

Xinxueguan jibing
zhenzhi celue

心血管疾病 诊治策略

上海交通大学医学院附属瑞金医院

主编◎施仲伟

上海科学技术出版社

心血管疾病诊治策略

上海交通大学医学院附属瑞金医院

主编 施仲伟

编写人员(以章节先后为序)

张凤如 顾 刚 胡 健 施仲伟
吕 蓓 徐婷燕 许建忠 曹 敏

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

心血管疾病诊治策略/施仲伟主编. —上海: 上海科学技术出版社, 2007.8

ISBN 978-7-5323-8937-7

I. 心... II. 施... III. 心脏血管疾病—诊疗 IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 062810 号

上海世纪出版股份有限公司 出版、发行
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

常熟市兴达印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/32, 印张 5.5

字数 106 千字

2007 年 8 月第 1 版 2007 年 8 月第 1 次印刷

定价: 14.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,
请向工厂调换

内 容 提 要

本书主要以心血管系统常见病、多发病为条目,每个疾病均包括诊断要点、治疗原则、治疗策略和诊治说明四个方面,治疗策略采用标准处方的书写格式,诊治说明主要是阐述对此疾病诊治的注意事项和作者体会。目的在于帮助和指导临床医生能更正确地诊断疾病,更合理、科学地使用治疗方案,提高诊治水平。

本书适合临床心脏内科、心脏外科和全科医生阅读。

前 言

近年来心血管疾病的临床研究进展迅速,介绍这些进展的专著或译著如汗牛充栋。然而在这一领域中,许多基层医师仍然感到缺少一本科学而通俗、简明而实用的案头参考书。为此,我们编写了《心血管疾病诊治策略》。

本书由上海交通大学医学院附属瑞金医院心脏内科的专家和中青年医师们共同撰写。瑞金医院今年正逢百年院庆,心脏内科成立也逾 50 载。在老一辈心血管病专家陶清教授和龚兰生教授的带领和指导下,我科医疗、教学和科研并举,积累了诊治心血管疾病的丰富的临床经验,在国内享有盛誉。

本书以心血管系统常见病、多发病为条目,每个疾病均包括诊断要点、治疗原则、治疗策略和诊治说明四个方面。治疗策略是本书的重点和特色,采用标准处方的书写格式,以便读者在临床上使用。众所周知,临床用药时受诸多因素影响,处方可以变化无穷。本书不求包罗万象,只入选有代表性的、目前正在我院临床上实际使用的处方。对于每个疾病,尽量列举在一般情况下、急诊或重症情况下以及有不同并发症情况下的治疗策略;每一情况下又列举几种处方,优先推荐有效而价廉的药物,也适当介绍虽然价格较贵,但有特殊优点或较多临床试验证据的药物,供不同病情和有不同需求的患者选用。诊治说明部分是本书的另一特

色,简要介绍了有关治疗策略的循证医学依据和注意事项,以及作者本人应用处方时的心得体会,篇幅虽短,内容却很丰富。

本书介绍的各种治疗策略及药物剂量,均以我院临床实践为基础,并尽可能地参考了国内外相关指南或专家共识,故不但简明实用,而且能够反映心血管疾病防治领域中的最新进展,适合各级临床医生阅读。我们奢望本书不但授人以鱼,而且能够授人以渔,成为许多基层医生、住院医生和非心脏专科医生为心血管病患者开处方时的“模板”,在此基础上举一反三、因人而变、辨证施治、酌情加减,为每一位患者制订出最适合其病情的个体化的诊治策略。

由于作者水平有限,书中必有错漏之处。祈望同道们不吝指正,以便日后修订完善。

施仲伟

2007年6月

本书常用缩略语

am	上午
bid	每天 2 次
ih	皮下注射
im	肌内注射
iv	静脉注射
ivgtt	静脉滴注
po	口服
prn	按情酌定
q4h	每 4 小时 1 次
q6h	每 6 小时 1 次
q8h	每 8 小时 1 次
q12h	每 12 小时 1 次
qd	每天 1 次
qh	每小时 1 次
qid	每天 4 次
qod	隔天 1 次
st	即刻
tid	每天 3 次

目 录

心力衰竭.....	1
急性心力衰竭	1
慢性心力衰竭	7
心律失常	16
窦性心动过速	16
窦性心动过缓	17
房性期前收缩	19
室性期前收缩	21
房性心动过速	23
心房扑动与心房颤动	24
室上性心动过速	30
室性心动过速	32
房室传导阻滞	35
高血压	37
高血压病	37
高血压急症	46
高血压次急症	48
血脂异常	50
冠心病	58
ST 段抬高急性心肌梗死	58
非 ST 段抬高型急性心肌梗死	68
不稳定型心绞痛	69

变异型心绞痛	74
慢性稳定型心绞痛	77
冠心病患者的二级预防	83
心肌病	87
扩张型心肌病	87
肥厚型心肌病	90
病毒性心肌炎	94
心脏瓣膜病	99
二尖瓣狭窄	99
二尖瓣关闭不全	102
二尖瓣脱垂综合征	105
主动脉瓣狭窄	107
主动脉瓣关闭不全	110
感染性心内膜炎	113
心包疾病	121
急性心包炎	121
特殊类型心包炎	124
肺源性心脏病	129
急性肺源性心脏病	129
慢性肺源性心脏病	132
高原心脏病	141
肺动脉高压	144
主动脉夹层	148
多发性大动脉炎	152
梅毒性心血管病	155
下肢动脉疾病	158
附录 心脏内科常用检验参考值	162

心力衰竭

心力衰竭是由于任何原因所造成的初始心肌损伤(如心肌梗死、血流动力学负荷过重、炎症等),引起心肌结构和功能的变化,最后导致心室射血和(或)充盈能力低下的一种临床综合征。心力衰竭是各种心脏疾病的终末阶段,心脏受损的部位、程度、功能、病因等不尽相同,故可将心力衰竭分为急性心力衰竭和慢性心力衰竭;左心、右心及全心心力衰竭;收缩功能障碍(收缩性)、舒张功能障碍(舒张性)或混合型心力衰竭;低动力型和高动力型心力衰竭;前向性和后向性心力衰竭;以及有症状和无症状性心力衰竭等多种类型,其中以慢性收缩性心力衰竭最为常见。急性心力衰竭可以迁延为慢性心力衰竭,慢性心力衰竭也可有急性发作。本部分主要介绍急性心力衰竭及慢性收缩性心力衰竭。

急性心力衰竭

急性心力衰竭是指由于心功能异常导致症状和体征急性发作的临床综合征。它可以发生于有心脏病的患者,也可以发生于既往无明确基础心脏病的患者。心功能不全与心室收缩或舒张功能的异常、心律失常,或心脏前、后负荷不匹配有关。急性心力衰竭起病突然,进展迅速,需紧急进行抢救与治疗。

一、诊断要点

(一) 症状

起病突然,常有呼吸道感染、过度劳累、情绪激动、大便秘用力、血压突然升高等诱发因素。患者表现为突发的严重呼吸困难,如平卧位时被迫坐起,熟睡中被憋醒,可伴有窒息感和大汗淋漓、心跳加快,并可从口腔或鼻腔中涌出大量粉红色或白色泡沫痰。

(二) 体征

有特征性,包括心、肺两个方面。除原有心脏体征外,心脏听诊可闻及心动过速、奔马律及心律不齐;肺部听诊可闻及细湿啰音、中或大水泡音,甚至两肺布满啰音。患者有明显呼吸困难、端坐呼吸、大汗淋漓、紫绀。严重患者可出现神志障碍、皮肤湿冷、血压下降等心源性休克的表现。

(三) 辅助检查

1. 心电图 常有心动过速、低电压、心律失常等,但缺乏特异性。

2. 胸片 可见肺淤血、心脏扩大等征象。

3. 生化检查 血浆脑利钠肽(BNP 或 NT-pro-BNP)常明显升高,除协助诊断心力衰竭外,还有助于和其他原因引起的呼吸困难(如肺源性)鉴别以及判断预后。脑利钠肽的检测简便,可在床边进行,国外已在急诊室广泛应用。

4. 超声心动图 是目前评价心脏结构和功能的基本工具,可帮助了解心脏各腔室的大小、局部及整体的室壁运动、瓣膜的结构和功能、肺动脉压力和心排血量。

5. 其他检查 有条件及需要时可行冠状动脉造影或右心导管检查等。

二、治疗原则

急性心力衰竭的治疗目的是尽快改善症状并稳定血流动力学状态,主要措施是增加心排血量以及降低肺毛细血管楔嵌压和右心房压。如用药得当,可以在较短时间内迅速缓解病情。在药物治疗的同时,须进行严密的临床监测,无创性监测的内容包括体温、心率、心律、呼吸、血压、心电图、尿量及部分生化指标;需要时酌情进行有创性监测,包括测定中心静脉压、用肺动脉导管测量肺动脉压力、肺动脉和毛细血管楔嵌压及右心房压等。

许多患者的急性心力衰竭发作有诱发因素,应尽可能去除或避免这些因素,如积极控制感染、控制血糖、纠正心律失常及贫血等,还应注意积极治疗基础疾病如高血压、心脏瓣膜病或甲状腺疾病。

三、治疗策略

(一) 急性心力衰竭发作时

1. 吸氧(酒精)、半卧位,监测体温、脉搏、呼吸和血压,记录尿量

Rp① 呋塞米注射液(速尿)20 mg × 2 支

Sig. 40 mg, iv, st

5% 葡萄糖注射液 20 ml

去乙酰毛花苷注射液 0.4 mg

} iv, st(慢)

吗啡注射剂 5 mg × 1 支

Sig. 5 mg, ih, st

Rp② 呋塞米注射剂(速尿)20 mg × 3 支

Sig. 60 mg, iv, st

5% 葡萄糖注射液 20 ml
去乙酰毛花苷注射液 0.4 mg } iv, st(慢)

吗啡注射剂 5 mg × 1 支

Sig. 5 mg, ih, st

5% 葡萄糖注射液 40 ml
硝酸异山梨酯注射液 } ivgtt(输液泵维持 8 h)
(异舒吉) 20 mg

5% 葡萄糖注射液 40 ml
米力农注射剂 10 mg } ivgtt(输液泵维持 8 h)

2. 如肺部有明显哮鸣音, 除以上措施外加用

Rp① 5% 葡萄糖注射液 40 ml
氨茶碱注射剂 0.25 g } iv(慢)

Rp② 5% 葡萄糖注射液 40 ml
二羟丙茶碱注射剂(喘定) 0.25 g } iv(慢)

3. 如血压极度升高或有高血压危象时可用

Rp 5% 葡萄糖注射液 40 ml
硝普钠注射剂 50 ~ 100 mg } ivgtt(输液泵维持 8 h)

4. 如伴有肾功能障碍或利尿剂抵抗应采用

Rp① 呋塞米注射剂 20 mg × 4 ~ 5 支

Sig. 80 ~ 100 mg, iv, st

Rp② 5% 葡萄糖注射液 40 ml
呋塞米注射剂 100 ~ 200 mg } ivgtt

Rp③ 5% 葡萄糖注射液 40 ml
多巴胺注射剂 60 ~ 80 mg } ivgtt(输液泵维持 8 h)

呋塞米注射剂 20 mg × 2 支

Sig. 40 mg, iv, st(多巴胺滴注结束后)

如有条件, 也可考虑超滤治疗。

5. 如伴有感染时除上述措施外应加用抗生素

Rp① 5% 葡萄糖注射液 250 ml
青霉素钠注射剂 640 万U } ivgtt, qd (青霉素皮试)

Rp② 5% 葡萄糖注射液 20 ml
头孢曲松注射剂(罗氏芬)2.0 g } iv, qd

Rp③ 5% 葡萄糖注射液 250 ml
头孢拉定注射剂 4.0 g } ivgtt, qd

6. 如出现呼吸衰竭,除上述措施外应

Rp 正压吸氧或气管插管,及时吸痰

监测血气分析

5% 葡萄糖注射液 20 ml
盐酸氨溴索注射剂(沐舒坦)30 ~ 90 mg } iv, bid

5% 葡萄糖注射液 500 ml
尼可刹米注射剂 0.375 g ×
5 ~ 10 支 } ivgtt (酌情调整滴速)
洛贝林注射剂 3 mg × 3 ~ 8 支 }

7. 如条件允许且上述常规治疗效果又不满意时,可考

虑

Rp 5% 葡萄糖注射液 250 ~ 500 ml
重组人脑利钠肽 0.5 mg ×
2 支 } 先 iv, 向后 ivgtt
(酌情调整滴速)

8. 如为急性心肌梗死所致急性心力衰竭,还可加用心肌能量药物

Rp 5% 葡萄糖注射液 50 ~ 100 ml
磷酸肌酸注射剂(护心通)5.0 g } ivgtt, qd, 用 7 d

(二) 急性心力衰竭缓解后

急性心力衰竭缓解后,治疗处方可参见慢性心力衰竭。

四、诊治说明

1. 利尿剂中呋塞米(速尿)起效迅速,但大剂量使用时应注意电解质紊乱和对肾功能的影响。对肾功能障碍和利尿剂抵抗的患者,利尿剂的剂量需大,也可重复使用。

2. 急性心力衰竭伴室性心动过速或疑为洋地黄中毒所致的心力衰竭加重时暂时不能应用洋地黄。去乙酰毛花苷首剂给药后若心率减慢不明显,可酌情重复使用减半剂量。

3. 硝酸酯类药物应用时应注意有无低血压及其他禁忌证(如青光眼),对有心绞痛或确诊的冠心病患者应作为首选。

4. 有糖尿病的患者,输液时应采用盐水或在葡萄糖补液中加入适量胰岛素;对平时口服降糖药物的患者,在应激情况下应暂时改为注射胰岛素。

5. 有明显呼吸抑制征象的患者不宜应用吗啡。

6. 对合并有感染的患者,应根据患者具体情况(如是否有某种抗生素过敏的病史,是否合并肝、肾功能损害),以及痰培养、血培养药物敏感试验的结果选用抗生素。

7. 重组人脑利钠肽也称奈西立肽或新活素,适用于治疗急性失代偿性心力衰竭,能显著改善血流动力学参数、缓解呼吸困难症状。但最近有报道称其可能损害肾功能甚至增高死亡率,故应严格掌握适应证。其用法为:先予负荷量 $0.15 \mu\text{g}/\text{kg}$,静脉注射;继以每分钟 $0.0075 \sim 0.015 \mu\text{g}/\text{kg}$,静脉滴注 24 h。

慢性心力衰竭

慢性心力衰竭常常起病隐匿、缓慢而渐进,早期可以没有明显症状,仅在体格检查或因其他疾病就诊时被发现。慢性心力衰竭患者中以慢性收缩性心力衰竭居多,但也有相当一部分为舒张性心力衰竭或混合性心力衰竭。本部分中的处方主要适用于有症状的慢性收缩性心力衰竭患者。舒张性心力衰竭近年来倍受关注,但目前尚无统一的诊断标准和治疗方案。收缩和舒张功能同时受损的心力衰竭,在治疗上也相当困难。

临床上目前通常采用美国纽约心脏病协会的心功能分级方法。近年来美国心脏病学院和心脏协会(ACC/AHA)的新版《心力衰竭指南》,根据疾病的发生和发展过程(从有心力衰竭高危因素、有器质性心脏病、出现心力衰竭症状到难治性心力衰竭),将心力衰竭分成A、B、C、D四个阶段,强调在各阶段都需要积极的干预和治疗。

一、诊断要点

(一) 症状

慢性心力衰竭可分为左心衰竭、右心衰竭及全心衰竭,其临床表现也有很大区别。左心衰竭的症状主要是由肺淤血所致,表现为:①呼吸困难和胸闷。开始可能为劳累性呼吸困难,休息后好转或夜间需要高枕卧位;以后逐渐发展至夜间阵发性呼吸困难,甚至心源性哮喘。②咳嗽、咳痰及咯血。③心排血量减低的表现,如乏力、苍白、消瘦。④其他表现如心悸(可能与心律失常有关)以及原发疾病的表现

(如胸痛等)。

右心衰竭主要是由于体循环淤血所致,如胃肠道淤血表现为恶心、呕吐、饱胀和食欲减退,门静脉淤血表现为肝肿大和压痛,肾脏淤血表现为少尿,全身表现如水肿、胸腔积液和腹水等。

全心衰竭时兼有左心和右心功能不全的表现。但在有些患者,左心衰竭引起右心衰竭之后,气急的症状可暂时有所减轻。全心衰竭的晚期可表现为心源性肝硬化、心源性恶病质等。

(二) 体征

左心衰竭的主要体征有肺部啰音、心脏扩大、心率加快,可有奔马律,另外还可有原发疾病的体征如心脏杂音,也可有紫绀、冷汗、胸腔积液等。

右心衰竭的主要体征为颈静脉怒张、肝颈反流征阳性、水肿、肝肿大且有压痛,晚期发生心源性肝硬化时可出现黄疸、脾肿大和腹水等。

全心衰竭时除以上两类体征并存外,患者可有明显的消瘦、贫血、反应迟钝等心源性恶病质的表现。

(三) 辅助检查

1. 心电图 大部分患者的心电图有异常表现,如窦性心动过速、低电压、左心室和(或)右心室肥大、心肌缺血、各种心律失常,但缺乏特异性。

2. X线胸片 可显示心脏扩大和肺淤血的征象,还可有肺部感染、胸腔积液等表现。其中尤其是肺淤血对诊断心力衰竭有一定帮助。

3. 超声心动图 是辅助诊断慢性心力衰竭最常用和最基本的工具,可以测量心脏各腔室的大小、室壁运动、收