

预激综合征 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E9_A2_84_E6_BF_80_E7_BB_BC_E5_c22_301794.htm 名称预激综合征所属

科室心血管内科病因预激的病因是正常房室传导系统以外的先天性房室附加通道（简称旁路）存在。患者大多无器质性心脏病。也见于某些先天性和后天性心脏病，如三尖瓣下移、梗阻型心肌病等。病理电生理研究证实，旁路的传导速度快，心房冲动部分经旁路快速下传，提前到达旁路的心室端，激动邻近心肌，从而造成心室提前激动和改变心室肌正常兴奋顺序，其结果是心电图上QRS波群畸形，起始部分有预激波（δ波）。心房冲动的其余部分可沿正常途径下传，与旁路引起的心室激动合并形成心室融合波。心室融合波的形态由正常与旁路的不应期长短决定。正常通路不应期长，或冲动大部沿旁路传导，则QRS畸形明显；旁路不应期长，则心室融合波接近正常。预激综合征患者房室间存在两条传导通路，轻易发生折返和折返性心动过速。心动过速发作时大多经旁路逆传而沿正常通道下传，因而心动过速的QRS波群形态正常；偶见冲动经旁路下传而沿正常通道逆传、造成心动过速时QRS波群呈预激状。预激患者也可有房颤或房扑发作，这种发作大多由冲动逆传、在心房易损期抵达心房所致。房扑和房颤时，冲动在交接处组织内的隐匿传导，促使冲动大部或全部经旁路传至心室。心室率极快、QRS波群畸形的房扑或房颤，有时可发展为室颤。旁路的单向阻滞（大多为下传阻滞）可使心电图无预激表现，但有室上性心动过速反复发作；电生理研究可证实旁路参与心动过速的折返。旁路的程度传导阻滞可导致心电图上预激表现间歇出现。已知

的旁路有下列几种，同一患者可有多种旁路 房室旁道（Kent束）。大多位于左、右两侧房室沟或间隔旁，连接心房肌和心室肌； 房结旁道（James通路）。为心房与房室结下部或房室束的通道，可能为后结间束部分纤维所形成； 结室、束室连接（Mahaim纤维）。为连接房室结远端或房室束或束支近端与室间隔的通路。三者中以房室旁道最常见。临床表现预激本身不引起症状，但常导致快速性室上性心律失常发作。发生的室上性阵发性心动过速与一般阵发性室上性心动过速相似。发生心房颤抖或心房扑动时，心室率可快达每分钟220 - 360次，而导致休克、心力衰竭、甚至猝死。辅助检查心电图特征如下：一、房室旁道 PR间期（实质上是P-间期）缩短至0.12秒以下，大多为0.10秒； QRS时限延长达0.11秒以上； QRS波群起始部粗钝，与其余部分形成顿挫，即所谓预激 继发性ST-T波改变。上述心电图改变尚有分为A、B两型的。A型的预激波和QRS波群在V1导联均向上，而B型V1导联的预激波和QRS波群的主波则均向下；前者提示左室或右室后底部心肌预激，而后者提示右室前侧壁心肌预肌。这种分类方法虽然受到预激是不同部位旁路所致的多变QRS波群的限制，但有助于区别旁路的心室端在左或右、前或后，因而沿用至今。二、房结、房希旁道PR间期少于0.12秒，大多在0.10秒；QRS波群正常，无预激波。这种心电图表现又称为短PR、正常QRS综合征或L、G、L（Lown-Ganong-Levine）综合征。三、结室、束室连接PR间期正常，QRS波群增宽，有预激波。诊断预激综合征室上性心动过速发作时，预激表现大多消失，心电图表现为QRS波群形态正常的室上性心动过速。并发房扑或房颤时，QRS保

持预激特征的不少见，心电图表现为QRS波群畸形宽大的房扑或房颤；心室率大多超过200次/min，甚至可达300次/min。房扑时可呈1：1房室传导，并可能辨认房扑波。房颤时心室律不规则，长间歇之后可见到个别QRS波群形态正常（可能为旁路不应期延长，房室结内隐匿传导作用消失后，冲动全部或大部经房室结传导所致），并可能辨认房颤波。心室率极快时，还可伴有频率依赖性心室内传导改变。除上述心电图特征外，心电向量图可作为诊断依据，其特征是各个面上QRS环起始部分运行缓慢成一直线，持续可达0.08秒，以后忽然转向并以正常速度继续运行。QRS环运行时间可超过0.12秒。希司束电图和体表或心外膜标测（mapping）有助于鉴别各项预激和进行旁路的定位，在确诊旁道是否参与心动过速折返环方面起重要作用。鉴别诊断心电图上预激图形应与束支传导阻滞，心室肥大或心肌梗塞鉴别，PR间期缩短和预激波的存在可确认为预激。加速的心室自主心律与窦性心律呈干扰性房室分离时（尤其当心室率与窦性的心率相似时），可有短阵PR间期缩短、QRS波群宽大畸形的心电图表现，酷似间歇性预激；但长记录常可显示PR间期不固定和房室分离，不难与预激鉴别。预激并发室上性心动过速时，QRS波群常不增宽，但发作中止后除隐匿性预激外均有特征性心电图改变，预激并发房颤或房扑时，QRS波群常增宽，应与室性心动过速相鉴别。治疗心室预激病人可能无症状或偶然有快速心律失常而不伴有明显的症状。这些病人不需要电生理检查或治疗。如病人有频繁的快速心律失常发作并引起明显的症状，应给予治疗。若心电图示QRS波正常，P-R间期规则，心率约200次/分，应考虑为反复性心动过速，其治疗与一

般室上性心动过速相同，可选用异搏定、心律平，ATP或洋地黄等，若QRS波群异常而R - R间期显著不规则，则应疑及预激合并房颤，则应选专心律平，普鲁卡因酰胺，或奎尼丁和心得安合用，而禁用异搏定，洋地黄和ATP，因后三者可缩短旁道不应期而加速旁路传导，甚至发生室颤。对于经常发作室上速，症状明显者，宜行电生理检查明确旁道部位后用电消融术，射频消融术，或外科手术治疗。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

www.100test.com