

**讨论** 本例因双侧室性心动过速交替出现而干扰术前和术中诊断,在未静脉滴注异丙肾上腺素前,心室起搏和导管刺激诱发的、以及术中自发的总是第 2 种室性心动过速,疑为患者只有这 1 种起源于左心室的室性心动过速,术前心电图与术中不符系导联接反所致,直到左侧室性心动过速病灶消融成功后,又出现另 1 种起源于右心室的室性心动过速,

双侧性室性心动过速才得以被确认。本例消融结果提示,面对复杂室性心动过速应临阵不乱,在确保患者安全的前提下,逐个标测和消融靶点,直至消除所有室性心动过速灶,另外,常规 12 导联心电图的电极置放位置必须规范。

(收稿日期:1999-11-18)  
(本文编辑:朱燕嫣)

· 病例报告 ·

真正右位心植入 DDDR 永久起搏器一例

徐桂萍 李占全 关汝明

患者女性,73 岁,因颅脑外伤入当地医院。入院前 1 h 突然晕厥,抽搐,神志不清,当时血压 140/80 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa),心率 48 次/min,左枕部血肿,双瞳孔等大,颈部有抵抗,心浊音界位于右侧胸腔,未闻及杂音。头部 CT 检查,左侧脑挫裂伤伴左侧蛛网膜下腔出血;心电图示三度房室阻滞,I 导联 P 波,QRS 波及 T 波均倒置,aVR 和 aVL 导联波形态与正常相反,右胸前导联图形类似左胸前导联;超声心动图检查示心脏镜像右位,其它正常;腹部超声示肝位于左侧,脾位于右侧。诊断为真正右位心,三度房室阻滞,颅脑外伤,蛛网膜下腔出血。入院后 2 次出现心室颤动,均经 300 Ws 电除颤转律。4 d 后急诊来我院行 DDDR 永久起搏器植入术。

**手术经过:**患者平卧,常规消毒,铺巾,1%利多卡因局部麻醉,于右锁骨中外 1/3 交界处下方约 2 cm 处做一 3~4 cm 切口,分离皮下组织,暴露头静脉,结扎其远端,于该静脉上切一小口并送入心室导管电极至右心室尖部,测起搏阈值 0.3 V,阻抗 1 108 Ω,R 波振幅 18.3 mV,固定该导管电极。穿刺右锁骨下静脉,沿该静脉送入心房导管电极至右心耳,调整位置后测起搏阈值 0.5 V,阻抗 756 Ω,P 波振幅 3.31 mV,固定此导管电极。分离皮下组织形成一囊袋,连接起搏器并将其植入囊袋内,缝合皮下及皮肤,手术历时 100 min。

**讨论** 右位心是一种少见无分流的先天性心血管病,发病率约 2/10 万。永久起搏器自 1958 年问世以来,全世界已有 200 多万人借助起搏器维持生命,每年安装起搏器人数已达 20 万人,但右位心植入起搏器却极为少见,国内仅见几例植入 VVI 型起搏器的报道,尚未见右位心植入 DDDR 起搏器的报道。



图 1 左前斜位 32°右心房、右心室导线电极位置

真正右位心主要特征是右位心伴内脏反位,犹如正常左位心之镜像,即右降主动脉+右胃+右心尖,只有少数(<10%)合并其它心脏畸形,可无任何临床症状。本例根据临床查体、心电图、超声心动图、腹部超声等检查,符合真正右位心标准,平素无症状,此次因三度房室阻滞伴晕厥致颅脑外伤入院。

由于心脏右位,起搏器植入难度较大,特别是心房电极较难固定,手术耗时较长,但如果患者未合并其它畸形,与普通左位心双腔起搏器植入术区别不大,只是方向相反。

(收稿日期:2000-03-18)  
(本文编辑:徐世杰)

作者单位:110015 沈阳,辽宁省人民医院心内科

298-299

儿童,心脏起搏

起搏导线处理 · 病例报告 ·

介绍一种小儿起搏导线处理的新方法

杜修海 张明旭<sup>vs</sup> 张卫泽 王艳春 张爱君

对植入起搏器的小儿患者,处理好随小儿生长而防止导线电极脱落是临床较为棘手的问题,我们在植入中采取一种新方法,介绍如下。

作者单位:730050 兰州军区总医院心内科

患儿男性,6 岁半,瘦小,体重 18 kg,因头晕、乏力半年,做心电图发现三度房室阻滞,在外院按心肌炎治疗住院 2 个月无效,于 1999 年 9 月 14 日,无任何诱因,突然晕厥伴四肢抽搐,持续数秒,10 月 2 日又发作 1 次,即来我院检查治疗。

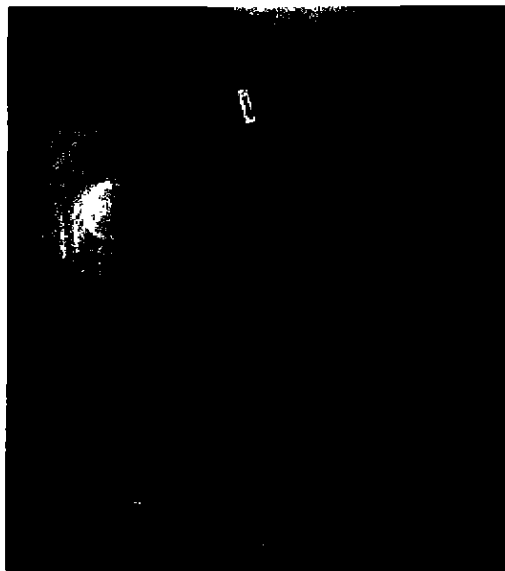
A726.542

(20)

心电图示三度房室阻滞,其它检查正常。诊断为三度房室阻滞伴阿-斯综合征。由美敦力公司赞助“爱心工程”VVI 起搏系统 1 台。

患儿瘦小,取右侧锁骨下静脉穿刺,成功后,插入 8 F 可撕裂静脉鞘管。沿鞘管送入电极导线至右心室心尖部,测得起搏阈值为 0.5 V, R 波振幅为 2.4 mV,电阻为 546  $\Omega$ ,电流为 8.9 mA。缓慢回撤钢丝,将导线在右心房留有足够大的弧度。将钢丝前端弯成小弯,使导线在上腔静脉处打一个圈(图 1)。做皮下囊袋,植入美敦力 7302 脉冲发生器,缝合皮下组织、对皮,用 3M 公司宽 8 cm 透气纸带粘合皮肤,给抗生素 3 d。术后 1 d 下床,术后 5 d 出院。

随着体格生长引起导线脱位是小儿患者植入起搏器较为棘手的难题。当小儿迅速生长时,导线被拉紧,使电极头与心肌固定产生分离,导致导线脱位、起搏不良,甚至发生意外死亡,尤其是三度房室阻滞起搏器依赖的患儿。应用螺旋电极主动固定,或翼状电极嵌在肌小梁间被动固定,减少了导线的脱位率,但小儿由于生长发育引起导线张力增大,导致导线脱位仍是一个难题。朱纯石等将多余的导线 4~6 cm 放在皮下组织的硅胶袋内,作一荷包口,这样导线可随生长而被动伸展,不致被拉紧脱位。我们采用右心房应用较细软的导线在右心房形成大弧度并在上腔静脉口再打 1 个圈,便于导线随小儿生长而被动伸展,可预防导线脱位。



箭头所指处可见在上腔静脉处电极导线形成 1 圈,使导线留有充分余地,便于儿童随生长发育被动自由伸展,从而预防电极脱位或再次手术输送电极导线

图 1 小儿起搏导线处理的新方法

(收稿日期:2000-03-27)

(本文编辑:徐世杰)

## • 病例报告 •

### 索他洛尔诱发预激综合征一例

潘宜智 李广臻 曾冲 郭南山

患者女性,57 岁。因反复发作心悸 25 年于 1997 年 12 月 19 日入院。体检:血压 120/75 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa),神志清,肺呼吸音清,心界不大,心率 80 次/min,心律齐,无心杂音,X 线心脏片正常,超声心动图未见异常。血清电解质及肝、肾功能检查均属正常。心电图示窦性心律(图 1A)。心悸发作时心电图示阵发性室上性心动过速(室上速,心室率 188 次/min),行食管心房起搏检查证实为顺向型房室折返性心动过速。遂用索他洛尔(施太可,施贵宝公司生产)80 mg,每日 2 次,用药后每天复查心电图,期间仍有室上速发作,用药第 3 天,心电图示窦性心律,A 型预激。故停用索他洛尔,2 d 后心电图示窦性心律,A 型预激消失。停药 1 周后再次服用索他洛尔(剂量同前),心电图又出现显性预激(A 型,图 1B)。改用普罗帕酮,室上速未再发作,心电图未显示预激。

作者单位:510180 广州市第一人民医院内科

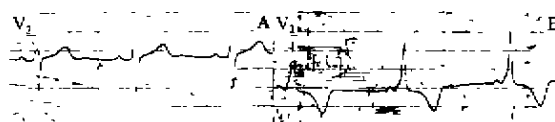


图 1 A=服用索他洛尔前心电图;B=服用索他洛尔后心电图

**讨论** 索他洛尔是一种非选择性  $\beta$  受体阻滞剂,可延长心肌复极时间,具有 II 类抗心律失常药物的特性。索他洛尔对房室折返性心动过速有较好疗效。本文患者在服用索他洛尔后出现显性预激,究其原因可能是其对房室结不应期的延长大于对旁路不应期的延长所致。因此,在预激合并室上速,尤其是合并心房颤动的患者应慎用。

(收稿日期:2000-01-14)

(本文编辑:徐世杰)