

• 临床研究 •

老年心源性晕厥诊断中动态心电图的临床应用分析

李萍萍

龙岩人民医院 福建龙岩 364000

【摘要】目的 分析老年心源性晕厥诊断中动态心电图的临床应用价值, 以期临床相关研究提供参考。**方法** 以我院 2018 年 10 月—2019 年 10 月抽样选取的 50 例老年心源性昏厥患者为研究对象, 均行动态心电图检查; 依据患者有无昏厥, 将其划分成晕厥、未晕厥两组; 比较两组动态心电图检查结果。**结果** 晕厥组室性期或单纯房性收缩、阵发性室性心动过速、阵发性心房扑动或纤颤、阵发性房室传导阻滞、窦房传导阻滞、窦性心动过缓且停搏的发生率、R-R 间距与未晕厥组相比, 存在较大差异 ($P < 0.05$)。**结论** 动态心电图在老年心源性晕厥诊断中实践价值较高, 值得临床应用。

【关键词】 老年; 心源性晕; 动态心电图; 诊断**【中图分类号】** R541**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-7711 (2020) 04-085-02

心源性晕厥即指因心输出量突然下降致使脑缺血所引发的昏厥, 严重者在昏厥发作期间可出现猝死, 是否有器质性心脏病是关乎患者预后的重要因素; 因此, 当存在左室功能缺陷或器质性心脏病的患者发生晕厥时, 应提高警惕猝死风险。有关国外报道表示^[1], 心源性晕厥患者的 1 年死亡率约为 18%-33%, 相较于心源性晕厥患者的 0%-12%, 显著较高。而通过及时诊疗, 则可有效降低该病死亡率。因此, 临床上还应加强对心源性昏厥诊断工作的重视, 以便于尽早发现、确诊该病, 从而促进治疗工作的顺利开展。为分析在老年心源性晕厥诊断中动态心电图的实践价值, 现对我院 50 例老年心源性昏厥患者展开探讨, 具体如下:

1 资料与方法**1.1 临床资料**

选择我院 2018 年 10 月—2019 年 10 月接收的 50 例老年心源性昏厥患者为研究对象, 其中, 男性 29 例, 女性 21 例, 年龄 60-83 岁, 平均 (71.24 ± 2.52) 岁; 病程 2-10 年, 平均 (5.12 ± 0.73) 年。入组标准: (1) 经临床诊断分析、病史询问、常规检查确诊为心源性晕厥, 且晕厥次数超过 2 次; (2) 自愿接受动态心电图检查; (3) 可积极配合本次研究; (4) 患者与家属皆知情且同意本次研究。剔除标准: (1) 非心源性昏厥患者; (2) 存在其他严重性疾病者; (3) 认知障碍、沟通障碍及精神疾病者。

1.2 方法**1.2.1 检查方法**

所有患者均开展动态心电图检查, 具体操作如下: 检查前 4d, 告知患者停止服用抗心律失常药物, 以保证检测结果的准确性。予以所有患者 24h 心电图连续检测, 在此期间, 不限制患者活动, 详细记录其临床症状及日常生活活动。

1.2.2 分组方法

检测期间, 依据患者是否发生晕厥, 将其分成晕厥组、未晕厥组。

1.3 观察指标

观察两组患者心电图检查结果。

1.4 统计学分析

在统计软件 SPSS21.0 系统中录入 50 例老年心源性昏厥患者研究数据, 计量资料 ($\bar{x} \pm s$)、计数资料 $n(\%)$ 分别行 t 、 χ^2 检验, 当 P 小于 0.05 时, 便可判定组间差异较大, 存在统计学价值。

2 结果

与未晕厥组相比, 晕厥组室性期或单纯房性收缩、阵发性室性心动过速、阵发性心房扑动或纤颤、阵发性房室传导阻滞、窦房传导阻滞、窦性心动过缓且停搏的发生率与 R-R 间距显著较高、较长, 组间存在明显差异 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 两组心电图检查结果对比

项目	发生例数 $n(\%)$		P	R-R 间距 ($\bar{x} \pm s, s$)		P
	晕厥组 ($n = 23$)	未晕厥组 ($n = 27$)		晕厥组 ($n = 23$)	未晕厥组 ($n = 27$)	
室性期或单纯房性收缩	9 (39.12)	2 (7.41)	0.007	3.29 ± 0.24	2.15 ± 0.23	0.000
阵发性室性心动过速	8 (34.78)	2 (7.41)	0.016	3.97 ± 0.28	1.57 ± 0.28	0.000
阵发性心房扑动或纤颤	6 (34.78)	1 (3.70)	0.004	4.23 ± 0.47	1.78 ± 0.25	0.000
阵发性房室传导阻滞	9 (39.12)	2 (7.41)	0.007	5.64 ± 0.31	1.79 ± 0.28	0.000
窦房传导阻滞	12 (52.17)	4 (14.81)	0.005	4.11 ± 0.32	1.42 ± 0.54	0.000
窦性心动过缓且停搏	7 (30.42)	1 (3.70)	0.029	3.79 ± 0.52	2.04 ± 0.28	0.000

3 讨论

心源性晕厥又称为阿-斯综合征、心源性脑缺血综合征, 在急诊科较为常见。该病以突然晕厥表现为主, 轻度患者有意识障碍, 眩晕, 重度患者意识则完全丧失, 多伴有大小便失禁、抽搐、面色苍白, 甚至出现猝死。该病的发生, 不仅可造成心功能损伤, 还会影响血液循环, 不利于患者身体健康。因此, 对于该类患者而言, 应趁早采取诊疗措施, 以降低该病死亡风险。

目前, 临床上多通过临床症状分析、病史询问、心脏听诊及心电图检查来鉴别诊断该病。对于症状较为明显者, 临床症状分析方式可对该病进行准确判断, 但对于病情较为隐匿者, 则无法进行有效诊断, 因此, 该种诊断方式存在较大的局限性, 还需结合其他检查方式进行共同诊断, 以提高临床诊断的准确性。病史

询问方式仅限于存在心源性晕厥史的患者, 而对于首发患者, 则无实践价值。心脏听诊是鉴别心源性晕厥的基础检查方式, 可明确诊断, 但仅限于病情发作期间的患者^[2-3]。另外, 老年患者发生心源性晕厥的因素较多, 如: 心功能衰退、心脑血管疾病等, 而心脏听诊方式则无法明确患者疾病性质及发病原因, 不利于临床治疗工作的开展。因此, 还需寻找一种高效、安全的检查方式, 以便于临床诊断工作的开展。

心电图是通过心电图机, 来记录心脏每一心动周期的技术, 是用于诊断、测量异常心脏节律的最佳方法。心电图检查主要包括常规心电图检查与动态心电图检查, 两者在临床上的应用范围均十分广泛。常规心电图为一种无创检查方式, 可明确各类型的心律失常性质与起源, 鉴别临床上暂时还不能确诊的晕厥、心悸、

胸闷、胸痛最具有实践意义^[4]。在心源性晕厥诊断中,常规心电图检查虽可发挥一定的指导作用,但不能给出全面的诊断信息,易出现漏诊现象。另外,心源性晕厥具有较强的不可预知性与偶然性,常规心电图只能反映患者某一时刻的心电变化,很难保证临床诊断的准确性。

动态心电图是利用动态心电图仪于患者日常生活状况下持续 24h 或更长时间监测、记录其心电活动情况,并通过计算机开展数据处理分析,以发现常规心电图检查所不能发现的心肌缺血、心律失常等疾病,为临床诊疗、疗效评估工作提供客观依据。该种检查技术是由霍尔特(Holter)在 1947 年首次用于心脏电活动监测的研究,目前已被广泛应用于心血管疾病预防检查中。相较于普通心电图,动态心电图在 24h 可持续记录高达 10 万多次的心电信号,从而可显著提升对非连续性心律失常、短暂性心肌缺血的检出率。另外,心电图还可帮助临床医师鉴别间歇发生的症状,如:眩晕、晕厥、心悸、胸闷是否为心源性,从而为相关疾病的临床早期诊治提供可靠依据。与常规心电图检查方式相比,动态心电图的科学性、全面性、准确性更强,疾病检出率更高,临床实践价值更显著^[5-6]。在心源性晕厥诊断中,动态心电图检查可于较长监控时间内实施不间断地记录、扫描患者心电信息,准确、及时地反映其病情变化,从而为心源性晕厥临床诊断、治疗提供可靠依据。在患者出现典型晕厥症状时,动态心电图可及时、准确地捕捉其心电治疗,为其疾病严重程度评估提供参考。心源性晕厥的发病突然、病情危重、预后差,尤其是老年患者,极易出现晕厥反复性发作,严重时,可造成患者死亡。动态心电图属于无创检查方式,易被患者接受,其不仅可鉴别出临床上无法辨明病因的晕厥,还可于长时间内监测反复发作的晕厥,对于患者疾病的评估、诊断及治疗具有重要作用^[7-8]。

(上接第 82 页)

力量,提高患者的思想意识^[5]。

综上所述,高血压病对人类的健康威胁较大,需要不断的提高宣传力度,培养患者自我管理意识与能力,才能够降低病症对患者的影响。

参考文献:

[1] 程颖,肖铃令.生活认知·行为方式·疾病——以原发性高血压为例[J].科技视界,2017(4):288-288.

(上接第 83 页)

由于喉癌危险因素较多,其不规范的手术和不规范的操作都能造成意外损伤,例如切口出血、肺部感染以及皮下气肿等,严重时将会造成死亡,因此应通过进行微创手术方法治疗,来加强患者的临床治疗。通过对比观察组患者的手术成功率为 95%,对照组患者的手术成功率为 63.3%,观察组患者手术成功率明显高于对照组^[3],观察组患者术后粘膜恢复率为 95%,对照组患者术后 72h 粘膜恢复率为 63.3%,观察组患者术后 72h 粘膜恢复率明显高于对照组,对照组患者并发症发生率为 15%,观察组患者并发症发生率明显低于对照组,且两组并发症发生率比较差异具有统计

(上接第 84 页)

参考文献:

[1] 于洋,孙晓琳,马春娅等.61 例自身免疫性溶血性贫血患者血型血清学特征及输血疗效评估[J].中国实验血液学杂志,2013,21(5):1275-1279.

[2] 戎世琴.不同输血方法对自身免疫性溶血性贫血患者血清学指标的影响[J].检验医学与临床,2018,15(9):1352-1354.

[3] 孙利,郭晓璐,吴海兵等.利妥昔单抗联合输血治疗自身免疫性溶血性贫血的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2016,

在本研究中,晕厥组患者动态心电图的室性期或单纯房性收缩、阵发性室性心动过速、阵发性心房扑动或纤颤、阵发性房室传导阻滞、窦房传导阻滞及窦性心动过缓且停搏的发生率、R-R 间距与未晕厥组相比,明显较高、较长,这提示老年心源性晕厥的发生和严重性心律失常存在密切关系。而 R-R 间距增加的出现,可能与交界区域自律功能衰退、窦房功能降低有关。

总而言之,在老年心源性晕厥诊断中动态心电图的应用,可提高临床诊断的科学性及准确性,具有较好实践价值。

参考文献:

[1] 李瑶,黄为,徐标.梗阻性与非梗阻性肥厚型心肌病临床特点及预后分析[J].中国医师进修杂志,2018,41(2):136-139.

[2] 周敏,贾方.动态心电图联合颈动脉彩色超声检查对老年冠心病患者的诊断价值[J].中华老年医学杂志,2018,37(10):1089-1091.

[3] 朱世国,王明松.小剂量阿司匹林联合阿托伐他汀对老年冠心病患者颈动脉粥样硬化的影响[J].中国循证心血管医学杂志,2016,8(1):63-65.

[4] 张红梅,王学工,李艳玲,等.常规心电图与动态心电图对冠心病心律失常的诊断价值比较[J].国际心血管病杂志,2017,19(a01):100-101.

[5] 董潇男,唐阔,王倩,等.超长时程动态心电图诊断心房颤动的临床应用研究[J].中华心律失常学杂志,2018,22(6):498-502.

[6] 廖廷妹.动态心电图与食道电生理检查对老年晕厥患者诊断价值的探讨[J].心血管病防治知识,2016(6):77-78.

[7] 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(1):174-175.

[8] 刘荣.动态心电图对可疑心源性晕厥的诊疗价值[J].淮海医药,2016,34(4):437-439.

[2] 宫铁季,袁伟.军队中青年高血压患者知识认知调查及血压影响因素分析[J].山西医药杂志,2017,46(14):1686-1688.

[3] 敖炼,李红梅,田朝霞.青少年高血压病人对低盐饮食认知现状的调查研究[J].全科护理,2017,15(28):3457-3459.

[4] 张咏梅.社区老年高血压和糖尿病患者跌倒认知与行为的调查研究[J].中国社区医师,2018(5):165-166.

[5] 高春红,梅克文,胡晓琳.知行模式对老年高血压患者自护能力及疾病认知水平的影响[J].中华现代护理杂志,2017,23(14):1867.

学意义($P < 0.05$)。综上所述,通过对喉癌的相关并发症进行分析,随后进行应用微创手术的治疗,其具有良好效果,减少了不良情况的发生,值得在临床医学中广泛推广。

参考文献:

[1] 潘利平.早期声门型喉癌及癌前病变中应用微创手术治疗的疗效及可行性[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(91):50+54.

[2] 顾文菁.CO₂激光与等离子治疗早期喉癌及癌前病变的可行性临床研究[D].吉林大学,2012.

[3] 蒋锐.电子喉镜联合窄带成像技术在喉癌下咽癌诊断中的价值研究[D].南京医科大学,2018.

32(11):984-986.

[4] 高晶晶,朱雄鹏,王明泉等.输注两种不同红细胞对自身免疫性溶血性贫血患者实验室指标及疗效影响的对比[J].中国实验血液学杂志,2017,25(3):921-925.

[5] 刘相富,廖志坚,邝丽华等.自身免疫性溶血性贫血的抗体鉴定及输血治疗一例[J].新医学,2016,47(11):778-781.

[6] 阿不都热依木阿吉?阿布都吉力力.探讨两种输血方式在自身免疫性溶血性贫血患者中的应用效果[J].检验医学与临床,2016,13(z2):338-340.