

病态窦房结综合征 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E7_97_85_E6_80_81_E7_AA_A6_E6_c22_301776.htm 名称病态窦房结综合征

所属科室心血管内科病因特发性硬化 - 退行性变、冠心病、心肌病、心肌炎、风湿性心脏病、外科手术损伤，高血压等。部分为家族性或原因不明。病理病理改变主要为窦房结和心房纤维增生，可伴有窦房结动脉的结内部分闭塞，偶可累及房室交界处和分支。临床表现起病隐袭，进展缓慢，有时被偶然发现。如心、脑、胃肠及肾等脏器供血不足的症状为主，如乏力、胸痛、心悸、头晕、失眠、记忆力减退、易激动、反应迟钝、尿多、食欲差等。可持久或间歇发作。出现高度窦房阻滞或窦性停搏时，可发作短阵晕厥或黑朦。偶可发生心绞痛、心力衰竭或休克等。急性下壁心肌梗塞和心肌炎，可引起暂时性窦房结功能不全，急性期过去后多消失。

辅助检查一、心电图 严重的窦性心动过缓，每分钟少于50次。 窦性停搏和（或）窦房阻滞。 心动过缓与心动过速交替出现。心动过缓为窦性心动过缓，心动过速为室上性心动过速，心房颤抖或扑动。 慢性心房颤抖在电复律后不能转为窦性心律。 持久的缓慢的房室交界区性逸搏节律，部分患者可合并房室传导阻滞和束支传导阻滞。二、窦房结功能测定 可对疑患者可选择应用下述方法（一）运动和阿托品试验 运动或静注阿托品1.5~2mg，注射后1、2、3、5、10、15、20分钟分别描记心电图或示波连续观察，如窦性心律不能增快到90次/分和（或）出现窦房阻滞、交界区性心律、室上性心动过速为阳性。如窦性心律增快>90次/分

为阴性，多为迷走神经功能亢进，有青光眼或明显前列腺肥大患者慎用。（二）经食道或直接心房调搏检测窦房结功能 本法是病窦综合征较可靠的诊断方法，非凡是结合药物阻滞自主神经系统的影响，更可提高敏感性。经食道插入双极起搏导管，电极置入左房后面，然后接人工心脏起搏器，行快速起搏，频率由每分钟90次、100次、120次，逐渐增至每分钟150次，每次调搏持续1分钟，然后终止起搏，并描记心电图，看窦房结经历多长时间能清醒并复跳，自停止刺激起搏至恢复窦性P波的时间为窦房结恢复时间。病窦综合征者固有心率在80次/分以下（予阿托品2mg加心得安5mg静注后测定），窦房结恢复时间 $>1500\text{ms}$ ，窦房传导时间 $>180\text{ms}$ 。（三）动态心电图监测 可了解到最快和最慢心率、窦性停搏、窦房阻滞等心律失常表现。（四）运动试验 踏车或平板运动试验时，若运动后心率不能明显增加，提示窦房结功能不良。但必须严密监护观察，以防发生意外。诊断除临床症状外，还要根据上述检查进一步明确诊断。鉴别诊断首先要除外各种迷走神经兴奋性增高的因素，经具体询问病史，凡休息或夜间心率慢于60次/分，而活动后或稍用药后心率可达90次/分以上者，说明为生理性心动过缓，对可疑者可借助辅助诊断方法以判定窦房结功能。治疗一、病因治疗 首先应尽可能地明确病因，如冠状动脉明显狭窄者可行经皮穿刺冠状动脉腔内成形术，应用硝酸甘油等改善冠脉供血。心肌炎则可用能量合剂、大剂量维生素丙静脉滴注或静注。二、药物治疗 对不伴快速性心律失常的患者，可试用阿托品，麻黄素或异丙肾上腺素以提高心率。烟酰胺600 - 1000mg溶于10%葡萄糖液250 - 500ml中静滴每日1次，避免使用减慢心率的药物

如 受体阻滞剂及钙拮抗剂等。 中医治疗以补气、温阳、活血为主，可用人参加灸甘草汤，生脉散加四逆汤。三、安装按需型人工心脏起搏器 最好选专心房起搏（AAI）或频率应答式起搏器，在此基础上用抗心律失常药控制快速性心律失常。 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