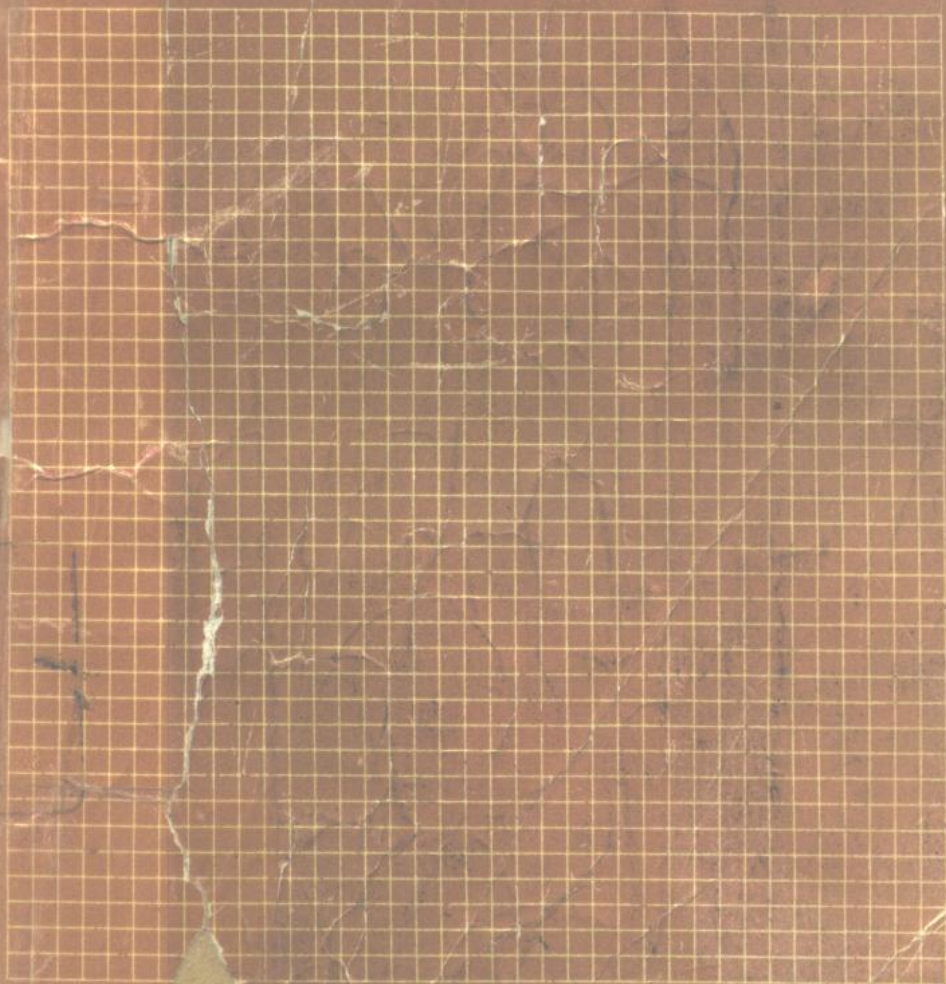




心血管病临床 疑难病100例 分析

• 葛德元 编

• 科学技术文献出版社



33129

心血管病临床疑难 病 100 例分析

葛德元 编

科学技术文献出版社

内 容 简 介

本书对心血管病13个类型(心律失常,风湿性心脏病,动脉粥样硬化和冠心病,先天性心血管病等)临床疑难病的100个典型病例,进行了具体分析。分别按患者病例、临床分析、病理检查和讨论、经验及教训等加以详尽阐述。总结了临床诊断、鉴别诊断和治疗心血管疾病的实践经验,并对心血管病的研究,提供了系统的理论根据。

本书可供全国各医院临床医生,医学科研工作者,以及医学院校师生参考。

2127/25 15

心血管病临床疑难病100例分析

葛德元 编

科学技术文献出版社出版

(北京复兴路15号)

北京京辉印刷厂印刷

新华书店科技发行所发行 各地新华书店经售

*

850×1168毫米 32开本 22.25印张 527千字

1990年9月第1版 1990年9月第1次印刷

印数: 1—6100册

科技新书目: 226—092

ISBN 7-5023-1278-1/R·247

定 价: 12.50元

前 言

随着我国现代化建设事业的发展，人民生活水平的不断提高，卫生保健事业也有了较大的发展，人民群众的平均寿命日益延长，虽然烈性传染病已明显减少，但是心血管病却逐渐地增多，这已引起世界卫生组织的重视，也是我们注意研究的一个重要课题。

目前对心血管病的临床诊断治疗还有待于进一步提高，不断研究，总结临床治疗工作中的经验，这是提高防治心血管病技术水平的有效手段。中国人民解放军第二六六医院主治医师葛德元同志，在从事治疗心血管病的临床工作中，刻苦学习，潜心研究，大胆探索，对部分医院临床工作中遇到的典型疑难病例和二十多年来我国专业杂志中刊载的病例进行收集整理，并编辑成书，总结了临床诊断、鉴别诊断和治疗心血管疾病的实践经验，并对心血管疾病的研究工作提供了系统的理论依据。

《心血管病临床疑难病 100 例分析》一书对临床和教学工作具有参考和指导价值，特别是对基层医院更有指导意义。此书是我国医疗卫生工作者临床经验的集纳和总结，其中凝聚着众多人的劳动智慧和结晶，在此应向参加100例讨论的同志表示感谢。

中国医学科学院心血管病研究所 孙瑞龙
阜外医院

一九八九年四月

目 录

心律失常

胸闷、气急、下肢浮肿及昏厥…………… (1)

Ⅱ度房室传导阻滞、顽固性心力衰竭…………… (5)

心悸、气短、头晕、心率缓慢…………… (13)

风湿性心脏病

双踝、指、趾关节痛，心悸、气短伴下肢

水肿…………… (19)

下肢活动突然失灵、意识障碍…………… (27)

心脏扩大、急进性心力衰竭…………… (33)

心悸、气短、下肢水肿、关节痛、昏迷…………… (40)

心悸气促，下肢浮肿，心底部双期杂音、便血…………… (46)

劳累后心悸、气短、咯血、心脏杂音…………… (50)

心脏杂音、左胸后纵隔液性肿块…………… (57)

动脉粥样硬化和冠状动脉粥样硬化性心脏病

胸闷、上腹部疼痛、猝死…………… (63)

突然心前区剧痛、休克、心律失常、意识不清…………… (68)

心悸、气急、黄疸、发热…………… (74)

面部潮红、突然晕厥死亡…………… (82)

胸痛、呼吸急促、紫绀…………… (88)

下腹痛、腰腿痛、血压高、昏迷、尿闭…………… (95)

进行性心悸、气促、心前区粗糙收缩期杂音…………… (101)

晕厥、胸闷、偏瘫、血压下降·····	(106)
心前区不适伴心慌、晕厥及休克·····	(112)
头晕, 乏力, 腰酸、夜尿增多、尿检有蛋白及颗粒管型·····	(119)
胸痛、猝死·····	(125)
休克、心前区杂音·····	(133)
急性心肌梗塞合并急性全心衰竭·····	(138)

先天性心脏血管病

肺动静脉瘘·····	(145)
心悸、气促、水肿伴恶心、呕吐·····	(153)
心悸、肝大、腹水、下肢水肿、阵发昏睡·····	(158)
发热、咯血、胸痛、心脏杂音·····	(165)
咳嗽、气急、不能平卧·····	(171)
反复心力衰竭、高血压·····	(176)
鼻衄、贫血、心慌、气急、淤点·····	(179)
腹部、胸骨后疼痛、呕吐·····	(185)
气促、水肿、左胸第三、四肋间有连续性 机器样杂音·····	(190)
心慌、气促、浮肿、发热、黄疸·····	(196)
心悸、气短、全身水肿·····	(202)
畏寒、发热、四肢关节酸痛·····	(208)
发热、心悸、气促、胸痛、下肢浮肿·····	(214)
发热、皮疹、心脏杂音、异常Q波·····	(219)
胸闷、气急、浮肿·····	(224)
大心脏、紫绀·····	(235)

高血压病和继发性高血压

持续性高血压、发作性加剧、伴多汗, 周身无力·····	(241)
两年来阵发性头痛伴心悸、多汗, 最近发作时	

伴高热、休克·····	(249)
剧烈头痛、频繁呕吐、心跳、气短三天、高血压史	
二年、血尿培养大肠杆菌阳性·····	(256)
嗜铬细胞瘤·····	(268)
头昏、头痛、呕吐、视力模糊·····	(277)
血压高、休克、脑疝·····	(286)
陈旧性心肌梗塞、室壁瘤、突然窦性心动过缓、	
心源性休克·····	(290)
肺原性心脏病	
原发性肺动脉高压·····	(299)
肺动脉血栓栓塞病·····	(309)
慢性咳喘、双下肢浮肿、反复心跳骤停·····	(320)
咳喘、呼吸困难、谵语、紫绀、浮肿·····	(327)
感染性心内膜炎	
心悸、气短、浮肿、咯血·····	(335)
下肢浮肿、尿少、心悸、咳嗽、气促、心脏扩大·····	(340)
高热、气促、不能平卧·····	(349)
咳嗽、发热、盗汗、心悸、气促·····	(354)
心慌、气促、心脏杂音、心力衰竭·····	(362)
发热、心脏杂音、突然失明、抽搐昏迷·····	(367)
心包炎、心肌炎、梅毒性心脏血管病	
大量腹水、恶病质、抽搐、昏迷·····	(373)
心慌、胸闷、乏力、心包大量积液·····	(378)
心悸、气急、肝脾肿大·····	(383)
进行性腹胀、水肿·····	(391)
气急、胸痛、房颤·····	(396)
劳累后心悸、气急、水肿·····	(405)
发热、咳嗽、气促、心悸·····	(416)

房室传导阻滞、猝死·····	(422)
病毒性心肌炎引起Q—T延长综合征·····	(428)
心脏扩大、黄疸·····	(433)
发热、头痛、腹痛、黑便·····	(440)
颜面、下肢浮肿, 顽固性室上性心动过速·····	(445)
休克、心衰、皮下出血、白细胞增多·····	(450)

心肌疾病

充血型心肌病并发呼吸困难综合征·····	(463)
心悸、气急、心前区疼痛、猝死·····	(472)
心慌、憋气、肝大、休克·····	(475)
心脏扩大、胸痛、气急·····	(480)
心悸、气促、咳嗽 5 月余、加重 4 天·····	(485)
胸闷、气急、心悸、下肢水肿·····	(493)
长期气促、水肿、腹水·····	(499)

克山病

心慌气短、下肢浮肿、伴有肘、膝等关节粗大畸形·····	(507)
-----------------------------	---------

心脏肿瘤

昏厥、胸闷、心悸伴心前区杂音·····	(513)
突然心慌、胸闷、抽搐、心脏停搏·····	(518)
无脉、心力衰竭、阻塞性黄疸·····	(522)
发热、心慌、气短、心包积液及全身水肿·····	(533)
发热、心前区痛、气急、心包积液·····	(540)
心慌、气促、胸闷、浮肿、大量心包积液·····	(547)
心悸、胸闷、休克、室颤·····	(552)
心慌、气短、消瘦、腹胀·····	(556)
心包填塞、腔静脉综合征·····	(562)
胸闷、气急、心悸、全身浮肿·····	(568)

心悸、气急、全身浮肿·····	(579)
主动脉瘤	
剧烈胸痛、腹痛二天、猝死·····	(587)
胸部持续性疼痛、进行性呼吸困难、急性心力衰竭·····	(596)
失语、吞咽困难、心脏右侧明显扩大·····	(601)
右上腹痛、发热、高血压、急性肾功能衰竭·····	(608)
升主动脉夹层动脉瘤·····	(618)
周围血管疾病	
突发晕厥、气急、休克·····	(627)
反复发作性关节疼痛、浮肿半年·····	(634)
胸闷、气短、双下肢皮肤红斑、溃疡、浮肿·····	(639)
反复出现胸腔积液、心悸、呼吸困难，继之发生肝肿大、腹水及心界扩大·····	(645)
发热、多汗、乏力、左胸撕裂样疼痛·····	(653)
皮肤色素沉着、雷诺氏现象、心悸、气促·····	(658)
发绀、气短、下肢水肿·····	(665)

胸闷、气急、下肢浮肿及昏厥

患者，男性，67岁，因胸闷、气急、尿少、两下肢浮肿及夜间阵发性呼吸困难3个月，加重1周于1979年2月3日第1次入院。既往有慢性咳嗽史6年，胸闷、阵发性气急2年。无高血压病史。心电图：“完全性左束支传导阻滞”。经抗感染、利尿治疗后病情缓解，住院半月后出院。出院后一般情况尚平稳。于1979年5月7日上午突感左上腹部持续性疼痛，伴昏厥1次，历时2~3分钟，并再度出现胸闷、气急、下肢浮肿而又收住本院。

查体：T36℃，R28次/分，Bp110/80mmHg，一般情况差，消瘦状，半卧位。口唇紫绀，舌胖大呈蓝紫色，右眼眶及眶周有片状“紫癜”。颈静脉怒张，桶状胸，左肺呼吸音减低，左下肺闻及湿罗音。心尖搏动在左第5肋间锁骨中线外2cm，心浊音界向左下扩大，心率84次/分，心律不规则，心跳有脱漏。心尖区Ⅱ级吹风样SM，不传导。腹软，肝肋下1.5cm，脾未触及，骶部及两下肢有可凹性浮肿。

实验室检查：白细胞 $5,560/\text{mm}^3$ ，中性粒细胞79%，淋巴21%，血小板8万。尿及大便常规正常。血沉6mm/h，SLDH 600U，SGOT42U。血钾 3.8mEq/L ， CO_2CP 36Vol%，血脂正常。心电图：Ⅱ~Ⅲ°窦房传导阻滞，最长窦性停搏时间达3常范秒，I°房室传导阻滞，完全性左束支传导阻滞。 V_{1-4} 、 L_2 、 L_3 、aVF之QRS波呈QS型，ST段抬高2~5mm， Tv_6 、 v_6 明显倒置呈“冠状样T”。X线胸片“心脏扩大以左室为主，两上肺陈旧性结核病灶左上胸膜增厚”。

入院诊断：冠状动脉粥样硬化性心脏病，陈旧性前壁及下壁心肌梗塞可疑，全心衰竭，严重心律紊乱。入院后予以葡萄糖胰岛素氯化钾液、硝酸酯类制剂、利尿剂和抗感染等治疗，病情一度缓解。5月17日夜間突然又出现严重呼吸困难，并于心尖区闻及心包摩擦音。心电图：窦性停搏频发室早、室性逸搏。立即安置临时起搏器起搏后一般情况平稳，但QRS波逐日增宽，从0.16秒逐渐增宽达0.28秒。起搏第12天突然反复发生昏厥，起搏无法带动心跳，经开胸心脏挤压及人工呼吸等抢救无效死亡。

临 床 分 析

张子滇：根据上腹痛、胸闷病史，心衰症状及心电图表现，首先考虑冠心病合并心功能不全。心电图虽示陈旧性心肌梗塞，但是完全性左束支传导阻滞可以掩盖梗塞图形，故急性心肌梗塞不能排除。

患者无高血压病史，血脂正常，胸片示心脏明显增大，严重心律紊乱及反复出现昏厥，除心肌梗塞外还应想到原发性心脏病可能。胸膜炎、心包炎可以考虑为梗塞后综合征，但心脏继发性肿瘤也可有类似表现。

林丽珊：根据症状和体征，我们考虑扩张性心脏病可能较大。第1次入院时心衰是肺部感染诱发，出院后一般情况尚好，说明心脏有一定代偿功能。第2次入院时心衰主要是严重心律紊乱所诱发，心律紊乱不纠正，心力衰竭也不会改善，最后可导致死亡。当然缺血性心脏病也不能完全排除。

根据胸闷、气急病史，过去有慢性咳嗽史6年，现在出现全心衰症状，除考虑冠心病外，肺原性心脏病也不能完全排除，是否两者同时存在？

缺血性心脏病患者常有如下特点：（1）冠心病的典型症

状及病史；（2）反复心力衰竭；（3）严重心律失常；（4）心脏扩大。本例基本具备以上特点。

至于心包摩擦音的出现，结合胸片有肺结核灶，应注意结核性心包炎的可能。

刘玉明：此病例除上述特征外，还有如下几点特点：（1）传导系统损害严重，除I°AVB、LBBB外，QRS波宽度逐日增宽，考虑不完全AVB的阻滞水平可能在束支分叉部位左右，因而可能存在进展性三束支阻滞。（2）窦性静止、窦房阻滞，表明窦房结功能低下，有病态窦房结综合征存在。（3）LBBB图形虽然可掩盖急性心肌梗塞表现，但患者V₄导联为QrS型波，SLDH达600U，SGOT42U，发病时有上腹部疼痛，提示前壁心肌梗塞。但心肌梗塞的原因是什么呢？此病人无烟酒嗜好，无高血压病史，血脂正常，消瘦状，血沉不增快，酶学改变不显著，平素无典型心绞痛症状，因而除考虑冠状动脉粥样硬化外，还应注意其它疾病引起的心肌坏死。根据临床表现，炎症性、损伤性、瓣膜疾病或先天性畸形的可能性极小。过去有LBBB史，无明确栓子来源，病情反复时间较长，也不支持栓塞性病变。此病人心律紊乱多样而严重，心脏扩大，心力衰竭，原发性心病不能排除。但患者眼眶周围“紫癜”，胸腔积液，腹痛，巨大蓝色舌，消瘦及进行性心衰，心律失常，均提示有心脏淀粉样变性可能。但未行舌或牙龈活检，不能证实是否为此病。

起搏后QRS波逐日增宽，表明心室内传导障碍进行性加重，不支持导管漂移或阈值升高。我们讨论，除考虑冠心病心肌梗塞外，还怀疑是否存在冠心病合并病毒性心肌炎的可能。

病理检查和讨论

侯和德：心脏标本观察：心包腔内有150ml左右淡黄色液

体，心脏硬而脆，并显著增大，为 $10 \times 15 \times 10 \text{ cm}^3$ 。心脏颜色较苍白，表面可见不规则的乳白色斑块和条纹。

显微镜检查：心内膜上皮可见大量均质透明的嗜酸性沉着物。在心肌小血管壁内及心尖部脂肪组织的血管壁内也可见此种透明沉着物。小血管管壁增厚，内径减小。有些血管管腔完全闭合。在嗜酸性沉着物中可见一些间隙。少数较大的小血管类淀粉样物中有环状的蓝色钙化沉淀物。无显著心肌坏死及心肌肥大，但可见一些脂褐质沉着。肌层无局灶性或弥漫性纤维化。“乳斑”为胶原纤维，有些淋巴细胞浸润，提示慢性心包炎。所有嗜酸性沉着物Putchler's刚果红染色呈阳性，龙胆紫染色呈紫红色，PAS反应阳性。心肌纤维周围也有类淀粉样物沉着，用Putchler's刚果红染色，甲紫染色及PAS染色，可显现得更清楚。在沉着明显的区域心肌纤维萎缩甚至消失。除乳斑外，Van Gieson染色无胶原纤维增加。脂质染色及粘液染色均阴性。连续切片茜素红“S”染色可见小血管的类淀粉物质中散在无定形、颗粒状与斑块状钙盐沉着。

病理诊断：1. 心脏淀粉样变性伴钙盐沉着；2. 慢性心包炎。

淀粉样物是一种病理性的均质半透明的玻璃性沉着物，沉着于组织和器官的细胞之间。组织切片有如下特点与其它玻璃样变相区别：淀粉样物PAS染色阳性，异染性染料甲紫或甲苯胺蓝染色呈紫玫瑰色，刚果红染色阳性。用偏振光显微镜检查呈弱双折射，刚果红染色可增强绿色双折射。在电镜下它有十分特征性的纤维性亚结构。Glenner等认为大部分淀粉样物来自免疫球蛋白，其它还有来源不明的淀粉样物。目前还不知道何以不同类型的淀粉样变性有其特征性组织分布。已知有六种蛋白质可以呈现淀粉样物的典型纤维性结构。

血管钙化可涉及不同的机制。推测与基质的粘多糖变性易

于结合钙离子可能有关。心脏淀粉样变性伴慢性心包炎中的钙盐沉着的意义尚待阐明。

刘玉明：我国心脏淀粉样变性报导甚少。原发性心脏淀粉样变性诊断较困难，有时可行舌、齿龈、皮肤活检发现淀粉样变性，从而推测出心脏病变。此外，部分患者伴有神经肌肉损害。如果血清中IgA、IgG、IgM升高，尿中发现本周氏蛋白也可进一步支持本病。迄今对本病尚无特殊治疗方法，仍以对症处理为主。心肌缺血产生的心肌坏死亦无法挽救。病者冠状动脉主干及大分支可无改变，但心肌小血管常常病变严重，属于心脏微血管性病变。

（刘玉明等）

Ⅲ度房室传导阻滞、顽固性心力衰竭

患者，男性，55岁，电工。1972年起头晕血压偏高（150/90毫米汞柱）。1974年起又常有心前区发作性疼痛，每次持续1~2分钟，但能自行缓解，有时疼痛发作与劳累有关，检查发现心脏扩大。1975年初，患者有时心跳慢、“昏倒”，经检查诊断为Ⅲ度房室传导阻滞。同年8月13日因再次昏厥而急诊入院。

查体：一般情况尚好，肥胖体型，心率48次/分，律齐，心尖区收缩期杂音Ⅰ~Ⅱ级，血压150/90毫米汞柱，腹平软，肝、脾未及，下肢不肿。

实验室检查：心电图：Ⅲ度房室传导阻滞。X线片：心脏

横位，心胸比例65%，肺野轻度郁血。血常规红细胞450万／立方毫米，血红蛋白9.0克%，白细胞6900／立方毫米，中性粒细胞62%，淋巴38%。血小板6万／立方毫米。出凝血时间正常。尿常规：红细胞0～1，白细胞4～5，蛋白+，颗粒管型0～1。肝功能正常，尿素氮36毫克%，胆固醇124毫克%，甘油三酯66毫克%。

入院安装起搏器后，情况良好出院。

1976年4月28日，因起搏器失灵，发生昏厥伴气急、浮肿再次入院，当时血压120／80毫米汞柱，在重新安装起搏器及强心、利尿治疗后，好转出院。但患者仍常因气急、肝大、浮肿而门诊服药治疗，严重时入院治疗。1977年11月一次因情绪激动后突然昏迷，左侧肢体偏瘫，血压90／70毫米汞柱。入院后治疗一天，即完全恢复。此后，反复食欲不振，肝区胀痛、肝大、浮肿而多次入院治疗。曾作肝同位素扫描，为肝硬化，除外肝脏占位性病变。肝功能正常，血浆蛋白偏低。心脏起搏始终良好，但心力衰竭进行性加重。虽经洋地黄、利尿剂、扩血管药物、补充蛋白等治疗，心力衰竭仍不能控制。最后，因顽固性心力衰竭，治疗无效，于1979年11月3日上午死亡。

临 床 分 析

忻志鹏：根据病史所述首先考虑患者为长期慢性顽固性心力衰竭致心源性恶液质而死亡。对于心脏病变因无器质性杂音，可排除瓣膜损害、缺损，或异常通道等心脏疾病；所有的病史资料也缺乏炎症的依据，故亦可排除；因而应考虑为冠心病或心肌病。

冠心病，则有以下几点不能解释：1．病程的演变为肝大，胸腹水，恶液质，死亡；2．无心肌梗塞而出现难治性心力衰竭；3．起搏器功能良好而心力衰竭加剧；4．无高血

压、高血脂等表现。至于心肌病：1. 患者系55岁，男性，体力劳动者，符合心肌病发病条件；2. 从头晕、晕倒、晕厥直至阿-斯综合征频繁发作，也符合心肌病的演变规律，可由于心肌病所致的心律失常由轻→重，由间歇→持续而出现Ⅲ度房室传导阻滞，病程已在7年以上，此种隐匿性的起病和病程是充血性心肌病的特征；3. 心脏扩大，Ⅲ度房室传导阻滞，心力衰竭，经使用起搏器后仍然心力衰竭，顽固性心力衰竭亦均为心肌病的特征；4. 劳力性心绞痛也可以心肌病变所致的“继发性心绞痛”来解释；5. 充血性心肌病可产生栓塞性并发症，可解释本病例曾产生“心脑血管卒中”。因而对本例应考虑为心肌病。

何梅先：本病例为男性，50岁已发现心脏增大，而症状不多，主要为心前区疼痛。第一次因Ⅲ度房室传导阻滞而入院，体征仅心尖部收缩期杂音1～Ⅱ级。入院后予以安装起搏器，第二次入院由于起搏器失灵，此时已出现心力衰竭，以后4年内多次反复入院，均为反复充血性心力衰竭。根据以上特点，风湿性瓣膜病可以除外，且风湿性心脏病发生Ⅲ度房室传导阻滞的极少见。以下三种疾病可考虑。

1. 冠心病：在心肌梗死型冠心病，心脏可以扩大，并可发生心力衰竭，可无明显心绞痛症状，心脏可无杂音，或由于有乳头肌功能失调产生二尖瓣返流性杂音，并可发生各种心律失常。本例无高血压、高血脂、糖尿病的临床表现，首次入院心脏扩大，在有Ⅲ度房室传导阻滞时尚无心力衰竭表现，因此，冠心病可能性很小。

2. 对于中年或中年以上发生高度房室传导阻滞伴阿-斯综合征，而无其他明显症状者，尚需怀疑为传导系统硬化性病变(Lenegre's病)，或心肌支架钙化、硬化性疾病(Lev's病)，这两种病的心肌和冠状动脉本身均可正常，心电图无心

肌梗塞表现,仅有传导障碍。当发生Ⅲ度房室传导阻滞时,经安装起搏器后,若起搏功能良好,则不应发生心力衰竭,除非Ⅲ度房室传导阻滞反复发作阿-斯综合征,或长期过缓的心率未予治疗。时间久后,可引起心脏扩大和影响心脏功能。本例在起搏良好后,仍反复出现顽固性心力衰竭,则难以用此两种病解释。

3. 本例以心肌病可能性最大。心肌病可分为原发性和继发性两种,继发性可由于胶原性病变、内分泌疾病、代谢疾病、神经肌肉性疾病,或慢性心肌炎引起,但本例病史未提供有关线索,故以原发性充血型心肌病可能性最大。这种病例可被发现心脏扩大而多年无明显自觉症状,以后再出现反复心力衰竭,有的病例可以心脏未见明显扩大而表现为严重的心律失常。早期治疗以后,心力衰竭表现可消失,心脏可缩小;以后反复发作,可发展为顽固性心力衰竭。

杨菊贤: 1. 患者,55岁,男性,出现劳力性心绞痛,心影增大,Ⅲ度房室传导阻滞伴阿-斯综合征,曾反复出现心力衰竭,有脑血管意外史。因此,首先考虑冠心病。但由于:①无明显冠心病易患因素,心脏增大早而显著,未见主动脉增宽迂曲等特点;②反复心力衰竭以右心为主;③有心绞痛,Ⅲ度房室传导阻滞反复心力衰竭,心电图却无ST-T波改变,均与冠心病不符。

2. 患者心脏普遍增大,Ⅲ度房室传导阻滞,反复心力衰竭,1977年曾出现短暂昏迷,左侧偏瘫,可能系动脉栓塞。因此,考虑为原发性充血型心肌病,病变以心肌纤维为主,使心排量明显减少,反复出现心力衰竭。由于肺小动脉反复栓塞,可表现为右心衰竭为主。房室传导组织纤维化可引起Ⅲ度房室传导阻滞,但由于X线中未发现明显肺郁血表现,这是不符合充血型心肌病最主要之点。此外,心绞痛在充血型心肌病亦较