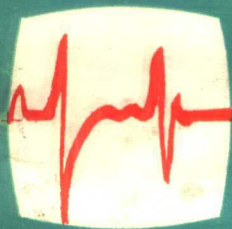


心血管病 临床问答



心血管病临床问答

黄永麟 编著

黑龙江人民出版社

1979年·哈尔滨

心血管病临床问答

黄永麟 编著

黑龙江人民出版社出版

(哈尔滨市道里森林街14-5号)

齐齐哈尔第一印刷厂印刷 黑龙江省新华书店发行

开本 787×1092 毫米 1/32 · 印张 36/16 · 字数 70,000

1979年9月第1版 1979年9月第1次印刷

· 印数 1-10,000

统一书号: 14093·45

定价: 0.31 元

出版说明

本书是作者在总结多年教学和医疗实践经验的基础上，针对临床和医疗以及教学中常遇到的一些心血管疾病问题，用问答方式编写成的。全书共分心脏听诊、治疗、症状及其他三个部分。作者从临床基本功角度简要讨论了心脏听诊知识、心血管疾病内科疗法以及对常见症状的分析和认识。

本书内容丰富，问题明确，解答清楚，在某些问题上有独到见解，可供医学院校学生、临床内科医生在工作和学习中参考。

目 录

心 脏 听 诊

1. 心脏听诊要掌握哪些要领? (1)
2. 什么是第四心音, 怎样区别加强第四心音和第一心音分裂? (2)
3. 什么是第二心音的正常分裂、固定分裂和反常分裂? (4)
4. 什么是喷射音? (7)
5. 什么是心包叩击音? (9)
6. 怎样认识奔马律, 与正常第三心音如何区别? (10)
7. 什么是开瓣音, 有什么临床意义? (11)
8. 什么是喷射性杂音? 什么是回流性杂音? (13)
9. 怎样从听诊来区别二尖瓣关闭不全和三尖瓣关闭不全? (16)
10. 哪些因素可以引起功能性二尖瓣狭窄, 听诊上与器质性二尖瓣狭窄如何鉴别? (19)
11. 如何从听诊鉴别肺动脉瓣区的收缩期杂音? (19)
12. 胸骨左缘的舒张期杂音听诊应如何鉴别? (21)
13. 连续性杂音见于哪些情况, 有什么临床意义? (22)

14. 哪些情况下杂音可以消失? (25)
15. 什么是乳头肌功能障碍, 听诊时如何鉴别? (26)

治 疗

16. 近年来为什么要提出废除“洋地黄化量”这一概念? (30)
17. 为什么不同疾病对洋地黄的反应不同? (32)
18. 常用的各种洋地黄制剂各有什么临床应用的特点? (33)
19. 心衰没有好转甚至加重, 遇到下列情况应该怎样应用洋地黄:
 - (1) 既往曾长期用过洋地黄、但现已停用, 停用的时间又不详,
 - (2) 正在服用维持量 (35)
20. 哪些情况易于发生洋地黄中毒? (35)
21. 洋地黄中毒时的心律变化能否用听诊检查来加以确定? (36)
22. 急性肺水肿时一律都可以静注强效利尿剂吗? (39)
23. 利尿剂有哪几类? 它们各有什么主要的临床特点? (40)
24. 利尿剂有哪些常见的副作用, 应该怎样防治? (41)
25. 所谓难治性心力衰竭应如何处理? (44)
26. 洋地黄能预防心力衰竭吗? (46)
27. 如何应用抗快速心律失常的药物? (48)

28. 怎样正确处理过早搏动? (52)
29. 怎样处理阵发性心动过速? (54)
30. 怎样处理心房颤动? (56)
31. 怎样处理心动过缓? (59)
32. 如何抢救心脏骤停? (60)
33. 如何在现场抢救急性心肌梗塞? (62)
34. 哪些治疗措施可以缩小急性心肌梗塞的
梗塞范围? (64)
35. 急性心肌梗塞的充血性心力衰竭在治疗
上有什么特点? (65)
36. 怎样抢救心源性休克? (67)
37. 怎样指导病人预防冠心病及动脉粥样硬
化? (70)
38. 哪些药物有降低血脂的作用? 应该怎样
选择应用? (73)
39. 如何抢救高血压急症(危象)? (75)
40. 遇到下列一些特殊情况时如何使用降压
药物?
妊娠毒血症、高血压病人需外科手术时、脑
血管意外、肾功能不全、冠状动脉疾病、嗜
铬细胞瘤? (76)
41. 什么是电击复律? 应当怎样选择病例? (79)
42. 妊娠合并心脏病应如何处理? (80)

症 状 及 其 他

43. 心脏病病人咯血有哪些原因? (83)
44. 心脏病人的水肿除了心力衰竭外, 还见

- 于哪些原因? (84)
45. 心脏病人的呼吸困难有什么特点? (85)
46. 哪些是心绞痛的典型症状? (87)
47. 不典型的心绞痛应如何鉴别诊断? (88)
48. 能触到脉搏而听不到血压,这是为什么?
见于哪些情况,应如何处理? (90)
49. 怎样从体格检查来诊断大动脉炎? (92)
50. 怎样通过体格检查来诊断阵发性心动过速? (94)
51. 什么是奇脉、短绌脉、交替脉? (95)
52. 怎样检查和诊断四肢动脉的粥样硬化? (93)

心脏听诊

1. 心脏听诊要掌握哪些要领？

心脏听诊的内容，包括心音的强弱和分裂、额外音响以及心率、节律等方面的变化。额外音响是指心杂音和除了第一、二心音以外的附加心音，听诊较难掌握，要发现它们并判定其为收缩期还是舒张期，常须掌握一些心脏听诊的要领，以便使听诊达到正确无误。

第一步，首先要确定第一心音。先用拇指接触颈动脉（不能用挠动脉），每一次颈动脉的向上搏动即相当于第一心音的出现；然后把听诊器放在胸壁的心脏听诊区，和颈动脉搏动同时出现的心音就是第一心音。

第二步，在心律规则的病人，用手指（或脚趾）一上一下轻轻点拍和第一心音一致的节律，向下点拍的时间相当于收缩期，向上点拍的时间相当于舒张期。

第三步，应用所谓“分解听诊法”，就是先把听诊时的注意力完全集中在收缩期，注意在用手指（或脚趾）向下点拍的同时有没有额外音响的出现。实际中体会到，把注意力完全集中在收缩期而不去理会舒张期有没有其他的音响，即在一段时间内，把除了收缩期以外的音响全部“扔掉”不听，是完全可以做到的。以后再用同样的方法，集中注意力在向上点拍的时间内，确定舒张期有无额外的音响。这种把完整的心音分期分阶段的听诊方法，就是所谓“分解听诊法”。

通过这三个步骤，可以发现额外音响和正确判定其期

别，还可以注意到第一、二心音的强弱和分裂，注意有无心音节律的变化，然后把这些变化按心动周期有次序的联系起来，就能得到一个正确而全面的听诊结果。

如果遇到心律明显不齐，不能采用有规律的点拍方法，也可以根据第一心音和应用“分解听诊法”来判定收缩期或舒张期。虽然会遇到些困难，但只要平时能熟练地在心音规律的病人或健康人身上掌握好寻找第一心音的方法，即使在心律非常紊乱时，一些听诊上的困难也会在实践中逐步克服掉的。

此外，各种辅助动作如运动、直立、坐位、左侧卧位、转动体位、深吸气、深呼气、暂短屏住呼吸以及应用药物等，都可使各有关额外音响增强或减弱，也是心脏听诊时必须掌握和运用的方法。

2. 什么是第四心音，怎样区别加强第四心音和第一心音分裂？

第四心音是心脏舒张期末，心房收缩时产生的音响，又称为心房音。正常人此音响很弱而不易听到。当左心舒张末期压增高时，左心房收缩时排血受阻，使心房音增强且提早出现，就形成能够听到的加强第四心音。如果心率增快，此音又称为舒张晚期奔马律或心房性奔马律。左心舒张末期压增高见于各种左心疾患，如冠心病、高血压性心脏病和心肌病。此时心肌肥厚、缺血、纤维化使心室肌的顺应性降低，因而使心室舒张末期压增高。

左心充盈容量增加的患者，如严重贫血、严重甲状腺机能亢进、分流量较大的动静脉瘘，亦可听到第四心音。引起右心顺应性减低如严重肺动脉瓣狭窄、原发性肺动脉高压症及

肺心病等，可听到右心房所致的加强第四心音。

加强第四心音和其他充盈性音响一样，卧位时清晰，听诊器不能重按，否则就不易听到。左房音在心尖或心尖与剑突之间清楚，右房音在剑突左缘清楚。出现加强的第四心音，并不提示有心力衰竭。

与第一心音分裂的鉴别如下：

(1) 第一心音的二个分裂音性质和强度相等，加强第四心音的音响较第一心音低沉。

(2) 第一心音分裂向整个心前区传导，直立时更易听到，加强的第四心音常局限于心尖，卧位（尤其是左侧卧位）时明显。

(3) 加强的第四心音在加压钟型听诊器或应用隔膜型听诊器时响度减弱，但第一心音的分裂音则否。

(4) 加强的第四心音可以在心尖区扪到一收缩期前的心尖向外冲动，与第四心音同时出现，是心房收缩时冲击左室所产生，第一心音分裂无此现象。

(5) 第四心音与第一心音之间的间距较大，加强的第四心音连同第一、二心音的三个音响可以清晰区别，而第一心音分裂的二个分裂音间距一般较小，因而多数较为模糊，不如加强第四心音那样清晰可辨。而且，临床上正常的第一心音分裂很常见，因而除非有清晰可辨的收缩期前的额外音响，且伴有上述特别是心尖向外冲动的体征，否则，应多考虑为第一心音分裂。

此外，第四心音也可在心房与心室收缩不相协调时听到，例如第三度房室传导阻滞时，心房和心室各自依照不同的节律自行收缩，当心房在心室舒张中期收缩时，心房音就可以听到，但此时一般不称为第四心音而称为心房音。

3. 什么是第二心音的正常分裂、 固定分裂和反常分裂？

正常分裂：

第二心音有二个成分，即主动脉瓣关闭成分及肺动脉瓣关闭成分。正常呼气时左心排血完毕的时间较右心排血完毕的时间要早，所以第二心音中主动脉瓣成分在前，肺动脉瓣成分在后，但二者相隔不到 0.04 秒，人耳不能分辨而只能听到一个音响。正常呼气时胸腔内负压增加，回心血量增多，不但右心排血量增多，且肺血管阻抗增加，肺动脉瓣的关闭就要延迟。所以，吸气时第二心音中肺动脉瓣成分更较主动脉瓣成分延迟，二者距离超过 0.04 秒（深吸气时可达 0.08~0.10 秒），人的听觉就能区别二个成分的一前一后，就形成了第二心音的分裂。当呼气时，右心血量恢复正常，而左心回心血量及排血量继右心回心血量及排血量增加后也明显增加，主动脉瓣成分也见延迟，第二心音的二个成分就更为接近而合为单一音。这样，正常人（尤其是儿童）吸气时在肺动脉瓣区听到明显的第二心音分裂，而当呼气时分裂就不明显，这就是第二心音的正常分裂（图 1）。分裂的第二心音可以从肺动脉瓣区传至胸骨左缘或主动脉瓣区，但从不传至心尖区。

固定分裂：

右心室功能障碍时，右心残余血量增加，完全性右束支传导阻滞使右心收缩迟缓，心房间隔缺损时血液从左心房流入右心房，使右心收缩时血量增加，这都使右心排血时间延迟，使肺动脉瓣延迟关闭而出现宽阔的第二心音分裂。呼气时右心的病理条件仍然如此，当然出现第二心音分裂，而

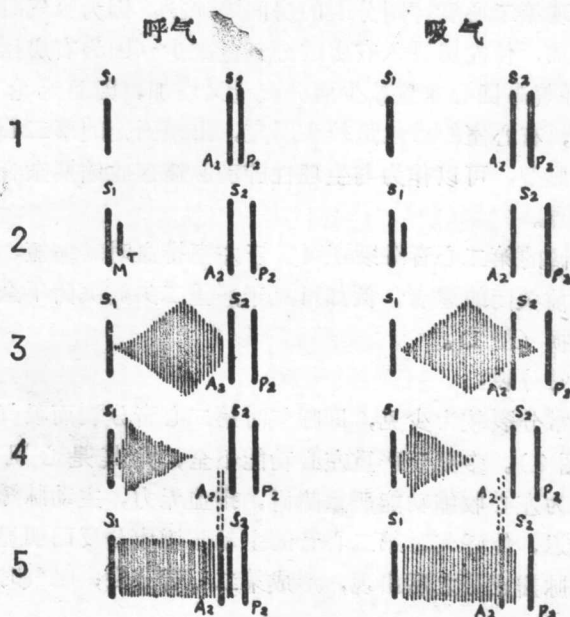


图1 第二心音的分裂

1. 正常分裂 2. 右束支传导阻滞 3. 肺动脉瓣狭窄
4. 房间隔为隔缺损 5. 二尖瓣关闭不全
 S_1 第一心音 S_2 第二心音 A_2 第二心音主动脉瓣成分 P_2 第二心音肺动脉瓣成分

图中第一行为正常分裂，第二行为右束支传导阻滞，吸气时分裂更明显，伴有第一心音分裂，M为二尖瓣成分，T为三尖瓣成分。第三行为肺动脉瓣狭窄，注意杂音递增递减型，吸气时分裂亦更明显。第四行为房间隔缺损，第二心音固定分裂。第五行示二尖瓣关闭不全，为全收缩期杂音，第二心音分裂宽阔，产生的机制为主动脉瓣提前关闭所致。

吸气时回心血量增加，使第二心音分裂更加宽阔，（图 1）。

出现第二心音宽阔分裂的房间隔缺损，因为吸气时回心血量增加，使左房进入右房的分流量减少（因为右房压已增高）；呼气时回心血量减少而分流量又增加，因而无论吸气或呼气，右心室的排血量较为固定，出现固定的第二心音分裂更为典型，可以作为与生理性肺动脉瓣区收缩期杂音的主要鉴别点。

宽阔的第二心音分裂还可见于左室排血时间缩短、主动脉瓣提前关闭的患者，例如可见于严重二尖瓣关闭不全及室间隔缺损（图 1）。

反常分裂，

反常分裂较为少见，即呼气时第二心音分裂而吸气时不分裂（图 2）。多见于严重左心功能不全，尤其是心肌梗塞时。因为左心收缩功能严重障碍，排血无力，主动脉瓣关闭明显延迟，使呼气时第二心音的主动脉瓣成分反而明显延后到肺动脉瓣成分之后出现，形成第二心音分裂；吸气时，右

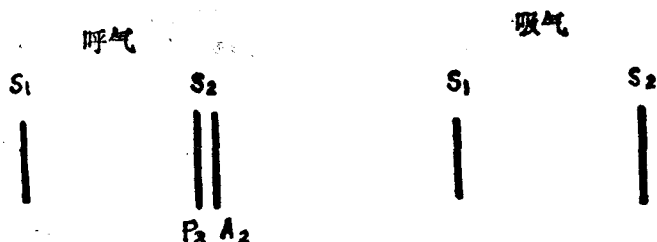


图 2 第二心音的反常分裂

因为主动脉瓣关闭延迟，故肺动脉瓣关闭在前。
当吸气时，肺动脉瓣关闭延迟，使二个成分合并成单一音。形成呼气时分裂，吸气时不分裂的特点。

心回心血量增加，肺动脉瓣延迟关闭，此时左心排血无力的病理状况仍然存在，因而肺动脉瓣及主动脉瓣成分都同时延迟而相接近，成为单一音，即第二心音由呼气时的分裂变为吸气的不分裂，与正常分裂恰好相反，这就称为反常分裂。一个高度怀疑急性心肌梗塞的病人，出现了第二心音反常分裂，在诊断上常有重要的参考价值。

此外，反常分裂亦可见于左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄及动脉导管未闭。因为传导障碍及机械梗阻，使左心排血严重受阻，主动脉瓣关闭延迟；而动脉导管未闭因血容量增加亦使主动脉瓣关闭延迟，但多因机械性响亮的杂音使反常分裂不易发现。

4. 什么是喷射音？

喷射音是血液自左右心室喷射入肺动脉或主动脉时所产生，为高调的爆裂样音，在第一心音之后 0.05~0.14 秒出现，又称为收缩早期喀喇音（图 3）。一般认为是主、肺动脉扩张时，血液突然冲入扩张的大动脉，引起动脉壁突然紧张所致。也有认为此音起源于瓣膜本身活动的障碍。例如瓣膜狭窄时，等容收缩期使瓣膜突入大动脉，瓣膜弹性张力突然增加，而当射血开始前瓣膜张力又突然减弱，因而产生此音。

肺动脉扩张时产生肺动脉的喷射音，见于原发或继发肺动脉高压症、原发性肺动脉扩张症、伴有狭窄后扩张的肺动脉瓣狭窄以及甲状腺功能亢进等疾病。此喷射音常在胸骨左缘第二、三肋间最响，不向心尖区传导；如果肺动脉压正常，则吸气时减弱及呼气时增强的特点就极为明显（图 3），因为吸气后右心容量增加，使肺动脉瓣在收缩期前已预先鼓入

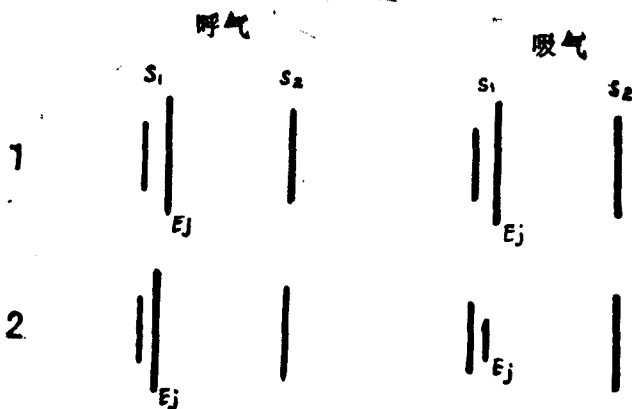


图3 收缩早期发生的喷射音

Ej 喷射音。注意肺动脉喷射音在吸气时明显减弱。因为吸气时右心血量增加，肺动脉瓣在收缩期之前已接近关闭状态，收缩时瓣膜动作幅度减小，因而此音在吸气时减弱。

肺动脉，收缩时瓣膜动作幅度小，喷射音就减弱；而呼气后右心容量减少，肺动脉瓣处于较松弛状态，使心室收缩时有较大的移动，喷射音就可增强。如果在胸骨左缘第二、三肋间听到非常响亮的第二心音，结合临床的其他材料，就应考虑为肺动脉所产生的喷射音，因为正常的第二心音在此区并不响亮。

肺动脉的喷射音是肺动脉高压重要的物理体征之一（其他尚有第二心音亢进，肺动脉瓣相对性关闭不全所引起的舒张期杂音等），对于判定病人是否已处于肺动脉高压期有重要的临床意义。也用以鉴别肺动脉的瓣膜型狭窄及漏斗部狭窄，后者一般听不到喷射音。

此外，在鉴别肺动脉狭窄及房间隔缺损时，除了根据第

二心音强弱以外，喷射音的有无也有很大帮助，因为肺动脉瓣狭窄多伴有喷射音，而房间隔缺损通常不会出现。如果房缺病人存在此喷射音而又没有肺动脉高压的征象，应该进一步考虑有合并肺动脉瓣狭窄（即法乐氏三联症）的可能。

产生主动脉喷射音的主动脉扩张见于高血压、动脉硬化、主动脉瓣关闭不全、伴有狭窄后扩张的主动脉瓣狭窄、主动脉缩窄、法乐氏四联症、升主动脉瘤等疾病。此音在主动脉瓣区及心尖区听到，有时心尖区比主动脉瓣区还响。不受呼吸影响。

在鉴别主动脉瓣膜狭窄还是瓣上或瓣下狭窄（流出道狭窄）时，有无喷射音也是一个重要的线索，瓣膜狭窄通常出现喷射音，而瓣上、瓣下狭窄不出现喷射音且第二心音不减弱。

5. 什么是心包叩击音？

缩窄性心包炎时，常可在心前区听到一舒张早期的额外心音，一般都尖锐清脆，称为心包叩击音，对缩窄性心包炎的诊断有很大帮助。此音距第二心音约 0.10~0.12 秒，相当于二尖瓣开瓣音之后，正常第三心音之前出现。是心室充盈期间，因心包缩窄，使心室舒张突然受阻，引起进入心腔的血流突然停顿所致。

如果病人有类似心脏病的症状，如心慌、气短、肝大、浮肿等，临床检查又没有心杂音，心界扩大亦不明显，而听诊发现舒张早期有尖锐清脆的音响时，应高度怀疑此音为心包叩击音。严重的心包缩窄，由于长期瘀血而引致瘀血性肝硬化，出现高度腹水而很像门静脉性肝硬化，如果发现有此音响，且伴有颈静脉弩张，测定静脉压又明显升高，往往就