

心血管内科主治医师考试：《答疑周刊》2022 年第 4 期

问题索引：

一、【问题】房性期前收缩。

二、【问题】房性心动过速。

三、【问题】心房扑动。

四、【问题】心房颤动。

具体解答：

一、【问题】房性期前收缩。

【解答】

1. 病因 各种器质性心脏病如冠心病、肺心病、心肌病、甲亢等是常见的病因。部分患者见于心脏正常者。也可出现未下传的房性期前收缩。
2. 心电图检查 房性期前收缩的 P 波提前发生，与窦性 P 波形态不同。房性期前收缩下传的 QRS 波群形态通常正常，其后代偿间歇不完全。较早发生的房性期前收缩有时亦可出现宽大畸形的 QRS 波群，称为室内差异性传导。
3. 治疗 通常无需治疗。有明显症状或触发室上性心动过速时，应给予治疗。劝导患者戒烟、戒酒与咖啡。治疗药物包括普罗帕酮、 β 受体拮抗剂。【医学教育网原创】

二、【问题】房性心动过速。

【解答】

1. 病因 心肌梗死、慢性肺部疾病、洋地黄中毒、大量饮酒以及各种代谢障碍均可成为致病原因。心外科手术或射频消融术后的手术瘢痕也可引起房性心动过速。【医学教育网原创】
2. 临床表现 表现心悸、头晕、胸痛、憋气、乏力等症状，合并器质性心脏病的患者甚至可表现为晕厥、心肌缺血或肺水肿等。当房室传导比例发生变动时，听诊心律不恒定，第一心音强度变化。颈静脉见到 a 波数目超过听诊心搏次数。
3. 心电图 表现：①心房率通常为 150~200 次/分；②P 波形态与窦性者不同，在 II、III、aVF 导联通常直立；③常出现二度 I 型或 II 型房室传导阻滞，呈现 2:1 房室传导者亦属常见，但心动过速不受影响；④P 波之间的等电线仍存在（与心房扑动时等电线消失不同）；⑤刺激迷走神经不能终止心动过速，仅加重房室

传导阻滞；⑥发作开始时心率逐渐加速。

4. 治疗 房性心动过速合并房室传导阻滞时，无需紧急处理。假如心室率达 140 次/min 以上、由洋地黄中毒所致，或临床上严重充血性心力衰竭或休克征象，应进行紧急治疗。包括病因治疗，控制心室率和转复窦性心律。

三、【问题】心房扑动。

【解答】

1. 病因 包括风湿性心脏病、冠心病、高血压性心脏病、心肌病、肺栓塞、慢性充血性心力衰竭、二尖瓣或三尖瓣狭窄与反流导致心房扩大、甲状腺功能亢进、酒精中毒、心包炎等。

2. 临床表现 症状与房扑的心室率相关，心室率不快可无症状；房扑伴极快心室率，可诱发心绞痛与充血性心力衰竭。房扑可恢复窦性心律或进展为心房颤动，亦可持续数月或数年。也可产生心房血栓，进而引起体循环栓塞。体检见快速的颈静脉扑动。当房室传导比例发生变动时，第一心音强度亦随之变化。有时能听到心房音。

3. 心电图检查 特征为：①心房活动呈现规律的锯齿状扑动波称为 F 波，扑动波之间的等电线消失，在 II、III、aVF 或 V1 导联最为明显。典型房扑的心房率通常为 250~300 次/分。②心室率规则或不规则，取决于房室传导比率是否恒定。当心房率为 300 次/分，未经药物治疗时，心室率通常为 150 次/min (2:1 房室传导)。③QRS 波形多正常，但当出现室内传导阻滞时，QRS 波可增宽。

4. 治疗

(1) 药物治疗：减慢心室率药物有：钙通道阻滞剂维拉帕米或地尔硫草；洋地黄制剂，若单独应用洋地黄未能奏效，联合应用 β 受体阻滞剂或非二氢吡啶类钙通道阻滞剂。

(2) 非药物治疗：直流电复律是终止房扑最有效方法。食道调搏也是转复房扑的有效方法。对于症状明显或引起血流动力学不稳定的房扑，应选用射频消融治疗。

(3) 抗凝治疗：持续性心房扑动的患者发生血栓栓塞的风险明显增高，应给予抗凝治疗。

四、【问题】心房颤动。

【解答】

1. 病因 常见于正常人在情绪激动、手术后、运动或大量饮酒时发生。心脏与肺部疾病患者发生急性缺氧、高碳酸血症、代谢或血流动力学紊乱时亦可出现房颤。常发生于原有心血管疾病者，常见于风湿性心脏病、冠心病、高血压性心脏病、甲状腺功能亢进、缩窄性心包炎、心肌病、感染性心内膜炎以及慢性肺源性心脏病。房颤发生在无心脏病变的中青年，称为孤立性房颤。老年房颤部分是心动过缓-心动过速综合征的心动过速期表现。

2. 临床表现 症状与心室率的快慢有关。慢心室率的房颤，除感活动能力下降外可无其他症状，快心室率的房颤可感心悸、胸闷、气短、活动受限。心室率 >150 次/min 时，可诱发心绞痛、心力衰竭。房颤患者有较高的体循环栓塞发生危险（发生脑栓塞的几率比无房颤者高 6~7 倍），尤以二尖瓣狭窄或二尖瓣脱垂合并房颤者最高。体检特点：第一心音强弱不等、心室律绝对不整、脉搏短绌。

3. 心电图检查 ①P 波消失，代之以小而不规则的基线波动，形态与振幅均变化不定，称为 f 波；频率 350~600 次/min；②心室率极不规则，房颤未接受药物治疗、房室传导正常者，心室率通常在 100~160 次/min，药物（儿茶酚胺类等）、运动、发热、甲状腺功能亢进等均可缩短房室结不应期，使心室率加速；③QRS 波群形态通常正常，当心室率过快，发生室内差异性传导，QRS 波群增宽变形。

4. 心房颤动的分类

- (1) 阵发性房颤：可以自行终止的房颤。
- (2) 持续性房颤：不能自行终止，但经人为干预可以终止的房颤。
- (3) 永久性房颤：采取任何措施都不能终止的房颤。

： 5. 治疗 应积极寻找房颤的原发疾病和诱发因素，作出相应处理。

(1) 抗凝治疗：房颤栓塞发生率高。对合并瓣膜病患者，需应用华法林抗凝。对非瓣膜病患者，需使用 CHADS₂ 评分法进行危险分层。评分 ≥ 2 分者，应接受华法林抗凝治疗。评分 =1 分者，可考虑华法林或者阿司匹林肠溶片（100~300mg/d）治疗。

(2) 转复并维持窦性心律：包括药物转复、电转复及导管消融治疗。药物复律无效时，可改用电复律。

(3) 控制心室率：持续性房颤选择减慢心室率同时注意血栓栓塞的预防，预后

与经复律后维持窦性心律者并无显著差异，并且简便易行，尤其适合老年患者。

药物可选用 β 受体拮抗剂、钙通道阻断剂或地高辛。【医学教育网原创】



心血管内科主治医师考试：《答疑周刊》2022 年第 4 期（word 版下载）

【医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任】