

冠心病

食谱 200 种

王 晋 陈小莉 编著



上海科学技术出版社

大众保健食谱丛书

冠心病食谱 200 种

王 晋 陈小莉 编著

上海世纪出版集团 出版、发行
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销 上海 XXXX 印刷厂印刷

开本 850×1168 1/32 印张 XX 字数 XXX 000

2006 年 1 月第 1 版 2006 年 1 月第 1 次印刷

印数：1—XXX 000

ISBN 7-5323-8267-2/TS·775

定价：10 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题，
请向本社出版科联系调换

内 容 提 要

心血管疾病是“人类健康的第一杀手”。本书介绍冠心病的病因、分类及防治措施,对冠心病防治有效的常用食物和药物,以及防治冠心病食谱 200 种。每种食谱分别介绍原料、制法、效用和营养提示等。所介绍的食谱在兼顾中国传统饮食的基础上,更多地引入现代营养饮食方法,反映了当代营养学防治冠心病的新理论、新方法和新技术。

本书内容丰富,原料易得,制作简便,安全可靠,既适合广大冠心病患者及家属选用,也是临床营养师及医护人员的理想参考书。



序

营养是生命的物质基础,自古就有“民以食为天”之说。饮食营养不仅维系着个体的生命,而且也关系到种族延续、国家昌盛、社会繁荣和人类文明。“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充,气味合而服之,以补精益气”,是我们祖先数千年前就提出的至理名言,并是当今营养学家一致公认合理营养饮食的原则。“虚则补之,药以祛之,食以随之”,进一步指出疾病除药物治疗外,还应重视营养饮食;“三分治,七分养”,营养饮食即在其中。

时代在发展,社会在进步,人民生活水平日益提高,餐桌上的食物丰富多彩。由于历史的原因,人们的营养观念没有做到与时俱进,营养知识的宣传和教育相对滞后,营养师队伍极为薄弱,使得高血压、高血糖、高血脂、高尿酸、高体重,以及乳腺癌、前列腺癌、结肠癌等富裕型疾病应运而生。据有关报道,我国目前慢性非传染性疾病患病率上升迅速,饮食结构与多数慢性病的患病率密切相关。2002年对31个省市的132个县市进行第4次全国营养调查,结果是我国18岁及以上居民中,高血压患病率为18.8%,全国患病人数1.6亿多;糖尿病患病率为2.6%,全国糖尿病患者2000多万;成人超重率为22.8%,肥胖率为7.1%,分别为2.0亿和6000多万;成人血脂异常患病率为18.6%,全国血脂异常现患人数1.6亿。同时也存在营养不足的问题,钙、铁、维生素A、维生素B₂等微量主要营养素缺乏是我国城乡居民普遍存在的问题。全国城乡人口钙摄入量仅为391毫克,相当于推荐摄入量的41%。合理营养,平衡饮食是防治这些疾病的有效方法。“医食同源,药食同根”,提示营养饮食和药物治疗对于疾病有异曲同工之处。



为了满足广大群众通过饮食来防治有关疾病的愿望,我们受上海科学技术出版社的委托,组织了国内有关学者编写了这套《大众保健食谱丛书》,共 16 种。本丛书各册分别为一个大众普遍关心的饮食营养方面的话题,每册除对相关疾病的基础知识作了简要介绍外,重点介绍了 200 个制作简便、疗效确切、安全可靠的食谱,希望能使读者有所收益。

本书内容丰富,可操作性强,适合广大家庭阅读,也可供临床营养师、医护人员、厨师及烹饪爱好者参考。

临床营养学教授、博士生导师 蔡东联

2005 年 11 月

前 言

常见的心血管疾病包括冠心病、高血脂、高脂蛋白血症、高血压及脑卒中等,其中冠心病的死亡率占首位,其发病年龄也有年轻化的趋势。防治冠心病已成为亟待解决的公众健康问题。在发达国家,心血管疾病是引起死亡的“第一号杀手”,冠心病死亡率占首位;心血管疾病占死亡总数 50% 以上,心血管疾病是猝死的主要原因。在我国,随着经济的发展和生活水平的提高,心血管疾病也已成为最主要的死亡原因,根据京、津、沪等大城市的调查,心血管疾病占多种疾病发病率 50% 以上。

大量研究表明,冠心病与饮食关系密切,近年我国饮食的变化趋势最明显的是动物性食物、植物油脂增加,随之脂肪及胆固醇摄入量也增加,同时人们血胆固醇水平、血压水平及吸烟率上升,这些都是冠心病的主要致病因素,必须引起我们充分的重视。虽然冠心病的致病因素很多,对人们健康危害很大,但也不必过于恐慌,因为冠心病的预防具有很大潜力,可以通过科学饮食和养成良好的生活习惯达到降低冠心病发病率,延缓病变发展,降低冠心病死亡率的目的。本书所列的冠心病食谱,既能够坚持平衡饮食的原则,又能够减少饮食中的冠心病危险因素,从而有效地防治冠心病。

本书写作力求科学性和实用性结合,能反映当代营养学的新理论、新方法和新技术,可作为居家必备的参考书,希望能对读者有所助益。

编著者

2005 年 11 月

目 录

一、冠心病的病因及其分型	1		
二、冠心病临床表现及其诊断	3		
三、冠心病的危害及其防治	9		
四、常用食物及其作用	16		
冠心病食谱	35		
乌梅百合粥	36	冬瓜薏苡仁粥	45
芋头红枣小米粥	36	淮山药地黄粥	46
枣莲三宝粥	37	山楂桑椹粥	46
豆汁粥	37	发菜马蹄粥	47
红糖小米粥	38	虎杖甘草粥	47
绿豆粥	38	山药麦芽粥	48
红小豆高粱米粥	39	菊花枸杞粥	48
木耳粥	39	苹果羹	49
荷叶粥	40	蛋茸黄鱼羹	49
薏白粥	40	红小豆西米羹	50
玉米粉粥	41	木耳毛豆羹	50
山楂玉米粥	41	芥菜豆腐羹	51
海带粥	42	薏白海参羹	51
裙带菜粥	42	橘络西米羹	52
柠檬玉米粥	43	南瓜大麦羹	52
大蒜粥	43	银耳山楂羹	53
芪米粥	44	芋头糕	53
葛根粉粥	44	苕面窝头	54
芥菜粥	45	桂花红薯饼	54



山楂蒸薯珠	55	茄汁莴笋	71
金针春卷	55	翡翠蘑菇	71
紫菜卷	56	凉拌茭白	72
莲蓉卷	56	茭白炒毛豆	72
核桃酪	57	家常竹笋	73
脆皮玛瑙	57	香菇烧笋	73
豆面煎饼	58	虎皮青椒	74
绿豆糕	58	青椒拌干丝	74
豆沙凉糕	59	蜜汁番茄	75
扁豆山药糕	59	清蒸茄子	75
烤小米饼	60	火腿丝瓜条	76
高粱面饼	60	黄瓜粉皮	76
韭菜荞面摊饼	61	双菇苦瓜丝	77
荞面羊肉蒸饺	61	冰糖百合	77
开元寿面	62	洋葱牛肉片	78
金丝菠菜	62	蜜汁糖藕	78
菠菜豆腐	63	珊瑚萝卜卷	79
凉拌芹菜	63	凉拌三丝	79
芹菜肉丝	64	土豆烧牛肉	80
芹菜香干	64	咖喱土豆	80
鱼香油菜	65	红煨芋头	81
香菇菜心	65	蜜汁红薯	81
韭菜鸡丝	66	枣香冬菇	82
香菇扒空心菜	66	木耳炒肉片	82
姜汁空心菜	67	金针菇炒鸡丝	83
鸡汤小白菜	67	凉拌海带	83
开洋青菜心	68	冰糖莲子	84
干煸青菜	68	蜜汁香蕉	84
翡翠豆腐	69	水晶梨	85
肉丝黄花菜	69	糖汁草莓	85
炸玉枝	70	挂霜红枣	86
南乳莴笋	70	叉烧肉	86

葱爆羊肉	87	青椒海带丝	103
木耳羊肉片	87	醋溜卷心菜	103
青椒炒牛肉	88	杜仲炒腰花	104
青豆炒兔肉	88	糖醋海带丝	104
香菇蒸兔肉	89	海带黄花鱼	105
芹菜兔肉煲	89	洋葱排骨	105
荷叶兔肉	90	芹菜拌鸡泥	106
酱爆鸡丁	90	番茄烩牛肉	106
栗子鸭脯	91	玉竹鸡片	107
鸭子蒸海带	91	三七蒸甲鱼	107
归芪蒸鸭	92	三七洋参炖鸡肉	108
豆瓣鲫鱼	92	高丽参附子炖鸡肉	108
红烧鲤鱼	93	三七高丽参炖瘦肉	109
砂锅胖头鱼	93	降脂素烩	109
柿酱鱼条	94	油菜莲子	110
熏鱼	94	山药炒蘑菇	110
煎转黄鱼	95	金针汤	111
糖醋带鱼	95	番茄蛋花汤	111
清炖甲鱼	96	丝瓜木耳汤	112
烩海参鲜蘑	96	萝卜丝鲫鱼奶汤	112
炒螺蛳	97	土豆排骨汤	113
蚌肉豆腐	97	木耳黄花汤	113
烧干贝	98	金针菇豆苗竹笋汤	114
萝卜炒毛豆	98	肉丝海带汤	114
清炖木耳香菇	99	芙蓉紫菜汤	115
双菇竹笋	99	烩三鲜汤	115
荸荠烧香菇	100	羊肉冬瓜汤	116
木耳烧豆腐	100	牛肉萝卜汤	116
玉竹猪心	101	酸辣鸡丝粉皮汤	117
菊花炒肉丁	101	酸菜鲫鱼汤	117
豆芽拌洋葱	102	冬瓜鲤鱼汤	118
荸荠炒芹菜	102	黄鱼雪菜汤	118



绿豆丸子汤	119	淡菜冬瓜汤	127
鲤鱼山楂鸡蛋汤	119	水果藕粉	128
黑豆枯草汤	120	鲜奶核桃露	128
海带决明汤	120	人参叶茶	129
茼蒿蛋白汤	121	灵芝蜜茶	129
兔肉紫菜豆腐汤	121	丹参麦冬茶	130
豆芽豆腐汤	122	杞菊茶	130
鲜蘑豆腐汤	122	桂圆枣仁茶	131
草鱼豆腐汤	123	生脉饮	131
玉米须豆腐汤	123	桑寄生山楂饮	132
芦笋冬瓜汤	124	菊花山楂饮	132
芹菜红枣汤	124	人参核桃饮	133
海藻黄豆汤	125	山楂麦芽饮	133
菠菜洋葱汤	125	冰糖黄精饮	134
玉竹莲子瘦肉汤	126	天麻橘皮饮	134
决明山楂豆腐汤	126	荷叶首乌饮	135
山楂枸杞子兔肉汤	127	蜂蜜首乌丹参饮	135

一、冠心病的病因及其分型

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腔阻塞,导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病,它和冠状动脉功能性改变(痉挛),统称冠状动脉性心脏病,简称冠心病,也称缺血性心脏病。

(一) 病因

本病为多种病因引起的疾病,即多种因素作用于不同环节所致,这些因素称为危险因素或易患因素。主要的危险因素如下:

1. 年龄 本病多见于40岁以上的中老年人,49岁以后进展较快,但在某些青壮年人中,也发现有早期的粥样硬化病变发生,提示这时病变已经开始。

2. 性别 本病男性多见,男女比例约为2:1,女性患者常在绝经期之后,此时雌激素减少,血液中高密度脂蛋白也减少。

3. 血脂 血液脂质含量异常,总胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白或极低密度脂蛋白增高,高密度脂蛋白减低,载脂蛋白A和载脂蛋白B的增高都被认为是危险因素。

4. 血压 血压增高与本病关系密切。冠心病患者60%~70%有高血压病,高血压患者患本病者比血压正常者高3~4倍。收缩压和舒张压增高都与本病的发生密切相关。

5. 吸烟 吸烟者与不吸烟者比较,本病的发病率和病死率增高2~6倍,且与每天吸烟的支数呈正比。

6. 糖尿病 糖尿病患者中本病发病率比无糖尿病者高2倍,本病患者糖耐量异常者颇常见。

次要的危险因素尚有:①超标准体重的肥胖,尤其是体重迅速增加;②从事体力活动少、脑力活动多,工作经常有紧迫感;③西方的饮食方式:常进食较高能量、含较多动物性脂肪、胆固醇、白糖和盐等食物;④遗传因素:家族中有在较年轻时患本病者,其后代得病的机会比无这种情况的家族要高5倍;⑤微量元素铬、锰、锌、钒、硒的



摄入量减少,铅、镉、钴的摄入量增加;⑥ 性情急躁、进取心和竞争性强、工作专心而休息不抓紧、强制自己为成就而奋斗的 A 型性格;⑦ 存在缺氧、抗原-抗体复合物、维生素 C 缺乏、动脉壁内酶的活性降低、增加血管通透性的因素。

近年发现的危险因素还有:① 饮食中缺少含抗氧化剂的食物;② 体内铁贮存增多;③ 存在胰岛素抵抗;④ 血管紧张素转换酶基因过度表达;⑤ 血中某些凝血因子增高;⑥ 血中同型半胱氨酸增高。

(二) 分型

根据冠状动脉病变的部位、范围、血管阻塞程度和心肌供血不足的发展速度、范围和程度的不同,本病可分为 5 种临床类型:

1. 无症状型冠心病 亦称隐匿型冠心病,患者无症状,但静息时或负荷试验后有 ST 段压低, T 波减低、变平或倒置等心肌缺血的心电图改变;病理学检查心肌无明显组织形态改变。

2. 心绞痛型冠心病 有发作性胸骨后疼痛,为一过性心肌供血不足引起。病理学检查心肌无明显组织形态改变或有纤维化改变。

3. 心肌梗死型冠心病 症状严重,由冠状动脉闭塞致心肌急性缺血性坏死所致。

4. 缺血性心肌病型冠心病 表现为心脏增大、心力衰竭和心律失常,为长期心肌缺血导致心肌纤维化引起。临床表现与扩张型原发性心肌病类似。

5. 猝死型冠心病 因原发性心脏骤停而猝然死亡,多为缺血心肌局部发生电生理紊乱,引起严重的室性心律失常所致。

上述 5 种类型的冠心病可以合并出现。

二、冠心病临床表现及其诊断

(一) 心绞痛型冠心病

1. 临床表现

(1) 症状:心绞痛以发作性胸痛为主要临床表现,疼痛的特点为:

① 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、左臂内侧达无名指和小指,或至颈、咽或下颌部。

② 性质:胸痛常为压迫、发闷或紧缩性,也可有烧灼感,但不尖锐,不像针刺或刀扎样痛,偶尔还有濒死的恐惧感觉。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 诱因:发作常由体力劳动或情绪激动(如愤怒、焦急、过度兴奋等)引起,饱食、寒冷、吸烟、心动过速、休克等亦可诱发。疼痛发生于劳动或激动的当时,而不是在一天劳累之后。典型的心绞痛常在相似条件下发生,但有时同样的劳动只在早晨发生,而不在下午引起心绞痛,提示与早晨痛阈较低,对疼痛敏感有关。

④ 持续时间:疼痛出现后常逐步加重,在3~5分钟逐渐消失,通常在停止原来诱发症状的活动后即缓解。舌下含用硝酸甘油也能在几分钟内使之缓解。可数天或数星期发作一次,亦可一日内多次发作。

(2) 体征:平时通常无异常体征。心绞痛发作时常见心率增快、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,为奔马律。可有暂时性心尖部收缩期杂音,是乳头肌缺血引起功能失调,发生二尖瓣关闭不全所致,第二心音可有逆分裂,或出现交替脉。

2. 诊断 根据典型的发作特点和体征,结合年龄和存在冠心病易患因素,排除其他原因所致的心绞痛,通常即可作出诊断。发作时心电图检查可见以R波为主的导联中,ST段压低,T波平坦或倒置(变异型心绞痛者则有关导联ST段抬高),发作过后数分钟内逐渐恢



复。心电图无改变的患者可考虑作心电图负荷试验。发作不典型者,诊断要依靠观察硝酸甘油的疗效和发作时心电图的改变;如仍不能确诊,可多次复查心电图或做负荷试验,或作 24 小时的动态心电图连续监测,如心电图出现阳性变化,或负荷试验诱发心绞痛发作时亦可确诊。诊断有困难者可考虑行放射性核素检查和选择性冠状动脉造影。考虑施行外科手术治疗者,则必需行选择性冠状动脉造影。

(二) 心肌梗死型冠心病

1. 临床表现 与梗死的大小、部位、侧支循环情况密切相关。

(1) 先兆: 50%~81.2%患者在发病前数日有乏力,胸部不适,活动时心悸、气急、烦躁、心绞痛等前驱症状,其中以新发生心绞痛或原有的心绞痛加重为最突出。心绞痛发作较以往频繁、性质较剧、持续较久、硝酸甘油疗效差、诱发因素不明显,疼痛时伴有恶心、呕吐、大汗和心动过速,或伴有心功能不全、严重心律失常、血压大幅度波动等,同时心电图示 ST 段一时性明显抬高(变异型心绞痛)或压低, T 波倒置或增高(假性正常化),应警惕近期内有发生心肌梗死的可能。发现先兆,及时住院处理,可使部分病人避免发生心肌梗死。

(2) 症状

① 疼痛:是最先出现的症状,多发生于清晨,疼痛部位和性质与心绞痛相同,但多数无明显诱因,且常发生于安静时,程度较重,持续时间较长,可达数小时或数天,休息和含用硝酸甘油片多不能缓解。患者常烦躁不安、出汗、恐惧,或有濒死感。少数患者无疼痛,一开始即表现为休克或急性心力衰竭。部分患者疼痛位于上腹部,被误认为胃穿孔、急性胰腺炎等急腹症;部分病人疼痛放射至下颌、颈部、背部上方,被误认为骨关节痛。

② 全身症状:有发热、心动过速、白细胞增高和红细胞沉降率增快等,是由于坏死物质吸收所引起。通常在疼痛发生 24~48 小时出现,程度与梗死范围常呈正相关,体温通常在 38℃ 左右,很少超过 39℃,持续约 1 周。

③ 胃肠症状:疼痛剧烈时常伴有频繁的恶心、呕吐和上腹胀痛,与迷走神经受坏死心肌刺激,心脏血液排出量降低,组织灌注不足等

有关。肠胀气亦不少见,重症者可发生呃逆。

④ 心律失常:见于75%~95%的患者,多发生在起病1~2周内,而以24小时内最多见,可伴乏力、头晕、昏厥等症状。各种心律失常中以室性心律失常最多,尤其是室性期前收缩,如室性期前收缩频发(每分钟5次以上),成对出现或呈短阵室性心动过速,多源性或落在前一心搏的易损期时(R在T波上),常为心室颤动先兆。房室传导阻滞和束支传导阻滞也较多见,严重者房室传导阻滞可为完全性。室上性心律失常发生率较低,多发生在心力衰竭者。前壁心肌梗死如发生房室传导阻滞表明梗死范围广泛,情况严重。

⑤ 低血压和休克:疼痛期间血压下降常见,但未必是休克。如疼痛缓解而收缩压仍低于10.6千帕(80毫米汞柱),有烦躁不安、面色苍白、皮肤湿冷、脉细而快、大汗淋漓、尿量减少(每小时<20毫升),神志迟钝,甚至昏厥者,则为休克表现。休克多在起病后数小时至1周内发生,约20%的患者会发生,主要是心源性休克。心肌广泛(40%以上)坏死,心排血量急剧下降为主要原因,神经反射引起的周围血管扩张属次要因素,有些患者尚有血容量不足的因素。

⑥ 心力衰竭:主要是急性左心室衰竭,可在起病最初几天内发生,或在疼痛、休克好转阶段出现,为心肌梗死后心脏舒缩力显著减弱或不协调所致,发生率为32%~48%。有呼吸困难、咳嗽、紫绀、烦躁等症状,严重者可发生肺水肿,随后可发生颈静脉怒张、肝肿大、水肿等右心衰竭表现。有心室心肌梗死者可一开始即出现右心衰竭表现,伴血压下降。

(3) 体征

① 心脏体征:心脏浊音界可轻度至中度增大;心率多增快,少数也可减慢;心尖区第一心音减弱;可出现第四心音(心房性)奔马律,少数有第三心音(心室性)奔马律;10%~20%病人在起病第2~3天出现心包摩擦音,为反应性纤维性心包炎所致;心尖区可出现粗糙的收缩期杂音,为二尖瓣乳头肌功能失调,或瓣膜乳头肌断裂所致。

② 血压:除极早期血压增高外,几乎所有病人都有血压降低。起病前有高血压者,血压可降至正常;起病前无高血压者,血压可降至



正常以下,且可能不再恢复到起病前的水平。

③ 其他:可有与心律失常、休克或心力衰竭有关的其他体征。

2. 诊断 根据典型的临床表现,特征性的心电图改变,以及实验室检查发现,诊断本病并不困难。对老年病人,突然发生严重心律失常、休克、心力衰竭而原因未明,或突然发生较重而持续较久的胸闷或胸痛者,都应考虑本病的可能。宜先按急性心肌梗死来处理,并短期内进行心电图和血清心肌酶测定、肌钙蛋白测定等的动态观察,以确定诊断。无病理性 Q 波的心内膜下心肌梗死和小的透壁性心肌梗死,血清心肌酶和肌钙蛋白测定的诊断价值更大。

(三) 无症状型冠心病

1. 临床表现 患者多属中年以上,无心肌缺血的症状,在体格检查时发现心电图(静息、动态或负荷试验)有 ST 段压低、T 波倒置等,或放射性核素心肌显影(静息或负荷试验)示心肌缺血表现。

此类患者与其他类型的冠心病患者之不同,在于并无临床症状,但它又不是单纯的冠状动脉粥样硬化,因为已有心肌缺血的客观表现,即心电图或放射性核素心肌显影显示,心脏已受到冠状动脉供血不足的影响。可以认为是早期的冠心病(但已不一定是早期的冠状动脉粥样硬化),它可能突然转为心绞痛或心肌梗死,亦可能逐渐演变为心脏扩大,发生心力衰竭或心律失常,个别患者亦可能猝死。诊断出这类病人,可为他们提供较早期治疗的机会。

2. 诊断 主要根据静息、动态或负荷试验的心电图检查,和放射性核素心肌显影,发现患者有心肌缺血的变化,而无其他原因可查,又伴有动脉粥样硬化的易患因素。进行选择性冠状动脉造影检查可确定诊断。

(四) 缺血性心肌病型冠心病

1. 临床表现

(1) 心脏增大:患者有心绞痛或心肌梗死的病史,常伴有高血压病,心脏逐渐增大,以左心室增大为主,可先肥厚,以后扩大,后期则两侧心脏均扩大。部分病人可无明显的心绞痛或心肌梗死的病史。

(2) 心力衰竭:心力衰竭多逐渐发生,大多先为左心衰竭,然后继

发右心衰竭,并出现相应的症状。

(3) 心律失常:可出现各种心律失常,这些心律失常一旦出现将持续存在,其中以室性或房性(期前收缩)、心房颤动、病态窦房结综合征、房室传导阻滞和束支传导阻滞为多见,阵发性心动过速也时有发生,有些患者在心脏还未明显增大前,已发生心律失常。

2. 诊断 主要依靠动脉粥样硬化的证据和摒除可引起心脏扩大、心力衰竭和心律失常的其他器质性心脏病。心电图检查除可见心律失常外,还可见到冠状动脉供血不足的变化,包括 ST 段压低、T 波低平或倒置、QT 间期延长、QRS 波群电压低等。放射性核素检查示心肌缺血和室壁运动异常。如以往有心绞痛或心肌梗死病史,则有助于诊断。选择性冠状动脉造影可确立诊断。

(五) 猝死型冠心病

猝死指自然发生、出乎意料的突然死亡。各种心脏病都可导致猝死,但心脏病的猝死中 50% 以上为冠心病所引起。冠心病猝死以隆冬为好发季节,患者年龄多不太大,在家、工作或公共场所中突然发病,心脏骤停而迅速死亡;半数病人生前无症状。死亡患者发病前短时间内有无先兆症状难以了解。存活的患者有先兆症状,常是非特异性而且是较轻的,如疲劳、胸痛或情绪改变等,因而未引起患者的警惕和医师的注意。实际上有些病人平素“健康”,夜间死于睡眠之中,翌晨才被发现。部分患者则有心肌梗死的先兆症状。病理检查显示患者有冠状动脉粥样硬化改变,但多数病人冠状动脉内并无血栓形成,动脉腔未完全闭塞,也见不到急性心肌坏死的病理过程。由于本型患者可以存活,故世界卫生组织认为称为“原发性心脏骤停型冠心病”较妥。

由于猝死可以随时随地发生。因此,普及心脏复苏抢救知识,使基层医务人员和群众都能掌握这一抢救措施,则一旦发现,立即就地抢救,对挽救本型患者的生命有重大意义。对冠心病患者及时地进行治疗,特别是对有可能演变为心脏骤停的心律失常及时发现,如用动态心电图连续监测,以发现有发展为心室颤动可能的室性期前收缩(多源、连发、落在 T 波易感期上、落在 P 波上等),或通过临床心脏