DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.05.022

地引起心率减慢、支气管痉挛、肺顺应性降低，加上鼻腔气道阻塞，因而肺换气不足，导致PaO_2降低和$PaCO_2$升高[2]。鼻腔填塞后的中毒性休克综合征也越来越受到重视，Hull[3]认为此征与填塞部位的葡萄球菌感染有关。

3.2 *鼻腔和鼻窦手术后不填塞的优点* ①出血率低。本组不填塞组的出血率非常显著地低于填塞组。②手术部位疼痛轻微甚或无痛。③手术创面愈合快。填塞者一般在抽除填塞物24h后才能生长白膜，而不填塞者可在24h内即长出白膜，创面愈合时间一般比填塞者提前1天～3天。④能够保持鼻腔气道通畅，避免填塞物对鼻腔粘膜的不良刺激，因而不致引起心肺并发症和血气改变。⑤不填塞既可保持术腔的引流通畅，又不影响局部的血液循环，不利于病菌的生长繁殖，从而避免局部及邻近器官的感染及其伴随的全身性并发症。因此可以认为，鼻腔和鼻窦手术后大多数可以不给予填塞。张弘[4]通过514例的观察分析，也持这种观点。

3.3 *鼻腔和鼻窦手术后不填塞的适应症* 除外出血性疾病（血液病），出、凝血时间测定和血小板计数结果正常，手术中损伤较轻，经1%～3%麻黄素或肾上腺素液棉片贴敷手术创面1次～3次（5 min～10min）后观察，无明显渗血者均可不予填塞。

参 考 文 献

1. 李井丰摘译。在纱条和生物学填塞物的填塞影响下鼻腔粘腹某些机能的变化。国外医学：耳鼻咽喉科学分册 1979；（2）：31
2. Hady MRA, et al. The effect of nasal packing on arterial blood gases and acid-base balance and its clinical importance. J Laryngol Otol 1983; 97:599
3. Hull HF, et al. Toxic shock syndrome related to nasal packing. Arch Otolaryngol. 1983; 109:624
4. 张 弘。鼻及鼻窦手术后不填塞的探讨。中华耳鼻咽喉科杂志 1987，22:187

（收稿：1989.05.13；修回：1989.11.20）

程控起搏器临床应用结果分析与体会

何国祥 倪廷枢 王敏中 马立芳 司良毅 宋治远 刘 波（西南医院心肾科）

本文报告我院1987年5月至1989年8月共使用32个多功能程序控制心室按需（VVIM）型心脏起搏器的结果和体会。

1 资 料 与 方 法

1.1 病例

32例中，男23例，女9例，平均年龄60.4（40～78）岁，其中60岁以上者17例。32例中有17例术前频繁发作阿斯综合征。

心律失常类型：Ⅱ°房室传导阻滞（Ⅱ°A-VB）9例、Ⅰ°（Ⅰ型）A-VB 1例、完全性三束支传导阻滞4例、病窦综合征（SSS）18例。发生心律失常至使用本文起搏器的病程自2个月至22年不等，平均60.2±64.3个月。

病因诊断：冠心病13例（2例伴高血压性心脏病），风心病和病毒性心肌炎各2例，原发性肥厚型和扩张型心肌病各1例，原因不明的心律失常13例。

1.2 起搏器

32个中，CPM型2个，Durapulse P 101型12个，Pinnacle 8619型18个。均行VVI起搏。术后全面检查起搏器的感知、起搏和程控功能，根据患者的病情并参考无创性心功能检测结果，调整起搏频率于

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

50次～70次/min，平均67.9±4.6次/min，脉宽程控于0.3～0.6ms，平均0.39±0.13ms。反拗期和感知灵敏度采用出厂时的参数。

2 结 果

2.1 疗效

全部病人因心律失常引起的主要症状术后均消失，无阿斯氏综合征再发作者。10例恢复正常工作。2例术后出现起搏器综合征，其中1例于短期内消失，另1例系因出现室房传导所致。

2.2 随访

术后随访已1月～27个月，平均14.8±13.7个月。32个起搏器的感知和起搏功能均正常。除1例未检查外，31个的程控功能亦正常。脉宽阈值一般小于0.1ms，1例为0.3ms，均尚未发生变化。

2.3 存在的问题

1例植入Pinnacle 8619型起搏器后，磁铁试验时未测出磁频率。是否与患者体胖、胸壁厚或磁铁较小（非配套磁铁）有关，尚待进一步证实。无其他故障和副作用。

3 讨 论

Pinnacle 8619型起搏器在Durapulse P 101型的基础上增加了程控功能，特别是可以对脉宽进行程控，利于在术后不同阶段和患者脉宽阈值变化时调整输出强度，节省能源，延长使用期限。本文11例系采用0.3ms的脉宽，4例为0.5ms，1例因脉宽阈值较高和另2例离医院遥远不便于经常随访的Ⅲ°A-VB者采用0.6ms。

由于起搏频率可以程控，本文对Ⅲ°A-VB者、特别是心室自身心律不稳定（多源性）或术前由于心室颤动致阿斯氏综合征发作者，通过适当增加起搏频率，达到抑制异位节律点的作用[1]；对于SSS者，则采用相对低的起搏频率，以利于尽可能保持患者自身窦性心律，保持房室同步活动，增加每搏量，既可预防起搏器综合征的发生，又节省能源，可延长使用期限。本文1例因室房传导而致起搏器综合征的SSS患者，虽未作AAI起搏，经降低起搏频率至50次/min后，当病人活动或工作时以自身窦律为主，症状亦因此而消失，由于有VVI起搏，当窦性停搏时又可避免心脏骤停。

因起搏方式可以程控，对于发生室性心动过速者可用体外程控方法改变为VOO起搏和增快起搏频率行超速或亚速抑制[2]。本文1例暂未检出磁频率者予以VOO起搏，将有助于避免因误感知外界较强电磁干扰信号所致的脉冲发放抑制而引起的心室停搏。

Pinnacle 8619型起搏器若与“J”型心房电极配套使用，通过程控改变感知灵敏度尚可用于有适应症的SSS者作AAI起搏。此外，本文所用的叉状电极使定位和固定牢固可靠，给手术操作带来方便。

本文结果表明，具有程控功能的起搏器较之一般VVI型起搏器具有更多的优点：有利于合理采用各项起搏参数而使之个体化、克服和纠正部分起搏故障、节省能源和延长使用期限、使应用范围扩大；不足之处乃价格稍贵，在实际应用中受到一定限制。

参 考 文 献

1. Wellens HJJ, et al. Electrical management of arrhythmias with emphasis on the tachycardias. Am J Cardiol 1978;41:1025
2. Fisher JD, et al. Comparative effectiveness of pacing techniques for termination of well-tolerated sustained ventricular tachycardia. PACE 1983;6:915

（收稿：1989.11.14；修回：1990.07.04）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net