



赤脚医生(症状鉴别诊断)丛书

心悸

上海科学技术出版社

赤脚医生(症状鉴别诊断)丛书

心悸

宝山县罗店公社卫生院 编著
宝山县罗店公社民众大队赤脚医生

上海科学技术出版社

赤脚医生(症状鉴别诊断)丛书

心 悸

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 上海市印刷六厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 8.75 字数 193,000

1978年3月第1版 1978年3月第1次印刷

书号: 14119·1313 定价: 0.62元

目 录

第一章 总论	1
第一节 心悸概述	1
第二节 心脏血管的应用解剖生理	3
一、心脏外形、位置、结构和心包	3
二、心脏的营养血管	7
三、心脏的神经支配	8
四、心脏生理功能	9
第三节 心悸产生的机理	15
一、植物神经系统功能失调	15
二、药物因素	17
三、水和电解质紊乱	17
四、非心脏性器质性疾病	17
五、心脏疾病	18
第四节 心悸的病因	18
一、器质性心脏病	18
二、心外因素	19
三、功能性疾病	20
第二章 心悸的诊断方法	21
第一节 有关心悸的病史	21
一、病史采集	21
二、与循环系统有关的主要症候	22
第二节 心脏、血管和有关心悸的检查	25
一、颈部血管的检查	25
二、心血管大小的检查	26

附：心脏震颤检查	28
三、脉搏的检查	29
四、心脏的听诊	31
第三节 辅助检查	45
一、心电图基本知识	45
心电图基础知识	45
异常心电图简介	60
二、心脏X线检查的基本知识	78
第三章 心悸的诊断和鉴别诊断	97
第一节 心悸诊断的分类	97
第二节 心悸的鉴别诊断	99
一、快	101
二、慢	112
三、乱	118
四、停	124
第四章 祖国医学对心悸的认识	132
第一节 心的功能	132
第二节 与心有关的主要脏腑	133
第三节 心与舌、脉的表现	133
第四节 病因病理	134
第五节 心悸的种类与治疗	135
第五章 心悸的治疗	137
第一节 抗心律失常的常用药物	137
第二节 心悸的对症治疗	157
第三节 心悸的病因治疗和对症治疗的关系	165
第六章 常见心悸疾病防治	168
第一节 慢性肺源性心脏病	168
第二节 风湿热与风湿性心脏病	176
第三节 高血压与高血压性心脏病	186

第四节	贫血性心脏病	196
第五节	冠状动脉粥样硬化性心脏病	198
第六节	先天性心脏血管病	214
第七节	心肌炎	224
第八节	心包炎	228
第九节	甲状腺机能亢进性心脏病	233
第十节	心血管神经官能症	235
附:		
一、	农村常用心跳呼吸骤停的急救方法	239
二、	充血性心力衰竭(心功能不足)	248
三、	心脏病病人的一些特殊问题	267
四、	病例讨论	270

第一章 总 论

第一节 心悸概述

在农村医疗工作中，心悸是一种常见症状。一般人对心跳并无特别感觉，而当心跳过快、过慢、过强、过弱、有短暂的停顿或各种心律失常时，可使人感到心跳异常，以致产生了心前区不适，并有“心慌”、“心荡”、“心乱”、甚至有“心象从喉咙口跳出来”等种种异常感觉。总之，心悸是指心跳的异常，并常伴有心前区不舒适感觉的一种主诉症状。

心悸的原因很多，有的是由心脏本身疾病引起，如风湿性心脏病、先天性心脏病、心肌炎等等；许多心脏以外的因素，如发热、贫血、妊娠、甚至心脏神经官能症等，也都可发生心悸；有时健康人在剧烈运动、情绪异常激动、烟、酒、茶等过量时，也可发生短暂的心悸。由此可见，感到心悸并不一定都患有心脏病。

心悸常以各种形式表现出来：有短暂的，有阵发的，有时是持续的；当心率过快、过慢或心率正常时均可发生；在心律规则或不规则时也可出现，例如过早搏动引起的心悸。

心悸这一症状，最多见于心律失常时，例如：心跳过快，出现了心动过速；心跳过慢，出现心动过缓；心跳节律紊乱时，可为心房颤动；心跳突然一停的感觉，常为过早搏动；有些心跳不快不慢，而被感觉为心跳过重。这种快、慢、乱、停、重等，都是心悸的不同表现。因此可以认为心悸患者，大多数有心律

失常，但也包括无心律失常而自觉有心前区不适的患者。我们常以快、慢、乱、停、重等几个方面来概括这些现象。

不同的疾病，可有同一种心悸的表现；而在同一种疾病中，也可有不同的心悸表现。例如在甲状腺机能亢进症与贫血这两种不同的疾病中，都可发生心动过速；甲状腺机能亢进症，有的病员表现为心动过速，别的病员则可出现心房颤动等。甚至同一患者，在不同的时期内，也可表现为多种心律失常，例如某一风湿性心脏病患者，在不同的病程和病情时，可出现心房性过早搏动、心房扑动、心房颤动等各种心律失常。

然而有部份心脏病患者或常易发生心律乱的某些疾病，由于病情不同，各人感受的不同，可在较长时间内不感到心悸，而常以其他症状为疾病的表现，因此增加了对心悸病因的诊断和鉴别诊断上的困难。

祖国医学认为，心位于胸中，外围心包，对于心的功能，较其他脏腑更为重视。心包又称心包络，古说“心包代心受邪”，所以许多心包病症，也属于心的病症。

《内经·素问》认为，心主身之血脉，心气旺盛，心跳规则，使血液在脉道中运行不息，供给全身的需要。心藏神，神经精神活动与心悸也有密切关系。

早在二千年前左右的《伤寒论》中，就有关于心悸的记载，“脉结代，心动悸”，概述了心悸的病因，脉搏与心悸的关系，以及心律失常在脉搏上的反映。并用炙甘草汤益虚补血气而复脉。我国劳动人民总结了引起心悸的许多原因，累积了大量的临床防治经验，创造了丰富的辨证施治方法。

综上所述，心悸这一常见症状在临床上变化较多的，由于其病因繁多，病情变化又较复杂，在进行诊断和鉴别诊断的

过程中,必须详细询问病史,认真体格检查,结合必要的实验室检查和器械检查的资料,进行认真全面的综合分析,通过心悸这一主诉症状,追根寻源,抓住本质,找出病因,作出正确的诊断,用以指导防治工作,是能取得较好疗效的。

第二节 心脏血管的应用解剖生理

心悸是多种疾病中存在的一个常见症状,如某些心外疾病、功能性疾病及各种心脏病患者,都可出现。对这些具有心悸症状疾病的鉴别,应先了解心脏的解剖结构与生理功能特点,尤其是认识心脏跳动的正常过程,以便对心悸的产生,从生理发展到病理的过程有一基础知识。下面分四个方面叙述。

一、心脏外形、位置、结构和心包(图1)

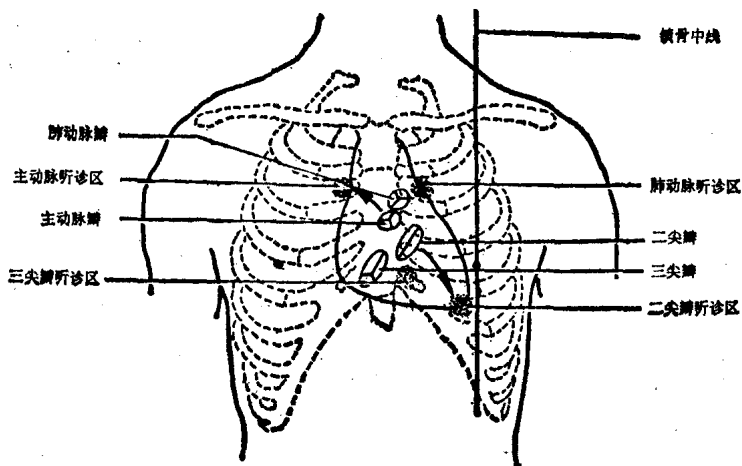


图1 心的浊音界,各瓣膜口位置投影及其听诊区

心脏为一肌性器官,外形象一个尖端向下放置的桃子,正常人的心脏,约和自己的拳头大小相似。心脏位于胸廓的中

部,在两肺之间、膈肌之上,前邻胸骨与前胸壁,后为食管、脊柱。心脏的大部份居胸骨之后,小部份在胸骨左缘。故正常人心尖位于左侧第五前肋间、锁骨中线之稍内侧。

心外裹有心包,心包分两部份:

(一) 纤维层 在最外层由致密的结缔组织所组成,有支持和保护心脏的作用,上连大血管的外膜,下附于膈肌腱上。

(二) 浆膜层 在纤维层的里面,又可分为“两层”,衬于纤维层内面的部份叫心包壁层,紧贴在心脏表面的部份叫心包脏层。其实这两层是互相延续的,两层之间为一密闭的心包腔。在正常情况下,心包腔里有少量浆液,在心跳时起润滑作用。当发生心包炎时,心包脏层和壁层因炎性纤维素渗出而变得粗糙,使心跳时产生沙沙的摩擦音;如心包炎有大量渗液时,称为心包积液。

在某些情况下心跳骤停,作心内注射急救时,应在第四肋间胸骨左缘穿入,因心脏在此处最贴近胸壁,不为肺组织所遮盖,故不易刺破胸膜引起气胸之严重后果。

心脏主要是由具有特殊性质和结构的心肌组成的空腔器官。心壁可分为三层(图2):

(一) 心内膜 由一层内皮细胞和少量结缔组织组成,与血管的内膜相连续;心脏的瓣膜就是内膜突起形成的皱襞。心内膜表面光滑,有利于血液

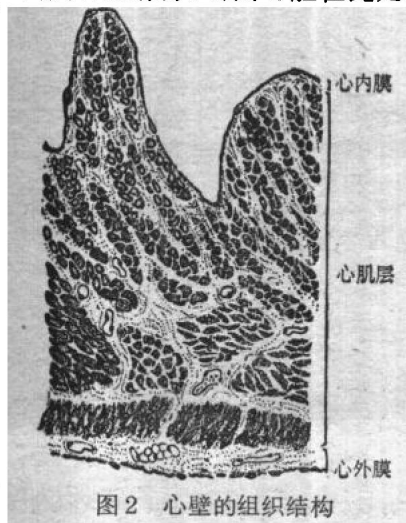


图2 心壁的组织结构

流动。如心内膜、心瓣膜病变损害,变得粗糙不平,就容易发生细菌性心内膜炎。

(二) 心肌层 主要由心肌组成,心肌纤维与纤维之间有结缔组织、神经、毛细血管、淋巴管。各房、室心肌因工作负担不同而厚薄不一,以左心室壁心肌层最厚。

(三) 心外膜 即前述心包浆膜的脏层。

心脏内分为四个腔,即左心房、右心房和左心室、右心室(图3)。左、右心房由房间隔隔开,左、右心室由室间隔隔开,这两间隔是连续成片状的纵隔,使左右心互不相通。而左、右心房各有一房室口,房室口的周缘附有单向开放的房室瓣,分别通向左、右心室。在某些情况下,可造成房与房、室与室之间的异常通道,常见于某些先天性心脏病,如先天性心房间隔缺损、先天性心室间隔缺损等。

心房的入口都与静脉相连接。与右心房相接的是腔静脉及冠状静脉窦,接受从体内和心脏营养血管回流的静脉血;与左心房相接的是四个肺静脉口,接受经肺内交换氧气后的新鲜血液。

各侧心房和心室之间,借助瓣膜由房至室的单向开放活动,相隔而又相通。右侧房室口周缘有三片瓣膜构成“三尖瓣”,左侧房室口周缘有二片瓣膜构成“二尖瓣”。此两瓣膜均只向心室腔开放,由腱索及乳头肌控制其活动,心室舒张时(即同时为心房收缩时)瓣膜开放,血液由心房流入心室;心室收缩时此两瓣膜关闭,使血液不致倒流回入心房,只能各自流向主动脉和肺动脉。

心室出口都与动脉相通,此出口处瓣膜均由三个半月形的瓣膜构成,称为“半月瓣”或“动脉瓣”。右心室出口通向肺动脉,称肺动脉瓣;左心室出口通向主动脉,称主动脉瓣。心室

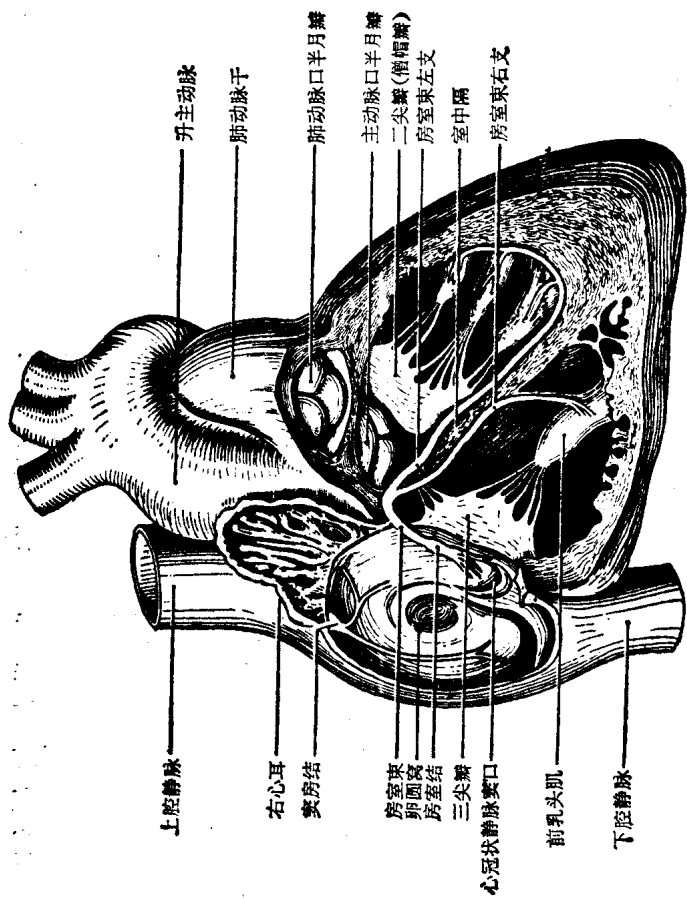


图 3 心脏的内部结构和传导系统

收缩,在二、三尖瓣关闭的同时,两个半月瓣开放,血液流入主动脉与肺动脉;而当心室舒张时,半月瓣关闭,阻止主、肺动脉内血液倒流。这些瓣膜可由不同病因引起狭窄或关闭不全,这就形成先天或后天性心脏病,如先天性肺动脉瓣狭窄、风湿性心脏病的二尖瓣狭窄或关闭不全等。

心脏从前面看是由右心房、室的大部份和左心室的一小部份组成,后面主要由左心房和右心房的一小部份构成,而左心室的大部份在膈面和左外侧面。

二、心脏的营养血管(图 4、5)

营养心脏的动脉血,是由一对开口自主动脉起始部的冠状动脉供给的。左支主要营养心的左半部份,右支主要营养心的右半部份。左、右冠状动脉经过多次分支后,形成丰富的毛细血管网,保证心脏充分的血液供应。

心脏的静脉血,由许多小静脉汇集至左心后面的冠状静脉窦内,而流入右心房。

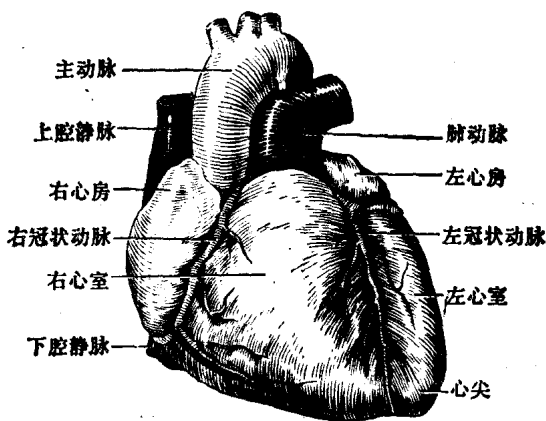


图 4 心的外形和血管(前面观)

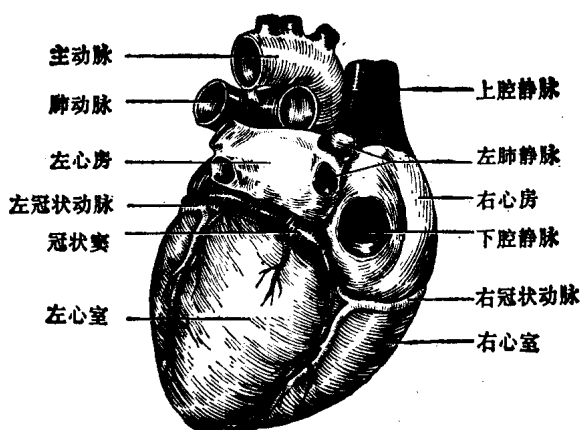


图5 心的外形和血管(后面观)

心脏本身的血液供应由冠状动脉引入,流经其各分支,最后汇集至冠状静脉窦回到右心房,这一循环称为冠状循环。当这一循环发生障碍,如冠状动脉粥样硬化、痉挛、狭窄、闭塞时,冠状循环血液流量减少,可造成心肌缺血、缺氧,轻者引起冠状动脉供血不足,重者引起心绞痛或心肌梗塞等严重疾病。

动脉舒张压是决定冠状动脉血量的重要因素。正常的舒张压,可有足够的血液进入心肌;如动脉舒张压力太低,则心肌血液供应不足,临床可出现心律失常或心绞痛等现象,也由此发生心悸。

三、心脏的神经支配

心脏的活动是受神经系统调节的,在大脑皮层的主导下,主要是通过交感和副交感神经(迷走神经)来实现的,其分支到达心脏后,交叉呈网状,形成两个心脏神经丛,调节心脏的活动。

交感神经对心脏有兴奋作用,能使心脏活动加强,心肌收缩力加强,心率增快,房室传导时间缩短,冠状动脉扩张,冠状循环血流增加等。

迷走神经对心脏有抑制作用,能使心脏活动减弱、心肌收缩力减弱、心率减慢、房室传导时间延长、冠状动脉收缩、冠状动脉血流量减少等。所以当迷走神经受到外来刺激时,可引起反射性的心率减慢。如压迫颈动脉窦或眼球时,反射地引起迷走神经兴奋性增强,使心率变慢,可作为治疗室上性心动过速的方法之一。但过度刺激,也有使心脏停搏的危险。

交感神经和迷走神经中枢位于延髓,心脏的活动取决于两个中枢紧张性的对立统一,在正常情况下,两者相互联系又相互制约,保持着动态平衡。心脏神经官能症的病人有时就不能保持这种平衡状态。这种平衡有时还可随呼吸周期而变化,如吸气时交感神经兴奋性加强,而迷走神经兴奋性减弱,呼气时则相反。往往吸气时心率加快,呼气时心率减慢,临床上称为呼吸型窦性心律不齐,在心脏神经官能症、部份儿童和青少年中较多见。

四、心脏生理功能

心脏是循环系统的动力,它回收静脉血,通过心脏的收缩搏动,使之射入动脉,流经全身,保证了组织代谢的正常进行。心脏以每分钟70次左右的搏动,维持着血液循环。心脏的功能,是依赖于下列几点来完成的:

(一) 心肌的特性 心脏一舒一缩的活动,称为心跳或心搏。心脏象水泵一样,之所以能持续且按一定的节律跳动,把血液灌注到动脉里,流至全身,是由以下特性来决定的:

1. 自律性: 心脏的跳动是按照一定的频率和节律进行

的，每分钟跳动的次数和跳动之间的间隔，均不能随意控制。在实验中，某些离体动物的心脏跳动能维持数小时之久。这就足以说明心脏有自动产生节律性兴奋的特性，即自律性。

这种自律性并非来自心脏的神经细胞，而来自心肌内的特殊兴奋和传导组织(见图6)。

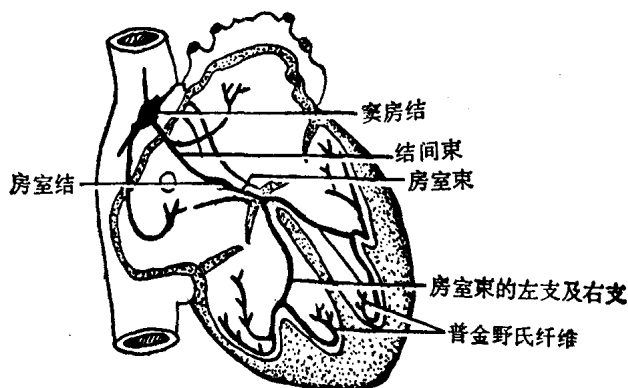


图6 心脏的传导系统模式图

在兴奋和传导系统内自律性的高低也不一致，每分钟产生自动的兴奋性以窦房结最高，约60~80次/分；其次是房室交界处(包括希氏束)，约40~60次/分；心室内特殊传导组织的节律性最低，约20~40次/分。因窦房结兴奋节律性最高，总是在其他部份还没有兴奋之前，就领先开始兴奋，并循着一定的次序传播到心脏各个部份，控制着整个心脏的活动。因此窦房结称为心脏的“起搏点”。由窦房结所引起的心律叫窦性心律。如果窦房结功能不健全，兴奋不是来自窦房结，而是来自心房、房室交界处或心室等这些异位“起搏点”所引起的心律，称为异位心律，是心律失常的一部份，是常常会引起心悸的。如异位心律发生在心脏舒张期，即在下次正常心

跳出现前发生,这一心跳称为过早搏动,是临床最常见的心律失常之一。

2. 传导性: 心脏起搏点——窦房结发出的兴奋冲动,传播到整个心脏,主要是由特殊传导组织来完成,虽然心肌本身也有传导性,但速度远不如特殊传导组织。

窦房结发生的节律性兴奋,通过结间束传导至房室交点。结间束有前、中、后三支;前支又分为两支,使窦房结发出的窦性激动,迅速传至右、左心房,引起两侧心房的同步收缩。

此后,激动继续下传达房室交界处(过去被称为房室结),其下为房室束,在心室间隔的顶部分为左、右束支,并继续分出蒲肯野氏纤维进入心肌,激动至此引起心室的同步收缩。

传导功能的异常,可引起生理或病理的改变。例如有部分正常人,在房室交界处附近,存在着一些如短路状的快速传导纤维,窦房结激动引起心房收缩后,通过快速纤维直接进入心室引起心室收缩,此加快了房室传导在心电图上显示P-R间期缩短,称为预激症候群。

病理的传导异常则更为多见,任何传导组织的延迟,都表现为各种传导阻滞,例如房室交界处或房室束的延迟传导或中止传导,即可表现为各种程度的房室传导阻滞。

3. 应激性: 心脏具有对刺激发生反应(兴奋或抑制)的能力,称为心脏的应激性。正常人的心脏在心动周期的不同时期,有不同的应激能力,据此可将整个心动周期分为反应期和不反应期,后者又可分为相对不应期和绝对不应期。心肌只有在反应期和相对不应期内才对刺激产生反应,在反应期后的一段时间里,心肌对刺激不起反应,此期称不应期,不应期的存在可防止心肌产生持续性的收缩,保证心脏有节奏地跳动,使回收静脉血和射出动脉血能交替进行,以维持血液循环