

12 导联动态心电图诊断冠心病心律失常的价值分析

高岩 (山东省莒南县人民医院心电图室, 山东莒南 276600)

摘要: 目的: 分析 12 导联动态心电图对冠心病心律失常的临床诊断价值。方法: 纳入 2019 年 1 月~2021 年 1 月 100 例冠心病心律失常患者为研究对象, 均接受常规心电图和 12 导联动态心电图检查, 对比检查结果。结果: 12 导联动态心电图检出准确率高于常规心电图, 12 导联动态心电图检出房性早搏、室性早搏、短阵性房性早搏、房室传导阻滞检出率均高于常规心电图 ($P < 0.05$); 两种检查方法心房颤动检出率比较无明显差异 ($P > 0.05$)。结论: 冠心病心律失常选择 12 导联动态心电图进行诊断, 可鉴别心律失常心电信号波动, 提高临床检出率, 判断疾病类型。

关键词: 冠心病; 心律失常; 12 导联动态心电图

冠心病属于临床发生率较高的疾病, 患者同时存在心律失常的概率较大, 而心律失常的发生与年龄关联密切。疾病发生时患者感觉心悸、胸闷、多汗、低血压, 严重时会引起晕厥甚至猝死。常规心电图是诊断心律失常最常用, 也是最便捷的方法, 但是具有暂时记录能力不足的缺点。动态心电图 (Holter 监测) 可以 24 h 连续对心电活动情况进行记录, 为病情判断提供更为全面有效的依据^[1]。本研究重点分析 12 导联动态心电图诊断冠心病心律失常的临床价值。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

纳入 2019 年 8 月~2021 年 1 月 100 例冠心病心律失常患者, 其中男 40 例, 女 60 例; 年龄 48~77 岁, 平均年龄 (56.74 ± 6.83) 岁; 病程 2~8 年, 平均病程 (6.51 ± 1.13) 年。入组对象意识清晰, 自愿接受心电图及 12 导联动态心电图检查, 患者及家属签署知情同意书。排除合并严重血管病变、近阶段接受过洋地黄和奎尼丁治疗、精神疾病、意识障碍患者等。

1.2 诊断方法

1.2.1 常规心电图

协助患者保持平卧保持放松, 使用 12 导联同步心电图仪进行持续扫描, 扫描速度为每秒 25 mm, 扫描时保持基线稳定性, 能够获取清晰图像。

1.2.2 12 导联动态心电图

将电极贴贴放于胸部, 胸骨第二肋骨中线位置粘贴上肢

电极, 两侧贴放。下肢电极粘贴于肋骨下方 1 cm 位置, 持续检测 24 h 心电变化。

1.3 观察指标

对比不同方法检出准确度及心律失常类型检出情况。

1.4 统计学分析

研究数据输入统计学软件 SPSS22.0 中进行分析, 计数资料用 % 表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 不同检查方法心律失常检出率比较

12 导联动态心电图疾病检出率明显高于常规心电图 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 不同检查方法心律失常检出率比较 [n (%)]

组别	n	检出
常规心电图	100	64 (64.00)
12 导联动态心电图	100	91 (91.00)
χ^2		20.903
P		0.000

2.2 心律失常类型检出情况比较

12 导联动态心电图检出房性早搏、室性早搏、短阵性房性早搏、房室传导阻滞检出率均高于常规心电图 ($P < 0.05$); 两种检查方法心房颤动检出率比较无明显差异 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 心律失常类型检出情况比较 [n (%)]

组别	n	室性早搏	房性早搏	短阵性房性早搏	心房颤动	房室传导阻滞
常规心电图	100	24 (24.00)	33 (33.00)	17 (17.00)	15 (15.00)	15 (15.00)
12 导联动态心电图	100	46 (46.00)	57 (57.00)	43 (43.00)	11 (11.00)	41 (41.00)
χ^2		10.637	11.636	16.095	0.707	16.766
P		0.001	0.001	0.000	0.400	0.000

3 讨论

发生心律失常时, 患者心脏冲动和形成表现异常主要表现为房颤、室上速和室颤等, 会导致心脏搏动频率发生明显变化。发生心律失常会导致冠心病患者冠状动脉血流不断降低, 加重心肌缺血情况, 从而诱发心衰或是心绞痛。如果心

律失常长期持续对机体产生影响, 容易诱发血液循环障碍, 降低心排量, 极易引发猝死, 心电图是记录心脏电活动的仪器, 能够直观反映心脏器官兴奋产生、传导和恢复过程, 对临床诊断传导阻滞和心律失常价值显著。常规心电图是临床用于诊断心律失常的主要方法, 操作便利并具有可重复性, 能够准确判断心律失常发生的 ST 段变化, 但是对于特殊类型,

血浆置换分别联合胆红素吸附、双重血浆分子吸附治疗在肝功能衰竭患者中的应用对比

张静¹, 王小女², 闪海霞³ (1. 南阳医学高等专科学校临床系, 河南南阳 473000; 2. 南阳医学高等专科学校针骨系, 河南南阳 473000; 3. 南阳市中心医院感染科, 河南南阳 473000)

摘要: 目的: 对比血浆置换(PE)分别联合胆红素吸附(PBA)、双重血浆分子吸附(DPMAS)治疗肝功能衰竭的效果。方法: 选取2018年3月~2020年6月于南阳市中心医院诊治的肝功能衰竭患者90例, 依据随机数字表法分为对照组与观察组, 各45例。两组均予以常规对症治疗, 对照组采取PE联合PBA治疗, 观察组采用PE联合DPMAS治疗。比较两组临床疗效、肝功能指标、凝血功能指标与不良反应发生情况。结果: 观察组治疗总有效率高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗后丙氨酸氨基转移酶、门冬氨酸氨基转移酶、总胆红素、凝血酶原时间低于对照组, 白蛋白、胆碱酯酶、凝血酶原活动度明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: PE联合DPMAS较PE联合PBA治疗肝功能衰竭的效果更佳, 可显著改善患者肝功能, 且对凝血功能影响小, 不增加不良反应。

关键词: 肝功能衰竭; 血浆置换; 胆红素吸附; 双重血浆分子吸附

当肝脏在病毒、酒精、药物等多种因素的作用下, 出现肝细胞大量坏死, 引起功能障碍, 导致机体出现凝血功能障碍、黄疸、肝性脑病、腹水等, 即为肝功能衰竭^[1]。目前临床治疗肝功能衰竭主要以血浆置换(PE)为主, 能有效清除患者体内致病物质, 但血浆消耗量极大, 同时易出现过敏反应^[2]。为了有效利用血浆资源, 提高肝功能衰竭的治疗有效率, PE联合其他非生物型人工肝治疗模式方案已成为研究重点。为明确不同PE联合治疗方案的应用价值, 本研究对90例肝衰竭患者分别采取PE联合胆红素吸附(PBA)及PE联合双重血浆分子吸附(DPMAS)治疗, 并进行了分析比较。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年3月~2020年6月于南阳市中心医院诊治的肝功能衰竭患者90例。纳入标准: 满足《肝衰竭诊治指南(2018年版)》^[3]中的诊断标准; 为首次接受肝功能衰竭治疗。排除标准: 合并其他系统性疾病者; 合并恶性肿瘤者; 孕妇及哺乳期女性。依据随机数字表法将90例患者分为对照组与观察组, 各45例。对照组男32例, 女13例; 年龄30~65岁, 平均(45.21±4.11)岁。观察组男33例, 女12例; 年龄32~66岁, 平均(45.35±4.21)岁。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

所有患者入院后均予以护肝、抗病毒、营养支持等基础治疗, 常规为患者置留股静脉单针双腔导管, 用低分子肝素

和生理盐水预冲导管。

1.2.1 对照组

予以PE联合PBA治疗。先行PBA治疗: 分离血细胞与血浆, 对分离血浆使用BS330一次性血浆胆红素吸附器(健帆生物科技集团股份有限公司)进行吸附, 然后静脉回输吸附后血浆, 吸附时间为2.5~3.0 h。再行PE治疗: 治疗前给予患者醋酸地塞米松注射液(国药准字H51020513)5 mg、葡萄糖酸钙注射液(国药准字H20173348)10 ml静脉注射, 预防患者出现过敏反应。采用旭化成Plasauto IQ-21血液净化装置、EC-40膜型血浆分离器进行血浆置换, 每次置换血浆量为2000~3000 ml, 血液流速为120 ml/min, 血浆分离速度为25 ml/min。每间隔5~7 d治疗1次, 共治疗3次。

1.2.2 观察组

给予PE联合DPMAS治疗。先行DPMAS治疗: 分离血浆, 使用HA330-II树脂血液灌流器与BS330一次性血浆胆红素吸附柱(均由健帆生物科技集团股份有限公司提供)对血浆进行吸附, 后静脉回输至体内, 每次吸附量维持在3000~4000 ml, 吸附时间2.5~3.0 h。再行PE治疗, 操作同对照组。每间隔5~7 d治疗1次, 共治疗3次。

1.3 观察指标

(1) 比较两组临床疗效。临床症状与体征基本消失, 血清总胆红素(TBIL)降低 $> 50\%$, 凝血酶原活动度(PTA) $> 60\%$, 为显效; 临床症状与体征缓解, TBIL降低 $30\% \sim 50\%$, PTA $40\% \sim 60\%$, 为有效; 临床症状与体征未缓解甚至恶化, TBIL、PTA无变化, 为无效。总有效率=(显效

因难以捕捉到病理性心电活动而发生漏诊的情况^[2]。12导联动态心电图将计算机和心电图进行有机结合, 通过电脑保持24 h心电图结果, 并进行分析判断疾病情况。检查具有无创且持续检测特点, 能够准确记录暂时、阵发或是一过性心律失常信号, 从而判断心律失常情况。

本研究结果显示, 12导联动态心电图检出准确率高于常规心电图, 12导联动态心电图检出房性早搏、室性早搏、短阵性房性早搏、房室传导阻滞检出率高于常规心电图($P > 0.05$); 两种检查方法对心房颤动检出率无明显差异($P > 0.05$), 提

示心律失常应用动态心电图检查检出率总体情况更加理想。

综上所述, 相比于常规心电图, 动态心电图检测结果具有更为优异的准确率, 检测结果更加具体, 能够为诊断和治疗提供准确、可靠的依据, 推荐作为冠心病心律失常首选诊断方法。

参考文献

[1] 韩乃华. 12导联动态心电图对老年冠状动脉粥样硬化性心脏病患者心肌缺血、心律失常的诊断价值[J]. 中国实用医刊, 2019, 46(18): 56-58.