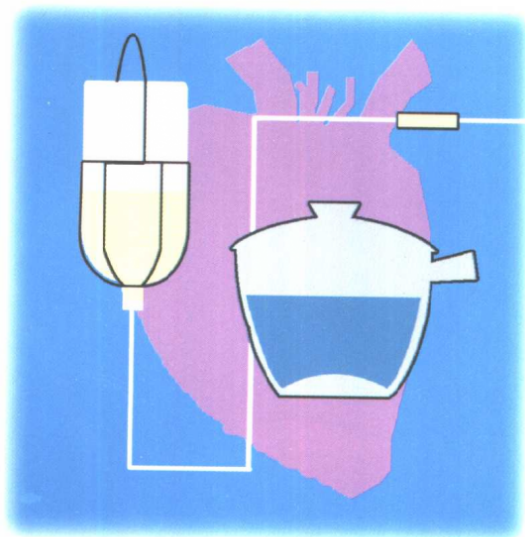


Z H O N G X I Y I

常见心血管病 中西医诊治

徐凤芹 秦淑兰 主编



金盾出版社

常见心血管病中西医诊治

主 编

徐凤芹 秦淑兰

副主编

张向农

编著者

(以姓氏笔画为序)

史大卓 刘天奇 刘树贵

吴红兵 张向农 张 东

陈可远 徐凤芹 秦淑兰

金 盾 出 版 社

内 容 提 要

心血管系统疾病目前仍是发病率较高、临床治疗难度较大的一类疾病。近几年来,其基础研究、诊疗方法均有一定进展。本书在中医理论指导下,结合国内外心血管病临床研究进展和作者自身经验,用中西医结合辨证、辨病施治的方法对心血管系统常见病、难治病的中西医诊疗方法、辨治要点、用药规律、作用机制等进行了阐述。本书理论联系实际,内容新颖丰富,实用性强,较好地反映了当前中西医治疗心血管系统疾病的现状和水平。适用于临床、科研、教学工作者阅读,特别是对工作繁忙的第一线医师,可起到执简驭繁的作用,也可供广大患者阅读。

图书在版编目(CIP)数据

常见心血管病中西医诊治/徐凤芹,秦淑兰主编;史大卓等编著. —北京:金盾出版社,1998. 6

ISBN 7-5082-0612-6

I. 常… II. ①徐…②秦…③史… III. 心脏血管疾病-中西医结合疗法 IV. R540.5

金盾出版社出版、总发行

北京太平路5号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:68214039 68218137

传真:68276683 电挂:0234

封面印刷:北京外文印刷厂

正文印刷:北京3209工厂

各地新华书店经销

开本:787×1092 1/32 印张:12.5 字数:280千字

1998年6月第1版 1998年6月第1次印刷

印数:1—21000册 定价:11.50元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

前 言

中西医结合治疗心血管病,发挥西医针对机体器官病理生理改变用药和中医整体辨证的各自优势,其疗效受到心血管病防治领域的普遍重视。如冠心病心肌梗死、心力衰竭、休克等心血管系统难治病、危重病,中西医结合治疗的病死率、并发症发生率较单纯西医治疗皆有一定程度的降低,临床疗效得到明显提高。人体是一个有机的整体,其病理生理变化受着心理、环境、社会等因素的制约和影响,局部的病理改变多是整个机体生理病理变化的结果。如冠心病,冠状动脉粥样硬化虽病在心脏,而病变的形成却是机体脂质代谢异常、血液流变因素、精神因素、环境因素相互作用的结果。因此临床治疗不仅要扩血管、调血脂、抑制斑块形成,还要调整整个机体的代谢功能。而中西医结合治疗方法则是目前这种局部、整体结合的最佳体现。无怪有人这样评价:“西医好,中医好,中西医结合更好!”

近年来,围绕心血管病中西医结合的防治研究,国内进行了许多有价值的探索,如芳香温通、活血化瘀治疗冠心病,益气温阳、活血利水治疗心功能不全等。血瘀证实质的研究、心气虚实质的研究、益气中药强心作用的研究、活血化瘀中药防治动脉粥样硬化及经皮冠状动脉腔内成形术后再狭窄的研究等,皆获得一定进展,对中西医结合防治心血管病临床疗效的提高产生了积极的影响。在中医理论指导下,对以上研究成果进行较为系统的归纳总结,围绕心血管系统常见病、难治病,

就中西医结合用药方法、规律进行阐述和探讨,必将进一步提高临床防治心血管病疗效,是一件有重要意义的工作。有感于此,笔者结合十余年防治心血管病的临床实践,着眼于辨证、辨病结合这一中西医结合的关键问题,编写此书,供读者阅读参考。

辨证、辨病结合,是中西医结合的关键,也是临床疗效提高的难点、疑点。辨证、辨病结合是整体与局部,宏观与微观的有机结合,是分析还原和整体归纳两种认识疾病方法的碰撞。它不仅限于西医辨病,中医分型治疗这一层次。辨证、辨病结合的要点在于如何运用传统中医理论,认识西医疾病所表现的症状、体征及理化检查的结果,为中医辨证提供现代科学的方法、依据,使中医辨证本身摆脱只限于宏观整体认识的框架,而成为宏观和微观有机结合的现代中医辨证。这样就能使传统认为有证可辨疾病的中医辨证更为精确,无证可辨疾病的中医辨证有征可据,有法可施。本书在尽可能详述心血管疾病中西医治疗概况、进展的基础上,根据疾病自身病理演变过程,对心血管常见病、难治病中医临床辨证、辨病结合施治的要点方法进行了阐述,力求切合临床,使读者临证时易于学习掌握。

经过一年多的辛勤笔耕,终成书稿,在即将付梓之际,笔者深感此书的完成是集体智慧的结晶。

漫漫天涯路,有赖粒粒沙石铺垫。但愿此书成为中医发展道路上的一粒沙石。此为笔者所望,谨与同道共勉。

作 者

1997年初夏于北京

目 录

第一章	心力衰竭	(1)
第二章	心律失常	(33)
	快速性心律失常	(33)
	缓慢性心律失常	(54)
第三章	动脉粥样硬化症	(76)
第四章	高血压病	(87)
第五章	冠状动脉粥样硬化性心脏病	(112)
	心绞痛	(114)
	心肌梗死	(141)
第六章	肺源性心脏病	(172)
	急性肺源性心脏病	(172)
	慢性肺源性心脏病	(180)
第七章	风湿性心脏病	(205)
	风湿性心脏炎	(205)
	风湿性心瓣膜病	(218)
第八章	病毒性心肌炎	(245)
第九章	原发性心肌病	(261)
第十章	休克	(280)

第十一章	感染性心内膜炎·····	(303)
第十二章	心包炎·····	(320)
	急性心包炎·····	(320)
	慢性心包炎·····	(332)
第十三章	心脏神经官能症·····	(340)
第十四章	多发性大动脉炎·····	(348)
第十五章	雷诺综合征·····	(360)
第十六章	血栓闭塞性脉管炎·····	(372)

第一章 心力衰竭

心力衰竭是指由于各种原因,在有足够静脉血回流的情况下,由于心排血量绝对或相对不足,不能满足机体代谢需要而引起的以循环功能障碍为主的综合征。主要原因可分为心肌本身衰竭、心肌负荷过度及心脏舒张充盈受限三个方面。常见诱因有感染、劳累、心律失常、出血或贫血、电解质紊乱和酸碱平衡失调等。临床表现可分为血液灌流不足及体、肺循环淤血所致呼吸困难、内脏淤血和肢体水肿。心力衰竭不是一个独立的疾病,几乎每一种心血管疾病发展到一定阶段都可以产生心力衰竭。而且往往是它们的最终表现和死亡原因。许多心外疾病也可以引起心力衰竭,因此临床诊断应积极寻找发病原因,进行针对性治疗。虽然近些年心力衰竭的治疗取得了一定进展,但其预后仍差,病死率仍较高。据报道,在美国约有400万人患心力衰竭,每年死于心力衰竭者约40万人,每天死亡者超过1000人。国内心力衰竭发病率亦呈上升趋势,死于本病者逐年增多。心力衰竭中医尚无固定的病名与其相对应,从临床症状上看,属于中医的“虚劳”、“喘症”、“水肿”、“痰饮”、“癥瘕”等范畴。从病机上认识可以认为是中医“劳伤”的一种类型。

心力衰竭按其发展过程可分为急性和慢性心力衰竭;按其临床表现可分为左心衰竭和右心衰竭。本章仅论述急性左心衰竭和慢性心力衰竭。慢性心力衰竭又称充血性心力衰竭。急性右心衰竭主要见于急性右室心肌梗死及急性右室后负荷

增高,如急性大块肺梗死等,可详见有关章节。

病因病机

西医学认为心力衰竭的主要病因可分为:①原发性心肌舒缩功能障碍,如心肌病、心肌炎、心肌梗死、心肌结缔组织纤维化等弥漫性或局限性心肌损害,或如缺血、缺氧、内分泌障碍、电解质紊乱等心肌原发性或继发性代谢障碍。②心脏负荷过度,可分为压力负荷过度,如高血压、主动脉瓣狭窄、肺动脉高压、二尖瓣狭窄等,以及容量负荷过度,如主动脉瓣和二尖瓣等瓣膜的关闭不全、甲状腺功能亢进、慢性贫血等。③心脏舒张充盈受限,如心包填塞、梗阻和限制性心肌病等。其发病机制涉及到心肌细胞和收缩蛋白的丧失、心肌能量代谢的障碍、心肌肥厚劳损、神经内分泌系统的调控障碍等方面。

中医学认为本病的发病以内因为主,或为先天不足,或为后天劳伤,或先天、后天并损。其病机涉及五脏,发病多先由上焦心肺受损,继而损及中焦,进一步发展,下焦肝肾并损,先天元气大伤,若不积极救治,五脏传变复损上焦心肺,真气耗竭,邪气深藏,阴阳离绝以至死亡。病变涉及到全身的气、血、津液的代谢。病位涉及五脏,病情取决于正气损伤的程度和邪气的消长。以五脏元气虚损,尤以心气虚、心阳虚为本,以气滞、血淤、痰饮、水邪为病之标,属正虚邪实,以虚为主,虚实夹杂之疾患。

诊 断

一、诊断要点

(一)症状

1. 急性左心衰竭:发病急骤,症状和体征典型者可分为以下5期:①细胞水肿期:临床表现轻微,常有烦躁、心悸等。
- ②间质性肺水肿期:表现为不同程度的气短及呼吸困难,或原

有的呼吸困难加重,呼吸浅快,病人被迫坐起,端坐呼吸,咳嗽,面色苍白,脉速等。③肺泡水肿期:表现为极度焦虑和呼吸困难,面色苍白,口唇紫绀,皮肤湿冷或大汗淋漓,端坐呼吸,咳嗽,并咳出大量白色或粉红色泡沫样痰,严重者可从口腔和鼻腔大量涌出。④心源性休克期:如肺水肿不能缓解,可发生阿-斯综合征或心源性休克,详见第十章。⑤终末期:病情继续加重,最后出现神志模糊,病人可因休克或窒息而死亡。

2. 慢性左心衰竭:临床表现主要是由于肺淤血、肺水肿所致。症状如下:

(1)呼吸困难:①缓进性劳力性呼吸困难:劳动及活动后出现呼吸困难,体力活动逐渐受限。②阵发性夜间呼吸困难:是左心衰竭的典型表现之一。病人在夜间熟睡1~2小时后因胸闷、气急而惊醒,轻者坐起后逐渐缓解,重者出现心源性哮喘。③端坐呼吸:患者平卧时即出现呼吸困难,常被迫坐起,是左心衰竭较重的表现。重者可发展成肺水肿:患者气急、喘促、端坐呼吸、烦躁、口唇紫绀、面色苍白、大汗淋漓、咯出大量白色或粉红色泡沫痰,不及时抢救,则发生心源性休克以至死亡,是左心衰竭最严重的表现。

(2)咳嗽、咳痰或咯血:系肺泡及支气管粘膜淤血所致。常为干咳,亦可有白色泡沫样痰,肺水肿时呈血色或粉红色泡沫样痰,多在体力劳动或夜间平卧时加重。

(3)夜尿增多:多见于左心衰竭早期。

(4)陈-施呼吸:此种交替性呼吸暂停及过度呼吸是由于脑组织缺血、缺氧所致,见于严重心力衰竭,多预后不良。

(5)其它症状:如低心排血量所致的疲劳、乏力等。严重时,由于脑缺氧可出现烦躁、嗜睡、神志错乱等精神神经系统症状。

3. 慢性右心衰竭:临床表现主要是由于体循环静脉淤血所引起。症状如下:

(1)消化系统症状:胃肠道淤血引起上腹胀满,食欲不振,恶心、呕吐,腹痛。肝脏淤血引起肝区疼痛,呈进行性加重,严重者可出现黄疸。

(2)白天尿量减少,夜间尿量增多:由于肾淤血所致。

(3)呼吸困难:左心衰竭后,出现右心衰竭时往往原有的呼吸困难减轻。但单纯右心衰竭也可引起不同程度呼吸困难。

(4)其它:常伴有衰弱、消瘦、多汗等,极少数病人可有烦躁不安、健忘或个性改变。

(二)体征

1. 急性左心衰竭:早期可有心率增快,肺部可闻及哮鸣音。急性肺水肿期,呼吸浅、快可达30~40次/分,心率增快,脉搏微弱,常有舒张期奔马律,肺动脉瓣第二心音亢进,两肺湿啰音开始于肺底部,并由下而上迅速增多,布满整个肺部,亦可闻及哮鸣音。心源性休克者可有相应的体征。

2. 慢性左心衰竭

(1)心脏检查:除有原心脏病体征外,常示心脏浊音界扩大,以左心室扩大为主,心尖搏动向左下移位并伴有抬举样搏动,心率增快,第一心音减弱,可闻舒张期奔马律,左心室扩大常造成相对性二尖瓣关闭不全,从而产生心尖部全收缩期杂音,肺动脉压升高常产生显著的肺动脉瓣第二心音亢进。

(2)肺部检查:肺部湿啰音为左心衰竭的主要肺部体征。轻度左心衰竭为两肺底湿啰音;中度左心衰竭两肺湿啰音可至肺门水平;重度左心衰竭两肺湿啰音达肺门以上,并可伴哮鸣音。25%的病人可有胸水,且以右侧多见。

(3)交替脉:脉搏扪诊时出现脉搏的节律正常但强弱交替

出现。

3. 慢性右心衰竭

(1)心脏检查,除原有的心脏病体征外,可有心脏浊音界增大,以右心室扩大为主。在胸骨下部左缘可见心前区心脏搏动弥散或呈抬举样,亦可见于剑突下的搏动。心率增快,右室舒张早期奔马律于胸骨左下缘及剑突下听诊最清楚,且吸气时最强。右心扩大引起的相对性三尖瓣关闭不全,可在三尖瓣区听到收缩期吹风样杂音,且吸气时增强。

(2)颈静脉充盈或怒张,静脉压显著升高时,手背静脉、舌下静脉和其它浅表静脉亦可见怒张。

(3)肝脏肿大和压痛,可有黄疸。肝颈静脉回流征阳性,晚期可出现心源性肝硬变。

(4)皮下凹陷性水肿,多见于身体的下垂部位,随病情加重而呈上行性发展。严重右心衰竭呈全身持续水肿。晚期由于营养不良或肝功能损害,血浆蛋白过低,出现面部水肿时,预后不良。

(5)胸水多见于全心衰竭,以右侧胸水多见,或为双侧胸水,而以右侧为多;腹水为体循环静脉压慢性增高或由淤血性肝硬变引起,大多发生于心力衰竭晚期。严重时可发生心包积液。

(6)紫绀见于长期右心衰竭者,为静脉压增高、静脉血氧降低所致,属周围型紫绀。

(7)晚期病例可发生营养不良,消瘦,表现出恶病质。

(三)实验室检查

1. 血常规:可见白细胞计数增多,血沉增快。

2. 尿常规检查:右心衰竭及全心衰竭时,尿比重可增高,有少量蛋白和红、白细胞及透明或颗粒管型等。

3. 血生化检查:常有低血钾、低血镁,亦可有低血钠、低血氯(常发生于应用大量利尿剂后);右心衰竭或全心衰竭时可有血清胆红素、天门冬氨酸氨基转移酶和丙氨酸氨基转移酶轻、中度升高及氮质血症等。

4. 动脉血气分析:急性左心衰竭早期,动脉血氧分压(PaO_2)轻度下降,动脉血二氧化碳分压(PaCO_2)可正常;肺泡水肿期 PaO_2 显著下降, PaCO_2 增高。

(四)辅助检查

1. 心电图检查:除左右心室肥大、劳损及心率增快等非特异性表现外, V_1 导联 P 波终末负电势(PtFV_1)为 V_1 导联 P 波后半部负向的深度乘宽度的乘积,其值 < -0.03 毫米·秒为阳性,对诊断左心衰竭有帮助(二尖瓣狭窄除外),心力衰竭控制后可变小或消失。

2. 超声心动图检查:可用 M 型、二维、多普勒超声技术测定左心室的收缩和舒张功能及各心腔大小。可见左室射血分数(EF)降低,左室舒张末内径增大,室壁搏动幅度减弱,心脏指数(CI)下降 < 2.6 升/(分·米²),左心室短径缩短率 $< 24\%$,二尖瓣前叶 E 峰与室间隔左室面的间距(EPSS) > 12 毫米。中度心力衰竭时左室射血分数在 $25\% \sim 35\%$,重度心力衰竭多低于 25% 。同时还可发现常引起左心衰竭的二尖瓣、主动脉瓣病变等基础心脏病。

3. X 线检查

(1)左心衰竭:主要为左心室扩大及肺淤血、肺水肿。①肺淤血:可见肺门阴影增大,密度增加,肺野模糊,血管纹理增粗;肺血流重新分布,肺下部血管收缩,静脉变细,血液减少,肺上部静脉扩张,血流增多。②间质性肺水肿:肺门阴影增大,肺纹理增粗,边界模糊;肺野密度普遍增高,模糊不清,在肺膈

角出现 Kerley B 线或在肺门附近出现 Kerley A 线。③肺泡性肺水肿:可见大片云雾状或小片状阴影及大结节、小结节或粟粒状阴影,边缘模糊,阴影位于肺门时常呈蝴蝶状。

(2)右心衰竭:右心室和右心房增大,上、下腔静脉增宽,肺野较清晰,单侧或双侧胸水等。

4. 血流动力学检查:多采用 Swan-Ganz 漂浮导管和热稀释法测定心脏血管内压力和心排血量。

(1)左心衰竭:肺毛细血管楔嵌压(PCWP)能正确反映左心房与左心室舒张末期压,是判断左心功能的一项敏感指标,肺毛细血管楔嵌压 >2.4 千帕(18毫米汞柱)时提示有左心功能不全; $2.4\sim2.67$ 千帕(18~20毫米汞柱)为轻度肺淤血; $2.8\sim3.33$ 千帕(21~25毫米汞柱)提示中度肺淤血; $3.33\sim4$ 千帕(25~30毫米汞柱)为重度肺淤血;肺毛细血管楔嵌压 >4 千帕(30毫米汞柱)则发生肺水肿。

(2)右心衰竭:右房压力(RAP)和右室舒张终末压(RVEDP)升高,右室心搏量及右室射血分数降低,右室舒张末容量亦增加。

5. 静脉压测定:对诊断右心衰竭有帮助。肘静脉压 >1.37 千帕(14厘米水柱),重压肝脏 0.5~1 分钟后上升 $0.098\sim0.196$ 千帕(1~2厘米水柱),提示有右心衰竭存在。

6. 循环时间测定:正常臂舌循环时间为 10~16 秒,臂肺循环时间为 3~8 秒。左心衰竭时,臂舌循环时间延长 >20 秒;右心衰竭时,臂肺循环时间延长 >8 秒。

二、诊断标准

(一)急性左心衰竭

1. 起病急剧,突然呼吸困难,端坐呼吸。
2. 咳嗽,吐白色或粉红色泡沫痰。

3. 两肺哮鸣音或湿啰音,舒张期奔马律。
4. 肺水肿发作时血压偏高。
5. 肺毛细血管楔嵌压 >2.4 千帕(18毫米汞柱)。
6. 除外气胸、支气管哮喘、急性呼吸窘迫综合征、急性心包填塞。

具备 1~3 项即可诊断,并有 4~6 项便可确诊。

(二)慢性左心衰竭

(1)有冠状动脉粥样硬化性心脏病、风湿性心脏病、高血压性心脏病、心肌病、心肌炎等病史。

(2)运动性疲乏,运动耐力降低,呼吸困难(劳力性呼吸困难、阵发性夜间呼吸困难、端坐呼吸、急性肺水肿),卧位性咳嗽等。

(3)两肺或两肺底湿啰音,伴或不伴有哮鸣音。

(4)左室或左房扩大,心率增快,心尖部舒张期奔马律,肺动脉瓣第二心音亢进。

(5)交替脉。

(6)紫绀。

(7)X 线胸片示中上野肺纹理增粗或见到 Kerley 线,尤其是 B 线。

(8)左室射血分数值 ≤ 0.50 或正常。

(9)左室舒张末压 ≥ 2.4 千帕(18毫米汞柱),肺毛细血管楔嵌压 ≥ 2.4 千帕(18毫米汞柱)。

具备上述指标愈多,诊断的确定性愈强。一般具备 3 条以上时即可诊断。

(三)慢性右心衰竭

(1)有慢性左心衰竭,慢性肺、支气管病变或急性肺栓塞等病史。

(2)腹胀、右上腹痛、食欲不振、恶心、嗝气、少尿、夜尿增多。

(3)颈静脉怒张、肝肿大、双下肢水肿、胸腔积液、腹水、心包积液。

(4)心脏扩大，三尖瓣听诊区可闻及舒张期奔马律。

(5)X线检查，可见心影增大，上腔静脉扩张及搏动，肺野可清晰(单纯右心衰竭)或淤血。

(6)颈静脉压力 ≥ 0.69 千帕(7厘米水柱)。

具备3条或3条以上可诊断右心衰竭。

(四)全心衰竭诊断标准

1. 主要标准

(1)夜间阵发性呼吸困难。

(2)颈静脉怒张。

(3)肺部啰音。

(4)心脏扩大。

(5)急性肺水肿。

(6)室性奔马律。

(7)静脉压 > 1.47 千帕(15厘米水柱)。

(8)治疗5日以上体重减轻 > 4.5 公斤。

2. 次要标准

(1)踝部水肿。

(2)夜间咳嗽。

(3)活动后呼吸困难。

(4)肝肿大。

(5)胸腔积液。

(6)肺活量减低至最大肺活量之 $1/3$ 。

(7)心动过速(≥ 120 次/分)。

(8)治疗 5 日内体重减轻 ≥ 4.5 公斤。

3. 判定方法:符合两项主要标准或一项主要标准及两项次要标准者,可判定全心衰竭。

三、鉴别诊断

(一)支气管哮喘 支气管哮喘与急性左心衰竭两者均表现为气喘、气急、咳嗽或咯血。但支气管哮喘多有家族及变态反应史,多于青少年时期起病,常反复发作,发作前有打喷嚏、流涕和咳嗽等先兆症状。表现为以吸气较短而呼气较长的呼气性呼吸困难,呼气时双肺满布哮鸣音,伴有双肺过度充气征,无心脏病变的基础,心脏大小正常。胸部 X 线检查可有肺透亮度增加,横膈下移等肺气肿征。予支气管扩张剂治疗有效,两者不难鉴别。

(二)心包积液或缩窄性心包炎 心包积液、缩窄性心包炎与右心衰竭,均有静脉压增高、颈静脉充盈、肝大、水肿、腹水等。但心包积液或缩窄性心包炎听诊心脏无杂音,肺内无啰音,无气急,可以平卧。心包积液者,心浊音界向两侧明显扩大,心尖搏动在心浊音界内侧,心影随体位改变而变化。超声心动图可显示心包积液的液性暗区。

(三)门脉性肝硬化 右心衰竭引起淤血性肝肿大、黄疸、腹水、水肿及丙氨酸氨基转移酶增高,后期有心源性肝硬化,需与门脉性肝硬化鉴别。但门脉性肝硬化无心脏病史,无气急,能平卧,无心脏扩大,无病理性杂音,肺内无啰音,无颈静脉怒张,肝颈静脉回流征阴性。并可见腹壁静脉曲张及血管痣等。

(四)腔静脉综合征 当上、下腔静脉受肿瘤、肿大淋巴结压迫或血栓阻塞时,血液回流受阻,出现颈静脉怒张、上肢或下肢水肿、肝大等表现,与心力衰竭相似。但患者心界不大、心