

· 中西医诊疗套餐系列 ·

总主编 何清湖

心血管科 中西医诊疗套餐

XINXUEGUANKE ZHONG-XIYI ZHENLIAO TAOCAN

主 编 陈新宇



“病证结合”

中西医结合特色诊断与治疗



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

中西医诊疗套餐系列

总主编 何清湖

心血管科中西医诊疗套餐

XINXUEGUANKE ZHONG-XIYI ZHENLIAO TAO CAN

主 审 黄惠勇

主 编 陈新宇

副主编 谢海波 戴飞跃 蔡虎志 刘越美

编 者 (以姓氏笔画为序)

卢 青	史 微	刘 尚	刘越美
闫 红	苏 俊	杨 勇	余 洪
张 帆	张 琰	陈青扬	陈新宇
唐燕萍	谢海波	蔡虎志	戴飞跃

统 筹 徐鲜鲜



人民军 出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

心血管科中西医诊疗套餐/陈新宇主编. —北京:人民军医出版社, 2013.9

(中西医诊疗套餐系列)

ISBN 978-7-5091-6649-9

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 192694 号

策划编辑:黄建松 文字编辑:曹 李 焦 然 袁朝阳 责任审读:吴铁双

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—8057

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:三河市潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:9.125 字数:225 千字

版、印次:2013 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—3000

定价:35.00 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

《中西医诊疗套餐系列》编审委员会

(以姓氏笔画为序)

总主编 何清湖

主 审 (以姓氏笔画为序)

李文歌	李凌江	杨期东	汪受传	林培政
胡随瑜	高洁生	唐由之	黄惠勇	谭新华
潘敏求	禩国维			

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 方	王云启	王贤文	王孟清	王莘智
韦兆辉	仇湘中	田道法	朱 伟	刘 鑫
刘鸿宾	刘越美	刘朝圣	刘慧萍	江志超
江劲波	祁 林	李 点	李小鹏	李天禹
李勇华	李振光	李慧芳	杨 晶	杨维华
杨静宜	吴权龙	旷惠桃	何泽云	辛卫平
张 迅	张 健	张志芳	张宏耕	张信成
陈新宇	范伏元	罗银河	金朝晖	周 亮
周 慎	周德生	孟 琼	赵国荣	赵瑞成
胡 华	贺菊乔	席建元	黄立中	黄建松
彭清华	董晓斐	蒋 屏	蒋文明	蒋益兰
蒋盛昶	喻 斌	曾志成	游柏稳	谢 静
谢明峰	谢海波	雷 磊	解发良	蔡虎志
谭涵宇	熊 焰	颜 旭	戴飞跃	

内 容 提 要

本书从临床诊疗实用需求出发,简要概述了心血管科相关疾病的发病机制、主要临床表现和中医学认识,系统阐述了心血管科相关疾病的西医诊断要点、治疗原则和治疗方案,中医病因病机、辨证论治、中成药处方,以及中西医结合诊疗思路和处方,重点突出了西医、中医、中西医结合的诊断要点、治疗的一般原则和用药的基本规律,并推荐 1~3 种治疗方案以供选择。全书内容科学,文字简练,重点突出,具有很强的实用性和便捷的操作性,所选择的中、西医药物以国家基本药物用药为主,适合广大中、低年资临床医师,尤其是基层临床医师阅读使用。

前 言

中医有其特色,西医有其优势,“求同存异,优势互补”已成为当今医学发展的一大特征。不管是西医结合中医,还是中医结合西医,也无论结合多少,怎样结合,都属于中西医结合。这种自觉或不自觉的中西医结合诊疗思维模式的产生,可以说完全是为了临床的需要,也取得了许多创新性的成就。例如,发现青蒿素及其衍生物治疗疟疾、靛玉红治疗慢性粒细胞白血病、三氧化二砷治疗急性早幼粒细胞白血病、活血化瘀系列方药用于预防冠心病介入治疗后再狭窄等,成就举世瞩目。然而,若要从学术高度概括中西医结合在临床中的优势,最具代表性的应属“病证结合”的中西医结合诊断与治疗模式。

“病证结合”的中西医结合诊断特色,即将西医辨病诊断与中医辨证诊断相结合、临床诊断与实验室和特殊检查(如影像学)诊断相结合、宏观辨证与微观辨证相结合,实现了临床医师对疾病和患者机体状态的综合诊断,使之成为临床各科的中西医结合规范,不仅促进了中医辨证客观化、标准化、规范化和现代化发展,而且丰富和发展了临床诊断学。“病证结合”的中西医结合治疗特色,即通过辨病论治与辨证论治相结合、疾病的分期分型辨证论治与微观辨证论治相结合,以及同病异证而异治、异病同证而同治、围手术期中西医结合治疗、急腹症中西医结合治疗、“菌毒共治”防治多器官功能衰竭等多种“病证结合”治疗模式,进一步丰富和发展了临床治疗学,明显提高了临床疗效。

本套丛书参照医院临床专科设置分册,每一分册以病类为章,以中西医结合诊疗为优势的病种分节,内容主要分为概述、西医、中医、中西医结合、注意事项五个部分。概述部分重点描述了疾病的基本概念,涉及发病机制、主要临床表现和中医学认识;西医部分分为诊断要点、治疗原则和治疗方案三个层次,重点介绍了诊断所必需的病史、症状、体征及实验室检查,简要介绍了治疗的一般原则和用药的基本规律,重点推荐了1~3种治疗方案以供选择;中医部分分病因病机、辨证论治、中成药处方三个层次,重点从中医角度介绍疾病的病因病机、辨证论治的具体方药、中成药的具体应用;中西医结合部分分中西医结合思路和处方两个层次,为本丛书的精华所在,首先介绍了中医、西医各自的诊疗优势与缺点,然后从具体方案入手,介绍了中西医结合诊疗方案组成的具体思路、具体内容和适用范围。该丛书无论是中医、西医,还是中西医结合,其诊断要点突出、治疗方案具体,具有很强的实用性和便捷的操作性,故冠以“套餐”之名。

本丛书的编撰,是我们近年来对临床各科中西医结合诊疗思路与方法的一次系统总结、归纳。但是,由于中西医结合尚有许多争议和探讨之处,加之本丛书涉及面广、编撰时间仓促及我们学术水平有限,书中如有不当甚至谬误之处,恳请各位同行与读者批评、指正,以便再版时使其日臻完善。

湖南中医药大学 何清湖

(何清湖:湖南中医药大学副校长,教授、博士生导师)

目 录

第 1 章 心功能不全	(1)
一、急性心功能不全	(1)
二、慢性心功能不全	(10)
第 2 章 心律失常	(32)
第一节 快速性心律失常	(32)
一、阵发性室上性心动过速	(32)
二、窦性心动过速	(36)
三、非阵发性房室交界区性心动过速	(38)
四、房性期前收缩	(39)
五、房性心动过速	(41)
六、心房扑动	(44)
七、心房颤动	(47)
八、预激综合征	(53)
九、室性期前收缩	(56)
十、室性心动过速	(60)
十一、快速性心律失常中医诊治	(67)
十二、快速性心律失常中西医结合治疗	(72)
十三、注意事项	(74)
第二节 缓慢性心律失常	(75)
一、窦性心动过缓	(75)
二、窦房传导阻滞	(77)
三、窦性停搏	(77)
四、房室传导阻滞	(79)

五、病态窦房结综合征	(84)
六、缓慢性心律失常中医诊治	(87)
七、缓慢性心律失常中西医结合治疗	(91)
八、注意事项	(91)
第3章 心搏骤停与心脏性猝死	(93)
第4章 风湿性心脏病	(108)
一、二尖瓣狭窄	(108)
二、二尖瓣关闭不全	(119)
三、主动脉瓣狭窄	(122)
四、主动脉瓣关闭不全	(125)
第5章 原发性高血压	(129)
第6章 冠心病	(141)
一、稳定型心绞痛	(141)
二、不稳定型心绞痛	(148)
三、心肌梗死	(156)
四、缺血性心肌病	(174)
第7章 感染性心内膜炎	(184)
一、自体瓣膜心内膜炎	(184)
二、人工瓣膜心内膜炎	(193)
三、静脉药瘾者心内膜炎	(196)
四、感染性心内膜炎中医诊治	(197)
五、感染性心内膜炎中西医结合治疗	(201)
六、注意事项	(201)
第8章 心包疾病	(204)
一、急性心包炎	(204)
二、缩窄性心包炎	(213)
第9章 病毒性心肌炎	(221)
第10章 心肌病	(230)
一、扩张型心肌病	(230)

二、肥厚型心肌病	(246)
第 11 章 心脏神经官能症	(253)
第 12 章 主动脉和周围血管疾病	(261)
一、主动脉夹层	(261)
二、雷诺综合征	(270)

第 1 章 心功能不全

心功能不全(cardiac insufficiency)是指在有适量静脉血回流的情况下,由于心脏收缩和(或)舒张功能障碍,心排血量不足以满足机体代谢的需要,出现以水、钠潴留和周围组织血液灌注不足为特征的临床综合征。基本的临床表现是体循环、肺循环淤血和心排血量减少,以及由此引起的交感神经兴奋现象。传统概念认为心功能不全患者均有器官淤血的症状,因而又称为充血性心力衰竭(congestive heart failure)。据心功能不全发生的缓急,分为急性心功能不全和慢性心功能不全。

中医内科无心功能不全之病名,因临床以心悸、喘促不能卧、尿少水肿、肝积及唇甲发绀为主症,故归属“心悸”“喘证”“水肿”之范畴。

一、急性心功能不全

急性心功能不全(acute heart failure, AHF)是指由于急性心脏病变引起心排血量显著、急骤降低导致的组织器官灌注不足和急性淤血综合征。以急性左侧心力衰竭较常见,主要表现为急性肺水肿,重者伴心源性休克。急性右侧心力衰竭较少见,可发生于急性右心室心肌梗死和大面积肺栓塞等。

(一)西医

【诊断要点】

1. 病史 大多数患者有各种心脏病的病史,存在引起急性心力衰竭的各种病因。老年人的主要病因为冠心病、高血压和老年

性退行性心瓣膜病,而年轻人多由风湿性心瓣膜病、扩张型心肌病、急性重症心肌炎等所致。

2. 症状 突发严重呼吸困难,呼吸频率常 30~40 次/min,强迫坐位、面色灰白、发绀、大汗、烦躁,同时频繁咳嗽,咳粉红色泡沫状痰。极重者可因脑缺氧而致神志模糊。急性肺水肿早期可因交感神经激活,血压一过性升高;病情如不缓解,血管反应减弱,血压下降。急性肺水肿如不能及时纠正,严重者血压可持续下降直至出现心源性休克。

3. 体征 听诊时两肺满布湿性啰音和哮鸣音,心尖部第一心音减弱,频率快,同时有舒张早期第三心音而构成奔马律,肺动脉瓣第二心音亢进。

4. 检查

(1)心电图检查:急性心力衰竭时心电图常有改变。心电图检查可显示心脏节律,有助于了解心力衰竭的病因和心脏的负荷状态。对急性冠脉综合征患者,心电图检查尤为重要。心电图可提示心室心房的负荷、心包炎、心肌炎,以及心脏的基础状态如左、右心室肥大或扩张型心肌病。

(2)影像检查:所有急性心力衰竭患者应尽早进行 X 线胸片和其他影像检查以了解胸部和心脏的基础状况(心脏大小和形状)和肺充血的情况。这些检查既可用于明确诊断,也可用于观察治疗的反应和效果。X 线胸片可鉴别左心衰竭与肺部的炎症或感染性疾病。胸部 CT 扫描可明确肺部病变和诊断较大范围的肺栓塞。在怀疑主动脉夹层时,应行 CT 扫描、经食管心脏超声和 MRI 检查。

(3)实验室检查:急性心力衰竭时应进行一些实验室检查。动脉血气分析可以评估氧合情况(氧分压 PaO_2)、通气情况(二氧化碳分压 PaCO_2)、酸碱平衡(pH)和碱缺失,所有严重急性左心衰竭患者应进行此项检查。脉搏血氧测定及潮气末 CO_2 测定等无创性检测方法可以替代动脉血气分析,但不适于低心排血量及

血管收缩性休克状态。静脉血氧饱和度(如颈静脉内)的测定对于评价全身的氧供需平衡很有价值。

进一步确诊主要依据 B 型脑钠肽(BNP)和 N 末端 BNP 原(NT-proBNP)测定的水平。此种方法的采用是一个大趋势,也是心力衰竭诊断上的新进展。目前采用 100pg/ml 作为 BNP 的分割点,300pg/ml 作为 NT-proBNP 的分割点。作为一种生物学标志物,其对心力衰竭诊断和鉴别诊断、危险分层和预后评估的意义已经得到许多临床研究的证实。最近的一些研究着重评估其对心力衰竭治疗策略调整上的价值。就目前的证据而言,因急性气急而疑为心力衰竭入院,BNP/NT-proBNP 水平显著增高的患者,不仅阴性排除率极高,且阳性的诊断率也很高。如果心力衰竭的诊断已经明确,升高的血浆 BNP 和 NT-proBNP 可以预测预后。BNP 的具体作用尚未完全阐明。

(4)超声心动图:心脏超声检查是评价心脏结构和功能改变的重要手段,对心力衰竭的病因诊断有重要帮助。应采用多普勒超声心动图评价和检测心脏左右心室局部和全心功能。了解心瓣膜结构和功能情况、探测心包病变。同时可以发现急性心肌梗死的结构改变及罕见的心脏占位性病变。通过多普勒超声心动图测定主动脉或肺动脉的血流时速曲线可以估测心排血量。多普勒超声心动图还可估计肺动脉压力(根据三尖瓣反流速度)及监测左心室前负荷。急性心力衰竭时,超声心动图和心导管结果不完全一致。

(5)其他检查:与急性冠脉病变有关的心力衰竭应行冠状动脉造影,在长时间急性心力衰竭患者中,常规检查不能发现问题时也应该考虑冠状动脉造影。肺动脉导管可以协助心力衰竭的诊断和治疗效果的检测。

【治疗原则】

1. 一般治疗 患者应进入监护病房,对病情及生命体征进行连续观察;取坐位,双腿下垂,以减少静脉回流;立即高流量鼻导

管给氧,对病情特别严重者应采用面罩呼吸机持续加压(CPAP)或双水平呼吸道正压(BiPAP)给氧,使肺泡内压增加,一方面可以使气体交换加强,另一方面可以对抗组织液向肺泡内渗透。

2. 药物治疗 急性心力衰竭的治疗包括控制基本病因和矫治引起急性心力衰竭的诱因,缓解呼吸困难症状,稳定血流动力学状态,维持收缩压 $\geq 90\text{mmHg}$,纠正水、电解质紊乱和酸碱平衡失调,保护重要脏器如肺、肾、肝和大脑,防止功能损害,降低死亡危险,改善近期和远期预后。急性左心衰竭病情危重,需尽快改善血流动力学,常选择血管活性药物包括血管扩张药、正性肌力药、缩血管药等。

【治疗方案】

1. 推荐方案

(1)吗啡:3~5mg 静脉注射不仅可以使患者镇静,减少躁动所带来的额外的心脏负荷,同时也具有小血管舒张的功能而减轻心脏的负荷。必要时每间隔 15 分钟重复 1 次,共 2~3 次。老年患者可酌减剂量或改为肌内注射。

(2)快速利尿:呋塞米 20~40mg 静脉注射,于 2 分钟内推完,10 分钟内起效,可持续 3~4 小时,4 小时后可重复 1 次。除利尿作用外,本药还有静脉扩张作用,有利于缓解肺水肿。

(3)血管扩张药:以硝酸甘油、硝普钠或重组人脑钠肽静脉滴注。①硝酸甘油:扩张小静脉,降低回心血量,使左心室舒张末期压及肺血管压降低,患者对本药的耐受量个体差异很大,可先以 $10\mu\text{g}/\text{min}$ 开始,然后每 10 分钟调整 1 次,每次增加 5~ $10\mu\text{g}$,以收缩压不低于 90~100mmHg 为宜。②硝普钠:为动脉、静脉血管扩张药,静脉注射后 2~5 分钟起效,起始剂量 $0.3\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 滴入,根据血压逐步增加剂量,最大量可用至 $5\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$,维持量为 50~ $100\mu\text{g}/\text{min}$ 。硝普钠含有氰化物,用药时间不宜连续超过 24 小时。③重组人脑钠肽(rhBNP):具有扩张血管、利尿、抑制 RAAS 和交感活性的作用,已通过临床验证,有望

成为更有效的扩张血管药用于治疗急性心力衰竭。

(4)正性肌力药:①多巴胺,小剂量多巴胺[$<2\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$],静脉给药]可降低外周阻力,扩张肾、冠脉和脑血管;较大剂量[$>2\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$]可增加心肌收缩力和心排血量。均有利于改善 AHF 的病情。但 $>5\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 的大剂量静脉注射时,因可兴奋 α 受体而增加左心室后负荷和肺动脉压而对患者有害。②多巴酚丁胺,可增加心排血量,起始剂量为 $2\sim 3\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$,可根据尿量和血流动力学监测结果调整剂量,最高可用至 $20\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 。多巴酚丁胺可使心律失常发生率增加,应特别注意。③磷酸二酯酶抑制药(PDEI),米力农为Ⅲ型 PDEI,兼有正性肌力及降低外周血管阻力的作用。急性心力衰竭时在扩张血管、利尿的基础上短时间应用米力农可能取得较好的疗效。起始 $25\mu\text{g}/\text{kg}$ 于 $10\sim 20$ 分钟推注,继以 $0.375\sim 0.75\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 速度滴注。

(5)洋地黄类药物:可考虑用毛花苷 C 静脉给药,最适合用于有心房颤动伴有快速心室率并已知有心室扩大伴左心室收缩功能不全者。首剂 $0.4\sim 0.8\text{mg}$,2 小时后可酌情再给予 $0.2\sim 0.4\text{mg}$ 。对急性心肌梗死,在急性期 24 小时内不宜用洋地黄类药物;二尖瓣狭窄所致肺水肿,洋地黄类药物也无效。后两种情况如合并有心房颤动伴快速心室率则可应用洋地黄类药物减慢心室率,有利于缓解肺水肿。

(6)氨茶碱: 0.25g 加入 $100\text{g}/\text{L}(10\%)$ 的葡萄糖液 $20\sim 40\text{ml}$ 中缓慢静脉注射,可解除支气管痉挛,减轻呼吸困难,并有轻度强心作用。

2. 可选方案

(1)四肢轮流结扎:可减少静脉回心血量。这在紧急情况下,其他治疗措施尚未奏效时,也能在一定程度上缓解病情。

(2)使用机械辅助治疗:如主动脉内球囊反搏(IABP)和临时心肺辅助系统,对极危重患者,有条件的医院可采用。但待急性

症状缓解后,还应着手对诱因及基本病因进行治疗。

(二)中医

【病因病机】 中医学认为,本病的病因是心肺素虚,因外感劳倦,情志失调,或输液过快、过量等内外因引动伏痰、水饮,与瘀血互结,致肺气上逆,宣降失职,而发为本病。

1. 外邪犯肺 素有心肺疾病,因外感风寒或风热之邪,未能及时表散,邪蕴于肺,壅阻肺气,肺气不得宣降,上逆而作喘咳。

2. 情志失调 情志不遂,忧思气结,肝失调达,气失疏泄,肺气闭阻,或郁怒伤肝,肝气横逆乘于肺脏,肺气不得肃降,升多降少,气逆引动伏痰,而发咳喘。

3. 痰浊内蕴 凡急、慢性疾病影响肺,致肺气受阻,气血津液敷布失职,津凝痰生;或脾失健运,痰浊内生,上逆于肺,阻遏气道,气机不利,肃降失常,是喘促发生的重要内因。

本病病位在心,但表现在肺,根在于肾。因心脉上通于肺,肺气治理调节心血的运行,宗气贯心肺而行呼吸,肾脉上络于心,心肾相互积济,心阳根于命门之火,心脏阳气的盛衰,与先天肾气及后天呼吸之气的关系都极为密切。心肾阳气的衰竭常是本病的一个重要的表现形式。

【辨证论治】 本病系内科急症,如不及时缓解可发生厥脱危重病候。本病以肺气胀满,标实为主,临证时应审寒热虚实、标本缓急,以及原有心肺疾病,切不可轻易辨为风寒、风热之表证。治疗时应以泻肺利水为主。

1. 风寒闭肺证

(1)主症:喘息,呼吸气促,胸部胀闷,咳嗽,痰多,兼有头痛,鼻塞,恶寒或伴发热,口不渴,舌苔薄白而滑,脉浮紧。

(2)治法:散寒宣肺平喘。

(3)处方:麻黄汤合葶苈大枣泻肺汤加减。7剂,每日1剂,分2次煎服。组成:麻黄 10g,桂枝 10g,杏仁 10g,甘草 6g,葶苈子

30g,紫苏子 15g,车前子 30g。加减:喘重者可加半夏 12g,陈皮 12g,莱菔子 12g,以化痰利气平喘;若寒邪束表,肺有郁热,或表寒未解,内已化热,热郁于肺,而见喘逆上气,舌质红,苔薄白或黄,脉浮数或滑者,用麻杏石甘汤宣肺泻热,还可加黄芩 15g,桑白皮 15g,瓜蒌 20g,以清热化痰平喘。

2. 痰热郁肺证

(1)主症:喘咳气涌,胸部胀痛,痰多黏稠色黄,或带血色,伴胸中烦热,身热,汗出,渴喜冷饮,面红,尿赤,便结,苔黄或腻,脉滑数。

(2)治法:清热化痰,肃肺平喘。

(3)处方:桑白皮汤合葶苈大枣泻肺汤加减。7剂,每日1剂,分2次煎服。组成:桑白皮 15g,黄芩 15g,黄连 12g,栀子 12g,杏仁 15g,贝母 10g,半夏 12g,紫苏子 15g,葶苈子 30g,车前子 30g。加减:若喘不得卧,加葶苈子 30g,大黄 10g,以涤痰通腑,泻肺平喘。

3. 痰浊阻肺证

(1)主症:喘息,胸满闷窒,甚则胸盈仰息,咳嗽痰多,兼有欲呕纳呆,口黏不渴,舌苔厚腻色白,脉滑。

(2)治法:化痰降逆。

(3)处方:二陈汤合三子养亲汤。7剂,每日1剂,分2次煎服。组成:半夏 15g,茯苓 20g,陈皮 10g,甘草 5g,紫苏子 15g,白芥子 15g,莱菔子 30g。加减:若痰喘壅盛,气喘难平者,加皂荚 6g,葶苈子 30g;若合并阳虚肢冷,痰多稀白者,可加制附子 10g,干姜 10g,炙麻黄 10g,细辛 3g,以温心肺之阳,化胸中之痰浊。

4. 心阳欲脱证

(1)主症:喘促心悸,倚息不得卧,大汗淋漓,四肢厥冷,咳吐泡沫样痰或咯血,口唇青紫,神志淡漠,舌质淡,脉微欲绝。

(2)治法:回阳救逆,益气固脱。

(3)处方:参附汤合桂枝加龙牡汤加减。7剂,每日1剂,分2