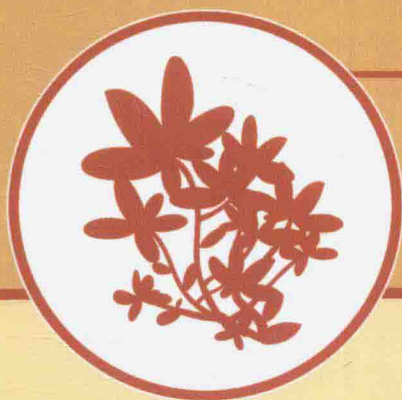


现代中医

临床诊疗应用



李 刚等◎主编

上

吉林科学技术出版社

现代中医临床诊疗应用

(上)

李 刚等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

现代中医临床诊疗应用/ 李刚, 陈战斌, 徐冰主编
— 长春: 吉林科学技术出版社, 2016. 9
ISBN 978-7-5578-1198-3

I. ①现… II. ①李…②陈…③徐… III. ①中医临
床IV. ①R24

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第205065号

现代中医临床诊疗应用

XIANDAI ZHONGYI LINCHUANG ZHENLIAO YINGYONG

主 编	李 刚 陈战斌 徐 冰
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚 陈绘新
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	870千字
印 张	35
版 次	2016年9月第1版
印 次	2017年6月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176

储运部电话 0431-86059116

编辑部电话 0431-86037565

网 址 www.jlstp.net

印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-1198-3

定 价 140.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565



编委会

主 编:李 刚 陈战斌 徐 冰

张立平 刘 洋 赵智宏

副主编:杨 普 徐 丽 张卫华

王冬梅 刘 涛 李绍峰

史 超 朱黎明 姚梓平

编 委:(按照姓氏笔画)

丁宗富 十堰市太和医院武当山分院

王冬梅 新疆医科大学附属肿瘤医院

王承惠 郑州大学附属郑州中心医院

史 超 新疆医科大学第六附属医院

朱黎明 河南大学附属郑州颐和医院

刘 洋 潍坊市人民医院

刘 涛 新疆维吾尔自治区中医医院

孙 洁 郑州大学附属郑州中心医院

杨 普 中国人民解放军第 451 医院

李 刚 淄博市第四人民医院

李绍峰 济南市历城柿子园李绍峰中医门诊部

山东老年医学研究会脑神经康复委员会

张卫华 新疆维吾尔自治区第二济困医院

张立平 新疆医科大学附属中医医院

陈战斌 乌鲁木齐市中医医院

赵智宏 新疆医科大学附属中医医院

姚梓平 新疆医科大学第一附属医院

徐 冰 河南省南阳市第二人民医院

徐 丽 枣庄市中医医院

戚春光 济宁山推医院



李刚,淄博市第四人民医院中西医结合感染科,擅长中西医结合治疗各型肝炎、肝硬化、肝癌、出血热、乙型脑炎、伤寒、麻疹、水痘及其他常见传染病的诊疗。履历:淄博市第四人民医院中西医结合感染科主任,副主任医师,医学硕士,淄博市青年名中医,山东省医学会传染病分会青年委员,山东省中西医结合学会传染病专业委员会委员,山东省医院感染管理委员会委员,淄博市医学会感染病专业委员会委员,淄博市中医药学会经方专业委员会常务委员,淄博市中医药学会膏方专业委员会委员。从业经历:1991年毕业分配至淄博市传染病医院工作,2006年到北京解放军302医院进修学习中西医结合治疗各型肝炎及小儿肝病,2014年获山东中医药大学中西医结合肝病专业硕士学位,是淄博市医疗事故鉴定专家委员会成员,淄博市劳动能力鉴定专家委员会成员。



陈战斌,男,汉族,1976年出生,于2000年毕业于陕西中医药大学,现为乌鲁木齐市中医医院肛肠科主任、副主任医师,中华中医药学会肛肠分会第六届理事,中国研究型医院学会腹膜后与盆底疾病专业委员会委员。从医十余年来,完成各类肛肠疾病的手术例数已逾数千例,积累了丰富的临床经验,曾先后多次赴北京、天津、南京、西安、长春等地进行学习与学术交流,曾发表论文及论著十余篇。擅长各类肛肠疾病及疑难病的手术治疗及中医特色治疗,且可根据患者的体质及疾病的轻重缓急情况,采取多种手术治疗方法,如:传统的手术疗法、注射疗法、器械疗法(PPH术、TST术、RPH术等)。现致力于研究各类肛肠疾病的微创手术疗法及便秘、肠功能紊乱、结直肠癌术后并发症等疾病的中医特色治疗及心理治疗。



徐冰,女,生于1969年12月23日,在河南省南阳市第二人民医院中医妇科工作,副主任医师,毕业于河南中医学院,研究生学历,医学硕士,中国医学研究会高级研究员,1992年参加工作,医疗经验丰富,擅长中医妇科经、带、胎、产及各种疑难杂症的治疗,尤其对不孕症、先兆流产与习惯性流产、功能性子宫出血、痛经、闭经、子宫内膜异位症、多囊卵巢综合征、宫外孕非手术治疗、妇科炎症及肿瘤等疾病的研究有较深的造诣。治学态度严谨,医德高尚,被评为“2011年度医圣杯全国优秀医务工作者”,主编和参编著作4部,发表国家级医学论文10余篇。

前 言

中医学是中国优秀文化中的一颗璀璨明星,凝聚了几千年来中国人民与疾病作斗争的丰富经验,并经无数的中医人不断总结和提炼,形成了自己独特的理论体系,临床疗效十分卓越。

本书集中反映了各科医生丰富的诊疗经验。突出中医诊疗特点,强调实用性、系统性。全书内容由内、外、妇、针灸、推拿、肛肠等科别组成,本书首先从编写、阅读、使用方便的角度出发,依据人体系统加以分类;其次本书对各病采列概述、病因病机,辨证论治等项,力求中医学的系统性及其效应得以充分体现,尤其是辨证论治项中,在西医病名之下,有的按疾病阶段或疾病初、中、晚期划分,但其分证、证候,证型仍为核心内容,以示中医诊疗的关键在于辨证,而不是按西医病名及其阶段、分期索方,如是,才能保持中医特色,并发挥中医学应有的效应。

本书条理清晰、结构合理、内容充实、深入浅出、通俗易懂、简明实用。可作为临床医师的案头工具书,也可作为高等中医学院学生学习中医学的参考用书。

由于编写时间仓促,编委会水平有限,并且本书涉及多专业合作,各环节之间难免有些疏漏和错误之处,希望读者和同行给予批评指正。

《现代中医临床诊疗精要》编委会

2016年9月

目 录

第一章 心血管疾病	(1)
第一节 严重心律失常	(1)
第二节 高血压病	(10)
第三节 心源性休克	(18)
第四节 低血压	(23)
第五节 冠心病心绞痛	(28)
第六节 急性心肌梗死	(39)
第二章 脑血管疾病	(44)
第一节 短暂性脑缺血发作	(44)
第二节 脑梗死	(49)
第三节 多发性硬化	(57)
第四节 高血压脑病	(65)
第五节 脑出血	(72)
第六节 脑血栓形成	(79)
第七节 蛛网膜下腔出血	(89)
第八节 脑栓塞	(95)
第三章 消化疾病	(99)
第一节 反流性食管炎	(99)
第二节 急性胃炎	(102)
第三节 慢性胃炎	(105)
第四节 消化性溃疡	(108)
第五节 胃泌素瘤	(116)
第六节 脂肪肝	(119)
第七节 肝硬化	(121)
第八节 功能性消化不良	(124)
第九节 克罗恩病	(126)
第十节 吸收不良综合征	(130)
第十一节 急性胰腺炎	(133)
第十二节 慢性胰腺炎	(136)
第四章 皮肤疾病	(140)
第一节 蛇串疮	(140)
第二节 风疹	(142)
第三节 黄水疮	(144)

第四节 鹅口疮	(146)
第五节 牛皮癣	(148)
第六节 玫瑰糠疹	(150)
第七节 脚湿气	(153)
第八节 水痘	(155)
第九节 麻风	(157)
第十节 紫白癜风	(160)
第十一节 白癜风	(162)
第十二节 红斑狼疮	(164)
第五章 肛肠疾病	(170)
第一节 内痔	(170)
第二节 外痔	(175)
第三节 混合痔	(177)
第四节 肛裂	(181)
第五节 肛瘘	(188)
第六节 脱肛	(199)
第七节 肛门失禁	(211)
第八节 直肠息肉	(216)
第六章 感染性疾病	(222)
第一节 流行性感冒	(222)
第二节 细菌性痢疾	(231)
第三节 结核病	(238)
第四节 细菌性食物中毒	(248)
第五节 病毒性胃肠炎	(254)
第六节 败血症与感染性休克	(259)
第七节 蛔虫病	(267)
第八节 念珠菌病	(269)
第九节 隐球菌病	(274)
第十节 传染性单核细胞增多症	(278)
第十一节 伤寒	(282)
第十二节 莱姆病	(289)
第十三节 狂犬病	(292)
第十四节 流行性脑脊髓膜炎	(297)
第十五节 疟疾	(300)
第七章 妇科疾病	(310)
第一节 闭经	(310)
第二节 希恩综合征	(322)

第三节	慢性子宫颈炎	(325)
第四节	卵巢过度刺激综合征	(333)
第五节	盆腔瘀血综合征	(340)
第六节	盆腔炎	(347)
第八章	肿瘤	(357)
第一节	胃癌	(357)
第二节	食管癌	(367)
第三节	乳腺癌	(376)
第四节	子宫颈癌	(387)
第五节	卵巢恶性肿瘤	(393)
第六节	肝癌	(400)
第七节	肺癌	(410)
第八节	皮肤癌	(419)
第九章	常见疾病针灸治疗	(426)
第一节	慢性乙型肝炎	(426)
第二节	支气管哮喘	(430)
第三节	手足发绀症	(434)
第四节	静脉曲张	(438)
第五节	血栓闭塞性脉管炎	(440)
第六节	心脏神经官能症	(443)
第七节	雷诺综合征	(446)
第八节	普通感冒	(448)
第九节	阻塞性肺气肿	(451)
第十节	慢性肾炎综合征	(455)
第十一节	尿路结石	(459)
第十二节	慢性支气管炎	(463)
第十三节	吕弗勒综合征	(467)
第十四节	肺一肾综合征	(470)
第十五节	肾下垂	(474)
第十六节	前列腺肥大	(476)
第十七节	胃下垂	(479)
第十八节	神经性呕吐	(482)
第十九节	急性胰腺炎	(485)
第二十节	糖尿病	(488)
第二十一节	地方性甲状腺肿	(492)
第二十二节	甲状腺功能亢进症	(495)
第二十三节	亚急性甲状腺炎	(499)

第二十四节 皮质醇增多症 (502)

第二十五节 贫血 (506)

第二十六节 过敏性紫癜 (509)

第十章 临床康复 (513)

第一节 截肢后的康复训练 (513)

第二节 假肢的佩戴与康复 (517)

第三节 骨盆骨折的康复 (525)

第四节 执行功能障碍的康复 (528)

第五节 记忆障碍的康复 (529)

第六节 中风病恢复期运动功能障碍的康复 (531)

参考文献 (550)

第一章 心血管疾病

第一节 严重心律失常

心律失常是指心脏激动的频率、节律、起源部位、传导速度与激动次序的异常。急诊常见心律失常主要包括,心房扑动、心房颤动;阵发性室上性心动过速(房性、房室交界区性、房室性折返性);过早搏动、室性心动过速、心室扑动、心室颤动、房室传导阻滞、病态窦房结综合征等。此病属中医“心悸”、“怔忡”范畴,临证可根据患者具体证候特点参照“心悸”、“怔忡”辨证论治。

一、病因病机

(一)西医病因、病理生理

1. 病因

(1)无器质性心脏病者

如烟、酒、茶、咖啡等刺激、兴奋焦虑、精神紧张、情绪激动、激烈活动,急性缺氧、急性中毒、代谢紊乱、手术等改变。

(2)各种器质性心脏病

如风湿性心脏病、肺源性心脏病、缺血性心脏病、高血压性心脏病、心肌炎、心肌病、先天性心脏病、甲状腺功能亢进等。

(3)各种药物反应

如洋地黄中毒、拟交感神经药物、各种抗心律失常药等。

2. 病理生理

心律失常发生机制主要有激动形成异常,激动传导异常或二者兼有之。

(1)激动形成的异常

1)自律性增高:心脏内各个异位起搏点,由于其4相舒张期自动除极坡度提高、速度加快,而导致心室肌异位自律性增高。

2)触发激动:系指这一冲动必须由一正常动作电位所触发。它总是在一次正常除极后发生,称之为后除极。根据时相早晚,则可分为早期和延迟后除极两种。

3)病态窦房结综合征:窦房结起搏细胞舒张期除极化速度减慢,坡度变小,最大舒张期电位水平下移和阈电位水平上移的因素,引起窦性心动过缓;窦房结及其周围组织病变,起搏及冲动传出障碍,引起心律失常。

(2)激动传导的异常

1)折返:是指激动兴奋某一节段心肌组织后,又返回并再一次激动该组织。形成折返的基本条件是:①必须具备两条或多条传导性与不应期各不相同,或者解剖上相互分离的传导径路,作为折返回路的顺传支和逆传支,相互连接形成一个闭合环。②其中一条通道必须发生单向传导阻滞。③另一通道传导缓慢,使原先发生阻滞的通道有足够时间脱离不应期,并使原先已兴奋过的通道再次激动,从而完成1次折返激动。如激动在环内反复循环不已,则产生持续快速性心律失常。

2) 常见折返性心律失常

①房扑:由于折返环发生的位置不同而分为两型:Ⅰ型:为典型的心房扑动,房扑发作时激动呈逆钟向旋转的大折返,激动在右心房沿房间隔向上达右房上部,后经右房前侧壁向下激动。Ⅱ型:可能为右心房顺钟向旋转的折返环或左房内折返。

②房颤:由于在折返活动中,心房复极不均匀,出现多处传导障碍,形成很多大小不等、速度不同的微折返。也有认为在心房的任何部位有多源的大折返环分裂成子环,不规则传向心室所致。

③房室结内折返性心动过速(AVNRT):窦性心律基础上发生一次房性早搏,由于径路长而激动受阻,只能从 α 径路下传,后者传导速率较慢,激动到达 α 径路下端又可逆传至脱离不应期的 β 径路后,恰逢 α 径路脱离不应期而使激动经 α 径路下传,再从 β 径路逆传,如此反复折返,导致AVNRT。

④室性早搏与室性心动过速:室性早搏与室性心动过速形成的机制相似,可以发生于正常工作心肌细胞和异常具有传导性的心肌组织间。可以是折返、触发活动、自律性增高所致。

⑤心室扑动和心室颤动:认为与一个行进的波阵面碰到解剖障碍时可碎裂产生多个子波,后者可以单独存在并作为高频率的兴奋起源点触发心室扑动、颤动。心室扑动是心室肌产生环形激动的结果。出现心室扑动一般具有两个条件:心肌明显受损,缺氧或代谢失常;异位激动落在易颤期。

3)房室传导阻滞:是指激动由心房向心室传导过程中,由于传导系统某一部位的不应期异常延长,使激动的传导速度缓慢而部分甚至完全脱落的现象。房室传导系统中某个部位心肌细胞的有效不应期正常,但相对不应期却异常延长,是发生一度房室传导阻滞的病理生理基础。而传导系统中某部位的有效不应期与相对不应期均延长,是发生Ⅱ度Ⅰ型房室传导阻滞的病理生理基础。而在Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞患者,主要是有效不应期显著延长,只留下很短的相对不应期。因而房室传导组织的有病区域处于一种很不稳定的状态,对心房传来的激动,即使处于心动周期晚期,也只能以“完全能或全然不能”的方式起反应。因此,在Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞中,下传搏动的P—R间期是正常的,而又突然发生阻滞(心搏脱落)。在Ⅲ度房室传导阻滞中,由于有病区域的心肌细胞完全消失了兴奋性,有效不应期占据了整个心动周期,所有来自心房的冲动传到该部位时被阻滞而不能继续下传。而在阻滞下方的次级起搏点便发生激动以保持心室搏动,保证心室有效收缩使心脏有足够的排血功能。

(二)中医病因、病机

心悸、怔忡是指患者自感心中急剧跳动,惊慌不安,不能自主,主要由于阳气不足、阴血亏损、心失所养。心气不足、心阳不振、阳虚无以鼓动气血运行、瘀阻脉络:

1. 心阳不振

心阳不足,心失所养,心神失摄、或心阳不足,气化不利,水气凌心,上逆为悸。《伤寒明理论·悸》篇所说:“其气虚者,由阳气内弱,心下空虚,正气内动而悸也。”

2. 心虚胆怯

心主神明,胆主谋虑,突然惊恐,耳闻巨响,目睹异物,或遇险临危,使心惊神慌,心虚胆怯,神摇不安,心悸多梦而易醒,胆虚则易惊而气乱。《济生方·惊悸论治》指出:“惊悸者,心虚胆怯之所致也。且心者君主之官,神明出焉,胆者中正之官,决断出焉。心气安逸,胆气不怯,决断思虑,得其所矣。或因事有所大惊,或闻巨响,或见异相,或登高涉险,惊忤心神,气与

涎郁,遂使惊悸。”

3. 心脾两虚

禀赋不足、脏腑虚损,病后失养,或思虑过度,心血暗耗,伤及心脾,气血乏源,心血亏虚,心失所养,发为惊悸。宋《济生方》:“夫怔忡者,此心血不足也”;“真血虚耗,心常失辅,渐成怔忡。”朱丹溪《丹溪心法·惊悸怔忡》:“怔忡者血虚,怔忡无时,血少者多,存思虑便动,属虚;时作时止者,痰因火动”;“惊悸者血虚,惊悸有时,以朱砂安神丸。”

4. 心血瘀阻

心气不足,血运无力;气机郁滞,血脉瘀阻;寒邪侵袭,寒引凝滞,血行不畅,瘀血阻脉,发为心悸。《素问·痹论》篇指出:“脉痹不已,复感于邪,内舍于心”,“心痹者,脉不通,烦则心下鼓。”《医宗必读·悸》解释说:“鼓者,跳动如击鼓也。”

二、诊断

(一)临床表现

1. 症状

患者自觉心跳剧烈,心中悸动不安,不能自主,心跳剧烈,或快或慢,或心跳过重,或忽跳忽止,呈阵发性或持续不止。发作常由情志刺激、惊恐、紧张、劳倦过度、饮酒饱食等因素而诱发。可见有脉象数、疾、促、结、代沉、迟等变化。

2. 体征

心脏听诊可闻及心律不齐,心音亢进、心音弱、心音分裂或强弱不等,奔马律,瓣膜听诊区可及杂音,部分患者可有心脏增大。

(二)实验室及辅助检查

心电图、动态心电图、运动试验、心内电生理检查。

(三)诊断要点

1. 心房扑动

心电图表现:

(1)p 消失,代以连续的锯齿 F 波,在 II、III 及 AVF 导联最清楚。心房率 250~350 次/分,绝对匀齐,F 波之间没有基线。

(2)F 波与 QRS 波群比率可以固定或不固定,故心室率可以规则或不规则,心室率常在 70~175 次/分。

(3)QRS 形态是室上性的。

(4)形态及间隔相互之间略有差异,称之为“不纯性心房扑动”。

2. 心房颤动

心电图表现:

(1)P 波消失代之以形态细小不齐的颤动 f 波,每分钟频率 350~600 次。

(2)心室率绝对不规则,每分钟 160~180 次之间。

(3)QRS 波、T 波形态与室上性相同,但伴有室内差异传导时,QRS 波群可增宽畸形。

3. 房室结折返性心动过速(AVNRT)

(1)心电图表现

1)心率快而规则,阵发性室上性心动过速心率多在 160~220 分,非阵发性室上性心动过

速心率 70~130 次/分, R—R 间距规则。

2) 逆行 P 波, $P-R < 0.12$ 秒, 出现在 QRS 之后。当心率过快时, P 波往往与前面的 T 波重叠, 不易分辨, 故统称为室上性心动过速。

3) QRS 波群呈室上型, < 0.12 秒, 如伴有室内差异性传导、束支阻滞或预激征候群时, 则 QRS 波群可增宽、畸形。

(2) AVNRT 根据传导支不同分为

1) 慢—快型(S—F): 此型多见, 折返途径为慢径前传, 快径逆传, $PR > RP$ 。

2) 快—慢型(F—S): 折返途径为快径前传, 慢径逆传, 此型少见, $PR < RP$ 。

4. 室性早搏

过早搏动发生的机制可为折返激动, 触发活动, 或异位起搏点的兴奋性增高。室上性心动过速的少数也可为自律性异常增高。

(1) 心电图表现

1) 提前出现在 QRS—T 波群, 其前无 P 波。

2) QRS 波群宽大、畸形, 时限 > 0.12 秒, T 波方向与 QRS 波的主波方向相反。

3) 有完全的代偿期。

(2) 室性早搏的分类

1) 单源性室早: 同一导联内, 室早形态相同者, 为单源性室早。

2) 多源性室性早搏: 有多个室性早搏出现, 其 QRS—T 形态有三种或三种以上的形状者为多源性室性早搏。室性早搏的配对间期不固定, 这也是区别于多形性室性早搏的特点之一。

3) 多形性室性早搏: 多形性室性早搏产生的原理尚不清楚, 单源性室性早搏伴时相性室内差异传导, QRS—T 波群的彼此互异与前周期和配对时间的变异有关。单源性室性早搏伴多变的折返。

4) 室性病并行性心律: 心室的异位起搏点独立地规律发放冲动, 并能防止窦房结冲动入侵。其心电图表现为: 配对间期不恒定, 与室早的配对间期恒定不同; 长的两个异位搏动之间期, 是最短的两个异位搏动间期的整倍数; 当主导心律的冲动下传与心室异位起搏点的冲动几乎同时抵达心室, 可产生室性融合波, 其形态介乎以上两种 QRS 波群形态之间。

5) Lown 室性早搏分级: 把频发的、多源的、连发的及 RonT 的室性早搏称为“复杂性室性早搏”, 认为二级以上则有心室颤动的潜在危险, 被称为“危险的心律失常”。

5. 室性心动过速

可以是折返、触发活动、自律性增高所致。较明确的与触发活动有关的室速包括多形性室速、洋地黄中毒所致室速及维拉帕米敏感性室速。

(1) 心电图表现

1) 3 个或以上的室早出现 QRS 波群畸形, 时限 > 0.12 秒, T 波方向与 QRS 主波方向相反。

2) 房室分离, 常没有 P 波, 如有 P 波, 则 P 波与 QRS 波群之间无固定关系, 且 P 波频率比 QRS 波频率缓慢。

3) 室性心动过速频率大多数为每分钟 150~220 次, 室律可略有不齐。

4) 偶可发生心室夺获或室性融合波。

(2)室性心动过速分类根据室速发作时 QRS 波群形态可分为:

1)单形性室性心动过速:QRS 形态在同一个导联上基本一致,节律大体匀齐,常由室性早搏触发。

2)分支型 VT:心动过速时 QRS 形态表现为右束支阻滞(RBBB)型,电轴左偏,QRS 宽度在 0.10~0.14s 之间。

3)多形性室性心动过速:室速发作时 QRS 形态不断改变呈多种形态,节律不规则,常持续 10 个心动周期以上。按 VT 发作前基础 Q-T 间期长度可分为以下两类。

伴发于 QT 间期延长的多形性室速,即尖端扭转型室速;多见于药物中毒、电解质紊乱、心动过缓、先天性 Q-T 间期延长综合征。发病前主导心律的室律多是缓慢的,Q-T 间期显著延长或伴有明显的 u 波、T 波明显增宽,可低平或倒置;心动过速的第一个 QRS 波群往往发生在主导心律的 T 波上,即所谓的 R-ON-T;室性心动过速由一系列宽大 QRS 波群组成,频率 160~280 次/分;各 QRS 波振幅大小不一,形态亦不完全相同,心律可规则或不规则;每 5~10 个心搏,QRS 主波突然转至相反方向;心动过速发作时间短暂,一般 2~5 秒,极少超过 10 秒,一般每次发作常自行终止;反复发作得不到有效控制的可转为室颤而死亡。

4)双向性室性心动过速:本型 VT 发作时 QRS 在额面电轴上呈交替左偏与右偏的改变,基本形态常呈 RBBB 型,心室率 140~180 次/分。

5)并行心律性室性心动过速:常与并行性室性早搏共存,诊断要点为各室性早搏的联律间期不一致,各室性早搏间距长的与短的呈倍数关系或有一公约数,几阵室性心动过速发作之间的间距常为心动过速的 R-R 的倍数或公约数,可有心室夺获和室性融合波。

6)加速性室性自主节律(非阵发性 VT):由于频率不超过 100 次/分,故有些学者不愿称之为 VT,而叫做加速性室性自主节律。仅就室性自主节律而言,频率不应超过 60 次/分。洋地黄中毒患者如发生该型心律失常,若不及时认识与治疗,可发生更严重的后果,其机制可能与触发激动有关。

6. 心室扑动、颤动

心室扑动和心室颤动均是极严重的致死性心律失常,多为心脏停跳前的短暂征象。

(1)心室扑动

1)心室扑动波明显增宽,不能分出 QRS 波群或 ST-T。

2)心室率每分 150~250 次波幅粗大节律尚规则。

(2)心室颤动

1)心室颤动频率每分钟 150~300 次 QRS 和 T 波完全消失。

2)心电图呈现不规则波动,其波幅形态间隔完全不规则,除波幅较大外,和心房颤动的 f 波很相仿。

3)心室颤动的开始,波幅尚大,以后逐渐变小,终于停止。

7. 房室传导阻滞

(1)Ⅰ度房室传导阻滞:心电图表现为 P-R 间期延长(P-R 间期>0.20 秒)。

(2)Ⅱ度房室传导阻滞

1)Ⅱ度Ⅰ型房室传导阻滞:P-R 间期逐渐延长,R-R 间隔相应的逐渐缩短,直至在 P 波后无 QRS 波群,出现心室漏跳。此后 P-R 间期又变短,如此周而复始。此称文氏现象或莫氏Ⅰ型。

2) II度II型房室传导阻滞:P—R间期固定,但隔一定的P波后,出现一个或多个QRS波群脱落心室漏跳。若2个或2个以上的P波不传导到心室,是严重II度房室传导阻滞。

(3) III度房室传导阻滞

1)临床特点:心跳缓慢,心悸、胸闷、心前区不适,活动时可发生头晕、晕厥,若心室率过缓在25~40次/分时,可发生心脏功能不全,Adams—Stokes综合征,甚至可发生猝死。可听到心房音及响亮的第一音。

2)心电图表现:窦性P波,P—P间隔一般规则;P波与QRS波群无固定关系:心房速率快于心室率;心室心律由交界区或心室自主起搏点维持。

8. 病态窦房结综合征

心电图表现:

(1)心率持续在50次/分以下,而非由于药物引起。

(2)常伴有窦房阻滞、窦性停搏、交界处逸搏。

(3)可出现交替性阵发性室上速、房扑、房颤,在室上性心律失常,发作终止后,窦性节律恢复缓慢。因其可交替出现心动过缓及快速心律失常,也称快—慢综合征。

(4)持久性缓慢异位节律。

三、鉴别诊断

(一)西医鉴别诊断

1. 室上性心动过速与窦性心动过速鉴别

室上性心动过速多在160次/分以上;而窦性心动过速较少超过160次/分。室上性心动过速多突然发作与终止,绝大多数心律规则;而窦性心动过速皆为逐渐起止,且在短期内频率常波动。用兴奋迷走神经的方法,室上速可突然终止或无影响;而窦性心动过速则逐渐减慢。

2. 阵发性房性心动过速与阵发性房室交界性心动过速的鉴别

(1)房室交界性心动过速时P波在QRS波群之前,P—R间期大于0.128者为房性心动过速。若逆行P波出现在QRS波群之前,且P—R间期小于0.12s者;或逆行P波出现在紧靠QRS波群之后为房室交界性心动过速。

(2)根据心动过速发作停止后或发作之前的过早搏动的种类来鉴别,因为心动过速与过早搏动多为同一类型。

(3)对于那些心率极快而T波与P波重叠无法分辨者,只要QRS波群为室上性,统称为阵发性室上性心动过速。

3. 阵发性室性心动过速与伴有室内差异传导的阵发性室上性心动过速鉴别

(1)阵发性室上性心动过速常见于无器质性心脏病的人,多有反复发作的既往史;而室性心动过速多见于严重器质性心脏病患者及洋地黄、奎尼丁中毒等。

(2)阵发性室上性心动过速时心律整齐;而室性心动过速时心律可有轻度不齐。

(3)阵发性室上性心动过速伴有室内差异性传导,其QRS波群多呈右束支传导阻滞图形;如QRS波群呈左束支传导阻滞图型或 V_1 的QRS波群呈qR、RS型或QR型者则多为阵发性室性心动过速。

(4)如偶尔发生心室夺获或心室融合波,则利于阵发性室性心动过速的诊断。

4. 心房颤动时,室性早搏与室内差异性传导的鉴别

(1)室内差异性传导的 QRS 波群多呈右束支传导阻滞形态。

(2)凡前一个 R-R 间隔增长或后一个 R-R 间隔缩短至一定程度,出现 QRS 波群畸形者,多为室内差异传导;而室性早搏的后面可有一较长间歇。

(3)既往心电图发现以前窦性心律时的室性早搏和现在的畸形 QRS 波群形态相似,则当前的 QRS 波群也可能是室性早搏。

(4)心室率较慢的心房颤动中,若出现提前过早的畸形 QRS 波群,多为室性早搏。

(5)若畸形的 QRS 波群与前面基本心律的 QRS 波群皆保持相等的间隔时,则室性早搏的可能性大;若畸形 QRS 波群本身的 R-R 间隔相等或呈倍数关系,提示为室性并行心律。

(二)中医鉴别诊断

1. 真心痛

以心痛为主症,多呈心前区或胸骨后刺痛,牵及肩胛两背,多呈短暂发作,但甚者心痛剧烈不止,唇甲发绀或手足青冷至节,呼吸急促,大汗淋漓直至晕厥,病情危笃。

2. 奔豚

鉴别要点为:心悸为心中剧烈跳动,发于心;奔豚乃上下冲逆,发自少腹。

3. 卑喋

《证治要诀·怔忡》描述卑喋症状为“痞塞不欲食,心中常有所歉,爰处暗室,或倚门后,见人则惊避,似失志状”。是以神志异常为主的疾病,与心悸不难鉴别。

4. 惊悸和怔忡

怔忡每由内因引起,并无外惊,自觉心中惕惕,稍劳即发,病来虽渐,但全身情况较差,病情较为深重;惊悸则相反,常由外因而成,偶受外来刺激,或因惊恐,或因恼怒,均可发病,发则心悸,时作时止,病来虽迅,但全身情况较好,病势浅而短暂。《红炉点雪·惊悸怔忡健忘》曰:“惊者,心卒动而不宁也;悸者,心跳动而怕惊也;怔忡者,心中躁动不宁,惕惕然如人将捕之也。”足见惊悸与怔忡在病因、病情程度上是有明显差异的。但是二者亦有密切的联系。一方面,惊悸日久可以发展为怔忡,另一方面,怔忡患者又易受外惊所扰,而使动悸加重。

四、治疗

(一)西医治疗

1. 病因治疗

(1)纠正心脏病理改变。

(2)调整异常病理生理功能(如冠脉动态狭窄、泵功能不全、自主神经张力改变等)。

(3)去除导致心律失常发作的其他诱因(如电解质失调、药物不良反应等)。

2. 常用的抗快速心律失常药

(1)Ⅰ类药抑制 0 相除极,分为Ⅰa、Ⅰb、Ⅰc 亚类

1)Ⅰa 类

奎尼丁:复律口服 0.2~0.4g,每 2 小时 1 次,共 5 次/日。

2)Ⅰb 类

①利多卡因:静注 50~100mg,每 5~10min 50mg,共 250~300mg。

②美西律:口服 200~300mg,3~4 次/日。