射频消融术治疗中老年心动过速性心肌病 46 例效果随访分析

梅桃英[1],王志权[2] (1. 孝感市康复医院老年科,湖北 孝感 432000;2. 解放军第 161 医院心内科,湖北 武汉 430010)

[关键词] 心动过速性心肌病;射频消融术技术;心律失常
[中图分类号] R441.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)06-0705-02

心动过速性心肌病是以持续或间断心动过速为基本病因,以心脏扩大,心室壁变薄,心脏收缩和(或)舒张功能障碍为主要病理改变,类似于扩张型心肌病样改变的一类临床综合征[1]。对于心动过速性心肌病,目前主要有药物和射频消融术两组治疗方式。大部分抗心律失常类药物均具有一定的毒副作用,会导致心律失常,患者的耐受性受到一定的影响[2]。随着技术的不断发展,射频消融术已逐步应用到临床当中治疗各种快速性心律失常。房室结内折返和房室折返性心动过速根治成功率达 97.8%,特发性室速成功率可达92.7%,而房扑、房颤的成功率为 50% ~90%[3]。我们采用射频消融术治疗 46 例心动过速性心肌病患者,效果显著,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料

入选在 2009 年 6 月至 2011 年 6 月期间在我科室采用射频消融术治疗的 46 例心动过速性心肌病患者,其诊断完全符合相关诊断标准[4]。其中男 29 例,女 17 例,年龄 46 ~67 岁,平均(55.3 ±8.1)岁;心电图或腔内电生理检查诊断阵发性房颤 7 例,阵发性室性心动过速 13 例,房室结内折返心动过速 15 例,房室折返性心动过速 11 例;纽约心功能分级:II 级 18 例;III 级 20 例,IV 级 8 例。

1.2 治疗方法

采用 32 导电生理仪、EPT1000 射频消融仪,经患者右侧颈内静脉置入十级冠状窦电极,右侧股静脉置入四级希氏束电极、高位右房(右室心尖)电极,行常规电生理检查;房颤患者穿刺房间隔行肺静脉造影,置入 Lasso 电极,以起搏标测法为主,结合激动顺序标测确定消融靶点,置入温控射频消融电极。在心动过速或右室(房)起搏下行消融治疗(房颤者行肺静脉电隔离加左房线性消融),放电功率 15 ~60 W,放电时间不超过 30 s,放电过程中出现阻抗较起始放电时升高大于 20 欧姆时停止放电;以多次程序刺激下(有时静滴异丙基肾上腺素)心动过速不被诱发为消融终点。

1.3 分析指标

治疗后随访 1 年,分别在术前、术后 6 个月及术后 1 年检测心脏彩超(PHILIPS IE33 型号超声机检测),均由同一超声医生检测,比较术前、术后6月及术后1年的左室舒张末内径、左房内径、左室射血分数、心率。

1.4 统计学分析方法

计量资料以均数 ± 标准差$\bar{x} \pm s$表示,计量资料两组间比较采用 t 检验及信度检验,组间率的比较采用χ^2 检验,$P < 0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

经过统计发现,治疗后 6 个月患者的左室舒张末内径、左房内径、心率较治疗前明显降低,同时,左室射血分数、I 级心功能百分比明显升高,且均具有统计学差异($P < 0.05$);治疗后 12 月的左室舒张末内径、左房内径较治疗后 6 月明显降低,同时,左室射血分数明显升高($P < 0.05$)。

表 1 治疗前后心脏超声检查指标变化情况

时间	左室舒张末内径(mm)	左房内径(mm)	左室射血分数(%)	心率(次/分)	I 级心功能百分比(%,n)
治疗前	63.2 ±7.3	47.2 ±6.6	26.8 ±7.1	167 ±17	0
6 个月后	57.8 ±6.3*	41.2 ±4.1*	57.9 ±9.2*	80 ±13*	84.78(39)*
12 个月后	50.2 ±5.6*#	36.5 ±4.2*#	68.1 ±16.3*#	77 ±11*	89.13(41)*

*:与治疗前相比较,$P < 0.05$;#:与治疗后 6 个月相比较,$P < 0.05$

3 讨论

目前对于心动过速性心肌病的发病尚未完全清楚,其具体机制较为复杂,可能与血流动力学变化、心肌能量代谢改变、神经激素分泌异常肾、Ca^{2+} 通道的变化、心肌细胞凋亡及细胞支架结构变化等密切相关[5-6]。而心动过速是该类疾病发生发展的"导火索",因而根治心动过速或控制心室率才能有效改善心动过速性心肌病患者的心功能及临床症状,而射频消融术是根治心动过速最有效的手段之一。通过本研究发现,治疗后 6 月患者的左室舒张末内径、左房内径、心率较治疗前明显降低,同时,左室射血分数、I 级心功能百分比明显升高;随访 12 个月后,患者的左室舒张末内径、左房内径及左室射血分数可进一步改善。因而我们认为,射频消融术可以很好的治疗心动过速性心肌病,可以明显改善患者的心功能及心脏结构重构。对于有适应症的患者,包括心脏明显大、心功能不全患者,应尽早行射频消融术根治心律失常,以及早干预快速性心律失常所致的电重构、结构重构及力重构。

[收稿日期] 2012-06-10 [修回日期] 2012-07-25

［参考文献］

［1］王春玲,徐留建,顾 玥,等. 心动过速性心肌病研究进展[J]. 中国心血管病研究,2009,7(6):472－474.

［2］黄从新. 室性早搏诱发的心动过速性心肌病[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志,2010,24(3):189－190.

［3］中国生物医学工程学会心脏起搏与心电生理分会. 射频导管消融治疗快速心律失常指南(修订版)[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志,2002,16(2):81－95.

［4］姜大春,张 倩,何国祥,等. 心动过速性心肌病临床诊断及防治[J]. 心脏杂志,2007,19(1):114－117.

［5］Matsumoto K, Takaheshi N, Ishikawa T, et al. Elevation of myocardial glucose metabolism before and after recovery of myocardial function in patients with tachycardia-induced eardioyopathy[J]. Pacing Clin Elecuvphysiol,2006,29(2):175－180.

［6］Liang CS, Mao W, Iwai C, et al. Cardiac sympathetic neuroprotective effect of desipramine in tachycardia-induced cardiomyopathy[J]. Am J Physiol Heart Circ Physinl,2006,290(3):H995－1003.

（编辑:魏 源）

强直性脊柱炎患者行经皮肾碎石术体位的选择

刘林莉,曾 俊 （第三军医大学西南医院手术室,重庆 400038）

［关键词］手术体位;强直性脊柱炎;经皮肾碎石术

［中图分类号］R619; R473.6 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2012)06-0706-01

强直性脊柱炎是一种临床常见、原因不明的全身慢性疾病,主要累及脊柱与骶髂关节,引起强直和纤维化,并伴有不同程度的肺尖纤维化和胸廓硬化以及肾脏和心血管等多个脏器的病变[1]。而经皮肾微造瘘输尿管镜下气压弹道碎石术(MPCNL)是通过内镜进行腔内碎石的新技术[2],正确有效的安置体位是该手术顺利进行的保证。我院于2011年8月对1例右肾结石同时伴有强直性脊柱炎的病人在俯卧位行右侧经皮肾镜气压弹道碎石术,手术过程顺利,现将体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男,46岁,右肾结石,有肉眼血尿,B超,肾输尿管膀胱平片(KUB)及静脉肾盂造影(IVU)均提示右肾结石,患者伴有脊柱畸形,颈胸椎向前凸,成角约40°,活动受限。

1.2 方法

备好硅胶头托,软棉枕,肾桥垫,护手板,腿垫,压腿带,体位胶布等相关体位物品。先将手术床调成肾桥体位,即头低、脚低、肾桥拱起、腿板稍高约15°,然后头端放置硅胶头托,肾桥处放置肾桥垫,紧挨着肾桥垫在头端和腿端分别放置两个重叠的软棉枕,并用体位胶布在两侧将肾桥垫与软棉枕固定在手术床上,腿板处放置腿垫,最后用中单平铺在手术床上。手术推床和手术床并排,在患者清醒的状态下,让其试摆体位,询问其舒适度,并对不妥处行微调。然后让患者平躺于手术推床,行全身麻醉后,对其实施留置导尿。最后在麻醉医生、手术医生的共同协作下将病人移至手术床共同安置俯卧位,并在其臀部固定体位胶布,小腿处固定压腿带,双手抱头端并用护手板保护。

2 结果

选择直接俯卧位,手术顺利完成,手术时间还缩短了20 min,且术后患者未出现因摆放体位而造成的肌肉酸痛、神经损伤,甚至脱位、骨折等并发症。

3 讨论

强直性脊柱炎累及脊柱与骶髂关节,引起强直和纤维化,并伴有不同程度的肺尖纤维化和胸廓硬化以及肾脏和心血管等多个脏器的病变。良好的体位是手术顺利进行的前提,且可保证病人安全、舒适,以方便操作[3]。经皮肾碎石术常规选择先截石位后俯卧位,而该患者患有强直性脊柱炎,体位的变换会对其造成致命的危害,选择直接俯卧位是安全有效的。但是,选择直接俯卧位时应注意:①强迫体位定会给患者带来不适,所以在患者清醒的状态下让其试摆体位,可以最大程度的保证体位的安全舒适性;②在患者麻醉的状态下,搬动患者动作要轻柔,并始终保持其颈胸椎的前倾状态,避免其脱位、骨折;③安置好体位后,将患者身下的床单整理平整,避免皮肤压伤。

［参考文献］

［1］陈亚芳. 强直性脊柱炎术后呼吸监护的护理体会[J]. 陕西医学杂志,2011,40(12):1693－1694.

［2］华 薇. 1例强直性脊柱炎病人行经皮肾镜碎石术的配合[J]. 护理研究,2007,21(5):466－467.

［3］王 莉,陈小丽,岳 蕤,等. 浅谈手术室体位置培训方法改进[J]. 局解手术学杂志,2007,16(5):314.

（编辑:杨 颖）

［收稿日期］2012-06-15 ［修回日期］2012-07-03