

世 纪 药 海 丛 书

实用心血管病 处方用药手册

SHIYONG XINXUEGUANBING
CHUFANG YONGYAO
SHOUCE

主 编 林曙光
副主编 吴书林 靳立军



0.5-62



广东科技出版社

90113915

世纪药海丛书

实用心血管病处方用药手册

主 编 林曙光

副 主 编 吴书林 靳立军

本书编委会成员 (以姓氏笔画为序)

方咸宏 乌汝东 吴书林 张 斌 杨平珍
陈泗林 林曙光 钱卫民 黄奕高 黄 涛
黄新胜 童太明 蒋祖勋 詹贤章 靳立军



90113915

广东科技出版社

· 广 州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

实用心血管病处方用药手册/林曙光主编.
广州: 广东科技出版社, 2004.8
(世纪药海丛书)
ISBN 7-5359-3421-8

I. 实… II. 林… III. 心脏血管疾病 -
药物 - 基本知识 IV. R972-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 086499 号

出版发行: 广东科技出版社

(广州市环市东路水荫路 11 号 邮码: 510075)

E - mail: gdlkjzbb@21cn.com

http: //www. gdstp. com. cn

经 销: 广东新华发行集团

排 版: 广东科电有限公司

印 刷: 广东省肇庆市科建印刷有限公司

(广东省肇庆市星湖大道 邮码: 526060)

规 格: 890mm×1230mm 1/48 5.375 印张 字数 130 千

版 次: 2004 年 8 月第 1 版

2004 年 8 月第 1 次印刷

印 数: 5 000 册

定 价: 12.00 元

如发现因印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系调换。

内 容 简 介

本书收集并分类归纳了42种心血管常见疾病，基本能满足心血管医生临床应用需要。本书的编写主要按照临床医生处方用药的思路，先写诊断要点与治疗原则；再根据诊断要点详细介绍如何处方用药；最后，就处方用药的注意事项加以补充。本书是一本对心血管临床医生很有实用价值的工具书籍。

本书编辑以常用药为主，特殊药物或新药应以药典为参照。

目 录

第一章 心律失常	1
第一节 窦性心律失常	1
第二节 房性心律失常	10
第三节 房室交界性心律失常	16
第四节 室性心律失常	19
第五节 房室传导阻滞及束支传导阻滞	29
第六节 预激综合征与心动过速	32
第七节 长Q-T间期综合征	38
第八节 心脏骤停	39
第二章 冠状动脉粥样硬化心脏病	43
第一节 高脂血症	43
第二节 心绞痛	47
第三节 无症状性心肌缺血	62
第四节 X-综合征	64
第五节 急性心肌梗死	66
第六节 急性心肌梗死并发症	73
第七节 非Q波心肌梗死	88
第八节 猝死	89
第三章 高血压	94
第一节 原发性高血压	94
第二节 继发性高血压	98
第三节 高血压急症	109
第四章 风湿性心脏病及其他瓣膜性疾病	116
第一节 急性风湿热	116
第二节 瓣膜性心脏病	121

第五章 成人先天性心脏病	143
第一节 左向右分流型先天性心脏病	143
第二节 右向左分流型先天性心脏病	155
第三节 无分流型先天性心脏病	159
第四节 大血管转位	167
第六章 血循环障碍	172
第一节 心力衰竭	172
第二节 休克	178
第三节 晕厥	191
第七章 心包、心肌、心内膜疾病	196
第一节 心包疾病	196
第二节 心肌病	211
第三节 感染性心内膜炎	221
第八章 大血管及周围血管疾病	228
第一节 主动脉瘤	228
第二节 主动脉夹层	229
第三节 马方综合征	231
第四节 周围血管病	233
第九章 肺动脉高压症、肺栓塞及肺源性心脏病	238
第一节 肺动脉高压症	238
第二节 肺栓塞和急性肺源性心脏病	240
第三节 慢性肺源性心脏病	243
第十章 直背综合征	245

目 录

第十一章 小心脏综合征	246
第十二章 心脏及心包肿瘤	247
第十三章 心脏神经官能症	249

第一章 心律失常

第一节 窦性心律失常

一、窦性心动过速

【诊断要点】

1. 窦性频率成人超过 100 次/分钟。
2. 可无自觉症状；部分病人有心悸、焦虑及基础心脏病的临床表现。
3. 体格检查可发现心跳快和（或）基础心脏病体征，部分病人有额外音。
4. 心电图特征：窦性 P 波，P-R 间期 $> 0.12s$ ，P-P 间距短于 $0.6s$ 。

【治疗原则】

由生理性因素或心外因素所致者，多不需特殊治疗。由心脏病或其他疾病或药物等原因引起的，以治疗病因为主。

【处方用药】

1. 镇静 口服苯甲二氮革（安定）每次 5mg，每日 3 次。
2. β 受体阻滞剂 口服普萘洛尔每次

10mg, 每日3次; 或美托洛尔每次25mg, 每日2次, 缓慢增加剂量, 直至症状消失或不能耐受。

3. 钙离子拮抗剂 维拉帕米, 口服, 每次40mg, 每日3次。

【注意事项】

有哮喘、阻塞性肺气肿、心力衰竭、心脏传导阻滞或呼吸抑制者, β 受体阻滞剂慎用; 心力衰竭及心脏传导阻滞者钙离子拮抗剂慎用; β 受体阻滞剂和钙离子拮抗剂合用时应慎重。

二、不适当窦性心动过速

【诊断要点】

1. 发病年龄较轻, 多在20~35岁之间。大多数为女性, 部分患者有家族遗传倾向。

2. 心动过速的特点: ①休息或轻微活动时心率超过100次/分钟。②心动过速时P波形态为窦性。③动态心电图平均心率显著增高, 心率趋势为白天异常增高, 夜间相对降低。④卧位心率相对较低, 而立位时心率明显增高。⑤短时间(5min)运动心率不适宜增加, 平均心率可达140次/分钟以上。⑥心动过速可表现为间隙性、持续性或无休止性。⑦合并心动过速性心肌病, 心力衰竭时心率常可持续性增高到160~220次/分钟。

3. 临床表现有心悸、乏力、憋闷等症状, 少数病例可出现晕厥, 运动耐量下降。除窦性心动

过速外，心脏无其他原发性器质性异常。无引起窦性心动过速的全身其他疾病，如甲状腺功能亢进、贫血症等。

4. 排除其他心律失常。

【治疗原则】

目前治疗方法的对比资料较少，经常是经验性的，根据具体情况而定。

【处方用药】

1. 首选 β 受体阻滞剂 如美托洛尔每次 25mg，口服，每日 2 次；或阿替洛尔，每次 50mg，每日 3 次，逐渐加量。

2. 钙离子拮抗剂 维拉帕米口服，每次 40mg，每日 3 次，逐渐加量。

【注意事项】

1. 哮喘、阻塞性肺气肿或呼吸抑制者，慎用 β 受体阻滞剂。

2. 出现心动过速性心肌病，心功能差或心脏传导阻滞时，应慎用钙离子拮抗剂及 β 受体阻滞剂。

3. 过高剂量的钙离子拮抗剂及 β 受体阻滞剂可引起疲乏无力而不能耐受，两者合用，应慎重。

4. 药物无效者，可进行窦房结射频消融改良手术治疗。

三、窦性早搏

【诊断要点】

1. 可无自觉症状；也可有心悸、胸闷感。
2. 听诊可发现心跳不规则，早搏后有代偿间歇；早搏的第1心音增强而第2心音减弱或消失；脉搏触诊可发现间歇性脉搏缺如。

3. 心电图示提早的P波形态与窦性P波相同，早搏有固有的配对间期，早搏后代偿间期恰等于一个窦性周期，可以偶发或频发，也可以成联律。

【治疗原则】

一般无须治疗，频发者可针对病因治疗，必要时可加用镇静剂及 β 受体阻滞剂。

【处方用药】

1. 镇静 口服苯甲二氮草，每次5mg，每日3次。
2. β 受体阻滞剂 美托洛尔口服，每次25mg，每日2~3次，或阿替洛尔口服，每次50mg，每日3次。
3. 钙阻滞剂 维拉帕米，口服，每次40mg，每日3次。

【注意事项】

1. 哮喘、阻塞性肺气肿或呼吸抑制者， β 受体阻滞剂慎用。

2. 心功能差或心脏传导阻滞时，应慎用 β 受体阻滞剂。

四、窦性心动过缓

【诊断要点】

1. 窦性心律的频率成人低于 60 次/分钟。
2. 可出现头晕、乏力、体力下降等症状，严重者出现黑朦和晕厥；可诱发心绞痛甚至心力衰竭。
3. 心电图表现为窦性 P 波，P-R 间期 $> 0.12s$ ，P-P 间距长于 $1.0s$ 。
4. 体格检查可发现心跳慢及（或）基础心脏病的体征，胸片及超声心动图可正常或有基础心脏病的征象。

【治疗原则】

生理性或心外因素所致者，多无需特殊治疗。由心脏病或其他疾病及药物等原因引起的，以治疗病因为主。

【处方用药】

患者有自觉症状，静息时心率低于 50 次/分钟时：

1. 阿托品，每次 $0.3 \sim 0.6mg$ ，口服，每日 3 次。
2. 舒喘灵，口服，每次 $2.4mg$ ，每日 3 次。
3. 麻黄素，口服，每次 $25mg$ ，每日 3 次。

【注意事项】

1. 有青光眼和（或）前列腺肥大者，慎用阿托品；高血压患者禁用麻黄素。
2. 出现心源性晕厥或严重心动过缓伴有明显头晕、乏力等症状者应安装永久人工心脏起搏器。

五、窦 性 停 搏

【诊断要点】

1. 可由迷走神经突然受到反射性刺激引起，如刺激颈动脉窦或胃肠道时；或洋地黄、奎尼丁、胺碘酮、高血钾等引起。也可见于窦房结功能障碍。
2. 偶然发生，停搏时间不长可无症状；停搏时间较长可引起心源性晕厥发作。
3. 心电图特点是在正常的节律中突然出现长时间内无 P、QRS 及 T 波；间歇长短不定，前后 P-P 间距与正常的 P-P 不呈倍数关系；长的间歇中往往出现房室交结性或室性逸搏。

【治疗原则】

主要针对病因治疗，停用抑制窦房结功能的药物，纠正高血钾等。反复出现心源性晕厥者应安装永久人工心脏起搏器。

【处方用药】

1. 阿托品，口服，每次 0.3~0.6mg；或心宝丸，每次 2~6 粒，每日 3 次，口服。

2. 舒喘灵，口服，每次 2.4 ~ 4.8mg，每日 3 次。

3. 麻黄素，口服，每次 25mg，每日 3 次。

【注意事项】

有青光眼和（或）前列腺肥大者慎用阿托品；而有高血压的患者则应禁用麻黄素。

六、窦房传导阻滞

【诊断要点】

1. 多由迷走神经张力增高，或洋地黄、奎尼丁、胺碘酮等药物引起，大多是暂时性的。窦房结本身功能减退时，也可出现窦房传导阻滞。

2. 停搏时间不长可无症状；停搏时间较长可引起心源性晕厥发作。

3. 心电图表现 ① I 度窦房传导阻滞

即窦房传导延迟现象，体表心电图难以发现。

② II 度房室传导阻滞 莫氏 I 型：P-P 间距较长之前的 P-P 间距为逐渐缩短，以脱落前的 P-P 间距为最短；较长的 P-P 间距短于其前的 P-P 间距的 2 倍；窦房激动脱落后的 P-P 间距长于脱落前的间距。莫氏 II 型：窦性 P 波脱落为正常 P-P 间距的 2 倍或数倍。③ III 度窦房传导阻滞 心电图上无窦性 P 波，此型体表心电图有时难以与房室交界性心律或窦性静止相鉴别。如静脉注射阿托品后出现 II 度房室传导阻滞，则可考虑为该型。

【治疗原则】

治疗主要针对病因。轻者无需治疗，顽固而持久并有晕厥者应安装永久人工心脏起搏器。

【处方用药】

1. 阿托品，0.3 ~ 0.6mg，每日 3 次，口服；或心宝丸，每次 2 ~ 6 粒，口服，每日 3 次。
2. 舒喘灵，2.4 ~ 4.8mg，每日 3 次，口服。
3. 麻黄素，25mg，每日 3 次，口服。

【注意事项】

出现心源性晕厥或 P-P > 3.5s 伴有明显头晕、乏力等症状者应安装永久人工心脏起搏器。有青光眼和（或）前列腺肥大者慎用阿托品；有高血压患者应禁用麻黄素。

七、病态窦房结综合征（病窦综合征，SSS）

【诊断要点】

1. 有心动过缓-心动过速表现。
2. 须排除某些生理性表现，如运动员的窦性心动过缓；药物的作用，如 β 受体阻滞剂、洋地黄、胺碘酮及奎尼丁等。
3. 房室交界性逸搏心率在 50 次/分钟左右时，常无症状或仅有轻度脑供血不足的表现，如乏力、头晕、眼花、失眠、反应迟钝等症状。逸搏心率 < 35 次/分钟或长时间无逸搏时，可出现

黑矇、近乎晕厥，晕厥甚至阿—斯综合征发作。有心动过缓-心动过速综合征者多有心悸或诱发心绞痛，严重者可出现心力衰竭加重甚至突发肺水肿。

4. 以下几种心律失常有助于病窦综合征的诊断：

(1) 严重的窦性心动过缓，心率持续在 40 次/分钟以下者更有意义。

(2) 窦性停搏后房室交界区不发放逸搏（持续时间 $\geq 2s$ ），或窦性停搏后发生阵发性房性心动过速、心房纤颤等快速心律失常者。

(3) 伴有心室率缓慢之心房纤颤者。

(4) 无原因可找之窦房传导阻滞者。

(5) 有心动过缓-心动过速者诊断病窦综合征常无疑问。

5. 运动试验、阿托品试验和（或）异丙基肾上腺素试验心率不能明显提高（ < 90 次/分钟）或反而诱发心律失常者，应考虑窦房结本身功能低下。

6. 窦房结功能的电生理检查。窦房结恢复时间（SNRT）实为病窦综合征诊断的主要客观依据，97% 以上的病窦综合征患者 SNRT $> 1\,400ms$ ，而 SNRT $> 1\,500ms$ （多为 $2\,000 \sim 6\,000ms$ ）者几乎无窦房结功能正常者，但有时也有假阳性。目前认为正常窦房结功能的窦房传导时间（SACT） $<$

120ms, 如 $SACT > 120ms$ 为延长, $SACT > 200ms$ 为明显延长, 表示窦房传导明显延缓。

【治疗原则】

逸搏功能良好、症状不明显的病人可定期随访观察, 有近乎晕厥、晕厥或阿-斯综合征发作者, 应及早安装永久人工心脏起搏器。

【处方用药】

1. 阿托品 0.3~0.6mg, 口服, 每日3次; 或心宝丸, 每次2~6粒, 口服, 每日3~4次。

2. 舒喘灵, 每次2.4~4.8mg, 口服, 每日3次。

3. 麻黄素, 每次25mg, 口服, 每日3次。

【注意事项】

对有慢—快综合征的患者, 使用抗心律失常药物有可能引起严重的心动过缓, 对伴有房颤、房扑的患者, 电复律应慎用或禁用。有青光眼和(或)前列腺肥大者慎用阿托品; 有高血压病者应禁用麻黄素。

第二节 房性心律失常

一、房性期前收缩 (房性早搏)

【诊断要点】

1. 偶发的或单个早搏一般不引起症状, 部分觉漏搏感或心悸不适。