

# 上海市第二届射频消融疑难病例 研讨会纪要

解放军八五医院、上海生物工程学会承办的“上海市第二届射频导管消融(RFCA)疑难病例研讨会”于1996年11月22日~24日在上海八五医院举行,除上海外镇江市第一人民医院、厦门市人民医院、福建莆田人民医院等25家医院共56名代表参加了会诊。著名电生理学家钱剑安、宋冠英、陈润芬、庄亚纯、廖德宁、李莉、诸宁、秦永文等教授光临指导,主持讨论并作了专题报告,中青年专家林继军、刘绪、崔克俭、曹江、仁毅荣、金惠根等组成了手术队。

本次研讨会集中了上海7家医院共9例病人,其中男7例,女2例,年龄26~68岁,有快速心律失常发作病史3~30年,在外院做RFCA失败者5例,房室结折返性心动过速(AVNRT)3例,房室折返性心动过速(AVRT)5例,其中右侧显性旁道2例,右侧隐匿性旁道2例,左侧游离壁隐匿性旁道2例(包括2旁道1例),室性心动过速1例。除1例室性心动过速(VT)在电生理检查中出现多种形态VT,不宜做RFCA外,其余8例病人均给予RFCA治疗,成功率达89%,现将会议中几例典型病例情况汇报如下。

## 1、右后间隔旁道的消融:

本组2例右后间隔旁道中1例是显性,1例隐匿性。隐匿性右后间隔旁道的病人因右房明显扩大,在外地医院未找到冠状窦口而未能做RFCA,此次术中患者右房明显扩大,冠状窦口紧靠三尖瓣环最低点,发生心动过速时冠状窦口逆行A波最为提前,消融中虽然用8F加硬导管,但导管与瓣环贴靠困难,当找到理想靶点时,X线透视确定导管已在冠状窦口处,用20W、60秒放电成功。另1例右后间隔房室旁道第1次在外院做消融时因房颤而终止,此次消融出现2次房颤,均使用100焦耳同步电除颤终止房颤,再继续消融成功。我们的体会是右后间隔旁道的最早逆行A波多在冠状窦近端,特别是右房增大、冠状窦口扩大及畸形的病人更应注意,可能部分病人需在冠状窦口或冠状窦内消融才能阻断旁道。

## 2、房室结改良及左侧房室旁道的消融:

会议中3例AVNRT,均用下位法消融成功,代表们认为目前房室结改良、左侧旁道电生理检查及消融技术趋于成熟,定位准确是成功的关键,除少数左侧靠前的

旁道需经房间穿刺途径消融外,大多数左侧旁道经动脉途径于二尖瓣环下可消融成功。

## 3、疑难病例的消融:

患者顾某某,男,37岁,因反复发作性心悸、胸闷6年,加重1年入院,发作时心电图提示“阵发性室上性心动过速”,发作频率200次/分,平时心电图示“预激综合症”,曾在外院做电生理检查示“希氏束旁旁道”,经消融后 $\Delta$ 波消失,但病人心率最快达155次/分,有胸闷、心悸、头晕症状,心电图所示,有短阵室性心动过速、频发室上性早搏及I°房室传导阻滞,亦在本会上做电生理检查及RFCA。常规消毒铺巾及放置静脉鞘,进入4级导管分置于冠状静脉窦、高位右心房、希氏束、右心室,心室程控刺激时希氏束A波领先,诱发心动过速时又发现冠状窦远端A—V靠近,提示除希氏束旁道外,还有左侧房室旁道存在,测出左侧旁道不应期为 $S_1S_2=550.370(ms)$ ,希氏束旁旁道不应期为 $S_1S_2=550.380(ms)$ ,用动脉逆行法先标测左侧旁道,找到左前侧壁A—V最靠近处,用24W、30秒(阻抗 $80\Omega$ )消融,放电约1秒钟后A—V分开,做心室程控刺激仍有短阵心动过速发作,体表心电图上仍看到“回头P'波”,将大头导管放到希氏束区,找到无希氏波而A—V最接近处进行消融,先用8W、9W、10W短时间放电,再用15W、30W、200秒(阻抗 $87\Omega$ )放电,可见2:1房室传导,做心室刺激V—A分离,体表心电图(II导联)放入临时起搏器后给予心电监护,病人无胸闷、心悸症状。对此疑难病人的消融,我们的体会如下:

1、做完整的电生理检查后方确定旁道位置,特别注意多旁道存在;2、多旁道消融应采取先易后难的顺序,既有利于旁道的暴露,又能减少损伤及并发症;3、当阻断了旁道的前传时,可能旁道还有逆传功能,但强度会受影响;4、消融希氏束旁旁道时特别当心对房室结损伤,透视下导管不可移位,未见希氏波时放电较安全,放电瓦数可逐渐增大,同时密切注意体表及心腔内心电图,若出现P—R间期延长房室2:1传导、心率骤减时应立即停止放电。

(蒲红整理)