

总主编
何清湖 郭志华 易法银

古今传世秘方
专治一种病系列丛书

GUJIN CHUANSHI MIFANG
ZHUANZHI YIZHONGBING
XILIE CONGSHU

冠心病

良方大全

毛以林 吴彬才 主编

 山西出版传媒集团
 山西科学技术出版社

古今传世秘方专治一种病系列丛书

冠心病良方大全

总策划 赵志春

总主编 何清湖 郭志华 易法银

主 编 毛以林 吴彬才

副主编 刘建和 杨 柳 谢雪姣 谭 雄

编 委 (按姓氏笔画顺序)

毛以林 尹 浩 闫秋林 刘亚雄

刘璐臻 吴玲娇 张海兵 张 辉

陈志成 袁 倩 康 超 彭熙炜

熊昌红 黎 娟 颜佳博

秘 书 樊兆义

山西出版传媒集团
山西科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

冠心病良方大全/何清湖等总主编. —太原:山西科学技术出版社,2015. 12
(古今传世秘方专治一种病)

ISBN 978 - 7 - 5377 - 5221 - 3

I. ①中… II. ①何… ②郭… ③易… III. ①冠心病—验方—汇编 IV. ①R289.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 253300 号

冠心病良方大全

出 版 人: 张金柱
总 主 编: 何清湖 郭志华 易法银
责 任 编 辑: 赵志春
责 任 发 行: 阎文凯
封 面 设 计: 吕雁军

出 版 发 行: 山西出版传媒集团·山西科学技术出版社
地 址: 太原市建设南路 21 号 邮编: 030012

编辑部电话: 0351 - 4922134 0351 - 4922073

发 行 电 话: 0351 - 4922121

经 销: 各地新华书店

印 刷: 太原彩亿印业有限公司

网 址: www.sxkjscbs.com

微 信: sxkjcbs

QQ 信 箱: 568758452

开 本: 787mm × 1092mm 1/16 印张: 13

字 数: 250 千字

版 次: 2016 年 1 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978 - 7 - 5377 - 5221 - 3

定 价: 26.00 元

本社常年法律顾问: 王葆柯

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与印刷厂联系调换。

总 序

近年来，随着我国经济总量的不断增强，中华优秀传统文化的自信也日渐凸显。中医药是中华优秀传统文化的重要组成部分，是打开中华文明宝库的钥匙。随着中国经济文化的复苏，中医药也迎来了良好的发展机遇，党和国家政策高度重视，群众对中医药认同度不断提升，中医药学术日益繁荣进步。刘延东副总理在与国医大师座谈时明确提出，“中医药是我国独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源、重要的生态资源。”对中医药在当前中国社会经济发展中的作用和地位给予了高度概括。广大中医药从业者应当抓住机遇，奋发向上，促进中医药事业的不断繁荣发展。

服务患者、治病救人是中医药事业的第一要务，提高诊疗水平、提升临床疗效是中医临床医生的职业使命。当今医学飞速发展，临床分科越来越细，中医药专科专病化方向也是中医药临床发展的必然趋势。当代的中医临床医生，在掌握比较广博的中医药基础知识的前提下，更需要在某一个专科或者某一个病种领域深入研究，有所特长。

众所周知，中医临床的特色在于辨证论治。辨证论治本身包含诊断和治疗两个方面。整体观念、四诊合参是中医辨证（诊断）的特色，因证立法、因法选方、因方遣药则是中医论治（治疗）的经典范式，论治的关键在于选方。而当前中医临床人员普遍的一个薄弱点在于方药不够娴熟，胸中无方，处方用药就很难中规中矩，往往就成了“开药医生”而非“开方医生”。另外，中医不少的治疗经验和独特的治疗方法，散见于

大量的文献刊物中，缺乏系统的整理，导致学者查寻困难。有鉴于此，我们组织了一批资深中医临床专家，根据当前中医专科专病化趋势，选择中医临床有疗效优势的六个病种，分别编写了《冠心病良方大全》、《高血压良方大全》《糖尿病良方大全》、《脾胃病良方大全》、《中风病良方大全》和《肿瘤良方大全》，合而构建形成《中医良方》丛书。

丛书立足专科专病方剂的整理和应用，体现了“精”“大”“全”三个鲜明的特色。“精”，是指病种的精选，所选的六个专科病种，都是临床常见而中医药有较好疗效的病种，也是中医临床医生最需提高诊疗水平的几个病种，并未泛选滥用；“大”，则是涉及的方剂数量巨大，如《糖尿病良方大全》涉及专病方剂 1740 余首，《中风病良方大全》更是涉及 3000 余首专科方剂；“全”，即全面完备，每个专科病种所遴选方剂，既有古代方，又有近现代方，古方文献覆盖先秦两汉至明清时期，近现代方多为国家级或省级名中医效验方，既有辨证专方，又有通用良方，既有针对专病的良方，还有针对并发症的验方，既有以证统方，也有以病统方，病证结合，十分全面。

本套丛书的编写，历时较久，编者查阅了大量资料，并经过精心筛选，择其精要而成，为中医临床、科研、教学人员提供较可靠的参考信息，也适合广大患者及医学爱好者查阅。由于编者水平有限，书中疏漏之处在所难免，还请读者朋友在使用过程中不吝提出宝贵意见，以便有机会再版时修订完善。

湖南中医药大学 何清湖

2015 年 10 月于长沙

《中医良方》丛书编委会名单

总策划 赵志春

总主编 何清湖 郭志华 易法银

编 委 (按姓氏笔画排序)

王小菊	王少波	王洪海	王理槐	毛以林	文 静
尹 浩	邓一飞	石玲燕	田长庚	田双喜	吉杏媛
闫秋林	伍 静	伊拉吉	刘卜涵	刘文琛	刘 华
刘亚雄	刘 侃	刘奇志	刘建和	刘 峰	刘振杰
刘璐臻	齐 婧	汤 艳	阳 力	孙桐林	孙晨霞
严健如	苏丽清	苏联军	李 中	李 为	李杳瑶
李 菁	杨会元	杨成龙	杨 柳	肖 彦	肖碧跃
肖 麟	吴玲娇	吴彬才	吴源陶	何亚琴	邹译娴
邹晓玲	邹 婷	宋 洋	张轩绮	张佳丽	张海兵
张 辉	张 婷	张 翔	张 强	陈 成	陈志成
陈 晖	陈湘鹏	陈 瑶	林湘东	罗文娟	周月红
周 正	周 伟	周 欢	周颖燦	周赛男	周德生
孟 云	孟翠霞	赵吉锐	胡文孝	胡 华	胡 维
侯小花	姜 玲	姚欣艳	贺海霞	袁 倩	徐 寅
高云峰	高晓峰	郭忠聪	郭 璇	唐 宏	唐利文
容丽辉	黄丽君	黄柳向	黄 娟	黄 琪	盛 望
符 佳	康 超	彭廷云	彭 勃	彭?程	彭熙炜
敬 佩	喻 嵘	喻 斌	曾 勇	曾柏荣	谢运军
谢志胜	谢雪姣	谢 琼	谢 静	雷娄芳	简心璐
蔡亚宏	廖春来	谭华梁	谭 雄	熊昌红	樊兆义
樊丽萍	黎 娟	颜佳博	颜 博	戴李婷	

内容提要

全书分为上、中、下三编。上编从解剖与生理角度介绍了冠心病的形成机制与中西医的系统防治调护方法，有提纲挈领之用；中编撷取当代名家论治冠心病的良方和治疗经验；下编系统介绍了十五个运用于冠心病治疗的经典古代名方，并加以简要说明，再以病统方总结了近年来专家学者在权威学术期刊上发表的各类效验加减方，并加以系统整理。编者力图运用简洁的文字传达有效的信息，能使读者在短时间内有所收获。本书适合各级冠心病专科医师、年轻中医学者及冠心病患者阅读参考。

目 录

上编 冠心病概述

第一节	冠状动脉的解剖形态	3
第二节	冠心病发病的病因与发病机制	6
第三节	冠心病的诊断与临床分型	7
第四节	冠心病的西医治疗	10
第五节	冠心病的中医治疗	12
第六节	冠心病的调护	28

中编 当代中医名家论治冠心病

第一节	蒲辅周论治经验	33
第二节	任应秋论治经验	34
第三节	沈绍功论治经验	36
第四节	董建华论治经验	37
第五节	赵锡武论治经验	39
第六节	邓铁涛论治经验	41
第七节	颜德馨论治经验	45
第八节	陈汝兴论治经验	48
第九节	程丑夫论治经验	50
第十节	张镜人膏方论治经验	52

下编 冠心病论治良方

第一节 冠心病基础方 57

第二节 心绞痛良方 61

第三节 心律失常良方 96

第四节 心力衰竭良方 126

第五节 动脉粥样硬化良方 144

第六节 冠心病合并高脂血症良方 164

第七节 糖尿病合并冠心病良方 168

第八节 妇女冠心病良方 174

第九节 中青年冠心病 180

第十节 冠心病介入术后并发症良方 184

上 编

冠心病概述

第一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病

冠状动脉粥样硬化性心脏病（coronary atherosclerotic heart disease）简称冠心病，是指冠状动脉粥样硬化引起的心肌缺血、缺氧或坏死而引起的心脏病。冠状动脉粥样硬化性心脏病是冠状动脉粥样硬化性心脏病中最常见的一种类型。冠状动脉粥样硬化性心脏病的主要病理变化是冠状动脉粥样硬化，导致冠状动脉管腔狭窄，引起心肌缺血、缺氧或坏死。冠状动脉粥样硬化性心脏病的主要临床表现是胸痛、胸闷、心悸、气促、乏力、头晕、失眠、记忆力减退等。冠状动脉粥样硬化性心脏病的主要危险因素是高血压、高血脂、糖尿病、吸烟、肥胖、家族史等。

一、冠状动脉解剖

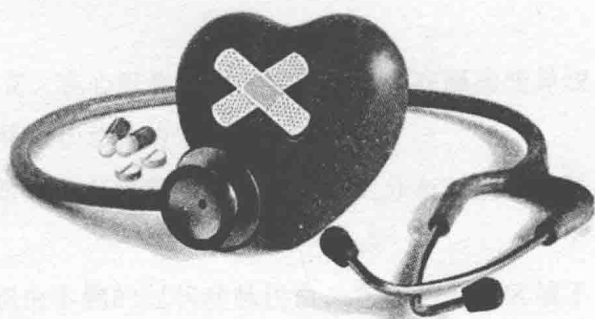
冠状动脉是供应心脏血液的主要血管，起源于主动脉根部，分为左冠状动脉和右冠状动脉。左冠状动脉主要供应左心室和左心房，右冠状动脉主要供应右心室和右心房。

左冠状动脉分为前降支和回旋支。前降支主要供应左心室前壁和室间隔前部，回旋支主要供应左心室侧壁和室间隔后部。右冠状动脉分为锐缘支和钝缘支。锐缘支主要供应右心室前壁和室间隔前部，钝缘支主要供应右心室侧壁和室间隔后部。

冠状动脉的解剖特点包括：管壁较厚、弹性较差、管腔狭窄、易受炎症和粥样硬化的影响。冠状动脉的解剖特点决定了其在心脏供血中的重要性，任何导致冠状动脉管腔狭窄的因素都会影响心脏的供血，进而导致心肌缺血、缺氧或坏死。

冠状动脉的解剖特点也决定了其在治疗中的重要性。对于冠状动脉粥样硬化性心脏病患者，治疗的主要目标是改善冠状动脉的供血，减轻心肌缺血、缺氧或坏死的程度。常用的治疗方法包括药物治疗、介入治疗和手术治疗。

冠状动脉的解剖特点也决定了其在预防中的重要性。对于冠状动脉粥样硬化性心脏病患者，预防的主要目标是控制危险因素，延缓冠状动脉粥样硬化的进展。常用的预防措施包括戒烟、控制血压、控制血脂、控制血糖等。



冠心病是一种由冠状动脉器质性（动脉粥样硬化或动力性血管痉挛）狭窄或阻塞引起的心肌缺血缺氧（心绞痛）或心肌坏死（心肌梗死）的心脏病，亦称缺血性心脏病。又称冠状动脉粥样硬化性心脏病。其冠状动脉狭窄多系脂肪物质沿血管内壁堆积所致，这一过程称为动脉粥样硬化。动脉粥样硬化发展到一定程度，冠状动脉狭窄逐渐加重，限制流入心肌的血流。心脏得不到足够的氧气供给，就会发生胸部不适，即心绞痛。不同人的心绞痛发作表现不一，多数人形容其为“胸部压迫感”、“闷胀感”、“憋闷感”，部分病人感觉胸痛向双侧肩部、背部、颈部、咽喉部放散，休息或者含服硝酸甘油可缓解。心肌梗死为冠心病的另一种表现，它胸痛症状持久而严重，持续时间多大于30分钟，休息或含服硝酸甘油无效。心肌梗死时冠状动脉完全阻塞，该部分心肌因没有血液供氧而坏死，多数由于狭窄部分形成血凝块、粥样斑块破裂或血管痉挛等因素引起。

第一节 冠状动脉的解剖形态

心的形状如一倒置的、前后略扁的圆锥体，如将其视为头部，则位于头顶、几乎环绕心脏一周的冠状动脉恰似一顶王冠，这就是其名称由来。冠状动脉是供给心脏血液的动脉，起于主动脉根部，分左右两支，行于心脏表面。采用 Schlesinger 等的分类原则，将冠状动脉的分布分为三型：1. 右优势型；2. 均衡型；3. 左优势型。

一、冠状动脉分型

左、右冠状动脉的分支及其终末支，在心脏胸肋面变异较小，而在膈面变异较大。采用 Schlesinger 等的分类原则，将冠状动脉的分布分为三型：

1. 右优势型：右冠状动脉在膈面除发出后降支外，并有分支分布于左心室膈面的部分或全部。
2. 均衡型：两侧心室的膈面分别由本侧的冠状动脉供血，它们的分布区域不越过房室交点和后室间沟，后降支为左或右冠状动脉末梢，或同时来自两侧冠状动脉。
3. 左优势型：左冠状动脉除发出后降支外，还发出分支供应右心室膈面的一部分。

据我国调查，右优势型约占65%，均衡型约占29%，左优势型约占6%。

上述分型方法主要依据冠状动脉的解剖学分布，但左心室的厚度在绝大多数心脏大大超过右心室，所以，从血液供应量来说，左冠状动脉永远是优势动脉。

二、冠状动脉的分类

左、右冠状动脉是升主动脉的第一对分支。左冠状动脉为一短干，发自左主动脉窦，经肺动脉起始部和左心耳之间，沿冠状沟向左前方行3~5mm后就分为前室间支和旋支。前室间支沿前室间沟下行。旋支绕过心尖切迹至心的膈面与右冠状动脉的后室间支相吻合。沿途发出：（1）动脉圆锥支：分布至动脉圆锥；（2）外侧支：分布于左心室前壁大部及前室间沟附近的右心室前壁；（3）室间隔支：分布于室间隔前2/3，旋支沿冠状沟左行，绕过心钝缘时发出粗大的左缘支分布于左心室外侧缘；至心后面时发出较小的分支分布至左心房与左心室。右冠状动脉起自右主动脉窦，经肺动脉根部及右心耳之间，沿右冠状沟行走，绕过心右缘，继续在膈面的冠状沟内行走，在房室交点附近发出后降支，即后室间支。

右冠状动脉沿途发出：（1）动脉圆锥支：分布于动脉圆锥，与左冠状动脉的同名支吻合；（2）右缘支：此支较粗大，沿心下缘左行趋向心尖；（3）窦房结支：在起点附近由主干分出（占60.9%，其余39.1%起自左冠状动脉）；（4）房室结支：起自右冠状动脉，行向深面至房室结。（5）后室间支：为右冠状动脉的终支，与左冠状动脉的前室间支相吻合，沿途分支至左、右心室后壁、分室间隔支至室间隔后1/3。

三、冠状动脉的供血关系

根据冠状动脉分支的走向及分布的位置，不难推测其营养心脏的部位。

1. 右心房、右心室：由右冠状动脉供血。
2. 左心室：其血液供应50%来自于左前降支，主要供应左心室前壁和室间隔，30%来自回旋支，主要供应左心室侧壁和后壁，20%来自右冠状动脉（右优势型），供应范围包括左心室下壁（膈面）、后壁和室间隔。但左优势型时这些部位由左旋支供血，均衡型时左右冠脉同时供血。
3. 室间隔：前上2/3由前降支供血，后下1/3由后降支供血。
4. 传导系统：窦房结的血液60%由右冠状动脉供给，40%由左旋支供给；房室结的血液90%由右冠状动脉供给，10%由左旋支供给；右束支及左前分支由前降支供血，左后分支由左旋支和右冠状动脉双重供血，所以，临床上左后分支发生传导阻滞较少见。左束支主干由前降支和右冠状动脉多源供血。

四、冠状动脉的功能

人体各组织器官要维持其正常的生命活动，需要心脏不停地搏动以保证血运。而心脏作为一个泵血的肌性动力器官，本身也需要足够的营养和能源，供给心脏营养的血管系统就是冠状动脉和静脉，也称冠脉循环。冠状动脉是供给心脏血液的动脉，起于主动脉根部，分左右两支，行于心脏表面。正常情况下，它对血液的阻力很小，小于总体冠状动脉阻力的5%，从心外膜动脉进入心壁的血管，一类呈丛状分散支配心室壁的外、中层心肌；一类是垂直进入室壁直达心内膜下（即穿支），直径几乎不减，并在心内膜下与其它穿支构成弓状网络，然后再分出微动脉和毛细血管。丛支和穿支在心肌纤维间形成丰富的毛细血管网，供给心肌血液。由于冠状动脉在心肌内行走，显然会受制于心肌收缩挤压的影响。也就是说，心脏收缩时，血液不易通过，只有当其舒张时，心脏方能得到足够的血流，这就是冠状动脉供血的特点。

人心肌的毛细血管密度很高，约为2500根/mm²，相当于每个心肌细胞伴随一根毛细血管，这有利于心肌细胞摄取氧和进行物质交换。同时，冠状动脉之间，尚有丰富的吻合支或侧支。冠状动脉虽小，但血流量很大。占心排血量的5%，这就保证了心脏有足够的营养，维持它有力地昼夜不停地跳动。冠状静脉伴随冠状动脉收集代谢后的静脉血，归流于冠状静脉窦，回到右心房。如果冠状动脉突然阻塞，不能很快建立侧支循环，常常导致心肌梗死。但若冠状动脉阻塞是缓慢形成的，则侧支可逐渐扩张，并可建立新的侧支循环，起代偿的作用。

五、冠状动脉的侧支循环

在冠状动脉及其分支之间存在着许多侧支或吻合支，它是一种潜在的管道，平时在冠状动脉供血良好的生理情况下，这些侧支或吻合支并不参与冠状动脉的循环，只有当冠脉主干发生狭窄或阻塞，而侧支血管两端出现压力差时，或某些足够强的刺激出现时（如严重缺氧），它们才开放并得以发展。血液便可通过这些侧支绕过阻塞部位将血液输送到远侧的区域。这些吻合支逐渐变粗，血流量逐渐增大，便可取代阻塞的冠状动脉以维持对心脏的供血，这些通过侧支或吻合支重新建立起来的循环称为侧支循环。但吻合支或侧支血管的存在并不能说明都有侧支循环的功能，这是因为侧支循环的发展成熟需要较长的时间，且血流量较小，对心肌的保护作用有限。那么，影响侧支循环形成的因素有哪些？

（1）冠状动脉阻塞发展的速度。病理生理学最新研究证实，冠状动脉粥样硬化

始于儿童及青少年,并随着年龄的增长逐渐加重,局部缺血也日益明显,从而使吻合支的血管发生扩张,血流量增加,补偿缺血心肌的血液供应,这就建立了该部位的侧支循环。如果冠状动脉突然闭塞,侧支循环就不能形成,从而导致心肌梗死。

(2) 冠状动脉闭塞的部位。若冠状动脉闭塞的部位是其开口处或是近端,则主要血流中断,远端的侧支也就成了无源之水。

(3) 相邻动脉是否发生闭塞。如果相邻动脉也发生了闭塞,就失去了形成侧支循环的条件。

第二节 冠心病发病的病因与发病机制

一、冠心病的病因

1. 高脂血症: 目前认为与动脉粥样硬化关系最密切。
2. 高血压: 与冠状动脉粥样硬化往往相互加重。
3. 糖尿病: 高血糖可使血管内皮细胞受损,从而导致动脉粥样硬化发生率明显增高。
4. 性别与年龄: 男女比例为2:1,女性在绝经期后发病情况与男性差别缩小。
5. 吸烟: 香烟内大量的有毒化学物质可造成动脉壁缺血、痉挛,血管内部细胞损伤,促进动脉粥样硬化的发生。
6. 遗传因素: 有冠心病、高血压、糖尿病家族史者冠心病发病率高于无此类相关疾病家族史者。
7. 肥胖: 尤其是短期内体重明显增加者,冠心病发病几率将明显增加。

二、冠心病的发病机制

以上各因素均可导致冠状动脉内膜损伤,血浆中脂质可通过血管内皮间的裂隙或损伤部位侵入动脉壁并滞留于血管平滑肌细胞附近,引起平滑肌细胞增生,并进入内膜吞噬脂质,成为噬脂细胞。噬脂细胞逐渐增多或释放出脂质,可刺激纤维组织增生,最后形成粥样硬化斑块,从而导致冠状动脉管腔狭窄,当狭窄达到50%至75%时,安静状态下尚能代偿,而运动、心动过速、情绪激动等造成心肌需氧量增加时可导致短暂的心肌供氧不足,这就是引起大多数稳定型心绞痛发病的机制;此外,损伤处血小板聚集并释放血栓素 A_2 引起血管强烈收缩或痉挛以及血小板聚集导

致管腔狭窄程度急剧加重而形成不完全或完全性阻塞，绝大多数心肌梗死和不稳定型心绞痛由此引发。

第三节 冠心病的诊断与临床分型

一、冠心病的诊断

冠心病的诊断主要依赖典型的临床症状，再结合辅助检查发现心肌缺血或冠脉阻塞的证据，以及心肌损伤标志物判定是否有心肌坏死。发现心肌缺血最常用的检查方法包括常规心电图和心电图负荷试验、核素心肌显像。有创性检查包括有冠状动脉造影和血管内超声检查等。但是冠状动脉造影正常不能完全否定冠心病。通常首先进行无创方便的辅助检查。

1. 症状

(1) 典型胸痛 胸痛部位通常在胸骨后或左胸部，可向左上臂、下颌部、背部或肩部放射。有时疼痛部位不典型，可在上腹部、颈部、下颌等部位。疼痛常持续3-5分钟，通常呈剧烈的压榨性疼痛或紧迫、烧灼感，常伴有呼吸困难、烦躁不安、出汗、恶心、呕吐或眩晕等。女性不典型胸痛较为常见，而老年人可能以呼吸困难为首发症状。

心绞痛的分级：国际上一般采用 CCSC (cardiovascular society classification 心血管病学会分类法) 加拿大心血管协会分级法，简单易行，便于医患参考：

I级：日常活动，如步行、爬楼梯等无心绞痛发作。

II级：日常活动因心绞痛而轻度受限。

III级：日常活动因心绞痛发作而明显受限。

IV级：任何体力活动均可导致心绞痛发作。

发生心肌梗死时胸痛剧烈，持续时间长（常常超过半小时），含服硝酸甘油不能缓解，并可有恶心、呕吐、出汗、发热，甚至发绀、血压下降、休克、心衰等。

(2) 猝死 约有1/3的患者首次发作冠心病时就表现为猝死。

(3) 其他 可伴有全身症状，如发热、出汗、惊恐、恶心、呕吐等。

2. 体征

心率多增快，少数也可减慢；心尖部第一心音减弱；可出现第三心音或第四心音，甚至出现奔马律。除早期血压可增高外，几乎所有患者血压都较前降低。可出

现与心律失常、休克或心力衰竭有关的相应体征。

3. 检查

(1) 心电图

心电图是诊断冠心病最简便、最常用的方法。尤其是患者症状发作时，心电图是最重要的检查手段，还能够发现心律失常。不发作时多数无特异性改变。心绞痛发作时 ST 段异常压低，变异型心绞痛出现一过性 ST 段抬高。不稳定型心绞痛多有明显的 ST 段压低和 T 波倒置。

心肌梗死时的心电图表现：急性期有异常 Q 波、ST 段抬高；亚急性期仅有异常 Q 波和 T 波倒置（梗死后数天至数星期）；慢性或陈旧性期（3~6 个月）仅有异常 Q 波；若 ST 段抬高持续 6 个月以上，则有可能并发室壁瘤。若 T 波持久倒置，则称陈旧性心肌梗死伴冠脉缺血。

(2) 心电图负荷试验

包括运动负荷试验和药物负荷试验（如潘生丁等）。对于安静状态下无症状或症状持续时间很短难以捕捉的患者，可以通过运动或运用药物增加心脏的负荷而诱发心肌缺血，从而通过心电图记录到 ST-T 的变化而证实心肌缺血的存在。

运动负荷试验最常用，但是怀疑心肌梗死的患者禁用。

(3) 动态心电图

是一种可以长时间连续记录并分析在活动和安静状态下心电图变化的方法。此技术于 1947 年由 Holter 首先运用于监测电活动的研究，所以又称 Holter。该方法可以观察记录到患者在日常生活状态下心电图的变化，如一过性心肌缺血导致的 ST-T 变化等。此法无创、方便，患者容易接受。

(4) 核素心肌显像

根据病史、心电图检查不能排除心绞痛，以及某些患者不能进行运动负荷试验时可做此项检查。核素心肌显像可以显示缺血区、明确缺血的部位和范围大小。结合运动负荷试验，则可提高检出率。

(5) 超声心动图

超声心动图可以对心脏形态、结构、室壁运动以及左心室功能进行检查，是目前最常用的检查手段之一。对室壁瘤、心腔内血栓、心脏破裂、乳头肌功能等有重要的诊断价值。但是，其准确性与超声检查者的经验关系密切。

(6) 血液学检查

心肌损伤标志物是急性心肌梗死诊断和鉴别诊断的重要手段之一。目前临床中以心肌肌钙蛋白为主。此外，通常需要采血测定血脂、血糖等指标，评估是否存在