

刘永昌 主编

新编心脑血管疾病中西医结合治疗

XINBIANXINNAOXUEGUANJIBINGZHONGXIYIZHILIAO



中国中医药出版社

新编心脑血管疾病中西医结合治疗

主 编 刘永昌

副主编

胡剑春 庞新国 王善海 高永坤

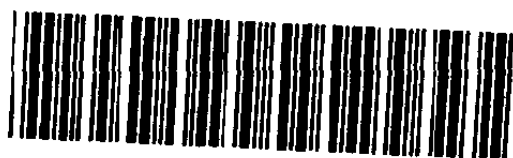
编 委(以姓氏笔划为序)

王善海 史志东 刘永昌 李焕荣

庞新国 胡剑春 赵建新 高永坤

中国中医药出版社

· 北 京 ·



A0284487

图书在版编目(CIP)数据

新编心脑血管疾病中西医结合治疗/刘永昌主编,一北京:
中国中医药出版社,1996.12

ISBN 7-80089-532-7

I. 新… II. 刘… III. ①心脏血管疾病—中西医结合
疗法②脑血管疾病—中西医结合疗法 IV. R540.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(96)第 20394 号

中国中医药出版社出版

发行者:中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路七号 电话:64151553 邮码:
100027)

印刷者:秦皇岛市卢龙印刷厂印刷

经销者:新华书店总店北京发行所

开 本:787×1092 毫米 32 开

字 数:342 千字

印 张:15.25

版 次:1996 年 12 月第 1 版

印 次:1996 年 12 月第 1 次印刷

册 数:6000

书 号:ISBN7-80089-532-7/R·532

定 价:18.30 元

内 容 提 要

本书是一部系统介绍心脑血管疾病中西医结合治疗的专著。全面叙述了各种常见心脑血管疾病的中西医认识、治疗、治疗体会、中西医结合研究进展及专家、老中医经验。附篇介绍了有关心脑血管疾病的中药及方剂药理研究。基本上反映了当前心脑血管疾病中西医研究的全貌。

本书既有前人的治疗经验,亦有近代科研成果及专家、老中医经验,又有作者的治疗体会,是一部内容详尽、实用、新颖的专著。可供广大中医、中西医结合临床工作者、教学、科研人员、大中专学生及研究生阅读参考。

前 言

心脑血管疾病是现代常见病、多发病,其死亡率居各类疾病之首,严重危害着广大人民的健康。

近几十年来,我国在心脑血管疾病的中西医结合研究方面取得了长足的进展,对其病因病机的认识、辨病与辨证的结合等日趋成熟,现已形成较完善的辨病施治体系。

为适应临床治疗和研究的需要,我们在总结前人经验的基础上,结合临床实践,参考大量的临床资料,编写了《新编心脑血管疾病中西医治疗》一书,参加编写的人员大都为从事心脑血管疾病临床多年的医务工作者,他们在该领域有较多的体会和经验,有感而编成此书。

本书全面介绍了各种常见心脑血管疾病的中西医治疗,每病分为[概述]、[临床表现]、[诊断要点]、[分型或分期]、[病因病机]、[中医治疗]、[西医西药治疗]、[治疗体会]、[中西医结合研究进展]、[专家、老中医经验]等,各病博采中西医之长,既有西医对该病的病因病理、临床表现、诊断及治疗的最新认识,又有中医对该病的病因病机、辨病与辨证的分期治疗,并详细阐发了作者的治疗体会。另外尚有现代对该病的中西医结合研究及全国知名专家、老中医治疗该病的经验体会,其中不乏仁智之见。附篇介绍了近年来心脑血管疾病常用中药及方剂的药理研究,以供临床研究参考。

由于时间仓促及我们水平有限,错误之处在所难免,恳求同道批评指正。

编 者

1996年7月

目 录

第一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(1)
心绞痛	(2)
心肌梗塞	(25)
第二章 心律失常	(93)
第三章 病毒性心肌炎	(137)
第四章 高血压病	(172)
第五章 慢性肺原性心脏病	(200)
第六章 充血性心力衰竭	(227)
第七章 心源性休克	(267)
第八章 风湿热	(288)
第九章 慢性风湿性心脏病	(300)
第十章 脑梗塞	(317)
第十一章 脑出血	(343)
附篇	

一、心脑血管疾病常用中药药理研究

葛根	(374)	大黄	(384)
黄连	(376)	丹皮	(385)
黄芩	(378)	独活	(386)
苦参	(379)	防己	(387)
北豆根	(381)	泽泻	(389)
穿心莲	(382)	茵陈蒿	(390)
牛黄	(383)	附子(附:乌头)	(391)
赤芍	(384)	细辛	(393)

枳实 枳壳	(394)	钩藤	(418)
青皮	(396)	地龙	(418)
陈皮	(397)	野菊花	(419)
木香	(398)	罗布麻	(420)
山楂(附:山楂叶、山楂核)...		麝香	(420)
.....	(399)	苏合香	(421)
丹参	(402)	人参	(422)
川芎	(404)	黄芪	(424)
延胡索	(405)	党参	(425)
益母草	(406)	淫羊藿	(426)
红花	(407)	冬虫夏草	(427)
没药	(409)	何首乌	(428)
虎杖	(409)	女贞	(429)
水蛭	(410)	麦门冬	(429)
桃仁	(411)	白芍	(430)
莪术	(411)	五味子	(431)
三七	(412)	当归	(431)
蒲黄	(414)	杜仲	(433)
酸枣仁	(415)	常山	(434)
刺五加	(416)	蟾酥	(434)
天麻	(417)	银杏叶	(435)

二、心脑血管疾病常用方剂药理研究..... (437)

生脉散	(437)	四逆汤	(455)
炙甘草汤	(448)	肾气丸	(457)
天王补心丹	(449)	瓜蒌薤白白酒汤	(459)
参附汤	(450)	失笑散	(460)
保元汤	(450)	泻心汤	(462)
六味地黄汤	(453)	黄连解毒汤	(463)

天麻钩藤饮	(465)	冠心Ⅱ号	(469)
血府逐瘀汤	(465)	桃核承气汤	(474)
芪附汤	(466)	补阳还五汤	(475)
苏冰滴丸(附:冠心苏合丸)			
.....	(468)		

第一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病

冠状动脉粥样硬化性心脏病,简称冠心病,又称缺血性心脏病,系指冠状动脉粥样硬化使血管腔变窄、阻塞,从而导致心肌缺血缺氧而引起的心脏病。包括因冠状动脉粥样硬化使之狭窄或阻塞,或其功能性改变——痉挛所致的心肌缺血性疾病。

冠状动脉粥样硬化性心脏病是动脉粥样硬化导致器官病变的最常见类型,也是严重危害人民健康的常见病。多发生于40岁以上者,男性多于女性,且以脑力劳动者为多。

流行病学调查表明,动脉粥样硬化的发病涉及众多因素,而其中最主要的三大易患因素是吸烟、高血压和高脂血症。冠脉轻度狭窄时($<50\%$),临床可无心肌缺血的表现,重度狭窄时($>50\% \sim 75\%$)可有心肌缺血症状。冠状动脉的狭窄或闭塞最常累及左冠状动脉前降支,较少发生于右冠状动脉与左冠状动脉的回旋支。病变可仅限于一支,也可同时多支受累。冠状动脉不论有无病变,都可发生严重痉挛,引起心绞痛、心肌梗塞甚至猝死,但有粥样硬化病变的冠状动脉更易发生痉挛。冠状动脉的其他病变,如炎症、栓塞、结缔组织病、创伤、先天性畸形等,亦可使血管阻塞而引起心脏病,但它们远较冠状动脉粥样硬化少见。

由于冠状动脉粥样硬化病变的程度不一,心肌血供不足在个体之间存在着差异,使得冠心病的临床表现各不相同。1979年,世界卫生组织(WHO)根据本病的临床特点,分为原

发性心脏骤停、心绞痛、心肌梗塞、缺血性心脏病中的心力衰竭、心律失常五类。本文主要介绍心绞痛和心肌梗塞,心力衰竭及心律失常另有专篇介绍。

心 绞 痛

【概述】

心绞痛是一种由心肌暂时缺血、缺氧所引起的,以发作性胸痛或胸部不适为主要表现的临床综合征。胸痛常发生于劳力、情绪激动或其他因素使心脏工作负担增加时,休息或含硝酸甘油后几分钟内缓解。心电图和其他检查方法常能发现心肌缺血的客观证据。

心肌要维持正常的代谢和功能,必须要有足够的血液供应,从中得到氧和各种养料,其中以氧的充分供应最为紧要。在正常情况下,冠状动脉有很大的储备力,正常人剧烈运动,工作量增加时,冠状动脉血流量可增加到平时的4~7倍,使心肌供血相应增加。当冠状动脉粥样硬化而致管腔狭窄或部分分支闭塞时,冠脉不能迅速、充分扩张,其血液供应不能满足当时心肌代谢的需要,造成供与求的矛盾,即冠状动脉供氧与心肌需氧之间发生“供不应求”的情况,形成心肌缺血。于是发生一系列生理生化的改变,引起心绞痛发作。但心绞痛的缺血较为短暂,故不引起心肌不可逆的损害,而心肌梗塞时则有持久而更严重的缺血,使心肌发生缺血性坏死,胸痛也持续较久。

心绞痛大多数发生于40岁以上的中、老年人,男性多于女性。

心绞痛最常见的基本原因是冠状动脉粥样硬化引起动脉

大支的管腔狭窄。心肌缺血的主要有害因素是缺氧。心肌通常即以最大限度从经过的血液中吸取所需的氧。负担加重时只能通过冠状血流的增加来解决需氧量的增加。如冠状动脉管腔狭窄至一定程度,休息时心肌血供尚可应付需要,而劳动时则会发生血流的供不应求。侧枝循环的建立可使血流从比较畅通的冠状动脉进入病变动脉狭窄处的远端,补偿受累区心肌的血供。

心肌的氧消耗量(即需氧量)主要取决于以下因素:①心室壁的收缩期张力;②心率和收缩期射血时间;③心肌收缩强度。临床上难以测量所有因素,故常用心率与收缩压的乘积作为估计心肌需氧量的指标。心肌缺血缺氧,按以往传统的概念,是在冠状动脉有固定狭窄使血流无法随需要而增加的基础上,由心肌需氧量暂时增加所引起,这样的机理适用于一般由于劳力、情绪激动等因素增加心脏工作和需氧量而诱发的心绞痛。但有的心绞痛发作于休息时,发作前并无心肌需氧量指标的增高,劳力时反而很少或并不发生心绞痛。这类休息时心绞痛常为冠状动脉痉挛的结果,可在造影时观察到冠状动脉大支自发或诱发的痉挛。现已证明变异型心绞痛发作是由冠状动脉痉挛所引起。痉挛可发生于正常的冠状动脉,但更常见于有不同程度动脉粥样硬化病变的基础上。冠状动脉痉挛的发生,可能与植物神经功能紊乱有关。交感神经作用亢进会引起冠状动脉的 α 受体兴奋,而粥样斑块部位的动脉壁似乎对神经体液影响过度敏感。前列腺素的某些中间代谢产物也能起作用。

心绞痛发作时心肌因急性缺血而发生各种暂时的功能改变,主要包括:①电生理改变,表现为反映急性损伤电流的心电图上ST段移位;②心肌收缩功能障碍引起的血液动力学

改变,特别是左心室舒张末期压力的增高;③在心肌代谢方面,心肌缺血缺氧时对乳酸的利用有限,产生的多于摄取的数量,使乳酸浓度在冠状静脉窦的血中高于动脉血。

心绞痛发作时疼痛的发生机理,推测是心肌无氧代谢中某些产物(如多肽类)刺激心脏内传入神经末梢所致,而且常传播到相同脊髓段的皮肤浅表神经,引起痛觉相应的放射。

中医学认为本病多由胸阳不振,阴寒、痰浊、瘀血等痹阻心脉而成。根据证候特点,可归属于胸痹、心痛、厥心痛等病证的范畴。

【临床表现】

一、**症状**:典型心绞痛发作是突然发生的位于胸骨体中上段之后的压榨性或闷胀性或窒息性疼痛,亦可能波及大部分心前区,向左肩、左上肢前内侧放射,可达无名指和小指;疼痛历时1~5分钟,很少超过15分钟;休息或含化硝酸甘油片(1~3分钟,偶至5分钟)迅速缓解。发作可以几天或几个星期一次,或一天内多次。常有一定诱因,如劳累、情绪激动(如愤怒、焦急等)、受寒、饱餐、吸烟等。胸痛发生于劳累或情绪激动的当时,而不在一天或一阵劳累过后。典型的心绞痛常在相似的环境下发生,但有时同样的劳力只在早晨而不在下午引起心绞痛,提示在晨间可能冠状动脉张力较高。精神状态也可影响发作,少数病例可由平卧位引起发作。

不典型心绞痛可位于胸骨下段、左心前区或上腹部,放射至颈、下颌、左肩胛或右前胸,疼痛可很轻或仅有左前胸不适发闷感。

二、**体征**:一般冠心病心绞痛患者平时无异常体征。心绞痛发作时往往伴有表情焦虑,重者有濒死的恐惧感,出汗,肤色苍白,血压可略有升高或降低,心率可快可慢,心尖区可闻

及收缩期杂音,是乳头肌缺血与功能障碍引起二尖瓣关闭不全的体征。有时出现第四心音,可有房性及室性奔马律,还可有第二心音分裂,交替脉等征。最近发现有的冠心病病人耳垂折裂痕出现并加深。

三、实验室检查

1. 心电图:目前仍是为发现心肌缺血及诊断心绞痛常用而有价值的无创伤性检查方法。

(1)休息时心电图 约有半数在正常范围,也可能有陈旧性心肌梗塞的改变或非特异性 ST 段和 T 波异常,有时出现房室或束支传导阻滞或室性、房性过早搏动等心律失常。

(2)心绞痛发作时心电图 应尽量争取在心绞痛发作时作心电图,这在发作较长、较频繁或休息时发作的病人容易发现,但在一般发作较少的病人就比较困难。在绝大多数发作中心电图上可出现暂时性心肌缺血引起的 ST 段移位。心内膜下心肌容易缺血,故常见 ST 段压低 1mm 以上,发作缓解后恢复。有时仅出现 T 波倒置,在平时 T 波持续倒置的病例,发作时可变为直立(所谓“假性正常化”)。T 波改变虽然对心肌缺血的特征性不如 ST,但如与平时心电图有明显差别,也有助于诊断。变异型心绞痛发作时心电图上常见一部分导联 ST 段抬高,伴对应导联 ST 段压低, T 波增高。必要时可作平板或踏车试验或动态心电图连续监测。

2. 心电图运动试验:运动可增加心脏负担以激发心肌缺血。运动方式主要有两种:

(1)双倍二级梯运动(Master 试验):让病人上下登走一座每级 22.86cm 高的二级梯;按性别、年龄、体重,规定 3 分钟内所登走的趟数;运动前及运动后立即躺下及每 2 分钟查心电图 V_4 、 V_5 、 V_6 (或 V_3)加 I、II、aVF 导联,直至运动后 6

分钟。从心电图上 ST 段水平或下斜型压低 1.0mm (0.1mV) 以上作为阳性标准,如同时发生心绞痛,则诊断意义更大。

(2) 踏板和蹬车运动:运动强度可逐步分期升级,以前者较为常用,让受检查者迎着转动的平板就地踏步运动。运动可至病人发生心绞痛或显著疲劳、气短等症状为终止目标,称为极量运动。目前国内常用的是以达到按年龄预计可达到最高心率的 $85\sim 90\%$ 为目标,称为次极量运动。运动期间用 1~2 个双极胸导联,负极置胸骨柄上,正极以 V_5 位置为主,运动中示波监视及记录心电图,运动后即刻,2、4、6、8 分钟重复记录。应尽量在运动前、中、后间断测血压。心电图改变主要以 ST 段水平型或下斜型压低 $\geq 1\text{mm}$ (从 J 点起)持续 0.08 秒作为阳性标准。

近年来已少用二级梯运动而常用踏板运动。后者优点是运动过程中能观察心电图和血压,运动量可按预计目标逐步增加,缺点是设备较贵而占地,运动中出现步态不稳。室性心动过速(接连 3 个以上早搏)或血压下降时,应即停止运动。心肌梗塞急性期,有不稳定性心绞痛,明显心力衰竭,严重心律失常或急性疾病者禁用运动试验。

3. 心电图连续监测(或称动态心电图、Holter 心电图、DCG):常用方法是让病人佩带慢速转动的磁带盒,以 1~2 个双极胸导联连续录下 24 小时心电图,然后在荧光屏上快速播放并选段记录,可从中发现心电图 ST-T 改变及各种心律失常,出现时间可与病人的活动与症状相对照。

4. 放射性核素检查

(1) ^{201}Tl -心肌显象: ^{201}Tl ($^{201}\text{铊}$)随冠状血流很快被正常心肌所摄取。休息时铊显象所示灌注缺损主要见于心肌梗塞后瘢痕部位。冠状动脉供血不足部位的心肌,则明显的灌注

缺损仅见于运动后缺血区周围心肌的血流增多时。变异型心绞痛发作时心肌急性缺血区常显示特别明显的灌注缺损。

(2)放射性核素心腔造影:静脉内注射焦磷酸亚锡被红细胞吸附后,再注射 ^{99m}Tc (^{99m}Tc 锝),即可使红细胞被标记上放射性核素,即可使心腔内血池显影。可测定左心室射血分数及显示室壁局部运动障碍。

5. 冠状动脉造影:用特制的心导管经股动脉或右肱动脉送到主动脉根部,分别插入左、右冠状动脉口,注入少量造影剂。这种选择性冠状动脉造影可使左、右冠状动脉及其主要分支得到清楚的显影。以左前斜与右前斜两个平面进行电影摄影或快速连续摄片。可发现各支动脉狭窄性病变的部位并估计其程度。常先作左心室造影以分析左室收缩功能。冠状动脉造影的主要指征为:①对内科治疗下心绞痛仍较重者明确动脉病变情况以考虑搭桥手术;②胸痛疑似心绞痛而不能确诊者。

【诊断要点】

1. 男性 40 岁以上,女性 45 岁以上,有高血压、高脂血症、糖尿病等病史。

2. 临床有典型心绞痛发作。

3. 有不典型心绞痛发作,静息或发作时心电图或心电图负荷试验(平板或踏车试验)ST—T 缺血性改变。

具备 2、3 任何一项,参考第 1 项即可诊断。

【临床类型】

根据国际心脏病学会和协会及世界卫生组织的命名和诊断标准,心绞痛可分为劳累性和自发性两类。

一、**劳累性心绞痛**:其特征是由于运动或其他增加心肌需氧量情况所诱发的暂短胸痛发作,休息或舌下含服硝酸甘油

后,疼痛迅速消失。造成心肌氧供求不平衡的原因,主要是冠状动脉狭窄使血流不能按需要相应增加。劳累性心绞痛又可分为三型。

1. 初发型:劳累性心绞痛病程在一个月以内;过去没有或过去有过心绞痛但已数月未发。

2. 稳定型:劳累性心绞痛稳定在一个月以上。

3. 恶化型:指同等程度劳累所诱发的胸痛发作次数、严重程度及持续时间突然加重。

二、自发性心绞痛:其特征是胸痛发作与心肌的需氧量增加无明显关系。与劳累性心绞痛相比,这种疼痛一般持续时间较长,程度较重,且不易为硝酸甘油缓解。无酶学变化。心电图常出现某些暂时性 ST 段压低或 T 波改变。自发性心绞痛可单独发生或与劳累性心绞痛合并存在。其发生机理可能主要是冠状动脉大支的痉挛。

某些自发性心绞痛,在发作时出现暂时性的 ST 段抬高称变异性心绞痛(心梗早期者除外)。其发生机理主要也是冠状动脉大支痉挛所引起。心电图 ST 段抬高反映相应区域的整个心室壁厚度有急性心肌缺血,自发性心绞痛的 ST 段压低可能因为痉挛较轻或侧支循环丰富而心肌缺血只限于心内膜下层。

初发劳累性心绞痛、恶化型心绞痛及自发性心绞痛常统称为“不稳定型心绞痛”。其发生可能与以下因素有关:①冠状动脉容易痉挛,这在变异性心绞痛最为明显;②在精神、神经因素影响下心肌需氧量增加;③冠状动脉病变短期内加重。

国内有根据心绞痛发作的特点、预后及可供选择的治疗方法等,将其分为稳定型心绞痛、不稳定型心绞痛及变异性心绞痛三种类型。稳定型及变异性与上类同,不稳定型又分为进

行性心绞痛、新近的心绞痛、梗塞后心绞痛及中间综合征等。

【病因病机】

冠心病心绞痛的发生多与寒邪内侵，情志失调，饮食失节、劳累等因素有关，特别是年老体虚或中年劳累过度在上述因素影响下，更易发生。其病位在心，涉及肝、脾、肾等脏腑。

一、寒邪内侵：素体心气不足或心阴不振，复因寒邪侵袭，“两虚相得”，寒凝胸中，胸阳失展，心脉痹阻。《素问·调经论》曰：“寒气积于胸中而不泻，不泻则温气去，寒独留则血凝泣，凝则脉不通”。故患者常易于气候突变，特别是遇寒冷，则易卒然发生心痛。

二、饮食失节：恣食膏粱厚味，或饥饱无常，日久损伤脾胃，运化失司，饮食不能生化气血，聚湿生痰，上犯心胸清旷之区，清阳不展，气机不畅，心脉闭阻，遂致心痛。痰浊留恋日久，则可成痰瘀交阻之证，病情缠绵。

三、情志失调：由于忧思恼怒，心肝之气郁滞，血脉运行不畅，而致心痛。《灵枢·口问篇》谓：“忧思则心系急，心系急则气道约，约则不利。”故清·沈金鳌《杂病源流犀烛·心病源流》认为七情除“喜之气能散外，余皆足令心气郁结而为心痛也”。《薛氏医案》也认为肝气通于心气，肝气滞则心气乏。所以，七情太过是引发心痛的常见原因。另外，终日伏案，思虑劳心，气机失畅，可致胸阳不展；或思虑伤脾而致痰浊内生，痹阻胸阳，亦可致心痛。

四、肝肾亏虚：年老体衰、劳倦内伤或心阴心阳不足，久而及肾。肾阴不足，不能鼓舞心阳，心阳不振，血脉失于温运，痹阻不畅，发为心痛；肾阳不足，则水不涵木，又不能济于心，因而心肝火旺，更致阴血耗伤，心脉失于濡养，而致心痛；而心阴不足，心火煽炽下汲肾水，又可进一步耗伤肾阴。同时心肾阳