

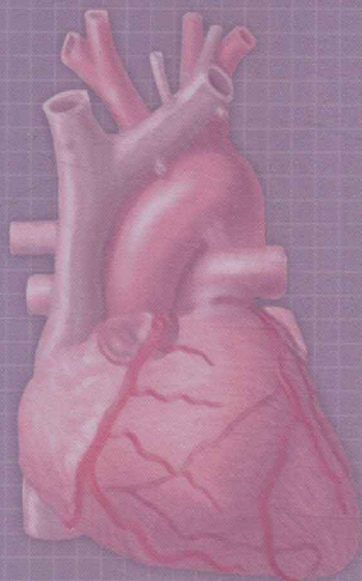
- 精选98个心内科临床病例
- 记录并展示了作者的经验
- 适合不同水平的医师自学

心血管

临床特殊病例剖析

主审 胡大一

主编 布艾加爾·哈斯木 孟晓萍



人民卫生出版社

心血管临床特殊病例剖析

主 审 胡大一

主 编 布艾加尓·哈斯木 孟晓萍

副主编 袁斌斌 李 新 蔡 伟 古丽扎尔·买买提明
阿迪拉·阿扎提 玛依拉·吾甫尔 高 颖
卡丽比努尔·雅克甫 鲁 洋 薛 歆

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

心血管临床特殊病例剖析/布艾加尔·哈斯木,孟晓萍主编.—北京:人民卫生出版社,2013

ISBN 978-7-117-17672-9

I. ①心… II. ①布…②孟… III. ①心脏血管疾病-疑难病-病案-分析 IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 147251 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询,在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导,医学数据库服务,医学教育资源,大众健康资讯

版权所有,侵权必究!

心血管临床特殊病例剖析

主 编:布艾加尔·哈斯木 孟晓萍

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编:100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷:北京中新伟业印刷有限公司

经 销:新华书店

开 本:850×1168 1/32 印张:11.5 插页:4

字 数:288 千字

版 次:2013 年 8 月第 1 版 2013 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-17672-9/R·17673

定 价:45.00 元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编 委 (以姓氏拼音为序)

- 阿迪拉·阿扎提(新疆医科大学第一附属医院)
布艾加爾·哈斯木(南京医科大学附属南京明基医院)
蔡 伟(南京医科大学附属南京明基医院)
崔建华(吉林大学中日联谊医院)
程泉丽(吉林大学第一附属医院)
迪丽努尔·买买提依明(新疆医科大学第一附属医院)
方 萌(南京医科大学附属南京明基医院)
古丽扎尔·买买提明(新疆医科大学第一附属医院)
高 颖(新疆医科大学第一附属医院)
卡丽比努尔·雅克甫(新疆医科大学第一附属医院)
李 新(南京医科大学附属南京明基医院)
刘 宁(南京医科大学附属南京明基医院)
鲁 洋(吉林大学第二医院)
孟晓萍(吉林大学第二医院)
唐海荣(南京医科大学附属南京明基医院)
吴志明(南京医科大学附属南京市第一医院)
薛 歆(吉林大学第二医院)
袁斌斌(南京医科大学附属南京明基医院)
赵桂琴(南京医科大学附属南京明基医院)
插图设计 袁斌斌

布艾加尔·哈斯木, 1969 年出生, 女, 维吾尔族, 中共党员, 医学博士, 博士后, 教授, 硕士研究生导师。卫生部“知名专家进社区”心血管项目专业委员会新疆维吾尔自治区专业委员。南京市第八批中青年行业学科带头人, 南京市卫生局医学青年人才培养项目第一层次人才; 中华医学会心血管分会女性健康学组委员, 中国医师协会心血管内科医师分会女医师工作委员会委员; 海峡两岸医药卫生交流协会心血管专业委员会委员; 中国老年学会动脉粥样硬化研究会委员; 中国康复医学会心血管专业委员会委员; 亚太心脏联盟成员; 国际动脉粥样硬化学会中国分会会员; 北京长城国际心血管疾病会议同声传译专家; JACC 中文版编委; 阿卡波糖心血管评价试验 (ACE) 南京明基医院分中心负责人。1992 年毕业于北京医科大学, 1997 年获新疆医科大学硕士学位; 2003 年获新疆医科大学博士学位; 2006 年上海同济大学心肺血管中心博士后出站, 研究方向为预防心脏病学和临床流行病学。赴日留学 1 年。在国内外杂志发表论文 40 余篇, 其中 SCI 收录 8 篇; 参编书籍 3 部, 主编 1 部。主持南京市科技发展项目 1 项, 南京市医学人才培养项目 1 项, 承担或参加国家自然科学基金项目 3 项, 国际项目 2 项。



作者简介



孟晓萍,女,教授、主任医师、硕士生导师,1979年毕业于白求恩医科大学,1993年赴美国 Emory 大学医学院进修,主要从事冠心病的基础与临床研究,在美国完成博士后的研究工作,并完成了3项由美国国家健康研究学会及2项心脏病研究学会资助的科研项目,尤其是在冠心病不稳定斑块与基质金属蛋白酶这一领域中取得了显著成果,有13篇文章发

表在美国的权威医学期刊,曾经连续两届担任美国亚特兰大华人生命学会副会长,曾经4次获得教育部春辉计划资助回国讲学及学术交流。2004年回国从事临床科研教学工作。担任吉林大学英语留学生诊断学教学组组长、英语内科学教学组副组长,组建了基质金属蛋白酶实验室,在国内首例开展了酶谱方法对冠心病患者的临床检测。在早期发现冠心病不稳定斑块,早期预测急性心肌梗死的发生,尤其是冠心病的一级预防和二级预防以及动脉粥样斑块的治疗中取得了很大的成绩。回国后有28篇文章发表在国外的核心期刊,曾承担省、市科研课题5项,获吉林省科技厅科研成果三等奖2次,校医疗成果奖1项。现兼职吉林省中西医结合学会动脉粥样硬化专业委员会主任委员、中国动脉粥样硬化专业委员会委员、吉林省医师学会常务理事、吉林省中西医结合学会常务理事、吉林省心血管分会委员、中国现代医学杂志常务编委、中国保健常务编委。

近年来,心血管诊疗技术不断发展,但传统的单纯生物医学模式与趋利性医疗付费制度,急功近利的不良社会风气,导致了经济利益至上、技术至上和生物技术崇拜的严重不良倾向,医学目的迷失,医学价值体系混乱,临床诊疗越来越趋向于干预病变而非关爱患者,过度医疗不但危害广大患者,也严重损害了医师的社会诚信与职业形象。仅仅关注心脏这样一个器官,常常会忽视对疾病的整体临床分析;过分依赖辅助检查,忽视问诊和临床观察,忽视体格检查,忽视临床基本功的培养。系统观察随访每一名患者的疾病全过程,了解他为什么来,我为他做了什么,治疗的过程是否顺利,发生了什么波折,波折的原因是什么,总结出规律性的东西,提醒自己和他人在工作中加以重视,这对提高我们的医疗水平会很有帮助。医师是一个“活到老,学到老”的职业,医师的一生是学习的一生,不断将自己的经验教训记录下来,同时也不断从他人那里汲取经验,总结教训,刻苦读书,坚持实践,善于思考,勤于笔耕。

病例讨论是我们学习的最佳途径之一,举一反三,从个别到一般,培养独立分析问题、解决问题的能力。我很欣慰地看到南京明基医院、吉林大学第二医院及新疆医科大学第一附属医院的中青年医师们留心搜集、总结日常病例,与医师同道分享。作为医师,我们要时时以患者利益至上,关心同情患者的疾苦,高举公益、预防、规范、创新四面旗帜,推动医学回归人文、临床和基本功。

中华医学会心血管病学分会主任委员
北京大学医学部心血管内科学系主任

胡大一

2012-7-2

科学技术的发展推动了临床诊疗技术的提高,但任何技术均有其二重性,新技术的应用使医师,特别是年轻医师过分依赖于辅助检查,忽视了临床观察,忽视了临床基本功的训练,忽视了逻辑思维、综合判断能力的培养,这也是临床上医疗差错、医疗事故屡见不鲜的主要原因之一。名医大家之所以成为名医大家并不只是因为他们发表了高质量的论文,并不只是因为他们出版了医学著作,而是在于他们有扎实的基本功,在于他们有高超的综合判断能力及解决临床问题的实际能力。

以循证医学为基础的各种指南使临床诊治趋于规范化,但在临床实践中还应做到个体化,而个体化的基础是将指南与临床经验有机的结合,临床经验来源于对病情的观察总结,而这一点恰恰被临床医师忽视了。

病例讨论是我们学习掌握上述能力的最佳途径,患者则是无可比拟的知识源泉,知识“实践”,即反复与患者接触,是临床医师磨砺技巧的最好方式。

本书意欲鼓励不同水平的临床医师自学,病例总结与围绕患者进行的讨论充分体现了本书各位作者遵循了奥斯勒自学的忠告,“记录并展示”了他们的经验。我们希望通过书中的临床经验,鼓励读者遵循胡大一教授提倡的回归人文,回归临床,回归基本功。

感谢我的恩师胡大一教授在百忙之中审校了全书,提出了很多中肯的意见;感谢各位作者的辛勤笔耕和出版社的支持与指导;也感谢我们的师长与同事给予我们的帮助,感谢家人的支持;我们还要对我们的患者无私地教给我们最丰富的知识表达

深深的谢意。

虽然我们已尽全力,但书中仍可能有不妥甚至错误之处,恳请前辈及同仁及时指出以便改正。如果本书对读者能有所裨益,我们将感到莫大欣慰。

布艾加尔·哈斯木 孟晓萍

2013年7月2日

第一章 心血管患者的心理问题..... 1

胡大一论双心医学..... 1

病例 1 胸闷伴心电图异常 20 年 9

病例 2 陈旧性心肌梗死伴频发室性期前收缩 11

病例 3 你自己走来的? 12

病例 4 医师的建议 12

病例 5 高血压不易控制 13

病例 6 反复胸痛发作 16

病例 7 血压升高伴胸痛 18

第二章 高血压 21

病例 8 高血压伴心悸、出汗 21

病例 9 高血压伴心悸、低钾血症 26

病例 10 高血压伴头晕 28

病例 11 肾动脉狭窄 31

病例 12 嗜铬细胞瘤 35

病例 13 高血压合并高尿酸血症 40

第三章 各种原因所致心功能不全 52

病例 14 扩张型心肌病例 1 52

病例 15 扩张型心肌病例 2 54

病例 16 扩张型心肌病例 3 55

病例 17 扩张型心肌病例 4 58

病例 18 胸闷、气短、乏力 60

病例 19	突发胸闷、呼吸困难、大汗	65
病例 20	胸闷、气短 1 个月	69
病例 21	高血压伴夜间呼吸困难	72
病例 22	缺血性心肌病例 1	73
病例 23	缺血性心肌病例 2	76
病例 24	反复胸闷 10 余年	79
病例 25	急性心肌梗死伴严重心功能不全	82
第四章 肺动脉高压		85
病例 26	先天性室间隔缺损伴咯血	85
病例 27	先天性心脏病伴胸闷、气短 2 年	90
第五章 冠状动脉粥样硬化性心脏病		92
病例 28	上腹痛伴心电图完全性左束支传导阻滞	92
病例 29	搭桥术后 10 年, 劳力性呼吸困难	96
病例 30	反复胸闷 2 年, 胸痛 10 天	102
病例 31	睡眠呼吸暂停综合征与急性心肌梗死	104
病例 32	急性心肌梗死慢血流	110
病例 33	猝死	114
病例 34	劳力型心绞痛	118
病例 35	表现为劳力型心绞痛的心肌梗死	122
病例 36	心电图正常的心绞痛	126
病例 37	乏力、心悸	128
病例 38	胸闷、气短伴头晕	130
病例 39	胸闷、心悸	131
病例 40	心内膜下心肌梗死	135
病例 41	发热伴胸痛	137
病例 42	上腹部疼痛	142
病例 43	阵发性胸闷、气短	146

病例 44	焦虑与心肌缺血	149
病例 45	急性心肌梗死的特殊心电图变化	153
病例 46	急性心肌梗死冠状动脉造影正常	156
病例 47	急性心肌梗死后猝死	158
病例 48	反复阵发性胸痛	160
病例 49	无痛性心绞痛	163
病例 50	胸痛伴正常心电图	165
病例 51	胸痛伴 ST 段抬高	167
病例 52	胸痛伴室颤发作	170

第六章 非冠心病心肌梗死及误诊为冠心病的

其他疾病	177
------------	-----

病例 53	青年人心肌梗死	177
病例 54	车祸后胸痛伴心电图 ST-T 改变	181
病例 55	突发胸闷气促伴 ST 段显著压低	186
病例 56	胸痛伴异食癖	190
病例 57	胸痛伴全身水肿	191
病例 58	胸痛伴 ST 段抬高并动态改变	192
病例 59	冠状动脉左心房瘘	196

第七章 心内科患者戒烟治疗分层管理及病例分享

病例 60	有戒烟史,出现过明显戒断症状	202
病例 61	无戒烟史,有意愿戒烟	202
病例 62	CHD 合并 2 个危险因素,住院期间 仍有吸烟行为	203
病例 63	高血压性心脏病,心力衰竭合并 2 个以上 危险因素	203
病例 64	吸烟与急性心肌梗死	205

第八章 用药安全性	208
病例 65 美托洛尔导致高度房室传导阻滞	208
病例 66 胺碘酮导致高度房室传导阻滞	211
病例 67 正常剂量华法林发生血尿	217
病例 68 服用酒石酸唑吡坦片呼之不应	229
第九章 甲状腺与心脏疾病	232
病例 69 反复胸闷、心悸	232
病例 70 突发意识不清	237
病例 71 突发双下肢无力	243
病例 72 严重高脂血症	246
第十章 心胸外科病例	249
病例 73 肺癌侵犯心脏误诊为心房纤颤	249
病例 74 先天性左侧心包缺如漏诊并误诊为 完全性右束支传导阻滞	250
病例 75 心力衰竭致包裹性胸腔积液误诊为 结核性胸膜炎	253
病例 76 心包广泛转移癌误诊为心力衰竭	254
第十一章 临床护理病例	257
病例 77 急性心肌梗死的护理体会	257
病例 78 心脏起搏器病患的护理体会	259
病例 79 PCI 治疗的护理体会	261
第十二章 其他	264
病例 80 颈动脉斑块缩小	264
病例 81 颈动脉斑块消失	265

病例 82	间歇性跛行	266
病例 83	晕厥	272
病例 84	感染性心内膜炎	285
病例 85	室颤风暴	288
病例 86	致心律失常性右心室心肌病	290
病例 87	肥厚型心肌病	296
病例 88	腹泻伴阵发性心悸	313
病例 89	突发四肢乏力	317
病例 90	四肢乏力伴手足麻木	320
病例 91	全身肌肉疼痛	322
病例 92	发热 2 周	326
病例 93	突发意识丧失	329
病例 94	运动是良医	342
病例 95	避免过度运动	345
病例 96	肝素诱导的血小板减少	347
病例 97	心悸、气急 2 个月	351
病例 98	阵发性胸闷	353

第一章

心血管患者的心理问题

胡大一论双心医学

一、从头谈起

45年前,当我刚刚走进北京医学院(现北京大学医学部)的校门,成为一名医学生时,我以为将来作外科医师就是学习开刀,作内科医师就要学会用药。到了20世纪80年代,我从美国学到一些介入技术回国后,觉得这些技术很神奇,比如经导管射频消融,不需要开胸手术,就可以根治心律失常,告别药物。

随着时间的推移,在大量的医疗实践中,我逐渐接触到过去不曾意识的问题:来心血管内科就医的大量患者存在不同程度的精神心理问题:焦虑、惊恐、抑郁……

1987年,我收到一封陕西教师的来信,讲述他20年的疾病。20年前他36岁,曾是沙家店一所中学的校长。1967年他因坚持学生应上课学文化和工军宣队的一些领导发生口角,心情郁闷,不想上班,去校医室开假条,做了份心电图,发现有室性期前收缩,但毫无自觉症状。医务室根据当时权威的心电图书发出报告:不正常心电图,室性期前收缩。患者问医师:“期前收缩有什么危险?”医师答:“可能猝死”。患者问:“室性期前收缩的原因是什么?”医师答:“可能是心肌炎。”患者被转到西安的大医院检查,没有查找到心肌炎的任何证据,医师给患者的诊断为“心肌炎后遗症”。患者想打听什么是“心肌炎后遗症”。医师答:“‘心肌炎后遗症’是心肌炎恢复后心肌上留下块瘢痕”。从此患者再没上过班,再没上过讲台,到处寻医问药,反复住院、打静脉点滴,5年后卧床不起。直到1987年7月,患者的儿子买

爆米花,在包装爆米花的一片健康报上发现了我写的一篇科普文章《室性早搏不等同心脏病》。我在文章中强调无明显器质性心脏病的室性期前收缩预后良性,不能仅据此诊断心肌炎,“心肌炎后遗症”更是既无明确定义,也无诊断标准的“莫须有”的帽子。患者的儿子看过报纸飞跑回家,把报纸文章递给父亲说:“你看北京大夫讲的情况是不是你?”患者后来在给 my 的信上说,他看到我文章前已卧床 15 年,觉得活着没有任何意义,自杀缺乏勇气。读过我的文章感到自己好像在波涛汹涌的大海中即将被吞没时突然眼前出现了一块木板,但仍不确信这是否真是救命稻草可以使他化险为夷。因此写信问我他的室性期前收缩是否为良性。我看了信中寄来的多年检查资料,除心电图上显示室性期前收缩外,一切正常。我回信告诉他,他没有器质性心脏病,20 年的时间就是预后良性的最好证据,给他做了详细的解释,鼓励他解除顾虑,逐渐恢复日常活动。2 个月后,他回信讲,接信后顾虑全消,精神振奋,逐渐恢复行走,病情大有好转。半年后来信,讲 he 已完全恢复体力,可给家里挑水了。

我还经常遇到平时无症状,无先兆突发心肌梗死的患者,虽然得到了及时抢救,成功接受了介入或手术治疗,效果很好,但术后症状并未减轻。甚至有患者生动的讲,术前有痛苦,术后却痛不欲生。医师又让造影,还是正常。医师关注的是躯体的疾病,忽略了这种突发重症对患者造成的巨大的精神心理创伤。

生活中,每个人都会遇到这样或那样的不痛快。诚然,这些不痛快通常给生活带来的影响是微乎其微的,但有时却可以直接损害我们的身体健康。来心脏内科就医的患者存在的精神心理问题,通常分为以下几类:

1. 患者对自身病情不了解,所以担惊受怕。应该说,这一类患者有的是对疾病的困惑和恐惧。通常问题解释清楚了,也就没事了。然而,在这种情况下,往往是医师使问题复杂化了,

即“医源性疾病”或加重疾病的“医源性因素”。文章开头提及的病例就是这一问题的鲜明写照。但反之就会有相反的效果。有这样一位患者,在当地医院明确诊断为冠心病,医师告诉他要做冠状动脉搭桥手术。他不清楚手术的具体操作方式,也不知道自己是不是能够耐受手术,又怕不做手术病情会继续加重,因此心情异常低落。后来经过向他详细的解释手术方式和可能的风险,很快就打消了他的顾虑。医师的耐心解释和与患者的充分平等的沟通有时比先进的诊疗技术更重要。

2. 患者关注自身所患疾病和相关知识,阅读了大量资料,然而不能完全理解医学专业知识,反而受到误导,引起过度紧张。

3. 疾病(如长期患病或反复手术)给患者心理造成的伤害。

4. 由于心理打击引发的心血管疾病。如一位歌唱演员由于丈夫突然去世,精神上承受的巨大打击使她患上了严重的高血压。

5. 家属对患者产生的影响,也会给患者造成精神心理压力。我的门诊中就有这样一对母女,母亲比女儿的心理压力更大,孩子也在母亲的恐慌中受到了惊吓。这些年来,我接诊了遍及全国各地的室性期前收缩患者数百名,尤其是一些儿童患者,孩子本人几乎都无自觉的症状,体检意外发现室性期前收缩,被戴上心肌炎或后遗症的帽子,住院和休学。期前收缩出现在孩子身上,急在家长心上,独生子女一人有期前收缩,两代长辈心神不安宁,到处寻医求治,不但浪费大量医疗卫生资源,而且病是越看越痛苦。

6. 由于共同的生理表现,患者因为单纯的精神心理症状来心内科就诊,例如惊恐发作的常见症状为胸闷、胸痛、气急。

7. 患者确实有精神心理症状,甚至患有疾病。毕竟,精神病患者也有可能同时患有心脏病。

另外,不要忘记那些还躺在病床上的患者,由于身体状况的