

急性心肌梗塞的心电图 80 例综合分析预测其预后

柴建军 柴方圆

(甘肃省金塔县鼎新中心卫生院中医科 甘肃酒泉 735305)

摘要:目的:综合分析预测急性心肌梗塞的心电图,并判断其预后。方法:对 80 例急性心肌梗塞(AMI)患者心电图(ECG)资料进行归纳,按 AMI《临床心电图学》诊断标准^[1],以 ECG 与之相关的近后期五项指标。结果:痊愈 14 例、好转 36 例、死亡 20 例(25%);均为 Q 波梗塞。结论:AMI 的梗塞程度,ECG 的心脏梗塞部位,范围大小,心律失常的分型及其性质与 AMI 近期预后成正比关系;由此可预测其预后。

关键词:急性心肌梗塞 心电图 测其预后

急性心肌梗塞(AMI)属于临床上一种极为常见的心血管系统疾病,多发于中老年人,且随着时代的发展,人口老龄化进程的加快,该疾病已呈现出逐年上升的趋势,对人类健康造成了巨大威胁,是由于心肌在各种不同病因致病因素的作用下,心肌造成不同程度的损伤、梗塞,同时伴有程度不同的心律失常病证。在临床上对该疾病进行诊断时,通常会通过临床症状判断,主要表现为胸骨后出现疼痛状况,同时对其进行血清心肌标志物进行测量发现其水平出现明显升高的状态,另外通过利用心电图进行分析,呈现出缺血型改变等状态。

一般资料

选取 2017.2—2019.12 月患者住院病历;以入院初始 QRS 为初表 1 两组 AMI、Q-T_c、ΣST、ΣQ 及 NQ 对照

	死亡组(n=20)		存活组(n=60)		R 值
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
Q-TC	0.4214	0.0335	0.0341	<0.01	
ΣST	9.9135	7.4393	6.5791	4.2523	<0.01
ΣQ	39.1364	29.8557	26.4178	20.2066	<0.01
QN	5.4112	2.5949	3.9490	1.8999	<0.01

注:(1)为 ΣST 为梗塞导联 S-T 段移位(抬高或压低)毫米数总和(右室梗塞未计入);

(2)ΣQ 为梗塞导联 Q 波深度(mm)之和(右室梗塞未计入);

(3)NQ 为出现病理性 Q 波导联数(右室梗塞未计入)。

Q 波型 MI 与无 Q 波型 MI 病死率:Q 波型梗塞:死亡 20 例、存活 54 例,合计 74 例,住院病死率为 27.02%;无 Q 波型梗塞:0 例、6 例、6 例、0.00%;>1/4Q 波:20 例、54 例、74 例、27.02%;合计:20 例、60 例、80 例、26.19%。

两组 AMI 低电压及心率失常比较:死亡组(n=20):ΣQRS_{min} 8 例(40.00)、室性心律失常 13 例(65.00%)、室上性心率失常 11 例(20.00%)、传导阻滞 8 例(40.00%);存活组(n=60):8 例(13.33%)、17 例(28.33%)、20 例(33.33%)、12 例(20.00%)。其中,两组在 ΣQRS_{min}、室性心律失常的对比上具有统计差异(P<0.05)。

讨论

1.Q-T_cAMI 早期因暂时性负延迟、钙流改变及交感神经支配不平衡而常有 Q-T_c延长,表 1 中死亡组时间显著较存活组延长,从而提高其敏感性。

2.ΣQ:AMI 病例中分为:Q 波型,无 Q 波型心肌梗塞,从心电图分段研究中,(1)Q 波属于 QRS、为心室除极波的一部分,它是与 R 波有相反向下波,本文除特殊的、WR 导联、V1、V2 导联外,其他导联在正常情况下 Q 波振幅均<同导联的 1/4 的 R 波,时间<0.04S。从表 1 中 ΣQ 可示其梗塞程度:Q 波愈深>同导联 1/4 的 R 波,心肌梗塞、坏死的面积越大,预后多不良(符合心肌的不可逆性)(2)有 Q 波型的 MI 住院患者死亡率较高,而无 Q 波型的 MI 患者死亡率为 0,ΣQ 波显著大于存活组(P<0.05)从目前来看,Q 波的出现大多与陈旧性心肌梗塞有关,二次出现心梗 Q 波加重死亡者均包括 MI 型研究范围之内,但从本组临床研究发现,病理性的 Q 波出现不论是急性、陈旧性仍是 AMI 的近期预后的一项

始检查结果;出院时 QRS 作为判断近期预后指征。

本组 80 例中男 50 例,女 30 例,男:女 1.67:1,年龄 40-78 岁,平均 59 岁。就诊时间:2 小时至一周,平均 2 天。12 小时内就诊者占 80%。

转归:痊愈 14 例;好转 36 例;死亡 20 例;均为 Q 波梗塞。2 天内死亡 13 人)。

死因:室性心律失常 13 例;心脏低电压休克 6 例;继发脑出血 1 例。

ECG 资料:表 1 示两组 AMI、QT_c、ΣST、ΣQ 及 NQ 对照。

重要指标。

3.ST 段移位 自 QRS 波的终点到 T 波起点的线段,代表心室的缓慢复极过程,正常 ST 多在基线上下移动 ST 段上下(±)不超过 0.05MV;上拾在 V1、V2 导联不超过 0.3MV,V3 导联不超过 0.5MV;V4-V6 导联与肢体导联不超过 0.1MV;表 1 可示:ST 段抬高的病死率高于 ST 段逐渐压低的患者(P<0.01)预后极差。且有些学者还做过 ST 段降低对交感神经和迷走神经平衡失调,心功能受损导致心率变异率减小^[2]。

4.QRS 低电压:在正常情况下,ΣQRS_{min}算术和<15mm,称作 QRS 低电位、根据流体力学原理,冠状动脉血流病变处,血瘀逐渐的瘀阻,管腔狭窄甚至不通,使局部心肌缺血造成坏死面积逐渐的扩大。

5.心律失常:最常见的室性心律失常有(1)室性早搏:它是急性心肌梗塞早、中、晚期心肌受损、心源性猝死的重要因素(2)室上性心律失常(心房扑动、心房颤动)及房室传导阻滞属于心脏功能不全引起,临床上几乎无一例死于室上性心律失常。

参考文献:

- [1]黄宛 主编 临床心电图学 第四版 人民卫生出版社 1995; 165.
- [2]黄生海 等.麝香保心丸治疗冠心病的实验及临床研究进展[J].中国中医学 2004,13(11): 772
- [3]张立杰.应用心电图 QT 离散度的测量预测急性心肌梗塞早期的室速与室颤[J].中国民族民间医药,2011,20(17):71.