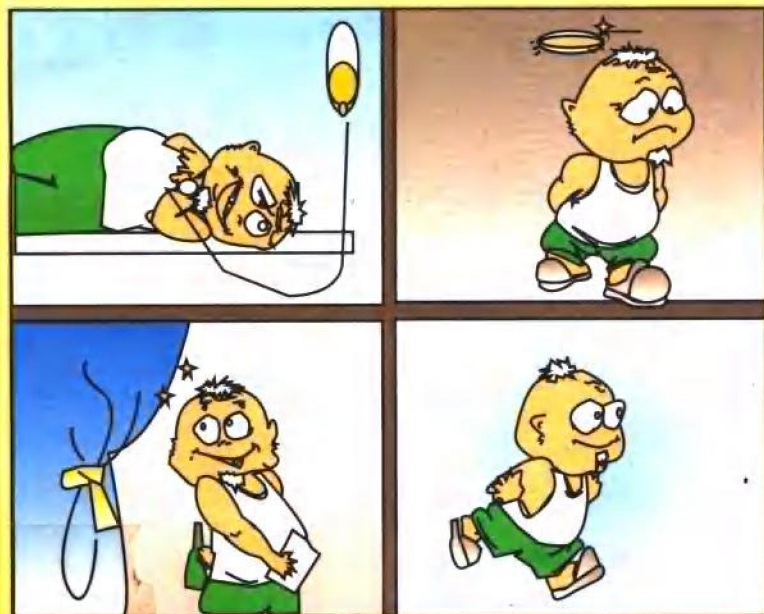


中西医结合治疗 难治心血管病的良方妙法

吴大真 柯新桥 总 编
包高文 孟德玉 郝建新 主 编

修订版



中国医药科技出版社

R540.5
BGW

中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书

中西医结合治疗 难治心血管病的良方妙法

(修订版)

吴大真	柯新桥	总编
包高文	孟德玉	主编

中国医药科技出版社

登记证号:(京)075 号

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合治疗难治心血管病的良方妙法/包高文等主编。—2版。—北京:中国医药科技出版社,1998.2

(中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书/吴大真,柯新桥总编)

ISBN 7-5067-1855-3

I. 中… II. 包… III. 心脏血管疾病:疑难病-中西医结合疗法 IV. R540. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 00653 号

中国医药科技出版社 出版
(北京海淀区文慧园北路甲 22 号)
(邮政编码 100088)

本社激光照排室 排版
北京昌平精工印刷厂 印刷
全国各地新华书店 经销

*

开本 787×1092mm¹/₃₂ 印张 20

字数 441 千字 印数 1—4000

1998 年 4 月第 1 版 1998 年 4 月第 1 次印刷

定价: 31.00 元

内 容 提 要

心血管疾病目前仍是发病率较高、对患者危害较大、临床治疗难度很大的一类疾病。为此，本书作者力图用中西医结合的思路，探讨摸索出一套行之有效的防治方法。全书以临床常见、多发又较难治愈的一类急慢性心血管疾病为探讨对象，参考国内各家文献及期刊报道，并结合自身的临床经验，博采众说为一体，以指导临床诊治为宗旨，突出治疗中的良方妙法及研究中的独创之处。不失为一本中西合璧佳作，可供科研、教学、临床工作者参考。

丛 书 编 辑 委 员 会

总 编 吴大真 柯新桥

副总编 周祯祥 郝建新

聂 广 李 燕

编 委 王国华 包高文

刘风云 刘建国

张天明 徐保国

黄保希 樊 群

黎烈荣

主 编 包高文 孟德玉

郝建新

副主编 陈 杰 杨重均

编 委 田义州 龙邦宏

冯 辉 朱奎华

李红毅 李旭成

吴正荣 肖运勇

张 瑛 周晓宁

徐家礼 饶 芳

饶家珍 董梦久

熊建英 熊家平

潘新有 燕士秀

编 者 的 话

中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书，经编委会及各分册主编的共同努力，将陆续编撰出版发行，以奉献给热心关注、爱护中医、中西医结合事业的朋友们。

可以说，中医和西医是两套几乎完全不同的医学理论体系，它们是在不同的历史条件下产生形成的。因此，其自然观、生命观、疾病观、诊疗观乃至方法论等，均存在着明显的差异。然无数事实充分说明，临床实践中若能互相取长补短，有效地发挥中西医各自的优势，常可显著地提高某些疾病（尤其是一些疑难病例）的临床疗效，充分地显示了走中西医结合之路的广阔前景。鉴于此，我们特组织各地有关专家、教授，集体编撰这套以各科疑难杂病的防治为重点的大型临床参考丛书，其目的旨在反映目前疑难病中医、中西医结合防治的前沿研究状况，促进中医、中西医结合事业的健康发展。

全套丛书，重心内容以“难治病的中西医结合防治”为主，力图反映各科（或各系统）中医、中西医结合的最新研究进展。虽然如此，但其间仍然存在有不成熟的地方。我们怀着真诚的感情，希望广大读者关心她、批评她，使之为中医、中西医结合的发展做出应有的贡献。

中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书编委会

总编 吴大真 柯新桥

再 版 前 言

中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书自 1991 年陆续出版以来，得到了广大读者的厚爱，已多次重印发行。同时，他们也提出了许多宝贵的意见和建议，使得该套丛书能够修订再版。藉此机会，谨向诸位朋友深表谢意。

近年来，各种疑难病的中西医结合研究又有一些可喜的成果，一些疾病的临床诊疗规范也有不少调整。为了及时反映中西医结合治疗疑难病的最新进展，我们再次组织有关专家、教授对全书进行了修订，重点增补 90 年代以来临床报道的治疗疑难病的新经验、新方法，删减部分不太适用或较少应用的内容，突出了本丛书的先进性、科学性和实用性，为广大读者提供一部更加切合临床实际的参考书籍。

本书在修订过程中，尽管我们作了极大的努力，但是由于水平有限，加之时间仓促，难免有不少错谬，祈望广大同道批评指正。

中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书

编辑委员会

1997. 10. 28

编写说明

近几十年来，临床采用中西医结合方法防治疾病的研究已经取得了长足进步，尤其是对心血管系统疾病的防治获得了许多可喜成果。如“地奥心血康”、“救心丹”等一批卓有疗效的中药制剂被广泛地用于临床，受到广大临床医生和患者的欢迎。因此，系统总结这些研究成果，促使中西医结合防治心血管疾病的研究更进一步深入，并为广大临床工作者提供系统的诊治指导，确是一件很有意义的工作。基于此点，我们广泛参阅了大量专业文献及期刊报道，并结合自己的临床体会，集体撰写本书。在编写过程中，作者力求突出以下特点：

一、本书共分十八章，重点收载了心血管系统常见、多发病。其编写原则是：诊断以西医为主，防治以中医为主；略于基础理论，详于防治方法；以治为主，防治结合；力求反映中西医结合防治心血管系统疾病的最新研究进展，突出全书的先进性、实用性和可靠性。

二、此次再版时，我们对原书作了一定的改动，删除了部分无特色的内容，增加了采用中西医结合治疗且疗效较好的病种（如血栓闭塞性脉管炎）。

三、书中每种病均按【病因病理】、【临床表现】、【辅助检查】、【诊断要点】、【防治方法】及【研究进展】等六个方面内容进行编写。其中，以【防治方法】为重点。编写时，力

求全书体例基本统一。但在每一部分内容中可依编写的需要适当调整。总之，要分清层次，突出重点，阐述清楚，使读者查阅方便。

四、在每种病的【研究进展】项中，编者汇集了近年来国内文献期刊报道的研究成果及临床经验，企望反映中西医结合防治心血管系统疾病的前沿状况，为进一步研究提供新思路。

五、本书所收载的中西医结合治疗方法，其疗效一般要比单纯运用中药或西药要高，确有参考价值。由于编写时参考了国内相关文献及期刊报道，故特将主要参考文献随附篇后，以便读者查寻。

由于编写时间仓促，加之我们的水平有限，尽管我们作了很大努力，书中的缺点、错误及疏漏之处在所难免，故祈望广大读者批评指正。

编 者

1997年8月28日

目 录

第一章	充血性心力衰竭·····	1
第二章	心律失常·····	37
	过早搏动·····	37
	房室传导阻滞·····	61
	心房颤动·····	77
	病态窦房结综合征·····	94
第三章	高血压病·····	122
第四章	高血压性心脏病·····	161
第五章	冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	174
	心绞痛·····	174
	心肌梗塞·····	208
第六章	风湿性心瓣膜病·····	244
第七章	慢性肺源性心脏病·····	268
第八章	甲状腺机能亢进性心脏病·····	320
第九章	甲状腺机能减退性心脏病·····	339
第十章	系统性红斑狼疮性心脏病·····	350
第十一章	心肌炎·····	376
	病毒性心肌炎·····	376
	细菌性心肌炎·····	396
第十二章	感染性心内膜炎·····	417
第十三章	心包炎·····	432
	急性心包炎·····	432
	慢性心包炎·····	455

第十四章	心脏神经官能症·····	473
第十五章	高脂血症和高脂蛋白血症·····	485
第十六章	周围血管病·····	509
	多发性大动脉炎·····	509
	结节性多动脉炎·····	524
	雷诺氏病·····	536
	闭塞性动脉硬化·····	561
	血栓闭塞性脉管炎·····	580
第十七章	心血管疾病常用药物试验·····	603
第十八章	心血管疾病常用诊疗技术·····	610

第一章 充血性心力衰竭

充血性心力衰竭是指心脏病发展到一定的严重程度，心肌收缩力减弱，心排血量减少，因而不能满足机体组织细胞代谢的需要，同时静脉回流受阻，静脉系统瘀血，出现一系列的症状和体征。根据心力衰竭的发展过程，可分为急性心力衰竭和慢性心力衰竭。由于慢性心功能不全的代偿和失代偿期大多有各器官阻性充血（或郁血）的表现，因而通常称为充血性心力衰竭（Congestive heart failure），或简称心力衰竭。

根据其临床表现，本病一般归属于中医“心悸”、“怔忡”、“水肿”、“喘症”、“痰饮”等范畴。

【病因病理】

一、西医

1. 病因 慢性心力衰竭常见病因为冠状动脉粥样硬化性心脏病（以下简称冠心病）、高血压性心脏病（以下简称高血压心脏病）、风湿性心脏病（以下简称风心病）、先天性心脏病（以下简称先心病）、心肌病、心肌炎、肾炎等，较少见的为甲状腺功能亢进或低下、贫血、脚气病、动静脉瘘等。左心房衰竭常见于严重的二尖瓣狭窄。右心衰竭多因左侧心衰引起，而单纯右心衰竭多由急性或慢性肺心病所致。充血性心力衰竭常见诱因有感染、过度劳累、情绪激动、血压增高、心

律失常、输液过快或过量、妊娠或分娩、洋地黄过量或不足等。

2. 病理 早期通过各种代偿机制，包括根据 Frank-Starling 定律的内在反射机制，即当心排血量减少导致心室舒张末期容量增加，心脏扩大时，使心肌细胞伸张增加，在适当范围内可使心肌收缩力增加；通过颈动脉窦及主动脉弓压力感受器，反射地兴奋交感-肾上腺素系统的外在后备机制；通过肾素-血管紧张素-醛固酮系统调整血容量；通过心房由于内压的增高被牵张而释放出的心钠素（又称心房肽），对抗血管紧张素Ⅱ的作用，产生利尿和扩张血管作用；以及心肌细胞肥大、心脏扩大等一系列代偿机制，使心排出量尚能满足机体需要称代偿期。后期即使通过充分代偿机制亦不能维持足够的心排血量，不能满足全身组织代谢的需要，心脏不能正常地排出从大静脉回流的血液，静脉系统瘀血，从而产生一系列的症狀和体征。

二、中医

本病病因较为复杂，主要原因是机体“正虚”，即脏腑阴阳气血亏虚和功能失调。抑或有外邪致病的因素，亦多是在正虚的基础上致病。

1. 心阳气虚，阴血不足 禀赋虚弱，病后失调或劳倦过度，导致心气不足，气虚日久，累及心阳；气血运行不畅，心失所养而致心悸气短、形寒肢冷等症；阳损及阴，耗伤心血导致气阴两虚。

2. 脾肾阳虚，水饮凌心 久病失养或年老体虚，或思虑劳倦太甚，房劳过度，导致脾肾阳虚，不能蒸化水液，停聚而为水饮，饮邪上犯，凌心射肺，而致心悸怔忡等症。

3. 外邪入侵，心脉痹阻 风寒湿邪侵袭肌肤关节血脉，痹阻经络，内舍于心，心脉瘀阻而致心悸怔忡、胸闷喘促、肢节疼痛等症。

4. 气虚血瘀，痰湿阻滞 心气亏虚，帅血无力，气滞血瘀，水道不利，痰湿阻滞，痰瘀互结，而致心悸、唇甲紫绀、胁下痞块作痛等症。

5. 痰饮阻肺，气道不利 七情所伤，饮食不节，肝郁气滞，升降失序，脾失健运，聚湿生痰；或心病及肺，肺之治节失常，痰饮阻肺，肺气不降，血随气逆，而致心悸喘憋、不得平卧等症。

6. 阴阳俱衰，阳气虚脱 久病宿疾，正气暗耗，阳损及阴，阴阳俱衰，而致头晕乏力、心悸胸闷、动则喘促、汗出、脉细数无力或结代等症征。若阴不敛阳，阳气虚脱，则见面色青灰、大汗淋漓、四肢厥冷等症。

综上所述，心力衰竭的病机主要是气虚血瘀，阳虚水泛；以心气（阳）不足、脾肾阳虚为本，水湿、痰饮、瘀血为标。

【临床表现】

临床上根据心力衰竭开始发生和充血主要表现的部位，将本病分为左侧心力衰竭、右侧心力衰竭和全心衰竭。心力衰竭开始发生在左侧心脏以肺充血为主的称为左侧心力衰竭；开始发生在右侧心脏并以肝、肾等器官和周围静脉充血为主的，称为右侧心力衰竭；而二者同时存在的称全心衰竭。以左侧心力衰竭开始的情况较为多见，大多经过一定时期发展为肺动脉高压而引起右侧心力衰竭，单独的右侧心力衰竭较少见。

一、左心衰竭

1. 症状 ①呼吸困难：轻者仅在劳动时发生，或表现为阵发性夜间呼吸困难，重者休息时也有呼吸困难，甚至出现端坐呼吸；②咳嗽和咯血；③其他：可有疲乏无力、失眠、心悸，严重脑缺氧时，可出现陈-斯氏呼吸、嗜睡、眩晕、意识丧失、抽搐等。

2. 体征 除原有心脏病体征外，可有心尖搏动向左下移位，心脏浊音界向左下扩大；心动过速（原有病窦或Ⅲ°房室传导阻滞者除外）；可有第四心音或舒张期奔马律，心尖部第一心音减弱，肺动脉瓣区第二音增强，可有逆分裂和心尖部收缩期杂音；两肺或两肺底部可闻及湿啰音，或伴有哮鸣音；可出现交替脉。

二、右心衰竭

1. 症状 主要由慢性持续性体循环瘀血引起各脏器功能改变所致，如右上腹饱胀，沉重感，甚至胀痛；食欲减退，恶心呕吐；尿量减少，夜尿多等。

2. 体征 主要是体循环静脉压增高的结果。除原有心脏病体征外，可有紫绀，颈静脉怒张，肝肿大压痛、肝颈静脉回流征阳性；下肢水肿、体重增加，重者可有胸水、腹水、全身水肿等。心脏体征有心脏浊音界扩大，心前区搏动增强或剑突下见搏动。三尖瓣听诊区可闻及舒张期奔马律及相对性三尖瓣关闭不全所致的收缩期杂音。

【辅助检查】

1. 血液检查 ①电解质或酸碱平衡紊乱，并可出现代谢性酸中毒、低钾、低钠、低镁；②右心衰竭，可出现血胆红

素、谷丙或谷草转氨酶升高；③可有氮质血症。

2. 尿液检查 尿比重增高，有少量蛋白和红细胞、白细胞、管型等。

3. X线检查 左心衰竭见心影增大，肺瘀血征，肺门影增大、叶间裂增粗，出现 Kerley B 线或 A 线；肺门云雾状阴影、蝶状阴影。右心衰竭见右房和右室增大，上腔静脉增宽。

4. 心电图 左心衰竭可呈现左房和/或左室肥大、劳损， V_1 导联 P 波终末电势 ($PtfV_1$) 负值增大 $< -0.02\text{mm} \cdot \text{s}$ 。右心衰竭可呈现右房、室肥大，劳损，电轴右偏。

5. 循环时间 臂舌时间正常值为 8~16 秒，而左心衰竭时可延长至 20~30 秒。臂肺时间正常值为 4~8 秒，而右心衰竭时可延至 8 秒以上。

6. 血液动力学检查 ①肺毛细血管楔嵌压正常值为 0.8~1.6kPa (6~12mmHg)，超过 2.4kPa (18mmHg) 表示已有心衰，2.8~3.33kPa (21~25mmHg) 示轻、中度肺充血，3.47~4.0kPa (26~30mmHg) 示中度至重度肺充血，4.0kPa (30mmHg) 以上发生肺水肿；②心脏指数可反映左心排血功能，正常值为 $3.0 \sim 3.5\text{L}/(\text{min} \cdot \text{m}^2)$ ，左心衰竭时降低，如 $< 2.2\text{L}/(\text{min} \cdot \text{m}^2)$ ，可出现低血压及组织灌注不足表现；③中心静脉压正常值为 0.588~0.98kPa (60~100mmH₂O)，右心衰竭时中心静脉压增高。

7. 静脉压测定 右心衰竭时静脉压升高，常 $> 14\text{cmH}_2\text{O}$ 。

8. 心功能测定 左室射血时间 (LVET) 正常值为 310 ± 20 毫秒，心功能减退则 < 280 毫秒；射血前期 (PET) 正常值为 80 ± 10 毫秒，心功能减退时 > 100 毫秒；PEP/LVET 正常值为 < 0.35 ，心功能减退时 > 0.40 。