

小儿阵发性室上性心动过速_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_E9_98_B5_E5_c22_609005.htm 阵发性室上性心动过速(paroxysmalsupraventricular tachycardia)是小儿自动异位性心律失常最常见的一种，多见于1岁以内的婴儿。本症多见于无器质性心脏病的婴儿，预激综合征易发生本病，感染为常见诱因，但也可由疲劳、精神紧张而诱发。【诊断】(一)症状临床表现为阵发性发作，突然发作与突然中止是本病的临床特征。1.发作时心率加快，儿童 $>250 \sim 300$ 次/分。一次发作可持续数分钟乃至数日，一般多持续数小时。2.发作时可有拒食、呕吐、气急、不安、出汗、苍白、肢冷及青紫等表现，较大儿童可有心悸、头晕、心前区不适，少数有心绞痛。3.发作若持续48~72小时以上，常并发心力衰竭，尤多见于婴儿病例。(二)心电图检查室上性心动过速应包括房性及房室结区性心动过速，但由于心率过快，p波不易分辨，故两者通称室上性心动过速。发作时婴儿心率 >180 次/分，qrs波群形态正常，r-r间隔绝对匀齐，如有差异性传导，则qrs波群可有变异。(三)电生理检查及评价方法1.阵发性室上性心动过速的诱发方式，凡由于折返机理所致者均可由程序控制刺激诱发及中止。2.房室结折返性者a与v常同时出现.旁道所致的房室折返性者，a波多在v波之后.房性心动过速a波在v波之前。正常时心房激动顺序从上至下，从右至左即高右房(hra) 希氏束(hbe) 冠状窦(cs).房室结折返性心动过速心房活动最早发生在hbe.旁道折返者大部分左房(cs)活动在先。3.房室结折返性心动过速(avnrt)的判断 avnrt是临床最常见的折返性心动

过速。其发生与房室结双径路或多径路有关，即引起房室内折返的病理生理基础。(1)房室结双径路的诊断:当s1s2缩短10ms，而a2h2(或a2v2)间期突然延长60ms，形成不连续的房室传导曲线，或a2h2延长后诱发阵发性室上速。(2)avnrt的电生理特点:按折返环路不同分为慢—快型(s-f型)，约占90%，及快—慢型(f-s型)，约占10%。用程序性心房(或心室)期前刺激或心房增速性调频可诱发或终止室上速。房室结不应性曲线有中段跳跃现象，证实房室结有双通道。逆行的心房a波顺序是自下而上。s-f型pr/rplt.1。【治疗】(一)目前仍以药物治疗为主。首选洋地黄制剂，特别在婴儿病例，其次是异搏停，疗效亦可，但主要应用在较大儿童，因其在婴儿期偶可有严重心动过缓及心脏停搏等危险的副作用。近年来应用静脉心律平亦可作为首选药物。(二)兴奋迷走神经，使发作中止。1.屏气法 深吸气后屏气，但一般成功率较低。2.压迫颈动脉窦或压迫眼球法 每次只压迫一侧，每次不超过20秒，成功率较屏气法高，但需警惕心脏停搏危险。3.冰袋法 以大小足以覆盖患儿面部的塑料袋，先充满1/3袋水，再加等量冰块，将其盖在患儿面上，同时记录导心电图，一般在巧秒内可转为窦性心律。亦可将面部浸于4~5℃冰水的脸盆中6~7秒，同时屏气，此类方法与潜水反射相似，引起强烈的迷走神经兴奋，抑制房室结的折返运动，而终止室上速发作。(三)使用升压药物 适用于并发低血压的年长儿。动脉压升高可直接刺激主动脉弓及颈动脉窦的压力感受器，反射性地增强迷走神经张力。采用静脉给药，使血压突然增高，但不宜超过17.3~20kpa(130~150mmhg)。用药时密切监测血压及心率。常用药有甲氧胺，剂量5~10mg/kg，溶于10ml液

体中，缓慢静推，或新福林剂量0.01 ~ 0.1mg/kg,溶于葡萄糖液10ml中，缓慢静推。(四)电击复律 如上述各方法均无效，可采用电击复律。亦可首选此法，简易、快捷、安全。电能剂量新生儿5 ~ 10w?s,婴儿用20 ~ 40w?s，儿童用60 ~ 100w?s。(五)介入性治疗 适用于难治、反复发作病例。近几年国内外采用低能量射频电流导管消融术收到较好效果。其优点是没有直流电击严重的热损伤，且不需全身麻醉，可以多次重复，多部位发放射频电流消融，而患儿无任何感觉租痛苦。又消融疗效确切，合并症少，复发后可再次射频消融。 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