

心脑血管病 手册

主编·史大卓 王承龙

现代中医诊疗手册系列

人民卫生出版社



现代中医诊疗手册系列

心脑血管病手册

主 编 史大卓 王承龙

编 委 张群豪 殷惠军 陶 波 姜会萍

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

心脑血管病手册/史大卓等主编. --北京:
人民卫生出版社, 2004. 9
(现代中医诊疗手册系列)
ISBN 7-117-06390-4

I. 心... II. 史... III. ①心脏血管疾病-中医治
疗法-手册②脑血管疾病-中医治疗法-手册IV. ①R54-
62②R743-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 097540 号

现代中医诊疗手册系列 心脑血管病手册

主 编: 史大卓 王承龙
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)
地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
网 址: <http://www.pmph.com>
E - mail: pmph@pmph.com
印 刷: 原创阳光印业有限公司
经 销: 新华书店
开 本: 850×1168 1/32 印张: 15.75
字 数: 384 千字
版 次: 2004 年10月第 1 版 2004 年10月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 7-117-06390-4/R·6391
定 价: 26.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究
(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

内容简介

本书为《现代中医诊疗手册系列》之一，由长期在临床一线工作的具有丰富临床经验、学术造诣较深的专家学者编撰。本书重点介绍了临床常见与多发心脑血管疾病的临床诊断、鉴别诊断及中西医结合治疗方法。本着科学性、实用性、先进性、规范性的原则，编者在结合临床工作经验的基础上，力求反映出现代中西医治疗心脑血管病的最新进展、最新理论和最新观点。本书既保持了中医传统的诊疗特色，又能与临床实际相结合，深入浅出，简明扼要，实用性强，便于学习，易于掌握，藉以整体提高基层临床医生的诊疗水平。本书适用于从事中医、中西医结合心脑血管病临床工作的医生临证参考，尤其对大学毕业3年内的住院医师、实习医师以及区县级的中医临床医生为必备手册。■

现代中医诊疗手册

心脑血管病手册

此为试读, 需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com

出版说明

为使中医院校毕业生能尽快了解临床诊疗常规，尽快掌握并规范使用临床诊疗技术，尽快适应临床工作的需求，我社精心策划组织了一套既具有临床实用价值、又具有时代特征的临床参考书——《现代中医诊疗手册系列》（共12册），分别是心脑血管病手册、呼吸病手册、脾胃病手册、肝胆病手册、肾脏病手册、风湿病手册、肿瘤病手册、皮肤病手册、肛肠病手册、骨伤病手册、妇科病手册及儿科病手册。

该手册系列由国内一批长期在临床一线工作的、具有丰富临床经验、学术造诣较深的中医专家编撰。内容以常见病、多发病为主，以病为纲，诊疗并重；辨证论治内容以表格归纳，直观清晰，便于学习掌握；西医诊断要点、中医辨证要点明确规范，指导性强；中西医结合治疗手段多样，可操作性、实用性强；且将

近年来的中西医的新病种、新观点、新方法、新技术融会其中，既反映了中医传统诊治特色，又与当今中西医研究最新进展和中医临床实际相结合；书后附有各科相关备查资料等内容。希冀这套临床诊疗手册为从事中医临床工作的医生，尤其是大学毕业3年内的住院医师、实习医师以及区县级的中医临床医生的诊断治疗工作带来启迪与指导。

人民卫生出版社

2004年5月



前言

随着人口的老龄化和人类疾病谱的改变，心脑血管系统疾病已成为当今医学防治研究最为活跃的领域，传统西医学对单靶点、单器官病理改变纠正逆转的方法已难以适应诸多心脑血管病复杂的病理生理改变，其治疗效果也较难达到医患的需求。为此，西医学在治疗方法学上发生了重大的观念改变，即开始重视多系统、多靶点治疗的系统效应，注重不同科别的交叉综合治疗。如心力衰竭，除传统治疗的强心、扩血管、利尿外，同时注意神经内分泌、细胞信息传导调节以及基因蛋白质调控的综合效应。除此之外，主动脉内气囊反搏、房室顺序起搏等介入性治疗方法也得到迅速普及应用，明显提高了心力衰竭的治疗效果。传统中医学经历几代人含辛茹苦的不懈探索，对于心脑血管的常见病、难治病逐渐形成了自己诊断治疗的规律。在发挥传统整体辨证、因人制宜治疗优势的基础上，结合对疾病病因病机的认识，病证结合、宏观辨证和微观辨证结合、辨证用药和专病专方结合，各展其长，优势互补，形成了具有自身特色的疗效优势。但如何发挥这种优势，以利于普及应用，满足心脑血管病患者对现代中医的需求，仍是现代中医心脑血管病防治研究领域的学者需要不懈努力的主要方面。

现代中医临床面对的多数是西医学病理生理变化基本清楚的疾病群，有些病理改变研究已深入到基因蛋白网络调节系





统,不再是单纯的以病因、症状或中医病机命名的病证,如胸痹、眩晕、喘证等;治疗目的不仅是获得临床症状的改善,而且要求病理生理和影像学方面的改善和恢复;临证选方用药不仅注重传统的临床经验,还要有循证医学的依据及实验结果的支持。这就要求中医临床将自身置于医学广阔的背景下去思考认识问题,发挥自己整体综合治疗的优势,为新世纪人类健康做出应有的贡献。

有感于此,我们在系统总结传统中医临床治疗心脑血管病经验的基础上,结合自己的临床体会,编写了这本手册。该书就心脑血管内科常见病、难治病,从中医病因病机、辨证论治、临证灵活加减方面详加叙述,既体现了中医传统的理法方药特色,又有以中药药理研究为依据的针对性用药。在此基础上,笔者查阅了大量文献,精选了老中医经验方与目前临床常用的中成药,总结了有效的针灸疗法及一些外治方法,供读者临床参考。

春暖乍寒,微风卷帘。夜深了,我思绪不断:几千年来临床经验积淀的传统中医文献如何在现代临床防治心脑血管疾病的实践中再创辉煌?楼阁阔论,将自己比作阳春白雪,和者必寡;关键在于科学求实的临床实践和观察总结,在继承的基础上不断提高升华,进而让更多的人认识她、接受她。希望此书对中医心脑血管疾病临床疗效的提高起到一定的推进作用。

衷心感谢各位同道和人民卫生出版社的同志在编写过程中给予的支持。

史大卓

中国中医研究院西苑医院

2004年5月





目 录

第一章	动脉粥样硬化症	1
第二章	冠心病心绞痛	16
第三章	急性心肌梗死	43
第四章	心力衰竭	91
第五章	心律失常	132
	快速性心律失常	132
	缓慢性心律失常	152
第六章	高血压病	175
第七章	肺源性心脏病	209
	急性肺源性心脏病	209
	慢性肺源性心脏病	216
第八章	病毒性心肌炎	237
第九章	原发性心肌病	253
第十章	风湿性心脏病	271
	风湿性心脏炎	271
	风湿性心脏瓣膜病	282
第十一章	感染性心内膜炎	305
第十二章	甲状腺功能亢进性心脏病	324
第十三章	心包炎	337
	急性心包炎	337



慢性心包炎	347
第十四章 心脏神经官能症	356
第十五章 心源性休克	365
第十六章 雷诺综合征	379
第十七章 血栓闭塞性脉管炎	392
第十八章 动脉硬化性脑梗死	413
第十九章 原发性脑出血	431
第二十章 蛛网膜下腔出血	448
第二十一章 血管性痴呆	459
第二十二章 现代中医临床治疗心脑血管病的特点	475



第一章

动脉粥样硬化症

动脉粥样硬化症（AS）是一组称为动脉硬化的血管病中常见且最重要的一种。各种动脉硬化的共同特点是动脉发生了非炎症性、退行性和增生性的病变，导致动脉管壁增厚、变硬，失去弹性，管腔缩小，可累及大、中、小三类动脉。常见的动脉硬化有动脉粥样硬化、动脉中层钙化、小动脉硬化三种。动脉粥样硬化的特点是在上述病变过程中，受累动脉的病变从内膜开始，先后有多种病变合并存在，包括局部有脂质和复合糖类积聚、出血和血栓形成、纤维组织增生和钙质沉着，并有动脉中层的逐渐退变和钙化。本病多见于40岁以上的中老年人，男女比例约为2：1。早期症状多不明显，只有发展到机体器官和组织明显受累时，才出现临床症状，主要为脑力与体力减退、头痛、头晕、记忆力下降等，当影响到器官组织供血时，则出现相应的临床表现。中医学根据本病的临床表现及病理变化，将其归属于“瘀证”、“痰证”、“脉痹”、“头痛”、“眩晕”等范畴，病至后期出现相应器官病变时，则可属于中医“中风”、“胸痹”、“坏疽”等范畴。

【诊断】

一、危险因素

1. 主要危险因素



(1) 年龄：本病多见于 40 岁以上的中老年人，49 岁以后进展较快。

(2) 性别：男性多见，男女比例约为 2 : 1，女性患者常在绝经期以后患病。

(3) 血脂：总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白或极低密度脂蛋白增高，高密度脂蛋白减低，载脂蛋白 A 的降低和载脂蛋白 B 的增高都被认为是危险因素。

(4) 血压：血压增高与本病关系密切。冠状动脉粥样硬化患者 60%~70% 有高血压，高血压患者患本病者较血压正常者高 3~4 倍。

(5) 吸烟：吸烟者比不吸烟者的发病率和病死率增高 2~6 倍，且与每日吸烟的支数呈正比。

(6) 糖尿病：糖尿病患者本病发病率较无糖尿病者高 2 倍。

2. 次要危险因素

(1) 超标准体重的肥胖者，尤其是体重迅速增加者。

(2) 从事体力活动少，脑力劳动紧张，经常有紧迫感的工作人员。

(3) 常进含较高热量及较多动物性脂肪、胆固醇、糖、盐的食物。

(4) 家族中有在较年轻时患本病者，其近亲得病的机会可 5 倍于无这种情况的家族。

(5) 微量元素铬、锰、锌、钒、硒的摄入量减少，铅、镉、钴的摄入量增加。

(6) 性情急躁、生活起居不规律者。

二、症状与体征

1. 症状

(1) 一般表现：脑力与体力衰退。

(2) 主动脉粥样硬化：由于主动脉管腔粗大，临床常无明显





显症状。胸主动脉瘤可引起胸痛、气急、吞咽困难、咯血、声音嘶哑及上腔静脉或肺动脉受压等表现。

(3) 冠状动脉粥样硬化：不引起心肌供血障碍时，则无临床症状；出现心肌供血不足时，常可引起心绞痛、心肌梗死、心力衰竭甚至猝死等。

(4) 脑动脉粥样硬化：脑缺血可引起眩晕、头痛和昏厥等症状。脑动脉血栓形成或破裂出血时引起脑血管意外，有头痛、眩晕、恶心、呕吐、意识丧失、肢体瘫痪、偏盲或失语等表现。脑萎缩时引起痴呆，有精神变态、行动失常、智力和记忆力减退以至性格完全变态等症状。

(5) 肾动脉粥样硬化：可由于导致肾动脉狭窄而引起顽固性高血压，年龄在 55 岁以上而突然发生高血压者，应考虑本病的可能。如有肾动脉血栓形成，可引起肾区疼痛、少尿和发热等。长期肾脏缺血可致肾萎缩并发展为肾衰竭。

(6) 肠系膜动脉粥样硬化：可引起消化不良、肠道张力减低、便秘和腹痛等症状。血栓形成时，有剧烈腹痛、腹胀和发热。肠壁坏死时，可引起便血、麻痹性肠梗阻和休克等症状。

(7) 下肢动脉粥样硬化：可引起下肢发凉、麻木和间歇性跛行，严重者可引起持续性疼痛及坏疽。

2. 体征

(1) 主动脉粥样硬化：叩诊时可发现胸骨柄后主动脉浊音区增宽，主动脉瓣区第二心音亢进而带金属音调，并有轻度收缩期杂音。收缩期血压升高，脉压增宽。主动脉粥样硬化形成主动脉瘤，以发生在肾动脉开口以下的腹主动脉处最为多见，其次在主动脉弓和降主动脉。腹主动脉瘤多在体检时腹部发现有搏动性肿块，腹壁上相应部位可听到杂音，股动脉搏动可减弱。

(2) 肾动脉粥样硬化：可有肾区血管杂音等。



(3) 下肢动脉粥样硬化：可见足背动脉搏动减弱或消失，动脉管腔如完全闭塞时严重者可发生坏疽。

三、实验室及其他检查

1. 实验室检查 动脉粥样硬化尚缺乏敏感而又特异性的早期实验室诊断方法，但部分病人多有脂代谢紊乱。主要表现为血总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白（LDL）升高，高密度脂蛋白（HDL-C）降低；载脂蛋白 B 增高、载脂蛋白 A 降低等。

2. 其他检查

(1) X 线检查：主动脉硬化可见主动脉弓向左上方凸出，主动脉影增宽与扭曲，有时可见片状或弧状钙质沉着阴影。胸主动脉瘤 X 线检查可见主动脉的相应部位增大。

(2) 动脉造影：选择性或电子计算机数字减影动脉造影检查，可显示冠状动脉、脑动脉、肾动脉、肠系膜动脉和四肢动脉粥样硬化所造成的管腔狭窄或动脉瘤病变，以及病变的部位、范围和程度，有助于确定外科治疗的适应证和选择施行手术的方式。

此外，多普勒超声检查有助于判断颈动脉、四肢动脉和肾动脉的血流情况和血管病变；肢体电阻抗图、脑电阻抗图、脑电图、CT 或磁共振显像有助于判断四肢和脑动脉的功能情况以及脑组织的病变情况；放射性核素心脏检查、超声心动图、心电图及其负荷试验所示的特征性变化有助于诊断冠状动脉粥样硬化。血管内超声显像和血管镜检查是最新的检查方法。血液流变学检查可见血黏滞度增高。

本病发展到相当程度，尤其是有器官明显病变时，诊断并不困难，但早期诊断很不容易，年长病人如检查发现血脂增高，动脉造影发现血管狭窄性病变，应首先考虑诊断本病。

【鉴别诊断】

1. 梅毒性主动脉炎 梅毒性主动脉炎是梅毒螺旋体进入





主动脉外层与中层导致的主动脉炎，有梅毒病史且未经充分治疗，梅毒血清反应阳性。病人无主动硬化的危险因素如高血压、高血脂、糖尿病等。梅毒螺旋体极易在升主动脉内生长，因此病变主要影响升主动脉。而主动脉粥样硬化自升主动脉根部向弓部蔓延，常累及腹主动脉、肾动脉及其他大、中、小动脉。梅毒性主动脉炎病程长，升主动脉和主动脉弓局部增宽、膨出，部分患者可见升主动脉线条状钙化，而主动脉粥样硬化显示块状钙化。

2. 纵隔肿瘤 纵隔分为前、中、后纵隔，气管和心脏大血管所在的部位为中纵隔。中纵隔常见的肿瘤有淋巴瘤、支气管囊肿、心包囊肿。纵隔肿瘤不受年龄限制，从儿童到老年各个年龄组均可发病，多数通过常规 X 线检查发现，肿块常无膨胀性搏动。而主动脉粥样硬化所致的主动脉扩张，可见增宽，X 线透视下有明显的搏动。血管造影、MRI 和 CT 检查均有助于鉴别。

冠状动脉粥样硬化引起的心绞痛、心肌梗死，肾动脉粥样硬化引起的高血压等的鉴别诊断，请参见本书相关部分。

【辨证要点】

1. 饮食失节，日久损伤脾胃，运化失司，饮食不能化生气血，聚注成痰，痰湿浸渍血脉，痰瘀交阻，而发本病。

2. 年老体衰或久病劳伤肝肾，致肝肾亏虚，阳虚不能化气行水，温运血脉，阴虚不能滋养血脉，血脉损伤，而发本病。

3. 七情内伤，忧思恼怒，肝气郁滞，气为血帅，气滞血瘀，血脉不畅，气机不利，津液代谢受阻而致痰湿停滞，痰瘀互结于经脉，发为此病。

总之本病主要为年老体虚、精气不足，精微不能充养四肢





百脉，痰浊、瘀血阻滞所致。病位在血脉，虚表现为肾、肝、脾虚，实表现为痰浊、瘀血，兼有气滞。

【治疗方法】

一、辨证治疗

(一) 早期（无症状期或称隐匿期）

本期主要见于中、青年人，其病理改变为动脉内膜脂质条纹生成，内膜的少数平滑肌细胞呈灶性积聚，细胞内外有脂质沉积，受累动脉无阻塞，多无临床症状。中医认为此期的基本病机主要为肾精不足，瘀血、痰浊内阻。治疗当补肾填精、活血化痰。

1. 分型论治简表

	主 证	治法	方剂	药物(单位:g)
痰浊内阻	病人体肥少动、嗜睡，晨起口中粘腻，舌淡胖或淡暗、边有齿痕，苔白腻，脉沉缓或滑	降浊燥湿	二陈汤加減	半夏 12, 陈皮 12, 茯苓 15, 生姜 6, 甘草 10, 泽泻 15, 茵陈 12
气滞血瘀	平素心烦易怒，时感胸胁胀闷不适，时或头晕，舌质暗或有瘀斑，舌下静脉迂曲，脉弦或涩	疏肝理气活血化痰	血府逐瘀汤加減	桃仁 15, 红花 15, 当归 12, 生地 12, 川芎 15, 赤芍 12, 牛膝 15, 桔梗 10, 柴胡 10, 枳壳 10, 甘草 10
肾精亏虚	眩晕、头痛，失眠、记忆力减退，腰膝酸软，发脱齿摇，耳聋耳鸣，动作迟缓，精神呆钝，苔薄白，舌淡暗，脉细	补肾填精	右归丸加減	熟地 20, 山药 12, 山茱萸 10, 枸杞 15, 鹿角胶 10, 菟丝子 15, 杜仲 15, 当归 12, 肉桂 6, 附子(先煎) 10

2. 方药述评

(1) 痰浊内阻：方中半夏辛温性燥，功专燥湿化痰；陈皮