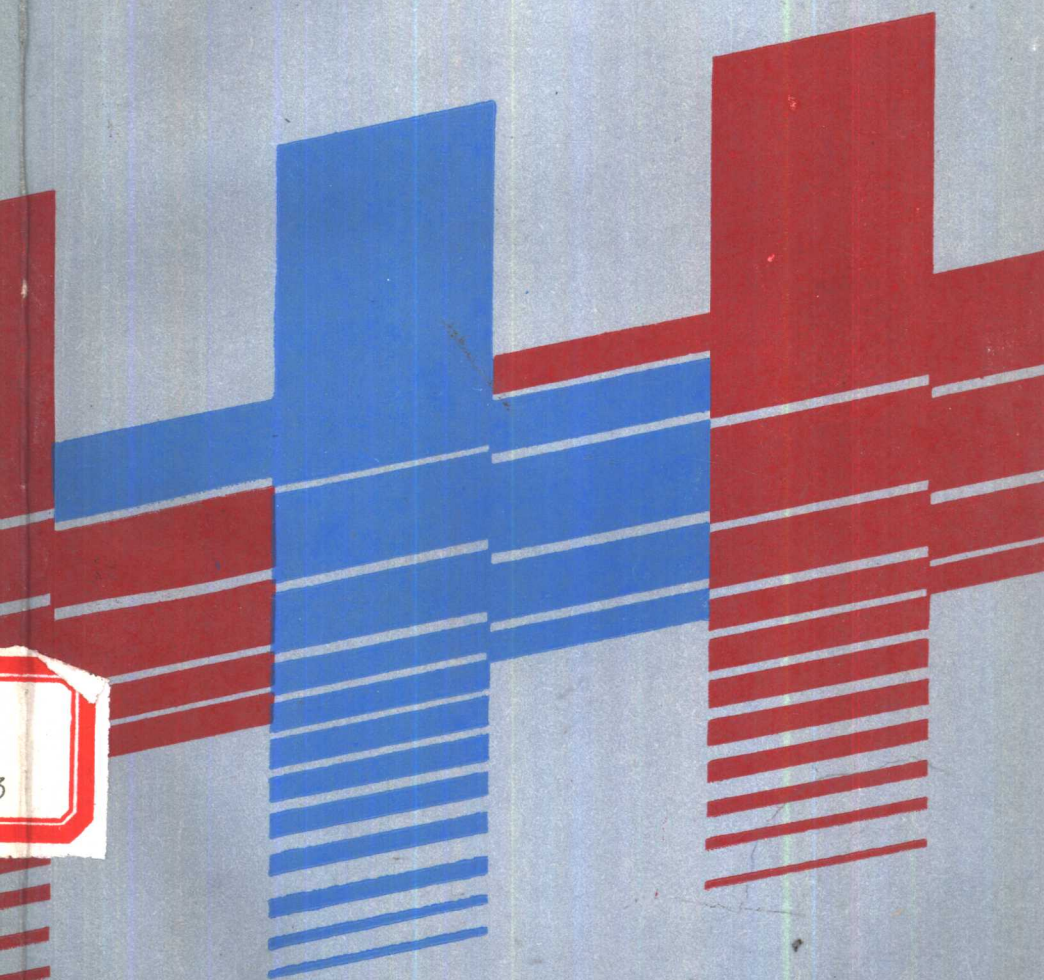


中西医结合研究丛书

心脑血管疾病研究

主编 陈可冀 廖家桢 肖镇祥



上海科学技术出版社

《中西医结合研究丛书》

心脑血管疾病研究

主 编

陈可冀 廖家楨 肖镇祥

上海科学技术出版社

《中西医结合研究丛书》

心脑血管疾病研究

陈可冀 廖家桢 肖镇祥 主编

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 常熟文化印刷厂印刷

开本 850×1168 1/32 印张 11.375 字数 235000

1988年2月第1版 1988年2月第1次印刷

印数 1—5160

ISBN7-5323-0526-0/R·152

统一书号: 14119·1944 定价: 3.05元

《中西医结合研究丛书》编写委员会名单

主任委员：季钟朴

副主任委员：邝安堃 吴咸中 周金黄 姜春华 祝湛予
陈可冀

编委：

王今达	王宝恩	王雪苔	史兆岐	史济招	邓铁涛
刘猷枋	朱仁康	朱宝忠	邝安堃	危北海	许自诚
吕维柏	师绣章	吴咸中	沈自尹	李世忠	李连达
季钟朴	陈士奎	陈文为	陈可冀	陈梅芳	尚天裕
周金黄	周霭祥	姜春华	姜廷良	祝湛予	侯 灿
张之南	张亭栋	张梓荆	郁仁存	赵伟康	高辉远
耿鉴庭	唐由之	曹小定	黄星垣	谢竹藩	葛秦生
廖家桢	薛崇成				

《心脑血管疾病研究》编写人员：

陈可冀	廖家桢	肖镇祥	许心如	马胜兴	翁维良
俞国瑞	徐承秋	林求诚	钱振淮	裴玉崑	陈冬燕

出版说明

《中西医结合研究丛书》是由中国中西医结合研究会组织全国各地中西医结合专家、学者,分专业专题编写的一套介绍最新研究进展的专著性丛书。

全套丛书包括《中西医结合研究思路与方法学》、《心脑血管疾病研究》、《呼吸系统疾病研究》、《消化系统疾病研究》、《内科急症研究》、《血液学研究》、《妇科疾病研究》、《耳鼻咽喉口腔科疾病研究》、《肛肠病研究》、《皮肤病研究》、《常见传染病研究》、《骨关节疾病研究》、《儿科疾病研究》、《眼科疾病研究》、《针灸针麻及经络研究》、《四诊研究》、《血瘀症及活血化瘀研究》、《虚证研究》、《中药药理学研究》、《中西医结合发展史研究》等二十三种中西医结合研究专著。将陆续分批出版。

丛书介绍了我国中西医结合在理论和临床实践等方面的研究成就和现状,并展望中西医结合研究的前景,较全面、系统、实事求是地反映我国建国三十多年来中西医结合研究的成果和最新进展。

这套丛书既非教材,又非汇编,而是中西医结合研究的专题论述。主要读者对象是从事中西医结合的临床、科研、预防、教学等医疗卫生人员。希望对中、西医学院校师生也是有价值的参考书。

中西医结合防治疾病的经验,已引起国内外医学界的重视。编辑出版《中西医结合研究丛书》,不仅是我国中西医结合研究工作的一次总结和检阅,而且也将更有助于我国中西医结合科学研究、医疗卫生和教育事业的改革和发展,促进我国医药卫生事业的现代化;也将有利于国际学术交流,使祖国医药学研究成果更好地为世界人民的健康服务。

中西医结合研究是长期性工作,目前尚处于幼年时期,编写中西医结合研究的丛书,在我国尚属第一次,由于经验不足,缺点错误在所难免,希望读者多提批评意见,以便修订时改正。

《中西医结合研究丛书》编辑委员会

前 言

本书系《中西医结合研究丛书》(以下简称《丛书》)的第二分册。主要内容为阐述中西医结合诊治常见心脑血管疾病的经验和现代科学研究进展;其中包括休克、充血性心力衰竭、心律失常、高血压病、高脂血症、冠心病、心肌炎、风湿热及风湿性心脏病、肺原性心脏病、急性缺血性及出血性脑血管病、血栓闭塞性脉管炎以及一些其他心血管病等。为了便于供临床医疗及科研上的参考,本书并附录了各类心脑血管病辨证及诊断的标准。

我国心脑血管病流行病学的研究资料表明,这类疾病在我国的患病率是很高的。我国传统医药学在类似心脑血管病如“心悸”、“怔忡”、“胸痹”、“厥脱”、“痹证”、“喘证”、“水肿”及“中风”等方面的古典描述很多。建国以来,我国广大中医及中西医结合工作者应用现代科学方法,广泛地研究了中医药治疗这类疾病的效果,取得了较大的进展;有些疗效超过了单纯应用西药或中药的效果,获得了国家或卫生部级科研成果奖,引起了国内外同行的关注。为了推广这些成果,并进一步推进这方面的研究工作,我们组织了本专业的专家及专业人员编写此书,以便更有成效地应用中医药治疗心脑血管病患者,并进而做好预防工作和理论机制研究工作。

本书主要读者对象为从事临床工作的中医、西医及中西医结合医师,对有关本专业的基础医学研究人员也有参考价值;同时,还可作为医学院校师生实用的参考书。

本书尚未付梓之前,主编之一、首都医学院神经内科副教授、北京宣武医院神经内科副主任肖镇祥医师不幸因病过早地逝世。在本书行将出版之际,谨申以哀忱;相信本书的出版,将会对读者有一定裨益,可以告慰于肖镇祥同志。

陈可冀 廖家桢 一九八七年三月

目 录

第 一 章 休克的研究	1
第一节 中医对休克的认识	1
第二节 中西医结合治疗休克的研究	3
第三节 结语	16
第 二 章 充血性心力衰竭的研究	21
第一节 中西医结合研究心衰的意义	21
第二节 中医对心衰的认识	21
第三节 中医对心衰病因病机的分析	22
第四节 心衰辨证论治的研究	25
第五节 强心甙类中草药的研究	31
第六节 非强心甙正性肌力作用的中药研究	36
第七节 中药血管扩张剂治疗心衰的探讨	37
第八节 中西医结合防治心衰研究的探讨	39
第 三 章 心律失常的研究	45
第一节 中医对心律失常的认识	45
第二节 辨证论治治疗心律失常的研究	48
第三节 治疗快速性心律失常方药的临床和实验研究	51
第四节 治疗缓慢性心律失常方药的临床和实验研究	58
第五节 强心甙类抗心律失常中药的临床和实验研究	60
第六节 针灸治疗心律失常的临床和实验研究	63
第 四 章 高血压病的研究	71
第一节 中西医结合防治高血压病的实际意义	71
第二节 高血压中医辨证分型的研究	72
第三节 高血压病的治疗研究	75
第 五 章 高脂血症的研究	89
第一节 高脂血症的辨证论治	90
第二节 降脂中草药	92

第三节 降脂复方	104
第四节 肥胖症及其治疗	110
第五节 高脂血症与肥胖症研究中存在问题与展望	113
第 六 章 冠状动脉硬化性心脏病的研究	120
第一节 冠心病的基本病机	120
第二节 冠心病的中医辨证	123
第三节 急性心肌梗塞病情演变规律及辨证特点	124
第四节 冠心病中医辨证的现代科学指标的探讨	127
第五节 冠心病中医药治疗	133
第六节 急性心肌梗塞辨证论治特点	147
第七节 中西医结合防治冠心病研究的展望	152
第 七 章 病毒性心肌炎的研究	160
第一节 心肌炎的定义和原因	160
第二节 中西医结合治疗病毒性心肌炎的重要意义	161
第三节 病毒性心肌炎发病机理及主要病理改变	161
第四节 病毒性心肌炎的临床研究	163
第五节 对心肌炎有效中药的药理研究参考	171
第 八 章 风湿热及风湿性心脏病	173
第一节 概论	173
第二节 病因	174
第三节 风湿热的治疗	177
第四节 风湿性心脏病伴有心力衰竭治疗的探讨	193
第 九 章 肺原性心脏病的研究	202
第一节 中医对肺原性心脏病的认识	202
第二节 有关病因病机的研究	203
第三节 中西医结合防治肺心病的意义	206
第四节 中医辨证分型的病理生理学基础	207
第五节 中医诊法的研究	209
第六节 急性发作期的治疗	213
第七节 缓解期的治疗	216
第八节 有关基础理论的研究	218
第 十 章 急性脑血管病的研究	223

第一节	中医学有关脑血管病的论述	223
第二节	急性脑血管病舌诊、脉象的研究	226
第三节	急性脑血管病的中医辨证分型	227
第四节	脑血管病的血液流变学研究	229
第五节	急性脑血管病的中西医结合治疗	230
第十一章	血栓闭塞性脉管炎的研究	235
第一节	中医对脉管炎的认识	235
第二节	脉管炎的临床研究	237
第三节	脉管炎内服中药的实验研究	245
第四节	脉管炎的手术治疗及防栓中药的研究	248
第五节	局部处理及外用药的研究	251
第六节	中西医结合治疗脉管炎的展望	254
第十二章	其他心血管病的研究	258
第一节	多发性大动脉炎	258
第二节	克山病	263
第三节	低血压	269
附 录	各类心脑血管辨证及诊断参考标准	274
一、休克		274
(一)关于小儿感染性休克临床诊断标准的建议(草案)		274
(二)关于小儿感染性休克治疗方法的建议(草案)		276
(三)小儿感染性休克合并心功能障碍诊断参考意见(草案)		284
(四)小儿感染性休克合并心功能障碍治疗参考意见		285
(五)小儿感染性休克合并急性脑水肿的诊断标准		286
(六)小儿感染性休克并发急性肾功能不全的诊断及治疗		288
(七)对第一次小儿感染性休克会议制订的“两个建议”的修订和补充		289
(八)冷休克诊断试行标准		295
(九)休克肺诊断标准及临床分型(试行草案)		296
(十)急性心肌梗塞休克的诊断标准		297
(十一)感染性休克中医辨证分型标准(试行草案)		297
二、心律失常		298
(一)常见心律失常病因、严重程度及疗效参考标准		298
(二)病态窦房结综合征的诊断参考标准		301

三、高血压病的新诊断标准和疗效评定标准	303
四、血脂增高疗效评定标准(胆固醇+甘油三酯)	305
五、冠心病	306
(一)关于冠状动脉性心脏病命名及诊断标准的建议	306
附:缺血性心脏病的命名及诊断标准	308
(二)冠心病的诊断参考标准	311
(三)冠心病心绞痛疗效评定标准	318
(四)冠心病(心绞痛、心肌梗塞)中医辨证试行标准	319
六、病毒性心肌炎	320
(一)病毒性心肌炎诊断依据参考(摘要)	320
附一、良性早搏诊断依据	321
附二:小儿原发性心肌病诊断依据	322
附三:原发性心内膜弹力纤维增生症诊断依据	322
(二)关于“病毒性心肌炎诊断依据参考”修改的几点说明	323
七、诊断风湿热的参考标准(试行草案)	324
(一)建议采用 1965 年修订的 Jones 标准和说明	324
(二)本次会议对原说明作如下的补充	328
八、肺原性心脏病	328
(一)关于肺心病普查工作中的统一规定(草案)	328
(二)慢性肺原性心脏病诊断标准	329
附一:慢性肺原性心脏病X线诊断标准	330
附二:慢性肺原性心脏病心电图诊断标准	330
(三)慢性肺原性心脏病心电图向量图诊断标准	331
(四)慢性肺原性心脏病超声心动图诊断标准	332
(五)慢性肺原性心脏病基层诊断参考条件	332
(六)慢性肺原性心脏病病情分级和疗效判断标准(试行草案)	333
(七)慢性肺原性心脏病中西医结合辨证分型和治疗原则	335
九、肺性脑病的诊断和临床分级标准	337
十、脑血管疾病	337
(一)脑血管疾病分类(草案)	337
(二)急性脑卒中治疗方案	339
(三)脑动脉硬化症诊断标准(试行草案)	341

十一、血栓闭塞性脉管炎诊断及疗效标准(初稿).....	342
十二、克山病(地方性心肌病)诊断、病区划定、疗效判定指标及 治疗参考.....	344
十三、血瘀证诊断试行标准.....	348

第一章 休克的研究

休克是由于全身循环障碍，组织和器官氧和血液灌注不足而引起的一系列全身反应的一种病理综合征。临床表现为面色苍白或发绀，四肢厥冷，大汗淋漓，血压下降，尿量减少，神志改变，脉细欲绝等，中医辨证属厥证或脱证。休克可发生于感染、心脏病、失血、烧伤、创伤、过敏性疾病等过程中，是临床常见的危重症之一，死亡率高。近一、二十年来，西医在休克的发病机制等方面进行了许多的研究，然而在休克的治疗方面进展不够显著。我国医务工作者，采用中西医结合治疗休克，对降低休克的病死率，呈现了可喜的苗头，并对其作用机理，开展了许多研究，为今后深入研究，打下了良好的基础。现就近十年来有关中西医结合诊治休克的概况，扼要介绍。

第一节 中医对休克的认识^[1~8]

祖国医学无“休克”这个名称，但有关休克综合征的临床表现在我国古代医籍中早有记载。目前多认为休克可以包括在中医的“厥证”、“脱证”等范畴内。

中医的“厥证”所包括的范围甚广，而且历代医家的看法不尽一致，因而有关厥证的分类名目繁多，如气厥、血厥、蛔厥、尸厥、酒厥、色厥等；又有按六经分类的巨阳之厥，阳明之厥，少阳之厥，太阳之厥，少阴之厥，厥阴之厥等。然而把厥证分为阳厥（热厥），阴厥（寒厥）两大类则是历代医家的看法基本上是一致的。

《素问·厥论》说：“阳气衰于下，则为寒厥；阴气衰于下，则为热厥。”《伤寒论》说：“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷是也。”宋代朱肱继承了内经、伤寒论中有关厥证的理论，在

《活人书·论阴阳寒热》中明确写道：“手足逆冷，此名厥也。厥者逆也，阴阳不相顺接，手足逆冷也。阳气衰，阴气盛，阴盛于阳，故阳脉为之逆，不通于手足，所以逆冷也。伤寒热多厥少者，其病当愈；厥多热少者，其病为进。然有冷厥有热厥，当仔细辨认。”

明代张景岳总结了前人有关阳厥、阴厥的临床表现及其鉴别特点。《景岳全书·阴阳二厥》说：“厥有二证，阳厥，阴厥也。阳厥者，热厥也，必其先自三阳传入阴分，故其初起必因头痛发热，自浅入深，然后及于三阴，变为四肢逆冷，或时乍温。其证必便结，躁烦，谵语，发渴，不恶寒，反恶热，脉沉有力。此以传经热证所化，外虽手足厥冷，内则因于热邪，阳证发厥，故为阳厥。乃阳极似阴也，其证由邪热内结，或伏阳失下之所致也。凡厥微则热亦微，宜四逆散之类；厥甚则热亦甚，宜承气汤之类也。阴厥者，寒厥也，初无三阳传经实热等证，而真寒直入三阴，则畏寒厥冷，腹痛吐泻，战慄不渴，脉沉无力。此独阴无阳也，故为阴厥，轻则理中汤，重则四逆、回阳等汤主之。”

从上论述可以看出厥证的突出临床表现是四肢逆冷，其基本病机是阳气或阴气衰于下，阴阳气不相顺接所致。阳厥的发病特点是先有实热证存在，由于邪热传变，毒陷内结而致厥，可见，感染性休克的发病规律与此相符。阴厥的发病则非由实热证所演变，而由阳衰阴盛致厥，心源性休克的发病规律与此相一致。

从历代医家有关厥证临床表现的论述如四肢逆冷等与休克有相似之处，但也不尽一致。如厥证除四肢逆冷外，大汗淋漓，神志恍惚，脉细欲绝等严重休克之象较不明显。因此，早期轻度休克可能包括在厥证之内，而晚期严重休克则可能更接近中医的脱证。

《类证治裁·脱证》说：“生命以阴阳为枢纽。阴在内，阳之守；阳在外，阴之使。阴阳互根，互抱不脱。素问所谓阴平阳秘，精神乃治也。”并指出脱症“总由阴阳枢纽不固。如上脱者，喘促不续，汗多亡阳，神气乱，魂魄离，即脱阳也。下脱者，血崩不止，大下亡阴，交合频，精大泄，即脱阴也。上下俱脱者，类中眩仆，鼻声鼾，绝汗出，遗尿失禁，即阴阳俱脱也。”可见脱证可有呼吸促，大汗出，神

气乱等表现,与严重休克的表现相近似。脱症也有阴、阳之分,阴脱是由于大出血,大下等血容量严重不足所致,显然,低血容量性休克属于阴脱的范畴。阳脱是由阳气虚脱所致,心源性休克等可包括在内。《景岳全书》说:“气厥之证有二,以气虚、气实皆能厥也。气虚卒倒者,必其形气索然,色清白,身微冷,脉微细,此气脱症也,宜参、芪、归、术、地黄、枸杞、大补元煎之属,甚者以回阳饮、独参汤之类主之。血厥之证有二,以血脱、血逆皆能厥也。血脱者如大崩大吐,或产血脱尽,则气亦随之而脱,故卒仆暴死。”

基于以上论述,笔者认为是否可以将早期轻度休克归属于“厥证”,而将严重休克归属于“脱证”。轻型感染性休克一般可归属于阳厥,其他类型的轻型休克基本上可归属于阴厥;低血容量休克或其他类型休克伴有低血容量者,可归属于阴脱,其他类型休克则可归于阳脱。目前有关休克中医辨证类型的看法尚不一致。天津市第一中心医院认为“厥证”与现代医学的冷休克近似,而“脱证”则与现代医学的暖休克近似。危北海则认为阳气脱(亡阳)属于低动力型或寒冷型休克;阴(血)脱(亡阴)属于高动力型或温暖型休克。杨永华等将感染性休克分为阳虚型,阴阳两虚(或阴虚)型。这些看法可以互相启发,通过进一步实践,看法有可能逐步一致,目前不必强行统一。

第二节 中西医结合治疗休克的研究

休克是病死率颇高的危重症,中西医结合治疗休克对降低休克的病死率展现了可喜的前景。天津市第一中心医院采用中西医结合治疗感染性休克 105 例,病死率为 16.1%,上海第二医学院将 60 例肺部感染引起的休克随机分为西医组和中西医结合组各 30 例,结果是西医组用升压药物的时间平均 3.6 ± 2.9 天,病死率为 23.3%,中西医结合组用升压药的时间平均 2.3 ± 1.2 天,病死率 13.3%。据北京地区冠心病协作组 1973 年的观察结果,在中西医结合组 280 例中,有 47 例并发休克,占 16.7%,西药组 100 例中

有 30 例并发休克,占 30.0 %,中西医结合组的发生率较西药组为少。中西结合组的 47 例休克中,有 29 例占 61.7 %入院时已有休克,另 18 例占 38.3 %,是在治疗过程中发生的休克;而西药组的 30 例休克中,有 13 例占 43.3 %入院时已有休克,另 17 例占 56.7%是在治疗过程中发生休克的。由此可见,在治疗过程中发生休克的百分率中西医结合治疗组较西药组为少,提示中医药有预防休克的作用。死亡原因与休克有关的中西医结合组有 8 例,占该组休克总数的 17.0 %;而医药组有 13 例,占该组休克总数的 43.3%,两组相差较大,这也说明中医药有治疗休克的作用。感染性休克、心源性休克是临床最常见的休克类型,感染性休克一般可归属中医的热厥,而心源性休克一般可归属中医的寒厥。两者一热一寒,是其不同之处,又都属厥证,则是其共同之处。若病情恶化,又都可转为“脱证”。因此,在治疗上,两者有共性,也有个性。天津第一中心医院治疗感染性休克的经验是菌毒并治,清下并用和扶正祛邪。而这些原则和心源性休克的治疗是有所不同的。现以感染性休克和心源性休克为主,将中西医结合治疗休克时常用的中医治则和方药,简介如下:

一、益气复脉法 [9~22]

常用方剂是生脉散,由人参、麦冬、五味子组成,出自李杲《内外伤辨惑论》,解其方义为“气充脉复,故名生脉”,本方有益气生津,复脉固脱之效。历代医家用以治疗热伤元气,倦怠,气短,懒言,自汗,口干,心悸,脉细无力等。现已制成生脉散注射液(生脉液),可供静脉注射,1972 年南开医院首先用于治疗休克。

生脉液每 10ml 相当生药红人参 1g, 麦冬 3.12g, 北五味子 1.56g,每次用药 10~20ml,直接放入静点滴瓶的小壶内滴注,或加入 5~10%葡萄糖 20ml,稀释后缓慢静脉推注,必要时隔半小时至 1 小时后重复推注,待血压稳定后,改为生脉液 20~40ml,加入 5 %葡萄糖 250~500ml 静点,以维持血压。一般日用量 40~100ml,个别有日用量达 450ml 者。该药安全,未见明显副作用,据测定小白鼠 LD_{50} 为 $34.64 \pm 3.51g/kg$ 。当急性大剂量,高浓

度,快速注药时,出现血压下降; 心功能抑制。

北京地区冠心病协作组 1972 年分析 604 例急性心肌梗塞患者,其中伴心源性休克者 103 例,单用升压西药治疗者的病死率为 52%,生脉液与升压药合用者的病死率为 25%。阜外医院治疗 87 例伴休克的急性心肌梗塞患者,其中 48 例单纯用西药治疗的病死率为 40%,而以生脉液为主的中西医结合治疗 34 例,病死率为 18.6%。南开医院治疗 45 例大叶性肺炎并发休克者中,用生脉液者 42 例,四逆汤者 3 例(单用中药治疗 21 例,中西医结合治疗者 21 例),全部治愈。68%患者血压在 24h 内得以纠正。四川医学院以生脉液治疗休克 114 例,包括感染性休克 98 例,用药 5min 至 1h 后开始升压,显效率为 71.8%,血压稳定时间平均为 17.3h。

生脉液具有止汗敛阴,轻度升高血压的作用,同时表现为心音增强,脉搏变为有力,四肢厥冷,皮肤青紫者在给药后较快好转,使末梢循环改善。有时休克患者单用升压药血压常不稳定,生脉液与升压西药合用,可增强升压效果,减少升压药用量,缓解升压药的不良反应和减少对升压药的依赖性,改善部分严重休克患者的预后,一些轻、中度休克患者单独使用生脉液后有可能逆转,对严重休克患者可与回阳救逆法及升压西药联合应用。张泰环等用生脉液治疗 24 例感染性休克,其中 7 例较轻的休克单用生脉液治疗获得升压效果,其余 17 例经用阿拉明、多巴胺等药血压未能稳定,加用生脉液而获得协同的升压和稳压效果。24 例中,血压恢复正常时间最短 20min,最长 8h,其中 15 例在 2h 恢复正常。吉林桦甸县医院等将生脉散用于治疗流行性出血热休克期,也看到在血压稳定上升的同时,尿量增多,症状改善,多较顺利地渡过少尿期。在中西医结合治疗急性心肌梗塞伴休克的医疗实践中注意到生脉散的疗效与给药途径、剂量有关。煎剂的效果慢,注射剂使用方便,见效迅速。四川医学院改革了制备工艺,提出了质量标准,为工业生产打下了良好的基础。生脉液的剂量与疗效的关系,文献报告不尽相同,有主张危重病例,剂量宜大,非力挽狂澜不能转危为安,但也有剂量不大而获效者。