

· 经验交流 ·

Ⅲ度房室传导阻滞 12 例临床分析

张雯, 宓越群, 嵇若旭

(上海第二医科大学附属新华医院, 儿童医学中心, 上海 200092)

[中图分类号] R541.7⁺6 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2004)03-0236-02

Ⅲ度房室传导阻滞(Ⅲ°-AVB)是一种严重的缓慢性心律失常,常导致心源性晕厥和抽搐,严重者危及生命。本文对我院近8年收治的12例Ⅲ°-AVB病人的临床和治疗进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

12例中男性8例,女性4例。年龄为18月至12岁(平均年龄78月)。7例为先天性房室传导阻滞,2例为先天性心脏病术后,2例重症病毒性心肌炎,1例IgA肾炎合并严重低钾血症。

1.2 临床表现

首发症状晕厥4例伴抽搐3例,胸闷心慌2例,体检发现心率缓慢6例。全部患儿心率均 <60 次/min,心律规则8例,心律不规则4例,均有第一心音不同程度降低,血压下降2例。

1.3 实验室检查

12例体表心电图均显示有Ⅲ°-AVB,有2例伴阵室速,1例伴室性早搏,1例伴结性逸搏,有1例伴广泛ST-T波改变。10例心肌酶谱检查2例明显升高,肌钙蛋白明显升高。超声心电图有2例射血分数(EF)和缩短分数(FS)下降明显,有3例伴左心室扩大。

1.4 治疗

6例安装心脏永久性起搏器。1例重症病毒性心肌炎临时右心起搏,由于心功能衰竭最终死亡。5例未安装起搏器(2例先天性Ⅲ°-AVB,1例先天性心脏病术后,1例重症病毒性心肌炎,1例IgA肾炎)。急性心源性脑缺氧综合征(阿-斯综合征)发作时应用异丙肾上腺素静脉点滴维持心率70~80次/min。

2 讨论

Ⅲ°-AVB也称为完全性房室传导阻滞。其心电图特征为心率慢40~60次/min,P-P间期与R-R间期均各自相等,P波与QRS波群无关,心室率慢于心房率。它可分为先天性和后天获得性。先天性Ⅲ°-AVB因房室结,房室束连接畸形和传导系统由于胎内感染,变性或发育不良所致,病因多不明。后天获得性主要由于心肌炎及心脏手术损伤所致,也可见药物中毒,电解质紊乱。小儿以先天性多见,本组12例中有7例为先天性占58.3%,5例后天获得性占41.7%。

Ⅲ°-AVB因心排量锐减,急性脑循环障碍,脑缺血缺氧,出现阿-斯综合征发作。在抢救过程中要迅速心外按压,异丙肾上腺素静脉点滴每分钟1~4 $\mu\text{g}/\text{kg}$,或阿托品0.01~0.03 mg/kg静脉推注,加速室性节律,纠正低心排,维持心室率在60~80次/min。本组有6例病人应用异丙肾上腺素静脉点滴,方法为5%葡萄糖液100 ml + 异丙肾上腺素0.5 mg微泵维持,维持心率在60~80次/min。由于反复阿-斯综合征发作或其他原因,本组共有7例安装心脏起搏器,6例为永久性埋藏式起搏,1例重症病毒性心肌炎伴心功能不全,EF 40%左右,FS 15%左右,在营养心肌和肾上腺皮质激素治疗同时,急诊右心临时起搏,最终因心功能衰竭死亡,但临时右心起搏后心室率有提高。起搏器安装有心外膜起搏和心内膜起搏。儿童埋藏式起搏主要通过心外膜起搏。安装时需将不同类型的电极头刺入右心室前壁的心肌组织内并用缝线将电极导线的端部缝扎于心外膜上,以免滑脱,电极应刺入无血管区,以防止刺入部出血,出血易引起阈值增高影响起搏效果,多

余的导线应卷于胸腔内以便随小儿体格增长可有延伸余地,导线尾端由剑突下引入肋缘下内侧以备接永久心脏起搏器,然后作肋缘下横切口分离腹直肌前皮下组织使之呈袋状,放入心脏起搏器时将负极面背向腹直肌,以免引起腹直肌受起搏脉冲刺激而不断跳动。近年来,随着电极和起搏器技术的发展,心内膜起搏在儿童中的应用逐渐增多^[1]。本组有1例IgA肾炎,严重低钾血症,血钾1.8 mmol/L,予以口服10%氯化钾和静脉滴注10%氯化钾,大剂量补钾后迅速消除其过极化状态,随血钾恢复,肌力改善,传导阻滞能得到纠正,无须用其它抗心律失常药物^[2]。

Ⅲ°-AVB本身转归主要取决于病因,病程和阻滞部位。先天性和术后Ⅲ°-AVB安装起搏器预

后好,可避免阿-斯综合征发作。本组有6例患儿置永久性埋藏式起搏器,以后定期门诊随访常规心电图检测,评估起搏器功能状态和预测电池消耗,随访时间最长者已有4年,起搏心率较满意。若有原发疾病,在积极治疗原发病同时,严密观察患儿心室率,必要时先进行右心临时起搏。

[参 考 文 献]

- [1] 李奋,周爱卿,高伟,李筠,黄美蓉. 先天性完全性房室传导阻滞临床特征及心脏起搏器的安置选择[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2001, 9(1): 13-15.
- [2] 温晓红,孙慧. 严重低血钾致房室传导阻滞[J]. 急诊医学, 1998, 7(2): 122-123.

(本文编辑:吉耕中)

· 经验交流 ·

儿童抽动-秽语综合征的脑电图特征

周艳红

(中南大学湘雅医院神经病学研究所,湖南 长沙 410008)

[中图分类号] R741.044 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2004)03-0237-02

儿童抽动-秽语综合征(Gilles de la Tourette's syndrome)又称多发性抽动症。是以面部、四肢、躯干部肌肉不自主抽动伴喉部异常发音及秽秽语言为特征的综合征。本病主要见于儿童,慢性病程,其病因至今不清。为探讨本病与大脑皮层间可能的关系,我们对一组32例病人进行了脑电图检查,现就其结果分析总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男性25例、女性7例,年龄3.2~14岁,平均 6.3 ± 1.6 岁,病程1~6年,平均3.2年。早产儿4例,剖宫产3例。临床主要表现为:患儿频繁挤眼、皱眉、皱鼻子、撅嘴、耸肩、摇头、扭颈、喉中不自主发出一些似“咳”、“啊”、“哼”等异常声音,少数患儿伴有控制不住的骂人说脏话等现象,或两者交替出现。症状轻重可有起伏波动,感冒、精神紧张可诱

发和加重,其中部分患儿伴有多动症;部分病程较长的患儿已表现出记忆力下降,学习落后。其中3例患儿因严重干扰课堂秩序而被迫停学。

1.2 脑电图检查

采用明思公司16道全数字化脑电图仪,按国际标准安放电极,使用单、双极常规描记,时间30~35 min,同时作睁、闭眼、过度换气等诱发试验。所有患儿同时作脑电地形图描记。行脑电图前两天停用氟哌啶醇等治疗药物。

1.3 其他辅助检查

所有患者至少接受过1次头部CT或MRI检查。

2 结果

按照《临床脑电图学》的标准^[1]将脑电图结果分为正常、轻度异常、中度异常及重度异常4组。其中正常组9例(28.1%),轻度异常组5例(15.6%),