



心内科 临床备忘录

主编 李龙延 范 鹰
闫朝晖 王丽平

XINNEIKE LINCHUANG
BEIWANGLU



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

第2版

心内科 临床备忘录

主编 陈文彬 编 廖 静
副主编 王瑞平

人民卫生出版社 人民卫生出版社
北京 100071



人民卫生出版社

www.pph.com.cn

心内科临床备忘录

XINNEIKE LINCHUANG BEIWANGLU

主 编 李龙延 范 鹰
闫朝辉 王丽平



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

心内科临床备忘录/李龙延等主编. —北京:人民军医出版社,
2011.7

ISBN 978-7-5091-4838-9

I. ①心… II. ①李… III. ①心脏血管疾病—诊疗 IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 107155 号

策划编辑:于 哲 文字编辑:王月红 责任审读:黄栩兵

出 版 人:石 虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8052

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:三河市祥达印装厂 装订:京兰装订有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:11 字数:273 千字

版、印次:2011 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—2800

定价:35.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

编者从临床实用的角度出发,紧扣临床实践,结合心血管疾病领域的新理论、新技术和新诊治指南,详细介绍了常见心血管疾病的病因、发病机制、临床表现、诊断、鉴别诊断及治疗、常见临床试验操作方面的内容,重点介绍了心血管疾病的临床诊断学、检测方法学、治疗学等基本知识和最新成果,以及编者的部分诊治心得、临床经验和教训等。本手册编写时强调与时俱进、简明实用,是心内科医师、研究生医学院校实习生及全科医师的参考读物。

编委会名单

主 审	高 光 华	彭 整 军	
主 编	李 龙 延	范 鹰	闫朝辉
	王 丽 平		
副主编	程露杨	朱立群	张智英
编 者	(以姓氏笔画为序)		
	万高义	王洪涛	吕俊杰
	刘春颖	刘彩霞	闫朝辉
	孙婷婷	杜颖婧	李佩荣
	李淑红	杨福彪	肖 莎
	张 利	张 莹	张 菁
	易少东	赵 怡	郝士颖
	徐 凯	褚 光	蔡大升
	谭光胜	魏庆芳	

前 言

20 世纪初期全球心血管病病死率仅占总死亡率的 10% 以下, 21 世纪初期心血管病病死率已占发达国家总死亡率的近 50%, 发展中国家的 25%。新中国成立 60 多年来人们生活条件逐渐改善, 卫生事业不断发展, 传染病得到控制, 婴儿死亡率下降, 人民平均期望寿命明显增长, 心血管病逐渐成为常见病。中国卫生年鉴公布 2003 年心血管(包括脑血管)病病死率: 城市为 181.63/10 万人口, 占 34.38%; 农村为 135.53/10 万人口, 占 35.78%, 均列首位。目前我国每年约有 300 万人死于心血管病, 和已发生在发达国家中的情况相似。

近年来随着科学技术的发展, 临床心脏血管疾病诊疗技术发展迅速, 大量的新概念、新认识和许多新的技术方法不断涌现, 在临床诊断和治疗方面显示出强大的生命力。对于心内科常见病、多发病的诊断和治疗标准熟练掌握, 既是考核基层医院医师临床基本功的核心内容, 也可提高疑难复杂病历诊断治疗水平。

心血管病临床大规模试验和心脏病介入性治疗的开展作为两条主线贯穿着整个 20 世纪的心血管领域, 尤其在心血管疾病诊断与治疗的研究方面取得了举世瞩目的成就。进入 21 世纪后, 心血管病专业医师面临着两个方面的机遇与挑战, 一是更加广泛地应用现有的关于心血管病预防和治疗的知识; 二是运用血管内超声、血管内 CT 对冠状动脉狭窄的复杂病变和慢性闭塞性病变进行治疗。为帮助初学者和基层医院医师能在较短时间内掌握心血管疾

病及其相关神经、内分泌疾病的知识,我们参阅了大量国内外文献,结合临床工作的经验体会撰写了本书,并从临床心血管疾病的诊治工作中总结出难点、要点,便于记忆掌握。希望能用以上方法将临床心血管疾病诊断治疗的病因、病理、流行病学、症状、体征、鉴别诊断以及治疗方法介绍给广大读者,使初学者能从中掌握所需的心内科相关知识。

本书共分 10 章,内容主要涉及收缩性及舒张性心力衰竭、快速性及缓慢性心律失常、猝死、晕厥、原发性及继发性高血压、稳定型心绞痛及急性冠状动脉综合征、心肌心包疾病、结构性心脏病、主动脉颈动脉及外周血管疾病、肺血栓及肺动脉高压、血脂代谢异常、先天性心脏病、结缔组织疾病、睡眠呼吸暂停相关心脏疾病等。其中对一些已在国内外公布的疾病治疗指南进行了描述和分析,希望对更新世界心内科基础疾病诊疗知识有所帮助。在编写过程中力求做到由浅入深、条理清楚、简洁明了、取之即用。

限于我们的学术水平以及心血管诊疗技术的不断发展,书中可能会有遗漏和不完善之处,恳切希望前辈和同道们批评指正。我们对在编写此书过程中提供帮助的朋友、老师、同学、家人表示感谢!

编 者

目 录

第1章 心力衰竭 / 1

第一节 心功能评价 / 1

一、心力衰竭分期 / 1

二、美国纽约心脏病学会(MYHA)心功能分级 / 2

三、6min 步行试验 / 2

四、临床评价 / 3

五、心力衰竭预后的评定 / 3

第二节 收缩性心力衰竭 / 4

第三节 舒张性心力衰竭 / 19

第2章 心律失常 / 23

第一节 快速性心律失常 / 24

一、期前收缩 / 24

二、心动过速 / 26

三、心房扑动和心房颤动 / 34

第二节 缓慢性心律失常 / 39

一、窦性缓慢性心律失常 / 39

二、房室交界区性缓慢性心律失常 / 42

三、室性缓慢性心律失常 / 44

第三节 猝死 / 46

一、心脏性猝死 / 46

二、心肺复苏 / 47

第四节 晕厥 / 50

第3章 高血压 / 54

第一节 原发性高血压 / 54

第二节 继发性高血压 / 68

第4章 冠状动脉粥样硬化性心脏病 / 72

第一节 稳定型心绞痛 / 72

第二节 急性冠状动脉综合征 / 73

一、不稳定型心绞痛 / 73

二、急性心肌梗死 / 74

第5章 心肌、心包病 / 89

第一节 感染性心内膜炎 / 89

第二节 心包疾病 / 106

一、急性心包炎 / 107

二、缩窄性心包炎 / 113

第三节 心肌炎 / 117

第四节 心肌病 / 125

一、概述 / 125

二、扩张型心肌病 / 126

三、限制型心肌病 / 129

四、肥厚型心肌病 / 135

五、致心律失常性右心室心肌病 / 141

六、其他类型心肌病 / 141

第五节 心脏肿瘤 / 142

一、心脏黏液瘤 / 143

二、其他良性心脏肿瘤 / 144

三、恶性心脏肿瘤 / 145

四、转移性肿瘤 / 146

五、注意事项 / 147

第6章 结构性心脏病 / 148

第一节 先天性心脏病 / 148

一、分流型病变 / 148

二、狭窄病变 / 157

第二节 狭窄性心脏瓣膜疾病 / 165	
一、主动脉狭窄 / 165	
二、二尖瓣狭窄 / 174	
三、肺动脉瓣狭窄 / 180	
四、三尖瓣狭窄 / 181	
第三节 关闭不全性心脏瓣膜病 / 183	
一、二尖瓣关闭不全 / 183	
二、主动脉瓣关闭不全 / 193	
三、肺动脉瓣关闭不全 / 200	
四、三尖瓣反流 / 202	
第7章 主动脉、颈动脉及外周血管疾病 / 205	
第一节 主动脉瘤 / 205	
一、胸主动脉瘤 / 205	
二、腹主动脉瘤 / 207	
第二节 主动脉夹层 / 209	
第三节 其他主动脉疾病 / 215	
一、主动脉动脉粥样硬化疾病 / 215	
二、炎症性主动脉炎 / 216	
三、细菌性动脉瘤 / 217	
第四节 颈动脉狭窄 / 217	
第五节 外周血管疾病 / 225	
第8章 肺血管疾病 / 236	
第一节 肺血栓 / 236	
第二节 肺动脉高压 / 248	
第9章 代谢相关性心脏病 / 270	
第一节 血脂异常 / 270	
一、血脂异常的分型 / 270	
二、血脂异常的检出与心血管病整体危险评估 / 272	
三、血脂异常的治疗 / 277	

第二节 糖尿病与心血管疾病 / 285

- 一、糖尿病、糖稳态受损和心血管危险的流行病学 / 286
- 二、CVD 和糖尿病高危人群的发现 / 287
- 三、降低心血管病危险的治疗 / 287
- 四、心血管疾病的治疗 / 289

第三节 代谢综合征 / 291

第 10 章 心脏相关疾病 / 309

第一节 先天性疾病(遗传性综合征) / 309

- 一、马方综合征 / 309
- 二、Ehlers-Danlos 综合征 / 310
- 三、成骨不全 / 310
- 四、Noonan 综合征 / 310
- 五、Williams 综合征 / 310
- 六、Osler-Weber-Rendu 综合征 / 311
- 七、LEOPARD 综合征 / 311
- 八、Kartagener 综合征 / 311

第二节 神经疾病 / 311

- 一、Duchenne 肌营养不良 / 312
- 二、Friedrich 共济失调 / 312
- 三、强直性肌营养不良 / 312
- 四、Kearns-Sayre 综合征 / 313
- 五、重症肌无力 / 313
- 六、Guillain-Barre 综合征 / 313

第三节 内分泌和代谢性疾病 / 314

- 一、肢端肥大症 / 314
- 二、库欣综合征 / 314
- 三、醛固酮增多症或 Conn 综合征 / 315
- 四、肾上腺功能减退 / 315
- 五、甲状腺功能亢进 / 315

六、甲状腺功能减退 / 316	
第四节 结缔组织疾病 / 317	
一、系统性红斑狼疮 / 317	
二、类风湿关节炎 / 318	
三、血清阴性的脊柱关节病 / 318	
四、多发性肌炎 / 319	
五、Takayasu 大动脉炎 / 319	
六、结节病 / 319	
七、复发性多软骨炎 / 320	
八、结节性多发性动脉炎 / 320	
九、Churg-Strauss 综合征 / 320	
十、Wegener 肉芽肿病 / 321	
第五节 血液(或肿瘤)疾病 / 321	
一、铁超负荷 / 321	
二、贫血 / 321	
三、红细胞增多症 / 322	
四、肿瘤性疾病 / 322	
五、外线束放射治疗 / 323	
六、化学治疗 / 323	
第六节 肾病 / 324	
一、肾衰竭 / 324	
二、造影剂肾病 / 325	
第七节 人类获得性免疫缺陷病毒 / 325	
第八节 睡眠呼吸暂停与心脏疾病 / 327	
一、睡眠呼吸暂停的定义 / 327	
二、阻塞性睡眠呼吸暂停 / 328	
三、中枢性睡眠呼吸暂停 / 332	

第 1 章

心力衰竭

第 1 章 心力衰竭

心力衰竭是各种心脏结构或功能性疾病导致心室充盈和(或)射血能力受损而引起的一种复杂的临床症候群,为各种心脏病的严重阶段。由于任何原因的初始心肌损伤(如心肌梗死、心肌病、血流动力学负荷过重、炎症等),引起心肌结构和功能的变化,最后导致心室泵血和(或)充盈功能低下,心排血量不能满足机体代谢的需要,器官、组织血液灌注不足,同时出现肺循环和(或)体循环淤血,临床表现主要是呼吸困难和无力而致体力活动受限和液体潴留。心力衰竭呈进行性发展,一旦起病,即使没有新的心肌损害,临床亦处于稳定阶段,仍可自身不断发展。

第一节 心功能评价

一、心力衰竭分期

2001 年美国 AHA/ACC 的成年人慢性心力衰竭指南上提出了心力衰竭分期的概念,在 2005 年更新版中仍然强调了这一概念。具体分期如下。

A 期:心力衰竭高危期,尚无器质性心脏(心肌)病或心力衰竭症状,如患者有高血压、心绞痛、代谢综合征,使用心肌毒性药物等,可发展为心脏病的高危因素。

B 期:已有器质性心脏病变,如左心室肥厚,左心室射血分数

(LVEF)降低,但无心力衰竭症状。

C 期:器质性心脏病,既往或目前有心力衰竭症状。

D 期:需要特殊干预治疗的难治性心力衰竭。

心力衰竭的分期对每一个患者而言只能是停留在某一期或向前进展而不可能逆转。为此,只有在 A 期对各种高危因素进行有效的治疗,在 B 期进行有效干预,才能有效减少或延缓进入到有症状的临床心力衰竭。

二、美国纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级

是按诱发心力衰竭症状的活动程度将心功能的受损状况分为 4 级,1928 年由美国纽约心脏病学会提出,简便易行,临床上沿用至今。

I 级:患者患有心脏病,但日常活动量不受限制,一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

II 级:心脏病患者的体力活动受到轻度的限制,休息时无自觉症状,但平时一般活动下可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

III 级:心脏病患者体力活动明显受限,小于平时一般活动即引起上述症状。

IV 级:心脏病患者不能从事任何体力活动。休息状态下也出现心力衰竭的症状,体力活动后加重。

其缺点是仅凭患者的主观陈述,有时症状与客观检查有很大差距,同时患者个体之间的差异也较大。

三、6min 步行试验

6min 步行试验是一项简单易行、安全、方便的试验,用以评定慢性心力衰竭患者的运动耐力的方法。要求患者在平直走廊里尽可能快地行走,若 6min 步行距离 $<150\text{m}$,表明为重度心功能不全; $150\sim425\text{m}$ 为中度心功能不全; $426\sim550\text{m}$ 为轻度心功能不全。

四、临床评价

根据循证医学,对于初诊和随访时临床评价的分类和证据等级,建议如下。

1. 初诊时临床评价

(1)采集完整的病史和进行全面体格检查,以评价导致心力衰竭发生和发展的水源性和非水源性疾病或诱因(I类,C级)。

(2)仔细询问饮酒史、违禁药物或化疗药物应用史(I类,C级)。

(3)评估心力衰竭患者耐受日常生活和运动的能力(I类,C级)。

(4)所有患者检测血和尿常规、肝肾功能、血清电解质、空腹血糖、血脂、血浆脑钠肽(BNP),检查甲状腺功能、12导联心电图及X线胸片(I类,C级)。

(5)所有患者行二维和多普勒超声心动图检查,评价心脏大小、室壁厚度、LVEF和瓣膜功能(I类,C级)。

(6)有心绞痛和心肌缺血的患者行冠脉造影检查(I类,C级)。

2. 随访时的临床评价

(1)日常生活和运动能力(I类,C级)。

(2)容量负荷状况并测量体重(I类,C级)。

(3)饮酒、违禁药物及化疗药物应用情况(I类,C级)。

五、心力衰竭预后的评定

多变量分析表明,以下临床参数有助于判断心力衰竭的预后和存活:LVEF下降、NYHA分级恶化、低钠血症的程度、运动峰耗氧量减少、血细胞比容降低、心电图12导联QRS增宽、慢性低血压、静息心动过速、肾功能不全(血肌酐升高、EGFR降低)、不能耐受常规治疗,以及难治性容量超负荷均是公认的关键性预后参

数。

第二节 收缩性心力衰竭

心脏以其收缩射血为主要功能。收缩功能障碍,心排血量下降并有阻性充血的表现即为收缩性心力衰竭,也是临床上常见的心力衰竭。

【病因】 我国过去以风湿性心脏病为主,但近年来其所占比例已趋下降,而高血压、冠心病的比例明显上升。

1. 基本病因 大致上可分为两大类。

(1)原发性心肌损害:冠心病心肌缺血和(或)心肌梗死是引起心力衰竭的最常见原因。病毒性心肌炎及原发性扩张型心肌病,接触心脏毒性药物包括抗肿瘤药物,例如蒽环类抗生素或大剂量环磷酰胺等病史。糖尿病心肌病、继发于甲状腺功能亢进或减退的心肌病、心肌淀粉样变性等也可引起心力衰竭。

(2)心脏负荷过重:见于高血压、主动脉瓣狭窄、肺动脉高压、肺动脉瓣狭窄、主动脉瓣关闭不全、二尖瓣关闭不全、间隔缺损、动脉导管未闭等加重心脏压力负荷(后负荷)或容量负荷(前负荷),可引起心力衰竭。另外,慢性贫血、甲状腺功能亢进症等伴有循环血量增多的疾病,心脏的容量负荷也必然增加。

2. 诱因 呼吸道感染是最常见、最重要的诱因。感染性心内膜炎常因其发病隐袭而易漏诊,询问有关违禁药物使用史有助于诊断。各种类型的快速性心律失常以及严重的缓慢性心律失常均可诱发心力衰竭。摄入钠盐过多,静脉输入液体过多、过快等致血容量增加;过度体力劳累或情绪激动,如妊娠后期及分娩过程、暴怒等;不恰当停用利尿药物或降血压药等;原有心脏病变加重或并发其他疾病,如冠心病发生心肌梗死,风湿性心瓣膜病出现风湿活动,合并甲状腺功能亢进或贫血等。

【发病机制】 当基础心脏病损及心功能时,机体首先发生代