

稳定性冠心病中西医结合康复治疗专家共识

中国中医药研究促进会 中西医结合心血管病预防与康复专业委员会

目前,我国心血管病患率及死亡率仍处于上升阶段,心血管病占人群疾病死亡构成的40%以上,为我国居民的首位死因。冠心病具有慢性迁延性和高复发性特点,管理的重点应关注发病前的预防及发病后的康复,不能仅关注缓解心绞痛发作和急性心肌梗死的血运重建。心脏康复是以医学整体评估为基础,联合相关药物、介入等干预措施,为患者提供生理、心理和社会的全面、全程服务。

目前,心脏康复使用的评估及康复手段多为西医方法。我国中医养生、康复理念与技术源远流长,在实践中逐渐形成的中医康复学是以中医基础理论为指导,运用中医心理、中药、针灸、推拿、传统运动等方法,进行辨证干预的综合应用学科。中医康复学具有丰富多彩的康复方法和行之有效的实践经验,具有区别于西方医学的中华民族特色。充分发挥中医药的优势,形成规范的中西医结合心脏康复新模式,对我国冠心病人群预后的改善、生活质量的提高和医疗资源成本的降低皆具有重大意义。

中国中医药研究促进会中西医结合心血管病预防与康复专业委员会组织国内部分中医、中西医结合和西医专家,结合心脏康复实践、相关进展,制定了稳定性冠心病患者中西医结合康复治疗的实施方案,经过广泛讨论后形成本共识。本共识的形成来源于如下几个方面:①中医药及康复方法的挖掘和文献检索;②我国心脏康复相关指南;③相关领域专家的经验与意见;④部分中西医结合心脏康复中心的临床经验及工作实践。中西医结合心脏康复在我国尚处于起步阶段,随着相关临床实践、研究和理论的不深入发展,本共识内容将不断进行完善和更新。

1 适用人群

本共识的适用人群是稳定性冠心病患者。稳定性冠心病的定义人群,包括慢性稳定性劳力型心绞痛、急性冠脉综合征后稳定期、无症状型心肌缺血、无症状冠状动脉粥样硬化、冠状动脉痉挛、冠状动脉微血管病性心绞痛患者。

2 康复前评估

在心脏康复前进行全面评估，是安全、有效、持续开展心脏康复的基础，是制定科学和个体化心脏康复处方的必要条件。通过评估对患者进行危险分层，制定相应的心脏康复方案，了解运动康复过程中的风险，给予针对性的监护手段。评估内容主要包括如下6个方面。

2.1 一般项目评估 包括采集患者一般信息、主诉症状及现病史、既往史、个人史和体格检查，以及目前服药种类、剂量、服药方法、睡眠情况等。

2.2 中医评估 辨证施治是中医对患者进行治疗和康复的前提。疾病发生于不同个体、不同时期会表现出不同的证候。辨疾病的病因、性质、部位以及邪正之间的关系，从而选择相应的预防、养生和治理措施。目前认为，冠心病病机多为本虚标实：本虚为气、血、阴、阳亏虚，心脉失养；标实为寒凝、气滞、血瘀、痰浊等痹阻胸阳、阻滞心脉。冠心病相关证候要素以血瘀、气虚、痰浊、阴虚、气滞、阳虚为多见，稳定性冠心病患者心脏康复的中医证候辨证和量化诊断，本共识推荐采用“介入术后冠心病主要证候辨证标准”；可结合应用“冠心病稳定期因毒致病辨证诊断及量化标准”，用于冠心病稳定期高危患者的辨识。

2.3 循环系统及呼吸系统评估 了解心脏和血管结构、功能，冠状动脉供血情况以及肺功能。评估方法包括问诊、体格检查、实验室检查、心电图、心脏超声、冠状动脉血管成像、冠状动脉造影、胸部X线等。根据各项评估结果综合评价心血管事件危险程度，为运动康复方案的制定提供依据。

无禁忌证患者可进行运动负荷试验，用于诊断、预后判断、日常生活指导、运动康复方案制定以及疗效评定。目前临床常用的心肺功能器械评估手段是心肺运动试验，徒手评定方法为6min步行试验。心肺运动试验可获取峰值耗氧量、无氧代谢阈值、呼吸交换率等指标，可用以精确指导运动康复。

2.4 运动系统评估 神经、骨骼、关节、肌肉功能状态可影响柔韧、平衡、共济协调能力以及运动能力，应对其进行评估。肌肉功能状态常用评估方法：①最大力量测试（1-RM）；通过测定单次能够克服的最大负荷来反映最大力量，该方法对心血管疾病患者风险较高。对于心血管疾病患者，可使用通过

最大努力完成的 10 ~ 15 次标准动作的重量，经过转化而得到 1 - RM。②徒手肌肉适能评定。利用自身重量或简单工具进行，用于评估康复治疗效果。主要方法包括俯卧撑、30 s 手臂屈曲试验、30 s 椅子站立试验等。③柔韧性适能评估，包括评估下肢、下背部柔韧性的坐椅式前伸试验，评估肩关节柔韧性的抓背试验，评估躯干核心肌群柔韧性的改良转体试验等。④平衡适能评估，分仪器评定法和徒手评定法。遵循难度递增原则实施。常用徒手评估法为单腿站立试验。该试验操作简单易行、风险低，对于有氧运动过程中的平衡需求有一定的针对性。

2.5 生活质量评估 心血管疾病的治疗目的不仅要减轻身体的痛苦，还要最大限度恢复生活 / 工作的社会能力，提高生活质量。可选用生活质量相关量表对患者进行生活质量评估。日常生活活动评估普适性量表包括：简明健康调查问卷 (SF - 36)、健康相关生命质量量表 (SF - 12)、欧洲五维健康量表 (EQ - 5D)、世界卫生组织生存质量测定量表等。目前使用较多的西雅图心绞痛量表是针对冠心病心绞痛患者生活质量的特异性量表。

2.6 危险因素评估 包括心血管疾病高危因素的筛查和评估，如高血压、高血脂、高血糖、超重、烟草依赖、心理问题等。

2.6.1 血压评估 血压水平与心血管病发病和死亡风险之间存在密切的因果关系，需进行以下评估：确定血压水平和其他心血管危险因素；判断高血压的原因，明确有无继发性高血压；寻找靶器官损害以及相关临床情况。

2.6.2 血脂评估 检测总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、三酰甘油水平，结合患者其他心血管危险因素进行血脂目标的确定。

2.6.3 血糖评估 糖尿病与冠心病关系密切，应注重监测血糖和相关指标。常规监测空腹血糖；糖尿病高危人群或空腹血糖增高者，应进行口服葡萄糖耐量试验、糖化血红蛋白和尿常规等检测。

2.6.4 心理 / 睡眠状态评估 传统的单纯医学模式常忽视精神心理因素对冠心病患者的影响，使治疗依从性、临床预后和生活质量明显降低。应对患者是否存在常见心理问题的核心症状进行评估。自

评量表可作为辅助评价方法，如躯体化症状自评量表、患者健康问卷9项（PHQ-9）、广泛焦虑问卷7项（GAD-7）、综合医院焦虑抑郁量表（HAD）等。可使用匹兹堡睡眠质量指数对睡眠状态进行评估。

2.6.5 烟草依赖评估 对患者是否存在烟草依赖及其烟草依赖程度进行评估，对戒烟处方的制定有指导性意义。烟草依赖程度可根据国际通用的尼古丁依赖量表得分来确定。充分了解吸烟者戒烟意愿及有无戒烟顾虑、有无戒烟的历史、在戒烟过程中遇到的困难、曾使用何种戒烟药物等，从而鉴别患者是否可能具备戒烟意愿，是否可能发生难以忍受的戒断症状，是否需要接受戒烟药物治疗等。

2.6.6 膳食营养评估 合理科学膳食可降低心血管疾病风险。使用膳食回顾法或食物频率问卷，结合体格检查、生化指标，了解、评估每日摄入的总能量、总脂肪、饱和脂肪、钠盐和其他营养素摄入水平以及饮食习惯和行为方式，评估身体活动水平和运动功能状态。也可根据我国成年人营养状态分级的身体质量指数标准粗略评估，或使用简化的微型营养评估简易法进行评估。

3 心脏康复的实施

3.1 药物治疗 药物治疗是冠心病治疗的基础，是心脏康复过程中最重要、最基础的干预方法。在心脏康复过程中应不断进行药物治疗必要性的宣教及随访督导。稳定性冠心病患者心脏康复的药物处方应注重用药规范化、个体化、合理性、安全性以及依从性，并关注不同药物对运动耐量的影响。

3.1.1 西医药物治疗 本共识的用药推荐主要参照“慢性稳定型心绞痛诊断与治疗指南”及“稳定性冠心病心脏康复药物处方管理专家共识”。对于指南推荐的改善预后药物（阿司匹林 / 氯吡格雷、 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂 / 血管紧张素II受体拮抗剂、他汀类药物）以及改善心绞痛症状药物，参考相关指南具体应用。对于合并高血压者，推荐参照“中国高血压基层管理指南（2014年修订版）”；合并高脂血症者，参照“中国成人血脂异常防治指南（2016年修订版）”；合并糖尿病患者，参照“中国2型糖尿病防治指南（2013年版）”。

3.1.2 中医药物治疗 中医药物干预具有“治未病”“整体观”“辨证施治”的特色。冠心病属

“胸痹”范畴，基本病机为“本虚标实”，“调畅气机、活血化瘀、宣痹化痰、辛温通阳”可作为针对“气滞、血瘀、痰浊、寒凝”的治疗方法；本虚则根据气、血、阴、阳亏虚的不同，予以“补气、养血、滋阴、温阳”等。

现代研究显示，中西医结合药物治疗能够延缓动脉粥样硬化斑块的进展、预防支架内再狭窄、减少再发心血管事件、维持心功能。另外，中医药在调节血脂，控制血压、血糖方面都有一定作用。临床多用活血化瘀、行气化痰、益气养阴、温通心阳类中药进行辨证施治。中医经典方剂包括血府逐瘀汤（《医林改错》）、瓜蒌薤白半夏汤（《金匱要略》）、补阳还五汤（《医林改错》）、生脉散（《内外伤辨惑论》）、黄连温胆汤（《六因条辨》）等针对不同证候进行治疗。近年来，中成药干预稳定性冠心病的研究与应用日渐增多，如血脂康胶囊、血府逐瘀胶囊、麝香保心丸、通心络胶囊等，皆证明对冠心病有良好疗效。

稳定性冠心病辨证论治推荐如下。

3. 1. 2. 1 心血瘀阻 症见胸部固定性疼痛，面色紫暗，口唇及舌质暗，舌体可有瘀点或瘀斑，舌下静脉紫暗，脉涩或结代。治以活血化瘀、通络止痛。方药推荐冠心2号方加减。

3. 1. 2. 2 气虚血瘀 症见乏力、气短、胸闷、胸痛，舌质淡暗，苔薄白，脉弱。治以益气活血立法。方药推荐保元汤合丹参饮加减。中成药可用通心络胶囊、脑心通胶囊、芪参益气滴丸等。

3. 1. 2. 3 痰瘀痹阻 症见胸闷、胸痛，形体偏胖，纳可，腹胀，大便黏腻不爽，舌淡胖色暗，苔白腻，脉滑。治以化痰活血通络立法。方药推荐：瓜蒌薤白半夏汤合丹参饮加减。中成药可用丹蒌片等。

3. 1. 2. 4 气滞血瘀 症见抑郁、焦虑、易怒、忧思、胸闷、胸痛、纳呆，舌淡红或淡暗，苔薄白，脉弦。治以理气活血立法。方药推荐：柴胡舒肝散合血府逐瘀汤加减。中成药可用血府逐瘀胶囊、心可舒片、速效救心丸、复方丹参滴丸、麝香保心丸等。

3. 1. 2. 5 气阴两虚 症见乏力、气短、口干、胸闷、胸痛、失眠、心烦，舌红少苔，脉细。治以益气养阴，活血化瘀立法。方药推荐生脉饮加减。中成药可用益心舒胶囊、参松养心胶囊等。

3. 1. 2. 6 心肾阳虚 症见胸闷、胸痛、心悸、气短、全身怕冷，自汗，面色苍白，四肢欠温，

下肢肿胀，舌淡胖，边有齿痕，苔白腻，脉沉细迟。治以温补心肾立法。方药推荐：参附汤加减。

合理联用中西药具有协同增效、减少药物用量、减轻不良反应等益处。但中西药联用应建立在中西药各自的药理作用、理化性质、毒性反应以及中西药相互作用的药代动力学、药效学的基础上，并且中药需辨证使用，才能增加疗效，尽可能避免或减少联用所带来的不良反应。

3.2 运动康复 运动可提高心肺功能、改善血管内皮功能、延缓动脉粥样硬化发展进程、减少心肌重塑、降低血栓栓塞风险、改善心肌缺血、降低猝死风险。稳定性冠心病患者在康复前评估基础上，制定个体化的治疗目标与循序渐进的康复治疗方。低危患者至少参加心电监护下运动6~18次（或出院后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（或出院后3个月）。在运动过程中，应密切关注心电情况和运动强度。运动康复基本内容包括：运动方式、运动强度、运动时间、运动频率。

3.2.1 运动程序 为保证运动过程安全，降低运动相关的不良事件风险，运动程序一般包括以下三个步骤：①准备活动，即热身运动，目的是减少运动损伤风险，方法是自上而下活动全身主要关节和针对性低水平有氧运动，时间5~10min；②训练阶段，包含有氧运动、抗阻运动、柔韧性运动和平衡运动训练。其中有氧运动是核心，抗阻运动和柔韧性运动是重要补充；③放松运动，目的是消除疲劳、促使体力恢复，使高血流动力学状态趋于缓和。根据风险高低，其持续时间为5~10min，风险越高持续时间越长。

3.2.2 有氧运动 有氧运动可通过改善血管内皮功能、促进抗炎、延缓动脉硬化、减少心肌重构、降低血栓栓塞风险、改善心肌缺血、降低猝死风险使冠心病患者获益。有氧运动为低至中等强度、大肌群、动力群、动力性、周期性的运动，常用运动方式有行走、慢跑、踏车、游泳、爬楼梯、太极拳等。运动频率建议3~5次/周，每次运动时间建议30~60min。建议初始从10min开始，循序渐进，逐步增加有氧运动时间。运动强度因人而异，其确定方法包括心率储备法、无氧阈法、峰值摄氧量法、目标心率法、峰值心率和自我感知劳累程度分级法。其中，无氧阈水平相当于最大摄氧量的60%左右，

此水平的运动是冠心病患者最佳运动强度。前3种方法的相关参数可经过运动负荷试验得到，无氧阈法和峰值摄氧量法可参考心肺运动试验得到的数据。如无心肺运动试验或心电图负荷试验条件，可采用目标心率法、峰值心率法确定目标心率。目标心率法是在静息心率的基础上增加20~30次/min，此法欠精确。峰值心率法中，目标心率=年龄推测的最大心率×运动强度，强度范围为50%~85%。体能差或危险程度高者可设定运动强度50%为目标心率，并逐步增加；体能好或危险程度低者可达到85%最大心率。自我感知劳累程度分级法多采用Borg评分表，通常建议患者的运动强度在11~16分范围内运动。对于有劳力诱发的心肌缺血患者，运动靶心率应为心肌缺血诱发心率值减去10次/min。对于心脏康复评估高危及中危的患者建议使用精确的评估方法制定运动康复方案，以保证运动的安全。心率、代谢当量以及自我感知劳累程度分级是常用且可靠的评估运动强度的变量，推荐在运动中联合应用。

3.2.3 抗阻运动 抗阻运动可以增加心内膜下血流灌注，增强骨骼肌力量，提高运动耐力。抗阻训练在运动康复中是有氧运动重要的补充形式。训练以多肌群、多关节训练为主。推荐抗阻运动方案的制定：①常用方法：俯卧撑、哑铃、弹力带等。躯体上部和下部肌群可交替训练，每周2~3次或隔天1次。初始推荐强度为：上肢为1-RM的30%~40%，下肢为1-RM的50%~60%，或Borg评分11~13分。循序渐进。②训练前，必须有5~10min的有氧运动和拉伸运动作为热身；最大运动强度不超过1-RM的50%~80%；切记运动过程中用力时呼气，放松时吸气，不要憋气，避免Valsalva动作。③时期选择，冠状动脉介入治疗术后至少3周，且应在连续2周有医学监护的有氧训练之后进行；心肌梗死或冠状动脉旁路移植术后至少5周，且应在连续4周有医学监护的有氧训练之后进行；冠状动脉旁路移植术后3个月内不应进行中到高强度上肢力量训练，以免影响胸骨的稳定性和胸骨伤口的愈合。抗阻训练是有氧训练的有力补充，但不能代替有氧训练。

3.2.4 柔韧性运动 为保证运动安全、减少运动损伤，柔韧性训练必不可少。以缓慢、安全、可控方式进行，逐渐加大动作幅度。训练方法：每一部位拉伸时间6~15s，逐渐增加到30s，如可耐受可增加到90s，其间正常呼吸，避免屏气动作，强度为有牵拉感觉但不感觉疼痛，每个动作重复3~

5次，每次训练8~10个主要肌群，总时间10min左右，每周重复3~5次。

3.2.5 平衡适能与协调性运动 冠心病患者多为老年人，为保证运动安全和减少运动跌倒风险，需进行平衡适能与协调性训练。训练原则：双足至单足、睁眼至闭眼、静态至动态，强度由易至难，运动频率为5~10min/次、3~5组/天、2~3天/周。

3.2.6 中医传统运动 中医健身气功是将人体的形体活动、呼吸吐纳、心理调节相结合的传统运动方法。太极拳、八段锦、五禽戏等中医健身锻炼方法结合了传统导引、吐纳的方法，注重练身、练气、练意三者之间的紧密协调，动作平稳缓和，对提高心脏病患者的活动耐量，改善生活质量有着积极的作用。太极拳：属于小到中等强度的有氧运动，并且能提高机体平衡、柔韧功能，在一些国家，太极拳被列为改善平衡功能的运动项目之一。太极拳可增加老年人身体的伸展性和柔韧性，可缩短改变或调整姿势所需要的时间，加强身体重心的控制与动态平衡能力，从而有效防止跌倒。研究显示，太极拳可通过提高下肢肌力提高平衡及运动能力。在心肺功能方面，太极拳可改善心脏的泵血功能、降低心肌耗氧量、改善心肺功能。另外，由于太极拳具有舒缓和心神合一的运动特点，在情绪调整方面也有较好作用。荟萃分析表明，太极拳是一种安全的防治冠心病的运动形式。因此，可以把太极拳作为集有氧、平衡、柔韧多项功能于一体的综合性运动项目。

操练太极拳过程中应做到：①心静体松，即练习太极拳时，思想上排除杂念，让全身关节、肌肉以及内脏等达到最大限度的放松状态；②圆活连贯，指肢体的连贯以及动作之间的衔接，是对柔韧性及协调性的训练；③呼吸自然，指呼吸自然、匀细，徐徐吞吐，与动作自然配合。在心脏康复中，太极拳适用于有一定学习能力且无明显膝关节疾病的患者。推荐太极拳运动每日1次，可于有氧运动之后进行，强度以自我感知劳累程度分级1~3分为宜。

八段锦：是一套独立而完整的健身功法，可以起到调理脏腑和经络气血的作用。八段锦功法分为八段，每段一个动作，练习无须器械，无须场地，简单易学。研究显示，练习八段锦可增强老年人的心脏射血功能，提高心排血量和每搏输出量，并减低静息状态下的心肌耗氧量，改善血管弹性，对血压、血糖、血脂

亦可产生积极的影响；另外，八段锦又兼具调神、调心的特点，在一定程度上可改善睡眠、缓解不良情绪。通过练习八段锦可以使身体出现轻松舒适、呼吸柔和、意守绵绵的状态，因此，国内部分心脏康复中心将八段锦用于冠心病运动康复方案的整理恢复部分，使患者调整呼吸、放松肌肉、舒缓情绪。八段锦有坐式八段锦和站式八段锦，体质严重衰弱和不便站立行走者可练习坐式八段锦。推荐时间10~15min左右，强度以自我感觉用力分级8~10分为宜。

3.2.7 其他中医外治方法在运动康复中的应用 ①推拿疗法：具有扩张血管，增强血液循环的作用。膝关节是人体最大的承重关节，国内部分心脏康复中心采用擦、揉、点、按等手法，在运动康复后进行推拿按摩，以达到保护膝关节的目的。推荐穴位：膝阳关、血海、曲泉、内外膝眼、足三里、阳陵泉、阴陵泉、委中、梁丘；每天2次，每次10min。②熏洗及中药热奄包疗法：借助热力与药力，使局部的毛细血管扩张，血液循环加速，达到疏通腠理、散风除湿、透达筋骨、活血理气的作用。可用于运动相关系统疾患（如关节、肌肉）的辅助治疗。

3.2.8 运动中的注意事项 ①若患者出现身体不适及时给予评估和治疗；②严格控制运动强度：运动强度不超过目标心率及设定的自感用力程度目标。③热身运动和整理运动极其重要，与运动安全性有关。④运动前要评估患者身体健康状况、体重、血压、服药情况等。根据运动前状态决定是否调整运动方案的强度和持续时间。⑤根据危险分层决定运动中的心电和血压等医学监护强度。⑥高危患者宜选择较为缓和的运动方式，运动强度宜小，进度相对宜缓慢。

3.3 心理康复 根据心理评估结果制定稳定性冠心病患者心理康复方案。轻度异常，由心脏康复中心医护人员给予健康教育、心理疏导、运动训练、放松训练、中医音乐疗法等；中度异常者，建议由心理科医生进一步专业评估及干预。重度异常者，转至精神心理专科联合治疗。康复过程中观察患者情绪状态，必要时重新评估或请专科测评。

3.3.1 健康教育及心理支持 对患者进行心血管疾病知识教育，使之了解疾病的发生和预后，减少误解和不了解造成的心理障碍，恢复战胜疾病的勇气和信心；帮助患者正确判断其心血管疾病的严重

程度，客观评价患者临床症状与心血管疾病之间的关系。

3.3.2 随访及社会支持 定期随访可了解患者病情变化和指导患者进一步治疗，可提高治疗依从性，提高患者对治疗的信心。我国专家推荐，随访从患者接受治疗开始，1~2周随访1次，之后适当延长随访时间。随访中观察患者治疗的效果及药物反应，并根据随访情况调整用药及支持性治疗内容。家庭、社会的支持对患者精神健康有直接促进作用，要对患者家属进行适当健康教育，提醒患者家属关注患者，并避免过度紧张给患者造成更大精神压力，帮助患者更好应对应激事件及困难。

3.3.3 运动治疗 运动治疗可降低合并抑郁障碍冠心病患者的病死率，改善患者的焦虑和抑郁状态，对心血管疾病和负性心理应激都有肯定疗效。对合并心理问题的患者，可在评估后给予运动治疗。运动治疗的强度、频率、时间及方式的确定参考上述运动康复方案。中医运动中，太极拳、八段锦可通过调理气血而疏导情志。同时，传统运动是意、气、形的整体运动，将形神结合起来，在一招一式中调动全身气血，促进身心健康。推荐无禁忌证情况下太极拳或八段锦每日1次。

3.3.4 药物治疗 ①西药治疗：目前有安全性证据用于心血管病患者的抗抑郁焦虑药物包括以下几种：选择性5-羟色胺再摄取抑制剂、苯二氮卓类、氟哌啶吨美利曲辛。具体使用方法及注意事项参见《在心血管科就诊患者的心理处方中国专家共识》。②中药治疗：冠心病患者合并的抑郁和（或）焦虑，多属于中医“郁证”范畴，理气开郁、调畅气机、怡情易性是治疗郁证的基本原则。对于心血管疾病合并心理问题，当以辨证施治，对于实证者应理气开郁，虚证者则或养心安神、或补益心脾、或滋养肝肾；虚实夹杂者则视虚实的偏重而虚实兼顾。针对气郁、痰郁、血郁、火郁、湿郁可分别选用柴胡舒肝散（《医学统旨》）、半夏厚朴汤（《金匱要略》）、血府逐瘀汤（《医林改错》）、丹栀逍遥散（《内科摘要》）、平胃散（《简要济众方》）加减治疗。对于心气虚、脾气虚、心血虚、心阴虚、肝血虚、肾阳虚等虚证者可分别使用甘麦大枣汤（《金匱要略》）、补中益气汤（《脾胃论》）、归脾汤（《正体类要》）、天王补心丹（《校注妇人良方》）、四物汤（《仙经理伤续断秘方》）、肾气丸（《金匱要略》）加减治疗。

目前一些临床研究证明，部分中成药对抑郁或焦虑有较好的治疗效果，如乌灵胶囊、舒肝胶囊、舒

肝解郁胶囊、舒肝颗粒、心可舒片等，但由于大部分中成药临床研究缺乏终点指标，远期疗效和安全性尚有待进一步评价。常用药物如下：①舒肝颗粒，对轻、中度焦虑患者有一定的治疗作用；②疏肝解郁胶囊，适用于轻、中度单相抑郁症属肝郁脾虚证者，临床以情绪低落、兴趣下降、反应迟滞为主要表现；③舒肝胶囊，滋阴养血，舒肝解郁，主治肝气郁结型郁证，主要表现为失眠多梦、急躁易怒者；④乌灵胶囊，除湿镇惊，利小便，补心肾。用于治疗失眠、心悸等，可改善记忆障碍，具有益智健脑功效；⑤精乌胶囊，补肝肾，益精血，壮筋骨。用于肝肾亏虚、精血不足引起的以失眠多梦、耳鸣健忘、须发早白为特点的郁证。

3.3.5 其他中医疗法①情志相胜疗法：中医学在长期发展过程中创造了许多独特的心理疗法，如情志制约法等。阴阳情志制约法是通过辨别病态情志的阴阳属性，并设法使病人产生相反属性的情志以制约病态情志的治疗方法。五脏情志制约法是利用情志以及情志与五脏之间的相互制约关系，通过一种情志活动来调节另一种不正常情志活动，使其恢复正常，治疗情志与躯体疾病的方法，常用的有怒胜思、思胜恐、恐胜喜、喜胜悲、悲胜怒等。②针刺疗法：常用穴位有百会、神门、内关、章门、三阴交、太冲、印堂、阳陵泉、太溪、肝俞、肾俞、心俞、足三里、神庭、本神、四神聪等。可选的治疗方法包括电针、单纯体针、穴位注射、耳针、埋线、离子透入等。③五行音乐疗法：是建立在传统中医阴阳五行学说理论基础上，用音乐治疗或辅助治疗疾病的方法。它根据人体五行的差异，运用音乐来调节人的心情，把音乐与人的脏腑、心理有机地结合起来，从而达到防病、治病的目的。研究显示，治疗抑郁症或躯体疾病伴有抑郁表现的患者时，在使用中西药治疗的同时，采用五音疗法可提高临床疗效。推荐每日1次，每次20min左右。

3.4 戒烟 吸烟是急性冠状动脉事件、急性缺血性卒中的独立危险因素之一。戒烟可降低心血管疾病的发病和死亡风险，是挽救生命最经济有效的干预手段。

3.4.1 宣教 是戒烟心理支持及行为指导的重要干预内容，应贯穿于整个戒烟过程。通过宣教使患者了解吸烟危害和戒烟获益的相关知识是吸烟者成功戒烟的强动力。建议以多种形式、多种渠道对患

者进行戒烟宣教。

3.4.2 生活方式调整 包括调整饮食结构、加强运动、远离吸烟环境、调畅情志等内容。研究发现,中等强度有氧运动有利于戒烟。在心脏康复中帮助吸烟者制定中等强度有氧运动计划,不仅可改善患者心肺功能,而且可改善戒烟后带来的各类伴随症状,如戒断症状、体重增加、忧郁、失眠等。

3.4.3 西药治疗 除存在禁忌证或缺乏有效性充分证据的某些人群外(如妊娠女性、无烟草使用者、轻度吸烟者、青少年),可应用戒烟药物减轻戒断症状。我国专家推荐的一线戒烟药物包括尼古丁替代治疗相关制剂、安非他酮和伐尼克兰,单用一种戒烟药物疗效不佳时,长效制剂和短效制剂可以联合应用,但应注意不良反应。

3.4.4 中医治疗 中医药治疗烟瘾历史悠久,以整体观及辨证论治为基础进行个体化治疗可取得良好疗效。部分中医传统外治疗法在辨证的基础上,通过整体调节,可在多环节发挥作用。

中药治疗:中药代茶饮对戒烟有一定疗效。推荐代茶饮组方:鱼腥草10g,远志10g,地龙6g,藿香10g,薄荷10g。沏茶每日一剂。口服中药汤药者,可根据患者中医证候,辨证用药。

中医外治疗法:针刺治疗通过诱发内源性阿片样物质释放,能够逐渐替代尼古丁成瘾性,达到戒烟目的。耳穴戒烟具有易操作、依从性好等特点。对针刺耳穴戒烟文献统计显示,针刺、耳穴戒烟的总体戒断率为34.08%,其中耳穴贴压的戒断率最高为53.46%。统计相关文献中选用的56个穴位,选用率最高的5个腧穴为甜美穴、足三里、合谷、列缺、百会。耳穴选用率最高的4个穴位为肺、神门、口、皮质下。针刺及耳穴对戒烟戒断综合征具有良好的调节作用,但远期疗效尚待研究。本共识推荐耳穴治疗选穴:口、肺、神门、内分泌、交感、脾、胃。方法:王不留行籽按压,每日3~4次,每个穴位按压50次,按压程度以酸麻胀痛能承受为度,每周换1次,两耳交替治疗(根据患者耐受情况调整)。针刺治疗推荐主穴:甜美、列缺。根据病情辅以迎香等配穴。每日1次,5次1个疗程,推荐4个疗程(根据患者耐受情况调整)。另外,部分研究显示中药穴位贴敷、穴位埋线、穴位激光治疗对戒烟也有一定疗效。目前,中医外治方法戒烟研究临床文献多为单样本观察,缺少随机对照试验。

3.4.5 随访 对于存在中高度尼古丁依赖的稳定性冠心病患者，随访时间至少6个月。在戒烟日之后的第1周、第2周和1个月、3个月和6个月进行随访，总随访次数不少于6次。可通过戒烟门诊复诊、电话、短信或邮件等多种形式实施。随访内容包括强化戒烟的获益、及时解决戒烟过程中的疑惑、强化患者家属的无烟意识及构建无烟环境等。

3.5 营养康复 合理膳食是冠心病二级预防与治疗的重要组成部分，对冠心病患者进行营养干预有助于控制危险因素、降低死亡风险。

3.5.1 营养处方原则 制定营养处方原则如下：①食物多样化，粗细搭配，平衡膳食；②总能量摄入与身体活动保持平衡：保持健康体重，体质指数在 $18.5 \sim 24.0 \text{ kg} / \text{m}^2$ ；③低脂肪、低饱和脂肪膳食：膳食中脂肪提供的能量不超过总能量的30%，其中饱和脂肪酸不超过总能量的10%；④减少反式脂肪酸的摄入：控制其不超过总能量的1%；⑤摄入充足的多不饱和脂肪酸：占总能量的6%~10%；⑥适量的单不饱和脂肪酸：占总能量的10%左右，适量选择富含油酸的烹调用油；⑦膳食胆固醇摄入量不应超过 $300 \text{ mg} / \text{d}$ 。限制富含胆固醇的动物性食物；⑧限盐，每天食盐不超过6g；⑨适当增加钾的摄入，每天摄入大量蔬菜水果获得钾盐；⑩踴躍足量摄入膳食纤维，每天摄入 $25 \sim 30 \text{ g}$ ，从蔬菜、水果和全谷类食物中获取；⑪踴躍足量摄入新鲜蔬菜（ $400 \sim 500 \text{ g} / \text{d}$ ）和水果（ $200 \sim 400 \text{ g} / \text{d}$ ）。

3.5.2 中医食疗的应用 目前，常用药膳形式有菜肴药膳、药粥、药茶、药酒等。我国现存最早的医学论著《黄帝内经》提出：“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充”。不同性味的膳食不仅能提供能量，还有助于调整机体阴阳平衡。另外，中药和食物在某些属性上相通，“药膳”既非单纯药疗，亦非纯粹食养，是药性食味兼而取之，变药为食，以食代药，药借食味，食助药效，发挥协同作用。辨证施膳是中医食疗的特色，根据患者证候、体质特征，制定个体化的饮食指导，有益于调和气血、平衡阴阳，达到防治疾病的目的。

稳定性冠心病患者中医食疗的原则如下。

3.5.2.1 辨证施膳 运用食物达到补虚、泻实、调整阴阳的目的。“虚则补之”“实则泻之”“寒者热之”“热者寒之”。如痰湿体质应忌食油腻，以免碍湿难化，可用祛湿健脾的食物；木火体质应忌食辛辣；心肾阴虚者可多给予滋养心肾食物；气阴两虚者可选用益气养阴食物；气虚型者宜温性食物，忌食生冷瓜果、冷饮等；气郁者宜食有理气作用的食物，忌食壅气的食品。另外，食物搭配注重食物的阴阳属性配伍，如烹调寒性食物时配以温性调料等。

3.5.2.2 审因用膳 因时、因人、因地、因病进行饮食调整。根据天气的变化做出相应食物的改变。春季适宜升补、清淡可口，不宜辛温；夏季宜清热解暑、健运脾胃，忌辛热；秋季宜润燥平补；冬季宜温补。同时，食疗还应注重地域、性别、年龄、形体的差异。

3.5.2.3 食药一体 根据体质特点及病情将药疗和食疗有机结合，以达到祛除病邪、恢复健康的目的。如：益气可适当加用党参、黄芪、白术、山药、扁豆、大枣等；养血可加用熟地、龙眼肉、当归等；滋阴加用麦冬、石斛、玉竹、鳖甲等；消食可用山楂、鸡内金、麦芽、莱菔子等；清热解毒可用薄荷、菊花、桑叶、芦根、莲子心、生地、丹皮、蒲公英等；活血通络可用三七、川芎、丹参、牛膝等；利水消肿可用茯苓、薏苡仁、赤小豆、车前草、猪苓等。

目前中医食疗多为文献整理和简单临床验案报道，缺乏科学的实验研究，将中医食疗和现代营养学有机结合，可为冠心病康复带来更多获益。

3.6 冠心病治疗的其他中医康复措施

针刺疗法：临床研究显示，针刺联合西药治疗可进一步改善心绞痛症状。常用穴位有内关、心俞、膻中、膈俞、足三里、心俞、膈俞、厥阴俞、肾俞、脾俞、太冲、三阴交、太溪、丰隆、关元、巨阙、气海等。临床应用时应根据患者体质及合并病、兼夹症状，辨证选穴治疗。

艾灸疗法：灸法是中医治疗心绞痛的特色疗法之一，临床应用广泛。研究显示，艾灸具有清除自由基，提高免疫功能，调整脂质代谢，调节内分泌等作用。常用于气虚、阳虚、痰湿、血瘀证型的心脏病患者。

推荐穴位：神阙、关元、膻中、肾俞、命门、足三里、厥阴俞、气海、心俞等，根据患者证候、病位、主

症不同，辨证取穴治疗。

耳压疗法：耳穴疗法对改善心绞痛、负性情绪、睡眠等皆有一定作用。推荐穴位：主穴为心、皮质下、神门、交感；配穴选用内分泌、肾、胃。

中药穴位贴敷疗法：穴位贴敷可减少心绞痛发作次数、减轻疼痛程度，改善患者临床症状，可用于稳定性冠心病的康复治疗。推荐穴位：心俞、膻中、内关、厥阴俞、至阳、通里、巨阙、足三里、三阴交、脾俞、肺俞、关元等。根据患者的病位辨证取穴，根据病情辨证选用活血化瘀、芳香开窍等药。

经穴体外反搏疗法：无体外反搏禁忌证，将中药颗粒（或替代品）置于丰隆、足三里等穴位，借助体外反搏袖套气囊，通过心电反馈，对穴位进行有效刺激，有舒通气血、化瘀通络的作用。推荐穴位：丰隆、足三里等。1次/天，每次30min，疗程10d。

4 康复后评估

康复过程中，随着患者一般情况和心肺功能的变化，为了使心脏康复方案保持持续的合理性和有效性，需定期对患者进行综合评估。初次复评一般在标准运动康复12次后，再次评估在完成运动康复25~36次后。

稳定性冠心病患者的中西医结合心脏康复治疗目标是提高生活质量和改善预后。心脏康复过程中，对患者进行科学评估，指导患者建立良好的生活方式，为患者制定合理的中西医结合药物、运动、心理、营养干预方案，同时进行血压、血脂、血糖、烟草等危险因素管理，才能获得满意的康复治疗效果。

共识学术顾问：陈可冀

共识执笔专家：李瑞杰、史大卓、姜红岩、杜廷海、丁荣晶、付长庚

专家组成员（按姓氏拼音）：毕鸿雁、车琳、陈启兰、陈琦玲、程吉东、褚熙楚、新梅、崔现军、代国方、戴若竹、邓兵、邓中龙、丁荣晶、杜廷海、冯新庆、付长庚、高海青、耿敖、郭家娟、郭琪、郭莹、韩云、

洪军、洪兰、侯煜、胡镜清、黄斌、黄力、霍艳明、姜红岩、金艳蓉、孔永梅、李海霞、李慧、李军、李然、李荣、李瑞杰、刘华峰、刘慧、刘梅颜、刘新灿、刘新宇、刘艳玲、刘艳萍、纳顺达来、牛琳琳、彭锦、朴春杰、任蒙强、尚菊菊、史大卓、斯琴高娃、宋庆桥、孙艳玲、孙艺红、谭学瑞、田相同、王斌、王东伟、王国栋、王吉云、王家宏、王金萍、王骏、王磊、王若琦、王硕仁、王贤良、王晓峰、王肖龙、王亚红、王彦辉、王宜、王植荣、魏莹、吴焕林、吴旻、肖长江、谢萍、徐浩、杨瑞华、尹荣秀、喻鹏铭、张虹、张鸿雁、张立晶、张兆国、张振鹏、赵明中、赵晓华、赵英强、郑铁



心脏康复网
www.cr-voice.com