维普资讯 http://www.cqvip.com

第20卷 第2期 重庆医科大学学报 Vol. 20 No. 2
1995 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1995

135-137 R541.7405

病态窦房结综合征起搏治疗随访

第一医院心内科 饶邦复

A 提 要 118例病态窦房结综合征起搏治疗占同期起搏治疗的58.1%，病因以特发性为最常见(66.1%)，75.5%患者有晕厥发作。对有明显症状的患者，起搏治疗是首选的治疗方法，本组起搏方式全部为VVI。随访平均4年10个月，结果显示该组患者有较长的自然病程。

关键词 病态窦房结综合征；心脏起搏 病窦综合征，心脏起搏，治疗
中图分类号 R541.74

病态窦房结综合征(SSS)起搏治疗的患者逐年增多，我院1980年以前仅1例，1981—1985年20例，1986年—1990年38例，1991—1994年7月59例。本文就上述起搏治疗的118例随访结果进行分析，旨在对SSS的病因、自然病程、治疗和预后等方面进行探讨。

1 对象与方法

1.1 对象 118例均为住院病人，男50例，女68例，年龄25—87(平均59.4±13.0)岁，其中60岁以上66例。有详细的病史、体检、心电图或动态心电图、心脏X线片及超声心动图或彩色多普勒超声心动图等资料。

诊断标准与分型：SSS主要依据心电图和动态心电图的表现诊断，(1)持续而严重的窦性心动过缓(<50次/分)；(2)窦缓伴窦房阻滞、窦性停搏(>2秒)，伴或不伴缓慢的逸搏心律；(3)上述缓慢心率伴阵发性室上速、房扑或房颤，即慢快综合征(BTS)。SSS的临床分型，目前尚无统一标准，国内外多分为3—5型。本文根据心脏传导系统解剖生理特点和SSS发生心律失常的心电图表现分以下3型[1]：(1)单纯窦缓型(Ⅰ型)：病变局限于窦房结，表现为窦房结起搏和(或)窦房传导功能障碍，以严重窦缓伴窦性停搏，窦房阻滞与其相关的临床表现为特征，37例；(2)BTS(Ⅱ型)：病变延及心房，以缓慢心律失常与阵发性室上性快速心律失常交替为特征，56例；(3)混合型(Ⅲ型)：窦房结、房室结和室内起搏传导功能均受损，合并房室传导阻滞为双结病变；合并房室和室内传导阻滞为全传导系统病变，共25例。

1.2 起搏治疗 118例接受起搏治疗者，均有与心率缓慢直接相关的症状，如头昏、眩晕、黑矇、近似晕厥或完全晕厥等脑供血不足的表现；疲乏、体力活动耐量降低、充血性心力衰竭等周身供血不足的表现。BTS患者采用使心搏节律受抑制的药物治疗，为保证合理的心室率，亦接受起搏治疗。全部病例选用VVI起搏方式。

1.3 随访方法 患者出院后均在门诊或再次住院随访。从发现心律失常或症状之时开始至最后随访检查或死亡日期作为自然病程。

2 结 果

2.1 临床资料分析 (1)年龄分布：20—29岁4例，30—39岁4例，40—49岁11例，50—59岁33例，60—69岁42例，70—79岁19例，80岁以上5例。(2)病因：特发性78例(66.1%)，高心病及心肌病各12例(各占10.1%)，冠心病8例(6.7%)，风心病3例(2.5%)，其他病因(先心病、甲状腺机能减退性心脏病、心肌炎、三尖瓣脱垂、退化性钙

维普资讯 http://www.cqvip.com

化性主动脉瓣狭窄)5例(4.2%)。(3)症状：均系有症状的心动过缓，其中晕厥发生率为75.5%。

2.2 **随访分析** SSS起搏治疗占同期起搏治疗的58.1%(118/203)。安置起搏器前病程、随访时间及自然病程见付表。起搏治疗后患者自觉症状均有明显改善，原有晕厥症状者，未再有晕厥发作，体力活动耐量较前增强，未发现室房传导，无1例发生起搏综合征。死亡6例，心外疾病1例(胃癌)，死于心源性者5例(心肌病心衰2例，风心病心衰、QT综合征、严重腹泻突发扭转室速各1例)。本组5年及10年病程分别占83.0%及55.5%。

附表　118例SSS的随访

项　目		类　型			合　计
		Ⅰ型(37)	Ⅱ型(56例)	Ⅲ型(25)	118
性别	男	14	23	13	50
	女	23	33	12	68
发病年龄		52.2±13.2	56.6±12.4*	48.1±14.4	53.3±13.4
起搏治疗时年龄		56.6±15.1	61.6±10.8	57.0±14.1	59.1±13.0
起搏治疗前病程		6.8±5.5	5.6±4.4	9.1±6.8**	6.8±5.6
随访期		5.0±4.1	5.0±3.4	3.9±3.5	4.8±3.7
自然病程		13.8±4.8	10.7±5.6	12.7±6.5	11.6±5.6

注：*$P<0.05$；**$P<0.01$

讨　论

SSS可由多种病因引起，以往诊断冠心病居多。近年来，由于诊断手段的日益完善，诊断标准的严格掌握，有相当一部分SSS不符合冠心病的诊断，但又无明确病因可查，故称为特发性SSS。据病理研究主要为窦房结及其周围心房组织纤维化、P细胞消失等退行性病变，从而导致窦房结功能障碍。本组符合特发性者占66.1%，较Rubenstein等[2]报告的45%高。因此，中、老年SSS患者，心脏不大，无心绞脏、心肌梗塞、ST—T缺血性改变，心功能良好，无明显病因可查者，应考虑为特发性SSS。

本文资料提示SSS的患病率随年龄增大而增高，三型SSS中发病年龄以BTS为大，平均56.6±12.4岁，有显著性差异($P<0.05$)。起搏治疗时年龄半数以上>60岁，与国内曾定伊等[3]报道相同。SSS的病情进展缓慢，起搏治疗前平均病程为6.8±5.6年，三型SSS中Ⅲ型病程尤其长，达9.1±6.8，有显著性差异($P<0.01$)。自然病程较长，平均11.6±5.6年，病程5年10年分别占83.0%及55.5%，可能与SSS病因以特发性多、一般不伴严重器质性心脏病、心功能状况较好有关。本组均系起搏治疗的病例，由于预后改善，病程势必随之延长。

SSS基本属不可逆病变，目前尚无合适的药物治疗能逆转其病理过程、持久地提高心室率。永久性起搏治疗效果优良，价值肯定。有明显临床症状的患者，起搏治疗是首选适应证；间歇发生心室率<40次/分，或有长达3秒的RR间期，虽无症状，也应安置起搏器；BTS患者，因采用药物治疗心动过速常引起长间歇心脏停搏，安置起搏器后心动过速发作可减少，即使需用抗心动过速药物，亦较安全，故BTS亦是安置起搏器的又

维普资讯 http://www.cqvip.com

一适应证。本组半数为BTS，经起搏治疗后均达到预期的效果。由于特发性SSS虽然起搏传导系统纤维化，而工作心肌细胞正常，起搏治疗后较其他病因的SSS预后为好。理论及实践证明AAI是一种相对简单而实用的生理起搏方式，其优点不仅保证了房室同步功能，亦维持了心室肌正常的顺序收缩，使心排血量增加18—14.2%[4]。由于本组Ⅰ、Ⅱ型占绝大多数，不同程度的AVB与快速室上性心律失常，影响AAI的选用，又观察到Ⅰ型在病程中可演变为Ⅰ、Ⅱ型，故全部选择VVI起搏。经随访观察该起搏方式，价格较低，安装方便，基本可满足病人一般活动的需要，且未见起搏综合征发生，此可能与老年患者多，其活动量不大，对心排血量的要求不高有关。可见VVI仍为SSS的主要起搏方式，与国外报道相似[5]。

参考文献

1 元柏民，等. 心血管病诊断标准 第一版 北京 学苑出版社 1991；78，64—71

2 Rubenstin JJ. et al. Circulation. 1972；46：5

3 曾定伊，等. 实用内科杂志 1986；6：195

4 郭映春，等. 起搏与心脏 1992；6：92

5 Camm AT. et al. PACE. 1990；13：695

（收稿日期 1994—09—06）

PACING FOR SICK SINUS SYNDROME

Rao Bangfu

Dept. of Cardiology. The First Hospital

118 patients with sick sinus syndome (SSS) who recieved permanent pacing treatment accounted for 58.1% of all those who underwent pacemaker implantation in this hospital during this period. The most common cause of SSS in this series was idiopathic (66.1%). Syncope was found in the most of patients (75.5%). The pacing treatment was the first choice for patients with severe symptoma. All the pacemakers used in the study were of VVI type. The average follow—up time was 4 10/12 years. We found that all patients had a considerably long natural course.

KEY WORDS Sick sinus syndrome; Pacemaker

（上接139页）

近年来随着新的检查方法不断问世，小肠肿瘤的诊断率已有所提高。在各种检查手段中，肠道X线检查仍然是临床常用的方法，内窥镜不易达到这个区域，且小肠的X线检查由于肠襻的重叠造成诊断阳性率不高，而纤微小肠镜不但尚水广泛应用，具体操作也存在不少困难，如何在临床工作中结合现资料进一步总结经验探讨X线征象的差异，提高X线诊断水平至关重要。目前不少文献报导开展小肠X线双重造影检查，可以显示微细的病变，似有助于诊断。

本例经验教训：(1)原发性小肠良性肿瘤发病率低，临床表现复杂，症状无一定规律性，缺乏特征性表现，报易漏诊和误诊。加之对本病认识不足，缺乏警惕性，往往多想到常见病多发病，忽视了少见疾病的特殊表现，以致延误了诊断和治疗，造成严重后果，这是应引为注意的，(2)对成年人小砀梗阻应重视寻找原发病变，特别是对原因不明的反复发作的不全性肠硬阻或突然出现剧烈腹痛者应想到本病可能，尽早通过有关检查以明确诊断。(3)小肠良性肿瘤手术切除预后一般良好。本例3月病程，由于仅复呕吐，不敢进食，确诊时已奄奄一息，虽经抢救而难以奏效。因此术后3天病情变化休克而亡。如能早期确诊，尽早剖腹检查，不仅可使患者获得救治，也能大大提高诊断治疗率，今后应引以为训。

（收稿日期 1994—12—03）