

# 第一章 心血管病的症状和体征

## 第一节 心血管病症状

### 1. 什么是呼吸困难？心源性呼吸困难有什么表现？

呼吸困难是患者自觉呼吸不正常、不舒服或空气不够。常被描述为“气短”或“气促”等，是指呼吸费力、呼吸表浅、或呼吸频率加快。原因有心源性、肺源性、代谢性和神经精神性，健康人在做重体力活动时也可出现。只有在安静状态下，或正常人一般不引起呼吸困难的活动时，出现呼吸困难才属病理性。呼吸困难是一种主观症状，各人的耐受程度有较大差别。不同患者对同一活动可有不同程度的症状。

心源性呼吸困难的特点是呼吸浅快。主要是由于肺静脉和毛细血管压升高引起的肺淤血所致。有以下几种类型：

(1) 劳力性呼吸困难：其呼吸困难程度与体力负荷的程度有关。是左心衰或二尖瓣病变的最早和最常见症状。

(2) 端坐呼吸：平卧时即有呼吸困难，为避免或减轻呼吸困难而自发采取坐位或高枕卧位。这种体位可减少静脉回流，使肺淤血减轻。见于明显的左心衰或二尖瓣狭窄。

(3) 夜间阵发性呼吸困难：仅在夜间发作。多在入睡后 1~3h 发作。表现为突然憋醒或惊醒，伴窒息感。有时伴有咳嗽或喘鸣。常被迫坐起或走到窗口以便吸入更多的新鲜空气。持续 10~

30min，症状消失后多可重新平卧入睡，一般可安静睡到早晨。见于左心衰。

(4) 急性肺水肿：严重呼吸困难，往往采取端坐位，极度痛苦状，自己可以听到胸内如壶中开水沸腾，白色或粉红色泡沫样痰不断从口中吐出，从鼻中涌出。伴面色苍白或发绀，皮肤湿冷。持续时间不一。见于急性心梗、二尖瓣腱索断裂、高血压危象、重度二尖瓣狭窄劳力负荷过重、过快心室率的房颤等情况。须紧急抢救。

## 2. 对胸痛患者，问诊时应了解哪几个方面？

(1) 疼痛部位及放射区域：胸壁疾病所致的胸痛多固定于病变部位，局部有明显压痛；胸膜炎所致胸痛多位于胸廓呼吸扩张度较大的部位，如胸侧部；心绞痛多位于胸骨后或心前区，并向左肩及左臂内侧放射；食管或纵隔疾病所致胸痛多位于胸骨后。

(2) 疼痛性质：肋间神经痛呈灼痛及刺痛；肌肉痛多呈酸痛；骨痛多呈锥痛或酸痛；心绞痛多呈压迫样、压榨样及窒息感；主动脉夹层多呈极难受的撕裂样；膈疝呈膨胀感或灼痛；原发性肺癌可出现极难受的胸部闷痛。

(3) 严重程度：主动脉夹层、急性心肌梗死等的胸痛常难以忍受；心绞痛的胸痛往往须停下原进行的活动，而静下来休息；心脏神经官能症常疼痛程度轻，在工作及谈话时可忘掉疼痛。

(4) 持续时间：可呈阵发性或持续性。发作时持续几分钟、几小时、几天甚至几个星期。心绞痛常在 15min 以内，多为 1~5min；急性心梗多在 30min 以上；心脏神经官能症可持续数分钟、数小时甚至数天，或除非熟睡时一直有不舒服；骨痛常呈持续性；膈疝持续时间也较长。

(5) 诱发及影响因素：心绞痛常在体力负荷加重、饱食、大便、遇冷或精神紧张时诱发，休息、舌下含化硝酸甘油常可以缓解；心脏神经官能症的胸痛在运动时减轻，休息时加重；胸膜炎的

胸痛在咳嗽或深呼吸时加重，浅呼吸或停止胸廓运动时减轻；胸壁疾病的胸痛在压迫或牵拉局部、胸廓运动时加重，局部麻醉后缓解；食管疾病的疼痛常在吞咽食物时诱发或加剧。

(6) 伴发症状：气管、支气管疾病常伴有咳嗽；食管疾病常伴有吞咽困难；肺梗死、原发性肺癌常有咯血。

(7) 相关病史：动脉粥样硬化的易患因素，如高血压病、高脂血症、糖尿病、吸烟、心脑血管疾病家族史。此外，病毒感染史、外伤史、手术史、用药史、精神受打击或受挫史等对诊断也可提供帮助。

### 3 除心绞痛外，哪些心血管疾病还可出现胸痛？与心绞痛如何鉴别？

(1) 急性心肌梗死：急性心肌梗死的胸痛，从部位和性质上说与心绞痛相似，但持续时间长，一般超过 30min，程度更剧烈，有濒死感，含化硝酸甘油无效。多伴有大量冷汗，可伴有呕吐，发病有时与劳力负荷无关。

(2) 急性心包炎：疼痛部位在心前区、胸骨及胸骨旁区，可向颈、背、上腹部、左肩部放射；具持续性；性质多为锐痛、刀割样痛，程度差异较大，少数患者只觉紧压感或闷痛；在深呼吸、翻身及吞咽时加重，坐位或前倾位疼痛可减轻。

(3) 肺梗死：大面积肺梗死疼痛性质、部位与不稳定心绞痛或心肌梗死相类似，但一般疼痛更为剧烈，放射更广泛，常伴有休克及严重呼吸困难。巨大肺梗死前，患者常有胸膜性胸痛和少量咯血等肺梗死的先驱症状。

(4) 主动脉夹层：疼痛呈撕裂样、刀割样、烧灼样或压缩样，常突然发作，一开始即达高峰，持续性，异常剧烈；疼痛部位根据主动脉壁层断裂的部位不同而异。主动脉夹层最常发生于主动脉弓和降主动脉，故疼痛多局限于前胸，可向背部放射；有时以背部疼

痛为主，向颈项部或手臂放射。有少数患者疼痛不明显，而以突发呼吸困难及晕厥为主要表现。疼痛不受体位、呼吸及活动影响，含化硝酸甘油不缓解。

(5) 二尖瓣脱垂综合征：胸痛常为锐痛、刀割样痛或钝痛，性质可变。多位于心前区，与劳力和情绪无恒定关系，可片刻消失或持续数小时。不经治疗可自行消失。可伴有心悸、呼吸困难、疲劳和阵发性眩晕。部分患者与心绞痛相似。

(6) 心脏神经官能症 中年女性多见。易受暗示。胸痛多位于乳房下，疼痛部位常有变动。胸痛为短暂性的（几秒钟）刺痛，一闪而过，或较持久的（几小时）隐痛。焦虑为常见诱因。症状多出现于休息时或疲劳过后，而不在劳动或兴奋的当时。从事轻体力活动反而感觉舒适，较重的体力劳动可不诱发胸痛。硝酸甘油常无效或 10min 以上才“有效”。口服或含化带有暗示性名称的药物可立即见效，或 10min 以上甚至 1~2h 后“显效”。多伴有气闷或呼吸不畅，喜深吸气及叹气。常伴有心悸、疲乏、焦虑及其他神经官能症的症状。

#### 4. 哪些非心血管疾病可出现胸痛？与心绞痛如何鉴别？

凡是胸壁、胸腔、腹腔脏器的疾病均有可能引起胸痛。非心血管疾病引起的胸痛临床上常见有：

##### (1) 呼吸系统

胸膜炎：胸痛多位于胸廓下部，腋前线及腋中线附近，呈刺痛或撕裂样痛，咳嗽、呼吸特别是深呼吸时加剧。浅呼吸或停止胸廓运动时减轻。

气胸：突发一侧剧烈胸痛，伴呼吸困难。

肺癌：持续性。伴刺激性咳嗽或血性痰。如放射范围广泛，常提示有转移。

##### (2) 消化系统

反流性食管炎及食管裂孔疝：胸骨后至剑突下有烧心感、烧灼感。很少放射。症状多出现于餐后、卧位时，可持续 10min~1h。酸性食物及含糖量高的食品，如西红柿、橘子汁、巧克力等可使症状加剧，牛奶及抗酸药可缓解疼痛。打嗝也可减轻疼痛。

弥漫性食管痉挛：疼痛位于胸骨后，向肩胛间区放射。持续几分钟至数小时。有夜间发作的倾向。进食冷冻食品可诱发或加重。不因劳力诱发，但焦虑和情绪紧张也是常见诱因。硝酸甘油可缓解，但很慢。发作时吞咽流质也困难。

消化性溃疡：位于上腹部及胸骨下段的烧心感、烧灼感或疼痛，进餐后可缓解，与劳力无关。持续时间较长。伴有反酸、嗝气、腹胀、食欲改变等。

胆囊炎及胆石症：急性发作时为右上腹及中上腹疼痛及压痛，可放射至背部和右肩胛部。伴恶心、呕吐、发热、寒战、黄疸等。慢性胆囊炎为右上腹、心窝处及下胸部不适或胀痛。餐后，特别是进脂肪类食物后加重。体力劳动时一般不出现症状。持续时间较长。

急性胰腺炎：疼痛位于上腹部，可向背部及下胸部放射。伴恶心、呕吐、发热、休克等。多由饱餐、脂肪餐诱发。

### (3) 其他

非特异性肋软骨炎：肋骨—软骨、胸骨—软骨、胸骨—剑突关节的局部疼痛及肿胀。第 2 肋软骨最易受累。局部疼痛，局部受牵拉时加重，有压痛。不发热。症状可持续数天或数月。

带状疱疹：出疹前期，局部皮肤剧痛、过度敏感，伴发热、头痛及全身不适。4~5d 出疹后诊断即可明确。

## 5. 什么是心悸？心悸的原因有哪些？

在安静状态下，健康人一般感觉不到自己心脏的跳动。心悸是指自觉心跳或心慌，可伴有心前区不适感。患者描述心悸的感觉各

有不同，很大程度取决于患者的敏感性。引起心悸的原因很多，分以下几种：

(1) 心脏搏动增强：由于搏出量增加，心肌收缩力增强，可使患者有心悸感。见于 ①生理性原因：如运动、情绪激动、吸烟、饮酒、饮浓茶、喝咖啡等； ②心脏性原因：如二尖瓣或主动脉瓣关闭不全、各种原因导致的心室肥大； ③非心脏性原因：如甲状腺功能亢进症、贫血、发热、妊娠、嗜铬细胞瘤、某些药物（肾上腺素、阿托品、氨茶碱等）的影响。

(2) 心律失常：任何原因所致心率与节律的改变均可引起心悸。 ①心动过速：窦性心动过速时的心悸特点为起始和终止都是逐渐而隐袭的；阵发性室上性心动过速时的心悸特点为十分明确的突发突止，心律规则，常超过 160 次/min，持续数分钟至数小时；阵发性房颤发作时的心悸较严重，心跳快而极不规则，伴有脉搏短绌；室性心动过速的心室率增快可引起更严重的心悸，但常被其他严重症状如呼吸困难、休克、心功能不全等所掩盖； ②心动过缓：由于心率缓慢，心室舒张期延长使充盈增加，每搏量增多，心脏搏动增强，患者感到心悸，尤其在心率突然转慢时症状更突出。常见的病因，如Ⅱ、Ⅲ度房室传导阻滞、病态窦房结综合征、交界性心律、迷走神经兴奋性增高等； ③早搏或漏搏：早搏时患者可感到心脏突然提前跳动一下，继之有心脏停顿一下的感觉；Ⅱ度房室传导阻滞常有心脏突然漏跳一次的感觉。

(3) 心脏神经官能症：对正常心搏的感知过度敏感，而无心律失常及心搏增强。心悸的感觉并非突发、突止。疲劳、紧张可使心悸加重。工作或转移注意力时可忘掉。

什么是晕厥？晕厥的常见原因有哪些？如何鉴别？心源性晕厥的常见原因有哪些？

晕厥是突发的、短暂的意识丧失状态。是非外伤引起的、暂时

性的大脑广泛而严重供血不足所致。有时可伴有惊厥、抽搐。若患者尚未达到意识丧失的程度，仅仅是头晕、黑矇、意识模糊、昏眩无力或无力维持其体位，称之为晕厥先兆，或近似晕厥、晕厥前期。昏迷的意识障碍较持久，恢复慢而难。眩晕是感到自身或周围景物旋转，而无意识障碍。

晕厥可由多种原因所致，包括心脏、血管、代谢、神经精神异常等，另有约 1/3 找不到原因。晕厥分为心源性、非心源性及不明原因晕厥。非心源性晕厥最常见，而心源性晕厥可随时致命，猝死发生率高，多有特殊治疗方法，故最重要。通过仔细询问下述病史特点，细致的查体可为鉴别诊断提供重要线索。

(1) 诱发因素：应仔细询问晕厥在何种情况下发生，发生时的体位。体位因素所致晕厥都发生于从卧位或其他头低位起立时，而卧位时发生的晕厥可见于阿-斯综合征等。血管抑制性晕厥的发作常有以下诱因：情绪紧张、疼痛、小手术、见到别人或自己出血、通气不畅的场所及过度疲劳等；主动脉瓣狭窄及法洛三联症等患者常在用力后发生晕厥；低血糖晕厥患者每次发作都与空腹饥饿有密切关系。并应询问患者服药情况、既往有无相似的发作及家族中有无类似的病史等。

(2) 持续时间：普通晕厥只持续几秒钟，左心室流出道狭窄、低血糖及脑血管病所致晕厥持续时间较长。

(3) 伴发症状和体征：晕厥前期和晕厥后期的表现。发作时的面色、血压和脉搏情况，是否伴发抽搐、跌伤、尿失禁或咬破舌头。某些心律失常及体位性低血压所致晕厥无前驱症状；快速性心律失常所致晕厥可有心悸等前驱症状；血管抑制性晕厥及低血糖晕厥多伴有明显的自主神经功能障碍，如面色苍白、冷汗、恶心、乏力等；急性心功能不全所致晕厥也常有面色苍白，但程度重，另有发绀和呼吸困难等；伴有明显心率改变的晕厥提示心源性晕厥。

心源性晕厥是指任何原因导致心排血量急剧减少或暂停，致使

脑缺血、缺氧而发生的晕厥。一般认为心脏暂停供血 3s 可发生眩晕，暂停 5s 可发生晕厥，超过 10s 则发生抽搐及阿 - 斯综合征发作。导致心源性晕厥的原因很多，常见原因有：心律失常、急性心脏排血受阻及心功能不全。分述如下：

(1) 快速性心律失常：多见于持续性室性心动过速、心室扑动、颤动，也可见于室率很快的室上性心动过速、心房扑动或颤动。由于过快的心室率，心室舒张期过短，充盈不足，心室收缩不协调或无效所致。

(2) 缓慢性心律失常：严重的窦性心动过缓、窦房阻滞、窦性停搏、房室阻滞等所致短暂而严重心率减慢或心搏停止。

(3) 主动脉瓣狭窄：严重狭窄的患者可出现晕厥，特点是在用力时出现。可有头晕、眼花、出汗、呼吸短促及心绞痛等前驱症状。

(4) 肥厚梗阻型心肌病：在运动、情绪激动后立即发生。可有家族史。

(5) 先天性心脏病：以法洛四联症多见。体力活动时，因周围血管阻力降低，右向左分流增加，血液的氧分压降低及脑缺氧而发生晕厥。

(6) 左心房粘液瘤及左心房“球瓣样”血栓：为粘液瘤或巨大的“球瓣样”血栓暂时性嵌顿于二尖瓣口，造成急性梗阻，心排量减少所致。其特点为发生于体位改变时。左心房血栓所致晕厥的患者在发作后可有血管栓塞的表现如偏瘫、失语等。

(7) 其他：原发性肺动脉高压、急性心梗和急性肺梗死也可出现晕厥，但并不常见原因。

## 7. 什么是水肿？心源性水肿有什么特点？

水肿是由于体内过多液体滞留在血管外细胞间隙中所造成的表现。水肿既是症状也是体征。一般血管外细胞间隙液体容量比正常

人多 2~3L，体重增加 2~4kg，临床上才出现显性水肿。全身性水肿可表现在眶周或下肢可凹性水肿，早期患者常诉晚间穿鞋较紧。局部静脉或淋巴管引流障碍可致局部水肿。过多液体滞留在胸腔和腹腔导致胸、腹水也可认为是一种特殊形式的水肿。心源性水肿的主要原因有右心衰、心包积液及缩窄性心包炎。引起心源性水肿的因素主要有二：一是静脉压升高；二是水、钠潴留。心源性水肿的特点：

(1) 水肿部位与重力有关。下垂部位首先发生且较严重。非卧床患者踝部和下肢首先出现，卧床患者腰骶部首先出现。

(2) 活动后出现或加重。表现为早晨无，傍晚出现，或早晨轻，傍晚重。

(3) 全身性。表现为双侧对称性，除非患者长时间保持侧卧体位。严重患者出现腹水、胸腔积液及心包积液等。

(4) 伴有静脉压升高，表现为颈静脉怒张、搏动增强。

(5) 多伴有呼吸困难。多数右心衰的病因为二尖瓣病变及肺心病，故在心源性水肿出现以前，一般先有呼吸困难。少数情况下，如心肌病、缩窄性心包炎等首先影响右心的心脏病，出现水肿前可无呼吸困难症状。但大多数全心疾病常同时波及左、右心，所以呼吸困难和水肿常同时出现。

## 8. 什么是发绀？发绀诊断的依据及常见的疾病有哪些？

血液中还原血红蛋白或异常血红蛋白衍化物增多时，皮肤、粘膜呈现广泛的青紫色，称为发绀。全身的皮肤和粘膜均可出现发绀，但受皮肤色素、血浆颜色、皮肤厚薄及皮下毛细血管分布情况等影响，以皮肤较薄、色素较少和毛细血管丰富的循环末梢部位，如口唇、甲床、耳垂和颊部等处较为明显。除非发绀已十分明显，一般体格检查时容易被忽略。发绀诊断的依据及常见的疾病有：

(1) 病史：自幼发绀多见于发绀型先天性心血管病，如法洛四

联症、肺静脉畸形引流及大血管错位等。中年以上开始出现发绀，应注意是否患有严重慢性肺部疾患、心脏病合并心力衰竭等。询问饮食及服药史，选做有关实验室检查。

(2) 临床征象：唇、颊部轻度发绀常见于二尖瓣狭窄。肢端发绀一般系局部循环障碍，如血栓闭塞性脉管炎和雷诺病等。发绀伴杵状指主要见于发绀型先天性心脏病，亦见于某些肺部疾患，如肺脓肿和肺动静脉瘘等，周围性发绀或急性中心性发绀则不合杵状指。发绀迅速出现，烦躁不安、意识障碍、呼吸急促、血压下降者，应注意休克、某些药物或化学药品急性中毒和急性心力衰竭等。

(3) 实验室检查：X线、心电图、超声心动图及心导管检查有助于各种心、肺疾病诊断。另外，尚需及时测定动脉血氧分压及饱和度。另可考虑做血液光谱分析等检查，以排除异常血红蛋白衍化物所致之发绀。

## 9 哪些心血管病可出现咯血？

喉部以下的呼吸道出血，经口腔咯出，称为咯血。咯血可以是痰中带血，也可为大量咯血。主要见于呼吸系统疾病，也见于下述心血管系统疾病：

(1) 二尖瓣狭窄：多发生于较严重的瓣膜狭窄患者。出现咯血有三种情况：一是淤血性咯血，为痰中带血丝。二是大量咯血，多见于慢性肺淤血期支气管粘膜下层曲张的静脉破裂而产生，多可在几小时内自动停止。也见于晚期患者出现肺梗死时，咯血量可能很大，呈暗红色。三是咯粉红色泡沫样痰，见于急性肺水肿。肺泡内毛细血管破裂出血，血液、血浆、痰液、空气混合而产生的。

(2) 左心衰：慢性左心衰所致的肺淤血可出现痰中带血，急性发作时可出现咯大量粉红色泡沫样痰。

(3) 肺动脉高压：原发性肺动脉高压及任何原因引起的继发性

肺动脉高压，如房间隔缺损、室间隔缺损、艾森曼格综合征等均可出现咯血。

(4) 其他：肺梗死、肺动静脉瘘、单侧肺动脉发育不全。

#### 10. 心血管病患者的过去史有何意义？

(1) 冠心病（心绞痛或陈旧性心肌梗死）的病史：有助于解释反复发作的胸痛；

(2) 冠心病的易患因素：高血压病、糖尿病、糖耐量异常或血糖升高、高脂血症特别是高胆固醇血症，有助于胸痛患者的诊断；

(3) 梅毒史可用于解释主动脉瓣关闭不全；

(4) 外伤史有助于诊断新发现的动静脉瘘、主动脉瓣关闭不全、心包炎等；

(5) 患者胎儿时期，其母的病毒感染有助于先天性心脏病的诊断；

(6) 以往的心悸病史对预激综合征诊断有帮助；

(7) 以往的咽喉炎、扁桃腺炎等链球菌感染病史，反复的游走性关节炎病史对风湿性瓣膜病诊断有意义；

(8) 升学、就业、参军及单位例行体检时，心脏有无异常及其结果对可疑心脏病患者的诊断、心脏病患者的病情估计有重要意义。

#### 11. 个人史、婚育史和家族史对心血管病的诊断有何意义？

(1) 避孕药的使用对青年妇女怀疑肺梗死极为重要；

(2) 毒品成瘾对瓣膜病、先天性心脏病患者怀疑心内膜炎有重要意义；

(3) 吸烟史、早发的冠心病家族史对冠心病的诊断有意义；

(4) 高血压病的家族史对诊断原发性高血压病也有一定意义；

(5) 大量饮酒史对扩张型心肌病、家族史对肥厚型心肌病的诊

断有一定意义。

## 第二节 心血管病体征

### 1. 检查患者的合适体位是什么？如何进行心脏听诊？

检查者应位于患者的右侧，检查者和患者都应处于舒适的状态，检查者的手应温暖。周围环境应安静，停止所有的对话。检查者在听诊前应先观察和触摸心前区，了解有无异常搏动。理想的听诊应该每次都按相同的方式进行，先用钟型听诊器胸件，后用膜型听诊器胸件。因为钟型最适合听难以听到的低音调的心音，所以应先用钟型听诊器。膜型有助于听诊高调的呼吸音、主动脉和肺动脉瓣关闭不全的杂音及心音分裂。

### 2. 心脏听诊的顺序是什么？

在听诊前要做到心中有数，不仅要熟悉心脏解剖生理学知识，对血流动力学、心音和杂音的产生机制也要有所了解。尽可能全面了解病史、全身情况和有关的实验室检查资料，在此基础上有目的、有重点地进行听诊。

听诊时思想要集中，按听诊区逐个进行检查。一般按瓣膜病好发部位的次序进行，即二尖瓣区→主动脉瓣区→肺动脉瓣区→主动脉瓣第二听诊区→三尖瓣区。也可由心底部肺动脉瓣区→主动脉瓣区→二尖瓣区→三尖瓣区进行听诊。必要时除上述部位外，对心前区其他部位、腋下、颈部和背部也应作听诊检查。

### 3. 如何检查颈静脉？有什么阳性体征？见于什么疾病？

颈静脉检查应在几个体位进行。躺平时颈静脉在锁骨上至下颌角长度的  $1/3$  左右是充盈的，并呈搏动。但在坐位或半坐位（即上

身与水平面呈 45°以上) 时, 正常人的颈静脉应该是塌陷的。此时, 如颈静脉明显充盈或搏动, 则属异常。

颈静脉搏动通常是一种负性搏动, 即波谷较波峰明显。因为正常颈静脉搏动以塌陷波为最显著的现象, 常称为负性颈静脉搏动(生理性颈静脉搏动)。负性颈静脉搏动是窦性心律的表现, 在充血性心衰仍可出现, 不过其搏动点升高。负性颈静脉搏动有时也称为心房型静脉搏动。

肥胖患者颈静脉可以不显。在怀疑右心衰竭时, 可作肝颈静脉或腹颈静脉回流试验。嘱患者仰卧平稳呼吸, 用手掌压迫其肿大的肝脏 10~30s, 或压迫脐周(腹颈静脉回流), 此时正常人可出现短暂颈静脉压升高( $<3\text{cmH}_2\text{O}$ )。在右心功能不全、心包积液及缩窄性心包炎等疾病时, 腹内脏器淤血, 受压后回心血量增加致右心房压力进一步升高, 上腔静脉血液回流受阻加重, 致颈静脉充盈更加明显。

如双侧颈静脉膨胀而无肝肿大或明显下肢皮下水肿, 应考虑上腔静脉阻塞, 如主动脉瘤、纵隔肿瘤, 多无颈静脉搏动, 但常伴胸廓上方静脉侧支循环形成。明显的颈静脉搏动见于三尖瓣关闭不全。当明显脱水及休克等末梢循环衰竭时, 卧位时颈静脉萎陷不见, 称颈静脉萎陷。

#### 4. 如何检查颈动脉? 有什么阳性体征? 见于什么疾病?

正常人颈动脉搏动较弱或不能见到, 但均可触及。当心排血量增加时可出现明显的颈动脉搏动, 常见于主动脉瓣关闭不全、高血压、动脉导管未闭、甲状腺功能亢进症和严重贫血等。颈动脉强烈搏动时, 甚至可随之点头, 见于严重主动脉瓣关闭不全患者。颈动脉触诊时应避免对双侧颈动脉同时进行按诊, 并避免接触颈动脉窦(位于颈总动脉分支处, 甲状软骨上缘水平)。宜同时听心音以明确与颈动脉搏动的关系。颈动脉可因狭窄或梗阻而致搏动减弱或消

失。如发现动脉搏动明显减弱或有动脉杂音，提示本侧或对侧颈动脉狭窄或梗阻。见于主动脉瘤、主动脉夹层、头臂动脉梗阻综合征等。

#### 5. 心脏望诊包括哪些内容？有什么特殊体征？

除注意胸廓的一般畸形外，详细的心前区望诊，常能为诊断提供宝贵资料。心前区隆起：正常胸廓在胸骨左右两侧对称。若胸骨下段和胸骨左缘第 3~5 肋间及肋间隙出现局部隆起，称为心前区隆起。是由于胸廓骨骼尚未发育完善和定型之前，肥大的右心室收缩期不断撞击前胸壁所致。

心尖搏动：正常人心尖搏动点位于左锁骨中线第 5 肋间内侧 0.5~1.0cm 处，搏动范围直径为 2.0~2.5cm。部分正常人，尤其体型较为肥胖者可见不到心尖搏动。

心脏其他部位的异常搏动：观察心脏搏动时，应注意搏动的位置、强度及范围，除观察上述体征外，还应观察胸骨左缘第 2~4 肋间是否有抬举性搏动，剑突下或上腹部的搏动等。

#### 6. 心脏触诊包括哪些内容？有什么特殊体征？

触诊是医生用手掌、手掌尺侧或指腹触摸患者有关部位所产生的一种感觉。比望诊更能准确确定心尖搏动的部位和范围。在心脏触诊时应着重注意以下几点：

(1) 印证望诊时心尖搏动部位、范围和强度，有无抬举性搏动，判断心前区和其他部位有无异常搏动及其强度和范围。

(2) 震颤：在心前区或心尖部触及震颤，往往表明有器质性心脏疾病，在震颤的相应部位听诊常能闻及响亮的杂音。

(3) 震荡：用手触知的一种短促拍击感。

(4) 心包摩擦感：纤维素性心包炎时，心包膜表面失去光滑而变得粗糙。心脏跳动时脏层和壁层心包膜相互摩擦产生振动，传至

胸壁，在心前区触到的摩擦感即心包摩擦感。

### 7. 心脏叩诊包括哪些内容？有什么特殊体征？

心脏叩诊目的是确定心脏的大小、形状及其在胸腔位置。患者采取仰卧位或坐位，多采用指一指叩诊法，沿肋间隙由上而下、由外向内、由左向右，按顺序进行叩诊，用力要均匀。

心浊音界 可分为绝对浊音界和相对浊音界，前者指心脏及大血管未被肺组织遮盖部分，后者则包括这一部分。通常所称的心浊音界主要指相对浊音界。正常人相对浊音界（正常心界）与前正中线的平均距离见下表：

右 (cm)	肋间	左 (cm)
2~3	Ⅱ	2~3
2~3	Ⅲ	3.5~4.5
3~4	Ⅳ	5~6
	V	7~9

左锁骨中线至正中线的距离为 7~9cm

心脏相对浊音界各部的组成：心右界第 1 肋间向下，先为上腔静脉，接着为升主动脉，第 3 肋间以下由右心房组成。心左界第 2 肋间相当于肺动脉段，第 3 肋间相当于左心房的心耳部，再向下为左心室，心尖部多由左心室组成，心前区多由右心室构成。

### 8. 心脏听诊包括哪些内容？如何听取？

心脏听诊是心脏物理诊断中最重要的组成部分。心脏听诊的内容包括心率、心律、心音、附加音及杂音，必要时须改变体位、做特殊的生理动作或用药物干预，以观察动态变化。

应有一个优质的双耳听诊器，最好具备模型和钟型两个胸件。

膜型胸件听高频音，如第一、第二心音、收缩期喀喇音和高调杂音清楚。膜型胸件，特别是当紧压时，可减弱低频音。听低频音时宜用钟型胸件，轻压胸壁刚好足以防止室内噪音。若钟型压得太紧，可使其下皮肤形成一个膜而减弱对低频音的听取，第三、第四心音和源发于二、三尖瓣的舒张期杂音常为低调音。

### 9. 试述心音的构成。如何区分第一心音与第二心音？

正常心脏共有四个心音，即第一心音（ $S_1$ ）、第二心音（ $S_2$ ）、第三心音（ $S_3$ ）、第四心音（ $S_4$ ）。多数情况下只能听到  $S_1$  和  $S_2$ ，在某些正常儿童和青少年可听到  $S_3$ ，婴幼儿及健康老年人偶可听到  $S_4$ 。 $S_1$  和  $S_3$  随年龄增大而减弱， $S_4$  与年龄无关。

$S_1$ ：主要由于房室瓣（二、三尖瓣）突然关闭，房室血流中断引起的振动所产生。标志心室收缩的开始。

$S_2$ ：主要由于心室舒张开始时肺动脉瓣和主动脉瓣关闭的振动所产生。标志着心室舒张的开始。

正确区分  $S_1$ 、 $S_2$  十分重要，只有将两者严格区分开来，才能确定心室收缩期和舒张期，确定异常心音、附加音、杂音所处的时相在收缩期还是舒张期。可根据以下特点鉴别： $S_1$  在心尖部最响，心底部较轻，音调较低，历时较长，与颈动脉和心尖的向外搏动同时出现。 $S_2$  在心底部最响，心尖部较轻，音调较高，历时较短，吸气时可略增强，发生于心尖搏动之后；②  $S_1$  与  $S_2$  间隔（即收缩期）较短，而  $S_2$  至下一心搏的  $S_1$  间隔（即舒张期）较长；在心尖部分不能确定  $S_1$ 、 $S_2$  时，可先听心底部，确定  $S_1$ 、 $S_2$ ，然后将听诊器胸件逐渐移向心尖部。

### 10. 什么情况可出现心音强弱的变化？

$S_1$ 、 $S_2$  同时增强或减弱

(1) 心音传导相关组织的变化：胸壁较薄，皮下脂肪少，心音

易传到体表， $S_1$ 、 $S_2$  均可增强。相反，胸壁较厚，皮下脂肪多，肺气肿、左侧胸腔积液、心包积液、缩窄性心包炎等均可妨碍心音传到体表， $S_1$ 、 $S_2$  均可减弱。

(2) 心肌收缩力和心排血量的变化：心肌收缩力增强和心排血量增加， $S_1$ 、 $S_2$  均可增强。如甲状腺功能亢进症、高热、贫血、高血压、体力活动后及情绪紧张等。相反，心肌收缩力减弱和心排血量减少， $S_1$ 、 $S_2$  均可减弱。如甲状腺功能减退症、心肌梗死、心肌炎、心肌病、休克、心力衰竭、临终期等。

(3) 施行人工瓣膜替换术后：在心室舒缩时，人工球瓣或蝶瓣与金属环和金属架碰撞，引起  $S_1$ 、 $S_2$  增强。

$S_1$  增强或减弱： $S_1$  改变取决于心肌收缩力的强度、心室的充盈程度及房室瓣的位置与弹性。

(1)  $S_1$  亢进：听诊呈拍击音，心尖区听诊  $S_1$  响度大于  $S_2$ ，即可认为  $S_1$  增强。临床常见于：二尖瓣狭窄，左心室舒张期充盈减少，瓣膜位置较低， $S_1$  的二尖瓣成分增强所致。但瓣膜明显钙化、弹性减低时， $S_1$  不增强甚至减弱；三尖瓣狭窄，机制与二尖瓣狭窄相似，主要表现为  $S_1$  的三尖瓣成分增强，在吸气时尤为明显；房间隔缺损，存在大量左向右分流，使左心室舒张期充盈减少；心房粘液瘤，引起房室口狭窄；引起心肌收缩力增强和（或）舒张期缩短的因素，可使心室充盈减少，如甲状腺功能亢进症、高热、运动、强心药等；⑥完全性房室传导阻滞，心房、心室同时发生收缩时，可产生响亮的  $S_1$ 。

(2)  $S_1$  减弱：主要由心肌收缩力减弱引起。常见于心肌病、心肌炎、心肌梗死、左心功能不全等。此外，房室瓣缺损、关闭不全、纤维化、钙化也可引起  $S_1$  的减弱，如二尖瓣和主动脉瓣关闭不全、三尖瓣和肺动脉瓣关闭不全。此时主要因舒张期心室充盈量增加，房室间压差减小所致。

(3)  $S_1$  强弱不一：常见于房颤和完全性房室传导阻滞所致的