

常见疑难病中西医诊治精要

高尚社 秦东风 元旭红 陈金秒 主编

民族出版社

常见疑难病中西医诊治精要

主 编：高尚社 秦东风 元旭红 陈金秒

副主编：王 敏 刘 新 席新生 程 静

刘玉霞 行孟霞 韩虹虹 开 雁

张风香 陈金红 张 冰

编 委：按姓氏笔画

马爱萍 马玮莉 刘殿选 安志民

李纯冰 李宗伟 李 项 吴豪阳

张甲辰 张玉峰 张文玲 张利民

张秋怀 周 弘 周 允 周 丽

段 赞 高欣铎 路永平 雷同森

鲍丽霞

目 录

冠状动脉粥样硬化性心脏病	(1)
高血压病	(8)
慢性肺源性心脏病	(18)
病态窦房结综合征	(22)
慢性心功能不全	(29)
高脂血症	(38)
三叉神经痛	(46)
癫痫	(52)
脑血管性痴呆	(61)
血管神经性头痛	(67)
脑动脉粥样硬化症	(73)
脑血栓形成	(81)
脑出血	(90)
胃溃疡	(97)
胃炎	(102)
溃疡性结肠炎	(106)
肝硬化	(111)
乙型病毒性肝炎	(118)
支气管哮喘	(126)
肥胖症	(134)
糖尿病	(138)
慢性肾盂肾炎	(147)
肾病综合征	(153)
慢性肾小球肾炎	(161)
慢性肾功能衰竭	(170)
急性肾小球肾炎	(184)
甲状腺功能亢进症	(191)
白细胞减少症	(198)
再生障碍性贫血	(203)
股骨颈骨折	(209)
膝关节半月板损伤	(213)
股骨头缺血性坏死	(217)
腰椎间盘突出症	(221)
坐骨神经痛	(226)
颈椎病	(230)
肩周炎	(235)
尿石症	(239)
胆石病	(246)

前列腺增生·····	(253)
血栓性静脉炎及深部静脉血栓形成·····	(257)
肾结石·····	(264)
子宫肌瘤·····	(270)
痛经·····	(276)
功能性子宫出血·····	(280)
不孕症·····	(288)
老年性白内障·····	(296)
原发性视网膜色素变性·····	(302)
原发性急性闭角青光眼·····	(308)
视网膜中央静脉阻塞·····	(315)
视网膜中央动脉阻塞·····	(320)
复发性口腔溃疡·····	(325)
白塞病·····	(332)
口腔扁平苔藓·····	(337)
慢性牙周炎·····	(341)
颞下颌关节功能紊乱综合征·····	(345)
慢性鼻炎·····	(349)
过敏性鼻炎·····	(354)
慢性化脓性中耳炎·····	(358)
慢性咽炎·····	(362)
肺癌·····	(366)
食管癌·····	(373)
原发性肝癌·····	(383)
胃癌·····	(391)
大肠癌·····	(398)

冠状动脉粥样硬化性心脏病

西医

【概述】

冠状动脉粥样硬化性心脏病，简称冠心病，是由于冠状动脉粥样硬化导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病。由于冠状动脉粥样硬化部位病变程度的不同又可分为多个类型。1979年世界卫生组织（WHO）将其分为原发性心脏骤停、心绞痛、心肌梗塞、心力衰竭、心律失常等5种。本章重点讨论冠心病心绞痛。

心绞痛是冠状动脉供血不足，心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征。其特点为阵发性的前胸压榨性疼痛感觉，可伴有其他症状，疼痛主要位于胸骨后部，可放射至心前区与左上肢，常发生于劳动或情绪激动时，持续数分钟，休息或用硝酸酯制剂后消失。多见于男性，多数病人在40岁以上，劳累、情绪激动、饱食、受寒、阴雨天气、急性循环衰竭等为常见的诱因。

【诊断】

（一） 临床表现

1. 心绞痛：典型的心绞痛是发作性胸骨后疼痛。发作时常伴面色苍白，出冷汗，极度疲乏，心悸、胸闷、头晕，甚至晕厥、呼吸困难等，心绞痛有以下特点：

（1）疼痛发作常有诱因：情绪激动、体力劳动、登山、登楼、饱餐、吸烟等。

（2）疼痛部位：典型的部位为胸骨上、中段、胸骨后，稍偏左，有时可波及心前区。疼痛常放射到左肩、左臂前内侧到无名指、小指，放射到颈、咽、下颌、牙齿、左肩胛、上腹部。

（3）疼痛性质：呈压榨性、憋闷性或窒息性疼痛，痛重时伴出汗。

（4）疼痛持续时间：约1~5分钟，很少超过15分钟，休息可逐渐缓解，舌下含化硝酸甘油后常在1~2分钟内缓解。

2. 体征：部分患者心绞痛发作时可出现暂时性血压升高、窦性心动过速、心尖部第四心音、心尖区第一心音亢进，心尖区收缩期杂音及收缩中、晚期喀喇音。

3. 心绞痛的临床类型

1979年国际心脏病学会和协会及世界卫生组织对心绞痛的分类为：（1）劳力型心绞痛，包括初发、稳定和恶化劳力型；（2）自发型心绞痛，包括发作时ST段下降以及发作时ST段抬高的变异型心绞痛。将初发劳力型、恶化劳力型和自发型统称为不稳定性心绞痛。劳力性心绞痛是由运动或其他增加心肌需氧量的情况所诱发的心绞痛。自发性心绞痛的发作与心肌需氧量无明显关系，与劳累性心绞痛相比，疼痛持续时间一般较长，程度较重，且不易为硝酸甘油所缓解。近年来又提出混合性心绞痛：由冠状动脉的病变使冠状动脉血流贮备固定地减少，同时又发生短暂的再减损所致，兼有劳累性和自发性心绞痛的临床表现。

（二） 辅助检查

1. 心电图检查：

典型心绞痛：发作时I、avL、V4~6导联显示S-T段呈水平型或见下垂型压低0.05mm以上。S-T段及R波下降支的相交角 $>90^\circ$ 。发作停止后心电图可恢复正常。

运动试验：双倍二级梯运动试验，或平板或踏车运动试验在极量运动，或亚极量运动时，如表现有 S-T 段水平或下斜型压低 $\geq 0.1\text{mv}$ ，持续 0.08 秒者属阳性。运动试验诱发心绞痛，更具诊断价值。

2. 超声波检查：左冠状动脉及分支管腔变窄，管壁不规则增厚及回声增强。心绞痛发作时或运动后局部心肌运动幅度减低或无运动及心功能减低。

3. 冠状动脉造影：可发现由动脉粥样硬化引起的狭窄性病变及其确切部位、范围和程度，并能估计狭窄处远端的管腔情况。

(三) 诊断标准：

(全国中西医结合防治冠心病、心绞痛及心律失常研究座谈会修订 1979 年 9 月上海)

1. 有典型心绞痛发作，而无重度主动脉瓣狭窄、关闭不全、主动脉炎，也无冠状动脉栓塞或心肌病的证据。

2. 男性 40 岁，女性 45 岁以上的病人，休息时心电图有明显心肌缺血表现，或心电图运动试验阳性，无其他原因（各种心脏病、植物神经功能失调、显著贫血、阻塞性肺气肿、服用洋地黄、电解质紊乱）可查，并有下列三项中的二项者：高血压、高胆固醇血症、糖尿病。

3. 40 岁以上病人有心脏增大，或心力衰竭，或乳头肌功能失调伴有心电图明显心肌缺血表现，而不能用心肌疾病或其他原因解释，并有下列三项中的二项者：高血压、高胆固醇血症、糖尿病。

心绞痛分型：

1. 稳定性心绞痛：大多数为动力型心绞痛。在 3 个月时间内，心绞痛诱因、次数及持续时间不变。

(1) 劳力型心绞痛

I 级：较日常生活重的体力活动引起心绞痛。日常活动无症状，如平地小跑、快速或持重物上三楼、上陡坡引起心绞痛。

II 级：日常体力活动引起心绞痛。日常活动稍受限。如在正常条件下步行 3~4 站（1.5~2km），上三楼、上坡等引起心绞痛。

III 级：较日常活动轻的体力活动引起心绞痛，日常活动明显受限。如在正常条件下常速步行 1~2 站路（0.5~1km），上二楼、小坡引起心绞痛。

IV 级：轻微体力活动（如在室内缓行）引起心绞痛。严重者休息时亦发生心绞痛。

(2) 非劳力型心绞痛

a. 情绪激动性（包括精神紧张）。

b. 卧位性（包括夜间心绞痛）。

非劳力型心绞痛症状分级：

轻度：有典型的心绞痛发作，每次持续时间数分钟，每周疼痛至少发作 2~3 次或每日发作 1~3 次，但疼痛不重，有时需口含硝酸甘油。

中度：每天有数次较典型的心绞痛发作，每次持续数分钟到 10 分钟左右，绞痛较重，一般都需口含硝酸甘油。

重度：每天有多次典型心绞痛发作，因而影响日常生活活动（例如大便、穿衣等活动）。每次发作持续时间长，需多次口含硝酸甘油。

2. 不稳定型心绞痛

(1) 进行性心绞痛：在 3 个月内，以劳力型为主的心绞痛其发作次数增加，时间延长。引起发作的活动量也下降，有时甚至在休息时也发作，但不符合“中间综合征”的标准者。

(2) 新近的心绞痛：发生在 1 个月之内的心绞痛，且有进行趋势。

(3) 心肌梗塞后心绞痛：发生于急性心肌梗塞后的 30 天之内的的心绞痛。

(4) 中间综合征：

a. 在 24 小时之内反复心绞痛发作，心绞痛重，时间长，常在 15 分钟以上，诱因不明，在休息时发作，服用硝酸甘油效果差或无效。

b. 血清酶一般正常，或稍升高（不超过正常值的 50%）。

c. 心电图上出现 ST-T 改变，但无异常 Q 波。

3. 变异性心绞痛:

- (1) 有定时发作倾向, 夜间或凌晨发作多见, 无明确诱因。
- (2) 发作时 ST 段抬高。
- (3) 发作心绞痛较重、时间长。

【治疗】

(一) 发作时的治疗

1. 休息: 发作时立刻休息, 一般病人在停止活动后症状即可消除。

2. 药物治疗:

(1) 硝酸甘油: 0.3~0.6mg 片剂, 置于舌下含化, 1~2 分钟即可开始起作用, 约半小时后作用消失。延迟见效或完全无效时提示病人并非冠心病或患严重的冠心病。

(2) 二硝酸异山梨醇: 可用 5~10mg, 舌下含化, 2~5 分钟见效, 作用维持 2~3 小时。或用喷雾剂喷入口腔, 每次 1.25mg, 1 分钟见效。

(3) 亚硝酸异戊酯: 为极易气化的液体, 盛于小安瓿内, 每安瓿 0.2ml, 用时以手帕包裹敲碎, 立即盖于鼻部吸入。作用快而短, 约 10~15 秒内开始起效, 几分钟即消失。在应用上述药物的同时, 可考虑用镇静药。

(二) 缓解期的治疗

使用作用持久的抗心绞痛药物, 下列药物可单独选用、交替应用或联合应用。

1. 硝酸酯制剂

(1) 硝酸异山梨醇: 口服二硝酸异山梨醇 3 次/d, 每次 5~10mg; 服后半小时内起作用, 持续 3~5 小时。单硝酸异山梨醇 20mg, 2 次/d。

(2) 四硝酸戊四醇酯: 口服 3 次/d~4 次/d, 每次 10~30mg; 服后 1~1.5 小时起作用, 持续 4~5 小时。

(3) 长效硝酸甘油制剂: 服用长效片剂使硝酸甘油持续而缓慢释放, 口服后半小时内起作用, 持续可达 8~12 小时, 可每 8 小时服 1 次, 每次 2.5mg。用 2% 硝酸甘油软膏或膜片制剂涂或贴在胸前或上臂皮肤, 作用可维持 12~24h。

2. β -受体阻滞剂

(1) 普萘洛尔: 3 次/d~4 次/d, 每次 10mg, 逐步增加剂量, 用到 20~40mg。

(2) 氧烯洛尔: 3 次/d, 每次 20~40mg。

(3) 吲哚洛尔: 3 次/d, 每次 5mg, 逐步增至 60mg/d。

(4) 索他洛尔: 3 次/d, 每次 20mg, 逐步增至每日 240mg。

3. 钙通道阻滞剂

(1) 维拉帕米: 80~120mg, 3 次/d, 缓释剂 240~480mg, 1 次/d。不良作用有头晕、恶心、呕吐、便秘、心动过缓、血压下降等。

(2) 硝苯地平: 10~20mg, 3 次/d, 亦可舌下含用; 缓释剂 30~80mg, 1 次/d, 不良作用有头痛、头晕、乏力、血压下降、心率增快等。

(3) 新的制剂有: 尼卡地平 10~20mg, 3 次/d, 尼索地平 20mg, 2 次/d, 氨氯地平 5~10mg, 1 次/d, 非洛地平 5~20mg, 1 次/d, 苕普地尔 200~400mg, 1 次/d 等。

4. 冠状动脉扩张剂

(1) 吗多明: 1~2mg, 2 次/d~3 次/d, 不良反应有头痛、面红、胃肠道不适等。

(2) 胺碘酮: 100~200mg, 3 次/d, 也用于治疗快速心律失常, 不良反应有胃肠道反应、药疹、角膜色素沉着、心动过缓、甲状腺功能障碍等。

(3) 卡波罗孟: 75~150mg, 3 次/d。

5. 其他治疗

低分子右旋糖酐或羟乙基淀粉注射液, 250~500ml/d, 静脉滴注 14~30 天为一疗程, 可改善循环的灌流, 用于心绞痛的频繁发作。抗凝剂如肝素、溶血栓药和抗血小板药可用于治疗不稳定型心绞痛。

另外,高压氧治疗可增加全身的氧供应,使顽固的心绞痛得到改善。外科手术治疗,施行主动脉-冠状动脉旁路移植手术、冠状动脉介入治疗等。

(三) 预防

1. 首先要防止动脉粥样硬化的发生和发展。

(1) 膳食总热量勿过高,以维持正常体重为度,40岁以上者尤应预防发胖。正常体重的简单计算方法为:身高(cm数)减110=体重(kg数),超过正常标准体重者,应减少每日进食的总热量,食用低脂、低胆固醇膳食,并限制蔗糖和含糖食物的摄入。

(2) 年过40岁即使血脂不高,也应避免经常食用过多的动物性脂肪和含饱和脂肪酸的植物油,如肥肉、奶油、可可油等;避免多食含胆固醇高的食物,如动物内脏、鱿鱼、蛋黄等。若血脂高者,应食低胆固醇、低动物性脂肪食物,如瘦肉、豆制品等。

(3) 适当的体力劳动和体育活动,以不过多增加心脏负担和不引起不适感觉为原则。体育活动要循序渐进,不宜勉强进行剧烈活动。

2. 对心绞痛缓解期:应尽量避免各种确知足以诱发的因素。一次进食不应过饱;禁绝烟酒;调整日常生活与工作量;减轻精神负担;保持适当的体力活动以不发生疼痛为度;一般不需卧床休息。对初次发作或发作加多、加重,或卧位型、变异型、中间综合征、梗塞后心绞痛等,应予休息一段时间。

中医

【概述】

冠心病属于中医“胸痹”“真心痛”之范畴。对本病的认识最早见于《内经》,汉代张仲景《金匮要略》正式提出胸痹的名称,到了明代,对胸痹的病因有了进一步认识。如《症因脉治·胸痛论》指出:“岐骨之上作痛,乃为胸痛。”“内伤胸痛之因,七情六欲,动其心火,刑及肺金;或拂郁气逆,伤其肺道,则痰凝气结;或过饮辛热,伤其上焦,则血积于内,而闷闷胸痛矣。”总之本病的病因多与寒邪内侵、饮食不当、情志失调、年老体虚等因素有关,其病机有虚实两方面:实为寒凝、气滞、血瘀、痰阻、痹遏胸阳、阻滞心脉;虚为心脾肝肾亏虚,心脉失养。临床表现虚实夹杂,多属本虚标实之证。

【辨证施治】

(一) 心血瘀阻

主症:胸部刺痛,固定不移,入夜更甚,时或心悸不宁,舌质紫暗,脉象沉涩。

治则:活血化瘀,通络止痛。

方药:血府逐瘀汤加减。

当归 15g、赤芍 12g、川芎 10g、桃仁 10g、红花 10g、柴胡 10g、枳壳 10g、降香 9g、郁金 10g、元胡 10g。

(二) 痰浊壅塞

主症:胸闷如室而痛,或痛引肩背,气短喘促,肢体沉重,形体肥胖,痰多苔浊腻,脉滑。

治则:通阳泄浊,豁痰开结。

方药:瓜蒌薤白半夏汤加味。

瓜蒌 20g、半夏 10g、薤白 10g、干姜 8g、陈皮 12g、白蔻仁 10g。

(三) 阴寒凝滞

主症:胸痛彻背,感觉痛甚,胸闷气短,心悸,重则喘息,不能平卧,面色苍白,四肢厥冷,舌苔白,脉沉细。

治则:辛温通阳、开痹散寒。

方药:瓜蒌薤白白酒汤加减。

瓜蒌 20g、薤白 10g、桂枝 8g、制附子 8g、枳实 10g、丹参 20g。

(四) 心肾阴虚

主症：胸闷且痛，心悸盗汗，心烦不寐，腰酸膝软，耳鸣，头晕，舌红或有紫斑，脉细数或细涩。

治则：滋阴益肾，养心安神。

方药：左归饮加减。

熟地 20g、山萸肉 10g、枸杞子 10g、山药 10g、茯苓 10g、麦冬 10g、五味子 10g、柏子仁 10g、当归 10g、丹参 15g、甘草 3g。

(五) 气阴两虚

主症：胸闷隐痛，时作时止，心悸气短，倦怠懒言，面色少华，头晕目眩，遇劳则甚，舌偏红或有齿印，脉细弱无力，或结代。

治则：益气养阴，活血通络。

方药：生脉散合人参养营汤加减。

人参 6g、黄芪 20g、白术 15g、茯苓 10g、麦冬 10g、生地 10g、当归 10g、白芍 10g、远志 12g、五味子 10g、甘草 6g。

(六) 阳气虚衰

主症：胸闷气短，甚则胸痛彻背，心悸，汗出，畏寒，肢冷，腰酸，乏力，面色苍白，唇甲淡白或青紫，舌淡白或紫暗，脉沉细或沉微欲绝。

治则：益气温阳，活血通络。

方药：参附汤合右归饮加减。

人参 6g、附子 10g、肉桂 6g、熟地 20g、山萸肉 15g、枸杞子 12g、杜仲 10g。

【单方、验方、中成药】

1. 制附子 15g (先煎)、干姜 6g、肉桂末 3g (冲服)、当归 12g、细辛 6g、薤白 30g、赤芍 10g、白芍 10g、黄芪 30g、乳香 10g、没药 10g、萆薢 10g、炙甘草 6g、水煎服，日 1 剂，连服 1 个月。可预防和减少心绞痛的发作 (《百病良方》第三集科学技术文献出版社重庆分社·1989; 43)。

2. 芍药 50g、甘草 10g、沙参 20g、麦冬 20g、生地 30g、当归 30g、枸杞 15g、川楝子 10g、郁金 12g、鸡血藤 30g、全虫 10g、蜈蚣 2 条。水煎服日 1 剂，适用于冠心病心绞痛每因情绪激动而诱发者 (出处同上)。

3. 旋覆花 9g、桃仁 9g、沉香 4.5g、青葱管 7 条、田七 4.5g。每日 1 剂水煎服，连服 10 余剂，用于心绞痛 (《祖传秘方大全》北京科学技术出版社。1990; 70)。

4. 冠心安口服液：由川芎、三七、元胡、柴胡、牛膝、冰片、炙甘草等组成。每次 100ml，每日 2 次，4~8 周为 1 疗程，对心绞痛、心电图均可改善。

5. 活心丸：人参、附子、红花、牛黄、熊胆、灵芝、麝香、蟾酥、珍珠、冰片等。每次 1~2 次，每日 2 丸，2 周为 1 疗程。

6. 复方丹参注射液：每支 1ml，内含降香、丹参各 1g，肌肉注射，每次 2ml，每日 1~2 次，2~4 周为 1 疗程。

7. 冠心Ⅱ号：由丹参、川芎、赤芍、降香、红花组成，每日 3 次，每次 6 片。

8. 心绞痛灵：由细辛、白芷、牙皂、冰片、麝香等组成，心绞痛发作时口含 1 片。一般 3 分钟止痛。

9. 冠芍片：由三七、赤芍、佛手、泽泻、甘草等组成。每日 3 次，每次 3 片。有活血理气、改善冠脉循环作用。

10. 自制血脉通冲剂：根据精血同源、痰血同瘀的观点，用化痰降浊祛瘀法治疗心绞痛，药物有海藻、贝母、黄芪、肉桂、地龙、元胡、制成冲剂，每包 20g，每日 3 次，每次 1 包。疗程为 6 周。结果：心绞痛 74 例，有效率为 85.13%；心电图疗效，74 例有效率为 66.22%。(《中西医结合杂志》·1989; (2); 79)。

11. 补肾方：由熟地、制首乌、枸杞、制附子、肉桂、补骨脂、黄芪、党参、炙甘草组成。于书文认为肾虚是冠心病病因学的重要基础，肾脏阴阳虚衰和失调，引起心脏及其经脉失于温养濡润而造成本病。治疗应以补肾固本为主，本方治疗冠心病 30 例，结果：心绞痛有效率 96%，心电图有效率 66.67%。(《山东中医学院学报》·1982; (1); 7)。

12. 益母草注射液：加入 5% 葡萄糖液 500ml，静脉滴注，每日 1 次，14 天为 1 疗程。治疗 40 例，显

效14例,有效15例。本药可增加冠脉流量,减慢心率,改善微循环。(《实用中西医结合诊断治疗学》中国医药科技出版社·1997;333)。

13. 川芎嗪:齐华阁等治疗冠心病不稳定型心绞痛50例。先采用常规抗心绞痛西药(硝酸酯类、 β 阻滞剂和钙拮抗剂)治疗10天未见好转者加用川芎嗪120mg静脉滴注,每日1次,共10天,于治疗前后每3天描记相同导联心电图1次,共6次。治疗结果:显效26例,有效19例,总有效率76.3%。心电图疗效:显效17例,改善19例,心电图总有效率61.0%。(《中国中西医结合杂志》·1995;(10):617)。

【其他疗法】

1. 体针:心俞、厥阴俞为主穴。配穴为内关、膻中、通里、间使、足三里等穴。辨证选穴:心阴虚加三阴交、神门、太溪;心阳虚加关元、气海;阴阳两虚加三阴交、关元;痰瘀闭阻加膻中、丰隆、肺俞;气滞血瘀加郁门、少海等。每日1次,每次3~5穴,10~15次为1疗程,用中、轻刺法,背部俞穴针感要求向心传导或上下走窜。留针20分钟。

2. 耳针:主穴为心、皮质下、神门、交感,配穴用内分泌、肾、胃,每次3~5穴。亦可用王不留行籽压埋,每日按压2~3次,心绞痛发作即可按压。

3. 脐疗:石菖蒲100g、生山楂100g、川芎100g、赤芍500g、党参100g、葶苈子100g。用4000ml水浸2小时,煎30分钟,取滤液,再加水复煎1次,两次滤液混合,浓缩成稠液,加郁金粉150g,烘干压粉,装瓶备用。每次药粉100mg,放入脐中,上压一干棉球,胶布固定,24小时换药1次。

4. 贴敷:丹参、当归、川芎、红花、乳香、没药、公丁香等分,加工制成“冠心止痛膏”分别贴于心前区膻中穴或心俞穴、内关穴,每次任选2穴,各贴1张,间隔6~12小时。1周为1疗程。

5. 宽胸气雾剂:细辛、良姜、荜茇、檀香经提取挥发油后制成气雾剂,心绞痛发作时,将药剂对准其口舌部,喷射1~3次即可止痛。

6. 气功:选练强壮功或放松功,取卧式或坐式。意守丹田,自然呼吸,每日作功2~3次,每次30~60分钟,意守内关、膻中、劳宫穴等。辅以揉擦涌泉,按摩内关、合谷、膻中、三阴交、足三里等穴。或采用养心站桩功和慢步行走功相互配合的方法。

研究进展

【病因病机的研究】

关于本病的病因病机最早多以血瘀之论,如《素问·痹论篇》说:“心痹者,脉不通”。“痹……在于脉则血凝而不流;”《素问·脉要精微论》说:“脉者,血之府也,……则心痛。”明确指出“血凝而不流”导致心脏脉络不通。而张仲景则指出本病因虚而致,如《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》中指出:“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也;今阳虚知其在在上焦,所以胸痹心痛者,以其阴弦故也。”已故著名中医蒲辅周指出:“冠心病属虚者多,而实者少。”而冠心病的本质是何脏之虚,邝安¹教授指出:其位在心,其本在肾。主要累及心、肾两脏,其次是脾脏,乃此三脏之虚亏。心气虚,心阳不振,可导致血脉瘀阻,或津凝为痰,痰浊阻络,而致不通则痛。心气不足,心阳不振进一步发展,将耗伤肾之阳气,易引起阳虚甚则阳脱。心之阳气虚弱、痹阻、火不生土、可影响脾气的健运。气虚或阳衰则脾失运化,津凝为痰,痰湿痹阻,气血失和。因此,痰湿痹阻也是冠心病心绞痛较常见的标证之一。有学者²把冠心病的病因病机概括为内因、外因两种。内因包括:心脏本身的阳气不足、心气不匀,致血流不畅,而见心悸、胸闷心痛之症;肾虚包括肾阴虚不能滋养心阴,肾阳虚不能温养心阳两种病理过程;膏粱厚味,脾胃损伤,运化失司,痰浊内生而发病;肝失疏泄,气机不畅,气滞血瘀,不通则痛。外因包括:劳思过度,损伤心脾;郁怒伤肝,惊恐伤肾;风寒邪气乘心,大寒之气直逼心胸。

【辨证施治的研究】

关于冠心病的辨证分型较为复杂,各地医家观点颇不一致。刘氏³将本病分为:心络受阻,气滞血瘀型,以血府逐瘀汤为主;胸阳不振、心脉痹阻型,以瓜蒌、薤白、陈皮、半夏、丹参、桂枝、石菖蒲、党参、玄参等为主;阴阳两虚、气血不足型、以炙甘草汤为主;脾虚聚痰阻遏心络型,以导痰汤加减;肝肾

阴虚、心血瘀阻型，以养阴通痹汤加减（生地、麦冬、女贞子、全瓜蒌、红花、五味子、玄胡、党参、玉竹、枸杞子）。马氏⁴将本病分为：气阴两虚型，用炙甘草汤合生脉饮加减；血瘀痰浊交阻型，用温胆汤或导痰汤加减；寒凝络阻型用瓜蒌薤白半夏汤合枳实薤白桂枝汤加减；气虚痰浊型，用瓜蒌薤白半夏汤、桂枝人参汤加减；阴虚阳亢型用天麻钩藤饮加减；气滞血瘀和气虚血瘀型，均用血府逐瘀汤加减。治疗120例，总有效率为95.85%，心电图总有效率为71.7%。1980年5月在广东省新会县召开的“全国冠心病辨证论治研究座谈会”讨论制定了“冠心病中医辨证诊断的试行标准”，其显著特点是突出了本虚标实这个基本病机，其中标实证中包括血瘀、痰湿、气滞、寒凝；本虚证包括气虚、阴虚。痰湿又有寒热之分；阴虚有心阴虚和肝肾阴虚之别；气虚则有心气虚、肾气虚之不同，气虚甚则为阳虚而有心阳虚、脾阳虚、肾阳虚，亦可出现阳脱。按照《中华人民共和国中医药行业标准》将胸痹心痛分为心血瘀阻、痰浊内阻、寒凝心脉、心气虚弱、心肾阴虚、心肾阳虚等六型，对指导冠心病心绞痛的中医学辨证规范化及辨证治疗起了积极的促进作用。

【中西医结合研究】

中西医结合治疗冠心病心绞痛是目前使用非常普遍的方法。如朱万寿⁵应用丹参注射液16~18ml加入低分子右旋糖酐500ml中静滴，每日1次，2周为1疗程；口服参芪精10ml，每日3次，同时配合用潘生丁25mg，每日3次，心痛定10mg，每日3次，与单纯应用西药相比，中西医结合组心绞痛缓解和心电图缺血改善总有效率、眼底视网膜动脉硬化好转率均明显优于西药组。马伯涵⁶应用中药搐鼻散（丹参45g，川芎30g，人参、泽泻、首乌、红花、姜黄、路路通各15g，五灵脂、石菖蒲各12g，苏合香、安息香、乳香各10g，朱砂、冰片各5g，研极细末，过120目筛，密封备用）0.3g放鼻孔内吸入，日6~10次；用复方利血平1片。心得平20mg、消心痛10mg，日3次口服。结果：共治疗冠心病心绞痛56例；显效39例，有效12例，无效5例，总有效率91.07%，心电图有效率78.57%。

【活血化瘀法的研究】

有人指出冠心病心绞痛患者70%以上具有瘀血的表现，活血化瘀类方是中医治疗心绞痛运用最早、使用最多的方剂。廖氏⁷总结北京地区冠心病协作组以冠心Ⅱ号（丹参、赤芍、川芎、红花、降香）治疗心绞痛600例，近期心绞痛显效率25.8%，总有效率83%，心电图总有效率25.5%，治疗后硝酸甘油停减率为74.2%，未见明显副作用。后又观察164例经用该方治疗1~4年患者，心绞痛的显效率为19.51%~45.98%，总有效率89.63%~93.88%。心电图的显效率为：11.79%~29.17%，总有效率为37.14%~66.67%。而长期治疗组的疗效优于短期治疗组，尤以心电图的疗效更为明显。据研究表明：本品有增加血小板cAMP含量，抑制血小板聚集，增加纤维蛋白溶解活性和降低纤维蛋白稳定因子的作用。这些协同作用有利于阻止动脉血栓和粥样硬化的形成，同时该方还具有扩张冠状血管，增加血流量，改善外周循环，对脑垂体后叶素引起的心肌缺血有保护作用，对平滑肌有解痉和缓解疼痛、增高肌体耐缺氧能力等作用。蒋氏⁸用气血冲剂治疗气虚血瘀型冠心病心绞痛30例，总有效率90%。本品可提高患者运动耐量和血浆6-keto-PGF_{1a}水平，降低血浆TXB₂含量及TXB₂/6-keto-PGF_{1a}的比值。王氏⁹痰瘀同治用自拟心痛宁方治疗心绞痛82例，药以当归、丹参、瓜蒌、红花、川芎、薤白、厚朴、桔梗、檀香为主，血瘀较重时加蒲黄、五灵脂、乳香、元胡。可随证加减。1月为1疗程，显效47例，有效31例，无效4例，总有效率95%。ST-T有改变者57例，治疗后复常21例，基本正常30例，无变化6例。已故著名中医蒲辅周在治疗冠心病时主张活血顺气，曾设计一张“两和散”方，药用人参、丹参、鸡血藤、血竭或藏红花、琥珀、石菖蒲、炒没药、香附、远志、茯神共研细末，每服1.5~3g，日服3次。该药长期服用安全、有效、无副作用，是通补兼施的一张好方子。湖南中医药研究所¹⁰用心舒三号方（生蒲黄、红花、莪术、降香、党参）实验观察，可增加离体兔心冠脉流量和小鼠心肌营养血流量，提高小鼠耐缺氧能力，改善金黄鼠甲襞微循环，对抗垂体后叶素所致的家兔急性心肌梗死。

【实验研究】

近年来许多医家对冠心病进行了实验研究。如周光琨¹¹用黄杨宁治疗服药前后观察了甲襞微循环的变化，患者22例，经本品治疗后甲襞微循环表现管袢数减少的14例中，改善7例；输入支管径狭窄14例，改善3例；输出支狭窄22例，改善5例。流速呈粒线流者8例均转为正常，有红细胞聚集现象9例，消失5例；袢周状态袢顶瘀血15例，改善明显8例，好转4例；6例表现为乳头平者好转4例。甲襞微循环

总积分从 2.495 ± 0.248 下降至 1.909 ± 0.819 , 治疗前后比较有显著差异 $P < 0.01$ 。认为本品具有扩张冠状动脉、增加冠脉流量的作用, 还可改善微循环中的浓、粘、凝、聚现象, 可使微血管管径扩张、血流改善。于书文¹²认为肾虚是冠心病病因学的重要基础, 用自拟补肾基础方治疗冠心病, 在治疗前后测定左室收缩功能、血脂、免疫功能、内分泌机能的变化, 发现补肾治疗不仅能提高心绞痛、心电图的疗效, 而且能消除高血压、高血脂等冠心病易患因素, 并能提高和调整机体内分泌和免疫机能, 消除冠心病的内在发病基础。复方丹参注射液广泛应用于临床治疗心绞痛, 并取得了较好的疗效。廖家祯¹³等通过实验表明: 本品有增加冠脉血流量, 改善心肌的血液循环、血液粘度和微循环, 减少结扎冠脉后受损部心肌毛细血管损伤, 保护缺氧心肌防止或减轻其超微结构变化, 增强纤维蛋白溶解、抗凝, 以及提高小白鼠耐缺氧力和减弱高脂血清对体外平滑肌细胞增殖的刺激等作用。丹参酮 II - A 磺酸钠在 8mg/kg 剂量下、对体外循环中犬血小板数量, 功能以及红细胞形态均有显著保护作用。武汉医学院¹⁴用自拟的益气化痰汤作实验表明: 可降低动脉粥样硬化兔的血浆及虹膜胆固醇水平, 防止主动脉粥样硬化的形成和发展, 减轻冠状动脉粥样硬化的病变程度。总之, 中药在治疗冠心病心绞痛方面的作用机理比较复杂, 其药理作用可归纳为如下十个方面: ①扩张冠状动脉, 增加冠脉血流, 使心肌缺血改善; ②减少机体耗氧量, 提高机体耐缺氧能力; ③增强心肌收缩力; ④加速缺血的恢复, 保护心肌结构; ⑤减少血浆 TXA₂ 含量, 缓解冠状动脉痉挛; ⑥调节心肌细胞内 cAMP 含量及其与 cGMP 之比值, 保持心肌细胞内环境的稳定; ⑦促进心肌细胞内 ATP 合成, 增加心肌细胞的能量供应; ⑧对受损血管具有加速其修复功能; ⑨对抗血小板聚集; ⑩对血液流变学指标的改善具有一定的影响。

参考文献

1. 邝安·中西医结合杂志·1989; (6): 331
2. 江西中医学院·中医药文献汇编·1976;
3. 刘时尹·四川中医·1985; (2): 13
4. 马静娴·黑龙江中医药·1991; (2): 13
5. 《疑难危重病证临床研治新论》中国医药科技出版社·1996: 21
6. 马伯涵·陕西中医·1993; (3): 100
7. 《心血管疾病研究》上海科技出版社·1988
8. 蒋宏伟·中国中西医结合杂志·1992; (11): 663
9. 王晓峰·新疆中医药·1993; (1): 15
10. 张璧安·湖南中西医结合论文选编 (一) 1981: 36
11. 周光珉·中成药·1992; (9): 23
12. 黄惠勇·中国中医药科技·1997; (6): 329
13. 《心血管疾病研究》上海科技出版社·1988
14. 武汉医学院文化教研室·中医杂志·1980; (4): 75
15. 《疑难危重病证临床研究新论》中国医药科技出版社·1996。

高血压病

西医

【概述】

高血压是最常见的心血管疾病之一, 尤其在中老年人群。其最主要的临床特点是体循环动脉压升高,

可表现为收缩压升高，舒张压升高或二者均升高。长期高血压可影响重要脏器尤其是心、脑、肾的功能，甚至导致脏器功能衰竭造成患者的病残或死亡。

正常人的动脉压受多种因素影响，在神经体液因子作用下，血压可在短期内出现较大幅度的波动，应激状态、情绪激动、紧张、激烈运动时血压可明显升高。血压，主要是收缩压可随年龄而增高。舒张压也有类似变化，但60岁以后却有下降趋势。人群中动脉压水平呈一连续的钟形分布，因此，明确地在高血压和正常血压间划出界限是十分困难的。目前诊断成人高血压时多采用世界卫生组织（1978年）建议使用的标准。

（一）正常血压 收缩压 18.6KP（140mmHg）或以下，舒张压（以声音消失为准）12.0KP（90mmHg）或以下。

（二）高血压 收缩压 21.3KP（160mmHg）或以上，和（或）舒张压，12.7KP（95mmHg）或以上。

（三）临界高血压 血压值在正常和高血压之间。

我国1978年前和美国1984年建议的舒张期高血压标准为90mmHg（12KP）。儿童高血压标准应低于上述数值，但尚无较一致的数值界限。近年提出用千帕斯卡（KPa）代替毫米汞柱作为血压的计量单位（1KPa=7.5mmHg），但临床上仍沿用后者。以往诊断高血压时偏重于参考舒张压的水平，目前认为收缩期高血压对病人（尤其是老年人）的危害程度并不亚于舒张期高血压，单纯收缩期高血压升高而无舒张期升高称之孤立性收缩期高血压，见于动脉硬化，特别是动脉硬化，为动脉壁顺应性减低所致；也见于高动力循环状态如交感神经兴奋、甲状腺功能亢进、运动、发热、贫血、脚气病等和体循环动脉粥样硬化（如周围动脉粥样硬化、动脉导管未闭），为心排血量增高所致；还见于完全性房室传导阻滞和主动脉瓣关闭不全，为心搏量增高所致。

高血压作为一个综合症可见于两类疾病之中：

1. 原发性高血压：又称为高血压病，是病因尚未十分明确而以高血压为主要临床表现的一种独立疾病，占有高血压病的90%以上。

2. 继发性高血压：又称症状性高血压，此种高血压是某些疾病的一部分表现，可为暂时性或为持久性，在高血压病人中占10%以下。临床上虽较少见，但如治愈了原发病可能使血压不再增高。本章主要介绍原发性高血压，即高血压病。

【诊断】

（一）临床表现：高血压病根据起病和病情进展的缓急及病程的长短可分为两型，缓进型和急进型高血压，前者又称良性高血压，绝大部分患者属此症，后者又称恶性高血压，仅占高血压患者的1%~5%。

1. 缓进型高血压病 多为中年后起病，有家族史者发病年龄可较轻。起病多数隐匿，病情发展慢，病程长。早期患者血压波动，血压时高时正常，为脆性高血压阶段，在劳累、精神紧张、情绪波动时易有血压升高，休息，去除上述因素后，血压常可降至正常。随着病情的发展，血压可逐步升高，趋向持续性或波动幅度变小。病人的主观症状和血压升高的程度可不一致，约半数病人无明显症状，只是在体格检查或因其他疾病就医时才发现有高血压，少数病人则在发生心、脑、肾等器官的并发症时才明确高血压病的诊断。

病人可头痛，多发在枕部，尤易发生在睡醒时，尚可头晕、头胀、颈部板滞感，耳鸣、眼花、健忘、注意力不集中、失眠、烦闷、乏力、四肢麻木、心悸等。这些症状并非都是由高血压直接引起，部分是高级神经功能失调所致，无临床特异性。此外，尚可出现身体不同部位的反复出血，如眼结膜下出血、鼻衄、月经过多、少数有咯血等。

早期病人由于高血压波动幅度大，可有较多症状，而在长期高血压后，即使在血压水平较高时也可无明显症状，因此，不论有无症状，病人应定期随访血压。随着病情的发展，血压明显而持续性地升高，则可出现脑、心、肾、眼底等器质性损害和功能障碍，并出现相应的临床表现。在并发动脉粥样硬化时，其收缩压增高常较显著，并发心肌梗塞或发生脑溢血后，血压可能降至正常，并长期或从此不再升高。

（1）脑部表现 头痛、头晕和头胀是高血压病常见的神经系统症状，也可有头部沉重或颈项板紧感。

高血压直接引起的头痛多发生在早晨，位于前额、枕部或颞部，可能是颅外颈动脉系统血管扩张，其脉搏振幅增高所致。这些病人舒张压很高，经降压药物治疗后头痛可减轻。高血压引起的头晕可分为暂时性或持续性，伴有眩晕者较少，与内耳迷路血管性障碍有关，经降压药物治疗后也可减轻，但要注意有时血压下降得过多可引起头晕。

高血压病时并发的血管病统称脑血管意外，可分两大类，①缺血性梗塞，其中有动脉粥样硬化血栓形成、间隙梗塞、栓塞、暂时性脑缺血和未定型等各种类型。②出血，有脑实质和蛛网膜下腔出血。大部分脑血管意外仅涉及一侧半球而影响对侧身体的活动，约15%可发生在脑干而影响两侧身体。根据脑血管病变的种类、部位、范围和严重程度，临床症状有很大的差异，轻者仅出现一时的头昏、眩晕、失明、失语、吞咽困难，口角歪斜、肢体活动不灵甚至偏瘫，但可在数分钟至数天内逐渐恢复。重者突然出现肢体偏瘫，口角歪斜、可有呕吐、大小便失禁，继之昏迷，呼吸深沉有鼾音，瞳孔大小不对等，反射迟钝或消失，出现软瘫或病理征，部分病人颈部阻力增加，也可只出现昏迷而无中枢神经定位表现。严重病例昏迷迅速加深，血压下降，出现呼吸不规则、阵—施氏呼吸等，可在数小时至数天内死亡。昏迷不深者可在数天至数周内逐渐清醒，但部分临床症状不能完全恢复，留下不同程度的后遗症。

脑出血起病急，常在情绪激动、用力抬物或大便时，因血压突然升高而骤然发病，病情一般也较重。脑梗塞的发病也急。脑动脉血栓形成起病较缓，多在休息或睡眠时发生，常先有头晕、肢体麻木、失语等症状，然后逐渐发生偏瘫，一般无昏迷或仅有昏迷。

(2) 心脏表现 血压长期升高增加了左心室的负担，左心室因代偿而逐渐肥厚、扩张形成了高血压性心脏病。

近年来研究发现，高血压时心脏最先受影响的是左室舒张期功能。左心室肥厚时舒张期顺应性下降，松弛和充盈功能受影响，甚至出现在临界高血压和左心室无肥厚时，这可能是由于心肌间质已有胶原组织沉积和纤维组织形成之故，但此时病人可无明显临床症状。

出现临床症状的高血压性心脏病多出现在高血压病起病数年至十余年之后。在心功能代偿期，除有时感心悸外，其他心脏方面的症状可不明显。代偿功能失调时，则可出现左心衰竭症状，开始时在体力劳累、饱食和说话过多时发生气喘、心悸、咳嗽，以后呈阵发性的发作，常在夜间发生，并可有痰中带血等，严重时或血压骤升高时发生肺水肿。反复或持续的左心衰竭可影响右心室功能而发展为全心衰竭，出现尿少、水肿等症状。在心脏未增大前，体检可无特殊发现，或仅有脉搏或心尖搏动较强有力，主动脉瓣区第二心音因主动脉舒张压升高而亢进。心脏增大后，体检可发现心向左、向下扩大；心尖搏动强而有力，呈抬举样；心尖区或（和）主动脉瓣区可听到Ⅱ～Ⅲ级收缩期吹风样杂音。心尖区杂音是左心室扩大导致相对性二尖瓣关闭不全或二尖瓣乳头肌功能失调所致；主动脉瓣区杂音是主动脉扩张导致相对主动脉瓣狭窄所致。主动脉瓣区第二心音因主动脉及瓣膜硬变而呈金属音调，可有第四心音。心力衰竭时心率增快，出现紫绀，心尖区可闻及奔马律，肺动脉瓣区第二心音增强，肺底出现湿罗音，并可有交替脉，后期出现颈静脉怒张、肝肿大、下肢水肿、腹大和紫绀加重等。

由于高血压可促进动脉粥样硬化，部分病人可因合并冠状动脉粥样硬化性心脏病而有心肌梗塞等表现。

(3) 肾脏表现 肾血管病变的程度和血压高度及病程密切相关。实际上，无控制的高血压病患者均有肾脏的病变，但在早期可无任何临床表现。随病程的进展可出现蛋白尿，但如无合并其他情况，如心力衰竭和糖尿病等24小时尿蛋白总量很少超过1g，控制高血压可减少尿蛋白。可有血尿，多为显微镜血尿，少见有透明和颗粒管型。肾功能失代偿时，肾浓缩功能受损，可出现多尿、夜尿、口渴、多饮等，尿比重逐渐降低，最后固定在1.010左右，称等渗尿。当肾功能进一步减退时，尿量可减少，血中非蛋白氮、肌酐、尿素氮常增高，酚红排泄试验示排泄量明显减低，尿素廓清率或肌酐廓清率可明显低于正常，最终出现尿毒症。但是，在缓进型高血压病，病人在出现尿毒症前多数已死亡于心脑血管并发症。

2. 急进型高血压 在未经治疗的原发性高血压病人中，约1%发展成急进型高血压，发病可较急骤，也可发病前有病程不一的缓进型高血压病史。男女比例约3:1，多在青中年发病，近年来此型高血压已少见，可能和早期发现轻中度高血压病人并及时有效的治疗有关。其发现基本上与缓进型高血压病相似，但症状如头痛等明显，病情严重，发展迅速，视网膜病变和肾功能很快衰竭特点。血压显著升高，各

种症状明显，小动脉的纤维样坏死性病变进展迅速，常于数月至1~2年内出现严重的脑、心、肾损害，发生脑血管意外、心力衰竭和尿毒症。并常有视力模糊或失明，视网膜可发生出血，渗出物及视神经乳头水肿。血浆肾素活性高。由于肾脏损害最为显著，常有持续性蛋白尿（24小时尿蛋白可达3g）、血尿和管型尿，最后多因尿毒症而死亡，但也可死于脑血管意外或心力衰竭。

3. 高血压危重症

(1) 高血压危象 在高血压病进程中，如全身小动脉发生暂时性强烈痉挛，周围血管阻力明显上升，致使血压急骤上升而出现一系列临床症状时称为高血压危象。这是高血压时的急重症，可见于缓进型高血压各期和急进型高血压，血压改变以收缩压突然明显升高为主，舒张压也可升高，常在诱发因素作用下出现，如强烈的情绪变化、精神创伤、心身过劳、寒冷的刺激和内分泌失调（如经期和绝经）等。病人出现剧烈头痛、头晕、眩晕，亦可有恶心、呕吐、胸闷、心悸、气急、视力模糊、腹痛、尿频、尿少、排尿困难等。有的伴植物神经功能紊乱，如发热、口干、出汗、兴奋、皮肤潮红或面色苍白、手足发抖等。严重者，尤其是伴有靶器官病变时，可出现心绞痛、肺水肿、肾功能衰竭、高血压脑病等。发作时尿中出现少量蛋白和红细胞，血尿素氮、肌酐、肾上腺素、去甲肾上腺素可增加，血糖也可升高，眼底检查小动脉痉挛，可伴出血、渗出或视神经乳头水肿。发作一般历时短暂，控制血压后，病情可迅速好转，但易复发。在有效降压药普遍应用的人群，此危象已很少发生。

(2) 高血压脑病 在急进型或严重的缓进型高血压病人，尤其是伴有明显动脉硬化者时，可出现脑部小动脉先持久而明显的痉挛，继之被动性或强制性扩张，急性的脑循环障碍导致脑水肿和颅内压增高，从而出现了一系列临床表现，在临床上称为高血压脑病。发病时常先有血压突然升高，收缩压、舒张压均高，以舒张压升高为主，病人出现剧烈头痛、头晕、恶心、呕吐、烦躁不安、脉搏多慢而有力，可有呼吸困难或减慢，视力障碍、黑蒙、抽搐、意识模糊、甚至昏迷，也可出现暂时性偏瘫、失语、偏身感觉障碍等。检查可见视神经乳头水肿，脑脊液压力增高，蛋白含量增高。发作短暂者历时数分钟，长者可达数小时甚至数天。妊娠高血压综合征、肾小球肾炎、肾血管性高血压和嗜铬细胞瘤的患者，也可能发生高血压脑病这一危急病症。

(二) 实验室及辅助检查

实验室检查可帮助原发性高血压病的诊断和分型，了解靶器官的功能状态，有利于治疗时正确选择药物。血常规、肾功能、尿酸、血脂、血糖、电解质（尤其血钾）、心电图、胸部X线和眼底检查，应作为高血压病病人的常规检查。

1. 血常规 红细胞和血红蛋白一般无异常，但急进型高血压时可有coombs试验阴性的微血管内溶血性贫血，伴红细胞、血红蛋白高者血液粘度增加，易有血栓形成并发症（包括脑梗塞）和左心室肥大。

2. 尿常规 早期病人尿常规正常，肾浓缩功能受损时尿比重逐渐下降，可有少量尿蛋白、红细胞，偶见管型。随肾病变进展，尿蛋白量增多，良性肾硬化者如24小时尿蛋白在1g以上时，提示预后差。红细胞和管型也可增多，管型主要是透明和颗粒者。

3. 肾功能 多采用血尿素氮和肌酐来估计肾功能，早期病人检查并无异常，肾实质受损到一定程度可开始升高。成人肌酐 $>1.5\text{mg}/\text{cl}_2$ ，老年人和妊娠者 $>1.2\text{mg}/\text{cl}_2$ ，提示有肾损害。酚红排泄试验、尿素廓清率、内生肌酐廓清率等可低于正常。

4. 胸部X线检查 可见主动脉，尤其是升、弓部迂曲延长，其升、弓或降部可扩张。出现高血压性心脏病时有左室增大，有左心衰竭时左室增大更明显，全心衰竭时则可左右心室都增大，并有肺淤血征象。肺水肿时则见肺门明显充血，呈蝴蝶形模糊阴影。应常规摄片检查，以便前后检查时比较。

5. 心电图 左心室肥厚时心电图可显示左心室肥大或兼有劳损。心电图诊断左心室肥大的标准不尽相同，但其敏感性和特异性相差不大，假阴性为68%~77%，假阳性为4%~6%，可见心电图诊断左心室肥大的敏感性不高。由于左室舒张期顺应性下降，左房舒张期负荷增加，心电图可出现P波增宽，切凹、 PV_1 的终末电势负值增大等，上述表现甚至可出现在心电图发现左心室肥大之前。可有心律失常如室性早搏、心房颤动等。

6. 超声心动图，目前认为，和胸部X线检查、心电图比较，超声心动图是诊断左心室壁厚最敏感、可靠的手段。可在二维超声定位基础上记录M型超声曲线或直接从二维图进行测量，室间隔和（或）左

心室后壁厚度 $>13\text{mm}$ 者为左室肥厚。高血压病时左心室肥大大多是对称性的,但有 $1/3$ 左右以室间隔肥厚为主(室间隔和左室后壁厚度比 >1.3),室间隔肥厚常上端先出现,提示高血压无影响左室流出道。超声心动图尚可观察其他心脏腔室、瓣膜和主动脉根部的情况并可作心功能检测。

7. 眼底检查 测量视网膜中心动脉压可见增高,在病情发展的不同阶段可见下列的眼底变化:

I级 视网膜动脉痉挛

II级 A 视网膜动脉轻度硬化; B 视网膜动脉显著硬化

III级 II级加视网膜病变(出血或渗出)

IV级 III级加视神经乳头水肿。

8. 其他检查 病人可伴有血清总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇的增高和高密度脂蛋白胆固醇的降低、及载脂蛋白A—I的降低。亦常有血糖增高和高尿酸血症。部分病人血浆肾素活性、血管紧张素II的水平升高。

(三) 诊断标准

参考1979年全国心血管病流行病学和人群防治工作座谈会制定的《高血压病的诊断标准》。

1. 血压的测量方法:

量血压前应休息15分钟,一般量坐位右臂血压,每次测量应以反复进行几次直至血压值相对稳定为准。舒张压一般以声音消失为准(个别持续不消失者,可采用变音值,并加以注明)。正常成人血压值为:收缩压等于或低于 18.7KPa ,舒张压等于或低于 12.0KPa 。血压升高者,须经非同日另次核实,或三次检查中有两次升高方可确定。非同日检查确有困难时,亦可同日内间隔一小时以上复查核实。

2. 高血压的诊断标准:

近年世界卫生组织若干其他国家高血压的诊断标准均定为:收缩压等于或高于 21.3KPa ,舒张压等于或高于 12.7KPa (二者有一项经核实,即可确诊为高血压)。今后我国成年人高血压的诊断也采用此标准。现规定凡舒张压大于 12.0KPa 小于 12.7KPa 或收缩压大于 18.7KPa 小于 21.3KPa ,定为“临界高血压”。“临界高血压”按我国过去标准仍属于高血压范畴,按世界卫生组织标准不计在高血压之内。今后在比较患病率及评定防治效果时,就将“临界高血压”及确诊高血压分别计算。在与国际患病率及防治效果比较时,“临界高血压”则不计在高血压之内。

对过去有高血压史,长期(3个月以上)未经治疗,此次检查血压正常者,即不列为高血压。如一向服药治疗,此次检查血压正常者,仍列为高血压。有疑问者可在停药一月后复查再作诊断。

3. 高血压的临床分期:

确诊高血压可按临床表现分为三期。各期病人的血压高度一般有相应的差别,但由于血压常有波动,同后期也不一定成比例,因此在分期标准上,血压高度有参考价值,但不作明确规定,高血压临床分为三期:

①一期高血压 血压达到确诊高血压水平,临床无心、脑、肾并发症表现者,为一期高血压。

②二期高血压 血压达到确诊高血压水平,并有下列一项者: X线、心电图、超声波检查见有左心室肥大;眼底检查见有眼底动脉普遍或局部变窄;蛋白尿或/和血浆肌酐浓度轻度升高。

③三期高血压 血压达到确诊高血压水平,并有下列一项者,脑出血或高血压脑病、左心衰竭、眼底出血或渗出、视神经乳头水肿或有或无。

4. 恶性高血压(急进型高血压):

病情急骤发展,舒张压常持续在 17.3KPa 以上,并有眼底出血、渗出或视乳头水肿。

5. 继发性高血压:

年龄较轻,血压显著升高,降压药物疗效不明显的高血压患者,应注意检查有无肾性、肾血管性或肾上腺病所致的继发性高血压的可能。

【治疗】

原发性高血压的治疗包括非药物和降压药物治疗。当前通过治疗可以:①使绝大部分患者的血压控制在正常或接近正常范围内;②减低脑卒中、心力衰竭发生率和病死率,改善或保持肾功能,目前还不能肯定降压治疗是否能有效地降低冠心病的病死率。

(一) 非药物治疗 适于各型高血压患者,尤其是对轻型者,单独非药物治疗措施可使血压有一定程度的下降。在各种非药物治疗中,限制钠摄入、减轻体重、运动和生物治疗的效果较为肯定,而其他措施如增加钾、镁或钙的摄入等则还不明确。

1. 限制钠摄入,一般为中度限钠为宜,如食盐 6g/日。
2. 减轻体重,主要降低每日热量的摄入,辅以适当的体育活动。同时限钠降压效果更为明显。
3. 运动进行体育活动,如跑步、行走、游泳时,收缩压升高并伴有心排血量 and 心率增加,但舒张压不升高,经过一个时期锻炼后,静息血压可以下降。而运动时,血压和心率增加幅度减少。
4. 气功及其他生物行为方法。

(二) 降血压药物 近 30 年来,降压药有了很大发展,降压效应也不断提高,现有的降压药种类很多,可以归纳为五大类:利尿剂、 β -受体阻滞剂、钙拮抗剂、转化酶抑制剂和血管扩张剂。给药方式有单味药、小复方、复方、阶梯方案等。

1. 利尿药 利尿药对于轻、中度高血压及高血压合并心力衰竭或血浆肾素活性低的患者尤其适用。
①排钾利尿剂 双氢克尿噻 25mg, 口服 1~2 次, 用药时注意补充钾盐或合用保钾利尿剂。②保钾利尿剂 安体舒通 20mg, 口服 3 次, 也可与排钾利尿剂使用。

利尿剂具有效果肯定、服用方便、不引起液体潴留、价格便宜等特点。

2. β -受体阻滞剂

①心得安 10mg, 口服 1~3 次, 临床应用于各期高血压, 尤其适用于高排出量、高血浆肾素活性或嗜铬细胞瘤所致的高血压。心动过缓心力衰竭、心传导阻滞、阻塞性呼吸道疾患及周围动脉病变患者忌用, 副作用有恶心、心动过缓、支气管痉挛、心肌收缩力减弱等。

②其他 β -受体阻滞剂 常用的有关美多心安、氨酰心安、倍他乐克等, 相对于心得安而言, 这些药为选择性 β -受体阻滞剂, 对心脑作用强于对支气管的作用。

3. 钙拮抗剂

(1) 硝苯地平 (心痛定) 5mg~10mg, 口服 1 次~3 次, 适用于第一、二期高血压和合并冠心病患者, 尤其对于高血压合并心绞痛、心动过缓等, 本药应为首选。本药还适用于老年性高血压患者, 用药后无体位性低血压, 其降压幅度与用药前血压成正比, 紧急时, 可用心痛定片 10mg 咬碎舌下含化。本药副作用较少, 偶有头胀、面红、心率加快等。

(2) 维拉帕米 (异搏定) 40mg, 口服 1 次~3 次, 适用于高血压合并冠心病、老年人高血压, 对重症高血压也有明显疗效, 可静脉注射 5mg~10mg, 10min 内推完, 用药后 5min 达最大效果, 降压效果与用药前血压正相关。副作用有头晕、恶心、心动过缓、心传导阻滞等。

(3) 尼群地平 10mg, 口服 1 次~3 次, 作用与心痛定相似, 但主要适用于高血压。

(4) 尼莫地平 20mg~40mg, 口服 1~3 次。适用于轻、中度高血压, 该药具有超脂性, 故易透过血脑屏障, 对脑血管有选择性扩张作用, 本药对偏头痛有良好疗效。

4. 血管紧张素转换酶抑制剂 目前临床常用的有巯甲丙脯酸 (开搏通)、卡托普利, 12.5mg~25mg, 口服 3 次, 适用于各期高血压及血浆肾素活性增高者, 特别适用高血压合并心功能不全者。副作用有皮疹、味觉缺乏、白细胞减少、咳嗽等。

5. 血管扩张剂, 本类药物一般用于高血压急症, 常见的有:

(1) 硝普钠 以 25~50mg 加入液体, 按 1mg/kg/min 的速度避光静脉注射, 本药同时扩张小动脉和小静脉, 临床用于高血压急症或合并心力衰竭者。副作用有体位性低血压、恶心、呕吐、出汗、头痛等。

(2) 酚妥拉明 (瑞基停、苄胺唑啉), 以 10mg~20mg 加入 10% 葡萄糖液体中, 按 0.1mg/min~0.3mg/min 的速度静脉注射, 开始速度宜缓, 本药同时阻滞 α_1 和 α_2 受体, 主要扩张周围动脉, 对静脉有轻度扩张作用, 适用于高血压急症, 高血压合并急性左心衰竭以及嗜铬细胞瘤所致的高血压。副作用有心动过速、眩晕、恶心、呕吐、腹泻、厌食、血压过低等。

(三) 高血压急症的治疗

1. 卧床休息、抬高枕头、吸氧、保持情绪稳定。
2. 快速降压, 选用硝普钠、利血平、硫酸镁等药。