

糖尿病合并心脏病中医诊疗标准

中华中医药学会糖尿病分会

【摘要】 文章所讨论的糖尿病合并心脏病中医诊疗标准是在中华中医药学会 2007 年发布的《糖尿病中医防治指南》的基础上,研究、整合、优化以往中医糖尿病标准方面的研究成果,结合临床实际,研究而形成的能够被学术界普遍认可的诊疗标准。文章确定了糖尿病合并心脏病属于中医“心悸”“胸痹心痛”“真心痛”等范畴,对糖尿病合并心脏病的临床表现、理化检查、鉴别诊断、处理原则、辨证施治、成药治疗、辅助疗法、西医治疗等分别进行阐述,旨在进一步推广和发挥中医药在治疗糖尿病合并心脏病的特色与优势,规范糖尿病合并心脏病的诊疗行为,促进糖尿病合并心脏病中医药临床疗效的进一步提升。

【关键词】 糖尿病;心脏病;中医;诊疗标准

一、范围

本部分规定了糖尿病合并心脏病的中医诊断标准及处理原则。

本部分适用于各级医疗和科研机构中从事中医糖尿病诊疗及科研工作的执业医师使用。

二、引用标准

下列标准所包含的条文,通过在本标准中引用而构成本标准的条文。本标准出版时,所示版本均为有效。所有标准都会被修订,使用本标准的各方应探讨使用下列标准最新版本的可能性。GB/T 16751.1—1997 中医临床诊疗术语——疾病部分;5.6 胸痹心痛,5.7 真心痛;GB/T 16751.2—1997 中医临床诊疗术语——证候部分;GB/T 16751.3—1997 中医临床诊疗术语——治法部分;ZY/T001.1—94 中医内科病证诊断疗效标准——胸痹心痛;ZYYXH/T3.8—2007 糖尿病中医防治指南——糖尿病合并心脏病;ZYYXH/T17—2008 中医内科常见病诊疗指南——中医病证部分:胸痹心痛;中华医学会儿科学分会《中国糖尿病防治指南——糖尿病与冠心病》(2004 版)。

三、术语、定义和缩略语

下列术语和定义适用于本部分。

1. 术语、定义

(1) 糖尿病合并心脏病(diabetes mellitus with heart disease):糖尿病合并心脏病是指糖尿病并发或伴发的 cardiovascular 系统的病变,涉及心脏的大、中、小、微血管损害。包括非特异性冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病),微血管病变性心肌病和心脏自主神经功能失调所致的心律失常和心功能不全。属于中医

“心悸”“胸痹心痛”“真心痛”等范畴。[参照 ZYYXH/T3.8—2007 糖尿病中医防治指南——糖尿病合并心脏病]

(2) 胸痹心痛(thoracic obstruction with cardiodynia):因胸阳不振,阴寒、痰浊留踞胸廓,或心气不足,鼓动乏力。使气血痹阻,心失血养所致。以胸闷及发作性心胸疼痛为主要表现的内科痹病类疾病。[参照 GB/T 16751.1—1997 中医临床诊疗术语——疾病部分:5.6 胸痹心痛;ZYYXH/T17—2008 中医内科常见病诊疗指南——中医病证部分:胸痹心痛]。

(3) 真心痛(real cardiodynia):真心痛乃胸痹的进一步发展,症见胸痛剧烈,甚则疼痛持续不解,休息或服用药物后不能缓解,常伴有汗出肢冷、面白唇紫、手足青至节、脉微欲绝或结代等危急证候。[参照 GB/T 16751.1—1997 中医临床诊疗术语——疾病部分:5.7 真心痛]

2. 符号和缩略词:AMI——急性心肌梗死;cTnI——肌钙蛋白 I;cTnT——肌钙蛋白 T;CK——肌酸激酶;CK-MB——肌酸激酶同工酶;AST——天冬氨酸氨基转移酶;ALT——丙氨酸氨基转移酶。

四、诊断[参照 ZYYXH/T3.8—2007 糖尿病中医防治指南——糖尿病合并心脏病]

在排除了其他器质性心脏病的前提下,消渴患者伴发心悸、胸闷、胸痛、气短、乏力等症即可诊断,如有以下证据可进一步明确诊断:曾出现心绞痛、心肌梗死或心力衰竭,心电图有缺血表现,具有严重的心律失常,X线、心电图、超声心动图和心向量提示心脏扩大,CT 检查心脏形态、心功能、心肌组织检查和心肌灌注的定量分析确定有冠心病,MRI 提

示大血管病变和清楚的心肌梗死部位,放射性核素可明确心梗部位并早期诊断冠心病。

1. 病史:病程较长的糖尿病病史。

2. 临床表现

(1)症状:心悸、胸闷、胸痛、气短、乏力。心绞痛,胸部有绞痛、紧缩、压迫或沉重感,由胸骨后放射到颈、上腹或左肩,持续时间 3~5 min,休息或含服硝酸甘油 2~3 min 缓解,但糖尿病患者心绞痛常不典型;无痛性心肌梗死,心肌梗死面积大,透壁心梗多,因心脏自主神经病变,痛觉传入神经功能减弱,约 24%~42% 胸痛不明显,表现为无痛性心肌梗死,或仅有恶心呕吐、疲乏、呼吸困难、不能平卧等不同程度的左心功能不全。有的起病突然,迅速发展至严重的心律失常或心源性休克或昏迷状态而发生猝死;糖尿病心肌病,早期无明显症状,劳累后可有胸闷憋气、乏力气短;中期疲劳乏力、胸闷气短、心悸等症状较明显。75% 的患者有不同程度的左室功能不全;后期患者症状加剧,左心衰进一步加剧,表现呼吸困难,或有端坐呼吸,有 30% 的患者伴有右心衰。常因充血性心力衰竭、心源性休克、严重心律失常等而致死,约有 1/3 患者死于心衰。

(2)体征:心电图特异性改变,早期心尖区可闻及第四心音,第一心音低钝, P₂ 亢进,二尖瓣关闭不全,闻及收缩期杂音,双肺底湿性音。心脏扩大,左心室收缩、舒张功能障碍;中期 75% 的患者有不同程度的左室功能不全;后期 30% 的患者伴有右心衰和体循环瘀血症。

(3)理化检查:①空腹和餐后 2 h 血糖,血脂。②心肌梗死可检测到心肌标记物(肌钙蛋白 T 或 I,血清酶改变)(见附录 A)。③心电图:左心室各导联的波形呈 ST 段压低, T 波低平或倒置或双相。急性心梗 ST 段抬高,病理性 Q 波或无 Q 波,心动过速,心房纤颤,多源性室性早搏,房室传导阻滞等心律失常改变。④冠状动脉造影:多支冠状动脉狭窄病变是糖尿病合并冠心病的特点,管腔狭窄,直径缩小 70%~75% 以上会严重影响供血,直径缩小 50%~70% 也有一定的临床意义。⑤超声心动图检查:评价左心室舒张功能。心脏普遍扩大,以左室为主,并有舒张末期和收缩末期内径增大,室壁运动呈阶段性减弱、消失或僵硬,对心肌病变具有诊断价值。⑥必要时,心内膜心肌活检,发现微血管病变及 PAS 染色阳性者可确诊心肌病变(见附录 B)。⑦心功能检查:收缩前期(PEP)延长,左室射血时间(LVET)及 PEP/LVET 比值增加。

五、鉴别诊断

1. 惊悸和怔忡鉴别:心悸包括惊悸和怔忡,是指患者自觉心中悸动、惊惕不安,甚则不能自主的一种病证,临床一般多呈阵发性,每因情志或劳累过度而发作。且常与失眠、健忘、眩晕、耳鸣等症同时并见。惊悸和怔忡的病因不同,病理程度上又有轻重之别。怔忡每由内因引起,并无外惊,自觉心中惕惕,稍劳即发,病来虽渐,但全身情况较差,病情较为深重;惊悸则相反,常由外因而成,偶受外来刺激,或因惊恐,或因恼怒,均可发病,发则心悸,时作时止,病来虽速,但全身情况较好,病势浅而短暂。另外,惊悸日久可以发展为怔忡;怔忡患者又易受外惊所扰,而使动悸加重。

2. 胸痹与胃脘痛鉴别:胸痹之不典型者,其疼痛可在胃脘部,而易与胃脘痛混淆,但胃脘痛多伴有嗝气、呃逆、呕吐酸水或清涎等脾胃证候,可予鉴别。

3. 胸痹与真心痛鉴别:胸痹是指胸部闷痛,甚则胸痛彻背,短气、喘息不得卧为主症的一种疾病,轻者仅感胸闷如窒,呼吸欠畅,重者则有胸痛,严重者心痛彻背,背痛彻心。真心痛是胸痹的进一步发展,症见心痛剧烈,甚则持续不解,伴有汗出、肢冷、面白、唇紫、手足青至节、脉微细或结代等危重证候。

六、处理原则(见附录 B)

1. 基础干预

(1)控制饮食(见附录 C):宜清淡低盐,勿食过饱,保持大便通畅,饮食宜以适量米、麦、杂粮,配以蔬菜、豆类、瘦肉、鸡蛋等,定时定量进餐。避免吸烟、饮酒、饮浓茶及刺激食品。可配合中药药膳进行饮食治疗。

(2)合理运动(见附录 D):发作期患者应立即卧床休息;缓解期患者要注意适当休息,保证充足睡眠,坚持力所能及的活动,做到动中有静。

(3)心理调摄(见附录 E):重视精神调摄,避免过于激动,不宜大怒、大喜、大悲,保持心情平静愉快。

2. 辨证论治:首先要辨别虚实,分清标本。本病以气血阴阳两虚为本,气滞、痰浊、血瘀、寒凝为标。

本病应在饮食控制(控制总热量、低脂、低盐),戒烟戒酒,改变不良生活方式,严格控制血糖、血压、血脂的基础上,针对本病的病机表现为本虚标实,虚实夹杂,发作期以标实为主,缓解期以本虚为主的特点,其治则应补其不足,泻其有余。虚证当以益气养阴为主,根据兼瘀、痰、寒、水的不同,分别采用活血通络、健脾祛痰、宣痹通阳、祛寒通络、温阳利水等标本同治的原则。病到后期,虚中有实,病情复杂,则宜标本兼顾,攻补兼施;一旦发生脱证之先兆,如疼痛剧烈、四肢厥冷或脉微欲绝等,必须

尽早投用益气固脱之品,并予积极抢救。

(1)气阴两虚证:症状:胸闷隐痛,时作时止,心悸气短,神疲乏力,自汗,盗汗,口干欲饮,舌偏红或舌淡暗,少苔,脉细数或细弱无力或结代。治法:益气养阴、活血通络。方药:生脉散(《内外伤辨惑论》)加减。太子参、麦冬、五味子、三七、丹参。加减:口干甚,虚烦不得眠加天冬、酸枣仁;气短加黄芪、炙甘草。

(2)痰浊阻滞证:症状:胸闷痛如窒,痛引肩背,心下痞满,倦怠乏力,肢体重着,形体肥胖,痰多,舌体胖大或边有齿痕,舌质淡或暗淡,苔厚腻或黄腻,脉滑。治法:化痰宽胸、宣痹止痛。方药:瓜蒌薤白半夏汤(《金匱要略》)加减。瓜蒌、薤白、半夏、白酒、干姜。加减:痰热口苦加黄连。

(3)心脉瘀阻证:症状:心痛如刺,痛引肩背、内臂,胸闷心悸,舌质紫暗,脉细涩或结代。治法:活血化瘀、通络止痛。方药:血府逐瘀汤(《医林改错》)加减。桃仁、当归、红花、赤芍、牛膝、川芎、柴胡、桔梗、枳壳、生地、甘草。加减:心痛甚加三七、延胡索、丹参;脉结代可加炙甘草、人参、桂枝。

(4)阴阳两虚证:症状:头晕目眩,心悸气短,大汗出,畏寒肢冷,甚则晕厥,舌淡,苔薄白或如常,脉弱或结代。治法:滋阴补阳。方药:炙甘草汤(《伤寒论》)加减。炙甘草、生地、人参、桂枝、生姜、阿胶、麦冬、火麻仁、当归。加减:五心烦热加女贞子、墨旱莲;畏寒肢冷甚加仙茅、仙灵脾。

(5)心肾阳虚证:症状:猝然心痛,宛若刀绞,胸痛彻背,胸闷气短,畏寒肢冷,心悸怔忡,自汗出,四肢厥逆,面色晄白,舌质淡或紫暗,苔白,脉沉细或沉迟。治法:益气温阳、通络止痛。方药:参附汤(《校注妇人良方》)合真武汤(《伤寒论》)加减。人参、制附子、白术、茯苓、白芍。加减:面色苍白、四肢厥逆重用参、制附子;大汗淋漓加黄芪、煅龙骨、煅牡蛎。

(6)水气凌心证:症状:气喘,咳嗽吐稀白痰,夜睡憋醒,或夜睡不能平卧,心悸,动辄加剧,畏寒,肢冷,腰酸,尿少,面色苍白或见青紫,全身水肿,舌淡胖,苔白滑,脉沉细或结代。治法:温阳利水。方药:葶苈大枣泻肺汤(《金匱要略》)合真武汤(《伤寒论》)加减。葶苈子、制附子、茯苓、白术、人参、白芍、桂枝、五加皮。加减:胸腹水加桑白皮、大腹皮。

3. 其他疗法

(1)中成药(见附录 F):中成药的选用必须适合该品种的中医证型,切忌盲目使用。建议选用无糖颗粒型、胶囊剂、浓缩丸或片剂。复方丹参滴丸,

用于胸痹气滞血瘀证;冠心病心绞痛见上述证候。一次 10 丸,一日 3 次。通心络胶囊,用于冠心病心绞痛证属心气虚乏、血瘀络阻证。一次 2~4 粒,一日 3 次。地奥心血康胶囊,用于预防和治疗冠心病,心绞痛以及瘀血内阻证。一次 1~2 粒,一日 3 次。速效救心丸,用于气滞血瘀型冠心病,心绞痛。一次 4~6 粒,一日 3 次,急性发作时,一次 10~15 粒。参松养心胶囊用于治疗气阴两虚,心络瘀阻引起的冠心病室性早搏。一次 4 粒,一日 3 次。芪苈强心胶囊用于冠心病、高血压病所致轻、中度充血性心力衰竭证属阳气虚乏,络瘀水停。一次 4 粒,一日 3 次。参麦注射液,用于治疗气阴两虚型之休克、冠心病、病毒性心肌炎、慢性肺心病、粒细胞减少症。参附注射液,用于阳气暴脱的厥脱症(感染性、失血性、失液性休克等);也可用于阳虚(气虚)所致的惊悸、怔忡、喘咳、胃疼、泄泻、痹症等。

(2)针灸:针刺疗法依“盛则泻之,虚则补之,热则疾之,寒则留之,陷下则灸之”的基本理论为原则,采取体针分型施治。①心律失常:主穴:心俞、巨阙、内关、神门。功用:宁心安神,定悸。手法:平补平泻法,阳虚和血瘀者用温法。每日 1 次,10~15 d 为 1 个疗程。②冠心病心绞痛:主穴:巨阙、檀中、心俞、厥阴俞、膈俞、内关。功用:益气活血,通阳化浊。手法:捻转手法,久留。每日 1 次,10~15 d 为 1 个疗程。③慢性心力衰竭:主穴:心俞、厥阴俞、膏肓俞、檀中、大椎、内关。功用:补心气,温心阳。手法:先泻后补或配灸法。每日 1 次,10~15 d 为 1 个疗程。

4. 西医治疗原则(见附录 G):①控制危险因素:包括糖代谢紊乱、高血压、高血脂和吸烟等。②糖尿病冠心病的治疗:抗血小板和抗凝药物、 β 受体阻滞剂、硝酸酯类药物、冠状动脉重建术等。③糖尿病急性心肌梗死的处理(见附录 H):急性心肌梗死患者均应进入 CCU 病房,吸氧,心电图和血压监测,检查心肌酶谱,进行评价,解除焦虑,解除疼痛;心肌再灌注治疗,包括静脉溶栓和急行经皮冠状动脉介入;并发症处理:严重心律失常、心力衰竭或心源性休克时应及时处理;可能的临床转归(见附录 I)。④糖尿病心肌病的治疗:非药物治疗:心衰限制体力活动,低盐饮食;钙通道阻滞剂的运用;心力衰竭的治疗:出现心力衰竭症状选用利尿剂和(或)硝酸甘油,窦性心动过速加用地尔硫卓,快速房颤可使用洋地黄,避免用血管扩张剂。晚期左心衰竭可以选用 ACE 抑制剂,利尿剂改善充血症状和消除水肿,洋地黄,其他正性肌力药物,扩张血管药物,其他辅酶 Q₁₀,多种维生素等。

附录 A

(资料性附录)

AMI 诊断时常规采用的血清心肌标志物及其检测时间

(中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会,中国循环杂志编辑委员会.急性心肌梗死诊断和治疗指南,2001 年)

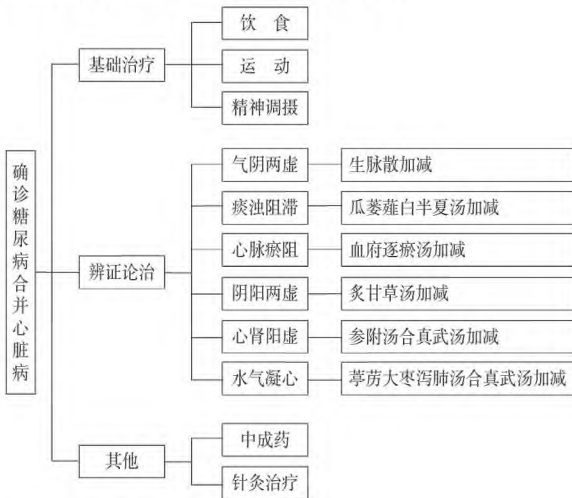
项目	肌红蛋白	cTnI	cTnT	CK	CK-MB	AST ^a
出现时间(h)	1~2	2~4	2~4	6	3~4	6~12
100%敏感时间(h)	4~8	8~12	8~12	-	8~12	-
峰值时间(h)	4~8	10~24	10~24	24	10~24	24~48
持续时间(h)	0.5~1	5~10	5~14	3~4	2~4	3~5

注:a 应同时测定 ALT,只有 AST > ALT 方有意义。

附录 B

(规范性附录)

糖尿病合并心脏病的中医治疗模式



附录 C

(资料性附录)

糖尿病合并心脏病的食疗药膳方

C.1 山楂槐花葛根煎:山楂 20 g,槐花 10 g,葛根 12 g。水煎代茶饮。适用于糖尿病合并心脏病伴有高血压、高血脂者。

C.2 淡菜荠菜汤:淡菜 10 g,荠菜 30 g,煎汤服。适用于糖尿病合并心脏病伴有高血脂者。

C.3 桃仁山药粥:桃仁 10 g,鲜山药 100 g,粳米 50 g。煮粥作早餐服食。功效:益气养阴,活血化瘀。适用于糖尿病合并心脏病症见身体局部疼痛,麻木,舌质暗或有瘀斑、瘀点等血瘀征象者。

C.4 桃仁山楂代茶饮:桃仁 6 g,山楂 12 g,陈皮 3 g,开水沏或煎汤,代茶饮。适用于糖尿病合并冠

心病瘀血证较明显者。

C.5 薤白山楂粥:薤白 9 g,山楂 12 g(鲜者均加倍),洗净,与粳米 100 g 同煮为粥,日服 1~2 次。适用于糖尿病合并冠心病胸闷、心前区疼痛明显者。

C.6 其他食疗方:何首乌粥、木耳粥、荷叶粥、菊花粥、葛根粉粥、薤白粥、海带汤、生煨金花菜等,对于糖尿病合并心脏病患者均可选用。

附录 D

(资料性附录)

糖尿病合并心脏病的气功疗法

D.1 松静功:松静功又名放松功,是古代用于修身养性的一种静坐功法。对老年糖尿病合并心脏病者尤为适宜。

D.2 八段锦:八段锦的体势有坐势和站势两种。坐势练法恬静,运动量小,适于起床前或睡觉前穿内衣锻炼。站势运动量大,适于各种年龄、各种身体状况的人锻炼。

D.3 注意事项:糖尿病合并心脏病患者一般以静功为主,适当配合一些动功。动功选择八段锦,静功选择松静功(放松功)。但初学练功时需注意以下几点:①松静自然。做到心情稳定、体位舒适、全身放松后再调整呼吸。②意气相合。指练功时用意念活动去影响呼吸,逐渐使意念的活动与气息的运行相互配合,使呼吸随着意念活动缓慢进行。在松静自然的前提下,逐步地把呼吸锻炼得柔细匀长,如“春蚕吐丝”,绵绵不断。③动静结合。气功偏静,还应配合其他体育疗法如太极拳、健身操等。只有动静相结合,才能相得益彰,从而真正达到平衡阴阳、调和气血、疏通经络的作用。④循序渐进。练功要靠自己努力,只有坚持不懈,持之以恒,才能逐渐达到纯熟的地步。开始练功时间可短些,以后逐渐加长,一般可加到 30~40 min,每日 1~2 次。

附录 E

(资料性附录)

糖尿病合并心脏病的心理调摄

糖尿病合并心脏病属于心身疾病范畴,心理因素在其发病机制中起着重要作用,不良情绪会引发或加重糖尿病合并的心脏病。《内经》云:“喜伤心、怒伤肝、忧伤肺、思伤脾、恐伤肾。”表述了心理和健康的关系。良好的心理治疗可以使患者保持心情舒畅,避免情志为病,防止忧思气结诱发和加重糖尿病合并心脏病。建立安静舒适的环境并保持干净整洁,避免刺激可以抵御消极心理和稳定病情。

同时,患者家属应积极配合,整合大环境,达到最佳疗效。在态度上,医患应平等,加强沟通与理解。同时,适当在药物中加入舒肝理气,健脾滋阴之品,尽快使之烦躁、焦虑等情绪消除,增强其战胜疾病的信心。总之,糖尿病合并心脏病的患者,要学会自我调节,自我改善心理状态,消除焦虑、烦躁、情绪激动等,使心情平和,七情调达。

附录 F

(资料性附录)

中成药的使用说明

参照《中华人民共和国药典——临床用药须知——中药卷》(2005 版)及《国家基本药物——中成药》]

F.1 复方丹参滴丸:药物组成:丹参、三七、冰片。功能主治:活血化瘀、理气止痛。用于气滞血瘀所致的胸痹,症见胸闷、心前区刺痛;冠心病心绞痛见上述证候者。用法用量:吞服或舌下含服。一次 10 丸,一日 3 次,28 d 为 1 个疗程;或遵医嘱。注意事项:①寒凝血瘀胸痹心痛者不宜。②脾胃虚寒患者慎用,尽可能饭后服用。③本品含有活血化瘀之药,孕妇禁用。④饮食宜清淡、低盐、低脂。食勿过饱。忌食生冷、辛辣、油腻之品,忌烟酒、浓茶。⑤个别人服药后胃脘不适,宜饭后服用。⑥治疗期间,心绞痛持续发作,宜加用硝酸酯类药物。如果出现剧烈心绞痛、心肌梗死等,应及时救治。

F.2 通心络胶囊:药物组成:人参、水蛭、全蝎、檀香、土鳖虫、蜈蚣、蝉蜕、降香、赤芍、酸枣仁、冰片、乳香。功能主治:益气活血、通络止痛。用于冠心病心绞痛证属心气虚乏、血瘀络阻者。症见胸部憋闷,刺痛、绞痛,固定不移,气短乏力,心悸自汗,舌质紫暗或有瘀斑,脉细涩或结代。用法用量:口服,一次 4 粒,一日 3 次。4 周为 1 个疗程。对轻度、中度心绞痛患者可一次 2 粒,一日 3 次;对较重度、重度患者以一次 4 粒,一日 3 次为优,心绞痛等症状明显减轻或消失,心电图改善后,可改为一次 2 粒,一日 3 次。注意事项:出血性疾病,孕妇及妇女经期及阴虚火旺型中风禁用。服药后胃部不适者宜改为饭后服。

F.3 地奥心血康胶囊:药物组成:薯蓣科植物黄山药或穿龙薯蓣的根茎提取物,甾体总皂苷。功能主治:活血化瘀、行气止痛、扩张冠脉血管和改善心肌缺血。用于预防和治疗冠心病,心绞痛以及瘀血内阻之胸痹、眩晕、气短、心悸、胸闷或痛等病症。用法用量:口服。一次 1~2 粒,一日 3 次。注意事项:①本品活血化瘀,孕妇慎用,月经期妇女及出现

倾向者禁用。②过敏体质者慎服。③在治疗期间,心绞痛持续发作,宜加用硝酸酯类药物。若出现剧烈心绞痛,心肌梗死,应及时急诊救治。不良反应:全身麻疹样密集红色米粒大的斑丘疹、针刺样瘙痒,四肢为重;包皮及龟头红。

F.4 速效救心丸:药物组成:川芎、冰片。功能主治:行气活血、祛瘀止痛、增加冠脉血流量和缓解心绞痛。用于气滞血瘀型冠心病,心绞痛。用法用量:含服。一次 4~6 粒,一日 3 次,急性发作时,一次 10~15 粒。注意事项:①寒凝血瘀,阴虚血瘀胸痹心痛不宜单用。②有过敏史者慎用。③本品含有活血化瘀之药,孕妇禁用。④饮食宜清淡、低盐、低脂。食勿过饱。忌食生冷、辛辣、油腻之品,忌烟酒、浓茶。⑤伴有中重度心力衰竭的心肌缺血者慎用。⑥在治疗期间,心绞痛持续发作,宜加用硝酸酯类药物。如果出现剧烈心绞痛、心肌梗死等,应及时救治。不良反应:临床偶有引发口腔溃疡、口唇肿胀、急性荨麻疹、全身性皮炎者。

F.5 参松养心胶囊:药物组成:人参、麦冬、山萸肉、丹参、炒酸枣仁、桑寄生、赤芍、土鳖虫、甘松、黄连、南五味子、龙骨。功能主治:益气养阴、活血通络、清心安神。用于治疗气阴两虚,心络瘀阻引起的冠心病室性早搏,症见心悸不安、气短乏力,动则加剧,胸部闷痛,失眠多梦,盗汗,神倦懒言等。用法用量:口服,一次 4 粒,一日 3 次。4 周为 1 个疗程。不良反应:个别患者服药期间可出现胃胀。注意事项:应注意配合原发性疾病的治疗。

F.6 芪苈强心胶囊:药物组成:黄芪、人参、附子、丹参、葶苈子、泽泻、玉竹、桂枝、红花、香加皮、陈皮。功能主治:益气温阳、活血通络、利水消肿。用于冠心病、高血压病所致轻、中度充血性心力衰竭证属阳气虚乏,络瘀水停者,症见心慌气短,动则加剧,夜间不能平卧,下肢浮肿,倦怠乏力,小便短少,口唇青紫,畏寒肢冷,咳吐稀白痰等。用法用量:口服,一次 4 粒,一日 3 次。注意事项:临床应用时,如果正在服用其他治疗心衰的药物,不宜突然停用。

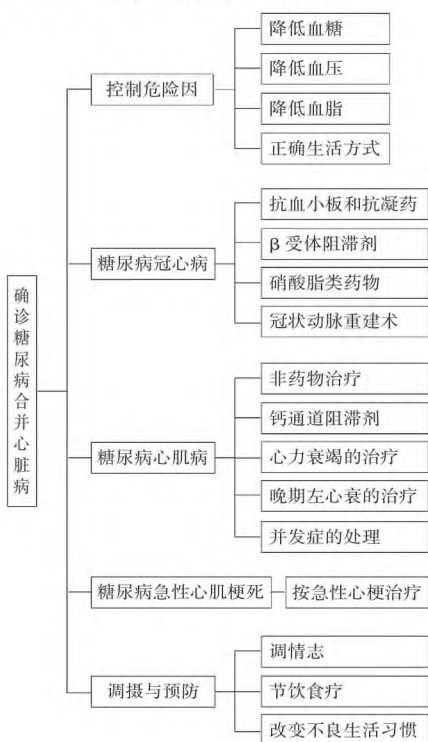
F.7 参麦注射液:药物组成:红参、麦冬。辅料为聚山梨酯 80、亚硫酸氢钠。功能主治:益气固脱、养阴生津、生脉。用于治疗气阴两虚型之休克、冠心病、病毒性心肌炎、慢性肺心病、粒细胞减少症。能提高肿瘤患者的免疫机能,与化疗药物合用时,有一定的增效作用,并能减少化疗药物所引起的毒副作用。用法用量:肌内注射,一次 2~4 mL,一日 1 次。静脉滴注,一次 10~60 mL(用 5% 葡萄糖注射液 250~500 mL 稀释后应用)或遵医嘱。1 个疗程

15 d。注意事项:①本品含有皂苷,不要与其他药物同时滴注。②抢救危急重症每日用量不低于 200 mL,剂量太小可能影响疗效。③使用前应对光检查,发现药液出现浑浊、沉淀、变色、漏气等现象不能使用。不良反应:以过敏反应、输液反应为主,严重过敏反应主要有过敏性休克,呼吸困难。偶有患者丙氨酸氨基转移酶升高。

F. 8 参附注射液:药物组成:红参、附片。功能主治:回阳救逆,益气固脱。主要用于阳气暴脱的厥脱症(感染性、失血性、失液性休克等);也可用于阳虚(气虚)所致的惊悸、怔忡、喘咳、胃疼、泄泻、痹症。用法用量:肌内注射,一次 2~4 mL,一日 1~2 次,静脉滴注,一次 20~100 mL(用 5%~10% 葡萄糖注射液或氯化钠注射液 250~500 mL 稀释后使用)。静脉推注,一次 5~20 mL(用 5%~10% 葡萄糖注射液 20 mL 稀释后使用),或遵医嘱。注意事项:①神昏闭证者不宜使用。②本品一般不宜与其他药物同时滴注,以免发生不良反应。③本品含辛热药物,孕妇慎用。④过敏体质者慎用。⑤本品含附子,有小毒,过量易致心血管毒性作用,不宜长期使用。⑥治疗期间,心绞痛持续发作,宜加服硝酸酯类药物。如果出现剧烈心绞痛、心肌梗死等,应急诊救治。不良反应:临床偶有药物性急性胃肠炎、过敏性休克者。

附录 G
(资料性附录)

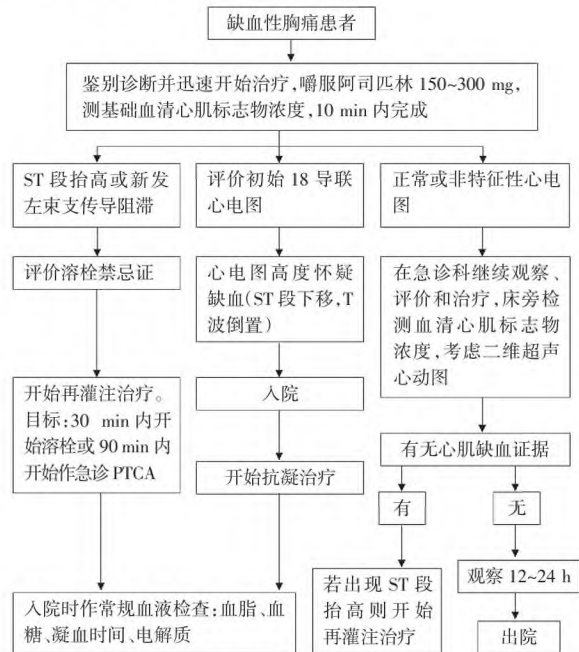
糖尿病合并心脏病的西医治疗模式



附录 H
(资料性附录)

缺血性胸痛和疑诊 AMI 患者的筛查和处理程序

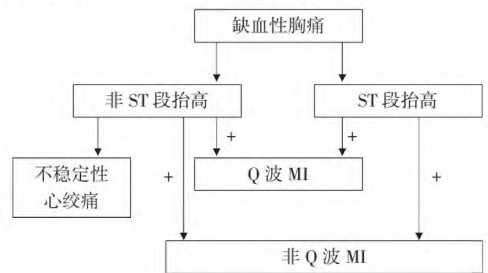
(中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会,中国循环杂志编辑委员会. 急性心肌梗死诊断和治疗指南,2001 年)



附录 I
(资料性附录)

缺血性胸痛患者可能的临床转归

(中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会,中国循环杂志编辑委员会. 急性心肌梗死诊断和治疗指南,2001 年)



注:+ 表示血清标记物阳性

执笔人:吴以岭、高怀林、贾振华、袁国强、魏聪 河北医科大学附属以岭医院;倪青、仇菲 中国中医科学院广安门医院;范冠杰 广东省中医院;庞国明、闫镛 开封市中医院;方朝晖 安徽中医学院第一附属医院