



心脑血管病 临床治疗 要览

邱保国 韩伟锋 编著

- 西医治疗
- 中医辨证论治
- 常用中成药
- 名医经验
- 其他各种疗法

河南科学技术出版社

心脑血管病临床治疗要览

邱保国 韩伟锋 编著

河南科学技术出版社

·郑州·

内 容 提 要

本书以简练的文字系统而全面地介绍了心脑血管病治疗方法,包括西医治疗、中医辨证论治、常用中成药、名医经验及针灸等疗法,方便实用,有极强的临床指导性可供临床医生、实习医生及中老年保健用药参考。

图书在版编目(CIP)数据

心脑血管病临床治疗要览/邱保国,韩伟锋编著. —郑州:河南科学技术出版社,2005.11
ISBN 7-5349-3387-0

I. 心… II. ①邱…②韩… III. ①心脏血管疾病-治疗②脑血管疾病-治疗 IV. ①R540.5②R743.05

出版发行:河南科学技术出版社

地址:郑州市经五路66号 邮编:450002

电话:(0371) 65737028 65724948

责任编辑:赵怀庆

责任校对:李 华

封面设计:张 伟

版式设计:栾亚平

印 刷:河南省中景印务有限公司

经 销:全国新华书店

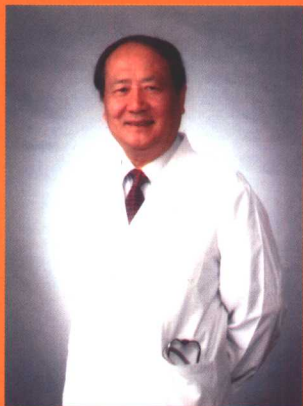
幅面尺寸:140mm×202mm 印张:11.875 字数:294千字

版 次:2005年11月第1版 2005年11月第1次印刷

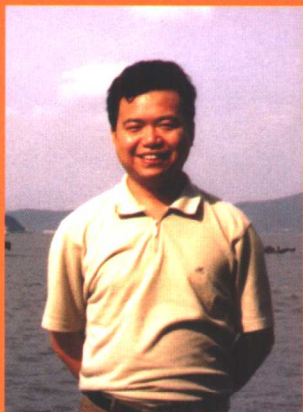
印 数:1—4 000

定 价:20.00元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与出版社联系。



邱保国，研究员，主任医师，河南省省管专家，人事部、卫生部、国家中医管理局批准的第三批全国名老中医药专家，享受国务院特殊津贴。从事中西医结合临床和研究工作46年，善于用中西医两法治疗心脑血管病，曾出版《传统老年医学》（副主编）、《中国老年学》（主编）、《现代老年学》（主编）、《冠心病》、《衰老与老年病》等。他在老年医学的文献研究、老年心脑血管病临床及新药研究方面均有高的造诣。



韩伟锋，1972年3月生，大学，主治医师，2002年被遴选为第三批全国名老中医药专家学术经验继承人，从事老年病的临床和科研工作，发表学术论文10余篇，合著出版专著4种。

前言

心脑血管病已成为现代威胁人类健康的第一位疾病，其发病年龄愈来愈趋向年轻化。心脑血管病的中西药治疗方法和药物进展日新月异，种类多、品种杂，但临床缺少系统、全面、实用性强的中西医治疗参考书籍。本书是作者根据带徒需要，在长期临床中，博览群书，精心挑选，临床实践，施治心得，随师学习，临证体验，融汇新知，归纳整理。本书包括常见心血管病、脑血管病与心血管病相关疾病，每病包括疾病概述和分述西医治疗、中医治疗、名医经验及其他疗法四部分。本书有以下特点：

1. 本书既从中医整体宏观的角度分析病情，把握病机，对疾病辨证分型；又从西医对疾病的认识及微观分析诊治，中西参合使二者兼顾其长，达到有机结合，利于正确认识疾病，诊治疾病，提高疗效。

2. 面向临床。对心脑血管病治疗的方法、药物进行了全面、系统介绍。特别对商品药、一药多名、造成临床混乱现象作了澄清，内容丰富，归纳系统，药理简明，贴切临床，开卷有益，撷取实用。

3. 本书专列“名医经验方”。知名老中医长期临床实践，博览群书，知识渊博，医术精湛，造诣深广，立方严谨，方药练达，屡试屡效，药效明显。本书唯恐选方过多则难免驳杂，过少则索骥无图，力求精而不简，博而不杂，方切实用，务求高效。

心脑血管病临床治疗要览

本书可供临床医生、实习医生及群众保健用药参考。希冀有“学府守之以法，医门使之以为业，病人持之以立命，世人习之以成俗”的效果。本书中有个别名医经验方中各味中药未写出用量者，皆为常规用量。尺有所短，寸有所长，本书不足之处在所难免，祈望专家、同道批评指正。我们有愿继续不断充实，渐趋完善，能达到为同行提供一本可在临床参考有用的书足矣！

邱保国

2005 年 6 月

目 录

第一章 心血管疾病	(1)
第一节 高血压病	(1)
第二节 高血压急症	(23)
第三节 冠心病	(32)
第四节 急性心肌梗死	(48)
第五节 风湿热	(66)
第六节 心肌炎	(75)
第七节 心肌病	(85)
第八节 感染性心内膜炎	(96)
第九节 风湿性心脏瓣膜病	(101)
第十节 充血性心力衰竭	(114)
第十一节 心脏神经官能症	(139)
第十二节 慢性肺源性心脏病	(146)
第十三节 心律失常	(158)
第十四节 心包炎	(182)
第十五节 低血压	(188)
第十六节 高脂血症	(195)
第十七节 多发性大动脉炎	(205)
第十八节 肺栓塞	(215)
第十九节 血栓闭塞性脉管炎	(222)

心脑血管病临床治疗要览

第二十节	雷诺病	(233)
第二十一节	血栓性静脉炎	(241)
第二章	脑血管疾病	(250)
第一节	偏头痛	(250)
第二节	脑动脉硬化症	(260)
第三节	暂时性脑缺血发作	(270)
第四节	脑梗死	(278)
第五节	脑出血	(293)
第六节	蛛网膜下腔出血	(308)
第七节	脑血管病性痴呆	(315)
第三章	与心血管相关疾病	(325)
第一节	甲状腺机能亢进性心脏病	(325)
第二节	甲状腺机能减退性心脏病	(334)
第三节	冠心病合并糖尿病	(339)
第四节	中风并癫痫	(353)
第五节	动脉硬化并帕金森病	(362)
	参考文献	(370)

第一章 心血管疾病

第一节 高血压病

高血压病是指病因尚未明确，以动脉血压升高为主要临床表现的一种独立疾病。高血压可分为原发性高血压，即高血压病，约占高血压病的 90%；和继发性高血压，又称症状性高血压，即为某些疾病的临床症状表现之一，约占高血压的 10%。高血压病是可引起心脏、脑、肾、血管等器官的功能性或器质性损害的一种全身性疾病。依据 1999 年中国高血压联盟按 WHO/ISH 的高血压定义，在未服高血压药的情况下，若收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ (18.7 kPa) 和 (或) 舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ (12.0 kPa) 即为高血压。至少测定 3 次以上非同日血压，均高于正常值，且排除继发性高血压即可诊断高血压病。

按病程进展可分为缓进型高血压 (良性高血压，占绝大部分) 与急进型高血压 (恶性高血压)。

急进型高血压多见于 40 岁以下青年高血压病患者，病情发展迅速，舒张压在 130mmHg 以上，头痛，视力减退，心、肾功能急剧减退，最后可发生尿毒症。

本病属于中医“头痛”、“眩晕”、“肝风”等范畴。在综合因素作用下，人体内阴阳平衡失调，肾阴不足，肝阳上亢，久病不愈，阴损及阳，致阴阳两虚。气血升降运动和气虚血淤学说在

本病的病因病机中也已受到重视。

本病为我国常见病、多发病。高血压病在我国成人中患病率为3%~14.5%，现有患者1.6亿。随年龄而有所增加。城市患病率高于农村，北方地区高于南方地区，且与职业有一定关系。

附：血压水平的定义与分类、分层（表1、表2）。

表1 血压水平的定义与分类（WHO/ISH）

类别	收缩压（mmHg）	舒张压（mmHg）
理想血压	<120	<80
正常血压	<130	<85
正常高值	130~139	85~89
I级高血压（轻度）	140~159	90~99
亚组：临界高血压	140~149	90~94
II级高血压（中度）	160~179	100~109
III级高血压（重度）	≥180	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	<90
亚组：临界收缩期高血压	140~149	<90

1mmHg = 0.133kPa

表2 高血压分层

其他心血管危险因素	血压（mmHg）		
	I级 140~159/90~99	II级 160~179/100~109	III级 ≥180/110
无其他危险因素	低危	中危	高危
1~2个危险因素	中危	中危	很高危
≥3个危险因素或靶器官损害，或糖尿病	高危	高危	很高危
并有临床表现	很高危	很高危	很高危

表2按危险因素、靶器官损害及并存临床表现的综合结果将高血压危险量化，分低危、中危、高危、很高危4档，此分层用以估计预后、指导治疗决策。

一、西医治疗

(一) 高血压病治疗的目标

降压的靶目标为 $<140/90\text{mmHg}$ ，糖尿病或慢性肾病患者 $<130/80\text{mmHg}$ ，最终目标为预防（逆转）心、肾等靶器官的损害；减少心、脑血管疾病的发病和死亡。在 20 世纪 60 年代末期，国内外开始进行了众多大规模临床治疗试验，结果表明：高血压病患者积极接受降压药物治疗，能明显降低各种心脑血管病并发症的发生率和死亡率（包括脑卒中或高血压脑病、心绞痛、心肌梗死、左室肥厚、充血性心力衰竭、主动脉夹层瘤及其破裂、肾功能衰竭）。

(二) 降压药物治疗适应证

- (1) 高危、很高危的高血压患者，血压 $>140/90\text{mmHg}$ 者。
- (2) 中危高血压患者，经 3 ~ 6 个月改善生活方式，血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ 。
- (3) 低危高血压患者，经 6 ~ 12 个月改善生活方式，血压 $\geq 150/90\text{mmHg}$ 者。
- (4) 不能手术的继发性高血压。

(三) 降压药物分类

1. 利尿剂 能使血浆和细胞外液容量减低；心输出量降低；血管壁内钠离子降低，使毛细血管前阻力血管的阻力降低。利尿降压药作用缓和，能与其他降压药协同，耐药性小。为各期高血压的首选或基础用药。常用药物有：

氢氯噻嗪（双氢克尿噻）：每次 25mg，每日 1 ~ 2 次。

环戊甲噻嗪：每次 0.25mg，每日 2 次。

氯噻酮：每次 50mg，每日 1 次。

速尿：每次 20 ~ 40mg，隔日 1 次，口服。为了防止低血钾，应加服氯化钾，每日 3 次，每次 1g。

安体舒通：每次 20mg，每日 2 次，适用于原发性醛固酮增多症。

副作用有低血钾，低血钠，高尿酸血症，对血脂、糖耐量有不利作用，可升高血糖，糖尿病、痛风病不宜长期用。安体舒通可引起高钾血症。

适用于老年高血压、肥胖、心功能不全和（或）肾功能不全者。

不适用于痛风、糖尿病、高脂血症、心律失常者。

2. β 受体阻滞剂 β 受体阻滞剂的降压作用主要是通过阻滞减慢心率，降低心排血量，改变外周血管顺应性，改变外周血管流量，抑制肾素释放，使血浆肾素水平降低。本品有使血清甘油三酯增加、高密度脂蛋白胆固醇下降，并使胰岛素敏感性降低的可能性，因其可使心率减慢，故有病窦综合征、传导阻滞者不宜用。

心得安（普萘洛尔）：每次 10mg，每日 3 次。

氨酰心安（阿替洛尔）：每次 6.25 ~ 12.5mg，每日 2 次。

倍他乐克（美托洛尔，美多心安，济顺恒）：每次 12.5 ~ 25mg，每日 2 次。

卡尔洛（倍他洛尔）：每次 10 ~ 20mg，每日 1 次。

康可（比索洛尔）：每次 2.5 ~ 10mg，每日 1 次。

塞利心安（塞利洛尔）：每次 100 ~ 200mg，每日 2 ~ 3 次。

贝凡洛安（二甲氧苯心安）：每次 200 ~ 400mg，分 1 ~ 2 次服。

副作用：心率减慢，引发哮喘发作，长期服用可引起“停药反应”。

适用于年轻高血压患者，合并冠心病劳力型心绞痛和（或）心肌梗死恢复期者，合并期前收缩或快速型心律失常者。

不适用于窦性心动过缓、病态窦房结综合征、房室传导阻

滞、心功能不全、支气管哮喘、糖尿病、高脂血症者。

3. 钙拮抗剂 主要是通过阻滞钙离子内流和细胞内钙离子移动而影响心肌和平滑肌细胞收缩,使心肌收缩力降低,降低心肌氧耗量,抑制心肌收缩力,减慢心率,外周动脉血管扩张,阻力降低,使血压下降。本品降压效果良好,对血脂、胰岛素抵抗无不良影响。

目前常用的钙拮抗剂有:

心痛定(硝苯地平):每次10mg,每日3次。

硝苯地平控释片(拜心通):每次30mg,每日1次,在6周内可增至180mg。

异搏定(维拉帕米):每次40mg,每日1次。

恬尔心(硫氮草酮):每次15~30mg,每日2次。

拉西地平(乐息平):每次10mg,每日1次。

尼莫地平(尼莫通):每次30mg,每日2~3次。

尼群地平:每次10~20mg,每日2次。

尼索地平(硝苯乙丙啉):每次10mg,每日1~2次;治疗心绞痛量为10~20mg。

非洛地平(波依定):每次5mg,每日1次。

氨氯地平(络活喜):每次5mg,每日1次。

左氨氯地平(施慧达)2.5~5mg,每日1次。

钙拮抗剂适用于各型高血压患者,异搏定与硫氮草酮不适于老年人、房室传导阻滞、病态窦房结综合征者。

主要副作用是长期服用可引起头痛、面部潮红、水钠潴留、浮肿、心率增快。心力衰竭、高度房室传导阻滞、心源性休克、孕妇、急性心梗禁用。

4. 血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI) 本品的降压作用是通过抑制转换酶而使血管紧张素I不能转变为血管紧张素II,从而抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统。同时还能抑制缓激肽及

去甲肾上腺素的释放,降低抗利尿激素水平,减轻水钠潴留,增强其降压的作用。本品还可降低心室充盈压和降低血管阻力,而减轻心脏负担,并使肾血流量增加,肾小球滤过改善,故可通过多种途径而发挥降压效应,对左心室肥厚及胰岛素抵抗具有良好的逆转和减轻作用。

疏甲丙脯酸(卡托普利,开搏通) 6.25~25mg,每日2~3次。

依那普利(悦宁定,思那普利) 5~10mg,每日2次。

苯那普利(洛汀新):每次10mg,每日1次。

培哚普利(雅施达):每次4mg,每日1次。

赖诺普利(捷赐瑞):每次10~20mg,每日1次。

福辛普利(蒙诺):每次10~20mg,每日1次。

西拉普利(柳平舒):每次1.25~5mg,每日1次。

雷米普利(瑞泰) 5~20mg,每日1次。

咪达普利(达爽) 5~10mg,每日1次。

ACEI适用于各型高血压者,尤其伴有左室肥厚、心功能不全、冠心病者及有糖尿病蛋白尿的患者。

ACEI不适用于双侧肾动脉狭窄的高血压与妊娠合并高血压者。

主要副作用是干咳、高血钾、血管性水肿、低血压、过敏性皮疹等。干咳是由于肺血管床缓激肽含量增高所致。

5. 血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂 能阻断血管紧张素Ⅱ的各种效应,如血管的强烈收缩,刺激醛固酮生成与增加。还能间接增加缓激肽的血管扩张作用,ATⅡ拮抗剂具有减慢左心室射血阻抗,改善心功能之作用。具有ACEI相似的血液动力学效应,同时可避免ACEI最常见的干咳副作用。

氯沙坦(科素亚):每次50~100mg,每日1次。

缬沙坦(代文):每次80~160mg,每日1次。

伊贝沙坦（安搏维）：每次 150mg，每日 1 次。

奥美沙坦：每次 10mg，每日 1 次。

替咪沙坦：每次 20mg，每日 1 次。

坎地沙坦：每次 10mg，每日 1 次。其适应证与禁忌证与 ACEI 相同，目前主要用于 ACEI 治疗后发生干咳者，它发生干咳的副作用较 ACEI 低。

6. α_1 受体阻滞剂 本品为选择性 α_1 受体阻滞剂，对突触后 α_1 受体有选择性阻滞作用。通过抑制周围血管突触 α_1 受体、松弛周围血管平滑肌、降低血管阻力，使血压下降。同时减少回心血流量，减少心脏前后负荷，改善心功能，不引起反射性心率加速。本类药品可用于各类型高血压及充血性心力衰竭。其中特拉唑嗪可有效治疗高血压伴有老年性前列腺肥大的患者。

常用药物有：哌唑嗪（脉宁平），首次剂量 0.5mg，服药后卧床数小时，以免发生体位性低血压。以后可酌情增量 1mg，每日 2~3 次；高特灵（乌拉地尔），2mg，每日 1 次；压宁定，30~60mg，每日 2 次。

适用于中、重度高血压，尤其合并前列腺肥大、心功能不全者。

不适用于老年人高血压，易发生体位性低血压。

主要副作用是体位性低血压、头痛、心率增快、水肿，高龄妇女、肾血管狭窄性高血压患者禁用。

7. 血管扩张药

硝普钠：直接松弛小动脉、小静脉，降压作用强而短暂。用于严重高血压及高血压危象、高血压脑病、顽固性心力衰竭。初始剂量 0.5~1 μ g/（kg·min）静脉滴注，逐渐增加剂量，平均剂量为 3 μ g/（kg·min），最大剂量为 8 μ g/（kg·min）。点滴瓶需避光。

副作用为头痛、恶心、呕吐、体位性低血压、出汗、头晕、

心悸等，长期用或肾功能减低患者，易致氰化物蓄积过多出现精神混乱、反射亢进等。

双胍屈嗪（双胍苯哒嗪，双胍酞嗪）：口服，12.5~25mg/次，每日2~3次。耐受后可加大到50mg/次，每日3次，静脉注射6.25~12.5mg，缓慢滴注，或根据病情以3~10mg/h维持静脉滴注。

胍屈嗪（胍苯哒嗪，阿普利素）：始量为10mg/次，每日4次。缓释片，每日50~100mg，分1~2次服。

布屈嗪（布胍肽嗪）：口服，每日90mg，分3次饭后服。

米诺地尔（长压定，敏乐啉）：口服，始量每次2.5mg，每日2次，逐渐增至5~10mg，每日2~3次。

吡那地尔：口服，始量为每次12.5mg，每日2次；维持量为12.5~25mg/次，每日2次。

地巴唑（体百舒）：口服，每次10~20mg，每日3次；静脉注射，10~20mg/次，缓慢。

8. 中枢性降压药 主要作用于中枢，它激活延脑血管运动中枢的 α_2 受体，使抑制性神经元的活动加强，从而导致交感神经的传出活动减少，外周交感张力降低，血压下降；可提高迷走神经兴奋性，引起心率减慢，并能使交感神经末梢释放去甲肾上腺素减少，使血压降低；本品还可使血浆肾素水平下降，临床适用中重度高血压。

可乐宁（clonidine，氯压定）：兴奋中枢神经系统的 α_2 受体，减少对外周血管的交感神经冲动，使外周阻力降低，但不减少肾血流量。每次0.075~0.15mg，每日3次，可渐增至0.15~0.3mg，每日3次。静脉注射每次量为150 μ g，与利尿药合用可明显提高降压作用。

副作用为口干、嗜睡、心动过缓、头晕、便秘等，突然停药可引起高血压危象，久用可引起水钠潴留。精神抑郁及心、肾功

能不全患者慎用。

甲基多巴（爱道美）：每次 250mg，每日 4 次，可渐增量，每次不超过 0.25g，可渐增到每日 3g。

莫索尼定（Moxonidine）：口服，每次 0.2mg，每日 1 次。

利美尼定（Rilmenidine）：口服，每次 1mg，每日 1 次。

胍法苳（氯苯乙胍）：口服，始量为每次 0.5 ~ 1mg，每日 1 次，睡前服，以后可渐增至每日 3mg。

胍那辛（氯苳氨胍）：口服，始量为每次 4mg，每日 2 次，每 1 ~ 2 周增加每日 4 ~ 8mg，极量每日 64mg。

9. 交感神经抑制剂

利血平（蛇根碱）：有耗竭交感神经末梢儿茶酚胺的贮存、干扰肾上腺素能的神经传递、减低血管阻力而降压的作用，且有抑制血管运动中枢作用，每次 0.25mg，每日 3 次。

副作用有鼻塞、心动过缓、胃酸过多、腹胀、乏力、嗜睡、浮肿、消化道出血，长期应用可致阳痿及精神抑郁等。

降压灵作用类似，但更缓和。每次 4 ~ 8mg，每日 3 次。

胍乙啶有阻止神经末梢释放去甲肾上腺素，耗竭去甲肾上腺素的贮存而干扰肾上腺素能节后神经末梢的神经传递，减弱细小动脉痉挛而降压。且减慢心率，减低心输出量和肾血量，每次 10mg，每日 1 ~ 2 次，早晨或睡前服用，逐渐增加剂量，可达每日 60mg，副作用为口干、乏力、腹胀、鼻塞、阳痿，直立性低血压等。

降压灵：口服，每次 4 ~ 8mg，每日 3 次。

地舍平（去甲氧利血平，蛇根平定）：口服，始量为 0.75 ~ 1mg，随之减至维持剂量每日 0.25mg。

10. 其他降压药

复方降压片：每片含利血平 0.031 25mg，双胍屈嗪 3.125mg，氢氯噻嗪 3.125mg，异丙嗪 2.083mg，氯氮草 2mg，维生素 B₁、