

急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞的心电图诊断探讨

陈慧利

(河南省滑县人民医院 滑县 456400)

摘要:目的:分析急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞的心电图诊断。方法:选取我院 2016 年 3 月~2017 年 3 月接诊的 60 例完全性左束支传导阻滞患者作为研究对象进行回顾性分析,经过心肌酶学的诊断,其中 10 例检查为急性心肌梗死。观察急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者心电图,并与完全性左束支传导阻滞患者的心电图特征进行比较。结果:单纯完全性左束支传导阻滞患者的 J 点能够有效辨识,T 波为正负双向或倒置,弓背向上抬高 0.4 mV;急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者的 J 点不明显,无法有效辨识,T 波呈现直立,弓背抬高 0.8 mV。结论:对急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者进行心电图诊断,发现 QRS 的 Q 波和主波向下,结合规律性 ST-T 演变进行判断,并以心肌酶学变化进行协助诊断,对急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者诊断意义重大。

关键词:急性心肌梗死;完全性左束支传导阻滞;心电图;诊断

中图分类号:R540.41

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.059

急性心肌梗死发病急,进展快,病死率高,为临床常见急重症^[1]。在基层医院或院外的急救过程中,由于缺乏心肌酶学的检验及诊断条件,则要靠心电图作为临床诊断的重要依据。若急性心肌梗死患者合并有完全性左束支传导阻滞,或在完全性左束支传导阻滞的基础上同时出现急性心肌梗死,由于完全性左束支传导阻滞会导致心室初始除极向量方向发生改变,掩盖了急性心肌梗死的典型心电图特征,临床诊断难度加大,极易错失患者最佳治疗时间,威胁患者生命安全^[2]。对此,我院展开急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞的心电图诊断分析。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 3 月~2017 年 3 月接诊的 60 例完全性左束支传导阻滞患者作为研究对象进行回顾性分析。其中,男 34 例、女 26 例,年龄 46~80 岁、平均年龄(52.8±3.27)岁。所有患者经心肌酶学诊断,检查为急性心肌梗死患者 10 例。其中,男 6 例、女 4 例,年龄 48~76 岁、平均年龄(54.7±2.85)岁。10 例急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者,均符合临床诊断标准,存在血清心肌标志物浓度改变、缺血性胸痛等现象。

1.2 检查方法 由两名临床诊断经验丰富的医师,对急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者心电图进行观察分析,并与完全性左束支传导阻滞患者的心电图特征比较。完全性左束支传导阻滞患者心电图的 QRS 波群呈现宽阔而顶端粗钝的 R 波,没有 q 波和 S 波;ST 段呈水平或向下倾斜趋势。急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者的诊断具有一定难度,是由于左束支传导阻滞时心室开始除极向量即已发生改变,左心室各部如有心肌坏死,

则相应导联不会出现 Q 波。

2 结果

10 例急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者中,3 例广泛性前壁心肌梗死,V₁₋₃呈 rS 型导联,V₆导联 QRS 波群顶端呈粗钝且宽阔的 R 波,V₁₋₄的 ST 段弓背呈 0.3~0.5 mV 抬高,V₅、V₆、I、aVL 导联的 ST 段呈 0.1~0.2 mV 斜上方抬高;4 例下壁心肌梗死,II、III、aVF 导联均为 QS 型,ST 段弓背呈 0.3~0.5 mV 抬高,T 波呈直立;3 例前间壁心肌梗死,V₁、V₂、V₃导联 ST 段单向弓背呈 0.4~0.8 mV 抬高,T 波呈直立,无法有效辨识 J 点。通过心电图特征分析发现,单纯完全性左束支传导阻滞患者的 J 点能够有效辨识,T 波为正负双向或倒置,弓背向上提高 0.4 mV;急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者的 J 点不明显,无法有效辨识,T 波呈现直立,弓背抬高 0.8 mV。

3 讨论

近年来,随着我国人口老龄化速度的加快,急性心肌梗死的发病率持续上升,对老年患者的生活质量和生命安全造成严重威胁。急性心肌梗死主要是由于心肌缺血、缺氧导致的部分心肌急性坏死现象,临床主要表现为持续性胸骨剧烈疼痛、心律失常、循环功能障碍、心力衰竭及发热,白细胞计数与血清心肌损伤标记酶升高;同时,急性心肌梗死患者还存在心电图的演变^[3-4]。

完全性左束支传导阻滞是室内阻滞的一种,当某一束支传导阻滞时,心室的除极首先在正常束支分布心肌进行,除极发生时不仅同步而且快速,之后通过心室肌缓慢传导,最后使发生束支传导阻滞分布区域的心肌除极^[5]。因此,从心电图特征看,QRS 波前半部分形态和时间正常,后半部分时间延长、形

态发生变化,且 QRS 波后半部分的向量朝向出现束支传导阻滞分布心肌的区域。急性心肌梗死多发生在冠状动脉粥样硬化性狭窄的基础上,由于某些诱因致使冠状动脉粥样斑块破裂,血小板在破裂斑块表面聚集,形成血栓,阻塞冠状动脉管腔,导致心肌缺血坏死。此外,心肌耗氧量的骤增或冠状动脉痉挛也可诱发急性心肌梗死。

本研究结果显示,单纯完全性左束支传导阻滞患者的 J 点能够有效辨识,T 波为正负双向或倒置,弓背向上提高 0.4 mV;急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者的 J 点不明显,无法有效辨识,T 波呈现直立,弓背抬高 0.8 mV。说明若完全性左束支传导阻滞患者的持续性胸骨剧烈疼痛、循环功能障碍、心律失常等临床症状出现超过 12 h,就可初步判断为合并急性心肌梗死,需立即进行溶栓治疗。产生传导阻滞的原因是正常患者的左右心室均可正常除极,而完全性左束支传导阻滞患者左主干出现堵塞,左右心室无法同时进行除极。急性心肌梗死

合并完全性左束支传导阻滞时,心电图起始量是从右向左,通过胸前导联,可记录到 QS 波。

综上所述,对急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者进行心电图诊断时,若发现 QRS 内 Q 波和主波向下,可结合 ST-T 段规律性演变过程,并且使用心肌酶学的变化进行协助诊断,为临床治疗提供可靠依据。

参考文献

- [1]马建平.急性心肌梗死急性期合并右束支传导阻滞的临床分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(3):293-294
- [2]王秀芳.心电图在急性心肌梗死合并完全性左束支传导阻滞患者诊断中的价值[J].海南医学院学报,2014,20(5):719-720
- [3]毛晓娟.B 型预激综合征合并完全性左束支传导阻滞误诊 1 例[J].中国社区医师,2014,30(9):131,134
- [4]卢竞前,杨锋,张洲,等.急性下壁心肌梗死急诊介入术致完全性左束支传导阻滞一例[J].中华老年心脑血管病杂志,2014,16(9):986
- [5]巩洁,任晖,李静,等.急性心肌梗死合并完全性右束支传导阻滞的临床与预后分析[J].安徽医药,2016,20(2):332-334

(收稿日期:2017-07-25)

双抗原夹心酶联免疫吸附试验对丙型肝炎病毒抗体检测灵敏度及特异性的影响

李亚勤

(河南省偃师市中医院检验科 偃师 471900)

摘要:目的:探究双抗原夹心酶联免疫吸附试验对丙型肝炎病毒抗体(抗-HCV)检测灵敏度及特异性的影响。方法:选取 2016 年 5 月~2017 年 4 月我院进行手术和血液透析前抗-HCV 检测的患者 270 例,经血液筛查(荧光定量 PCR 法)抗-HCV 阳性 12 例,抗-HCV 阴性 258 例,采用双抗原夹心酶联免疫吸附法(ELISA)和间接 ELISA 分别对 270 例患者血清进行抗-HCV 检测,比较两种检测方法的特异性、灵敏度。结果:双抗原夹心 ELISA 法灵敏度、特异性均高于间接 ELISA 法($P<0.05$)。结论:双抗原夹心酶联免疫吸附试验可提高丙型肝炎病毒抗体检测灵敏度及特异性,可作为临床血液标本筛查首选方法。

关键词:丙型肝炎;双抗原夹心酶联免疫吸附试验;间接酶联免疫吸附法

中图分类号:R446.61

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.060

丙型肝炎是常见传染性疾病,是感染丙型肝炎病毒(HCV)后导致的全球性传染病。据统计^[1],HCV 感染率在 3%左右,每年全世界约 1.8 亿人感染 HCV,每年新发丙型肝炎约占 3.5 万。HCV 主要通过血液进行传播,为避免因遗漏或未查出 HCV 阳性的感染患者,造成手术器械或透析仪器污染而引起 HCV 院内感染爆发等严重后果,要求对手术患者术前以及血液透析患者透析前进行抗-HCV 检测^[2]。本研究旨在探讨双抗原夹心 ELISA 试验及间接 ELISA 实验对丙型肝炎病毒抗体检测灵敏度及特异性的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 5 月~2017 年 4 月我院进行手术和血液透析前抗-HCV 检测的患者 270

例为研究对象。其中,男 116 例,女 154 例;年龄 23~64 岁,平均年龄(43.47±5.62)岁。所有患者血液经荧光定量 PCR 法(金标准)检测出抗-HCV 阳性 12 例,抗-HCV 阴性 258 例。血清标本采集均符合标准,排除严重心肺疾病,患者签署同意书。本研究经我院伦理委员会批准。

1.2 试剂与设备 EzMate™ 401 全自动加样系统由上海励瑞生物科技有限公司提供,酶免分析系统由济南华舜仪器有限公司提供,MW-12T 洗板机由深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司提供。间接 ELISA 试剂盒由上海荣盛生物技术有限公司提供,双抗原夹心 ELISA 试剂盒由北京万泰生物药业股份有限公司提供。

1.3 方法 清晨空腹抽血 5 ml,以 3 000 r/min 离心