

一、分 诊 台

有没有进了医院，晕头转向，不知挂什么号的经历？这也难怪，虽说中学学过《生理卫生》，可那上没有说什么病该看什么科。其实医院分科说简单也很简单，您这么记：12岁以下的去挂儿科；专瞧妇女才有的病，就挂妇产科；如果是成人，得的不是破肢动骨的病，估摸着没必要做手术的病，那就挂内科，否则就挂外科；眼睛有病挂眼科，口腔有病挂口腔科。可有的朋友还是不明白：这内科，又分了好些，什么心内科、肾内科，我怎么知道该挂哪？要不瞧哪位专家顺眼，挂一专家号，让他给彻底查查吧，唉，花冤枉钱，病人、大夫都白搭精力的事，就这么开始了。记住：

首次看病，如不是急诊，就先挂最便宜的普通号。请放心，就算遇上的是一个新毕业的医生，他对疾病的知识也胜过您，遇有他处理不了的，他一定会建议您去看哪科，或去替您请专家会诊。现在好多医院都在实行首诊负责制，也就是

说，在他这必须把您的诊断、治疗方案明确。所以，首诊挂普通号，比挂专家号强，特别是非疑难重病。除知道这一点外，您也还得有点医学常识，这是因为内科、外科再细分科，也是按人体的功能系统或部位分的，您需要大概知道人体主要器官的部位和功能。我们一起来回忆一下《生理卫生》课本：人体有九大系统：骨骼系统、肌肉系统、生殖系统、循环系统（心脏、血管）、呼吸系统（鼻、咽、喉、气管、支气管、肺）、消化系统（食道、胃、大小肠、肝、胆、胰腺）、排泄系统（肾、输尿管、膀胱、肠道等）、神经系统、内分泌系统。胸腔里主要有肺、心、气管、食道等；腹腔里主要是消化、排泄系统。胸腹腔是疾病的好发部位。内、外科再细分多是依据这些系统和部位，比如，和人体水液排泄有关的内科病，分由肾内科管；胸腔中需要做手术的病，象食道癌、肺癌等就归胸外科。患病后，想想大概是哪个系统出了毛病，再去挂相应系统或部位的科，就不会有“迷路”感了。

现在明白医院分科是怎么回事了吗？如果您继续读本书后面的内容，就会更清楚了。如没时间细读，也没关系。看病前，翻到最可能的系统去“对号入座”，常见病一般都可找到。找到了，看看书中的意见：再去医院，心中就会有底了。

二、内科诊室

1. 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染，简称上感。是鼻腔、咽或咽喉部急性炎症的概称。是最常见的一种呼吸道传染性疾病。上感 70% ~ 80% 由病毒引起，少数为细菌所致。传染性强，发病时间短，愈后一般良好。中医称该病为感冒，意思是感受了风寒或风热引起的疾病。在显微镜发明之前，人们不可能认识病毒和细菌等肉眼看不见的微生物，但已观察到当气温骤变时，往往会致感冒，于是，把风、寒、暑、湿、燥、火等异常气候变化当做了病因，称之为“六淫邪气”。随着科学的进步，现已认识到它们只是上感的诱因，而非病因。当气温骤变时，人体的免疫力会下降，病毒、细菌便可乘虚而入，引起上呼吸道的感染。不过由于“伤风”、“受热”、“上火”等词已积习成俗，也没有更正的必要，只要知道这些病的真正病因是病毒或细菌就行。

上感分许多类型，如肺炎型、单纯型。我们要知道的是普通感冒和流行性感是有区别的，后者传染性强、症状重、持续时间长、一般有高热，周围人群中同患者多。这时需到医院进行一些对症治疗。另外还有一点要引起各位的注意——上感症状，常可是一些急性传染病的早期症状，如麻疹、小儿麻痹症、脑炎、肝炎等等。在这些传染病流行季节或流行时，应想到上述病的可能性，密切观察该病的发展，必要时到医院进行化验检查，以资诊断。前面已说过，上感因病毒引起者，占大多数，但抗病毒药目前尚无有特效者。如查指血提示白细胞总数不高（正常值： $4000 \sim 10000$ 个/毫米³），仅淋巴细胞分类高（正常占 30%），一般说明是病毒感染，这时用再贵的抗菌素都是浪费，最好是吃点中药、汤剂或西药都行。药店里卖的“感冒清热冲剂”，适用于恶寒症状明显，喜欢吃热食物的病人；“银翘解毒丸（片）”适用于咽痛、喜欢喝凉开水的人。如果上感症状一周不好，就不要自做郎中了，去挂呼吸内科的普通号，让大夫排除合并其他感染的可能。

上感虽说预后一般良好，但得上总归是十分难受的。有没有预防的办法呢？下面的几种，可以试试：

食醋蒸熏法： $5 \sim 10$ 毫升/米² 食醋，以 $1 \sim 2$ 倍水稀释，倒入非金属器皿中，煮开，让酸酸的蒸气弥散到房间各处，直到酸味消失，撤火。熏蒸时小心别煮干锅，否则又难闻、又没效。

艾灸法：到中药铺去买两根艾条，找位中医师，让他告诉您怎么用艾条，并向他讨教曲池、足三里两穴位在哪里。记住后，每天灸两次，以局部皮肤发红为度，坚持 20 天。一般说来，这一冬天，是不会感冒了。此法适用于体质弱、易感冒，且有耐心，的确很不喜欢得感冒的人。为什么？耐心问

题。

2. 气管炎

气管炎实际大多数发生在支气管，分急性、慢性两种，听过“老慢支”这个词吗？如果你家有个长期咳嗽的人，你应该耳熟的。但做为严格的医学诊断标准应是这样的：以咳嗽、咳痰为主要症状，每年发病持续3个月，连续2年或2年以上，并排除其它疾病者，可诊断为——慢性支气管炎，简称慢支。如果每年发病持续不足3个月，但有明确的客观检查依据，如X线、呼吸功能等，亦可诊断。总之，一症状是咳嗽，二是持续时间3个月，连续两年。

急性气管支气管炎，常在感冒后继发，病因与感冒相同。

慢支的病因就比较复杂了，也就是说除感染病毒、细菌外，还有理化因素、过敏因素、呼吸道防御功能和免疫功能低下等，这些因素长期相互作用于气管、支气管及其周围组织，引起其炎症，这就是慢支的病因，比如长期吸烟或长期生活在被污染了的空气中，呼吸道的防御机能就会下降，炎症因而长期不能消除。

气管炎的主要症状是：咳嗽、咳痰，或伴有喘息、哮喘音。需要与肺结核、支气管哮喘等病相鉴别。所以如果咳嗽较严重，一周不愈，就应去呼吸内科看病了。请记住：挂呼吸专科就行。

关于治疗，分抗菌药物和对症治疗两类。抗菌素是处方药，也就是说若非医生让使用的，一定不要自己决定使用一种新的抗菌素。因为抗菌素的过敏反应和毒副作用，有的是可致命或致残的，千万不可大意。另外服抗菌素一定要按时，否则不但治不了病，还会引起耐药。（也就是说，以后再用这种药就不管用了。）现在抗菌素有了许多新品种，鉴别它们的优劣

是以对所染细菌的敏感性而定，绝非价格越贵越好。

对症治疗药有化痰的如氯化铵、必嗽平等，镇咳的如咳必清、可待因等。平喘的有氨茶碱，退热的有阿司匹林。这些也需医生处方。

慢性支气管炎急性发作时治疗和急性支气管炎一样。缓解后最好继续服用中药以增强体质。另改掉吸烟等不良习惯也致为重要。治疗咳嗽的中成药很多，但吃中药，要分清病和药的寒热温凉，称为“四气”，否则用药效果不好。一般，祛痰用桔红口服液，热咳，用蛇胆川贝末(液)、祛痰灵等。去中医院挂呼吸内科号，让医生开药是最稳妥的。当然如你自己分得清虚实寒热，那当然可以自己买药。不过有句话得忠告各位。咳嗽初期不要用咳必清等镇咳药。因为咳嗽本身是呼吸道排除炎症异物的保护反应，初期镇咳，使异物不易排出，不利于炎症的消退，所以不适合用。

3. 支气管哮喘

支气管哮喘简称哮喘，是一种很常见的、发作性的肺部过敏性疾病。发病时由于肺细支气管痉挛、水肿、分泌物增多，而产生胸闷、呼气困难、哮鸣音及咳痰等症状。所谓哮鸣音是一种如同吹小竹哨时发出的小而尖的声音。患者和旁人都可听见。哮喘发作时轻的还可以进行日常活动，重的不能平卧，口唇发紫，甚至意识丧失。但哮喘一旦缓解，又形同常人，无任何不适。

既然这是一种过敏性疾病，那么哪些物质可引起气道过敏呢？这就因人而异了，比如有人对花粉过敏，一到春天，哮喘发作频繁；而有的则对动物皮毛、尘螨过敏，一穿皮衣或接触某种动物，或使用旧沙发、地毯就会哮喘发作。但还有许多人，找不到肯定的过敏物，他们可因寒冷、煤烟味或精神因素

等非特异性因素而发病。后经实验发现：这是因为患者的气管的反应性过于敏感而引起的。

哮喘如只是偶尔发作，对身体不会造成大的危害，但若发作频繁，可引起胸廓畸形和肺气肿，甚至肋骨骨折。对于儿童的正常发育常有影响。

对于有固定因素而引起发病的患者，可以到有条件的医院去做过敏原试验(协和医院、朝阳医院可做)，以便找到致病因素后进行脱敏治疗，最终阻止哮喘发作。

哮喘的治疗不比感冒，是应去医院就诊的疾患，尤其是儿童和老年人，去普通医院就可以。老病号，掌握了用药规律，自己用药也可以。但必须是确实已上过学习班，了解本病知识的。但如病情较重，不能平卧，活动受限，持续时间长者，还是必须马上去医院就治。这时可以挂急诊科或呼吸内科。

下面是常用平喘药表(表 1)，供使用时参考。

表 1 常用交感神经受体兴奋剂

药 名	商品名	用 法	用量(成人) 毫克/次	副 作 用
麻黄素		口服	25	心慌,血压上升
异丙肾上腺素	喘息定	喷吸/舌下含	0.1~0.2/5~10	心慌,心律失常
	治喘灵			
羟甲异丁肾上腺素	舒喘灵	喷吸/口服	0.1~0.2/2~4	偶有心悸、头晕
	沙丁氨醇			
克仑特罗	氨哮素	口服/喷吸	40 μ g/10~20 μ g	偶心悸、指颤
	克喘素			
叔丁喘宁	博利康尼	口服/喷吸	2.5~5/0.25~0.5	偶心悸、指颤

氨茶碱是临床最常用的防治支气管哮喘的药物。又因它能增强心肌收缩力、扩张冠状血管，还有较弱的利尿作用，故可

用于心源性哮喘。用量 0.1~0.2 克，3 次/日，口服。副作用有恶心、呕吐等胃肠反应，饭后服用或肠溶片可减轻反应。静注时，如用量过大、速度过快时，可强烈兴奋心脏，引起头晕、心悸、心律失常，血压剧降、惊厥，儿童尤甚。所以本品静脉用药一定要在正规医院中进行，口服也不能任意加量。

还需注意，哮喘患者如有心动过速，切不可服用心得安，否则会引起严重的支气管痉挛。

如有感染，可用抗菌素。

总之，哮喘的治疗原则是去除病因，控制急性发作和预防复发。在控制急性发作和哮喘持续状态方面，西药奏效较快，但对一些顽固病例，尚需采用中西药结合治疗，方能缓解。在预防复发上，中医药则有较好的效果，如中医研究院广安门医院的冬病夏治消喘膏，每年夏季贴 3 次，每次 10 天，连续贴治三年有较好的减少发作作用。

4. 胸膜炎

正常人在肺与胸廓间有一封闭的腔隙，称胸膜腔，其中有 3~15 毫升的液体，起着润滑作用。构成胸膜腔的粘膜发生炎症，称为胸膜炎。引起胸膜炎的病因很多，有感染性的（细菌、病毒、真菌、寄生虫等）、有变态反应性的（系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎等）、有肿瘤性的（支气管癌胸膜转移、淋巴瘤等）……概括起来无非两类：一类是原发性病症，一类是继发于其他疾病，也即原有疾病在胸膜上的表现。临床最常见的是结核性胸膜炎，这是一种原发病变，是肺结核蔓延到胸膜所致。多发于青少年。

结核性胸膜炎早期的主要症状是胸痛，以腋下胸侧为多，也可表现为肩部、上腹痛。疼痛呈剧烈尖锐的针刺样，深呼吸

及咳嗽时更甚，平卧或卧于患侧疼痛减轻，可伴有低热、盗汗、乏力。起病较急。如炎症进一步发展，胸膜内有多量液体时，发热、干咳、气促加重，而胸痛反减轻。这是由于渗出的液体隔开了两层胸膜，减少了摩擦，疼痛得以减轻。

结核性胸膜炎患者，肺部有的找不到结核病灶，但给予抗结核治疗却有效。这类患者一般可以住内科治疗，而不用去住传染病院。

抗结核用药疗程长，一般异烟肼 0.1 克 3 次/日或一次 0.3 克，每日晨服。连续服用 1 年至 1 年半另加链霉素每日 1 克，分 2 次肌注，一个月后若胸液完全吸收，可改为每周 2~3 克，共 3 月。这期间应卧床休息，直到热度和胸液消退后，方可逐步起床活动。用药期间定期复查指血和肝功能是必要的。因为上述药对白血球和肝脏有损害。

经过结核治疗后，一般会有好的近期效果，但绝不可过早停药，以免发生远期肺和肺外结核。以往渗出性胸膜炎未用抗结核治疗，4 年内发生肺和肺外结核者达 30%。自从应用充分的抗痨治疗后。并发症就很少发生了。

中医治疗对减轻症状，提高肌体抗病能力颇有助益，如条件允许，可以合用，但不可因此而废用抗痨药。

5. 肺结核

这是一种慢性传染病，近年又有高发的趋势。成人肺结核，一般是继发性的，也就是说多在儿童时受过结核的感染。

〔病因〕开放性肺结核病人是结核传播的主要来源，主要经由空气，通过呼吸道传播。患者咳嗽、喷嚏、情绪激昂地讲话时，结核菌会随飞沫排出，悬浮空中，感染健康者。排菌量越多、接触时间越长，危害愈大。但如饮用带菌的牛奶，也可染上本病。日常用品传染机会甚少。

肺结核的临床症状有午后低热、乏力、食减、消瘦、咳嗽、1/3 患者有不同程度咯血。如发现上述症状，要到医院去彻底检查。在没有明确诊断前，可去普通医院挂内科或呼吸内科号，确诊后一般要到传染科或结核病院隔离治疗。这样对自己、对他人都有好处。对自己的好处是因为传染科或结核病院是治疗这种病的专门单位，大夫经验丰富，用药系统而且合理。目前抗痨药多是联合用药，疗程长、副作用多，选用哪些药，如何联用很有讲究，而普通内科医生因接触结核治疗少，所以往往不了解治疗方案的最新进展，自然不易提高疗效。对他人有利，道理很明了，即不传染他人。做为患者应有这种觉悟，不能因自己染上了结核，而产生不健康的心理。需知道社会上的结核患者增多，对自己康复后的生活环境不也会构成威胁吗？所以减少结核病发生的患者本人的卫生习惯至为关键，特别是痰菌阳性的患者。那么需要什么卫生习惯呢？很简单，不随地吐痰，而是将痰吐在纸中，然后烧掉，或吐在痰盂中，痰盂里放 2% 的煤酚皂（来苏尔，人们常说的医院味，就是一种液体发出的。）结核菌在阴暗干燥的环境里可存活很久，但在湿热环境则抵抗力差，煮沸 15 分钟即可杀灭。所以患者的手帕、衣服、被单等经煮沸后再洗涤对于防止交叉感染和反复感染是很有用的。另外，紫外线对杀灭结核菌也很有效。我们在医院病房里也许看见过一种发出紫兰色光的灯，这就是紫外消毒灯，定期用它消毒病房、居室，也会有效杀灭结核菌。

50 年代以前，结核和癌症一样，被视为不治之症。现在随着新的抗痨药的问世，它已完全可以治愈了，只是疗程比较长。因肺结核而继发的肠结核、肾结核等肺外结核，也因治疗的得当而很少发生了，但绝不可因此而放松警惕。

肺结核的治疗现主要是抗结核药物治疗。它的治疗原则

是对活动性肺结核必须坚持早期、联用、适量、规律和全程的原则，而对硬结已久的病灶则完全不需治疗。用药不足或滥用药非但治不好病，还造成浪费，损害身体，使细菌产生耐药性。

常用的抗结核药很多，一般多联合用药，患者和家属应按专科医生的处方执行，不可自行更改（表 2）。

表 2 常用抗结核药物的用量和主要副作用

药 名	缩 写	成人每日 剂量(克)	成人间歇疗 法每日量 (克)	主要不良反应
异烟肼	H,INH	0.3~0.4	0.6~0.8	周围性神经炎、肝 炎、过敏
链霉素	S,SM	0.75~1.0	0.75~1.0	听力障碍、眩晕、肾 功能减退
对氨基水杨酸钠	P,PAS	8.0~12.0	10.0~12.0	胃肠道不适、皮疹、 肝炎
氨硫脲	T,TB ₁	0.1~0.15		胃肠道不适、皮疹、 肝功能异常、粒细胞 减少
利福平*	R,RFP	0.45~0.6	0.6~0.9	肝炎、黄疸、流感样 症状、血小板减少
乙胺丁醇△	E,EMB	0.75~1.0	1.5~2.0	视神经炎、关节痛
吡嗪酰胺	Z,PZA	1.5~2.0	2.0~3.0	尿酸血症、肝功损 害、胃肠道不适

* 利福平 体重<50千克,每日 0.45克; >50千克,每日 0.6克。

△ 乙胺丁醇 前 2月每日 1 克,以后每日 0.75 克。

6. 高血压病

又称原发性高血压，它是指非其他疾病引起的一种以血压

增高为主的疾病。

血压的正常值是 $140 \sim 90 / 90 \sim 60$ 毫米汞柱，写在前面的是收缩压，较高，要先读，写在后面的为舒张压。量血压时先听见的声为收缩压，消失时为舒张压。

世界卫生组织规定血压大于或等于 $160 / 90$ 毫米汞柱排除了其他疾病者，为高血压病；血压在 $140 / 90 \sim 160 / 95$ 毫米汞柱时，为临界性高血压。三次检测中二次升高可确诊。

高血压病的主要临床表现为头晕、头痛或头部沉重，颈项部僵硬感。高血压引起的头痛，多发生于早晨，位于前额、枕后，但如血压突然显著升高，可出现剧烈头痛，呕吐（呈喷射状）、抽搐、昏迷等。但也有人没有任何症状。

高血压的危害主要表现在对心脏、大脑、肾脏的损害。临床依有无这三脏的损害将高血压病分为三期：一期无损害，仅单纯表现为血压高；二期出现了三脏之一的损害；三期出现了三脏之一的功能衰竭，如发生了脑溢血、心衰、肾衰。

绝大多数的高血压病患者，病变发展缓慢，病程可达二、三十年以上。在第一、二期如能及时治疗，可获痊愈或控制住病情的进展。如血压能经常保持，则心、脑、肾的损害不易发生。但血压进行性升高，眼底病变较重，有家族史者，预后较差。高血压病的死因，在我国以脑血管意外为最多，其次为心衰和肾衰。统计资料表明，接受适当治疗者病死率显著低于未接受治疗者。

患了高血压病，不可怕，要积极而耐心地与医生配合治疗，劳逸结合，减少摄盐，每日限制在 $5 \sim 6$ 克；限制脂肪摄入，少吃高胆固醇食物如动物内脏，猪头肉等，同时应戒烟酒，进行适当的体育锻炼，如太极拳等。但体育锻炼只有坚持不懈才有作用，近年国外研究表明，人可以经过训练达到自我控制血压和心率的目的。

降血压的药物种类很多，需在医生指导下服用。在服用初期应每天测血压，待用量适当后可逐渐延长测血时间。有条件者配带腕式测压剂是最理想的。血压维持正常后，可在医生的指导下减药，不可骤停，也不可长期服药不测血压以至血压过低。减药一般从晚上的用量减起，逐步进行。这是因为血压多早晨高、夜间低，如晚间用药过大，可以造成脑血栓。

目前降压药很多，现将常用的列表如下（表 3），请务必在医生指导下服用。

表 3 常用降压药及副作用

类 别	药 名	用 量	副 作 用
利尿药	双氢克尿噻 氨苯喋啶	25 毫克 1~2 次/日	长服可引起低血钾，宜同服氯化钾 1 克，3 次/日，可使血糖、尿酸增多，故糖尿病、痛风患者慎用。
		50~100 毫克 3 次/日	长服可引起高血钾，偶见胃肠道反应
β 阻受体 滞剂	心得安 美多洛尔	5~10 毫克 3 次/日	心动过缓、支气管痉挛，心衰和哮喘者禁用
		50 毫克 1 次/日	
血管紧张 素酶抑制剂	卡托普利	12.5~25 毫克 2 次/日	皮疹、瘙痒、个别有蛋白尿、粒细胞减少
钙拮抗剂	心痛定 尼群地平	10~20 毫克 3 次/日	体位性低血压
		5~20 毫克 2~3 次/日	

7. 冠心病

本病的全称为冠状动脉硬化性心脏病。冠状动脉是专门供应心肌的动脉血管，由于动脉硬化、管腔狭窄、血液供应减

少，心肌和心脏的传导受损因而发生冠心病。

冠心病的临床表现可有以下五类：

(1)原发性心脏骤停：是一种突发疾病，如果未作抢救或抢救失败，可发生猝死。对突发的病人，及时、适当的抢救，成功率可达 50%。如遇这样的病人，一面要让人与急救中心取得联系，一面要就地进行人工心脏按压和人工呼吸，为医生的救治赢得时间。切不可惊慌或搬运病人。

胸外心脏按压的方法是：将病人背部垫一块硬板，如是在木床上则不用加垫，如在地上只注意病人的保暖，而不用搬运。为有利于静脉回流，可将下肢抬高 30~40 度。操作者跪在病人身旁或站立在椅凳上，一手掌置于胸部正中下 1/3 的交界处，另一手重叠于前一手的手背上，手臂伸直，以快速的冲击力有节奏地向下按压，使胸骨下端约下降 3~5 厘米(图 1-3)，每次按压 0.3~0.5 秒后迅即放松，使胸廓弹回原形状。注意，不要用力过大，以免损伤患者肋骨和其他器官。放松的持续时间为 1 秒左右，即每分钟按压 60~70 次。压按有效时可扪及颈动脉搏动，病人面色、口唇、甲床转红，呼吸改善。

人工呼吸的方法是：使病人仰卧，头略向后仰，肩背部抬高，清除口中异物，如假牙、呕吐物等。口对口呼吸时，必须捏紧病人鼻孔，操作者深吸一口气后，将嘴紧贴患者口唇吹气

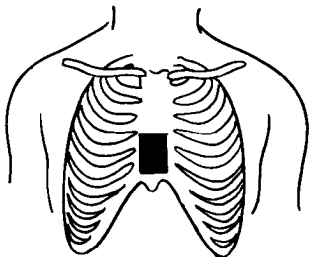


图 1 胸外心脏按摩的正确部位示意

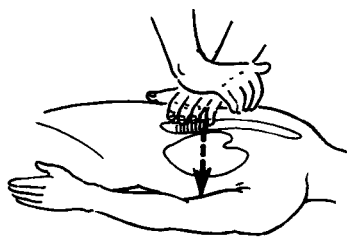


图 2

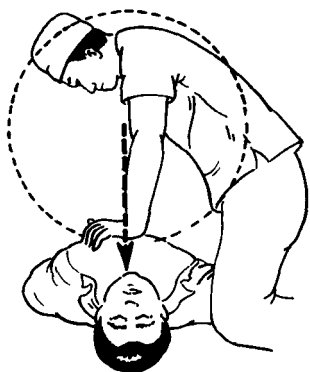


图 3 胸外心脏按摩的正确手法示意
表示右手重叠于左手背上,向脊柱方向垂直冲击式地按压

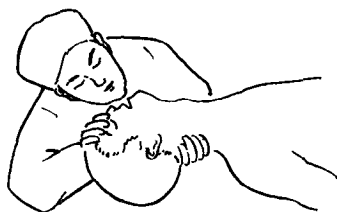


图 4 口对口人工呼吸示意



图 5 口对鼻人工呼吸示意

(图 4), 以看到患者胸廓扩张为有效, 每分钟进行 12~16 次。若患者牙关紧闭, 则可口对鼻呼吸, 操作者将一手捏紧病人的下颌, 使头部尽量后仰, 另一手以拇指和食指作一圆圈圈住病人的鼻孔, 进行吹气 (图 5), 频率与要求和口对口人工呼吸相同。抢救时胸外心脏按压与人工呼吸必须同时施行, 一般按压与人工呼吸的比例为 5:1。若现场只有 1 人, 则可每心脏按压 10~15 次较快地连续吹气 2 次。现场的抢救应坚持到医生赶来, 否则要坚持半小时, 不可轻易放弃, 因为放弃就等于放掉使人再生的机会。国外发达国民众都普遍接受上述急救训练, 这种能救人一命的技术我们为什么不去学习呢?

(2) 心绞痛: 这是冠状动脉供血不足, 心肌急剧的、暂时缺血所引起的。临床表现为前胸部压榨或疼痛, 主要位于胸骨后, 可放射到心前区和左上肢。常发生于劳动或情绪激动时,

持续数分钟，多见于 40 岁以上的男性。

典型的心绞痛不难诊断，但也有的没有典型症状，就困难些。如遇有上述迹象，去心内科做常规检查是必要的。但如没有心电图、血脂等检查的改变，也不必整日忧心。因为疲劳和心情不好时，也可引起胸前的闷痛。这与冠心病无关。如仍不放心，可以挂专家号，请专家诊断。

心绞痛急性发作时，首选硝酸甘油，一般吞下含服，可在 1~2 分钟内发挥作用，如效果不明显，可隔 3~5 分钟重复使用，如仍不缓解，就要马上叫车去医院了。

心绞痛再发作的预防第一是要治疗和去除诱发因素，如高血压、高血脂、心律失常、劳累等，第二可服用预防发作的药物，如消心痛 10~30 毫克，3 次/日，或用 1%~2% 硝酸甘油软膏涂于皮肤上使之逐步吸收，它特别适用于夜间发生心绞痛者，可在临睡时涂药。另外 β 阻滞剂、钙拮抗剂、血小板抑制剂也可与上药联合应用。但这些药物均须依医生处方执行，切不可自做主张。比如 β 阻滞剂与钙拮抗剂就不可联合使用，否则会发生严重的心动过缓、房室传导阻滞和心脏停搏，这是十分危险的。切记，一定要在医生指导下服用。

目前疏通冠状动脉的手术已在大医院中开展。这些手术有冠脉成形术、冠脉旁路搭桥术、主动脉内气囊反搏术等。适用于不稳定性心绞痛患者，之所以称之不稳定，是表明这类患者易发生可以致命的心肌梗塞。不稳定性心绞痛的诊断有三个要点：第一是心绞痛发生于休息时和无劳力时，第二胸痛重，持续时间长，对治疗反应差。第三有心肌缺血的心电图表现。如果这三点都具备不稳定性心绞痛的诊断就成立了。此时病人和家属就要引起高度重视，积极与医生配合，听从医生的医嘱，以预防心肌梗塞的发生。当然积极治疗的同时还需没有沉重的

心理压力，否则只能加重病情。

预防心绞痛的中成药目前研治有很多，如冠心苏合丸、丹参滴丸等等，可以在中医大夫的指导下服用。

看病时一旦诊断明确，日常的取药和治疗安排，可在专科医生的指导下进行，不必挂专家号。通俗地说，挂五元钱的号足矣。

(3)心肌梗塞：简称心梗，它是冠状动脉急性闭塞引起的严重而持久的心肌缺血性损伤和坏死，属冠心病中最严重的一种类型。临床医生依其发生的时间不同定有急性心梗和陈旧性心梗，急性心梗是危险期，而后者是康复后的表现，当然这并不意味着患有陈旧性心梗的人不再会患急性心梗了。

急性心梗的诊断要点有 5 项。第一是突然发生的长时间 (≥ 30 分钟) 的前胸不适，或绞痛剧烈，休息或含用硝酸甘油片不能使疼痛缓解。常伴烦躁、出汗、恐惧、或濒死感。第二常伴有心律失常、心力衰竭或意识丧失、血压下降。第三是出现心梗心电图表现。第四是出血心脏酶学的改变，这需抽血化验得到。第五是出现超声心动图的改变。后三者是医生需要掌握的，做为普通百姓，需知道的是第一二点，如遇上一定不要大呼小叫，惊慌失措，首先要做的是拨 120 等急救电话，迅速联系医院医生。注意心梗的抢救需要心脏的监护设备，所以要联系有条件的医院。一般那些大医院都可以，如北京急救中心、协和医院、朝阳医院等等。当然有些区医院也可以，这就需在平时了解清楚。如果家中心绞痛患者，平时就应有准备，附近有就治条件的医院有哪些，电话是什么，救护车是不是易叫到等。一般对这种急症，单位是允许就近医疗的，所以医疗费的问题，不要首先考虑。首先考虑的是救急，等平稳后，再联系合同医院。当然平时的病例，化验单应放在固定的位置，并使家人都知道，住院时同时带上，这会给医生的诊治