

科文医学文库

美国最新临床病案精要

Cardiology Pearls

心血管病病案精选

主编 Blase A. Carabello
William L. Ballard
Peter C. Gazes

主译 刘同宝 陈良华 孟立华



江西科学技术出版社
科文(香港)出版有限公司



美 国 最 新 临 床 病 案 精 要

Cardiology Pearls

心血管病病案精选

主 编 Blase A. Carabello
William L. Ballard
Peter C. Gazes

主 译 刘同宝 陈良华 孟立华

参译者 陈恕凤 张奎星 韩 玮
贺舒曼 钱璟琿
主 审 朱兴雷 邵建华 杨国钧

江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

心血管病病案精选/(美)卡拉贝洛(Carabello,B.A.)著;刘同宝等译—南昌:江西科学技术出版社,2001.11
(美国最新临床病案精要)
ISBN 7-5390-2011-3
Ⅰ.心… Ⅱ.①卡…②刘… Ⅲ.心脏血管疾病-病案-汇编-美国 Ⅳ.R54
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 078921 号

国际互联网(Internet)地址:
HTTP://WWW.NCU.EDU.CN:800/

心血管病病案精选 刘同宝等译

出版	江西科学技术出版社
发行	
社址	南昌市新魏路 17 号
	邮编:330002 电话:(0791)8513294 8513098
印刷	南昌市印刷一厂
经销	各地新华书店
开本	787mm×1092mm 1/16
字数	322 千字
印张	13.25
印数	3200 册
版次	2001 年 11 月第 1 版 2001 年 11 月第 1 次印刷
书号	ISBN 7-5390-2011-3/R·480
定价	28.80 元

(赣科版图书凡属印装错误,可向出版社发行部或承印厂调换)

● 序 ●

《心血管病病案精选》是《美国最新临床病案精要》丛书的第4册,仍需保持前3册的优点,任务繁重。为此,我们从冠脉疾病、心脏瓣膜病、先天性心脏病、影响心脏的全身性疾病以及外周血管和大动脉疾病患者中精选了100例。本书的读者对象是心脏病专科医师及主治医师,但其中许多病例对普通内科医师也有借鉴价值。

选入本书的病例均有不同程度的诊断或治疗困难。尽管有些病例诊断可能较为简单(如急性心肌梗死),但其合理治疗却不简单。我们希望读者能从中发现富于挑战性的问题。《心血管病病案精选》力争具有指导性及争议性。虽然读者可能同意大多数诊断,但对每个病例的处理则可能存在不同意见或有争议。如果有的话,我们希望这些争议将是建设性的并有助于解决及处理疾病。

感谢南卡罗来纳医科大学(Medical University of South Carolina)及退伍军人事务医疗中心 Ralph H. Johnson 系(the Ralph H. Johnson Department of Veterans Affairs Medical Center)的超声心动图室及心电图室。尤其要感谢 Adell Bell 与 Thodora Hollifeld,他们为本书图片的编排提供了帮助。

感谢 Linda Paddock 与 Louisa Cory,没有他们出色的文字处理工作,本书将不可能完成。

Blase A. Carabello, M.D.

William L. Ballard, M.D.

Peter C. Gazes, M.D.

13207

●译者前言●

《心血管病病案精选》包含 100 例典型病例,几乎涵盖了整个心血管病学的各个方面。本书的主要特点是问题导向性(Problem – oriented)。带着问题去思考、阅读、查资料并紧密结合临床实践,是获取医学知识最有效的捷径。

本书中每一病例内容短小精悍、言简意赅、重点突出、写作风格独特,使读者只接触一遍即感记忆深刻。该书反映了当今心血管病学的研究进展,有些内容在绝大多数国内相关书籍中甚难见到或不系统,但却至为重要、实用。

参与本书翻译的人员大多为在读研究生,他们从繁重的工作、学习、科研中抽出点滴时间,不遗余力,有时为某一术语或内容的表达查阅大量资料以求准确。对他们卓有成效的具体工作表示感谢。

承蒙博士生导师朱兴雷、邵建华及杨国钧教授百忙之中对全部译稿进行了审阅,以保证其翻译准确。由于参译人员较多,各人文笔不一,加之自身水平所限,缺点和错误在所难免,恳请同道指正。

刘同宝 陈良华 孟立华

于山东省第三人民医院

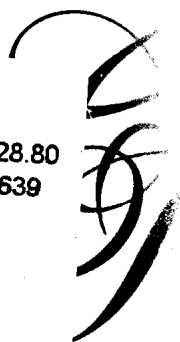
R54
LTB

CNY28.80
1030639

心血管病病案精选

Blase A Carabello,

南昌 2001



责任编辑 胡会林

封面设计 邓玉琼

● 目 录 ●

序	(1)
译者前言	(1)
病案 1 低血压、连续性杂音	(1)
病案 2 急性心肌梗死	(3)
病案 3 反复出现心力衰竭、收缩期杂音	(5)
病案 4 劳累性心绞痛	(7)
病案 5 新近出现杂音、发热、寒颤 1 周	(9)
病案 6 难治性充血性心力衰竭	(11)
病案 7 下、后壁心肌梗死	(13)
病案 8 咳嗽、呼吸困难及电交替	(15)
病案 9 智力低下、急性胸痛	(17)
病案 10 间歇性胸痛、硝酸甘油有效	(19)
病案 11 高血压、慢性房颤	(21)
病案 12 异常心电图	(23)
病案 13 静脉吸毒、发热、寒颤、厌食、体重减轻	(25)
病案 14 高血压控制不良、肺水肿	(27)
病案 15 急性心肌梗死并发症	(29)
病案 16 频发室性早搏	(31)
病案 17 心悸、胸痛	(33)
病案 18 心悸、头晕、心电图异常	(35)
病案 19 心电图显示低电压	(37)
病案 20 前壁心肌梗死、应用溶栓治疗	(39)
病案 21 运动耐力减低、舒张期杂音	(41)
病案 22 应用奎尼丁出现晕厥先兆	(43)
病案 23 急性下壁心肌梗死、肺水肿	(45)
病案 24 深静脉血栓形成、右臂发冷	(47)
病案 25 呼吸困难、非发绀性先天性心脏病	(49)
病案 26 主动脉瓣置换、发热、I 度房室传导阻滞	(51)
病案 27 急性肩胛间区疼痛、右手发冷	(53)

病案 28	体重减轻、心脏杂音	(56)
病案 29	因胸痛及 ST 段抬高接受溶栓治疗	(58)
病案 30	肺水肿、射血分数正常	(60)
病案 31	头痛、恶心、视力模糊、心电图异常	(62)
病案 32	应用地高辛过程中出现室上性心动过速发作	(64)
病案 33	稳定性心绞痛、建议行铈应激试验	(66)
病案 34	接受地高辛及奎尼丁治疗出现恶心、心律失常	(69)
病案 35	进行性加重的疲乏、呼吸困难和发绀	(71)
病案 36	产后出现劳力性呼吸困难、疲乏无力	(73)
病案 37	宽 QRS 波心动过速发作	(75)
病案 38	呼吸困难、下肢发绀	(77)
病案 39	严重慢性阻塞性肺病、水肿	(79)
病案 40	胸痛、冠脉造影正常	(81)
病案 41	急性心肌梗死、出现新的心脏杂音	(83)
病案 42	术后急性胸痛、呼吸困难	(85)
病案 43	心源性猝死	(88)
病案 44	周围性水肿、腹围增大、10 年前曾发生车祸	(90)
病案 45	β 阻滞剂治疗、高热	(92)
病案 46	二尖瓣狭窄、左侧肢体无力	(94)
病案 47	人工二尖瓣置换术后抗凝治疗、需行直肠息肉切除术	(96)
病案 48	昏迷、心电图 ST 段异常	(98)
病案 49	宽 QRS 波心动过速	(100)
病案 50	冠脉搭桥术后心室功能改善	(102)
病案 51	近期开始 ACE-I 治疗、出现下肢无力和异常心电图	(104)
病案 52	心率 38 次/min	(106)
病案 53	突发胸痛后出现劳力性呼吸困难和心脏杂音	(108)
病案 54	发绀、心脏杂音	(110)
病案 55	病理性肥胖、呼吸困难	(112)
病案 56	胸痛、左束支传导阻滞	(114)
病案 57	心脏杂音、高血压	(116)
病案 58	新近出现房颤	(118)
病案 59	反复发作胸痛、近期应激试验阴性	(120)
病案 60	心脏移植术后铈心肌扫描异常	(122)
病案 61	心脏基底部收缩期杂音、右束支传导阻滞	(124)
病案 62	静脉吸毒史、发热、急性肺水肿	(126)
病案 63	急性心肌梗死、室性早搏	(128)
病案 64	短暂脑缺血发作、右手发冷	(130)
病案 65	收缩期喷射性杂音、进行性呼吸困难	(132)

病案 66	反复心慌、颈动脉窦按摩无效	(134)
病案 67	长期心脏杂音、快速进行性充血性心力衰竭	(136)
病案 68	胸骨后疼痛、吸气时加重	(138)
病案 69	清晨发生胸痛	(140)
病案 70	充血性心力衰竭、体重减轻	(142)
病案 71	反复发作心动过速	(144)
病案 72	机动车事故后出现胸痛	(146)
病案 73	关节疼痛、呼吸困难	(148)
病案 74	充血性心力衰竭、左侧轻度偏瘫	(150)
病案 75	胸痛、应激试验阳性	(152)
病案 76	高血压、不典型胸痛、异常心电图	(155)
病案 77	发热、心包积液	(157)
病案 78	腹部手术后心电图改变	(159)
病案 79	心律失常、心力衰竭、进行性呼吸困难	(161)
病案 80	肺炎、休克、既往身体健康	(163)
病案 81	Starr - Edwards 主动脉瓣置换、进行性呼吸困难	(165)
病案 82	剧烈胸痛、异常心电图	(167)
病案 83	行动迟缓、疲劳、胸痛	(169)
病案 84	妊娠 6 个月、心力衰竭	(171)
病案 85	酗酒、窦性心动过缓、意识模糊	(173)
病案 86	充血性心力衰竭、心脏扩大	(175)
病案 87	发现心脏杂音 10 年	(177)
病案 88	排尿后晕厥	(179)
病案 89	急性前壁心肌梗死、溶栓治疗	(181)
病案 90	二尖瓣狭窄、右上胸痛	(183)
病案 91	反复发作头晕	(185)
病案 92	药物成瘾、胸痛	(187)
病案 93	右束支传导阻滞	(189)
病案 94	急性下壁心肌梗死后低血压	(191)
病案 95	明显 T 波异常	(193)
病案 96	心肌梗死后休克	(195)
病案 97	肾移植、高血压、肺水肿、耳鸣	(197)
病案 98	发绀、心悸	(199)
病案 99	长期不适、右臂突然麻木	(201)
病案 100	晕厥	(203)

病案 1 低血压、连续性杂音

患者,男性,28岁,建筑工人。既往身体健康,此次因工作时突发虚脱入院。既往无心脏病症状,1年前体格检查正常。无心脏病家族史。

体格检查

生命体征:脉搏 120 次/min(规则);血压 80/40mmHg。

一般情况:无急性呼吸窘迫,不伴出汗。

胸部:双肺底部可闻及爆裂音。

心脏:主动脉瓣区可闻及Ⅲ/Ⅵ级连续性杂音,舒张期更响,并沿胸骨传导。

实验室检查

白细胞(WBC):9 900/ μ l。

胸片:心脏大小正常,主动脉正常,肺血管纹理增多。

心电图(ECG):正常。

超声心动图:因技术原因难以获得理想图像。

心脏导管检查结果如下:

	氧饱和度	压力(mmHg)
右房	55%	8
右室	85%	40/8
肺动脉	84%	40/12/15
肺毛细血管楔嵌处	95%	11
左室	95%	80/12

问题

哪种先天畸形最能解释上述检查结果、临床表现和体格检查?

诊断

乏氏窦瘤破裂。

讨论

乏氏窦瘤是因为乏氏窦先天发育不良所致。乏氏窦瘤一般在 30 岁以前破裂,但有些可终生存在而不发生破裂。破裂一般是自发的,但主动脉压力增加(如等长运动时)可促发其破裂,也可继发于感染性心内膜炎。本例患者系建筑工人,常进行重体力运动,易致其破裂。无冠窦(后窦)瘤破入右房,而右冠窦瘤则破入右室。偶可直接破入心包,引起心脏压塞而致死。

本病出现连续性杂音表示血液从主动脉持续流入右室或右房,因为主动脉内压力总是高于右室和右房。动脉导管未闭和主动脉缩窄亦可出现连续性杂音,但不会突然恶化,右心室氧含量亦不会增加。室间隔缺损常伴有主动脉瓣关闭不全,体检时也易与本病混淆,但病情急剧恶化则罕见。

本例患者右室氧含量增高,表明为右冠窦瘤破裂。血氧测定数据表明有 4:1 的左向右分流。大量的血液从主动脉流向右心室,使心输出量减少,导致低血压。对本例患者立即进行外科手术并取得成功。但对于小的穿孔,除预防心内膜炎外,可不采取其他治疗措施而随访观察数年。中等程度的破裂可使左、右心室容量负荷逐渐过重,充血性心力衰竭渐进性发展,当症状加重或左室扩张明显时应予以手术修补。

临床要点

1. 突发连续性杂音且血流动力学恶化常提示乏氏窦瘤破裂。
2. 在右房或右室水平氧含量不断升高并伴有连续性杂音支持乏氏窦瘤破裂的诊断。
3. 乏氏窦瘤患者必须预防心内膜炎。

病案2 急性心肌梗死

患者,男性,7岁。因突发胸前区疼痛伴呕吐、全身不适入院。1年前曾患过发热性疾病,伴结膜炎、手足皮肤脱屑。

体格检查

生命体征:体温 37.2℃;脉搏 110 次/min;呼吸 22 次/min;血压 110/60mmHg。

一般情况:轻微痛苦面容。

眼底:无出血。

皮肤:正常。

胸部:呼吸音清晰。

心脏:S₁、S₂ 均正常。

四肢:无淤点,无斑片状出血。

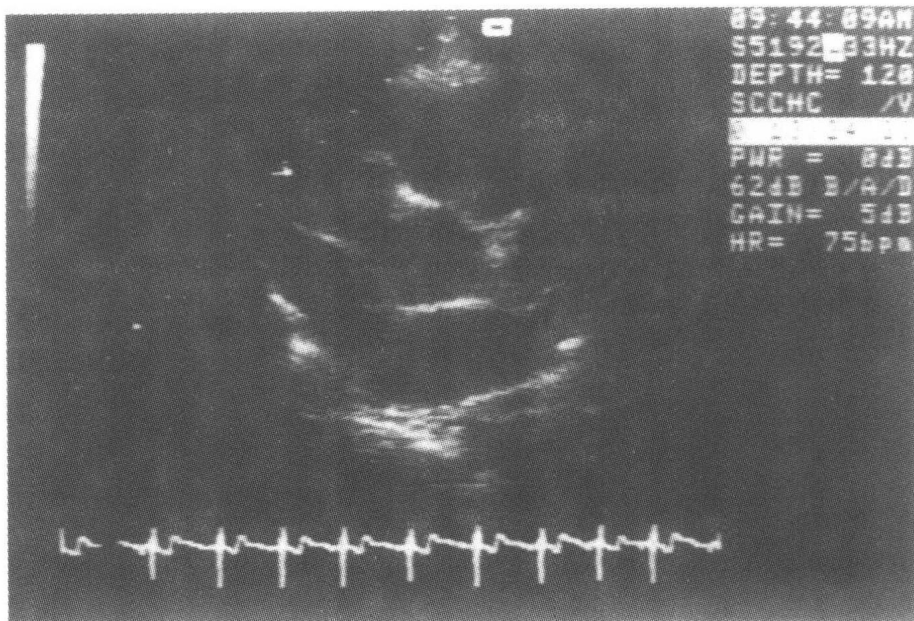
实验室检查

WBC:8 900/ μ l。

红细胞比容(HCT):35%。

ECG:左胸导联 ST 段抬高,符合前壁心肌梗死。

超声心动图:



问题

患者患的是什么病？

诊断

皮肤粘膜淋巴结综合征(川崎病)。

讨论

川崎病是一种病因不明的小儿发热性疾病。典型者其发热抗生素治疗无效。手足皮肤表现为红斑、脱皮。其他临床表现还包括双眼结膜充血、口唇干裂、杨梅舌、颈部淋巴结病变及不伴水疱的弥漫性红斑。

川崎病最重要的病变由小动脉周围炎所致,尤其是发生于冠状血管床时。血管炎最终导致冠状动脉瘤样扩张,如本例超声心动图所示。此类动脉瘤可继发血栓形成,引起急性冠状动脉功能不全和心肌梗死。某些患者的动脉瘤是否能自行消退尚不清楚。

患者心肌梗死常于初次发热6个月内发生。但亦可如本例,心肌梗死可在发病后数月或数年发生。有些患者三支冠状动脉均出现动脉瘤,在不同的血管分布区反复发生心肌梗死。不像成人冠状动脉粥样硬化动脉瘤,川崎病动脉瘤可破裂,引起急性心包积血及死亡。本病的其他心脏表现尚有心包炎、心肌炎,这些可促使心律失常的发生,偶可致充血性心力衰竭。

川崎病尚无有效治疗措施。大剂量水杨酸盐可减少冠状动脉血栓形成的危险。丙种球蛋白(γ -球蛋白)可能有助于抑制冠状动脉瘤的形成。皮质醇类药物可能有害,不应使用。尽管有些患者做了外科旁路手术,但大隐静脉桥闭塞率高达30%。目前外科旁路手术能否延长寿命还不清楚。

本例前壁心肌梗死痊愈出院,长期服用水杨酸盐。其超声心动图显示冠状动脉瘤样扩张,证实系川崎病。

临床要点

1. 川崎病起始症状表现为发热、手足红斑继之脱屑,其他尚有结膜充血、口唇干裂、杨梅舌、颈部淋巴结病及弥漫性非水疱性红斑。
2. 冠状动脉瘤形成是川崎病最严重的并发症。
3. 治疗可选用水杨酸盐和丙种球蛋白。甾体类药物应避免使用。
4. 心肌梗死常于发病后6个月内发生,但某些患者可在数年后出现心脏病变。

病案3 反复出现心力衰竭、收缩期杂音

患者,男性,68岁。既往6个月反复出现充血性心力衰竭,速尿、地高辛治疗无效。试用卡托普利(12.5mg tid)导致近乎晕厥。

体格检查

生命体征:脉搏 115 次/min;呼吸 26 次/min;血压 100/50mmHg。

颈部:颈静脉怒张,颈动脉搏动迟滞。

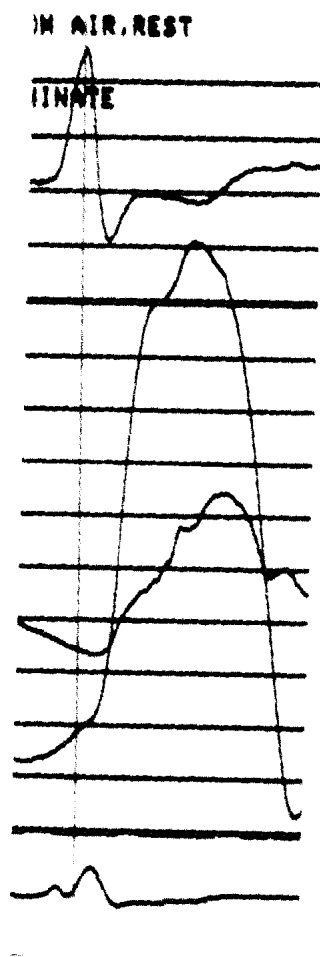
胸部:双侧肺底部可闻及啰音。

心脏:可闻及 S_3 , 还可闻及 I/VI 级收缩期杂音,收缩晚期最响。

实验室检查

ECG:窦性心动过速,左房扩大,左室肥厚伴劳损。

心导管压力曲线:



问题

心脏柔和性杂音的原因是什么？卡托普利为什么导致近乎晕厥？

诊断

主动脉瓣狭窄。

讨论

无症状的主动脉瓣狭窄患者预后良好。然而,一旦出现心绞痛的症状、晕厥或发生充血性心力衰竭,除非手术纠正,否则预后急剧恶化。一般来说,如果不进行瓣膜置换,50%的有心绞痛发作者将在5年内死亡,50%的有晕厥发作者将在3年内死亡,50%的有充血性心力衰竭者将在2年内死亡。

未能意识到主动脉瓣狭窄是患者心力衰竭的病因时,可导致严重后果。尽管血管扩张药是充血性心力衰竭治疗的主要药物,但重度主动脉瓣狭窄时应禁用。主动脉瓣狭窄时应用血管扩张药可降低总外周阻力,但并不能预期增加心输出量,因为左心室血液流出严重受阻,心输出量较为固定。此类血流动力学变化可导致严重低血压、晕厥,甚至死亡。因此,在充血性心力衰竭开始治疗之前明确主动脉瓣狭窄是否存在极为关键。诊断最重要的线索有颈动脉搏动迟滞、收缩期喷射性杂音(收缩晚期增强)及常为单一成分的S₂(因主动脉瓣叶活动受限)。老年患者颈动脉弹性差,可使颈动脉搏动相对正常。主动脉瓣狭窄的杂音可不响亮,特别是发生充血性心力衰竭及心输出量降低之后。

一旦疑及主动脉瓣狭窄,首选多普勒超声心动图检查主动脉瓣以确诊。超声心动图可了解左室功能、左室肥大的程度及主动脉瓣活动情况。多普勒检查则可准确测量跨瓣梯度,有助于更好地评估病情的严重程度。当病史、体格检查和超声心动图均提示重度主动脉瓣狭窄是患者心力衰竭的原因且考虑手术治疗时,应行心导管检查(必要时冠状动脉造影)以进一步明确血流动力学状况。计算主动脉瓣瓣口面积和主动脉瓣阻力,可进一步指导临床医生评价病情的严重程度。

主动脉瓣狭窄尚无有效的药物治疗。主动脉瓣膜置换是惟一有肯定效果的方法。不宜行外科手术治疗的患者可采用主动脉瓣球囊扩张术作为姑息治疗。

本例患者的压力曲线表明主动脉瓣跨瓣压力梯度很大。采用瓣膜置换术后射血分数由术前的0.22上升至0.45,心衰症状明显改善。

临床要点

1. 重度主动脉瓣狭窄的杂音可以是柔和的,但持续时间长,收缩晚期最响。
2. 老年主动脉瓣狭窄患者可无颈动脉搏动迟滞这一典型周围血管征。
3. 主动脉瓣狭窄患者出现充血性心力衰竭预后不佳,如未行瓣膜置换术,50%的患者在2年内死亡。
4. 充血性心力衰竭拟用血管扩张剂治疗时,需排除主动脉瓣狭窄,后者是血管扩张剂应用的禁忌证。
5. 主动脉瓣狭窄尚无有效的药物治疗。出现心绞痛、晕厥或心力衰竭症状者如未积极行手术治疗可导致猝死。

病案 4 劳累性心绞痛

患者,女,45岁。有高血压病史,近3个月常于过度劳累后出现心绞痛。既往无心脏病史。动脉粥样硬化危险因素有肥胖、阳性家族史和高血压。

体格检查

生命体征:脉搏 80 次/min,呼吸 16 次/min,血压 150/80mmHg。

一般情况:肥胖但无呼吸窘迫。

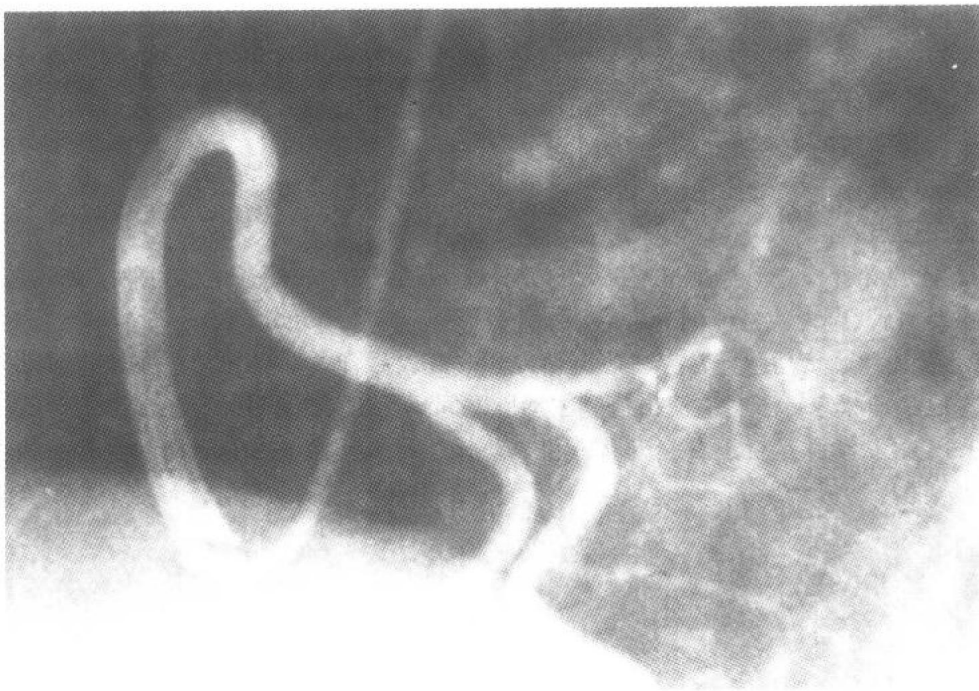
胸部:呼吸音清晰。

心脏:可闻及 S_4 。

四肢:远端脉搏对称。

实验室检查

心导管检查结果如下图:



问题

冠状动脉的解剖有何异常?如何解释本例患者的心肌缺血?

诊断

左冠状动脉起源异常。

讨论

本例冠状动脉造影表明左冠状动脉起源于右冠窦,经右室流出道和主动脉之间行至左心室。在这种异常情况下,尽管冠状动脉解剖上没有病变,但亦可出现心肌缺血。因为在运动时,右室流出道和主动脉内压力升高,行走于两者之间的冠状动脉将受挤压。已有心绞痛、钝灌注缺损和猝死的报道支持确实存在缺血。提倡结扎左冠状动脉近端并行搭桥术以改变冠脉血流通道。

另外3种可引起缺血的冠状血管病变包括:①先天性冠状动脉狭窄;②左冠状动脉起自肺动脉;③冠状动-静脉瘘。先天性冠状动脉狭窄其病变不是动脉粥样硬化而是先天性狭窄。冠状动脉狭窄限制血流量,导致缺血。左冠状动脉起自肺动脉,使灌注压和血氧含量降低,导致心肌缺血和/或心肌梗死。此类异常若不行外科手术仅25%能活至成年。冠状动-静脉瘘(左向右分流)因为血液经瘘管流回静脉而未到达心肌,从而使瘘管远端的心肌缺血。大多数瘘管通入右心室。大的瘘管可产生大量左向右分流,使容量负荷增加致左室衰竭。动-静脉瘘的其他并发症还包括细菌性心内膜炎和动-静脉瘘破裂。

另外还有几种冠状动脉异常,但不引起血流动力学变化和心肌缺血。最常见为回旋支起自右冠窦。因为回旋支不走行于主动脉和右室流出道之间,所以冠状动脉血流量并无减少。其他常见异常尚包括第一间隔穿支的起源异常、左前降支起自右冠窦(走行路径包绕右室流出道与升主动脉)及单一冠脉。尽管这些异常自身并不导致冠状动脉缺血,但是易于发生粥样硬化。在心导管检查中,如不能辨认起自意外开口的异常动脉,将不能诊断出该血管所致的有症状的冠脉疾病。

本例患者给予 β 阻滞剂治疗后症状消失。

临床要点

1. 行心导管检查时当标准冠状动脉造影完成后,应仔细检查全部血管。如不能明确三支主要血管,应查找可能的异常起源。
2. 有几种冠状动脉异常存在血流动力学改变。尽管大部分异常可在儿童时期发现,但是左冠状动脉走行于右室流出道和主动脉之间仍是成年人猝死的潜在原因。
3. 左冠状动脉走行于右室流出道和主动脉之间的患者可用 β 阻滞剂改善症状。