维普资讯 http://www.cqvip.com

有关心房颤动的几个问题

第一医院内科 饶邦复

心房颤动（Af）是临床上很常见的心律失常，慢性Af除一小部分选择转律外，相当一部分要长期靠洋地黄控制心室率，特别是Af伴心衰是洋地黄最好的适应证。但Af伴室内差异性传导（SVAB）或室性早搏（PVB）、Af伴房室传导阻滞（AVB）、预激综合征伴Af等，直接关系到洋地黄的用药指征、剂量及需否停药，因而最后关系到疗效问题，鉴于目前尚无更好药物可取代洋地黄，故Af伴上述心律失常的诊断和鉴别诊断更具有实际意义。

一、Af伴SVAB或PVB的鉴别

慢性Af时，异常QRS波（≥0.12S）的检出率较高，异常QRS波可以是心室内激动形成，即PVB，也可以是室上性激动伴SVAB所致，两者的正确判断对患者的预后和治疗有重要临床意义。这是因为Af患者在应用洋地黄后，前者提示洋地黄过量，应予停药；而后者提示洋地黄不足，应继续应用，两者治疗原则相反。因此，Af患者应用洋地黄后，出现异常QRS波，必须尽可能搞清楚是SVAB，还是PVB。从体表心电图（ECG）和常用的临床鉴别方法，往往不易做出可靠诊断，腔内希氏束电图（HBE）有重要的确诊价值。PVB由于起搏点在心室，所以在异位搏动的V波前几乎都没有H波；当起搏点位于束支近端，靠近希氏束，异位激动在除极心室前，可快速地逆传并使希氏束除极，此时异位的V波前可见H波，且HV间期小于正常低限（<30ms），可称为"分支早搏"，亦可H波出现在V波之后，即HV间期为负值。SVAB尽管QRS波畸形，但其V波前均有H波可见，且HV间期均在正常范围或大于所见的形态正常的QRS波的HV间期。如此根据HBE的特点可以作出两者的准确判断。

由于腔内HBE系有创性检查，未必能普遍应用，Gulamhusein在慢性Af伴频繁出现异常QRS波的患者，作腔内HBE检查，对SVAB和PVB目前的ECG标准进行评价，并为两者建立新的诊断标准。慢性Af患者出现的异常QRS波，大多数是PVB，支持PVB较特异的ECG标准包括：1.呈左束支阻滞图形；2.V_1导联呈单相或双相R波或V_6导联呈RS或QS型的右束支阻滞图形；3.出现的代偿周期比异常QRS波前面10个正常传导搏动的平均周期为长；4.有短-长周期序列；5.额面QRS波电轴指向西北象限或向右；诊断SVAB较特异的ECG标准包括：1.V_1导程呈三相R波或V_6导程呈qRs型的典型右束支阻滞图形；2.V_1及多个导程QRS波初始向量与正常传导搏动相同。

二、Af合并二度AVB

Af伴完全性AVB（RR间期完全均齐，心室率40～50次/分）和伴高度AVB（房性激动偶可下传夺获心室）的ECG诊断已被接受。但对Af伴二度AVB的诊断尚有不同看法。

维普资讯 http://www.cqvip.com

以往根据Af时出现逸搏RR间期＞1.5S或3个RR间期相等且＞1.0S，诊断为Ⅱ度AVB，并视为转复Af的禁忌或应用洋地黄的反指征。近年来不少临床观察结果，不支持上述观点：1.在慢性Af患者中，不论其是否接受洋地黄治疗，用上述标准衡量，二度AVB的检出率相当高。2.洋地黄治疗过程中，出现二度AVB时，常常是心衰得到最大纠正，患者自觉良好，此时并无其他显著洋地黄中毒表现；若一旦发现二度AVB，就立即停用洋地黄，患者心室率增快，心衰复又加重。3.近年地高辛的用法，多按0.25 mg/d给药，洋地黄过量或中毒已较为少见。4.Af伴二度AVB的患者，转律后80%无AVB，仅20%出现一度AVB；而三度AVB转律后，患者可呈二度一型AVB，故Af时AVB程度并不代表窦性心律时的AVB程度。提示Af时有隐匿性传导的因素存在。5.有报告Af伴二度AVB患者，通过动态心电图观察其自发转律或电转律后的转复实时情况，发现转律后无一例出现二度AVB，提示原心电图诊断标准不可靠。6.Af伴二度AVB仅从ECG很难判定，f波350～600次/min，只一小部分下传到心室，f/QRS约2:1～5:1，此为生理性干扰所致，即继一个心房激动后，房室交界区得以传导之后，要经历一个不应期，发生于此不应期的连续激动，因而被阻滞，如果加上隐匿传导，RR间期可相当长，＞1.5S也是常见的。综上所述，似以不随便诊断Af伴二度AVB为好。

Af患者在用洋地黄过程中，如RR间距变得均齐，心室率＜60次/min，呈三度AVB；或交界处性逸搏心室率＞60～70次/min，呈非阵发性文氏型交界处性心动过速，则应诊断为洋地黄过量，宜停药5～7天。动态观察心室率变化极为重要，如心室率较慢，＜50次/min，每分钟最高与最低心室率差小，且昼夜差别不大，RR间期趋于固定，并有较多相等的长间歇，长RR间期（往往有超过2S）频繁出现，分布较为均匀，这种病例如果不是由于药物作用所引起，病窦综合征的可能性大，应慎用洋地黄，也不宜转律治疗。反之，如平均心室率＞60次/min，心室率时快时慢，变化较大，每分钟最高与最低心室率差大，长RR间期是一过性，大多出现在晚间或睡眠时，即使RR间距＞1.5S（往往＜2S）或RR间距连续3个以上相等，且＞1.0S，亦并不影响电复律，也不是停用洋地黄维持量的指征。

三、预激综合征并发Af

预激综合征易并发两种类型的快速心律失常，房室反复性心动过速，占预激综合征并发心律失常的50～70%；其次为Af，发生率约11～30%，从前者转变为后者的发生率竟高达63%，其机制是在心房的易损期内发生了非同步的期前除极。预激综合征并发Af的危险性取决于心室率，取决于Af下传心室的途径，预激综合征并发Af可分为三型：1.全经房室结下传型。旁道不应期长，心房激动从房室结通道下传心室，心室率与非预激综合征的Af相同，并不很快，危险性较小。2.全经旁道下传型。旁道不应期短（＜250ms），心房激动通过快速传导的旁道下传心室，使心室率极快（＞180，甚至250～300次/min）。3.激动交替经旁道和房室结下传型。旁道不应期介于250～350ms间。决定心室率快慢最主要的是旁道的前向不应期，旁道的存在可取消房室结递减传导的保护，旁道不应期愈短则心室率愈快。过快的心室率不仅可使心排出量下降，血流动力学恶化，且由于心肌缺血和旁道快速下传的激动易落在心室的易损期内而导致心室颤动或猝死。预激综合征并发Af导致心室颤动的机理可能与多条旁道有关，快速Af经过多条旁道到达心室，使心室激动非同步，再加上快速Af时引起心肌相对缺血与缺氧，使心室颤动阈值降低，以致发生心室颤动。

预激综合征并发Af的诊断主要根据临

维普资讯 http://www.cqvip.com

床表现及ECG检查：1.极速型Af，心室率>180次/min。2.洋地黄制剂不能减慢心室率，有时反更增速。3.若无器质性心脏病，Af发作时，除心悸、胸闷外，一般情况良好；若伴有器质性心脏病，则可有明显血流动力学障碍。4.ECG在不规则的RR间期中，如能找到f波可确定Af的存在，在畸形QRS波起始部找到δ波，凡畸形QRS形态多变，结合发作前后出现δ波，则预激综合征可确诊。5.患者以往常有反复心动过速发作史。对某些诊断确有困难的病例，需作心脏电生理检查，由于预激综合征合并Af，容易被心脏电刺激复制，发生Af时，心房腔内电图示不规律快速的A波，A波经旁道下传心室产生宽V波，当存在不同程度的旁道传导阻滞时，A波经房室结下传心室，希氏束电图呈现A-H-V的激动顺序。

对经旁道下传型Af应视为急诊，治疗目标应立即使心室率降下来或尽快转律。如临床情况危急（出现低血压、胸痛或心衰等）应首选直流电击除颤；抗心律失常药物的选择是以该药对旁道及房室结不应期的影响为依据。洋地黄类药物因可缩短旁道不应期，延长房室结不应期，从而使激动经旁道下传递增，加速心室反应，有促使病情恶化及发生心室颤动的危险，故不宜选用。维拉帕米对旁道作用与洋地黄类似，普萘洛尔延长房室结不应期均不宜急救使用。应使用延长旁道不应期的药物，利多卡因延长旁道不应期，控制心室应激性，提高心室颤动阈，常能立即阻止旁道前传能力而减慢心室率，但当平均心室率<160次/min时，利多卡因会进一步缩短旁道的不应期而使心室率又增快，故不宜应用。胺碘达隆能延长房室结及旁道的不应期并减慢其前向与逆向传导，为目前防治该心律失常的最有效药物。其他尚可选用普鲁卡因酰胺、吡二丙胺、奎尼丁等。新近研究认为上述各种药物对控制预激综合征并发Af的效应与用药前旁道的不应期长度有关，旁道前传不应期>270ms时疗效明显，<270ms者疗效欠佳。因此，心脏电生理检查、测定旁道顺传、逆传激动能力及其不应期，可作为估计预后，选用药物的依据。

参考文献

[1] 饶邦夏. 心血管病译文 1986; 7(2):62

[2] 樊万福，等. 新医学 1987; 18(12):620

[3] Heger JJ. Curr Prob Cardiology 1985; 10(2):30

[4] Heger JJ. Med Clin North Am 1984; 68 (2):1339

[5] Prystowsky EN, et al. Med Clin North Am 1984; 68 (4):831

[6] Benditt DC, et al. Med Clin North Am 1984; 68(4):895