

304 心血管

1、稽留热是指体温恒定 39-40℃，达数天或数周，24h 内波动范围不超过 1℃.见于大叶性肺炎、斑疹伤寒。

间歇热是指体温骤然升高达高峰后持续数小时，又迅速降至正常见于疟疾、急性肾盂肾炎，胆道感染。

波状热体温逐渐上升达 39℃或以上，数天后又逐渐下降至正常水平，持续数天后又逐渐升高，如此反复多次。常见于布氏杆菌病。

回归热体温急剧上升至 39° C 或以上，持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。可见于霍奇金病等。

不规则热发热的体温曲线无一定规律，可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

2、金属音咳嗽，常见因纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌直接压迫气管所致。铁锈色痰常见于肺炎球菌肺炎

砖红色胶冻样痰提示克雷伯杆菌肺炎

粉红色泡沫痰提示左心衰竭

黄绿色或翠绿色提示铜绿假单胞菌感染

3、呼吸缓慢而深多见于代谢性酸中毒、尿毒症、糖尿病酮症、乳酸酸中毒

呼吸深快见于剧烈运动、情绪激动、Kussmaul 呼吸(代谢性酸中毒)

正常人呼吸运动的频率和节律正常 16~18 次/分

呼吸过速指呼吸频率超过 20 次/分。见于发热、疼痛、贫血、甲状腺功能亢进及心力衰竭等。

呼吸过缓:<12 次/分，见呼吸中枢抑制及颅内压增高等

抑制性呼吸见于急性胸膜炎、胸部肿瘤，肋骨骨质。老年人深睡时亦可出现潮式呼吸。

潮式呼吸是由浅慢逐渐变为深快，再由深快转为浅慢，随后暂停，再重新开始。

4、心尖搏动向左下移位：由于左心室增大，如主动脉瓣关闭不全

心尖搏动向左移位：由于右心室增大，如二尖瓣狭窄

左右心室均增大时，心尖搏动也向左下移位，但心浊音界向两侧扩大

二尖瓣特征性杂音是心尖区舒张中晚期隆隆样递增型杂音

Graham-Stell 杂音即在二尖瓣狭窄时，当肺动脉扩张引起相对性肺动脉瓣关闭不全在胸骨左缘第 2 肋间闻及舒张早期叹气样杂音

二尖瓣狭窄的症状是劳力性呼吸困难，端坐呼吸、阵发性夜间呼吸困难

二尖瓣关闭不全杂音是心尖部收缩期吹风样杂音，向左腋下或左肩胛下角传导，后叶损害为主

主动脉瓣狭窄典型三联征是呼吸困难、心绞痛、晕厥。主动脉瓣狭窄杂音是胸骨右缘 2 肋间闻及收缩期粗糙喷射性杂音，呈递增递减型，向颈部传导

主动脉瓣关闭不全时在胸骨左缘第 3 肋间可闻及叹气样、递减型舒张期杂音，向胸骨左下方和心尖区传导，以坐位前倾最易听清。

Austin-Flint 杂音即主动脉瓣关闭不全时形成相对性二尖瓣狭窄，此时在心尖区可闻及舒张中晚期隆隆样杂音

5、高血压病 恶性高血压：a、起病急骤，多见于中青年 b、血压显著升高，舒张压 \geq 130mmHg C、颅高压：头痛、视力模糊、眼底出血渗出、视乳头水肿 d、肾损害：突出表现，表现为急剧肾功能衰竭 5e、进展迅速，常死于肾功衰

高血压的治疗：1、一般治疗：减轻体重 BMI<24kg/m² 减少钠盐摄入 每天食盐量<6g 补充钙和钾盐 牛奶 500ml，钾 1000mg，钙 400mg。每日新鲜蔬菜 400-500g 减少脂肪摄入 脂肪量应控制在总热量 25%一下戒烟限酒 饮酒量每日不超过 50g 血压控制目标：

一般患者<140/90，合并心衰，糖尿病，冠心病，慢性肾病<130/80 老年收缩期高血压控制在<150，如能耐受<140。

6、慢性心力衰竭 1、临床表现：呼吸困难，乏力，体液潴留。2、诊断：根据患者有冠心病、高血压等基础心血管病的病史，有休息或运动时出现呼吸困难、乏力、下肢水肿的临床症状，有心动过速、呼吸急促、肺部罗音、胸腔积液、颈静脉压力增高、外周水肿、肝脏肿大的体征，有心腔扩大、第三心音、心脏杂音、超声心动图异常、利钠肽（BNP/NT-proBNP）水平升高等心脏结构或功能异常的客观证据，有收缩性心力衰竭或舒张性心力衰竭的特征，可作出诊断。3 鉴别诊断：与支气管哮喘，心包积液、缩窄性心包炎，肝硬化腹水伴下肢水肿相鉴别。治疗方法：1) 般治疗 2) 药物治疗 3) 非药物治疗。

7、急性心力衰竭 1、临床表现：突发严重的呼吸困难、强迫坐位、喘息不止、大汗、烦躁不安，同时伴有频繁咳嗽，咳粉红色泡沫状痰。极重者可因脑缺氧而致神志模糊。2、诊断：典型症状与体征，一般可作出诊断。3、抢救措施：1) 体位：半卧位或者端坐位，两腿自然下垂，这样能够减少静脉回流。2) 吸氧 高流量鼻管给氧。3) 救治准备 4) 镇静 5) 快速利尿 6) 氨茶碱 7 洋地黄类药物。

8、心律失常 1. 心律失常总的治疗原则：没有症状不治疗，血压正常用药，血压低用电击，看到偶发必观察。2. 抗心失药物分类：1 类：（阻断钠通道）1A 奎尼丁 1B 利多卡因 1C 普罗帕酮。2 类（β 受体阻滞剂）洛尔。3 类（阻断钾通道）胺碘酮。4 类（钙通道阻滞剂）维拉帕米、地尔硫卓。

9、心梗 1 临表：1) 先兆症状：初发性、恶化性 2) 疼痛：濒死感，硝酸甘油不缓解，持续数小时。3) 心律失常：室早最常见；24 小时内最常见死亡原因-室颤；前壁-左冠脉-快速型；下壁-右冠脉-缓慢型 4) 如发生休克，说明心梗范围>40%。 2 辅助检查：1) 首选心电图：ST 段弓背向上抬高，病理性 Q 波，T 波倒置。有 Q 波型常见，大块心肌梗死，累及绝大部分心室肌。无 Q 波型少见，心内膜下或冠脉闭塞不完全 ST 段下移>0.1mv，T 波倒置。2) 心梗定位：前间 123，局前 345，前侧 567，广前 1-5，下间 123，下侧 567 正后有 78，高侧 L 了。3) 心梗确诊：金标准：心肌酶：肌钙蛋白特异性最高

心肌酶	出现时间	高峰时间	持续时间
肌钙蛋白 I	3-4h	11-24h	7-10d
肌钙蛋白 T	3-4h	24-48h	10-14d
CK-MB	4h	16-24h	3-4d
肌红蛋白	1-2h	12h	1-2d

3 并发症：1) 乳头肌功能失调或断裂：最常见，2) 心脏破裂：好发梗死后一周内，好发部位：左室游离壁。3) 栓塞：脑多见 4) 室壁瘤：好发左室，5) 心肌梗死后综合征：4 治疗 1) 急性心梗，绝对卧床休息 12h，如无并发症，24h 鼓励患者床上活动，如果没有低血压，第三天可以下床活动。2) 解除疼痛：吗啡 5-10mg；杜冷丁 50-100mg 3) 最重要治疗措施是心肌再灌注：介入：90 分钟内可以介入，心梗合并心源性休克首选主动脉内球囊反搏术；溶栓：30 分钟开始溶栓，时间窗 12 小时，最佳时间 6 小时内。适应症：ST 段抬高性心梗，起病<12h，年龄<75 岁。禁忌症：出血、主狭、高血压、大手术。药物：尿激酶、链激酶、γ-t-PA。

阿司匹林作用机制是通过抑制环氧化酶和血栓烷 A2 的合成达到抗血小板聚集的作用

氯吡格雷通过抑制血小板二磷酸腺苷受体而阻断 ADP，减少血小板激活和聚集

心力衰竭的 NYHA 分级; I 级：平时活动无症状 II 级：平时活动有症状 III 级：小于平时是活动有症状 IV 级：休息时有症状

Killip 分级： I 级无明显心衰，无肺部啰音 II 级肺部啰音，小于 50%肺野

III 级：肺部啰音，大于 50%肺野 IV 级：有心源性休克

心梗后坏死组织 1-2 周后开始吸收并逐渐纤维化，在 6-8 周形成瘢痕愈合。

溶栓治疗的适应症是：a、两个以上相邻导联 ST 段抬高，起病<12h，患者年龄<75 岁

b、ST 段显著抬高的心梗，年龄>75 岁。c、ST 段抬高性心梗，发病时间已达 12-24h，但仍有进行性缺血性胸痛，或广泛 ST 段抬高心梗

10、利尿剂包括袢利尿剂（呋塞米）作用最强、噻嗪类利尿剂（氢氯噻嗪）、保钾利尿剂（螺内酯、氨苯喋啶、阿米洛利）

噻嗪类利尿剂可引起高尿酸、低钾、高血糖、高血脂、降低肾小球滤过率。

慢性心衰使用 B 受体阻滞剂能改善心肌顺应性，改善预后，降低死亡率和住院率。应从小剂量开始使用。但是不能用于急性心衰。

ACEI 可改善心肌重塑，降低远期死亡率。但是禁用于低血压，血肌酐>265umol/L，血钾>5.5mmol/L，双侧肾动脉狭窄，妊娠。

洋地黄类的毒性反应最早出现的胃肠道反应是食欲减退

洋地黄中毒的表现最常见是室性期前收缩，多为二联律。快速房性心律失常又伴有传导阻滞是洋地黄中毒的特征性表现。

洋地黄中毒处理，立即停药。对快速心律失常，血钾低者，立即补钾，血钾正常给予利多卡因或苯妥英钠。严禁电复律，因可导致室颤如有传导阻滞及缓慢心律失常可用阿托品。

11、心律失常：

房性期前收缩心电图特点：P 波提前发生，与窦性 P 波不同，

QRS 波群形态多正常，其后代偿间歇不完全。

室上性心动过速心电图特点：P 波看不到，频率 150-250 次/分，

心律绝对规则 QRS 波形态正常。突发突止是其特征。药物治疗

首选腺苷，无效者用 CCB。伴有心功能不全者可选用洋地黄药物

室性心动过速心电图特点：QRS 波连续出现≥3 个，心室率 100-

250 次/分，心室律规则或不规则。心室夺获，室性融合波为其

特征。终止发作首选利多卡因。

终止房扑最好的方法是直流电复律

心房颤动心电图特点：无 P 波，f 波出现。QRS 多正常，心房率 350-

600 次/分，心室率 100-160 次/分，心律绝对不整齐。房颤患者口服华法林抗凝要求血 INR 控制在 2.0~3.0。

孤立性房颤：发生在无心脏病的中青年

首诊房颤：首次确诊的房颤，阵发性房颤：能自行终止，发病≤7 天

持续性房颤：只能通过药物终止，发病>7 天，长期持续性房颤：发病≥1 年

永久性房颤：已经无法转为窦律，发病>1 年

2 度 1 型阻滞心电图特点：P-R 进行性延长直至 QRS 脱落，QRS 正常

II 度 II 型阻滞心电图特点：P-R 恒定，部分 P 波后无 QRS。房室 2: 1

二尖瓣狭窄 1 呼吸困难、咯血、咳嗽、心衰、二尖瓣面容等 体征：双颧发红，唇绀。2

心电图：双峰 P，P 波消失-合并房颤；3、X 线检查：：梨形心，双房影 4、并发症：最常见

的是房颤；最危险的是脑栓塞；最致命的是右心衰。5、治疗：人工瓣膜置换术；有开瓣音-首选经皮球囊二尖瓣扩张术

二尖瓣关闭不全 1、临床表现乏力、心悸、胸痛、劳力性呼吸困难。2、X 线检查 急性者

心影正常或左房轻度增大不明显。慢性者可见左房、左室扩大，肺淤血，间质肺水肿征。可见二尖瓣环和瓣膜钙化。3、确诊：多普勒，次选 UCG。4、治疗：人工瓣膜置换术。

主动脉瓣狭窄 1、临床表现呼吸困难、心绞痛、晕厥-主动脉狭窄三联征 2、X 线：心影正常或左心室轻度增大，左心房可能轻度增大，升主动脉根部常见狭窄后扩张。在侧位透视

下可见主动脉瓣钙化。晚期可有肺淤血征象。3、心电图检查重度狭窄者有左心室肥厚伴 ST-T 继发性改变和左心房大。可有房室阻滞、室内阻滞（左束支阻滞或左前分支阻滞）、心房颤动或室性心律失常。4、并发症：心律失常，心脏性猝死，感染性心内膜炎，充血性心力衰竭。5、治疗：1) 轻度狭窄无症状，无需治疗，但需要定期复查如一旦出现晕厥、心绞痛、左心功能不全等症状考虑重度狭窄，内科治疗效果不明显，需要介入或手术治疗。2) 主动脉瓣膜成形术：主要适应证为①儿童和青年的先天性主动脉狭窄；②严重主动脉狭窄的心源性休克不能耐受手术者；③重度狭窄危及生命，而因心力衰竭手术风险大的过渡治疗措施；④严重主动脉瓣狭窄的妊娠妇女；⑤严重主动脉瓣狭窄拒绝手术者。3) 瓣膜置换治疗主要适应证为①有晕厥或心绞痛病史者；②心电图示左心室肥厚；③心功能 III-IV 级；④左心室-主动脉间压力阶差 $>6.65\text{kPa}$ (50mmHg)。

主动脉瓣狭窄 1 临表：2 治疗：绝对禁用血管扩张剂-直立性低血压、休克；最佳治疗方法：瓣膜置换术。适应症：1) 重度狭窄 2) 出现三联征中任意一个 3) 与病程长短和瓣膜是否钙化无关

主动脉瓣关闭不全 1、临床表现心悸、气短、呼吸困难、胸痛、晕厥、易疲乏。2、X 线：左心室明显增大，升主动脉和主动脉结扩张，呈“主动脉型心脏”。3、心电图：急性者常见窦速和非特异性 ST-T 改变。慢性者常见左心室肥厚劳损。4、并发症：感染性心内膜炎，充血性心力衰竭等。5、治疗：由心脏的代偿功能，主动脉瓣关闭不全的患者可以许多年没有症状，当患者出现心脏功能不全的症状时应积极手术治疗。

心肌疾病 分类：心肌病主要包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病、限制型心肌病、酒精性心肌病、心律失常型心肌病等，其中以扩张型心肌病和肥厚型心肌病较为常见。

心肌病：肥厚型心肌病是左室非对称性肥厚尤其室间隔肥厚为主，无心腔扩大。主要症状是呼吸困难、心律失常（房颤最常见）、晕厥。在胸骨 3-4 肋间可闻及粗糙的喷射性收缩期杂音，伴有特征性 Q 波，超声心动图是最主要的诊断手段，治疗首选 B 受体阻滞剂，其次钙拮抗剂。肥厚型心肌病心电图表现：

a、左心室肥厚 b、ST-T 改变，出现巨大倒置 T 波 c、异常 Q 波，I、avL、II、III、avF、V5、V6 等出现深而不宽的 Q 波，反映不对称性室间隔肥厚

肥厚型心肌病治疗 a、避免劳累、激动、突然用力减少猝死发生

b、避免应用增强心肌收缩力和减少心脏容量负荷的药物如洋地黄、硝酸酯制剂。

c、治疗目标为解除症状和控制心律失常

扩张型心肌病 1、以充血性心力衰竭为主，其中气短和水肿最为常见 2、X 线：心脏扩大为突出表现，以左心室扩大为主，伴以右心室扩大，也可有左心房及右心房扩大。3、心电图：不同程度的房室传导阻滞，右束支传导阻滞常见。超声心动图：左心室明显扩大，左心室流出道扩张，室间隔及左室后壁搏动幅度减弱。4、治疗措施：a 限制体力活动，低盐、低脂饮食，消除或减轻病毒感染、高血压、糖尿病、饮酒等可使病情恶化的因素。b 适当应用心肌营养药物，如辅酶 Q10、维生素 C、维生素 B1、二磷酸果糖等。根据不同类型心律失常进行有针对性的治疗。c 心力衰竭治疗：常规治疗方法（如强心、利尿、血管扩张剂等）可予使用，但应特别注意强心药地高辛用量要偏小，并需密切观察。

病毒性心肌炎：最常见病毒：柯萨奇病毒 B 组临表：1) 前驱症状：发病前 1-3 周多有上感病史，最常见心肺症状如心悸、胸痛、呼吸困难。2) AS 综合征：与发热程度不平行的心动过速 3) 青少年多见 4) 严重可有病理性 Q 波、心肌酶增高。3、诊断：1) 发病前有肠道感染或呼吸道感染病史 2) 心脏损害的临床表现 3) 心肌损伤标志物阳性、其他辅助检查显示心肌损伤、病原学检查阳性等，应考虑病毒性心肌炎的临床诊断。4 治疗无特异性治疗，治疗主要针对病毒感染和心肌炎症。