

防治肺心病、冠心病、高血压病 座谈会资料选编

(第二辑)

冠心病、高血压病部分

防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会秘书组 编

(内部发行)

人民卫生出版社

防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会资料选编

第二辑 冠心病、高血压病部分

防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会秘书组 编

内部资料·注意保存

(内部发行)

人民卫生出版社

一九七二年·北京

防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会资料选编

第二辑 冠心病、高血压病部分

开本: 787×1092/32 印张: 4 字数: 90 千字

防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会秘书组 編

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京书刊出版业营业许可证出字第〇四六号)

·北京市宣武区迎新街100号·

北 京 印 刷 一 厂 印 刷

(内 部 发 行)

新华书店北京发行所发行·各地新华书店经售

统一书号: 14048·3301 1972年7月第1版—第1次印刷

定 价: 0.24 元 印数: 1—180,000

毛主席语录

路线是个纲，纲举目张。

为什么人的问题， 是一个根本的问题， 原则的问题。

应当积极地预防和医治人民的疾病， 推广人民的医药卫生事业。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

中国医药学是一个伟大的宝库， 应当努力发掘， 加以提高。

古为今用， 洋为中用。

人类总得不断地总结经验， 有所发现， 有所发明， 有所创造， 有所前进。

目 录

一、冠心病部分	1
交流资料	1
积极抢救急性心肌梗塞危重病人 更好地为工农兵 服务(分析 303 例的体会)	
上海第一医学院附属中山医院 上海市心血管病研究所	1
中西医结合治疗急性心肌梗塞 105 例临床疗效观察	
天津市南开医院	7
北京地区急性心肌梗塞 1539 例临床资料分析 (摘要)	
北京地区防治冠心病协作组	14
中西医结合治疗冠心病心绞痛途径的初步探讨	
中医研究院西苑医院	16
关于全国部分地区应用毛冬青治疗冠心病心绞痛的概况 (综合资料)	21
毛冬青对心血管系统作用的药理研究 (摘要)	
中山医学院	24
冠心病 1、2 号及小 2 号方 (活血化瘀途径) 治疗冠心病心 绞痛的疗效观察 (摘要)	
北京地区防治冠心病协作组	28
人参三七治疗心绞痛的临床及实验研究 (摘要)	
武汉医学院第二附属医院心血管研究小组	30
宽胸丸的临床应用及实验研究 (摘要)	
中医研究院西苑医院、中药研究所 中国医学科学院阜外医院 天津市韶山医院	33

复方参香片治疗冠心病心绞痛 93 例疗效观察 (摘要)	
海軍心血管病防治协作組	36
冠心病的临床观察和病因证治探讨 (摘要)	
江苏新医学院第一附属医院	38
6911 治疗冠心病的临床科研工作情况 (综合资料)	
武汉部队 北京地区防治冠心病协作組	49
中药红金汤的临床应用及实验观察 (摘要)	
解放军后字第 245 部队第一附属医院	44
新针治疗冠心病心绞痛 73 例 (摘要)	
解放军第 163 医院心脏病小組	46
健心丸及心宁注射液治疗冠心病初步总结 (摘要)	
广州部队总医院	48
中西医结合研究活血化瘀治则对冠心病的作用原理	
中国医学科学院基础医学組	49
冠心 2 号方扩张血管与解平滑肌痉挛作用的研究 (摘要)	
中国医学科学院药物研究所	55
活血化瘀类中药及某些合成药对实验性动脉粥样	
硬化的疗效观察 (摘要)	
江苏新医学院药理、病理解剖教研組	56
茵陈及金樱子对实验性动脉粥样硬化兔血脂及	
血管壁斑块的影响 (摘要)	
四川省中药研究所心血管药理小組	57
对冠心病中医临床分型的初步意见 (摘要)	
南京部队总医院	59
几种降低血脂药物的疗效观察 (综合摘要)	
上海第一医学院附属中山医院 上海第二医学院附属工农兵医院	
上海中医学院附属曙光医院 上海市心血管病研究所	60

老年人冠心病临床与病理的对照 (摘要)	
北京医院心内科	62
508 例尸检心脏的冠状动脉粥样硬化调查资料(摘要)	
解放军第 85 医院、第 113 医院	63
18,207 例心电图测定及 960 例尸解材料有关心肌梗塞发病情况的调查	
重庆医学院	65
上钢一厂老年工人心电图普查报告	
上海第二医学院附属工农兵医院 上钢一厂医务室	67
北京地区冠心病心绞痛患者 385 例发病因素的调查 (摘要)	
北京地区防治冠心病协作组	69
冠心病猝死的病因探讨 (摘要)	
武汉医学院第二附属医院心血管研究小组	72
国产心脏起搏器的研制和临床应用 (摘要)	
江苏新医学院第二附属医院心血管小组	74
心脏起搏器的试制与临床应用 (综合摘要)	
上海第一医学院附属中山医院 上海市心血管病研究所 上海市 第一人民医院 上海继电器厂 上海医院设备手术器械研究所 复旦大学生物系 上海涂料研究所	76
同步电击转复室上性心律失常 119 例次临床小结 (综合摘要)	
上海第一医学院附属中山医院 上海市心血管病研究所 上海 第二医学院附属瑞金医院	77
冠心病诊断标准 (试行草案)	79

冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准 (试行草案)	82
附录: 治疗冠心病方药及针刺方法	85
二、高血压病部分	94
交流资料	94
下厂防治高血压病的点滴体会 (摘要)	
北京医学院第一附属医院内科	94
葛根的临床应用和实验研究	
中国医学科学院阜外医院、药物研究所	96
中草药治疗高血压 1807 例疗效分析 (摘要)	
上海中医学院附属曙光医院	102
罗布麻叶治疗高血压临床观察	
西北植物研究所	104
针刺“调压点(线)”治疗高血压病的临床观察 (摘要)	
解放军总医院新医科	108
八厘麻对心血管疾病的疗效观察及理论探讨 (初步小结) (摘要)	
武汉医学院第一附属医院心血管研究小组	110
气功对高血压病稳定疗效的观察 (摘要)	
上海市高血压研究所	111
高血压病分期标准(试行草案)	113
高血压病疗效评定标准(试行草案)	115
附录: 治疗高血压病方药及针刺方法	116
附: 防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会交流 资料列题	118

交流資料

积极抢救急性心肌梗塞危重病人 更好地为工农兵服务

(分析 303 例的体会)

上海第一医学院附属中山医院

上海市心血管病研究所

心肌梗塞是冠心病的一个常见类型，是危及病员生命的严重疾病，我国资料表明在急性期中病死率为22~56.5%，国外文献报告则达15~61%。1954年与1964年，我们曾对本病进行分析，报告过本病发生与发展的规律。此次我们再分析1964年以后见到的病例，前后合共303例。从近8年来收治的急性心肌梗塞病例来看，工农和革命干部病员占70%，可见心肌梗塞是危害劳动人民的严重疾病。

一、心肌梗塞不是不治之症

我们的病例病死情况表明：1952年以前一组29例，住院期病死率为44.8%；1952年至1963年一组166例，急性期（发病2个月内）病死率为39.2%；此次分析1964年至1971年一组108例，急性期病死率为33.3%，住院期病死率则为37.1%，病死率是高的。急性期死亡病员中 $\frac{1}{4}$ 在发病24小时内， $\frac{2}{3}$ 至 $\frac{3}{4}$ 在发病一周内死亡。从近8年来各年

情况看，则病死率的波动颇大，1969年的9例急性期没有死亡，1例住院近一年死于尿毒症。此外，近年来我们对一些併发了严重心律失常或休克，过去认为必死无疑的病员，积极进行抢救，使他们安然渡过了急性期而出院。我们曾对1964年以前急性期后生存的84位病员长期随访，结果表明5年生存率为63%，其中第一年有61%，第二年有79%的病员能恢复轻工作或照常工作。因此，我们认为，对心肌梗塞这个病也要“一分为二”地看，应该承认它是病死率很高的严重疾病，但不是“不治之症”，通过人的努力病死率是可以降低的，而如能平安地渡过急性期，则病人不但能够长期地生存，还可以保持一定的劳动力。为了更多地挽救本病病员的生命和劳动力，更好地为工农兵服务，必须抓住降低急性期的病死率这个主要矛盾。

二、降低急性期病死率的关键

从我们3组病员的资料看，急性心肌梗塞的死亡原因，主要是心力衰竭、休克和严重心律失常，少数由于猝死与心脏以外的其他因素。其中猝死病员的死因大多数可能还是严重的心律失常——心室颤动或停搏，只不过病情变化迅速来不及作心电图加以证实而已，至于心脏破裂或肺动脉大块栓塞可能仅占极少数。

心力衰竭、休克与心律失常在心肌梗塞急性期中发生率颇高，其病死率亦高，与心肌梗塞的广泛程度、所在部位、冠状动脉原来病变的程度及其影响心肌血液供应的程度等有关。我们的资料表明，心电图示广泛前壁心肌梗塞的病员，大多数有心力衰竭或休克，急性期病死率高达45.4~50%；后壁（膈面）心肌梗塞的病员，大多数有重度的房室传导阻

滞，急性期病死率亦达42.3~48.1%。心力衰竭或休克的病员约60%併发严重的心律失常，心力衰竭病员中14~20%合併休克，而休克病员中14~39.4%合併心力衰竭。可见这三种併发症常互相影响或合併存在，这对病员生命的威胁就更大。

因此，降低心肌梗塞急性期病死率的关键在于积极防治心力衰竭、休克和严重心律失常这三种併发症。

三、治疗上的一些体会

1. 及时住院，防止漏诊和误诊：急性心肌梗塞病死的病员，大多数死于发病第一周，因此，使所有急性心肌梗塞的病员都能住院，无疑是开展积极治疗的前提。但有些病员却由于开始时症状轻微未来就医，或则症状不典型而被漏诊，延误住院，往往造成入院前的死亡，这是应该尽量避免的。我们的资料表明，27.0~35.5%的病员没有疼痛的症状，最易被漏诊；而有疼痛的病员中，约有1/3有胃肠道症状，极易被误诊。为了使本病病员都能及时住院治疗，避免漏诊和误诊，我们认为，在急诊和门诊要提高对本病的警惕性，凡年龄较大而出现心力衰竭、休克或严重心律失常而无其他原因可解释的，胸前疼痛伴有胃肠道症状的，原有高血压而血压突然显著下降的，都应考虑本病的可能。原来有隐匿性冠状动脉硬化或心绞痛的病员如频繁发作心绞痛，以及年龄较大的病员突然出现不典型的胸痛，亦应考虑本病的可能，须进行心电图检查。在本病的早期阶段，心电图可能尚无典型的变化，但亦应先按本病处理，继续观察。

2. 严密观察，及时防治併发症：病员住院后用止痛、扩张冠状动脉的药物，养心、活血、去瘀的中药，抗凝及营养

心肌等药物进行治疗，同时应组织力量进行严密观察，这对于及时发现和治疗并发症有重要的意义。本病严重并发症的发生，看来往往似乎是突然的，但如果观察仔细，也还可能发现将要发生这些并发症的一些先兆。如频发的室性早搏，尤其连续出现，多源的或重叠在前一心搏的T波之上的，往往就是严重的室性心动过速与心室颤动的前奏；频发的房性早搏常出现在房性心动过速、心房扑动或心房颤动之前；第一、二度房室传导阻滞很可能迅速转为完全性房室传导阻滞；快速心率或极慢心率之后会随之出现休克或心力衰竭；心音的减轻、奔马律、肺部罗音，常是心力衰竭的早期表现；烦躁不安、出汗、紫绀、肢冷，提示出现休克。发现这些征兆如即给予适当的治疗，也就是在并发症刚露头的阶段即予以治疗，可能使病情不再继续发展，因而收到事半功倍的效果。国外强调用电子监视装置来观察病员以发现严重的并发症。我们认为在观察和抢救病员中，用毛泽东思想武装头脑、全心全意为工农兵病员服务的医护人员，远较电子装备重要。下面病例的治疗成功，就是严密观察积极迅速治疗的结果。

例1. 住院号92401，男，46岁，工人，于1970年6月8日入院。主诉为胸骨下部剧痛持续14小时。有高血压史5年，心电图示急性前间隔心肌梗塞，血压140/90毫米汞柱。入院后发热38℃，当时有室性早搏，静脉滴注利多卡因后消失，用口服普鲁卡因酰胺维持。入院后34小时，出现心房扑动，心室率达168/分，血压旋即下降至84/60毫米汞柱，出汗。用静脉注射西地兰治疗，心律一度转为窦性，10小时后出现阵发性的心房颤动，24小时后又转为心房扑动，在维持量的西地兰治疗下，加用奎尼丁仍未能停止，持续共7小时。在院党、工、军、革的领导下，我们进行充分的讨论，认为心房扑动这个快速心率已经持续7小时，并导致了低血压，如继续发展，后果必然严

重，必须想尽一切办法使之停止，因此提出应用较新的疗法“同步直流电击转复心律”来治疗。在病员工作单位领导的支持下，应用了这一新疗法，心律当即转复窦性，随后用奎尼丁能维持正常心律。血压偏低用阿拉明静脉滴注后回升，并继续维持共用7天。以后病情恢复顺利。曾用抗凝剂、能量合剂和钾葡萄糖胰岛素等，住院57天出院。

这一病例也是我们用“同步直流电击转复心律”治疗急性心肌梗塞并发房性严重心律失常的第一例。

3. 治疗措施，按具体情况灵活应用：对心力衰竭、休克和严重心律失常的治疗，除要及时积极外，还要考虑到每一病员的病情特点，灵活掌握。治疗心力衰竭应用毛地黄类药物宜用作用快速的制剂如西地兰与地高辛，根据病员的心脏情况，注意血钾水平，谨慎用药，以免产生心律失常方面的毒性反应而引起严重后果。使用强力的利尿剂如利尿酸、速尿灵等时，要注意电解质的紊乱。治疗心律失常既要迅速又要判断正确，作到有的放矢。如看来同是室性早搏，但它既可能由于心肌本身兴奋性增高而引起，亦可能继发于心脏自律功能的低下；前者宜用抑制心室的药物如利多卡因、奎尼丁、普鲁卡因酰胺等治疗，后者则宜用兴奋心脏自律功能的药物如阿托品、异丙肾上腺素等。如误用了相反的治疗措施，则前者可能转变为心室颤动，后者则可能导致心脏活动完全停止。对休克的治疗也是如此，本病的休克是心源性休克，治疗上多主张用加强心脏收缩力，增高周围动脉阻力的药物，如去甲肾上腺素、阿拉明等；而血容量的补充，则因易于增加心脏负担，诱发心力衰竭，故较少应用。但事实上有些病员休克时血容量确实不足，应用前法治疗不能奏效，需用补充血容量扩张血管药物治疗。我们的病员中就有10

例需用异丙肾上腺素静脉滴注合并补充血容量，1例用多巴胺合并补充血容量来治疗。例2说明了这个问题。

例2. 住院号65050，女，65岁，家庭妇女，于1966年3月31日入院，主诉为左前胸痛向两肩放射持续3小时。原有高血压，近3年有心绞痛史，近3天来心绞痛频繁发作，心电图示急性前壁及外侧壁心肌梗塞，血压140/90毫米汞柱。入院后发热达38.8℃，有过房性早搏及短阵室性心动过速，第3天出现休克症状，血压降低至72/48毫米汞柱。用异丙基肾上腺素静脉滴注，血压上升至110/80毫米汞柱，维持6小时后又下降至80/48毫米汞柱，测中心静脉压为6.5厘米水柱，于是静脉滴注右旋糖酐使静脉压维持至9~11.5厘米水柱，血压即维持100~110/60~70毫米汞柱，每日输液(包括碱性药物)量1,550~1,700毫升，第5天出现肺部罗音，有早期左心衰竭的表现，给予地高辛治疗。以后逐渐停用异丙肾上腺素，又曾用抗凝剂，血压稳定，住院36天出院。

4. 急性心肌梗塞病员心脏骤停的复苏：本病并发的的心脏骤停，是在心肌有严重损伤的基础上发生的，其后果的严重可以想象。过去在叛徒、内奸、工贼刘少奇的修正主义医疗卫生路线毒害下，把它看成是“不治之症”。无产阶级文化大革命中，我们学习了毛主席著作，批判了“不治之症”的思想，树立起全心全意为人民服务的观点，大力抢救阶级兄弟，有2例抢救成功，介绍其中1例如下：

例3. 住院号73099，男性，38岁，工人，于1967年6月16日入院。主诉为胸骨后持续性痛1天。3周来有多次心绞痛发作。心电图示急性前壁心肌梗塞，血压124/84毫米汞柱。入院后半小时突然抽搐，呼吸心搏停止，当即进行抢救，作胸外心脏按摩，气管插管人工呼吸，心腔内注射肾上腺素及乳酸钠，静脉滴注重碳酸钠，心电图示心室颤动，即予以心腔内注射盐酸普鲁卡因300毫克，不久心律转为窦性，但QRS波较宽，心音出现。予以静脉注射乳酸钠，半小时后恢复自动呼吸。一小时后血压稳定在130~150/98~116毫米汞柱。予以头

部降温，甘露醇静脉注射脱水，并据血酸碱度测定给予碱性药物及右旋糖酐静脉滴注等治疗。2小时后发现左侧气胸，抽气后作闭式引流。尿量维持正常。一度应用人工冬眠，但由于血压下降而停止。18小时后神志逐渐清醒，并发肺部感染，用抗菌素治疗。以后病情恢复顺利，住院43天出院。

中西医结合治疗急性心肌梗塞 105例临床疗效观察

天津市南开医院

在毛主席的革命路线指引下，我们8年来中西医结合治疗急性心肌梗塞300例，取得较好的疗效。本文总结的是1964~1966年和1970~1971年这两个时期105例急性心肌梗塞住院病人，其中死亡15例(死亡率14.28%)，急性期4周内死亡13例(死亡率12.38%)；并发休克23例，其中单纯用西药抢救13例，死亡7例(死亡率53.8%)，用中西医结合治疗10例，无一例死亡。急性心肌梗塞后疼痛平均消失时间为18.1天。

另外，我们对化痰活血药“冠一号”、“冠二号”等方剂进行理论探讨。经动物试验证明，冠一号、冠二号有增加冠脉流量的作用，活血药有抗炎、增加肠道血管血流量和降低毛细血管通透性等作用。生脉散及四逆汤有升压强心作用，生脉散还有镇静作用。

诊断标准以1964年8月兰州心血管会议的诊断为标准

依据。绝大多数病人在发病 24 小时以内收住入院(个别较长的也没有超过 15 天的)。

一、心肌梗塞的辨证论治和 中西医结合治疗方法

心肌梗塞属于祖国医学的“真心痛”、“胸痹”的范畴，临床表现为“正虚”、“邪实”。在急性心肌梗塞过程中，初期均有邪实证的表现，有相当部分病人还兼有正虚证，但多数以邪实证为主；个别的如无痛性心肌梗塞表现为正虚证为主。经过治疗，部分病人邪实证和正虚证逐渐消失而出院，但有部分病人邪实证消失后正虚证却突出来了，这时再予治疗正虚证。少数病人还有心痛的邪实证表现，是属于慢性冠状动脉供血不足的心绞痛，从中医辨证来说就是由“真心痛”转化为“胸痹”。经过以上治疗一个阶段后，绝大部分病人症状消失，均不需继续在医院治疗，有的还可以开始工作。

(一) 临床辨证分型及其方药 (方药内容见附录第 92 页 5, 6)：

100 例急性心肌梗塞的辨证分型

辨 証 类 型	邪 实	正 虚				总 計
		阳 虚	阴 虚	阴阳俱虚	阴虚阳亢	
寒痰瘀血	17	11	7	12	3	50
热痰瘀血	30	2	6	10	2	50
总 計	47	13	13	22	5	100

1. 邪实：瘀血痰饮，阻塞胸膈，营卫不和，痛则不通。
分两型：

(1) 寒痰瘀血型：胸满、心痛，痛如刀割、针刺、绞痛，气短、心悸、头晕，白粘痰，痛剧则手足冷，口淡。脉弦、甚至紧细弱微。舌质淡红，或有瘀血为紫黑斑块，舌苔白或白腻滑。

论治：温阳豁痰、活血散结(冠一号方)。

(2) 热痰瘀血型：胸满、心痛，痛如刀割、绞痛，心烦、尿黄、面赤口干，口苦，黄痰、恶心，嗜睡。脉弦滑或洪数。舌质赤，舌苔黄腻。

论治：清热化痰、化瘀活血止痛，以小陷胸汤加失笑散加减(冠二号方)。

2. 正虚：

(1) 阴虚型：主要表现在心肾，心悸、气短、烦躁、口干、头晕、盗汗、失眠、腰酸无力、手足心热，脉弦细无力，舌质红或光红少苔。

论治：养阴清热、交补心肾，以生脉散为基础加减。

(2) 阳虚型：主要表现在心肾，心悸、气短、自汗、头眩、咳喘、浮肿、肢冷、溏便，腰酸腿软，脉虚无力或微弱，舌质淡胖、薄白苔。

论治：温补肾阳、交补心肾、以“右归饮”为基础、重点使用枸杞子、山萸肉、附子等药。

(3) 阴阳俱虚型：表现阴虚和阳虚症状者。交补心肾、益气养血。可用炙甘草汤或金匱肾气汤加减。

(4) 阴虚阳亢型：主要表现为肾阴虚肝阳亢，临床上有高血压表现，腰酸足软，失眠、多怒、心烦、头晕、大便干，尿黄，脉弦有力，舌质红、苔黄。

论治：滋水涵木、镇肝降逆。

针刺治疗：针刺止痛穴位见附录第93页六之2。下针