

• 临床研究 •

24h 动态心电图与常规心电图诊断早期复极综合征的比较

李萍萍

龙岩人民医院 福建龙岩 364000

【摘要】目的 比较 24h 动态心电图与常规心电图诊断早期复极综合征效果。**方法** 以我院 2019 年 5 月—2020 年 5 月收治的早期复极综合征患者 105 例为研究对象, 均施以常规、24h 动态心电图检测; 比较以上两种检测方式临床诊断结果与患者 24h 动态心电图特点。**结果** 24h 动态心电图检查方式早期复极综合征检出率 97.14% 显著高于常规心电图 82.86% ($P < 0.05$)。24h 动态心电图提示, 患者心率越低, ST 段抬高越显著。**结论** 与常规心电图相比, 24h 动态心电图诊断早期复极综合征准确性更高。

【关键词】 诊断; 早期复极综合征; 24h 动态心电图; 常规心电图

【中图分类号】 R541.7

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-7711 (2020) 05-077-02

早期复极综合征即指一类电生理或先天性心脏传导异常性症状, 主要分为良性、恶性两种, 临床上以良性较为多见^[1]。该病好发于青少年群体, 多数患者无显著症状, 部分患者会出现胸闷、胸痛等不适而就诊。但由于早期复极综合征心电图和心肌梗死、急性心肌梗塞较为类似, 易出现误诊现象, 从而耽误患者治疗^[2]。故而, 需找寻一种有效检测方式, 以提高临床诊断工作质量。为比较 24h 动态、常规心电图检查方式在早期复极综合征诊断中的应用价值, 现对本院 105 例早期复极综合征患者展开研讨, 详细如下。

1 资料与方法

1.1 基线资料

选择 2019 年 5 月—2020 年 5 月我院收治的 105 例早期复极综合征患者, 其中男性 68 例, 女性 37 例; 年龄区间 20~76 岁, 平均 (42.38±3.45) 岁。所有患者、家属了解且支持本次研究, 并通过医院医学理论委员会批准。

1.2 方法

常规心电图检查: 选用常规 12 导联心电图 (生产厂家: 济南凡华医疗器械有限公司, 型号: ECG-1210), 走纸速度设为 25mm/s; 保持检查环境整洁、干燥, 帮助其放松身心; 待患者心情平稳后, 协助其取平卧位; 按照常规心电图检查流程进行相应操作, 并注意安抚患者情绪, 以避免患者精神因素而导致检查结果出现偏差。检查基线保持平稳, 保证所记录心电图图像清晰, 以便于后期临床诊断开展。

24h 动态心电图检查: 选择动态心电图机 (生产厂家: 麦迪特伟业医疗技术有限公司, 型号: Holter), 动态记录患者 24h 心电图变化。肢体导联分别置于左侧与右侧锁骨下窝与三角肌上段中部相对应, 距离骨下缘约 2cm 部位和髂嵴连接中点、左右侧腋窝前线处于上端肋骨的下缘放置电极, 胸导联与常规心电图保持一致。

1.3 观察指标

观察常规、24h 动态心电图检查诊断结果及患者动态心电图特点。

1.4 统计学分析

计数资料 n (%) 在统计学软件 SPSS24.0 中实施 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 作为组间存在差异明显判断标准。

2 结果

2.1 比较常规、24h 动态心电图检查结果

相较于常规心电图, 24h 动态心电图早期复极综合征临床检出率较高, 组间差异较为明显, 有统计学差异 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 比较常规、24h 动态心电图检查结果 n (%)

检查方式	例数 / n	检出例数 / n	检出率 / %
常规心电图	105	87	82.86
24h 动态心电图	105	102	97.14
χ^2			11.905
P			0.001

2.2 分析 68 例患者 24h 动态心电图特点

24h 动态心电图检查结果提示, 夜间睡眠或白天安静情况下, 患

者心率普遍较慢, 当活动或情过激时, 心率显著加快。心率 ≥ 90 次 $\cdot \text{min}^{-1}$, 患者 ST 段升高通常 $\leq 0\text{mV}$, 且降为轻度低压或等电位线。患者心率达到 81~90 次 $\cdot \text{min}^{-1}$, 其 ST 段升高 0.05~0.09mV, 并 T 波电压呈下降状况或 ST 段降低。患者心率在 71~80 次 $\cdot \text{min}^{-1}$ 范围内时, ST 段升高 0.10~0.19mV。患者心率处于 61~70 次 $\cdot \text{min}^{-1}$, 范围内时, ST 段升高 0.20~0.29mV。患者心率在 51~60 次 $\cdot \text{min}^{-1}$ 范围内时, ST 段升高 0.30~0.39mV。患者心率处于 40~50 次 $\cdot \text{min}^{-1}$ 范围内时, ST 段升高 $\geq 0.40\text{mV}$ 。

3 讨论

早期复极综合征通常预后较佳, 无需施以特殊治疗, 但临床上易将其误诊为室壁瘤、急性心包炎、不稳定心绞痛、急性心肌梗死等^[3]。相关研究表明^[4], 约 50.00%~59.00% 早期复极综合征患者被误诊成心脏急症。部分早期复极综合征患者由于胸闷、胸痛到院就诊, 临床上借助常规心电图检查时, 通常将 ST 段抬高疑似急性心肌梗死而进行相应指标, 或把不稳定心绞痛误诊为早期复极综合征, 从而造成患者病情加重。另外, 一些早期复极综合征患者心电图还会产生 T 波倒置情况, 易被临床上判断为心肌缺血。因此, 选择一种有效检查手段, 对早期复极综合征临床诊断质量的提升尤为重要。

24h 动态心电图检查方式具有操作简单、实用性强、记录时间长、快捷、安全经济等优势, 可为临床诸多心血管疾病鉴别判断、治疗指导、预后判定提供可靠依据^[5]。在 ST 段、心律失常诊断方面, 24h 动态心电图检查可发挥独特优势。与常规心电图检查方式相比, 24h 动态心电图检查范围较为广泛, 可准确记录患者 24h 情绪变动、活动、休息等各种情况下的心率、ST 段改变, 从而为疾病临床诊断提供有效支持, 避免临床漏诊、误诊情况的发生。在早期复极综合征临床诊断过程中, 24h 动态心电图可清楚显示患者 ST-T 变化情况, 从而将其与其他疾病进行准确区别, 进而提升临床诊断准确性。夏忠楠等^[6]文献中报道, 早期复极综合征可能和心源性猝死、心律失常的出现存在一定关系, 通常具有反复室性心动过速发作史与反复昏厥发作史患者该病发生风险较高, 故而, 临床诊断过程中, 还应加强患者病史询问, 以避免漏诊或误诊现象的发生。由于 24h 动态心电图具有检测时效长、准确等特点, 目前已被广泛用于临床诊断中, 并获得了理想成效。在本研究中, 24h 动态心电图检出早期复极综合征率与常规心电图相比, 显著较高 ($P < 0.05$), 这提示 24h 动态心电图检查方式可有效提升早期复极综合征临床诊断准确性。105 例早期复极综合征患者 24h 动态心电图检查检查结果显示: 患者心率 ≤ 60 次 $\cdot \text{min}^{-1}$, 其 ST 段增高 $> 0.20\text{mV}$, 且跟随着其心率的下降, 其 ST 段升高越明显, 这提示 24h 动态心电图检测方式能准确反映患者心率和 ST 段升高间的关系, 便于临床诊断工作的开展, 具有较好实践价值。

总而言之, 相较于常规心电图, 24h 动态心电图检查方式的准确性较高, 记录时间较长, 在早期复极综合征临床诊断中的实践价值较高, 值得广泛应用、推广。

(下转第 80 页)

存在一定的弊端,若阻滞范围较大,会对患者的全身造成干扰,造成血流动力学的波动,对患者的生命安全造成了严重的威胁。除此之外,采用传统的麻醉方式极可能出现导致患者出现恶心、尿潴留以及腰痛等不良反应,严重降低了患者的生活质量,对切口的愈合时间也造成了一定的影响^[5]。随着我国医疗水平的不断进步,腰丛联合坐骨神经阻滞的麻醉方式也逐渐步入人们的视线,该麻醉方式具有定位准确、操作简单等特点,相对于传统的腰硬联合麻醉而言,不会对患者的全身造成干扰,同时还能有效减少并发症的发生率,在临床中得到了广泛的应用^[6]。研究显示,在使用腰丛联合坐骨神经阻滞对观察组患者进行麻醉后,患者的舒张压和收缩压明显优于对照组;观察组的并发症发生率为 5.00%,对照组为 17.50%,观察组明显低于对照组;观察组的感觉神经阻滞以及运动神经阻滞的起效时间、完善时间明显少于对照组,维持时间明显长于对照组,差异具有统计意义($P<0.05$)。由此可见,使用腰丛以及坐骨神经阻滞联合对实行下肢手术的患者进行麻醉,对患者的血流动力影响较小,可有效减少并发症的发生率。

综上所述,在下肢手术中应用腰丛以及坐骨神经阻滞麻醉的方式,可减少患者的并发症发生率,具有一定的安全性,值得推广。

参考文献:

(上接第 76 页)

体中的乳酸大量堆积,容易产生乳酸性酸中毒^{[2]-[3]}。并且随着机体持续性缺氧、脏器功能紊乱,对于乳酸清除率进一步下降,因此也是引发重症脓毒症患者高乳酸血症的主要原因。此类患者治疗中需要帮助改善其微循环灌注,纠正组织的缺氧状态,进而降低乳酸水平。连续性血液净化治疗能够连续性的清除患者机体中的多余溶质与水份,能够稳定且持续的调控患者血液内电解质、水、盐等代谢,促进血流动力学恢复平稳,并且能够对循环血液当中的毒素以及中分子物质进行有效清除,可帮助快速清除患者机体中的大量炎症因子,进而能够阻断炎症反应,促进患者病情恢复平稳,能够改善其机体灌注情况,进而降低乳酸产物,缓解乳酸堆积^{[4]-[5]}。从本次研究结果来看,观察组患者通过采取连续性血液净化治疗,该组患者 APACHE II 评分、血乳酸水平在治疗后 6~72h 内的改善效果好于对照组,并且该组患者 6h 内乳酸清除率显著高于对照组。进一步提示,连续性血液净化治疗,

[1] 李文浪. 超声联合神经刺激仪定位腰丛—坐骨神经阻滞在老年患者下肢手术中的应用[J]. 临床合理用药杂志, 2019, 012(016):133-134.

[2] 许培红, 谢建伟, 陈静岗. 超声引导下腰丛-坐骨神经阻滞在老年患者髋关节置换术麻醉中的应用价值[J]. 中国基层医药, 2018, 25(23):3020-3023.

[3] 陈堃, 李继, 柯希建, 等. 髂嵴消失定位法用于超声引导下后路腰丛神经阻滞的效果:与人工触诊法和旁矢状位法比较[J]. 中华麻醉学杂志, 2018, 38(6):699-702.

[4] 刘湘红, 黄穗葵, 邓瑞华. B 超引导下腰丛复合坐骨神经阻滞麻醉对老年股骨粗隆间骨折患者麻醉效果与免疫功能的影响[J]. 中国医师杂志, 2018, 20(11):1689-1692.

[5] 李林峰, 张丹, 颜琳. 超声引导下腰丛-坐骨神经阻滞对高龄髋关节置换术患者围术期氧化应激反应的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(07):97-100+104.

[6] 张序昊, 贺文泉, 文欣荣, 等. 超声联合神经刺激器引导腰丛神经阻滞在肥胖患者下肢手术麻醉中的应用[J]. 第三军医大学学报, 2019, 41(08):810-815.

有助于提升重症脓毒症患者的治疗效果,有助于降低机体血乳酸水平。

综上所述,针对重症脓毒症患者,采取连续性血液净化治疗有助于改善患者血乳酸水平并提高 6h 乳酸清除率,有助于促进患者转归。

参考文献:

[1] 蔡莉芬, 张建集, 董建霞. 连续性血液净化治疗重症脓毒症合并应激性心脏病疗效分析[J]. 中国医药导刊, 2016, 05:458-459.

[2] 覃江, 郭淋, 卢峰. 连续性血液净化治疗对严重脓毒症患者血乳酸水平及血流动力学的影响[J]. 右江医学, 2017, 06:689-692.

[3] 姚泓屹. 连续血液净化对重症脓毒症休克并心肌损伤患者的影响效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12:41-42.

[4] 迟天航, 宋吉官, 石俊. 乌司他丁联合连续性血液净化对重症脓毒症的治疗作用研究[J]. 中国医药指南, 2018, 29:94-95.

[5] 闫佳, 张营, 王志强. 连续性血液净化治疗对脓毒症降钙素原、C 反应蛋白及血乳酸的影响[J]. 中国实用医药, 2018, 31:59-60.

(上接第 77 页)

参考文献:

[1] 周淳, 瞿星光, 焦露, 等. 早期复极综合征心脏骤停一例[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2019, 033(003):285-286.

[2] 姜超, 罗东雷, 郭靖涛, 等. 外伤性心肌损伤误诊急性心肌梗死一例[J]. 中国综合临床, 2020, 36(03):282-283.

[3] 杨冰, 贾志越, 王国凤, 等. 早期复极晕厥患者三例行直立

倾斜试验的分析[J]. 中国药物与临床, 2019, 019(004):588-590.

[4] 姜红, 代淑华. 早期复极综合征患者心电图及临床特点分析[J]. 黑龙江医药科学, 2018, 41(03):33-34.

[5] 姜梅琴, 汪芳. 长时间动态心电图对心肌梗死后心律失常的监测价值[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2018, 32(06):20-24.

[6] 夏忠楠, 李晶洁. 心室复极化指标对恶性心律失常的预测[J]. 心血管病学进展, 2018, 39(06):51-55.

(上接第 78 页)

括气腹机、腹腔镜、冷光源及导光束、吸引器、电凝器、超声刀、气腹针、穿刺套管(Trocar)、扩张球囊、手控器械、设备架等,可以将腹腔镜镜头置入患者腹膜后/腹腔中,再利用数字摄像技术对腹腔镜镜头下的画面进行处理,在监视器下将图像显示出来,利用特殊腹腔镜技术开展手术操作^[3]。腔镜手术治疗不会对患者造成严重创伤,对患者早期康复有利,因此受到医务工作者和患者的一致认可^[4]。据相关研究指出,与传统开放手术相比,腔镜手术治疗的术中出血量比较少,对机体产生的不良影响相对较轻,对机体快速康复有利,因此可以取得显著的近期疗效。同时,腔镜手术的应用可以使患者住院时间缩短,对医院病床周转有利,促进医院经济效益结构变化^[5]。

本研究中,采用腔镜手术治疗的患者并发症发生概率为 9.09%,采用开放手术治疗的患者并发症发生概率为 25.00%,说明腔镜手术可以有效降低泌尿外科肾上腺占位疾病患者并发症发生概率。同时,采用腹腔镜手术治疗的患者术中出血量以及住院时间均少于开放手术治疗患者,说明腔镜手术可以减少术中出血量,缩短住院时间,对患者

康复有利。

结语:

针对泌尿外科肾上腺占位疾病采用腔镜手术治疗效果优于开放手术治疗效果,且术中出血量更少,住院时间更短,临床价值显著,值得推广。

参考文献:

[1] 郭举红. 后腹腔镜与开放手术用于泌尿外科疗效及安全性对比研究[J]. 医药前沿, 2016, 02(04):171-172.

[2] 王东, 刘竟, 李利军, 等. 机器人辅助腹腔镜技术治疗泌尿外科疾病的临床效果[J]. 现代泌尿外科杂志, 2015, 01(06):390-394.

[3] 徐泽利, 徐美琴. 腹腔镜术治疗泌尿外科疾病的疗效分析[J]. 当代医学, 2015, 01(26):84-85.

[4] 张德九. 腹腔镜手术治疗泌尿外科疾病患者的临床疗效[J]. 中国药物经济学, 2016, 01(02):130-131.

[5] 石武. 腹腔镜手术应用于泌尿外科的临床效果分析[J]. 中国实用医药, 2016, 11(29):104-105.