

心血管病

名医选方用药

主编◎张增堂 张立君

名
医
选
方
用
药
丛
书

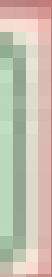
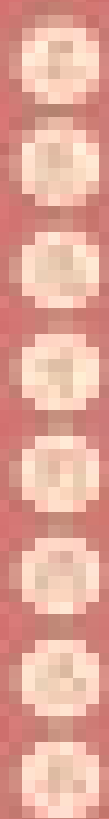


人民军医出版社

心經

中國醫藥出版社

（北京）



心血管病

名 医

选方用药

主 编 副主编 编者

张增堂 张立君
刘璐 谢纯

(以姓氏笔画为序)

马文盛	牛甲民	刘昌河	刘金星
李勇	宋春燕	张永慧	张同文
张启发	张其顺	范晓胜	岳桂华
胡永学	黄成志		

胡永学
黄成志

张启发
张其顺

李 勇 宋春燕

马文盛 牛甲民

刘昌河

刘金星

范晓胜

岳桂华

张永慧

张同文

刘金星

△△△△△

 Φ 

1. 喜

10

 Φ

—

人民軍醫出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

图书在版编目 (CIP) 数据

心血管病名医选方用药 / 张增堂, 张立君主编. —北京: 人民军医出版社,
2009.9

ISBN 978-7-5091-2938-8

I. 心… II. ①张…②张… III. 心脏血管疾病—中西医结合—诊疗 IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 152592 号

策划编辑: 王显刚 文字编辑: 谭 双 责任审读: 刘 平

出 版 人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300-8707

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 三河市祥达印装厂 装订: 京兰装订有限公司

开本: 710mm×1010mm 1/16

印张: 18.5 字数: 331 千字

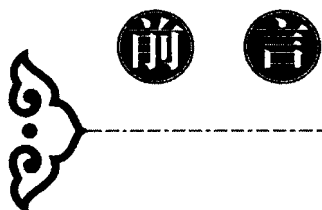
版、印次: 2009 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~4000

定价: 39.80 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换



近年来，随着我国经济水平的飞速发展，人们的饮食结构、生活方式发生了很大变化，特别是生活节奏加快、工作压力增大以及体育锻炼的缺乏，使心血管疾病的发病率迅猛增加，成为威胁人类生命，特别是威胁中老年人健康的重要疾病。

中国中医科学院中医内科学术带头人史大卓教授指出，中西医结合治疗心血管病，发挥西医针对机体病理生理改变用药和中医整体辨证施治的两个优势，其疗效受到心血管病防治领域的普遍重视。如冠心病心肌梗死、心力衰竭、休克等心血管系统难治病、危重病，中西医结合治疗的病死率、并发症发生率较单纯西医治疗皆有一定程度的降低，临床疗效得到明显提高。人体是一个有机的整体，其病理生理变化受着心理、环境、社会等因素的制约和影响，局部的病理改变多是整个机体病理生理变化的结果。如冠心病，冠状动脉粥样硬化虽病在心脏，而病变的形成却是机体脂质代谢异常、血液流变因素、精神因素、环境因素相互作用的结果。因此临床治疗不仅要扩血管、调血脂、抑制斑块形成，还要调整整个机体的代谢功能。而中西医结合治疗方法则是目前这种局部、整体结合的最佳体现。

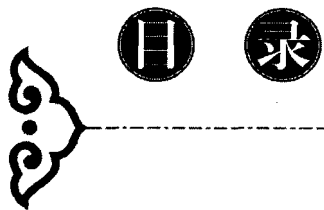
本书本着中西医结合、优势互补的原则，西医部分根据最新诊疗指南、循证医学证据，介绍了冠心病、心力衰竭、心律失常、原发性高血压、高脂血症、病

毒性心肌炎的西医诊断、优选用药。中医部分重点介绍了上述疾病的中医辨证论治、名医诊治经验、名医效验方、中药优选经验、常用中成药、经典医案。名医诊治经验有助于读者了解名老中医诊治上述疾病的临证思维，可触类旁通，有所启迪。名医效验方搜集了名老中医治疗上述疾病的效方验方，乃名医毕生经验积累，疗效可靠，对于同类病证可辨证使用。中药优选经验介绍了上述疾病的特色用药经验，并结合现代药理研究，从辨病与辨证相结合的角度归纳了常用中药。名医医案通过剖析名医经典医案，条分缕析诊治思路，使读者体会名医理法方药经验。

特别需要提出的是，中医的精髓是辨证论治，对于上述名老中医的方药应用经验，读者当在辨证论治原则的指导下，有是证用是方，有是证用是药，借鉴名医处方用药思路，触类旁通，举一反三，而不可盲目照搬照用，以免贻误患者。有些名老中医经验有超大剂量使用中药的现象，有些甚至超出药典规定剂量几十倍之多，这些经验乃是该老中医几十年的使用心得，该老中医对其适应证、有效剂量、中毒剂量及药后反应等有着成熟的经验，而且更可能有因地、因时、因人而异的因素，非有真知灼见者不能臻此，所以请读者勿盲目模仿，无实际经验者宜慎用。对此经验，应师其法而不用其量，用量多少应视病证具体而定，不能丢掉中医辨证论治的精髓，切勿偏执某人之经验而死守其用量也。尤其是患者或家属对于本书介绍的名老中医效验方更要在有经验的专业医师指导下使用，绝对禁止自行盲目抄用。

编 者

2009年3月



第1章 冠心病	1
第一节 稳定型心绞痛	1
一、诊断	1
(一) 症状体征	2
(二) 诊断标准	3
(三) 分级	3
(四) 鉴别诊断	3
二、选方用药	4
(一) 药物治疗	4
(二) 非药物治疗	9
(三) 危险因素的处理	10
第二节 不稳定型心绞痛	11
一、诊断	11
(一) 症状	11
(二) 体征	11
(三) 分型	12
(四) 危险评估	12
(五) 诊断	12
(六) 鉴别诊断	13



二、选方用药	13
(一) 常规治疗及治疗原则	13
(二) 药物治疗处方	13
第三节 急性心肌梗死	15
一、诊断	16
(一) 先兆	16
(二) 症状	16
(三) 体征	17
(四) 心肌梗死的分类	17
(五) 诊断	17
(六) 鉴别诊断	19
二、选方用药	20
(一) 院前急救	20
(二) 常规医嘱	20
(三) 药物治疗处方	21
第四节 中医选方用药	29
一、中医诊断	29
二、中医选方用药	29
(一) 辨证论治	29
(二) 名医诊治经验	33
(三) 名医效验方	51
(四) 中药优选经验	65
(五) 常用中成药	69
(六) 经典医案	74
第2章 慢性心力衰竭	82
第一节 诊断	82
一、西医诊断	82
二、中医诊断	84
第二节 选方用药	84



一、西医选方用药	84
二、中医选方用药	90
(一) 辨证论治	90
(二) 名医诊治经验	91
(三) 名医效验方	113
(四) 中药优选经验	122
(五) 常用中成药	127
(六) 经典医案	127
第3章 心律失常	133
第一节 窦性心动过速	133
一、诊断	133
二、选方用药	133
第二节 窦性心动过缓	134
一、诊断	134
二、选方用药	134
第三节 病态窦房结综合征	134
一、诊断	135
二、选方用药	135
第四节 房性期前收缩	136
一、诊断	136
二、选方用药	136
第五节 房颤	136
一、诊断	137
二、选方用药	137
第六节 阵发性室上性心动过速	141
一、诊断	141
二、选方用药	141
第七节 室性期前收缩	142
一、诊断	142





二、选方用药	143
第八节 房室传导阻滞	145
一、诊断	145
二、选方用药	146
第九节 室内传导阻滞	147
一、诊断	147
二、选方用药	147
第十节 预激综合征	148
一、诊断	148
二、选方用药	148
第十一节 中医选方用药	149
一、中医诊断	149
二、中医选方用药	149
(一) 辨证论治	149
(二) 名医诊治经验	152
(三) 名医效验方	171
(四) 中药优选经验	178
(五) 常用中成药	186
(六) 经典医案	187
第4章 原发性高血压	200
第一节 诊断	200
一、西医诊断	200
(一) 原发性高血压分类	200
(二) 影响原发性高血压预后的因素	201
(三) 预后危险分层	201
二、中医诊断	201
第二节 选方用药	202
一、西医选方用药	202
(一) 治疗的目标和策略	202





(二) 用药处方	202
二、中医选方用药	209
(一) 辨证论治	209
(二) 名医诊治经验	210
(三) 名医效验方	222
(四) 中药优选经验	227
(五) 常用中成药	230
(六) 经典医案	231
第5章 高脂血症	238
第一节 诊断	238
一、西医诊断	238
二、中医诊断	240
第二节 选方用药	240
一、西医选方用药	240
(一) 治疗的目标和策略	240
(二) 用药处方	242
二、中医选方用药	244
(一) 辨证论治	244
(二) 名医诊治经验	246
(三) 名医效验方	251
(四) 中药优选经验	255
(五) 常用中成药	257
(六) 经典医案	258
第6章 病毒性心肌炎	261
第一节 诊断	261
一、西医诊断	261
二、中医诊断	262





第二节 选方用药	262
一、西医选方用药	262
二、中医选方用药	264
(一) 辨证论治	264
(二) 名医诊治经验	265
(三) 名医效验方	276
(四) 中药优选经验	280
(五) 常用中成药	281
(六) 经典医案	282



冠心病

冠状动脉粥样硬化性心脏病（CHD）是指冠状动脉粥样硬化引起管腔狭窄，导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏疾病，是临床最常见的一种心脏疾病。它和冠状动脉功能性改变（痉挛）一起，统称为冠状动脉性心脏病（CAD），简称冠心病，亦称缺血性心脏病。既往冠心病仅指冠状动脉粥样硬化引起的心脏病，现在明确地提出冠状动脉功能性改变引起的心肌损害也称为冠心病。

按照 WHO 的分类，冠心病的临床类型大致可分为 5 型：①无症状性心肌缺血型；②心绞痛型；③心肌梗死型；④缺血性心肌病型（心力衰竭、心律失常型）；⑤原发性心脏停搏（猝死）型。其中以心绞痛、心肌梗死最为常见。其他 3 种类型可以独立存在，但大多数是和心绞痛或心肌梗死同时存在。

近年来临床医学家趋于将本病分为急性冠脉综合征（ACS）和慢性冠状动脉性心脏病（CAD，或称慢性缺血综合征，CIS）两大类。前者包括不稳定型心绞痛（UA）、非 ST 段抬高性心肌梗死（NSTEMI）和 ST 段抬高性心肌梗死（STEMI），也有将冠心病猝死包括在内；后者包括稳定型心绞痛、冠脉正常的心绞痛（如 X 综合征）、无症状性心肌缺血和缺血性心力衰竭（缺血性心肌病）。本章将重点讨论“心绞痛”和“心肌梗死”。

第一节 稳定型心绞痛

一、诊断

中华医学会心血管病学分会和中华心血管病杂志编辑委员会于 2007 年在收集循证医学证据基础上，参考国外广泛采用的指南，如 2002 年美国心脏病学院（ACC）/美国心脏协会（AHA）修订的指南、2004 年美国内科医师学院（ACP）



指南和 2006 年欧洲心脏病学会 (ESC) 指南, 结合我国实际情况制订了慢性稳定型心绞痛诊疗指南。现参照本指南简述于下。

附: 本指南对适应证的建议, 以国际通用的方式表达如下。

I 类: 已证实和 (或) 一致公认某诊疗措施有益、有用和有效。

II 类: 某诊疗措施的有用性和有效性的证据尚有矛盾或存在不同观点。

II a 类: 有关证据和 (或) 观点倾向于有用和有效。

II b 类: 有关证据和 (或) 观点尚不能充分说明有用和有效。

III 类: 已证实和 (或) 一致公认某诊疗措施无用和无效并在有些病例可能有害, 不推荐应用。

对证据来源的水平表达如下。

证据水平 A: 资料来源于多项随机临床试验或汇总分析。

证据水平 B: 资料来源于单项随机临床试验或多项非随机试验。

证据水平 C: 专家共识和 (或) 小型试验结果。

(一) 症状体征

1. 典型症状

(1) 性质: 胸痛常为压迫、发闷或紧缩感, 也可有烧灼感, 但不尖锐, 不像针刺或刀扎样痛, 并且心绞痛不会因体位或呼吸变化而改变。有时可伴出汗及濒死的恐惧感觉。

(2) 部位及放射: 心绞痛的部位通常位于胸骨后, 范围一般为手掌大小, 可放射到左肩、左臂内侧达无名指和小指, 但是放射到颈、颌、上腹或手臂者并非少见。下颌以上、上腹部以下或仅局限于左侧胸壁很小区域的疼痛, 或胸痛呈点状、线状分布或胸痛位置多变不支持心绞痛。

(3) 持续时间: 典型的心绞痛发作常呈由轻到重的趋势, 达高峰后持续一段时间, 一般全过程 3~5min, 重者即达 10~15min, 超过 30min 者甚少见。可以数天或数星期发作 1 次, 也可以一日内多次发作。断断续续的胸痛、转瞬即逝的不适感或持续数小时的钝痛都不像心绞痛。

(4) 诱因: 一般由于劳力或情绪激动而加重, 而休息后缓解。凌晨、寒冷、饱餐也可诱发心绞痛。

(5) 缓解方法: 在体力活动时发生的心绞痛, 如停止原来的活动, 原位站立数分钟即可缓解。心绞痛发作时, 患者喜欢取立位或坐位, 而不喜欢卧位。舌下含服硝酸甘油后, 通常在 30s~5min 缓解。

2. 不典型症状 不典型者如颈部疼痛, 咽喉疼痛, 牙床疼痛, 面部疼痛, 上肢疼痛, 上腹部疼痛伴有恶心、呕吐, 大汗, 剧烈头痛等。还有些患者根本不出



现疼痛，而是发生呼吸困难，心律失常，甚或昏迷。所以当这些典型和非典型症状出现在中老年人，特别是本身已有高血压、血脂高、血糖偏高、吸烟习惯者，或有脑卒中和心肌梗死的家族史背景，应排除心绞痛。

3. 体征 心绞痛平时一般没有特异性物理体征，但是可能有基础性疾病的特征，如主动脉狭窄。心绞痛发作时常见心率增快、血压升高、表情焦虑、皮肤冷或出汗，有时出现第四或第三心音奔马律、暂时性心尖区收缩期杂音。

（二）诊断标准

据典型的发作特点和体征，含用硝酸甘油后缓解，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，一般即可建立诊断。发作不典型的患者符合下列条件之一者亦可作出诊断：①发作时或发作后不久心电图显示缺血性 ST-T 改变者；②发作时舌下含服硝酸甘油后 3~5min 即完全缓解者；③运动负荷试验诱发典型心绞痛或心电图呈现缺血性 ST-T 改变者；④胸前区疼痛发作伴有房性或室性奔马律，发作缓解后则消失者；⑤对发作不典型，心电图无缺血性改变的患者可进行颈动脉按压试验，按压颈动脉窦能使之缓解者为心绞痛的强有力证据。年龄太大、有明显颈动脉病变以及有脑血管疾病者不宜做此试验。诊断仍有困难者可考虑行放射性核素检查或选择性冠状动脉造影。

（三）分级

稳定型心绞痛的分级可选用加拿大心血管学会（CCS）的分级方法。

I 级：一般日常活动不引起心绞痛，用力、快速而长时间的体力活动可引起发作。此级患者的冠状动脉血流储备相对较好，常表现为诱发发病的运动量相对固定的典型稳定型心绞痛。

II 级：日常体力活动稍受限，尤以饱餐、受凉及情绪激动时明显。此级患者若生活节奏掌握较好，可将心绞痛控制在可预示的范围。

III 级：日常体力活动明显受限，在一般条件下平地步行 500m 或上一层楼即可引起心绞痛发作。此级患者的心绞痛阈值波动较大，有时心绞痛可发生在平时可耐受的体力活动水平以下，但休息时无心绞痛发作。经充分的临床治疗，病情可保持相对稳定。

IV 级：轻微活动可引起心绞痛，甚至休息时亦有发作。此类患者的冠状动脉血流储备已降得很低，心绞痛阈值波动范围很小，病情极不稳定，随时有发生心肌梗死的可能。

（四）鉴别诊断

许多疾病可以出现胸痛，必须与冠心病心绞痛区别。



1. 非心脏性疾病

(1) 消化系统。①食管疾病：反流性食管炎，常有胃灼热感，与体位改变和进食有关，饱餐后、平卧位易发生，可进行相关检查，如食管 pH 测定等。食管裂孔疝症状类似反流性食管炎。②食管动力性疾病：包括食管痉挛、食管下段括约肌压力增加或其他动力性疾病，可伴吞咽障碍，常发生在进餐时或进餐后。③胆道疾病：包括胆石症、胆囊炎、胆管炎引起的疼痛常在右上腹部，但也可在上腹部、胸部，可伴消化道症状，腹部 B 超等检查有助于诊断。④溃疡病、胰腺病：有相应消化系统症状。

(2) 胸壁疾病。肋膜炎、肋软骨炎、纤维织炎、肋骨骨折、胸锁骨关节炎等，局部常有肿胀和压痛。带状疱疹，颈胸肌神经根病变，如颈、胸椎病等，与颈、脊椎动作有关。

(3) 肺部疾病。肺栓塞、肺动脉高压，伴气短、头晕、右心负荷增加，可做相应检查。肺部其他疾病：肺炎、气胸、胸膜炎、睡眠呼吸暂停综合征等。

(4) 精神性疾病。过度换气、焦虑症、抑郁症等。

(5) 其他。心肌需氧量增加，如高温、甲状腺功能亢进症、拟交感毒性药物可卡因的应用、原发性高血压、重度贫血 ($Hb < 70g/L$)，低氧血症等。

2. 非冠心病的心脏性疾病 可以诱发胸痛的有心包炎、严重未控制的原发性高血压、主动脉瓣狭窄、肥厚型心肌病、扩张型心肌病、快速型室性或室上性心律失常、主动脉夹层等，均有相应的临床表现及体征。

3. 冠状动脉造影无明显病变的胸痛 须考虑冠状动脉痉挛、心脏 X 综合征或非心源性胸痛。

二、选方用药

(一) 药物治疗

慢性稳定型心绞痛药物治疗的主要目的是：预防心肌梗死和猝死，改善生存；减轻症状和缺血发作，改善生活质量。在选择治疗药物时，应首先考虑预防心肌梗死和死亡。此外，应积极处理危险因素。

1. 改善预后的药物

(1) 阿司匹林：通过抑制环氧化酶和血栓烷 (TXA_2) 的合成达到抗血小板聚集的作用，所有患者只要没有用药禁忌证都应该服用。随机对照研究证实了慢性稳定型心绞痛患者服用阿司匹林可降低心肌梗死、脑卒中或心血管性死亡的风险。阿司匹林的最佳剂量范围为 75~150mg/d。其主要不良反应为胃肠道出血或对阿





司匹林过敏。不能耐受阿司匹林的患者，可改用氯吡格雷作为替代治疗。

2. 氯吡格雷 通过选择性的不可逆的抑制血小板腺苷二磷酸（ADP）受体而阻断ADP依赖激活的GPII_b/III_a复合物，有效地减少ADP介导的血小板激活和聚集。主要用于支架置入以后及有阿司匹林禁忌证的患者。该药起效快，顿服300mg后2h即能达到有效血药浓度。常用维持剂量为75mg/d，1次口服。

3. β -受体阻滞药 心肌梗死后患者长期接受 β -受体阻滞药二级预防治疗，可降低相对病死率24%。具有内在拟交感活性的 β -受体阻滞药心脏保护作用较差。推荐使用无内在拟交感活性的 β -受体阻滞药。 β -受体阻滞药的使用剂量应个体化，从较小剂量开始，逐级增加剂量，以能缓解症状，心率不低于50/min为宜。常用 β -受体阻滞药剂量见表1-1。

表 1-1 常用 β -受体阻滞药

药品名称	常用剂量（mg）	服药方法	选 择 性
普奈洛尔	10~20	2/d 或 3/d 口服	非选择性
美托洛尔	25~100	2/d 口服	β 1 选择性
美托洛尔缓释片	50~200	1/d 口服	β 1 选择性
阿替洛尔	25~50	2/d 口服	β 1 选择性
比索洛尔	5~10	1/d 口服	β 1 选择性
阿罗洛尔	5~10	2/d 口服	α 、 β 选择性

4. 调脂治疗 他汀类药物能有效降低总胆固醇（TC）和低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C），并因此降低心血管事件。他汀类药物治疗还有延缓斑块进展，使斑块稳定和抗炎等有益作用。冠心病患者 LDL-C 的目标值应 $<2.60\text{mmol/L}$ （100mg/dl），对于极高危患者（确诊冠心病合并糖尿病或急性冠状动脉综合征），治疗目标为 $\text{LDL-C}<2.07\text{mmol/L}$ （80mg/dl）也是合理的。选择这一治疗目标还可扩展到基线 $\text{LDL-C}<2.60\text{mmol/L}$ （100mg/dl）的极高危患者。

在应用他汀类药物时，应严密监测转氨酶及肌酸激酶等生化指标，及时发现药物可能引起的肝脏损害和肌病。采用强化降脂治疗时，更应注意监测药物的安全性。临床常用的他汀类药物剂量参见表1-2。

5. 血管紧张素转换酶抑制药（ACEI） 在稳定型心绞痛患者中，合并糖尿病、心力衰竭或左心室收缩功能不全的高危患者应该使用ACEI。所有冠心病患者均能从ACEI治疗中获益，但低危患者获益可能较小。临床常用的ACEI剂量见表1-3。

