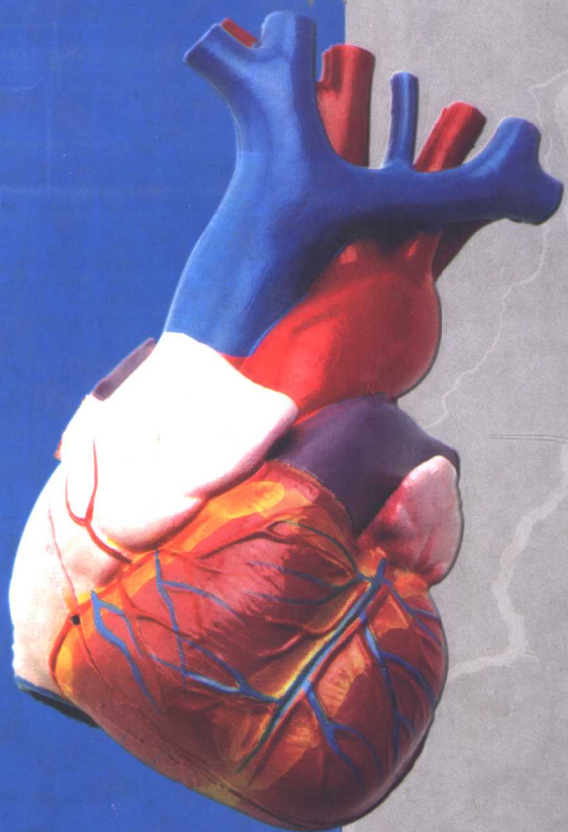


院士参与主编的大型医学新著

心血管病

诊断治疗学

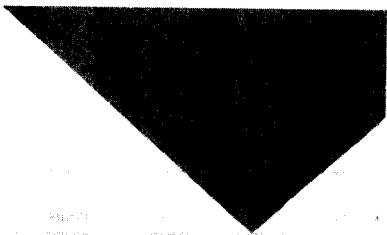
主编 陈国伟 顾菊康 陈灏珠



XINXUEGUAN BING
ZHENDUAN
ZHILIAOXUE



安徽
科学技术
出版社



心血管病 诊断治疗学

主编 陈国伟 顾菊康 陈灏珠

 安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

心血管病诊断治疗学/陈国伟,顾菊康,陈灏珠主编.
—合肥:安徽科学技术出版社,2003.8
ISBN 7-5337-2725-8

I. 心… II. ①陈…②顾…③陈… III. 心脏血管疾
病-诊疗 IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 071660 号

*

安徽科学技术出版社出版
(合肥市跃进路 1 号新闻出版大厦)

邮政编码:230063

电话号码:(0551)2825419

新华书店经销 合肥远东印刷厂印刷

*

开本:787×1092 1/16 印张:48 插页:1 字数:1150 千

2003 年 8 月第 1 版 2003 年 8 月第 1 次印刷

印数:4 000

定价:68.00 元

(本书如有倒装、缺页等问题,请向本社发行科调换)

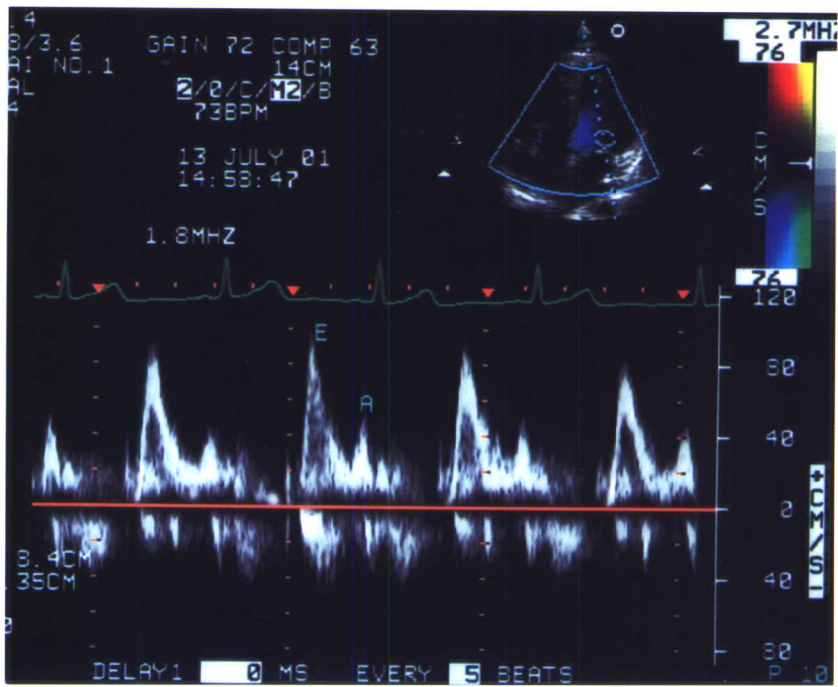


图 1-3-13 二尖瓣多普勒频谱图

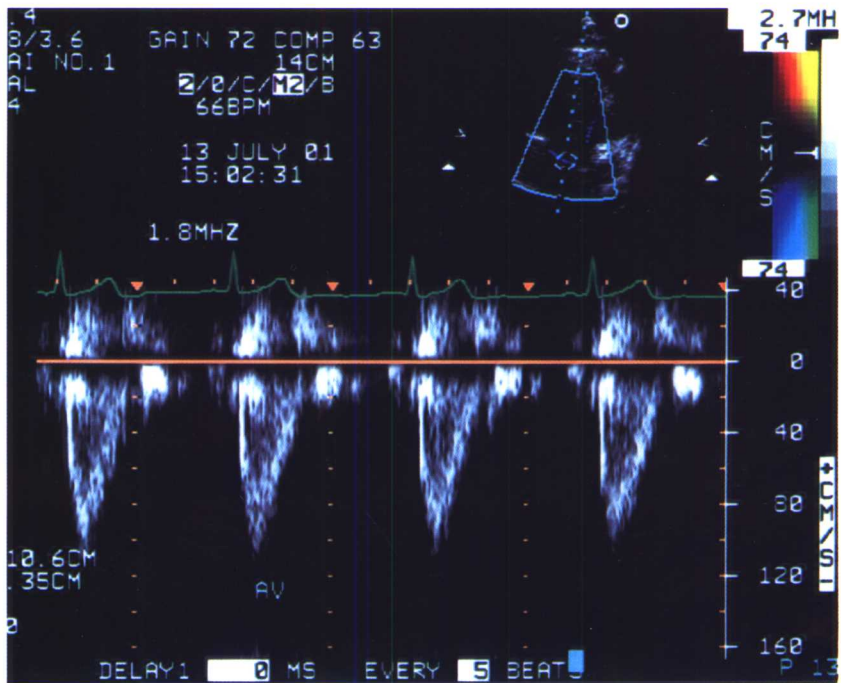


图 1-3-14 主动脉瓣口血流频谱图

《心血管病诊断治疗学》编委会

主 编

陈国伟 顾菊康 陈灏珠

副 主 编

柳 俊 孙宝贵 徐文渊 张开滋
邓南伟 邓开伯 曾群英 曾建平 麦炜颐

常务编委

(以姓氏笔画为序)

王一尘	邓开伯	邓南伟	孙宝贵	伍贵富	陈国伟	陈灏珠	张开滋
麦炜颐	柳 俊	周玉芳	徐文渊	顾菊康	曾群英	曾建平	

编 委

(以姓氏笔画为序)

王一尘	王正尧	王 莺	邓开伯	邓南伟	孙宝贵	孙晓欣	孙雅萍
朱文青	庄亚纯	伍贵富	吕志前	吕看樑	刘忠豫	刘章权	许 群
汪 芳	汪爱虎	陈义汉	陈书艳	陈国伟	陈灏珠	张 杰	张开滋
张凤如	张国兵	吴凤英	吴信法	吴瑞良	来 晏	何汝敏	麦炜颐
邵志丽	周玉芳	周继人	范华昌	金 玮	郑明芳	宗 普	胡健吾
俞济舟	柳 俊	洪少勇	徐文渊	顾逸敏	顾菊康	唐安丽	夏芝云
夏宏器	贾士铨	黄 河	曹天琴	萧明弟	戚秀卿	董兰强	董吁钢
曾武涛	曾群英	曾建平	蒋金法	廖 埔	潘翠珍	颜和昌	霍纲娣
魏 盟							

序 言

众所周知,心脏病是危害人类健康,致死、致残的最常见原因,为此,心脏病历来是医学及相关学科研究的重点。近年来随着医学科学的进步,有关心脏病无论基础研究还是临床医学,均有了长足的进展。对于临床医务工作者来说,只有不断学习,不断进取,随时吸收新知识和新技术,才能跟上医学发展的步伐,不断提高诊疗水平和医疗质量,更好地为病人解除痛苦,造福于人类。然而担负着繁重医疗、教学和科研任务的广大内科和心内科的医务工作者,对浩如烟海的医学文献常难以尽览,迫切需要一本内容丰富、资料新颖、条理清晰、简明实用、便于随时查阅的实用心血管病诊治的专著,以便工作时参考。

鉴于上述需要,承蒙安徽科学技术出版社之邀,我们荣幸组织以广州中山大学附属第一医院和上海第一人民医院心内科广大同仁为主,联合上海市中山医院和辽宁丹东市第一医院、上海同济大学附属同济医院等单位的有关专家、教授,共同编撰了这本《心血管病诊断治疗学》。在临床实践工作中,我们深深体会到最需要解决的关键问题是如何做到及时、正确的诊断和合理、有效的治疗。因此,诊疗问题始终是一切临床工作之重点。按此原则,本书分为两大部分:上篇总论,主要解决心脏病诊断、治疗中带有共性的问题;下篇各论,主要针对常见心血管病的具体诊疗问题,至于病因、发病机理等仅作必要的扼要介绍,旨在突出实用。在编撰形式上,将诊断依据概括为临床表现(症状和体征)、实验室与器械检查两大部分;而鉴别诊断只罗列需与哪些疾病作鉴别的病名,删除不必要的重复,以求实效。对于某一疾病在诊断上最具特征和最重要的症状、体征、实验室或器械检查优先叙述,相对次要或特异性较差的临床表现和有关检查后述,有利于突出重点和临床判断。对于国内外最近两三年来最新的诊断和治疗方法,也有重点地作了介绍(如心磁图在缺血性心脏病的临床应用、介入治疗、高血压诊治新概念等),以供参考。有关治疗措施,如药物治疗和治疗方法介绍得尽量具体,使读者能学以致用。在叙述次序上,先叙述最主要的治疗措施,相对次要的后述,为临床提供最佳选择。

参加本书编写的作者,既有德高望重的老一辈专家、教授,又有战斗在临床第一线直接参加实际工作的中青年专家和医生,特别是后者为本书增添了新意和活力。

鉴于本书参加编撰人员较多,时间仓促,文风难以完全统一,加之篇幅有限,难免挂一漏万,谬误之处在所难免,敬请读者指正。本书可供内科医生、基层医务工作者、实习医生和研究生临床诊治时参考。

陈国伟 顾菊康 陈灏珠

于2003年6月28日

目 录

上篇 总 论

第一章 心血管病的诊断	1
第一节 床边诊断	1
一、病史、症状与体格检查	1
二、心脏的物理检查	4
第二节 心血管病电学诊断	12
一、常规心电图简介	12
二、心电向量图	16
三、动态心电图	26
四、心率变异性	39
五、运动心电图试验	45
六、体表心电标测	54
七、起搏心电图	56
八、食管调搏心电图	64
九、Q-T 离散度	76
十、心室晚电位	80
附：心房晚电位	82
十一、窦房结电图	83
十二、希氏束电图	84
十三、频谱心电图	87
十四、高频心电图	103
十五、心磁图	105
十六、心脏电生理检查	110
十七、心机械图	115
十八、心阻抗血流图	123
附：肺循环阻抗血流图	129
十九、心音图	131
二十、电话传送心电图	138
第三节 心脏超声诊断	146
一、心脏超声诊断的物理基础及技术原理	146
二、心脏超声检查方法和基本图像	151
三、心脏超声诊断的其他技术进展	165
四、心脏超声诊断与心功能测定	171
第四节 心脏放射学诊断	175

一、放射学诊断的检查方法	176
二、正常心脏大血管的 X 线影像	183
三、X 线影像中的基本病变	192
第五节 核心脏病学	198
一、心肌显像	199
二、心血池显像	204
三、放射性核素心血管造影	207
四、PET 心脏显像	209
第六节 动态血压监测	212
一、概述	212
二、测量方法	213
三、评价方法	213
四、临床应用	218
附:24 小时动态血压报告参考格式	225
第七节 心导管监测简介	225
一、右心导管检查	225
二、左心导管检查	226
三、带气囊漂浮监护导管	226
四、微型心导管	227
第二章 心血管病的内科治疗	230
第一节 概述	230
第二节 心血管病的药物治疗学	231
一、血管扩张剂	231
二、钙拮抗剂	235
三、 β 受体阻滞剂	240
四、ACEI 及其他降血压药	245
五、抗心律失常药	254
六、正性肌力药	260
七、抗凝血药和溶血栓药	268
八、抗休克药	277
九、心肌营养与代谢药	280
十、利尿剂	283
十一、调血脂药	287
十二、心血管病的基因治疗	292
第三节 心血管病的物理治疗学	297
一、心脏电复律	297
二、主动脉内气囊反搏术	301
三、体外反搏治疗技术	305
第四节 心血管病的介入治疗学	308
一、心脏起搏治疗术	308
附:体外无创伤心脏临时起搏术	316

二、心脏射频消融术	317
三、溶解血栓疗法	321
四、经皮心脏瓣膜成形术	331
五、经皮腔内冠状动脉成形术	336
六、冠状动脉内膜旋切术	340
七、冠状动脉内支架术	342
八、经皮激光心肌血运重建术	345
第三章 心血管病的中医诊断与治疗	347
第一节 胸痹心痛	347
第二节 心悸	350
第四章 心血管病的外科治疗学	354
第一节 围手术期的概念和术前准备	354
第二节 各种心血管疾病的外科治疗	356

下篇 各 论

第五章 心脏骤停和心肺复苏	365
第六章 心力衰竭	375
第一节 充血性心力衰竭	375
一、左侧心力衰竭	377
二、右侧心力衰竭	379
三、心功能的判定和分级	380
四、心衰的治疗	381
第二节 急性心力衰竭	389
一、急性右心衰	390
二、急性左心衰	390
第三节 顽固性心力衰竭	391
第四节 老年人心力衰竭的特点和处理原则	394
第五节 充血性心力衰竭合并室性心律失常的治疗对策	396
第七章 心源性休克	397
第八章 冠心病	416
一、冠心病的病因与发病机制	416
二、冠心病的诊断	420
三、冠心病的预防	422
四、冠心病的治疗	422
附一:急性冠状动脉综合征	423
附二:缺血性心脏病的命名及诊断标准	424
第一节 无症状性心肌缺血	426
第二节 心绞痛	428
第三节 心肌梗死	436
第四节 X综合征(微血管性心绞痛)	451

第九章 高血压病	453
第一节 高血压病.....	453
第二节 高血压急症和高血压的特殊处理.....	465
第十章 心肌病	472
第一节 扩张型心肌病.....	472
第二节 肥厚型心肌病.....	475
第三节 限制型心肌病.....	478
第四节 缺血性心肌病.....	479
第五节 围生期心肌病.....	481
第六节 右室心肌病.....	484
第七节 酒精性心肌病.....	485
第八节 药物性心肌病.....	486
第十一章 心肌炎	488
第一节 病毒性心肌炎.....	488
第二节 其他病因所致心肌炎.....	493
一、白喉性心肌炎.....	493
二、伤寒性心肌炎.....	494
三、中毒性心肌炎.....	494
四、孤立性心肌炎.....	495
第十二章 风湿热	496
第十三章 心脏瓣膜病	503
第一节 二尖瓣狭窄.....	503
第二节 慢性二尖瓣关闭不全.....	510
第三节 急性二尖瓣关闭不全.....	513
第四节 主动脉瓣狭窄.....	516
第五节 慢性主动脉瓣关闭不全.....	520
第六节 急性主动脉瓣关闭不全.....	523
第七节 三尖瓣狭窄.....	524
第八节 三尖瓣关闭不全.....	526
第九节 肺动脉瓣狭窄.....	528
第十节 肺动脉瓣关闭不全.....	529
第十一节 联合瓣膜病.....	530
第十二节 瓣膜脱垂.....	532
一、二尖瓣脱垂.....	532
二、主动脉瓣脱垂.....	534
第十三节 老年性退行性心瓣膜病.....	535
第十四章 先天性心脏病	538
第一节 房间隔缺损.....	538
第二节 室间隔缺损.....	540
第三节 动脉导管未闭.....	543
第四节 肺动脉口狭窄.....	545

第五节 法洛四联症·····	547
第六节 冠状动静脉瘘·····	549
第七节 三尖瓣下移畸形·····	550
第八节 艾森曼格综合征·····	551
第九节 原发性肺动脉高压·····	552
第十节 主动脉缩窄·····	553
第十一节 三房心·····	555
第十二节 大动脉转位·····	556
一、完全性大动脉转位·····	556
二、纠正性大动脉转位·····	558
第十三节 右室双出口·····	559
第十四节 完全性肺静脉异位引流·····	562
第十五章 心包疾病·····	564
第一节 急性心包炎·····	564
第二节 临床常见心包炎的诊断及治疗·····	567
一、结核性心包炎·····	567
二、细菌性心包炎·····	568
三、急性非特异性心包炎·····	569
四、心肌梗死后心包炎·····	570
五、尿毒症性心包炎·····	571
六、肿瘤性心包炎·····	572
七、放射性心包炎·····	572
八、真菌性心包炎·····	573
九、药物性心包炎·····	574
十、急性风湿性心包炎·····	574
十一、风湿性疾病性心包炎·····	574
十二、心包炎的少见类型·····	574
第三节 慢性心包炎·····	575
第十六章 肺源性心脏病·····	579
第一节 急性肺源性心脏病·····	579
第二节 慢性肺源性心脏病·····	581
第十七章 心脏肿瘤·····	590
第一节 原发性心脏肿瘤·····	590
一、心脏黏液瘤·····	590
二、平滑肌瘤·····	592
三、纤维瘤·····	592
四、脂肪瘤·····	592
五、心脏肉瘤·····	593
六、恶性心脏间皮瘤·····	594
第二节 继发性心脏肿瘤·····	594
第十八章 心内膜炎·····	596

第一节 感染性心内膜炎	596
一、急性感染性心内膜炎	596
二、亚急性感染性心内膜炎	598
附:感染性心内膜炎的 Duke 诊断标准	600
第二节 非细菌性血栓性心内膜炎	603
第三节 Löffler 心内膜炎	604
第十九章 心律失常	607
第一节 窦性心律失常	607
一、窦性心动过速	607
二、窦性心动过缓	608
三、窦性心律不齐	609
四、窦性静止	609
五、窦房结传导阻滞	610
第二节 过早搏动	611
第三节 阵发性室上性心动过速	616
第四节 室性心动过速	620
第五节 心房扑动或颤动	625
一、心房扑动	625
二、心房颤动	627
第六节 心室扑动或颤动	630
第七节 房室传导阻滞	631
第八节 束支传导阻滞	633
第九节 预激综合征	634
一、Kent 束预激综合征	635
二、Jame 束预激综合征	637
三、Mahaim 束预激综合征	637
第十节 病态窦房结综合征	637
第二十章 心源性晕厥	641
第二十一章 梅毒性心血管病	646
第二十二章 主动脉与大动脉疾病	653
第一节 主动脉夹层分离	653
第二节 马凡综合征	660
第二十三章 遗传性心血管疾病	666
第一节 常染色体显性心血管遗传病	666
一、Holt-Oram 综合征	666
二、马凡综合征	668
三、豹皮综合征	668
四、弯刀综合征	670
五、Noonan 综合征	672
六、Adair-Dighton 综合征	673
七、Kearns-Sayre 综合征	675

第二节 常染色体隐性心血管遗传病	676
一、Ellis-Van Creveld 综合征	676
二、血小板减少伴桡骨发育不全综合征	678
三、无脾综合征	679
四、多脾综合征	680
五、Smith-Lemli-Opitz 综合征	681
六、Laurence-Moon-Biedl 综合征	683
七、Kartagener 综合征	684
八、Cockayne 综合征	686
第三节 性连锁心血管遗传病	687
一、Goltz 综合征	687
二、Bloch-Sulzberger 综合征	688
第四节 遗传方式未定的心血管遗传病	690
一、William 综合征	690
二、动脉-肝脏发育不良综合征	692
第五节 有心血管异常改变的染色体病	693
一、21 三体综合征	693
二、18 三体综合征	695
三、13 三体综合征	696
四、22 三体综合征	697
五、22 部分四体综合征	698
六、8 三体综合征	698
七、9 三体综合征	699
第二十四章 地方性心肌病(克山病)	701
第二十五章 高原性心脏病	706
第二十六章 心血管的行为医学	710
第一节 功能性心身症	710
第二节 器质性心身病	712
第二十七章 内分泌与心脏	714
第一节 甲状腺功能亢进或减退性心脏病	714
一、甲状腺功能亢进性心脏病	714
二、甲状腺功能减退性心脏病	716
第二节 糖尿病的心血管表现	718
第三节 其他内分泌病变与心脏	721
一、甲状旁腺疾病	721
二、肢端肥大症	721
三、肾上腺疾病	722
第二十八章 慢性肾功能衰竭和心血管病	726
第一节 慢性肾衰心血管病的危险因素	726
一、高血压	726
二、高脂血症	727

三、继发性甲状旁腺功能亢进	727
四、糖尿病	727
第二节 慢性肾衰的心血管病变	727
一、冠心病	727
二、心力衰竭	728
三、心包炎和心包积液	728
四、血液透析疗法的心血管并发症	728
第二十九章 贫血性心脏病	731
第三十章 脚气病性心脏病	733
第三十一章 其他心血管病变	735
第一节 放射性心脏病	735
第二节 低血压	737
一、直立性低血压	737
二、仰卧位低血压综合征	738
三、生理性低血压状态	739
四、原发性低血压病	739
第三节 早期复极综合征	740
第四节 心脏 X 综合征	742
第五节 医源性心脏病	742
一、心脏正常者被误诊为心脏病	742
二、心脏正常者自认为有心脏病或对已有的疾病过度紧张	742
三、诊断或治疗措施造成心脏损害	743
四、医源性心脏病的防治	743
第六节 妊娠与心脏	743
一、正常妊娠期心血管系统临床表现	744
二、妊娠合并器质性心脏病的诊断线索	744
三、妊娠期常见心脏病的表现	744
第七节 酒精与心脏	747
第八节 吸烟与心脏	747
第九节 结缔组织病与心脏病	748
一、马凡综合征	748
二、系统性红斑狼疮(SLE)	749
三、类风湿性关节炎(RA)	751
四、结节性多动脉炎	751
五、强直性脊柱炎	752
六、硬皮病	753
七、皮肤炎和多发性肌炎	753

上篇 总 论

第一章 心血管病的诊断

第一节 床边诊断

一、病史、症状与体格检查

随着现代科学技术的飞速发展,各种先进的医疗仪器不断出现,检查诊断疾病的精确性不断提高。但在诊断心脏疾病的新技术不断涌现的当今,防止过分依赖或侧重仪器设备而轻视病史询问和体格检查的倾向实属必要。通过详细的病史采集和仔细的物理检查,往往能够大致诊断某一疾病,并对病情的严重程度作出初步判断,为疾病的进一步检查提供重要的依据。

(一)病史

心脏病人可以没有症状,也可以出现表面看来与心脏无关的症状。采集病史时要开拓思路,务求不遗漏所有有价值的资料。有的疾病通过病史调查即可确诊,有时可以将鉴别诊断限制在一个比较小的范围。

(二)症状

1. **心悸** 病人自觉心脏跳动不适或心慌,常觉心跳有力,严重者有心脏要从口中跳出的感觉。心率缓慢时常感到心脏搏动强烈,心率加快时可感心脏跳动,甚至可感到心前区振动。由于个体敏感性不同,对于心脏搏动、心律失常的感觉也有所不同。神经过敏者在出现轻度心律失常或偶发期前收缩、心动过速时,即可感到心悸。反之,有些病人即使发生严重心律失常也可没有感觉。心悸常见原因有心律不齐、心动过速、心动过缓、各种原因所致的心脏搏动过强以及心血管神经官能症。

2. **呼吸困难** 又称气喘,是呼吸功能不全的一个重要症状。病人主观上感到空气不足,客观上表现为呼吸费力,严重者出现鼻翼扇动、紫绀、端坐呼吸,辅助呼吸肌参与呼吸运动,并可有呼吸频率、深度和节律的异常。呼吸困难可以表现为:①端坐呼吸,②阵发性

呼吸困难,③潮式呼吸。呼吸困难常见于呼吸系统疾病、心脏病、中毒、血液病、颅脑疾病和癔病。

心源性呼吸困难的临床特点:①存在严重心脏病;②呈呼气性与吸气性均存在的混合性呼吸困难;③肺底部有中、小湿啰音;④X线检查心影有异常改变,肺门及肺门附近充血,或兼有肺水肿表现;⑤静脉压正常或升高,臂-舌循环时间延长。

3. 水肿 人体血管外组织间隙体液积聚时形成水肿。水肿的主要病理生理学基础为钠、水异常滞留。水肿可分为局限性水肿和全身性水肿两大类。局限性水肿由于局部炎症、静脉血栓形成或堵塞、淋巴回流等原因造成。全身性水肿由于心脏病、肾脏病、肝脏病变、营养不良及内分泌等原因导致。心源性水肿一般是右心衰竭表现。根据病情严重程度不同,可自轻度的踝部水肿到重度的全身水肿。心源性水肿首先发生于下垂部位,为可凹性。非卧床病人首先出现于下肢,以踝部明显。卧床病人水肿首先出现于骶部。水肿严重者可合并全身性水肿合并胸腔、腹腔和心包积液。慢性缩窄性心包炎也可出现水肿、淤血性肝肿大、腹水等体征。原发性心肌病在晚期也有类似慢性缩窄性心包炎的临床表现,常伴有水肿。

4. 紫绀 又称发绀,一般是指血液中还原血红蛋白增多,导致皮肤和黏膜呈现青紫色的现象。广义的紫绀还包括少数由于异常血红蛋白衍化物(高铁血红蛋白、硫化血红蛋白)所致的皮肤黏膜青紫现象。血红蛋白绝对值的高低对人体是否出现紫绀影响很大。真性紫绀因血液中还原血红蛋白的绝对量增多而引起。对于血红蛋白量少于50g/L的重症贫血病人,即使几乎全部氧合血红蛋白都处于还原状态,也不足以产生紫绀。另一方面,真性与症状性红细胞增多症者血红蛋白量明显增多,尽管血液中的氧未饱和度并非很高,只要毛细血管血液中还原血红蛋白量超过50g/L,皮肤黏膜即可出现紫绀。引起紫绀的主要病因有:①血液中还原血红蛋白增多:存在因心肺疾病导致动脉血氧饱和度降低而引起的中心性紫绀,或周围循环血液障碍所致的周围性紫绀,或上述两种原因均存在混合性紫绀。②血液中含有异常血红蛋白衍化物:药物或化学物品中毒所致的高铁血红蛋白血症,先天性高铁血红蛋白血症,或硫化血红蛋白血症。

5. 胸痛 一般由包括胸壁在内的胸部疾病引起。胸痛的剧烈程度不一定与病情轻重相平行。引起胸痛的疾病较多,有的简单易诊断,有的复杂且严重,甚至可危及生命。各种化学因素或物理因素刺激肋间神经的感觉末梢、支配心脏及主动脉胸段的神经感觉末梢、支配气管与食管的迷走神经末梢或膈神经的感觉末梢等,均可引起胸痛。炎症、内脏缺血、肿瘤以及气胸、外伤等也可引起胸痛。其他可引起胸部疼痛的较常见的疾病有冠心病心绞痛、急性心肌梗死、各种先天性心脏病、后天获得性心脏病、心包炎、胸膜炎、食管疾病以及带状疱疹等。

6. 心绞痛 心绞痛是冠心病的最常见症状,是冠状动脉狭窄,使心肌供血不足所引起。心绞痛可分为初发型、稳定型、变异型和加剧型等数种类型。典型的心绞痛指稳定型心绞痛,多在快速行走、上楼、爬山、饱餐后或兴奋、发怒、紧张等情况下发生。表现为突然的胸骨后压榨性或窒息性闷痛,可放射至颈部、左臂及左手内侧,一般持续1~5min,停止活动或舌下含服硝酸甘油后,可在1~2min内疼痛消失;有的病人仅为前胸发闷或沉重不适,而并非是疼痛;有的病人可在休息或睡眠时出现症状,可称之为卧位型心绞痛或静息型心绞痛。有的病人疼痛无诱发因素,发作时间长,发作时心电图显示S-T段抬高,

称之为变异型心绞痛;首次出现心绞痛者为初发型心绞痛;稳定型心绞痛出现疼痛诱因、持续时间、发作频率等方面改变时,则称之为加剧型心绞痛。卧位型心绞痛、变异型心绞痛、初发型心绞痛和加剧型心绞痛又称为不稳定型心绞痛。其中又以初发型心绞痛和加剧型心绞痛容易发展为心肌梗死。要与冠心病心绞痛鉴别的症状包括心肌梗死的胸痛、严重主动脉瓣狭窄和/或关闭不全、梅毒性主动脉炎、先天性主动脉畸形、肥厚型心肌病等疾病引起的心绞痛。

7. 咳嗽和咯血 心血管系统和呼吸系统疾病的常见症状,少数由全身性疾病所引起。咳嗽是由于延髓咳嗽中枢受刺激所引起。有些咳嗽的原因来自呼吸系统以外的器官,但大部分来自呼吸道黏膜,经过迷走神经、吞咽神经和三叉神经的感觉纤维传入。

喉部或喉以下的呼吸器官出血经口腔排出的为咯血。咯血须与口腔、咽、鼻出血相鉴别;大量咯血还要与呕血鉴别。

引起咯血的常见原因有:①呼吸系统疾病:急、慢性支气管炎、支气管扩张、肺炎、肺结核、肺部肿瘤、肺寄生虫病、肺栓塞等。②心血管疾病:风心病二尖瓣狭窄、急性肺水肿、先天性心血管病等。③全身性疾病:流行性出血热、钩端螺旋体病、血液病、结缔组织病等。

8. 乏力 自觉软弱、无力、疲劳。轻者活动、工作、生活不受影响,严重者可能卧床不起。由于工作或劳动过度造成体力或精神过度疲劳,一般经过适当休息、放松后即可恢复。有的乏力症状为某些疾病的表现,如各种心脏病发展至慢性心力衰竭时,常有明显乏力;有的则由于多脏器淤血、功能障碍以及水、电解质平衡失调等所致。

9. 晕厥 因大脑一过性广泛供血不足所致突然发生的短暂意识丧失状态。诊断晕厥依据是发作突然、意识丧失时间短、不能维持正常姿势或倒地。鉴别诊断要点包括发作诱因、场合和体位、前驱症状、伴随症状和体征,特别是面色、血压、脉搏、呼吸、心率及心律、有无抽搐及神经系统症状等。辅助检查如心电图、脑电图等也有助于诊断和鉴别诊断。发生晕厥的主要原因有:①反射性晕厥:由于调整血压和心率的反射弧功能障碍所致。该弧包括颈动脉窦、主动脉弓、延髓血管运动中枢、交感和副交感神经。当上述反射弧任何一部分功能障碍或受到异常刺激,均可导致血管舒缩失调、脑供血骤减而发生晕厥,包括血管抑制性(单纯性)、直立性、颈动脉窦性、吞咽性、排尿性和咳嗽性晕厥。②心源性晕厥:由于心脏节律不等、心肌收缩力严重下降或左室流出道受阻,使心排血量突然减少而引起的脑供血不足,包括心律失常、左房黏液瘤、主动脉瓣狭窄、梗阻性肥厚型心肌病、先天性心脏病、药物性等原因所致的晕厥。③脑源性晕厥:由于脑部血管或供应脑部血液的主要血管发生循环障碍所致,包括短暂脑缺血发作、多发性大动脉炎(无脉病)、高血压脑病等原因所致的晕厥。④其他原因:如哭泣晕厥、换气过度综合征等。

10. 下蹲 又称蹲踞,常见于有紫绀的先天性心脏病患儿。因心脏有自右到左分流畸形存在,使动脉血氧饱和度低而致全身缺氧。病人活动后缺氧加重,所以常采取下蹲位,一则通过休息以减少耗氧量;二则使得体循环阻力增加,主动脉及左心室的压力相应升高,从而减轻心脏右至左分流。最常见的先天性心脏病为法洛四联症,其他右至左分流的先天性心脏病也可有此表现。

11. 声音嘶哑 除多见于喉部疾病外,还可见于某些心脏病和肿瘤。喉部声带疾病有咽喉炎、喉结核、喉癌;喉返神经受压有风湿性心脏病二尖瓣病变伴肺动脉高压、主动脉瘤、颈部肿瘤、淋巴结肿大;喉返神经损伤有甲状腺、甲状旁腺、颈或上胸部手术损伤等。