

临床症状鉴别诊断丛书

总主编 刘德铭

心血管疾病症状鉴别诊断学



主编 刘德铭

 科学出版社
www.sciencep.com

国家卫生健康委员会规划教材

第10版 第2版

心血管系统疾病症状鉴别诊断学



主编 王健

人民卫生出版社

临床症状鉴别诊断丛书

总主编 刘德铭

心血管疾病症状鉴别诊断学

主 编 刘德铭

科学出版社

北 京

内 容 简 介

心血管疾病的鉴别诊断常常是临床医师面临的一个很困难的问题。本书从临床症状、体征、心电图和影像学征象入手,分析这些临床征候(疾病的信息、线索)产生的机制、可能出现于哪些情况或疾病,对具有同一症状或体征等信息的疾病或综合征进行仔细鉴别,并提出了在临床上很实用的诊断思路 and 诊断流程,而且每章后附有病例分析。

本书可供心血管科主治医师和住院医师、研究生参考,也可供其他临床相关科室的医师阅读。

图书在版编目(CIP)数据

心血管疾病症状鉴别诊断学 / 刘德铭主编. —北京:科学出版社,2009
(临床症状鉴别诊断丛书 / 刘德铭总主编)

ISBN 978-7-03-024705-6

I. 心… II. 刘… III. 心脏血管疾病-鉴别诊断 IV. R540.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 090781 号

策划编辑:沈红芬 吴茵杰 / 责任编辑:向小峰 / 责任校对:张 琪
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双青印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2009 年 7 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2009 年 7 月第一次印刷 印张:36 1/2

印数:1—2 000 字数:869 000

定价:148.00 元

如有印装质量问题,我社负责调换

临床症状鉴别诊断丛书

前言

疾病的发生是一个非常复杂的过程,其表现也是千差万别。不同患者患同一疾病时,其临床表现可大不一样;出现症状不一定就是患病了,而有可能是正常的生理反应;多种疾病可有相同的临床表现。例如,发热、心悸是临床常见的症状,许多疾病都可有此症状,但是在生理情况下也可出现。如剧烈运动时,体温略有升高,心跳加速,从而使人有发热和心悸的感觉。又如呼吸困难这一极为常见的症状,患呼吸系统疾病时可以出现,患心脏疾病时也很常见,其他如消化、泌尿、血液、内分泌、神经、结缔组织疾病和外伤时均可出现。因此,面对病人诉说的症状、体格检查时获得的体征和各种辅助检查所得的结果,临床医生尤其是年轻的医生经常感到千头万绪,难以做出明确的诊断。有研究报道,尽管现代医学高科技检查项目繁多,但是临床误诊率仍然高达 25%~35%。因此,帮助年轻医生提高对疾病诊断和鉴别诊断的能力,降低临床误诊率,是摆在我们面前的一个重要问题。尽管目前已有多种有关疾病诊断和鉴别诊断的书籍出版,但是尚未有一套按照临床医师诊治病人的思维模式展开,系统地从症状、体征、各种实验室检查结果和影像学表现等来进行疾病诊断与鉴别诊断的丛书。为了弥补这一空白,科学出版社组织了全国高等医学教育学会诊断学分会的一些专家编写了本套丛书,较为全面、完整地论述了各系统疾病鉴别诊断的思路和方法。

翻开书本,读者就会发现本丛书是按一种新的结构、新的体例来进行编写的,并且具有以下几个特点:

首先,从诊治程序出发,按照临床医生的诊治思维模式展开。每章在对疾病进行概述、病因和发病机制介绍后,提出诊断思路。诊断过程遵循人们认识客观事物的规律——由现象到本质:从诊断疾病的过程来说,医生首先要了解患者的主观感受,通过询问病史获取症状;然后进行体格检查,发现患者自己难以发现的客观现象——体征;接着通过心电图、影像学 and 实验室检查等,进一步收集疾病的信号。所有这些都是疾病的表象,然后运用临床诊断思维,对症状、体征或影像学表现进行分析,弄清这些现象所反映的疾病本质,得出正确诊断。

其次,通过“诊断流程”框图的形式展示诊断思维的过程。为了简洁明了地反映出诊断思维的过程,帮助读者以最快捷的诊断途径、最简洁而有效的检查项目,抓住疾病的本质,从而得出正确的临床诊断,编者将诊断检查的过程,科学、

规范而合理地进行了安排,并归纳出了“诊断流程”。

再次,重点突出了疾病的鉴别诊断。对同一症状、体征和影像学表现可能涉及的疾病逐一做简要介绍,并归纳出诊断要点,这些要点既是诊断此病的依据,又是与具有相同表现的其他疾病相鉴别的要点。这对年轻医师临床鉴别诊断能力的提高会有很大的帮助。

最后,结合实际病例来谈编者的诊治经验或教训。在每个症状或体征后都有病例介绍,通过对典型病例或疑难病例的简要分析,与读者一起分享编者在诊断此病例过程中的体会或经验教训,这对临床医师具有重要的启示作用。

本套丛书分为心血管疾病、呼吸疾病、消化疾病、肾脏疾病、内分泌与代谢性疾病、风湿性疾病、神经疾病、血液疾病等八个分册,每个分册在保持整体风格一致的基础上,既各有侧重又互相联系,构成了一个整体。

本套丛书的参编者是从国内有影响的大学附属医院挑选的既有多年临床工作经验、又有多年从事诊断学和内科学教学经验的医务工作者,具有较高的学术水平。在丛书编写过程中,编者收集了国内外最新文献,尤其是新近制订的各种疾病诊断、治疗指南或专家共识,这对于临床医生及时了解和掌握各种疾病的诊治原则与方法,具有重要的指导意义。然而,由于临床医疗和教学工作繁忙,加之作者个人学术水平有限,丛书中的疏漏和错误在所难免。我们期待读者指正,以期再版时改进。

刘德铭

2009年3月

前言

现代社会心血管疾病已成为危害人类健康的一大杀手。尽管人们生活水平和医疗条件得到不断改善,但是目前心血管病仍是多数国家45岁以上人群死亡的第一位原因。2004年美国心脏病协会(AHA)公布,美国退休人群中,65%的人患有心血管病。2006年卫生部公布的我国城市居民主要疾病死亡率及构成中,第一位为恶性肿瘤,占27.25%,第二位为心脏病,占17.66%,第三位为脑血管病,占17.1%。如果将心脑血管病加在一起,则为34.76%,远远超过恶性肿瘤而居首位。

心血管病如此普遍,患有心血管病的患者希望得到准确的诊断和正确的治疗。心血管病的症状往往与呼吸、消化、内分泌、神经、血液等系统疾病难以分开,门诊医生要在很短时间内做出准确诊断确实困难。例如,胸痛是很常见的症状,但胸痛不一定就是冠心病,有几十种全身疾病都可以出现胸痛。医生必须要对这些可能出现胸痛的疾病一一鉴别。从哪里着手、进行哪些必要的检查,才能确定诊断呢?一般教科书是系统地、垂直地讲述疾病的定义、病因、发病机制、临床表现、诊断和治疗,而鉴别诊断是要对具有相同症状的不同疾病进行横向比较才能找出差别,才能“拨云见日”。本书的目的,就是要在这个方面给读者以帮助。

人们认识事物总是从现象开始。对疾病的认识,也是从疾病的症状、体征和(或)影像学表现等开始,经过归纳、分析,逐步认识疾病的本质。本书收集大量心血管病的症状、体征、心电图、超声心动图、X线、CT或MRI以及实验室检查的结果,进行综合分析,以达到区别疾病、确定正确诊断的目的。为了找出最快捷的诊断途径,本书作者归纳出了诊断流程图。本书的作者都是具有丰富临床医疗和教学经验的老师,他们结合自己的临床经验,举出一些典型病例,采用理论与实践相结合的方式,具体分析和讨论是怎样得出正确诊断的过程,这对读者有很大的启发作用。这是本书的一个特色。

目前社会上已出版了不少关于疾病鉴别诊断的书籍,但从症状、体征、心电图和影像学线索入手,进行分析、讨论,又提出诊断思路、诊断流程,并以典型病例进行示范的鉴别诊断学甚少。本书的出版可弥补这方面的缺憾。

本书是由各位作者在阅读了大量国内外有关心血管病学、诊断学、内科学书籍和文献的基础上,经过近两年的写作和修改才完成的。每章的后面都附有主要参考文献,以便读者查阅。

本书读者对象主要是住院医师、主治医师、临床研究生。作者希望本书能教给读者一些临床诊断疾病的思维方法、诊断思路,以及诊断疾病的基本原则和可以采取的具体方法。同时,我们诚恳地希望得到读者的反馈,对于读者的意见和建议,我们一定认真听取,虚心接受。

吉林大学第一医院 刘德铭

2009年4月

目 录

第一篇 心血管疾病症状鉴别诊断

第一章 胸痛	(3)
第二章 呼吸困难	(32)
第三章 心悸	(51)
第四章 发绀	(65)
第五章 晕厥	(83)
第六章 水肿	(105)
第七章 咳嗽与咯血	(120)
第八章 间歇性跛行	(144)

第二篇 心血管疾病体征鉴别诊断

第九章 高血压	(159)
第十章 低血压	(194)
第十一章 心脏震颤	(205)
第十二章 心尖搏动增强、减弱与抬举性搏动	(217)
第十三章 颈静脉怒张与颈静脉搏动	(230)
第十四章 周围血管征	(240)
第十五章 心动过速	(250)
第十六章 心动过缓	(264)
第十七章 心音改变	(277)
第十八章 额外心音	(287)
第十九章 心脏杂音	(301)
第二十章 脉搏异常	(322)
第二十一章 杵状指(趾)	(331)
第二十二章 心脏扩大	(339)
第二十三章 心包积液	(359)

第三篇 心电图及心脏影像学改变的鉴别诊断

第二十四章 期前收缩	(375)
第二十五章 心房颤动	(381)
第二十六章 ST-T 改变	(389)
第二十七章 心脏传导阻滞	(401)

第二十八章 心肌缺血及梗死·····	(413)
第二十九章 瓣膜狭窄·····	(425)
第三十章 瓣膜反流·····	(439)
第三十一章 瓣膜脱垂·····	(458)
第三十二章 室壁运动异常·····	(463)
第三十三章 心腔内及大血管间异常通道·····	(472)
第三十四章 心腔内异常漂浮物·····	(488)
第三十五章 心室壁厚度异常·····	(495)

第四篇 常见的心脏综合征鉴别诊断

第三十六章 心脏 X 综合征·····	(507)
第三十七章 二尖瓣脱垂综合征·····	(514)
第三十八章 马方综合征·····	(523)
第三十九章 梗死后综合征·····	(530)
第四十章 小心脏综合征·····	(542)
第四十一章 直背综合征·····	(546)
第四十二章 主动脉弓综合征·····	(551)
第四十三章 β 受体亢进综合征·····	(557)
第四十四章 颈动脉窦高敏综合征·····	(561)

第一篇

心血管疾病症状 鉴别诊断

第一章 胸痛

第一节 概述

胸痛(chest pain)是指胸部的疼痛,是一个很常见的症状,据不完全统计,急性发生的胸痛占内科急诊的5%~30%。胸痛可由许多系统疾病产生。例如,胸廓(包括胸壁软组织,胸部骨骼和肌肉、韧带,胸部神经)、纵隔组织(如食管、气管、淋巴结)、支气管和肺、胸膜、心脏和大血管、膈肌等病变。除此之外,还有血液系统、泌尿系统、神经系统的某些疾病,甚至心情或情感变化,如抑郁或焦虑状态,都可以产生胸痛症状。因此,对胸痛的鉴别诊断成为临床医生的重要课题。

胸痛是心血管病最常见的症状之一。心绞痛(angina pectoris)其实也是一种胸痛,只不过疼痛的部位、性质、持续时间、诱发和缓解的因素有突出的特点,临床上把心绞痛与其他胸痛鉴别开来,有时是一个困难而又十分重要的问题,值得每个医生慎重考虑。

第二节 病因和发病机制

胸痛的原因甚多,发生原因甚为复杂、多样,由于发生胸痛的基础疾病不同,其产生机制也不一样。在本章鉴别诊断中将对各个疾病产生胸痛的机制进行论述,此处只做简短讨论。

引起胸痛的原因应该包括胸部组织和器官的疾病、外伤;胸部疾病范围很广,首先想到的是心血管疾病,实际上所有胸部组织和器官的病变都可以产生胸痛。胸部以外的组织和器官也可引起胸部疼痛。引起胸部组织和器官疾病的常见原因包括炎症(包括感染)、物理和化学损伤、外伤、肿瘤等。一般按照产生胸痛的组织或器官分为:

1. 胸壁原因 如皮肤炎症、皮下蜂窝织炎、带状疱疹等;胸肌病变;肋骨和胸骨(包括剑突)、脊柱病变等。
2. 心血管原因 如心绞痛、急性心肌梗死、心肌炎、心肌病、心脏瓣膜病(主动脉瓣狭窄或关闭不全、二尖瓣脱垂)、主动脉夹层、Valsalva 动脉瘤破裂、川崎病、心包疾病等。
3. 纵隔原因 如纵隔气肿、纵隔炎症、纵隔肿瘤等。
4. 胸膜与肺原因 如胸膜炎、肺部炎症、肺肿瘤、肺栓塞等。
5. 消化系统原因 如食管炎、食管穿破、食管痉挛、食管癌;胃十二指肠溃疡;胆道疾病、胰腺疾病等。
6. 神经和精神性原因 如肋间神经痛、胸段脊髓肿瘤压迫;神经症、抑郁症和焦虑症等。

上述原因引起胸痛的机制各不相同。概括而言,无论是缺血、炎症、物理和化学损伤,还是外伤、肿瘤等原因,均是通过刺激胸壁或胸内脏器的神经末梢(常见的是通过肋间神经感觉纤维、脊髓后根传入纤维或心脏大血管、肺和胸膜的感觉纤维)传入大脑皮质,产生痛觉。

有时,与胸部相邻的腹部、肩部和上肢组织的感觉传入神经在脊髓传入通道上可能重合,这些部位的病变引起的疼痛,也可反映在胸部,反之亦然。每种疾病引起胸痛的具体机制将在下面讨论。

第三节 诊断思路

一、病史询问

由于发生胸痛的疾病很多,在询问和采集病史时首先要对胸痛发生的部位,疼痛的性质,胸痛持续的时间,诱发、加重或缓解的因素,疼痛伴随的症状等进行仔细询问,其次要对可能产生胸痛的疾病做深入的了解。询问病史时应该特别注意:

1. 胸痛的特点 不同脏器或组织的病变,疼痛具有一定特点。例如,疼痛部位一般应与该脏器或组织所在的解剖位置一致(疼痛放射部位除外)。胸痛鉴别的困难就在于心脏、大血管、气管和食管都位于纵隔,前后重叠,引起的疼痛部位几乎相同,都在前胸中部,难以区别。肺和胸膜疾病引起的疼痛,可能在左或右胸。仅凭疼痛部位,难以将它们区别开。又如,胸痛持续的时间也要仔细了解清楚。一般来说,胸痛仅有几秒钟,器质性疾病的可能性较小;持续几个小时或半天、一天的胸痛而一般状态良好者,大多不是器质性心脏病。但是有些心脏病的疼痛部位可能反映在上腹部、颈部、下颌或牙齿。有些胸膜炎患者的疼痛,可能放射至右下腹,以致缺乏临床经验的医生误诊为阑尾炎。

2. 胸痛发生前状态 胸痛发生前是否遭受外伤,是否用猛力劳动、负重、剧烈运动;是否有剧烈咳嗽或长期咳嗽;是否大量进食、大量饮酒;是否有情绪激动、盛怒;是否发热、寒战等。

3. 胸痛伴随的症状 问诊时,应注意胸痛伴随的症状。如胸痛伴有发热或咳嗽、咳痰或咯血,应该想到肺或胸膜疾病;胸痛伴有恶心、呕吐或烧灼感,应考虑胃或食管疾病;胸痛伴有心悸、气短,考虑心脏疾病等。

4. 注意既往病史 是否曾患高血压、糖尿病、胃溃疡;是否曾患贫血疾病、肾疾病;是否有神经或精神方面的异常情况,特别注意是否有心情或情感方面的问题。

二、体格检查

1. 血压和脉搏检查

(1) 医生必须准确测定血压,特别是遇到心房颤动或频发早搏的患者,测血压时往往容易出现很大误差。如怀疑主动脉夹层、多发性大动脉炎或闭塞性动脉粥样硬化时,应测四肢血压。

(2) 同时触诊两侧桡动脉脉搏,必要时还应触诊两侧足背动脉脉搏,注意搏动的强弱有无改变,两侧是否对称。

2. 仔细检查心脏 应按照视、触、叩、听的顺序,仔细检查心脏,尤其是要注意:

(1) 心率及心律:心率是否过快或过慢,心律是否规整,是否存在心房颤动或期前收缩。

(2) 心尖部第一心音的强度,是增强还是减弱;第二心音强度,有无分裂, P_2/A_2 有无减弱、增强或亢进。

(3) 是否存在额外心音,尤其是病理性第三心音或第四心音,是否听到收缩中晚期喀喇音。

(4) 是否听到杂音,注意杂音的最响部位、出现的时间、杂音的性质、强度、是否传导及传导的方向;体位变化或呼吸变化对杂音的强度有无影响。

(5) 注意有无心包摩擦音。

3. 注意检查胸部 胸部皮肤有无带状疱疹,胸部有无压痛,特别是前胸第 2、第 3 肋软骨处有无压痛;两肺呼吸音有无减弱,有无啰音,啰音出现的部位,啰音的性质;有无胸膜摩擦音。

4. 注意检查腹部 肝脾是否肿大,胆囊有无压痛,腹部尤其是上腹部有无压痛,有无异常包块,有无血管杂音。

5. 注意检查全身皮肤和浅在淋巴结 皮肤有无皮疹,皮下有无出血;淋巴结有无肿大等。

三、相关检查

1. 血常规检查 注意 RBC 和 Hb,注意看 RBC 的体积分布直方图,有无严重贫血,大致判定贫血的原因。严重贫血的患者,常可出现心绞痛。白细胞,淋巴细胞和血小板数目有无异常改变,必要时作骨髓穿刺。

2. 心肌酶改变 血清心肌酶的检测对诊断急性心肌梗死有重大意义,还应检测 cTn-I/cTn-T,以便肯定或除外急性心肌梗死。

3. 心电图检查 这是最简单、最适用的重要检查,对于判定心源性的胸痛有重要价值。如有缺血性心电图改变,对确立心绞痛意义较大。如仅有非特异 ST-T 改变,还应结合临床或其他检查结果来判定;如有典型的 QS 波或 ST 段抬高,结合心肌标志物的改变,对诊断急性心肌梗死意义很大。

4. 超声心动图检查 通过对心脏和大血管结构、运动和功能的观察,可以较有把握的确定肥厚性心肌病、主动脉瓣狭窄和关闭不全、主动脉窦瘤破裂、主动脉夹层;如有室壁节段性运动异常或局限性搏动减弱,可考虑冠心病或心肌梗死。

5. 胸部 X 线检查 对肺、胸膜、纵隔发生的肿瘤,炎症引起的胸痛,X 线胸片的诊断价值很大。同时,也可发现心脏的形态变化,结合临床以及 ECG 或超声心动图,可以帮助确定心源性胸痛的原因。

6. CT 或 MRI CT 与 MRI 对许多心血管病的诊断是有价值的。特别是对引起胸痛的主动脉夹层、先天性心脏病、肥厚性心肌病和心包疾病,能提供重要的诊断依据。新型 64 层 CT 三维成像对冠心病的诊断能提供重要的信息。但因这些检查费用较高,选用时应该慎重考虑。

7. 冠状动脉造影 对常见的胸痛、心绞痛和心肌梗死最准确的检查方法,仍然是冠状动脉造影。特别是在胸痛难以鉴别而又不能除外冠心病时,就应该及时施行此项检查。

8. 其他实验室和器械检查 原则上应选用有针对性的实验室检查、内镜检查、活组织检查。如胸痛伴有烧灼感、恶心、呕吐,考虑胃食管疾病时,可选用纤维胃镜检查等。

第四节 鉴别诊断

引起胸痛的原因很多,对胸痛的鉴别诊断十分重要。由于诊断不清,延误治疗或错误治疗时有发生,故应认真进行鉴别诊断。

首先应区别是心血管性,还是非心血管性原因引起的胸痛。

胸痛原因繁多,临床常见的胸痛分类也各不相同。有的学者按解剖部位将胸痛分为五类,如胸壁病变、胸腔脏器病变、肩关节及其周围组织疾病、腹部脏器疾病、其他原因等。有的医生按临床常见疾病将胸痛分为心血管性、支气管肺源性、消化系统疾病性和其他原因等四类。从临床实用角度考虑,采用简单而又突出重点的分类方法,即将胸痛分为心血管性胸痛和非心血管性胸痛两类。非心血管性胸痛包括除心血管疾病外的其他胸痛,这样便于突出心血管病这个重点。

一、心血管性胸痛

这是常见的一种胸痛,约占门诊、急诊胸痛患者的 20%~30%。引起胸痛的心血管疾病甚多,主要有冠心病(心绞痛、心肌梗死或急性冠脉综合征)、心脏瓣膜病(主动脉瓣狭窄、主动脉瓣关闭不全、二尖瓣脱垂等)、肥厚型心肌病、心肌炎、主动脉夹层、心包炎、X 综合征、冠状动脉瘤、川崎病等(表 1-1)。

表 1-1 心血管疾病引起胸痛的原因

冠状动脉疾病	心肌疾病
心绞痛	肥厚型心肌病
急性心肌梗死	限制型心肌病
变异型心绞痛	心肌炎
冠状动脉栓塞/血栓形成	心包
X 综合征	急性心包炎
冠状动脉瘤	缩窄性心包炎
冠状动脉畸形	心包肿瘤
心肌桥	大血管
结缔组织病的冠状动脉损害	主动脉夹层
心脏瓣膜病	主动脉瘤
主动脉瓣狭窄	梅毒性主动脉炎
主动脉瓣关闭不全	主动脉窦瘤破裂
二尖瓣狭窄	肺动脉栓塞
二尖瓣脱垂	

(一) 冠状动脉病

1. 心绞痛(angina pectoris) 心绞痛是胸痛中最重要的的一种,几乎所有的胸痛都要与心绞痛相鉴别。心绞痛疼痛的性质并非像胆绞痛、肠绞痛那样的“绞痛”,由于每个患者的主观感受差别很大,对这种胸痛的形容也大不相同(下面详述),给鉴别诊断带来困难。典型的心绞痛可从以下四个方面来认识:

(1) 疼痛性质:按照《Braunwald's Heart Disease》教科书最新版,Braunwald 给心绞痛下的定义是:胸部或邻近区域不适(discomfort),伴有心肌缺血,而没有心肌坏死。心绞痛的拉丁文 angina pectoris 的原意是胸部的紧缩感(tightening),而非疼痛。因此这种疼痛常常被描述为胸部压迫感或重压感、挤压或压榨感、紧缩感、烧灼感或胀裂感,还有的患者述说为胸部闷痛。这种胸痛可区别于针刺痛、刀割痛或触电痛。疼痛程度可轻可重,轻者仅有胸闷,重者出现压榨性剧痛,甚至有濒死感。心绞痛每天程度可有变化,一天之内,痛阈也有变化,早晨比其他时间痛阈低。有的患者在活动时胸痛明显,有的患者在休息时出现胸痛。仔细询问病史,才能对胸痛的性质做出较准确的判定。

(2) 疼痛部位:从胚胎发生来看,心脏约在中线位置,心肌缺血产生的心绞痛应在胸骨后,胸骨中、上三分之一或在心前区。有的患者诉说,胸痛在中线的左侧,但很少发生在中线的右侧。心绞痛的范围是模糊的(图 1-1),如果患者用手指尖直接指出胸痛的具体位点(图 1-1C),或胸痛的范围直径 $<3\text{cm}$,则往往不是心绞痛。如果疼痛位于左乳头上方或外上方,通常不是心绞痛。心绞痛常可放射至左肩部、左上臂尺侧,甚至放射至无名指和小指。许多临床经验表明,胸痛如放射至颈部、下颌或牙,常提示心绞痛。胸痛放射至右下胸,一般不是心脏疾病引起的疼痛。如疼痛发生在或放射至左下胸,并伴有腹胀感,应考虑脾曲综合征(splenic flexure syndrome)。心绞痛有时可放射至上腹部,此时应与胃疾病鉴别。

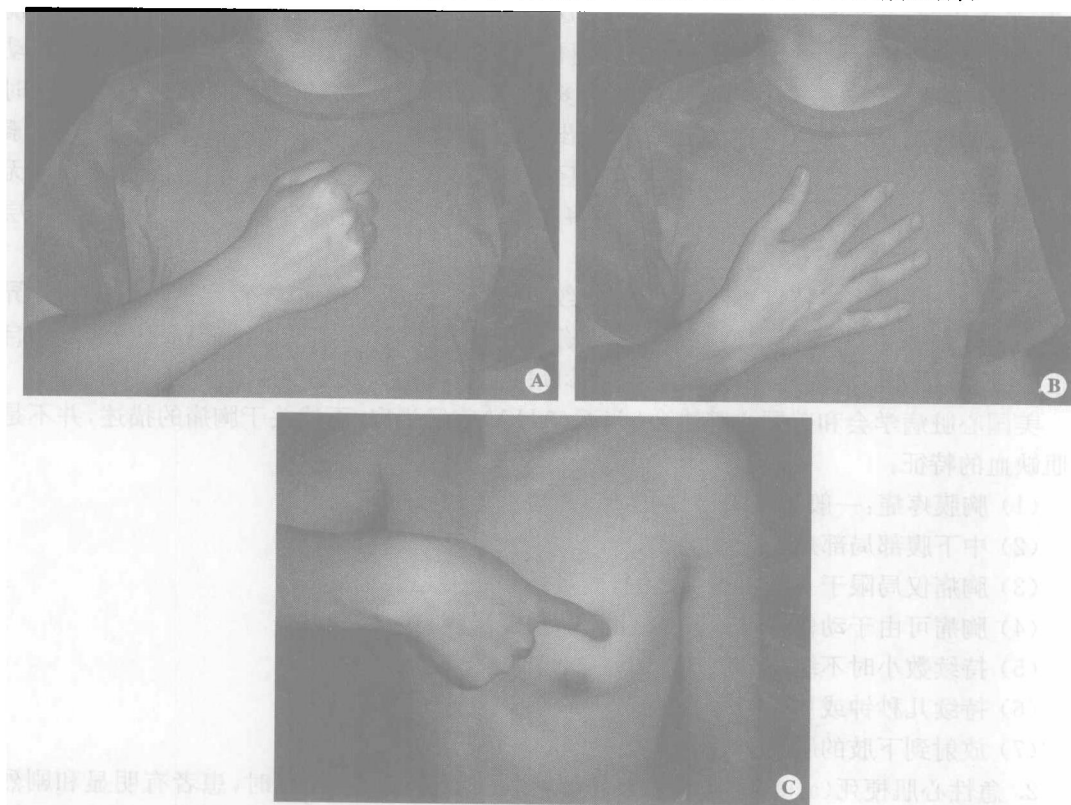


图 1-1 提示胸痛的几种手势

A. 列文征(Levine sign),提示心绞痛;B. 手掌征(palm sign),提示心绞痛;C. 指尖征(pointing sign),非心绞痛

(3) 疼痛持续时间:胸痛持续时间长短是判定发生原因的一个重要因素。心绞痛持续时间比较短,通常持续 2~10 分钟。胸痛持续时间很短,如瞬间即逝,或持续时间小于 15 秒,通常可以除外心绞痛。胸痛持续时间过长,持续数小时或一天以上,症状轻微,且心电图无何改变,也可除外心绞痛或心肌梗死。但也要指出,不稳定型心绞痛或静息时发生的心绞痛,往往也可持续 10 分钟以上,心肌梗死时,胸痛持续时间较长,但是临床症状明显,心电图有心肌损伤特征,不难区别。

(4) 疼痛诱发、加重和缓解的因素:Heberden 1772 年发表的报告最初所称的心绞痛就是以上坡步行为诱发因素。典型心绞痛都是在劳累时发生,特别是患者在繁忙紧张地工作,或在一斜坡道路向上急促行走时发作。常见的心绞痛诱发因素包括劳累、饱餐、寒冷刺激、情绪激动、恐怖或夜间噩梦等。但是,变异型心绞痛(prinzmetal angina)常发生于休息时,没有劳累或情绪激动等因素影响。尽管如此,典型心绞痛大多数仍在活动或劳累时加重,停止活动时缓解;而不稳定型心绞痛常于休息或平卧时发生。绝大多数心绞痛可因应用硝酸酯而缓解,因而对硝酸酯有无反应,常可用来鉴别是否心绞痛。

诊断要点 ①根据上述胸痛的四大特点,一般可以确定是否为心绞痛,但是应该注意,不典型的心绞痛,鉴别诊断有时是困难的,必须在认真采集病史、全面体格检查,充分利用主要的相关检查,确定心绞痛还是有把握的。②心电图检查:心绞痛发作时,典型的改变可见 ST 段水平压低, T 波倒置,但许多患者缺乏这样的典型心电图改变。③运动负荷试验:目前最常用的是次级量递增性分级运动试验(简称平板运动试验):运动中出现心绞痛,或运动中、运动后出现 ST 段水平下移或下垂型下移 $\geq 1\text{mm}$,即为阳性。高血压患者血压未控制时应避免做此项检查。④超声心动图检查:如出现室壁运动异常,对诊断有一定帮助。⑤核素心肌显像:使用 ^{201}Tl 灌注时可见缺血的“冷区”。⑥冠状动脉造影:可以确定冠状动脉有无狭窄以及狭窄的具体部位、程度、范围。⑦多层 CT:如患者对冠脉造影有顾虑,可采用 64 层 CT 扫描,有助于发现冠状动脉病变。

由于心绞痛发作时特点不同,目前将心绞痛分为稳定型心绞痛、不稳定型心绞痛和变异型心绞痛等多种类型,不稳定型心绞痛又细分为新发心绞痛、增重型心绞痛、卧位心绞痛、自发性心绞痛、梗死后心绞痛等,但其心绞痛诊断的基本依据大致是一样的。

美国心脏病学会和美国心脏协会(ACC/AHA)曾经指出,下述关于胸痛的描述,并不是心肌缺血的特征:

- (1) 胸膜疼痛:一般为锐痛、刀割样痛,并随呼吸和咳嗽而加重。
- (2) 中下腹部局部疼痛。
- (3) 胸痛仅局限于一个手指尖范围,而且是在心尖之上。
- (4) 胸痛可由于动作或触诊胸壁、上臂而反复出现。
- (5) 持续数小时不缓解的胸痛。
- (6) 持续几秒钟或更短时间的胸痛。
- (7) 放射到下肢的胸痛。

2. 急性心肌梗死(acute myocardial infarction) 急性心肌梗死时,患者有明显和剧烈的胸痛,其疼痛的部位和性质与心绞痛一致,但疼痛程度严重,持续时间长,安静休息和使用硝酸酯类药物不能完全缓解,经常需要用阿片制剂,特别是吗啡,才能使疼痛缓解。临床症状较重,心电图可出现典型心肌梗死图形,心肌酶(CK-MB)和 cTn-I/cTn-T 明显增高。这