

ICS **. **. **
C**



团体标准

T/CACM ****—20**

慢性心力衰竭治未病干预方案

Preventive intervention program for chronic heart failure

(文件类型：征求意见稿)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前 言	I
引 言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	2
4 流行病学特点	4
5 病因病机	5
6 筛查	5
6.1 慢性心力衰竭诊断	6
6.2 慢性心力衰竭 B 期辨证分型	7
6.3 慢性心力衰竭 C 期辨证分型	8
7 干预	9
7.1 未病先防：慢性心力衰竭 B 期（心衰前期）	9
7.1.1 高血压性心脏病	9
7.1.2 冠心病	11
7.2 既病防变：慢性心力衰竭 C 期（临床心衰阶段）	16
7.2.1 西医治疗	16
7.2.2 中医药治疗	17
7.3 瘥后防复：慢性稳定性心衰的管理	21
7.3.1 随访频率和内容	21
7.3.2 多学科管理方案	21
7.3.3 生活方式管理	21
7.3.4 健康教育	21
7.3.5 远程监控	21
7.3.6 心力衰竭中心的作用	21
7.3.7 中医药特色干预	21
8 随访、监测	23
8.1 一般性随访内容	23
8.2 重点随访内容	23
8.3 动态监测	23
附录名称	24
A.1 指南工作结构	24
A.2 信息资源	25
A.3 临床证据的检索策略方法	25
A.4 证据强度和质量评价	26
A.5 证据分级与推荐强度标准	26
参考文献	84

前 言

本方案参照GB/T1.1—2020《标准化工作导则第1部分:标准化文件的结构和起草规则》规定的起草。

请注意本方案的某些内容可能涉及专利。本方案的发布机构不承担识别专利的责任。

本方案由中国中医科学院西苑医院提出。

本方案由中华中医药学会归口。

本方案起草单位(按单位名称首字笔画排序):上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、广州中医药大学第一附属医院、广东省中医院、广西中医药大学第一附属医院、天津中医药大学第一附属医院、中国中医科学院西苑医院、中国中医科学院广安门医院、长春中医药大学第一附属医院、北京大学第一医院、北京中医药大学循证医学中心、北京中医药大学东直门医院、安徽中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、首都医科大学附属北京中医医院、南京中医药大学附属医院、浙江省中医院、新疆维吾尔自治区中医医院。

本方案指南指导组:陈可冀、霍勇、刘建平。

本方案主要起草人:徐凤芹,毛静远,胡元会

本方案指南专家组(按姓氏笔画排序):毛静远、毛威、邓悦、卢健棋、朱明军、安冬青、李立志、刘红旭、刘龙涛、刘玥、张敏州、陈晓虎、冼绍祥、林谦、胡元会,徐凤芹、高蕊、符德玉、戴小华

本方案指南工作组(按姓氏笔画排序):付长庚、戎光、刘艳飞、辛莉、张颖、张萍、张艳虹、赵阳、赵俊男、梅俊、惠稼祺、漆仲文

引 言

慢性心力衰竭（chronic heart failure, CHF）是由于心脏结构或功能异常导致心室充盈或射血能力受损所致的一组复杂临床综合征，各种心脏疾病的终末阶段均会不同程度的导致心力衰竭的发生，包括冠心病、高血压、心律失常、心脏瓣膜病、心肌病等，这其中又以冠心病、高血压所占比例最高。随着我国经济社会的不断发展和医疗卫生条件的逐步改善，人均寿命不断延长，心血管病患者的存活率不断增加，老年人群心力衰竭患病率显著高于中青年，因此，在可预测的未来，慢性心力衰竭的患病率将显著增加。同时，流行病学研究显示，慢性心力衰竭5年存活率与恶性肿瘤相仿，是全球范围内危害最大的心血管疾病之一^[1]。

《黄帝内经》有云：“上工治未病，不治已病，此之谓也”，慢性心力衰竭的远期预后一般较差，因此，在慢性心衰的早期进行有效的预防其意义远大于终末期的治疗，而慢性心力衰竭的分期干预与中医“治未病”理论中“未病先防、已病防变、瘥后防复”三个主要阶段的主旨不谋而合。2021年3月，美国心力衰竭学会、欧洲心脏病学会心力衰竭协会、日本心力衰竭学会发布了共同撰写的《心力衰竭的通用定义和分类》，A期定义为心衰风险期，该期侧重于高血压、动脉粥样硬化、糖尿病等风险因素的干预；而B期定义为心衰前期，即存在左心室肥厚、室壁运动异常等结构性心脏病或心脏功能异常，但目前或既往无心衰症状或体征；C期即心衰期，目前或既往存在由心脏结构和（或）功能异常引起的心衰症状和（或）体征，D期为晚期心力衰竭，或难治性心力衰竭，A期的干预主要围绕危险因素的干预，可参考相关标准或指南、共识进行慢性心力衰竭治未病干预，同时，对于D期难治性心力衰竭乃至心力衰竭急性加重期而言，其干预目前主要以西医治疗为主，中医主要是预防慢性心力衰竭向D期演变，对D期本身的治未病干预效果较为有限。

因此，本干预方案将充分结合循证医学证据及专家经验，主要针对慢性心力衰竭B期及C期患者，通过治未病理论的三个主要阶段即未病先防、已病防变、瘥后防复，在慢性心力衰竭B期、C期进行行之有效的干预，在西医常规治疗的基础上，通过中药、中医非药物治疗、运动、饮食、心理干预，即中西医结合“五位一体”干预体系，延缓乃至阻止高血压性心脏病、冠心病患者心力衰竭的发生、

防止已经出现心衰症状的患者病情进一步进展、降低慢性心力衰竭患者急性加重
的发生率以及再住院率，从而改善心力衰竭患者的远期预后。

中华中医药学会团体标准
公开征求意见稿

慢性心力衰竭治未病干预方案

1 范围

本《指南》目标：规定了中医关于慢性心力衰竭治未病的术语、定义、适用人群、指导原则、康复指导、注意事项等。

本《指南》目的：为各级医院及社区诊疗中心的中医医师、中西医结合医师、西医医师提供慢性心力衰竭治未病的可参考标准。

本《指南》适用人群：慢性心力衰竭B/C期和/或心力衰竭稳定期患者。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

- GB/T12346-2006 经穴名称与定位
- GB/T13016 标准体系表编制原则和要求
- GB/T13017 标准化工作指南
- GB/T20348-2006 中医基础理论术语
- GB/T16751.1-1997 中医临床诊疗术语（疾病部分）
- GB/T16751.2-1997 中医临床诊疗术语国家标准（证候部分）
- ZY / T001.1-94 中医病证诊断疗效标准
- 慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识（2016，中国中西医结合杂志）
- 中国心力衰竭诊断和治疗指南（2018，中华心血管病杂志）
- 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 (2022, J Am Coll Cardiol)
- 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC (2021, European Journal of Heart

Failure)

3 术语和定义

3.1 慢性心力衰竭的定义

心力衰竭是因心室充盈或射血的任何结构或功能受损所致的一种复杂的临床综合征，是各种心脏疾病终末阶段的临床表现。根据心力衰竭（简称“心衰”）发生的时间、速度、严重程度分为慢性心衰和急性心衰，在原有慢性心脏疾病基础上逐渐出现心衰症状和体征的为慢性心衰。慢性心衰的症状、体征稳定1个月以上者称为慢性稳定性心衰。慢性稳定性心衰恶化称为失代偿性心衰，如失代偿突然发生则称为急性心衰。

中医学的“心衰病”与之相对应，临床可表现心悸、喘憋、水肿等。

3.2 慢性心力衰竭分期及分级标准

3.2.1分期标准：2022 ACC/AHA/HFSA心力衰竭管理指南将心力衰竭的发生发展分为4期：

A期：心衰风险期，患者有心衰的危险因素，但无心衰症状，没有结构性心脏病无提示心肌牵张或损伤的心脏生物标记物。患者存在高血压、动脉粥样硬化性心血管疾病、糖尿病、代谢综合征或肥胖、接触心脏毒性药物、心肌病遗传变异或阳性家族史。

B期：心衰前期，患者没有心衰的症状，但是存在以下任意1项情况：结构性心脏病，包括左心室或右心室收缩功能下降、心肌肥厚、心腔扩大、室壁运动异常、瓣膜性心脏病等；存在心室充盈压力增加的证据，包括通过有创血流动力学检查、通过无创超声心动图检查发现；存在A期的危险因素并伴有B型利钠肽水平升高或者心肌肌钙蛋白水平持续性升高，同时无导致此类生物标记物水平升高的其他病因，如急性冠脉综合征、慢性肾脏病、肺栓塞或心肌炎、心包炎。

C期：症状性心衰，患者现有或曾有心衰症状。

D期：晚期心衰，尽管按照指南指导的药物进行治疗，但仍有影响日常生活的心衰症状并反复住院。

3.2.2分级标准：按照美国纽约心脏学会（NYHA）1994年修订的心功能分级标准

I级：体力活动不受限，日常活动不引起明显的疲乏、气促或心悸，属于心功能代偿期。

II级：体力活动轻度受限，静息时无症状，日常活动可引起疲乏、气促、心悸或心绞痛，称为轻度（或者I度）心力衰竭。

III级：体力活动明显受限，静息时仍可无症状，但轻于日常的活动便可引起上述各种症状，称为中度（或II度）心力衰竭。

IV级：已不能做任何体力活动，静息时也有上述症状，轻微体力活动即可使症状加重，称为重度（或III度）心力衰竭。

3.3 慢性心力衰竭C期按左心室射血分数（LVEF）分类标准

射血分数降低的心衰（HFrEF）：LVEF \leq 40%；

射血分数改善的心衰（HFimpEF）：既往LVEF \leq 40%，后续检查LVEF $>$ 40%；

射血分数轻度降低的心衰（HFmrEF）：LVEF 41%-49%，且有证据表明左室充盈压增加；

射血分数保留的心衰（HFpEF）：LVEF \geq 50%，且有证据表明左室充盈压增加。

3.4 慢性心力衰竭的防治与中医“治未病”

3.4.1 未病先防

未病先防是指在人体未发生疾病之前，采取各种预防措施，以防止疾病的发生，其旨在提高抗病能力，防止病邪侵袭，在本方案中，未病先防阶段针对慢性心力衰竭B期患者，围绕高血压性心脏病、冠心病造成的心脏结构改变，但未出现心衰临床症状体征，对可能引发心衰的各种危险因素、不良行为采取适宜措施，进行纠正；依据患者个体基础疾病，规范药物治疗，预防出现心脏结构性异常和心衰临床症状。

3.4.2 既病防变

既病防变是指在疾病发生以后，早期诊断、早期治疗，以防止疾病的发展与传变，在本方案中，既病防变针对的是已经进展到心力衰竭C阶段的患者，综合评价患者心脏能够耐受的的活动量和容量负荷，给予运动及饮食指导，完善心衰的中西结合基础药物治疗，定期评估，预防失代偿心衰的发生。在“既病防变”阶段针对慢性心力衰竭C期患者，围绕临床出现心衰症状体征患者进行治未病干预，以提升中医治未病诊疗水平，发挥中医药防治慢性心力衰竭的特色和优势。

3.4.3 瘥后防复

瘥后防复是“治未病思想”的重要组成部分，简而言之即除邪务尽，防止疾病复发，具体来讲是指经过合理治疗后，病情得到有效控制，处于缓解阶段，应采取相应措施，预防疾病复发，在本方案中，在瘥后防复阶段主要开展心衰患者预后管理，慢性失代偿心力衰竭患者，经过规范的中西结合综合调治，心衰症状得以减缓，心功能得到一定程度的改善，病情趋于稳定的阶段，做好患者管理，指导患者控制体重、适当运动、合理膳食、规律用药、定期随访、监测理化指标、及时调整治疗方案，预防心衰失代偿的发生。

3.5 情志调摄

情志调摄是指医者通过语言、举止或其它手段，对患者的认知、情绪、行为等产生影响，从而改善或消除病态心理，以促进心身疾病康复的方法。焦虑、紧张、激动、恐惧、抑郁、过度思虑等不良情绪，均会影响患者神经内分泌功能，使交感神经张力增加，心率加快或心律失常，心脏氧耗增加，从而诱发心衰。，因此，发挥中医特色，辨证施治，采用五音疗法、养生功法、中药茶饮等手段，配合心理疏导，减轻患者的对疾病的恐惧和焦虑，保持心态平和，改善气血循行，恢复机体阴阳平衡状态，是慢性心力衰竭治未病的重要手段之一。

3.6 起居调理

起居调理是指在明确调理对象的主要中医类型后,制定相应的病证结合调理方案,对调理对象予以日常作息规律的指导,顺应自然规律,合理作息。例如,居室环境温度、湿度适宜,可有效防止上呼吸道感染诱发心衰发作,另外,保证病人夜间睡眠充足,适度活动、避免病人过度劳累同样重要,如患者心衰较重,高枕或半卧位姿势睡眠更有助于改善症状。

3.7 饮食调理

饮食调理是指运用科学健康的饮食指导来帮助患者改变不健康的饮食结构,做到饮食均衡合理,从而更有效地摄入饮食营养而使身体更健康。慢性心衰患者免疫力下降、容量负荷重,更要注意营养结构。对水肿者,应限制水和钠盐的摄入,注意日常饮食以低热量、清淡易消化的食物为主,并摄入足量的维生素和碳水化合物,少食多餐。虚者可进食大枣、莲子、百合等补益之品,另外饮食应有节制,宜清淡可口,忌食辛辣、醇酒、咖啡之品。

3.8 运动康复

运动康复是指针对特定的治疗目标,利用器械、徒手,或者患者自身力量,通过主动或被动的运动方式,使患者获得全身,或局部运动功能、感觉功能恢复的训练方法。运动能够调理全身气血运行,不同的体质应根据辨证分型从而采取不同的康复运动,通过正确的运动方式不仅能够强身健体,还能够调节不良的情绪心态。在心脏康复中,运动康复是慢性心力衰竭患者有效的二级预防措施,其效果主要包括:提高运动耐力、改善内皮功能、降低交感神经张力、提高骨骼肌肌力和耐力,提高射血分数、改善心室重构及左室舒张末期容量等。

3.9 方药调治

方药调治是指应用中药的四气五味、君臣佐使等特性与法则,对人体进行干预调节以维护和促进健康、防治疾病。本方案中即运用中药汤剂、中成药等对慢性心力衰竭B/C期患者进行中药辨证分型论治,以期在未病先防、既病防变、瘥后防复三个主要阶段进行有效防治。

3.10 中医非药物治疗

中医非药物治疗是指运用除口服药物以外的方法,如推拿、针刺、艾灸、敷贴、足浴等有中医特色的非药物治疗手段,通过刺激人体的经络、穴位、皮肤、肌肉、筋骨等达到防病治病的目的,具有安全有效、成本低廉、简便易学的特点。中医非药物治疗法现已广泛应用于慢性心力衰竭的中医药防治,其具有良好的安全性和有效性,有助于提高患者运动耐量和生存质量。

4 流行病学特点

心力衰竭是全球范围内造成心血管疾病患者死亡的重要原因之一,目前全球约有 6430 万心力衰竭患者^[2]。在发达国家,心力衰竭的患病率约占成年人口的 1%到 2%^[3]。有调查分析了 2012-2015 年入选的 22158 名居民,发现在≥35 岁的成年人中,加权后心力衰竭的患病率为 1.3%,较 2000 年增加了 44%。射血分数保留心力衰竭、射血分数中间值心力衰竭和射血分数降低心力衰竭的患病率分别为 0.3%、0.3%和 0.7%^[4]。《中国心血管健康与疾病报告

2020》公布的数据显示，中国现有心力衰竭患者已达 890 万，心力衰竭患病率和死亡率仍处于上升阶段^[5]。中国现有冠心病 1139 万，高血压 2.45 亿，均为心力衰竭的高危人群，中国高血压调查（CHS）研究结果显示，≥35 岁的成年人患心脏病率 1.3%，左心室收缩功能障碍患病率 1.4%，中度或重度左心室舒张功能障碍患病率 2.7%^[5]。China-HF 研究入选的 2012 年 1 月至 2015 年 9 月全国 132 家医院 13687 例心力衰竭患者中，住院心力衰竭的病死率为 4.1%^[6]，高血压（50.9%）、冠心病（49.6%）及心房颤动（24.4%）是目前中国心力衰竭患者的主要合并症。心力衰竭患者病情重、医疗费用高，在严重威胁人们的身体健康的同时，也加重了公共卫生领域的经济负担。

5 病因病机

心衰的基本中医证候特征为本虚标实、虚实夹杂。本虚以气虚为主，常兼有阴虚、阳虚；标实以血瘀为主，常兼痰、饮等，每因外感、劳累等加重。本虚是心衰的基本要素，决定了心衰的发展趋势；标实是心衰的变动因素，影响着心衰的病情变化，本虚和标实的消长决定了心衰发展演变。心衰的病位主要在心，与肺、脾、肾三脏功能失调有关。心衰的发病机理主要是心气、心阳不足，脾肾阳虚为本；痰饮、水湿、瘀血为标。其分证病机如下：

1. **久病脏衰** 素体禀赋虚弱，病后失调，或劳倦过度，正气受损，致心肺气虚、脾肾阳虚而发为心衰。心气不足，则行血无力，血瘀水停，水困阳弱，则心阳亦虚，阳虚无以制水；另外肺虚不能通调水道，脾虚不能运化水湿，肾虚气化失司，则水湿停留，水气凌心而致心衰。
2. **复感外邪** 脏腑虚衰，易感外邪。风寒湿之气杂至，合而为痹，脉痹不已，复感于邪，内舍于心，心君受邪，血脉失运；或久病及心，心脏衰弱，复因外邪侵袭，发为心衰。
3. **痰阻水停** 肺脾肾三脏功能失调，水液代谢失衡，痰饮停于心则心悸气短、水肿。
4. **瘀血阻滞** 心气不足，血脉不畅，气结血滞成瘀，瘀阻心脉则发为心悸，血不利则为水，出现水肿，日久则为癥积、痞块。

6 筛查

“未病先防”阶段针对慢性心力衰竭 B 期患者，围绕高血压性心脏病、冠心病造成的心脏结构改变，但未出现心衰临床症状体征，形成针对性的“五位一体”的干预方式；在“既病防变”阶段针对慢性心力衰竭 C 期患者，围绕临床出现心衰症状体征患者进行治未病干预，以提升中医治未病诊疗水平，发挥中医药防治慢性心力衰竭的特色和优势。在“瘥后防复”阶段开展心衰患者预后管理，制定患者随访的具体内容，多学科管理方案、生活方式管理、健康教育、心理教育、运动康复、远程动态监测及国家心衰中心的指导作用，最后引入中医的非药物疗法：针灸、耳穴、养生功法。

6.1 慢性心力衰竭诊断

目前,慢性心力衰竭西医诊断参考2019年我国发布的《慢性心力衰竭基层诊疗指南(2019年)》^[7],以及2018年发布的《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》^[8],CHF属中医的心衰病范畴。慢性心力衰竭常见的症状为劳力性呼吸困难、夜间阵发呼吸困难、端坐呼吸、运动耐量降低、疲劳、夜间咳嗽、腹胀、纳差等。主要体征有颈静脉怒张、肺部啰音、第三心音(奔马律)、肝颈静脉回流征阳性、下肢水肿等。此外,患者心率增快、体重短期内明显增加、尿量减少、入量大于出量等症状,对于判断早期心衰形成具有临床意义。

《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》给出了对于慢性心衰的诊断流程图:根据病史、体格检查、心电图、胸片判断有无心衰的可能性;然后,通过利钠肽检测和超声心动图明确是否存在心衰,再进一步确定心衰的病因和诱因;最后,还需评估病情的严重程度及预后,以及是否存在并发症及合并症。

6.1.1. 临床表现

(1) 临床症状:心衰常见的症状为劳力性呼吸困难、夜间阵发呼吸困难、端坐呼吸、运动耐量降低、疲劳、夜间咳嗽、腹胀、纳差等。

(2) 体征:心衰主要体征有颈静脉怒张、肺部啰音、第三心音(奔马律)、肝颈静脉回流征阳性、下肢水肿等。

(3) 早期识别心衰:原心功能正常或慢性心衰稳定期患者出现原因不明的疲乏或运动耐力明显减低,以及心率增加15—20次/min,可能是左心功能降低或心衰加重的早期征兆。心衰患者体重增加可能早于显性水肿出现,观察到患者体重短期内明显增加、尿量明显减少、入量大于出量提示液体潴留。

6.1.2. 辅助检查

(1) 心电图:心衰患者存在不同程度的心电图异常。对怀疑存在心律失常或无症状性心肌缺血时应行24小时动态心电图。

(2) X线胸片:可提供肺淤血/水肿和心脏增大的信息,但X线胸片正常并不能除外心衰。

(3) 血浆利钠肽[B型利钠肽(BNP)或N末端B型利钠肽原(NT-proBNP)]测定:可用于因呼吸困难而疑为心衰患者的诊断和鉴别诊断。在慢性心衰的临床应用中,BNP/NT-proBNP用于排除心衰诊断价值更高。排除慢性心衰诊断的界值:BNP<35ng/L,NT-proBNP<125ng/L,在此范围内,心衰诊断的可能性非常小。

经胸超声心动图:是评估心衰患者心脏结构和功能的首选方法,可提供房室容量、左右心室收缩和舒张功能、室壁厚度、瓣膜功能和肺动脉高压的信息。

其他检查:实验室检查、心脏磁共振(cardiac magnetic resonance, CMR)、冠状动脉造影、负荷超声心动图、核素心肌灌注、心肌活检、基因检测、6min步行试验和心肺运动试验等有助于进一步明确诊断和评估。

6.2 慢性心力衰竭 B 期辨证分型

6.2.1 高血压心脏病辨证分型

根据卫生部药政局于 1988 年制定了《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》和 2019 年发布的高血压中医诊疗共识将高血压病的中医辨证分型确定为：肝阳上亢证、痰饮内停证、阴阳两虚证、肾阴亏虚证、瘀血内停证 5 个证型。

6.2.1.1 肝阳上亢证

主要表现为眩晕耳鸣，头痛，头胀，劳累及情绪激动后加重，颜面潮红，甚则面红如醉，脑中烘热，肢麻震颤，目赤，口苦，失眠多梦，急躁易怒，舌红，苔薄黄，脉弦数，或寸脉独旺，或脉弦长，直过寸口。

6.2.1.2 痰饮内停证

主要表现为眩晕，头重，头昏沉，重如物裹，头痛，视物旋转，胸闷心悸，胃脘痞闷，恶心呕吐，食少，多寐，下肢酸软无力，下肢轻度水肿，按之凹陷，小便不利，大便或溏或秘，舌淡，苔白腻，脉濡滑。

6.2.1.3 阴阳两虚证

主要表现为头晕，畏寒肢冷，腰膝酸软，夜尿频，五心烦热，气短，脉弱，舌淡红，苔白，脉沉细。

6.2.1.4 肾阴亏虚证

主要表现为眩晕，视力减退，两目干涩，健忘，口干，耳鸣，神疲乏力，五心烦热，盗汗，失眠，腰膝酸软乏力，遗精，舌质红，少苔，脉细数。

6.2.1.5 瘀血内停证

主要表现为眩晕，头痛，兼见健忘，失眠，心悸，精神不振，耳聋耳鸣，面唇紫暗，舌暗有瘀斑，脉涩或细涩。

6.2.2 冠心病中医辨证分型

根据中华中医药学会 2019 年发布的《冠心病稳定型心绞痛中医诊疗指南》可将冠心病的中医辨证分型确定为：心血瘀阻证、气滞血瘀证、痰浊闭阻证、寒凝心脉证、气虚血瘀证、气阴两虚证、心肾阴虚证及心肾阳虚证 8 个证型。

6.2.2.1 心血瘀阻证

主要表现：胸痛以固定性疼痛为特点，症见面色紫暗，肢体麻木，口唇紫暗或暗红。舌质暗红或紫暗，舌体有瘀点瘀斑，舌下静脉紫暗，脉涩或结代。

6.2.2.2 气滞血瘀证

主要表现：胸痛以胸闷胀痛、多因情志不遂诱发为特点，症见善太息，脘腹两胁胀闷，得嗳气或矢气则舒。舌紫或暗红，脉弦。

6.2.2.3 痰浊闭阻证

主要表现:胸痛以胸闷痛为特点,症见痰多体胖,头晕多寐,身体困重,倦怠乏力,大便黏腻不爽。舌苔厚腻,脉滑。

6.2.2.4寒凝心脉证

主要表现:胸痛以卒然心痛如绞、感寒痛甚为特点,症见形寒肢冷,冷汗自出,面色苍白,心悸气短。苔薄白,脉沉紧。

6.2.2.5气虚血瘀证

主要表现:胸痛以胸痛胸闷、劳则诱发为特点,症见气短乏力,身倦懒言,心悸自汗,面色淡白或晦暗。舌胖淡暗,脉沉涩。

6.2.2.6气阴两虚证

主要表现:胸痛以胸闷隐痛、遇劳则甚为特点,症见气短口干,心悸倦怠,眩晕失眠,自汗盗汗。舌胖嫩红少津,脉细弱无力。

6.2.2.7心肾阴虚证

主要表现:胸痛以疼痛时作时止为特点,症见腰膝酸软,心悸失眠,五心烦热,口燥咽干,潮热盗汗。舌红少苔,脉细数。

6.2.2.8心肾阳虚证

主要表现:胸痛以胸闷痛、遇寒加重为特点,症见畏寒肢冷,心悸怔忡,自汗神倦,面色白,便溏,肢体浮肿。舌淡胖、苔白,脉沉迟。

6.3 慢性心力衰竭C期辨证分型

参照《慢性心力衰竭中医诊疗专家共识》、《中药新药治疗心力衰竭临床研究指导原则》、《实用中医内科学》、《中医内科学》、《心力衰竭中西医结合研究基础与临床》^[9-13]。心衰中医证型可概括为气虚血瘀、气阴两虚血瘀、阳气亏虚血瘀3种基本证型,上述证型均可兼见痰饮证。

6.3.1 气虚血瘀证

主要表现:气短/喘息、乏力、心悸。次症:(1)倦怠懒言,活动易劳累;(2)自汗;(3)语声低微;(4)面色、口唇紫暗。舌质紫暗(或有瘀斑、瘀点或舌下脉络迂曲青紫),舌体不胖不瘦或边有齿痕,苔白,脉沉、细或虚无力。

6.3.2 气阴两虚血瘀证

主要表现:气短/喘息、乏力、心悸。次症:(1)口渴/咽干;(2)自汗/盗汗;(3)手足心热;(4)面色/口唇紫暗。舌质暗红或紫暗(或有瘀斑、瘀点或舌下脉络迂曲青紫),舌体瘦,少苔,或无苔,或剥苔,或有裂纹,脉细数无力或结代。

6.3.3 阳气亏虚血瘀证

主要表现:气短/喘息、乏力、心悸。次症:(1)怕冷和/ (或) 喜温;(2)胃脘/腹/腰/肢体冷感;(3)冷汗;(4)面色/口唇紫暗。舌脉:舌质紫暗(或有瘀斑、瘀点或舌下脉络迂曲青紫),舌体胖大,或有齿痕,脉细、沉、迟无力。

6.3.4 兼证

痰饮证：咳嗽/咯痰、胸满/腹胀、面浮/肢肿、小便不利。舌脉：舌苔润滑，或腻，或有滑脉。

7 干预

根据心力衰竭的发生发展，A 期为可能发生心衰的危险人群，其治未病方案可见于相应的指南；D 期为难治性心衰，往往需要住院治疗；因此，本项目力求形成关于心力衰竭 B 期与 C 期的一体化治未病干预方案，重点关注心衰前期的预防，积极防治慢性心力衰竭，做好慢性稳定性心衰的预后管理，做到未病先防、既病防变、瘥后防复。

7.1 未病先防：慢性心力衰竭 B 期（心衰前期）

本方案主要针对导致心力衰竭最常见的原因高血压性心脏病、冠心病进行干预。

7.1.1 高血压性心脏病

7.1.1.1 定义

高血压性心脏病（Hypertensive heart disease, HHD）是由于高血压长期控制不良，左心室负荷逐渐加重，左心室失代偿而逐渐肥厚和扩张而形成的器质性心脏病。如果高血压性心脏病控制不良，可引起心衰。

7.1.1.2 西医治疗

参考《2020 国际高血压实践指南》、《中国高血压防治指南 2018》

西药治疗原则：控制原发病，强调早期血压达标，改善心血管预后^[14-16]。

7.1.1.3 中医药治疗

根据卫生部药政局于 1988 年制定了《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》和 2019 年高血压中医诊疗共识^[17]可将高血压病的中医辨证分型确定为：肝阳上亢证、痰饮内停证、阴阳两虚证、肾阴亏虚证、瘀血内停证 5 个证型，分型辨治。

（1）辨证论治

①肝阳上亢证

中医治法平肝潜阳、补益肝肾

推荐意见① 中药汤剂建议使用天麻钩藤饮（1C）、龙胆泻肝汤（1B）、调肝降压方（2B）。

天麻钩藤饮方剂来源《中医内科杂病证治新义》：天麻、钩藤、石决明、山栀、黄芩、桑寄生、川牛膝、夜交藤、益母草、杜仲、朱茯神；龙胆泻肝汤方剂来源《医方集解》：龙胆草、黄芩、山栀子、泽泻、木通、车前子、当归、生地黄、柴胡、生甘草；调肝降压方方剂来源《中国百年百名中医临床家丛书（第二版）·内科专家卷：周次清》：柴胡、佛手、炒栀子、丹皮、菊花、钩藤；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：提高临床疗效，降低原发性高血压治疗后收缩压、舒张压。

推荐意见② 中成药可选择天麻钩藤颗粒(1C)、强力定眩片(2C)、松龄血脉康胶囊(1C)。

天麻钩藤颗粒药物组成：天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、川牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、夜交藤、茯神；用法用量：开水冲服。一次1袋，一日3次，或遵医嘱。

强力定眩片药物组成：天麻、杜仲、野菊花、杜仲叶、川芎；用法用量：口服。一次4-6片，一日3次，或遵医嘱。

松龄血脉康胶囊药物组成：鲜松叶、葛根、珍珠层粉；用法用量：口服。一次3粒，一日3次，或遵医嘱。

改善结局：提高临床治疗效果，降低焦虑抑郁评分，提高生活质量。

②痰饮内停证

中医治法化痰息风，健脾祛湿

推荐意见① 中药汤剂建议使用半夏白术天麻汤（1B）。

方剂来源《脾胃论》：黄柏、干姜、天麻、苍术、白茯苓、黄芪、泽泻、人参、白术、炒曲、半夏、大麦蘖面、橘皮；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可降低高血压患者的收缩压。

推荐意见② 心脉通胶囊（2B）

药物组成：当归、决明子、钩藤、牛膝、丹参、粉葛、槐米、毛冬青、夏枯草、三七；用法用量：口服。一次3粒，一日3次，或遵医嘱。

改善结局：可降低高血压患者的收缩压。

③阴阳两虚证

中医治法滋阴温阳

推荐意见① 中药汤剂建议使用地黄饮子（2C）。

方剂来源《圣济总录》：干地黄、巴戟天、山茱萸、肉苁蓉、石斛、炮附子、五味子、肉桂、白茯苓、麦门冬、石菖蒲、远志、生姜、大枣、薄荷；治疗期间可随症加减。用法用量：口服，每日1剂，水煎300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：使24h动态血压监测中各项指标趋于正常，亦能改善心率变异性相关指标，增强心脏自主神经系统功能。

④肾阴亏虚证

中医治法滋补肝肾，养阴填精

推荐意见①中药汤剂建议使用六味地黄丸（2C）。

方剂来源《小儿药证直诀》：熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、丹皮、茯苓；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：六味地黄丸能够更好降低收缩压与舒张压。

⑤瘀血内停证

中医治法祛瘀生新，活血通窍

推荐意见①中药汤剂建议使用通窍活血汤（2C）。

通窍活血汤方剂来源《医林改错》：赤芍、川芎、桃仁、红枣、红花、老葱、鲜姜、麝香；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可改善患者临床症状与心功能指标（BNP、左室功能），LVEF，降低血压。

（2）中医非药物治疗

运动能够改善血压水平已为现代临床研究所证实。传统的运动疗法也具有即刻降压及远期降压疗效。

推荐意见：有氧运动（1C）

以步行为主，15~30 分钟，3 次/周。

改善结局：有氧运动可以改善慢性心力衰竭 B 期（高血压心脏病）患者 NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径 LVEDd 及左心室收缩末期内径 LVEDs。

7.1.2 冠心病

冠心病所致心肌缺血、梗死及瘢痕形成是引起心衰的最常见原因，约占 46.8%。一项基于心梗数据采集系统（MIDAS）的研究发现，高血压、糖尿病、肾脏病史以及肺病史是心梗后心衰的危险因素，前壁心梗、合并慢性完全闭塞病变以及瓣膜反流的患者也是心梗后心衰的高危人群。

7.1.2.1 西医治疗

参考《稳定性冠心病基层诊疗指南（2020 年）》、《2019 ESC 慢性冠状动脉综合征指南》

常用药物选择：血管紧张素转化酶抑制剂（angiotensin converting enzyme inhibitors, ACEI）/血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（angiotensin II receptor antagonist, ARB）^[18-20]、β 受体阻滞剂^[21]、醛固酮受体拮抗剂^[22-23]、血管紧张素受体-脑啡肽酶抑制剂（angiotension receptor enkephalinase inhibitor, ARNI）^[24-27]、他汀类药物^[19]。

7.1.2.2 中医药治疗

根据中华中医药学会 2019 年发布的《冠心病稳定型心绞痛中医诊疗指南》，将冠心病的中医辨证分型确定为：心血瘀阻证、气滞血瘀证、痰浊闭阻证、寒凝心脉证、气虚血瘀证、气阴两虚证、心肾阴虚证及心肾阳虚证 8 个证型，分型辨治。

（1）辨证论治

①心血瘀阻证

中医治法：活血化瘀，通络止痛，

推荐意见①中药汤剂建议使用：冠心 2 号方（1B）

方剂来源《古今名方》：川芎、赤芍、红花、降香、丹参；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：有效改善临床症状，降低心绞痛发作频率，改善心电图缺血。

推荐意见②中成药：血府逐瘀胶囊（2D）、血塞通软胶囊（2B）、冠心舒通胶囊（2B）、乐脉颗粒（2B）。

血府逐瘀胶囊药物组成：桃仁(炒)、红花、赤芍、川芎、枳壳(麸炒)、柴胡、桔梗、当归、地黄、牛膝、甘草；用法用量：口服，一次 6 粒，一日 2 次，或遵医嘱。

血塞通软胶囊药物组成：三七总皂苷；用法用量：口服，每次 2 粒，每日 2 次，或遵医嘱。

冠心舒通胶囊药物组成：广枣、丹参、丁香、冰片、天竺黄；用法用量：口服，每次 3 粒，每日 3 次，或遵医嘱。

乐脉颗粒药物组成：丹参、川芎、赤芍、红花、香附、木香、山楂；用法用量：开水冲服，一次 1—2 袋，一日 3 次，或遵医嘱。

改善结局：提升心绞痛的治疗疗效，并有效减少治疗前后心绞痛发作的次数，提高患者心绞痛总有效率、心电图有效率，改善患者血脂和 hs-CRP 水平。

②气滞血瘀证

中医治法：行气活血，通络止痛

推荐意见①中药汤剂建议使用血府逐瘀汤（1C）

方剂来源《医林改错》：桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：改善心绞痛的发作次数、持续时间，减轻严重程度。

推荐意见②中成药：心可舒片（2B）、银丹心脑通软胶囊（1B）、麝香保心丸（2B）。

心可舒片药物组成：山楂、丹参、葛根、三七、木香；用法用量：口服，一次 4 粒，一日 3 次，或遵医嘱。

银丹心脑通软胶囊药物组成：银杏叶、丹参、灯盏细辛、绞股蓝、山楂、大蒜、三七、艾片；用法用量：口服，一次 2~4 粒，一日 3 次，或遵医嘱。

麝香保心丸药物组成：人工麝香，人参提取物，人工牛黄，肉桂，苏合香，蟾酥，冰片；用法用量：口服，一次 1~2 丸，一日 3 次，或遵医嘱。

改善结局：可降低心血管事件发生率，减少心绞痛发作次数，改善中医证候。

③痰浊闭阻证

中医治法：通阳泄浊，豁痰开结。

推荐意见①中药汤剂建议使用瓜蒌薤白半夏汤（1C）

方剂来源《金匱要略》：栝蒌实、薤白、半夏；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可有效改善冠心病心绞痛病人的心绞痛、心电图和中医症候疗效，且安全性较好。

推荐意见②中成药：丹蒺片（2B）

丹蒺片药物组成：瓜蒌皮、薤白、葛根、川芎、丹参、赤芍、泽泻、黄芪、骨碎补，郁金；用法用量：口服，一次5片，一日3次，或遵医嘱。

改善结局：可能减少心绞痛发作次数

④寒凝心脉证

中医治法：温经散寒，活血通痹。

推荐意见①中药汤剂建议使用宽胸丸（2D）

方剂来源《古今名方》：葶苈、高良姜、延胡索、檀香、细辛、冰片；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：改善心绞痛发作次数、程度、持续时间及硝酸甘油停减率。

推荐意见②中成药：冠心苏合丸（1B）、宽胸气雾剂（1C）。

冠心苏合丸药物组成：檀香、青木香、乳香、朱砂、冰片、苏合香；用法用量：每次1丸，一日三次，口含服或咀嚼后咽服，或遵医嘱。

宽胸气雾剂药物组成：细辛油、檀香油、高良姜油、葶苈油、冰片；用法用量：喷口对准口腔，喷2~3次，或遵医嘱。

改善结局：可明显改善患者中医症状，缓解心绞痛发作，提高临床疗效，并可降低患者血清Hcy和hs-CRP水平。

⑤气虚血瘀证

中医治法：益气活血，补虚止痛。

推荐意见①中药汤剂建议使用八珍汤加味（2C）

方剂来源《瑞竹堂经验方》：人参、白术、白茯苓、当归、川芎、白芍药、熟地黄、甘草；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日1剂，水煎300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可减少心绞痛发作次数、硝酸甘油用量及改善中医证候，

推荐意见②中成药：通心络胶囊（1B）、脑心通胶囊（2B）、麝香通心滴丸（2B）、血栓心脉宁片（2C）、养心氏片（2C）。

通心络胶囊药物组成：人参、水蛭、全蝎、赤芍、蝉蜕、土鳖虫、蜈蚣、檀香、降香，乳香（制），酸枣仁（炒），冰片；用法用量：口服，一次2—4粒，一日3次，或遵医嘱。

脑心通胶囊药物组成：黄芪、赤芍、丹参、当归、川芎、桃仁、红花、醋乳香、醋没药、鸡血藤、牛膝、桂枝、桑枝、地龙、全蝎、水蛭；用法用量：口服，一次2-4粒，一日3次，或遵医嘱。

麝香通心滴丸药物组成：人工麝香、人参茎叶总皂苷、蟾酥、丹参、人工牛黄、熊胆粉、冰片；用法用量：口服，一次 2 丸，一日 3 次，或遵医嘱。

血栓心脉宁片药物组成：川芎、丹参、水蛭、毛冬青、牛黄、麝香、槐花、人参茎叶皂苷、冰片、蟾酥；用法用量：口服，一次 2 片，一日 3 次，或遵医嘱。

养心氏片药物组成：黄芪、党参、丹参、葛根、淫羊藿、山楂、地黄、当归、黄连、延胡索(炙)、灵芝、人参、甘草(炙)；用法用量：口服，一次 2-3 片，一日 3 次，或遵医嘱。

改善结局：可减少心绞痛发作次数。

⑥气阴两虚证

中医治法：益气养阴，活血通络。

推荐意见①中药汤剂建议使用生脉散加味（2D）

方剂来源《医学启源》：人参、麦门冬、五味子；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：改善患者左心功能。

推荐意见②中成药：灯盏生脉胶囊（1B）、通脉养心丸（2B）、养心生脉颗粒（2C）。

灯盏生脉胶囊药物组成：灯盏细辛、人参、五味子、麦冬；用法用量：口服，一次 2 粒，一日 3 次，或遵医嘱。

通脉养心丸药物组成：地黄，鸡血藤，麦冬，甘草，制何首乌，阿胶，五味子，党参，醋龟甲，大枣，桂枝；用法用量：口服，一次 40 丸，一日 1~2 次，或遵医嘱。

养心生脉颗粒组成：人参、麦冬、丹参、五味子、龙眼肉、枸杞子、赤芍、牛膝、郁金、木香、佛手、茯苓、泽泻、甘草；用法用量：口服，一次 1 袋，一日 3 次。温开水冲服，或遵医嘱。

改善结局：改善心脏舒缩功能，提高其运动耐量。

⑦心肾阴虚证

中医治法：滋阴清热，养心安神。

推荐意见①中药汤剂建议使用左归饮（2D）

方剂来源《景岳全书》：熟地、山药、枸杞、炙甘草、茯苓、山茱萸；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：可缓解心绞痛，改善心电图缺血表现。

推荐意见②中成药：心元胶囊（1B）、天王补心丹（2C）。

心元胶囊药物组成：制何首乌、丹参、地黄；用法用量：口服，一次 3—4 粒，一日 3 次，或遵医嘱。

天王补心丹组成：人参、茯苓、玄参、丹参、桔梗、远志、当归、五味、麦门冬、天门冬、柏子仁、酸枣仁、生地黄；用法用量：口服，一次 8 丸，一日 3 次，或遵医嘱。

改善结局：缓解心绞痛症状及改善心电图缺血表现。

⑧心肾阳虚证

中医治法：补益阳气，温振心阳。

推荐意见①中药汤剂建议使用参附汤合右归饮（2D）

参附汤方剂来源《圣济总录》：人参、附子；右归饮方剂来源《景岳全书》熟地、山药、山茱萸、枸杞、甘草、杜仲、肉桂、制附子治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：减轻心绞痛发作次数及改善心电图缺血表现。

（2）非药物治疗法^[28-31]

推荐意见①八段锦（2C）

每天 1 次，每次 30 分钟，每周锻炼 3~5 次，可改善慢性心衰患者的心肺功能、提高其运动耐力，还具有“治未病”的积极意义。

改善结局：八段锦治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期患者 LVEF。

推荐意见②太极拳（2C）

每天 1 次，每次 20 分钟。可改善不良心理状态，疏通经络气血，具有精、养气和存神的作用。

改善结局：太极拳治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期患者 LVEF。

推荐意见③针刺治疗（2C）

平衡针针刺阿是穴可缩短 AMI 患者胸痛持续时间和减轻胸痛程度，取内关、间使、神门等具有与心脏相关特异性的穴位行针刺治疗，可促进 AMI 患者心脏功能的恢复和改善。

改善结局：针刺治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（冠心病）患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径（LVEDd）及心输出量。

7.1.2.3 日常调护

每日称体重及监测血压、心率；戒烟；注意休息，勿劳累，避免感染；社会支持系统对患者预后的影响十分重要，常见的社会支持是通过亲人、朋友、配偶、及医疗卫生保健系统所提供的支持。社会支持水平不仅会影响个体的心理健康水平，还是影响疾病治疗和康复的重要途径，在冠心病患者中的作用更为明显。患者通过与亲属、夫妻的沟通交流，表达自己内心的情感，从而改善患者心理和生理健康状况，提高冠心病患者的依从性，增强患者战胜疾病的信心，进而缓解其焦虑抑郁情绪，改善患者的生活质量^[32,35]。

（1）健康教育

普及相关医学知识，对患者及家属施行健康教育，包括与心衰相关的基础知识、药物知识、症状监控、饮食运动指导及改善生活方式等^[36]。同时，教会心衰患者及其家属如何识别心衰症状及恶化征兆，加强患者自我监测与管理，特别是每日体重和尿量变化、合理限制钠盐摄入。提高药物依从性，减少不必要的非治疗性保健药物。

（2）生活方式调整

合并睡眠呼吸暂停患者，可侧卧体位睡眠和考虑使用连续气道正压通气以增加 LVEF 和改善睡眠功能状态^[37]；嘱患者尽可能的保证呼吸平稳，进行呼吸训练（10 min/次，早晚各 1 次）；根据患者爱好选择舒缓音乐，调节患者情绪；鼓励患者进行适当的慢跑、散步，每天晚上睡觉前用温水泡脚，按摩头部、脚部，可调节患者情绪，促进睡眠^[35]。

（3）心理疏导

有计划地指导患者进行心理疏导，避免在应对疾病的过程中出现各种社会心理问题。保持良好的精神状态有利于缓解病情、减少心衰急性发作。基于社会支持系统下的心理护理是通过对患者的焦虑程度进行调整，以提高患者的心理内环境适应能力，消除过度的心理应激反应、减少并发症的发生。心理支持可以通过心理调适方法，引导患者克服惰性、改变生活方式、鼓励患者帮助他人及其他的娱乐形式以改善患者的负性情绪，包括家人支持、同事好友支持、病友支持、心理护理、放松疗法等。所以对冠心病患者提供及时心理支持，可以减轻负性情绪对疾病的影响，帮助患者消除对疾病产生的恐惧感和抵抗心理，使患者积极正向的面对后续的治疗^[33,35]。

（4）随访

推荐心肌梗死患者出院后每 2 周随访 1 次，病情稳定后改为每 1~2 个月 1 次，随访的内容包括测量血压及心率、临床评估心功能分级、肾功能与电解质、治疗依从性与不良反应；根据病情行 BNP/NT-proBNP、经胸超声心动图和动态心电图检查，通常在规范治疗 3 个月，患者临床状况可发生变化，建议每 6 个月进行 1 次病情评估，根据评估结果及时进行药物调整等措施^[38]。

建议药物治疗的同时进行患者教育和康复治疗，患者教育主要包括药物治疗依从性、饮食指导与生活方式干预等；康复治疗有助于更好地控制危险因素、提高运动耐量和生活质量。如患者病情允许，应在住院期间尽早开始康复治疗，出院后根据情况循序渐进的进行康复治疗。

7.2 既病防变：慢性心力衰竭 C 期（临床心衰阶段）

参考《2022ACC/AHA/HFSA 心力衰竭管理指南》、《2021ESC 急慢性心力衰竭诊断与治疗指南》、《2018 中国心力衰竭诊断和治疗指南》开展防治。

7.2.1 西医治疗

7.2.1.1 一般治疗

应进行多学科团队管理，促进按指南规范用药和患者自我管理，后者包括坚持用药以及保持健康生活方式，例如限盐和适度活动。患者应了解如何进行自我监测，即使发现心衰恶化征象并知晓如何应对。接种包括 COVID-19 在内的常见呼吸道疾病疫苗。

7.2.1.2 常用药物选择

① HFrEF 患者应选择血管紧张素脑啡肽酶抑制剂（ARNI/ACEI/ARB）（1，A）、 β 受体

阻滞剂（1，A）、钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂（SGLT-2i）（1，A）和盐皮质激素受体拮抗剂（MRA）（1，A）。对于存在液体潴留的患者，推荐使用利尿剂。

② HFmrEF 患者可选择 SGLT-2i（2a，B-R）和利尿剂，可选用 ARNI/ACEI/ARB/MRA/β受体阻滞剂（2b），并重复评估 LVEF。

③ HFpEF 患者，SGLT-2i（2a，B-R）可能有助于降低心衰住院率和心血管死亡率；可选用 MRA/ARNI（2b，B-R）。

④ HFimpEF 患者，继续其 HFrEF 治疗，即使患者没有症状（1，B-R）。

7.2.2 中医药治疗

7.2.2.1 辨证论治

① 气虚血瘀或兼痰饮

中医治法：益气活血，或兼以化痰利水。

推荐意见①：中药汤剂建议使用其中一种，包括保元汤（1B）、补阳还五汤（1B）等。

（1）代表方剂：保元汤。方剂来源《博爱心鉴》：人参、黄芪、肉桂、甘草、生姜；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：保元汤可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径（LVEDd）、左心室收缩末期内径（LVEDs）、6 分钟步行试验（6MWT）、中医证候积分及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

（2）代表方剂：补阳还五汤。方剂来源《医林改错》：黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、红花、桃仁。治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：补阳还五汤可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、心功能疗效、6 分钟步行试验（6MWT）及中医证候疗效。

推荐意见②：中成药建议使用芪参益气滴丸（1B）

药物组成：黄芪、丹参、三七、降香油。

用法用量：口服，餐后半小时服用，一次 1 袋，一日 3 次，4 周为一疗程，或遵医嘱。

改善结局：芪参益气滴丸可改善中医证候、心功能，提高运动耐量（例如 6 分钟步行距离）、LVEF、心输出量（CO）、心功能疗效及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

② 气阴两虚血瘀或兼痰饮

中医治法：益气养阴活血，或兼以化痰利水

推荐意见①：中药汤剂建议使用生脉散（1B）

代表方剂：生脉散。方剂来源《医学启源》：人参、麦冬、五味子；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：生脉散可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 LVEF、左室舒张末期内径(LVEDd)、心功能疗效、6 分钟步行试验(6MWT)、中医证候积分、明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)及再住院率。

推荐意见②：中成药建议使用补益强心片(2B)

药物组成：人参、黄芪、香加皮、丹参、麦冬、葶苈子。

用法用量：口服，每次 4 片，一日 3 次。

改善结局：补益强心片治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者心输出量(CO)、6 分钟步行试验(6MWT)及明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)。

③阳气亏虚血瘀或兼痰饮

中医治法：益气温阳活血，或兼以化痰利水。

推荐意见①：中药汤剂建议使用其中一种，包括参附汤(1B)、四逆汤(2B)

(1) 代表方剂：参附汤。方剂来源《圣济总录》：人参、附子；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：参附汤可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、心功能疗效、6 分钟步行试验(6MWT)、中医证候疗效、明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)、再住院率及全因死亡。

(2) 代表方剂：四逆汤。方剂来源《伤寒论》：附子、干姜、炙甘草；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：四逆汤可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径(LVEDd)、左心室收缩末期内径(LVEDs)、6 分钟步行试验(6MWT)、中医证候积分。

推荐意见②：中成药建议使用其中一种，包括芪苈强心胶囊(1B)、参附强心丸(1B)

(1) 芪苈强心胶囊

药物组成：黄芪、人参、黑顺片、丹参、葶苈子、泽泻、玉竹、桂枝、红花、香加皮、陈皮。

用法用量：口服，一次 4 粒，一日 3 次。

改善结局：芪苈强心胶囊可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径(LVEDd)、心功能疗效、6 分钟步行试验(6MWT)、中医证候积分、明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)、再住院率及心血管事件。

(2) 参附强心丸

药物组成：人参、附子(制)、桑白皮、猪苓、葶苈子、大黄。

用法用量：口服，一次 2 丸，一日 2~3 次。

改善结局：附强心丸可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 NT-proBNP、LVEF、左室舒张末

期内径（LVEDd）、6 分钟步行试验（6MWT）、中医证候疗效及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

④其他证型

推荐意见①：中药汤剂补中益气汤（1 B）

方剂来源《脾胃论》：黄芪、党参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡、生姜、大枣；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：补中益气汤可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 LVEF、心功能疗效、中医证候积分及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

推荐意见②：中药汤剂防己黄芪汤（2 C）

方剂来源《金匮要略》：防己、黄芪、甘草、白术；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：防己黄芪汤可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 NT-proBNP、LVEF、6 分钟步行试验（6MWT）及中医证候积分。

推荐意见③：中药汤剂炙甘草汤（1 B）

方剂来源《伤寒论》：炙甘草、生姜、桂枝、人参、干地黄、阿胶、麦门冬、麻仁、大枣；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：炙甘草汤可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 LVEF、左心室收缩末期内径（LVEDs）、心功能疗效、中医证候积分及 6 分钟步行试验（6MWT）。

推荐意见④：中药汤剂归脾汤（2 B）

方剂来源《正体类要》：白术、当归、白茯苓、黄芪炒、远志、龙眼肉、酸枣仁炒、人参、木香、炙甘草；治疗期间可随症加减。

用法用量：口服，每日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服，或遵医嘱。

改善结局：归脾汤可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期内径（LVEDd）、左心室收缩末期内径（LVEDs）、6 分钟步行试验（6MWT）及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

7.2.2.2 非药物治疗

① 针刺（1 B）

治疗原则：补心安神。

推荐意见a.毫针

取穴：内关、间使、少府、郄门、曲泽、神门、膻中穴、厥阴俞、心俞。每次3-5穴。

阴虚加三阴交或太溪；阳虚型加关元或大椎；气虚型加气海或足三里；痰阻型加丰隆；血瘀型加膈俞或血海。

方法：平补平泻。

推荐意见b.芒针

取穴：巨阙、上脘、心俞、内关、中极、归来、足三里。

方法：针巨阙时患者仰卧，两手上举均匀小幅度呼吸，针刺4寸深时感应先上后下，散至少腹时即出针，针带脉时按带脉循行方向环腹而行，深刺6~8寸。针秩边秩边穴时，要求先放射至会阴部再下行至小腿。内关宜捻上百次而不留针。

推荐意见c.头针

取穴：双侧胸腔区。

方法：留针20~30min，隔日1次，5次为1疗程。

推荐意见d.电针

取穴：内关、间使、少府、曲泽

方法：先以毫针刺上述穴位，然后加上电针，留针15min，隔日1次，5次为1个疗程。

改善结局：针刺治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期径(LVEDd)、心输出量(CO)、6分钟步行试验(6MWT)、中医证候积分、中医证候疗效及明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)。

②灸法(1B)

推荐意见a.艾灸神阙和足三里穴可以改善老年冠心病患者的心功能。

取穴：神阙、足三里

方法：以悬灸方法，点燃艾条，约距离皮肤2-3cm处对准神阙、足三里穴进行熏灸，让病人感到舒适无灼痛感，以皮肤潮红为度。

推荐意见b.艾灸肺俞、心俞治疗慢性心衰

取穴：双侧肺俞、心俞穴

方法：采用艾条温和灸，每穴灸治20min，每日1次，

推荐意见c.艾灸治疗心功能衰竭水肿

取穴：中脘、气海、关元、双三阴交穴

方法：艾灸雀啄上述穴位

改善结局：灸法治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP、LVEF、左室舒张末期径(LVEDd)、左心室收缩末期径(LVEDs)、心输出量(CO)、6分钟步行试验(6MWT)、中医证候积分及明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)。

③贴敷疗法(2C)

推荐意见贴敷穴位：内关、膻中、心俞、厥阴俞、肾俞、神阙等。

治疗时间：从三伏天第一天开始进行贴敷，隔日贴敷1次，每次贴敷4~6小时，直至出伏；根据个体差异，贴敷时间可以做适当调整。

改善结局：贴敷疗法治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP、心功能疗效、

6分钟步行试验（6MWT）、中医证候疗效及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

7.3 瘥后防复：慢性稳定性心衰的管理

慢性心衰患者的预后管理是一项复杂且艰巨的任务，也涉及到日常生活的诸多方面。对慢性稳定性心衰的患者进行规范化治疗及综合管理可降低慢性心衰患者急性加重的发生率以及再住院率，从而改善心力衰竭患者的远期预后。

7.3.1 随访频率和内容

推荐患者出院后每 2 周、病情稳定后每 1—2 个月复诊一次，测量血压、心率，临床评估心功能。必要时行血常规、肾功能、电解质、利钠肽、心电图以及超声心动图检查，超声心动图每 3 个月复查次。根据检查结果进行治疗方案调整，同时注意对合并症的管理

7.3.2 多学科管理方案

患者应遵循医疗方案，遵守饮食和锻炼建议根据医生建议规范使用药物，改变生活习惯，从而带来更多获益。

7.3.3 生活方式管理

合理膳食：坚持低钠饮食，建议轻度心衰患者每日摄入食盐 2—3g，中重度心衰患者每日摄入食盐<2g，重度心衰患者每日最多饮水 1.5—20L。注意保持大便通畅；每日称体重及监测血压、心率；戒烟；注意休息，勿劳累，避免感染；同时，鼓励病情稳定的患者进行适当运动，以日常体力活动为主运动以不出现心衰症状为宜；控制高血压、糖尿病等心血管疾病危险因素。

7.3.4 健康教育

普及相关医学知识，包括心衰患者的饮食和锻炼、心衰症状的早期检测和处理、药物治疗等。教会心衰患者及其家属如何识别心衰症状及恶化征兆，提高患者自我管理的参与度，提高治疗依从性。

7.3.5 远程监控

远程监控对心梗后心衰患者的院外管理越来越重要，包括居家远程监控、植入式血流动力学监测系统、移动健康技术和心衰患者日记等。远程监控便于医生及时了解患者的病情变化，并指导调整院外治疗方案，目前证实，居家远程监控能明显改善患者的生活质量，但其远期临床获益仍有待大规模临床研究认证。患者可根据医疗条件和自身意愿选择相应的远程监控模式，参与疾病管理。

7.3.6 心力衰竭中心的作用

中国于 2017 年开始了全国范围的心衰中心建设和认证项目，先后颁布了标准版和基层版中国心衰中心认证标准，旨在通过区域性心衰中心的建立推进心衰规范化诊疗和管理。心梗后心衰患者的长期随访是心衰中心建设工作的重要部分，依托心衰中心，能够更好地对心梗后心衰患者进行院内和院外管理，最终达到提高生活质量、改善预后的目的。

7.3.7 中医药特色干预

7.3.7.1 足浴（2 C）

适宜慢性稳定性心衰患者。

推荐意见：足浴方药遵医嘱执行。如气虚、血瘀者可选用：红花、银花、当归、玄参、泽泻、甘草等。阳虚、水停者可选用经验方（桂枝、鸡血藤、凤仙草、食盐、芒硝等）。加水煎煮后滤去药渣，将滤液自然待温后浸泡双足30分钟，每日1次。

改善结局：中药沐足治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试（6MWT）、中医证候积分及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

7.3.7.2 中医功法及运动干预

（1）总原则：适量运动，持之以恒。

推荐意见a太极拳（1 B）：每天1次，每次20分钟。可改善不良心理状态，疏通经络气血，具有补精、养气和存神的作用。

改善结局：太极拳治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP、6分钟步行试验（6MWT）及明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）。

推荐意见b八段锦（1 B）：每天1次，每次30分钟，每周锻炼3~5次，可改善慢性心衰患者的心肺功能、提高其运动耐力，还具有“治未病”的积极意义。

改善结局：八段锦治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP、LVEF、心功能疗效、6分钟步行试验（6MWT）、明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）、再住院率及心血管事件。

推荐意见c运动康复（1 C）：运动种类以改善心肺功能的有氧运动为主，辅助抗阻运动、柔韧性运动、平衡运动及呼吸肌训练，柔韧性运动可以作为热身和整理运动。对大多数慢性心衰患者，在3~4周内逐步增加运动强度、时间、频率，目标运动总量逐步达到3~7 MET-h/wk。

改善结局：康复运动治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP、左室舒张末期内径（LVEDd）、6分钟步行试验（6MWT）及中医证候积分。

7.3.7.3 情志干预（2 C）

总原则：保持心情愉快

推荐意见a：性格方面

- ①适当调整自己的性格，培养意志坚定、理智稳重的性格，增强独立性
- ②保持心情愉快，培养豁达乐观的生活态度，善于调节自己的情感
- ③保持情绪稳定，及时调整不良情绪，安神定志，舒缓情志，保持心理平衡

推荐意见 b：心理状态调节

可根据具体情况选择节制法、疏泄法、转移法、情志制约法

改善结局：心理治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 LVEF、左室舒张末期内径（LVEDd）及左心室收缩末期内径（LVEDs）。

8 随访、监测

心力衰竭是所有心血管疾病的终末阶段，心衰住院患者在出院后 1-3 个月内是心衰的“易损期”，死亡和再入院率分别高达约 15%和 30%，因此定期随访尤为重要。门诊随访应在出院后或启动心衰规范治疗后 2 周、1 月、3 月及 1 年进行，出院后 1-3 个月内随访频率为 2 周 1 次，病情稳定后，随访频率可改为 1-2 个月 1 次。根据患者的病情确定随访内容，包括一下几个方面：

8.1 一般性随访内容

- ① 了解患者基本状况：包括日常生活和运动能力，容量负荷及体重变化，饮酒、膳食和钠摄入状况，以及药物应用的剂量和不良反应。
- ② 体格检查：评估生命体征、心率、心律、容量负荷。
- ③ 评估治疗的依从性，有无药物的不良反应：在 ACEI/ARB/ARNI、醛固酮受体拮抗剂开始使用或者调整剂量后应复查血生化（肾功能、电解质）。
- ④ 根据病情及时调整用药。

8.2 重点随访内容

每 3-6 个月 1 次，或者出现病情变化后，除了一般性随访中的内容外，应检查血常规、血生化（血糖、肝肾功能、电解质）、BNP/NT-proBNP、心电图、超声心动图等检查，必要时做胸部 X 线、动态心电图等检查。

8.3 动态监测

主要包括临床评估和利钠肽监测。临床评估除了上述各种常规检查外，国外还推出了远程监测（如置入装置监测胸内阻抗反应）和电话支持系统等；对于病情较为稳定的患者，如利钠肽仍然升高，应继续随访和加强治疗，但不应单纯依靠利钠肽，临床评估还是主要的，根据病情作出综合性评价最为重要。

附录 A

(资料性)

附录名称

A.1 指南工作结构

指南指导组

陈可冀：中国中医科学院西苑医院，主要负责指导指南方案的制定。

霍 勇：北京大学第一医院，主要负责指导指南方案的设计。

刘建平：北京中医药大学循证医学中心，主要负责指南方案的技术指导。

指南专家组（按姓氏笔画排序）：

组长：

徐凤芹，教授，中国中医科学院西苑医院，主要负责指南的方案制订、编写和组织管理。

成员：

毛静远，教授，天津中医药大学第一附属医院，主要负责指南的总体设计以及技术指导。

毛 威，教授，浙江省中医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

邓 悦，教授，长春中医药大学附属医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

卢健棋，教授，广西中医药大学第一附属医院，主要负责指南的方法学技术指导。

朱明军，教授，河南中医药大学第一附属医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

安冬青，教授，新疆医科大学，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

李立志，教授，中国中医科学院西苑医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

刘红旭，教授，首都医科大学附属北京中医医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

刘龙涛，教授，中国中医科学院西苑医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

刘 玥，副教授，中国中医科学院西苑医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

张敏州，教授，广东省中医院，主要负责指南的方法学技术指导。

陈晓虎，教授，南京中医药大学附属医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

冼绍祥，教授，广州中医药大学第一附属医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

林 谦，教授，北京中医药大学东直门医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

胡元会，教授，中国中医科学院广安门医院，主要负责指南的总体设计以及技术指导。

高 蕊，教授，中国中医科学院西苑医院，主要负责指南的方法学技术指导。

符德玉，教授，上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

戴小华，教授，安徽中医药大学第一附属医院，主要负责临床适用性评价的收集与评定。

指南工作组（按姓氏笔画排序）：

付长庚：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价。
戎 光：中国中医科学院西苑医院，主要负责临床问题构建及专家访谈。
刘艳飞：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价。
辛 莉：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价。
张 颖：中国中医科学院西苑医院，主要负责临床问题构建及参加指南起草工作。
张 萍：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价。
张艳虹：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价。
赵 阳：中国中医科学院西苑医院，主要负责指南的方法学和报告质量。
赵俊男：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价。
梅 俊：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价。
惠稼祺：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价。
漆仲文：中国中医科学院西苑医院，主要负责文献检索、证据评价及参加指南起草工作。
起草工作组秘书：张艳虹、赵俊男

A.2 信息资源

A.2.1 电子数据库，中国期刊全文数据库（CNKI）、万方全文数据库、中文科技期刊数据库（维普）、中国生物医学文献数据库、中国中医药文献数据库、中国优秀博硕士学位论文全文数据库、中华医典、MEDLINE、美国国立指南库（NGC）数据库。

A.2.2 中医古代医籍文献，如《内经》、《伤寒论》、《千金要方》、《脾胃论》、《医林改错》等。

A.2.3 专著如《新编国家中成药》、《中华人民共和国药典》、《中药与新药临床研究指导原则》、《实用中医内科学》、《心力衰竭中西医结合研究基础与临床》等。

A.2.4 教科书如《中医内科学》、《中医诊断学》等。

A.2.5 标准如：《中医临床诊疗术语国家标准(证候部分)》、《中医病证诊断疗效标准》、《中医体质分类与判定标准》。

A.2.6 指南：《2018 NICE 成人慢性心力衰竭诊断与管理指南》、《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》

A.3 临床证据的检索策略方法

《指南》临床证据主要采用计算机和手工相结合的方法进行检索。

A.3.1 选用中国期刊全文数据库（CNKI）、万方全文数据库、中文科技期刊数据库（维普）、中国生物医学文献数据库、中国中医药文献数据库、中国优秀博硕士学位论文全文数据库、MEDLINE、美国国立指南库（NGC）数据库，以中医体质、偏颇体质、中医药疗法、健康干预、养生保健、预防保健、体质干预、体质调理、中医适宜技术、中医药技术、physical intervention（体质干预）Body Conditioning（体质调理）Health Intervention（健康干预）Health condition/health Maintain（健康调理）等以及国内本领域知名专家的姓名为检索词进行检索，检索从1949年至今的文献。

A.3.2 参考中华医典为主的中医古代医籍文献。

A. 4 证据强度和质量评价

检索结果首先由文献评价小组负责排除明显不相关的文献。确定了筛选证据的标准，成立了一个文献评价小组对检索结果进行评价，并用结构性摘要表对资料进行收集。对每篇文献的评价至少由两人进行，如果意见不一，则提请指南制订小组相关部分负责人给予帮助解决。

所有证据使用结构性摘要表并按照本《指南》选用的分级体系由评价小组来进行评价。如果有足够的证据表明某个诊疗措施有效或无效，本《指南》会做出“推荐应用”或“禁止使用”的建议；如果没有确切的证据证实其有效，本《指南》不建议使用；但有些干预措施没有治疗确切有效的证据，而来源于临床实践且在临床中广泛应用，本《指南》会选择的推荐使用，但会指出该项干预措施主要基于临床实践的经验。

A. 5 证据分级与推荐强度标准

A. 5.1 证据级别

参照使用牛津大学循证医学中心制定的证据分级标准以及推荐、评估、发展和评价分级工作组（the grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE）于2014年推出的评价系统^[2]，以及刘建平教授^[3]提出的“证据分级标准”。

GRADE 证据质量分级描述

证据质量分级	具体描述
高（A）	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）	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）	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。

A. 5.2 推荐强度标准

GRADE 推荐强度分级的具体描述

强推荐（1）	确信干预措施利大于弊
弱推荐（2）	干预措施有可能利大于弊

参照中国刘建平教授的关于传统医学证据分级的建议和 GRADE 证据评价标进行医学文献的分级评价进行医学文献的分级推荐。

A. 5.3 推荐等级

参照使用牛津大学循证医学中心制定的证据分级标准以及推荐、评估、发展和评价分级工作组（the grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE）

于 2014 年推出的评价系统，以及刘建平教授提出的“证据分级标准”。

A. 6 证据概要表

A. 6.1 未病先防证据概要表

序号 1 有氧运动				
临床问题1	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，有氧运动联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）患者NT-proBNP?	慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）	有氧运动联用常规西药治疗	常规西药治疗	NT-proBNP
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -638 [95%CI:-751.48, -524.52]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，有氧运动联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）患者NT-proBNP。			
临床问题2	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，有氧运动联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）患者LVEF?	慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）	有氧运动联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 8.30 [95%CI:6.90, 9.70]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，有氧运动联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）患者LVEF。			
临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，有氧运动联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）患者左室舒张末期内径LVEDd?	慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）	有氧运动联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径LVEDd
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.80 [95%CI:-5.32, -2.28]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，有氧运动联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）患者左室舒张末期内径LVEDd。			
临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)

与常规西药治疗相比，有氧运动联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）患者左心室收缩末期内径LVEDs？	慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）	有氧运动联用常规西药治疗	常规西药治疗	左心室收缩末期内径LVEDs
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -2.00 [95%CI:-2.59, -1.41]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，有氧运动联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭B期（高血压心脏病）患者左心室收缩末期内径LVEDs。			

序号2 八段锦				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，八段锦联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭B期（冠心病）患者LVEF？	慢性心力衰竭B期（冠心病）	八段锦联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 8.51 [95%CI: 6.35, 10.67]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭B期（冠心病）患者LVEF。			

序号3 太极拳				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭B期（冠心病）患者LVEF？	慢性心力衰竭B期（冠心病）	太极拳联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 6.35 [95%CI: 4.14, 8.56]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭B期（冠心病）患者LVEF。			
临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭B期（冠心病）患者LVEF？	慢性心力衰竭B期（冠心病）	太极拳联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能（NYHA分级）疗效

者心功能（NYHA分级）疗效？				
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 3.50 [95%CI: 0.86, 14.18]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	太极拳联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭B期（冠心病）患者心功能（NYHA分级）疗效方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

序号 4 针刺				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭B期（冠心病）患者BNP/NT-proBNP？	慢性心力衰竭B期（冠心病）	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP/NT-proBNP
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD -0.46 [95%CI: -0.76, -0.16]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭B期（冠心病）患者BNP/NT-proBNP。			
临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭B期（冠心病）患者LVEF？	慢性心力衰竭B期（冠心病）	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 21.80 [95%CI: 20.03, 23.58]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭B期（冠心病）患者LVEF。			
临床问题3	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭B期（冠心病）患者左室舒张末期内径（LVEDd）？	慢性心力衰竭B期（冠心病）	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径（LVEDd）
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -20.48 [95%CI: -22.33, -18.63]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			

升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭B期(冠心病)患者左室舒张末期内径(LVEDd)。			
临床问题4	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭B期(冠心病)患者心输出量(CO)?	慢性心力衰竭B期(冠心病)	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	心输出量(CO)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 0.53 [95%CI:0.35, 0.71]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭B期(冠心病)患者心输出量(CO)。			

A. 6. 2 既病防变、瘥后防复证据概要表

序号 1 灸法				
临床问题1	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,灸法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP?	慢性心力衰竭C期患者	灸法联用常规西药治疗	常规西药治疗	NT-proBNP
研究类型及数量	5个RCT			
效应值及可信区间	MD -513.05 [95%CI: -833.44, -192.67]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP。			

临床问题2	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,灸法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF?	慢性心力衰竭C期患者	灸法联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	7个RCT			
效应值及可信区间	MD 5.94 [95%CI:4.06, 7.81]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF。			

临床问题3	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,灸法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径	慢性心力衰竭C期患者	灸法联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径

力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）？				（LVEDd）
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.91 [95%CI: -5.99, -1.82]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）。			

临床问题4	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径（LVEDs）？	慢性心力衰竭C期患者	灸法联用常规西药治疗	常规西药治疗	左心室收缩末期内径（LVEDs）
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD -4.57 [95%CI: -5.79, -3.34]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径（LVEDs）。			

临床问题5	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心输出量（CO）？	慢性心力衰竭C期患者	灸法联用常规西药治疗	常规西药治疗	心输出量（CO）
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 0.96 [95%CI: 0.60, 1.32]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心输出量（CO）。			

临床问题6	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效？	慢性心力衰竭C期患者	灸法联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	6个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.21 [95%CI: 1.12, 1.31]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效。			

临床问题7	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）

与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）？	慢性心力衰竭C期患者	灸法联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验（6MWT）
研究类型及数量	5个RCT			
效应值及可信区间	MD 63.22 [95%CI: 37.54, 88.89]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）			

临床问题8	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分？	慢性心力衰竭C期患者	灸法联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD -4.70 [95%CI: -7.69, -1.71]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

临床问题9	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效？	慢性心力衰竭C期患者	灸法联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.20 [95%CI: 1.06, 1.36]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

临床问题10	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）？	慢性心力衰竭C期患者	灸法联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.67 [95%CI: -6.77, -0.57]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）			

序号 2 贴敷疗法				
临床问题1	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 贴敷疗法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP?	慢性心力衰竭C期患者	贴敷疗法联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP/NT-proBNP
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	SMD -0.84 [95%CI: -1.61, -0.07]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 贴敷疗法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP			

临床问题2	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 贴敷疗法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF?	慢性心力衰竭C期患者	贴敷疗法联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 1.82 [95%CI: -2.01, 5.65]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	贴敷疗法联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者LVEF方面与常规西药治疗相比并无差别。			

临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 贴敷疗法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	贴敷疗法联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.17 [95%CI: 1.04, 1.31]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 贴敷疗法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 贴敷疗法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验 (6MWT)?	慢性心力衰竭C期患者	贴敷疗法联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验 (6MWT)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -4.40 [95%CI: -5.61, -3.19]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			

升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比，贴敷疗法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）

临床问题5	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，贴敷疗法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效？	慢性心力衰竭C期患者	贴敷疗法联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.35 [95%CI: 1.09, 1.69]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，贴敷疗法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

临床问题6	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，贴敷疗法联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）？	慢性心力衰竭C期患者	贴敷疗法联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 8.50 [95%CI: 5.20, 11.80]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，贴敷疗法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）			

序号3 针刺				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP？	慢性心力衰竭C期患者	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	NT-proBNP
研究类型及数量	5个RCT			
效应值及可信区间	MD -230.80 [95%CI: -313.98, -147.62]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF？	慢性心力衰竭C期患者	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	3个RCT			

效应值及可信区间	MD 3.16 [95%CI: 1.80, 4.53]
证据等级	B级证据
是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF

临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径 (LVEDd)?	慢性心力衰竭C期患者	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径 (LVEDd)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -2.59 [95%CI: -4.49, -0.69]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径 (LVEDd)			

临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心输出量 (CO)?	慢性心力衰竭C期患者	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	心输出量 (CO)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 0.47 [95%CI: 0.20, 0.74]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心输出量 (CO)			

临床问题5	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.29 [95%CI: 1.08, 1.54]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题6	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验	慢性心力衰竭C期患者	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验 (6MWT)

(6MWT) ?				
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 74.28 [95%CI: 55.31, 93.26]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验 (6MWT)			

临床问题7	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分?	慢性心力衰竭C期患者	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD -2.61 [95%CI: -2.92, -2.29]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

临床问题8	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效?	慢性心力衰竭C期患者	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	MD 1.28 [95%CI: 1.12, 1.45]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

临床问题9	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ) ?	慢性心力衰竭C期患者	针刺联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD -6.75 [95%CI: -7.88, -5.62]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)			

序号 4 耳穴				
临床问题1	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)

与常规西药治疗相比，耳穴联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分？	慢性心力衰竭C期患者	耳穴联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -9.72 [95%CI: -11.63, -7.81]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，耳穴联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，耳穴联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效？	慢性心力衰竭C期患者	耳穴联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.12 [95%CI: 0.90, 1.39]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	耳穴联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

序号 5 中药沐足				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，中药沐足联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP？	慢性心力衰竭C期患者	中药沐足联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP/NT-proBNP
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	SMD -3.47 [95%CI: -9.93, 2.99]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	中药沐足联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，中药沐足联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF？	慢性心力衰竭C期患者	中药沐足联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 6.11 [95%CI: -4.80, 17.02]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	中药沐足联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者LVEF方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 中药沐足联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	中药沐足联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.26 [95%CI: 0.95, 1.67]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	中药沐足联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 中药沐足联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验 (6MWT)?	慢性心力衰竭C期患者	中药沐足联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验 (6MWT)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 46.74 [95%CI: 9.07, 84.41]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 中药沐足联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验 (6MWT)			

临床问题5	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 中药沐足联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分?	慢性心力衰竭C期患者	中药沐足联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -4.98 [95%CI: -9.48, -0.48]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 中药沐足联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

临床问题6	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 中药沐足联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)?	慢性心力衰竭C期患者	中药沐足联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -7.25 [95%CI: -10.81, -3.69]			

证据等级	C级证据
是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比，中药沐足联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）

序号 6 教育				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，教育联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF？	慢性心力衰竭C期患者	教育联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 0.01 [95%CI: -0.01, 0.03]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	教育联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者LVEF方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，教育联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期径（LVEDd）？	慢性心力衰竭C期患者	教育联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期径（LVEDd）
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 0.20 [95%CI: -2.37, 2.76]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	教育联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期径（LVEDd）方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

序号 7 心理				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，心理联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF？	慢性心力衰竭C期患者	心理联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 3.80 [95%CI: 2.84, 4.76]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，心理联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，心理联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期径	慢性心力衰竭C期患者	心理联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期径

力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）？				（LVEDd）
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 3.21 [95%CI: 2.02, 4.40]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，心理联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）			

临床问题3	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，心理联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径（LVEDs）？	慢性心力衰竭C期患者	心理联用常规西药治疗	常规西药治疗	左心室收缩末期内径（LVEDs）
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 3.07 [95%CI: 1.81, 4.33]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，心理联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径（LVEDs）			

序号 8 八段锦				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，八段锦联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP？	慢性心力衰竭C期患者	八段锦联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP/NT-proBNP
研究类型及数量	7个RCT			
效应值及可信区间	SMD -0.46 [95%CI: -0.89, -0.02]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，八段锦联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF？	慢性心力衰竭C期患者	八段锦联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	7个RCT			
效应值及可信区间	MD 2.18 [95%CI: 0.68, 3.68]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题3	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	八段锦联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.27 [95%CI: 1.08, 1.50]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题4	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验(6MWT)?	慢性心力衰竭C期患者	八段锦联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验(6MWT)
研究类型及数量	8个RCT			
效应值及可信区间	MD 33.26 [95%CI: 15.47, 51.05]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验(6MWT)			

临床问题5	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分?	慢性心力衰竭C期患者	八段锦联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 0.20 [95%CI: -2.37, 2.76]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	八段锦联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题6	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效?	慢性心力衰竭C期患者	八段锦联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.09 [95%CI: 0.88, 1.35]			
证据等级	D级证据			

是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	八段锦联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效方面与常规西药治疗相比无明显差别。

临床问题7	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)?	慢性心力衰竭C期患者	八段锦联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)
研究类型及数量	7个RCT			
效应值及可信区间	MD -6.69 [95%CI: -8.69, -4.69]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)			

临床问题8	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者再住院?	慢性心力衰竭C期患者	八段锦联用常规西药治疗	常规西药治疗	再住院
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	RR 0.26 [95%CI:0.08, 0.79]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者再住院			

临床问题9	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心血管事件发生?	慢性心力衰竭C期患者	八段锦联用常规西药治疗	常规西药治疗	心血管事件发生
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 0.20 [95%CI:0.05, 0.87]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心血管事件发生			

序号9 太极拳				
临床问题1	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,太极拳联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP?	慢性心力衰竭C期患者	太极拳联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP

研究类型及数量	3个RCT
效应值及可信区间	MD -58.08 [95%CI: -101.86, -14.30]
证据等级	B级证据
是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP

临床问题2	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF?	慢性心力衰竭C期患者	太极拳联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	MD 3.81 [95%CI: 0.58, 7.04]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	太极拳联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.12 [95%CI: 0.88, 1.43]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	太极拳联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验(6MWT)?	慢性心力衰竭C期患者	太极拳联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验(6MWT)
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	MD 31.29 [95%CI: 19.89, 42.68]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验(6MWT)			

临床问题5	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗是否可以改善慢性	慢性心力衰竭C期患者	太极拳联用常规西药治	常规西药治疗	中医证候疗效

心力衰竭C期患者中医证候疗效？		疗		
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.13 [95%CI: 0.91, 1.39]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	太极拳联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题6	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）？	慢性心力衰竭C期患者	太极拳联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD -9.83 [95%CI: -17.25, -2.42]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，太极拳联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）			

序号 10 康复运动				
临床问题1	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比，康复运动联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP？	慢性心力衰竭C期患者	康复运动联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -92.61 [95%CI: -120.43, -64.79]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，康复运动联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP			

临床问题2	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比，康复运动联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF？	慢性心力衰竭C期患者	康复运动联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 5.23 [95%CI: -1.84, 12.30]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	康复运动联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者LVEF方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题3	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
-------	---------	---------	---------	---------

		施)		标)
与常规西药治疗相比, 康复运动联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径 (LVEDd) ?	慢性心力衰竭C期患者	康复运动联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径 (LVEDd)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -6.35 [95%CI: -8.47, -4.23]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 康复运动联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径 (LVEDd)			

临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 康复运动联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	康复运动联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.31 [95%CI: 0.90, 1.89]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	康复运动联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题5	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 康复运动联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验 (6MWT) ?	慢性心力衰竭C期患者	康复运动联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验 (6MWT)
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	MD 53.49 [95%CI: 16.39, 90.59]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 康复运动联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验 (6MWT)			

临床问题6	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 康复运动联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分?	慢性心力衰竭C期患者	康复运动联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.60 [95%CI: -5.31, -1.89]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			

结论	与常规西药治疗相比，康复运动联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分
----	--

临床问题7	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，康复运动联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）？	慢性心力衰竭C期患者	康复运动联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	MD -5.07 [95%CI: -15.07, 4.93]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	康复运动联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

序号 11 保元汤				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，保元汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP？	慢性心力衰竭C期患者	保元汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP/NT-proBNP
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	SMD 10.60 [95%CI: 6.69, 14.51]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，保元汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，保元汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF？	慢性心力衰竭C期患者	保元汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD 6.97 [95%CI: 4.97, 8.97]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，保元汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题3	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，保元汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）？	慢性心力衰竭C期患者	保元汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径（LVEDd）

研究类型及数量	1个RCT
效应值及可信区间	MD 8.93 [95%CI: 7.36, 10.50]
证据等级	C级证据
是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比, 保元汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径 (LVEDd)

临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 保元汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径 (LVEDs) ?	慢性心力衰竭C期患者	保元汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	左心室收缩末期内径 (LVEDs)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 6.33 [95%CI:4.95, 7.71]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 保元汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径 (LVEDs)			

临床问题5	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 保元汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	保元汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.22 [95%CI: 1.09, 1.35]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 保元汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题6	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 保元汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验 (6MWT) ?	慢性心力衰竭C期患者	保元汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验 (6MWT)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 71.61 [95%CI:64.71, 78.51]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 保元汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验 (6MWT)			

临床问题7	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 保元汤联用	慢性心力衰	保元汤联用	常规西药治疗	中医证候积

常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分?	竭C期患者	常规西药治疗		分
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 3.79 [95%CI: 3.03, 4.55]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,保元汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

临床问题8	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,保元汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效?	慢性心力衰竭C期患者	保元汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	RR1.30 [95%CI: 1.08, 1.56]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,保元汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

临床问题9	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,保元汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)?	慢性心力衰竭C期患者	保元汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 16.20 [95%CI: 14.07, 18.33]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,保元汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)			

序号 12 补阳还五汤				
临床问题1	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,补阳还五汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP?	慢性心力衰竭C期患者	补阳还五汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP/NT-proBNP
研究类型及数量	11个RCT			
效应值及可信区间	SMD 1.26 [95%CI: 0.38, 2.14]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,补阳还五汤联用常规西药治疗可以改			

	善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP
--	--------------------------

临床问题2	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,补阳还五汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF?	慢性心力衰竭C期患者	补阳还五汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	13个RCT			
效应值及可信区间	MD 2.68 [95%CI: -0.55, 5.92]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补阳还五汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者LVEF方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,补阳还五汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径 (LVEDd) ?	慢性心力衰竭C期患者	补阳还五汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径 (LVEDd)
研究类型及数量	7个RCT			
效应值及可信区间	MD -2.97 [95%CI: -5.98, 0.04]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补阳还五汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径 (LVEDd) 方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,补阳还五汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径 (LVEDs) ?	慢性心力衰竭C期患者	补阳还五汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	左心室收缩末期内径 (LVEDs)
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.32 [95%CI: -8.94, 2.29]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补阳还五汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径 (LVEDs) 方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题5	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,补阳还五汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心输出量 (CO) ?	慢性心力衰竭C期患者	补阳还五汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	心输出量 (CO)
研究类型及数量	2个RCT			

效应值及可信区间	MD 3.50 [95%CI: -2.79, 9.79]
证据等级	D级证据
是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	补阳还五汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者心输出量（CO）方面与常规西药治疗相比无明显差别。

临床问题6	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，补阳还五汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效？	慢性心力衰竭C期患者	补阳还五汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	16个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.24 [95%CI: 1.18, 1.31]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，补阳还五汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题7	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，补阳还五汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）？	慢性心力衰竭C期患者	补阳还五汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验（6MWT）
研究类型及数量	5个RCT			
效应值及可信区间	MD 36.05 [95%CI: 24.07, 48.03]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，补阳还五汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）			

临床问题8	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，补阳还五汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分？	慢性心力衰竭C期患者	补阳还五汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	7个RCT			
效应值及可信区间	MD 0.64 [95%CI: -3.27, 4.56]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补阳还五汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题9	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，补阳还五汤	慢性心力衰	补阳还五汤	常规西药治疗	中医证候疗

联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效?	竭C期患者	联用常规西药治疗		效
研究类型及数量	12个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.21 [95%CI: 1.14, 1.28]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 补阳还五汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

临床问题10	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 补阳还五汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)?	慢性心力衰竭C期患者	补阳还五汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD 3.26 [95%CI: -9.90, 16.42]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补阳还五汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ) 方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题11	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 补阳还五汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者再住院?	慢性心力衰竭C期患者	补阳还五汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	再住院
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 0.45 [95%CI: 0.10, 1.98]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补阳还五汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者再住院方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题12	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 补阳还五汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者全因死亡?	慢性心力衰竭C期患者	补阳还五汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	全因死亡
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.00 [95%CI: 0.13, 7.51]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补阳还五汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者全因死亡方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

序号 13 补益强心片				
临床问题1	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,补益强心片联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF?	慢性心力衰竭C期患者	补益强心片联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD -0.27 [95%CI: -9.58, 9.04]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补益强心片联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者LVEF方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题2	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,补益强心片联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心输出量(CO)?	慢性心力衰竭C期患者	补益强心片联用常规西药治疗	常规西药治疗	心输出量(CO)
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 0.50 [95%CI: 0.36, 0.64]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,补益强心片联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心输出量(CO)			

临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,补益强心片联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	补益强心片联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.11 [95%CI: 0.99, 1.24]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补益强心片联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题5	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,补益强心片联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验(6MWT)?	慢性心力衰竭C期患者	补益强心片联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验(6MWT)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 42.60 [95%CI: 38.96, 46.24]			
证据等级	C级证据			

是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比，补益强心片联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）

临床问题6	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，补益强心片联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效？	慢性心力衰竭C期患者	补益强心片联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.07 [95%CI: 0.93, 1.23]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补益强心片联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题7	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，补益强心片联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）？	慢性心力衰竭C期患者	补益强心片联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD -11.07 [95%CI: -16.48, -5.66]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，补益强心片联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）			

序号 14 补中益气汤				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，补中益气汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP？	慢性心力衰竭C期患者	补中益气汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP/NT-proBNP
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	SMD -0.17 [95%CI: -2.19, 1.86]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补中益气汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，补中益气汤联用常规西药治疗是否可以改善	慢性心力衰竭C期患者	补中益气汤联用常规西	常规西药治疗	LVEF

慢性心力衰竭C期患者LVEF?		药治疗		
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -0.55 [95%CI: -0.69, -0.41]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,补中益气汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题3	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,补中益气汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	补中益气汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.37 [95%CI: 1.20, 1.55]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,补中益气汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题4	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,补中益气汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验(6MWT)?	慢性心力衰竭C期患者	补中益气汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验(6MWT)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 19.20 [95%CI: -42.49, 80.89]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	补中益气汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验(6MWT)方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题5	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,补中益气汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分?	慢性心力衰竭C期患者	补中益气汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.53 [95%CI: -4.56, -2.49]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,补中益气汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

临床问题6	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,补中益气汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效?	慢性心力衰竭C期患者	补中益气汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.50 [95%CI: 1.28, 1.75]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,补中益气汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

临床问题7	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,补中益气汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)?	慢性心力衰竭C期患者	补中益气汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -11.94 [95%CI: -21.23, -2.65]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,补中益气汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)			

序号 15 参附强心丸				
临床问题1	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,参附强心丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP?	慢性心力衰竭C期患者	参附强心丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	NT-proBNP
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 1856.00 [95%CI: 1705.64, 2006.36]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,参附强心丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP			

临床问题2	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,参附强心丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF?	慢性心力衰竭C期患者	参附强心丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 2.31 [95%CI: 0.85, 3.78]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			

升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比，参附强心丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF

临床问题3	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比，参附强心丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）？	慢性心力衰竭C期患者	参附强心丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径（LVEDd）
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD -1.80 [95%CI: -2.78, -0.83]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，参附强心丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）			

临床问题4	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比，参附强心丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心输出量（CO）？	慢性心力衰竭C期患者	参附强心丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	心输出量（CO）
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -1.86 [95%CI: -5.53, 1.81]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	参附强心丸联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者心输出量（CO）方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题5	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比，参附强心丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）？	慢性心力衰竭C期患者	参附强心丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验（6MWT）
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 24.68 [95%CI: 3.81, 45.55]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，参附强心丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）			

临床问题6	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比，参附强心丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分？	慢性心力衰竭C期患者	参附强心丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分

研究类型及数量	2个RCT
效应值及可信区间	MD -2.18 [95%CI: -5.67, 1.31]
证据等级	D级证据
是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	参附强心丸联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分方面与常规西药治疗相比无明显差别。

临床问题7	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,参附强心丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效?	慢性心力衰竭C期患者	参附强心丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.50 [95%CI: 1.19, 1.90]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,参附强心丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

临床问题8	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,参附强心丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)?	慢性心力衰竭C期患者	参附强心丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -6.92 [95%CI: -11.25, -2.59]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,参附强心丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)			

序号 16 参附汤				
临床问题1	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP?	慢性心力衰竭C期患者	参附汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP/NT-proBNP
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	SMD -1.74 [95%CI: -3.06, -0.43]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP			

临床问题2	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF?	慢性心力衰竭C期患者	参附汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 3.50 [95%CI: 1.96, 5.04]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	参附汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.22 [95%CI: 1.06, 1.42]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验(6MWT)?	慢性心力衰竭C期患者	参附汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验(6MWT)
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 27.50 [95%CI:23.85, 31.16]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验(6MWT)			

临床问题5	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分?	慢性心力衰竭C期患者	参附汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -2.30 [95%CI: -5.57, 0.97]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			

结论	参附汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分方面与常规西药治疗相比无明显差别。
----	---

临床问题6	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效?	慢性心力衰竭C期患者	参附汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 1.56 [95%CI: 1.01, 2.41]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

临床问题7	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ) ?	慢性心力衰竭C期患者	参附汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD -8.71 [95%CI: -15.04, -2.37]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)			

临床问题8	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者再住院?	慢性心力衰竭C期患者	参附汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	再住院
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 0.28 [95%CI: 0.13, 0.61]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者再住院			

临床问题9	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,参附汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者全因死亡?	慢性心力衰竭C期患者	参附汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	全因死亡
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 0.25 [95%CI: 0.07, 0.87]			

证据等级	C级证据
是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比，参附汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者全因死亡

序号 17 芪苈强心胶囊				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP？	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP/NT-proBNP
研究类型及数量	14个RCT			
效应值及可信区间	SMD -1.20 [95%CI:-1.79, -0.61]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF？	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	26个RCT			
效应值及可信区间	MD 5.49 [95%CI:4.06, 6.91]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题3	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）？	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径（LVEDd）
研究类型及数量	12个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.56 [95%CI: -5.33, -1.80]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）			

临床问题4	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规	常规西药治疗	左心室收缩末期内径

善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径（LVEDs）？		西药治疗		（LVEDs）
研究类型及数量	7个RCT			
效应值及可信区间	MD -1.70 [95%CI: -6.49, 3.09]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径（LVEDs）方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题5	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心输出量（CO）？	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	心输出量（CO）
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 0.22 [95%CI: -0.26, 0.70]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者心输出量（CO）方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题6	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效？	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	32个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.19 [95%CI: 1.15, 1.23]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题7	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）？	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验（6MWT）
研究类型及数量	13个RCT			
效应值及可信区间	MD 45.94 [95%CI: 36.03, 55.84]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）			

临床问题8	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比, 芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分?	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	6个RCT			
效应值及可信区间	MD -2.21 [95%CI: -3.56, -0.85]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

临床问题9	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比, 芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效?	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	15个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.17 [95%CI: 1.12, 1.22]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

临床问题10	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比, 芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)?	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)
研究类型及数量	11个RCT			
效应值及可信区间	MD -6.41 [95%CI: -7.54, -5.28]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)			

临床问题11	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比, 芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者再住院?	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	再住院
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	RR 0.34 [95%CI: 0.18, 0.65]			

证据等级	B级证据
是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者再住院

临床问题12	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心血管事件？	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	心血管事件
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	RR 0.13 [95%CI: 0.05, 0.33]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心血管事件			

临床问题13	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪苈强心胶囊联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者全因死亡？	慢性心力衰竭C期患者	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗	常规西药治疗	全因死亡
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.00 [95%CI: 0.07, 15.28]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者全因死亡方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

序号 18 防己黄芪汤				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，防己黄芪汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP？	慢性心力衰竭C期患者	防己黄芪汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	NT-proBNP
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -54.67 [95%CI: -57.41, -51.93]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，防己黄芪汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，防己黄芪汤	慢性心力衰	防己黄芪汤	常规西药治疗	LVEF

联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF?	竭C期患者	联用常规西药治疗		
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 6.60 [95%CI: 5.55, 7.65]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 防己黄芪汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 防己黄芪汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	防己黄芪汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.13 [95%CI: 0.91, 1.39]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	防己黄芪汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 防己黄芪汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验 (6MWT)?	慢性心力衰竭C期患者	防己黄芪汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验 (6MWT)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD 59.67 [95%CI: 39.56, 79.77]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 防己黄芪汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验 (6MWT)			

临床问题5	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 防己黄芪汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分?	慢性心力衰竭C期患者	防己黄芪汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -4.73 [95%CI: -6.54, -2.93]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 防己黄芪汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

序号 19 四逆汤				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP？	慢性心力衰竭C期患者	四逆汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP/NT-proBNP
研究类型及数量	5个RCT			
效应值及可信区间	SMD -1.27 [95%CI: -2.51, -0.02]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF？	慢性心力衰竭C期患者	四逆汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	6个RCT			
效应值及可信区间	MD 4.12 [95%CI: 3.25, 4.99]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题3	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）？	慢性心力衰竭C期患者	四逆汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径（LVEDd）
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.26 [95%CI: -5.35, -1.18]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）			

临床问题4	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径（LVEDs）？	慢性心力衰竭C期患者	四逆汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	左心室收缩末期内径（LVEDs）
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.86 [95%CI: -5.83, -1.89]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			

升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径（LVEDs）

临床问题5	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效？	慢性心力衰竭C期患者	四逆汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.26 [95%CI: 1.13, 1.40]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题6	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）？	慢性心力衰竭C期患者	四逆汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验（6MWT）
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD 44.65 [95%CI: 27.84, 61.46]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）			

临床问题7	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分？	慢性心力衰竭C期患者	四逆汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.99 [95%CI: -5.97, -2.01]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

临床问题8	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，四逆汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效？	慢性心力衰竭C期患者	四逆汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	2个RCT			

效应值及可信区间	RR 1.29 [95%CI: 1.10, 1.51]
证据等级	B级证据
是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比, 四逆汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效

临床问题9	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 四逆汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者再住院?	慢性心力衰竭C期患者	四逆汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	再住院
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 0.49 [95%CI: 0.18, 1.29]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	四逆汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者再住院方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

序号 20 炙甘草汤				
临床问题1	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 炙甘草汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP?	慢性心力衰竭C期患者	炙甘草汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -31.92 [95%CI: -95.22, 31.38]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	炙甘草汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者BNP方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题2	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 炙甘草汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF?	慢性心力衰竭C期患者	炙甘草汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	6个RCT			
效应值及可信区间	MD 5.24 [95%CI: 1.47, 9.02]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比, 炙甘草汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比, 炙甘草汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期径 (LVEDd)?	慢性心力衰竭C期患者	炙甘草汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期径 (LVEDd)

期内径（LVEDd）？				
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD -4.97 [95%CI: -11.33, 1.39]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	炙甘草汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题4	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，炙甘草汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径（LVEDs）？	慢性心力衰竭C期患者	炙甘草汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	左心室收缩末期内径（LVEDs）
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD -2.50 [95%CI: -3.05, -1.95]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，炙甘草汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径（LVEDs）			

临床问题5	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，炙甘草汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效？	慢性心力衰竭C期患者	炙甘草汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	6个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.23 [95%CI: 1.06, 1.43]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，炙甘草汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题6	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，炙甘草汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）？	慢性心力衰竭C期患者	炙甘草汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验（6MWT）
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD 47.58 [95%CI: 28.56, 66.60]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，炙甘草汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）			

临床问题7	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,炙甘草汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分?	慢性心力衰竭C期患者	炙甘草汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.64 [95%CI: -4.83, -2.44]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,炙甘草汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

临床问题8	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,炙甘草汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效?	慢性心力衰竭C期患者	炙甘草汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	5个RCT			
效应值及可信区间	MD 1.34 [95%CI: 1.20, 1.50]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,炙甘草汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

序号 21 归脾汤				
临床问题1	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,归脾汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP?	慢性心力衰竭C期患者	归脾汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	NT-proBNP
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD -285.27 [95%CI: -529.15, -41.39]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,归脾汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP			

临床问题2	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,归脾汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF?	慢性心力衰竭C期患者	归脾汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD 5.35 [95%CI: 0.96, 9.74]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			

结论	与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF
----	---

临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径 (LVEDd) ?	慢性心力衰竭C期患者	归脾汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径 (LVEDd)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -6.80 [95%CI: -9.91, -3.69]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径 (LVEDd)			

临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径 (LVEDs) ?	慢性心力衰竭C期患者	归脾汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	左心室收缩末期内径 (LVEDs)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -5.20 [95%CI: -7.40, -3.00]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径 (LVEDs)			

临床问题5	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	归脾汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.23 [95%CI: 1.09, 1.39]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题6	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验 (6MWT) ?	慢性心力衰竭C期患者	归脾汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验 (6MWT)
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 80.52 [95%CI: 25.66, 135.38]			

证据等级	C级证据
是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）

临床问题7	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分？	慢性心力衰竭C期患者	归脾汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.43 [95% CI: -7.20, 0.34]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	归脾汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题8	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效？	慢性心力衰竭C期患者	归脾汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.30 [95% CI: 0.97, 1.74]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	归脾汤联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题9	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）？	慢性心力衰竭C期患者	归脾汤联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -7.67 [95% CI: -12.52, -2.82]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，归脾汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）			

序号 22 生脉散				
临床问题1	P（研究对	I（干预措	C（对照措	O（结局指标）

	象)	施)	施)	
与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP?	慢性心力衰竭C期患者	生脉散联用常规西药治疗	常规西药治疗	BNP/NT-proBNP
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	SMD 0.13 [95%CI: -0.62, 0.88]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	生脉散联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者BNP/NT-proBNP方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题2	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF?	慢性心力衰竭C期患者	生脉散联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	MD 3.40 [95%CI: 1.02, 5.79]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题3	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径 (LVEDd) ?	慢性心力衰竭C期患者	生脉散联用常规西药治疗	常规西药治疗	左室舒张末期内径 (LVEDd)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.10 [95%CI: -5.06, -1.14]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径 (LVEDd)			

临床问题4	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效?	慢性心力衰竭C期患者	生脉散联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	8个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.17 [95%CI: 1.09, 1.27]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题5	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验(6MWT)?	慢性心力衰竭C期患者	生脉散联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验(6MWT)
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD 19.76 [95%CI: 1.06, 38.45]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验(6MWT)			

临床问题6	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分?	慢性心力衰竭C期患者	生脉散联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.61 [95%CI: -6.04, -1.18]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

临床问题7	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效?	慢性心力衰竭C期患者	生脉散联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	6个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.30 [95%CI: 1.07, 1.56]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

临床问题8	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
与常规西药治疗相比,生脉散联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)?	慢性心力衰竭C期患者	生脉散联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -16.18 [95%CI: -19.23, -13.13]			
证据等级	C级证据			

是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比，生脉散联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）

临床问题9	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，生脉散联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者再住院？	慢性心力衰竭C期患者	生脉散联用常规西药治疗	常规西药治疗	再住院
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR 0.50 [95%CI: 0.27, 0.93]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，生脉散联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者再住院			

序号 23 芪参益气滴丸				
临床问题1	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP？	慢性心力衰竭C期患者	芪参益气滴丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	NT-proBNP
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -91.19 [95%CI: -248.01, 65.63]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	芪参益气滴丸联用常规西药治疗在改善慢性心力衰竭C期患者NT-proBNP方面与常规西药治疗相比无明显差别。			

临床问题2	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF？	慢性心力衰竭C期患者	芪参益气滴丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	LVEF
研究类型及数量	5个RCT			
效应值及可信区间	MD 5.77 [95%CI: 2.29, 9.26]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者LVEF			

临床问题3	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心输出量（CO）？	慢性心力衰竭C期患者	芪参益气滴丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	心输出量（CO）

研究类型及数量	1个RCT
效应值及可信区间	MD 0.52 [95%CI: 0.36, 0.68]
证据等级	C级证据
是否升级或降级	未升级或降级
升级或降级因素	无
结论	与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心输出量（CO）

临床问题4	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效？	慢性心力衰竭C期患者	芪参益气滴丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	心功能疗效
研究类型及数量	6个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.29 [95%CI: 1.16, 1.43]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能疗效			

临床问题5	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）？	慢性心力衰竭C期患者	芪参益气滴丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	6分钟步行试验（6MWT）
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD 48.60 [95%CI: 14.19, 83.01]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者6分钟步行试验（6MWT）			

临床问题6	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分？	慢性心力衰竭C期患者	芪参益气滴丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候积分
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	MD -3.83 [95%CI: -4.38, -3.28]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候积分			

临床问题7	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
-------	---------	---------	---------	---------

与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效？	慢性心力衰竭C期患者	芪参益气滴丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	中医证候疗效
研究类型及数量	5个RCT			
效应值及可信区间	RR 1.42 [95%CI: 1.23, 1.65]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者中医证候疗效			

临床问题8	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗是否可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)？	慢性心力衰竭C期患者	芪参益气滴丸联用常规西药治疗	常规西药治疗	明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD -14.33 [95%CI: -16.40, -12.26]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	未升级或降级			
升级或降级因素	无			
结论	与常规西药治疗相比，芪参益气滴丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者明尼苏达生活质量评分 (MLHFQ)			

A. 7 推荐意见投票结果表

序号	推荐条目	推荐方向强度的票数					投票轮数	是否达成共识
		↑↑	↑	/	↓	↓↓		
1	根据慢性心力衰竭分期，建议本方案的适用人群为慢性心力衰竭患者，其中“未病先防”阶段为B期患者（高血压心脏病、冠心病），“既病防变”“瘥后防复”阶段为C期患者。	15					1	是
2	在“未病先防”阶段，与常规治疗相比，饮食营养干预及中医药膳联合西医常规治疗在改善慢性心力衰竭B期患者BNP/NT-proBNP、左室舒张/收缩末期内径、心输出量、LVEF、心功能（NYHA 分级）疗效以防止心衰进展至C期方面有更好的临床疗效	10					1	是
3	在“未病先防”阶段，与常规治疗相比，中西医健康教育联	14					1	是

	合西医常规治疗在改善慢性心力衰竭 B 期患者 BNP/NT-proBNP、左室舒张/收缩末期内径、心输出量、LVEF、心功能（NYHA 分级）疗效以防止心衰进展至 C 期方面有更好的临床疗效							
4	在“既病防变”阶段，与常规西药治疗相比，饮食营养干预及中医药膳联合西药常规治疗在改善慢性心力衰竭 C 期患者的心功能（NYHA 分级）疗效、6 分钟步行试验、左室射血分数（LVEF）、左室舒张/收缩末期内径、心输出量、BNP/NT-proBNP、中医证候积分、中医证候疗效、明尼苏达生活质量评分（MLHFQ）等方面有更好的临床疗效	12					1	是
5	在“瘥后防复”阶段，与常规西药治疗相比，灸法联合西药常规治疗在降低慢性心力衰竭患者再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率等方面有更好的临床疗效	10					1	是
6	在“瘥后防复”阶段，与常规西药治疗相比，贴敷疗法联合西药常规治疗在降低慢性心力衰竭患者再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率等方面有更好的临床疗效						2	否
7	在“瘥后防复”阶段，与常规西药治疗相比，针刺联合西药常规治疗在降低慢性心力衰竭患者再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率等方面有更好的临床疗效	11					1	是
8	在“瘥后防复”阶段，与常规西药治疗相比，耳穴联合西药常规治疗在降低慢性心力衰竭患者再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率等方面有更好的临床疗效						2	否
9	在“瘥后防复”阶段，与常规						2	否

	西药治疗相比,中药沐足联合西药常规治疗在降低慢性心力衰竭患者再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率等方面有更好的临床疗效							
10	在“瘥后防复”阶段,与常规西药治疗相比,八段锦联合西药常规治疗在降低慢性心力衰竭患者再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率等方面有更好的临床疗效	13					1	是
11	在“瘥后防复”阶段,与常规西药治疗相比,太极拳联合西药常规治疗在降低慢性心力衰竭患者再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率等方面有更好的临床疗效	13					1	是
12	在“瘥后防复”阶段,与常规西药治疗相比,康复运动联合西药常规治疗在降低慢性心力衰竭患者再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率等方面有更好的临床疗效	13					1	是
13	在“瘥后防复”阶段,与常规西药治疗相比,饮食营养干预及中医药膳联合西药常规治疗在降低慢性心力衰竭患者再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率等方面有更好的临床疗效	11					1	是
14	在“瘥后防复”阶段,与常规西药治疗相比,心理干预及中医情志疗法联合西药常规治疗在降低慢性心力衰竭患者再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率等方面有更好的临床疗效	12					1	是
15	在“瘥后防复”阶段,与常规西药治疗相比,中西医健康教育联合西药常规治疗在降低慢性心力衰竭患者再住院率、心血管事件发生率、全因死亡率等方面有更好的临床疗效	12					1	是
16	丹芎通络汤联用常规西药治	12					1	是

	疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（高血压心脏病）患者 LVEF							
17	地菊平肝胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（高血压心脏病）患者 LVEF		9				1	是
18	加味通窍活血汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（高血压心脏病）患者 LVEF、LVEDd、LVEDs		12				1	是
19	麝香保心丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（冠心病）患者 LVEF	9					1	是
20	芪参益气滴丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（冠心病）患者 LVEF	10					1	是
21	心可舒片联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（冠心病）患者心功能（NYHA 分级）疗效	6	6				1	是
22	针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（冠心病）患者 BNP/NT-proBNP、LVEDd、CO		9				1	是
23	针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（冠心病）患者 LVEF		10				1	是
24	有氧运动联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（高血压心脏病）患者 NT-proBNP、LVEF、LVEDd、LVEDs	10					1	是
25	八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（冠心病）患者 LVEF		8				1	是
26	太极拳联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 B 期（冠心病）患者 LVEF	7	7				1	是
27	保元汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者心功能（NYHA 分级）疗效、中医证候疗效	10					1	是
28	保元汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、	10					1	是

	LVEDd、LVEDs、6MWT、中医证候积分、明尼苏达生活质量评分							
29	补阳还五汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者心功能（NYHA 分级）疗效、6MWT、中医证候疗效	13					1	是
30	补阳还五汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP		8				1	是
31	补益强心片联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者心输出量（CO）	6	6				1	是
32	补益强心片联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 6 分钟步行试验（6MWT）、明尼苏达生活质量评分		10				1	是
33	补中益气汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者心功能（NYHA 分级）疗效、中医证候积分、中医证候疗效	9					1	是
34	补中益气汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 LVEF、明尼苏达生活质量评分		9				1	是
35	参附强心丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 LVEF、LVEDd	9					1	是
36	参附强心丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 NT-proBNP、6MWT、中医证候疗效、明尼苏达生活质量评分		9				1	是
37	参附汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者心功能（NYHA 分级）疗效、6MWT、明尼苏达生活质量评分	13					1	是
38	参附汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、中医证候疗效	10					1	是
39	芪苈强心胶囊联用常规西药	14					1	是

	治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能（NYHA 分级）疗效、中医证候疗效、明尼苏达生活质量评分							
40	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、LVEDd、6MWT、中医证候积分	11					1	是
41	防己黄芪汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者 NT-proBNP、LVEF、6MWT、中医证候积分	11					1	是
42	四逆汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左室舒张末期内径（LVEDd）、LVESd、心功能（NYHA 分级）疗效、中医证候疗效		8				1	是
43	四逆汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、6MWT、中医证候积分		11				1	是
44	炙甘草汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者左心室收缩末期内径（LVESd）、6MWT、中医证候积分、中医证候疗效	8					1	是
45	炙甘草汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者 LVEF、心功能（NYHA 分级）疗效		7				1	是
46	归脾汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能（NYHA 分级）疗效		7				1	是
47	归脾汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者 NT-proBNP、LVEF、LVEDd、LVESd、6MWT、MLHFQ		12				1	是
48	生脉散联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患者心功能（NYHA 分级）疗效、6MWT	10					1	是
49	生脉散联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭C期患	8					1	是

	者 LVEF、LVEDd、中医证候积分、中医证候疗效、明尼苏达生活质量评分						
50	芪参益气滴丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者心功能（NYHA 分级）疗效、中医证候积分、中医证候疗效	11				1	是
51	芪参益气滴丸联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 LVEF、心输出量（CO）、6MWT、MLHFQ	8				1	是
52	灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者左心室收缩末期内径（LVEDs）、心功能（NYHA 分级）疗效、中医证候疗效	8				1	是
53	灸法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 NT-proBNP、LVEF、LVEDd、CO、6MWT、中医证候积分、明尼苏达生活质量评分	10				1	是
54	贴敷疗法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者心功能（NYHA 分级）疗效	8				1	是
55	贴敷疗法联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、6MWT、中医证候疗效、MLHFQ	8				1	是
56	针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 NT-proBNP、LVEF、心功能（NYHA 分级）疗效、6MWT、中医证候积分、中医证候疗效、MLHFQ	7				1	是
57	针刺联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者左室舒张末期内径（LVEDd）、CO	7				1	是
58	耳穴联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者中医证候积分					2	否
59	中药沐足联用常规西药治疗	10				1	是

	可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 6 分钟步行试验 (6MWT)、中医证候积分、MLHFQ							
60	八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者心功能 (NYHA 分级) 疗效	8					1	是
61	八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP/NT-proBNP、LVEF、6MWT、MLHFQ	7	7				1	是
62	太极拳联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP	7					1	是
63	太极拳联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 6 分钟步行试验 (6MWT)、MLHFQ		8				1	是
64	太极拳联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 LVEF						2	否
65	康复运动联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 BNP、LVEDd、6MWT、中医证候积分	8					1	是
66	中医情志及心理干预联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者 LVEF、LVEDd、LVEDs		11				1	是
67	参附汤联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者再住院、全因死亡		9				1	是
68	芪苈强心胶囊联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者再住院、心血管事件	14					1	是
69	生脉散联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者再住院	8					1	是
70	八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者再住院	8					1	是
71	八段锦联用常规西药治疗可以改善慢性心力衰竭 C 期患者心血管事件发生		7				1	是

参考文献

- [1] Dayer M, Cowie MR. Heart failure: diagnosis and healthcare burden[J]. Clin Med, 2001,4(1):13-18. (I 级证据, 推荐强度 A)
- [2] Metra M, Teerlink J R. Heart failure[J]. Lancet, 2017,390(10106):1981-1995.
- [3] Groenewegen A, Rutten F H, Mosterd A, et al. Epidemiology of heart failure[J]. Eur J Heart Fail, 2020,22(8):1342-1356.
- [4] 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.
- [5] 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 2020 概要[J]. 中国循环杂志, 2021,36(06):521-545.
- [6] 顾东风, 黄广勇, 吴锡桂, 等. 中国心力衰竭流行病学调查及其患病率[J]. 中华心血管病杂志, 2003(01):6-9.
- [7] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 慢性心力衰竭基层诊疗指南(2019 年)[J]. 中华全科医师杂志, 2019,18(10):936-947.
- [8] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志, 2018,46(10):760-789.
- [9] 冠心病中医临床研究联盟, 中国中西医结合学会心血管病专业委员会, 中华中医药学会心病分会, 等. 慢性心力衰竭中医诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2014,55(14):1258-1260. (I 级证据, 推荐强度 A)
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002, 79-81. (I 级证据, 推荐强度 A)
- [11] 王永炎, 严世芸. 实用中医内科学[M]. 上海: 科学技术出版社, 2009. (V 级证据, 推荐强度 E)
- [12] 张伯礼, 薛博瑜. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012. (V 级证据, 推荐强度 E)
- [13] 冼绍祥. 心力衰竭中西医结合研究基础与临床[M]. 上海: 科学技术出版社, 2011. (II 级证据, 推荐强度 C)
- [14] 中国高血压防治指南(2018 年修订版)[J]. 中国心血管杂志, 2019, 24(01): 24-56.
- [15] Appel L J, Moore T J, Obarzanek E, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group[J]. N Engl J Med, 1997,336(16):1117-1124.
- [16] Fossum E, Moan A, Kjeldsen S E, et al. The effect of losartan versus atenolol on cardiovascular morbidity and mortality in patients with hypertension taking aspirin: the Losartan Intervention for Endpoint Reduction in hypertension (LIFE) study[J]. J Am Coll Cardiol, 2005,46(5):770-775.
- [17] 中华中医药学会心血管病分会. 高血压中医诊疗专家共识[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(15): 217-221.

- [18] 心力衰竭合理用药指南(第2版)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2019, 11(7): 1-78.
- [19] 王华,梁延春. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10): 760-789.
- [20] 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)[J]. 中华心血管病杂志, 2019, 47(10): 766-767.
- [21] COLLET J P, THIELE H, BARBATO E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [J]. *Eur Heart J*, 2021, 42(14): 1289-367.
- [22] MONTALESCOT G, PITT B, LOPEZ DE SA E, et al. Early eplerenone treatment in patients with acute ST-elevation myocardial infarction without heart failure: the Randomized Double-Blind Reminder Study [J]. *Eur Heart J*, 2014, 35(34): 2295-302.
- [23] LAX A, SANCHEZ-MAS J, ASENSIO-LOPEZ M C, et al. Mineralocorticoid receptor antagonists modulate galectin-3 and interleukin-33/ST2 signaling in left ventricular systolic dysfunction after acute myocardial infarction [J]. *JACC Heart failure*, 2015, 3(1): 50-8.
- [24] DESAI A S, SOLOMON S D, SHAH A M, et al. Effect of Sacubitril-Valsartan vs Enalapril on Aortic Stiffness in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction: A Randomized Clinical Trial [J]. *Jama*, 2019, 322(11): 1077-84.
- [25] JANUZZI J L, BUTLER J, FOMBU E, et al. Rationale and methods of the Prospective Study of Biomarkers, Symptom Improvement, and Ventricular Remodeling During Sacubitril/Valsartan Therapy for Heart Failure (PROVE-HF) [J]. *American heart journal*, 2018, 199(130-6).
- [26] MIYOSHI T, NAKAMURA K, MIURA D, et al. Effect of LCZ696, a dual angiotensin receptor neprilysin inhibitor, on isoproterenol-induced cardiac hypertrophy, fibrosis, and hemodynamic change in rats [J]. *Cardiology journal*, 2019, 26(5): 575-83.
- [27] VANDEN BOSSCHE L, VANDERSTRAETEN G. A multi-center, double-blind, randomized, placebo-controlled trial protocol to assess Traumeel injection vs dexamethasone injection in rotator cuff syndrome: the TRAumeel in ROTator cuff syndrome (TRARO) study protocol [J]. *BMC musculoskeletal disorders*, 2015, 16(1): 8.
- [28] MARTENS P, NUYENS D, RIVERO-AYERZA M, et al. Sacubitril/valsartan reduces ventricular arrhythmias in parallel with left ventricular reverse remodeling in heart failure with reduced ejection fraction [J]. *Clinical research in cardiology: official journal of the German Cardiac Society*, 2019, 108(10): 1074-82.
- [29] 程侣,李文姣,赵梦竹,等. 中医相关的心肌梗死二级预防指南的质量评价及内容分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2020, 12(7): 783-787.
- [30] 急性心肌梗死中西医结合诊疗指南[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(3): 272-284.
- [31] 萨喆燕,兰彩莲,潘晓华,等. 基于红外热像技术探讨健身气功八段锦对心功能的影响[J]. 中国运动医学杂志, 2018, 37(8): 657-661.
- [32] 杨晓丽,蔡益民,吴贤琳,等. 八段锦对冠心病患者心脏康复干预效果的 Meta 分析[J]. 医学信息, 2019, 32(4): 70-74.

- [33] 冯琳,吕瑾瑜,叶秋赞. 心梗患者饮食调护的重要性[J]. 现代中医药, 2005(2): 72.
- [34] 邵云霜,黄双丽,张倩,等. “双心护理”在冠心病患者负性情绪中的应用进展[J]. 牡丹江医学院学报, 2020, 41(6): 106-109.
- [35] 楚岩. 中医情志护理干预在心肌梗死稳定期患者护理中的应用效果及价值研究[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(5): 175-176.
- [36] 胡亚亚,辛转苹. 基于社会支持系统下的心理护理干预对冠心病患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(17): 193-194.
- [37] 中华医学会老年医学分会心血管疾病学组,《老年慢性心力衰竭诊治中国专家共识》编写组. 老年人慢性心力衰竭诊治中国专家共识(2021)[J]. 中华老年医学杂志, 2021, 40(5): 550-561.
- [38] 急性心肌梗死后心室重构防治专家共识[J]. 中华心血管病杂志(网络版), 2020, 03(1): 1-7.