

医学教育网心血管内科主治医师：《答疑周刊》2022 年第 49 期

心律失常是指由于心脏激动的起源或传导异常所致的心律或心率改变，是临床最常见的心血管表现之一。心律失常患者的临床症状轻重不一，轻者可无任何不适，偶于查体时被发现，严重的可以危及患者生命。

问题索引：

1. 窦性心动过速与窦性心动过缓的临床表现、心电图、治疗分别是什么？
2. 房颤患者如何治疗？

具体解答：

1. 窦性心动过速与窦性心动过缓的临床表现、心电图、治疗分别是什么？

窦性心动过速：

1. 临床表现 生理性窦性心动过速常无症状，病理性和药物性者除病因和诱因症状外，可有心悸、乏力等不适，严重者可诱发心绞痛、心功能不全等。

2. 心电图

- (1) 窦性心律：P 波规律出现，P 波在 I、II、aVF、V<sub>4</sub>.....V<sub>6</sub> 导联直立，aVR 导联倒置。

- (2) 心率 > 100 次/min。

- (3) PR 间期及 QT 时限都相应缩短。

- (4) 可伴有继发性 ST 段压低和 T 波振幅变低。

3. 治疗 无症状性窦性心动过速一般无须治疗；有症状者应进行病因治疗和去除诱因，症状严重者可应用 β 受体拮抗剂，有应用禁忌者可选用维拉帕米和地尔硫草。对于症状严重且药物治疗无效的不适宜性窦性心动过速（排除继发性因素情况下，静息或轻微活动后心率持续 > 100 次/min），可考虑窦房结导管消融治疗。

窦性心动过缓：

1. 临床表现 生理性窦性心动过缓常无症状，病理性和药物性者除病因和诱因相关症状外，可有心悸、乏力等不适，严重者可诱发心绞痛、心功能不全、低血压，甚至休克等。

## 2. 心电图

(1) 窦性心律: P 波规律出现, P 波在 I、II、aVF、V<sub>4</sub>~V<sub>6</sub> 导联直立, aVR 导联倒置。

(2) 心率 < 60 次/min。

(3) 常伴有窦性心律不齐: 同一导联上 P-P 间期差异 > 0.12 秒。

3. 治疗 无症状性窦性心动过缓一般无须治疗, 有症状者应进行病因治疗和去除诱因, 必要时可酌情选用阿托品或异丙肾上腺素等药物治疗。

## 2. 房颤患者如何治疗?

治疗原则主要为抗凝、转复窦律、维持窦律、控制心室率。

### 1. 转复窦律

(1) 抗凝: 房颤复律时的抗凝遵守“前三后四”的华法林抗凝模式, 即复律前应用华法林 3 周, 使凝血酶原时间的国际标准化率 (INR) 达到 2~3, 转复成功后再持续应用 4 周。但具有以下情况者, 在应用肝素后可直接进行复律: ①血流动力学不稳定; ②血流动力学稳定但持续时间 < 48 小时或经食道超声未见心房血栓。

(2) 复律: 分为电转复和药物转复。药物转复可选用氟卡尼、普罗帕酮、胺碘酮、伊布利特、多非利特和维纳卡兰, 有器质性心脏病者慎用 Ic 类药物。有以下情况的应尽快行电转复: ①心室率过快出现心肌缺血、低血压或心力衰竭等症状, 且药物治疗无效; ②伴预激综合征患者出现心室率过快或血流动力学不稳定。洋地黄中毒者禁用电转复。如选用电转复, 则可在充分抗凝或除外心脏血栓的情况下于复律前几天开始用抗心律失常药物, 如氟卡尼、普罗帕酮、胺碘酮、伊布利特和索他洛尔, 从而提高电转复成功率、防止复律后房颤复发。

(3) 导管消融: 对于症状反复发作, 并且抗心律失常药物治疗无效的阵发性和持续性房颤患者, 可行心导管消融治疗。

(4) 外科消融: 对有症状的房颤患者, 在进行心脏外科手术时可考虑行外科消融治疗。

2. 维持窦律: 可使用氟卡尼、普罗帕酮、胺碘酮、决奈达隆、伊布利特、多非利特和索他洛尔等抗心律失常药物。

3. 控制心室率: 主要使用  $\beta$  受体拮抗剂、非二氢吡啶类钙通道拮抗剂 (维拉帕米、

地尔硫草)和洋地黄类药物。单药治疗心室率控制不满意时,可联合应用。在房颤急性期,心室率控制在80~100次/min。对于无器质性心脏病患者,心室率控制目标为<110次/min。合并器质性心脏病的心房颤动患者,根据患者具体情况而定。对于反复发生快速心室率的房颤并伴有严重症状者,药物、导管消融以及外科消融治疗均无效时,可考虑行房室结消融并植入心室起搏器。心室率较慢的心房颤动患者,最长RR间期>5秒或有显著症状者,可考虑起搏器治疗。

4. 抗凝:CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>2</sub>评分系统是目前最新的临床抗凝治疗评估工具,其将卒中危险因素分为主要危险因素:年龄≥75岁和卒中/TIA/血栓栓塞病史;次要危险因素:充血性心力衰竭/左室功能障碍、高血压、糖尿病、血管疾病(心肌梗死、主动脉斑块和外周动脉疾病)、年龄65~74岁和女性,抗凝治疗方法根据危险因素进行选择。值得注意的是,该评分系统针对的是非瓣膜性房颤,对于瓣膜性房颤,其本身就是卒中的高危因素,必须进行积极的抗凝治疗。对于无器质性心脏病,年龄<65岁的孤立性房颤发生卒中的危险性很低,通常不需要抗凝治疗。口服抗凝药物首选华法林,华法林治疗时以INR2~3为目标调整剂量。瓣膜置换术后的房颤患者INR应至少为2.5,但对高龄患者适宜的INR为1.6~2.5。新型抗凝药物主要包括直接凝血酶抑制剂达比加群酯、Xa因子抑制剂利伐沙班与阿哌沙班,这些药物不需监测凝血功能,预防卒中的作用和华法林相当,并且具有更好的安全性和方便性,对多数房颤患者可考虑应用新型抗凝药替代华法林。由于大多数心房血栓存在于左心耳,对于无法长期进行口服抗凝治疗的卒中高危患者,可考虑行经皮左心耳封堵术。