

~~95555~~

95990

现代心血管病诊疗指南

A GUIDE TO MODERN DIAGNOSIS AND THERAPY
OF THE CARDIOVASCULAR DISEASES

张新中 于伟奇 主编



43-24

学苑出版社
1993 · 北京



C0164811

(京)新登字 151 号

E-104/352

现代心血管病诊疗指南

主 编：张新中 于伟奇

责任编辑：陈 歌

责任校对：吕趁意

封面设计：崔卫志

出版发行：学苑出版社 邮政编码：100032

社 址：北京市西城区成方街 33 号

印 刷：河南省孟津县印刷厂

经 销：全国各地新华书店

开 本：787×1092 1/16

印 张：28.75 字 数：717,000

版 次：1993 年 10 月北京第 1 版第 1 次

印 数：0001—1340 册

ISBN 7-5077-0578-4/R·93

定 价：35.00 元(精)

学苑版图书印、装错误可随时退换。

作者名单

主 编 张新中 于伟奇
编 委 李汉春 张东成 贝聿素
任明勤 马恩元 孙麦春
兰俊伟 赵宪平 宋金森
王建方 张田周
主 审 毛焕元

前 言

当今心血管疾病的基础研究取得了极为显著的进展,与之相应,心血管疾病的诊断手段和治疗方法也给人以日新月异之感。由于心血管病患者需迅速达成确诊及处理,故如何从浩翰如海的近代医学文献中,以最新知识用诸解决病人的实际问题,其重要性自不待言,为此,编者根据多年临床实践及教学经验,参考国内外心血管临床研究新进展编写了这本《现代心血管病诊疗指南》。

全书共分二十八章。第一章至第三章重点介绍了心血管疾病的一般检查和特殊检查技术,主要内容包括,心电图、心电向量图、心机械图、超声心动图、核医学、磁共振、心脏负荷试验、心脏电生理检查、心导管检查、心血管造影等。第四章至第八章介绍心脏急症的诊断与治疗。第九章至第二十五章介绍了心血管各种疾病的诊断、鉴别诊断、诊断标准、治疗及预后。第二十六章至第二十八章介绍了抗心律失常药物、钙拮抗剂、血管扩张剂,洋地黄及非洋地黄类正性肌力药物、 β 受体阻滞剂的临床应用及心脏电复律、人工心脏起搏、经皮冠状动脉内溶栓术、冠状动脉内激光成形术、经皮冠状动脉腔内成形术、经皮球囊血管扩张术、经皮球囊瓣膜成形术、心腔内电极导管电灼术、经皮动脉导管未闭栓塞术、经皮房间隔缺损、室间隔缺损修补术、经皮冠状动脉内旋切术和内膜支架植入术的方法、适应证和禁忌证。书末附有汉英对照索引以便读者查阅。全书内容新颖丰富,图文并茂,实用性强,不但适应于从事心血管专业医师,对内科医师、医学生也有所助益,特别是对工作繁忙的第一线医师,起到执简驭繁的作用。

本书系由多人分章编写,由于我们经验不足,难免有不妥之处,甚至错误,望读者赐教指正。

刘小伦同志参加了部分制图工作,谨此致以衷心感谢。

作者

1993年10月

目 录

第一章 心血管疾病的理学诊断	(1)
第一节 病史采集与症状	(1)
第二节 一般体格检查	(5)
第三节 心脏的物理检查	(9)
第四节 心脏病的诊断命名	(25)
第五节 心脏病确诊标准及功能分级	(30)
第二章 心血管疾病一般诊疗技术	(33)
第一节 中心静脉压测定	(33)
第二节 周围静脉压测定	(33)
第三节 循环时间测定	(34)
第四节 心包穿刺术	(34)
第五节 锁骨下静脉穿刺术	(35)
第三章 心血管疾病特殊检查技术	(36)
第一节 心电图	(36)
第二节 动态心电图	(44)
第三节 心电向量图	(46)
第四节 心机械图	(60)
第五节 心血管的 X 线检查	(65)
第六节 超声心动图	(73)
M 型超声心动图	(73)
切面超声心动图	(77)
多普勒超声心动图	(82)
超声心动图检测心脏功能	(85)
第七节 核医学检查	(86)
放射性核素心血管造影	(86)
心肌扫描	(88)
放射性肺稀释曲线	(89)
第八节 磁共振	(90)
第九节 心脏负荷试验	(92)
双倍二阶梯运动试验	(92)
递增性分级运动试验	(94)
经食道心房调搏负荷试验	(95)
经静脉心房调搏负荷试验	(96)
门电路心血池显影运动试验	(96)
心肌核素显象运动试验	(96)
超声心动影像运动试验	(96)
第十节 常用药物试验	(97)
普萘洛尔(心得安)试验	(97)
阿托品试验	(97)
异丙肾上腺素试验	(98)

双嘧达莫(潘生丁)试验	(98)
多巴酚丁胺试验	(100)
毛花甙丙试验	(100)
酚妥拉明试验	(100)
冷加压试验	(101)
第十一节 心导管检查术	(102)
右心导管检查	(102)
左心导管检查	(106)
第十二节 心脏电生理检查	(109)
经食道心房调搏技术	(109)
窦房结电图	(114)
希氏束电图	(116)
心脏刺激技术	(119)
心脏标测技术	(123)
阵发性室上性心动过速的电生理诊断	(125)
室性心动过速的电生理诊断	(126)
第十三节 选择性血管造影术	(127)
右心选择性血管造影术	(127)
左心选择性血管造影术	(128)
选择性冠状动脉造影术	(128)
第十四节 气囊漂浮导管检查术	(130)
第十五节 指示剂稀释曲线测定	(131)
染料稀释曲线测定	(131)
氢和维生素C稀释曲线测定	(134)
温度稀释曲线测定	(134)
第四章 心力衰竭	(136)
第一节 急性左心衰竭	(136)
第二节 慢性心力衰竭	(139)
第三节 难治性心力衰竭	(144)
第四节 舒张功能异常型心力衰竭	(146)
第五章 休 克	(149)
第一节 心源性休克	(149)
第二节 感染性休克	(151)
第三节 低血容量性休克	(154)
第四节 过敏性休克	(156)
第五节 神经源性休克	(156)
第六章 心性猝死	(158)
第七章 心搏骤停	(159)
第八章 泵衰竭	(163)
第九章 心律失常	(165)

第一节 心律失常的分类.....	(165)
第二节 心律失常心电图的一些特殊现象.....	(165)
超常传导.....	(165)
递减传导.....	(166)
单向阻滞.....	(167)
传出阻滞.....	(167)
隐匿性传导.....	(168)
心室内差异传导.....	(169)
窦室传导.....	(169)
三相阻滞.....	(170)
四相阻滞.....	(171)
文氏现象.....	(171)
魏登斯基现象.....	(172)
折返激动.....	(172)
触发活动.....	(173)
干扰和脱节.....	(174)
逸搏和逸搏心律.....	(175)
并行心律.....	(177)
游走心律.....	(178)
冠状窦性心律.....	(179)
左房心律.....	(179)
第三节 窦性心律失常.....	(180)
窦性心动过速.....	(180)
窦性心动过缓.....	(181)
窦性心律不齐.....	(181)
窦性静止.....	(182)
病态窦房结综合征.....	(183)
第四节 过早搏动.....	(185)
房性过早搏动.....	(185)
房室交界性过早搏动.....	(186)
室性过早搏动.....	(186)
第五节 阵发性室上性心动过速.....	(189)
窦房结折返性心动过速.....	(189)
心房内折返性心动过速.....	(190)
房室结折返性心动过速.....	(190)
旁路折返性心动过速.....	(191)
自律性房性心动过速.....	(191)
阵发性室上性心动过速鉴别诊断.....	(192)
阵发性室上性心动过速治疗.....	(192)
第六节 室性心动过速.....	(194)

阵发性室性心动过速	(194)
反复性阵发性室性心动过速	(196)
并行心律性室性心动过速	(196)
扭转型室性心动过速	(197)
非阵发性室性心动过速	(199)
双向性室性心动过速	(200)
特发性室性心动过速	(200)
第七节 扑动与颤动	(201)
心房扑动	(201)
心房颤动	(203)
心室扑动与颤动	(205)
第八节 窦房传导阻滞	(206)
第九节 心房内传导阻滞	(207)
第十节 房室传导阻滞	(208)
一度房室传导阻滞	(208)
二度房室传导阻滞	(209)
三度房室传导阻滞	(211)
第十一节 心室内传导阻滞	(212)
左束支传导阻滞	(212)
右束支传导阻滞	(214)
左前分支传导阻滞	(216)
左后分支传导阻滞	(217)
左束支间隔支传导阻滞	(218)
双侧束支传导阻滞	(219)
二支传导阻滞	(220)
三支传导阻滞	(221)
第十二节 预激综合征	(223)
第十三节 Q—T 间期延长综合征	(227)
第十章 先天性心脏血管病	(229)
第一节 非紫绀型无分流先天性心脏血管病	(229)
肺动脉口狭窄	(229)
原发性肺总动脉扩张	(231)
原发性肺动脉高压	(232)
主动脉口狭窄	(233)
主动脉缩窄	(236)
镜像性右位心	(237)
右旋心	(238)
左旋心	(238)
中位心	(239)
第二节 非紫绀型左向右分流先天性心脏血管病	(239)

心房间隔缺损.....	(239)
心室间隔缺损.....	(241)
动脉导管未闭.....	(243)
心内膜垫缺损.....	(245)
主动脉窦动脉瘤.....	(246)
主、肺动脉间隔缺损	(248)
冠状动静脉瘘.....	(248)
第三节 紫绀型右向左分流肺血减少或 正常的先天性心脏血管病.....	(249)
法乐四联症.....	(249)
法乐三联症.....	(252)
三尖瓣下移畸形.....	(253)
三尖瓣闭锁.....	(255)
肺动脉瓣闭锁.....	(256)
先天性肺动静脉瘘.....	(257)
艾森曼格综合征.....	(258)
第四节 紫绀型右向左分流肺血增多的 先天性心脏血管病.....	(259)
大血管错位.....	(259)
主动脉干永存.....	(262)
肺静脉畸形引流.....	(264)
单心房.....	(266)
第五节 先天性血管畸形.....	(267)
双侧上腔静脉.....	(267)
双主动脉弓.....	(268)
右位主动脉弓.....	(268)
迷走右锁骨下动脉.....	(269)
第十一章 风湿热和风湿性心瓣膜病	(270)
第一节 风湿热.....	(270)
第二节 风湿性心瓣膜病.....	(274)
第十二章 感染性心内膜炎	(296)
第一节 急性感染性心内膜炎.....	(296)
第二节 亚急性感染性心内膜炎.....	(296)
第十三章 冠状动脉性心脏病.....	(300)
第一节 无症状性心肌缺血.....	(300)
第二节 心绞痛.....	(301)
第三节 心肌梗塞.....	(303)
第十四章 高血压病和高血压性心脏病	(311)
第一节 高血压病.....	(311)
第二节 高血压性心脏病.....	(318)

第三节	高血压危象	(320)
第四节	高血压脑病	(321)
第十五章	肺原性心脏病	(323)
第一节	急性肺原性心脏病	(323)
第二节	慢性肺原性心脏病	(325)
第十六章	心肌疾病	(330)
第一节	原发性心肌病	(330)
	扩张型心肌病	(330)
	肥厚型心肌病	(332)
	限制型心肌病	(335)
第二节	特异性心肌病	(336)
	围产期心脏病	(336)
	酒精性心肌病	(337)
	克山病	(337)
第三节	心肌炎	(340)
	病毒性心肌炎	(340)
	感染性心肌炎	(341)
	孤立性心肌炎	(342)
	枯氏锥虫性心肌炎	(342)
第十七章	心包疾病	(344)
第一节	心包炎	(344)
	急性心包炎	(344)
	缩窄性心包炎	(346)
	结核性心包炎	(347)
	急性非特异性心包炎	(348)
	尿毒症性心包炎	(348)
	类风湿性心包炎	(348)
	阿米巴性心包炎	(349)
	胆固醇性心包炎	(349)
第二节	非炎症性心包渗液	(349)
第三节	先天性心包异常	(349)
第十八章	梅毒性心血管病	(351)
第十九章	其他病因性心脏病	(354)
第一节	贫血性心脏病	(354)
第二节	脚气病性心脏病	(354)
第三节	肾炎性心脏病	(355)
第四节	类风湿性心脏病	(355)
第五节	高原性心血管病	(356)
第六节	结缔组织病性心脏病	(358)
第七节	甲状腺功能亢进性心脏病	(359)

第二十章 心脏肿瘤	(361)
第一节 原发性心脏肿瘤	(361)
左心房粘液瘤	(361)
右心房粘液瘤	(362)
心肌横纹肌瘤	(363)
心脏纤维瘤	(363)
心肌肉瘤	(364)
第二节 继发性心脏肿瘤	(364)
第二十一章 心脏神经官能症	(365)
第二十二章 血管疾病	(366)
第一节 动脉性疾病	(366)
主动脉瘤	(366)
主动脉夹层动脉瘤	(366)
多发性大动脉炎	(367)
动脉硬化性闭塞	(369)
雷诺病	(370)
第二节 静脉性疾病	(370)
上腔静脉综合征	(370)
下腔静脉综合征	(371)
血栓性静脉炎	(371)
第二十三章 心脏病与手术	(373)
第二十四章 心脏病与妊娠	(375)
第二十五章 常见综合征	(377)
第一节 前胸壁综合征	(377)
第二节 小心脏综合征	(377)
第三节 心动过速后 T 波综合征	(378)
第四节 肺动脉缩窄性心包炎综合征	(378)
第五节 肺动静脉瘘综合征	(378)
第六节 复发性风湿综合征	(379)
第七节 普蔡洛尔撤离综合征	(379)
第八节 乳头肌功能不全综合征	(379)
第九节 心—脑综合征	(380)
第十节 胆—心综合征	(381)
第十一节 左冠状动脉发源畸形综合征	(381)
第十二节 右心室阻塞—衰竭综合征	(382)
第十三节 左心发育不全综合征	(383)
第十四节 心包切除后综合征	(383)
第十五节 交感神经 β 受体机能亢进综合征	(384)
第十六节 直背综合征	(384)
第十七节 二尖瓣脱垂综合征	(385)

第十八节 马凡综合征.....	(386)
第二十六章 心血管病的药物治疗	(388)
第一节 抗心律失常药物的临床应用.....	(388)
第二节 钙拮抗剂在心血管病中的应用.....	(397)
第三节 血管扩张剂在心血管病中的应用.....	(400)
第四节 洋地黄及非洋地黄类正性肌力药物的应用.....	(403)
第五节 β 受体阻滞剂在心血管病中的应用	(407)
第二十七章 心血管病的特殊治疗	(411)
第一节 直流电复律.....	(411)
第二节 人工心脏起搏技术.....	(412)
第二十八章 心血管疾病的导管介入性治疗	(420)
第一节 经皮穿刺冠状动脉内溶栓术.....	(420)
第二节 经皮穿刺冠状动脉内激光成形术.....	(421)
✓ 第三节 经皮穿刺冠状动脉腔内成形术.....	(422)
第四节 经皮穿刺主动脉球囊扩张术.....	(425)
第五节 经皮穿刺肾动脉球囊扩张术.....	(425)
第六节 经皮穿刺球囊肺动脉瓣成形术.....	(426)
第七节 经皮穿刺球囊主动脉瓣成形术.....	(427)
第八节 经皮穿刺球囊二尖瓣成形术.....	(428)
第九节 经皮穿刺动脉导管栓塞术.....	(429)
第十节 经皮导管心房间隔缺损修补术.....	(430)
第十一节 经皮导管心室间隔缺损修补术.....	(431)
第十二节 经导管直流电消融术.....	(432)
✓ 第十三节 经导管射频电流消融术.....	(433)
第十四节 主动脉内气囊反搏术.....	(435)
第十五节 经皮冠状动脉内旋切术.....	(436)
第十六节 经皮冠状动脉内膜支架植入术.....	(436)
第十七节 经皮冠状动脉内高频电流消融术.....	(437)
汉英对照索引	(438)

第一章 心血管疾病的理学诊断

心血管疾病的诊断方法包括病史采集、体格检查、心电图检查、胸部X线检查和其它实验室检查。

第一节 病史采集与症状

正确的治疗取决于正确的诊断,而正确的诊断依赖于正确的调查研究。病史采集主要是通过病人与医生直接交谈,以问诊方式听取病人的陈述。其目的在于收集可以确立诊断的有关资料及估计病情的严重程度。

病史采集可以提供很多病因及病情发展情况,有些疾病的早期,病人可能仅有自觉症状而缺乏客观的异常体征,从问诊中可以得到启发,为进一步检查提供线索。对于与疾病有关的症状,必须详细询问,特别是他的诱发因素、发作的性质和程度、发作持续时间、伴随症状、缓解方法及对各种治疗的反应等。

过去病史应特别注意有无咽峡炎、发热、关节痛、出血及传染病史。某些遗传性疾病和先天因素对心血管疾病的诊断具有参考价值,如高脂血症、冠心病、高血压病、梅毒、先天性心血管畸形等。

由心血管疾病引起的最常见症状是呼吸困难、胸痛、心悸、晕厥、咯血和乏力等。然而这些症状也可由非心血管性疾病引起,所以要详尽取得一切症状的特点,以对诊断提供更确切的资料。

呼吸困难

呼吸困难(dyspnea)是指病人主观上有空气不足或呼吸费力的感觉,而客观上表现为呼

吸频率、深度和节律的改变。根据发病机理,呼吸困难可分为心源性呼吸困难、肺源性呼吸困难、中枢性呼吸困难、精神、神经肌病性呼吸困难、中毒性呼吸困难及血源性呼吸困难六种基本类型。

一、心源性呼吸困难

由心功能不全所致。其产生的主要原因是由于长期肺瘀血,导致肺泡弹性减退,通气功能障碍,心排血量减少,血流速度减慢,换气功能障碍,导致缺氧及二氧化碳潴留及肺循环压力增高,导致反射性呼吸中枢兴奋性增高,其临床特点是:①存在重症心脏病与充血性心力衰竭;②呈混合性呼吸困难,坐位或立位减轻,卧位时加重;③肺底出现湿罗音;④X线检查心影有异常改变,肺门及其附近充血或有肺水肿征;⑤静脉压正常或升高,臂—舌循环时间延长。

心源性呼吸困难常见于由于冠心病或心肌梗塞、高血压病、主动脉瓣病变引起的左心衰竭、先天性心脏病、肺栓塞或肺梗塞、心包炎及快速心律失常等。根据程度可分为劳力性呼吸困难、端坐呼吸、阵发性夜间呼吸困难。

(一)劳力性呼吸困难 是心源性呼吸困难最常见的一种类型,属轻度呼吸困难。病人中等活动量时便感到明显气短,表现为呼吸表浅而短促,休息后可缓解。随着病情的加重,在轻度劳动时亦可发生呼吸困难。

(二)端坐呼吸 是指平卧时呼吸困难,坐起后可迅速减轻,属中度呼吸困难。这类病人休息时亦感到呼吸困难,以致不能平卧,被迫坐起。此种体位有利于体液重新分配,使回心血量减少,从而使肺瘀血减轻。

(三)阵发性夜间呼吸困难 是指病人在睡眠中突然被严重的胸闷及气急所憋醒,被迫坐起或站立呼吸。轻者持续数分钟症状逐渐缓解,

重者可发展为急性肺水肿。这种呼吸困难又称心脏性哮喘。发作的主要原因是由于急性或突然加重的肺瘀血所致。

二、鉴别诊断

(一)肺原性呼吸困难 由于呼吸器官病变所致。常由下列因素引起。

1. 空气氧浓度减低或肺扩张障碍:突然进入高原或高空,可有呼吸困难。气胸、胸水、横膈抬高、胸廓畸形等造成肺扩张障碍,肺泡氧张力减低,引起换气障碍,发生呼吸困难。

2. 上呼吸道狭窄:主要表现为严重的吸气性呼吸困难,吸气时带有哮鸣音,常伴有声嘶及失音,呼吸深大但频率不快,吸气时呼吸肌及辅助呼吸肌运动加强,并可出现吸气时胸骨上窝、锁骨上窝及肋间隙的凹陷现象(三凹征)。常见于白喉、喉炎、喉头水肿、急性咽后壁脓肿、喉癌及异物吸入等。

3. 支气管阻塞:主要表现为呼气性呼吸困难,吸气短促而呼气延长,伴有哮鸣及干性罗音。常见于支气管哮喘、急性细支气管炎、慢性阻塞性肺气肿等。

4. 肺组织顺应性减低:表现为混合性呼吸困难。见于肺间质水肿、肺炎、肺瘀血、肺纤维化等。

5. 肺弥散功能减低或弥散面积缩小:表现为混合性呼吸困难,多伴有明显紫绀。常见于肺不张、肺水肿、肺炎、肺栓塞或肺梗塞等。

6. 肺通气与灌注比例失调:表现为混合性呼吸困难。由于部分血流持续地通过无空气的肺组织,形成功能上的右向左分流,产生低氧血症,从而发生呼吸困难。常见于成人呼吸窘迫综合征、肺不张等。

(二)中枢性呼吸困难 延髓呼吸中枢受某些物理因素的直接刺激,如颅内压增高、颅内炎症以及肿瘤等,可引起中枢性呼吸困难,并常出现异常的呼吸节律。由于缺血、中毒或颅内疾病引起呼吸衰竭时,表现的潮式呼吸(Cheyne-Stokes呼吸),为一种呼吸暂停与呼吸增强相交替的状态。由于中脑下部或桥脑上部损害常

表现为中枢神经性换气过度,病人呈木僵或昏迷,呼吸可达100次/min,虽吸入纯氧亦不能使呼吸改善,并可引起呼吸性碱中毒。在脑炎、日射病、脑膜炎等疾病时,可出现Biot呼吸,表现为一连串正常呼吸与呼吸暂停相交替,且呼吸的停止和恢复都是突然发生。

(三)精神、神经肌病性呼吸困难 大脑皮质功能紊乱引起的癔病性呼吸困难,其特点是呼吸浅快,可达80~100次/min,有明显的气急而无紫绀。由于过度换气而发生胸痛及呼吸性碱中毒,常有手足抽搐(tetany)。诊断须根据病史,并除外器质性疾病所致的呼吸困难。

当有神经肌肉疾病时,如格林巴利综合征、周期性麻痹、重症肌无力等,可引起胸壁呼吸运动障碍,严重时完全不能运动,形成周围性呼吸衰竭,表现为呼吸无力,胸部不能抬举,以腹式呼吸为主,甚至呈“点头”呼吸。

(四)中毒性呼吸困难 各种原因所致的代谢性酸中毒,均可使血中二氧化碳分压增高或酸碱度降低,刺激颈动脉窦及主动脉体的化学感受器,或直接兴奋呼吸中枢,以增加呼吸通气量与换气量,表现为深而大的呼吸(Kussmanl呼吸),其频率增加不显著。引起代谢性酸中毒的疾病常见于尿毒症、糖尿病酮中毒昏迷等。如果病人有广泛的肺部疾病,如阻塞性肺气肿、广泛纤维化的肺结核、支气管哮喘等,而呼吸表浅伴有发绀时,则应考虑呼吸性酸中毒的可能性。

某些毒性物质可作用于血红蛋白,使之失去携氧功能,从而造成组织呼吸缺氧,发生呼吸困难,临床常见于一氧化碳中毒、氰化物中毒、亚硝酸盐和苯胺中毒等。

(五)血原性呼吸困难 严重贫血或大量出血时,可因血氧不足而出现呼吸困难。

三、呼吸困难的诊断要点

(一)病史 心、肺及肾脏病史,发病的急缓、发病与体力活动、体位及季节关系;呼吸困难伴随症状;以往气喘发作史及诊疗经过;内因性及外因性中毒;粉尘或异物吸入史;过敏史。

(二)体格检查 咽、喉、气管及胸部体征,肝脾肿大、腹水及呼吸困难的类型。

(三)实验室检查 血常规、嗜酸性细胞计数,有指征时作血气分析,尿素氮测定,血糖测定,痰检查及排泄物毒理学检查。

(四)其它检查 X线胸部透视或摄片,有指征时作静脉压测定,血循环时间测定,纤维支气管镜检查,心电图或肺功能检查等。胸膜腔穿刺液检查具有诊断和治疗的双重意义。

胸 痛

胸痛(chest pain)是一种常见的症状,可由多种原因引起。有时起源于局部轻微损害,故无关重要,有时由于内脏疾病所致,则往往有重要意义。根据胸痛的起源,可分为胸壁病变、胸腔脏器疾病、肩关节及其周围组织疾病、腹部脏器疾病及其他原因所致的胸痛。由心脏疾病引起的胸痛称心源性胸痛。

一、心源性胸痛

心血管疾病伴有胸痛者,以心绞痛、心肌梗塞、心包炎最常见。其次为心瓣膜病、胸主动脉瘤、肺动脉疾病等。共同特点是:胸痛多位于胸骨后或心前区,并向左肩放射且常因体力活动诱发或加剧,休息后可缓解。

(一)心绞痛 其特点以胸骨后疼痛最常见(占50~75%),少数位于心前区,呈紧缩痛或压榨痛,疼痛常放射至左肩和左臂内侧。一般历时1~5min,极少超过15min,常因体力活动或情绪激动而诱发,含硝酸甘油后3min内可缓解。少数病人胸痛可于睡眠时发作,起床活动后反而好转。典型者心电图可出现ST段或T波改变。

(二)心肌梗塞 疼痛部位及性质与心绞痛相似,但程度更为剧烈,历时常在15min以上,连续三次含硝酸甘油不能缓解的疼痛,常提示心肌梗塞,常伴有心律失常、左心衰竭或休克、心电图特异性改变、血清酶活性增高等。

(三)心包炎 急性心包炎,尤其是急性非

特异性心包炎,往往有剧烈的锐性胸痛,少数病人只觉紧压感或闷痛。疼痛部位多在心前区,并可放射到左肩、左臂内侧、左肩胛区、背部、颈部及剑突下。疼痛可呈持续性或间歇性,可因深呼吸、咳嗽或翻身而加重。X线、心电图及超声心动图检查可明确诊断。

(四)胸主动脉瘤 夹层动脉瘤发病往往急骤,在心前区或胸骨后突然出现剧烈的持续性烧灼痛或撕裂痛,并广泛放射到背、腰、头、颈、上肢或腹部,常伴有呼吸困难。疼痛发作时有休克征象,但血压仍较高,X线检查可见主动脉阴影进行性增宽。

主动脉窦动脉瘤(Valsalva 窦动脉瘤)破裂表现为突然发作性胸痛或压迫窒息感,与呼吸困难同时发生,并呈进行性加重,继之出现心悸、气短或心力衰竭。颈动脉搏动、动脉搏动减弱与连续性杂音为破裂三联征。确诊有赖于选择性心血管造影检查。

(五)肺动脉疾病 肺栓塞与肺梗塞表现为突然发生的胸骨后锐痛、发绀、休克、咯血及明显的呼吸困难。如累及胸膜,则胸痛常于吸气时加剧,如累及膈肌,疼痛可向颈及肩部放射。X线、肺动脉造影及同位素¹³³氙肺扫描有助于诊断。

二、鉴别诊断

(一)胸壁疾病 其共同特点是:胸痛常固定于病变所在的部位,患处有明显压痛,并常因深呼吸、咳嗽、举臂、转头或扭转身体而加重。如肋间神经炎、流行性胸痛(Bornholm病)、皮炎、颈椎病、肋软骨炎、胸廓出口综合征、带状疱疹、白血病及骨肿瘤等。

(二)胸膜、气管及肺部疾病 其共同特点是:胸痛多伴有咳嗽,并因咳嗽或深呼吸而加剧;胸壁局部无压痛;伴有原发病的症状和体征;胸部体格检查及X线检查常可明确诊断。如胸膜炎、自发性气胸、支气管炎、肺炎、肺癌、肺结核等。

(三)纵隔疾病 其共同特点是:胸痛常呈持续性,且多伴有呼吸困难,病变常累及邻近组

织(如颈、咽、喉);X线检查纵隔增宽。如纵隔炎、纵隔肿瘤及纵隔气肿等。

(四)食道及腹腔脏器疾病 其共同特点是:胸痛常伴有消化道症状,且与进食有关;X线及B型超声仪检查有助诊断。如食道炎、食道癌、消化性溃疡、肝癌、膈下脓肿及肝胆疾病等。

(五)功能性疾病 其特点是:胸痛多局限于心尖部,呈针刺样,与劳累无关;多伴有叹气样呼吸及心悸,但缺乏特异性体征。如心脏神经官能症及 β 受体功能亢进症。

三、胸痛的诊断要点

(一)病史 心、肺病史及最近的手术史,疼痛的部位、性质、强度、放射、时间、影响疼痛的因素及伴随症状。

(二)体格检查 仔细检查胸壁、心、肺及胸膜。

(三)实验室检查 血常规、痰液及血清酶学检查。

(四)其它检查 X线、心电图及B型超声仪检查,必要时作纤维支气管镜、胃及十二指肠纤维镜、心血管造影或磁共振检查。

心 悸

心悸(palpitation)是自觉心脏跳动伴有心前区不适感觉。常见的原因有心律失常,心脏搏动增强及心脏神经官能症。

一、心原性心悸

心率及心律的改变均可引起心悸。在过早搏动后,通常有一较长的代偿间歇,如过早搏动未能排出足够的血液,就不能引起脉搏跳动,造成心悸感觉。阵发性心动过速时,由于心室率快,经常伴有心动,在发作的开始及终了时尤为显著。心房颤动或扑动时也常伴有心动,特别是初发、又未经治疗而心室率快者。另外,窦性心动过速或过缓、明显的窦性心律不齐、二度房室传导阻滞及各种器质性心脏病也可引起心悸。

二、鉴别诊断

心肌收缩力改变及高动力状态亦可引起心悸。如甲状腺功能亢进症、贫血、发热、低血糖、嗜铬细胞瘤、动静脉瘘、剧烈的体力活动及药物影响(咖啡、肾上腺素、异丙肾上腺素、阿托品、甲状腺素、氨茶碱等)。

心脏神经官能症常表现心悸、无力、胸痛、呼吸困难,但在促发因素去除后上述症状可完全消失。 β 受体功能亢进症以发作性心悸、脉率加速、血压升高为特点、心电图上可有T波振幅改变、T波切迹,甚至T波轻度倒置(特别在饱餐后)。

三、心悸的诊断要点

(一)病史 心、内分泌疾病史及药物史。

(二)体格检查 注意有无器质性心脏病。

(三)实验室检查 血常规、血T₃、T₄、血糖及儿茶酚胺测定。

(四)其它检查 X线、心电图或动态心电图检查,必要时作心脏电生理检查。

晕 厥

晕厥(syncope, fainting)是突然发生的、短暂的意识丧失状态,由于大脑一时性广泛性供血不足所致。主要原因有:心脏排出量减少或心脏停搏、突然剧烈的血压下降或脑血管的普遍性暂时性闭塞。晕厥与昏迷、眩晕、猝倒症、休克不同。昏迷的意识丧失通常时间较久而不易迅速恢复。眩晕为一种运动性幻觉,病人感到自身或周围景物发生旋转,一般无意识丧失。猝倒症是因情绪激动,突然全身无力,不能随意活动而跌倒,意识始终存在。休克与晕厥有时无明确界限,主要区别在于休克早期意识仍清楚,或仅有精神迟钝,周围循环衰竭的症状比晕厥更为明显而持久。

一、心原性晕厥

心原性晕厥是由于心排出量突然减少引起脑组织供血不足而发生。严重心律失常、心脏排血受阻及心肌缺血为其常见的原因。某些病人

在晕厥之前可有短暂的前驱症状,如突然发生不规则的心跳、头晕、眼花、出汗、恶心或呕吐等。心源性晕厥的严重者称为急性心源性脑缺血综合征(Adams—Stokes syndrome)。

(一)心律失常 心率突然过快、过慢或不齐,使心排血量减低,脑血管难以代偿,引起供血不足,发生晕厥。

1. 快速性心律失常:常见于室上性心动过速、快速心房颤动或扑动、室性心动过速或短暂的室颤。心动过速时,左心室舒张期充盈时间缩短,心室率超过180次/min时,心排血量减少,可引起脑缺血性晕厥。

2. 缓慢性心律失常:常见于完全性房室传导阻滞、病态窦房结综合征。心动过缓时,每分钟输出量骤减,引起脑缺血性晕厥。

(二)心脏血液充盈及排出障碍 见于主动脉瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄、心房粘液瘤、心房内球形血栓、心包填塞等。此类晕厥的特点为常在体位改变或运动中发生。在安静状态下,其排血量通过周围的血管代偿机制,才能满足器官的供血,运动时组织需氧增加,小动脉扩张,周围血管阻力降低,而狭窄的瓣口不能相应的增加排出量,则引起动脉血压降低,脑灌注减少及脑缺血性晕厥。体位改变、肿瘤或血栓堕入二尖瓣口,间断地阻塞血流,引起脑缺血性晕厥。

(三)心肺功能障碍 法乐(Fallot)四联症病人在运动时,由于周围血管的阻力降低,使由右向左的分流增加,血液的氧分压降低,发生脑缺血性晕厥。肺动脉高压病人,在活动时代,肺动脉的扩张刺激迷走神经末梢,通过反射作用而抑制心脏及扩张周围血管,因此,在活动或活动停止时均可发生晕厥。

二、鉴别诊断

(一)血管舒缩障碍 包括血管抑制性晕厥、立位性晕厥、排尿性晕厥、咳嗽晕厥、颈动脉窦性晕厥,其中以血管抑制性晕厥最多见,约占58.4%。发生原因可能是由于各种诱发因素刺激通过迷走神经反射,引起短暂的血管扩张,外周阻力降低,回心血量减少,因而心脏排血量减

低,血压下降,导致暂时性广泛性脑血流量减少所致。其特点是:晕厥发作多有明显诱因,晕厥前有短时的前驱症状;最常发生在直立位或坐位;晕厥时血压下降,脉搏减慢而微弱,面色苍白且持续到晕厥后期,恢复较快,无明显症状;多发生于体弱的年轻女性。

(二)血管疾病性晕厥 包括短暂性脑缺血发作、偏头痛、多发性大动脉炎等。发生原因主要由于脑部血管或主要供应脑部血液的血管发生循环障碍,导致一时性广泛性脑供血不足所致。其特点是:晕厥发作时多伴有跌倒;发作时血压降低,发作后皮肤苍白仍持续数分钟,而且多伴有神经系统体征。

(三)血液成分异常 包括低血糖、低氧血症、换气过度综合征等。

三、晕厥的诊断要点

(一)病史 发病年龄、诱发因素、发病与体位、情绪、体力活动及进食的关系,发病的速度与持续时间及伴随症状,心脏病史及服药史。

(二)体格检查 有无紫绀、浮肿、血压情况,神经系统定位体征,生理性及病理性神经反射,心脏体检如发现心音听不清,心动过速或过缓,或有病理性杂音均提示有心源性晕厥可能。

(三)实验室检查及其它特殊检查 疑有低血糖时,发作时测定血糖。神经系统病变者可作脑脊液、脑电图或脑血管造影检查。心源性晕厥者应进行心电图、X线及超声心动图检查,必要时作心脏电生理检查。

第二节 一般体格检查

一般物理学检查中的异常体征往往是病理生理学改变所产生的表现。这不仅有助于对本心脏病的诊断,还能为其病因、性质、病变程度及功能判断提供有价值的线索,对各种治疗方法的疗效观察提供客观的依据。因此,具备可靠并实际有用的方法来进行体格检查是达成正确诊断的指南。