

心

手册



临床医师口袋丛书

总主编 黄志强

LINCHUANGYI SHIKOU DAICONGSHU

临床医师口袋丛书

总主编 黄志强

心血管科手册

主 编 王 林 陈树涛

天津科学技术出版社



图书在版编目(CIP)数据

心血管科手册/王林,陈树涛主编. —天津:天津科学技术出版社,2002.4

(临床医师口袋丛书/黄志强主编)

ISBN 7-5308-3233-6

I.心... II.①王...②陈... III.心脏血管疾病—诊疗—手册 IV.R54-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 098269 号

责任编辑:张 跃

版式设计:雒桂芬

周令丽

责任印制:张军利

天津科学技术出版社出版

出版人:王树泽

天津市张自忠路 189 号 邮编 300020 电话(022)27306314

天津市武清区永兴印刷厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本 787×960 1/32 印张 11 字数 261 000

2002 年 4 月第 1 版

2002 年 4 月第 1 次印刷

定价:14.00 元

临床医师口袋丛书

编辑委员会

总主编 黄志强

编委 (按姓氏笔画为序)

于德民	马腾骧	王邦茂
王 林	史宪杰	白铁男
刘昌起	孙 光	张志坤
张 喆	李忠信	陆 芸
陈树涛	周宁新	郭 静
高企贤	崔乃杰	黄志强
黄象谦	黄敬泉	强万明
程 焱	焦连亭	

心血管科手册

编者名单

主 编	王 林	陈树涛
编 者	(按姓氏笔画为序)	
马金萍	王 林	王 伟
丛洪良	李立丰	宋 煜
张 梅	陈元禄	陈树涛
陈康寅	徐延敏	梁英姿

总 序

天津科学技术出版社推出的这套“临床医师口袋丛书”，首期由 12 个分册组成，每一分册均由当今经验丰富、学识渊博的临床医学专家主编，这无疑是我国工作在医疗第一线上的广大青年医师的绝大喜讯。“口袋书”并不等于“快览”，她除了快览的特点之外，还凝结着人类与疾病斗争的总结和临床工作的准绳。

在 1945 年的初夏，当我远从贵州到当时重庆中央医院随吴英凯教授学习外科时，吴老对我的介绍很简单，只是给我介绍了一本绿皮的小书，能放在白大褂的口袋里，要我好好地读她。从此，我开始了作为一个临床外科医生的生涯，每天在病房和这本小绿书为伴，她对我的帮助非常大。在学校读书的时候，我们注注习惯了从书本获得知识，习惯于通过典型的描述去认识事物，习惯于有条不紊地去学习，习惯于通过理论上的阐论来理解问题。但是，一旦到了临床，遇到实际的病人，面对千变万化的临床情况，该做什么检查、该吃什么药，千头万绪，这是我们都曾经历过的。临床医学是一门实用性科学，它离不开当前科学技术的发展，同时又深深扎根在经验医学的土壤之中。经验



的分析和经验的总结也就成为临床医学的一大特点。所以在临床医学上到处都充满着各种规则和要求,而这些要求并不能等闲而视之,因为大多数皆是经验的总结,其中包括了许多先辈的努力和病人的付出。她也给我们提供了一个医疗安全和医生健康成长的途径。

黄志强

2001年8月



前言

近代医学发展迅速,新的诊断技术、药物和治
疗措施不断涌现,临床医师必须不断学习,吸收现
代科学进步的营养,不断提高诊疗水平,以便更好
地为患者解除病痛。

广大医务人员特别是年轻的临床医师在日常
繁忙的工作中,迫切需要一本内容丰富、资料新
颖、便于查阅的口袋丛书。有鉴于此,在天津科学
技术出版社的鼓励下,天津心脏病学研究所组织
了十余名临床医学博士、硕士撰写这本临床医师
口袋丛书的心血管科手册,他们皆经过系统的基
础及临床培养训练,各有所专长。另外,本书还摘
录了国外对一些心血管疾病的分类诊断标准,有
助于年轻医师对某些疾病的进一步了解,希冀本
书的出版将对指导广大青年医师的临床日常工作
有所裨益。由于编者水平有限,难免有不足之处,
敬请同道不吝指教。

王 林

于天津心脏病学研究所

2002年4月5日

目 录

第一章 心血管系统常见症状和体征·····	(1)
第二章 心力衰竭的诊断和治疗·····	(20)
第三章 冠状动脉粥样硬化型心脏病·····	(44)
第一节 急性心肌梗死·····	(46)
第二节 心绞痛·····	(69)
第四章 心肌炎与心肌病·····	(94)
第一节 心肌炎·····	(94)
第二节 心肌病·····	(103)
第五章 心包疾病·····	(141)
第六章 风湿热·····	(161)
第七章 心脏瓣膜病·····	(167)
第一节 二尖瓣疾病·····	(167)
第二节 主动脉瓣疾病·····	(178)
第三节 三尖瓣疾病·····	(189)
第四节 肺动脉瓣疾病·····	(192)
第五节 多瓣膜病·····	(194)



第八章 心律失常	(197)
第九章 高血压	(220)
第十章 主动脉瘤与主动脉夹层分离	(247)
第一节 主动脉瘤	(247)
第二节 主动脉夹层分离	(251)
第十一章 先天性心脏病	(258)
第一节 室间隔缺损	(258)
第二节 房间隔缺损	(261)
第三节 动脉导管未闭	(264)
第十二章 全身性疾病所致的心脏疾患	(269)
第一节 甲状腺功能亢进	(269)
第二节 结缔组织病	(272)
第三节 贫血	(277)
第十三章 介入治疗介绍	(280)
第一节 急性心肌梗死的介入治疗	(280)
第二节 临床电生理检查及快速心律失常的消融治疗	(285)
第十四章 人工心脏起搏术	(300)
附录:常用诊断标准	(327)



第一章



心血管系统常见症状和体征

症状与体征是所有疾病诊断中的重要内容。现代医学发展迅速,新的诊断技术层出不穷,但对于临床上“初步印象”的形成,对于医生整个思维判断过程,以及确定需要何种进一步的辅助检查,症状与体征的发现均是诊断学的基础,是不可忽视的。症状(Symptom)是患者患病后对机体生理功能异常的自身主观体验,如疼痛、憋气等,由医生在问诊时通过病人的陈述获得,是病史的重要组成部分。体征(Sign)是患病后机体的体表或内部结构发生了可以观察到或感触到的改变,如心脏杂音、心脏扩大等。症状和体征在患病时可以单独出现,亦可同时存在,为获得准确资料要求医生务必仔细、认真。

一、常见症状

包括胸痛(chest pain)或胸闷不适、气短(dyspnea)、心悸(palpitation)、水肿(edema)、晕厥(syncope)、咳嗽(cough)、过度疲劳感(excess fatigue)等。紫绀(cyanosis)按道理应作为一个体征,但有时也被描述为一个症状,比如在描述一个先天性心脏病的病史中,常将紫绀作为重点。对上述症状进行描述分析时,一定要注意它们出现的诱因、轻重、转归和伴随症状等,以使症状的鉴别诊断更加清晰。

(一)胸痛或胸闷不适 胸痛原因很多,仅就心脏病而言,情况也比较复杂,因此需要仔细询问病史,以区别哪些胸痛是由心脏原因引起。除冠心病心肌缺血所致的心绞



痛,其他导致胸痛的疾患尚有:①胸腔疾患,如主动脉夹层、胸膜炎、肺梗塞、食道及横膈疾病等;②颈部或胸壁疾患,如颈椎病、乳腺疾病、肋软骨炎等;③某些腹部疾患如胆囊炎、胰腺炎、消化性溃疡等。实验室检查对胸痛鉴别固然重要,但仅从病史即可获得重要线索。注意询问疼痛部位、有无放射、性质、诱因及缓解方式、持续时间、发作频率以及伴随症状。另外应注意病人描述胸痛部位时的手势,如用拳头大小描述胸骨后疼痛,称为 Levine 征,很可能表示心绞痛,而仅用一个手指描述疼痛点,则很可能与心绞痛无关。

是否心脏性胸痛可参照下列特点初步区分:①心脏性疼痛常被描述为压榨性、烧灼样、沉重感等,而不应是刀割样或钝痛、锐痛且与呼吸无关;②就部位而言,心脏性疼痛一般为胸骨后、双肩及上肢尺侧、颈、下颌及面颊,有时可为上腹痛,不应为正中线的左或右一侧痛,也很少表现为左乳头附近痛;③心脏性疼痛常以劳累、情绪激动、寒冷、饱餐为诱因,一般在劳累时而非活动后发作,同时与体位无关。

以下简述心绞痛以外疾病导致胸痛的鉴别要点。

1. 急性心包炎 常有上呼吸道感染史,疼痛多为锐痛,部分在正中线左侧而非胸骨后,可向颈部放射,胸痛可持续数小时,呼吸、翻身、吞咽动作可使疼痛加剧,坐起前倾体位可使其减轻。含服硝酸甘油无效。

2. 主动脉夹层 为突然发作持续而剧烈的胸痛,向背部放射,患者多有高血压史。较大的胸主动脉瘤可压迫侵犯胸椎椎体,从而引起局限的剧痛,常于夜间平卧后加重。另外,若左心房显著扩大可导致右胸及背部不适,但很少出现疼痛,活动后症状可加重。

3. 肋软骨炎肋间肌炎 疼痛一般较局限,不放射,可有压痛,扭身或咳嗽有可能使其加重。胸腔手术后的患者更易出现此症,也要注意带状疱疹问题。

4. 肺部疾患 肺栓塞,见于心衰、静脉炎或静脉血栓形成及手术后患者,很少发生于无阳性病史者。胸痛于休



息时突发,病人常诉紧缩感且伴胸部锐痛(胸膜性疼痛),一般只位于一侧,呼吸及咳嗽时加重,持续半小时或更长时间,且伴呼吸困难,休息或予支气管扩张剂可使其减轻。大块肺栓塞更常表现为突然呼吸困难及紫绀、咯血、烦躁及晕厥,易致死亡。本病过去有时被首诊为心绞痛、心功能不全、肺炎等,应予注意。自发性气胸疼痛部位一般位于胸侧部,纵隔气肿的胸痛出现于前胸中间部位。

5. 功能性胸痛 由此导致的胸痛在门诊以胸痛而就诊者中占有相当比例,且几乎各个年龄段均可出现。患者常有生活不规律、心理压力太甚至疑虑自己得了心脏病等。该症亦称为心神经官能症,可由精神紧张和过劳诱发,与活动无关,持续时间数秒至数天,心前区可有压痛点。本症常与很多非特异症状相伴随,如心悸、喘大气、肢体麻木、头晕、憋气、焦虑等。缓解方式彼此各异,如休息或活动、镇静剂或安慰剂。必须经心电图等检查仔细分析后才可作出这一诊断。

6. 其他 见表 1-1。

(二)呼吸困难 患者自感呼吸不适或不畅称为呼吸困难,是心肺疾病常见症状。一个健康人在剧烈运动后,或一些健康但平时不喜运动的人在中等量的活动后也会感到憋气,因此通常将呼吸困难规定为:①休息时发生;②原来不至于引起憋气的活动后发生。很多疾病可致气短,除心肺疾病外,诸如酸中毒、贫血、肥胖、精神性的憋气等。

临床上,突然发生的呼吸困难常提示下列疾病:肺栓塞、自发性气胸、急性肺水肿、肺炎及呼吸道阻塞,当然是否首先以气短为特征,尚需考虑病情轻重。慢性心功能不全、胸腔积液等造成的呼吸困难往往于数周或数月内逐渐加重。

呼吸困难表现形式的不同有重要诊断价值。严重脑疾病及临危病人可引起中枢性呼吸困难,呈潮式呼吸,其机制是呼吸中枢衰竭,对缺氧已不敏感,只靠 CO_2 刺激。当有





表 1-1 胸痛的一些鉴别诊断

	持续时间	性 质	诱 因	缓解方式	部 位
二尖瓣脱垂	数分钟至数小时	体表性痛	自发	时间	左前胸
返流性食管炎	10min 至 1h	内脏性痛	平卧、饥饿	进食、制酸剂	胸骨后
食管痉挛	同上	同上	自发、冷食、活动	硝酸甘油	胸骨后,可放射
消化性溃疡	数小时	内脏烧灼痛	饥饿等	进食、制酸剂	胸骨后
胆道疾病	同上	逐渐加重或减轻	自发、食物	时间,止痛剂	胸骨后、可放射
颈椎病	不确定	体表性痛	头颈转动	同上	颈肩、上肢

神经肌肉疾病时,如格林巴利综合征、周期性麻痹等,则出现周围性呼吸衰竭,表现为呼吸无力,胸部不能抬起,以腹式呼吸为主,甚至呈“点头”呼吸。大脑皮层功能紊乱引起的癔病性呼吸困难,表现为呼吸很快很浅,病人处于十分焦急与恐惧状态,有明显气急而无紫绀。由于过度换气引起呼吸性碱中毒,常伴手足发麻、抽搐,予镇静剂或钙剂可使其恢复。糖尿病酮症及尿毒症的代谢性酸中毒也可通过末梢感受器或直接刺激呼吸中枢,引起深而大的呼吸,但病人主观上并不感觉呼吸困难。

呼吸循环功能障碍引起的呼吸困难最常见。一切肺实质性疾病如肺不张、肺水肿等均引起弥散功能障碍,此类呼吸困难常伴明显紫绀。当异物吸入、肿瘤压迫、喉头水肿时喉和气管阻塞,病人呈严重的吸气性呼吸困难伴哨声,并出现三凹征。支气管阻塞主要为呼气性呼吸困难,吸气短促及呼气延长,伴有哮鸣音、干性啰音及肺气肿。其主要病理基础为支气管痉挛、管壁水肿肥厚及粘性分泌物等。常见于支气管哮喘、阻塞性肺气肿及左心衰竭。由左心衰引起者称为夜间性哮喘,系由于卧位时增加静脉血回流及下肢组织水肿液的回吸,从而加重肺淤血,但入睡时呼吸中枢敏感性降低,无呼吸困难,一旦突然醒来则大发作呼吸困难。夜间阵发性呼吸困难多于入睡后 2~4h 发作,病人憋醒后被迫坐起,伴咳嗽、哮鸣、大汗及恐惧感,15~30min 后可有所缓解。阻塞性肺病有时也可夜间憋醒,但一般先出现咳嗽后出现呼吸困难,这一点与心性哮喘不同,同时吸烟史、慢性咳痰史,用何药可缓解等可资鉴别。部分肺原性哮喘者需坐起且身体显著前倾或除去内衣裤等方可逐渐缓解。

(三)心悸 心悸是心跳冲击胸壁的异常感觉,正常人不能感觉到自己的心跳。病人对心悸的描述一般为“心慌”、“心乱跳”、“心跳不齐”等。很多心律失常可引起心悸,但心搏完全正常时也有一些患者诉心悸不适。临床上根据听诊心音及节律的变化并结合心电图,可明确心律失常的



性质。

心悸逐渐发生者多为窦性心动过速,偶尔为房扑。突然发生者多为阵发性心动过速,室上性者心律十分匀齐,心率多在 160 次/min 以上,病人可清楚描述发作开始和终止时间,往往于情绪激动、突然变换姿势时发作,也有的无任何诱因,首次发作时病人多较紧张。室性阵发心动过速可稍有不齐,多见于严重心脏病者,也有一些为功能性的,发作时颈静脉可出现炮波。发生于器质性心脏病患者的,心悸有可能不是病人首诉症状,而被一些更严重的症状(如呼吸困难、剧烈胸痛)所掩盖。

阵发性房颤者,常于开始时因心率过快,病人突感心悸而就诊,但极少能确切说出以往发作的终止时间,症状随心室率的减慢而减轻。心脏听诊心律绝对不齐,心音强弱不等,出现短绌脉现象。

有时患者主诉“停跳一下”、“心重击”、“心悬空”等,可能是早搏或二度房室传导阻滞。在心律规整的基础上,突然发生此问题,则为二度传导阻滞。如果在一次提前的心跳之后出现一次长间歇,则为早搏。区别早搏的来源一般需要根据心电图。

除心率与节律的异常可引起心悸外,心肌收缩力改变亦可引起心悸,当然心肌收缩力改变大多伴发于心动过速或不齐,其次为高动力循环状态,如兴奋、运动、高热、甲亢、贫血、低血糖等。某些药物如阿托品、甲状腺素、麻黄素等也可引起心悸。心脏神经官能症患者常表现心悸、无力、胸痛、血压波动等,应注意与器质性疾病相鉴别。

(四)晕厥 晕厥为暂时性的意识丧失,为脑血流灌注突然下降所致,病史对病因鉴别非常关键。经常发作的短暂意识丧失常表示:①阿斯综合征;②其他恶性心律失常;③癫痫发作,以上三种情况均为突然发作。若晕厥发作似为逐渐出现者,提示可能为血管神经性晕厥或过度换气所致,有时也见于低血糖。



由心脏疾病引起者称为心原性晕厥,发作突然且常无先兆。主动脉狭窄、肥厚性梗阻型心肌病、肺栓塞所致者可由突然用力诱发,晕厥时间也较长。阿斯综合征的发作与体位无关,其他病因所致晕厥常发作于站立位时。若晕厥易在某种特殊体位下发作,应想到左房黏液瘤和左房血栓。

癫痫反复发作者可有一些前驱表现,发作时可摔伤和出现尿失禁。血管神经性晕厥常伴随身心打击及其他恶性刺激,如目睹外伤出血,并常伴一些迷走神经张力增高的表现,如视物模糊、恶心、出汗等。歇斯底里患者发作时血压、脉搏、皮肤颜色等均正常,相当多的情况此时病人意识并未完全丧失。

有关晕厥鉴别要点见表 1-2。

表 1-2 晕厥病因的鉴别

诱发事件	
药物	体位性低血压(降压药);低血糖症(胰岛素)
情感打击	血管神经性晕厥,过度换气
头颈转动	颈动脉窦过敏
活动	左室流出道梗阻疾病,大动脉炎
发作类型	
突发	中枢性(癫痫)、严重心律失常
较突然可有预兆	血管神经性晕厥
逐渐发作	过度换气、低血糖
体位	
站起时	体位性低血压
长时间站立	迷走神经性晕厥
与体位无关	心原性、中枢性、低血糖
伴随事件	
尿失禁、摔伤	中枢性

(五)疲乏 疲乏对心血管病诊断特异性较差。任何原因的心功能受损,心排血量的降低,均可导致肌肉无力。一

