

小儿室性过早搏动\_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式  
，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/609/2021\\_2022\\_\\_E5\\_B0\\_8F\\_E5\\_84\\_BF\\_E5\\_AE\\_A4\\_E6\\_c22\\_609004.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E5_AE_A4_E6_c22_609004.htm) 过早搏动亦称期前收缩。系指比主导节律提前出现的异位心搏。按异位起搏部位的不同可分为窦性、房性、房室交界区性及室性过早搏动。室性过早搏动(ventricular presystole)(简称室早)是临床最常见的心律失常之一，大多找不到直接的病因。文献报道正常健康小儿室早发生率约为0.17%~0.44%。可发生在各年龄组，以青春前期、学龄儿童及新生儿生后头几天多见，holter心电图在正常健康儿童室早发生率为10%~30%。室早亦可发生在先天或后天性心脏病患儿，或可发生在某些代谢紊乱及药物中毒等患儿。【诊断】(一)临床表现 多数患儿无明显症状，而是在体检时偶然发现。年长儿偶有心悸、心前区不适，心脏听诊可闻提前出现的心搏及其后有较长的间歇。(二)心电图检查 可明确诊断。1.有提前出现的qrs波群，其前无提早的p波。2.提前出现的qrs波形态异常，时限增宽，婴儿gt.0.10秒，t波方向与qrs波群主波方向相反。3.早搏后常有完全性代偿期。(三)其他实验检查 频发性室早或呈二联、三联以及连发者，必要时应进行下列检查:1.动态心电图 即holter心电图，可连续24小时记录心电图变化并可发现有无其他合并严重的心律失常。2.运动负荷心电图 包括活动平板运动试验及踏车运动试验等。运动负荷后心电图室早的增减或消失，以及有无连发性或多源性，有助于室早性质的判断。本试验仅限于学龄前及学龄儿童。(四)病因判断 通过病史、体检及实验检查，尽可能明确病因。诸如二尖瓣脱垂、高血钾

症、q-t间期延长综合征、洋地黄中毒、法洛四联症根治手术后或并发于三度房室传导阻滞发生的室早，后者可发展为室性心动过速、心室颤动或猝死。（五）鉴别良性与器质性早搏可参考下列各点：1.有心脏病基础时，多为器质性。2.某些药物(如洋地黄或抗心律失常药)治疗过程中发生，常表示毒性反应。3.代谢紊乱如高血钾症及q-t延长综合征等病理状态下发生的，多提示器质性。4.室早呈二联、三联的形式或两个、三个连续发生。5.多源性或多形性室早。6.室性并行心律。7.室早qrs显著畸形、qrs间期 $>0.14$ 秒。8.早搏后t波改变。9.r重t现象。10.频发室早。11.运动负荷后室早增多。12.心电图同时有心肌损害表现。上述各点有助于室早性质的判断，但往往尚需较长时期随访后始能确定。单从心电图所见有时很难判断，不过连发性、多源性室早及r重t现象等应予重视。若小儿临床无症状，无器质性心脏病，运动后早搏减少或消失往往提示为良性早搏。【治疗】室早的治疗取决于其性质、病因、症状、心功能状态及有无发展或严重心律失常。良性早搏多无自觉症状，一般不需治疗。对家属及本人做好解释工作，并应较长期予以随访。（一）病因治疗 针对不同病因予以纠治。如因药物过量引起的室早应立即停药；洋地黄中毒所致者，即刻停用洋地黄，并应用氯化钾及苯妥英钠治疗；风湿性心脏炎可用肾上腺皮质激素；q-t延长综合征及二尖瓣脱垂者所致的室早，宜用心得安或氨酰心安；低氧血症、代谢及电解质紊乱等发生的室早应及时纠正其原因。（二）应用抗心律失常药物 儿科首选药物为心律平(ic类)，其药理作用为明显抑制0相，显著减慢传导并轻度延长复极。临床起效快，副作用轻微，口服剂量为每次5~7mg/kg，一般从小

量开始，长期服用以每次4~6mg/kg，每6~8小时1次，疗效稳定后连续服药3~6个月，其后减量至每次2~4mg/kg，再维持一段时间后停药，总疗程一般6~12个月。本药耐药性小，反复应用仍可获满意疗效。氟卡胺亦属ic类抗心律失常药，也是当前治疗室早最有效的药物之一。其半衰期为11~12小时，口服吸收好，剂量按每日60~100mg/m<sup>2</sup>，分两次服用，应用3日后可达其最大效应，然后按原剂量的10%逐渐加量，达每日平均剂量为150mg/m<sup>2</sup>。本药副作用轻，且在儿童很少发生。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](http://www.100test.com)