

心血管内科主治医师考试：《答疑周刊》2022 年第 12 期

问题索引：

一、【问题】稳定型心绞痛实验室和其他检查。

二、【问题】稳定型心绞痛诊断和鉴别诊断。

三、【问题】稳定型心绞痛治疗。

具体解答：

一、【问题】稳定型心绞痛实验室和其他检查。

【解答】

（一）心脏 X 线检查

X 线检查可无异常，如已伴缺血性心肌病可见心影增大、肺充血等。

（二）心电图检查

心电图是发现心肌缺血、诊断心绞痛最常用的检查方法。

1. 静息时 约半数在正常范围，也可有陈旧性心肌梗死的改变或非特异性 ST 段和 T 波异常，有时出现房室或束支传导阻滞或室性、房性期前收缩等心律失常。

2. 心绞痛发作时 绝大多数可出现暂时性心肌缺血引起的 ST 段移位。

3. 心电图负荷试验 最常用的是运动负荷试验。本试验有一定比例的假阳性和假阴性，单纯运动心电图阳性或阴性结果不能作为诊断或排除冠心病的依据。

4. 心电图连续动态监测 可从中发现心电图 ST-T 改变和各种心律失常，出现时间可与患者活动和症状相对照。胸痛发作时相应时间的缺血性 ST-T 改变有助于确定心绞痛的诊断。【医学教育网原创】

（三）放射性核素检查

1. 核素心肌显像及负荷试验 静息时铊显像示灌注缺损主要见于心肌梗死后瘢痕部位。在冠状动脉供血不足时，则明显的灌注缺损仅见于运动后心肌缺血区。

2. 放射性核素心腔造影 测左心室射血分数，显示心肌缺血区室壁局部运动障碍。

3. 正电子发射断层心肌显像（PET） 可判断心肌血流灌注、了解心肌代谢情况。

（四）多层螺旋 CT 冠状动脉成像（CTA）

CTA 用于判断冠脉狭窄程度和管壁钙化情况。

（五）冠状动脉造影

目前冠状动脉造影是诊断冠心病较准确的方法。选择性冠脉造影是用特制的心导管经股动脉、肱动脉或桡动脉送到主动脉根部，分别插入左、右冠状动脉口，注射器注入少量含碘造影剂。冠脉狭窄根据直径变窄百分率分为四级：① I 级：25%~49%；② II 级：50%~74%；③ III 级：75%~99%（严重狭窄）；④ IV 级：100%（完全闭塞）。一般认为，管腔直径减少 70%~75%以上会严重影响血供，50%~70%者也有一定意义。

（六）其他检查

二维超声心动图、心肌超声造影、冠状动脉内超声显像、冠脉内光学相干断层显像以及冠脉血流储备分数测定（FFR）等。【医学教育网原创】

二、【问题】稳定型心绞痛诊断和鉴别诊断。

【解答】

（一）诊断

根据典型心绞痛的发作特点，结合年龄和存在冠心病危险因素，一般即可建立诊断。发作时心电图检查可见 ST 段压低，T 波平坦或倒置，发作过后数分钟内逐渐恢复支持诊断。心电图无改变的患者可考虑作心电图负荷试验。冠脉 CTA 有助于无创性评价冠脉狭窄程度及管壁病变性质和分布，冠脉造影可以明确冠脉病变的严重程度，有助于诊断和决定进一步治疗。

（二）鉴别诊断

1. 急性心肌梗死 疼痛部位与心绞痛相仿，性质更剧烈，持续时间更长。有典型心肌梗死心电图表现，伴有动态演变，心肌坏死标记物明显增高。
2. 其他疾病引起的心绞痛 包括严重的主动脉瓣狭窄或关闭不全、风湿性冠状动脉炎、梅毒性主动脉炎引起冠状动脉口狭窄或闭塞、肥厚型心肌病、急性心包炎等，可据原发病鉴别。
3. 肋间神经痛 疼痛常累及 1~2 个肋间，为持续性刺痛或灼痛，随咳嗽、用力、呼吸身体转动加剧，沿神经处压痛。
4. 心脏神经症 多见更年期女性，发生于劳力后，为左乳房下、心尖部附近短暂刺痛或持续隐痛，疼痛部位常变动。
5. 不典型疼痛 还需与食管病变、肠病、消化性溃疡、胆管及胆囊病变、颈椎病、带状疱疹等鉴别。

三、【问题】稳定型心绞痛治疗。

【解答】

治疗原则是改善冠状动脉的血供和降低心肌的耗氧，同时预防心肌梗死和死亡。

（一）发作时的治疗

1. 休息 发作时立刻休息，症状即可逐渐消失。

2. 药物治疗 较重的发作，可使用作用较快的硝酸酯制剂。

（1）硝酸甘油：可用 0.3~0.6mg，置于舌下含化，迅速为唾液所溶解而吸收，1~2 分钟即开始起作用，约半小时后作用消失。

（2）硝酸异山梨酯：可用 5~10mg，舌下含化，2~5 分钟见效，作用维持 2~3 小时。还有供喷雾吸入用的制剂。

在应用上述药物的同时，可考虑用镇静药。

（二）缓解期的治疗

1. 生活方式的调整 宜尽量避免各种确知足以诱致发作的因素。调节饮食，戒烟限酒。调整日常生活与工作量；减轻精神负担；保持适当的体力活动。

2. 药物治疗 改善缺血、减轻症状的药物。

（1） β 受体拮抗剂：阻断拟交感胺类对心率和心收缩力受体的刺激作用，减慢心率、降低血压，减低心肌收缩力和氧耗量，还减低运动时血流动力的反应，使在同一运动量水平上心肌氧耗量减少；使不缺血的心肌区小动脉（阻力血管）缩小，从而使更多的血液通过极度扩张的侧支循环（输送血管）流入缺血区。使用本药要注意：①本药与硝酸酯类合用有协同作用；②停用本药时应逐步减量，如突然停用有诱发心肌梗死的可能；③低血压、支气管哮喘以及心动过缓、二度或以上房室传导阻滞者不宜应用。

（2）硝酸酯制剂：为内皮依赖性血管扩张剂，能减少心肌需氧和改善心肌灌注，从而减低心绞痛发作的频率和程度，增加运动耐量。

（3）钙通道阻滞剂：抑制心肌收缩，减少心肌氧耗；扩张周围血管，降低动脉压，减轻心脏负荷；改善心肌的微循环。更适用于同时有高血压的患者。

（4）曲美他嗪：通过抑制脂肪酸氧化和增加葡萄糖代谢，改善心肌氧的供需平衡而治疗心肌缺血。

预防心肌梗死，改善预后的药物有：

(1)阿司匹林：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，所有患者只要没有药物禁忌证都应服用。

(2) 氯吡格雷：通过选择性不可逆的抑制血小板二磷酸腺苷受体而阻断 ADP 依赖激活的血小板糖蛋白 II b/IIIa 复合物，有效地减少 ADP 介导的血小板激活和聚集。不能耐受阿司匹林的患者可用氯吡格雷替代治疗。

(3) β 受体阻滞剂：长期服用可显著降低死亡等心血管事件。

(4) 他汀类药物：有效降低 TC、LDL-C，还有延缓斑块进展、稳定斑块和抗炎等调脂以外的作用。

(5) ACEI 或 ARB：可以使冠心病患者的心血管死亡、非致死性心肌梗死等主要终点事件的相对危险性显著降低。

3. 血管重建治疗

(1) 经皮冠状动脉介入治疗：随着技术的进步，介入治疗效果不断提高，不仅可以改善生活质量，而且可以明显降低高危患者的心肌梗死的发生率和死亡率。

(2) 冠状动脉旁路移植术。

(3) 心脏康复：运动锻炼疗法，谨慎安排进度适宜的运动锻炼有助于促进侧支循环的形成，提高体力活动的耐受量而改善症状。【医学教育网原创】