

临床医师诊疗实用全书

内科疾病的 诊断与治疗

主编 张东城



 科学技术文献出版社

内科疾病的诊断与治疗

主编 张东城

(二)

科学技术文献出版社

内科疾病的诊断与治疗

主编 张东城

(三)

科学技术文献出版社

第六章 消化系统疾病的诊断与治疗

第一节 充血性心力衰竭

充血性心力衰竭为各种心脏病发展到一定程度时,心脏虽有足量前负荷,但心排血量仍不能维持人体需要的一种临床综合征。

【诊断要点】

分为左侧和右侧心力衰竭,两者可同时存在。

左心衰竭

主要为肺静脉回流受阻引起肺淤血所致。

1. 症状

(1)各种程度的呼吸困难 劳累及休息时呼吸困难、端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难(心脏性哮喘)、急性肺水肿。

(2)咳嗽、咯血、白色或粉红色浆液性泡沫状痰。

(3)缺氧而致紫绀。

(4)二尖瓣狭窄患者,左肺动脉扩张压迫左喉返神经时,有声音嘶哑。

2. 体征

(1)心脏检查 左心增大(二尖瓣狭窄时,左心房增大)、心动过速、奔马律、心尖区收缩期或舒张期杂音,以及肺动脉瓣区第二音亢进。

(2)肺部检查 肺底部湿啰音,分布部位可随体位变化而变化,有时伴哮鸣音。肺水肿时可听到广泛性粗糙湿啰音。

(3)X线检查 可见整个肺野透亮度减低,肺门影增宽及肺纹增粗等

肺淤血表现。长期肺淤血时,可见肺野密度增高、大小不等的点状阴影(为含铁血黄素的沉着)。急性肺水肿病例,可见浓雾状阴影自肺门伸向周围肺野,呈扇状,但肺尖、肺底及肺野外围多保持原有的清晰状态。

右心衰竭

主要为体静脉回流受阻,引起脏器淤血及缺氧所致。

1. 症状

(1)尿量减少。

(2)右季肋部不适、胀痛(由于肝淤血所致)。

(3)食欲不振、恶心、呕吐(由于胃肠道淤血所致)。

2. 体征

(1)心脏扩大,心前区心脏搏动弥散,心动过速,三尖瓣区有收缩期杂音,及舒张期奔马律。

(2)因静脉淤血引起颈静脉怒张,肝肿大、压痛,肝颈静脉反流征阳性;严重肝脏淤血及缺氧时,可出现黄疸。

(3)水肿 多见于身体下垂部位,严重者呈全身水肿、胸水、腹水。

(4)紫绀 左心衰竭时,气喘多较紫绀明显;右心衰竭时,紫绀多较气喘明显。

3. 实验室检查 静脉压明显增高,臂至肺循环时间延长(超过8秒),重度右心衰竭时有肝肾功能异常。

全心衰竭

为左、右心衰临床表现的综合症状。此时,右心衰竭的表现常比左心衰竭者明显,而左心衰竭肺充血的临床表现反可因右心衰竭的发生而减轻。

【防治】

心力衰竭病因和诱因的防治

1. 去除病因 如甲状腺功能亢进、高血压、风湿热、亚急性感染性心

内膜炎等。心瓣膜病和先天性心血管病,应在心力衰竭控制后争取手术治疗;室壁瘤亦应予以切除。必要时可考虑急症手术治疗。

2. 防治诱因 诱因中以呼吸道感染最常见,肺源性心脏病尤需注意防治感染。应防治风湿活动,避免劳累,控制心律失常,避免应用抑制心肌收缩力的药物。生育年龄的心脏病女患者,应做好计划生育;有心力衰竭者,需节制生育。此外,还需注意治疗贫血等。

一般充血性心力衰竭的防治

1. 休息

(1)重度心力衰竭患者应卧床休息。采取患者最感舒适的体位,以半卧位为宜,严重者可两腿下垂以减少静脉回流,减轻心脏负担及肺淤血;同时,应鼓励患者作小腿轻度主动活动或摆动活动,防止下肢静脉血栓形成及导致肺栓塞。

(2)有风湿活动的心力衰竭患者,必须在风湿活动控制后才能起床。

(3)轻度心力衰竭及恢复期患者,仅需限制其活动量(包括体力与脑力劳动)。长期卧床可引起精神忧郁、便秘、消化不良、肌肉萎缩、骨质疏松,甚至下肢静脉血栓形成等。

(4)对烦躁不安的患者可加用小剂量地西洋(安定)、氯氮革(利眠宁)或甲丙氨酯(安宁)等镇静剂。

2. 限制钠盐摄入 适当限制钠盐,切忌盐腌制品。目前由于强力排钠利尿剂的应用,钠盐限制可不必过严,这样既有利于患者食欲,又可减少低钠的发生。

3. 利尿剂的应用

(1)噻嗪类和氯塞酮 常用的有氢氯噻嗪 25mg,每日 2~3 次;环戊噻嗪 0.25mg,每日 2~3 次;氯噻酮 50mg,每日 1~2 次。使用期间需补充钾盐。糖尿病和痛风患者忌用。

(2)潴钾利尿剂 常用的有螺内酯(安体舒通)20~40mg,每日 3~4 次;氨苯蝶啶 50~100mg,每日 3 次;阿米洛利 5~10mg,每日 1~2 次。单独

使用时利尿作用较弱,并可使血钾升高。常与氢氯噻嗪合用。

(3)袢利尿剂 为强力利尿剂,最适用于急性左心衰竭和肺水肿患者,也可用于其他利尿剂无效的严重慢性心力衰竭患者。常用的有依他尼酸(利尿酸)25~50mg,或呋塞米(速尿)20~40mg,或布美他尼(丁尿胺)0.5~1mg,加入25%葡萄糖液20ml,缓慢静注;也可口服,依他尼酸25~50mg,每日2次,呋塞米20~40mg,每日2~3次。这类利尿剂作用较强,尤其在静脉应用时需注意避免造成水和电解质紊乱。

4. 血管扩张剂的应用

(1)指征 ①顽固性心力衰竭;②急性心肌梗死伴泵衰竭;③急性心肌梗死伴急性二尖瓣关闭不全;④急性二尖瓣关闭不全或主动脉关闭不全伴心力衰竭。

(2)分类 见表6-1。

表6-1 血管扩张剂的分类

	扩张小动脉为主	扩张静脉为主	同时扩张动脉和静脉
直接松弛血管平滑肌		二硝酸异山梨醇(舌下或口服) 硝酸甘油(舌下) 单硝酸异山梨醇	硝普钠 硝酸甘油(静脉用药)
α 受体阻滞剂	酚妥拉明	哌唑嗪 三甲唑嗪	
钙通道阻滞剂	拉西地平 氨氯地平 非洛地平缓释片		
血管紧张素转换酶抑制剂			卡托普利 依那普利 苯那普利

(3)选择

1)左室充盈压显著增高、心排血量不变或轻度下降,表现为肺淤血者,给予静脉扩张剂。常用硝酸异山梨酯,舌下含化 2.5~5mg/次,每 2~3 小时 1 次;或口服 10~20mg 次,每 4~6 小时 1 次。亦可用硝酸甘油贴敷片外敷,每 6 小时 1 次或临睡前贴敷。

2)左室充盈压轻度增高,心排血量下降者,给予动脉扩张剂。常用者为肼苯哒嗪 25mg,每日 3~4 次,长期应用时,应与二硝酸异山梨醇联合用药。亦可用氨氯地平 5mg,每日 1 次。

3)左室充盈压增高,心排血量下降者,同时给予静脉和动脉扩张剂。也可用兼有扩张动脉和扩张静脉作用的药物。

4)血管紧张素转换酶抑制剂 近年来已成为心力衰竭治疗的常规用药。常用有卡托普利,从小剂量 6.25mg,每日 3 次开始,逐步增加剂量,副作用包括皮疹、咳嗽等。依那普利,开始剂量 2.5mg,每日 1 次,副作用较少,偶可引起低血压、氮质血症等。苯那普利,开始剂量 2.5mg,每日 1 次。所有血管紧张素转换酶抑制剂药物均有升高血钾的作用,注意避免与保钾利尿剂合用。

5. 辅助循环。

6. 增强心肌收缩力药物的应用

(1)洋地黄类药物

1)指征 ①室上性快速型心律失常(心房颤动、心房扑动及室上性心动过速),尤其是伴有或引起心力衰竭;②充血性心力衰竭;③有心脏扩大而无心力衰竭者,在进行外科手术之前或在妊娠期及分娩前应用洋地黄,可有助于预防心力衰竭。

2)禁忌证 ①洋地黄类药物过敏;②预激综合征伴心房颤动、心房扑动或室上性心动过速,而 QRS 波增宽;③房室传导阻滞;④室性心动过速;⑤无心房颤动或心力衰竭的肥厚性梗阻性心肌病。

3)几种特殊情况的洋地黄应用 ①急性心肌梗死伴心力衰竭患者应

用洋地黄的指征应为伴有快速性室上性心律失常者；②肺源性心脏病时，洋地黄疗效不佳，且因缺氧而易致洋地黄中毒，因此，仅在呼吸衰竭好转后若心力衰竭仍明显时，可谨慎使用小剂量洋地黄；③有风湿热、感染性心肌炎、胶原性疾病、甲状腺功能亢进、贫血及其他全身性疾病伴有心力衰竭时，洋地黄的疗效常不显著，且易发生中毒。

4)常用洋地黄的药物动力学 见表6-2。

表6-2 常用洋地黄的体内过程特点

途径	奏效时间	高峰时间	血清半减期	作用消失时间	主要消失时间	每日排出体外量	负荷量	维持量
毒毛旋花子甙 K	静注	5~15min	1~2h	31h	2~5d	肾	0.25	
毛花甙丙	静注	10~30min	1~2h	33h	3~6d	肾	1.2mg	
地高辛	口服	1~2h	3~6h	36h	5~7h	肾	33%	0.75~1.5mg 0.25mg
洋地黄毒甙	口服	2~4h	8~12h	5~7d	14~21d	肝代谢	14%	1mg 0.05mg

5)用法 ①负荷量加维持量：第1日给予负荷量，以后每日用维持量。适用于急性心力衰竭或需尽快控制的患者（如心房颤动伴快速心室率的患者）。一般用毛花甙丙（西地兰），第1次剂量宜用负荷量1/3，注意估计作用高峰时间（见表1-37）心力衰竭是否控制，若未控制可再给相同剂量，直至心力衰竭等基本控制或已达负荷量或出现毒性症状；第2日起用维持量，一般用地高辛0.125mg/次，每日2~3次；②单用维持量：一般用地高辛，每次0.125mg，每日2次，约7~8日血中地高辛浓度也可稳定于治疗浓度水平。适用于病情不太急，可逐渐控制的患者。

6) 注意点 ①近 2 周内已用过洋地黄者应酌情减量。半减期较长的制剂, 如洋地黄毒甙, 不宜取单用维持量法; ②地高辛主要经肾脏排泄, 肾功能不全时宜减少剂量, 可根据肌酐清除率决定每日维持量, 也可按血尿素氮水平确定地高辛剂量 (表 6-3); ③透析治疗仅能清除极少量地高辛, 故透析治疗患者原用的地高辛剂量毋需改变; ④其他药物与地高辛相互作用见表 6-4, 噻嗪类和襻利尿剂虽不改变地高辛排泄的动力学, 但它们可使血清钾浓度降低, 而低血钾本身即可使地高辛血浓度增高, 易发生中毒; ⑤注意洋地黄用量的个体差异很大。

表 6-3 血尿素氮和地高辛维持剂量

血尿素氮 (nmol/L)			地高辛每日维持量 (负荷量的%)
7.0	< 20	(mg/ml)	33.3
10.5	30	(mg/ml)	30.0
14	40	(mg/ml)	27.0
17.5	50	(mg/ml)	24.0
21	60	(mg/ml)	21.0
24.5	70	(mg/ml)	18.0
28.5	> 80	(mg/ml)	15.0

表 6-4 其他药物对地高辛血浓度的作用

增 高	无变化	降 低
奎尼丁	硝苯地平	利福平
胺碘酮	美西律	硝普钠
维拉帕米	普鲁卡因酰胺	胍苯哒嗪
地尔硫草		癌症化疗药物
普罗帕酮		SASP
螺内酯		新霉素
氨苯蝶啶		对氨基水杨酸
西咪替丁		考来烯胺 (消胆胺)
利血平		制酸剂

7) 洋地黄中毒 ①临床表现：心外毒性有胃肠道反应，常见为胀气、食欲不振、恶心、呕吐，少数呈现腹泻、腹痛；神经系统反应和视觉障碍，如头痛、嗜睡或感觉异常、雾视、阅读困难、色视等；心脏毒性可引起局灶性心肌变性和坏死，心肌收缩力受抑，心力衰竭反而加重，心律失常，包括异位节律的非阵发性交接处性心动过速、交接处逸搏节律、双向性室性心动过速、心房扑动、心房颤动、室性早搏、室性心动过速、心室扑动和心室颤动，起搏点抑制（主要影响窦房结，表现为窦性心动过缓或窦性静止），房室传导阻滞（I度、文氏型、完全性房室传导阻滞），异位节律同时伴传导抑制（如室上性心动过速伴房室传导阻滞）；②诊断：主要根据药物剂量、有无诱因（特别是低钾、严重心肌损害和肾功能不全），以及用药过程中出现的洋地黄中毒的临床表现；放射免疫测定洋地黄血清浓度，其正常参考值为地高辛浓度小于 $2\mu\text{g/L}$ （洋地黄毒甙浓度小于 $30\mu\text{g/L}$ ）。血清地高辛浓度低于治疗水平（ $0.5\mu\text{g/L}$ ），提示患者没有规则地服药或药物吸收有问题；血清地高辛浓度在治疗水平（ $0.5\sim 2\mu\text{g/L}$ ）无指导治疗的意义，血清地高辛浓度大于 $21\mu\text{g/L}$ ，仅提示有洋地黄中毒的可能，应结合临床情况综合考虑才能作出诊断；③治疗：立即停用洋地黄，暂停用利尿剂；对轻度中毒者如I度房室传导阻滞、窦性心动过缓、偶发室性早搏等一般不需其他措施，仅对疑有低钾者给予补钾，对表现为室性早搏呈二联、三联律或多源性，以及快速房性、交界处性和室性心律失常者应给予氯化钾每日 $6\sim 8\text{g}$ ，以10%溶液分多次口服，或静滴，每小时 1g ，给钾时必须多次描记心电图，必要时作血钾测定，补钾的禁忌证是肾功能衰竭、高钾血症和高度房室传导阻滞；苯妥英钠静注 $100\sim 250\text{mg}$ （此药为强碱性，仅能用注射用水或生理盐水稀释），5分钟注完，如无效，可每隔 $10\sim 20$ 分钟给予 100mg ，总剂量不应超过 500mg ，对中毒较轻者可口服苯妥英钠 100mg ，每日 $3\sim 4$ 次；利多卡因对室性快速型心律失常颇有效，静注 50mg ，必要时 $15\sim 20$ 分钟后可重复1次，继以每分钟 $1\sim 4\text{mg}$ 作静滴；如上述药物无效，可试

用 20% 硫酸镁 10~15ml，缓慢静注，继以静滴 2% 硫酸镁溶液 500ml 于 6 小时滴完，注意此药可抑制房室传导，使心率减慢和血压下降；其他药物，如普萘洛尔（心得安）、维拉帕米（异搏停）、普鲁卡因酰胺、奎尼丁、溴苄胺托西酸盐（溴苄胺）等亦可选用，但需注意它们有抑制心肌收缩力的作用；电击复律一般不予考虑，仅在上述药物无效，而病情危急时才用低能量作电击复律。

缓慢心律失常可选用阿托品、异丙肾上腺素。对高度房室传导阻滞并发心源性脑缺氧综合征或伴有快速性心律失常者，应安装临时心脏起搏器。

对严重地高辛中毒，包括误服或自杀，可使用特异性地高辛抗体——地高辛免疫 Fab（DIFAB）治疗。每瓶 40mg，能结合 0.6mg 地高辛。疗效可靠、迅速。副作用是使原先的正性肌力作用锐减，导致心力衰竭恶化。

（2）其他正性肌力药物

1) 多巴胺 临床应用时，应按血压、心率和尿量变化调节给药速度（表 6-5）。

表 6-5 心力衰竭时多巴胺的药理作用

	2~5 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$	5~10 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$	10~20 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$
尿量	↑	保持	保持
心排血量	↔ ↑	↑	↑ ↑
心率	↔	↔ ↑	↑
肺楔嵌压	↔	↑ 或 ↓	↑ 或 ↓
血压	↔	↑	↑ ↑

2) 多巴酚丁胺 用药从 2.5 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 开始，逐渐增加剂量，但不宜超过 20 $\mu\text{g}/\text{kg}\cdot\text{min}$ 。剂量过大，可诱发室性心律失常（表 6-6）。

表 6-6 心力衰竭时多巴酚丁胺的药理作用

	2 ~ 5 μ g/ (kg·min)	5 ~ 10 μ g/ (kg·min)	10 ~ 20 μ g/ (kg·min)
心排血量	$\leftrightarrow \uparrow$	$\uparrow$	$\uparrow \uparrow$
心率	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow \uparrow$	$\uparrow$
肺楔嵌压	$\leftrightarrow \uparrow$	$\downarrow$	$\downarrow$
血压	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\uparrow$

3) 多巴酚丁胺和多巴胺可同时使用, 并可根据病情选择各自剂量:
 ①急性心力衰竭血压无明显下降时, 可选用适合剂量的多巴酚丁胺加小剂量多巴胺; ②急性心力衰竭伴休克时, 可选用适合剂量的多巴胺加一般剂量多巴酚丁胺; ③慢性心力衰竭时, 一般单用多巴酚丁胺即可, 可连续静滴 72 小时或连续静滴 1 ~ 2 周。

4) 其他口服正性肌力药物 ①对羟苯心安, 为选择性 β_1 受体兴奋剂, 5 ~ 20mg, 每日 3 次; ②吡布特罗 (吡丁醇), 本药是以选择性 β_2 受体兴奋为主, 可使血管扩张, 同时亦有明显的 β_1 受体兴奋作用, 使心肌收缩力增强, 剂量 20mg, 每日 3 次; ③米利酮, 抑制磷酸二酯酶而发挥正性肌力作用, 剂量每日 20 ~ 50mg, 分次口服; 短期应用对血流动力学改善有益, 长期应用可增加病死率; ④氨利酮, 对洋地黄、利尿剂和血管扩张剂治疗无效的顽固性心力衰竭, 或对洋地黄治疗产生毒性反应的心力衰竭患者, 短期 (5 ~ 7 日) 可应用氨利酮, 先静注 0.75mg/kg, 然后静滴每分钟 5 ~ 10 μ g/kg, 总量不超过每日 10mg/kg。

(3) 对各种类型心力衰竭的治疗选择

1) 一般慢性充血性心力衰竭 可选用洋地黄类药物和 (或) 利尿剂。必要时加用血管紧张素转换酶抑制剂。

2) 心力衰竭伴有心房颤动者 可以洋地黄类药物为主, 可加用利尿剂。

3) 急性心力衰竭 ①并发急性心肌梗死 (或伴有心肌缺血) 者, 应

选用血管扩张剂、多巴酚丁胺和利尿剂；②并发心源性休克可选用多巴胺、多巴酚丁胺，待血压稳定后，加用血管扩张剂。

急性肺水肿的治疗

1. 体位 取坐位，两腿下垂。

2. 皮下注射或肌注吗啡 10mg，对伴有支气管痉挛而不能用吗啡者，可用哌替啶 50mg，肌注。对肺水肿晚期、昏迷、休克、严重肺部疾患和呼吸抑制者禁用。

3. 舌下含用硝酸甘油 0.5mg 或硝酸异山梨酯 5mg。

4. 利尿剂 呋塞米 40 ~ 80mg 或依他尼酸 50 ~ 100mg 或布美他尼 0.5 ~ 1mg，静注。注意补充钾盐。

5. 给氧 使氧气通过 20% ~ 30% 乙醇后再吸入，必要时可用二甲基硅油消泡剂气雾剂吸入。

6. 强心甙 用毛花甙丙 0.4mg 或毒毛旋花子甙 K0.25mg，静注。半小时后可重复给药。对二尖瓣狭窄患者，除伴心室率快的心房颤动者外，疗效不理想。

7. 血管扩张剂 可用硝普钠（从 $10\mu\text{g}/\text{min}$ 开始）或酚妥拉明（从 $0.1\text{mg}/\text{min}$ 开始）或硝酸甘油（从 $5 \sim 10\mu\text{g}/\text{min}$ 开始），作静滴，并在严密观察下每隔 5 ~ 15 分钟逐渐增加剂量。有条件时，宜作血流动力学监测。亦可静滴硝酸异山梨酯， $30 \sim 100\mu\text{g}/\text{min}$ 。

8. 其他辅助措施

(1) 四肢止血带轮流结扎，以止血带结扎三肢体，每 5 分钟换一肢体，平均每肢体结扎 15 分钟，放松 5 分钟。结扎压力不能过大以防止阻碍动脉血流。

(2) 纠正代谢性酸中毒。

9. 对极严重的肺水肿，当患者神志不清、休克，而痰液仍无减少趋势时，可气管切开或作气管插管，给予间歇正压辅助呼吸或持续正压呼吸。

10. 对药物治疗无效的患者, 可考虑使用主动脉内气囊反搏。

急性心肌梗死合并心力衰竭的治疗原则

表 6-7 急性心肌梗死合并心力衰竭的治疗

病情	治疗
①左心衰竭: 收缩压 $\geq 13\text{kPa}$ (100mmHg)	降低后负荷, 降低前负荷
肺静脉淤血表现	多巴酚丁胺
②左心衰竭 + 休克: 严重低血压	去甲肾上腺素或多巴胺, 主动脉内气囊反搏
低血压不严重	多巴胺和(或)多巴酚丁胺
血压稳定后	多巴酚丁胺 + 血管扩张剂
③右心室梗死: 静脉压 $\uparrow$	增加右心室充盈压(补液) + 多巴酚丁胺
右心室舒张压 $\uparrow$	血管扩张剂, 主动脉内气囊反搏
肺楔嵌压 $\leftrightarrow \uparrow$	利尿剂应忌用

顽固性心力衰竭的治疗原则

患者对应用最适宜的治疗, 包括严格卧床休息、饮食控制、洋地黄和利尿剂, 不再有反应的状态称为顽固性心力衰竭。主要见于终末期的严重器质性心血管病患者。但在不少情况下, 是各种并发症、心外因素, 甚至治疗本身所致。

1. 明确和治疗造成顽固性心力衰竭的原因

(1) 排除其他合并症 如肝硬化、肾病综合征、甲状腺功能亢进、贫血和高血压等。

(2) 有无诱因方面的因素 如过度体力活动、钠盐摄入过多以及隐匿性感染病灶。

(3) 考虑有无并发症 如心房颤动和其他快速性心律失常、急性心肌梗死合并机械性缺损、风湿热、感染性心内膜炎、肺栓塞以及多发性肺动脉小分支栓塞。

(4) 有无医源性方面的因素 如洋地黄应用不当, 包括剂量不足或

过量；利尿剂所致的低血钾、低血镁和血容量不足；一些抗心律失常药物和 β 受体阻滞剂等对心肌的抑制作用。

(5) 考虑有无手术纠正畸形的指征 如二尖瓣病变、缩窄性心包炎、间隔缺损、腱索断裂、心房黏液瘤和动-静脉分流等。

(6) 电解质紊乱。

2. 采用综合措施，减轻心脏负荷和增强心肌收缩力

(1) 绝对卧床休息。

(2) 严格控制钠摄入量，每日在 200 - 500mg 以下，饮水量在 1000ml 以下，有稀释性低血钠时尤为重要。

(3) 顽固性心力衰竭常有顽固性全身性水肿。需联合应用作用部位不同的噻嗪类药、襻利尿剂和潴钾利尿剂，剂量亦须加大。

(4) 血管扩张剂 当应用治疗心力衰竭的传统方法无效时，使用或加用血管扩张剂可获较好疗效。常用卡托普利，剂量应从最小剂量 6.25mg 开始，逐步加大剂量，以防低血压发生，每日 3 次。或依那普利开始剂量 2.5mg，每日 1 次。或苯那普利，开始剂量为 2.5mg，每日 1 次。

(5) 洋地黄及其他正性肌力药物，在顽固性心力衰竭的治疗中，应注意既可增加心肌收缩力，又能降低后负荷的综合药物治疗。洋地黄仍为治疗的主要药物之一，不能因其未奏效而轻易停用。要分析用量是否不足抑或过量，然后制订适当的用药方案。

(6) 高渗腹膜透析 适用于顽固性水肿患者。

(7) 外科治疗 心肌梗死并发室壁瘤及顽固性心力衰竭时，切除室壁瘤，同时作冠状动脉旁路手术，可控制心力衰竭，但手术死亡率较高。

老年人心力衰竭的治疗

老年人常患多种疾病，心力衰竭多由感染、不适的体力活动等而诱发，因此注意发现诱因并及时予以治疗甚为重要。

治疗心力衰竭时，地高辛剂量应小于中年人，一般可用 0.125mg，

每日1~2次,甚或隔日1次。利尿剂宜用呋塞米,比较安全。老年人易引起肾功能不良,氯化钾静脉给药需慎用,血管扩张剂中硝酸异山梨酯和哌唑嗪从小剂量开始缓慢逐增是比较安全的。病情紧急时可以用硝普钠,但需注意避免血压降低过多。

第二节 心律失常

心律失常在临床上很常见,可发生于心脏病患者,也可发生于正常人。有些心律失常如轻度窦性心动过缓、偶发期前收缩,并不影响健康,不需治疗。但有些心律失常如快速心房颤动(简称房颤)、室性心动过速(简称室速)可严重降低心脏搏出量,需迅速、积极地治疗,而心室扑动(简称室扑)、心室颤动(简称室颤)则有致命危险,须立即抢救。

心律失常包括了冲动起源异常及冲动传导异常两大类。临床上可表现为心动缓慢及心动过速两种类型。缓慢型心律失常机制是由于自律性或传导性的损害;快速型心律失常机制则包括自律性增强、折返及触发活动三类。

引起心律失常的原因甚多,包括心肌本身的病变、电解质紊乱、药物、缺氧、情绪激动、吸烟、喝浓茶、咖啡或酗酒等,少数无病因可查。在出现心律失常时,最好能找出原因,并结合病因进行治疗。

一、期前收缩

【病因】

1. 期前收缩可出现于正常人或无器质性心脏病者,称功能性早搏。以青年人为多见,常无明显诱因,有时与精神紧张、疲劳、消化不良、吸烟、刺激性饮料或慢性病灶有关。

2. 期前收缩亦多见于器质性心脏病,如心肌炎、冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)、风湿性心瓣膜病、心肌病等。