

夜尤甚为主症，兼见面色紫暗、唇甲青紫等症，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩或结代。治法：活血化瘀通脉。方药：桃仁红花煎加减：桃仁 10g，红花 10g，丹参 12g，赤芍 12g，川芎 10g，延胡索 12g，香附 12g，青皮 12g，生地黄 12g，当归 12g，龙骨（先煎）30g，牡蛎（先煎）30g，三七粉（冲服）3g。加减：兼气虚，去青皮、香附，加人参\*\*、黄芪、黄精各 12g 以补气益气；兼阳虚，加淫羊藿 12g，附子（先煎）12g，肉桂 6g 以温经通阳；心悸不宁，失眠多梦，加炒酸枣仁 10g，远志 15g 以养心安神。

中成药：①血府逐瘀口服液，口服，1次 10ml，1日3次；②稳心颗粒，冲服，1次 9g，1日3次。

2.4 肝气郁结证 证候：以心悸怔忡、胸闷胁胀、情绪变化可诱发或加重为主症，兼见暖气叹息、心烦失眠、大便不畅等症，舌质暗红，苔薄黄，脉弦或结代。治法：疏肝解郁，调畅气机。方药：柴胡疏肝散加减：柴胡 10g，枳壳 10g，白芍 12g，当归 10g，郁金 10g，川芎 10g，香附 10g，炙甘草 8g，玫瑰花 6g。加减：兼见气郁化火，加黄芩、栀子、牡丹皮各 10g 以清热泻火；兼见气滞血瘀，加丹参、赤芍、延胡索各以活血通脉；兼见肝气犯胃，加代赭石（先煎）20g，陈皮 12g，姜半夏 6g 以和胃降逆；兼见肝脾不和，加白术、茯苓、党参各 12g 以健脾扶土。

中成药：舒肝止痛丸，口服，1次 4.5g，1日3次。

2.5 痰湿阻滞证 证候：以心悸怔忡、胸脘胀满为主症，

兼见面色紫暗、大便黏而不爽等症，舌质暗红，苔白厚腻或黄腻，脉滑。治法：燥湿健脾，化痰通络。方药：瓜蒌薤白半夏汤合温胆汤加减：瓜蒌 30g，薤白 10g，法半夏 10g，陈皮 10g，枳实 10g，竹茹 10g，茯苓 10g，白术 10g，党参 10g。加减：兼湿郁化热，口苦，苔黄腻，加苦参、黄芩各 12g 以清热燥湿；兼眩晕头重如裹，加佩兰、广藿香各 10g 以芳香化浊；瘀血明显，舌质紫暗，加丹参、赤芍各 12g 以活血通脉。

中成药：温胆宁心颗粒，口服，1次 6g，1日2次。

3 其他治法

3.1 针刺

3.1.1 体针 主穴内关、神门、心俞、厥阴俞、巨阙、膻中。气阴两虚者，加百会、太溪；心阳不振者，加关元、足三里；心脉瘀阻者，加曲泽、膈俞；肝气郁结者，加行间、太冲；痰湿阻滞者，加丰隆。实证针用泻法，虚证针用补法。

3.1.2 耳针 取穴心、交感、神门、枕。发作期采用毫针轻刺激，每日一次，两耳交替；症状缓解后可用王不留行贴压，每2~3日一次，两耳交替。

3.2 推拿 选穴：内关、神门、足三里、心俞、肝俞、厥阴俞、肾俞。患者取坐位或仰卧位，术者用拇指抵住穴位，用力揉捻各 1min。

（本文主要起草人：王师菡）

（张文娟 杨建宇 李杨 辑）

## 中医内科常见病诊疗指南（西医疾病部分） 冠心病心绞痛<sup>※</sup>

中华中医药学会

关键词：冠心病心绞痛；诊疗标准

doi: 10.3969/j.issn.1672-2779.2011.18.089

文章编号：1672-2779（2011）-18-0143-03

心绞痛(angina pect. ris)为冠心病最常见的临床类型，是由冠状动脉供血不足，心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征。主要表现为胸骨后或心前区疼痛，常放射至左臂内侧或咽喉、颈项，兼见胸闷、呼吸不畅、汗出等症。目前将冠心病心绞痛分为稳定型心绞痛与不稳定型心绞痛两大类。多数慢性稳定型心绞痛病人的预后相对较好，研究显示平均年死亡率为2%~3%，每年非致死性心肌梗死发生率为2%~3%。而不稳定型心绞痛的预后相对较差。本病属于中医学的“胸痹心痛”范畴。

1 诊断依据

1.1 临床表现

1.1.1 症状 典型的心绞痛症状有四个基本特征：疼痛部位、疼痛与运动的关系、疼痛特点和疼痛持续时间。

多数患者能毫无困难地描述前两个特征，但对后两个特征的描述则含糊不清。

疼痛部位：典型心绞痛位于胸骨后，可以向胸部两侧、两上臂（左侧常见）远至腕部、颈、腭部放射。也可以向背部放射，但是不常见。最常见的是胸痛始于其中某一部位，然后仅向胸部中央放射，但有时完全与胸骨区无关。

疼痛与运动的关系：多数情况下，运动（或其他应急情况）时心肌氧耗增加，可以诱发心绞痛，并在休息后迅速缓解，情绪变化也可能作为一种强烈的诱发因素。静息性心绞痛的患者则往往无体力活动的诱因，提示冠状动脉张力发生变化。

疼痛特点：虽然常将心绞痛描述为疼痛，但是患者可以否认之，而将胸部不适描述为压迫感或绞榨感。该症状的严重程度差异很大，可以为轻微局限性不适，也可以是难以忍受的表现。

※基金项目：国家中医药管理局中医药标准化专项项目

[No: ZYXXH/T63-2008]

疼痛持续时间：体力活动诱发的心绞痛，通常在停止活动后1~5min以内缓解。情绪激动诱发的心绞痛，其缓解要慢于体力活动诱发者。静息心绞痛多与冠状动脉的动力性因素有关，常需要使用扩张冠脉的药物，持续时间可达5~10min。

有的患者表现为发作性心悸、出汗、呼吸困难等。许多心绞痛患者表现为胸部不适，可伴有气短、疲倦和衰弱的症状，甚至被其掩盖，而不像心绞痛。

**1.1.2 体征** 心绞痛患者少有体征，多为原发病的体征，心绞痛发作时可以伴有心率增快、血压升高，严重时表情焦虑，甚至伴皮肤湿冷、心音减弱、奔马律或心尖区的收缩期杂音。

## 1.2 理化检查

**1.2.1 评价危险因素的检查** 血脂与血糖测定；高敏C-反应蛋白(hs-CRP)测定，这是不稳定型心绞痛的高危因素；肌钙蛋白测定，其升高提示为高危患者；肌红蛋白测定可判断慢性稳定型心绞痛；心脏血液供应平衡状态的评价；静息心电图及连续心电图监测(Hoher)；负荷运动试验，包括药物负荷试验、负荷超声心动图、负荷核素心肌显像。

**1.2.2 确定冠状动脉疾病的检查** 评价冠状动脉病变的方法有多层螺旋CT、血管内超声及冠状动脉造影。

**1.3 诊断要点** 心绞痛的诊断目前依然是依据症状学表现为主，根据美国ACC/ACP(美国心脏病学会和美国内科医师协会)2002年稳定型心绞痛诊疗指南的建议。

根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危险因素，除外其他原因所致的心绞痛，一般即可建立诊断。发作时心电图检查可见以R波为主的导联中，ST段压低，T波平坦或倒置(变异型心绞痛者则有关导联ST段抬高)，发作过后数分钟内逐渐恢复。心电图无改变的患者可考虑做动态心电图和负荷试验。诊断有困难者，可作放射性核素检查，或考虑行选择性冠状动脉造影。血管内超声显像可显示管壁的病变，对诊断可能更有帮助，冠状动脉血管镜检查也可考虑。

不稳定型心绞痛发作时心电图有一过性ST段偏移和(或)T波的倒置；如果心电图变化持续12h以上，则提示发生无ST段抬高性心肌梗死。组织坏死的非特异性指标不同于心肌梗死患者，如无血白细胞的升高和发热、心肌酶可无异常增高。肌钙蛋白T或工及C-反应蛋白升高是协助诊断和提示预后较差的指标。冠状动脉造影时发现3支血管病变者占40%，2支血管病变者占20%，左冠状动脉主干病变者约占20%，单支血管病变者约占10%，没有明显血管梗阻者占10%。

在我国，心绞痛发作时的表现常不典型，诊断需谨慎从事。国外也有学者强调心绞痛一词不完全代表痛，部分患者对心肌缺血缺氧的感觉是痛以外的另一些感觉，因而可能否认感觉疼痛。疼痛的性质、部位、时限、诱发因素及硝酸甘油的效应等几方面有助于临床上判别心绞痛。

## 2 辨证论治

冠心病心绞痛的病机目前仍从“阳微阴弦”之说。阳微主要是指正气亏虚，包括气、血、阴、阳的虚损；阴弦主要指邪实，包括气滞、血瘀、痰浊、热毒、阳亢等。慢

性稳定型心绞痛的主要病机为气虚血瘀及痰浊痹阻胸阳，而不稳定型心绞痛患者中，痰瘀互阻、痰瘀化毒是重要的病机。冠心病心绞痛病位在心、肝经，涉及脾、肾、胃诸脏腑。不同类型的心绞痛中标本虚实不同，稳定型心绞痛以本虚为主，主要为气阴两虚，病位在心、肾，标实以血瘀为多；而不稳定型心绞痛以痰浊瘀血痹阻心脉为主。

**2.1 心血瘀阻证** 证候：以心胸疼痛、痛有定处为主症，可兼见胸闷心悸、口唇暗红，舌质暗或有瘀斑，脉涩、结代。治法：活血化瘀，通络止痛。方药：丹参饮或桃红四物汤加减：桃仁10g，丹参15g，川芎10g，赤芍10g，红花10g，生地黄15g，砂仁(后下)10g，檀香10g。加减：痛甚，加延胡索10g，乳香10g，郁金12g以行气止痛；兼气虚，加党参15g，太子参12g，黄精15g，黄芪30g以益气；兼气滞者，加柴胡12g，香附12g，紫苏梗12g以行气。

中成药：①复方丹参片，饭后口服，1次3~5片，1日3次；②银杏叶胶囊，口服，1次2粒，1日3次。

**2.2 痰浊痹阻证** 证候：以胸膈满闷、恶心为主症，可兼见胸痛隐隐、气短、纳呆腹胀等症，舌苔腻，脉滑或弦。治法：化痰泻浊，宣痹通阳。方药：瓜蒌薤白半夏汤加减：瓜蒌15g，薤白10g，法半夏10g，茯苓15g，陈皮10g，枳实10g，杏仁10g。加减：兼热，加黄连9g，栀子12g，滑石9g以清热；兼气滞，加香附12g，郁金12g以行气；痰浊重，加薏苡仁12g，泽泻15g以利湿；兼脾胃气虚，加茯苓15g，白术12g，党参12g以健脾益气；寒湿盛，加白芥子9g，干姜6g以散寒祛湿。

中成药：二陈丸，口服，1次9g，1日2次。

**2.3 阴寒凝滞证** 证候：以心痛如绞、遇寒即发为主症，可兼见面青唇紫等症，舌质淡暗，苔薄，脉沉弦或迟。治法：温通心阳，开痹散结。方药：瓜蒌薤白桂枝汤加减：瓜蒌10~30g，薤白10g，桂枝10g，白酒50ml，萆薢5~10g，高良姜5~10g。加减：兼瘀血，加红花、桃仁、丹参各12g以活血；兼肾阳不足，加巴戟天、淫羊藿、淫羊藿各12g以温阳；寒邪较重，改高良姜12g，萆薢12g，加细辛3g以散寒；兼心肺气虚者，加人参(单煎)、黄精各12g，黄芪30g以益气。

中成药：①冠心苏合丸，口服，1次2粒，1日3次；②苏合香丸，口服，1次1丸(3g)，1日1~2次。

**2.4 气阴两虚证** 证候：以胸痛隐隐、气短乏力、心悸汗出为主症，兼有口干唇燥、眩晕耳鸣、五心烦热等症，舌质红，苔薄少津，脉细数或沉细。治法：益气养阴，通络止痛。方药：生脉散加减：黄芪15~30g，党参10g，麦冬10g，五味子5~10g，丹参15~30g，红花10g，三七粉(冲服)3g。加减：兼失眠心烦，舌红少苔，合用酸枣仁汤以宁心安神；兼胸膈满闷，咳唾痰浊，舌苔厚腻，合用二陈汤以化痰祛湿；兼肝郁气滞，合用四逆散以理气解郁；瘀血重，加乳香10g，没药10g以活血化瘀。

中成药：①生脉饮，口服，1次10~20ml，1日3次；②天王补心丹，口服，1次1丸，1日3次；③补气口服液加养心阴口服液，口服，1次10ml，1日3次。

**2.5 心肾阳虚证** 证候：以胸痛心悸、形寒肢冷为主症，可兼有神倦懒言、自汗乏力、小便清长、心悸怔忡等症，

舌质淡胖，有齿痕，苔薄白，脉沉细或微。治法：温补心肾。方药：金匱肾气丸加减：桂枝 10g，淡附片（先煎）10g，生地黄 12g，山萸肉 10g，牡丹皮 10g，茯苓 15g，泽泻 10g，三七粉（冲服）3g。加减：水湿内盛，加茯苓 30g，车前子（包煎）30g 以利水化湿；肾阳虚盛，加巴戟天、淫羊藿、牛膝各 10g 以温补肾阳；痰瘀痹阻，加瓜蒌、薤白、桃仁、红花各 12g，法半夏 6g 以祛痰化瘀。

中成药：①金匱肾气丸，口服，1次 6g，1日 2~3次；②桂附理中丸，口服，1次 6g，1日 2~3次。

### 3 其他治法

3.1 单方验方 ①人参三七散：人参粉、三七粉各

等分，1次 3~5g，1日 3次，适用于冠心病心绞痛气虚血瘀者。②活血心痛散：乳香、没药、血竭、冰片各等分为散，1次 2~3g，1日 3次。

3.2 针灸 ①体针：内关、膻中、间使、大陵、神门等，每次选取 1~2 穴，交替使用，实证针用泻法，虚证针用补法。②可选内关、足三里、膻中，温和灸，每穴灸 4~5min，以局部出现红晕为度，每日 1 次。③耳针：取穴心、神门、皮质下、交感、肾、脑点、肝、脾、肾上腺，每次选取 4 穴用王不留行贴压。

（本文主要起草人：袁敬柏）

（张文娟 杨建宇 李杨 辑）

# 中医内科常见病诊疗指南（西医疾病部分）

## 心力衰竭<sup>※</sup>

中华中医药学会

关键词：心力衰竭；诊疗标准

doi: 10.3969/j.issn.1672-2779.2011.18.090

文章编号：1672-2779（2011）-18-0145-03

心力衰竭（heart failure）是指在正常静脉回流的情况下，由不同病因引起的心脏舒缩功能障碍，使心排血量在循环血量与血管舒缩功能正常时不足以维持组织代谢需要，从而导致机体血流动力学异常和神经激素系统被激活，临床上以心排出量不足、组织血流量减少、肺循环和（或）体循环静脉淤血为特征的临床病理生理综合征。各种心血管疾病由于心脏长时间负荷过重、心肌损伤及收缩力减弱，都可以导致心功能不全。临床主要表现为心悸、喘促、水肿、瘀血见症。病情较重，预后较差。本病属于中医学的“心水”、“心悸”等范畴。

### 1 诊断依据

1.1 临床表现 充血性心力衰竭临床上习惯分为左心衰竭、右心衰竭和全心衰竭。心力衰竭开始发生在左侧心脏和以肺充血为主的称为左心衰竭；开始发生在右侧心脏并以肝、肾等器官和周围静脉淤血为主的，称为右心衰竭。两者同时存在的称全心衰竭。以左心衰竭开始的情况较多见，大多经过一定时期发展为肺动脉高压而引起右心衰竭。单独的右心衰竭较少见。

1.1.1 左心衰竭 症状：表现为劳力性呼吸困难，阵发性夜间呼吸困难，倦怠乏力，活动后加重，咳嗽咳痰，浮肿，小便量少，严重者呈端坐呼吸，咳嗽及咳粉红色泡沫样痰，呼吸频率增快，鼻翼煽动，大汗淋漓，面色苍白或晦暗。

体征：原有心脏病的体征，左心室增大，心尖搏动向左下移位，心率增快，心尖区有舒张期奔马律，肺动脉瓣区第二心音亢进，其中舒张期奔马律最有诊断价值，

在患者心率增快或左侧卧位并作深呼吸时更容易听到。左室扩大还可形成相对性二尖瓣关闭不全，产生心尖区收缩期杂音。交替脉，两肺底部有中小水泡音，急性肺水肿时可有粗大湿啰音，满布两肺，并可伴有哮鸣音。胸水可局限于肺叶间，也可呈单侧或双侧胸腔积液。

1.1.2 右心衰竭 症状：主要有食欲不振，恶心呕吐，上腹饱胀，甚至剧烈腹痛，黄疸，尿量减少、夜尿增多等。

体征：原有心脏病的体征，以右心室增大为主者可伴有心前区抬举性搏动。心率增快，部分患者可在胸骨左缘相当于右心室表面处听到舒张早期奔马律。右心室明显扩大可形成功能性三尖瓣关闭不全，产生三尖瓣区收缩期杂音，吸气时杂音增强。颈静脉充盈，肝肿大和压痛，肝颈静脉反流现象阳性。水肿最早出现在身体的下垂部位，起床活动者以脚、踝内侧和胫前较明显，仰卧者骶部水肿。右心衰竭时，可有双侧或单侧胸水，甚至腹水。心包积液，呼吸急促，不能平卧，紫绀。晚期患者可有明显营养不良、消瘦甚至恶病质。

1.1.3 全心衰竭 左、右心衰竭同时存在，但患者或以左心衰竭的临床表现为主，或以右心衰竭的临床表现为主。左心衰竭的临床表现可因右心衰竭的发生而减轻。

### 1.2 理化检查

1.2.1 心电图（ECG） 窦性心动过速；可见二尖瓣 P 波、V1 导联 P 波终末电势增大和左室肥大劳损等反映左心房、室肥大，以及与所患心脏病相应的变化；可有急性、陈旧性心肌梗死或心肌缺血，以及多种心律失常等表现。

1.2.2 胸部 X 线检查 心影增大，右心房、室增大，心胸比例增大；可见上腔静脉增宽及搏动，肺门血管影增

※基金项目：国家中医药管理局中医药标准化专题项目

[No: ZYXXH/T64-2008]