

# 急性心肌梗塞恢复期患者的动态心电图观察

省人民医院内科 邵建华 王培仁 周杰忠△

解放军138医院内一科 马殿龙 于贤佐

最近,我们对急性心肌梗塞恢复期患者进行了动态心电图观察,为确定其出院日期及出院后的治疗和管理提供了依据。

## 观察方法

共观察急性心肌梗塞恢复期患者20例,其中前壁梗塞9例,下壁梗塞11例。病程3~9周,4周以上者14例。重点观察患者在进餐、大便、散步、登楼时的心电图变化。

所用仪器为138医院与某通讯团研制的WYX-I型无线电心电图遥测仪。为使心电图遥测仪与一般心电图机描记的图形基本一致,我们采用以下方法选择导联:

1.先用一般心电图机描记常规心电图。

2.选用第I导联,将右臂电极作为负极,左臂电极作为正极。将两电极置于胸前某两点,对正常心电图图形进行校正。

(1)发射机正极置于左腋前线肋缘下3厘米处(F点),负极置于左肩内侧(L点)时,心电图遥测仪所描的图形与常规心电图avF导联的图形基本一致;若正极置于F点,负极置于右肩内侧(R点)时,则图形与II导联的图形基本一致。此法多用于下壁梗塞患者动态心电图的监测。

(2)发射机正极置于胸骨右缘第四肋间,负极置于L点时,图形与V<sub>1</sub>导联的图形基本一致;若正极置于相当于V<sub>3</sub>及其以左的胸导联,负极置于胸骨柄时,则图形与V<sub>3</sub>及其以左的相应导联图形基本一致。此法用于监测前壁梗塞患者。

在动态心电图观察前,先描记患者卧位、坐位、立位等不同体位的图形,以便对比。动态心电图出现下述改变时,则认为有变化:①出现心律失常;②心率增快≥10次/分;③ST段抬高≥1毫米,或采用左胸导联监测的下壁梗塞者ST段下降≥1毫米;④倒置的T波明显加深,等于或超过原深度的50%,或由直立变倒置。

## 结果

通过观察发现,急性心肌梗塞恢复期患者在进餐、大便、散步和登楼时,心律失常的发生率为7.1~10.0%,ST段改变的发生率为22.2~33.3%,T波改变的发生率为16.7~44.4%;且其变化持续时间较长。由此反映,此类患者在日常生活中常有较长时间的心肌缺血加重,其发生与心率增快有关(心率增快≥10次/分者占25.0~66.7%,见表)。

表 急性心肌梗塞恢复期患者日常生活中的心电图变化

	心律失常			心率增快≥10次/分			ST段抬高或下降≥1毫米			T波倒置加深≥50%或直立变倒置		
	例数	发生时间	持续时间	例数	发生时间	持续时间	例数	发生时间	持续时间	例数	发生时间	持续时间
进餐20例	2	餐后30分内	同左	10	餐后30分内	至餐后60~90分	6	餐后30分内	至餐后30分或以上	8	餐后30分内	至餐后90分或以上
大便12例	1	大便中	同左	3	大便中	至便后4分	4	大便中	至便后4分	2	大便中	至便后4分
散步400米14例	1	步行中	同左	4	步行中或步行后即刻	至步行后2~30分	4	步行中至步行后4分	至步行后2~8分	4	步行中至步行后4分	至步行后2~15分
登二层楼9例	/	/	/	6	登楼中	至登楼中至登楼后4分	2	登楼后2分	至登楼后8分	4	登楼后4~6分	至登楼后15分

## 讨论

由于常规心电图描记时间较短,故难以反映心肌梗塞患者一天内的心电动态改变。无线电动态心电图则可连续监测患者在日常生活

各种情况下的心电图改变,从而弥补了常规心电图的不足,便于全面可靠地了解病情。

值得指出,本组患者的常规心电图均趋于稳定,临床上多无自觉症状,且多数患者的病程已满4周以上,达到出院休养的标准。

准。但通过动态心电图观察,却发现有些患者在进餐、大便、散步或登楼时,出现心肌缺血加重的表现。因此,对“无并发症的急性心肌梗塞患者可早期出院”的主张要慎重对待。有条件者,应在患者出院前作动态心电图观察,待病情确属稳定后再出院,以免发生意外。出院后也要定期观察,加强管理,以便及时发现异常和及时处理。

体力过劳、情绪波动常为急性心肌梗塞发病和引起急死的诱因;而饱餐则较少引起。但从本组病例观察到,由进餐引起的心率和ST-T改变并不比大便、散步或登楼时少见。其原因虽可能由于本组散步和登楼者的病程均在4周以上,病情较稳定,活动耐量较好,因而体力活动时发生变化的机会较少,而常规服缓泻剂不致大便时用力,可能是大

便时心率和ST-T变化较少的原因,但却可说明进餐造成心肌缺血加重者并不少见,而且缺血持续时间也较长(可达餐后90分钟以上),因此对此类患者应严禁暴饮暴食,以防梗塞再发或发生急死。

由ST-T改变与心率增快同时发生提示,心率加快使心肌耗氧量增加是心肌缺血加重的重要原因。故对心功能正常者,若能长期给予 $\beta$ -受体阻滞剂(尤其在饭前1小时服用),通过其减低交感神经张力的作用,使心率变慢和心肌收缩力减弱,并预防室性心律失常,将有可能防止心肌缺血加重,从而预防急死或再梗塞的发生。

#### 参考文献略。

△本院进修医师

## 中央型腰椎间盘突出症

### 引起瘫痪 11例

济南军区总医院 刘树滋

腰椎间盘突出组织向后中部突出,压迫马尾神经所引起的膀胱、直肠麻痹,下肢感觉、运动障碍(以下称瘫痪),是一种较少见的腰椎间盘突出类型。本院收治11例,均系青壮年。病程1天~17个月。发病部位在胸<sub>12</sub>~腰<sub>1</sub> 2例,腰<sub>3</sub>~<sub>4</sub> 1例,腰<sub>4</sub>~<sub>5</sub> 6例,腰<sub>5</sub>~骶<sub>1</sub> 2例。经手术剔除突出的椎间盘组织后,膀胱、直肠麻痹均于术后1~37天逐渐消失,8例下肢感觉、运动机能完全恢复正常,2例术后4年仅遗有一侧小腿麻木,1例术后10年遗有轻度左侧足下垂和阳痿。

#### 讨论

1. 诊断:引起瘫痪的中央型腰椎间盘突出症应与脊髓圆锥肿瘤鉴别。本病患者多为青壮年,均有腰部扭伤或慢性腰肌劳损史。本病按病程分为三型:Ⅰ型平时无症状,多因从事某种强迫体位劳动过久而发病,出现膀胱、直肠麻痹和下肢感觉、运动障碍,且逐日加重,本组2例高位突出症者就属此型;这可能与活动度大有关;Ⅱ型起病缓慢,先出现腰腿痛及麻木,继之出现鞍

区麻木、膀胱、直肠功能障碍;Ⅲ型为继发性,多继发于侧旁型或中央型腰椎间盘突出症患者,因腹压增高(如打喷嚏、咳嗽、排大便等)而骤然引起瘫痪。本病所致瘫痪呈不完全性,病变平面感觉减退或近消失,肌力降至3~4级,肛门括约肌松弛。截瘫指数一般为3~4(运动、感觉、括约肌部分或大部功能丧失),休息后可以减轻,即所谓“间歇性跛行”。随着突出物加大和压迫时间的延长,瘫痪的程度虽可逐渐加重,但未见完全截瘫者。x线平片上显示脊柱生理曲度变直,椎间隙变窄,椎体增生。脊髓腔造影显示椎间隙变窄部位出现完全或不完全梗阻,正位片示梗阻平面呈整齐或不规则齿状;侧位片示椎管背面呈翘尾状中断或线状通过影。脑脊液化验蛋白可以增高达240毫克,细胞数不增多。

2. 引起瘫痪的原因:7例脊髓腔造影完全梗阻;术中所见脊髓管被突出椎间盘组织顶压如弓状,硬脊膜无搏动。突出的椎间盘组织直接压迫脊髓管,使神经传导障碍,脑脊液循环停滞,加之其成分的改变,故引起瘫痪。另外,腰椎运动使突出的椎间盘组织反复刺激脊髓膜和马尾神经,致使马尾神经水肿,形成“局限性粘连性髓膜炎”,也可引起瘫痪。

3. 治疗:我们认为,引起瘫痪的腰椎间盘突出症,应予手术治疗。解除压迫愈早,效果愈好。若保守治疗,反会使马尾神经水肿变性,影响疗效。