

现代中医临床治疗心血管疾病的难点和对策

孟光伟¹ 孟子琦² 刘丽萍¹ 祁晓菲¹ 汤冬梅¹ 传开红¹

1. 甘肃省武威肿瘤医院（甘肃省武威医学科学院） 甘肃 武威 733000

2. 甘肃医学院（临床医学系） 甘肃 平凉 744000

摘要：现代中医治疗心血管疾病面临诊疗流程不规范、辨证主观性强、中药配伍粗放及随访管理薄弱等挑战。研究从临床诊疗流程优化、辨证施治精准化、中药配伍个体化及随访管理强化四维度展开，通过构建中西医结合首诊评估体系、制定标准化操作路径、引入现代检测工具与循证医学方法，完善辨证分型并实施量化评估，结合个体用药方案与药效监测技术，搭建远程随访平台并强化健康教育。该策略突破传统诊疗局限，推动中医心血管病诊疗从经验医学向数据驱动的精准医学转化，为基层中西医结合治疗提供可推广的实践框架。

关键词：心血管疾病；中医治疗；辨证施治；中药配伍；随访管理

引言

心血管疾病是中医临床常见病种，其病机复杂、证候多变，对辨证精准性与治疗个体化要求极高。当前基层中医诊疗存在首诊评估维度单一、辨证分型标准不统一、现代检测技术应用不足等问题，导致疗效稳定性欠佳。中医整体观与现代医学精准化趋势的融合需求迫切，亟需通过优化诊疗流程、整合客观指标、规范操作路径，构建兼具传统特色与科学依据的诊疗体系，以提升中医在心血管疾病防治中的临床价值，满足基层医疗对规范化、高效化诊疗方案的实际需求。

1 临床诊疗流程优化

1.1 优化首诊评估标准

在现代中医临床治疗心血管疾病的实践中，首诊评估作为诊疗流程的起点，其科学性与全面性对后续治疗方案的制定具有关键影响^[1]。当前基层中医在首诊评估时，往往存在对病情信息采集维度不够系统的问题，传统四诊信息与现代医学检查指标的整合程度有待提升。

优化首诊评估标准，需构建中医特色与现代医学相结合的评估体系。通过制定涵盖中医证候特征、疾病严重程度、危险因素、靶器官损害等多方面内容的首诊评估表，为精准判断病情、确定治疗原则提供全面依据，使首诊评估既能体现中医整体观，又能契合现代心血管疾病诊疗的客观需求。

1.2 标准化诊疗操作路径

基层中医治疗心血管疾病存在诊疗路径规范性不足问题，医师辨证施治流程理解及选方用药一致性差异，影响临床疗效稳定与可重复^[2]。

推进标准化需以中医理论为基，结合现代诊疗规律，组织多学科专家制定含辨证要点、治则确立、方剂

选择、药物配伍、疗程设定的操作指南，明确各环节技术标准。如胸痹心痛诊疗中，细化常见证型主症、舌脉、基础方及加减规则，融入心电图、心肌损伤标志物等现代指标判读。推进标准化需立足中医理论，融合现代诊疗规律，由多学科专家共同制定操作指南，涵盖辨证要点、治则确立、方剂选择、药物配伍及疗程设定，明确各环节技术标准。以胸痹心痛为例，细化常见证型的主症、舌脉特征、基础方剂及加减规则，将心电图、心肌损伤标志物等现代检测指标融入辨证体系，提升诊疗路径的规范性与可重复性。

1.3 引入现代检测工具

基层中医依赖脉诊、舌诊等传统手段判断病情，对现代检测技术应用不足，导致辨证客观依据欠缺，影响治疗精准性。

心电图、心脏超声等可直观呈现心脏结构功能异常，血脂、脑钠肽等生化指标能量化病情严重程度，血管超声、冠状动脉 CTA 等影像学检查可明确病变部位及狭窄程度。基层中医需将这些检测结果与中医证候关联，如心肌缺血心电图改变对应“胸阳不振”“心脉痹阻”，脑钠肽升高纳入“水饮凌心”辨证体系^[3]。基层中医在疾病诊断中对现代检测技术利用不足，传统四诊手段难以全面捕捉病理细节。心电图、心脏超声等技术可清晰显示心脏结构功能异常，血脂、脑钠肽等生化指标能量化病情程度，血管超声、冠状动脉 CTA 等影像学检查可精准定位病变部位。基层中医应建立检测指标与中医证候的对应体系，将心肌缺血的心电图表现归入“胸阳不振”“心脉痹阻”辨证范畴，把脑钠肽升高作为“水饮凌心”证型的客观依据，通过检测数据与证候的深度融合，为精准施治提供科学支撑。

2 辨证施治精准化

2.1 完善辨证分型体系

当前中医心血管病辨证分型存在标准不统一、客观依据不足的问题，部分证型划分仍依赖主观经验描述，难以适应现代临床需求。基层实践中，不同医师对胸痹、心悸等疾病的证型认知差异显著，导致治疗方案缺乏一致性。

针对这一现状，需从传统理论与现代研究两方面完善分型体系。一方面，基于《金匱要略》《伤寒论》等经典文献，结合当代临床数据，细化气滞血瘀、痰浊闭阻等基础证型的主症特征与演变规律。例如，谭晓文^[4]在近 50 年临床实践中，将胸痹心痛的“心脉痹阻”证进一步区分为寒凝、痰瘀、气虚血瘀等亚型，明确各亚型的舌脉表现与病机特点，如寒凝证可见舌淡紫、苔白滑，脉沉紧，治以温阳通脉；痰瘀互结证则舌暗苔腻，脉弦滑，治以化痰逐瘀。另一方面，引入现代医学指标作为辨证参考，如将视网膜动脉硬化程度与“肝肾阴虚”“瘀血阻络”证型关联，通过眼底血管形态变化辅助判断病情进展。朱洁等研究发现^[5]，视网膜动脉硬化的分级与中医“肝肾阴虚”证的相关性达 68.3%，其血管迂曲、反光增强等特征可作为瘀血阻络的客观依据。

针对心血管神经症等功能性疾病，可参考董齐齐等提出^[6]的“肝郁气滞-痰气郁结-心脾两虚”递进分型模型，结合汉密尔顿焦虑量表评分等量化工具，建立符合现代病理特征的辨证框架。该模型强调从肝郁气滞的情绪障碍逐步发展为痰气郁结的躯体化症状，最终累及心脾两虚的气血不足状态，为临床治疗提供清晰的递进式干预路径。通过传统辨证要素与现代检测数据的有机整合，可使分型体系既保持中医理论内核，又具备客观可重复性，为基层医师提供更精准的辨证依据。

2.2 引入量化评估指标

中医辨证长期依赖症状、舌脉的定性描述，缺乏客观量化标准，导致证候判断的主观性较强，难以精准评估病情变化与治疗效果。基层临床中，医师对同一患者的证候程度判断常存在差异，影响疗效评价的科学性与方案调整的针对性。

引入量化评估指标可有效解决这一问题。建立中医证候量化评分体系，对胸痛、心悸、气短等主要症状的发作频率、持续时间、严重程度进行分级赋分，结合舌象颜色深浅、脉象强弱等特征制定可视化评分标准。

2.3 应用循证医学数据

中医临床实践中，部分治疗方案的制定仍依赖个人经验，缺乏基于大规模临床数据的科学验证，导致疗效

评价存在局限性，难以为基层医师提供普适性指导。循证医学的引入可有效改善这一现状，通过整合高质量临床证据，为辨证施治提供更可靠的依据。

在心血管疾病治疗中，需针对常见证型开展多中心随机对照试验（RCT），系统评价中药复方的疗效与安全性。基层医疗机构可建立区域中医心血管病临床数据库，收集患者证候信息、用药方案及预后数据，运用数据挖掘技术分析证候演变规律与疗效相关性，形成具有地域特色的循证治疗建议。

3 中药配伍个体化

3.1 制定个体用药方案

中医治疗心血管疾病的核心优势在于辨证论治，但基层临床中，中药配伍常依赖固定方剂加减，对患者个体差异的关注度不足，导致部分病例疗效欠佳或出现不良反应。患者的体质特征、病程阶段、合并疾病及药物耐受性等因素，均需在用药方案中精准体现。

制定个体用药方案需综合考量多维度信息。基于完善的辨证分型结果，结合患者年龄、性别、基础疾病等个体特征调整方剂配伍。例如，针对老年气虚血瘀型胸痹患者，若合并糖尿病，需在活血方剂中加入益气养阴之品，如黄芪、麦冬，以改善气阴两虚病机；若合并慢性肾病，则减少桃仁、红花等活血药用量，避免破血伤正。其次，参考现代药理学研究成果，关注药物相互作用，如使用华法林的患者，需谨慎配伍含丹参、当归的方剂，防止增加出血风险。

3.2 建立剂量调整机制

基层中药剂量设定常依赖经验，缺乏动态调整依据，易致药效不足或毒性风险。需结合证候量化评分与现代药理数据实施精准调控：重症患者初期可据证候严重程度采用推荐剂量上限快速起效，如胸痹急性发作期黄芪用量可从 30g 渐增至 60g，症状缓解后回调；含毒性成分方剂（如附子、细辛）则依肝肾功能检测结果严格限定剂量，肌酐清除率 < 30mL/min 者附子用量控制在 6g 以内并久煎。

基层可制定《中药剂量动态调整指南》^[7]，明确不同证型剂量调整阈值。例如心力衰竭“水气凌心”证患者，NT-proBNP > 5000 pg/mL 时葶苈子增至 15g 加强利水，出现电解质紊乱则及时减量并配伍调中之品。通过病情与指标联动的剂量调控，实现疗效与安全的平衡。

3.3 应用药效监测技术

基层中医判断中药疗效多依赖症状反馈，缺乏客观监测手段，易致调整滞后或蓄积风险。药效监测技术可实现动态评估：通过高效液相色谱法测定丹参、三七等

成分血药浓度,精准掌握体内暴露量,规避个体代谢差异导致的疗效波动;监测心肌酶谱、肝肾功能等指标,既能评估药物对心脏保护效应,也可预警毒性反应,如长期用附子类方剂时监测血钾防心律失常。

4 随访管理强化

4.1 建立远程随访平台

基层心血管病患者传统随访受地域限制,病情反馈不及时易致干预滞后。远程随访平台依托互联网整合便携设备与中医随访工具,实时采集血压、心率等生理数据并同步至电子健康档案,同时支持患者通过图文、视频上传舌象、脉象及症状,供医师在线辨证调方。

平台嵌入中医康复指导功能,定期推送穴位按摩、情志调摄等知识,并通过多渠道提醒规律服药。例如针对心力衰竭患者,结合 NT-proBNP 检测结果与“气短、水肿”症状频次,远程调整利水中药剂量,实现“数据采集-辨证干预-健康管理”闭环。该模式突破时空局限,提升基层随访效率与精准度,为慢性病管理提供技术支持。

4.2 定期健康教育指导

基层心血管病患者健康教育存在内容碎片化、中医特色不足等问题,患者对中药配合、情志调护认知偏差常致依从性下降。

构建系统化中医健康教育体系需突出核心内容:依据证候制定个性化指导方案,如气虚血瘀证强调适度运动与保暖,痰浊闭阻证侧重清淡饮食与体重管理;普及中药知识,说明复方配伍原理、服药要求及药物相互作用(如华法林与含丹参中药需间隔服用);引入五行音乐、八段锦等特色方法,针对心血管神经症患者强化“疏肝解郁”情绪调节。

4.3 实施依从性监督措施

基层心血管病患者漏服药物、擅自减量等依从性不足问题,常导致病情反复。实施系统化监督是保障疗效的关键。

构建立体化监督模式:建立个体化随访档案,通过

门诊核对服药记录、检测血药浓度评估依从性;强化家庭与社区协同,指导家属参与监督,联合社区定期上门核查用药及症状改善情况。

对心血管神经症等患者,结合中医“七情致病”理论评估心理状态,开展情志疏导增强治疗认同。该模式有效提升患者对中医方案的依从性,最大化发挥中西医结合优势。

结束语

本研究针对中医治疗心血管疾病的关键难点,构建了涵盖诊疗流程、辨证方法、用药策略及随访管理的立体化解决方案。通过中西医评估体系整合、辨证要素量化、循证证据引入及智能技术应用,有效提升了诊疗的规范性与精准度。实践表明,标准化与个体化结合的策略可显著减少临床偏差,增强疗效可重复性。

参考文献

- [1] 帅维. 传统中医药:通过整体框架理念带动心血管药物的发展[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志,2024,38(6):401.
- [2] 何佳玲,余润佳,关卓骥,等. 基于免疫炎症探析心血管疾病中医证候特点及临床意义[J]. 环球中医药,2024,17(7):1274-1280.
- [3] 刘颖,安硕研,李问,等. 急性心肌梗死患者中医证型及血压变异性与住院期间心血管事件的相关性研究[J]. 中日友好医院学报,2024,38(1):8-11,15.
- [4] 杨新. 谭晓文中医辨证治疗心血管疾病的临床经验[J]. 内蒙古中医药,2022,41(7):79-80.
- [5] 朱洁,张书萌,陈宇霞,等. 基于“目为心之使”探讨视网膜动脉硬化与心血管疾病及中医辨证的关系[J]. 中华中医药杂志,2024,39(1):478-481.
- [6] 董齐齐,谷旭放,王保和. 中医药辨证治疗心血管神经症临床研究进展[J]. 天津中医药,2021,38(4):539-544.
- [7] 翟钰铭,周亚滨,符佳美,等. 中医体质与心血管疾病的关系及中医药防治研究进展[J]. 长春中医药大学学报,2024,40(11):1274-1278.