

心血管内科主治医师考试：《答疑周刊》2022 年第 5 期

问题索引：

一、【问题】阵发性室上性心动过速。

二、【问题】预激综合征。

三、【问题】室性期前收缩。

具体解答：

一、【问题】阵发性室上性心动过速。

【解答】

(一) 病因

通常发生在无器质性心脏病的患者，多数由折返机制引起，折返环可发生在窦房结、房室结与心房，以房室结折返心动过速最常见。

(二) 临床表现

发作呈突然开始与突然终止，持续时间长短不一。患者感心悸、烦躁、头晕，可诱发心绞痛、心力衰竭甚至休克等。电生理检查证实多数患者存在房室结双径路。

(三) 心电图检查

表现为：①心率 150~250 次/min，节律规则；②QRS 波群形态与时限均正常，但发生室内差异性传导或原有束支传导阻滞时，QRS 波群形态异常；③P 波为逆行性（II、III、aVF 导联倒置），常埋藏于 QRS 波群内或位于其终末部分，P 波与 QRS 波群保持固定关系；④起始突然，通常由一个房性期前收缩触发，其下传的 PR 间期显著延长，随之引起心动过速发作。

(四) 治疗

1. 急性发作期 应根据患者基础的心脏状况，既往发作的情况以及对心动过速的耐受程度作出适当处理。

(1) 刺激迷走神经方法：颈动脉按摩、Valsalva 动作、诱导恶心等。

(2) 药物治疗：腺苷静脉注射（首选）、维拉帕米静脉注射（心力衰竭、低血压、宽 QRS 波者慎用）、洋地黄类静脉注射（心力衰竭者首选）、普罗帕酮静脉注射、短效β受体拮抗剂（艾司洛尔）等。其他如胺碘酮、索他洛尔等也可选用。

(3) 直流电复律：急性发作经药物治疗无效者，出现心绞痛、低血压、心力衰竭者应采用电复律。

(4) 射频消融术：反复发作且药物难以控制者，应优先考虑。

2. 预防复发 患者是否需长期药物预防，取决于发作频繁程度以及发作的严重性。药物的选择可依据临床经验或心内电生理试验结果。洋地黄、长效钙通道阻滞剂或 $\beta$ 受体拮抗剂可供首先选用。导管消融技术能根治心动过速，应优先考虑应用。【医学教育网原创】

## 二、【问题】预激综合征。

### 【解答】

#### (一) 病因

预激综合征的发生率平均为 1.5%。预激综合征患者大多无其他心脏异常征象。先天性心血管病如三尖瓣下移畸形、二尖瓣脱垂与心肌病等可并发预激综合征。

40%~65%的预激综合征患者为无症状者。

#### (二) 临床表现

预激综合征本身不引起症状。80%预激综合征患者有房室折返性心动过速，15%~30%为心房颤动，5%为心房扑动。

#### (三) 心电图表现

房室旁路典型预激：①窦性心搏 PR 间期短于 0.12 秒；②某些导联之 QRS 波群超过 0.12 秒，QRS 波群起始部分粗钝（称 delta 波），终末部分正常；③ST-T 波呈继发性改变，与 QRS 波群主波方向相反。根据心前区导联 QRS 波群的形态，以往将预激综合征分成两型，A 型在胸前导联上 QRS 主波均向上，预激发生在左室或右室后底部；B 型在 V1 导联 QRS 波群主波向下，V5、V6 导联向上，预激发生在右室前侧壁。

#### (四) 治疗

若无或偶有发作但症状轻微者，无需给予治疗。如心动过速发作频繁伴有明显症状，应给予治疗。治疗方法包括药物和导管消融术。

1. 药物治疗 预激伴发正向房室折返性心动过速，可参照阵发性室上性心动过速的治疗方案，洋地黄类不宜使用。IA 类、IC 类及 IQ 类抗心律失常药物均可选用。预激合并心房颤动或心房扑动时禁用利多卡因和维拉帕米，因可能导致心室率加快，甚至诱发心室颤动。

2. 射频消融 可根治，应尽早采用。

3. 外科手术 亦可根治，但现几乎已被射频消融术取代。

### 三、【问题】室性期前收缩。

#### 【解答】

##### (一) 病因

正常人与各种心脏病患者均可发生。心肌炎、缺血、缺氧、麻醉和手术均可发生。洋地黄、奎尼丁、三环类抗抑郁药中毒发生严重心律失常之前常先有室性期前收缩出现。电解质紊乱（低钾、低镁等），精神不安，过量烟、酒、咖啡亦能诱发；常见高血压、冠心病、心肌病、风湿性心脏病与二尖瓣脱垂患者。

##### (二) 临床表现

患者可感到心悸，频发时可诱发心绞痛与低血压。部分患者可无症状。

##### (三) 心电图检查【医学教育网原创】

提前发生的 QRS 波群，时限通常超过 0.12 秒、宽大畸形，ST 段与 T 波的方向与 QRS 主波方向相反。其后有完全代偿间歇。

##### (四) 室性期前收缩类型

室性期前收缩可孤立或规律出现。二联律是指每个窦性搏动后跟随一个室性期前收缩；三联律是每两个正常搏动后出现一个室性期前收缩；如此类推。连续发生两个室性期前收缩称成对室性期前收缩。连续三个或以上室性期前收缩称室性心动过速。同一导联内，室性期前收缩形态相同者，为单形性室性期前收缩；形态不同者称多形性或多源性室性期前收缩。

##### (五) 治疗

1. 无器质性心脏病 无明显症状，不必治疗。症状明显，治疗以消除症状为目的。药物宜选用 $\beta$ 受体拮抗剂、美西律、普罗帕酮、莫雷西嗪等。二尖瓣脱垂患者发生室性期前收缩，仍遵循上述原则，可首先给予 $\beta$ 受体拮抗剂。

2. 急性心肌缺血 急性心肌梗死发病开始 24 小时内，患者有很高的原发性心室颤动的发生率。开展冠心病加强监护病房处理急性心肌梗死及开展溶栓或直接经皮介入干预，早期开通梗死相关血管。急性心肌梗死发生窦性心动过速与室性期前收缩，早期应用 $\beta$ 受体拮抗剂可能减少心室颤动的危险。急性肺水肿或严重心力衰竭并发室性期前收缩，治疗应针对改善血流动力学障碍，同时注意有无洋地黄中毒或电解质紊乱。

3. 慢性心脏病变 心肌梗死后或心肌病患者常伴有室性期前收缩。应当避免应用 I 类药物治疗心肌梗死后室性期前收缩。 $\beta$  受体拮抗剂能降低心肌梗死后猝死发生率、再梗死率和总病死率。【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 5 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】