

心律失常的识别与处理

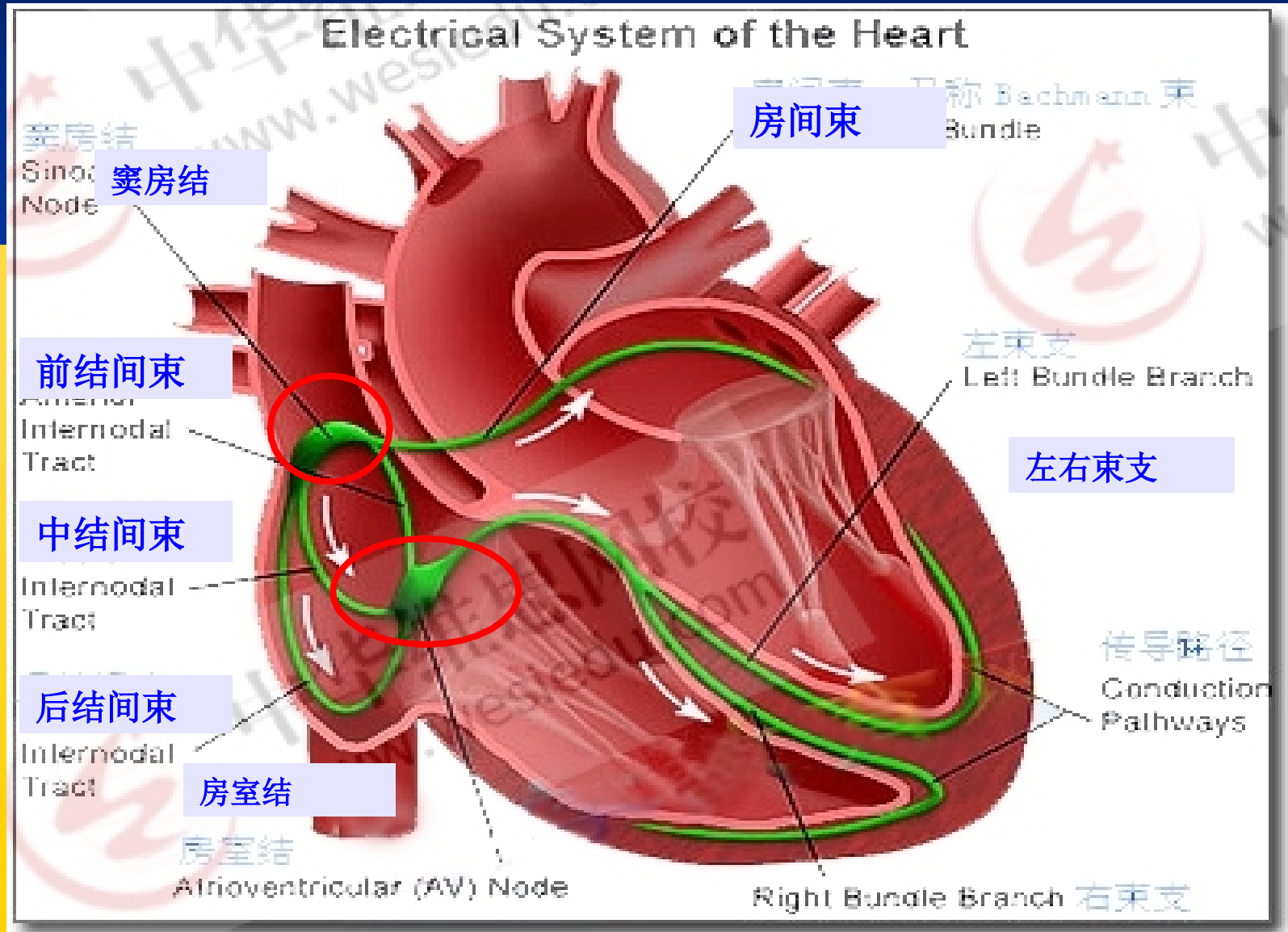


心律失常：指心脏冲动的频率、节律、起源部位、传导速度与激动次序的异常



心脏传导系统

此传导系统由小部分特殊分化的心肌纤维组成



分类

- 尚未统一
- 常用方法：按临床心电图、心律失常的发生原理、心律失常速率分类

分类

按心律失常发生时的快慢分为：

- 缓慢性心律失常
- 快速性心律失常
- 快速性伴缓慢性心律失常

“乱”

后果

不适症状：心悸
晕厥

血流动力学障碍

栓塞！跌倒！

猝死！！

心律失常的治疗

1. 药物治疗

- 钠通道阻滞剂

I a 奎尼丁 普鲁卡因酰胺

I b 利多卡因 美西律

I c 普罗帕酮

- β -受体阻滞剂 美托洛尔 普萘洛尔

- 延长动作电位时程药 胺碘酮

- 钙离子拮抗剂 维拉帕米 地尔硫卓

- 腺苷

心律失常的治疗

2. 介入、手术等治疗


电复律 心脏起搏 射频消融等



抗心律失常治疗的目的

- 转复心律
 - 维持正常或接近正常的血液循环状态
 - 减轻或消除症状
 - 预防猝死
- 

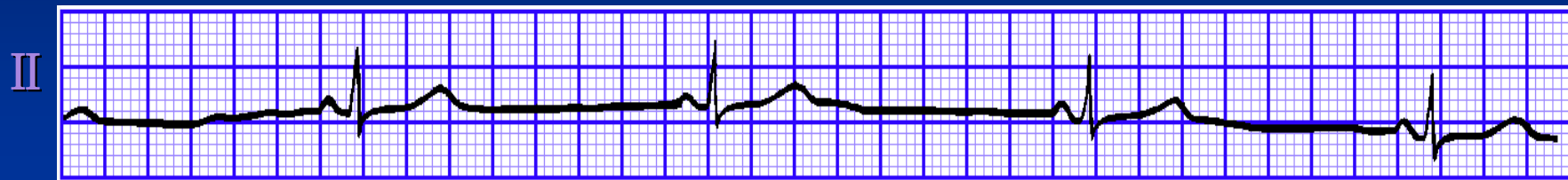
护士应具备的知识与技能

- 心律失常的识别
 - 心律失常的处理及疗效观察
 - 危险分层的能力
 - 心电监护的技术
 - CPR与电除颤
- 

缓慢性心律失常

- 窦性心动过缓
- 窦性停搏
- 房室传导阻滞

心室率小于40次/分的心动过缓要及时汇报



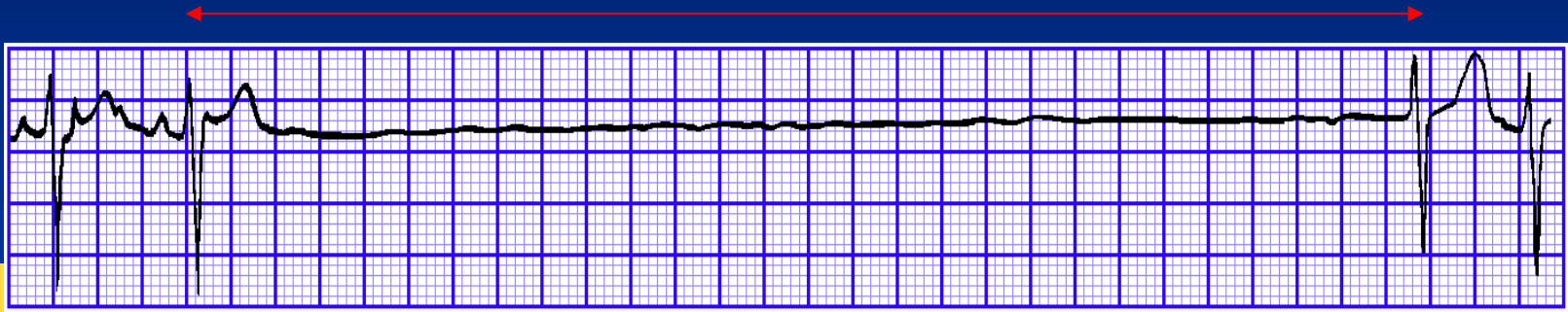
心电图特征

窦性心律的频率低于60次 / min

生理性：运动员、睡眠状态

病理性：药物、中枢性、全身代谢性疾病、电解质、
心源性

窦性停搏

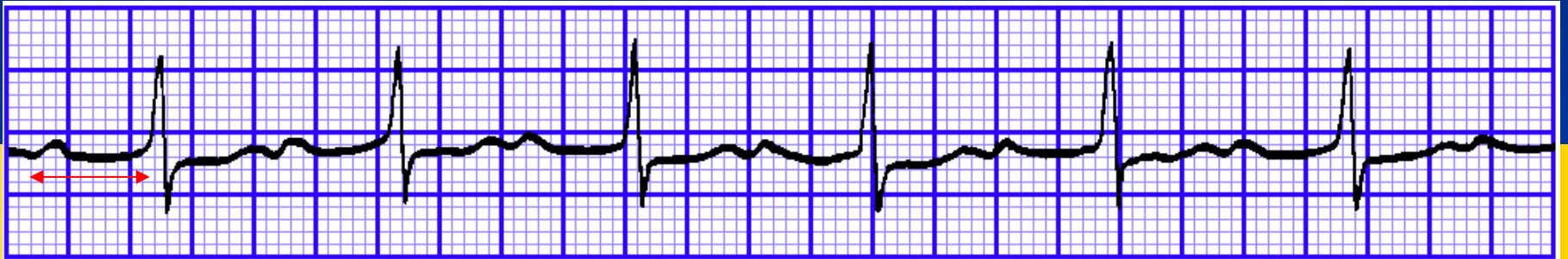


心电图特征

1. 一段长间歇内无窦性P波
2. 没有P波出现时便没有P-R间期，没有QRS波群
3. 长间歇与正常P-P间期不成倍数关系

大于2s的心室停搏要汇报，大于3s的心室停搏是植入心脏起搏器的指征，5s以上晕厥，10s以上阿斯综合征

I 度房室传导阻滞

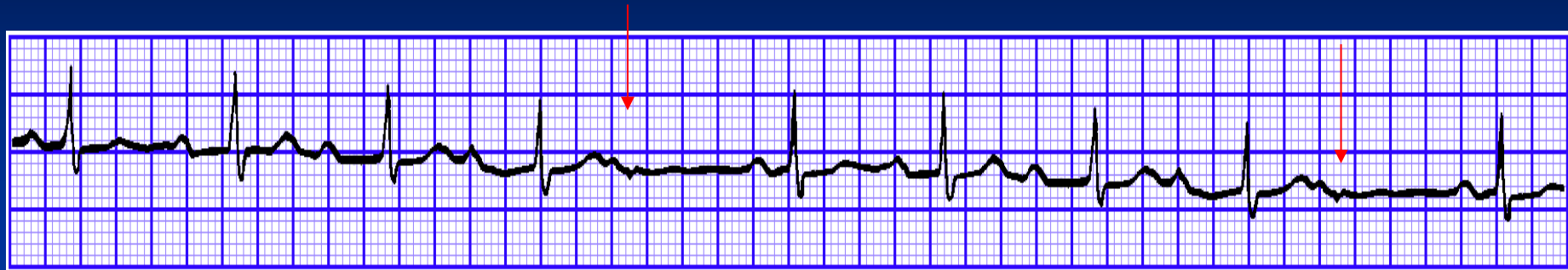


心电图特征

P—R间期延长为主要表现，P—R间期大于0.20s，无QRS波群的脱落，节律规则，心率正常

II度房室传导阻滞

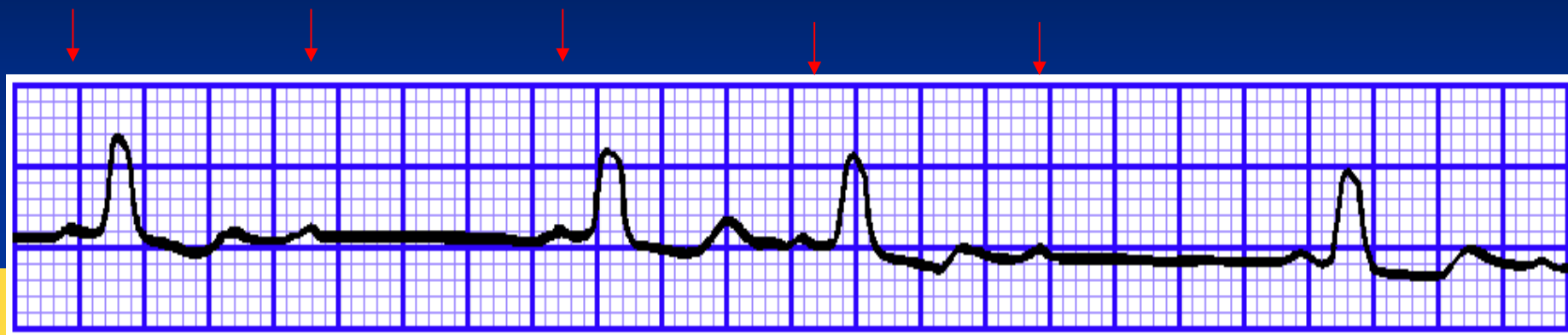
其心电图主要表现为部分P波后QRS波脱漏，分为I型和II型两种类型， I型较II型常见
I型多为功能性预后较好； II型多属器质性损害，预后差



心电图特征

莫氏I型：表现为P波规律地出现，P-R间期逐渐延长，直至一个P波后漏脱一个QRS波群，其后P-R间期又趋缩短，之后又复逐渐延长，如此周而复始地出现，称为文氏现象

全传导阻滞



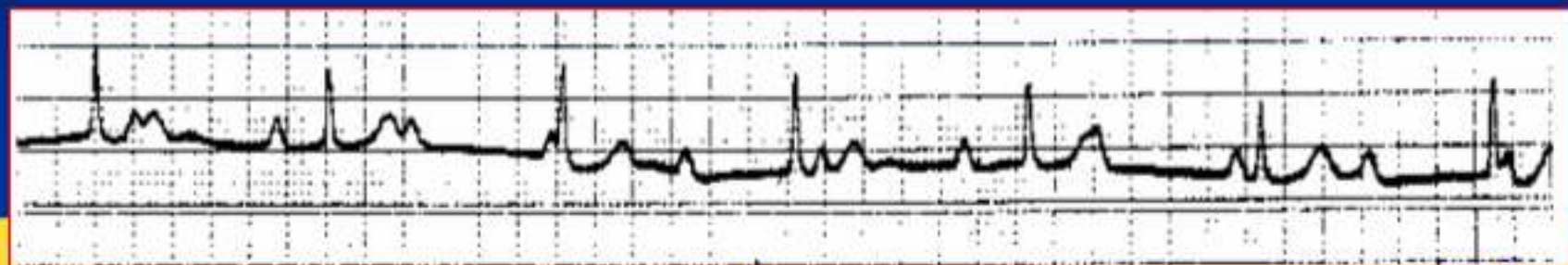
2:1

3:2

心电图特征

莫式II型：表现为P—R间期恒定（可正常或延长），间歇性的QRS波群脱落，P波与QRS波群数目之比为2:1~3:2

Ⅲ度房室传导阻滞



心电图特征

1. P波与QRS波毫无相关性，各保持自身的节律；
2. 房率常高于室率

Ⅱ度Ⅱ型及Ⅲ度房室传导阻滞要引起重视，及时汇报

护理措施

- 无症状：正确判断；留示波；汇报医生；观察
- 危险度分层
- 有症状：静脉通道

药物—异丙肾上腺素、阿托品等
起搏器安置术

- 特发晕厥：胸外心脏按压

呼救

药物

应急临时起搏或体外起搏

应对策略

评估：心室率、血压、症状、心律失常类型

有黑朦、晕厥或心率 <40 次/分

无症状，心率 >40 次/分

窦停、II度II型及III度AVB

窦缓、I度
及II度I型AVB

卧床、安全指导、监护（吸氧）

卧床休息或限制室内活动

开放静脉通道（异丙肾上腺素）
临时起搏器植入术的护理

心理护理
协助病因的检查和治疗

无生命危险
或诱因解除

窦停、病窦、III度AVB

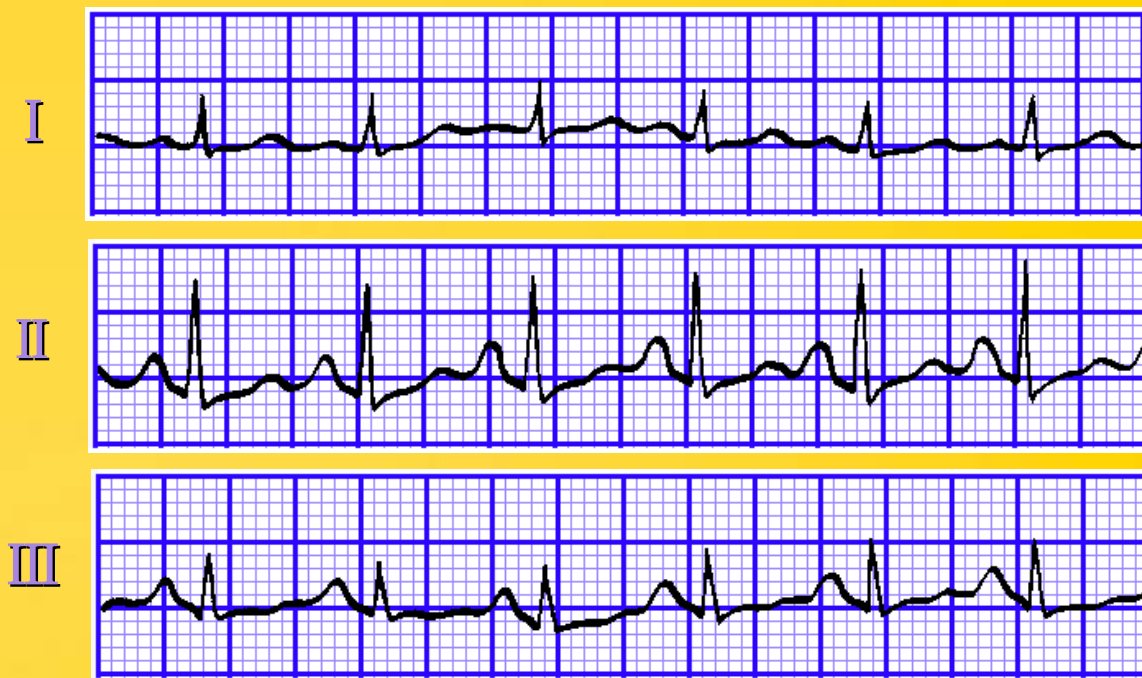
植入式起搏器护理

健康指导

快速性心律失常

- 窦性心动过速
- 期前收缩（早搏）：房性、室性
- 阵发性心动过速：室上性、室性
- 扑动与颤动：房性、室性

窦性心动过速



心电图特征

窦性心律的频率成人超过100次 / min

常见于运动、精神紧张、发热、甲亢、贫血和拟交感类药物的作用时

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/407131151004006116>