

LINGHUANG CHANGJIAN JIBING DE ZHENLIAO YU HULI

临床常见疾病的 诊疗与护理

曾借秋 吴静 许卫东 主编



黑龙江出版社
朝鲜民族

LINCHUANG CHANGJIAN JIBING DE ZHENLIAO YU HULI

临床常见疾病的 诊疗与护理

曾惜秋 吴静 许卫东 主编



黑龙江出版社
朝鲜民族

图书在版编目 (CIP) 数据

临床常见疾病的诊疗与护理/曾惜秋等主编. —牡丹江: 黑龙江朝鲜民族出版社, 2006. 6
ISBN 7-5389-1328-9

I. 临… II. 曾… III. ①常见病—诊疗②常见病—护理 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 071469 号

书 名/ 临床常见疾病的诊疗与护理
主 编/ 曾惜秋等
责任编辑/ 朱永春 金水山
责任校对/ 张龙海
封面设计/ 尹今玉
出版发行/ 黑龙江朝鲜民族出版社
印 刷/ 牡丹江书刊印刷厂
开 本/ 787mm×1092mm 1/16
印 张/ 37.5
字 数/ 1300 千字
版 次/ 2006 年 6 月第 1 版
印 次/ 2006 年 6 月第 1 次印刷
印 数/ 1—1 000 册
书 号/ ISBN 7-5389-1328-9/R·80
定 价/ 56.00 元

(如印装质量有问题, 请与本社发行部联系调换)

《临床常见疾病的诊疗与护理》

编 委 会

主 编：曾惜秋 吴 静 许卫东

副主编：程 华 秦伟华 李东吉 孙 欣

编 委：（按姓氏笔画排列）

于秀芹	王纪玲	尹 丽	卢全华	田贵丰
田洪艳	仲剑文	任 波	刘 敏	齐 莹
许卫东	孙洪霞	孙晓捷	苏大鹏	苏艾中
苏维平	李东吉	李秀文	李素文	李晓萍
吴 静	吴艳秋	吴雪明	张云松	张宏伟
张艳霞	郑广群	郑晓敏	赵 敏	赵文娟
赵秀琴	秦伟华	徐 巍	徐金锁	高英辉
席 勇	董艳杰	程 华		

前 言

《临床常见疾病的诊疗与护理》一书包括了心、肝、肾、胃肠、妇儿等方面疾病的诊断与治疗，其内容注重对疾病诊治的实用性。本书收集了当代医学的最新成就，内容通俗易懂，是一本既适用于大医院又适用于诊所医生的必备参考书。本书既有先进的诊断方法又有经济有效的治疗手段。其内容包括了常见的心脏病、肝脏病、胃肠疾病、肾脏疾病、眼科疾病及妇儿疾病的主要内容。

本书在编写上遵循“现代性、科学性、实用性、知识性”的原则，内容上力求正确、丰富、实用，并能反映当代医学的成就和发展。

本书分为内科部分、外科部分、妇儿部分、眼科部分、辅助检查部分及护理部分。共分十六篇，五十八章，在内科部分详细介绍了心绞痛、心律失常、常见肝脏疾病、胃肠疾病诊断及护理。外科部分对常见肛肠疾病、妇儿及肝功能障碍、凝血功能障碍等病人的麻醉进行了详细的描述，为广大临床医生提供了良好的诊疗手段。眼科部分分别对常见眼部疾病、眼底疾病、眼部美容、眼外伤进行了通俗易懂的阐述，并对部分疾病的病理、影像学诊断及实验室检查提供了诊断依据。

我们衷心感谢每一位作者的热心参与，我们衷心希望本书能对读者在临床实践和研究工作中有所帮助，这是我们的愿望和目的。但由于作者的水平和现代医学的飞速发展，书中可能有错误和疏漏之处，望广大读者给予赐教为幸。

曾 惜 秋

2006年4月28日

目 录

第一篇 循环系统疾病

第一章 心绞痛	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 稳定型心绞痛	(2)
第三节 不稳定型心绞痛和变异型心绞痛	(6)
第二章 临床常见心律失常	(10)
第一节 过早搏动	(10)
第二节 阵发性心动过速	(12)

第二篇 消化系统疾病

第一章 肝硬化	(14)
第一节 病因和分类	(14)
第二节 发生机制和病理生理	(16)
第三节 临床表现	(18)
第四节 常见并发症	(21)
第五节 诊断和鉴别诊断	(26)
第六节 肝硬化的治疗	(27)
第二章 非酒精性脂肪性肝病	(31)
第一节 基本概念与分类	(32)
第二节 发病机制	(32)
第三节 临床表现	(35)
第四节 诊断标准	(35)
第五节 治疗	(38)
第六节 预后	(38)
第三章 酒精性肝病	(38)
第四章 药物性肝病	(45)
第五章 瘀胆型肝炎	(54)
第六章 自身免疫性肝病	(57)
第一节 自身免疫性肝炎	(58)
第二节 原发性胆汁性肝硬化	(65)
第三节 原发性胆管硬化症	(69)
第七章 重型肝炎	(73)
第一节 重型肝炎的定义病因及分型	(73)

第二节	发病机制	(74)
第三节	病理生理	(76)
第四节	重型肝炎的诊断要点	(78)
第五节	重型肝炎的治疗措施	(79)
第六节	并发症的防治	(81)
第七节	重症肝炎治疗的发展	(88)
第八章	人工肝	(89)
第一节	人工肝的概念及分类	(89)
第二节	人工肝脏临床应用的意义和用途	(89)
第三节	血浆置换	(91)
第九章	肝脏恶性肿瘤	(100)
第一节	原发性肝癌	(100)
第二节	转移性肝癌	(111)
第三节	肝脏的其他恶性肿瘤	(112)
第十章	肠结核和结核性腹膜炎	(114)
第一节	肠结核	(114)
第二节	结核性腹膜炎	(116)
第十一章	炎症性肠病	(117)
第一节	溃疡性结肠炎	(118)
第二节	克罗恩病	(122)
第十二章	大肠癌	(125)
第十三章	功能性胃肠病	(128)
第一节	功能性消化不良	(128)
第二节	肠易激综合症	(129)
第十四章	其他结肠疾病	(131)
第一节	缺血性结肠炎	(131)
第二节	伪膜性肠炎	(132)
第三节	脾曲综合症	(134)

第三篇 肾脏疾病

第一章	肾综合征出血热	(135)
-----	---------------	-------

第四篇 神经系统疾病

第一章	脑血管疾病	(146)
第一节	概述	(146)
第二节	短暂性脑缺血发作	(147)
第三节	脑梗死	(148)
第四节	脑出血	(151)
第五节	蛛网膜下隙出血	(153)

第二章 锥体名系疾病.....	(155)
第一节 震颤麻痹	(155)
第二节 小舞蹈病	(157)
第三节 肝豆状核变性	(157)

第五篇 肛肠疾病

第一章 痔	(159)
第一节 内痔	(159)
第二节 外痔	(162)
第二章 肛管直肠瘻 (肛瘻)	(162)
第三章 肛裂	(165)
第四章 直肠脱垂	(166)
第五章 肛门失禁	(168)

第六篇 美容整形外科

第一章 眼部的美容整形	(172)
第一节 眼部的应用解剖	(172)
第二节 眼部的美观学	(173)
第三节 眼袋整形术	(174)
第四节 上下睑整形术	(181)

第七篇 麻 醉

第一章 小儿麻醉	(185)
第一节 与麻醉有关的小儿特点	(185)
第二节 麻醉前的准备	(188)
第三节 麻醉选择	(189)
第四节 麻醉管理	(190)
第五节 注意事项	(190)
第六节 新生儿围手术期麻醉管理	(192)
第七节 小儿肺包虫手术的麻醉处理	(192)
第八节 婴幼儿腹腔镜手术的麻醉处理	(193)
第九节 硬膜外阻滞在婴儿手术中的应用体会	(194)
第十节 异丙酚用于新生儿手术麻醉一例	(194)
第十一节 异丙酚、芬太尼与羟丁酸钠在小儿气管异物麻醉中的应用	(195)
第十二节 喉软骨软化患儿的麻醉处理体会	(196)
第十三节 小儿肺出血介入治疗的麻醉处理	(196)
第十四节 肌注氯胺酮复合基础麻醉及连续骶管阻滞	(197)
第十五节 小儿呼吸道异物取出术的麻醉处理	(197)

目 录

第十六节 小儿骶部硬膜外阻滞的临床应用	(198)
第十七节 腰丛阻滞在儿麻后遗症矫形术中的应用	(198)
第十八节 腭裂修复手术的麻醉处理	(199)
第十九节 小儿颞颌关节强直手术的麻醉	(200)
第二十节 3 千克以下新生儿麻醉体会	(201)
第二十一节 小儿动脉导管未闭结扎术的降压体会	(202)
第二十二节 异丙酚用于婴幼儿麻醉的体会	(202)
第二十三节 全麻下儿童喉乳头状瘤激光手术的呼吸道管理	(203)
第二十四节 小儿肛门直肠手术的麻醉	(204)
第二章 产科病人的麻醉	(205)
第一节 产妇生理变化	(206)
第二节 麻醉药对母体、胎儿及新生儿的影响	(209)
第三节 麻醉前准备工作	(212)
第四节 麻醉前用药	(213)
第五节 麻醉选择	(213)
第六节 注意事项	(213)
第七节 妊娠中毒症(包括子痫)的麻醉	(214)
第八节 妊娠晚期下腔静脉压迫综合症的处理	(214)
第九节 新生儿复苏	(215)
第十节 无痛分娩的麻醉	(216)
第十一节 心脏病剖宫产术的麻醉处理	(217)
第十二节 产科急症于宫半截术的麻醉体会	(218)
第十三节 HANS 镇痛在人工流产术中的应用	(218)
第十四节 硬膜外辅用氯胺酮在剖宫产术中的应用体会	(218)
第十五节 腹腔镜下妇科手术的麻醉选择	(219)
第十六节 氯胺酮-咪唑安定麻醉在人工流产术中应用	(219)
第十七节 心衰剖宫产麻醉处理体会	(220)
第十八节 异丙酚靶浓度控制输注用于人工流产麻醉	(221)
第十九节 罗比卡因用于腰麻下剖宫产的临床观察	(222)
第二十节 依托咪酯用于人工流产术	(223)
第三章 凝血障碍病人手术麻醉	(223)
第四章 肝功能障碍病人的麻醉	(227)
第一节 术前肝功能检查的临床意义	(227)
第二节 肝脏手术的围术期处理	(232)
第三节 不同类型肝病特点及麻醉处理	(234)
第四节 常见肝病手术的麻醉	(236)
第五节 特殊肝脏手术的麻醉	(238)

第八篇 妇科疾病

第一章 妊娠与肾脏疾病	(245)
第一节 妊娠期肾脏的解剖与生理	(245)
第二节 妊高症	(247)

第三节 妊娠与肾脏疾病	(249)
第二章 妊娠与肝病	(255)
第一节 妊娠伴发急性黄疸型肝炎	(256)
第二节 妊娠伴发急性无黄疸型肝炎或轻度慢性肝炎	(258)
第三节 中、重度慢性肝炎或肝硬化患者妊娠的预后和处置	(259)
第四节 妊娠伴发肝炎对胎儿及新生儿的影响及其预防	(259)
第三章 妊娠合并内分泌系统疾病	(262)
第一节 妊娠期内分泌系统变化	(262)
第二节 妊娠期糖耐量异常	(263)
第三节 妊娠期糖尿病	(264)
第四节 酮症酸中毒	(268)
第五节 妊娠期垂体腺瘤	(270)
第六节 妊娠与甲状腺	(272)
第七节 妊娠合并甲状腺功能亢进	(273)
第八节 妊娠合并甲状腺功能减退	(275)
第九节 妊娠合并甲状旁腺功能亢进	(277)
第十节 妊娠合并尿崩症	(278)
第四章 妊娠与心血管疾病	(280)
第一节 妊娠期的心血管系统变化	(280)
第二节 妊娠并发心力衰竭	(282)
第三节 妊娠合并慢性高血压	(287)
第五章 妊娠合并呼吸系统疾病	(288)
第一节 妊娠合并肺炎	(288)
第二节 妊娠合并支气管哮喘	(289)
第三节 妊娠合并肺结核	(291)
第四节 妊娠合并胸廓畸形	(292)
第五节 妊娠期呼吸衰竭	(292)

第九篇 儿科疾病

第一章 儿科神经系统检查与临床综合征及中枢神经系统感染	(294)
第一节 小儿神经系统检查方法	(294)
第二节 与脑神经损害有关的综合征	(298)
第三节 急性细菌性脑膜炎	(300)
第四节 结核性脑膜炎	(302)
第五节 霉菌性脑膜炎	(303)
第六节 流行性乙型脑炎	(305)
第七节 单纯疱疹脑膜炎	(307)

第十篇 眼科疾病

第一章 眼外伤	(309)
第一节 眼眶外伤	(309)

第二节	眼前段外伤	(312)
第三节	眼后段外伤和急症处理	(314)
第四节	外伤性黄斑病变	(318)
第五节	眼运动神经麻痹	(322)
第六节	瞳孔不等大	(323)
第二章	临床常见眼底疾病	(325)
第一节	视神经疾病	(325)
第二节	视网膜血管性疾病	(330)
第三节	黄斑部病变	(333)
第四节	全身性疾病的眼底改变	(334)
第五节	变性疾病	(337)
第六节	脉络膜脱离和视网膜脱离	(338)
第七节	眼底肿瘤	(340)
第八节	炎性脉络膜和视网膜疾病	(341)
第三章	结膜病	(343)
第一节	细菌性结膜炎	(343)
第二节	沙眼	(345)
第三节	病毒性结膜炎	(346)
第四节	翼状胬肉	(347)
第四章	角膜病	(348)
第一节	细菌性角膜炎	(348)
第二节	真菌性角膜炎	(349)
第三节	单纯疱疹病毒性角膜炎	(349)
第五章	白内障	(350)
第一节	概述	(350)
第二节	年龄相关性白内障	(350)
第三节	先天性白内障	(352)
第四节	外伤性白内障	(353)
第六章	青光眼	(354)
第一节	原发性青光眼	(354)
第二节	继发性青光眼	(359)

第十一篇 西 药

第一章	抗菌素	(360)
第一节	青霉素类	(360)
第二节	第一代头孢菌素类	(361)
第三节	第二代头孢菌素类	(363)
第四节	第三代头孢菌素类	(364)
第五节	第四代头孢菌素类	(365)
第六节	β 内酰胺酶抑制剂	(365)
第七节	氨基糖甙类	(366)
第八节	大环内酯类	(367)

第九节 林可霉素类	(368)
第十节 抗真菌药物	(369)
第十一节 第三代喹诺酮类	(369)
第十二节 抗病毒药	(370)
第十三节 抗结核药	(371)
第二章 解热镇痛镇静药	(372)
第一节 解热药	(372)
第二节 镇痛药	(372)
第三节 镇静药	(373)

第十二篇 中 药

第一章 中药学基础理论	(375)
第一节 中药饮片质量概况	(375)
第二节 中成药的质量及疗效分析	(377)
第三节 中药的不良反应	(378)
第二章 临床部分中药饮片鉴别及不良反应	(379)
第三章 临床常用中成药	(382)
第一节 解表药	(382)
第二节 清热药	(383)
第三节 泻下药	(386)
第四节 祛风湿疗痹痛药	(387)
第五节 祛风活络药	(388)
第六节 安神药	(389)
第七节 化痰止咳平喘药	(390)
第八节 祛暑药	(391)
第九节 温里药	(392)
第十节 开窍药	(393)
第十一节 补益药	(393)
第十二节 理血药	(395)
第十三节 跌打损伤、活血化瘀药	(398)
第十四节 理气药	(399)
第十五节 消导药	(399)
第十六节 平肝息风药	(400)
第十七节 清咽利喉药	(401)

第十三篇 超声诊断

第一章 肝胆脾常见疾病的超声诊断	(402)
第一节 肝脏常见疾病的诊断	(402)
第二节 胆道系常见疾病的诊断	(407)
第三节 脾脏常见疾病的诊断	(414)

第十四篇 检验及输血

第一章 血液学检验	(416)
第一节 血液标本的采集和处理	(416)
第二节 血涂片的制备和细胞染色	(418)
第三节 红细胞计数	(418)
第四节 血红蛋白测定	(421)
第五节 红细胞形态检查	(422)
第六节 红细胞比积测定和红细胞平均指数的计算	(423)
第七节 网织红细胞计数	(425)
第八节 点彩细胞计数和红细胞碱活凝集试验	(426)
第九节 红细胞沉降率	(427)
第十节 白细胞计数及分类	(428)
第十一节 嗜酸性粒细胞计数	(432)
第十二节 嗜碱性粒细胞计数	(433)
第十三节 单核细胞计数	(433)
第十四节 淋巴细胞计数	(434)
第十五节 电阻抗法血细胞分析仪测试原理	(434)
第十六节 血细胞分析仪的方法学评价	(438)
第十七节 血细胞分析仪应用进展	(440)
第十八节 止血机制	(442)
第十九节 凝血机制	(443)
第二十节 血栓与止血的常用筛选试验	(445)
第二章 常见血液病的血象与骨髓象	(450)
第一节 贫血	(450)
第三章 血型与输血	(454)
第一节 ABO 血型系统	(454)
第二节 Rh 血型系统	(459)
第三节 其他红细胞血型系统	(461)
第四节 血小板抗原	(463)
第五节 临床输血基础知识	(463)
第六节 成分输血	(465)
第七节 输血不良反应和输血传播性疾病	(467)
第八节 急性失血病人的输血	(468)
第九节 大量输血	(472)

第十五篇 病 理

第一章 肾脏病理	(474)
第一节 肾活检标本的分析	(474)
第二节 肾脏的基本病变	(477)

第十六篇 护 理

第一章 消化系统疾病病人的护理	(486)
第一节 总述	(486)
第二节 肝硬化病人的护理	(490)
第三节 原发性肝癌病人的护理	(493)
第四节 肝性脑病病人的护理	(495)
第二章 肾综合征出血热护理	(498)
第三章 儿科常见传染病护理	(510)
第一节 流行性腮腺炎	(510)
第二节 结核病	(511)
第三节 脊髓灰质炎	(512)
第四节 百日咳	(514)
第五节 麻疹	(515)
第六节 中毒型细菌性痢疾	(517)
第七节 水痘	(518)
第八节 小儿肺炎	(519)
第九节 急性感染性喉炎	(521)
第十节 小儿腹泻	(522)
第十一节 急性坏死性肠炎	(524)
第四章 内科护理常规	(525)
第一节 内科一般护理	(525)
第二节 消化系统护理	(526)
第三节 血液系统护理	(529)
第四节 肾脏系统护理	(535)
第五节 心血管系统护理	(538)
第五章 老年病人心血管系统疾病护理	(544)
第一节 老年生理变化	(544)
第二节 充血性心力衰竭	(545)
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(548)
第四节 急性心肌梗死护理	(551)
第六章 妇科护理	(557)
第一节 妊娠合并心脏病	(557)
第二节 妊娠合并肺结核	(558)
第三节 妊娠合并糖尿病	(559)
第四节 妊娠合并病毒性肝炎的护理	(561)
第五节 妊娠期肝内胆汁淤积症	(567)
第六节 产后出血	(569)
第七章 糖尿病护理	(570)
第一节 糖尿病肾病的护理	(570)
第二节 妊娠合并糖尿病的护理	(575)

第一篇 循环系统疾病

第一章 心 绞 痛

第一节 概 述

一、心绞痛发作时疼痛的发生机制

(一)疼痛的产生 心肌缺血引起疼痛的原因,主要有机械假说(心室壁的牵拉所致)和化学假说(与心肌局部的某些物质有关)。目前认为机械假说不太可能解释心绞痛,而化学假说得到了实验的证实,在缺血与缺氧情况下活动时,心肌内积累了过多的代谢产物或产生不正常的产物,特别是乳酸、腺苷、血浆缓激肽等物质,刺激心脏内传入性交感神经末梢而引起疼痛。

(二)疼痛的传入途径 心肌缺血、缺氧时,局部产生的代谢致痛物质,刺激由游离神经末梢组成的感受器,引发痛觉的神经冲动。该冲动主要通过交感神经的传入纤维进入椎旁交感神经节。疼痛信息从椎旁交感神经节传到相应的脊髓节段的后角神经元,并交叉入对侧的脊髓丘脑束,上行入丘脑,再由丘脑传人大脑皮层而产生疼痛感觉。根据牵涉性疼痛学说,由内脏产生的痛觉,常反映在进入相同脊髓段的脊神经所分布的皮肤区域,由此可以理解,在心绞痛发作时,常表现为左胸痛并放射至左肩、臂和手指内侧等。

(三)疼痛与心肌缺血的关系 疼痛是心肌缺血,缺氧时痛觉的传入冲动,会聚于后角神经元以及中枢对该冲动调控后的最终反应。疼觉传入冲动的强弱及中枢对其调控作用的大小都会影响疼痛的程度。因此,有无疼痛只是心肌缺血最终反应形式的不同。临床研究进一步证实:①疼痛强度与心肌缺血的程度不平行。老年病人多表现为无痛性心肌缺血;②疼痛与心肌缺血的原因无关;③疼痛与心肌缺血的预后无关,而预后主要取决于心肌缺血的严重程度和持续时间、基础心功能状态、冠状动脉病变程度和心肌缺血的原因。

二、心绞痛的临床特点及分型

(一)心绞痛的临床特点

1. 心绞痛的部位 心绞痛的典型部位是在胸骨后,范围不很局限,约手掌大小,有时可偏左或偏右,表现为左前胸或部分在右前胸痛;心绞痛亦可发生在胸部以外,如上腹部、颈部、咽部、颌骨和牙齿等部位。老年病人的疼痛部位多不典型,如阵发性上腹部疼痛、双颊部疼痛等。心绞痛发作时,部分病人还表现为疼痛向其它部位放射,向左肩、左臂和手指内侧放射最为常见,还可向颈部、咽部、牙齿和面颊等部位放射,偶见放射到头部、大腿、肛门等。

2. 心绞痛的性质 疼痛的程度可轻可重,但疼痛的性质基本是一致的。心绞痛是一种钝痛,如压迫、憋闷、堵塞、紧缩、发烧等不适感,针刺样、触电样锐痛不像心绞痛。有时伴有窒息感、濒死的恐惧感,往往被迫终止活动,停下来休息,疼痛缓解后,部分患者感到疲乏无力。疼痛部位的皮肤可有过敏或异样感觉。

3. 发作持续时间及缓解方式 心绞痛呈阵发性发作,时间为数分钟或十几分钟,超过 30min 者少见。诱发因素消除后或休息即缓解,舌下含化硝酸甘油 3~5min 内可使心绞痛消失。

4. 心绞痛发作的诱因 心绞痛最常见的诱发因素是体力活动、运动、脑力劳动和情绪激动。一方面是由于心率加快、血压升高、心肌收缩力增强,导致心肌耗氧量增加;另一方面是由于冠状动脉张力增高,诱发冠状动脉痉挛使供血减少,以及心绞痛阈值降低,凌晨、寒冷、饱餐、大量吸烟都可以诱发心绞痛。老年人常合并有多系统疾患,肺部感染,血糖控制不好为老年人心绞痛较为常见的诱因。

5. 非心绞痛的胸痛特点

(1)短暂几分钟的刺痛或持续几个小时甚至几天的隐痛、闷痛。

(2)胸痛部位不是一片,而是一点,可用一、二个手指明确指出疼痛的位置。

(3)疼痛多发生于体力活动之后,而不是活动当时。

(4)胸痛与呼吸或其它影响胸廓的运动有关。

(5)胸痛可被其它因素所转移,如工作、看书时胸痛症状好转。

(6)舌下含化硝酸甘油 10mg 以上才有效。

(二)心绞痛的分型

目前已提出有 10 余种心绞痛的分型诊断,对此尚无统一看法。1979 年国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组的报告,主要根据发病机制将心绞痛分为劳力型心绞痛和自发型心绞痛两型。劳力型心绞痛是指劳力或其它原因引起心肌耗氧量增加,超过病变冠脉的供氧能力而发生的心绞痛,疼痛经休息或含服硝酸甘油可迅速缓解,包括初发型心绞痛、稳定型心绞痛和恶化型心绞痛。自发型心绞痛是由于冠状动脉痉挛,冠脉供血减少导致心肌缺血,心绞痛的发作与心肌需氧量的增加无明显关系。这种心绞痛持续时间较长,程度较重,发作时心电图有 ST 段压低或 T 波改变。某些自发型心绞痛患者在发作时心电图出现暂时性 ST 段抬高,常称为变异型心绞痛。

上述分型并未在国际上被普遍采用,目前临床上广泛采用的分类是将心绞痛分为三型:稳定型心绞痛、不稳定型心绞痛及变异型心绞痛。此三型心绞痛各有其不同的病理特点、发病机制、临床表现、治疗原则及预后,掌握这些特点,对临床医师在进行处理时有重要的指导意义。

(卢全华)

第二节 稳定型心绞痛

稳定型心绞痛是临床常见的一种心绞痛,主要是在体力活动时病变冠状动脉血流量不能代偿性增加以满足心肌的需求而产生心肌缺血。胸痛发作有明确的诱因,发作的程度和持续时间相对固定,疼痛经休息或含硝酸甘油后迅速缓解。

一、心绞痛发生病理生理基础及临床表现

(一)心绞痛发生病理生理基础

1. 心肌缺血的发生原理

(1)心肌耗氧量增加 在静息状态下心肌从冠状动脉血液中摄取了 70%~75% 的氧。因此,对心肌氧供应的增加主要依靠增加冠状动脉的血流量来实现。正常情况下,冠状循环有良好的储备力量。心肌耗氧增加时,冠状动脉相应扩张,使冠脉血流量增加,以满足心肌的需求。如在剧烈运动时心率加快,冠状动脉阻力降低,冠脉血流量可增加至正常的 5~6 倍。安静时,冠状循环处于低流量、高阻力状态;运动时,交感神经兴奋和儿茶酚胺通过 β 肾上腺素能受体的扩张血管作用,使其血流量增加;更重要的是心肌氧张力降低时腺苷、乳酸等代谢产物直接扩张小动脉而减少血管阻力,对血流进行自动调节,因此运动时冠状循环转变为高流量、低阻力状态。冠状动脉阻力主要来自小动脉。当冠状动脉较大的分支狭窄程度超过 50% 时,狭窄部位对血流产生阻碍作用,冠状循环的最大储备开始下降。缺血引起的代谢紊乱,激活自动调节机制,使小动脉扩张,大血管进一步狭窄,小动脉需相应地扩张,静息状态下血流量仍可保持正常,当心脏负荷过重或其心肌耗氧量增加超过小动脉扩张所能提供的血量时,则出现暂时的心肌缺血、缺氧。由此引起心绞痛发作。

(2)心肌供氧量减少 冠状动脉供血一过性减少,导致心肌缺血,是诱发心绞痛的另一重要因素,这种原发性供血减少主要是由于冠状动脉动力性阻塞所致。当冠状动脉有固定性阻塞病变时,冠状动脉痉挛或收缩,使其动力性阻塞程度稍增加,即可使冠脉血流降至临界水平之下,从而引起心肌缺血诱发心绞痛。部分患者冠状动脉无明显狭窄,严重动力性阻塞(主要是冠状动脉痉挛),也可引起心肌缺血,导致变异型心绞痛。非闭塞性冠状动脉内血栓形成,也是造成心肌缺血的原因,常常引起不稳定型心绞痛。

(3)心肌耗氧量增加与心肌供氧量减少共同存在 如运动或寒冷时兴奋交感神经,心率加快、血压升高,使心肌耗氧量增加;同时由于肾上腺素能受体神经兴奋,使血管收缩,导致心肌供氧减少,两种因素共同参与而导致的

心绞痛,称之为混合型心绞痛。

2. 决定心肌耗氧量的主要因素

(1)心室壁张力 与收缩期心室内压、心脏大小和室壁厚度有关。根据 Laplace 公式,心室壁张力与心室腔内压与心室半径成正比,而与室壁厚度成反比。故当左心室收缩压或左心室容量增加时,心室壁张力即增加,导致心肌耗氧量增加。

(2)心肌收缩期持续时间 常用每分钟总射血时间来说明,左心室每搏射血时间 $\times$ 心率=每分钟射血时间。射血时,心室壁张力最大,射血时间超长,耗氧量越多。每搏射血时间不变,心率增加则每分钟射血时间增加,因此,心肌耗氧量与心率和射血时间有关。

(3)心肌收缩力 心肌收缩力越强,心肌耗氧量越大。常用心率、血压和心室容量负荷来估计心肌耗氧量,也可采用“心率 $\times$ 收缩压”作为粗略指标判断心肌耗氧量。

心肌需氧量随心脏做功的增加而加大,以下因素可使心肌耗氧量增加:①血压升高、左室肥厚、左室流出道狭窄、暴露于寒冷环境和充血性心力衰竭等主要使心肌收缩期张力增加而增加心肌耗氧量;②运动和情绪紧张时心率明显增加,是使心肌耗氧量增加的主要因素;③体力活动或使用正性肌力药物,主要是通过增强心肌收缩力而增加耗氧量。

(二)临床表现

1. 症状 以发作性胸痛为主要临床表现。部位主要是在胸骨后,亦可偏左侧或心前区。自觉疼痛在深部而不在体表,疼痛范围是一片,可伴有放射痛。每次发作时疼痛部位相对固定。疼痛的性质多为憋闷或压迫感,偶伴濒死的恐惧感,病人往往不自觉地停止活动,直至症状缓解。引起心绞痛发作的体力活动量基本固定,可以预测,如以心率 $\times$ 收缩压作为心肌耗氧量的粗略指标时,则每次引起心绞痛的乘积值是接近的。心绞痛一般都是突然发作,持续几分钟至十几分钟,休息后迅速缓解。绝大部分病人对硝酸甘油有良好的反应,含服后 1~3min 可完全缓解。老年人因为痛觉迟钝、劳动或情绪激动导致心绞痛发作部位和疼痛性质不典型。部分病人可无胸痛,而是左臂或右臂痛,伴手指麻木,或为肩部或肩胛间疼痛,或上腹部疼痛等;消化道症状,有时仅表现为呼吸困难、软弱无力或疲惫而无胸痛。又因老年人常合并肺气肿及其它脏器的疾病,心绞痛可由其它疾病诱发,或易为其它疾病所掩盖或混淆,从而造成诊断困难,必须提高警惕。

2. 体征 稳定型心绞痛患者,体检时大多正常。心绞痛发作时,有心率加快,血压升高,还可出现第四心音(S_4)、第三心音(S_3)或因心肌缺血引起心功能改变的体征,如乳头肌功能不全的杂音,第二心音分裂等,这些体征都是一过性的,可随心绞痛的缓解而消失,而且缺乏特异性,仅出现于部分病例。心绞痛严重发作时,由于左室顺应性下降,左室舒张末压升高而引起一过性肺瘀血,病人有呼吸困难、肺底湿啰音等。合并有慢性支气管炎的老年患者,肺部湿啰音可长期存在,也给诊断造成一定困难。

二、检查及分级

(一)相关检查

1. 心电图 心电图检查是发现心肌缺血、诊断心绞痛最常见的检查方法,常用的有静息心电图、动态心电图和负荷心电图三种。

(1)静息心电图 在原无心肌梗死的患者,约半数静息心电图在正常范围内,但静息心电图正常的患者可以有较为严重的心绞痛。老年患者最常见的心电图异常是非特异性 ST-T 改变,缺乏特异性,诊断心肌缺血的可靠性较差。心绞痛发作时,大部分病人可因暂时性的心肌缺血而出现 ST 段改变,部分患者仅表现为 T 波倒置,或原有 T 波倒置者 T 波变为直立,心绞痛缓解后迅速恢复,这种心电图的动态改变对心肌缺血的诊断有较高价值。少数病例有心律失常及传导障碍,但室性早搏等心律失常对冠心病的诊断无特异性。传导障碍中最多为完全性左束支传导阻滞(LBBB)、左前分支阻滞(LHB)。LBBB 常提示有多支冠脉病变或左室功能不良,LHB 可见于冠心病及左室肥厚,心绞痛发作时出现一过性 LHB,有一定的诊断意义。

(2)动态心电图 监测患者 24h 的心电图,如出现动态的 ST-T 改变,对心肌缺血有一定的诊断价值,不仅可观察伴有胸痛时的心肌缺血,也可发现无症状的心肌缺血,而且可以观察到日常生活中心肌缺血发作的频率,持续时间以及各种心律失常。需要注意的是动态心电图出现的 ST-T 改变也是无特异性,不能做为诊断冠心病的主要依据,需结合病史和其它检查综合分析。动态心电图中心绞痛发作而出现的 ST-T 改变,则有重要的诊断价值。老年患者受各种原因所限不能做运动心电图检查,Holter 监测有一定的诊断价值。

(3)负荷心电图 负荷心电图是指以心电图学改变及其程度作为指标来判定心肌缺血和心脏功能的无创检查方