

心血管内科主治医师考试：《答疑周刊》2022 年第 6 期

问题索引：

- 一、【问题】室性心动过速。
- 二、【问题】心室颤动（VF）。
- 三、【问题】房室传导阻滞。

具体解答：

- 一、【问题】室性心动过速。

【解答】

（一）病因

室性心动过速常发生于各种器质性心脏病患者。最常见于冠心病，特别是曾有心肌梗死的患者。其次是心肌病、心力衰竭、二尖瓣脱垂、心瓣膜病、代谢障碍、电解质紊乱、长 QT 综合征等。室速偶可发生在无器质性心脏病者。

（二）临床表现

临床症状因发作时心室率、持续时间、基础心脏病变和心功能状况不同而异。发作时间 < 30 秒可无症状或有头晕、心悸、胸闷等症状；发作时间 ≥ 30 秒可出现低血压、心绞痛，甚至晕厥等症状。听诊心律轻度不规则，第一心音强度不一；可见颈静脉间歇出现巨大 a 波。

（三）心电图检查

3 个或以上的室性期前收缩连续出现；QRS 波群形态畸形，时限超过 0.12 秒；ST-T 波方向与 QRS 波群主波方向相反；心室率通常为 100~250 次/min；心房独立活动与 QRS 波群无固定关系，形成室房分离；偶尔个别或所有心室激动逆传夺获心房；通常发作突然开始；心室夺获与室性融合波：室速发作时少数室上性冲动可下传心室，产生心室夺获，表现为在 P 波之后，提前发生一次正常的 QRS 波群。室性融合波的 QRS 波群形态介于窦性与异位心室搏动之间，其意义为部分夺获心室。心室夺获与室性融合波的存在对确立室性心动过速诊断提供重要依据。按室速发作时 QRS 波群的形态，可将室速区分为单形性室速和多形性室速。QRS 波群方向呈交替变换者称双向性室速。

（四）治疗

一般遵循的原则是：有器质性心脏病或有明确诱因应首先给以针对性治疗；无器

质性心脏病患者发生非持续性短暂室速，如无症状或血流动力学影响，处理的原则与室性期前收缩相同；持续性室速发作，无论有无器质性心脏病，应给予治疗。

1. 终止室速发作 无显著血流动力学障碍，首先给予静脉注射利多卡因，普罗帕酮亦有效，其他药物治疗无效时，可选用胺碘酮静脉注射或改用直流电复律。如患者已发生低血压、休克、心绞痛、充血性心力衰竭或脑血流灌注不足等症状，应迅速施行电复律。洋地黄中毒引起的室速，不宜用电复律，应给予药物治疗。持续性室速者，如病情稳定，可经静脉插入电极导管至右室，应用超速起搏终止心动过速。

2. 预防复发 积极治疗原发病，去除诱因，控制及治疗致命性室性期前收缩，应选择其潜在毒副反应较少者。例如，普罗帕酮增加心脏骤停存活者的死亡率。QT 间期延长的患者优先选用 IB 类药物如美西律， β 受体拮抗剂也可考虑。维拉帕米对大多数室速的预防无效。抗心律失常药物可与埋藏式心室起搏装置合用，治疗复发性室性心动过速。植入式心脏复律除颤器、外科手术亦已成功应用于选择性病例。对于无器质性心脏病的特发性单源性室速导管射频消融根除发作疗效甚佳。【医学教育网原创】

二、【问题】心室颤动（VF）。

【解答】

（一）病因

常见于缺血性心脏病。抗心律失常药物，特别引起 QT 间期延长与尖端扭转药物，严重缺氧、缺血、预激综合征合并房颤与极快的心室率、电击伤等亦可引起。

（二）心电图检查

心室颤动的波形、振幅与频率均极不规则，无法辨认 QRS 波群、ST 段 与 T 波。急性心肌梗死原发性心室颤动，可由于舒张早期的室性期前收缩落在 T 波上触发室速，然后演变为心室颤动。

（三）临床表现

症状包括意识丧失、抽搐、呼吸停顿甚至死亡、听诊心音消失、脉搏触不到、血压亦无法测到。【医学教育网原创】

三、【问题】房室传导阻滞。

【解答】

（一）病因

正常人或运动员可发生文氏型房室阻滞（莫氏 I 型），与迷走神经张力增高有关，常发生于夜间。其他导致房室阻滞的病变有急性心肌梗死、冠状动脉痉挛、病毒性心肌炎等多种器质性心脏病。

（二）临床表现

一度房室阻滞患者通常无症状。二度房室阻滞可引起心搏脱漏，可有心悸症状，也可无症状。三度房室阻滞的症状取决于心室率的快慢与伴随病变，症状包括疲倦、乏力、头晕、晕厥、心绞痛、心力衰竭。如合并室性心律失常、患者可感到心悸不适。当一、二度房室阻滞突然进展为完全性房室阻滞，因心室率过慢导致脑缺血，患者可出现暂时性意识丧失，甚至抽搐，称为 Adams-Stokes 综合征，严重者可致猝死。

（三）心电图表现

1. 一度房室阻滞 每个心房冲动都能传导至心室，但 PR 间期超过 0.20 秒。房室传导束的任何部位发生传导缓慢，均可导致 PR 间期延长。

2. 二度房室阻滞 通常将二度房室阻滞分为 I 型和 II 型。I 型又称文氏阻滞。

（1）二度 I 型房室传导阻滞：是最常见的二度房室阻滞类型。表现为：①PR 间期进行性延长、直至一个 P 波受阻不能下传心室。②相邻 RR 间期进行性缩短，直至一个 P 波不能下传心室。③包含受阻 P 波在内的 RR 间期小于正常窦性 PP 间期的两倍。最常见的房室传导比率为 3：2 和 5：4。QRS 波群呈束支传导阻滞图形。

（2）二度 II 型房室传导阻滞：心房冲动传导突然阻滞，PR 间期恒定不变。下传搏动的 PR 间期大多正常。当 QRS 波群增宽，形态异常时，阻滞位于希氏束-浦肯野系统。若 QRS 波群正常，阻滞可能位于房室结内。

3. 三度（完全性）房室传导阻滞 ①心房与心室活动各自独立、互不相关；②心房率快于心室率，心房冲动来自窦房结或异位心房节律（房性心动过速、扑动或颤动）；③心室起搏点通常在阻滞部位稍下方。如位于希氏束及其近邻，心室率 40~60 次/min，QRS 波群正常，心律亦较稳定；如位于室内传导系统的远端，心室率可低至 40 次/min 以下，QRS 波群增宽，心室律亦常不稳定。

（四）治疗

应针对不同的病因进行治疗。一度房室阻滞与二度 I 型房室阻滞心室率不太慢者，无需特殊治疗。二度 II 型与三度房室阻滞如心室率显著缓慢，伴有明显症状或血流动力学障碍，甚至 Adams-Stokes 综合征发作者，应给予起搏治疗。阿托品静脉注射，可提高房室阻滞的心率，适用于阻滞位于房室结的患者。异丙肾上腺素静脉滴注适用于任何部位的房室传导阻滞，但应用于急性心肌梗死时应十分慎重，因可能导致严重室性心律失常。对于症状明显、心室率缓慢者，应及早给予临时性或永久性心脏起搏治疗。【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 6 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】