

# 临床中医诊疗精要

(上)

赵学印等◎主编

## 编委会

主 编:赵学印 刘美珲 李召民

姚小红 覃蔚岚 赵 茗

副主编:孔令霞 吴雪琴 欧降红

贾云革 樊红霞 朱建周

李心欣 杨 扬 水 岩

编 委:(按照姓氏笔画)

孔令霞 郑州市中医院

水 岩 中国人民解放军第 202 医院

朱建周 中国人民解放军第 323 医院

刘美珲 济南市中医医院

杨 扬 长春中医药大学附属医院

李心欣 中国人民解放军第 463 医院

李召民 莱西市人民医院

李松林 中国人民解放军第 463 医院

吴雪琴 新疆医科大学附属中医医院

欧降红 新疆维吾尔自治区人民医院

周相苍 青岛市第八人民医院

赵学印 泰安市中医医院

赵 茗 山东青岛中西医结合医院

姜群群 中国人民解放军第 404 医院

姚小红 新疆维吾尔自治区中医医院

贾云革 新疆乌鲁木齐市第一人民医院

覃蔚岚 北京中医药大学东方医院

樊红霞 郑州颐和医院



赵学印,泰安市中医医院副院长、肝病中心主任,主任医师,硕士研究生,博士生导师,山东省名中医,山东省中医优秀临床人才,泰山医学家,全国第四批、第五批老中医药专家学术继承人指导老师,山东中西医结合学会肝病专业委员会主任委员,山东省中医药学会肝病专业委员会副主任委员,中国医师协会中西医结合分会肝病专家委员会副主任委员。肝病科是国家临床重点专科,国家重点中医专科,山东省中医重点学科。重视肝气虚肝阳虚和肝病外治疗法的研究,提出“肝阳易不足”、“实证可补论”和“外治之理不同于内治之理”等观点,补充并完善了肝气虚肝阳虚的理法方药,创新研制肝病子母膏、脐火疗法等特色疗法,开展了“脐火疗法干预肝阳虚”的研究并取得一定成果。



刘美坪,男,1962年,济南市中医医院,推拿科主任,副主任医师,副教授,山东中医药学会疼痛专业委员会委员,山东针灸学会小儿经络推拿专业委员会委员,从医三十余年,长期从事临床医疗与临床教学工作。擅长运用中医辨证论治方法,结合针灸、推拿等中医传统医术,治疗各种类型头痛、眩晕,脊椎及相关疾病,中风偏瘫后遗症,面瘫,面肌痉挛,急慢性肌纤维炎症,肩周炎,网球肘,腕关节损伤,腱鞘炎、腱鞘囊肿,膝关节炎,踝关节扭挫伤,慢性呼吸道及消化道疾病,老年慢性疾病的调理与治疗。参加编写《现代推拿医术》、《针灸学》、《现在针灸推拿治疗学》、《现代骨伤常见疾病诊疗学》等医学专著。撰写《推五经治疗腰痛》、《腰间盘突出症的分期与推拿治疗》、《推拿治疗颈椎病 100 例临床观察》、《推拿治疗小儿肌性斜性临床体会》多篇学术论文。2004 年以中医针灸推拿专家的身份赴俄罗斯工作 5 年,于 2009 年回国。在俄罗斯工作期间,多次接受当地电视台、报刊等媒体的采访,受到俄国各界人士的广泛好评,为中医事业在俄罗斯的发扬光大做出了贡献。



李召民,男,1962年8月出生,莱西市人民医院心血管内科主治医师,1983年毕业于山东省中医院学校,大学学历,从事中西医结合临床 32 年,1996 年于青岛医学院附属医院进修心血管专业一年,熟练掌握中西医结合内科专业的诊断和治疗,尤其对中西医结合治疗心血管疾病,如急性冠脉综合症、急性心肌梗死、心力衰竭、心律失常、病毒性心肌炎等,具有丰富的临床经验。参与本市科研课题 1 项,获得市科技进步三等奖。发表医学论文 10 余篇。

# 前 言

中医学作为医学范畴的传统学科,具有医学的一些共性特征。然而,受我国传统文化等因素的影响,中医学又有着一些不同于其他医学体系的特点和优势。综观世界各国民族医学史,除中国外都夭折而没能传承下来,关键是都只停留在经验层面,而未探索出规律又上升为理论来指导实践。中医学是惟一有其基础理论的民族医学,这一理论指导其后的中医实践,不仅在几千年的临床中卓有成效,而且形成了“简、便、验、廉”等的优势,还造就了无数历代中医药名家及传世之著。

本书本着“系统性,科学性,实用性,先进性”的原则,对中医临床实用的诊断辨证技术从理论到具体操作做了详细的论述,既收录了古代文献中的有关记载,也收录了最新的诊断技术和诊断标准,偏重于实际应用。为了便于临床应用,以西医疾病病名为纲,详细论述了疾病有关诊疗,每一病证或疾病主要从病因病机、临床诊断、辨证治疗等来介绍。由于每一章节均由该领域专家学者编写,在内容格式上不能做到完全统一。本书所载临床实用内容,有的比较简单实用,有的比较复杂,加上一些疾病比较顽固,在此,必须加强学习,深入研究,博取诸家精华,方能提高疗效,增长技能,达到解除人民大众疾苦的目的。本书用精练的语言在中医基础理论与临床实践之间架起一座沟通的桥梁,为初涉中医临床者的临证思维能跟上临床工作节奏、提高辨证治疗的能力提供了切实的帮助。

由于我们的水平有限、时间紧迫,书中存在缺点和错误是难免的,希望读者在使用过程中,提出宝贵意见。

《临床中医诊疗精要》

2016年6月

# 目 录

<b>第一章 心血管疾病</b> .....	(1)
第一节 急性心力衰竭 .....	(1)
第二节 慢性心力衰竭 .....	(4)
第三节 顽固性心力衰竭 .....	(7)
第四节 快速性心律失常 .....	(10)
第五节 缓慢性心律失常 .....	(15)
第六节 无症状性心肌缺血 .....	(18)
第七节 心绞痛型冠心病 .....	(20)
第八节 高血压病 .....	(24)
第九节 慢性肺源性心脏病 .....	(29)
第十节 心血管神经症 .....	(32)
第十一节 心肌病 .....	(36)
第十二节 风湿性心脏病 .....	(41)
<b>第二章 脑血管疾病</b> .....	(45)
第一节 短暂性脑缺血发作 .....	(45)
第二节 脑梗死 .....	(50)
第三节 高血压脑病 .....	(58)
第四节 面神经炎 .....	(65)
第五节 多发性硬化 .....	(69)
<b>第三章 消化系统疾病</b> .....	(79)
第一节 反流性食管炎 .....	(79)
第二节 急性胃炎 .....	(85)
第三节 消化性溃疡 .....	(90)
第四节 上消化道出血 .....	(98)
第五节 肠克罗恩病 .....	(104)
第六节 功能性消化不良 .....	(111)
第七节 细菌性痢疾 .....	(118)
第八节 慢性腹泻 .....	(127)
第九节 胃癌 .....	(130)
第十节 食管癌 .....	(140)
第十一节 大肠癌 .....	(147)
第十二节 肝癌 .....	(151)
<b>第四章 骨科疾病</b> .....	(170)
第一节 锁骨骨折 .....	(170)
第二节 股骨头坏死 .....	(172)

第三节	肩关节脱位 .....	(176)
第四节	退行性腰椎滑脱 .....	(179)
第五节	慢性腰肌劳损 .....	(181)
第六节	膝关节半月板损伤 .....	(183)
<b>第五章</b>	<b>风湿免疫疾病 .....</b>	<b>(188)</b>
第一节	类风湿性关节炎 .....	(188)
第二节	强直性脊柱炎 .....	(193)
第三节	系统性红斑狼疮 .....	(202)
第四节	纤维肌痛综合征 .....	(210)
第五节	风湿热 .....	(215)
<b>第六章</b>	<b>儿科疾病 .....</b>	<b>(224)</b>
第一节	感冒 .....	(224)
第二节	咳嗽 .....	(229)
第三节	口疮 .....	(233)
第四节	遗尿 .....	(237)
第五节	麻疹 .....	(240)
第六节	手足口病 .....	(246)
第七节	水痘 .....	(249)
<b>第七章</b>	<b>血液系统疾病 .....</b>	<b>(253)</b>
第一节	慢性再生障碍性贫血 .....	(253)
第二节	急性再生障碍性贫血 .....	(258)
第三节	缺铁性贫血 .....	(262)
第四节	急性白血病 .....	(267)
第五节	弥散性血管内凝血 .....	(274)
<b>第八章</b>	<b>外科疾病 .....</b>	<b>(282)</b>
第一节	疔 .....	(282)
第二节	疔 .....	(283)
第三节	痈 .....	(289)
第四节	蛇串疮 .....	(291)
第五节	湿疮 .....	(294)
第六节	牛皮癣 .....	(298)
第七节	痔 .....	(300)
第八节	肛裂 .....	(308)
第九节	脱肛 .....	(310)
第十节	脱疽 .....	(313)
第十一节	白癜风 .....	(318)
<b>第九章</b>	<b>临床康复 .....</b>	<b>(325)</b>
第一节	腰椎间盘突出症的康复治疗 .....	(325)
第二节	颈椎病的康复治疗 .....	(328)

第三节	脑性瘫痪的康复治疗	(335)
第四节	共济失调的康复治疗	(338)
第五节	脊髓损伤恢复期的康复治疗	(342)
第六节	中风病急性期的康复治疗	(355)
<b>第十章</b>	<b>针灸处方</b>	(362)
第一节	针灸治疗原则	(362)
第二节	针灸治疗作用	(367)
第三节	针灸配穴处方	(369)
第四节	特定穴的应用	(371)
第五节	醒脑开窍法	(374)
<b>第十一章</b>	<b>推拿治疗总论</b>	(385)
第一节	推拿的作用原理	(385)
第二节	推拿的治疗原则	(386)
<b>第十二章</b>	<b>推拿手法</b>	(388)
第一节	摆动类手法	(388)
第二节	摩擦类手法	(393)
第三节	振动类手法	(396)
第四节	叩击手法	(397)
第五节	运动关节类手法	(399)
<b>第十三章</b>	<b>临床疾病针灸推拿治疗</b>	(408)
第一节	头痛	(408)
第二节	面瘫	(412)
第三节	哮喘	(414)
第四节	发热	(417)
第五节	呃逆	(422)
第六节	胃脘痛	(425)
第七节	腹痛	(428)
第八节	便秘	(431)
第九节	女性不孕	(433)
第十节	更年期综合征	(437)
第十一节	月经周期紊乱	(440)
<b>第十四章</b>	<b>临床常见病的针灸治疗</b>	(444)
第一节	月经过多过少	(444)
第二节	产后身痛	(446)
第三节	子痫	(449)
第四节	崩漏	(451)
第五节	颈椎病	(453)
第六节	肩关节炎	(456)
第七节	腰椎间盘突出症	(458)

第八节 急性腰扭伤 .....	(460)
第九节 落枕 .....	(462)
第十节 尾骨痛 .....	(464)
第十一节 四肢痛 .....	(466)
第十二节 上睑下垂 .....	(468)
第十三节 视瞻昏渺 .....	(470)
第十四节 青盲 .....	(471)
第十五节 迎风流泪 .....	(473)
第十六节 耳胀、耳闭 .....	(474)
第十七节 皮肤风疹 .....	(476)
<b>第十五章 小儿常见病的推拿治疗 .....</b>	<b>(479)</b>
第一节 反复呼吸道感染 .....	(479)
第二节 小儿泄泻 .....	(480)
第三节 脱肛 .....	(482)
第四节 腹痛 .....	(483)
第五节 厌食 .....	(485)
第六节 惊风 .....	(486)
第七节 夜啼 .....	(488)
第八节 汗证 .....	(489)
第九节 注意力缺陷多动症 .....	(491)
第十节 遗尿 .....	(493)
第十一节 小儿肌性斜颈 .....	(494)
第十二节 臀肌挛缩 .....	(496)
第十三节 胎怯 .....	(497)
第十四节 儿童单纯性肥胖症 .....	(498)
第十五节 小儿麻痹症 .....	(500)
第十六节 鹅口疮 .....	(502)
第十七节 疝气 .....	(504)
第十八节 小儿发热 .....	(505)
第十九节 夜啼 .....	(506)
第二十节 小儿推拿常用手法 .....	(508)
<b>参考文献 .....</b>	<b>(513)</b>



# 第一章 心血管疾病

## 第一节 急性心力衰竭

### 一、概述

急性心力衰竭是指由于急性心脏病变引起的心排血量显著、急骤降低,甚至丧失排血功能,导致组织器官灌注不足和急性瘀血综合征。包括急性右心衰竭与急性左心衰竭。急性右心衰竭即急性肺源性心脏病,较少见,主要为大块肺梗死引起。急性左心衰竭临床上较常见,以肺水肿或心源性休克为主要表现,是严重的急危重症,抢救是否及时、措施是否合理与预后密切相关。本节主要讨论急性左心衰竭。

本病临床上常由冠心病大面积心肌梗死、高血压心脏病血压急剧升高与输液过多、过快引起的心脏前后负荷急剧增加、严重心律失常导致的心排血量急剧减少等原因引起。主要表现为严重的呼吸困难,呼吸频数,强迫体位,面色苍白,口唇发绀,大汗淋漓,躁动不安,咳嗽、咳粉红色泡沫样痰,甚者可因神经中枢缺氧而至意识障碍,肺水肿若不能迅速纠正,则可至血压调节障碍,引起血压下降,终致心源性休克,甚者引起死亡。

本病属中医学“心悸”、“喘症”、“痰饮”等范畴。其病因病机多与心阳虚衰、心血瘀阻、水凌心肺有关。如《素问·逆调论篇》云:“夫不得卧,卧则喘者,是水气之客也。”《华佗中脏经》曰:“心有水气,则身肿不得卧,烦躁。”宋代《三因方·水肿》谓:“短气,不得卧,为心水。”本病病位在心,发病却与肺脾肾功能失调有关。肺主气,脾主运化,肾为气之根,肝主疏泄。若肝郁气滞或脾失运化,津液不能敷布,聚而成痰,痰浊壅肺,肺气不利,即可导致痰瘀痹阻心脉。《丹溪心法·惊悸怔忡》提出:心悸当“责之虚与痰”。肾主津液气化,肾阳虚时,膀胱气化失职,阴邪弥漫,是痰饮痰浊产生的根源。在治疗上《金匱要略》指出:“病痰饮者,当以温药和之。”《证治准绳》提出:“痰涎壅盛所以治之,必先理气豁痰开结药可以加强活血化瘀药的疗效;化痰理气药可以显著增加血液的流动性,降低其黏滞性,从而改善心功能不全。但遇心力衰竭患者夹有痰郁化热时则应遵循热者寒之的原则,给予清热化痰药物治疗,如瓜蒌仁、胆南星、川贝母等。本病发病急骤,可迅速转为阴阳离决。因此,急救回阳、破血化瘀、益气固脱、泻肺利水为其治疗大法。

### 二、诊断与鉴别诊断

#### (一)诊断要点与依据

突发严重的呼吸困难,呼吸频数,呼吸频率可达 30~40 次/min,强迫体位,面色苍白,口唇发绀,大汗淋漓,躁动不安,同时频繁咳嗽、咳粉红色泡沫样痰,极重者可因脑缺氧而致意识模糊。发病开始可有一过性血压升高,病情如不缓解,则可致血压调节障碍,引起血压持续下降至休克。听诊时两肺满布湿性啰音和哮鸣音,心尖部第一心音减弱,频率快,同时有舒张早期第三心音而构成奔马律,肺动脉瓣第二心音亢进。追问病因患者可能由冠心病大面积心肌梗死、感染性心内膜炎引起的瓣膜穿孔、乳头肌梗死和(或)断裂、室间隔穿孔等心脏结构的改

变,高血压、心脏病血压急剧升高、输液过多过快引起的心脏前后负荷急剧增加,严重心律失常导致的心排血量急剧减少等引起。

## (二)特征性检查

### 1. 心电图

可为窦性心动过速、严重窦性心动过缓、急性广泛心肌梗死等表现。

### 2. 心脏综合超声

可了解左右心室大小及室壁运动情况,了解射血分数,及各瓣膜启闭情况与乳头肌情况。

### 3. 脑钠肽

间接判断心力衰竭程度及预后。

## (三)鉴别诊断

### 1. 支气管哮喘

急性左心衰竭引起的呼吸困难应与支气管哮喘相鉴别。前者多见于老年人有高血压、冠心病、感染性心内膜炎或慢性心脏瓣膜病史,后者多见于青少年有过敏史;前者发病突然,患者强迫体位,面色苍白,口唇发绀,大汗淋漓,躁动不安,同时频繁咳嗽、咳粉红色泡沫样痰,极重者可因脑缺氧而至意识模糊,双肺可及哮鸣音与湿性啰音,后者发作时双肺可闻及典型哮鸣音,咳出白色黏痰后呼吸困难常可缓解。两者不难鉴别。

### 2. 其他原因所致的休克

急性左心衰竭肺水肿合并心源性休克应与其他原因引起的休克相鉴别。前者多有引起急性心力衰竭的病因,临床表现既有急性肺水肿的症状与体征,又有休克的症状与体征,同时伴有舒张早期第三心音而构成奔马律,肺动脉瓣第二心音亢进;后者发病多因急性失血与失液、重症感染、过敏、疼痛等引起,临床表现主要是休克的症状与体征,急性肺水肿的体征无或不典型。两者不难鉴别。

## 三、辨证分型

### (一)痰瘀互结

心悸喘促、不能平卧、心胸疼痛、肢体水肿。痰多体胖,头身困重,爪甲青紫。舌暗苔腻或水滑,脉滑数或结代促。

### (二)水凌心肺

心悸胸闷气短,咳吐痰多甚者咳吐粉红色泡沫样痰,喘息不能平卧,身肿尿少,肢冷。脘痞纳呆,渴不欲饮。舌体淡胖、苔白水滑,脉沉弱或滑。

### (三)阳虚欲脱

咳逆剧甚,张口抬肩,端坐不能平卧,少动则喘剧欲绝,心慌动悸,面白或晦滞,自汗,唇甲青紫。舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉涩或结代。

### (四)气阴两竭

呼吸微弱,间断难续,或成叹息样,汗出如洗,躁烦内热。面红如妆,口干欲饮。舌质光红、无苔或光绛紫赤,脉细微而数,或散或芤。

### (五)阴竭阳脱

呼吸微弱,间断难续,或成叹息样,汗出如洗,躁烦内热,手足逆冷,神情淡漠。面白颧红,口干欲饮。舌质光红、无苔或光绛紫赤,脉细微而数,或散或洪大无力。

## 四、辨证施治

### (一)痰瘀互结

治法:活血祛瘀,豁痰开结。

方药:涤痰汤(《证治准绳》)加味。制南星 12g,法半夏 12g,炒枳实 10g,茯苓 10g,橘红 10g,石菖蒲 10g,竹茹 12g,桃仁 15g,红花 15g,赤芍 15g,人参 6g,甘草 3g。喘盛痰多者,加皂荚 6g,葶苈子 15g;胸闷胸痛重者,加丹参 30g,水蛭粉(冲服)3g;上腹饱胀者,加厚朴 12g,莱菔子 12g。

### (二)水凌心肺

治法:活血利水,润肺平喘。

方药:真武汤(《伤寒论》)合葶苈大枣泻肺汤(《金匱要略》)。制附片(先煎)6g,炒白术 10g,白芍 10g,茯苓 15g,大腹皮 10g,葶苈子 15g,猪苓 15g,干姜 10g,桂枝 10g,泽兰 15g,益母草 30g。饮逆呕恶者,加陈皮 12g,生姜 6g;气喘欲脱者,加黑锡丹 9g,或蛤蚧粉 6g,桑白皮 12g;面暗口绀者,加丹参 15g,当归 10g。

### (三)阳虚欲脱

治法:扶阳固脱,镇摄肾气。

方药:参附汤(《正体类要》)合黑锡丹(《太平惠民和剂局方》)。制附片 15g,人参(与附片急煎频服)15~30g,黑锡丹(送服)3~4.5g,蛤蚧粉(冲服)2~3g。或给予参附注射液 20~60mL 加入 5%葡萄糖注射液或生理盐水 250mL 静脉滴注。喘剧欲绝者,加生龙骨、生牡蛎各 30g,伴阴虚者,加山茱萸 15~30g。

### (四)气阴两竭

治法:益气养阴固脱。

方药:生脉散(《医学启源》)加味。人参(另煎兑服)15g,麦冬 15g,五味子 9g,生地黄 15g,山茱萸 15g。或给予参麦注射液 20~60mL 加入 5%葡萄糖注射液或生理盐水 250mL 静脉滴注。汗多不敛者,加生龙骨、生牡蛎各 30g。

### (五)阴竭阳脱

治法:益阴助阳,扶正固脱。

方药:破格救心汤(《李可老中医危重疑难病经验专辑》)。制附子(先煎)30~60g,干姜 60g,炙甘草 60g,高丽参(另煎浓汁兑服)10~30g,山茱萸 60~120g,生龙骨 30g,生牡蛎 30g,麝香(冲服)0.5g。病缓者加水 2000mL,文火煎取 1000mL,分 5 次服,2h 一次,日夜连服 1~2 剂;病急者,开水武火急煎,频频喂服,不分昼夜,24h 内 1~3 剂。痰声辘辘者,加生半夏 30g,生南星 10g,石菖蒲 10g,鲜生姜 30g;气短喘息欲脱者,加沉香末(冲服)3g,桂油(冲服)3g。

此外,国内学者吴又汀认为从痰论治急性充血性心力衰竭,可以促进患者心力衰竭控制,迅速改善症状,使病情从根本上得到好转。临证时又分为痰瘀互阻型,痰热互阻型,心肾阳虚、水气凌心型与胸阳不振、痰浊闭阻型。笔者认为,痰浊与瘀血相兼是诱发急性心力衰竭的症结所在。《金匱要略》指出,“病痰饮者,当以温药和之”。《证治准绳》提出,“痰涎壅盛所以治之,必先理气”,豁痰开结药可以加强活血化瘀药的疗效;化痰理气药可以显著增加血液的流动性,降低其黏滞性,从而改善血液的流动状态,改善心功能不全。理气化痰的常用药有半夏、厚朴、薤白、桂枝等。但遇心力衰竭患者兼有痰郁化热时则应遵循热者寒之的原则,给予

清热化痰的药物治疗,如瓜蒌仁、胆南星、川贝母等。

(李召民)

## 第二节 慢性心力衰竭

### 一、概述

慢性心力衰竭亦称慢性充血性心力衰竭,是各种心血管疾病终末阶段的临床表现和最终归宿,也是最主要的死亡原因。据美国心脏病学会 2001 年统计报道,全美有 500 万心力衰竭患者,心力衰竭的年增长数为 50 万,年死亡数为 30 万。据中国 50 家医院调查,心力衰竭住院率占同期心血管病的 20%,而死亡率占 40%。本病严重威胁人类的健康。

本病在中医学中早有记载,《内经》中就有“心力衰竭”的症状描述,如《素问·逆调论篇》云:“夫不得卧,卧则喘者,是水气之客也。”汉代张仲景对心力衰竭的病机、治法等进行了阐述,如《金匮要略·水气病脉证治》云:“水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”、“诸有水者,腰以下肿,当利小便。”唐代孙思邈《备急千金要方·心脏门》中首提“心衰”之名,曰:“心衰则伏”。更多医家则根据其发病的病机或主症将之归于“心悸”、“怔忡”、“喘证”、“水肿”、“痰饮”等范畴。历代先贤对心力衰竭的证候、病因病机和治法、方药等的论述对后世研究心力衰竭的发病与防治,均具有重要的启迪意义。经研究证实心气虚阳气不足,无力推动血行,血流迟滞,瘀而成水,与现代医学认为心力衰竭循环缓慢,血管内压力增加形成水肿相吻合,其所论述的临床表现与现代医学中“心力衰竭”的临床表现是一致的。

慢性心力衰竭病位以心为主,还与肺、脾、肾三脏有关,基本病机是本虚标实。疾病初期本虚是以气虚、阴虚为主,标实主要是血瘀,中后期本虚多为气阴两虚、阴阳两虚,标实为瘀血、水饮或水瘀互结,且可化热,从而呈现标本俱病、虚实夹杂的病理特点。所以在治疗上要分清标本缓急,补虚泻实,或补或攻,或攻补兼施,谨守病机,以平为期。

### 二、诊断与鉴别诊断

#### (一)诊断要点与依据

慢性心力衰竭临床上可以分为左心衰竭、右心衰竭与全心衰竭。其中以左心衰竭与全心衰竭为常见,单纯右心衰竭较少见。心力衰竭的诊断是综合病因、病史、症状、体征及客观检查而作出的。首先应有明确的器质性心脏病的诊断。而心力衰竭的症状与体征是诊断心力衰竭的重要依据。各型心力衰竭诊断如下。

#### 1. 左心衰竭诊断

有明确的器质性心脏病病史;有不同程度的呼吸困难如劳力性呼吸困难、端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难、咳嗽、咳痰,甚则咯血,伴有疲倦、乏力、头晕、心慌、少尿、皮肤苍白、口唇爪甲发绀等症状;体检可见心脏增大、心率增快、心尖区舒张期奔马律、肺动脉瓣区第二心音亢进、两肺底湿性啰音、有时有干性啰音等体征。

#### 2. 右心衰竭诊断

有明确的器质性心脏病病史;有食欲缺乏、恶心、呕吐、腹胀胁痛、少尿、夜尿增多、呼吸困难等症状;体检可见颈部青筋暴露、肝颈静脉回流征阳性、肝脏肿大压痛、胸水、腹水及双下肢

水肿,心脏听诊可闻及胸骨左缘 3~4 肋间舒张期奔马律、三尖瓣区收缩期吹风样杂音。

### 3. 全心衰竭诊断

有明确的器质性心脏病病史;有疲倦、乏力、头晕、心慌、少尿、皮肤苍白、口唇爪甲发绀等周围循环灌注不足与食欲缺乏、恶心、呕吐、腹胀胁痛、少尿、夜尿增多等体循环瘀血的症状,肺循环瘀血的症状反而减轻;体检可见全心增大、心率增快、心尖区舒张期奔马律等心脏体征与颈部青筋暴露、肝颈静脉回流征阳性、肝脏肿大压痛、胸水、腹水及双下肢水肿等体循环瘀血体征。

#### (二)特征性检查

##### 1. 胸部 X 射线

观察心影大小与肺瘀血的动态变化。

##### 2. 心脏超声

了解各心腔大小及室壁运动情况,测定 EF 值与 E/A 值间接判断心肌舒缩功能变化。

##### 3. 放射性核素检查

了解心脏舒缩功能受损情况。

##### 4. 心肺运动试验

了解心脏舒缩功能受损情况。

#### (三)鉴别诊断

##### 1. 支气管哮喘

左心衰竭夜间阵发性呼吸困难常称为“心源性哮喘”,应与支气管哮喘相鉴别。心源性哮喘多见于老年人有高血压或慢性心脏瓣膜病史,后者多见于青少年有过敏史;前者发作时必须坐起,重症者肺部有干湿性啰音,甚至咳粉红色泡沫样痰,后者发作时双肺可闻及典型哮鸣音,咳出白色黏痰后呼吸困难常可缓解。

##### 2. 心包积液、缩窄性心包炎

前者由于腔静脉回流受阻同样可以引起颈静脉怒张、肝大、胃肠道瘀血、下肢水肿等表现,应根据病史、心脏及周围血管体征进行鉴别,超声心动图检查可以得到确诊。

##### 3. 肝硬化腹水伴下肢水肿

二者均可以出现胃肠道瘀血引起的食欲缺乏、恶心、呕吐、腹胀胁痛等症状,但前者无颈静脉怒张与肝颈静脉回流征阳性之表现,结合基础疾病。

## 三、辨证分型

#### (一)气虚血瘀

胸闷胁痛,心悸气短,甚者喘咳,颈部青筋暴露,肋下痞块,下肢水肿,面白或晦滞,自汗,唇甲青紫,舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉涩或结代。

#### (二)气阴两虚

心悸,气短,疲乏,动则汗出,自汗或盗汗,头晕心烦,口干,面颧暗红,舌质暗红、少苔,脉细数无力或结代。

#### (三)脾肾阳虚

身肿尿少,畏寒肢冷,咳喘不能平卧,气短乏力,纳差便溏,舌体淡胖、苔白水滑,脉沉弱。

#### (四)水气凌心

心悸胸闷,气短喘息,不能平卧,肢肿尿少,咳吐痰涎,脘痞纳呆,渴不欲饮,舌体淡胖、苔白水滑,脉滑。

#### (五)心阳暴脱

心悸喘促,倚息不得平卧,大汗淋漓,四肢厥冷,唇甲青紫,咳吐涎沫,舌质淡、苔白,脉沉微欲绝。

### 四、辨证施治

#### (一)气虚血瘀

治法:益气活血。

方药:补阳还五汤(《医林改错》)加减。生黄芪 30g,川芎 15g,当归尾 15g,桃仁 12g,红花 12g,赤芍 15g,地龙 12g,山药 15g,郁金 12g。气短乏力重者,加人参(另煎兑服)10g;胸痛频繁发作,唇舌紫暗、脉涩明显者,加水蛭 3g,乳香 12g,没药 12g;下肢水肿甚者,加益母草 30g,泽兰 15g,葶苈子 15g;喘咳甚者,加川贝母、桑白皮各 10g。

#### (二)气阴两虚

治法:益气养阴。

方药:炙甘草汤(《伤寒论》)合生脉散(《内外伤辨惑论》)加减。人参(另煎兑服)10g,炙甘草 6g,麦冬 15g,黄芪 15g,阿胶(烊化)10g,酸枣仁 12g,柏子仁 12g,生地黄 15g。心悸而烦重,善惊有痰者,加黄连 10g,竹茹 15g;气短乏力重者,加黄芪 30g;盗汗明显者,加生地黄 15g,牡丹皮 15g;夜寐差者,加炒枣仁 30g,柏子仁 30g。

#### (三)脾肾阳虚

治法:温阳利水。

方药:真武汤(《伤寒论》)加减。制附片(先煎)10g,炒白术 10g,白芍 10g,茯苓 25g,大腹皮 30g,葶苈子 15g,猪苓 15g,干姜 10g,桂枝 10g。身肿明显者,加泽泻 15g;纳差、腹胀者,加苍术 10g,厚朴 10g;咳喘较甚,不能平卧者,葶苈子加量至 15~30g,加泽泻 30g;下肢水肿者,加益母草 30g,泽兰 15g。

#### (四)水气凌心

治法:化气行水。

方药:苓桂术甘汤(《金贵要略》)加减。茯苓 15g,桂枝 6g,白术 10g,葶苈子 15~30g,半夏 10g,生姜 6g,泽泻 30g,益母草 20g,北五加皮 3~6g。水饮上逆,恶心、呕吐者,加陈皮 12g,生姜 6g;气短喘息欲脱者,加黑锡丹(送服)9g,或蛤蚧粉 6g,桑白皮 30g;面色晦暗、口唇发绀者,加丹参 15g,当归 10g。

#### (五)心阳暴脱

治法:回阳固脱,益气生脉。

方药:回阳救急汤(《伤寒六书》)加减。制附片(先煎)10g,红参(另煎兑服)10g,干姜 10g,肉桂 5g,煅龙骨(先煎)20g,煅牡蛎(先煎)20g,五味子 6g。汗出不止者,煅龙骨、煅牡蛎各加至 30g;心悸不宁者,加远志 12g,炒枣仁 15g;咳吐涎沫不止者,加半夏 10g,白术 15g。

此外,近 10 年来国内诸多医家、学者对本病辨证论治提出了独到见解,对临床辨证具有一定的指导意义。如杨培君等临床把心力衰竭分为 5 型辨证施治。①心气阴虚型,治疗给予益心气养心阴,化痰清肺,选方炙甘草汤合生脉饮加减;②气虚血瘀型,治疗给予益气化瘀,养

心安神,选方保元汤合桃红四物汤加减;③心肾阳虚型,治疗给予温补心肾,化痰行水,选方附子汤加减;④阳虚水泛型,治法给予温阳化饮,泻肺行痰,选方真武汤合参附汤加减;⑤心阳虚脱型,治法给予回阳救逆,益气固脱,选方四逆汤合人参汤加减。吴致安等认为,在治疗心力衰竭的过程中,益气活血、温阳利水是重要的治疗原则,特别是在病危转复过程中,基础方为芪红汤,黄芪、桂枝、红景天。随症加减,心肺气虚,痰瘀搏阻,加瓜蒌、浙贝母、麦冬;心肾阳虚,痰饮上逆,加葶苈子、桑白皮、云茯苓、泽泻;心肾阳虚,水饮上泛,加制附子、白术、泽泻。张氏等治疗心力衰竭,采用中西医结合的方法,在常规西医基础上辨证施治。心气阴两虚型、心脾两虚型给予参麦注射液;心阳不振、水气凌心型、脾肾阳虚型给予参附注射液;瘀血阻络型视程度不同选用香丹注射液、刺五加注射液或红花注射液。以上均合用黄芪注射液。李小平等认为心力衰竭应分期辨证论治,初期以温阳利水为主,佐以活血化瘀,方选真武汤化裁,制附子、干姜、茯苓、白术、丹参、黄芪、党参、桑白皮、赤芍;水肿消退后以活血化瘀为主,佐以益气养阴,方选丹参饮化裁,丹参、白糖参、黄芪、益母草、檀香、降香、桃仁、麦冬、五味子、牛膝、砂仁;后期以益气活血为治则,方选生脉散化裁,白糖参、黄芪、丹参、麦冬、五味子、川芎、当归、白术、茯苓。肺心病初期咳喘、痰多者合三子养亲汤,化痰止咳平喘;胸痛加桑寄生、薤白扩张冠状动脉;心律失常加炙甘草、玉竹、苦参益气复脉;失眠加百合、合欢皮、酸枣仁养血安神。薛长玲等从心功能分级探讨中医辨证施治慢性心力衰竭的规律,发现以心功能分级为切入点进行辨证论治,简便易行,便于临床掌握。认为心功能Ⅰ级辨证属心之阴血亏虚,治法滋阴养血,方用四物汤加减;心功能Ⅱ级辨证属气阴两虚,治法益气养阴,活血养血,方用养心方合生麦饮加减;心功能Ⅲ级辨证属气虚血瘀,治法益气养血,方以养心方合生麦饮加减,可加活血利水药;心功能Ⅳ级辨证属气虚血瘀,甚则阳虚水泛,治法益气活血利水,方以养心方合生麦饮加活血利水之剂,亦可用真武汤加减治疗。

(李召民)

### 第三节 顽固性心力衰竭

#### 一、概述

顽固性心力衰竭又称难治性心力衰竭,是指心功能Ⅲ~Ⅳ级的心力衰竭患者经各种治疗,心力衰竭不见好转,甚至还有进展者,但并非指心脏情况已至终末期不可逆转。患者临床症状多表现为全身水肿,下肢尤甚,伴心慌、气短、喘促、痰多而稀、少尿。本病病程多较长,呈反复发作,不但给患者带来沉重的经济负担,而且严重影响患者生活质量。

根据临床表现,本病属中医学“心悸”、“怔忡”、“喘证”、“水肿”、“痰饮”、“心水”等范畴,其病机主要有心肾俱虚、心脾两虚、瘀血内停、水湿泛滥等几个方面,往往兼而出现,治疗以益气温阳、活血利水为原则,并应注重升降结合,温通并举,补清兼施,标本同治。

#### 二、诊断与鉴别诊断

##### (一)诊断要点与依据

顽固性心力衰竭的诊断是综合病史、症状、体征及客观检查而作出的。患者有明确的心力衰竭病史且历时较长,已经过多种方法治疗而疗效不佳,临床多表现为反复发生的全身水



肿,以下肢为重,多伴有心慌、气喘、呼吸困难、咳嗽、咳痰、少尿。体检可见肺底湿性啰音、心音低钝、心脏杂音等心肺体征与全身水肿、颈静脉怒张、肝颈静脉回流征阳性等静脉系统瘀血的体征,经胸片、心脏超声可提示心脏增大、心腔扩大,各室壁运动明显减弱、EF 值低下。血浆脑钠肽及其前体水平持续在较高本平状态。

## (二)特征性检查

### 1. 胸部 X 射线

观察心影大小与肺瘀血的动态变化。

### 2. 心脏超声

了解各心腔大小及室壁运动情况,测定 EF 值与 E/A 值间接判断心肌舒缩功能变化。

### 3. 放射性核素检查

了解心脏舒缩功能受损情况。

### 4. 心-肺吸氧运动试验

了解心舒缩功能受损情况。

### 5. 脑钠肽

间接判断心力衰竭程度及预后。

## (三)鉴别诊断

### 1. 支气管哮喘

前者多见于青少年有过敏史,发作时双肺可闻及典型哮鸣音,咳出白色黏痰后呼吸困难常可缓解。后者多见于老年人有高血压或慢性心脏瓣膜病史,发作时必须坐起,重症者肺部有干湿性啰音,甚至咳粉红色泡沫样痰。

### 2. 心包积液、缩窄性心包炎

前者由于腔静脉回流受阻同样可以引起颈静脉怒张、肝脏肿大、胃肠道瘀血、下肢水肿等表现,病因不纠正则胸闷气喘等表现持续,可根据病史、心脏及周围血管体征进行鉴别,超声心动图检查可以得到确诊。

## 三、辨证分型

### (一)心肾阳虚,水饮上犯

心悸,气短,甚则咳喘不能平卧,疲乏无力,水肿,腰以下为重,按之凹陷不起,小便短少,面白或晦滞,自汗,唇甲青紫,四肢厥冷,舌质淡胖,苔白,脉沉细或沉迟无力。

### (二)心脾两虚,水湿泛滥

心悸,气短,疲乏,水肿,以下半身为重,按之凹陷不起,腹胀纳呆,神倦肢冷,小便短少。头晕,口干不欲饮,面色萎黄。舌质淡,苔白腻或水滑,脉沉缓或沉弱。

### (三)心肺气虚,痰瘀互结

心悸,胸闷,气短,动则加剧,甚者气喘,喘不续息,咳吐痰涎,疲乏无力,水肿不甚。头晕,面白无华,自汗,易感冒。舌淡胖,舌底脉络青紫、苔白稍腻,脉弱或结代。

## 四、辨证施治

### (一)心肾阳虚,水饮上犯

治法:温补心肾,化气行水。



方药:济生肾气丸(《济生方》)合真武汤(《伤寒论》)加减。制附片(先煎)6g,肉桂 5g,炒白术 10g,茯苓 10g,泽泻 15g,车前子 15g,生姜 6g,牛膝 10g,白芍 10g。气短乏力重者,加人参(另煎兑服)10g;小便清长量多者去泽泻、车前子,加菟丝子 15g,补骨脂 15g;心悸、唇绀明显者重用附子(久煎)15g,加桂枝 10g,炙甘草 10g,丹参 15g;水肿甚者,加益母草 30g,泽兰 15g,葶苈子 15g。

### (二)心脾两虚,水湿泛滥

治法:强心健脾,利湿消肿。

方药:实脾饮(《济生方》)加减。制附片 10g,草果 10g,干姜 6g,白术 15g,茯苓 15g,泽泻 15g,大腹皮 10g,川朴 10g,木香 10g。气短声弱,气虚甚者,加人参(另煎兑服)10g,黄芪 15g;小便短少者,加桂枝 10g;伴两胁作痛者,加赤芍 15g,牡丹皮 15g;夜寐差者,加炒枣仁 15g,柏子仁 15g。

### (三)心肺气虚,痰瘀互结

治法:补气强心,化痰祛瘀。

方药:真武汤(《伤寒论》)加减。制附片(先煎)6g,炒白术 10g,白芍 10g,茯苓 15g,大腹皮 10g,葶苈子 10g,猪苓 15g,干姜 10g,桂枝 10g。身肿明显者,加泽泻 15g;纳差、腹胀者,加苍术 10g,厚朴 10g;咳喘较甚,不能平卧者,葶苈子加量至 15~30g,加泽泻 12g。下肢水肿者,加益母草 30g,泽兰 15g。

此外,詹文涛教授认为,顽固性心力衰竭即心力衰竭反复发作,迁延不愈,多方治疗效果不佳。而心力衰竭反复发作多有诱因,常见的诱因有劳累、精神刺激及感染,特别是呼吸道的感染。詹教授据此在治疗心力衰竭时常常从治肺入手,心肺同治。治肺祛痰在心力衰竭时显得尤为重要,此处强调治肺,并非只是治肺,而是要将治肺贯穿于心力衰竭治疗的始终。在心力衰竭临证治疗时,詹老师用黄芪生脉饮合自拟葶苈三子汤为基础方;兼见心肺阳虚者同时合用真武汤或人参附子汤为基础方;兼见脾阳虚者合用苓桂术甘汤为基础方;自拟葶苈三子汤为千金葶苈汤加自拟的三子(葶苈子、牛蒡子、紫苏子)汤,方中葶苈清泻肺热,解毒排脓消痛;冬瓜仁清热化痰,利湿排脓利胃肠而渗湿;桃仁活血化痰,润燥滑肠,与冬瓜仁合用可使痰瘀从大便而解;紫苏子降气平喘,止咳祛痰,《韩氏医通》的三子养亲汤用的是紫苏子、莱菔子和白芥子,但詹老师认为,莱菔子虽然降气祛瘀、消食行滞,但其性辛散。久用耗气,不宜常用;而白芥子虽能温肺理气、利膈消痰,并搜刮膈里膜外之痰,但长期使用可导致甲状腺功能减退,也不宜久用,故将莱菔子和白芥子换为牛蒡子和葶苈子,更突出了治疗心力衰竭痰瘀互结的特点。詹老师对于瘀血明显的患者常加用川芎、丹参、益母草、赤芍等;对于下肢水肿明显者,加用车前子、益母草、白茅根、泽泻等;对心力衰竭头昏明显或有意识障碍的患者加用石菖蒲、天竺黄、郁金等;对胸闷、心悸明显者加用檀香、川芎等;对有消化道瘀血食欲缺乏者,除加强利尿消瘀作用的药外,还加用茯苓、山楂、白豆蔻等。总之,在治疗心力衰竭时应在辨证论治的基础上强调心肺同治。

(李召民)