

实用全科医学丛书

SHIYONG QUANKE YIXUE CONGSHU

总主编 余传隆



心血管内科疾病 诊断与治疗

主编 高 慧 张思洁 孙红梅

★ 内容新颖，重点突出

★ 知识面广，实用性强



军事医学科学出版社

实用全科医学丛书

心血管内科疾病诊断与治疗

总 主 编 余传隆

主 编 高 慧 张思洁 孙红梅

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

心血管内科疾病诊断与治疗/余传隆总主编.

-北京:军事医学科学出版社,2006

(实用全科医学丛书)

ISBN 7-80121-869-8

I. 心… II. 余… 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 082699 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418;66884402 转 6210,6213,6216

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:廊坊市金盛源印务有限公司

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:11.75

字 数:296 千字

版 次:2006 年 7 月第 1 版

印 次:2006 年 7 月第 1 次

全套定价:300.00 元 本书定价:25.00 元

本社图书凡有缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

《心血管内科疾病诊断与治疗》编委会

总 主 编	余传隆				
主 编	高 慧	张思洁	孙红梅		
副 主 编	何士彦	孙芳毅	郭洪杰	郝国栋	
	杨 蓉	李星涛			
选题策划	宋焕中	马艳丽	李辉芳	刘 钗	
编 委	(按姓氏笔画排序)				
	王志国	刘 宇	庄向阳	孙红梅	
	孙芳毅	杨 蓉	苏书贞	李星涛	
	何士彦	张风敏	张若青	张思洁	
	郝国栋	郭洪杰	高 磊	高 慧	
	贾跃平	薛 铮			

前 言

临床医学中常见疾病病种广、发病率高，作为临床医师应对常见病能够做出正确诊断，并及时予以处理，从而有效地提高临床治愈率，减少死亡率。为了提高常见疾病的救治水平，我们广泛参阅了国内外同类文献资料并结合自己的临床工作经验编就此书。

《实用全科医学丛书》重点讨论各临床较常见疾病的诊断与治疗。本书的编写系依照临床诊断思维的方法，以主要症状为纲，以疾病为目，辩证地讨论建立疾病诊治的步骤。对于各临床疾病按概述、病因、诊断与治疗加以叙述，以诊断治疗为重点。本套丛书共分 12 册，涉及呼吸、消化、循环、妇科、儿科等十几个临床科系。在本书编写过程中力求做到内容新颖、重点突出，反映当代临床医学的发展，同时又兼顾知识面的广度及临床实用性。使之能对基层医疗单位的医务工作者有所帮助。

在本书编写过程中承蒙河北医科大学多位专家、教授的具体指导，在此一并表示感谢。但由于各临床领域基础理论及实际问题涉及范围非常广泛，内容日新月异，加上编辑水平有限及编写时间紧迫，书中不足之处在所难免，希望读者见谅，并予指导。

编者

2006 年 6 月

目 录

第一章 概 述	(1)
第二章 心力衰竭	(14)
附：难治性心力衰竭	(29)
第三章 心源性休克	(33)
第四章 心律失常	(50)
第一节 窦房结性心律失常	(52)
第二节 房性心律失常	(55)
第三节 房室交界区心律失常	(61)
第四节 心室性心律失常	(66)
第五节 心脏传导阻滞	(70)
第五章 心脏骤停和心脏性猝死	(73)
第六章 人工心脏起搏和心脏电复律	(88)
第一节 人工心脏起搏	(88)
第二节 心脏电复律	(95)
第七章 心血管病的介入治疗	(99)
第一节 冠状动脉粥样硬化性心脏病的介入诊断和治疗	(99)
第二节 经皮球囊导管瓣膜成形术	(103)
第三节 心导管消融治疗	(104)
第四节 先天性心血管病的心导管介入治疗	(106)
第五节 周围血管病的心导管介入治疗	(107)
第八章 心脏瓣膜病	(108)
第一节 二尖瓣疾病	(108)

目 录

第二节 主动脉瓣疾病	(117)
第三节 三尖瓣和肺动脉瓣疾病	(125)
第九章 冠状动脉硬化性心脏病	(131)
第一节 动脉粥样硬化	(131)
第二节 心绞痛	(135)
第三节 心肌梗死	(143)
第四节 缺血性心肌病	(152)
第十章 高血压病和症状性高血压	(155)
第一节 高血压病	(155)
第二节 症状性高血压	(172)
第十一章 慢性肺源性心脏病	(175)
第十二章 感染性心内膜炎	(187)
第十三章 心包疾病	(197)
第一节 急性心包炎	(197)
第二节 慢性心包炎	(203)
第十四章 心肌炎	(206)
第十五章 原发性心肌病	(213)
第一节 扩张型心肌病	(213)
第二节 肥厚型心肌病	(218)
第三节 限制型心肌病	(223)
第十六章 病态窦房结综合征	(225)
第十七章 先天性心脏血管病	(229)
第一节 无分流的先天性心脏病	(232)
第二节 有左至右分流的先天性心脏血管病	(236)
第三节 有右至左分流的先天性心脏血管病	(243)
第十八章 多发性大动脉炎	(247)
第十九章 主动脉夹层分离	(252)
第二十章 血栓性静脉炎	(256)

第二十一章 心脏病与外科手术	(260)
第二十二章 心脏病与妊娠	(272)
第二十三章 常用诊断技术	(280)
第一节 诊断技术	(280)
第二节 心电向量图 (VCG)	(308)
第三节 运动心电图试验	(327)
第四节 超声心动图	(340)
第五节 冠状动脉检查	(356)

第一章 概 述

循环系统由心脏、血管和调节血液循环的神经体液组成。其功能是为全身组织器官运输血液，通过血液将氧、营养物质、酶和激素等供给组织并将组织代谢废物运走，以保证人体正常新陈代谢的进行。此外，循环系统尚有内分泌功能。近年发现，心肌细胞和血管内皮细胞也具有内分泌功能，能分泌心钠素、内皮素、内皮依赖舒张因子等活性物质，这些物质在血液循环、心血管功能的调节中起着极为重要的作用。循环系统疾病包括心脏疾病及血管疾病，合称心血管病。是当今世界各国的常见病，多发病。在内科疾病中占较大比重，且较严重，明显地影响患者的劳动力，导致较高的病死率和病残率。

随着我国人均寿命的不断延长，在我国城乡居民中心血管病已成为首要的病死原因。其中，原发性高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病及心瓣膜病为我国循环系统疾病防治的重点。因此，积极防治和研究循环系统疾病，对保障人民健康和维持社会生产力有重要意义。

【循环系统疾病的流行病学】

循环系统疾病是现代社会严重威胁人类健康的主要疾病。20世纪初，引起病死的主要疾病是感染性疾病，随着经济发展和医学的进步，感染性疾病逐步得到控制。循环系统疾病的病死人数自20世纪50年代起已超过了肿瘤、结核、腹泻和肺炎所引起的病死总和，成为发达国家的“第一杀手”。在循环系统疾病中，高血压病和冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）是最常见的病种，随着寿命的延长，心力衰竭在增多，它们都严重危害人类健康。

康。

在我国，随着经济建设的发展，卫生事业的进步，人民生活水平的改善，平均寿命的延长，饮食习惯的改变，心血管系统疾病的患病率和病死率也持续升高。

90年代以来的统计资料显示，虽然城市和农村的疾病构成有一定差异，但无论城乡，心血管系统疾病（包括脑血管意外）的病死率均占首位。近年来，临床最常见的风湿性心脏病（风心病）在减少，人群中的患病率明显下降，冠心病则逐渐成为最常见的心脏病。

【循环系统的解剖生理特点】

心脏、大血管及其分支直至交织如网的毛细血管，构成血液循环的管道系统。毛细血管网遍布全身各部位的器官和组织中。循环系统的运输功能是通过心脏的泵血功能来维持。

【循环系统疾病的诊断】

诊断就是把问诊、体格检查、辅助检查所提供的资料综合分析、判断，作出合乎客观实际的结论。完整的诊断应包括病因诊断、病理解剖诊断、病理生理诊断、疾病的分型与分期、并发症的诊断、伴发疾病诊断。在发病机制上与主病有关的病称为并发症，列于主病之后，与主病无关而同时存在的病称为伴发病，排在最后。

一、病因诊断

是根据致病因素提出的诊断，可分为先天性和后天性两大类。对疾病的发展、转归、预防和治疗有重要意义，应放在首位。如先天性、风湿性、高血压性、冠状动脉粥样硬化性等均为病因诊断、列在最前面。

二、病理解剖诊断

列为诊断的第二位，可表明各种病因所引起的病理解剖改变。其与疾病的临床表现、预后密切相关，对准备施行手术治疗

的病例更具有重要意义。如二尖瓣狭窄、冠状动脉粥样硬化、缩窄性心包炎、心肌肥厚和心脏扩大等。

三、病理生理诊断

列为诊断的第三位，可表明各种循环系统疾病所发生的病理生理变化而导致的功能改变。其反映疾病的程度和对整个机体的影响，是判断劳动力的主要依据。如心脏功能分级，一般按患者能胜任多少体力活动不引起症状：①一级。体力活动不受限制，一般体力活动不引起症状；②二级。体力活动稍受限制，一般的体力活动可引起呼吸困难、心悸等症状；③三级。体力活动大受限制，不能胜任较轻的体力活动，但休息时无症状；④四级。体力活动能力完全丧失，休息时仍有心力衰竭症状和体征。

四、疾病的分型与分期

不少疾病有不同的类型及病期，其治疗及预后意义各不相同，如原发性高血压可有1级、2级、3级，心肌病有扩张型、肥厚型、限制型等之分，心功能分级对于判断心力衰竭的程度、患者的劳动能力、预后及治疗均有一定意义。

五、并发症的诊断

如脑出血、脑栓塞等。

循环系统疾病完整的诊断应包括病因、病理解剖和病理生理三个方面，举例如下：

风湿性心脏病（病因诊断）

二尖瓣狭窄（病理解剖诊断）

心脏增大（病理解剖诊断）

心房颤动（病理生理诊断）

心力衰竭（病理生理诊断）

心功能四级（病理生理诊断）

【循环系统疾病的诊断方法】

循环系统疾病的诊断应首先注重全面的病史询问、体格检查

和实验室检查,然后再根据情况作X线、心电图、超声心动图或其他检查,有些患者需做血流动力学等方面的检查。最后对所有资料进行综合分析,作出诊断。近年计算机技术在医学各领域的广泛应用为心血管病的诊断提供了快捷无创的手段;心导管检查的快速发展和与其相结合的介入治疗也使有创检查在临床上得以广泛应用。

【病史和症状】

在询问病史时,应注意一些常见而重要的自觉症状:

(一) 呼吸困难 突然发生的呼吸困难常提示肺栓塞、气胸、急性肺水肿、肺炎及气道阻塞。慢性心功能不全的呼吸困难常在数周或数月中逐渐加重,是左心功能不全、肺淤血的主要症状。轻者仅表现为劳累时呼吸困难或阵发性夜间呼吸困难;重者呼吸困难持续而需端坐呼吸,可伴有哮鸣,须注意与支气管哮喘鉴别。

(二) 心悸 为心脏搏动感强烈的一种不适感,发生于所有类型的心动过速、异位搏动,高动力循环状态和突然发生的心动过缓。

(三) 胸痛或胸部不适 引起胸痛的心血管疾病很多,常见的有:

1. 心肌缺血 心肌缺血和(或)缺氧引起的胸痛称心绞痛。心绞痛因体力活动、情绪激动、寒冷、饱食等诱发;疼痛位于胸骨后的上中段,有时向左上肢放射;多呈胸骨后压迫紧缩感;每次持续1~5min,极少超过10~15min。

2. 心肌梗死 心肌缺血坏死称之为心肌梗死。心肌梗死疼痛的部位、性质、放射方式与心绞痛类似;但多无明显诱因,程度严重,持续时间长,大多在30min以上,一般为数小时之久。

3. 心包炎 当心包炎、心包腔积液不多时,患者会感到胸痛。疼痛位于胸骨中部或心前区;性质可尖锐,多呈持续性(持续数日),常因咳嗽、深呼吸或变换体位而加重,心电图可有ST

段抬高，有时可误诊为心肌梗死。

4. 肺梗死 系静脉系统或右心腔脱落的栓子堵塞肺动脉引起的肺脏缺血性坏死。其特征是疼痛剧烈伴严重呼吸困难和咯血。

(四) 水肿 为组织间隙水分含量过多所致，一般指皮下水肿，呈凹陷性。心脏性水肿常从下肢开始，一般是对称的，早期仅于日间活动后出现，休息一夜后消失。长期卧床者水肿则发生在背部和骶部。

(五) 发绀 是缺氧的表现，当血液中还原血红蛋白浓度超过 50g/L 时，皮肤黏膜即可出现发绀。心血管疾病发绀可分为：

1. 中枢性发绀 由于肺淤血换气不良或右向左分流的先天性心脏病所致。常见于二尖瓣狭窄、左心衰、慢性肺心病、法洛四联症等。

2. 周围性发绀 由于周围循环淤血、血流缓慢所致。常见于右心衰竭、休克、心包积液、缩窄性心包炎等。

3. 混合性发绀 大多数后天性心脏病引起的发绀属混合性发绀。

(六) 咳嗽和咯血 虽是肺部疾病的常见症状，但心脏病发生肺淤血（肺静脉高压）、肺水肿、肺梗死或呼吸道受压（主动脉瘤形成）时都可发生。

既往史中应注意风湿热、咽炎、扁桃体炎、慢性支气管炎和性病等病史。还应了解过去是否发现有心脏病及其诊断和处理经过。家族史中要注意有无遗传倾向的心血管病：如高血压病、原发性肥厚型心肌病、动脉粥样硬化、马方综合征等。

(七) 晕厥 是暂时性脑缺血引起的短暂性意识丧失。晕厥与眩晕、昏迷不同，眩晕是一种运动性幻觉，患者感到自身或周围景物发生旋转，一般无意识丧失。昏迷是指意识丧失时间持久而不易迅速恢复者。引起晕厥的心血管疾病主要有：

1. 心源性晕厥 是指因心排出量突然减少引起暂时性脑缺血导致的短暂性意识丧失。严重者可出现阿 - 斯 (Adams - Stokes) 综合征, 表现为晕厥、意识丧失、抽搐、呼吸停止、甚至病死。最常见的原因是心律失常, 如高度房室传导阻滞、心室颤动、阵发性心动过速、严重心动过缓 (每分钟小于 40 次) 和病态窦房结综合征等, 其中以高度房室传导阻滞最常见; 其他如急性心肌梗死、急性左心衰竭、心脏瓣膜病 (特别是严重主动脉瓣狭窄)、肥厚型梗阻性心肌病、心包急性压塞等皆可出现晕厥。

2. 血管舒缩障碍 包括血管抑制性晕厥、体位 (直立) 性低血压、颈动脉窦晕厥 (颈动脉窦综合征) 等。

【主要体征】

一、震颤

常见于某些先天性心血管病及狭窄性瓣膜病变, 如室间隔缺损、动脉导管未闭、二尖瓣狭窄、主动脉瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄等。而在瓣膜关闭不全时则较少有震颤, 不论在什么部位发现震颤, 均表示该部位有严重狭窄或动静脉分流。正常心脏绝不会出现震颤。

二、心脏扩大

(一) 心室扩大

1. 左心室扩大 心尖搏动向左下移位, 心浊音界向左下扩大, 左心室肥厚时可有左心尖部抬举性搏动, 常见于长期高血压、冠心病、主动脉瓣狭窄及关闭不全等。

2. 右心室扩大 心尖搏动向左移位, 心浊音界向左右两侧扩大。常见于肺心病及单纯二尖瓣狭窄。

3. 左、右心室扩大 心浊音界向两侧扩大, 且左界向左下扩大, 称普大心。常见于扩张型心肌病。

(二) 心包积液

大量心包积液时, 心浊音界向左右两侧扩大且随体位 (卧位

与立位比较)改变而改变,心尖搏动不明显或消失。心浊音界虽扩大,但心尖搏动仍在心浊音界之内,提示心脏本身不大。

三、正常心音变异

1. 心音响度改变 二尖瓣狭窄、P-R 间期缩短和期前收缩时,第一心音增强;在二尖瓣关闭不全、P-R 间期延长和心肌病变时第一心音减弱。

在高血压或动脉硬化时,主动脉瓣区第二心音增强;肺动脉高压时,肺动脉瓣区第二心音增强;在主动脉瓣或肺动脉瓣狭窄时,第二心音减弱。

此外,交感神经兴奋、甲状腺功能亢进、发热、贫血时的高心排血量状态及胸壁较薄的儿童和瘦长型成人中,第一、第二心音均可增强。而在肺气肿、左侧胸膜炎、心包积液或缩窄性心包炎和肥胖者中,第一、二心音均减弱。

2. 心音分裂 正常人,尤其是青年和儿童,吸气时可有第二心音分裂。在右束支传导阻滞、心房间隔缺损和肺动脉瓣狭窄时由于肺动脉瓣延迟关闭,及二尖瓣关闭不全或缩窄性心包炎时由于主动脉瓣提前关闭,可引起第二心音分裂。第一心音分裂多见于完全性右束支传导阻滞,偶见于严重二尖瓣狭窄和室性期前收缩。

此外,完全性左束支传导阻滞、人工右心室起搏时可产生第一和第二心音的逆分裂,即分裂在呼气时明显,而吸气时减轻甚或消失。严重主动脉瓣狭窄也可引起第二心音逆分裂。

3. 心包叩击音 见于缩窄性心包炎,系由于舒张期心室急速充盈被迫骤然停止所致。

4. 收缩期额外音 收缩早期喀喇音(又称收缩喷射音),是紧接在第一心音之后的高频爆裂样声音,见于主动脉或肺动脉轻度或中度狭窄、原发性肺动脉扩张、高血压或肺动脉高压等。在相应的瓣膜听诊区听到,主动脉收缩喷射音尚可传导到心尖区。

收缩中、晚期喀喇音是出现在收缩中或晚期的高频爆裂样声音，在心尖或胸骨左下缘听到。见于二尖瓣脱垂综合征和乳头肌功能失调，也可由心外因素所致，如胸膜心包粘连、左侧气胸、心脏附近组织的碰撞等，此时其音响的强弱可随呼吸与体位的改变而改变。

在完全性房室传导阻滞或心室激动逆传到心房时，当心房收缩发生在收缩期时，尚可能闻及收缩期心房音。

5. 心脏杂音 心脏杂音有收缩期、舒张期、收缩和舒张双期杂音三种。先天性心脏病和心瓣膜病多具有特征性的心脏杂音，是诊断的重要依据。

收缩期杂音虽不一定表明心脏不正常，但常是半月瓣狭窄、房室瓣关闭不全及房室间隔间分流性病变的重要特征。

舒张期杂音都具病理意义，如主动脉瓣或肺动脉瓣关闭不全时在各自的听诊区可闻及吹风样递减型舒张期杂音；二尖瓣或三尖瓣狭窄时在心尖区或三尖瓣区可闻及隆隆样舒张期杂音，常呈递增型。在肺动脉高压时的相对性肺动脉瓣关闭不全；或重度主动脉瓣返流时的相对性二尖瓣狭窄，也可产生相应的舒张期杂音，此种杂音虽属功能性，但显然有病理意义。

收缩和舒张期连续性杂音，最常见于动脉导管未闭，呈机器声样，位于胸骨左缘第2肋间，其他如主动脉肺动脉间隔缺损、主动脉窦瘤破入右心、冠状动脉瘘等畸形，也可在胸前产生连续性杂音。

6. 心包摩擦音 由心包炎症时心包脏壁两层摩擦所致，可发生在收缩期和（或）舒张期，性质粗糙多变，历时短暂。

此外，应用药物或一些生理动作以改变杂音的性质或响度，有助于鉴别诊断。心脏听诊在心律失常的诊断中，虽不如心电图正确，但具有及时、简便的优点。

四、周围血管征

由于脉压增大，周围血管内压力迅速上升后又迅速下降，搏

动幅度增大，从而产生一系列周围血管征。包括颈动脉搏动增加、毛细血管搏动征、水冲脉、枪击音和先天性二尖瓣狭窄（Duroziez）双重杂音。见于主动脉瓣关闭不全、先天性动脉导管未闭、甲状腺功能亢进症、重度贫血等。

五、其他部位的血管异常

①奇脉最常见于急性渗出性心包炎（大量心包积液）或缩窄性心包炎；②脉搏短绌见于心房颤动和频发性期前收缩；③脐周围（尤其是脐上部）听到血管杂音提示有大动脉炎或肾动脉狭窄；④两侧桡动脉搏动强弱不对称而两下肢血压显著增高者，应考虑为主动脉弓及其分支的大动脉炎；⑤双下肢血压测不出或显著降低者，应考虑主动脉缩窄与累及腹主动脉的大动脉炎。

六、心率和心律

（一）心动过速或过缓

凡成人心率超过每分钟 100 次，或婴幼儿心率超过每分钟 150 次，称心动过速（窦性心动过速一般每分钟小于 160 次）；心率低于每分钟 60 次者，称心动过缓（窦性心动过缓一般每分钟大于 40 次）。心动过速与过缓均可由多种生理性、病理性或药理性因素引起。

（二）心律失常

临床上最常见的心律失常有期前收缩和心房颤动。期前收缩可见于药物中毒（如洋地黄中毒）、电解质及酸碱平衡紊乱、心肌疾患，但也可见于正常人，心房颤动常见于器质性二尖瓣狭窄、冠心病、高血压性心脏病、甲状腺功能亢进症、洋地黄中毒等。

七、其他

对心血管疾病体检的重点是心脏和血管系统，但也不能忽视一般检查，其他如发绀、杵状指、浆膜腔积液、剑突下搏动、肝大等，均可提供诊断心脏病的线索。