

94
R54
7
2

心脏病患者生活 保健指南

主 编 张子彬

副主编 张玉传 朱文华

XAB 2011



3 0109 1179 4



科学技术文献出版社



871654

(京)新登字130号

内 容 简 介

本书详细分析了各种常见心血管病的起因、症状及其危害性，全面介绍了其诊断及治疗方法、用药及预防知识，并对心脏病患者的饮食起居、劳动卫生、婚姻生育、体育锻炼等提供了很多科学的建议。心脏病患者读后可获得极有价值的知识，广大读者及基层医务人员也可从中大受裨益。

心脏病患者生活保健指南

张子彬 主编

科学技术文献出版社出版

(北京复兴路15号 邮政编码100038)

北京市燕山联营印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

787×1092毫米 32开本 5.125印张 108千字

1992年5月第1版 1992年5月第1次印刷

印数：1—10000 册

科技新书目：266—112

ISBN 7-5023-1635-3/R·291

定 价：2.90元

前 言

心血管病是常见病、多发病，其发病率和死亡率在我国已占各种疾病的首位，严重危害人们的健康。如何防治心血管病已成为人们普遍关注的问题。目前，有关心血管病的专著颇多，但为广大群众所急需的科普读物尚少。为满足心血管病患者及其亲属的迫切需要，我们参考大量国内外文献，结合多年临床实践经验，特编著了《心脏病患者生活保健指南》一书，以飨读者。

本书以通俗易懂的语言，详细分析了常见心血管病的起因、症状及危害性，介绍了其诊断与治疗方法、用药时的注意事项以及预防知识。对心脏病患者的饮食起居、劳动卫生、婚姻生育及体育锻炼等也作了详尽阐述。心脏病患者读后可获得必要的知识，有利于康复；广大群众及基层医务人员读后，对防病保健也大有裨益。

参加本书编写的人员有：王学儒、王临海、朱文华、刘玉华、孙兆明、刘肖林、刘志福、李耀荣、张子彬、张玉传、张梅林和韩学文。

张子彬

1991年夏于山东滨州

目 录

第一章	心力衰竭患者生活保健指南·····	(1)
第二章	心律失常患者生活保健指南·····	(17)
第三章	冠心病患者生活保健指南·····	(28)
第四章	风湿性心脏病患者生活保健指南·····	(91)
第五章	高血压患者生活保健指南·····	(101)
第六章	慢性肺心病患者生活保健指南·····	(118)
第七章	心肌炎患者生活保健指南·····	(136)
第八章	心肌病患者生活保健指南·····	(143)
第九章	甲亢性心脏病患者生活保健指南·····	(151)

第一章 心力衰竭患者生活保健指南

一、保健指南

(一) 心力衰竭的起因

心脏好象是一个血泵。它通过心肌有节律地收缩和舒张，从静脉回吸血液，并将血液喷射入动脉之中，以维持心输出量和动脉血压，保持全身各组织的血液供应，满足组织的代谢需要。当心脏有器质性病变后，在多种因素的影响下，可使心肌的收缩力减弱，因此不能有效地将回心血液等量的搏出，造成心输出量绝对或相对地减少，或同时伴以显著的静脉淤血，这就是心力衰竭。

引起心力衰竭的原因很多，常见的如冠心病、特发性心脏病、各种原因的心肌炎等，均可导致心肌收缩力降低。主动脉瓣狭窄、高血压、肺动脉瓣狭窄、肺原性心脏病等各种引起肺动脉高压的疾病，风湿性心脏病的二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、主动脉瓣关闭不全等，均可使心脏的负荷加重。心室肥厚、肥厚性心肌病等，可使心室舒张期扩张性减低。由于上述原因，在心脏负荷加重或心室舒张期扩张性减低的情况下，加之心肌收缩力受到损害时，心力衰竭即可发生。

(二) 哪些因素能加重或诱发心力衰竭

在发生心力衰竭之前，心脏往往通过紧张原性扩张、心率加快、心肌肥大以及神经体液因素的反射作用等使心肌收缩力增强，代偿性地维持足够的心排血量，而不出现心力衰竭的临床表现。但在某些因素的影响下，可以过早地破坏这种代偿性平衡状态，而发生心脏代偿失调即出现心力衰竭。这些因素不仅可诱发心力衰竭，亦可加重心力衰竭。

1. 感染：包括心肌本身的感染与心外感染。心肌本身的感染如病毒性心肌炎等，因其直接损害心肌而引起心力衰竭。心外感染，则因发热时代谢增加，心率加快，感染性毒素对心肌的直接损害等，使心肌收缩力减弱，而导致心力衰竭。感染中以肺和呼吸道的炎症影响最大。

2. 心律失常：包括快速心律失常与缓慢心律失常。快速心律失常，如阵发性心动过速、快速心房颤动等，可使心室舒张期过短，心室充盈减少，心输出量降低，并可影响冠状动脉供血，增加心肌耗氧量，因而进一步影响心肌的收缩力与心输出量。缓慢性心律失常，如完全性房室传导阻滞、窦房传导阻滞、病态窦房结综合征等，虽可使心舒张期充盈增加，每搏量增加，但因心率慢而不足以维持每分钟心输出量，因而可以诱发心力衰竭。

3. 电解质紊乱与酸碱平衡失调：当细胞外液高钠、高钾、低镁、低钙和酸中毒时，可影响心肌收缩力而诱发心力衰竭。

4. 过度劳累、情绪激动、不适宜的运动、妊娠分娩等，均因代谢需要增加或心脏的负荷过度而诱发心力衰竭。

5. 输血、输液过多过快或失血与贫血：输血、输液过多过快，可使血容量急骤增加，回心血量增多，引致前负荷过度而诱发心力衰竭。失血和贫血，可因心排血量降低，心肌供血量供氧减少，而诱发心力衰竭。

6. 摄入过多的水、食盐以及使用潴钠类药物过多（如保泰松、强的松等），造成水、钠潴留与血容量增加，导致心脏负荷加重，而诱发心力衰竭。

7. 冠状动脉供血不足与肺栓塞：心脏病时，如再突然发生冠状动脉供血不足，则可引致心肌收缩力减弱或心肌收缩不协调而诱发心力衰竭。肺动脉栓塞或由它引起的肺动脉痉挛，可加重右心的后负荷而导致右心衰竭。

8. 抑制心肌收缩力的药物（或心脏毒性药物）影响： β -肾上腺素受体阻滞剂（如心得安等）、交感神经阻滞剂、某些抗心律失常药（如奎尼丁、普鲁卡因酰胺等）、洋地黄过量，均可抑制心肌收缩力而引起或加重心力衰竭。

（三）心力衰竭的临床表现

从临床的角度来看，可以将心力衰竭分为左心衰竭和右心衰竭。心力衰竭的早期可表现为一侧的心力衰竭，但病情逐渐发展，迟早将成为双侧衰竭，即全心衰竭。

1. 左心衰竭：左心衰竭的主要表现为活动后心慌、呼吸困难、开始喜欢睡眠时高枕，以后发展为端坐呼吸、阵发性夜间呼吸困难、急性肺水肿、咳嗽、咯血和疲劳、乏力等。体检主要是心脏增大，以左心室增大为主，心率加快或出现心律失常，舒张期奔马律、交替脉、心尖区收缩期杂音，肺底及肺部闻及湿罗音及哮鸣音，部分病人可有胸腔积

2. 右心衰竭：主要有皮下水肿、胸水、腹水、表浅静脉异常充盈，特别是颈静脉充盈或怒张更有临床意义，肝肿大伴压痛、食欲减退、腹胀、恶心、呕吐、尿量减少、夜尿增多、紫绀。少数病人可有失眠、嗜睡、谵妄，甚至精神错乱等。

心力衰竭由于病因不同，其心电图、X线、超声心动图等各有其特征性表现。

（四）心力衰竭的诊断

心力衰竭是临床常见的急重症之一，是多数心脏病病人几乎不可避免的结局，严重危害着人们的健康。

当心脏病人的心脏处于功能代偿期时，病人可以和心脏正常的人一样，不仅在休息时而且在适量劳动时均无任何自觉症状，但体检时则可发现心脏病的体征。例如，体检时发现心脏扩大，心脏杂音特别是舒张期杂音等是病人患有心脏病的体征，但病人可无任何自觉症状。当心脏病发展到一定严重程度或某些因素使患者的心脏负荷增加，致使心脏的功能处于失代偿时，即出现心力衰竭，病人才出现一系列的自觉症状。因此，在心脏病病人中，心功能不全症状的出现不是心脏病的开始，而是表明病人的心脏病已发展到相当严重的程度，达到心功能失代偿期。所以，如何确定心力衰竭，特别是早期诊断，直接关系到病人的预后。心力衰竭的某些症状和体征，也可见于其他疾病，呼吸困难、肝肿大、水肿、紫绀并非心力衰竭的特有表现，所以正确的诊断是正确治疗的前提。

心脏病患者出现明显的大、小循环淤血或心源性休克的症状和体征时，心力衰竭即可确定。但这时心功能已严重受损，对患者的生命构成极大的威胁。

当心脏病患者出现下列表现时提示早期心力衰竭。

1. 早期症状：心动过速、出汗多、面色苍白、尿少等交感神经兴奋所引起的症状；较重体力活动时引起呼吸困难或心绞痛以及活动时易疲乏无力等。

2. 早期体征：奔马律、肺底呼吸音减低、第二心音反常分裂等。

若能结合X线、心电图、创伤与无创伤性心功能检查更有助于心力衰竭的诊断。

（五）心脏病如何评价自己的心功能

心脏病患者如何评价自己的心功能，不仅关系到治疗的效果，而且可影响工作、生活等的安排。所以，心脏病患者若能正确地评估自己的心脏功能，将有助于提高生活质量，缩短病程，增加治愈率。

如果病人能自由活动，在一般的体力活动时不引起心慌、气短、呼吸困难、疲劳与心绞痛。这证明病人的心脏处于心功能代偿期，无心力衰竭。对于这样的病人在进行治疗和安排生活时不限制一般的体力劳动，但必须避免重体力活动或竞赛性的活动；若病人体力活动轻度受限制，于休息时无症状，而在一般体力活动时即引起心慌、气短、呼吸困难、疲劳与心绞痛，这说明病人存在着轻度心力衰竭，即心衰Ⅰ度，这些病人在安排工作和生活时，应中度限制患者的一般体力活动；有些病人体力活动明显受限，于休息时无症

状，但在轻微活动（如常速步行0.5—1公里，上二楼及上小坡等）时就出现心慌、气短、呼吸困难、疲劳或心绞痛，这说明病人存在着中度心衰，即心衰Ⅱ度，这类病人应严格限制其一般体力活动；部分病人不能作任何体力活动，即使在休息时也有心慌、气短、呼吸困难，疲劳或心绞痛，并出现心力衰的体征，这些病人属重度心力衰竭，即心衰Ⅲ度，应绝对卧床休息，甚至吐痰、洗漱、洗脸、排便等均应由他人扶持。

心脏病患者当出现心力衰竭时，一般应根据心衰的程度限制其活动，但过长的卧床休息可发生下肢血栓性静脉炎，又可降低心脏的代偿能力。反之，过度的活动又能加重心力衰竭。所以，应动静结合，适当休息和活动。

（六）心力衰竭的预防

引起心力衰竭的病因很多，其中某些病因经过适当的内科和外科的治疗，可彻底治愈，从而避免心力衰竭的发生。有些心脏病患者，只有在一定因素长期持续存在时才发生心力衰竭，若能千方百计地寻找、确定、避免、去除这些因素，便可预防心力衰竭的发生。如脚气性心脏病用维生素B₁，贫血性心脏病用铁剂治疗，甲亢性心脏病用抗甲状腺药物或¹³¹碘治疗可使心衰消失或预防其发生。高血压性心脏病所发生的心力衰竭，通过积极控制血压，可使心衰纠正或防止其进一步恶化。感染性心内膜炎和风湿性心脏炎所引起的心力衰竭，经有效抗生素控制感染和肾上腺皮质激素抗风湿治疗，对防治心力衰竭有重要作用。某些先天性心血管疾病和后天性心血管疾病，经外科手术根治，可避免心力衰竭的发

生，如室间隔缺损、房间隔缺损、主动脉瓣狭窄、冠状动脉粥样硬化、风湿性二尖瓣狭窄、缩窄性心包炎等。各种感染均可诱发心脏病患者发生心力衰竭，其中最重要的是呼吸道感染和风湿热，只要控制呼吸道感染和风湿热，便可避免心力衰竭的发生。心律失常特别是快速型心律失常，可诱发或加重心力衰竭，若能纠正或控制心律失常，便可避免心力衰竭的发生或使心功能改善。妊娠和分娩均可诱发心力衰竭，若经积极处理，及时终止妊娠和结束分娩，可防止心力衰竭的发生。另外，还有输血、输液过多或过快，抑制心肌的药物或心脏毒性药物、水电解质紊乱和酸碱平衡失调等因素均可诱发心力衰竭，若能正确处理和纠正这些因素，将对预防心力衰竭有重要意义。

（七）心力衰竭的药物治疗原则

随着人们对心脏生理、心肌力学、血液动力学和心衰的病理生理认识的深化，在心力衰竭治疗上出现了长足的进展，特别是一些外科和机械手段用于心力衰竭，给心力衰竭，尤其是难治性心衰的治疗带来希望，但是药物仍是治疗心衰的主要和重要措施。

选择药物的原则是：①能快速缓解症状；②能降低死亡率；③能改变其自然病程；④较安全且能被患者所耐受。

1. 利尿剂：是一种缓解症状较快，比较安全地控制心力衰竭的药物。对于心衰Ⅰ～Ⅱ度的患者应首选利尿剂（如双氢克尿塞、氨苯喋啶、安体舒通、速尿等），根据病情选用口服或静脉制剂，但应注意水电解质紊乱等副作用。注意间断用药，并将用药后感觉变化及时告诉医生。

2. 洋地黄类强心剂：可增加心肌收缩力，减少心衰反复发作的频度，减少利尿剂的用量，增加运动耐受性，且能为大部分心衰病人长期耐受，具有其他药物不能取代的效用，是治疗心衰的重要药物之一。主要适应症是心衰伴快速性房颤或室上性心动过速。至于窦性心律的心衰应先用利尿剂，只有在利尿剂无效时，又无低血钾情况下才给予洋地黄治疗。洋地黄易受电解质和其它药物的影响，具体使用要按个体化原则，注意洋地黄的毒副作用。用量应由医生决定，病人不要随意改动。

3. 血管扩张剂：一般选用原则是，若以肺充血、肺水肿为主，心室充盈压明显增高而无明显周围灌注不足，宜选用静脉扩张剂，如硝酸酯；如果心排出量降低，周围灌注不足而肺充血不严重者宜用小动脉扩张剂，如肼苯哒嗪、酚妥拉明、血管紧张素转换酶抑制剂、钙拮抗剂等；若两者兼有则用硝普钠、呱唑嗪、巯甲丙脯酸或肼苯哒嗪加硝酸酯。

心力衰竭时用血管扩张药，通常不会引起血压下降，这是由于它使心搏出量增加而抵消了体循环的血管阻力降低之故，但亦有少数病人在静滴血管扩张剂时突然发生低血压，故强调从小剂量、低滴速开始给药，最好能在血液动力学的监测下使用，尤其是静脉给药，若无血液动力学监测，亦应密切注意血压、脉搏、心率（律）等生命体征的变化。

4. 非洋地黄类正性肌力药物：充血性心力衰竭经一般处理和利尿剂、洋地黄、血管扩张剂治疗之后，如未见明显疗效，则考虑用非洋地黄类正性肌力药物，如多巴胺、多巴酚丁胺等。

总之，心力衰竭的药物治疗，可根据心衰的程度选择药

物，对于轻度心衰可只用利尿剂治疗。对于中度心衰亦主张利尿剂和洋地黄联和应用，若病情无改善可加用血管扩张剂治疗。重度心衰或急性肺心肿者，目前的治疗趋势是血管扩张剂、利尿剂和洋地黄联合应用，必要时考虑应用非洋地黄类正性肌力药物。心力衰竭的药物治疗是比较复杂的，选用何种药物、用药的剂量、用药的疗程等最好在医生的指导下确定。若在用药过程中出现不良反应，除及时停药外，应及时告知医生处理，病情重者应住院治疗。

二、生活指南

（一）心力衰竭病人的膳食

控制饮食，特别是限制钠盐（指食盐氯化钠）的摄入量是治疗心力衰竭的重要方法之一。进食后消化道血流量需要增加，使耗氧量增多，也就增加了心脏的负担，尤其是饱餐及高热量饮食对心脏的影响更大。因此，根据心力衰竭病人的实际情况选择合适的进餐种类和方法，控制总热量的摄取，以使胃肠道得到休息，从而减轻心脏的负担，有益于心力衰竭的治疗。

1. 进餐的种类和方法：进餐的种类可根据心力衰竭的程度进行选择。轻度心衰，一般宜进食易消化的清淡食物，如大米饭、鸡蛋、鲜肉、淡水鱼、豆腐、新鲜蔬菜、水果等。中度及重度心衰病人，应进食流质或半流质食物，尤其在治疗开始阶段，最好在最初2~3日，给予豆浆、大米粥、小米粥、牛奶等流质食物。每日要少食多餐，可进食4~6

次，对夜间有阵发性呼吸困难者，可将晚餐提前，并且餐量要少，禁忌饱餐。亦可根据心衰的病因选择进餐的种类，如脚气性心脏病，宜进食富含维生素B₁的食物；贫血性心脏病，宜进食含铁较多的食物。对甲状腺机能亢进性心脏病、感染性心内膜炎及营养不良的风湿性心脏病、贫血性心脏病、脚气性心脏病等所致的心力衰竭，或缩窄性心包炎伴大量腹水的病人，血浆蛋白降低，发病与营养缺乏有关，此类患者应给予高蛋白饮食，特别是含必需氨基酸高的动物蛋白，如瘦肉、牛奶、鸡蛋、淡水鱼等。

2. 热量的供给：热量供给的多少，亦应根据心衰的程度决定。轻度心衰只将热量稍加限制，一般每日1500千卡¹⁾。对于中、重度心衰病人，在治疗开始期，应较严格的限制热量的摄入，以减轻心脏负荷，有利于心衰的恢复。住院最初几天，每日给1000千卡热量，病情满意改善后，可逐渐将热量增至1200~1500千卡。高血压性心脏病和冠心病肥胖的病人，应严格限制热量的摄入，以利减轻体重。同时要控制脂肪的摄入，以食植物油为主，尽量不食动物脂肪和动物内脏（每克糖产热4千卡，每克蛋白产热4千卡，每克脂肪产热9千卡）。

3. 低盐饮食：心力衰竭的主要临床表现是由于静脉和毛细血管淤血与体内细胞外水分增加所造成。由于水肿的液体是生理食盐水，故细胞外水分滞留的同时必有钠盐的滞留，除某些极严重的心衰有原发性水滞留外，如体内无钠滞留，就不可能有水分的滞留。亦就是说，限制钠盐的摄入，可以防止或消除体内液体的滞留，可以缓解或消除心衰的症

1) 1卡=4.186焦耳

状，是控制心力衰竭的最适当的方法。

正常成年人，每日食盐的摄入量为10克左右。心衰病人钠盐的限制视病情而定。

(1) 心力衰竭Ⅰ度(轻度心衰)：每日摄入钠总量应限制为2克(相当于食盐5克)。一般不用食盐烹调的食谱中，每日氯化钠的含量为2~4克。在患者用此饮食时，可给予食盐1~2克(中号牙膏盖平装食盐量约为1克)，可由患者在进餐时随意加在菜上，则食物咸味较为明显，滋味较为适口，患者乐于接受。

(2) 心力衰竭Ⅱ度(中度心衰)：每日钠摄入量应限制为1克(相当于食盐2.5克)。

(3) 心力衰竭Ⅲ度(重度心衰)：每日钠摄入量不得超过0.4克(相当于食盐1克)。

在低盐饮食中，可以食用五谷类、各种蔬菜(卷心菜、芹菜、菠菜除外)、豆类、各种水果(罐头水果或果汁中含食盐者除外)、植物油或猪油、食糖、无盐调味品、茶或咖啡、鲜肉、淡水鲜鱼、牛奶；禁用或少用的饮食有食盐、苏打粉、各种咸货或海味、用面碱做的各种食品(面包、糕点、饼干等)、含食盐或安息香酸钠的罐头食品、各种含钠饮料、调味品及松花蛋、巧克力、果仁及其他含钠高的食品。除氯化钠外，一切含钠的药物(如碳酸氢钠、水杨酸钠等)亦应限制应用。

如果病人食欲差，进食量少，则在饮食中不必严格限盐，以增加食欲，保持营养和体力。应用利尿药而大量利尿时，可不需限制钠盐摄入。

4. 水分的摄入：水潴留是钠潴留的结果，所以，在严

格限制钠摄入时，一般水分不必严格限制。但对于难治性心力衰竭病例，在限制钠摄入的同时，亦应限制水的摄入量。

（二）心力衰竭病人如何安排休息和工作

1. 体力休息：休息是减轻心脏负荷的主要方法，通过休息，身体需要的血流量减少，心脏的工作量亦必然减少。所以，适当的休息在心力衰竭的治疗上有极重要的意义。休息时可使血压降低，呼吸困难和呼吸费力消除，心率减慢，从而使心脏耗氧量降低，在轻度心衰有时仅通过休息便可达到控制心衰的目的。反之，有些程度较轻的心衰病人，由于不注意休息，可引起急性肺水肿或急性左心衰竭。所以，休息是治疗心力衰竭的重要方法，它可使轻度的心衰缓解，而较重的心衰减轻。

根据心衰的程度，决定休息的程度和方式。

轻度心衰：限制体力活动，尤其应停止比较强的运动。给予充足的午睡时间，下午可卧床几小时，使下肢水肿消退，避免晚间多余的水分吸收，从而引起阵发性夜间呼吸困难。晚上的睡眠时间亦应比正常人适当延长。

中度心衰：一般体力活动应严格限制，每天需有充分的休息时间，但进食、大小便等日常生活均可自理。夜间睡眠可给予高枕。

重度心衰：应完全卧床休息，日常生活亦应有专人扶持和护理。休息的体位以病人感到舒适为度，可予以半卧位。呼吸困难重者，可暂时坐于靠背椅上或坐在床边，使两腿下垂，以减轻呼吸困难。卧床患者，应注意定时改变体位，对

受压部位进行按摩，以防止发生褥疮。保持休息环境的安静、适宜的温度与湿度亦很重要。

心力衰竭病人应该正确地安排休息，病人需要休息时应给予适当的休息，而在没有休息的必要时，则不宜给予无限制的休息。仅仅患有某一种心脏病而心功能正常时，一般不需严格休息。过度的休息，长期卧床弊多利少，可引起静脉血栓形成、肺栓塞、消化不良、食欲不振、大便秘结、肌肉萎缩、骨质疏松、情绪忧郁、抵抗力减弱、心储备力低下及褥疮等不良后果。若休息时间不够或休息不充分，可加重心脏负担，不利于心功能的恢复。故休息的时间应安排到心脏的基本功能恢复为止，休息时应从整体出发，采取动静结合的原则，随着心力衰竭的好转，心功能逐渐改善，应早期下床活动，并根据病人体力恢复情况，逐渐增加活动量，以不使症状加重为原则。活动量不宜增加过大、过快，要循序渐进，量力而行，如散步、打太极拳、做体操、忙家务等，以提高心脏的代偿能力。对活动性风湿病、急性心肌炎、急性心肌梗塞等引起的心力衰竭，休息时间宜适当延长，对此类病人应鼓励其在床上活动，如常做深呼吸运动及下肢被动或主动运动，以防止血栓形成或肺栓塞的发生。

2. 精神休息：精神休息对心衰的治疗亦十分必要。病人可因疾病或其他原因发生精神焦虑或抑郁，此种精神不安可直接增加心脏的工作量，又会引起失眠和消化不良而间接地加重心脏负荷。因此，心衰病人应保持良好的精神状态，使心情舒畅。对精神不安和烦躁失眠的病人，可适当应用镇静剂，以保证有充分的休息。常用安定(2.5mg，每日3次)，利眠宁(5—10mg，每日3次)，奋乃静(2mg，每日3次)等。