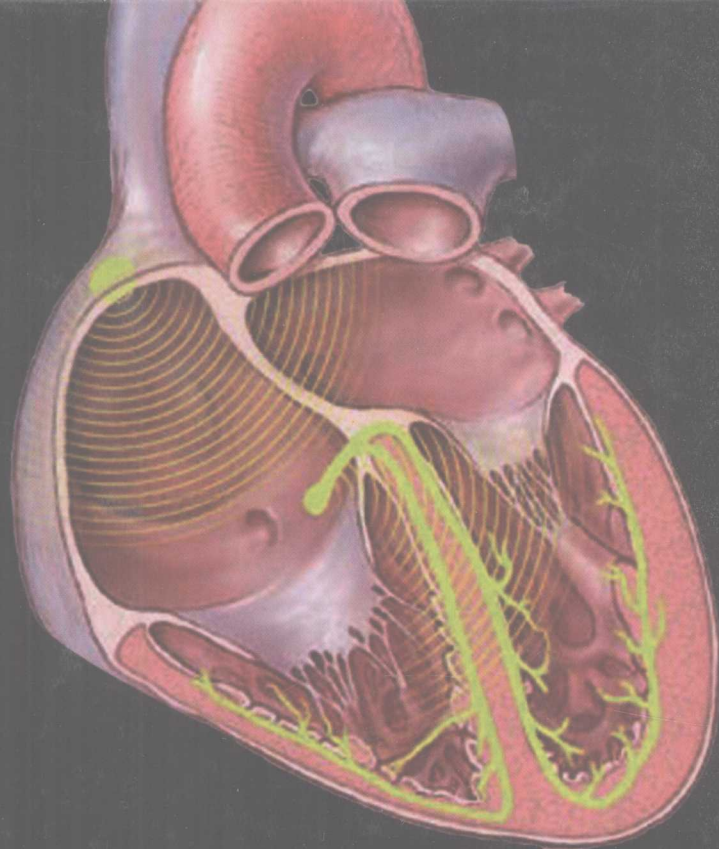


JINGDIAN
XINZANG
BINGXUE

江时森 编著



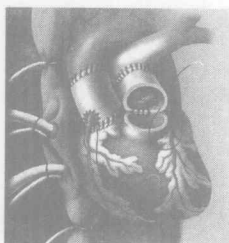
经典 第2版 心脏病学



耳部

耳鼻咽喉学

耳鼻咽喉科



经典心脏病学

JINGDIAN XINZANGBINGXUE

第2版

江时森 编著

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

经典心脏病学/江时森编著. —2 版. —北京:人民军医出版社,2009. 8

ISBN 978-7-5091-2839-8

I. 经… II. 江… III. 心脏病学 IV. R541

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 110915 号

策划编辑:于 岚 文字编辑:乔 虹 责任审读:黄栩兵

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927273

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:京南印刷厂 装订:桃园装订有限公司

开本:850mm×1168mm 1/16

印张:40.25 字数:1314 千字

版、印次:2009 年 8 月第 2 版第 1 次印刷

印数:0001~3800

定价:148.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换



第2版序

心血管疾病是威胁人类健康的常见重要疾病。随着科学技术的发展,作为临床医学一个重要分支的心脏病学,近百余年来取得了显著的发展,成为临床医学发展最活跃和进展最快的领域之一。人们对各种心血管疾病的认识不断深入,心血管疾病的预防诊断和治疗方法不断改进和更新。在知识突飞猛进的今天,全面、准确地总结心血管病研究发展的经典成就,追本溯源,究其最先,并不是一件易事。

南京军区总医院江时森大夫经过多年努力,《经典心脏病学》第2版终于问世。本书最大特点是:

1. 打破常规、标新立异。本书不按照传统的教科书或参考书的编写格式,在内容和结构上有别于目前已出版的各种版本的心脏病学书籍。作者运用“历史视角长镜头”,纵观心脏病学千年发展历程,找出经典发现和成就,试图探索出心脏病学发展的内在规律,总结成功经验,寻找失败根源,提出研究方向和前沿。

2. 资料翔实、内容丰富。第2版在第1版18篇的基础上扩充为32篇,涵盖了心血管病学发展的全部内容及最新进展,并对心血管系统各种疾病的经典发展作了翔实论述。许多内容仅在本书中方可找到答案。

3. 一人完成,实属不易。《经典心脏病学》是作者一人花费多年辛勤劳动,查阅大量历史文献,并按时间顺序进行归纳和总结,做了大量的读书札记,故数据事件均有据可查,因而可信。本书突出了四方面的特色:内容经典性,理论先进性,知识系统性,临床实用性。这些特点都将赢得广大内科医师,尤其是心血管科医师及研究生、医学生和有关医务人员的青睐,成为他们的案头书。

批阅之余,深感此书内容丰富、具有特色,堪称佳作,故乐于做序。

胡大一

二〇〇八年九月八日 于北京

第 1 版序

南京军区总医院心脏科副主任医师江时森编写的《经典心脏病学》，经过多年努力，终于出版了。这本专著的出版是我国心脏病学界一项丰硕成果，它为广大医务工作者提供了一部有价值的参考书籍。心血管疾病是多发病和常见病。随着我国人口平均寿命的延长，急性传染病的有效控制以及人民群众生活、工作习惯和环境的变化，我国人民的疾病谱亦正向发达国家靠拢，心血管疾病发生率明显增加，而且已列为人口死亡原因中的首位。

《经典心脏病学》这本专著，在国内还是第一部。本书最大特点是：

1. 选题新颖，在内容和结构上有别于目前已出版的各种版本的心脏病学。作者运用“历史视角长镜头”，纵观心脏病学多年发展历程，清晰地展示了各个主要历史时期中心心脏病理论和实践的发展概况，客观地评价了每项研究成果，试图总结出心脏病学发展过程中的内在规律，并强调指出现阶段还存在的主要问题和研究方向。这种探索无疑是有益的，也是难能可贵的。这是本专著的一个显著特点，是其他版本心脏病学无法比拟的。

2. 本专著另一显著特点是资料丰富翔实。作者曾用了六年多时间，认真查阅了国内外大量文献，并按时间顺序进行归纳总结，作了大量的读书札记，故数据、事件均有据可查，是可信的。许多内容在一般心脏病学书籍里是不太可能包括和反映的。本专著正是紧紧地抓住“经典”这一特殊命题来写心脏病的，全书都贯穿着这一主题思想。因此，本专著与其他类似著作相比，其优点是显而易见的。这是一本较完整的、内容丰富的参考书和工具书。披阅之余，深感本书的出版对内科医师、心血管内科医师，以及医学院校师生、研究生都会从中得到裨益，故乐于做序。

上海第二医科大学 俞国瑞
内科学教授

一九九一年十二月 于上海

第2版前言

《经典心脏病学》第1版出版于1992年。作者当时刚过不惑之年。出版之时受到众多前辈和同行好评，有不少前辈和读者来信称我为“老先生”。询问我何来决心和毅力，在信息尚不发达的年代，用手工方法检索大量文献，一人完成国内外首部经典心脏病学。当我有机会与他们相遇时，都不约而同地投来诧异的目光！这样的著作好像不应该是一位刚过不惑之年者一人所能完成的。

光阴似箭，一晃16年过去。这期间众多同行希望出版第2版。但因繁忙的临床、教学、科研和管理工作，一直未能如愿。今天终于完稿，如释重负。

21世纪第1个10年已近尾声，医学经历了原始医学时代，经验医学时代和实验医学时代，而今进入了技术医学时代。这个时代，是既有理论知识大创新、大突破，又有以工程技术大发展为主体的技术医学时代。在技术发展的同时，医学如何回归人文，回归对健康的探寻？当前所需要的是冷思而又不宜于浮躁，创新而又宜于去模仿，有远见卓识而又不宜于去急功近利。

心脏病学作为临床医学的一个重要分支，近20年来取得了惊人的发展，成为临床医学领域发展最活跃、进展最快的领域。在知识突飞猛进的今天，全面准确地总结心血管病发展的经典成就，追本溯源，究其最先，并不是一件容易的事。没有“一生甘坐冷板凳，术无创新死不休”的精神，不达“衣带渐宽终不悔，为伊消得人憔悴”的痴迷境界，是难以一人完成《经典心脏病学》这本巨著的。

第2版在第1版原有18篇的基础上，增加了14篇新内容，扩充为32篇。本书涵盖了心脏病学经典、现状、进展和前沿，众多内容仅在本书才能找到答案。本专著正是紧扣“经典”这一命题来写心脏病的，全书始终贯穿着这一主题思想。因此，本书突出了4个特色：内容经典性，理论先进性，知识系统性，临床实用性，故本专著是一本完整的、内容丰富的工具书和参考书，适宜作内科医师、心血管科医师、医学院校本科学生和研究生参考用书。

江时森

二〇〇八年十二月二十六日 于南京军区南京总医院

第 1 版前言

《经典心脏病学》经过六年多的努力,终于完稿了。编著这样一本专著,还是一个新颖的课题。写作《经典心脏病学》的起因,还得回到我在上海第二医科大学就读研究生期间,受研究生开题报告的启发。因为要完成某一领域的研究,就必须了解该领域有哪些里程碑性的进展,有哪些问题没有解决,目前的研究动向和前景。因此,我就萌发编写一本有关这方面的心脏病专著。心血管疾病是危害人类健康的常见疾病,在我国的发病率已跃居各类疾病的首位。科学地研究它们的起源、形成和发展,总结心血管疾病诊治成功与失败的教训,揭示其发展客观规律,提高心血管疾病的诊治水平,已成为当前的紧迫任务。

本书的最大特点是系统地叙述人类对心脏的解剖、生理、病理及主要心脏疾病的经典发现、经典认识过程;在心血管疾病的诊治中,有哪些重要发现和重要进展,有哪些关键性的问题尚未解决。论述力求言简意明,浅出深入。主要介绍基本概念、重要事实、科学论据、技术要点和肯定结论。全书共分 18 篇。总论扼要介绍了从古代人对心脏病的认识到现代心脏病学的发展过程。第 2、3 篇论述心血管生理学和心脏病理学的经典研究发展过程,重点论述哈维发现血液循环所作出的划时代的贡献,到现代心血管生理学的兴起与发展。第 4、5、6 篇重点介绍冠心病、心绞痛和心肌梗死的诊治发展过程,还有哪些问题没有解决。第 7 篇叙述对高血压的认识、发展过程,高血压治疗方针的战略演变。第 8 篇、第 9 篇、第 10 篇和第 11 篇分别为冠脉痉挛、风湿热和风湿性心脏病、感染性心内膜炎和心肌疾患。第 12 篇为心力衰竭,系统论述对心力衰竭各个阶段的认识发展过程,对治疗心力衰竭的各种方法及其价值作重点介绍。第 13 篇介绍对心律失常的经典发现、认识和研究过程,治疗心律失常各种治疗方法的价值、限度及其展望。钙离子拮抗剂的问世对心血管疾病的治疗带来了革命性的变化,故本书列第 16 篇专题论述。为使读者阅读方便,第 18 篇为各种疾病诊治过程的大事年表。本专著参考文献较多,尽量吸取新发现、新理论和新成就。因限于篇幅,故篇末仅列举主要参考文献。本专著适宜于内科医师、心血管内科医师和医学院校的师生及研究生参考。

本书编写过程中,得到我国著名心脏病学家俞国瑞教授的关注,并为本书撰写序言。南京军医学校副校长陈根达教授对书稿进行了文字加工,并承担特约编辑。医院领导对本书出版给予热情支持,得到我的战友、朋友浦口区常务副区长李延珩、浦口区组织部长李明才、浦口区组织部副部长赵连增的大力支持。作者深感荣幸,并致衷心感谢。

限于本人水平,书中难免有缺点和错误,祈盼专家及读者不吝指正。

编著者

一九九一年十二月二十六日 于金陵

目 录

1 医药的起源与标志	(1)
1.1 医学的定义	(1)
1.2 疾病的定义	(2)
1.3 医学的起源	(4)
1.4 西方医学之父——希波格拉底的历史功绩	(5)
1.5 希波格拉底誓词及其启示	(6)
1.6 医药的标志——蛇缠杖与古希腊医学	(7)
1.7 医学模式的历史演变	(7)
2 古代人对心脏病的认识	(10)
2.1 萌芽时期和文明古国之贡献	(10)
2.2 亚里士多德(Aristote)的历史功绩	(12)
2.3 中华民族医药对心脏病学历史发展的贡献	(12)
3 心脏病学发展千年艰难历程	(14)
3.1 盖仑的功与过	(14)
3.2 达·芬奇与解剖学之更新	(15)
3.3 改革之序幕——心脏病学在文艺复兴时期	(16)
3.4 杰出的成就——17 世纪的心脏病学	(17)
3.5 理论化和系统化——18 世纪的心脏病学	(19)
3.6 诊断学之成就——19 世纪前半叶之心脏病学	(20)
3.7 黄金时代之开端——19 世纪后半叶之心脏病学	(21)
3.8 科学和进步一体化——20 世纪前半叶之心脏病学	(23)
3.9 现代科学技术革命改变了心脏病学面貌	(25)
3.10 心脏病学辅助诊断百年回顾	(27)
4 心肺复苏术的千年历史进程及对死亡判定认识和思考	(31)
4.1 中华医药对心肺复苏术的重要贡献	(31)
4.2 心肺复苏历史回顾	(32)
4.3 心脏功能与对死亡认识的历史变迁及启示	(32)
5 美国 Framingham 心脏研究的历史地位及对现代心脏病学发展的启示	(35)
6 心血管病成为流行病的严峻形势及挑战	(37)
6.1 心血管病流行现状	(37)
6.2 心血管病防治面临的挑战	(38)

7 循证医学的出现及对心脏病诊断与治疗指南制定的影响	(40)
7.1 循证医学概念	(40)
7.2 循证医学的历史回顾	(40)
7.3 循证医学实用意义与差距	(42)
7.4 循证医学对指南制定的价值及挑战	(43)
8 心脏解剖及其正确血液循环路径发现的艰难历程	(45)
8.1 人体组成学研究历史	(45)
8.1.1 人体组成学的早期研究	(45)
8.1.2 对人体组成规律的探索	(46)
8.1.3 对影响人体组成的体内外因素的探讨	(47)
8.1.4 人体组成的活体测定方法	(48)
8.2 古代自然哲学时期对血液循环现象的认识	(49)
8.3 显著反差——医学权威盖仑对血液循环研究的贡献和阻碍作用	(51)
8.4 向医学权威挑战——为血液循环研究不惜流血牺牲的 Servetus	(52)
8.5 血液循环正确路径的发现——哈维划时代的贡献	(53)
8.5.1 哈维是如何发现血液循环的	(53)
8.5.2 哈维的伟大历史功绩	(54)
8.5.3 哈维发现血液循环的启示和思考	(55)
8.6 微循环的发现——血液循环理论的最后完善	(56)
9 现代心血管生理学的形成与发展	(58)
9.1 血液循环从形态研究向功能研究发展——现代心血管生理学研究时代的到来	(58)
9.2 新技术的应用——心脏电生理学的兴起与发展	(59)
9.2.1 心肌细胞的动作电位	(60)
9.2.2 心脏自动节律的起搏机制	(61)
9.3 受体的发现——心脏血管受体的研究和应用	(63)
9.3.1 受体的发现	(63)
9.3.2 心脏和血管的受体类型及其生理效应	(65)
9.4 从机械功能到内分泌功能——对心血管功能的新认识	(65)
9.4.1 心钠素发现的启示	(65)
9.4.2 发现新的生物活性分子促进了生理科学的发展	(66)
9.4.3 心血管活性多肽具有功能多样性	(67)
10 心脏病理学	(69)
10.1 心脏病理学早期发展的三个阶段	(69)
10.2 百年来心脏病理学的发展	(69)
10.3 动脉粥样硬化的实验研究	(71)
11 动脉粥样硬化	(76)
11.1 动脉粥样硬化概念的历史形成和发展	(76)
11.2 脂质浸润学说与动脉粥样硬化	(77)
11.2.1 胆固醇的发现及其历史价值	(77)
11.2.2 脂蛋白的分类及其作用	(78)
11.2.3 脂蛋白受体的发现与诺贝尔奖	(80)
11.2.4 脂质代谢障碍学说的形成及现状	(81)

11.3 损伤-应答反应学说与动脉粥样硬化	(82)
11.3.1 概述	(82)
11.3.2 损伤-应答学说的机制	(83)
11.4 动脉平滑肌细胞增殖与动脉粥样硬化	(84)
11.4.1 单克隆学说	(84)
11.4.2 细胞株—衰老学说	(85)
11.4.3 镶嵌学说与动脉粥样硬化	(85)
11.4.4 血小板与动脉粥样硬化	(85)
11.4.5 前列腺素代谢与动脉粥样硬化	(86)
11.4.6 基因学说与动脉粥样硬化	(87)
11.5 炎症学说与动脉粥样硬化	(88)
11.6 动脉粥样硬化研究的热点和难点	(90)
12 冠状动脉粥样硬化性心脏病与心绞痛	(93)
12.1 关于冠状血管的认识过程	(93)
12.2 关于冠状循环及其调节的认识过程	(94)
12.3 冠心病和心绞痛的经典认识过程	(95)
12.4 冠心病和心绞痛的诊断和分型	(97)
12.4.1 心绞痛症状的五要素	(97)
12.4.2 冠心病心绞痛的分型演变	(97)
12.4.3 特殊类型的心绞痛	(98)
12.4.4 中国对冠心病命名变更	(100)
12.4.5 国际标准	(101)
12.5 冠心病诊断的金标准	(101)
12.6 冠心病流行病学的严峻形势及挑战	(103)
12.7 冠心病诊断标准的演变	(105)
12.7.1 全国冠心病普查会议制定的标准(1959年)	(105)
12.7.2 中华医学会甘肃分会高血压及心血管内科学术会议修订的诊断标准(1964年)	(105)
12.7.3 全国冠心病、高血压病普查预防座谈会修订的诊断标准(1974年)	(107)
12.7.4 全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会修订的诊断标准	(108)
12.7.5 全国内科学术会议制定的诊断标准(1980年)	(112)
12.7.6 国际心脏病学会和协会(ISFC)及世界卫生组织(WHO)临床命名标准化联合专题组制定缺血型心脏病命名及诊断标准(1979年)	(112)
12.7.7 第一届全国内科学会议心血管病专业组建议标准(1980年)	(113)
12.7.8 上海市医学会冠心病命名及诊断标准	(114)
12.8 冠心病治疗的发展过程	(115)
12.8.1 心绞痛治疗方法的演变	(115)
12.8.2 硝酸酯类药物的作用	(116)
12.8.3 β 受体阻滞药的应用	(117)
12.8.4 钙拮抗药的应用	(119)
12.8.5 抗心绞痛药物应用评价	(119)
12.9 冠心病的心导管介入治疗	(121)
12.9.1 Forssman——心导管介入治疗的奠基人	(121)
12.9.2 Dotter——血管成形术之父	(122)
12.9.3 PTCA 应用指南	(123)
12.9.4 Gerrity——开创了激光治疗血管栓塞	(124)

12.9.5	血管再通新技术的兴起	(126)
12.9.6	冠心病介入治疗从金属裸支架到药物洗脱支架	(127)
12.10	冠心病外科手术治疗的经典发展过程	(130)
12.11	缺血性心脏病治疗指南的制定、差异及其启示	(133)
12.11.1	目的和依据	(133)
12.11.2	指南制定的历史演变和差异	(134)
12.11.3	1996 年 AMI 指南的主要变更处	(135)
12.11.4	1999 年指南主要变更处	(137)
12.11.5	2004 年指南主要变更处	(138)
12.11.6	2007 ACC/AHA 不稳定型心绞痛/非 ST 段抬高心肌梗死指南变更	(139)
13	急性冠状动脉综合征	(143)
13.1	对急性冠脉综合征认识的经典过程	(143)
13.2	急性冠脉综合征危险分层、演变及意义	(144)
13.3	心脏标志物与 ACS 应用指南	(145)
13.4	急性冠状动脉综合征的治疗	(147)
13.5	指南的制定及启示	(148)
14	冠脉痉挛	(152)
14.1	对冠脉痉挛的经典认识过程	(152)
14.2	冠脉痉挛的发生机制	(153)
14.3	冠脉痉挛的诊断	(154)
14.4	冠脉旁路术围手术期的冠脉痉挛	(155)
15	心肌梗死	(157)
15.1	对急性心肌梗死的经典认识过程	(157)
15.1.1	心肌梗死的发现过程及 Herrick 的功绩	(157)
15.1.2	对心肌梗死认识的漫长过程	(158)
15.1.3	科学技术的发展促进了对心肌梗死诊断和治疗的发展	(160)
15.2	心肌梗死的发病机制经典发展过程	(162)
15.3	心肌梗死的病理生理学的若干概念形成与发展	(164)
15.3.1	心肌梗死后的血流动力学	(164)
15.3.2	心肌梗死后的心律失常	(165)
15.3.3	心肌梗死后的神经内分泌反应	(167)
15.3.4	心肌梗死的预后估价	(167)
15.3.5	不稳定斑块与心肌梗死及启示	(169)
15.4	心肌梗死的诊断	(169)
15.4.1	心电图 Q 波的临床意义	(170)
15.4.2	透壁性与非透壁性心肌梗死的病理学区别	(170)
15.4.3	Q 波梗死与非 Q 波梗死的比较	(171)
15.4.4	非 Q 波心肌梗死的诊断标准	(173)
15.4.5	世界卫生组织(WHO)心肌梗死诊断标准(1981 年)	(173)
15.4.6	急性心肌梗死国际诊断标准(1984 年)	(173)
15.4.7	心肌梗死的重新定义和新诊断标准制定的意义及启示	(175)
15.5	心肌梗死后的病理演变	(180)
15.5.1	心肌梗死后的病理演变分类	(180)

15.5.2 心肌梗死时冠脉造影表现与病理联系	(182)
15.6 心肌梗死的溶栓治疗	(182)
15.6.1 概述	(182)
15.6.2 溶栓治疗的发展过程	(182)
15.6.3 溶栓治疗适应证	(185)
15.6.4 溶栓治疗禁忌证	(185)
15.6.5 我国制定的溶栓治疗方案(1991 年)	(186)
15.6.6 溶栓再通指标	(188)
15.6.7 溶栓治疗的评价	(188)
15.7 心肌梗死的处理程序和战略	(189)
15.7.1 心肌梗死处理程序	(189)
15.7.2 1989 年 Becher 制定的急性心肌梗死处理程序	(189)
15.7.3 1988 年美国 ACC/AHA 制定的急性心肌梗死治疗指南	(190)
15.7.4 ACC/AHA 对心肌梗死泵衰竭的治疗指南(1989 年)	(191)
15.7.5 急性心肌梗死手术治疗指南(美国 ACC/AHA)	(191)
15.7.6 2004 年 ACC/AHA 新指南制定及意义	(192)
16 高脂蛋白血症的严峻形势及对策	(196)
16.1 概述	(196)
16.2 中国血脂研究发展历程	(196)
16.2.1 关于 TC、LDL-C、HDL-C、TG 的研究	(197)
16.2.2 关于 TC 的研究	(197)
16.2.3 关于 LDL-C 的研究	(198)
16.2.4 关于 TG 的研究	(198)
16.2.5 关于 HDL-C 的研究	(198)
16.2.6 关于中国人群血脂代谢异常的患病率的研究	(199)
16.2.7 关于中国人群血脂临床控制状况的研究	(200)
16.3 美国高脂血症指南的制定与演变	(200)
16.3.1 ATPⅢ的新特点(2001 年)	(201)
16.3.2 ATPⅢ指南 2004 年修订报告	(201)
16.4 调脂治疗的重大成果	(202)
16.5 中国成人血脂异常防治指南(2007 年)	(203)
16.5.1 背景	(203)
16.5.2 我国人群的血脂合适水平	(204)
16.5.3 心血管病综合危险的评价	(204)
17 高血压	(208)
17.1 最早测量动物血压的人	(208)
17.2 对血压的经典认识过程	(208)
17.3 高血压研究的现代进程与面临的挑战	(211)
17.4 国际对高血压认识研究大事年表	(213)
17.5 新中国高血压防治大事记	(215)
17.6 高血压的发病机制经典认识过程	(218)
17.6.1 精神原学说	(218)
17.6.2 神经原学说	(219)
17.6.3 肾原学说	(219)

17.6.4	激肽释放酶-激肽系统(Kallikrein-Kinins)与高血压	(223)
17.6.5	基因遗传学说与高血压	(224)
17.6.6	盐与高血压	(225)
17.6.7	细胞膜学说与高血压	(226)
17.6.8	镶嵌学说与高血压	(228)
17.6.9	高血压动物模型	(228)
17.6.10	转基因动物在高血压研究中的应用	(230)
17.7	人类动脉血压调节及其影响因素的新观点	(230)
17.7.1	动脉血压及影响因素	(230)
17.7.2	血压调控异常综合征	(231)
17.8	白大衣高血压现象及其临床重要性	(232)
17.9	高血压前期概念的提出和意义	(233)
17.10	高血压病成为流行病的严峻形势及挑战	(233)
17.10.1	高血压病流行状况	(233)
17.10.2	高血压病知晓率、治疗率及控制率	(234)
17.11	高血压诊断标准的历史演变	(235)
17.11.1	血压测量的袖带标准和注意事项	(235)
17.11.2	早期标准	(236)
17.11.3	世界卫生组织高血压标准演变	(236)
17.11.4	美国全国联合委员会(JNC)的高血压诊断标准的变更	(236)
17.11.5	儿童血压正常值	(238)
17.11.6	高血压分期观念的演变	(239)
17.12	美国心脏协会更新血压测量和标准化的建议(2005年)	(242)
17.12.1	测量血压的方法	(243)
17.12.2	测量血压需注意的问题	(243)
17.12.3	其他场所测量的血压	(245)
17.12.4	动态血压监测(ABP)	(245)
17.12.5	特殊情况下的血压测量	(246)
17.13	高血压治疗历史发展、现状和展望	(246)
17.13.1	高血压治疗的发展过程	(246)
17.13.2	常用抗高血压药应用大事年表	(247)
17.13.3	常用抗高血压药的分类	(248)
17.14	血管紧张素转换酶抑制药的发现和临床应用	(249)
17.14.1	对血管紧张素转换酶的认识过程	(249)
17.14.2	ACE 特异性抑制药的发现与设计	(249)
17.14.3	ACE 抑制药研究的发展	(250)
17.14.4	ACE 抑制药作用机制	(250)
17.14.5	血管紧张素转换酶 2 的发现及其意义	(250)
17.14.6	《血管紧张素转换酶抑制药在心血管病中应用的中国专家共识》(2007年)	(251)
17.14.7	血管紧张素转换酶抑制药临床应用和发展	(253)
17.15	血管紧张素 II 受体拮抗药	(255)
17.15.1	血管紧张素 II 受体的发现	(255)
17.15.2	血管紧张素 II 受体拮抗药	(256)
17.15.3	血管紧张素 II 受体拮抗药应用和争鸣	(257)
17.16	抗高血压治疗方针的战略演变	(258)
17.16.1	高血压治疗 8 个阶段	(258)

17.16.2	WHO 高血压治疗阶梯方案(1978 年)	(259)
17.16.3	Zanchetti 高血压阶梯治疗方案(1986 年)	(260)
17.16.4	美国 JNC 高血压个体化阶梯式治疗方案(1988 年)	(260)
17.16.5	中国陈灏珠建议的降压药物选用原则(1981 年)	(261)
17.16.6	中国叶绪瑛建议的高血压阶梯治疗方案(1991 年)	(261)
17.16.7	抗高血压药物应用的评价及展望	(264)
17.16.8	抗高血压药物应用注意事项	(265)
17.16.9	抗高血压药物应用的合理选择	(267)
17.16.10	高血压的非药物治疗	(269)
17.16.11	高血压管理中体重控制(世界高血压联合会, 1989 年)	(270)
17.16.12	轻型高血压治疗	(272)
17.16.13	自我测量血压(世界高血压联盟推荐)	(275)
17.17	高血压治疗概念的更新与挑战	(279)
17.17.1	从阶梯治疗到个体化治疗的演变	(279)
17.17.2	高血压降压治疗目标不断变化及启示	(280)
17.17.3	从降压治疗对心脑血管事件的影响看降压治疗观念的变化	(282)
17.17.4	新目标——寻找理想的抗高血压药及联合治疗方案	(283)
17.18	《高血压处理指南》历史发展、现状和展望	(284)
17.18.1	高血压的定义变更	(284)
17.18.2	我国高血压诊断标准的变更	(284)
17.18.3	WHO 高血压诊断标准的变更	(286)
17.18.4	美国全国联合委员会(JNC)的高血压诊断标准的变更	(287)
17.18.5	欧洲高血压指南特点	(290)
17.18.6	日本高血压防治指南的变更	(292)
17.18.7	中国高血压防治指南解读	(293)
17.19	各国高血压处理指南观念的变更及启示	(295)
17.19.1	中国高血压防治指南的变更	(295)
17.19.2	英国高血压指南的变更	(297)
17.19.3	对《2006 年英国成人高血压治疗指南》的思考	(298)
17.20	中美欧最新高血压指南差异及启示	(299)
17.21	高血压研究领域尚待解决的问题	(302)
18	风湿热和风湿性心脏病	(304)
18.1	西医风湿病的历史沿革	(304)
18.2	风湿热和风湿性心脏病的经典认识过程	(306)
18.3	风湿热和风湿性心脏病诊断标准的演变	(308)
18.3.1	Jones 风湿热诊断标准(1944 年)	(308)
18.3.2	美国心脏病学会修订的 Jones 诊断标准(1965 年)	(308)
18.3.3	美国心脏病学会重新修订的 Jones 诊断标准(1984 年)	(309)
18.3.4	中国华北、东北心血管专业组制定的诊断参考标准(1981 年)	(312)
18.3.5	美国心脏病协会风湿性心脏病的分类和诊断标准(1965 年)	(313)
18.3.6	风湿性心脏瓣膜病合并风湿热活动的诊断条件	(314)
18.3.7	风湿性心脏瓣膜病同时并发风湿活动和感染性心内膜炎的分型及诊断条件	(314)
18.4	风湿性心脏瓣膜病的手术治疗	(315)
18.4.1	动物实验的启示——二尖瓣狭窄闭式分离术的兴起和发展	(315)
18.4.2	人工心肺机的问世——二尖瓣直视分离术的实现	(315)

18.4.3	从姑息到根治——心脏瓣膜置换术的临床应用	(316)
18.4.4	人工瓣膜研制历程	(320)
18.4.5	风湿性心脏瓣膜病导管介入性治疗	(321)
18.4.6	我国风湿性心脏病研究概况	(323)
18.5	瓣膜病治疗新领域	(324)
18.6	2007 年欧洲瓣膜性心脏病处理指南的指导意义	(325)
18.7	心脏瓣膜病患者合并冠状动脉疾病——一个值得关注的课题	(329)
19	感染性心内膜炎	(332)
19.1	对亚急性细菌性心内膜炎的经典认识过程	(332)
19.1.1	早期的观点	(332)
19.1.2	区别风湿性心内膜炎和细菌性心内膜炎的时期	(332)
19.1.3	关于栓塞观点的发展	(332)
19.1.4	心瓣膜上的细菌检测时期	(332)
19.1.5	深刻阐述细菌性心内膜炎时期(1850~1885 年)	(333)
19.1.6	Osler 的经典论文的问世	(333)
19.1.7	细菌学的发展,促进了心内膜炎研究的发展	(334)
19.1.8	抗生素的应用,迎来了细菌性心内膜炎治疗的新时代	(334)
19.1.9	近 40 年来细菌性心内膜炎诊断和治疗概况	(334)
19.2	心内膜炎的术语和病理分类	(335)
19.3	感染性心内膜炎的发病机制	(336)
19.4	实验性心内膜炎	(337)
19.5	感染性心内膜炎诊断标准	(338)
19.5.1	Duke 标准(1998 年)	(338)
19.5.2	中华儿科学会测定的标准(2005 年)(小儿感染性心内膜炎诊断标准)试行	(339)
19.6	重新审视感染性心内膜炎	(340)
19.7	感染性心内膜炎指南的变更	(340)
20	心肌疾病	(343)
20.1	对心肌疾病的经典认识过程	(343)
20.1.1	概述	(343)
20.1.2	听诊器和显微镜的应用,促进了对心肌病的研究	(343)
20.1.3	20 世纪前半叶对心肌病的研究	(344)
20.1.4	新技术的应用,促进了心肌病的深入研究	(345)
20.2	心肌病的定义和分类	(346)
20.2.1	WHO/ISFC 专题小组关于心肌病的定义及分类的报告(1980 年)	(346)
20.2.2	WHO/ISFC 工作组关于心肌病定义和分类的报告(1995 年)	(348)
20.2.3	美国 AHA 对心肌病定义和分类(2006 年)	(349)
20.2.4	心肌病诊断与治疗建议(2007 年)(中华医学会心血管病分会)	(353)
20.3	肥厚性心肌病(HCM)	(357)
20.3.1	对肥厚性心肌病的经典认识过程	(357)
20.3.2	肥厚性心肌病的病理及生理特征	(359)
20.3.3	肥厚性心肌病的诊断标准	(359)
20.3.4	肥厚性心肌病的治疗	(361)
20.3.5	肥厚型心肌病诊断与治疗(2005 年指南)	(362)
20.4	缺血性心肌病	(364)

20.5 心肌活检在心肌疾病中的应用	(366)
21 心力衰竭	(368)
21.1 心力衰竭定义的历史演变	(368)
21.1.1 概述	(368)
21.1.2 心力衰竭定义历史回顾	(368)
21.1.3 心力衰竭定义的演变过程	(369)
21.1.4 心力衰竭现代定义(AHA/ACC)(2004 年)	(369)
21.2 对心力衰竭认识经典过程	(370)
21.2.1 从 Hippocrates 时代至中世纪	(370)
21.2.2 Harvey 描述循环现象之前的临床观察	(370)
21.2.3 Harvey 发现循环现象对心力衰竭的认识的推动	(370)
21.3 心力衰竭发病机制认识的历史变迁	(370)
21.4 对心力衰竭发病机制认识的五个阶段	(373)
21.4.1 临床观察阶段	(373)
21.4.2 认识病理解剖与循环障碍之间关系阶段	(373)
21.4.3 研究血液循环异常阶段	(374)
21.4.4 衰竭心脏结构改变阶段	(374)
21.4.5 从血流动力学阶段到分子生物学阶段	(375)
21.5 与心力衰竭有关的几个概念的产生和发展	(376)
21.6 心肌收缩的物质基础与心力衰竭	(377)
21.6.1 心肌收缩蛋白质	(377)
21.6.2 心肌收缩时的能量供应	(378)
21.6.3 两种心肌收缩机制学说	(379)
21.7 心脏肥厚、扩张与心力衰竭	(380)
21.7.1 概述	(380)
21.7.2 心脏肥厚与心力衰竭	(380)
21.7.3 心脏扩张与心力衰竭	(381)
21.8 心肌收缩功能与心力衰竭	(382)
21.8.1 心肌收缩功能的有关概念	(382)
21.8.2 对心肌收缩功能的认识过程	(382)
21.8.3 心肌收缩功能与临床联系	(383)
21.9 心肌舒张功能与心力衰竭	(383)
21.9.1 心肌舒张功能的概念	(383)
21.9.2 心室舒张功能的指标	(384)
21.9.3 舒张功能异常的发生机制	(384)
21.9.4 舒张功能障碍与临床的联系	(384)
21.10 右心室功能与心力衰竭	(385)
21.11 心血管受体异常与心力衰竭	(386)
21.11.1 心肌受体的变化	(386)
21.11.2 与外周循环控制有关的受体变化	(386)
21.12 心力衰竭时神经体液轴的变化	(387)
21.13 心室重构与心力衰竭	(390)
21.14 心力衰竭流行病学严峻形势与挑战	(391)
21.14.1 概述	(391)
21.14.2 心力衰竭的患病率	(391)