

+ 医疗保健百科

国家级名老中医

心脏病 奇方妙治

解析疾病的起因与结构
提供饮食、修养的调理方法



部分验方由

卫生部国家中医药管理局审定

十 医疗保健百科

国家级名老中医

心脏病 奇方妙治

心脏病是威胁人类健康的主要疾病之一，发病率逐年上升，给人类健康带来严重威胁。本书汇集了国家级名老中医治疗心脏病的奇方妙治，为心脏病患者提供了宝贵的治疗经验。



中国医药出版社

北京市东城区东直门内大街165号

医 疗 保 健 百 科

心 脏 病

刘江明 张桂香 编著

新疆人民出版社

图书在版编目(CIP)数据

心脏病. /刘江明、张桂香编著. - 乌鲁木齐:
新疆人民出版社, 2000.10

ISBN 7-228-06121-7

I.心… II.刘…张… III.心脏病-防治-手册 IV.R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 71825 号

责任编辑:李明阳

封面设计:立 革

心 脏 病

刘江明 张桂香 主编

出	版:新疆人民出版社
经	销:湖北省新华书店
印	刷:武汉市佳汇印务有限公司
开	本:850×1168 毫米 1/32
字	数:1050 千字
印	张:42
版	次:2002 年 9 月第一版
印	次:2002 年 9 月第一次印刷
印	数:0001—5000 册

ISBN 7-228-06121-7/R·107

全套价:60.00 元

凡有印装问题,可向承印厂调换

目 录

第一章 心血管疾病常见症状	(1)
常见症状	(1)
一般体格检查	(6)
心脏的物理检查	(8)
第二章 心脑血管的结构与功能	(14)
1. 何谓循环系统? 其在人体中起什么作用?	(14)
2. 为什么把心脏比作“泵”? 它有哪些特点?	(15)
3. 心壁由哪些成分构成? 心壁与心肌是一回事吗?	(16)
4. 心脏永不休息吗?	(17)
5. 心脏为什么能节律地不停跳动?	(17)
6. 在一次心脏跳动中, 心脏有哪些变化?	(18)
7. 心音是怎样产生的?	(19)
8. 何谓心输出量?	(20)
9. 何谓体循环和肺循环? 人体是如何摄入氧气排出二氧化碳的?	(20)
第三章 心脏病的介入性治疗	(22)
1. 何谓 PTCA? 冠心病药物治疗, PTCA 和搭桥手术各有什么特点?	(22)
2. 哪些患者适于作 PTCA 术?	(23)
3. PTCA 手术有没有危险性?	(24)
4. PTCA 术前、术中、术后, 患者应注意些什么?	(24)
5. PTCA 能否根治冠心病	(25)

6. 何谓冠脉内支架植入? 冠脉内支架植入较单纯 PTCA 有什么优点?	(26)
7. 冠脉内支架植入后应注意些什么?	(27)
8. 何谓人工心脏起搏?	(28)
9. 哪些患者需要安装人工心脏起搏器?	(29)
10. 安装人工心脏起搏后应注意些什么?	(30)
11. 心脏病安装起搏器后, 心脏就正常了吗?	(31)
12. 起搏器置入后近期和远期有哪些并发症?	(32)
13. 起搏器电池耗竭后, 是否可换上新电池?	(33)
14. 何谓射频消融? 可治疗哪些疾病?	(33)
15. 射频消融治疗可能会出现哪些并发症?	(34)
16. 何谓经皮二尖瓣气囊扩张? 哪些患者适应作二尖瓣气囊扩张手术?	(34)
17. 心导管扩张术治疗二尖瓣狭窄的疗效如何?	(36)
18. 二尖瓣气囊扩张手术可能会出现哪些并发症? ...	(36)
第四章 心脏病自疗	(38)
心绞痛	(38)
阵发性心动过速	(41)
第五章 名老中医治心脏病	(45)
冠心病、心绞痛、心肌梗塞	(45)
心肌炎	(49)
风心病、肺心痛	(52)
第六章 奇方妙治心脏病	(57)
胸痹心痛	(57)
心悸	(61)
第七章 名医名方治心脏病	(64)
慢性心功能不全	(64)
心律失常	(76)

冠状动脉粥样硬化性心脏病	(124)
风湿性心脏病	(144)
病毒性心肌炎	(156)
慢性肺源性心脏病	(170)
第八章 心脏病患者的饮食常识	(176)
心脏病患者饮食基础知识	(176)
附录 心脏内科常用实验检查正常参考值	(210)
一、心电图正常参考值	(210)
二、心脏电生理检查正常参考值	(210)
三、成人超声心动图正常参考值	(211)
四、血流动力学正常参考值	(216)

第一章 心血管疾病常见症状

在心血管疾病诊断和治疗新技术大量应用的今天,获取充分、详细的病史及仔细、全面的体格检查对疾病的正确诊断和治疗仍十分重要。根据病史、体征、心电图、心脏 X 线检查及其他实验室检查结果可获得具有不同诊断意义和价值的信息。综合分析各类信息,可以对疾病状况作出全面的评估,以正确诊断或找出诊断中尚未确定的问题,为进一步收集临床资料,获得完整、准确的诊断提供思路 and 方向。忽视病史采集和体格检查在临床实践中的意义,过分依赖实验检查结果,而对实验室诊断技术的准确性和诸多影响因素不甚了解,可能导致误诊和漏诊。因此,在新技术大量涌现的今天,仍应特别强调病史采集和体格检查的重要性。

常见症状

心血管疾病的常见症状包括胸痛、呼吸困难、晕厥、心悸、咯血、紫绀及水肿等。

〔胸痛〕

胸痛通常由胸壁、肺、纵隔、心脏等器官的病变所致,消化系统和膈肌疾病有时也可引起胸痛。

1. 心绞痛

(1)诱发因素:体力活动、情绪激动、吸烟、寒冷、饱餐、心动过速等。

(2)疼痛部位:胸骨后,可波及心前区和上腹部,并放射至颈、下颌左上肢。

(3)疼痛性质:压榨性、刀割样闷痛、烧灼痛。

(4)持续时间:1~5分钟,一般不超过20分钟。

(5)缓解方式:休息或舌下含化硝酸甘油通常可在3分钟内缓解。

2. 心肌梗塞

(1)疼痛部位及性质与心绞痛相似,但程度较重,多为剧痛,持续时间可长达数小时。

(2)舌下含化硝酸甘油通常不能缓解。

(3)可伴急性左心功能不全,心源性休克及严重心律失常。

3. 心包炎

(1)针刺样尖锐性疼痛或闷痛。

(2)疼痛部位心前区多见,可放射至肩和颈部。

(3)深吸气、咳嗽、翻身时疼痛加重。

(4)疼痛严重程度可因心包炎类型、病变不同而有较大差异。

4. 心肌炎和心肌病

(1)心肌炎通常合并心包炎、疼痛特点与心包炎相似。

(2)心肌病偶可发生胸痛,表现为持续性隐痛、闷痛或剧痛。

5. 肺栓塞

(1)小栓塞无胸痛。

(2)肺动脉主干或大分支栓塞可引起刀割样疼痛,突然发生,呼吸时加重,伴有严重呼吸困难。

(3)病史中有长期卧床、妊娠、外伤或外科手术史。

6. 主动脉夹层动脉瘤。

(1)突然发生,撕裂或刀割样疼痛。

(2)疼痛部位通常在前胸,可放射至背部或转移至腹部。

(3)呼吸不加重胸痛。

(4)可伴有外周动脉缺血的症状和体征,如上肢发麻、疼痛、动脉搏动减弱或消失等。

7. 二尖瓣脱垂综合征

- (1)短暂针刺样锐痛,与体力活动无关。
- (2)疼痛位于心尖区。
- (3)可伴有心悸、呼吸困难、疲倦、头晕等症状。

8. 心脏神经官能症

- (1)多伴有焦虑、失眠、紧张、情绪波动或神经质。
- (2)为针刺样疼痛或持续性闷痛。
- (3)疼痛部位在左胸,一般不放射。
- (4)通常与体力活动无关。

9. 胸壁疾病:见于肋软骨炎、肋筋膜炎、肋骨骨折、肋间神经炎、带状疱疹及胸壁血栓性静脉炎。

10. 其他疾病:如肺动脉高压、肺炎、肩手综合征、气胸、食管痉挛、反流性食管炎、食管破裂、食管裂孔疝、胃或十二指肠疾病、胆囊疾病等。

[呼吸困难]

呼吸困难是常见的临床症状和体征。患者主观感到空气不够用,客观上表现为呼吸费力,换气工作量增加,辅助呼吸肌参与呼吸动作,伴有呼吸频率、深度和节律异常。呼吸困难常见于:①呼吸系统疾病;②药物和代谢产物的毒性作用,如代谢性酸中毒、尿毒症等;③重度贫血,高铁血红蛋白病;④颅内高压、癔病;⑤左心和/或右心功能不全。

1. 心功能不全引起呼吸困难的机制

(1)左心功能不全:①肺淤血,肺泡内压增高,刺激肺牵张感受器;②肺循环压力增高,对呼吸中枢的反射性刺激;③肺淤血致肺换气功能障碍,机体缺氧和二氧化碳潴留;④肺组织弹性降低,肺活量减少。

(2)右心功能不全:①右房和上腔静脉压增高,刺激压力感受器反射性兴奋呼吸中枢;②血氧饱和度下降,酸性代谢产物堆积;③肝肿大、腹水、膈肌上抬,肺活量减少。

2. 心源性呼吸困难表现形式

- (1) 劳力性呼吸困难是早期心功能不全的表现。
- (2) 阵发性夜间呼吸困难是左心功能不全的特征性表现。
- (3) 休息时呼吸困难于心功能不全加重时出现。
- (4) 端坐呼吸,为急性左心功能不全和肺水肿的表现。

(5) 周期呼吸(Cheyne - Stokes 呼吸)一阵急促,深大的呼吸后可出现呼吸暂停,这是由于呼吸中枢衰竭所致。见于晚期心脏病患者,心排血量显著减少,使脑供血降低而导致大脑严重缺氧。

[晕厥]

晕厥系脑供血骤然减少或停止而出现的短暂意识丧失。通常伴有体张力丧失而不能维持一定体位。近乎晕厥(near - syncope, pre - syncope)指一过性黑朦,体张力丧失或降低,但不伴意识丧失。心脏暂停供血 3 秒可发生近乎晕厥,5 秒以上可发生晕厥,超过 10 秒则发生抽搐(阿 - 斯综合征)。问诊时应注意:①发作与活动的关系,如主动脉瓣狭窄病人通常在剧烈体力活动后发生晕厥;②伴有心悸者提示心律失常可能是晕厥的原因;③晕厥发作前病人体位(站立、坐位、卧床)、活动状况(咳嗽、排尿、转身偏头等)及情绪(紧张、恐惧);④发作后恢复过程,即意识是立即恢复或逐渐恢复,后者常见于癫痫或其他颅脑疾病;⑤晕厥发作的频繁程度。临床常见的晕厥原因有:

1. 心源性晕厥

(1) 心律失常:过缓和过速性心律失常均可导致晕厥,如窦性停搏、高度或完全性房室传导阻滞、室性心动过速和心室颤动、心室率极快的室上性心动过速和心房颤动等。

(2) 心脏机械性梗阻见于:①主动脉口、肺动脉口及二尖瓣严重狭窄;②法洛三联症;③肥厚型梗阻性心肌病;④左房黏液瘤;⑤肺动脉主支栓塞。

(3) 急性心包填塞。

2. 脑血管疾病和突发性脑缺氧,如一过性脑缺血(脑血管痉挛)、颈椎病等。

3. 神经反射性晕厥

(1)血管抑制性晕厥:临床最常见。通常在站立、坐位或活动时发生,疼痛、恐惧、情绪激动可诱发。发作时伴有全身血管扩张、血压下降和/或心动过缓。发作后平卧症状可迅速缓解。直立倾斜试验可诱发出典型的临床症状。

(2)其他神经反射性晕厥包括体位性低血压、咳嗽性晕厥、排尿性晕厥及颈动脉窦性晕厥等。

[心悸]

心悸是指自己感觉到心跳,可伴有心慌、心前区不适、心跳加快或不规则、心跳有力等感觉。常见于:

1. 心脏搏动增强:如剧烈运动、情绪紧张、发热、贫血、甲状腺功能亢进、嗜铬细胞瘤、主动脉瓣关闭不全或使用拟交感胺类、茶碱类及阿托品类药物。

2. 心律失常:包括心动过速、心动过缓、心跳不规则,如过早搏动、心房颤动等。

3. 其他,如心神经官能症、女性更年期症候群。

[咯血]

由心血管疾病引起的咯血常见于:二尖瓣狭窄、严重左心功能不全肺水肿、肺梗塞、艾森曼格(Eisenmenger)综合征、肺动脉痿破裂、主动脉瘤破入气管、肺含铁血黄色沉着症等。

[紫绀]

分为中心型、周围型和混合型紫绀。

1. 中心型 当动脉血氧饱和度 $< 85\%$,还原血红蛋白 > 5 克/dl时,皮肤、黏膜即可表现出青紫。中心型紫绀见于:

(1)呼吸功能不全。

(2)心内分流,动静脉血混合,如法洛四联症、完全性肺静脉畸

形引流、三尖瓣闭锁、艾森曼格综合征、三尖瓣下移畸形合并卵圆孔未闭或房间隔缺损等。

2. 周围型紫绀,由周围循环障碍所致。

(1)周围血管淤血,见于慢性充血性心力衰竭,缩窄性心包炎,严重三尖瓣关闭不全。

(2)周围组织缺血,缺氧,见于休克和严重左心功能不全。由于周围血管收缩,毛细血管内血液淤滞,可出现紫绀。

3. 混合型紫绀,动脉血氧饱和度降低同时伴有周围循环障碍,如休克,严重左心功能不全,慢性肺源性心脏病等。

[水肿]

心脏疾病引起的水肿由体循环静脉压升高,细胞外液增多,水钠潴留所致。可伴有继发性醛固酮增加,低蛋白血症,稀释性低钠血症及肾功能不全。这使得水肿逐步加重并难以治疗。当细胞外液增加量达5~7L时,可出现肉眼可见的水肿。应注意与肾性和肝性水肿相鉴别。

一般体格检查

体格检查的重点是心血管系统,但全面的体格检查仍十分重要。不少心血管疾病有全身性改变。全身表现不仅反映了心脏病的严重程度,而且常可揭示并发症和其他疾病的合并存在。

[体温]

发热见于风湿热、感染性心内膜炎、急性心肌梗塞、感染性心包炎、心肌炎等。

[呼吸]

心脏病可引起呼吸困难,导致呼吸频率和节律改变。

[血压]

正常成人收缩压 $\leq 140\text{mmHg}$, 舒张压 $< 90\text{mmHg}$, 脉压 $30 \sim 40\text{mmHg}$ 。左、右上肢血压可相差 $5 \sim 10\text{mmHg}$ 。在肱动脉处采用常规袖带式血压计测量, 下肢血压可比上肢高 $20 \sim 40\text{mmHg}$ 。

〔面容〕

1. 二尖瓣面容: 双颊紫红, 口唇轻度发绀, 见于二尖瓣狭窄。

2. 遗传性疾病的特殊面容: 这类疾病通常合并先天性心脏病 (见遗传与心血管疾病), 如 Down, Turner, Noonan 等综合征。

3. 贫血面容: 见于感染性心内膜炎等。

〔皮肤、黏膜〕

1. 苍白、湿冷 见于休克、急性心肌梗塞、严重主动脉瓣关闭不全等。

2. 紫绀 见于紫绀型先天性心脏病、艾森曼格综合征、严重心力衰竭、慢性缩窄性心包炎等。

3. 黄疸 见于心源性肝硬化。

4. 红斑、皮下结节 见于风湿热等。

5. 水肿 见于右心功能不全、缩窄性心包炎。

6. Osler 结节 直径 1 毫米 $\sim$ 10 毫米的皮肤结节, 突出皮肤表面呈紫红色, 压之有痛感, 多发生于手指或足趾末端常面, 鱼际、小鱼际或足跟, 见于感染性心内膜炎。

7. Janeway 病变 手掌或足底无痛性小出血点或红斑, 见于感染性心内膜炎。

〔头部器官〕

1. 眼 ①结膜瘀点见于感染性心内膜炎; ②晶状体脱位、白内障见于 Marfan 综合征; ③眼底视网膜动脉痉挛、硬化、出血及渗出见于高血压、冠心病; ④眼底 Roth 点, 指眼底小出血灶中心发白之点, 见于感染性心内膜炎。

2. 耳 先天性耳聋, 可合并长 QT 综合征。

3. 鼻衄 见于高血压, 风湿热。

4. 口腔 高腭弓见于 Marfan 综合征。

[颈部]

注意血管、甲状腺和气管的情况。

[胸部]

注意有无胸廓畸形(扁平胸、漏斗胸),胸腔积液及啰音。

[腹部]

1. 肝、脾肿大 见于右心功能不全,缩窄性心包炎、感染性心内膜炎。

2. 剑突下或腹部异常搏动 见于右室肥大,腹主动脉瘤。

3. 肝、颈静脉回流征 见于右心功能不全。

4. 肝脏收缩晚期扩张性搏动 见于严重三尖瓣关闭不全。

5. 腹水征 见于缩窄性心包炎 慢性充血性心力衰竭。

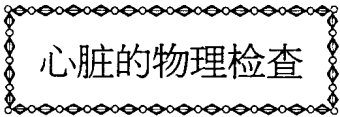
[四肢和脊柱]

1. 关节红肿 见于风湿热。

2. 杵状指 见于紫绀型先天性心脏病,感染性心内膜炎等。

3. 蜘蛛指(趾) 见于 Marfan 综合征。

4. 肌腱处黄色瘤 见于血胆固醇增高患者。



心脏的物理检查

心脏的物理检查包括视、触、叩、听四个步骤。

[视诊]

1. 心前区隆起见于先天性心脏病及儿童期起病的风湿性心脏病。

2. 心尖搏动 正常心尖搏动位于第5肋间左锁骨中线内侧0.5厘米~1厘米处,搏动范围直径为2厘米~3厘米。

(1)心尖搏动移位见于:①心脏扩大;②胸腔疾病,如积液、气

胸、粘连等;③腹腔疾病,膈肌上抬;④右位心。

(2)心尖搏动增强,范围增宽见于:①胸壁薄,肋间宽;②剧烈运动;③左室肥大;④高动力循环状态,如贫血,发热,甲状腺功能亢进。

(3)心尖搏动减弱,范围缩小见于:①肥胖,胸壁厚,肋间窄;②肺气肿,左侧气胸或胸腔积液;③心肌炎,心包积液,缩窄性心包炎,扩张型或限制型心肌病。

3. 心脏其他部位异常搏动

(1)胸骨左缘第2、3、4肋间抬举性搏动,见于:①右室肥大;②肺动脉高压;③肺动脉扩张;④前间壁心肌梗塞合并室壁瘤形成。

(2)剑突下搏动 见于肺气肿合并右室肥大。

(3)胸骨上窝搏动 见于升主动脉或主动脉弓扩张及动脉瘤。

[触诊]

1. 确定心尖搏动的位置、范围和强度,有无抬举搏动及其他部位的异常搏动。

2. 震颤 触及震颤处常易闻及响亮的杂音,可分为收缩期、舒张期及连续性震颤,其意义同心脏杂音。

3. 震荡(shock) 手可触知的一种短促的拍击感,常在心音增强、胸壁较薄时扪到。心尖区收缩期震荡提示第1心音亢进。胸骨左缘第2肋间期震荡提示第2心音亢进,即拍击性第2心音,见于肺动脉高压。

4. 心包摩擦感 见于纤维素性心包炎,其产生机制和意义同心包摩擦音。

[叩诊]

心脏叩诊的目的是确定心脏的大小,形状及其在胸腔内的位置。

[听诊]

1. 心音(表1,表2)

表 1 第 1 心音改变和影响因素

增强	减弱	强弱不等	宽分裂
PR 缩短 心动过速 心肌收缩增强 二尖瓣狭窄	PR 延长 心肌收缩减弱 主动脉瓣返流	三度房室传导阻滞 心房颤动 交界区心律 室性心动过速	右束支阻滞 左束支阻滞 室性心动过速 心室起搏

表 2 第 2 心音改变和影响因素

主动脉瓣 成分增强	肺动脉瓣 成分增强	宽分裂	反常 分裂	固定 分裂	单一第 2 心音
高血压	肺动脉 高压	深吸气	左束支 阻滞	房间隔 缺损	法洛四 联症
高动力 循环	肺循环 血量增 加	右束支 阻滞、肺 动脉瓣 狭窄	主动脉 瓣狭窄, 动脉导 管未闭		肺动脉 闭锁
大血管 转位		二尖瓣 关闭不 全、室间 隔缺损	右心室 起搏		艾森曼 格综合 征

(1)第 1、2 心音 第 1 心音由房室瓣关闭产生,第 2 心音由半月瓣关闭产生。在正常情况下,二尖瓣和主动脉瓣关闭略早于三尖瓣和肺动脉瓣,相差约 0.02s。当左、右心腔瓣膜关闭的时间差达到一定程度($>0.03s$)时,即可听到心音的分裂。如果右侧心腔瓣膜的关闭早于左侧心腔,并产生了心音分裂,则称为反常性分裂。心音的响度受多种因素影响,如心律,心肌收缩状态,主动脉和肺动脉压力等。