

小儿房室传导阻滞_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_E6_88_BF_E5_c22_609006.htm 心脏传导阻滞(cardiac a—v block)分三种，即窦房、房室及室内传导阻滞。在小儿传导阻滞中以房室传导阻滞最常见。按阻滞程度可分为三度：

度不一定有心脏病，约5%健康人可见到，故应结合其临床来考虑其意义；度多有心脏疾患；度除先天性传导系统发育异常外，一般多视为有严重心脏疾患。【诊断】（一）

病因诊断 房室传导阻滞原因有：各种心肌炎和心肌病。先天性心脏病如房间隔缺损、室间隔缺损、三尖瓣下移等：先天性房室传导阻滞，多为度。药物中毒洋地黄最多见。电解质紊乱如低血钾症。迷走神经张力增高常可出现度或度

型房室传导阻滞等。（二）临床表现 除有原发病的表现外尚表现为：1. 度房室传导阻滞 心尖部第一音往往减弱。2.

度房室传导阻滞 偶有头晕、乏力、心悸，听诊时可发现心律不齐，有脱漏搏动。3. 度房室传导阻滞有头晕、乏力、心悸、

活动后气急，严重时可引起心脑综合征，患儿丧失知觉、抽风甚至死亡，听诊心跳缓慢而有规律，可在每分钟40次左右，后天者多由心肌炎等器质性心脏病所致。在小儿亦可见

先天性者，心室率较快，约在每分40~60次，患儿可在运动或药物兴奋后阻滞减低。（三）心电图检查1. 度 p-r间期延

长超过各年龄组正常范围。即1岁以内 $gt.0.16$ 秒，5~12

岁 $gt.0.20$ 秒。2. 度(1) 度型(文氏现象):阻滞部位在房室结近端，表现为：p—r间期逐渐延长，而延长程度逐渐减少

，r—r间隔逐渐缩短，乃至脱落一次，即p波后不继以qrs波群

，以后p—r间期又逐渐延长，如此循环不已。p波与qrs波群的比例为3:2、4:3、5:4等。(2) 度型(莫氏型):阻滞部位在房室束远端(房室束支)及浦肯野纤维，表现为：p—r间期固定，但有的p波后看不到qrs波群。p波与qrs波群之比可呈规律性脱落如4:3、3:2等，也可呈不规则脱落。3. 度阻滞部位可在房室束内或房室束分支以下，小儿多属前者，表现为：

p—p间期与r—r间期均各相等，但p波与ors波群无关。心室率慢于心房率。前者多固定在40~60次/分，在运动或药物兴奋下，可见阻滞程度减低。【治疗】(一)病因治疗 度及 度房室传导阻滞以病因治疗为主。急性病毒性心肌炎所致%度阻滞可采用肾上腺皮质激素治疗。(二)药物治疗 心率在每分钟45次以下者或有胸闷、乏力、头晕者可选用加快心率的药物，如阿托品，剂量0.01~0.03mg/kg，皮下或静脉注射。异丙肾上腺素5-10mg舌下含用，或0.5mg加入5%葡萄糖液100ml中静脉滴注，依疗效调节滴速。(三)人工起搏器治疗对完全性房室传导阻滞可视病情安装临时性或永久性起搏器。

其适应证为：静息时心室率缓慢，婴儿lt.50次/分。有阿斯综合征者。伴心力衰竭者。伴宽且显著畸形qrs波群者。室性心律失常者。对急性心肌炎、药物中毒或电解质紊乱所致者可选用临时起搏治疗。心脏手术后所致者也可暂时采用临时起搏，若阻滞持续4周以上者则应考虑安装永久性起搏器。

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