

# 防治肺心病、冠心病、高血压病 座谈会资料选编

(第一辑)

肺心病部分

防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会秘书组 编

(内部发行)

人民卫生出版社

# 防治肺心病、冠心病、高血压病 座谈会资料选编

## 第一辑 肺心病部分

防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会秘书组 编

内部资料·注意保存

(内部发行)

人民卫生出版社

一九七二年·北京

防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会资料选编

第一辑 肺心病部分

开本：787×1092/32 印张：2 字数：40千字

---

防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会秘书组 编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京书刊出版业营业许可证出字第〇四六号)

·北京市宣武区迎春街一〇〇号·

人 民 卫 生 出 版 社 印 刷 厂 印 刷

(内 部 发 行)

新华书店北京发行所发行·各地新华书店经售

统一书号：14043·3300

1972年6月第1版—第1次印刷

定 价：0.13元

印 数：1—50,000

# 毛主席语录

路线是个纲，纲举目张。

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

古为今用，洋为中用。

人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。

# 前 言

在毛主席无产阶级卫生路线指引下，根据卫生部(71)军管字第 363 号通知，防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会于 1972 年 3 月下旬在北京召开。有 13 个省、市、自治区的有关人员参加，卫生部军管会负责同志出席会议并讲了话。

慢性肺原性心脏病(简称肺心病)、冠状动脉硬化性心脏病(简称冠心病)和高血压病，是中年和老年的常见病、多发病，严重危害人民的健康。近年来，在毛主席革命路线指引下，广大医务人员贯彻**预防为主**的方针，走中西医结合的道路，对这三种心血管病进行了防治研究。在这次座谈会中，各地代表认真学习了毛主席对卫生工作的指示，狠批了刘少奇一类骗子散布的“左”、右干扰的种种反动谬论，提高了路线斗争觉悟，交流了用毛泽东思想统帅中西医结合防治肺心病、冠心病、高血压病的经验体会，进一步明确了今后肺心病、冠心病、高血压病的防治科研工作为广大工农兵服务的方向和贯彻中西医结合和**预防为主**的方针。

现将这次座谈会的资料汇编成册，分为两辑出版，第一辑是关于肺心病的材料，第二辑是关于冠心病和高血压病的材料，供各地医药卫生科研人员阅读参考。

由于我们学习马列主义、毛泽东思想不够，水平有限，在汇编工作中会有不少缺点或错误，请广大读者给予批评指正。

防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会秘书组

1972 年 4 月

# 目 录

## 前 言

交流资料.....	1
慢性肺原性心脏病的发病规律和治疗体会 (446 例的分析)	
上海第一医学院附属中山医院、华山医院.....	1
中西医结合治疗慢性肺原性心脏病心力衰竭 40 例次临床疗效观察	
中医研究院西苑医院.....	9
慢性肺原性心脏病急性发作 100 例临床分析	
解放军总医院.....	17
慢性肺原性心脏病心力衰竭治疗的分析 (重 点分析强心剂和利尿剂的使用)	
北京医院内科.....	26
肺性脑病 115 例的治疗问题探讨	
四川医学院.....	30
中西医结合抢救一例肺原性心脏病心跳停 搏 12 分钟病例的几点体会	
上海第一医学院附属华山医院.....	37
关于慢性肺原性心脏病几个问题的探讨	
中国医学科学院阜外医院肺心病小组.....	42
慢性肺原性心脏病诊断标准 (试行草案).....	55

# 交流资料

## 慢性肺原性心脏病的发病规律和 治疗体会（446例的分析）

上海第一医学院附属中山医院、华山医院

本文分析上海第一医学院附属中山医院与华山医院所见的慢性肺原性心脏病,探讨本病在上海地区的一些发病规律,并讨论诊断与治疗上的一些体会。

### 一、肺心病是危害劳动人民 健康的常见心脏病

自1958年至1965年6月两医院收治本病302例;自1965年7月至1971年底中山医院收治本病144例,两个时期共有446例,住院636次,占同时期内科住院病人的1.18%。本病是常见心脏病,一旦发生,多数需反复住院,住院病死率达31.1%,严重危害患者的劳动力和生命。

### 二、顽固的慢性支气管炎是肺 心病的主要病因

本组患者以女性多见,男女比例1:1.15。发病年龄大多(78.9%)在40岁以上,以从事家务劳动的妇女所占比例

最大(占42.1%)，其次为工人(占25.6%)和农民(占11.1%)。统计有无吸烟嗜好的302例中，有吸烟嗜好的占49.3%。发病前患慢性支气管炎伴肺气肿者最多见，占80.5%，少数尚合并肺结核或支气管扩张；其次为支气管哮喘伴肺气肿(占9.2%)和肺结核(占8.7%)；此外尚有患胸廓或脊柱畸形、矽肺等病。

从病史来分析，由慢性支气管炎至确诊为肺心病历时平均达16.7年，由呼吸功能开始失代偿(表现一定程度的肺气肿)至确诊为肺心病历时平均达8.5年，而由右心功能失代偿至确诊为肺心病历时平均达1.2年。

住院原因主要为心力衰竭和呼吸衰竭。因心力衰竭住院的计471例次，多数由呼吸道感染诱发呼吸功能不全引起，其次为呼吸衰竭(93例次)，再次为同时有心力衰竭和呼吸衰竭(33例次)，少数则因消化道出血而住院。以12月份至翌年3月寒冷季节入院最多，约占54%，而以1~2月份为高峰。

可见慢性支气管炎伴发肺气肿是本病主要的基本病因，呼吸道感染又是诱发心肺功能衰竭的因素。支气管炎极为常见，不加注意，不及时有效治疗，反复发作日久成为慢性，顽固的慢性支气管炎逐渐引起肺气肿，最终形成肺心病。本病在工人、农民和其他劳动人民中颇为常见，家庭妇女患本病者亦甚多，恐是较多地患慢性支气管炎之故。在毛主席的革命卫生路线指引下，近年来我国各地大力开展群防群治、攻克老年慢性气管炎的工作，这是保护劳动人民健康，防治此一多发病、常见病的有力措施，对预防本病亦具有十分积极的意义。



### 三、肺心病是心肺的疾病也是全身性疾病

本组患者入院时，绝大多数有充血性心力衰竭的临床表现。71%患者静压高于正常；约 $\frac{1}{4}$ 患者心界扩大；胸部X线检查有右心增大者占54%；心电图有右心室肥大者占56.3%，右心房肥大者占33.4%，心脏显著顺钟向转位者占19.9%，有心律失常者占28.8%；表明心脏有相当显著的变化。

本组患者还都有呼吸功能不全的临床表现。胸部X线检查67%有肺气肿表现； $\frac{1}{2}$ 患者红细胞计数超过正常， $\frac{1}{2}$ 患者血红蛋白增高；曾测定血二氧化碳结合力的，高于60容积%者占53.5%；曾测定动脉血氧饱和度的，76.9%低于正常；曾测定动脉血二氧化碳分压的有81.8%高于正常；说明呼吸功能不全已引致严重缺氧和二氧化碳贮留。16.6%的患者住院时有神志改变，包括多语兴奋、狂躁、谵妄、抽搐、嗜睡、昏迷等，表明缺氧和二氧化碳贮留程度严重到影响中枢神经，产生肺性脑病。死亡患者中，有19例死前有消化道大量出血，其中3例经尸检发现消化道粘膜糜烂出血，但无溃疡病表现，显然与缺氧有关。

184例患者测定血非蛋白氮，约80%高于正常，表明这些患者有肾功能改变，这与本病的显著缺氧、心力衰竭和有些患者血压低于正常有关。部分患者有显著肝功能损害，66例测定谷-丙转氨酶，有 $\frac{1}{4}$ 高于正常，其中最高达1400单位；38例测定血总胆红素，半数高于正常；48例测定锌浊度，也有半数高于正常；表明本病的全身缺氧和心力衰竭引起的肝脏瘀血对肝脏也产生了损害。部分患者还有电解质代谢紊乱和酸碱平衡失常，以低钠、低氯化物、高钾或低钾、酸中毒（包括呼吸性和代谢性）为主。

可见本病在心肺功能衰竭过程中,由于全身显著的缺氧、二氧化碳贮留和瘀血,可产生全身代谢和各器官功能的严重损害,它已经不只是局部器官的疾病,而是全身性的疾病。

#### 四、以解决主要矛盾既重视局部又注意整体的原则来进行治疗的体会

患者入院时几乎都有心力衰竭或即因心力衰竭而入院,治疗时需要针对心力衰竭自不待言。然而本病所引起的病理生理改变是多方面的,单纯治疗心力衰竭往往收不到理想的效果,而且用强心药物时极易发生毛地黄类药物毒性反应,反应严重时可使病情加重。本组应用毛地黄类药物患者中20%发生心律失常的毒性反应,较其他心脏病的6.4%高。毛主席教导我们:“研究任何过程,如果是存在着两个以上矛盾的复杂过程的话,就要用全力找出它的主要矛盾。捉住了这个主要矛盾,一切问题就迎刃而解了。”呼吸系疾病既是患者发生心脏病的原因,呼吸道感染和呼吸衰竭又常是诱发心力衰竭的因素,呼吸和心力衰竭可导致其他脏器的病变,因此在治疗心力衰竭的同时,亟需及时大力治疗呼吸衰竭这一主要矛盾,才能解决这一存在着两个以上矛盾的复杂过程所引起的问题。本组一例因呼吸衰竭而导致心脏停搏,经积极抢救后,心脏复苏虽然成功,但12天后患者仍因呼吸衰竭未能控制而死,就是一个明显的例子。治疗措施包括:

1. 控制呼吸道感染:呼吸道感染常是本病患者发生呼吸衰竭和心力衰竭的诱因,需要积极应用抗菌素与清肺解毒的中草药治疗,除全身应用外,部分并作雾化吸入。我们最近常用的仍是青霉素与链霉素,无效时改用或加用四环素族或氯霉素等,或根据痰培养(本组痰培养阳性率为80.4%)

的结果来选择抗菌素。1960年以前单用青霉素的较多，疗效不差；近年则三种抗菌素联合应用的增多，而青霉素与链霉素的联合应用疗效仍较好。中草药方面我们主要用鱼腥草、鸭跖草、江剪刀草、蒲公英、银花、黄芩、竹沥等。痰培养阳性的致病菌以卡他球菌、草绿色链球菌、大肠杆菌、白色葡萄球菌、副大肠杆菌、产气杆菌、溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、产硷杆菌为多。

2. 治疗心力衰竭：一般先应用利尿剂消肿，以往多用口服双氢克尿塞或醋氮酰胺，肌注汞撒利，近年口服制剂尚用氯塞酮、氨苯喋啶、螺旋内酯、速尿灵等，静脉注射用利尿酸钠或速尿灵，后两者作用快而强，初用时疗效甚满意。本组32.3%患者经用利尿剂及改善呼吸功能措施后，心率减慢，浮肿消失，未用毛地黄类药物。其余据病情予以快速毛地黄化（静脉注射毛花丙甙或毒毛旋花子甙）或缓慢毛地黄化（口服地高辛或毛地黄叶片），用量较小，饱和量约用到一般的60%~80%，在用维持量的过程中，严密地观察心律。部分心力衰竭未能满意控制时再加用肾上腺皮质激素治疗。

3. 改善呼吸功能，抢救呼吸衰竭：采取综合措施。用氨茶碱、异丙肾上腺素、麻黄素、肾上腺皮质激素等扩张支气管，糜蛋白酶、半胱氨酸甲酯等雾化吸入祛痰，缓解呼吸道阻塞，改善通气功能。用兴奋呼吸中枢的药物可拉明、山梗菜碱、回苏灵等以解除缺氧和二氧化碳贮留对中枢的抑制。用低流量鼻管法间歇给氧以改善缺氧状态，缺氧严重，二氧化碳贮留明显的，用面罩正压辅助呼吸。对肺性脑病引起的兴奋性的中枢神经症状，尽可能少用镇静剂，以免迅速导致中枢的抑制。对呼吸衰竭症状严重的患者，用上述治疗方法24小时尚未见效时，宜考虑作气管切开正压呼吸。对痰多壅塞，

而患者又无力咳呛，严重影响通气功能的亦宜及早作气管切开吸痰及辅助呼吸。本病患者的呼吸衰竭虽是呼吸系疾病逐步发展到晚期的严重后果，但常由诱因的存在而加重，故未必都到不能逆转的阶段，呼吸衰竭的能否控制，往往是这些患者生命能否挽回的关键。我们有7例垂危的严重呼吸衰竭患者，治疗未见效，行气管切开正压呼吸后，4例好转出院。

例1，住院号79302，男，49岁，工人，于1968年5月间第一次住院。当时有慢性支气管炎7~8年，但尚无明确肺心病的证据。1969年3月10日第二次住院。诊断为慢性支气管炎，肺气肿，肺心病，心力衰竭。1969年5月10日好转出院。1969年7月29日又因浮肿2周而第三次住院。经抗菌素、强心、利尿等治疗，病情反复不定，至10月中旬，天气转凉，咳嗽加重，逐渐出现显著呼吸衰竭表现，18日起神志模糊，紫绀明显，鼻管吸氧无济于事，静脉注射可拉明仅略有好转，21日呼吸极为微弱，乃作气管切开，并加辅助呼吸，每日引出大量脓痰，培养为金黄色葡萄球菌。改用红霉素治疗，此后呼吸功能逐渐改善，26日起痰量减少，11月15日拔管，情况日趋好转，于1970年4月4日好转出院。

4. 纠正电解质紊乱和酸碱平衡失常：对低血钾或应用利尿剂后大量排尿，或较长时间用肾上腺皮质激素的，给予及时补充钾盐。对有代谢性酸中毒或呼吸性酸中毒在改善呼吸功能中尚未能缓解的，用碱性药物，包括三羟甲基氨基甲烷、乳酸钠或重碳酸钠治疗，有助于全身情况的改善，而利于心肺功能的恢复。

5. 抢救心脏停搏：本病可由于呼吸衰竭、心力衰竭、休克、电解质紊乱、酸碱平衡失常等原因而致心脏停搏，在呼吸循环系病变严重的情况下发生心脏停搏，复跳的机会是较小的，然而除心力衰竭已至不能逆转的程度外，心脏仍可能有一些储备力量，如抢救及时，仍有复跳的一线希望。本

组患者发生心脏停搏后经抢救有3例复苏成功，其中1例12天后死于呼吸衰竭，2例好转出院。

例2，住院号62753，女，34岁，于1965年11月21日入院。主诉为慢性咳嗽十余年，心悸，尿少，浮肿反复发作2年。入院诊断：慢性支气管炎，肺气肿，肺心病，心力衰竭，右上肺结核。用青、链霉素和四环素、双氢克尿塞、地高辛等治疗，后者一度引起房室传导阻滞的毒性反应。11月26日起反复咯血。12月15日起嗜睡，明显紫绀，12月16日22时血压降至70/40毫米汞柱，心率40~50次/分。17日2时50分心搏呼吸停止，立即施行胸外心脏按摩，气管插管人工呼吸，心内注射肾上腺素及乳酸钠，心脏按摩历时36分钟后恢复窦性节律，以后经加压呼吸，抗酸中毒，抗休克，强心，利尿，降温，抗感染，激素，补钾，支持等一系列治疗，18日开始神志清醒，心跳，血压维持正常，作气管切开加压呼吸，以后病情逐步好转，25日停止加压呼吸，1966年1月25日拔管，4月16日出院。

本例的心脏能复苏并能好转出院，表明患者的心脏停搏是继发于呼吸衰竭的，心脏尚有一定的储备能力，呼吸衰竭仍是主要的矛盾，一旦控制后，心脏即能维持正常功能。

6. 抢救休克：本组患者发生休克29例，与缺氧、二氧化碳贮留、心肺功能衰竭引起左心排血量减低、呼吸系感染产生毒血症等有关，可能导致心脏停搏等更严重的情况，因此亦需积极治疗，根据不同的情况予以相应处理。

例3，住院号83528，女，61岁，退休工人，1968年12月22日入院。主诉为慢性咳嗽40余年，心悸、尿少、浮肿7个月。诊断为慢性支气管炎，肺气肿，肺心病，心力衰竭。入院时血压130/70毫米汞柱。入院后用链霉素、氯霉素、螺旋内酯、氯塞酮等治疗。12月24日晚烦躁不安。25日清晨3时紫绀加重，嗜睡，神志迟钝，四肢凉，血压测不出，肺部满布干湿罗音，心率90次/分。经用新福林、静脉滴注重碳酸钠、可拉明、地塞米松、吸氧等治疗，情况无改善，血压仍测

不出。5 时起改给异丙肾上腺素静脉滴注（5%葡萄糖每 100 毫升中加 0.2 毫克），至 5 时 20 分血压上升至 126/84 毫米汞柱，心率 110 次/分，嗜睡状态改善。26 日停用异丙肾上腺素，滴注低分子右旋酞酐 500 毫升，继续治疗心肺功能衰竭。1969 年 1 月 3 日起足肿消失，神志清楚。以后情况继续好转，紫绀逐渐消失，于 1969 年 2 月 11 日出院。

本例休克显然与呼吸衰竭有关，异丙肾上腺素治疗疗效显著，提示此药扩张支气管，加强心肌收缩力，扩张周围血管，对患者产生了良好的作用。

例 4，住院号 51252，男，51 岁，工人，1964 年 2 月 10 日第一次住院。诊断为慢性支气管炎，肺气肿，肺心病，心肺功能衰竭。经治疗后好转，住院 5 周出院。1964 年 3 月 17 日，因发热，左胸痛一天再度入院，血压 70/50 毫米汞柱，诊断为肺炎，中毒性休克。经用肌注新福林、美速克新，静脉滴注去甲肾上腺素、依压敏及高血压素等，血压极不稳定，有时下降至不能测得。用青、链及金霉素抗感染，毛花丙甙强心，输血 600 毫升，静脉滴注氢考的松和新福林（5%葡萄糖每 100 毫升用 10 毫克），血压逐渐稳定。22 日停用新福林，以后情况日趋好转，住院 58 天出院。1965 年 12 月 18 日因呼吸衰竭第三次入院，血 pH 7.2，二氧化碳分压 88 毫米汞柱，经用碱性药物，面罩加压呼吸、抗菌、强心等治疗，情况好转不明显，神志时清时不清或躁动，紫绀明显，28 日作气管切开，加压给氧，翌日神志清醒，紫绀改善，停止加压，血 pH 7.44，二氧化碳分压 41 毫米汞柱。1966 年 1 月 19 日拔管。2 月 3 日又因肺部感染而致中毒性休克，血压降至 64/46 毫米汞柱，测中心静脉压为 10 厘米汞柱，给予输血，并连续 3 天静脉滴注右旋酞酐与输液、抗菌、强心，血压即趋稳定，于 1966 年 5 月 23 日出院。

本例表明本病极易发生呼吸系统感染，并可因而发生中毒性休克，而按我们处理中毒性休克以补充血容量为主的方法治疗，并在强心药物作用下似并不因肺心病的存在而影响疗效。

# 中西医结合治疗慢性肺原性心脏病 心力衰竭 40 例次临床疗效观察

中医研究院西苑医院

慢性肺原性心脏病心力衰竭是我国劳动人民的常见病、多发病，积极防治本病有很大的政治意义。现将近年来我院应用中西医结合方法治疗的 22 例 40 例次肺心病心力衰竭情况，分析小结如下。

## 一、一般情况

### (一) 诊断标准：

根据兰州会议诊断标准确定诊断。22 例皆有慢性呼吸系统疾病，慢性缺氧，X 线或心电图示右心室肥大，心力衰竭征象明显，并除外了其他心脏病。

### (二) 一般资料：

22 例皆系住院患者，其中男性 6 例，女性 16 例。年龄最小者 19 岁（合并脊柱胸廓畸形），最大者 73 岁；绝大多数（19 例）都在 50 岁以上。职业：工人 3 例，农民 2 例，干部 1 例，家庭妇女 16 例。在原发疾患方面，22 例都有慢性支气管炎史（短者仅有数年，长者达 30 余年，半数以上都超过 10 年），合并肺气肿者 17 例，支气管扩张者 3 例，支气管哮喘者 2 例，肺结核者 2 例，另有 1 例合并脊柱胸廓畸形。入院时有 13 例次为首次心力衰竭，其余都为 2 次心力衰竭以上，最多者为第七次心力衰竭。心力衰竭病程短者 3

天，长者4年半，大多都在1月以内。心力衰竭程度：Ⅰ°者1例次，Ⅱ°者13例次，Ⅲ°者26例次。心力衰竭诱因：绝大多数（31例次）都有呼吸道感染，感冒、劳累、受凉及精神刺激也有一定关系。入院时脉多为细数或兼滑，舌质大多紫暗或有瘀斑，苔多腻或薄白。

## 二、治疗方法

### （一）中医中药方面：

1. 辨证：绝大多数有心脾肾阳虚及外感时邪、肺气不宣，少数或兼气阴两虚，或兼阴阳两虚。

2. 治则：温阳化水、宣肺化痰、清热解毒为主，益气养阴复脉为辅。另外随证佐以健脾和胃、宣痹通阳等法。有阳绝脱象（休克）时则以回阳救逆为重点。

### 3. 主方：

（1）温阳化水：多数采用真武汤，其次麻黄附子细辛汤、消水圣禹汤、参附汤、四逆汤等也随证采用。

（2）宣肺化痰止咳定喘：大多（22例次）采用麻杏石甘汤，少数采用小青龙汤、千金苇茎汤、厚朴麻黄汤、越婢汤等。

（3）益气养阴复脉：用生脉散。

（4）健脾和胃：用四君子汤、六君子汤、二陈汤、温胆汤等。

### 4. 加减法：

（1）气短多汗者：可选加人参（或党参）、黄芪、麻黄根、浮小麦等。

（2）纳呆、腹胀、呕恶、便溏者：可选加山药、苡仁、藿香、蔻仁、厚朴、山楂、麦芽、神曲等。



(3) 水肿显著者：可选加白茅根、车前子、防己、椒目、冬瓜皮、大腹皮、桑白皮、五加皮等。

(4) 喘咳较著者：痰黄粘稠，可选加银花、连翘、板蓝根、牛蒡子、鱼腥草、三颗针、柴胡、海浮石、梔子、黄芩、芦根等。痰白稀薄可选加白前、紫菀、苏子、莱菔子、白芥子、沉香、肉桂等。

(5) 挟瘀显著者：可选加苏木、丹参、桃仁、红花、藕节等。

(6) 咯痰带血者：可选加侧柏叶、小蓟、仙鹤草等。

(7) 胸憋而痛者：可加瓜蒌、薤白。

(二) 西医西药方面：

吸氧者 24 例次。除 3 例次外，其余都采用抗菌素或/与磺胺（青霉素、链霉素、四环素、土霉素、卡那霉素、红霉素等及长效磺胺）控制感染。28 例次采用了祛痰镇咳止喘剂（棕色合剂、咳嗽合剂、远志糖浆、氯化胺、氨茶硷之类）。22 例次用了强心剂（洋地黄叶、洋地黄毒苷、毒毛旋花子甙 K、西地兰等）。25 例次用了利尿剂（双氢克尿塞、醋氨酰胺、撒利汞、氨苯喋啶、安体舒通等）。6 例加用了肾上腺皮质激素。

### 三、治疗结果

(一) 心力衰竭控制情况：

40 例次中，22 例次基本控制，8 例次好转，2 例次加重，1 例次无变化，7 例次死亡。

注：水肿及腹水消失为基本控制，减少为好转，增加或肝脏增大 2 厘米以上为恶化

(二) 紫绀情况：