

床边心脏病学



上海科学技术文献出版社

Bedside Cardiology

Second Edition

Jules Constant, M.D.

Copyright C 1969, 1976 by Little,

Brown and Company (Inc.)

床 边 心 脏 病 学

〔美〕朱尔斯·科斯坦特 著

荣烨之 胡婉英等 译

钱本余 校

*

上海科学技术文献出版社出版

(上海市武康路2号)

新华书店上海发行所发行

上海商务印刷厂印刷

*

开本 850×1168 1/32 印张 15.25 字数 330,000

1985年5月第1版 1985年5月第1次印刷

印数: 1—13,000

书号: 14192·32 定价: 2.55 元

《科技新书目》89-192

序 言

近年来,国内外在心脏病学方面有较大的进展,医疗仪器日新月异,有关心脏病学方面的书籍很多。在诊断心脏疾病日趋依靠新技术的情况下,要防止过分依赖或侧重于仪器设备而轻视病史询问和物理检查的倾向。不可否认,对某些心血管疾病,实验室检查常可提供极为宝贵的资料;但它只能补充而不能代替病史询问和物理检查。

《床边心脏病学》一书着重叙述病史记录和物理检查作为心血管疾病诊断的基础,有关这一特色的书不多。该书在这一方面内容丰富,为一本介于基础理论及实用心脏病学之间对各级医师有用的书,特此介绍,作为序言。

陶 清

一九八三年十一月

译 者 序

《床边心脏病学》一书由美国纽约州大学水牛城总医院 Constant, J. 教授所著, 重点叙述如何从病史和体格检查着手, 深入观察病人, 对心脏病作出诊断。在当今医疗仪器日益增多之际, 更不可忽视最基本的临床床边观察与诊断。

书中还包括有心音图, 颈动脉搏动图, 收缩时间间期等非创伤性检查心功能的方法。

该书采用问答式, 深入浅出, 配有图解, 简明扼要。在比较少的篇幅中有丰富的内容, 介于基础理论及实用心脏病学之间, 对医学教学及临床医生均为一本有用的书。

书中部分内容系罕见的现象或者为心血管专科医师或研究生感兴趣更为深入一步的资料。书末附有以英文字母为序的词汇表以备查阅。

有鉴于此, 现将该书全文译出。译文尽量忠实于原文。本书由钱本余医师校阅, 参加翻译的还有于金德、刘志良、余贤如、温文虎、杨振羽等医师。由于时间仓促, 水平有限, 虽经校对, 错误在所难免, 欢迎广大读者批评指正。

荣焯之

于上海第二医学院附属新华医院

一九八三年十一月

目 录

第1章 病史询问中的顺序表.....	1
第一篇 视诊与扣诊	
第2章 体表上的心脏病线索.....	27
第3章 周围脉搏与压力.....	39
第4章 颈静脉脉搏.....	79
第5章 胸部的视诊及扣诊.....	112
第二篇 听 诊	
第6章 听诊器.....	151
第7章 心音和杂音的图解表示和分级(听诊图).....	158
第8章 第一心音.....	163
第9章 第二心音.....	193
第10章 开瓣拍击音.....	233
第11章 第三心音.....	250
第12章 第四心音.....	271
第13章 喷射性杂音.....	294
第14章 收缩期返流性杂音.....	328
第15章 舒张期杂音.....	383
第16章 腹部杂音.....	420
第17章 人工瓣膜声音.....	423
第18章 收缩时间间期.....	430
第19章 最重要的心脏异常中临床表现的总结.....	445
〔附录 I〕 词汇表.....	452
〔附录 II〕 缩写.....	476

病史询问中的顺序表

顺序表的总的优点

传统上,总是教导医科学生通过记住标准顺序表来采取病史,并告诫其不能当着病人参阅顺序表。很久以来我们就认为这种询问病史的方法可能是导致诊断不良的主要原因,并对这种低效率的方法感到十分不满,最终,我们或将转向电子计算机化的提问表。

在我们的心脏病学选择性训练课程中,开始时不让学生作任何实际的病人检查,因为教导每个学生如何采集诊断心脏病所需要的详细病史过于费力。鉴于即使是住院医师亦需要经常重复地记忆与心脏病鉴别诊断有关的提问,我们归结了一个总的提问顺序表;据此,他们可以知道是否已经询问了所有的重要问题。

虽然在采用这一辅助措施后,取得了惊人良好的病史,但我们发现住院医师往往在病人对某一提问作了肯定性的回答后,不知如何进一步提问。为此,促使我们扩大提问的范围,至少在某些重要的项目,亦即,当病人回答“有”时再作哪些提问。

在设计这一详细的提问表时,我们发现可以通过在鉴别诊断下,列举提问问题的方式,来教授学生对心脏病的诊断。例如,如果病人确认有水肿,指示学生应查阅列有水肿鉴别诊断的内容,其下列有查找每一种可能病因所需的进一步提问。

当了解到更多症状与诊断之间的关系后,提问顺序表得到逐步充实。例如,当了解到几乎所有嗜铬细胞瘤病人均有出汗过多

时,就可将此列入“假如病人对高血压的提问说‘是’一页上、“嗜铬细胞瘤”小标题下新顺序表中的提问。

许多住院医师不愿对着病人照读提问,主要顾虑病人会认为他们不够格或记性不好。他们担心,如果病人见到医师像银行办事员那样照读提问,会有损于医师是无所不知的形象。然而,实践结果并不支持这一说法,事实上带给病人的却是相反的印象。最常见的反应是病人对首次遇到的医师是如此关心病人并尽力得到完整病史而感到高兴,偶尔还对考虑这些详尽提问所需要的大量思索表示惊奇,深感医师思考全面。

反对应用提问顺序表的第二个论点是,它可能会使医师不能看到反映答案真正含义的病人面部表情。其实,医师在按提问顺序表询问病史时仍可注视病人。因此,这仅是如何使用而不是应否使用提问顺序表的问题。

第三个反对的论点是使用提问顺序表后,病人不能自由叙述病情。与之相反,提问顺序表的一个优点是,如果病人希望在某一点上进一步叙述或诉述另一症状,医师可以在提问顺序上停住,待病人诉述完毕后再予继续提问;而在无提问顺序表时,医师由于惧怕忘记其记忆的顺序,不愿病人离开其提问的主题。

许多医师当听到使用提问顺序表时,总认为提问顺序表的表格往往没有足够的地位可以填写所有的详情。此外,由于不知现病史将会多长,很可能未曾留有足够的空隙。不然,提问顺序表将会有厚厚的一本。因此,认为不切实际。然而,我们的住院医师中在这一方面没有反对者,因为病史是写在另外的空白病史纸上。病史的格式有伸缩性。最后写成的病史与提问顺序表上的主题仅有很小的关系。实际上,这是一种提示性顺序表,而不是在每个提问后填上“是”或“否”的传统提问顺序表。当医师发现新的提问或新的鉴别诊断时,只需在原有的提问顺序表中加一、二个字。

以下列举这种提问顺序表的一些其它优点,不仅是为心脏病学,而且也是为建立一套完整的病史。

(1) 阴性结果不必写下。如果是遵循顺序表提问,可以知

道那些问题已经提过。这样，病史就简短且易读。

(2) 在病史采取中不会重蹈遗漏的错误。如果回顾发现由于遗漏某一提问而影响诊断，即将之列入提问顺序表上，为以后病史记录时参考。

(3) 当从文献或讲课中发现有助于某一诊断的新的症状时，可将之加入提问顺序表。这样，随着知识的增加，这一提示性的提问顺序表不断得到充实。

(4) 当离开病人时，不会有遗漏提问的不安全感。

(5) 实际上能更快地完成病史，特别当病人无边无际地诉说病情时。本章所列提问顺序表初看颇长，实际上为了使鉴别诊断完全，不少提问在不同的标题下呈重复。

(6) 它能帮助医师在初诊时得到良好的主诉病史。例如，如病人诉说胸痛，可将提问顺序表翻到“假如病人对胸痛回答‘是’”的一页上，可见到胸痛的完整鉴别诊断，可用以作为现在病史的组成轮廓。

提问顺序表在教学大纲中的优点

(1) 教师可在提问顺序表中插入他希望在病史采集中加以强调的内容。例如，我们希望教授学生询问转卧呼吸，亦即病人采取某种卧位时感到呼吸困难或不适，但不是由于心力衰竭所致。我们感到这有助于学生鉴别真正左心衰竭所致的端坐呼吸和因其它原因使患者需用几个枕头才能舒适地休息的情况。所以，我们将转卧呼吸置于“左心衰竭”标题之下。因为这是一新的名词，在其后面加一括号予以注释。学生由于在每次询问病史时都重复地见到这一提问，因而学到了这一知识。

(2) 将各种症状归纳于病因之下，使学生学会两者的联系。从而，学生能在使用提示性提问顺序表的过程中学习医学。

(3) 使用提问顺序表，学生所采集的第一份病史可以与有经验医师所采集者相媲美，因为每一提问都能从其主题得到解释。

例如,端坐呼吸的提问是在“左心衰竭的症状”之下;乏力是在“低排量综合征”之下。

(4) 在利用病史资料研究症状与疾病的关系时,可以保证在所有的病史,所有有关的问题均已被问及。

迄今,我们仅完成了心脏疾患的提问顺序表,希望它能成为通科或专科医师采集各种病史的示例。每一医师应设计适应其自己需要的提问顺序表,这一顺序表将随着其知识的增加而充实。本章所列的提问顺序表仅能作为一个“起点”,心脏专科医师应在此基础上建立其自己的顺序表。

在医学院讲授提问顺序表的设计,及使用后可能会出现诊断水平较高的一代医师,其诊断水平将能与计算机相竞争。

导 引

- (1) 姓名,地址,电话号码,年龄,职业及婚姻。
- (2) 断定心血管疾病是先天性还是获得性,如果患者知道这些情况,应询问其何时知道有心脏病或杂音。
- (3) 是否住过医院,为什么?
- (4) 主诉或最感不适的症状?何时开始?
- (5) 如果患者是转来会诊的,希望解决或澄清的问题是什么?

心力衰竭的可能性

左心房高压的症状

- (1) 有无用力后气急(在平地上或在爬山、登楼时)?如果没有,是否系患者因胸痛或腿痛而未能用力之故?
- (2) 有无端坐呼吸(由于气急,病人必须抬高头及肩部后才能入睡)?
- (3) 有无阵发性夜间呼吸困难?

(4) 有无肺水肿(在日间于休息时突然气急及喘咳)?

(5) 妊娠时是否出现心血管症状? 在妊娠的前、中还是后三个月(在前三个月中出现气急往往是起因不明的现象,在后三个月,则可能是由于心脏原因或横膈抬高)?

(6) 有否胸腔穿刺放液? 穿刺部位以及液体的外观?

(7) 是否用洋地黄、利尿剂或低盐饮食治疗? 效果如何? 剂量? 服用多久?

有无洋地黄毒性反应:

① 胃肠道: 腹泻、厌食、噁心、呕吐?

② 肌肉: 明显无力?

③ 脑: 眩晕(头晕或失去平衡)、幻觉、或容易激动?

④ 视觉: 视觉模糊或不易聚焦? 需要调换眼镜? 颜色错觉?

⑤ 心脏: 心悸、漏跳或啪嗒声?

有无利尿剂副反应:

① 低血钾症所致的软弱无力?

② 细胞内低钾或低镁所致肌肉痉挛或疼痛?

是否用过潴钾制剂或补充过钾盐? 患者能否耐受补充钾? 能否耐受低盐饮食? 低盐饮食是否严格?

(8) 有否用过能使临界状态心脏发生衰竭的药物, 如心得安、奎尼丁、利血平或胍乙啶?

[注意] 在提问顺序表中问到药物史时,应进一步了解每一药物所用的剂量,服用多久,是否有效或有无副反应,以及为什么停药。

(9) 用力或取卧位时发生咳嗽或哮喘(可能反映早期衰竭时的左房压力升高)?

周围性充血性心力衰竭或假性右心衰竭症状*

(1) 周围性水肿? 最高与最低体重? 询问体重增加或减轻

*习惯地被称谓右心衰竭,其实右心室并未衰竭。这些症状或体征往往是由于左侧心脏或瓣膜病变所致的静脉压力增高及周围水肿所引起。除非在重度肺动脉瓣狭窄、重度肺动脉高压或巨大肺栓塞,右心室很少衰竭。心包填塞主要由于限制舒张充盈,使两侧心室衰竭。——作者注

的原因。

(2) 腹水?(如果出现在端坐呼吸或气急之前,应考虑心包填塞。)

(3) 上腹部疼痛,特别当运动时?(这提示由于肝肿大引起肝包膜牵张。)

(4) 俯身弯腰时有无不适?(提示肝肿大。)

低排出量状态的可能性

(1) 软弱无力?午后瞌睡?是否正在服用某些能引起乏力的药物,如洋地黄、利尿剂、心得安或安定剂?是否有精神神经性因素(与家庭、配偶、上级的关系)?

(2) 肢体寒冷?多久?

(3) 出汗过多?(是婴儿心力衰竭的常见征象,如在成人中最近出现,且不是由甲状腺功能亢进或神经官能症所致,提示有重度心力衰竭。手部温暖提示毒性甲状腺肿,手部寒冷,则提示精神神经官能症或心力衰竭。)

(4) 将要入睡时因换气过度而导致失眠(陈-施两氏呼吸)?可询问其配偶是否注意及此?

(5) 夜尿伴多尿(日间的心力衰竭在休息时有所纠正)?

固定心排出量状态的可能性

(1) 晕厥,晕倒或眩晕。

(2) 胸痛或缩窄感。

心腔扩大的可能性

(1) 转卧呼吸(病人取某种卧位时感到不舒服,不是由于心力衰竭所致)?

(2) 心悸或心跳感?

(3) 心脏扩大病史?何时才知道?如果有心脏扩大,是由

心电图还是X线检查所发现？如果是由X线检查查出，是否是携带式X线机所检查？

(4) X线摄片、透视或吞钡检查？何时何地地进行第一次及最末一次检查？

心脏手术史

(1) 手术的日期及地点？手术类型？外科医师的姓名？

(2) 手术前心力衰竭或其它心脏症状？哪些症状通过手术得到缓解，维持多久？

(3) 手术前后是否作过心导管检查？结果如何？

(4) 手术后并发症：栓塞、感染或其它？

(5) 手术后接受何种治疗（抗凝剂，洋地黄或利尿剂）？维持用药多久？

病因

风湿性心脏病的可能性

风湿热病史

(1) 在儿童时期有无舞蹈病或维持数月之久的抽搐、手脚不灵活等情况？鼻衄？经常发作咽痛？是否进行过扁桃腺和增殖体摘除术？何时？

(2) 有无夜间下肢疼痛？（日间明显的关节炎或其它关节受累提示风湿热。）

(3) 风湿热的诊断是否仅根据发热及杂音，还是有红、肿、痛的关节？是否曾住院治疗？

(4) 治疗：是否用过阿斯匹林，肾上腺皮质激素，预防性青霉素，长时间卧床休息？

(5) 风湿热的家属史（对杂音系风湿性的提示意义与病人有风湿热史几乎相等）？

(6) 关节痛是否伴猩红热或其它皮疹?

风湿性心脏病的病史

(1) 过去体验时有否闻及心脏杂音(入学,入营前,手术,住院,保险或参军时)?

(2) 心导管检查结果,何时何地进?

风湿性心脏病的合并症

(1) 在有二尖瓣病变时:

① 咯血?混合或鲜血?数量,颜色,次数?如伴有气急或胸痛,考虑肺梗塞。如果来自粘膜下支气管静脉,血液的色泽较暗,它往往是由于二尖瓣狭窄时左心房压力升高所致。

② 声音嘶哑而无明显上呼吸道感染?这是所谓 Ortner 氏综合征,由于扩大的左心房压在扩大的肺动脉上,后者又压迫支气管周围淋巴结然后再压迫喉返神经。仅在慢性二尖瓣返流使左心房极度扩大时,才出现吞咽困难和右后方胸痛。

③ 冬季发作支气管炎或哮喘?

④ 腱索断裂(气急、端坐呼吸突然加剧或阵发性夜间呼吸困难,提示可能有腱索断裂)?

⑤ 栓塞现象:血尿,胸膜痛,单侧肢体无力?

(2) 在有主动脉瓣狭窄时:心绞痛,晕厥或气急(典型的三联征象)?

(3) 在有主动脉瓣返流时:夜间心绞痛,在上肢、颈或胸部感有明显的血管搏动?

(4) 在有细菌性心内膜炎时:

① 发热及夜间出汗(明显到需要更换睡衣)?

② 拔牙,洁牙或其它引起菌血症的可能原因?

③ 长期应用青霉素或其它抗生素治疗?

④ 栓塞现象(由于细菌性心内膜炎或静脉壅滞,胸膜痛,咯血,静脉炎,血尿,背痛,出血点,指垫痛或脑血管意外(单侧偏瘫或言语困难)?

(5) 癫痫(二尖瓣狭窄时其发生率增加)?

(6) 气急发作时伴有不规则心跳?(提示心房纤维颤动。)

缺血性心脏病的可能性

(1) 胸痛或缩窄感?

(2) 心肌梗塞以往史? 如果有,当时的症状及住院过程? 梗塞的部位及严重性? 其后是否发生心力衰竭? 其后心绞痛是否消失? 是否接受长期抗凝治疗、特殊饮食或其它药物?

(3) 何时作首次及末次心电图检查? 其结果如何?

(4) 易患因素:

① 主要:高血压,高胆固醇或甘油三酯血症,每天吸烟 20 支以上,早发心肌梗塞或心绞痛的家属史。

② 次要:糖尿病,人工或提前绝经,痛风,间歇性跛行或久坐的职业。高或低胆固醇饮食或药物?

(5) 明显的餐后思睡?(提示重度高脂血症。)

高血压性心脏病的可能性

(1) 高血压?

高排出量心力衰竭的可能性

(1) 贫血:

① 有无贫血史? 手脚发麻? 月经过多、痔疮或溃疡病出血(隐血或黑粪)? 贫血是否治疗过?

② 骨髓或代谢性病变:上消化道手术史(引起维生素 B₁₂ 缺乏),患者本人或家属中镰状细胞贫血史,与铅或辐射的接触史?

(2) 毒性甲状腺肿:怕热,体重减轻,多食,腹泻,出汗过多,大便次数多,尿频,容易激动,不安,登楼时软弱无力? 甲状腺手术或药物治疗史? 甲状腺肿?

(3) 脚气病、周围神经炎、天热时运动后易昏厥、饮酒时进食少、调酒职业、偏食者、上消化道手术史？症状在每天或每周中明显波动？

肺原性心脏病的可能性

(1) 慢性阻塞性肺部疾病(COPD)、肺功能试验？前倾时才能较易呼吸？吸烟史？有无肺气肿？慢性咳嗽和咳痰情况？

(2) 能用气管扩张剂缓解的哮喘、喘息或呼吸困难？

(3) 是否在铍或煤矿中工作过？

(4) 有无在用力、情绪激动时或暴露于冷空气中时发生晕厥史？(提示原发性肺动脉高压。)

(5) 肺栓塞？静脉炎病史？应用利尿剂后的明显排尿？是否正在服用避孕药？是否有过休息时发生的突然气急，伴心悸、胸膜炎、晕厥、出冷汗或咯血？反复发作的腹股沟部位刺痛？最近有无外伤或手术史？

(6) 肺部浸润性病变或肺结核病史？

(7) 原发性肺动脉高压？Raynaud氏现象？(原发性肺动脉高压患者中三分之一有此现象。)糖尿病患者是否在服用降糖灵？

心包炎或心包填塞的可能性

(1) 胸部外伤、右心室安置起搏器、最近心脏手术或心肌梗塞、过去几个月中胸部辐射、肾功能衰竭、癌肿、淋巴瘤、白血病、粘液性水肿、硬皮病、结核病接触史或新近的病毒感染？

(2) 活动、吞咽或深呼吸时的胸痛？

(3) 关节症状？(伴面部皮损时提示播散性红斑狼疮，伴肢体皮疹时提示风湿热。)是否在服用可引起红斑狼疮综合征的药物(普鲁卡因酰胺，胍苯哒嗪，青霉素，异菸肼)？

(4) 心包炎的过去史？(四分之一的特发性心包炎要复

发。)

- (5) 用力后气急(DOE)?
- (6) 气急前出现浮肿或腹水?
- (7) 当病人停止活动时,用力后气急是否立即消失?

心肌炎以及其它心脏病的可能性

(1) “胶原性”疾病:Raynaud氏现象,厌食,风湿样关节炎,皮肤紧张,鼻衄?

(2) 风湿样脊椎炎:髋部、坐骨神经区或下背部疼痛?在清晨病人是否因疼痛而惊醒?晨间后背部强直感?咳嗽时疼痛加剧?(在少数病人中提示有主动脉瓣返流。)

(3) 白喉或梅毒史?

(4) 类癌心脏病:腹泻,支气管痉挛,胸部上段及头部出现皮肤潮红持续数分钟至数天之久?

(5) 寄生虫疾病(旋毛虫病或Chagas氏病):吃半熟的肉?国外旅游史?

(6) 心房粘液瘤:栓塞现象,反复发热,关节痛,血管炎所致的皮损?两手感觉异常?颈部搏动(巨大A波,如同在三尖瓣狭窄时)?晕厥或昏倒?

(7) 血色病:糖尿病史,特别是抗胰岛素型,皮肤色泽变化?肝脏肿大以及肝功能衰竭的症状:上腹痛,阳痿或男性乳房发育?关节炎?

(8) 类肉瘤病:昏厥(由于完全性房室传导阻滞)?束支传导阻滞?胸片异常发现?咳嗽?肾结石或眼睛症状?

(9) 肥厚性主动脉瓣下狭窄:

① 猝死的家属史?

② 运动后而不是运动时的心绞痛或昏厥?

③ 间歇出现的杂音?

④ 用洋地黄后症状恶化?

(10) 淀粉样变心脏疾病:体位性低血压伴周围神经病变,皮肤斑块?

先天性心脏病的可能性

(1) 生长及发育?(与兄弟相比较。)

(2) 母亲怀孕时情况。

① 药物?(怀孕时服乙蔗酚与大血管错位有联系。)

② 怀孕后头三个月中有无风疹史?(提示动脉导管未闭,室间隔缺损,房间隔缺损,法乐氏四联症,主动脉瓣上狭窄或肺动脉瓣狭窄。耳聋及白内障是常见的非心脏病损。)

(3) 家属史:

① 家庭成员中有无先天性心脏病或有心脏杂音?

② 糖尿病?(如出生时体重过大,提示完全性大血管错位。)

(4) 紫绀:何时开始?(如果紫绀在出生时或出生后数天内出现,提示大血管错位。)是否延迟至数年后才出现并伴有心悸?(提示 Ebstein 氏畸形,特别是用力后有少许气急时。如果延迟至青春期或中年才出现,也提示房间隔缺损伴有 Eisenmenger 氏综合征。)是否仅在啼哭、喂食或温水洗澡时才出现?是否仅在伴有晕厥时出现?(提示四联症。)差别性紫绀与杵状指?

(5) 经常放血史?

(6) 晕厥或昏倒?暴露在寒冷环境中或仅在用力或激动时发生?(提示原发性肺动脉高压。)长时间睡觉后紧张用力时发生,并伴有紫绀?(提示法乐氏四联症。)休息时发生?(提示法乐氏四联症或房室传导阻滞。)仅在用力时发生?(提示重度主动脉瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄或原发性肺动脉高压。)

(7) 心绞痛?(提示重度主动脉瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄或原发性肺动脉高压。)

(8) 初次闻及杂音的确切日期?(狭窄性杂音是在新生儿室闻及;左向右分流杂音则延迟至数周后出现。)是由早先曾经诊治