

中医临床实习手册

心血管内科

住院医师掌中宝
实习医生速查通

总主编 · 王新陆
主编 · 高洪春 荀丽英 张风霞

中国医药科

中医临床实习手册

心血管内科

总主编 王新陆

主 编 高洪春 荀丽英 张风霞

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书为中医临床实习手册丛书之一，依据心血管系统疾病分类特点，分列章节。每病又按照西医诊治和中医诊治两部分编写。西医诊治包括临床表现、诊断要点、治疗等，中医诊治包括证型、临床表现、治则等内容。本书内容全面，极具实用性、可操作性，适合中医临床实习生或刚进入临床的低年资医生使用。

图书在版编目 (CIP) 数据

心血管内科/高洪春, 荀丽英, 张风霞主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2013.10

(中医临床实习手册/王新陆主编)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 6311 - 0

I. ①心… II. ①高… ②荀… ③张… III. ①心脏
血管疾病 - 诊疗 - 手册 IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 189867 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 787 × 1092mm ¹/₃₂

印张 11 ⁵/₈

字数 191 千字

版次 2013 年 10 月第 1 版

印次 2013 年 10 月第 1 次印刷

印刷 廊坊市九洲印刷厂

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 6311 - 0

定价 29.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

《中医临床实习手册》

心血管科分册

总 主 编	王新陆		
副总主编	张风霞	荀丽英	邱振刚
主 编	高洪春	荀丽英	张风霞
副 主 编	车伯琛	王 燕	姚晓东
编 委	(按姓氏笔画排序)		
	王军强	王海明	师 冉
	阴永辉	吴宏赞	邱振刚
	赵 岩	贾玗君	董 斐

前言

近年来，随着我国中医教育专业的不断发展，每年都有大量的青年中医学子走上医疗岗位。而如何实现课本知识向临床知识的过渡，尽快胜任本职工作，是各级医疗机构及青年中医师十分关切的问题。有鉴于此，山东中医药大学的临床专家以王新陆教授兼容中西医特色的学术思想为宗，以中医临床科室住院医师阶段应掌握的知识技能为基础，以规范、实用、简明、新颖为原则，编写了这套《中医临床实习医师手册》。

本丛书涵盖了中医临床医学的各个专业，其中包括神经内科、心内科、呼吸内科、消化内科、肾内科、风湿免疫内科、内分泌科7个分册，以疾病为纲，每病又按照西医诊治和中医诊治两部分编写。西医诊治按照临床表现、西医诊断要点、西医治疗等栏目次第编写，中医诊治按照中医证型、临床表现、治则、方药栏目次第编写。全书采撷了近年较为权威的医技成果，并融汇了作者们多年的临床和教学经验，使本书极具科学性、实用性及可操作性的特点。

本书分册还根据专业需要，对有关疾病的症状、

诊断及检查技术、治疗原则及有关诊疗标准给予了详尽的说明，以使读者能对本专业的知识有一个全面的了解，是住院医师、进修医师、实习医师阶段一套难得的临床参考书。

书中疏漏之处难免，恳请同仁指正。

丛书编委会

编写说明

本书依据心血管系统疾病分类特点，列 12 个章节。手册内容主要是参考第 7 版《诊断学》、《内科学》及国家“十一五”教材《中医内科学》、《中医诊断学》、《中药学》、《方剂学》教材和王新陆教授论治该系统疾病常用验方，同时参照了国内和国际上最新发表的指南和进展编写而成，适合中医临床实习生或刚进入临床的低年资医生使用。

编写者均为中医医疗和教学一线的业务骨干，虽工作繁忙，仍保证本手册在规定时间内完成，但由于时间仓促，内容广泛，难免有错误和纰漏之处，敬请读者指正。

编者

2013 年 5 月

目 录

第一章 高血压病	1
第一节 原发性高血压	1
第二节 高血压危象	12
第三节 继发性高血压	18
第二章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	24
第一节 心绞痛	24
第二节 心肌梗死	43
第三节 无症状性心肌缺血	63
第四节 X 综合征	68
第五节 心肌桥	71
第三章 急性心力衰竭	74
第一节 急性左心功能衰竭	74
第二节 急性右心功能衰竭	90
第四章 慢性心力衰竭	97
第一节 收缩性心力衰竭	97
第二节 舒张性心力衰竭	119
第三节 高排量性心力衰竭	122
第五章 心肌疾病	133
第一节 病毒性心肌炎	133

2 心血管内科

第二节	原发性心肌病	139
第三节	特异性心肌病	152
第六章	感染性心内膜炎	158
第七章	心律失常	169
第一节	快速性心律失常	169
第二节	缓慢性心律失常	196
第八章	心脏瓣膜病	204
第一节	主动脉瓣疾病	204
第二节	二尖瓣疾病	213
第三节	三尖瓣疾病	226
第四节	肺动脉瓣病变	231
第九章	肺血管病	237
第一节	肺血栓栓塞	237
第二节	肺动脉高压	249
第十章	主动脉和心包疾病	260
第一节	主动脉瘤	260
第二节	主动脉夹层	265
第三节	急性心包炎	270
第四节	心包积液	280
第五节	缩窄性心包炎	285
第十一章	周围血管疾病	289
第一节	闭塞性动脉粥样硬化	289
第二节	下肢深静脉血栓形成	293

第十二章 心脏肿瘤	298
第一节 心脏黏液瘤	298
第二节 心包肿瘤	301
附录	304

受累的表现，如胸闷、气短、多尿等。

【西医诊断要点】

1. 诊断标准

多次测量静息坐位上臂肱动脉血压收缩压大于140mmHg 和（或）舒张压大于90mmHg，伴或不伴多种心血管危险因素，并排除其他引起血压升高的疾病（肾性高血压、嗜铬细胞瘤、库欣综合征等）。

2. 危险分层依据

- (1) 并存其他心血管危险因素。
- (2) 靶器官损害。
- (3) 并存临床情况如心、脑血管病，肾病及糖尿病。
- (4) 患者个人情况及经济条件。

3. 心血管危险因素 男性 > 55 岁，女性 > 65 岁，吸烟、血脂异常（甘油三酯 > 5.72mmol/L，或低密度脂蛋白胆固醇 > 3.3mmol/L，或高密度脂蛋白胆固醇 < 1.0mmol/L）、早发心血管病家族史（一级亲属发病年龄 < 50 岁）、腹型肥胖或肥胖、缺乏体力活动、高敏 C 反应蛋白 ≥ 3mg/L 或 C 反应蛋白 ≥ 10mg/L。

4. 血压水平分级（表 1-1）

表 1-1 血压水平分级

类别	收缩压（mmHg）	舒张压（mmHg）
正常血压	< 120	< 80
正常高值	120 ~ 139	80 ~ 89

续表

类别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
高血压	≥ 140	≥ 90
1 级高血压	140 ~ 159	90 ~ 99
2 级高血压	160 ~ 179	100 ~ 109
3 级高血压	≥ 180	> 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	< 90

5. 并发症诊断

(1) 高血压危象：因紧张、疲劳、寒冷、突然停药降压药物等诱发。因影响重要脏器血液供应而出现的危急症状，可见头痛、烦躁、眩晕、恶心、呕吐、心悸、气急及视物模糊等症状，以及伴有痉挛动脉（椎基底动脉、视网膜动脉、冠状动脉等）累及的靶器官缺血症状。

(2) 高血压脑病：多见于重症高血压患者。由于脑组织血流灌注过多引起脑水肿，表现为弥漫性严重头痛、呕吐、意识障碍、精神错乱，甚至昏迷、局灶性或全身抽搐。

(3) 脑血管病：有脑出血、脑血栓形成、腔隙性脑梗死、短暂性脑缺血发作等。

(4) 心力衰竭、慢性肾衰等。

(5) 主动脉夹层：夹层破裂或压迫主动脉大分支可导致猝死。

6. 排除诊断

(1) 肾性高血压：包括肾实质性高血压及肾血

4 心血管内科

管性高血压，腹部彩超、CT、尿常规、肾动脉造影等可鉴别。

(2) 嗜铬细胞瘤：包括肾上腺嗜铬细胞瘤、异位嗜铬细胞瘤及肾上腺髓质增生，临床表现相似，统称为儿茶酚胺症，血、尿儿茶酚胺及其代谢产物检测及超声、CT、MRI 可鉴别。

(3) 原发性醛固酮增多症：血浆醛固酮、肾素、血钾、尿钾及 CT /MRI 有助鉴别。

(4) 库欣综合征继发的高血压病：也称皮质醇增多症，尿 24 小时氢化可的松 $>110\text{nmol/L}$ 高度提示本病。

(5) 主动脉缩窄：多由胸降主动脉狭窄引起的区域新高血压。由先天性主动脉狭窄及大动脉炎引起，上肢血压高，下肢血压低，MRA/CTA 明确诊断。

(6) 呼吸睡眠暂停综合征 (OSAS)。

(7) 多囊卵巢综合征 (PCOS)。

(8) 大动脉炎导致的高血压。

(9) 药物诱发的高血压：如甘草、口服避孕药、类固醇、非甾体类抗炎药、促红素、环孢素等。

7. 辅助检查

(1) 动态血压监测可以测定白昼与夜间各时间段血压的平均值，敏感度，客观地反映实际血压水平。还可诊断“白大衣性高血压”；判断血压的严重程度，了解血压变异性及昼夜节律性，指导降压治疗，诊断发作性高血压和低血压。

(2) 选择性 X 线、数字减影血管造影 (DSA)、心电图、超声、血尿常规、肾功能、眼底检查等以排除继发性高血压及诊断是否有并发症。

【西医治疗】

治疗原则为控制血压水平，中青年降至 140/90mmHg，老年患者收缩压控制在 150mmHg，合并肾病或糖尿病时，降至 130/80mmHg 以下，减少避免靶器官及并发症发生。

1. 一般治疗 控制体重，平衡膳食、合理营养，适量运动，保持健康心态。

2. 药物治疗

(1) 原则

①从最小剂量开始，使血压情况逐渐加量以达降压目标。

②推荐使用每日 1 次，24 小时平稳有效降压的长效制剂，以平稳降压，防止靶器官损害以及清晨血压突然升高所致的卒中、猝死及心脏病发作。

③单一药物治疗不佳时应及早采用两种或两种以上药物联合治疗，提高降压效果而不增加不良反应，而不宜将一种降压药的剂量加的过大。

④判断降压药物是否有效或是否需要更改治疗方案时，应充分考虑药物达到最大疗效所需的时间。不应过于频繁的改变治疗方案。

⑤高血压病是一种终身性疾病，一般应监测血压，坚持服药。

(2) 临床常用的药物

①利尿剂：适用于轻中度高血压患者，尤其适用于老年人收缩期高血压及心力衰竭和（或）水肿伴有高血压的治疗。常用药物噻嗪类、袢利尿剂和保钾利尿剂三类。

a. 噻嗪类：氢氯噻嗪 12.5 ~ 25mg，口服，每日 1 ~ 2 次，长期应用可导致低钾、低镁、血尿酸、胆固醇升高，糖耐量降低等不良反应，糖尿病及高脂血症慎用，痛风患者禁用。

b. 袢利尿剂：呋塞米 20mg，每日 1 次或隔日 1 次，口服，排钠排钾作用强，主要适用于高血压伴肾衰竭或有钠潴留而噻嗪类利钠作用不明显时。

c. 保钾利尿剂：螺内酯 50 ~ 100mg，每日 2 ~ 3 次，口服，易引起高钾血症，肾衰竭者禁用，不宜与 ACEI 类合用。

② β 受体阻滞剂：有心脏保护作用，适宜于合并冠心病、血浆高肾素活性及血药血管扩张剂的患者。阿替洛尔 50 ~ 100mg，每日 1 次，口服，或美托洛尔 25 ~ 50mg，每日 2 次，口服，可逐渐增量，必要时可增至 200mg/d，缓释剂美托洛尔，50 ~ 100mg，每日 1 次。

③钙通道阻滞剂（CCB）：降压迅速，作用稳定，适用于各种年龄的轻、中、重度高血压，尤其适用于老年人收缩期高血压患者。常用药为二氢吡啶类。

a. 短效制剂：硝苯地平，5 ~ 10mg，每日 3 次，降压迅速而显著，但维持时间短。

b. 中效制剂：尼群地平，10 ~ 20mg，每日 1 次或每日 2 次。

c. 长效制剂：硝苯地平缓释片 30mg，每日 1 次；氨氯地平 5 ~ 10mg，每日 1 次。其他钙通道阻滞剂，维拉帕米缓释片 120 ~ 240mg，每日 1 次；地尔硫卓 90mg，每日 2 次。

④血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）：可逆转左心室肥厚，改善肾小球滤过率和肾脏流量，故为伴有心力衰竭、糖尿病、肾脏损害及心肌梗死后高血压患者的首选药。伴妊娠者慎用。卡托普利，开始以 12.5mg，每日 2 次，饭前口服，逐渐增量至 25 ~ 50mg，每日 2 次或每日 3 次，最大剂量 150mg，每日 1 次。常见不良反应为顽固性干咳，停药消失。注意监测肾功能。

⑤血管紧张素 II 受体阻滞剂（ARB）：疗效好，不良反应少。氯沙坦 50mg，每日 1 次；或缬沙坦 80mg，每日 1 次。

⑥ α_1 受体阻滞剂：哌唑嗪，口服从小剂量开始，0.5mg，每日 2 次，然后可增至 5mg，每日 2 次，注意体位性低血压。

（3）联合治疗：①利尿剂和 β 受体阻滞剂。②利尿剂和 ACEI 或 ARB 类。③二氢吡啶类（CCB）和 β 受体阻滞剂。④CCB 和 ACEI 或 ARB。⑤CCB

和利尿剂。必要可联用中枢作用药物。

(4) 难治性高血压的处理

①老年人：选择作用缓慢、降压平稳、持续时间长的药物，防止血压波动，最好每日服用1次。单纯收缩期高血压首选CCB类，药物的起始剂量及增加剂量应比年轻患者少，用药间隔应相对较长；如无动态血压检测有明显的夜间血压升高，不可临睡前服药。

②稳定型心绞痛首选 β 受体阻滞剂或长效钙拮抗剂；急性冠脉综合征选用 β 受体阻滞剂和ACEI；心肌梗死后患者用ACEI， β 受体阻滞剂和醛固酮拮抗剂。

③心力衰竭：症状少者用ACEI和 β 受体阻滞剂，症状多者可将ACEI、 β 受体阻滞剂、ARB和醛固酮拮抗剂与袢利尿剂合用。

④糖尿病：要求血压降至130/80mmHg以下，常联合用药。噻嗪类利尿剂、 β 受体阻滞剂、ACEI/ARB和CCB均对心血管事件有益，ACEI对1型糖尿病、ARB对防止2型糖尿病肾损害有益。

⑤慢性肾病：ACEI/ARB有益，重度者需联合袢利尿剂。

⑥脑血管病：有短暂脑缺血发作或有脑卒中史（非急性期）者，无论血压是否升高，进行适度降压减少卒中的复发。

⑦妊娠高血压：目的是减少母亲的危险，选对