DOI: 10.13406/j.cnki.cyxb.1987.03.018

房间隔缺损合并全传导系统病变1例

第一医院内科　饶邦复

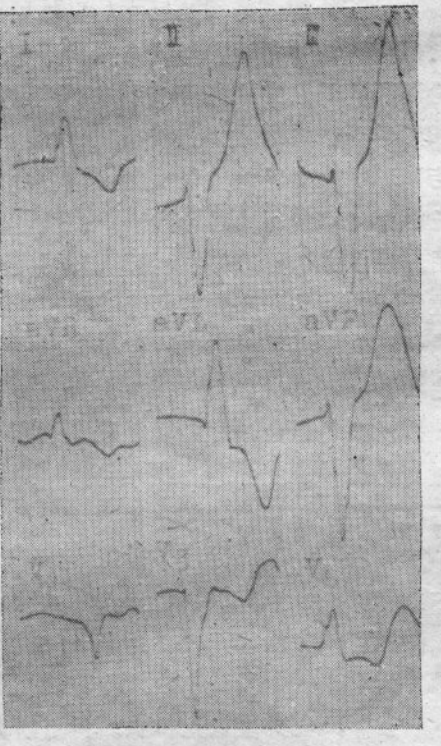
先天性心脏病房间隔缺损（ASD）由于右心室舒张期负荷过重，可出现不完全性右束支阻滞；原发孔型ASD，尚可伴不同程度的房室传导阻滞。ASD合并全传导系统病变则罕见，作者遇到1例，现报告于下。

病历摘要

胡某，男，25岁。于1981年9月5日入院。患者出生后数月即发现"心脏杂音"。自1975年开始，经常出现头昏，并有多次昏厥发作，为时短暂，未经任何治疗自行恢复，仍能照常工作。入院前16小时在返家途中突然昏倒，双眼上翻、抽搐、意识丧失，当时心率仅30/min，约1分钟后清醒。给予舌下含化异丙肾上腺素10mg后，急送入院。

检查：发育正常，神态清楚，无紫绀。血压150/70mmHg，心界中度增大，心率30/min，律齐，胸骨左缘第二肋间Ⅲ级喷射性收缩期杂音，P2亢进、固定性分裂。肺未见异常。肝肋下2cm，软，无压痛；脾未扪及。无腹水征。下肢不肿。血、尿常规检查正常。心电图未见P波，缓慢规则宽大畸形的QRS波，时限0.16s，频率30/min。X线胸片：肺血管增多，肺动脉段突出、较长，右房、右室增大明显。超声心动图：右房、右室增大，室间隔与左室后壁呈同向运动。

住院经过：立即静滴异丙肾上腺素，心室率仅

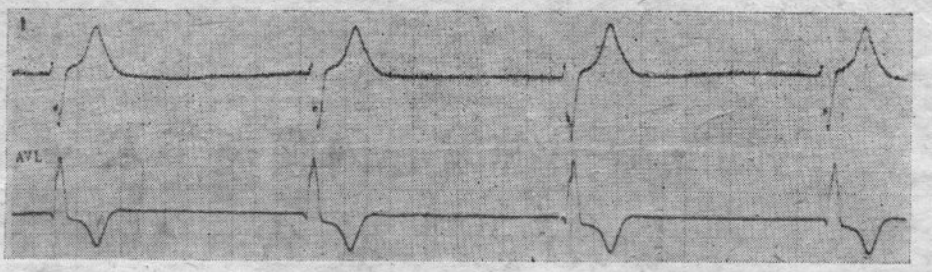


程，经过快，特别适应于四肢手术后大块骨缺损植骨。

2. 吻合血管的腓骨有活的骨膜，骨愈合后经过功能活动和负重等锻炼，移植骨能增粗而加强。

3. 手术取游离腓骨时，一定要掌握其解剖特点，腓动脉是胫后动脉的分支，沿腓骨后面与趾长屈肌之间下行，途中分出腓骨的滋养动脉，在腓骨中段上1/3处进入腓骨滋养孔，因此上切骨线应在于此处以上，否则会损伤腓骨滋养血管。

4. 在切断腓骨血管蒂之前，一定要确认胫后动脉的存在，以免误切腓动脉而造成不良后果。我们就曾遇上一例无腓动脉，腓骨血供直接由胫后动脉分支供应，而放弃吻合血管的腓骨移植。



能提高至40/min，且时有短暂室性心动过速。入院当日经静脉临时起搏，11月5日改永久埋藏式VVI型起搏，起搏心率74/min。病情稳定，未再发生昏厥，于12月5日出院。

1985年6月11日因电源耗竭重新更换起搏器，随访至今，持续起搏心律，无自觉症状。

讨　论

患者自幼发现心脏杂音，胸骨左缘第2肋间可闻及收缩期喷射性杂音，且伴P2亢进、固定性分裂，结合X线肺血增多，肺动脉段突出，右房、右室增大；超声心动图右房、右室增大，室间隔与左室后壁呈同向运动，符合ASD诊断。临床主要症状为反复昏厥发作，心电图无窦性P波，心室逸搏性心律，QRS波宽大畸形，频率缓慢，提示起搏点在希氏束以下的传导束，因此，属全传导系统病变。

本例心脏传导系统异常，无其他原因可寻，且发生于先天性心脏畸形的基础上，故考虑为先天性传导系统病变。先天性传导系统病变发生的原因[1]：1.直接由于心脏畸形引起传导系统异常；2.传导组织发育中断；3.由于心脏畸形引起血流动力学改变作用传导系统，使后者受损。由于本例传导系统病变广泛，直接由ASD导致其损害不能完满解说；又由于临床上相当一部分ASD并不伴传导系统病变，提示心脏畸形不是直接导致本例传导系统病变的原因。故此全传导系统病变最大可能系先天性发育缺陷所致。由于反复昏厥发作，显然有明确指征安置永久性人工心脏起搏器。

参 考 文 献

[1] 青岛医学院：心脏的传导系统，青岛医学院科研组，第一版，1976；56.