

周围血管征_全身_症状库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E5_91_A8_E5_9B_B4_E8_A1_80_E7_c22_608833.htm 周围血管征概述：所谓周围血管征指的是在某些疾病条件下检查周围血管时所发现的血管搏动或波形的改变临床上常见的周围血管征有以下几种表现形式：1毛细血管搏动征（capillary pulsation syndrome）用手指轻压患者指床末端或以清洁的玻璃片轻压其口唇效膜如见到红白交替的节律性微血管搏动现象称为毛细血管搏动征2水冲脉（water hammer pulse）水冲脉也叫做陷落脉速脉或Corrigan脉检查时将患者手臂抬高过头并紧握其手掌腕面可感到患者动脉搏动骤起骤降急促有力称为水肿脉3交替脉（pulsus alternans）交替脉为一种节律正常而强弱交替出现的脉搏为心肌损害的一种表现4重搏脉（dicrotic pulse）正常脉波在其下降期中有一重复上升的脉波但较第一个波为低不能触及在某些病理情况下此波增高而可以触及称为重搏脉即一个收缩期可触及两个脉搏搏动5奇脉(paradoxical pulse)吸气时脉搏明显减弱甚至消失的现象称为奇脉不明显的奇脉只有在听诊血压时方可发现即原来听到的脉搏声在吸气时减弱或消失或收缩压在吸气期较呼气期降低1.33 kPa以上6洪脉（bounding pulse）洪脉是指形态正常而振幅大的脉搏触诊血管时可发现脉搏强而大7细脉（small pulse）细脉指形态正常而振幅小的脉搏与洪脉恰恰相反触诊时脉搏弱而小也称做丝脉（thready Pulse）8枪击音（pistol shot sound）正常时在颈动脉或锁骨下动脉可听到相当于第一心音与第二心音的两个声音而在其他动脉处听不到在病理情况下将听诊器的胸件

轻放在患者的脑动脉或股动脉处可听到“喀一喀一”的声音称为枪击音 9Duroziez 双重音 用听诊器的胸件放在患者的股动脉根部听到随心脏收缩出现的收缩声与回声的双重音称为Duroziez双重音周围血管征病因：病因分类 1主动脉瓣关闭不全 2动脉导管未闭 3主动脉瓣狭窄 4缩窄性心包炎与急性心包炎 5冠状动脉粥样硬化性心脏病 6高血压性心脏病 7梗阻型肥厚型心肌病 8甲状腺功能亢进症 9贫血 10发热 11休克 机理由于周围血管征有多种表现形式其发生机理也不尽相同导致周围血管征出现的最常见疾病为主动脉瓣关闭不全当主动脉瓣关闭不全时心脏代偿性地收缩增强以便在收缩期有足够的血液射入主动脉乃至全身小动脉使收缩压上升脉搏强而有力出现洪脉而在心脏舒张期时由于主动脉瓣关闭不全主动脉内大量血液反流入左心室使主动脉及小动脉毛细血管发生代偿性收缩因而动脉的收缩压与舒张压之差增大形成水冲脉枪击音Duroziez双重音及毛细血管搏动征等一系列周围血管征 当有休克主动脉瓣狭窄等一些疾病存在时心排血量下降可出现细脉系由于循环血量不足造成血管内血流量减少所致小交替脉的出现是心室收缩强弱交替的结果为心肌损害的一种表现见于严重的高血压性心脏病和冠状动脉粥样硬化性心脏病奇脉产生的机理较为复杂常见于心包炎时为心包填塞的一个重要体征正常情况下吸气时肺循环血量增加但由于体循环向右心的灌注亦相应增加因而肺循环向左心回流的血量无明显变化使得脉搏大小变化亦不明显 但在心包填塞时虽然吸气时肺循环血量增加可由于心室舒张受限体循环回心血量不能相应增加造成肺循环向左心回流的血量减少左心室射血量也因此减少使脉搏变弱甚至触不到即形成奇脉 动脉导管未闭主动脉瓣

关闭不全梗阻型肥厚型心肌病等疾病可出现重搏脉与周围血管紧张度下降产周阻力减低等多种因素有关周围血管征诊断：

一、病史 病史对于疾病的诊断非常重要详细询问病史有助于我们了解疾病的发展情况从而对病因作出一个粗略的估计并指导我们进一步检查确诊疾病周围血管征最常见于主动脉瓣关闭不全的患者这种患者往往多为风湿性心脏病既往有风湿热的病史起病年龄较轻常合并二尖瓣的病变先天性主动脉瓣关闭不全临床上较少见病人在婴幼儿时期即可发病梅毒性主动脉瓣关闭不全在我国曾一度绝迹但近年又有增多的趋势这类患者有冶游史；在询问病史时应认真仔细以免造成误诊 周围血管征少数情况下还见于动脉导管未闭甲状腺功能亢进征贫血及高血压性心脏病心包炎心肌解疾病这些疾病均有其相应的病史特点采集病史时应有的放矢心中有数针对疾病的特点以助于疾病的诊断

二、体格检查 在详细询问病史之后应进行体格检查以进一步帮助我们诊断疾病主动脉瓣关闭不全的患者在进行体格检查时可在主动脉瓣区听到舒张期叹气样杂音合并二尖瓣三尖瓣病变时可在相应部位听到杂音马凡综合征患者主动脉瓣关闭不全时除可听到主动脉瓣区杂音外这类患者查体时还可发现其身材高大细长指（趾）指较常人为长呈“蜘蛛指（趾）” 高血压性心脏病冠状动脉粥样硬化性心脏病及梗阻型肥厚型心肌病等心脏病患者出现周围血管征时常提示患者有心功能不全存在体格检查时除有血压增高心脏增大及心音低钝等表现外还可有颈静脉怒张双下肢水肿等心力衰竭的体征 主动脉狭窄动脉导管未闭的患者的杂音各有其特点查体时不难发现缩窄性心包炎患者查体时可发现心脏填塞的表现而甲状腺功能亢进症患者体格检查时可发现患者眼裂增宽

双目炯炯有神甲状腺增大及双手细微震颤等一系列特征表现据此不难作出诊断 总之在进行体格检查时要认真仔细按部就班地进行检查以免遗漏一些重要体征延误病情不利于疾病的诊断 三实验室检查 实验室检查可辅助诊断主动脉瓣关闭不全 主动脉瓣狭窄患者怀疑其为风湿性者可进行抗链球菌溶血素“O”血沉C反应蛋白等一系列检查；疑为梅毒性主动脉瓣关闭不全者可进行血清梅毒反应检查冠状动脉粥样硬化性心脏病及高血压性心脏病患者常有血脂增高的表现；甲状腺功能亢进症患者血清甲状腺素升高；贫血患者外周血红细胞计数血红蛋白均降低等均有助于进一步确诊疾病 四器械检查 经过上述的各项检查以后我们对疾病本身有了一个明确的诊断思路为进一步确定疾病的性质尤其对于一些经过上述检查后仍不十分明确的疾病我们就需要进行器械检查其中超声心动图对疾病的诊断价值非常大利用超声心动图不仅可对病因作出正确的判断 还可以了解疾病本身的严重程度有无并发症并指导我们的治疗因此在目前临床上超声心动图十分普遍的情况下合理应用此项检查对于诊断疾病很有必要 周围血管征鉴别诊断：一主动脉瓣关闭不全 主动脉瓣关闭不全是周围血管征最常见的病因绝大多数周围血管征均可见于本病因此临床上发现周围血管征的存在时应首先想到本病的可能导致主动脉瓣关闭不全的原因多种多样常见的有以下几种疾病：（一）风湿性主动脉瓣关闭不全 本病约占主动脉瓣关闭不全病因的2/3常同时合并二尖瓣病变多与主动脉瓣狭窄共存风湿性主动脉瓣关闭不全患者以男性多见其代偿期较长因而症状出现较晚轻者可无任何症状或仅有心悸头部强烈搏动感等症状重者及晚期患者常有劳累后气急夜间阵发性呼吸困难等左心功

能不全的表现主动脉瓣反流量大者由于舒张压显著降低导致冠状动脉灌注不足可引起心绞痛发作且含服硝酸甘油效果不佳本病常见的周围血管征包括随；乙脏搏动的点头征（De压器Musset）毛细血管搏动征水冲脉枪击音Duroziez征等见于慢性病程患者急性病程者不明显心脏听诊可发现舒张期高调哈气样递减型杂音于坐位前倾及深呼气时易听及主动脉瓣听诊区较明显重度反流者可于心尖部闻及舒张中晚期隆隆样杂音即Austin Flint杂音X线胸片示左心扩大以左心室为著有左心衰竭时可出现肺淤血心电图常见的改变为左心室肥厚伴劳损超声心动图对本病的诊断具有较高的敏感性彩色多普勒血流显像于主动脉瓣的心室侧可探及全舒张期高速射流并可判断其严重程度当超声心动图不能确定反流程程度而患者需外科治疗时也可采用主动脉造影术来判断反流程程度（二）感染性心内膜炎 感染性心内膜炎既可发生于心脏瓣膜病患者也可发生于正常的心脏瓣膜当主动脉瓣被累及后感染性赘生物使瓣叶破坏或穿孔瓣叶因支持结构受损而脱垂或赘生物介于瓣叶间阻止闭合引起主动脉瓣关闭不全感染性心内膜炎分为急性和亚急性两种形式以后者为多见即亚急性感染性心内膜炎

（subacute infections endocarditis）本病起病多缓慢早期最常见的症状为发热多在 $37.5 - 39$ 之间伴乏力面色苍白厌食发热可为弛张热和稽留热也可为不规则发热个别患者可伴寒战多数患者脾脏肿大大部分可有作状指（趾）本病的特征表现是原有的心脏病理性杂音性质发生改变或出现新的病理性杂音典型者心脏杂音呈粗糙的乐性杂音称为海鸥鸣心力衰竭常见是本病死亡的原因另外一些患者可出现栓塞并发症如脑栓塞肾栓塞脾栓塞肠系膜动脉栓塞或肢体动脉栓塞等还可出现皮肤

或描膜瘀血点一般为针头大小中心苍白压之不褪色持续数天后消失但常反复出现有时患者在手掌或足底部还可出现Osler结或Janeway结前者呈紫红色略高于皮肤有明显压痛后者压痛不明显 感染性心内膜炎的确诊有赖于血培养为提高阳性率应多次连续进行检查至少4 - 6次每次取血10-15ml必要时进行厌氧菌霉菌等特殊培养以提高诊断率血培养结果以金黄色葡萄球菌最常见其次为溶血性链球菌脑膜炎球菌 本病患者90%以上血沉增快血常规检查可有轻中度贫血白细胞数可正常或偏高尿常规可见蛋白尿血尿菌尿心电图可出现房室传导阻滞超声心动图于心瓣膜或心腔壁可见赘生物的异常回声波（三）梅毒性主动脉炎 梅毒性主动脉炎中约30%发生主动脉瓣关闭不全患者有冶游史起病缓慢但呈进行性加重早期可有气急心悸等症部分患者可有心绞痛发作心脏检查发现心界向左下扩大心尖搏动增强主动脉瓣听诊区可闻及双期杂音反流量大者心尖部可闻及Austin Flint杂音有时可在胸骨左缘第3-4肋间听到舒张期音乐样杂音周围血管征明显X线检查示左心室扩大呈靴形升主动脉呈局限性扩张超声心动图显示主动脉舒张期双波相距 $> 1\text{mm}$ 二尖瓣前叶有舒张期细颤波升主动脉内径明显增大而无主动脉瓣狭窄及其他瓣膜病变血清梅毒反应呈阳性改变（四）马凡综合征（Marfan's syndrome）马凡综合征为一常染色体显性遗传性结缔组织疾病多侵犯骨骼及心脏因此也叫作“骨一心一眼综合征”本病临床上不常见患者有明显的家族史早期可无任何症状晚期出现劳累性气促心悸进行性心力衰竭马凡综合征患者中有30% - 60%表现为主动脉瓣关闭不全此类患者除有主动脉瓣关闭不全的一般体征如脉压增大主动脉瓣区杂音及周围血管征外查体还可发现

其骨骼及眼部的特殊表现骨骼改变主要为身材细长尤以手指及足趾细长更明显称为“蜘蛛指（趾）”脊柱前凸关节过度伸展可有鸡胸等表现眼部改变主要是先天性晶状体完全脱位或半脱位以上两种表现可以和心脏改变同时存在也可以部分存在心脏超声检查是诊断本病的重要方法主要改变为主动脉根部显著扩张主动脉壁变深有时形成升主动脉瘤样改变左心室扩大二尖瓣可呈特征性冗长可见两瓣叶脱垂也可并发夹层动脉瘤本病主动脉根部扩张显著与梅毒性主动脉瓣关闭不全的超声心动图类似区别在于后者病变仅限于主动脉有线状钙化其主动脉瓣区杂音也更响第二心音亢进显著呈鼓音（五）先天性畸形 由于先天性畸形而导致主动脉瓣关闭不全在临床上较常见的类型为二叶主动脉瓣其中的一叶边缘有缺口或大而冗长的一叶脱垂入左心室导致儿童期即出现主动脉瓣关闭不全较少见的先天性畸形有室间隔缺损伴一瓣叶脱垂先天性损脉瓣穿孔等均可导致主动脉瓣关闭不全由先天性畸形而导致的主动脉瓣关闭不全于婴幼儿期即可发现超声心动图除有主动脉瓣关闭不全的表现外还可发现同时有其他先天性心血管疾病存在（六）其他 其他疾病如严重的高血压病冠状动脉粥样硬化性心脏病贫血心肌病强直性脊柱炎等均可引起慢性主动脉瓣关闭不全导致周围血管征的出现但这些疾病均有其原发病的表现且一般到疾病晚期方出现周围血管征导致急性主动脉瓣关闭不全的疾病如夹层动脉瘤人工瓣膜破裂及创伤等因素一般情况下无明显周围血管征 二动脉导管未闭 动脉导管未闭是一种常见的先天性心血管疾患者患病率仅次于房间隔缺损动脉导管是胎儿期连续降主动脉与肺动脉总干之间的一个通道一般在出生后一年之内闭合超过此期限即为动脉导管

未闭早期由于主动脉压高于肺动脉压不论收缩期或舒张期血液均由主动脉流入肺动脉因而在胸骨左缘第2肋间可闻及连续性机器样杂音晚期由于肺动脉高压的存在可出现右向左分流此时患者可出现发绀且下半身较上半身明显听诊连续性杂音的舒张期部分减弱或消失动脉导管未闭患者出现周围血管征主要表现为水冲脉另外可有毛细血管搏动征枪击音等系由于分流量大所致此类患者除有连续性杂音外在近二尖瓣区还可以听到一舒张中期杂音有肺动脉高压者不易听到伴有周围血管征的动脉导管未闭患者心电图常表现为左心室肥厚左心室导联深Q波高R波和T波X线检查示肺淤血超声心动图示降主动脉与主肺动脉之间有异常通道典型的动脉导管未闭诊断不难但须注意与先天性主一肺动脉间隔缺损相鉴别后者的心脏杂音血流动力学一心电图检查及X线表现均与动脉导管未闭相似但其患病率远远低于动脉导管未闭且心脏连续性杂音位置较低多位于胸骨左缘第3肋间心脏超声检查无开放的动脉导管确诊主要依赖于已血管造影可见本病患者升主动脉与主肺动脉同时显影

三 主动脉瓣狭窄 主动脉瓣狭窄常出现的周围血管征为细脉系由于心搏出量降低脉压较小所致正常的主动脉瓣口面积约为3C轻度主动脉瓣狭窄患者常无明显症状当瓣口面积明显狭窄尤其 $<1\text{C}$ 时心搏出量明显降低左心室收缩期末残余血量增加舒张期血液充盈量增加此时出现呼吸困难心绞痛甚至晕厥三联征严重者可发生心力衰竭或猝死 主动脉瓣狭窄的主要体征为主动脉瓣区收缩期喷射性杂音粗糙响亮传导广泛可向两侧颈动脉胸骨及心尖部传导但在主动脉瓣区杂音最响其音调较高有时呈乐音样一心音常正常重度狭窄者第二心音减弱甚至消失或出现第二心音逆分裂另外还有抬举性心

尖搏动主动脉瓣区收缩期震颤及心浊音界向左扩大等表现 本病心电图常表现为左室肥厚伴继发性的ST-T改变和左房增大可有传导阻滞或室性心律失常X线检查示 左心房室增大晚期可有肺淤血的表现超声心动图是诊断本病的重要方法不仅能够显示主动脉瓣狭窄的程度还可以协助发现病因并能估计心搏量及心腔大小等多种指标当超声心动图不能确定狭窄程度时有条件者可行心导管检查或冠状动脉造影以了解病情判断预后并指导治疗 根据以上种种表现主动脉瓣狭窄较易作出诊断但这些表现为主动脉瓣狭窄的共同表现由于主动脉瓣狭窄的原因不同除以上共 性外又有其特殊的表现现分述如下：（一）风湿性主动脉瓣狭窄 本病是主动脉瓣狭窄最常见的一种类型占风湿性心脏病的1 / 4单纯风湿性主动脉瓣狭窄临床上罕见多数合并主动脉瓣关闭不全和二尖瓣损害因而除有细脉外本病患者常有主动脉瓣关闭不全的周围血管征如Duroziez双重音枪击音等辅助检查有血沉增快抗链球菌溶血素“O”增高等超声心动图除有主动脉瓣狭窄外还可有主动脉瓣关闭不全及二尖瓣病变另外本病患者发病年龄较轻多为青壮年既往有风湿热病史这些特点均有助于诊断（二）先天性畸形 先天性主动脉瓣畸形引起的狭窄包括以下两种形式：1先天性二叶瓣钙化性主动脉瓣狭窄本病是成人孤立性主动脉瓣狭窄常见的原因系由于先天性二叶瓣畸形所致出生时常无主动脉瓣狭窄以后由于畸形所致的湍流对瓣叶造成创伤使之纤维化和钙化最终导致狭窄超声心动图可确诊本病 2先天性主动脉瓣狭窄 先天性主动脉瓣狭窄有两种表现方式一种是先天性单叶瓣十分少见出现时即有狭窄发病年龄较小多在15岁以下表现为单纯主动脉瓣狭窄另一种极少见的先天性主动脉瓣狭窄为二

叶瓣和三叶瓣出生时即有交界处融合而致狭窄确诊本病有赖于超声心动图（三）退行性老年钙化性主动脉瓣狭窄 本病为65岁以上老年人单纯性主动脉瓣狭窄常见的原因其杂音在心尖部最响音调高呈乐性因风湿性主动脉瓣狭窄常合并二尖瓣损害当出现二尖瓣关闭不全时心尖部可闻及收缩期杂音易与本病相混淆区别在于前者杂音在心尖部十分响亮粗糙而本病杂音在心底部较粗糙且二者起病年龄不同超声心动图对二者的鉴别具有重要意义（四）其他 其他少见的如类风湿性关节炎伴瓣叶结节样增厚导致主动脉瓣狭窄者可有类风湿关节炎的表现诸如晨僵类风湿因子阳性及小关节变形等；另外真菌性感染性心内膜炎和系统性红斑狼疮等疾病时可形成赘生物阻塞主动脉瓣口而致狭窄此时除超声心动图可显示赘生物外其原发病的表现对诊断的价值更大 四缩窄性心包炎与急性心包炎 急性心包炎产生大量心包积液时可出现奇脉交替脉等周围血管征本病患者常见的症状为心前区疼痛和呼吸困难尤其后者是大量心包积液出现时的突出症状患者可有端坐呼吸呼吸表浅而快还可出现干咳发热等症状主要体征有颈静脉怒张收缩压下降脉压变小以及心界增大心音低而遥远等表现X线检查可见心脏阴影向两侧扩大呈球形或烧瓶状心脏搏动减弱心电图可出现 QRS波群低电压及电交替现象且S-T段呈弓背向下型抬高但无Q波超声心动图为确诊本病的一个简便易行的方法可清楚显示心脏外面有一液性暗区并可估计积液量及其分布范围急性心包炎按其病因可分为多个类型常见的有以下几种类型：（一）急性非特异性心包炎 本病起因与病毒感染及感染后发生的过敏反应有关起病急骤但心包积液量较少心包摩擦音明显可无明显的周围血管征本病预后好可自行痊愈

愈（二）结核性心包炎 结核性心包炎常由纵隔淋巴结结核肺结核或胸膜结核蔓延而来患者除有心包炎的一般表现外常有发热乏力等结核中毒症状（三）肿瘤性心包炎 多为全身性肿瘤转移至心包所致少数情况下见于心包原发性间皮瘤其特征为迅速产生的大量的血性心包积液可找到瘤细胞（四）化脓性心包炎 常继发于肺炎脓胸败血症等疾病以高热为主要表现诊断主要依靠心包穿刺可见大量脓性积液（五）心脏损伤后综合征 本型常发生于心脏创伤性手术或急性心肌梗死之后可能与自身免疫有关一般于心脏损伤后二周或数月出现发热及急性心包炎的表现有自限性 上述的几种急性心包炎若治疗不及时尤其是结核性心包炎很容易转变为缩窄性心包炎此时由于心包的脏层和壁层粘连增厚和变硬使心脏的舒张受到限制患者可有不同程度的呼吸困难乏力同时由于静脉回流受阻还可出现腹胀肝区疼痛主要体征有肝肿大颈静脉怒张腹水双下肢水肿奇脉较明显X线检查下心影大小可正常但左右心缘变直上腔静脉扩张有时可见心包钙化心电图示QRS波群低电压*波低平或倒置超声心动图对本病的诊断具有一定的辅助作用可见心包增厚左室活动减弱等右心导管检查示有心房右心室肺毛细血管楔嵌压升高水平相等右心房压力曲线示M或W波形由增高的av波和加深的Y波以及正常的X波形成右心室收缩压轻度升高并呈下陷一高原波形 五冠状动脉粥样硬化性心脏病 冠状动脉粥样硬化性心脏病出现周围血管征时常表现为交替脉为心肌损害的一种表现形式本病是临床常见的心血管疾病近年发病率呈逐年增加的趋势患者年龄多在50岁以上最常见的症状为心绞痛其特点为阵发性胸骨后或心前区压榨样疼痛持续数分钟经休息或含服硝酸酯类制剂后缓解也可表现

为心肌梗死心律失常和心力衰竭也有的患者无任何症状仅在做心电图检查时发现有心肌缺血称为“隐匿型冠心病”少数病变严重者甚至可发生猝死诊断比较容易心电图显示心肌缺血有ST-T改变有时出现房室或束支传导阻滞心律失常等变化有心肌梗死病史者可出现病理性Q波及特异性T段以及T波异常心绞痛发作时可出现T段压低0.1mV以上,T波可出现假性正常化对于平时心电图无异常表现而又高度怀疑本病的患者可进行运动负荷试验阳性者即可诊断本病X线检查无特征性改变有时可见心脏增大放射性核素检查可显示缺血部位的心肌灌注缺损敏感度较高冠状动脉造影可清楚显示冠状动脉狭窄的部位及程度通过以上检查方法结合一些辅助检查如血脂增高血黏滞度较高等本病诊断不难成立超声心动图检查对本病的诊断亦有一定价值可发现有室壁活动减弱不协调尤其是有交替脉的本病患者多有心力衰竭存在超声心动图还可以观察左室腔的大小及心脏的收缩与舒张功能障碍用以了解病情的严重程度

六高血压性心脏病 高血压性心脏病患者出现心力衰竭时可有交替脉存在本病诊断并困难患者即往有长期的高血压病史查体可发现心尖搏动向左下移位呈抬举性搏动心界向左下扩大主动脉瓣区第二心音亢进X线检查示心脏增大呈靴型心电图表现左室肥厚劳损超声心动图可发现左室增大室壁变厚有时可出现二尖瓣相对性关闭不全值得注意的是由于心力衰竭的存在患者血压也可以无明显的升高此时可结合病史及上述各项检查诊断本病以免造成误诊延误病情

七梗阻型肥厚型心肌病 梗阻型肥厚型心肌病过去也常称作特发性肥厚性主动脉瓣下狭窄主要病变位于主动脉瓣下部室间隔的部位表现明显肥厚本病病因不十分明确约1/3有明确的家族史故

认为与遗传有关为常染色体显性遗传性疾病也有人认为与儿茶酚胺代谢异常高血压高强度运动等因素有关部分患者可无任何症状也可称为猝死其特征性的症状为晕厥和胸痛查体发现心脏增大心尖部可闻及收缩期杂音胸骨左缘第3-4肋间收缩期杂音更响更为粗糙此杂音为机能性含硝酸甘油后杂音增强X线检查示心脏增大心电图表现为左心室肥大 aVF aVL 或 V_4V_5 出现病理性 Q 波超声心动图对本病的诊断具有十分重要的意义可显示室间隔部位呈不对称性肥厚其流出道部分向左心室内突出 梗阻型肥厚型心肌病的周围血管征为重搏脉其颈动脉波呈双峰型对于本病的诊断有赖于超声心动图另外心导管检查可显示左室腔与流出道间有压差其差值大于 2.66kPa 以及 Brockenbrough 现象阳性（即在有完全代偿间歇的室性过早搏动时过早搏动后的心搏增强心室内压上升但同时由于收缩力增强梗阻亦加重所以主动脉内压反而降低）等对本病的诊断亦有重要价值据此也可与主动脉狭窄相鉴别 八 甲状腺功能亢进症 甲状腺功能亢进症患者由于脉压增大可以出现洪脉水冲脉以及毛细血管搏动征等周围血管征尤其是伴有甲状腺功能亢进性心脏病的患者除上述周围血管征外还可出现胸闷心悸气短等症状查体可有心率增快第一心音亢进心律失常及心脏增大等体征易与其他引起脉压增大的心脏病相混淆区别在于本病患都甲状腺多有不同程度的肿大有高代谢征候群表现如怕热多汗体重减轻多食等以及其血清 T_3 T_4 及反 T_3 均可增高等一系列表现诊断不难确定 九 贫血 重度贫血的患者由于血红蛋白含量减少明显缺氧比较严重此时心脏代偿性扩张以满足机体对氧的需要从而形成“高排低阻”现象脉压增大出现毛细血管搏动征水冲脉等周围血管征贫血的原因多种多样其共

同的表现为皮肤黏膜苍白患者可有心悸气短食欲缺乏及头痛失眠注意力不集中等表现贫血是一个症状常是全身某种疾病的一个表现因而诊断时除进行必要的实验室检查以及骨髓检查以明确贫血的类型外还要积极查找原因确定原发病以免延误病情影响诊治

十发热 一些高热及长期发热的患者可出现洪脉重搏脉等周围血管征发热仍是某种疾病的一个症状出现发热现象的疾病有多种详细情况参见第二章第五节

十一休克 休克时由于循环血量减少可出现细脉参见本章第九节内容

周围血管征预防：禁烟应防止受冷受潮和外伤也不能过热以免紧密组织缺氧量增加

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com