

百病新治丛书

BAIBINGXINZHICONGSHU

心血管病新治

XINXUEGUANBING
XINZHI

杨继国 王纯丽 康传贞 主编



中医古籍出版社

中国医药出版社

地址：北京市东城区东直门内大街188号中国医药出版社

电话：010-64686000

网址：http://www.cmpub.com.cn

心血管病新治

XINXUEGUANBING
XINZHILIU

主编：王仲奇 副主编：王仲奇 王仲奇

中国医药出版社

百病新治丛书

心血管病新治

主 编 杨继国 王纯丽 康传贞
副主编 考希良 孟宪卿 刘继强
李 俊 崔秀红

中医古籍出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

心血管病新治/杨继国, 王纯丽, 康传贞主编. - 北京: 中医古籍出版社, 2012. 4

(百病新治丛书)

ISBN 978 - 7 - 5152 - 0155 - 9

I. ①心… II. ①杨…②王…③康… III. ①心脏血管疾病 - 治疗 IV. ①R540.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 063448 号

百病新治丛书

心血管病新治

杨继国 王纯丽 康传贞 主编

责任编辑 刘 婷

封面设计 陈 娟

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷 北京金信诺印刷有限公司

开 本 880mm × 1230mm 1/32

印 张 15.5

字 数 430 千字

版 次 2012 年 4 月第 1 版 2012 年 4 月第 1 次印刷

印 数 0001 ~ 2000 册

书 号 ISBN 978 - 7 - 5152 - 0155 - 9

定 价 32.00 元

前 言

一本书，首先要以实用性和易理解为出版前提。实用性指的是能为阅读者带来有用的知识，而不管这些阅读者是否是医学读者，通过阅读能够获取到相关的知识，从而提高自己对一些疾病的初步认识；易理解指的是阅读者能够从书籍作者的字里行间就能对所述内容看得明白，能够理解这些知识的涵义。本着这两大基本原则，我们编写了《心血管病新治》这本书。编者都是从事一线临床工作的多年医师，对心血管疾病的认识专业而深刻。在专业的基础上，充分考虑到不同读者的理解层次，以简洁通俗的语言从中西医结合角度对心血管疾病进行了较为详细的描述。

本书采用的是中西医结合的编著方式。西医学方面的知识涉及疾病的基本概念、疾病的诊断与鉴别诊断、疾病的治疗和康复；中医学方面的知识涉及疾病的名称、基本概念、中医方面诊断与鉴别诊断、中医经典治疗和临证备要、中医名家的经验集录、预防调护。可以说已经将所述病种从中西医结合角度阐述的较为详细，仔细品读之后就会发现真正将实用性和易理解有效地结合了起来。

在心血管疾病的发病率日益增高的今天，能够编著一本实用易懂的专业著作让广大读者受益，是件非常荣幸和必要的事情。我国现在的总体经济水平已经跃居全球第二，这对一个发展中的社会主义国家来说已经是真正的奇迹。新的社会形势特点和生活方式对人们的身心带来了新的影响，我们在享受着经济发展带来丰富物质生活快乐的同时，也在饱尝着一些疾病带来的痛苦和煎熬。比如过分

的进食大鱼大肉、饮酒嗜烟等等，也就是所谓的高热量、和高脂饮食，使得高血压病和冠心病的发病率大为增加，从而加重了整个社会的负担。

当前，“看病难、看病贵”已成为全世界普遍的难题，这必然会导致医学的变革。而中医学“治未病”的理念，为解决这一难题提供了一条新思路。后世的医家将“治未病”理解为三个层面：一是“未病先防”，二是“既病防变”，三是“已病早治”。详细言之，“未病先防”即是在没有疾病的时候要预防疾病的发生；“既病防变”是指对已经发病要防止疾病进一步地发展和恶化；“已病早治”是指已经发病要及时治疗。

中医学在长期医学实践的积累过程中，对“治未病”逐步形成了样式多种、角度各异、简便廉验的干预手段。中医学除了使用中药或中成药保健预防外，更重视通过养性、适度运动、辨体质膳食并加以针灸、沐足、按摩、导引等方法内外综合调整身心。这些内容在本书中都会有所涉及。正如《黄帝内经》所言：“其知道者，法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”

随着我国进入老龄化社会，心血管疾病的发生率显著增高，治疗这些疾病的医疗费用也呈高速增长态势。我们在进一步提高疾病诊治水平的同时，更要将视点前移，把关注的重点放在预防上面。降低发病率，延长寿命，提高生存质量，进而为国家和人民分忧，降低医疗卫生总体费用显得非常迫切与必要。编写组成员着眼于此，力求从中医角度发掘新的问题解决方式，为我国的医疗卫生工作作出自己应尽的义务和贡献。希望本书的出版能为广大读者带来新的影响。

目 录

第一章 心力衰竭	(1)
第一节 慢性心力衰竭	(5)
第二节 急性心力衰竭	(28)
第二章 心律失常	(38)
第三章 病态窦房结综合征	(65)
第四章 心脏骤停与心脏性猝死	(80)
第五章 晕厥	(106)
第六章 高血压	(122)
第七章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(154)
第一节 稳定型心绞痛	(161)
第二节 不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高型心肌梗死	(180)
第三节 急性 ST 段抬高型心肌梗死	(198)
第八章 心脏瓣膜病	(220)
第一节 风湿热	(222)
第二节 二尖瓣狭窄	(241)
第三节 二尖瓣关闭不全	(248)
第四节 三尖瓣狭窄	(253)
第五节 三尖瓣关闭不全	(256)
第六节 主动脉瓣狭窄	(259)
第七节 主动脉瓣关闭不全	(265)

第八节	肺动脉瓣狭窄	(272)
第九节	肺动脉瓣关闭不全	(274)
第九章	感染性心内膜炎	(277)
第十章	心肌病	(296)
第一节	心肌炎	(296)
第二节	心肌病	(310)
第十一章	心包疾病	(326)
第一节	急性心包炎	(327)
第二节	缩窄性心包炎	(338)
第十二章	先天性心脏病	(345)
第十三章	心脏血管疾病	(358)
第一节	主动脉夹层	(358)
第二节	多发性大动脉炎	(369)
第三节	周围动脉疾病	(381)
第四节	静脉疾病	(391)
第十四章	心脏神经官能症	(398)
第十五章	心源性休克	(411)
第十六章	肺源性心脏病	(426)
第一节	急性肺源性心脏病	(426)
第二节	慢性肺源性心脏病	(434)
第十七章	糖尿病性心脏病	(456)

第一章 心力衰竭

心力衰竭（heart failure）是一种复杂的临床综合征，是由于个中原因的初始心肌损伤，引起心脏结构和功能的变化，最后导致心室泵血功能低下。此时心脏不能泵出足够的血液以满足组织代谢需要，或仅在提高充盈压后方能泵出组织代谢所需要的相应血量。发病率高，五年存活率与恶性肿瘤相似，妊娠、劳累、静脉内迅速大量补液等均可加重有病心脏的负担，而诱发心力衰竭。

一、病因

（一）基本病因

1. 原发性心肌舒缩功能障碍

（1）心肌病变 主要见于节段性心肌损害如心肌梗死、心肌缺血，弥漫性心肌损害如心肌炎、扩张型心肌病、肥厚型和限制型心肌病及结缔组织病的心肌损害等。

（2）原发或继发性心肌代谢障碍 常见于冠心病、肺心病、高原病、休克和严重贫血等各种疾病。主要由于心肌缺血缺氧，引起心肌能量代谢障碍或伴发酸中毒使能量产生减少导致舒缩功能障碍。

2. 心脏负荷过度

（1）压力负荷过度 又称后负荷过度，是指心脏在收缩时所承受的阻抗负荷增加。左室压力负荷过度常见于高血压、主动脉流出道受阻等疾病；右室压力负荷过度常见于肺动脉高压、肺动脉狭

窄、肺阻塞性疾病及肺栓塞等。

(2) 容量负荷过度 又称前负荷过度，是指心脏舒张期所承受的容量负荷过大。左室容量负荷过度包括主动脉瓣、二尖瓣关闭不全及由右向左或由左向右分流的先天性疾病；右室容量负荷过度包括房间隔缺损、肺动脉瓣或三尖瓣关闭不全等；双室容量负荷过度包括严重贫血、甲状腺功能亢进、脚气性心脏病及动静脉瘘。

(3) 心脏舒张受限 常见于心室舒张期顺应性减低，限制型心肌病和心包疾病、二尖瓣狭窄和三尖瓣狭窄可使心室充盈受限，导致心房衰竭。

(二) 心衰的诱因

1. 感染

为常见的诱因，呼吸道感染占首位，特别是肺部感染，可能与肺淤血后清除呼吸道分泌物的能力下降有关。发热、代谢亢进及窦性心动过速等增加心脏的血流动力学负荷。风湿热、感染性心内膜炎、各种变态反应性炎症和感染性疾病所致的心肌炎症均会直接损害心肌功能，加重原有心脏疾病。

2. 心律失常

快速性心律失常如最常见的心房纤颤使心排血量降低。心动过速会增加心肌耗氧量，诱发和加重心肌缺血。严重的心动过缓可以减低心脏排血量。心律失常还会导致心房辅助泵作用丧失，使心室充盈功能受损。

3. 肺栓塞

心衰病人长期卧床，易产生血栓而发生肺栓塞，因右心室的血流动力学负荷增加而加重右心衰。

4. 劳力过度

体力活动、情绪激动和气候变化、饮食过度或摄盐过多。

5. 妊娠和分娩

可加重心脏负荷和增加心肌耗氧量而诱发心衰。

6. 贫血和出血

慢性贫血病人心排血量增加、心脏负荷增加、血红蛋白的摄氧量减少, 可导致心肌缺氧甚至坏死, 引起贫血性心脏病。大量出血使血容量减少, 回心血量和心排血量降低, 使心肌供血量减少和反射性的心率增快, 心肌耗氧量增加, 从而导致心肌缺血缺氧。

7. 其他

包括电解质紊乱和酸碱平衡失调。洋地黄过量、利尿剂过量、心脏抑制药物和抗心率失常药物及糖皮质激素类药物引起水钠潴留。

二、临床分类

1. 急性心衰和慢性心衰

按照心衰发展速度分为急性和慢性心衰, 以慢性占多数, 急性心衰中以急性左心衰为常见。

2. 左心衰竭、右心衰竭和全心衰竭

左心衰竭的特征是肺循环淤血, 主要见于左室梗死、高血压、主动脉瓣病人。右心衰竭以体循环淤血为主要表现。左心衰竭发展可致右心衰竭, 即全心衰竭。

3. 低排血量型和高排血量型心衰

低排血量型心衰的特征是有外周循环异常的临床表现。高排血量型心衰病人通常四肢温暖和潮红、脉压增大或至少正常。见于甲状腺功能亢进、动静脉瘘、脚气病、贫血和妊娠等。

4. 收缩性和舒张性心衰

收缩性心衰主要临床特点源于心排血量不足、收缩末期容量增

大、摄血分数降低和心脏扩大。舒张性心衰是起因于非扩张性纤维组织代替了正常可扩张的心肌组织，心室顺应性下降，因而心搏量降低，左室舒张末期压增高而发生心衰，而代表心脏收缩功能的摄血分数正常。

三、预防

1. 预防感冒

在感冒流行季节或气候骤变情况下，患者要减少外出，出门应戴口罩并适当增添衣服，患者还应少去人群密集之处。若发生呼吸道感染，则非常容易使病情急剧恶化。

2. 适量活动

做一些力所能及的体力活动，但切忌活动过多、过猛，更不能参加较剧烈的活动，以免心力衰竭突然加重。

3. 饮食宜清淡少盐

饮食应少油腻，多蔬菜水果。对于已经出现心力衰竭的病人，一定要控制盐的摄入量。盐摄入过多会加重体液潴留，加重水肿，但也不必完全免盐。

4. 健康的生活方式

一定要戒烟、戒酒，保持心态平衡，不让情绪过于兴奋波动，同时还要保证充足的睡眠。

四、中医治疗成果

临床研究成果：心力衰竭一定要从脾（胃）论治。

1. 心与脾（胃）生理、病理上的相关性

心属火，脾（胃）属土，二者之间存在着火土相生的母子关系，相互滋生，相辅相成。有云“子能令母虚，母能令子实”。

2. “心脾（胃）同治”的同步性与治脾（胃）愈心的实践性

“内伤脾胃，百病由生”。脾胃为后天之本，气血生化之源，脾（胃）衰则诸病丛生，心气、心血失养，心病乃生，故有“心胃同病”之说。对于心力衰竭，一定要病人注意调理脾胃，切忌膏粱厚味、勿令饱餐等，特别是心力衰竭的病人，也不忘健脾和胃导滞之法，却可在心病治疗上收功，远比心病只从心来治效果高出许多。

3. 重视脾胃升降治疗心力衰竭的重要性

“脾居中焦，为气机升降之枢”，升降出入是机体生理活动的基本形式，是维持人体生命活动的必然过程。即脾（胃）功能失调，饮食精微不化，扰乱脂质代谢，聚而生浊，或为湿热，或为痰湿，浊痰交织，滞而化瘀，阻碍心机不能运转，成为所谓“痰湿阻滞心脉”的“胸痹”证。因此，升降脾胃，阻断病理形成，可谓“不治已病治未病”。其病位在心，但其根在脾。不言而喻，升降脾胃愈心病的重要意义就寓于其中。

4. 心脾（胃）同治中“标本缓急”的从属性

无论从病因，还是从治法上，中医学均认为：心力衰竭发生多由脾胃病在先。这是因为“脾（胃）为生痰之源”。心虽主血和脉两个方面，但只有脾（胃）运化与升清正常，血的化生之源不断，脉管得养，血质正常，无浊痰湿热之邪稽留于体内，才能使心的功能活动正常，反之则脾（胃）病及心。

第一节 慢性心力衰竭

慢性心力衰竭是临床极为常见的危重症，常是所有不同病因器质性心脏病的主要并发症。晚近，尽管一些重要的心血管疾病（如冠心病、高血压及瓣膜病等）的发病率和死亡率有所控制，但

心衰的发病率却日益增高。心衰的高发病率，与人群老龄化、冠心病治疗水平提高、患者存活时间延长有关。

1. 影响心排血量的五个决定因素为

①心脏的前负荷，②后负荷，③心肌收缩力，④心率，⑤心肌收缩的协调。上述诸因素中单个或多个的改变均可影响心脏功能，甚至发生心力衰竭。基本病因如下：

①前负荷过重：心室舒张回流的血量过多，如主动脉瓣或二尖瓣关闭不全，室间隔缺损，动脉导管未闭等均可使左心室舒张期负荷过重，导致左心衰竭；先天性房间隔缺损可使右心室舒张期负荷过重，导致右心衰竭。贫血、甲状腺机能亢进等高心排血量疾病，由于回心血量增多，加重左、右心室的舒张期负荷，而导致全心衰竭。

②后负荷过重：如高血压、主动脉瓣狭窄或左心室流出道梗阻，使左心室收缩期负荷加重，可导致左心衰竭。肺动脉高压，右心室流出道梗阻，使右心室收缩期负荷加重，可导致右心衰竭。

③心肌收缩力的减弱：常见的如由于冠状动脉粥样硬化所引起的心肌缺血或坏死，各种原因的心肌炎（病毒性、免疫性、中毒性、细菌性），原因不明的心肌病，严重的贫血性心脏病及甲状腺机能亢进性心脏病等，心肌收缩力均可有明显减弱，导致心力衰竭。

④心室收缩不协调：冠心病心肌局部严重缺血招致心肌收缩无力或收缩不协调，如室壁瘤。

⑤心室顺应性减低：如心室肥厚、肥厚性心肌病，心室的顺应性明显减低时，可影响心室的舒张而影响心脏功能。

2. 诱发因素有

①感染：病毒性上感和肺部感染是诱发心力衰竭的常见诱因，感染除可直接损害心肌外，发热使心率增快也加重心脏的负荷。

②过重的体力劳动或情绪激动。

③心律失常：尤其是快速性心律失常，如阵发性心动过速、心房颤动等，均可使心脏负荷增加，心排血量减低，而导致心力衰竭。

④妊娠分娩：妊娠期孕妇血容量增加，分娩时由于子宫收缩，回心血量明显增多，加上分娩时的用力，均加重心脏负荷。

⑤输液（或输血过快或过量）：液体或钠的输入量过多，血容量突然增加，心脏负荷过重而诱发心力衰竭。

⑥严重贫血或大出血使心肌缺血缺氧，心率增快，心脏负荷加重。

一、诊断

（一）现代科学方法诊断

1. 临床表现

心衰的临床表现取决于多种因素，包括病人的年龄，心功能受损程度，病变发展速度及受累的心室状况等。心衰的发展过程分为4个阶段：第一阶段有发展心衰的高危险因素，如高血压、冠状动脉疾病和糖尿病等，但无结构性心脏病和心衰症状和体征；第二阶段又导致心衰的结构异常，但无心衰的症状和体征。第三阶段有结构性心脏疾病，出现心衰症状；第四阶段有严重结构性心脏疾病，顽固性心衰，需特殊治疗。

（1）左心衰竭 主要表现呼吸困难和心排血量降低所致的临床综合征。

①症状

呼吸困难：呼吸困难是左心衰早期出现的主要症状。劳力性呼吸困难：呼吸困难最先发生在重体力活动时，休息后可自行缓解。正常人和心衰病人劳力性呼吸困难之间主要差别在于后者在正常人活动量时也会出现呼吸困难的加重。随着左室功能不全的加重，引起呼吸困难的劳力强度逐步下降。夜间阵发性呼吸困难：阵发性呼

吸困难常在夜间发作。病人突然醒来，感到严重窒息和恐怖感，并迅速坐起，需 30 分钟或更长时间后方能缓解。通常伴有两肺哮鸣音，称为心源性哮喘。端坐呼吸：卧位时很快出现呼吸困难，常在卧位 1~2 分钟出现，需用枕头抬高头部。急性肺水肿：是心源性哮喘的进一步发展。

咳嗽、咳痰和咯血：咳嗽是较早发生的症状，常发生在夜间，坐位或立位时咳嗽可减轻或停止。痰通常为浆液性，呈白色泡沫状，有时痰内带血丝。

体力下降、乏力和虚弱：是几乎所有病人都有的症状，最常见原因是肺淤血后发生呼吸困难，以及运动后心排血量不能正常增加，心排血量降低导致组织器官灌注不足有关。老年人可出现意识模糊、记忆力减退、焦虑、失眠、幻觉等精神症状、动脉压一般正常，但脉压减小。

泌尿系统症状：左心衰竭血流再分配时，早期可出现夜尿增多。严重的左心衰竭时心排血量重度下降，肾血流减少而出现少尿，或血尿素氮、肌酐升高并有肾功能不全的相应表现。

②体征

一般体征：活动后呼吸困难，重者出现发绀、黄疸、颧部潮红、脉压减小，动脉收缩压下降、脉快。外周血管收缩，表现为四肢末梢苍白、发冷及指趾发绀及窦性心动过速、心律失常等交感神经系统活动增高伴随征象。

心脏体征：一般以左心室增大为主。在急性病变，如急性心肌梗死、突发的心动过速、瓣膜或腱索断裂时还未及心脏扩大已经发生衰竭；可闻及舒张早期奔马律、 P_2 亢进，左心功能改善后， P_2 减弱。心尖部可闻及收缩期杂音，心功能恢复后杂音减弱或消失；交替脉最常见于左室射血阻力增加引起的心衰。偶尔有交替脉伴电交替。

肺部体征：肺底湿罗音是左心衰竭时肺部的主要体征。阵发性呼吸困难者，两肺有较多湿罗音，可闻及哮鸣音及干啰音。在急性肺水肿时，双肺满布湿罗音、哮鸣音及咕噜音。

(2) 右心衰竭 主要表现为体循环淤血为主的综合征。

①症状

胃肠道症状：长期胃肠道淤血，可引起食欲不振、腹胀、恶心、呕吐、便秘及上腹部疼痛症状。

肾脏症状：肾脏淤血引起肾功能减退，白天尿少，夜尿增多。可有少量的蛋白尿、少数透明颗粒或颗粒管型和红细胞。血尿素氮可升高。

肝区疼痛：肝淤血肿大，肝包膜被扩张，右上腹饱胀不适，肝区疼痛，重者可发生剧痛而误诊为急腹症等疾病。长期肝淤血的慢性心衰，可发生心源性肝硬化。

呼吸困难：单纯右心衰竭时通常不存在肺淤血，气喘没有左心衰竭明显。在左心衰竭基础上或是二尖瓣狭窄发生右心衰竭时，因肺淤血减轻，故呼吸困难较左心衰竭时减轻。

②体征

除原有心脏病体征外，可有以下体征：

心脏体征：因右心衰竭患者，可有右心衰竭时心脏增大较单纯左心衰竭时明显，呈全心扩大。单纯右心衰竭患者，可有右心室及（或）右心房肥大。当右心室肥厚显著时，可在胸骨下部左右有收缩期强而有力的搏动。剑突下常可明显搏动，亦为右室增大的表现。可闻及右室舒张期奔马律。

肝颈静脉返流征：轻度心衰病人休息时颈静脉压可以正常，但按压右上腹时上升至异常水平，称肝颈静脉返流征。颈外静脉充盈较肝大或皮下水肿出现早，故为右心衰竭的早期征象，有助于与其他原因引起的肝肿大相区别。

淤血性肝大和压痛：肝肿大和压痛常发生在皮下水肿出现之前，是右心衰竭最重要和较早出现的体征之一。右心衰竭在短时间迅速加重，肝急剧增大，肝包膜迅速被牵张，疼痛明显，并出现黄疸，转氨酶升高。长期慢性右心衰竭患者发生心源性肝硬化，肝质地较硬，压痛不明显。

水肿：发生于颈静脉充盈及肝肿大之后，是右心衰竭的典型体