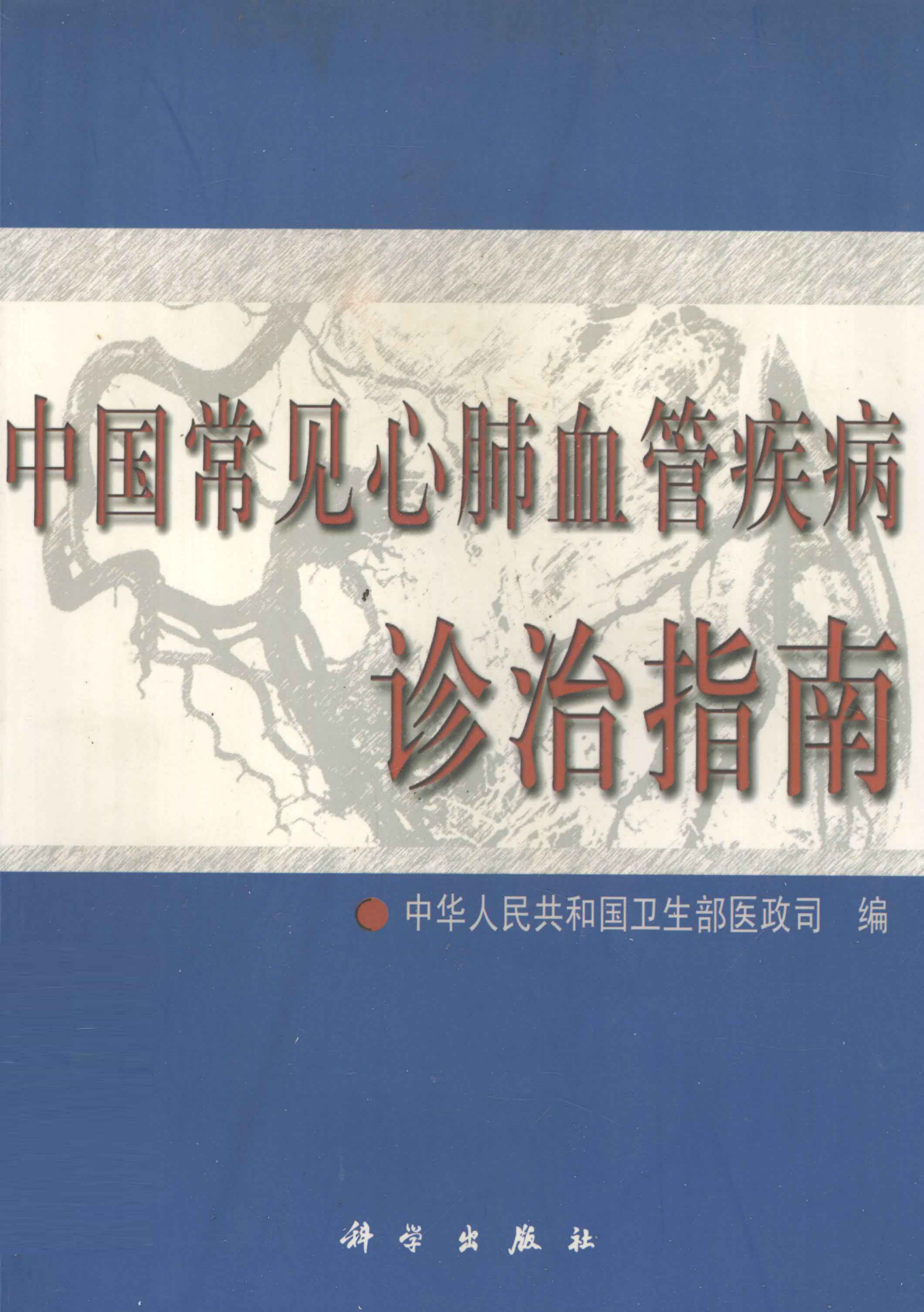




中国常见心肺血管疾病 诊治指南

● 中华人民共和国卫生部医政司 编

科学出版社

中国常见心肺血管疾病 诊 治 指 南

中华人民共和国卫生部医政司 编

科 学 出 版 社

2000

内 容 简 介

本书是在总结全国心肺血管疾病诊断、治疗等方面较成熟的经验基础上,结合国内外医学基础与临床进展,和我国各级医院的实际情况,针对心肺血管内科疾病、心血管外科疾病以及心血管疾病的特殊治疗和护理中,各种疾病的病因、病理、生理学特点、临床诊治要求、治疗方案等作了科学的和规范化的阐述。

可供各级各类医疗机构有关医护人员学习和指导临床工作。

图书在版编目(CIP)数据

中国常见心肺血管疾病诊治指南/中华人民共和国卫生部医政司编. - 北京:科学出版社,2000

ISBN 7-03-008240-0

I. 中… II. 中… III. ①心肺血管疾病-诊疗-指南②肺心病-诊疗-指南 IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 06694 号

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

北京市大兴县兴达印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2000 年 5 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2000 年 5 月第一次印刷 印张:43

印数:1—5 060

字数:989 000

定 价 :68.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈兴达〉)

《中国常见心肺血管疾病诊治指南》

组 织 委 员 会

顾 问 顾英奇 王陇德
主任委员 迟宝兰
副主任委员 于宗河 郭加强 范迪钧
委 员 孙爱明 方 圻 朱曼璐

编 委 会

主 编 陶寿淇 郭加强
副 主 编 蔡如升 方 圻 薛淦兴 崔吉君
委 员 (按姓氏笔画排列)
万九云 刘力生 刘秀杰 孙衍庆
孙瑞龙 吴 宁 李功宋 陈在嘉
范迪钧 罗征祥 钟南山 高润霖
诸骏仁 龚兰生 程显声 戴闺柱
秘 书 长 孙爱明 朱曼璐
秘 书 花和平 曹恩华

序 言

在我国,心肺血管疾病是常见病、多发病,是严重危害人民健康危及生命的主要疾病之一。目前,心肺血管疾病患者的诊治已成为各级医疗部门的重要任务。为逐步统一心肺血管疾病的诊断标准,使患者能够得到及时正确的预防与诊治,提高心肺血管疾病的生存率、降低致残率和死亡率,卫生部医政司委托全国心血管病防治研究办公室负责组织国内知名专家,经过充分论证和较长时间工作,制定并出版了第一部《中国常见心肺血管疾病诊治指南》(以下简称《指南》)。

《指南》是在总结全国心肺血管疾病诊断、治疗等方面较成熟的经验基础上,结合国内外医学基础与临床进展和我国现有各级医院的实际情况,针对心肺血管内科疾病、心血管外科疾病以及心血管疾病的特殊治疗及护理学科中,各种疾病的病因、病理、生理学特点、临床诊治要求、治疗方案、疗效评定、随诊要求、病历书写要点等,作了科学的和规范化的阐述。它为规范心肺血管疾病防治专业人员及广大医务人员诊治行为提供了依据,对全国统一诊断标准及提高心肺血管疾病的防治水平和临床实践将起到积极的促进作用。同时,对我国医疗制度改革,从业务方面积极配合,也具有现实意义。

为此,希望各级卫生行政管理部门,积极组织各级各类医疗机构有关医护人员学习《指南》,指导临床工作,并在实践中不断总结经验,使其日趋完善。

卫生部医政司
1998年12月

说 明

心肺血管疾病是危害我国人民健康和生命的主要疾病之一,随着我国社会经济的发展,人民生活水平不断提高,心肺血管病的发病率、死亡率明显上升,据1997年中国卫生统计提要表明,心脏病死亡率为99.99/10万,占我国城市和农村人口全死因的第三位,占死亡总人数的16.77%,严重影响了人民群众的身心健康和我国的经济建设。肺心病和其他慢性肺部疾病是农村第一位的致死原因。因此,防治心肺血管疾病已是摆在我们面前的一个严重卫生问题。

近10多年来,我国心肺血管病的研究工作有了很大发展,并取得一定的成绩,为了推广国内心肺血管疾病的诊断、治疗方面已取得的成熟经验,统一诊治标准,在卫生部医政司的委托下,全国心血管病防治研究办公室组织国内著名专家,用近5年的时间,撰写和出版《中国常见心肺血管疾病诊治指南》专集。

本《指南》共分三部分,第一部分为心、肺血管内科疾病,有十篇;第二部分为心血管外科疾病,有五篇;第三部分为心血管疾病的特殊诊疗及护理,有七篇。

本书由于参加写作的人员较多,内容各有侧重,为了基本上保留各家的特点,文字编写格调未强求一致。又由于本书撰写时间较长,本《指南》在有关部分增加了一些新近的进展内容,以满足读者需要。

总之,这套《指南》是一部具有实用价值的著作,它反映了我国近年来心肺血管病研究工作者和临床医疗人员在防、治结合方针指引下所付出的努力和所取得的成就。希望本书的出版能受到广大医务人员的欢迎。

由于水平有限,错误和缺点在所难免,恳请专家不吝指教,使其日趋完善。

本书在编写过程中,承蒙许多著名专家和有关医疗部门的热忱支持,在此谨表诚挚的感谢。

全国心血管病防治研究办公室
1998年12月

目 录

序言

说明

第一部分 心肺血管内科疾病

第一篇 高血压	(3)
第一章 高血压的定义与分级	(3)
第二章 病因	(7)
第一节 原发性高血压	(7)
第二节 继发性高血压	(8)
第三章 病理生理	(10)
原发性高血压病理生理学特点	(10)
第四章 临床表现及类型	(13)
第一节 临床表现	(13)
第二节 临床类型	(13)
第五章 诊断方法	(17)
第一节 临床诊断	(17)
第二节 血压测量	(18)
第三节 实验室检查	(19)
第六章 鉴别诊断	(23)
第七章 治疗	(27)
第八章 疗效评定	(33)
第九章 随诊要求	(35)
第十章 高血压病历书写要点	(36)
第一节 入院病历	(36)
第二节 出院记录	(38)
第二篇 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(39)
第一章 总论	(39)
第一节 定义	(39)
第二节 病因、危险因素和发病机制	(39)
第三节 冠心病发病的病理生理基础	(42)
第四节 冠心病的临床类型	(44)
第二章 冠心病的诊断方法	(47)
第三章 心绞痛	(50)
第一节 各种类型心绞痛的特点	(50)

第二节	心绞痛的诊断和鉴别诊断	(54)
第三节	心绞痛的预防和治疗	(56)
第四节	心绞痛治疗疗效评定	(59)
第四章	心肌梗塞	(61)
第一节	症状和体征	(61)
第二节	诊断	(62)
第三节	鉴别诊断	(66)
第四节	治疗	(67)
第五章	冠心病的预防原则	(83)
第六章	长期随访的要求	(86)
附件1	冠心病病历书写要点	(88)
附件2	冠心病的护理要点	(90)
第三篇	瓣膜疾病	(93)
第一章	二尖瓣疾病	(93)
第一节	二尖瓣狭窄	(93)
第二节	二尖瓣关闭不全	(101)
第二章	主动脉瓣疾病	(111)
第一节	主动脉瓣狭窄	(111)
第二节	主动脉瓣关闭不全	(119)
第三章	三尖瓣、肺动脉瓣和多瓣膜疾病	(130)
第一节	三尖瓣狭窄	(130)
第二节	三尖瓣关闭不全	(133)
第三节	肺动脉瓣疾病	(137)
第四节	多瓣膜疾病	(140)
第四篇	心力衰竭	(143)
第五篇	心律失常	(163)
第一章	诊断	(163)
第一节	临床诊断	(163)
第二节	心电图学诊断	(163)
第三节	心电生理学检查	(164)
第四节	常见心律失常的诊断要点	(164)
第二章	治疗	(176)
第一节	快速心律失常的药物治疗原则	(176)
第二节	快速心律失常的非药物治疗	(177)
第六篇	心包及心肌疾患	(181)
第一章	心包疾患	(181)
心包炎		(181)
第二章	心肌疾患	(194)
第一节	病毒性心肌炎	(194)
第二节	扩张型心肌病	(199)

第三节 肥厚型心肌病·····	(203)
第四节 限制型心肌病·····	(206)
第五节 其他心肌病·····	(208)
附件 1 心肌疾患随诊要求·····	(211)
附件 2 心肌病病历书写要点·····	(212)
附件 3 心肌病护理要点·····	(213)
附件 4 心肌疾患规范病历·····	(214)
第七篇 循环骤停与心肺复苏·····	(217)
第一章 循环骤停·····	(217)
第二章 心肺复苏·····	(222)
第一节 心血管疾病循环骤停的预防·····	(222)
第二节 心肺复苏治疗·····	(222)
第八篇 肺栓塞和急性肺源性心脏病·····	(235)
第一章 总论·····	(235)
第二章 临床类型及表现·····	(237)
第三章 诊断检查·····	(238)
第四章 诊断与鉴别诊断·····	(241)
第五章 治疗·····	(244)
第六章 护理要点·····	(247)
第七章 急性肺源性心脏病·····	(248)
附件 1 随诊要求·····	(250)
附件 2 病历书写要点·····	(251)
第九篇 慢性肺源性心脏病(肺心病)·····	(253)
第一章 总论·····	(253)
第二章 临床表现及类型·····	(258)
第三章 诊断方法·····	(260)
第四章 鉴别诊断·····	(268)
第五章 治疗·····	(270)
第六章 疗效评定·····	(285)
第七章 肺心病的并发症及其防治·····	(287)
第八章 缓解期随诊要求·····	(290)
第九章 肺心病护理要点·····	(292)
附件 病历书写要点·····	(294)
第十篇 原发性肺动脉高压·····	(297)
第一章 原发性肺动脉高压的定义和不同术语·····	(297)
第二章 原发性肺动脉高压的发病因素·····	(299)
第三章 病理生理·····	(301)
第四章 诊断·····	(302)
第五章 诊断与鉴别诊断·····	(306)
第六章 治疗·····	(307)

附件 1 原发性肺动脉高压病历记录	(310)
附件 2 随访记录	(311)

第二部分 心血管外科疾病

第一篇 冠状动脉粥样硬化性心脏病外科	(315)
第一章 心肌血运重建术	(315)
第二章 急性心肌梗塞并发症的外科治疗	(337)
附件 冠状动脉粥样硬化性心脏病外科各种记录单示范	(340)
第二篇 后天性获得性心脏瓣膜病外科	(349)
第一章 风湿性二尖瓣病外科	(349)
第一节 二尖瓣狭窄	(349)
第二节 二尖瓣关闭不全	(351)
第二章 风湿性主动脉瓣病外科	(361)
第一节 风湿性主动脉瓣狭窄	(361)
第二节 风湿性主动脉瓣关闭不全	(364)
第三章 风湿性三尖瓣病外科	(367)
第四章 多瓣膜病及再次换瓣手术	(370)
第五章 人体自身心瓣或置换人造瓣术后的感染性心内膜炎	(372)
附件 心瓣膜术后的康复手册	(376)
第三篇 先天性心脏血管病外科	(379)
第一章 先天性心脏血管病外科概论	(379)
第二章 动脉导管未闭(主动脉窦瘤破裂,主动脉间隔缺损,冠状动脉瘘,室间隔缺损合并主动脉瓣关闭不全)	(385)
第三章 主动脉缩窄	(391)
第四章 肺动脉狭窄(室间隔完整)	(395)
第五章 继发孔与原发孔房间隔缺损	(398)
第六章 室间隔缺损	(400)
第七章 完全性心内膜垫缺损	(405)
第八章 法乐氏四联症	(408)
第九章 三尖瓣下移(ebstein)畸形	(413)
第十章 三尖瓣闭锁(动脉-静脉及静脉-静脉转流术式)	(416)
第十一章 右心室双出口	(420)
第十二章 大动脉转位	(423)
第十三章 完全性肺静脉异位连接	(427)
第四篇 大动、静脉病外科	(431)
第一章 胸、腹部主动脉瘤	(431)
第二章 主动脉梗阻性疾病	(439)
第三章 马凡综合征	(445)
第四章 布-加(Budd-Chiari)综合征	(451)
第五章 上腔静脉综合征	(458)

第六章 急性胸腹部心血管系统创伤	(460)
第五篇 其他	(463)
第一章 心脏粘液瘤	(463)
附件 随诊记录样张	(469)
第二章 慢性缩窄性心包炎	(470)
第三章 成人(含大儿童)心血管外科术后监护	(473)
成人(包括大儿童)心血管外科监护室	(473)
第四章 小儿心血管外科术后监护	(491)

第三部分 心血管疾病的特殊诊疗及护理

第一篇 选择性冠状动脉造影和左心室造影	(509)
第一节 适应证和禁忌证	(509)
第二节 装备和器械	(510)
第三节 术前准备	(511)
第四节 造影方法	(512)
第五节 冠状动脉造影的投照体位	(521)
第六节 造影剂及其选择	(523)
第七节 术中用药及术后处理	(523)
第八节 冠状动脉造影的危险性、主要并发症及防治	(524)
第九节 报告单的书写	(527)
附件1 病员家属或组织同意导管造影检查记录	(528)
附件2 冠状动脉造影报告单	(529)
第二篇 电生理检查	(533)
第一章 心脏电生理学的理论基础	(533)
第一节 跨膜电位的机制	(533)
第二节 动作电位及其时相	(533)
第三节 快反应电位与慢反应电位	(534)
第四节 心脏的电生理特性	(535)
第二章 临床心脏电生理检查方法	(538)
第一节 心脏电生理检查的设备和条件	(538)
第二节 心脏电生理检查的术前准备	(540)
第三节 放置电极导管	(541)
第四节 希氏束电图的描记和分析	(542)
第五节 窦房结功能的测定	(544)
第六节 房室传导的电生理检查	(546)
第七节 预激综合征的电生理检查	(549)
第八节 室上性心动过速的电生理检查	(550)
第九节 室性心动过速的电生理检查	(552)
第三章 心脏电生理检查在各类临床问题中的应用价值与限度	(555)
第一节 评价窦房结功能	(555)

第二节	评价获得性房室传导阻滞的意义	(556)
第三节	评价慢性室内传导阻滞	(557)
第四节	评价窄 QRS(<0.12 秒)心动过速	(558)
第五节	评价宽 QRS(>0.12 秒)心动过速	(559)
第六节	评价长 Q-T 间期综合征	(560)
第七节	评价 W-P-W 综合征	(560)
第八节	评价单发和连发的室性早搏	(561)
第九节	评价不明原因的晕厥	(561)
第十节	评价心脏骤停存活者	(562)
第十一节	评价原因不明的心悸	(563)
第十二节	指导药物治疗	(563)
第十三节	配合埋植起搏器、除颤器治疗心律失常	(565)
第十四节	配合心律失常的消融治疗	(565)
第十五节	儿童电生理检查特点	(568)
第三篇	放射性核素显像在心、肺血管疾病中的应用	(571)
第一章	心肌显像	(571)
第一节	心肌灌注显像	(571)
第二节	亲梗塞显像(infarct-avid myocardial imaging)	(576)
第二章	心脏功能测定	(578)
第一节	检查方法	(578)
第二节	检查结果的定量分析	(579)
第三章	肺灌注与肺通气显像	(583)
第四章	放射性核素肾显像在肾血管疾病中的应用	(588)
第五章	周围循环检查	(590)
第一节	放射性核素静脉造影	(590)
第二节	纤维蛋白原显像	(591)
第四篇	经皮冠状动脉腔内成形术(PTCA)	(593)
第一节	PTCA 的机制	(593)
第二节	适应证	(593)
第三节	禁忌证	(599)
第四节	设备、器械及导管	(600)
第五节	术前准备	(604)
第六节	操作方法	(605)
第七节	术中用药及术后处理	(610)
第八节	疗效判断	(611)
第九节	并发症	(612)
第十节	PTCA 后再狭窄	(615)
第十一节	PTCA 报告的书写	(617)
附件	冠心病介入性治疗报告单	(618)
第五篇	心脏起搏治疗	(619)

第一节	心脏起搏器的结构·····	(619)
第二节	心脏起搏器的功能类型·····	(622)
第三节	埋植永久性抗心动过缓起搏器的适应证·····	(626)
第四节	抗心动过缓起搏方式的选择·····	(630)
第五节	抗心动过速起搏治疗·····	(632)
第六节	埋植永久性心脏起搏器的技术·····	(635)
第七节	心脏起搏治疗的并发症与起搏系统故障·····	(639)
第八节	埋藏永久性心脏起搏器术后随诊工作·····	(643)
第六篇	主动脉内球囊反搏(IABP) ·····	(647)
一、IABP 装置	·····	(647)
二、IABP 的反搏作用及原理	·····	(647)
三、反搏的适应证及选择病人	·····	(647)
四、禁忌证	·····	(648)
五、IABP 的操作与步骤及其要求	·····	(648)
六、IABP 病人的抗凝	·····	(649)
七、停用反搏的参考指标	·····	(649)
八、运用 IABP 常见的并发症、预防及处理	·····	(650)
第七篇	内科冠心病监护病房规范 ·····	(651)
第一章	内科 CCU 的建立与病区管理 ·····	(651)
第一节	CCU 的规模设置、设备与环境要求 ·····	(651)
第二节	CCU 的急救设备与常备急救药 ·····	(652)
第三节	CCU 的医护人员组成及管理 ·····	(653)
第四节	CCU 护士应具备的素质和条件 ·····	(655)
第二章	CCU 工作常规及一般护理原则 ·····	(656)
第一节	CCU 的收治范围及特点 ·····	(656)
第二节	CCU 护理常规 ·····	(656)
第三节	心律及血压监测异常的一般处理·····	(658)
第四节	AMI 患者住院早期的一般护理 ·····	(660)
第三章	重症冠心病患者的监护·····	(662)
第一节	不稳定性心绞痛患者的监护·····	(662)
第二节	AMI 严重并发症患者的监护 ·····	(662)
第三节	AMI 溶栓治疗的护理配合 ·····	(663)
第四节	心脏骤停抢救的护理配合·····	(664)
第五节	介入性治疗患者的术后监护·····	(666)

第一部分

心肺血管内科疾病

第一篇 高 血 压

第一章 高血压的定义与分级

高血压是指体循环动脉收缩期或舒张期血压持续增高,偶然一次增高并不能确诊为高血压。一般指连续非同日3次增高,达到下列标准方可诊断为高血压。

流行病学调查证明血压的分布是连续的。高血压的确定是根据血压数值连续性分布中人为选择的阈值。正常血压与高血压水平之间并无截然界线。因此,以任一水平划分正常血压与高血压都有一定主观性,且血压水平因年龄、种族、血管损害程度、范围以及其他导致早发心血管病危险因素的差异而有所不同。

心血管危险因素与血压水平之间有密切连续关系。高血压的定义是人为的,正常血压和高血压之间无明确界限。因此各国(如美国JNC)和世界卫生组织、国际高血压学会所定血压正常值也有所不同,为了减少由此引起的混淆,统一标准是非常重要的。不仅要强调血压水平,而且还要评价患者总心血管危险因素,建议高血压的定义为:在未使用抗高血压药物的情况下,收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。既往有高血压史,目前正在使用抗高血压药物,现血压虽未达上述水平,亦应诊断为高血压。现将WHO和ISH关于18岁以上的成年人血压水平分期或分级方法列表如下(表1-1-1-1、表1-1-1-2)。国内在结合我国的情况外,基本采用了世界卫生组织与国际高血压学会内容。

一、高血压的分级

世界卫生组织和国际高血压学会认为1,2,3期(stage)这一术语有随时间病情进展之含义,以级(grade)替代期为好。在本分类方法中与之相应地采用高血压第1,2,3级的分类方法。WHO与国际高血压学会以前版本所用的“轻”、“中”、“重”度分别与“1,2,3级”相对应。既往的WHO与国际高血压学会所常用的术语临界高血压则为高血压I级的一个亚组。

收缩压和舒张压属于不同级时,选择较高的级别作为该个体的血压分级。WHO与国际高血压学会的指南将 $\text{SBP} \geq 140\text{mmHg}$ 和 $\text{DBP} < 90\text{mmHg}$ 单独列为单纯性收缩期高血压,将 $\text{SBP} 140 \sim 149\text{mmHg}$ 、 $\text{DBP} < 90\text{mmHg}$ 者列为临界性单纯性收缩期高血压。

表 1-1-1-1 根据血压水平的高血压定义和分期(WHO/ISH)

类 别	收 缩 压 (mmHg)*	舒 张 压 (mmHg)
理想血压	<120	<80
正常血压	<130	<85
正常高值	130~139	85~89
1 级高血压(“轻度”)	140~159	90~99
亚组:临界高血压	140~149	90~94
2 级高血压(“中度”)	160~179	100~109
3 级高血压(“重度”)	≥180	≥110
单纯收缩性高血压	≥140	<90
亚组:临界高血压	140~149	<90

* 1mmHg=133.322Pa。下同

当一个受检者的收缩压和舒张压在不同的类别时,取较高一个类别。

二、根据心血管病危险的绝对水平进行分层

关于按照靶器官损害程度将高血压按Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ期的分期方法,由于有关靶器官受损害的关系在某些情况下不能清楚地确认,故 WHO 与国际高血压学会的指南不再采用此分期方法,代之以血压水平结合危险因素及靶器官受损情况与有关临床情况将病人分为低危险组、中度危险组、高危险组、极高危险组。治疗高血压病人时,不仅要根据血压的水平,还要考虑危险因素和靶器官或其他合并症的情况。Framingham 一组研究表明,平均年龄 60 岁(45~80 岁)的高血压患者的 10 年随访发生非致死卒中或非致死的发生率和血压水平,可将病人分为低危险组、中危险组、高危险组以及极高危险组。

表 1-1-1-2 治疗对心血管病危险性的绝对影响

患者危险度	绝对危险性 (10 年 CVD 事件)	绝对治疗影响 (1000 病人年可防止 CVD 事件)	
		10/5mmHg	20/10mmHg
低危病人	<15%	<5	<9
中危病人	15%~20%	5~7	8~11
高危病人	20%~30%	7~10	11~17
极高危病人	>30%	>10	>17

1. 低危险组

年龄小于 55 岁男性和小于 65 岁女性高血压患者,无危险因素亦无靶器官损害(TOD)和有关临床情况(ACC)。临界高血压的病人危险性特别低。

2. 中度危险组

包括不同血压水平和危险因素 1~2 级患者,除糖尿病外有 1 个或以上危险因素无 TOD 和 CCD。

3. 高危险组

包括危险因素 3 个,有糖尿病或靶器官损害的 1 级或 2 级患者以及不伴其他危险因素的