

临床病案诊疗分析

陈 三 编著



云南出版集团公司
云南科技出版社

临床病案诊疗分析

陈 三 编著

云南出版集团公司
云南科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床病案诊疗分析 / 陈三编著. — 昆明 : 云南科技出版社, 2014. 12

ISBN 978-7-5416-8779-2

I. ①临… II. ①陈… III. ①临床医学—病案—分析
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 306044 号

责任编辑: 欧阳鹏

封面设计: 涂文静

责任校对: 叶水金

责任印制: 翟 苑

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

北京京华虎彩印刷有限公司 全国新华书店经销

开本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 15.75 字数: 189 千字

2018 年 3 月第 1 版 2018 年 3 月第 1 次印刷

定价: 70.00 元

目 录

第一章 心血管内科典型病例分析.....	1
第一节 心律失常	1
第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	15
第三节 心力衰竭	26
第四节 其 他	34
第二章 消化内科典型病例分析	49
第一节 胃肠疾病	49
第二节 肝胆胰疾病	62
第三节 其 他	73
第三章 呼吸内科典型病例分析	85
第一节 肺 炎	85
第二节 肺 癌	98
第三节 慢性肺源性心脏病	109
第四节 支气管哮喘	116
第四章 血液内科典型病例分析	123
第五章 神经内科典型病例分析	136
第一节 脑梗塞	136
第二节 脑出血	146
第三节 癲 痫	151
第四节 神经系统感染	155
第五节 其 他	172

第六章 精神心理科典型病例分析	193
第一节 儿童常见精神病	193
第二节 神经症	206
第三节 双相障碍	214
第四节 精神分裂症	220
第五节 外因所致精神障碍	229
第六节 其 他	243
第七章 老年内科典型病例分析	254
第八章 感染科典型病例分析	282
第九章 外科典型病例分析	313
第一节 普外科典型病例分析	313
第二节 骨外科典型病例分析	347
第三节 神经外科典型病例分析	359
第四节 泌尿外科典型病例分析	366
第十章 妇科典型病例分析	404
第十一章 整形外科典型病例分析	426
第一节 先天性畸形典型病例分析	426
第二节 皮肤组织损伤典型病例分析	439
第三节 常见病典型病例分析	450
第四节 术后再处理典型病例分析	462
第十二章 其他科典型病例分析	476
第一节 眼科典型病例分析	476
第二节 耳鼻喉科典型病例分析	483
第三节 皮肤科典型病例分析	489

第一章 心血管内科典型病例分析

第一节 心律失常

病例 1 阵发性室上性心动过速

病史

1. 病史概要

丁 x, 女, 37 岁, 阵发性心悸 18 年, 每年发作十余次, 每次发作无明显诱因, 突发突止, 持续数分钟至数小时不等, 初始经诱发恶心、压迫眼球等刺激迷走神经方式可终止发作, 后需静脉应用“心律平”等药物方可终止, 近半年来发作频繁且发作时伴胸闷、出汗及头晕, 无黑矇及意识丧失。既往体故, 否认心脏病史、肺部疾患病史及家族史。

2. 病史分析

(1) 本病例的病史特点: 患者无器质性心脏病, 心动过速突发突止, 持续时间长短不一; 予刺激迷走神经及静推“心律平”可终止。

(2) 病史询问时应注意询问发作时症状、持续时间及缓解方式等, 症状轻重程度取决于发作时心室率以及持续时间, 也与原有病变的严重程度有关。

3. 主诉: 发作性心悸 18 年, 加重半年。

体格检查

1. 结果 T36.4℃, P80 次 / 分, R20 次 / 分, Bp120/70mmHg。

自动体位，神志清楚，皮肤黏膜未见黄染及出血点，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音。心尖搏动点位于左第5肋间锁骨中线内侧0.5cm处，范围以强度计算为2.0cm。叩诊心脏浊音界不扩大，心率80次/分，心律齐，未闻及病理性杂音。腹部平软，肝脾肋下未触及，腹水征阴性，周围血管征阴性。

2. 体检分析

此病例的查体无阳性体征，可以排除器质性心脏病引起的心律失常。

辅助检查

1. 结果

(1) 心电图：窦性心律，QRS波起始部分粗钝（称 Δ 波），预激综合征A型，PR间期0.08秒，V1-V3导联继发性ST-T改变。发作时心电图：异位心律，阵发性室上性心动过速（心室率167次/分）。

(2) 实验室检查：PT-INR1.07，肝肾功能、血糖、血脂及电解质指标均在正常范围内。

(3) 胸部X线：双肺野未见实质浸润性病变，心肺影正常。

(4) 超声心动图：各房室腔大小正常范围，各瓣膜回声及开放尚好，CDFI可见轻度二尖瓣反流。

2. 辅助检查分析

本患者的心电图检查PR间期小于0.12秒，QRS波群起始部分可见粗钝的 Δ 波，V1导联QRS波群向上，提示A型预激综合征。发作时心电图QRS波形态与时限均正常，II、III、aVF导联P波为逆行型，心室率167次/分，节律规则，可以诊断疾病。

诊断与鉴别诊断

1. 诊断

预激综合征（A型）。

阵发性室上性心动过速。

2. 诊断依据

(1) 无器质性心脏病史。

(2) 心动过速发作突发突止，持续时间长短不一。

(3) 心电图提示 A 型预激综合征, 发作时心电图提示阵发性室上性心动过速。

3. 鉴别诊断

(1) 房性心动过速: 可分为自律性房性心动过速、折返性房性心动过速及紊乱性房性心动过速。自律性房性心动过速多呈阵发性发作, 少数可持续发作, 发作开始时心率逐渐加速, 由自律性增高引起, 房室传导比率变动时, 听诊心律不恒定, 第一心音强度可出现变化。心电图表现为: 心房率通常为 150 ~ 200 次 / 分, P 波形态与窦性不同, 可出现二度 I 型或 II 型房室传导阻滞, 刺激迷走神经不能终止心动过速, 仅可加重房室传导阻滞, 心动过速多数不能由心房程序刺激诱发。折返性房性心动过速常发生于手术瘢痕或解剖异常部位, 心电图表现为: P 波形态与窦性不同, 心动过速多数可以由心房程序刺激诱发及终止。紊乱性房性心动过速: 常发生于患慢性阻塞性肺部疾病或心力衰竭患者。心电图表现为: P 波形态各异, PR 间期各不相同, 心房率 100 ~ 130 次 / 分, 心室率可因房室传导阻滞而不规则, 本例患者无器质性心脏病史, 心动过速突发突止, 发作时心电图提示 QRS 波节律规则, 刺激迷走神经可以终止发作, 可与此疾病鉴别。

(2) 心房扑动: 有无器质性心脏病均可发生, 出现房室传导比率异常时心室率不规则, 心音强度可出现变化。心电图表现为: P 波消失, 出现规则的锯齿状扑动波, 扑动波之间等电位线消失, 心房率通常为 250 ~ 350 次 / 分, 心室率通常为 150 次 / 分 (2: 1 房室传导), 与本例患者心电图表现不同。

(3) 非阵发性交界性心动过速: 发生机制与房室交界区组织自律性增高或触发活动有关, 常见于洋地黄中毒、下壁心肌梗死、心肌炎及心脏瓣膜手术后, 偶见于正常人。心动过速开始与终止时心率逐渐变化, 心率 70 ~ 150 次 / 分, 心律规则, QRS 波不宽, 自主神经张力变化可影响心率。本例患者心动过速突发突止, 心电图的表现可与之鉴别。

治疗

1. 治疗原则: 无心心动过速发作或偶有发作且症状轻微者, 无需治疗:

心动过速发作频繁且伴有明显症状者，应给予治疗。

2. 治疗方案：患者入院后行常规检查，并行超声心动图、出凝血时间等检查，排除手术禁忌证后导管消融术，术后心电图△波消失，腔内电生理不能诱发心动过速。

3. 治疗分析：患者无心动过速发作或偶有发作且症状轻微者，无需治疗，心动过速发作频繁且伴有明显症状者，应给予治疗。治疗方法包括药物、导管消融术、外科手术等。

急性发作的处理：终止发作可用刺激迷走神经的方法，包括颈动脉窦按摩、Val-salva 动作、诱导恶心、将面部浸没冰水内等。

药物治疗：维拉帕米静脉滴注，普罗帕酮静脉滴注，腺苷或三磷酸腺苷静脉快速“弹丸式”推注。

直流电复律：患者出现严重心绞痛、低血压、心力衰竭等表现时，应立即电复律治疗。已应用洋地黄者不能接受电复律治疗。不适宜电复律的患者可以行食管调搏或者静脉心房 / 室起搏。

防止发作：发作频繁或者伴有严重心绞痛、低血压、心力衰竭等表现者，应首选经导管射频消融术。目前导管消融技术已十分成熟，具有安全、迅速、有效且能根治心动过速的优点，成功率大于 98%。

总结

阵发性室上性心动过速多见于无器质性心脏病患者，有反复发作的心动过速病史，发作持续时间不等，且有突发突止的特点，少数患者由于发作时心室率较快或持续时间较长或因合并其他器质性心脏病而出现胸闷、出汗及头晕等症状。体格检查一般无阳性体征，部分患者正常心电图有预激存在的证据，发作时心电图 QRS 波节律规则，QRS 波多数无增宽，少数经旁路前传的心动过速可见宽大畸形的 QRS 波，实验室检查、胸部 X 线及超声心动图检查多数正常。

近年来射频消融治疗本病取得了极大的成功，能成功治疗大多数阵发性室上性心动过速，而且并发症及死亡率很低。射频消融治疗可考虑在较早期应用，并最终取代大多数药物治疗及手术治疗。

病例 2 心房颤动

病史

1. 病史概要

施 xx, 男, 62 岁, 自 1999 年起出现发作性心悸, 休息数分钟可自行缓解。发作时心电图提示心房颤动, 情绪激动和活动时发作明显, 开始每月发作 5-6 次, 近几年发作次数增加、持续时间延长、症状明显加重, 一个月前为持续性心房颤动, 先后服用“倍他乐克、心律平及可达龙”等药物治疗效果不明显, 开始予“华法宁”抗凝治疗, 心悸发作时无恶心呕吐、无黑朦晕厥。年轻时患肺结核, 已治愈。既往有高血压病史 30 年, 最高血压达 160/100mmHg, 服用“科素亚, 50mg, qd”及“寿比山, 2.5mg, qd”治疗, 血压控制良好, 否认食物及药物过敏史, 否认高血脂及糖尿病史。无特殊烟酒嗜好。

2. 病史分析

(1) 房颤的病史采集中应注意病因的询问, 可以由急性或暂时性的原因引起, 如饮酒、手术、触电、心肌炎、肺栓塞、其他肺部疾病以及甲状腺功能亢进。与心血管疾病无关的房颤多为年轻患者, 又称为孤立性房颤。与心血管疾病有关的房颤最为常见, 这些疾病包括心脏瓣膜病(二尖瓣最多见)、冠状动脉疾病以及高血压(特别是存在左室肥厚时)。少数患者自主神经系统通过迷走或交感张力的增加触发房颤。

(2) 房颤的症状与心室率、潜在功能状态、房颤持续时间以及个体感觉有关。多数房颤患者有心悸、胸痛、呼吸困难、乏力或头晕。心律失常可能在出现栓塞并发症或心力衰竭恶化时首次发现。房钠肽的释放可致多尿。房颤可引起心动过速介导心肌病, 特别是未觉察有房颤的患者, 晕厥虽不常见, 但病情严重, 通常提示有窦房结功能异常、主动脉瓣狭窄、肥厚型心肌病、脑血管疾病或房室旁道。

(3) 本病例的病史特点有: ①男性, 有高血压史; ②发作性心悸, 情绪激动和活动时明显。

3. 主诉发作性心悸 4 年，加重一月。

体格检查

1. 结果 T36.6℃，P60 次/分，R16 次/分，Bp130/70mmHg。

自动体位，神志清楚，体型肥胖，皮肤黏膜未见黄染及出血点。颈静脉未见充盈，双肺呼吸音清，未闻及于湿罗音，心尖搏动点位于左第 5 肋间锁骨中线内侧 0.5cm 处，范围以强度计算为 2.0cm，叩诊心脏浊音界不大，听诊心率 68 次/分，第一心音强弱不等，心律绝对不齐，A2>P2 腹部平软，肝脾肋下未触及，腹水征(-)，周围血管征阴性，双下肢无水肿。

2. 体检分析。此病例的查体特点为：①第一心音强弱不等，心律绝对不齐，A2>P2；②脉率小于心室率。体检未闻及病理性杂音，可以排除瓣膜病变导致的心房颤动。

辅助检查

1. 结果

(1) 心电图：异位心律，P 波消失，出现颤动波，频率 450 次/分，心房颤动，心室率 70 次/分左右，ST-T 无明显改变。

(2) 超声心动图：左房内径 42mm，左室舒张末期内径 55mm，余各房室腔大小正常范围，主动脉瓣回声增强，开放尚好，二尖瓣前叶 EF 斜率缓慢，余各瓣膜回声及开放尚好，室间隔增厚，与左室后壁呈异向运动，搏动好。主肺动脉内径未见异常，CD-FI 可见主动脉瓣、二尖瓣反流征象、二尖瓣瓣口血流 A 峰>E 峰。经食管超声心动图未见心房及左心耳内血栓。

(3) 胸部 X 线：双肺纹理略多、未见异常阴影，主动脉型心脏，肋膈角锐利。

(4) 动态心电图：异位心律，24 小时呈全程房颤，心搏总数 89143 次，见 4 次 RR 间期大于 2.0 秒，最长 RR 间期 2.2 秒，偶发室早，ST 压低伴间歇性 T 波低平倒置。

(5) 实验室检查：甲状腺功能 T3、T4、TSH、FT3 及 FT4 均在正常范围内，肝肾功能、血脂检查及电解质指标均在正常范围内。

2. 辅助检查分析

本患者的心电图及24小时动态心电图的检查具有特异性,可以确诊,超声心动图的检查支持高血压心肌改变,并排除风湿性心脏瓣膜病,如二尖瓣狭窄等。甲状腺功能在正常范围可以基本排除甲状腺功能亢进引起的房颤。

诊断与鉴别诊断

1. 诊断

原发性高血压。

心房颤动。

2. 诊断依据

(1) 高血压病史,发作性心悸。

(2) 体格检查有第一心音强弱不等,心律绝对不齐, $A_2 > P_2$ 及脉搏短绌。

(3) 心电图及24小时动态心电图的检查具有特异性,确诊为心房颤动。

(4) 胸部X线及超声心动图支持高血压病的诊断,并存在心室肥厚。

3. 鉴别诊断

(1) 房性心动过速:可分为自律性房性心动过速、折返性房性心动过速及紊乱性房性心动过速。自律性房性心动过速多呈阵发性发作,少数可持续发作,发作开始时心率逐渐加速,由自律性增高引起,房室传导比率变动时,听诊心律不恒定,第一心音强度可出现变化。心电图表现为:心房率通常为150~200次/分,P波形态与窦性不同,可出现二度I型或II型房室传导阻滞,刺激迷走神经不能终止心动过速,仅可加重房室传导阻滞,心动过速多数不能由心房程序刺激诱发。折返性房性心动过速常发生于手术瘢痕或解剖异常部位,心电图表现为:P波形态与窦性不同,心动过速多数可以由心房程序刺激诱发及终止。紊乱性房性心动过速:常发生于患慢性阻塞性肺部疾病或心力衰竭患者。心电图表现为:P波形态各异,PR间期各不相同,心房率100~130次/分,心室率可因房室传导阻滞而不规则。

(2) 心房扑动：有无器质性心脏病均可发生，出现房室传导比率异常时心室率不规则，第一心音强度可出现变化，心电图表现为：P波消失，出现规则的锯齿状扑动波，扑动波之间等电位线消失，心房率通常为25～350次/分，心室率通常为150次/分（2:1房室传导）。

(3) 非阵发性交界性心动过速：发生机制与房室交界区组织自律性增高或触发活动有关，常见于洋地黄中毒、下壁心肌梗死、心肌炎及心脏瓣膜术后，偶见于正常人。心动过速开始与终止时心率逐渐变化，心率70-150次/分，心律规则，QRS波不宽，自主神经张力变化可影响心率。

治疗

1. 治疗原则：房颤治疗有三个目标：将房颤转复并维持窦性节律；不能恢复并维持窦性节律时控制心室率；预防血栓栓塞。

2. 治疗方案：患者入院后继续华法林3.0mg，qd抗凝治疗，经食管超声心动图未见心房内血栓后行导管射频消融，于左房内线性消融；术后继用华法林3.0mg，qd抗凝治疗1个月，心律平均150mg，tid治疗3个月及血管转换酶抑制剂雅施达4mg，qd控制血压，术后一月复查24小时动态心电图为窦性心律，见房性早搏1次。

3. 治疗分析

(1) 房颤转复：窦性节律的恢复及维持有助于缓解症状、预防栓塞并减少心动过速心肌病的发生。复律前需充分估计复律的必要性、成功率、复发的可能性以及治疗可能出现的危险性。复律的方法有药物复律及电复律。当房颤导致急性心力衰竭、低血压、心绞痛恶化、心室率难以控制（尤其是房颤经房室旁道下传引起的快速心室率）时，应立即实施复律，主要采用电复律。若无紧急复律指征，可先控制心室率，去除病因后再考虑复律，初发房颤大部分在24～48小时内可自动转复为窦性心律，因此对无器质性心脏病且症状轻的患者，仅予休息和镇静，不必急于复律。房颤持续7天以内，尤其是持续时间小于48小时以内的患者，药物复律非常有效。超过7天，电复律优于药物复律，但需使用镇静剂或麻醉剂。房颤持续时间越长，复律成功率越低。超过48小时，应先行抗凝治疗：周以预防血栓栓塞。对不能确定房颤发病时间的患者，

应立即开始抗凝治疗。无论药物复律还是电复律，都有发生血栓栓塞或卒中的危险，两者均需抗凝治疗。

1) 药物复律

大多情况下，房颤本身并不危及生命，因此复律也应保证安全，不应因复律导致病情恶化。用于房颤复律的药物包括 Ia、Ic 和 III 类抗心律失常药物，主要有多非利特、氟卡尼、依布利特、普罗帕酮、胺碘酮、奎尼丁、普鲁卡因胺、地高辛和索他洛尔。

2) 电复律

直流电复律是在 R 波同步下使电击与心脏自身电活动同步化，以保证电脉冲不落在心电活动周期的易损期。电复律适用于血流动力学恶化的持续性房颤以及药物复律无效者。复律前需检查甲状腺功能、血清肌酐、血钾水平和经胸壁心脏超声检查，有血栓栓塞可能的高危患者应行食管心脏超声检查。直流电复律成功率为 65%~90%，其成功与否取决于房颤持续时间、左房大小、基础心脏病，体重和肺部疾病也是影响复律效果的重要因素。技术上要考虑除颤时的电压、输出波形、电击板的大小与位置以及胸壁阻抗，前后位复律成功率高于前侧位，应用 100~150J 作为起始能量，约 75% 患者可复律。不成功时用 200J 再次复律。

栓塞和心律失常是电复律主要并发症。电复律前未接受抗凝治疗的患者血栓栓塞发生率为 1%~7%，复律后各种短暂性心律失常都可能出现，尤其是早搏、心动过缓和短暂窦性停搏。低血钾或洋地黄中毒时室性心律失常发生的可能性更大。电复律前应考虑患者是否有窦房结和房室传导功能障碍，必要时需预防性临时起搏。复律后，心电图上可能会出现一过性 ST 段抬高，血肌酸激酶-MB 也可能升高。某些患者初次电复律不成功或复律后复发（尤其是早期复发），可在应用 I 类或 III 类抗心律失常药物治疗的基础上，实施第二次电复律。

近年来，心内低能量（<20J）电转复房颤的技术应用于临床。这项技术不需要全身麻醉，采用双相脉冲波和两个表面面积较大的电极（电极分别放置于右心房和冠状静脉窦或左肺动脉内），可使各种房颤，包

括体外电复律失败和并发于心内电生理检查或射频消融术的房颤得以复律，成功率为 70% ~ 89%。

3) 窦性节律的维持

房颤是一种慢性疾病，不论是阵发性还是持续性，不论以何种方法转复为窦性心律，大多数患者都可能复发，因此通常需要服用抗心律失常药物来维持窦性节律。房颤复发并不等于治疗失败。女性、合并基础性心脏病是阵发性房颤频繁复发（每月发作 1 次以上）的危险因素。没有接受预防性药物治疗的持续性房颤患者，电复律后 4 年内能维持窦性心律者不足 10%，高血压、年龄超过 55 岁以及房颤持续时间大于 3 个月是其复发危险因素。多次电复律和预防性药物治疗只能使 30% 左右的患者免于房颤复发。年龄超过 70 岁、房颤持续时间大于 3 个月以及心力衰竭使这类患者复发的危险因素更大。

使用抗心律失常药物前，应尽可能明确引起房颤的病因，尤其是排除非心血管性促发因素。首发房颤，发作不频繁以及自觉症状较轻者一般不需预防性治疗。

孤立性房颤可先试用 β 受体阻断剂，氟卡尼、普罗帕酮和索他洛尔也有效，还可选用胺碘酮和多非利特。双异丙吡胺具抗胆碱能活性，效力持久，对迷走神经诱发的房颤较为有效，此类患者不宜使用普罗帕酮。肾上腺素能介导的房颤，使用 β 受体阻断剂作为一线药物，也可选用索他洛尔，胺碘酮因其潜在毒性作用不宜首选。运动诱发的房颤，尽受体阻断剂比较有效。单一药物治疗无效时，可尝试联合用药，包括 β 受体阻断剂、索他洛尔和胺碘酮，加用一种 Ic 类药物。

房颤药物复律的起始治疗最好在院内进行。需在院外维持治疗者，应告之可能出现的副作用并加以监测。抗心律失常药物治疗时应监测其可能出现的致心律失常作用，开始用药前应测量 PR 间期（氟卡尼、普罗帕酮、索他洛尔和胺碘酮）、OBS 波时限（氟卡尼和普罗帕酮）以及 QT 间期（索他洛尔、胺碘酮和双异丙吡胺）。使用 Ic 类药物，QRS 波宽度不应超过治疗前的 150%，运动试验有助于检测。仅在心率加快时出现的 QRS 波增宽（使用依赖性传导减慢）。使用 Ia 或 II 类药物，窦性节

律时校正 QT 间期应在 520ms 以下（胺碘酮除外）。此外，还应定期监测血钾、血镁水平及肾功能。索他洛尔在院外使用仅限于无器质性心脏病，未校正 QT 间期 $< 450\text{ms}$ 。电解质正常者。多非利特未被允许在院外使用，奎尼丁、普鲁卡因胺、双异丙吡胺一般也不使用于门诊。心脏功能和 QT 间期正常且没有明显心动过缓者，药物所致心律失常比较少见。窦房结和房室结功能正常者可在门诊使用普罗帕酮或氟卡尼。一般来讲，抗心律失常药物应当从低剂量开始，然后根据需要逐渐加量，每次调整剂量时应复查心电图。

电复律前的药物治疗能提高复律成功率，防止早期复发。对电复律失败以及即刻或近期复发者，电复律前应预先给予药物治疗。服用延长 QT 间期药物者复律后需观察 34 ~ 48 小时，以观察药物对心率和心律的影响，出现尖端扭转型室速者应及时处理。

充血性心力衰竭患者服用抗心律失常药物后尤易引起室性心律失常。随机试验显示。自力衰竭患者选用胺碘酮和多非利特较为安全。稳定型冠心病患者首先考虑使用 β 受体阻断剂，但它对持续性房颤患者转复后维持窦性节律的效果不够理想。索他洛尔和胺碘酮短期安全性较好，前者具有明确的 β 受体阻断作用，长期使用毒副反应低于胺碘酮，可作为缺血性心脏病房颤患者抗心律失常的起始治疗，而胺碘酮更适用于合并心力衰竭的患者。多非利特为二线药物，奎尼丁、普鲁卡因胺和双异丙吡胺可作为冠心病患者三线用药。高血压性心脏病患者排除冠心病和无明显左室肥厚者可选用普罗帕酮和氟卡尼，胺碘酮因其心外毒副反应归为二线药物。左室肥厚患者发生尖端扭转型室速的危险性较高，原则上应选择不延长 QT 间期的药物作为一线治疗。胺碘酮延长 QT 间期，但导致室性心律失常的危险性很低，应作为此类患者一线药物，胺碘酮和索他洛尔无效或不能使用时，则选用双异丙吡胺、奎尼丁或普鲁卡因胺。预激综合征合并房颤者首选旁道射频消融治疗。有紧急复律指征时首选电复律，药物治疗可选用普罗帕酮和胺碘酮。地高辛具有加速房颤心室率的危险性应避免使用，腺苷和钙拮抗剂能妨碍房室结前传也应避免使用。 β 受体限制剂不能减慢房颤经旁道的前传，但阻碍房室结前传，

亦应禁用。

4) 房颤的非药物治疗

20 世纪 80 年代以来, 外科医师采用了几种手术方式治疗房颤, 其中改良迷宫术和左房隔离效果较好, 迷宫术近期成功率较高, 可使 80% ~ 90% 的房颤恢复窦性心律, 并使心房收缩功能有一定程度的恢复; 外科手术适应证为: 阵发性或持续性房颤经药物治疗无效者; 阵发性或持续性房颤合并血栓栓塞者; 需手术矫治心脏病合并房颤者, 外科手术复杂、费时, 创伤较大, 还可能引起左房与右房传导功能暂时性减低以及术后早期房性心动过速。如果影响了窦房结血液供应, 还可能导致窦房结功能障碍而需埋置永久性起搏器。单纯迷宫术死亡率不足 1%, 若同时实施其他类型心脏手术则死亡率较高。

导管消融目前对左房的线性消融比较成功。房颤异位起搏灶常常位于肺静脉内, 因此消融策略应针对该区域进行消融, 或在肺静脉与左房间实行电隔离。心律失常起搏灶还可位于上腔静脉、右房与左房以及冠状动脉窦内, 消融这些病灶可以使 60% 房颤得以消除或复发减少, 但局部消融后第 1 年复发可能性仍在 30% ~ 50%, 若多支肺静脉受累则复发率更高。因此, 许多患者房颤消融手术后仍需继续服用抗心律失常药物治疗。导管消融房颤的可能并发症有体循环栓塞、肺静脉狭窄、心包积液、心脏压塞以及隔神经麻痹。

迄今为止还未将起搏治疗作为预防房颤复发的首选方法, 但因心动过缓安置起搏器的患者, 心房起搏 (AAT 或 DDD) 时房颤和脑卒中的发生率低于心室起搏。心房复律 / 除颤器主要适用于房颤发作不频繁, 但发作时症状较重或影响血流动力学者, 这些患者往往也适合导管消融治疗。

(2) 房颤时心室率的控制

房颤自发的心室率往往超过 120 次 / 分, 除患者感觉不适外, 过快的心室率对心脏也是一种负荷。可能促使已有病变的心脏功能恶化。控制心室率与保持窦性心律是阵发性或持续性房颤中同等重要的处理措施。有三种情况下的房颤, 适时以控制心率为为主的治疗方案, 一是急性发病心室率过快, 二是药物维持窦性心律失败或未能转复为窦性心律,