



临床常规与禁忌系列

总主编/郑长青

心内科

医嘱常规与禁忌

YIZHUCHANGGUIYUJINJI

主编/邹德玲

用图表的形式具体介绍了心内科常见疾病医嘱的常规与禁忌。

相关医嘱均是编者所在医院及其他大医院长期应用、经过临床实践检验、为国内外专家所公认的。

内容实用，贴近临床，形式直观，适于各级医院的内科医师、实习医师和基层医护人员阅读参考。

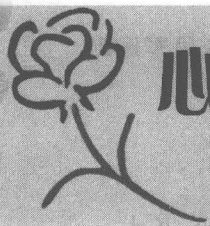


人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

● 临床常规与禁忌系列 ●

☆ 丛书



心内科医嘱常规与禁忌

XINNEIKE YIZHU CHANGGUI YU JINJI

人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

新编临床指南，首都医科大学北京医院主编

图书在版编目(CIP)数据

心内科医嘱常规与禁忌/邹德玲主编. —北京:人民军医出版社, 2009. 10

(临床常规与禁忌丛书)

ISBN 978-7-5091-3074-2

I. 心… II. 邹… III. 心脏血管疾病—医嘱 IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 171180 号

策划编辑:郭颖 文字编辑:杨柳 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)51927300-8153

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

印、装:中国农业出版社印刷厂

开本:787mm×1092mm 1/32

印张:9.375 字数:221千字

版、印次:2009年10月第1版第1次印刷

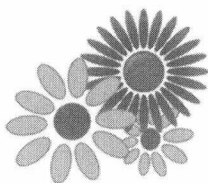
印数:0001~3500

定价:29.80元

版权所有 侵权必究

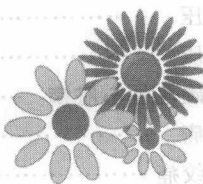
购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要



本书用图表的形式具体介绍了心内科常见疾病医嘱的常规与禁忌。这些相关医嘱均是编者所在医院及其他大医院长期应用、经过临床实践检验、为国内外专家所公认的。全书分为 14 章,分别介绍了心力衰竭、心律失常、高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心脏瓣膜病、心肌病、心肌炎、感染性心内膜炎、心包疾病、心脏性猝死和心脏骤停、血脂异常的防治、常见先天性心脏病、心血管神经症、静脉血栓栓塞预防和治疗专家共识等。本书内容实用,贴近临床,形式直观,适于各级医院的内科医师、实习医师和基层医护人员阅读参考。

目 录



第 1 章 心力衰竭	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 慢性心力衰竭	(5)
第三节 急性心力衰竭	(18)
第 2 章 心律失常	(22)
第一节 概述	(22)
第二节 病态窦房结综合征	(29)
第三节 房性期前收缩	(31)
第四节 房性心动过速	(33)
第五节 心房扑动	(36)
第六节 心房颤动	(38)
第七节 阵发性室上性心动过速	(40)
第八节 预激综合征	(42)
第九节 室性期前收缩	(44)
第十节 室性心动过速	(46)
第十一节 心室扑动与心室颤动	(49)
第十二节 房室传导阻滞	(50)
第十三节 室内传导阻滞	(52)
第十四节 心律失常的介入治疗	(54)

第3章 高血压	(76)
第一节 概论	(76)
第二节 原发性高血压	(81)
第三节 继发性高血压	(95)
第4章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(97)
第一节 稳定型心绞痛	(98)
第二节 不稳定型心绞痛	(109)
第三节 心肌梗死	(116)
第四节 无症状冠心病	(135)
第五节 心脏X综合征	(135)
第六节 缺血性心肌病	(136)
第七节 冠心病患者的饮食和运动注意事项	(137)
第5章 心脏瓣膜病	(141)
第一节 二尖瓣狭窄	(141)
第二节 二尖瓣关闭不全	(148)
第三节 主动脉瓣狭窄	(152)
第四节 主动脉瓣关闭不全	(156)
第6章 心肌病	(161)
第一节 扩张型心肌病	(162)
第二节 肥厚型心肌病	(169)
第三节 特异性心肌病	(174)
第7章 心肌炎	(177)
第8章 感染性心内膜炎	(186)
第9章 心包疾病	(203)
第一节 急性心包炎	(203)
第二节 缩窄性心包炎	(214)
第10章 心脏性猝死和心脏骤停	(220)
第一节 心脏性猝死	(220)

第二节 心脏骤停和复苏	(224)
第 11 章 血脂异常的防治	(228)
第 12 章 常见先天性心脏病	(250)
第一节 房间隔缺损	(250)
第二节 室间隔缺损	(251)
第三节 动脉导管未闭	(253)
第四节 法洛四联症	(255)
第五节 常见先天性心脏病的介入治疗	(257)
第 13 章 心血管神经症	(275)
第 14 章 静脉血栓栓塞预防和治疗专家共识(摘要) ...	(277)
第一节 静脉血栓栓塞的预防	(277)
第二节 静脉血栓栓塞的治疗	(284)



心力衰竭

第一节 概 述

【概念】 心力衰竭(heart failure)是各种心脏疾病导致心功能不全的一种综合征,是由于各种原因的初始心肌损伤,引起心脏结构和功能的变化,最后导致心室泵血功能下降。绝大多数情况下是指心肌收缩力下降使心排血量不能满足机体代谢的需要,器官、组织血液灌注不足,同时出现肺循环和(或)体循环淤血的表现。少数情况下,心肌收缩力尚可使心排血量维持正常,但由于异常增高的左心室充盈压,使肺静脉回流受阻,从而导致肺循环淤血,称之为舒张性心力衰竭。

【分类】

1. 根据心力衰竭发病部位分类

(1)左心衰竭:左心衰竭常见于高血压、冠心病(CHD)、心肌病、二尖瓣关闭不全等。主要是由于左心室受损或负荷过度导致搏出功能障碍,心排血量降低,造成肺循环淤血,甚至肺水肿。

(2)右心衰竭:常见于肺动脉高压、肺心病、二尖瓣狭窄、慢性阻塞性肺疾病等,并常继发于左心衰竭。主要是右心室搏出

功能障碍,心排血量降低,导致体循环淤血和静脉压升高,并常伴有下肢水肿,甚至全身性水肿。

(3)全心衰竭:风湿性心脏病、重度贫血等疾病发生时,常同时累及左、右心室而引起全心衰竭。全心衰竭也可继发于一侧心力衰竭。如左心衰竭时,肺静脉压增高,右心后负荷因肺动脉压的继发性增高而增大,故发生右心衰竭;右心衰竭时,肺循环的血流量减少,以致左心不能充盈、冠状动脉血流减少、左心受损,发生左心衰竭。

2. 根据心力衰竭发生速度分类

(1)急性心力衰竭:常见于急性大面积心肌梗死(AMI)、严重心肌炎等。特点为发病急,发展迅速,机体代偿常来不及动员,因心排血量在短时间内急剧减少,故动脉血压进行性降低,常可导致心源性休克。

(2)慢性心力衰竭:常见于高血压病、心脏瓣膜病、肺动脉高压等。特点为发病缓慢,病程较长,临床常见。临床常表现为充血性心力衰竭。

3. 根据心排血量分类

(1)低心排血量性心力衰竭:常见于冠心病、高血压病、心肌病、心脏瓣膜病等。此种患者的心排血量绝对减少,在基础状态下明显低于正常水平。

(2)高心排血量性心力衰竭:继发于代谢增高或心脏后负荷降低的疾病,如甲状腺功能亢进、严重贫血、维生素B₁缺乏和动静脉瘘等。高心排血量性心力衰竭虽然其心排血量可稍高于正常水平,但与心力衰竭发生前相比仍有所降低,对于患者本身而言,其心排血量是相对减少的。在这种情况下,心脏长期处于高排血量状态,心脏做功增强使心肌能量供应相对不足,导致心泵功能降低,心排血量下降。此时,由于组织需氧量增高,因此心排血量相对不足。

4. 根据心脏收缩和舒张功能分类

(1)收缩性心力衰竭:因心脏收缩功能障碍致收缩期排空能力减弱而引起的心力衰竭。特点为心脏扩大,收缩末期容积增大,射血分数降低。

(2)舒张性心力衰竭:由于舒张期心室主动松弛的能力受损和心室的顺应性降低以致心室在舒张期的充盈受损,左室舒张末期压增高而发生心力衰竭,而射血分数正常。

【心功能分级】 见表 1-1。

表 1-1 美国纽约心脏病学会(NYHA)1982 年慢性心力衰竭分级方案

分级	表 现
I 级	患者患有心脏病,但活动量不受限制,平时一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛
II 级	心脏病患者的体力活动受到轻度的限制,休息时无自觉症状。但平时一般活动下可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛
III 级	心脏病患者体力活动明显受限,小于平时一般活动即引起上述的症状
IV 级	心脏病患者不能从事任何体力活动。休息状态下也会出现心力衰竭的症状,体力活动后加重

【心功能不全各阶段】 根据心力衰竭的发生、发展过程,从心力衰竭的危险因素、易患人群,到难治性心力衰竭,分成 A、B、C、D 4 个阶段,提供了从“防”到“治”的全面概念。

1. 阶段 A(前心力衰竭阶段) 这一阶段包括心力衰竭的高危、易患人群,但尚无心包、心肌、心瓣膜的结构或功能性异常,也无任何心力衰竭的症状和(或)体征。包括肥胖、代谢综合征患者。

阶段 A 的治疗:针对危险因素的控制和易患人群原发病的积极治疗。如控制血压至目标水平,戒烟,纠正血脂异常,有规

律的运动,限制饮酒和控制代谢综合征。有多重危险因素者,可考虑应用血管紧张素抑制药(ACEI);也可应用血管紧张素Ⅱ受体拮抗药(ARB)。

2. 阶段 B(前临床心力衰竭阶段) 患者无心力衰竭症状和(或)体征,但已发展成器质性、结构性心脏病。例如,左室肥厚和左室射血分数(LVEF)低下、无症状性心瓣膜病、以往有心肌梗死病史。这一阶段相当于无症状性心力衰竭,或 NYHA 心功能Ⅰ级患者。

阶段 B 的治疗:除阶段 A 的所有措施外,可将 ACEⅠ、 β 受体阻滞药应用于心肌梗死后的患者。ACEⅠ、 β 受体阻滞药也可应用于射血功能低下的患者,不论其有无心肌梗死病史。不能耐受 ACEⅠ者,可代以 ARB。有严重血流动力学障碍的瓣膜狭窄患者或反流患者,可考虑做瓣膜置换或修补术。

3. 阶段 C(临床心力衰竭阶段) 患者有基础的结构心脏病,以往或目前有心力衰竭的症状和(或)体征。或目前虽无心力衰竭的症状和(或)体征,但以往曾因此而接受治疗者。这一阶段包括 NYHA Ⅱ、Ⅲ级和部分 NYHA Ⅳ级心功能患者。

阶段 C 的治疗:包括阶段 A 和阶段 B 的所有措施,并常规应用利尿药、ACEI 和 β 受体阻滞药。为改善症状可加用地高辛。

4. 阶段 D(难治性终末期心力衰竭阶段) 患者有进行性结构性心脏病,虽经强力的内科治疗,但休息时仍有症状,需特殊干预者。例如,因心力衰竭须反复住院,且不能安全出院者;或须长期在家静脉用药者;或等待心脏移植者;应用心脏机械辅助装置者。这一阶段也包括部分 NYHA Ⅳ级心功能患者。

阶段 D 的治疗:包括阶段 A、B、C 的所有措施,也可应用心室辅助装置、心脏移植、间歇性静脉滴注正性肌力药以缓解症状。如果肾功能不全严重,水肿又变成难治性,可应用超滤法或血液透析。

第二节 慢性心力衰竭

【常用医嘱举例】 见表 1-2。

表 1-2 慢性心力衰竭常用医嘱

长期医嘱	临时医嘱
二级护理	血常规,尿常规,血糖,肝、肾功能,血清离子,脑钠素,血气分析
低盐饮食	在急性加重期检查心肌生化指标以除外心肌梗死
地高辛 0.125mg, 每日 1 次口服	其他需考虑的检查包括 CRP、甲状腺功能、尿酸等
福辛普利 10mg, 每日 1 次口服	心电图
呋塞米 20mg, 每日 1 次口服	超声心动图
美托洛尔 6.25mg, 每日 2 次口服	胸部正侧位 X 线检查
	核素心肌灌注及心室造影
	诊断检查:冠脉造影等
	排除呼吸系统引起的气促:肺功能测定

【病因】 凡是能够减弱心肌收缩性、使心脏负荷过度以及引起心率显著加快的因素都有可能导致心力衰竭。常见心力衰竭的基本病因和诱因见下表 1-3,表 1-4。

【诊断】

1. 左心力衰竭

(1)呼吸困难:①劳力性呼吸困难,是左心力衰竭最早出现的症状;②端坐呼吸;③夜间阵发性呼吸困难,重者可有哮鸣音,称之为“心源性哮喘”,大多于端坐休息后可自行缓解;④急性肺水肿,是“心源性哮喘”的进一步发展,是左心力衰竭呼吸困难最严重的形式。

表 1-3 常见的心力衰竭的基本病因

心肌舒缩功能障碍		心脏负荷过度		
心肌病变	心肌代谢障碍	前负荷过度	后负荷过度	心脏舒张受限
缺血性心肌损害(心肌梗死, 心肌缺血), 心肌炎, 心肌病	糖尿病心肌病, 维生素B ₁ 缺乏, 心肌淀粉样变性, 休克	心脏瓣膜关闭不全; 左右心或动静脉分流性先天性心血管病(间隔缺损、动脉导管未闭); 全身性血容量增多的疾病(慢性贫血、甲亢)	高血压 动脉瓣膜狭窄 肺动脉高压 肺栓塞 肺源性心脏病	心肌肥厚 限制性心肌病 心包疾病(缩窄和心脏压塞)

表 1-4 常见的心力衰竭的诱因

感染	呼吸道感染最常见、最重要, 感染性心内膜炎
心律失常	房颤和各种快速心律失常
血容量增加	摄入钠盐过多, 静脉滴入液体过多、过快
过度体力劳累或情绪激动	如妊娠后期, 分娩
治疗不当	不恰当停用洋地黄或降压药
原有心脏病变加重或并发其他疾病	如 CHD 合并 AMI, 风湿性瓣膜病出现风湿活动, 合并甲亢、贫血或出血, 肺栓塞

(2)咳嗽、咳痰、咯血:白色浆液性泡沫状痰为其特点。偶可见痰中带血丝。血管一旦破裂可引起大咯血。

(3)乏力、疲倦、头晕、心慌。

(4)少尿及肾功能损害:长期慢性的肾血流量减少可出现血尿素氮、肌酐升高并可有肾功能不全的相应症状。

(5)肺部湿性啰音。

(6)心脏体征:除基础心脏病的固有体征外,慢性左心力衰竭的患者一般均有心脏扩大(单纯舒张性心力衰竭除外)、肺动脉瓣区第2心音亢进及舒张期奔马律。

(7)交替脉:部分患者可见。

(8)胸部X线:肺静脉扩张,肺门血管影扩大,肺门呈蝴蝶状,肺野模糊,Kerley B线。可有心脏扩大和胸腔积液。

(9)超声心动图:正常左室射血分数(EF值) $>50\%$,否则提示左室收缩功能不全。

2. 右心力衰竭

(1)消化道症状:胃肠道及肝脏淤血引起腹胀、食欲缺乏、恶心、呕吐等是右心力衰竭最常见的症状。

(2)劳力性呼吸困难:继发于左心力衰竭的右心力衰竭,呼吸困难业已存在。单纯性右心力衰竭为分流性先天性心脏病或肺部疾患所致,均有明显的呼吸困难。

(3)心脏体征:除基础心脏病的相应体征之外,右心衰竭时可因右心室显著扩大而出现三尖瓣关闭不全的收缩期杂音。亦可闻及右室舒张期奔马律。

(4)水肿:首先出现于身体最低垂的部位,向上延及全身,发展缓慢,常为对称性可凹陷性。

(5)颈静脉征:颈静脉搏动增强、充盈、怒张是右心衰竭时的主要体征,肝颈静脉反流征阳性则更具特征性。

(6)淤血性肝脏肿大:常伴压痛,持续慢性右心衰竭可致心性肝硬化,晚期可出现黄疸、肝功能受损、转氨酶升高及大量腹水。

(7)胸腔积液和腹水:胸腔积液更多见于全心力衰竭时,以双侧多见,如为单侧则以右侧更为多见。

(8)其他:发绀多为周围性,严重者可有心包积液。

(9)特殊检查:中心静脉压 $>12\text{cmH}_2\text{O}$ 。

3. 全心力衰竭 同时具有左、右心力衰竭的临床表现。右心衰竭继发于左心力衰竭最终形成全心力衰竭。当右心力衰竭出现之后,右心排血量减少,因此阵发性呼吸困难等肺淤血症状反而有所减轻。

【鉴别诊断】 左心力衰竭主要与肺部疾病、肺功能不全相鉴别;右心力衰竭主要与慢性心脏压塞、肝硬化、肾炎互相鉴别。

有心力衰竭症状的患者简要诊断程序见图 1-1。

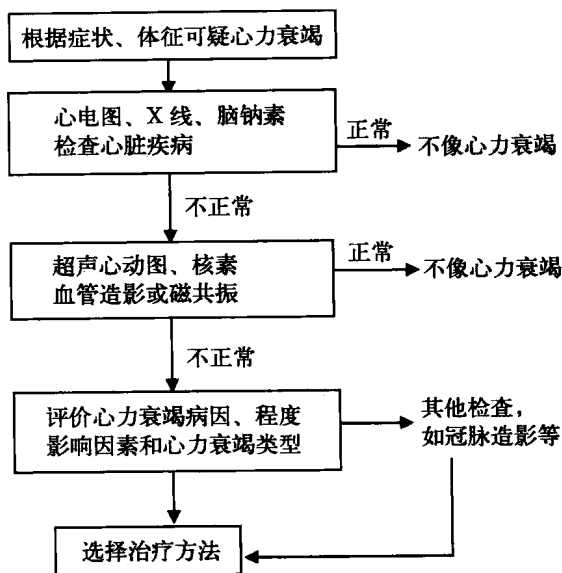


图 1-1 心力衰竭诊断流程图

【医嘱方案与禁忌】

1. 一般治疗

(1) 去除或缓解基本病因: 所有心力衰竭患者都应对导致心

力衰竭的基本病因进行评价。凡有原发性瓣膜病并心力衰竭 NYHA 心功能Ⅱ级及以上,或主动脉瓣疾患伴有晕厥、心绞痛的患者均应予手术修补或置换瓣膜。缺血性心肌病心力衰竭患者伴心绞痛、左心室功能低下,但证实有存活心肌的患者,冠状动脉血管重建术有望改善心脏功能。其他如甲状腺功能亢进的治疗,室壁瘤的手术矫正等均应注意。

(2)去除诱发因素:控制感染;治疗心律失常特别是心房颤动并快速心室率;纠正贫血、电解质紊乱;注意是否并发肺梗死等。

(3)休息:慢性心力衰竭失代偿时,体力休息或卧床休息是必要的。实施被动运动以防止长期卧床带来的不利影响和减少静脉血栓的危险。当患者的临床状况改善时,可做呼吸操和主动运动。

(4)监测体重:每日测量体重以早期发现液体潴留。如在3d内体重突然增加2kg以上,应考虑患者已有钠、水潴留,需加大利尿药剂量。

(5)改善生活方式,降低新的心脏损害的危险性:如戒烟、戒酒;肥胖患者应减轻体重;控制高血压、高血脂、糖尿病;饮食宜低脂、低盐,重度心力衰竭患者应限制入水量,应每日称体重以早期发现液体潴留。

(6)运动:为防止肌肉退化,当患者处于稳定状态时,应鼓励并指导其进行不引起症状的日常体力活动和闲暇时间的活动。重度心力衰竭患者,可在床边小坐;其他不同程度的心力衰竭患者,可每日多次步行,每次3~5min;心力衰竭稳定,心功能较好者,可在专业人员监护下进行症状限制性有氧运动,如步行,每周3~5次,每次20~30min。

2. 药物治疗

(1)利尿药的应用原则

①利尿药的应用:所有心力衰竭患者,有液体潴留的证据或