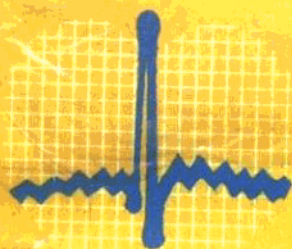


黄祖敏 编写

实用心血管疾病 诊治手册



贵州科技出版社

前 言

本书是一本比较实用的心血管疾病诊治参考书。其内容新颖，不仅反映了当今心血管疾病诊治的进展，同时还涉及心血管疾病与其他临床学科的联系，如心脏与内分泌、电解质、肥胖、酒精、妊娠的关系，心脏病人进行手术时的估价等。因此本书既适合心血管专业的内、外科医师，也适合普通内、外科、麻醉科、妇产科医师以及广大基层医师、医学生使用，以便大家在临床工作、医学实践中随时翻阅，提高自身业务水平。

本书在编写过程中得到了我院老一辈专家王丕荣教授、李宗辉教授、孙显明教授的大力支持和指导，特在此表示衷心的感谢。

由于本人水平有限，书中定有不足之处，恳切希望广大读者不吝指出。

编者

1995年9月20日于遵义医学院

目 录

第一章	心脏体格检查及临床意义	(1)
第二章	心力衰竭的诊治	(22)
第三章	心律失常的诊治	(52)
第一节	室上性心动过速 (阵发性室上性心动过速)	(52)
第二节	室性心动过速	(55)
第三节	心房扑动	(65)
第四节	心房颤动	(66)
第五节	心室扑动和颤动	(69)
第六节	早搏	(71)
第七节	传导阻滞	(73)
第八节	预激症候群	(77)
第九节	抗心律失常药物的分类和使用方法	(79)
第四章	心跳骤停的处理	(86)
第五章	风湿热	(109)
第一节	概述	(109)
第二节	急性风湿热	(110)
第六章	心瓣膜病	(122)
第一节	二尖瓣狭窄	(122)

第二节	二尖瓣关闭不全·····	(126)
第三节	二尖瓣脱垂·····	(131)
第四节	主动脉狭窄·····	(134)
第五节	主动脉瓣关闭不全·····	(138)
第七章	感染性心内膜炎·····	(144)
第八章	原发性高血压和继发性高血压·····	(167)
第一节	原发性高血压·····	(168)
第二节	继发性高血压·····	(189)
第九章	冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	(192)
第一节	隐匿型冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	(196)
第二节	心绞痛·····	(201)
第三节	心肌梗塞·····	(217)
第十章	慢性肺原性心脏病·····	(246)
第十一章	心肌炎和心肌病·····	(259)
第一节	心肌炎·····	(259)
第二节	心肌病·····	(265)
第十二章	心包炎·····	(280)
第一节	急性心包炎·····	(280)
第二节	缩窄性心包炎·····	(292)
第十三章	先天性心脏病·····	(300)
第一节	房间隔缺损·····	(300)
第二节	室间隔缺损·····	(303)
第三节	动脉导管未闭·····	(305)
第四节	主动脉瓣狭窄·····	(308)
第五节	二叶主动脉瓣·····	(310)
第六节	肺动脉瓣狭窄·····	(313)

第七节	法乐 (Fallot) 氏三联症	(314)
第八节	爱勃斯坦 (Ebstein) 畸形	(317)
第九节	艾森曼格氏综合征	(319)
第十节	术后长期随访	(321)
附	几种常见先天性心脏病的血液动力学与临床表现 一览表	(323)
第十四章	心脏肿瘤	(328)
第十五章	周围血管疾病	(332)
第一节	多发性大动脉炎	(332)
第二节	主动脉夹层动脉瘤	(341)
第十六章	心脏神经官能症	(353)
第十七章	心脏病与外科手术	(359)
第十八章	心脏病与脑血管病的关系	(364)
第十九章	上腔静脉阻塞综合征	(369)
第二十章	心脏病与妊娠	(371)
第二十一章	内分泌疾病与心脏	(377)
第二十二章	电解质紊乱与心脏	(380)
第二十三章	心脏与肥胖症	(385)
第二十四章	运动与心脏	(387)

第一章 心脏体格检查及临床意义

随着医疗诊察仪器的发展，很多临床医师常忽视了心脏体格检查。这是一种非常错误的倾向。因为在基层单位及农村往往缺乏有关的医疗器械，如果临床医师在体格检查方面无能，即会造成当场束手无策的尴尬局面。特别是某些心脏体征如心音改变、杂音、奔马律、血压变化、短暂的心律失常等常常是体格检查更能解决问题。本章以简洁的表格形式反映心脏的体格检查及临床意义。

一、第一、二心音的鉴别

第一、二心音的鉴别见表1-1。

表1-1 第一、二心音的鉴别

	第一心音	第二心音
音调	较低钝	较高
声音时限	较长	较短
最强部位	心尖区	心底部
心音之间的时距	第一音到第二音时距较短	第二音到下次心音的第一音时距较长
与颈动脉搏动的关系	同时	不同时
与心尖搏动向外凸的关系	同时	不同时

二、常见三音心律的鉴别

常见三音心律的鉴别见表1—2。

表 1—2 常见三音心律的鉴别

	三 音 心 律			
	第三心音	舒张期奔马律	二尖瓣开放拍击音	第二心音分裂
出现时间	舒张早期	舒张早、中、晚不等	舒张早期	舒张早期
时限	较长	稍长	短促	短
音调	较低	较低	尖锐、清脆有拍击性	较高且分裂的两音相同
与第二心音距离	较远	较远	较近（时距与二尖瓣狭窄程度有关）	分裂的两音紧接
最响部位	心尖区	左侧型在心尖区右侧型在胸骨左缘4肋隙	胸骨左缘第3、4肋隙	肺动脉瓣区
最响体位	左侧卧位	仰卧位或左侧卧位	仰卧位或坐位	仰卧位
呼吸影响	呼气末最响	呼气末最响	呼气末最响	吸气末最响
心率的影 响	运动后心率由快变慢时更清楚	心率少于90次/分时则消失	影响不大	无影响
固定性	在听诊时不 一定每 一心跳 都能 听到	存在时间较短当 心率减慢或心衰 控制后常消失	固定	呼气时有 时可消失

续表

	三 音 心 律			
	第三心音	舒张期奔马律	二尖瓣开放拍击音	第二心音分裂
伴随的其它心脏体征	无或有二尖瓣关闭不会体征	常伴有心衰体征	有其他二尖瓣狭窄的体征（如第一心音亢进，舒张期杂音）	不一定有
发生原理	①血流从压力增高的心房冲进松弛扩张的心室引起心室壁震动； ②房室间压力迅速平衡引起瓣膜和腱索震动	同左	舒张早期二尖瓣开放突然受限，张力骤然增强	半月瓣关闭不同步（主要是肺动脉瓣延迟关闭）
临床意义	①生理性；②病理性：如二尖瓣关闭不全	心脏劳损或心力衰竭	器质性二尖瓣狭窄，且表示二尖瓣有相当程度狭窄，但瓣膜仍较柔软有弹性	①生理性；②病理性：如右室血量增多，右心室收缩时间延长

三、舒张期奔马律的分类

舒张期奔马律的分类见表 1—3。

表 1—3 舒张期奔马律的分类

普通名称	病理生理名称	出现时间	外加音	发生机理
舒张早期奔马律	心室快速充盈奔马律	舒张早期	加重的第三心音	心室快速充盈使心室壁振动
舒张晚期奔马律	心房奔马律	舒张晚期收缩前期	加重的第四心音	心房强烈收缩
舒张中期奔马律	并发性奔马律	舒张中期	加重的第三和第四心音	上述二者之和

四、各听诊区心杂音的原因

各听诊区心杂音的原因见表 1—4。

表 1—4 各听诊区心杂音的原因

杂 音	产生杂音的原因
心尖区收缩期杂音	非病理性杂音, 风湿性二尖瓣炎, 细菌性心内膜炎, 风湿性二尖瓣关闭不全, 结缔组织病引起二尖瓣关闭不全, 肥厚性心肌病, 相对性二尖瓣关闭不全, 急性瓣下二尖瓣关闭不全
心尖区舒张期杂音	风湿性二尖瓣炎, 风湿性二尖瓣狭窄, 主动脉瓣关闭不全, 单纯风湿性二尖瓣关闭不全, 先天性心血管病 (动脉导管未闭, 鲁登伯氏综合征), 粘多糖病 I 型, 左房粘液瘤等

续表

杂 音	产生杂音的原因
主动脉瓣区收缩期杂音	风湿性主动脉瓣炎, 风湿性主动脉瓣狭窄, 主动脉硬化, 肥厚性心肌病等
胸骨左缘第三、四肋间收缩期杂音	室间隔缺损, 婴幼儿非病理性杂音, 肺动脉瓣或漏斗部狭窄, 二尖瓣关闭不全, 主动脉瓣狭窄, 主动脉狭窄, 房间隔缺损, 肥厚性心肌病三尖瓣关闭不全等
主动脉瓣区舒张期杂音	风湿性主动脉瓣关闭不全, 梅毒性主动脉瓣关闭不全, 感染性心内膜炎, 二叶主动脉瓣, 高血压动脉硬化, 马凡氏综合征, 其它原因引起的主动脉瓣关闭不全
肺动脉瓣区收缩期杂音	非病理性杂音, 房间隔缺损, 鲁登伯氏综合征, 先天性肺动脉瓣狭窄, 先天性特发性肺动脉扩张, 风湿性肺动脉瓣炎, 风湿性肺动脉瓣狭窄
肺动脉瓣区舒张期杂音	风湿性肺动脉瓣关闭不全, 细菌性心内膜炎所致的肺动脉瓣关闭不全, 相对性肺动脉瓣关闭不全
三尖瓣区收缩期杂音	风湿性三尖瓣炎, 风湿性三尖瓣关闭不全, 相对性三尖瓣关闭不全
三尖瓣区舒张期杂音	风湿性三尖瓣狭窄, 相对性三尖瓣狭窄, 右心房粘液瘤
心底部连续性杂音	动脉导管未闭, 主肺动脉隔缺损, 肺动脉静脉瘘, 主动脉窦动脉瘤穿破入右心室(房), 先天性冠状动脉瘘, 全部肺静脉畸形引流、三尖瓣闭锁, 胸腔内动脉吻合术后, 胸膜粘连性杂音, 室间隔缺损合并主动脉瓣关闭不全, 二尖瓣关闭不全合并主动脉瓣关闭不全, 主动脉瓣关闭不全合并狭窄

五、收缩期杂音的分级

收缩期杂音的分级见表 1—5。

表 1—5 收缩期杂音的分级

级别	特 征
I 级	杂音很微弱，所占时间很短，须仔细听诊才能听到
II 级	较易听到的弱杂音
III 级	中等响亮的杂音
IV 级	较响亮的杂音，可传导
V 级	很响亮的杂音，震耳，但听诊器离开胸壁即听不到
VI 级	极响，甚至在听诊器离开胸壁的一定距离内尚可听到

六、功能性和器质性收缩期杂音的鉴别

功能性和器质性收缩期杂音的鉴别见表 1—6。

表 1—6 功能性和器质性收缩期杂音的鉴别

	功能性收缩期杂音	器质性收缩期杂音
强度	II 级以下	III 级以上
性质	吹风样、柔和	吹风样、粗糙
时间	短，不遮盖第一心音	长，常占满全收缩期遮盖第一心音
部位	心尖部或肺动脉瓣区	可发生在任何瓣膜听诊区
传导范围	比较局限	比较广泛
杂音易变性	易改变	经常存在
与呼吸的关系	呼气明显，吸气消失	不受呼吸的影响
与体位的关系	卧位出现，立位常消失	与体位关系不大
心脏大小	正常	有心房或(和)心室增大
心功能	正常	常有 heart 功能减低
心脏病病史	无	常有
其它的心脏病体征	无	常有

七、急性与慢性二尖瓣关闭不全的鉴别诊断

急性与慢性二尖瓣关闭不全的鉴别诊断见 1—7。

表 1—7 急性与慢性二尖瓣关闭不全的鉴别诊断

	急性二尖瓣关闭不全	慢性二尖瓣关闭不全
病因	严重乳头肌功能失调，乳头肌断裂，腱索断裂	风湿性心脏病
起病	急	缓
第四心音	常有	无
心律	窦性心律	常有房颤
左心房扩大	无或轻度	常有明显扩大
肺水肿	常有	无或轻度
左心房压力	明显增高	晚期轻度增高
右心功能不全	早期出现	晚期出现
手术效果	术后症状明显减轻	术后症状减轻不明显

八、二尖瓣和三尖瓣关闭不全杂音的区别

二尖瓣和三尖瓣关闭不全杂音的区别见表 1—8。

表 1—8 二尖瓣和三尖瓣关闭不全杂音的区别

	二尖瓣关闭不全	三尖瓣关闭不全
杂音最强部位	心尖区或腋前线第五肋间	胸骨左缘第四肋间
杂音的传导	左侧腋中线，甚至肩胛间部	心尖区，胸骨剑突下 胸骨右缘
杂音与呼吸的关系	吸气时减弱；呼气时增强	吸气时出现或增强， 呼气时减弱或消失
杂音在亚硝酸盐试验后	柔软；缩短	响亮延长

九、风湿性梅毒性主动脉瓣关闭不全以及 高血压、主动脉粥样硬化所致的相对性 主动脉瓣关闭不全的鉴别

风湿性梅毒性主动脉瓣关闭不全以及高血压、主动脉粥样硬化所致的相对性主动脉瓣关闭不全的鉴别见表 1—9。

表 1—9 风湿性梅毒性主动脉瓣关闭不全以及高血压、
主动脉粥样硬化所致的相对性主动脉瓣关闭不全的鉴别

	高血压、主动脉硬化所致的 相对性主动脉瓣关闭不全	风湿性主动脉瓣 关闭不全	梅毒性主动脉瓣 关闭不全
年龄	多在 45 岁以上	多在 35 岁以下	多在 35 岁以上
病史	高血压, 肥胖症, 高血脂症	常有风湿热史	冶游史, 梅毒史
杂音部位	胸骨右缘第二肋间	胸骨左缘第三、 四肋间	胸骨右缘第二肋 间
杂音传导	沿胸骨右缘向下	沿胸骨左缘向下	沿胸骨左或右缘 向下
合并其它瓣膜 病	无, 如左心室肥厚, 心尖区 可有相对性二尖瓣关闭不 全杂音	常合并二尖瓣病 变	无, 可在心尖区 有舒张期杂音但 无左房增大
X 线征	主动脉增宽, 屈曲延长, 弓 部及降部可有钙化影, 左心 室可增大, 左心房, 右心室 不大	左心室增大, 因 常合并二尖瓣狭 窄左心房, 右心 室也常增大	左心室及升主动 脉明显扩大, 其 他房室不大
血液检查	常有血脂增高	风湿活动时, 血 沉快, 抗“O”高	康瓦氏反应 85%为阳性

十、主动脉瓣与肺动脉瓣关闭不全的鉴别

主动脉瓣与肺动脉瓣关闭不全的鉴别见表 1—10。

表 1—10 主动脉瓣与肺动脉瓣关闭不全的鉴别

	主动脉瓣关闭不全	肺动脉瓣关闭不全
杂音最响部位	主动脉瓣副区或瓣区	肺动脉瓣区
杂音响度	较粗糙响亮	较柔和
杂音时限	较长	较短
杂音出现时间	舒张早期或全舒张期	舒张早期或早中期
杂音传导	远，常沿胸骨左缘向心尖区或沿胸骨右缘向下传导	近，不传到心尖区或胸骨右缘（即比较局限）
杂音与呼吸的关系	呼气末闭气最清楚	吸气末闭气更清楚
杂音与第二心音的关系	杂音在二音主动脉瓣成分之后产生，掩盖第二心音、A ₂ 减弱	P ₂ 增强，杂音在肺动脉瓣成分后才产生，不掩盖二音
周围血管征象	有	无
右室肥厚体征	无	有
心脏形态（叩诊）	多为靴形	不为靴形
病变性质	多为器质性	多为相对性功能性
病因	多见于风湿性、梅毒性	引致肺动脉高压扩张病
X 线	左心室增大，心腰凹陷，主动脉结明显（呈靴形或主动脉形）	肺总动脉段突出右心室增大
心电图	左心室肥厚	右心室肥厚或右束支传导阻滞

十一、冠心病与非冠心病患者的收缩晚期杂音的鉴别

冠心病与非冠心病患者的收缩晚期杂音的鉴别见表 1—11。

表 1—11 冠心病与非冠心病患者的收缩晚期杂音的鉴别

	冠心病	非冠心病
年龄	多见于 45 岁以上	常在 45 岁以下
性别	男性为多	女性为多
家族性	无	可有
心音图上杂音形状的变异	有	无
第一心音强度	亢进	不变
收缩期前奔马律	可有	无
舒张期奔马律	可有	无
吸气时第一心音及奔马律	加强	减弱
早搏时杂音强度	减弱	不变
吸入亚硝酸异戊酯后杂音出现的时间	提前	提前
杂音强度	增强	减弱
喀喇音发生时间	不变	提前
蹲位时杂音强度	增强	减弱

十二、乳头肌功能不全与主动脉瓣狭窄的鉴别

乳头肌功能不全与主动脉瓣狭窄的鉴别见表 1—12。

表 1—12 乳头肌功能不全与主动脉瓣狭窄的鉴别

	乳头肌功能不全	主动脉瓣狭窄
杂音出现时间	收缩早、中、晚期不等或全收缩期伴中期加强且经常变化	收缩早期
杂音性质	粗糙	更为粗糙
持续时间	暂时	持久
室性早跳后杂音的改变	杂音增强、代偿间歇后杂音减弱或消失	相反
吸入亚硝酸异戊酯后	杂音减轻（新福林相反）	相反
第二心音分裂	正分裂、宽分裂	逆分裂、主动脉关闭音减弱

十三、乳头肌功能失调与乳头肌断裂的鉴别诊断

乳头肌功能失调与乳头肌断裂的鉴别诊断见表 1—13。

表 1—13 乳头肌功能失调与乳头肌断裂的鉴别诊断

	乳头肌功能失调	乳头肌断裂
冠状动脉疾病的发生率	常见	少见
发病	常缓慢,在心绞痛或梗塞的任何时期	常突然、在急性心肌梗塞的 1 周内
收缩期杂音开始	在第一心音后延迟出现	与第一心音同时出现
类型	常为喷射性,但可呈全收缩期或收缩晚期	常呈全收缩期
强度	常柔和或中等响度	常响亮,很少伴震颤
部位	常位于心尖区、且局限	在心尖区常广泛传导
早搏的影响	在早搏后减弱	在早搏后不变
第一心音	70%增强	柔和
奔马律	常见	较多见
呼吸影响	奔马律及第一心音增强	奔马律减弱
乳头肌累及	前侧及后侧常相等	后侧较前侧多 2 倍
急性肺水肿	不常见	突发及严重
预后	常良好	迅速恶化
手术	可不需手术	常为急需