

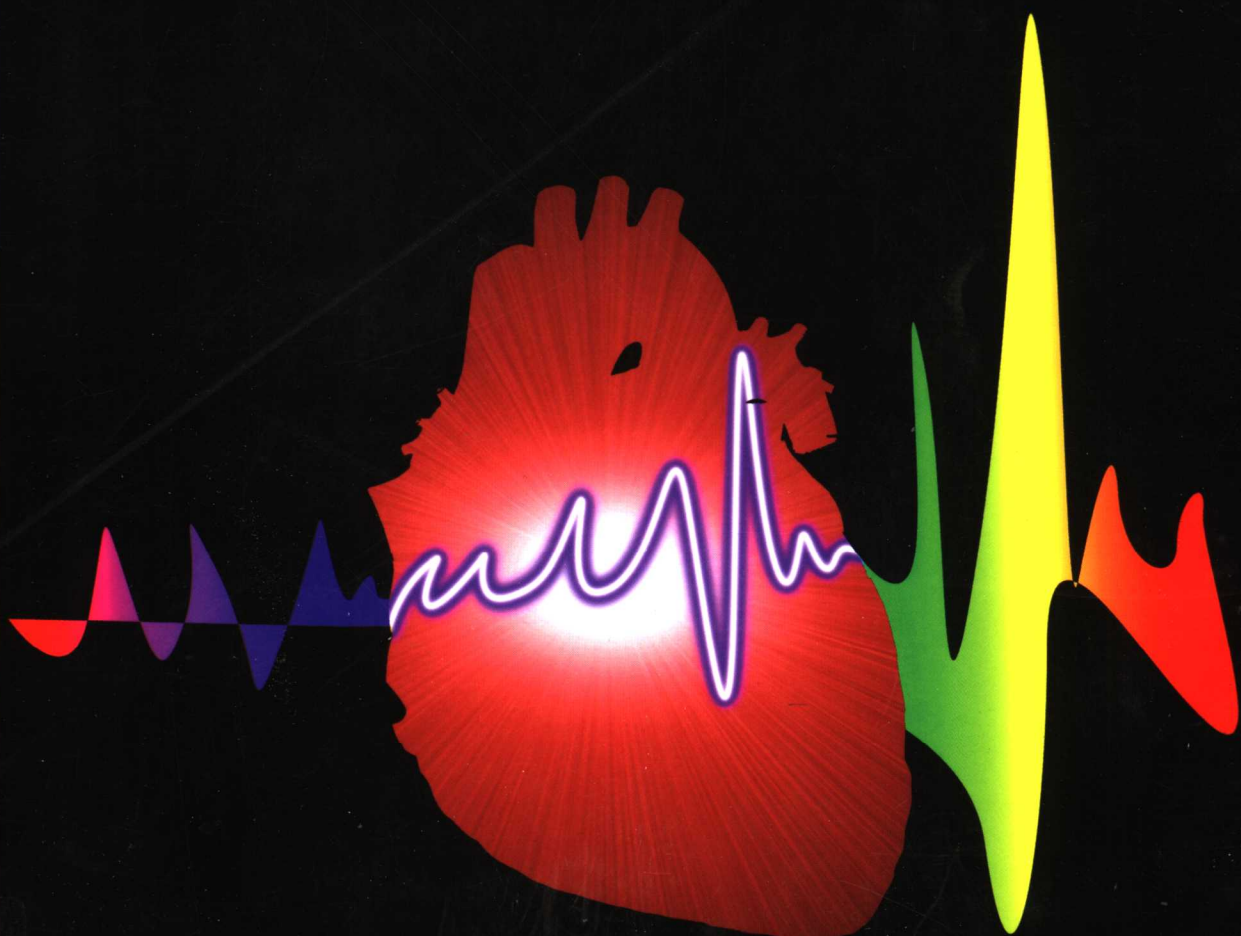


心律失常诊治

Heart

主 编 小川 聪
翻 译 贾 大 林

技巧与误区



心律失常诊治 技巧与误区

主编 小川 聪

翻译 贾大林



辽宁科学技术出版社

沈 阳

©2006, 中文版版权归辽宁科学技术出版社所有

本书由日本 Nakayama-Shoten Co., Ltd. 授权辽宁科学技术出版社在世界范围独家出版中文版本。著作权合同登记号:06-2005 第 55 号

版权所有·翻印必究

图书在版编目 (CIP) 数据

心律失常诊治技巧与误区 / (日) 小川 聪主编; 贾大林翻译. —沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2006.7

ISBN 7-5381-4713-6

I. 心... II. ①小... ②贾... III. 心律失常-诊治 IV. R541.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 022717 号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路 25 号 邮编: 110003)

印刷者: 辽宁省印刷技术研究所

经销者: 各地新华书店

幅面尺寸: 210mm × 285mm

印 张: 18.5

字 数: 500 千字

印 数: 1 ~ 3000

出版时间: 2006 年 7 月第 1 版

印刷时间: 2006 年 7 月第 1 次印刷

责任编辑: 许 平

封面设计: 刘 枫

版式设计: 原 舒

责任校对: 刘 庶

定 价: 40.00 元

联系电话: 024-23284360

邮购热线: 024-23284502

E-mail: lkzsb@mail.lnpgc.com.cn

http://www.lnkj.com.cn

序

CAST (Cardiac Arrhythmia Suppression Trial) 发表后,对心律失常的发生机制及病理有了进一步认识,随着诊断技术的不断提高,开发了很多新的抗心律失常药物,非药物治疗也得到了较大的发展,使得心律失常诊疗水平有了较大的提高。对临床医生来说可选择的治疗手段在不断增加,相反也要求我们要更好地运用这些方法,正确评估对某种心律失常治疗的必要性,对必须治疗的病人要选择最安全且疗效好的诊疗方法。

正确诊断心律失常对选择合适的治疗方法非常重要,如发生诊断错误,就可导致治疗方法不正确。近来应用的植入式心电记录装置可在出现症状时记录到心电图变化,对确诊提供了较大的帮助。但对很多的患者,正确问诊对确定诊断也有很大的帮助。诊断确立后要进一步明确引起心律失常的病因或诱因,在这一过程中有可能发现一种新的疾病。找到病因后首先要进行对因治疗,例如对甲状腺功能亢进引起的心房颤动患者,单独用抗心律失常药物不但得不到好的效果,相反由增加药量引起副作用的风险却加大。冠心病患者,在心绞痛发作时可发生室性心律失常,应首先改善心肌缺血,不应首选抗心律失常药物。从 CAST 的经验看,Na⁺通道阻滞剂不应作为预防性药物应用。

综上所述,对某种心律失常首先要确定诊断,明确治疗目标,选择合适的治疗方法。如果选择了某种抗心律失常药物,要向患者说明可能出现的副作用,用药后进行定期检查以便及早发现并预防副作用的发生。特别要注意抗心律失常药物对心肌有负性肌力作用,可引起心功能减低,有致心律失常作用,增加猝死的危险。另外,还有很多全身的副作用。对有器质性心脏病、心功能不全、老年人及肝肾功能不全的患者更要谨慎使用。

从治疗致死性心律失常到单纯缓解症状,针对心律失常的治疗范围很广,与其他的治疗方法不同。抗心律失常药物本身亦可诱发致死性心律失常,所以针对心律失常治疗,医生的责任重大。

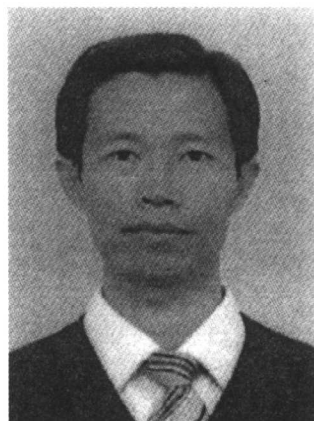
本书总结了长期从事心律失常治疗专家的点滴工作经验,汇集了在临床上治疗心律失常可能遇到的问题,希望对临床工作能起到一定的帮助。

庆应义塾大学医学部内科学教授

小川 聪

2004年8月

译者简历



贾大林，教授，主任医师。1980年考入中国医科大学医疗系，1989年取得中国医科大学硕士学位，2001年取得中国医科大学博士学位。

1989年硕士毕业后在中国医科大学附属第一医院循环内科开始参加临床及介入诊疗工作，包括冠状动脉造影、起搏器安置术、先心病心导管检查等。1996—1998年在日本医科大学附属医院研修，在基础方面：对实验动物心肌缺血及再灌注损伤、心脏保护等方面进行研究；在临床方面：主要进行冠状动脉介入治疗的临床研究。1998年晋升为副教授、副主任医师。回国后仍与日本医科大学进行合作研究，现为日本医科大学附属医院客座研究员。在国内主要从事冠心病的基础及临床研究，现每年独立完成经皮冠脉介入治疗500余例。2004年晋升为教授，主任医师。在国内外医学杂志上共发表论文40余篇，编写了《冠心病的心电图学》，并参编著作多部。承担有国家级及省级的科研项目。研究成果获辽宁省科技进步奖。

作者单位：中国医科大学附属第一医院循环内科

E-mail: jdl2001@263.net

译者的话

心律失常在临床上较常见，多种心血管疾病均可引起心律失常。有些心律失常可无任何症状，而有些心律失常甚至可引起猝死，因此，在临床上应高度重视心律失常的诊断与治疗。

近年来，心律失常的诊治已取得了飞速发展。相关专著也对其进行了详细的论述。对于大多数心血管病医生来说，最重要的是如何将这些理论知识更好地应用于临床医疗中。为此，本人翻译了《心律失常诊治技巧与误区》一书。此书由日本著名的心血管病专家小川 聪主编，集中了日本多位知名专家的临床诊治经验，作者从不同的角度分析了心律失常的诊治技巧、容易误诊的心律失常特点及临床要注意的事项等。

本书包含心律失常的问诊、心电图诊断、电生理检查及射频消融治疗等多方面内容，从这些珍贵而细腻的个人经验中，我们能学到很多新知识，对心血管病医生今后的临床治疗工作将起到很大的帮助作用。此书临床实用性强、涉及面广、内容丰富、图文并茂、形式新颖，是一本十分难得的好书。

由于日常工作繁忙，加之本人水平有限，尽管投入了很大的精力，但难免还会有很多的疏漏谬译之处，希望广大读者不吝指正！

中国医科大学附属第一医院

贾大林

2006年5月

目录

问诊的要点和重点

有多尿表现的心律失常 2

西村 敬史

问诊的重要性和非典型症状 4

内藤 政人

由体征诊断心律失常 6

大江 透

心律失常引起心悸的鉴别 8

橘 英忠

严重心律失常的症状 9

相泽 义房

室上性心动过速的鉴别要点 10

清水 昭彦

阵发性室上性心动过速误诊为恐惧症 11

野上 昭彦

房室结折返性心动过速的问诊 12

伊藤 明一

出现阵发性眩晕时应反复检查心电图 13

木村 满

晕厥患者问诊的要点和重点 14

樽木 晶子

晕厥的鉴别要点 17

高濑 凡平

晕厥患者的问诊及诊断要点 18

池田 隆德

容易漏诊的心律失常

无明显心脏疾病患者酒后发生晕厥 22

中屋 丰

晕厥先兆患者来诊时有明显脉搏减慢 24

山内 正博

不伴窦性心动过缓较难诊断的慢快综合征 26

深谷 真彦

右冠状动脉血管成形术后改善的缓慢性心律失常 28

野崎 彰

房室结双径路的双应答 30

村川 裕二

特殊原因导致的高度房室传导阻滞	32
大川 真一郎	
伴功能性房室传导阻滞的房性早搏	34
福並 正刚	
严重一度房室传导阻滞的 P 波酷似 U 波	35
福並 正刚	
二尖瓣脱垂综合征导致致死性心律失常	36
铃木 均	
复杂心脏畸形与房性心律失常	38
三崎 拓郎	
Fallot 四联症根治术后心律失常	40
三崎 拓郎	
Brugada 综合征患者的心电图变化	41
池田 隆德	
服用中药导致尖端扭转型室性心动过速	42
小森 贞嘉	

根据心律失常诊断心脏病

根据室早增加诊断冠状动脉 3 支病变	46
庭野 慎一	
根据室早诊断基础心脏疾病	48
镰仓 史郎	
结节病性心肌病引起的心律失常	50
柴田 仁太郎, 中島けつ子	
结节病性心肌病和心律失常	52
高桥 尚彦, 犀川 哲典	
从室早及心电图异常诊断结节病性心肌病	54
矶部 光章	
左束支传导阻滞型持续性室性心动过速	55
清水 昭彦	
变异型心绞痛导致室速出现晕厥发生交通事故	56
池田 梢	
心动过速诱发性心肌病的诊断及治疗	58
奥村 谦	
心动过速或心动过缓伴低电压时的诊断	60
中屋 丰	

心电图诊断

心律失常的发生规律	64
林 博史	
使用 ATP 确定 P 波与 QRS 波群关系	66
小坂井 嘉夫	
不适宜性窦速	68
安田 东始哲, 長嶋 正实	
由非发作时心电图推测晕厥的原因	70
山科 章	

消融或起搏后的 ST-T 异常与心肌缺血	72
平井 真理	
心电图移行导联的重要性	74
小林 洋一	
应用便携式传输心电图机诊断心律失常	76
小泽 友纪雄	
心电图自动诊断心律失常的精确度	78
加藤 贵雄	
根据 Holter 心电图判断室性心律失常的危险性	80
猪冈 英二	
根据 Holter 心电图检查推测室早的发生机制	82
猪冈 英二	
宽 QRS 波期前收缩的鉴别诊断	84
橘 英忠	
室性期前收缩后 PR 间期延长	86
野崎 彰	
宽 QRS 波和窄 QRS 波心动过速同时存在	87
田边 晃久	
窦性心律和心动过速时均出现相同的宽 QRS 波	88
樱田 春水	
从 QRS 波高度变化推测房室结折返性心动过速的 P 波	90
鈴木 文男	
室上性心动过速时的心率变化	92
矢野 佳	
根据 Coumel 现象确定旁路位置	94
山口 岩	
QT 间期延长与心律失常	96
田边 康子, 川村 祐一郎	
年轻人出现晕厥伴心电图 QT 间期延长	98
早野 元信	
根据心电图分析 QT 间期延长综合征的致病基因	100
堀江 稔	
根据肾上腺素负荷试验推测隐性 QT 间期延长综合征及基因型	102
清水 涉	
Brugada 综合征患者检出异常高频成分	104
加藤 贵雄	
应注意 Brugada 综合征的心电图变化	106
矢永 尚士	
酷似间歇性束支传导阻滞的室性并行心律	108
渡部 良夫	
急性下壁心肌梗死合并左前分支阻滞	110
近藤 政彦, 堤 健	
左束支传导阻滞合并心肌梗死的心电图	112
堤 健	
RR 间期规则的心房颤动	114
比江嶋 一昌	

心电图诊断心房颤动的注意事项 116

矢野 捷介

冠状动脉搭桥术后心房颤动 118

傅 隆泰

心动过缓时应注意心室复极波异常 119

傅 隆泰

多源性房性心动过速 120

滨本 纮

房室分离和心室夺获对室性心动过速的诊断价值 122

野崎 彰

假性室速 124

饭沼 宏之

运动诱发性多形性室性心动过速 126

长嶋 正实

需要进行电生理检查的心律失常

希氏束内二度 I 型房室传导阻滞 130

井川 修

一过性恢复正常传导的完全性房室传导阻滞 132

高柳 宽

为终止房颤静注普鲁卡因胺后出现宽 QRS 波群心动过速 134

櫻井 正之

心脏手术后恢复期出现房性心动过速 136

鵜野 起久也

心房静止的诊断 138

滨本 纮

长 R-P' 间期心动过速 140

冲重 薰

室速 / 室颤时电生理检查指导治疗的意义 142

庭野 慎一

超速抑制 144

渡边 一郎

抗心律失常药物的选择方法

同一种类抗心律失常药物的效果不同 146

杉 薰

抗心律失常药物的使用方法 148

新 博次

特定药物有效的心律失常

持续性心房颤动的药物复律 150

藤木 明

治疗阵发性房颤有效的抗心律失常药物 153

山下 武志

洋地黄制剂治疗阵发性房扑的效果 154

相原 直彦

ATP 在心律失常诊断及治疗中的应用 155

高桥 尚彦, 犀川 哲典

静注 ATP 在诊断宽 QRS 波心动过速中的应用 158

伊藤 明一

静注维拉帕米终止室性心动过速 159

野上 昭彦

Brugada 综合征的药物治疗 163

土谷 健

药物的促心律失常作用

预测促心律失常作用 168

井上 博

单次服用抗心律失常药物也会出现促心律失常作用 170

饭沼 宏之

洋地黄中毒 172

谷本 阳子, 小川 聪

K⁺ 通道阻滞剂在心动过速终止后的应用 174

三田村 秀雄

药物性 QT 间期延长与尖端扭转型室速 176

白井 彻郎

药物性 QT 间期延长综合征 178

堀江 稔

Ic 类抗心律失常药物治疗心房颤动的效果 180

畔上 幸司

阵发性房颤治疗中出现头晕 182

柴田 仁太郎, 中岛 立子

Ic 类药物治疗阵发性房颤时发现 Brugada 综合征 184

深谷 真彦

抗心律失常药合用抗生素的促心律失常作用 187

渡边 一郎

抗心律失常药物对自主神经功能的影响 188

村井 久纯, 高田 重男

反常性心动过速 190

山科 章

射频消融治疗

首选消融治疗的心房颤动病例 194

阪上 学

心房颤动的导管消融治疗 196

熊谷 浩一郎

起源于肺静脉以外房颤的导管消融治疗 198

青沼 和隆

病态窦房结综合征合并房颤的治疗选择 200

山根 禎一

器质性心脏病合并室性心动过速的射频消融治疗 203

西崎 光弘

主动脉冠脉窦起源的室性心动过速	206
清沼 和隆	
流出道起源特发性室性心动过速的射频消融治疗	209
土谷 健	
维拉帕米敏感性室性心动过速的射频消融治疗	212
土谷 健	
心肌异常引起的室性心律失常	214
相泽 义房	
先天性心脏病术后快速性心律失常的射频消融治疗	216
福原 仁雄	
肺静脉的形态和特征	219
加藤 律史	
用电生理指标确定右房峡部线性消融部位	222
铃木 文男	
希氏束旁旁路预激综合征	224
青沼 和隆	
房室结折返性心动过速的射频消融治疗	226
土谷 健	
确定旁路消融部位的要点	229
松本 万夫	

起搏治疗

完全性房室传导阻滞患者晕厥的原因	234
石川 利之	
神经性晕厥的起搏治疗	236
高濑 凡平	
植入起搏器后仍发生晕厥	238
井上 博	
抗房颤起搏的临床效果	240
须贺 几	
痴呆和起搏器	244
山下 武志	
高龄病态窦房结综合征患者 Bachmann 束起搏	245
谷口 泰	
安置心脏永久起搏器的相对适应证	247
井川 修	
阵发性房颤治疗中抗心律失常药引起的起搏功能不良	249
岸 良示, 中泽 洁	
安置起搏器后合并心肌梗死的心电图诊断	251
谷川 直	
根据起搏心电图诊断原有的心律失常	253
谷川 直	
确定安置起搏器患者的窦性 P 波	255
渡部 良夫	
电极断裂导致起搏功能障碍	257
安田 正之, 中里 祐二	

双腔起搏时危险 AV 间期的设定 259

小坂井 嘉夫

起搏器不应期的功与过 261

石川 利之

起搏信号后无 QRS 波群 263

田边 晃久

埋藏式心律转复除颤器

埋藏式心房心律转复除颤器的功能及安全性 266

熊谷 浩一郎

无症状性 Brugada 综合征使用埋藏式心律转复除颤器治疗的价值 268

西崎 光弘

类似特发性室速的肥厚型心肌病合并的致死性室速 270

樱井 正之

生活指导

高钾血症引起严重心动过缓 274

池田 梢

应用华法林治疗老年人房颤的要点 276

谷口 泰

房颤患者应用华法林抗凝时的饮食调整 278

木村 满

常規對急診患者初診

(張大偉 撰) 王明 校對

問診的要点和重点

Pitfalls
&Knack

有多尿表现的心律失常

西村 敬史（东京大学）

众所周知，快速性心律失常时由于心钠素分泌增加，可引起尿量增多，但在临床上有典型症状者却很少。

病例

患者 37岁，女性。

现病史 因在事务所工作，精神压力较大。几个月前开始时有胸闷症状，咽部阻塞感。在外院诊断为自主神经功能紊乱，给予抗焦虑药治疗。

以后仍然有上述症状，约每周发作一次，每次持续几分钟到数小时不等。到另一所医院就诊，诊断同前，给予另一种抗焦虑药治疗。由于用药后无明显效果而来我院就诊。

来诊时，初步印象有类似神经质症状，对医生也不是很信任，且有指责以前就诊医生的言行。自述发作时的表现多种多样，没有症状出现的特定诱因，症状出现和终止的时间不明确，一般开始只有不适的感觉。

检查结果 查体无异常所见，来诊时心电图、胸部X线、甲状腺功能、血生化及心脏超声等检查均正常。

问诊时的对话 最初对此患者的印象诊断与既往相同。在向病人说明心脏超声等检查结果时，不经意问患者“症状出现时有要排尿的感觉吗？”

病人回答：“在咽部或胸部出现不适症状后经常去洗手间。”

又问：“去洗手间是单纯有排尿感还是真的尿量很多？”

答：“就像喝了很多啤酒一样，排尿很多。”

问：“再问一下，当时喝了很多啤酒或茶水吗？”

答：“当然没有了。”

问：“恐怕你得了心律失常，但根据目前的检查还不能确定您得了哪种心律失常。”

答：“怎样检查才能确诊呢？”

问：“要在有症状时检查心电图。根据心电图可确定是否有心律失常。如果症状出现时在心电图

上发现心律失常，即可针对此种心律失常进行治疗，改善症状。但如果发作时心电图正常，那就可以到其他科室进行治疗了。”

答：“我想我一定得了心脏病。”

问：“我也这样认为，但在治疗之前一定要确定诊断。”

发作时心电图表现

来诊后给病人预约动态心电图检查，同时嘱病人在症状发作时到附近医院立即进行心电图检查。在进行动态心电图检查时未发作，只记录到偶发早搏。但大约一个月后，又出现症状，在附近医院记录到的心电图为心房颤动，心室率约120次/min。

由于发作次数少，血栓栓塞的发生率低，故未用抗凝药治疗，再发作时只给顿服普鲁卡因胺。以后虽然患者的发作频率未有明显减少，但明确了引起症状的原因，推测患者的预后良好，找到了终止发作的药物，同时也取得了患者的信任。

诊断困难的原因

此患者来诊时主诉有不典型的心悸，临床症状多样，类似神经功能紊乱的表现。另外，没有阵发性室上性心动过速的突发突止特点，且病人年轻，故也没有考虑到阵发性心房颤动。

如果每天都有发作，通过一次动态心电图检查即可明确心律失常的诊断，如运动、饮酒、食用冰块等特殊情况能诱发，也比较容易记录到发作时的心电图。

但此患者每周发作约一次，没有明确的诱因，故要记录到发作时的心电图较困难。

发作时多尿的问诊

自从有了这例病人的经验，对于有可能是阵发性快速性心律失常的病人，一定要问患者有没有多尿的症状，同时问病人是否曾经被问到过发作时的排尿情况。根据作者印象，心房颤动患者约1/3有多尿表现，比阵发性室上性心动过速少。在临床上，没有多尿表现不能除外有快速性心律失常，但对有多尿表现的患者，患病可能性增加，需进一步检查。

有否多尿与抗凝治疗

此病例较年轻，心功能正常，故血栓发生的可能性较小，但对高龄等高危患者，尿量增加可引起血液浓缩，血栓栓塞的危险性增大，故要适当进行抗凝治疗。

在日本有很多抗心律失常药有抗胆碱作用，有无前列腺肥大伴尿频对选择用药有参考意义。从这点上看，问诊患者排尿情况有很大的临床意义。

多尿和尿频不同，在问诊时要明确区分

快速性心律失常引起尿量增加表现为多尿，与

尿频不同。对于心律失常的诊断及血栓栓塞的危险程度判断，尿量比排尿次数更重要。另外，前列腺肥大时有尿频，但尿量并不增多，问诊时一定要明确区分。

在医疗过程中更要重视排尿情况

一般患者的心律失常与排尿情况关系不大，但在医疗中如果不重视问诊排尿情况，就可能影响疾病的诊断。根据作者经验，在问诊前患者主动说明尿多或尿频者不到 1/10，而既往医生问到患者排尿情况的也只在 2/10 左右。

问诊的重要性和非典型症状

内藤 政人（内藤医院）

仔细倾听患者的主诉是治疗的开始

与高血压、高脂血症、贫血、肝炎等不同，心血管疾病很难数量化。例如，心绞痛的诊断，多仅凭患者的自觉症状，而心律失常的诊断，即使心电图已明确诊断，也必须详细了解患者的自觉症状后才能选择合适的治疗方法。所以，医师必须磨炼有针对性的合适的问诊技巧。问诊是医患的共同工作，查体和辅助检查对诊断的帮助较大，是寻找最佳治疗方法的第一步。患者能按时间顺序很好地叙述自己的症状最好，在患者叙述不太清楚的情况下，医生就必须巧妙地问诊以获得必要的信息，营造一个让患者轻松交谈的接诊环境。在忙碌的门诊治疗中，由于时间紧，用厌烦的情绪接待患者，会引起患者的不满。

很多心律失常的发生与压力有关，耐心倾听患者的主诉就已经是治疗的开始了。心律失常是心脏病的一种，伴有自觉症状，患者会或多或少有些不安感。在大多情况下，医师仔细倾听患者的主诉，患者仅因满足感就能消除不安，从而减轻心律失常的发生。一边触诊一边问诊，有可能捕捉到患者的脉律不齐，又融洽了医患关系。

心律失常患者来诊时的状况

一般心律失常患者就诊时有两种情况。一种是就诊时已经明确了心律失常的诊断，另一种是尚未诊断。前者，有的在体检中发现心律失常，为详查而来诊，偶尔也有自觉脉搏紊乱而来诊，还有的因其他原因就诊时偶然发现心律失常。后者，通常诉有某些自觉症状而入院，检查的结果证实该自觉症状与心律失常有关。

为详查心律失常来诊

努力收集关于心律失常的相关材料，让患者带来以前的所有检查结果。如果患者每年都进行心电图检查，可以看出此次心律失常为初发，还是既往就已存在。从而推测心律失常是从何时开始的。既往这些患者通常无自觉症状，但为准确掌握病情，还应再次确认有否因心律失常引起的自觉症状。

有的病人虽然出现了室早二联律或者是阵发性房颤等阵发性室上性心动过速，却完全没有自觉症状。与疼痛一样，可能与个体敏感性不同有关，也可能与大脑皮层等中枢神经系统对心律失常的反应不同有关。

因出现心律失常的相关症状来诊

胸部症状对心律失常的诊断意义较大：任何胸部症状，都可能与心律失常有关。最常见的心律失常主诉有心怦怦地跳、扑通扑通地跳、咚咚地跳、咕咚咕咚地跳等，有时也出现胸部针刺感，一剌一剌的感觉，咽部紧缩感，一过性呼吸停止感，颈部不适感。不要将这些症状用心悸、胸部不舒服、胸部压迫感、胸部不适等替换。病历中最好记录患者的原始主诉。

问诊要点 在心律失常中最常见者为早搏，早搏可为偶发，也可连续发生，要注意询问这种症状是一次一次地发生还是持续发生，在一天中均有发生还是仅见于白天或夜间。在出现早搏的病人中有偶发者、一次出现后短时间内反复发作者、仅在运动中出现者、仅在特定的动作中出现者、不分昼夜出现者以及仅在特定时间段出现者等，在问诊时都应该想到这些情况。然而，在临床上大多数病人在出现早搏时却没有任何自觉症状。有的病人在睡眠平卧时，感觉到胸部咚咚地跳，睡眠中因心悸而醒来，天亮时因心悸而不安。要询问这种症状的次数是每天、一周数次、一个月数次还是一年数次，或者以前曾出现过，最近又有发生等。

阵发性心动过速时心悸及其相关症状多持续一定的时间。应确认症状是否为突发突止，如果确定，应再询问在发作中的脉率及是否有脉律不齐。有时发作开始时突然，发作停止时缓慢。详细询问症状发生时的情况，包括发作的诱因，如进行高尔夫运动、弯腰、饮酒、冷风呛及发怒、悲伤、厌恶等精神因素，有否因单纯休息、饮水、憋气等终止的方法。发作持续时间应以秒、分、小时为单位计算，尤其是发作次数对治疗方法的选择非常重要，发作