

X Z B J M L C S C

心脏病

简明临床手册

贺文印 编著
杨鼎颐 审校

-62

陕西科学技术出版社

R54-62
HNY

yx-24106

前 言

我作为内科医师，经常要诊治一些心脏病患者。但在日常工作中，感到缺少较实用的临床心脏病手册作参考。近年来在工作之余阅读了有关书籍，有了一些体会，因而产生了编写一本能结合临床实际的参考手册，这一想法得到了我的老师，西安医科大学第一附属医院心内科杨鼎颐教授的大力支持，反复修改书稿内容，在杨教授的指导下经数年撰写六易其稿后编写成现在的这本《心脏病简明临床手册》，希望它能供基层一线工作的同道们参考。

在编写过程中杨元茂同志不辞辛苦，5次帮助抄写全部书稿。张积书、付淑玲、袁桂林也帮助整理资料。在本书编写过程中更得到各级领导的支持和关怀。陕西人民出版社李忠民同志为本书的出版做了大量的工作，在此一并表示诚挚地感谢。

本书内容力求实用，但由于本人业务水平所限，虽做了很大努力，谬误之处在所难免，期待读



A0044940



(陕)新登字 002 号

心脏病简明临床手册

贺文印 编著

杨鼎颐 审校

陕西科学技术出版社出版发行

(西安北大街 131 号)

新华书店经销 国营五四四厂地图分厂印刷

787×1092 毫米 32 开本 8.25 印张 17 万字

1993 年 4 月第 1 版 1993 年 4 月第 1 次印刷

印数:1—4000

ISBN 7-5369-1414-8/R·385

定价:4.00 元

者批评指正。

贺文印

1992年2月

序

众所周知，心血管疾病是危害人民健康的常见病、多发病，近年来在防治心血管疾病方面，不断有新的诊断技术和治疗方法在临床上应用，但目前在临床第一线的实践中，用作防治心血管疾病的参考书籍却不多，影响了这些新技术的推广应用。由陕西省科学技术出版社出版、贺文印同志编写的《心脏病简明临床手册》一书，是他参考了近年来国内外有关书刊，结合他本人在日常诊疗工作中的心得体会编写而成的专业参考书，内容新颖，适时实用，对一些鲜为人所注意的问题作了扼要叙述，同时结合基层实际重点而系统地介绍了常见心血管病的诊治经验。披阅之余感到值得介绍给临床一线的内科、儿科医师参考。

在医疗一线的同志，日常工作繁忙，贺医师能在百忙中编写参考书籍，这一精神值得学习且应发扬，故乐为作序。

杨鼎颐

1991年12月5日

目 录

第一章 心律失常.....	(1)
第一节 窦性心动过速、窦性心动过缓和 窦性心律不齐.....	(2)
第二节 期前收缩.....	(5)
第三节 阵发性室上性心动过速.....	(9)
第四节 心房扑动	(11)
第五节 房颤	(14)
第六节 多形性房性心动过速	(15)
第七节 室性心动过速、室性自位节律和 室颤	(16)
第八节 扭转室速	(20)
第九节 病态窦房结综合征	(20)
第十节 预激综合征	(22)
第十一节 房室传导阻滞	(25)
第十二节 束支阻滞	(27)
第十三节 Q-T 延长综合征.....	(31)
第十四节 心脏电复律	(33)
第十五节 临时及永久性人工心脏起搏	(35)
第十六节 有创性心电生理检查	(37)
第二章 心肌缺血和心肌梗塞	(39)

第一节	冠状动脉痉挛	(39)
第二节	劳力性心绞痛	(41)
第三节	不稳定性心绞痛	(45)
第四节	心肌梗塞的病因、病理生理和 形态学	(47)
第五节	心肌梗塞的诊断	(48)
第六节	心肌梗塞伴发的快速性心律失常 ...	(51)
第七节	心肌梗塞伴发的房室传导阻滞	(53)
第八节	心肌梗塞伴发束支传导阻滞	(55)
第九节	心肌梗塞所致左室功能不全	(56)
第十节	心肌梗塞后心室间隔穿孔	(58)
第十一节	心肌梗塞后二尖瓣关闭不全	(60)
第十二节	左室壁瘤	(62)
第十三节	心肌梗塞后心脏破裂	(63)
第十四节	心肌梗塞后胸痛	(64)
第十五节	心肌梗塞后综合征	(65)
第十六节	右室心肌梗塞	(66)
第十七节	心肌梗塞的治疗	(68)
第十八节	心肌的缺血保护	(70)
第十九节	心肌梗塞的溶栓治疗	(72)
第廿节	冠状动脉外科	(74)
第廿一节	穿刺冠状动脉成形术	(76)
第廿二节	心肌梗塞后的康复	(78)
第三章	高血压病	(80)
第四章	心肌和心包疾病	(84)
第一节	肥厚型心肌病	(84)

第二节	原发性扩张型心肌病及继发性 心肌病	(87)
第三节	限止型心肌病	(89)
第四节	甍环类药物所致的心肌病	(92)
第五节	急性心包炎	(93)
第六节	心包填塞	(95)
第七节	缩窄性心包炎	(97)
第八节	放射所致的心包和心肌疾病	(99)
第九节	慢性心包积液	(100)
第五章	心脏瓣膜病	(102)
第一节	主动脉瓣狭窄	(102)
第二节	慢性主动脉瓣关闭不全	(105)
第三节	急性主动脉瓣关闭不全	(109)
第四节	二尖瓣狭窄	(111)
第五节	慢性二尖瓣关闭不全	(115)
第六节	急性二尖瓣关闭不全	(117)
第七节	二尖瓣脱垂综合征	(119)
第八节	肺动脉瓣狭窄	(122)
第九节	肺动脉瓣关闭不全	(124)
第十节	三尖瓣狭窄	(126)
第十一节	三尖瓣关闭不全	(128)
第十二节	亚急性感染性心内膜炎	(130)
第十三节	急性感染性心内膜炎	(134)
第六章	先天性心脏病	(136)
第一节	房间隔缺损	(137)
第二节	室间隔缺损	(142)

第三节	动脉导管未闭·····	(146)
第四节	肺静脉异位引流·····	(151)
第五节	艾森曼格综合征·····	(154)
第六节	爱勃斯坦畸型·····	(158)
第七节	主动脉缩窄·····	(161)
第八节	校正型大血管转位·····	(164)
第九节	法乐氏四联征·····	(165)
第十节	动脉干永存·····	(170)
第十一节	先天性完全性心脏传导阻滞·····	(174)
第十二节	特发性肺动脉扩张·····	(175)
第十三节	冠状动脉起源异常·····	(176)
第十四节	右位心·····	(179)
第七章	其它心脏病·····	(181)
第一节	原发性肺动脉高压·····	(181)
第二节	继发性肺动脉高压·····	(183)
第三节	原发性心脏肿瘤·····	(185)
第四节	继发性心脏肿瘤·····	(188)
第五节	梅毒性心血管损害·····	(189)
第六节	夹层动脉瘤·····	(192)
第七节	急性风湿热·····	(194)
第八节	结缔组织病与心脏·····	(198)
第九节	妊娠与心血管疾病·····	(201)
第十节	肥胖与心脏病·····	(202)
第十一节	慢性肾功能衰竭与心血管病·····	(203)
第十二节	冠心病的非心脏手术·····	(204)
第十三节	甲状腺机能亢进症和心脏·····	(206)

第十四节	甲状腺机能减退症和心脏·····	(208)
第十五节	马凡氏综合征·····	(210)
第八章	心血管药物的临床应用·····	(213)
第一节	强心甙·····	(213)
第二节	具有正性肌力作用的药物·····	(218)
第三节	利尿剂·····	(221)
第四节	抗心律失常药·····	(225)
第五节	抗心绞痛药·····	(236)
第六节	钙拮抗剂·····	(239)
第七节	抗高血压药·····	(240)
第八节	调整血脂药·····	(247)

第一章 心律失常

心律失常甚为常见，按它的发生原理可分为冲动起源异常和冲动传导异常两大类，临床上常按它发作时心率快慢分为快速性和缓慢性两大类。

一、冲动起源异常所致的心律失常有

(一) 窦性心律失常

1. 窦性心动过速;
2. 窦性心动过缓;
3. 窦性心律不齐;
4. 窦性停搏。

(二) 异位心律

1. 主动性异位心律: (1)过早搏动;
(2)阵发性心动过速;
(3)心房扑动和颤动;
(4)心室扑动和颤动。
2. 被动性异位心律: (1)逸搏、房性、结性、室性;
(2)逸搏心律。

二、冲动传导异常所致的心律失常

(一) 生理性

1. 干扰;
2. 房室分离。

(二) 病理性

1. 窦房传导阻滞;
2. 心房内传导阻滞;
3. 房室传导阻滞;
4. 室内传导阻滞。

本章选择临床上常见的几种心律失常分述如下:

第一节 窦性心动过速、窦性心动过缓和窦性心律不齐

(Sinus Tachycardia Sinus Bradycardia and Sinus Arrhythmia)

窦性心动过速

成年人窦性频率超过 100 次 / 分称窦性心动过速, 一般 100~130 次 / 分。心电图上示 P-R 间期可以缩短不变或延长。P 波在 QRS 综合波前出现。当心率达到 150 次 / 分时, P 波可重叠在 T 波上, 这种情况与室上性心动过速或 2:1 传导的心房扑动难以鉴别。此时按压颈动脉窦, 若是窦性心动过速, 心率逐渐减慢, 按压停止后又逐渐变快; 若为室上性心动过速, 心率可没有变化或者突然变成窦性心律; 2:1 传导的房扑按压颈动脉窦时会很快地增加房室传导的比例, 使心室率减慢。

【病 因】

窦性心动过速属于某些病理性或生理现象的反应, 包括血容量减少、发烧、代谢亢进、焦虑不安、体力活动等。患嗜铬细胞瘤, 血内儿茶酚胺浓度升高, 可使心率加快。饮用

含酒精和含咖啡因的饮料及某些药物，如肾上腺素和阿托品等，常会引起心动过速。约 1/3 急性心梗患者，因心泵功能受损伤，心搏量减少，可出现心动过速。

【治 疗】

对窦性心动过速的治疗，首先要查清病因。血容量减少者，就要给患者足量的液体，若由于发烧，则应针对病因进行治疗，同时可通过物理降温或使用解热剂；急性心肌梗塞引起的窦速可促进心肌缺血范围扩展，应及时予以纠正。

窦性心动过缓

【定义和心电图特点】

窦性心律 60 次/分以下称窦性心动过缓，大约有 25% 年轻健康人窦性心律在 50~60 次/分，一些训练有素的运动员心率常在 40 次/分左右。某些作者意见 50 次/分以下时称窦性心动过缓，心电图 P 波规律地出现，每个 P 波后有 QRS 综合波，P-R 间期多正常也可以稍延长。

【病 因】

窦性心动过缓可能由于某些机理使迷走神经受刺激，包括颈动脉窦受压，Valsalva 氏动作，呕吐和面部浸泡在冷水里引起，颅内压增加可伴有窦缓，许多药物像 β -肾上腺素能受体阻滞剂、维拉帕米、洋地黄、利血平、胍乙啶、甲基多巴以及多种抗心律失常药物如奎尼丁、普鲁卡因酰胺、利多卡因等都能减慢心率。某种电解质失衡如高血钾、低温和甲状腺功能减退症也可引起窦性心动过缓。急性心梗的早期窦性心动过缓的发生率较高，约 10~15%（1~3 小时以内），尤以下壁心梗患者多见。

【治 疗】

多数心动过缓病人往往没有自觉症状，偶然出现头晕甚至晕厥。有心绞痛或全心衰竭者要及时治疗。首先要寻找引起心动过缓的任何药物，若有需要，用硫酸阿托品 0.5~1.0mg 静脉注射，必要时，可重复 2~3 次；病窦患者若有严重窦性心动过缓，且症状明显者，应先安置临时起搏器，然后植入永久起搏器。

窦性心律不齐

窦性心律不齐是窦房结发出的正常激动，但快慢不等。心电图上 P-P 间期的差异可超过 0.16 秒。窦性心律不齐多数与呼吸有关，吸气时心率增快，呼气时心率变慢，是肺和体循环压力改变反射性引起迷走神经张力波动所致。窦性心律不齐也常见于窦性心动过缓，可能是迷走神经占优势的结果。当运动时，或用阿托品使心率增快时，节律就变齐。

【病 因】

窦性心律不齐常出现于儿童和老年人。也可见于应用洋地黄之后及各种感染性疾病的恢复期。同时，也是一种颅内压增高的心血管表现；下壁心肌梗塞患者甚为常见。所有窦性心律不齐患者都没有症状，有时窦性心律不齐与窦房阻滞或异位心房节律不易鉴别。

【治 疗】

窦性心律不齐一般没有临床重要性，不需治疗，若为严重的窦性心动过缓出现头晕或晕厥可静注阿托品。

第二节 期前收缩

(Premature Beats)

过早搏动或期外收缩是最常见的心律失常，它是比正常节律提前出现的异位收缩，其兴奋点可位于心房、房室结或心室。

房性早搏

房性早搏最为常见。常见原因为滥用酒精或吸烟，过度劳累，焦虑不安或各种感染性疾病。二尖瓣病变和肺心病常伴有房性早搏，但冠状动脉病变并不因病变加重而增加房性早搏。无器质性心脏病者也可出现房性早搏，虽然多数房性早搏没有症状，有时有明显心跳感或心脏搏动感。体查时，对周围的血管触诊可发现早跳。

早搏源于心房的异位激动，使正常的心房激动顺序发生改变，故P波不仅提前出现，且形态异常。P波能否传到心室，取决于早搏提前的程度。早搏的P-R间期可保持正常、缩短或者延长。激动通过心室传导系统正常者，房性早搏后QRS综合波形态一般正常。如果房性早搏出现在心室传导的相对不应期，那么QRS综合波就可能显示各种畸型，类似于室性早搏。心室激动的畸型程度与房性早搏提前的程度有关：房性早搏出现的愈早，畸型愈大，而延迟出现的房性早搏其传导近似正常。房性异位激动可传至窦房结并使之去极，窦房结因而重新安排其激动周期，故房性早搏后周期长短类似于窦性周期。与室性早搏相比，房性早搏后的

代偿间期不完全。

房性早搏应治疗原因,无器质性心脏病者,一般可不治疗。有症状者可对症治疗,解除顾虑。如谷维素 20mg 3 次 / 日。可选用的抗心律失常药物有维拉帕米 40mg, 每日 3 次; 心律平 100~200mg, 每 8 小时 1 次。

结 性 早 搏

在窦性激动尚未发出之前,交界区提前发出一次激动,称交界性或结性期前收缩,它与房性早搏相似,一般不引起症状。其心电图特征是:①有提前的 QRS 综合波和逆行 P 波, QRS 形状和时间与窦性者基本相同。逆行 P 波可在 QRS 综合波之前, P-R 间期小于 0.12 秒,也可在 QRS 综合波之后, R-P 间期小于 0.20 秒,有时则与 QRS 综合波同时发生;②多为完全性代偿间歇,此乃由于激动虽可逆传至心房,但未传至窦房结所致。结性早搏有时可伴有室内差异性传导或房室干扰。

结性或交界性早搏与房性早搏相似,一般不引起症状。其心电图特征除提早出现外,与房室交界处性逸搏相似。另外,因为这类早搏源于房室结, P 波能正常地传到心房,但 P 波的位置和形态发生异常。其原因可能由于房室结的激动逆传使心房兴奋;也可能是心房的窦性激动与心室的由交界区开始的激动很接近,使窦房结的激动终止。在前种情况下, P 波形态可异常,可出现在 QRS 综合波的前面。或同时出现。

交界性早搏常无症状,但也可伴有心悸,或颈静脉出现巨 a 波。后者可能导致颈部搏动不适。如有症状,应按房性

早搏治疗。

室性早搏

室性早搏是源于心室的异位激动，它比窦性心搏提前出现。偶发室性早搏见于年轻人或健康人，多由于疲劳、焦虑不安、过度吸烟，饮用咖啡、茶或酒精而引起。健康人的频发室早对运动可有不同的反应，有时可增加，有时则减少。各种电解质紊乱像低血钾、高血钙常伴发室早，早搏也是洋地黄中毒的先兆。室性早搏常见于应用拟交感药物患者，如右旋苯异丙胺、异丙肾上腺素。室性早搏还可出现于许多器质性心脏病患者，包括瓣膜疾病、心功能障碍时，缺血性心脏病患者室性早搏甚为常见。

偶发性室性早搏患者可诉说心悸感，但引起胸部不适的患者不多。体格检查：室性早搏比窦性心搏提前出现，继早搏后有完全性代偿间歇。ECG 检查：因为激动起源不正常且通过心室时间较长，所以早搏 QRS 呈宽大畸型，时间增宽至少达 0.13 秒。T 波与 QRS 波方向相反。起源于同一部位的室性早搏有恒定的联律距，即早搏与先前的基本心搏之间的偶联间期恒定。多数情况下，早搏后有长的代偿间期，继早搏后 P 波和 QRS 波正常，但 T 波可不正常。

室性早搏的预后主要取决于形成早搏基本病变，无原发性心脏病患者的室性早搏一般不引起严重后果。相反，室早伴发器质性心脏病时可增加猝死的危险性，尤多见于缺血性心脏病。急性心肌梗塞和梗塞后的频发性、多形性室早，增加了室速和室颤的可能性，对这一类患者，应使用抗心律失常药物。室性早搏出现以下情况是不良的预兆：①早搏发作频