

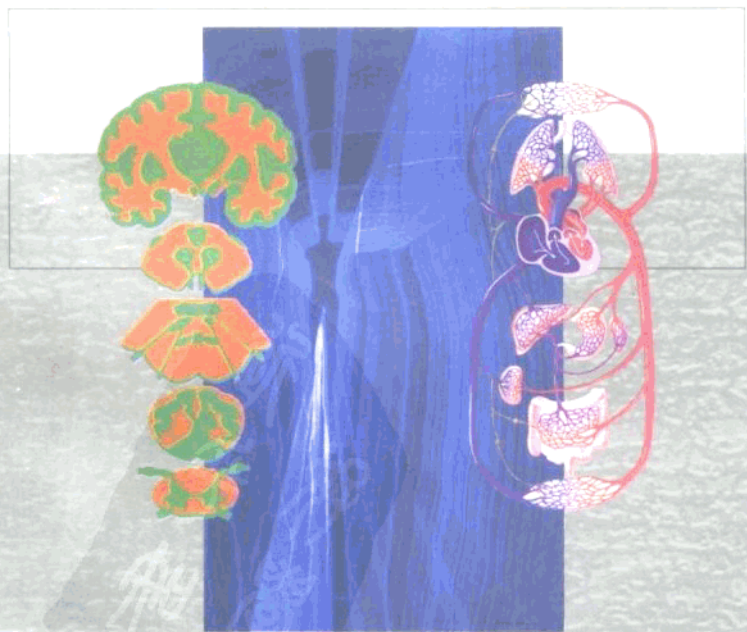
◎孟毅 赵来方 主编

常见病临床诊治

CHANGJIANBING
LINCHUANGZHENZHI
JINGYAO

精要

◎循环、神经分册◎



中国中医药出版社

112703

常见病临床诊治精要

——循环、神经分册

主 编 孟 毅 赵来方
副主编 陈 岩 朱飞鹏 牛振民 吴德洲
杨改清 李冬华 韩景胜 雷东风
王全让 刘新胜 吴佩瑾 季荣霞
张黎辉 李 沈
编 委 (以姓氏笔画为序)
王聪一 吕向阳 李成选 张云兰
张玉枝 范群志 夏训海 董 蒙
裴广忠 藏同升
策 划 崔应珉

中国中医药出版社

· 北京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

常见病临床诊治精要: 循环、神经分册/孟毅主编. -北京: 中国中医药出版社, 1998. 9

ISBN 7-80089-939-X

I. 常… II. 孟… III. ①常见病-诊疗②心脏血管疾病-诊疗
③神经系统疾病-诊疗 N.R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 24446 号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路 7 号 电话: 64151553 邮码: 100027)

印刷者: 北京市社科印刷厂

经销者: 新华书店总店北京发行所

开本: 850×1168 毫米 32 开

字数: 540 千字

印张: 21.625

版次: 1998 年 9 月第 1 版

印次: 1998 年 9 月第 1 次印刷

册数: 3500

书号: ISBN 7-80089-939-X/R · 936

定价: 31.00 元

前 言

临床常见病和多发病是危害人类健康的主要疾病，熟练掌握临床常见病的诊治手段是每个医务工作者的基本功。当前，中西医诊疗技术日新月异，国内外文献资料、科研成果洋洋大观，浩如烟海，而中西医结合诊疗技术应用于临床正在逐渐形成一种新的医学模式，一套务实、突出诊疗、荟萃当代中西临床专家诊治精华的丛书已成为迫切之需。有鉴于此，我们组织了几十位临床中西医各科专家，对每一疾病的诊疗概其要言，汇其精髓，编撰而成《常见病临床诊治精要》。

本套丛书广撮中、西医临床诊疗精华，突出实用，突出诊治，内容丰富，资料翔实。每篇以现代病名为纲，先切要概述、中西参照，再归纳诊断要点及诊断标准，最后重点介绍中西医多元化治疗方法，结尾加以诊疗点评，对每一疾病在诊断、治疗中的关键所在加以画龙点睛。使该书具有很好的学术及实用价值，可供广大临床工作者、高年级医学生等参考应用。

本书在编写过程中，得到了河南医科大学、河南中医学院及省人民医院不少专家、教授的关心爱护和同仁好友的鼎力相助，在此表示诚挚的感谢。

由于我们学识有限，经验不足，欠妥之处难免，敬请同道批评指正。

《常见病临床诊治精要》编委会

一九九八年八月

目 录

上篇 循环系统疾病

第一章 心功能不全	(1)
第一节 慢性心功能不全.....	(1)
第二节 急性心功能不全	(16)
附 休克	(19)
第二章 心律失常	(25)
第一节 快速性心律失常	(25)
第二节 缓慢性心律失常	(47)
附 1 心脏起搏术	(58)
附 2 心脏电复律	(68)
第三章 高血压病	(74)
第四章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(88)
第一节 心绞痛	(90)
第二节 心肌梗死.....	(111)
附 1 缺血性心脏病的命名及诊断标准	(143)
附 2 急性心肌梗死溶栓疗法参考方案	(146)
第五章 风湿热和风湿性心脏病	(152)
第一节 急性风湿热.....	(152)
第二节 慢性风湿性心脏病.....	(170)
第六章 低血压病	(195)
第七章 病毒性心肌炎	(205)

第八章 肺原性心脏病	(221)
第九章 感染性心内膜炎	(242)
第十章 心包炎	(259)
第十一章 原发性心肌病	(273)
第十二章 血栓闭塞性脉管炎	(287)
第十三章 多发性大动脉炎	(302)
第十四章 雷诺综合征	(312)
第十五章 梅毒性心血管病	(322)
第十六章 心脏血管性神经衰弱	(331)

下篇 神经系统疾病

第一章 颅神经疾病	(341)
第一节 视神经疾病	(341)
第二节 三叉神经痛	(352)
第三节 面神经障碍	(362)
第四节 听神经障碍	(373)
第二章 脊神经疾病	(386)
第一节 单神经病	(386)
第二节 多发性神经病	(394)
第三节 急性感染性多发性神经炎	(400)
第三章 脊髓疾病	(405)
第一节 急性脊髓炎	(405)
第二节 脊髓空洞症	(411)
第三节 脊髓亚急性联合变性	(416)
第四章 头痛	(422)
第一节 偏头痛	(423)
第二节 群集性头痛	(432)
第三节 紧张性头痛	(434)

第四节 神经性头痛·····	(435)
第五章 颅内高压综合征·····	(441)
第六章 中枢神经系统感染性疾病·····	(451)
第一节 脑炎·····	(451)
第二节 脑膜炎·····	(473)
第三节 脑囊虫病·····	(496)
第七章 脑血管疾病·····	(504)
第一节 短暂脑缺血发作·····	(504)
第二节 脑梗塞·····	(514)
第三节 脑出血·····	(538)
第四节 蛛网膜下腔出血·····	(554)
第五节 脑动脉内膜炎·····	(562)
第六节 高血压脑病·····	(566)
第七节 脑动脉硬化症·····	(572)
第八章 癫痫·····	(580)
第九章 锥体外系疾病·····	(596)
第一节 震颤麻痹·····	(596)
第二节 小舞蹈病·····	(604)
第三节 肝豆状核变性·····	(610)
第十章 脑性瘫痪·····	(617)
第十一章 遗传性共济失调·····	(622)
第十二章 脱髓鞘疾病·····	(631)
第一节 多发性硬化症·····	(631)
第二节 视神经脊髓炎·····	(639)
第三节 急性播散性脑脊髓炎·····	(643)
第十三章 肌肉疾病·····	(648)
第一节 重症肌无力·····	(648)
第二节 进行性肌营养不良症·····	(657)

第三节	多发性肌炎·····	(662)
第四节	周期性麻痹·····	(666)
第十四章	自主神经系统疾病 ·····	(670)
第一节	晕厥·····	(670)
第二节	神经源性直立性低血压·····	(675)
第三节	雷诺病·····	(677)
第四节	红斑性肢痛症·····	(679)

上篇 循环系统疾病

第一章 心功能不全

心功能不全系指在有适量静脉回流的情况下，心脏排出的血液不足以维持组织代谢需要的一种病理状态。临床上以心排出量不足、组织血流量减少、肺循环和/或体循环静脉淤血为特征，又称充血性心力衰竭（congestive heart failure）。按发生过程可分为急性和慢性两种，按症状和体征可分为左心、右心或全心衰竭。它是一种临床综合病征，各种心血管疾病由于心脏长时间负荷过重，心肌病损及收缩力减弱，都可导致心功能不全。

心功能不全属中医学“心悸”、“怔忡”、“水肿”、“痰饮”、“瘀证”等范畴。

第一节 慢性心功能不全

【诊断要点】

主要依据病史、症状和体征，其他辅助检查仅作参考。

一、左心功能不全

（一）症状

1. 呼吸困难：是左心功能不全时较早出现的和最常见的症

状，为肺淤血和肺顺应性降低而致肺活量减少的结果。轻者仅在重体力劳动时发生，休息时可自行缓解，或表现为阵发性夜间呼吸困难。重者即使患者平卧休息时也感呼吸困难，被迫取半卧位或坐位，称为端坐呼吸。

2. 咳嗽、咯痰和咯血：系肺泡和支气管粘膜淤血所致。痰常为浆液性，呈白色泡沫样，有时带血而呈粉红色泡沫痰。

3. 其他症状：可有疲乏无力、失眠、心悸；严重脑缺氧时，可出现陈-斯氏呼吸、嗜睡、意识丧失、抽搐等。

(二) 体征

除原有的心脏病体征外，常见左心扩大，心率增快，心尖区可闻及舒张期奔马律、交替脉、肺动脉瓣听诊区第二心音亢进。两肺或两肺底部可闻及湿啰音或伴有哮鸣音。约25%可产生胸水，以右侧多见。严重者有紫绀（中枢性）。

(三) 医技检查

1. X线检查：心影增大，有肺静脉淤血，肺动脉内血液重新分布的表现，肺门阴影增大，结构不清。急性肺水肿时肺门淤血显著，呈蝶形云雾状阴影。

2. 心电图检查：可呈现左心室，或左、右心室肥厚的图形。

3. 血液动力学监测：除二尖瓣狭窄者外，肺毛细血管楔压能间接反映左心室舒张末压。正常肺毛细血管平均压为0.8~1.6kPa，左心衰竭时常高于2kPa。高于4.7kPa者提示有发生肺水肿的可能。

二、右心功能不全

(一) 症状

1. 上腹部胀满，可伴有食欲不振、恶心、呕吐、夜尿。
2. 肝区胀痛甚或出现黄疸。

(二) 体征

1. 颈静脉充盈或怒张：即在半卧位或坐位时，在锁骨上方可

见到充盈的颈外静脉，常伴有肝-颈静脉回流征阳性，此是右心功能不全的较早表现，严重者由于静脉压显著升高，患者的手臂或其他浅表静脉也可见充盈、怒张。

2. 肝肿大和压痛：发生在皮下水肿之前。进展快速的右心衰竭，尚可出现黄疸伴转氨酶增高。长期右心衰竭，可导致心源性肝硬化，此时肝脏质地变硬，压痛和肝-颈静脉回流征反而不明显，常伴有黄疸、腹水及慢性肝功能损害。

3. 水肿：为下垂性凹陷性，发生在身体的下垂部位，起床活动者以脚、踝内侧和胫前部较明显，仰卧者则表现为骶部水肿。严重者可发展为全身水肿。

4. 胸水和腹水：以右侧胸水多见，也可为双侧胸水。腹水大多发生于晚期。

5. 紫绀：见于长期右心衰竭者，属周围型紫绀，可见于指端、口唇和耳廓，较左心衰竭明显。

6. 心脏体征：继发于左心衰竭的右心衰竭，左、右心浊音界均扩大，心前区搏动增强或于剑突下出现搏动，三尖瓣区可有舒张期奔马律及相对性关闭不全所致的收缩期杂音。

7. 心脏性恶液质：晚期病例可发生营养不良、消瘦，表现出恶液质。

（三）医技检查

1. X线检查：示心影增大，上腔静脉增宽，右房、右室增大，可伴有双侧或单侧胸水。

2. 血液动力学监测：右心衰竭时，中心静脉压增高。

三、全心功能不全

兼有左、右心功能不全的临床表现，但可以一侧为主。由于右室较左室壁薄，易于扩张，故全心功能不全时，右心功能不全的表现常比左心功能不全明显。即使由左心功能不全发展而来的全心功能不全，也可由于右心功能不全的右心排血量减少而肺淤

血相应减轻，左心功能不全的症状反可改善，仍以右心功能不全为主要表现。

【诊断标准】

心功能状态根据病人的临床表现分为四级。

一级：体力活动不受限制，日常活动不引起心功能不全的表现。

二级：体力活动轻度受限制，一般活动可引起乏力、心悸和呼吸困难等症状。

三级：体力活动明显受限制，轻度活动即引起上述症状。

四级：体力活动重度受限制，病人不能从事任何体力活动，即使在休息时亦有症状。

【鉴别诊断】

1. 左心功能不全主要应与肺部疾患所引起的呼吸困难和非心源性肺水肿相鉴别。肺部疾患如肺炎、支气管炎等所引起的呼吸困难受体位改变的影响不大，而左心功能不全者坐位时可减轻呼吸困难。心脏性哮喘与支气管炎哮喘发作之鉴别有时较困难，需结合过去病史。但若病人咯粉红色泡沫样痰，心脏性哮喘的诊断不难确定。

2. 右心功能不全主要应与心包积液、缩窄性心包炎、肾炎、肝硬化等引起的水肿和腹水相鉴别。

【治疗方法】

一、西医治疗

(一) 减轻心脏负荷

1. 休息：休息是减轻心脏负荷的重要措施之一，包括限制体力和心理活动，较重者应卧床休息，需要时可酌情给予镇静剂如安定、利眠宁等。

2. 控制钠盐摄入：对中、重度心功能不全患者应限制钠盐在0.5~1.0g(相当食盐1~2.5g)。心功能不全控制后可给予低盐饮

食，钠盐摄入量限于2~3g（相当食盐5~7g）。大量利尿患者不限制食盐。

3. 利尿剂：减轻心脏前负荷，改善心功能。

(1) 噻嗪类：作用于远曲小管近端，抑制钠、氯化物和钾的重吸收而利尿。长期服用易发生低血钾，故应加服氯化钾或同时使用不排钾的利尿剂。常用药物有双氢氯噻嗪25mg，每日1~2次；环戊甲噻嗪0.25~0.5mg，每日2~3次，口服。非噻嗪类但作用相似的长效利尿剂氯噻酮0.1g，每日1次也常用。

(2) 袢利尿剂：主要作用于亨利袢的上升支，对近端肾小管也有作用。抑制钠、氯化物和钾的重吸收，利尿作用强而快。大量利尿可引起血容量不足，循环衰竭和低钾、低钠以及低氯血症碱中毒，需注意调整。常用有速尿20~40mg，每日1~2次口服；也可予静脉或肌肉注射20~40mg，每日1~2次；利尿酸钠静脉或肌肉注射25~50mg，每日1次。

(3) 潴钾利尿剂：作用于远曲肾小管远端，有排钠和氯化物的作用，对钾却有潴留作用。单独使用时利尿作用较弱，并可导致血钾增高，常与排钾利尿剂联合使用。肾功能不全时应慎用。常用药物有安体舒通20~40mg，每日3~4次；氨苯喋啶50~100mg，每日2~3次；氨氯吡咪5~10mg，每日2次口服。

其他利尿剂，如汞利尿剂和碳酸酐酶抑制剂，由于副作用较大，在临床应用中已被上述利尿剂所取代。但必须指出，利尿剂应合理使用，以免产生滥用所导致的严重后果。一般使用利尿剂应遵循下列原则：①间断使用，使机体在利尿后有一个恢复和平衡的过程；②一般以噻嗪类为首选，必要时加用潴钾类利尿剂，袢利尿剂多用于急性肺水肿或重度充血性心力衰竭；③在利尿期间应记录出入水量、体重变化及随访电解质和肾功能，使用快速强力利尿剂时，需观察脉搏和血压的变化，以防快速大量利尿导致血流动力学的紊乱。

4. 血管扩张剂的应用：心力衰竭时应用血管扩张剂，可通过扩张小动脉，降低体循环阻力和左室射血时的阻抗（降低心脏后负荷），增加心搏量；以及扩张静脉，减少回流和心室舒张末期容量（降低心脏前负荷）和室壁张力，从而可减轻静脉瘀血，并改善心功能而不增加甚至减少心肌耗氧量。

(1) 硝酸甘油：主要作用于静脉。缓释贴片 5~30mg，每日 1~2 次；静滴用于重度心衰、急性肺水肿，0.5~1mg，加于 5% 葡萄糖 100~200ml 内，每分钟 5~10 μ g (10~20 滴/分)，注意测血压。

(2) 硝普钠：作用于动脉和静脉，用于重症患者，25~50mg，加 5% 葡萄糖液 500ml，每分钟 12.5 μ g，监测下每 5 分钟增加 5 μ g，直至出现作用或副作用。用药不超过 72 小时。

(3) 血管紧张素转化酶抑制剂：作用于动脉和静脉，并能降低醛固酮含量，减少水钠潴留。巯甲丙脯酸 6.25mg，每日 2~3 次开始，渐增至 25mg，每日 2~3 次，口服；苯脂丙脯酸 2.5mg，以后 2.5~5mg，每日 1~2 次，口服。

(4) 消心痛：扩张静脉，10~20mg，每日 4 次口服。

(5) 哌唑嗪：扩张动脉和静脉，起始 0.5~1mg，口服，维持量为 1~2mg，每日 3 次。

其他血管扩张剂如酚妥拉明、胍苯哒嗪、硝苯吡啶等，可酌情选用。

(二) 加强心肌收缩力

1. 洋地黄类药物：洋地黄类药物为直接加强心肌收缩力，使心搏出量增加的药物，并可通过兴奋迷走神经，或直接抑制房室结和房室束的传导使心率减慢。其对衰竭心肌的耗氧量并不增加，或可降低。洋地黄类制剂的适应症：除洋地黄中毒所致者外，适应于各种原因所引起的心力衰竭，快速性室上性心律失常，如心房颤动及扑动，阵发性室上性心动过速等。绝对禁忌症：洋地黄

过敏及中毒。相对禁忌症：①预激综合征伴有心房颤动及扑动；②梗阻型心肌病；③Ⅱ°以上房室传导阻滞；④病态窦房结综合征；⑤单纯重度二尖瓣狭窄伴窦性心律。洋地黄类制剂具体用法是：

(1) 地高辛：每日 0.25~0.5mg，分 1~2 次口服，连续服用 6~8 天，可达治疗浓度水平，此后再适当调整剂量。此法较缓但较安全，毒性反应少，可用于病情不太急，允许逐渐控制的患者。

(2) 西地兰：0.4mg 加入 50% 葡萄糖液 40ml 内缓慢静注。必要时 4~6 小时后可重复或追加半量。24 小时内不超过 1.0~1.6mg，以后致为每日 0.2~0.4mg 维持。

(3) 毒毛旋花子甙 K：首剂 0.25mg 加入 50% 葡萄糖液 40ml 内缓慢静注。必要时可在 2 小后再注射 0.125mg。

西地兰与毒毛旋花子甙 K 均为速效类洋地黄类制剂，适用于心衰急需纠正的病人。

洋地黄类制剂的治疗剂量与毒性剂量相差较小，有时甚至有重叠。用量的个体差异很大，剂量要因人、因时而定。洋地黄类制剂常见毒性反应表现为：①胃肠道反应：食欲不振、恶心、呕吐等。②神经系统症状：头痛、乏力、失眠、抑郁、眩晕及幻觉等。③视觉异常：可出现黄视、绿视、红视或有视力模糊等。④心脏症状：常见的心律失常为室性早搏，呈二联、三联律或多源性；其他如房性心动过速伴有房室传导阻滞、交界性心动过速、I~Ⅲ度房室传导阻滞、窦性心动过缓等。应注意洋地黄中毒者，有时可表现为窦性心动过速、心肌收缩力减弱以致使心力衰竭加重。洋地黄类制剂中毒的诊断依据：已用洋地黄剂量过大；患者对洋地黄具有敏感因素；有洋地黄中毒症状，尤其是心律失常的心电图表现；血清地高辛治疗浓度为 0.5~2.0ng/ml，高于 2.5ng/ml 可供参考。洋地黄中毒的治疗：立即停用洋地黄类药物；氯化钾 1~2g，每日 3 次，口服，或以 1~2g 氯化钾加入 5% 葡萄糖液 500ml 中静脉点滴；有快速性心律失常者可用苯妥英钠、利多卡

因、心得安等抗心律失常药物。心动过缓有房室传导阻滞者可用阿托品，高度房室传导阻滞伴阿-斯氏综合征者，应安置临时按需起搏器；抗洋地黄特异抗体治疗具有快速、特效的特点。

2. 其他强心甙类药物：强心灵是夹竹桃制剂，口服剂量与地高辛相似，有效治疗量 0.5~1.5mg，维持量为 0.125~0.75mg。

3. 非强心甙正性肌力药物

(1) 多巴胺：直接兴奋心肌的 β -肾上腺素能受体，增强心肌收缩力和心搏出量。常用剂量为每分钟 2~5 μ g/kg，静脉滴入，以后可根据病情调整用量。

(2) 多巴酚丁胺：选择性地作用于 β_1 受体，因而使心肌收缩力加强，心排血量增加。由于该药不影响心率、心律及心肌梗塞死围，因此对心肌梗死引起的心力衰竭而血压正常的患者十分有效而安全。用法为静脉滴入每分钟 5~10 μ g/kg。副作用很少。

(3) 氨联吡啶酮：有加强心肌收缩力作用而无血压、心率或心律的改变。用法为 300~900mg/d，对难治性心力衰竭有显著疗效。长期服用可并发血小板减少症，每日剂量小于 300mg 时较少发生此并发症。

(4) 吡丁醇：有增强心肌收缩力的作用，又有扩张血管的作用。用法为 20mg，每日 3~4 次。副作用少，是治疗严重的充血性心力衰竭的较好的口服药。

(三) 其他治疗

1. 吸氧

2. 电解质紊乱的处理

(1) 低钾血症：长期反复使用排钾利尿剂后，可出现低钾血症。患者感乏力、腹胀，并出现心律失常。常加重洋地黄的毒性反应。治疗可口服或静脉滴入氯化钾。

(2) 失盐性低钠综合征：是由于大量利尿和限制钠盐摄入所引起。发病较急，软弱无力，肌肉抽搐，口渴；重者可有头痛、烦

躁、意识不清，甚至昏迷等低钠性脑病的表现。尿量减少，血压降低，血钠、氯化物、二氧化碳结合力皆低，尿氮增高。治疗应不限制食盐，并可用3%氯化钠液100~500ml静脉缓慢滴入。

(3) 稀释性低钠综合征：多见于严重的心力衰竭伴肾功能减退，长期低盐饮食而未限制水分摄入者。加之缺氧及营养不良等因素，致使细胞代谢失常，细胞外钠内移，细胞内水分外移。表现为乏力、淡漠、恶心、呕吐、尿少；重者有头痛、嗜睡、抽搐、昏迷，血清钠、氯化物降低，血钾增高及氮质血症。治疗可用利尿剂，严格限盐、限水，每日入水量限于300~500ml内。

(四) 积极治疗病因及诱因

积极治疗基本病因，如贫血性心脏病的纠正贫血，高血压性心脏病的降压治疗，甲状腺功能亢进性心脏病的调整甲状腺功能等，均为治疗心力衰竭的重要环节。及时控制感染、心律失常等诱发因素，常可提高心力衰竭的疗效或防止心力衰竭的发生。

(五) 难治性心力衰竭的治疗

凡经上述治疗措施，包括休息、饮食、洋地黄和利尿剂治疗等均不能改善心力衰竭状态者，称为难治性心力衰竭。对此类患者应逐个排除可导致难治性心力衰竭的常见原因，以便采取针对性措施。

1. 有无漏诊，如隐匿型甲状腺功能亢进、贫血等。
2. 有无并发症，如肺部感染、亚急性感染性心内膜炎、电解质紊乱、肺栓塞等。
3. 洋地黄剂量是否适当。
4. 所用利尿剂、血管扩张剂是否合适。
5. 所用药物中有无负性肌力药物如心得安等。
6. 电解质紊乱是否纠正。

二、中医治疗

心功能不全的基本病理以阳气虚衰为本，常伴有水泛血瘀之