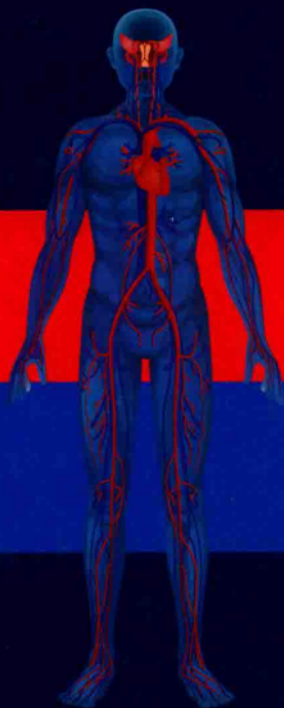


北京名医世纪传媒

心血管病及并发症的 鉴别诊断与治疗

XINXUEGUANBING JI BINGFAZHENG DE
JIANBIE ZHENDUAN YU ZHILIAO

主 编 吴 斌 李惠玲



中原出版传媒集团
中原传媒股份公司

河南科学技术出版社

心血管病及并发症的鉴别诊断与治疗

XINXUEGUANBING JI BINGFAZHENG DE JIANBIE ZHENDUAN YU ZHILIAO

主 编 吴 斌 李惠玲

副主编 刘旭光 戴红芬 袁 萍

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 蕾 田 罗 田强强 刘旭光

李惠玲 吴 斌 吴家伟 陈 晨

金伟伟 周健华 胡家芸 胡雅兰

钟 丹 项 娜 袁 萍 乾 玲

蔡 峤 熊萦哲 戴红芬

河南科学技术出版社

· 郑州 ·

内容提要

本书全面阐述了冠状动脉粥样硬化性心脏病、心脏瓣膜病、病毒性心肌炎、感染性心内膜炎、心肌病、高血压、心律失常及心功能不全的临床表现、辅助检查、治疗方法,详细介绍了上述疾病可能出现的各种并发症的临床症状、诊断、鉴别诊断及治疗手段。本书与临床实践结合紧密,内容丰富,治疗方式多样化,角度新颖,并与前沿科技接轨,具有高度实用性和有效性,可供广大医学生,尤其是心血管学科医师阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

心血管病及并发症的鉴别诊断与治疗/吴斌,李惠玲主编. —郑州:河南科学技术出版社,2019.7

ISBN 978-7-5349-9536-1

I. ①心… II. ①吴… ②李… III. ①心脏血管疾病—诊疗 ②心脏血管疾病—并发症—诊疗 IV. ①R54

中国版本图书馆CIP数据核字(2019)第092833号

出版发行:河南科学技术出版社

北京名医世纪文化传媒有限公司

地址:北京市丰台区万丰路316号万开基地B座1-114 邮编:100161

策划编辑:赵东升 张怡泓

文字编辑:郭春喜

责任审读:周晓洲

责任校对:龚利霞

封面设计:吴朝洪

版式设计:崔刚工作室

责任印制:陈震财

印刷:河南瑞之光印刷股份有限公司

经销:全国新华书店、医学书店、网店

开本:720 mm×1020 mm 1/16 印张:21.75 字数:425千字

版次:2019年7月第1版 2019年7月第1次印刷

定价:88.00元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与出版社联系并调换

前 言

心血管病主要包括冠状动脉粥样硬化性心脏病、心脏瓣膜病、病毒性心肌炎、感染性心内膜炎、心肌病、高血压、心律失常等。并发症的定义有两种：一种是指疾病在发展过程中引起另一种疾病或症状的发生，后者即为前者的并发症；另一种是指在诊疗护理过程中，患者由患一种疾病合并发生了与这种疾病有关的另一种或几种疾病。心血管病并发症的出现，可以由许多原因引起，或因本身的心脏疾病导致，或因医疗水平受限所致，又或者是患者本身的体质、生活习惯导致，在临床实践中十分常见，大多数较危重。目前，关于并发症的研究还没有得到足够的重视和更深入的了解。为了总结心血管病的治疗方法和临床经验，深入研究心血管病并发症的病因病理，改善疾病预后，提高患者的生活质量，我们组织具有高超医学技术和丰富临床经验的专家学者，历经数载，反复查阅资料，并根据临床实践和指南不断地进行文稿的修改，从而编成《心血管病及并发症的鉴别诊断与治疗》一书。希望借此加深广大读者对心血管病的认识，也推动医疗专家对并发症领域的探求。全书主要介绍了冠状动脉粥样硬化性心脏病、心脏瓣膜病、病毒性心肌炎、感染性心内膜炎、心肌病、高血压、心律失常及心功能不全的临床表现、辅助检查、治疗方法，详细介绍了上述疾病可能出现的各种并发症的临床症状、诊断、鉴别诊断及治疗手段。

心血管病学是在一代又一代长期从事心血管专业的医师或科研人员不断的课题研究和临床实践的基础上发展起来的，涉及多个不同的专业领域，与多个其他学科联系紧密。随着现代社会的发展，科技进步日新月异，心血管领域也取得了长足的进步，尤其是进入 21 世纪以来，我国介入手术发展迅猛，越来越多的心脏病患者接受了介入治疗，故本书也着重介绍了心血管病的介入治疗及出现并发症的治疗。

中医治疗心血管病现已成为临床上不可或缺的治疗手段。临床实践证明，传统医药不仅具有很好的临床疗效，还具有很高的科研价值，值得更深入的研究，为心血管病的治疗带来新的发展契机。本书介绍了心血管病的中医治疗，并介绍了不同的证型和具体方药，立足于辨证论治，因人制宜，对每位患者的治疗都有特殊性和针对性。中西医结合治疗心血管病，也是本书论述心脏病及并发症的一大特色。

本书与临床实践结合紧密,内容丰富,治疗方式多样化,角度新颖,并与前沿科技接轨,具有高度实用性和有效性,可供广大医学生,尤其是心血管学科医师阅读参考。

由于心血管学科领域广泛,涉及知识颇多,与其他学科相互交叉,内容繁杂,以及编者的学术水平所限,对书中存在的不足或错漏之处,恳请广大医疗同仁批评指正。

编者

2018年10月11日

目 录

第1章 总论	(1)
第2章 冠状动脉粥样硬化性心脏病及并发症	(5)
第一节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(5)
一、心绞痛	(5)
二、心肌梗死	(9)
三、缺血性心肌病型冠心病	(15)
四、猝死	(16)
第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病的常见并发症	(18)
一、乳头肌功能失调或断裂	(18)
二、心脏破裂	(19)
三、栓塞	(19)
四、心室壁瘤	(23)
五、心肌梗死后综合征	(26)
六、肩手综合征	(27)
七、心律失常	(28)
八、急、慢性心功能不全	(30)
九、心源性休克	(32)
第3章 心脏瓣膜病及并发症	(35)
第一节 常见心脏瓣膜病	(35)
一、二尖瓣狭窄	(35)
二、二尖瓣关闭不全	(39)
三、主动脉瓣狭窄	(42)
四、主动脉瓣关闭不全	(46)
五、三尖瓣狭窄	(50)
六、三尖瓣关闭不全	(51)
七、肺动脉瓣狭窄	(53)
八、肺动脉瓣关闭不全	(56)

九、多瓣膜病	(57)
第二节 心脏瓣膜病的常见并发症	(59)
一、心房颤动	(59)
二、急性肺水肿	(60)
三、血栓栓塞	(61)
四、右侧心力衰竭	(66)
五、感染性心内膜炎	(67)
六、肺部感染	(68)
七、左侧喉返神经麻痹	(69)
八、咯血	(70)
九、胃肠道出血	(73)
第4章 病毒性心肌炎及并发症	(75)
第一节 病毒性心肌炎	(75)
第二节 病毒性心肌炎的常见并发症	(81)
一、心力衰竭	(81)
二、心律失常	(84)
三、猝死	(89)
四、心源性休克	(91)
五、扩张型心肌病	(92)
第5章 感染性心内膜炎及并发症	(94)
第一节 感染性心内膜炎	(94)
第二节 感染性心内膜炎的常见并发症	(100)
一、充血性心力衰竭	(100)
二、心律失常	(102)
三、栓塞现象	(104)
四、心肌和(或)心包脓肿	(109)
五、感染性动脉瘤	(110)
六、肾并发症	(111)
第6章 心肌病及并发症	(114)
第一节 扩张型心肌病	(114)
第二节 扩张型心肌病的常见并发症	(120)
一、心力衰竭	(120)
二、心律失常	(121)
三、心脏性猝死	(125)
四、动脉血栓	(126)

第三节 肥厚型心肌病	(130)
第四节 肥厚型心肌病的常见并发症	(134)
一、心律失常	(134)
二、感染性心内膜炎	(138)
第五节 限制型心肌病	(140)
第六节 限制型心肌病的常见并发症	(144)
一、心力衰竭	(144)
二、心律失常	(145)
三、动脉栓塞	(146)
四、心包积液	(147)
第七节 其他类型心肌病	(148)
一、致心律失常型右室心肌病	(148)
二、不定型心肌病	(149)
三、特异性心肌病	(149)
第7章 高血压及并发症	(154)
第一节 高血压	(154)
第二节 高血压的常见并发症	(168)
一、高血压危象	(168)
二、脑卒中	(177)
三、动脉粥样硬化	(183)
四、左室肥厚	(186)
五、心力衰竭	(188)
六、高血压肾损害	(198)
七、主动脉夹层	(201)
第8章 心血管病介入治疗的并发症	(207)
第一节 介入性操作的常见并发症	(207)
第二节 冠心病介入治疗的常见并发症	(211)
一、经皮冠状动脉球囊血管成形术常见的并发症	(211)
二、冠状动脉支架植入术的常见并发症	(212)
第三节 经皮球囊瓣膜成形术的常见并发症	(214)
一、经皮球囊肺动脉瓣成形术的常见并发症	(214)
二、经皮球囊二尖瓣成形术的常见并发症	(215)
三、经皮球囊主动脉瓣成形术的常见并发症	(217)
第四节 心导管消融治疗的常见并发症	(218)
第五节 心房颤动经导管射频消融术的常见并发症	(220)

第六节 先天性心血管病的心导管介入治疗的常见并发症	(227)
一、动脉导管未闭封堵术的常见并发症	(227)
二、房间隔缺损封堵术的常见并发症	(228)
三、室间隔缺损封堵术的常见并发症	(230)
第9章 心律失常及并发症	(232)
第一节 心律失常	(232)
一、窦性心动过速	(234)
二、窦性心动过缓	(234)
三、窦性停搏	(235)
四、窦房传导阻滞	(237)
五、病态窦房结综合征	(240)
六、房性期前收缩	(241)
七、房性心动过速	(242)
八、心房扑动	(244)
九、心房颤动	(245)
十、房室交界区性心律失常	(248)
十一、阵发性室上性心动过速	(249)
十二、预激综合征	(251)
十三、室性期前收缩	(253)
十四、室性心动过速	(254)
十五、加速性心室自主节律	(258)
十六、尖端扭转型室性心动过速	(258)
十七、心房扑动与心室颤动	(259)
十八、心脏传导阻滞	(260)
第二节 心律失常的常见并发症	(265)
一、急性心力衰竭	(265)
二、栓塞	(271)
三、心源性休克	(284)
四、猝死	(286)
第10章 心功能不全及并发症	(289)
第一节 心功能不全	(289)
第二节 心功能不全的常见并发症	(306)
一、胸腔积液	(306)
二、心包积液	(310)
三、心律失常	(311)

四、肝硬化	(316)
五、电解质紊乱	(318)
六、呼吸道感染	(320)
七、血栓形成和栓塞	(322)
参考文献	(334)

第1章 总论

循环系统由心脏、血管和调节血液循环的神经体液组织构成,循环系统疾病也称为心血管病。上述所有组织器官的疾病,在内科疾病中属于常见病,其中以心脏病最为多见,能显著地影响患者的劳动力。

心脏疾病是危害人类生命与健康最为严重的疾病之一,心脏病学发展的脚步也一刻未曾停留。心脏病学原是内科学的一部分,20世纪20年代才逐渐形成一门独立学科。20世纪90年代,心脏介入诊疗技术的蓬勃发展,促进了一门新兴学科的形成,即介入心脏病学。它的出现,使心脏血管疾病的诊断和治疗发生了翻天覆地的变化。1929年,德国医生 Forssman 在自己身上进行了人类历史上首次将导管插入心脏的手术;1953年,Seldinger 发明经皮穿刺导管;1955年,Forssman 荣获诺贝尔医学奖。

在基础领域,人们对高血压、动脉粥样硬化、肺动脉高压、心力衰竭等机制的认识进一步深入,尤其是对钠与高血压、血脂与动脉粥样硬化、肾素-血管紧张素-醛固酮系统与心力衰竭及高血压等的关系有了深刻而细致的认识。目前治疗心血管疾病的药物种类繁多,有严谨的用药指南,完整的临床路径。除此之外,心血管介入手术也不断从西方引进并逐渐成熟,我国心血管先进人才不断完善自身素质,提高手术水平,中国的心血管介入技术已经相当成熟,心血管的介入治疗亦成为临床治疗的重中之重。

随着科学技术的发展,人类对疾病本身的生理病理及发生发展有了更深刻的认识,治疗手段也多样化,使人们对心脏疾病的预防从理想转为现实。但是,心血管疾病仍是21世纪导致临床死亡的主要病因。究其原因,不仅仅是因为心血管病本身的危害性,还由于心血管病并发症引起的机体慢性损害,从而导致死亡。

本书主要介绍常见的心血管疾病及其并发症,包括并发症的症状、诊断和治疗。主要分为冠心病并发症、心脏瓣膜病并发症、病毒性心肌炎并发症、感染性心内膜炎并发症、心肌病并发症、高血压并发症、心血管病介入治疗并发症、心律失常并发症、心功能不全并发症。

冠心病是由于脂质代谢异常,血液中的脂质沉着在原本光滑的动脉内膜上,在动脉内膜一些类似粥样脂类物质堆积而成白色斑块,这些斑块渐渐增多造成动

脉腔狭窄,使血流受阻,导致心脏缺血,产生心绞痛。如果动脉壁上的斑块形成溃疡或破裂,就可形成血栓,使整个血管血流完全中断,发生急性心肌梗死,甚至猝死。冠心病的少见发病机制是冠状动脉痉挛,产生变异性心绞痛,如果痉挛超过30min,也会导致急性心肌梗死。冠心病的常见并发症为乳头肌功能失调或断裂,二尖瓣乳头肌因缺血、坏死等使收缩功能发生障碍,造成不同程度的二尖瓣脱垂并关闭不全;心脏破裂,常在心肌梗死1周内出现,多为心室游离壁破裂,造成心包积血引起急性心脏压塞而猝死;左心室附壁血栓脱落,引起脑、肾、脾,或四肢等动脉栓塞;心室壁瘤主要见于左心室,体格检查可见左侧心界扩大,心脏搏动范围较广;心肌梗死后综合征,在心肌梗死后数周至数月内出现,可反复发生,表现为心包炎、胸膜炎或肺炎,有发热、胸痛等症状,可能为机体对坏死物质的过敏反应;肩手综合征,于心肌梗死后数周出现肩臂强直、活动受限并疼痛;心律失常,表现为各种类型的心律失常,如室性心律失常、房室传导阻滞等;急、慢性心功能不全和心源性休克,主要是冠心病心肌缺血或者心肌梗死后心肌坏死,导致心肌收缩力减低引起的泵功能衰竭。

心脏瓣膜病是指二尖瓣、三尖瓣、主动脉瓣和肺动脉瓣的瓣膜因风湿热、黏液变性、退行性改变、先天性畸形、缺血性坏死、感染或创伤等出现了病变,影响血流的正常流动,从而造成心脏功能异常的单瓣膜或多瓣膜病变。心脏瓣膜病的常见并发症为心房颤动,心房组织的结构性或功能性改变可能是心房颤动患者心房不应性离散和传导延缓的重要基础原因;二尖瓣狭窄会引起心房内血容量增加,导致肺血管压力上升,出现肺水肿;血栓栓塞,二尖瓣狭窄患者伴有心房颤动最容易出现梗死现象,因为左心房和左心耳发生扩张导致血液淤滞,血栓脱落可引起脑、肾、肠系膜、脾、肢体血管及冠状动脉栓塞,甚至出现咯血、胃肠道出血等症状;右侧心力衰竭,主要是由于心肌功能受损,心脏负荷过重;合并二尖瓣关闭不全时最易诱发心内膜炎;肺部感染,瓣膜病变患者由于左心房压力增高,肺淤血,肺顺应性降低,肺间质水肿,在机体抵抗力降低时,极易反复发生肺部感染,进而诱发和加重心力衰竭;左侧喉返神经麻痹,是由于扩张的肺动脉会压迫喉返神经。

病毒性心肌炎是指病毒感染引起的心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变,属于感染性心肌疾病。多种病毒可引起心肌炎,其中以引起肠道和上呼吸道感染的病毒感染最多见。病毒性心肌炎常见并发症为心力衰竭,主要出现在暴发性心肌炎的患者中,重度的心肌炎症会造成心肌舒缩功能严重受损,造成心功能下降,严重者出现心源性休克,甚至猝死;病毒性心肌炎常常导致细胞水肿和细胞内外的离子通道改变,容易诱发心律失常;扩张型心肌病,心肌炎症会使心肌壁变薄,心腔扩大。

感染性心内膜炎是指由细菌、真菌和其他微生物(如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等)直接感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症。感染性心内膜炎的病因

主要包括基础心血管病变及病原微生物两方面。此外,血流动力学因素、切应力及其他机械因素造成的损伤、非细菌性血栓性心内膜炎、暂时性菌血症以及血液中致病微生物的数量、毒力、侵袭力和黏附能力均与感染性心内膜炎的发生有关。感染性心内膜炎常见并发症为充血性心力衰竭,心肌收缩功能下降;心内膜炎既可影响心脏瓣膜,又可诱发心衰,引起心肌传导异常故出现各种心律失常;心内膜炎容易形成赘生物,造成栓塞;感染性心内膜炎还会引起心肌和(或)心包脓肿;心内膜炎造成肾损害的原因主要是免疫性肾炎和栓塞性肾炎(肾梗死)。

心肌病是一组由于心脏部分腔室(即心室)的结构改变和心肌壁功能受损所导致心脏功能进行性障碍的病变,包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病、限制型心肌病、致心律失常型右室心肌病和其他。由于心肌结构的改变,影响泵功能、心脏瓣膜,心肌离子通道改变,诱发心律失常等原因,扩张型心肌病常见并发症为心力衰竭、心律失常、心脏性猝死;肥厚性心肌病常见并发症为心律失常、感染性心内膜炎;限制型心肌病常见并发症为心力衰竭、心律失常、动脉栓塞、心包积液;致心律失常型右室心肌病常见并发症为心律失常。

高血压是指以收缩压和(或)舒张压增高(收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$,舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$)为主要特征,可伴有心、脑、肾等器官的功能或器质性损害的临床综合征。高血压是最常见的慢性病,也是心脑血管病最主要的危险因素。高血压常见的并发症为高血压危象、脑卒中、动脉粥样硬化、左心室肥厚、高血压肾损害、主动脉夹层。血压过高,对血管形成的压力过大,脆性高的脑血管容易破裂出血。左心室代偿性心肌肥厚,主动脉血管因长期负荷过重产生小裂口,当血液从裂口进入主动脉壁,会逐渐将管壁中间的膜撕开、分裂、扩展,最终导致主动脉破裂。不仅如此,高血压也会引起肾结构和功能改变等。

心血管介入治疗是一种新型诊断与治疗心血管疾病技术,无须开胸,在影像学方法的引导下,经过穿刺体表血管,借助某些器械,将导管送到病变部位,通过特定的心脏导管操作技术对心脏病进行确诊和治疗的诊治方法,是目前先进的心脏病诊治方法,是一种微创的诊治方法,包括冠状动脉造影术、PTCA+支架术、二尖瓣球囊扩张术、射频消融术、起搏器植入术、先天性心脏病介入治疗、冠状动脉腔内溶栓术。心血管介入治疗常见并发症为介入性操作的并发症,如局部出血或水肿、血栓形成、血管痉挛、空气栓塞和气胸等。冠心病介入治疗的并发症,如血管内膜损伤、冠状动脉阻塞、胸痛、心律失常等。经皮球囊瓣膜成形术的并发症,如短暂低血压和心动过缓、肺动脉损伤及反流、右室流出道及游离壁损害等。心导管消融治疗的并发症,如心律失常、胸痛、冠状窦破裂、心包积液等。心房颤动经导管射频消融术的并发症,如心脏压塞、肺静脉狭窄、食管损伤/心房-食管瘘等。先天性心脏病的心导管介入治疗的并发症,如残余分流、血管栓塞、心律失常等。

心律失常是由于窦房结激动异常或激动产生于窦房结以外,激动的传导缓慢、

阻滞或经异常通道传导,即心脏活动的起源和(或)传导障碍导致心脏搏动的频率和(或)节律异常。心律失常常见的并发症为急性心力衰竭,心律失常特别是快速性心律失常,由于持续性心室率加快,心肌能量耗竭,能量利用障碍,心肌组织血流量和储备能力下降,从而导致左室舒张末期容积增加。心率增快和心肌能量耗竭激活 RASS 系统,心脏交感神经反应能力下降,进一步导致心肌结构和细胞外基质重构,心肌收缩储备能力下降,最终导致心脏扩大、泵功能下降;常见的栓塞见于心房颤动引起的血栓脱落,心力衰竭或者心脏栓塞均可引起心源性休克或猝死。

心功能不全是由于各种原因造成心肌收缩功能下降,使心脏前向性排血减少,造成血液淤滞在体循环或肺循环产生的症状。心功能不全可表现为体循环淤血、肺循环淤血,出现心包积液、门静脉系统血流淤滞,常常伴发肺部感染,出现各种类型的电解质紊乱,诱发心律失常等。心功能不全的常见并发症为心包积液、心律失常、肝硬化、电解质紊乱、呼吸道感染、血栓形成和栓塞、肾功能不全、顽固性水肿。

第2章 冠状动脉粥样硬化性心脏病及并发症

冠状动脉粥样硬化性心脏病是指冠状动脉粥样硬化,使血管管腔狭窄或阻塞导致心肌缺血缺氧而引起的心脏病,和冠状动脉功能性改变(痉挛)一起,统称冠状动脉性心脏病,简称冠心病,亦称缺血性心脏病。本病可分为5种临床类型:隐匿型或无症状型、心绞痛型、心肌梗死型、心力衰竭和心律失常型、猝死型冠心病。上述5种临床类型可以合并出现。

据世界卫生组织1990年公布的统计结果,30—69岁冠心病死亡率以北爱尔兰最高,芬兰次之,日本最低。自20世纪40年代以来,美国的冠心病死亡率逐年上升,但20世纪60年代经过有效预防,有所下降。我国发病与死亡率与工业发达国家相比较低,但流行病学统计表明,有逐年上升的趋势,心脑血管病死亡的人数上升至第二及第三位。这种现象与我国人民生活水平提高,膳食结构不合理,人群体力活动减少,体重上升,血清胆固醇升高,血压升高,男性吸烟率上升,生活节奏加快,社会心理压力加重等因素有关。

第一节 冠状动脉粥样硬化性心脏病

一、心绞痛

在冠状动脉严重狭窄的基础上,由于心肌负荷的增加引起心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧的临床综合征。其特点为阵发性的前胸压榨性疼痛或憋闷感觉,主要位于胸骨后部,可放射至心前区和左上肢尺侧,常发生于劳力负荷增加时,可持续数分钟,休息或用硝酸酯制剂后消失。男性发病多于女性,年龄多在40岁以上,劳累、情绪激动、饱食、受寒、急性循环衰竭等为常见的诱因。据相关临床研究结果显示,女性绝经后冠心病患病率有显著提升,由此临床中认为雌激素的缺失是导致女性冠心病患者发病的主要因素。

【诊断】

1. 临床表现

(1)典型心绞痛以发作性胸痛为主要临床表现。疼痛部位主要在胸骨体上段

或中段,之后可波及心前区,有手掌大小范围,甚至横贯前胸、界限不很清楚。常放射至左肩、左臂内侧达环指和小指,或至颈、咽或下颌部。

(2)疼痛性质常为压迫、压榨或紧缩性,也可有烧灼感,偶尔伴濒死的恐惧感觉。发作时患者往往不自觉地停止原来的活动,直至症状缓解。

(3)疼痛诱因常为体力劳动,情绪激动(如愤怒、焦急、过度兴奋等),饱食,寒冷,吸烟等。心动过速、休克等亦可诱发。疼痛发生于劳力或激动的当时,而不在劳累后。

(4)疼痛持续时间常在3~5min,最长不超过15min,一般在停止原来诱发症状的活动后即缓解,舌下含服硝酸甘油能在几分钟内消失。可数天或数周发作1次,也可1天内多次发作。

(5)平时一般无异常体征。心绞痛发作时常见心率加快、血压升高、表情焦虑、皮肤冷或出汗,有时出现第四或第三心音奔马律。

2. 临床各型心绞痛特点

(1)劳累性心绞痛,特点是疼痛由劳累、情绪激动或其他足以增加心肌需氧量的情况所诱发,休息或舌下含用硝酸甘油后疼痛迅速消失。

(2)自发性心绞痛,特点是疼痛发生与心肌需氧量增加无明显关系,疼痛程度较重,时限较长,不易为含用硝酸甘油所缓解。

(3)混合性心绞痛,特点是患者既在心肌需氧量增加时发生心绞痛,亦可在心肌需氧量无明显增加时发生心绞痛。

3. 辅助检查

(1)X线检查:心脏无异常或见心影增大、肺充血等。

(2)心电图检查:①静息时约半数在正常范围。②心绞痛发作时绝大多数患者可出现暂时性心肌缺血引起的ST段压低,有时出现T波倒置,在平时有T波持续倒置的患者发作时可变为直立(所谓“假性正常化”)。

(3)心电图负荷试验:以倍二级梯运动后在以R波占优势的导联上,ST段水平或下斜型压低0.5mV以上,持续2min,或ST弓背向上型抬高超过0.2mV作为阳性标准,如同时发生心绞痛,则诊断意义更大。踏板和蹬车运动,主要以ST段水平型或下斜型压低 $\geq 0.1\text{mV}$ (从J点起),持续0.08s作为阳性标准。

(4)心电图连续动态监测:可从中发现心电图ST-T改变和各种心律失常,出现时间可与患者的活动和症状相对照。胸痛发作时相应时间的缺血性ST-T改变有助于确定心绞痛的诊断。

(5)放射性核素检查:简单安全、无创伤、重复性强。目前常用于心血管检查的两种核素是 $^{99\text{-m}}\text{Tc}$ 、 ^{201}Tl 。

(6)冠状动脉造影:对诊断意义更大,可发现各支动脉狭窄性病变的部位并估计其程度。

【鉴别诊断】

要考虑与下列各种情况相鉴别。

(1)急性心肌梗死:疼痛部位与心绞痛相仿,但性质更剧烈,持续时间多超过30min,可长达数小时,可伴有心律失常、心力衰竭和(或)休克,含用硝酸甘油多不能使之缓解。心电图中心面向梗死部位的导联ST段抬高及或同时有异常Q波[非ST段抬高性心肌梗死则多表现为ST段下移和(或)T波改变]。实验室检查示白细胞计数增高、红细胞沉降率增快,心肌坏死标记物(肌红蛋白、肌钙蛋白I或T、CK-MB等)增高。

(2)其他疾病引起的心绞痛:包括严重的主动脉瓣狭窄或关闭不全、风湿性冠状动脉炎、梅毒性主动脉炎引起冠状动脉口狭窄或闭塞、肥厚型心肌病、X综合征(Kemp,1973年)、心肌桥等病均可引起心绞痛,要根据其他临床表现来进行鉴别。

①X综合征:多见于女性,心电图负荷试验常阳性,但冠状动脉造影则阴性,且无冠状动脉痉挛,预后良好,被认为是冠状动脉系统毛细血管舒张功能不良所致。

②心肌桥:指通常走行于心外膜下结缔组织中的冠状动脉,如有一段走行于心肌内,其上的一束心肌纤维即称为心肌桥。当心脏收缩时,心肌桥可挤压该动脉段足以引起远端血供减少而导致心肌缺血,加之近端血管常有粥样硬化斑块形成,遂可引起心绞痛。冠状动脉造影或冠状动脉内超声检查可确立诊断。

(3)肋间神经痛和肋软骨炎:前者疼痛常累及1~2个肋间,但并不一定局限在胸前,为刺痛或灼痛,多为持续性而非发作性,咳嗽、用力呼吸和身体转动可使疼痛加剧,沿神经行经处有压痛,手臂上举活动时局部有牵拉疼痛;后者则在肋软骨处有压痛。故与心绞痛不同。

(4)心脏神经官能症:患者常诉胸痛,但为短暂(几秒钟)的刺痛或持久(几小时)的隐痛,患者常喜欢不时地吸一大口气或叹息性呼吸。胸痛部位多在左胸乳房下心尖部附近,或经常变动。症状多在疲劳之后出现,而不在疲劳的当时,轻度体力活动反觉舒适,有时可耐受较重的体力活动而不发生胸痛或胸闷。含用硝酸甘油无效或在10多分钟后才“见效”,常伴有心悸、疲乏、头昏、失眠及其他神经症的症状。

(5)不典型疼痛:需与反流性食管炎、膈疝、消化性溃疡、肠道疾病、颈椎病等相鉴别。

【治疗】**1. 发作期的治疗**

(1)休息:发作时立刻休息,一般患者在停止活动后症状即可消除。

(2)药物治疗:①硝酸甘油0.3~0.6mg,舌下含化,1~2min即开始起作用,约0.5h后作用消失。②二硝酸异山梨醇酯5~10mg,舌下含化,2~5min见效,作用维持2~3h。③亚硝酸异戊酯每安瓿0.2ml,用时以手帕包裹敲碎,立即盖于鼻部