

内科临床 经验荟萃

郑秋甫 程留芳 主编

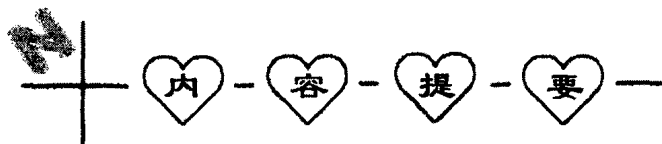


金盾出版社

内科临床经验荟萃

郑秋甫 程留芳 主编

金盾出版社



本书共分五章,从内科学的角度针对循环系统、呼吸系统、消化系统、内分泌系统及神经系统的部分多发病、常见病,介绍了详细的临床诊断治疗经验。本书内容丰富,科学实用,可供临床医生诊断治疗时参考,亦可供广大读者自我诊断时使用。

图书在版编目(CIP)数据

内科临床经验荟萃/郑秋甫,程留芳主编.--北京:金盾出版社,2012.2

ISBN 978-7-5082-6778-4

I. ①内… II. ①郑…②程… III. ①内科—疾病—诊疗
IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 006423 号

金盾出版社出版、总发行

北京太平路 5 号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:68214039 83219215

传真:68276683 网址:www.jdcbs.cn

封面印刷:北京凌奇印刷有限责任公司

正文印刷:北京印刷一厂

装订:兴浩装订厂

各地新华书店经销

开本:850×1168 1/32 印张:19.75 字数:500 千字

2012 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

印数:1~8 000 册 定价:49.00 元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

作者名单

(按章节排序)

郑秋甫	解放军总医院专家组	教授
宫剑滨	南京军区南京总医院心内科	教授
段留法	解放军总医院南楼心血管二科	副主任医师
张丽萍	解放军总医院南楼心血管二科	教授
周书明	北京军区总医院干部一科	教授
石津生	空军总医院专家组	教授
叶平	解放军总医院南楼心血管二科	教授
俞森洋	解放军总医院南楼呼吸科	教授
文仲光	解放军总医院附属一院呼吸科	教授
胡伏莲	北京医科大学第一医院消化内科	教授
柯美云	北京协和医院消化内科	教授
许建明	安徽医科大学第一附属医院消化科	教授
李国华	南昌大学第一附属医院消化科	副教授
吕农华	南昌大学第一附属医院消化科	教授
程留芳	解放军总医院消化科	教授
王吉耀	复旦大学附属中山医院消化科	教授
白文元	河北医科大学第二医院 河北省消化病研究所	教授
谢渭芬	第二军医大学附属长征医院消化科	教授
田慧	解放军总医院南楼内分泌科	教授
汪寅章	解放军总医院南楼内分泌科	教授
罗毅	解放军总医院神经内科	教授
薛慎伍	济南军区总医院干四科	教授
王鲁宁	解放军总医院南楼神经内科	教授
郎森阳	解放军总医院心理科	教授



前言

医学各学科发展都很快，在内科领域，各学科之间也有隔行如隔山之感，各学科中都有自己关注的热点问题，这些热点问题多是临床常见病、多发病，也是学科中研究最多，进展最快，知识更新最迅速的领域。但人体是一个整体，一个系统的疾病往往可以诱发其他系统的病理改变，尤其在老年人更是如此。因此在我国某些医院内科尚处于全科医生阶段、老年医学尚不分科的情况下，对内科一些初、中级医生掌握热点和难点问题及最新进展，是编写《内科临床经验荟萃》一书的初衷。本书不是内科学，但将循环系统、呼吸系统、消化系统、内分泌系统及神经内科系统的部分常见病、多发病的临床诊治经验和最新进展推荐给读者，希望能从中获益。

本书内容具有自己的特色，由全国一些知名专家认真撰写，既注意到近年来国内外循证医学的结果，又写进了自己宝贵的临床实践经验，并对其中一些问题提出了独特的见解，是循证医学与临床经验相结合的产物，而非国内外文献综述。本书对老年病领域的一些常见病、多发病诊治最新进展作了较详尽的介绍，并且贯彻预防为主的思想，对当前群众热切关注的冠心病、高血压、糖尿病等疾病的预防、治疗有针对性地介绍一些最新知识和作者的体验。针对疾病的康复问题，本书引进了肺的康

复、脑血管康复、乙肝抗病毒治疗等康复的最新观点。

本书大部分内容曾在《解放军保健医学杂志》(后更名为《中华保健医学杂志》)上发表,可读性和实用性都很强,深受读者欢迎,这次请作者进行修改和补充后,编纂成书,以饗读者。为此,我们也向为本书辛勤撰写的作者和出版人员致以衷心的感谢!

由于编者水平有限,疏漏之处在所难免,恳请广大读者批评指正,不胜荣幸之至!

郑秋甫 程留芳



目 录



第一章 心血管疾病

第一节	窦性心动过缓和病态窦房结综合征.....	(1)
第二节	心房颤动的诊治现状	(14)
第三节	室性早搏的临床意义与治疗策略	(34)
第四节	冠心病	(39)
第五节	急性冠状动脉综合征	(72)
第六节	经皮冠状动脉介入治疗的进展与问题	(96)
第七节	高龄冠心病患者各种治疗方法的评估.....	(111)
第八节	合理应用阿司匹林治疗和预防心脑血管病.....	(121)
第九节	抗凝药物在急性冠状动脉综合征中的 应用进展.....	(134)
第十节	老年人充血性心力衰竭的诊治特点.....	(148)
第十一节	慢性心力衰竭的治疗.....	(163)
第十二节	晚期心力衰竭的治疗.....	(176)
第十三节	老年人高血压的诊断治疗进展.....	(189)
第十四节	老年直立性和餐后低血压.....	(207)
第十五节	老年人血脂异常的治疗策略.....	(223)
第十六节	老年晕厥.....	(232)
第十七节	老年头晕和眩晕.....	(243)
第十八节	肺动脉高压.....	(253)
第十九节	左室非致密化心肌病.....	(267)

第二章 呼吸系统疾病

第一节	危重型哮喘的诊断和治疗.....	(276)
-----	------------------	-------



第二节	急性呼吸衰竭.....	(297)
第三节	慢性阻塞性肺病和哮喘的雾化吸入疗法.....	(321)
第四节	重症社区获得性肺炎.....	(329)
第五节	抗生素的临床合理应用.....	(339)
第六节	老年人肺栓塞.....	(349)
第七节	肺康复医疗的进展.....	(362)

第三章 消化系统疾病

第一节	幽门螺杆菌感染与上胃肠道疾病.....	(374)
第二节	慢性便秘的诊断与治疗.....	(393)
第三节	急性化脓性胆管炎的内镜治疗现状.....	(400)
第四节	重症胰腺炎内科综合治疗.....	(410)
第五节	非酒精性脂肪性肝病诊治进展.....	(417)
第六节	急性药物性肝损伤.....	(426)
第七节	重视慢性乙肝肝硬化的抗病毒治疗.....	(440)
第八节	肝纤维化细胞分子机制及其干预措施.....	(446)
第九节	肝纤维化治疗策略.....	(450)
第十节	肝硬化腹水的诊断和治疗.....	(460)
第十一节	食管静脉曲张硬化治疗现状.....	(470)
第十二节	胃静脉曲张的基础研究和临床治疗进展	(479)
第十三节	食管静脉曲张破裂出血内镜下治疗 的评价与争鸣.....	(487)
第十四节	如何提高消化道出血的诊断.....	(494)
第十五节	肝性脑病的诊断与治疗进展.....	(498)

第四章 内分泌系统疾病

第一节	2型糖尿病及相关疾病治疗用药相互影响	(509)
第二节	代谢综合征的防治.....	(521)



第五章 神经系统疾病

第一节	原发性帕金森病药物治疗的探讨·····	(534)
第二节	关注老年痴呆高危人群—轻度认知损伤·····	(545)
第三节	脑血管病的康复研究·····	(558)
第四节	多系统萎缩的临床研究进展·····	(578)
第五节	老年患者常见的抑郁焦虑症状的诊治·····	(594)
第六节	老年患者首发抽搐的诊断和处理·····	(608)



第一章 心血管疾病

第一节 窦性心动过缓和病态窦房结综合征

窦性心动过缓常见于健康老年人和中老年患者,除了严重心动过缓外,如果心搏量增加能代偿心率减慢大多数可无症状,常常在体检或做心电图时被发现,多无重要临床意义。但部分患者可因胸闷、疲乏无力、头晕或晕厥而就诊,如能证实这些症状与心动过缓有关,即可成为诊断和治疗的关键。明显而持续的窦性心动过缓常常是病态窦房结综合征(Sick Sinus Syndrome, SSS)的表现。Ferrer 提出病态窦房结综合征分为几个阶段:开始为窦性心动过缓,继之进展到窦性停搏和室上性异搏心律,最后发展为房颤,房颤是病态窦房结综合征的终末期。但老年人有时鉴别窦性心动过缓和病态窦房结综合征存在一定困难,临床上常常因为是否需要安装永久性起搏器而意见分歧很大。这并不奇怪,因为临床上对两者无法严格区分,而且严重的窦性心动过缓本身就是病态窦房结综合征的表现之一。为此,常常遇到一系列问题令医生十分棘手,如该患者是否 SSS,应不应该安装永久性起搏器,无力安装永久性起搏器的 SSS 患者是否会猝死等,本文将这些问题的最新观点结合多年临床经验综述如下。

一、病理分析

1. 窦性心动过缓 窦房结位于上腔静脉和右房连接处界沟的末端,由窦房结动脉供血,65%患者的窦房结动脉来自右冠状动



脉的近端,25%来自回旋支,10%来自两支动脉。房室结接收起源于后降支近端的房室结动脉的血供,80%患者的这支动脉来自右冠状动脉,10%来源于回旋支,其余10%起源于两条动脉。心脏传导系统严格地受交感和副交感神经支配,副交感神经张力降低窦房结的自律性和减慢房室结的传导。即使对健康者,强力的迷走刺激如呕吐,亦可短暂地抑制窦房结的自主活性或阻滞房室结传导。交感兴奋可增加自主活性和加速传导,患者的基础心率和传导是决定于交感和副交感神经传出之间的平衡。当自律性完全被阻滞,固有心率在85~105次/min,且与年龄呈负相关。在成年人该心率比正常静息时心率要高,表明在基础情况下,副交感神经张力占优势。此外,一天当中心率变化很大,但最慢心率在夜间。

传统正常窦性心率范围在60~100次/min,高于100次/min为心动过速,低于60次/min为窦性心动过缓,但Spodick等通过500例50~80岁中老年人研究,以均数加2个标准差计算,提出正常窦性心率范围为50~90次/min,且与年龄无关。笔者认为Spodick这一观点比传统的正常窦性心率范围更符合生理和临床现象,因为很多人平静时心率在50~60次/min并无不适,冠心病心绞痛患者希望把心率降至50~60次/min,仍在正常窦性心率范围内。下午“正常”心率范围在男性46~93次/min,女性为51~95次/min,夜间心率减慢,成年人睡眠时平均约减少24次/min,80岁以上老年人约减少14次/min。Holter发现夜间睡眠时最小心率在30~35次/min、窦性停搏 ≤ 2.5 s、一度或二度I型房室结传导阻滞,这些都可见到,可认为是正常变异。训练有素的运动员更倾向于心动过缓,静息时心率可慢到40次/min以下。一组观察发现运动员睡眠时37%有2~3s的窦性停搏。鉴于这些发现,ACC/AHA在无症状窦性心动过缓植入起搏器的现代指南中建议,24h最慢心率低至30次/min、窦性停搏3.0s、房室结文



氏传导阻滞考虑为正常范围,因为 24h 中最慢心率多在凌晨 1~4 点,正是睡眠最深的时候。临床上常常有的医生看见 24h 动态心电图上最慢心率为 35 次/min,既无窦性停搏也无窦房阻滞,就要求患者安装永久性起搏器,这是不正确的。中老年人 Holter 上最慢心率可低到 30 次/min 仍应考虑为正常范围。即使更显著的心动过缓存在,能找到可逆的原因,如显著的心动过缓常发生于阻塞性睡眠呼吸暂停的低氧血症患者,阻塞性睡眠呼吸暂停经治疗后,心动过缓也可以改善。

房颤患者由于比窦性节律时心率变异更大,应予特殊考虑。虽然房颤时症状性心动过缓较常见,约 13% 患者需植入起搏器,但无症状的较长心室停搏也较常见。Pitcher 等报告 66 例无症状慢性房颤患者发现 2/3 有长于 2.0s 的停搏,30% 停搏 > 3.0s。因此,他们提出房颤患者白天停搏 2.8s、夜间停搏 4.0s 应该考虑为正常范围。

随着运动增加能适当的增加心率是心率的另一特征。假如运动时不能增加心率称为“变时不全”(chronotropic incompetence)。但目前尚未被普遍接受这一名称。推荐的定义有:运动高峰时心率不能达到年龄预测最大值(220-年龄)的 85%;心率不能达到 100 次/min 或最大心率低于对照人群的 2 个 SD 以上。

鉴于上述一些研究和观察,当心率 < 50 次/min(有的认为 < 40 次/min)时才诊断为窦性心动过缓。

2. 窦房结功能不全 窦房结功能不全也称“病态窦房结综合征”(Sick Sinus Syndrome, SSS),是窦性心动过缓的常见原因。病态窦房结综合征在 65 岁以上老年人可高达 1/600,高峰在 70 岁以上,在美国约 50% 患者植入起搏器。该综合征的病因可分为窦房结本身的病理改变和外在原因(表 1)。



表 1 病态窦房结综合征的病因

内在原因	外源性病因
特发性(衰老)	自主性介导综合征
心肌梗死或缺血	心神经性晕厥
浸润性疾病	颈动脉窦过敏
结节病	情景性障碍
淀粉样变	排尿
血色病	大便
胶原病	呕吐
系统性红斑狼疮	咳嗽
类风湿关节炎	药物
硬皮病	β 受体阻滞药
肌僵直性营养不良	钙拮抗药
外科创伤	可乐定
先天性心脏病校正术	抗心律失常药
心脏移植	甲状腺功能减退
瓣膜置换术	低体温
家族性疾病	神经性疾病
感染性疾病	电解质紊乱
南美洲锥虫病	低钾血症
心内膜炎	高钾血症

内在性原因主要是由于窦房结组织被纤维组织所代替,由于梗死或感染造成永久性损伤并不常见。外源性原因除了表 1 所述外,还可见于颅内压增高、迷走张力过高。

窦性心动过缓是由于抑制了窦房结的自主性。窦性停搏或窦性静止是由于冲动不能形成或冲动不能传到结周心房组织,有人



认为窦房结有大量的起搏细胞,不可能所有起搏细胞同时“停搏”,因此更可能是由于窦房结传出阻滞。自主性和传导异常容易使患者罹患房颤和房扑、心动过缓-过速综合征,是窦房结功能不全常见的表现。窦房结功能不全患者出现心动过速和窦性心动过缓联合十分棘手,过分的超速抑制窦房结自律性可导致心动过速终止时较长时间的停搏和晕厥。心动过速时使用 β 受体阻滞药、钙拮抗药、地高辛等阻滞房室传导,控制心室率可能进一步抑制窦房结。

窦房结功能不全时约有 8.4% 患者患有房室传导障碍,不像窦房结,房室结和希氏束以双通道连接心房和心室,因此梗死、炎症和导管创伤等所致的灶性损伤是常见的原因。一度房室传导阻滞本身并不引起心动过缓,有些明显一度房室传导阻滞的患者可能是由于房室不同步所致。二度 I 型阻滞通常由于房室结传导延迟,但也可以发生在希氏束。二度 II 型阻滞 P-R 间期固定且 QRS 波脱漏前无 P-R 延长,阻滞多发生在希氏束-浦肯野纤维系统。2:1 阻滞时,如 QRS 波窄、有文氏周期或同时有窦缓(“迷走性阻滞”)提示阻滞在房室结,而宽的 QRS 波提示结下阻滞。三度房室传导阻滞时 QRS 波不宽,心率在 40~60 次/min,提示阻滞在房室结。如宽的逸搏心律,心室率更慢,意味着希氏束-浦肯野纤维系统阻滞。

病态窦房结综合征患者常主诉胸闷、头昏或头晕、疲乏无力、一过性意识障碍,甚至晕厥。这主要是心动过缓时,即使每搏量增加,但心输出量仍不能满足机体各重要器官灌注的要求所致。其心电图表现为:

(1)持续的、严重的、不符合生理要求的窦性心动过缓。窦性心率 <40 次/min 或在运动、发热等情况下心率仍在 50 次/min 左右,特别在白天心率无明显变化。

(2)窦性停搏 $>2s$ 或窦房阻滞、房室传导阻滞、有时窦性停搏



与高度窦房阻滞临床上很难区别。

(3)缓慢的房性逸搏心律,心率常在 50~80 次/min,Ⅱ、Ⅲ、aVF、V₅₋₆P 波倒置,aVRP 波直立或交界区逸搏心律,这种心律可存在几年而无病态窦房结综合征症状。

(4)心动过缓-心动过速综合征,表现为窦性心动过缓或室上性逸搏心律突然被室上性心动过速替代,最常见的是房颤和房扑,偶尔为逸搏性房性或交界性心动过速,当心动过速突然终止时可出现长时间的窦性停搏,这种被超速抑制的窦房结一时很难恢复功能。因此,心电图上表现为房颤转复时出现长时间的窦性静止后第一个 QRS 波往往为交界性逸搏,以后才出现窦性搏动,心率很慢。有的患者窦性静止后第一个 QRS 波也可以是窦性搏动。该综合征被认为是慢性房颤的前奏。

(5)慢性房颤是病态窦房结综合征的终末期,这时心室率可以很慢。如果房颤转复时不出现窦性心律,代之以交界性心律,应该怀疑该综合征。

二、诊 断

1. 12 导联心电图 偶然在常规心电图上发现严重的窦性心动过缓,窦性心率<40 次/min,窦性停搏、窦房阻滞、缓慢的房性逸搏心律而被诊断;慢性房颤伴缓慢的心室率也提示该综合征,但常规心电图诊断该综合征不是很敏感。

2. 运动心电图 休息时窦性心动过缓并不一定是 SSS,正常人激烈运动时心率可超过休息时心率的 100%或更多,而 SSS 最大运动时心率增加不超过 20%,但必须除外药物的影响,如洋地黄、β受体阻滞药等的作用。运动心电图对高龄老年人不能运动者价值受限。

3. 动态心电图 一旦怀疑 SSS,24h 动态心电图是最有价值的诊断工具。夜间可记录到严重窦性心动过缓伴窦性停搏,而白



天可无这些表现。白天和夜间心率变动很小,运动时心率增加也很少。但正常和异常窦性心率之间无明确的限定,如窦性心率 $<50/\text{min}$ 伴有 2s 的停搏在健康年轻人虽然不多但可见到。SSS 的诊断必须是症状与窦性心动过缓和窦性停搏明显相关,假如 24h 动态心电图没有记录到与症状相关的证据,必要时可延长至 48h 或 72h 的动态心电图监测。

4. 药物试验 如动态心电图不能确定诊断,可进行药物试验。临床常用的阿托品试验,静注阿托品 1~2mg,正常心率增加至少超过休息时心率的 30% 以上,而 SSS 患者心率增加缓慢,很少超过 90 次/min,偶然出现加速性交界心律,表明病态的窦房结在阻滞迷走张力后不能增加心率。异丙肾上腺素试验,静脉滴注 2~3mg/min,正常心率可增加到 90 次/min 以上,而 SSS 患者心率增加不超过 90 次/min。但这两个试验对老年人都不是很合适,前者可引起尿潴留,后者可出现严重心律失常,应特别慎重。其实,笔者的经验是对能运动的患者让其跑几百米,如心率能增加到 90 次/min 以上即可除外 SSS。

5. 电生理学检查 常用于评价窦房结功能的生理学检查为测定窦房结恢复时间(SNRT)和窦房结传导时间(SACT)。虽然对于它的实用性有人提出了质疑,但目前仍被广泛使用和接受。该检查是通过右心导管将电极放置在窦房结附近,用非程控 S_1S_1 刺激法,以超过患者基础窦率 10~20 次的频率开始对心房进行起搏,每级递增 10 次/min,每次刺激 30~60s,直至增加到 200 次/min。超速起搏停止后最后一个 P 波到窦房结恢复起搏的第一个 P 波之间距离为 SNRT,正常应 $<1400\text{ms}$,SACT 正常范围为 $<300\text{ms}$ 。Carlo 等认为校正窦房结恢复时间(cSNRT)异常更能反映窦房结自律性和/或窦房传导异常,因此比 SNRT 更有临床意义。新近研究表明,SSS 患者中只有 35%~50% 患者该试验异常。除非特殊需要,老年人一般不做电生理学检查。



6. 固有心率 所谓固有心率是指联合应用药物完全阻滞自主神经对心脏的支配后,测定窦房结产生冲动的频率。方法是先以普萘洛尔(0.2mg/kg)静脉注射 10min 后,再以阿托品(0.04mg/kg)静注,然后测定心率。测定固有心率有助于鉴别窦房结本身功能减退或迷走张力增高。固有心率的正常范围随年龄增高而降低。其正常值可参考以下公式计算: $118 - (0.57 \times \text{年龄})$ 。SSS 患者的固有心率低于正常值。窦房结功能异常的患者往往伴有固有心率异常。Desai 等使用固有心率技术联合测定 cSNRT 和 SACT,将 SSS 患者分为 3 个组:①固有窦房结功能不全。②正常固有窦房结功能和调节窦房结活动的自主神经系统异常。③迷走神经或儿茶酚胺等因素加重固有窦房结功能不全。进一步研究固有心率是必要的,以便临床更好地应用该试验。

三、评 估

已明确或怀疑为窦性心动过缓的患者,应该通过病史和体检寻找其原因。例如,间歇性发作窦性心动过缓,应询问诱发因素和出现的症状及体征;严重的夜间心动过缓应高度怀疑阻塞性睡眠呼吸暂停;尤其应注意用药史,特别是一些能减慢心率的药物。此外,应检查甲状腺功能。12 导联心电图不仅能证实心动过缓且能提供心脏情况。最好能观察 24~48h 的动态心电图。变时不全可通过运动试验或动态心电图得到诊断。心神经性晕厥(通常称迷走性晕厥)的诊断常以临床为基础,如诊断不能确定,可通过倾斜试验诱发晕厥发作,证实发作时心率和血压的变化。如心电图已证实窦性心动过缓,侵入性电生理试验一般并不需要,但为了明确窦性心动过缓的机制或患者的症状提示存在威胁生命的心律失常时需要做电生理检查。希氏束电图能精确地测定房室结和希氏束传导时间和证实阻滞部位,除了极度的 HV 间期外,它对评估未来房室传导阻滞的能力有限。程序刺激对评价房率改变时反拗期