

心血管内科主治医师考试：《答疑周刊》2022 年第 8 期

问题索引：

一、【问题】心脏骤停和心脏性猝死定义。

二、【问题】心脏性猝死临床表现及心电图表现。

三、【问题】心脏骤停的急救措施。

四、【问题】房间隔缺损。

具体解答：

一、【问题】心脏骤停和心脏性猝死定义。

【解答】

心脏骤停 (cardiac arrest)：指心脏射血功能的突然终止。导致心脏骤停的病理生理机制最常见为快速型室性心律失常 (室颤和室速)，其次为缓慢性心律失常或心室停顿，较少见的为无脉性电活动 (PEA)。心脏骤停发生后，由于脑血流突然中断，10 秒左右患者即可出现意识丧失。心脏骤停常是心脏性猝死的直接原因。

心脏性猝死 (sudden cardiac death)：指急性症状发作后 1 小时内发生的以意识突然丧失为特征的、由心脏原因引起的自然死亡。【医学教育网原创】

二、【问题】心脏性猝死临床表现及心电图表现。

【解答】

(一) 临床表现

心脏性猝死的临床经过可分四个时期，即前驱期、终末事件期、心脏骤停与生物学死亡。

1. 前驱期 在猝死前数天至数月，出现胸痛、气促、疲乏、心悸等非特异性症状，但亦可无前驱表现。

2. 终末事件期 指心血管状态出现急剧变化到心脏骤停发生前的一段时间，自瞬间至持续 1 小时不等。心脏性猝死所定义的 1 小时，实质上是指终末事件期的时间在 1 小时内。

3. 心脏骤停 心脏骤停后脑血流量急剧减少，可导致意识突然丧失，伴有局部或全身性抽搐。

4. 生物学死亡 从心脏骤停至发生生物学死亡时间的长短取决于原发病的性质，

以及心脏骤停至复苏开始的时间。

（二）心电图表现

通常表现为 4 种形式：①心室颤动：系非创伤性心脏骤停患者最常见的心律失常；②室性心动过速；③心脏停搏；④无脉电活动。

三、【问题】心脏骤停的急救措施。

【解答】

心脏骤停抢救成功的关键是尽早进行心肺复苏（cardiopulmonary resuscitation, CPR）和尽早进行复律治疗。心肺复苏又分初级心肺复苏和高级心肺复苏。可按照以下顺序进行：

（一）识别心脏骤停

①意识消失；②颈、股动脉搏动消失；③呼吸呈叹气样或抽气样；④皮肤苍白或明显发绀；⑤心音消失。

早而可靠的确立心脏骤停的临床征象是：意识突然丧失伴以大动脉搏动消失。

（二）呼救

在不延缓实施心肺复苏的同时，紧急通知急救医疗系统。

（三）初级心肺复苏

即基础生命活动的支持。

1. 胸外按压和早期除颤 强调胸外按压在 CPR 中最重要，与抢救成功率息息相关，高品质 CPR 可明显提高存活率；心脏体外电除颤是最有效的纠正室速、室颤的方法，条件具备后应及早实施。

2. 开放气道 保持呼吸道通畅是成功复苏的重要一步。

3. 人工呼吸 开放气道后首先给予 2 次人工呼吸，建议按压通气比例为 30：2。气管内插管是建立人工气道的最好方法。

高品质 CPR 要点：①以 100~120 次/min 的速率实施胸外按压；②按压深度至少达为 5~6cm；③每次按压后让胸部完全回弹；④尽可能减少按压中断；⑤避免过度通气。

（四）高级心肺复苏

即高级生命支持（ALS），是在基础生命支持的基础上，应用辅助设备、特殊技术等建立更为有效的通气和血运循环，主要措施包括气管插管建立通气、除颤转复

心律成为血流动力学稳定的心律，建立静脉通路并应用必要的药物维持已恢复的循环。患者发生心脏骤停，出现无脉室速、室颤，抢救流程相同；出现无脉电活动、心脏停搏时，抢救流程相同。

1. 通气与氧供 如果患者自主呼吸没有恢复可尝试尽早行气管插管，充分通气的目的是纠正低氧血症和充分排出二氧化碳。

2. 电除颤 心脏骤停时最常见的心律失常是心室颤动。终止室颤最有效的方法是电除颤。采用双向波电除颤可以选择 150~200J，使用单项波电除颤应选择 360J。一次电击后应继续 CPR，5 个周期的 CPR 后（约 2 分钟）再次分析心律，必要时再次除颤。

起搏治疗：对心脏骤停者不推荐使用起搏治疗，对有症状心动过缓者考虑起搏治疗。如患者出现严重症状，尤其是当高度房室传导阻滞发生在希氏束以下时，应立即施行起搏治疗。如患者对经皮起搏没有反应，需要经静脉起搏治疗。

3. 药物治疗 心脏骤停患者在进行心肺复苏时应尽早开通静脉通道。周围静脉通常选用肘前静脉或颈外静脉。中心静脉可选用颈内静脉、锁骨下静脉和股静脉。如果静脉穿刺无法完成，某些复苏药物可经气管给予。

肾上腺素是 CPR 的首选药物。用于电击无效的室颤及无脉室速、心脏停搏或无脉性电生理活动。常规给药方法是静脉推注 1mg，每 3~5 分钟重复 1 次。

心脏骤停或复苏时间过长者，或早已存在代谢性酸中毒、高钾血症者可适当补充碳酸氢钠，应避免产生碱中毒。

给予数次除颤加 CPR 及肾上腺素之后仍然是室颤或无脉室速，考虑给予抗心律失常药。常用药物为胺碘酮、利多卡因。

对一些难治性多形性室速、尖端扭转型室速、快速单形性室速及难治性心室颤动，可试用静脉 β 受体拮抗剂。异丙肾上腺素或心室起搏可能有效终止心动过缓和药物诱导的尖端扭转型室速。当室颤或无脉室速与长 QT 间期的尖端扭转型室速相关时，应用硫酸镁稀释后推注。

缓慢性心律失常处理不同于心脏骤停。若存在明显症状，可应用阿托品、肾上腺素、多巴胺治疗，必要时行经皮起搏治疗或者经静脉起搏治疗。上述治疗的同时应积极寻找可能存在的可逆性病因，如低血容量、低氧血症、心脏压塞、张力性气胸、药物过量、低体温及高钾血症等，并给予相应治疗。

患者出现快速型心律失常，但未发生心脏骤停，若同时存在明显症状，应积极行同步电复律治疗，若患者不合并不稳定的血流动力学相关临床表现，可先尝试先给予抗心律失常药物治疗。【医学教育网原创】

四、【问题】房间隔缺损。

（一）病因和发病机制

在胚胎发育过程中，原始房间隔下缘不能与心内膜垫接触，则在房间隔下部残留一间隙，形成原发孔房间隔缺损。

（二）分类

从房间隔缺损的发生学方面可将其分为原发孔房间隔缺损和继发孔房间隔缺损两大类。

（三）临床表现

1. 症状 缺损小与心功能代偿良好者可无症状。一般表现为心悸、气短、乏力、咳嗽、咯血、发育差，易患呼吸道感染。心律失常以房性心律失常多见，如心房扑动或心房颤动。心功能失代偿时可发生心力衰竭（右心衰竭多见）。

2. 体检 胸骨左缘第 2 肋间有收缩期吹风样杂音，第二心音亢进，呈固定性分裂。第一孔未闭型心尖区亦可闻及收缩期杂音。

（四）诊断与鉴别诊断

典型的心脏听诊、心电图、X 线表现可提示房间隔缺损存在，超声心动图可以确诊。应与肺静脉畸形引流、肺动脉瓣狭窄及小型室间隔缺损等鉴别。

（五）治疗【医学教育网原创】

1. 介入治疗 房间隔缺损封堵术

适应证：

（1）继发孔型 ASD 直径 $\geq 5\text{mm}$ 伴右心负荷容量增加，直径 $\leq 36\text{mm}$ 的左向右分流 ASD。

（2）缺损边缘至冠状静脉窦、上下腔静脉及肺静脉开口距离 $\geq 5\text{mm}$ ，至房室瓣距离 $\geq 7\text{mm}$ 。

（3）房间隔直径大于所选用封堵器左房侧的直径。

（4）不合并必须外科手术的其他心脏畸形。

禁忌证：

(1) 原发孔型 ASD 及静脉窦型 ASD。

(2) 已有右向左分流者。

(3) 近期有感染性疾病、出血性疾病以及左心房、左心耳有血栓。

2. 手术治疗 对所有单纯房间隔缺损已引起血流动力学改变，即已有肺血增多征象、房室增大及心电图相应表现者均应手术治疗。患者年龄太大已有严重肺动脉高压手术治疗应慎重。

心血管内科主治医师考试：《答疑周刊》2022 年第 8 期（word 版下载）

〔医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任〕