

XINXUEGUANBING
ZHENZHI
XINGAINIAN

主编：张清芬 郎琢琳



心血管病诊治 新概念

河北科学技术出版社

心血管病诊治新概念

主 编 张清芬 郎琢琳

副主编 于 薇 刘东霞 陈淑霞 李如意 吕妍琨

参编人员(按汉语拼音排列)

曹东平 陈 华 陈淑霞 楚 伟 杜丽珍 范亚坤 高永谦
宫淑芝 韩 虎 郝伟华 郝燕芳 胡福莉 黄立宁 郎琢琳
李 刚 李 丽 李 萍(呼吸) 李 萍(内分泌) 李海滨
李如意 李晓玲 刘东霞 刘惠良 刘建国 刘金波 刘连女
刘彦巧 刘永欣 刘志红 吕妍琨 孟存良 宁晓辉 齐会卿
齐亚超 任路平 孙洁静 孙占用 王艳素 魏立民 魏艳苏
薛 华 荀丽颖 闫志军 阎 莉 叶玉芳 于 薇 张 帆
张 至 张采红 张建平 张利宣 张清芬 赵荣梅 赵亚芝
赵志勇

前 言

近年来,随着现代医学的发展,心血管内科领域的新理论、新技术及新疗法日新月异,如大规模药物临床试验的循证医学研究使得心脏疾病的治疗用药更加合理有效,心脏介入技术的发展大大提高了对心脏疾病的诊断及治疗能力。为了适应心血管内科学发展的需要,给临床医务工作者提供更多的心血管疾病诊疗知识,我们特编写此书。

本书共分十五章,包括:心血管系统的临床特点研究、脂代谢异常、心力衰竭、心律失常、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心包炎、感染性心内膜炎、高血压、肺动脉高压、慢性肺源性心脏病、心脏瓣膜病、心肌病、心血管神经症等,全面地介绍了心内科常见心血管系统疾病诊断和治疗方面的新的理论知识和技术进展,以最新观点着重论述心血管内科临床诊治学的“诊断分析”、“临床特点”和“治疗重点”这三个最重要的问题,力求基础理论与临床实践相结合,论证有据,突出实用,并能够反映目前心血管系统疾病诊治的最新水平及最新进展。附录中列出了国际或国内公认的某些常见病的治疗指南,内容力求简单扼要、重点突出,有较高的实用性和可操作性,能符合不同地区、层次和条件的医务人员和医疗单位的需要,尤其适于心血管内科医师、急诊科医师、ICU 医师及内科教学人员提高学习之用,也可供医学生、研究生、心外科医师及其他各科临床医师参考。

参加本书编写的作者长期工作在心血管专业的临床和科研第一线,他们结合自己的临床经验,参阅大量文献,以简练的笔调编写了有关章节。由于执笔人数较多,各章节文风笔调可能不尽相同,虽经审阅和修改,尚难做到完全一致。因此,全书仍难免有某些缺点或不妥之处,敬祈读者批评指正。

目 录

| | |
|------------------------------|---------|
| 第一章 心血管系统疾病的临床特点研究 | (1) |
| 第一节 心血管系统疾病特点 | (1) |
| 第二节 心血管疾病患者诊断措施的特殊性 | (4) |
| 第三节 心血管疾病患者治疗措施的特殊性 | (7) |
| 第二章 脂代谢异常 | (11) |
| 第一节 概述 | (11) |
| 第二节 血脂异常的治疗 | (17) |
| 第三章 冠状动脉粥样硬化性心脏病 | (24) |
| 第一节 心绞痛 | (25) |
| 第二节 急性心肌梗死 | (54) |
| 第三节 无症状性心肌缺血 | (77) |
| 第四节 缺血性心肌病 | (79) |
| 第五节 猝死 | (80) |
| 第四章 高血压病 | (82) |
| 第一节 高血压的定义与危险分层 | (82) |
| 第二节 高血压的诊断 | (84) |
| 第三节 高血压的治疗 | (88) |
| 第四节 常见继发性高血压 | (99) |
| 第五章 心力衰竭 | (111) |
| 第一节 概述 | (111) |
| 第二节 急性心力衰竭 | (112) |
| 第三节 慢性心力衰竭 | (113) |
| 附:中国慢性心力衰竭诊断治疗指南(2007) | (123) |
| 第六章 心律失常 | (157) |
| 第一节 心律失常的分类与发病机理 | (157) |
| 第二节 窦性心律失常 | (161) |
| 第三节 过早搏动 | (164) |
| 第四节 阵发性心动过速 | (169) |
| 第五节 非阵发性心动过速 | (177) |
| 第六节 扑动和颤动 | (179) |
| 第七节 被动性异位心律 | (183) |

| | |
|---------------------------|-------|
| 第八节 心脏传导阻滞 | (186) |
| 第九节 病态窦房结综合征 | (197) |
| 第十节 预激综合征 | (200) |
| 第十一节 抗心律失常药的药理及临床应用 | (203) |
| 附:抗心律失常药物治疗指南(2008) | (209) |
| 第七章 肺动脉高压 | (226) |
| 第八章 肺栓塞 | (236) |
| 第九章 慢性肺源性心脏病 | (245) |
| 第十章 心脏瓣膜病 | (251) |
| 第一节 风湿性心脏病 | (251) |
| 第二节 老年退行性心脏瓣膜病 | (262) |
| 第三节 人工心脏瓣膜病 | (265) |
| 第十一章 心肌病 | (269) |
| 第一节 原发性心肌病 | (269) |
| 第二节 特异性心肌病 | (277) |
| 第十二章 心肌炎 | (279) |
| 第十三章 心包炎 | (284) |
| 第一节 急性心包炎 | (284) |
| 第二节 慢性心包炎 | (288) |
| 第十四章 感染性心内膜炎 | (293) |
| 第一节 自体瓣膜感染性心内膜炎 | (293) |
| 第二节 人工瓣膜感染性心内膜炎 | (304) |
| 第三节 感染性心内膜炎的预防 | (306) |
| 第十五章 心血管神经症 | (309) |

第一章 心血管系统疾病的临床特点研究

第一节 心血管系统疾病特点

心血管疾病不同年龄阶段、不同性别其起病情况、发病特点及预后可能存在差异。

一、心血管疾病的临床表现特点

(一) 主要症状特点

1. 气短及呼吸困难 主要由于心力衰竭所致,多为心脏病的首发症状,往往在心脏疾患严重时才突出或明显,易被忽视。甚至有些患者在心衰发作时仍然可采取平卧位,或仅表现为咳嗽症状。此时要仔细检查心脏,明确是否有心衰存在。

2. 心悸及胸痛 可由心律失常、冠心病或心脏瓣膜病所引发,但临床表现差异较大。症状可呈阵发性或持续性,患者可因年龄及耐受性而有不同的症状。阵发性室上速及阵发房颤的患者心悸呈发作性。心绞痛持续时间较短而急性心肌梗死胸痛持续时间长,常超过半小时。老年人及糖尿病患者可能胸痛症状较轻。

3. 疲乏、无力 此为心血管疾病的不典型表现。尤其是老年人,在无诱因的情况下于安静或稍加活动时出现的极度疲乏、无力,甚至发绀,一般均提示有严重的心脏疾病或心力衰竭。

4. 意识障碍或晕厥 意识障碍或晕厥可能是心血管疾病的唯一突出表现或首发症状,可见于急性冠脉综合征、阿-斯综合征、肺栓塞、梗阻型肥厚型心肌病及心律失常等心血管疾病。往往由于血压或心排血量降低所致。患者常有一定的诱因,发作前有心悸、乏力、恶心等前驱症状,患者发作时有意识丧失,持续时间在20~30秒,惊厥性发作可持续半小时以上。

5. 水肿 水肿虽是心力衰竭的重要症状,但很少为左心衰竭的首发症状,主要见于右心功能不全和全心功能不全时,多发生在呼吸困难之后。心源性水肿为体位性水肿,多开始于双足踝部及下肢等身体下垂部位,后延及大腿、生殖器和腹壁,呈上行性。卧床时水肿出现在骶部、臀部和腿部后侧。严重者可出现体腔积液。尤其是老年人,一旦发现足背、腰骶部及小腿下1/3等处的水肿,应仔细检查心血管系统,排除有无心力衰竭。

(二) 主要体征特点

1. 心律变化 心律失常为心血管疾病的原发或伴随症状,心脏听诊以及及时的心电

图分析有助于确认心律失常的性质。

2. 心脏杂音 老年人出现收缩期杂音较普遍,发生率可达60%以上,往往由于瓣膜退行性改变所致。某些先天性心脏病的心脏杂音较粗糙,而且持续时间长。风湿性心脏病心脏杂音也较典型。

3. 心音变化 心脏疾患时患者可发生第一、二心音的分裂及逆分裂。此外,还容易出现附加音,如心尖部听到第四心音或室性奔马律,主要见于心肌梗死或心力衰竭。

4. 心界及心尖冲动 常因肺气肿或胸廓畸形而难以确定心脏位置的边界,心尖冲动的范围相对局限,显著左心室肥厚时心尖冲动可以强而有力,但右心室肥厚时多表现为冲动范围扩大及弥散,搏动力量却减弱。心界叩诊多因肺气肿导致心界不易叩出。

5. 脉搏 心律失常时可引起脉搏不规则,心包积液时可出现奇脉。脉搏的搏动常因收缩压升高及血管弹性减低而有力。老年人常可见到静脉充盈及静脉搏动,前者原因是老年人的皮肤变薄,皮下脂肪减少,使静脉易于显露。后者因主动脉屈曲延长,压迫并阻碍了左侧无名静脉的回流,使左侧颈静脉压力上升,出现了静脉搏动。此现象于心脏收缩期明显,深吸气时减弱,需与心衰时的颈静脉怒张鉴别。

二、常见心血管疾病的特点

(一) 冠状动脉粥样硬化性心脏病

1. 心绞痛 症状不典型的心绞痛常表现为轻度胸部紧缩感或胸闷不适,甚或仅表现为劳累性呼吸困难。部分患者可出现上腹部不适或食管烧灼感,易误诊为胃炎或食管炎。有的患者仅表现为左肩臂痛或颈部紧束感;或仅表现有心肌缺血而引起的心悸症状。对可疑心绞痛患者,如出现发作性左心功能不全、短暂的房性奔马律、第二心音逆分裂、暂时性乳头肌功能不全所致的收缩期杂音或心电图ST-T的动态改变等,均有助于心绞痛的诊断。

2. 心肌梗死 首发症状可以多种多样,部分患者呈无痛性梗死,常在查体时发现陈旧性心肌梗死经常以呼吸困难或肺水肿为症状而就诊;或首先表现为晕厥或因低血压引起的脑缺血症状;有些患者仅表现为心律失常引起的心悸;下壁梗死时较多的患者表现为上腹部疼痛或其他消化道症状。

3. 无症状性心肌缺血 无论已确诊还是未曾诊断者均可以出现。部分患者呈无痛性心肌梗死,常在查体时发现心电图呈陈旧性心肌梗死图形。无症状性心肌缺血是老年冠心病患者的一大特点,因其危险性与症状性心肌缺血相同,因此必须予以高度重视。

(二) 高血压病

高血压的发病率随年龄的增长而增加,而且与家族史、生活方式等密切相关。而老年高血压病临床表现具有以下特点:一是半数以上为单纯收缩期高血压,由中年原发性高血压延续而来者多属于收缩压和舒张压均增高的混合型;二是老年高血压患者心、脑、肾等靶器官的并发症如脑出血、心衰、心肌梗死、脑梗塞和肾功能不全较为常见,且预后较差;

三是容易发生体位性低血压。

(三) 心脏瓣膜病及先天性心脏病

1. 风湿性心脏病 有明确风湿病史的患者出现心悸、乏力、气短、呼吸困难等风湿性心脏病的诊断相对较容易。但对于缺乏风湿病症状或病史,心脏杂音不典型,起病隐匿,血沉、抗“O”等化验正常,经常合并有其他心脏病,心衰时症状不严重,经常表现为乏力、下肢水肿,有时因肝充血出现上腹痛、恶心、呕吐的患者需查心电图、X线胸平片、心脏超声等有助于疾病的诊断。

2. 老年退行性心脏瓣膜病 又称老年钙化性心瓣膜病,指既往心脏正常,随着增龄、心瓣膜结缔组织退行性变、纤维化、钙化,从而引起瓣膜和(或)其支架的功能异常所造成的一组心脏病。发病率较高,据报道90岁老年人患病率达60%~80%,100岁以上则可高达百分之百,与年龄呈正相关。主动脉瓣硬化或钙化多见于男性,而二尖瓣环钙化多见于女性。临床症状轻重不一,轻者可无自觉症状,重者出现左、右心衰,呼吸困难,病情呈进行性加重。值得注意的是心脏杂音的听诊,主动脉瓣病变的杂音可能并不存在于主动脉瓣区,而在心尖部最响。超声心动图对老年人退行性瓣膜病有特殊的诊断价值。

3. 先天性心脏病 成人先天性心脏病中最常见的是先天性二叶主动脉瓣,其次是房间隔缺损。二叶主动脉瓣瓣膜功能正常时可无任何症状体征,老年后因血流长期在主动脉口湍流,使瓣叶纤维化增厚、变硬或钙化,瓣膜功能障碍出现狭窄或关闭不全,患者表现相应的体征。很小的房间隔缺损患者毫无症状,不影响寿命。由于超声心动图的发展,先天性心脏病的检出率明显上升。

(四) 心律失常

心律失常患者通常有心悸、胸闷、乏力、头晕甚至晕厥等症状,此时不能忽略心电图检查或进行24小时动态心电图检查。但有些患者常无自觉症状,尤其是老年人,常常在体格检查时发现心电图有心房纤颤、室性期前收缩或房性期前收缩等心律失常。老年人常见的心律失常有病态窦房结综合征,传导阻滞及心房纤颤。严重的病窦表现为持久的窦性心动过缓、窦性静止、窦房传导阻滞。传导阻滞中以房室传导阻滞最为严重。多因冠状动脉硬化性疾病引起,室内传导阻滞则多发于特发性心脏传导系统的退行性病变。心房纤颤主要见于冠心病、高心病或心房肌退行性变,当出现有药物难以控制的快速房颤时,应疑及是否存在二尖瓣狭窄或甲状腺功能亢进。

(五) 心力衰竭

心力衰竭是心血管疾病发展的终末阶段。部分患者临床表现常不典型,因有多种疾病并存,症状可以是多种多样的。常因各种疾病的相互影响,可使心衰症状被掩盖或者反而加重;部分患者已处于中度心衰仍无自觉症状,但一旦受到某种因素诱发,即可发生重度心衰而危及生命;有些患者经常发生夜间阵发性呼吸困难;不少老年人心衰时仅表现为极度疲倦,较少发生呼吸困难及咯粉红色泡沫痰。此外老年人的心衰往往容易合并心律

失常或其他并发症,增加了诊断及治疗的难度。

(孙占用 张采红 黄立宁)

第二节 心血管疾病患者诊断措施的特殊性

心血管疾病的诊断需要结合病史、临床表现及化验检查进行确诊。临床常用的诊断措施包括创伤性及非创伤性检查。非创伤性检查包括心电图、心脏超声心动图、心肌核素显像等。创伤性检查主要包括冠状动脉造影、心导管检查等。不同的检查方法对疾病的诊断都有其适应证及禁忌证,并且其敏感性及特异性也不同,临床工作中要根据患者的病情,选择最佳的治疗方法。

一、病史采集的重要性

病史对疾病的诊断具有极其重要的意义,是获得患者所患疾病信息的最重要来源。疾病诊断离不开病史,在临床实践中,有时仅仅依靠病史询问即可做出完整的诊断,或者至少可以将鉴别诊断的病种限制在较小的范围内,如典型的心绞痛病史,可以确定冠心病的诊断;反复突然发作且突然中止的心悸病史,可在阵发性心动过速中考虑鉴别诊断。另一方面,某些高精检查技术只有通过病史采集中得到的线索提示,才能发挥其优势,如CT对肾上腺嗜铬细胞瘤有很高的诊断价值,但只有当医生向高血压患者详细询问病史,根据其有阵发性剧烈头痛,伴心悸、出汗、面色苍白的发病特点,考虑到有嗜铬细胞瘤的可能,才会建议作CT检查及有关化验,得以确立诊断。没有精确的病史采集作为诊断依据,进行过多的、没有针对性的化验、检查不仅给患者增加了不必要的痛苦和经济上的负担,甚至有可能延误病情。

在问诊中要热情耐心地倾听患者的介绍,尽量不要打断他人的思路,而不是仅仅向患者提几个问题。虽然采集病史以患者叙述为主,但医生不是单纯的记录员,必须结合心血管疾病的特点,突出重点,适时而有技巧地提出诱导性的问题,以便获取简练而又完整的病史资料,诸如有关疾病的起病,症状出现的先后顺序,涉及的部位、性质和程度,症状的诱发、加重和缓解因素,持续时间,有无其他伴随症状以及对治疗有关的反应等方面的信息。如心功能不全是心血管疾病患者就医的主要原因之一,并常以呼吸困难为主诉。询问病史时,除了解呼吸困难的诱因、发作性质、发作时间外,还必须询问呼吸困难与体位的关系,缓解的方法,与之伴随的咳嗽、咳痰、有无咯血等情况,以便与非心源性呼吸困难进行鉴别。应特别注意体力活动对患者症状的影响,只有发生于体力活动时的胸部不适和(或)呼吸短促的病史才是心脏病的特征;反之,上述症状在休息时出现而在劳力时消失,则几乎不会在心脏患者中出现,多是功能性疾病的特征。

人体是一个整体,心血管疾病可影响其他器官系统的功能,出现相应的临床表现。同样其他器官系统的疾病,也可有心脏表现,如神经性、内分泌性和风湿性疾病等都可对心血管系统产生重要影响。心血管疾病的常见症状缺乏特异性,并非限于心血管疾病。因此,确定这些和其他一些不是原发于心血管系统的疾病的存在极为重要,在临床诊断时必

须进行鉴别诊断。对高血压、缺血性心脏病患者应询问危险因素如：吸烟、饮酒、高血压、冠心病、高脂血症、糖尿病、过早或人工绝经、长期服避孕药和缺血性心脏病家族史等。

对于危重患者应在简要询问主要症状之后，立即进行重点体检，并迅速进行抢救，以免延误治疗，待病情稳定后再做进一步询问，以完成病历书写工作。

二、体格检查的重要性

专科医生很重视局部，而常忽略一般检查，容易造成漏诊、误诊。心内科医生应该首先是普通内科医生。事实上，心内科临床工作在很大程度上是在内科基本原则基础上，加上一些特殊的检查和治疗，在心血管疾病诊断中的运用。

对患者一般表现的评估，常于采集病史的同时，在仔细观察中通过望诊获得的一些特殊变化常可为疾病鉴别诊断提供线索。例如：

1. 皮肤变化 中枢性发绀及整个身体且暖和，见于心内或肺内右至左分流；周围性发绀见于心力衰竭、周围血管疾病；皮肤呈青铜色色素沉着，伴腋毛、阴毛脱落，见于血色性心肌病；黄疸见于充血性肝大或心源性肝硬化，肺栓塞后；颈和躯干部位有棕色小斑点，约6岁时起病，日光照射后斑点数目不增多，常见于肺动脉狭窄和肥厚型心肌病；黄瘤病，常见于高脂蛋白血症，患者可过早发生动脉粥样硬化；冠状动脉疾病患者，出现耳垂折痕者较无冠状动脉疾病者为多；二尖瓣狭窄者常面颊紫红；风湿热及甲状腺功能亢进者出汗较多等。

2. 呼吸变化 有无呼吸短促、端坐呼吸、周期性(Cheyne - Stokes)呼吸，颈静脉怒张等。

3. 体位变化 如因疼痛而静坐不动为心绞痛的典型表现；患者动来动去为寻求一个更舒适的体位，为急性心肌梗死的特征；患者最舒适的体位是笔挺地坐着或取半座位是心力衰竭的表现；屈身向前倾为心包炎的表现等。

4. 其他 伴随每次心跳做点头状者(de - Musset 征)为重度主动脉瓣反流的特征；三尖瓣病变或缩窄性心包炎可表现为面部水肿；突眼和凝视不仅仅发生于甲状腺功能亢进，也可出现于严重充血性心力衰竭患者；手心出冷汗和常做叹息样呼吸为神经循环衰弱的典型表现；腹部肥胖(中心性肥胖)要联想到患者患有成年起病的糖尿病和冠状动脉疾病等。

上述种种都需要临床医生的观察分析能力和感觉器官的灵敏度。因此，体格检查的精确度也往往随临床医生掌握检查技术的熟练程度和观察的敏锐程度而有所不同。

三、合理使用辅助检查技术

传统的心血管疾病的诊断仍然是首先详细地询问病史和体检，然后进行12导联心电图和胸部X线摄片，这样就有了一个初步诊断。为了进一步肯定或否定此诊断，需再进行许多实验室检查，如运动心电图试验、电生理检查和许多精细的影像技术。除心律不齐和传导障碍之外，心脏的影像学检查方法是心脏病学的主要实验室诊断方法。临床实践证明，诊断正确与否，并不完全取决于检测仪器的高、精、尖和检测项目的多少，关键是对

诊断检测技术的合理性选择。因此,临床医生必须熟悉它们,了解这些技术在特殊的临床情况下的优势和局限性。确立诊断可以采用多种方法,而每种方法的可靠性、特异性、敏感性都有其优缺点,在选择检查项目时应给自己提出问题,诸如:该检查方法有哪些功能和指标?该检查方法的可靠性如何?该检查方法的敏感性如何?该检查方法特异性如何?该检查方法对患者有利之处和不利之处是什么?

任何一项辅助检查技术,在诊断上都有其局限性,检查结果无异常并不能否定疾病的存在,结果的异常也不能立即判断出疾病性质或病变程度。由于疾病的个体差异,相同的疾病可有不同的结果,但相同的结果并不能确定相同的疾病,而且,其检查结果还要受仪器的性能和精密度、标本采集、实验室条件、检查者的技术和经验、思维方法及工作责任心等诸多因素的影响。况且,任何一项特殊检查所得的结果只能在某种程度上反映患者某一瞬间、某一阶段、某一方面、某一层次的身体变化,故需紧密结合临床,将所收集的全部客观资料进行全面分析、综合判断,才可能避免发生误诊。

例如超声检查中经常要测量一些数据,如脏器的各条径线,病变组织的大小或范围,血流速度,以及根据这些数值进行的各种计算结果,如果测量的不准确,或者不能客观地分析这些数据,就会造成误诊。比如,评价各心脏房室的大小,常用M型超声来测量房室的各条径线,测量时不但要显示出特定的图像,M型取样线还必须与二维图像上心脏的各径腔垂直,此时测得的数据才比较可靠。但在横位心时,心尖上翘,M型取样线无法与心腔的各腔径垂直,测得的是心脏的斜径,数值偏大,可误诊为心脏扩大。又如当全心扩大时,各房室向不同方向移位,而超声显示的只是平面图,因此,当在心尖四腔图上显示出左心最大切面时,右心显示的并不一定是最大切面,就有可能只诊断左心扩大,而误诊为右心不大。

过分依赖或不依赖实验室及仪器检查,或只过重注视自己主观愿望相一致的检查结果都是思维主观片面的表现。临床上有时仅仅根据某项检查结果阳性或阴性,或一二次的检查结果立即诊断疾病或排除疾病的方法都是不可取的。临床实践证明,诊断正确与否,并不完全决定检测仪器的高、精、尖和检测项目的多少,关键是对诊断检测技术选择的合理性。

就缺血性心脏病而言,冠状动脉粥样硬化的诊断,大多数应首选冠状动脉造影,不但能了解冠状动脉狭窄的范围和程度,还可帮助判断冠脉病变形态、冠脉血流及心肌灌注。急性血流障碍和一过性缺血时,应首选运动和药物负荷超声心动图或核素造影,可了解心肌急性低灌注引起的新的局部室壁运动障碍;梗死/再灌注时,应首选得焦磷酸盐显像和标记抗心肌肌凝蛋白特异性单克隆抗体显像,可直接确诊心肌坏死。瓣膜性心脏病,应首选超声心动图。我们可以根据检查结果直接进行内科还是外科处理而无需进行有创伤性检查。

表 1-1 心脏显像在各种心脏病组的诊断效果

| 疾 病 | CXR | ECHO/多普勒 | ANGIO | 放射核素 | CT | MRI |
|------|-----|----------|-------|------|------|------|
| 缺血性 | + | ++ | ++++ | +++ | ++ | ++ |
| 瓣膜性 | ++ | ++++ | ++++ | ++ | +++ | +++ |
| 先天性 | ++ | ++++ | ++++ | ++ | ++++ | ++++ |
| 损伤性 | ++ | +++ | +++ | +++ | ++ | ++ |
| 心肌病 | + | ++++ | +++ | ++ | +++ | +++ |
| 心包性 | + | +++ | ++ | 0 | ++++ | ++++ |
| 心内膜炎 | + | ++++ | ++ | 0 | ++ | +++ |
| 肿 块 | 0 | ++++ | +++ | + | ++++ | ++++ |

注:0 为无效;++++ 为最有效;CXR:胸部平片;ECHO:超声心动图;CT:螺旋 CT;MRI:磁共振成像;ANGIO:血管造影包括成像和血流动力学评估。

目前,有许多诊断性影像方法,可以为心脏疾病的诊断提供选择,但各种影像技术的生物物理基础各有所异,提示所得资料应相互补充,同时也应考虑到在实际工作中各种方法应用的广泛性、可能性和应用技能等因素。

四、集思广益,反复验证

1. 勤于实践,验证诊断 单凭理论模型,死背书本上的条条框框,孤立、片面地诊察患者很容易导致误诊,因此,临床医生要勤于实践,反复验证,在诊断过程中,要经常反问自己,病史是否详细? 体检是否全面? 必要的辅助检查结果如何? 初诊后治疗效果如何? 这样多多地反问和提出问题,或者说要经过肯定→否定→肯定,多次循环,这将有助于诊断和鉴别诊断。

对于疾病的临床表现要尽可能用“一元化”来解释,患者的病情不管多么复杂,如果能用一个疾病解释,就不要用两个或多个疾病来解释,这样做可以减少误诊,也是疾病诊断时必须遵循的基本原则。只有当临床表现不能解释患者全部主要症状时,方可考虑同时患有两种或多种疾病。

2. 认真开展病例讨论 现代医学对疑难重症的诊断不单是依靠独立思考能完成的。由于大内科系统病种繁多,专业分工越来越细,这既有利于提高专科的医疗质量,又有利于内科教研的发展,但另一方面又必然形成专业知识强,大内科知识弱的趋势,因而在疑难病例的处理时,必须加强病例讨论制度与会诊制度,以期集思广益,交流经验,制定更好的治疗方案,避免重要疾病的误诊和漏诊。

3. 勇敢地剖析误诊 在病例讨论中,有一部分是误诊病例,或因误诊而死亡的病例。“误诊”是个十分敏感的问题,它既是评价医生诊断水平,衡量医疗质量的标志,同时也是处理医疗纠纷的依据。应正视它的存在,客观地、公正地分析探讨引起误诊的可能原因,并给予科学的分析评价。“在误诊中求真理,从误诊中得教训”。认真对待病例讨论,是提高临床诊治水平的一条捷径,但却崎岖而又艰难,需要勇气。

(齐亚超 宁晓辉 刘彦巧)

第三节 心血管疾病患者治疗措施的特殊性

一、循证医学在心血管诊治中的应用

以往临床医生对患者进行诊断的知识主要来源于通过学习、理解疾病的基本发生过程及其病理生理机制;同时也通过在临床实践中对患者进行诊断和治疗等非系统观察中形成自己的临床经验,主要依靠个人的临床经验和疾病的病理生理机制,或向专家请教、阅读专业书或参考一两篇文章,做出临床决策。虽然这些知识对于临床医生而言是很有必要的,但并不是全面的。这是因为个人的经验有其局限性;专业知识从出版到发行经历较长一段时间,不利于新知识的传播;专家的观点落后也并非少见,有调查表明,在专家建议下进行的临床医疗与现代医学研究证实的医疗有一定的差别;阅读一两篇文章而不加以评价地应用,容易接受错误的知识。因此,有效地从医学文献中收集与患者相关的信息,应用严格的评价标准进行客观的评价,获得最可靠的证据,并指导临床医疗实践,是现代医学对临床医生的新要求。这也就是循证医学发展的必然条件。

20世纪80年代是临床医学实践演变为循证医学(evidence-based medicine)的分水岭。循证医学是谨慎地、清晰地、明智地使用当前最好的证据来给个体患者的保健服务作决定。其核心是:任何医疗决策的确定都应基于临床科学研究所获得的客观证据。循证医学要求医生对患者的诊断和治疗均应以科学研究的证据为指导原则,这些证据则来自于符合药品临床试验管理规范(good clinical practice, GCP)要求的大规模、随机化和有对照的临床研究及同类研究合理的汇总分析(meta-analysis)来评价治疗方案的有效性、安全性以及对患者的长期预后的影响,即总病死率、生活质量和成本效益。心血管病学领域的研究就顺应了这种医学发展的趋势。

循证医学对心血管病领域的影响最为突出,近10年的研究证据涉及心血管疾病的病因、诊断、治疗、预后、防治及卫生经济学评价等各个方面,这些证据使我们对心血管疾病的认识和防治有了革命性的转变。现已基本形成系统的循证心血管病学。

循证医学的主要贡献首先是改变临床医生的传统观念,然后是满足临床医生的信息需求,改善临床医生的知识结构,改善临床医生对研究结果的理解,以便临床医生能通过广泛地运用有效治疗手段来改善患者的疗效和预后。基于循证医学,许多专家共同讨论,可达成共识,然后制定出各种诊治指南。

在最新的疾病诊治指南中,对临床实际工作的具体诊治措施的有效性进行了客观的分级,即I级、IIa级、IIb级和III级。

I级:已有充分的证据或一致的观点认定,该诊治措施是有益、有用和有效的。

IIa级:对诊治措施的有益、有用和有效性尚存争议,较多的证据倾向于支持其有益、有用和有效性。

IIb级:对诊治措施的有益、有用和有效性尚存争议,较多的证据不支持其有益、有用和有效性。

III级:已有充分的证据或一致的观点认定,该诊治措施是无益、无用和无效的,有时甚至是有害的。这些指南对规范医生的行为起到非常重要的作用。这也是现阶段循证医学

在临床工作中的具体应用。所以,在目前,能使临床日常实践更具有循证医学特性的最重要的途径是制定和传播各类疾病的诊疗指南。

对证据来源的水平进行分级表达如下:证据水平 A 级,指资料来源于多项随机临床试验或汇总分析;证据水平 B,指资料来源于单项随机临床试验或多项非随机试验;证据水平 C 级,指专家共识和(或)小型试验结果。

二、循证医学对心血管病学的影响

循证医学最先在心血管病学领域里开展,因此对心血管病学的影响也最大。有人总结了在过去的 40 年间循证医学对心血管疾病的治疗措施选择的影响:

1. 确定了能降低心血管疾病的病死率和致残率的重要治疗措施 如治疗性生活方式的改变,急性心肌梗死(AMI)、稳定型及不稳定型心绞痛治疗指南,高血压治疗指南及慢性心力衰竭治疗指南等心血管疾病治疗指南的制定及不断修订更新,确定了能降低心血管疾病的病死率及发病率的重要措施。

2. 明确了有害或无益的治疗措施 急性心肌梗死时的延长卧床休息,应用 I 类抗心律失常药预防和治疗急性心肌梗死相关的心律失常;心力衰竭时口服非洋地黄类强心药;冠心病的预防中应用 β -胡萝卜素和激素替代法等。

循证医学的创立和在临床上推广应用是现代医学的一大进步。然而,从哲学的高度进行思考时,我们就会发现,循证医学同样存在两面性或在某方面存在不确定性。所以,在临床上应用循证医学时,应该进行辩证思维。虽然循证医学具有其科学、正确和积极的意义,但也有局限性。客观证据只能帮助但不能替代医生的专长,而正是需要个人专长去判断客观证据是否适合某一具体患者,如果可以,应尽量综合决策。同样,客观证据的可靠性也不是绝对的,因为提供证据的研究本身也可能存在问题,如观察时间不够,常常非安慰剂对照,效益易被低估;治疗组常选自低危患者;除死亡及重大心脑血管事件外,其他临床效益并未列入观察(如减少残疾、防止疾病进展、生活质量的改善等)。临床中大量的治疗性研究并未纳入荟萃分析,而许多疾病的治疗尚无法定论或自相矛盾,即 Naylor 所说的实践中的“灰色带”,而某些研究不可能采用临床随机对照试验。同时临床随机对照试验对有关疾病病原学、诊断学及预后的研究信息也较少。此外,临床随机对照试验还可能随研究的人群、年龄、国家、种族、观察终点、观察方法的不同而使结论有所差异。最后,客观证据的实施还要考虑其可行性。这些问题与局限均值得重视,有待今后解决。

三、从一般到个体

研究证据是否能应用于某一特定患者,不能单纯直接从研究中推断,研究结果只提供一个平均效应,每个患者可能与平均水平不同,他可能存在影响治疗效果(相对危险性减少)或治疗作用(绝对危险性减少)的各种因素,医生在将研究证据用于某一特定患者前应考虑下列情况:与干预措施有关的相对危险性减少是否因该患者的生理和临床特征不同而受影响?如不接受干预,患者发生有害事件的绝对危险性如何?是否有减少干预效果的并发症或禁忌证?是否存在影响治疗适宜性和受欢迎性的社会和文化因素?患者及患者亲属的要求是什么?

参加试验的患者可能不是治疗最能受益人群的典型代表,但除非有足够的理论或经

验证据表明某一特殊类型的患者将会对治疗反应不同,一般应认为研究结果适合于所有患者。

由于生物、社会及其他影响干预效果或有害结果危险性的差异存在,每个患者的干预效果可能存在不一致性。例如, β 受体阻滞药降压作用低于利尿药降压作用在黑人中较白人更明显,而黄种人对 β 受体阻滞药较白种人敏感,因此,即使在欧美国家证实有益的证据在国内不一定合适。当治疗效果纯粹是生物效应时,干预的作用很可能是一致的,此时人群之间的效果差异则较小,而当患者或影响效果的因素存在多种特殊性时,患者的反应就会存在差异。当已证实有效的治疗用于经济落后的人群试图改善健康状况时,治疗效果是否一致将受到患者情况及治疗内涵影响这一问题就显得很重要。例如在贫穷人群中推行戒烟就很难奏效,因此这一计划就不能达到预期的目的。

对于可能有禁忌证或有并发症的患者,临床医生应慎重考虑治疗措施,因有多种致死因素同时存在,死于一种疾病的危险性减少可能并不减少总的死亡危险。由于患者病情及危险不尽相同,因而干预的效果也变化较大。当用同一标准衡量治疗效果时,同一干预措施对高危患者的绝对危险性减少或作用通常较大。例如,高危冠心病患者接受降胆固醇药物治疗时,其死亡率下降幅度较低危冠心病患者大,即治疗30名高危冠心病患者5年后可减少1例死亡,但低危冠心病患者需要治疗300名才能减少1例死亡。因此,一种适合在高危患者中开展的治疗并不一定适合在低危患者中推行。决定是否应用一项治疗还取决于对患者特殊情况的了解。临床医生可能会发现全面观察多种治疗结果的研究更具有指导意义。在定量研究中多进行定性研究将有助于医生及患者更好地了解和应用研究结果。

临床研究证据虽支持某药物或方案对个体治疗是有益的,但如果从全社会或从某群体的利益来考虑,还存在一些矛盾,这时就应全盘考虑。在将某项研究结果应用于临床时,必须同时考虑这一措施的成本及其产生的健康改善收益。研究结果的预期效益受多种因素的影响,如研究证据与现行方案之间的差异大小或政策的压力,它将影响进一步实施成本的边缘效益。

人们对以研究证据为基础的临床指南和政策决策越来越感兴趣。但不是所有研究证据都可被应用,应考虑优先原则。确定是否应用研究证据取决于:研究的质量;结果的可信程度;与临床实际的相关性;对患者的收益是否超过所有副作用;与目前的现行方案相比,新的证据的总成本效益是否有优势。与非系统综述和单研究证据相比,结论一致的系统综述能提供更可靠的研究证据。药物治疗的基本原则是药物的真实或预期有益作用超过预计的风险。在药物上市和获准使用前,其治疗的有益作用最初是通过一些涉及数千人的小型临床试验来确定的。最终,任何药物的疗效和安全性以及某些罕见的但十分严重的不良反应只有通过上市后在成千上万的患者中的广泛应用才能加以明确。

目前多数临床研究证据表明,临床治疗过程中要注意个体化治疗与小剂量联合用药的原则。做到如下几点:

第一,治疗措施因人而异,为患者选择适宜的检查治疗药物及方法。除了根据目前所得大量研究证据外还要注意以下两点:一是各人发病情况,如患者有无心血管危险因素;

有无靶器官损害、有无临床合并症等情况；有无伴随疾病影响某种治疗药物及方法的使用。二是所用措施降低心血管危险的证据有多少；患者长期治疗的经济承担能力。

第二,任何药物开始治疗时应用适用的最低剂量,以减少副作用,采用最小有效剂量获得可能的疗效而使不良反应最小;联合用药优于大剂量单药治疗,联合用药可达到最大的治疗效应、最少的副作用发生率。同时要注意联合用药的相互作用,避免使用作用机制相互拮抗的药物。心血管疾病多以老年人为主,往往多种疾病共存,联合用药的机会增多。加之新药的不断涌现,尤其是近年来“他汀”类、“普利”类、“沙坦”类等新药如雨后春笋般涌现,增加了临床用药的选择余地,也增加了药物相互作用的机会。药物的相互作用是一把“双刃剑”,有利的一面是提高疗效减少每一种药物的用量,从而减少不良反应,这是临床联合用药的基础。但不利的一面可能是降低疗效产生新的甚至严重的毒副反应,这是临床配伍禁忌的根据。因此我们必须高度重视联合用药中的药物相互作用,制定安全、合理的联合用药方案。

第三,尽量选用一天服用一次具有24小时平稳作用的长效药物,以提高患者治疗的依从性、更平稳地控制心血管疾病发作、保护靶器官,改善预后。

第四,熟练掌握并坚持使用药物,新药未必是最好的。

第五,应在药物应用达到充分剂量之后再决定一类药物的取舍。

(刘东霞 李晓玲 郝伟华 王艳素)