

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1247—2026

心源性休克（厥证）中西医诊疗规范

Specification for treatment of traditional Chinese and Western
medicine cardiogenic shock (syncope)

2026 - 02 - 06 发布

2026 - 02 - 12 实施

广西标准化协会 发布

目 次

前言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 缩略语	1
5 诊断	2
5.1 西医诊断	2
5.2 中医辨证分型	2
6 治疗	2
6.1 治疗方案	2
6.2 西医治疗	2
6.3 中医治疗	3
7 禁忌症及慎用症	5
7.1 禁忌症	5
7.2 慎用症	5
8 注意事项	5
附录 A（资料性） 心源性休克诊断	6
附录 B（资料性） AGI 分级	7
参考文献	8

前 言

本文件参照GB/T 1.1—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》的规定起草。

请注意本文件的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。

本文件由广西中医药大学附属瑞康医院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广西中医药大学附属瑞康医院、成都中医药大学附属医院、上海市第七人民医院、黑龙江中医药大学附属第二医院、广西壮族自治区人民医院、广西中医药大学第一附属医院、柳州市中医医院（柳州市壮医医院）、桂林市中医医院、玉林市中医医院、南宁市中医医院、钦州市中医医院。

本文件主要起草人：伍民生、唐晓、姜明贺、陈盛奎、雷鸣、龙坤兰、蔡国锋、梁道业、向淑麟、董庆华、王荣辉、李乃庆、覃进、杨哲、周旭、唐荣、刘晶晶、袁林、贾坤平、秦臻、李天威、李绍宾、郭淋、吴忠辉、黄自珍、毛誉燕、李凯锋、温安东、朱欢欢、张鼎、胡琨琳、韦日铺、康雪莹、潘俞丹、贺荣、陈春玲、韦夏薇、徐浩、林毕福、陈文忠、李肖玲。

心源性休克（厥证）中西医诊疗规范

1 范围

本文件界定了心源性休克（厥证）的术语和定义、缩略语，规定了心源性休克（厥证）中西医诊疗的诊断、治疗、禁忌症及慎用症、注意事项的要求。

本文件适用于心源性休克（厥证）中西医诊疗。

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 12346 经穴名称与定位

GB/T 21709（所有部分） 针灸技术操作规范

GB/T 33415 针灸异常情况处理

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

心源性休克（厥证） cardiogenic shock (syncope)

由于各种原因导致心脏功能减退，引起心输出量显著减少，导致血压下降，重要脏器和组织灌注严重不足，引起全身微循环功能障碍，从而出现一系列以缺血、缺氧、代谢障碍及重要脏器损害为特征的一种临床综合征。属于中医“厥证”范畴，泛指因情志刺激，或饥饱不定，或六淫、温毒、痰湿、药毒、食毒等邪闭塞气机，气血逆乱而引起的、以突然晕厥或昏仆，四肢逆冷等为特征的一类急症。

4 缩略语

以下缩略语适用于本文件。

ACEI: 血管紧张素转换酶抑制剂 (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor)

AGI: 急性胃肠损伤 (Acute Gastrointestinal Injury)

ARB: 血管紧张素 II 受体阻滞剂 (Angiotensin II Receptor Blocker)

ARNI: 血管紧张素受体-脑啡肽酶抑制剂 (Angiotensin Receptor - Nephilysin Inhibitor)

CABG: 冠状动脉旁路移植术 (Coronary Artery Bypass Graft)

CI: 心脏指数 (Cardiac Index)

CS: 心源性休克 (Cardiogenic Shock)

ECMO: 体外膜肺氧合 (Extracorporeal Membrane Oxygenation)

IABP: 主动脉内球囊反搏 (Intra-aortic Balloon Pump)

LVAD: 左心室辅助装置 (Left Ventricular Assist Device)

MAP: 平均动脉压 (Mean Arterial Pressure)

MCS: 机械循环支持 (Mechanical Circulatory Support)

PCWP: 肺毛细血管楔压 (Pulmonary Capillary Wedge Pressure)

PCI: 经皮冠状动脉介入治疗: (Percutaneous Coronary Intervention)

SGLT: 钠-葡萄糖协同转运蛋白 (Sodium-Glucose Transporter)

VAD: 心室辅助装置 (Ventricular Assist Device)

5 诊断

5.1 西医诊断

心源性休克诊断见附录A。

5.2 中医辨证分型

5.2.1 气虚血瘀证

神疲乏力，气短懒言，四肢温暖但活动后易倦，偶发胸闷或隐痛，面色淡暗。舌质淡暗或见瘀斑，舌边齿痕，脉细涩或沉弱。

5.2.2 气阴两虚证

气短乏力，口干咽燥，四肢尚温但活动后心悸。轻度水肿，尿量减少，偶有头晕目眩。舌红少津、苔薄少，舌体瘦薄，脉细数或虚数。

5.2.3 阳虚血瘀证

意识模糊或嗜睡，肢端厥冷，尿少，呼吸困难，胸闷如室，面色晦暗，唇甲青紫。舌质紫暗、苔白腻，脉沉细涩或结代。

5.2.4 元气欲脱证

极度乏力，气息微弱，四肢厥冷，尿量极少或无尿，面色苍白或潮红，皮肤湿冷，言语低微或不能应答。舌质干枯无苔或舌光如镜，舌体瘦小；脉微欲绝或散乱无序。

5.2.5 阴竭阳脱证

意识丧失，心脏骤停，呼吸浅促或停止，皮肤湿冷如冰。全身冷汗淋漓，瞳孔散大，二便失禁。舌卷囊缩、质干绛无苔，或舌体僵直；脉散乱如雀啄、屋漏，或脉绝不可及。

6 治疗

6.1 治疗方案

以西医治疗为基础，根据疾病不同阶段进行中医辨证分型，协同中医治疗。

6.2 西医治疗

6.2.1 一般治疗

持续心电、血压、血氧饱和度监护；保持呼吸道通畅、吸氧、必要时建立人工气道进行机械辅助通气；开通静脉通路；调控血糖；控制心律失常；维持水电解质及酸碱平衡；减轻心脏负荷。

6.2.2 病因治疗

6.2.2.1 急性冠状动脉综合征导致 CS 的患者：早期冠状动脉血运重建治疗，根据病情选择药物溶栓、PCI 或 CABG。

6.2.2.2 肺动脉栓塞导致 CS 的患者：全身或局部药物溶栓或动脉取栓。

6.2.2.3 急性心包填塞导致 CS 的患者：心包穿刺引流。

6.2.2.4 严重瓣膜性心脏病导致 CS 的患者：根据病情在 MCS 下进行导管介入或外科手术治疗。

6.2.2.5 针对急性心衰发作、心律失常和急性心肌炎等原因导致 CS 的患者给予抗心衰、抗心律失常、抗感染等针对病因治疗。

6.2.3 心血管活性药物治疗

常用心血管活性药物为正性肌力药和（或）血管收缩药（升压药）：

——正性肌力药：应用正性肌力药，提高组织灌注，维持脏器功能：

- 米力农：磷酸二酯酶III抑制剂，具有强心和扩血管作用，有血压下降风险，右心衰竭或肺动脉高压导致的CS优先选择；
 - 多巴酚丁胺： β 1-肾上腺素能受体激动剂，强心为主，易导致心动过速和心律失常，肥厚梗阻性心肌病禁用；
 - 左西孟旦：钙离子增敏剂，具有强心和扩血管作用，有血压下降风险。
- 血管收缩药：应用正性肌力药后如仍有低血压，可联合应用血管收缩药，宜选用去甲肾上腺素，升高血压，维持重要器官的灌注。

6.2.4 其他药物治疗

冠心病患者给予二级预防用药；待患者血流动力学稳定后，使用 β 受体阻滞剂，控制心率，减轻心肌耗氧；使用ARNI、ACEI/ARB、醛固酮受体拮抗剂、SGLT-2抑制剂等药物延缓心室重塑，改善心功能。

6.2.5 MCS治疗

6.2.5.1 短期MCS：对于药物治疗后仍不能维持终末器官灌注的难治性CS患者，应考虑应用短期MCS，改善患者的血流动力学状态，维持重要脏器灌注。

注：短期辅助的MCS主要包括IABP及ECMO等。

6.2.5.2 中长期MCS：对于应用短期MCS后仍不能维持组织灌注或依赖短期MCS的难治性CS患者，在心脏团队综合评估患者年龄、出血、并发症、神经系统缺陷及右心室功能等，排除禁忌症后可考虑在有经验的医疗机构应用长期MCS。

注：中长期MCS主要指VAD，如LVAD。

6.3 中医治疗

6.3.1 气虚血瘀证

6.3.1.1 内治法

6.3.1.1.1 治法

益气活血，通络护心。

6.3.1.1.2 方药选择

宜选择补阳还五汤加减，药物组成、加减及煎服法如下：

——方药组成：黄芪60g、当归12g、赤芍10g、川芎9g、桃仁9g、红花6g、地龙6g；

——加减：胸闷、痰多、苔白腻，加瓜蒌15g、薤白9g；口干咽燥、舌红少苔，加太子参15g、麦冬12g；

食少纳呆、脘腹胀满、大便溏薄，加炒白术15g、茯苓15g、陈皮9g；腹胀甚者加砂仁6g（后下）、木香6g；便溏重者加山药20g、芡实15g；

——煎服法：水煎后口服或鼻饲。

6.3.1.2 外治法

配合艾灸关元、足三里。穴位按GB/T 12346进行定位；针灸操作应符合GB/T 21709(所有部分)的规定，针灸异常情况处理应符合GB/T 33415的规定。

6.3.2 气阴两虚证

6.3.2.1 内治法

6.3.2.1.1 治法

益气养阴，复脉固脱。

6.3.2.1.2 方药选择

宜选择生脉散合炙甘草汤加减，药物组成、加减及煎服法如下：

- 方药组成：人参 15 g、麦冬 12 g、五味子 9 g、炙甘草 12 g、生地黄 18 g、阿胶 10 g（烩化）、桂枝 6 g；
- 加减：尿少、肢体浮肿，加茯苓 15 g、泽泻 12 g；五心烦热、盗汗、舌红少苔，加玄参 12 g、知母 9 g；胃纳不佳、饥不欲食、大便溏薄，加炒麦芽 15 g、山药 20 g；便溏重者加茯苓 30 g、炒白术 12 g；纳呆明显者加焦山楂 10 g、焦神曲 10 g、焦麦芽 10 g；
- 煎服法：水煎后口服或鼻饲；
- 中成药：参麦注射液 50 mL~100 mL（静脉滴注）。

6.3.2.2 外治法

配合针刺内关、足三里、三阴交。穴位定位、针灸操作、针灸异常情况处理同6.3.1.2。

6.3.3 阳虚血瘀证

6.3.3.1 内治法

6.3.3.1.1 治法

温阳化瘀，豁痰开窍。

6.3.3.1.2 方药选择

宜选择参附汤合血府逐瘀汤加减，药物组成、加减及煎服法如下：

- 方药组成：人参 15 g、制附子 12 g（先煎 1 h）、桃仁 9 g、红花 9 g、当归 12 g、川芎 9 g、半夏 9 g、石菖蒲 12 g；
- 加减：咳喘痰多、肺部湿啰音明显，加葶苈子 15 g、茯苓 30 g；舌质紫暗、瘀斑密集、胸部刺痛，加三棱 9 g、莪术 9 g；尿闭、肢体浮肿，加泽泻 15 g、益母草 30 g；脘腹冷痛、呕吐清水、大便溏薄，加干姜 9 g、炒白术 15 g；呕吐甚者加姜半夏 12 g、砂仁 6 g（后下）；
- 煎服法：水煎后口服或鼻饲；
- 中成药：参附注射液 100 mL（静脉泵入）。

6.3.3.2 外治法

配合艾灸神阙、关元，针刺人中、内关。穴位定位、针灸操作、针灸异常情况处理同6.3.1.2。

6.3.4 元气欲脱证

6.3.4.1 内治法

6.3.4.1.1 治法

回阳救逆，固脱复脉。

6.3.4.1.2 方药选择

宜选择破格救心汤加减，药物组成、加减及煎服法如下：

- 方药组成：制附子 30 g（先煎 2 h）、山萸肉 30 g、炙甘草 30 g、生龙骨 30 g（先煎 30 min）、生牡蛎 30 g（先煎 30 min）、白术 15 g、干姜 15 g、生晒参 15 g、丹参 15 g、石菖蒲 15 g、桂枝 15 g；
- 加减：舌光无苔、口干如焚，加龟甲胶 12 g（烩化）、鳖甲 15 g；冷汗淋漓、四肢厥冷如冰，加肉桂 6 g、鹿茸粉冲服 1 g；意识模糊、喉中痰鸣，加石菖蒲 12 g、远志 9 g；脘腹冷痛、下利清谷、完全不化，加炮姜 10 g、煨肉豆蔻 9 g；下利不止者加赤石脂 30 g、禹余粮 20 g；
- 煎服法：水煎后口服或鼻饲；
- 中成药：参附注射液 100 mL（静脉泵入）。

6.3.4.2 外治法

配合艾灸神阙、涌泉，针刺百会、素髻。穴位定位、针灸操作、针灸异常情况处理同6.3.1.2。

6.3.5 阴竭阳脱证

6.3.5.1 内治法

6.3.5.1.1 治法

急固元阳，敛阴复脉。

6.3.5.1.2 方药选择

宜选择独参汤合大剂量山萸肉加减，药物组成、加减及煎服法如下：

——方药组成：高丽参 60 g 浓煎频服，山萸肉 60 g 急煎；

——加减：四肢厥冷、冷汗淋漓、脉微欲绝，加制附子 30 g（先煎 2 h）、干姜 15 g；气息微弱、喘促不止、汗出如油，加五味子 15 g、麦冬 30 g；

——煎服法：水煎后口服或鼻饲；

——中成药：参附注射液 100 mL（静脉推注）。

6.3.6 外治法

配合艾灸神阙、涌泉，针刺百会、素髻。穴位定位、针灸操作、针灸异常情况处理同 6.3.1.2。

7 禁忌症及慎用症

7.1 禁忌症

7.1.1 艾灸禁忌：皮肤破损处禁用艾灸。

7.1.2 针刺禁忌：出血性疾病、严重血小板减少、局部感染、孕妇腹部及腰骶部禁止针刺。

7.1.3 对推荐方药的中药有过敏史者忌用。

7.2 慎用症

孕妇、产妇、哺乳期妇女、儿童慎用。

8 注意事项

8.1 按附录 B 进行评估，AGI 分级为 I 至 III 级，可给与中药汤剂口服或鼻饲；AGI 分级为 IV 级，不给予中药汤剂口服或鼻饲。

8.2 中药宜餐后温服，不宜空腹冷服。

8.3 服药期间忌酒、慎食生冷。服用药物时间较长的患者，注意定期监测肝肾功能。

8.4 使用的中药材应符合《中华人民共和国药典（一部 2025 年版）》或者相关标准的要求。

附录 A
(资料性)
心源性休克诊断

由于原发性心脏疾病和(或)功能异常引起的心输出量降低或不足导致严重的终末器官低灌注和缺氧状态,并且在血容量充足情况下出现如下情况即可诊断。

- 持续性低血压,即收缩压 <90 mmHg 或 MAP <60 mmHg,持续 >30 min,或者需要升压药等循环支持才能够维持收缩压 ≥ 90 mmHg 或 MAP ≥ 60 mmHg(临床标准)。
- 或血液动力学障碍,即 Swan Ganz 漂浮导管测量的 PCWP >15 mmHg 且 CI <2.2 L \cdot min $^{-1}\cdot$ m $^{-2}$ (血液动力学标准)。
- 同时伴有以下至少一项组织器官低灌注的临床表现或实验室指标异常,如:
 - 意识状态改变;
 - 肢端或皮肤发冷、出汗(湿冷)、苍白或发绀或网状青斑;
 - 尿量明显减少(尿量 <0.5 mL \cdot kg $^{-1}\cdot$ h $^{-1}$ 或 <30 mL/h);
 - 动脉血乳酸水平升高(>2.0 mmol/L)或代谢性酸中毒等。

附录 B
(资料性)
AGI 分级

AGI 分级见表 B.1。

表 B.1 AGI 分级

分级	定义	临床诊断或临床表现
I 级 存在发展为胃肠功能障碍或衰竭的风险	胃肠部分功能损伤, 表现为已知原因或一过性胃肠症状。	损伤之后出现临床可见的胃肠症状, 短暂且具有自限性。 如: 腹部手术后第 1 d 出现恶心、呕吐, 术后肠鸣音消失, 休克, 早期肠蠕动减弱。
II 级 有胃肠功能障碍	消化道不能充分完成消化、吸收以满足机体对营养素和水的需求。	急性发作的胃肠症状, 需临床干预以保证营养和水分需求。既往未行胃肠干预或腹腔手术但情况比预期严重。 如: 胃轻瘫伴胃潴留或反流, 低位消化道麻痹, 腹泻、I 级腹内高压 [腹内压为 12 mmHg ~ 15 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)], 胃内容物或大便可见出血。喂养不耐受表现为肠内营养 < 20 kcal (kg · d), 尝试时间 > 72 h。
III 级 胃肠衰竭	胃肠功能丧失, 临床干预后胃肠功能仍无法恢复, 一般情况无改善。	临床干预后 (如使用红霉素、幽门后置管) 仍持续存在的肠内喂养不耐受, 导致多器官功能障碍综合征持续甚至恶化。 如: 即使治疗后病人仍持续喂养不耐受一高度胃潴留, 持续胃肠麻痹, 发生或进展性肠扩张, 腹内高压进展到 II 级 (腹内压为 15 mmHg ~ 20 mmHg), 低腹腔灌注压 (< 60 mmHg)。出现喂养不耐受并可能与多器官功能障碍综合征持续或恶化有关。
IV 级 胃肠功能衰竭并严重影响其他器官脏器功能	急性胃肠损伤进展为直接危及生命的严重状态, 伴多器官功能障碍综合征及休克加重。	急性胃肠损伤导致急性严重的全身情况恶化, 伴多器官功能不全和休克。 如: 肠道缺血、坏死, 胃肠道出血导致失血性休克, 假性结肠梗阻, 需要减压的腹腔间隔室综合征等。

参 考 文 献

- [1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典: 2025年版, 第一部[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2025.
- [2] 国家心血管病中心, 国家心血管病专家委员会心力衰竭专业委员会, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 等. 国家心力衰竭指南2023[J]. 中华心力衰竭和心肌病杂志, 2023, 07(4): 215-311.
- [3] 梁繁荣, 王华. 针灸学(新世纪第五版)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [4] 李冀, 左铮云. 方剂学(新世纪第五版)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [5] 吴勉华, 石岩. 中医内科学(新世纪第五版)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [6] 王强, 张林淮, 李琪琳, 等. 破格救心汤在心源性休克中的应用概述[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(10): 206-209.
- [7] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 急性心肌梗死合并心源性休克诊断和治疗中国专家共识(2021)[J]. 中华心血管病杂志, 2022, 50(3): 231-242.
- [8] 中华医学会心血管病学分会心血管急重症学组, 中华心血管病杂志编辑委员会. 心源性休克诊断和治疗中国专家共识(2018)[J]. 中华心血管病杂志, 2019, 47(4): 265-277.
- [9] Sinha SS, Morrow DA, Kapur NK, et al. 2025 Concise Clinical Guidance: An ACC Expert Consensus Statement on the Evaluation and Management of Cardiogenic Shock: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee[J]. J Am Coll Cardiol. 2025 ;85(16): 1618-1641.
- [10] 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, 等. 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(03): 235-275.
- [11] Baran DA, Grines CL, Bailey S, et al. SCAI clinical expert consensus statement on the classification of cardiogenic shock: This document was endorsed by the American College of Cardiology (ACC), the American Heart Association (AHA), the Society of Critical Care Medicine (SCCM), and the Society of Thoracic Surgeons (STS) in April 2019[J]. Catheter Cardiovasc Interv. 2019;94(1): 29-37.
- [12] Naidu SS, Baran DA, Jentzer JC, et al. SCAI SHOCK Stage Classification Expert Consensus Update: A Review and Incorporation of Validation Studies: This statement was endorsed by the American College of Cardiology (ACC), American College of Emergency Physicians (ACEP), American Heart Association (AHA), European Society of Cardiology (ESC) Association for Acute Cardiovascular Care (ACVC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT), Society of Critical Care Medicine (SCCM), and Society of Thoracic Surgeons (STS) in December 2021[J]. J Am Coll Cardiol. 2022;79(9): 933-946.
-

中华人民共和国团体标准
ICU获得性虚弱中医诊疗规范
T/GXAS 1246—2026
广西标准化协会统一印制
版权专有 侵权必究