

作用。静注普鲁卡因胺、心律平及胺碘酮有治疗作用。

2.5 甲亢合并房颤 甲亢约 15% 的患者合并房颤,其发病率随年龄增加而升高。其房颤的特点有:①血容量升高,而周围阻力下降,引起高心输出量及心悸,心室率快易心衰。②易发生栓塞。③药物治疗受甲亢状态的影响。地高辛及 β -受体阻滞剂的剂量比平时要大,易中毒。其治疗主要是控制心室率。 β -受体阻滞剂为首选。约 90% 的患者经甲亢控制后 9周内可自行转复窦律。如果甲亢控制后复律拖延,应给予电复律。并用 IA 类药物来维持窦律。因胺碘酮可以引起甲亢,忌长期应用。但短期大剂量的胺碘酮应用 3天再加上抗甲亢的药物,比单用抗甲亢药物更能快速降低血清中 T_3 、 T_4 及减慢心率。由于含高碘,故可干扰放射碘的治疗。

2.6 特发性房颤(孤立性房颤) 约占 1%,很少引起室性心律失常。药物治疗常不易转复,休息后部分患者可以转复。

2.7 迷走和肾上腺依赖性房颤 迷走神经依赖性阵发性房颤,发生在休息时迷走神经张力升高时。主要见于睡眠时或饱餐、饮酒后,有时在血管迷走性晕厥时发生。研究认为,地高辛、 β -受体阻滞剂、钙拮抗剂及 IA 类药物对该种房颤无预防作用。而胆碱能类药物如双异丙吡胺有效。也可用胺碘酮与氟卡因。肾上腺素依赖性房颤多见于没有心脏结构改变的患者。这类患者多

见于白天交感神经兴奋时出现,尤其早晨或运动、激动时。 β -受体阻滞剂为特效药。

2.8 合并病态窦的房颤 抗心律失常的药物常引起缓慢性心律失常。用氟卡因和奎尼丁治疗时易出现窦性停搏。故这种房颤的用药需配合安装永久性起搏器,以减少其危险性。

3 慢性房颤心室率的控制

控制慢性房颤的心室率首选地高辛。因其通过增加迷走神经兴奋性,作用于房室传导系统,同时又反射性兴奋交感神经。故地高辛只能控制休息时心室率,而对活动时心室率无效。通常我们用维拉帕米、地尔硫及 β -受体阻滞剂与地高辛合用来控制活动时的心室率。

4 脑栓塞的预防

慢性房颤脑栓塞发生率约为 5%,有二尖瓣狭窄及二尖瓣脱垂者更高。因此,房颤患者需行抗凝治疗,常用华法令及阿司匹林,以华法令为优。我们体会,对慢性房颤患者用抗凝药物时,应注意以下几点:①无高血压、心衰、糖尿病及栓塞史者,不宜用华法令,宜选用阿司匹林(325mg/d),可使脑卒中的发生率降至 1% 以下;②应用华法令的患者,尤其年龄 > 75 岁者,应监测出凝血时间及凝血酶原时间。

(1999-08-31收稿)

· 短篇与个案 ·

溃疡性结肠炎并发系列脑血管病 1例

宋振海 (山东省立医院 250021)
纪德信 李在军 (海阳市第三人民医院)

患者男,19岁,因腹痛、腹泻,持续低热 5天,后出现脓血便,于 1998年 6月 3日以细菌性痢疾收住某传染病医院。经对症处理,无明显改善。第 10天出现右侧肢体麻木、无力,给予平衡盐、补钾仍无改善,于 6月 19日转入本院。查体: $T39^{\circ}C$, P80次/min, R18次/min, Bp14/10kPa 急性病容,语言欠流利。颈软,劲动脉无异常搏动,听诊无杂音。心肺(-)。双侧鼻唇沟对称,伸舌偏右。眼底(-)。四肢肌张力正常。左侧上下肢肌力 5级,右侧肌力 3级;右侧病理征(+)。头颅 CT示左侧颞顶叶出血性脑梗塞。结肠镜检查:近肛门区粘膜充血、肿胀,颗粒感,触之易出血,肛门上 25cm 处见假性息肉形成,散在大小不等的溃疡,部分融合,肠腔狭窄。意见:溃疡性结肠炎。活检:结肠粘膜炎症性改变。查 WBC $10.7 \times 10^9/L$, RBC $3.12 \times 10^{12}/L$, ESR40mm/h,出凝血时间 < 2min 镜检钩端螺旋体(-)大便镜检:脓细胞(卅),RBC稀布(高),OB(卅)。二次大便常规、厌氧培养未发现致病菌。6月 22日数字减影脑血管造影(DSA)检查:左侧大脑前动脉较右

侧充盈不良,管壁毛糙不整,左侧大脑中动脉也毛糙,左侧裂点向下、外移位,左侧颈动脉颅内段虹吸都管径均匀。结论:脑动脉炎(左)即给予锡类散、地塞米松、庆大霉素等保留灌肠,每天 1次,同时给予降颅压,改善微循环,促进脑代谢药物。10天后大便常规检查正常。继续每天 1次灌肠及全身药物治疗,病情迅速缓解。语言流利,右侧肢体肌力恢复到 5级。于 7月 14日出院。出院诊断:溃疡性结肠炎(UC),脑动脉炎,出血性脑梗塞。

讨论:本例提示溃疡性结肠炎合并脑血管病具有以下特点:患者发病年龄小,见于 UC 逐渐恶化的中重度患者,没有引起脑血管病的其他因素,存在凝血和免疫机制的异常。笔者体会:及时诊断与治疗原发病是有效控制出血性脑梗塞(HI)发展,促进其恢复的关键因素。本例采用全身和局部系统治疗,短期内即收良效。HI作为 UC 的严重肠外并发症,可使患者致残和死亡。在 UC 治疗进程中,不仅要给以免疫抑制剂,同时也要给以适量的脑代射剂,这样可控制肠内原发疾患及中枢神经系统的合并损害,对此必须高度重视,尤其对年龄偏低的患者,又合并有自身免疫性疾患;要特别注意纠正水电解质紊乱,尽可能减少或避免 HI 等严重肠外并发症的发生,以防影响其多器官损害而影响患者的生命或生存质量,故对青年肠道疾患要引起高度重视。