


临床急诊

内科学

王洪伟 著

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

临床急诊内科学

王洪伟 著

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床急诊内科学 / 王洪伟著. --天津:天津科学技术出版社, 2018.3


ISBN 978-7-5576-4797-1

I. ①临… II. ①王… III. ①内科-急诊 IV. ①R505.97

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第039727号

责任编辑: 王朝闻

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢

天津市西康路35号 邮编 300051

电话 (022) 23332372

网址: www.tjkjeps.com.cn

新华书店经销

北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 28.25 字数 670 000

2018年3月第1版第1次印刷

2018年9月第2次印刷

定价: 139.00元

前 言

近年来,我国心脑血管疾病等内科危重病发病率较以前明显增加,如何做好急诊内科急救医疗工作,提高救治成功率和减少病死率已受到各级卫生部门的重视。为帮助急诊内科医师提高对临床内科急重症的认识,掌握内科急重症的诊断、治疗和抢救措施,特编写了本书。

本书从临床工作的实际出发,力求言简意赅,对于病情判断和治疗尽可能地做详细介绍,并从临床实用角度出发对疾病可能出现的并发症及预后分别作了详细的叙述。本书适于临床内科、急诊科医务人员及医学生参考使用。

随着内科急重症医学的快速发展,新的治疗药物和新的技术不断涌现,监测技术不断创新,加之编者水平有限,书中一定存在不少不足之处,恳请使用此书的医生不吝批评指正。

编 者

目 录

第一篇 循环系统常见急症

第一章 循环系统常见急症症状	(2)
第一节 心悸	(2)
第二节 胸痛	(4)
第二章 急性严重心律失常	(7)
第三章 急性心功能不全	(14)
第一节 急性左心功能不全	(14)
第二节 急性右心功能不全	(17)
第四章 急性冠脉综合征	(20)
第一节 不稳定型心绞痛	(20)
第二节 急性心肌梗死	(24)
第五章 心脏性猝死	(32)
第六章 高血压危象	(36)
第七章 急性心肌炎	(41)
第八章 急性心包炎与心脏压塞	(45)
第九章 主动脉夹层动脉瘤	(50)

第二篇 呼吸系统常见急症

第十章 呼吸系统常见急症症状	(56)
第一节 咯血	(56)
第二节 咳嗽	(59)
第三节 呼吸困难	(62)
第四节 胸腔积液	(65)
第十一章 呼吸衰竭	(69)
第十二章 急性肺损伤和急性呼吸窘迫综合征	(77)
第十三章 急性肺栓塞	(84)
第十四章 危重型支气管哮喘	(91)

第十五章	重症肺炎	(99)
第十六章	呼吸机相关性肺损伤	(104)
第十七章	自发性气胸与纵隔气肿	(108)
第十八章	急性上气道阻塞	(113)

第三篇 消化系统常见急症

第十九章	消化系统常见急症症状	(118)
第一节	恶心、呕吐	(118)
第二节	吞咽困难	(119)
第三节	腹泻	(123)
第四节	腹痛	(126)
第五节	便血	(132)
第二十章	急性上消化道出血	(136)
第二十一章	急性胆囊炎与胆石症	(143)
第二十二章	急性胰腺炎	(146)
第二十三章	急性肝功能不全	(151)
第二十四章	肝性脑病	(155)
第二十五章	急性肠缺血	(162)
第一节	肠系膜动脉栓塞及血栓形成	(162)
第二节	肠系膜静脉血栓形成	(164)
第二十六章	伪膜性结肠炎	(165)

第四篇 泌尿系统常见急症

第二十七章	泌尿系统常见急症症状	(169)
第一节	肾绞痛	(169)
第二节	急性尿道刺激症	(170)
第三节	血尿	(172)
第四节	水肿	(174)
第五节	急性尿潴留	(176)
第二十八章	急性肾功能衰竭	(178)
第一节	急性肾功能衰竭的病因、分类、分层和诊断	(178)
第二节	急性肾小管坏死	(181)
第三节	肌红蛋白和血红蛋白引起的急性肾功能衰竭	(186)

第四节 造影剂肾病	(187)
第二十九章 急性尿路感染	(190)
第三十章 急性肾血管性疾病	(197)
第一节 急性肾动脉血栓和栓塞	(197)
第二节 急性肾静脉血栓形成	(198)
第三十一章 急性药物性肾损害	(201)
第一节 药物性肾损害	(201)
第二节 药物相关性急性间质性肾炎	(203)
第三十二章 急性肾小球肾炎	(206)
第三十三章 中毒性肾病	(212)
第三十四章 高血压肾损害	(216)
第一节 高血压性肾损害定义	(216)
第二节 恶性高血压肾损害	(218)

第五篇 血液系统常见急症

第三十五章 血液系统常见急症症状	(223)
第一节 贫血	(223)
第二节 失血	(228)
第三十六章 弥散性血管内凝血	(229)
第三十七章 过敏性紫癜	(232)
第三十八章 特发性血小板减少性紫癜	(235)
第三十九章 急性白细胞减少与粒细胞缺乏症	(239)
第四十章 类白血病反应	(242)
第四十一章 急性失血性贫血	(245)
第四十二章 自身免疫性溶血性贫血	(248)
第四十三章 药物性溶血性贫血	(252)
第四十四章 组织细胞坏死性淋巴结炎	(254)

第六篇 内分泌代谢疾病常见急症

第四十五章 糖尿病急症	(257)
第一节 糖尿病酮症酸中毒	(257)
第二节 高渗性非酮症糖尿病昏迷	(262)
第四十六章 低血糖症	(266)

第四十七章 甲状腺急症	(270)
第一节 甲状腺功能亢进症危象	(270)
第二节 黏液性水肿昏迷	(273)
第四十八章 急性肾上腺危象	(277)
第四十九章 嗜铬细胞瘤危象	(280)
第五十章 垂体危象	(283)
第五十一章 腺垂体功能减退症危象	(287)
第五十二章 抗利尿激素分泌不当综合征	(290)
第五十三章 抗利尿激素分泌不当综合征亢进症与高钙危象	(292)
第五十四章 血卟啉病危象	(295)
第五十五章 痛风急性发作	(298)

第七篇 神经系统常见急症

第五十六章 神经系统常见急症症状	(303)
第一节 晕厥	(303)
第二节 急性头痛	(306)
第三节 急性眩晕	(310)
第四节 急性意识障碍	(313)
第五节 抽搐	(316)
第五十七章 昏迷	(319)
第五十八章 颅内压增高与降低综合征	(328)
第五十九章 急性脑血管意外	(333)
第一节 短暂性脑缺血发作	(333)
第二节 缺血性脑卒中	(335)
第三节 脑出血	(340)
第四节 蛛网膜下腔出血	(344)
第六十章 癫痫持续状态	(347)
第六十一章 重症肌无力	(352)
第六十二章 急性脊髓炎	(356)
第六十三章 格林—巴利综合征	(360)
第六十四章 脑炎	(363)

第八篇 环境因素所致疾病

第六十五章 中暑	(370)
----------------	-------

第六十六章	低温损伤	(375)
第六十七章	淹溺	(379)
第六十八章	电击伤	(382)

第九篇 急性中毒

第六十九章	急性中毒的诊治原则	(387)
第一节	急性中毒及相关概念	(387)
第二节	急性中毒的诊断思路	(388)
第三节	急性中毒的救治原则	(392)
第七十章	急性金属中毒	(397)
第一节	急性汞中毒	(397)
第二节	急性铅中毒	(399)
第三节	急性砷及砷化氢中毒	(401)
第四节	急性磷中毒	(404)
第五节	磷化氢中毒	(405)
第七十一章	急性化学性毒物中毒	(407)
第一节	急性亚硝酸盐中毒	(407)
第二节	急性氰化物中毒	(408)
第三节	急性甲醇、乙醇中毒	(409)
第四节	急性苯中毒	(411)
第五节	急性强酸强碱中毒	(412)
第六节	急性汽油、煤油及液化气中毒	(415)
第七十二章	气体中毒	(417)
第一节	刺激性气体中毒救治的一般原则	(417)
第二节	急性一氧化碳中毒	(420)
第三节	急性硫化氢中毒	(423)
第四节	急性氨中毒	(425)
第五节	急性氯气中毒	(426)
第七十三章	急性常用药物中毒	(429)
第一节	苯二氮革类镇静催眠药中毒	(429)
第二节	巴比妥类镇静催眠药中毒	(430)
第三节	抗胆碱类药物中毒	(432)
第四节	酚噻嗪类药物中毒	(433)
第五节	水杨酸类药物中毒	(434)

第六节	三环类抗抑郁药中毒	(436)
第七节	对乙酰氨基酚中毒	(438)
第八节	苯丙胺类中枢兴奋药中毒	(439)
第九节	氨茶碱中毒	(440)

第一篇 循环系统常见急症

第一章 循环系统常见急症症状

第一节 心悸

心悸是常见的临床症状,指自觉心跳并伴有心前区的不适感。患者可主诉心脏快速有力的跳动、心脏停搏感、心脏颤动感,心悸不能完全与心脏病等同。心悸的强度因患者的感受性不同而异。心悸的感觉常常是突发突止,身心疲劳、精神紧张等因素可使心悸加重。最常见的病因为心律失常,此外使心输出量及每搏输出量增加的因素也会导致心悸的发生。

【发病原因】

引起心悸的病因很多,包括生理性和病理性的,但最常见的是期前收缩、窦性心动过速、室上性心动过速、阵发性心房颤动等心律失常。神经官能症患者也比较多见。

1. 生理性因素

剧烈运动、过度紧张、精神兴奋、吸烟、饮酒、浓茶、咖啡等。

2. 病理性因素

(1) 心律失常:心动过速、心律不齐。

(2) 心脏疾病:高血压性心脏病、心脏瓣膜病、冠心病、先天性心脏病、心肌病、心肌炎。

(3) 高动力循环状态:甲状腺功能亢进症、嗜铬细胞瘤、重度贫血、高热、缺氧、维生素 B₁ 缺乏性心脏病、低血糖、 β 受体功能亢进症。

(4) 精神性:焦虑症、神经循环无力症、心血管神经官能症。

(5) 药物:利尿剂、氨茶碱、阿托品、麻黄素、肾上腺素、甲状腺素、硝苯地平。

【发病机制】

心悸发生的机制尚未完全清楚,通常认为心脏过度活动是心悸发生的基础,常与心率及心搏出量改变有关。心律失常的频率过速、过缓或不齐可导致心悸。在高血流动力状态下,可能由于心脏对交感神经 β 肾上腺素能受体反应性增强而导致频率加快、心搏量与心排血量增加,从而引起心悸。有的患者可无明显的血流动力学改变,却感到心悸,与个体差异及其神经敏感性有关。焦虑可增加交感神经的兴奋,使心搏出量增强,甚至节律改变而出现心悸。

【临床表现】

1. 病史

采集病史时应注意询问发病的缓急及病程的长短;发作是持续性还是阵发性,是否反复发作;有无烟、酒、茶、咖啡等摄入史;是否与劳累、精神紧张、情绪激动、睡眠不好有关;既往有无心律失常病史,有无使用心率增快或减慢的药物;有无器质性心脏病病史;有无神经官能症或自主神经功能紊乱史;是否有甲状腺毒症、贫血、发热、感染、嗜铬细胞瘤等病史;以往的治疗

经过。

2. 临床表现和体征

应注意患者的精神及神志状态,有无被迫体位,体温、血压的变化,有无贫血、发绀,有无甲状腺肿大;有无心脏扩大、病理性杂音、心率快慢、心律是否规整,这些有助于心律失常引起心悸的诊断。

(1) 心悸发作情况:

- 1) 心悸突然发生、突然终止:可见于阵发性室上性心动过速、心房扑动、心房纤颤等。
- 2) 心悸渐渐发生、渐渐终止:可见于窦性心动过速、焦虑状态等。
- 3) 心悸突然发生并反复发作:可见于多发性异位心律。
- 4) 心悸可通过弯腰、屏气、呕吐等动作引起迷走神经反射而立即终止:可见于阵发性室上性心动过速。

(2) 心悸伴发症状:

- 1) 心悸伴漏搏:可见于期前收缩(期前收缩)。
- 2) 心悸伴颈部搏动:可见于主动脉瓣反流。
- 3) 心悸伴昏厥:可见于心室纤颤、高度房室传导阻滞、病态窦房结综合征。
- 4) 心悸伴焦虑、哽咽感、头晕、手及面部麻木:可见于窦性心动过缓伴焦虑、过度换气综合征。
- 5) 心悸伴心前区疼痛:可见于冠心病心绞痛、心肌梗死、心肌炎、心包炎、心脏神经官能症、更年期综合征。
- 6) 心悸伴呼吸困难:可见于急性心肌梗死、心肌炎、心包炎、心功能不全、重度贫血。
- 7) 心悸伴发绀:可见于休克、发绀型先天性心脏病、心功能不全。
- 8) 心悸伴多汗:可见于甲状腺功能亢进症、低血糖、嗜铬细胞瘤。
- 9) 中年妇女心悸伴面色潮红、出汗:可见于更年期综合征。
- 10) 高血压患者接受降压药治疗或心肌缺血患者接受钙通道阻滞剂治疗,站立时可因体位性低血压引起反射性心跳加速。
- 11) 心悸伴阵发性血压升高:可见于嗜铬细胞瘤。

(3) 心悸发作时脉律是否规整:

- 1) 心动过缓:窦性心动过缓、Ⅱ度房室传导阻滞、窦房传导阻滞。
- 2) 心动过速:窦性心动过速、阵发性室上性心动过速、阵发性室性心动过速、心房扑动。
- 3) 脉搏数正常:心房扑动、主动脉瓣关闭不全、药物、精神性。

(4) 心悸发作时脉律不齐:

- 1) 缓慢型心律不齐:病态窦房结综合征、Ⅲ度房室传导阻滞有时出现。
- 2) 快速型心律不齐:心房颤动、频发室上性、室性早搏。
- 3) 脉搏数正常:心房颤动、室上性和室性早搏。

【辅助检查】

心电图是检查心律失常导致心悸的最佳方法,应作为常规检查。胸部 X 线检查、超声心动图、动态心电图、运动负荷试验等对明确心悸的原因也有一定的帮助。此外血常规、血糖、血

电解质、甲状腺功能、血尿儿茶酚胺等检查有助于发现或排除贫血、感染、低血糖、血钾异常、低镁、甲状腺功能亢进症、嗜铬细胞瘤等疾病。

【诊断和鉴别诊断】

根据患者的病史、临床表现、查体及辅助检查，常可以明确心悸的病因。

【治疗】

1. 完善检查

完善血常规、血糖、血电解质、心电图、胸片等相关检查。

2. 对症处理

嘱患者合理安排生活及工作，避免劳累、精神紧张和情绪激动。停用引起心悸的食物、药物，如无呼吸抑制，可适当予以镇静安眠药，但不宜过多、过滥。

3. 病因治疗

详见相关章节。

第二节 胸痛

胸痛(chest pain)是胸部的疼痛感，是临床常见的症状，可以由胸廓或胸壁疾病引起，也可来源于胸腔内脏器病变，此外，腹部病变也可引起胸痛。如起源于局部轻微损伤，临床意义不大；如由于内脏疾病所致，则往往有重要意义，但胸痛的剧烈程度不一定与病情轻重相一致。

【病因】

1. 胸痛根据病因可分为

(1)炎症：如皮炎、皮下蜂窝织炎、肌炎、皮炎、胸膜炎、心包炎、食管炎、肩周炎、带状疱疹等。

(2)内脏缺血：如心绞痛、心肌梗死、心肌病、肺梗死等。

(3)肿瘤：如骨肿瘤、纵隔肿瘤、夹层动脉瘤、肺癌、白血病浸润压迫等。

(4)其他：异物刺激、化学刺激、外伤、机械压迫等。

(5)心脏神经官能症。

2. 胸痛根据疼痛起源

(1)胸壁病变：如皮肤及皮下组织病变、肌肉病变、肋骨病变、肋间神经病变等。

(2)肺与胸膜病变：如肺炎、肺癌、胸膜炎、气胸、血胸、血气胸等。

(3)心血管病变：如心绞痛、心肌梗死、心包炎、心肌炎等。

(4)纵隔及食管病变：如纵隔炎、纵隔肿瘤、纵隔气肿、食管炎、食管癌、食管痉挛等。

(5)横膈病变：如膈下脓肿、肝脓肿、肝癌、胆囊炎、消化性溃疡、胰腺炎等。

【发病机制】

各种物理及化学因素如炎症、缺氧、内脏膨胀、机械压迫、异物、外伤和肿瘤等刺激肋间神经感觉纤维、脊髓后根传人纤维、支配心脏及主动脉的感觉纤维、支配气管支气管食管的迷走神经感觉纤维以及膈神经的感觉纤维均可引起胸痛。此外，某一内脏与体表某一部分同受某

些脊神经后根的传入神经支配时,除局部产生疼痛外,还可在相应体表产生放射性疼痛。

【临床表现】

1. 临床表现

(1) 呼吸系统疾病:由于肺组织本身没有感觉神经,因此只有肺脏病变侵及壁层胸膜时才引起胸痛。膈胸膜受累时,疼痛可向肩部及腹部放射。气管及支气管神经受刺激时,也可引起胸痛,常见于肺炎、气胸、胸膜炎(干性或少量渗出液)、胸膜粘连、肺栓塞、胸膜肿瘤、气管及支气管炎等。这些疾病引起的胸痛常伴咳嗽,与呼吸、咳嗽有关,在深呼吸及咳嗽时胸痛加重,常伴有呼吸困难。这种胸痛是一种定位不确切的内脏痛。

(2) 心血管疾病:心血管疾病引起的胸痛也称心源性胸痛,一旦考虑此类疾病的可能,应立即处理与治疗,否则严重的患者可在剧烈胸痛中猝死。常见如下疾病:心绞痛、急性心肌梗死、肺梗死、主动脉夹层动脉瘤、急性心包炎及严重的心脏瓣膜疾病。同样,这种胸痛也是一种定位不确切的内脏痛。缺血性胸痛表现为心前区和胸骨后压迫性的闷痛或撕裂样痛,可以放射到左肩、左胸壁内侧、后背、颈两侧及下颌部。疼痛常在劳力时诱发,持续3~5min,休息或含服硝酸甘油后缓解。心肌梗死时,胸痛程度严重且持续时间长,患者往往会有“濒死感”。主动脉夹层瘤分离的疼痛在起病初就到达高峰,疼痛可向背、肋、腹、腰和下肢放射,两上肢和(或)下肢之间的血压可有明显差别,可有下肢短暂性偏瘫和主动脉瓣关闭不全的表现。

(3) 腹腔脏器病变引起的急腹症:腹腔脏器病变引起的胸痛临床上较少见但易误诊、漏诊。胆石症并急性胆囊炎和胰腺炎引起的疼痛常位于上腹及右胸下部,并向肩、背部放射,可伴畏寒、发热、恶心及呕吐,B超及CT检查有助诊断。也可出现类似心绞痛发作,所谓胆心综合征,心电图可出现ST-T的改变,而长期误诊为冠心病、心绞痛,但胆囊切除术后恢复正常。亦有报道,急性胰腺炎引起胸痛而造成误诊。

(4) 纵隔及食管疾病:纵隔及食管疾病(如炎症或肿瘤等)引起的胸痛位置较深,常位于胸骨后,并放射至其他部位。疼痛一般为持续性隐痛或钻痛,且往往和饮食、体位相关,常于进食吞咽、头低位(平卧、弯腰)诱发。食管疾病引起的胸痛常伴吞咽困难。

(5) 胸壁及神经疾病:包括皮肤、皮下组织、肌肉、肋骨及肋间神经病变。胸痛的部位多固定、局限于病变部位,局部多有明显压痛。肋间神经痛呈刺痛、灼痛,甚至刀割样疼痛,沿肋骨下缘肋间神经部位可有压痛。肌痛及骨痛呈酸痛性质,常于深吸气、咳嗽、举臂、局部压迫等动作时加剧。

(6) 精神疾病:无器质性疾病的胸痛患者常以躯体症状为主述,这时应考虑精神障碍如焦虑、抑郁的可能。

2. 体格检查

对急性胸痛患者,应进行快速分诊,不可能进行全面、系统的体格检查。因此,要针对性、目的地根据患者的病史特征分析进行重点查体。首先要注意生命体征,包括血压、脉搏、呼吸、体温。怀疑主动脉夹层时应测双上肢脉搏和血压,此类患者多表现为两侧肢血压体明显的差异性。颈部要注意有无异常血管搏动,有时主动脉弓部的夹层可以在胸骨上窝出现异常搏动。颈静脉充盈或怒张可见于心包压塞、肺栓塞等引起的急性右心衰。考虑可疑气胸时要注意气管有无偏移。对于肋软骨炎应注意胸壁有无单侧隆起,有无局部皮肤异常,有无触痛压

痛。胸膜炎的患者要注意肺部呼吸音改变情况、有无胸膜摩擦音。部分急腹症患者也表现为胸痛,查体时注意腹部有无压痛,尤其是剑突下、胆囊区部位。对怀疑肺栓塞患者还应检查下肢有无肿胀,是否有下肢深静脉血栓形成的依据。

【辅助检查】

1. 必须要做的检查

血常规、胸部 X 线、心电图。

2. 选择做的检查

疑有心绞痛者,应在发作时做心电图,或在缓解后做心电图运动试验如平板试验,观察心电图上有否心肌缺血表现;疑有心肌梗死者,应测心肌酶谱;疑有心脏血管疾病者,应做心脏超声,观察心腔的大小、心肌壁的厚薄、有无反流以及肺动脉压力等;疑肺和胸膜肿瘤者,应做胸部 CT 检查,观察有无块影及形态特征;疑有肺梗死者,应做肺通气和灌注核素扫描以及肺动脉造影、CTPA 等,以明确有无肺血管梗死;疑有胸水或腹部病变者,应做 B 超检查;疑食管病变者,应做胃镜、X 线吞钡检查;疑脊柱或脊神经病变者,应做颈、胸椎 X 线摄片和 CT 检查。

【诊断和鉴别诊断】

根据患者的病史、临床表现、查体及辅助检查,常可以明确胸痛的病因。但是急性胸痛的病因十分繁杂,较易引起误诊和漏诊。在诊断过程中应尽早对疾病进行评估,诊断思路应从高危到低危。高危患者生命体征不稳定,应该首先稳定生命体征,做到先救命,后诊病。要动态、严密地观察病情变化,必要时要重复检查以及请相关科室会诊。

【急诊处理原则】

1. 急诊处理原则

正确、快速筛查出高危的胸痛患者并及时做出诊断和处理,尽可能挽救患者的生命,减少患者的经济负担及节约有限的医疗资源,减少医患纠纷。

2. 急诊处理

遇到胸痛患者,重要的是判断是否存在威胁生命的疾病:①心肌缺血或心肌梗死;②急性主动脉夹层动脉瘤破裂;③气胸(尤其张力性气胸);④肺栓塞;⑤急性心包炎或心脏压塞。

急性胸痛患者应尽快送到医院急诊,就诊后即行心电图、呼吸、血压、氧饱和度监测,吸氧并建立静脉通道。如果患者出现明显呼吸困难,表现为张力性气胸立即胸腔穿刺排气。当患者生命体征不稳定,应给予及时纠正;确定生命体征平稳后应简要地询问发病情况、既往病史、针对胸痛相关部位进行查体。应做心电图检查,如未发现异常表现,可以 1~2h 后重复,或监测异常表现的变化。多数患者应做 X 线胸片或 CT 扫描来鉴别诊断,特别是肺栓塞、主动脉夹层、张力性气胸、心脏压塞等可迅速致命的疾病。如为心脏原因所致,生命体征平稳,则可使用硝酸甘油 0.5mg,舌下含服,3~5mm 可重复。如果患者无凝血功能障碍且无明确过敏史,可给予阿司匹林 150~300mg,口服。

3. 病因治疗

详见有关章节。

第二章 急性严重心律失常

心律失常是指心律起源部位、心搏频率与节律,以及冲动传导等任何一项发生异常。而严重心律失常是指由各种原因所致的引起严重血流动力学改变,导致低血压、心衰,甚至猝死,需要紧急治疗的心律失常。这部分心律失常绝大多数为器质性心脏病的并发症,如能迅速做出准确的判断,并给予正确的治疗,可以挽救许多患者的生命。

【发病原因及分类】

1.发病原因

(1)生理性:常见的有情绪激动、过度劳累、大量饮酒、饮咖啡及浓茶、剧烈运动以及高度应激状态等。

(2)器质性心脏病:如冠心病、风心病、心肌炎、心肌病、冠心病、先心病、肺心病等,以冠心病和心肌炎引起的心律失常多见。

(3)导管检查或心脏手术的直接刺激。

(4)电解质与酸碱平衡紊乱:如低血钾、高血钾、低血镁、低血钙、酸中毒等,以血钾异常最为常见。

(5)感染、高热、缺氧、低温。

(6)药物过量或中毒:如洋地黄、奎尼丁等抗心律失常药物、肾上腺素等拟交感神经药。

(7)其他系统疾病:如甲亢、嗜铬细胞瘤、胆囊炎、胆石症以及中枢神经系统疾病等。

2.分类

严重心律失常可根据发生的原理、部位,以及发作时心率的快慢进行分类,但常用的还是后者,分为快速性和缓慢性两大类。

(1)严重快速性心律失常:

1)室性期前收缩。

2)心动过速:①窦性心动过速;②室上性心动过速:包括阵发性室上性心动过速、非折返性室上性心动过速、非阵发性交界性心动过速;③室性心动过速:包括阵发性室性心动过速、持续性室性心动过速、加速性室性自主心律;④扑动和颤动:包括心房扑动和颤动、心室扑动和颤动;⑤可引起快速心律失常的预激综合征。

(2)严重缓慢性心律失常:

1)病窦综合征。

2)房室传导阻滞:①Ⅱ度房室传导阻滞;②Ⅲ度房室传导阻滞。

【发病机制】

1.自律性异常

自律性异常是由缓慢的舒张期去极化诱发的异常自发冲动造成的。正常情况下窦房结的自律性高于心肌其他传导组织,通过超速抑制使后者长期处于受抑状态。但在各种生理或病