

国内名院、名科、知名专家
临床诊疗思维系列丛书

心血管疾病 临床诊疗思维

主编 廖玉华

人民卫生出版社

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书

心血管疾病 临床诊疗思维

主 编 廖玉华

编 委 (以姓氏汉语拼音为序)

程龙献	程 翔	陈 健	黄 丹	毛晓波
卢永昕	刘 坤	刘宇宙	廖玉华	李 婧
罗松辉	黎 明	潘云红	舒砚文	苏冠华
帅欣欣	王 妍	王朝晖	王 祥	汪朝晖
魏宇森	魏 芬	吴晶晶	谢江娇	袁 璟
姚 瑞	余 嫻	曾秋棠	张家明	张守焰
周子华	朱 峰	赵 欣	钟禹成	

学术秘书 程 翔 程 敏

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

心血管疾病临床诊疗思维/廖玉华主编. —北京:
人民卫生出版社, 2013.7

(国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维丛书)

ISBN 978-7-117-17203-5

I. ①心… II. ①廖… III. ①心脏血管疾病-诊
疗 IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 085688 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育资 源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

心血管疾病临床诊疗思维

主 编: 廖玉华

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 29 插页: 8

字 数: 724 千字

版 次: 2013 年 7 月第 1 版 2013 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-17203-5/R · 17204

定 价: 72.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

“如果我们将学过的东西忘得一干二净时，最后剩下的东西就是教育的本质了。”最后剩下的东西可以称为“学习力”或“悟性”。而对于一名临床医学生来说，科学缜密的临床诊疗思维是这种“学习力”或“悟性”的重要组成部分。就目前的国内医学教育（包括长学制学生和五年制学生等）而言，前期课堂教学阶段主要是基本知识、基本理论和基本技能的培养。而临床实践阶段则需要注意学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养，为了更好地引导医学生或低年资医师建立起主动的临床诊疗思维，人民卫生出版社邀请了国内名院、名科的知名专家（主编大多来自中华医学会或医师协会各专业分会的主任委员或副主任委员，编委大多来自国家重点学科的学科带头人）编写了这套临床诊疗思维系列丛书。

该套书以各学科临床常见病、多发病病例为基础，围绕“接诊时病人的主诉；根据病人的主诉进一步询问（为什么询问这方面的内容）；初步的体格检查（为什么选择做这些体检，目的是什么）；进一步的实验室或特殊检查（为什么选择这些检查，这些检查与其他相关检查相比的优缺点）；初步诊断；初步的治疗方案（理论依据，常见药物的选择）；治疗过程中遇到的新问题，围绕出现的新问题需要做哪些进一步的检查（为什么）；治疗过程中治疗方案的调整（为什么）；治疗过程中需要注意的问题（为什么）；疗程结束后需要哪些方面的随访（为什么）；对于治疗失败的病例，教训和经验的总结”等展开内容。侧重点不仅仅是对病史、体格检查、辅助检查结果的分析，还着重为读者展现了作者逐步获取这些诊疗信息的思维过程。

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书目录

1. 传染科疾病临床诊疗思维	主编 李兰娟	12. 神经外科疾病临床诊疗思维	主编 王忠诚
2. 呼吸内科疾病临床诊疗思维	主编 康健	13. 泌尿外科疾病临床诊疗思维	主编 李虹
3. 消化内科疾病临床诊疗思维	主编 钱家鸣	14. 普通外科疾病临床诊疗思维	主编 姜洪池
4. 心血管内科疾病临床诊疗思维	主编 廖玉华	15. 胸心外科疾病临床诊疗思维	主编 石应康
5. 血液内科疾病临床诊疗思维	主编 谢毅	16. 骨科疾病临床诊疗思维	主编 裴福兴
6. 肾内科疾病临床诊疗思维	主编 丁小强	17. 风湿内科疾病临床诊疗思维	主编 陈顺乐
7. 内分泌疾病临床诊疗思维	主编 邱明才	18. 儿内科疾病临床诊疗思维	主编 申昆玲
8. 神经内科疾病临床诊疗思维	主编 崔丽英	19. 儿外科疾病临床诊疗思维	主编 李仲智
9. 急诊科疾病临床诊疗思维	主编 李春盛	20. 耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维	主编 韩德民
10. 产科疾病临床诊疗思维	主编 杨慧霞	21. 皮肤性病科疾病临床诊疗思维	主编 高兴华
11. 妇科疾病临床诊疗思维	主编 谢幸	22. 眼科疾病临床诊疗思维	主编 王宁利

前言

国内医学教育,前期课堂教学阶段主要侧重于医学生基本知识和基本思维方法的培养,临床实践阶段侧重于医学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养。近年来,国家医师资格考试的模式由知识记忆型转变为临床思维型,编写一些能够引导学生或低年资医师建立主动临床诊疗思维的参考书十分必要。

本书以临床常见心血管病为基础,论述了 80 个疾病及病症。全书约 50 万字和 200 余插图。每种疾病均以病例形式展现,病例主要选自武汉协和医院心内科近 10 年的住院病历,每个病例 5000 字左右,展现作者从接诊到患者出院全过程的诊疗思维,启发和引导读者建立起科学缜密的临床思维,提高读者对心血管病的临床诊治能力。

本书以临床病例为基础,从接诊时患者主诉开始,按照临床工作的顺序进行病史采集。根据患者的主诉进一步询问,为什么询问这方面的内容;初步的体格检查,为什么选择做这些体检,目的是什么;进一步的实验室或特殊检查,为什么选择这些检查,这些检查与其他相关检查相比的优缺点;在病史和体检基础上,完成必要的辅助检查,对患者进行初步诊断;根据初步诊断建立初步的治疗方案,列举治疗的理论依据,常见药物的选择;治疗过程中遇到的新问题,围绕出现的新问题需要做哪些进一步的检查;经过检查后,进行诊断的再评价,围绕诊断的改进,在治疗过程中,对治疗方案进行调整,同时提示治疗过程中需要注意的问题;疗程结束后需要哪些方面的随访;对于治疗失败的病例,教训和经验的总结。本书所选病例主要是诊断与治疗成功的病例。

本书以培养读者的临床思维和临床经验积累为目的,适合于医学生、全科医生和心血管专科医生、研究生阅读。

由于时间仓促,病例图片收集困难,加之编者水平所限,书中难免有不尽完善之处,祈盼广大读者不吝指正。

廖玉华

2012 年 12 月

目 录

病例 1	发现血压升高 5 年	1
病例 2	持续性血压升高 3 年	5
病例 3	发现血压高 20 年,加重半年	8
病例 4	血压升高 7 年,阵发性血压升高伴颜面潮红 1 年	12
病例 5	反复胸闷心慌 5 年,再发伴双下肢乏力半年	18
病例 6	发现血压升高 4 年,视物模糊 1 月余	23
病例 7	血压升高伴双下肢水肿	28
病例 8	视物模糊 15 天,间断头晕、呕吐 5 天	32
病例 9	高血压 10 年,加重伴胸痛、呼吸困难 2 小时	38
病例 10	反复头昏、头痛 3 年,加重 2 月	45
病例 11	反复胸闷心慌 2 年余	50
病例 12	间断胸痛 3 年,再发加重 1 天	56
病例 13	间断胸痛半年,再发加重 15 小时	63
病例 14	突发胸痛 3 小时余	70
病例 15	突发胸痛 4 小时	79
病例 16	胸痛、胸闷一年,加重一月	87
病例 17	突发胸闷伴出汗 5 小时	95
病例 18	间断胸闷 6 天,加重 1 天	99
病例 19	突发胸痛 4 小时余	106
病例 20	发作性胸闷 10 天,再发加重 3 天	112
病例 21	胸痛四天伴晕厥一次	118
病例 22	反复胸痛、胸闷、心慌一周,伴晕厥一次	126
病例 23	反复胸闷、胸痛半年,再发加重伴气促 10 余天	133
病例 24	劳力性呼吸困难 5 年,加重 3 月	139
病例 25	活动后气短、乏力 3 年伴下肢水肿半年	143

病例 26	反复胸痛、心悸 1 年	147
病例 27	活动后气促 10 年,加重伴胸痛 1 周	151
病例 28	胸闷、气促 1 年余,加重 1 月	156
病例 29	反复胸闷、气促 2 年,加重伴咳嗽 1 周	161
病例 30	劳力性呼吸困难伴胸闷 3 年,加重 1 周	165
病例 31	反复心慌,头晕一年	170
病例 32	活动时气促 2 年	173
病例 33	胸闷 1 年余	176
病例 34	反复咳喘 20 余年,再发加重伴气促、不能平卧 2 月	180
病例 35	发现心包积液半月余,喘憋伴端坐呼吸 2 天	186
病例 36	反复心慌、气促 6 年,再发加重伴咳嗽、腹胀 1 月	192
病例 37	发作性晕厥伴血压下降 15 小时	200
病例 38	发热伴乏力、体重下降 1 周	205
病例 39	间断发热伴体重下降、腹胀、双下肢水肿 3 月	210
病例 40	复杂先心术后 3 月,低热 1 月,阵发呼吸困难 4 天	214
病例 41	主动脉瓣置换术后 3 月余,间断性发热 1 月余	220
病例 42	胸闷胸痛 1 月	225
病例 43	间断心悸、黑矇 2 月,突发晕厥 1 次	232
病例 44	反复胸闷 2 年,再发加重 10 天	238
病例 45	间断性发作胸痛 3 年,再发加重 1 天	244
病例 46	劳力性气促 12 年,腹胀、下肢水肿 4 个月	251
病例 47	反复呼吸困难伴咳嗽 3 天	259
病例 48	反复心慌、心跳快两年,加重 1 周伴晕厥 1 次	265
病例 49	反复劳力性呼吸困难三天,发现心脏扩大半天	272
病例 50	反复胸闷气短三周伴左下肢静脉血栓形成	279
病例 51	突发持续性胸背痛伴恶心呕吐 3 小时	286
病例 52	反复胸闷气短五月 加重伴下肢水肿两周	293
病例 53	活动后呼吸困难及乏力 1 月	301
病例 54	双下肢水肿、乏力 9 个月	308
病例 55	发作性晕厥 9 天	313
病例 56	活动后胸闷三年,胸痛伴心悸两天	317

病例 57	阵发性心悸两年	321
病例 58	反复心悸、胸闷 8 年余,加重 4 天	326
病例 59	反复心悸半年,加重 2 周	332
病例 60	言语不清伴肢体乏力 3 天	337
病例 61	反复心慌伴晕厥 2 年,再发心慌 2 天	343
病例 62	间断活动后胸闷胸痛 7 年余,再发 2h	349
病例 63	胸闷、气促 8 年,反复晕厥 1 月	355
病例 64	劳力性胸闷气促伴晕厥 2 年	362
病例 65	反复晕厥	366
病例 66	呼吸困难、下肢水肿伴晕厥	369
病例 67	活动后胸闷、气促 10 余年,双下肢水肿 1 周	375
病例 68	高血压 8 年,反复胸痛 7 天,再发加重伴呼吸困难、腹胀 2 天	381
病例 69	活动后气促、乏力十年,再发加重伴夜间呼吸困难、四肢水肿两年	388
病例 70	反复胸痛 10 余年,加重伴呼吸困难 3 小时	393
病例 71	高血压 20 余年,活动后气促 3 年,再发加重伴夜间憋醒、不能平卧 2 月	398
病例 72	反复意识障碍 2 年,再发加重 5 天	403
病例 73	胸闷、胸骨旁杂音并心室肥厚	410
病例 74	发现血压升高 1 年	414
病例 75	发现腹部血管搏动增强并右侧颈痛伴头晕一月余	420
病例 76	左侧腰腹痛,少尿一天	425
病例 77	反复口腔溃疡 3 年,胸痛 3 月、加重 8 天	430
病例 78	呼吸困难 1 月,下肢水肿 10 日	437
病例 79	反复气促伴双下肢水肿 5 年余,加重 1 周	442
病例 80	间断胸闷胸痛 2 年,再发加重两天伴晕厥 2 次	447
附录:病例诊断结果		452

外注意。

(二) 体格检查结果及思维提示

T36.8℃, R18次/分, P92次/分, BP168/106mmHg(左上肢)、166/104mmHg(右上肢)、174/108mmHg(左下肢)、176/106mmHg(右下肢)。神志清楚,呼吸平稳,自动体位。体型正常,口唇无发绀,气管居中,甲状腺不大。胸廓对称,双侧呼吸运动一致,双肺叩诊呈清音。双肺听诊呼吸音清晰。心界不大,心音纯、律整,未闻及奔马律和各瓣膜区杂音。腹部、四肢、神经等系统检查未见异常。

思维提示:体格检查结果与问诊不支持继发性高血压的诊断。通过实验室和影像学检查进一步为继发性高血压寻找依据。

四、实验室和影像学检查

(一) 初步检查内容及目的

基本检查项目:血生化(钾、空腹血糖、血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇和尿酸、肌酐);全血细胞计数、血红蛋白和血细胞比容;尿液分析(尿蛋白、糖和尿沉渣镜检);心电图、血浆肾素活性、血和尿醛固酮、血和尿皮质醇、血游离甲氧基肾上腺素(MN)及甲氧基去甲肾上腺素(NMN)、血儿茶酚胺、肾动脉B超。排除肾性、肾血管性等继发性高血压可能。

(二) 检查结果及思维提示

1. 血常规、肝肾功能电解质空腹血糖血脂以及尿常规正常。
 2. RAAS结果正常,血清皮质醇节律正常。肾动脉超声正常。
 3. 入院时血压142/94mmHg,血儿茶酚胺大致正常:CA:CA 3.71nmol/L (3.00 ± 0.91)、肾上腺素(E) 1.29nmol/L (1.91 ± 0.60)、去甲肾上腺素(NE) 2.5nmol/L (1.77 ± 0.53)。
- 住院6天期间患者血压波动2次,最高162/100mmHg时查血儿茶酚胺异常:CA 5.2nmol/L (3.00 ± 0.91)、肾上腺素(E) 2.01nmol/L (1.91 ± 0.60)、去甲肾上腺素(NE) 3.2nmol/L (1.77 ± 0.53)。

思维提示:考虑到患者阵发性血压高伴儿茶酚胺升高,建议行肾上腺CT以排除肾上腺髓质增生性高血压可能。肾上腺CT见双侧肾上腺形态正常。建议行肾上腺ECT检查排除异位嗜铬细胞瘤可能。半月后肾上腺ECT结果正常。考虑到患者平时压力较大,精神紧张导致交感神经张力升高,交感神经末梢释放儿茶酚胺增加所致。经完善上述检查后,排除了继发性高血压可能,诊断为原发性高血压。

五、治疗方案及理由

1. 方案 硝苯地平控释片30mg,一日一次,口服。
2. 理由 钙拮抗剂起效迅速,降压平稳,维持时间长,副作用小。缓释片作用周期长,投药次数少,使用方便,患者依从性较高。

六、治疗效果及思维提示

患者血压控制不理想，血压仍有波动，常于下午 5 点左右升高到 150/92mmHg 左右，并伴有心悸不适，自测心率常在 90~100 次/分。

思维提示：患者血压高，心率偏快，且考虑交感神经张力较高，故加用 β 受体阻滞剂控制血压：美托洛尔缓释片 47.5mg 一日一次，口服。

七、调整治疗方案及疗效

(一) 新方案

- 1. 硝苯地平控释片 30mg，一日一次，口服。
- 2. 美托洛尔缓释片 47.5mg，一日一次，口服。

(二) 疗效

治疗 2 周后，患者血压趋于平稳，心率 70~75 次/分，心悸症状明显好转。

最终诊断：原发性高血压 3 级 极高危

八、对本病例的思考

1. 高血压的评估 应全面评估患者的总体危险，并在危险分层的基础上作出治疗决策(表 1-1)。

表 1-1 高血压危险分层

其他危险因素	血压水平		
	1 级	2 级	3 级
无其他危险因素	低	中	高
1~2 个危险因素	中	中	极高危
≥ 3 个危险因素或糖尿病或靶器官损害	高	高	极高危
有并发症	极高危	极高危	极高危

极高危病人：立即开始对高血压及并存的危险因素和临床情况进行综合治疗；高危病人：立即开始对高血压及并存的危险因素和临床情况进行药物治疗；中危病人：先对患者的血压及其他危险因素进行为期数周的观察，评估靶器官损害情况，然后，决定是否以及何时开始药物治疗。低危病人：对患者进行较长时间的观察，反复测量血压，尽可能进行 24 小时动态血压监测，评估靶器官损害情况，然后决定是否以及何时开始药物治疗。

2. 高血压治疗的基本原则 高血压是一种以动脉血压持续升高为特征的进行性“心血管综合征”，常伴有其他危险因素、靶器官损害或临床疾患，需要进行综合干预。抗高血压治疗包括非药物和药物两种方法，大多数患者需长期、甚至终身坚持治疗。定期测量血压；规范治疗，改善治疗依从性，尽可能实现降压达标；坚持长期、平稳、有效地控制血压。

高血压患者的主要治疗目标是最大限度地降低心血管并发症发生与死亡的总体危险。需要治疗所有可逆性心血管危险因素、亚临床靶器官损害以及各种并存的临床疾病。

高血压患者的降压目标：一般高血压患者，应将血压（收缩压 / 舒张压）降至 140/90mmHg 以下；65 岁及以上的老年人的收缩压应控制在 150mmHg 以下，如能耐受还可进一步降低；伴有慢性肾脏疾病、糖尿病，或病情稳定的冠心病或脑血管病的高血压患者治疗更宜个体化，一般可以将血压降至 130/80mmHg 以下。伴有严重肾脏疾病或糖尿病，或处于急性期的冠心病或脑血管病患者，应按照相关指南进行血压管理。舒张压低于 60mmHg 的冠心病患者，应在密切监测血压的情况下逐渐实现降压达标。

3. 高血压的个体化治疗 目前高血压个体化治疗仍然是根据流行病学和临床调查来做出的，多半属于群体化治疗。只有不同患者高血压病因、发病机制、病理生理、靶器官损害和合并症及其危险因素有明确的认识后，针对性地选择药物才能做到合理的个体化治疗。如本例患者交感神经活性增高， β 受体阻滞剂效果较好。

（吴晶晶 程龙献）

病例2 持续性血压升高3年

患者女性,28岁,入院时间2010年10月23日

一、主诉

持续性血压升高3年

二、病史询问

思维提示:青年女性患者,持续性血压升高3年,应首先考虑继发性高血压特别是肾性高血压可能。因此,问诊目的主要寻找继发性高血压的线索,围绕平时血压水平,有无情绪或药物等诱因,期间血压有无明显波动、对降压药物的反应、发病时主要症状及特点、伴随症状等问题展开。

(一) 问诊主要内容及目的

1. 发现血压升高时是否有症状?

青年女性出现持续性血压升高,无家族史,常提示肾性高血压、主动脉缩窄、多发性大动脉炎等疾病可能。详细询问病史,有无血尿、恶心、呕吐、心前区疼痛、下肢水肿、下肢乏力发凉、发热、关节痛等伴随症状。

2. 发现血压升高之前是否服用某些特殊药物?

长久服用避孕药,可使收缩压和舒张压分别增加4mmHg和12mmHg。对于某些有高血压家族史、每日摄取食盐过多的妇女,长久服用避孕药更容易发生高血压。一些肾上腺皮质激素类药物如可的松、强的松,可使血压增高,男性激素及合成性类固醇类药物的丙酸睾丸素、苯丙酸诺龙等也能使血压升高。另外长期服用甘草类制剂可引起低血钾、高血压。

(二) 问诊结果及思维提示

患者为银行职员,近3年来体检发现血压波动在140~150/90~100mmHg,服用左旋氨氯地平一月效果不佳后自行停药。血压为持续性升高,偶有腰痛和血尿,休息数天后可自行缓解。近一月来患者出现头面部轻微水肿,休息不能缓解,无夜间阵发性呼吸困难,无双下肢水肿,无夜间阵发性呼吸困难,欲求进一步诊治,来我院门诊以“高血压原因待查”收治我科。起病以来,精神、饮食、睡眠正常,夜尿增多,大便正常,体力下降,体重无明显变化。

既往史:否认既往有肾炎等特殊病史。否认近期服用避孕药及吸烟饮酒史。

家族史:否认高血压家族史。

思维提示:通过问诊可知,患者既往无特殊病史,血压为持续性升高,药物治疗效果不佳。近期出现颜面部水肿,高度提示肾性高血压可能,但不排除血管神经性水肿或特发性水肿可能。

三、体格检查

(一) 重点检查内容和目的

考虑到患者肾性高血压可能性大,体检时须注意有无贫血表现,测量四肢血压是否对称,腹部有无包块,颈部和腹部有无异常的血管杂音,并注意检查眼底。

(二) 体格检查结果及思维提示

T 37.1℃, P 90 次/分, R 20 次/分, 右上肢 BP 154/92mmHg, 左上肢 BP 148/90mmHg。神志清楚,呼吸平稳,颜面轻度凹陷性,甲状腺未见肿大。双肺呼吸音清。HR 90 次/分,律齐,未闻及杂音。腹平软,肝脾肋下未及,腹部无压痛反跳痛,腹部未触及明显包块,未闻及血管杂音。双肾区叩击痛。神经系统检查未见异常。

思维提示: 高血压、颜面部水肿和肾区叩击痛高度提示肾性高血压。四肢血压基本对称,大动脉炎可大致排除。腹部血管杂音未闻及,肾动脉狭窄可能性较小。

四、实验室和影像学检查

(一) 初步检查内容及目的

1. 尿常规、血常规、肾功能、电解质:了解肾脏损害及其程度。

2. B 超检查心脏和肾脏:了解高血压靶器官损害。

(二) 检查结果及思维提示

1. 辅助检查 血常规、肝功能、血糖未见明显异常。尿素氮 27.42mmol/L,肌酐 543.4μmol/L,尿酸正常,电解质提示高磷(2.04mol/L)低钙(2.08mol/L),血脂检查总胆固醇 4.89mmol/L, HDL-C 1.12mmol/L, LDL-C 3.09mmol/L,甘油三酯轻度增高 1.52mmol/L,尿常规示尿蛋白 3+,尿潜血 1+。

2. 肾脏 B 超检查见双肾切面形态失常,体积增大,双肾布满大小不等、互不相通的无回声区,未见明显正常肾实质回声,其中左、右肾一个无回声区大小分别为:左 5.5cm × 5.2cm,右 4.9cm × 4.4cm,部分无回声区内部或边缘可见强回声团,其中左右肾一个强回声大小约 0.9cm,双肾集合系统无分离。结论:双侧多囊肾,部分囊壁钙化或结石(图 2-1)。

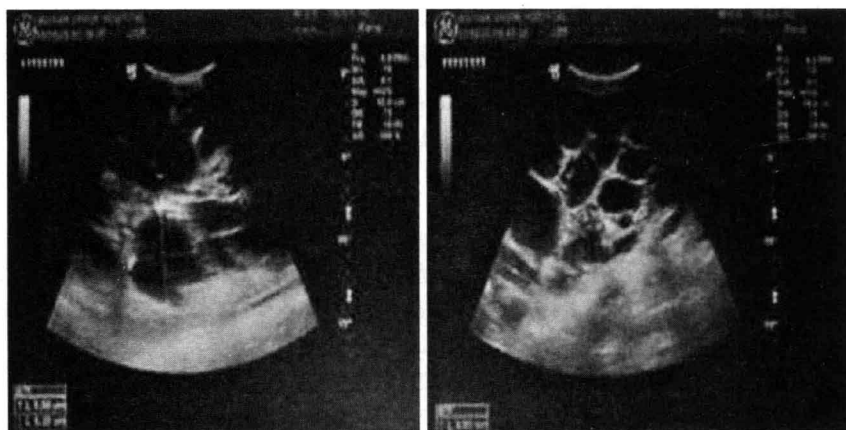


图 2-1 肾脏 B 超所见双肾布满无回声区

3. 心脏超声检查提示左心室增大, 约 $10.4\text{cm} \times 8.3\text{cm}$, 左房、右房及右室形态大小未见异常。左室壁运动稍减弱。二尖瓣及三尖瓣口少量血流反流。

思维提示: 重要的检查结果有三项: ①肾功能示尿素氮 27.42mmol/L , 肌酐 $543.4\mu\text{mol/L}$, 电解质示高磷 (2.04mol/L) 低钙 (2.08mol/L); ②尿常规示尿蛋白 3+, 尿潜血 1+; ③肾脏 B 超示双侧多囊肾。结合患者的病史以及体格检查结果, 诊断多囊肾导致高血压。

(三) 特殊检查及思维提示

肝胆胰脾脏及子宫附件超声检查未见明显囊肿表现。并建议其直系亲属进行肾脏 B 超检查均未发现多囊肾。

思维提示: 多囊肾病是一种以双肾出现无数液性囊泡为主要特征的疾病, 为常染色体显性遗传。该病发病率为 $1/400 \sim 1/1000$, 是人类最常见的遗传性肾病, 但约有 40% 的患者无家族遗传史, 可能为患者自身基因突变所致。常伴有肾外损害, 以多囊肝及颅内动脉瘤多见, 此外尚可合并脾脏、胰腺、卵巢或副睾等囊肿。

五、诊断

多囊肾 慢性肾功能不全 肾性高血压 高血压心脏病

本例患者发现血压高 3 年, 最高 $156/98\text{mmHg}$, 否认高血压家族史和慢性肾炎病史, 体检发现肾功能不全, 多囊肾, 以及左心扩大, 左室壁运动稍减弱。

六、治疗方案及理由

1. 治疗方案 积极控制血压, 保护靶器官以及改善肾功能: 左旋氨氯地平片 10mg qd , 特拉唑嗪 2mg tid , 药用炭片 4 片 tid 。使用约 1 周后患者血压控制在 $130/80\text{mmHg}$ 左右, 复查肾功能示尿素氮 23.12mmol/L , 肌酐 $463.3\mu\text{mol/L}$ 。嘱患者肾内科门诊随访, 必要时行透析治疗。

2. 理由 因患者肌酐 $\geq 354\mu\text{mol/L}$, 故暂未使用 ACEI 或 ARB 类药物, 且患者肾功能差, 对利尿剂不敏感, 故选用钙拮抗剂和 α 受体阻滞剂控制血压。

七、对本病例的思考

多囊肾为家族遗传性疾病, 多于 40 岁以后出现导致高血压。本例患者孤立性发病, 且早期即出现高血压和心脏损害但未及时治疗, 错过了挽救肾功能、保护靶器官的时机。

(吴晶晶 程龙献)

病例3 发现血压高20年,加重半年

患者男性,72岁,入院时间2012年2月13日

一、主诉

发现血压高20年,加重半年

二、病史询问

思维提示:患者为老年男性,既往有原发性高血压病史20年,近期血压较前明显升高,按原降压方案治疗效果不佳,须考虑是否合并有继发性高血压可能如嗜铬细胞瘤、原发性醛固酮增多症、肾性高血压等。

(一) 问诊主要内容及目的

1. 血压为持续性或阵发性升高?

如患者血压波动较大,为阵发性升高,多考虑嗜铬细胞瘤可能。而患者血压为持续性升高,则考虑肾性或肾血管性可能性大。

2. 血压升高时有无特殊伴随症状?

患者血压升高时,有无出汗、头痛、手足搐搦、肌无力等症状。

3. 有无使用特殊药物?

许多药物可能导致血压升高,如口服避孕药,长期滴鼻剂应用,激素类及非甾体类抗炎药物。

(二) 问诊结果及思维提示

患者20年前发现血压升高,最高184/100mmHg,诊断高血压病3级,极高危组。服用非洛地平片5mg bid和厄贝沙坦片150mg qd,血压控制在130~140/80~90mmHg。近半年患者反复感头昏不适,测血压持续性升高,在170~180/100~110mmHg,加用特拉唑嗪2mg tid和美托洛尔25mg bid,效果不佳。期间有时感活动时胸闷不适,休息数分钟可自行缓解,无胸痛、头痛、呼吸困难、乏力、心慌、颜面部或下肢水肿等症状。今为求进一步诊治,遂来我院就诊。

既往史:患者既往身体健康,吸烟30年,20支/天,已戒3年。否认糖尿病史。

思维提示:通过问诊,提示患者近期未服用特殊药物,不支持药源性高血压。患者近半年血压持续性升高,且发作时并无心慌、出汗、肌无力、手足搐搦等症状,嗜铬细胞瘤和原发性醛固酮增多症可能性不大。故考虑肾性高血压或肾血管性高血压可能。

三、体格检查

(一) 重点检查内容和目的

结合现有资料,重点检查患者四肢血压是否对称,有无靶器官损害和继发性高血压特征,

如颈动脉杂音,腹部血管杂音,脉搏缺失、减弱或不对称,肢体凉,库欣综合征的体征,扪及肿大肾脏等。

(二) 体格检查结果及思维提示

T 36.3℃, R 20次/分, P 70次/分, BP 170/100mmHg。消瘦体型,神志清楚,颈静脉无充盈,精神萎靡,口唇无发绀,咽无充血,双侧甲状腺无肿大。双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音,HR 70次/分,心界不大,心音低,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音,腹平软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,双下肢不肿。颈区及脐周未闻及血管杂音。四肢及神经系统检查未见异常。

思维提示: 体格检查未见明显异常,须进一步进行实验室检查以协助诊断。

四、实验室和影像学检查

(一) 初步检查内容及目的

1. 血常规、尿常规、大便常规 了解患者一般情况。
2. 大生化 了解患者肝肾功能电解质情况。
3. 血CA和RAAS 排除嗜铬细胞瘤和原发性醛固酮增多症。
4. 胸部影像学 明确有无心肺膈病变。
5. 心脏B超 明确有无心脏形态结构变化。
6. 肾脏B超和肾动脉B超 排除肾性和肾血管性高血压。
7. 心电图 有无左室高电压或ST-T改变。

(二) 检查结果及思维提示

1. 血常规、肝功能、电解质、大便常规正常,尿常规示尿蛋白1+,肾功能示尿素氮13.22mmol/L,肌酐168.5μmol/L,血CA正常,RAAS示肾素轻度增加、醛固酮正常。
2. 心脏B超 升主动脉增宽,左房增大(4.1cm),左室舒张功能减低。
3. 肾动脉B超检查 右肾动脉起始端狭窄,左肾动脉未见明显异常,双肾上腺区未见明显包块。肾脏B超提示右肾体积缩小,为4.3cm×8.7cm,左肾未见明显异常。
4. 胸片 心肺膈未见明显异常。
5. 心电图 V₃~V₆导联T波低平倒置。

思维提示: 患者肾脏B超和肾动脉B超结果一致,提示单侧肾动脉狭窄,肾血管性高血压可能。老年患者出现肾动脉狭窄,多考虑动脉粥样硬化所致,年轻患者则考虑多发性大动脉炎可能。

(三) 特殊检查及思维提示

1. 血沉、C-反应蛋白、ENA全套、ANCA检查正常,以排除多发性大动脉炎可能。
2. 鉴于患者右肾体积缩小,故建议行肾脏ECT检查,以明确右肾功能。回顾病史患者平时有胸闷症状,吸烟和高血压病史,老年男性,结合心电图表现,建议行冠脉造影检查。

肾脏ECT提示左肾显影清晰,位置正常,左肾皮质形态大体规整,肾盂显像剂滞留,利尿后排出;右肾体积偏小,见少量皮质放射性分布,功能偏低。双侧输尿管未见扩张。膀胱充盈

延迟。GFR=96ml/min, 左肾 62ml/min, 右肾 34ml/min。

五、治疗方案及理由

1. 肾动脉造影检查示右肾动脉起始端严重狭窄, 予支架置入(图 3-1, 图 3-2)。

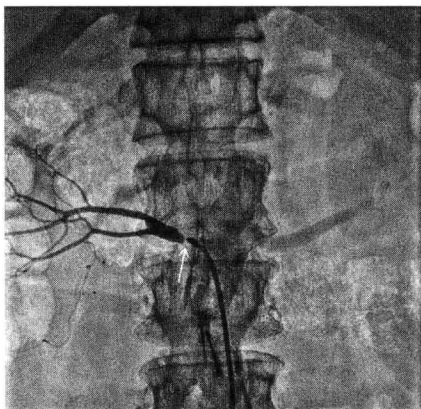


图 3-1 肾动脉造影: 箭头所示为狭窄处



图 3-2 肾动脉支架术后

并口服以下药物治疗:

非洛地平片 5mg bid

阿司匹林 0.1g qd

厄贝沙坦 150mg qd

阿托伐他汀 20mg qn

美托洛尔 25mg bid

2. 理由 老年患者肾动脉狭窄多因冠脉粥样硬化导致, 且患者有多种危险因素, 故按照冠心病二级预防进行控制血压、抗血小板、调脂稳定斑块等对症支持治疗。单侧肾动脉狭窄, 且右肾尚有残余肾功能, 故积极进行支架置入, 改善肾脏血流。

六、治疗效果及思维提示

患者肾动脉置入支架后, 血压逐渐下降, 使用以上药物治疗可将血压控制在理想水平, 头昏、胸闷症状明显好转。3 个月后患者复查 RAAS 正常, 行冠脉造影检查示前降支和右冠狭窄, 置入 3 枚支架。后长期门诊随访, 血压控制理想, 肌酐恢复至正常水平。

思维提示: 患者在原发性高血压基础上合并有肾血管性高血压, 出现顽固性血压增高, 药物治疗效果不佳。在解除肾动脉狭窄后血压较前平稳, 沿用以前的降压方案即可控制血压。考虑到患者多种危险因素, 结合心电图改变和胸闷症状, 建议冠脉造影检查, 发现冠状动脉严重粥样硬化, 亦置入支架。动脉粥样硬化可累及全身血管, 临床须注意诊断。

七、对本病例的思考

1. 关于原发性高血压和继发性高血压的鉴别诊断 临床上碰到年轻初发高血压患者, 常