

The Book for Physician of Community



张立民 编著

十余年医科教学实践

五十余年内科临床经验

近百种常见疾病诊疗

心血管疾病

呼吸系统疾病

消化系统疾病

泌尿生殖系统疾病

内分泌代谢疾病

神经精神系统疾病

风湿性疾病与骨关节疾病

血液系统疾病

肿瘤疾病

The Book for Physician of Community

社区 内科医生读本



浙江工商大学出版社
Zhejiang Gongshang University Press

社区内科医生读本

张立民 编著

 浙江工商大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

社区内科医生读本/张立民编著. —杭州:浙江工商大学出版社, 2009. 7

ISBN 978-7-81140-069-4

I. 社… II. 张… III. 内科—疾病—诊疗 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 112999 号

社区内科医生读本

张立民 编著

责任编辑 郇 晶

封面设计 刘 韵

出版发行 浙江工商大学出版社

(杭州市教工路 149 号 邮政编码 310012)

(Email: zjgsupress@163.com)

(网址: <http://www.zjgsupress.com>)

电话: 0571-88823703, 88831806(传真)

排 版 杭州大漠照排印刷有限公司

印 刷 杭州广育多莉印刷有限公司

开 本 787mm×1092mm 1/16

印 张 13.5

字 数 322 千

版 次 2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-81140-069-4

定 价 38.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江工商大学出版社营销部邮购电话 0571-88804227

审 阅 者

(以姓氏笔画为序)

汪以信	杭州师范大学医学院附属第三医院	教授
张扬达	浙江大学医学院附属第二医院	教授
赵体平	复旦大学上海医学院附属肿瘤医院	教授
黄元伟	浙江大学医学院附属第一医院	教授
童钟杭	浙江大学医学院附属第一医院	教授

序

张立民主任医师 20 世纪 50 年毕业于上海医科大学。五十余年来,他一直从事临床工作,且有十余年教学实践,且勤奋好学,基础扎实,知识广博。他参阅了大量医学文献,并结合自己丰富的临床经验,不辞劳苦,历时半年,编著了《社区内科医生读本》。此书内容丰富,图文并茂,涵盖了最新临床诊治的进展,具有新颖性,而且脱离了以往传统医学书的编排体例,重点突出,主次分明,并列有特别提示,具有可操作性。

近十余年来,临床各科的诊治水平有了很大的发展与提高,疗效确切的新药不断涌现与更新。许多常见病、多发病,特别是心血管系统的高血压、冠心病,呼吸系统的哮喘、慢性阻塞性肺病,消化系统的胃动力障碍性疾病,内分泌系统的糖尿病以及神经系统的脑血管病的诊断和治疗正在逐步形成共识,对疾病的规范化诊断和治疗起着重要的推动作用。社区医生以及年轻医生在繁忙的临床工作中很有必要及时了解这些信息,以便更新知识,参考实施,提高业务水平,更好地服务于患者。《社区内科医生读本》知识全面,很适合作为在职继续教育培训的教材,也可供社区全科医生和医学院校学生阅读,是一本值得一读的书,我很高兴将该书推荐给大家。

浙江大学医学院附属第一医院
心脏病专家、教授、博士生导师

黄元伟

前 言

我国医学技术在很多领域已走在了国际前沿。循证医学验证着医学认识的科学性,很多医学理念和治疗手段有了更新,对疾病的诊断和治疗也正在逐步形成共识和指南,成为临床工作者规范处理患者的依据。由此给我的启示是:知识必须更新。

近年来,我国城乡社区卫生服务中心已基本形成,三级医疗网得到进一步完善。城乡居民医疗保障制度的实施,对提高人民的健康水平和生活质量起到了重要的作用。社区卫生服务中心在保障人民健康方面居于十分重要的地位,它对常见病、多发病防治水平的提高,使更多患者在社区就能得到较为完善的治疗,至少有下列四方面益处:第一,某些突发危重急症在转诊前能得到恰当的初步处理,可避免因转诊而延误治疗时间;第二,大大减轻了当前三级医院的压力;第三,可以节省很多城乡居民的就诊时间和就诊附加费用的支出;第四,可以为国家大幅度降低医疗费用支出。

以上思考是我编著《社区内科医生读本》的初衷。本书在内容方面,尽量少理论、重实用,不求系统,但求重点,尽量多提供一些较为权威的医学新信息。全书共有九章和一个附录,其中血液及造血系统疾病、肿瘤疾病由于专业性强,需由相关专业医师作规范诊治,仅简略叙述;内分泌代谢疾病、神经精神系统疾病,因疾病范围广,多数为少见疾病,特列总纲,作概念性介绍,使读者有一个全面的印象。由于篇幅有限,其中很多疾病治疗药物的规格、剂量、用法不作具体介绍,可参考相关药理学专著。

《社区内科医生读本》可作为社区全科医生和各级医院住院医师在职继续教育与培训的辅助用书,也可作为医学院校临床医学和护理专业学生临床实习时的参考用书。

著名心脏病专家黄元伟教授、内分泌专家童钟杭教授、神经病学专家张扬达教授、肿瘤专家赵体平教授、内科专家汪以信教授等从百忙中帮助审阅本书并给予指导,蒙黄元伟教授厚爱并欣然作序,杭州市余杭区卫生局、余杭区老年科技工作者协会给予鼓励和支持,在此一并表示衷心感谢。

由于水平有限,错误及不足之处在所难免,还望读者谅解、指正。

张立民

2009年6月



目 录

第一章 心血管疾病	1
第一节 解剖生理	1
第二节 常见症状	2
心悸/晕厥/水肿/心律失常/心力衰竭/低血压/周围循环衰竭/休克/急性 多脏器功能衰竭/心脏停搏	
第三节 常见疾病	13
原发性高血压(高血压急症/高血压性心脏病)/冠状动脉粥样硬化性心脏 病(心绞痛/急性心肌梗死)/慢性肺源性心脏病/慢性风湿性心脏瓣膜病/ 先天性心脏病/病毒性心肌炎及其他心肌炎/亚急性细菌性心内膜炎/心 包炎/原发性心肌病/老年性退行性心脏瓣膜病/周围血管病(雷诺氏病/ 闭塞性动脉硬化症/血栓闭塞性脉管炎/血栓性深静脉炎)	
第四节 实验室检查	31
第二章 呼吸系统疾病	32
第一节 解剖生理	32
第二节 常见症状	34
咳嗽/咯血/急性胸痛/呼吸困难	
第三节 常见疾病	36
感冒与流感/急性气管—支气管炎/慢性支气管炎/支气管哮喘/肺炎/支 气管扩张/慢性阻塞性肺病/呼吸衰竭/肺结核/结核性胸膜炎/气胸/弥漫 性间质性肺病	
第四节 抗生素(抗菌素)临床应用	53
第五节 实验室检查	55
第三章 消化系统疾病	56
第一节 解剖生理	56
第二节 常见症状	59
口臭/吞咽困难/咽异感症/厌食和食欲不振/恶心与呕吐/腹泻/便秘/急 性腹痛/消化道出血/黄疸	
第三节 常见疾病	63
功能性胃病/胃食管反流病/慢性胃炎/消化性溃疡/急性胆石性胆囊炎/	



急性胰腺炎/病毒性肝炎(急性甲型肝炎/戊型肝炎/慢性乙型肝炎/丙型肝炎)/自身免疫性肝炎/药物性肝病/脂肪性肝病/肝硬化/肠易激综合征/炎症性肠病

第四节 实验室检查(肝功能测定)	83
------------------	----

第四章 泌尿生殖系统疾病	85
--------------	----

第一节 解剖生理	85
----------	----

第二节 常见症状	87
----------	----

排尿异常/血尿/血精/外阴不适

第三节 常见疾病	88
----------	----

急性肾小球肾炎/慢性肾小球肾炎/全身性疾病相关性肾病(高血压性肾病/糖尿病性肾病/痛风性肾病/紫癜性肾炎/药物性肾病/恶性肿瘤相关性肾炎/自身免疫病相关性肾炎/肥胖相关性肾小球病)/泌尿系感染/慢性尿道综合征/泌尿系结石/急性肾功能衰竭/慢性肾功能衰竭/良性前列腺增生

第四节 实验室检查	97
-----------	----

第五章 内分泌代谢疾病	99
-------------	----

第一节 解剖生理	99
----------	----

第二节 常见症状	101
----------	-----

肥胖/消瘦/男子乳腺发育/低钙性搐搦

第三节 常见疾病	103
----------	-----

甲状腺疾病(甲状腺机能亢进症/原发性甲状腺机能减退症/慢性淋巴细胞性甲状腺炎/亚急性甲状腺炎/甲状腺功能正常性甲状腺肿)/糖尿病/高脂蛋白血症/痛风及高尿酸血症/骨质疏松症/水、电解质、酸碱平衡失调(水代谢平衡及失平衡/电解质平衡失调/酸碱平衡失调)

第四节 内分泌疾病症状纲要	128
---------------	-----

第六章 神经精神系统疾病	132
--------------	-----

第一节 解剖生理	132
----------	-----

第二节 常见症状	133
----------	-----

头痛/眩晕/意识障碍/不自主动作/共济失调/睡眠障碍/睡眠呼吸暂停低通气综合征

第三节 常见疾病	138
----------	-----

三叉神经痛/面神经炎/急性感染性多发性神经根神经炎/重症肌无力/家族性周期性麻痹/急性脑血管病/癫痫/帕金森病/阿尔茨海默病/神经症/不宁腿综合征

第四节 神经精神系统常用名词解释	155
------------------	-----

第五节 神经系统疾病分类及检查	156
-----------------	-----



第七章 风湿性疾病与骨关节疾病	159
第一节 解剖生理	159
第二节 常见症状	160
多处疼痛/颈肩背痛/腰痛/小腿痛/足跟痛	
第三节 常见疾病	161
风湿性疾病(急性风湿热/类风湿性关节炎/强直性脊柱炎/系统性红斑狼疮)/骨关节病(退行性骨关节病/髌骨软化症/退行性脊柱病)	
第四节 实验室检查	169
第八章 血液系统疾病	170
第一节 解剖生理	170
第二节 常见症状	173
贫血/出血倾向/高黏血症	
第三节 常见疾病	174
红细胞性疾病(缺铁性贫血/溶血性贫血/巨幼细胞性贫血/再生障碍性贫血)/粒细胞性疾病(白细胞减少症/嗜酸性细胞增多症/白血病)/淋巴细胞及脾脏疾病(恶性淋巴瘤/脾功能亢进症)/血小板疾病(原发性血小板减少性紫癜/原发性血小板增多症)/出血性疾病(过敏性紫癜/血友病)/骨髓增生性疾病(骨髓增生异常综合征/多发性骨髓瘤)	
第四节 输血	183
第五节 药物对血液系统的影响	185
第六节 实验室检查	185
第九章 肿瘤疾病	187
第一节 癌症流行情况与病因	187
第二节 常见肿瘤	188
肺癌/胃癌/食道癌/肝癌/结直肠癌/胰腺癌/脑肿瘤/鼻咽癌/甲状腺肿瘤(甲状腺腺瘤/甲状腺癌)/乳腺癌/宫颈癌/卵巢癌/前列腺癌/膀胱癌/肾癌	
第三节 息肉	196
第四节 囊肿	196
第五节 肿瘤防治	197
第六节 实验室及影像检查	199
附：急性有机磷农药中毒	202



第一章 心血管疾病

第一节 解剖生理

心血管系统是全身器官脏器气体代谢、营养代谢交换的血液循环系统,是重要的生命支持系统,它包括心脏和动静脉血管系统。心脏位于左胸腔纵隔障内,分隔成四腔,即左、右心房(含心耳)和左、右心室,前者由房间隔分开,后者由室间隔分开,房室间由心瓣膜分隔,左房室间心瓣膜称二尖瓣,右房室间心瓣膜称三尖瓣,左心室与主动脉由主动脉瓣分隔,右心室与肺动脉由肺动脉瓣分隔,整个心脏由心包膜包裹,心脏本身的营养由主动脉分出的冠状动脉供应。心脏剖面见图 1-1。

心血管系统不仅是体内循环系统,还具有重要的内分泌调节功能,如心肌细胞合成和分泌心房钠尿肽,血管内皮细胞合成和分泌内皮素、内皮舒张因子等,肾脏入球和出球小动脉的进球细胞合成和分泌肾素等,这些激素和生物活性物质参与心血管系统以及其他系统的功能调节。

心血管系统受神经和体液因素调节来完成其生物电活动、心脏泵血功能和全身器官循环。

1. 神经调节:支配心脏的传出神经为心交感神经和心迷走神经。

(1) 心交感神经节前神经元轴突末梢释放的递质为乙酰胆碱。其能激活节后神经元膜上的 N 型胆碱能受体;心交感神经节后神经元末梢释放的递质为去甲肾上腺素,其与心肌细胞膜上 β 型肾上腺素能受体结合,致心率加快,房室传导速度加快,心房肌和心室肌收缩力加强,称正性肌力作用。血循环中儿茶酚胺亦作用于 β 型肾上腺素能受体。

(2) 心迷走神经的节前和节后神经元都是胆碱能神经元,其节后纤维末梢释放的递质乙酰胆碱作用于心肌细胞膜的 M 型胆碱能受体,导致心率减慢,房室传导速度减慢,心肌收缩力减弱,称负性肌力作用。

心脏中还存在多种肽类神经纤维,它们释放的递质有神经肽、血管活性肠肽、阿片肽、血管活性肽、降钙素基因相关肽等,生理机理复杂。这些肽类神经纤维主要参与血管舒、缩及微血管渗透压的调节。

2. 体液调节:是指血液和组织液中一些化学物质对心肌和血管平滑肌活动的影响和调节作用。主要包括:(1) 肾素—血管紧张素系统(RAS);(2) 肾上腺素和去甲肾上腺素、血管加压素;(3) 血管内皮生成的血管活性物质,如前列环素、内皮舒张因子、缓激肽等舒血管因子及内皮素等缩血管因子;(4) 其他还有心房钠尿肽、前列腺素、阿片肽、组胺、肾上腺髓质素等。

1991 年由曹文凯(Vitor Dzan)和布朗沃尔德(Branwald)提出心血管病理生理链的概念,其示意图为:



→脉压和中心动脉压增高→内皮功能损伤→动脉粥样硬化→大动脉硬化增加→

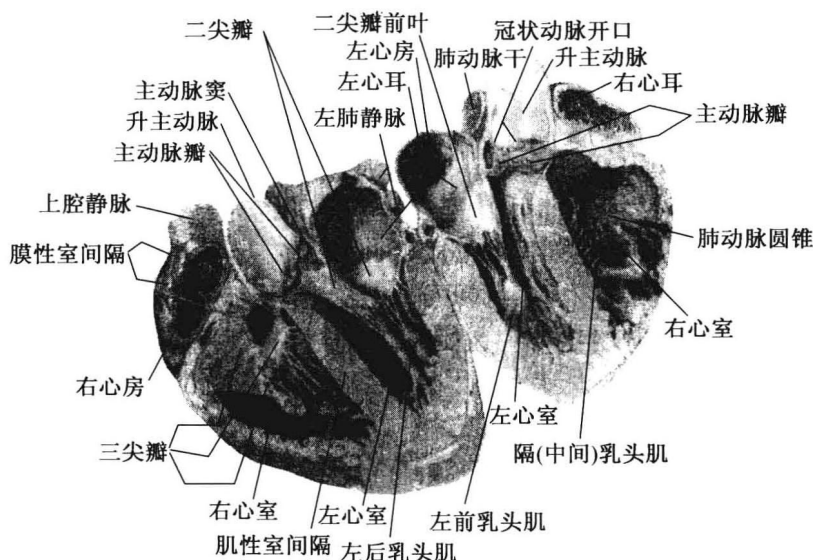


图 1-1 心脏剖面示意图

第二节 常见症状

一、心悸

心悸是一种自觉心脏跳动的不适感觉或心慌感,因此,这种自我感觉由于个体敏感性不同而有很大差异,心悸时心跳可快、可慢或不齐。健康人剧烈运动、精神紧张、饮酒、喝浓茶引起的心悸称生理性心悸;神经症患者的心悸,常查不出原因,称功能性心悸,可见于心脏神经官能症;还有些心悸,可查出病因,如各种心律失常、心力衰竭、高血压等器质性心脏病,以及心脏以外的其他全身性疾病,如甲状腺机能亢进、贫血、低血糖、某些药物作用,称病理性心悸。心悸由疾病引起时,常伴有其他相关全身性症状。心悸常伴有胸闷、气急、端坐呼吸、下肢浮肿等症状。纠正心悸的根本措施是病因治疗。

二、晕厥(昏厥)

晕厥是一种突然发生的短暂意识丧失。患者没有反应,失去正常姿态,历时数秒至数分钟后恢复如常。晕厥常发生于直立时,发作前有短暂或瞬间全身或上腹不适、头晕、目眩、耳鸣、脸色苍白、恶心、冒冷汗等先兆症状,系一过性大脑供血不足所致。其原因很多,常常是综合因素所致,常见原因有以下几种。(1) 心律失常:以心动过缓(如高度房室传导阻滞)或恶性快速型心律失常(如室性心动过速、心室颤动)为多,称心源性晕厥(心源性脑缺血综合



征);(2) 由于存在主动脉瓣病变,当劳累时不能增加心排血量,或伴有周围血管扩张引起晕厥,称劳力性晕厥;(3) 由于心脏压力感受器病变使心脏加速作用减弱,长期卧床或服用某些药物后(如降压药、抗抑郁药)采取直立姿势时周围血管扩张,使全身动脉压下降引起体位性低血压,称血管性晕厥(如颈动脉窦性晕厥、直立性晕厥、体位性晕厥);(4) 低血糖晕厥;(5) 大出血、吐泻、利尿剂或血管扩张剂过量应用可引起低血容量性晕厥;(6) 脑血管先天性畸形、颈椎病(颈性猝倒)、高血压等引起的一过性脑缺血发作,除晕厥症状外常伴有典型的一过性感觉和运动障碍,称神经源性晕厥(脑性晕厥);(7) 还有吞咽性晕厥、咳嗽性晕厥、排尿性晕厥、过度换气性晕厥(如癔病)等,称迷走血管性晕厥。晕厥的特征是一旦使患者平卧,神智即迅速恢复。晕厥首先须与眩晕、癫痫等区别开来,然后明确晕厥原因,特别要查清是否为心源性晕厥。晕厥本身无须处理,主要是病因治疗。

三、水肿

在人体组织间隙中有过多的体液积聚,造成组织肿胀,称水肿。水肿可分布于全身,称全身性水肿;也可非对称性地局限于身体某一部位,称局部性水肿。体液积聚在心包腔、胸、腹、关节腔内时,称积水。水肿发生机理复杂,轻重程度不同,不同原因引起的水肿,其临床特点不尽相同。其病因主要有以下几种。

1. 全身性水肿。

(1) 特发性水肿:原因不明,可能与血管神经、内分泌失调有关,多见于女性,属良性水肿。但医学界对这方面的认识尚未统一。由于水、电解质内环境稳定性下降,以致在疲劳、体位(如长时间坐船、坐汽车、坐飞机)、长途跋涉、饮食等因素作用下产生浮肿,表现为清晨起床时的眼睑浮肿,傍晚时的踝部水肿,经休息可减轻,而无原因可查,一般无须处理,必要时可辅以小剂量利尿剂;有些情况下须与罕见遗传性血管水肿加以区别。

(2) 心源性水肿:主要是右心功能不全的表现,常见于肺心病或其他心脏病所致全心衰竭。水肿常逐步形成,初表现为尿量减少,肢体沉重,体重增加,水肿自下垂部位开始,以踝部最明显,压之肿胀,皮肤呈下陷状(凹陷性),严重时可同时伴有心悸、气急、颈部静脉怒张、肝肿大,甚至产生胸、腹水。

(3) 肾源性水肿:慢性肾炎患者常表现为早晨起床时的眼睑及颜面部水肿,肾病综合征患者可表现为明显的全身性水肿,严重的患者出现胸、腹水。患者可有高血压、小便异常或肾功能变化。

(4) 肝源性水肿:肝硬化患者可出现不同程度的踝部及颜面部水肿,肝硬化失代偿期可出现胸、腹水。肝硬化患者多见腹水伴两下肢水肿,可同时伴有肝病的临床表现及肝功能异常。

(5) 其他:有营养不良性水肿、贫血性水肿、药源性水肿(如钙拮抗剂)、甲状腺机能减退的黏液性水肿、癌性水肿等。

2. 局限性水肿。

局部组织的感染性炎症、过敏引起的血管神经性水肿、血管炎、血栓闭塞性静脉炎、甲亢引起的胫骨前水肿、下肢急性淋巴管炎、上腔静脉阻塞综合征*等,均可引起局限性水肿。

* 上腔静脉阻塞综合征是由上腔静脉阻塞引起的一系列症状和体征。其病因有:纵隔肿瘤、动脉瘤、淋巴瘤、气管两侧肿大淋巴结引起上腔静脉压迫及炎性病变,上腔静脉血栓等



引起上腔静脉阻塞。症状有咳嗽、声嘶、多血质、颈静脉怒张、胸壁静脉扩张。乳房水平以上胸部、颈、头部及两上肢水肿。

四、心律失常

图 1-2 为正常心电图,心律失常指心脏搏动的速率或节律异常。心脏具有四个基本生理特征:自律性、激动性、传导性和收缩性,其中任何一个产生异常均可引起心律失常。正常窦性心律起源于位于上腔静脉和右心房交界处的窦房结,介于 60~100 次/分的频率发放冲动,并按一定传导速度和顺序下传至左右心房、房室结、左右心室肌纤维,引起一个心动周期。整个心脏传导过程由神经传导纤维完成。(见图 1-3)

心律失常病因复杂,主要有以下几种:(1) 各种器质性心脏病;(2) 内分泌代谢疾病与电解质紊乱,如甲状腺机能亢进、低血钾或高血钾等;(3) 急性感染,如病毒性心肌炎、中毒性心肌损害等;(4) 药物中毒性,如洋地黄中毒,抗心律失常药、锑剂、毒蕈中毒等;(5) 其他有麻醉、手术、创伤、妊娠等。

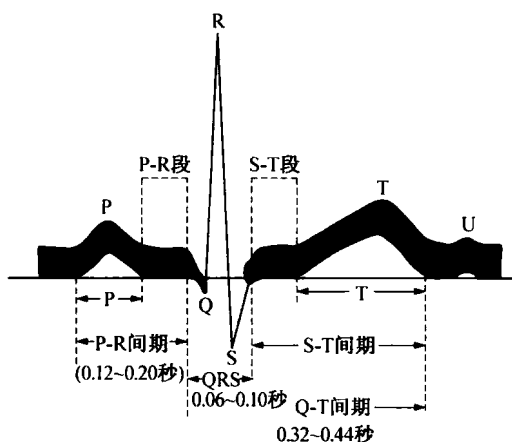


图 1-2 正常心电图示意图

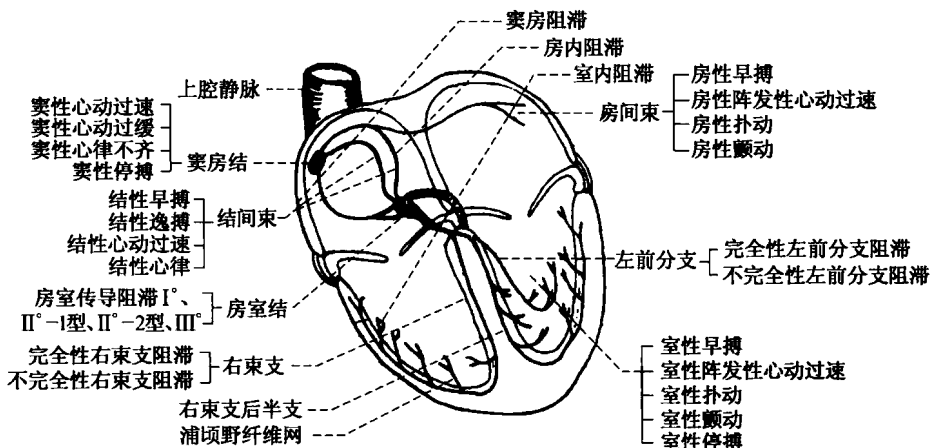


图 1-3 心脏传导系统解剖及心律失常类型示意图

临床上很大一部分心律失常发生于无明显心脏病变和基本健康人,如窦性心律不齐、窦性心动过速、早搏、不完全性右束支传导阻滞。



症状轻重程度不一,轻者可无自觉症状,也可出现胸闷、心悸、咽喉不适、心慌,严重心律失常可产生血流动力学障碍,产生心力衰竭、休克、晕厥,甚至猝死。不影响心功能的心律失常称“良性心律失常”;影响心功能,甚至危及生命征象者称“恶性心律失常”。

1. 常见心律失常类型及抗心律失常药物应用。

(1) 窦性心动过速(窦速): 心率 >100 次/分,通常在 150 次/分以内,节律规则。生理性,如运动、情绪激动;病理性有病因可查,如感染高热、甲亢、心衰等。其治疗取决于基本病因,前者必要时可给予小剂量钙拮抗剂、 β -受体阻滞剂,后者可给予地高辛。持续心率 >130 次/分的器质性心脏病患者提示预后不良。

(2) 窦性心动过缓(窦缓): 心率 <60 次/分,节律规则。可见于运动员或强体力劳动正常人。一般无须处理。有病因可查时,按病因处理。必要时可用阿托品片 $0.3\sim0.6\text{mg}$, $2\sim3$ 次/日。

(3) 病态窦房结综合征: 是与窦房结功能不全相关的一组综合征,常表现为头晕眼花、晕厥等症状。冠心病是其最常见的病因。其特征是运动或发热时,心率不能相应增快,常在 90 次/分以下。另有一类型称快—慢综合征,患者在室上性心动过速、房扑、房颤发作后有不同时间的窦房传导抑制,在恢复窦性心律之前,有一个间歇期(心脏停搏)。对病因有怀疑时可作阿托品试验: 记录一次心电图后,即静推阿托品 1mg ,再以 2 导联记录 1 分钟、 3 分钟、 6 分钟心电图。最快心率 <90 次/分时,即为阳性(要注意假阳性)。 24 小时动态心电图、电生理测定等能帮助诊断。治疗: 安装起搏器。

(4) 早搏: 指提早出现(插入)于两个正常心动周期之间的异位搏动,从而干扰和延迟了下一个心动周期(代偿间歇)。脉搏会出现间歇性的不规则。按起源部位分为房性、结性(房室结性)、室性,以室性为多。规则地一次窦性搏动之后一次早搏称二联律;其后有两次早搏称成对早搏,心电图上早搏的 P 波或 QRS 波产生形态不同时,称多源性早搏。运动后或屏气时早搏反消失者,以生理性居多,运动后早搏增多或出现气急、心悸等症状者属病理性。早搏的临床意义应根据有无器质性心脏病, 24 小时动态心电图(DCG)所提示的早搏频率, 24 小时总早搏数、形态,房早还是室早,是否为多源性,有无二联律、三联律或多种心律失常伴存,有无 $S-T$ 段及 T 波改变而异。自DCG应用以来,已知偶发早搏、单源性频发室早、房早大多无临床意义。治疗: 对早搏的治疗要分情况而定。① 房早、结性早搏: DCG 24 小时超过 6000 次者常需药物处理。倍他乐克 $12.5\sim25\text{mg}$ /次, $1\sim2$ 次/日;异搏定 $40\sim80\text{mg}$ /次, $2\sim3$ 次/日;心律平(普罗帕酮)或乙吗噻嗪(莫雷西嗪) $50\sim100\text{mg}$ /次, 3 次/日;胺碘酮 0.1g /次, $2\sim3$ 次/日。若有好转,减少药量继续服用,直至有停药指征。② 室早: 胺碘酮、心律平、乙吗噻嗪、慢心律均可应用;心衰治疗时,使用胺碘酮较为安全。禁用洋地黄类药物。

(5) 室上性心动过速(室上速): 异位心律起源于心房或房室结,心率 $160\sim240$ 次/分, $1:1$ 房室传导,心律绝对规则,其特点为突发突止。持续数分钟、数小时,或超过 24 小时者不等。有的伴预激综合征——通常由房室传导途径或由附加的传导束(旁道)抢先心房肌提前激动的一种现象,多见于年轻人,预后好。有器质性心脏病的老年人易诱发心力衰竭。治疗: 一律平卧,以防低血压加剧。① 刺激咽喉部使患者产生恶心呕吐反射、咳嗽,颈动脉窦按摩(明显低血压者禁用,床旁准备阿托品 0.5mg 备用)或双眼球压迫可终止室上速发作。② 异搏定 $5\text{mg}/\text{N.S. } 10\text{mL}$ 缓慢静推 5 分钟,未终止者可再用 $5\text{mg}/\text{N.S. } 250\text{mL}$ 静滴,总量



不超过 15mg。③ 阿拉明(间羟胺)5~10mg/N. S. 10mL 缓慢静推(有高血压者禁用,老年人慎用,伴低血压者最佳)。④ 心律平 70mg/N. S. 50mL 缓慢静推,发作终止,即停止静推,如发作未终止,15 分钟后可再推 35mg。上述处理应有心电图监测。⑤ 有条件者,建议接受射频消融术。

(6) 室性心动过速(室速): 心室率在 100~200 次/分之间,是一种规则室性心律伴 QRS 波增宽(>0.12 秒)。偶可发生于无心脏病变的年轻人。常见于冠心病伴心肌缺血、扩张性心肌病患者,偶见洋地黄中毒者。此为心脏急症,属于恶性心律失常,可导致致命性后果,如心脏骤停和心源性猝死。紧急处理后应转专科医院 ICU 病房。治疗: ① 吸氧;② 利多卡因 50mg(1mg/kg)/N. S. 20mL 快速静推,若无效,3~5 分钟后重复注射一次,有效后 200mg/N. S. 250mL 静滴维持,最大速度<4mg/分钟,24 小时总量<2g,剂量过大,可有毒性反应;③ 胺碘酮,首剂 150mg/N. S. 40mL 静推,以后 150mg/N. S. 250mL 静滴,最大剂量为 24 小时总量<1.2g;④ 治疗基础疾病;⑤ 直流电复律是终止室速发作的最有效手段;⑥ 导管消融对于合并或不合并结构性心脏病的症状性室性心律失常,是一项有效的治疗措施。

(7) 心房颤动(房颤): 是心房肌的电冲动折返于心房内引起的一种心律失常,很常见,不属于恶性心律失常,不是导致猝死的直接原因。房颤可发生于任何器质性心脏病患者(部分阵发性房颤患者查不出病因),常提示左心房病变。房颤分阵发性房颤、持续性房颤(阵发性房颤可转化为持续性房颤)和永久性房颤,症状与心动过速相似。心脏的节律完全紊乱、快慢不一,心音强弱不一,脉率少于心室率(短绌脉),心室率为 70~80 次/分,称缓慢节律房颤,此时患者可能无症状;心室率>130 次/分称快室率房颤,可诱发心衰。治疗: 因心脏状况不同,选用心室率控制的药物也不同,根据是否合并心力衰竭以及不同抗心律失常药物的特点来选药。① 减慢心室率: 主要针对快室率房颤患者。西地兰 0.4mg/N. S. 10mL 缓慢推注 3 分钟,必要时 2 小时后可再推注半量,心室率减慢后可口服地高辛 0.0625~0.125mg,1 次/日维持,是房颤伴心衰患者的首选。 β -受体阻滞剂、钙通道阻滞剂(如地尔硫卓),主要控制运动状态下的心室率,是永久性房颤,伴有高血压、缺血性心脏病、急性心肌梗死(可选择静脉注射 β -受体阻滞剂)及心脏手术后患者的首选,禁用于失代偿期心力衰竭;对伴有支气管哮喘、慢性阻塞性肺病患者选用钙通道阻滞剂比 β -受体阻滞剂更为合理;甲亢伴房颤患者可选用非选择性 β -受体阻滞剂或钙通道阻滞剂。对于心室率>100 次/分,但无心衰、一般情况良好、其他药物控制无效或有上述药物使用禁忌证的患者可用胺碘酮;对难以控制的快室率房颤及房颤伴心衰的患者应及时转上级医院 ICU 病房。② 复律,对持续性房颤的患者有时需作转复(复律)治疗。一种是药物复律,奎尼丁对房扑和房颤的复律作用十分明显,但因其有较多的禁忌证和可引起低血钾致尖端扭转性室速,产生所谓奎尼丁晕厥的副作用,基层医院少用,其他还有心律平、乙吗噻嗪等,但这类药物不可使用于有器质性心脏病和左心功能不全者。另一种是电复律。目前对房颤的非药物性治疗手段发展很快,如射频消融术。但应注意的是,快室率房颤患者控制心室率比复律更为重要。

(8) 心房扑动(房扑): 发生几率较房颤少,可发生于任何器质性心脏病患者。某些阵发性房扑患者无病因可查,心房率为 240~400 次/分,常伴有某种程度房室传导阻滞,可呈 2:1、4:1 或少见的 3:1、5:1 传导阻滞。其症状、处理方法同房颤。

(9) 心室颤动(室颤): 心室肌纤维以 200~500 次/分的速率不协调地乱颤。心脏失去



排血功能,脉搏触不到,心音消失,血压降至0,患者发生晕厥,若不立即处理,患者可能于数分钟内死亡(心源性猝死)。治疗:拳击心前区胸壁3次(体外除颤),有条件应立即进行电除颤,有效后进行心肺复苏术,并转送上级医院ICU病房。

(10) 房室传导阻滞(AVB):由于房室结病变,窦房结冲动下传至房室结受到了阻滞,不能继续往前传导或只能一部分往前传导,可分不完全性、间歇性或完全性。按传导阻滞程度分:Ⅰ°AVB——P-R间期 ≥ 0.2 秒,老年人为正常现象;Ⅱ°-Ⅰ型AVB(文氏现象)——P-R间期进行性延长,直至最后有1个QRS波脱落;Ⅱ°-Ⅱ型AVB(莫氏现象)——冲动在房室结内呈2:1、3:1甚至4:1的方式受到阻滞,即P波正常,每2个、3个或4个P波后面才出现形态正常、P-R恒定的QRS波;Ⅲ°AVB(高度房室传导阻滞、完全性房室传导阻滞)——窦房结的冲动完全被房室结阻滞而不能下传,正常QRS波消失,而出现心室自搏心律(兴奋来自希氏束),P波和QRS波完全分离,心室率通常为40~70次/分。不完全性和间歇性房室传导阻滞一般无症状,完全性房室传导阻滞可感乏力、头晕,心室率 < 40 次/分时可发生晕厥(心源性脑缺血综合征)。治疗:随传导阻滞程度不同而定。Ⅰ°AVB无须处理。Ⅱ°-Ⅰ型AVB、Ⅱ°-Ⅱ型AVB及Ⅲ°AVB治疗:(1)按病因处理;(2)对症处理可用:阿托品0.5mg/654-2,10mg/次,3次/日;氨茶碱0.1g,3次/日,别直参口服等;(3)有适应证时需安装起搏器。

* 洋地黄中毒:目前多采用小剂量治疗,所以中毒现象罕见,但在农村偶有发生。症状:(1)食欲减退,恶心呕吐;(2)心律失常,频发室性早搏,常呈二联律,房室传导阻滞及窦性心动过缓多见。(Ⅰ°AVB提示洋地黄作用,而非中毒表现。)处理:(1)立即停用洋地黄;(2)氯化钾静滴及口服;(3)苯妥英钠0.1g/N.S. 250mL静滴对洋地黄中毒致心律失常有效。

* 常用抗心律失常药物按作用机理分为以下几类。

I类:Ia:奎尼丁、普鲁卡因酸胺,主要用于室速、房颤复律,但副作用大,社区极少应用;

Ib:利多卡因、慢心律(美西律),主要用于室速,毒性小,常用;

Ic:心律平、乙吗噻嗪,常用。

II类: β -受体阻滞剂:美托洛尔、氨酰心安、索他洛尔、比索洛尔、卡维地洛尔等,易致心动过缓。

III类:胺碘酮,作用时间长,长期应用易致肺纤维化、甲亢、甲减等;新药决奈达隆系非碘化胺碘酮衍生物,对甲状腺功能影响较小。

IV类:钙拮抗剂(钙通道阻滞剂):异搏定、地尔硫草(硫氮革酮),适用于有高血压者,室上速佳。

* 各类抗心律失常药都有一定的副作用,本身都可引起心律失常等,具有危险性。若无明显心脏病、无症状、非持续型“良性”心律失常,无须用抗心律失常药;恶性复杂性心律失常则需及时规范应用抗心律失常药。室性心动过速、无血流动力学障碍的患者,若无其他禁忌证可用 β -受体阻滞剂,对 β -受体阻滞剂无反应可用胺碘酮, β -受体阻滞剂可与胺碘酮合用。有血流动力学障碍的患者,需及时进行电复律。

2. 心律失常的其他治疗。

(1) 非药物治疗:方法很多,技术发展很快,如电复律、射频消融术、各种不同性能起搏器安装等。



(2) 辅助治疗：扩血管、抗凝、改善心肌营养等药物应用。

(3) 原发病治疗。

五、心力衰竭(心功能不全、心衰)

心力衰竭是由多种不同病因心脏血管疾病发展的最终结果,是引起心功能不全的一组复杂综合征。由于心肌收缩力减弱,心排血量降低,不能满足身体需要的病理生理状态,心力衰竭分左心衰、右心衰和全心衰;《欧洲心脏病学会(ESC)2008 指南》将其分为:突发性、一过性和慢性。近年来又将其分为舒张功能不全性心衰和收缩功能不全性心衰。

1. 心力衰竭类型。

(1) 左心衰常表现为急性,也有长期表现为慢性左心功能不全状态。典型临床表现是劳力性呼吸困难(上楼梯或活动时有气急表现),由肺淤血、肺活量降低引起。严重时,出现夜间阵发性呼吸困难,此时患者常于睡梦中突然憋醒,被迫坐起,气喘,数分钟后缓解,舌下含服硝酸甘油可缓解。严重时表现为发作时间显著延长,剧烈咳嗽,咳出粉红色泡沫痰,哮喘,脸色苍白,大汗,两肺满布粗湿啰音,称急性肺水肿,危及生命。冠心病、高血压性心脏病等缺血性心脏病可引起此症。

(2) 右心衰常表现为慢性,主要由体循环淤血引起,典型临床表现是身体下垂部位水肿,最早在踝部,急性加重期可表现为全身性水肿,颈静脉怒张,端坐呼吸,口唇紫绀、腹胀腹痛、腹泻、充血性肝肿大、肝颈静脉逆流征阳性等。肺心病、风心病、扩张性心肌病等充血性心脏病可引起此症。

(3) 全心衰以左心衰为主者多见。

心衰早期仅表现于体力活动时出现症状,后期在休息时也出现症状。按美国纽约心脏病学会(NYHA)心衰分级方案,心功能可分为4级。

1级:体力劳动不受限制,日常活动不引起症状(心功能代偿期)。

2级:体力活动轻度受限,一般活动可引起乏力、心悸、呼吸困难等症状(心衰Ⅰ度)。

3级:体力活动明显受限,轻度活动即引起上述症状(心衰Ⅱ度)。

4级:体力活动严重受限,休息时也有症状(心衰Ⅲ度)。这是按照患者呼吸困难和疲乏程度的主观感觉来衡量。

另有一种简单心功能自我评定法是“6分钟步行试验”,即以患者在平地行走6分钟后的症状来判断心功能;对心功能评定的客观方法是采用多普勒心脏彩色超声波(UCG)来测量左室射血分数($EF < 50\%$ 为心功能不全, $< 35\%$ 为严重心功能不全)和心脏指数。近年来发现高龄老人 $EF \geq 50\%$ 时亦可出现心衰,称老年左室射血分数正常心衰,以老年高血压性心脏病、冠心病、糖尿病性心肌病患者多见。心衰主要是由各种器质性心脏病引起。感染、发热、劳累、精神刺激、心律失常、高血压未控制、妊娠等因素是心脏病诱发心衰的主要诱因。急性失代偿性心衰常伴有中度或重度肾功能障碍,甚至肾衰竭,称心肾综合征。伴肾衰时称心肾衰竭。

2. 心力衰竭的治疗。

(1) 一般治疗。① 避免疲劳,有限制地轻便活动(对稳定性心衰患者可在医生指导下进行运动训练),饮食宜清淡、易消化、低热量,忌油腻和腌腊高盐食物,多吃蔬菜、水果以补充维生素,调节情绪,减少对疾病的顾虑,戒烟、酒,维持良好睡眠。有专家认为在药物治疗的同时,重视一般治疗的患者更能保持良好的生活质量。② 急性加重期应予氧气吸入。