

心血管内科主治医师考试：《答疑周刊》2022 年第 2 期

问题索引：

- 一、【问题】慢性心力衰竭的治疗。
- 二、【问题】急性心力衰竭的病因和病理生理。
- 三、【问题】急性心力衰竭的临床表现。
- 四、【问题】急性心力衰竭的诊断与鉴别诊断。

具体解答：

- 一、【问题】慢性心力衰竭的治疗。

【解答】

治疗目标：防止和延缓心衰的发生；缓解临床症状，提高生活质量；改善长期预后，降低病死率与住院率。

治疗原则：采取综合治疗措施，包括对各种可致心功能受损的疾病如冠心病、高血压、糖尿病的早期管理，调节心力衰竭的代偿机制，减少其负面效应，如拮抗神经体液因子的过度激活，阻止或延缓心室重塑的进展。

1. 病因治疗

- (1) 病因治疗：在尚未造成心脏器质性改变前即应早期进行有效的治疗。
- (2) 消除诱因：常见的诱因为感染，特别是呼吸道感染，应积极选用适当的抗感染治疗。心律失常特别是心房颤动也是诱发心力衰竭的常见原因，对心室率很快的心房颤动应尽快控制心室率。潜在的甲状腺功能亢进、贫血等也可能是心力衰竭加重的原因，应注意检查并予以纠正。

2. 一般治疗

- (1) 休息：控制体力活动，避免精神刺激，降低心脏的负荷，有利于心功能的恢复。心功能改善后应积极心脏康复。
- (2) 控制钠盐摄入，控制液体入量。

3. 药物治疗

- (1) 利尿剂的应用：对慢性心衰患者原则上利尿剂应长期维持，水肿消失后，应以最小剂量维持使用。但是不能将利尿剂作单一治疗。常用的利尿剂有：
袢利尿剂：以呋塞米为代表。低血钾是这类利尿剂的主要副作用，必须注意补钾。
噻嗪类利尿剂：以氢氯噻嗪为代表。

保钾利尿剂：①螺内酯；②氨苯蝶啶。可能产生高钾血症。一般与排钾利尿剂联合应用时，发生高血钾的可能性较小。

电解质紊乱是长期使用利尿剂最容易出现的副作用。血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂等有较强的保钾作用。

(2) RAAS 抑制剂

1) 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI)：改善心衰的血流动力学、减轻淤血症状、降低心衰患者代偿性神经-体液的不利影响，改善心肌重塑，以达到维护心肌的功能，延迟充血性心力衰竭的进展，降低远期死亡率的目的。从心功能尚处于代偿期而无明显症状时，即开始给予 ACEI 的干预治疗是心力衰竭治疗方面的重要进展。

2) 血管紧张素受体拮抗剂 (ARB)：当心衰患者因服用 ACEI 引起的干咳不能耐受者可改用 ARB。

3) 醛固酮受体拮抗剂的应用：对抑制心血管的重构、改善慢性心力衰竭的远期预后有很好的作用。

(3) β 受体拮抗剂：心力衰竭患者长期应用 β 受体拮抗剂能减轻症状、改善预后、降低死亡率和住院率。心衰情况稳定已无体液潴留后，首先从小量开始，对于有液体潴留的患者应与利尿剂同时使用。逐渐增加剂量，适量长期维持。

(4) 正性肌力药

1) 洋地黄类药物

药理作用：洋地黄是治疗心力衰竭传统性药物，其作用有：①正性肌力作用，②电生理作用，③拮抗迷走神经兴奋作用。

适应证：任何有症状的心力衰竭患者 (NYHA II ~ IV 级)，心力衰竭伴心房颤动 (尤其是快心室率的心房颤动) 疗效更好。

洋地黄中毒的表现：最重要的反应是各类心律失常，最常见者为室性期前收缩，多表现为二联律，非阵发性交界区心动过速，房性期前收缩，心房颤动及房室传导阻滞。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。

洋地黄中毒的处理：发生洋地黄中毒后应立即停药。单发性室性期前收缩、一度房室传导阻滞等停药后常自行消失；对快速性心律失常者，如血钾浓度低则可用静脉补钾，如血钾不低 可用利多卡因或苯妥英钠。电复律一般禁用，因易致心

室颤动。有传导阻滞及缓慢性心律失常者可用阿托品皮下或静脉注射，一般不需安置临时心脏起搏器。

2) 非洋地黄类正性肌力药：①多巴胺和多巴酚丁胺：只能短期静脉应用，在慢性心衰加重时，起到帮助患者渡过难关的作用。②磷酸二酯酶抑制剂：常用制剂为米力农，短期应用对改善心衰症状的效果是肯定的，其死亡率较不用者更高。

(5) 扩血管药物：仅在伴有心绞痛或高血压的患者可考虑联合应用，对存在流出道狭窄或瓣膜狭窄的患者应禁用。

4. 顽固性心力衰竭

1) 强效利尿剂和血管扩张制剂及正性肌力药物联合应用。

2) 血液滤过或超滤。

3) 心脏再同步化治疗：对已接受最佳药物治疗仍有持续存在心衰症状、LVEF \leq 35%、心功能 NYHA 分级 III~IV 级、窦性心律时 (QRS 间期 $>$ 120 毫秒) 的患者可实施心脏再同步化治疗 (CRT)，安置三腔心脏起搏器使左、右心室恢复同步收缩，可在短期内改善症状。

4) 心脏移植：对不可逆慢性心衰患者大多是病因无法纠正的，心肌情况已至终末状态不可逆转。其唯一的出路是心脏移植，有效延长寿命。

5. 舒张性心力衰竭的治疗

1) β 受体拮抗剂：改善心肌顺应性使心室容量-压力曲线下移，表明舒张功能改善。

2) 钙通道阻滞剂：降低心肌细胞内钙浓度，改善心肌主动舒张功能，主要用于肥厚型心肌病。

3) ACEI：有效控制高血压，从长远来看改善心肌及小血管重构，有利于改善舒张功能，最适用于高血压心脏病及冠心病。

4) 尽量维持窦性心律，保持房室顺序传导，保证心室舒张期充分的容量。

5) 对肺淤血症状较明显者，可适量应用静脉扩张剂 (硝酸盐制剂) 或利尿剂降低前负荷，但不宜过度，因过分的减少前负荷可使心排量下降。在无收缩功能障碍的情况下，禁用正性肌力药物。【医学教育网原创】

二、【问题】急性心力衰竭的病因和病理生理。

【解答】

(一) 病因

1. 急性心肌梗死（尤其为广泛前壁心肌梗死）、乳头肌缺血或断裂、室间隔破裂穿孔。
2. 急性重症心肌炎。
3. 感染性心内膜炎致瓣膜穿孔、腱索断裂致急性二尖瓣反流。
4. 原有心脏病的基础上出现持续性快速心律失常。
5. 急性容量负荷过多（输液过多过快）。
6. 高血压血压急剧增高等。

(二) 病理生理

见慢性心力衰竭。

三、【问题】急性心力衰竭的临床表现。

【解答】

突发严重呼吸困难，呼吸频率达每分钟 30~40 次，强迫坐位、面色灰白、发绀、大汗、烦躁，同时频繁咳嗽，咳粉红色泡沫状痰。极重者神志模糊。发病开始有一过性血压升高，病情如不缓解，血压可持续下降直至休克。听诊两肺满布湿啰音和哮鸣音，心尖部第一心音减弱，频率快，可闻及舒张期奔马律，肺动脉瓣第二心音亢进。

四、【问题】急性心力衰竭的诊断与鉴别诊断。

【解答】

根据典型症状与体征，一般不难作出诊断。与肺水肿并存的心源性休克与其他原因所致休克也不难鉴别。疑似患者可行 BNP 或 NT-proBNP 检验，阴性者几乎可排除急性心力衰竭的诊断。【医学教育网原创】

心血管内科主治医师考试：《答疑周刊》2022 年第 2 期（word 版下载）

【医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任】