

第九讲 心的色诊

一、 中西医心的认知

中医与西医对于心脏的认知主要有以下几方面的区别：

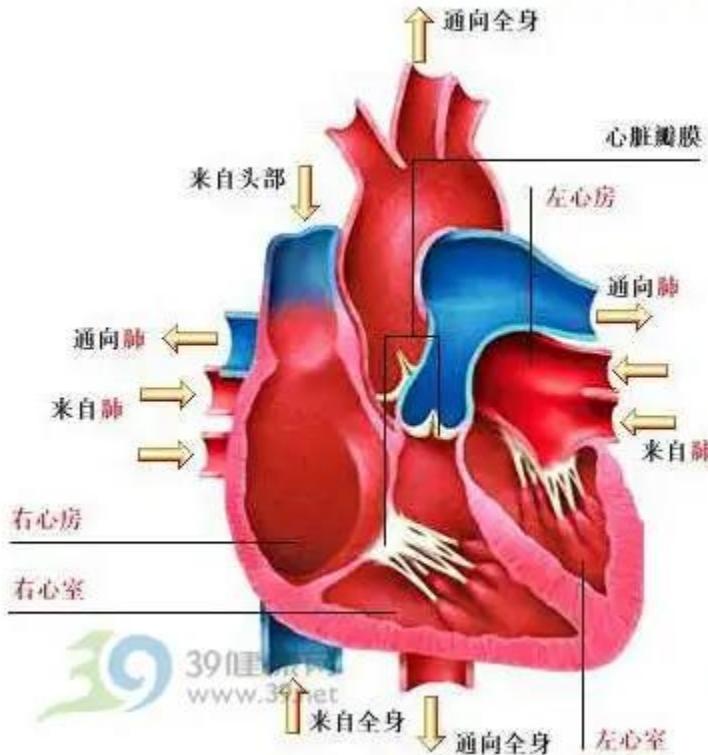
1、整体与局部。中医将心脏视为整体的一个部分，强调与其他脏腑之间的相互关系和整体的平衡协调。西医更侧重于从解剖和生理的角度，把心脏作为一个独立的器官来研究其结构和功能。

2、功能侧重。中医认为心主血脉和主神志，血脉运行和精神意识活动都与心有关。西医则主要关注心脏的泵血功能，电生理活动以及心血管系统的循环。

3、诊断方法。中医通过望、闻、问、切等手段，综合判断心脏及全身的健康状况，比如观察面色、脉象等来推测心的功能。西医则依靠各种检查，如心电图、心脏彩超、冠状动脉造影等明确心脏的具体病变。

4、治疗思路。中医治疗心脏问题常采用中药调理、针灸、推拿等方法，注重整体的调理和平衡。西医多采用药物治疗、手术治疗（如心脏搭桥、心脏支架）、介入治疗等，针对具体的病变部位和病因进行直接干预。

5、病因认识。中医认为心脏疾病的发生与情志、饮食、劳逸、外感等多种因素有关，且往往是多种因素综合作用的结果。西医则更注重病原体、遗传因素、生活方式、环境因素等对心脏产生的具体影响。



二、心脏的生理功能

1、心主血脉。心主血脉包括主血与主脉两个方面。心主血，是指心气能推动血液运行，输送营养物质于全身脏腑形体官窍。心主脉，是指心气推动和调控心脏的博动和脉管的舒缩，使脉道通利，血流通畅。

2、心主神志，又称心藏神。心主神志之“神”，广义上是指整个人体生命活动的外在表现，如整个人体形象以及面色、眼神、言语、应答、肢体活动姿态等；狭义上是指人的精神、意识、思维活动。心主神志具有主宰人体脏腑组织器官的生理活动和人体精神意识、思维活动的功能。

三、心的色部定位

鼻尖是山头，两眼之间鼻梁是山根，山根部是心的色部。这个部位的宽度相当于食指竖起来，横着放在鼻梁上的这个宽度。心为君主

之官，所以心脏的色部又叫王宫。



有的人比较窄，有的人比较宽。心宽的人这个部位就比较宽，心窄的人这个部位就比较窄。如果一个人心宽到什么都不管，什么都不吝，什么都不会，什么都不懂，那就是傻子，傻子这个部位最宽。

心脏部位的色部比别的色部，颜色稍微偏红一些，就像用真丝的绸子包裹着红色一样，这个部位颜色是明亮、润泽、含蓄而偏红。心脏色部正常气色是红黄隐隐、在微红的基础上明亮、润泽、含蓄。

观察青少年心脏色部，他的颜色就是明亮、润泽而含蓄，稍微偏红的一种色部。到了中老年，色部的红色就会逐渐的变淡，变成了淡白色。

四、色部淡白为心气虚

如果心脏色部淡白而偏暗，代表心气虚。这时，往往会出现一定程度的心慌气短，晚上睡觉不踏实，甚至于睡不着，甚至于多梦，或者早醒的症状，严重时心慌气短会进一步发展，会出现心前区憋闷，

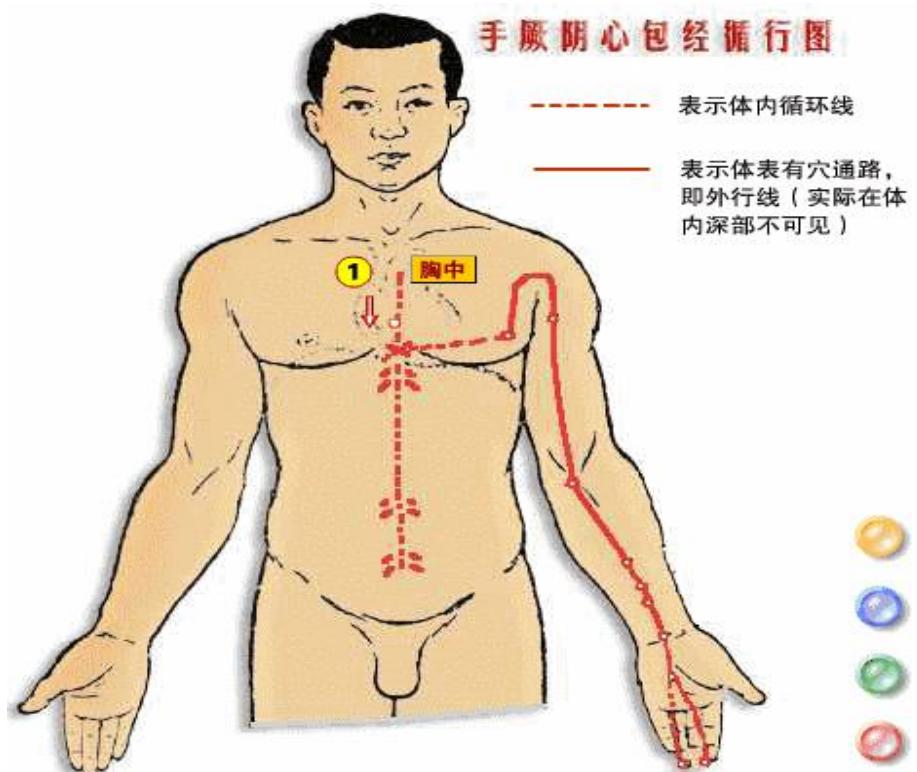
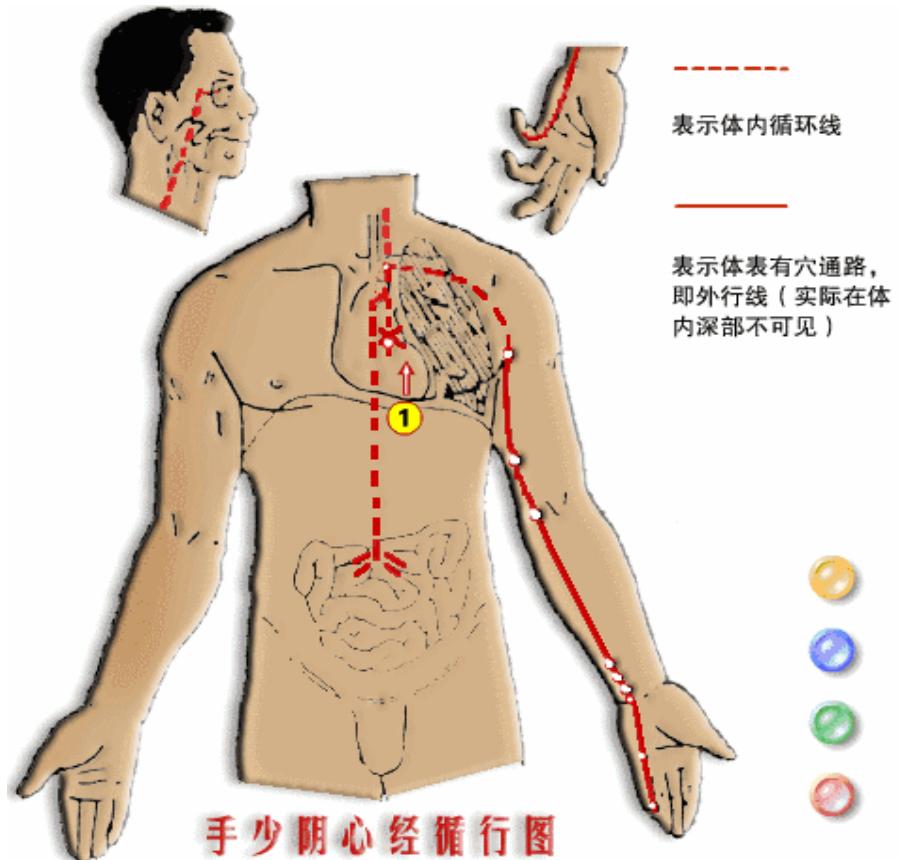
所有这些都是心气不足的表现。

五、色部青紫色为心脉瘀阻

如果心脏色部青紫色，除心气不足外，还代表心脉瘀阻。这类人稍微一活动就心慌，严重的时候不活动也心慌、心跳、气短，当情绪波动时，作剧烈运动时，心胸憋闷就加重，会出现心前区、胸骨后的一种压榨性的疼痛。



疼痛剧烈时，甚至会牵涉到左肩、左臂，左肩、左臂的内侧。按中医的观点，手少阴心经、手厥阴心包经，循行在上肢内侧的后缘和中间。



如果及时地发现，及时地正确地诊断，及时地治疗，病人的病情

就会逐渐地减轻，他就不会逐渐地严重地发展。如果这时病人还没有自觉，病人家属也没有发现他这些气色的变化，病人照样吃、照样喝、照样折腾，心脏的病症就会逐渐加重。有可能在心脏色部的上方出现一道横纹，这个横纹会逐渐地加深，然后变成一道皱褶，严重时这道皱褶甚至变成了一个横行的沟状，这称之为鼻褶心征。鼻褶心征，代表动脉硬化，冠状动脉供血不足，严重是产生冠心病。

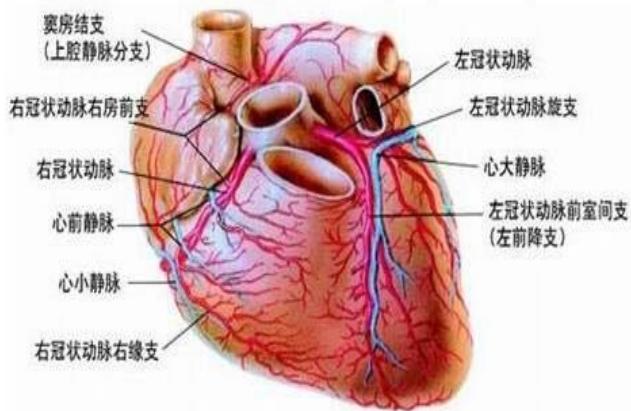


在鼻褶心征显现的同时，病人原本光滑柔软的耳垂上，也会从耳屏和对耳屏上，出现一道皱褶，再严重时发展成纵沟，成 45 度角斜向耳垂的边缘，称之为耳褶心征。



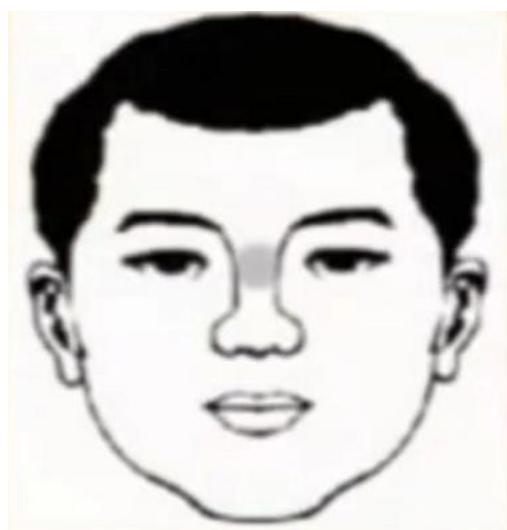
100 个有 80 多个具备耳褶心征的人，有动脉硬化、高血压、血

脂偏高或者是冠心病，轻度人也有心率不齐。国内统计超过国外，达到97%的程度。如果这时加以注意，心脏病的继续发展完全可以避免；如果不加注意，冠状动脉会继续堵塞，当堵塞到3/4以上时，就会出现心绞痛，完全堵塞时会发生心肌梗塞。



六、色部发暗且浊为痰湿

心脏色部发暗发浊，舌苔表现为厚、黏、腻，这个病人多为痰湿体质，体内的痰湿一定很盛。



七、冠状动脉硬化

冠状动脉硬化也叫做冠状动脉粥样硬化性心脏病，简称冠心病，也是目前在心血管疾病当中最为常见的一种慢性疾病。冠心病是指因冠状动脉狭窄、供血不足而引起的心肌机能障碍和(或)器质性病变，故又称缺血性心肌病。由于冠状动脉狭窄的支数和程度的不同，其临床症状也有不同。

冠状动脉粥样硬化性心脏病多见于 40 岁以上的人。动脉粥样硬化的发生可始于儿童，而冠心病的发病率随年龄增加而增加。

男性较常见，男女发病率的比例约为 2：1。因为雌激素有抗动脉粥样硬化作用，故女性在绝经期后发病率迅速增加。有糖尿病、高血压、高脂血症家族史者，冠心病的发病率增加。

吸烟是冠心病的重要危险因素。吸烟者冠心病的患病率比不吸烟者高 5 倍，且与吸烟量成正比。吸烟者血中一氧化碳血红蛋白增高，烟中尼古丁收缩血管，以致动脉壁缺氧而造成动脉损伤。

高血压是冠心病的重要危险因素。高血压病人患冠心病者是血压正常者的 4 倍，冠心病病人中 60%~70% 患有高血压。动脉压增高时的切应力和侧壁压力改变造成血管内膜损伤，同时血压升高促使血浆脂质渗入血管内膜细胞，因此引起血小板聚积和平滑肌细胞增生，发生动脉粥样硬化。

高胆固醇血症是冠心病的重要危险因素。高胆固醇血症（总胆固醇 $>6.76\text{mmol/L}$ 、低密度脂蛋白胆固醇 $>4.42\text{mmol/L}$ ）者较正常者（总胆固醇 $<5.2\text{mmol/L}$ ）冠心病的危险性增加 5 倍。近年的研究表明，高甘油三酯血症也是冠心病的独立危险因素。高密度脂蛋白对冠心病

有保护作用，其值降低者易患冠心病，高密度脂蛋白胆固醇与总胆固醇之比 <0.15 ，是冠状动脉粥样硬化有价值的预报指标。最近的研究发现，血清 α -脂蛋白 [Lp (α)] 浓度升高 ($>0.3\text{g/L}$) 也是冠心病的独立危险因素。

糖尿病是冠心病的重要危险因素。糖尿病患者发生冠心病的危险性比正常人高 2 倍；女性糖尿病患者发生冠心病的危险性比男性患者高 3 倍，且易发生心力衰竭、卒中和死亡。高血糖时，血中糖基化的低密度脂蛋白增高，使经低密度脂蛋白受体途径的降解代谢受抑制；同时高血糖也使血管内膜受损，加之糖尿病常伴脂质代谢异常，故糖尿病者易患冠心病。

肥胖和运动量过少。
①标准体重 (kg) = 身高 (cm) - 105 (或 110)。
②体重指数 = 体重 (kg) / (身高 m) ²。超过标准体重 20% 或体重指数 >24 者称肥胖症。肥胖虽不如高血压、高脂血症、糖尿病那么重要，但肥胖可通过促进这三项因素的发生发展而间接影响冠心病。运动能调节和改善血管内皮功能，促使已患冠心病患者其冠脉侧支循环的建立，运动量少易致肥胖，因此应充分认识到治疗肥胖症的紧迫性和增加运动量的重要性。

饮酒。长期大量饮高度白酒对心脏、血管、肝脏等脏器的功能有损伤作用，可招致酒精性心肌病、肝硬化、高血压的发生；而适量饮低度数的有色酒（例如葡萄酒）可降低冠心病的危险性，因为饮酒可使高密度脂蛋白浓度增高。

长期口服避孕药可使血压升高、血脂增高、糖耐量异常，同时改变凝血机制，增加血栓形成机会。

饮食习惯。进食高热量、高动物脂肪、高胆固醇、高糖饮食易患冠心病，其他还有微量元素的摄入量的改变等。

冠心病可有心脏性猝死、心律失常、心力衰竭、心源性休克、缺血性心肌病、二尖瓣脱垂等并发症。

心脏性猝死。心脏性猝死由冠心病引起最多，占 3/4 以上，在所有冠心病死亡者中 50%~70% 为猝死。美国 Lown 报告的流行病学资料显示，每年心脏性猝死者 40 万，平均每分钟即有 1 例发生心脏性猝死，其中 80% 是冠心病引起。不少冠心病患者平时无任何症状，猝死为首发的临床表现，约占冠心病猝死的 20% 左右。在国内一般北方省市的冠心病患病率、猝死率均明显高于南方。

心律失常。心律失常可以是缺血性心脏病的惟一症状。可以出现各种快速和缓慢性心律失常。但临床多见的冠心病心律失常主要有期前收缩（房性和室性）、心房扑动与心房颤动、非持续性室性心动过速及传导系统障碍导致的病态窦房结综合征、不同程度的房室传导阻滞和束支传导阻滞。

心力衰竭。心力衰竭主要由于冠状动脉粥样硬化、狭窄造成的心肌血供长期不足、心肌组织发生营养障碍和萎缩，产生散在的或弥漫性心肌纤维化以及心室发生重构所致。患者大多有心肌梗死病史或心绞痛史，逐渐发生心力衰竭，大多先发生左室衰竭，然后继以右心衰，为全心衰出现相应的临床症状。

缺血性心肌病。缺血性心肌病指由冠心病引起的急性（可逆）的或慢性的心肌缺血造成心肌损害，表现为心室收缩期或舒张期功能失常。常由于冠状动脉粥样硬化狭窄造成的散在或弥漫性心肌纤维化所引起。

二尖瓣脱垂。二尖瓣脱垂综合征在冠心病中的发病率中较高。理化分析 76 例，14 例（18.4%）临床有此综合征。主要由于供应前外乳头肌或后内乳头肌的动脉狭窄后，产生前外或后内乳头肌供血不足及收缩无能引起。

症状

典型的症状为劳力型心绞痛，在活动或情绪激动时出现心前区压榨性疼痛，部分患者向左肩部或/和左上臂部放散，一般持续 5~10 分钟，休息或含服硝基甘油等药物可缓解。部分伴有胸闷或以胸闷为主，严重者疼痛较重，持续时间延长，休息或睡眠时也可以发作。病史提问要注意诱因、疼痛的部位、持续时间，有无放散，伴随症状及缓解方式。

体检发现

一般早期无明确的阳性体征，较重者可有心界向左下扩大，第一心音减弱，有心律失常时可闻及早搏、心房纤颤等，合并心衰时两下肺可闻及湿罗音，心尖部可闻及奔马律等。

冠心病的治疗原则：增加冠状动脉血供和减少心肌耗氧，使心肌供氧和耗氧达到新的平衡，尽最大努力挽救缺血心肌，减低病死率。

药物治疗

具体药物剂量和用法详见急性冠状动脉综合征、稳定型心绞痛、陈旧性心肌梗死条。

介入治疗

经皮冠状动脉腔内成形术即用经皮穿刺方法送入球囊导管，扩张狭窄冠状动脉的一种心导管治疗技术。

一级预防

针对未患冠心病的人群，对冠心病易患因素进行干预，防止冠心病的发生。这项工作是一项相当艰巨的工作，从儿童、青少年时期开始就应着手冠心病预防工作的开展。

公认的冠心病危险因素包括男性、有过早患冠心病的家族史（父母、兄弟在 55 岁患确定的心肌梗死或突然死亡）、吸烟（现吸纸烟 ≥ 10 支/d）、高血压、糖尿病、HDL-C 浓度经重复测定仍 $<0.9\text{mmol/L}$ （ 35mg/dl ）、有明确的脑血管或外周血管阻塞的既往史、重度肥胖（超重 $\geq 30\%$ ）。在众多的冠心病易患因素中，有的为不可改变的因素，如：年龄、性别、心脑血管病家族史；其他均为可改变因素，如：高血压、高血脂、高血糖、抽烟、饮食习惯、肥胖等。因此，为防止发生冠心病，应积极控制“可改变的因素”。控制体重、适量运动、戒烟、低脂低盐饮食是重要的保健措施，有效控制高血压、高血脂和糖尿病是更为迫切的任务。采取积极的预防措施，冠心病的发病率可显著降低。

二级预防

针对已患冠心病的人群，防止病情发展和猝死。对于未发生心肌梗死者，应积极防止心肌梗死的发生。

对于心肌梗死病人的二级预防，应包括以下几个方面的内容：对患者及其家属进行卫生宣教工作；对冠心病危险因素采取针对性措施，防止冠状动脉病变继续进展；药物或手术防治心肌缺血、左室功能不全或严重心律失常；对有再梗或猝死高危险性者应尽量减少易患因素。

近年提出的冠心病一、二级防治工作中的“ABC 方案”的含义可概括为：A——Aspirine（阿司匹林），意即在冠心病的防治工作中应采用抗凝和抗血小板药物，部分临床工作者认为也含有使用血管紧张素转换酶抑制药（ACEI）之意；B（beta）——Blocker（ β 受体阻滞药）；C——Cholesterol，即降低胆固醇之意。

如果患者存在冠心病，建议应当服用抗血小板、抗动脉硬化、降脂稳定斑块的药物，比如拜阿司匹林和阿托伐他汀这两大类药物是必不可少的。还要结合生活方式上的干预治疗，比如戒烟、戒酒，运动减肥，低盐、低脂饮食，才可以更好的预防冠心病的进展。

八、心气虚与心阳虚的区别

心气虚与心阳虚，两证均有心悸，胸闷气短，自汗等心气虚的表现，但心阳虚表现较重，常常是由心气虚发展而来，表现为心悸怔忡，胸闷或者心痛，有畏寒肢冷等阳虚寒症的表现，或者面唇青紫，舌质淡胖或紫暗，苔白滑，脉沉迟无力。

心阳虚是在心气虚的基础上出现怕冷、四肢不温、心前区疼痛等症状。也就是说心阳虚比心气虚的寒性更严重，且影响到气血运行。气不足便是寒。其实心气虚已经反映出了一定程度的寒象，但是没有心阳虚寒象明显。

九、心阴虚与心阳虚的区别

心阴虚是指阴液不足，心失所养。主要表现为心烦、心悸、失眠、多梦，还能伴有午后潮热、盗汗、两颧发红、舌红少津等症状。就像锅里的水少了，无法很好滋润一样，人体阴液不足，产生虚热，从而出现上述症状。

心阳虚是指心的阳气不足，虚寒内生。主要症状是心悸怔忡、心胸憋闷或痛，遇冷加重，畏寒肢冷，面色㿠白，舌淡胖等。这好比火炉里的火不够旺，身体没有足够的阳气来温煦，就会出现怕冷、心脏功能减弱等表现。