

· 临床 ·

国际中医临床实践指南·病毒性心肌炎

中华中医药学会 心血管病分会

[摘要] 目前,病毒性心肌炎仍是临床亟待解决的关键问题,中医药在治疗该疾病方面具有独特优势,但尚缺乏规范和指导中医诊疗的相关临床实践指南。《国际中医临床实践指南·病毒性心肌炎》是在相关法律法规和技术指导文件的框架下,结合近年来相关的国内外临床研究证据,进行证据分级和意见推荐,经专家共识研制而成。该指南介绍了病毒性心肌炎的诊断、病因病机、辨证论治、针刺治疗以及预防康复等内容,可以为从事病毒性心肌炎防治的中医临床医师、中西医结合临床医师提供指导性意见。

[关键词] 病毒性心肌炎; 中医药; 临床实践指南; 标准; 病因病机; 辨证论治; 针刺治疗

[中图分类号] R22;R24;R28;R542.2+1;R9 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2020)18-0091-07

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20201062

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.r.20200215.0150.001.html>

[网络出版日期] 2020-2-17 12:24

International Clinical Practice Guideline of Traditional Chinese Medicine · Viral Myocarditis

Society of Cardiovascular Diseases, China Association of Chinese Medicine

[Abstract] At present, viral myocarditis is still an important problem to be solved in clinical practice. Traditional Chinese medicine (TCM) has unique advantages in the treatment of this disease. However, there is still a lack of relevant clinical practice guidelines to standardize and guide the diagnosis and treatment of this disease by TCM. Within the framework of relevant laws, regulations and technical guidance documents, *International Clinical Practice Guideline of Traditional Chinese Medicine · Viral Myocarditis* was developed by consensus of experts through the classification of evidences and recommendation of opinions based on relevant clinical research evidences at home and abroad in recent years. This guideline introduces the diagnosis, etiology, pathogenesis, syndrome differentiation and treatment, acupuncture treatment, prevention and rehabilitation of viral myocarditis. And it will provide guidance for clinicians of TCM and integrated Chinese and western medicine engaged in the prevention and treatment of viral myocarditis.

[Key words] viral myocarditis; traditional Chinese medicine (TCM); clinical practice guidelines; criterion; etiology and pathogenesis; treatment based on syndrome differentiation; acupuncture treatment

病毒性心肌炎系由病毒感染所致的局限性或弥散性心肌炎性病变,其临床表现差别很大,轻者可无症状,重者可致心力衰竭甚至心源性猝死。西医治疗该疾病主要以休息、支持治疗和对症处理为主,无针对性治疗措施。中医药临床干预在改善临床症状、延缓疾病进展、提高生存质量方面有肯定疗效,但目前尚缺乏规范和指导病毒性心肌炎中医

临床诊疗的标准化文件。《国际中医临床实践指南·病毒性心肌炎》是在中华中医药学会2011年发布的《中医内科常见病诊疗指南(西医疾病部分)病毒性心肌炎》(标准号ZYXXH/T66-2008)^[1]基础上,并在相关法律法规和技术文件指导的框架下,结合近年来的海内外临床研究证据,进行证据分级和意见推荐,经过专家讨论,而形成的病毒性心肌炎国际中

[收稿日期] 20191210(022)

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81974556,81673847)

医临床实践指南。该指南注重科学性、有效性和实用性,可为从事病毒性心肌炎防治的中医临床医师和中西医结合临床医师提供指导性意见。

1 证据的来源、质量评价和推荐原则

1.1 文献检索策略 检索中国生物医学文献数据库(CBM), PubMed, Embase 数据库, Cochrane Library, 万方数据库(WangFang Data), 中国知网(CNKI)以及维普中文科技期刊数据库(VIP)。中文检索词包括病毒性心肌炎、心肌炎、中医、中药、中医药、针刺、艾灸、随机等;英文检索词包括 viral myocarditis, myocarditis, traditional Chinese medicine, Chinese medicine, acupuncture, moxibustion, randomized controlled trial, randomized 等。在各数据库中的检索时间均设定为建库至2019年7月1日,检索语言包括中文和英文。

1.2 文献的纳入与排除标准 纳入中医药治疗病毒性心肌炎的系统综述、随机对照研究等。需要满足的条件为受试者为病毒性心肌炎发作期、慢性期、迁延期;干预措施为中草药复方、中成药、针灸、传统功法等;结局指标包含①心肌酶;②心功能;③降低病死率;④降低心血管事件发生率;⑤改善中医症状体征;⑥改善生活质量。排除对照组中涵盖其他中医药干预措施的研究。

1.3 证据评价与分级 采用Cochrane协作网中的偏倚风险评估工具对纳入的随机对照试验进行质量评价^[2]。采用推荐分级的评估、制订与评价(grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE)系统对证据进行分级^[3],该系统将证据质量划分为4个级别——高(A),中(B),低(C)和极低(D)。A级证据是指结果非常确信,观察值接近真实值,进一步研究不大可能会改变该观察值的可信度;B级证据是指对观察值有中等强度信息,真实值有可能接近观察值,但仍存在两者不同的可能性,进一步研究可能会改变观察值的可信度,且可能会改变该观察值的结果;C级证据是指对观察值的的确信程度有限,真实值可能与观察值差别很大,进一步研究极有可能会改变观察值的可信度,且很可能会改变该观察值的结果;D级证据是指对观察值几乎没有信息,真实值很可能与观察值不同,真实值可能与观察值有很大差别,观察值的结果很不确定。

1.4 指南推荐原则 指南推荐原则需要综合证据分级,2019年版《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》,2018年版《国家基本药物目录》,

2015年版《中国药典》等标准化文件,结合药品说明书及相关经济学分析数据,最终经专家共识会投票后推荐。推荐规则为若除了“利弊相当或不确定”以外的任何一格票数>50%,视为达成共识,可直接确定推荐意见及强度,即“强推荐”或“强不推荐”;若“利弊相当或不确定”某一侧2个总票数>70%,亦视为达成共识,可确定推荐意见,推荐强度直接定为“有条件推荐”;其余情况视为未达成共识,推荐意见进入下一轮投票。

2 指南制定的方法与过程

首先,在指南项目讨论会议上确立了由指导委员会、临床专家组、指南起草组组成的指南工作组。在专家研讨会议上确定指南涉及的29个临床问题,涉及中医药干预措施包括8种常用汤剂(银翘败毒散等),20种中成药(清开灵注射液等),1种非药物治疗法,构建“受试者-干预措施-对照措施-结局指标”问题清单。检索文献收集证据后进行系统评价,按照GRADE系统完成证据级别划分,汇总证据概要表。其次,召开专家共识会议以形成证据推荐意见,来自全国12个省、市、自治区的20位专家,经3轮投票,达成推荐共识。当推荐意见形成以后,由指导委员会进行审核,审核小组按照指南评审要求和流程,批准了29条已经达成共识的推荐意见。最后,指南起草组经过讨论、修改等程序完成指南征求意见稿,并于2019年9月15日至2019年9月31日以信函的方式开展征求意见工作,信函征求意见覆盖了北京、上海、广东等全国21个省、市、自治区的心血管病专家。征求意见稿修订后,由世界中医药学会联合会组织专家进行审查、审批和发布。指南计划3年后进行更新,更新方案主要涉及证据等级、干预措施的种类以及推荐强度。

3 诊断

诊断标准参照2013年欧洲心脏病学会的《心肌炎的病因、诊断、管理和治疗共识》,《路易斯湖诊断标准》以及1999年全国心肌炎心肌病学术研讨会提出的《成人急性病毒性心肌炎诊断参考标准》^[4-6]。

3.1 病史与体征 在上呼吸道感染、腹泻等病毒感染后3周内出现心脏表现,如出现不能用一般原因解释的感染后急性胸痛、呼吸困难、严重乏力、胸闷、头晕、心尖第一心音明显减弱、舒张期奔马律、心包摩擦音、心脏扩大、充血性心力衰竭或阿-斯综合征等。

3.2 疾病分期 病毒性心肌炎可分为3期^[7]。依次为①急性期,指新近发病,症状、体征和辅助检查异

常、多变,病程多在6个月以内;②迁延期,症状反复出现、迁延不愈,辅助检查未恢复正常,病程一般在6个月以上;③慢性期,病情反复或加重,心脏进行性扩大或反复心功能不全,病程多在1年以上。

4 病因病机

病毒性心肌炎属于中医学“心痺”“心悸”范畴,该病的发生与先天禀赋不足、正气虚弱、外感邪毒等因素有关。该病病位在心,涉及脾、肺、肾等脏器,病机为外感风热、湿热邪毒,正气受损,是本虚标实之证。发病初期主要表现为邪毒侵心、正邪交争的病理变化,疾病后期由于病情迁延,机体阴阳气血亏虚,产生瘀血、痰湿等病理产物,形成虚实错杂之证。

5 辨证论治

5.1 急性期

5.1.1 热毒侵心证 临床表现为发热身痛,鼻塞流涕,咽痒喉痛,咳嗽咯痰或腹痛泄泻,肌痛肢楚,继之心悸,胸闷气短,舌质红,苔薄黄或腻,脉细数或结代。治法为清心解毒,宣肺宁心。方药选择银翘败毒散加减^[8](证据级别为D级,推荐强度为强推荐使用);组成为金银花10g,连翘10g,柴胡10g,前胡10g,羌活10g,茯苓15g,竹叶12g,牛蒡子9g,桔梗12g,枳壳9g,川芎9g,白芷10g,北沙参10g,薄荷9g,生姜9g,炙甘草5g。腹泻者,需加葛根15g,黄芩9g,黄连6g以清热燥湿止泻;咳嗽咯黄痰者,加黄芩9g,竹茹12g,桔梗10g以宣肺止咳;胸闷痛,加瓜蒌10g,薤白10g,丹参15g以温阳活血;心悸怔忡,加炒酸枣仁15g,柏子仁10g以宁心定悸。

中成药推荐①清开灵注射液^[9-13](证据级别为B级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为肌肉注射,每天2~4mL。重症患者静脉滴注,每天注射20~40mL,以10%葡萄糖注射液200mL或氯化钠注射液100mL稀释后使用。②喜炎平注射液^[14-15](证据级别为B级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为肌肉注射,每次50~100mg,每天2~3次;静脉滴注,每天250~500mg,加入5%葡萄糖注射液或氯化钠注射液中进行滴注。③注射用双黄连^[16-23](证据级别为B级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为静脉滴注,每次给药剂量60mg·kg⁻¹(按体质量计算),以适量灭菌注射用水充分溶解,再用氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液500mL稀释,每天1次。

5.1.2 阳虚气脱证 临床表现为起病急骤,喘息心

悸,倚息不得卧,口唇青紫,烦躁不安,自汗不止,四肢厥冷,舌质淡苔白,脉微欲绝。治法为回阳救逆,益气固脱。方药选择参附龙牡汤加减^[24](证据级别为D级,推荐强度为强推荐使用);组成为党参10g,附子(先煎)10g,炙甘草10g,煅龙骨10g,煅牡蛎10g,白芍12g。该方还可加干姜9g,黄芪30g,山萸肉12g增强回阳救逆之功。阳虚水泛见肢体面目浮肿,喘息不得卧者,加桂枝10g,白术15g,猪苓15g以温阳利水;血瘀见面色唇舌青紫,胁胀,加当归10g,川芎8g,红花8g,桃仁8g以活血化瘀,以助血运。

中成药推荐①若兼阳气暴脱的厥脱证,可选用参附注射液^[25-29](证据级别为B级,推荐强度为强推荐使用)。用法为肌肉注射,每次2~4mL,每天注射1~2次;静脉滴注,每次20~100mL,用5%~10%葡萄糖注射液250~500mL稀释后使用;静脉推注,每次5~20mL,用5%~10%葡萄糖注射液20mL稀释后使用。②若兼气阴两亏,脉虚欲脱者,可选用生脉注射液^[30](证据级别为B级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为肌肉注射,每次2~4mL,每天注射1~2次;静脉滴注,每次20~60mL,用5%葡萄糖注射液250~500mL稀释后使用,或遵医嘱。本品大剂量高浓度对心脏表现出先抑制后兴奋的作用,故而用药宜慢,并适量稀释。因含皂苷及挥发油,最好不与其他药物合用。

5.2 迁延期或慢性期

5.2.1 心肺气虚证 临床表现为气短乏力,胸闷隐痛,自汗恶风,咳嗽,反复感冒,舌淡红,苔薄白,脉细无力。治法为补益心肺,固护卫气。方药选择参苏饮加减^[31](证据级别为B级,推荐强度为强推荐使用);组成为党参10g,紫苏叶10g,法半夏9g,葛根15g,木香10g,陈皮10g,茯苓10g,枳壳10g,前胡10g,桔梗10g,连翘10g,板蓝根10g,甘草10g。气虚甚者,加黄芪15g,白术10g,防风8g以益气固表;兼阴虚见口干、心烦、舌红者,加麦冬10g,五味子8g,柏子仁10g以养阴安神。

中成药推荐①黄芪注射液^[32](证据级别为B级,推荐强度为强推荐使用)。用法为静脉滴注,用注射器抽取生理盐水10mL加至西林瓶中,立即振摇至药品完全溶解,然后将其加至500mL的0.9%氯化钠注射液或5%~10%葡萄糖注射液中,滴注时间不少于2.5h,每次250mg,每天1次。②玉屏风颗粒^[33](证据级别为B级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为口服,每次5g,每天3次。③补心气

口服液^[34](证据级别为B级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为口服,每次10 mL,每天3次。

5.2.2 痰湿内阻证 临床表现为胸闷憋气,头重目眩,脘痞纳呆,口黏恶心,咯吐痰涎,苔白腻或白滑,脉滑。治法为祛湿化痰,温通心阳。方药选择瓜蒌薤白半夏汤合温胆汤加减^[35](证据级别为C级,推荐强度为强推荐使用);其组成为瓜蒌10 g,法半夏10 g,陈皮10 g,枳壳10 g,茯苓10 g,薤白10 g,甘草10 g,桂枝10 g,党参10 g,石菖蒲10 g。痰湿甚者,加苍术15 g,薏苡仁15 g,泽泻15 g以健脾利湿;痰热见咯黄痰、舌红苔黄腻者,加黄连5 g,滑石10 g以清心泻热;兼脾胃气虚见乏力、纳少、便稀者,加党参15 g,白术10 g以益气健脾。

中成药推荐心速宁胶囊^[36](证据级别为B级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为口服,每天3次,每次4粒。

5.2.3 气滞血瘀证 临床表现为心前区刺痛,痛有定处,胸闷胁胀,心烦易怒,唇色紫暗,舌质暗红或有瘀斑、瘀点,脉弦涩。治法为疏肝理气,活血化瘀。方药选择血府逐瘀汤加减^[37-39](证据级别为B级,推荐强度为强推荐使用);组成为柴胡10 g,枳壳10 g,黄芪10 g,茯苓10 g,陈皮10 g,红花10 g,当归10 g,生地黄10 g,川芎10 g,赤芍10 g,川楝子10 g,延胡索10 g。气滞甚者,加香附10 g,郁金10 g以理气;气郁化火者,加黄连6 g,栀子10 g,豆豉9 g以清热散火;血瘀甚者,加丹参15 g,丹皮9 g,蒲黄10 g以活血化瘀。

中成药推荐①血府逐瘀胶囊^[37-39](证据级别为B级,推荐强度为强推荐使用)。用法为口服,每次服6粒,每天2次。②舒血宁注射液^[40-42](证据级别为B级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为肌肉注射,每次2~4 mL,每天1~2次;静脉滴注,每日注射20 mL,用5%葡萄糖注射液250 mL或500 mL稀释后使用,或遵医嘱。

5.2.4 气阴两虚证 临床表现为心悸,胸闷,疲乏,气短,失眠,易惊恐,手足心热,舌淡红,苔薄白,脉弱或细弱或沉弱。治法为益气养阴,安神镇静。方药选择生脉散加味^[43-48](证据级别为B级,推荐强度为强推荐使用);组成为党参15 g,黄芪15 g,酸枣仁20 g,麦冬10 g,五味子8 g,桂枝10 g,生地黄15 g,大枣15 g,生姜10 g,龙骨10 g,牡蛎10 g,当归10 g,炙甘草10 g。伴腹泻者,加藿香10 g,黄连6 g,葛根20 g;咽痛甚者,加玄参10 g,桔梗10 g,射干10 g;阴虚甚者,加石斛10 g,玉竹10 g;阳虚明显者,加生姜

9 g,桂枝9 g;痰浊见咯痰、苔腻者,加胆南星6 g,陈皮10 g,法半夏9 g;瘀血甚者,加桃仁10 g,红花10 g。

中成药推荐①参麦注射液^[49](证据级别为B级,推荐强度为强推荐使用)。用法为肌肉注射,每天1次,每次2~4 mL;静脉滴注,每次20~100 mL,用5%葡萄糖注射液250~500 mL稀释后使用。②养心生脉颗粒^[50](证据级别为B级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为口服,每次1袋,每天3次。③参龙宁心胶囊^[51](证据级别为C级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为口服,每次4粒,每天3次。④芪冬颐心口服液^[52-63](证据级别为B级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为口服,每天3次,每次20 mL。⑤生脉饮^[64](证据级别为B级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为口服,每次3粒,每天3次。

5.2.5 阴虚火旺证 临床表现为心悸不宁,五心烦热,潮热盗汗,失眠多梦,颧红口干,舌红,少苔,脉细数。治法为滋阴降火,养心安神。方药选择天王补心丹加减^[65](证据级别为C级,推荐强度为强推荐使用);组成为生地黄10 g,当归10 g,丹参10 g,玄参10 g,酸枣仁20 g,柏子仁10 g,麦冬10 g,北沙参10 g,桔梗10 g,茯苓10 g,五味子8 g,远志10 g。肾阴虚甚,加女贞子15 g,旱莲草15 g以滋养肾阴;火旺明显、失眠多梦者,可加栀子9 g,豆豉9 g,黄连6 g清心除烦;伴心悸、怔忡,加龙骨10 g,牡蛎10 g,珍珠母15 g以重镇安神。

中成药推荐天王补心丸^[65](证据级别为C级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为口服,每次1丸,每天2次。

5.2.6 心脾两虚证 临床表现为心悸怔忡,肢体倦怠,自汗短气,面色无华,舌淡,苔薄,脉细数。治法为健脾益气,安神定悸。方药选择归脾汤加减^[66](证据级别为D级,推荐强度为强推荐使用);组成为党参15 g,白术10 g,黄芪15 g,茯苓10 g,酸枣仁10 g,龙眼肉6 g,远志10 g,桂枝9 g,白芍15 g,木香10 g,板蓝根10 g,连翘10 g,生姜10 g,大枣15 g,甘草10 g。脾虚兼湿者,加法半夏9 g,陈皮15 g,香薷10 g,白扁豆15 g以健脾利湿。

中成药推荐人参归脾丸^[67](证据级别为D级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为口服,每次1丸,每天3次。

5.2.7 阴阳两虚证 临床表现为心悸,气短,胸闷,畏寒,乏力,腰酸,多梦,舌淡或胖,脉细无力或结

代。治法为温阳益气,滋阴通脉。方药选择炙甘草汤加减^[68-69](证据级别为D级,推荐强度为强推荐使用);组成为炙甘草12g,生姜10g,桂枝10g,赤芍10g,党参15g,生地黄20g,阿胶10g,巴戟天10g,麦冬10g,火麻仁10g,大枣30g。伴随胸闷憋气、心下痞满者,加用瓜蒌15g,薤白10g,法半夏9g以化痰通痹;伴浮肿、尿少者,加车前草15g,薏苡仁15g,茯苓15g,大腹皮10g以利水;阳虚甚,加黑顺片6g。

中成药推荐金匮肾气丸^[70](证据级别为D级,推荐强度为有条件推荐使用)。用法为口服,每次1丸,每天3次。

6 针刺治疗

针刺疗法是中医传统治疗方法之一,针对病毒性心肌炎迁延期或慢性期患者采用针刺配合中药治疗可缓解心悸、气短等症状,改善心功能和心肌酶谱指标^[71-72]。根据传统针灸理论以及现代针灸研究,病毒性心肌炎针刺治疗可选用内关穴^[73-74](证据级别为C级,推荐强度为有条件推荐使用)。根据临床症状可选择相应配穴,心悸脉促者,可取郄门穴、厥阴俞穴、心俞穴;胸痛者,可取神门穴、膻中穴。另外,耳针疗法对病毒性心肌炎引起的心律失常具有一定的防治作用^[75]。

7 预防与康复

在中医理论指导下的合理预防调摄方法,可在一定程度上改善病毒性心肌炎患者症状,延缓疾病进展。具体方法包括调摄精神,避免情绪波动;避免受寒,生活起居规律;劳逸结合,坚持适当活动等。在病毒性心肌炎心脏康复的全程管理过程中,推荐在药物处方的基础上,增加运动处方和心理处方,包括太极拳、八段锦等^[76],可以帮助患者恢复生理、心理和社会功能状态,预防并发症,提高患者生活质量。

8 结语

目前,病毒性心肌炎仍是亟待攻克的关键临床问题,中医药在治疗该疾病方面具有独特优势,本指南的发布将为病毒性心肌炎的中医临床诊疗提供指导性建议,可更好地为患者提供健康保障。本指南是严格按照国际临床实践指南的要求研制而成,指南的推荐意见则是根据现有临床证据形成,随着今后指南制定方法与中医药临床证据的更新,指南制定小组将对相关临床推荐意见做进一步的修订。

[专家委员会与指南工作组名单]

主要起草人:王阶,姚魁武,李军,韩斐,唐熠达,聂绍平,邢雁伟,张振鹏,何庆勇,熊兴江,刘咏梅,陈恒文,何浩强,胡骏,王靖怡

临床专家组(按姓氏笔划顺序):毛威,邓悦,刘中勇,刘红旭,刘建和,安冬青,许滔,李应东,李易,吴伟,张艳,张晶,陈金水,冼绍祥,胡荣,徐惠梅,袁敬柏,唐健元,黄力,薛一涛

指导委员会:路志正,薛伯寿,吴以岭,葛均波

负责起草单位:中国中医科学院广安门医院

参与起草单位:中国医学科学院阜外医院,首都医科大学附属北京安贞医院

[参考文献]

- [1] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南(西医疾病部分)·病毒性心肌炎[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(18): 148-150.
- [2] HIGGINS J P T, GREEN S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.1.0 [EB/OL]. <http://handbook-5-1.cochrane.org>, 2011-03-01/2019-07-30.
- [3] GUYATT G H, OXMAN A D, VIST G E, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations [J]. BMJ, 2008, 336(7650): 924-926.
- [4] CAFORIO A L P, PANKUWEIT S, ARBUSTINI E, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on myocardial and pericardial diseases [J]. Eur Heart J, 2013, 34(33): 2636-2648.
- [5] FRIEDRICH M G, SECHTEM U, SCHULZ-MENGER J, et al. Cardiovascular magnetic resonance in myocarditis: a JACC white paper [J]. JACC, 2009, 53(17): 1475-1487.
- [6] 《中华心血管病杂志》编辑委员会心肌炎心肌病对策专题组. 关于成人急性病毒性心肌炎诊断参考标准和采纳世界卫生组织及国际心脏病学会联合会工作组关于心肌病定义和分类的意见 [J]. 中华心血管病杂志, 1999, 27(6): 405-407.
- [7] 中华医学会儿科学分会心血管学组, 中华医学会儿科学分会心血管学组心肌炎协作组, 《中华儿科杂志》编辑委员会, 等. 儿童心肌炎诊断建议(2018年版) [J]. 中华儿科杂志, 2019, 57(2): 87-89.
- [8] 郭春风, 周亚滨, 陈会君. 病毒性心肌炎的中医辨证施治 [J]. 中医药信息, 2014, 31(6): 109-111.
- [9] 毕晓静. 采用清开灵联合常规西药治疗急性病毒性心肌炎的疗效观察 [J]. 中西医结合心血管病杂志: 电

- 子版, 2014, 2(16): 79-80.
- [10] 张重州. 清开灵结合常规西药治疗急性病毒性心肌炎 60 例[J]. 陕西中医, 2008, 29(2): 155-156.
- [11] 李晓红, 张涛, 王建春. 清开灵注射液辅助治疗病毒性心肌炎 66 例[J]. 内蒙古中医药, 2000, 19(S1): 3.
- [12] 李雪花. 左卡尼汀联合清开灵注射液治疗急性病毒性心肌炎的临床效果及不良反应分析[J]. 北方药学, 2017, 14(3): 98-99.
- [13] 关伟. 左卡尼汀与清开灵注射液联用治疗急性病毒性心肌炎临床观察[J]. 中国医药科学, 2014, 4(19): 56-58.
- [14] 代铁成, 赵月. 喜炎平注射液治疗病毒性心肌炎疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(6): 1284.
- [15] 费忠亭. 喜炎平注射液治疗急性病毒性心肌炎 36 例分析[J]. 河南医药信息, 2002, 10(20): 64.
- [16] 陈亚伟, 彭道地, 李绍冰, 等. 阿魏酸钠联合双黄连注射液对病毒性心肌炎患者临床疗效及血清基质金属蛋白酶、锌铜水平的影响[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(17): 3335-3338.
- [17] 孙永琦. 双黄连粉针剂治疗病毒性心肌炎的疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(8): 1381.
- [18] 欧阳长安. 双黄连粉针剂治疗急性病毒性心肌炎 24 例临床观察[J]. 时珍国医国药, 2001, 12(1): 71.
- [19] 李水银. 双黄连粉针剂治疗急性病毒性心肌炎 44 例临床观察[J]. 新中医, 1997, 29(2): 14-16.
- [20] 代慧鸣. 双黄连针剂治疗急性病毒性心肌炎 70 例疗效观察[J]. 河南医药信息, 2001, 9(10): 52.
- [21] 郭宏亮, 吴金良. 双黄连针剂治疗急性病毒性心肌炎 88 例疗效观察[J]. 临床医学, 1999, 19(9): 54-55.
- [22] 王兵, 陈康乐, 邓世周, 等. 双黄连治疗急性病毒性心肌炎 31 例临床观察[J]. 新中医, 2000, 32(4): 41-42.
- [23] 彭高伟, 许国兵. 双黄连注射液联合环磷腺苷葡胺治疗病毒性心肌炎疗效及血清 miR、Th 指标变化的研究[J]. 今日药学, 2017, 27(5): 322-325.
- [24] 王菲菲. 基于病毒性心肌炎文献分析的中医证候计量诊断及用药规律研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2009.
- [25] 孙勋, 孙继雷. 曲美他嗪联合参附注射液在治疗病毒性心肌炎中的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(3): 80-81.
- [26] 胡海华, 陈国伟. 参附注射液治疗急性病毒性心肌炎的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(1): 67-68.
- [27] 车丹. 曲美他嗪与参附注射液应用于病毒性心肌炎治疗效果研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志: 电子版, 2016, 4(34): 107.
- [28] 张永佳, 傅银珠, 陈德俊. 曲美他嗪联合参附注射液治疗病毒性心肌炎的疗效分析[J]. 中国医学工程, 2016, 24(4): 101-102.
- [29] 孟志萍, 顾晓明, 吴金根, 等. 参附注射液治疗急性病毒性心肌炎 43 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(7): 644.
- [30] 蔡银河, 温俊茂, 鲁可, 等. 生脉注射液治疗病毒性心肌炎有效性与安全性的 Meta 分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2017, 9(6): 644-649, 654.
- [31] 李志强, 王学惠, 常红娟. 参苏饮加减治疗肺气不足型成人病毒性心肌炎的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(5): 73-78.
- [32] 马军, 曾东汉, 樊光辉. 黄芪注射液治疗病毒性心肌炎随机对照试验的系统评价[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(12): 1653-1657.
- [33] 朱惜春. 生脉注射液合玉屏风口服液治疗病毒性心肌炎[J]. 浙江中西医结合杂志, 2001, 11(12): 773.
- [34] 韩学杰, 刘红旭, 胡元会, 等. 中医心病学发展报告(2008)[A]. 中华中医药学会内科分会. 2008 中华中医药学会内科分会中医内科学科建设研讨会论文集汇编[C]. 北京: 中华中医药学会内科分会, 2008: 43-53.
- [35] 王建军, 孙玫. 炙甘草汤合瓜蒌薤白白酒汤治疗病毒性心肌炎 30 例[J]. 河南中医, 2004, 24(6): 7-8.
- [36] 王崇恒, 路娟. 心速宁胶囊治疗病毒性心肌炎 30 例[J]. 陕西中医, 2008, 29(10): 1362.
- [37] 顾月星, 伍德明, 宋俊, 等. 血府逐瘀汤加黄芪对病毒性心肌炎患者恢复期心电图 ST-T 改变临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(5): 65-66.
- [38] 朱秀云, 孟昭全. 血府逐瘀汤加减治疗病毒性心肌炎 40 例临床观察[J]. 实用医学杂志, 1999, 15(10): 842.
- [39] 吴莹莹, 吴伟, 吴艳婷, 等. 中西医结合治疗病毒性心肌炎临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志: 电子版, 2016, 4(3): 88-89.
- [40] 宗强, 陈士利, 卢朝晖. 舒血宁治疗急性病毒性心肌炎疗效观察[J]. 河北医药, 2015, 37(16): 2455-2457.
- [41] 陈士利. 舒血宁治疗心肌炎 60 例临床观察[J]. 西部中医药, 2014, 27(4): 92-93.
- [42] 靳建宏, 周国赢, 李红军. 舒血宁注射液辅助治疗急性病毒性心肌炎 136 例临床观察[J]. 河南中医, 2011, 31(12): 1392-1395.
- [43] 钟斌. 生脉散加减治疗病毒性心肌炎 38 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志: 电子版, 2017, 5(30): 169-170.
- [44] 赵德友. 生脉散与磷酸肌酸钠联合大剂量维生素 C 治疗病毒性心肌炎临床疗效对比观察[J]. 四川中医, 2015, 33(10): 62-65.
- [45] 刘宁奕, 袁国尚, 刘海莲. 生脉散治疗病毒性心肌炎 44 例临床分析[J]. 现代医药卫生, 2012, 28(22): 3481-3482.
- [46] 宁睿华, 职利琴. 生脉散加减治疗病毒性心肌炎临床

- 研究[J].中医学报,2012,27(6):739-740.
- [47] 齐瑞霞.加味生脉散治疗病毒性心肌炎30例疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2004,13(18):2385.
- [48] 张高峰,金卓祥,文旺秀.仙生脉散治疗病毒性心肌炎的临床研究[J].中医药学刊,2003,21(1):97-98.
- [49] 施敏,沈毅.参麦注射液治疗病毒性心肌炎的Meta分析[J].中成药,2012,34(10):1882-1886.
- [50] 庄玲玲,李慧景.养心生脉颗粒治疗小儿病毒性心肌炎50例[J].吉林中医药,2006,26(12):39.
- [51] 朱创洲,马媛.参龙宁心胶囊治疗室性心律失常216例疗效观察[J].实用心脑血管病杂志,2010,18(11):1660-1661.
- [52] 刘云峰,曹立杰,李云兰,等.芪冬颐心口服液治疗心肌炎90例疗效观察[J].哈尔滨医药,2002,22(1):65-66.
- [53] 王岩,许兵丽.芪冬颐心口服液联合曲美他嗪治疗病毒性心肌炎的临床效果观察[J].中国医药指南,2016,14(26):205-206.
- [54] 张远新.病毒性心肌炎运用芪冬颐心口服液联合曲美他嗪治疗的临床分析[J].健康之路,2016,15(7):228.
- [55] 付永昕.芪冬颐心口服液对病毒性心肌炎的临床治疗效果分析[J].世界复合医学,2016,2(4):34-37.
- [56] 张骏,罗晓丽,杨小利,等.芪冬颐心口服液治疗老年病毒性心肌炎临床研究[J].中国药业,2017,26(4):32-35.
- [57] 杨溢,李林芝.芪冬颐心口服液对病毒性心肌炎患者临床疗效的影响[J].中国实用医药,2017,12(9):116-117.
- [58] 罗敏,龙波,潘玲,等.芪冬颐心口服液联合磷酸肌酸钠对病毒性心肌炎的临床效果观察[J].中药药理与临床,2017,33(6):143-146.
- [59] 周源.芪冬颐心口服液联合曲美他嗪对急性病毒性心肌炎患者临床疗效及炎性指标的影响[J].中国实用医药,2019,14(9):12-14.
- [60] 陈健红.芪冬颐心口服液联合曲美他嗪治疗病毒性心肌炎的临床分析[J].中国医药科学,2011,1(23):91-92.
- [61] 黄永生,徐铭渔,于凯成,等.芪冬颐心口服液治疗病毒性心肌炎350例临床观察[J].吉林中医药,1996,16(1):9-11.
- [62] 张光勇,王喜春. α -2b干扰素联合芪冬颐心口服液治疗病毒性心肌炎的临床疗效观察[J].按摩与康复医学,2014,5(11):138-139.
- [63] 马兰,赵福.芪冬颐心口服液联合辅酶Q10胶囊治疗病毒性心肌炎的疗效观察[J].健康大视野,2018(14):30.
- [64] 苏朋朋,熊丽辉,孙大中.生脉饮加减治疗病毒性心肌炎随机对照研究的Meta分析[J].国际中医中药杂志,2015,37(5):446-449.
- [65] 钱越洲,刘宇.中西药结合治疗病毒性心肌炎合并室性心律失常的临床观察[J].浙江中医药大学学报,2006,30(5):514.
- [66] 王艳玲,李康康,张曾豐.急性病毒性心肌炎的中医药研究概况[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(18):2118-2121.
- [67] 庞浩龙,张晨曦,贡联兵.治疗病毒性心肌炎中成药的合理应用[J].人民军医,2013,56(4):474-475.
- [68] 李恺,冯仓怀,辛列棠.复律汤治疗心肌炎过早搏动32例[J].陕西中医,2007,28(10):1285-1286.
- [69] 宋俊生,熊俊,商铁刚.炙甘草汤及其加减方治疗病毒性心肌炎临床随机对照试验的Meta分析[A].中国中西医结合学会.2009年“循证医学与中医药临床实践”研讨会论文集[C].北京:中国中西医结合学会,2009:94-101.
- [70] 李七一,高建荣,陈晓虎,等.病毒性心肌炎的治疗研究进展[J].南京中医药大学学报,1998,14(3):63-65.
- [71] 解玉庆,李林.针药结合治疗病毒性心肌炎并室性早搏的临床观察[J].中国中医药科技,2012,19(5):459-460.
- [72] 曹文钟,曹绪芬.针灸治疗慢性心肌炎66例疗效观察[J].中国针灸,1999,19(10):5-8.
- [73] 邓自耀,马秀萍,汤艳丽.针药并用治疗病毒性心肌炎心律失常32例[J].陕西中医,2001,22(2):76.
- [74] 胡乃珂,李家利.针刺内关穴对病毒性心肌炎与心脏神经官能症ST-T改变的鉴别诊断[J].中医杂志,1997,38(4):213-214.
- [75] 尉迟静,王惠伦.耳针治疗病毒性心肌炎后遗症[J].云南中医杂志,1986,8(6):30-31.
- [76] 中国中医药研究促进会中西医结合心血管病预防与康复专业委员会.中医外治技术在心脏康复中应用的专家建议[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(1):53-58.

[责任编辑 刘德文]