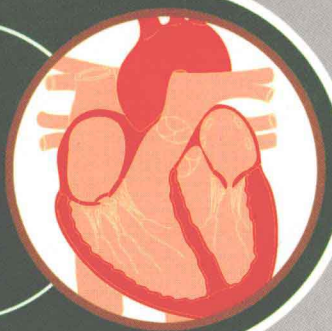




主任医师查房系列丛书

心内科



主任医师查房

XINNEIKE

ZHUREN

YISHICHAFANG

主编/徐泽升 刘永兴 张建刚

 军事医学科学出版社

中国医药出版社有限公司

心内科



主任医师查房

XINNEIKE

CHU FANG

YI SHI ZHANG CHANG FANG

主编/傅国胜 付永清 傅建强

2014.11.14

心内科主任医师查房

主 编	徐泽升	刘永兴	张建刚
副 主 编	王炳勋	李 亚	戴士鹏
	高晓丽	孙振国	顾玉发
编 委	(按姓氏笔画排序)		
	王玉霞	井永泉	尹 勇
	刘志先	孙名仙	杨金广
	张之瀛	赵 彬	赵俊凤
	袁永刚	耿 涛	韩 雪

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

心内科主任医师查房/徐泽升,刘永兴,张建刚主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2011.4

ISBN 978-7-80245-725-6

I. ①心… II. ①徐… ②刘… ③张…

III. ①心脏血管疾病-诊疗 IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 048952 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:北京宏伟双华印刷有限公司

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:12.625

字 数:436 千字

版 次:2011 年 5 月第 1 版

印 次:2011 年 5 月第 1 次

定 价:28.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

近年来,随着医学科技的飞速发展,心内科得到了迅猛发展。查房是临床工作中十分重要的组成部分。查房既可以了解患者病情,明确诊断,确定合理的治疗方案,同时又是不同层次医师交流和互相学习的平台,查房工作为低年资医师积累工作经验,对高年资医师提出了更高要求。查房工作既是对患者诊治的需要,同时又是临床教学的要求。我们针对临床工作的这一特点,编写了《心内科主任医师查房》。

全书共包括十五章内容,以临床工作中诊断明确的住院病例为纲,展开叙述。每个疾病都分为三部分。

●第一部分为病历摘要。对诊断明确的典型病例进行概述,按照患者主诉、体征、辅助检查、入院诊断等格式加以叙述。

●第二部分为查房过程。通过临床查房将所述疾病的诊断线索、诊断标准、治疗方法和最新进展贯穿其中。对每一病例的查房,首先归纳该患者的临床特点,设下悬念,上级医师给出解决的方法和步骤,并对检查结果和治疗效果进行分析、判断、综合、评价,最后得出明确的诊断,进行合理的治疗。

●第三部分为专家评析。通过专家对具体病例的诊治点评和对具体疾病诊疗环节的分析,让读者对疾病的发生、发展到结局有个完整的了解,帮助读者从中吸取经验教训。

本书为了贴近临床工作,在查房过程中将重要的医嘱以表格的形式列出。医嘱中采用了临床上常用的缩写,特作如下说明:

GS:葡萄糖溶液	GNS:葡萄糖盐水	NS:生理盐水
qd:每日1次	bid:每日2次	tid:每日3次
qid:每日4次	qod:隔日1次	st:即刻
q6h:每6小时1次	iv:静脉注射	iv gtt:静脉滴注
im:肌肉注射	ih:皮下注射	po:口服

本书由数十位专家精心策划,参阅了国内外大量临床资料,结合作者多年的临床经验编撰而成,既体现了经典的临床经验,又介绍了前瞻性的医疗进展。可作为临床主治医师、住院医师、进修医师、实习医师的辅助参考资料,具有很强的临床实用性和指导意义。

由于本书涉及内容广泛,书中不足之处在所难免,恳切希望广大同道惠予指正,以备再版时修订。

编 者

目 录

第一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(1)
病例一 自发性心绞痛	(1)
病例二 劳力性心绞痛	(5)
病例三 混合性心绞痛	(9)
病例四 非 ST 段抬高型心肌梗死	(12)
病例五 急性前壁心肌梗死	(17)
病例六 急性下壁、后壁、右室心肌梗死	(24)
病例七 急性心肌梗死合并心源性休克	(30)
病例八 急性心肌梗死合并室壁瘤形成	(34)
病例九 急性心肌梗死合并室间隔穿孔	(37)
病例十 急性心肌梗死合并乳头肌断裂	(41)
病例十一 急性心肌梗死合并亚急性心脏破裂	(43)
病例十二 急性心肌梗死合并上消化道出血	(47)
病例十三 缺血性心脏病	(51)
第二章 高血压病	(56)
病例一 高血压危象	(56)
病例二 急进型高血压病	(60)
病例三 原发性高血压肾损害	(64)
病例四 肾实质性高血压	(70)
病例五 肾血管性高血压	(72)
病例六 原发性醛固酮增多症性高血压	(77)
病例七 嗜铬细胞瘤性高血压	(86)
病例八 体位性低血压	(94)
第三章 心律失常	(100)
病例一 房性期前收缩	(100)
病例二 心房颤动	(103)

病例三 心房扑动	(107)
病例四 室性期前收缩	(111)
病例五 阵发性室上性心动过速	(115)
病例六 阵发性室性心动过速	(119)
病例七 完全性左束支传导阻滞	(123)
病例八 完全性右束支传导阻滞	(125)
病例九 第三度房室传导阻滞	(127)
病例十 病态窦房结综合征	(131)
病例十一 预激综合征	(134)
病例十二 过早复极综合征	(138)
病例十三 Brugada 综合征	(141)
病例十四 起搏器综合征	(144)
第四章 心脏瓣膜病	(148)
病例一 风湿热	(148)
病例二 二尖瓣狭窄	(154)
病例三 二尖瓣关闭不全	(161)
病例四 主动脉瓣狭窄	(167)
病例五 主动脉瓣关闭不全	(173)
病例六 肺动脉瓣狭窄	(178)
病例七 联合瓣膜病	(183)
第五章 成人先天性心脏病	(190)
病例一 房间隔缺损	(190)
病例二 室间隔缺损	(193)
病例三 动脉导管未闭	(196)
病例四 法洛四联症	(200)
病例五 三尖瓣下移畸形	(203)
病例六 艾森曼格综合征	(206)
第六章 心肌病	(209)
病例一 扩张型心肌病	(209)
病例二 肥厚梗阻型心肌病	(216)

病例三 心尖肥厚心肌病	(224)
病例四 心肌淀粉样变	(226)
病例五 心肌致密化不全	(230)
病例六 致心律失常性右心室发育不全	(233)
病例七 心动过速性心肌病	(238)
病例八 围生期性心肌病	(242)
病例九 酒精性心肌病	(246)
第七章 心肌炎与心包炎	(251)
病例一 急性病毒性心肌炎	(251)
病例二 心肌梗死样心肌炎	(255)
病例三 过敏性心肌炎	(259)
病例四 药物性心肌炎	(262)
病例五 急性非特异性心包炎	(265)
病例六 结核性心包炎	(269)
病例七 癌性心包积液	(272)
病例八 急性心脏压塞	(275)
第八章 感染性心内膜炎	(280)
病例一 自体瓣膜心内膜炎	(280)
病例二 人工瓣膜心内膜炎	(289)
病例三 静脉药瘾者心内膜炎	(292)
病例四 梅毒性心脏病	(299)
第九章 大动脉疾病	(304)
病例一 大动脉炎	(304)
病例二 主动脉夹层	(308)
病例三 马方综合征	(311)
第十章 周围血管疾病	(314)
病例一 闭塞性动脉粥样硬化	(314)
病例二 下肢深静脉血栓形成	(317)
第十一章 肺血管疾病	(322)
病例一 急性肺栓塞	(322)

病例二 急性肺源性心脏病	(329)
病例三 慢性肺源性心脏病	(334)
第十二章 心力衰竭	(341)
病例一 左室舒张功能障碍性心力衰竭	(341)
病例二 慢性充血性心力衰竭	(346)
第十三章 高动力循环及内分泌性心脏病	(353)
病例一 甲状腺功能亢进性心脏病	(353)
病例二 甲状腺功能减退性心脏病	(356)
病例三 贫血性心脏病	(363)
第十四章 左房黏液瘤	(370)
第十五章 心脏综合征	(372)
病例一 心血管神经症	(372)
病例二 小心脏综合征	(377)
病例三 心脏 X 综合征	(380)
病例四 运动员心脏综合征	(387)
病例五 心脏损伤后综合征	(390)

第一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病

病例一 自发性心绞痛

病历摘要

1. 入院时情况 患者,男性,62岁,农民。阵发性心前区疼痛1个月,于2009年3月6日来我院就诊。患者1个月来间断出现心前区疼痛,放射至咽部及左上肢,伴憋气、出汗,无恶心、呕吐,与活动、劳累无明显相关,每次持续20分钟左右,含服“硝酸甘油”效果不佳,为求进一步诊治入院。

2. 既往史 糖尿病史二十余年,现行“胰岛素”降糖治疗,血糖控制尚可。无高血压病史,否认肝炎病史,无烟酒等不良嗜好。家族中父母体健,兄弟姐妹体健,否认家族中有冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称“冠心病”)史。

3. 体格检查 体温36.7℃,脉搏78次/分,呼吸18次/分,血压130/70 mmHg。神志清楚,自主体位,一般状况可,口唇无发绀,无颈静脉怒张,听诊双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心率78次/分,律齐,未闻及杂音;腹软,肝脾肋缘下未触及,双下肢无水肿,生理反射存在,病理反射未引出。

4. 辅助检查

(1) 实验室检查:血常规示红细胞(RBC) $6.30 \times 10^{12}/L$,中性粒细胞(NE)55%,淋巴细胞(LY)2.7%,血红蛋白(Hb)120 g/L,血小板(PLT) $201 \times 10^9/L$ 。

(2) 入院心电图:窦性心律,正常心电图。

5. 入院时诊断 冠心病? 自发性心绞痛? 2型糖尿病?

第一次查房 (入院第2日)

主治医师 患者的主要症状为心前区疼痛,伴咽部及左上肢放射痛,据此可考虑哪些诊断?

医师 根据上述临床特点,我们考虑如下几个诊断。

1. 自发性心绞痛 根据本病历特点:①患者老年男性,有易患因素糖尿病二十余年;②间断发作的心前区疼痛,有放射痛:放射至咽部及左上

肢;③伴随症状:伴憋气、出汗;④与活动、劳累无明显相关。该患者考虑诊断为自发性心绞痛。

2. 急性心肌梗死 常表现为剧烈的胸痛、胸闷,伴大汗、憋气,有典型的放射痛,持续时间大于30分钟,持续症状不缓解,心电图有典型的ST-T改变,实验室检查心肌酶谱及心肌钙蛋白升高。

3. 急性肺动脉栓塞 急性肺动脉栓塞所发生的症状与自发性心绞痛相似。但急性肺动脉栓塞常出现呼吸困难、急促的表现,其病因常见的有外周水肿、深部静脉血栓形成、口服避孕药、长时间卧床等。有20%~25%的患者心电图示I导联S波加深,Ⅲ导联Q波显著,右胸导联T波倒置等改变,一般无放射痛,肺动脉CTA可明确诊断。

主任医师 同意以上分析,为了进一步明确诊断,建议做如下检查:胸部X线摄片;心脏彩超;监测心电图,尤其是症状发作时的心电图;心肌钙蛋白。

第一次查房医嘱

长期医嘱	长期医嘱
内科护理常规	地尔硫草 30 mg, tid, po
一级护理	阿托伐他汀钙 20 mg, qn, po
低盐、低脂、糖尿病饮食	诺和灵 30R, 早 24 U, 晚 24 U, 餐前 30 分钟, ih
心电、血压监护	
阿司匹林肠溶片 0.2 g, qd, po	生理盐水 500 ml iv gtt, qd
氯吡格雷 75 mg, qd, po	单硝酸异山梨酯 40 mg
硝酸异山梨酯 10 mg, tid, po	低分子肝素 6 000 U, ih, bid

临时医嘱	临时医嘱
血心肌酶谱测定	心电图
心肌钙蛋白 I	超声心动图
红细胞沉降率、肝肾功能	阿司匹林 0.2 g, po
血脂、空腹血糖	氯吡格雷 75 mg, po
凝血常规	

第二次查房 (入院第3日)

主治医师 请住院医师把这两日的检查结果及治疗情况汇报一下。

医师 患者于昨日入院后夜间睡眠时再发心前区疼痛,性质同前,心电图示 $V_1 \sim V_4$ 导联 ST 段抬高 $0.2 \sim 0.3$ mV, 给予硝酸甘油含服,地尔硫草入液静脉滴注后持续约15分钟缓解,此后未再发。体格检查:体温 36.5°C , 脉

搏 66 次/分,呼吸 18 次/分,血压 120/75 mmHg,自主体位,神志清楚,一般情况可,口唇无发绀,无颈静脉怒张,听诊双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心率 82 次/分,律齐,未闻及杂音。腹软,肝脾肋缘下未触及,双下肢无水肿,生理反射存在,病理反射未引出。化验结果显示 CTNI 阴性。根据目前的资料,自发性心绞痛的诊断可以成立。请主治医师讲一讲有关自发性心绞痛的诊断及治疗。

主治医师 请主任结合本例患者的临床特点,进一步分析确定该患者的诊断。

主任医师 根据患者的临床表现及自发性心绞痛的诊断标准,该患者可诊断为自发性心绞痛。

1. 自发性心绞痛的定义 心绞痛发作与心肌需氧量无明显关系,与劳累性心绞痛相比,疼痛持续时间一般较长,程度较重,应用硝酸甘油不易缓解。

2. 自发性心绞痛的分型

(1) 卧位型心绞痛。

(2) 变异型心绞痛:与卧位型心绞痛性质相似,也常在夜间发作,但发作时心电图表现不同,显示有关导联的 ST 段抬高,而与之相对应的导联中则 ST 段压低(其他类型心绞痛则除 aVR 及 V₁ 外各导联 ST 段普遍压低)。

变异型心绞痛是由于在冠状动脉狭窄的基础上,该支血管发生痉挛,引起心肌缺血所致。但冠状动脉造影正常的患者,也可由于该动脉痉挛而引起本型心绞痛。

(3) 中间综合征:亦称冠状动脉功能不全,指心肌缺血引起的心绞痛发作历时较长,达 1 小时以上,常在休息时或睡眠中发作,但心电图、放射性核素和血清学检查无心肌坏死的表现。本型疼痛性质介于心绞痛与心肌梗死之间,常是心肌梗死的前奏。

(4) 梗死后心绞痛:在急性心肌梗死后不久或数周后发生的心绞痛。由于供血的冠状动脉阻塞发生心肌梗死,但心肌尚未完全坏死,一部分未坏死的心肌处于严重缺血状态下又发生疼痛,随时有再发生梗死的可能。

本病例符合自发性心绞痛第(2)条,可以诊断为自发性心绞痛中的变异型心绞痛。

主治医师 患者诊断为自发性心绞痛,应该如何进行规范治疗?

主任医师 对自发性心绞痛初期的治疗,应采取积极态度,目的在于迅速缓解痉挛发作,减少急性心肌梗死的发生率。

1. 急性发作时的处理 可含服硝酸甘油和硝苯地平粉。硝酸甘油首

次以1片为宜,含服3~5分钟不能缓解,应立即追加1或2片含服。同样含服硝苯地平粉10 mg,10分钟内未能缓解者可重复应用。给予硝酸甘油或地尔硫草入液静脉滴注,对预防和治疗反复发作者有效。

2. 口服药物治疗

(1) 钙离子通道阻滞剂:为首选药物,由于其具有阻止钙的内流、扩张冠状动脉平滑肌的作用,是治疗变异型心绞痛最理想的药物。钙离子通道阻滞剂还能明显改善预后,与硝酸酯类合用,疗效得到加强。常用药物有地尔硫草、尼卡地平。

(2) 硝酸酯类药物:配合钙离子通道阻滞剂可产生协同作用而增强疗效。

(3) β 受体阻滞剂治疗:对于单纯变异型心绞痛一般不主张使用 β 受体阻滞剂,以防诱发或加重冠状动脉痉挛。而合并劳累型心绞痛者,可酌情给予适当剂量。

(4) 抗血小板聚集、抗凝和调脂的治疗。

3. 介入治疗 自发性心绞痛患者经上述药物治疗后,基本上都能控制心绞痛的发作,一般不需要紧急介入或外科手术治疗。待病情稳定后根据冠状动脉造影结果再决定是否需要进行血管重建治疗。

第三次查房 (入院第10日)

主治医师 将患者的治疗情况向主任医师汇报:患者入院后第4日于导管室行冠状动脉造影示LAD中段狭窄90%,行PCI治疗,于LAD植入支架1枚,术后伤口愈合良好。目前患者症状得到控制,无心前区疼痛发作。

患者术后应注意:①术后坚持服用氯吡格雷1年,阿司匹林100 mg/d,以防止支架血栓;②坚持服用他汀类药物,如辛伐他汀或阿托伐他汀,以调脂、稳定和消除动脉斑块、保护血管;③少数患者服药期间出现消化道出血要及时就医,不应贸然停用氯吡格雷和阿司匹林;④术后出现胸痛者要及时就医检查心电图等,以便及时发现血栓;⑤坚持低盐、低脂饮食,生活规律,适当运动,心态平和;⑥如有慢性糖尿病和高血压,应严格控制,否则其他血管又会发生狭窄和堵塞。

主任医师 通过药物治疗,患者病情得到控制,最后确诊为变异型心绞痛。1个月后,患者应复查血常规、凝血常规、肝肾功能、空腹血糖、心电图。

专家评析

自发性心绞痛有别于典型心绞痛,又称“变异型心绞痛”。发病年龄较轻,多为男性。发生在休息或一般活动中,疼痛的程度较一般心绞痛剧烈,

持续时间久。自发性心绞痛的发病机制可能与机体的神经调节和体液生化改变有关,如在睡眠中出现的快速眼球运动,常使呼吸加快,导致血液中的pH(酸碱度)值降低;过量烟酒、冷饮,长期的精神紧张、情绪波动,也都可能成为自发性心绞痛发作的诱因。

自发性心绞痛为冠心病的一种较严重的类型,凡遇胸痛发作与心肌需氧量的增加(如运动、兴奋等)无明显关系,疼痛具有周期性,持续时间较长,程度较重,且不易被硝酸甘油所缓解,胸痛发作时心电图出现暂时性的ST段抬高或伴有心律紊乱,但未见心肌酶的变化时,就应考虑自发性心绞痛的诊断。

病例二 劳力性心绞痛

病历摘要

1. 入院时情况 患者,男性,52岁,工人。阵发性胸闷、胸痛2个月余,于2009年5月25日来我院就诊。患者缘于间断出现胸闷、胸痛2个多月,诉为闷痛,伴左上肢酸胀不适,伴憋气、出汗,无恶心、呕吐,见于活动、劳累时,每次持续3~5分钟,含服“硝酸甘油”后可缓解,为求进一步诊治入院。

2. 既往史 既往体健,无高血压、糖尿病病史。否认肝炎病史。吸烟三十余年,每日20支左右,无嗜酒。家族中父母体健,兄弟姐妹体健,否认家族中有冠心病史。

3. 体格检查 体温36.7℃,脉搏69次/分,呼吸18次/分,血压120/70 mmHg,神志清楚,自主体位,一般状况可,口唇无发绀,无颈静脉怒张,听诊双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心率69次/分,律齐,未闻及杂音;腹软,肝脾肋缘下未触及,双下肢无水肿,生理反射存在,病理反射未引出。

4. 辅助检查

(1) 实验室检查:血常规示 RBC $5.50 \times 10^{12}/L$, NE 55%, LY 2.7%, Hb 120 g/L, PLT $198 \times 10^9/L$ 。

(2) 心电图:窦性心律,正常心电图。

5. 入院时诊断 冠心病? 自发性心绞痛?

第一次查房 (入院第2日)

主治医师 患者的主要症状为胸闷、胸痛,伴左上肢放射痛,与活动、劳累明显相关,据此可考虑哪些诊断?

医师 根据上述临床特点,我们考虑如下几个诊断。

1. 劳力性心绞痛 根据本病历特点:①患者中年男性,有易患因素吸烟三十余年;②间断发作的胸闷、胸痛,有放射痛:放射至左上肢;③伴随症状:伴憋气、出汗;④与活动、劳累明显相关。该患者诊断考虑为劳力性心绞痛。

2. 不稳定型心绞痛 常表现为胸闷、胸痛、心前区疼痛,有放射痛,伴憋气、出汗等。活动、休息时均有发生,持续时间较长,但一般小于30分钟,心电图有ST-T改变。

3. 急性肺动脉栓塞 常出现呼吸困难、呼吸急促,亦可以晕厥为首发或唯一症状,症状发作与活动无关。其病因常见的有外周水肿、深部静脉血栓形成、口服避孕药、长时间卧床等。有20%~25%的患者心电图示I导联S波加深,Ⅲ导联Q波显著,右胸导联T波倒置等改变,一般无放射痛,肺动脉CTA可明确诊断。

主任医师 同意以上分析,为了进一步明确诊断,建议做如下检查:胸部X线摄片;心脏彩超;监测心电图,尤其是症状发作时心电图。

第一次查房医嘱

长期医嘱	长期医嘱
内科护理常规	氯吡格雷 75 mg, qd, po
一级护理	硝酸异山梨酯 10 mg, tid, po
低盐、低脂饮食	阿托伐他汀钙 20 mg, qn, po
心电、血压监护	低分子肝素 6 000 U, ih, bid
美托洛尔 12.5 ~ 50 mg, bid, po 或阿替洛尔 12.5 ~ 50 mg, bid, po	生理盐水 250 ml iv gtt, qd 单硝酸异山梨酯 40 mg
阿司匹林肠溶片 0.2 g, qd, po	

临时医嘱	临时医嘱
凝血常规	胸部X线摄片
肝肾功能	超声心动图
血脂、空腹血糖	阿司匹林 0.2 g, po
运动心电图	氯吡格雷 75 mg, po

第二次查房 (入院第3日)

主治医师 请住院医师把这两日的检查结果及治疗情况汇报一下。

医师 患者于昨日行运动心电图检查,劳累后出现胸闷、胸痛症状,心

电图示 $V_1 \sim V_6$ 导联 ST 段压低 $0.05 \sim 0.2 \text{ mV}$, 给予“硝酸甘油”后 3 分钟缓解。此后为再发心绞痛症状。体格检查: 体温 36.5°C , 脉搏 62 次/分, 呼吸 18 次/分, 血压 $120/70 \text{ mmHg}$, 自主体位, 神志清楚, 一般状况可, 口唇无发绀, 无颈静脉怒张, 听诊双肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音, 心率 62 次/分, 律齐, 未闻及杂音。腹软, 肝脾肋缘下未触及, 双下肢无水肿, 生理反射存在, 病理反射未引出。根据目前的资料, 劳力性心绞痛的诊断可以成立。请主治医师讲一讲有关自发性心绞痛的诊断及治疗。

主治医师 请主任结合本例患者的临床特点, 进一步分析确定该患者的诊断。

主任医师 根据患者的临床表现及劳力性心绞痛的诊断标准, 该患者可诊断为劳力性心绞痛。

1. 劳力性心绞痛的特点 疼痛由体力劳累、情绪激动或其他足以增加心肌需氧量的情况所诱发, 休息或舌下含用硝酸甘油后迅速消失。

2. 劳力性心绞痛分型

(1) 稳定型心绞痛: 最常见, 指劳力性心绞痛发作的性质在 1~3 个月内并无改变, 即每日和每周疼痛发作次数大致相同, 诱发疼痛的劳累和情绪激动程度相同, 每次发作疼痛的性质和部位无改变, 疼痛时限 3~5 分钟, 用硝酸甘油后, 也在相同时间发生疗效。

(2) 初发型心绞痛: 过去未发生过心绞痛或心肌梗死, 初次发生劳力性心绞痛时间未到 1 个月。有过稳定心绞痛的患者已数月不发生疼痛, 现再次发生, 时间未到 1 个月也可列入本型。

(3) 恶化型心绞痛: 原为稳定型心绞痛的患者, 在 3 个月内疼痛有频率、程度、时限、诱发因素经常变动, 进行性恶化, 可发展为心肌梗死或猝死, 也可恢复为稳定型。

本病例符合自发性心绞痛第(1)条, 可以诊断为劳力性心绞痛中的稳定型心绞痛。

主治医师 患者诊断为劳力性心绞痛, 应该如何进行规范治疗?

主任医师 劳力性心绞痛的主要治疗原则应是降低心肌耗氧量, 增加心肌供血以及针对造成冠状动脉狭窄加重的病因治疗。

1. 发作期 劳力性心绞痛的治疗。

(1) 发作时立刻休息, 一般患者在停止活动后症状即可消除。

(2) 药物治疗较重的发作, 可使用作用快的硝酸酯制剂: ①硝酸甘油可用 $0.3 \sim 0.6 \text{ mg}$ 的片剂(喷雾剂或胶囊剂), 舌下含化, 使迅速为唾液所溶解而吸收, 1~2 分钟即开始起作用, 约半小时后作用消失。对约 92% 的患者