

WPW 揭示 房室传导三经路一例

济宁医学院附属医院心内科

韩继霞 王庆杏 汤丽咏 王琳

患者,男,50岁,临床诊断:扩张性心肌病。

图为Ⅱ导联连续描记,可见三种不同形态的QRS波群, $R_{2,4,6,8,10,12}$,为同一形态的QRS波群, $P-R$ 间期0.16s,Ⅱ、Ⅲ、aVF导联P波直立,为正常窦性QRS波群;另一种 $R_{1,5,9,13}$,QRS波群呈宽大,起始部有明显的 Δ 波, $P-R$ 间期0.07s,第三种 $R_{3,7,10}$,其中QRS波群较第二种略窄,QRS起始部有模糊的小 Δ 波, $P-R$ 间期0.14s,且ST-T改变随QRS波群不同分别是三种不同程度的下移及T波倒置。心电图诊断:预激综合症并旁道内双径路现象(房室传导三经路现象)。

本图有三种不同的 $P-R$ 间期,三种形态不同的QRS波群,三种不同程度改变的ST-T,其中两种 $P-R$ 间期缩短,小于0.12s,并且有预激波,说明有附加旁道的存在,且 $P-R$ 间期,预激波及QRS波群分别呈两种不同改变,进一步说明存在着快,慢两条附加旁道。快通道的传导速度快,不应期长,慢通道的传导速度慢,不应期短。

由于传导途径的不同,首先激动心室肌部位亦不相同,所形成的QRS除极顺序不同,引起复极顺序不同,故出现三种不同的ST-T改变。

咽喉痛的急性心肌梗塞一例

山东省立医院 姜本荣 张洪滨

52岁男性患者,因咽喉疼痛难忍一天,1990年11月29日来耳鼻喉科就诊,查:咽喉无异常,但见病人一会抱头,一会抱颈,烦躁不

安令做心电图:ST段:Ⅱ、Ⅲ、aVF导联水平下移0.15mv,aVL上抬0.15mv, V_1 :略弓形上移, V_2 上抬0.3mv;T波: V_1 ±双向,疑:超急性期前间(侧)壁心肌梗塞急症入院。次月心电图:Ⅰ、aVL、 V_1-V_6 均呈QS波;发病17小时心肌酶:cpk1000,GOT261u,诊断急性广泛前壁心肌梗塞,经溶栓等治疗,再未咽喉痛,22天康复出院。(半月后猝死。)本例急性心肌梗塞以咽喉痛为主诉,幸遇有经验的医师令做心电图和在心电图未出现Q波时及早诊断超急性期心肌梗塞,急症入院及早治疗康复出院。超急性期心肌梗塞是病死率较高,猝死较多的短暂阶段,早期诊治至关重要。应特别指出:急性心肌梗塞可以不同部位(如额、牙、髋关节等)的疼痛就诊,应引起各科特别是急诊科医师的警惕。

预激综合症酷似 急性前间壁心肌梗塞 附1例分析

山东省立医院心电图室 孙巧玲 周荣

患者男性,42岁,因饮酒后出现发作性胸痛。胸痛呈针刺状,但不向其他部位放射。无呼吸困难及憋气感。在疼痛发作时曾口服硝酸甘油1片,自觉症状减轻即来我院急诊。心电图检查,发现除有典型预激综合症外,尚发现 V_1 导联QRS主波向上,而ST段抬高达3mm,形态呈弓背向下型,并伴有深而宽的Q波,拟诊为预激综合症、急性前间壁心肌梗塞,为明确临床诊断,即收住院观察。查体:神志清,BP15/9KPa,心脏不大,无明显杂音,心律规整,于发病后第二天复查心电图,与前次心电图对比ST段仍抬高,仍需排除前间壁心肌梗塞,但发现以下几点不支持心肌梗塞的诊断:①心电图 V_1 ST段抬高呈弓背向下型;②ST段无对应下移,也无动态改变;③临床化验心肌酶谱正常。为观察ST段抬高的意义,给予运动试验。运动后即刻复查心电图发现 V_1 ST段上移由3mm降至1mm,aVF及 V_1 导联的Q波明显变成R波升高病人

出院半月后复查心电图,预激综合症消失,呈正常心电图。

伴有文氏房室传导阻滞 的窦性反复心搏

湖南新田县人民医院 何小平
广西、桂林市卫生局 方炳森

患者,72岁,临床诊断:冠心病。

图示Ⅱ导,P波按顺序出现,PP0.48~0.50s,(125~120次/min)图中出现波长RR所分割的3组文氏周期。每组文氏周期之PR由0.18s→0.26s→0.30s,在0.30s下传之QRS后又出现逆P(P')RP'—为0.12s;由P'之出现结束一次文氏周期,周而复始。未见窦P后QRS脱落,而由P'代替一次窦P波。P'并未重整窦性周期,P'前后之窦性PP恰为基本PP之二倍,为窦房面完全性干扰。

心电图诊断:窦性心动过速,不典型Ⅱ度Ⅰ型房室传导阻滞源于窦房结的反复心搏。

讨论:房室传导阻滞的文氏现象并不少见。其中大部分为不典型者,以窦性反复心搏结束文氏周期者比较少见,Ⅱ度Ⅰ型传导阻滞的特殊表现形式。其出现需同时具备以下3个条件:1.交界区上部有条传导通路呈纵行分离;2.不同的传导通路有不同的不应期或单向阻滞呈非同步,不等速传导,且顺向,逆向传导并存;3.有相对延长的足够的折返时间。正常人中有75%者存在两条经路,为折返提供了解剖学基础。本例只是在PR0.30s时始成折返而出现P',并结束文氏周期。P'的出现,说明心房受到了一次激动,并和窦P发生完全性干扰,实际上代替了一次窦P的出现,下传,故无QRS波出现。有人认为,1981年Schamroth首先报道以心奈获结束周期的文氏型房室传导阻滞,这是不确切的。实际上Schamroth本人在1971年其专著内举的实例(第170、180例)中就报告了此种图例。国内也有文献报告。

本例连续出现3组文氏周期,P'均位于相

同部位,可排除此P'为异位下部房性灶起源的早搏伴未下传心室之可能。

持久性窦性和房性停搏 伴过缓交界性逸搏, 阵发性室上性心动过速

广西桂林市心脑血管血栓病防治所 陈南群

患者,12岁,半年前患心肌炎。临床无明显症状,曾有窦性停搏达6s,半年内曾晕厥1—2次,时间不长。来院就诊。查体:心律快慢不一,无杂音。心电图检查中窦性停搏达4s未出现症状。超声心电图、心内结构未见异常。临床诊断:心肌炎后遗症。

心电图特征:上三条末之T波和下三条T波系重印。均未出现P波,QRS呈室上性,R—R间期明显不齐。QRS起搏点在交界区,过缓交界性逸搏。快速的室上性心律失常,频率105~150次/min,前后无P波或P'。长间期R₄R₅1.68s,R₈—R₉2.38s,R₁₄—R₁₅3.98s,R₁₇—R₁₈,2.17s,频率15—35次/min,互相交替,形成快—慢综合症。

心电图诊断:1.持久性窦性和房性停搏,2.阵发性室上性心动过速,3.过缓交界性逸搏,4.双结病变。

讨论:全图未见窦性P波,QRS呈室上性、频率快慢交替,显示交界性自律性特别低,应属于过缓的交界性逸搏(自律性属Ⅰ级),且明显不齐。图中尚可观察到多次短阵室上性心动过速的始末,每次发作均以过缓交界性逸搏长达3.88s的间歇中未见房性逸搏,故可能同时有自发性房性停搏。

本例年龄小,呈持久性,原发性窦房停搏伴缓慢交界性逸搏特点,报告不多。可能为心肌炎使窦房结、房室结病变,是安装起搏器指征。