

常见病药食宜忌丛书

总主编 孟昭泉 孟靓靓

心脏病 药食宜忌

主编 © 孟靓靓 刘云海



全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

• 总主编 孟昭泉 孟靓靓 •

心脏病药食宜忌

主 编 孟靓靓 刘云海
副主编 孟现伟 张晓芬 马 丽 卜令标
 常文莉 张 昊
编 委 (以姓氏笔画为序)
 丁 芳 卜令标 马 丽 毕 颖
 刘云海 杨 敏 张 昊 张 峰
 张成书 张晓芬 孟昭泉 孟靓靓
 常文莉

中国中医药出版社
• 北 京 •

图书在版编目 (CIP) 数据

心脏病药食宜忌/孟靓靓, 刘云海主编. —北京: 中国中医药出版社, 2016. 11
(常见病药食宜忌丛书)

ISBN 978 - 7 - 5132 - 3568 - 6

I. ①心… II. ①孟… ②刘… III. ①心脏病 - 药物 - 禁忌 ②心脏病 - 忌口
IV. ①R541②R155

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 191781 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
北京时代华都印刷有限公司印刷
各地新华书店经销

*

开本 787 × 1092 1/16 印张 15.5 字数 340 千字
2016 年 11 月第 1 版 2016 年 11 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 3568 - 6

*

定价 39.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换
版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

购书热线 010 64065415 010 64065413

微信服务号 zgzyycbs

书店网址 csln.net/qksd/

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

淘宝天猫网址 <http://zgzyycbs.tmall.com>

《常见病药食宜忌丛书》

编 委 会

总主编 孟昭泉 孟靛靛

编 委 (以姓氏笔画为序)

卜令标	于 静	山 峰	马 冉	马 丽
马庆霞	马金雯	王 琨	王冬梅	王宇飞
尤文君	方延宁	卢启秀	田 力	冯冉冉
冯明臣	毕 颖	朱 君	乔 森	刘云海
刘国慧	刘厚林	刘奕平	闫西鹏	米亚南
孙 田	孙忠亮	孙谊新	李 丽	李 波
李 峰	李 霞	李文强	杨文红	杨际平
杨宝发	杨慎启	宋丽娟	宋晓伟	张 申
张 会	张 昊	张 波	张文秀	张世卿
张成书	张庆哲	张珊珊	张晓芬	陈夫银
陈永芳	陈晓莉	苑修太	郑 晨	孟会会
孟庆平	孟现伟	胡丽霞	相瑞艳	钟妍妍
班莹莹	贾常金	顾克斌	徐晓萌	徐凌波
高 鹏	高淑红	郭洪敏	常文莉	董 伟
路 芳	谭 敏	魏艳秋		

前言

随着社会经济的发展和人民生活水平的提高，人们对自身保健的意识愈来愈强。一日三餐提倡膳食平衡，不仅要吃得饱，而且要吃得好，吃得科学，同时更注重饮食搭配方法。当患病以后，更要了解中西药物及食物之间的宜忌等知识。

食物或药物宜忌是指食物与食物之间、各种药物之间、药物与食物之间存在着相互拮抗、相互制约的关系。如果搭配不当，可引起不良反应，甚至中毒反应。这种反应大多呈慢性过程，在人体的消化吸收和代谢过程中，降低药物或营养物质的生物利用率，导致营养缺乏，代谢失常而患病。食物或药物宜忌的研究属于正常人体营养学及药理学范畴。其目的在于深入探讨食物或药物之间的各种制约关系，以便于人们在安排膳食中趋利避害。提倡合理配餐，科学膳食，避免食物或药物相克，防止食物或药物中毒，提高食物营养素或药物在人体的生物利用率，对确保身体健康有着极其重要的意义。

当患了某种疾病之后，饮食和用药需要注意什么；哪些食物或药物吃了不利于疾病的治疗，甚至加重病情；哪些食物吃了不利于患者所服药物疗效的发挥，甚至降低药效或发生不良反应；哪些药物不能同时服用，需间隔用药……这些都是患者及家属十分关心的问题。

因此，我们组织长期从事临床工作的专家，查阅海量文献，针对临床上患者及家属经常问到的问题，编写了《常见病药食宜忌丛书》，旨在帮助患者及家属解惑，指导药物与食物合理应用，以促进疾病康复。

患者自身情况各异，疾病往往兼夹出现且有个体性，各种药食宜忌并非绝对，还需结合临床医生的建议，制定更为个性化方案，以利于疾病向愈。另外，中外专家对药食宜忌的相关研究从未停止，还会有更新的报道出现，我们将及时收录。基于上述原因，本丛书虽经反复推敲，但仍感未臻完善，其中的争议亦在所难免。愿各位读者、同道批评指正，以期共同提高。

本丛书在编写过程中，得到了有关专业技术人员的积极配合与大力支持，在此一并表示感谢。

《常见病药食宜忌丛书》编委会

2016年7月

编写说明

新中国成立以来，我国人民的生活条件逐渐改善，卫生事业不断发展，传染病得到控制，婴儿死亡率下降，人民平均期望寿命明显增长。但由于生活方式的转变，心脏病已逐渐成为常见病，给社会及家庭带来沉重负担。这些都已引起社会的关注，并着手进行研究。

食物或药物宜忌，是指食物与食物之间、各种药物之间，存在着相互拮抗、相互制约的关系。如果搭配不当，可引起不良反应或中毒等。这些反应大多呈慢性过程，在人体的消化吸收和代谢过程中，降低药物或营养物质利用率，导致营养缺乏、代谢失常而患病。食物或药物宜忌的研究是属于正常人体营养卫生学及药理学范畴。其目的在于深入探讨食物或药物之间的各种制约关系，以便于人们在安排膳食中趋利避害。提倡合理配餐，科学膳食，避免食物或药物禁忌，防止食物或药物中毒，提高食物营养素或药物在人体的生物利用率，对确保身体健康有着极其重要的意义。

在多年的临床工作中，我们经常采用中西医结合的方法治疗疾病，获得了既经济又快速起效的效果。有时我们也经常指导患者及家属认识常见心脏病的临床特点，掌握一些简单方法，配合医生治疗，常能收到良好效果。为适应广大心脏病患者的需求，我们参考国内外有关资料，编写了《心脏病药食宜忌》一书。

本书对常见心脏病，每病按概述、食物宜忌（饮食宜进、饮食禁忌）、药物宜忌（中西药治疗及药物禁忌）进行了全面详细阐述。其内容通俗易懂、科学实用，是心脏病患者及其家属的必备读物，也可供广大医护人员阅读参考。

该书在编写过程中，曾得到有关专业技术人员的积极配合与大力支

持，在此一并表示感谢。本书虽经反复推敲，但仍感未臻完善，批评、争议亦所难免，然金拭而后发光，玉琢而后成器，真理于争议中辨明，学术于批评中发展。笔者怀抛砖引玉之意，寄厚望于同仁及广大读者赐教。

主编
2016 年 8 月

目 录

一、心力衰竭	1
二、心律失常	16
三、先天性心血管病	40
四、慢性风湿性心脏病	49
五、感染性心内膜炎	64
六、肺源性心脏病	73
七、动脉粥样硬化	86
八、高脂血症	98
九、高血压性心脏病	107
十、心绞痛	120
十一、急性心肌梗死	129
十二、病毒性心肌炎	138
十三、原发性心肌病	149
十四、急性心包炎	158
十五、贫血性心脏病	166
十六、糖尿病性心脏病	175
十七、甲状腺功能亢进性心脏病	191
十八、痛风合并冠心病	199
十九、系统性红斑狼疮心脏病	214
二十、系统性硬皮病心脏病	223
二十一、心脏神经症	230

一、心力衰竭

【概述】

心力衰竭不是一个独立的疾病，是各种病因心脏病的严重阶段，是多数器质性心脏病患者几乎不可避免的结局。传统的定义为在循环血量与血管舒缩功能正常时，由于心脏做功不正常而使心排血量不能够满足全身代谢对血流的需要，即称为心功能不全或心力衰竭。心功能不全表现为具有这两方面特征的临床综合征，临床上以心排血量不足、组织血液灌注减少，以及肺循环或体循环静脉系统淤血为特征，又称充血性心力衰竭。

1. 心力衰竭的临床类型

(1) 按发病的缓急：分为慢性和急性心力衰竭，前者称为充血性心力衰竭。在疾病发生发展过程中，慢性心力衰竭可急性加剧，同理，急性心力衰竭经治疗后亦可演变为慢性心力衰竭。

(2) 按主要受累部位：分为左、右心衰竭和全心衰竭。左心衰竭的特征是肺循环淤血，右心衰竭是以体循环淤血为主要表现。

(3) 按心力衰竭时收缩与（或）舒张功能的改变：分为收缩功能不全性心力衰竭与舒张功能不全性心力衰竭，但有的患者可两种功能不全同时存在，成为混合性。

(4) 根据心排血量属于绝对降低或相对不足：分为低排血量性心力衰竭和高排血量性心力衰竭。

(5) 按心力衰竭时病理生理变化：分为原发性心肌收缩力减损性心力衰竭、负荷过度性心力衰竭及负荷量不足性心力衰竭。

2. 心功能分级

(1) NYHA 心功能分级：① I 级：体力活动不受限，一般体力活动不引起过度或不相适应的乏力、心悸、气促和心绞痛；② II 级：轻度体力活动受限，静息时无不适，日常体力活动可致乏力、心悸、气促和心绞痛；③ III 级：体力活动明显受限，静息时无不适，但低于日常活动量即致乏力、心悸、气促和心绞痛；④ IV 级：不能无症状地进行任何体力活动，休息时可有心力衰竭或心绞痛症状，任何体力活动都可加重不适。

(2) Killip 分级：急性心肌梗死并发泵功能障碍按照 Killip 分级法进行分级，该分级法是按照临床症状及体征来判定。① I 级：无心力衰竭症状征象；② II 级：轻至中度心力衰竭，心尖部舒张期奔马律，肺部啰音在肺野 50% 以下；③ III 级：肺部啰音在肺野 50% 以上；④ IV 级：心源性休克。

3. 病因

(1) 基本病因：心力衰竭的基本病因很多，从病理生物角度可把心力衰竭的病因

分为下列三个方面:

1) 原发性心肌收缩功能障碍: ①心肌病变: 包括心肌病、心肌炎、心肌梗死等; ②心肌代谢障碍: 常见于冠心病、慢性肺心病、高原病、休克和严重贫血等各种疾病所致心肌缺血、缺氧引起的心肌代谢障碍。

2) 心脏负荷过重: ①压力负荷过重: 又称后负荷过重。肺或体循环高压, 左、右心室流出道狭窄, 主动脉或肺动脉瓣狭窄等, 均能使心室收缩时阻力增高, 后负荷加重, 引起继发性心肌收缩力减弱而导致心力衰竭。②容量负荷量过重: 又称前负荷过重。瓣膜关闭不全、心内或大血管间左至右分流等, 使心室舒张期容量增加, 前负荷过重, 也可引起继发性心肌收缩力减弱和心力衰竭。

3) 心脏舒张受限: 主要影响左心室松弛的疾病, 如高血压性心脏病、肥厚性心肌病、主动脉瓣狭窄、老年人心脏和糖尿病, 这些疾病通过延缓左心室的主动松弛而影响左心室充盈。主要影响左心室僵硬度的疾病, 如心肌淀粉样变性、血色素沉着症、原发性限制性心肌病、心肌间质纤维化和心内膜心肌纤维化, 这些病变早期常有左心室松弛性减退, 晚期则左心室僵硬度增加, 进而影响左心室充盈。

(2) 诱发因素: 80% ~ 90% 的心衰发生时明确诱因, 常见的有感染、心律失常、妊娠和分娩、体力活动和情绪激动、输血输液过多或过快、出血与贫血、电解质紊乱和酸碱平衡失调、使用抑制心肌收缩力的药物等。

4. 临床表现

(1) 慢性左心衰竭

1) 症状: 左心衰竭的症状主要表现为肺淤血所致的症状。①疲乏无力: 一般体力活动感乏力, 系心排血量下降所致。②呼吸困难: 是左心衰竭时较早出现和最常见的症状, 为肺淤血和肺顺应性降低而致肺活量减少的结果。呼吸困难最初仅发生在体力劳动剧烈活动后, 休息后可自行缓解, 称为“劳力性呼吸困难”, 系体力活动使静脉回流增加、肺淤血加重的结果, 随肺淤血程度的加重, 呼吸困难可在较轻的体力活动时甚至休息时也发生; 有的则表现为夜间阵发性呼吸困难, 典型发作多发生在夜间熟睡 1 ~ 2 小时后, 患者因气闷、气急而突然惊醒, 被迫立即坐起, 伴有阵咳、咳泡沫痰及 (或) 哮喘, 后者又称心源性哮喘。发作较轻者坐起后数分钟呼吸困难可自动消退, 严重者可发展为急性肺水肿。夜间阵发性呼吸困难的机制可能与卧位时静脉回流增加、膈肌上升、肺活量减少和夜间迷走神经张力增高有关。左心功能不全严重时, 患者即使平卧休息也感呼吸困难, 被迫半卧或坐位, 称为端坐呼吸。由于坐位时重力作用, 使部分血液转移到身体下垂部位, 可减轻肺淤血, 且横膈下降又可增加肺活量。在左心衰竭晚期, 由于心排血量明显降低, 脑组织缺血缺氧, 呼吸中枢受抑制而呈现陈 - 施呼吸 (Cheyne - Stokes respiration)。③咳嗽、咳痰及咯血: 系肺泡和支气管黏膜淤血所致。痰常为浆液性, 呈白色泡沫样, 有时带血呈粉红色泡沫痰。④其他症状: 左心衰竭时可出现发绀、夜尿增多、左肺动脉扩张压迫左喉返神经致声音嘶哑等症状, 严重时, 由于脑缺氧可出现嗜睡、烦躁甚至精神错乱等精神神经系统症状。

2) 体征: 除原有心脏病的体征外, 左心衰竭的体征有以下两方面。①心脏体征:

一般有心脏扩大,以左心室增大为主,左心室极度扩张时,可发生相对性二尖瓣关闭不全而出现心尖区收缩期吹风样杂音。常有心率快,心尖可闻及舒张期奔马律,肺动脉瓣区第二心音亢进。部分患者可出现交替脉。②肺脏体征:夜间阵发性呼吸困难,发作时两肺有较多湿啰音,并可闻及哮鸣音、干啰音,吸气和呼气均有明显困难。约有25%左心衰竭患者产生胸水,以右侧多见。

(2) 急性左心衰竭(急性肺水肿):急性肺水肿是指血浆渗入肺间质,随后渗入肺泡内,影响到气体交换而引起的呼吸困难、咳嗽、咳泡沫痰症状的综合征。由心脏病所致的急性肺水肿,称为心源性肺水肿。心源性肺水肿的常见病因为急性左心衰竭,可因急性弥漫性心肌损害如急性心肌炎、急性广泛性心肌梗死等,致心肌收缩无力;因急性机械性阻塞,如严重的二尖瓣或主动脉瓣狭窄、左心室流出道梗阻、二尖瓣口黏液瘤或血栓的嵌顿、恶性高血压等所致心脏压力负荷过重;因急性容量负荷过重,如急性乳头功能不全、腱索断裂、瓣膜穿孔和主动脉窦瘤破裂等引起。一般说来,凡使左心室舒张末压和(或)左心房压力增加并使肺毛细血管压力升高至4.0kPa(30mmHg)以上即可发生急性肺水肿。根据肺水肿的发展过程和临床表现可将其分为以下5期:①发病期:症状不典型,患者呼吸短促,有时表现为焦虑不安,体检可见皮肤苍白湿冷、心率增快,X线检查肺门附近可有典型阴影。②间质性肺水肿期:有呼吸困难,但无泡沫痰,有端坐呼吸,皮肤苍白,常有发绀,部分患者可见颈静脉怒张,肺部可闻及哮鸣音,有时伴有细湿啰音。③肺泡内肺水肿期:有频繁咳嗽、极度呼吸困难、咳粉红色泡沫样痰等症状,体检发现双肺布满大、中水泡音,伴哮鸣音并有奔马律、颈静脉怒张、发绀等表现。④休克期:表现为血压下降、脉搏细速、皮肤苍白、发绀加重、冷汗淋漓、意识模糊等。⑤临终期:心律及呼吸均严重紊乱,濒于死亡。严重心力衰竭时可出现昏厥和心脏骤停。

(3) 右心衰竭:多由左侧心力衰竭引起。出现右侧心力衰竭后,由于左心室排血量减少,肺瘀血现象常有减轻,呼吸困难亦随之减轻。单纯右心衰竭多由急、慢性肺心病引起。

1) 症状:主要由慢性持续性体循环淤血引起各脏器功能改变所致,如长期胃肠道淤血引起食欲不振、恶心、呕吐等;肾脏淤血引起尿量减少、夜尿多、蛋白尿和肾功能减退;肝脏淤血引起上腹饱胀、肝区疼痛,长期肝脏淤血可引起心源性肝硬化。

2) 体征:除原有的心脏病体征外,右心衰竭的体征有以下几方面:①心脏体征:因右心衰竭多由左心衰竭引起,故右心衰竭时心脏增大较单纯左心衰竭更为明显,呈全心扩大。以右心室增大为主者可伴有心前区抬举样搏动,剑突下常可见到明显搏动。心率增快,部分患者在胸骨左缘相当于右心室表面处听到舒张早期奔马律。右心室显著增大,可引起相对性三尖瓣关闭不全,在三尖瓣听诊区可闻及收缩期吹风样杂音。若有相对性三尖瓣狭窄时,在三尖瓣听到舒张早期杂音。②颈静脉充盈:颈外静脉充盈为右侧心力衰竭的早期表现。半卧位或坐位时在锁骨上方见到颈外静脉充盈,或颈外静脉充盈最高点距离胸骨角水平10cm以上,都表示静脉压增高,常在右侧较明显。严重右心衰竭静脉压显著升高时,手背静脉和其他浅表静脉也充盈,并可见静脉搏动。

③肝大和压痛：出现亦较早，大多发生在皮下水肿之前。压迫肝脏时，可见颈静脉充盈加剧。随心力衰竭的好转或恶化，肝大可在短期内减轻或增剧。长期慢性右心衰竭可引起心源性肝硬化。④下垂性水肿：早期右心衰竭水肿常不明显，多在颈静脉充盈和肝大较明显后才出现。先有皮下组织水分积聚，体重增加，到一定程度后才引起凹陷性水肿。皮下水肿先见于身体的下垂部位。病情严重者可发展到全身水肿。⑤胸水和腹水：以右侧胸水多见，亦可为双侧胸水，但以右侧胸水量较多。腹水大多发生于晚期。⑥发绀：单纯右心衰竭所致者，发绀多为周围性，出现在肢体的下垂部位及身体的周围部位；全心衰竭患者，发绀为混合性，即周围性和中心性发绀并存。⑦心包积液：右心衰竭或全心衰竭时可发生心包积液。⑧其他：晚期患者可有明显营养不良、消瘦，甚至恶病质。

(4) 全心衰竭：同时具有左、右心衰竭的表现。

5. 辅助检查

心力衰竭的诊断主要依靠临床症状和体征，有些实验室检查对诊断有帮助。

(1) X线检查：左心衰竭早期即肺静脉充盈期时仅见肺上叶静脉扩张，下叶静脉较细，肺门血管影清晰。在肺间质水肿期可见肺门血管影增粗、模糊不清，肺血管分支扩张增粗，或肺叶间淋巴管扩张。两肺下野侧可形成水平位的 Kerley B 线。在肺泡水肿阶段，开始可见密度增高的粟粒状阴影，继而发展为云雾状阴影。急性肺水肿时可见自肺门伸向肺野中部及周围的扇形云雾状阴影。此外，左心衰竭有时还可见到局限性肺叶间单侧或双侧胸水。慢性左心衰竭患者还可有叶间胸膜肥厚，左心房或左心室增大。右心衰竭继发于左心衰竭者，X线检查显示心脏向两侧扩大。单纯右心衰竭者，可见右心房及右心室扩大，上腔静脉阴影增宽，可伴单侧或双侧胸水。

(2) 心电图：心电图上 V_1 导联的 P 波终末向量 (Pt_f) 是反映左心功能减退的良好指标，研究表明 $Pt_f - V_1$ 与肺毛细血管楔压有一定关系，可间接反映左心房及左心室的负荷及功能状态，在无二尖瓣狭窄时，若 $Pt_f - V_1$ 小于 -0.03 (mm · s)，提示早期左心衰竭的存在。

(3) 实验室检查：可有水电解质紊乱及酸碱平衡失调，可有肝肾功能异常。

(4) 心功能检查：除依靠临床表现判断左心室功能不全外，左心室功能的评价包括有创性（如左心导管、右心漂浮导管和血管 X 线造影等）和无创性（如放射性核素扫描、超声心动图和计算机断层扫描、磁共振成像等）方法。

【饮食宜忌】

1. 饮食宜进

(1) 饮食原则

1) 补充蛋白质：康复期和慢性心力衰竭患者应保持各种氨基酸和蛋白质的摄入量，蛋白质以动物性、植物性各半为宜。

2) 应食半流质饮食或软食：心力衰竭（心功能不全）患者胃肠道充血，消化能力差，应予患者进食易消化、富有营养的流质或半流质饮食，如牛奶、米汤、藕粉、鸡

蛋汤、菜汁、水果汁、面条、馄饨、蒸蛋羹等。进食不宜过饱，当少食多餐。

3) 多食新鲜水果和蔬菜：可以使人体获得丰富的维生素、无机盐和纤维素。纤维素可减低胆固醇的生成，有助于人体对食物的消化、吸收。

4) 必须给予充足维生素：尤其注意维生素 B、维生素 C、E 族维生素的足够供给，适当多食绿叶菜、豆芽、水果。

5) 应供给一定量铬、锰、镁、碘、钾等无机盐：应考虑从谷类、豆类、坚果、茶叶、绿叶菜、食用蕈类、海产品、土豆、番茄等中吸取。

6) 当辨证用膳：据证酌情选食具有益气、补血、温阳、滋阴、强心、健脾、益肾、通阳、利水、活血、化瘀等功能之食品，如红枣、龙眼、生姜、牡蛎肉、猪心、赤豆、鲫鱼、冬瓜、桃仁等。

(2) 饮食搭配

1) 冬瓜与芦笋：芦笋营养丰富，含有的门冬酰胺能有效抑制肿瘤生长，且有降血压、降血脂作用，若配以甘淡微寒、清热利尿、解毒生津的冬瓜，不仅清凉爽口，而且有良好的保健效果，适于心力衰竭患者食用。

2) 荠菜与瘦肉：二者搭配，营养丰富，有补心脾、益肾气、降血压、止血凉血的作用，适于心力衰竭患者食用。

3) 蘑菇与油菜：蘑菇和油菜富含纤维素，可缩短食物残渣在消化道中的停留时间，减少有害物质及胆固醇的吸收，适于心力衰竭患者食用。二者搭配，亦可防老、抗衰、润肤。

(3) 药膳食疗方

1) 鲫鱼茶叶汤：鲫鱼 1 条（约 200g），茶叶 6~9g（绿茶、花茶均可）。鱼洗净，去内脏，将茶叶装入鱼腹中，用线缝好，加水煮熟。饮汤食鱼肉。每日 1~2 剂，连食数日，适于心力衰竭康复期或慢性心力衰竭。濒于昏迷者不可服食。

2) 瓜皮赤豆汤：西瓜皮 100g（干者 30g），冬瓜皮 100g（干者 30g），赤小豆 30g。同煮汤，代茶频服。每日 1 剂，连饮 1~2 周。适于心力衰竭心悸、喘咳、肢肿较著者，也可用于肾炎水肿。畏寒、胸痛无明显水肿之心力衰竭不宜饮服。

3) 鲜椰汁：新鲜椰子汁不拘量，频频饮服。适于心力衰竭见神疲乏、肢肿、纳少者。心胸闷痛、喘咳较著之心力衰竭不宜多饮。

4) 山楂肉片：山楂 50g，瘦猪肉 250g，姜、葱、糖、醋、花椒、黄酒适量。山楂与瘦肉同煮至七成熟时取出，肉切片，与各调料拌匀，腌 1 小时，沥干，入烧热菜油中炸至微黄，再将山楂与肉片同炒至熟，淋上香油，加少许味精、白糖服食。每日分 2 次食，时时服食。适于慢性心力衰竭见神疲乏力、气短、纳差者及高血压、冠心病患者等。咳喘较著、肢肿明显者不宜多食。

5) 红枣炖羊心：红枣 10 枚，羊心 1 只。羊心洗净，切片。红枣洗净，与羊心同煮沸，撇去沫，加入适量料酒、葱花、姜末，煨至烂熟，精盐、味精少许调味，并淋上麻油。佐餐食用，每日 1 剂，时时服食。适于各型慢性心力衰竭。急性期及严重心力衰竭则不宜多食。

6) 牡蛎鸡蛋汤: 鲜牡蛎肉 200g, 鸡蛋 2 只。牡蛎肉洗净, 加料酒、姜末、葱花, 烧熟, 打入蛋糊, 再煮沸, 调味服食。每日 1 剂, 时时服食。适于口渴、纳少、心悸失眠属心阴亏虚之慢性心力衰竭。急性心力衰竭咳嗽较甚或肢肿显著者不宜食用。

2. 饮食禁忌

(1) 忌空腹大量饮酒: 酒中的乙醇对人体的神经、消化、循环系统都有一定的损害作用。空腹饮酒时, 乙醇的吸收量是平时饮酒的几十倍。乙醇被吸收后, 就会刺激中枢神经, 引起心搏加快, 血液循环量增加, 心肌耗氧量增加, 从而加重心力衰竭症状。

(2) 忌大量饮用咖啡、茶叶等刺激性饮料: 这些液体进入人体后, 可引起兴奋、烦躁、呼吸加快、心搏加快、心律失常等, 不利于本病症状的控制。因此, 本病患者应当禁忌饮用刺激性饮料。

(3) 忌大量饮水: 过量饮水可使有效循环血容量增加, 加重心脏负担, 从而加重病情。

(4) 忌暴饮暴食: 过量的饮食会迅速使胃充盈, 膈肌抬高, 压迫心脏, 增加心脏负担。心功能不全的患者往往不能适应这种变化, 常导致病情加重甚至死亡。

(5) 限制碳水化合物摄入, 控制总热量: 以保持标准体重为限。

(6) 忌过食香蕉: 因香蕉中含有丰富的钠, 过食香蕉会增加钠在体内的潴留, 导致水肿, 对心力衰竭患者病情不利。

【药物宜忌】

1. 西医治疗

(1) 一般治疗

1) 休息: 目的是为了减轻心脏的工作量, 休息可使肾血流量增加, 有利于钠和水的排泄及水肿的消退, 使心率减慢、心肌耗氧量减少。必要时可应用镇静安眠剂。

2) 吸氧: 心力衰竭患者都有不同程度的低氧血症, 因此吸氧十分必要。尤其在急性肺水肿、急性肺梗死、肺心病、急性心肌梗死及其他出现青紫的心力衰竭, 需吸氧治疗。

(2) 利尿剂的应用

1) 噻嗪类利尿剂: 常用的噻嗪类利尿剂有: 氢氯噻嗪 25mg, 每日 2~3 次; 环戊噻嗪 0.25~0.5mg, 每日 2~3 次, 口服。此类药长期服用时, 宜隔日服用。

2) 袢利尿剂: 常用制剂有: 呋塞米 (速尿), 口服 20~40mg, 每日 1~2 次, 亦可肌肉注射或静脉注射 20~40mg, 每日 1~2 次。利尿效应与其单剂量密切相关, 在未达到其最高极限前, 剂量愈大, 利尿作用愈强。肾小球滤过率很低时, 给予大剂量 (呋塞米 500~1000mg) 仍有促进利尿效果。静脉注射的效果优于口服。依他尼酸, 口服 25~50mg, 每日 1~2 次; 静脉注射 25~50mg, 每日 1~2 次。布美他尼 (丁苯氧酸), 1mg 口服, 每日 1~2 次; 静脉注射 0.5~2mg, 每日 1 次。吡咯他尼, 3~18mg/d, 分 2~3 次口服。

3) 保钾利尿剂: 常用制剂有螺内酯 20 ~ 40mg, 每日 3 ~ 4 次; 氨苯蝶啶 50 ~ 100mg, 每日 3 次。阿米洛利, 作用机制与氨苯蝶啶相似, 一般剂量为 5 ~ 10mg, 每日 1 ~ 2 次。呋喃蝶呤 300 ~ 600mg, 分 2 ~ 3 次口服。

4) 其他利尿剂: 已较少或很少用于心力衰竭的利尿剂有碳酸酐酶抑制剂、汞利尿剂、嘌呤类利尿剂和渗透性利尿剂等。

(3) 血管扩张剂的应用

1) 直接作用于血管平滑肌的扩张剂: ①硝普钠: 初始量 10 μ g/min, 每 5 分钟增加 5 ~ 10 μ g/min, 直至发生疗效或低血压等副作用。最大剂量可用至 400 μ g/min。②硝酸酯制剂: 常用制剂: a. 硝酸甘油: 舌下含服, 每次 0.6mg, 疗效不显著时, 可每 5 ~ 10 分钟增加 1 次。静脉滴注, 最初剂量 10 μ g/min, 无效时可渐增剂量, 最高剂量 200 μ g/min。停药时逐渐减量, 以免发生“反跳”。b. 硝酸异山梨醇酯: 含服时 5 ~ 10mg/次, 每 3 小时 1 次, 口服, 最初剂量 10mg, 可渐增至 20 ~ 40mg, 每 4 ~ 6 小时 1 次。c. 单硝酸异山梨醇酯: 为二硝酸异山梨醇酯的活性代谢产物, 与母药比, 生物利用度更高, 作用维持时间更长。常用量为每次 10 ~ 20mg, 每日 3 次。③肼屈嗪: 从小剂量开始, 先给予 10 ~ 25mg/次, 每日 3 次, 以后递增至 50mg/次, 每 6 小时 1 次。肌肉注射或静脉注射的剂量为每次 20 ~ 40mg。

2) α 受体阻滞剂: 盐酸哌唑嗪, 口服用量为首剂 0.5mg, 如无不良反应, 开始每次 1mg, 每日 3 次, 可按需要逐渐加量。乌拉地尔, 口服 30 ~ 60mg/次, 每日 1 ~ 2 次; 静脉初次负荷量为 12.5 ~ 25.0mg, 必要时 10 ~ 15 分钟后可再重复 1 次, 静脉滴注以 2 ~ 4 μ g/(kg · min) 速度滴注, 每日 1 次, 也可 24 小时连续应用, 并酌情调整用药剂量和速度。

3) 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI): ①卡托普利: 初始量 6.25mg, 1 小时后测血压, 如无低血压, 以后可逐步增至 25mg, 每日 3 次。最大用量为 150 ~ 400mg/d。口服半小时起效, 1 ~ 1.5 小时达高峰, 持续 6 ~ 8 小时。②依那普利: 其药理作用、疗效与卡托普利相似, 但副作用更小。本品为长效口服制剂, 初始量 2.5mg, 3 小时后测血压, 如无低血压, 以后可逐步增量至 10 ~ 15mg, 每日 1 ~ 2 次。作用持续 12 ~ 24 小时。③培哚普利: 初始量 2mg, 以后增至 4mg, 每日 1 次。

4) 钙拮抗剂: ①硝苯地平: 口服或舌下含服, 常用量为 10 ~ 20mg, 每日 3 ~ 4 次。②尼卡地平: 该药为第二代钙拮抗剂, 其药理作用、疗效与硝苯地平相似, 但其副作用发生率低。口服剂量 40 ~ 160mg/d, 分 3 ~ 4 次口服, 静脉给药剂量为每次 5 ~ 10mg。

(4) β 受体阻滞剂的应用: 应从极小剂量开始, 观察患者反应, 逐渐增量。美托洛尔, 口服 6.25mg 后, 观察血压、心率、心力衰竭症状和体征 3 ~ 4 小时, 若无不良反应可用 6.25mg, 每日 2 次。若耐受性好, 可加量。阿替洛尔, 口服 25 ~ 50mg/d, 每日 1 次。

(5) 正性肌力药的应用

1) 洋地黄类: ①快速作用制剂: 适用于急性或慢性充血性心衰急性加重时。a. 毒毛旋花子苷 K、G, 0.25 ~ 0.50mg, 静脉滴注, 5 分钟起效, 0.5 ~ 1.0 小时达高峰。b.

毛花苷 C，静脉注射，每次 0.2 ~ 0.4mg，24 小时总量 1.0 ~ 1.6mg，5 ~ 10 分钟起效，0.5 ~ 2.0 小时达高峰。②中速作用制剂：适用于中度心力衰竭或维持治疗。最常用的制剂是地高辛，给药方法有两种：a. 负荷量加维持量法：0.25mg，每日 3 次，共 2 ~ 3 日，以后改成维持量，每日 0.25 ~ 0.50mg。b. 维持量法：每日 0.25 ~ 0.50mg，约经 5 个半衰期（5 ~ 7 日）后可达稳态治疗血浓度，此种用法可使洋地黄中毒的发生率明显降低。静脉应用地高辛，起效快，血浓度高，易与口服地高辛进行剂量折算（口服地高辛生物利用度约为 75%）。

2) 环核苷酸（CAMP）依赖性正性肌力药：氨力农，负荷量 0.75mg/kg，缓慢静脉注射，继以 5 ~ 10μg/（kg · min），静脉滴注。米力农，负荷量 50μg/kg，缓慢静脉注射，继以 0.25 ~ 0.50μg/（kg · min），维持静脉滴注。

（6）急性左心衰竭的治疗

1) 迅速有效纠正低氧血症：鼻导管或面罩高浓度、大剂量吸氧（>5L/min）。有泡沫痰时在湿化瓶内加入 40% ~ 70% 乙醇以消除泡沫。

2) 减轻心脏负荷：坐位垂腿减少静脉回心血量。简便急救治疗：先舌下含服硝酸甘油 0.6mg，每 5 分钟 1 次，效果不明显时可应用静脉血管扩张剂硝普钠静脉滴注，用血管扩张剂时要监测血压，血压小于 12.0/5.3kPa（90/40mmHg）时也可同时应用多巴胺以维持血压。

3) 镇静、减慢呼吸：吗啡，5 ~ 10mg，静脉注射。

4) 利尿剂：呋塞米，20mg，静脉注射，必要时可加大剂量。

5) 强心苷的应用：以二尖瓣狭窄为主的快速性心房颤动或室上性心动过速引起的肺水肿首选毛花苷 C，0.4mg 静脉注射。以左心室扩大为主，未使用强心苷者选用毒毛花苷 K 0.25mg，或毛花苷 C 0.2 ~ 0.4mg，静脉注射。

6) 辅助治疗：①氨茶碱：哮喘音明显的患者可将氨茶碱 0.25g 溶于 5% 葡萄糖液 20mL 中缓慢静脉注射，或氨茶碱 0.50g 溶于 5% 葡萄糖液 250mL，静脉滴注。②呼吸困难明显时，可行气管插管，呼吸机辅助呼吸，必要时加用呼气末正压通气（PEEP），可有效地提高血氧分压，缓解呼吸困难症状和呼吸肌疲劳，阻止恶性循环。③主动脉内气囊反搏（IABP）：适用于冠心病心肌梗死伴心源性休克时，以改善冠状动脉灌注及排血阻抗，继而改善心功能。④持续性静脉血液滤过（CAVH）：适用于高度水肿、利尿效果不好或伴有肾功能不全患者，可迅速脱水，减轻心脏前负荷，改善心功能。

2. 中医治疗

（1）辨证治疗

1) 心脾气虚，瘀饮阻肺

主症：心悸，怔忡，失眠，多梦，气短，胸闷，头晕，多汗，下肢轻度水肿，两颧暗红或咳痰带血，脉细数或结代，苔薄舌淡或红。

治法：补脾养心，活血化饮。

方药：养心汤（《证治准绳》）加减。太子参 30g，黄芪 20g，甘草 6g，肉桂 6g，五味子 6g，当归 30g，丹参 18g，茯苓 30g，泽泻 20g，远志 12g，酸枣仁 16g。

加减：若喘咳明显，加葶苈子 15g，杏仁 8g，桑白皮 30g；若心悸明显，加生龙骨、生牡蛎各 30g，麦冬 20g；若反复感冒体虚，加玉屏风散。

用法：水煎服，每日 1 剂。

2) 脾肾阳虚，水湿泛滥

主症：心悸，气短，下肢水肿明显，甚则腰骶及周身水肿，腰酸膝冷，恶寒，乏力或伴有腹水、腹胀、纳少、尿少、大便溏，脉沉弱结代，苔白，舌淡暗或紫暗。

治法：补脾温肾，化气利水。

方药：实脾饮（《济生方》）加减。黄芪 30g，附子 15g，茯苓 30g，干姜 6g，白术 9g，木瓜 15g，大腹皮 15g，猪苓 30g，泽泻 20g，车前子 15g。

加减：若脘腹胀满纳少，加苏叶 9g，陈皮 9g，厚朴 9g；若水肿尿少明显，加肉桂 5g，冬瓜皮 30g；若咳喘、夜难平卧、阳虚水泛，加桂枝 9g，甘草 10g，五加皮 9g，桑白皮 30g，生龙骨、生牡蛎各 30g。

用法：水煎服，每日 1 剂。

3) 肺肾两虚，水气上泛

主症：咳喘，心悸不宁，气短动则尤甚，端坐倚息，不能平卧，痰白而稀，面白，唇青，尿少，脉虚数或滑数，舌苔白或白润，舌淡暗。

治法：补肺益肾，纳气利水。

方药：济生肾气丸（《济生方》）合生脉饮（《内外伤辨惑论》）加减。干地黄、山茱萸各 20g，茯苓 30g，泽泻 20g，丹参 18g，肉桂 6g，附子 15g，车前子 30g，牛膝 9g，人参 6g，麦冬 15g，五味子 6g。

加减：若咳喘明显，加葶苈子 15g，生龙骨、生牡蛎各 30g，桑白皮 30g；若脘腹胀满，加苏叶 9g，木瓜 12g，焦槟榔 15g。

用法：水煎服，每日 1 剂。

4) 心肾气阴两虚，瘀饮壅塞三焦

主症：心悸，气短，动则喘息，多汗，口干，心烦，头昏，耳鸣，少寐，腰酸腿软，脘腹胀满，胁下痞块，下肢水肿，脉细数结代，舌红苔腻。

治法：益气养阴，通利三焦。

方药：生脉饮（《内外伤辨惑论》）加味。人参 9g，玉竹 15g，麦冬 15g，五味子 6g，黄芪 30g，制附子 12g，生地黄、熟地黄各 20g，丹参 30g，泽泻 20g，茯苓 30g。

加减：若口干、心烦内热明显，加连翘 15g，元参 30g；若胸闷胸痛，加川芎 9g，瓜蒌 15g，薤白 12g；若胁痛肝大，加三棱 9g，赤芍 30g，牡蛎 30g；若心悸明显，加生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 20g。

用法：水煎服，每日 1 剂。

5) 心肝气虚，水血瘀阻

主症：面色暗，唇绀，胸闷，胸痛，心悸怔忡，胁下痞块，脘腹胀，腹水，下肢肿，大便秘结，脉沉涩，舌暗有瘀点。

治法：调气活血，泻下利水。