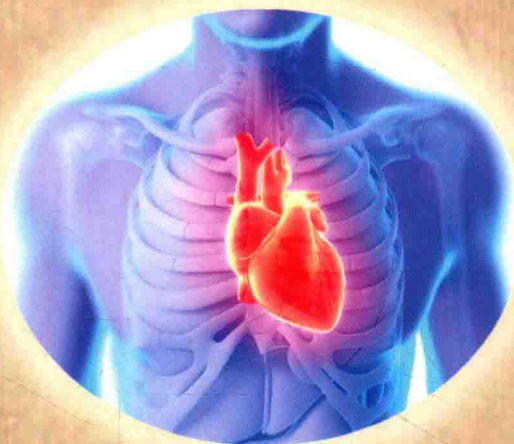


心病名中医 治疗经验集

王敬祝 任维丽 李晓霞 刘 燕 主 编



云南出版集团公司
云南科技出版社

心病名中医 治疗经验集

王敬祝 任维丽 李晓霞 刘燕 主编



常州大学图书馆
藏书章

云南出版集团公司
云南科技出版社
·昆明·

图书在版编目(CIP)数据

心病名中医治疗经验集 / 王敬祝编著. — 昆明 :
云南科技出版社, 2015. 7

ISBN 978 - 7 - 5416 - 9202 - 4

I. ①心… II. ①王… III. ①心病(中医) - 中医治
疗法 IV. ①R256.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 168353 号

责任编辑:唐坤红

责任校对:叶水金

责任印制:翟 苑

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码:650034)

昆明锦润印刷有限公司印刷 全国新华书店经销

开本:850mm × 1168mm 1/32 印张:9 字数:300 千字

2015 年 7 月第 1 版

2015 年 7 月第 1 次印刷

定价:26.00 元

编委会名单

主 编 王敬祝 任维丽 李晓霞
刘 燕

副主编 朱爱峰 燕凌云 王美兰
刘建秀

编 委 任 冲 李玉凤 王敬祝
任维丽 李晓霞 刘 燕
朱爱峰 燕凌云 王美兰
刘建秀

前 言

心血管疾病是严重威胁人类健康的重大疾病,其发病率在逐年上升,现已成为人群中主要的死亡原因之一。因此,越来越引起社会各界特别是医学界的高度关注和重视。

冠心病属于中医的胸痹〔心痛〕及厥/真心痛。主要是由于年老体衰,正气亏虚,脏腑功能损伤,阴阳气血失调,加上七情内伤、饮食不节、寒冷刺激、劳逸失度等因素的影响,导致气滞血瘀,胸阳不振,痰浊内生,使心脉痹阻而致病。其中,脏腑经络气血功能失调,人体阴平阳秘的平衡被破坏,是发病的内在原因。因此冠心病是一个“本虚标实”之证,心、肝、脾、肺、肾五脏虚损是病之本,包括气虚、阴虚、阳虚和阳脱;气滞、血瘀、痰浊、寒凝是病之标。标实本虚是冠心病的病机特点。因此,用中药治疗冠心病更显出突出地位,中医中药是祖国文化中的瑰宝,而用中医治疗在我们中医医院更显优势突出,对提高我们中医治疗水平具有重要的意义。

本书内容以编著者的中医临床经验为主,参考国内知名中医世家的主要相关经验,重点突出中医治疗的优势,力求做到提高冠心病的中医治疗水平。

本书共分十章分别对心律失常、充血性心力衰竭、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心绞痛、心肌梗死、慢性肺源性心脏病、高血压、病毒性心肌炎及冠心病的中医治疗经验等进行了详尽的论述,希

望能对同专业的广大医务工作者有所帮助。

由于编写人员水平有限,缺点、错误和遗漏在所难免,敬请广大读者批评指正,同时,对书中引用的文献及作者一并表示感谢!

编 者



目 录

第一章 心律失常中医治疗	(1)
第一节 阵发性室上性心动过速	(1)
第二节 心房扑动	(2)
第三节 心房颤动(房颤)	(2)
第四节 室性心律失常	(3)
第五节 缓慢性心律失常	(5)
第六节 辨证论治	(7)
第七节 分型治疗	(10)
第八节 专方治疗	(13)
第九节 基本方治疗	(16)
第十节 中西医结合治疗	(21)
第十一节 名中医经验介绍	(23)
第十二节 现代方药研究	(28)
第二章 充血性心力衰竭中医治疗	(32)
第一节 病因和发病机理	(33)
第二节 临床特征	(36)
第三节 诊断与鉴别诊断	(41)
第四节 辨证论治	(47)
第五节 分型治疗	(49)
第六节 专方治疗	(50)
第七节 基本方治疗	(52)
第八节 中西医结合治疗	(54)



第九节	名中医经验介绍	(55)
第十节	现代化研究	(57)
第三章	冠状动脉粥样硬化性心脏病中医治疗	(59)
第一节	冠心病的流行病学和易患因素	(59)
第二节	冠状动脉性心脏病的临床分型	(63)
第三节	古代及现代医家的认识	(67)
第四节	中医药治疗	(68)
第四章	心绞痛中医治疗	(74)
第一节	心绞痛的病理生理	(74)
第二节	心绞痛分类临床特点	(75)
第三节	心绞痛的临床诊断	(75)
第四节	辨证论治	(80)
第五节	分型治疗	(83)
第六节	专方治疗	(85)
第七节	基本方治疗	(86)
第八节	中成药治疗	(88)
第九节	名中医经验介绍	(90)
第十节	中医的现代研究	(91)
第五章	心肌梗死中医治疗	(94)
第一节	发病机理	(94)
第二节	临床表现	(95)
第三节	实验室与心脏电学检查	(100)
第四节	诊断与鉴别诊断	(106)
第五节	急性心肌梗死的常规治疗	(110)
第六节	辨证论治	(115)
第七节	分型治疗	(118)
第八节	中西医结合治疗	(120)
第九节	中成药治疗	(121)



第十节 名中医经验介绍	(122)
第十一节 中医的现代研究	(123)
第六章 慢性肺源性心脏病中医治疗	(125)
第一节 病因病理	(125)
第二节 临床表现及诊断	(129)
第三节 鉴别诊断	(136)
第四节 辨证论治	(138)
第五节 经典介绍	(142)
第六节 专方治疗	(144)
第七节 基本方治疗	(146)
第八节 中西医结合治疗	(148)
第九节 中成药治疗	(149)
第十节 名中医经验介绍	(150)
第十一节 中医的现代研究	(151)
第七章 高血压中医治疗	(154)
第一节 高血压的流行病学	(154)
第二节 原发性高血压发病机制	(156)
第三节 高血压的临床表现及分类	(160)
第四节 临床诊断	(164)
第五节 辨证论治	(166)
第六节 分型治疗	(170)
第七节 基本方治疗	(172)
第八节 名中医经验介绍	(175)
第九节 现代研究	(176)
第十节 高血压治疗的基本原则	(177)
第八章 病毒性心肌炎中医治疗	(188)
第一节 病因与发病机制	(189)
第二节 实验室检查与临床诊断	(192)



第三节	治疗的原则	(199)
第四节	中医辨证论治	(202)
第五节	分型治疗	(205)
第六节	专方治疗	(207)
第七节	基本方治疗	(208)
第八节	中西医结合治疗	(209)
第九节	名中医经验介绍	(209)
第十节	中医的现代研究	(214)
第九章	动脉粥样硬化的防治	(215)
第一节	正常动脉壁的结构	(216)
第二节	动脉粥样硬化(AS)的病理改变	(216)
第三节	冠状动脉粥样硬化的多发部位	(218)
第四节	冠状动脉粥样硬化的致病原理	(219)
第五节	动脉粥样硬化的发病原因	(220)
第六节	动脉粥样硬化形成的学说 ROSS	(241)
第七节	动脉粥样硬化的防治	(242)
第八节	中草药制剂	(257)
第十章	冠心病中医治疗经验	(258)
第一节	中医对冠心病的认识及常用药物	(258)
第二节	冠心病的分型证治及辨证论治	(261)
第三节	冠心病常见中医治疗方法	(265)
第四节	治疗冠心病的中成药	(269)
第五节	冠心病常见药膳方	(271)
第六节	应用中药系统化同步疗法及行为疗法	(273)
第七节	治疗冠心病的单方验方	(275)



第一章 心律失常中医治疗

第一节 阵发性室上性心动过速

阵发性室上性心动过速的起止突然,持续时间长短不一。房室结双径路为基础的房室结折返性心动过速和房室旁路参与的房室折返性心动过速占全部阵发性室上性心动过速(paroxysmal supraventricular tachycardia, PSVT)的95%左右,其余的5%为房性心动过速或阵发性窦性心动过速。

心动过速发作期间,心电图多为正常QRS波群,心律规整,心率150~250次/分。当伴有室内差异传导时,QRS波群变宽。从体表心电图确定心动过速的起源部位与机制极为困难,但某些特征对诊断有益:①P波的位置:房室结折返性心动过速时,P波常埋藏在QRS波群中,不能分辨,但可出现在紧贴于QRS波之终末处,在V导联类似“不完全右束支阻滞”的波,实为假波,真的P波。相应地在Ⅱ、Ⅲ、aVF出现假“s”波,也是P波。房室折返性心动过速时,P波在QRS后方的S段上,而房性心动过速时,P波在QRS波之前方。困难的是在心动过速发作的心电图上常常难以辨认P,用食道导联心电图有助于显示常规心电图不能辨认之P波;②心动过速时出现QRS波群的电压交替多见于房室折返性心动过速;③心动过速终止时之心电图如有预激的表现,其心动过速大多为房室折返性。

阵发性室上性心动过速绝大多数发生在心脏正常的青年病



人,完全无症状或感焦虑和心悸。当心动过速发生于器质性心脏病患者时,病人的症状可有心绞痛、呼吸困难、低血压、眩晕,接近晕厥,甚至晕厥。

发作的诱因包括喝咖啡、浓茶、饮酒、吸烟和精神或体力上的紧张。在另一些病人,心动过速的发作可能与低氧血症、甲状腺功能亢进、拟交感活性药物有关。

第二节 心房扑动

心房扑动(atrial flutter)多为阵发性,但持续性并不罕见。短阵发作的心房扑动常见于慢性肺疾患、急性肺栓塞、甲亢、心包炎、肺炎、开胸术后、酒精中毒,也可见于无明显器质性疾病的正常人。

心电图上扑动波(F波)的频率为250~350次/分,形状类似锯齿,在Ⅱ、Ⅲ、aVF导联为负向,扑动波之间无等电位线。在绝大多数的心房扑动,房室传导的比率为2:1,因此心室率为125~175次/分,常为150次/分左右。心率150次/分左右的正常QRS心动过速,P不易分辨时,应警惕心房扑动。压迫眼球或颈动脉窦按摩可使房室传导比例变为4:1,容易分辨F波,加用食道导联心电图也有助于心房扑动时心房活动的显示。

病人主诉心悸、眩晕、接近晕厥或晕厥。快速的心室率可诱发或加重心绞痛或充血性心力衰竭。

第三节 心房颤动(房颤)

房颤(atrial fibrillation)是临床上仅次于室性早搏的最常见的心律失常,房颤的心房活动完全没有规律。心房丧失有效的机械



收缩。

心电图上无P波,代之以完全不规整的颤动波(f波),频率 ≥ 350 次/分。在风湿性心脏病等情况时,f波较粗大,而在冠心病时,f波极小,甚至完全看不见。心室律完全不规整,心室率60~80次/分。如心室率 >200 次/分,应警惕有房室附加旁路。QRS波群大多正常,但当发生室内差异传导(Ashman现象)时,QRS增宽。Ashman现象表现为在一个长的RR间期后紧随而来一个短RR间期时,容易发生室内差异传导,多为右束支阻滞图形。

房颤可为阵发性,持续数小时至数日,也可慢性持续性。阵发性房颤可见于健康的正常人,但更常见于甲亢、风湿性瓣膜病的早期阶段、Ami、肺栓塞、肺部感染或发生于心力衰竭发作时。慢性房颤见于晚期风湿性瓣膜病、高血压、冠心病、心肌病、缩窄性心包炎、房间隔缺损、心脏手术和病窦综合征。房颤通常表明心房肌发生病理性改变或在二尖瓣病变或左心衰竭时心房内压力升高导致心房肥厚或扩张。

由于快速的心室率和丧失舒张晚期的心房机械收缩使舒张期充盈时间缩短,使心排量减少。快速的心室率增加心肌耗氧量,对冠心病患者有不利影响。并且,心房内附壁血栓形成使栓塞并发症的危险性增高。二尖瓣狭窄伴发的房颤、栓塞并发症最为常见。快速心室率可致心悸、心力衰竭恶化、眩晕和心绞痛。体检可见,周围脉搏不规则,每次心跳时脉搏容量不等。脉率低于心律,即脉搏短绌。 S_1 强弱不等。

第四节 室性心律失常

一、室性早搏

室性早搏(ventricular premature beats)为最常见的心律失常,许



多病人无症状,有的病人觉有“心脏漏搏”或感觉到早搏后的强有力搏动,或有心悸感。频发的室性早搏可产生头晕或使原有的心绞痛加重。在大多数病人运动时减少或消失。但在一些冠心病患者。运动使早搏增多。

健康人,尤其老年人可有室性早搏。浓茶、咖啡、饮酒、拟交感类药物、焦虑、低氧血症以及各种心脏病都可产生室性早搏。室性早搏尤其常见于急性心肌梗死、洋地黄中毒、充血性心力衰竭和二尖瓣脱垂。

室性早搏的预后主要取决于基础心脏病的类型和严重程度。如无明显器质性心脏病,室性早搏并不影响病人的预期寿命。无猝死危险。而在心肌梗死病人发生的频繁复杂室性早搏是猝死危险增高、预后不好的危险因素。

二、室性心动过速

室性心动过速 (ventricular tachycardia) 的频率 100 ~ 250 次/分。在同次发作中 QRS 波群形态单一时,称为单形性室性心动过速;在同次发作中 QRS 波群有两种或更多的不同形态,称多形性室性心动过速。根据每次发作持续的时间又可分为持续性和非持续性。持续性室性心动过速至少持续 30 秒,或虽未达 30 秒,病人已发生意识丧失,需紧急直流电转复。非持续性室性心动过速每次发作持续时间 < 30 秒。叩间期延长伴发的多形性室性心动过速称尖端扭转型室性心动过速。病人可有晕厥,甚至猝死。

心脏的基础状况对室性心动过速的血流动力学作用程度起重要作用。室性心动过速的症状包括心悸、呼吸困难、心绞痛或心力衰竭恶化加重、头晕、接近晕厥或晕厥。体检显示颈静脉搏动有不规则的炮 A 波, S_1 强弱不一,低血压或心力衰竭。

室性心动过速常见于急性心肌梗死、慢性冠心病、心肌病、洋地黄中毒、心脏手术、麻醉、心导管检查,但也可见于无明显器质性心脏病的健康人。室性心动过速的其他病因有长 QT 间期、低血



钾/镁、二尖瓣脱垂、I类抗心律失常药物和噻嗪类药物。

第五节 缓慢性心律失常

一、病窦综合征

病窦综合征(SICK sinus syndrome)指由于窦房结病变及(或)窦房结受过度迷走神经兴奋的作用产生以下表现:①明显的窦性心动过缓;②窦性停搏或窦房阻滞;③慢—快综合征,交替发生室上性快速心律失常和上述缓慢性心律失常,部分病人可同时有房室传导障碍。

病因以原发性退行性变化或炎症最为常见。病变累及窦房结与相邻的心房组织,甚至房室结和希氏束。部分病人同时有冠心病、心肌病或高血压。

最常见症状为心悸、乏力。活动耐量减低,头晕,接近晕厥或晕厥。轻度病人可毫无症状。

24小时动态心电图、运动负荷心电图、阿托品试验、食道调搏等无创伤性检查有助于明确诊断和评价窦房结功能。

二、房室阻滞

房室阻滞(atrioventricular block)通常分为三度;I度、II度和III房室阻滞。

1. I度房室阻滞

每个P波均可下传心室,但传导减慢和延迟,PR间期 $>0.20s$ 。SI低钝,常见病因包括迷走神经张力增高,洋地黄、阻断剂、异搏定等药物,风湿性心肌炎和下壁急性心肌梗死。I度房室阻滞的处理主要为病因治疗。

2. II度房室阻滞

此时部分室上的兴奋不能下传心室,因而部分P波之后,无相



应的 ORS 波群。Ⅱ度房室阻滞进一步分为文氏型(莫氏Ⅰ型)和莫氏Ⅱ型两类。以文氏型最为常见。文氏型的心电图特征为:①PR 间期逐渐延长,直至发生 P 波后 QRS 脱落;②RR 间期逐渐缩短;③P 波未能下传心室之后的 PR 间期最短;④P 波未能下传心室之前的 PR 间期最长。但文氏型的心电图表现常不典型,即逐次心搏之间 PR 间期递增不明显,此时应特别注意 P 波未下传一次心搏前后的 PR 间期,之前最长,之后最短,差别明显。文氏型阻滞中 75% 发生于房室结, QRS 波群正常。预后良好。常见病因为迷走神经张力增高、洋地黄类药物、急性下壁心肌梗死和风湿性心肌炎。少数文氏阻滞可发生在希氏束或束支,此时 QRS 多增宽。传导系统的退行性改变多为其病因。这些病人可能发展为更严重房室阻滞。发生晕厥,需起搏治疗。

莫氏Ⅱ型阻滞的心电图特征为无 PR 逐渐延长,而突然出现 P 波后的 QRS 脱落,阻滞部位几乎都在希氏束或束支。QRS 群常增宽。病人可有接近晕厥或晕厥。有症状者需起搏治疗。莫氏Ⅱ型阻滞的常见病因有传导系统的退行性变化、急性前壁心肌梗死、钙化性主动脉瓣病变、高血压性心脏病和心肌病。

3. Ⅲ度房室阻滞

为完全性房室阻滞,即所有 P 波都不能下传心室,而发生房室分离。心房大多被窦房结控制, P 波频率 60 ~ 100 次/分。QRS 波群可窄可宽,取决于阻滞部位之高低。预后取决于阻滞部位,房室结阻滞预后良好,结下(希氏束或束支)的阻滞可能预后不良,可能因心脏停搏或室颤而猝死。房室结阻滞见于急性下壁心肌梗死、洋地黄中毒、心肌炎和先天性房室阻滞。急性下壁心肌梗死合并的Ⅲ度房室阻滞大多在一周内自动消失,无明显症状。先天性完全房室阻滞的 QRS 波群正常,逸搏心律 40 ~ 60 次/分,随运动加快。结下完全性房室阻滞的病因包括传导系统的退行性改变、钙化性主动脉瓣狭窄、手术创伤、慢性冠心病和心肌病。QRS 波群增



宽,逸搏心律 20~40 次/分,不随运动增快。结下Ⅲ度房室阻滞可见于急性广泛前壁心肌梗死,死亡率高达 70%。但如病人存活下来,房室阻滞多于 1 周内消失。

完全性房室阻滞可有头晕,接近晕厥或晕厥,甚至猝死,它可诱发或加重心绞痛或充血性心力衰竭。听诊时心率缓慢, S_1 弱不等,可闻炮击音。有症状的房室结Ⅲ度房室阻滞和所有结下Ⅲ度阻滞需起搏治疗。

第六节 辨证论治

根据其临床特征,本病一般属于中医学“心悸”“怔忡”等范畴。

一、病因病机

中医学认为,本病发生主要与久病体虚、饮食劳逸、外邪侵心、情志所伤有关。

1. 久病体虚

各种心脏病反复发作,病久不愈,致心之气血阴阳不足,心失所养或肾阴不足,水不济火,心火偏亢,火扰心神或肾阳不足,不能温暖心阳,致心肾阳虚,心脉失于温养,均可引起心悸、怔忡。若心气、心阳不足,血行无力,致心脉淤阻,亦可发为本病。

2. 饮食劳逸

嗜食酒酪肥甘,痰热内生,痰火内扰心神,则心神不宁或饮食失节,劳逸过度,损伤脾胃,致脾胃亏虚,痰浊内生,痹阻心脉或气血化生无源,气血亏虚,心失所养,引致心悸。

3. 感受外邪

风寒湿邪入侵,内舍于心,心脏功能受损,使心血运行不利,或风热湿毒侵心,损伤心脉,耗伤气阴,致气阴亏虚,可引发本病。

4. 情志所伤

长期忧郁恼怒,致肝气郁结,气血淤滞,或郁久化火,火扰心