

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.14.019

标准与规范

中医脑心同治临床应用专家共识

中华中医药学会《中医脑心同治临床应用专家共识》项目组



[摘要] 遵照中华中医药学会有关指南和共识制订技术方案,组织全国相关领域专家制订《中医脑心同治临床应用专家共识》。具体内容包括脑心同治的广义、狭义定义,适用疾病,心脑血管病的中医病因病机,提出6个常见证候类型及相应中药方剂、中成药的临床应用推荐意见。旨在进一步规范中医脑心同治的临床应用,提升相关疾病的中医诊疗水平。

[关键词] 脑心同治;中医药疗法;专家共识

《中国心血管健康与疾病报告2024概要》显示,我国 ≥ 18 岁居民心血管病(cardiovascular disease, CVD)的发病率约为620.33/10万(年龄标化发病率为635.61/10万),CVD发病率随年龄增长显著上升^[1]。全球范围内,同时患有两种或多种长期疾病的人群日益增多,这一现象被称为“多病同病”或“多病共病”。其中,缺血性心脑血管疾病是临床最常见且具有同病特征的多病并发类型^[2],单一治疗脑病或心病难以满足临床实际治疗需求。有学者明确提出“中医脑心同治论”^[3-4],指出心脑血管疾病的共同病理基础为“虚、瘀、痰、络阻”,并提出脑心同治的整体治疗原则^[5]。

脑心同治充分发挥了中医药整体观念与辨证论治的特色优势,在心脑疾病的防治中具有重要的学术与临床实用价值。为更好地规范脑心同治理论应用,本共识由中华中医药学会立项(项目编号:20230301-GS-CACM),编写组在总结多年临床应用经验基础上,结合现有循证证据,邀请来自28个省级行政区相关领域的专家学者,对脑心同治的术语和定义、中西医适用疾病、中医病因病机、证候判断、治法与方药等重要问题进行讨论和总结,形成了《中医脑心同治临床应用专家共识》(以下简称“本共识”,共识形成的具体步骤与方法见附件1,请扫描本文二维码获取),经中华中医药学会临床专家共识发布审查会议审议并发布(发布编号:GS/CACM380-2025),旨在指导临床规范合理用药,提升临床诊治与疗效水平。

本共识适用于全国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,为开展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提供指导和参考。本共识目标人群为脑心共病患者。随着此类疾病研究的逐渐深入以及医务工作者对其认识水平的不断提高,共识也将更新修订。

1 脑心同治理论及临床诊疗要点

1.1 脑心同治的术语和定义

脑心同治是对心脑血管病变、神经心脏调控失调等多种病理因素作用下导致的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心脑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^[6]。

广义脑心同治是指脑心同病、心脑肾同病、脑病或心病并有潜在心脑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。本共识后文所述适用疾病、证候及治疗推荐,主要针对狭义脑心同治。其他相关心脑血管疾病可根据中医“证同治同,异病同治”原则参

基金项目:国家重点研发计划“中医药现代化”重点专项(2023YFC3503100,2023YFC3503103)

考应用。

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,重视中医药防治理论指导下的整体辨证施治方法。

1.2 脑心同治的中西医适用疾病

现代医学适用疾病以急性冠脉综合征、慢性冠状动脉综合征、脑梗死、短暂性脑缺血发作、慢性脑缺血为主。中医适用疾病则以中风、眩晕、胸痹心痛、心悸为主。

1.3 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。《基层冠心病与缺血性脑卒中共患管理专家共识 2022》^[7]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高血压、血脂、糖尿病、睡眠呼吸暂停低通气综合征、高同型半胱氨酸血症等方面进行。

2 心脑血管病的中医病因病机

中医学认为,生理上心与脑共主神志,心脑血管密切相关,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·灵兰秘典论篇》云:“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·痿论篇》云:“心主身之血脉。”《素问·五脏生成篇》云:“诸血者,皆属于心。”《灵枢·本神》云:“心藏脉,脉舍神。”《灵枢·营卫生会》云:“血者,神气也。”《医学衷中参西录》记载:“心脑息息相通。”因此,心主血脉生理功能是心主神志的基础,病理上则心脑互损。中老年人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、心等组织缺血或梗死。心脑血管病常具有共同的血脉病变基础,心脑之间可因气血失调、痰瘀阻络及络脉闭阻而相互影响,形成心脑互损。

现代医学认为,动脉粥样硬化是常见的病变基础,可累及主动脉、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^[8]。故动脉粥样硬化所致的心脑互损是脑心同治观的重要病理基础^[6]。

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。可采用益气、养阴、活血、祛痰、理气、通络(脑/心)等方法整体辨治。

3 心脑血管病的常见证候

基于相关指南与共识^[9-12],结合本项目组研究、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,患者可脑系与心系症状并见。证候判断应结合西医疾病诊断、病程阶段及脑系、心系临床表现综合判定。

3.1 血瘀阻络证

主症:脑系可见半身不遂或瘫痪,甚则昏睡不醒;心系可见心前区剧烈疼痛,如刺如绞,痛处固定不移,甚则心痛彻背,或痛引肩背,胸憋或胸部室闷感,心悸怔忡。

次症:面色晦暗,唇甲青紫。

舌脉:舌质紫暗,或有瘀点、瘀斑,舌苔薄白,脉细涩或结代。

3.2 气虚血瘀证

主症:脑系可见半身不遂,偏身麻木,舌强言謇或不语,口舌歪斜,口角流涎;心系可见心胸隐痛,时作时休,心悸气短,动则益甚。

次症:神疲乏力,面色暗淡,少气懒言。

舌脉:舌质淡暗或紫,边有瘀点、瘀斑,舌苔薄白,脉沉细或涩。

3.3 气滞血瘀证

主症:脑系可见半身不遂,偏身麻木,口舌歪斜;心系可见心胸满闷,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。

次症:眩晕,耳鸣,情志不舒,时欲太息,脘腹胀闷。

舌脉:舌质紫暗,或有瘀点,脉弦涩。

3.4 痰瘀阻络证

主症:脑系可见半身不遂,舌强言謇或不语,吞咽或言语时痛甚,偏身麻木,关节屈伸不利,或口舌歪斜;心系可见心胸憋闷或痛,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。

次症:遇阴冷潮湿则加重或诱发,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。

舌脉: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。

3.5 阳气虚衰证

主症: 脑系可见半身不遂, 口舌歪斜, 舌强言謇或不语, 偏身麻木; 心系可见胸憋闷或闷痛, 心悸。

次症: 气短, 自汗, 畏寒肢冷, 面色淡或㿠白, 少气懒言, 动则喘憋, 大便溏稀, 夜尿频多, 脘腹腰冷。

舌脉: 舌质淡或淡胖, 苔白或腻, 脉沉细或结代。

3.6 气阴两虚、瘀血阻络证

主症: 脑系可见半身不遂, 肢体麻木、疼痛, 皮肤感觉迟钝或消失, 舌强言謇或不语, 口角流涎, 或口舌歪斜; 心系可见心胸疼痛, 或灼痛, 或隐痛, 时作时休, 心悸气短, 动则益甚。

次症: 神疲乏力, 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。

舌脉: 舌质暗淡, 或有瘀象, 少苔、无苔或苔白, 脉虚细缓或结代。

4 脑心同治的临床应用

根据缺血性心脑血管病的共同病机, 整体辨证论治。本共识中的中医证候辨治是在规范西医诊疗基础上的补充与协同应用, 临床应结合现行神经内科、心脏内科相关指南或共识, 综合评估疾病类型、病程阶段、病情轻重及用药安全性。对于急危重症、证候突变或证候兼夹者, 应优先进行专科规范处置, 并在动态评估基础上辨证施治、随证加减。主要治法与方药如下, 其中本共识所列中成药系基于文献检索、证据评价及专家共识形成过程中遴选的代表性推荐药物, 并非全部可选中成药。

4.1 血瘀阻络证

治法: 活血化瘀。

方剂: 活络效灵丹 (《医学衷中参西录》) 加减 (共识建议, 专家共识度: 84.21%)。

药物: 当归、丹参、乳香、没药各 15 g。

加减: 阴虚者加石斛、生地黄各 15 g, 黄柏 12 g; 气虚者加党参、黄芪各 12~15 g。

中成药: 1) 丹红注射液, 每支 10 ml, 静脉滴注, 20~40 ml 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 或 2 次。(证据级别: B, 推荐强度: 强, 专家共识度: 97.37%)。2) 脉血康胶囊, 每粒装 0.25 g (相当于 14 个抗凝血酶活性单位), 口服, 每次 2~4 粒,

每日 3 次 (药品说明书, 证据级别: B, 推荐强度: 弱, 专家共识度: 73.68%)。

证据概要: 1) 研究^[13-15]证实, 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, 能更好地提升临床疗效, 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。2) 系统评价^[16-17]显示, 在西医常规治疗基础上联用脉血康胶囊, 可改善患者神经功能缺损、提高临床总有效率、降低血浆纤维蛋白原含量, 且安全性较高; 同时, 该联合方案用于稳定型与不稳定型心绞痛时, 对心绞痛症状、心电图、血液流变学及血脂指标的改善作用亦优于单纯常规西药, 且未见明显不良反应^[18-19]。

4.2 气虚血瘀证

治法: 益气活血。

方剂: 补阳还五汤 (《医林改错》) 加减 (证据级别: B, 推荐强度: 强, 专家共识度: 94.74%)。

药物: 黄芪 60~120 g, 当归尾 6 g, 赤芍 5 g, 地龙、川芎、红花、桃仁各 3 g。

加减: 气虚重者, 加党参 15~30 g、白术 10~15 g; 血瘀明显者, 加丹参 15~30 g、鸡血藤 15~30 g; 肢体麻木者, 加桂枝 6~10 g、牛膝 10~15 g; 言语不利者, 加石菖蒲 6~10 g、远志 6~10 g。

中成药: 脑心通胶囊, 每粒装 0.4 g, 口服, 每次 2~4 粒, 每日 3 次 (药品说明书, 证据级别: B, 推荐强度: 强, 专家共识度: 97.37%)。

证据概要: 1) 研究^[20-23]发现, 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, 可以显著提升临床总有效率, 降低美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分、心律失常发生率、心肌酶异常率、ST-T 段改变率等。2) 研究^[24-27]证实, 脑心通胶囊在治疗脑心共病气虚血瘀证时, 能提升临床疗效, 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; 此外, 已有专家共识^[28]明确推荐脑心通胶囊用于冠心病、脑梗死及短暂性脑缺血发作等属于气虚血滞、脉络瘀阻证的心脑血管疾病。

4.3 气滞血瘀证

治法: 行气活血。

方剂: 血府逐瘀汤 (《医林改错》) 加减 (证据级别: C, 推荐强度: 强, 专家共识度: 94.74%)。

药物: 桃仁 12 g, 红花、当归、生地黄、牛膝各 9 g, 川芎、桔梗各 4.5 g, 赤芍、枳壳、甘草各 6 g, 北柴胡 3 g。

加減：若瘀痛入絡，可加全蝎 3~6 g、穿山甲 6~10 g、地龙 6~10 g、三棱 6~10 g、莪术 6~10 g 等以破血通絡止痛；氣機郁滯較重，加川楝子 6~10 g、香附 6~10 g、青皮 6~9 g 等以疏肝理氣止痛。

中成藥：1) 冠心舒通膠囊，每粒裝 0.3 g，口服，每次 3 粒，每日 3 次（藥品說明書，證據級別：B，推薦強度：強，專家共識度：84.21%）。2) 丹參川芎嗪注射液，每支 5 ml，靜脈滴注，將 10 ml 丹參川芎嗪注射液加入 250 ml 5% 葡萄糖注射液中靜脈滴注，每日 2 次（共識建議，專家共識度：89.47%）。

證據概要：1) 研究^[29]報道，血府逐瘀湯加減聯合西醫常規治療可減輕冠心病合併腦梗死患者的心絞痛症狀、保護神經功能、改善預後，其在總有效率、生活自理能力及神經功能缺損評分方面均優於單純西醫常規治療。2) 研究^[30]表明，冠心舒通膠囊可以顯著提升急性腦梗死致腦心綜合征患者的臨床總有效率，糾正心律失常，降低心肌酶水平，改善 ST-T 改變。

4.4 痰瘀阻絡證

治法：化痰祛瘀。

方劑：桃紅四物湯（《醫宗金鑑》）合半夏白朮天麻湯（《醫學心悟》）加減（證據級別：B，推薦強度：強，專家共識度：84.21%）。

藥物：當歸 9~12 g，熟地黃 10~15 g，白芍 9~12 g，川芎 6~9 g，桃仁 6~9 g，紅花 6~9 g，清半夏 6~9 g，天麻 9~12 g，白朮 9~15 g，茯苓 15~20 g，橘紅 6~9 g，甘草 3~6 g，生薑 3~9 g，大棗 6~12 g。

加減：頭暈目眩者，加鉤藤 10~15 g（後下）、菊花 10~15 g；嘔吐、惡心者，加竹茹 5~10 g；語言障礙者，加石菖蒲 5~9 g、郁金 5~12 g；腹脹及消化不良者，加枳實 3~9 g、砂仁 3~6 g（後下）。

中成藥：銀杏蜜環口服溶液，每支 10 ml，口服，每次 10 ml，每日 3 次（共識建議，專家共識度：89.47%）。

證據概要：研究^[31-32]表明，在西醫常規治療基礎上聯用桃紅四物湯合半夏白朮天麻湯，可提升急性腦梗死併發腦心綜合征風痰瘀阻證患者的臨床總有效率，降低 NIHSS 評分、降低心律失常發生率及 ST-T 段改變率。

4.5 陽氣虛衰證

治法：溫陽化痰。

方劑：黃芪桂枝五物湯（《金匱要略》）加減（共識建議，專家共識度：89.47%）。

藥物：黃芪 9 g，桂枝 9 g，白芍 9 g，生薑 18 g，

大棗 12 g。

加減：血瘀顯著、脈絡不通者，加丹參 15~30 g、川芎 9~12 g；心神不寧、心悸失眠者，加煅龍骨 15~30 g（先煎）、煅牡蠣 15~30 g（先煎）；肢體浮腫者，加茯苓 15~20 g、澤瀉 9~12 g。

中成藥：參仙升脈口服液，每支 10 ml，口服，每次 20 ml，每日 2 次（共識建議，專家共識度：97.37%）。

4.6 氣陰兩虛、瘀血阻絡證

治法：益氣養陰活血。

方劑：生脈散（《醫學啟源》）合血府逐瘀湯（《醫林改錯》）加減（共識建議，專家共識度：92.11%）。

藥物：人參 6~10 g、麥冬 10~15 g、五味子 3~6 g、桃仁 9~12 g、紅花 6~9 g、當歸 9~12 g、生地黃 9~15 g、牛膝 9~12 g、川芎 6~9 g、桔梗 3~6 g、赤芍 6~9 g、枳殼 6~9 g、甘草 3~6 g、北柴胡 3~6 g。

加減：心悸怔忡、夜不能寐者，加酸棗仁 15~20 g、煅龍骨 15~30 g（先煎）、煅牡蠣 15~30 g（先煎）；口咽乾燥明顯、心煩、手足心熱者，加玄參 10~15 g、知母 6~9 g。

中成藥：1) 穩心顆粒，無糖型每袋 5 g，溫水沖服，每次 1 袋，每日 3 次（藥品說明書，證據級別：B，推薦強度：強，專家共識度：92.11%）。2) 脈絡寧注射液，靜脈滴注，20 ml 脈絡寧注射液，加入 5% 葡萄糖注射液或生理鹽水 250 ml 稀釋後靜脈滴注，每日 1 次（共識建議，專家共識度：76.32%）。

證據概要：研究^[33-39]證實，穩心顆粒不但可以有效減輕腦心共病患者的臨床症狀，同時還有抗心律失常、改善腦缺血和心肌缺血、保護神經功能和心功能的作用，且未發現明顯不良反應，安全性高。

執筆人：萬海同[✉]（浙江中醫藥大學）

✉ 通信方式：whtong@126.com

指導組：陳士林（成都中醫藥大學/中國中醫科學院）、趙步長（中國中西醫結合學會腦心同治專業委員會）、王勇（北京中醫藥大學東直門醫院）、何建成（上海中醫藥大學）、何慶勇（中國中醫科學院廣安門醫院）

主要起草人：萬海同（浙江中醫藥大學）、楊文明（安徽中醫藥大學第一附屬醫院）、李應東（甘肅中醫藥大學附屬醫院）、張祥建（河北醫科大學第二醫院）、付巍（銀川腦心同治互聯網醫院）。

臨床專家組（按姓氏拼音排序）：安毅（青島

大学附属医院)、蔡定芳(复旦大学附属中山医院)、陈伯钧(广东省中医院)、陈金水(福建医科大学附属第一医院)、陈秋(成都中医药大学附属医院)、陈新宇(湖南中医药大学第一附属医院)、陈阳美(重庆医科大学附属第二医院)、程为平(黑龙江中医药大学附属第一医院)、傅午禾(华中科技大学同济医学院基础医学院)、韩祖成(陕西省中医医院)、何昱(浙江中医药大学)、胡全忠(青海省人民医院)、姜丽红(长春中医药大学附属医院)、雷燕(中国中医科学院)、林亚明(云南省中医医院)、刘红旭(首都医科大学附属北京中医医院)、刘兴德(贵州中医药大学)、卢健棋(广西中医药大学第一附属医院)、罗立波(常州市中医医院)、毛森林(哈尔滨医科大学附属第二医院)、石学宁(宁夏医科大学总医院)、孙刚(贵州中医药大学第一附属医院)、汪瀚(安徽中医药大学第一附属医院)、王肖龙(上海中医药大学附属曙光医院)、王新志(河南中医药大学第一附属医院)、王兴臣(山东中医药大学第二附属医院)、王湛(银川脑心同治互联网医院)、王忠(中国中医科学院中医临床基础研究所)、文国强(海南省人民医院)、吴嘉瑞(北京中医药大学中药学院)、许予明(郑州大学第一附属医院)、杨波(湖北省人民医院)、杨洁红(浙江中医药大学)、张军平(天津中医药大学第一附属医院)、张艳(辽宁中医药大学附属医院)、赵宾宾(湖北中医药大学)、赵超(陕西国际商贸学院)、赵明君(陕西中医药大学附属医院)、赵世刚(内蒙古医科大学附属医院)、郑泽琪(南昌大学第一附属医院)

方法学专家组: 孙鑫(四川大学华西医院)、郭新峰(广东省中医院)、计文婧(西安交通大学)

秘书组: 于哲轩(浙江中医药大学)、周鹏(浙江中医药大学)、潘丹萍(浙江中医药大学)、郭艺蕾(浙江中医药大学)、赵迪(河南中医药大学)、万浩芳(浙江中医药大学)、李畅(浙江中医药大学)、邵翀羽(浙江中医药大学)、周惠芬(浙江中医药大学)、虞立(浙江中医药大学)、徐关锋(浙江中医药大学)、郭艳(浙江中医药大学)

利益冲突声明

本共识项目组成员均签署了《利益冲突声明书》，并声明在本共识制定过程中不存在可能影响共识立项、证据评价、意见讨论、推荐意见形成及共识审定的学术或经济利益冲突。所有起草专家和征求意见专家均同意本共识发表。

参考文献

- [1]国家心血管病中心,中国心血管健康与疾病报告编写组.中国心血管健康与疾病报告2024概要[J].中国循环杂志,2025,40(6):521-559.
- [2]中国心血管健康与疾病报告编写组.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.
- [3]赵步长,伍海勤,赵涛,等.中医脑心同治论[M].北京:人民卫生出版社,2010:3-21.
- [4]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,2021:33-49.
- [5]孙寒梅,李肖亮,陈东英,等.“脑心同治”理论之中西医结合考辨[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(22):3383-3386.
- [6]万海同.论缺血性心脑血管病的心脑互损病变与脑心同治的中医整体辨治观[J].中医杂志,2022,63(23):2223-2226.
- [7]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,等.基层冠心病与缺血性脑卒中共管专家共识2022[J].中国心血管病研究,2022,20(9):772-793.
- [8]Tahsili-Fahadan P, Geocadin R G. Heart-brain axis: effects of neurologic injury on cardiovascular function[J]. Circ Res, 2017, 120(3): 559-572.
- [9]许晓敏,仲爱芹,徐士欣,等.论心脑血管异病从络同治[J].辽宁中医杂志,2015,42(7):1236-1238.
- [10]中华中医药学会心血管病分会.冠心病心绞痛证候要素诊断标准[J].中医杂志,2018,59(6):539-540.
- [11]中国中西医结合学会神经科专业委员会.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.
- [12]张敏州,丁邦哈,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.
- [13]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.
- [14]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.
- [15]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.
- [16]杜金行,刘尊敬,中华中医药学会代表编制组.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.
- [17]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.

- [18] 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.
- [19] 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.
- [20] 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.
- [21] 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.
- [22] 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.
- [23] 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.
- [24] 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): 72-74.
- [25] 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): 60, 152.
- [26] 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): 181-183.
- [27] 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.
- [28] 《脑心通胶囊临床应用中国专家共识》编写组. 脑心通胶囊临床应用中国专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2017, 37(9): 1039-1042.
- [29] 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.
- [30] 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.
- [31] 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.
- [32] 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.
- [33] 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.
- [34] 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.
- [35] 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.
- [36] 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.
- [37] 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.
- [38] 赵卫东, 张春艳. 步长稳心颗粒治疗脑心综合征 28 例临床分析[J]. 河北职工医学院学报, 2008, 25 (3): 34, 36.
- [39] 江云东, 杨思进, 白雪. 稳心颗粒治疗急性脑出血合并心律失常的临床研究[J]. 吉林医学, 2010, 31(15): 2225-2226.

Expert Consensus on the Clinical Application of Brain-Heart Simultaneous Treatment in Traditional Chinese Medicine

Project Group of the *Expert Consensus on the Clinical Application of Brain-Heart Simultaneous Treatment in Traditional Chinese Medicine*, China Association of Chinese Medicine

ABSTRACT In accordance with the technical specifications for guideline and consensus development issued by the China Association of Chinese Medicine, a panel of experts from relevant fields across China was organized to develop the *Expert Consensus on the Clinical Application of Brain-Heart Simultaneous Treatment in Traditional Chinese Medicine*. The consensus defines both the broad and narrow interpretations of brain-heart simultaneous treatment, specifies its applicable diseases, and discusses on the etiology and pathogenesis of cardiovascular and cerebrovascular diseases in TCM. It further proposes six common syndromes and provides clinical recommendations regarding corresponding herbal prescriptions and Chinese patent medicines, aiming to further standardize the clinical application of brain-heart simultaneous treatment in TCM and improve the diagnostic and therapeutic level of related diseases.

Keywords brain-heart simultaneous treatment; traditional Chinese medicine therapy; expert consensus

(收稿日期: 2026-03-23; 录用日期: 2026-05-19; 修回日期: 2026-05-23)

[编辑: 焦 爽]