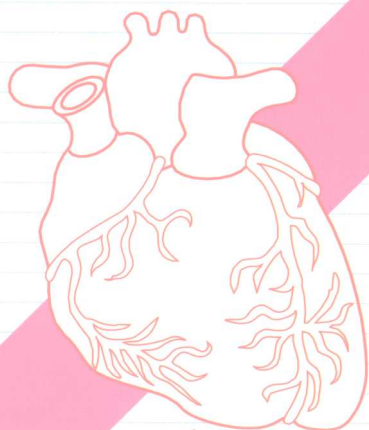


临床医师案头锦囊丛书

心血管疾病 诊疗要点手册

XINXUEGUAN JIBING

ZHENLIAO YAODIAN SHOUC



主 编/李 方 贾 玲



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



临床医师案头锦囊丛书

心血管疾病诊疗要点手册

XINXUEGUAN JIBING ZHENLIAO YAODIAN SHOUC

主 编 李 方 贾 玲

副主编 赵 阳 刘 新 王永霞 冯国旗

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

心血管疾病诊疗要点手册/李 方,贾 玲主编. —北京:人民军医出版社,
2007.11

(临床医师案头锦囊丛书)

ISBN 978-7-5091-1312-7

I. 心… II. ①李…②贾… III. 心脏血管疾病—诊疗—手册 IV. R54-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 160252 号

策划编辑:张怡泓 文字编辑:黄栩兵 责任审读:余满松

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8026

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:19.5 字数:375 千字

版、印次:2007 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3500

定价:45.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换



内 容 提 要 SUMMARY

作者从临床实用、方便出发,简要介绍了心血管疾病的症状学,重点介绍了心力衰竭、心源性休克、心律失常、心脏性猝死、心脏瓣膜病、冠心病、先天性心血管疾病、高血压、感染性心内膜炎、心包疾病、心肌疾病、周围血管病等各种具体病症的定义、发病机制、分类或分期、病理生理、临床表现、辅助检查、诊断与鉴别诊断,以及药物治疗与手术治疗的适应证、禁忌证等。本书内容简明,条理清楚,实用性、指导性强,适合心血管疾病专科医师、基层全科医师阅读参考。



目 录 CONTENTS

第 1 章	症状学	(1)
第 2 章	心力衰竭	(29)
第 3 章	心源性休克	(68)
第 4 章	心律失常	(71)
第 5 章	心脏性猝死	(148)
第 6 章	心脏瓣膜病	(152)
第 7 章	冠心病	(171)
第 8 章	先天性心血管疾病	(211)
第 9 章	高血压	(229)
第 10 章	感染性心内膜炎	(267)
第 11 章	心包疾病	(275)
第 12 章	心肌疾病	(282)
第 13 章	周围血管病	(299)
第 14 章	心血管神经官能症	(302)
第 15 章	肺动脉栓塞性疾病	(304)



第1章 症状学

1. 心血管疾病常见症状 主要有胸痛、心悸、呼吸困难、晕厥、发绀、水肿、咳嗽、咯血、眩晕、意识障碍等。

2. 胸痛的发病机制 各种化学因素或物理因素刺激肋间神经的感觉纤维,刺激支配心脏及胸段主动脉的感觉纤维、膈神经感觉纤维,刺激支气管、气管、食管的迷走神经纤维等,而引起胸痛。

3. 胸痛常见病因 常见病因归纳如下:①心脏疾病胸痛;②浆膜性胸痛;③食管疾病胸痛;④神经疾病胸痛;⑤胸壁疾病胸痛;⑥精神性胸痛。

4. 心脏性胸痛的疾病及特点

(1)心绞痛:常见病因是冠状动脉硬化性心脏病(简称冠心病)、主动脉瓣狭窄和(或)关闭不全、肥厚型心肌病等。其主要机制是心肌发生缺氧缺血时心肌无氧代谢产物刺激心肌内感觉器传至第1~5胸神经的脊神经节,由此引起疼痛。部位在胸骨后或心前区,可放射到左肩,左前臂内侧、咽部、口腔。为钝痛性质。

(2)急性心肌梗死:系冠状动脉闭塞致心肌持久性缺血而发生坏死。胸痛较心绞痛剧烈,持续时间长,超过30min,含化硝酸甘油不能缓解,心电图及心肌酶学的演变规律有助于确诊。

(3)心肌病:常为钝痛,持续性痛,比心绞痛程度轻。

(4)二尖瓣脱垂:系二尖瓣瓣叶过长,心室收缩时瓣叶入左心房引起二尖瓣关闭不全。常为胸部闷痛,与体力无关,伴有心悸、头晕、乏力,有时在胸骨左缘可闻及喀喇音,借助超声心动图可以确诊。

5. 浆膜性胸痛的疾病及特点

(1)心包炎:心包炎所致胸痛是由于炎症累及心包膜壁层下部或胸膜,呈锐痛或闷痛,在心前区部位,可放射至肩顶及颈咽部,可随呼吸、咳嗽、体位改变而加重。

(2)肺栓塞:系体循环或右心内血栓脱落进入肺循环,堵塞肺动脉或其分支,引起肺组织缺血、缺氧。大块肺栓塞引起急性肺动脉高压,发生剧烈胸痛,酷似急性心肌梗死的典型胸痛,小块肺栓塞多位于肺边缘,刺激胸膜引起胸膜性胸痛。

(3)肺与胸膜疾病:肺部炎症或肿瘤累及胸膜壁层时才会出现胸膜性胸痛,疼痛较局限,以腋前、腋中线处最明显,为单侧,刀割样锐痛,吸气时加重,可以闻及胸





膜摩擦音。

(4)纵隔气肿:常为食管穿孔所致。为胸骨后剧烈锐痛,可向肩部放射,伴有呼吸困难,发绀,颈部及前胸皮下气肿,X线提示纵隔增宽。

(5)主动脉夹层:系主动脉中层囊性坏死,动脉内血液经撕裂的内膜进入动脉的中层与外层之间形成血肿,它可以刺激血管外膜引起剧烈胸痛,在胸骨后,呈撕裂样痛,心电图无心肌梗死图形,心肌酶正常,可通过超声心动图、CT、MRI确诊。

6. 食管性胸痛的疾病及特点 上消化道疾病,特别是食管疾病,如反流性食管炎、食管痉挛、食管癌以及胃与胆囊、胰腺疾病均可引起胸痛,它的特点是胸痛常伴有消化道症状如食物反流,吞咽时发作,常为烧灼感,多位于上腹部或胸骨后,平卧后、摄入刺激性食物后加重,治疗胃病药物有效。

7. 神经疾病胸痛的特点 见于颈、胸椎骨质增生和椎间盘突出、胸脊髓外肿瘤压迫神经后根、带状疱疹、肋间神经痛等。呈烧灼样,闪电样胸痛,沿肋间神经走行分布。

8. 胸壁疾病胸痛的特点 见于胸大肌、肋间肌劳损、痉挛、常有局部压痛点。肋软骨炎,肋骨骨折等引起的胸痛,常局限某部位,有局部压痛点,随呼吸或身体活动加重,有相应病史。

9. 精神性胸痛的特点 胸痛呈多样性,易变,常在心尖部或左胸部痛,呈锐痛或针刺样痛,持续时间短暂或呈持续性隐痛,常呈点状或线条状分布,常伴有心悸、头晕、喜长出气等神经衰弱症状。但必须排除器质性疾病后方可确诊。

10. 询问胸痛病史的方法

(1)胸痛起病缓急,严重的程度,疼痛的部位,性质,有无放射痛。

(2)胸痛与呼吸、咳嗽、吞咽,体力活动,情绪激动有无关系。

(3)有无诱发因素或加重因素。

(4)有无伴随症状:发热、咳嗽、咯血、咳痰、心悸、恶心、呕吐、强迫体位。

(5)有无缓解因素,如休息、硝酸甘油含服、抗酸药应用,特定体位等。

(6)既往有无类似病史,如何进行治疗的。

(7)有无循环、呼吸、消化系统疾病史。

11. 胸痛患者体格检查内容

(1)呼吸:有无呼吸困难,发绀等一般状况。

(2)颈部:注意有无颈静脉怒张,气管移位。

(3)胸部:有无胸壁异常如局部压痛点,皮疹。

(4)呼吸系统:有无气胸、胸膜摩擦音,肺实变体征。

(5)循环系统:心脏大小、心率、心律,有无杂音与附加音,心包摩擦音。

(6)脊柱:有无畸形、压痛,叩击痛。

12. 查明胸痛病因的辅助检查





- (1)心电图、心肌酶谱检查。
- (2)胸部 X 线检查。
- (3)拟诊主动脉夹层者可做超声心动图检查,胸部 CT、磁共振检查。
- (4)拟诊肺栓塞者可做放射性核素肺扫描。
- (5)脊柱病变可做脊柱 X 线检查或磁共振检查。
- (6)消化道疾病可做食管造影,胃镜、食管压力测定。

13. 胸痛部位分类

- (1)胸壁的炎症性病变,局部可有红、肿、痛、热表现。
- (2)带状疱疹是成簇的水疱沿一侧肋间神经分布伴神经痛,疱疹不超过体表中线。
- (3)非化脓性肋骨软骨炎多侵犯第一、二肋软骨,呈单个或多个隆起,有疼痛但局部皮肤无红、肿表现。

- (4)食管及纵隔病变,胸痛多在胸骨后。
- (5)心绞痛及心肌梗死的疼痛多在心前区及胸骨后剑突下。
- (6)自发性气胸、胸膜炎及肺梗死多位于患者的腋前线及腋中线附近。

14. 胸痛性质分类

- (1)带状疱疹呈刀割样痛或灼痛。
- (2)食管炎多为烧灼痛。
- (3)心绞痛多呈绞窄性并有窒息感。
- (4)心肌梗死胸痛剧烈,持久,压榨性,有濒死感,常伴有放射疼,如左肩、左臂内侧、后背部。
- (5)干性胸膜炎常呈尖锐性刺痛或撕裂痛。
- (6)肺癌常有胸部闷痛。
- (7)肺梗死则表现突然的剧烈刺痛,绞痛,并伴有呼吸困难与发绀。

15. 胸痛诱因鉴别方法 劳累、过强体力活动、精神紧张,可诱发心绞痛发作,应用硝酸甘油等,可使心绞痛缓解而心肌梗死则无效。胸膜炎及心包炎的胸痛则因大力呼吸及咳嗽而加剧。反流性食管炎的胸骨后烧灼痛,在服用抗酸药和促动力药物可减轻或消失。

16. 根据伴随症状鉴别胸痛的方法

- (1)胸痛伴吞咽困难提示食管疾病,如反流性食管炎。
- (2)胸痛伴有咳嗽或咯血者提示为肺部疾病,可能为肺炎、肺结核或肺癌。
- (3)胸痛伴呼吸困难提示肺部较大面积病变,如大叶性肺炎或自发性气胸,渗出性胸膜炎。

17. 心悸的定义 心悸是指病人对心跳的一种不适感,自觉心慌,心跳,多伴有心前区不适感,很多人把心悸和心脏病联系在一起,事实上心悸本身的临床意义并





不大,它不能完全与心脏病等同,它可以是神经、精神障碍的表现。

18. 心悸的发生机制 目前尚不十分清楚,一般认为与心动过速,每搏量大和心律失常有关。健康人在一般情况下不会感觉到心脏的规律性跳动,只有在重体力劳动、情绪激动时才会感到心悸。心悸的发生也与各人感觉不同而有差异。神经过敏的人对轻度的心律失常,或心动过速就会感到心悸,但有些严重心脏病者如慢性心房颤动可因逐渐适应而无明显不适。

19. 心悸的病因 根据临床表现心悸见于心脏搏动增强、心律失常和心脏神经官能症三种。

20. 心脏搏动增强所致心悸 心脏收缩力增强引起的心悸,可分为生理性和病理性。

(1)生理性:由于健康人过度体力劳动或情绪激动、紧张,大量饮酒、浓茶或咖啡,应用某些药物如麻黄碱、肾上腺素、阿托品、甲状腺素等。

(2)病理性

①心脏疾病:由于心脏本身病变导致心肌肥厚,心肌收缩增强,心排血量增加的情况而引起心悸,如高血压病、心肌病;风湿性心脏病主动脉瓣关闭不全,二尖瓣关闭不全;先天性心脏病室间隔缺损,动脉导管未闭等。

②心排血量增加:临床上常见于:a. 甲状腺功能亢进,因基础代谢率增加,交感神经兴奋性增强,心率加快,心排血量增加;b. 贫血,以急性失血时心悸为明显,因贫血时血液携氧量减少,组织缺氧,机体通过增加心率,提高排血量来代偿;c. 高热时基础代谢增高,心率加快;d. 嗜铬细胞瘤发作时,血中儿茶酚胺增加,心率加快引起心悸。

21. 心律失常所致心悸的表现

(1)心动过速:窦性心动过速,快速心房纤颤,心房扑动,室上性心动过速,室性心动过速。因心率加快,心室舒张期缩短,充盈不足引起心室在收缩期紧张度增高,心搏增强而致心悸。

(2)心动过缓:窦性心动过缓,房室传导阻滞,房室交界性心律,病态窦房结综合征等。由于心率慢,心室充盈度增加,舒张期延长,每搏量增加,心搏增强引起心悸。

(3)心律失常:房性或室性期前收缩,心房颤动,由于心脏搏动不规则或有一段间歇而感到心悸。

22. 心脏神经官能症所致心悸的表现 由于自主神经功能失调导致心脏血管功能紊乱,心率增加,心搏增快引起心悸,临床多见于神经循环无力症, β 受体高敏(β -肾上腺素能受体反应亢进综合征),更年期综合征,神经衰弱者。本病多发生于青、中年,女性多见。除心悸外,常伴有头晕、失眠、无力,注意力不集中等神经衰弱症状。





23. 询问心悸病史的注意的事项

(1) 询问心悸发生的缓急,病程的长短,是阵发性还是持续性,发作和终止是突然还是徐缓,突然发作与消失的心悸可能是心动过速所致。

(2) 心悸时患者是否有突然冲击感或停顿感,可能是期前收缩所致。

(3) 心悸伴有呼吸困难,不能平卧,尿少,水肿等,可能是心功能不全所致。

(4) 心悸是否与劳累,情绪波动,失眠有关,有无头晕,头痛,健忘,乏力等神经衰弱症状。

(5) 有无心脏病,高血压病,甲亢等病史。

(6) 有无服药史,如麻黄碱,阿托品,肾上腺皮质激素等。

24. 心悸患者体格检查的方法

(1) 心脏体征:心界是否扩大,有无病理性杂音,心率、心律情况。

(2) 测血压注意脉压。

(3) 注意甲状腺有无肿大,有无震颤与血管杂音。

(4) 有无贫血体征。

25. 心悸患者实验室检查

(1) 血常规,了解有无贫血、感染。

(2) 心电图、动态心电图,必要时做电生理检查,了解心悸是否系心律失常所致。

(3) 超声心动图,了解有无心脏病变。

(4) 怀疑甲状腺功能亢进应检查 T_3 、 T_4 、TSH 等。

(5) 怀疑嗜铬细胞瘤应查尿 V. M. A,血儿茶酚胺。腹部 B 超了解肾、肾上腺。

(6) 电解质:血清钾、钠、氯、镁。

26. 根据心悸时心率、心律了解心悸病因

(1) 心悸伴随心率快而规整:常见于阵发性室上速、室性心动过速、心房扑动、窦性心动过速。

(2) 心悸伴心率慢而规整:常见于窦性心动过缓、三度房室传导阻滞、病态窦房结综合征、室性自主心律等。

(3) 心悸伴心律不整齐:常见于窦性节律伴期前收缩,窦性静止,窦房传导阻滞、交界性逸搏、二度 I 型房室传导阻滞、不规则心房扑动、心房纤颤等。

27. 根据心悸伴随症状了解心悸病因

(1) 心悸伴昏厥、抽搐。可见于高度房室传导阻滞、心室纤颤或阵发性心动过速、病态窦房结综合征。

(2) 心悸伴心前区疼痛,可见于冠状动脉硬化性心脏病(如心绞痛、心肌梗死)、心肌炎、心包炎、心脏神经官能症。

(3) 心悸伴呼吸困难、不能平卧见于心力衰竭。





(4)心悸伴消瘦出汗,常见于甲状腺功能亢进、低血糖、嗜铬细胞瘤。

(5)心悸伴贫血,可见于各种原因引起的急性失血,此时常有虚汗、脉搏微弱、血压下降或休克,慢性贫血则心悸多在劳累后较明显。

28. 呼吸困难的定义 呼吸困难是指患者感到空气不足,客观上表现为呼吸费力,严重时出现鼻翼扇动、张口呼吸、发绀、辅助呼吸肌也参与活动,并可有呼吸频率、深度、节律的异常。

29. 呼吸系统的主要功能 呼吸系统的主要功能是通过正常通气和换气将空气中的氧输送到血液,并将组织代谢所产生的二氧化碳排出体外,以维持细胞的正常代谢和酸碱平衡的稳定。呼吸具有节律性,是通过中枢神经和神经反射等进行调节,同时也受化学体液因素的支配和调节。呼吸反射有肺牵张反射,还有颈动脉窦和主动脉化学感受器的呼吸反射,它们对缺氧敏感,二氧化碳升高到一定程度或pH值下降均可引起反应。

30. 端坐呼吸、哮喘、夜间阵发性呼吸困难的定义

(1)因呼吸困难而被迫采取坐位称为端坐呼吸。

(2)因呼吸困难而伴有响声者称为哮喘或喘息。

(3)因呼吸困难在夜间睡着后被憋醒,醒后坐起或下床活动后症状减轻又可入睡,称为夜间阵发性呼吸困难。

31. 呼吸困难常见病因

(1)肺源性呼吸困难。

(2)心源性呼吸困难。

(3)中毒性呼吸困难。

(4)神经性呼吸困难。

(5)精神性呼吸困难。

(6)血源性呼吸困难。

32. 常见肺源性呼吸困难的疾病及特点

(1)上呼吸道疾病:常见于喉头水肿、喉及气管异物、咽后壁脓肿、喉癌等。

(2)气管及大支气管病变:常见于肿瘤、甲状腺肿大、主动脉瘤压迫、支气管炎、哮喘。

(3)肺部病变:常见于肺炎、肺不张、肺气肿、弥漫性肺纤维化、ARDS、肺水肿。

(4)胸膜病变:见于气胸,大量胸腔积液、严重胸膜肥厚。

(5)纵隔病变:常见于肿瘤和纵隔气肿。

(6)胸廓病变:见于肋骨骨折、呼吸肌麻痹、膈疝、重症肌无力、硬化症、周围性麻痹。

33. 肺源性呼吸困难的类型

(1)吸气性呼吸困难:特点是吸气显著困难、严重时,由于呼吸肌极度用力、胸





腔负压增大、吸气时胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷，称“三凹征”。伴有干咳和吸气性哮喘。常见于各种原因引起的喉、气管、大支气管的狭窄与梗阻。

(2)呼气性呼吸困难：特点是呼气显著困难、时间延长，常伴有哮鸣音，这主要是由于肺组织弹性减弱及小支气管痉挛性狭窄所致。常见于肺气肿、支气管哮喘、喘息性支气管炎。

(3)混合性呼吸困难：特点是呼气、吸气均费力，呼吸频率增快，其原因由于肺部病变广泛、呼吸面积减少、影响换气功能所致。可见于重症肺炎、肺纤维化、大块肺不张、大量胸腔积液和自发性气胸等。

34. 心源性呼吸困难的病因和发生机制

(1)心源性呼吸困难系循环系统疾病引起的。常见有高血压心脏病、风湿性心脏病、扩张型心肌病、冠心病、心肌炎、心包积液等。也见于内分泌代谢疾病引起的心脏病变如甲状腺功能亢进性心脏病、甲状腺功能减退性心脏病、糖尿病性心脏病和尿毒症性心脏病。这些疾病引起左、右心功能不全时产生呼吸困难，左心功能不全的呼吸困难重于右心功能不全。

(2)左心功能不全时呼吸困难的主要原因是肺淤血和肺泡弹性降低。发病机制是：

- ①肺淤血，使气体弥散功能降低。
- ②肺泡张力增高，刺激牵张感受器，通过迷走神经反射兴奋呼吸中枢。
- ③肺泡弹性减退，其扩张与收缩能力降低，肺活量减少。
- ④肺循环压力升高对呼吸中枢的反射性刺激。

(3)右心功能不全时呼吸困难的主要原因为体循环淤血，其发生机制是：

- ①右心房与上腔静脉压升高，刺激压力感受器反射性地兴奋呼吸中枢。
- ②血氧含量减少，以及乳酸、丙酮酸等酸性代谢产物增多，刺激呼吸中枢。
- ③淤血性肝肿大，腹水和胸水，使呼吸运动受限。

35. 左心功能不全出现端坐呼吸和阵发性夜间呼吸困难的发生机制

(1)夜间睡眠时迷走神经张力增高，使冠脉收缩，从而引起心肌供血不足。

(2)平卧位时，膈肌上升，致使肺活量减少。

(3)平卧位时，下半身静脉回心血量增多，致肺淤血加重，轻者夜间憋醒，重者呈端坐呼吸，伴有青紫、出汗、有哮鸣音、咯浆液性粉红色泡沫痰，两肺底有湿性啰音，心率加快，此种呼吸困难，又称“心源性哮喘”。

36. 与中毒性呼吸困难有关的疾病

(1)代谢性酸中毒(尿毒症、糖尿病酮症酸中毒)：酸性代谢产物刺激呼吸中枢，出现深而大的酸中毒大呼吸(Kussmaul's 呼吸)。

(2)急性感染，急性传染病时，由于发热及毒性产物的影响，刺激呼吸中枢，使呼吸加快。





(3)巴比妥类安眠药中毒、吗啡中毒,均可使呼吸中枢受抑制,呼吸浅而慢,也可呈潮式呼吸。

37. 神经性呼吸困难、精神性呼吸困难、血源性呼吸困难的常见疾病

(1)神经性呼吸困难:常见于脑水肿、脑疝、脑血管病、脑炎等。因颅压增高,呼吸中枢因血流减少或直接受压力的刺激,使呼吸变慢而深,并常伴有呼吸节律的异常。如双吸气、呼吸遏制等。

(2)精神性呼吸困难:自觉呼吸困难,但无客观表现,病人偶尔深吸气之后叹气样呼气,常伴有神经官能症的其他症状。

(3)血液源性呼吸困难:常见于重度贫血,高铁血红蛋白血症、红细胞增多症或一氧化碳中毒,因红细胞携氧量减少,血氧含量降低,致呼吸变快。

38. 呼吸困难病史询问

(1)询问起病急缓,既往有无类似发作史,与季节、体力活动的关系如何。

(2)了解有无咽痛、咳嗽、咳痰、咯血、发热、胸痛。

(3)有无心悸。

(4)有无腹痛,排便、排尿情况如何。

(5)既往有无心脏病、支气管哮喘、慢性肾炎、糖尿病病史。

39. 呼吸困难体格检查注意事项

(1)注意是哪种类型呼吸困难:吸气性、呼气性、混合性、中枢性。

(2)注意患者体位:端坐位、平卧位。

(3)颈静脉有无怒张。

(4)胸廓外形。

(5)呼吸的频率、节律、深度,有无三凹征现象。

(6)呼出的气体有无特殊的气味。

(7)有无发绀、杵状指、下肢水肿。

(8)有无心力衰竭体征与心脏病体征。

(9)有无肺部与胸腔病变体征。

(10)有无脱水征。

40. 呼吸困难辅助检查

(1)胸部X线检查,了解有无心脏、肺、胸腔病变。

(2)怀疑有心脏病者,可做心电图,超声心动图、心导管检查等。

(3)血气分析。

(4)肺功能、支气管镜检查。

(5)尿常规检查,看有无肾病、糖尿病。

(6)必要时做肾功能检查、血糖、二氧化碳结合力。

41. 呼吸困难的鉴别方法





(1)吸气性呼吸困难:病变为上呼吸道由各种原因引起的梗阻。在吸气时显著困难,可发生喉鸣,由于胸腔在吸气时负压增加,故可有三凹现象。见于喉水肿、白喉、气管异物。

(2)呼气性呼吸困难:病变在小支气管。由于水肿、狭窄或肺组织弹性减低,表现为呼气性困难,呼气相对延长,见于肺气肿及支气管哮喘。

(3)混合性呼吸困难:吸气呼气均感困难,见于大叶性肺炎或胸膜炎,肋骨骨折,胸痛而不敢呼吸时。

(4)中枢性呼吸困难:因中枢病变影响中枢,临床表现为呼吸节律改变或呼吸暂停。常见的中枢性呼吸衰竭有以下几种:

①Biot 呼吸:表现为均匀较深的过度呼吸后暂停,后再重复。见于大脑半球及间脑病变。

②Cheyne-Stokes 呼吸:表现为开始呼吸微弱后逐渐增强而达高峰,后又逐渐减弱而暂停。反复发生,见于大脑半球、间脑、中脑、脑桥病变。

③中枢型呼吸为快而深大呼吸,节律规则而持续。见于间脑、中脑下部及脑桥上部病变。

④双吸气样呼吸为吸气时间长,呈双吸气见于脑桥病变。

⑤延髓性呼吸为呼吸次数减少,呼吸深浅不匀,节律不整。为延髓损害所致。是呼吸中枢衰竭的晚期表现。

(5)精神性呼吸困难:常见于癔症,为浅而快的呼吸,因而过度排出 CO_2 而发生呼吸性碱中毒,血浆 Ca^{2+} 降低,肌肉抽搐。

42. 阻塞性呼吸困难与限制性呼吸困难的鉴别 阻塞性呼吸困难是指由于气道的梗阻引起的通气障碍,常见的疾病有喉部疾病、支气管炎、支气管哮喘等。限制性呼吸困难是指由于肺扩张受限,引起通气功能障碍,常见的疾病有肺间质疾病、肺水肿、气胸、胸腔积液,胸壁外伤等,主要鉴别如下表:

鉴别要点	阻塞性	限制性
呼吸方式	呼气延长,可稍快	浅而快
肺容量	增加	减少
通气功能	减少	正常,或稍减少
弥散功能	正常或降低	明显降低
顺应性	不降低	降低
气道阻力	增加	正常
PaCO_2	升高	降低
PaO_2	下降	下降
病因	气道梗阻	肺扩张受限





43. 支气管哮喘与心源性哮喘的鉴别 主要鉴别点如下表所示:

鉴别要点	支气管哮喘	心源性哮喘
病史	过敏史	心脏病史
发病年龄	幼年开始	中老年发病
与季节关系	有	无
发作时间	任何时间	多在夜间
症状	咳嗽,吐白黏痰	吐泡沫痰,有时为粉红色泡沫痰
体征	无水肿,哮鸣音广泛分布,肺气肿征,心脏正常	可有水肿,湿性啰音主要在肺底,无肺气肿征,心脏扩大,奔马律,心脏杂音
胸部 X 线	肺气肿,肺纹理少	心脏扩大,肺纹理呈蝴蝶状分布

44. 根据伴随症状鉴别呼吸困难病因的方法

(1)呼吸困难伴有哮鸣音,见于支气管哮喘、心源性哮喘,伴有局限性哮鸣音者,见于肿瘤压迫气管。

(2)呼吸困难伴一侧胸痛,见于大叶性肺炎、急性渗出性胸膜炎、肺梗死、自发性气胸、急性心肌梗死,并左心衰竭。

(3)呼吸困难伴发热,见于肺炎、肺脓肿、肺结核、胸膜炎、急性心包炎、咽后壁脓肿等。

(4)呼吸困难伴咳嗽、咳脓痰,见于慢性支气管炎、阻塞性肺气肿并发感染、肺脓肿等,伴大量泡沫样痰,见于急性左心衰竭和有机磷中毒。

(5)伴神志障碍,见于中枢神经系统病变、代谢性酸中毒、肺性脑病。

45. 晕厥的定义 晕厥是由于一时性广泛的脑组织缺血、缺氧,导致大脑皮质一过性功能障碍,引起突然的、可逆的、短暂的意识丧失的一种临床病征。在发生意识丧失前常伴有面色苍白、恶心、呕吐、头晕、出汗等自主神经功能紊乱现象。

46. 晕厥的发生机制 脑组织是高代谢的组织,在休息状态下,脑血流量占心排血量的 16% 左右,占人体总耗氧量的 20% 左右,而脑组织储存氧很少,约 10ml,所以脑细胞对缺氧的耐受力差,脑血流中断 10s 则储存的氧消耗殆尽,脑细胞电活动消失,脑血流中断 5min 脑组织中储存的能量即耗尽。临床上脑血液供应中断后几秒即可出现意识丧失,引起晕厥。

47. 晕厥脑血流量骤减的主要原因

(1)心排血量突然减少或心脏停搏。

(2)血压急骤下降,导致脑灌注压下降。

(3)脑血管广泛性闭塞。

48. 引起晕厥的原因 引起晕厥的原因很多,但总不外乎缺血和(或)缺氧所致。常见的原因有:①反射性晕厥;②心源性晕厥;③脑源性晕厥;④代谢性晕厥;⑤精神性晕厥。





49. 反射性晕厥的发生机制和常见类型 反射性晕厥在临床上最常见,约占各型晕厥总数的90%,大多数是通过血管迷走神经反射,导致心脏抑制和全身血管扩张,引起回心血量降低,心排血量降低,而致脑缺血、缺氧而发生晕厥,它们多系压力感受器反射弧传入通路上的功能障碍所致。临床上见于单纯性晕厥(血管减压性晕厥)、直立性低血压晕厥、颈动脉窦过敏性晕厥、咳嗽性晕厥、排尿性晕厥、吞咽性晕厥。

50. 血管减压性晕厥的特点 血管减压性晕厥又称血管迷走神经性晕厥,单纯性晕厥。多见于青春期体质较弱的女性,有家族晕厥史和发作诱因。该因多为情绪紧张、恐惧、疼痛、疲劳、站立过久、饥饿等。临床上常有短暂的前驱症状,继而出现意识丧失,血压下降、心率减慢,但迅速恢复知觉,常无严重后果。

51. 直立性低血压晕厥的特点 直立性低血压晕厥又称体位性低血压晕厥。常发生在由卧位或蹲位突然起立时,或持续站立时,其特点是血压急骤下降,随之意识丧失,一般无前驱症状,其发生机制可以分为以下几种类型:

(1)长时间站立,尤其在张力减低情况如慢性消耗性疾病,长期卧位者站立时,这类病人存在调节血压的压力感受器反射弧的生理障碍,使血液蓄积在下肢,回心血量减少,心排血量降低,而致一时性脑供血不足。

(2)低血容量致体位性低血压,见于使用大量利尿药者,消化道出血,肾上腺皮质功能低下者。

(3)药物作用或交感神经切除术后,服用胍乙啶、哌唑嗪及 α 受体阻滞药者。

(4)特发性体位性低血压,多发生中年以上病人,可能是自主神经功能障碍所致。

52. 颈动脉窦晕厥的特点 颈动脉窦晕厥系颈动脉窦反射过敏所致。晕厥多发生颈部突然转动,或衣领过紧时,或发生于颈动脉窦附近有淋巴结大或肿物,颈部外伤,甲状腺手术时,发作时常有心动过缓,血压下降等先兆。

53. 排尿性晕厥的特点 多发生在睡醒后起来排尿时或排尿后。发作前无前驱症状,或仅有短暂头晕、眼花、下肢乏力。晕倒后1~2min可自行苏醒。其发生机制为膀胱收缩引起迷走神经反射致心脏抑制,使心排量下降;卧位转为立位及排尿时腹压骤减,反射性引起周围血管扩张导致一过性脑供血不足。

54. 咳嗽性晕厥的特点 咳嗽性晕厥发生在剧烈咳嗽时,多见于慢性阻塞性肺部疾病,肺气肿患者,其机制可能是咳嗽时胸内压上升,阻碍静脉回流至心脏,使心排血量降低,或咳嗽时反射性引起颅压增高,影响脑血液循环致脑缺血。

55. 吞咽性晕厥的特点 吞咽性晕厥多发生于吞咽时,出现疼痛或吞咽困难,食管壁扩张激惹迷走神经引起心动过缓、传导阻滞等心律失常而引起晕厥,多见于食管肿瘤、食管憩室痉挛、咽喉或纵隔疾患者,发作与体位无关,无前驱症状。

56. 心源性晕厥的常见原因 由于心脏停搏、严重心律失常、心肌缺血、心脏排





血受阻等因素导致脑缺血而引起的晕厥,称心源性晕厥。此类晕厥多无明显前驱症状,晕厥的发生与体位无关,引起心源性晕厥的常见原因有:

(1)心律失常:常见有完全性房室传导阻滞、病态窦房结综合征、阵发性室上速或室性心动过速、心室扑动、心室颤动等。

(2)心脏搏出障碍:常见有急性心脏压塞、急性心肌梗死与心绞痛、左房黏液瘤、主动脉或颈动脉严重狭窄等。

57. 脑源性晕厥发生机制和特点 脑源性晕厥系指脑部血循环障碍或脑神经组织病变所致的晕厥,临床上常见于高血压脑病椎基底动脉供血不足、颈椎病、颅脑损伤后等。此类晕厥发作时伴有眩晕、无力、呕吐、视觉障碍等症状,或有神经系统器质性病变存在。

58. 代谢性晕厥和精神性晕厥的常见原因 由于血液成分异常导致脑缺氧产生的晕厥称为代谢性晕厥,临床见于低血糖、一氧化碳中毒、呼吸衰竭,二氧化碳潴留等。

由于精神因素所致晕厥称为精神性晕厥,临床上常见于癔症。

59. 询问晕厥病史的注意事项 应注意以下几点:

(1)发作的频度,持续时间的长短:一般来说,持续时间短,在数秒内者多见于心律失常、反射性晕厥;持续时间超过数分钟者多见于低血糖、癔症。

(2)发作的诱发因素:任何体位,尤其卧位时发作者多见于心源性晕厥、低血糖、癔症;由卧位转立位时发作晕厥多见于体位性低血压性晕厥;立位或坐位时发作,见于反射性晕厥如颈动脉窦过敏,咳嗽性、排尿性、血管迷走性晕厥;体力活动时发作见于左房黏液瘤,主动脉瓣狭窄,肥厚性心肌病;饥饿、空腹时发作见于低血糖;情绪波动发作见于单纯性晕厥、癔症。

(3)发作时的伴随症状:发作前有前驱症状如恶心、呕吐、头晕、耳鸣、眼发黑、出冷汗、面色苍白等,多见于低血糖、血管迷走性晕厥;发作时伴心悸,见于心律失常等心源性晕厥;发作伴抽搐,见于心室颤动,心脏停搏致阿-斯综合征。

(4)有无并发疾病:高血压、糖尿病、心脏病、癔症、癫痫等。

(5)晕厥发作后的症状:晕厥发作后意识模糊、无力、头痛见于血管迷走性晕厥。

60. 对晕厥患者体格检查的注意事项

(1)神志状态。

(2)血压、心率、心律有无改变。

(3)心脏大小,有无杂音或附加音。

(4)神经系统有无异常体征,注意瞳孔大小与对光反应,有无病理反射。

61. 晕厥的辅助检查

(1)怀疑心源性晕厥者,应做心电图、动态心电图、超声心动图检查,必要时可

