

心房扑动与心房颤动 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__E5_BF_83_E6_88_BF_E6_89_91_E5_c22_301800.htm 名称心房扑动与心房颤抖所属科室心血管内科病因心房扑动与颤抖的病因基本相同，最常见者为风湿性心脏病、二尖瓣狭窄、其次是冠心病、甲亢性心脏病、心肌病（包括克山病）、心肌炎、高血压性心脏病。其它还有缩窄性心包炎、病态窦房结综合征等。少数阵发性房颤找不到明显病因，称特发性房颤。近年来有人认为可能与病毒感染或传导组织退行性变或植物神经功能不稳定等因素有关。病理房扑与颤抖的发病机理：主要是折返激动及异位起搏点自律性增高，而以多发性折返或微型折返激动学说较为合理。临床表现对血流动力学与心脏功能的影响及其所引起的症状，主要取决于心室率的恢复及原来心脏病的轻重。阵发型或持续型初发时心室率常较快，心悸、胸闷与恐慌等症状较显著。心室率较接近正常对循环功能影响较小，症状亦较轻。快速心房颤抖，左房压与肺静脉压急剧升高时可引起急性肺水肿。心房颤抖发生后还易引起心房血栓形成，部分血栓脱落可引起体循环动脉栓塞。心房颤抖主要体征是心律绝对不规则，心音强弱不等，患者脉搏次数显著少于心搏数，称为脉搏短绌。心房扑动时心律可规则或不规则、视心房与心室传导比例而定，若规则地按比例传导如3:1或6:1等。则心室律规则。辅助检查心电图一、心房扑动 P波消失、代以形态、间距及振幅绝对规则，呈锯齿样的心房扑动波（F波）。频率每分钟250 - 350次。最常见的房室传导比例为2:1，产生每分钟150次左右快而规则的心室

律，其次是4:1的房室传导比例，形成每分钟70 - 80次的心室率。有时房室传导比例不恒定，引起不规则的心室律。

QRS波群形态多与窦性心律相同，也可有心室内差异性传导。二、心房颤抖 P波消失，代以形态，间距及振幅均绝对不规则的心房颤抖波（f波），频率每分钟350 - 600次；

QRS波群间距绝对不规则，其形态和振幅可常有不等。鉴别诊断一、房扑应与其他规则的心动过速进行鉴别心室率150次 / min左右的房扑需与窦性心动过速和室上性心动过速鉴别。仔细寻找心房活动的波形、及其与QRS波群的关系，辅以减少房室传导以暴露扑动波的措施，不难作出鉴别。房扑与心房率在250次 / min左右且伴有2 : 1房室传导阻滞的房速有时难以鉴别。二、房颤应与其他不规则的心律失常鉴别如频发早搏、室上性心动过速或房扑伴有不规则房室传导阻滞等。心电图检查可以作出诊断。房颤伴完全性束支传导阻滞或预激综合征时，心电图表现酷似心室性心动过速。仔细辨认房颤波、以及R-R间距的明显不规则性，有利于确诊房颤。三、房颤伴频率依赖性心室内传导改变与室性异位搏动的鉴别个别QRS波群畸形有时难以作出鉴别。下列各点有利于室性异位搏动的诊断：畸形的QRS波群与前一次心搏有固定配对间距，其后且有较长间歇；V1单相或双相型QRS（非rSR₁型）波群，V5S或rS型QRS波群。以下各点有利于频率依赖性心室内传导改变的诊断：心室率偏快，畸形的QRS波群与前一次心搏无固定间距，大多为一个较长的R-R间距后第一个提早的QRS波群，其后无长间歇；V1rSR₁型QRS波群，V6中有小Q波；同一导联上可见不同程度的QRS波群增宽。治疗心房扑动与心房颤抖，除针对病因和诱因治疗,应注重心室率的控

制，异位心律的转复以及复发的预防。一、心房扑动发作时心室率快的，宜用洋地黄治疗。一般应先用西地兰静脉注射，使心室率控制在每分钟100次以下，若心房扑动持续，宜考虑同步直流电或奎尼丁转复。心房扑动电复率成功率达95%以上，而且所需电能量较小，较使用奎尼丁安全，有条件的宜首先使用。口服奎尼丁或胺碘酮也可能终止其发作，反复发作者，需长期服奎尼丁或胺碘酮预防。二、心房颤抖（一）急性房颤首先应针对原发病治疗。心室率快且症状明显，首选西地兰静脉注射以减慢心室率，部分患者用西地兰可转复为窦性心律。若症状仍严重，则可行电复律治疗。无严重的心血管损害时，可选用洋地黄、钙通道阻滞剂或阻滞剂可以延长房室结的不应期，减慢房室传导，往往能有效地降低心室率。（二）慢性房颤心房颤抖使心排出量明显减少，如能转变为窦性心律则对病人有利。但无论是电复律或药物复律都有一定的危险，且复律后还必须长期服药维持，复发率高。因此，在考虑复律时，须根据病人具体情况，估计复律的成功率和维持窦性心律的可能性，权衡利弊而作出决定。预防及预后复律后可用奎尼丁或同类药物预防复发。如复律不成功或房颤复发，则以钙拮抗剂，阻滞剂，或洋地黄控制心室率

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