. 中医学报, 2013, 28(5): 737-738.

[69] 程伟宁, 谭登云, 黄荣, 等. 银杏蜜环口服溶液治疗急性缺血性脑卒中及对血流变和神经功能影响观察[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2019, 11(6): 713-715.

[70] 李爱华, 孟宪举, 崔伟. 银杏蜜环口服溶液联合阿替普酶治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2020, 35(4): 706-711.

[71] 韩璐, 王淑洁, 张英杰. 银杏蜜环口服溶液对不稳定型心绞痛患者血管内皮功能及氧化应激水平的影响[J]. 新中医, 2023, 55(01): 67-71.

[72] 薛岳进, 李春晓, 张璐莎, 等. 基于网络药理学研究银杏蜜环口服溶液对心脑血管保护

的作用机制[J].中国循证心血管医学杂志,2022,14(7):773-779.

[73] 孙晓莽, 常晓, 马锐, 等. 黄芪桂枝五物汤颗粒对脑卒中恢复期患者神经功能及偏身感觉障碍的影响[J]. 临床研究, 2023, 31(11): 123-126.

[74] 李芳斐, 陈体进, 刘祥游. 黄芪桂枝五物汤加减治疗脑梗死的临床效果与安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(34): 73-75.

[75] 丁文君. 黄芪桂枝五物汤加减治疗脑梗死后遗症的临床价值分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2023, 11(17): 52-54.

[76] 张裕珍, 姚娜. 黄芪桂枝五物汤治疗急性心肌梗死临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(22): 3832-3834.

[77] 田苗艳, 徐丹, 宋炜, 等. 黄芪桂枝五物汤对急性心肌梗死病人心室重塑及血清 mir-21、mir-126 水平的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(4): 686-690.

[78] 郑志鹏. 黄芪桂枝五物汤加味治疗冠心病稳定型心绞痛(阳虚脉阻证)疗效观察[J]. 中国社区医师, 2022, 38(13): 69-71.

[79] 胡宇才, 毛静远, 侯雅竹, 等. 参仙升脉口服液治疗缓慢性心律失常疗效及安全性系统评价与 meta 分析[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(3): 1059-1063.

[80] 胡正波, 卢海波, 朱龙社, 等. 参仙升脉口服液治疗缓慢性心律失常疗效与安全性的 meta 分析[J]. 中国药房, 2015, 26(21): 2953-2955.

[81] 江南凯, 岑远光, 黄常坚, 等. 参仙升脉口服液治疗颅脑创伤并脑心综合征之窦性心动过缓临床观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2012, 33(4): 459.

[82] 葛润. 参仙升脉口服液治疗心动过缓伴慢性脑供血不足及心脑血管综合征的老年患者一例[J]. 实用心脑血管病杂志, 2014, 22(11): 100.

[83] 金莲子. 参仙升脉口服液治疗缓慢性心律失常的 meta 分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(25): 55+58.

[84] 程佳新, 侯平. 参仙升脉口服液联合单硝酸异山梨酯缓释胶囊治疗老年冠心病以及缓慢性心律失常的疗效研究[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36(1): 20-23.

[85] 王佳媚, 杨同堂. 生脉散合血府逐瘀汤治疗冠心病气阴两虚血瘀证效果观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(17): 149+152.

[86] 臧同升. 益气滋阴化瘀法联合西药治疗糖尿病合并脑梗死 55 例[J]. 中医研究, 2016, 29(3): 30-32.

[87] 康鸿雁. 稳心颗粒治疗脑心综合征疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(2): 251-251.

[88] 胡艳萍, 庄美兰, 巴瑞琼. 稳心颗粒治疗脑心综合征快速心律失常临床总结[J]. 吉林医学, 2008, 29(15): 1293-1294.

[89] 刘勇. 稳心颗粒治疗急性脑梗死所致的脑心综合征的疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(8): 1383,1385.

[90] 江云东, 杨思进, 白雪. 稳心颗粒治疗急性脑梗死合并心律失常临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(9): 1732-1733.

[91] 马海花, 王国营, 师宏普. 步长稳心颗粒治疗脑梗死后心律失常 120 例疗效观察[J].

中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(8): 49-50.

[92] 赵卫东, 张春艳. 步长稳心颗粒治疗脑心综合症 28 例临床分析[J]. 河北职工医学院学报, 2008, 25(3): 34-34,36.

[93] 江云东, 杨思进, 白雪, 等. 步长稳心颗粒治疗急性脑出血合并心律失常 62 例[C]//中国第三届中医、中西医结合暨非药物治疗防治脑血管病、肿瘤、糖尿病高级论坛论文集. 2009:38-39.

[94] 张馨. 稳心颗粒治疗气阴两虚型冠心病合并室性早搏临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(12): 159-161.

[95] 邵淑琳, 余璐. 稳心颗粒联合西药对气阴两虚型冠心病心力衰竭合并室性早搏患者心功能及血清 n 末端 b 型脑钠肽前体水平的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(4): 737-742.

[96] 王凯欢, 吴嘉瑞, 张丹, 等. 基于 meta 分析的脉络宁注射液治疗急性脑梗死临床评价研究[J]. 药物流行病学杂志, 2016, 25(9): 544-548+590.

[97] 张改芝. 脉络宁预防缺血性心脑血管病发生及再发生率的临床观察[J]. 陕西中医, 2007, (6): 669-670.

[98] 王哲义, 孙怿泽, 张媛凤, 等. 清热活血类中药注射剂治疗急性缺血性脑卒中的网状 meta 分析[J]. 中草药, 2021, 52(6): 1706-1718.

[99] 胡瑞学, 于丹丹, 李慧敏, 等. 基于 2 种复杂网络分析方法探索活血化瘀类中药注射液治疗急性脑梗死的疗效[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(14): 3722-3731.