

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2026.02.006

• 指南共识 •

老年心力衰竭慢病管理指南

中国老年学和老年医学学会

中国医师协会中西医结合心脏康复专委会

世界中医药联合会心脏康复专业委员会

摘要 本指南旨在为 65 岁及以上老年心力衰竭(heart failure, HF)患者的慢病管理提供一套科学、实用、可操作的指导方案。心力衰竭是老年人群中最常见的心血管疾病终末阶段,具有患病率高、共病多、预后差、反复住院等特点,给社会和家庭带来沉重负担。随着中国社会人口老龄化进程的加速,老年心力衰竭的防治与管理已成为我国公共卫生领域面临的重大挑战。本指南基于最新的国内外循证医学证据,特别是参考了《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024》《老年人慢性心力衰竭诊治中国专家共识(2021)》以及《慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022 年)》等权威文件,系统阐述了老年心力衰竭的定义、流行病学特征、综合评估方法、健康教育、生活方式干预、心理支持、药物与非药物治疗以及疾病管理与自我管理的全流程策略。指南特别强调了老年综合评估(comprehensive geriatric assessment, CGA)在心力衰竭管理中的核心地位,并整合了中医药辨证论治的优势,旨在推动形成由专科医师、全科医师、护士、药师、康复师、营养师及心理师等多学科团队共同参与的全周期、连续性、个体化的管理模式,以期改善老年心力衰竭患者的临床症状、提高生活质量、降低再住院率和死亡率。

关键词 心力衰竭;老年;慢病管理;老年综合评估;指南;中医药;多学科管理

中图分类号 R541.6 **文献标志码** A

1 概述

心力衰竭(heart failure, HF)是各种心脏结构或功能性疾病导致心室充盈和(或)射血功能受损,心排量不能满足机体组织代谢需要,以肺循环和(或)体循环淤血及器官、组织血液灌注不足为临床表现的一组综合征。作为多种心血管疾病的最终阶段,心力衰竭拥有高患病率、高住院率、高死亡率等特点,是 21 世纪最严重的公共卫生挑战之一。伴随着全球人口老龄化趋势的进一步加剧,心力衰竭的患病人群结构也发生了显著变化,老年患者(通常指 65 岁及以上)已经成为了心力衰竭患者的主要组成部分。老年心力衰竭较普通心力衰竭而言,其临床特点更为复杂,为诊断、治疗和管理带来了巨大的挑战。这些复杂性主要体现在以下几个方面:第一,老年心力衰竭患者通常合并多种慢性疾病,如高血压、冠心病、糖尿病、慢性肾脏病、慢性阻塞性肺疾病等,这些共病会相互影响,加重病情,增加治疗的复杂性和药物相互作用的风险^[1-2]。第二,老年患者普遍存在多重用药、药物的依从性比较差、不良反应发生率高等情况,需要开展更加精细化的用药管理^[3]。第三,老年心力衰竭患者易因疾病急性加重,导致反复住院,增加了医疗

系统负担的同时,也严重影响了患者的生活质量和长期预后^[4]。第四,老年综合征的发病在老年心力衰竭患者中尤为突出,如虚弱、认知功能障碍、抑郁、营养不良、肌少症和跌倒风险等,这些因素会进一步恶化患者的临床结局,限制标准心力衰竭治疗方案的应用和疗效^[5]。因此,在开展老年心力衰竭管理工作时,必须超越传统以疾病为中心的模式,转向以患者为中心、以功能为导向以及多学科协作的综合性慢病管理模式。本指南的制定工作,正是为了应对这项挑战,旨在为临床医生、社区健康管理者、患者及其家属提供一套科学、系统、实用的管理策略,借此改善我国老年心力衰竭患者的整体健康管理水平。

2 编写说明

2.1 中英文文献检索策略与方法

2.1.1 检索方法

为确保本指南的科学性、时效性和权威性,编写工作组系统地检索了国内外主要的医学文献数据库。检索范围涵盖了 7 个权威数据库,包括 3 个国际英文数据库即 PubMed、EMBASE 和 Cochrane Library,以及 4 个中文数据库即中国期刊全文数据库(CNKI)、中国学术期刊数据库(万方数据)、中国生物医学文献数据

库(SinoMed)和维普中文科技期刊数据库。检索时间范围主要设定为建库至 2025 年 7 月,以确保纳入最新的研究证据和指南共识。检索策略采用主题词与自由词相结合的方式,并根据不同数据库的特点进行调整。

中文数据库检索式:(主题=“心力衰竭”OR 主题=“心衰”OR 关键词=“心力衰竭”OR 关键词=“心衰”)AND(主题=“老年”OR 主题=“高龄”OR 关键词=“老年”OR 关键词=“高龄”OR 摘要=“老年”OR 摘要=“高龄”)AND(主题=“指南”OR 主题=“共识”OR 主题=“临床实践指南”OR 主题=“专家共识”OR 主题=“系统评价”OR 主题=“Meta 分析”OR 主题=“随机对照试验”OR 关键词=“指南”OR 关键词=“共识”OR 关键词=“系统评价”OR 关键词=“Meta 分析”OR 关键词=“随机对照试验”)。

英文数据库检索式: (“heart failure”[Mesh]OR “heart failure”[Title/Abstract]OR “cardiac failure”

[Title/Abstract]) AND (“aged”[Mesh]OR “elderly”[Title/Abstract]OR “older adult”[Title/Abstract]OR “geriatric”[Title/Abstract]) AND (“practice guideline”[Publication Type]OR “guideline”[Publication Type]OR “consensus”[Publication Type]OR “systematic review”[Publication Type]OR “meta-analysis”[Publication Type]OR “randomized controlled trial”[Publication Type])。

通过上述系统检索,旨在全面覆盖老年心力衰竭领域的最新研究进展、权威指南和高质量临床试验,为本指南的编写提供坚实的循证医学基础。

2.1.2 检索结果

证据级别与推荐强度说明。采用推荐意见分级的评估、制定及评价(grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE)证据等级系统将证据质量分为高、中、低、极低 4 级,推荐意见分级包括强烈推荐、弱推荐。见表 1。

表 1 GRADE 证据质量与推荐强度分级

质量等级	具体描述
高(A)	非常有信心:我们非常确信真实的效应值接近效应估计值
中(B)	对效应估计值我们有中等程度的信心: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)	我们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)	我们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
推荐强度	具体描述
强(1)	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利
弱(2)	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当

3 定义与流行病学

3.1 定义与临床特征

心力衰竭是由于心脏的结构和(或)功能出现异常,从而导致心室的充盈或射血能力受到损害,进而所引起的一组复杂的临床综合征。根据近年中美欧主流心力衰竭诊疗指南^[1-2,6],诊断核心在于是否存在呼吸困难、水肿等典型的症状和体征,并且还伴随脑利钠肽(brain natriuretic peptide, BNP)/氨基末端脑利钠肽前体(N-terminal pro-B-type natriuretic peptide, NT-proBNP)水平的升高或肺/体循环淤血的客观证据。

老年心力衰竭,特指的是发生在 65 岁及以上人群中的心力衰竭。和非老年患者相比,老年心力衰竭在病理生理以及临床表现方面,拥有着显著的特殊性,主要体现在 4 个方面:①多病共存 老年患者通常会合并高血压、冠心病、糖尿病、慢阻肺、慢性肾脏病以及房颤等多种疾病。这些共病之间会相互影响,

加速心力衰竭的进展,同时显著增加了临床诊疗工作中的复杂性。②多重用药 因为需同时治疗多种共病,老年患者通常需要同时服用多种药物^[6]。这不仅增加了药物不良反应以及药物相互作用的风险,也常常会导致用药依从性的下降。③病情波动与反复住院 老年患者对于容量负荷的变化比较敏感,并且感染等诱发因素难以控制,导致了病情极易急性加重。这种情况极大地消耗了医疗资源,也严重降低了患者的生活质量。④预后不良与老年综合征 老年心力衰竭患者的死亡率显著高于年轻群体,并且通常合并虚弱、认知功能障碍以及抑郁等“老年综合征”。这些因素互为因果,限制了标准治疗方案的实施,进一步恶化了患者的功能状态。

3.2 流行病学特征

在全球老龄化的背景之下,心力衰竭的疾病负担也日益沉重。根据统计数据^[4]显示,目前全球大约有 2 600 万心力衰竭患者;多项研究预测,在未来十几年内,全球心力衰竭患病人数将持续、显著上升。我国

心力衰竭的流行病学形势同样非常严峻。根据《中国心血管健康与疾病报告》，我国成人的心力衰竭患病率大约是 1.3%^[7]，现患人数已经超过了 1 000 万。它的流行病学特征主要表现为：①患病率随年龄急剧攀升 高龄这个因素是心力衰竭最强的 1 个独立危险因素^[2]。65 岁以上人群患病率已达数个百分点，80 岁及以上人群患病率可达 10% 左右或更高，不同研究结果略有差异^[8]。②高住院率与再住院率 心力衰竭是导致老年人住院的首要缘由。有数据显示，老年心力衰竭患者出院后 30 d 内的再住院率达到了 20%~30%^[2]，在 1 年内的再住院率更是会高达 50%^[1,9]。③高死亡率 心力衰竭的预后比较差，在确诊之后的 5 年内死亡率和常见的恶性肿瘤是相当的。

4 评估

4.1 健康状态综合评估

全面且深入的健康状态综合评估(comprehensive geriatric assessment, CGA)对于老年患者的管理至关重要。作为一种多维度的跨学科评估方法,CGA 旨在精准识别患者的健康问题、功能状态及资源需求,并据此制定个体化、协调一致的干预方案。对于病情复杂、共病繁多的老年心力衰竭患者,CGA 不仅是制定治疗策略的基础,更是实现精准管理的关键。

CGA 核心内容包括:

①躯体状况评估 是评估基石。完善详细的病史采集(症状、诱因及用药史等)和全面的体格检查,心电图、超声心动图(心脏结构与射血分数)及实验室检查(尤其是 BNP/NT-proBNP),是明确心力衰竭的诊断、类型、病因及当前功能状态的主要指标。

②功能状态评估^[10] 是衡量患者健康水平与生活质量的核⼼指标,涵盖基本日常生活能力(basic activity of daily living, BADL)与工具性日常生活能力(instrumental activities of daily living, IADL)。其中, BADL 利用 Barthel 指数评估进食、穿衣、行走等基本自理能力评估; IADL 则通过 Lawton IADL 指数量表评估购物、服药等复杂事务处理能力。功能状态的下降往往预示着心力衰竭加重及预后不良。

③营养状态评估^[11] 营养不良与肌少症在老年心力衰竭患者中普遍存在且与预后相关。评估指标包括体重指数(body mass index, BMI)、体重变化、膳食摄入及血清白蛋白等;也可采用微型营养评定简表(mini-nutritional assessment -short form, MNA-SF)或营养风险筛查 2002(nutritional risk screening

2002, NRS2002)进行系统筛查,对存在风险者及时给予干预。

④认知与情绪状态评估 认知障碍及抑郁、焦虑等情绪问题在心力衰竭患者中高发,严重影响患者的自我管理及生活质量。推荐使用简易精神状态检查(mini-mental state examination, MMSE)或迷你认知评估量表(mini cognitive testing, Mini-Cog)筛查认知功能,使用老年抑郁量表(geriatric depression scale, GDS)或患者健康问卷-9 项量表(patient health questionnaire-9, PHQ-9)评估情绪状态,以便早期识别并干预。

⑤社会支持系统评估 涵盖居住环境、家庭支持、经济状况及社会资源的可及性。完善的社会支持系统是保障患者长期治疗与自我管理的基础,了解其背景有助于制定切实的出院及随访计划。

⑥用药安全评估^[12] 需详细审查患者的所有用药(含非处方药及保健品),评估用药的合理性与安全性,重点筛查潜在不适当用药(potentially inappropriate medications, PIMs)(参考 Beers 标准),警惕药物相互作用,并依据肝肾功能调整剂量。

通过以上多维度的 CGA,综合评估患者健康状态,识别核心问题与需求,为后续个体化综合干预奠定基础。

4.2 疾病分层与危险因素评估

在 CGA 评估的基础上,开展精确的疾病分层与危险因素评估工作,是实现个体化治疗以及风险预测的关键,有助于识别高危患者并且指导分级管理。

4.2.1 心力衰竭类型与严重程度分层

按照《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024》^[6],根据左心室射血分数(left ventricle ejection fraction, LVEF)将心力衰竭分为 4 型:①射血分数降低型心力衰竭(heart failure with reduced ejection fraction, HFrEF) LVEF $\leq 40\%$;②射血分数轻度降低型心力衰竭(heart failure with mildly reduced ejection fraction, HFmrEF) LVEF 41%~49%;③射血分数保留型心力衰竭(heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF) LVEF $\geq 50\%$;④射血分数改善型心力衰竭(heart failure with improved ejection fraction, HFimpEF) 既往有 LVEF $\leq 40\%$ 的明确记录,随访复查心脏超声示 LVEF 较基线提高 $\geq 10\%$ 且再次测量时 LVEF $> 40\%$ 。

美国纽约心脏病学会(New York Heart Association, NYHA)心功能分级:是一个经典的评估方法,分级越高(I~IV 级)提示症状越重,预后也越差。

利钠肽(BNP/NT-proBNP):该指标的水平通常和疾病严重程度以及预后呈现出正相关。在老年患者人群中应用时,需综合考虑肾功能等影响因素。

4.2.2 危险因素评估

心血管危险因素^[13]:需系统地管理高血压、冠心病、糖尿病等传统的危险因素。特别是高血压,严格控制血压是预防老年心力衰竭的关键所在。

心律失常^[14]:房颤最为常见,它会加重心功能损害并且增加卒中的风险。需开展常规筛查工作,并依据心房颤动卒中风险评估的CHA₂DS₂-VASc评分来进行抗凝评估。

肾功能不全^[15]:心肾综合征在老年心力衰竭患者中是普遍存在的,肾功能不全是预后不良的一个独立危险因素。需定期监测估算肾小球滤过率(estimated glomerular filtration rate, eGFR),并根据结果调整治疗方案。

老年特异性危险因素:重点关注虚弱,它代表了生理储备的下降以及对应激反应的脆弱性,预示着预后以及耐受性会比较差。同时也需纳入认知障碍、抑郁、跌倒风险等综合评估。

综合评估上述因素,有助于对老年心力衰竭患者进行风险分层,为制定个体化的治疗目标以及多学科干预策略提供科学依据。

4.3 疾病进程与并发症评估

老年心力衰竭是一种慢性进展性疾病,并发症相对随机,需开展持续、动态的评估和管理工作。

4.3.1 急性加重与再入院风险评估

识别诱因:常见诱因包括感染(尤其呼吸道感染)、治疗依从性差、心律失常、血压/血糖波动及贫血等。

评估再入院风险:综合住院史、生物标志物、合并症及社会支持情况,利用风险模型量化评估,对高危者进行重点监护。

4.3.2 重要并发症的监测与评估

肾功能恶化:对心肾综合征所形成的恶性循环需高度警惕。在随访中需常规监测肾功能相关指标,并且根据结果调整利尿剂等治疗方案。

电解质紊乱:长期应用利尿剂易导致低钾、低钠等电解质紊乱,增加恶性心律失常发生的风险。需定期监测,及时纠正。

心律失常:需警惕室性心律失常所带来的猝死风险。对于高危的患者,可以考虑选用动态心电图(Holter electrocardiogram monitoring, Holter)监测或者植入式心脏复律除颤器(implantable cardioverter

defibrillator, ICD)植入等方式。

认知功能下降与抑郁:定期评估心理及认知状态,因为它们会直接影响到患者自我管理能力和病情的转归。

贫血与铁缺乏^[16]:需常规筛查血红蛋白以及铁代谢的指标,铁缺乏即便不伴随贫血也同样会影响预后,而通过静脉补铁的方式可以有效改善症状。

开展系统性的评估将有助于早期发现潜在问题,并借助预防性的干预措施以维持病情的稳定,改善患者的长期预后。

4.4 中医证候辨识

本指南参考《慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022年)》^[17],结合老年患者脏腑功能衰退、虚实夹杂的特点,将常见证型归纳如下:

①气虚血瘀证 极为常见。主症为气短、乏力、心悸,活动后加重,伴自汗。由于气虚无力推动血行,致面色晦暗无光泽、口唇紫暗。舌质紫暗或有瘀点,脉沉细无力。

②气阴两虚血瘀证 多见于病程较长或利尿后。除气短乏力外,兼见阴虚内热之口干、手足心热及盗汗。舌质暗红少津、少苔或无苔,脉细数无力或结代。

③阳气亏虚血瘀证 多见于晚期重症。在气虚基础上,阳虚内寒症状突出,如畏寒肢冷。因阳虚水停,舌体胖大有齿痕,舌质紫暗,脉沉迟无力。

④兼夹证(痰饮内停) 基础证型上兼见水饮内停,表现为咳嗽咯痰、胸闷气喘、面浮肢肿及小便不利。舌苔白腻或滑,脉滑。此为本虚标实中“标实”的典型表现。

5 健康教育

健康教育的目的在于提升患者以及家属的认知水平和自我管理能力和,需遵循个体化、通俗化以及可操作化的原则^[18]。

①疾病基础知识:可通俗地把心力衰竭解释为心脏“泵”功能减弱。告知患者或家属常见的病因如高血压、冠心病,典型症状比如呼吸困难、水肿、乏力,以及不典型症状类似纳差、精神萎靡等。

②自我监测与管理:体重监测 每日晨起空腹排便后进行称重记录,如果体重出现快速增加(比如1~3天增加超过2 kg或1周增加超过2.5 kg),这可能提示体内有液体潴留,需要及时处理;生命体征监测 每日定时测量血压、心率,观察尿量以及水肿的情况。

③用药依从性:强调终身规律服药的重要性,可以运用药盒、清单或者闹钟来辅助记忆。同时解释药

物的作用以及常见副作用的处理方法,避免自行停药。

④生活方式指导:详细解释低盐饮食与均衡营养,指导日常生活中的适度活动和预防感染措施,如接种疫苗。

⑤急诊识别:明确就医的指征,如严重呼吸困难、咳吐粉色泡沫痰、持续胸痛等情况,提供清晰的就医路径。

6 生活方式干预

6.1 饮食调理

①限盐:每日钠的摄入量小于 2 g(即食盐少于 5 g);对于中重度心力衰竭或水肿患者,则要求限制到小于 1.5 g(即食盐少于 3.75 g)。可配合限盐勺使用,注意避免高盐以及加工肉类等食品摄入,可运用天然的调味品来作为替代。

②限液:对于有明显液体潴留或低钠血症的患者,每日的液体摄入量需要控制在 1.5~2.0 L,要分次进行饮用,并且记录好出入量。

③营养均衡^[11]:需要保证优质蛋白(1.0~1.2 g/kg/d)的摄入,预防肌少症的发生;选择复合碳水化合物与不饱和脂肪酸;摄入足量蔬菜水果。

④老年特殊照护^[19]:食物宜选用软烂易于消化的,要做到少食多餐;同时要关注体重过低或营养不良的风险,在必要的时候给予营养支持。

6.2 运动治疗

①评估与监护:在运动之前需要开展全面的心功能及稳定性评估,对于高危者需要进行监护。

②运动处方:推荐把有氧运动(比如步行、快走)当作主要方式,并结合抗阻训练来防治肌少症,以及配合像太极拳、八段锦这些传统功法来改善平衡与情绪。

③强度与频率^[1-2]:需循序渐进地开展,可选用 Borg 评分来控制强度(即“有点吃力”的程度),频率为每周 3~5 次,每次持续 30~60 min。对于病情稳定的老年充血性心力衰竭(congestive heart failure, CHF)患者,推荐进行规律的、中等强度的有氧运动,以降低全因死亡率和心力衰竭住院风险(强推荐 A1)。另外,建议在有氧训练基础上,联合进行抗阻运动,以进一步改善肌肉力量、耐力和生活质量(强推荐 B1)。

④安全原则:需要重视热身和整理活动,监测生命体征及患者自我感觉症状,当出现终止标准时要立即停止运动。

6.3 睡眠管理

①评估:主动筛查睡眠障碍,特别关注睡眠呼吸暂停综合征,必要时进行监测。

②干预:如夜间呼吸困难者采取高枕卧位;下午早服利尿剂以减少夜尿;确诊睡眠呼吸暂停综合征者推荐持续气道正压通气(continuous positive airway pressure, CPAP)治疗;慎用镇静药以免跌倒等。

6.4 体重管理

①监测与预警:每日监测,体重突增为液体潴留的最早信号。

②处理:建立应对预案,达预警线时在医生指导下临时调整利尿剂、限盐限液。

③异常体重管理:体重过低者加强营养支持;肥胖者在保证营养前提下缓慢减重。

6.5 不良习惯干预

①戒烟:强调烟草危害,提供行为与药物戒烟支持。

②限酒:严格限制酒精摄入,男性应当 $<20\sim30$ g/d,女性应当 $<10\sim20$ g/d;酒精性心肌病者禁酒。

③其他:避免熬夜,慎用非甾体抗炎药(nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)等非处方药,建议保持情绪舒畅、稳定。

7 心理干预^[20]

7.1 心理健康状况测评

①工具:推荐使用 GDS 筛查抑郁情绪、PHQ-9 评估抑郁严重程度、广泛性焦虑障碍量表-7(generalized anxiety disorder-7, GAD-7)筛查焦虑严重程度及 Mini-Cog 筛查认知功能。

②时机:确诊时、定期随访中、病情变化时均需评估,针对情绪异常者可随时筛查。

7.2 心理咨询

教育与支持:纠正认知偏差,提供情感方面的支持,并且鼓励病友之间进行交流。

认知行为疗法^[21](cognitive behavioral therapy, CBT):可以帮助患者改变负性思维与行为,学习应对技巧。

社会支持:强化家庭的参与度,适当运用社区资源减少患者的孤立感。

药物与转诊:对于中重度障碍患者建议转诊到专科,在抗抑郁药的选择上要谨慎,可以优先选用 5-羟色胺选择性重摄取抑制剂(serotonin-selective reuptake inhibitors, SSRIs)。

8 药物干预

8.1 西药干预

8.1.1 肾素-血管紧张素-醛固酮系统抑制剂

是 HFrEF 治疗基石,包括血管紧张素转化酶抑制剂(angiotensin converting enzyme inhibitor, ACEI)、血管紧张素受体阻滞药(angiotensin receptor blockers, ARB)、血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(angiotensin receptor-neprilysin inhibitor, ARNI)。ARNI 例如沙库巴曲缬沙坦, HFrEF 一线首选(A1),较 ACEI 进一步降低死亡与住院风险。当 ARNI 无法使用时,推荐首选 ACEI(A1);如 ACEI 不耐受或存在禁忌证,可改用 ARB(A1)。老年用药注意起始剂量减半,缓慢滴定,密切监测血压、肾功能及血钾,防止体位性低血压。

8.1.2 β 受体阻滞剂

例如比索洛尔、美托洛尔缓释片、卡维地洛等(A1)。适用于病情稳定且无液体潴留时启用。极低剂量起始,每 2~4 周倍增至目标剂量或耐受剂量。用药过程中注意警惕心动过缓与低血压,严禁突然停药,以防病情反跳加重。

8.1.3 醛固酮受体拮抗剂

例如螺内酯、依普利酮、非奈利酮等。适用于经前述治疗仍有症状的 HFrEF 患者(A1)。存在高钾血症与肾功能恶化风险,老年、肾功能不全者风险倍增。用药过程中注意严密监测血钾, >5.0 mmol/L 时减量或停用。

8.1.4 钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂

例如达格列净、恩格列净等。所有心力衰竭(HFrEF/HFmrEF/HFpEF/HFimpEF)患者均显著获益(A1)。固定剂量 10 mg/d,由于不需滴定,使用简便。用药过程中注意关注低血压及泌尿系感染,重度肾功能不全获益可能降低。

8.1.5 利尿剂

改善液体潴留症状的首选(A1),但不改善长期预后。首选袢利尿剂,如呋塞米。最小有效剂量维持“干体重”,常用“按需”或“间歇”给药策略。用药过程中注意监测,严防电解质紊乱(低钾/钠)及容量不足致低血压。

8.1.6 其他药物

伊伐布雷定:适用于足量 β 受体阻滞剂治疗后静息心率仍 ≥ 70 次/分的窦性心律 HFrEF(A1)患者。老年起始剂量宜低(2.5 mg, 2 次/d)。

地高辛:辅助控制症状或房颤心室率(B2)。老年

可能合并肾小球滤过率减低,极易中毒,需严格低剂量并监测血药浓度。

注射用辅酶 I^[22]:补充烟酰胺腺嘌呤二核苷酸(nicotinamide adenine dinucleotide, NAD⁺),改善能量代谢、抑制重构及抗氧化。小样本研究提示加用可改善 LVEF、降低 NT-proBNP,专家共识指出可用于改善症状。肌内注射,5 mg/次/d,14 d 为 1 个疗程。临用前予 2 mL 氯化钠注射液溶解。

8.2 中药干预

8.2.1 辨证论治原则

遵循“急治标、缓治本”原则。本虚侧重益气、养阴、温阳;标实侧重活血、化痰、利水。临床依证型灵活组方,发挥中医药改善症状与生活质量的优点。

8.2.2 常用中成药与方剂

根据《慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022 年)》^[17,23]等,以下中成药和方剂在老年心力衰竭治疗中具有较好的循证医学证据。

①气虚血瘀证 主症为气短/喘息,乏力,心慌;兼症为倦怠懒言,易汗出等;舌象为舌质暗。慢性 HFrEF 患者推荐口服芪参益气滴丸(A1)、复方龙血竭胶囊(C2),静脉滴注黄芪注射液(B2)。慢性 HFpEF 患者推荐口服芪参益气滴丸(C1)。

②气阴两虚血瘀证 主症为气短/喘息,乏力,心慌;兼症为口干,手足心热等;舌象为舌瘦,质暗,少苔。慢性 HFrEF 患者,推荐口服补益强心片(C2)、芪冬颐心颗粒(C2)、复方龙血竭胶囊(C2),静脉滴注生脉注射液(B1)、参麦注射液(B2)、注射用益气复脉(冻干)(C2)。慢性 HFpEF 患者建议静脉滴注参麦注射液(B1)。

③阳气亏虚血瘀证 主症为气短/喘息,乏力,心慌;兼症为怕冷,肢体冷感等;舌象为舌胖,质暗,或有齿痕。推荐慢性 HFrEF 患者口服芪苈强心胶囊(A1)、参附强心丸(C2)、心宝丸(B2)、复方龙血竭胶囊(C2),静脉滴注参附注射液(C1)、心脉隆注射液(C1)。慢性 HFpEF 患者口服芪苈强心胶囊(B1)、复方龙血竭胶囊(C2),静脉滴注参附注射液(C1)、心脉隆注射液(B2)。

芪苈强心胶囊:由黄芪、人参、附子、丹参、葶苈子等组成,具有益气温阳、活血通络、利水消肿的功效。多项研究^[24-28]证实,其能改善 HFrEF、HFmrEF 和 HFpEF 患者的 NYHA 心功能分级、提高 LVEF、降低 BNP/NT-proBNP 水平、改善生活质量和运动耐量。

芪参益气滴丸:由黄芪、丹参、三七、降香组成,具

有益气活血、通络止痛的功效。研究^[29-34]显示,其能改善气虚血瘀型心力衰竭患者的中医证候、心功能,降低再住院率。

芪冬颐心颗粒:由黄芪、麦冬、人参等组成,有益气养心、安神止悸的功效。研究^[35-37]提示,其对于慢性心力衰竭患者的胸闷、气短、乏力、心悸、活动耐量下降、夜间阵发性呼吸困难、下肢水肿等核心症状,均有明确缓解作用。能够减少心力衰竭相关不适对日常生活的影响,提升患者主观舒适度和活动能力,改善生活质量评分。如能显著提高 LVEF,增加心输出量(cardiac output, CO),降低左心室舒张末期容积(left ventricular end-diastolic volume, LVEDV),直接改善心脏泵血效率;降低 NYHA 心功能分级,减少从 II ~ III 级向 IV 级进展的风险,减少急性加重概率。

复方龙血竭胶囊:由龙血竭、三七、冰片组成,具有活血化瘀、通窍止痛的作用。适用于瘀血痹阻型心力衰竭的急慢性期或症状较重者^[38-44]。

生脉注射液/参麦注射液:由人参、麦冬、五味子(或人参、麦冬)组成,具有益气养阴、复脉固脱的功效。静脉制剂起效较快,适用于气阴两虚型心力衰竭的急性期或症状较重者^[45-46]。

参附注射液:由红参、附子组成,具有回阳救逆、益气固脱的功效。主要用于阳气亏虚、病情危重的患者。

经典方剂:如补阳还五汤^[47-54]、生脉散^[55-62]、真武汤^[63]等,是中医治疗的基石,可根据患者具体病情进行加减化裁,实现高度个体化治疗。

8.2.3 安全性与注意事项

辨证用药:辨证论治是中医药治疗基石,需注意避免“病药对应”的情况,建议在中医医师的指导下使用。

中西药相互作用^[64]:部分的中药,例如丹参、三七,可能会与华法林等抗凝药物发生相互作用,增加出血风险^[65]。因此,在联合用药时,应当引导患者关注自身症状表现,密切监测凝血功能,并在医生指导下调整抗凝策略。

监测肝肾功能:部分中药存在肝肾毒性,建议在长期用药的过程中,定期监测肝肾功能。

避免滥用:为避免不良反应,不推荐患者同时服用多种功效相类似的中成药或中草药。

9 其他干预

中医外治法^[66]在老年心力衰竭的综合管理中也能发挥辅助作用,有助于缓解症状、改善生活质量^[67]。

9.1 中医针灸疗法

针灸作为中医的重要组成部分,通过刺激特定穴位、调节经络气血,从而达到治疗疾病的目的。在心力衰竭治疗中,针灸可能通过调节自主神经功能、改善心肌供血、减轻炎症反应等机制发挥作用^[68-69]。

常用穴位与方案:主穴常选用内关、膻中、心俞、厥阴俞、足三里、三阴交等穴位。配穴根据具体证型进行加减,如气虚者加气海、关元;血瘀者加血海、膈俞;阳虚水泛者加阴陵泉、水分。

操作方法:可采用毫针刺法、电针、温针灸等。治疗频率通常为每周 2~3 次,疗程为 4~8 周。

临床证据与推荐:一些临床研究表明,针灸作为辅助治疗,可以改善心力衰竭患者的 NYHA 心功能分级、降低 BNP 水平、提高 6 min 步行距离和生活质量。然而,目前关于针灸治疗心力衰竭的高质量、大规模随机对照试验(randomized control trial, RCT)仍然较少,证据等级相对较低。因此,针灸可作为老年心力衰竭的辅助治疗方法,在西医标准治疗的基础上进行,以期缓解症状、改善生活质量(C2)。

适应证:适用于病情相对稳定、愿意接受针灸治疗的患者,特别是伴有胸闷、气短、心悸、失眠等症状的患者。

禁忌证:皮肤感染、出血性疾病、严重虚弱、晕针史者应慎用或禁用。

9.2 其他理疗方法

除了针灸,其他一些物理疗法也可能对老年心力衰竭患者有益。

①穴位贴敷^[70] 将具有活血化瘀、温阳利水等功效的中药制成药膏,贴敷于特定穴位(如膻中、心俞、内关等),通过皮肤吸收发挥作用。这种方法简便易行,患者接受度高。

②耳穴压豆 在耳廓上的特定穴位(如心、神门、皮质下等)贴压王不留行籽,通过按压刺激来调节脏腑功能,可用于改善心悸、失眠、焦虑等症状。

③推拿按摩 通过手法刺激经络和穴位,可以放松肌肉、缓解疲劳、改善局部血液循环。轻柔的胸背部推拿可能有助于改善呼吸功能。

④中药足浴^[71-72] 使用具有温阳、活血、安神功效的中药进行足浴,可以通过足部穴位吸收药物,并促进全身血液循环,有助于改善睡眠和缓解下肢水肿。

这些理疗方法通常安全性较高,可形成综合康复计划,但同样需要在专业人员指导下进行,并明确其辅助治疗地位,不能替代核心的药物治疗。

10 疾病管理与自我管理

老年心力衰竭的慢病管理需要整合医院、社区、家庭等多方资源,建立一个连续、协同、高效的管理体系。它的核心在于通过多学科团队协作的方式,实现从“被动治疗”到“主动管理”的转变。

10.1 门诊与基层随访

规律的随访制度是确保治疗方案有效执行、及时识别患者病情变化的必要措施。

①随访频率 病情稳定期建议每 3~6 个月随访 1 次。病情不稳定或高危患者建议每 1~3 个月随访 1 次,若患者依从性好,可适当增加随访频率。建议在出院后 1~2 周内进行首次随访,评估患者出院后的恢复情况、用药依从性等。

②随访内容 临床评估包括症状变化、NYHA 心功能分级、体重、血压、心率、水肿情况等。实验室检查包括定期复查 BNP/NT-proBNP、血常规、电解质、肾功能、肝功能等。辅助检查,根据需要进行心电图、超声心动图等检查。综合评估,复评患者的功能状态、营养状况、认知与情绪状态、用药安全性等。健康教育,根据患者情况,进行个体化的健康教育和生活方式指导。调整治疗方案,根据评估结果,及时调整药物剂量或种类。

③基层随访 充分发挥社区卫生服务中心和家庭医生在慢病管理中的作用,对病情稳定的患者进行日常随访和管理,便于患者就近获得医疗服务。三级医院应与基层医疗机构建立双向转诊绿色通道,确保患者在病情变化时能得到及时、恰当的诊治。

10.2 远程监测与互联网+随访

远程监测和互联网+医疗是对心力衰竭患者进行慢病管理的重要工具,或能辅助建立更加便捷、高效的管理新模式。

①远程监测技术^[73] 植入式监测设备,如植入式血流动力学监测器,通过实时监测肺动脉压力等关键指标,为早期预警和干预提供客观依据。可穿戴设备,如智能手环、智能手表等,可通过监测心率、活动量、睡眠质量等辅助患者自我监测。家庭监测设备,如家用电子血压计、体重秤等,数据可上传至云端,供医生远程监测指导。

②互联网+随访模式^[74] 线上咨询,患者可以通过手机 APP、微信小程序等平台,向医生或护士进行医疗咨询,获得专业指导。线上复诊,对于病情稳定的患者,可以通过视频方式进行线上复诊,减少往返医院的奔波。健康管理平台,能够整合患者的健康数

据、用药记录、随访计划等,实现信息的系统化管理,并通过智能算法进行疾病风险预警。

这些新模式有助于提高随访效率、降低医疗成本、改善患者体验,是未来心力衰竭慢病管理的重要发展方向。

10.3 患者自我管理技能

提高患者自我管理能力和慢病管理的核心举措。患者需要掌握以下关键技能:

①症状监测 熟练使用体重秤、血压计等工具,每日记录体重、血压、心率等指标,并学会简单识别心力衰竭加重的早期表现。

②用药管理 能够按照医嘱正确服药,必要时辅助使用药盒等工具提高依从性,并了解常见药物的作用和副作用。

③生活方式管理:能够主动执行低盐、控水饮食,坚持规律运动,保证充足睡眠,戒烟限酒。

④急性加重处理预案 同医生共同拟定一份清晰、便捷的应对预案,明确在何种情况下应如何调整药物、何时需要联系医生或立即就医。

⑤情绪管理 识别和应对负面情绪,必要时主动寻求心理支持及情绪疏导。

⑥信息获取 倡导医务人员积极做好科普工作,提供可靠的医疗知识获取渠道,避免患者被不实信息误导。

10.4 团队管理模式

老年心力衰竭的慢病管理团队是在多个学科专业人员努力及配合下形成的,是完成患者长周期、多维度管理的重要保障。

①团队成员 核心团队应包括中、西医心血管专科医生、社康全科医生、心力衰竭专科护士、临床药师、康复治疗师、营养师、心理咨询师/精神科医生等。

②团队职责 中西医专科医生负责制定和调整核心的药物治疗方案,通过中医理论指导辨证论治,处理复杂和危重的病情,提供中医综合治疗方案。全科医生/社区护士负责日常的随访、健康教育和病情监测,是连接医院与家庭的桥梁。专科护士在心力衰竭管理门诊中扮演关键角色,负责患者的健康教育、用药指导、出院后电话随访等。临床药师负责审核患者的用药方案,评估药物相互作用和潜在不良反应,提供用药咨询。康复治疗师负责制定个体化的运动康复计划,指导患者进行安全有效的锻炼。营养师负责评估患者的营养状况,提供个体化的饮食指导。心理咨询师负责评估和干预患者的心理问题。

③协作机制 建立多学科诊疗(multi-disciplinary

通过构建这样一个全方位、多层次、多学科、长周期的团队管理模式,才能为老年心力衰竭患者提供最

11.1 常用评估量表

量表名称	评估内容	适用场景
NYHA 心功能分级	评估患者症状严重程度及活动耐量	临床常规评估、疗效评价
Barthel 指数	评估基本日常生活能力(BADL)	功能状态评估
Lawton IADL 指数量表	评估工具性日常生活能力(IADL)	功能状态评估
简易营养评估量表(MNA-SF)	快速筛查营养风险	营养状态评估
简易精神状态检查(MMSE)	评估认知功能	认知功能筛查
蒙特利尔认知评估(MoCA)	评估认知功能,对轻度认知障碍更敏感	认知功能筛查
老年抑郁量表(GDS-15)	筛查老年抑郁情绪	情绪状态评估
患者健康问卷-9(PHQ-9)	筛查和评估抑郁严重程度	情绪状态评估
广泛性焦虑障碍量表-7(GAD-7)	筛查和评估焦虑严重程度	情绪状态评估
Fried 虚弱表型	评估虚弱状态	老年综合征评估

日期	体重(kg)	血压(mmHg)	心率(次/分)	尿量	水肿情况	症状记录	用药记录	备注
----	--------	----------	---------	----	------	------	------	----

医院)、李运伦(山东省中医院)、李宪伦(中日友好医院)、李晓(山东中医药大学附属医院)、黎镇赐(广州市第一人民医院)、刘中勇(江西中医药大学附属医院)、牛琳琳(河南中医药大学第一附属医院)、王文会(佛山市中医院)、王显(北京中医药大学东直门医院)、王贤良(天津中医药大学第一附属医院)、史大卓(中国中医科学院西苑医院)、孙艳玲(洛阳市中医院)、徐丹苹(中山大学附属第八医院)、张京春(中国中医科学院西苑医院)

西医心血管病学专家:车琳(同济大学附属同济医院)、戴翠莲(厦门大学附属心血管病医院)、黄兆琦(广州医科大学附属第三医院)、刘慧(河南省安阳地区医院)、刘强(深圳市中医院)、鹿庆华(山东大学第二医院)、刘伟静(上海市第十人民医院)、王一波(上海交通大学医学院附属第九人民医院黄浦分院)、吴永健(中国医学科学院阜外医院)、曾庆春(南方医科大学南方医院)

心血管外科专家:李颖(武汉亚洲心脏病医院)

老年医学科专家:沈琳(山东大学齐鲁医院)、徐琳(南部战区总医院)

执笔及秘书组成员:王莉(中山大学附属第八医院)、何江山(中山大学附属第八医院)、黎桂玉(中山大学附属第八医院)、林森洋(中山大学附属第八医院)、雷玉玉(中山大学附属第八医院)、李玥(中山大学附属第八医院)、朱孝玲(中山大学附属第八医院)、李晗祺(中山大学附属第八医院)、何东霖(中山大学附属第八医院)、木塔里普·吾守尔(中山大学附属第八医院)、姚伟东(中山大学附属第八医院)、黄申怡(中山大学附属第八医院)、白瑞娜(中国中医科学院西苑医院)、龙霖梓(中国中医科学院西苑医院)、张莹(中国中医科学院西苑医院)、于子凯(中国医学科学院西苑医院)

参 考 文 献

- [1] Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines[J]. *Circulation*, 2022, 145(18):e895-e1032.
- [2] McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure[J]. *Eur Heart J*, 2021, 42(36): 3599-3726.
- [3] Kaila K, Haykowsky MJ, Thompson RB, et al. Heart failure with preserved ejection fraction in the elderly: scope of the problem [J]. *Heart Fail Rev*, 2012, 17(4-5): 555-562.
- [4] Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2020, 76(25): 2982-3021.
- [5] Wang Y, Pu X, Zhu Z, et al. Handgrip strength and the prognosis of patients with heart failure: A meta-analysis [J]. *Clin Cardiol*, 2023, 46(10): 1173-1184.
- [6] 中华医学会心血管病学分会,中国医师协会心血管内科医师分会,中国医师协会心力衰竭专业委员会,等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024[J]. *中华心血管病杂志*, 2024, 52(3): 235-275.
- [7] 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.
- [8] Metra M, Lucio P. Corrigendum to 'Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in China: the China Hypertension Survey, 2012-2015' [Eur J Heart Fail 2019; 21: 1329-1337] [J]. *Eur J Heart Fail*, 2020, 22(4): 759.
- [9] Zhang Y, Zhang J, Butler J, et al. Contemporary epidemiology, management, and outcomes of patients hospitalized for heart failure in China: Results from the China Heart Failure (China-HF) Registry [J]. *J Card Fail*, 2017, 23(12): 868-875.
- [10] Granata N, Vigorè M, Vaninetti R, et al. Frailty in chronic heart failure: a multidimensional assessment of older patients undergoing cardiac rehabilitation [J]. *Minerva Cardiol Angiol*, 2025, 73(1): 120-128.
- [11] Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics [J]. *Clin Nutr*, 2022, 41(4): 958-989.
- [12] By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2023, 71(7): 2052-2081.
- [13] Upadhyay B, Taffet GE, Cheng CP, et al. Heart failure with preserved ejection fraction in the elderly: scope of the problem [J]. *J Mol Cell Cardiol*, 2015, 83: 73-87.
- [14] Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fi-

- brillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC [J]. *Eur Heart J*, 2021, 42(5): 373-498.
- [15] Damman K, Valente MA, Voors AA, et al. Renal impairment, worsening renal function, and outcome in patients with heart failure: an updated meta-analysis [J]. *Eur Heart J*, 2014, 35(7): 455-469.
- [16] Ponikowski P, Kirwan BA, Anker SD, et al. Ferric carboxymaltose for iron deficiency at discharge after acute heart failure: a multicentre, double-blind, randomised, controlled trial [J]. *Lancet*, 2020, 396 (10266): 1895-1904.
- [17] 中华中医药学会慢性心力衰竭中医诊疗指南项目组. 慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022 年) [J]. *中医杂志*, 2023, 64(7): 743-756.
- [18] Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology [J]. *Eur J Heart Fail*, 2021, 23(1): 157-174.
- [19] Noda T, Maekawa E, Maeda D, et al. Prevalence and prognostic value of cachexia diagnosed by new definition for Asian people in older patients with heart failure [J]. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*, 2024, 15(6): 2660-2668.
- [20] Seckin M, Stewart S, Johnston B. Symptoms matter - symptom diversity and trajectory across different phases of heart failure: from diagnosis to end of life [J]. *Curr Opin Support Palliat Care*, 2025, 19(4): 234-241.
- [21] Nso N, Emmanuel K, Nassar M, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy in heart failure patients: A systematic review and meta-analysis [J]. *Cardiol Rev*, 2023, 31(3): 139-148.
- [22] 张双霞, 张艳君, 杨宁, 等. 注射用辅酶 I 治疗心力衰竭患者的临床效果 [J]. *临床医学研究与实践*, 2021, 6 (34): 54-56.
- [23] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗心力衰竭临床应用指南(2021 年) [J]. *中国中西医结合杂志*, 2022, 42(3): 261-275.
- [24] 苏蕊雅. 芪苈强心胶囊对老年慢性心力衰竭患者心功能、氧化低密度脂蛋白和炎症因子水平的影响 [J]. *中国医疗前沿*, 2013, 8(14): 21, 23.
- [25] 李学武. 芪苈强心胶囊治疗老年慢性心力衰竭的 Meta 分析[D]. 广州: 暨南大学, 2019.
- [26] 张璟轶, 吴月, 刘海珍. 芪苈强心胶囊对老年慢性心力衰竭患者的疗效观察 [J]. *辽宁中医杂志*, 2017, 44(5): 991-993.
- [27] 郑立文, 刘晨. 芪苈强心胶囊对老年慢性心力衰竭患者心功能和 NT-proBNP 的影响 [J]. *中国老年学杂志*, 2013, 33(15): 3739-3740.
- [28] 周艳, 丁家崇. 芪苈强心胶囊治疗老年慢性充血性心力衰竭临床观察 [J]. *中国医药导报*, 2010, 7(28): 51-52.
- [29] 刘薇, 张玉焕, 李争. 芪参益气滴丸对老年气虚血瘀型心力衰竭患者心肌保护、炎症状态的影响 [J]. *陕西中医*, 2021, 42(1): 37-40.
- [30] 蒙莫珂. 芪参益气滴丸治疗老年慢性心力衰竭疗效观察 [J]. *中国误诊学杂志*, 2010, 10(13): 3097-3098.
- [31] 孙丽霞, 姬延平, 苏军, 等. 芪参益气滴丸治疗老年慢性心力衰竭的疗效及对心功能与心率变异性的影响 [J]. *中西医结合心血管病电子杂志*, 2017, 5(12): 93, 96.
- [32] 张凯旋. 芪参益气滴丸对慢性心力衰竭患者长期预后的影响[D]. 承德: 承德医学院, 2020.
- [33] 张玉辉, 宋颖. 芪参益气滴丸联合曲美他嗪治疗老年慢性心力衰竭患者的疗效及对 C 反应蛋白的影响研究 [J]. *内蒙古中医药*, 2025, 44(3): 9-11.
- [34] 朱吉安, 王嵩, 司玉臻. 芪参益气滴丸联合沙库巴曲缬沙坦治疗老年射血分数降低心力衰竭患者的临床疗效 [J]. *大医生*, 2024, 9(12): 69-72.
- [35] 鲍鑫宇, 胡振杰, 王贺, 等. 芪冬颐心颗粒治疗慢性心力衰竭患者的临床观察 [J]. *医药论坛杂志*, 2024, 45(5): 553-556.
- [36] 席俊羽, 吕健, 谢雁鸣. Systematic evaluation and meta-analysis on the efficacy and safety of Qidongyixin oral liquid(芪冬颐心口服液) in the treatment of coronary heart disease [J]. *World Journal of Integrated Traditional and Western Medicine*, 2021, 7(5): 13-23.
- [37] 徐静, 许俊英, 侯国清. 芪冬颐心颗粒辅助治疗对慢性心力衰竭患者心功能及 VEGF/VEGFR2 信号通路的影响 [J]. *转化医学杂志*, 2025, 14(5): 126-131.
- [38] 鲍文菁, 吴洪斌, 方静. 复方龙血竭胶囊辅助西药治疗急性心肌梗死患者 40 例临床观察 [J]. *中医杂志*, 2015, 56(2): 140-142.
- [39] 陈福锋, 郑亚男, 杜文杰, 等. 龙血竭胶囊抗慢性血瘀证作用的研究 [J]. *药物评价研究*, 2015, 38(3): 274-278.
- [40] 何丽芳, 王敏, 杨科, 等. 基于网络药理学探究复方龙血竭胶囊治疗心绞痛的作用机制 [J]. *内蒙古医学杂志*, 2024, 56(5): 513-517, 508, 641.
- [41] 李维, 艾芬, 陈阵. 复方龙血竭胶囊与复方丹参胶囊治疗稳定性心绞痛临床疗效比较 [J]. *世界中西医结合杂志*, 2015, 10(8): 1116-1118.
- [42] 庆慧, 范军铭, 王守富, 等. 复方龙血竭胶囊治疗稳定型心绞痛随机对照多中心临床研究 [J]. *中国中医药信息杂志*, 2009, 16(2): 10-12.
- [43] 王一竹, 张蕾, 李晓宁, 等. 基于 Meta 分析的复方龙血竭胶囊治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病稳定型心绞痛(心血瘀阻证)的药物经济学评价 [J]. *中国药物经济学*,

- 2024, 19(2): 26-31.
- [44] 朱倩薇, 杨骅, 钱楷, 等. 基于网络药理学和分子对接探讨复方龙血竭胶囊治疗冠心病的作用机制 [J]. 大理大学学报, 2023, 8(2): 8-18.
- [45] 李震, 王刚. 生脉注射液治疗老年慢性心力衰竭疗效观察 [J]. 泰山医学院学报, 2008, 29(1): 51-53.
- [46] 邵迴龙, 张红明, 张新奇, 等. 生脉注射液治疗老年慢性心力衰竭疗效的观察 [J]. 解放军保健医学杂志, 2006, 8(4): 216-217.
- [47] 曹培华, 王洪, 邵晓东, 等. 补阳还五汤加减联合常规西医治疗对气虚血瘀型慢性心力衰竭患者中医证候积分、心功能的影响 [J]. 反射疗法与康复医学, 2024, 5(12): 19-22, 38.
- [48] 池坚, 汤泽生, 金梦, 等. 补阳还五汤对慢性心力衰竭患者肠道菌群、血清 CXC 趋化因子和 TLR4、NF- κ B 信号通路表达的影响 [J]. 心电与循环, 2025, 44(4): 409-413.
- [49] 杜泽珺, 朱林平, 吴雪莹, 等. 补阳还五汤治疗慢性心力衰竭的临床及机制研究进展 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(15): 286-294.
- [50] 姜亮. 补阳还五汤联合环磷腺苷治疗心力衰竭气虚血瘀型疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2025, 41(10): 1998-2000.
- [51] 欧莉君, 郭莹宜, 李欣源, 等. 补阳还五汤治疗射血分数下降心力衰竭的 Meta 分析 [J]. 云南中医药大学学报, 2025, 48(3): 44-51.
- [52] 王琪. 补阳还五汤加减方对射血分数降低心衰患者的疗效研究[D]. 西宁: 青海大学, 2024.
- [53] 徐彦, 高琛琛, 徐继业, 等. 针刺联合补阳还五汤加减治疗气虚血瘀型慢性心力衰竭的疗效及对患者心功能的影响 [J]. 天津中医药, 2025, 42(8): 969-974.
- [54] 袁娜. 加味补阳还五汤联合穴位贴敷治疗慢性心力衰竭(气虚血瘀证)的临床疗效观察[D]. 天津: 天津中医药大学, 2024.
- [55] 耿新冉, 杨硕. 生脉散治疗慢性心力衰竭的临床应用现状 [J]. 中国临床药理学杂志, 2024, 40(22): 3328-3332.
- [56] 郭巾楠, 楚丽行, 范立华. 生脉散治疗心血管疾病研究进展[J/OL]. 辽宁中医药大学学报, 1-19 (2025-06-06) [2025-12-26]. <https://link.cnki.net/urlid/21.1543.R.20250606.1050.006>.
- [57] 兰天培, 陈诗诗. 生脉散合桃红四物汤对心肾阳虚型心力衰竭患者中医证候及心脏血流动力学的影响[J]. 心血管病防治知识, 2024, 14(22): 10-13.
- [58] 李迎杰, 张航, 郝少婷, 等. 生脉散合加味升陷汤对气虚血瘀型射血分数降低的心力衰竭的疗效观察[J]. 天津医药, 2025, 53(8): 860-864.
- [59] 汪维. 生脉散合血府逐瘀汤治疗气阴两虚兼血瘀证慢性心衰的病例分析[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2025.
- [60] 魏梦杰. 生脉散合血府逐瘀汤加减联合沙库巴曲缬沙坦对气阴两虚型慢性心力衰竭的临床疗效[J]. 心血管病防治知识, 2025, 15(4): 36-39.
- [61] 尹金能, 郝献芳, 白黎, 等. 生脉散合血府逐瘀汤加减对老年射血分数降低的心力衰竭气阴两虚血瘀证的影响[J]. 中医研究, 2025, 38(7): 37-41.
- [62] 周汝亮, 毛祖冠. 生脉散合葶苈大枣泻肺汤加减治疗气阴两虚血瘀水停证心力衰竭的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2025, 23(10): 154-157.
- [63] 周蔓菁, 唐其柱. 真武汤对老年慢性心力衰竭患者血流动力学、MMP-9 和心功能的影响[J]. 世界中医药, 2019, 14(4): 926-930.
- [64] Zhuang W, Sun G, Lin X, et al. Medication with caution: Analysis of adverse reactions caused by a combination of Chinese medicine and warfarin sodium tablets [J]. J Ethnopharmacol, 2020, 254: 112586.
- [65] Chua YT, Ang XL, Zhong XM, et al. Interaction between warfarin and Chinese herbal medicines [J]. Singapore Med J, 2015, 56(1): 11-18.
- [66] 陆娜, 焦晓民. 中医外治法治疗慢性心力衰竭的研究进展 [J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35(12): 63-66.
- [67] Li X, Li D, Cui X, et al. A single-central, randomized, double-blinded, placebo-controlled, crossover trial protocol: A clinical effect evaluation study on the TCM comprehensive intervention program for chronic heart failure [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2021, 2021: 4577139.
- [68] Fan Y, Yang Z, Wang L, et al. Traditional Chinese medicine for heart failure with preserved ejection fraction: clinical evidence and potential mechanisms [J]. Front Pharmacol, 2023, 14: 1154167.
- [69] Liang B, Yan C, Zhang L, et al. The effect of acupuncture and moxibustion on heart function in heart failure patients: A systematic review and meta-analysis [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2019, 2019: 6074967.
- [70] 戎方园, 马芮竹. 穴位贴敷联合中药足浴治疗慢性心力衰竭临床观察及对患者心功能、生活质量的影响[J]. 河北中医, 2025, 47(7): 1196-1200.
- [71] 操敏. 中药足浴对慢性心力衰竭患者心功能和生活质量的改善作用[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(30): 159, 162.
- [72] 刘力平, 毛敏, 顾鹤, 等. 中药足浴对慢性心力衰竭患者心功能和生活质量的改善作用[J]. 中西医结合护理(中英文), 2016, 2(5): 68-70.

- A systematic review and meta-analysis[J]. *Depress Anxiety*, 2018, 35(11):1081-1094.
- [16] Lechner K, von Schacky C, McKenzie AL, et al. Lifestyle factors and high-risk atherosclerosis: Pathways and mechanisms beyond traditional risk factors[J]. *Eur J Prev Cardiol*, 2020, 27(4):394-406.
- [17] 钟森杰,高翔,王卢曦,等.基于“病郁同存”理论从痰、瘀、毒分期辨治冠心病合并焦虑抑郁[J]. *中国中药杂志*, 2023, 48(20):5675-5680.
- [18] 赵小森,周倩,郭亚鑫,等.从“瘀毒郁互结,双心失调”探讨冠心病合并焦虑抑郁的病机与证治[J]. *环球中医药*, 2024, 17(5):827-830.
- [19] 王丽丹,李文杰.心主血脉理论考析[J]. *辽宁中医杂志*, 2018, 45(6):1173-1176.
- [20] 舒华,余银翎,郭磊磊,等.浅析冠心病经皮冠状动脉介入治疗术后心脏康复运动处方的制定[J]. *中医杂志*, 2022, 63(12):1139-1142, 1148.
- (收稿日期:2025-05-14)

(上接第 121 页)

- [73] Alvarez P, Sianis A, Brown J, et al. Chronic disease management in heart failure: focus on telemedicine and remote monitoring [J]. *Rev Cardiovasc Med*, 2021, 22(2): 403-413.
- [74] Koehler F, Koehler K, Deckwart O, et al. Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial [J]. *Lancet*, 2018, 392(10152): 1047-1057.
- (收稿日期:2025-12-16)