

心血管病症状鉴别诊断手册

X I N X U E G U A N B I N G
Z H E N G Z H U A N G J I A N B I E Z H E N D U A N S H O U C E

主 编 智 光

副主编 徐 勇 任 艺 虹 刘 宏 斌

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 丽 尹 明 帅 莉 卢喜烈

任 艺 虹 刘 宏 斌 孙 志 军 杨 波

时 向 民 金 芝 尚 旻 赵 玉 英

练 育 芳 徐 勇 智 光 鲁 菁

谭 国 娟



人 民 军 医 出 版 社

Peoples Military Medical Publisher

北 京

图书在版编目(CIP)数据

心血管病症状鉴别诊断手册 / 智光主编. —北京: 人民军医出版社, 2002.10

ISBN 7-80157-561-X

. 心... . 智... . 心脏血管疾病—诊疗 . R54

中国版本图书馆CIP数据核字(2002)第042536号

人民军医出版社出版

(北京市复兴路22号甲3号)

(邮政编码: 100842 电话: 68222916)

人民军医出版社激光照排中心排版

北京国马印刷厂印刷

腾达装订厂装订

新华书店总店北京发行所发行

*

开本: 850 × 1168mm 1/32 · 印张: 10.25 · 字数: 261千字

2002年10月第1版 (北京)第1次印刷

印数: 0001 ~ 4500 定价: 22.00元

(购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换)

内 容 提 要

本书共分19章，分别论述了心血管病常见症状和体征的发病机制，诊断思路和鉴别诊断要点及处理原则。主要包括晕厥（头痛、头晕）、胸闷、胸痛、心悸、心慌、呼吸困难、哮喘、乏力、水肿、发绀、尿量异常、咳嗽、咳痰、咯血、心脏杂音、高血压、低血压、高脂血症、发热、心电图ST-T异常、猝死、心影扩大、脉搏异常、休克等常见的症状和体征。在介绍常见的心血管病特征的同时，着重阐明发病机制与诊断思路，介绍相关疾病最新研究成果及最新检查技术的临床应用。

本书纲目清晰，由浅入深，启迪思路，实用性强，适于广大中、初级医务人员及医学院校师生参考。

责任编辑 姚 磊 王 峰

前 言

随着人们生活水平的不断提高，心血管病发病率逐年升高，心脑血管病已成为我国人群致死的主要杀手之一。尽管近年来心血管病病理及诊断检查技术有了很大的发展，新技术、新设备层出不穷，各种有创、无创的检查技术广泛用于临床，但症状学诊断仍未过时，认真的病史采集，仔细的体格检查，全面周到的病情分析，对建立准确的诊断极为重要，同时也有助于提高各种仪器检查的特异性和准确性，也可以避免过多的不必要的仪器检查。减少病人的痛苦，节约诊疗费用。

编写本书的目的旨在帮助中级临床医生，尤其是基层医疗单位的医务人员，包括非心血管内科专业人员，熟悉常见心血管疾病的症状特征，诊断和鉴别诊断思路，确诊要点，以及主要临床处理原则和进一步检查治疗的措施等，提高对这类疾病的早期诊断水平，以达到降低心血管病病死率、改善心血管病患者的预后为目的。由于编者经验尚有不足之处，书中定有欠妥之处，敬请同行多多指教，不胜感谢。

编 者

2001年12月

目 录

第一章 晕厥.....	(1)
第一节 病因及发病机制.....	(2)
第二节 鉴别诊断.....	(3)
第二章 胸痛.....	(16)
第一节 胸痛诊断思路.....	(16)
第二节 急性冠脉综合症的鉴别诊断.....	(17)
第三章 心律失常.....	(22)
第一节 病态窦房结综合征.....	(22)
第二节 房性早搏.....	(26)
第三节 房室交界区性早搏.....	(27)
第四节 室上性心动过速.....	(27)
第五节 心房扑动与心房颤动.....	(33)
第六节 室性早搏.....	(37)
第七节 室性心动过速.....	(40)
第八节 房室传导阻滞.....	(44)
第四章 呼吸困难和哮喘.....	(48)
第一节 病因和发病机制.....	(48)
第二节 临床表现.....	(49)
第三节 诊断与鉴别诊断.....	(50)
第四节 防治原则.....	(53)

第五章	乏力	(54)
第六章	水肿	(61)
第一节	水肿的发病机制	(61)
第二节	诊断及鉴别诊断	(64)
第七章	发绀	(82)
第八章	尿量异常	(105)
第一节	少尿或无尿	(105)
第二节	多尿	(112)
第九章	咳嗽	(114)
第十章	咯血	(122)
第十一章	心脏杂音	(139)
第一节	杂音的产生	(139)
第二节	杂音的听诊要点	(141)
第三节	良性收缩期杂音	(146)
第四节	器质性收缩期杂音	(150)
第五节	舒张期杂音	(173)
第六节	连续性杂音	(188)
第七节	突然和时常变动的杂音	(197)
第十二章	原发性高血压	(201)
第十三章	低血压	(220)
第一节	低血压的形成机制	(220)
第二节	低血压的诊断和鉴别诊断	(222)
第三节	低血压的鉴别诊断思路	(225)
第四节	低血压的防治原则	(228)
第十四章	高脂血症	(230)
第十五章	发热	(237)
第一节	病因及发病机制	(237)
第二节	发热的诊断	(239)
第三节	心血管系统常见发热疾病及鉴别诊断	(240)

第十六章	心电图ST-T异常.....	(261)
第一节	ST段改变.....	(261)
第二节	T波改变.....	(271)
第十七章	心影增大.....	(279)
第一节	正常心影的组成.....	(279)
第二节	心影增大的特征.....	(281)
第三节	心影增大的常见病因及鉴别诊断.....	(285)
第十八章	脉搏异常.....	(288)
第一节	脉搏异常的定义.....	(288)
第二节	静脉脉搏.....	(294)
第三节	常见疾病脉搏异常的改变.....	(294)
第四节	无脉症.....	(302)
第五节	脉搏异常的处理原则.....	(310)
第十九章	休克.....	(312)
第一节	病因和发病机制.....	(312)
第二节	诊断和鉴别诊断思路.....	(314)
第三节	休克的鉴别诊断.....	(316)
第四节	休克的治疗原则.....	(320)

第一章 晕厥

晕厥是突然发生的、短暂的意识丧失状态，是由于大脑一时性广泛性供血不足所致。引起此种改变的主要原因有：心脏输出量减少或心脏停搏、突然剧烈的血压下降或脑血管的普遍性暂时性闭塞。其临床特点是急性起病，短暂意识丧失。患者常在晕厥发作前约1min出现前驱症状，表现为全身不适感、视力模糊、耳鸣、恶心、面色苍白、出冷汗、四肢无力，随之很快发生晕厥。晕厥发作时，随意运动和感觉丧失，有时呼吸暂停，心率减慢，甚至心脏停搏，此时难以触及桡动脉、颈动脉搏动。神经系统检查，可发现瞳孔散大，光反射与角膜反射消失，腱反射减低或消失，可出现病理反射，常伴有流涎、尿失禁等。一般持续2~3min，继之全部功能逐渐恢复。患者苏醒后可有短时间的意识混浊、腹部不适、恶心、呕吐，有便意，甚至大小便失禁，有极度疲劳、嗜睡，持续时间几分钟至半小时，发作后检查可以无阳性体征。晕厥与昏迷不同，昏迷的意识障碍通常持续较长，恢复较难。晕厥与眩晕的区别是后者主要感到自身或周围物体旋转，而一般无意识障碍。血压降低是晕厥的普遍现象，临床上晕厥与休克有时并无明确界限，其鉴别主要在于休克的早期意识仍清楚，或仅表现精神迟钝，周围循环衰竭的症状比晕厥更为明显而持久。颅脑损伤可发生短暂的意识丧失，但有外伤史以及神经系统检查所得的阳性体征，可与晕厥鉴别。

第一节 病因及发病机制

一、病因

1. 反射性晕厥 常见于单纯性晕厥（血管迷走性晕厥、血管减压性晕厥）、体位性低血压性晕厥、颈动脉窦性晕厥、排尿性晕厥、吞咽性晕厥、咳嗽性晕厥、仰卧位低血压性晕厥。

2. 心源性晕厥 常见于心律失常如阵发性心动过速、心动过缓-过速综合征；病态窦房结综合征及传导阻滞；心源性脑缺血综合征；先天性心脏病如法洛四联症、肺动脉高压、动脉导管未闭等；原发性肺动脉高压；左心房黏液瘤及左心房血栓形成等。

3. 脑源性晕厥 常见于脑血管疾病，如脑动脉粥样硬化，短暂性脑缺血发作（TIA）、高血压病等引起的脑局部供血不足；神经组织本身病变、颅内损伤、中毒等。

4. 其他原因 如过度换气综合征，低血糖，严重贫血，哭泣性晕厥等。

上述四类晕厥中，以单纯性晕厥最为常见，而心律失常所致的晕厥最为严重。

二、发病机制

晕厥是因致病因素突然导致大脑缺血、缺氧，使高级中枢发生短暂的严重功能紊乱。正常人脑血流量高于身体其他组织，成人脑血流量每分钟为45~50ml/100g脑组织，当脑血流量骤减至每分钟30ml/100g脑组织时便能引起中枢神经功能紊乱，从而发生晕厥。引起脑血流量骤减的原因有：心输出量突然减少，心脏停搏或血容量急剧减少所致；血压急剧下降，常由于血管舒缩反射障碍及周围小血管迅速广泛的扩张所致；脑动脉急性广泛缺血，多因脑血管有闭塞或痉挛使脑血管阻力增加引起脑血流量不足而

致。晕厥发作大多数发生于直立状态，而且有部分晕厥只发生在直立时，当晕厥发生前或发作时迅速卧位，晕厥能够缓解。

第二节 鉴别诊断

晕厥在临床比较常见，为脑部全面性血流灌注不足所致，有短暂的意识障碍，需要与各种癫痫发作相鉴别。晕厥在发生前一般先有头昏、胸闷、黑矇等症状，意识和体力的恢复较缓慢，而癫痫发作为突然发生，恢复较快；晕厥引起的抽搐历时极短，通常在15s以下；癫痫大发作的抽搐通常持续约50s。癫痫发作时，无明显的前驱症状，发作时有意识丧失，可有大小便失禁、肢体抽搐、咬破舌头等。脑电图及脑CT或MRI有异常发现。单纯性晕厥发作前，大多有精神刺激、疼痛刺激史或持久站立等诱因。一般而言，晕厥在直立位置较易发生。颈动脉窦过敏的晕厥，一般发生于立位或坐位；体位性低血压病人常于卧位突然起立时发生晕厥。青壮年男性病人夜间睡醒后起床排尿时突然发生晕厥，大多是排尿性晕厥。服用降压药物如盐酸哌唑嗪、硝普钠后，骤然起立所发生的短时意识丧失多属于体位性低血压所致的晕厥；服用抗心律失常药物，如奎尼丁，可引起严重心律失常，而导致晕厥。大多数晕厥病人在意识恢复后无不适，或仅有短暂而轻微的后遗症状。如晕厥过后有明显胸痛，应疑及心肌缺血的可能；晕厥后出现局灶性神经系统体征者，可能为脑血管意外。心源性晕厥多有心脏病史，活动中易诱发。

一、病史、诱发因素、体征及辅助检查对晕厥的鉴别诊断

（一）病史

应详询晕厥在何种情况下发生，发作时的体位，发作的持续时间，发作时的面色、冷汗、恶心、乏力、血压及脉搏情况，有无伴发抽

搐，有无跌伤、尿失禁或咬破舌头，晕厥前期与晕厥后期的表现，晕厥与用药的关系，既往有无相似的发作，家族中有无类似的病史等。仔细询问有无导致晕厥的基础疾患病史，如脑血管疾患，心脏血管疾患中的房室传导阻滞、心动过速等病史，以及糖尿病、贫血等病史。

（二）诱发因素

晕厥的发作往往有下述诱因：如疼痛、恐惧、情绪紧张、空气污浊、疲劳、排尿、咳嗽、精神刺激、用药、失血，颈动脉受刺激、衣领过紧等发生；低血糖性晕厥的每次发作均与空腹有密切关系。

（三）体格检查

注意血压，必要时应检查直立及卧位血压、心率、心律及有无神经系统定位体征。应注意有无尿失禁，肢体抽搐，咬破舌头等。

（四）辅助检查

常规血糖、血色素检查。怀疑有心源性晕厥者必须做心电图检查，24h动态心电图及超声心动图检查，必要时做心电生理检查。对疑有脑源性晕厥者需做脑电图、头颅CT或MRI检查、经颅多普勒检查脑血管、必要时做脑血管造影检查。检查时，可使心率变慢，血压降低并引起晕厥。另外对怀疑特殊类型的晕厥，还可加做特殊检查，如颈动脉窦加压试验、倾斜试验等。

二、不同类型晕厥的临床表现及鉴别诊断

（一）单纯性晕厥

又称血管迷走性晕厥，血管减压性晕厥。临床上较多见，晕厥前多有明显的诱因，如疼痛、高温、神经紧张、恐惧、情绪激动、通风不良、空气污浊、疲劳、持续站立、饥饿、妊娠以及各种慢性疾病的后期。晕厥前期历时较短，一般为15~30s，如果在此期迅速立即平卧，则前驱症状消失，前驱症状多为头晕、恶心、苍白、出汗等。晕厥期的表现也为暂时性的，历时一般为30s至2~3min，表现为意识丧失，面色苍白，四肢软弱无力，血压下降、心率减慢而微弱、

瞳孔扩大、对光反应消失，应注意有无尿失禁。肢体抽搐、咬破舌头等。晕厥后期症状可有短暂性的无力或头昏等，一般恢复较快，无明显后遗症。

应注意与癫痫、癔症及眩晕鉴别。癫痫发作时，无明显的前驱症状，发作时有意识丧失，可有小便失禁，肢体抽搐、咬破舌头等，脑电图及脑CT或MRI有异常发现。癔症发作时多有明显的精神刺激因素，发作持续时间长，发作时无意识消失，对周围的人与物有反应。眩晕病前多无明显诱因，眩晕是一种运动幻觉或运动错觉。患者感到外界环境或自身在旋转、移动或摇晃，是由前庭神经系统病变所引起。倾斜试验是诊断单纯性晕厥的一项特殊性检查方法。

（二）体位性低血压

体位性低血压所致的单纯性晕厥发生于病人采取直立位或持久站立时。此种晕厥的特点是血压急剧下降，心率变化不大，晕厥持续时间较短，前驱症状一般不明显。病人往往患有其他疾病，或有体质异常，或有晕厥的倾向。体位性低血压所致的晕厥包括下述几种类型。

（1）生理性障碍：如长期站立于固定位置的年轻人，尤其在炎热的气温下时；孕妇以及长期卧床的人骤然起立时也可发生晕厥。其原因可能是下肢肌肉及静脉张力低，血液蓄积于下肢，回心血量减少，进而引起心输出量减少，收缩压下降，导致脑部一时性供血不足所致。

（2）药物作用及交感神经截除术后接受哌唑嗪、胍那克林（胍乙宁）等降压药治疗的病人突然从卧位站起，或交感神经截除术后，均可发生晕厥。晕厥的发病机制可能是站立时血循环的反射性调节发生障碍。亚硝酸盐类也可引起晕厥，乃由于周围血管扩张和淤血，静脉回流减少，心输出量降低所致。近年应用左旋多巴（L-Dopa）治疗帕金森病，引起体位性低血压导致晕厥的例子已有发现，左旋多巴可能干扰了在直立位置时维持正常血压与心输出

量的交感性反应。

(3) 某些全身性疾病：如多发性神经炎、高位脊髓损害、脊髓麻醉、糖尿病性神经病变、脑动脉粥样硬化、急性传染病恢复期、慢性营养不良等。

(4) 特发性体位性低血压，此病是一种特殊类型的体位性低血压。男性病人显著多于女性。病人于站立时出现头晕、眼花、腿软、眩晕以至晕厥，而面色苍白和恶心则少见。轻者于直立时逐渐发生晕厥；较重者可于直立时立即出现晕厥，严重病例因不能维持直立位而需长期卧床。本病同时有阳萎以及无汗为特征，病人尚有膀胱直肠功能障碍。数年后病人还可逐渐出现锥体外系症状，如肢体强直、僵硬、震颤、表情呆板、活动减少等，小脑系症状如平衡失调、步态蹒跚、共济失调等，和锥体系症状如肌张力增高、腱反射亢进、病理反射等。特发性体位性低血压亦称Shby-Drager综合征。

本病多见于中年以上的男性，其诊断依据是：上述晕厥的特点；伴有阳萎、无汗，或膀胱直肠功能障碍，或出现锥体外系、小脑系、锥体系的病征；测量卧位及直立后的血压，1/min，连续5次，收缩压下降50mmHg左右，病人同时出现临床症状，则进一步支持本病的诊断。本病与单纯性晕厥的鉴别是发病年龄较大，晕厥仅发生于直立位而无其他诱因，前驱症状不明显，只有血压改变而心率变化不大。

(三) 仰卧位低血压综合征

此综合征可发生于妊娠后期孕妇仰卧时，也可发生于腹腔内巨大肿瘤病人取仰卧位时。其主要临床表现是血压骤降、心搏加快与晕厥。一般认为这是由于机械性压迫下腔静脉，使静脉回心血量突然减少所致。如改变为侧卧位或坐位，则上述症状自行缓解。

孕妇剖宫产时做硬膜外麻醉，引起此综合征者国内也有报告。术前将子宫或肿瘤左移，或置产妇于左侧卧位，解除对下腔静脉的

压迫，可预防此综合征的发生。

（四）晕厥型癫痫

晕厥型癫痫甚少见，国内首次报道一组7例，发病年龄10~26岁。其发病机制有作者认为发作放电累及心血管，致周围血管扩张，血压骤然下降，脑血流剧减而导致急性短暂性脑缺血——晕厥。

晕厥型癫痫有两种临床类型：发作性头晕，面色苍白，视物模糊，心慌胸闷，肢体发软，缓慢倒地，意识丧失；突然昏倒，尿便失禁。两种类型均无四肢抽搐。每次发作持续3~40min，对发作无记忆，间歇期正常。发作频率每月、每季、每年1次。此7例EEG均有异常。CT扫描，6例阴性。对原因不明的晕厥，发作时作脑电图检查，可能发现晕厥型癫痫病例。

晕厥型癫痫属间脑癫痫。间脑癫痫是丘脑下部的发作性功能障碍。晕厥型癫痫主要须与晕厥性抽搐、失张力发作、遗传性Q-T间期综合征相鉴别。

（五）颈动脉窦综合征

病人有晕厥或伴有抽搐发作，而指压颈动脉窦诱发同样症状时，提示有颈动脉窦综合征的可能。有些病人由于各种压迫颈动脉窦的动作如颈部突然转动，衣领过紧等均可诱发。本病以中年以上患病较多见。

正常情况下，颈动脉窦兴奋时，通过舌咽神经第一支至延髓循环中枢，使迷走神经兴奋，心率减慢（5/min以下）和血压下降（收缩压及舒张压均下降在10mmHg以下）；或者兴奋从延髓扩散至大脑，使血管收缩，借此调节躯体的血液循环。颈动脉窦过敏时可引起晕厥发作，其反应可分三型：迷走型，心率减慢超过6/min，临床上可用阿托品防止其发作。减压型，收缩压或舒张压下降超过10mmHg，临床上用麻黄素、肾上腺素有效；如心率及血压均有上述改变者称混合型。脑型，心率和血压的改变均不超过上述二型的指标，由于脑血管收缩，脑缺血而发生晕厥，一般用镇静药治疗。脑型多见于年轻女性，常有自主神经功能紊乱的症状，须

注意与癔症发作鉴别。

引起颈动脉窦过敏的原因，常见是局部动脉硬化，其他如动脉炎、颈动脉窦周围的病变，例如淋巴结炎或淋巴结肿大、肿瘤以及瘢痕的压迫等。

（六）舌咽神经痛所致的晕厥

舌咽神经痛的病人偶有在疼痛发作时或发作后的短暂时间有出现心率减慢、低血压、晕厥和抽搐，给予阿托品或苯妥英钠可终止发作。此种晕厥可能是通过迷走神经反射引起。

（七）排尿性晕厥

发生于排尿时或排尿结束时的晕厥称为排尿性晕厥。本病的发生率据国外某组510例晕厥病例中仅有17例，国内有一篇报道本病占该院同期发生晕厥病例的14.7%。由于男、女性的尿道长短不同，尿道口外括约肌的结构各异，故本病绝大多数见于男性病人。起病多在20~30岁，偶见于老年人。发病最常在病人午夜醒来小便时，清晨或午睡起床小便也可发生。晕厥前多无不适，或仅有极短暂的头晕、眼花、下肢发软等感觉。病人突然晕倒，意识丧失，持续约1~2min后自行苏醒，醒后多无后遗症。个别病人在晕厥时伴有四肢短时间的抽搐。某些病人发作时可有外伤。晕厥可有复发。

由于晕厥是在排尿时发生，一般诊断不难。如未能获得此种病史或对此病注意不够，可误诊为其他原因所致的晕厥或神经官能症。至于本病发生的机制，可能为综合性。病人本身的自主神经不稳定、夜间迷走神经张力增高、体位骤然转变、排尿时的屏气动作。或者附加其他疾病等因素，导致晕厥的发生。也有认为是通过迷走神经反射，心输出量骤减，血压下降，发生脑血流动力学危象，脑供血不足，致引起晕厥。

（八）咳嗽性晕厥

病人在剧烈咳嗽后突然意识丧失，数秒至数分钟自行恢复是本病的特征。少数病人在晕厥前有头晕、眼花、面色苍白或出汗等

短暂的前驱症状，晕厥过后多无不适。部分病人既往有同样发作史。根据上述的特征，本病不难与癫痫小发作或血管抑制性晕厥鉴别。

本病的发病机制还未十分明了。一般认为可能是剧咳时胸腔内压增加，妨碍静脉回流，使心脏输出量减少，导致脑缺血而发生晕厥。也有人通过实验和观察，提出此种晕厥可能是咳嗽时脑脊液压力迅速升高，对大脑产生一种震荡样作用所致。

三、心源性晕厥

心源性晕厥是由心脏病时心脏输出量减少或心脏停搏，导致脑组织缺血而发生。其原因可由于严重心律失常、心脏排血受阻、心肌缺血等所致。心源性晕厥的严重者称为阿 - 斯 (Adams-Stokes) 综合征，主要临床表现是因心脏停搏、心室纤颤或扑动，导致急性脑缺血而产生晕厥和抽搐发作，病情凶险。一般心搏停止 5 ~ 10s 便引起晕厥，停搏 15s 以上便发生晕厥和抽搐。在晕厥前期可无不适，或有数秒钟的头晕、眼花、胃部不适感，晕厥可在任何体位发生。持续时间取决于心收缩不全的时间，通常为数秒至数分钟，可伴有癫痫样抽搐，偶有大小便失禁。阿 - 斯综合征首先须与癫痫大发作鉴别。后者在发作时心搏与脉搏均存在，既往可有癫痫发作史，而前者在发作时心搏与脉搏均消失，可证明有心脏病存在，诊断可根据心电图检查。

(一) 阵发性心动过速、阵发性心房纤颤

突然发作的高度心动过速，尤以阵发性心动过速与阵发性心房颤动多见，有时可因脑缺血而引起晕厥。某些病人在晕厥之前可有短暂的前驱症状，如发生不规则的心跳、眼花、头晕、出汗、恶心或呕吐等。意识丧失的时间通常短暂。

(二) 病态窦房结综合征

本综合征病因复杂，主要由于冠心病、心肌病、心肌炎等引起窦房结供血不足所致。可出现眩晕与晕厥发作。心率常慢于 50/

min。临床上如病人重度窦性心动过缓或有慢室率的慢性心房颤动，或与药物无关的窦房阻滞等，均提示本综合征的诊断。如无禁忌证，静脉注射阿托品1~2mg，心率不增加或稍增加（90/min以下），说明窦房结功能不足。

（三）高度房室传导阻滞

二度型（莫氏型）与三度房室传导阻滞由于心率过慢，可发生阿-斯综合征。

（四）特发性Q—T间期延长综合征

特发性Q—T间期延长综合征（LOTS）是一种相对少见而与遗传因素有关的疾病。LOTS几乎都发生于交感神经高度紧张之时。临床表现为眩晕、晕厥、甚至猝死。本综合征的诊断可根据：

（1）主要条件：Q—Tc > 0.44s；精神创伤或体力劳累诱发晕厥；有家族史。

（2）次要条件：先天性耳聋；发作性T波改变；心率缓慢（儿童）；异常的心室复极化。

患者有两项主要条件，或一项主要条件加二项次要条件可诊断为本综合征。

由于本综合征临床表现与癫痫有相似之处，应避免误诊。本综合征发病隐匿而凶险，有报道21%患者可在第一次晕厥发生后1年内死亡。

（五）主动脉瓣狭窄

约有10%的主动脉瓣狭窄的病人由于左心室输出量少，发脑缺血导致晕厥，几乎所有病人在晕厥发作前均有用力史（所谓用力晕厥）。部分病人表现短暂的前驱症状如头晕、眼花、出汗、或有短促呼吸和心绞痛。

（六）先天性心脏病某些类型

先天性心脏病合并右至左分流者，晕厥并不经常发生，其中以法洛（Fallot）三联症引起晕厥者较为多见。多在运动或体力活动