**★考点 5　室上性心律失常**

　　1.房性期前收缩(房早)　心电图表现:

　　(1)提前发生的 P 波，形态与窦性 P 波形态不同。

　　(2)房性期前收缩发生在舒张早期，P-R 间期>0.12 秒。 如 P 波之后无 QRS 波群，则为未下传的房性期前收缩。

　　(3)QRS 波群形态通常正常。 当房性期前收缩伴室内差异性传导时，QRS 波群可宽大畸形。

　　(4)代偿间歇一般不完全。

　　2.房颤

　　(1)病因:最常见的是风心病二尖瓣狭窄，其次是冠心病和高血压性心脏病。 此外，甲状腺功能亢进也是常见的病因。

　　(2)三大特点:①心脏听诊第 1 心音强弱变化不定，心律绝对不规则，②当心室率快时可发生脉搏短绌，③房颤病人并发房室交界性与室性心动过速或完全性房室传导阻滞时，其最常见原因为洋地黄中毒。

　　(3)心电图表现:①P波消失，代之以形态、振幅和间距绝对不规则的房颤波(波)，频率约 350~600 次/ 分，②心室律绝对不规则，心室率通常在 100~160 次/ 分之间，③QRS 波群通常形态正常。

　　(4)治疗:①转复并维持窦性心律:药物复律无效或合并预激综合症的患者应给予电复律，②控制心室率:包括 β 受体拮抗剂、钙通道阻滞剂等，③抗凝治疗:房颤持续不超过 24 小时，复律前无需作抗凝治疗。 否则应在复律前 3 周及复律后 3~4 周使用华法林抗凝剂。

　　3.心房扑动

　　(1)心电图表现:心房活动呈现规律的锯齿状扑动波，频率常为 250~300 次/ 分。

　　(2)治疗:终止房扑最有效的方法为直流电(低于 50J)复律，根治房扑为射频消融。 并给以抗凝治疗和减慢心室率的治疗。

　　4.阵发性室上性心动过速

　　(1)病因:最常见的类型是房室结内折返性心动过速。

　　(2)临床表现:阵发性室上性心动过速突发突止，持续时间长短不一。

　　(3)心电图表现:①心率 150~250 次/ 分，节律规则。 ②QRS 波形态与时限正常，但发生室内差异性传导，QRS 波形态异常。 ③P 波为逆行性(Ⅱ、Ⅲ、aVF 导联倒置)，常埋藏于 QRS 波内或位于其终末部分并与 QRS 波保持恒定关系。

　　(4)治疗:①刺激迷走神经:如按摩单侧颈动脉窦、Valsalva 动作等，②药物治疗:首选腺苷，但对伴有心功能不全者，首选洋地黄。

**★考点 6　室性心律失常**

　　1.室性期前收缩(室早)　心电图表现:

　　(1)提前出现的 QRS-T 波前无 P 波或相关 P 波。

　　(2)提前出现的 QRS 波宽大畸形，时间多超过 0.12s，T 波与主波方向相反。

　　(3)往往有较完整的代偿间歇。

　　2.室性心动过速　心电图表现:

　　(1)3 个或以上的室早连续出现。

　　(2)QRS 波群形态畸形，时限超过 0.12 秒，ST-T 波方向与 QRS 波主波方向相反。

　　(3)心室率通常为 100~250 次/ 分，心律规则，但亦可略不规则。

　　(4)心房独立活动与 QRS 波群无固定关系，形成室房分离。

　　(5)通常发作突然开始。

　　(6)心室夺获与室性融合波(特征性)。

　　3.室颤

　　(1)临床表现:突然意识丧失，抽搐、呼吸停止甚至死亡，听诊心音消失，脉搏触不到、血压无法测到。

　　(2)心电图表现:室颤的波形、振幅与频率均极不规则，无法辨认 QRS 波群、ST 段和 T 波。

　　(3)治疗:终止室颤最有效方法是非同步直流电除颤。

**★考点 7　心脏传导阻滞**

　　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。 心脏听诊第一心音强度减弱。

　　2.二度房室阻滞

　　(1)二度 I 型房室传导阻滞:这是最常见的二度房室阻滞类型。 心脏听诊第一心音强度逐渐减弱并有心搏脱漏，其心电图表现为: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。

　　(2)二度Ⅱ型房室传导阻滞:心房冲动传导突然阻滞，但 PR 间期恒定不变。 下传搏动的 PR 间期大多正常或延长。 心脏听诊为第一心音强度恒定，有间歇性心搏脱漏。

　　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。

　　(3)心室起搏点通常在阻滞部位稍下方。 如位于希氏束以其邻近，心室率约 40~60 次/ 分，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/ 分以下，QRS 波群增宽，心室律亦常不稳定。

**★考点 8　心脏骤停**

　　1.临床表现

　　(1)前驱期:在猝死前数天至数月，有些患者可出现胸痛、气促、疲乏、心悸等非特异性症状。 但亦可无前驱症状，瞬间发生心脏骤停。

　　(2)终末事件期:典型的表现包括严重胸痛，急性呼吸困难，突发心悸或眩晕等。

　　(3)心脏骤停:心脏骤停后，意识突然丧失，出现呼吸断续，呈叹息样呼吸，随后呼吸停止。

　　(4)生物学死亡:心脏骤停发生后，大部分患者将在 4~ 6 分钟内开始发生不可逆脑损害，随后经数分钟过渡到生物学死亡。 心脏复苏成功后死亡的最常见原因是中枢神经系统的损伤。

　　2.初级心肺复苏(CAB)

　　(1)胸外按压:是建立人工循环的主要方法。 胸外按压的部位是胸骨下半部，双乳头之间。 成人按压胸骨的幅度 5~6 cm(参考 2015 版«心肺复苏指南»)，按压频率为 100~120 次/ 分(参考 2015 版«心肺复苏指南»)，按压和放松的时间大致相等。 最常见的并发症为肋骨骨折。

　　(2)开通气道:保证呼吸道通畅是复苏成功的重要一步。 一般采取仰头抬颏法。

　　(3)人工呼吸:开通气道后首先进行两次人工呼吸，每次持续吹气时间 1 秒以上，保证足够的潮气量使胸廓起伏。 按压和通气的比例为 30 ∶ 2，交替进行。

　　3.高级复苏

　　(1)通气与氧供。

　　(2)电除颤、复律与起搏治疗:心脏骤停时最常见的心律失常是心室颤动。 终止室颤最有效的方法是电除颤。 如果首次电击没有成功消除室颤，之后应立即进行心肺复苏而不是连续电击以尝试除颤。 进行 2 分钟心肺复苏后再次尝试除颤，后续电击至少应使用相当的能量级别或更高的能量级别。

　　(3)药物治疗:肾上腺素是 CPR 的首选药物。 可用于电击无效的室颤及无脉室速，心脏停搏或无脉性电生理活动。