

## · 临床经验 ·

## 预激综合征伴快速房颤 41 例急诊复律的临床观察

周荣耀, 丁 华, 尹述旺, 陆 洋, 江一帆, 申前进

**[摘要]** 目的 比较静脉注射盐酸胺碘酮药物复律和直接电复律治疗预激综合征伴快速房颤的疗效及安全性。方法 回顾性分析南京中医药大学附属八一医院急诊科 2012 年 3 月至 2017 年 1 月收治的预激综合征伴快速房颤 41 例临床资料, 根据复律方法分为药物复律组 21 例和电复律组 20 例, 对比分析 2 组患者治疗疗效及安全性。结果 电复律组复律成功率 100%, 高于药物复律组的 66.67% ( $P < 0.05$ )。电复律组不良反应发生率 5.00%, 低于药物复律组的 28.57% ( $P < 0.05$ )。结论 预激综合征伴快速房颤电复律成功率高, 且不良反应少, 临床上可优先选择电复律。

**[关键词]** 药物复律; 电复律; 预激综合征伴快速房颤

**[中图分类号]** R541.77 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1672-271X(2017)04-0407-02

**[DOI]** 10.3969/j.issn.1672-271X.2017.04.019

预激综合征亦称为沃尔夫-帕金森综合征(Wolff-Parkinson-White syndrome, W-P-W syndrome), 是急诊科临床常见的一种心律失常, 其病理生理改变是由于房室间冲动传导经附加旁道下传, 使心室肌提前激动<sup>[1]</sup>。根据相关统计, 预激综合征患者中约有 30% 的患者可合并房颤<sup>[2]</sup>, 少数患者可进展为心室颤动而猝死, 一旦出现预激综合征合并快速房颤, 必须立即复律<sup>[3]</sup>。临床上大多先行药物复律, 药物复律不成功的情况下方才选用电复律, 本研究旨在对比分析药物复律和电复律的疗效及安全性, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 对象** 回顾性分析南京中医药大学附属八一医院急诊科 2012 年 3 月至 2017 年 1 月收治的预激综合征伴快速房颤 41 例临床资料, 其中男 29 例, 女 12 例, 年龄 44~61 岁。均经过病史及心电图确诊为预激综合征伴快速房颤, 患者就诊前 1 周内未行抗心律失常药物治疗, 发作时心电图 P 波消失, 代之 f 波多不明显, R-R 间期绝对不齐, 心室率 185~220 次/min, 平均 205 次/min, 心室率极快, QRS 波群变异性大, 形态不一, 多以完全预激图形为主。根据复律方法分为药物复律组 21 例和电复律组 20 例。2 组患者性别、年龄、烟酒嗜好等方面差异均无统计

学意义( $P > 0.05$ ), 有可比性。

**1.2 方法** 药物复律组: 患者在血流动力学稳定情况下, 给予平卧位, 心电监护, 吸氧, 监测血压, 建立静脉输液, 盐酸胺碘酮首次剂量 150 mg 稀释于 20 mL 等渗盐水, 10 min 内静脉注射, 30 min 未转为窦性心律再给 150 mg 静脉注射, 继之以 0.5~1.0 mg/min 持续静滴 1 d。电复律组: 患者均给予平卧位, 心电监护, 吸氧, 监测血压, 建立静脉输液, 用安定镇静后直接电击复律, 先用 100 J 同步直流电复律, 若不成功, 则改用 200 J 同步直流电复律。对 2 组患者不同复律治疗方法的转复成功率和治疗过程中的并发症进行比较分析。

**1.3 统计学分析** 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析, 计数资料以率(%)表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 临床疗效** 41 例患者中, 分别单独经药物或电复律成功者 34 例, 总有效率 82.93%。药物复律组 14 例(66.67%)转复成功, 7 例药物复律转复不成功者改用电复律转复成功。电复律组 20 例(100%)均转复成功, 其中 1 例患者使用 100 J 电复律不成功, 使用 200 J 电复律成功。电复律组转复成功率高于药物复律组( $P < 0.05$ )。

**2.2 不良反应** 药物复律组有 6 例(28.57%)在用药后出现低血压, 应用多巴胺后血压逐渐稳定。电复律组有 1 例(5.00%)出现皮肤轻度灼伤, 余无不良反应。电复律组不良反应率低于药物复律组( $P < 0.05$ )。

作者单位: 210002 南京, 南京中医药大学附属八一医院急诊科

引用格式: 周荣耀, 丁 华, 尹述旺, 等. 预激综合征伴快速房颤 41 例急诊复律的临床观察[J]. 东南国防医药, 2017, 19(4): 407-408.

### 3 讨 论

预激综合征伴快速房颤是房颤中比较特殊的一种情况,发作时可造成极快的心室率,患者往往感到明显胸闷心悸,少数患者还可诱发室性心律失常,造成严重血流动力学紊乱。预激综合征伴快速房颤的发病机制较为复杂,一般认为该病的发生与电冲动折返有关,男性、吸烟史、显性房室旁路是该病的独立危险因素<sup>[4]</sup>。当预激综合征合并房颤时,心电图大多表现为连续宽大的 QRS 波,与室性心动过速的心电图表现相似<sup>[5]</sup>。通过对长程心电图的分析,可发现少数经房室结下传的窄 QRS 波,并在宽 QRS 波中寻找  $\delta$  波,有助于鉴别<sup>[6]</sup>。

预激综合征伴快速房颤患者由于有较高的危险性,临床上必须予以复律,包括电复律和药物复律。洋地黄、 $\beta$  受体阻滞剂、非二氢吡啶类钙拮抗剂被禁用于该病的复律治疗,因这些药物可导致经旁路前传增加,会使心室率进一步增快。临床上常选用胺碘酮治疗预激综合征伴快速房颤,胺碘酮属于Ⅲ类抗心律失常药物,包含了全部 4 类抗心律失常药物的药理作用,其中Ⅲ类药理起效时间较长,Ⅰ、Ⅱ、Ⅳ类的药理作用较快<sup>[7]</sup>。小型研究表明静脉胺碘酮对于预激伴房颤疗效肯定,但也应注意静脉用药后导致心室率加快导致室颤的不良反应<sup>[8]</sup>。预激综合征伴房颤的药物治疗效果往往不理想,当药物复律无效或患者自愿选择,可以选择行电复律,循环不稳定的患者首选电复律。本研究观察到药物复律组转复率较低(66.67%),而药物不良反应多(28.57%),且 7 例患者最终仍需行电复律。直接

电复律组转复率高(100%),不良反应少(5.00%)。2 组患者复律成功率及治疗不良反应发生率存在显著性差异。因此,预激综合征伴快速房颤治疗电复律成功率高,且不良反应少,临床上可优先选择电复律。

### 【参考文献】

- [1] 马晓华,徐海,张启高. 预激综合征的研究进展[J]. 医学研究生学报,2011,24(12):1340-1344.
- [2] Hafeez I, Sohail MM, Lone A, *et al.* Low voltage electric injury induced atrial fibrillation as a presenting feature of Wolff-Parkinson-White syndrome: a case report[J]. Oman Med J, 2013, 28(6):464-465.
- [3] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:201-204.
- [4] 王燕燕,章悦,耿慧,等. 预激综合征合并房颤的危险因素分析[J]. 现代仪器与医疗,2017,23(1):51-52.
- [5] 汤建民,黄振文,李鼎,等. 预激综合征患者发生阵发性心房颤动机制的探讨[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2006,20(5):410-412.
- [6] 中华医学会心血管病学分会,中国生物医学工程学会心律分会,中国医师协会循证医学专业委员会,中国老年学学会心脑血管病专业委员会,《心律失常紧急处理专家共识》专家工作组. 心律失常紧急处理专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2013,41(5):363-376.
- [7] 王燕,吕华,邵坤泉,等. 三种药物治疗阵发性心房颤动的疗效对比[J]. 东南国防医药,2010,12(3):232-234.
- [8] Boriani G, Biffi M, Frabetti L, *et al.* Ventricular fibrillation after intravenous amiodarone in Wolff-Parkinson-White syndrome with atrial fibrillation[J]. Am Heart J, 1996, 131(6):1214-1216.

(收稿日期:2017-02-28; 修回日期:2017-04-24)

(本文编辑:叶华珍)