

医学教育网心血管主治医师: 《答疑周刊》2023 年第 28 期

问题索引:

1. 简述窦性心动过缓的病因、心电图表现及治疗?
2. 简述窦房传导阻滞和病态窦房结综合征病因、心电图及治疗?
3. 简述房性期前收缩的病因、心电图检查、治疗?

具体解答:

1. 简述窦性心动过缓的病因、心电图表现及治疗?

(一) 病因 多见于健康的青年人、运动员与睡眠状态。病理状态见颅内疾患、严重缺氧、低温、甲状腺功能减退、阻塞性黄疸、应用拟胆碱药物、胺碘酮、 β 受体阻滞剂、非二氢吡啶类的钙通道阻滞剂或洋地黄等药物、窦房结病变和急性下壁心肌梗死。

(二) 心电图检查 符合窦性心律的特征, 频率低于 60 次/分, 一般在 40~59 次/分, 常伴有窦性心律不齐(即不同 PP 间期的差异大于 0.12 秒)。

(三) 治疗 针对病因, 去除诱因。无症状者无须治疗。若因心动过缓引起心排量不足症状, 如头晕等, 可应用阿托品、异丙肾上腺素等, 必要时安装人工心脏起搏器。

[医学教育网原创]

2. 简述窦房传导阻滞和病态窦房结综合征病因、心电图及治疗?

窦房传导阻滞

(一) 病因 多见于神经张力增高、颈动脉窦过敏、急性下壁心肌梗死、心肌病、洋地黄中毒和高血钾等。

(二) 心电图 由于体表心电图不能显示窦房结电活动, 因而无法确立一度窦房传导阻滞的诊断。三度窦房传导阻滞与窦性停搏鉴别困难, 特别当发生窦性心律不齐时。二度窦房传导阻滞分两型: 莫氏(Mobitz) I 型即文氏(Wenckebach)阻滞, 表现为 PP 间期进行性缩短, 直至出现一次长 PP 间期, 该长 PP 间期短于基本 PP 间期的两倍, 此型窦房传导阻滞应与窦性心律不齐鉴别; 莫氏 II 型阻滞时, 长 PP 间期为基本 PP 间期的整倍数。窦房传导阻滞后可出现逸搏心律。

(三) 治疗 参照病窦综合征。

病态窦房结综合征 (SSS)

(一) 病因 如纤维化与脂肪浸润、硬化与退行性变、淀粉样变性、甲状腺功能减退、某些感染(布氏杆菌病、伤寒)等,均可损害窦房结,导致窦房结起搏与窦房传导功能障碍;窦房结周围神经和心房肌的病变,窦房结动脉供血减少。迷走神经张力增高,某些抗心律失常药物抑制窦房结功能,亦可导致窦房结功能障碍,应注意鉴别。

(二) 临床表现 患者出现与心动过缓有关的症状,如发作性头晕、黑蒙、乏力等,严重者可发生晕厥。如有心动过速发作,则出现心悸、心绞痛等症状。

(三) 心电图检查 主要包括:①持续而显著的窦性心动过缓(50次/分以下),且并非由于药物引起;②窦性停搏与窦房传导阻滞;③窦房传导阻滞与房室传导阻滞同时并存;④心动过缓-心动过速综合征(bradycardia-tachycardia syndrome),这是指心动过缓与房性快速性心律失常(心房扑动、心房颤动或房性心动过速)交替发作。其他改变为:①在没有应用抗心律失常药物下,心房颤动的心室率缓慢或其发作前后有窦性心动过缓和(或)一度房室传导阻滞;②房室交界区性逸搏心律等。

(四) 治疗 若患者无心动过缓有关的症状,不必治疗,需要积极寻找病因,定期随诊观察。对于有症状的病窦综合征患者,应接受起搏器治疗。心动过缓-心动过速综合征患者发作心动过速,应用起搏治疗后,仍有心动过速发作,同时用抗心律失常药物。[医学教育网原创]

3. 简述房性期前收缩的病因、心电图检查、治疗?

(一) 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。

(二) 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。

(三) 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 受体阻滞剂。