

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.21.002

冠心病病证结合中医康复治疗思路与实践

王阶^{*}, 熊兴江, 董艳, 李洪峥

(中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号, 100053)

[摘要] 转变传统治疗观念, 注重冠心病的一级预防, 强调冠心病心绞痛、冠状动脉介入/搭桥术后、心肌梗死后及冠心病并发症的康复治疗, 是当今防治冠心病的新机遇和新挑战。中医学善于整体调治和“治未病”, 能为冠心病的康复治疗提供重要的指导。有鉴于此, 充分发挥中医学传统养生预防方法, 采用基于证候要素的冠心病病证结合中医康复治疗思路, 根据患者所处病程阶段和病情轻重, 在各个康复期分别选择不同的中医药康复方法和措施, 及早运用中医药进行干预, 可在冠心病的“未病先防”(一级预防)以及“既病防变”(二级预防)方面发挥重要作用, 从而促进冠心病康复的临床获益。

[关键词] 冠心病; 中医康复; 病证结合; 证候要素

心血管疾病是导致全球范围内死亡的主要原因^[1], 其中冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)为心血管疾病死亡的首要因素(约 44%)^[2]。尽管冠状动脉介入和外科搭桥手术等治疗手段能降低临床死亡率, 但是相关治疗带来的出血风险及其他并发症仍然不可忽视^[3-4]。部分患者经冠心病常规药物或非药物治疗后其生活质量仍不理想, 尤其对于并发症较多的患者^[5]。有鉴于此, 转变传统治疗观念, 注重冠心病的一级预防, 强调冠心病心绞痛、冠状动脉介入/搭桥术后、心肌梗死后及冠心病并发症的康复治疗, 成为当今防治冠心病的新挑战。

1 心脏康复与临床获益

《尔雅·释诂》释“康, 安也”, 《广韵》注“復, 返也”, 康复之意, 乃借助综合的医学手段让患者恢复到以前的状态。心脏康复是指在规范的专业治疗基础上, 对患者进行运动训练及生活方式、精神和心理上的综合指导, 以安全有效地预防心脏病并发症, 减少心脏病恶化的危险性, 提高患者的生存质量^[6]。心脏康复应贯穿于疾病的一级预防和二级预防中, 其不仅能帮助提高临床疗效, 还能改善预后。现代研究显示, 心脏康复有利于延缓动脉粥样硬化进展, 减少急性心血管事件的

发生率和住院率^[6]; 同时还能将老年冠心病患者五年死亡率降低 21% ~ 34%^[7], 使患者的运动耐量增加 39%, 焦虑和抑郁评分分别降低 66% 和 56%, 从而提高患者总体生活质量^[8]。冠心病是心血管疾病的首要死因, 故强调冠心病康复成为目前心脏康复的重要内容。临床上冠心病康复治疗对于降低发病率和致死率, 改善患者体能、生理和心理等方面具有重要作用。因此, 通过系统和科学的康复治疗, 综合运用药物、运动、心理、营养和戒烟等心脏康复 5 大处方, 能促进冠心病患者临床获益。

2 冠心病康复内容和适用范围

冠心病康复主要涉及冠心病稳定型心绞痛、急性心肌梗死后、冠心病介入术后、冠心病搭桥术后以及冠心病并发房颤、心力衰竭等的康复治疗。临床上根据冠心病的严重程度和病程阶段, 可以将冠心病康复分为 3 期: I 期为院内康复期, 该期的康复治疗以缩短住院时间、促进日常生活和运动能力恢复、降低再住院率为目的; II 期为院外早期康复或门诊康复期, 于出院后 1 ~ 6 个月开始进行, 主要康复内容包括危险因素及生活方式等的评估、康复教育、生活指导、心理支持, 以及心电和血压监护下的康复运动; III 期为院外长期康复期, 一般为心血管事件 1 年后的院外预防和康复阶段, 其康复关键是维持已建立的健康生活方式以及运动习惯。在冠心病的不同康复分期, 医生需要对患者进行综合的康复前评估, 以充分了解患者冠状动脉狭窄程

^{*} 通讯作者: wangjie0103@126.com (010) 88001238

度及心功能, 权衡康复治疗的临床获益和风险, 从而明确康复治疗的适用人群并制定出科学化、个体化的实施方案。目前冠心病康复主要运用于既往 1 年内发生过急性心肌梗死、急性冠状动脉综合征, 或经冠状动脉旁路移植术、经皮冠状动脉介入术或其他心脏相关手术等治疗后, 以及慢性稳定型心绞痛患者; 而不适用于不稳定型心绞痛、严重心律失常、心力衰竭、夹层主动脉瘤和主动脉瓣狭窄等^[9]。充分了解冠心病康复的临床分期和适用人群, 做好康复前评估, 才能最大程度地发挥出冠心病康复的临床疗效。

3 基于中医理论的冠心病康复理念

中医学“康复”一词由明代龚廷贤在《万病回春·后序》中明确提出, 但康复的临床运用早在春秋战国时期就有记载, 如古之“养疾”“隐宫”“疾馆”和“养病房”等皆为从事职业或社会康复的机构^[10]。传统的中医康复理念选择性地吸收了中医治未病和养生延年的精髓, 因此其并不局限于病后恢复, 同时还将临床高危患者的早期预防和老年养生保健纳入实际运用中。这种康复理念内涵更加丰富, 并融入了中医的整体观念, 借助自然和社会的力量, 采用时序疗法、物理疗法、心理疗法、食疗, 以及导引、针灸、气功、按摩和药物等方法, 积极调动机体自身的调节能力以及与合作的协调性, 从而促进其在生理、心理、社会及自然中的康复状态。

现代心脏康复已逐渐演变为康复(恢复和提高心脏功能)和预防(预防疾病复发和死亡)双重目的, 这与中医学未病先防、既病防变和愈后防复的理念不谋而合。鉴于此, 尽管冠心病一级预防和二级预防已取得不断完善, 但中医药在心脏康复方面仍然表现出巨大的潜能, 而古代医家的康复实践也为当今冠心病康复提供了很好的借鉴。如三国时期华佗创编的五禽戏, 即是通过模仿虎、鹿、熊、猿、鸟的活动特点, 以疏通机体气血筋脉的运动康复疗法, 正如晋代葛洪《抱朴子·祛惑》所言“夫导引未患之疾, 通不和之气, 动之则百关气畅”。此外, 中医学认为, 人体的呼吸运动与五脏功能密切相关, 如《难经·四难》载“呼出心与肺, 吸入肾与肝, 呼吸之间, 脾也, 其脉在中”, 因此, 调整呼吸吐纳有助于改善相应脏腑的气机状态和功能发挥, 从而在机体康复和疾病预防方面发挥作用。

4 基于证候要素的冠心病病证结合中医康复

4.1 基于证候要素的冠心病中医康复

证候要素是中医辨证的最小单元^[11], 不同证候要素的相互组合能形成临床上复杂多变的证候及病机演变。2006 年本研究团队首次提出“冠心病证候要素”概念^[12-13], 并采用熵关联度、隐结构等多种统计学算法, 揭示出冠心病心绞痛血瘀、气虚、痰浊、阴虚、气滞、阳虚、寒凝、热蕴 8 个主要证候要素, 可覆盖 85% 以上的临床病例; 同时确立了 6 个主要证候要素的组合规律, 依次为气虚血瘀、气阴两虚、痰瘀互阻、气滞血瘀、痰阻热蕴、阳虚寒凝^[14]。所进行的系列研究揭示了冠心病心绞痛介入前后证候要素演变规律及中药干预的影响^[15-16], 并在此基础上形成了《冠心病心绞痛证候要素诊断标准》^[17]、《冠心病心绞痛主要证型的辨证诊断标准》^[18]、《冠心病心绞痛介入前后中医诊疗指南》^[19]以及《冠心病稳定型心绞痛中医诊疗专家共识》^[20]。由此进一步规范了冠心病中医证候要素诊断, 提高了临床证候诊断准确率, 形成了冠心病中医康复辨证新方法, 从而指导冠心病介入术后及稳定型心绞痛的临床康复管理。

4.2 基于病证结合的冠心病中医康复

传统病证结合是指“中医疾病 + 中医证候”或“西医疾病 + 中医证候”, 而随着证候要素在冠心病中的广泛关注和临床运用, 基于证候要素的冠心病病证结合新模式应当指“西医疾病 + 中医证候要素”。该模式形成的“冠心病→证候要素→证候要素组合→治法方药”思路, 构建了基于证候要素的冠心病病证结合康复新理念。按照“规范证候要素诊断→提高临床疗效”的研究思路, 总结近 30 年来发表的冠心病随机对照临床试验和横断面研究, 结果显示, 冠心病早中晚期存在“痰、瘀、滞、虚”不同的核心证候要素, 其病机演变规律^[21]为: 冠心病临界病变以滞、瘀实证为主, 当治以行气、活血为法; 冠心病心绞痛呈痰、瘀、滞和虚的复杂病变, 宜以活血、化痰、行气和补虚治之; 冠心病介入术后以瘀、虚的虚实夹杂证为主, 当以活血、补虚为法。通过方证对应治疗冠心病心绞痛, 其临床疗效为 75.0%, 而方证不对应的治疗获效仅为 29.0%, 规范治疗可提高疗效 2 倍以上, 同时还可缩短平均住院日 1.2 天, 降低心血管终点事件的发生率和死亡率, 节省医药费用^[22-25]。由此可见, 采用基于证候要素的冠心病

病证结合康复管理,能提高患者的临床获益。

5 冠心病病证结合中医康复治疗实践

5.1 冠心病心肌梗死后室壁瘤案

患者,男,61岁,2017年5月25日初诊。主诉:胸痛、胸闷12年,加重2周。2005年夏季患者因饮冷后出现胸痛、憋气、夜间不能平卧,诊断为急性前壁心肌梗死,入住监护病房,后因住院费用较高而当日自行出院。1个月后行冠状动脉造影示:右冠状动脉管壁不规则,左室后支近中段局限性狭窄90%;左冠状动脉主干管壁不规则:前降支近段节段性狭窄85%,近中段长段狭窄80%,第一对角支开口受累狭窄90%;回旋支及其分支血管管壁不规则。诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病、陈旧性前壁心肌梗死,并于左前降支开口-近段、左室后支近中段植入支架2枚,症状缓解后出院。出院后规律服用阿司匹林肠溶片、硫酸氢氯吡格雷片,1年后停用硫酸氢氯吡格雷片,规律抗凝血、降血脂治疗。此后,患者胸闷、憋气反复发作,多次住院治疗。2016年查心脏彩超示:节段性室壁运动异常,二尖瓣、三尖瓣少量反流,左心增大(左房前后径55mm),左心功能降低[左心室射血分数(LVEF)35%],左室心尖部室壁瘤形成(心尖部向外膨出,范围约21mm×16mm)。患者因心功能较差,不能耐受心脏搭桥等外科手术,故行内科保守治疗后出院。出院后规律口服伯基100mg、每日1次,波立维75mg、每日1次,消心痛15mg、每日3次,倍他乐克片25mg、每日3次,磷酸西格列汀片100mg、每日1次,症状缓解不明显。2017年4月因胸闷、憋气加重,复查心脏彩超示:节段性室壁运动异常,左室心尖部室壁瘤形成(收缩期向外膨出16mm×40mm),左心增大(左房前后径37mm),二尖瓣少量反流,左心功能整体降低[射血分数(EF)42%],主动脉瓣钙化并少量反流。刻诊:胸闷,胸痛,心前区冷痛,食用水果或饮冷水后加重,左胁肋部有凉风吹入感,疲惫,乏力,气短,双下肢乏力,间歇性跛行50m,纳呆,眠差,小便黄,大便干。舌胖色紫暗、苔白腻,脉沉细。中医诊断:胸痹心痛病;证候要素诊断:血瘀、寒凝、阳虚、气虚、痰浊。西医诊断:冠心病,陈旧性心肌梗死,左室室壁瘤,不稳定型心绞痛;慢性心力衰竭,心功能Ⅲ级(NYHA分级);2型糖尿病;脂肪肝。治以益气、温阳、化痰、活血。西药用法用量维持不变,在此

基础上增加中药汤剂。处方:黄芪30g,党参20g,白术10g,茯苓30g,泽泻30g,猪苓10g,川芎10g,干姜10g,肉苁蓉20g,补骨脂10g,黄精10g,枸杞子20g,山萸肉10g,法半夏10g,丹参30g,白芍30g,南柴胡15g,黄芩10g,黄连10g,炙甘草10g。7剂,每日1剂,水煎分两次口服。嘱适寒温,避免劳累,保持大便通畅。

2017年5月31日二诊:心前区疼痛频率降低,行走距离增加,自觉心前区发凉,小便频数,大便不干,矢气多,矢气后舒适,精神状态转佳。继上方调整如下:黄芪30g,党参25g,麸炒白术10g,茯苓30g,陈皮10g,当归10g,升麻10g,南柴胡20g,黄精20g,枸杞子20g,仙茅10g,淫羊藿10g,桂枝10g,赤芍30g,补骨脂10g,肉苁蓉10g,吴茱萸4g,大枣30g,生姜10g,炙甘草10g。7剂,每日1剂,水煎分两次口服。

此后每月间断于门诊复诊,处方以温阳利水、益气补肾活血为主。服药后6个月,患者疲惫大减,短气无,心前区冷痛无,纳可,二便调。2018年3月复查心脏彩超示:节段性室壁运动异常(前后室间隔及广泛左室前壁、后壁基地段至心尖段运动幅度及收缩期增厚率明显减低近消失),左室心尖部室壁瘤形成(心尖圆顿,收缩期呈矛盾运动,向外膨出8mm×18mm),左室扩大(左室舒张末径60mm),左心功能整体减低(EF43%),主动脉瓣钙化并少量反流。守方继服,2019年3月再次复查心脏彩超及心肌核素,诸症缓解,室壁瘤消失。

按语:患者老年男性,主因冠心病不稳定型心绞痛、陈旧性心肌梗死、慢性左心衰竭、室壁瘤。就诊时面色无华、疲惫、乏力、胸闷,并表现为心前区冷痛、左胁肋部自觉有凉风吹过,结合病因食冷饮后急性心肌梗死发作等典型寒凝的发病特点,治疗以温阳为主,辅以补气、活血、化痰等法,并嘱适寒温,避免劳累,保持大便通畅,防止室壁瘤破裂。治疗后症状有所改善,但心前区仍发凉,故去方中黄连、黄芩,《药性赋》中描述吴茱萸“主心腹疾,积冷,心下结气,疝心痛”,故加吴茱萸以温中下气。之后处方以温阳利水、益气补肾活血为主继续治疗,患者胸闷痛及倦怠乏力明显改善,心前区冷痛大减。服药10个月,室壁瘤明显减小;22个月后,心脏彩超及心肌核素提示室壁瘤消失。

5.2 冠心病合并频发室性早搏案

患者,男,60岁,2018年12月12日初诊。

主诉: 间断胸闷心悸 17 年,加重 1 个月。17 年前患者无明显诱因出现胸闷,心悸,无气短、汗出,诊断为频发室性早搏(室早),患者拒绝射频消融治疗,遂口服琥珀酸美托洛尔缓释片 23.75 mg、每日 1 次,盐酸普罗帕酮片 300 mg、每日 3 次治疗,后仍间断出现早搏。2015 年 5 月行 24 h 动态心电图检查示:室早总数 18379 次,单发室早 18352 次(1 小时最多室早 1113 次,发生于 06:10—07:10),成对室早 14 次,室性二联律 178 次,平均每小时室早 788 次,室上性心搏总数 23 次。2018 年 11 月因心悸加重,服药后无明显改善住院治疗,期间行冠状动脉血管造影示:左旋支(LCX)细小,诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病,频发性室性期前收缩,下肢静脉曲张,外周动脉粥样硬化。复查 24 h 动态心电图示:室早总数 21668 次,单发室早 18643 次,成对室早 1511 次,室速 1 次(出现于 02:46),最长室速 3 次,室性二联律 1700 次,室性三联律 47 次。心脏彩超示:左房稍增大;升主动脉根部及主动脉瓣部扩张;主动脉瓣轻度反流;左室舒张功能降低。患者住院期间心悸改善不明显,乏力加重。刻诊:胸闷,心悸,无气短、汗出,无头晕、视物旋转,疲惫,双下肢乏力,纳可,眠差,每天凌晨 4 时左右醒后难以入睡,二便调。舌淡红、苔腻,脉弦细。中医诊断:心悸病,证候要素诊断:气虚、阴虚、血虚、肾虚。西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病;心律失常,频发性室性期前收缩;下肢静脉曲张;外周动脉粥样硬化。初诊时西药暂不作调整,中药治以益气养心,予桂枝加龙骨牡蛎汤合炙甘草汤加减。处方:桂枝 10 g,白芍 30 g,生姜 10 g,大枣 30 g,牛膝 20 g,柏子仁 15 g,延胡索 20 g,龙骨 10 g,牡蛎 10 g,酸枣仁 30 g,远志 10 g,党参 20 g,黄芪 30 g,阿胶珠 10 g,龟甲 10 g,火麻仁 10 g,肉苁蓉 20 g,巴戟天 15 g,生地黄 30 g,丹参 30 g,炙甘草 10 g。7 剂,每日 1 剂,水煎分 2 次口服。

2018 年 12 月 19 日二诊:心悸、疲惫减,眠可,舌苔转薄黄腻。守上方,去生地黄,加黄连 6 g。停用琥珀酸美托洛尔缓释片,仅口服盐酸普罗帕酮片,用量减至 150 mg、每日 3 次。

此后每 15 天患者复诊 1 次,服药后精神佳,无疲惫,眠转佳,自觉心悸明显减少。2019 年 1 月复查 24 h 动态心电图示:室早总数 4659 次,室速 0,成对室早 2 次,单发室早 745 次,室早二联律 65 次,室早三联律 389 次。

按语:桂枝加龙骨牡蛎汤、炙甘草汤为临床治疗心律失常气阴两虚证的常用经方,主治“脉结代,心动悸”,“失精家,少腹弦急,阴头寒,目眩,发落,脉极虚芤迟,为清谷,亡血失精。脉得诸芤动微紧,男子失精,女子梦交”。本案患者主因冠心病、频发室早就诊,早搏特征为起源于左室流出道的室性早搏,伴成对室早、短阵室速,胸闷、心悸症状明显,射频消融成功率低,患者经常规 β 阻滞剂联合盐酸普罗帕酮片用药 3 年余控制不佳,早搏有增多趋势。针对证候要素,加服益气养阴、养血滋肾中药 21 日后心悸、倦怠乏力、睡眠情况明显改善,盐酸普罗帕酮摄入量减少,室早总数减少 78.5%,室速减少为 0,单发室早减少 96%,成对室早减少 99.87%,临床疗效明显。

5.3 冠心病心肌梗死案

患者,男,51 岁,2012 年 10 月 10 日初诊。主诉:反复胸痛 6 年。2006 年患者开始出现活动、劳累、饱餐后胸痛,诊为冠心病不稳定型心绞痛,高血压病,2 型糖尿病。先后于 2006、2009、2011 年行经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术,共植入支架 10 枚,但胸痛仍反复发作。2012 年 5 月行冠状动脉搭桥术(LIMA-LAD, AO-D-PLA),同年 9 月又行经皮冠状动脉腔内血管成形术,术后规律服用阿司匹林肠溶片 100 mg、每日 1 次,阿托伐他汀钙片 20 mg、每日 1 次,倍他乐克片 47.5 mg、每日 1 次,卡托普利片 12.5 mg、每日 3 次,波立维 75 mg、每日 1 次,胸痛无明显缓解。刻诊:心前区刺痛,胸痛彻背,活动、劳累、饱餐后加重,持续 5~7 min,每日发作 10 余次,伴头颈项部不适,咽喉部紧张,胸闷,周身乏力甚,休息及含服硝酸甘油后可缓解,服用速效救心丸无效。纳可,眠差,腹胀,大便干结。心率 80 次/min,心律齐,血压 160/100 mmHg。舌暗红、苔白腻,脉细无力。中医诊断:胸痹心痛,证候要素诊断:气虚、血瘀、痰浊、气滞、肾虚。西医诊断:冠心病不稳定型心绞痛,心功能 II 级(NYHA 分级),高血压 2 级(极高危),2 型糖尿病。治疗以益气、活血、化痰、行气为主,处以通窍活血汤合补中益气汤加减。处方:黄芪 30 g,党参 20 g,白术 10 g,茯苓 20 g,陈皮 10 g,当归 10 g,南柴胡 15 g,升麻 10 g,防风 10 g,赤芍 20 g,山楂 30 g,神曲 30 g,香附 10 g,川芎 10 g,巴戟天 15 g,山萸肉 10 g,肉苁蓉 20 g,瓜蒌 15 g,炙甘草 10 g。合用麝香 1 g、紫河车 10 g(患者自备,打粉)冲服。7 剂,

每日 1 剂,水煎分 2 次口服。

以上方加减间断服药 1 年后,患者胸痛明显缓解,仅于剧烈活动后发作,每次发作 2~3 min 可自行缓解,约每周发作 1 次,胸闷、头痛、咽喉部紧张感消失。纳可,眠佳,二便调。舌暗红、苔白,脉弦细。后患者间断复诊,守上方随症加减。2016 年 6 月 8 日行冠状动脉 CTA 示:冠状动脉搭桥术后,左乳内动脉-前降支桥血管通畅,远端吻合口未见狭窄,主动脉-对角支-后降支桥血管通畅,远端吻合口未见狭窄;右冠状动脉支架植入术后,支架内可疑低密度影,支架以远管腔充盈欠佳;左主干至前降支支架植入术后,支架内见低密度影,支架以远管腔充盈欠佳;回旋支纤细,回旋支近段管壁钙化,以远管腔充盈尚可。此后间断于门诊服药,患者自诉胸痛消失。

按语:该患者植入支架共 12 枚,行冠状动脉搭桥术 1 次,多次球囊扩张,仍胸痛不解,临床辨证候要素为气虚、血瘀、痰浊、气滞、肾虚,处以通窍活血汤合补中益气汤加减。通窍活血汤为活血化瘀的经典名方,而补中益气汤则为益气补虚的代表方,两方联合共奏益气活血之功。针对治疗后患者心绞痛发作频率、疼痛程度及持续时间均明显降低,桥血管(AO-D-PLA 静脉桥开口处)由闭塞转为通畅,生活质量显著改善,病情控制平稳。

6 小结

冠心病作为心血管疾病的首要死因,其康复治疗对于降低临床发病率和致死率,提高患者生活质量,改善患者体能、生理和心理等方面具有重要的现实意义。临床上根据患者所处病程阶段和病情轻重,可以在各个康复期分别选择不同的中医药康复方法和措施。我们发现,在冠心病的中医康复治疗中,采用基于证候要素的冠心病病证结合康复方法,针对证候要素及早运用中医药进行干预,可在冠心病的“未病先防”(一级预防)以及“既病防变”(二级预防)方面发挥重要作用。

参考文献

- [1] ROTH GA, JOHNSON C, ABAJOBIR A, et al. Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases for 10 causes, 1990 to 2015 [J]. J Am Coll Cardiol 2017, 70 (1): 1-25.
- [2] BENJAMIN EJ, VIRANI SS, CALLAWAY CW, et al. Heart disease and stroke statistics-2018 update: a report from the American Heart Association [J]. Circulation, 2018, 137 (12): e67-e492.

- [3] KWOK CS, KHAN MA, RAO SV, et al. Access and non-access site bleeding after percutaneous coronary intervention and risk of subsequent mortality and major adverse cardiovascular events: systematic review and meta-analysis [J]. Circ Cardiovasc Interv 2015, 8(4): pii: e001645. doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.114.001645.
- [4] AVDAGIC H, IVELJIC I, JAHIC E, et al. New-onset atrial fibrillation after percutaneous coronary intervention or coronary artery bypass grafting for left main disease [J]. Med Glas (Zenica) 2019, 16(2): doi: 10.17392/1014-19.
- [5] VEENSTRA M, PETTERSEN KI, ROLLAG A, et al. Association of changes in health-related quality of life in coronary heart disease with coronary procedures and socio-demographic characteristics [J]. Health Qual Life Outcomes 2004, 2: 56.
- [6] 中华医学会心血管病学分会, 中国康复医学会心血管病专业委员会, 中国老年学学会心脑血管病专业委员会. 冠心病康复与二级预防中国专家共识 [J]. 中华心血管病杂志, 2013, 41(4): 267-275.
- [7] SUAYA JA, STASON WB, ADES PA, et al. Cardiac rehabilitation and survival in older coronary patients [J]. Am Coll Cardiol 2009, 54(1): 25-33.
- [8] 郭媛, 杨天, 许丹焰, 等. 心脏康复措施的现状及研究进展 [J]. 中国动脉硬化杂志, 2013, 21(7): 668-672.
- [9] 陆晓, 郑瑜. 冠心病康复治疗 [J]. 中国实用内科杂志, 2012, 32(9): 656-659.
- [10] 郭子光. 中国古代的康复医学 [J]. 上海中医药杂志, 1988(4): 36-38.
- [11] 汤艳莉, 王阶. 证候要素理论及临床应用进展 [J]. 中国中医药信息杂志 2009, 16(9): 97-99.
- [12] 王阶, 李军, 姚魁武. 冠心病心绞痛证候要素与应证组合研究 [N]. 中国中医药报 2006-10-30(004).
- [13] 王阶, 姚魁武, 邢雁伟, 等. 冠心病病证结合临床研究与实践 [J]. 中医杂志 2015, 56(24): 2089-2092.
- [14] 王阶, 邢雁伟, 陈建新, 等. 复杂系统熵聚堆方法对 1069 例冠心病心绞痛证要素提取和应证组合规律研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 14(3): 211-213.
- [15] 邢雁伟, 王阶, 袁敬柏, 等. 采用聚类分析和对应相关方法研究 1069 例冠心病心绞痛证候应证组合规律 [J]. 中华中医药杂志 2007, 22(11): 747-750.
- [16] 李军, 王阶. 冠心病心绞痛证候要素与应证组合的 5099 例文献病例分析 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(12): 926-927, 930.
- [17] 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.
- [18] 王阶, 邢雁伟. 冠心病心绞痛主要证型的辨证诊断标准 [J]. 中国中西医结合杂志 2018, 38(2): 154-155.
- [19] 王阶. 冠心病心绞痛介入前后中医诊疗指南 [J]. 中国

实验方剂学杂志 2018 24(15) : 4-6.

[20]王阶,陈光.冠心病稳定型心绞痛中医诊疗专家共识[J].中医杂志 2018 59(5) : 447-450.

[21]王阶,姚魁武,李军,等.冠心病“痰瘀滞虚”病机及临床研究[J/OL].中国中西医结合杂志. [2019-08-08]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2787.R.20190122.0918.002.html>.

[22]王阶,邢雁伟,姚魁武,等.冠心病“痰瘀滞虚”理论内

涵与外延[J].中医杂志 2019 60(4) : 280-284.

[23]熊兴江.方证对应理论及其在冠心病心绞痛临床研究中的运用[D].北京:中国中医科学院 2010.

[24]王阶,熊兴江,何庆勇,等.方证对应内涵及原则探讨[J].中医杂志 2009 50(3) : 197-199.

[25]王师菡,王阶,李霁,等.丹蒞片治疗痰瘀互阻型冠心病心绞痛的疗效评价[J].中国中西医结合杂志 2012, 32(8) : 1051-1054.

Thought and Practice of Traditional Chinese Medicine Rehabilitation in the Treatment of Coronary Heart Disease

WANG Jie , XIONG Xingjiang , DONG Yan , LI Hongzheng

(Guang'anmen Hospital , China Academy of Chinese Medical Sciences , Beijing 100053)

ABSTRACT It is a new opportunity and challenge to change the traditional treatment concept , focus on the primary prevention of coronary heart disease , emphasize the rehabilitation treatment of coronary heart disease angina pectoris , coronary artery intervention/bypass surgery , myocardial infarction and coronary heart disease complications. Traditional Chinese medicine (TCM) is good at overall treatment and “preventive treatment” , which can provide important guidance for rehabilitation treatment of coronary heart disease. In view of this , we should give full play to the traditional methods of health preservation and prevention in TCM , adopt the idea of treating coronary heart disease based on syndrome elements combined with rehabilitation of traditional Chinese medicine , select different methods and measures of rehabilitation of traditional Chinese medicine in each rehabilitation period according to the stage and severity of patients' disease , and intervene with TCM as early as possible. It plays an important role in the prevention of coronary heart disease (primary prevention) and prevention of both diseases (secondary prevention) , so as to promote the clinical benefits of rehabilitation of coronary heart disease.

Keywords coronary heart disease; traditional Chinese medicine rehabilitation; combination of disease and syndrome; syndrome factors

(收稿日期: 2019-08-28; 修回日期: 2019-09-03)

[编辑: 崔京艳]

腰痛宁胶囊临床研究与应用征文通知

腰痛宁胶囊是颈复康药业集团有限公司生产的治疗腰腿痛的首选药品之一。为了总结腰痛宁胶囊多年来研究及临床应用经验,更好地指导临床用药,中医杂志社与颈复康药业集团有限公司联合主办此次有奖征文活动,现将有关事项通知如下。

一、征文内容: 1. 腰痛宁胶囊治疗腰椎间盘突出症、坐骨神经痛、腰肌劳损、腰肌纤维炎、风湿性关节痛,症见腰腿痛、关节痛及肢体活动受限等病症的临床经验、体会与分析; 2. 腰痛宁胶囊临床用量、用法的研究与经验总结; 3. 腰痛宁胶囊组方研究、药理研究与探讨; 4. 腰痛宁胶囊临床扩大应用范围的探讨与研究; 5. 名医名家应用腰痛宁胶囊治疗腰椎间盘突出症等腰腿痛经验总结与分析; 6. 包括但不限于以上内容文章。

二、征文要求: 1. 来稿未公开发表,字数不低于 3000 字,并附单位介绍信; 2. 文章中涉及到的计量单位、实验数据等须采用法定标准方法表示; 3. 文题下署作者姓名、单位、通讯地址、邮编、联系电话等,请以 Word 形式投送电子稿件,不接受纸质投稿。

三、奖励办法: 由全国中医药界知名专家组成评审委员会,将评出一等奖 1~2 篇,每篇奖励 5000 元; 二等奖 5~10 篇,每篇奖励 4000 元; 三等奖 10~15 篇,每篇奖励 3000 元; 优秀奖若干篇,每篇奖励价值 500 元的精美礼品一份。获奖者将获得由主办单位颁发的获奖证书、奖金或礼品,获奖文章达到刊用标准者将在《中医杂志》等期刊上发表,其他获奖文章达到标准者将在《中医杂志》增刊发表,并赠送样刊 1 册。评选结果将在颈复康药业集团有限公司官网、《中医杂志》《中国医药报》《中国中医药报》等媒体上公布。主办单位将邀请部分获奖者免费参加颁奖大会及学术交流会与知名专家现场交流。颁奖大会具体时间、地点另行通知。

本次征文不收取任何费用,来稿请于 2019 年 12 月 31 日前发至邮箱: jtcmm@163.com。联系地址: 北京市东直门内南小街 16 号中医杂志社,联系人: 22 号编辑,邮编: 100700,电话: (010) 64035632。