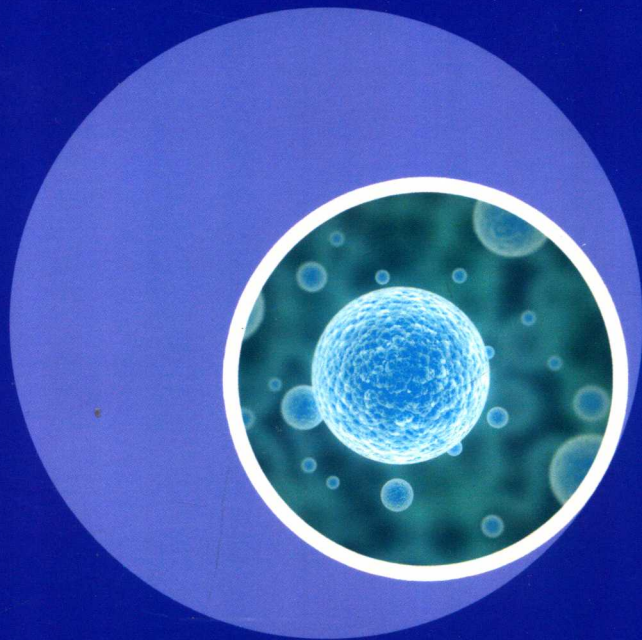




中西医 结合诊疗学 (上)

卢亚巍等◎主编

结合诊疗学

中西医结合诊疗学

(上)

卢亚巍等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

中西医结合诊疗学/ 卢亚巍等主编 . -- 长春: 吉林科学技术出版社, 2017. 3

ISBN 978-7-5578-1835-7

I. ①中… II. ①卢… III. ①中西医结合—诊疗
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 042570号

中西医结合诊疗学

ZHONGXIYI JIEHE ZHENLIAOXUE

主 编	卢亚巍等
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚 陈绘新
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	979千字
印 张	39.25
印 数	1—1000册
版 次	2017年3月第1版
印 次	2018年3月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176

储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-1835-7
定 价	115.00元 (全二册)

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

编委会

主 编:卢亚巍 吕瑞民 武晓青

曲 霞 马力颖 王爱玲

副主编:孙黎明 王京良 方美善

严长宏 黄 浩 曹贵文

徐 刚 魏科祥 田 欢

编 委:(按照姓氏笔画)

马力颖 赤峰学院附属医院

王尚飞 中国人民解放军第 266 医院

王京良 新疆维吾尔自治区中医医院

王爱玲 荣成市人民医院

方美善 吉林大学中日联谊医院

石 鹏 中国人民解放军第 451 医院

卢亚巍 内蒙古自治区人民医院

田 欢 中国人民解放军第二五五医院

曲 霞 东营鸿港医院

吕瑞民 黑龙江中医药大学附属第一医院

刘卫兵 山东省威海市解放军第 404 医院

孙黎明 荣成市中医院

严长宏 包头市中心医院

李佳宁 甘肃省静宁县人民医院

张万君 中国人民解放军第 202 医院

武晓青 肥城市中医医院

姚春梅 开封市儿童医院

徐 刚 山东省青岛市黄岛区人民医院

高秀娟 长春市经济技术开发区中心医院

黄 浩 新疆维吾尔自治区中医医院

曹贵文 吉林大学第四医院一汽总医院

魏科祥 西安市第一医院



卢亚巍,男,55岁,1984年毕业于内蒙古医学院医学系,读医疗专业本科。毕业后于内蒙古医院内科消化专业从事临床教学科研工作。2003年硕士研究生毕业于北京大学第三临床医学院消化病研究中心。现任职于内蒙古人民医院消化科,职称主任医师。应聘于内蒙古医科大学硕士研究生导师。专业方向:中西医结合消化内科疾病及全科肿瘤的诊疗。



吕瑞民,男,1962年11月出生,1986年毕业于黑龙江中医药大学,现任黑龙江中医药大学附属第一医院心血管四科副主任,主任医师。中医内科硕士研究生导师,中华中医药学会全国中医全科医学分会委员,全国第四批名老中医药专家学术经验继承人。从事医、教、研工作三十年。其研究方向:中医药对心血管疾病、肝胆脾胃病的临床研究。创立校《执业医师指南》、《全科医学》两门选修课程,参编著作一部,主持科研课题二项,获省中医管理局科技进步奖,发表论文20余篇。擅长运用传统理论与现代技术相结合方法,中西并举诊治胸痹、心悸、眩晕症、失眠症、汗症、郁症、消渴症、痰饮病、肺病、肿瘤病、肝胆病、老年病等内科杂病。



武晓青,男,1962年3月2日生人,毕业于山东中医药大学。副主任中医师。肥城市中医药学会第四届委员会常务理事,山东中医药学会第三届中医基础专业委员会委员。山东中医药大学和滨州医学院兼职副教授。多次被评为优秀党员,获市政府嘉奖记功。2015年获山东省优秀医保医师称号。擅长中西医结合诊治内科疑难杂症,尤其对肺系疾病如慢支、哮喘、肺心病及肺纤维化的诊治有独特见解。自拟“龙杏平喘汤”治疗肺心病;自拟“桑芩汤”治疗肺热咳喘;运用活血化瘀、行气通络法治疗“COPD”,缓解咳喘,效如桴鼓。在报刊发表医学论文27篇,省和国家级医学杂志上发表论文16篇,主编和参编医学专著4部。

前 言

中医学是我国的文化瑰宝,凝集着几千年医学智慧及实践经验,为中华民族的繁衍作出了巨大贡献,应当努力继承发扬,使之更好地为人民健康服务。随着时代的发展、科学的进步,我们必须与时俱进。20 世纪 50 年代毛主席提出:把中医中药的知识和西医药的知识结合起来,创造出中国统一的新医学、新药学。这对丰富世界医学事业,推进生命科学研究具有积极意义。

本书包括三个部分,第一部分主要介绍了临床常见疾病的中西医诊断与治疗,第二部分主要介绍了中医针灸、推拿的内容,第三部分主要介绍了中药的临床应用。目的是促进基层中西医医务工作者的学术交流,提高其技术水平和医学理论水平。

本书适合基层医务工作者和有关人员阅读。该书贴近临床,具有科学性、实用性、可读性与创新性。本书在编写过程中力求通俗易懂、深入浅出、生动形象、简明扼要,便于基层医生理解和掌握。

《中西医结合诊疗学》编委会

2017 年 3 月

目 录

第一章 心血管系统疾病	(1)
第一节 心绞痛	(1)
第二节 急性心肌梗死	(9)
第三节 高血压	(21)
第四节 心律失常	(30)
第五节 心力衰竭	(39)
第六节 风湿性心瓣膜病	(47)
第二章 呼吸系统疾病	(57)
第一节 慢性支气管炎	(57)
第二节 肺脓肿	(60)
第三节 支气管扩张	(66)
第四节 肺炎	(70)
第五节 间质性肺病	(74)
第六节 肺癌	(78)
第七节 上呼吸道感染	(82)
第八节 支气管哮喘	(96)
第九节 肺源性心脏病	(107)
第十节 慢性阻塞性肺疾病	(114)
第十一节 呼吸衰竭	(125)
第十二节 急性肺栓塞	(132)
第十三节 急性肺损伤和急性呼吸窘迫综合征	(137)
第三章 消化系统病症	(142)
第一节 胃食管反流病	(142)
第二节 消化性溃疡	(150)
第三节 溃疡性结肠炎	(159)
第四节 药物性肝病	(168)
第五节 脂肪肝	(177)
第六节 原发性肝癌	(186)
第七节 胆囊炎	(194)
第八节 胆石症	(200)
第九节 上消化道出血	(210)
第十节 小儿细菌性痢疾	(218)
第四章 肾系疾病	(227)
第一节 急性肾炎	(227)
第二节 慢性肾炎	(229)

第三节 肾病综合征 (233)

第四节 IgA 肾病 (237)

第五节 膜性肾病 (242)

第六节 糖尿病肾病 (245)

第七节 慢性肾功能衰竭 (248)

第八节 肾性尿崩症 (258)

第九节 急性间质性肾炎 (262)

第十节 慢性间质性肾炎 (267)

第十一节 局灶性节段性肾小球硬化 (271)

第十二节 新月体肾炎 (278)

第五章 神经系统疾病 (285)

第一节 头痛 (285)

第二节 眩晕 (288)

第三节 痫证 (291)

第四节 痴呆 (294)

第五节 颤证 (297)

第六节 痿证 (301)

第六章 脑卒中 (304)

第一节 脑卒中的传统医学认识 (304)

第二节 脑卒中的中医辨证治疗 (306)

第三节 脑卒中的中成药应用 (310)

第四节 脑卒中的针灸治疗 (311)

第五节 脑卒中的头针治疗 (322)

第六节 脑卒中的推拿治疗 (325)

第七章 脑卒中偏瘫并发症的针灸治疗 (333)

第一节 认知障碍 (333)

第二节 吞咽障碍 (334)

第三节 言语障碍 (339)

第四节 情绪障碍 (341)

第八章 内分泌疾病 (345)

第一节 高脂血症和高脂蛋白血症 (345)

第二节 慢性淋巴细胞性甲状腺炎 (355)

第三节 肥胖症 (361)

第四节 甲状腺结节、甲状腺肿和甲状腺肿瘤 (366)

第五节 高钙血症和低钙血症 (377)

第六节 原发性醛固酮增多症 (388)

第七节 高尿酸血症和痛风 (395)

第八节 原发性骨质疏松症 (405)

第九章 皮肤疾病	(412)
第一节 蛇串疮	(412)
第二节 疖	(414)
第十章 针灸镇痛的原理	(419)
第十一章 针灸治疗痛症常用的方法及机制	(421)
第一节 针刺疗法	(421)
第二节 艾灸疗法	(422)
第三节 电针疗法	(423)
第四节 耳针疗法	(425)
第五节 火针疗法	(426)
第六节 刺络放血疗法	(429)
第七节 浮针疗法	(431)
第十二章 针灸的辨证论治程序及处方配穴原则	(437)
第十三章 推拿的常用检查方法	(444)
第一节 脊柱部的检查	(444)
第二节 四肢部的检查	(449)
第三节 头面部、胸腹部的检查	(460)
第十四章 推拿的基本知识	(463)
第一节 推拿的特点	(463)
第二节 推拿的注意事项	(463)
第三节 推拿的适应证与禁忌证	(465)
第四节 推拿异常情况的处理	(466)
第十五章 常见病针灸推拿治疗	(473)
第一节 厥证	(473)
第二节 痉病	(475)
第三节 脱证	(478)
第四节 剧痛证	(481)
第五节 癫狂	(486)
第六节 头痛	(489)
第七节 面痛	(493)
第八节 肘劳	(495)
第九节 腕管综合征	(496)
第十节 胁痛	(499)
第十一节 颈椎病	(501)
第十二节 慢性咽炎	(514)
第十三节 肩周炎	(518)
第十四节 急性腰扭伤	(524)
第十五节 呃逆	(528)

第十六节	慢性功能性便秘	(532)
第十七节	慢性非细菌性前列腺炎	(536)
第十八节	乳腺小叶增生	(540)
第十九节	枕大神经痛	(544)
第二十节	后颈部筋膜炎	(547)
第二十一节	痹病	(550)
第二十二节	怔忡	(558)
第二十三节	痿证	(561)
第二十四节	目疾	(564)
第二十五节	肠易激综合征	(568)
第二十六节	腹胀	(570)
第二十七节	胆囊炎	(571)
第二十八节	淋证	(573)
第十六章	中药调剂的基本知识与操作技能	(575)
第一节	概述	(575)
第二节	处方的常用术语	(578)
第三节	中药饮片处方的药品名称	(580)
第四节	中药的用药禁忌	(581)
第五节	中药的用法用量	(585)
第六节	中药的调剂	(588)
第十七章	解表药	(592)
第一节	防风	(592)
第二节	细辛	(593)
第三节	生姜	(596)
第十八章	清热药	(599)
第一节	石膏	(599)
第二节	知母	(601)
第三节	栀子	(603)
第四节	黄芩	(604)
第十九章	泻下药	(607)
第一节	大黄	(607)
第二节	芒硝	(610)
第三节	巴豆	(611)
第四节	芫花	(613)
第二十章	祛湿药	(615)
第一节	薏苡仁	(615)
第二节	茵陈蒿	(616)
第三节	厚朴	(618)
参考文献		(620)

第一篇 常见病诊疗

第一章 心血管系统疾病

第一节 心绞痛

冠状动脉粥样硬化性心脏病简称冠心病,是因粥样硬化使冠状动脉管腔狭窄甚至闭塞,影响冠状动脉循环的一种心脏病。根据其临床表现特点又可分为无症状性心肌缺血、心绞痛、心肌梗死、心律失常与心力衰竭、猝死。心绞痛是冠心病的特征性表现,亦为临床常见类型,故本章讨论心绞痛。

心绞痛是冠状动脉供血不足,心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征,是冠心病最主要和最常见的类型。其特点为阵发性的前胸压榨性疼痛感觉,主要位于胸骨后,可放射至心前区和左上肢,持续数分钟,经休息或用硝酸酯制剂后往往迅速消失。劳累、情绪变化、饱食、受寒、阴雨天气、血压升高等为心绞痛发作的常见诱因。本病多见于男性,发病年龄多在40岁以上,女性多发生于绝经期前后。据统计,2008年中国城市居民冠心病患病率为15.9%,农村地区为4.8%,城乡合计为7.7%,较前有较大幅度升高。

心绞痛属于中医学的“胸痹”、“心痛”、“厥心痛”等范畴。

一、病因病机

(一)中医

中医学认为本病的发生与年老肾虚、饮食不节、情志失调、寒邪侵袭、劳逸失度等因素有关。其病位在心,与心、肝、肾、脾诸脏的盛衰相关,多属本虚标实之证,常在心气、心阳、心血、心阴不足或肝、脾、肾失调的基础上,兼夹痰浊、气滞、血瘀、寒凝等病变,产生不通则痛与不荣则痛的表现。

1. 病因

(1)年老肾虚:中年以后,肾气渐虚。因肾为先天之本,肾虚后其他脏腑也出现衰退,导致脏腑功能失调。肾阳虚衰无以温煦脾阳,而脾运化无权,营血虚少,脉道不充,血液运行不畅,以致心失所养,心阳不振,心气不足,血脉失于温运,痹阻不畅;或心肾阳虚,阴寒痰饮乘踞阳位,阻滞心脉;肾阴虚不能滋养五脏之阴,肾水不能上济于心,心阴不足,心火燔炽下汲肾水,则阴伤气耗,心脉失于充养而运行滞涩,或阴虚火旺,灼津为痰,痰瘀痹阻,皆可致胸阳不运,心脉阻滞而发生本病。

(2)饮食不节:嗜食肥甘厚味、酒烟辛香之品,损伤脾胃,脾失健运,聚生痰湿,湿郁化热,热耗津液,熬液成痰。痰阻脉络,上犯心胸清旷之区,清阳不振,气机不畅,心脉痹阻,或痰阻脉络,气滞血瘀,胸阳失展而成心痛。

(3)七情所伤:忧思恼怒,可致心肝之气郁滞,气机不利,血脉运行不畅,胸阳不振,肝失条

达,疏泄失常,发生不通则痛;或长期伏案,喜静少动,使脾失健运,痰湿内生,痰阻脉络,气血运行受阻,致使气结血凝,发生胸痛;或气滞血瘀;或因脏腑亏损,元气亏虚,气虚推动血液无力,血液停留而瘀滞不行,均可发生瘀血而导致本病。

(4)寒暑犯心:素体阳虚,胸阳不振,阴寒之邪乘虚侵袭,寒凝气滞,血行不畅,胸阳失展,心脉痹阻,不通则痛。偶尔或因酷暑炎热,犯于心君,耗伤心气,亦每致血脉运行失畅而心痛。故病者常于气候突变,特别是遇寒冷时,易猝然发生本病。

(5)劳逸失度:过劳包括劳力过度、劳神过度和房劳过度,《素问·举痛论》曰:“劳则气耗”,过劳则耗气伤阴,络脉失养;《素问·宣明五气》曰:“久卧伤气”,过度安逸则气血运行不畅,络脉瘀滞,均可致胸痹心痛。明代医家对于心痛的劳逸病因比较重视,刘纯在《玉机微义》中记载:“亦有病久,气血虚损,及素作劳羸弱之人患心痛者,皆虚痛也。”过劳则气阴两伤,久病者气血虚损,心气不足,血不养心,则心痛作矣。

2. 病机

胸痹心痛的病机关键在于阳微阴弦,心脉闭阻,血行不畅,其病位在心,但与肝、脾、肾三脏功能的失调有密切的关系。心主血脉,与肝之疏泄、脾之运化、肾藏精主水等密切相关。病性有虚实两方面,常常为本虚标实,虚实夹杂,虚者多见气虚、阳虚、阴虚、血虚,尤以气虚、阳虚多见;实者不外气滞、寒凝、痰浊、血瘀,并可交互为患,其中又以血瘀、痰浊多见。但虚实两方面均以心脉痹阻不畅,不通则痛为病机关键。上焦阳虚,功能减弱,直接影响血液循环,不通则痛,呈现胸痹心痛症状;或因长期精神紧张,思虑太过,致使心肝气机阻滞,气机不畅,气滞血瘀,而致心脉痹阻,不通则痛;或因饮食不节,过食肥腻;或酗酒好饮,以致脾胃受损,纳运失常,痰湿内生,阻塞心脉,影响气血运行,不通则痛;或因年老体衰,肝肾阴血已伤,日久阴损及阳,心阳不振,每易导致心脉瘀塞不畅,加之气血渐衰,气虚不能行血,血瘀脉阻,不通则痛。或因本已阳虚而又外感寒邪,阴寒内盛,气血凝滞,心脉不通,亦可发生疼痛。以上各种原因相互影响,又可导致痰浊内生,气滞血瘀,心脉痹阻或气血运行不畅,不能供养于心,而致心胸作痛。以上病因病机可同时并存,交互为患,病情进一步发展,可见下述病变:瘀血闭阻心脉,心胸猝然大痛,而发为真心痛;心阳阻遏,心气不足,鼓动无力,而表现为心动悸、脉结代,甚至脉微欲绝;心肾阳衰,水邪泛滥,凌心射肺而为咳喘、水肿,多为病情深重的表现,要注意结合有关病种相互参照,辨证论治。

(二)西医

当冠状动脉的供血与心肌的需血之间发生矛盾,冠状动脉血流量不能满足心肌代谢的需要,引起心肌暂时的、急剧的缺血缺氧时,即可发生心绞痛。

本病的病因是动脉粥样硬化,但目前对动脉粥样硬化的发生原因还不完全清楚。通过流行病学和实验研究,认为与年龄、性别、体重、血压、吸烟、血清脂质异常、糖耐量异常、性格急躁、精神紧张、CHD家族史、同型半胱氨酸升高、胰岛素抵抗、纤维蛋白原升高等因素有关。动脉粥样硬化的发病机制有三种主要学说,即脂肪浸润学说、血栓原学说和内膜损伤学说,其实三者之间互相关联、互相影响。目前认为动脉粥样硬化是多种因素作用导致动脉壁内皮细胞损伤而发展的结果。内皮损伤后可表现为多种的内皮功能紊乱,如干扰内膜的渗透屏障作用,改变内皮表面抗血栓形成的特性,增加内膜的促凝血特性或增加血管收缩因子或血管扩张因子的释放。此外,维持内皮表面的连贯性和动脉中内皮细胞正常的低转换率,对维持体内自身稳定状态非常重要,一旦内皮转换加快,就可能导致内皮功能发生一系列改变,包括由

内皮细胞合成和分泌的物质如血管活性物质、脂解酶和生长因子等的变化,因此内皮损伤可引起内皮细胞许多功能的改变,进而引起严重的细胞间相互作用并逐渐形成动脉粥样硬化病变。

动脉粥样硬化病变的形成经历了三个基本的生物学过程:内膜平滑肌细胞、各种巨噬细胞及 T 淋巴细胞的局部迁移、堆积和增殖;堆积的平滑肌细胞在各种生长调节因子的作用下合成较多的细胞外基质,包括弹力蛋白、胶原、蛋白聚糖等;脂质在巨噬细胞和平滑肌细胞以及细胞外基质中堆积,最终内膜增厚、脂质沉积形成动脉粥样硬化病变。

冠脉病变的严重程度,主要取决于斑块的稳定性,与斑块的大小无直接关系。不稳定斑块具有以下特征:脂质核较大,纤维帽较薄,含大量的巨噬细胞和 T 淋巴细胞,血管平滑肌细胞含量较少,加之在血流动力学改变的情况下,粥样斑块容易出现松动、裂纹或破裂,使斑块内高度致血栓形成的物质暴露于血流中,引起血小板在受损表面黏附、活化、聚集,形成血栓,导致病变血管完全性或非完全性闭塞。

心肌由于不断地进行节律性收缩,对氧的需求量很大,对血流中氧的摄取率远高于其他组织器官。当心肌需氧量增大时,主要是通过提高冠状动脉血流量来增加供血,而冠状动脉的固有狭窄限制了血液供应能力,则导致缺血缺氧。各种原因如吸烟、神经体液调节障碍等,引起冠状动脉痉挛,或突然发生循环血流量减少,如休克、心动过速等,使冠状动脉血流量突然降低,也可导致心肌血液供给不足。

二、临床表现

(一)稳定型心绞痛

(1)性质:呈压榨紧缩、压迫窒息、沉重闷胀性疼痛,而非“绞痛”。少许患者可表现为烧灼感、紧张感或呼吸短促,伴咽部不适。

(2)部位:常位于胸骨或附近,也可发生在上腹至咽部之间。对于疼痛或不适感分布的范围,患者常需用整个手掌或拳头来描述,仅用一手指的指端来指示者极少。

(3)持续时间:1~15min,常为 3~5min。

(4)诱发因素:以体力劳累为主,其次为情绪激动。平地快步走、饱餐后活动、用力大便、暴露于寒冷环境、进食冷饮、情绪激动等均可诱发。

(5)含服硝酸甘油 1~2min 可缓解。

(6)根据心绞痛的严重程度及其对体力活动的影响,加拿大心脏协会(CCS)将稳定型心绞痛分为 4 级:

I 级:日常体力活动不引起心绞痛。通常的步行或上楼并不引起心绞痛发作,但可发生于强烈或长时间的劳力情况下(指工作或体力活动)。

II 级:日常体力活动轻度受限。心绞痛发生于快速步行或上楼、上坡,餐后步行或上楼,或者在寒冷情况下,顶风逆行时,情绪激动时,或醒来时的最初几小时内。平地行走两个街区,或常速情况下上相当于 3 楼以上的高度能诱发心绞痛。

III 级:日常体力活动明显受限。心绞痛发生于平地行走 1~2 个街区,或以平常的速度上 3 楼。

IV 级:轻微体力活动均可引起心绞痛发作,严重者甚至休息时也会发生心绞痛。

(二)不稳定型心绞痛

1. 性质

典型的心绞痛呈发作性胸骨后闷痛,紧缩压榨感,可反射至左肩、下颌等,呈间断性或持续性,可伴汗出、恶心、呼吸困难等。不典型表现为牙痛、咽痛、上腹隐痛、消化不良、胸部针刺样痛或仅有呼吸困难。

2. 特征

(1)静息时或夜间发生心绞痛常持续 20min 以上。

(2)新近发生的心绞痛(病程在 2 个月内)且程度严重。

(3)近期心绞痛逐渐加重(包括发作的频率、持续时间、严重程度和疼痛所放射到的部位)。

3. 根据不稳定型心绞痛发生的严重程度和临床环境,可将不稳定型心绞痛做以下分级(Braunwald 分级)

I 级:初发的、严重或加剧性心绞痛。发生在就诊前 2 个月内,没有静息时疼痛。每日发作 3 次或 3 次以上,或者稳定型心绞痛患者心绞痛发作更频繁或更严重,持续时间更长,或诱发体力活动的阈值降低。

II 级:静息型亚急性心绞痛。在就诊前 1 个月内发生过一次或多次静息性心绞痛,但近 48h 内无发作。

III 级:静息型急性心绞痛。在 48h 内有一次或多次静息性心绞痛发作。

A 级:继发性不稳定型心绞痛。在冠状动脉狭窄的基础上,同时伴有冠状动脉血管床以外的疾病引起心肌氧供和氧需之间平衡的不稳定,加剧心肌缺血。这些因素包括:贫血、感染、发热、低血压、快速性心律失常、毒性弥漫性甲状腺肿、继发于呼吸衰竭的低氧血症。

B 级:原发性不稳定型心绞痛。没有可引起或加重心绞痛发作的心脏以外的因素,并且患者 2 周内没有发生过心肌梗死。这是不稳定型心绞痛的常见类型。

C 级:心肌梗死后不稳定型心绞痛。在确诊心肌梗死后两周内发生的不稳定型心绞痛。约占心肌梗死患者的 20%。

(三)常见并发症

心绞痛的常见并发症有心律失常、心力衰竭,严重者可发生急性心肌梗死。

三、实验室和其他辅助检查

(一)心电图

ST-T 波动态变化是最有诊断价值的心电图表现:症状发作时可记录到一过性 ST 段改变(常表现 2 个或以上相邻导联 ST 段下移 $\geq 0.1\text{mV}$),症状缓解后 ST 段缺血性改变改善,或者发作时倒置 T 波呈“伪正常化”,发作后恢复至原倒置状态更具有诊断意义,并提示有急性心肌缺血或严重冠脉疾病。患者出现症状时应再次记录心电图,且需与无症状时或既往心电图对比,注意 ST-T 波的动态变化。反复胸痛的患者,需进行连续多导联心电图监测,才能发现 ST-T 波变化及无症状性心肌缺血。静息时心电图在正常范围可考虑进行活动平板运动等心脏负荷试验以明确诊断。

(二)实验室检查

胆固醇及低密度脂蛋白增高,高密度脂蛋白水平降低,载脂蛋白 ApoA 水平低而 ApoB

水平高于健康人。血小板聚集性增高,血浆 TXB_2 水平增高,而 $6\text{-Keto-PGF}_{1\alpha}/\text{TXB}_2$ 降低,尤以不稳定型心绞痛患者明显。肌酸磷酸肌酶及其同工酶、肌钙蛋白可升高。

(三)X线

心影增大,尤其合并高血压或心功能不全时明显。主动脉屈曲延长,有时有肺瘀血等表现。

(四)动态心电图(Holter 监测)

可以 24h 连续记录心电图,观察缺血发作时 ST-T 改变,有助于诊断、观察药物治疗作用及有无心律失常。

(五)超声心动图

超声心动图检查可发现缺血时左心室射血分数(LVEF)减低和心肌节段性运动减弱,甚至消失。负荷超声心动图的阴性预测值较高。

(六)冠脉 CT、MR

用于了解冠状动脉硬化及阻塞程度,并通过相关数值评估粥样硬化斑块的性质。

(七)冠状动脉造影及左室造影

用于诊断和冠状动脉手术前检查。测定冠状动脉狭窄或阻塞部位与范围、阻塞远端血管和侧支循环、左心室功能、是否有室壁运动异常或室壁瘤形成等。

四、诊断要点

(一)病史与症状

根据典型的发作特点和体征,含服硝酸甘油后缓解,结合年龄和存在冠心病易患因素,除外其他原因所致的心绞痛,一般即可建立心绞痛的诊断。根据疼痛的病史、部位、性质、持续时间、诱发因素、缓解方式,进一步确定心绞痛的分型分级诊断。

(二)体征

通常患者无明显阳性体征,当有下列体征时有助于诊断。心前区痛伴心率加快和血压升高;心前区痛伴新加强的第四心音;心前区痛伴新的短暂的心尖部收缩期杂音;心前区痛伴第二心音逆分裂,症状缓解后消失。

(三)辅助检查

各种辅助检查可为心绞痛的诊断提供客观依据。冠状动脉急、慢性缺血时,心电图通常可出现 ST 段和 T 波的改变;普通心电图未见明显异常者,可做运动负荷心电图和动态心电图检查;冠状动脉造影能够显示冠状动脉血管各个分支,了解其解剖的详细情况及侧支循环状况,确定冠状动脉病变部位和程度,被称为诊断冠心病的金标准;超声心动图及冠脉 CT、MR 等检查也可为诊断提供帮助;此外,心肌标志物(如 CK、CK-MB、cTn)也可不同程度升高。

注:血管痉挛性心绞痛多发生于休息时和日常活动时,与劳累、精神紧张无关,较一般心绞痛症状重、持续时间长,呈周期性发作,休息后未能缓解,含服硝酸甘油或硝苯地平可迅速缓解;心电图或运动平板试验提示心肌缺血,发作时痉挛处的冠状动脉管腔完全闭塞或次全闭塞,远端不显影或显影迟缓,经硝酸甘油或硝苯地平冠状动脉内推注后可使痉挛解除。结合病史和临床特点、相关检查结果可确诊。

五、鉴别诊断

(一)急性心肌梗死

本病疼痛部位与心绞痛相仿,但性质更剧烈,持续时间可达数小时,常伴有休克、心律失常及心力衰竭,并有发热,含服硝酸甘油多不能使之缓解。心电图中心面向梗死部位的导联 ST 段抬高,并有异常 Q 波。实验室检查示白细胞计数及心肌损伤标志物(肌钙蛋白、肌红蛋白、肌酸磷酸肌酶)增高,红细胞沉降率增快。

(二)肋间神经痛

本病疼痛常受累 1~2 个肋间,但并不一定局限在前胸,为刺痛或灼痛,多为持续性而非发作性,咳嗽、用力呼吸和身体转动可使疼痛加剧,沿神经行径处有压痛,手臂上举活动时局部有牵拉疼痛,故与心绞痛不同。

(三)肋软骨炎

肋软骨炎的主要症状为局部疼痛,痛点较为固定,咳嗽、深呼吸、扩展胸壁等引起胸廓过度活动时加剧疼痛。常见的病变好发部位为左侧第二肋软骨,其次是右侧第二肋软骨以及第三、四肋软骨。表面皮肤并无红、肿、热等炎症改变。受累的软骨膨隆、肿大,有明显的自发性疼痛和压痛,局部无红、热改变。

(四)食管病变

一般表现为胸骨后疼痛,以进食后、平卧时为甚,呈烧灼感、针刺感,部分患者可伴食管异物感,甚至出现吞咽困难。

(五)心脏神经官能症

患者常诉胸痛,但为短暂(几秒钟)的刺痛或持久(几小时)的隐痛,患者常喜欢不时地深吸一大口气或做叹息性呼吸。胸痛部位多在左胸乳房下心尖部附近,或经常变动。症状多在疲劳之后出现,而不在疲劳的当时,做轻度体力活动反觉舒适,有时可耐受较重的体力活动而不发生胸痛或胸闷。含服硝酸甘油无效或在十多分钟后才“见效”,常伴有心悸、疲乏及其他神经衰弱的症状。

(六)其他疾病引起的心绞痛

严重的主动脉瓣狭窄或关闭不全、风湿性冠状动脉炎、梅毒性主动脉炎、心肌桥引起冠状动脉狭窄或闭塞、肥厚型心肌病等均可引起心绞痛,根据其临床表现及相关检查可以鉴别。冠心病心绞痛的治疗应本着“急则治标”、“缓则治本”的原则,在发作期主要选用有速效止痛作用之药物以迅速控制病情,缓解心痛,必要时行侵入性治疗方法;而在缓解期则重在根据不同证型予以补气养阴、活血化瘀、疏通心脉等治疗,并针对与发病有关的危险因素采取综合性防治措施,控制或消除危险因素,以预防和减少心痛的发生。但对于严重心痛者,应及时采用中西医结合治疗控制病情,以免发展为心肌梗死。

六、治疗

(一)辨证治疗

本病主要症状是胸痛、胸闷、心悸、短气等,但部分危重病者可以无痛或仅出现面色苍白、大汗淋漓、四肢厥冷、脉微欲绝或脉涩结代等厥脱表现。在发作期必须做出及时处理以缓解心痛,缓解期则予辨证施治,常以攻补兼施为原则,以减少乃至控制心绞痛发作。

1. 发作期的治疗

心绞痛发作时舌下含化麝香保心丸、速效救心丸等缓解疼痛。

2. 缓解期的治疗

(1) 心脉瘀阻

证候特点：心胸剧痛，如刺如绞，部位固定，入夜尤甚，心悸不宁，舌质紫黯，或有瘀点瘀斑，脉沉涩或结代。

治法：活血化瘀，通脉止痛。

推荐方剂：血府逐瘀汤加减。

基本处方：当归 10g，生地黄 15g，桃仁 12g，红花 8g，枳壳 12g，桔梗 10g，赤芍 15g，柴胡 12g，川芎 10g，牛膝 12g，甘草 6g。每日 1 剂，水煎服。

加减法：若兼胁痛者加郁金 15g、延胡索 18g 以增强疏肝理气止痛之力；若兼心气阴不足者加太子参 10g，麦冬 15g 益气养心；若兼心烦失眠者加酸枣仁 15g、夜交藤 20g 安神助眠。

(2) 气滞心胸

证候特点：心胸满闷，疼痛阵发，痛有定处，喜叹息，遇情志波动时容易诱发或加重，常伴胃脘胀闷，嗳气则舒。舌苔薄或薄腻，脉弦细。

治法：疏肝理气，活血通络。

推荐方剂：柴胡疏肝散加减。

基本处方：陈皮 10g，柴胡 15g，川芎 10g，香附 15g，枳壳 12g，芍药 12g，丹参 20g，延胡索 15g，炙甘草 5g。每日 1 剂，水煎服。

加减法：若兼血瘀，心痛甚者，合丹参饮、失笑散；肝气不舒，郁而化热，可加栀子 10g、牡丹皮 10g。

(3) 痰浊痹阻

证候特点：胸闷如窒而痛，痛引肩背，气短喘促，多形体肥胖，肢体沉重，或伴咳嗽，咯吐痰涎，伴倦怠乏力，纳呆便溏，舌苔浊腻，脉象弦滑。

治法：通阳泄浊，化痰开胸。

推荐方剂：瓜蒌薤白半夏汤加减。

基本处方：瓜蒌 15g，薤白 15g，法半夏 12g，陈皮 10g，茯苓 15g，枳实 15g，胆南星 12g，生姜 3 片，甘草 6g。每日 1 剂，水煎服。

加减法：若兼阳虚有寒者，加熟附子（先煎）12g、肉桂（焗服）3g 助阳散寒；兼心脉瘀阻者，加丹参 20g、三七末（冲服）3g 活血通脉；若痰郁化火者，加黄连 9g、天竺黄 15g 清热除痰；若痰热伤津，加生地黄 10g、麦冬 10g、沙参 10g 养阴；若痰扰清窍眩晕者加天麻 12g、石菖蒲 12g 定眩止晕。

(4) 寒凝心脉

证候特点：胸痛彻背，感寒痛甚，心悸气短，面色苍白，四肢厥冷，冷汗自出，口淡不渴或吐清涎，小便清长，大便溏薄，舌淡苔白，脉象沉迟。

治法：温通心阳，散寒止痛。

推荐方剂：瓜蒌薤白白酒汤合当归四逆汤加减。

基本处方：瓜蒌 15g，薤白 15g，当归 15g，桂枝 10g，白芍 10g，细辛 3g，通草 10g，白酒 30mL。每日 1 剂，水煎服。