

300 例老年人心律失常分析

岑彩玲¹, 廖宪江²

(中山大学 1. 北校区保健科心电图室, 广东广州 510089, 2. 附属第二医院心电图室, 广东广州 510120)

摘要:【目的】探讨老年人心律失常的类型、病因。【方法】以标准 12 导联心电图检查、分析 300 例老年人心律失常的发病类型及病因。【结果】心律失常类型包括心房纤颤占 39.33%, 房性早搏 37.33%, 室性早搏 26.00%, 窦性心动过速 4.67%, 紊乱性房性心动过速 4.00%, 室上性心动过速 0.67%, 室性心动过速 0.67%, 窦性心动过缓 3.33%, 房室传导阻滞 2.67%, 左前分支阻滞 2.00%, 右束支阻滞 2.00%, 左束支阻滞 1.00%, 窦房阻滞 0.67%, 常见病因有冠心病占 51.33%, 高血压病及高血压性心脏病 20.66%, 肺心病 14.67%。【结论】老年人心律失常类型多样, 病因以冠心病、高血压病、肺心病居多。

关键词: 老年人; 心电图; 心律失常

中图分类号: R540.4; R541.7 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0138-02

心律失常是老年人各类心脏疾病中常见的临床表现, 多见于器质性心脏疾病, 在诊断和治疗上具有一定的特殊性。我们对中山大学附属第二医院及北校区保健科 2000 年 1 月至 2000 年 8 月门诊及住院的 300 例老年人心律失常的类型、病因进行分析, 以探讨老年人心律失常的发病情况, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 300 例老年人心律失常患者中, 男 180 例, 女 120 例, 男女之比为 1.5:1; 年龄 60~89 岁, 平均 75 岁。

1.2 检查方法

全部病例经标准 12 导联心电图检查证实。

2 结果

300 例老年人心律失常中心房纤颤(房颤) 118 例次(39.33%), 房性早搏(房早) 112 例次(37.33%), 室性早搏(室早) 78 例次(26.00%), 窦性心动过速 14 例次(4.67%), 紊乱性房性心动过速 12 例次(4.00%), 室上性心动过速 2 例次(0.67%), 室性心动过速 2 例次(0.67%), 窦性心动过缓 10 例次(3.33%), 房室传导阻滞 8 例次(2.67%), 左前分支阻滞 6 例次(2.00%), 右束支阻滞 6 例次(2.00%), 左束支阻滞 3 例次(1.00%), 窦房阻滞 2 例次(0.67%), 合并两种心律失常 65 例(21.67%), 合并有 3 种心律失常 8 例(2.67%)。

经临床诊断冠心病 154 例(51.33%), 其中有 60 例经冠脉造影诊断。高血压病 46 例(15.33%), 肺心病 44 例(14.67%), 高血压性心脏病 16 例(5.33%), 甲亢性心脏病 12 例(4.00%), 心肌病 4 例(1.33%), 其他疾病及病因未明者 64 例(21.33%), 其中 40 例(13.33%)兼患 2 种疾病。

3 讨论

心脏激动起源异常、传导障碍或两者同时并存, 引起心律失常。老年人心律失常较为常见, 原因可能是由于: ①心

脏传导系统退行性病变, 使老年人窦房结自律性或传导性低下; ②心房肌退行性纤维性变, 心房顺应性减低, 心房压力增高和容量增大; ③与老年人器质性心脏病发病率相关^[1,2]。近年来高血压左室肥厚与室性心律失常的关系受到国内外学者的普遍关注。许多资料证实, 高血压左室肥厚与室性心律失常的发生率和严重程度密切相关^[3]。老年人心律失常及复杂性心律失常发生率均较高。本组 300 例各种类型的心律失常中, 以室上性快速心律失常最多, 房颤及房早(共 76.67%)占首位, 其次是室性心律失常, 其中以室早为主(占 26%)。窦性心动过缓和房室传导阻滞也不少见。

年龄大于 60 岁, 为心血管疾病的危险因素, 随着年龄的增长, 冠心病、高血压病的发病率增加。据报道, 老年人心律失常多见于器质性心脏病, 以冠心病、高血压病为常见, 其中冠心病占 56%, 高血压病占 12.55%, 两者发病比例呈逐年递增之势^[4,5]。本组 300 例心律失常中, 冠心病 154 例(占 51.33%)、高血压病 46 例(15.33%), 与文献报道相类似。心肌缺血、缺氧, 引起心肌电生理特性的改变, 如心肌兴奋性增高或降低, 传导性降低及不均一性等导致各种心律失常的发生。其他疾病(包括不明原因者)在老年人心律失常病因中亦占一定比例, 本组有 64 例(占 21.33%), 其中以心脏兴奋传导系统的退化为常见, 该类患者以缓慢型心律失常多见。

在老年人各种心律失常中, 房颤最常见。据有关资料^[6]统计, 大于 60 岁者, 房颤发生率为 7%~14%, 其中 80~89 岁者为 23.5%, 本组 300 例心律失常中房颤占 39.33%, 房颤可以继发于窦性心动过缓, 也可以是心房肌缺血、缺氧, 心房兴奋性增高、传导不均匀致形成多个折返环等原因而引起。房颤在老年人中为最常见的心律失常, 不容忽视, 房颤除影响心功能外, 对患者预后影响最大的是心房血栓形成, 易引起脑栓塞或其他外周血管栓塞, 房颤导致的脑卒中有非常高的死亡率和致残率, 而积极诊治是唯一的途径。

参考文献:

[1] 韩学斌, 乔爱春, 柴颖儒, 等. 普罗帕酮治疗老年人心律失常心脏不良反应分析[J]. 中华老年医学杂志, 2002, 21(2): 142.

收稿日期: 2002-06-21

作者简介: 岑彩玲(1969-), 女, 广东恩平人, 护理师。

[2] 朱 晨. 956 例老年人动态心电图心律失常分析[J]. 中华老年医学杂志, 2001, 20(5): 385.
 [3] 屈家祥, 金莉子, 刘 红, 等. 老年人收缩期高血压左室肥厚与心律失常关系探讨[J]. 中华老年医学杂志, 1999, 18(4): 207.
 [4] 王 华. 老年人心电图监测 1 000 例心律失常分析[J]. 实用老年医学杂志, 2002, 16(2): 113.

[5] 李 浩, 高 普. 实用老年疾病的诊断与治疗[M]. 北京: 科学技术文献出版社 2000. 343~344.
 [6] Wolf P A, Abbott R D, Rennel W B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke; the Framingham study[J]. Stroke 1991, 22: 983.

(编辑 刘清海)

纤维喉镜引导气管插管在放射性颌骨骨髓炎截骨术麻醉中的应用

吴 志, 黄细霞, 潘永英, 林筱菊

(中山大学附属光华口腔医院麻醉科, 广东 广州 510060)

摘要:【目的】探讨纤维喉镜用于放射性颌骨骨髓炎截骨术麻醉插管的可行性。【方法】32 例重度张口困难, 拟行放射性颌骨骨髓炎截骨术的患者, 在充分的全气道表面麻醉配合应用芬氟合剂使用纤维喉镜引导下气管插管, 记录插管时间及插管前、插管中、插管结束时及插管结束全麻诱导后生命体征。【结果】31 例插管成功, 成功率 96.9%, 插管前后心率(HR)、平均动脉压(MAP)及血氧饱和度(SPO₂)变化不显著, 插管结束全麻诱导后 HR、MAP 下降($P < 0.05$)。【结论】放射性颌骨骨髓炎截骨术, 应用纤维喉镜引导气管插管成功率高, 并发症少。

关键词: 纤维喉镜; 插管术, 气管内; 放射性骨坏死

中图分类号: R782 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0139-02

放射性颌骨骨髓炎是头颈部恶性肿瘤放射治疗后的严重并发症, 患者一侧或双侧颈部组织纤维化可致颈部活动受限, 口腔肌肉组织及颞下颌关节受损致张口困难等, 以致气管插管困难。我院近 2 年来对放射性颌骨骨髓炎引起的插管困难应用纤维喉镜引导麻醉插管 32 例, 成功率较高, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组病例为 2001 年 5 月~2002 年 3 月中山大学附属口腔医院收治的 32 例患者, 其中男性 21 例, 女性 11 例, 年龄 35~68 岁(平均 52 岁)。ASA 评级 II~III 级, 原发肿瘤: 鼻咽癌 29 例, 颊癌 2 例, 扁桃体癌 1 例。所有患者张口度 < 0.5 cm, 均拟行颌骨截骨术。

1.2 方法

术前半小时肌注阿托品 0.5 mg, 苯巴比妥 100 mg, 入室后即行心电图(ECG)、无创血压(NIBP)、血氧饱和度(SPO₂)监测, 开放静脉通路, 用 10 g/L 麻黄素滴鼻收缩鼻甲黏膜血管, 用 10 g/L 丁卡因喷雾表面麻醉, 用 10 g/L 丁卡因棉签涂抹两侧鼻腔黏膜。静脉推注芬氟合剂(芬太尼 0.1 mg, 氟哌利多 5 mg)2 mL。用 20 g/L 利多卡因 2 mL 行环甲膜穿刺气管内表面麻醉, 嘱病人咳嗽使表面麻醉药充分弥散。待病人呈嗜睡状态, 保持自主呼吸情况下将气管导管经鼻插到咽部, 调整导管位置至气流最强的位置。经气管导管置入一自制细导管注入 10 g/L 丁卡因 2~3 mL, 作咽喉表面麻醉。用 STORZ 11101 SP 型纤维喉镜经气管导管内插过气管导管窥见声门。将纤维喉镜插入声门抵达气管中段, 然后在喉镜杆的引导下将气管导管慢慢推入气管后退出喉镜, 接上麻

醉机。采用双异丙酚、芬氟合剂及肌松药诱导, 异氟醚、安氟醚及静脉用药维持麻醉。

1.3 观察指标

记录气管导管从插入鼻腔至插管成功的时间为插管时间。用 Datex Engstrom 监护仪监测心率、心律、平均动脉压(MAP)及氧饱和度(SPO₂), 记录插管前、插管中 1 min、插管结束、插管结束全麻诱导后的心率(HR)、MAP 及 SPO₂。

1.4 统计学处理

各研究数据均采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 SPSS 统计软件包, 采用 t 检验, 取 $\alpha = 0.05$ 。

2 结 果

本组 32 例应用纤维喉镜引导经鼻明视气管插管, 其中 31 例插管成功, 1 例因插管时出血较多, 视野模糊, 经气管造口插管。本组插管时间平均为 6.3 min(3~15 min)。插管前、插管中、插管结束时, 血液动力学无明显变化, 插管结束全麻诱导后 HR、MAP 降低(表 1)。

表 1 插入气管导管前后血液动力学变化 ($\bar{x} \pm s$)

指 标	插管前	插管中	插管结束	插管结束 全麻放导后
HR(次/min)	86±15	89±14	92±19	68±17 ¹⁾
MAP(kPa)	17.6±1.3	17.8±1.1	18.1±1.5	13.5±2.5 ¹⁾
SPO ₂ (%)	95±9	95±7	96±5	99±4

与插管前比较, 1) $P < 0.05$ (1 kPa=7.5 mmHg)

3 讨 论

放射治疗的放疗量达到一定程度可以引起放疗区血管

收稿日期: 2002-07-01

作者简介: 吴 志(1965-), 男, 广东梅州人, 主治医师, 黄细霞, 中山大学附属肿瘤医院。