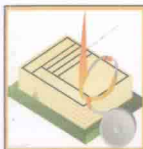


▶ 常见病诊疗思维丛书



心血管内科疾病

病例解析

主编 谭 宓 杨 艳 张 玉



第二军医大学出版社

SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

► 第九版《内科学》教材配套用书



心血管内科疾病

病例解析

主编 李 强 副主编 王 强

第九版《内科学》教材配套用书



心血管内科疾病 病例解析

主编 谭 宓 杨 艳 张 玉

第二军医大学出版社

内 容 简 介

以心血管内科常见的病例为引子,选用医生自己医治的典型病例,在“真实性、实用性、科学性”的基础上,从病例介绍、检查、诊断思维、治疗、讨论、临床相关知识等几个方面分别详细阐述。本书旨在通过典型的病例,用层层分析的方法进行广泛、深入的讨论,并将与之相关的临床和基础问题进行横向联系,理论与实际相结合,使年轻医生和医学生能从中学习到临床逻辑思维方法,提高分析判断的能力。

图书在版编目(CIP)数据

心血管内科疾病病例解析/谭宓,杨艳,张玉主
编. —上海:第二军医大学出版社,2010.12

(常见病诊疗思维丛书)

ISBN 978-7-5481-0152-9

I. ①心… II. ①谭… ②杨… ③张… III. ①心
脏血管疾病—病案—分析 IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 242457 号

责任编辑 李睿旻

心血管内科疾病病例解析

主编 谭 宓 杨 艳 张 玉

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

电话/传真:021-65493093

<http://www.smmup.cn>

全国各地新华书店经销

江苏句容排印厂印刷

开本:850×1168 1/32 印张:10.25 字数:265 千字

2010 年 12 月第 1 版 2010 年 12 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0152-9/R·957

定价:26.00 元

编委会名单

主 编	谭 宓	杨 艳	张 玉
副主编	陈 娜	宋 巧	王晓静
	孙军锋	李巧影	王红梅
编 委	都 伟	王云英	安艳荣
	董学勤	任岩春	张晓青
	康 梅	李 青	王振国
	王燕舞	宋 磊	牛伟红

前 言

对于刚刚步入临床工作的医生,如何将在学校所学的医学基础理论与临床实践相结合,尽快提高临床思维能力,提高分析问题、解决问题的能力,是成为一名好医生的关键。临床思维能力即形象思维与逻辑思维能力,是指运用理论课所学的基础知识融会贯通于临床实践中,对具体临床现象进行思路清晰、逻辑性强的分析和思考,最后作出符合实际的判断的能力。这种能力是临床医生独立解决临床问题的基本保障。为了便于临床医生在工作中更好地加强理论与实践的联系,启发临床思维能力,为达到培养新医生临床思维能力,分析、解决问题的能力目的,使读者能开卷受益,本书以心内科常见的病例为引子,选用医生自己经治的典型病例,在“真实性、实用性、科学性”的基础上,从病例介绍、检查、诊断思维、治疗、讨论、临床相关知识等几个方面分别详细阐述。

本书的编写特色:

1. 以真实病例为基础,展现该疾病的发展过程,联系该疾病的基础知识,指出临床诊断思路,阐述治疗过程。

2. 所选择病例均为多发病、常见病,不能包罗万象,但均具有代表性。

3. 本书在疾病的诊治方面不单有西医常规的治疗方法而且综合了一部分中医的治疗方法,为疾病的全面诊疗提供一些经验。

本书旨在通过典型的病例,用层层分析的方法进行广泛深入的讨论,并将与之相关的临床和基础问题进行横向联系,理论与实际相结合,使年轻医生和医学生能从中学习到临床逻辑思维方法,使读者领悟正确诊断及治疗结果的由来,提高分析判断的能力。为了避免医生单纯依靠先进的医疗设备取得的检查结果而轻易地作出诊断,笔者特别强调,所有医生都应认真采集病史,进行全面、系统的检查和综合分析,从而减少或防止诊疗工作的片面性。本书是年轻的临床医生、医学生提高临床诊疗技术的良师益友,对成功培养理论联系实际、临床思维能力强的优秀临床医生将大有裨益。

作者为心血管系统领域从事多年心内科临床工作、经验丰富的专家教授,有长期临床实践与现代理论相结合的优势,使全书内容生动、鲜活,重点突出,实用性强。适合于广大内科、心内科医师和医学院校学生参阅。

由于时间仓促,不足之处在所难免,请广大读者批评指正。

编 者

2010年7月

目 录

第一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(1)
病例 1 心绞痛	(1)
病例 2 急性心肌梗死	(12)
病例 3 缺血性心肌病	(27)
第二章 高血压	(33)
病例 1 原发性高血压病	(33)
病例 2 原发性醛固酮增多症	(39)
病例 3 肾血管性高血压	(50)
病例 4 嗜铬细胞瘤	(59)
第三章 心脏瓣膜病	(68)
病例 1 风湿性心脏病	(68)
病例 2 二尖瓣重度狭窄伴三尖瓣关闭不全	(77)
病例 3 二尖瓣关闭不全	(86)
病例 4 主动脉瓣重度狭窄伴轻度关闭不全	(92)
病例 5 二尖瓣狭窄并三尖瓣狭窄	(99)
病例 6 肺动脉瓣狭窄伴三尖瓣关闭不全	(108)
第四章 心力衰竭	(112)
病例 1 急性心力衰竭	(112)
病例 2 慢性心力衰竭	(118)
第五章 心肌疾病	(126)
病例 1 扩张型心肌病	(126)
病例 2 肥厚型心肌病	(132)
病例 3 限制性心肌病	(137)
第六章 心律失常	(147)
病例 1 房性早搏	(147)
病例 2 阵发性房颤	(151)
病例 3 病窦综合征	(159)
病例 4 预激综合征	(165)

病例 5 阵发性室上速	(170)
病例 6 室性早搏	(173)
病例 7 室性心动过速	(177)
第七章 感染性心内膜炎	(185)
病例 1 亚急性感染性心内膜炎	(185)
第八章 心包疾病	(191)
病例 1 急性心包炎	(191)
病例 2 缩窄性心包炎	(196)
病例 3 心包积液	(201)
第九章 病毒性心肌炎	(207)
病例 1 病毒性心肌炎	(207)
第十章 肺心病	(218)
病例 1 肺栓塞	(218)
病例 2 急性肺源性心脏病	(230)
第十一章 先天性心血管病	(237)
病例 1 动脉导管未闭	(237)
病例 2 室间隔缺损	(244)
病例 3 房间隔缺损	(250)
第十二章 外周血管疾病	(257)
病例 1 主动脉夹层分离	(257)
病例 2 多发性大动脉炎	(262)
病例 3 闭塞性外周动脉粥样硬化	(268)
病例 4 深静脉血栓形成	(273)
第十三章 心脏骤停与心脏性猝死	(280)
病例 1 心源性休克	(280)
第十四章 心脏肿瘤	(295)
病例 1 左房黏液瘤	(295)
病例 2 心包间皮瘤	(300)
第十五章 其他心血管疾病	(305)
病例 1 甲亢性心脏病	(305)
病例 2 贫血性心脏病	(311)

第一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病

病例1 心绞痛

【病例介绍】

患者,男性,65岁。因心前区疼痛2年,再发加重7天入院。

1. 现病史 患者缘于2年前于体力活动时出现心前区疼痛,放射至左肩背部,伴汗出,无恶心、呕吐,持续数分钟,经休息后缓解。此后上述症状间断发生,自述多于情绪激动及活动时发生,经休息可缓解。后入当地诊所诊治,做心电图检查示I、II、III、aVF导联ST段压低0.1~0.2 mV,aVR导联ST段抬高0.25 mV,V₁导联ST段抬高0.1 mV,V₂~V₅导联ST段压低0.1~0.3 mV,诊断为冠心病、心绞痛。此后一直坚持口服硝酸异山梨酯(消心痛)、美托洛尔(倍他乐克)等药物,但上述症状仍有间断发作。此次缘于7天前走路时出现心前区疼痛,呈辛辣感,放射至左肩背部,伴大汗,恶心,未呕吐,含服消心痛约10分钟后症状逐渐缓解,但此后上述症状频繁发生,自述诱发阈值较前降低,发作时间较前延长,疼痛症状较前剧烈,无静息及休息时发作,为求进一步治疗而入我院。

2. 既往史 高血压病史11年,最高达180/100 mmHg,平素口服卡托普利,血压控制于120~130/80~85 mmHg。糖尿病史7年,口服二甲双胍、格列齐特,血糖控制可,有长期吸烟史,饮酒史。

3. 体格检查 体温(T)36.2℃,脉搏(P)65次/分,呼吸(R)17次/分,血压(BP)140/90 mmHg。双肺呼吸音粗,未闻及干湿

性啰音,心率 65 次/分,心音可,各瓣膜听诊区未闻及杂音,腹部平坦,肝脾未触及,双下肢无水肿。

4. 辅助检查 血常规、凝血常规检查都在正常范围以内。急查血糖 9.63 mmol/L,心肌酶正常。行肝功能检查示丙氨酸氨基转移酶 92 U/L,三酰甘油 2.0 mmol/L,其他未见异常。免疫 8 项, HIV 抗体阴性。入院后行心电图检查,发作时示 I、II、III、aVF 导联 ST 段压低 0.1~0.2 mV, aVR 导联 ST 段抬高 0.25 mV, V₁ 导联 ST 段抬高 0.1 mV, V₂~V₅ 导联 ST 段压低 0.1~0.3 mV。

【诊断治疗过程】

一、病例特点

1. 病史特点 患者中老年男性,有高血压、糖尿病史,有吸烟饮酒史等危险因素。

2. 症状特点 有心前区疼痛病史,此次急性起病,以心前区疼痛、持续时间延长为主要表现。

3. 辅助检查特点 ①曾经发作时心电图检查示 I、II、III、aVF 导联 ST 段压低 0.1~0.2 mV, aVR 导联 ST 段抬高 0.25 mV, V₁ 导联 ST 段抬高 0.1 mV, V₂~V₅ 导联 ST 段压低 0.1~0.3 mV;②急查血糖 9.63 mmol/L;③心肌酶正常;④行肝功能检查示丙氨酸氨基转移酶 92 U/L;⑤三酰甘油 2.0 mmol/L;⑥免疫八项;⑦HIV 抗体阴性。

二、诊断过程

1. 冠心病恶化劳力型心绞痛 既往有劳力型心绞痛病史,此次病情突然加重,表现为持续时间延长,诱发阈值减低,硝酸甘油作用减弱,病史在 2 个月以内。

2. 3 级高血压病 高血压病史 11 年,最高达 180/100 mmHg,未发现其他引起高血压的原因。

3. 2 型糖尿病 糖尿病史 7 年,平素口服二甲双胍、格列齐特等降糖药,此次入院血糖亦高。

三、治疗过程

住院后积极给予硝酸异山梨醇(消心痛)10 mg,3次/日,拜阿司匹林100 mg,1次/日,氯吡格雷(波利维)75 mg,1次/日,美托洛尔(倍他乐克)12.5 mg,2次/日,卡托普利12.5 mg,3次/日,辛伐他汀20 mg,每晚1次,低分子肝素钙6000 U,2次/日。后行冠脉造影示前降支近段狭窄90%,并行PCI治疗,植入支架1枚。术后继续给予硝酸异山梨醇10 mg,3次/日,拜阿司匹林100 mg,1次/日,氯吡格雷75 mg,1次/日,美托洛尔12.5 mg,2次/日,卡托普利12.5 mg,3次/日,辛伐他汀20 mg,1次/晚,低分子肝素钙6000 U,2次/日。后坚持每月复诊,病情一直稳定,未再诉不适。

四、病例分析与讨论

1. 诊断标准 不稳定型心绞痛的诊断注意以下几点:①应该根据心绞痛发作的性质、特点、发作时体征及发作时心电图改变以及冠心病的危险因素等,结合临床综合判断,以提高诊断的准确性;②心绞痛发作时心电图抬高和压低的动态变化最具诊断价值,应及时记录发作时和缓解后的心电图,动态ST段水平型和下斜型压低 >1 mm或ST段抬高(肢体导联 >1 mm,胸导联 >2 mm)有诊断意义。恶化劳力型心绞痛定义:病情突然加重,表现为胸痛发作次数增加,持续时间延长,诱发心绞痛的活动阈值明显减低,按加拿大心脏病学会劳力型心绞痛分级加重,一级以上并至少达到三级,硝酸甘油缓解症状的作用减弱,病程在2个月之内。

2. 诊断依据

(1) 此患者劳力型心绞痛病史2年,此次再发加重7天。此次发作患者较以前胸痛发作次数增加,持续时间延长,诱发心绞痛的活动阈值明显减低。但是无静息及休息时发作。含服硝酸甘油缓解症状的作用减弱。

(2) 发作时心电图示I、II、III、aVF导联ST段压低0.1~0.2 mV,aVR导联ST段抬高0.25 mV, V_1 导联ST段抬高0.1 mV, $V_2\sim V_5$ 导联ST段压低0.1~0.3 mV。据以上心电图表

现可以推测此患者为左主干或者左前降支近段狭窄,后行冠脉造影示前降支近段狭窄 90%,由此种患者发生心源性猝死及心功能不全的概率较高,应及时对此种患者进行 PCI 手术。

五、小结

随着社会的发展,我国人民生活水平的不断提高,冠心病心绞痛已经成为严重危害人们健康的常见疾病。在这种形式下加强对人们关于冠心病的预防普及教育已经成为刻不容缓的课题,同时要加强对高危人群的筛查,从而实现心绞痛能够得到尽早发现,尽早治疗,改善人们的生活质量。

【临床讨论与分析】

不稳定型心绞痛(unstable angina, UA)是指介于稳定型心绞痛和急性心肌梗死(AMI)之间的一组临床综合征,包括如下亚型:①初发劳力型心绞痛:2个月内新发生的心绞痛(无心绞痛或有心绞痛病史,但在近半年内未发作过心绞痛);②恶化劳力型心绞痛:病情突然加重,表现为胸痛发作次数增加,持续时间延长,诱发心绞痛的活动阈值明显减低,硝酸甘油缓解症状的作用减弱,病程2个月以内;③静息心绞痛:心绞痛发生在休息或静息状态,发作持续时间相对较长,含硝酸甘油效果欠佳,病程1个月以内;④梗死后心绞痛:指急性心肌梗死发病24小时后至1个月内发生的心绞痛;⑤变异型心绞痛:休息或一般活动时发生的心绞痛,发作时心电图显示ST段暂时性抬高。不稳定型心绞痛是由于动脉粥样硬化斑块破裂或糜烂并发血栓形成、血管收缩、微血管栓塞所导致的急性或亚急性心肌供氧减少所致。

一、临床表现

不稳定型心绞痛患者中约有20%可发生心肌坏死而无ST段抬高即非ST段抬高性心肌梗死,两者的分界只能通过血液心肌钙蛋白和心肌酶学分析来判断。原有稳定的阻塞性冠状动脉病变量在下列情况时可诱发不稳定型心绞痛:贫血、感染、甲状腺功

能亢进或心律失常等,有人将之称为继发性不稳定型心绞痛。下列线索有助于不稳定型心绞痛的诊断:①诱发心绞痛的体力活动阈值突然或持久地降低;②心绞痛发作频率、严重程度和持续时间增加、出现静息性或夜间心绞痛;③胸痛放射至附近的或新的部位;④发作时伴有新的相关特征,如出汗、恶心、呕吐、心悸或呼吸困难。原来能使稳定型心绞痛缓解的常规休息或舌下含服硝酸甘油的方法只能暂时或不完全性地缓解症状。

二、体格检查

(1) 心脏听诊可闻及一奋力拼搏性的第三心音或第四心音,乳头肌缺血以致功能失调引起的二尖瓣关闭不全,出现二尖瓣反流诱发的一过性的尖部收缩期杂音。

(2) 合并有心功能不全或血流动力不稳定状态时,可有相应的肺部啰音、心率增快、血压下降等阳性体征。

三、辅助检查

1. 实验室检查

(1) 血常规:一般无血红蛋白下降。严重贫血者亦会引起心绞痛症状。

(2) 血糖:测定空腹、餐后 2 小时血糖,部分患者可有血糖升高(多考虑与应激有关,鉴别可行 HbA_{1c} 测定或待病情相对平稳后行 OGTT 试验以除外是否合并糖尿病)。

(3) 血脂分析:部分患者有血脂升高。

(4) 心肌酶谱:无异常发现。

2. 特殊检查

(1) 心电图:①不稳定型心绞痛患者静息时心电图半数是正常的,最常见的心电图异常是 ST-T 改变;②近 95% 的患者心绞痛发作时出现明显有相当特征的心电图改变,可出现暂时性心肌缺血引起的 ST-T 改变,在平时有 T 波持续倒置的患者,发作时可变为直立(所谓的“假正常化”);③从连续记录的 24 小时心电图中发现心电图 ST-T 改变和各种心律失常,出现时间可与患者的

活动和症状相对照。

(2) 超声心电图: 不稳定型心绞痛患者静息超声心动图大多数无异常。与负荷心电图一样, 负荷超声心动图可以帮助识别心肌缺血的范围和程度。根据各室壁的运动情况, 可将负荷状态下室壁运动异常分为运动减弱、运动消失、矛盾运动及室壁瘤。

(3) 运动负荷试验: ①对于低危险组的不稳定型心绞痛患者, 病情稳定 1 周以上可考虑行运动试验检查, 若诱发心肌缺血的运动量超过 Bruce III 级, 可采用内科保守治疗; 若低于上述的活动量即诱发心绞痛, 则须作冠状动脉造影检查以决定是否行介入治疗或外科手术治疗。②对于中危险和高危险组的患者在急性期的 1 周内应避免做负荷试验, 病情稳定后可考虑行运动试验。如果已有心电图的缺血证据, 病情稳定者也可直接行冠状动脉造影检查。

(4) 冠状动脉造影: 在冠心病的诊断和治疗基础上, 冠状动脉造影是最重要的检查手段, 中危险和高危险组的不稳定心绞痛患者, 若条件允许, 应作冠状动脉造影检查, 目的是为了明确病变情况及指导治疗。不稳定型心绞痛患者具有以下情况时, 为冠状动脉造影的适应证。

1) 近期内心绞痛反复发作, 胸痛持续时间较长, 药物治疗效果不满意者, 可考虑行冠状动脉造影, 以决定是否行急诊介入治疗或急诊冠状动脉旁路移植术(CABG)。

2) 原有劳力型心绞痛近期内突然出现休息时频繁发作者。

3) 近期活动耐量明显减低, 特别是低于 Bruce II 级或 4METs 者。

4) 梗死后心绞痛。

5) 原有陈旧性心肌梗死, 近期出现非梗死区缺血所致的劳力型心绞痛。

6) 严重心律失常、左心室射血分数 $< 40\%$ 或充血性心力衰竭。

四、诊断与鉴别诊断

1. 诊断

(1) 原有的稳定型心绞痛性质改变,即心绞痛频繁发作、程度严重和持续时间延长。

(2) 休息时心绞痛发作。

(3) 最近 1 个月内新近发生的、轻微体力活动亦可诱发的心绞痛。

三项中的一项或一项以上,并伴有心电图 ST-T 改变者,可成立诊断。如果既往有稳定型心绞痛、心肌梗死、冠状动脉造影异常和运动试验阳性等病史,即便心电图无 ST-T 改变,但具有典型不稳定心绞痛症状,亦可确立诊断。心绞痛发生于心肌梗死后 2 周内者,则称之为梗死后不稳定型心绞痛。

2. 鉴别诊断

(1) 心脏神经官能症:患者诉胸痛,但多为短暂(几秒钟)的刺痛或较持久(几小时)的隐痛,喜欢不时地深吸一大口气或做叹气样呼吸,含服硝酸甘油无效或 10 多分钟才见效。

(2) 稳定型心绞痛:与不稳定型心绞痛不同,稳定型心绞痛患者含服硝酸甘油后能缓解,发作时心电图检查可见以 R 波为主的导联中,ST 段压低,T 波低平或倒置。

(3) 急性心肌梗死:疼痛性质更为剧烈,持续时间可达数小时,常伴有休克、心律失常及心力衰竭,并有发热的表现,含服硝酸甘油多不能使之缓解;心电图中心梗死区的导联 ST 段抬高,并有异常 Q 波,实验室检查有心肌酶谱增高。

(4) 肋间神经痛:常累及 1~2 个肋间,常为刺痛或灼痛,多为持续性,咳嗽、用力呼吸和身体转动可使疼痛加剧,沿神经行径处有疼痛,手臂上举时局部有牵拉疼痛。

(5) 肺炎、气胸、胸膜炎等呼吸系疾病:这些患者可有胸痛,但常伴有呼吸道感染症状,如咳嗽、咳痰、疼痛与呼吸有关,持续时间长,亦可有畏寒、发热等表现。

(6) 胃肠道疾病: 消化性溃疡、慢性胆囊炎等, 其疼痛与进食、饮酒等有关而与体力活动无关, 调节饮食和服药可缓解疼痛, X线、B超检查有助于诊断。

五、治疗

治疗原则为改善冠状动脉供血, 降低心肌耗氧, 降脂、抗炎、抗凝、抗栓, 稳定并逆转动脉粥样硬化斑块。

(一) 一般治疗

不稳定型心绞痛急性期须卧床休息 1~3 日、吸氧、持续心电图监护。对于低危险组患者留院观察期间未再发生心绞痛, 心电图也无缺血改变, 无左心衰竭的临床证据, 留院观察 12~24 小时期间未发现有心肌型肌酸激酶(CK-MB)升高, 心肌肌钙蛋白 T 或 I 正常者, 可留院观察 24~48 小时后出院; 对于中危险组或高危危险组的患者, 特别是肌钙蛋白 T 或 I 升高者, 住院时间相对延长, 并应强化内科治疗。

(二) 药物治疗

1. 缓解疼痛 口服或舌下给予硝酸酯见“稳定型心绞痛”, 静脉滴注硝酸甘油或硝酸异山梨酯, 从每分钟 $10\text{ }\mu\text{g}$ 开始, 每 3~5 分钟增加 $10\text{ }\mu\text{g}$, 直至症状缓解或出现血压下降。如效果不佳, 可用非二氢吡啶类钙拮抗剂, 如地尔硫草静脉滴注 $1\sim5\text{ }\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$, 常能控制发作。无禁忌证时, β 受体阻滞剂用至最大耐受剂量, 应能够控制发作(见“稳定型心绞痛”)。

2. 抗血小板治疗 阿司匹林仍为抗血小板治疗的首选药物。急性期阿司匹林使用的剂量为每日 $150\sim300\text{ mg}$, 口服, 可达到快速抑制血小板聚集的作用, 3 日后改为小剂量口服, 每日 $50\sim150\text{ mg}$ 维持治疗; 对阿司匹林存在变态反应的患者, 可采用噻氯匹定或氯吡格雷(clopidogrel)替代治疗, 使用时应注意定时检查血象, 一旦出现明显白细胞或血小板计数降低, 应立即停药。

3. 抗凝血酶治疗 静脉肝素治疗一般用于中危险组和高危危险组的患者, 对于国人常采用先静脉注射 $5\text{ }000\text{ U}$ 肝素, 然后以每