

IC **, ***, **
C**



团体标准

T/CACM ****—20**

脑梗死合并心肌梗死中医诊疗指南

The guideline for the diagnosis and treatment of cerebral infarction combined with
myocardial infarction in Traditional Chinese Medicine
(文件类型：送审稿)

(完成时间：2025 年 4 月 22 日)

2025-**-**发布

2025-**-**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	1
4 流行病学特点	1
5 危险因素	2
6 病理生理学特征	2
7 西医诊断	3
8 中医病因病机	4
9 中医诊断	4
10 中医辨证施治	6
11 合并用药	7
参 考 文 献	8

中华中医药学会团体标准公示稿

前 言

本文件参照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》规定起草。

请注意本文件某些内容可能涉及专利，本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由浙江中医药大学中医心脑血管病研究院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：浙江中医药大学、河南中医药大学、安徽中医药大学第一附属医院、甘肃中医药大学附属医院、河北医科大学第二医院、陕西国际商贸学院、银川脑心同治互联网医院、辽宁中医药大学附属医院、长春中医药大学附属医院、青岛大学医学院附属医院、成都中医药大学附属医院、河南中医药大学第一附属医院、天津中医药大学第一附属医院、云南省中医医院、中国中医科学院附属西苑医院、广东省中医院、首都医科大学附属北京中医医院、郑州大学第一附属医院、贵州中医药大学、重庆医科大学附属第二医院、陕西省中医医院、宁夏医科大学总医院、内蒙古医科大学附属医院、湖南中医药大学第一附属医院、青海省人民医院、南昌大学第一附属医院、贵州中医药大学第一附属医院、广西中医药大学第一附属医院、海南省人民医院、福建医科大学附属第一医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、上海中医药大学附属曙光医院、山东中医药大学第二附属医院、常州市中医院、湖北省人民医院、北京中医药大学中药学院、四川大学华西医院、哈尔滨医科大学附属第二医院、湖北中医药大学、陕西中医药大学附属医院。

本文件主要起草人：万海同、杨文明、李应东、张祥建、付巍

本文件其他起草人：郭艺蕾、张艳、杨洁红、王新志、赵超、姜丽红、安毅、陈秋、潘丹萍、何昱、周惠芬、赵迪、张军平、林亚明、雷燕、陈伯钧、刘红旭、许予明、刘兴德、陈阳美、韩祖成、石学宁、赵世刚、陈新宇、胡全忠、郑泽琪、孙刚、卢棋健、文国强、陈金水、程为平、王肖龙、王兴臣、汪瀚、罗立波、杨波、吴嘉瑞、周鹏、王湛、孙鑫、毛森林、赵宾宾、赵明君、万浩芳、李畅、邵翀羽、虞立、郭艳。

引 言

随着全球老龄化加剧，多病同病或多病共病（如同时患脑梗死和心肌梗死）越来越普遍，欧洲65岁或65岁以上人口中至少有一半患有共病，英国的共病率预计将从2015年的54%上升到2035年的68%，然而，医学界对此关注不足^[1,2]。缺血性心脑血管病如脑梗死合并心肌梗死等是临床常见的同病、共病^[3,4]，且脑梗死或心肌梗死常常存在脑心互损病变^[5]。

脑梗死患者在急性期常因缺血、缺氧出现心脏损伤，甚或心肌梗死等；心肌梗死患者在急性期的数天至数周之内，是继发性脑梗死高发期^[6]。急性脑梗死患者中既往发生心肌梗死，或者急性心肌梗死患者既往发生脑梗死发病率为9~11%左右^[7-10]，也有报道指出急性心肌梗死与脑梗死共病患者达19.9%^[11]，甚至高达67.1%^[12]。心/脑缺血性疾病常伴随并发脑心综合征，20%脑梗死患者在3天内可出现脑心综合征^[13]。基于脑-心轴、心脏神经激素调节机制的心/脑血管病之间双向病理反馈，极大加剧了病情恶化，增加了发病率、致残率、病死率。脑心互损病变发生发展过程使心/脑病成为更棘手治疗的临床问题^[13]。

2010年，赵步长等首次明确提出中医学“脑心同病与脑心同治”^[14]，论述了心脑血管病共同病理基础是“虚、瘀、痰、络阻”等^[15]。此后，多个研究从理论到临床进行了深入探索，取得了显著成果。然而，目前无论中医还是西医仍多以专科化思维方式瞄准单一病种诊治或研究而忽视了多病并病状态下病因病机和诊治等之间内在关联以致造成不完整的诊断、治疗策略和方案，已不能满足临床治疗实际需求，针对此类同病、共病治疗已成为难点。

同病或共病往往是由于共同危险因素聚集而发生，这就需要绘制这些疾病集群并找出哪些是非随机因素，同时需发现疾病新机制、开发新治法、重新配置治疗方案以更好地满足患者需求。中医药学针对脑梗死合并心肌梗死等心脑血管病同病需寻求其共同与差异病机病证，以整体与辨证相结合诊治。

中医学认为脑梗死与心肌梗死及其同病的理论基础主要是神志与血脉，在生理上脑为元神之府，心主神明，脑心互通共用，心与脑共主神志；心主血脉，心脑血管密切相通关联。病理上脑心互损共病，具有共同基本病机与证候，如气虚、气滞、血瘀、络阻等。目前针对脑梗死合并心肌梗死等心脑血管同病的诊断与治疗已有大量研究基础，但其病因病机、中医诊断、治法、方药等尚需形成标准与指南。

针对脑梗死合并心肌梗死，基于中医整体与辨证施治观，结合临床与实验研究成果、历代医家经验及中西医专家建议，综合分析脑梗死合并心肌梗死的关联，制定出相关病因病机、证候、治法、方药等标准与指南，指导临床合理用药，提升诊治效果，为同类临床与基础研究提供新思路。

本标准主要由国家重点研发计划项目“中医药现代化”重点专项“基于脑心同治理念的蒙医药治疗冠心病（心绞痛-心肌梗死）心肌纤维化理论与评价系统研究（No.2023YFC3503100）”、“基于脑心同治理念的益气活血类方治疗脑梗死/心肌梗死的病因病机与诊治方案的创新研究（No.2019YFC1708600）”，国家自然科学基金重点项目“基于药物代谢与生物效应关联的补阳还五汤类方与缺血性中风气虚血瘀证相关的生物学基础研究（No.81630105）”，国家科技重大专项“基于脑心同治理念的养阴益气活血类方防治心房颤动-脑梗死-冠脉综合征高出血风险高危人群的研究（No.2024ZD0528100）”等科研项目资助。本指南由万海同、郭艺蕾、杨洁红、赵迪等执笔，编制过程中无利益冲突。指南仅为临床诊治脑梗死合并心肌梗死提供参考，不作法律依据。临床诊疗时，医生应根据患者具体情况辨证施治，使用中成药应详阅说明书。

脑梗死合并心肌梗死中医诊疗指南

1 范围

本指南主要针对脑梗死合并心肌梗死的中医病证诊断与治疗基本原则，界定了脑梗死合并心肌梗死的术语和定义，明确了病名、流行病学特点、危险因素，所适用病证的中医病因病机、诊断、辨证、治法、方药等标准及安全性评价。

本指南的目标人群适用于脑梗死合并心肌梗死的中医诊疗，并以动脉粥样硬化性脑梗死合并冠状动脉粥样硬化性心肌梗死为示范制定诊疗指南，可为相关同病提供治疗思路与方法。本指南适用于各级医疗和科研机构中从事缺血性心脑血管病诊疗的执业医师及科研工作者使用。

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/T 20000.1-2014 标准化工作指南第1部分：标准化和相关活动的通用术语

GB/T 20348-2006 中医基础理论术语

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候部分

3 术语和定义

3.1 脑梗死合并心肌梗死 Simultaneous attack of cerebral infarction and myocardial infarction

脑梗死又称缺血性脑卒中，是一种脑部血液循环障碍，由缺血、缺氧导致的局限性脑组织缺血性坏死，而迅速出现相应神经功能缺损的一类临床综合征。心肌梗死属于急性冠脉综合征范畴，是指因冠状动脉出现急性阻塞，心肌组织因缺乏血液供应出现坏死，使得心脏功能受损的一种可能危及生命的急性病症。脑梗死合并心肌梗死是同时具有明确诊断的脑梗死与心肌梗死，具有同病、共病特征。

4 流行病学特点

我国心脑血管病患病率处于持续上升阶段，心脑血管病现患病人数 3.3 亿，其中脑卒中 1300 万人，冠心病 1139 万人，心力衰竭 890 万人，肺源性心脏病 500 万人，心房颤动 487 万人，风湿性心脏病 250 万人，先天性心脏病 200 万人，高血压 2.45 亿人^[6]。《中国心血管健康与疾病报告 2021 概要》显示，2019 年心脑血管病死亡占我国城乡居民总死亡原因的首位，高于肿瘤及其他疾病，农村、城市心脑血管病分别占死因的 46.74%和 44.26%^[6]。

急性脑梗死患者中既往发生心肌梗死，或者急性心肌梗死患者既往发生脑梗死的概率为 9~11%左右^[7-10]，也有报道指出急性心肌梗死与脑梗死共病患者达 19.9%^[11]，甚至高达 67.1%^[12]。将急性心肌梗死发作后 12 h 内出现急性缺血性脑卒中（AIS）或 AIS 发作后 6 h 内出现 AMI 的情况定义为同步性心脑血管死；超过这一时限而两者相邻时间小于 72 h 则定义

为异时性脑梗死^[17]。临床上以异时性脑梗死更为常见，异时性脑梗死的发病率为0.9%~12.7%，同步性脑梗死合并心肌梗死的发生率仅为0.009%^[17]。约4%急性缺血性卒中患者在卒中后3个月内死于心肌梗死，19%患者发生远期心脏事件^[18]。RINCON等^[19]研究发现，655例首次缺血性卒中患者在4年随访期间有44名（6.7%）死于致命性心脏事件，其中有17例患者（38.6%）发生致命性心肌梗死。由于CCI病情凶险且紧急，治疗决策复杂，临床预后差，需要引起临床医生的高度重视。

5 危险因素

脑梗死与心肌梗死有着许多类似的危险因素，如男性、目前吸烟、糖尿病、低密度脂蛋白胆固醇、峰值呼气流减少、身体残疾等^[20]。国家心血管病中心组织编撰的《中国心血管健康与疾病报告2023》中提到，心脑血管疾病的危险因素包括高血压、血脂异常、糖尿病、慢性肾脏病和代谢综合征等^[16]。目前，关于急性缺血性中风后发生心肌梗死事件的研究较少，但已有研究表明，既往心肌梗死病史、糖尿病、卒中严重程度和外周血管疾病是卒中后患者住院期间发生心肌梗死的独立危险因素^[21]。

6 病理生理学特征

现代医学已证实心与脑依据心脑血管密切关联致病，且通过心脏神经激素调节、脑-心轴等生物学双向病理反馈致病。从心脏泵出的血液经颈内动脉和椎动脉进入颅内，并沿途发出分支，分布至脑组织，供给血液。脑梗死患者在急性期常会出现心脏血管缺血、缺氧等引起心脏损伤，甚或心肌梗死等；心肌梗死患者在急性期的数天至数周之内，是继发性脑梗死发生率最高的时期^[6]。当发生急性心肌梗死时，患者常继而出现急性缺血性脑梗死，被认为由于心脏泵血功能降低，引起血压下降，导致脑灌注不足所致。心肌缺血性损伤可导致全身血流动力学功能障碍甚至心源性休克，从而造成脑灌注压失常和引发动脉血栓栓塞^[4]。心/脑缺血性疾病常伴随并发脑心综合征(CCS)，20%脑梗死患者在3天内可出现脑心综合征^[13]。目前，脑梗死合并心肌梗死的病理生理机制尚不十分清楚，研究表明，脑梗死合并心肌梗死的基础与缺血性心脏病和/或卒中后神经调节失调、血管病变致心脑互损有关，其中关于动脉粥样硬化、自主神经功能机制障碍、神经-体液-内分泌调节系统紊乱、免疫应答炎症反应、肠道菌群紊乱的研究较多。

(1) 动脉粥样硬化是脑梗死合并心肌梗死的共同病理基础：动脉硬化斑块性质松散，血管内膜表面粗糙、溃疡是导致心脑血管死同病的共同基础^[22]。

(2) 自主神经功能机制障碍：缺血性脑损伤可导致交感神经活动过度、副交感神经活动被抑制，影响心脏传导系统，引发心脏毒性^[23,24]。

(3) 神经-体液-内分泌调节系统紊乱：心/脑梗死导致机体血流动力学发生变化，进而导致神经-体液-内分泌调节系统紊乱，引起肾上腺素神经系统和肾素血管紧张素系统发生改变，升高血浆中儿茶酚胺的浓度，引起心脑血管功能障碍，血液凝滞状态增加和血管内血栓形成^[25]。

(4) 免疫应答炎症反应：急性脑缺血损伤后，免疫细胞通过受损的血脑屏障大量流入，加重大脑的炎症反应。一系列炎症反应刺激血浆中各种炎症细胞因子过度表达和免疫细胞的

沉积，有助于持续炎症反应，增加动脉粥样硬化斑块的不稳定性，导致心力衰竭的发展^[26]。

(5) 肠道菌群紊乱：通过复杂生物信息，包括脑-心轴等致相互病损^[27]。

7 西医诊断

脑梗死合并心肌梗死需同时具备脑梗死和心肌梗死二者的双重诊断标准，具有多病同病、共病特征。脑梗死合并心肌梗死的适用疾病范围包括同时或短时间内相继发生急性缺血性脑卒中和急性心肌梗死的患者，急性脑梗死合并亚急性、陈旧性心肌梗死以及急性心肌梗死合并恢复期、后遗症期脑梗死等符合脑梗死与心肌梗死共患的人群。同时，也适用于脑梗死或心肌梗死并发脑心互损病变的人群。

7.1 脑梗死诊断标准

7.1.1 急性脑梗死诊断

参考《中国急性缺血性卒中诊治指南 2023》^[28]诊断标准确定：

- (1) 急性起病；
- (2) 局灶神经功能缺损，少数为全面神经功能缺损；
- (3) 影像学出现责任病灶或症状/体征持续24 h以上；
- (4) 排除非血管性病因；
- (5) 脑CT/MRI排除脑出血。

7.1.2 疾病分期诊断

参考《中国脑梗死中西医结合诊治指南2017》^[29]，脑梗死临床诊断应进行分期：发病后6 h以内为超早期；一般发病后2周左右为急性期；发病2周~6个月为恢复期；6个月以后为后遗症期。

7.2 心肌梗死诊断标准

7.2.1 急性心肌梗死诊断

参考《心肌梗死第四次通用定义》^[30]，针对1型心肌梗死，即由动脉粥样硬化血栓性冠状动脉疾病引起的MI，包括急性ST段抬高型心肌梗死和急性非ST段抬高型心肌梗死。急性心肌梗死诊断依据包括：

心脏生物标志物（首选肌钙蛋白 cTn）升高和/或下降，至少有1次数值超过参考值上限的99百分位值，并至少出现以下情况之一：

- (1) 急性心肌缺血症状；
- (2) 新的缺血性心电图改变；
- (3) 心电图出现病理性Q波；
- (4) 影像学证据表明新的存活心肌丢失或新发局部室壁运动异常，其模式与缺血病因一致；
- (5) 通过血管造影术（包括冠状动脉内成像）或尸检证实冠脉内有血栓。

7.2.2 疾病分期诊断

临床根据心肌梗死的病程大致分为急性和陈旧性。依据《心肌梗死第四次通用定义》^[30]，当符合下列任意一项，即可诊断为陈旧性心肌梗死：

- (1) 在没有非缺血性病因的情况下，出现病理性Q波，无论有无症状；

(2) 有影像学证据表明存活心肌丢失，其模式与缺血病因一致；

(3) 有既往MI的病理学发现。

7.3 动脉粥样硬化诊断标准

动脉粥样硬化是众多缺血性心脑血管疾病共同的病理基础，其形成过程涉及血管内皮损伤、血小板活化等多个方面。临床诊断动脉粥样硬化主要依据影像学检查，包括血管超声、冠状动脉造影及CT血管造影（CTA）等^[31,32]。

颈动脉超声可检测血管壁增厚、斑块形成及狭窄程度。参考周永昌、郭万学主编的《超声医学》^[33]，超声下颈动脉粥样硬化诊断标准包括：

(1) 早期动脉粥样硬化仅表现为中膜增厚，只有少量类脂质沉积于内膜而形成脂肪条带，呈线状低回声。动脉硬化明显者表现为中膜及内膜增厚，内膜不规整。颈总动脉内中膜厚度 $>1.0\text{ mm}$ 、分叉处内中膜厚度 $>1.2\text{ mm}$ 为增厚；

(2) 粥样硬化斑块形成表现为：颈总动脉内中膜厚度 $>1.5\text{ mm}$ 时，可诊断为斑块形成。根据斑块回声强度低、高、混合回声的不同分别将斑块分为软斑、硬斑及混合斑。

冠状动脉造影为诊断冠状动脉粥样硬化的“金标准”，可直观显示血管狭窄位置和程度。冠状动脉造影显示血管腔直径狭窄 $\geq 50\%$ ，可确诊为冠状动脉粥样硬化性心脏病。狭窄 $< 50\%$ ，诊断为冠状动脉粥样硬化。

CT血管造影（CTA）为无创检查，可作为冠状动脉造影的替代检查，适用于评估冠状动脉及其他大血管的粥样斑块负荷和钙化程度。

8 中医病因病机

脑梗死合并心肌梗死的病因病机错综复杂，中医临床诊断尚未建立统一标准。

中医学认为人体在生理上脑为元神之府，心主神明，心脑共主神志；心脑血管密切关联互通共用；精气血津液相互依存、制约、互用。病理上气虚无力行血易致血瘀，阴液不足可致脉道涸涩，血行滞滞而易致血瘀，阴虚与气虚互为因果。

脑梗死合并心肌梗死，病位在心、脑，与肺、肝、肾、脾、胃均密切相关。病因有内因和外因之分。内因为人至中老年，年老体衰，心脾肾亏损，气血阴阳不足，出现明显气虚，或气阴两虚，或阳虚；外因为情志失调、饮食失当、劳累过度、气候变化、病邪侵入等致瘀血阻络而发病。基本病机为本虚标实，脏腑虚弱、气血阴阳亏虚为本，瘀血、痰浊、气滞及热毒、寒凝、阳亢等病理产物为其标，致气血运行受阻，痹阻脉络发病。由于气血失于健运是瘀血、痰浊等病理产物产生的重要原因，故气血充盈是保证血脉通畅条达的始动因素。因此，气阴亏虚，瘀血阻络（脑心）是缺血性心脑血管疾病的基本病机，而瘀血痹阻（脑心）是病机关键和发展必然结果^[34,35]。

总之，脑梗死合并心肌梗死多以脏腑虚弱，气虚、阴虚为本，瘀血、痰浊、气滞、络阻为标，证属本虚标实^[36-38]。

9 中医诊断

9.1 病名诊断

根据脑梗死合并心肌梗死常见临床表现和中医古籍病名记载，该类病中医病名为“中风

合并胸痹”、“缺血性中风合并真心痛”、“眩晕合并心悸”。

9.1.1 中风^[39]

- (1) 主症：偏瘫、神识昏蒙，言语蹇涩或不语，偏身感觉异常，口舌歪斜。
- (2) 次症：头痛，眩晕，瞳神变化，饮水发呛，目偏不瞬，共济失调。
- (3) 起病方式：急性起病，发病前多有诱因，常有先兆症状。
- (4) 发病年龄：多在40岁以上。

具备2个主症以上，或1个主症2个次症，结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊，不具备上述条件，结合影像检查结果亦可确诊。

9.1.2 胸痹、真心痛（胸痹心痛）^[40]

- (1) 膻中或心前区憋闷疼痛，甚则痛彻左肩背、咽喉、左上臂内侧等部位。呈发作性或持续不解。常伴有心悸气短，自汗，甚则喘息不得卧。
- (2) 胸闷胸痛一般几秒到几十分钟而缓解。严重者可疼痛剧烈，持续不解，汗出肢冷，面色苍白，唇甲青紫，心跳加快，或心律失常等危象，可发生猝死。
- (3) 多见于中年以上，常因操劳过度，抑郁恼怒或多饮暴食，感受寒冷而诱发。
- (4) 查心电图、动态心电图、运动试验等以明确诊断。必要时作心肌酶谱测定，心电图动态观察。

9.1.3 眩晕^[41]

- (1) 头晕目眩，视物旋转，轻者闭目即止，重者如坐车船，甚则仆倒。
- (2) 可伴恶心呕吐，眼球震颤，耳鸣耳聋，汗出，面色苍白等。
- (3) 慢性起病逐渐加重，或急性起病，或反复发作。
- (4) 测血压，查血色素，红细胞计数及心电图，电测听，脑干诱发电位，眼震电图及颈椎X线摄片，经颅多普勒等有助明确诊断。有条件做CT、磁共振检查。
- (5) 应注意除外肿瘤、严重血液病等。

9.1.4 心悸^[42]

- (1) 自觉心搏异常，或快速或缓慢，或跳动过重，或忽跳忽止。呈阵发性或持续不解，神情紧张，心动不安。
- (2) 伴有胸闷不适，心烦寐差，颤抖乏力，头晕等症。中老年患者，可伴有心胸疼痛，甚则喘促，汗出肢冷，或见晕厥。
- (3) 可见数、促、结、代、缓、迟等脉象。
- (4) 常有情志刺激，惊恐，紧张，劳倦，饮酒等诱发因素。
- (5) 血常规、血沉、抗“O”、T3、T4及心电图，X线胸部摄片、测血压等检查，有助明确诊断。

9.2 证候诊断

基于相关指南与共识^[29, 43-45]，结合专家经验及中医理论分析，将脑梗死合并心肌梗死临床常见证候总结如下：

9.2.1 气虚血瘀证

半身不遂，偏身麻木，言语蹇涩或不语，口舌歪斜，口角流涎；心胸隐痛，时作时休，心悸气短，动则益甚；神疲乏力，面色暗淡，少气懒言；舌质淡暗或紫，边有瘀点、瘀斑，

舌苔薄白，脉沉细或涩。

9.2.2 气阴两虚，瘀血阻络证

半身不遂，肢体麻木、疼痛，皮肤感觉迟钝或消失，言语謇涩，口角流涎，或口舌歪斜；心胸疼痛，或灼痛，或隐痛，时作时休，心悸气短，动则益甚；神疲乏力，气短，自汗或盗汗，心烦不宁，多梦易惊，口燥咽干，五心烦热，颧红，头晕耳鸣，大便秘结；舌质暗淡，或有瘀象，少苔、无苔或苔白，脉虚细缓或结代。

9.2.3 血瘀阻络证

半身不遂或瘫痪，甚则昏睡不醒；心前区激烈疼痛，如刺如绞，痛处固定不移，甚则心痛彻背，或痛引肩背，胸憋或胸部室闷感，心悸怔忡；舌质紫暗，或有瘀点、瘀斑，舌苔薄白，脉细涩或结代。

9.2.4 痰瘀阻络证

半身不遂，舌强语謇，吞咽或言语痛甚，偏身麻木，关节屈伸不利，或口舌歪斜；心胸憋闷或痛，牵掣后背，动辄尤甚，或气上冲咽，自觉有窒息感，或突感胸痛汗出肢冷，甚则晕厥，心悸怔忡；遇阴冷潮湿辄加重或诱发，体胖多痰，身体困重，纳呆便溏，眩晕，时欲呕呃，面色晦暗，唇甲青紫；舌质紫暗，舌质胖大，舌边尖有瘀点、瘀斑，舌苔腻，脉弦滑或结代。

9.2.5 气滞血瘀证

半身不遂，偏身麻木，口舌歪斜；心胸满闷，胀痛或刺痛阵发，痛处以心前区最多见，或攻窜作痛，痛无定处；眩晕，耳鸣，情志不舒，时欲太息，脘腹胀闷；舌质紫暗，或有瘀点，脉弦涩。

10 中医辨证施治

历代对脑梗死、心肌梗死的研究仅局限在各自的范畴内，少见二者并论同治。根据中医整体辨证观，脑梗死合并心肌梗死应进行协同治疗。此类共病具有长期存在的病理生理基础，依据现有文献报告与临床实践，中医药治疗在急性期的疗程多在1周至2周，恢复期或稳定期疗程多在4周至12周，后遗症期可长期服药。脑梗死合并心肌梗死辨证通用方药如下：

10.1 气虚血瘀证

病机：气虚无力行血，瘀血阻滞。

治法：益气活血化瘀。

推荐方药：补阳还五汤（《医林改错》）加减^[46-49]：黄芪、当归尾、赤芍、地龙、川芎、红花、桃仁。（**证据级别：B，推荐强度：强**）

推荐中成药：

脑心通胶囊^[50-54]用法：每次2-4粒，每日3次，口服。（**证据级别：B，推荐强度：强**）

10.2 气阴两虚，瘀血阻络证

病机：气阴两虚，心脑失养，瘀滞经脉。

治法：益气养阴，祛瘀通络。

推荐方药：生脉散（《医学启源》）合血府逐瘀汤（《医林改错》）加减^[55-59]：人参、麦冬、五味子、桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡。

（共识建议）

推荐中成药：

复方血栓通胶囊^[60-64]用法：每次3粒，每日3次，口服。（共识建议）

稳心颗粒^[65-68]用法：每次1袋，每日3次，开水冲服。（证据级别：B，推荐强度：强）

10.3 血瘀阻络证

病机：瘀血凝结，闭阻血脉。

治法：破血行滞，祛瘀止痛。

推荐方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减^[58,69]：桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡。（证据级别：C，推荐强度：强）

推荐中成药：

丹红注射液^[70-76]用法：20-40mL丹红注射液加入5%葡萄糖溶液100-500mL稀释后静脉缓慢滴注，每日1-2次。（证据级别：B，推荐强度：强）

10.4 痰瘀阻络证

病机：痰瘀互结，痹阻脉络。

治法：化痰祛瘀通络。

推荐方药：桃红四物汤（《医宗金鉴》）合半夏白术天麻汤（《医学心悟》）加减^[77,78]：当归、熟地黄、白芍、川芎、桃仁、红花、半夏、天麻、白术、茯苓、橘红、甘草、生姜、大枣。（证据级别：B，推荐强度：强）

推荐中成药：

银杏蜜环口服溶液^[79-83]用法：每次10ml，每日3次，口服。（共识建议）

10.5 气滞血瘀证

病机：气机阻滞，血行瘀滞。

治法：疏肝理气，活血化瘀。

推荐方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减^[58,84]：桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡。（证据级别：C，推荐强度：强）

推荐中成药：

冠心舒通胶囊^[85-88]用法：每次3粒，每日3次，口服。（证据级别：B，推荐强度：强）

11 合并用药

依据现有文献报告，中成药治疗脑梗死合并心肌梗死临床研究与实践等，大多为在西医治疗基础上叠加使用上述中药和/或中成药；有部分联合其他中药，未见联合使用增加相关不良反应、毒副作用报道；合并使用中成药应遵循辨证施治原则。合并用药具体包括β受体阻滞剂、硝酸酯类、钙离子拮抗剂、非肝素类血小板聚集抑制剂、他汀类、ACEI/ARB类、曲美他嗪、尼可地尔等。

参考文献

- [1] Schiøtz M L, Stockmarr A, Høst D, et al. Social disparities in the prevalence of multimorbidity - a register-based population study[J]. *BMC Public Health*, 2017, 17(1): 422.
- [2] Whitty C J M, Watt F M. Map clusters of diseases to tackle multimorbidity[J]. *Nature*, 2020, 579(7800): 494-496.
- [3] Stengl H, Ganeshan R, Hellwig S, et al. Cardiomyocyte injury following acute ischemic stroke: Protocol for a prospective observational cohort study[J]. *JMIR Res Protoc*, 2021, 10(2): e24186.
- [4] Mrozek S, Gobin J, Constantin J M, et al. Crosstalk between brain, lung and heart in critical care[J]. *Anaesth Crit Care Pain Med*, 2020, 39(4): 519-530.
- [5] 万海同. 论缺血性心脑血管病的心脑互损病变与脑心同治的中医整体辨治观[J]. *中医杂志*, 2022, 63(23): 2223-2226.
- [6] Litmeier S, Meinel T R, von Rennenberg R, et al. Coronary angiography in acute ischemic stroke patients: Frequency and determinants of pathological findings in a multicenter cohort study[J]. *J Neurol*, 2022, 269(7): 3745-3751.
- [7] Duan H, Li Z, Gu H Q, et al. Myocardial infarction is associated with increased stroke severity, in-hospital mortality, and complications: Insights from china stroke center alliance registries[J]. *J Am Heart Assoc*, 2021, 10(20): e021602.
- [8] Basile A M, Di Carlo A, Lamassa M, et al. Selective risk factors profiles and outcomes among patients with stroke and history of prior myocardial infarction. The european community stroke project[J]. *J Neurol Sci*, 2008, 264(1-2): 87-92.
- [9] Wei Z Y, Yang J G, Qian H Y, et al. Impact of marital status on management and outcomes of patients with acute myocardial infarction: Insights from the china acute myocardial infarction registry[J]. *J Am Heart Assoc*, 2022, 11(23): e025671.
- [10] Abtahian F, Olenchok B, Ou F S, et al. Effect of prior stroke on the use of evidence-based therapies and in-hospital outcomes in patients with myocardial infarction (from the ncdr action gwtg registry)[J]. *Am J Cardiol*, 2011, 107(10): 1441-1446.
- [11] Kwok C S, Abbas K S, Qureshi A I, et al. Outcomes for patients hospitalized with acute myocardial infarction and cerebral infarction in the united states: Insights from the national inpatient sample[J]. *Intern Emerg Med*, 2023, 18(2): 375-383.
- [12] Merkler A E, Alakbarli J, Barbar T, et al. Associations between the size and location of myocardial infarction and cerebral infarction[J]. *J Neurol Sci*, 2020, 419: 117182.
- [13] Prosser J, MacGregor L, Lees K R, et al. Predictors of early cardiac morbidity and mortality after ischemic stroke[J]. *Stroke*, 2007, 38(8): 2295-2302.
- [14] 赵步长, 伍海勤, 赵涛等编著. 中医脑心同治论[M].北京: 人民卫生出版社, 2010.

[15] 赵步长, 伍海勤, 赵涛. 开启“脑心同治”时代之门 中医药防治心脑血管疾病的传承与创新[M].北京: 中国中医药出版社, 2021.

[16] 中国心血管健康与疾病报告 2023 概要[J].中国循环杂志,2024,39(7):625-660.

[17] 芦宇宁, 徐珊瑚, 万曙. 脑梗死的临床研究进展[J]. 中华急诊医学杂志, 2022, 31(10): 1425-1429.

[18] Roever L, Resende E S, Roerver-Borges A S. Hypertroponinemia, structural cardiac disease, and stroke mortality[J]. Stroke, 2017, 48(5): 1134-1135.

[19] Rincon F, Dhamoon M, Moon Y, et al. Stroke location and association with fatal cardiac outcomes: Northern manhattan study (nomas)[J]. Stroke, 2008, 39(9): 2425-2431.

[20] Simons L A, Simons J, Friedlander Y, et al. A comparison of risk factors for coronary heart disease and ischaemic stroke: The dubbo study of australian elderly[J]. Heart Lung Circ, 2009, 18(5): 330-333.

[21] Liao J, O'Donnell M J, Silver F L, et al. In-hospital myocardial infarction following acute ischaemic stroke: An observational study[J]. Eur J Neurol, 2009, 16(9): 1035-1040.

[22] Amarenco P, Lavallée P C, Labreuche J, et al. Prevalence of coronary atherosclerosis in patients with cerebral infarction[J]. Stroke, 2011, 42(1): 22-29.

[23] Malik A N, Gross B A, Rosalind Lai P M, et al. Neurogenic stress cardiomyopathy after aneurysmal subarachnoid hemorrhage[J]. World Neurosurg, 2015, 83(6): 880-885.

[24] Finsterer J, Stöllberger C. Is autonomous neuropathy responsible for takotsubo syndrome?[J]. Int J Cardiol, 2016, 209: 339-340.

[25] Carnevale D. Neuroimmune axis of cardiovascular control: Mechanisms and therapeutic implications[J]. Nat Rev Cardiol, 2022, 19(6): 379-394.

[26] Fujiu K, Nagai R. Contributions of cardiomyocyte-cardiac fibroblast-immune cell interactions in heart failure development[J]. Basic Res Cardiol, 2013, 108(4): 357.

[27] Dumitrescu L, Popescu-Olaru I, Cozma L, et al. Oxidative stress and the microbiota-gut-brain axis[J]. Oxid Med Cell Longev, 2018, 2018: 2406594.

[28] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性卒中诊治指南 2023[J]. 中华神经科杂志, 2024, 57(6): 523-559.

[29] 高长玉, 吴成翰, 赵建国, 等. 中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 136-144.

[30] Thygesen K, Alpert J S, Jaffe A S, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018)[J]. J Am Coll Cardiol, 2018, 72(18): 2231-2264.

[31] 中华心血管病杂志(网络版)编辑委员会. 动脉粥样硬化斑块的筛查与临床管理专家共识[J]. 中华心血管病杂志(网络版), 2022, 05(1): 1-13.

[32] 动脉粥样硬化中西医防治专家共识(2021年)[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(3): 287-293.

[33] 周永昌, 郭万学主编. 超声医学 第5版[M].北京: 科学技术文献出版社, 2006.

[34] 史海蛟, 丁莉莉, 周宇石, 等. 冠状动脉粥样硬化性心脏病合并脑卒中的中医病机

认识及临床研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(12): 146-149.

[35] 李艳娟, 常大伟, 王蕾, 等. 冠心病合并中风中医文献研究[J]. 世界中医药, 2020, 15(4): 652-656.

[36] 韩丽蓓, 阿依古丽·若曼, 朱爱华, 等. 动脉粥样硬化性心脑血管疾病中医证候分布规律文献研究[J]. 现代中医临床, 2016, 23(2): 42-46.

[37] 马倩, 韩丽蓓, 刘俊丽. 动脉粥样硬化性心脑血管疾病中医证素分布规律临床研究[J]. 现代中医临床, 2017, 24(3): 25-27+43.

[38] 王亦成. 心脑合病与中风病的中医证素分布与用药规律的临床研究[D]. 2018.

[39] 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, (1): 55-56.

[40] 胸痹心痛的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(zy/t001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(7): 32.

[41] 眩晕的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(zy/t001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(9): 167.

[42] 心悸的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(zy/t001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(8): 7.

[43] 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.

[44] 张敏州, 丁邦晗, 林谦. 急性心肌梗死中医临床诊疗指南[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(7): 4119-4127.

[45] 冯凯, 郑志东. 脑梗死急性期中西医结合诊疗专家共识[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(7): 1153-1162.

[46] 王建清. 补阳还五汤治疗气虚血瘀证ami并发脑心综合征的临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(10): 1375-1376.

[47] 董婷, 杨文明, 汪美霞, 等. 补阳还五汤治疗急性脑梗死并发脑心综合征(气虚血瘀证)90例临床观察[J]. 中国中医急症, 2011, 20(1): 5-7.

[48] 丰效杰. 补阳还五汤加味治疗急性脑梗死并发脑心综合征临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(11): 1293-1294.

[49] 文革玲. 活血通瘀汤治疗脑梗死合并冠心病46例[J]. 陕西中医, 2013, 34(2): 141-142.

[50] 杨曦, 姜黎, 杨文友, 等. 依达拉奉注射液联合脑心通胶囊治疗气虚血瘀型急性脑梗死的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(24): 4249-4252.

[51] 黄启勇, 覃瑞明, 文润嘉, 等. 脑心通胶囊对脑卒中气虚血瘀证rt-pa静脉溶栓后静脉血s100b蛋白表达、学习记忆及肢体运动功能的影响研究[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(7): 237-240.

[52] 耿洪娇, 谢雁鸣, 王志飞. 脑心通胶囊治疗气虚血瘀证脑梗死及冠心病心绞痛的临床综合评价[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(23): 6087-6095.

[53] 梁敏燕, 陈开革. 脑心通联合脂必泰治疗糖尿病性脑卒中伴冠心病的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(31): 3477-3479.

- [54] 王志远, 王冬菊, 张玉琢, 等. 脑心通治疗急性脑梗死致脑心综合征 36 例分析[J]. 中国民族民间医药, 2010, 19(4): 139-140.
- [55] 张玲. 生脉散合血府逐瘀汤治疗冠心病气阴两虚血瘀证的临床效果[J]. 医学信息, 2021, 34(14): 169-171.
- [56] 臧同升. 益气滋阴化瘀法联合西药治疗糖尿病合并脑梗死 55 例[J]. 中医研究, 2016, 29(3): 30-32.
- [57] 王佳媚, 杨同堂. 生脉散合血府逐瘀汤治疗冠心病气阴两虚血瘀证效果观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(17): 149+152.
- [58] 叶长瑞. 血府逐瘀汤加减治疗 45 例冠心病合并脑梗死的临床观察[J]. 临床心身疾病杂志, 2016, 22(z1): 188-189.
- [59] 史潇婷, 李彬, 赵庭楷, 等. 生脉散治疗心肌梗死的系统评价[J]. 天津中医药大学学报, 2017, 36(6): 436-440.
- [60] 马骊珠, 乔亚光. 复方血栓通胶囊结合阿托伐他汀片对急性脑梗死神经功能和血脂指标的影响[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(2): 227-230.
- [61] 张素杰, 李登辉, 马玉亮. 纳美芬联合复方血栓通胶囊治疗大面积脑梗死的临床疗效观察[J]. 中国合理用药探索, 2023, 20(10): 84-88.
- [62] 赵莹, 郝红芬, 袁梅, 等. 复方血栓通胶囊联合阿替普酶治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2021, 36(5): 911-915.
- [63] 李慧, 李丹丹, 吴珠, 等. 复方血栓通胶囊治疗冠心病急性心肌梗死临床疗效观察[J]. 中国中医急症, 2020, 29(10): 1841-1843.
- [64] 马召友. 伊伐布雷定联合复方血栓通胶囊治疗冠心病心肌梗死的临床疗效及对心功能、心肌损伤的影响[J]. 黑龙江医学, 2022, 46(24): 2965-2967.
- [65] 许英. 稳心颗粒与胺碘酮治疗急性脑梗死并心律失常疗效分析[J]. 中国实用医药, 2008, (35): 140-141.
- [66] 刘勇. 稳心颗粒治疗急性脑梗死所致的脑心综合征的疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(8): 1383+1385.
- [67] 康鸿雁. 稳心颗粒治疗脑心综合征疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(2): 251.
- [68] 马海花, 王国营, 师宏普. 步长稳心颗粒治疗脑梗死后心律失常 120 例疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(8): 49-50.
- [69] 李淑静. 血府逐瘀汤治疗心脉瘀阻型冠心病心绞痛的疗效及对心功能、炎症因子的影响[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(5): 120-121.
- [70] 张昭华, 闫景国. 丹红注射液脑心同治临床观察[J]. 中国实用医药, 2008, (2): 55-56.
- [71] 朱晔, 卞鑫. 丹红注射液治疗急性脑梗死合并冠心病疗效观察[J]. 中国医药指南, 2010, 8(18): 26-27.
- [72] 王磊, 侯向新. 丹红治疗心绞痛合并脑梗死 60 例观察[J]. 中国实用医药, 2011, 6(15): 173-174.

- [73] 廖菽丹, 王昌育, 张涛. 丹红注射液在老年性冠心病心绞痛合并脑梗塞中的应用[J]. 陕西中医药大学学报, 2016, 39(05): 28-30.
- [74] 吴坚. 丹红注射液对冠心病合并脑梗死患者血小板活化及血管内皮功能的影响[J]. 青岛医药卫生, 2022, 54(3): 185-188.
- [75] 姚丽, 付安新. 丹红注射液治疗血瘀证 221 例初步观察[J]. 中国实用医药, 2010, 5(11): 181-182.
- [76] 吴娅丽, 吴东苑, 杨伟, 等. 基于不平衡数据处理方法的丹红注射液上市后安全性监测和再评价研究[J]. 中国医院用药评价与分析, 2022, 22(10): 1233-1236+1243.
- [77] 李仕妹. 桃红四物汤合半夏白术天麻汤治疗急性脑梗死并发脑心综合征 60 例[J]. 西部中医药, 2017, 30(08): 77-79.
- [78] 郑素玉, 李艺敏. 桃红四物汤合半夏白术天麻汤对急性脑梗死并发脑心综合征的疗效分析[J]. 心血管病防治知识, 2020, 10(21): 24-26.
- [79] 李广宣. 银杏蜜环口服溶液治疗风痰瘀血证脑梗死临床研究[J]. 中医学报, 2013, 28(5): 737-738.
- [80] 程伟宁, 谭登云, 黄荣, 等. 银杏蜜环口服溶液治疗急性缺血性脑卒中及对血流变和神经功能影响观察[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2019, 11(6): 713-715.
- [81] 李爱华, 孟宪举, 崔伟. 银杏蜜环口服溶液联合阿替普酶治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2020, 35(4): 706-711.
- [82] 韩璐, 王淑洁, 张英杰. 银杏蜜环口服溶液对不稳定型心绞痛患者血管内皮功能及氧化应激水平的影响[J]. 新中医, 2023, 55(01): 67-71.
- [83] 薛岳进, 李春晓, 张璐莎, 等. 基于网络药理学研究银杏蜜环口服溶液对心脑血管保护的作用机制[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2022, 14(7): 773-779.
- [84] 赵海峰. 血府逐瘀汤治疗气滞血瘀型冠心病心绞痛患者的效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(21): 79-81.
- [85] 任艳丽, 郭根明. 冠心舒通胶囊治疗急性脑梗塞致脑心综合征疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(13): 116-118.
- [86] 邵贵军. 丹红注射液联合冠心舒通胶囊治疗缺血性脑卒中的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(25): 103+106.
- [87] 吴晓丹. 冠心舒通胶囊联合丹红注射液治疗缺血性脑卒中 40 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(20): 47-48.
- [88] Yu L, Wu L, Peng W, et al. Efficacy and safety of guanxinshutong capsule combined with western medicine on stable angina pectoris: a systematic review and meta-analysis[J]. Front Pharmacol, 2024, 15: 1444388.