

预激综合征_心血管外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E9_A2_84_E6_BF_80_E7_BB_BC_E5_c22_611358.htm 【诊断】1.临床表面

突发的心动过速，一般在150次/分以上，有时可达200次/分以上。不管心动过速是自动停止，还是用药物控制发作，均不是渐变，而是突然终止。2.辅助检查(1)心电图:kent预激的心电图特征为p-r间期小于0.12秒，显性预激综合征qrs波前均有

预激波及继发st-t改变。可根据各导联qrs主波波方向初步判断kent束位置。(2)心电生理检查:用程序电刺激法可鉴别是预激综合征，还是其他类型室上性心动过速。并能比较准确地确定kent束的位置。【治疗】1.手术适应证随着心脏内科射频消融技术的迅速发展，外科手术的适应证目前是：

内科射频消融失败的患者。合并其他心脏病需要进行手术者。2.手术方法一般采用胸骨正中切口，显露心脏，在心脏表面做心外膜标测，进一步明确kent束的位置。建立体外循环，如果旁道位于右侧或前间隔及后间隔，可不阻闭升主动脉，在心脏跳动下，切断kent束。若旁道位于右侧，沿房室环由心房侧切开心内膜，向心外膜解剖，直至显露心外膜下脂肪垫，切断其中一切纤维。若旁道位于前或后间隔，沿房间隔前部或中间间隔的心内膜切开，向前或向后剥离心内膜下组织，切断其间纤维。切断旁道后，用5-0prolene线连续缝合心房内膜。最后再行心外膜探测，确定旁道是否已被切断。如果预激综合征的旁道在左侧，则需阻闭升主动脉，心脏停跳后，切开房间隔，显露左侧房室瓣的后瓣环，在距后瓣环2mm处切开左房心内膜直至心外膜脂肪垫。其他方法同

上。3.手术注意事项 麻醉后，心外膜标测和电刺激如不能再次确定kent束位置，此时，只有根据术前心电图或电生理检查结果判断kent束位置，指导手术。同时，切割的范围宁可大一些。 切割时，防止伤及右冠状动脉或左冠状动脉。

心房内膜切口缝合一定要完善，防止术后出血。 有的患者有两条以上旁道，其中有显性的，也有隐性的，手术切断显性旁道后，术后隐性旁道显现，此时需重复电生理检查，并进行第二次手术。 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