

心血管病的 床边诊断与内科治疗

杨振邦 编著



华夏出版社

心血管病的床边诊断 与内科治疗

杨振邦 编著



A0278988

华夏出版社

1994年·北京

(京)新登字 045 号

图书在版编目(CIP)数据

心血管病的床边诊断与内科治疗/杨振邦编著. —北京:
华夏出版社, 1994. 5

ISBN 7—5080—0400—0

I. 心… I. 杨… III. 心脏血管疾病—诊疗 IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(94)第 07226 号

华夏出版社出版发行

(北京东直门外香河园北里4号)

新华书店经销

机械工业出版社印刷厂印刷

*

787×1092 毫米 32 开本 8.875 印张 183 千字

1994 年 5 月北京第 1 版 1994 年 5 月北京第 1 次印刷

印数 1—6000 册

定价: 6.20 元

内 容 简 介

本书是以床边诊断和内科治疗为重点的简明、实用、新颖的心血管病读物。对各种辅助诊断手段作了实事求是的评介,作为针对性选择的依据,重点阐述了病史、体检和诊断思维方法等诊断学基本功。治疗上重点介绍心血管病人的生活管理、饮食治疗和百余种疗效较佳的药物,特别阐述了用药常识和原则,摒弃一切疗效不确或治疗价值较低的药物和疗法,并附常用药药价,备选择时参考。本书是一短小精粹集基础检查和内科治疗学于一体的心血管病学,若能掌握本书内容,将会以最低的经济代价获得高水平的诊疗结果。本书主要阅读对象是内科、儿科医生,医学院高年级学生和乡村医生。也可作为胸外、麻醉等科医生的参考读物。对于具有中学文化的心血管病人和老年人,也可从中汲取有益于心血管病防治的卫生知识。

前 言

在我国人口死亡原因中,心血管病已由 3~7 位上升到 1~2 位,及时识别和正确处理心血管病是提高人民生活素质、保护劳动力和延年益寿的重要措施。目前,心血管病专科医生奇缺,大多数心血管病人只能由普内科、儿科医生处理,病人对于心血管病的防治知识更为贫乏,难以较好地配合医生进行诊治。所以,迅速提高普内科、儿科医生的心血管病业务水平和病人的有关卫生常识,实现医患协作,是提高心血管病诊疗水平的基础。鉴于心血管病专著皆洋洋百万字,每册数十元至百元,且其大半篇幅用于尚无定论的病因与发病学探讨和基层医院多年难遇一例的罕见病阐述上,很难满足迅速提高内、儿科医生心血管病诊治水平和病人有关常识的急需。于是为他(她)们提供一本简明、实用、新颖、价廉的心血管病读物,就是本书编写的目的,也是笔者多年的夙愿。

床边诊断,又称临床诊断(Bedside diagnosis),是指依据病史、体检和少数简便的辅助检查资料而作出的及时的诊断,它对于病理解剖和定量诊断要求不高,重点在于病因和病理生理的定性诊断,但它已是可作为内科治疗的依据。近代检查技术的发展,无疑会提高诊断的准确性和及时性,尤在病理解剖和定量诊断上有重要意义,是手术治疗所必需,但从内科治疗角度出发,需要检查者甚少,故本书仅介绍其适应症和限制

范围,作为有的放矢的选择依据,而重点阐述病史、体检和诊断思维方法等诊断学基本功,力求以最少的经济代价获得及时正确的床边诊断。

内科治疗包括病人的生活管理、饮食治疗和药物治疗等方面,适合于包括手术前后在内的所有病人,本书将进行较为详细的讨论。尤其在药疗方面,将介绍用药常识、原则和百余种疗效确切的良药,摒弃一切疗效不确或治疗价值不高的药物或疗法。近年来,由心导管所进行的介入性诊疗方法,在国内一些大医院已逐步开展,但其代价昂贵,要求技术设备条件很高,非广大基层医院和绝大多数病人所能接受,本书仅作简要介绍。手术治疗非内科范围,仅介绍手术指征,供建议手术时的参考。

本书插图由我科俞国华副主任医师完成,谨致谢意。华夏出版社张伟、杜培真等编辑,给编著者以热情的鼓励和大力的支持,为本书的出版付出了辛勤的劳动,使本书能在较短时间内与读者见面。为此,笔者谨致以衷心的感谢。

笔者从事物理诊断、心内科临床与教学工作虽已三十几年,但限于主客观条件,学术水平和经验有限,加之这种写法又是一新的尝试,缺点错误难免,恳请同道批评指正。

杨振邦

花甲之年于皖南医学院弋矶山医院

一九九三年十二月

目 录

1. 诊断方法的评介.....	(1)
1.1 症状学和问诊	(1)
1.2 体格检查	(2)
1.3 心电图	(3)
1.4 x 线检查	(4)
1.5 超声检查	(5)
1.6 放射性核素检查	(5)
1.7 实验室检查	(5)
2. 症状学.....	(6)
2.1 心前区疼痛	(6)
2.2 呼吸困难	(9)
2.3 晕厥和阿一斯氏综合征.....	(12)
2.4 水肿.....	(14)
2.5 咳嗽与咯血.....	(15)
2.6 心悸.....	(16)
2.7 紫绀.....	(17)
2.8 间歇性跛行.....	(18)
2.9 关节痛与关节炎.....	(18)
2.10 乏力	(19)
3. 问诊	(20)

3.1	注意事项	(20)
3.2	方法	(22)
3.3	内容	(22)
4.	心血管外的心血管病体征	(24)
4.1	一般检查	(24)
4.2	皮肤检查	(25)
4.3	头面部检查	(26)
4.4	呼吸系检查	(26)
4.5	腹部检查	(27)
4.6	杆状指趾	(27)
4.7	脑栓塞	(27)
5.	心脏的望诊与触诊	(27)
5.1	心前区隆起与搏动	(28)
5.2	心尖搏动	(28)
5.3	心前区其他搏动	(29)
5.4	震颤	(30)
5.5	心包摩擦感	(31)
6.	心脏叩诊	(31)
6.1	相对浊音界与绝对浊音界	(32)
6.2	正常心浊音界	(32)
6.3	心浊音界各部组成	(32)
6.4	心浊音界的变化	(33)
6.5	影响心浊音界的心外因素	(34)
7.	心脏听诊与心音图	(35)
7.1	心音的物理学特征	(35)
7.2	心脏瓣膜听诊区	(37)

7.3	听诊方法与内容·····	(37)
7.4	正常心音及其发生原理·····	(39)
7.5	心音强音的变化·····	(42)
7.6	心音分裂·····	(43)
7.7	附加音·····	(45)
7.8	心脏杂音·····	(50)
7.9	心包摩擦音·····	(61)
8.	颈静脉检查·····	(61)
8.1	颈静脉怒张·····	(62)
8.2	肝颈回流征·····	(63)
8.3	吸气性颈静脉膨胀·····	(63)
8.4	舒张早期颈静脉塌陷·····	(63)
8.5	颈静脉搏动消失·····	(63)
8.6	正性颈动脉搏动·····	(64)
9.	动脉检查·····	(64)
9.1	动脉硬化·····	(64)
9.2	脉搏不均称·····	(65)
9.3	颈动脉舞蹈·····	(65)
9.4	脉搏短绌·····	(65)
9.5	交替脉·····	(65)
9.6	水冲脉·····	(66)
9.7	股动脉枪击音与杜氏二重音·····	(66)
9.8	毛细血管搏动·····	(66)
9.9	奇脉·····	(66)
9.10	重脉·····	(66)
9.11	血管杂音·····	(67)

10. 其他检查.....	(67)
10.1 血压测量	(68)
10.2 静脉压测定	(70)
10.3 中心静脉压的意义	(71)
10.4 循环时间测定	(71)
10.5 眼底检查	(72)
10.6 心包穿刺术	(73)
11. 诊断方法与病历.....	(75)
11.1 诊断步骤与思维方法	(75)
11.2 病历	(78)
12. 心血管病内科治疗概论.....	(79)
13. 生活管理.....	(83)
13.1 精神与性格的修养	(83)
13.2 体力活动	(83)
13.3 休息	(85)
13.4 烟	(86)
13.5 酒	(88)
13.6 茶与咖啡	(89)
13.7 环境	(91)
14. 饮食治疗.....	(90)
14.1 心血管病的基本饮食要求	(91)
14.2 减肥饮食	(92)
14.3 降脂饮食	(93)
14.4 低盐饮食	(95)
14.5 糖尿病饮食	(96)
14.6 痛风饮食	(97)

15. 药物治疗常识与用药原则·····	(98)
15.1 药疗常识·····	(98)
15.2 用药原则·····	(100)
16. 常见心血管病的床边诊断与内科治疗·····	(102)
16.1 心功能不全·····	(102)
16.2 心律失常·····	(125)
16.3 心源性休克·····	(171)
16.4 动脉粥样硬化·····	(176)
16.5 冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	(181)
16.6 高血压病·····	(196)
16.7 慢性肺原性心脏病·····	(209)
16.8 风湿热·····	(211)
16.9 风湿性心脏瓣膜病·····	(218)
16.10 原发性扩张型心肌病·····	(227)
16.11 原发性肥厚型心肌病·····	(230)
16.12 病毒性心肌炎·····	(232)
16.13 急性心包炎·····	(234)
16.14 缩窄性心包炎·····	(238)
16.15 感染性心内膜炎·····	(240)
16.16 先天性心血管病·····	(244)
16.16.1 房间隔缺损·····	(244)
16.16.2 室间隔缺损·····	(246)
16.16.3 肺动脉口狭窄·····	(247)
16.16.4 动脉导管未闭·····	(249)
16.16.5 法乐氏四联症·····	(250)
16.16.6 原发性肺动脉扩张·····	(252)

16.16.7	主动脉缩窄	(252)
16.17	多发性大动脉炎	(253)
16.18	雷诺氏病	(256)
16.19	血栓闭塞性脉管炎	(258)
16.20	心脏神经官能症	(260)
附录.....		(262)
表 I	我国正常男人的身高与体重.....	(262)
表 II	常用食物胆固醇含量及脂肪酸比值.....	(264)
表 III	常用食物主要成份.....	(265)
表 IV	常用心血管系统药物名称、规格、用量与单 价.....	(267)

1 诊断方法的评介

如何诊断心血管病？与其他疾病的诊断一样，依据病史、体检和辅助检查三方面。三者诊断上的相对价值，国内外学者评价基本一致。我国心内科奠基人董承琅曾认为各占三分之一。Harvey 提出的五指法则，由拇指到小指依次排列着病史、体检、心电图、X 线和特别的实验检查，也将病史和体检放在第一、二位。近现代诊断技术的迅速发展，无疑会提高诊断的及时性和准确性，但它不仅不会降低病史和体检的诊断价值，而且可以提高对于症状体征的理解和诊断价值。应该认识到，任何近代检查手段，都有一定的适应范围，也有一定的假阳性和假阴性，应结合病史和体检所获得的症状和体征去判断。忽视问诊和体检，滥用或盲目地绝对相信近代检查的报告，不仅不能提高诊断水平，反可造成误诊。在笔者每周半天的门诊中，几乎每次都要否定 2—3 例心脏病的诊断，特别是由早搏诊断的心肌炎，由心电图诊断的冠心病，由非侵入性检查诊断的心功能不全，由超声多普勒诊断的瓣膜病等。因此，有必要对常用的诊断方法重新进行评介。

1.1 症状学和问诊。症状是疾病引起病人主观感觉上的异常，如心前区疼痛、心悸等。一般说来，某一疾病皆有其相对稳定的症状，但同一症状可以出现于不同疾病，同一种疾病的不同时期也可有不同症状。症状学就是阐述症状的发生发展、表现特点及引起病因，由此可提高症状的特异性和诊断价值。

医生用与病人谈话及提问方式了解症状的发生发展等特点的检查方法叫问诊,也称为采集病史。单由问诊就能作出诊断的心血管病很少,但它是诊断一切疾病的入门,它可为所有疾病的诊断提供诊断线索,为体检和选择辅助检查提示重点和方向,是任何病人都必须接受的首项检查。医生只有具备丰富的症状学和疾病知识,并能熟练地掌握问诊技巧,并取得病人的充分合作,才可能获得真实系统完整的病史,为正确诊断奠定基础。

1.2 体格检查。简称体检或查体,是医生利用自己的感官如手、耳、眼、鼻等,借助于简单的工具如听诊器、血压计及叩诊锤等,对病人的身体进行系统的检查,以获得疾病引起病人身体上的客观异常——体征的检查方法。和症状一样,疾病有其相对固定的体征,但同一体征可以出现于不同疾病,同一疾病的不同时期也可有不同的体征。一般说来,体征的诊断价值高于症状,心血管病的体征较多,有些具有相对的特异性,诊断价值更高。懂得各种体征的发生原理和临床特点,熟练地掌握体检技巧,才能发现和辨认体征。

问诊和体检是诊断一切疾病的基础检查方法,若能正确而熟练地掌握,大多数心血管病的床边诊断可由此作出,为有的放矢地选择其他辅助检查和内科治疗提供依据,对于辅助检查结果也可进行检验和正确评价。笔者曾由两例内出血的误诊阐述了基础检查的临床意义(临床误诊误治,1985;1:51)。1例马凡氏综合征主动脉瓣关闭不全,左心功能不全控制后,诊断不明,B超报告乏氏窦瘤引起主动脉扩张,心电图与心音图报告风心病二尖瓣与主动脉瓣双病变,胸片则只描述升主动脉扩张与左室肥大,请临床考虑诊断。几分钟的病史

和体检就明确了诊断。由此可见,基础检查是医生最重要的诊断基本功,是医生水平的重要标志之一,它且具有无创、方便、经济、不受条件限制、获得资料迅速和易重复等诸多优点。不断提高基础检查的理论和实践水平,是提高诊断水平的基石,对于心血管病的诊断尤为重要。

1.3 心电图。又称体表心电图,是心血管病最重要应用最广泛的辅助检查。心律失常、心肌梗塞、急性心包炎及右位心等可由此确诊。在心肌缺血、心肌炎、心肌病、心包病、肺心病、房室肥大、电解质紊乱及药物中毒等方面,也有重要的辅助诊断价值。也是冠心病监护急诊抢救和心脏手术中的主要监测内容。局限性是通常不能作出病因和心功能诊断,某些异常可以是生理的或病理的,需结合临床症状体征进行分析判断,心电图正常也不能除外心脏病等。优点是无创、重复性好、获得资料迅速和方便经济。现已产生许多分支学科。

1.3.1 动态心电图。通常称为 Holter,是用磁带等记录24小时心电信号,由电脑总结报告,并可将需要部分心电图重放,进行细致分析,用以增加发作性或间歇性心律失常、心肌缺血的发现机会和定量诊断,由于记录是在日常生活中进行,可以将心电的异常与日常生活的睡眠、休息、运动等相联系。适用于体表心电图未发现的心律失常和心肌缺血的疑诊病例。它具有心电图的相似优点,唯代价较高。

1.3.2 希氏束电图与电生理检查。希氏束电图是心腔内记录的希氏束电位,可较体表心电图更准确地确定房室传导阻滞的部位和类型,区别室上性和室性异位搏动。电生理检查是通过导管从心腔内不同部位记录心电图和用调搏技术进行检查,在心律失常的诊断和治疗上,尤其病态窦房结综合征、

预激综合征及其引起的心律失常、室上性心动过速诊治上,有重要意义。缺点是属侵入性检查,有发生严重副作用可能,需一定的设备和技术条件,经济代价高,仅用于诊治疑难病例或准备起搏、介入性治疗或手术治疗者。

1.3.3 向量心电图。或称心向量图,它以向量环形式表达心电活动,是解释体表心电图图形产生的基础理论,在部分心室肥大、心肌梗塞诊断上,可作为心电图的补充,但记录方法复杂,正常值变异范围较大,缺乏统一的诊断标准,敏感性和特异性皆不理想,临床应用已愈来愈少,有被淘汰的倾向。

1.3.4 收缩时间间期(STI)。由同步记录心电、心音和颈动脉搏动图测出射血前期(PEP)、左室射血时间(LVET)等参数,认为 PEP/LVET(P/L)是左室功能的反映,由此可计算出射血分数(EF),有称为“心功能检查”,但影响因素较多,P/L 与临床按 NYHA 标准的心功能分级的相关性较差,通常不能由此确定是否有心功能不全。但连续测定并作自身前后比较,在心功能变化和药物疗效观察上有一定价值,在心包炎与心肌炎、心肌病的鉴别诊断上也可能有一定帮助。STI 的优点是无创、经济代价不高。

其他由多导生理记录仪或超声心音等同步记录的多项血流动力学指标所测定的心功能,与临床依 NYHA 标准所确定的心功能无良好相关性,其临床意义尚未完全确定,且代价高昂,除科研外,临床上一概不必进行检查。

1.4 X线检查。胸透和摄片,在心脏、大血管轮廓大小、心脏搏动、心包积液和肺水肿等诊断上有重要辅助诊断价值,是诊断心血管病中应用较广的辅助诊断手段之一,但通常不能作出病因诊断。选择性血管造影和心导管检查,在冠心病、

先天性心血管病、心脏瓣膜病和大动脉病的病理形态诊断上有重要价值。由导管检查所提供的血流动力学参数在心力衰竭、休克治疗和临床药理研究上有一定意义。但属侵入性检查,有产生严重合并症的可能,且需一定的设备和技术条件,代价高昂,仅用于手术或介入性治疗的病人。

1.5 超声检查。是发展迅速的非侵入性检查,在心血管病诊断上,应用较广的是超声心动图,单纯性二尖瓣狭窄、心房粘液瘤、心包积液、二尖瓣脱垂、肥厚性主动脉瓣下狭窄等,可由此确诊。在房室肥大、室壁与间隔运动、左室做功、某些先天性心脏病、瓣膜病和冠心病诊断上,也有辅助诊断意义。扇形超声和多普勒是前者的有力补充,可提高其诊断价值。但因心腔形状不规则,在胸腔中位置也存在明显的个体差异,故正常值范围较大,诊断的特异性和敏感性均不理想,尤其检查者的操作熟练程度、生理解剖和临床医学知识水平,更影响它的诊断价值。超声心动图检查费用不高,可用于一般病人,扇超与多普勒检查费用高,仅用于手术前后及少数疑难诊治病例。

1.6 放射性核素检查。属非侵入性检查,由此可获得导管、造影等侵入性检查的相似结果,在心功能检查、心肌缺血、心肌梗塞等诊断上有重要意义。但设备昂贵,放射性核素来源困难,不易在床边进行,难为一般内科病人所接受。

1.7 实验室检查。肌酸磷酸激酶、乳酸脱氢酶、谷草转氨酶及其同功酶、肌红蛋白测定等在急性心肌梗塞诊断上有肯定意义,但远较心电图代价高,获得结果不及时,早期诊断价值有限,但在临床观察上有一定意义。血脂分析、载脂蛋白测定和血液流变学检查,在动脉硬化、冠心病的诊断与治疗上有一定意义,但检查费用较高,医生应根据病史体检结果作针对