

围产期预激综合征的监测和急诊处理

鄢丽志 薛文群

(无锡市妇幼保健院, 无锡, 214002)

预激综合征是由于房室间异常旁道和正常房室传导系统之间发生折返和折返性心动过速, 常表现为间歇发生。由于围产期血液动力学的改变, 合并预激综合征者更易发生阵发性心动过速和房颤、室速、室颤等严重心律失常, 甚至猝死。现对 68 例围产期合并预激综合征的诊断和急诊处理讨论如下。

1 临床资料

1985~1997 年我院共收治孕产妇 63 798 例, 其中合并预激综合征 68 例, 占 1.07%。年龄 22~38 岁, 平均 25.6 岁。其中预激综合征 (W-P-W 综合征) A 型 8 例, B 型 6 例, C 型 5 例; 变异型预激综合征 (L-G-L 综合征) 49 例。表现为间歇型预激 22 例, 经围产期监测治疗无 1 例死亡。

临床症状与并发症: 妊娠 20~36 周表现有不同程度心悸、胸闷者 52 例 (最早发生于 15 孕周)。妊娠 24~40 周发生晕厥者 16 例。年龄 30 岁以上者 14 例中, 12 例表现有阵发心悸、胸闷, 发生晕厥者 4 例。合并妊高征 5 例。合并风湿性心脏病 4 例, 先天性心脏病 5 例, 心肌炎 14 例, 占 33.82%。孕前手术切除旁道 2 例, 术后复发 W-P-W C 型 1 例, 发生室上性心动过速 49 例, 占 72.06%; 发生心源性休克 12 例, 占 17.65%, 发生房颤、室速者 8 例, 占 11.76%。分娩方式: 阴道分娩 42 例, 剖宫产 26 例, 其中合并产科指征者 14 例。

2 讨论

预激综合征多见于青壮年, 一般认为本征虽具有一定的家族性, 但并非遗传性疾病。大多数患者可无任何临床症状, 甚至心电图上亦无典型图形。据文献报道, 单纯性预激综合征占

68.3%, 合并冠心病、风心、先心、心肌炎等心血管疾病者 31.7%^[1]。本组围产期预激综合征发病率在女性中相对偏高, 临床症状和并发症也明显增多。

本组预激综合征采用解剖学旁道分类法^[1,2]。房室旁道: 即 Kent 束, 称为典型预激综合征, 即 W-P-W 综合征。根据心电图特征又分为: A 型、B 型、C 型。房结旁道: 即 James 束, 又称为 L-G-L 综合征。结室、束室连接: 即 Mahaim 纤维, 此类很少见。

预激综合征的典型心电图并不是一直不存在, 47% 患者可呈间歇性预激或隐匿性预激。

2.2 预激综合征合并心律失常的类型

阵发性室上性心动过速: 又称为折返性反复性心动过速, 可发生于 W-P-W 综合征或 L-G-L 综合征, 首次发生开始于幼年或中青年期。发生率为 30%~80%, 平均 48%^[1,2]。本组围产期室上速发生率明显高于平均值。

心房颤动和心房扑动: 合并房颤发生率约为 10%~40%, 房扑少见。房颤可导致休克、心衰, 甚至死亡。房性早搏或室性早搏, 偶见室速甚至室颤, 多伴有器质性心脏病。曾有报道极快室上速继发室颤而猝死者^[3]。

妊娠期由于血容量的增加, 血流动力学的改变和心率的加快, 合并心脏病孕妇常伴有心悸、胸闷, 易并发心律失常。围产期预激综合征的诊断: ①孕前心电图已确诊。②围产期常规检查心电图初次出现预激波形, 但无临床症状者。③孕期反复心悸或晕厥, 心电图检查发现预激波形或呈间歇性预激波形者。④患有风心、先心、心肌炎孕妇, 心电图出现预激波形, 常合并心律失常。⑤首次发作阵发性室上速, 进一步检查心电图发现预激波形。本组有 16 例, 妊娠期经 5~8 次心电图检测才确诊。

预激综合征应注意与束支传导阻滞, 右心室

肥厚, 心肌梗塞等心电图改变相鉴别。心脏超声心动图有时提示收缩功能降低, 室间隔运动异常, 左室内径稍大, 需与围产期心肌病 (PPCM) 相鉴别。顽固复发性心动过速, 导致心功能不全可诱发心动过速性心肌病 (TCMP), 只要及时治疗心律失常, 可能会痊愈^[4]。预激综合征也应和不相称的窦性心动过速 (IST) 相鉴别, 后者是由于心脏自律性调节功能异常, 窦房结本身异常和右房心动过速所致的临床综合征^[5]。应用腔内电生理方法可以鉴别旁道的类型, 并对旁道作出准确的定位^[1, 6]。

围产期监测与药物治疗: 无临床症状, 不发生心动过速者, 一般无特殊治疗。有心动过速, 但无明显症状者可服用珍合灵、天王补心丹。频发早搏者加用抗心律失常药, ATP 可减少心律失常的发生。孕期应避免紧张、激动、饱食和过度疲劳, 补充维生素 B₁, 防止低血钾, 以减少室上速等心律失常。有心动过速及严重症状者, 应积极治疗, 并控制和预防发作。有心律失常者采用心律平、异搏定、慢心律等抗心律失常药物口服治疗。孕期胺碘酮应慎重, 有报导预激综合征合并房颤注射胺碘酮导致室颤^[7]。西地兰也不应是首选药物, 在有多条旁道, 预激伴异常房室传导的快速心律失常 (特别是房颤) 时应禁用西地兰, 四为洋地黄类能加速房室异常传导而引起极快的心室率继发室颤。

分娩方式的选择: 无明显临床症状者 (除有产科指征外) 一般选择阴道分娩, 应避免第二产程过长, 并严密监测心率、心律、血压和出血量。有明显临床症状, 严重心律失常者和合并风心、先心、心功能 II ~ III 级者, 特别见于 W-P-W 综合征, 应放宽剖宫产指征。A 型预激综合征易发生房颤和房扑, 且药物难以纠正^[3]。

分娩期由于血流动力学的显著改变, 分娩时紧张、疼痛、用力、过度疲劳和产时产后出血、易发生快速心律失常, 导致心源性休克、心衰, 甚至猝死。急诊处理有以下体会: ①发现心动过速、房早、服用珍合灵、ATP, 适用安定等镇静剂, 避免产程过长, 可预防和减少室上速发作。②合并风心、先心、严重心律失常如多源性室

早、室速、房颤等, 阴道分娩易致心衰休克, 应放宽剖宫产指征。③分娩期发生室上速, 西地兰应慎用, 合并房颤时应禁用。本组 1 例孕期末发现心脏病, 产后 6h 发生室上速, 心率 180 次/分, 用西地兰 0.2mg 静注后, 患者大汗淋漓, 唤之不应, 血压下降到 0, 立即用阿拉明 10mg 加入 10% 葡萄糖 100ml 中快速静滴, 地塞米松 10mg 静注, 面罩给氧, 10min 后血压上升, 15min 升高转为窦律, 停用阿拉明, 再次复查心电图, 诊断 A 型预激综合征。④发生室上速, 无哮喘史且血压正常者, 首选异搏定 5mg 静注或心律平。血压下降者, 首选阿拉明、甲氧胺等升压药类药, 每隔 30s 监测血压, 血压升高或室上速中止立即停用。⑤合并房颤、室速, 首选利多卡因 50mg 静注, 5min 后可继用 50mg, 可重复 2 次, 继以利多卡因 100~200mg 加入 10% 葡萄糖 100ml 中静滴维持 1~3mg/min, 或加心律平 35~70mg, 两者合用可减少药量、效显、安全。本组 2 例风心、1 例先心、合并 A 型、B 型预激综合征伴房早、室早, 产后 4~12h 发生房颤、室速, 经抢救治疗均好转。

药物治疗无效或快速心律失常顽固发作, 影响心功能者, 可采用直流电复律或临时心脏起搏。前者尤其适用于药物治疗无效的快速心律失常, 室上速伴房颤或房扑, 伴 QRS 波增宽的快速心律。药物控制无效可采用射频导管消融术 (RFCA), 是预激综合征伴难治性室上速治疗的有效的新方法^[1, 5]。

参考文献

- 1 黄 峻. 心脏传导系统疾病. 南京: 东南大学出版社, 1993; 329
- 2 戴自英, 等主编. 实用内科学. 北京: 人民卫生出版社, 1994; 1042
- 3 王正尧, 吴志清, 顾菊康, 等译. 现代心血管病精荟. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1985; 277
- 4 王一尘, 刘晓红. 心动过速性心肌病. 国外医学心血管疾病分册, 1997; 24 (6): 24
- 5 李东露, 荣焯之. 不相称的的窦性心动过速. 国外医学心血管疾病分册, 1997; 24 (5): 17
- 6 曹燕摘. 预激综合征合并房颤静注胺碘酮导致心室颤动. 国外医学心血管疾病分册, 1997; 24 (4): 55

(收稿日期: 1998-03-11)