



# 大脑突然断电了，开关在哪？ 一例意识丧失病人的讨论

浙江大学医学院附属邵逸夫医院全科医学科 戴红蕾



浙江大学医学院  
附属邵逸夫医院



中国首家通过国际医院  
( JCI ) 评审的公立医院



中国医疗机构  
最佳雇主



邵逸夫医院下  
沙院区



# 病史资料

患者，女性，77岁；

主诉：反复意识丧失半年余。



# 现病史

- 患者半年余前吃中饭过后10余分钟在坐着与家属谈话情况下，突感头晕、全身乏力、伴胸闷，随后出现意识丧失，呼之不应，伴小便失禁，约5分钟后自行转醒，伴有呕吐，无四肢抽搐、无口吐白沫、无大汗淋漓、无肢体麻木、无口齿不清等其他症状，至当地医院就诊，未做进一步诊疗，嘱监测随访。
- 之后患者反复在中饭过后、坐着休息的情况下出现头晕乏力、想睡觉等情况，被家属及时发觉，未发生意识丧失。
- 半月前在客厅行走时，再发意识丧失，具体持续时间不详，醒后发觉左脸颊部摔伤青紫。

患者为进一步明确病因来我院就诊，门诊拟“意识丧失待查”收住入院。



# 现病史

- 2年前患者开始出现反复心悸不适，多活动后发作，无胸痛、呼吸困难、面色苍白及大汗等症状，持续约数分钟，休息后或服用“速效救心丸”可缓解。半月前开始出现活动耐量明显降低，表现为步行约10分钟后或上楼梯，上两步台阶感胸闷不适，未进一步就诊。
- 高血压病史1年余，最高收缩压大于160mmHg，规律服用“替米沙坦片80mg 每日一次”控制血压，自诉血压控制可。



# 既往史

- 6年前、4年前分别行左右髋关节置换手术。
- 6年前因“右下肢水肿”当地医院彩超提示：下肢静脉血栓形成（报告未见）。

**个人史、家族史：无殊**



# 体格检查

- 脉搏：83次/分钟；血压：117/56mmHg；
- 神清，精神可，口角无歪斜。心律齐，未及病理性杂音。两肺呼吸音清，未及啰音。腹软，全腹无压痛，肝脾肋下未及。双下肢无水肿，右下肢色素沉着，右足皮温稍低。四肢肌力V级，肌张力无亢进，病理反射（-），闭目直立试验（-），指鼻试验（-）。



## 症状——是全科门诊最常见的问题

The “**bread and butter**” of family medicine is the outpatient management of medical problems.

常见问题的门诊诊治是全科医学的“牛奶和面包”。

——Essentials of Family Medicine (6th edition)

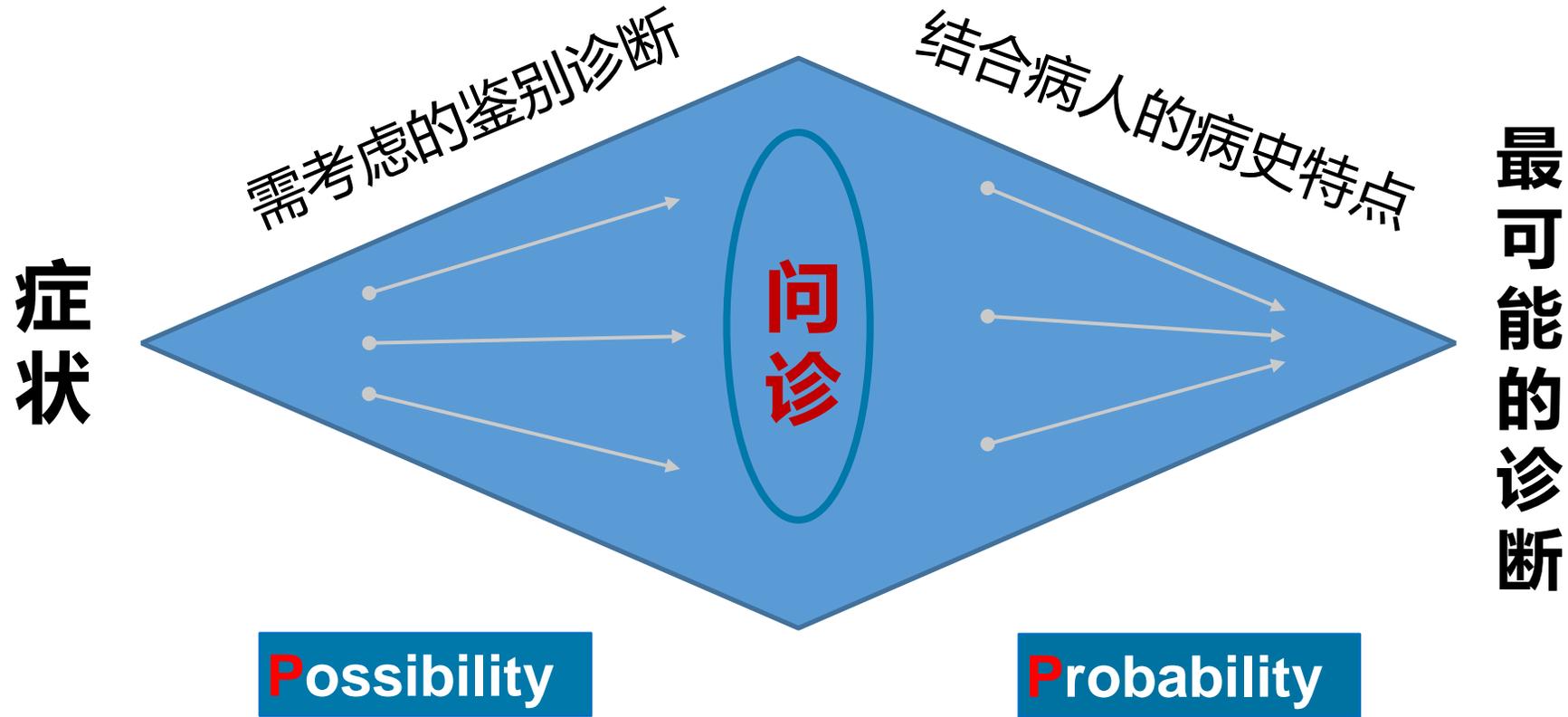


**问题一、该患者的症状特点？**



# 全科临床思维之一

## 菱形思维导图





- 全面采集病史对准确判断潜在病因至关重要。
- 一些研究提示，通过采集病史和体格检查可明确近半数患者的诊断。



## 病史询问要点

- **伴随症状和触发因素**：伴随症状可提供重要的诊断线索。例如，胸痛可能提示急性冠脉综合征或肺栓塞。心悸提示心律失常。呼吸困难让人担心有肺栓塞或心力衰竭的问题。头痛提示蛛网膜下腔出血的可能性。诸如头痛、感觉异常或无力等症状可能提示是神经系统疾病引起的。
- **体位**：因长时间站立(即至少15-20分钟)而丧失意识的患者，更可能发生神经源性晕厥。从卧位变为直立位时丧失意识的患者更可能为直立性低血压。在坐位或仰卧位时晕厥的患者可能是心律失常。
- **发作**：毫无征兆或前驱症状的突发意识丧失提示心律失常。有前驱症状的患者更可能是血管迷走神经性晕厥，已反复证实是低风险的。



- **症状持续时间**：很难对晕厥事件的持续时间进行量化。患者往往不清楚自己意识丧失的持续时间，晕厥发生时也常没有目击者，即使有目击者也不能很好地量化持续时间。大致可以这样认为，如果“晕厥事件”或意识丧失持续4或5分钟以上，应考虑癫痫发作或其他病因引起的神志改变。
- **劳力性晕厥**：劳力性晕厥提示可能有心律失常或心脏流出道梗阻(如主动脉瓣狭窄、肥厚型心肌病或心包填塞)。这些患者需要进行全面的心脏评估，包括胸片、ECG检查和超声心动图检查。



## 该病人的病史特点

- 老年，女性；
- 发生意识丧失两次

特点：一次在餐后，一次在站立位时；发作前感头晕、乏力、胸闷，意识恢复后无明显不适；持续时间约几分钟；

- 既往有高血压病史，服用降压药治疗。
- 2年前开始出现反复心悸不适，多于活动后发作，半月前开始活动后感胸闷。



## 问题二、意识丧失的鉴别诊断？

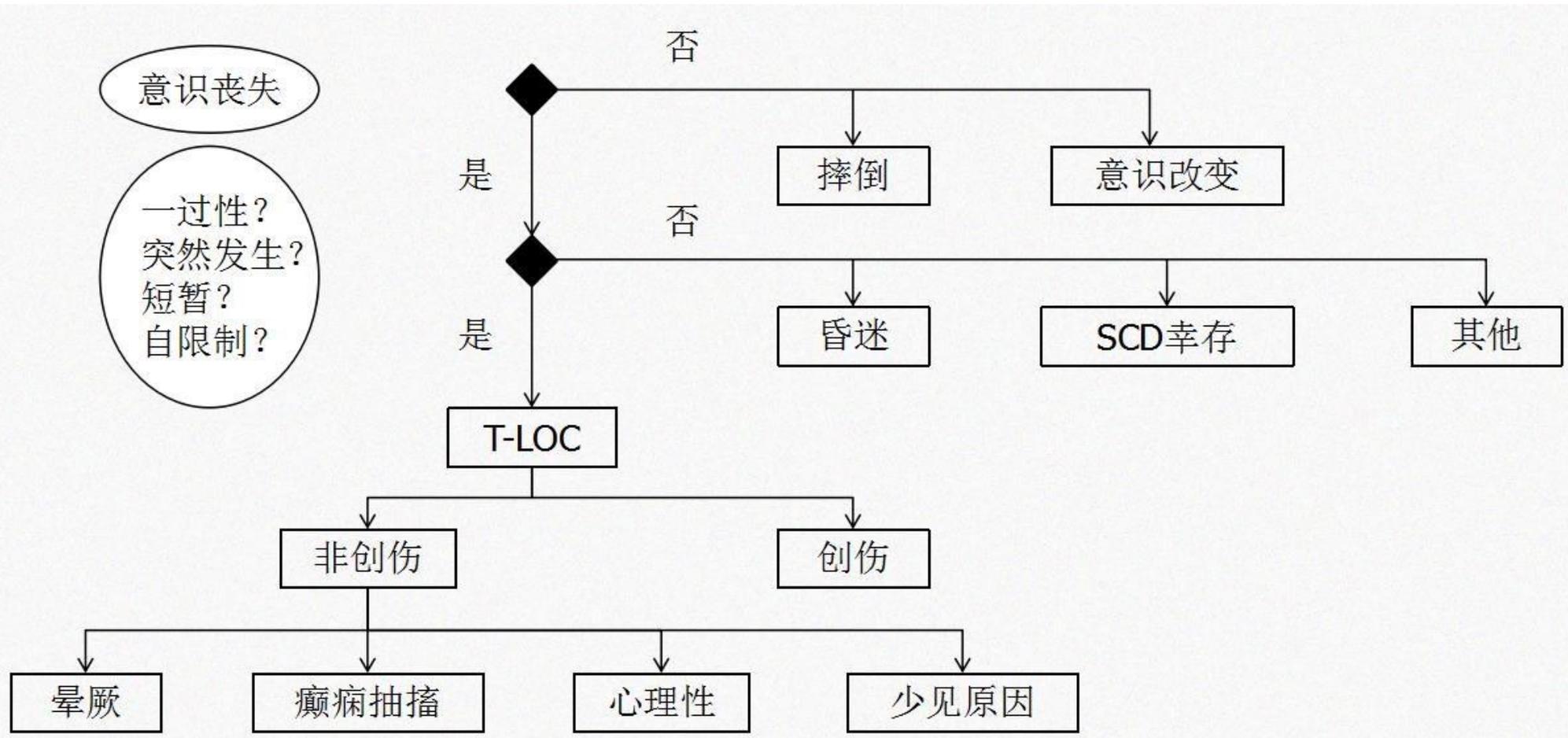


## 意识丧失 ( Loss of consciousness )

- 处于对外界刺激无反应状态，而且不能被唤醒去认识自身或周围环境。
- 无自发运动，对任何刺激都不产生反应，此时，许多反射如吞咽、防御，甚至瞳孔对光反应均消失，并可引出病理性反射。



# 意识丧失鉴别流程



SCD: 心脏性猝死; T-LOC: 短暂意识丧失



➤ 该患者是否可以**直接**诊断为晕厥待查？

➤ 除了晕厥以外还需考虑哪些**鉴别**诊断？

该患者存在哪些**脑血管**疾病危险因素，如何**鉴别**短暂性脑缺血发作？

该患者的**意识**丧失是否考虑**癫痫**？该如何**鉴别**？



# 几种容易与晕厥混淆的问题

- 癫痫：** 癫痫发作时，局部脑血流量及脑的氧代谢率不仅未减少，反而大大增加，和晕厥的本质是截然不同的。癫痫小发作易与晕厥相混。
- 眩晕：** 是患者对位向(空间走向感觉)的主观体会错误，但意识是清楚的
- 昏迷：** 晕厥和昏迷的主要区别在于意识丧失的持续时间不同
- 休克：** 与晕厥的根本区别在于休克发病学的关键不在血压而在血流



# 入院前辅助检查

- 双侧颈动脉彩超示：双侧颈动脉硬化伴斑块形成（部分软斑）。
- MR+弥散成形示：双侧基底区多发腔隙灶；老年脑、脑白质脱髓鞘改变；脑电图示：未见异常；心超示：二尖瓣轻度反流；三尖瓣轻度反流。
- 右下肢静脉彩超示：右下肢大隐静脉曲张伴静脉瓣功能不全。



# 脑血管病 TIA ?

- 没有神经系统定位体征
- 颅脑平扫+DWI：老年性脑改变。
- 进一步行颈部CTA：左侧颈总动脉斑块，狭窄约30-40%，双侧颈总动脉近分叉处混合斑块，狭窄约30-35%。



# 癫痫？

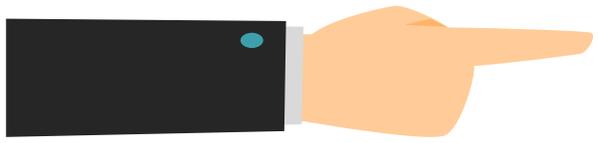
## 提示癫痫发作的因素包括:

- 前驱症状(先兆)与血管减压型晕厥的前驱症状(先兆)不同
- 突然发作，伴有外伤
- 在有节律的肌阵挛开始前存在一段肌强直期
- 发作期间出现头部偏移或姿势异常
- 舌咬伤(尤其是伤及舌的外侧面)
- 大小便失禁
- 事件后(发作后)期延长，期间患者意识模糊和定向障碍

动态脑电图：未见明显异常。



**问题三、该患者是否为晕厥？**



意识  
丧失？

是

一过性意  
识丧失？

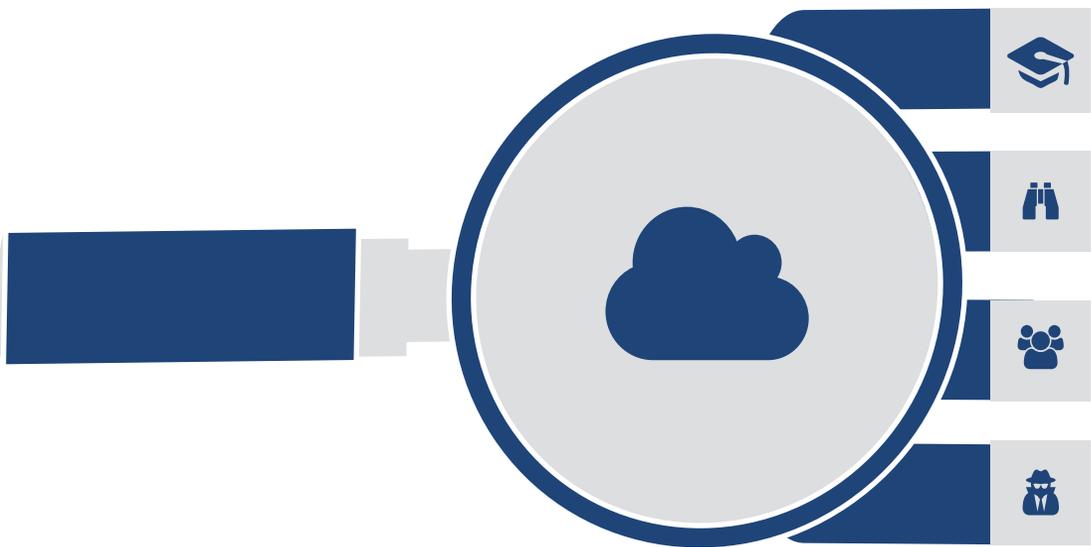
是

晕厥？

是？



# 晕厥是什么？

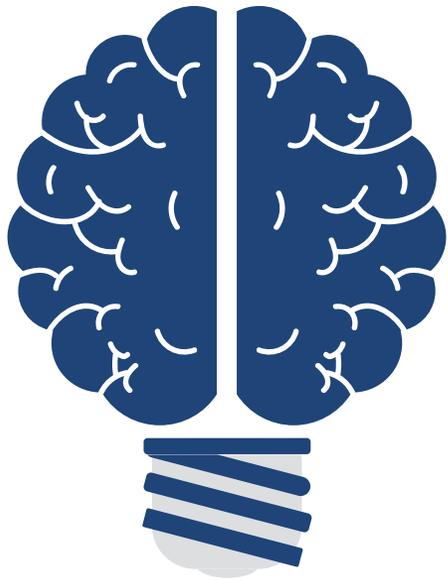


- 晕厥是一种症状！
- 是自发性的，无外力因素产生的临床症状。
- 是一过性意识丧失(TLOC)吗？
- 是！但只是一过性意识丧失的的一种类型！



# 晕厥定义

晕厥是指一过性全脑血液低灌注导致的短暂意识丧失（T-LOC），特点为发生迅速、一过性、自限性并能够完全恢复。



- 1 意识丧失(关键)
- 2 丧失自主肌张力(固有特点跌倒)
- 3 发作相对迅速(数秒-几分)
- 4 恢复是自发和完全，通常非常迅速(不经干预)
- 5 发病机制是短暂脑灌注不足(与癫痫、脑外伤、发作性睡病不同)



## 问题四、晕厥的鉴别诊断？



# 全科临床思维之二

## Murtagh安全诊断策略

1.可能的诊断是什么？

2.哪些严重的疾病一定不能漏诊？

3.哪些病因会被经常遗漏？

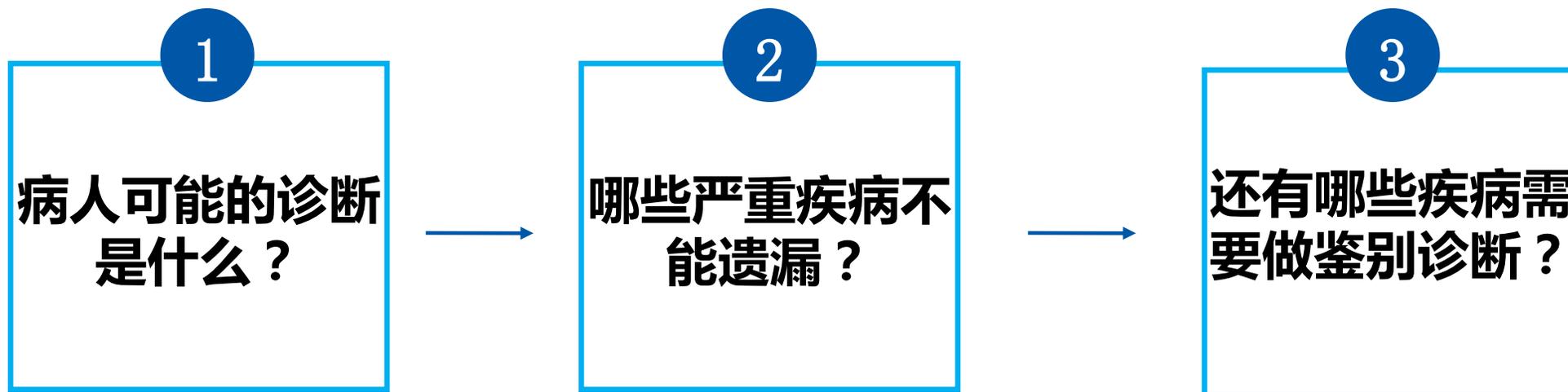
4.病人是否患有临床上症状多变的“伪装性疾病”？

5.病人是否在试图要告诉我们别的东西？





为进一步简化思维流程，提高效率，我们在临床工作及教学中可以采用简化的安全诊断模式，从三个步骤思考其诊断假设：





**1.结合该病人特点最可能的晕厥原因是什么？**

**2.哪些严重的疾病不能漏诊？**

**3.结合该病人特点需进行哪些鉴别诊断？**



# 晕厥的分类

- ★ 神经介导的反射性晕厥
- ★ 体位性低血压
- ★ 心源性晕厥



# 晕厥的分类

## 反射性（神经介导的）晕厥

血管迷走性晕厥（VVS）	<p><b>直立性</b>：站立时出现，坐位时不常发生</p> <p>情绪型：恐惧，疼痛（躯体或内脏），器械，晕血</p>
情境性晕厥	<p>排尿，胃肠道刺激（吞咽，排便），咳嗽，打喷嚏，运动后，<b>餐后</b>，其他（大笑，铜管乐器演奏）</p>
颈动脉窦综合征	
非经典形式	无前驱症状，和/或无明显诱因，和/或表现不典型



# 晕厥的分类

## 直立性低血压（OH）导致的晕厥

注意：运动（运动诱发）、餐后（餐后低血压）和长时间卧床休息（去调节）可能会加重低血压

药物引起	最常见，例如血管舒张剂、利尿剂、吩噻嗪类、抗抑郁药
血容量不足	出血，腹泻，呕吐等
原发性自主神经衰竭 (神经源性 OH)	单纯自主神经衰竭，多系统萎缩，帕金森病，路易体痴呆
继发性自主神经衰竭 (神经源性 OH)	糖尿病，淀粉样变性，脊髓损伤，自身免疫性自主神经病变，副肿瘤性自主神经病变，肾衰竭

\*2018欧洲心脏病学会（ESC）晕厥诊断和管理指南



# 心源性晕厥

注意：运动（运动诱发）、餐后（餐后低血压）和长时间卧床休息（去调节）可能会加重低血压

<p>心律失常</p>	<p>心动过缓：窦房结功能障碍（包括心动过缓/心动过速综合征），房室传导系统疾病</p> <p>心动过速：室上性，室性</p>
<p>结构性心脏病</p>	<p>主动脉瓣狭窄，急性心梗或心肌缺血，肥厚型心肌病，心脏肿瘤（心房粘液瘤及其他肿瘤），心包疾病/心包填塞，冠状动脉先天异常，人工瓣膜功能障碍</p>
<p>心肺和大血管疾病</p>	<p>肺栓塞 急性主动脉夹层，肺动脉高压</p>



# 初步评估中提示晕厥诊断的临床特征

诊断	临床特征
反射性晕厥	<ul style="list-style-type: none"><li>☞ 复发性晕厥的长期病史，特别是在40岁之前发生</li><li>☞ 在令人不愉快的视觉、听觉刺激或疼痛后发生</li><li>☞ 长时间站立后发生</li><li>☞ 用餐期间发生</li><li>☞ 在拥挤和/或炎热的地方发生</li><li>☞ 晕厥前存在自主神经症状：苍白、出汗和（或）恶心/呕吐</li><li>☞ 头部旋转或压迫颈动脉窦（如肿瘤、剃须、衣领太紧）</li><li>☞ 无心脏疾病</li></ul>



# 初步评估中提示晕厥诊断的临床特征

诊断	临床特征
OH导致的晕厥	<ul style="list-style-type: none"><li>❑ 站立时或站立后发生</li><li>❑ 长时间站立后发生</li><li>❑ 用力站起时发生</li><li>❑ 餐后低血压</li><li>❑ 开始使用血管扩张剂/利尿剂或剂量改变与血压下降存在时间关联</li><li>❑ 存在自主神经病变或帕金森综合征</li></ul>



# 初步评估中提示晕厥诊断的临床特征

诊断	临床特征
心源性晕厥	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗用力或仰卧时发生</li><li>⊗突发心悸，随后立即发生晕厥</li><li>⊗年轻时不明原因猝死的家族史</li><li>⊗有结构性心脏病或冠状动脉疾病</li><li>⊗心电图发现提示为心律失常性晕厥：<ul style="list-style-type: none"><li>- 双支阻滞</li><li>- 其他室内传导异常（QRS时间<math>\geq 0.12s</math>）</li><li>- 二度莫氏 I 型房室阻滞，一度房室阻滞伴PR间期显著延长</li><li>- 未服用负性变时药物情况下，出现无症状窦缓（40-50bpm）或缓慢慢性房颤（40-50bpm）</li><li>- 非持续性室速</li><li>- 预激QRS波群</li><li>- 长或短QT间期</li><li>- 早期复极</li><li>- V1-V3导联ST段 I 型提高（Brugada图形）</li><li>- 右胸前导联的T波倒置，Epsilon波提示ARVC</li><li>- 左心室肥厚提示肥厚型心肌病</li></ul></li></ul>



# 晕厥的评估

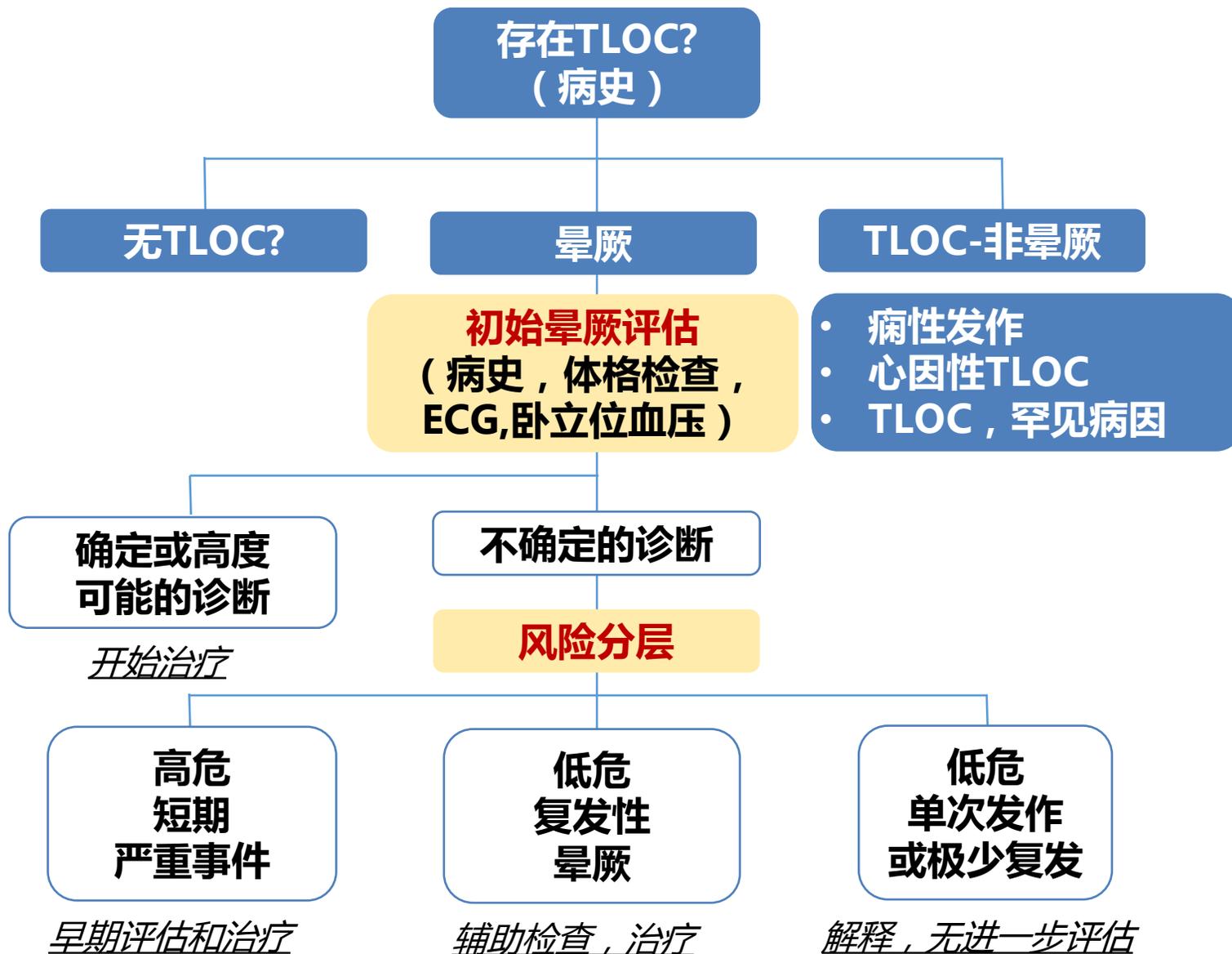
## 初步评估的目的：

- ( 1 ) 明确是否是晕厥？
- ( 2 ) 是否能确定晕厥的病因？
- ( 3 ) 是否是高危患者？

危及生命的晕厥病因包括：出血(如胃肠道出血和蛛网膜下腔出血)、肺栓塞、心律失常或急性冠脉综合征导致的心源性晕厥。



# 晕厥的初始评估和 risk 分层流程图





# 入院后辅助检查

- CBC、大便常规+OB、尿常规、肿瘤指标、甲状腺指标、proBNP、术前免疫无殊。
- 常规心电图：窦性心律，正常心电图。
- 胸部平扫：两肺散在炎性灶；左肺上叶支气管扩张伴感染。 两肺钙化灶；两侧胸膜增厚。



# 肺栓塞？

- 动脉血气：测量氧分压 $PO_2$  78.0mmhg；氧分压-校正 76.5mmhg；二氧化碳总量（ $TCO_2$ ）21.9mmol/L；
- 凝血功能、D-Di：未见异常；
- 肺通气及肺灌注显像：肺灌注显现示两上肺多个肺段放射性稀疏缺损，与通气基本相配，不具典型肺栓塞征象。



# 心源性晕厥？

- 心超：轻度二尖瓣、三尖瓣反流；
- 动态心电图：1、窦性心律（心率55-109次/分，平均76次/分）；2、房性早搏共97次，其中单发房早60次，成对房早3次，短串性房速4次，最长连续21个心搏；3、心脏植物神经功能未见明显异常；
- 冠脉平扫+增强CT：1、右冠近段管壁略增厚；2、左主干及左前降支近中段混合斑块，左主干管腔轻度狭窄，管腔狭窄约30%，左前降支中度狭窄，最窄约60%。



# 体位性低血压？

## 卧立位血压检测

	平卧位	立位0min	1min	3min	5min
血压 (mmHg)	138/70	113/71	107/59	105/54	103/52
心率(次/分)	73	81	80	80	84

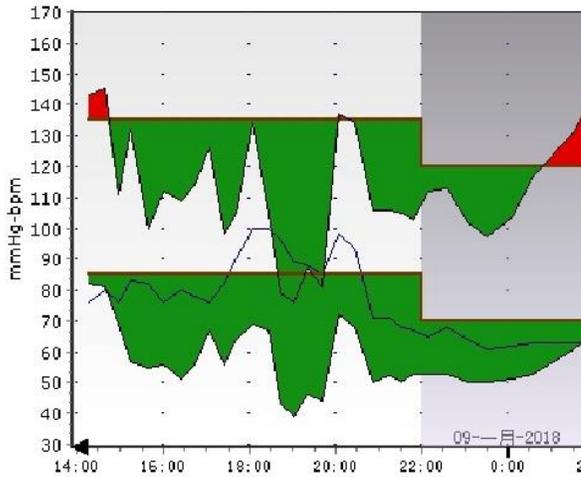


# 24h动态血压

## 摘要

基于ESH 和AHA建议, 动态血压监测数据显示

- 最优 24 小时 收缩压和舒张压(114/58 mmHg)
  - 最优 白天 收缩压和舒张压(112/58 mmHg)
  - 夜间 收缩压高血压 (121 mmHg) 和 最优 夜间 舒张压 (57 mmHg)
- 夜间 血压下降率是 -7.9% 收缩压, 2.4% 舒张压, 血压未下降



时期	时间	样品	平均 收缩压 mmHg (+/- 标准差)
整体	14:18-13:27 (23:09)	58	114 (18.7)
白天	06:00-22:00	43	112 (19.8)
夜间	22:00-06:00	15	121 (14.0)

夜间血压下降: 收缩压 = -7.9% 舒张压 = 2.4%

## 编辑过的动态血压数据

#	时间	收缩压/舒张压 (mmHg)	心率 (次数/分钟)	平均动脉压事件 (mmHg)
1	14:18	143/ 82 >	76	102
2	14:39	145/ 81 >	80	102
3	14:58	111/ 69	76	83
4	15:16	132/ 57	83	82
5	15:39	100/ 55	82	70
6	16:01	112/ 56	76	75
7	16:26	109/ 51	80	70
8	16:44	114/ 56	78	75
9	17:05	126/ 67	76	87
10	17:26	98/ 56	82	70
11	17:42	105/ 64	90	78
12	18:04	134/ 69	100	91
13	18:27	105/ 67	100	80
14	18:45	79/ 43	96	55
15	19:02	76/ 39	89	51
16	19:21	87/ 46	88	60
17	19:42	81/ 44	85	56
18	20:04	137/ 72 >	98	94
19	20:28	134/ 68	93	90
20	20:53	106/ 50	71	69

#	时间	收缩压/舒张压 (mmHg)	心率 (次数/分钟)	平均动脉压事件 (mmHg)
40	06:05	145/ 63 >	61	90
41	06:21	131/ 59	60	83
42	06:50	160/ 77 >	77	105
43	07:07	144/ 86 >	89	105
44	07:24	117/ 60	79	79
45	07:46	108/ 55	75	73
46	08:08	105/ 58	74	74
49	09:14	107/ 61	77	76
50	09:38	97/ 58	71	71
51	10:02	109/ 52	64	71
52	10:24	115/ 58	69	77
53	10:41	91/ 51	63	64
54	11:02	98/ 51	61	67
55	11:19	123/ 58	74	80
56	11:44	84/ 44	77	57
57	12:05	93/ 44	74	60
58	12:20	109/ 54	67	72



# 餐后低血压

- **定义**：指餐后 2 h 内收缩压较餐前下降幅度 $\geq 20$  mmHg或餐前收缩压 $\geq 100$  mm Hg，而餐后 $< 90$  mm Hg或餐后血压下降未达到上述标准，但出现餐后心脑血管缺血症状。
- **症状**：多发生于餐后 30 ~ 60 min，持续 30 ~ 120 min。可表现为头晕、乏力、视物模糊、嗜睡、晕厥、跌倒等。



# 餐后低血压

## 病因：

- 尚未完全阐明
- 对进餐引起的血液聚集于内脏循环的交感神经代偿不充分，进而导致心输出量和全身血管阻力不能维持
- 其他可能的促发因素：由胰岛素或胃肠血管活性肽诱导的血管扩张

## 好发人群：

- 老年人群
- 糖尿病患者
- 自主神经功能衰竭的患者



# 餐后低血压

**治疗:** ( 目前尚未明确症状性餐后低血压的最佳治疗方法 )

1.对有餐后低血压症状的患者应采用治疗直立性低血压相同的原则(如避免容量不足和特定的药物)

2.改变饮食可能对特定的患者也会有帮助

- 避免大量进食
- 摄入低碳水化合物的食物
- 尽可能减少酒精摄入
- 就餐过程中饮水
- 避免餐后立即运动或者突然站立

3.部分患者可能有必要在餐后半卧位躺90分钟。患者应该在两餐间尝试步行。



# 餐后低血压

## 其他可能有效的药物：

- 阿卡波糖
- 奥曲肽

增加内脏血管阻力，从而阻止血液汇集在胃肠道  
价格昂贵，且常常导致腹泻及注射部位疼痛  
应仅用于症状最严重的患者

- 咖啡因
- 3,4-DL-苏型-DOPS
- 胍胶

现已证实了药物对血压反应的有益影响，但对于症状改善而言并非如此。



# 冠心病的进一步治疗

- 于2018-01-09请心内科会诊，建议转心内科评估冠脉造影+必要时支架植入术。
- 转心内科于2018-01-11冠脉造影提示：左前降支近段狭窄80%，行左前降支支架植入。



# 出院诊断

- 神经介导反射性晕厥（餐后低血压）首先考虑
- 体位性低血压
- 冠状动脉粥样硬化性心脏病

## PCI术后

- 高血压病2级 高危组
- 双侧颈动脉粥样硬化
- 右下肢静脉曲张



**问题五、该病人的进一步随访？**



# 高血压治疗随访

## 一、指导患者和家属正确测量血压

- 方式：家庭自测血压or社区随访，必要时动态血压复查
- 仪器：水银柱血压计or电子血压计
- 规范测量“三要点”：安静放松，位置规范，读数精准。



## 三要点

- **安静放松**：测量前 30 分钟内禁止吸烟、饮咖啡或茶等，排空膀胱，安静休息至少 5 分钟。测量时取坐位，双脚平放于地面，放松且身体保持不动，不说话。
- **位置规范**：袖带中心与心脏处于同一水平线上（水银柱血压计也应置于心脏水平）；袖带下缘应在肘窝上 2.5cm（约两横指），松紧合适，可插入 1-2 指为宜。听诊器胸件勿束缚于袖带内。
- **读数精准**：电子血压计直接读取数值；水银柱血压计，需要出院前实践指导。



# 高血压治疗随访

## 二、确定监测点

### ➤ 一般要求：

**血压稳定前**：每日早晚各测 1 次，每次测量 3 遍；连续测量 7 天，取后 6 天血压的平均值作为治疗决策的参考。2-4周1次门诊随访。

**血压稳定后**：每周自测 1 天，早晚各 1 次。3个月1次门诊随访。

- 结合药代动力学：替米沙坦半衰期20多小时，老年人代谢速度和年轻人无明显差异，且患者无肝肾功能明显异常，故5个半衰期（**5天**）后可能为患者目前真实基础血压，可以此评估患者是否存在高血压及血压的真实水平。
- 结合患者血压波动特点：患者动态血压提示**早晨7点**最高，**中午11点前后和傍晚19点**前后血压最低，需要监测该3点血压情况。



# 高血压治疗随访

## 三、控制目标：150/90mmHg

80岁以上高龄老人建议血压控制在150/90mmHg以内，如果耐受可降至140/90mmHg以内，舒张压不低于60mmHg。

## 四、后续用药方案：视血压监测真实情况，在控制目标内可暂不用药，高于控制目标可以替米沙坦40mg口服QD

老年人降压应从小剂量开始，尽量避免血压降低过快和大幅度血压波动。



# 高血压治疗随访

## 五、非药物治疗

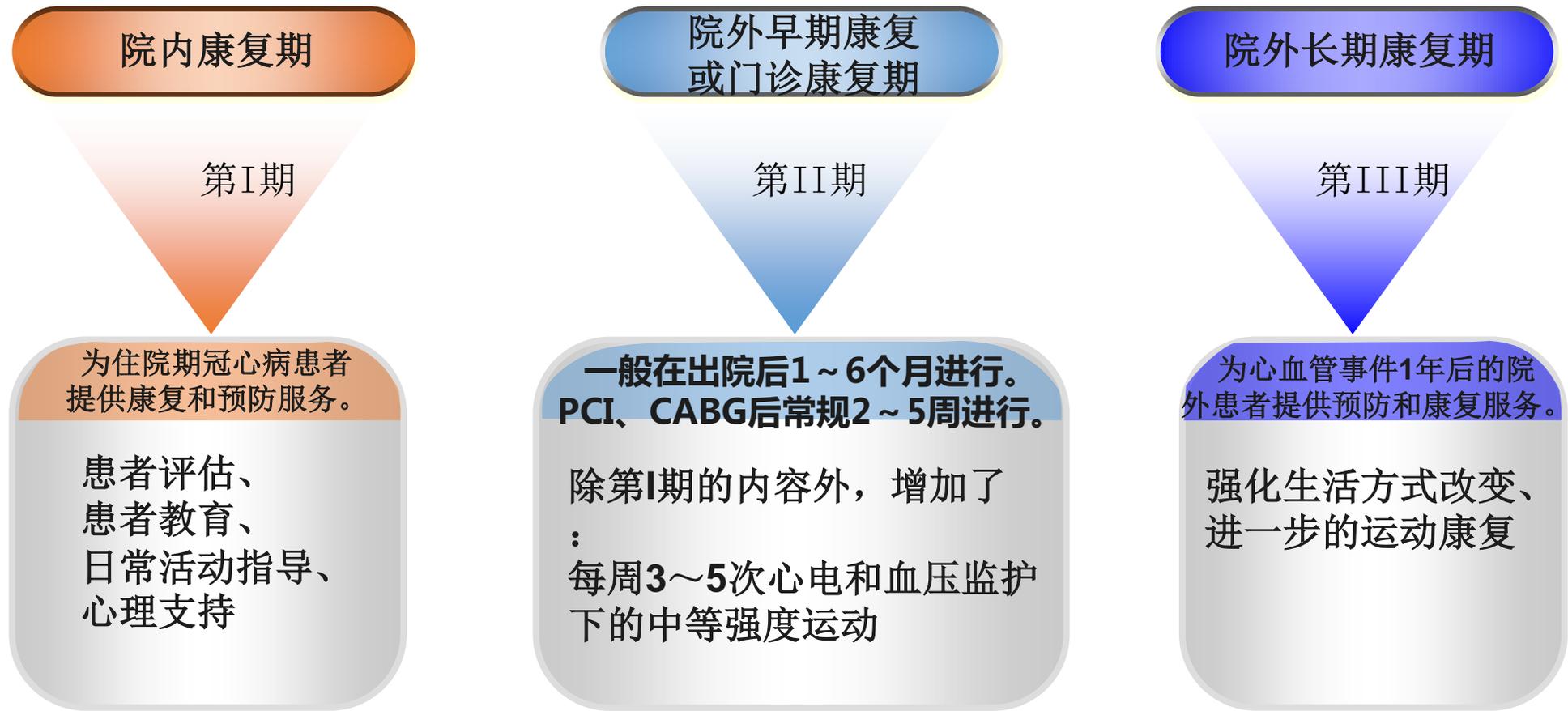
- 减少钠盐摄入，每日摄盐量  $< 6\text{g}$
- 调整饮食结构，减少饱和和不饱和脂肪酸摄入增加不饱和脂肪酸摄入，增加膳食纤维摄入
- 戒烟，避免二手烟
- 限制饮酒，男性  $< 25\text{g}$ ，女性  $< 15\text{g}$
- 减轻体重 BMI  $< 25$
- 规律有氧运动，每周5次，每次30-60min，中等强度
- 保持心理健康



# 冠心病的随访



# 冠心病康复分期及内容



全科医师可参与第II期康复中的患者评估、患者教育、日常活动指导、心理支持、低危患者运动康复及第III期康复。



表4 冠心病患者的危险分层

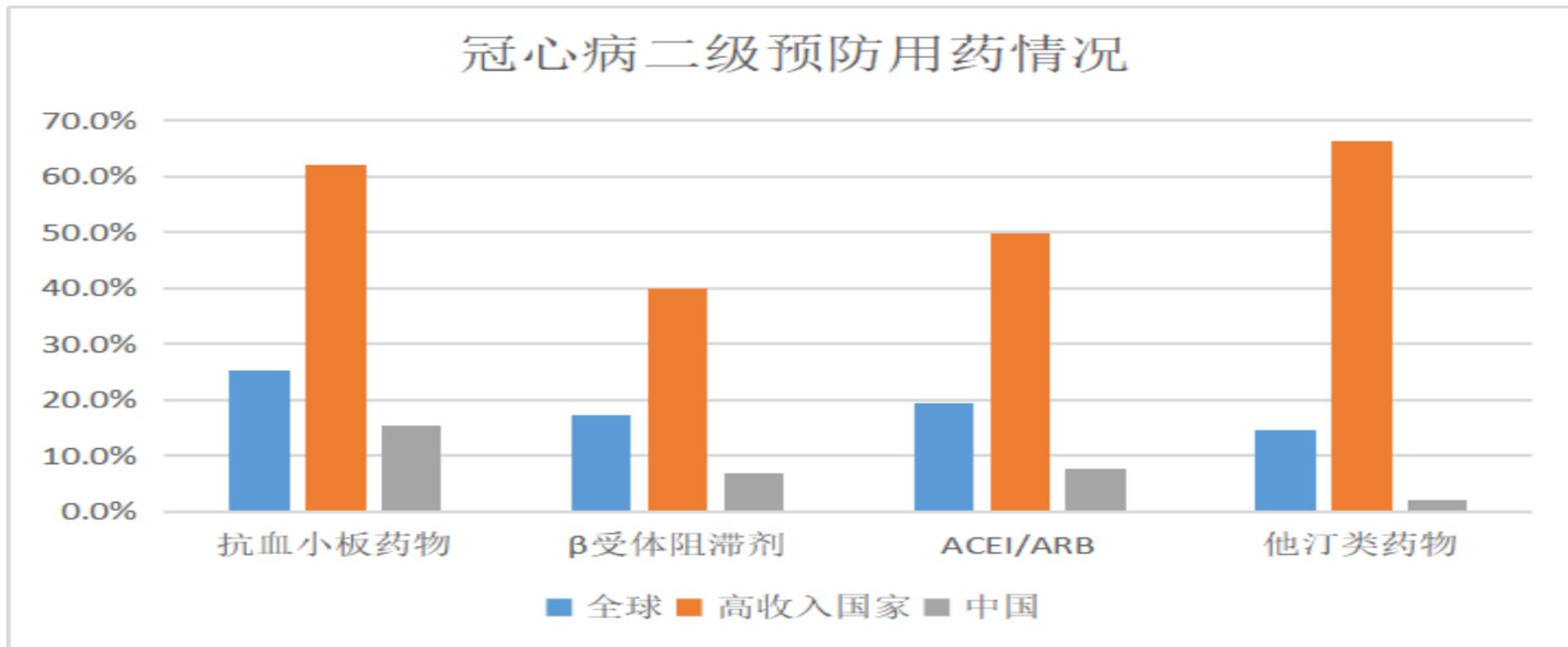
危险分层	运动或恢复期症状及心电图改变	心律失常	再血管化后并发症	心理障碍	左心室射血分数	功能储备 (METs)	血肌钙蛋白浓度
低危	运动或恢复期无心绞痛症状或心电图缺血改变	无休息或运动引起的复杂心律失常	AMI 溶栓 血管再通, PCI 或 CABG 后血管再通且无合并症	无心理障碍(抑郁、焦虑等)	>50%	≥7.0	正常
中危	中度运动(5.0 ~ 6.9 METs)或恢复期出现心绞痛症状或心电图缺血改变	休息或运动时未出现复杂室性心律失常	AMI、PCI 或 CABG 后无合并心原性休克或心力衰竭	无严重心理障碍(抑郁、焦虑等)	40% ~ 49%	5.0 ~ 7.0	正常
高危	低水平运动(<5.0 METs)或恢复期出现心绞痛症状或心电图缺血改变	休息或运动时出现的复杂室性心律失常	AMI、PCI 或 CABG 后合并心原性休克或心力衰竭	严重心理障碍	<40%	≤5.0	升高

注:低危指每一项都存在时为低危,高危指存在任何一项为高危;AMI:急性心肌梗死,PCI:经皮冠状动脉介入治疗,CABG:冠状动脉旁路移植术,METs:代谢当量



# 冠心病患者的循证规范用药

- 国内外冠心病指南一致强调，改善冠心病患者预后的重要措施是充分使用有循证证据的二级预防药物。
- 我国目前冠心病患者二级预防用药状况非常不理想，PURE研究给我们敲响了警钟。该研究调查全球17个国家628个城市和乡村社区、153996位居民的心血管疾病二级预防用药情况。





# 冠心病患者的循证规范用药

有充分循证证据的二级预防用药包括：抗血小板药物、 $\beta$ 受体阻滞剂、ACEI / ARB、他汀类药物。

## 抗血小板药物

- 若无禁忌证，所有冠心病患者均应长期服用阿司匹林80 ~ 100 mg / d，CABG后应于6 h内开始使用阿司匹林。若不能耐受，可用氯吡格雷75 mg / d代替。
- 发生ACS或接受PCI治疗的患者，需联合使用阿司匹林100 mg / d和氯吡格雷75 mg / d治疗12个月。

## $\beta$ 受体阻滞剂和ACEI / ARB

- 若无禁忌证，所有冠心病患者均应使用 $\beta$ 受体阻滞剂和ACEI，如患者不能耐受ACEI，可用ARB类药物代替。

## 他汀类药物

- 若无他汀使用禁忌证，即使入院时患者TC和(或)LDL—C无明显升高，也可启动并坚持长期使用他汀类药物。



## 2月后随访

- 患者未再发意识丧失，无胸闷气急、无饭后头晕乏力不适。
- 规律服用厄贝沙坦降压治疗，血压控制在130-140/80mmHg。
- 心内科门诊随访继续波立维75mg，阿司匹林0.1g，立普妥40mg治疗。

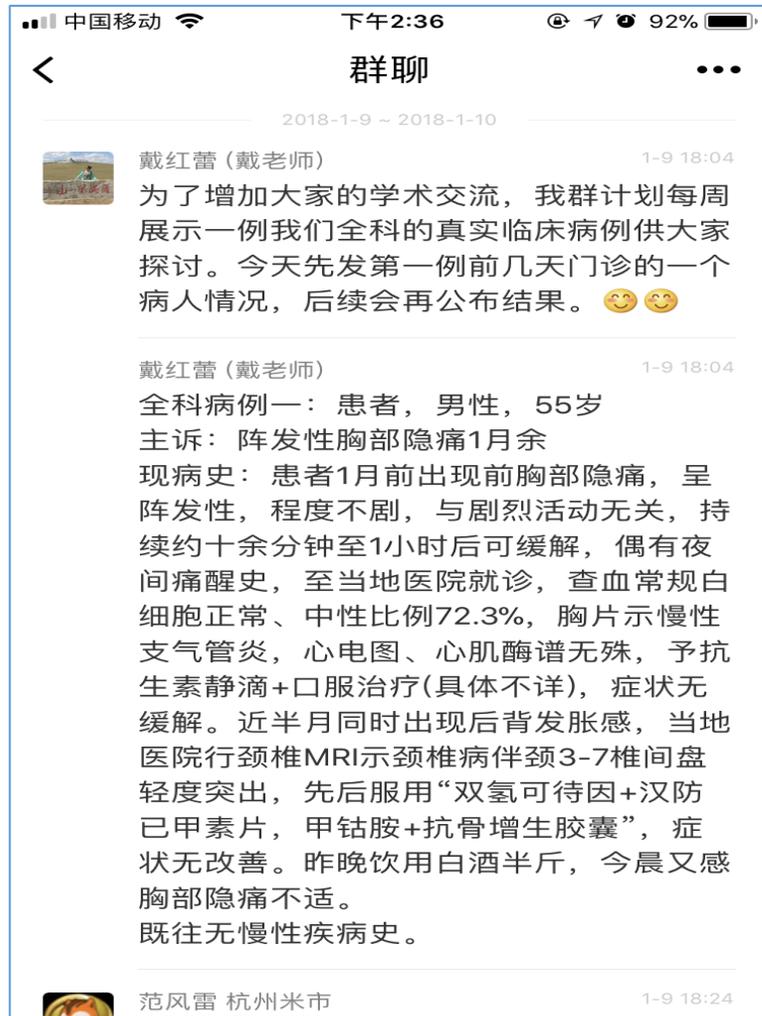


# 总 结

- **“迷之存在”** ——症状学主诉是全科门诊最常见的问题。
- **“查找线索”** ——全科的诊疗要立足于详细的病史询问及体格检查。
- **“理清思路”** ——全科临床思维：菱形思维导图，最可能的诊断-哪些严重疾病不能漏诊-还有哪些疾病需要鉴别。
- **“全人管理”** ——关注全科专业特色：“全人理念”、“连续性医疗”。



# 邵医全科医学钱江论坛微信群





# 浙大邵医全科微信公众号

## 【浙大邵医全科.案例交流】全科临床病例一

2018-03-21 浙大邵医全科

点击标题下「蓝色微信名」可快



钱江论坛是由邵逸夫医院全科医学科牵头的学地全科同道。在这里，大家通过临床病例讨论，医学学术交流，促进专业水平提升。

### 全科临床病例一

患者，男性，55岁

主诉：阵发性胸部隐痛1月余

现病史：患者1月前出现前胸部隐痛，呈阵发性，程度不剧，与活动有关，持续约十余分钟至1小时后可缓解，偶有夜间痛醒史，至当地医院就诊，查血常规白细胞正常、中性比例72.3%，胸片示慢性支气管炎，心电图、心肌酶谱无殊，予抗生素静滴+口服治疗(具体不详)，症状无缓解。近半月同时出现后背发胀感，当地



欢迎关注浙大邵医全科

## 大学医学院附属邵逸夫医院 全科医学科

- 先在国内成立全科医学科
- 为浙江省全科医学住院医师临床培训基地
- 为浙江省重点建设学科
- 为首批国家级住院医师规范化培训基地
- 与美国密歇根州立大学Genesys医学中心合作全科培训基地
- 为浙江大学全科医学学位点负责单位
- 批准为浙江省全科医学技术指导中心
- 为浙江省重点支撑学科
- 得英国皇家全科医师学会(RCGP)教育认证
- 为“十佳全科专业基地”



扫描二维码，关注浙大邵医全科



# 做有能力的全科医生！



**全科医生也是专科医生**，全科医生的知识面是宽泛、广博的，他非常善于跟病人沟通、协调，所以全科医生有自己的特点，但是岗位能力一点都不亚于其他**专科医生**。

