

心律失常_胸部_症状库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E5_BF_83_E5_BE_8B_E5_A4_B1_E5_c22_608870.htm

心律失常概述：由于心脏激动的起源或传导异常所致的心律或心率改变叫心律失常这是临床最常见的心血管表现之一心律失常患者的临床症状轻重不一轻者可无任何不适偶于查体时被发现严重的可以危及患者生命心律失常病因：一根据心律失常的发生机制分类（一）激动起源异常1窦性心律失常（1）窦性心动过速（2）窦性心动过缓（3）窦性心律不齐（4）窦性停搏2异位心律（1）主动性异位心律：过早搏动（房性交界性室性）；心动过速（房性交界性室性）；扑动或颤动（房性室性）（2）被动性异位心律：逸搏（房性交界性室性）；逸搏心律（房性交界性室性）（二）激动传导异常1传导阻滞（1）窦房传导阻滞（2）房内传导阻滞（3）房室传导阻滞（4）室内传导阻滞（束支或分支传导阻滞）2传导途径异常预激综合征二根据心律失常原因分类（一）生理性因素如运动情绪激动进食体位变化睡眠吸烟饮酒或咖啡冷热刺激等（二）病理性因素1心血管疾病：包括各种功能性或器质性心血管疾病2内分泌疾病：如甲状腺功能亢进症或减退症垂体功能减退症嗜铬细胞瘤等3代谢异常：如发热低血糖恶病质等4药物影响：如洋地黄类拟交感或副交感神经药物交感或副交感神经阻滞剂抗心律失常药物扩张血管药物抗精神病药物等5毒物或药物中毒：如重金属（铅汞）中毒食物中毒阿霉素中毒等6电解质紊乱：如低血钾高血钾低血镁等7麻醉手术或心导管检查8物理因素：如电击淹溺冷冻中暑等机理 窦房结是心

脏的正常起搏点激动在窦房结形成后即由窦房结与房室结之间的结间通道传到房室结同时沿心房肌传抵整个心房激动在房室结内传导速度极为缓慢到达希氏束后传导速度再度加速激动沿浦肯野纤维传到心室肌使全部心肌激动一次完成一个心脏周期心律失常的发生机制包括心脏激动起源异常传导异常以及起源和传导均异常 一激动起源异常 激动起源异常主要与心肌细胞膜局部离子流的改变有关其表现形式有二即起搏点（包括正常和异位）自律性增高和触发激动 1自律性增高 心肌细胞自律性即心肌细胞自发产生动作电位的能力自律性是窦房结心房传导束房室交界区以及希—浦系统的正常电生理特性正常情况下窦房结的自律性比其他部位的自律性都要高窦房结以下的起搏点（称次级起搏点或潜在起搏点）受到窦房结激动的抑制而不能表现出来一旦窦房结的自律性低于某一次级起搏点的自律性或次级起搏点自律性异常升高而超过窦房结的自律性时自律性较高的次级起搏点就代替窦房结发出激动触发心脏的兴奋与收缩其中由于窦房结自律性下降导致的异位搏动称逸搏或逸搏心律而由于潜在起搏点兴奋性异常升高所引起的异常搏动称为早搏或心动过速心脏本身病变（缺血炎症负荷过重等）或植物神经兴奋性改变均可使心脏组织自律性受到影响甚至使原来无自律性的心肌细胞也可在病理状态下出现异常自律性临床导致心脏自律性升高的因素如： 交感神经张力升高； 副交感神经张力降低； 儿茶酚胺分泌增加； 电解质紊乱（血钾降低血钙升高）； 代谢异常（血二氧化碳分压升高血 pH 值降低血氧分压降低）； 体温升高； 机械性刺激（如导管检查） 药物影响 2触发激动 触发激动由后除极引起后除极期后除极和延迟

后除极 早期后除极发生于动作电位复极过程（1~3相）中尤其2相平台期由于早期后除极紧跟前面的动作电位并由其引起故又称第二次超射早期后除极所引起的期前激动将产生与前一激动联律间期相对固定的早搏这种情况常表现为良性心律失常早期后除极的发生可能与除极时K⁺通透性下降有关 延迟后除极是在动作电位复极完成后发生的短暂性振荡性除极活动也是由于前面的动作电位引起延迟后除极可以是阈下刺激但当其增大到足以使膜电位到达阈电位时即可产生紧随后除极的触发激动延迟后除极的发生主要与心肌细胞内Ca²⁺大量增加有关无论早期后除极还是延迟后除极因为如果没有前面的动作电位后面的触发活动也不会出现所以称此激动为触发激动触发激动常见于儿茶酚胺分泌增加低血钾高血钙或洋地黄中毒时 二激动传导异常 心脏激动的传导异常分传导障碍和折返激动两大类 传导障碍是指激动沿传导系统传导的速度减慢（传导延迟）或传导中断（传导阻滞）.其发生的基本原理有三： 组织处于不应期； 递减性传导； 不均匀传导折返激动是指心脏激动沿一条途径传出又循另一条途径返回原处再次激动心脏的现象单次折返引起早搏连续折返导致心动过速扑动或颤动折返是所有快速心律失常中最常见的发生机制产生折返的基本条件是： 激动下传的途径中必须有传导速率和不应期不相同的两条通道二者相连成环 上述两条通道中一个存在单向阻滞 上述环路中任何一点的不应期要短于激动环行运动的周期Hoffman和Rosen又将折返进一步分为随机折返和顺序折返两大类随机折返常见于房颤或室颤；而顺序折返可引起大多数心律失常这两种折返的主要区别在于随机折返的环路大小和部位随时间不断发生改变而顺序折返

的环路和部位则相对固定 三激动起源和传导均异常一并行心律 并行心律是指心脏内同时存在两个独立的起搏点形成两个固定心律由于异位起搏点周围存在保护性传入阻滞故其激动不受窦房结激动的影响并行心律须靠心电图进行诊断 其心电图特征是：（1）两种心律各有其固定节律即异位节律点引起的QRS波群之间距离存在一个最大公约数此公约数便是异位节律点的自明期（2）两种心律各有其固定的QRS形态（3）两种心律的激动相遇时可以呈现融合波（4）保护性阻滞的存在即异位心律不受窦性激动的干扰保护性阻滞是产生并行心律的关键但目前对保护性阻滞产生的原因仍未完全阐明

心律失常诊断：心律失常的诊断与其他疾病诊断一样要分三个步骤进行即病史询问体格检查和心电图等特殊检查只有这样才能对心律失常的病因性质及血流动力学的影响弄清楚从而确定合理的治疗方法

问诊 除了解一般病史外重点应询问下列两方面的内容

- 1心律失常发作时的情况 对大多数患者来说心律失常的发作往往不能被医生见到尤其心律失常呈间歇性发生时因此向患者或知情者（包括目击者）详细问诊是非常必要的问诊不仅要了解发作的诱因次数频度历时缓解方式或进程外更重要的要问清患者发生心律失常时的感觉血压心律（率）及有无心悸头晕黑晕厥抽搐气短呼吸困难等情况
- 2针对病因的问诊 虽然多数心律失常见于器质性心脏病患者但也有不少情况发生于其他系统疾病甚至见于“健康”人因此问诊时除了注意询问心血管系统症状外还应注意了解心血管系统以外的症状尤其注意内分泌系统呼吸系统血液系统感染水电解质平衡情况以及服药情况

二体格检查对心律失常患者的体格检查应注意三点：1心律失常的频度与特征 主要通过

心脏听诊完成虽然多数心律失常须靠心电图检查来确定性质但一些简单的心律失常如早搏心房颤动等通过听诊基本可确立诊断2器质性心脏病的证据 如心脏扩大器质性心脏杂音心功能不全等3其他系统异常表现 如注意患者有无甲状腺肿大肺动脉高压贫血感染等体征三特殊检查对心律失常的定性诊断心电图无疑是最简单而可靠的方法但它只能记录一段很短时间内的心律（率）情况对间歇性发作的心律失常诊断带来困难动态心电图则在这方面弥补了常规心电图的不足它可连续记录患者24 - 48 h内的心律（率）变化对患者心律失常的定性及定量诊断均有重要意义但动态心电图也存在一定缺点如价格较贵不能实时显示以及受导联数目少的影响不如常规心电图定位准确等心电监护则综合了心电图和动态心电图的优点既能动态观察又能实时显示尤其他所具备的报警和自动记录等功能给临床诊断带来很大方便近年在临床应用的心室膜电位心率变异分析食管或心内电生理检查等方法主要对患者预后或心律失常危险度的判断以及心律失常发生机制的探讨有所帮助心律失常鉴别诊断：一快速性心律失常（一）早搏早搏是临床最常见的心律失常类型它是指在正常或异位心律的基础上提早发生的一种心跳也常称之为期前或期外收缩根据引起早搏的异位兴奋点所在部位的不同分别称之为房性交界区性和室性早搏其中以室性早搏最为常见房性次之有时同一人的早搏来自两个或两个以上的部位我们称之为多源性或多灶性早搏可以偶然发生也可以有规律发生每间隔123.....个正常心跳出现一个早搏我们分别称之为二联律三联律四联律等三个或三个以上早搏连续出现便称为心动过速早搏虽然很常见任何人在一生中都很难避免发生但大多数情况是无害的

即所谓“功能性”或“良性”仅少数为严重心律失常的前兆发生早搏时患者可无任何感觉也可表现为心悸（突然的心脏“下沉”感或咽部顶塞感偶有“干咳”表现者这与早搏时心脏收缩顺序改变刺激气管有关）如不频繁很少引起头晕黑晕厥等血流动力学改变查体时除了原发心脏病的表现外早搏的体征主要是听诊时规律心跳中突然提前发生的心音伴有一心音亢进其后常伴随一比较长的代偿间歇因早搏时心脏排血减少而使脉搏触不到即脉间歇早搏时患者的主诉以及查体的体征虽然对判断是否早搏很有意义但若区别其来源则须借助于心电图或动态心电图检查 1房性早搏 房性早搏是指异位兴奋点位于心房的早搏其心电图特征是：提前出现的异形P（P）波；P-R间期 ≥ 0.12 秒；QRS波群形态一般正常但在伴有室内差异传导时可以表现为异常形态或因激动在房室交界区被阻滞而表现为P波后无QRS波群（房性早搏未下传）

早搏后的代偿间歇常呈不完全性 典型房性早搏通过心电图不难确定但存在室内差异传导时应注意与室性早搏鉴别鉴别点可以概括如下：（1）QRS波形：室内差异性传导（简称差传）的QRS波群常呈RBBB（右束支阻滞）图形即V1导联QRS波群呈三相波形（rSRsR或rsi）者多为差传呈单相（R）或双相（qRRS或QR）者室性早搏（简称室早）可能性大

V1导联QRS波群起始向量经常变化或与正常QRS起始向量相同者差传可能性大起始向量固定不变且与正常QRS起始向量不同者室早可能性大 早搏的QRS波形不固定者差传可能性大形态固定者室早可能性大（多源性室早除外）（2）QRS波群与P波的关系：差传的QRS波前一定有P波而室早的QRS波前无P或P波（3）心动周期长短：一般心搏的不应期长短

与前一个心动周期长短成正比即长心动周期后的早搏容易出现差异传导而室性早搏则无此规律（4）配对间期：差传的配对间期常不固定而室早的配对间期常较固定但据此判断有时出现错误 总之要区分房早伴差异传导与室性早搏必须综合考虑以上各点才能作出比较准确的判断单凭一点判断难免出现错误 2交界区性早搏 交界区性早搏是指起源于房室交界区组织的早搏临床比较少见其心电图特征是 提前出现的正常形态的QRS波群QRS波偶因室内差异传导而变形h 逆行P波可以出现在早搏的QRS波前（P-R间期 < 0.12 秒）人也可以出现在QRS波后（R-P间期 < 0.20 秒）或融合于QRS波中；

代偿间歇可以完全也可以不完全 交界区性早搏应注意与房性早搏鉴别两者的主要区别点为早搏的QRS波前有无P波P波是否逆行P'-R间期是否 > 0.12 秒 3室性早搏 室性早搏是临床最常见的早搏类型其心电图特征为： 提前出现的宽大畸形的QRS波群； 其前无P波或P波； 代偿间歇常为完全性 室性早搏的QRS波变形明显临床最容易判断但房性早搏伴室内差异性传导时QRS波群形态变化也比较大应注意互相鉴别（见前述）现将心电图上分析早搏性质的程序总结如下：

> 0.12 秒 房性早搏有 P'间期 < 0.12 秒 早搏 P'波 > 0.12 秒 交界性早搏有 P'间期 < 0.12 秒 室性早搏（二）心动过速 心动过速是指一系列快速[而匀齐的心律这也是临床比较常见的心律失常类型根据起源不同常将心动过速分为窦性房性交界性室性几种类型不同起源的心动过速其临床表现及预后存在很大差别如窦性心动过速虽可见于器质性心脏病者但更常见于功能性心血管病或甲状腺功能亢进发热药物影响等非心血管病者；而室性心动过速常见于器质性心脏病患者且可对患者血流

动力学产生严重影响甚至诱发室颤引起死亡因此及时而准确的判断心动过速性质对指导临床治疗并改善预后有积极意义

1 窦性心动过速

成人窦性心率超过100次 / min即为窦性心动过速其病因中除了各种器质性心脏病及心力衰竭者外更常见的是生理性因素仅运动激动交感神经兴奋等)和其他系统疾病(如高热甲状腺功能亢进药物影响等)发生窦性心动过速时患者症状的轻重取决于患者发作前的基础心率基础心脏功能状态及发作时的心率心功能越差基础心率越慢发作时心率越快者症状越明显患者可有心悸气短胸痛烦躁不安等症状查体可以发现颈动脉搏动增强心尖搏动有力心律规整心率增快(成人100 - 160次 / min),心尖部可听到收缩期吹风样杂音心率变慢时杂音可以消失窦性心动过速应注意与房性心动过速及规律的2:1心房扑动鉴别

(1) 窦性心动过速与房性心动过速的鉴别;

发作起止; 窦性心动过速(以下简称窦速)者起止均呈逐渐变化而阵发性房性心动过速(简称房速)者起止突然;

P波形态: 窦速发作时与发作后的P波形态相同而房速时不同;

心率: 窦速时心率一般 < 160次/min,而房速时心率常为160-220次/min;

发作后心电图: 窦速发作后心电图常无房性早搏而房速终止后心电图常有房性早搏;

刺激迷走神经反应: 窦速时按压颈动脉窦或刺激咽部可使心率减慢但不能恢复到正常心率而房速成时可使发作终止或无效

(2) 窦性心动过速与心房扑动鉴别:

窦速时心室率易变且变化范围较大(100-160次/min)心房扑动2:1传导时心室率则比较固定(150次/min). 窦速时心电图有明显P波且存在等电位线,而房扑时P消失,代之以扑动波(F波),无等电位线. 病因:窦速既可见于心脏病者,也可见于健康者,而房扑很少见于健康人,

尽管临床有些患者暂时未发现病因,但经过一段时期观察后终止发现其病因

2阵发性室上性心动过速

阵发性室上性心动过速（PSVT）是指起源于心房或房室交界区的心动过速包括阵发性房性心动过速和阵发性交界性心动过速两种由于两者在临床表现和处理原则上均无明显差异且由于心率较快心电图上P波与前一心搏的T波融合故常统称为阵发性室上性心动过速

阵发性室上性心动过速起病突然患者有突发心悸气短感心室率过快的甚至会出现眩晕恶心或晕厥发作时查体可以发现脉搏细数而规律心室率在160-220次/min心脏听诊心律规整心率快而匀齐常常只能听到第一心音而不能听到第二心音第一心音强弱一致

阵发性室上性心动过速的发作时间长短不一可数秒或数分钟也可长达几小时数日乃至数月不过一般不超过两周发作频度因人而异少的数年发作一次多的可每天发作多次发作时体位突然改变深吸气刺激咽部按压眼球按摩颈动脉窦等都可使发作突然停止

阵发性室上性心动过速的心电图特点为一系列快速（160 - 220次 / min）而匀齐（RR间隔之差 < 0.1秒）的QRS波群形态一般正常但当激动在心室内存在差异传导时也可出现QRS波变形；阵发性房速者有时可在QRS波前见到P波阵发性交界性心动过速时也可在QRS波群前或后见到逆行P波但常因P-T融合而不易区分

阵发性室上性心动过速应注意与下列心律鉴别：

- （1）窦性心动过速：见前述
- （2）心房扑动（AF）：心房扑动尤其2：1规律传导者有时难与阵发性室上性心动过速区别可以根据下列几点进行鉴别：

- 合并器质性心脏病：阵发性室上性心动过速常无心房扑动常有；
- 刺激迷走神经反应：可使阵发性室上性心动过速发作突然停止或无效心房扑动多数无效；
- 心房率：

阵发性室上性心动过速时160 - 220次 / min心房扑动时250 - 350次 / min ; 心电图等电位线 : 阵发性室上性心动过速时P - Q - S - T间可见等电位线心房扑动时则无等电位线 ; 房室传导比例 : 阵发性室上性心动过速时多为1 : 1心房扑动时多为2 : 1或3 : 1极少1 : 1 ; 心室率 : 阵发性室性心动过速时为160 - 220次 / min心房扑动时常为150次 / min或更低

(3) 室性心动过速 : 阵发性室上性心动过速同时伴室内差异传导时因为QRS也变形故须与室性心动过速鉴别 (后述) 3阵发性室性心动过速 (PVT) 阵发性室性心动过速是临床比较少见但非常重要的心律失常因其多见于器质性心脏病患者且有诱发室颤之可能所以临床比较重视阵发性室性心动过速时根据心室率不同对患者血流动力学影响也有很大差异轻者仅感轻度心悸或完全无不适之感重者可出现气短心前区疼痛血压下降甚至发生晕厥或抽搐 (阿-斯综合征) 查体患者心率常增快 (150 - 200次 / min) 多数在160次 / min左右心律比较规整但有心室夺获时也可不规整 ; 第一心音强弱变化很大 (房室脱节所致心室充盈水平不一引起收缩压高低不一有时可以听到第四心音刺激迷走神经对阵发性室性心动过速无影响 阵发性室性心动过速的心电图特点为 : 一系列快速的室性异位心律频率150 - 200次 / minQRS波宽大畸形心律可略不规则 (RR间隔之差可达 0.02 - 0.03秒) 房室脱节:波与QRS波无关且P波频率低于QRS波频率 ; 心室夺获和室性融合波 ; 心房和心室虽然各自独立跳动明显的心房激动到达房室交界区时正值后者已脱离不应期激动便可传到心室引起一次正常的心室激动这一心跳叫心室夺获 ; 有时窦性激动到达心室时恰好室性异位起搏点也发生 ; 二者相遇于心室共同激动心

室这便形成了室性融合波心室夺获和室性融合波的出现强烈提示阵发性室性心动过速的存在阵发性室性心动过速应注意与下列心律鉴别：（1）阵发性室上性心动过速伴室内差异传导：在这种情况下你哪宽大畸形可与阵发性室性心动过速相混但阵发性室上性心动过速伴室内差传者多见于青年人常无器质性心脏病史发作时心室率较快（160 - 220次 / min）心电图QRS波规律而均匀RR间隔之差 < 0.01秒V1导联QRS波多呈三相波P波与QRS波有密切关系从无心室夺获和室性融合波刺激迷走神经可以终止发作或无效等这些特点均与阵发性室性心动过速不同（2）特殊类型室性心动过速；室性心动过速除了上述典型阵发性室性心动过速者外临床尚有并行心律性室速加速性室性自主心律尖端扭转性（多形性）室速双向性室速等特殊类型 并行心律性室速是指窦房结与室性异位起搏点交替控制心室且室性异位起搏点具备并行心律特点（保护性传入阻滞）的一种心律失常常见于窦性心动过缓的患者其室性异位心律的频率常在50次 / min左右 加速性室性自主心律是指室性异位兴奋点连续发放激动控制心室收缩心室率高于心室固有频率但达不到阵发性室性心动过速者患者心室率常在60 - 100次 / min范围内常伴房室脱节（心房率略低于NY室率）并可出现心室夺获或融合波虽可与窦性心律交替出现但无并行心律特点 尖端扭转性室速（TDP）：是指多形室性波成串出现且QRS波尖端方向经3 - 10次心搏后以基线为轴发生180°旋转者此扭转并非可见于全部导联尤以胸导联表现明显一般反复2 - 3次后便可自行中止发作该患者常伴Q-T间期延长 双向性室速：指发作时QRS波方向交替出现180°旋转的心动过速心室波形（QRS波）比较一致其他特

点类似于阵发性室性心动过速常见于洋地黄中毒患者（三）

扑动或颤动 扑动是指心房肌或心室肌失去规律的舒缩运动变为快速而规律的蠕动严重影响心房或心室排血功能的一种状态扑动常为暂时性或过渡性心律失常之后或演变为颤动或经适当处理恢复为窦性 心房扑动的心房率（F波频率）为300次 / min左右（250-350次 / min但这些激动仅部分（2：1 - 41）传到心室尤以2：1传导最常见故心房扑动时患者心室率常为150次 / min左右心房扑动的诊断主要依靠心电图其心电图特征为：P波消失代之以规律而匀齐的扑动波（F波）心室率根据房室传导比例是否固定可以规则也可不规则但呷波形态一般正常心房扑动在临床上应注意与窦性心动过速阵发性室上速等鉴别（见前述）心室扑动则是临床最为严重的心律失常常为临终前的心律发作时心脏完全失去排血能力血流动力学方面等同于心脏停搏故临床上表现为脉搏心音消失意识丧失血压为0心电图特点为连续而规律的正弦样曲线无法区分QRS-T波也无法表明为正向或负向波扑动频率常为180 - 250次 / min心室扑动也常为暂时性多数很快转为心室颤动也有少数转为室速 心室扑动应该注意与室性心动过速鉴别后者心室率也常在180次 / min左右但QRS波清楚波间有等电位线QRS波与T波也能区分清楚QRS波时限较心室扑动波时限短

颤动 是指心房肌或心室肌失去规律的舒缩运动代之以不规则的细微颤动使心房或心室失去排血能力根据发生部位常把颤动分为心房颤动（简称房颤）和心室颤动（室颤）两种 心房颤动为临床比较常见的心律失常类型之一查体时根据典型“三不等”体征往往可以确立诊断即心音强弱不等心律绝对不整脉率与心率不等（脉搏短绌）但临床应根据心电图检查确定诊

断其心电图特征为：P波消失代之以不规则（大小和间隔）的颤动波（f波）f频率为350 - 600次 / min心室律绝对不规则QRS波群形态类似于正常但各波之间受心室充盈程度不同及f波影响而略有差异伴有室内差异传导者也可呈宽大畸形状而类似于室性异位心律 心室颤动是临床最为严重的心律失常心电图上P - QRS - T波完全消失代之以不规则的颤动波颤动波之间无等电位线心室颤动和心室扑动一样往往也是患者临终前的表现（四）预激综合征 预激综合征是指窦房结发出的激动不仅通过正常房室传导系统下传心室附有烟搬动通过房室结以外的通道（旁道）以短路方式提前传抵心室造成部分心室肌额除极的现象 本征可见于任何年龄并且发病有一定程度的家族性患者器质性心脏病证据可有可无临床上多数因其他情况做心电图检查时被发现部分因发生阵发性室上速而被查出此征预激综合征多无症状预后一般良好但也有不少人发生并发症常见的为阵发性室上速房颤房扑和房性早搏其中尤以阵发性室上速最为常见其发生率为36% - 64%发生机制几乎皆与激动折返有关 预激综合征的心电图特点是： P-R间期缩短（ < 0.12 秒）. ○ 2预激波（a波）；指波群增宽（ $0.10 - 0.12$ 秒）； 预激波（a波）；指QRS波群起始部变粗钝或有挫折另外根据胸导QRS波方向将预激综合征分为AB两型： A型：V1 V2及V5 V6的QRS波主波方向向上 B型：V1V2的QRS主波方向向下V5 V6的QRS波主波方向向上 典型预激综合征通过心电图检查即可确诊当预激图形间歇发生时不要误诊为束支传导阻滞；而合并阵发性室上速时尤其呈房室交界区逆传型者对RS波群增宽畸形容容易与阵发性室速相混此时可以根据下列几点鉴别： 发作时心室率：预激者常

> 200次 / min阵发性室速者常 < 200次 / min ; 病史 : 预激者多有心动过速发作史而室速者多有器质性心脏病史 ; ○ 3心电图 P波 : 预激时可有 P ' 波且 P-P平间距 < R-R间距的50%室速时房室分离或无P波 ; 心电图 QRS波 : 预激时形态变异大可见 δ 波室速时形态基本相同 ; R-R间期 : 预激时均匀一致 (R-R间隔之差 < 0.01秒) 室速时轻度不均 (R-R间隔之差 0 . 02 - 0 . 03秒) ; 发作前后心电图 : 预激者可发现预激波 (也可间歇发生) 室速者可见图形相似的室性早搏 二过缓性心律失常 (一) 室性心动过缓 窦性心律的心率在60次 / min 以下称窦性心动过缓简称窦缓迷走神经张力过高心肌炎心包炎缺血性心脏病颅内压增高高血钾阻塞性黄疸甲状腺功能减退症伤寒等均可引起窦性心动过缓临床一些药物如洋地黄 β - 受体阻滞剂新斯的明胺碘酮等应用不当也可引起本症窦性心动过缓但心室率 > 40次/min者血流动力学变化不大一般无临床症状 ; 严重窦性心动过缓 (心率 < 40次/min) 可引起心脑肾等重要脏器供血不足表现如胸 闷心前区疼痛头晕乏力A黑尿少等严重时可发生晕厥 窦性心动过缓的心电图表现比较简单即首先符合窦性心律的两个特征 (P波形态及方向正常P - R 间期 > 0 . 12秒) 但P波频率 < 60次/min窦性心动过缓应注意与下列心律鉴别 : 1二度窦房传导阻滞 当发生 2 : 1窦房阻滞时P-QRS频率较窦性频率减少一半临床症状及心电图表现很像窦性心动过缓怀疑此症者可以根据阿托品试验或运动试验加以鉴别窦房阻滞时 (2 : 1传导者) 静脉注射阿托品或运动可使心率突然增加二倍但窦性心动过缓时采用上述方法虽也可提高患者心率但不会使心率突然增加二倍 2房性早搏未下传 尤其频繁房性早搏二联律未下传时极易误诊为窦性心动过

缓这时须靠仔细观察T波形态（有无变形包括变尖变圆钝双峰切迹等）寻找隐匿P波来加以鉴别必要时与以往心电图比较

3 二度房室传导阻滞2：1下传 尤其同时伴有窦性心动过速时P-T融合或P波紧随前一心动T波出现容易误诊为双峰T波伴窦性心动过缓鉴别诊断主要是提高对本现象的认识必要时辅以运动或阿托品试验通过心率变使T-P分离或通过改善房室传导功能促进激动下传来加以区别

（二）窦性停搏 窦房结因某种原因而暂时不能发出激动的现象叫窦性停搏心电图上表现为一段时间内P - QRS - T波的消失其后可以继发交界区性逸搏或恢复窦性心律 窦性停搏可由于迷走神经反射引起但更常见的（尤其老年人）还是由于窦房结起搏功能障碍所致患者临床症状的有无或轻重决定于窦性停搏的时间及潜在起搏点代替发放激动（逸搏）的能力 窦性停搏和房室阻滞在心电图均为一段无心搏区两者的区别点主要是观察此长间歇的长度是否基本心动周期的整倍数如果两者成整倍数关系则房室阻滞可能性大反之则窦性停搏可能性大但超过基本心动周期2倍以上的长间歇临床几乎都首先考虑窦性停搏 三度房室阻滞虽也可出现长间歇但单凭心电图不能与窦性停搏区别

（三）房室传导阻滞（AVB） 心脏激动在房室交界区传导过程中受阻的现象叫房室传导阻滞这是心脏传导系统中最常见的一种传导阻滞根据阻滞的程度不同而分三度

1 一度 窦性或心房激动能全部经交界区传到心室但传导时间延长心电图表现为P-R间期延长（ > 0.20 秒）

2 二度 指心房激动部分下传心室部分在交界区受阻的现象心电图表现分为两型：I型指伴有文氏现象的二度房室传导阻滞即P-R间期逐渐延长直到一次心房激动被阻滞而不能下传心室然后PR间期恢复最短以后逐渐延长如此

往复 血型是指在P-R间期固定（正常或延长）基础上室上性激动在交界区突然受阻而不能下传心电图上表现为P波后 QRS波群的突然脱落 3三度房室传导阻滞 是指心房激动（或窦性激动）完全不能传抵心室的现象此时心房激动受窦房结控制而心室激动受交界区以下起搏点控制房室活动完蛸节心电图上表现为P波和QRS波均有自己的节律但两者互不相关一般P波频精快于 QRS波频率 临床许多原因可以引起房室传导阻滞尤以先天性心脏病风湿性或病毒性心肌炎冠心病药物作用或电解质紊乱影响以及手术或射频消融所致的房室传导组织损伤最常见 一度房室传导阻滞因不引起患者血流动力学明显改变故无临床症状但在P-R间期过度延长或心率偏快致T-P融合时心电图改变应注意与交界区心律鉴别鉴别方法有二： 仔细观察T波形态细微差异寻找隐匿P波证据； 运动或用药改变心率使P-T分离 二度房室传导阻滞者往往有心脏漏搏感2

：1下传者应注意与窦性已动过缓相区别（见前述）三度房室传导阻滞者的症状取决于心室率的快慢以及患者基础心脏功能状态一般心室率的快慢与心室起搏点的位置有关越靠近房室交界区者QRS波群形态越接近正常心率越接近60次 / min 并且心律越稳定；越靠近传导系统远端对QRS变形越明显心率越慢心律也越不稳定甚至导致心搏骤停引起患者阿 - 斯综合征发作心律失常预防：完全预防发生有时非常困难但可以采取适当措施减少发生率 (1)预防诱发因素 一旦确诊后病人往往高度紧张焦虑忧郁严重关注频频求医迫切要求用药控制心律失常而完全忽略病因诱因的防治常造成喧宾夺主本末倒置常见诱因：吸烟酗酒过劳紧张激动暴饮暴食消化不良发烧摄入盐过多血钾血镁低等病人可结合以往发病的实际情况总结

经验避免可能的诱因比单纯用药更简便安全有效 (2)稳定的情绪 保持平和稳定的情绪精神放松不过度紧张精神因素中尤其紧张的情绪易诱发心律失常所以病人要以平和的心态去对待避免过喜过悲过怒不计较小事遇事自己能宽慰自己不看紧张刺激的电视球赛等 (3)自我监测在心律失常不易被抓到时病人自己最能发现问题有些心律失常常有先兆症状若能及时发现及时采取措施可减少甚至避免再发心律失常心房纤颤的病人往往有先兆征象或称前驱症状如心悸感摸脉有“缺脉”增多此时及早休息并口服安定片可防患于未然 有些病人对自己的心律失常治疗摸索出一套自行控制的方法当发生时用以往的经验能控制心律失常如“阵发性室上性心动过速”病人发作后立即用刺激咽喉致恶心呕吐或深呼吸动作或压迫眼球可达到刺激迷走神经减慢心率的目的也能马上转复 (4)合理用药心律失常治疗中强调用药个体化而有些病人往往愿意接收病友的建议而自行改药改量这样做是危险的病人必须按要求服药并注意观察用药后的反应有些抗心律失常药有时能导致心律失常所以应尽量少用药做到合理配伍 (5)定期检查身体定期复查心电图电解质肝功甲功等因为抗心律失常药可影响电解质及脏器功能用药后应定期复诊及观察用药效果和调整用药剂量 (6)生活要规律养成按时作息的习惯保证睡眠因为失眠可诱发心律失常运动要适量量力而行不勉强运动或运动过量不做剧烈及竞赛性活动可做气功打太极拳洗澡水不要太热洗澡时间不宜过长养成按时排便习惯保持大便通畅饮食要定时定量节制性生活不饮浓茶不吸烟避免着凉预防感冒不从事紧张工作不从事驾驶员工作医生感冒心律失常 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