

研究简报

本校师生心脏室性早搏的诊断 与治疗病例分析

CASE-ANALYZING FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PREMATURE VENTRICULAR CONTRACTION

林志英

(上海水产大学卫生科, 200090)

Lin Zhi-ying

(Department of Hygiene, SFU, 200090)

关键词 室性早搏, 诊断与治疗, 病例分析

KEYWORDS premature ventricular contraction, diagnosis and treatment, case-analyzing

室性心律失常是一组类型较多的心脏疾病,其中室性早搏(室早)更为临床上最常见的一种。它不仅见于各种病因的心脏病患者,而且健康人也能发生。一般认为良性患者不予治疗也预后良好,但对于器质性心脏病患者,室早常可触发室性心动过速(室速)和心室颤动(室颤),尤其在心肌梗塞时,频发室早则有较大的危险性,重者会猝死。而抗心律失常药物一般都有不同程度的毒副作用,从而又增加了治疗的复杂性。笔者在临床实践中发现,我校师生中室早的患者亦为多见,有些患者常多次复发,影响了他们的工作与学习。因此,正确地诊断和治疗室早保障师生健康无疑是有积极意义的。笔者于1988年以来的5年间诊治了32例室早患者,均取得了较满意的结果。

1 材料与方法

1.1 对象

32例中,学生10例,教职工22例,34岁以下6例,35~49岁6例,50岁以上20例;最大年龄74岁。患者中冠心病9例,心肌炎后遗症4例,其它心脏病3例,高血压病8例。发病前有明显诱因者:劳累12例,上呼吸道感染6例,剧烈运动4例,其它有饮酒、吸烟、情绪激动、神衰等。

大多数患者有胸闷、心悸、心前区不适;少数有气促、呼吸困难等。小部分患者无明显症状或无症状。

1.2 方法

1.2.1 诊断

体征为心律不齐,闻及早搏,但诊断主要依靠心电图。心电图特征为:提前出现宽大畸形的 QRS 波群,其前无 P 波,QRS 时限 >0.12 秒,T 波与 QRS 主波方向相反,S-T 段随 T 波方向移位,代偿间歇一般为完全性。有时室早可逆传至心房,在 QRS 波群后可出现一逆行 P 波,有时室早可插入两次基本心搏之间,形成插入型早搏。早搏的 QRS 波群形态在同一导联相同,且配对间期相等,为单源性室早;如同一导联出现 2 种或 2 种以上形态的室早,且配对间期固定,则称为多形性室早,配对间期不等的称为多源性室早^[6]。按本文 32 例的临床认识,诊断为良性室早 16 例,潜在恶性室早 16 例。

1.2.2 治疗

对良性类患者,一般给予精神安慰,消除病人疑虑或用镇静剂等,仅对少数几例有明显症状的患者选用 1 种抗心律失常药。对潜恶性患者,在分别针对病因和诱因进行治疗的同时,选用抗心律失常药以缓解症状。如:应用心律平治疗共 10 例,其中 3 例是应用其它抗心律失常药疗效不满意而改服心律平,心律平治疗剂量为 450~600mg/d,待症状好转后改服维持量 300~400mg/d,经 3~3 周后停药。另有 4 例分别选用慢心律 600mg/d,乙胺碘呋酮 600mg/d,异搏定 240mg/d,心得安 30mg/d;见效后也及时调整为维持量:慢心律 400mg/d,乙胺碘呋酮 400mg/d,异搏定 160mg/d,心得安 20mg/d,维持 2~3 周。还有 2 例分别应用多种抗心律失常药后效果仍不满意,则联合应用乙胺碘呋酮 0.2 bid 和慢心律 0.1~0.15 tid 给予治疗,2~3 周后改为乙胺碘呋酮 0.2d,慢心律 0.2 bid 作为维持量。

2 结果

经以上治疗后,32 例室早患者症状均得到缓解,室早的频率减少且复杂性下降。对各病例多年随访了解良性类中有 4 例复发 1~2 次;潜恶性类中均有 1 次或多次复发,重复上述治疗措施后,症状及室早均得以控制,未发现室速、室颤病例,无一例发生猝死。

3 讨论

3.1 以往将室早分为功能性和病理性,采用 Lown 氏分级法

由于 Lown 氏分级法存在明显的局限性,而近年发表的心律失常抑制试验等研究,提出了对室性心律失常的新认识,提出了室性心律失常危险性新的分级方案,即按室性心律失常发生的背景及后果分为良性、潜在恶性和恶性 3 类^[4,7]。为了有效地进行治疗,正确鉴别这些类别是十分重要的。现将它们的鉴别要点列如下表:

	良 性	潜在恶性(包括恶性)
发生年龄	青年人多见	老人及儿童
发生时间	在临睡前,精神紧张,情绪激动,烟酒茶过量的情况下	在体力活动时
伴发症状	主诉多,症状明显,描述丰富离奇,富有戏剧性。正常人群中体检发现	自觉症状少或无症状
伴有心脏病	无	有明显心脏病
伴发诱发因素	某些病理、生理因素,如发热、电解质紊乱、感染等	应用心肌毒类药物,如锑剂,奎尼丁等
心律失常种类	仅一种单源性室早	多种心律失常同时存在,例多源性室早同时伴有房性早搏,传导异常等
心电图图形	单源性室早早搏未落在室的易激期	早搏可落在室的易激期, QRS 波显著畸形(时间宽于 0.16° 以上, 电压 $<1mV$), 切迹多, 错折多者有, 例如心肌肥厚, 心肌梗塞, ST 段或 T 波改变, Q-T 间期异常
伴有其他心电图异常	无	

3.2 关于室性心律失常的治疗问题

目前普遍的看法为对无症状或仅有轻微症状无危险性的心律失常原则上不予治疗,只有伴有症状或血流动力学改变时才予治疗;对于致命的恶性心律失常应予抢救及长期药物治疗。治疗的目标为缓解症状,预防猝死^[4]。我们的治疗原则正是遵循了这一普遍见解。

3.2.1 良性类患者的治疗

例1,曹某,平素健康,一次剧烈运动后加上饮酒,觉心悸就诊,听诊闻及12次/min早搏,心电图示室早频发多形性。予镇静剂和劝告戒酒后恢复正常,随访2~3年未见复发。例2,吴某,发热、咳嗽、咽痛1周伴有心悸、胸闷。早搏20余次/min,心电图示室早频发及成对。使用退热及感冒药后,早搏仍不见减少。即选用异搏定40mg tid治疗,3天后胸闷心悸消失,心电图复查未见早搏随即停药。随访3年未见复发。第1例,在去除了诱因以后,室早随即消失;第2例,在解除病因后仍有明显症状的患者,短期应用减量的抗心律失常药效果也很好。其它良性患者也都以类似的方法治疗均取得了明显的效果。

3.2.2 潜恶类16例均有心脏病为基础

例3,李某,为冠心病患者。曾因频发多源性室早住院过。有一次因劳累加上情绪激动,觉心悸胸闷,运动后症状加重。经查,血压高(25/15kPa),早搏25/min,心电图示室早频发、多形、多源及非持续性室速(NT-NS)。在给予降压、改善心肌供血、补钾、镇静等药物的同时,应用乙胺碘呋酮0.2 tid进行治疗,经以上治疗后患者自觉症状好转,血压渐趋正常,3天后心电图见偶发早搏。此后,在严密观察下改服乙胺碘呋酮维持量,维持2~3周。在多年随访中,发现患者因情绪激动而多次复发,在重复应用乙胺碘呋酮或心律平治疗后,症状即可缓解,而不长期用药。例4,汤某,有心肌炎史,一次剧烈运动后觉心悸头晕,早搏30余次/min,心电图示室早多形、多源性。我们选用心律平治疗,症状好转后改为维持量,2~3周就停药;同时应用改善心肌营养的药物。随访3年偶因感冒发热或运动过度又复发2次,仍用心律平短期治疗,疗效也很好。例5,黄某、张某都是心肌炎后遗症患者。心悸胸闷经常发生,心电图示室早复杂性的改变。在分别选用心律平,乙胺碘呋酮,慢心律等药后症状及室早的复杂性未见改善,我们为了增加药物的疗效和减少毒副作用,联合应用减量的乙胺碘呋酮和慢心律治疗,疗效显著。诚如人们所认识的,抗心律失常药物虽然种类繁多,但没有一种药物对所有病人都有效。因此,在以上的病例中,我们一般先选用1种抗心律失常药进行治疗,若无效则另选1种,一般均能见效,仅少数病例需联合用2种药物。但是这些药物均有程度不同的不良毒副作用,在治疗应用中有风险^[5]。Akhtar等(1990)报告也表明,长期应用抗心律失常药反而使猝死或心脏停搏率及总死亡率显著高于安慰剂组,这显然与药物的不利因素有关。为了避免这种风险,我们在治疗中,待症状缓解后即改用维持量以巩固疗效,但不长期用药,这种做法是明智的。

3.3 关于潜恶类的病因问题

本文16例潜恶类中主要是在冠心病和心肌炎后遗症基础上并发室早。冠心病罹患对象多为中老年。流行病学资料表明,我国冠心病的患病率有增加的趋势,而且冠状动脉粥样硬化相似程度的病变在80年代比50年代年龄提早5~10年^[6]。本校中老知识分子体检资料也表明,冠心病发病率也在逐年上升。我校中老年知识分子中超重肥胖者多,高血脂者多,高血压症者多,眼底动脉硬化者多,在这一组心血管疾患的高危人群中,室早的患病人数逐渐增多且屡次复发。因此,冠心病患病率增加的趋势值得大家重视,并积极加以防治。流行病学资料表明,多食海鱼及鱼油的人群,心血管疾病的发病率较低^[6]。动物试验和临床研究表明:鱼油中的多不饱和脂肪酸二十碳五烯酸(EPA)和二十二碳六烯酸(DHA)可降低血脂和胆固醇,抗血小板凝集,并具有增强红细胞的可塑性,降低血液粘滞性,可用于防治动脉粥样硬化、心肌梗塞和高血压^[1,6,7]。因此,提倡多食海鱼及鱼油防治心血管疾病,保护人民健康具有积极意义。心肌炎罹患对象多为中青年。近10年来,心肌炎的发病率也呈逐年上升的趋势,在我国以柯萨奇及流感病毒居多^[2]。故预防心肌炎首先要预防病毒性感染。在本校的集体人群中要重视流感和普通感冒的防治对青少年的健康也有重要的意义。

4 小结

(1) 室性早搏是临床上最常见的一种室性心律失常。按新的分级方案分为良性、恶性和潜在恶性3类。5年内我们收治了32例,其中良性及潜在恶性各16例。

(2) 良性患者一般不予治疗,预后亦良好。对潜恶类的治疗目标为缓解症状,预防猝死。在应用抗心律失常药物时应权衡其效益与风险。原则上只选用1种或联合应用2种药物治疗,显效后即改用维持量以巩固疗效,但不长期用药。经多年随访了解,32例师生均有显著疗效。

(3) 潜恶类患者多为冠心病或心肌炎后遗症基础上并发室早,故防治冠心病及心肌炎有重要意义。

参 考 文 献

- [1] 王谷亮等,1992.鱼油对某些心脑血管疾病危险因子的作用.中华内科杂志,31(4):209—212.
- [2] 刘力生等,1992.心血管疾病近十年来的主要进展.中华内科杂志,31(8):478—482.
- [3] 周德权,黄志斌,1992.鱼油对幼鼠血清总脂、总胆固醇及组织脂肪酸组成的影响.水产学报,16(3):226.
- [4] 徐成斌等,1992.全国快速心律失常药物治疗座谈会纪要.中华内科杂志,31(10):599—604.
- [5] 陶寿淇,1992.快速心律失常药物治疗的效益与风险.中华内科杂志,31(10):595—596.
- [6] 郭继鸿等,1991.心律失常专题笔谈(一)—心律失常的分类及诊断思路.中级医刊,26(3):8—11.
- [7] Akhtar, A. *et al.*, 1990. CAST and beyond implications of the cardiac arrhythmias suppression trial. *Circulation*, 81:1123—1127.
- [8] Robertson, T. L. *et al.*, 1977. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California. *Am. J. Cardiology*, 39:244—249.