



探析 24 小时动态心电图对诊断心源性晕厥的临床意义

李先华 (慈利县人民医院, 湖南张家界 427200)

摘要: **目的** 探讨并分析应用 24 小时动态心电图诊断心源性晕厥的临床价值。**方法** 从我院 2012 年 7 月到 2015 年 7 月间就诊的不明原因黑朦、晕厥患者中随机抽取 94 例, 对本组患者实施 24h 动态心电图监测, 并详细记录患者在发病时的具体心电图表现, 统计晕厥患者与未晕厥患者的例数、心律失常例数及类型和 R-R 间期。**结果** 动态心电图监测时, 有晕厥情况出现的患者 26 例, 没有晕厥情况出现的患者 68 例, 晕厥组 (88.5%) 心律失常例数要高于未晕厥组 (67.6%), 其对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。晕厥组中阵发性房室传导阻滞的发生率要高于未晕厥组, 持续窦性心动过缓伴窦性停搏的发生率要低于未晕厥组, 其对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两种心脏停搏时间 (R-R 间期大于 3s 与小于 3s) 患者的晕厥次数存在显著差异, 其对比有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 应用 24 小时动态心电图诊断心源性晕厥具有较高的临床价值, 能够明确显示出患者的症状类型及晕厥病因, 为尽快开展临床治疗提供有力支持。

关键词: 心源性晕厥 24h 动态心电图 心律失常 临床价值

中图分类号: R540.41 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 05-087-01

晕厥是临床中一种较为常见的危重症状, 其病因包括脑源性因素、心源性因素以及血管抑制性因素等, 其中, 心源性因素约占 8% 以上, 且多为心律失常所致^[1]。大部分心脏疾病对临床诊断的时效性有着较高要求, 若错过最佳诊治时机, 患者有可能会面临着死亡风险。本文从我院 2012 年 7 月到 2015 年 7 月间就诊的不明原因黑朦、晕厥患者中随机抽取 94 例进行研究, 以探讨并分析应用 24 小时动态心电图诊断心源性晕厥的临床价值。现将具体研究结果作如下阐述。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本次研究从我院 2012 年 7 月到 2015 年 7 月间就诊的不明原因黑朦、晕厥患者中随机抽取 94 例作为主要研究对象, 本组患者均有 1 次 (含) 以上的晕厥史, 晕厥持续时间为 7s~4min, 平均持续 (2.18±0.31) min。本组患者均通过脑电图、CT、超声心动图以及静态心电图等检查, 但检查结果未明确得出晕厥症状的直接原因, 但主要症状与严重心律失常情况相似。全部患者中, 男性有 54 例, 女性 40 例, 年龄在 41~73 岁之间, 平均年龄为 (55.78±6.10) 岁, 病程在 1d~11a 之间, 平均病程为 (5.21±1.24) a。在开展 24h 动态心电图监测的前 1 周, 本组患者全部停止使用抗心律失常药物。

1.2 方法 常规于 24h 动态心电图监测系统下对患者实施动态跟踪监测, 具体监测方法如下所示: 于患者胸前体表位置粘贴肢体导联电极以及加压导联电极, 此后依次在两侧的 2 肋骨间粘贴双上肢, 具体粘贴在患者锁骨中线两侧的肋缘下约 1cm 处, 并按照常规心电图检查的方式对胸导联部位进行设置, 完整地、详细地记录不同通道所呈现出的主要心电图数据^[2]。在实施 24h 跟踪监测过程中, 嘱咐患者协助进行自身日常活动情况记录, 将标准症状的具体发作时间详细记录下来。临床医师结合心电图监测信息反馈、患者合并疾病和基础疾病的检查情况, 来进行临床分析, 经过一系列的合理判断、校正等手段, 对患者的症状、病情进行综合评定, 对患者的晕厥诱因实施合理判断。根据患者具体的诊断结果, 将心电图监测时有晕厥情况出现的 26 例患者纳入到晕厥组 (27.7%), 没有晕厥情况出现的 68 例患者纳入到未晕厥组 (72.3%)。比较和分析这两组患者的心律失常具体状况。

1.3 观察指标 统计晕厥组和未晕厥组患者中心律失常的例数及类型, 对两组中不同心律失常类型患者进行观察, 统计并记录其 R-R 间期。

1.4 统计学方法 针对上述基础数据, 采用 SPSS 16.0 软件包进行统计分析, 计量资料采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 来表示, 运用百分比表示计数资料, 统计方法以 t 检验及 χ^2 检验为主, 对比以 $P < 0.05$ 为有显著差异及统计学意义。

2 结果

2.1 针对不同心律失常类型患者的具体晕厥状况作比较 对比详情见表 1。全部患者中, 69 例患者 (73.4%) 有明确的心律失常表现, 25 例 (26.6%) 无心律失常。其中 58 例患者有严重心律失常表现, 占总心律失常人数的 84.1%。晕厥组 (26 例) 中心律失常 23 例 (88.5%), 未见心律失常 3 例 (11.5%); 未晕厥组 (68 例) 中心律失常 46 例 (67.6%), 未见心律失常 22 例 (32.4%), 晕厥组心律失常例数要高于未晕厥组, $\chi^2 = 4.17$, 其对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。晕厥组中阵发性房室传导阻滞的发生率要高于未晕厥组, 持续窦性心动过缓伴窦性停搏的发生率要低于未晕厥组, 其对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1: 不同心律失常类型患者的具体晕厥状况对比 [n(%)]

心律失常类型	晕厥组 (n=23)	未晕厥组 (n=46)	P 值
阵发性室性心动过速	1 (4.3)	2 (4.3)	1.000
阵发性室上性心动过速	2 (8.7)	3 (6.5)	0.743
阵发性房室传导阻滞	9 (39.1)	4 (8.7)	0.002
窦房阻滞	3 (13.1)	4 (8.7)	0.573
单纯房、室性期前收缩	2 (8.7)	9 (19.6)	0.244
持续窦性心动过缓伴窦性停搏	6 (26.1)	24 (52.2)	0.039

2.2 统计晕厥组的 R-R 间期情况 对比详情如下: 晕厥组中心脏停搏超过 3s 共发生 49 次, 其中出现晕厥症状 36 次; 心脏停搏低于 3s 共计 102 次, 均未出现晕厥情况, 两种心脏停搏时间 (R-R 间期) 患者的晕厥次数存在显著差异, 其对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

晕厥属于短暂性的意识丧失, 但是引起晕厥的原因较多, 心源性晕厥是其中病情危急、预后较差的一类, 大部分心源性晕厥患者都有可能发生阿斯综合征, 严重者甚至有生命危险^[3]。现有医学研究表明, 心源性晕厥的致死率已经达到了 18% 以上, 同时, 大多数患者的晕厥病症多由严重心律失常引起, 患者的病因与其预后有着十分密切的联系。因此, 研究晕厥的病因显得尤为重要。本研究通过对患者实施 24h 动态心电图监测, 取得的研究结果表明, 73.4% 的患者有明确的心律失常表现, 仅有 26.6% 的患者未发生心律失常。其中, 有严重心律失常表现的患者占总心律失常人数的 84.1%; 且晕厥组心律失常例数要明显高于未晕厥组, 提示患者在晕厥时常伴有严重心律失常表现。晕厥组中阵发性房室传导阻滞的发生率要高于未晕厥组, 持续窦性心动过缓伴窦性停搏的发生率要低于未晕厥组, 说明患者在晕厥时的心律失常症状是各种各样的, 但实施动态心电图监测能够明确显示出心律改变情况以及心率变化。同时两种心脏停搏时间 (R-R 间期超过 3s 或低于 3s) 患者的晕厥次数的对比存在显著差异, 提示晕厥的发生与心脏停搏时间密切相关。心脏停搏时间过长, 或者心动过速时间较长, 都会减少有效心搏出量, 导致大脑灌注, 从而引发晕厥^[4-5]。晕厥作为一种短暂性症状, 应用常规心电图检查难以准确发现晕厥病因, 24h 动态心电图监测可以不间断地、长时间地对动静状态下患者的心电变化情况进行检查和记录, 并且准确显示出心电改变与突发晕厥之间存在的关联, 为临床诊断和治疗提供重要的参考依据。综合上述研究, 结合 24h 动态心电图监测, 能够准确检出心源性晕厥病症及类型, 及时发现引起晕厥的因素, 便于对患者及时开展治疗, 对于改善患者的预后情况有着十分重要的意义。

参考文献

- [1] 杜亚丽. 24h 动态心电图对诊断心源性晕厥的临床意义 [J]. 中国现代医生, 2015, 53 (02): 91-93.
- [2] 原玲. 应用动态心电图诊断心源性晕厥的临床意义 [J]. 中国伤残医学, 2014, 22 (01): 174-175.
- [3] 杨旭丽, 高虹, 罗韶金等. 心源性晕厥的诊断和评估 [J]. 现代医院, 2015, 15 (01): 71-74.
- [4] 安晓飞. 心源性晕厥患者应用 24 小时动态心电图的诊断价值 [J]. 中国现代药物应用, 2014, 08 (14): 89-90.
- [5] 陈虹心, 孙炎华, 邝子良. 24 小时动态心电图对心源性晕厥病因诊断的价值 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2011, 32 (03): 370-371.