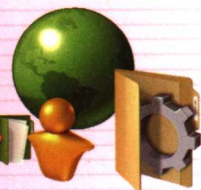


2007年

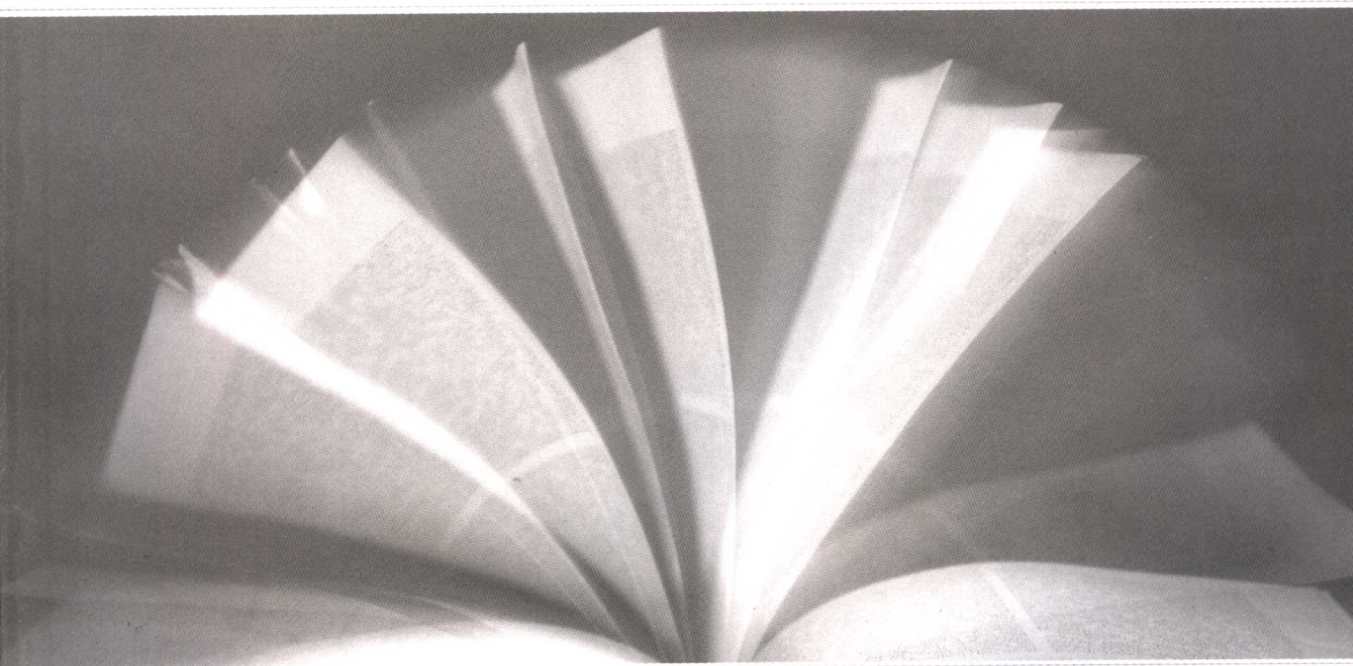


河南省中等职业学校对口升学考试复习指导

医科类专业（下册）

疾病概要（一） 急救知识与技术

河南省职业技术教育教研室 编



河南科学技术出版社

2007年

河南省中等职业学校对口升学考试复习指导

医科类专业（下册）

疾病概要（一） 急救知识与技术

河南省职业技术教育教研室 编

河南科学技术出版社

· 郑州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

疾病概要 (一) · 急救知识与技术 / 河南省职业技术教育教研室编.
郑州: 河南科学技术出版社, 2007. 2

(2007 年河南省中等职业学校对口升学考试复习指导·医科类专业; 下册)

ISBN 978 - 7 - 5349 - 3643 - 2

I. 疾… II. 河… III. ①疾病 - 防治 - 专业学校 - 升学参考资料②急救 - 专业学校 - 升学参考资料 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 005249 号

出版发行: 河南科学技术出版社

地址: 郑州市经五路 66 号 邮编: 450002

电话: (0371) 65737028

责任编辑: 王月慧

责任校对: 柯 姣

封面设计: 张 伟

版式设计: 采 风

印 刷: 河南第一新华印刷厂

经 销: 全国新华书店

幅面尺寸: 185mm × 260mm 印张: 14.25 字数: 286 千字

版 次: 2007 年 2 月第 1 版 2007 年 2 月第 1 次印刷

定 价: 19.00 元

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与出版社联系。



为了做好 2007 年河南省中等职业学校毕业生对口升学考试指导工作，帮助学生有针对性地复习备考，我们组织有关专家和教师编写了这套《2007 年河南省中等职业学校对口升学考试复习指导》。这套资料是以《2007 年河南省中等职业学校毕业生对口升学考纲》为依据，以国家规划教材、省规划教材为参考编写的。每本资料包括复习内容和要求、题型示例、参考答案三部分内容，同时还收录了近两年河南省对口升学考试的试卷、参考答案及评分标准。

在编写过程中，我们以《河南省人民政府贯彻国务院关于大力发展职业教育的决定的实施意见》（豫政〔2006〕20 号）为指导，坚持“以服务为宗旨、以就业为导向”的职业教育办学方针，以基础性、科学性、适应性、指导性为原则，紧扣《考纲》，着重反映了各专业（学科）的基础知识和基本技能，注重培养和考查学生分析问题和解决问题的能力。在内容选择和例题设计上，既适应了高考选拔性能力考试的需要，又注意了对中等职业学校教学工作的引导。在复习时，建议以教材为基础，以资料为指导，二者配合使用，效果更好。

本书是这套书中的一种，“内科学”部分主编朱志华，参编周佩玲；“外科学”部分主编张宗业，参编杨耀欢。审稿杨金栓。

由于经验不足，书中如有瑕疵之处，恳请广大师生及时提出修改意见和建议，使之不断完善和提高。

河南省职业技术教育教研室

2007 年 1 月



第一部分 内科学

复习指导 1

- 第一章 循环系统疾病 / 1
- 第二章 呼吸系统疾病 / 12
- 第三章 消化系统疾病 / 19
- 第四章 泌尿系统疾病 / 25
- 第五章 造血系统疾病 / 29
- 第六章 内分泌及代谢疾病 / 34
- 第七章 风湿性疾病 / 38
- 第八章 神经系统疾病 / 40
- ★第九章 常见急性中毒 / 48

内科学题型示例 53

第二部分 外科学

复习指导 85

- ★第一章 心跳骤停与心肺脑复苏 / 85
- ★第二章 休克 / 89
- ★第三章 急性肾衰竭 / 92
- 第四章 外科感染 / 94
- 第五章 创伤与烧伤 / 101
- 第六章 肿瘤 / 115
- 第七章 气胸 / 125
- 第八章 消化系统疾病 / 127
- 第九章 泌尿、男性生殖系统疾病 / 136





外科学题型示例	139
---------------	-----

第三部分 近年试题

2005 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试医科类
专业课试卷 / 169

2006 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试医科类
专业课试卷 / 181

第四部分 参考答案

内科学题型示例参考答案 / 193

外科学题型示例参考答案 / 204

2005 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试医科类
专业课试卷参考答案及评分标准 / 214

2006 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试医科类
专业课试卷参考答案及评分标准 / 217

第一部分 内科学

复习指导

(注:凡是带有“★”的部分为《急救知识与技术》的内容,复习时请注意!)

第一章 循环系统疾病



复习内容

一、慢性心功能不全

(一) 定义

慢性心功能不全指在循环血量和血管舒缩功能正常时,心脏排出的血液不能维持组织代谢的需要,同时伴有肺循环和(或)体循环淤血的一种综合征,也称为充血性心力衰竭。

(二) 基本病因

1. 心脏负荷过重

(1) 心室的容量负荷(前负荷)过重:①左心室负荷过重(如主动脉关闭不全、二尖瓣关闭不全等);②右心室负荷过重(如房间隔缺损等)。

(2) 心室的压力负荷(后负荷)过重:①左心室负荷过重(如高血压、主动脉瓣狭窄等);②右心室负荷过重(如肺动脉高压等)。

2. 原发性心肌损伤

(1) 缺血性心肌损害:如心肌梗死、心肌缺血、弥漫性心肌损害等。

(2) 心肌炎和心肌病:如病毒性心肌炎、原发性扩张型心肌病。

(3) 心肌代谢障碍:如糖尿病性心肌病等。





(三) 诱发病因

诱发病因主要有：感染（其中上呼吸道感染最常见），心律失常，过度体力劳累或情绪激动，血容量增加，治疗不当，水、电解质紊乱等。

(四) 临床表现

1. 左心功能不全（以肺循环淤血表现为主）

(1) 症状：

1) 呼吸困难：①劳力性呼吸困难（左心衰竭的早期表现）；②端坐呼吸；③夜间阵发性呼吸困难（特征性表现）。

2) 咳嗽、咳痰、咯血。

3) 动脉系统缺血表现：乏力、疲倦、头昏、少尿。

(2) 体征：左心室增大，心率加快，心尖部可闻及舒张期奔马律，两肺可闻及湿性啰音。

2. 右心功能不全（以体循环淤血表现为主）

(1) 症状：①消化道淤血（右心衰竭的最常见症状），表现为食欲减退及恶心、呕吐。②肝淤血，表现为上腹胀满、肝区疼痛。③肾淤血，表现为水肿、尿少及夜尿增多。

(2) 体征：①上腔静脉淤血，颈静脉怒张（右心衰竭主要体征）。②下腔静脉淤血，水肿（体位性），肝脏肿大及压痛和肝颈静脉回流征阳性（右心衰竭早期体征），发绀。

3. 全心功能不全 同时有左心功能不全和右心功能不全的临床表现者；因右心衰竭使右心排血量减少，导致肺循环淤血得以减轻，因而以右心衰竭表现为主（发绀反加重）。

4. 常见并发症 有呼吸道感染、下肢静脉血栓形成、心源性肝硬化和电解质紊乱。

(五) 诊断要点

诊断要点有：①原有心、肺疾患病史；②肺循环或体循环淤血的症状和体征；③其他辅助检查指标。

(六) 心功能分级

根据患者胜任体力活动状况的程度将心功能状态分为以下四级。

I级（心功能代偿期）：体力活动不受限制，一般体力活动不出现乏力、心悸、呼吸困难等症状。

II级（心功能不全一级）：体力活动轻度受限，一般活动可引起乏力、心悸、呼吸困难等症状。

III级（心功能不全二级）：体力活动明显受限，轻度活动即可引起上述症状。

IV级（心功能不全三级）：体力活动能力完全丧失，休息时也有心悸、呼吸困难等





症状。

(七) 鉴别诊断

1. 心源性哮喘与支气管哮喘鉴别 (表 1-1-1)

表 1-1-1 心源性哮喘与支气管哮喘鉴别

	心源性哮喘	支气管哮喘
病 因	多有心血管病史	有过敏史
临床表现	多见于中老年, 发作时间多在夜间或过量的体力劳动后	多见于青少年, 发作无时间性, 常无明显诱因
体 征	可有高血压, 异常心杂音, 肺部除哮鸣音外, 常有多量湿性啰音	发作时血压轻度升高, 无异常心脏体征, 肺部以哮鸣音为主
X 线检查	有肺淤血表现	无肺淤血, 可有肺气肿表现
治疗反应	用血管扩张剂、利尿剂及洋地黄有明显疗效	用 β 受体兴奋剂或肾上腺皮质激素等有明显疗效

2. 右心衰竭与心包积液、缩窄性心包炎鉴别 心包积液、缩窄性心包炎心尖搏动减弱或消失, 心音遥远, 奇脉; 心浊音界随体位的变化而改变; 影像学检查。

3. 右心衰竭与肾性水肿的鉴别 肾性水肿多出现于眼睑、颜面部组织较疏松的部位, 且以晨起较明显。

4. 右心衰竭与其他原因引起的肝大鉴别 可用肝颈静脉回流征进行鉴别。

(八) 治疗原则

①防治基本病因及诱因; ②减轻心脏负荷; ③增加心肌收缩力。

(九) 预防措施

努力纠正和治疗基本病因; 防止各种诱发因素。

二、风湿性心瓣膜病

(一) 临床特征

1. 二尖瓣狭窄 (最为常见)

(1) 症状: 肺循环淤血及动脉系统缺血表现 (呼吸困难、咳嗽、咯血、心悸及胸痛)。

(2) 体征:

1) 视诊: 二尖瓣面容。

2) 触诊: 心尖部可触及舒张期震颤。

3) 叩诊: 胸骨左缘第 2、3 肋间心浊音界向左扩大。

4) 听诊: ①心尖区可闻及局限性舒张期隆隆样杂音; ②心尖部第一心音亢进, 呈





拍击样，在心尖区内上方可闻及开瓣音（示二尖瓣弹性较好）；③肺动脉瓣区第二音亢进、分裂；④可闻及 Graham - Steel 杂音；⑤可出现右心衰竭的相应体征。

2. 二尖瓣关闭不全

（1）症状：动脉系统缺血表现（疲倦、乏力、心悸及劳累后呼吸困难）；后期出现左心衰竭表现。

（2）体征：

1) 视诊：心尖搏动向左下移位、范围弥散。

2) 触诊：可扪及抬举性心尖搏动。

3) 叩诊：心浊音界向左下移位。

4) 听诊：①心尖部可闻及 $\geq 3/6$ 级收缩期吹风样杂音，向左腋下传导；②心尖部第一心音减弱或消失；③肺动脉瓣区第二音分裂。

3. 主动脉瓣关闭不全

（1）症状：心悸及头颈部搏动感；晚期可分别出现左心衰竭和右心衰竭。

（2）体征：

1) 视诊：颈动脉搏动明显。

2) 触诊：心尖搏动向左下移位、范围弥散，呈抬举感。

3) 叩诊：心浊音界向左下移位。

4) 听诊：①胸骨左缘第3、4肋间可闻及舒张期叹息样杂音，向心尖部传导；②主动脉瓣第二音减弱或消失；③部分患者在心尖部可闻及 Austin - Flint 杂音；④可出现周围血管征（水冲脉、毛细血管搏动征、枪击音）。

4. 主动脉瓣狭窄

（1）症状：动脉系统严重缺血表现（疲乏、活动后呼吸困难、眩晕、昏厥及心绞痛，甚至发生猝死）。

（2）体征：①胸骨右缘第2肋间可闻及响亮粗糙的收缩期杂音，向右侧颈部传导，并伴收缩期震颤；②主动脉瓣第二音减弱或消失，有时可听到第二音分裂；③收缩压降低，脉压变小，脉搏细弱。

5. 联合瓣膜病变 风心病同时伴有2个或2个以上瓣膜损害时，称联合瓣膜病变。临床上最常见的是二尖瓣狭窄伴主动脉瓣关闭不全。

（二）并发症

1. 充血性心力衰竭 是风心病最主要的死因。

2. 心律失常 以房颤最为多见，主要见于晚期二尖瓣狭窄。

3. 栓塞 最常见于二尖瓣狭窄伴房颤患者。

4. 亚急性感染性心内膜炎 多见于二尖瓣关闭不全和主动脉瓣关闭不全患者。

5. 肺部感染 长期肺淤血所致。





(三) 预防措施

- ①积极防治链球菌感染, 预防风湿热发生; ②已有风湿病者积极抗风湿治疗;
③风心病患者, 应积极防治风湿活动, 预防心力衰竭。

三、高血压病

(一) 临床表现

1. 缓进性高血压

- (1) 起病缓慢, 病程长; 早期多无症状。
(2) 安静时血压正常, 劳累、紧张及活动后血压升高。
(3) 自主神经紊乱表现: 头晕、头痛、耳鸣、失眠、心悸、健忘、注意力不集中等。
(4) 后期可出现心、脑、肾及眼底的并发症。
1) 心: ①高血压心脏病 (左室肥大, 心功能不全); ②冠心病。
2) 脑: 急性脑血管疾病。
3) 肾: 肾小动脉硬化、肾功能减退。
4) 眼底: ①眼底动脉痉挛、变细 (Ⅰ级); ②动静脉交叉压迫现象 (Ⅱ级);
③视网膜出血或絮状渗出 (Ⅲ级); ④视神经乳头水肿 (Ⅳ级)。

2. 高血压急症 是指血压在短期内急剧增高, 并伴心、脑、肾功能损害的一种危急状态。按临床表现其可分为以下几种。

- (1) 恶性高血压: ①多见于青、中年, 起病急剧、发展迅速; ②舒张压持续在 130mmHg 以上; ③伴心、脑、肾功能的急剧减退; ④多死于尿毒症。

(2) 高血压危象:

1) 定义: 在高血压的基础上, 发生全身小动脉暂时性强烈痉挛, 致使血压急骤升高, 导致心、脑、肾功能的急剧减退的临床病理生理综合征。

2) 特点: ①短期内血压显著升高; ②前额部剧烈疼痛伴自主神经功能失调; ③尿中儿茶酚胺增高伴血尿、蛋白尿, 眼底出血或视神经乳头水肿。

(3) 高血压脑病:

1) 定义: 是指脑小动脉发生持久而严重的痉挛、脑循环发生急剧的障碍, 导致脑水肿和颅内压升高而致中枢神经系统功能障碍的临床综合征。

2) 特点: ①以颅内压升高和中枢神经系统症状为主要表现; ②发作短暂, 历时数分钟至数日不等; ③对降压治疗反应好。

(二) 诊断、分期标准

1. 诊断

- (1) 在非同日连续测量 3 次血压, 达到高血压标准, 并排除继发性高血压者, 即





可诊断。

(2) 18 岁以上成年人高血压定义为：在未服抗高血压药物情况下，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。

2. 血压水平的定义和分类（表 1-1-2）

表 1-1-2 血压水平的定义和分类

（单位：mmHg）

类 别	收缩压	舒张压	类 别	收缩压	舒张压
理想血压	<120	<80	Ⅱ级高血压（中度）	160~179	100~109
正常血压	<130	<85	Ⅲ级高血压（重度）	≥ 180	≥ 110
正常高值	130~139	85~89	单纯收缩期高血压	≥ 140	<90
Ⅰ级高血压（轻度）	140~159	90~99	亚组：临界收缩期高血压	140~149	<90
亚组：临界性高血压	140~149	90~94			

3. 危险度分层（表 1-1-3）

表 1-1-3 危险度分层

危险因素	血压/mmHg		
	Ⅰ级 SBP 140~159 DBP 90~99	Ⅱ级 160~179 100~106	Ⅲ级 ≥ 180 或 ≥ 110
Ⅰ. 无其他危险因素	低危	中危	高危
Ⅱ. 1~2 个危险因素	中危	中危	极高危
Ⅲ. ≥ 3 个危险因素或靶器官损害或糖尿病	高危	高危	极高危
Ⅳ. 并存临床情况	极高危	极高危	极高危

附：危险因素有心脏疾病、脑血管疾病、肾脏疾病、周围动脉疾病、视网膜病变等。

（三）鉴别诊断

1. 肾性高血压

(1) 急性肾小球肾炎：①多见于青少年；②有急性起病及链球菌感染史；③有发热、血尿、水肿等史。

(2) 慢性肾小球肾炎：①反复水肿、贫血、持久性蛋白尿及低蛋白血症；②血压升高相对较轻。

(3) 肾动脉狭窄：①无高血压家族史；②多见于 30 岁以下女性；③病程进展快；④上腹部或肾区有血管杂音；⑤肾动脉造影可确诊。

2. 内分泌性高血压

(1) 嗜铬细胞瘤：①阵发性血压升高，间期正常；②剧烈头痛、心律快、面色苍



白及大汗等；③一般降压药效差，伴血糖升高；④血、尿中儿茶酚胺升高，酚妥拉明试验有助诊断；⑤影像学检查可显示肿瘤部位。

(2) 原发性醛固酮增多症：①低血钾、高血钠性碱中毒；②多饮、多尿、低密度尿；③发作性肌无力或瘫痪、手足麻木；④血、尿中醛固酮增多；⑤影像学检查可作定位诊断。

3. 主动脉狭窄 ①上肢血压高于下肢血压；②肩胛间区、胸骨旁可由侧支循环动脉搏动的杂音；③主动脉造影可确诊。

(四) 治疗方法

1. 非药物治疗 ①减轻体重（减少热量摄入，增加体力活动）；②饮食控制（限制钠盐的摄入，每日 6g 为宜）；③体育疗法（运动量适中，节奏缓慢，动作放松）；④精神心理疗法（注意心理卫生，戒除烟酒）。

2. 降压药物治疗

(1) 利尿剂：

1) 适应证：适用于轻、中型高血压，老年人高血压，并发心力衰竭的患者。

2) 禁忌证：①伴糖尿病、高尿酸血症及肾功能不全者慎用；②低钾、低氯血症禁用噻嗪类，高钾血症禁用保钾类利尿剂。

(2) β 受体阻滞剂：

1) 适应证：适用于高肾素、高心排出量、心绞痛、嗜铬细胞瘤的高血压患者。

2) 禁忌证：阻塞性肺疾患、心力衰竭、心动过缓、房室传导阻滞、周围血管病变者。

(3) 钙拮抗剂：对各期高血压患者均有效，尤其对中、重型和老年人高血压。

(4) 血管紧张素转换酶抑制剂：

1) 适应证：适用于二、三期高血压患者，尤其适用于肾素活性增高或正常，伴左心肥厚、糖尿病、肾损害及并发心力衰竭的患者。

2) 禁忌证：梗阻性心脏病、合并高钾血症及严重肾衰竭，合并妊娠的妇女及肝病禁用。

(5) α 受体阻断剂：适用于高脂血症或前列腺肥大者，对胰岛素抵抗者有较好的作用。

3. 高血压急症的治疗

(1) 快速降压（首选静脉滴注硝普钠）。

(2) 降低颅内压（可选用甘露醇、山梨醇、呋塞米）。

(3) 制止抽搐（可选用地西泮、苯巴比妥钠、水合氯醛）。

(4) 处理并发症。





四、冠状动脉粥样硬化性心脏病

(一) 概述

1. 定义 冠心病是指冠状动脉因粥样硬化或伴随痉挛所致的以心肌缺血为主的心脏病, 又称缺血性心脏病。

2. 病因 高血压, 高血脂, 高血糖, 高龄, 肥胖, 吸烟, 其他(性别、遗传、性格和某些微量元素等)。

3. 临床分型 隐匿型, 心绞痛型, 心肌梗死型, 缺血性心肌病型, 猝死型。

(二) 心绞痛

1. 定义 是冠状动脉供血不足, 心肌急剧而短暂的缺血与缺氧所引起的临床综合征。

2. 临床特征

(1) 症状:

1) 发作诱因: 心绞痛的发作与体力劳动、情绪激动、饱餐等诱发因素有关。

2) 疼痛部位: 胸骨上、中段后方, 可波及心前区, 范围约手掌大小, 并向左肩、左上肢内侧或颈、咽、下颌部放射。

3) 疼痛性质: 为紧缩性、压榨性疼痛, 可伴窒息感, 常被迫停止原有动作。

4) 持续时间: 多为 3~5min, 一般不超过 15min。

5) 缓解方式: 休息和(或)含服硝酸甘油后 1~3min 内缓解。

(2) 体征: 面色苍白, 出冷汗, 血压高, 心率快, 心前区第一心音减弱, 出现奔马律。

3. 分型诊断

(1) 劳力性心绞痛(发作与心肌需氧量增加有关): ①稳定型; ②初发型; ③恶化型。

(2) 自发性心绞痛(发作与心肌需氧量增加无关): ①卧位型; ②变异型。

4. 治疗原则 改善冠状动脉供血, 减少心肌耗氧量, 预防动脉粥样硬化加重。

(三) 急性心肌梗死

1. 定义 是指在冠状动脉粥样硬化的基础上, 心肌发生急性严重而持久的缺血所致心肌部分坏死。

2. 临床表现

(1) 先兆症状: 多为突然发病, 部分病人可出现频发性不稳定型心绞痛的发作。

(2) 疼痛: 与心绞痛相似, 但程度加剧、时间可达数小时以上、且不易缓解。

(3) 心律失常: 为急性期死亡的主要原因。

(4) 心源性休克。



(5) 心力衰竭：以左心衰竭为主。

(6) 全身表现：起病第二天可出现发热，体温在 $37.5 \sim 38.5^{\circ}\text{C}$ ，持续 1 周；常伴消化道症状。

(7) 体征：心浊音界扩大，第一心音减弱；可闻及房性奔马律及收缩晚期喀喇音；部分病人可出现心包摩擦音。

3. 诊断要点

(1) 典型临床表现。

(2) 特征性心电图改变：①病理性 Q 波（坏死区波形）；②ST 段呈弓背向上型抬高（损伤区波形）；③T 波倒置（缺血区波形）。

(3) 血清酶改变：血清肌酸磷酸激酶同工酶（CPK - MB）升高具有特异性。

上述三项中具备二项即可确诊。

4. 治疗原则 ①改善心肌代谢，增加供氧，减少氧耗；②及时处理心律失常、心力衰竭和休克；③缩小梗死面。

五、心肌病

（一）分类

1. 原发性心肌病

(1) 扩张性心肌病：①起病缓，乏力、心悸、气促；②呈充血性心力衰竭表现；③心脏扩大、心律失常。

(2) 肥厚性心肌病：①梗阻性心脏病表现；②胸骨左缘第 3 ~ 4 肋间或心尖内侧收缩中、晚期粗糙的吹风样杂音；③辅助检查有确诊价值。

(3) 限制性心肌病（心内膜及内膜下纤维化致心室舒张受限，本病少见）。

2. 继发性心肌病 如病毒性心肌炎。

（二）病毒性心肌炎

1. 病因 以柯萨奇病毒最常见。

2. 临床特点 ①起病前 1 ~ 3 周有上呼吸道或消化道病毒感染史；②低热、乏力、心悸、胸闷等非特异性症状；③心脏扩大，心率增速与体温不相称，心音低钝，重者可出现舒张早期奔马律；④心肌酶活性增高，心电图示心肌缺血性改变及各种心律失常。

3. 治疗原则 减轻心脏负担；促进心肌代谢；防止并发症。

六、心律失常

（一）分类（按发生机制分）

1. 冲动起源异常





(1) 窦性心律失常：①窦性心动过速；②窦性心动过缓；③窦性心律不齐；④窦性停搏。

(2) 异位心律：①主动性异位心律：过早搏动（房性、交界区性、室性）；阵发性心动过速（室上性、室性）；扑动与颤动（心房、心室）。②被动性异位心律：逸搏（房性、交界区性、室性）；逸搏性心律（房性、交界区性、室性）。

2. 冲动传导异常

(1) 生理性：干扰与脱节。

(2) 病理性：窦房传导阻滞；房内传导阻滞；房室传导阻滞；室内传导阻滞（左束支、右束支）；房室间传导途径异常（预激综合征）。

(二) 早搏

1. 诊断

(1) 有引起早搏的原发病因；有心悸、心脏停搏感、头晕、乏力等症状。

(2) 脉搏漏搏，第一心音亢进、第二心音减弱或消失。

(3) 心电图特征：

1) 房性早搏：①提前出现的 P'波；②P' - R 间期 $>0.12s$ ；③代偿间歇不完全。

2) 交界区性早搏：①提前出现的 QRS 波，形态正常；②其前可无 P 波；如有即属逆行 P 波，可位于 QRS 波之前（P - R 间期 $<0.12s$ ），或位于 QRS 波之后（R - P 间期 $<0.12s$ ）。

3) 室性早搏：①提前出现的、宽大畸形的 QRS 波，时限 $\geq 0.12s$ ；②QRS 波前无 P 波，T 波与主波方向相反；③代偿间歇多完全。

2. 治疗原则 祛除病因和诱因；偶发者无需治疗，频发室性早搏首选利多卡因。

(三) 阵发性心动过速

1. 心电图特点

(1) 阵发性室上性心动过速：①连续出现 ≥ 3 次房性（或交界区性）早搏；②心率 $160 \sim 220$ 次/min；③R - R 间期绝对规则。

(2) 阵发性室性心动过速：①连续出现 ≥ 3 次室性早搏；②心率 $140 \sim 200$ 次/min；③R - R 间期略不规则。

2. 治疗

(1) 阵发性室上性心动过速：①刺激迷走神经；②药物治疗。

(2) 阵发性室性心动过速：①药物治疗（首选利多卡因）；②同步直流电复率。

(四) 心房颤动

1. 诊断 ①有引起房颤的病因；②有心悸、胸闷、气促、乏力等症状；③听诊心律绝对不齐、心音强弱不等及脉搏短绌；④心电图特征：P 波消失，代之以大小不等、形态不一、间距不均的 f 波，频率为 $350 \sim 600$ 次/min；R - R 间期绝对不等；QRS 波和



T波呈室上性。

2. 治疗原则 减慢心室率，酌情恢复窦性心律；预防复发并进行病因治疗。

(五) 房室传导阻滞

1. 心电图特点

(1) 第一度房室传导阻滞：每个P波后均有QRS波，P-R间期延长 $>0.20s$ 。

(2) 第二度房室传导阻滞：

1) 二度I型（文氏现象）：P-R间期逐渐延长，直至脱落一个QRS波，如此周而复始。

2) 二度II型：P-R间期固定不变，出现固定性QRS波脱落。

(3) 第三度房室传导阻滞：P波与QRS波群各自独立，互不相关，呈完全性房室分离；心房率大于心室率。

2. 治疗原则 ①生理性无需治疗；②病因治疗；③增快心律治疗；④人工心脏起搏治疗。



复习要求

1. 心功能不全 掌握慢性心功能不全的临床表现、治疗原则、诊断和鉴别诊断；了解心力衰竭的诱发因素、辅助诊断及预防措施。

2. 风湿性心瓣膜病 掌握临床特征；熟悉常见的并发症及预防措施。

3. 高血压病 掌握诊断标准、危险度分层、鉴别诊断，主要临床表现和治疗及高血压急症的处理措施。

4. 冠心病 掌握临床分型；掌握心绞痛的临床表现、分型及处理措施；急性心肌梗死的临床表现、诊断及救治原则。

5. 病毒性心肌炎 熟悉诊断及主要治疗措施。

6. 心律失常 了解分类，熟悉常见类型的心电图特点及治疗要点。

