

中西医结合临床诊疗丛书

名誉主任 陈可冀 吴咸中  
主 任 王永炎

# 心血管病诊疗 手册

XINXUEGUAN BING  
ZHENLIAO SHOUCHE

主 编 沈绍功

中医古籍出版社



数据加载失败，请稍后重试！

中西医结合临床诊疗丛书

# 心血管病诊疗手册

主 编 沈绍功

副主编：韩学杰 高 峰

编 委 （依姓氏笔画为序）

吴 蔚 沈 宁 沈绍功

张 页 郑梅生 赵厚熙

姚金城 高 峰 韩学杰

中医古籍出版社

责任编辑 刘 婷

封面设计 张庆立

### 图书在版编目 (CIP) 数据

心血管病诊疗手册/沈绍功主编. - 北京: 中医古籍出版社, 2001.1

中西医结合临床诊疗丛书/王永炎主编

ISBN 7-80013-948-4

I. 中… II. 沈… III. 心脏血管疾病-中西医结合疗法-手册 IV. R54-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 51640 号

中医古籍出版社出版发行

(北京东直门内北新仓 18 号 100700)

全国各地新华书店经销

北京市宏远兴旺印刷厂印刷

787×1092 毫米 32 开 16.5 印张 370 千字

2001 年 6 月第 1 版 2001 年 6 月第 1 次印刷

印数: 0001~3000 册

ISBN 7-80013-948-4/R·944

定价: 28.00 元

《中西医结合临床诊疗丛书》  
编纂委员会

名誉主任 陈可冀 吴咸中

主 任 王永炎

副 主 任 (按姓氏笔画为序)

王今达 王 曼 叶任高

孙 怡 安效先 刘从明

许建中 危北海 沈绍功

张志礼 陈信义 林 兰

周蔼祥 郝恩恩 唐由之

蒋位庄 谢道珍

# 序

中医学在我国已有两千多年的历史，形成了独特的理论和实践体系，对保障中华民族的繁荣昌盛起到了不可磨灭的作用，是我国医药学“伟大的宝库”。西医学的发展突飞猛进，基础医学，尤其是分子生物学、免疫学和神经心理学等一系列突破性进展已在临床医学领域产生了深刻的影响，其先进的诊疗技术已成为治愈病人必不可少的手段。中医从整体、宏观的角度分析病情，确定病机，提出相应的辨证论治方法；西医学则侧重从微观的角度分析诊断疾病，采取相应的治疗手段。然而在实践中我们认识到，中西医都有其局限性，如何使二者兼顾其长，有机地结合，是我国医务工作者的历史使命，也是推动生命科学向前发展的巨大动力。近年来，传统医学在国际上逐步受到重视，某些中药制剂药效学试验已经 FDA 认可，进入了二期临床试验，世界卫生组织西太区召开会议，提倡中西医和谐结合，倡导循证医学等等，都说明中西医结合势在必行。

早在 20 世纪 50 年代，我国就开始探索中西医结合，然而那时还是刚刚起步阶段。经过半个世纪的应用基础研究与临床实践，我国医务工作者经过艰辛的工作，摸索出一条适合我国国情的中西医结合之路，在这当中涌现出一批卓有见地的医学家，包括一批有成就的临床工作者。大量的实践证明，中西医结合对某

些常见病、多发病，特别是疑难病的治疗，取得了优于单纯中医或单纯西医治疗的效果。尤其是在心脑血管疾病、消化系统疾病、免疫性疾病及内分泌疾病等方面，提出了许多行之有效的办法和手段，积累了丰富的经验，大大提高了临床疗效。由此也说明，两种医学的兼容与互补是必然的趋势，其发展潜力是难以估量的。然而，中西医要实现高度的、完美的统一，还任重而道远。其中临床医疗范围的中西医结合，是目前最为现实、最有可能的，事实上也是工作做得最多的。中西医结合要真正形成一个成熟的学科，临床医疗是基础。为了系统地总结中西医结合临床研究的成果，促进中西医结合医疗工作的发展，我们从临床实用角度出发，编写了这套《中西医结合临床诊疗丛书》。

本套丛书的编写，以内容全，资料新，简明实用，便于查阅为原则。在西医学方面，简明扼要地阐述每种疾病的诊疗常规，尽可能全面地介绍比较成熟和已被临床采用的最新理论和诊疗技术。中医辨证论治着重反映专家的学术思想和诊治特色。在中西医理论上彼此渗透，诊断上相互参照，治疗上相辅相成。全书的结构和编写内容，力求创新。各学科有各学科的特点，体例有所不同，但每学科的体例基本一致。对某一疾病除简要介绍病因病理外，则侧重于诊断、鉴别诊断与治疗。遵循临床诊疗思维，提纲挈领，突出实用、精要、新颖的特点，使之一册在手，融两家优势于一炉，集妙法精方为一体，以备临证查阅。

本套丛书共为 14 个分册，诚邀各科著名的中西医结合专家、教授为各分册的主编。他们多数是我国中西医结合学科的创建人和学术带头人。专家们不拘学派，广集博征，全面反映几十年该学科中西医结合临床研究的新成果、新疗法、新方药、新进展和

丰富宝贵的临床经验，从而使本丛书在突出实用性、规范性的同时，代表了当今我国中西医结合临床诊疗的最高水平。在此，对各位先晋、各位同道的鼎力支持，各位编写者的不辞辛苦、默默耕耘，表示衷心的感谢。

编写中西医结合临床诊疗丛书，我们还是初步尝试，力求编写好每一种病，但由于病种繁多，以及每个病种的中西医结合深度不同，加之参编者众多，错漏之处在所难免，祈望专家、读者批评指正，以便今后再版时改正、补充。

中国工程院院士 王永炎  
中国中医研究院院长、教授

2000年9月



## 编写说明

一、中西医治疗心血管疾病均有各自的特色和临床疗效优势。两者优势互补，必将提高心血管病的诊疗水准。本手册为广大医务工作者提供具有科学性、实用性、先进性、规范性、时代性、中西医结合的临床参考书。

二、本手册尽力反映 1995 年以来中西医临床诊断与治疗的最新进展、最新理论、最新观点、最新技术、最新资料、最新信息。

三、为便于临床检索，采用西医病名。体例分部：**【概述】**西医命名，发病情况及中医病证范畴。**【病因病理】**西医病因病理及中医病机。**【诊断要点】**分列症状、体征、检查，标明要点。**【鉴别诊断】**系西医类似病名病种间的鉴别要点。**【西医治疗】**论述西医内科对该病的常规有效治疗及外科手术指征。**【分证论治】**中医临床常见的证候分类，分列证候、治法、方药。方有出处，药有剂量。**【其他疗法】**包含中成药及针灸、按摩等非药物疗法。**【预防护理】**指出必要的防护调摄措施。

四、本手册共设六章。第一章，主要的心血管疾病 36 种。第二章，其他的心血管疾病 12 种。第三章相关主要的临床综合征 6 种，合计涉及心血管疾病共 54 种。第四章，诊断技术述要分六类 30 种。第五章，治疗技术进展 8 种，并附术后发挥中医药疗效优势。第六章，心病中医辨证论治，既列四诊纲目，又述八纲规律，并归纳心病方药共八类：主要中药 49 味，代表方剂 26 首，常用成药 50 种。

五、本手册一律采用中医、西医称谓。注重西医诊断，强调中医辨证，突出中西医治疗。特别提供行之有效的中西医诊疗方法，以提高心血管病临床诊疗水准，发展学术为己任。

编写者

2000 年 5 月 24 日

# 目 录

第一章 主要的心血管疾病 .....	( 1 )
第一节 心绞痛 .....	( 1 )
第二节 心律失常 .....	( 8 )
第三节 心力衰竭 .....	(18)
第四节 心肌梗塞 .....	(24)
第五节 心脏骤停 .....	(30)
第六节 心源性休克 .....	(35)
第七节 心源性晕厥 .....	(42)
第八节 高脂血症及高脂蛋白血症 .....	(46)
第九节 动脉硬化 .....	(50)
第十节 高血压病 .....	(55)
第十一节 高血压性心脏病 .....	(62)
第十二节 低血压 .....	(64)
第十三节 心肌病 .....	(68)
第十四节 病毒性心肌炎 .....	(79)
第十五节 感染性心内膜炎 .....	(87)
第十六节 二尖瓣脱垂综合征 .....	(94)
第十七节 心包炎 .....	(99)
第十八节 风湿性心脏病 .....	(105)
第十九节 系统红斑狼疮性心脏病 .....	(113)
第二十节 系统性硬皮病性心脏病 .....	(120)
第二十一节 慢性肺源性心脏病 .....	(127)
第二十二节 甲状腺功能亢进性心脏病 .....	(136)
第二十三节 甲状腺功能减退性心脏病 .....	(141)
第二十四节 糖尿病性心脏病 .....	(147)

第二十五节	贫血性心脏病	(154)
第二十六节	先天性心脏病	(160)
第二十七节	梅毒性心脏血管病	(173)
第二十八节	老年退行性心脏瓣膜病	(181)
第二十九节	妊娠合并心脏病	(188)
第三十节	克山病	(197)
第三十一节	心脏神经官能症	(203)
第三十二节	多发性大动脉炎	(210)
第三十三节	雷诺病	(219)
第三十四节	血栓闭塞性脉管炎	(227)
第三十五节	血栓性静脉炎	(235)
第三十六节	红斑性肢痛症	(243)
<b>第二章</b>	<b>其他的心血管疾病</b>	<b>(248)</b>
第一节	无症状性心肌缺血	(248)
第二节	冠心缺血性心肌病	(252)
第三节	冠心病猝死	(258)
第四节	冠状动脉畸形	(263)
第五节	冠状动脉肌桥	(267)
第六节	冠状动脉瘤	(270)
第七节	原发性肺动脉高压	(274)
第八节	淀粉样变性心肌病	(278)
第九节	甲状旁腺功能减退性心脏病	(281)
第十节	尿毒症性心脏病	(284)
第十一节	主动脉夹层	(289)
第十二节	肺栓塞	(296)
<b>第三章</b>	<b>相关主要的临床综合征</b>	<b>(303)</b>
第一节	上腔静脉梗阻综合征	(303)
第二节	过敏性紫癜	(305)

第三节	白塞病	·····	(308)
第四节	X综合征	·····	(312)
第五节	心肌梗塞后综合征	·····	(314)
第六节	间歇性跛行综合征	·····	(317)
<b>第四章</b>	<b>诊断技术提要</b>	·····	(321)
第一节	心电信息检查	·····	(321)
一、	动态心电图	·····	(321)
二、	心室晚电位	·····	(323)
三、	心率变异性	·····	(326)
四、	起搏器心电图	·····	(327)
第二节	心电生理检查	·····	(330)
一、	食道调搏电生理检查	·····	(330)
二、	心腔内电生理	·····	(341)
第三节	心血管影像学检查	·····	(345)
一、	胸部X片	·····	(345)
二、	心导管血管造影术	·····	(349)
三、	数字减影血管造影术	·····	(362)
四、	X线计算机断层摄影术	·····	(364)
五、	超速X线计算机断层摄影术	·····	(366)
六、	核磁共振成像术	·····	(367)
七、	静态核素心肌显像术	·····	(369)
八、	核素心血池心室造影术	·····	(371)
第四节	心脏负荷试验	·····	(375)
一、	心电图运动负荷试验	·····	(375)
二、	心电图药物负荷试验	·····	(381)
三、	核素次极量踏车运动试验心肌断层显像术	·····	(386)
第五节	血液生化检查	·····	(388)
一、	心肌酶谱检查	·····	(388)

二、血脂与脂蛋白检查·····	(395)
三、血浆凝血·····	(400)
第六节 其他检查·····	(404)
一、心内膜心肌活检术·····	(404)
二、心包穿刺术·····	(406)
三、股动脉穿刺术·····	(408)
四、桡动脉穿刺术·····	(409)
五、周围静脉压测定·····	(409)
六、中心静脉压测定·····	(410)
七、动态血压监测·····	(412)
八、心得安试验·····	(415)
九、阿托品试验·····	(416)
十、倾斜试验·····	(417)
<b>第五章 治疗技术进展</b> ·····	(420)
第一节 溶栓疗法·····	(420)
第二节 心脏电复律与除颤术·····	(432)
第三节 体外反搏术·····	(435)
第四节 主动脉气囊反搏术·····	(437)
第五节 人工心脏起搏术·····	(440)
第六节 导管射频消融术·····	(448)
第七节 经皮二尖瓣球囊成形术·····	(453)
第八节 经皮腔内冠状动脉成形术·····	(458)
第九节 术后发挥中医疗效优势·····	(465)
<b>第六章 心病中医辨证论治</b> ·····	(468)
第一节 心病四诊应用纲目·····	(468)
第二节 心病八纲辨证规律·····	(475)
第三节 心病论治方药归类·····	(478)

# 第一章 主要的心血管疾病

## 第一节 心绞痛

### 【概述】

心绞痛 (angina pectoris) 是冠状动脉供血不足, 心肌急剧的、暂时的缺血缺氧所引起的临床综合征。表现为阵发前胸压榨性疼痛, 多位于胸骨后部, 可放射至心前区和左上肢, 常发生于劳累或情绪激动时, 持续数分钟, 休息或用硝酸酯制剂后缓解。

心绞痛属中医“胸痹心痛”范畴。胸痹心痛是指胸部闷痛, 甚则胸痛彻背, 短气喘息不得卧为主症的一种疾病, 轻者仅感胸闷如窒、呼吸欠畅, 重者则有胸痛, 严重者心痛彻背、背痛彻心。

### 【病因病理】

心绞痛是由于动脉粥样硬化引起冠状动脉狭窄或部分分支闭塞, 导致其扩张性减弱, 对心脏的供血量相对比较固定。休息时血液供应尚能应付心脏需要, 则可无症状; 一旦心脏负荷突然增加, 如劳累、激动、左心衰竭等, 使心肌氧耗量增加, 对血液需求增加, 冠状动脉血流量不能满足心肌代谢需要, 引起心肌暂时的、急剧的缺血缺氧, 心肌内积聚过多的代谢产物, 刺激心脏内植物神经的传入纤维末梢, 经交感神经节和相应脊髓段传至大脑, 产生疼痛感觉。当冠状动脉发生痉挛或突然发生循环血流量

减少时，冠状动脉血流量突然减少，心肌血液供求之间的矛盾亦可引起心绞痛。严重贫血的病人，心肌供血量虽未减少，但血液携氧量不足，也可导致心绞痛。

中医将胸痹心痛病机分为虚、实两方面。实者包括阴寒之邪侵袭，寒凝气滞，痹阻胸阳；饮食不节，脾胃失运，聚湿成痰，痰阻脉络，胸阳失展；忧思郁怒，气机郁滞，血行失畅，心脉痹阻。虚者是指肾阳虚衰，不能鼓舞五脏之阳，以致心气不足、心阳不振；或肾阴亏虚，不能滋养五脏之阴，则心阴暗耗，均可使气血运行失畅。胸阳不运，心脉阻滞，不通则痛，而发为胸痹心痛。

## 【诊断要点】

### 1. 症状

发作性胸痛，部位在胸骨体上段或中段之后，可波及心前区，范围有手掌大小，甚则横贯前胸，常放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指，或至颈、咽及下颌部；胸痛常为压迫、发闷或紧缩性，可有烧灼感；常由体力劳动、情绪激动、饱食、寒冷、吸烟、心动过速、休克等因素立即诱发；疼痛在3~5分钟内逐渐消失，舌下含服硝酸甘油也能在几分钟内使之缓解。

### 2. 体征

发作时心率增快、血压升高、表情焦虑、皮肤冷或出汗，有时出现第四或第三心音奔马律。

### 3. 检查

发作时心电图检查可见以R波为主的导联中，ST段压低，T波平坦或倒置（变异型心绞痛者相关导联ST段抬高），发过后数分钟内逐渐恢复。心电图负荷试验可见运动后ST段水平型或下斜型压低 $\geq 0.1\text{mv}$ 。

#### 4. 要点

根据典型的发作症状和体征，结合年龄和存在冠心病易患因素，除外其他原因所致的心绞痛，一般即可建立诊断。发作不典型者，诊断要依靠观察硝酸甘油的疗效和发作时心电图的改变；如仍不能确诊，可多次复查心电图，或作心电图负荷试验及 24 小时动态心电图连续监测，如出现阳性变化亦可确诊。诊断仍有困难可行放射性核素检查和选择性冠状动脉造影。

#### 【鉴别诊断】

##### 1. 心脏神经官能症

本病的胸痛为短暂（几秒钟）的刺痛或持久（几小时）的隐痛，病人常喜欢不时深吸气或作叹气性呼吸，胸痛部位多在左胸乳房下心尖部附近，或经常变动，症状多在疲劳之后出现而不在疲劳的当时，轻度体力活动后反觉舒适，有时可耐受较重的体力活动而不发生胸痛或胸闷，含服硝酸甘油无效或在十多分钟后才“见效”，常伴有心悸、疲乏及其他神经衰弱的症状。

##### 2. 急性心肌梗塞

本病疼痛部位与心绞痛相仿，但性质更剧烈，可持续数小时，常伴有休克、心律失常及心力衰竭，含用硝酸甘油多不能缓解。心电图有特异性改变，心肌酶及白细胞计数增高，红细胞沉降率增快。

##### 3. 肋间神经痛

本病疼痛常累及 1~2 个肋间，但不一定局限在前胸，多为持续性刺痛或灼痛，咳嗽、深呼吸和身体转动可使疼痛加剧，沿神经走行处有压痛。



## 【西医治疗】

本病治疗原则是改善冠状动脉供血和减少心肌耗氧，同时治疗动脉粥样硬化。

### 1. 发作期治疗

(1) 休息：发作时立即休息，一般病人在停止活动后症状即可消除。

(2) 药物治疗：使用起效较快的硝酸酯制剂。

①硝酸甘油 0.3~0.6mg，舌下含化。

②硝酸异山梨醇酯 5~10mg，舌下含化。

③亚硝酸异戊酯 0.2ml/安瓿，以手帕包裹敲碎，立即盖于鼻部吸入。

### 2. 缓解期治疗

#### (1) 硝酸酯制剂

①硝酸异山梨醇酯 5~20mg 口服，每日 3 次；缓释制剂 20mg 口服，每日 2 次。单硝酸异山梨醇酯 20~40mg 口服，每日 1~2 次。

②四硝酸戊四醇酯 10~30mg 口服，每日 3~4 次。

③长效硝酸甘油制剂片剂 2.5mg 口服，每日 3 次；油膏或橡皮膏外涂或外贴。

#### (2) 肾上腺素能 $\beta$ 受体阻滞剂

①普萘洛尔 10mg，每日 3~4 次。

②氧烯洛尔 20~40mg，每日 3 次。

③烯丙洛尔 25~50mg，每日 3 次。

④吡啶洛尔 5mg，每日 3 次。

⑤美托洛尔 50~100mg，每日 3 次。

⑥阿替洛尔 25mg，每日 2 次。