

急诊 PTCA 对急性心肌梗死早期 QTC 离散度影响

胡建奎

(山东省枣庄市峰城区中医院急症科 枣庄 277300)

摘要:目的:观察 PTCA 对急性心肌梗死 QTC 离散度的影响。方法:选择 21 例接受急诊 PTCA 治疗 AMI 患者与 26 例同期未做 PTCA 的 AMI 患者,分别测量入院时和发病 24h 的 QTC。结果:PTCA 组术后 QTCD 较术前显著缩短,未做 PTCA 组 QTCD 保持较高水平。结论:PTCA 可使 AMI 后的 QTCD 显著降低,对减少心律失常、改善 AMI 的预后有临床意义。

关键词:心肌梗死;急诊;PTCA;QTC 离散度;影响

中图分类号:R 542.2²

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)03- 0018-02

QT 离散度是同一心电图上不同导联最长 QT 间期与最短 QT 间期的差值,是反应心肌复极不均一性的指标。急性心肌梗死(AMI)时因局部心肌缺血坏死引起心肌电生理特性的变化致使 QT 离散度显著增加,引起严重心律失常^[1]。急诊 PTCA 是目前 AMI 最有效的治疗方法,及时开通闭塞血管达到再灌注,挽救濒死心肌,改善 AMI 预后。本文通过观察急诊 PTCA 对 AMI QTCD 变化,探讨急诊 PTCA 对 AMI 心肌电生理的影响。

3 讨论

老年人由于动脉硬化,弹性降低,僵硬增加导致收缩压增高。科学研究及临床实验证实,年龄、体重和收缩压是决定左心室重量、心腔内径和室壁厚度的重要因素^[2]。长期血压增高,血液动力学改变,室壁应力增加,引起心肌结构、重量及血流储备均发生改变,最终致左心房肥大和左心室肥厚。而高血压伴左心室肥厚、心肌缺血是心血管死亡和猝死的危险因素。机理是:心肌缺血对心室壁机械化学感受器是一种强刺激,它可通过心-心反射活动改变心脏自主神经调节的均衡性导致心肌电不稳定性增加。室颤阈降低,可促使恶性室性心律失常发生或心源性猝死^[3]。本资料观察组 ABPM 多项指标和 Lown II 级以上室性早搏发生率明显高于对照组,提示 ABPM 部分重要指标与肥厚的心肌及室性心律失常密切相关。

血压增高使血管搏动速度增大,血管壁回缩力却变小,导致脉压增大。脉压增大可导致动脉血管更大牵拉,增加收缩期心室负荷,使左心室肥厚程度进一步加重。有调查显示,老年人收缩压 >160mmHg,舒张压 <70mmHg 的病人死亡率最高。本资料观察组 45 例患者中有 6 例脉压 >90mmHg,说明脉压增大的老年高血压患者靶器官受损现象较普遍,必须得到足够的重视。

观察组患者多数具有血压昼夜节律减弱或消失,即夜间血压增高,ABPM 曲线多为无“杓”型而对照组多呈“杓”型,两者具有显著统计学差异。这也说明了无“杓”型变化者比有“杓”型的高血压患者心、脑血管并发症明显增高,证明高血压伴左心室肥厚、心肌缺血的老人较多与严重的植物神经障碍共存。非“杓”型高血压患者夜间血压持续升高,生理节奏性波动消失,使心血管系统更长时间处于高血压负荷,容易导致加重左心室肥厚^[4]。本资料中 5 例昼夜节律消失的患者

1 资料与方法

1.1 入选对象 2002 年 2 月~2004 年 3 月来我院的 AMI 患者。21 例接受急诊 PTCA 的 AMI 患者作为 PTCA 组(其中男 19 例,女 2 例;年龄 47~78 岁,平均 64 岁;前壁梗死 12 例,下壁梗死 9 例)。26 例同期未做 PTCA 的 AMI 患者作为对照组(其中男 23 例,女 3 例;年龄 46~78 岁,平均 63 岁;前壁梗死 15 例,下壁梗死 11 例)。所有病例无电解质紊乱和未服用抗心律失常药物。持续胸痛≥30min,2 个相邻胸前导联

夜间出现频发 Lown II 级以上室早,进一步证实心肌缺血、心律失常与血压增高、降低之间存在因果关系,室早次数与血压水平呈正相关。观察组血压波动增大、清晨血压骤升符合一些学者证实的这些现象多见于重症高血压或伴有心、脑、肾靶器官明显受损者。可能与左心室肥厚、心肌缺血患者迷走神经受损严重,导致交感神经张力增强,心血管自主神经系统调节和维持正常血压的作用被破坏有关。

高血压患者最先受累的是左心房,心房负荷增加致心房扩大,心房肌应激性增强,缺血,传导速度和不应期不一致,心房内形成多个微折返环导致心房颤动。本资料观察组心房颤动的发生率亦明显高于对照组,有报道心房肥大、心室肥厚的逆转可降低新发心房颤动的发病率。

本资料同众多学者的研究相符合,心脏靶器官受损的高血压患者 ABPM 多项指标与心律失常发生有明显的相关性。由于老年高血压患者病程迁延,病情复杂、严重,故不能忽视长期、稳定、有效降压以逆转左心室肥厚,改善心肌供血,减少心律失常的发生。

参考文献

[1]张维忠,施海明,王瑞冬,等.动态血压参数正常值协作研究[J].中华心血管病杂志,1995,23(5):325~328
[2]上官新红,张维忠.血压变异性与高血压靶器官损害的关系[J].高血压杂志,1998,6(3):181~184
[3]孙宁玲.高血压与心力衰竭[J].中华心血管病杂志,2004,22(5):382~384
[4]罗昭林,祝善俊,文芳,等.老年患者心肌缺血和左室肥大时的心率变异性分析[J].中华老年医学杂志,1998,17(5):273~275
[5]华琦,皮林,李东宝,等.高血压患者昼夜节律对心脏结构和功能的影响[J].中华心血管病杂志,2003,31(8):594~596

(收稿日期:2005-02-05)

丑苓汤为主辨治肝硬化腹水 28 例体会

朱正淮 杨晓萍

(湖北省监利县第二人民医院 监利 433325)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗肝硬化腹水方法。方法:设对照组 26 例,常规护肝、利尿、补充白蛋白等;治疗组 28 例,常规护肝加自拟丑苓汤煎服。结果:治疗组显效 16 例(57.14%),总有效率 85.71%,随访 1 年复发率 18.77%;对照组显效 8 例(30.76%),总有效率 61.53%,1 年复发率 37.5%。2 组比较有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$ 、 $P<0.01$)。结论:丑苓汤治疗肝硬化腹水疗效较好,特别是对减少并发症、延缓腹水再发值得进一步探讨。

关键词:肝硬化腹水;中西医结合疗法;丑苓汤;护肝药;利尿药

中图分类号:R 575.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0019-02

笔者近年以自拟丑苓汤为主辨治肝硬化腹水 28 例,疗效满意。现报告如下:

1 材料和方法

1.1 临床资料 54 例肝硬化腹水患者,为 2001 年 2 月~2003 年 10 月住院和门诊病人,诊断符合 1995 年全国传染病和寄生虫病学术会议制订的标准^[1]。随机分为 2 组,治疗组 28 例,男 20 例,女 8 例;28 例乙肝标志物均阳性,无丙肝患者;年龄 14~65 岁,平均 43 岁;腹水病程 2~24 月。对照组 26 例,男 20 例,女 6 例;无丙肝患者;年龄 18~65 岁,平均 42 岁;腹水病程 2~22 月。2 组在年龄、病程、病源分布比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

或 II、III AVF 导联中任意 2 个导联 ST 段抬高 ≥ 1 mm,发病时间小于 12h,冠状动脉造影显示梗死相关动脉血流 TIMI 0 级和 I 级。术前服用阿斯匹林 300mg,抵克力得 250mg,静脉肝素 1000u,PTCA 术后梗死相关血管前向血流达 TIMI 3 级。

1.2 QTC 离散度的测量方法 分别于入院时和发病 24h 采用纸速 25mm/s 同步记录体表常规心电图 1 份。以各导联心电图 QRS 波离开等电位线为 Q 波起点,T 波降至等电位线为下波终点,进行 QT 间期测量,每个导联测 3 个连续的 QT 间期取其平均值,以最大与最小 QT 间期之差为 QT 间期离散度(QTD)。为除外心率对 QTD 的影响,采用 Bazett 公式校正 QT 间期(QTC)以最大 QTC 与最小 QTC 之差为 QTC 间期离散度(QTCD)。

1.3 统计学处理 采用均数 $\pm$ 标准差表示,用 t 检验分析, $P<0.05$ 差异有显著性。

2 结果

一般资料共选患者 47 例,前壁梗死 27 例,下壁梗死 20 例,平均年龄 63.8 岁。2 组性别、年龄、合并症无统计学差异。PTCA 对 QTC 离散度的影响(见表 1)。PTCA 组与对照组入院时 QTCD 比较 $P>0.05$,差异无显著性;入院 24h 时比较 $P<0.05$ 出现显著性差异。

表 1 PTCA 对 QTC 离散度的影响 ms		
组别	入院时	24h 时
PTCA 组(n=21)	80.0 $\pm$ 66.5	48.5 $\pm$ 67.3
对照组(n=26)	79.4n=2166.6	80.2 $\pm$ 67.6

3 讨论

QTCD 增大的基础是心室复极不同步性和电不稳定性增

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 常规西药护肝、白蛋白、支链氨基酸,控制盐和水的入量,利尿。利尿药根据病情选用氨体舒通、双氢克尿塞、速尿、利尿合剂等。

1.2.2 治疗组 (1)常规西药护肝,部分腹水多,影响呼吸者,短期配合速尿 1~3d,腹胀稍减即停用,或仅配用氨体舒通口服,40mg/次,3 次/d。(2)自拟丑苓汤水煎服,1 剂/d,水煎 3 次,共 300mL,分 3 次口服。中药组成:二丑各 10~30g、茯苓 15~30g、猪苓 15~30g、白术 10~30g、车前子 15~30g、海藻 30g、大黄 10~30g、腹皮 10~15g、厚朴 15g、赤芍 30~60g。湿热明显者,加黄芩、蚤休、贯众、白花蛇舌草;有黄疸者,加茵陈、

大的结果。QTCD 增大病人易发生恶性心律失常及猝死,QT 离散度与冠脉病变支数无关,AMI 时 QTCD 明显增大^[2],心肌梗死部位(前壁 AMZ 与下壁 AMI 相比)对 QT 离散度无影响^[3];AMI QTCD 增大的机制是 AMI 后梗死部位与正常部位之间存在缺血区域,缺血区跨膜电位延缓,各部位心肌细胞复极不均一性增大所致(QTC 离散度正常参考值为 49 $\pm$ 14ms),AMI 后 QTCD 较正常明显增大,呈动态变化,对预后有一定的预测价值。

我们测量入院时和发病 24h QTC 离散度发现急诊 PTCA 组 AMI 后 24h QTCD 明显减低,而对照组 QTCD 仍保持较高水平。PTCA 成功后阻塞的冠状动脉再通,缺血区供血恢复,心室各部位复极不均一性减少,因此 QTCD 降低,这可能是改善预后的机制之一。因此,早期积极 PTCA,开通血管,尽快恢复心肌再灌注对减少危险性心律失常的发生,降低 AMI 病死率有重要意义。

参考文献

[1]Yunns A ,Warnica W,Mitchell IB. precordial Qtc intenal dispersion as predictor of ven tericular fibrillation in aute myocardial infarction [J].PACE,1994,17: 752~755

[2]王敬民,徐耕.冠心病经皮冠状动脉成形术前后 QT 离散度的对比研究[J].浙江临床医学,2000,2 (4): 227~228

[3]王明生,胡大一,贾三庆,等.冠脉内超声溶栓对急性心肌梗死患者 QTC 离散度的影响[J].临床心电图学杂志,2000,9 (3): 133~134

[4]张长成,孟立军,黄广智,等.溶栓治疗对 AMI 早期 QTC 离散度的影响[J].临床心电图学杂志,2000,9(8).151~152

(收稿日期: 2004- 11-10)