

实用表格式 心血管疾病诊治指导

孙志军 金琴花◎主编



北京科学技术出版社

R54
SZJ
C.1

实用表格式心血管疾病 诊治指导

主编 孙志军 金琴花
主审 盖鲁粤

Shiyongbiaogeshi xinxueguan jibing zhenzhizhidao



Shiyongbiao

jibing zhenzhizhidao

北京科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用表格式心血管疾病诊治指导/孙志军,金琴花编著. —北京:北京科学技术出版社,2006.6

ISBN 7-5304-3355-5

I. 实... II. ①孙... ②金... III. 心脏血管疾病-诊疗 IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 042588 号

实用表格式心血管疾病诊治指导

主 编: 孙志军 金琴花

责任编辑: 白 桦

责任校对: 黄立辉

封面设计: 耕者设计工作室

出 版 人: 张敬德

出版发行: 北京科学技术出版社

社 址: 北京西直门南大街 16 号

邮政编码: 100035

电话传真: 0086-10-66161951 (总编室)

0086-10-66113227 (发行部)

0086-10-66161952 (发行部传真)

电子信箱: postmaster@bkjpress.com

网 址: www.bkjpress.com

经 销: 新华书店

印 刷: 三河市国新印装有限公司

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

字 数: 280 千

印 张: 22.75

版 次: 2006 年 6 月第 1 版

印 次: 2006 年 6 月第 1 次印刷

ISBN 7-5304-3355-5/R · 883

定 价: 45.00 元



京科版图书, 版权所有, 侵权必究。

京科版图书, 印装差错, 负责退换。

编者名单

主 编 孙志军 金琴花

主 审 盖鲁粤

编 者 (以姓氏笔画为序)

刘长福 孙志军 李志农

李明臣 金琴花 海 峰

曹丽萍

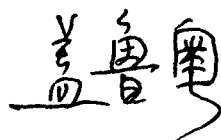
序

中国协和医科大学出版社

目前有关心内科疾病诊疗的图书种类很多，有的书内容也确实不错，可是由于内容比较繁多，有时不可能从头到尾读一遍，查阅时，想了解的部分可能又藏在某一角落，找起来比较困难，结果是好多书都成了书架上的一个摆设。“工欲善其事，必先利其器”。每一位医学工作者都希望拥有一本内容全面，同时形式又比较简单明了且便于在临床工作中随时查阅的工具书。人们对心血管疾病的认识过程比较漫长，近年来的新进展又比较多，特别是介入方面，可以说是有了飞速的发展，如何将那么多的内容综合起来，而又不让人读起来占用太多的时间？那么本书的出版就很好地解决了这个问题。

本书作者在20年临床工作实践的基础上，总结了解放军总医院心内科的诊治常规，以表格形式对心血管常见病及多发病的病因、病理生理、诊治原则等方面做了简明实用的阐述，同时对心血管疾病诊疗操作技术及诊治心内科疾病相关的辅助检查也进行了详尽的介绍。对各级医院内科医生、心血管内外科各级医师来说，这是一本很难得的参考书。

中国人民解放军总医院



2006年5月

前言

前言

前言

心内科内容涉及广泛,近年来进展迅速,对于临床医师来说,如何更好地掌握诊疗知识,及时查阅,了解新进展对指导临床工作非常有益。有鉴于此,我们组织了解放军总医院从事心血管内科临床工作多年的医师编写了此书。

本书集中阐述了心血管常见病、多发病的病因、病理、病理生理、诊断及简洁、切实可行的治疗方案,对临床上所遇到的各种心血管疾病提供一个便于查阅、简明和完整的提纲式的论述。在心血管内科各种诊疗操作技术的要点、病人的准备、适应证、并发症及处理原则方面,本书也进行了详细阐述。同时对于心血管内科相关的学科如心脏病手术围手术期心血管疾病处置、非心脏病手术围手术期心血管疾病的处置、周围血管疾病诊治等临床需要掌握而又易忽视的问题做了详尽的表述。本书内容简洁实用,以表格形式使读者可迅速获取有关信息,且内容和临床密切相关,使读者可以直接将书本上的内容应用于临床,对病人做出快速而准确的诊断和处理。

本书适于心脏病学专业的进修生、研究生及心内科住院医师,各级医院的内科医师也可将本书作为临床参考用书,对提高临床思维水平及判断能力有很大的帮助。

由于时间仓促和我们的能力有限,本书难免有缺点错误和不足之处,恳切希望读者给予批评指正。

编者

2006年3月

目 录

第1章 心力衰竭	1
1.1 概述	1
1.2 收缩性心功能不全	7
1.3 舒张性心功能不全	13
第2章 高血压	15
2.1 高血压分类及诊断	15
2.2 高血压治疗	19
第3章 冠心病	28
3.1 概述	28
3.2 心绞痛	30
3.3 心肌梗死	49
第4章 先天性心脏病	86
4.1 概述	86
4.2 动脉导管未闭	87
4.3 室间隔缺损	88
4.4 房间隔缺损	89
4.5 单纯肺动脉瓣口狭窄	90
4.6 主动脉口狭窄	91
4.7 主动脉缩窄	92
4.8 法洛四联症	93
4.9 三尖瓣 Ebstein 畸形	95
4.10 艾森曼格综合征	96
4.11 完全性大血管错位	96
第5章 心律失常	98
5.1 概述	98
5.2 各类心律失常特点	105
5.3 常见心电图变化	113
5.4 心律失常的治疗	118
第6章 瓣膜疾病	125
6.1 二尖瓣狭窄	125
6.2 二尖瓣关闭不全	129

6.3 主动脉瓣狭窄	132
6.4 主动脉瓣关闭不全	136
6.5 三尖瓣狭窄	140
6.6 三尖瓣关闭不全	141
6.7 肺动脉瓣狭窄	142
6.8 肺动脉瓣关闭不全	144
第7章 风湿热	145
7.1 风湿热概述	145
7.2 风湿热的临床表现	145
7.3 风湿热的临床诊断	146
7.4 风湿热急性期的治疗原则	146
7.5 风湿热预防	146
第8章 感染性心内膜炎	148
8.1 感染性心内膜炎概述	148
8.2 感染性心内膜炎临床表现	148
8.3 感染性心内膜炎辅助检查	148
8.4 感染性心内膜炎的诊断与鉴别诊断	149
8.5 感染性心内膜炎治疗原则	149
8.6 青霉素敏感的草绿色链球菌和牛链菌性自身瓣膜心内膜炎治疗 ($MIC \leq 0.1 \mu g/ml$)	149
8.7 青霉素 G 比较耐药的草绿色链球菌和牛链球菌株引起的自身瓣膜心 内膜炎治疗 ($MIC > 0.1 \mu g/ml$ 和 $< 0.5 \mu g/ml$)	150
8.8 肠球菌性心内膜炎的标准治疗	150
8.9 对标准方案中耐药肠球菌性心内膜炎菌株的选择性治疗策略	151
8.10 感染性心内膜炎并发症的处理	151
8.11 感染性心内膜炎外科治疗	151
8.12 预防心内膜炎的步骤	152
8.13 伴有先前存在心脏病有关的感染性心内膜炎的相对危险性	152
8.14 防止牙科、口腔和上呼吸道操作引起的心内膜炎的预防方案	153
8.15 预防心内膜炎:用于生殖泌尿道和胃肠道操作的方案	153
第9章 心包炎	154
9.1 心包炎概述	154
9.2 心包炎的临床表现	154
9.3 心包炎的诊断	155
9.4 心包炎的治疗原则	155
9.5 针对不同病因心包炎的治疗	155
9.6 心脏压塞临床表现和处理原则	157
9.7 缩窄性心包炎	158
第10章 心肌病	160
10.1 概述	160
10.2 扩张型心肌病	160
10.3 肥厚型心肌病	162

10.4 限制性心肌病的诊疗	163
10.5 致心律失常性右室发育不良/致心律失常性右室心肌病	164
10.6 缺血性心肌病	164
第 11 章 心肌炎	166
第 12 章 休克	169
12.1 概况	169
12.2 休克的临床分类	169
12.3 休克的治疗原则	170
12.4 休克的鉴别诊断和初步治疗	171
12.5 外伤性休克的诊断	172
12.6 低血容量休克的治疗原则	173
12.7 低血容量休克的病因及治疗原则	173
12.8 失血性休克的病情评估	175
12.9 失血性休克的补液指征	175
12.10 低血容量休克抢救步骤	176
12.11 心源性休克的初步评价	177
12.12 血流动力学表现为低输出量的治疗	177
12.13 心源性休克的病因和治疗原则	178
12.14 心源性休克的抢救步骤	179
12.15 分配性休克病因和治疗原则	180
12.16 过敏性休克的抢救步骤	181
12.17 感染性休克的抢救步骤	182
12.18 药物过量原因和治疗原则	182
12.19 休克并发症及治疗原则	183
12.20 休克时肾功能衰竭的临床意义	184
第 13 章 晕厥	186
13.1 晕厥概述	186
13.2 血管舒缩反射调节不稳定性晕厥的机制	187
13.3 晕厥按病因可分为四大类	187
13.4 2004 欧洲心脏病学指南将晕厥的原因分为五大类	188
13.5 血管迷走性晕厥(血管减压性晕厥)	189
13.6 体位性晕厥	189
13.7 体位性晕厥临床特点	190
13.8 体位性低血压的原因	191
13.9 神经性疾病引起晕厥的临床特点	191
13.10 心源性晕厥临床特点	192
13.11 晕厥的诊断性要点	193
13.12 晕厥常见诱因与诊断	194
13.13 晕厥患者病史采集中的要点	194
13.14 晕厥患者查体时应注意	195
13.15 晕厥诊断性试验的选择应用	195

13.16 提示心律失常晕厥的心电图异常	196
13.17 对诊断方法的评价	197
13.18 晕厥患者的处理原则	198
第14章 心脏神经官能症	199
14.1 心脏血管性神经衰弱概述	199
14.2 心脏血管性神经衰弱的诊断	199
14.3 心脏血管性神经衰弱的鉴别诊断	200
14.4 心脏血管性神经衰弱鉴别诊断的各种功能检查	201
14.5 心脏血管性神经衰弱治疗原则	202
第15章 肺动脉高压	203
15.1 肺动脉高压定义	203
15.2 肺高压的分类(1998年WHO对肺高压的分类)	203
15.3 肺高压按其病因分类	203
15.4 原发性肺高压和继发性肺高压的区别	204
15.5 根据证据级别对肺动脉高压危险因素的分类	204
15.6 肺动脉高压的病因和诊断方法	205
15.7 肺动脉高压的治疗原则	205
15.8 扩血管药物治疗原发性肺动脉高压	206
15.9 肺动脉高压的外科治疗	206
15.10 ESC指南上肺动脉高压治疗及建议等级/证据级别	207
15.11 肺动脉高压治疗流程图	208
第16章 肺栓塞	209
16.1 肺栓塞概述	209
16.2 肺栓塞的病理生理学	209
16.3 肺栓塞临床分类	209
16.4 肺栓塞患者的临床综合征	210
16.5 肺栓塞患者的临床表现和诊断	210
16.6 肺栓塞患者的实验室检查	210
16.7 肺栓塞的诊断策略	211
16.8 右心功能不全的病理生理	212
16.9 肺栓塞的主要治疗	212
16.10 肺栓塞的治疗原则和一般治疗	212
16.11 ACCP抗栓和溶栓治疗指南中关于肺栓塞抗凝治疗的适应证	213
16.12 肺栓塞的抗凝治疗	213
16.13 肺栓塞的溶栓治疗	213
16.14 溶栓治疗的利弊	214
16.15 ACCP7中溶栓治疗的建议	214
16.16 肺栓塞的溶栓治疗方案	214
16.17 血压稳定的肺栓塞的处理	215
16.18 伴低血压肺栓塞的治疗	215
16.19 复发的肺栓塞	215

16.20 预防肺栓塞和深静脉血栓的方案	216
16.21 急性肺栓塞溶栓治疗注意事项	216
16.22 出血并发症及处理: (溶栓治疗肺栓塞的出血发生率为 5%~7%,致死率约 1%)	216
16.23 非血栓性肺栓塞的处理原则	217
第 17 章 血脂异常	218
17.1 血脂异常的定义和概述	218
17.2 高脂血症的分类	218
17.3 继发脂质异常的致病因素	219
17.4 高脂血症患者的开始治疗标准值及治疗目标值	220
17.5 高脂血症治疗步骤	220
17.6 降脂药物的作用机制和不良反应	221
17.7 高胆固醇血症的治疗(阶段治疗方案第一步)	221
17.8 高胆固醇血症的治疗(阶段治疗方案第二步)	221
17.9 高胆固醇血症的治疗(阶段治疗方案第三步)	222
17.10 高胆固醇血症的治疗(阶段治疗方案第四步)	222
17.11 高胆固醇血症的治疗(阶段治疗方案第五步)	222
17.12 FREDRICKSON 的原发高脂血症分类	223
第 18 章 急救	224
18.1 威胁生命心律失常的治疗原则	224
18.2 心肺复苏方法	224
18.3 室颤和无脉性室性心动过速的处理	226
18.4 心脏停搏	232
18.5 心动过缓	234
18.6 心动过速	235
18.7 低血压、休克、急性肺水肿	237
18.8 体温过低的治疗	238
18.9 怀疑脑卒中患者的早期评估	239
第 19 章 周围血管疾病	240
19.1 周围血管疾病范围	240
19.2 周围动脉疾病	240
19.3 血栓闭塞性脉管炎	243
19.4 雷诺病和雷诺现象	244
19.5 系统性血管炎	246
19.6 手足发绀症	247
19.7 红斑性肢痛症	247
19.8 静脉血栓形成	247
19.9 静脉曲张	249
19.10 动静脉瘘	250
19.11 淋巴性水肿	251
19.12 脂肪水肿	251

19.13 肠系膜动脉闭塞	251
19.14 静脉血栓栓塞性疾病抗栓治疗	252
19.15 血管瘤	254
19.16 大动脉炎	255
第20章 主动脉疾病	258
20.1 主动脉夹层	258
20.2 主动脉缩窄	265
第21章 非心脏外科手术患者围手术期心血管状况评价	266
21.1 非心脏外科手术患者围手术期心血管状况评价	266
21.2 非心脏外科手术患者围手术期心血管状况的病史评价	266
21.3 非心脏外科手术患者围手术期心血管状况的物理检查评价	267
21.4 非心脏外科手术患者围手术期心血管并发疾病的评价	267
21.5 增加围手术期心血管危险(心梗、心衰、死亡)的临床指标	267
21.6 非心脏手术的心血管危险分层	268
21.7 非心脏手术冠心病患者的评价	269
21.8 非心脏手术患者围手术期冠脉造影适应证	269
21.9 非心脏手术其他心血管疾病患者的评价	269
21.10 运动心电图试验中缺血反应对非心脏病手术的冠心病或怀疑冠心病患者预后的评估	270
第22章 心脏手术患者围手术期的内科处理	272
22.1 心脏外科手术患者内科治疗的必要性	272
22.2 心脏手术前患者内科体检要点	272
22.3 心脏手术患者术前实验室检查评估	273
22.4 心脏手术患者围手术期可能出现的并发症	274
22.5 致心脏手术不良结果的术前危险因素:临床危险度积分表	274
22.6 术前心脏功能损害的评估	275
22.7 心脏病手术前心律失常的处理	275
22.8 术后水、电解质和酸碱平衡的处理原则	276
22.9 心脏术后呼吸功能异常	276
22.10 心脏手术患者呼吸机撤机标准	276
22.11 心脏手术患者延长通气(术后48小时仍不能撤机)后注意事项	277
22.12 高血压患者心脏病术后注意事项	277
22.13 围手术期心肌梗死的临床诊断	278
22.14 心脏术后围手术期心肌梗死诊断标准	278
22.15 围手术期心肌梗死的危险因素、病因和后果	279
22.16 心脏术后低排综合征和休克状态	279
22.17 心脏术后心律失常的治疗原则	280
22.18 心脏手术引起肾功能不全	281
22.19 心脏手术后神经系统并发症	281
22.20 心脏手术后脑卒中的可能病因	282
第23章 常见心脏操作技术	283
23.1 经皮经导管动脉导管未闭封堵术	283

23.2 经皮经导管心房间隔缺损封堵术	283
23.3 经皮经导管心室间隔缺损封堵术	284
23.4 经皮经导管球囊二尖瓣扩张术	284
23.5 经皮心内膜活检的临床应用	286
23.6 心脏血流动力学监测	287
23.7 冠状动脉造影	289
23.8 主动脉内气囊反搏术	298
23.9 射频消融术	301
23.10 临时、永久性心脏起搏器	304
23.11 心脏电复律	311
23.12 心脏操作常见并发症的处理	316
23.13 心包穿刺术	319
23.14 周围静脉压(肘静脉压)测定	320
23.15 中心静脉压的测定	320
第 24 章 常用的辅助检查	321
24.1 动态血压监测	321
24.2 倾斜试验	321
24.3 心得安试验	322
24.4 阿托品试验	323
24.5 运动心电图试验	324
24.6 运动核素检查	333
24.7 同位素肾图	336
第 25 章 华法林的应用	338
25.1 华法林临床应用	338
25.2 美国胸科医师学会(ACCP)推荐的口服抗凝药物适应证及相应的 INR 范围	339
25.3 可能影响华法林抗凝作用的部分中药	339
25.4 增强华法林抗凝作用的部分药物	340
25.5 减弱华法林抗凝作用的部分药物	340
25.6 影响华法林抗凝强度的部分疾病	340
附 1:ACC/AHA/SCAI 2005 年 PCI 围手术期抗栓治疗的建议	341
附 2:ACC/AHA 制定的治疗分类	343
缩略词语表	344

第1章 心力衰竭

1.1 概述

1.1.1 心力衰竭的临床分类

分 类	具 体 内 容
急性心力衰竭	(1) 突然发生心脏结构或功能的异常,导致短期内心输出量明显下降,器官灌注不良和受累心室后向的静脉急性淤血; (2) 病因:大面积心肌梗死或心脏瓣膜突然破裂; (3) 可表现为急性肺水肿或心源性休克。
慢性心力衰竭	(1) 逐渐发生的心脏结构和功能异常或急性心力衰竭逐渐演变所致; (2) 主要特征是心室重构; (3) 临床表现可从无症状到需要辅助循环支持的终末期心衰; (4) 慢性心力衰竭急性失代偿期:稳定的慢性心力衰竭突然出现急性心力衰竭的表现。
收缩性心力衰竭	(1) 指因心肌收缩力下降引起心脏泵功能的低下; (2) 临床表现:LVEF 降低,心室收缩末和舒张末容量增大。
舒张性心力衰竭	(1) 心室松弛和充盈的异常导致心室接受血液的能力受损,表现为心室充盈压升高,肺静脉或体循环静脉淤血和心室充盈容量减少导致心搏量降低; (2) 这种松弛和充盈的异常可为一过性(心肌缺血引起的)或持续性(向心性左室肥厚或限制型心肌病); (3) 临床表现:LVEF 正常,左室舒张末压升高和左室充盈减少; (4) 收缩性心力衰竭和舒张性心力衰竭可同时存在

1.1.2 ACC/AHA 根据心衰发展阶段的分期

分 期	具 体 内 容
A 期	有心衰的高危因素,但尚无心脏的结构功能异常;
B 期	已出现心脏的结构异常,但从未出现心衰的症状和体征;
C 期	有心脏结构异常,已出现和仍出现心衰症状;
D 期	有严重结构性心脏疾病,经充分治疗,仍在休息时有明显心衰症状,需要特殊治疗

1.1.3 心力衰竭的发生机制

机 制	具 体 内 容
短期代偿机制	
Frank-Starling 机制	增加心脏前负荷,使回心血量增多,左室舒张末容量增加,从而增加心排血,提高心脏做功量。
神经内分泌和细胞因子的激活	(1)交感神经系统激活,释放去甲肾上腺素,增加心肌收缩力; (2)肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAS)激活维持动脉血压和重要脏器的灌注。
心肌重塑伴或不伴心室腔的扩大	心肌肥厚和重构发展较慢,需要数周或数月,神经内分泌和细胞因子系统长期激活可促进心肌重塑,加重心肌损伤和心功能恶化,又进一步激活神经内分泌和细胞因子等,形成恶性循环。
慢性心肌重塑	(1)分为压力负荷过重引起的心室向心性肥厚和容量负荷过重引起的心室离心性肥厚及心室腔扩大两种; (2)心室重构包括:心肌细胞肥大、凋亡,收缩蛋白胚胎基因再表达,调钙蛋白质及细胞骨架蛋白质的改变,心肌能量代谢异常,心肌细胞外质量和组成的变化。
神经内分泌、自分泌和旁分泌调节	(1)神经激素或因子如去甲肾上腺素(NE)、血管紧张素Ⅱ(AⅡ)、醛固酮、加压素、内皮素、肽类生长因子、炎性细胞因子等,在心衰患者中增高; (2)慢性心衰时,神经激素的激活不仅对血流动力学有恶化作用,而且有对心肌的直接毒性作用,从而促进心衰的恶化和发展。

1.1.4 心力衰竭的诱因

诱 因	具 体 内 容
心律失常	心律失常可诱发或加重心力衰竭。
心动过缓	窦房结病变、房室结疾病:明显的心动过缓时每搏量已达到最大,心输出量常降低。
心动过速	(1)房颤、扑动、室上速、室速:快速心律失常可增加心肌耗氧量,使心输出量减少、心肌收缩功能受损; (2)房颤可使心室充盈时间减少,同时失去心房收缩加强心室充盈的作用。
房室顺序收缩舒张失调	快速性心律失常及完全性 AVB;可以引起心房辅助泵功能丢失,心室充盈受损。
室内传导异常	室性心动过速、束支传导阻滞:使左右心室同步收缩作用减弱,加重心衰。
药物	(1)引起水潴留的药物,包括雌激素、雄激素和氯磺丙脲; (2)非甾体类抗炎药包括布洛芬、保泰松和吲哚美辛(可能通过抑制引起肾血管扩张的前列环素而引起水潴留); (3)钙通道阻断剂、特别是维拉帕米和地尔硫草,通过负性肌力导致心衰加重; (4)抗心律失常药物如丙吡胺、普鲁卡因和氟卡尼可以引起或加重慢性心衰,通过负性肌力作用导致; (5)阿霉素,特别是剂量超过每平方米体表面积 400mg 时可导致扩张型充血性心脏病; (6)放射性治疗(>4000rad 到纵隔)早期引起心包心肌炎,晚期可引起限制性心脏病和(或)缩窄性心包炎; (7)在肥厚梗阻性心肌病患者,地高辛可以加重左心室流出道梗阻而引起充血性心衰; (8) β 肾上腺素能 β 受体阻滞剂可以损害心功能; (9)激素可以引起水、钠潴留; (10)某些三环类精神病药(如阿米替林)可以引起或加重充血性心衰。

续表

诱 因	具 体 内 容
缺血、心梗	心肌缺血可以引起收缩、舒张异常和乳头肌功能异常、二尖瓣反流,引起左心功能不全和心衰。
应激	非心源性疾病可以耗竭心脏储备功能,可在中、重度代偿性左心功能不全患者中诱发心衰,这些疾病包括感染、贫血、低氧血症、甲亢、怀孕等。

1.1.5 可逆心衰原因的识别

病 因	注 意 事 项
酒精	(1)可以引起扩张型充血性心脏病; (2)酒精可直接抑制心肌收缩力,通过引起维生素 B ₁ 缺乏、心律失常等间接抑制; (3)在狂饮之后发生心房纤颤可以诱发急性失代偿。
心房黏液瘤	(1)左房黏液瘤可以堵塞左房至左室通道(急性二尖瓣狭窄)导致肺水肿和心排血量降低; (2)有体位性呼吸困难的可疑患者,可以通过超声来确诊。
心脏压塞	因为心包积液的挤压限制了右心的充盈。
可卡因	(1)交感神经刺激和阻断去甲肾上腺素的重吸收,可以引起心内膜下心肌坏死和急性冠脉内血栓形成; (2)引起心肌炎有关的慢性消化不良; (3)静脉注射毒品可导致感染性心内膜炎。
Chagas 病	(1)克氏锥原虫引起急性心肌炎; (2)10%~30%在感染 20 年后发生 CHF 的症状; (3)典型的症状包括进行性双侧心室衰竭,心律失常和全身血栓形成; (4)美国中、南部心衰患者可疑。
维生素 B 缺乏	(1)先天性代谢异常引起长链脂肪酸进入线粒体障碍,心肌能量不能产生,肥厚型或扩张型心脏病; (2)诊断:血清和肌肉中维生素 B 含量水平下降。
先天性心脏病	(1)阻塞性或反流性病变,分流、心室腔发育畸形均可引起心衰; (2)诊断:超声心动和(或)心导管检查。
缩窄性心包炎	心室腔的充盈受限引起心衰。
心内膜纤维化高嗜酸细胞综合征 Loeffler 病	(1)因为嗜酸细胞浸润,纤维化和血栓形成引起左室腔阻塞; (2)外周血中嗜酸细胞增多。
高心排血量心衰	通常有潜在的心肌疾病,虽然心排血量是高的但较发生心衰前还是减低的,当高代谢需求耗竭心脏储备时会发生失代偿。
贫血	(1)除非同时有心脏疾病,慢性贫血通常不引起心衰; (2)在输血之前获得诊断性检查结果(铁、叶酸、维生素 B ₁₂)。
动-静脉瘘	(1)心排血量和瘘的大小成正比和体循环阻力成反比; (2)用手压迫瘘通常会减慢心率和增高血压(Branhams 征)。
脚气病	(1)由于体内严重缺乏维生素 B 引起,发生在远东地区和进高碳水化物的饮酒者,考虑是由于体循环阻力降低和静脉回流增加引起; (2)诊断:血清丙酮酸、乳酸水平升高和红细胞中转酮酶水平降低。
甲状腺毒症	(1)不能解释的心动过速、心悸和皮肤潮湿患者可疑; (2)心衰或房颤可以是老年甲亢患者的首发症状(淡漠型甲亢)。

续表

病 因	注 意 事 项
血色病	(1) 心肌铁沉积增加为特征, 可以导致心肌纤维化和扩张; 由代谢的先天异常引起; 也可以由于反复多次输血引起; (2) 相关疾病: 糖尿病、肝硬化、高色素沉着; (3) 诊断: 血清铁和转铁蛋白增加, 心内膜活检可以发现心肌铁沉着。
高血压性心脏病	(1) 高血压本身引起左室肥厚和舒张功能不全, 进一步可发展为心室扩张和收缩功能不全; (2) 逆转左室肥厚能够改善预后。
甲低	(1) 偶可发生为充血性扩张型心肌病, 通常会合并器质性心脏病、心包积液; (2) ECG: 窦性心动过缓, 低电压; (3) 诊断: 低 T_3 、 T_4 , 血清 TSH 增高; (4) 急性或慢性疾病患者可发生“甲状腺功能正常”疾病综合征 (低 T_3 、 T_4 , TSH 正常) 这些患者补充甲状腺激素是没有益处的。
肥厚型心肌病	左心室肥厚, 但不扩张, 引起舒张功能不全, 可以猝死。
感染性心内膜炎	急性心衰的原因包括瓣膜功能不全 (最常见)、冠状动脉栓塞、化脓性心包炎合并心脏压塞、心脏传导阻滞和快速性心律失常。
代谢性	低磷和低钙可以损害收缩力。
心肌炎	(1) 柯萨奇病毒 B 感染是最常见原因; (2) 症状: 从无症状到严重的充血性心力衰竭; (3) 可以是亚临床型的, 只是激发免疫反应, 最后发展为特发性扩张型心肌病; (4) 可以类似急性心肌梗死 (胸痛、心电图改变、CK - MB 增高), 如果临床上高度可疑, 可以做心内膜活检, 当感冒样症状后出现新发的充血性心衰时高度怀疑, 否则在急性期和恢复期做病毒血清学检查进行回顾性诊断。
嗜铬细胞瘤	循环儿茶酚胺的慢性长期升高会引起扩张型心肌病。
弹性纤维假黄瘤	(1) 胶原代谢的遗传性异常; (2) 可以导致心内膜增厚、钙化和限制性心脏病;
结节病	(1) 累及冠状动脉会引起缺血; (2) 不明原因的全身肉芽肿病, 最常累及淋巴结、肺、肝和脾; (3) 可以表现为进展性的扩张型或限制性心肌病。心律失常和心脏停搏也常见, 严重受累者可以发生猝死。
硒缺乏	(1) 见于土壤中硒缺乏的农村地区; (2) 细胞内脂质过氧化物异常可以引起局灶性心肌坏死、纤维化和收缩带。
瓣膜性心脏病	狭窄和反流可以导致收缩性和舒张性左心室功能不全。
心室室壁瘤	(1) 前壁 Q 波性心肌梗死后最常见; (2) 可以发生心律失常, 也可以发生破裂, 但在晚期很少发生; (3) 诊断: 心前导联 Q 波, ST 段持续抬高, 超声显示变薄的无功能的室壁和腔内血栓形成。
妊娠	妊娠的高动力学状态可诱发心衰。
感染	(1) 发热、心动过速、咳嗽等使心脏负荷加重; (2) 肺淤血减弱了其排出呼吸道分泌物的能力; (3) 感染使炎症细胞因子水平增高损害心肌功能