

· 临床经验 ·

阵发性室上性心动过速 155 例消融治疗

刘宝宏 崔克俭 高中度 周梅芳

目前,采用射频电流导管消融根治阵发性室上性心动过速(PSVT)的经验已日臻成熟。但仍会遇到一些不典型或比较复杂的电生理现象,如不能及时正确的判断,会贻误手术操作时间,甚至直接影响手术成败。现将我们近年治疗 155 例 PSVT 的初步经验报道如下。

材料与方 法

一、临床资料

155 例患者,男 76 例,女 79 例,年龄为 13~76 岁,平均(14±18)岁。心动过速病史 3 个月~35 年。11 例合并冠心病,8 例合并高血压病,3 例合并心动过速性心肌病。体表心电图示 A 型预激 14 例,B 型预激 12 例,各有 1 例为间歇预激,其他均无预激表现。心动过速发作时 141 例呈窄 QRS 心动过速,4 例呈宽 QRS 心动过速(右束支阻滞型),6 例显性预激合并快速房颤,4 例术前未能提供心动过速时心电图记录。

二、方 法

导管电极放置、心电生理检查(ERS)、靶点标测和射频消融方法按文献^[1,2]所述操作。显性预激旁道合并房颤者直接行大头导管标测并消融。

结 果

4 例左侧显性预激和 2 例右侧显性预激合并快速房颤。经 EPS 及射频消融结果证实,房室折返性心动过速(AVRT)73 例,其中慢-快型 70 例,其中左侧显性旁道伴顺向型 AVRT 8 例(双旁道 1 例),逆向型 AVRT 2 例,右侧显性旁道伴顺向型 AVRT 10 例;左侧隐匿旁道 44 例(双旁道 1 例,位于左前壁及左后间隔),右侧隐匿旁道 8 例(双旁道 1 例,7 点、11 点),希氏束旁隐匿旁路 1 例。房室结折返性心动过速(AVNRT)72 例,其中慢-快型 70 例,有 2 例同时存在左侧隐匿旁道,但旁道不参与心动过速的形成,慢-慢型 2 例。持续交界反复性心动过速(PJRT)1 例。

左房房速 2 例,右房房速 1 例。

讨 论

一、显性预激旁路参与的 AVRT

(一)顺向型 AVRT 心动过速时房室结及希浦系统前传,旁道逆传,如果不伴束支传导阻滞则呈窄 QRS 心动过速(QRS<0.11s),此时体表十二导联心电图与旁道消融术后十二导联窦律心电图一致。因此窦性节律下放电过程中旁道是否阻断,根据心内标测电极 A-V 传导时间及顺序的变化并结合体表心电图则易确定,即使存在复合旁道亦不难判断。伴束支阻滞时,体表心电图呈宽 QRS 心动过速,符合完全左束支或右束支阻滞图型,其增宽顿挫位于 QRS 波终末,与窦律时体表心电图异样,是与旁道前传区别之处。

(二)逆向型 AVRT 此时旁道前传,希浦系统及房室结逆传,体表心电图 QRS 波宽大畸形(QRS>0.12s),与窦律时 QRS 波形基本一致,或者更宽,预激明显的导联起始部增宽有 δ 波。此型心动过速心室率有时可快达 240 次/min 以上,应警惕发生心室颤动。本组病例中 2 例显性预激患者,在射频消融术电生理检查过程中,1 例由窄 QRS 心动过速突然转变为宽 QRS 心动过速,另 1 例直接为宽 QRS 心动过速,心动过速持续过程中,心室率突然加快,并很快发生心室颤动,立即电复律方转危为安。

二、隐匿旁道参与的 AVRT 与 AVNRT

(一)确定发病机制 术中常规电生理检查,根据心室程序及递增刺激时逆转 A 波顺序可以初步作为判断,但进一步确诊仍需诱发心动过速后才能确定。如果两者不一致,则以心动过速为依据,确定其发病机制并决定消融方式。另有不同者,旁道与房室结都有逆传,心室起搏时两者竞争传导,而心动过速为旁道介导的 AVRT,此时只有加快心室刺激频率,促使逆传走旁道方有利于标测。或者在心动过速时标测放电,如心动过速终止,且终止于 V 后无 A,提示旁道阻断。但应注意心动过速终止时大头导管容易移位。另有文献报道,房室旁道合并房室结双径路,初始心内电生理检查仅表现为房室结

作者单位 200050 上海长宁区同仁医院(刘宝宏、高中度、周梅芳);上海市胸科医院(崔克俭)

双径路特点并诱发 AVNRT,慢径消融成功后,重复电生理检查还存在左侧隐匿旁道并诱发 AVRT,于右室起搏时大头导管标测定位并消融,成功阻断旁道^[3]。亦有表现为 AVNRT 与 AVRT 交替发作或房室结双径路参与的 AVRT^[4],其电生理表现复杂化,更增加了诊断及治疗的难度。慢-慢型 AVRNT 时,最早逆传 A 波往往在冠状窦口领先,而且 His 电极 VA 不融,应避免误诊为左间隔隐匿旁道。

(二)希氏束旁隐匿旁路 该旁道走行于心内膜下十分表浅,心房端插入 His 束旁间隔部,与 His 束相邻,心室起搏或心动过速时逆传 A 波均以 HBE 领先^[2]。

参 考 文 献

- 1 李德,刘世玉,赵龙生,等.房室旁道合并房室结双径路的电生理特征四例.中国心脏起搏与心电生理杂志,1999,13:259.
- 2 张杰,庄亚纯.房室结双径路参与的房室折返性心动过速.中华心血管病杂志,2000,28:470.
- 3 马坚,王方正,孙瑞龙,等.隐匿性后间隔慢传导旁道参与的房室折返性心动过速一例.中国心脏起搏与心电生理杂志,1999,13:62.
- 4 马长生,盖鲁粤,张奎俊,等.介入心脏病学,北京:人民卫生出版社,1998:670.

(收稿日期 2004-02-02)

· 临床经验 ·

国产滤器植入并用血栓抽吸术治疗急性下肢深静脉血栓形成

谢志勇 孙晓飞 谢宗贵

急性下肢深静脉血栓形成的严重并发症为血栓脱落所致的肺动脉栓塞,大块脱落往往造成患者猝死,血栓也常遗留下肢静脉瓣功能不全,肢体水肿,皮肤营养不良等。急性下肢深静脉血栓形成治疗的关键在于预防血栓脱落和恢复血流。我们采用国产下腔静脉滤器植入及血栓抽吸术治疗 9 例急性下肢深静脉血栓形成患者,疗效显著,报道如下。

资料和方法

一、临床资料

9 例患者因左下肢进行性肿胀、皮肤紫绀、压痛 3~11 d 来院就诊。其中男 5 例,女 4 例,年龄 28~68 岁。原发病因包括外伤后 3 例,长期卧床 2 例,手术后 3 例,产后 1 例。彩色多普勒超声检查显示髂、股静脉腔内血栓条状强回声,血流缓慢而不连续,静脉壁呼吸波消失,3 例血栓累及腘静脉。

二、方法

(一)国产下腔静脉滤器植入操作 选用的下腔静脉滤器为沈阳永通医疗器械有限公司产品,滤器形态类似 Greenfield 滤器,由支架部和伞部两部分组

成,支架部直径有 24、26、28、30 mm 4 种规格,适用于不同粗细的下腔静脉,为滤器的固定部分,伞部为滤器的功能部分,起到阻挡血栓的作用,伞部顶端连一小钩,为滤器的回收钩。滤器的植入导管外径 10~12F,长 60 cm,可以是专用的滤器植入导管,也可以为通用的长导管鞘。

局麻下经右侧股静脉穿刺,引入 5F 导管鞘,经导管鞘一次性注射肝素钠 50 mg。将 5F-Cobra 导管插入右肾静脉,注入造影剂,透视下观察右肾静脉开口于下腔静脉的位置,并用对应的椎体平面做标记,或行右肾静脉造影进一步定位。经右股静脉插入滤器释放导管到下腔静脉右肾静脉开口平面以下 1~2 cm,将滤器推送入导管内,固定推送杆,缓慢回撤外鞘管,释放出滤器,滤器释放后保留释放导管。

(二)血栓抽吸术操作 于左腹股沟韧带下方盲穿左股静脉,回抽注射器有落空感或抽出少量血液时即表明穿刺针进入含有血栓的股静脉。送入超滑导丝,尽量将导丝经过血栓段插入下腔静脉,跟入 8~9F 导管鞘,经鞘注入造影剂观察髂、股静脉内血栓情况,并注入尿激酶 50 万 U。先经导管鞘送入钢丝网篮到左髂静脉汇入下腔静脉处,一边回撤网篮,一边转动,用网篮切割血栓。或将 10 mm 的直径球囊导管沿导丝送入下腔静脉,分段扩张左髂股静脉,

阵发性室上性心动过速155例消融治疗

作者: [刘宝宏](#), [崔克俭](#), [高中度](#), [周梅芳](#)
作者单位: [刘宝宏, 高中度, 周梅芳\(200050, 上海长宁区同仁医院\)](#), [崔克俭\(上海市胸科医院\)](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) ISTIC PKU
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2004, 13(4)
被引用次数: 0次

参考文献(4条)

1. [李德](#), [刘世玉](#), [赵龙生](#) [房室旁道合并房室结双径路的电生理特征四例](#) [期刊论文] - [中国心脏起搏与心电生理杂志](#) 1999
2. [张杰](#), [庄亚纯](#) [房室结双径路参与的房室折返性心动过速](#) [期刊论文] - [中华心血管病杂志](#) 2000
3. [马坚](#), [王方正](#), [孙瑞龙](#) [隐匿性后间隔慢传导旁道参与的房室折返性心动过速一例](#) [期刊论文] - [中国心脏起搏与心电生理杂志](#) 1999(01)
4. [马长生](#), [盖鲁粤](#), [张奎俊](#) [介入心脏病学](#) 1998

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200404024.aspx
授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: 21d4cee2-8e5a-43d0-b6e6-9e2b00b26d20

下载时间: 2010年11月11日