DOI:10.16016/j.1000-5404.1986.01.013

经验交流

心脏监护183例报告

倪廷枢 李利华 马慧卿 王敏中 何国祥 宋志远

（第一附属医院）

我院自1982年12月至1984年12月共有183例患者住入心脏监护室治疗，本文对此进行了分析，并对有关问题作简要讨论。

临床资料

一、对象 183例中男107例，女76例，平均年龄43.6（12～79）岁。心脏监护的原因为：急性心肌梗塞（AMI）20例（10.9%），以心律失常为主的其它心脏病60例（32.8%），人工心脏起搏器治疗36例（19.7%），急性重度心力衰竭（心衰）24例（13.1%），其他43例（23.5%）。

二 监护方法 心脏监护室主要设备为4人用床旁监护器及中心监护器（波兰CAC-141型）。每例均接受心率、心电图、呼吸、血压及心肺体征的严密监护，发现病情变化及时抢救处理，做好记录。病情稳定后转入附近病室继续治疗。

结果与分析

一、急性心肌梗塞

发病至入院监护时间（18例）平均29.4小时，其中3例为住院中发病；院外发病最短1例为1小时，3小时内3例，7小时内9例，最长6天共2例。梗塞部位：前壁8例，前壁+侧壁+下壁2例，前壁+侧壁2例，前间壁4例，下壁3例，心内膜下1例。

（一）监护发现：（1）监护中梗塞范围较最初有扩大者7例（35.0%）。ST段抬高的高峰时间（14例）平均18.5±16.1（5～48）小时*。ST段抬高峰值平均0.51±0.35（0.1～1.6）毫伏。异常Q波出现时间（16例）平均20.8±1.48（6～48）小时*。T波全部倒置时间（20例）平均20.9±11.0（5～44）天*。（2）心律失常：18例发生心律失常占90.0%，计26例次：室性早搏（PVC）9，短阵室性心动过速（VT）3、室颤3、房性早搏（PAC）4、阵发性室上性心动过速（SVT）2、阵发性房颤（Af）3、Ⅲ度房室传导阻滞（AVB）1、完全性右束枝阻滞（CRBBB）1。（3）其他合并症：心衰9例（45.0%），心源性休克6例（30.0%），其中两者并存4例。室间隔破裂1例，短暂性脑缺血中风1例。

（二）监护时间平均8.4±3.4天。

（三）治疗结果：痊愈16例(80.0%)，死亡4例（20.0%）。其中2例因急性左心衰及心源性休克死亡；1例发生室间隔破裂死于心衰；1例广泛前壁梗塞，病情平稳，脱离监护室，于病后30天因精神受刺激而猝死。

二、以心律失常为主的其它心脏病

（一）心律失常的病因及种类：60例心律失常的病因为：急性心肌炎38例(63.3%)，其中病毒性36例，白喉性1例，特发性(Feidler's）1例，冠心病8例（13.3%），风心病、高心病、充血性心肌病及A型予激综合征各3例，中毒2例（附子、雪上一枝蒿）。60例中16例（26.7%）伴有低钾血症，对诱发心律失常可能起一定作用。60例入院时心电图检查证实为：（1）室上性心律失常29例次（38.7%）：PAC11，SVT12，阵发性Af 4，房扑2；（2）室性心律失常29例次（38.7%）：PVC 18，VT 5，加速性

* 均自发病后计算

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

室性心律3，室性并行心律3；（3）传导障碍17例次（22.6%）：窦房阻滞1，心房内阻滞2，AVB 11（Ⅲ度8、高度1、Ⅱ度Ⅰ型及Ⅱ型各1），CRBBB 2，心室内传导阻滞1。此外，窦性心动过速10例次，窦性心动过缓6例次。

（二）监护发现：（1）新出现的心律失常：共19例次（31.7%），计VT 7、室颤6、PVC 3、SVT 1、AF 1、窦缓1。（2）严重或致命性心律失常：60例中共24例（40.0%），计频发多源性PVC伴VT 6例，其中2例伴有室颤发作；奎尼丁晕厥（VT及室颤）2例；SVT 2例；高度及Ⅲ度AVB 9例，其中2例兼有室颤发作。（3）并发症：心律失常引起并发症33例（55.0%），计心脏骤停2例（3.3%）、阿斯综合征8例（13.3%）、低血压或心源性休克16例（26.7%）、心衰7例（11.7%）。

（三）监护时间平均5.0±4.0天。

（四）治疗结果：经心肺复苏、电击除颤、抗心律失常药物、皮质激素、极化液、升压药等治疗，痊愈49例（81.7%），好转7例（11.7%），死亡4例（6.6%）。死亡者中，1例以“急性前间壁梗塞”入院，在监护中突然出现Ⅲ度AVB、频繁发生室颤而死亡，尸检病理证实为急性Feidler氏心肌炎。1例冠心病、高血压，电解质紊乱，顽固交替出现SVT和VT。1例白喉性心肌炎合并Ⅲ度AVB，频发室颤及心室停搏；1例充血性心肌病，频发室颤伴阿斯综合征。

三、急性心力衰竭

（一）心衰的病因及类型：冠心病（心肌硬化型）9例（37.5%），风心病6例（25.0%），肺心病4例（16.7%），高心病3例（12.5%），充血性心肌病及病毒性心肌炎各1例。诱发因素为呼吸道感染16例（66.7%），劳累5例（20.8%），心绞痛发作2例，输液过快1例。24例中急性左心衰14例（58.3%），重度全心衰10例（41.7%）。

（二）监护发现：（1）心律失常：入院时23例(95.8%)有之，共29例次：窦速12、Af 6、SVT 2、AF 1、PVC 6、VT 1、加速性交界心律1。监护中新发现心律失常7例（29.2%），计PAC 1例，VT 2例，SVT+CLBBB伴阿斯综合征发作及心脏骤停、Ⅲ度AVB伴频发室颤、Ⅱ度Ⅰ型AVB及CLBBB各1例。（2）其他合并症：低血压8例，心源性休克3例，低钾血症14例，心脏骤停2例（均复苏成功）。

（三）监护时间平均3.4±2.3天。

（四）治疗结果：心衰完全纠正16例（66.7%），好转5例（20.8%），死亡3例（12.5%）。

四、心脏起搏器治疗

（一）起搏器治疗的种类：安置埋藏式按需起搏器21例，因电池耗竭更换新起搏器12例，起搏器埋植处皮肤压迫性溃疡处理3例。

（二）病因及心律失常类型：冠心病21例（58.3%），原因不明病窦综合征(SSS) 4例，病毒性心肌炎后遗症3例，其余为高心病、原因不明房室传导阻滞、充血性心肌病及IHSS各2例。心律失常类型：SSS16例（44.4%），Ⅲ度AVB 16例（44.4%），Ⅱ度Ⅱ型AVB 3例，三束支阻滞1例。伴有阿斯综合征21例（58.3%）。

（三）监护发现：发现新的心律失常42例次。其中术前平均监护时间4.2±2.8天，发现心律失常14例次：SVT 2、多发性PAC 3、多发性PVC 5、VT 1、室颤3。术中平均监护2.3±1.2小时，发现心律失常20例次：PVC 4、VT13、室颤3。术后平均监护3.1±2.4天，发现心律失常8例次：PVC 3、室颤3、PAC及SVT各1。

（四）监护时间平均7.5±3.3天。

（五）治疗结果：术前、术中有30例需静滴异丙肾上腺素或阿托品以予防阿斯综合

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

征，并积极处置室性及室上性快速心律失常。治疗成功33例（91.7%），死亡3例（8.3%）。后者均为冠心病、心衰、Ⅲ度AVB伴频发阿斯综合征。

五、其它

共43例。监护原因为心导管检查及心室造影30例，主动脉造影11例及冠状动脉造影2例。在右心导管检查中均有短暂室性快速心律失常出现，尤其是导管刺激右室流出道时引起，未予处理。全部病例在术后均无重要心律失常发生。

讨　论

心脏监护自60年代后期以冠心监护病房（CCU）的形式建立以来，发展迅速，显著降低了急性心肌梗塞及其他心血管急症的死亡率，作出了重要贡献，成为心血管临床的重要组成部分[1、3]。

本组心脏监护的病人数占同期心脏科收治病人的13.1%，表明需要监护的病人并不少见，而且其中老年者（≥60岁）较多，共54例（29.5%），这与老年人所患心血管病较重，合并心律失常较多有关。

本组监护对象AMI较少，与本病的住院相对发病率较低有关，但比我院70年代时已显著增多[2]（0.1%对0.9%）。以心律失常为主的其它心脏病比例较大（32.8%），再加上心脏起搏器治疗病人则高达52.5%，值得注意的是，急性心律失常病人以急性病毒性心肌炎最多（36例），冠心病次之；前者中属严重心律失常有14例（38.9%），如VT伴短暂室颤2例，Ⅲ度及高度AVB 8例，但经救治绝大多数痊愈。

本文表明，对心脏电衰竭所致严重心律失常的疗效颇为显著。如对AMI合并心律失常的发现率达90%，而以往无监护时仅为60%左右；利多卡因为治疗室性心律失常最佳药物，疗效达95%，监护期间无1例因心律失常死亡。

对安置起搏器及其它心脏病心律失常所致心脏骤停3例、阿斯综合征26例及奎尼丁晕厥2例，均即刻发现并抢救成功，表明心脏监护室对起搏器安置病人的救治也具有重要意义。急性病毒性心肌炎合并快速心律失常，加用肾上腺皮质激素可能有效；尤其是对合并Ⅲ度AVB，静滴激素及异丙肾上腺素疗效良好，6例（6/8）完全治愈。

对心脏泵衰竭所致心衰和心源性休克的治疗效果也有提高，如急性和重度心衰组的纠正及好转率达87.5%，但在AMI组则不如电衰竭的疗效满意。4例死亡者中3例死于泵衰竭。这固然与心肌损害严重等因素有关，但如能采取主动脉内气囊反相搏动等辅助循环治疗，以及急症心脏外科手术配合[4、5、6]会有助于提高急性泵功能衰竭的治疗成功率。

为了提高心脏监护的工作效率，要求熟练掌握心脏监护及急救技术，抢救中互相密切配合。此外，根据病情适当缩短每日连续心脏监护时间，代之以间歇性监护，提高监护床位使用率和周转率也很重要。

参 考 文 献

1. 内藤说也・他：CCU、诊断と治疗 1975；63:87
2. 倪廷枢：急性心肌梗塞15例临床分析。第三军医大学学报 1981；3:68
3. 高田金量・他：循环系统疾患の救急处置。日本内科学会杂志 1981；69:1193
4. Loeb HS, Gunnar RM: Hemodynamic monitoring in a CCU. Heart & Lung 1982; 11:302
5. 胡丽霞节译：血流动力学测量的临床实践：十年回顾。国外医学心血管分册 1984；(2):65
6. Kay JH: Emergency operation for complications of myocardial infarction. Heart &Lung 1982; 11:40

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