

- 医出版社,2005:708-719.
- [2] 荣国威,翟桂华,刘沂,等,译.骨科内固定[M].3版.北京:人民卫生出版社,2000:98-99,195.
- [3] 莫子丹,陈鸿辉,梁保国,等.滑动加压鹅颈钉治疗股骨粗隆间骨折[J].中国矫形外科杂志,1999,6(5):331.
- [4] 郭勇,王景续,冷重光.采用人工股骨头置换治疗高龄粗隆间骨折的几点经验[J].中国矫形外科杂志,2007,15(6):471.

- [5] 沈延东,郑康.人工股骨头置换术治疗高龄非稳定性股骨转子间骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2007,22(4):286.
- [6] 詹儒东,邱汉民,邱永荣.DHS治疗老年人股骨转子间骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2007,22(1):71.

(收稿日期:2007-07-30;修回日期:2007-09-11)

(本文编辑 黄攸生)

急性下壁心肌梗死62例临床分析

刘万林¹,常永和¹,鞠云枫²,王小平²

(1. 盐城军分区卫生所,江苏盐城 224001;2. 盐城市第一人民医院,江苏盐城 224001)

[关键词] 心肌梗死;下壁;心电图

中图分类号: R542.2+2 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)02-0133-02

回顾分析62例急性下壁心肌梗死患者入院时部分临床资料,以说明心电图其与前降支病变的相关关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1998年1月至2005年12月收治急性下壁心肌梗死患者62例,其中男52例,女10例;年龄19~78岁,平均年龄52.6岁。伴高血压者14例(占22.6%),伴糖尿病患者9例(占14.5%),高血脂者21例(占33.9%)。

1.2 急性下壁心肌梗死的诊断标准 ①胸痛持续时间>30 min;②心电图Ⅱ、Ⅲ、aVF导联异常Q波且ST段弓背向上抬高≥1 mm;③心肌酶水平升高>正常值上限的2倍。62例患者中,其中梗死部位分别为:单纯下壁12例,下壁伴正后壁16例,下壁伴右室梗死8例,下壁伴后壁、侧壁心肌梗死13例,下壁伴右室、后壁心肌梗死13例。

1.3 心电图评价 以胸前导联V1~6中至少2个相邻导联ST段下降≥1 mm(QRS波J点后0.108秒测量)为标准。根据起病后24小时内的心电图改变将62例患者分为4组。I组:胸前导联ST段无明显下降;II组:V1~3导联(前间壁)ST段下降;III组:V4~6导联(前侧壁)ST段下降;IV组:V1~6导联(广泛前壁)ST段下降。

1.4 冠状动脉造影 采用Judkin法进行冠状动脉及左室造影。完成时间为梗死后2小时至4周。其中冠脉造影结果显示狭窄程度≥70%者视为有意义的病变。根据造影病变血管供血区室壁运动异常和体表心电图的关系而确定梗死相关血管(IRA)。

1.5 统计学处理 计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

作者简介:刘万林(1955-),男,江苏建湖人,本科,副主任医师,从事医疗保健工作。

2.1 心电图 胸前导联ST段无明显下降者9例(14.5%);V1~3导联(前间壁)ST段下降者12例(19.4%);V4~6导联(前侧壁)ST段下降者21例(33.9%);V1~6导联(广泛前壁)ST段下降者20例(32.2%)。

2.2 冠状动脉造影 3例显示正常。59例异常者中IRA为右冠状动脉者42例(71.2%);回旋支者为17例(28.8%);其中合并前降支病变者37例(62.7%),未合并者22例(37.3%)。

2.3 胸前导联ST段下降与前降支(LAD)病变关系 合并LAD病变患者常规心电图显示I组33.3%(3/9)和II组16.7%(2/12)、III组81.0%(17/21)和IV组75.0%(15/20)间无统计学差异,而III组、IV组分别与I组和II组比较则差异有显著性(P 均<0.05)。

3 讨论

既往认为急性下壁心肌梗死大多预后良好,其梗死相关血管绝大多数为右冠状动脉或回旋支。体表心电图表现为Ⅱ、Ⅲ、aVF导联ST段抬高,同时存在胸前导联ST段压低为镜像改变。本组根据患者发病24小时内体表心电图改变并结合冠脉造影结果得出以下结果:急性下壁心肌梗死伴广泛前壁(V1~6导联)和前侧壁(V4~6导联)ST段下降者其合并前降支病变的发生率明显高于前间壁(V1~3导联)ST段下降和无胸前导联ST段下降者,与国外报道相似^[1]。目前认为,急性下壁心肌梗死合并广泛前壁或前侧壁ST段下降的主要原因为前降支粥样硬化,造成前壁或前间壁缺血或心内膜下心肌梗死。

本组资料显示:急性下壁心肌梗死伴胸前导联ST段下降提示合并前降支病变^[2],故其梗死面积较大,并发症多,预后差^[3],值得临床医生参考。

参考文献

- [1] The GRACE investigators. Rationale and design of the

GRACE(Global Registry Acute Coronary Events) Project: a multinational patients hospitalized with acute coronary syndrome[J]. Am Heart J, 2001, 141(5): 190-199.

- [2] Birnbaum Y, Herz I, Sclarousky S, et al. Prognostic significance of precordial ST segment depression on admission electrocardiogram with inferior wall myocardial infarction[J]. J

Am Coll Cardiol, 1996, 28(11): 313-318.

- [3] Elsasser A, Suzuki K, Schaper J. Unresolved issues regarding the role of apoptosis in the pathogenesis of ischemic injury and heart failure[I]. J Mol Cell Cardiol, 2000, 32(5): 711-724.

(收稿日期: 2007-08-09; 修回日期: 2007-10-20)

(本文编辑 潘雪飞)

· 短 篇 ·

老年心律失常 31 例临床分析

张世恩

(江西省军区上饶军分区干休所卫生所, 江西上饶 334000)

[关键词] 老年人; 心律失常

中图分类号: R541.7 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)02-0134-01

2000年1月至2007年1月在我所休养老干部及其家属、遗属中发生心律失常31例, 现行临床分析并报告如下。

1 临床资料

1.1 性别与年龄 本组男20例, 女11例; 69~75岁7例, 76~80岁10例, 81~93岁14例, 平均年龄79.4岁。

1.2 病因 本组老年患者多患有多种疾病, 最多达8种, 其中2种疾病以上者28例(90.3%), 其主要病因: 冠心病28例, 高血压病24例, 风心病3例, 脑血栓5例, 胆石病, 胆囊炎4例, 慢性支气管炎, 肺部感染, 肺气肿7例, 糖尿病6例, 急性胃肠炎2例。

1.3 心律失常类型 窦性心动过速2例, 窦性心动过缓3例, 室性早搏7例(频发4例, 多源性1例), 房性早搏8例, 心房纤颤4例, 房性心动过速2例, 室上性心动过速1例, 完全性右束支传导阻滞3例, 左前分支阻滞1例。其中窦性心动过缓+交界性早搏1例, 心房纤颤+室性早搏2例, 窦性心动过缓+房性早搏1例, 室性早搏+完全性右束支传导阻滞2例, 心房纤颤+完全性右束支传导阻滞1例。

2 治疗及结果

本组2例窦性心动过速经服用倍他乐克片后均转为窦性心律; 3例窦性心动过缓中2例应用山莨菪碱后心率提高达正常, 1例应用阿托品仍无改善后植入永久性起搏器; 7例室性早搏其中5例伴高血压病, 服用倍他乐克片后早搏均消失(血压也降至正常), 服用胺碘酮片1例室性早搏消失, 1例室性早搏减少; 7例房性早搏服用普罗帕酮后均消失, 1例房性早搏补充钾后消失; 心房纤颤中3例急性心房纤颤(2例出现阵发性房颤)服用胺碘酮后均消失, 慢性心房纤颤1例控制不较理想后出现肺栓塞后死亡; 2例房性心动过速服用普罗帕酮或心律平片后均完全消失; 1例室上性心动过速经按

压眼球及刺激咳嗽反射未转复后给予异搏定注射液10mg静推后终止发作; 2例完全性右束支传导阻滞及1例左前分支传导阻滞均为永久性。1例服用倍他乐克后出现窦性心动过缓(心率52次/分), 停药后恢复正常。

3 体会

心律失常在老年患者中最常见, 老年人往往因脂类代谢紊乱而引起窦房结、结间束及周围区域的弹性和胶原纤维局灶性增厚和脂肪浸润, 后者会影响心肌兴奋性的传导, 也可能与随着年龄增加, 窦房结细胞及心脏传导束神经纤维密度逐渐减少有关^[1]。

值得注意的是, 老年患者合并症多, 病情复杂, 机体反应能力差, 发病过程隐匿, 病情变化快, 有些疾病不能及时发现, 尤其感染性疾病, 易导致心律失常的发生和发展, 因此对老年的心律失常患者要进行全面体检, 细微观察病情, 及时发现问题, 及时处理。特别有些老年人长期服用多种药物, 药物间的相互作用以及肝功能减退所影响药物的代谢和排泄, 增加了抗心律失常药物的副反应, 因此老年人在使用抗心律失常药物治疗时应掌握好药物剂量, 用药前了解肝肾功能, 以调整药量, 了解药物间的协同和拮抗作用以及个体差异^[3]。同时要向老年患者反复交待, 耐心指导, 做好心理上的疏导, 增强老年患者战胜病魔的信心, 确实提高为老年患者医疗保健服务的质量。

参考文献

- [1] 谢晓华. 围手术期心律失常及其处理[J]. 解放军保健医学杂志, 2006, 8(4): 200-203.
[2] 范利. 老年心律失常的治疗对策和进展[J]. 解放军保健医学杂志, 2000, 2(1): 4-6.

(收稿日期: 2007-12-15)

(本文编辑 潘雪飞)