

实用心血管 疾病诊疗手册

杨天和
编著

云南出版集团公司
云南科技出版社



实用心血管疾病诊疗手册

杨天和 编著

云南出版集团公司
云南科技出版社
• 昆明 •

图书在版编目 (CIP) 数据

实用心血管疾病诊疗手册 / 杨天和编著. — 昆明 :
云南科技出版社, 2013.12
ISBN 978-7-5416-7823-3

I. ①实… II. ①杨… III. ①心脏血管疾病—诊疗—
手册 IV. ①R54-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 306822 号

责任编辑: 赵伟力 吴 琼 师力唯

封面设计: 涂文静

责任校对: 叶水金

责任印制: 翟 苑

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

北京京华虎彩印刷有限公司 全国新华书店经销

开本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 6.5 字数: 158 千字

2018 年 3 月第 1 版 2018 年 3 月第 1 次印刷

定价: 40.00 元

目 录

第一章 心律失常	1
第一节 窦性心律失常	1
一、窦性心动过速	1
二、窦性心动过缓	2
三、窦性心律不齐	3
四、窦房结折返性心动过速	3
五、窦性停搏	5
六、窦房传导阻滞	6
第二节 病态窦房结综合征	7
第三节 房性期前收缩	9
第四节 心房扑动及心房颤动	11
一、心房扑动	11
二、心房颤动	12
第五节 阵发性室上性心动过速	15
第六节 房室传导阻滞	17
第七节 室性心律失常	19
第八节 阵发性室性心动过速	21
第九节 人工心脏起搏	23
第十节 心脏电复律	27
第二章 心力衰竭	31
第一节 慢性心力衰竭	31
第二节 急性心力衰竭	34
第三节 急性左心衰竭	37

第三章 心脏瓣膜病	42
第一节 二尖瓣疾病	42
一、二尖瓣狭窄	42
二、二尖瓣关闭不全	43
第二节 主动脉瓣疾病	45
一、主动脉反流	46
二、主动脉瓣狭窄	48
第三节 三尖瓣疾病	52
一、三尖瓣狭窄	52
二、二尖瓣关闭不全	53
第四节 肺动脉瓣疾病	55
一、关闭不全	55
二、狭 窄	55
三、闭 锁	56
第四章 先天性心脏病	58
第一节 房间隔缺损	58
第二节 室间隔缺损	61
第三节 动脉导管未闭	65
第四节 肺动脉口狭窄	68
第五节 法洛四联症	68
第五章 先天性心脏病并发肺动脉高压和心力衰竭	72
第一节 肺动脉高压	72
第二节 心力衰竭	75
第六章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	77
第一节 心绞痛	78
第二节 急性心肌梗死	84
第七章 心肌病	91
第一节 扩张型心肌病	91
第二节 肥厚型心肌病	94
第三节 限制型心肌病	96

第四节 心肌炎	100
第八章 心包炎	103
第一节 急性心包炎	103
第二节 慢性心包炎	107
第九章 感染性心内膜炎	111
第十章 主动脉疾病	114
第一节 主动脉缩窄	114
第二节 主动脉夹层分离	115
第三节 主动脉瘤	121
第四节 主动脉窦瘤破裂	123
第十一章 高血压病	125
第一节 原发性高血压	125
一、高血压治疗的基本原则	126
二、高血压治疗目标	126
三、非药物治疗(生活方式干预)	126
四、高血压的药物治疗	128
第二节 继发性高血压	132
第十二章 心源性休克	140
第十三章 心源性猝死与心肺复苏	151
第十四章 肺源性心脏病	159
一、急性肺源性心脏病	159
二、慢性肺源性心脏病	161
第十五章 心血管神经症	168
一、心 悸	168
二、呼吸困难	168
三、心前区疼痛	168
四、自主神经功能紊乱症状	169
一、检查诊断和鉴别诊断	172
二、本症主要与下列疾病鉴别	172
三、预 后	172

四、症状类似心脏病	173
第十六章 心脏肿瘤	175
一、心脏黏液瘤	175
二、心脏横纹肌瘤	177
三、心脏恶性肿瘤	179
第十七章 梅毒性心血管病	182
第十八章 高原病	188
第一节 急性高原病	188
第二节 慢性高原病	191

第一章 心律失常

心律失常(cardiac arrhythmia)指心脏电活动的频率、节律、起源部位、传导速度或激动次序的异常,按其发生原理分为冲动形成异常和冲动传导异常。

第一节 窦性心律失常

窦性心律失常(sinus arrhythmia)系窦房结发出的激动显著不规律,使心房和心室的节律也不规则。窦性心律失常是心律失常的一种,包括窦性心动过速、窦性心动过缓、窦性心律不齐、窦房结折返性心动过速等。

一、窦性心动过速

在正常情况下,窦性心律的频率为 60~100 次/分钟,当心率大于 100 次/分钟时为窦性心动过速。

【常见病因】

可为正常的生理反应,如体力活动、情绪激动、吸烟、饮茶及咖啡等;发热、血容量不足、贫血、甲亢、炎症等疾病状态下可出现;以及应用肾上腺素、异丙肾上腺素等药物后出现。

【临床特点】

发作时可有不同程度的胸闷、心悸感,一般为心率逐渐加快,终止时心率逐渐减慢。

【诊断依据】

心电图显示窦性心律, P 波形态正常, 心率 >100 次/分钟, PR 间期 $0.12\sim0.20$ 秒。

【治疗】

一般不需治疗, 消除病因或诱因后, 症状可消失。有明确的原发性疾病时应积极治疗。症状明显时可给 β 受体阻滞剂或镇静剂等药对症处理。

二、窦性心动过缓

窦性心律持续低于 60 次/分钟时为窦性心动过缓。

【常见病因】

1. 生理状态

迷走神经张力增高时可出现心率慢, 主要见于运动员、老年人和睡眠时, 部分人甚至可低于 40 次/分钟。

2. 心脏疾病

器质性心脏病如心肌炎、心肌病、冠心病时均可出现窦性心动过缓。急性心肌梗死尤其是下壁心梗, 更易出现窦性心动过缓, 但往往是一过性的。窦性心动过缓可以是病态窦房结综合征的一种表现, 多由窦房结变性、纤维化等所致。

3. 药物作用

应用洋地黄类、 β 受体阻滞剂、钙拮抗剂、普罗帕酮、利舍平、胍乙啶、甲基多巴等药物时可出现窦性心动过缓。

4. 其他

如低温、甲状腺功能低下、严重缺氧、颅内压增高、血钾过高等病理生理状态下也可出现窦性心动过缓。

【临床表现】

窦性心动过缓如心率不低于 50 次/分钟, 一般无明显症状。当严重心动过缓引起心排出量下降并造成各脏器和组织供血不足时, 患者会出现头晕、乏力、心悸、胸闷等症状, 甚至出现黑蒙、晕厥或诱发心绞痛、心功能不全。

【诊断依据】

心电图显示窦性 P 波, 心率低于 60 次/分钟, PR 间期一般正常 (0.12~0.20 秒)。

【治疗】

生理性窦性心动过缓患者或无症状患者一般无须治疗。病理性心动过缓, 如心率低于 40 次/分钟且出现与心动过缓相关症状者, 可用提高心率药物 (如阿托品、麻黄素或异丙肾上腺素)。显著窦性心动过缓伴窦性停搏、出现晕厥且药物疗效不佳者可考虑安装人工心脏起搏器。

三、窦性心律不齐

窦性心律周期长短不一, 同一导联最长 P-P 间期减去最短 P-P 间期之差 >120 毫秒即为窦性心律不齐。窦性心律不齐常见于年轻人, 尤其是心率较慢或迷走神经张力增高时。窦性心律不齐随年龄增长而减少。窦性心律不齐很少出现症状, 但有时两次心搏之间相差较长时, 可致心悸感。窦性心律不齐大多没有明显的临床意义, 一般不需要特殊治疗, 活动后心率增快则消失。如严重的窦性心动过缓合并窦性心律不齐者, 可对症相应处理。

四、窦房结折返性心动过速

位于窦房结内或窦房结与其周围组织之间的折返激动, 如连续出现 3 次以上, 即为窦房结折返性心动过速。

【发病机制】

引起窦房结折返性心动过速的机制是折返激动。窦房结内的 P 细胞是慢反应细胞, 除极速度慢、幅度低, 激动传导缓慢, 在细胞群之间存在着明显的除极不同步, 使窦房结在功能上形成几条传导路径而有利于折返形成。另外, 在窦房结周围尚有一个生理上介于窦房结 (慢反应) 和心房肌 (快反应) 之间的区域即窦房结结周区。结周区的结周纤维存在着功能性纵向分离的双径路, 呈现传导性和不应期的不均一性, 从而构成折返发生的解剖和病理生理基础。

【临床表现】

可见于任何年龄,老年患者更多见。心动过速发作呈阵发性,即突然发生、突然终止,每次发作持续时间不等,发作时心率为100~200次/分钟,多数为100~130次/分钟。常因情绪激动、紧张、运动等诱发,部分病例无明显诱因。其临床症状与心动过速时的心率、持续时间有关,心率较慢时可无症状或症状较轻,而心率较快时(尤其>120次/分钟)可出现心悸、气短、头晕、甚至晕厥前兆等表现。

【心电图表现及电生理特点】

(1)P'波的形态、激动顺序与窦性P波相似。

(2)心动过速的频率为100~200次/分钟,平均心率130~140次/分钟。

(3)突发突止,短阵发作,持续数秒即终止,间隔数个正常搏动后可再次发作。

(4)适时的房性期前收缩、室性期前收缩可诱发或终止发作。

(5)可合并房室传导阻滞或房室分离或束支传导阻滞,但并不影响心动过速的持续或频率。

(6)迷走神经刺激可终止发作。

【诊断依据】

窦房结折返性心动过速的诊断标准为:

(1)临床上有突发突止的发作特点,但心动过速持续时间较短,持续性者(>30秒)少见。

(2)P'的形态、心房激动顺序与窦性P波者相似。

(3)可做食管电生理检查:可经S1S2或RS2程序刺激诱发和终止心动过速。

(4)无创性检查诊断和鉴别有困难时,可行心内电生理检查,后者有确定诊断的价值,主要观察和测定心动过速诱发后心房激动的顺序,当顺序符合由上向下、由右向左,并与窦性心律的心房激动顺序完全一致时,则可确诊。

【治疗】

窦房结折返性心动过速在临床虽不少见,但由于发作时频率不

快、持续时间较短,因此,多数患者无明显症状不需治疗,少数症状明显者可应用 β 受体阻滞剂、维拉帕米等药物治疗。极少数药物疗效不佳而症状明显者,可考虑射频消融术。

五、窦性停搏

窦性停搏指窦房结在一定时间内停止发放激动而引起心房除极,使心脏暂时停止活动。

【常见病因】

各种器质性心脏病,如心肌缺血、急性心肌梗死累及窦房结;各种原因引起的窦房结细胞变性或纤维化;洋地黄中毒、奎尼丁、钾盐、乙酰胆碱等药物;高钾血症、低钾血症;中毒、脑血管意外、迷走神经张力增高及颈动脉窦过敏等均可引起窦性停搏。心脏外伤或心脏外科手术时损伤窦房结或其供血动脉,可于手术中或手术后出现窦性停搏。冠状动脉造影也可导致窦性停搏。睡眠呼吸暂停综合征患者可出现窦性停搏。

【临床表现】

临床症状与窦性停搏的时间,以及患者在出现窦性停搏时的体位有关。如果下级起搏点能迅速产生逸搏,代偿窦性停搏,使心脏停搏持续时间较短,或是出现窦性停搏时患者处于卧位则不一定有明显的症状。窦性停搏常见的症状可有心悸、头晕、黑蒙和晕厥,严重者甚至可出现阿-斯综合征(Adams-Stokes syndrome)。

【心电图表现】

在较正常PP间期显著长的间期内无P波发生,或P波与QRS波群均不出现,长的PP间期与基本的窦性PP间期无倍数关系。长间歇后可有交界性或室性逸搏。

【诊断标准】

- (1)在正常窦性心律中,突然出现显著的长间歇。
- (2)长间歇中无P-QRS-T波群出现。
- (3)长间歇的P-P间歇与正常的窦性P-P间期不成倍数。
- (4)在长的P-P间歇后,可出现逸搏或逸搏心律,以房室交接区逸

搏或逸搏心律较常见,室性或房性逸搏较少见。

(5)凡遇交界性逸搏心律为单一心律时,应考虑持久性窦性停搏(窦性静止)的可能。

【治疗】

若病因为可逆性,少数窦性停搏患者可以转为正常,但因其有致心脏性猝死的可能性,应早期、积极地采取相应治疗措施。偶尔出现或无症状的窦性停搏无须治疗,有症状者应针对病因治疗,如纠正高钾血症、停用引起心动过缓的药物。药物治疗可尝试使用异丙肾上腺素、阿托品等。对反复发作晕厥或阿斯综合征者应安装人工心脏起搏器。

六、窦房传导阻滞

窦房结周围组织病变,使窦房结发出的激动传出到达心房的时间延长或不能传出,导致窦房结和心房肌之间发生传导阻滞,称为窦房传导阻滞。临床上按阻滞程度不同分为3度:一度窦房传导阻滞;二度窦房传导阻滞(高度窦房传导阻滞)和三度窦房传导阻滞。一度窦房阻滞表现为窦房传导时间的延长,在体表心电图上难以诊断。三度窦房阻滞表现为窦性P波消失,与窦性停搏、窦室传导鉴别困难。只有二度窦房阻滞因窦房结形成的激动部分被阻滞,未能全部传导至心房,体表心电图上可以被识别。

二度Ⅰ型窦房传导阻滞,即莫氏Ⅰ型(MobitzⅠ型),心电图表现为PP间期逐渐缩短,直至脱落一个P波,出现长PP间期,较长的PP间期短于其前PP间期的2倍。二度Ⅱ型窦房传导阻滞,即莫氏Ⅱ型(MobitzⅡ型),表现为P波有规律的脱落,长PP间期是正常PP间期的整数倍;连续两个或两个以上的P波脱落称为高度窦房传导阻滞。

窦房传导阻滞的病因、临床表现及治疗与窦性停搏相似,参见前节。

第二节 病态窦房结综合征

病态窦房结综合征简称病窦综合征,又称窦房结功能不全,是由窦房结及其邻近组织病变引起窦房结起搏功能和(或)窦房传导功能障碍,从而产生多种心律失常和临床症状的一组综合征。病窦综合征时,除窦房结的病理改变外,还可合并心房、房室交界处及心脏全传导系统的病理改变。其中,大多数患者在40岁以上出现症状,60~70岁最多见。

【临床表现】

临床表现轻重不一,可呈间歇发作。多以心率缓慢所致的脑、心、肾等脏器供血不足引起的症状,尤其是脑血供不足引起的症状为主。

轻者可出现乏力、头昏、眼花、失眠、记忆力差、反应迟钝或易激动等,常易被误诊为神经官能症,特别是老年人还易被误诊为脑卒中或衰老综合征。

严重者可引起短暂黑蒙、先兆晕厥、晕厥或阿-斯综合征发作。部分患者合并短阵室上性快速性心律失常发作,又称慢-快综合征。当快速性心律失常发作时,心率可突然加速达100次/分钟以上,持续时间长短不一,而当心动过速突然中止后可有心脏暂停伴或不伴晕厥发作。

严重心动过缓或心动过速除引起心悸外,还可加重原有心脏病症状,引起心力衰竭或心绞痛。除此,心排出量过低时还严重影响肾脏等的灌注而致尿少、消化不良。慢-快综合征还可能导致血管栓塞症状。

【检查】

1. 24小时心电监测可记录到病窦综合征的多种特征性心电图表现,若结果阴性时可于短期内重复检查:严重的窦性心动过缓,小于50次/分钟;窦性停搏和(或)窦房阻滞;心动过缓与心动过速交替出现。其中,心动过缓常为窦性心动过缓,而心动过速常为室上性心动过速、

心房颤动或心房扑动。此外,慢性心房颤动在电复律后常不能转为窦性心律;持久而缓慢的房室交界性逸搏节律,还有部分患者可合并房室传导阻滞和束支传导阻滞。

2. 为排除自主神经张力改变的影响,可做阿托品试验和异丙肾上腺素试验,若注射后心率不能增快达 90 次/分钟者提示窦房结功能低下。但阴性结果不能排除本征。对有青光眼或明显前列腺肥大的患者慎用。

3. 对于病窦综合征患者,心房调搏方法测定的窦房结恢复时间(SNRI)和窦房传导时间(SACT)常显著延长超过正常高限。经食管或直接心房调搏检测窦房结功能是诊断病窦综合征较可靠的诊断方法,特别是结合药物阻滞自主神经系统的影响,更可提高敏感性。

4. 24 小时动态心电图监测可了解到最快和最慢心率、窦性停搏、窦房阻滞等心律失常表现。

5. 踏车或平板运动试验时,若运动后心率不能明显增加,提示窦房结功能不良。必须严密监护观察,以防发生意外。

【诊断病窦综合征的诊断步骤】

1. 可有器质性心脏病史,部分有家族史。也有原因不明者。

2. 发病隐匿,病程缓慢,病情轻者可无症状,重者可有脑、心、肾供血不足的临床表现,甚至因窦性停搏发生阿-斯综合征及猝死。

3. 窦房结的功能障碍。应除外药物、神经或代谢紊乱等诱发因素。

4. 激发试验或运动试验

静脉注射阿托品或异丙肾上腺素以及检测窦房结功能的电生理试验可用于病窦综合征的诊断试验,检测结果可表现为下述三种类型:①心动过速-心动过缓综合征(快-慢综合征)在阵发性心房颤动或扑动、阵发性房性或房室交界性心动过速发作终止后,出现严重的窦性心动过缓、窦房传导阻滞或窦性停搏,故称为心动过速-心动过缓综合征;②双结病变 窦房结与房室交界区功能均不正常,表现有房室交界性逸搏、逸搏心律和(或)二度、三度房室传导阻滞;③全传导系统功能障碍 窦房结及其以下的传导系统均有不同程度的改变,表现有窦

房、房内、房室交界区及室内传导阻滞。

5. 容易误诊的疾病。主要基于窦房结功能障碍的心电图表现,应排除迷走神经功能亢进或药物影响。早期或不典型病例的窦房结功能障碍可能呈间歇性发作,或以窦性心动过缓为主要或唯一表现,常难以确诊。

【治疗】

1. 治疗原则

对于病态窦房结综合征,药物治疗常较困难。其中,治疗快速性心律失常的药物可诱发过缓性心律失常,如洋地黄、奎尼丁、普鲁卡因胺及 β -受体阻滞剂等;而治疗缓慢性心律失常的药物常可诱发快速心律失常,包括快速室性心律失常,如异丙肾上腺素或麻黄素等,且常缺乏长期治疗作用。各种抗心律失常药物常有明显和不能耐受的副作用。故在药物治疗中要把握时机及控制剂量。

2. 首先应尽可能地明确病因

如冠状动脉明显狭窄者可行经皮穿刺冠状动脉腔内成形术、应用硝酸甘油等改善冠脉供血。对于急性心肌炎,则可用能量合剂、大剂量维生素C静脉滴注或静注。

3. 对症治疗

(1) 对不伴快速性心律失常的患者可试用阿托品、麻黄素或异丙肾上腺素,以提高心率。除此,烟酰胺加入10%葡萄糖液中静滴,以及避免使用减慢心率的药物,如 β -受体阻滞剂及钙拮抗剂等。

(2) 植入按需型人工心脏起搏器最好选用心房起搏或频率应答型起搏器,在此基础上可加用抗心律失常药以控制快速性心律失常。

第三节 房性期前收缩

房性期前收缩,起源于窦房结以外心房的任何部位。正常成人进行24小时心电检测,约60%的人有房性期前收缩发生。各种器质性

心脏病患者均可发生房性期前收缩,并经常是快速性房性心律失常出现的先兆。

【临床表现】

主要症状为心悸、心脏“停跳”感,期前收缩次数过多时自觉“心跳很乱”,可有胸闷、心前区不适、头昏、乏力、脉搏有间歇等。也有无症状者。可能因期前收缩持续时间较久,患者已适应。此外,期前收缩的症状与患者的精神状态有密切关系,不少患者的很多症状是由于对期前收缩不正确的理解和恐惧、焦虑等情绪所致。

【检查】

典型房性期前收缩心电图特点:

1. 房性期前收缩的 P 波提前发生,与窦性 P 波形态各异。如发生在舒张早期,适逢房室结尚未脱离前次搏动的不应期,可产生传导中断(波称为阻滞的或未下传的房性期前收缩)或缓慢传导(下传的 PR 间期延长)现象。

2. 发生很早的房性期前收缩的 P 波可重叠于前面的 T 波之上,且不能下传心室,故无 QRS 波发生,易误认为窦性停搏或窦房传导阻滞。

3. 应仔细检查 T 波形态是否异常加以识别。房性期前收缩使窦房结提前发生除极,因而包括其前收缩在内前后两个窦性 P 波的间期,短于窦性 PP 间期的两倍,称为不完全性代偿间歇。

4. 若房性期前收缩发生较晚,或窦房结周围组织的不应期长,窦房结的节律未被扰乱,期前收缩前后 PP 间期恰为窦性者的两倍,称为完全性代偿间歇。

5. 房性期前收缩发生不完全性代偿间歇居多。房性期前收缩下传的 QRS 波群形态通常正常,有时亦可出现宽阔畸形的 QRS 波群,称为室内差异性传导。

【诊断】

根据病因、临床表现及心电图检查即可做出诊断。

【治疗】

房性期前收缩通常无须治疗。当明显症状或因房性期前收缩触