

疑难病中医治疗丛书



主编 陈健安 桂 鸣

冠心病 中医治疗

江苏科学技术出版社

冠心病中医治疗

主 编 陈健安 桂 鸣

副主编 丁 炜 万文辉 陈 忠
顾 宁

编 委 (按姓氏笔画排列)

于佐文	马根山	王明清
朱铁兵	汪 静	张 弢
陆冰华	陈红锦	骆天炯
贾恩志	顾应敏	钱卫冲
唐春平		

江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

冠心病中医治疗/陈健安等主编. —南京: 江苏科学技术出版社, 2005. 5

(疑难病中医治疗丛书)

ISBN 7-5345-4518-8

I. 冠... II. 陈... III. 冠心病—中医治疗法
IV. R259.414

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 022746 号

(疑难病中医治疗丛书)

冠心病中医治疗

主 编 陈健安 桂 鸣
责任编辑 郑大坤
编辑助理 俞朝霞

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市湖南路 47 号, 邮编: 210009)
经 销 江苏省新华书店
照 排 南京展望文化发展有限公司
印 刷 南通市印刷总厂有限公司

开 本 850 mm×1 168 mm 1/32
印 张 14
字 数 341 000
版 次 2005 年 5 月第 1 版
印 次 2005 年 5 月第 1 次印刷
印 数 1—5 000 册

标准书号 ISBN 7—5345—4518—8/R·855
定 价 26.00 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换

《疑难病中医治疗丛书》

编审委员会

主 任：周 珉

(以下均按姓氏笔画排列)

副 主 任：王 钢 葛惠男 曾庆琪

委 员：王学东 邓成珊 过伟峰

朱永康 陈健安 张崇泉

杨雨鸣 孟庆云 黄业芳

翟亚春

责任编辑：郑大坤

序 言

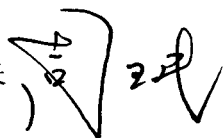
随着社会经济的发展,人类生活发生了巨大的变化,疾病谱也随之而变,疑难病已成为人类健康和生命的重大威胁。开展对各种疑难病的防治和研究,是国内外医学界的迫切而重要的工作。我国历代医家和广大人民群众在长期与各种疑难病的斗争中,积累了丰富的临床经验,创建了独特的医学理论体系,逐步形成了具有中医特色的综合疗法,并日益受到群众的欢迎和国内外医学界的重视。改革开放以来,中医药工作者在疑难病的临床实践和科学研究等方面,都取得了很大的进展,又创立了许多新理论、新技术、新方药,进一步提高了对各种疑难病的疗效,充分显示了中医药的优势和特点。

为了总结近年来中医药对疑难病研究的新成果,体现中医药治疗疑难病的新水平,为中医临床医师研究专科专病提供参考与启迪,江苏科学技术出版社组织编写了《疑难病中医治疗丛书》。该套丛书从国际公认的疑难病中选择了中医治疗效果较好的病种,专病专著,突出中医治疗疑难病的特点,在全面、新颖、深入、实用上下功夫,对每一个病种均较全面地介绍了辨证论治的基本方药、中成药、中草药、单方验方、食疗、针灸、外治、推拿等方法,并着重介绍西医治疗困难而中医疗效较好的疑难问题的中医治疗方法,在以中医治疗为主的基础上,中西结合,互为补充,融会贯通。同时,对目前尚在研究,但前景看好的治疗方法也作了适当介绍。因此,此套丛书具有较高的学术水平和临床实用价值。

参加该套丛书编著的作者,大多数为国内有实力的专科或专科医院学科带头人及业务骨干,他们长期在临床一线工作,都具有扎实的中医理论功底,丰富的临床经验和较强的科研能力,他们在基础理论和临床治验方面,均有不同程度的创新论点和独得心传之处。他们在书中既有对中医理论的探析,更有对临床经验的总结和现代科技的体现,反映出当代中医工作者对继承和发扬中医药的精深睿智,这对广大中医工作者,特别是临床中医师的理论之提高、眼界之拓宽、经验之充实、辨析之深入,都大有裨益。

中医的发展,归根到底要靠中医本身科学研究和临床实践的不断推进,不断深入,这不但要有明确的奋斗目标和坚定不移的信念,更要有脚踏实地、扎扎实实的工作。《疑难病中医治疗丛书》的编著者们不惜精力,辛勤劳作,携手协力,认真撰写,精神可贵。值此世纪之交的盛年,刊行此套丛书,可谓中医学术界一佳事。有感于此,以为序。

江苏省卫生厅厅长



前 言

冠心病是一种常见病,其发病率高、死亡率高,严重地影响着人类的生命健康。随着人们的生活节奏加快、饮食结构变化和社会人口老化,冠心病的发病率也随之而升高,这些变化越来越受到国内外医学界的广泛重视。随着冠心病介入治疗、外科“搭桥”治疗和中、西医药物治疗的发展,本病的治愈、好转率明显提高。近年来,中医药在冠心病的防治研究方面,取得了令人鼓舞的成果和经验。为了系统地总结和推广中、西医学者的创新理论及临床经验,并及时地介绍给广大相关的医务工作者,我们组织了南京医科大学第一附属医院、南京军区南京总医院、东南大学附属中大医院、南京市中医院等有关中、西医专家、骨干医疗技术人员以及心脏科博士,编写了本书,以适应各级中、西医院临床工作的需要。

本书分上、下两篇,上篇论述了中西医对冠心病的认识与展望,在现代医学方面,我们采用国际上公认的最新的循证医学观点和提法;在中医方面,我们在立足传统辨证论治的基础上,对中药治疗冠心病的现代药理作用作了多层次的阐述,力求在中、西医对本病的认识中,找出共识的基础和互相结合的新模式。下篇就冠心病各病症进行系统论述,对每个病症的病因病理、诊断、预防、治疗都进行了详细地介绍,特别引用了最新的治疗指南。全书内容新颖、简明、客观、实用,可供广大中医、西医、中西医结合临床工作者参考。

下列同志参加了本书的编写工作：南京医科大学第一附属医院陈健安(副主任医师)、桂鸣(主任医师、博士)、丁炜(副主任医师、博士)、朱铁兵(主任医师、博士)、钱卫冲(主任医师、硕士)、贾恩志(主治医师、博士)、唐春平(住院医师、硕士)；南京军区总医院万文辉(副主任医师、博士)；东南大学附属中大医院马根山(主任医师、博士)、陈忠(主治医师、博士)；南京市中医院顾宁(主任医师、博士)、骆天炯(副主任医师、硕士)、汪静(主治医师)、王明清(主治医师、硕士)；江苏省中西医结合医院顾应敏(主治医师)、陆冰华(主治医师)；中国药科大学张弢(硕士)。由于作者的视野和认识的局限，书中难免存在谬误之处，诚请读者指正！

陈健安 桂 鸣

2005年3月

于南京医科大学第一附属医院

目 录

上篇 总 论

第一章 冠心病概述	(1)
第一节 冠心病的定义与历史	(1)
第二节 中医对冠心病的认识与展望	(17)
第二章 冠心病的流行病学及人群防治	(40)
第一节 冠心病的自然病史	(40)
第二节 冠心病的流行情况及变化趋势	(43)
第三节 冠心病的危险因素	(49)
第四节 冠心病的一级预防	(58)
第五节 冠心病的人群防治	(65)
第三章 冠心病的中医辨证治疗	(70)
第一节 中医病因病机	(70)
第二节 中医辨证分型	(76)
第三节 冠心病的中医一般治疗	(79)
第四节 中医辨证分型的治疗方案	(103)
第四章 防治冠心病的常用中药	(123)
第五章 防治冠心病的常用方剂	(187)
第六章 防治冠心病的特色疗法	(239)

第一节	针灸疗法	(239)
第二节	推拿疗法	(247)
第三节	心理疗法	(252)

下篇 各 论

第一章	稳定性缺血综合征	(254)
第一节	稳定性心绞痛	(254)
第二节	无痛性心肌缺血	(271)
第三节	心脏 X 综合征	(278)
第四节	Prinzmetal's 变异性心绞痛	(281)
第五节	中医辨证论治	(286)
第二章	急性冠状动脉综合征	(291)
第一节	不稳定性心绞痛	(292)
第二节	ST 段不抬高急性心肌梗死	(305)
第三节	ST 段抬高急性心肌梗死	(308)
第四节	中医辨证论治	(337)
第三章	急性心肌梗死并发症	(344)
第一节	急性左心衰竭	(344)
第二节	心源性休克	(359)
第三节	心律失常	(373)
第四节	中医辨证论治	(392)
第四章	心肌梗死后的治疗	(406)
第一节	心肌梗死后的西医治疗	(406)
第二节	心肌梗死后的中医治疗	(409)
第五章	缺血性心肌病	(416)
第一节	病因病理	(416)

第二节	临床表现	(417)
第三节	诊断与鉴别诊断	(419)
第四节	西医治疗	(420)
第五节	中医辨证论治	(431)

上 篇 总 论

第一章 冠 心 病 概 述

第一节 冠心病的定义与历史

1979年世界卫生组织对冠状动脉性心脏病(简称冠心病)的定义是:由于冠状动脉功能性改变或器质性病变引起的冠状血流和心肌需求之间不平衡而导致的心肌损害,包括急性、暂时性的和慢性的情况,常由动脉粥样硬化引起。冠状动脉狭窄可导致冠脉血流缓慢或停止,引起胸痛(胸不适)、气短、乏力、出汗等心绞痛或心肌梗死的症状。冠心病通常分为:①原发性心脏骤停;②心绞痛;③心肌梗死;④缺血性心脏病中的心力衰竭;⑤心律失常。目前有学者把冠心病分为:①稳定性心绞痛;②不稳定性心绞痛;③心肌梗死;④无痛性心肌缺血;⑤冠状动脉性猝死。

冠心病的主要病因是冠状动脉粥样硬化,约占冠心病的

90%，其他病因还有冠状动脉栓塞、冠状动脉炎、夹层动脉瘤累及冠状动脉、先天性冠状动脉畸形、冠状动脉肌桥、外伤等。

对冠状动脉粥样硬化来说，最重要的危险因素是高血压、高脂血症、糖尿病、肥胖、吸烟、高龄、男性、不运动等。

冠状动脉有左右两支，开口分别在左、右主动脉窦。左冠状动脉有1~3 cm长的主干，然后分为前降支和回旋支。前降支供血给左心室前壁中下部、心室间隔的前2/3及二尖瓣前外乳头肌和左心房；回旋支供血给左心房、左心室前壁上部和左心室外侧壁及心脏膈面的左半部或全部和二尖瓣后内乳头肌。右冠状动脉供血给右心室、心室间隔的后1/3和心脏膈面的右侧或全部。这三支冠状动脉之间有许多小分支互相吻合，连同左冠状动脉的主干，合称为冠状动脉的四支。

粥样硬化可累及四支中的一、二或三支，亦可四支冠状动脉同时受累。其中以左前降支受累最为多见，病变也最重，依次为右冠状动脉，左回旋支和左冠状动脉主干。就病变程度而言，血管近端病变较远端重，主支病变较边缘分支重。粥样斑块多分布在血管分支的开口处，且常偏于血管的一侧，呈新月形，其逐渐增大引起管腔狭窄或闭塞。

冠状动脉粥样硬化发展到一定程度，将影响心肌的供血。心肌的需血和冠状动脉的供血是矛盾对立统一的两个方面。在正常情况下，通过神经和体液的调节，二者保持着动态的平衡。当血管腔轻度狭窄时（ $<50\%$ ），心肌的血供未受影响，各种心脏负荷试验也未显示出心肌缺血的表现，故虽有冠状动脉粥样硬化，病人无症状。当血管腔重度狭窄时（ $>50\% \sim 75\%$ ），其对心肌血供的能力大减，心肌发生缺血，临床上表现为冠心病。冠状动脉供血不足范围的大小，取决于病变动脉支的大小和多少，其程度取决于管腔狭窄程度及病变发展速度。斑块稳定且发展缓慢者，细小动脉吻合支由于代偿性的血流量增大而逐渐增粗，增进了侧支循环，改善心

肌血供,此时即使动脉病变较为严重,心肌损伤也不重;斑块不稳定即斑块的“纤维帽”变薄、破裂或出血者,管腔迅速堵塞,心肌可出现损伤、坏死。此外,冠状动脉(亦可无粥样硬化病变)发生痉挛或病变动脉内血栓形成,均可使动脉管腔迅速严重地狭窄或堵塞,引起心肌急性缺血或坏死;心肌长期慢性的血供不足,也可引起心肌萎缩、变性、纤维组织增生,心脏扩大。

人们对冠心病的了解是从对心绞痛开始的。最早应用“心绞痛”一词是在 1768 年,Heberden 首次应用。Heberden 在医学院医学论文演讲中引用了心绞痛一词,1772 年论文正式发表。该论文中收集了不少典型心绞痛的病例,从那以后,心绞痛一词广为应用。

1773 年,Hunter 首次记述了心肌梗死。

1788 年,Parry 提出了一个重要概念,即有些病例在休息情况下,冠脉血供足以满足心脏营养需要;倘若在情绪激动或运动情况下,由于心肌所需血流量增加,而冠状动脉不能提供额外所需的血流量,于是出现心肌供血不足。这也是 Parry 对冠状循环功能不全最经典的阐述。

1809 年,Burn 对各种类型心绞痛的临床表现特征有比较系统的论述,并阐明了运动、情绪激动在心绞痛发生中的机理。

在 Burn 之后相当一段时间里,由于 19 世纪早期心脏病理学进展缓慢,故到 19 世纪末对心绞痛的认识几乎没什么进展。直到 1856 年,德国病理学家 Virchow 描述了血栓形成和栓塞以后,才使心绞痛和冠心病的研究得到飞速发展。

1867 年,Brunton 观察到心绞痛发作的患者有脉搏弱和收缩期血压升高的现象,他从朋友 Gamgee 给动物和人应用亚硝酸异戊酯有显著地降血压的作用中得到了启发,试用该药。他用该药 5~10 滴滴到布上嘱患者吸入,经 30~60 秒钟后,患者疼痛完全消失,但伴有面部潮红。Brunton 于 1867 年在《柳叶刀》杂志上发

表了这篇文章;时至今日,这种方法仍在应用。Brunton 的功绩是不言而喻的,使人们对心绞痛的认识引起深刻的变化。

1875 年,Murrel 介绍了应用硝酸甘油治疗心绞痛的经验。

1876 年,Latham 第一次提出冠脉痉挛可以引起心绞痛。

1881 年,Cohnhei 作了结扎冠脉的动物实验,他认为冠脉是终末动脉,没有吻合支。他的这一结论,在当时医学界曾引起一些混乱。但 1882 年,Legg 在切除室壁瘤过程中对冠脉作了仔细观察,证明心肌冠脉有吻合支,从而澄清了 Cohnhei 的错误观点。

1887 年,Ziegler 观察了缺血性心肌损伤的演变过程:苍白→黄→软化→纤维化。

1893 年,Huchard 总结了 145 例尸体解剖结果,论述了狭心症的一些表现。

1896 年,Dock 在临床上对心肌梗死并发心包炎作出正确诊断,并经尸解证实。他还描述了左冠脉及其左旋支粥样硬化斑块的病例。

1899 年,Obratzow 临床确诊冠脉栓塞,后经尸解证实。

19 世纪冠心病的主要进展之一,是将心肌梗死和心绞痛区分开来。

20 世纪初叶,在冠心病、心绞痛的研究领域中还有几位学者值得介绍。1910 年,Osler 对冠状循环疾病的描述;1912 年,Herrick 对心肌梗死的经典总结;1913 年,Evans 和 Hoyle 对心绞痛治疗的研究等。他们的工作成就,使人们对冠心病、心绞痛的认识又迈开了新的一步。

1913 年,Mavkenzie 在《心脏疾病》第 3 版中指出:心绞痛是一系列症状的复合体;1923 年,他又指出心绞痛是因冠脉疾病时使心肌供血不足所致。

1948 年,Ahlguist 发现了两种肾上腺素能受体,给心绞痛的治疗带来了新的希望。但他的发现在当时并未引起公众的注意。

直到 1962 年 Black 研究了肾上腺素能受体的药理学,证实阻滞肾上腺素能受体作用后可以减少心脏做功,于是就相继出现了各种 β -受体阻滞剂,使心绞痛治疗由单一应用硝酸甘油过渡到广泛应用 β -受体阻滞剂的新时期。

20 世纪以来,对冠心病的诊断和治疗有划时代影响的技术如下。

1. 心电图

1903 年,荷兰的生理学家 Willem Einthoven 采用弦线式电流计在人体上第一次描记出清晰的心电图,并将心电图的各波依次命名为 P—QRS—T 波等。当时所用的导联为双极肢体导联,其中有左上肢至右上肢的第一导联(I 导联);左下肢至右上肢的第二导联(II 导联);及左下肢至左上肢的第三导联(III 导联)。Einthoven 认为这三个双极肢体导联为一等边三角形的三个边,而心脏则位于此等边三角形的中央。Einthoven 当时所提出的这种设想至今仍在沿用。1908 年,弦线式心脏电流计投放市场。心电图机的应用给冠心病、心绞痛的诊断带来了革命性变化。1918 年,Bousfield 首次出版了心绞痛的心电图表现专著。1920 年至 1928 年间,Lewis, Pardee 和 Parkinson 观察到心肌梗死后出现心电图图形的异常变化,如心电图曲线变形、T 波倒置等。1932 年,美国的 Wilson 教授创立了“零电位中心电端”之说,并推出单极右上肢导(VR)、单极左上肢导(VL)和单极左下肢导(VF)以及六个单极胸前导联(V1~6),使心肌梗死诊断的正确率大大提高。1942 年 Emanuel Goldberger 将三个单极肢体导联加以改进推出 aVR、aVL、aVF 三个加压肢体导联。由于心电图机的发现与应用,Einthoven 获得 1924 年诺贝尔生理学 and 医学奖。

心电图还从以下几个方面向纵深和广度方面发展:

第一,心向量图。为了补充 Einthoven-Wilson 理论中的缺陷,20 世纪 50 年代 Burger、Frank 等做了实验研究,提出斜三角

理论与导联向量概念,设计了校正的导联系统。Frank 导联系统最具代表性,但主要用于心电向量图中,代替了以 Einthoven-Wilson 理论为基础的 Grishman 导联等,在向量图方面积累了大量系统经验,并未更改传统心电图的导联。

第二,动态心电图。1957 年 Holter 发明了磁带连续记录 24 小时的动态心电图,从对短暂的几秒钟、几分钟心电活动观察,延伸到数小时、数天心电图的连续观察,从单纯安静观察人体心电活动,发展到分析日常生活状态时的心电改变。它对冠心病无胸痛肌缺血、严重心律失常有很好的诊断价值。

第三,运动负荷心电图。早在 1938 年 Master 等提出了二级梯运动心电图试验,但在运动中未采用运动的心率标准,目前基本不用。20 世纪 80 年代后,多采用分级运动试验,包括平板运动和踏车运动试验以及药物试验(如潘生丁、异丙肾试验等),观察负荷状态下心肌供血情况。

当心绞痛发作时,心电图可以记录到心肌缺血的心电图异常表现。但许多冠心病患者尽管冠状动脉扩张的最大储备能力已经下降,通常静息状态下冠状动脉血流量仍可维持正常,无心肌缺血表现,心电图可以完全正常。为揭示减少或相对固定的血流量,可通过运动或其他方法,给心脏以负荷,诱发心肌缺血,进而证实心绞痛的存在。运动试验对于缺血性心律失常及心肌梗死后的心功能评价也是必不可少的。

2. 选择性冠状动脉造影和冠状动脉血管成形术

1929 年 Werner Forssmann 完成了第一例人类心导管术。当他在德国 Eberswalde 接受外科医生培训期间,他在透视的导引下将一根导尿管从自己左侧的肘前静脉送至右心房。为了发明一种能将药物直接释放入心脏的技术,他至少六次在自己身上完成右心导管术。他曾试图将造影剂注入右心房以使心脏不透 X 线,但由于透视图像质量较差,他未能看见心脏结构。尽管强烈的批评