

96
R541
8
2

实用中西医结合证治丛书

心痛与心悸

郑 勇 黄丽萍 李扬缜 编著

X11925114



3 0109 4628 7

中国中医药出版社



C

324596

(京)新登字025号

内 容 提 要

中医心痛与心悸，包括多种心脏器质性病变与功能性病变，如心力衰竭、过早搏动、心肌炎、病窦综合征、心脏神经官能症、风心病、冠心病及心肌梗塞等。

本书集中西医为一体，融古今治疗手段为一炉，系统、全面、详细地论述了这些疾病的病因病理、临床表现、诊断与鉴别诊断，介绍了中药、西药、针灸、按摩、理疗、单验方、气功、心理等多种治疗方法，具有体例新颖、思路开阔、方法多样、资料全面、实用性强等特点。可供城乡各级临床医师、医学院校学生使用，也可供广大医学爱好者阅读参考。

实用中西医结合证治丛书

心痛与心悸

郑 勇 等编著

*

中国中医药出版社出版

(北京市朝阳区东兴路7号)

邮编：100027 电话：4169633 电挂：3406

新华书店总店北京发行所发行 北京市卫顺印刷厂印刷

787×1092毫米 32开本 5.625印张 126千字

*

1995年2月第1版 1995年2月第1次印刷

印数1—6000册

ISBN7-80089-386-3/R·387 定价：5.50元

《实用中西医结合证治丛书》

编委会名单

主 编	赵田雍	汪卫东	
副主编	张 奇	吴厚新	郑 勇
编 委	(排名不分先后)		
	王端义	刘保延	刘志顺
	史英杰	张 凯	李为农
	马继松	孟凡毅	李永芝
	黄丽萍	庄家秀	邹金盘
	焦玲玲	施运涛	韩学杰
	汪先恩	张 颖	谭东莲
	汪中柱	汪伟典	

前 言

30多年来,中西医结合工作在临床和基础研究方面都取得了可喜的成就,逐渐形成了以宏观辨证和微观辨证相结合,中医辨证和西医辨病相结合为特色的新的临床思维体系,促进了诊疗水平的提高,开创了我国临床医学的新局面。为了总结、反映、推广和普及当代中西医结合研究成果,促进中西医结合学术的发展,进一步提高临床诊疗水平,我们特组织编写了这套《实用中西医结合证治丛书》,首次出版发行的有《遗精与阳痿》、《消渴》、《心痛与心悸》、《中风》、《癫狂痫》、《紫癜》、《头痛》、《水肿》、《痿证》、《胁痛》等10个分册,约100余万字。

为了充分体现“启迪临床思维,提高临床疗效”的基本编写宗旨,编委会和全体作者力图使本套丛书反映以下特色:

1. 各分册书名中突出中医病名,在中医病名之下,简明扼要地陈述所涉及到的西医疾病的范围。

2. 为了让广大读者在阅读全书之前,了解中医药在治疗本病(包括所含的各种西医疾病)时所具有的长处及其未来发展趋势,故在“概述”之后,列“中西医结合治疗本病的优势与前景”一节,它既是对近年来中医和中西医结合研究成果的总结,也是对这些研究之未来动向的展望。从而使读者既能看到昨天,又能立足今天,放眼明天,以增强中西医结合的信心和决心。

3. 临床诊疗思路的正确与否,是一个临床医生诊治疾

病、提高疗效的关键。思路不对，则诊治必误；思路不广，则疑难之症难除。故本丛书将“临床诊疗思路”独立成章。以便强调诊疗思路的重要性，引起读者的重视。“思路”虽为“管见”，但对作者而言，旨在抛砖引玉；对读者而言，则可借为“他山之石”。

4. 为了体现中西医结合之特色，在“中西医结合辨病论治”的“西医治疗”之后，又设有“分型论治”。对西医疾病按中医理论进行分型治疗，这是多年来中西医结合探索的产物。

5. 在对每个疾病（西医）进行中药、西药的论治之后，各分册又根据不同疾病治疗的需要，广泛搜集了与传统中医和现代医学相关的其它疗法，如针灸、气功、按摩、饮食、单验方、心理、音乐等等，在治疗手段上力求博采众家，各取所长。

纵观全书，从宏观到微观，从辨证到辨病，从中西药疗法到其他疗法，从理论探索到临床经验介绍，从传统认识到现代研究，无一不在阐述之中。因而既形成了一整套辨证论治、辨病论治、多法论治、全面结合的综合防治体系，又体现了目前我国中医、西医、中西医结合同时并举的现状和未来发展趋势。

经过全国诸省市医道同仁的共同努力，我国第一套《实用中西医结合诊治丛书》终于完成了编著工作。由于我们水平有限，书中难免存在着不少缺点和错误，敬祈广大读者提出宝贵意见，以便今后编写其他分册或再版时修订改正。

编委会

1994. 10. 10.

目 录

概述.....	(1)
(一) 中西医结合治疗本病的优势与前景..	(3)
(二) 临床诊疗思路.....	(5)
一、病因病机.....	(9)
二、辨证论治.....	(14)
三、辨病论治.....	(47)
充血性心力衰竭.....	(47)
过早搏动.....	(59)
病态窦房结综合征.....	(66)
病毒性心肌炎.....	(72)
风湿性心脏瓣膜病.....	(80)
冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛.....	(93)
心肌梗塞.....	(105)
四、其它疗法.....	(116)
五、转归与预后.....	(127)
六、调护与预防.....	(131)
附一：历代论述.....	(138)
附二：中医药现代研究进展.....	(146)
附三：不合理中西药联用十类.....	(167)
附四：常用中西药联用宜忌.....	(169)

概 述

心 痛

心痛是指以胸中痛为主症的一种病证，其痛有定处，多在胸膺两乳之间，即膻中周围及左胸部，亦可涉及肩背与两臂内侧等处。《素问·藏气法时论》谓：“心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩间痛，两臂内痛。”是对本病较实际的描述。其痛甚则“心痛彻背，背痛彻心”，或“痛如锥刺心。”本病多由心脏气血虚损，或寒凝、热结、痰阻、气滞、血瘀等因素而致。

据历代文献记载，本病在古代有心痛、真心痛、心痹、卒心痛、厥心痛、久心痛、胸痹以及九种心痛等不同称谓。心痛病名最早见于《内经》，《素问·标本病传论》谓：“心病先心痛”，《灵枢·厥病篇》云：“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”，心痛严重，易至迅速死亡的，谓之真心痛。《素问·举痛论》曰：“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘”，心痹之称出于此。《素问·缪刺论》又有“卒心痛”、“厥心痛”之谓。《灵枢·厥病》篇中有久心痛之谓，还把厥心痛分为肾心痛、肺心痛、肝心痛、脾心痛。张仲景在《金匮要略》中称本病为胸痹，《金匮要略·胸痹心痛短气》曰：“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。”还有论述九种心痛的，这是指广义的心痛，本书则重点专论狭义的心痛，即心脏本身病变引起的心痛的辨证论

治。

根据本病的临床表现，与现代医学的冠状动脉粥样硬化性心脏病、心肌梗塞引起的心绞痛，以及心包炎、心脏神经官能症等引起的心痛颇相似。凡临床表现与心痛证候的特点相符者，均可参照本病辨证论治。

心 悸

心悸包括惊悸、怔忡，是指自觉心中悸动，惊惕不安，不能自主或脉象参伍不调的一种病证。突然恐怖、恼怒、惊骇等情志所伤，劳累过度等诱因，都可引起心悸，其病机常因阳气不足，气血亏损，阴虚火旺，心失所养，或肝失疏泄，痰火互结，寒饮内停，瘀血阻络，心脉失畅所致。

《内经》中已经有了类似心悸病名的记载，《素问·举痛篇》谓：“惊则心无所倚，神无所归，虑无所定，故气乱矣。”《素问·痹论》指出：“心痹者，脉不通，烦则心下鼓”，《灵枢·本神》的“心忪惕”，《素问·至真要大论》的“心澹澹大动”都是类似心悸的描述。其中论述脉象较多，更与心悸相吻合，《素问·三部九候论》曰：“参伍不调者病”，这种脉律不齐的描述，多属惊悸、怔忡范畴。迨至汉张仲景在《伤寒杂病论》中正式提到惊悸的病名，《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病篇》专门对惊悸的病因病机作了论述，指出：“寸口脉动而弱，动则为惊，弱则为悸。”《济生方》提出了怔忡病名，认为“夫怔忡者，此心血不足也”，至此惊悸、怔忡病名得以正式确立。

心悸常与眩晕、失眠、健忘、耳鸣、胸闷、气短、水肿等证同时并见，故与现代医学的各种心脏病所引起的心律失

常（如心动过速、心动过缓、过早搏动、心房颤动、心房扑动、房室传导阻滞、束支传导阻滞、病态窦房结综合征、预激综合征、心力衰竭、心肌炎、心包炎、冠心病、心肌梗塞、高血压性心脏病等），以及缺铁性贫血、再生障碍性贫血、甲状腺机能亢进、神经官能症、洋地黄中毒、低血钾、出血、缺氧、感染、药物反应等病相似，凡临床表现与心悸证候的特点相符者，均可参照本病辨证论治。

（一）中西医结合治疗本病的优势与前景

近年来，中医药在心痛、心悸的基础与临床研究方面取得了令人鼓舞的成果，愈来愈显示出其独特的优势。

洋地黄类制剂是增加心肌收缩力的主要药物，然其副作用大，中毒量与治疗量较接近。临床之际，洋地黄类用量不足会影响强心效果，过量又极易蓄积中毒，若合并电解质紊乱、酸碱失调、感染及心律失常时，其用量不仅难以掌握，而且强心效果也不理想。研究表明，中药复方（如生脉散等）与洋地黄类联用，不但有协同的正性肌力作用，能有效地改善心肌功能，同时还可防止洋地黄蓄积中毒。当心脏贮备功能降低，但又不具备洋地黄适应症时，生脉散等中医方药能够有效地保护心肌功能。中医辨证论治，固本而不单纯治标，又无洋地黄中毒之忧，对需长期服药者尤为适宜。夹竹桃、福寿草等类似洋地黄样作用的中药，因具有蓄积量低、副作用小、强心效果确切等优点，已引起医学界的重视。

当许多心病出现心力衰竭时，利尿成为不可缺少的治法。速尿、双克等西药的利尿作用虽较强，但却易导致电解质紊

乱。中药的利尿作用虽较弱缓，却不会引起电解质紊乱。目前，有人在应用西药利尿剂的同时，结合辨证，加用中药，既防止了电解质紊乱，又起到了协同利尿的作用，而且对难治性心衰也屡获佳效。

中医以整体观念为指导进行辨治，对植物神经功能紊乱具有良好的调节作用。心病常有烦热、自汗、急躁等症，西药治疗多不理想，中医按心之阴虚火旺辨治却获得令人满意的效果。冠心病、心肌炎、风心病等与免疫功能的关系逐步被人们所认识，中医补益方药能够调整机体免疫功能已得到验证，健脾、益肾、养心法既能增强网状内皮细胞的吞噬功能，提高机体非特异性抗感染能力，又可减低损伤性免疫反应，减轻对组织尤其是心肌的损伤，调节心病患者的机体内环境。许多中药的“适应原”样作用，在机体不同机能状态下起两种截然相反的作用，对治疗某些心病也极为有利。

活血化瘀方药广泛用于治疗心病以来，显示出明显的优势。活血化瘀与强心益气法并用，可有效地防治进行性心力衰竭，有助于病情的稳定，还能减少患者对洋地黄及利尿剂的依赖性。心源性肝硬化，尤其是晚期腹水时，利水方药合用活血化瘀或破血软坚之品的疗效是西药难以实现的。实验表明，活血化瘀方药能够改善血液的高、粘、浓、凝状态，防止血栓形成，对已出现栓塞者其也较西药抗凝或溶栓应用的安全度为大。活血化瘀方药能增加心肌营养血量，却不增加耗氧量，使冠心病、心肌梗塞等病的疗效明显提高。

病窦综合征目前尚缺乏特异性的西药治疗，安装心脏起搏器虽可帮助控制症状，预防合并症，但由于多种因素，其应用受到限制。许多病人服用中药后延迟了安装起搏器的时间或减少了更换起搏器的次数。对于不能安装起搏器的患者，

中药起到了长期控制症状,减少晕厥发生,延长生命的作用。对某些缓慢型和快—慢型患者,有时中药甚至可以使之转为持久房颤,心室率维持在 60 次/分以上,实际上等于安装了一个起搏器。

西医诊断,除依靠症状、体征外,还运用心电图、HOLter 心电图、超声心动图等先进手段,其客观性、重复性、可靠性较强,还可进行动态监测,便于了解心病的衍变过程。若将中医与现代诊断技术相结合,对心病的辨证将十分有益。

随着新剂型中成药的不断问世,中西药联用治疗心病已成为普遍现象。许多中西药的协同作用呈现可喜苗头,但不少尚缺乏科学的研究,出现了一些不合理用药现象。此外,各种心病的辨证分型、诊断及疗效评定标准均存在着不统一和不客观化,需采取措施,加以完善。

(二) 临床诊疗思路

1. 辨证辨病,提高疗效

在中医辨证的基础上结合西医辨病,对提高疗效至关重要。如冠心病、风心病及病毒性心肌炎常合并心律失常,其表现虽同,病机却异,若单纯依靠传统辨证而不重视辨病,就难以获得满意疗效。冠心病伴心律失常多属气虚血瘀;风心病伴心律失常多属心脉痹阻;病毒性心肌炎,尤其是急性期伴心律失常多属邪毒淫心。在对心痛与心悸进行辨证的基础上,提出治则,结合辨病,在具体组方用药时从中药药理作用特点出发,丰富了辨证论治的内容,有助于提高疗效。再者,中药剂型的改革,出现了许多新剂型中成药,由于其多属一病一方,只辨证而不辨病就无法合理选用中成药。

2. 紧扣病机, 分期辨证

病机是指疾病的病因、病位及疾病过程中变化的要点, 把握了疾病的病机, 就抓住了疾病的本质。疾病的不同分期, 其病机也不尽相同, 必须强调分期辨证, 紧扣主要病机, 指导遣方用药。临床上对心肌梗塞、心肌炎、心力衰竭等采取分期辨证。如急性心肌梗塞危重期多属心阳虚损, 血瘀痰阻, 治宜补益心阳, 活血化痰; 演变期多属阴阳两虚, 气滞血瘀, 治宜调补阴阳, 理气活血; 恢复期多属心气不足, 脉络失畅, 治宜益气养血, 活血通脉。又如一度心衰以脏腑气血亏虚为主, 重在培补; 二度心衰以虚为主, 兼夹痰瘀, 重在补虚, 佐以化痰活血; 三度心衰以本虚标实为主, 重在温阳利水, 攻补兼施, 或急则治标, 泻肺利水。再如病毒性心肌炎急性期多属邪毒淫心, 恢复期多属气阴两虚, 慢性期因病程较长, 除气阴两虚外, 瘀血阻滞更为多见, 故对病毒性心肌炎的三期分别以清热解毒法、补益气阴法、活血祛瘀法为主进行治疗。

3. 辨清心率, 指导诊疗

心率的快慢常预示着心病的缓急轻重, 认真检查心率, 对指导诊断与治疗, 甚至判断疗效都十分重要。如对于心律失常患者, 仅从心率的快与慢即可初步确定其属于快速型还是缓慢型。中医药治疗病窦综合症的疗效评定多以心率为依据, 经比较后发现温阳之品增率作用最强, 从而肯定了温阳法是其主治法, 临床上无论对气虚、气阴两虚, 还是气血不足型的治疗, 均应适当加入附子、肉桂等温阳之品。

4. 攻补兼施, 心病尤宜

心痛与心悸之虚多为心脾肾虚, 其实多属痰瘀阻滞, 虚证重视养心、补肾及健脾, 实则旨在化痰活血。然而, 多数

心病如冠心病、风心病、心衰及心律失常等常以本虚标实为主，故临证一般少用纯补或专攻，多行攻补兼施之法，即便活血化瘀也常选用丹参、益母草、当归等养血祛瘀之品。如右心衰竭或全心衰竭时，由阳虚水泛而致下肢或全身水肿，临床首忌纯用利水，因水肿非其本质，应积极加强对原发病的治疗，所以心源性水肿的治疗宜在针对病因强心治本的基础上，配用利水治标，以冀标本兼顾，提高疗效。

5. 急则治标，挽救生命

心痛与心悸常见急重症，急症的特异性决定了标病甚急之际，如不及时救治将危及生命或影响本病的治疗。在心病急症中要突出急则治标，挽救生命的原则，不仅使生命得以延续而且还打断了疾病发展的恶性循环，减慢了疾病的进程，促使病情向稳定阶段转化，为进一步全面治疗争取时间。针对其急，临证多从对症支持治疗入手。在用药时，应重视多种途径给药，突出静脉给药，在短时间内给足药量，才能迅速建立起有效血药浓度，及时控制病情发展。如冠心病心绞痛时，应选用苏合香丸、人工麝香含化片、宽胸气雾剂、参附针等，使用方便、高效速效的中药新制剂，同时应积极配用西药急救。

6. 密切观察，严防逆变

当心痛与心悸出现阴阳俱虚表现时，说明病情极重，常易导致阳脱于外，阴竭于内的心源性休克。临证之际，必须充分认识疾病的发展趋势，密切观察，及时把握病情的变化，当先兆表现出现之时，应当机立断，积极采取有效措施，截断病势，严防逆变。防止逆变的关键在于是否能够全面细致、及时正确地进行观察，尤其是观察病人的神、色、舌、脉的细微变化。

7. 合理用药, 灵活掌握

引起心痛心悸的疾病不同, 其病因病理也各异, 必须根据具体情况, 合理用药, 灵活掌握, 切忌拘泥。如病毒性心肌炎的急性期, 若邪毒不去, 则诸症蜂起, 所以及时有效地使用抗病毒中药是治疗的关键, 即使病情发展至中期也因余毒未尽, 宜在补气养阴的同时加用清热解毒法抗病毒, 慢性期及恢复期一旦合并上感, 常使病情加重, 甚至功亏一篑, 仍应重视运用清热解毒之品。而以阳气不足为病机的病窦综合征则应重在温阳通脉, 若不能根据具体情况合理用药常动手便错。如病毒性心肌炎误用温热辛燥之品, 则可诱发心律失常, 只有当出现严重的心力衰竭、心源性休克而见阳气亏损, 甚至阴阳俱脱时方可使用附子等大辛大热之品。

8. 综合治疗, 双管齐下

中医与西医在病因病理上各执己见, 呈明显的双轨性特征, 在临床药物治疗上出现了中西药交错、单用、并用等几种现状。由于中西医治疗心痛与心悸都有其宝贵经验, 舍此取彼的做法不利于医学的发展, 所以应该联合用药, 双管齐下。或将中西药联合应用, 以冀收到协同作用; 或以治疗效果确切、稳定的中药为主治疗, 加用西药辅助治疗; 或以治疗效果确切、稳定的西药为主治疗, 加用中药治疗兼证或减轻西药的副作用; 或以西药治疗病之“标”, 中药治疗病之“本”, 包括增强机体免疫力、抗病力、自身修复功能及提高机体对药物的耐受性等。

一、病因病机

(一) 心痛

《古今医鉴·心痛门》认为，心痛的原因“或因身受寒邪，口食冷物，内有郁热，素有顽痰死血，或因恼怒气滞……”而成。归纳起来，心痛发生的原因多与寒邪内侵，饮食不当，情志失调，年老体虚等因素有关。其病位在心，而与心肾肝脾肺诸脏的盛衰有关。其病机有虚实之分，虚则出现心脏的气血阴阳不足，或心肾肝脾肺诸脏亏虚，功能失调；实则为寒凝、气滞、痰阻、热结、血瘀，以致痹遏胸阳，阻滞心脉。本病属本虚标实，只是各时期虚实侧重点不同，兹就本病病因病机分述如下。

1. 寒邪犯心

素体阳虚，心气不足，或心阳不振，阴寒之邪乘虚侵袭，“两虚相得，乃客其形”，寒凝气滞，痹阻胸中，胸阳不展，心脉痹阻。《类证治裁·胸痹》谓：“胸痹，胸中阳微不运，久则阴乘阳位，而为痹结也。”《素问·调经论》曰：“寒气积于胸中而不泻，不泻则温气去，寒气独留则血凝泣，凝则脉不通。”本病遇外感寒邪极易卒然引发心痛。

2. 火邪扰心

《素问·刺热》谓：“心热病者，先不乐，数日乃热，热争则卒心痛。”《辨证录·心痛门》亦谓：“夫真心痛原有两证，一寒邪犯心，一火邪犯心也。”感受温热之邪；或寒气稽留脉

中，与热气相搏；或湿浊蕴热，而致热结于内，火邪犯心，心中灼痛，肾之阴火上冲；或木火郁发；或上焦闭塞，他经阴火、郁火、实火激发本经之火，他经厥气冲动本经之气，气火交并，中逆壅塞，心经闭阻，发为心痛。阴虚火旺，灼液炼痰，痰热交结，气机壅滞，营血阻遏，扰及心主，亦可发为心痛。

3. 情志内伤

忧思伤脾，脾虚气结，津液难以输布，凝聚为痰；恼怒伤肝，肝失疏泄，肝气郁结，气郁化火，则灼津成痰；痰湿内阻，气机壅滞，心脉狭窄，心血运行不畅，络脉不通，则心痛。诚如清·沈金鳌《杂病源流犀烛·心病源流》所言，七情除“喜之气能散外，余皆足令心气郁结而为心痛也。”七情太过是引起心痛的重要原因之一。

4. 饮食失调

饮食不节，过食膏粱厚味，或嗜酒成癖，或饥饱无度，久则损伤脾胃，运化失健，饮食不能化生气血，则聚湿生痰，痰阻脉络，上犯心胸，气滞血瘀，胸阳失展，气机不畅，心脉闭阻，发为心痛。痰浊交阻，日久则成心痛顽症。

5. 气血不足

大病久病之后；或内伤虚损之人，脾胃虚弱，中焦气血生化不足，不能濡养心脉；或孕产、跌仆、手术之后，气血大亏，心失所养，而至心脏气血阴阳亏虚，心脉运行无力，清阳不展，气滞血瘀引发心痛。心阴亏虚，脉失所养，心脉拘急，亦可发为心痛。

6. 肝肾不足

年老体弱，肝肾渐衰，肾阳虚衰，不能鼓动五脏之阳，则致心气不足，心阳不振，心脉运行不畅，发为心痛；肾阴

不足，不能滋养五脏之阴，则水不涵木，不能济于心，以致心阴内耗，心肝火旺，耗伤阴血，心脉失于濡养，气血运行不畅，则致心痛；心肾阴虚，水火失济；心肾阳虚，则水气凌心，阴乘阳位，二者恶性循环，均可阻滞心脉，发生心痛。

7. 缺乏运动

终日伏案，极少活动，胸阳不展，气血运行不畅；或素体肥胖，均易导致心脉运行不畅而发生心痛。

(二) 心悸

心悸的形成常与心神不宁、心虚胆怯、心气不足、心血不足、心阳不振、水饮凌心、肝肾阴虚、痰饮内停、瘀血阻络等因素有关。《杂病源流犀烛·怔忡》篇谓：“悸者……非缘外有所触，自然跳动不宁，其原由水衰火旺，故心胸躁动……或水停心下，心为火而恶水，故筑筑跳动不安……或汗吐下后正气虚而悸不得卧……此皆悸病之由也。”又曰：“怔忡，心血不足病也……心血消亡，神气内守，则心中空虚，怏怏动摇不得安宁，无时不作，故曰怔忡；或由阳气内虚，或由阴血内耗，或由水停心下，水气乘心……，或事故烦冗，用心太劳……，或由气郁不宣而致心动……，以上皆怔忡所致之由也。”凡外感、内伤诸病中均可出现惊悸、怔忡之因，其因甚多，但以惊恐伤人为最。临证宜“伏其所主，而先其所因。”综合古今医家经验，现就临床常见的病因病机叙述如下。

1. 心虚胆怯

“心者，君主之官，神明出焉”、“胆者，中正之官，决断出焉”，心主神明，为意识活动的中枢，胆性刚直，有决断的