



山东大学出版社
Shandong University Press

心脑血管 急重症治疗学



丁伟 孟祥方 刘涵 主编

XINNAOXUEGUAN
JIZHONGZHENGZHILIAOXUE

心脑血管急重症治疗学

丁伟 孟祥方 刘涵 主编

山东大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

心脑血管急重症治疗学/丁伟,孟祥方,刘涵主编.

济南:山东大学出版社,2004.5

ISBN 7-5607-2774-3

I. 心…

II. ①丁…②孟…③刘…

III. ①心脏血管疾病:急性病 诊疗②心脏血管疾病-险症-诊疗

IV. R540.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 038628 号

山东大学出版社出版发行

(山东省济南市山大南路 27 号 邮政编码:250100)

山东省新华书店经销

日照报业印刷有限公司印刷

850×1168 毫米 1/32 17 印张 436 千字

2004 年 5 月第 1 版 2004 年 5 月第 1 次印刷

印数:1—1500 册

定价:30.00 元

版权所有,盗印必究

凡购本书,如有缺页、倒页、脱页,由本社营销部负责调换

本书编委会

主 编 丁 伟 孟祥方 刘 涵

常务副主编 (按姓氏笔画排序)

庄建伦 杨允学 李绪刚 辛本强
费立聪 盛丰华 熊 峰 潘月河

副 主 编 (按姓氏笔画排序)

王兴强 冯 辉 李修壮 来玉民
邹建锋 张俊功 陈 莹 徐 敏
谭素娥

编 委 (按姓氏笔画排序)

于 涛 王志美 王丽君 王春红
王 健 孔祥光 厉玉鹏 申玉香
冯希娟 刘兆艳 汤文莉 牟淑善
李文立 杨永林 何兆英 宋 旭
陈维杰 岳有祥 孟凡秀 侯仕彩
侯树爱 徐公霞 高月翠 惠丰荷
葛平翠 褚翔鹏 潘 军 戴晓军

内 容 提 要

心脑血管病是中老年人的大敌。作者力图站在科学的前沿，阐述心脑血管病治疗的新进展，为临床、科研、教学人员提供一本具有良好参考、借鉴价值的专著。全书共分二篇二十五章。上篇一至十三章主要介绍了心血管病的发病机理及最新的诊断方法和治疗。下篇十四至二十五章主要介绍了脑血管病的发病机理及最新的诊断方法和治疗。

目 录

上篇 心血管急重症治疗学

第一章 常见急诊症状诊断思路	(3)
第一节 心悸	(3)
第二节 胸痛	(7)
第三节 紫绀	(12)
第四节 呼吸困难	(16)
第二章 心力衰竭	(23)
第三章 感染性心内膜炎	(42)
第一节 自体瓣膜心内膜炎	(42)
第二节 人工瓣膜和静脉药瘾者心内膜炎	(52)
第四章 肺源性心脏病	(55)
第一节 急性肺源性心脏病	(55)
第二节 慢性肺源性心脏病	(60)
第五章 心肌炎	(75)
第六章 心绞痛	(84)
第七章 急性心肌梗死	(107)

第八章 休克	(133)
第一节 心源性休克	(140)
第二节 低血容量性休克	(145)
第三节 感染中毒性休克	(150)
第九章 高血压危象	(158)
第十章 危险性心律失常	(169)
第一节 病态窦房结综合征	(169)
第二节 心房颤动	(174)
第三节 房室传导阻滞	(184)
第四节 室上性心动过速	(191)
第五节 室性心动过速	(209)
第六节 心室扑动和心室颤动	(219)
第十一章 心脏性猝死与心脏骤停	(226)
第十二章 心脏及大血管损伤	(243)
第十三章 常用心血管诊疗技术	(260)
第一节 冠状动脉造影术	(260)
第二节 心包穿刺术	(263)
第三节 心脏起搏	(265)
第四节 心脏电复律	(270)
第五节 心肺复苏术	(274)
第六节 心血管病介入性治疗	(282)

下篇 脑血管急重症治疗学

第十四章 常见急诊症状诊断思路	(291)
第一节 头痛	(291)
第二节 眩晕	(300)
第三节 抽搐和惊厥	(305)

第四节 意识障碍·····	(308)
第十五章 偏头痛·····	(315)
第十六章 短暂性脑缺血发作·····	(325)
第十七章 动脉硬化性脑梗死·····	(337)
第十八章 脑栓塞·····	(414)
第十九章 脑出血·····	(421)
第二十章 自发性蛛网膜下腔出血·····	(442)
第二十一章 颅内静脉血栓形成·····	(458)
第二十二章 原发性脑损伤·····	(465)
第一节 概述·····	(465)
第二节 脑震荡·····	(472)
第三节 脑挫裂伤·····	(474)
第四节 脑干损伤·····	(488)
第二十三章 外伤性蛛网膜下腔出血·····	(492)
第二十四章 颅内血肿·····	(495)
第一节 硬脑膜外血肿·····	(496)
第二节 硬脑膜下血肿·····	(503)
第三节 脑内血肿·····	(511)
第四节 颅后窝血肿·····	(514)
第五节 多发性脑内血肿·····	(515)
第二十五章 常用脑血管诊疗技术·····	(518)
第一节 腰椎穿刺术·····	(518)
第二节 颅内血肿微创碎吸术·····	(521)
第三节 脑血管造影·····	(523)
第四节 脑血管介入治疗·····	(527)

上篇 心血管急重症治疗学

第一章 常见急诊症状诊断思路

第一节 心 悸

心悸是指病人自觉心慌、心跳的一种常见症状，多伴有心前区不适感，临床表现为心搏增强、心率加快或减慢、心律失常等。

【病因和发病机制】

一、心脏搏动增强所致心悸

由心脏搏动增强引起的心悸，包括生理性和病理性的心悸。

1. 生理性

(1) 健康人过度体力活动或情绪激动、紧张、恐惧、焦虑时。

(2) 大量吸烟、饮酒、饮浓茶、咖啡等。

(3) 应用某些药物，如氨茶碱、麻黄素、肾上腺素、阿托品、咖啡因、甲状腺素等。

2. 病理性

病理性心悸是由病理性心搏增强引起的。

(1) 某些心脏病：由于心脏本身病变导致心脏收缩力增强，心脏血流量增加，引起心脏负荷过重、心脏增大，因而产生心悸。如先天性心脏病（包括室间隔缺损、动脉导管未闭）、风湿性心脏病（主动脉狭窄及关闭不全、二尖瓣狭窄及关闭不全）、高血压性心脏病、冠心病、脚气病性心脏病（beriberi）、克山病、原发性心肌病及动静脉漏引起者，心悸常为首发症状，劳累后尤为明显。

(2) 心脏排血增加：①甲状腺机能亢进。由于基础代谢率增高，交感神经兴奋性增强，心率增快，心输出量增加而导致心悸。②贫血。贫血使血红蛋白携氧量减少，组织器官通过机体代偿机能来保证供氧。轻度贫血者活动后常心悸，严重贫血者休息时也会感到心悸；慢性贫血时症状不明显，但心脏听诊可闻收缩期杂音；急性失血性贫血时心悸为突出表现。③高热。急性感染时因发热，机体代谢率增高，组织耗氧量增加，机体通过增加心率而保证供氧，故感到心悸。④低血糖。由于低血糖时过多释放肾上腺素，可产生心悸。⑤嗜铬细胞瘤。血中儿茶酚胺水平突然增高，肾上腺素和去甲肾上腺素水平增高，可使血压阵发性增高引起心悸。⑥此外结核病活动期、急性风湿热、亚急性心内膜炎等也常引起心悸。

二、心律失常所致心悸

心动过速、过缓或心律不齐时，均可出现心悸。

1. 心动过速：常见于窦性心动过速、快速心房纤颤、心房扑动、室上性心动过速。尤其是心律失常突然发作时更易引起心悸，其原因是心率增加、心室舒张期缩短、充盈不足引起心瓣膜及心肌在收缩期紧张度增高，导致心搏增强而引起心悸。对心动过速类型的诊断有赖于心电图及电生理检查。

2. 心动过缓：常见于窦性心动过缓、高度房室传导阻滞、房室交界性心律、自发性室性心律、病态窦房结综合征、房颤转复成窦性心律后迷走神经兴奋性过高等。心悸原因是由于心率缓慢、心室充盈度增加、舒张期延长、每搏输出量增加、心搏增强所致。

3. 心律不齐：最常见的是期前收缩及心房颤动。由于过早搏动在一个较长的代偿间期后出现的心室收缩强而有力，使患者心前区突然跳动感到心悸，而代偿间歇时病人常诉心脏停跳。

三、心脏神经官能症

本病多发生在青、中年，女性多见。除心悸外往往伴有头晕、头痛、失眠、乏力、注意力不集中等。心悸发作时常伴有过度换气，诉胸痛、胸憋、呼吸困难。本病是植物神经功能失调致心脏血管功能紊乱而引起的临床综合征，发病多与精神、情绪、过度疲劳有关。本病进行心得安试验可以鉴别， β -肾上腺素受体反应亢进综合征。在应用心得安后心电图可恢复正常。

【诊断】

一、病 史

1. 发作的诱因是否与劳累、情绪激动、精神刺激、睡眠不好有关，是否伴有头晕、头痛、健忘乏力。

2. 心悸为阵发性还是持续性，发作时间长短以及发作和终止是突然还是徐缓。

3. 既往是否有心脏病、内分泌病、高血压病、风湿病、贫血性疾病、神经症等病史。

4. 服药史。

5. 是否吸烟、饮酒、饮浓茶、喝咖啡等。

二、体 检

1. 注意心脏体征，包括心界大小、心率、节律、心音强弱、各瓣膜杂音等。
2. 测血压，注意脉压等。
3. 有无周围血管征。
4. 有无贫血及内出血体征。
5. 甲状腺有无增大，有无眼球突出，甲状腺有无血管杂音等。

【辅助检查】

根据病人具体情况可考虑首先作以下检查：

1. 血常规。
2. 心电图：注意和以往检查结果作对照，必要时作电生理检查，超声心动图、Holter 有时对心脏病的诊断有很大帮助。
3. 查基础代谢率、 T_3 ， T_4 ，TSH、血清蛋白结合碘等。
4. 查血糖、尿糖。
5. 疑嗜铬细胞瘤时应查 VMA（3-甲氧基 4-羟基苦杏仁酸）、儿茶酚胺。
6. 胸部 X 线检查。
7. 查血沉，有指征的做抗“O”，C 反应蛋白或结核菌素试验。

【鉴别诊断】

1. 心悸伴随心率快而规整：包括窦性心动过速、阵发性心动过速（阵发性室上性心动过速、阵发性室性心动过速）、心房扑动。
2. 心悸伴随心率慢而规整：包括室性心动过缓，Ⅲ度房室

传导阻滞、病态窦房结综合征、心房扑动呈 4 : 1、房室传导阻滞、室性自主心律。

3. 心悸伴随心律不整：包括Ⅱ度房室传导阻滞、窦性心律不齐、窦性心律伴期前收缩、窦性停搏、心房颤动等。

4. 心悸伴有呼吸困难、喘憋不能平卧：常见于心力衰竭、急性心肌梗塞、重症贫血或心脏神经官能症。

5. 心悸伴胸痛：常见于冠状动脉硬化性心脏病（如心绞痛、心肌梗塞）、心肌炎、心包炎，亦可见于心脏神经官能症等。

6. 心悸伴晕厥、抽搐：常见于高度房室传导阻滞、心室颤动、阵发室速引起的阿—斯综合征（Adams-Stokes 综合征）发作。

7. 心悸伴出汗：常见于甲状腺机能亢进、低血糖、嗜铬细胞瘤。

8. 心悸伴苍白无力、头晕：多见于各种类型的贫血、出血。

9. 心悸伴发热：常见于风湿热、急性传染病、心肌炎、感染性心内膜炎、其他发热疾病。

10. 心悸伴失眠、头晕乏力等神经衰弱征象：常见于心脏神经官能症。

第二节 胸痛

胸痛是常见的急症之一，病因繁多，严重性悬殊极大，且常不与胸痛程度平行，所以应力求明确诊断。

【病因和发病机制】

一、心肌缺血性胸痛

该病见于冠状动脉硬化及痉挛、肥厚性心肌病、主动脉瓣狭

窄及关闭不全、二尖瓣脱垂。

1. 典型心肌缺血性胸痛

(1) 部位：胸骨后上中部，范围广泛而无明确界限，病人常用手掌指示部位。

(2) 性质：为压迫感、缩窄或窒息感，少有烧灼感、锐痛及刺痛，但不能因此否定诊断。

(3) 放射部位：向左臂内侧放射，可达腕部、小指及无名指，亦可放射至颈、下颌、牙齿、咽部，这些部位虽然少见，但更具有诊断意义。

(4) 诱因及缓解方法：常因劳力、饱餐、寒冷及情绪激动而诱发，亦可因平卧位加重；吸氧、压迫颈动脉窦及口含硝酸甘油可缓解。这比胸痛性质和部位更具有诊断价值。

2. 不典型心肌缺血性胸痛

(1) 变异性心绞痛：因冠状动脉痉挛所致。常发作于休息及正常体力活动时，持续时间较长，胸痛性质及部位同劳力型心绞痛。发作时心电图 ST 段抬高。

(2) 二尖瓣脱垂：胸痛与劳力无关，含硝酸甘油无效，平卧位可缓解，某些病人服心得安可缓解。本症具有特征性二尖瓣收缩中、晚期喀喇音。可见于 10% 健康青年妇女，伴有其他功能性症状，如头晕、忧虑、通气过度等。

二、浆膜性胸痛

1. 心包炎

心包除下部壁层受少数膈神经支配外，其余部分对痛觉不敏感。心包疾病所致胸痛归咎于炎症累及胸膜壁层所致，所以尿毒症及心肌梗塞、心包炎常为无痛性或仅轻度疼痛。咳嗽及体位变化时加重，有时吞咽亦可加重，可放射至背及上腹部。坐位及前倾位减轻。少数病人症状酷似心肌梗塞。

2. 肺和胸膜疾病

该病因炎症性壁层胸膜牵张所致，如胸膜炎、气胸、累及胸膜的肺炎。呈局限性、单侧、刀割样锐痛。吸气加重，位于浅表部位，以腋前、腋中线处最明显，因此处胸廓扩张最大。

3. 肺栓塞

巨大肺栓塞常位于胸骨后，酷似心肌梗塞；小型肺梗塞位于肺边缘，呈胸膜性疼痛。伴有咯血、巨大肺梗塞及其他导致肺动脉高压疾病可有持续性胸痛，此因冠状动脉灌注减少及肺动脉扩张所致。

4. 纵隔气肿

胸骨后剧烈锐痛，向肩部放射，伴有呼吸困难，紫绀，颈、前胸甚至面部皮下积气，组织胀满，有捻发感。X线检查示纵隔增宽。本病常为食道穿孔所致。

5. 主动脉夹层动脉瘤

本病因刺激血管外膜而呈胸骨后持续性剧痛，向背部放射，不随呼吸及体位变化加重。病人呈休克状，但血压仍较高，一侧桡动脉搏动减弱或消失，主动脉瓣区可闻舒张期杂音。X线检查主动脉增宽。

三、食管疾病性胸痛

食管疾病所致胸痛是因胃酸刺激及运动失调所致，如返流性食管炎、溃疡及贲门失弛缓症等。常为烧灼感，位于上腹或胸骨后，放射到胸部，少数至背、臂及耳部。加重因素有体位变化特别是平卧位，摄入酸、辣及烤制食品，服制酸药可缓解。胃、胆囊及胰腺疾病亦可产生胸痛，但常伴有消化道症状，较易鉴别。

四、神经疾病胸痛

颈、胸椎骨质增生，椎间盘变性后凸及胸脊髓外肿瘤压迫神