

冠心病防治

——急性心肌梗塞及其
并发症的预防治疗

(内部材料)

湖南省革命委员会卫生局翻印

一九七三年三月

说 明

为了进一步做好冠心病的防治工作，提高医务人员防治冠心病的业务水平，现将中国人民解放军总后勤部卫生部一九七二年十月二十五日印的《冠心病防治》一书翻印，供学习参考。

湖南省革命委员会卫生局

一九七三年三月十一日

目 录

1. 冠心病的临床诊断和一般治疗(提綱)
.....段春和 (1)
2. 心源性休克.....黄 宛 (31)
3. 急性心肌梗塞并发心律失常的預防
 和治疗.....黄大显 (43)
4. 急性左心衰竭的诊断与急救处理.....申佩瑯 (53)
5. 复苏术.....靳 冰 (62)
6. 急性心肌梗塞搶救及护理.....孙桂芳 (70)
7. 冠心病常識.....王思让 (77)

冠心病的临床诊断和一般治疗

(提 綱)

段 春 和

一、概述：

(一) 名称：冠状动脉粥样硬化性心脏病

缺血性心脏病

与高血压性心脏病的区别

高血压性心脏病：

(1) 高血压

(2) 左心肥大或左心衰竭

(二) 冠心病发生的基本过程：

脂肪代谢障碍→脂肪及纤维组织在动脉内膜下沉积

→冠状动脉狭窄或阻塞→心肌缺血

(三) 冠心病的临床表现 (表 1)

几个名词的解释 (表 2)

二、冠心病的诊断 (心绞痛部分)：

(一) 心绞痛的诊断：

冠心病诊断标准 (表 3)

1. 心绞痛症状诊断：

心绞痛症状判断要点 (表 4)

心绞痛症状的鉴别诊断 (表 5)

2. 心绞痛心电图诊断:

休息心电图和心脏负荷试验

运动试验的适应症和禁忌症 (表 6)

运动试验判断标准 (表 7)

两种ST段下降形式的区别 (表 8)

缺血型ST段下降的临床意义 (表 9)

QX/QT比例及“J”点 (图 1)

T波的正常形状 (表 10)

(二) 引起心肌缺血的其他疾患 (表 11)

三、冠心病的治疗 (心绞痛部分):

(一) 冠心病的发病原理:

冠心病的发病因素 (表 12)

心肌缺血的发生原理 (表 13)

(二) 心绞痛的防治途径 (图 2)

(三) 心绞痛发作时的治疗:

1. 立即休息, 停止原来活动。

2. 使用速效、短效的硝酸盐化合物 (表 14)

(1) 硝酸甘油 0.3—0.6 毫克, 舌下。

(2) 亚硝酸异戊酯 0.2 毫升, 吸入。

长效、慢效硝酸盐化合物对急性发作无用。

氧气吸入常不待使用痛已过去。

3. 下列情况应按急性心肌梗塞处理:

(1) 突然的剧重心绞痛发作者;

(2) 发作次数、严重程度, 持续时间迅速增加者;

(3) 痛的位置或放射方向突然改变者;

- (4) 痛时伴有恶心、呕吐者；
- (5) 卧位心绞痛持久或反复发作者（并应注意早期左心衰竭）；
- (6) 对适当剂量的硝酸甘油无效，尤其痛的持续时间较长者（顽固心绞痛）；
- (7) 梗塞前心绞痛或可疑急性心肌梗塞者。

(四) 预防以后发作的治疗：

1. 一般措施：

- (1) 避免发作诱因，如劳累、精神刺激、过饱、受凉等。
 - (2) 适当休息，但长时卧床多不必要。
 - (3) 肥胖病人减体重，用低热量低脂饮食，适当的体力活动。
 - (4) 停止或减少吸烟。
 - (5) 治疗同时存在的疾病，如高血压、贫血、甲亢等。
- 要注意上述中三项主要危害即肥胖、少动及吸烟因素。

2. 防治心绞痛药物：

- (1) 恰在活动前舌下含硝酸甘油片常可预防发作。
- (2) 长效硝酸盐化合物（表14）
- (3) β -肾上腺能阻滞剂（表15）
- (4) 冠状动脉扩张剂（表16）
- (5) 中药：辨证，单方（表17）
- (6) 其他：茶碱，罂粟碱，通脉液及羟乙基淀粉（表18）

新医疗法：新针，经络诊疗法。

3. 控制高血脂:

(1) 低脂、低胆固醇饮食 (表19)

饮食治疗要点 (供参考):

- ①避免肥胖, 逐渐限制体重在“标准体重” (身高厘米 - 100) 左右、不超过 5 公斤为宜。
- ②避免周期性大吃以及暂时性多吃。
- ③限制脂肪, 饮食内脂肪不超过总热量的 20%, 或不超过总重量的 10%。
- ④限制胆固醇, 饮食内胆固醇每天不超过 300—500 毫克。

(2) 降脂药物: 安妥明、胆固酞胺等 (表20)

4. 其他方法:

- (1) 镇静剂: 可协助减少或减轻发作。
- (2) 利尿剂, 洋地黄: 校正左心衰竭。
- (3) 硫氧嘧啶, 放射性碘: 使甲状腺功能减退, 减少心肌工作, 用于排除心肌梗塞后的持续屡发的心绞痛。

5. 外科手术治疗:

- (1) 颈交感神经切除术。
- (2) 内乳动脉移植术: 将内乳动脉移植至心肌内。
- (3) 主动脉冠状动脉旁路术: 用大隐静脉在主、冠状动脉之间搭桥, 需要冠状动脉造影及体外循环。
- (4) 气体 (二氧化碳) 冠状动脉内膜“切除”。

附表 1—20

附图 1—2

表 1

冠心病的临床表现

临 床 表 现			病 理 改 变
1	心 绞 痛		暂时性限局性心肌缺血
	异 型	①卧位心绞痛 (休息时心绞痛)	
		②顽固心绞痛(心绞痛持续状态, 冠状动脉机能不全)	较长时间的心肌缺血, 有或无冠状动脉阻塞。
		③梗塞前心绞痛(进行性心绞痛)	
2	急性心肌梗塞		冠状动脉阻塞
3	其 他	①心力衰竭	心肌或传导系统的缺血、变性或纤维化, 或冠状动脉阻塞。
		②心律失常: 异位性心跳, 传导阻滞。	
		③心电图异常: ST-T改变	
4	突然死亡		上列任何一点

表 2 几个名词的解释

	名 词	解 释
1	(急性)冠状动脉衰竭 (急性)冠状动脉机能不全	心绞痛重, 时间长, 临床上似心肌梗塞, 但心电图无心肌梗塞的证据, 仍属心绞痛范围, 但剧重顽固。
2	慢性冠状动脉供血不足	临床症状不明显, 但有心电图改变, 包括: ①心室肥厚, ②心律失常, ③ST-T改变。通常专指第③点而言, 一部分由心脏负荷试验证实。
3	隐性冠心病 隐性心绞痛或心肌梗塞	即无症状的冠心病, 但休息心电图有 ST-T 改变 (或心脏负荷试验阳性) 或心肌梗塞表现。

表 3

冠 心 病 诊 断 标 准

	有	无
冠 心 病	1.有心绞痛发作或心肌梗塞	无重度主动脉瓣狭窄、闭锁不全，主动脉炎，冠状动脉栓塞等证据。
	2.休息或运动后心电图有明显的 心肌缺血情况	无其他原因可查，亦无有关临床症状。
	3.中年左右或以上病人心脏增大，心力衰竭或严重心律失常。	无明显高血压或其他病因（风心、肺心、心肌病等）可解释。
	以上三点具备一点即可诊断，但仅根据第 3 点诊断时必须准确排除其他病因。	
可疑冠心病	中年以上病人有： 1.血脂偏高； 2.可疑心绞痛； 3.休息或运动后心电图可疑。 以上三者具备二者	左列三者无其他原因可以解释

表 4

心绞痛症状判断要点

心 绞 痛		可 疑 心 绞 痛
1	发作性，持续时间多在一、二分钟至10分钟之间。	胸痛类似左列，但又不全符合或不甚符合，而又无其他原因可以解释者。
2	位于胸骨后，或轻度向左的缩窄性、压迫性、闷胀性疼痛。	
3	可放射至左肩及左上臂、前臂内侧、掌侧以至手尺侧。	
4	多发生于体力活动、情绪激动、饱餐、受寒等时。	
5	休息或用硝酸甘油后三、五分钟内可以缓解。	

表 5

心绞痛症状的鉴别诊断

疾	病	特 点
1	神经性心血管反应 (神经性循环衰弱, “疲劳综合征”, “紧张综合征”)	属于非心绞痛的心前区痛: 1. 钝痛: 持续的钝痛, 数小时至数日, 常由劳累加剧, 但休息不立即缓解。 2. 锐痛: 心尖部或心前区瞬间的一过性刺痛, 限局性, 常能用一个手指指出痛的位置。 3. 胸闷: 持续的胸闷, 憋气, 数十分钟至半天或以上, 常在长吸一口气 (“叹息”) 后缓解。 可疑不能判定者心电图协助诊断。
2	前胸壁综合征	为肋间肌的限局性锐痛, 局部压迫可使痛再现。
	肋间神经炎	痛沿肋间神经分布, 常有带状疱疹、糖尿病存在。
	泰齐氏综合征	为肋软骨与肋骨连接部的炎症或扭伤, 局部压迫可使痛再现。
	“剑突综合征”	剑突受压迫所致, 压迫剑突可使痛再现。

(续表 5)

疾 病		特 点
3	颈椎、胸椎疾病	包括椎间盘、关节及软组织的扭伤、过劳、炎症等，侵犯神经根可发生剧重胸痛。痛与脊椎的运动和位置有关，放射性痛通常至前臂外侧、背侧、以至手的桡侧。
4	前斜角肌综合征	为前斜角肌、颈肋或正常第一肋骨压迫臂丛或锁骨下动脉所致。痛由肩臂运动而产生或加重，臂部常有感觉异常，前斜角肌明显触痛。
5	二尖瓣狭窄，肺动脉高压	临床上有二尖瓣病、肺脏病的表现，心电图右轴偏斜，右室肥厚。
6	溃疡病，慢性胆囊炎，贲门痉挛，食道裂孔疝。	症状与饮食有关，与体力活动无关，痛可由适当的饮食和药物而缓解。X线检查可帮助诊断。

表 6 运动试验的适应症和禁忌症

适 应 症	禁 忌 症
可疑冠心病，或观察疗效， 现在属于下列情况者： 1. 近来无心绞痛发作，或发 作不明显。 2. 休息心电图正常，无显著 改变，或其意义不明确。 3. 使用洋地黄者已停药一至 三周。 4. 心电图束支传导阻滞，偶 发期前收缩，心室肥厚， 陈旧性心肌梗塞等不一定 妨碍试验的进行。	有下列情况者不可作运动试 验： 1. 典型或明显心绞痛，或最 近发作且频繁。 2. 近3~4月内心肌梗塞。 3. 心室明显增大，心室劳损， 心力衰竭，或其他明显心 肺疾患。 4. 较明显的心律失常。 5. 心肌缺血，心电图已有 ST-T阳性改变。 6. 年老体弱，行动不便。

表 7

运动试验判断标准
(心电图双倍二级梯运动试验)

阳 性	可 疑 阳 性
运动后情况符合下列之一者: 1. 运动后出现典型心绞痛。 2. 在 R 波占优势的导联上, 运动后出现下列任何一种情况持续二分钟未完全恢复者。 ① 缺血型 ST 段下降超过 0.05 mV, 及 $\frac{QX}{QT} \geq 50\%$; ② 近似缺血型 ST 段下降超过 0.075 mV, 及 $\frac{QX}{QT} \geq 50\%$; ③ T 波由直立变为倒置。 3. U 波倒置。 4. 运动后出现下列任何一种的心律失常: ① 多源性室性期前收缩; ② 阵发性心动过速, 心房颤动或扑动; ③ 房室传导阻滞 (I - II 度); ④ 左束枝传导阻滞。	运动后情况符合下列之一者: 1. 运动后出现可疑的心绞痛。 2. 在 R 波占优势的导联上, 运动后出现下列任何一种情况持续二分钟未完全恢复者。 ① 缺血型 ST 段下降 0.05 mV 或以下, 及 $\frac{QX}{QT} \geq 50\%$; ② “J” 点下降 0.2 mV 以上; ③ T 波由直立转为平坦、或双相。 3. 运动后出现下列任何一种心律失常: ① 多发性期前收缩; ② 右束枝传导阻滞。

表 8 两种ST段下降形式的区别

	“正常”ST下降	“缺血型”ST下降
原因	心动过速，心肌细胞很快复极，提前形成ST段。	冠状动脉缺血，左心室内膜下的心肌产生损伤电流，心电图表现ST段下降。
ST段的影响	主要影响ST段的开始部分(即恰在QRS波后的部分)，仅J点下降。	影响整个ST段，不仅J点，而且ST段中部或整个ST段下降。
ST段下降形式	“J”点下降，ST呈上坡形下降。	ST呈水平形下降，ST呈下斜形下降。
心电图图形		
注	ST段下斜形下降亦见于洋地黄作用、心室肥厚、心肌炎等。	

表 9 缺血型ST段下降的临床意义

ST段下降的导联		临床意义
1	II, III, aVF	左心室后壁供血不足
2	I, aVL, V5	左心室侧壁供血不足
3	V1, V3, V5	左心室前壁供血不足
附注	ST段正常范围: 升高不超过0.1—0.13mv 下降不超过0.05—0.1mv	

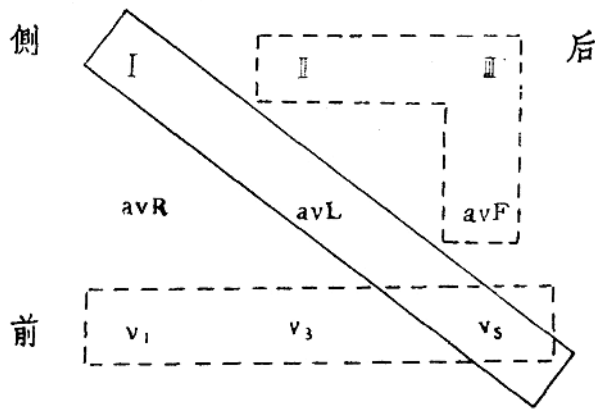


Diagram illustrating the spatial distribution of ECG leads:

- 前 (Anterior):** V1, V3, V5
- 后 (Posterior):** II, III, aVF
- 側 (Lateral):** I, aVL
- avR** is also indicated.