

心血管病 鉴别诊断学

陈灏珠 主编

XINXUEGUANBING
JIANBIE
ZHENDUANXUE

安徽科学技术出版社

R54
CH2

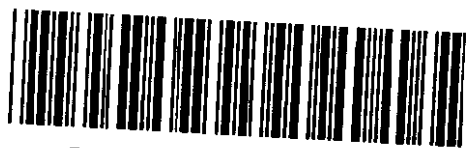
心血管病鉴别诊断学

● 主编 陈灏珠

● 安徽科学技术出版社



4216107



A0281266

(皖)新登字 02 号

责任编辑 黄和平
封面设计 王国亮

心血管病鉴别诊断学

陈灏珠 主编

*

安徽科学技术出版社出版

(合肥市九州大厦八楼)

邮政编码:230063

安徽省安士达实业公司激光照排部照排
新华书店经销 永青印刷厂印刷

*

开本:850×1168 1/32 印张:18 字数:430 千字

1995 年 12 月第 1 版 1995 年 12 月第 1 次印刷

印数:7 000

ISBN7-5337-1130-0/R·240 定价:18.00 元

本书编著人员

主 编 陈灏珠

编 著 (按姓氏笔画为序)

王一尘	王敏华	王健生	孔祥琳
朱文青	朱文炳	朱 仪	戎卫海
李志善	李建华	何梅先	陈世波
陈灏珠	林佑善	杨英珍	俞济舟
徐 岩	诸骏仁	浦寿月	顾菊康
程 瑛	童步高	谢瑞满	蔡迺绳
廖 埔	霍纲娣	魏 盟	

前 言

自 70 年代以来,心血管病和恶性肿瘤已成为我国人民死亡的最主要原因。在有些年份、有些地区死亡原因以心血管病为首;而在某些年份、另一些地区则以恶性肿瘤占死亡原因的第一位。脑血管病虽然引起神经系统的病理变化和临床表现,但其基础实为血管的病变。如将脑血管病也划入心血管病的范围,心脑血管病所致的死亡人数加在一起,则无论在任何地区和任何年份,都高居我国人口死亡的第一位。

随着我国卫生事业的发展,传染病得到基本控制,心血管病病人已能及时地被发现和治疗,因而心血管病相对增多;随着人民生活水平的提高和平均期望寿命的延长,一些常见于老年人的心血管病发生机会增多,因而心血管病也绝对增多。虽然心血管病已成为我国重要的常见病,但临床上仍不如呼吸系统疾病和消化系统疾病多见。

心血管系统有其解剖和生理上的特点,心血管病的致病因素各不相同,心血管病又常是全身性疾病的一部分,因此传统上诊断心血管病时,需要列出病因诊断、病理解剖诊断和病理生理诊断才算全面。不同病因所致的心血管病其症状往往相同,有些体征也有共同之处;心血管病的一些症状也可见于其他系统的疾病,特别是呼吸系统、神经系统和泌尿系统疾病之中;有些可引起心血管病的全身性疾病,其本身的症状和体征如果明显,常将心血管病的症状和体征掩盖。基于上述这些情况,临床上诊治心血管病时仔细地进行鉴别诊断,及时地确诊就显得非常重要。首先要鉴别病人所患的

是否系心血管病,其次鉴别它是何种病因所引起,再鉴别它产生了何种病理解剖变化和病理生理变化,然后一一列出诊断。这样才能为正确采取针对性的治疗措施创造有利的条件。

应安徽科学技术出版社之邀,我们编写了这本专门论述心血管病鉴别诊断的《心血管病鉴别诊断学》一书,以期提出如何对各种心血管病(也包括一些脑血管病)进行鉴别诊断,并通过鉴别诊断得出正确诊断的途径,供读者参考。全书分为32章,根据传统习惯主要按心血管病的病因诊断分类来分章,详细地讨论各种心血管病的鉴别诊断,同时也简要介绍其诊断要点和治疗原则。有些章则按心血管病的病理解剖诊断分类和病理生理分类来讨论。此外还有一章讨论心血管病各种症状的鉴别诊断,另一章讨论脑血管病的鉴别诊断。本书各章主要由我院、所的心脏科医师编写,也有兄弟单位的心脏科医师参加。我们虽都按议定的规格编写,但由于编写人员较多,行文风格有所不同,以致全书各章规格的统一略有欠缺,请读者原谅。又由于我们的水平所限,错误之处在所难免,请读者阅后不吝赐教为幸。

陈灏珠 1995年3月于
上海医科大学附属中山医院
上海市心血管病研究所

目 录

第一章	绪论	(1)
第二章	心血管病症状的鉴别诊断	(12)
第三章	先天性心脏血管病的鉴别诊断	(41)
第四章	高血压的鉴别诊断	(62)
第五章	冠状动脉粥样硬化性心脏病的鉴别诊断	(86)
第一节	隐匿型冠心病的鉴别诊断	(86)
第二节	心绞痛型冠心病的鉴别诊断	(91)
第三节	心肌梗塞型冠心病的鉴别诊断	(101)
第四节	心力衰竭和/或心律失常型冠心病的鉴别诊断	(110)
第五节	猝死型冠心病的鉴别诊断	(115)
第六章	心脏瓣膜病的鉴别诊断	(123)
第一节	二尖瓣狭窄的鉴别诊断	(123)
第二节	二尖瓣关闭不全的鉴别诊断	(129)
第三节	主动脉瓣狭窄的鉴别诊断	(134)
第四节	主动脉瓣关闭不全的鉴别诊断	(145)
第五节	肺动脉瓣狭窄的鉴别诊断	(154)
第六节	肺动脉瓣关闭不全的鉴别诊断	(161)
第七节	三尖瓣狭窄的鉴别诊断	(164)
第八节	三尖瓣关闭不全的鉴别诊断	(169)
第九节	联合瓣膜疾病和瓣膜联合疾病	(174)
第十节	人工瓣膜疾病	(185)
第七章	肺原性心脏病的鉴别诊断	(188)
第一节	急性肺原性心脏病的鉴别诊断	(188)

第二节	慢性缺氧血性肺原性心脏病的鉴别诊断	(197)
第三节	慢性高压性肺原性心脏病的鉴别诊断	(207)
第八章	感染性心内膜炎的鉴别诊断	(210)
第九章	心肌炎的鉴别诊断	(220)
第十章	心包炎的鉴别诊断	(234)
第十一章	风湿热的鉴别诊断	(245)
第十二章	梅毒性心血管病的鉴别诊断	(253)
第十三章	心肌病的鉴别诊断	(265)
第一节	原发性心肌病的鉴别诊断	(265)
第二节	继发性心肌病的鉴别诊断	(281)
第十四章	内分泌性心脏病的鉴别诊断	(287)
第一节	肢端肥大症性心脏病的鉴别诊断	(288)
第二节	垂体前叶功能减退症与心血管病	(296)
第三节	甲状腺功能亢进性心脏病的鉴别诊断	(298)
第四节	甲状腺功能减退性心脏病的鉴别诊断	(304)
第五节	甲状旁腺功能亢进与心血管病	(308)
第六节	甲状旁腺功能减退与心血管病	(312)
第七节	皮质醇增多症与心血管病	(315)
第八节	肾上腺皮质功能减退与心血管病	(317)
第九节	原发性醛固酮增多症与心血管病	(320)
第十节	嗜铬细胞瘤及肾上腺髓质增生症与心血管病	(327)
第十一节	糖尿病与心血管病	(329)
第十五章	肾炎性心血管病的鉴别诊断	(331)
第十六章	贫血性心脏病的鉴别诊断	(358)
第十七章	脚气病性心脏病的鉴别诊断	(370)
第十八章	高原心血管病的鉴别诊断	(374)
第一节	高原肺水肿的鉴别诊断	(374)
第二节	高原心脏病的鉴别诊断	(376)
第三节	高原高血压的鉴别诊断	(382)

第四节 高原低血压的鉴别诊断	(383)
第十九章 遗传性心血管病的鉴别诊断	(385)
第二十章 心脏肿瘤的鉴别诊断	(407)
第二十一章 心脏神经官能症的鉴别诊断	(416)
第二十二章 医源性心脏病的鉴别诊断	(422)
第二十三章 主动脉病的鉴别诊断	(427)
第一节 主动脉壁夹层分离的鉴别诊断	(427)
第二节 主动脉粥样硬化的鉴别诊断	(433)
第三节 梅毒性主动脉炎的鉴别诊断	(436)
第四节 主动脉瘤的鉴别诊断	(438)
第二十四章 周围动脉疾病的鉴别诊断	(444)
第一节 多发性大动脉炎的鉴别诊断	(444)
第二节 下肢动脉硬化闭塞症的鉴别诊断	(450)
第三节 血栓闭塞性脉管炎的鉴别诊断	(453)
第四节 周围动脉瘤的鉴别诊断	(456)
第五节 急性周围动脉栓塞的鉴别诊断	(458)
第二十五章 腔静脉病的鉴别诊断	(461)
第一节 上腔静脉综合征的鉴别诊断	(461)
第二节 下腔静脉综合征的鉴别诊断	(464)
第二十六章 周围静脉疾病的鉴别诊断	(468)
第一节 深静脉血栓形成的鉴别诊断	(468)
第二节 血栓性静脉炎的鉴别诊断	(473)
第三节 原发性下肢静脉瓣膜关闭不全的鉴别诊断	(474)
第二十七章 脑血管病的鉴别诊断	(477)
第二十八章 心力衰竭的鉴别诊断	(486)
第一节 左心衰竭的鉴别诊断	(488)
第二节 右心衰竭的鉴别诊断	(495)
第三节 全心衰竭的鉴别诊断	(498)
第四节 心力衰竭的基础心脏病病因	(498)

第五节 心力衰竭的治疗原则	(500)
第二十九章 心律失常的鉴别诊断	(505)
第一节 快速而规则的心律失常鉴别诊断	(508)
第二节 缓慢而规则的心律失常鉴别诊断	(515)
第三节 心率正常而心律规则的心律失常鉴别诊断	(519)
第四节 心律不规则的心律失常鉴别诊断	(523)
第三十章 休克的鉴别诊断	(527)
第三十一章 高动力循环状态的鉴别诊断	(545)
第三十二章 猝死的鉴别诊断	(547)

第一章 绪 论

心脏各层组织结构包括心包、心肌和心内膜的病变,以及调节心脏的神经功能发生障碍,统称为心脏病。临床上习惯于将与心脏相连接的大血管如主动脉、肺动脉、腔静脉和肺静脉等病变,也包括在心脏病的范围之内而称为心脏大血管病或心血管病。周围动、静脉的病变一般称为周围血管病,但广义地也可将之包括在心血管病范畴之内。也就是说循环系统的疾病可以统称为心血管病。

心血管病在我国是常见病,此病在人群中的发病率和住院病人的构成比都有增多的趋势,并成为人口死亡的主要原因之一。目前在全国多数地区死亡的前三位疾病是心血管病、恶性肿瘤和脑血管病。脑血管病属神经系统疾病,但其实质也是机体的血管病变,广义地也可认为其属心血管病的范畴。这样看,则心脏和血管的病变已成为我国人口死亡的最主要原因,是最重要的疾病。

心血管病在我国增多的原因,系我国卫生事业发展及传染病的基本控制,因而出现心血管病相对较多;医疗条件改善,心血管病病人能及时发现和治疗;人民生活水平提高和平均寿命增长,使一些常见于老年人的心脏病发生机会增多,心血管病的某些易患因素得以长时间起作用等。

一、心血管病的诊断

由于循环系统的解剖和生理上的特点、循环系统疾病的致病因素各不相同及其与全身性疾病的关系,诊断心血管病时要列出病因诊断、病理解剖诊断、病理生理诊断(包括心功能诊断)。鉴别

诊断时也要根据这三方面的诊断进行鉴别。

(一)心血管病的病因诊断

根据致病因素的不同,心血管病可分为先天性和后天性两大类。

1. **先天性心血管病(先心病)** 为心脏及大血管在胎儿期时发育异常所致,常由妊娠早期母亲患风疹等病毒感染,营养不良,子宫受到物理、化学(包括药物)的影响和遗传因素等引起。病变可累及心脏各层组织和大血管。

2. **后天性心血管病** 为出生后心脏受到外来或机体内在因素作用而致病,有以下几种类型:

(1) **动脉粥样硬化和冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)** 动脉粥样硬化是指动脉壁脂质沉积引起管壁增厚、变硬、管腔狭窄的病变,目前认为是多种因素联合作用引起,常累及主动脉、冠状动脉、脑动脉、肾动脉、周围动脉等。冠状动脉粥样硬化引起心肌血供障碍时,称为冠心病或缺血性心脏病。脑动脉粥样硬化可引起缺血性脑中风。

(2) **风湿性心脏病(风心病)** 为风湿热累及心脏所致。急性期可引起心内膜、心肌和心包炎症,称为风湿性心脏炎;慢性期主要导致瓣膜狭窄和/或关闭不全。瓣膜损伤以二尖瓣和主动脉瓣最常见,称为风湿性心瓣膜病。

(3) **高血压病和高血压性心脏病(高心病)** 高血压病(原发性高血压)被认为是多种因素引起全身小动脉痉挛以至硬化所致,显著而持久的血压增高,可影响心脏而产生高血压性心脏病。影响脑血管而导致破裂出血引起出血性中风。

(4) **肺原性心脏病(肺心病)** 为肺、肺血管或胸腔疾病,如肺气肿、肺纤维化、肺动脉栓塞、原发性肺动脉高压、胸廓畸形等,引起肺循环阻力增高而导致的心脏病。

(5) **感染性心脏病** 为病毒、细菌、真菌、立克次体、寄生虫等

感染侵犯心脏而导致的心脏病,包括心内膜、心肌和心包的炎症。

(6)内分泌性心脏病 为内分泌疾病所导致的心脏病,如甲状腺功能亢进性心脏病、甲状腺功能减退性心脏病等。

(7)血液病性心脏病 为血液病所导致的心脏病,如贫血性心脏病等。

(8)营养代谢性心脏病 为营养不良、代谢障碍所导致的心脏病,如脚气病性心脏病等。

(9)中毒性心脏病 为药物或化学制剂中毒所导致的心脏病,如锑剂、阿霉素和治疗心脏病的药物等中毒时所引起的中毒性心肌炎或心肌病。

(10)心血管神经官能症 为植物神经系统平衡失调引起的心血管功能紊乱,在病理解剖方面未见器质性病变。

(11)其他病因引起的心脏病 包括肾小球肾炎、结缔组织疾病(如系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎等)和神经肌肉疾病(如进行性肌营养不良、假肥大性肌营养不良等)中的心脏病,放射线、高原环境或其他物理因素所致的心脏损伤,遗传性疾病中的心脏病变,心脏肿瘤等。

(12)原因不明 还有一些心血管病目前病因还不明确,如原因不明的心肌病等。

(二)心血管病的病理解剖诊断

不同病因诊断的心血管病类型可分别或同时引起心内膜、心肌、心包或大血管具有特征性的病理解剖变化,这些解剖变化可反映不同类型的心血管病的特点。常见的病理解剖变化和病理解剖诊断有:

1. **心内膜病变** 心内膜炎(急性或亚急性,感染性或非感染性),心内膜弹性纤维增生,心瓣膜狭窄、关闭不全、脱垂、粘液样变性、纤维化、钙化或撕裂等。

2. **心肌病变** 心肌炎(急性或慢性,感染性或非感染性),心脏

增大(心肌肥厚或心腔扩张),心肌坏死、心肌梗塞、心肌纤维化(心肌硬化),心肌破裂或损伤,乳头肌或腱索断裂,心室壁膨胀瘤等。

3. **心包病变** 心包炎(急性、慢性或缩窄性,感染性或非感染性),心包渗液或积液、积血或积脓,心包缺损等。

4. **大、中型血管病变** 主动脉粥样硬化,主动脉炎,主动脉瘤,主动脉中膜囊样变性,主动脉夹层动脉瘤,多发性大动脉炎,冠状动脉粥样硬化、血栓形成或炎症,肺动脉栓塞,上腔静脉综合征、下腔静脉综合征等。

5. **先天性畸形** 心房间隔、心室间隔或主动脉、肺动脉间隔缺损,左、右心室流出道狭窄,主、肺动脉瓣或主、肺动脉段狭窄,动脉导管未闭,主动脉窦动脉瘤,主动脉缩窄,二尖瓣、三尖瓣狭窄或闭锁、瓣叶裂隙、移位或关闭不全,主动脉干、房室共道或左侧上腔静脉永存,大血管错位,肺静脉畸形引流,肺动静脉瘘或冠状动静脉瘘等。

6. **肿瘤** 心脏各部位不同类别的肿瘤,如心房粘液瘤、心肌肉瘤、心包间皮细胞瘤以及肺或其他器官癌肿的侵犯或转移等。

7. **周围血管病变** 有雷诺综合征、血栓闭塞性脉管炎、颞动脉炎、闭塞性动脉硬化、血栓性浅静脉炎、深部静脉血栓形成等。

(三)心血管病的病理生理诊断

不同病因诊断的心血管病类型可引起相同或不同的病理生理变化,常见的病理生理变化和病理生理诊断有:

1. **心力衰竭** 主要指心脏机械收缩和舒张功能不良。可为急性或慢性,左心、右心或全心衰竭,见于各种心血管病。这时心脏由于心肌本身的病变或克服其解剖病变所带来的排血功能障碍的能力(代偿功能)减弱,不能将心腔内的血液恰当地排出,因而造成动脉系统供血不足,心房和静脉系统淤血。严重的左心衰竭可导致急性肺水肿。近年对发生于急性心肌梗塞的急性心力衰竭又称为泵衰竭。此外,也有人将房室瓣狭窄和缩窄性心包炎等所引起的心室

充盈的机械性障碍也包括在心力衰竭的范畴内。

2. **休克** 为周围循环血液灌注不良造成的内脏和外周组织缺血、微循环障碍等一系列变化,可由急性心脏排血障碍、循环血容量不足或调节血管的神经发生障碍等所引起。过去将休克称为“周围循环衰竭”或“急性循环功能不全”,忽视了心脏排血障碍的因素,因而不够全面。

3. **冠状循环功能不全** 为冠状动脉供血不足造成的心肌缺血,可引起各型心绞痛。

4. **乳头肌功能不全** 二尖瓣或三尖瓣乳头肌病变,不能正常调节瓣叶的开闭,引起瓣膜关闭不全。

5. **心律失常** 为心脏的自律、兴奋或传导功能失调,引起心动过快、过慢和心律不规则的变化。心律失常种类繁多,几种心律失常可同时出现。有些心律失常可影响心脏的排血功能,严重的可导致循环骤停。

6. **高动力循环状态** 为心排血量增多、血压增高、心率增快、周围循环血液灌注增多的综合状态,见于神经体液调节障碍;也见于器质性心脏病,如甲状腺功能亢进性心脏病、脚气病性心脏病、贫血性心脏病等。

7. **血压异常** 以动脉血压增高超过正常水平为最多见,称为高血压。常由高血压病所引起,称为原发性高血压;由其他疾病引起的较少见,称为继发性高血压或症状性高血压。动脉血压降低到正常水平以下称为低血压,常见于休克。肺动脉血压高于正常,称为肺动脉高压,也有原发性和继发性两类。心力衰竭、心脏压塞和限制型心肌病时,静脉血压增高;循环血容量减低时,则静脉血压下降。

8. **血液分流** 为血液从左侧心腔或大血管(包括肺动脉、左心房、左心室和主动脉及其分支)不经过正常循环途径直接流入右侧心腔或大血管(包括腔静脉及其分支、右心房、右心室和肺静脉及

其分支)或反之。前者称为左至右分流,后者称为右至左分流。血液分流主要见于先天性心血管病。此外,外伤或其他侵蚀性病变引起的大循环动静脉瘘也可导致左至右分流。

9. **心包填塞** 为心包腔大量积液、积血或积脓,妨碍心脏充盈和排血,并造成静脉淤血,亦称心脏压塞。

二、心血管病的鉴别诊断

鉴别诊断心血管病首先要鉴别病人所患是否系心血管病,然后鉴别病人所患是何种病因的心血管病,再鉴别病人有何种病理解剖变化和病理生理变化,并一一列出诊断。对症状、体征和实验室检查结果的综合分析,很有助于鉴别诊断。

(一)症状的鉴别诊断

心血管病的常见症状有:呼吸困难、紫绀、心悸、少尿、水肿和咳嗽、咯血、胸痛及昏厥、抽搐、头痛、头昏、声音嘶哑等。这些症状也见于其他系统的疾病,特别是呼吸系统、泌尿系统和神经系统疾病。因此,需要根据这些症状所表现的特点,来鉴别是否系心血管病所引起(详见第二章)。

(二)体征的鉴别诊断

对心血管病体征的分析,不但有助于鉴别病人是否患心血管病,也有助于判别病人具有何种病理解剖和病理生理变化。常见的体征有:

1. **心脏增大** 各种心脏病均可导致心脏增大,其表现是心脏浊音界增大。左心室增大时,心尖搏动向左下移位并呈抬举性冲动;右心室增大时,胸骨左缘、心前区及剑突下有弥散性、抬举性冲动;自幼心脏即增大者,心前区可隆起;心包积液时心脏浊音界也增大,但心尖冲动消失。

2. **心脏杂音** 瓣膜、大血管病变和先心病时,在有关瓣膜听诊区和胸壁或背部其他有关部位可听到特征性杂音。分析杂音的发

生部位、性质、响度、在心动周期中所出现的时间、历时长短和传播情况等,有助于对瓣膜狭窄或关闭不全、左至右或右至左的血液分流及大血管狭窄性病变的判断和定位。如心尖区听到局限的隆隆样舒张期杂音,提示二尖瓣狭窄;听到响亮返流型收缩期杂音向左腋下传导,提示二尖瓣关闭不全;在胸骨左缘第二肋间听到连续性机器样杂音主要向左上胸部传导,提示动脉导管未闭;在背部下方脊柱左侧或中上腹部偏左处听到喷射性收缩期杂音,提示有降主动脉或腹主动脉狭窄。听到响亮杂音的部位常可触到震颤。急性心包炎时,可在心前区听到心包摩擦音。

3. 心音异常 在多种心血管病中,可有第一、二心音的增强、减弱或分裂。这些心音异常可协助诊断瓣膜和心肌病变、先心病、高血压和肺动脉高压、房室传导异常、心包积液、束支传导阻滞等。如心尖区第一心音减弱见于二尖瓣关闭不全、严重心肌病变、第一度房室传导阻滞等;肺动脉瓣区第二心音亢进见于肺动脉高压;明显分裂见于心房间隔缺损和右束支传导阻滞;第一、二心音都明显减轻见于心包积液。此外,施行人造机械瓣膜替换术后,第一、二心音均可呈响亮的“喀喇音”;应用人工心脏起搏器时,可引起心音分裂;心律失常时心音的频率、节律和强弱都可发生显著的改变;严重心肌损伤时可出现钟摆心律。

4. 异常心音 是在正常心音之外听到的额外心音。包括:①收缩期额外音。其中收缩早期喀喇音(收缩喷射音),见于主动脉或肺动脉瓣膜狭窄以及主动脉或肺动脉扩张;收缩中期或晚期喀喇音,主要见于二尖瓣脱垂综合征。②舒张期额外音。其中舒张期三音律(亦称奔马律,为异常响亮的第三或第四心音所引起)和四音律(亦称火车头奔马律,为同时出现响亮的第三和第四心音所致)见于心力衰竭和严重心肌受损;开瓣音见于二尖瓣或三尖瓣狭窄;心包叩击音见于缩窄性心包炎;肿瘤扑落音见于心房粘液瘤。此外,应用人工心脏起搏器时可听到起搏音,偶尔还可听到膈肌音。