

# 导管射频消融治疗老年房性心动过速 23 例

冯金忠, 邱一华, 骆合德, 周 巍

(解放军第98医院内科, 浙江湖州 313000)

**[摘要]** 目的 观察老年房性心动过速(房速)的射频消融疗效及安全性。方法 23例60岁以上房速患者行射频消融治疗, 病程(5.5±3.3)月; 合并房间隔缺损1例, 冠心病5例, 肥厚型心肌病1例, 房间隔缺损经胸外修补术后2例, 无器质性心脏病证据14例。所有均采用房速发作时激动顺序标测法确定心房最早激动点。结果 房速消融成功率91.3% (21/23), 术中和术后无并发症, 术后随访(2.5±2.1)年, 2例复发。结论 老年房性心动过速患者导管射频消融是安全的, 成功率较高。

**[关键词]** 房性心动过速; 导管射频消融; 心脏电生理学

中图分类号: R540.4<sup>+</sup>1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)01-0053-02

经导管射频消融术(radiofrequency catheter ablation, RFCA)已成为多种心律失常首选的根治方法, 房性心动过速是常见的一种心律失常, 经导管射频消融可以根治房性心动过速, 疗效好、安全性高<sup>[1]</sup>, 但老年人器官结构和功能变化较大, 常伴有其他器质性疾病, 经导管射频消融老年患者房性心动过速应有一定的特殊性。2001年1月~2005年12月我院共为23例老年房速患者进行RFCA, 效果满意。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 房速患者23例, 男11例, 女12例; 年龄60~78(67.3±6.2)岁, 合并房间隔缺损1例, 冠心病5例, 肥厚型心肌病1例, 房间隔缺损修补术后2例, 无器质性心脏病依据者14例。房性心动过速病程2~13(5.5±3.3)月, 均有发作时心电图资料, 曾口服抗心律失常药物1~3种均无效。

1.2 方法 术前停抗心律失常药物5个半衰期以上, 并行心电图、超声心动图、胸部X线等检查; 根据体表心电图P波形态判别房性心动过速是单源性抑或多源性, 并初步判断房性心动过速起源部位。术中按常规方法放置高位右心房、希氏束、冠状静脉窦(coronary sinus, CS)及右心室电极导管, 行常规电生理检查。心房分级递增、程序刺激, 必要时静滴异丙肾上腺素后重复心房分级递增、程序刺激以诱发房速。先大体判断心房最早激动点的区域, 如房速起源于左心房, 穿刺房间隔在左房内标测。房速发作时采用心房激动顺序标测法, 采用双极标测, 用1根或2根大头消融导管标测心房的部位, 通过比较

体表心电图P波或其他固定电极的A波, 寻找心房最早激动点(earliest atrium action, EAA)。消融导管记录到负正双相A波或振幅较低的碎裂A波且最提前或较体表心电图P波提前20ms以上的部位作为消融靶点。10~35W或温控55~65℃, 试放电10s内房速终止为有效, 巩固放电100~200s。有效消融后15~30min, 重复上述诱发条件不能诱发作作为消融终点。1例左房肺静脉开口起源的房速动态心电图检查时发现阵发性房颤发作, 术中局点消融后还加行环肺静脉口电隔离术。2例房间隔封堵术后患者除在疤痕周围标得最早心房激动点消融外, 还加行疤痕下缘至下腔静脉开口处的线性消融。

## 2 结果

5例房速由自身房性早搏诱发, 也可被心房程序诱发; 心房程序刺激诱发13例, 静滴异丙肾上腺素后心房程序刺激诱发者5例。所有房速均可为心房程序刺激终止。房性心动过速消融即刻成功率91.3% (21/23), 所有患者术中和术后无并发症。随访(2.5±2.1)年, 2例复发。

## 3 讨论

快速性室上性心律失常在老年人中十分常见, 有人对以心悸、头晕、胸闷为主要临床表现的患者进行动态心电图检查, 结果显示老年人缓慢型房性心动过速检出率为35%, 明显高于非老年组<sup>[2]</sup>。这与老年人患有器质性心脏疾病有关<sup>[3]</sup>。部分患者因抗心律失常药物效果差、停药后复发、长期使用后的毒副

作者简介: 冯金忠(1966-), 男, 江苏盐城人, 硕士, 副主任医师, 从事心脏电生理及心脏疾病的介入治疗。

作用以及抗心律失常药物的致心律失常作用而受到限制。曾使用1至多种抗心律失常控制无效的患者应行导管消融治疗<sup>[4]</sup>。

射频消融治疗房性心动过速技术已比较成熟。本组结果显示老年人房性心动过速射频消融治疗仍有较高的成功率,可达91.3%。失败2例中,1例为房间隔修补术后,房间隔修补术后疤痕所致的房速多为折返性机制,其折返路径可能比较复杂,简单的疤痕至下腔静脉开口的线性消融不一定能完全阻断折返路径,三维磁场定位系统或三维非接触标测系统标测消融可提高成功率。另1例为起源于右上肺静脉房速,如加行肺静脉电隔离术可获成功。本组房速时标测到EAA并消融成功的部位,也即房速起源部位,冠状静脉窦口附近5例,希氏束旁2例,沿终末嵴分布于右房侧壁11例,房间隔3例(其中2例在房间隔缺损修补术后疤痕周围),右上肺静脉1例,左上肺静脉1例,提示老年患者房速的好发部位在心房内不同组织交界区域或传导障碍区,如房间隔、终末嵴、冠状静脉窦口、肺静脉口以及手术疤痕处等,与文献报道相似<sup>[1,5]</sup>。

由于老年患者合并有器质性疾病比例高,体质差,术中耐受性差,术前应严格把握适应证和禁忌证,术前充分准备,并根据体表心电图初步判别房性心动过速的起源部位以减少术中标测时间;术中程序刺激时间尽可能短,在静滴异丙肾上腺素诱发房速时应严格控制滴速。本组2例房速起源靠近希氏束部位,采用逐渐逼近希氏束和能量递增或点滴法

消融获得成功,未发生房室传导阻滞。本组房速合并房室结折返性心动过速2例,合并房室折返性心动过速1例,因此在完成一种心动过速消融后继续仔细电生理检查,以免漏诊房性心动过速合并房室结双径路或房室旁道。

本组随访中1例肥厚型心肌病新出现起源点不同的房速。另1例起源于右房侧壁房速,采用非温控导管消融虽即时成功,但可能由于导管贴靠不好或消融能量不足等原因,未形成该点的足够损伤以致复发,采用Swantz鞘加强导管的稳定性及温控导管消融可防复发。

总之,老年房性心动过速患者,导管射频消融有较高的成功率,疗效好、安全性高,可在抗心律失常药物控制无效时选用导管消融治疗。

## 参考文献

- [1] 曹江,秦永文,胡建强,等.导管射频消融治疗房性心动过速39例[J].介入放射学杂志,2004,13(2):126-128
- [2] 安杰,李永东.动态心电图检出老年短阵缓慢型房性心动过速146例临床分析[J].中国误诊学杂志,2005,5(16):2065-2066
- [3] 叶任高,陆再英.内科学[M].北京:北京人民出版社,2000:186-190
- [4] 范利,尚延忠,武强,等.治疗老年快速室上性心律失常的药物选择和疗效观察[J].中国老年学杂志,2005,25(4):363-364
- [5] 李树岩,崔燕,刑月,等.起源于心房下部局灶性房性心动过速电生理特点及射频消融术[J].临床心血管病杂志,2006,22(6):331-333

(收稿日期:2008-05-27;修回日期:2008-07-16)

(本文编辑:潘雪飞)

## 腹腔镜手术在盆腔粘连治疗与预防中的应用

吴国华

(解放军第123医院妇产科,安徽蚌埠 233015)

[摘要] 目的 探讨腹腔镜在盆腔粘连松解术中的作用。方法 回顾分析2001年1月~2007年10月,因各种妇科疾病行腹腔镜手术中发现盆腔不同程度粘连的患者105例的临床资料。镜下清除病灶的同时分离粘连,纠正不良盆腔解剖关系。结果 在腹腔镜下顺利完成手术,无中转开腹。1例因肠管间广泛粘连而致分离中肠管破裂,在镜下以3-0可吸收肠线修补。手术时间30~150分钟,平均55分钟,住院时间3~15天,平均(4±2.23)天。随访1~60个月,未有腹痛、腹胀等复发病状。有生育要求的65例患者有30例妊娠,妊娠率46.15%。结论 应用腹腔镜技术进行盆腔粘连松解手术效果是肯定的,镜下盆腔解剖功能的恢复有利于妊娠机率的提高。

[关键词] 腹腔镜;盆腔粘连松解术;盆腔解剖功能

中图分类号: R616.1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)01-0054-03

作者简介 吴国华(1968-),女,安徽颖上人,本科,副主任医师,从事妇产科临床工作。