

临床速诊速治指南丛书

心血管急危重症 快速诊治指南

向定成 黎檀实 主编

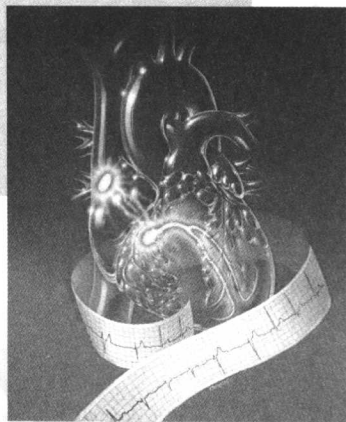


清华大学出版社

临床速诊速治指南丛书

心血管急危重症 快速诊治指南

向定成 黎檀实 主编



清华大学出版社

北 京

内 容 简 介

本书共 26 章,分常见心血管急诊症状的鉴别诊断、常见心血管急危重症快速诊治及常用心血管急诊检查与治疗技术三部分。第一部分详细介绍了胸痛、晕厥、呼吸困难、咯血及心悸的鉴别诊断思路和鉴别要点;第二部分就常见的心血管内科急危重症的诊断和治疗作了简明扼要的介绍,重点是诊断思路和紧急治疗措施,并以专家提示形式介绍相关新进展和专家个人临床经验、心得;第三部分较详细地介绍了心血管内科常用诊疗操作技术,包括适应证、禁忌证、操作要点、注意事项、并发症处理要点等。特别适宜工作在临床一线的医师在紧急情况下参阅。

本书主要读者对象为心血管内、外科和急诊科、ICU、普通内科临床医师以及从事基础和临床科研的人员。

版权所有,翻印必究。举报电话:010-62782989 13501256678 13801310933

本书封面贴有清华大学出版社防伪标签,无标签者不得销售。

本书防伪标签采用特殊防伪技术,用户可通过在图案表面涂抹清水,图案消失,水干后图案复现;或将表面膜揭下,放在白纸上用彩笔涂抹,图案在白纸上再现的方法识别真伪。

图书在版编目(CIP)数据

心血管急危重症快速诊治指南/向定成,黎檀实主编. —北京:清华大学出版社,2005.11
ISBN 7-302-11537-0

I. 心… II. ①向… ②黎… III. ①心脏血管疾病:急性病—诊疗—指南 ②心脏血管疾病:险症—诊疗—指南 IV. R540.597-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 089742 号

出 版 者:清华大学出版社 地 址:北京清华大学学研大厦
http://www.tup.com.cn 邮 编:100084
社 总 机:010-62770175 客户服务:010-62776969

责任编辑:张建平

版式设计:肖 米

印 装 者:北京市清华园胶印厂

发 行 者:新华书店总店北京发行所

开 本:165×207 印张:13.25 字数:314 千字

版 次:2005 年 11 月第 1 版 2005 年 11 月第 1 次印刷

书 号:ISBN 7-302-11537-0/R·89

印 数:1~3000

定 价:36.00 元

主 编 简 介



向定成 1964年出生。1984年大学毕业，1996年获医学博士学位。现任广州军区广州总医院内科研究室主任兼心血管内科副主任、主任医师、教授、硕士研究生导师。从事临床工作20余年，擅长于冠心病、主动脉疾病及外周血管疾病的介入性诊断和治疗。近年来获军队及省部级科研基金资助共5项，在国内外发表学术论文50余篇，获广东省科技进步二等奖1项，军队科技进步三等奖3项。



黎檀实 1963年生。1986年毕业于第二军医大学，2001年获医学博士学位。现任解放军总医院急诊科主任医师、教授、硕士研究生导师。长期从事急危重症与灾难紧急救援的临床和科研工作，擅长危重病、多器官功能衰竭、心肺复苏的诊断与治疗。共发表论文50余篇，获全军科技成果奖多项。2001年入选解放军总医院中青年学科带头人人才库。2003年底奉命赴利比里亚参加为期一年的联合国维和行动，并荣立二等功一次。目前是《中国危重病急救医学杂志》、《世界急危重病医学杂志》编委。

编著者名单

主 编 向定成 黎檀实

编著者 (按章节顺序排序)

向定成	广州军区广州总医院 主任医师、博士
郭振辉	广州军区广州总医院 副主任医师、博士
聂如琮	中山大学附属孙逸仙纪念医院 副主任 医师、博士
王景峰	中山大学附属孙逸仙纪念医院 教授、博士
黎檀实	解放军总医院 教授、博士
吴旭辉	海军总医院 副主任医师、博士
何建新	广州军区广州总医院 副主任医师
马 骏	广州军区广州总医院 副主任医师
陈 椿	江苏省人民医院 副主任医师、博士
单其俊	江苏省人民医院 主任医师、博士
洪长江	广州军区广州总医院 副主任医师、博士
徐荣良	第二军医大学长海医院 副教授、博士
徐金星	空军总医院 副主任医师
黄永兰	广州市妇婴医院 主任医师、博士

前言

近年来，心血管病领域的理论和临床诊疗技术的发展日新月异，其亚学科的分工越来越细，同时，心血管科与相关学科的联系也日益广泛，导致临床医师在日常工作中所需要的知识量越来越大。心血管急危重症作为内科甚至整个医学领域发病率和危险性最高的系统疾病，其临床经过往往瞬息万变，急诊救治往往是一个复杂的系统工程。因此，要求临床医师，尤其是工作在一线的临床医师，能在接触病人后的较短时间内迅速而准确地做出正确判断和处置，才能提高病人的存活率和生活质量。但一般来说，一

线的临床医师多是相对缺乏临床工作经验的年轻医师,面对复杂多变的心血管急危重症时,急需一本能够随身携带、指导快速临床诊断和治疗的工具书。为此,我们组织了一批活跃在北京、广州、上海和南京各大综合医院临床工作的中坚力量——40岁左右且多数拥有博士学位、同时具有丰富临床经验的高级职称中青年专家,编写了这本《心血管急危重症快速诊治指南》。此书凝集了十多位专家们的临床心得和心血管疾病的最新进展,但更多的是他们在实际临床工作中对心血管急危重症的认识、理解和感受,希望本书的出版能对同行们有所助益。由于编写者的学识和经验所限,疏漏甚至错误难免,恳请同道尤其是前辈们不吝赐教。

向定成 黎檀实

2005年9月

目 录

1	第一部分 常见心血管急诊症状的鉴别诊断
3	第一章 胸痛
16	第二章 晕厥
28	第三章 呼吸困难
37	第四章 咯血
48	第五章 心悸
55	第二部分 常见心血管急危重症快速诊治
57	第六章 心肺复苏
71	第七章 高血压急症
83	第八章 急性冠状动脉综合征
99	第九章 急性心力衰竭
113	第十章 心源性休克
124	第十一章 快速性室上性心律失常
143	第十二章 致命性室性心律失常

153	第十三章 严重缓慢性心律失常
158	第十四章 急性主动脉夹层分离
168	第十五章 急性重症心脏炎
181	第十六章 急性心脏压塞
188	第十七章 急性肺动脉栓塞与急性肺心病
200	第十八章 急性周围动脉血栓形成及栓塞
209	第十九章 心脏外科手术中及术后心脏急症
241	第二十章 妊娠合并心血管急症
249	第三部分 常用心血管急诊检查与治疗技术
251	第二十一章 体外直流电心脏电复律及除颤
258	第二十二章 紧急深静脉穿刺置管
268	第二十三章 紧急床边心脏起搏
274	第二十四章 心包穿刺
282	第二十五章 主动脉内球囊反搏
290	第二十六章 心血管疾病与呼吸机支持

第
一
部
分

.....C 常见心血管急诊症状的鉴别诊断.....▶
HANGJIANXINXUEGUANJIZHENZHENGZHUANGDEJIANBIEZHENDUAN

P
A
R
T
1

第 一 章 胸 痛

CHAPTER 1

一、概述

胸痛是临床常见症状,其临床意义因病因而异,可大可小,有些是因为内脏疾病所引起,可能是致命性的;有些是由于胸壁组织局部轻微损害所致,即使不进行任何处理也不会产生严重后果。但胸痛的症状有时比较模糊,不甚典型,不同病人的感受可能非常不同,对症状的描述亦可能差异很大。因此,需要临床医师从细致的病史采集、全面的体检和有针对性的辅助检查中寻找线索,甄别出胸痛的真正原因。

各种物理、化学和(或)生物性因素,包括炎症、缺氧、内脏膨胀、机械压迫、异物刺激、化学刺激、外伤以及肿瘤等,刺激胸部各脏器和组织的神经纤维如肋间神经感觉纤维、脊髓后根传入纤维、支配心脏和主动脉的感觉纤维、支配气管与支气管及食管的迷走神经感觉纤维等,均可引起胸痛。此外,某些内脏与体表某部位受同一脊髓后根的传入神经纤维支配时,来自内脏的痛觉冲动传到大脑皮层后,除可产生局部疼痛外,还可出现相应体表的疼痛感觉,称之为放射痛。

二、胸痛的病史采集要点

真正以胸痛为主要症状就诊的病人并不很多,更多的是以“胸闷”或“胸部不适”为主诉,因此,需要特别指出的是,胸闷与胸痛的临床意义等同,只是不同病人或同一病人在不同时间阶段的感受差异而已。病人描述症状时所使用的语言与其文化程度、职业和理解能力有关,临床上大多数病人是不会使用医学术语来描述症状的,可能只是指着自己的胸部说:“这儿不舒服”,医师应该从病人的语言表述中挖掘症状的真正含义。

胸痛的病因多种多样,但其中较重要的往往是心脏、肺和大血管病变所引起疼痛,而对生命最有威胁的则是由于心肌缺血所引起的心绞痛和心肌梗死以及主动脉夹层分离等。因此,有经验的医师在采集胸痛病史时,应紧紧抓住与重要病因相关的特征进行问诊,首先明确或排除重要疾病所引起的胸痛,然后逐步甄别其他可能的病因。

采集胸痛病史时一般应特别注重下列要点。

1. 疼痛的部位

许多疾病引起的胸痛都有特定的部位,如胸壁组织病变所引起的胸痛常常固定于病变部位;肋间神经炎等引起的胸痛常沿肋间神经的走行分布;肋软骨炎的胸痛常常位于第二、三肋软骨附近;纵隔和食管疾病所引起的疼痛常在胸骨后,如反流性食管炎的胸痛呈长条状分布于胸骨后,心脏性疼痛如心绞痛常常位于胸骨后或心前区,范围较广泛但不十分确定,病人常常用自己的手掌或拳头按压在胸前描述胸痛的部位,具有一定的特异性,而以手指指出明确而非常局限的固定点的疼痛往往与心肌缺血无关。

此外,有些疾病引起的胸痛可以向其他部位放射,如心绞痛时常常向左肩或左臂内侧放射,主动脉夹层分离发病时常常向颈部、背部、上肢、腰部、腹部甚至下肢放射。

有些病人可能会误将胸痛理解为腹部不适,亦有病人会将上腹部不适误感觉为胸部不适,尤其是剑突下疼痛和上腹疼痛往往容易与胸痛混淆。因此,询问胸痛病史时应尽量让病人用手指出不适的部位。需要特别指出的是,部分老年和(或)糖尿病合并心脏病的病人,常常以非胸部的症状为主诉,如以腹痛、下颌或牙痛等为就诊原因,但若仔细询问发作时的情况,病人往往能回忆起同时还有胸部不适。

2. 疼痛的程度和性质

胸痛的程度可自轻微的隐痛乃至剧烈的疼痛,疼痛性质也是多种多样,如肋间神经痛往往较剧烈,呈阵发性灼痛或刺痛;肌肉疼痛往往表现为与胸壁活动有关的酸痛;骨痛往往是酸痛或锥痛;心绞痛往往呈压榨样痛伴压迫感或窒息感,或者描述为胸闷或憋闷感;真性动脉瘤侵蚀胸壁时多为隐隐的锥痛,而主动脉夹层分离病人多为剧烈的撕裂样疼痛;膈疝呈灼痛或膨胀感;原发性肺癌多为伴有刺激性咳嗽的闷痛。

询问胸痛时不能把注意力都集中在疼痛上,病人常常否认有疼痛的症状,而把胸部不适描述为闷胀不适、窒息、压榨或压迫、发紧、沉重、烧心、膨胀或者堵塞感。

3. 疼痛的诱因及发作背景

部分原因引起的胸痛可有明确的诱发因素,如胸壁骨骼或肌肉的疼痛常常与胸廓运动有关,心包炎症性疼痛往往与体位改变有关,胸膜炎性胸痛常常与呼吸运动、咳嗽等有关。主动脉夹层分离及自发性气胸多在突然用力或情绪激动时发作,急性肺动脉栓塞往往与长期卧床、腹部或盆腔手术等有关。心肌缺血所引起的心绞痛可因心绞痛类型不同而有不同的诱因,如劳力性心绞痛的常见诱因是体力劳动和情绪紧张,大多数发生于劳累当时而非劳累过后,饱餐、寒冷刺激等亦可诱发;变异型心绞痛多在休息尤其是后半夜或劳累过后发生,深呼吸和吸烟亦可诱发;卧位性心绞痛多与前半夜体位改变后回心血量增加有关。肥厚性梗阻型心肌病常常在用力时诱

发。心脏神经官能症病人的胸痛常常与情绪变化有明确关系。反流性食管炎多与卧位和进食有关。

4. 疼痛的持续时间

胸痛因病因不同可呈持续性或阵发性,典型劳力性心绞痛常于用力或情绪紧张时发作,呈阵发性,持续数分钟至十余分钟不等,在去除诱因或含服硝酸甘油后 1~5min 内缓解,在含服硝酸甘油后 10min 甚至更长时间才缓解的往往不是心绞痛;超过 20min 以上的持续性胸痛应高度怀疑是否发生了急性心肌梗死。一过性瞬间疼痛一般不是心肌缺血所致,多与胸壁神经末梢的异常刺激有关。心脏神经官能症所引起的疼痛多为与情绪或精神因素有关的持续性胸痛或胸闷,可长达数小时,但能坚持日常工作和生活,多在运动后症状减轻。心包炎和胸膜炎多为持续性胸痛,持续时间可长达数天或短至数小时,随着心包积液的产生而减轻或消失,但随后逐渐出现呼吸困难。肺癌的胸痛一般为持续性,可呈阵发性加重。带状疱疹多为持续性剧烈烧灼样疼痛。胸主动脉夹层分离常常是突发短暂的剧烈撕裂样胸痛,在短暂的剧烈疼痛后可仍有持续性的隐痛,若血压控制不稳定则可呈随血压波动的阵发性加剧。

5. 疼痛的缓解方式

胸痛的缓解方式也是鉴别胸痛的重要内容,劳力性心绞痛多在停止活动或含服硝酸甘油后症状逐渐缓解,而自主神经功能紊乱病人的胸痛多在体力活动后减轻。卧位性心绞痛和反流性食管炎多在卧位时诱发或加重,坐位或直立时缓解或减轻。心包炎病人常常在前倾坐位或其他特殊体位时症状减轻。主动脉夹层分离病人常常在降低血压后疼痛随之减轻。

6. 伴随症状和体征

严重的心绞痛多伴有窒息感和出汗,部分病人可有气促、心悸;急性心肌梗死多伴有濒死感和全身大汗以及恶心、呕吐等消化道症状;二尖瓣脱垂常常伴有心悸、体检发现二尖瓣喀喇音;心包炎常伴有发热及心包摩擦音;主动脉夹层分离的胸痛多伴有高血压、明显的放射痛、休克以及左右或上下肢体血压的显著差异。急性肺梗死病人多伴有严重呼吸困难、发绀和咯血;肺癌常常伴有刺激性咳嗽,部分病人并咯血;胸膜炎病人多伴有呼吸

困难和发热；食管癌和反流性食管炎一般都伴有吞咽困难，且肺癌和食管癌等恶性肿瘤和结核病人多伴有明显消瘦和体重下降，结核病人尚有午后低热和盗汗等中毒症状。

三、胸痛的常见原因及鉴别诊断

胸痛的病因种类繁多，按系统划分可以涉及到心血管系统、呼吸系统、消化系统、神经系统、胸壁骨骼肌肉系统、血液系统以及结缔组织疾病等全身多系统，其中大多数属于少见或罕见疾病。本书属于急诊诊疗指南，因此，下面仅就内科急诊胸痛中的常见病因进行分析。

1. 心血管系统疾病

(1) 心绞痛：是胸痛的最常见病因。典型的劳力性心绞痛多为在体力活动、情绪紧张、饱餐或寒冷刺激时诱发，持续数分钟至十余分钟的胸骨后或心前区压迫感、发紧或闷痛，可向左肩、左臂等部位放射，伴不同程度的出汗和气促，停止诱因或含服硝酸甘油后 1~5min 内缓解。稳定型心绞痛病人多在相同或相似的条件发作，发作特点基本相似，具有典型临床特点者除需与肥厚性梗阻型心肌病鉴别外，基本可以临床确诊。不稳定型心绞痛病人的诱因可以变化或无明显诱因、胸痛程度更剧烈、发作更频繁、持续时间更长、停止诱因或含服硝酸甘油的效果更差。卧位型心绞痛多在夜间尤其是前半夜发作，可能与回心血量增加有关，坐起后逐渐缓解。而变异型心绞痛常常在静息时发病，尤其是后半夜发作胸闷较多，起床活动或呼吸新鲜空气后症状减轻。非典型病人可能不具备上述临床特点，但发作时心电图的 ST 段缺血性改变具有鉴别诊断价值，包括 ST 段呈水平型或下斜型压低 $\geq 0.1\text{mV}$ ，变异型心绞痛病人可能（并非全部）有 ST 段的抬高，对过去已有 ST 段抬高或压低改变者应注意进行对照，观察其动态改变。对于非典型病例且无发作时心电图改变者，应进行心电图、核素心肌显像或超声心动图的负荷试验，其中以心电图运动试验诊断价值最大，临床诊断困难者应尽早进行冠状动脉造影以确诊。

(2) 急性冠状动脉综合征：包括不稳定型心绞痛、ST 段抬高的急性心肌梗死和非 ST 段抬高的急性心肌梗死，临床表现相似，鉴别诊断主要依

赖心电图和血清心肌标记物检查。病人可以有或无心绞痛病史,发作时有或无明确诱因,多为突发胸痛,程度较心绞痛更剧烈,多为持续性胸骨后或心前区压榨样痛、绞痛、刀割样痛或闷痛,持续时间长达 30min 以上,伴大汗淋漓、呼吸困难及濒死感,可以伴有恶心、呕吐,停止活动或含服硝酸甘油不能缓解,病情严重者可出现低血压、心律失常或心力衰竭。早期心电图检查对于急性冠状动脉综合征的诊断和鉴别诊断具有重要意义,ST 段抬高的急性心肌梗死心电图早期表现为 T 波高尖,很快出现 R 波顿挫、ST 段弓背向上抬高并与 T 波形成单向曲线,若未进行成功的再灌注治疗,则 R 波逐渐降低并形成 Q 波,以后 ST 段逐渐回落、T 波逐渐倒置,部分病人在恢复期 T 波逐渐恢复直立,部分病人持续倒置。对于非 ST 段抬高的急性心肌梗死病人,心电图表现可以为 ST 段压低、R 波逐渐丢失、T 波出现梗死后的典型演变等,与不稳定型心绞痛的鉴别主要依赖血清心肌标记物的检测,不稳定型心绞痛病人血清标记物均为阴性,而非 ST 段抬高的急性心肌梗死病人血清标记物检查为阳性。

急性冠状动脉综合征中的心肌梗死与心绞痛的鉴别诊断是临床医师经常面对的难题,二者的鉴别要点详见表 1-1。

表 1-1 急性心肌梗死与心绞痛的鉴别

临床表现	心 绞 痛	急性心肌梗死
疼痛		
诱因	体力活动、情绪激动、饱餐	不明显
部位	胸骨后或心前区	心前区或胸骨后
性质	压迫感、发紧或胸闷	压榨样剧烈胸痛伴濒死感
放射部位	较局限	较广泛
持续时间	数分钟至十余分钟(30min 以内)	30min 以上
休息或含服硝酸甘油	常能缓解胸痛	不能缓解胸痛
血压	无明显改变或轻度升高	大面积梗死者常降低
休克	无	大面积梗死者易出现休克