

# 中西医结合治疗心律失常的优势

---



# 一、心律失常的分类：

- 心率快慢：快速性心律失常，缓慢性心律失常
- I .快速性心律失常
- 发生部位：室上性心律失常；室性心律失常

## (一)房颤：

- 分类、治疗（策略和预防复发）
- 房颤的分类(时间)：窦性心律第一次房颤自动转复为窦律叫阵发性；电药转复为窦律叫持续性，两者均易复发；不能转复叫永久性
- 房颤的治疗—策略：（当前心律失常治疗中最薄弱的环节）
- 1恢复并维持窦性心律
- 2控制房颤的心室率
- 3预防血栓栓塞

# 恢复窦性心律—方法：

- 药物治疗；体外电转复；心内电转复；植入型心房除颤器；外科手术；导管消融术
- 药物治疗：（为当前较实际的一线转复治疗手段）
- 常用药物：奎尼丁，普鲁卡因酰胺，Ic类，索他洛尔，胺碘酮（总有效率60%左右）
- 其他药物：洋地黄，维拉帕米，硫氮卓酮， $\beta$

# 影响药物疗效的因素：

- 房颤持续的时间
- 心房的大小
- 心房内血栓的形成
- 其他
- 药物治疗的危害性：致心律失常作用——最大的危险性
- 发生的时期：增加药物剂量——药物治疗的滴定期
- 高危患者：器质性心脏病，尤其是充血性心衰
- 药物治疗优点：简便易行；一次性费用少；患者易接受
- 药物治疗局限性：能减慢房颤的心室反应；但极少能转复为窦性心律

# 体外电转复：

- 一项安全和有效的传统治疗方法，成功率：65-90%
- 适应症：持续性房颤伴血流动力学恶化者（一线治疗）；药物转复失败者
- 禁忌症：洋地黄中毒
- 低钾血症
- 急性感染或炎症疾病
- 心力衰竭（因需要麻醉，应除外麻醉的禁忌症）

## 并发症：

- 全身性血栓栓塞
- 非持续性或持续性室性心律失常
- 窦性心动过缓、窦性停搏、窦房阻滞
- 低血压
- 肺水肿
- 一过性段抬高
- 注意事项：恰当的抗凝治疗；与R波同步放电

# 心内电转复

- 临床应用：各种房颤，包括：
- 体外电转复失败的房颤，
- （电生理）和术（经导管消融术）中发生的房颤
- 成功率：7089%

# 植入型心房除颤器

- (是近年来用于临床的新技术)

• 优点:

- 尽早转复为窦性心律
- 防止长时间房颤所致的电重构
- 双相脉冲和低能量 ( 6J) 痛苦小
- 很少诱发室性心律失常
- 很少有并发症

局限:

- 与室颤不同, 房颤不直接导致死亡
- 价格相对昂贵, 不便推广
- 仅用于少数经选择的患者

# 外科手术

- 优点:
- 房颤治愈率高（即刻为99%，随访15年为95%）房颤患者外科术后脑卒中的发生率极低，为0.7%
- 局限:
- 手术复杂，创伤大；
- 术后存在需植入起搏器的可能；
- 手术后房颤、房扑的发生；
- 主要适用于行心脏手术同时合并房颤的患者

# 导管消融术

- 局灶性房颤的射频消融
- 肺静脉内点状消融
- 肺静脉外局灶的点状消融
- 节段性消融电隔离肺静脉或腔静脉
- 环状消融电隔离肺静脉或腔静脉
- 针对房颤的触发
- 导管消融有待解决的问题：
  - ①操作难度较大；②除射频外，需寻找更有效的能量（如超声消融）；③缺乏更可靠的消融终点；④随访时间及结果的评判等等

# 控制心室率：

- 控制心室率——重要性：
- 消除急性血流动力学障碍
- 改善心排量
- 提高患者生活质量
- 提高运动耐量
- 预防心动过速性心肌病
- 减少血栓栓塞的机会

# 控制心室率——方法:

- (1)药物:
  - a) 钙拮抗剂:不良反应:加重充血性心力衰竭、窦缓、窦停、窦房阻滞及不同程度房室阻滞;加速预激综合征合并房颤的心室率,甚至诱发室颤。
  - b) —B:不良反应:冠心病患者骤然停药可致病情恶化,出现心绞痛、心肌梗死或室速

## 洋地黄:

- c) 不良反应：预激综合征合并室上性心动过速、快速心房颤动或心房扑动。此时使用洋地黄，使旁道不应期进一步缩短，心房激动大部分经旁道传到心室，可引起极快的心室率使间期缩小到0.2-0.25秒，此时室上性激动很容易落到心室易损期上，从而引起室颤。

## 非药物:

- (2)希氏束消融 +起搏; 外科迷宫手术
- 控制心室率——药物治疗：（治疗中的一个重要方面）
- 不伴有者维拉帕米、硫氮卓酮、 受体阻滞剂
- 甲亢和交感神经张力增高者 受体阻滞剂最有效
- 经旁路前传的房颤者应静脉注射普鲁卡因酰胺

# 长期口服用药：

- 首选
- 维拉帕米、硫氮卓酮、 $\beta_1$ 受体阻滞剂,疗效好于地高辛
- 对充血性心衰者，首选地高辛
- 部分患者需要与钙拮抗剂和  $\beta_1$ 受体阻滞剂伍用

## 抗凝治疗：

- 预防房颤患者的血栓栓塞和脑卒中，欧美学者已形成共识。
- 高危患者（如老龄、高血压、糖尿病和既往卒中或）：华  
法林抗凝治疗，控制：2.0~3.0
- 不能接受抗凝治疗者：服用阿斯匹林，但效果较差
- 复律患者的抗凝治疗：1.房颤持续时间不明或>48h：复律前3周抗凝治疗，复律后抗凝治疗4周或复律前静脉用肝素，经食管超声未发现心房血栓者进行转复，复律后抗凝治疗4周

## 目前心房颤动治疗的局限性：

- 不同机制、不同类型的房颤治疗方法不同
- 迄今为止没有一种治疗方法能针对所有的房颤
- 房颤的治疗仍强调综合治疗（）
- 针对某一个患者或某一类患者应该有一种治疗方法或几种供优选
- 因此如何制定房颤患者的优化治疗方案非常重要

## (二)室性心律失常的治疗

- 室性心律失常的危险程度分层：
- 早期的
- 资料来源于冠心监护室病人
- 忽略了病人心脏和全身情况
- 片面强调了室早的频发和复杂程度
- 根据其预后和有无导致明显相关症状与血液动力学障碍分为：
- 良性室性心律失常
- 有预后意义的室性心律失常
- 恶性或致命性室性心律失常

## 室性心律失常的治疗对策(一):

- 良性室性心律失常:
  - 无器质性心脏病的室早和非持续性室速
  - 无心律失常直接相关症状, 不用药
  - 确有与心律失常相关症状
  - 首选 阻滞剂
  - 可用普罗帕酮, 美西律, 莫雷西嗪
  - 不宜使用奎尼丁, 索他洛尔, 胺碘酮
  - 评价治疗效果: 症状减轻

## 室性心律失常的治疗对策(二):

- 有预后意义的室性心律失常
- 指器质性心脏病患者的室早和非持续性室速
- 对基础心脏病进行治疗(心肌病, 心衰)
- 对可纠正诱因进行治疗(低钾, 低镁, 洋地黄中毒)
- 不用类抗心律失常药物

## 室性心律失常的治疗对策(三):

- 有预后意义的室性心律失常
- 慢性心衰: 先用, 利尿剂, 洋地黄类, 阻滞剂
- 急性心肌梗死: 尽快实施再灌注治疗, 溶栓,
- 再灌注心律失常: 一过性不必用抗心律失常药
- 早期预防使用利多卡因可增加死亡率
- 血液动力学不稳定室早, 非持续性室速: 临时用利多卡因
- 陈旧性心梗: 阿司匹林, 阻滞剂, 他汀类降脂药, 类
- 对明显降低, 严重心衰伴频发非持续性室速: 可选胺碘酮

## 室性心律失常的治疗对策(四):

- 恶性室性心律失常
- 有血液动力学后果的持续性室速和室颤,
- 明确器质性心脏病
- 一级预防: 评价危险度(, , , , ) 应用 阻滞剂
- 二级预防: 发生于无急性冠心病事件的室颤或血液动力学不稳定性室速的生存者 应用(埋藏式自动转复除颤器), 胺碘酮

## 室性心律失常的治疗对策(五):

- 恶性室性心律失常
- 首选
- I类药物: 不改善病人预后, 显著增加器质性心脏病死亡
- 风险
- 类药物: 减低心梗后和慢性心衰猝死和总死亡率, 为一级预防用药物
- 类药物: 胺碘酮可减少心梗后和慢性心衰猝死风险,
- 但对总死亡率降低不显著
- 类药物: 可终止间期正常, 短配对间期室早诱发的多
- 形性室速, 以及左室特发性室速或右室流出道室速

## 室性心律失常的治疗对策(六):

- 恶性室性心律失常
- 先天性长综合征: 尖端扭转性室速, 室颤
- 足够剂量的 阻滞剂
- 或起搏器与 阻滞剂联合应用
- 交感神经节切/阻断
- 综合征: 多形性室速, 室颤
- 无可靠药物, 治疗

# 抗心律失常药物作用机理：

- 延长不应期，减慢传导，降低自律性——抑制快速性心律失常
- I类          膜抑制剂
- II类          阻断剂
- III类        复极延长剂
- IV类        钙拮抗剂

- 抗心律失常药物的分类：（分类法）
- I类：膜抑制剂
- 奎尼丁等
- 利多卡因；美西律 等
- 心律平等
- II类： $\beta$
- 心得安；氨酰心安；倍他乐克
- 类：复极延长剂
- 胺碘酮；索它洛尔
- 类：钙拮抗剂
- 地尔硫卓；维拉帕米

## II 缓慢性心律失常

- (-)缓慢性心律失常—分类:
- 窦性心动过缓
- 常见于健康的青年人，运动员及睡眠状态
- 心外因素：颅内病变、严重缺氧、低温、甲减，阻塞性黄疸
- 心脏因素：窦房结病变，急性下壁心肌梗死
- 药物因素： $\beta$ 受体阻滞剂，钙通道拮抗剂，胺碘酮及心律平

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/218124134123006075>