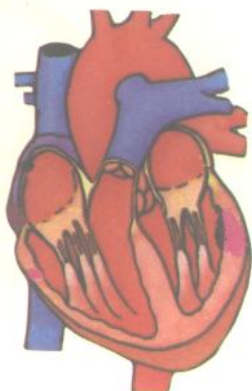


心血管疾病 内科手册

方卫华 衣为民 胡雪松 主编



人民卫生出版社

107983

心血管疾病 内科手册

方卫华 衣为民 胡雪松 主编

温定国 龚善初 副主编

编者 (按章节顺序)

衣为民	袁旭春	陈芸	王虹	赵有生
秦迁	王丽丽	彭长农	田小园	孙晓红
刘强	王雪莱	胡雪松	方卫华	龙娟
李忠红	朱蕾	章慧洁	陈方	林泽鹏
池素娟	温定国	徐根兴	徐骏	彭晓玲
夏志琦	吴扬慧	虞准	张少敏	龚善初



人民卫生出版社

C0195843



ZW91/26/6

心血管疾病内科手册

方卫华 衣为民 胡雪松 主编

人民卫生出版社出版发行

(100078 北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼)

北京人卫印刷厂印刷

新华书店经销

787×1092 32开本 21.75印张 484千字
1999年6月第1版 1999年6月第1版第1次印刷
印数: 00 001—5 000

ISBN 7-117-03081-X/R·3082 定价: 27.50元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前言

众所周知心血管疾病是一种多发病、常见病，也是威胁人类健康的首敌。广大医务工作者希望有一本全面系统的心血管病工具书，编者受人民卫生出版社的委托，组织编写此手册。心血管疾病近 20 多年来国内、外对其病因、诊断、治疗和检查方法及研究发展很快。本手册力求反映近代的水准，经过一年多编写者共同努力，终于问世，全书共分六大篇节，系统、扼要地介绍心血管疾病无创性、有创性检查技术的方法、适应证和阳性结果的判定；心血管病及常见症候群、综合征的病理、诊断和治疗；并对特殊疗法加以分门论述、介绍，是一本较全面、难得的心血管病工具书。一本新书的编写离不开继承、吸收国内、外前辈许多宝贵经典的经验，在此作者致以崇高的谢意！但由于编写者知识浅薄、编写经验不足，难免在编写过程中有许多不足之处，望同仁给予批评指正。

编 者

1998 年 10 月 20 日

目 录

1 病史采集与体格检查	1
1.1 病史采集	3
1.2 体格检查	14
2 无创性心血管检查技术	27
2.1 心脏大血管的 X 线检查	29
2.2 超声心动图	35
2.3 心脏放射性核素显像	60
2.4 体表心电图	67
2.5 心向量图	94
2.6 动态心电图	105
2.7 心电图运动试验	112
2.8 高频心电图	119
2.9 心室晚电位	123
2.10 心率变异性	130
2.11 食管心房调搏术	133
2.12 心血管疾病常用临床试验	149
3 有创性心血管检查技术	161
3.1 心导管和心血管造影术	163
3.2 冠状动脉造影术	172
3.3 漂浮导管检查术的临床应用	183

3.4	心内电生理检查术	189
4	心血管综合征	207
4.1	心力衰竭	209
4.2	心源性休克	234
4.3	心律失常	241
4.4	心脏骤停	293
5	心血管疾病	313
5.1	冠状动脉粥样硬化性心脏病	315
5.2	高血压病	346
5.3	继发性高血压	360
5.4	瓣膜性心脏病	380
5.5	心肌炎	406
5.6	原发性心肌病	419
5.7	感染性心内膜炎	439
5.8	心包炎	446
5.9	先天性心脏病	459
5.10	肺血管疾病	475
5.11	主动脉与大动脉疾病	481
5.12	心血管系统常见综合征	496
6	心血管疾病特殊治疗	521
6.1	洋地黄的临床应用	523
6.2	非洋地黄类正性肌力药物	529
6.3	血管扩张剂的临床应用	536
6.4	心律失常药物治疗	563
6.5	心律失常电治疗	595
6.6	急性心肌梗死的溶栓治疗	614
6.7	抗凝药与抗血栓药物	621
6.8	冠心病的介入性治疗	626

6.9	冠心病、瓣膜病的介入性治疗	636
6.10	高脂血症与降脂药物的应用	642
6.11	心血管药物的临床药理学	660

1

病史采集与体格检查

1.1 病 史 采 集

病史采集是以问诊的形式向病人或知情者取得病情和健康状况的资料,并经过综合分析和系统整理后,再按一定格式记录下来的过程。

1.1.1 问诊内容

一、一般资料

包括病人姓名、性别、年龄、民族、婚姻、职业、籍贯、现住址、就诊或入院日期、病史记录日期、病史陈述者及病史可靠程度。

二、主诉

为病人就诊的主要症状及其持续时间。

三、现病史

为发病到就诊时症状的发生、发展和演变过程。包括:

1. 主要症状的特点:即主要症状出现的部位、性质、持续时间、程度(如劳力性心绞痛和心力衰竭者需问明活动受限情况、高血压患者需问明最高血压或平时血压)等。存在多个症状时应按症状出现的先后顺序分别描述。

2. 症状发生和终止情况:包括起病时间、起病形式(急或缓,持续性、间歇性或阵发性)、起病时病人所处的环境和状态、起病或使症状加重的原因或诱因。症状缓解的形式(急或缓)和特定的终止或缓解方式。

3. 疾病的演变过程及诊疗经过:包括症状出现的频度、

程度及对诱发或缓解因素的反应有何改变,病情是进行性加重还是逐渐好转。既往曾做过何种检查,诊断结果和治疗情况(包括用药名称、剂量、方法、效果或反应等)。

4. 伴随症状:包括各个伴随症状出现的时间、特点及其演变过程,各个伴随症状之间及其与主要症状之间的关系。同时还需询问和记录有鉴别意义的阴性症状。

5. 一般情况:包括起病以来的精神状态、全身状况,饮食、大小便、睡眠和体重变化。

四、既往史

包括病人过去的健康状况和曾患病,特别是与现疾病的有关的病史。如心瓣膜病需了解既往有无关节肿痛病史,冠心病需了解既往有无高血压、糖尿病、高脂血症、高尿酸血症等病史。

五、个人史

包括出生地、曾到地区及居住时间,工作、精神症状,生活习惯,有无嗜好(特别是烟、酒)等。

六、婚姻史

包括是否结婚、结婚年龄、爱人健康情况。

七、月经及生育史

女性病人应询问月经情况,包括初潮年龄、行经期、月经周期、末次月经时间或闭经年龄及月经的量、色等。

八、家族史

主要询问病人的父母、兄弟、姐妹及子女的健康情况,若已死亡则应问明死因及死亡年龄。家族中有无心血管疾病患者。

1.1.2 心血管疾病主要症状

症状是病人主观感觉到的异常感觉或某些病态改变。心血管疾病的常见症状有呼吸困难、胸痛、心悸、眩晕和晕厥等。

一、呼吸困难

呼吸困难是病人主观感到空气不足，客观上表现为呼吸费力，严重时出现鼻翼扇动、发绀、张口呼吸、辅助呼吸肌参与呼吸活动，并可有呼吸频率、深度或节律的异常。

(一)病因和特点

1. 肺源性呼吸困难可分为三种类型：

(1) 吸气性呼吸困难特点为吸气时显著困难，可出现三凹征，伴有干咳及高调吸气性哮鸣音。主要见于上呼吸道梗阻性病变。

(2) 呼气性呼吸困难特点为呼气费力、呼气时间延长，伴有哮鸣音。见于肺组织弹性减低及小支气管痉挛性病变。

(3) 混合性呼吸困难表现为吸气和呼气均费力，呼吸频率增加。主要见于肺部广泛性或压迫性病变而致肺气体交换面积减少。

2. 心源性呼吸困难主要见于左心功能不全，可有四种表现形式：

(1) 劳力性呼吸困难特点是呼吸困难在活动时加重，休息时减轻。

(2) 端坐呼吸特点是呼吸困难在平卧位加重，半卧位或坐位减轻。

(3) 阵发性呼吸困难：特点为阵发性发作，多在夜间睡眠

中突然憋醒,有窒息感,需被迫坐起或走向窗口试图呼吸新鲜空气,一般历时数十分钟症状缓解而从新入睡。为急性肺淤血的表现。

(4) 心性哮喘表现为极度呼吸困难,伴发绀、大汗、烦躁不安、咳粉红色泡沫痰。体查双肺满布哮鸣音和水泡音,可有奔马律。见于急性肺水肿。

3. 中毒性呼吸困难

(1) 代谢性酸中毒,呼吸深而规则,可伴有鼾声。

(2) 急性吗啡、巴比妥等药物中毒,呼吸中枢受抑制致呼吸缓慢或呈潮式呼吸。

4. 神经精神性呼吸困难

(1) 重症颅脑疾病、颅内高压呼吸慢而深伴节律改变。

(2) 癔症病人呼吸困难 表现为呼吸浅速,伴有过度换气所致的手足搐搦、头痛、胸痛。

(3) 叹息样呼吸是心脏神经官能症的常见表现。特点为病人主诉呼吸困难和胸闷,但无客观表现。多在休息时出现,当注意力转移后症状消失。病人常在一次或数次深吸气和叹息样的呼气后获得暂时缓解。

(二)心源性呼吸困难的问诊要点

1. 确定有无呼吸困难

(1) 确定有无劳累性呼吸困难:病人走多远或上几层楼梯才出现呼吸困难?是否只能慢速行走?能否一边走路一边说话?病人能从事的最剧烈的活动是什么?

(2) 确定有无端坐呼吸:患者能否平卧?不能平卧的原因(有些病人是因平卧后出现肩、颈、背痛,或有高枕的习惯,某些病人在卧位时自觉心脏搏动)?确实在平卧、侧卧时都出现胸闷、气急且是在卧位后1分钟内出现症状?

(3) 确定有无夜间阵发性呼吸困难(PND):病人入睡后多久出现呼吸困难(液体分布致左房压增高需2~4小时)?悬垂下肢能否缓解症状(如不能,则不是PND)?持续时间(液体再分布到组织需10~30分钟)?是否伴有咳嗽、哮喘、泡沫或粉红色痰?

2. 鉴别病因

(1) 心衰:是否有高血压、心脏病史?是否曾有端坐呼吸或夜间阵发性呼吸困难?是否在活动时伴有咳嗽、哮喘而在休息后咳嗽哮喘即可减轻?经洋地黄、利尿剂、血管扩张剂治疗症状是否减轻?

(2) 肺源性呼吸困难:是否有慢性肺部疾病、肺气肿的病史?是否伴有咳嗽、脓痰?经抗感染、气管扩张剂治疗症状是否减轻?

(3) 心脏神经官能症:呼吸困难是否在休息时或注意力集中时出现,而活动后或注意力转移时减轻?是否有叹息样呼吸?是否伴有因过度通气而出现的头痛、感觉异常?

(4) 心绞痛:是否与胸痛同时出现?持续数分钟至20余分钟?

(5) 心律失常:是否觉心动过速或心律极不规则?突发突止?

二、心悸

心悸是指病人自觉心跳或心慌,伴有心前区不适感。体检时可发现心率、心律改变或心搏增强等。

(一)病因和特点

1. 心脏搏动增强、心排出量增加

(1) 生理性:在剧烈活动、情绪激动、精神紧张、饮酒、饮咖啡、吸烟或服用某些药物时出现,多表现为心率增快、

心搏增强,可出现早搏。一过性出现,诱发因素去除后逐渐缓解。

(2) 病理性:① 心室肥大,可见于各种器质性心脏病。
② 心脏外病变,如贫血、高热、甲状腺功能亢进、低氧血症等。

2. 心律失常:包括心率增快、过缓和心律不规则。

3. 心脏神经官能症:常伴有头痛头晕、失眠多梦、紧张焦虑、感觉异常。

(二)问诊要点

1. 辨明性质:问明患者感觉是心搏增强?心率改变?心律改变?或只是感到心慌意乱、焦虑不安?

2. 发作期长短:持续性、阵发性或偶发性?问明最长和最短的发作时间。

3. 发作和终止形式:突发突止或是逐渐加重、逐渐缓解?

4. 诱发和缓解因素:问明症状与休息、活动、情绪、药物等因素的关系,有无特定的缓解方式(如深呼吸、憋气)?

5. 伴随症状:伴有胸痛?伴休克、头晕、眩晕、晕厥、抽搐(提示严重心律失常)?伴劳力性呼吸困难(提示心功能不全)?伴失眠多梦、紧张焦虑、手足麻木、叹息样呼吸(多为心脏神经官能症)?

三、胸痛

(一)病因和特点

1. 胸壁疾病:神经性疼痛和带状疱疹所致的疼痛多沿神经分布。胸壁肌肉、骨骼疼痛常随胸廓运动而加重,肌肉疼痛多呈痠痛,而骨骼疼痛多有压痛点。

2. 消化系统疾病:食管炎、食管癌疼痛常局限于胸骨后,

且在吞咽时加重。胃、十二指肠疾病可在胸骨下端或剑突下出现疼痛，性质常为胀痛或呈烧灼样、饥饿样疼痛，进食常可缓解或加重。胆道疾病疼痛可放射到右肩或右胸。

3. 呼吸系统疾病：肺炎、支气管炎、肺部肿瘤、肺梗塞、肺脓肿等常可有一侧胸痛，且多伴有咳嗽、咳痰、咯血等症状。胸膜病变、自发性气胸也常出现一侧胸痛。

4. 心源性胸痛

(1) 心绞痛：典型发作的特点为：多因劳累、情绪激动、饱餐、吸烟等因素而诱发；为胸骨上中段之后压榨样或窒息样疼痛，可波及大部分心前区，并可向左肩、左上肢内侧、颈、下颌放射；伴有恐惧感、出汗，被迫停止活动；持续1~5分钟，一般不超过15分钟；经休息或舌下含服硝酸甘油缓解。

(2) 心肌梗死：疼痛性质似心绞痛，但更剧烈，伴有大汗、恶心呕吐、烦躁不安、恐惧有濒死感；持续时间常超过30分钟，休息或含服硝酸甘油不能缓解。

(3) 心包炎：干性心包炎常有胸骨下或心前区尖锐性疼痛，于深呼吸、咳嗽、吞咽、卧位特别是左侧卧位时加剧，坐位或前倾位时减轻，常放射到左肩、背部、颈部或上腹部，偶也可向左前臂及手放射。心包积液常有前区闷痛或胀痛。

(4) 主动脉夹层：疼痛突起即达高峰，呈刀割样或撕裂样，以胸前或背部两肩胛间区为主，可沿脊柱下行至腹部及下肢，并可向颈部和上肢放射。常伴有休克面容，但多血压不低或有增高。

(5) 心脏神经官能症：常能以手指指出疼痛部位，多局限于左乳下或心前区，但也可呈弥散性，可位于胸骨后、甚至一

侧或全胸部。可为数秒的刺痛,也可为持续数小时或数天的隐痛。常于精神刺激或在活动过后的休息时出现,活动或注意力转移时症状可消失。

(二)问诊要点

1. 胸痛部位:心脏和大血管疾病的疼痛大多位于胸骨后及心前区。胸壁疾病所致疼痛常固定于病变部位,并多有局部压痛。肺部和胸膜疾病、自发性气胸表现为一侧胸痛。心脏神经官能症患者常述疼痛位于左乳下或心尖搏动点,范围多为手指尖大小。

2. 胸痛性质:心绞痛常为压迫样或憋闷样疼痛。干性心包炎常为尖锐性割痛或刺痛,偶可随心动周期而出现跳动样疼痛。心包积液多表现为持续性胀痛或闷痛。主动脉夹层表现为剧烈的撕裂样疼痛。二尖瓣脱垂、神经性疼痛常呈阵发性灼痛或刺痛,肌痛呈酸痛性质。食管疾病常为烧灼样疼痛。

3. 放射部位:心绞痛可向左肩、左上肢内侧、颈部、下颌放射。神经性疼痛多沿神经分布。胆道疾病常向右肩放射。

4. 疼痛持续时间:心绞痛发作性疼痛,多在10分钟内缓解,超过30分钟有急性心肌梗死的可能。心包疾病、肺部或胸膜疾病多为持续性疼痛。心脏神经官能症患者胸痛多持续数小时至数天。

5. 诱发和缓解因素:心绞痛常因用力或紧张时发生,经休息和含服硝酸甘油可缓解。心包、胸膜疾病及胸壁疾病均可因深呼吸和咳嗽而加重,但胸壁疾病还可因胸廓转动或扩胸运动及局部按压而加重。食管疾病常于吞咽时出现疼痛。心脏神经官能症的胸痛多在受到精神刺激、或心情不佳时、或劳累