

心绞痛_心血管内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E5_BF_83_E7_BB_9E_E7_97_9B__c22_611195.htm 【诊断依据】 1 . 典型发作为突然发生的胸骨后或心前区压榨性、闷胀性或窒息性疼痛，可放射到左肩、左上肢前内侧及无名指等部位，疼痛历时 1 ~ 5 min，很少超过5min，休息或含化硝酸甘油多在1 ~ 2min内缓解。不典型发作者疼痛可出现在上腹部、颈部、下颌、左肩胛部或右前胸，疼痛可很轻微或仅有胸部不适。心绞痛范围如手掌大小，界限不清，如能明确指出疼痛部位且范围局限，多不是心绞痛。2. 胸痛时可有心率加快、血压增高，可伴有增强的第0心音和心尖部收缩期杂音等。3. 心肌缺血的客观证据： 发作时心电图st-t缺血型改变，即st段压低，t波低平或倒置，变异型心绞痛者st段可抬高，动态心电图发现st段缺血性下移或st抬高. 心电图运动试验阳性. 201铊或99m锝99mtc-mibi心肌灌注显像运动试验或双嘧达莫（潘生丁）试验阳性。4. 心绞痛分型： 劳累性心绞痛，包括初发劳累性心绞痛、稳定劳累性心绞痛、恶化劳累性心绞痛. 变异性心绞痛. 梗死后心绞痛. 自发性心绞痛。以上各型中除稳定劳累型外均为不稳定心绞痛。【检查】1. 血钾、镁，尿糖，血脂，凝血因子i，出凝血时间，凝血酶原时间。拟行介入性检查治疗者，行乙型肝炎病毒血清标志物、hiv抗体及血型检查。2. 胸部x线片，心电图活动平板试验，24h动态心电图，超声心电图。3. 核素心肌显像（静止双嘧达莫（潘生丁）或运动试验）。4. 不稳定心绞痛应予心电、血压监测，心肌酶谱监测。必要时予血流动力学监测。5. 有条件者应作

冠状动脉造影检查。【治疗】（一）稳定性心绞痛1. 一般措施：可从事工作和一定运动，戒烟，避免各种诱因。2. 治疗并存的高血压、糖尿病及血脂代谢紊乱。3. 药物治疗：可单用或联合应用以下药物。（1）硝酸酯类：硝酸甘油0.5mg，胸痛时舌下含服；硝酸异山梨酯（消心痛）5~20mg，3~4/d，或10mg胸痛时含服；其他中、长效制剂如异乐定亦可选用。（2） β -受体阻滞剂（与硝酸酯类药物联合应用）：普萘洛尔（心得安）10~30mg，3~4/d.美托洛尔(美多心安)25~100mg, 2/d.阿替洛尔(氨酞心安)50~200mg/d，分2次口服。（3）钙离子拮抗剂：硫氮酮30~90mg，3/d；氨氯地平（络活喜）5~10mg，1/d；维拉帕米（异搏定）或其他药物。4. 调脂及抗血小板药物：有血脂代谢紊乱者选用相应的调脂药物。抗血小板药物常用的有阿司匹林0.1g，1/d；噻氯匹定（力抗栓）0.25g,1/d等。5. 有条件者应择期行经皮腔内冠状动脉成形术（ptca），不适宜作ptca者应尽量选择激光血运重建或冠脉旁路移植术。（二）不稳定型心绞痛按急性心肌梗死原则处理。1. 卧床休息，吸氧，镇静。2. 心电、血压、心肌酶谱监测。3. 联合应用硝酸酯类药物、 β -受体阻滞剂及钙离子拮抗剂。静滴硝酸甘油，从5~10ug/min开始，渐增剂量。4. 阿司匹林100~150mg/d；噻氯匹定（力抗栓）0.25g, 1~2/d。5. 肝素：肝素钙5000~7500u，腹壁脂肪层注射，2/d，或选用低分子量肝素.必要时持续静滴肝素钠500~1000u/h，以维持凝血时间在正常对照值的2倍左右。6. 溶栓治疗：对常规治疗效果不好且高度怀疑有血栓形成者可试用静脉溶栓治疗，可采用小剂量疗法，如尿激酶25万~50万u，连用2~3d。7. 经保守治疗无效者，应尽早选择ptca或冠脉旁路移植

术或激光心肌血运重建术。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