

内科疾病临床思维指南

罗邦尧
吴万龄
张 坚

编译

《当代主治医师丛书》

内科疾病临床思维指南

罗邦尧 吴万龄 张 坚 编译

参加编译人员
(按姓名笔划为序)

王仁忠 马达民
陆义群 陆祖龙

上海翻译出版公司

内 容 提 要

本书根据 M. Kraytman 著《Guide to Clinical Reasoning》一书编译而成。全书共列举内科常见与重要病症 61 例，每病按概念、病因、诊断要点、不典型与易致误诊的表现、早期诊断的线索、易于混淆的疾病、并发症、危重病例的征象及治疗中应当注意的问题等顺序论述。本书是一本颇具特色的引导理论结合实际的临床思维书，它兼有教科书的条理性、专著的理论性和手册的实用性这三方面的特点，特别适合于具有一定临床经验的内科主治医师参考，对青年内科医师启发思维、开阔思路、借鉴经验及提高水平亦有裨益。

21007/08

Maurice Kraytman
Guide to Clinical Reasoning
McGraw Hill Book Company
1983

内科疾病临床思维指南

罗邦尧 吴万龄 张坚等编译

上海翻译出版公司

(武定西路 1251 弄 20 号)

新华书店上海发行所发行

上海市印刷三厂全电脑照排、

上海市印刷三厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 17 字数 422,000

1987 年 3 月第 1 版 1987 年 3 月第 1 次印刷

印数 1—12,000

统一书号：14311·38 定价：3.90 元

编译者前言

治疗的成败决定于诊断是否正确，而诊断是否正确又决定于临床医师有无扎实的理论基础与丰富的实践经验，并使两者紧密结合，而理论与实践的结合要有科学的思维和广阔的思路。Maurice Kraytman 编著的《Guide to Clinical Reasoning》正是本着这一宗旨撰写的书籍。它既不同于教科书限于教学需要的局限性；也不同于专科书冗繁的论述；又不同于临床手册着重实践，不重机理。鉴于国内尚少一本理论联系实际的临床思维指南，为此，我们不耻简陋，编译出版。

全书十章共列举常见与重要的病症 61 则，绝大多数为内科病，我们删去了非内科范畴的个别章节，定名为《内科疾病临床思维指南》。此外，原书分列的小标题很多，为免过于繁赘，我们遵循临床诊治的实际过程，一个内科医师的职责，不仅能诊断典型病症，还应了解本病不典型的特殊类型，并善于早期发现诊断的线索和方法；不仅能诊治疾病，还应善于判断病情危重的征象，思路广阔，排除容易混淆的其他疾病。此外，对原著不适合国情及人尽皆知的知识予以删除或从简。为避免与一般内科书及临床手册有不必要的重复，我们将治疗一节改编为《治疗中应当注意的问题》。因而每病顺序分为概念、病因、诊断要点、不典型与易致误诊的表现、早期诊断的线索、易于混淆的疾病、并发症、危重病例的征象，治疗中应当注意的问题诸项排列编译。

我们希望本书能为有一定临床经验的内科医师开阔思路，及为引导青年医师思维、借鉴经验有所裨益。

既是一本实用的临床思维指南，要全面涉猎就受到篇幅的限制。而且现代内科学高度分化，所以这本书难以尽合时代的水准。此外，由于笔者均在日常繁重的工作之余执笔，译、校、编、审均欠过细。译校的同志又较多，所以文字风格也不尽一致。更限于业务水平棉薄，不免有遗漏与谬误的地方，敬希读者弥补与指正。

本书蒙上海第二医科大学江绍基、龚兰生教授，郑淑蓉、邓伟吾及余慧贞副教授等惠予审校，江绍基教授并乐为作序，并此致谢。

罗邦尧 吴万龄 张 坚等

一九八六年五月

序

内科学是临床医学的基础，涉及面广。国内外的内科书籍虽浩如烟海，但以理论指导实践的内科书籍，尚感缺乏。临床内科是一门应用科学，一个称职的内科医师不仅在理论上要有深邃的造诣，而且要有丰富的实践经验，仅偏重于本本主义或经验主义都是很不完善的。Maurice Kraytman 编著的 *Guide to Clinical Reasoning* 以临床应用为基本出发点，理论密切联系实践，并结合自己丰富的临床经验，是一本引导临床思维、开阔思路的颇具特色的书籍。内科疾病千姿百态，变化多端，本书每病又列出不典型的特殊表现、早期诊断的线索及危重病情的征象等，因而更堪实用。上海第二医科大学附属瑞金医院内科副教授罗邦尧、附属第九人民医院内科副教授吴万龄、上海医科大学电化教育室张坚副教授等乐于译成中文，并根据国情及译校者的知识与经验，略加增删，使之更切实用。本人在审阅之余，乐为推荐，以飨读者。

上海第二医科大学 江绍基

一九八六年九月

目 录

第一章	心血管疾病	
	充血性心力衰竭·····	1
	心绞痛·····	6
	心肌梗塞·····	9
	高血压·····	14
	瓣膜性心脏病·····	18
	心律失常·····	24
第二章	肺部疾病	
	哮喘·····	30
	慢性阻塞性肺病·····	34
	弥漫性浸润性肺部疾病·····	37
	肺血栓栓塞·····	41
	胸腔积液·····	44
第三章	胃肠道疾病	
	消化性溃疡·····	49
	急性腹泻·····	54
	慢性腹泻·····	57
	炎症性肠病·····	63
	急性胰腺炎·····	67
	急性肝炎·····	71
	肝硬化·····	75
	胆汁郁积症·····	79
第四章	肾脏疾病	
	急性肾功能衰竭·····	85
	慢性肾功能衰竭·····	89
	肾病综合征·····	95
	肾结石·····	98
第五章	内分泌疾病	
	肾上腺皮质机能减退症(阿狄森病)·····	103
	皮质醇增多症(柯兴综合征)·····	106
	甲状腺机能亢进症·····	110
	甲状腺机能减退症·····	114
	高钙血症·····	119
	低钙血症·····	123
第六章	新陈代谢障碍疾病	
	糖尿病·····	126

0376051-88/5/6-3.90元

	低血糖症	132
	痛风	136
	高脂血症和高脂蛋白血症	140
	肥胖病	143
	高钠血症	147
	低钠血症	151
第七章	血液病	
	缺铁性贫血	156
	巨幼红细胞性贫血	159
	溶血性贫血	163
	正色素正红细胞性贫血(生成障碍性贫血)	168
	红细胞增多症	172
	出血性疾病	175
	白血病	180
	淋巴瘤	184
	副蛋白血症	188
第八章	感染性疾病	
	肺炎	193
	感染性心内膜炎	197
	脑膜炎	201
	尿路感染	206
	发热待查	210
第九章	风湿病	
	类风湿性关节炎	215
	关节强硬性脊椎炎	220
	系统性红斑狼疮	223
	骨质减少症	228
第十章	神经系统疾病	
	脑血管疾病	233
	癫痫	237
	偏头痛	242
	多发性神经病	245
	重症肌无力	250
	多发性硬化症	253
	震颤麻痹(帕金森综合征)	256
附录	重要实验室检查正常值	

第一章 心血管疾病

王仁忠 编译

罗邦尧 审校 龚兰生 复审

充血性心力衰竭

概述

充血性心力衰竭可由心肌收缩力减弱(如缺血性心肌病)、心脏机械性舒张功能受抑(如二尖瓣狭窄及心包填塞)、压力负荷过重(如主动脉狭窄及原发性高血压)或容量负荷过重(二尖瓣或主动脉瓣返流)引起。心肌收缩力减弱可使收缩期心室排空不足、心搏量减少和心室残余血量增加。左心室衰竭时,左心室心搏量小于右心室,从右心室进入肺血管床的血液比肺血管床进入左心室的血量多,其结果使肺静脉压、左心房压和左心室舒张压升高。心脏开始衰竭时,下述代偿机理发挥作用:左心室心搏量增加与舒张期左心室肌纤维长度增加(Frank - Starling 定律)、心率加快以及交感神经兴奋。肺充血和僵直势必使肺在呼吸时做功增加,造成呼吸困难。当肺毛细血管压超过血浆胶体渗透压时发生肺水肿。以上变化顺序也可影响衰竭的右心室。右心室衰竭最常见的原因是伴有一定程度肺动脉高压的左心室衰竭,右心房和大静脉血液郁积,可造成静脉压升高、肝郁血和水肿。心排出量减少、肾血管收缩和醛固酮浓度增高,导致肾近曲小管对钠和水的重吸收增加,通过 Frank-Starling 机理使心排出量增加。心排出量减少时,通过小动脉收缩以维持血压的水平。

病因

- 一、心肌收缩性减低 冠状动脉疾病; 心肌炎; 心肌病; 酸中毒; 药物。
- 二、压力负荷过重 高血压; 主动脉瓣或肺动脉瓣狭窄; 特发性肥厚性主动脉瓣下狭窄(IHSS); 主动脉缩窄; 肺动脉高压(如慢性肺部疾病、肺栓塞、左心室衰竭)。
- 三、容量负荷过重 主动脉瓣关闭不全; 二尖瓣关闭不全; 肺动脉瓣关闭不全; 三尖瓣关闭不全; 左向右分流的先天性心脏病。
- 四、心房排空受阻 二尖瓣狭窄; 三尖瓣狭窄; 心房粘液瘤; 心房血栓。
- 五、舒张期心室弛张减弱 限制性心肌病; 缺血性心脏病; 缩窄性心包炎; 心包填塞。

诱因和可治性因素

- 一、系统性高血压; 心肌梗塞(可能无症状); 异位性心律失常; 肺栓塞; 肺部感染; 甲

状腺功能亢进；贫血；肾脏疾病；急性风湿热；感染性心内膜炎；腱索断裂；妊娠；老年男性前列腺梗阻；肝脏疾病；劳累；情绪激动；摄盐过多；含钠药物(如制酸剂)；洋地黄中毒；过量利尿剂治疗引起电解质紊乱；手术可治疗的疾病(二尖瓣狭窄、缩窄性心包炎)。

二、医源性因素：过量静脉输液；金刚胺；甲氨酰氮杂苄；doxorubicin；皮质类固醇；依米丁；雌激素；心得安；奎尼丁；含钠制酸剂；停用洋地黄或降压药。

诊断要点

一、左心衰竭 劳力性呼吸困难；端坐呼吸；阵发性夜间呼吸困难；第三心音或第四心音奔马律；两肺湿罗音；左心室扩大。

二、右心衰竭 体循环静脉充血；肝肿大；周围性水肿；心脏扩大；奔马律。

三、胸部X线摄片 心影增大；肺充血。

不典型与易致误诊的表现

一、呼吸困难 无肺充血时可能与低心排出量有关，如急性心包填塞、原发性肺动脉高压症。

二、劳力性呼吸困难 可因下述情况而难于发现：不活动、慢性病或卧床不起的病人；体力活动减少或逐渐适应轻微体力活动的病人；反应迟钝的病人。

三、端坐呼吸 由于平卧位和横膈抬高可增加静脉回流。随着右心室功能进行性损害，出现相对性三尖瓣返流或肺动脉硬化，肺小动脉阻力增加(代偿性保护肺毛细血管)，最终使端坐呼吸减轻。

应当指出：当病人转向左侧卧位时可主诉呼吸困难(左侧卧位呼吸困难)。

四、阵发性夜间呼吸困难 随着白天积聚的下垂性水肿的吸收，使血容量增加而产生。但在发作数小时后体格检查正常。

五、夜间发作的剧烈干咳 可伴或不伴有罗音，由肺郁血引起，坐位时减轻。确诊需作胸部X线摄片，示肺郁血。

六、支气管哮鸣音 可由支气管水肿引起(心源性哮喘)。哮鸣音可伴或不伴有罗音。心源性哮喘可仅在劳累或夜间突然发作，或是肺水肿的最早期表现。可查得奔马律及胸部X线摄片确定诊断。

七、单侧外周组织水肿 提示局部静脉回流障碍；也可发生在长期侧卧位或一侧肢体下垂的病人中。卧床不起的病人水肿可局限在骶骨前区。

八、收缩前期或第四音奔马律 表明左心室顺应性减低，如见于缺血性心脏病、高血压，但不表明左心室本身衰竭。

九、右上腹痛和触痛 可能是由于肝充血较快使肝包膜膨胀所致。

十、黄疸 可能由于肺梗塞或肝小叶中央坏死所致。

十一、蛋白丢失性肠病 可继发于三尖瓣狭窄或缩窄性心包炎引起的严重体循环静脉郁血。

十二、恶心、腹泻和吸收不良 由内脏充血或洋地黄中毒引起。

十三、脾肿大 常发生在肝肿大的病人中；也可见于伴有心源性肝硬化的病人。应当指出：充血性心力衰竭是肝硬化的罕见病因。

十四、突眼 可由于静脉压升高引起。

十五、疲劳无力 与低心排出量有关。常可见于左或右心充血性心力衰竭。

十六、体重减轻 与低心排出量有关。可以非常明显以致疑有肠癌。

十七、伴有容易混淆的临床表现 ①慢性肺部疾病和间质性纤维化：肺气肿病人中心脏扩大难以诊断；在胸部X线片上可无明显肺充血。②先天性心脏病：可伴有后天性疾病而导致误诊。

十八、易致误诊的实验室检查

(一)渗出性胸腔积液：在无其他渗出原因时，渗出性胸腔积液可见于导致胸膜炎性改变的充血性心力衰竭，或继发于强力利尿而造成的选择性失水。

(二)肝功能试验异常：谷草转氨酶、碱性磷酸酶和胆红素浓度可因肝郁血而轻微升高。

十九、易致误诊的胸部X线片表现

(一)肺淤血：经过治疗，在肺楔嵌压恢复正常后肺郁血仍可持续1~4天。反之，在肺郁血的X线征象出现前12小时肺楔嵌压已可迅速增高。

(二)如果原先心脏大小接近正常下限，则增大的心脏看上去仍可在正常范围内。

(三)横膈“抬高”：可能因为胸膜下有积液，确诊可作侧卧位胸片检查。

二十、下列情况不能除外充血性心力衰竭

(一)无外周性水肿：凹陷性水肿仅在体液潴留达4~5公斤后才出现。确诊可测得体重增加。

(二)肺底部无罗音：见于间质性水肿时，体液尚未渗入肺泡。

(三)静脉压正常：间质性水肿常在体循环静脉压升高前发生。确诊需作胸部X线片检查。

(四)循环时间正常：急性心力衰竭(如心肌梗塞)及高心排出量性心力衰竭时循环时间可较正常为短。高心排出量性心力衰竭的病因为人体需要量增加，如甲状腺机能亢进、贫血、妊娠、动静脉瘘、脚气病性心脏病。

二十、老年病人 常没有呼吸困难、静脉压升高、第三心音、罗音、肝肿大和外周性水肿。老年人的心力衰竭可有以下特点：

(一)潮式呼吸：与脑呼吸中枢和肺之间的循环时间延长有关；上述循环时间延长反过来又影响控制呼吸的正常反馈机制。潮式呼吸较易发生在有脑血管疾病者，而后者在老年人中常见。

(二)昏睡、精神错乱：可能是由于脑血流减少。

(三)颈静脉怒张：可能由于伸长扭曲的主动脉压迫静脉所致，确诊可于深吸气时使主动脉离开膨胀的静脉而使其萎陷。

(四)钙化性主动脉狭窄：是老年男性充血性心力衰竭常易被忽视的一个原因。

(五)淀粉样变性：在因其他原因不能解释的老年心力衰竭中应加以考虑。

早期诊断的线索

一、左心室功能不全的早期征象

(一)端坐呼吸性咳嗽：夜间发生的干咳，坐位时缓解；用力或情绪紧张时也可能发生。此与肺充血有关。确诊通常有呼吸困难，胸部X线摄片可见心脏扩大。

(二)交替脉：在外周动脉系统中交替出现弱和强的脉搏，表明左心室功能较差。

(三)与机械性改变不同,心电图(P波、QRS复合波或T波)改变不是心衰的征象,脉搏改变也不是心脏填塞的特点,有意义的是第三心音奔马律可在肺部罗音发生前很早出现;第二音的反常分裂;端坐呼吸;夜间阵发性呼吸困难。

二、右心室功能不全的早期征象

(一)触及胸骨部收缩期抬举感表明右心室肥大。

(二)吸气时第三心音奔马律明显和(或)响亮的肺动脉瓣第二心音,表示有肺动脉高压。

(三)肝颈反流。颈静脉压(JVP)即使正常,但可见其随吸气而升高(Kussmaul征阳性),正常人应下降。此外静脉输液后颈静脉充盈度增高也是早期右心衰竭的一个征象。

三、胸部X线片的线索(直立位胸片)

(一)上肺部静脉扩张(肺尖血流重新分布)表明有肺静脉高压。毛细血管后楔嵌压可达15~18mmHg,此时听诊可正常。

(二)肺间质水肿(指纵隔水肿、Kerley线、血管周围水肿、或胸膜下水肿)可出现在端坐呼吸发生前,此时外周静脉压可能正常。楔嵌压可能为19~25mmHg。

(三)侧位片上胸骨后间隙减小表明右心室增大。

(四)双心室衰竭比慢性左心衰竭更易发生胸膜或心包积液。

四、充血性心力衰竭患者有下列情况应疑为——

(一)小心脏——缩窄性心包炎;二尖瓣狭窄;刚发生的心肌梗塞;重度主动脉瓣狭窄伴左室壁增厚和小心室腔。

(二)肺水肿而脉率正常——伴有心脏传导阻滞(常为完全性房室分离)。

(三)腹水——潜在的原发性肝病;缩窄性心包炎;三尖瓣狭窄。

(四)腹泻——甲状腺机能亢进症;奎尼丁和洋地黄中毒;吸收不良。

(五)体温升高——肺梗塞;肺部感染;泌尿道感染;血栓性静脉炎;感染性心内膜炎;无症状性心肌梗塞。

(六)紫绀——肺部疾病;肺心病;急性肺水肿;肺栓塞;肺部感染;伴右至左分流的充血性心力衰竭。

五、充血性心力衰竭发生下列情况提示——

(一)15~40岁——二尖瓣病变,尤其是二尖瓣狭窄,常见于年轻妇女;主动脉瓣病变;急性风湿性心脏炎;非风湿性心肌病;先天性心脏病。

(二)40岁以后——冠状动脉粥样硬化;心肌梗塞;高血压;瓣膜性心脏病;肺部疾病;弥漫性心肌疾病。

六、辅助诊断的方法

(一)喷血分数:心室收缩性的一种测定方法(正常值0.56~0.78),可通过超声心动图或放射性同位素显象进行测定。

(二)收缩时间间期:喷血前期时间延长,喷血时间缩短。

严重或持久性心力衰竭的征象

一、急性肺水肿:可伴有低血压和心源性休克。

二、臂和面部凹陷性水肿;腹水是晚期表现,更常见于三尖瓣病变或缩窄性心包炎患者;少尿表示心排出量严重减少;脉压减小反映了每搏输出量减少;脾肿大;恶变质;潮式呼吸;

第三音奔马律。

三、Kerley-A线：肺上部叶间隔扩大。这在急性左心室衰竭病人中更为常见。

易与心力衰竭混淆的情况

一、呼吸困难 也可由下列非心源性疾病引起：焦虑；换气过度；支气管哮喘；肺部疾病。确诊可作胸部X线摄片，示心脏大小正常。

二、劳力性呼吸困难 可发生于：慢性肺部疾病；肥胖；缩窄性心包炎；严重贫血，体力适应性差，但短期中运动耐量有明确改变时提示心力衰竭而非肺部疾病。

三、端坐呼吸 也可发生于：慢性阻塞性肺部疾病；肥胖者在卧位时因腹部器官影响横膈运动。

四、阵发性夜间呼吸困难 也可发生于：晚期肺气肿和慢性支气管炎(因仰卧位时支气管分泌物积聚增多)；肺栓塞；焦虑病人做恶梦和过度换气。

五、端坐呼吸性咳嗽 也可发生于慢性支气管炎的病人，但患者清晨有带痰的咳嗽。

六、下垂性水肿 也可能由于：局部静脉或淋巴管阻塞；原发性肾脏疾病；肝硬化；低蛋白血症。确诊根据无颈静脉怒张。

七、第三心音奔马音 也可见于正常年轻人二尖瓣返流；妊娠；甲状腺机能亢进；贫血等疾病。

八、第四心音奔马律 可在PR间期延长，高血压、主动脉瓣狭窄、心肌病和冠心病患者中听到。

九、肺水肿的非心脏性病因肺泡上皮或肺毛细血管壁的直接损伤；感染(细菌性或病毒性肺炎)；吸入液体(胃液、溺水)；脑疾病(中风、头部创伤、癫痫)；药物过敏、变态反应或中毒；补液过量；药物过量(海洛因等)；氧中毒(“休克肺”)；肺栓塞或梗塞；急性肾小球肾炎；尿毒症；胰腺炎；吸烟；心肺旁路(确诊可作胸部X线片：肺静脉高压表明是心源性病因；通过Swan-Ganz导管测定肺楔嵌压)。

十、易于混淆的X线所见融合性肺泡肺水肿可误诊为肺梗塞、肺炎或肿瘤；肺叶间液体积聚可类似肿瘤(“假肿瘤”、“虚觉肿瘤”)。

治疗中应当注意的问题

一、应用洋地黄类药物应注意其副作用，尤其是诱发洋地黄副作用的各种因素，包括低血钾、低氧血症、酸中毒、碱中毒、高血钙、低血镁、甲状腺机能减退、同时服用奎尼丁、急性心肌缺血、电复律及老年人。此外与拟交感神经胺类药物合用有导致心律失常的危险性。与噻嗪类或襻性利尿剂合用可增加洋地黄毒性。

洋地黄类药物不耐者可用其他正性肌力药① β_1 受体兴奋剂，如多巴酚丁胺，多巴胺；②滴注cAMP或抑制磷酸二酯酶的药物，如氨茶碱、氨联吡啶酮(amrinone)。

二、注意利尿剂的副作用

(一)襻性利尿药与下列药物的相互作用：

(1)与氨基甙类抗生素合用可增加耳毒性。

(2)与头孢霉素II合用可增加肾毒性。

(3)与洋地黄药物合用可增强洋地黄的毒性。

(4)与肾上腺皮质激素合用可增加失钾。

(5)与锂盐合用易发生锂中毒。

必须注意：病人在服用洋地黄期间因有产生心律失常的危险，应随时测定血钾水平。

(二)保钾利尿药(安体舒通、氨苯喋啶)单独应用可引起危险的高钾血症，尤其在补充钾盐时。

三、扩血管药物是近年来治疗心力衰竭常用的方法之一，但应注意其副作用。

(一)硝普钠可引起低血压、呕吐、硫氰酸盐或氰化物中毒、乳酸性酸中毒及高铁血红蛋白血症。

(二)哌唑嗪可引起血压下降，心率增快，剂量应逐渐递增。久用有钠水潴留。

(三)酚妥拉明可引起心动过速及低血压。

(四)硝酸甘油可引起低血压、头痛、高铁血红蛋白血症及耐药性。

(五)巯甲丙脯酸在高肾素型高血压患者偶可引起血压急剧下降，尤其在限钠利尿时更应加以警惕。

四、难治性心力衰竭其可能原因请参阅前述“诱发因素”。

心 绞 痛

概述

心绞痛是心肌供氧和需氧平衡失调的结果。心肌耗氧量的决定因素是血压、心率、左心室腔大小、左心室壁厚度和收缩状态。如果耗氧增加而冠状动脉血流不相应增加则导致相对缺血。动脉粥样硬化是影响冠状血流最常见的病理改变。冠状动脉痉挛也可产生心绞痛。心肌疾病引起的疼痛被认为系起源于第1至第4或第5胸段神经。心肌缺血的疼痛可放射至左臂内侧。这是因心脏和皮肤累及区的神经分布均为第8颈段和第1胸段所致。

病因

一、冠状动脉粥样硬化原发性高血压；主动脉瓣病变；二尖瓣狭窄；先天性心脏病；肺动脉高压；慢性肺部疾病引起的肺源性心脏病；肺栓塞；心肌病；二尖瓣脱垂；远端冠状小动脉梗阻性病变(如系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎、风湿性心肌炎、硬皮病、栓塞)；心律失常；冠状动脉痉挛；异常血红蛋白症。

二、药物 肾上腺素能药物；甲状腺制剂治疗；口服避孕药。

易患因素与诱因

一、易患因素 高血压；高胆固醇血症；吸烟；老年；男性；肥胖；缺少体力活动；血

糖水平；A型性格；情绪紧张；有65岁前发生心脏病的家族史；饮水硬度。

二、诱因 运动；在寒冷、逆风或餐后散步；跑步；登楼梯；性交；情绪激动；寒冷气候。

以下因素易使心绞痛恶化：心律失常；低血压；甲状腺机能亢进；贫血；红细胞增多症。

诊断要点

因劳累或其他诱因引起突然胸骨下压迫性不适，持续时间短促(2~5分钟)，休息或舌下含服硝酸甘油约2分钟即可缓解。

发作时心电图表现为ST段压低和(或)心外膜导联T波倒置(心内膜下心肌缺血)。

不典型与易致误诊的表现

一、心绞痛发作时可伴有暖气(可混淆诊断)、心动过速、高血压、第三和第四心音奔马律、心尖部收缩期杂音(由于乳头肌功能失调引起的短暂性二尖瓣返流)；暂时的扣及缺血性膨出；第二心音逆分裂；交替脉；濒死的恐惧感(罕见，可能为个体心理性反应)。

二、病人可无胸痛，但可主诉劳累时肩、臂或手的一侧或二侧、肘部、颈前或颈后、肩胛间、上下颌、口咽部和上腹部的疼痛，但右手或左手的第四和第五手指疼痛少见。劳累时呼吸困难提示可能伴有左心衰竭的短暂性心肌缺血。

三、心绞痛发作次数逐渐减少可能是病人为了避免心绞痛发作而减少体力活动的结果。

四、心肌梗塞后心绞痛可缓解。在大多数病例中被阻塞的血管亦即产生心肌缺血和心绞痛的同一支血管。

五、在下列情况中可发生冠状动脉正常的心绞痛：严重主动脉瓣狭窄；特发性肥厚性主动脉瓣下狭窄(IHSS)；严重主动脉瓣返流。以上情况均由于主动脉瓣异常引起耗氧量增加所致。

六、变异型心绞痛：休息时发生疼痛，常在白天或晚间同一时间，劳累时不发作。发作时心电图表现为ST段抬高。可能是由冠状动脉短暂性痉挛所致，但也可以与动脉粥样硬化性疾病有关。常同时发生房室传导阻滞和室性心律失常。确诊需作冠状动脉造影。

七、左束支传导阻滞或其他明显的传导障碍可掩盖心电图的缺血性表现。确诊可作²⁰¹钼运动试验。

八、心绞痛诊断在无客观指标时，必须依赖于明确可靠的病史。

九、下列情况不能除外心绞痛

(一)正常心电图 见于50~75%的病人。

(二)心电图负荷试验阴性 有30~40%的病人呈假阴性。

(三)心脏X线摄片正常。

十、运动试验假阳性 约占10%，年轻人多于老年人，女性多于男性，非典型胸痛多于典型胸痛。

早期诊断的线索

一、有下列症状应疑有心绞痛

(一)疼痛不论发生在何部位但与劳累有关。

(二)非典型胸痛有以下症状

- (1)难以描述的不适感。
- (2)用紧握手掌方式描述症状(Levine征)。
- (3)以手掠过而不是以手指指着疼痛部位。
- (4)疼痛发生在同一部位与同一时间,有规律性。
- (5)心电图显示原先有心肌梗塞。

(三)冠状动脉疾病的病人夜间发生心绞痛表明有早期左心衰竭。仰卧位使静脉回流增加导致左室终末舒张压增高,从而使缺血的左心室氧耗增加。

(四)在心动过速时发生心绞痛提示有冠状动脉疾病。

(五)心绞痛发作时心电图假性正常:原先心肌梗塞T波倒置而发生心绞痛时变为直立,表明原先梗塞部位就是心绞痛的部位。

二、辅助诊断的方法

(一)心电图负荷试验阳性:ST段在J点后水平型压低1mm持续0.08秒或ST段下斜型压低2mm。

应当指出:运动试验也能发现心绞痛的缺血性心电图改变,并能确定心绞痛病人的运动耐量,考核治疗方案的效果,发现运动时可能出现的潜在的危险性室性心律失常。运动试验禁忌症:未愈合的心肌梗塞;不稳定型心绞痛;未控制的心律失常;重度主动脉瓣狭窄;重度高血压;充血性心力衰竭。

(二)²⁰¹铊运动心肌扫描:由运动引起的“冷点”显象表明心肌缺血。

(三)门电路控制的门电路心脏血池扫描:可发现整体和(或)局部的左心室功能失调。

(四)冠状动脉造影:适用于尽管进行积极的药物治疗,但仍有不能忍受的心绞痛发作的病人以确定是否需进行手术治疗;决定病变范围;对希望延长积极生活的年轻病人的危险性进行估价;确诊病废性非典型胸痛;在非冠状动脉病变作心外科手术前,估价冠状动脉病变的范围。

危重病例的征象

一、心绞痛出现以下并发症 心律失常;急性心肌梗塞;充血性心力衰竭;猝死(约为25%缺血性心脏病患者的首次表现)。

二、下列情况须要住院

(一)不稳定型心绞痛:呈频繁的不适感,发作时间长而严重,休息或不劳累时发作,休息或服硝酸甘油不能缓解。

(二)新近出现不典型或不稳定型心绞痛。

三、在无心肌梗塞酶学或心电图证据时心绞痛时间延长,临床上提示急性心肌梗塞。也可发生在原先有或无稳定型心绞痛的病人中。确诊应作酶学检查和48小时心电图检查以除外心肌梗塞。

四、变异型心绞痛 疼痛常呈不稳定型且常伴心律失常。

五、心肌梗塞迫近的象征 疼痛发作频繁,心绞痛发展迅速,不能解释的疲劳或出汗。此外心绞痛的发作次数突然减少提示可能发生心肌梗塞。

六、冠状动脉疾病解剖学变化的程度经血管造影证实下列血管有明显狭窄(50%以上)

(一)左冠状动脉主干：一年死亡率约为30%。

(二)二支血管：一年死亡率约为7~8%。

(三)三支血管(左前降支、回旋支及右冠状动脉)：一年死亡率约为13~15%。

附：冠状动脉造影的并发症：死亡(手术中死亡率为0.5%)；心肌梗塞；中风；动脉穿刺部位产生假动脉瘤；动脉血栓形成；动脉出血；对造影剂过敏反应；心律失常。

七、心肌梗塞后持续性心绞痛提示另一支主要冠状动脉也受累。

易于混淆的疾病

一、心绞痛可与下列情况混淆 肋骨肋软骨关节和肋软骨胸骨关节病变(Tietze综合征)，确诊可查得有明显局部压痛；脊柱关节炎；焦虑性神经官能症；胸膜炎；心包炎；肺栓塞；急性主动脉夹层动脉瘤；食管疼痛；腹部疾病(消化性溃疡)。

二、下列情况可发生运动试验假阳性 地高辛治疗；低血钾；二尖瓣脱垂；预激综合征；瓣膜性心脏病；换气过度。

治疗中应当注意的问题

一、硝酸甘油的副作用有头痛、面红、低血压、窦性心动过速及耐药性。

二、硝酸甘油缓解心绞痛发作对诊断并非是绝对可靠的辅助手段，因为食道痉挛也可用硝酸甘油缓解。

三、用硝酸甘油促发或加剧心绞痛时应疑及特发性肥厚性主动脉瓣下狭窄或二尖瓣脱垂。

四、 β 肾上腺素能受体阻滞剂可引起心动过缓，低血压、诱发或恶化心力衰竭、外周血管机能不全、哮喘发作，并可掩盖低血糖的肾上腺素能症状，应用此类药物应警惕严重房室传导阻滞、充血性心力衰竭及哮喘发作。变异性心绞痛禁忌用此药。

突然停药可发生不稳型心绞痛、室性心动过速或心肌梗塞。

五、难治性心绞痛提示 即将发生心肌梗塞；某些其他的心血管问题或并发非冠状动脉疾病，如反复发作阵发性心动过速或心动过缓、伴充血性心力衰竭的低氧血症、急进性高血压、瓣膜性心脏病(尤其是主动脉瓣狭窄)、情绪紧张、发怒、贫血、感染、甲亢、梗阻性前列腺肥大。

心 肌 梗 塞

概述

冠状动脉突然发生血栓性闭塞可引起急性心肌梗塞，但在许多病例中并无急性血栓形成。因此其机理未必一定如此。动脉粥样硬化斑块出血和破裂其远端发生斑块物质的栓塞是另一

可能的机理。主要冠状动脉之间的侧支血管在决定是否发生梗塞中起重要作用。曾有报道，在无冠状动脉阻塞性病变，也无冠状动脉疾病通常的危险因子的病人中发生心肌梗塞。在这些病例中，心肌梗塞是由于冠状动脉血栓或血小板聚集，继之发生细胞溶解，或由于冠状动脉痉挛所致。

病因

与心绞痛病因相同。

诊断要点

一、临床特点 胸骨后疼痛，常放射至颈部、下颌、双臂或背部，持续 30 分钟或更长时间，硝酸甘油无效；出汗；恶心，呕血；呼吸困难；无力；心音微弱(因左心室收缩力减弱及动脉压降低)；两侧肺底罗音。

二、心电图示穿壁性心肌梗塞的 Q 波，ST 段和 T 波改变，血中 CPK-MB 升高。

不典型与易致误诊的表现

一、胸痛不是急性心肌梗塞敏感和特异的征象。

二、心肌梗塞的疼痛发作可在休息时发生。

三、以下情况较常发生无症状和无痛性心肌梗塞 糖尿病；黑人；心房颤动和高血压病等；低心排出量的病人；有急性肺水肿的病人；老年和吸烟者也可发生无症状的心肌梗塞。

四、有下列情况可出现无痛性心肌梗塞 急性肺水肿；阿-斯综合征发作；脑血管意外；麻醉期间；晕厥；休克；心律失常；表现为胃肠道疾病的症状，如消化不良、恶心、呕吐等。

五、急性心肌梗塞可伴有或接着出现以下病象 第二心音逆分裂；暂时性心尖收缩期杂音(因乳头肌功能失调引起二尖瓣返流)；心包摩擦音(在发病最初的 24~48 小时内)；心律失常，体温轻度升高，常发生在最初几天；暂时性高血压，可伴有疼痛和发热。

六、在有明显肺充血的患者中，仅一半病人有肺部罗音。有明显左心衰竭的患者中，右侧中心静脉压通常正常，确诊需作胸部 X 线摄片，在肺底部罗音发生前已有肺充血的放射学表现。

七、常有第四心音，它反映了左心室舒张末期压升高；第三心音奔马律较少见，表明有左心室衰竭。

八、心包炎常被忽略，其症状常被归因于复发性梗塞、肺炎或肺栓塞。

九、心内膜下梗塞可表现为 ST 段变化不一和 T 波改变，无病理性 Q 波。

十、中间综合征 严重心绞痛发作但无梗塞，病史类似于心肌梗塞。确诊需作血清酶测定及心电图检查。

十一、易致误诊的实验发现

(一) 血中 CPK-MB 比总的 CPK 消失快，前者通常在 48 小时后即测不出。

(二) CPK 和 LDH 总浓度对心肌梗塞诊断的特异性要比 CPK-MB 或 LDH_1 / LDH_2 比值小(在心肌梗塞中 LDH_1 浓度高于 LDH_2)。

(三) 心肌梗塞伴有 ST 段抬高，若无酶学或心电图的改变，提示为冠状血管痉挛或变异型心绞痛。确诊心肌梗塞急性期需作动态心电图检查。