专家共识指南

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.09.047

扩张型心肌病中西医结合诊疗指南

王振涛[1],王佑华[2],陆曙[3],何丽云[4],徐惠梅[5],《扩张型心肌病中西医结合诊疗指南》项目组
[1.河南省中医院(河南中医药大学第二附属医院),河南 郑州 450011;2.上海中医药大学附属龙华医院,上海 200032;
3.无锡市中医医院,江苏 无锡 214071;4.中国中医科学院,北京 100700;5.黑龙江省中医药科学院,黑龙江 哈尔滨 150080]

摘要:扩张型心肌病(Dilated Cardiomyopathy,DCM)是以心室扩大和心肌收缩功能降低为特征的异质性心肌病,易引发心力衰竭、心律失常甚至猝死,国内≥35岁成人患病人数约177万,病死率高。指南的制订遵循中华中医药学会指南制定规范,整合中西医结合治疗本病的循证证据,并初步拟定推荐方药,经多轮专家名义组会议投票最终确定是否推荐及其推荐方向和强度。中医病名上,将本病统一为"心胀病",病机本虚标实,本虚以气虚为主,标实以血瘀为主,兼夹水饮。中医辨证包括气虚血瘀、气阴两虚及阳虚水停证3种主要证型,可兼血瘀、水停证。治疗目标以控制症状、改善预后为主。治疗方案上,西医治疗方案主要参考现行DCM相关指南。中医辨证论治按照证型不同推荐相应的中药汤剂、中成药及中药静脉制剂。此外,伴低血压者推荐递增益气升陷药物剂量。

关键词:扩张型心肌病;中西医结合;指南;气虚血瘀证;气阴两虚证;阳虚水停证
中图分类号:R256.2 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)09-0248-11

Guideline for Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diagnosis and Treatment of Dilated Cardiomyopathy

WANG Zhentao[1],WANG Youhua[2],LU Shu[3],HE Liyun[4],XU Huimei[5],
Project Group of *Guideline for Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diagnosis and Treatment of Dilated Cardiomyopathy*
[1. Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine(The Second Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine),Zhengzhou 450011,Henan,China;
2. Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine,Shanghai 200032,China;
3. Wuxi Hospital of Traditional Chinese Medicine,Wuxi 214071,Jiangsu,China;
4. China Academy of Chinese Medical Sciences,Beijing 100700,China;
5. Heilongjiang Academy of Traditional Chinese Medical Sciences,Harbin 150080,Heilongjiang,China]

Abstract:Dilated cardiomyopathy(DCM) is a heterogeneous cardiomyopathy characterized by ventricular enlargement and reduced myocardial contractile function,which easily leads to heart failure,arrhythmiaand even sudden cardiac death. The number of adults aged more than 35 years old with this disease in China is approximately 1.77 million,and the case-fatality rate is high. This guideline was formulated in accordance with the guideline development specifications of the Chinese Association of Chinese Medicine,integrating evidence-based evidence for the treatment of this disease with integrated traditional Chinese and Western medicine,and preliminarily formulating recommended prescriptions. After multiple rounds of voting by the expert nominal group meeting,the recommendation,recommendation directionand intensity were finally determined. In terms of traditional Chinese medicine(TCM) disease names,this disease is uniformly referredas "heart distension disease". The pathogenesis is deficiency of the root and excess of the tip. The root deficiency is mainly Qi deficiency,and the tip excess is mainly blood stasis,accompanied by water retention. TCM syndrome differentiation includes three main syndrome types:Qi deficiency and blood stasis-syndrome,Qi and Yin deficiencysyndrome,Yang deficiency with water retention syndrome,which can be accompanied by blood stasis syndromeand water retention syndrome. The treatment goals are mainly to control symptoms and improve prognosis. For the treatment plan,the western medicine treatment plan mainly refers to the current DCM-related guidelines. TCM syndrome differentiation and treatment recommends the corresponding TCM decoctions,proprietary Chinese medicinesand TCM intravenous preparations according to different syndrome types. In addition,for those with hypotension,increasing the dosage of Qi-tonifying and

基金项目:河南省中医学"双一流"创建科学研究专项(HSRP-DFCTCM-2023-2-04)
通讯作者:王振涛(1962-),男,河南滑县人,教授、主任医师,博士研究生导师,博士,研究方向:中医药防治心血管疾病。E-mail:13803817796@139.com。

sink – raising drugs is recommended.

Keywords: dilated cardiomyopathy; integrated traditional Chinese and western medicine; guideline; Qi deficiency and blood stasis syndrome; Qi and Yin deficiency syndrome; Yang deficiency with water retention syndrome

扩张型心肌病(Dilated Cardiomyopathy, DCM)是引起心力衰竭(Heart Failure, HF)、心律失常甚至猝死的常见心肌疾病[1-2]。2004年中国DCM患病率约19/10万[3]。然而,由于既往研究多依赖于陈旧且敏感性不足的成像方式,DCM患病率存在被低估的现象。2015年一项前瞻性、多中心、国内最大规模的住院心力衰竭患者登记研究收集了国内88家医院的8516例心力衰竭患者,其中扩张型心肌病占1695例(19.9%)[4]。2012—2015年的中国调查数据显示,在≥35岁成人中心力衰竭患病率为1.3%,全国约有890万心力衰竭患者[5]。结合上述两项研究数据进行推算,国内≥35岁成人DCM患病人数约177万。2014年一项中国的报道称,以血管紧张素转换酶抑制剂(Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor, ACEI)/血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(Angiotensin II Receptor Blocker, ARB)、β受体阻滞剂和盐皮质激素受体拮抗剂(Mineralocorticoid Receptor Antagonist, MRA)为主要治疗方案下,DCM随访52个月的病死率仍高达46.81%[6]。DCM也是全球范围内成人及儿童心脏移植的主要适应证[7]。因此,DCM的筛查、诊断与治疗亟需引起重视。

美国心脏协会(American Heart Association, AHA)[8]、澳大利亚和新西兰心脏协会(The Cardiac Society of Australia and New Zealand, CSANZ)[9]、日本循环学会联合日本心力衰竭学会(Japan Recycling Society/Heart Failure Society of Japan, JCS/JHFS)[10-11]、意大利心脏病学会(Italian Society of Cardiology, SIC)[12]先后发表了扩张型心肌病相关的诊疗指南与声明,2018年中华医学会心血管病学分会发布了《中国扩张型心肌病诊断和治疗指南》[2],均对临床起到了一定的指导作用。近几年不断有关于本病中西医结合研究结果问世,目前国内外尚未出台针对DCM的中西医结合诊疗规范或专家指导意见。值得注意的是,中医界对该病的发病机制、证候分类及治疗方案等核心内容仍存在认识不统一的情况。基于这一现状,本指南研制团队严格遵循循证指南制定规范,聚焦临床实践中的关键问题,系统梳理中西医结合诊治DCM的循证依据,并通过多轮专家论证(涵盖中医、西医、药学及方法学等领域),最终形成本指南,旨在为临床医师开展DCM的中西医结合诊疗工作提供实践指导。

1 指南编制方法

1.1 编制依据与原则

本指南依据中华中医药学会关于中西医结合诊疗方案的制定程序进行编制。按照《中医临床诊疗指南编制通则》[13]《中华中医药学会团体标准管理办法》[14]的指导执行。

本指南撰写依据《标准化工作导则第1部分:标准化文件的结构和起草》[15]的原则起草和梳理。制定过程中对不同研究类型证据质量评价、证据质量分级、推荐意见形成、专家共识形成等遵循相应的原则或标准。系统评价方法学质量评价采用AMSTAR2(A Mea Surement Tool to Assess Systematic Reviews 2)工具进行评价;随机对照试验(Randomized Controlled Trial, RCT)的方法学质量采用Cochrane系统评价手册中的偏倚风险工具ROB(Risk of Bias)进行评价;证据体质量评价和分级采用Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations(GRADE)推荐的分级、评估、制定与评价[16];专家共识形成方法采用名义组法。

1.2 指南的关键技术内容

本指南的制定过程严格遵循国际规范,具体实施步骤如下:首先组建多学科研究团队,通过文献调研与专家深度访谈,初步梳理出临床关注的核心问题。为增强指南的实用性,我们特别组织了一线临床医师问卷调查(覆盖43名从业医师),重点就DCM中医辨证分型标准及诊断量表征询改进意见。在明确临床问题环节,采用PICO(Populatio患者群体, Intervention干预手段, Comparator对照设置, Outcome疗效指标)框架进行系统梳理,并经由专家名义组投票最终敲定指南的临床问题。

在证据整合阶段,由循证医学专家牵头,系统检索并评估循证证据。通过对现有证据体系的综合分析,采用GRADE标准对证据质量进行分级评定。在此基础上,再次召开专家共识会议,采用名义组法对推荐意见进行多轮投票,最终确定各项推荐意见的推荐方向及强度。

1.3 证据等级和推荐

本指南在形成推荐意见时,严格参照GRADE分级体系(详见表1),通过证据概要表对研究证据的质量等级进行系统划分和明确定义。在共识形成环节,组织了25人专家组采用名义组法进行多轮论证。具体决策标准如下:对于有循证依据的推荐意见,当“不确定”选项以外的任一选项得票率超过50%时,即视为达成共识,可直接确定推荐方向及强度;若“不确定”选项相邻两个选项的总得票率超过70%,虽可确定推荐方向,但推荐强度需标注为“弱推荐”。相关推荐强度分级标准参见表2。

表1 GRADE证据质量分级

证据质量分级	具体描述
高(A)	非常有把握观察值接近真实值
中(B)	对观察值有中等把握;观察值有可能接近真实值,但也有可能差别很大
低(C)	对观察值把握有限;观察值可能与真实值有很大差别
极低(D)	对观察值几乎没有把握;观察值与真实值可能有极大差别

表2 推荐意见强度及定义

推荐强度	强推荐	弱推荐	不确定	弱不推荐	强不推荐
定义	明显利大于弊	可能利大于弊	利弊相当或不确定	可能弊大于利	明显弊大于利

2 范围

本文件提出了扩张型心肌病的中西医诊断、中医的辨证分型、中西医结合治疗的建议。

本文件适用于18周岁以上扩张型心肌病患者的中西医诊

断与治疗,妊娠及产褥期女性、有严重器官功能不全等特殊患者应用本指南治疗时需要进一步审慎评估。

本文件适用于中医院、中西医结合医院、综合医院、基层医院等接诊扩张型心肌病患者的临床医生。

3 术语和定义

3.1 扩张型心肌病

资料描述:《中国扩张型心肌病诊断和治疗指南》[2]《JCS/JHFS:心肌病诊断与治疗指南》[10]与《ESC:心肌病管理指南》[17]。

定义:DCM是一种异质性心肌病,以心室扩大和心肌收缩功能降低为特征,发病时除外高血压病、心脏瓣膜病、先天性心脏病或冠状动脉粥样硬化等引起的心脏扩大。临床表现:心脏逐渐扩大、心室收缩功能降低、心力衰竭、室性和室上性心律失常、传导系统异常、血栓栓塞和猝死。

3.2 心力衰竭

资料描述:《中国心力衰竭诊断和治疗指南2024》[18]与《JCS/JHFS:急性和慢性心力衰竭的诊断和治疗指南重点更新》[11]。

定义:心力衰竭是多种原因导致心脏结构和(或)功能的异常改变,使心室收缩和(或)舒张功能发生障碍,从而引起的一组复杂临床综合征。临床表现主要有呼吸困难、疲乏和液体潴留(肺淤血、体循环淤血及外周水肿)等。

3.3 心胀病

“心胀”出自《灵枢·胀论》:“心胀者,烦心,短气,卧不安。”后世医家亦有相关论述,《医宗金鉴》:“心胀之证,心下满硬,气逆而喘,身重而肿。以心主火而恶水,水邪乘之,心火郁遏,不能下行,反逆于上,故心下满硬。肺气受迫,故气逆而喘。火不生土,脾失健运,水湿泛溢,故身重而肿。”项目组结合DCM文献分析及名医专家经验数据挖掘成果,制作问卷调查表,遵循权威性、地域性、代表性相结合的原则遴选长期从事心血管疾病诊治的34位专家,通过德尔菲法2轮问卷,认为可将“心胀”作为DCM的中医病名[19]。故本指南用“心胀病”作为DCM的中医病名诊断。

4 扩张型心肌病的分类与病因

资料描述:《中国扩张型心肌病诊断和治疗指南》[2]。

分类:基于不同病因将本病分为原发性DCM与继发性DCM两类,原发性DCM包括特发性、遗传性和获得性,继发性DCM是指全身性系统性疾病累及心肌,主要包括自身免疫性心肌病、代谢内分泌性和营养性疾病继发的心肌病、其他器官疾病并发心肌病。

特发性扩张型心肌病(Idiopathic Cardiomyopathy,ICD)为病因不明的DCM类型。近年来的研究表明,ICD的发生可能与多种因素相关,包括遗传易感性、感染或毒素暴露引起的心肌损伤、围生期心肌病、内分泌和代谢紊乱以及免疫介导的病理过程等。尽管如此,ICD和遗传性DCM仍被认为是该疾病最常见的临床表现类型[20]。

5 中医病因病机

5.1 病因

外邪侵袭:风寒之邪由表入里,或温热之邪内犯,伤心肺气阴,或损心阳,致心之气血阴阳失调,心失所养,心阳不振或心脉瘀阻;情志失调:长期忧思,伤脾耗血,心血不足,心失所养;恚怒不解,肝郁气滞,气郁化火,灼伤心阴;饮食不节:过食肥甘厚味、生冷辛辣,损伤脾胃。脾失运化则生痰湿,阻滞气机,气血生化乏源,心失濡养;或酗酒无度,酒湿生热,蕴结于心,致心体受损;劳倦内伤:劳力过度耗损心气,或劳神太过暗伤心血,心气心血不足,失于滋养与鼓动;禀赋不足:先天不足或族系病气暗潜,致使心之气血阴阳本虚,易受外邪侵袭而引发本病。药毒:药毒入体伤正气,气血运行受阻成瘀,蕴热灼津,或心阳受损,心失所养并累及他脏。

5.2 病机

心胀多为虚实夹杂,总属本虚标实。就本虚而言,涵盖了气、血、阴、阳的亏虚,并以气虚为主。气虚日久损及阴分,形成气阴两虚;或损及阳气,造成心阳亏虚;亦可引发阴阳两虚,甚至出现阴竭阳脱的危象。而标实则以血瘀为主,兼夹水饮停滞等。标实因素与气血阴阳的虚损相互作用。概而言之,心胀以心气虚为本,或兼阴虚、阳虚,并与血瘀、水停等标实因素相互作用。

6 扩张型心肌病的临床表现与辅助检查

6.1 临床表现

症状:胸闷、气短,心悸,活动加剧,可伴有乏力、头晕,严重时端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难等。体征:心界扩大,心尖搏动向左下移位或弥散。听诊心音减弱,常可闻及第三、第四心音奔马律。部分患者可有肺部湿啰音,肝脏肿大、压痛,双下肢水肿等循环淤血表现。

6.2 辅助检查

资料描述:《中国扩张型心肌病诊断和治疗指南》[2]《JCS/JHFS:心肌病诊断与治疗指南》[10]与《ESC:心肌病管理指南》[17]。

初步检查包括超声心动图、心电图、实验室检查、X线胸片、运动耐受评估、冠状动脉CT检查。进一步检查包括心脏磁共振、心内膜心肌活检和遗传学评估等。在首次接诊患者时应尽可能寻找导致左心室功能障碍的可能性因素。

超声心动图:是目前诊断DCM的主要依据,可提供心脏扩大和心肌收缩功能降低的客观证据。

心脏磁共振成像(Cardiac Magnetic Resonance Imaging,CMR):CMR平扫及延迟增强成像(LGE)技术不仅能够精准评估DCM的心肌功能,还可直观呈现心肌组织学特征,包括心脏结构、心肌纤维化瘢痕及心肌活性等,在心肌疾病的诊断与鉴别中发挥关键作用。在此基础上,LGE结合T1 mapping(定性)及ECV(定量)技术在检测心肌间质散在纤维化及心肌纤维化的定量分析方面具有显著优势,对于DCM的风险评估及预后判断具有重要临床价值。

心电图(Electrocardiogram,ECG)与动态心电图(Dynamic Electrocardiography,DCG):可见多种心电异常,如不同类型的期前收缩、心房颤动或扑动、传导阻滞及室性心动过速等;以及ST-T改变、低电压表征、R波递增不佳等现象,少数可见病理性Q波,但对DCM的诊断缺乏特异性。

实验室检查:常规实验室检查主要用于监测DCM患者病情,脑钠肽(BNP)、N末端脑钠肽前体(NT-proBNP)与高敏心肌肌钙蛋白T(High-sensitivity Cardiac Troponin T,hs-cT-

nT)水平的升高与患者预后密切相关。对于DCM心力衰竭患者,建议进行常规血液检查,涵盖全血细胞计数、肾肝功能指标、电解质、甲状腺功能等。也可检测出导致或加重心功能障碍(如甲状腺疾病、肾功能障碍、糖尿病)及继发性器官功能障碍的心外疾病。

X线胸片:心影向左侧或双侧扩大,常伴有肺淤血、肺水肿、肺动脉高压或胸腔积液等。

冠状动脉CT血管造影(成像):主要用于排除缺血性心肌病(Ischemic Cardiomyopathy,ICM)。

心脏放射性核素扫描:核素血池扫描可见舒张末期和收缩末期左心室容积增大与LVEF降低,运动或药物负荷心肌显像可用于排除ICM。

心导管介入术:①通过冠状动脉造影鉴别ICM;②通过左室造影评估左室容积和左室射血分数,排除室壁运动异常和复杂的瓣膜疾病。

心内膜心肌活检:DCM心肌病变主要是心肌纤维化,心内膜心肌活检和组织病理学检查有助于心肌病的病因诊断与鉴别诊断。因具有侵袭性,操作时有并发心律失常或心室穿孔等风险[22]。

基因检测(包括遗传咨询):高达40%的DCM可确定遗传原因,已确定有60多个基因与其发病相关[23-24]。基因检测有助于早期诊断和鉴别诊断。对携带致病基因的DCM患者,应在家庭成员中通过临床、心电图和超声心动图检查进行筛查,以确定临床表现不明显的患者和尚无临床表现致病基因携带者,进行临床随访观察并及时治疗。建议每2~3年更新一次基因检测结果的解读[25-26]。

运动耐受性评估:NYHA(New York Heart Association)心功能分级、6 min步行距离(6-minute walk distance,6MWD)、心肺运动试验(Cardiopulmonary Exercise Testing)等。

7 扩张型心肌病的临床诊断标准

资料描述:《中国扩张型心肌病诊断和治疗指南》[2]《JCS/JHFS:心肌病诊断与治疗指南》[10]与《ESC:心肌病管理指南》[17]。

DCM的临床诊断标准为具有心室扩大和心肌收缩功能降低的客观证据:(1)心脏扩大:左心室舒张末内径(LVEDD)>5.0cm(女性)和>5.5cm(男性);(2)左室收缩能力下降:LVEF<45%(Simpsons法),左心室短轴缩短率(Left Ventricular Fractional Shortening,LVFS)<25%;(3)发病时除外高血压病、心脏瓣膜病、先天性心脏病或缺血性心脏病等引起的心脏扩大。

8 扩张型心肌病的中医辨证分型

8.1 主要证型

气虚血瘀证:胸闷,气短,心悸,少气懒言,面色紫黯,偶有胸痛,口唇、爪甲色黯,胁下痞块;舌脉:舌质偏黯,舌有瘀斑、瘀点,舌下络脉曲张,脉弱、涩、沉或结代。

气阴两虚证:胸闷,气短,心悸,少气懒言,精神倦怠,头晕,失眠多梦,咽干口燥,虚烦,偶有胸痛;舌脉:舌红少苔,舌质淡嫩,脉弱或细数。

阳虚水停证:气喘不能平卧,心悸,下肢水肿,胸水,腹水,形寒肢冷,小便不利,咳嗽,吐稀白痰,腹胀,腰酸膝冷,濡泻;舌脉:舌质淡,舌体胖大,苔白滑,脉弱、濡。

8.2 常见兼证

血瘀证:面色紫黯,偶有胸痛,口唇、爪甲色黯,胁下痞块;舌脉:舌质偏黯,舌有瘀斑、瘀点,舌下络脉曲张,脉涩。

水停证:气喘、动则喘促,下肢水肿,身体困重,伴有咳嗽、咳痰,胸水,腹水。舌脉:舌质淡,舌体胖大,苔滑,脉濡。其中"血瘀证"可见于"气阴两虚证"与"阳虚水停证";"水停证"可见于"气阴两虚证"与"气虚血瘀证"的严重阶段。

9 扩张型心肌病的中西医结合治疗

9.1 治疗目标

有效控制症状,纠正心力衰竭和心律失常,预防猝死和栓塞,阻止基础病因介导的心肌损害,逆转心室重构(提高LVEF、缩短LVEDD),改善远期预后。

9.2 扩张型心肌病的西医治疗

资料描述:《中国心力衰竭诊断和治疗指南2024》[18]《中国扩张型心肌病诊断和治疗指南》[2]《急性心力衰竭中国急诊管理指南》[27]《CSANZ立场声明:家族性扩张型心肌病的诊断和管理》[9]《2022年AHA/ACC/HFSA心力衰竭管理指南》[28]《AHA科学声明:特定扩张型心肌病当前诊断和治疗策略》[8]《JCS/JHFS:心肌病诊断与治疗指南》[10]《ESC:心肌病管理指南》[17]。

9.2.1 药物治疗 (1)利尿剂

恰当使用利尿剂是DCM心力衰竭药物治疗的基础。利尿剂可消除水钠潴留,减轻心脏容量负荷,减少再住院率[29]。

适应证:DCM心力衰竭患者中存在液体潴留证据的人群。

禁忌证:①不存在液体潴留的体征及症状;②已知对特定利尿剂存在过敏情况或不良反应;③噻嗪类利尿剂的禁忌证包括痛风;④托伐普坦的禁忌证涵盖低容量性低钠血症、对口渴不敏感或无法正常反应,以及已使用细胞色素P450 3A4(CYP3A4)强效抑制剂(如伊曲康唑、克拉霉素等);⑤处于无尿状态。

应用方法:袢利尿剂为DCM心力衰竭急性加重的一线治疗药物,常静脉注射或滴注,呋塞米首剂20~40 mg,或用布美他尼1~2 mg、托拉塞米10~20 mg。袢利尿剂效果欠佳时,可调整给药、加量、联用噻嗪类利尿剂或重组人脑利钠肽等改善体液潴留,同时监测血电解质与肾功能。病情稳定后,转为口服制剂,以最低剂量维持疗效。托伐普坦作为血管升压素受体拮抗剂,具有排水而不排钠的作用,适用于DCM心力衰竭合并低钠血症患者,口服7.5~15.0 mg/d,主要不良反应为口渴、血钠增高。

(2)肾素血管紧张素系统抑制剂(Renin angiotensin system inhibitor,RASI)

血管紧张素转换酶抑制剂(Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor,ACEI)/血管紧张素受体拮抗剂(Angiotensin Receptor Blocker,ARB)或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor,ARNI)均可降低DCM心力衰竭患者的病死率与再住院率。

来自随机对照试验(Randomized controlled trials,RCT)、荟萃分析和观察性研究的证据表明,与ACEI/ARB相比,沙库巴曲缬沙坦有ARB和脑啡肽酶抑制剂的双重作用,能够进一步

改善心力衰竭患者的心室重构、提高生活质量、降低病死率与再住院率,且耐受良好[30]。

适应证:所有无禁忌证的 DCM 心力衰竭患者。

禁忌证:①血管神经性水肿病史;②双侧肾动脉严重狭窄;③妊娠或哺乳期妇女;④重度肝功能损害(Child Pugh C 级);⑤胆汁性肝硬化与胆汁淤积;⑥对 ARB 或 ARNI 过敏。慎用情况:①血肌酐 >221 μmol/L(2.5 mg/dL)或 eGFR <30 mL·min^{-1}·1.73 m^{-2};②血钾 >5.0 mmol/L;③症状性低血压或收缩压 <90 mm Hg;④左心室流出道梗阻(ACEI)。

ACEI 应用方法:尽早使用,从小剂量开始,逐渐递增,每隔 2 周剂量倍增 1 次,直至达到目标剂量。滴定剂量及过程需个体化,开始服药和调整剂量后应监测血压、血钾及肾功能。调整至最佳剂量后长期维持,避免突然停药。

ARB 应用方法:从小剂量开始,逐渐增至推荐的目标剂量。开始应用及调整剂量后 1 ~2 周内,应监测血压、肾功能和血钾。不良反应包括低血压、肾功能恶化和高钾血症等,极少数患者可发生血管神经性水肿。

ARNI 应用方法:沙库巴曲缬沙坦的起始剂量设定需依据患者具体情况:新诊断为 DCM 心力衰竭且未服用过 ACEI 或 ARB 者,曾使用低或中等剂量 ACEI(如依那普利≤10 mg/d 等)或 ARB(如缬沙坦≤160 mg/d 等)者,收缩压处于 100 ~110 mm Hg 者,存在中度肝功能损害(Child Pugh B 级)者,以及≥75 岁的老年人,起始剂量为 50 mg,2 次/d;对于收缩压在 95 ~100 mm Hg 且合并脏器功能损伤的高龄患者,起始剂量降至 25 mg,2 次/d;而合并高血压病或曾服用中等以上剂量 ACEI(如依那普利 >10 mg/d 等)或 ARB(如缬沙坦 >160 mg/d等)者,起始剂量可调整为 100 mg,2 次/d。从 ACEI/ARB 转换为 ARNI 治疗前,需确保血压稳定、停用 ACEI 达 36 h,且 eGFR≥30 mL·min^{-1}·1.73 m^{-2}。此后每 2 ~4 周将 ARNI 剂量加倍,目标剂量为 200 mg,2 次/d。在起始治疗及剂量调整后,应监测患者的血压、肾功能和血钾水平。

(3)β -受体阻滞剂

对于射血分数降低的 DCM 心力衰竭患者,均应长期应用有循证证据的 β -受体阻滞剂以降低患者病死率、再住院率并改善生活质量[31]。

适应证:所有无禁忌证的 DCM 心力衰竭患者。

禁忌证:心源性休克、病态窦房结综合征或Ⅱ度及以上房室传导阻滞(Atrioventricular Block,AVB)但未植入心脏起搏器、心率 <50 次/min、低血压(收缩压 <90 mm Hg)、支气管哮喘急性发作期。

应用方法:β 受体阻滞剂的起始剂量需从小剂量开始,每隔 2 ~4 周可加倍剂量,逐步达到指南推荐的目标剂量或患者的最大耐受剂量并长期维持。不同药物的具体剂量如下:琥珀酸美托洛尔起始剂量为 11.875 ~23.75 mg,1 次/d,目标剂量 190 mg,1 次/d。比索洛尔起始剂量 1.25 mg,1 次/d,目标剂量 10 mg,1 次/d。卡维地洛起始剂量 3.125 mg,2 次/d,目标剂量 25 mg,2 次/d(若体质量超过 85 kg,则目标剂量为 50 mg,2 次/d)。酒石酸美托洛尔起始剂量 6.25 mg,2 次/d,目标剂量50 ~100 mg,2 次/d。当静息心率维持在 60 次/min 左右时,对应的 β 受体阻滞剂剂量即为患者的最大耐受剂量。在剂量滴定过程中,需密切监测患者的心率、血压、体质量变化,以及呼吸困难、淤血等症状和体征。

(4)盐皮质激素受体拮抗剂(Mineralocorticoid Receptor Antagonist,MRA)

应用 ACEI/ARB 与 β -受体阻滞剂的基础上加用 MRA 能够进一步降低 DCM 心力衰竭患者的病死率与再住院率[31]。螺内酯可引起男性乳腺增生症,依普利酮为选择性醛固酮受体拮抗剂,男性乳房发育的不良反应较少。

适应证:有症状的 DCM 心力衰竭患者。

禁忌证:①肌酐 >221 μmoL/L(2.5 mg/dL)或 eGFR <30 mL·min^{-1}·1.73 m^{-2};②血钾 >5.0 mmol/L;③妊娠妇女。

应用方法:螺内酯,初始剂量 10 ~20 mg,1 次/d,至少观察 2 周后再加量,目标剂量 20 mg,1 次/d。依普利酮,初始剂量 25 mg,1 次/d,目标剂量 50 mg,1 次/d。MRA 与袢利尿剂合用不需要再同时补钾,除非有低钾血症。使用 MRA 治疗后 3 d 和 1 周应监测血钾和肾功能。

(5)钠 -葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂(Sodium - Glucose Cotransporter 2 Inhibitor,SGLT2i)

DAPA - HF[32]研究、EMPEROR - Reduced 研究[33]、MPEROR - Preserved 研究[34]和 DELIVER 研究[35]结果显示,在指南指导的药物治疗(Guideline - Directed Medical Therapy,GDMT)基础上加用达格列净或恩格列净治疗可显著降低心力衰竭恶化或心血管死亡风险。

适应证:所有 DCM 心力衰竭患者,无论是否伴有糖尿病。

禁忌证:①有已知药物过敏史或不良反应;②妊娠和哺乳期妇女;③eGFR <20 mL^{-1}·min^{-1}·1.73 m^{-2}(恩格列净)或 25 mL^{-1}·min^{-1}·1.73 m^{-2}(达格列净);④低血压。

应用方法:达格列净和恩格列净的起始剂量与目标剂量均为 10 mg,1 次/d,而收缩压低于 100 mm Hg 的患者起始剂量可调整为 2.5 ~5 mg。开始治疗后需定期检查并监测肾功能、血糖及体液平衡,尤其是高龄、体弱及糖尿病患者;对于具有代谢性酸中毒症状和体征的患者,无论其血糖水平如何,均需评估是否存在酮症酸中毒。

(6)可溶性鸟苷酸环化酶(sGC)激动剂

VICTORIA 研究[36]显示,对于有症状、近期发生过心力衰竭加重事件、LVEF <45% 的心力衰竭患者,推荐在标准治疗基础上尽早加用维立西呱,以降低心血管死亡和再住院率。

适应证:DCM 心力衰竭患者中,近期出现心力衰竭加重事件且 NYHA 心功能分级为Ⅱ ~Ⅳ级、LVEF 低于 45% 的人群。

禁忌证:①同时使用其他 sGC 激动剂的患者;②妊娠期妇女;③eGFR <30 mL^{-1}·min^{-1}·1.73 m^{-2};④低血压。

应用方法:起始剂量 2.5 mg/d,每两周增加 2.5 mg,达到 10 mg/d 后维持应用。

(7)其他

①窦房结起搏电流通道抑制剂:窦性心律患者合并以下任一情况时可加用伊伐布雷定:使用 β 受体阻滞剂已达目标剂量或最大耐受剂量但心率仍≥70 次/min,或心率≥70 次/min 且对 β 受体阻滞剂禁忌或不耐受。应用伊伐布雷定治疗能够显著降低心力衰竭恶化导致的住院风险,其起始剂量为 2.5 ~5 mg,2 次/d;治疗 2 周后,需根据静息心率调整剂量,每次增

加2.5 mg,以使患者的静息心率控制在60次/min左右,最大剂量为7.5 mg,2次/d。

②口服洋地黄类药物:地高辛用于应用利尿剂、RASI、β受体阻滞剂、SGLT2i和MRA后仍持续有症状的DCM心力衰竭患者,可显著降低心力衰竭恶化住院风险。剂量0.125~0.25 mg/d,老年、肾功能受损、低体质量患者0.125 mg,1次/d或隔天1次。

③阻止抗体致病作用的治疗:对于DCM早期、抗肾上腺素能β1受体抗体和(或)抗L型钙通道抗体阳性且合并室性心律失常的患者,该疗法适用于此类人群,其目的在于尽早保护心肌并预防猝死。

④免疫吸附治疗:免疫吸附联合免疫球蛋白补充(IA/IgG)治疗DCM的策略日趋成熟,并在多项单中心及多中心临床试验中得到验证。研究表明,清除抗心肌抗体可显著改善患者预后,因此,IA/IgG治疗可作为抗心肌抗体阳性DCM患者的潜在临床干预手段。

表3 DCM的口服西药一览表

药物类型	适应证
利尿剂	有液体潴留证据的DCM心力衰竭患者
RASI	所有无禁忌证的DCM心力衰竭患者
β-受体阻滞剂	所有无禁忌证的DCM心力衰竭患者
MRA	有症状的DCM心力衰竭患者
SGLT2i	所有DCM心力衰竭患者,无论是否伴有糖尿病
sGC激动剂	近期发生过心力衰竭加重事件、NYHA心功能Ⅱ~Ⅳ级,LVEF<45%的DCM心力衰竭患者
窦房结起搏	窦性心律合并以下情况之一可加用伊伐布雷定:β受体阻滞剂
电流通道抑制剂	已达到目标剂量或最大耐受剂量心率仍≥70次/min;心率≥70次/min且对β受体阻滞剂禁忌或不能耐受
口服洋地黄类药物	应用利尿剂、RASI、β受体阻滞剂、SGLT2i和MRA后仍持续有症状的DCM心力衰竭患者
阻止抗体致病作用的治疗药物	DCM早期、抗肾上腺素能β1受体抗体和(或)抗L型钙通道抗体阳性且合并室性心律失常的患者
免疫吸附治疗药物	抗心肌抗体阳性DCM患者

注:RASI:Renin angiotensin system inhibitor,肾素血管紧张素系统抑制剂;MRA:Mineralocorticoid Receptor Antagonist,盐皮质激素受体拮抗剂;SGLT2i:Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitor,钠-葡萄糖协同转运蛋白2抑制剂;sGC:可溶性鸟苷酸环化酶。

9.2.2 非药物治疗 (1)心脏再同步化治疗(Cardiac Resynchronization Therapy,CRT)

CRT用于严重症状性心力衰竭伴心室不同步的患者(QRS宽度≥150ms,LBBB形态,LVEF≤35%)。

(2)液体管理中的体外超滤(Ultrafiltration,UF)

DCM患者心力衰竭恶化或急性失代偿性心力衰竭可诱发和/或加速肾功能损伤。使用最高剂量的静脉袢利尿剂或联合使用不同的利尿剂仍有持续存在的液体超负荷时建议进行UF。接受UF治疗可以改善症状,降低NT-proBNP水平,保持血流动力学稳定性,且对血清电解质无影响,并缩短住院时间,减少再住院次数。

(3)左室辅助装置(Left Ventricular Assist Device,LVAD)

LVAD用于DCM心力衰竭晚期等待心脏移植期间的过渡治疗。

(4)心脏移植(heart transplantation,HT)

适合心脏移植的DCM患者是指尽管接受了最佳药物和器械治疗仍进展为顽固性晚期症状性心力衰竭(NHYA Ⅲ-Ⅳ级)的患者。HT是终末期DCM心力衰竭患者(症状严重、预后不良)唯一确立的外科治疗方法。

9.3 扩张型心肌病的中医治疗

中医药可应用于DCM各阶段,通过辨证论治,提高心功能、逆转心室重构、改善长期预后。

9.3.1 辨证论治 (1)气虚血瘀证

治法:益气养心,活血化瘀。

推荐中药汤剂:①黄芪保心汤[37-46],药物组成:黄芪、党参、茯苓、鳖甲、丹参、当归、桂枝、五味子、麦冬、连翘,可根据症状适当加减。可减少中医证候积分、增加6 min步行距离(C级证据,强推荐);改善NYHA心功能分级、提高LVEF(B级证据,强推荐);降低BNP/NT-proBNP、缩短LVEDD、降低再住院率(C级证据,弱推荐);且不影响肝肾功能(C级证据,弱推荐)。②抗纤益心方[47-52],药物组成:黄芪、红参(党参)、茯苓、白术、丹参、泽兰、益母草、升麻、麦冬。加减:水肿加车前子、白茅根、通草;腹泻加炒白扁豆、诃子、芡实;脘腹胀满加厚朴、枳实、莱菔子。并根据症状结合舌脉、心率、血压等指标逐渐加大益气升陷药物的用量。可减少中医证候积分、改善NYHA心功能分级(B级证据,强推荐),增加6 min步行距离(C级证据,强推荐),降低NT-proBNP、提高LVEF(C级证据,强推荐),缩短LVEDD(C级证据,弱推荐);且不影响肝功能(C级证据,强推荐)。

推荐口服中成药:①芪参益气滴丸[53-55],服用方法:0.5 g/次,3次/d。可改善NYHA心功能分级(B级证据,强推荐),增加6 min步行距离、降低BNP/NT-proBNP(C级证据,强推荐),提高LVEF、缩短LVEDD(C级证据,弱推荐)。②养心氏片[56-57],服用方法:1.8 g/次,3次/d。可增加6 min步行距离、改善NYHA心功能分级、降低NT-proBNP、提高LVEF、缩短LVEDD(C级证据,弱推荐)。

推荐中药静脉制剂:黄芪注射液[58-66],应用方法:50 mL/次,1次/d,静脉滴注。可降低中医证候积分、改善NYHA心功能分级(C级证据,强推荐),增加6 min步行距离、提高LVEF(B级证据,强推荐),降低BNP、降低再住院率(C级证据,弱推荐)。

(2)气阴两虚证

治法:益气养阴。

推荐中药汤剂:①生脉散[67-76],药物组成:人参(党参)、麦冬、五味子,并根据症状加味。可减少中医证候积分、增加6 min步行距离(C级证据,强推荐),改善NYHA心功能分级、提高LVEF、缩短LVEDD、降低再住院率(B级证据,强推荐)。②扩心方[77-80],药物组成:黄芪、黄精、丹参、桂枝、瓜蒌皮、黄荆子。加减:脾虚明显加白术、檀香、六神曲;阴虚明显加太子参、麦冬、天冬;血瘀加莪术、郁金、川芎;喘甚加干地龙、紫苏子;水

肿加猪苓、葶苈子、猫人参;心悸加甘松、五味子。可减少中医证候积分、增加6 min步行距离(C级证据,强推荐),改善NYHA心功能分级、提高LVEF、缩短LVEDD(B级证据,强推荐),降低BNP、降低MLHFQ评分(C级证据,弱推荐)。③炙甘草汤[81-86],药物组成:炙甘草、生地黄、桂枝、人参、麦冬、火麻仁、大枣、阿胶。加减:阳虚畏寒者加肉桂、附子;血虚不荣者加当归、赤芍;大便秘结加厚朴、大黄;短气乏力加黄芪;水肿明显加茯苓、泽泻。可减少中医证候积分、改善NYHA心功能分级(C级证据,强推荐),降低BNP、提高LVEF、缩短LVEDD(C级证据,弱推荐)。

推荐口服中成药:益心舒胶囊[87-88],服用方法:1.2 g/次,3次/d。可增加6 min步行距离、缩短LVEDD、降低MLHFQ评分(C级证据,弱推荐),提高LVEF(D级证据,弱推荐)。

推荐中药静脉制剂:①生脉注射液[89-93],应用方法:40~80 mL加入生理盐水或5%葡萄糖溶液中,静脉滴注。可降低中医证候积分(D级证据,强推荐),提高LVEF(C级证据,弱推荐)。②参麦注射液[94-103],应用方法:20~100 mL加入5%葡萄糖溶液中,静脉滴注。可改善NYHA心功能分级(C级证据,强推荐),降低BNP/NT-proBNP(D级证据,强推荐),提高LVEF(B级证据,强推荐),缩短LVEDD(C级证据,弱推荐),且不影响肝功能(C级证据,强推荐)。

(3)阳虚水停证

治法:温阳利水。

推荐中药汤剂:①真武汤[104-105],药物组成:附子、茯苓、芍药、生姜、白术,并根据症状加减。可降低中医证候积分、缩短LVEDD(C级证据,强推荐),提高LVEF(D级证据,强推荐)。②苓桂术甘汤[106-111],药物组成:茯苓、桂枝、白术、甘草,并根据症状加味。可降低中医证候积分、提高LVEF(C级证据,强推荐),改善NYHA心功能分级(B级证据,强推荐),降低NT-proBNP、缩短LVEDD、降低MLHFQ评分(C级证据,弱推荐)。

推荐口服中成药:芪苈强心胶囊[112-136],服用方法:4粒/次,3次/d。可增加6 min步行距离、改善NYHA心功能分级、提高LVEF、缩短LVEDD、降低再住院率(B级证据,强推荐),降低中医证候积分、降低BNP/NT-proBNP、降低MLHFQ评分(C级证据,强推荐)。

推荐中药静脉制剂:①参附注射液[137-142],应用方法:50 mL加入250 mL生理盐水或5%葡萄糖溶液中,静脉滴注。可增加6 min步行距离、改善NYHA心功能分级、降低BNP(C级证据,强推荐),提高LVEF(B级证据,强推荐),缩短LVEDD(C级证据,弱推荐)。②心脉隆注射液[143],应用方法:给予心脉隆注射液皮试,皮试阴性者给予每次5 mg/kg体质量,静脉滴注(加5%葡萄糖溶液或生理盐水200 mL,滴速20~40滴/分),2次/d。可增加6 min步行距离(C级证据,强推荐),降低BNP、提高LVEF(C级证据,弱推荐)。

9.3.2 伴低血压的中医治疗 资料描述:在临床诊疗中发现[144-148],部分DCM患者呈现出血压偏低、心率偏慢的特征,同时伴有射血分数显著降低、临床症状严重、心脏结构显著改变以及不良的预后状况。β受体阻滞剂有一定的降压、降心率的作用,ACEI/ARB/ARNI类药物有显著降压作用,而患者的低血压状态使得上述药物的应用或剂量递增受到限制,影响远期预后。DCM伴血压偏低患者往往会出现诸如胸闷、气短、以深吸气为快,伴头晕、倦怠、少言懒语、腹胀、腹泻等症状,舌质淡,苔薄白,脉象沉细而弱。中医理论分析,此系母病及子,中气虚衰,大气下陷引发,致使血压降低、心率减慢,中医辨为"气陷证"。因此,推荐治疗DCM伴血压偏低时加用益气升陷类药物,并逐步提升其剂量。益气升陷药物不但能够有效缓解患者的临床症状,而且有助于维持并升高血压,为β受体阻滞剂、ACEI/ARB/ARNI等药物的使用及增量提供了空间,从而达到临床最佳疗效。

推荐意见:对于因血压偏低、心率偏慢而无法耐受较大剂量(目标剂量)β受体阻滞剂以及ACEI/ARB/ARNI类药物的DCM患者,以及未使用上述药物时收缩压即≤95 mm Hg的DCM患者,可逐步递增益气升陷药物(如黄芪、柴胡、升麻、桔梗)的剂量。有助于增加β受体阻滞剂类药物,达到最大耐受剂量,并使ACEI/ARB/ARNI类药物达到目标剂量,进一步维持血压的稳定,提高心功能,改善患者预后。(共识建议)

表4 DCM中医治疗一览表

证型	剂型	推荐药物
气虚血瘀证	中药汤剂	黄芪保心汤加减、抗纤益心方加减
	口服中成药	芪参益气滴丸、养心氏片
	中药静脉制剂	黄芪注射液
气阴两虚证	中药汤剂	生脉散加味、扩心方加减、炙甘草汤加减
	口服中成药	益心舒胶囊
	中药静脉制剂	生脉注射液、参麦注射液
阳虚水停证	中药汤剂	真武汤加减、苓桂术甘汤加味
	口服中成药	芪苈强心胶囊
	中药静脉制剂	参附注射液、心脉隆注射液
伴低血压的治疗	逐步递增益气升陷药物(如黄芪、柴胡、升麻、桔梗)的剂量	

10 利益冲突

所有作者声明无利益冲突。

指导专家:李新立(南京医科大学第一附属医院),朱明军(河南中医药大学第一附属医院),毛静远(天津中医药大学第一附属医院)

主要执笔人:王振涛(河南省中医院/河南中医药大学第二附属医院),王佑华(上海中医药大学附属龙华医院),陆曙(无锡市中医医院),何丽云(中国中医科学院),徐惠梅(黑龙江省中医药科学院)。

讨论专家(按姓氏笔画排序):王永霞(河南中医药大学第一附属医院),王亚红(北京中医药大学东直门医院),王留义(河南省人民医院),王磊(广东省中医院),王贤良(天津中医药大学第一附属医院),王守富(河南省中西医结合医院),卢健棋(广西中医药大学第一附属医院),李应东(甘肃中医药大学),李洪皎(中国中医科学院),吴鸿(河南省中医院/河南中医药大学第二附属医院),陆峰(山东中医药大学附属医院),张辉(郑州大学第二附属医院),沈丽娟(无锡市中医医院),何丽云(中国中医科学院),苗华为(河北省中医院),赵海滨(北京中医药大学东方医院),赵明君(陕西中医药大学附属医院),倪新海(中国医学科学院阜外医院),姚魁武(中国中医科

学院),徐迎佳(复旦大学附属华山医院),曹俊岭(北京中医药大学东直门医院),符德玉(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院),韩丽华(南阳张仲景医院)。

征求意见专家(按姓氏笔画排序):万强(江西中医药大学附属医院),马瑞(蒙城县中医院),毛以林(湖南中医药大学第二附属医院),牛天福(山西省中医院),王庆高(广西中医药大学第一附属医院),王永刚(陕西中医药大学第二附属医院),王忠良(徐州市中医院),毕颖斐(天津中医药大学第一附属医院),阳军(湖南省人民医院),李运伦(山东中医药大学附属医院),路瑞华(黑龙江省中医药科学院),张晶(内蒙古自治区中医医院),崔希雷(黑龙江省中医药科学院),高慧(石家庄市中医院),戴小华(安徽中医药大学第一附属医院),董波(辽宁中医药大学第二附属医院),董国菊(中国中医科学院西苑医院),蒋卫民(江苏省中医院),谢文(成都中医药大学附属医院),熊兴江(中国中医科学院广安门医院),袁天慧(广州中医药大学第一附属医院),赵志强(天津中医药大学附属医院第一附属医院),赵玉兰(郑大二附院)。

工作组:张会超(河南省中医院/河南中医药大学第二附属医院),杨凤鸣(河南省中医院/河南中医药大学第二附属医院),曾垂义(河南省中医院/河南中医药大学第二附属医院),陈振翼(河南省中医院/河南中医药大学第二附属医院),刘舜禹(河南省中医院/河南中医药大学第二附属医院),王冰(河南省中医院/河南中医药大学第二附属医院)。

秘书:邱月清(河南中医药大学),武圆圆(河南中医药大学)。

参考文献

[1] HEYMANS S, LAKDAWALA N K, TSCHÖPE C, et al. Dilated cardiomyopathy: causes, mechanisms, and current and future treatment approaches[J]. Lancet, 2023, 402(10406): 998 - 1011.

[2] 中华医学会心血管病学分会,中国心肌炎心肌病协作组. 中国扩张型心肌病诊断和治疗指南[J]. 临床心血管病杂志, 2018, 34(5): 421 - 434.

[3] 王志民,邹玉宝,宋雷,等. 超声心动图检查调查8080例成人肥厚型心肌病患病率[J]. 中华心血管病杂志, 2004, 32(12): 1090 - 1094.

[4] 张健,张宇辉. 多中心、前瞻性中国心力衰竭注册登记研究——病因、临床特点和治疗情况初步分析[J]. 中国循环杂志, 2015, 30(5): 413 - 416.

[5] HAO G, WANG X, CHEN Z, et al. China Hypertension Survey Investigators. 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.

[6] LIU X, YU H, PEI J, et al. Clinical characteristics and long - term prognosis in patients with chronic heart failure and reduced ejection fraction in China[J]. Heart Lung Circ, 2014, 23(9): 818 - 826.

[7] HARDING D, CHONG M H A, LAHOTI N, et al. Dilated cardiomyopathy and chronic cardiac inflammation: Pathogenesis, diagnosis and therapy[J]. J Intern Med, 2023, 293(1): 23 - 47.

[8] BOZKURT B, COLVIN M, COOK J, et al. Current diagnostic and treatment strategies for specific dilated cardiomyopathies: a scientific statement from the american heart association[J]. Circulation, 2016, 134(23): e579 - e646.

[9] FATKIN D, JOHNSON R, MCGAUGHRAN J, et al. Position statement on the diagnosis and management of familial dilated cardiomyopathy[J]. Heart Lung Circ, 2017, 26(11): 1127 - 1132.

[10] KITAOKA H, TSUTSUI H, KUBO T, et al. JCS/JHFS 2018 guideline on the diagnosis and treatment of cardiomyopathies[J]. Circ J, 2021, 85(9): 1590 - 1689.

[11] TSUTSUI H, IDE T, ITO H, et al. JCS/JHFS 2021 guideline focused update on diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure[J]. J Card Fail, 2021, 27(12): 1404 - 1444.

[12] MERLO M, MASÈ M, CANNATÀ A, et al. Management of nonischemic - dilated cardiomyopathies in clinical practice: a position paper of the working group on myocardial and pericardial diseases of Italian Society of Cardiology[J]. J Cardiovasc Med (Hagerstown), 2020, 21(12): 927 - 943.

[13] 中医临床诊疗指南编制通则:ZYYXH/T473 - 2015[S]. 北京:全国中医标准化技术委员会, 2015:1 - 16.

[14] 中华中医药学会. 中华中医药学会团体标准管理办法[Z]. 2015.

[15] 刘阳. 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》中关于"要素的表达"中"图"的表达的介绍及新旧标准比对[J]. 机械工业标准化与质量, 2021, (11): 20 - 23, 37.

[16] GUYATT G, OXMAN A D, AKL E A, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables[J]. J Clin Epidemiol, 2011, 64(4): 383 - 394.

[17] ARBELO ELENA, PROTONOTARIOS ALEXANDROS, GIMENO JUAN R, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies[J]. Giornale italiano di cardiologia (2006), 2023(11): 121e - 127e.

[18] 中华医学会心血管病学分会,中国医师协会心血管内科医师分会,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2024[J]. 中华心血管病杂志, 2024, 52(3): 235 - 275.

[19] 张会超,王振涛,韩丽华,等. 基于德尔菲法的扩张型心肌病中医病名及证候要素研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(7): 1114 - 1118.

[20] SCHULTHEISS H P, FAIRWEATHER D, CAFORIO A L P, et al. Dilated cardiomyopathy[J]. Nat Rev Dis Primers, 2019, 5(1): 32.

[21] DE BOER R A, HEYMANS S, BACKS J, et al. Targeted therapies in genetic dilated and hypertrophic cardiomyopathies: from molecular mechanisms to therapeutic targets. A position paper from the Heart Failure Association (HFA) and the Working Group on Myocardial Function of the European Society of Cardiology (ESC)[J]. Eur J Heart Fail, 2022, 24(3): 406 - 420.

[22] 宋雷,李莉. 心肌病心内膜心肌活检及病理检查临床应用指南[J]. 中国循环杂志, 2024, 39(12): 1145 - 1155.

[23] MAZZAROTTO F, TAYAL U, BUCHAN R J, et al. Reevaluating the genetic contribution of monogenic dilated cardiomyopathy[J]. Circulation, 2020, 141(5): 387 - 398.

[24] JORDAN E, PETERSON L, AI T, et al. Evidence - based assessment of genes in dilated cardiomyopathy[J]. Circulation, 2021, 144(1): 7 - 19.

[25] STROEKS S, HELLEBREKERS D, CLAES G, et al. Clinical impact of re-evaluating genes and variants implicated in dilated cardiomyopathy[J]. Genet Med, 2021, 23(11): 2186-2193.
[26] VAN DER BIJL P, BOOTSMA M, HIEMSTRA Y L, et al. Left ventricular 2D speckle tracking echocardiography for detection of systolic dysfunction in genetic, dilated cardiomyopathies[J]. Eur Heart J Cardiovasc Imaging, 2019, 20(6): 694-699.
[27] 中国医疗保健国际交流促进会急诊医学分会, 中华医学会急诊医学分会, 中国医师协会急诊医师分会, 等. 急性心力衰竭中国急诊管理指南(2022)[J]. 临床急诊杂志, 2022, 23(8): 519-547.
[28] HEIDENREICH P A, BOZKURT B, AGUILAR D, et al. 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[J]. Circulation, 2022, 145(18): e895-e1032.
[29] MULLENS W, DAMMAN K, HARJOLA V P, et al. The use of diuretics in heart failure with congestion - a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology[J]. Eur J Heart Fail, 2019, 21(2): 137-155.
[30] ZHANG R, SUN X, LI Y, et al. The efficacy and safety of sacubitril/valsartan in heart failure patients: a review[J]. J Cardiovasc Pharmacol Ther, 2022, 27: 10742484211058681.
[31] CHATTERJEE S, BIONDI-ZOCCAI G, ABBATE A, et al. Benefits of β blockers in patients with heart failure and reduced ejection fraction: network meta-analysis[J]. BMJ, 2013, 16, 346: f55.
[32] MCMURRAY J J V, SOLOMON S D, INZUCCHI S E, et al. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction[J]. N Engl J Med, 2019, 381(21): 1995-2008.
[33] PACKER M, ANKER S D, BUTLER J, et al. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure[J]. N Engl J Med, 2020, 383(15): 1413-1424.
[34] ANKER S D, BUTLER J, FILIPPATOS G, et al. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction[J]. N Engl J Med, 2021, 385(16): 1451-1461.
[35] SOLOMON S D, MCMURRAY J J V, CLAGGETT B, et al. Dapagliflozin in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction[J]. N Engl J Med, 2022, 387(12): 1089-1098.
[36] ARMSTRONG P W, PIESKE B, ANSTROM K J, et al. Vericiguat in patients with heart failure and reduced ejection fraction[J]. N Engl J Med, 2020, 382(20): 1883-1893.
[37] 张塬坤. 中西医结合治疗扩张型心肌病心衰 43 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2019, 28(19): 109-111.
[38] 张玉杰. 中西医结合治疗扩张型心肌病并发慢性心力衰竭疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2019, 35(12): 1506-1507.
[39] 王明月, 黎清秀. 黄芪保心汤联合针对性干预对扩张型心肌病并发心衰患者的影响[J]. 光明中医, 2022, 37(24): 4430-4432.
[40] 王娟. 黄芪保心汤改善扩张型心肌病心肌纤维化的临床观察[D]. 南京: 南京中医药大学, 2015.
[41] 孙志周, 王文建, 余丹丹. 黄芪保心汤联合西医治疗扩张型心肌病并发慢性心力衰竭[J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32(8): 37-40.
[42] 卢磊, 张培影, 刘晓丹, 等. 黄芪保心汤对扩张型心肌病心衰患者心功能及神经内分泌因子的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2018, 34(2): 123-127.
[43] 刘贺. 黄芪保心汤对扩张型心肌病心力衰竭合并高尿酸血症的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2015.
[44] 李志刚, 张培影. 黄芪保心汤治疗扩张型心肌病疗效观察[J]. 光明中医, 2015, 30(11): 2351-2352.
[45] 段沛丽. 黄芪保心汤对扩张型心肌病并发慢性心力衰竭心功能影响[J]. 实用中西医结合临床, 2019, 19(5): 135-136.
[46] 陈雪云. 西医联合黄芪保心汤治疗扩张型心肌病心力衰竭对患者心功能及神经内分泌因子的影响分析[J]. 中医临床研究, 2019, 11(20): 26-28.
[47] 王振涛, 刘舜禹, 柴松波, 等. 抗纤益心方治疗扩张型心肌病的队列研究[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(2): 378-380.
[48] 聂恒, 贾成军, 黄斌, 等. 抗纤益心方联合西药对扩张型心肌病患者血清高敏 C-反应蛋白、内皮素-1、B 型脑钠肽前体表达的影响[J]. 新中医, 2022, 54(13): 32-35.
[49] 刘舜禹. 抗纤益心方治疗扩张型心肌病气虚血瘀证的队列研究[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2018.
[50] 李斌. 抗纤益心方对扩张型心肌病(气虚血瘀型)合并心力衰竭患者心肌功能及神经内分泌因子的影响[J]. 新中医, 2020, 52(16): 51-55.
[51] 房永辉, 王志燕. 抗纤益心方联合培哚普利治疗气虚血瘀性扩张型心肌病疗效及对血管内皮功能、BNP、hs-CRP 的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(32): 3575-3578.
[52] 曾垂义, 王振涛, 陈磊. 抗纤益心方治疗扩张型心肌病患者疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(23): 321-323.
[53] 张兵. 芪参益气滴丸联合沙库巴曲缬沙坦在扩心病心力衰竭的临床研究[J]. 黑龙江医药, 2020, 33(3): 534-536.
[54] 谢东阳, 蔡九妹. 芪参益气滴丸治疗扩张性心肌病心衰 60 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(15): 90-91.
[55] 王明军, 云美玲, 刘正旺, 等. 螺内酯联合芪参益气滴丸治疗心肌病并心力衰竭疗效观察[J]. 中国热带医学, 2013, 13(4): 481-483.
[56] 钱国权, 韦凡平. 养心氏片治疗扩张型心肌病心力衰竭 56 例观察[J]. 浙江中医杂志, 2012, 47(11): 850-851.
[57] 付鹏, 黄志东, 谢丹. 养心氏片治疗扩张型心肌病心力衰竭的疗效观察[J]. 世界中医药, 2014, 9(5): 577-578, 582.
[58] 陈德明. 黄芪注射液治疗扩张型心肌病 60 例疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2005(11): 2060-2061.
[59] 代有礼. 黄芪注射液治疗扩张型心肌病疗效观察[J]. 医学信息, 2013, 11: 496.
[60] 江红政. 黄芪联合倍他乐克治疗扩张型心肌病的临床分析[J]. 医药与保健, 2014, 22(5): 81-82.
[61] 梁敏, 王立山. 黄芪联合倍他乐克治疗扩张型心肌病心衰的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2006(19): 39-40.
[62] 彭建林. 依那普利联合黄芪注射液治疗扩张型心肌病的临床研究[J]. 国际医药卫生导报, 2012, 18(15): 2237-2239.
[63] 曲春英. 黄芪联合倍他乐克治疗扩张型心肌病的疗效观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2008(3): 335-336.
[64] 尚伟民, 马敏芳. 黄芪注射液治疗扩张型心肌病心力衰竭 36 例[J]. 中原医刊, 2007, 34(23): 80.
[65] 宋电荷, 杨强, 郑斗角, 等. 黄芪联合阿替洛尔治疗扩张型心肌

病的疗效观察[J]. 临床心血管病杂志, 2003, 19(11): 684-685.
[66] 张凌霞,冯立付,宋宏群. 黄芪注射液联合磷酸肌酸钠治疗扩张型心肌病患者临床观察[J]. 内科,2022,17(1):86-88.
[67] 杨泽彬. 加味黄芪参麦五苓汤治疗扩张型心肌病并心力衰竭临床观察[J]. 实用中医药杂志,2018,34(4):445.
[68] 颜永平. 中西医结合治疗扩张型心肌病 32 例临床观察[J]. 中医临床研究,2014,6(2):35-36.
[69] 薛军民,田卫中,杜志春. 自拟稳心汤配合西药治疗原发性扩张型心肌病慢性心力衰竭的疗效观察[J]. 中国临床研究,2013,26(1):79,81.
[70] 王晶,宋薇,屈玉春. 加味黄芪参麦五苓汤治疗扩张型心肌病合并心力衰竭[J]. 广东医学,2007,(5):825-826.
[71] 孙明慧,田永刚. 加味黄芪参麦五苓汤对扩张型心肌病并心力衰竭的治疗作用分析[J]. 中国社区医师,2019,35(23):114,116.
[72] 石志坚,鲁文涛,张军鹏. 生脉散加减联合沙库巴曲缬沙坦治疗扩张型心肌病的疗效分析[J]. 四川解剖学杂志,2022,30(2):119-121.
[73] 刘丹. 芪归八味汤治疗 DCM 气阴两虚证的疗效观察[D]. 西安:陕西中医药大学,2017.
[74] 李志光. 参麦宁心合剂联合西药治疗扩张型心肌病慢性心力衰竭临床观察[J]. 光明中医,2015,30(11):2394-2396.
[75] 韩建国,韩鹏. 中西医结合治疗扩张型心肌病临床观察[J]. 辽宁中医杂志,2006(2):205.
[76] 龚玲英,雷美琴. 生脉散治疗扩张型心肌病的临床观察[J]. 中国中医急症,2015,24(2):335-336.
[77] 吴琼,彭珑萍,董艺丹,等. 扩心方治疗气阴两虚兼血瘀证扩张型心肌病患者的临床研究[J]. 中国中医急症,2021,30(11):1940-1943,1946.
[78] 吴琼,董艺丹,王佑华,等. 益气养阴活血方联合常规治疗对扩张型心肌病患者的临床疗效[J]. 中成药,2022,44(9):2830-2833.
[79] 王佑华,林赟霄,苑素云,等. 扩心方治疗扩张型心肌病的临床疗效观察[J]. 上海中医药杂志,2017,51(6):60-62.
[80] 刘洪超. 中西医结合治疗扩张型心肌病心力衰竭 60 例疗效观察[J]. 内蒙古中医药,2014,33(28):58.
[81] 张欢,刘雪丽,张红鸽,等. 炙甘草汤联合替米沙坦、美托洛尔治疗扩张型心肌病合并室性期前收缩的临床疗效观察[J]. 延安大学学报(医学科学版),2019,17(1):67-71.
[82] 王庆高,潘朝锌,何新兵,等. 中西医结合治疗扩张型心肌病的疗效观察及其对心肌纤维化的影响[J]. 广西医科大学学报,2009,26(5):753-754.
[83] 王庆高,莫云秋,韦斌. 炙甘草汤加味方治疗扩张型心肌病的远期疗效及对心室重构的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2008(5):510-512.
[84] 罗宋文. 炙甘草汤加味联合西药治疗扩张型心肌病的临床观察[J]. 数理医药学杂志,2016,29(8):1183-1185.
[85] 孔祥奇. 炙甘草汤加味治疗扩张型心肌病心力衰竭临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2010,12(4):151-152.
[86] 黄群艳. 中西医结合治疗扩张型心肌病 32 例观察[J]. 中国民族民间医药,2012,21(9):94,96.
[87] 蒋周田. 益心舒胶囊治疗扩张型心肌病慢性心力衰竭的临床疗效观察[J]. 广西医科大学学报,2013,30(5):765-767.
[88] 王秋林,周鹏,朱燕梅,等. 益心舒胶囊治疗扩张型心肌病并慢性心力衰竭患者的疗效观察[J]. 首都医药,2013,20(22):41-43.
[89] 李伟. 生脉注射液治疗扩张型心肌病的临床研究[D]. 武汉:湖北中医学院,2006.
[90] 王燕午,许月红. 生脉注射液对扩张型心肌病心功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2002,11(22):2267-2267.
[91] 吴新华,焦建玲,施荣杰. 生脉注射液治疗扩张型心肌病心力衰竭的效果观察[J]. 右江民族医学院学报,2000,22(6):967-968.
[92] 惠树林,郝文辉,白黄剑. 生脉注射液治疗扩张型心肌病心衰疗效分析[J]. 中国医药导报,2007(34):46.
[93] 张亚臣,陈瑞明,赵美华,等. 生脉注射液对扩张型心肌病患者血流动力学的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2002(4):277-279.
[94] 陈三班. 中西医结合治疗扩张型心肌病合并心力衰竭的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(20):100-101.
[95] 陈笑瑛. 参麦注射液治疗扩张型心肌病 34 例观察[J]. 浙江中医杂志,2012,47(2):153.
[96] 李丽. 参麦注射液联合曲美他嗪治疗扩张型心肌病并心力衰竭的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志,2018,11(36):7-8,10.
[97] 尚丽丽. 参麦注射液辅助西药对扩张型心肌病伴心力衰竭的治疗效果[J]. 河南医学研究,2021,30(6):1096-1098.
[98] 宋春海. 参麦注射液联合西医治疗扩张型心肌病合并心力衰竭疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2017,26(11):1227-1229.
[99] 王爱成. 参麦注射液治疗扩张型心肌病心力衰竭气阴两虚证的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2014.
[100] 王晓,周文军. 中西医结合治疗扩张型心肌病 30 例[J]. 浙江临床医学,2008,10(8):1104-1105
[101] 许伟源,彭放,袁敏,等. 参麦注射液联合西药对扩张型心肌病心力衰竭患者心功能及心室重构的影响[J]. 浙江中医杂志,2018,53(3):213-214.
[102] 闫守成,高岭. 参麦注射液治疗扩张型心肌病疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(8):1001-1002.
[103] 张俊敏,邱会国. 参麦注射液联合酒石酸美托洛尔在扩张型心肌病患者中的临床价值[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31(18):154-156.
[104] 于凯洋. 加味真武汤治疗扩张型心肌病(脾肾阳虚型)的疗效观察[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2019.
[105] 胡礼术. 真武汤合补中益气汤加味对扩心病(心肾阳虚证)左心室逆重构影响的临床初探[D]. 成都:成都中医药大学,2020.
[106] 周炜. 苓桂养心汤对心气(阳)虚型扩张型心肌病患者心功能及心衰超声指数的影响[D]. 南京:南京中医药大学,2019.
[107] 夏晓鹏. 苓桂术甘五味汤治疗扩张型心肌病的临床研究[D]. 武汉:湖北中医学院,2006.
[108] 盛蕾,胡良焱,洪李锋. 苓桂养心汤辅助治疗心气阳虚证扩张型心肌病疗效及对抗心肌抗体的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27(25):2807-2810.
[109] 李诚. 苓桂养心汤治疗老年扩张型心肌病心气阳虚证患者的效果[J]. 中国民康医学,2022,34(12):123-125,129.

[110] 丰俊鹏,王露,虞颖茜,等. 苓桂养心汤治疗心气阳虚证扩张型心肌病的疗效及对抗心肌抗体的影响[J]. 深圳中西医结合杂志,2022,32(3):57 - 60.
[111] 沈丽娟,陶然,陆曙,等. 苓桂养心汤对心气阳虚证扩张型心肌病患者心功能和抗心肌抗体的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2017,23(23):152 - 158.
[112] 董建. 芪苈强心胶囊与重组人脑利钠肽联合治疗扩张型心肌病心力衰竭的疗效分析[J]. 中国现代医生,2019,57(34):109 - 112.
[113] 董美乔. 芪苈强心胶囊联合西药治疗 DCM 对心功能和生活质量的改善[D]. 呼和浩特:内蒙古民族大学,2021.
[114] 方景云. 芪苈强心胶囊联合地高辛对扩张型心肌病伴轻、中度心力衰竭患者心功能的影响[J]. 药品评价,2018,15(11):27 - 29.
[115] 韩戈飞,杜艳丽. 芪苈强心胶囊对扩张型心肌病合并慢性心力衰竭的影响[J]. 实用中西医结合临床,2023,23(2):46 - 48.
[116] 何元增. 芪苈强心胶囊结合倍他乐克治疗扩张型心肌病的临床疗效分析[J]. 北方药学,2016,13(5):62 - 63.
[117] 黎雪艳. 中西医结合治疗扩张型心肌病顽固性心力衰竭的临床疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2021,9(31):28 - 30.
[118] 李世勋,周凡. 芪苈强心胶囊联合琥珀酸美托洛尔缓释片对扩张型心肌病患者左室射血分数及运动耐力影响[J]. 社区医学杂志,2019,17(23):1491 - 1494.
[119] 刘玲,何野. 芪苈强心胶囊联合西药治疗扩张型心肌病致心力衰竭的临床研究[J]. 当代医学,2019,25(9):158 - 159.
[120] 吕萍. 芪苈强心胶囊在扩张型心肌病中的治疗效果[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022,12:129 - 131.
[121] 马晓妍,于娜,迟鸿堃,等. 芪苈强心胶囊辅助治疗扩张型心肌病的效果观察[J]. 中外女性健康研究,2016(11):41 - 42.
[122] 牛莺歌,牛广团,尚知昊,等. 芪苈强心胶囊联合美托洛尔治疗扩张型心肌病患者的疗效分析[J]. 现代诊断与治疗,2020,31(18):2879 - 2880.
[123] 潘晓羽. 芪苈强心胶囊联合替米沙坦治疗扩张型心肌病患者的效果[J]. 中国民康医学,2022,34(14):93 - 96.
[124] 孙艳玲,王银娜,韦要杰,等. 芪苈强心胶囊联合西药治疗扩张型心肌病心力衰竭 30 例[J]. 中国社区医师,2013,29(31):14.
[125] 王丽昀,商秀洋,吴华芹,等. 芪苈强心胶囊对扩张型心肌病失代偿心力衰竭治疗好转出院患者易损期心功能的影响[J]. 疑难病杂志,2022,21(2):134 - 138.
[126] 王艳丽,王艳萍,马金波,等. 芪苈强心胶囊辅治扩张型心肌病合并慢性心力衰竭的疗效及对神经内分泌因子、炎性因子及心室重构的影响[J]. 解放军医药杂志,2021,33(2):84 - 88.
[127] 王英,常凤军. 芪苈强心胶囊联合免疫球蛋白治疗老年扩张型心肌病疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2019,28(14):1568 - 1570.
[128] 吴辉,杨俊,丁家望,等. 芪苈强心胶囊对扩张型心肌病患者心功能及高迁移率族蛋白 B1 表达的影响[J]. 中国循证心血管医学杂志,2014,6(3):271 - 273.
[129] 吴艳婷,吴莹莹,刘新灿. 芪苈强心胶囊联合比索洛尔片对扩张型心肌病患者心功能的影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(12):76 - 77.
[130] 吴毅芬,陈简庆,梁华添. 芪苈强心胶囊联合贝那普利治疗扩张型心肌病的疗效分析[J]. 心血管病防治知识,2022,12(2):7 - 9.
[131] 杨阳,金明磊,宋灵燕,等. 芪苈强心胶囊治疗扩张型心肌病的抗心室重构作用[J]. 中国实验方剂学杂志,2019,25(13):99 - 104.
[132] 姚素敏. 芪苈强心胶囊治疗扩张型心肌病所致慢性心力衰竭的效果观察[J]. 河南医学研究,2018,27(6):1059 - 1060.
[133] 姚志峰,沈洪,崔兆强,等. 芪苈强心胶囊联合替米沙坦治疗扩张型心肌病的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(9):1363 - 1366.
[134] 袁锦可. 芪苈强心胶囊对扩张型心肌病心力衰竭患者心功能及血浆脑利钠肽水平的影响[J]. 中国现代医药杂志,2012,14(11):40 - 43.
[135] 张永超. 芪苈强心胶囊联合替米沙坦治疗扩张型心肌病作用[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2021(9):79 - 81.
[136] 郑伟维,张艳召,刘培乐. 芪苈强心胶囊联合重组人脑利钠肽对扩张型心肌病心力衰竭患者心功能及日常生活能力的影响[J]. 黑龙江中医药,2019,48(6):112 - 113.
[137] 郭宏博,李春梅,李文国. 参附注射液对扩张型心肌病心力衰竭患者心功能及心室重构的影响[J]. 中国现代药物应用,2016,10(18):71 - 72.
[138] 刘辉,王学惠,张少利,等. 参附注射液联合磷酸肌酸钠治疗扩张型心肌病心功能不全的疗效观察[J]. 解放军医药杂志,2016,28(6):87 - 91.
[139] 王成凯,王有恒,赵斌,等. 参附注射液治疗扩张型心肌病心力衰竭的效果[J]. 心脏杂志,2011,23(5):703 - 704.
[140] 俞梅,吕淑敏,刘兆龙,等. 参附注射液联合曲美他嗪治疗扩张型心肌病心力衰竭的疗效观察[J]. 中国中医药科技,2013,20(6):642 - 643.
[141] 张芳,任开涵,陈玉林. 参附注射液对扩张型心肌病心力衰竭患者心功能及心室重构的影响[J]. 中国临床药理学杂志,2014,30(6):478 - 480.
[142] 张燕,王文生,廉静,等. 参附注射液联合磷酸肌酸钠治疗扩张型心肌病心功能不全效果[J]. 精准医学杂志,2018,33(3):256 - 258,262.
[143] 刘冉. 心脉隆注射液治疗扩张型心肌病心力衰竭的临床研究[D]. 泰安:泰山医学院,2015.
[144] 冯尧伟,杨凤鸣,李康,等. 王振涛从虚分期辨治扩张型心肌病经验介绍[J]. 新中医,2022,54(14):193 - 198.
[145] 李习婉,贾鲁姣,王振涛. 抗纤益心方联合不同剂量美托洛尔对扩张型心肌病患者心室重构的影响[J]. 时珍国医国药,2021,32(9):2203 - 2205.
[146] 邱月清,王振涛. 王振涛教授中西医结合治疗扩张型心肌病的临床经验[J]. 中医临床研究,2022,14(23):82 - 84.
[147] 邱月清,王振涛,贾鲁姣. 抗纤益心方联合美托洛尔治疗扩张型心肌病的临床疗效[J]. 中国老年学杂志,2023,43(13):3073 - 3077.
[148] 许玉倩,王振涛. 王振涛教授从“大气下陷”辨治扩张型心肌病经验[J]. 西部中医药,2023,36(7):60 - 64.