

【考点】冠心病

1. 危险因素

年龄性别（40岁以上、男性）、高血脂（最重要），高血压、吸烟、糖尿病、肥胖、家族史。

记忆口诀：**年龄吸烟家族史，高脂高糖高体重**，（与饮酒无关）。

2. 高密度脂蛋白（HDL）（好的）。

低密度脂蛋白（LDH）（坏的）

极低密度脂蛋白（VLDL）（坏的）。

3. 好发部位

最常见左前降支堵塞——供应心脏前壁血液——前壁心梗——快速性心律失常。

4. 分类

（根据发病快慢分类）

（1）急性冠脉综合征：**不稳定型心绞痛——介入。**

非ST段抬高型心肌梗死——介入。

ST段抬高型心肌梗死——溶栓。

【考点】心绞痛

1. 临床表现

最常见表现为胸骨**中上段**胸骨后疼痛，向**左肩左臂**放射，呈**压迫性或紧缩性**。

时间：持续**3~5分钟**，休息或舌下含化硝酸甘油**可缓解**；心绞痛发作时常伴有房早、室早、心律失常。

3. 实验室检查

（1）首选——ECG（也是最常用检查方法）。

（2）心电运动负荷试验（运动平板试验）：**只能用于稳定型心绞痛**，冠心病**最常用非创伤性**检查方法

（3）夜间发作：ECG、负荷试验均无异常，选择动态心电图检测仪（Holter）。

(4) 诊断“金标准”/确诊——冠脉造影，可以了解狭窄程度。

(5) 判断心肌有无缺血——首选放射性核素心肌显像。

4. 治疗

【稳定型心绞痛抗凝——阿司匹林；不稳定型心绞痛抗凝——肝素】——做题技巧

(1) 发作期：舌下含服硝酸甘油（短效），1~2分钟可缓解。

(2) 稳定性心绞痛：四大药物。

① β 受体阻滞剂，常加硝酸酯类，共同降低心肌耗氧量；

② 如需解除冠脉痉挛选择——CCB；

③ 长效硝酸酯类——硝酸异山梨酯；

④ 防止血小板聚集——首选阿司匹林，氯吡格雷。

【考点】心肌梗死

1. 临床表现

(1) 最早出现剧烈胸痛：濒死感，持续1小时以上。

(2) 舌下含化硝酸甘油不缓解。

(3) 心梗后发生休克，说明心梗范围 $>40\%$ ，治疗主动脉内球囊反搏术。

(4) 心梗如出现心包摩擦音——纤维素性心包炎。

(5) 心梗如心尖区收缩中晚期喀喇音——乳头肌功能失调或断裂（二尖瓣脱垂综合征）。

2. 典型心律失常

(1) 心律失常：好发左前降支，室早最常见；24小时内最常见死亡原因——室颤。

(2) 发生于右冠脉下壁——缓慢性心律失常（房室传导阻滞）。

3. 实验室检查

1) 首选——心电图

(1) T波倒置——缺血，ST段弓背向上抬高——心肌有损伤，病理性Q波——心肌坏死。

2) 心梗定位

侧壁：I、aVL；下壁：II、III、aVF。

记忆口诀：前间或下间V123, 前间V345, 前侧V567, 广前V1~V5, 下侧V567, 正后有V78, 高侧L8。

3) 确诊——心肌酶

肌钙蛋白特异性最高（肌钙蛋白I或T）。

最早出现的心肌酶——**肌红蛋白**。

第二早出现的心肌酶——**肌钙蛋白**。

消退最晚的心肌酶——**肌钙蛋白酶**。

CK-MB是判断**溶栓是否成功**的依据。

心肌酶除了能判断心梗，同时也能判断心肌梗死的面积和严重程度。

【考点】所有心梗的并发症**确诊首选**——**UCG**, 治疗首选——手术。

1. 治疗

(1) 最好的治疗——**心肌再灌注**（PCI和溶栓）。

溶栓：30分钟开始溶栓，时间12h内，**最佳时间6h内**。

适应证：只能用于ST段抬高性心梗，起病<12h，年龄<75岁。

药物：**首选尿激酶**、链激酶、rt-PA。

2、记忆总结：

(1) 溶栓：最好的药物——rt-PA，其次是尿激酶。

(2) **心肌梗死溶栓时间窗12h**；**脑栓塞溶栓时间窗3h**；**脑血栓溶栓时间窗6h**；**下肢静**

脉血栓溶栓时间窗2~3天；**肺血栓栓塞溶栓时间窗14天**。

(3) 心梗**先有ST段弓背向上抬高**，**后有ST段弓背向下抬高**——**心肌梗死后综合征**。

(4) 急性心肌梗死+**快速**室早——用利多卡因，如无效用胺碘酮。

(5) 急性心肌梗死+室速——用利多卡因，如无效用除颤。

(6) 急性心肌梗死+**缓慢性**心律失常——用**阿托品**。

(7) 急性心肌梗死+**三度**房室传导阻滞——用**人工心脏起搏器**。

(8) 急性心肌梗死防止梗死范围扩大——用β受体拮抗剂。

(9) 右侧急性心肌梗死——禁用利尿剂，绝不扩管，只能**首选**补充血容量。

(10) 急性心肌梗死合并休克——禁用异丙肾上腺素，只能用多巴胺和去甲肾上腺素。

治疗——主动脉内球囊反搏术。

(11) 心梗24h内不用洋地黄。

心脏骤停和心脏性猝死

1. 心脏骤停定义

心脏射血功能停止。最常见原因——室颤，最常见疾病——冠心病；肺心病也可引起

心脏骤停（原因：严重心肌缺氧）。

2. 心脏猝死定义

急性症状发作 1 小时内意识骤然丧失、死亡。最常见疾病是——冠心病。

治疗——心肺复苏

初级心肺复苏：CAB 顺序

心脏瓣膜病（重点：杂音特点，临床表现。）

1. 所有瓣膜病诊断“金标准”—— UCG

记忆总结：

(1) 二尖瓣听诊区——心前区。

(2) 主动脉瓣第一听诊区——胸骨右缘第2肋间。

主动脉瓣第二听诊区——胸骨左缘第3肋间。

肺动脉瓣听诊区——胸骨左缘第2肋间。

【考点】二尖瓣狭窄（最常见）心脏——梨形心

临床特征：最先增大的是左房→肺淤血（呼吸困难）→肺动脉高压→右心室增大；左室一定不大。

1、临床表现：①最早的一一劳力性呼吸困难；②支气管静脉曲张破裂出血——咯血。

2、杂音。①特征性杂音为：心尖区舒张期隆隆样杂音，不传导；二尖瓣狭窄导致严重肺A高压时，可出现肺A区舒张期杂音——Graham-Steel杂音。

3、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（二尖瓣患者晚期呼吸困难减轻说明合并右心衰）；

最少见的是感染性心内膜炎。

· 【考点】二尖瓣关闭不全

1、急性二尖瓣关闭不全—腱索断裂（海鸥音）、乳头肌功能失调（喀喇音）——二尖瓣脱垂综合征。——心尖部收缩中晚期喀喇音。

3、实验室检查：首选—UCG；X线——球形心。

· 【考点】主动脉瓣狭窄

1、临床表现：①劳力性呼吸困难、心绞痛、晕厥——主动脉狭窄三联征。

2、杂音：胸骨左缘第3~4肋间或右缘第2肋间——收缩期喷射样杂音（其中胸骨右缘第二肋间最为重要），向颈部传导。第四心音明显。

· 【考点】主动脉瓣关闭不全

“主动脉型”心脏——靴形心

1、病机：左室大 - 左房大，主动脉扩张，冠脉供血不足，肺淤血，脉压差增大——出现周围血管征：毛细血管搏动征、点头运动、水冲脉、股动脉枪击音、杜氏双重杂音。

2、杂音：①胸骨左缘第3~4肋间舒张期高调递减型叹气样早期杂音，向心尖区传导。

②奥佛杂音（Austin-Flint 杂音）——心尖区听到柔和低调的隆隆样舒张期杂音——重度反流，

3、总结记忆：

（1）杂音：不传导——二尖瓣狭窄；
向左腋下、左肩胛下传导——二尖瓣关闭不全；
向颈部传导——主动脉瓣狭窄；
向心尖部传导——主动脉瓣关闭不全。

狭窄绝不扩管，关闭不全可扩管。

（2）心音：二尖瓣狭窄——第一心音增强；
二尖瓣关闭不全——第一心音减弱；
主动脉瓣狭窄——第二心音减弱；

主动脉瓣关闭不全——第二心音增强。

【考点】感染性心内膜炎

感染性心内膜炎，主要引起瓣膜关闭不全。

1. 临床表现

- (1) 发热最常见：急性 $>39^{\circ}\text{C}$ ，亚急性 $<39^{\circ}\text{C}$ 。
- (2) 瓣膜关闭不全的心脏杂音：胸骨右缘第2肋间舒张期杂音。
- (3) 典型周围体征：
 - ① Janeway 损害：手掌、脚掌出血斑，见于急性。
 - ② Osler 结节：指腹红色痛性结节。
 - ③ Roth 斑：视网膜圆形出血斑。②③见于亚急性。
- (4) 贫血：早期轻度，晚期重度。
- (5) 脾大。

2. 并发症：心衰——常见，最主要的死亡原因。

4. 实验室检查

- (1) 首选 / “金标准”：血培养（组织细菌培养），
- (2) “银标准”：UCG

5. 治疗

早期大量静脉给予抗生素；疗程 4~6 周。

(1) 急性——奈夫西林；亚急性——青霉素；耐药首选万古霉素。

【考点】扩张型心肌病

① 确诊/首选：超声心动图（UCG），呈钻石双峰样图形

【考点】肥厚型心肌病

(1) 特点：是常染色体遗传性疾病，左右心室肌肥厚，室间隔不对称肥厚，是青少年运动猝死的主要原因，表现主狭三联征

(2) 临床表现：胸痛、晕厥、呼吸困难；最常见的并发症——房颤。

(3) 实验室检查：首选——UCG。心电图——病理性Q波。

【考点】病毒性心肌炎

1. 最常见病毒柯萨奇病毒B组。

2. 实验室检查**确诊——心内膜心肌活检。**

记忆口诀：科比（柯B）得了病毒性心肌炎。

【考点】心包疾病

1. 我国最常见病毒感染——**科萨奇A组。**

（1）抗链“0”——**风湿性**心包炎。

（2）PPD“OT”——**结核性**心包炎（心包积液量大）

（3）病毒——急性非特异性心包炎（简称“急性心包炎”）。

2. 特点：心前区疼痛（最典型）深呼吸、变换体位加重，疼痛可以向左肩左臂放射。

3. 听诊

心包摩擦音——屏气不消失，胸骨左缘第3、4肋间或心尖区（抓刮样、搔刮样）。

【考点】急性渗出性心包炎

1. 临床表现

（1）最早最典型的表现——呼吸困难。

（2）典型体征：心浊音界向两侧扩大，在心浊音界内心尖冲动明显减弱。

（3）**心包积液征（Ewart征）——最特异**：心包大量积液时，左肺等压，左肩胛骨下叩诊浊音、听诊能闻及支气管呼吸音。

记忆口诀：一碗水征。

（4）**奇脉**：吸气时脉搏减弱（右心衰也可出现）。

（5）**心包压塞三联征（Beck三联征）**：颈静脉**怒张**、动脉血压**下降**、心音**遥远**。

2. 实验室检查

（1）**确诊/首选——UCG**，见液性暗区。

（2）心电图：**ST段弓背向下抬高**（凹面向上）；QRS波低电压/心室低电压。

（3）X线：**烧瓶心**

【考点】缩窄性心包炎

（1）病因：**最常见结核。**

(2) 典型表现：颈静脉怒张、肝大、腹水；心尖冲动减弱，心界缩小；收缩压降低、脉压变小。

(3) 确诊——心脏磁共振检查 (CMR)。

【考点】休克

1. 本质：有效循环血量减少，导致组织细胞受累，组织灌注不足——组织细胞缺氧。

2. 主要病理变化——微循环障碍

3. 休克监测

1) 一般监测。

记忆总结：

(1) 量多，CVP正常或增高：液体已补足。

(2) 尿量少，CVP低：血容量严重不足。

(3) 尿量少，CVP高：心功能不全。

2) 特殊监测

(1) 中心静脉压 (CVP)：

①代表右房压力，最常用，比收缩压更敏感；

②正常值：5~10cmH₂O, CVP<5cmH₂O, 血容量不足；

③>15cmH₂O心功能不全或肺血管过度收缩；>20cmH₂O充血性心衰。

6. 治疗

(1) 休克体位：头、躯干抬高20°~30°；下肢抬高15°~20°——为了增加回心血量。

(2) 首选补充血容量：补充平衡盐溶液；纠正酸中毒时——宁酸勿碱；心源性休克时

补充低分子右旋糖酐；血红蛋白<70g/L考虑输血。

(3) 休克患者在血容量未补足之前禁用血管扩张剂。

(4) 休克患者需要强心药、升压药，只用多巴胺——能够改善肾血流量。

(5) 休克有严重感染时尽早用糖皮质激素。

(6) 如有基础病的：纠正休克的同时处理基础病。

【考点】周围血管疾病

(1) 大动脉疾病——动脉硬化闭塞征；中小动脉疾病——血栓闭塞性脉管炎。

(2) 浅静脉疾病——大隐静脉曲张；深静脉疾病——下肢深静脉血栓。

【考点】动脉硬化性闭塞症（助理不考）

1. 临床表现

间歇性跛行，足背动脉搏动减弱。

2. 诊断

(1) >45岁+间歇跛行=动脉闭塞征。

(2) 45岁+间歇跛行=血栓闭塞脉管炎。

(3) 间歇性跛行+“三高”=动脉粥样硬化闭塞征。

(4) 间歇性跛行+吸烟=血栓栓塞性脉管炎。

3. 实验室检查

确诊——动脉造影：动脉狭窄、闭塞、扭曲；X线——钙化；双下肢温度差 $> 2^{\circ}\text{C}$ 。

所有周围血管病确诊靠造影。

【考点】心律失常

1. 总结：

P波提前收缩——房早。QRS波提前收缩——室早。

P波不停地收缩——房颤。QRS波不停地收缩——室颤。

2. 治疗

原则：**没有症状不治疗，偶然发作不治疗，血压正常我用药，血压低我电击，严重缓慢起搏器，看到缓慢用阿姨（阿托品，异丙肾上腺素）。**

3. 正常人窦性心律特点：①均有生理性波动60~100次/分；

②P波在I、II、AVF直立，在AVR倒置；

③成人窦性心律 > 100 次/分为窦性心动过速（100~150次/分）， < 60 次/分为窦性心动过缓， < 50 次/分为病窦综合征。

【考点】房早（房性期前收缩）

1. (1) 特点：①P波提前出现，与窦性P波形态不同；

②出现不完全代偿间歇

(记忆口诀：不妨试试。完全代偿性间歇为室早)

③QRS波正常，如果QRS波异常，则传错了，为室内差异性传导。

【考点】房颤

1. 临床表现

心率 >150 次/分，可出现心绞痛，充血性心衰。

2. 心脏听诊

三不体征：第一心音**强弱不等**，心律**绝对不齐**，心跳脉搏不一致（**脉搏短绌**）；看到任何一条都可诊断房颤。

3. 并发症

发生血栓，“左脑右肺”：房颤→脑栓塞→栓子来自左心房、左心耳。

4. 首选检查

心电图：P波消失，代之以大小不等的f波——频率 $350\sim 600$ 次/分，QRS波正常。

【考点】房颤的治疗

1. 急性房颤：目标控制心室率 <110 次/分。

(1) 转复窦律：两酮一胺碘酮（**首选**，陈旧，阵发心梗），普罗帕酮（器质性心脏病**禁用**）。

(2) 控制心室率记忆口诀：黄非尔。

① β -受体阻滞剂（**首选**）：XX洛尔类。

②非二氢吡啶类：维拉帕米、地尔硫。

③洋地黄：心衰+房颤——**首选毛花苷C**——题眼。

(3) 抗凝：华法林。

记忆口诀：房颤患者一天过（ >24 小时），前三后四要抗凝（转窦率前抗3周，转窦率后抗 $3\sim 4$ 周）

发病 $<24h$ 的患者——**直接**转复窦律+控制室率。

发病 $>24h$ 的患者——**先抗凝3周**，然后转复窦律+控制室率；**再抗凝4周**。

【考点】阵发性室上性心动过速（室上速）

1. 临床表现

①**突发突止**，突发心悸；②第一心音强弱恒定，心室律**绝对规则**（与房颤正好相反）。

2. 心电图检查

心率150~250次/分，一般180次/分左右，QRS正常，逆行P波，由房早诱发。

3. 治疗：记忆口诀：室上速先帕酮，旁路预激需消融。

（1）刺激迷走神经，增加迷走神经张力，延缓心脏传导，心率**减慢**——按摩颈动脉窦，Valsalva动作（**绝对不能双侧同时进行**）。

（2）**有血流动力性障碍**（休克、心绞痛、充血性心衰）——**同步电复律**。

（3）药物治疗：**首选腺苷**，无则用维拉帕米，再次选酮（记忆：干拉，同起）。

（4）对于旁路或预激引起的室上速目前**首选射频消融**，药物选普罗帕酮。

【考点】室性期前收缩（室早）

1. 心电图**提前**出现**1个宽大的畸形QRS波**，完全代偿间歇期。

2. 治疗

没有症状不治疗，**有症状首选——利多卡因**，次选——二酮（胺碘酮、普罗帕酮）；如有陈旧性心梗加用β受体阻滞剂。

【考点】室速（心室造反）

1. 心电图

（1）**提前**出现**3个或3个以上QRS波宽大畸形**；心室率100~250次/分。

（2）**心室夺获、房室分离、室性融合波**。ST-T与QRS方向**相反**，P与QRS**无固定关系**。

2. 治疗

首选利多卡因→无效选胺碘酮→血压低用电复律（洋地黄中毒引起者禁用）。

室速**最易**出现血流动力学障碍。

【考点】室颤

1. 心电图

QRS波极不规则，无法辨认。

2. 治疗

首选治疗——非同步电除颤（只有室颤是非同步电复律，其他的都是同步电复律）。

终止室颤最有效的方法——电除颤（每延迟除颤1分钟，复苏成功率下降7%~10%）；除

颤方法同心肺复苏！单相波——360J，双相波——120J或150J。

【考点】心律失常用药小结：

（1）改善急性左心衰——利尿。

（2）心衰伴有高血糖——ACEI。

（3）慢性收缩性心衰——ACEI。

（4）心衰伴房颤——洋地黄。

（5）洋地黄引起的阵发性心动过速——苯妥英钠。

（6）洋地黄引起的阵发性室性心动过速——苯妥英钠。

（7）任何原因引起的心律失常+血流障碍——电复律。

（8）室上速合并预激综合征首选治疗和首选药物——射频消融，普罗帕酮。

（9）阵发性室上性心动过速不伴有心衰——首选腺苷，次选维拉帕米（异搏定）。

（10）室性心律失常——利多卡因。

（11）加速性心室自主节律（缓慢性室速）——首选阿托品。

（12）心衰伴有高血压（高血压引起的急性左心衰）——硝普钠。

（13）预激综合征并快速房颤——胺碘酮。

（14）阵发性室上性心动过速伴心功能不全——洋地黄。

【考点】房室传导阻滞

1. 分类

一度：每个心房冲动都能传导到心室但P-R间期 $>0.20s$ ，（正常人： $0.12\sim0.20s$ ）。

二度I型：（文氏现象）PR间期**进行性（逐渐）延长**，直到一个P波**不能下传**到心室，QRS脱落。

二度II型：（莫氏现象）PR间期**固定延长**，每3~5个P波后发生一个QRS波的**脱落，成比例下传**。

三度：（1）完全房室传导阻滞，P波**完全不能下传**，P波与QRS波毫无关系。

（2）出现**房室分离**，心房率>心室率（心室率<40次/分）。

（3）大炮音（特异表现）。

（4）**治疗首选人工心脏起搏器**。

2. 治疗

（1）一度、二度：心室率在50次/分以上，无明显症状，不用治疗。

心率缓慢用**阿托品（用于阻滞部位在房室结以上）、异丙肾上腺素（任何部位）**；高钾伴酸中毒静滴碳酸氢钠。

（2）二度II型和三度心率慢伴明显症状和血流动力学改变的——**人工心脏起搏器**。

【考点】心力衰竭

1. 记忆总结：

主动脉瓣狭窄——左心后负荷增加。

主动脉瓣关闭不全——左心前负荷增加。

肺动脉瓣关闭不全——右心前负荷增加。

肺动脉瓣狭窄——右心后负荷增加。

【考点】心力衰竭临床表现

1) 慢性左心衰：呼吸困难

最早最常见表现是劳力性呼吸困难：

最典型表现是**夜间阵发性呼吸困难**（夜间喘憋）；

最严重表现是**急性肺水肿**（与支气管哮喘鉴别）；

最典型/最有意义体征：**奔马律**；

（2）左心衰可摸到：交替脉。

2) 慢性右心衰：肝脾胃肠道淤血

(1) 三大表现：颈静脉怒张，肝颈静脉回流征阳性（**最特异**），下肢水肿。

(2) 消化道淤血症状——腹胀、食欲缺乏、恶心、呕吐。

(3) 右心衰出现**奇脉**（**心包积液最常见**、其次为慢性右心衰）。

5. 辅助检查

首选——**超声心动图**（UCG）。

【考点】心力衰竭治疗

1) 消除诱因，抗感染

2) 慢性心衰治疗常用三驾马车

利尿剂（**螺内酯**）、ACEI/ARB、 β 受体阻滞剂（**比索洛尔、卡维地洛、美托洛尔**），**能降低心衰病死率，改善预后**。

(1) 利尿剂——**首选**，机制——排Na、排水，降低前负荷；常用于心衰伴有水肿患者。

特别注意：电解质紊乱，尤其低钾低钠；不良反应——电解质紊乱，高钾/低钾；

急性心衰首选呋塞米（速尿）；

(2) β 受体阻滞剂：不是所有洛尔类均能治疗心衰，只有比（比索洛尔）卡（卡维地洛）美（美托洛尔）能治疗心衰。

适应证：心衰伴陈旧性心梗。

禁忌证：支气管**哮喘**，心动过**缓**，急性**心衰**。

(3) ACEI类（血管紧张素转换酶抑制剂）。（XX普利）。机制——**可逆转**心肌肥厚、心室重构，**能减轻**蛋白尿，**保护**肾脏，**改善**预后，**降低**病死率。

适应证：心衰伴有肾脏疾病、糖尿病等**首选用药**。

禁忌证：两高一低一窄，血钾 $>5.5\text{mmol/L}$ ，血肌酐 $>265\mu\text{mol/L}$ ，**低**血压，**双**肾动脉**狭窄**；

不良反应：**干咳**，如干咳就换用ARB（XX沙坦）；2~3周起效——故急性心衰不用。

3) 正性肌力药（**增加心肌收缩力**）：洋地黄

口服用——地高辛（最常用）；静脉用——毛花苷C（西地兰）。一般剂量——**抑制传导**，

减慢心率；大剂量——自律性升高，出现快速心律失常。唯一适应证：**心衰伴有房颤、房扑**。

【考点】总结洋地黄适应证与禁忌症。

心衰+心腔扩大，心衰+房颤，二尖瓣+房颤。伴有快速心房颤动/扑动的收缩性心力衰竭——最佳指征。

(2) 洋地黄禁忌证。

- ①急性心梗24h内禁用。
- ②肥厚梗阻型心肌病。
- ③预激综合征。
- ④低钾。
- ⑤单纯二尖瓣狭窄。但是二尖瓣狭窄伴有房颤可用洋地黄。

记忆总结：洋地黄中毒。

心率快患者用洋地黄后出现心率减慢甚至传导阻滞——说明发生**洋地黄中毒**——题

眼!!!

(3) 洋地黄**中毒**。

- ①**最常见原因**：低钾。
- ②**最早**：厌食等胃肠道症状、黄视、绿视。
- ③**最常见**：心律失常——**室早二联律**。
- ④最具特征性/最特异：可快可慢。快速房性心律失常和房室传导阻滞。
- ⑤心电图出现鱼钩样改变：S-T下移呈鱼钩样，只能说明曾经用过洋地黄或药物起效，

不代表中毒。

(4) 治疗：立即停药，血钾低补钾，不低给苯妥英钠（首选）或利多卡因（记忆口诀：停药补钾苯妥英钠）。

洋地黄中毒引起**快速**心律失常（含室性）——**首选苯妥英钠**，次选利多卡因。

【考点】急性左心衰

1. 临床表现气急，严重呼吸困难，两肺布满干湿音，**咳粉红色泡沫痰**。

2. 治疗

(1) 端坐位，双腿下垂，减少回心血量。

(2) 如果患者**特别烦躁**，用吗啡（COPD、严重呼吸困难禁用）。

(3) 药物用强心、利尿、扩血管；效果最明显，作用最快的药物——利尿剂（呋塞米），

可最快降低肺水肿；强心药——洋地黄（毛花苷C），房颤、快速心律失常时用；扩血管药——硝普钠（降低前后负荷，硝普钠2~5分钟起效，起始剂量 $0.3 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 静滴，最大剂量5mg，不超过24h，特别适用于左心衰伴严重高血压患者。

【考点】 . 分级记忆口诀：一不二轻三明显；四级休息也困难（不能平卧）。

根据有没有急性心梗发作，使用Killip分级和NYHA分级。

(1) 心力衰竭的Killip分级（急性心梗用）：

I级——**无**肺部音无心衰。

I级——肺部音 $<1/2$ 肺野（两肺低少量湿音）。

III级——急性肺水肿，肺部音 $>1/2$ （两肺布满干湿音）。

IV级——心源性休克（收缩压 $<90\text{mmHg}$ ）。

(2) 心力衰竭的NYHA分级（无心梗或陈旧性心梗用）：

I级——患者有心脏病，但体力活动**不**受限制。

I级——患者有心脏病，**一般**活动可出现症状

III级——患者有心脏病，**小于一般**活动也受限，或者明显受限。

IV级——患者有心脏病，夜不能卧，端坐呼吸，**静息时也有**心功能不全或心绞痛症状。

【考点】 . 心功能的分期（根据心脏结构有无改变和有无临床表现分期）

A期——**二无**：心脏**无症状**，**无结构**改变。

B期——**一有一无**：心脏**有结构**改变，**无临床**症状。

C期——**二有**：心脏**有症状**，**有结构**改变（至少相当于N2）。

D期——出现**顽固性心衰**，治疗原则：寻找病因，设法纠正。

【考点】 循环系统疾病诊断方法总结：

- (1) 心衰诊断→**首选**超声心动图。
- (2) 超声心动图→心脏瓣膜疾病、心肌病、心包积液的“**金标准**”。
- (3) 感染性心内膜炎“**金标准**”→血培养；“**银标准**”→超声心动图。
- (4) 冠心病诊断“**金标准**”→冠脉造影。
- (5) 心律失常诊断“**金标准**”→心电图。
- (6) 心脏骤停“**金标准**”→大动脉搏动消失。

【考点】心肌梗死用药总结：

- (1) 溶栓：最好的药物——rt-PA，其次是尿激酶。
- (2) **心肌梗死**溶栓时间窗**12h**；**脑栓塞**溶栓时间窗**3h**；**脑血栓**溶栓时间窗**6h**；**下肢静脉血栓**溶栓时间窗**2~3天**；**肺血栓**栓塞溶栓时间窗**14天**。
- (3) 心梗**先有ST段弓背向上抬高**，**后有ST段弓背向下抬高**——心肌梗死后综合征。
- (4) 急性心肌梗死+**快速**室早——用利多卡因，如无效用胺碘酮。
- (5) 急性心肌梗死+室速——用利多卡因，如无效用电除颤。
- (6) 急性心肌梗死+**缓慢性**心律失常——用**阿托品**。
- (7) 急性心肌梗死+**三度**房室传导阻滞——用**人工心脏起搏器**。
- (8) 急性心肌梗死防止梗死范围扩大——用β受体拮抗剂。
- (9) 右侧急性心肌梗死——禁用利尿剂，绝不扩管，只能首选补充血容量。
- (10) 急性心肌梗死合并休克——禁用异丙肾上腺素，只能用多巴胺和去甲肾上腺素。
治疗——主动脉内球囊反搏术。
- (11) 心梗24h内不用洋地黄