

I 度房室传导阻滞致胸闷 气促 2 例报告

· 病例报告 ·

李 斌

作者单位: 401535 合川, 重庆市天府矿务局职工总医院/三汇医院内科

作者简介: 李 斌(1964-), 男, 大学专科, 主治医师, 研究方向: 临床病例分析。E-mail: libinbin1964@yahoo. cn

[关键词] I 度房室传导阻滞; 病例分析

[中图分类号] R 541.7+6 [文章编号] 1674-3806(2013)05-0474-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.05.27

I 度房室传导阻滞常见于风湿性心肌炎、急性或慢性缺血性心脏病, 在急性心肌梗死患者中其发生率为 4%~15%, 尤其多见于急性下壁心肌梗死患者, 在老年人中原发性传导系统纤维化是较常见的原因, 呈长期渐进性传导阻滞^[1]。笔者在临床工作中收治 2 例 I 度房室传导阻滞致胸闷、气促病例, 现报告如下。

1 病例介绍

例 1: 患者男性, 43 岁, 因“活动后胸闷、气促 1 月”入院。1 个月前患者开始出现上坡及行走过快时胸闷、气促, 经休息 10 余分钟后症状逐渐缓解。无咳嗽、咳痰、呕血、便血等表现, 发病前曾受凉, 经用药治疗 3 d 后症状好转。平素体健, 无高血压、心脏病等病史, 无抽烟、饮酒嗜好, 无家族传染病及遗传性疾病。查体: 体温 36.5℃, 脉搏 78 次/min, 呼吸 19 次/min, 血压 130/80 mmHg, 发育正常, 正体力形, 心肺未见异常, 腹部(-), 双下肢无水肿。辅助检查: 血常规、肝功、肾功、电解质、血糖、大小便常规均无异常。胸腔 CT 扫描未见异常改变。心电图示窦性心律, I 度房室传导阻滞。心脏彩超示心脏各腔室大小正常, 二尖瓣轻度反流, 左室舒张功能降低。动态心电图提示窦性心律, 最慢心率 40 次/min; 平均心率 70 次/min, 最快心率 110 次/min; I 度房室传导阻滞, PR 间期 230~320 ms(心率 $\geq$ 95 次/min 时 $\geq$ 300 ms); 无 >2 s 长间隙; ST-T 正常。肺功能检查双肺通气功能正常, 心肌灌注显像及负荷试验无心肌缺血改变。诊断考虑为病毒性心肌炎(恢复期), 给予黄芪注射液、丹参酮注射液静滴, 曲美他嗪口服等治疗 1 周, 患者仍感症状无缓解, 加用氨茶碱 0.1 g 口服 3 次/d, 3 d 后患者症状明显改善, 复查心电图示窦性心律, 电轴不偏。

例 2: 患者男性, 30 岁, 因“反复胸闷、气促 3

月”入院。3 月前患者常于休息中出现胸闷、气促症状, 活动后症状缓解, 患者因症状反复发作而就诊。无受凉及关节疼痛史, 无心脏病史。查体: 生命体征正常, 余未见异常。辅助检查: 血常规、肝功、肾功、电解、血糖、血沉、心肌酶谱均正常, 内风湿因子(-), 大小便常规均未见异常。胸腔 CT 扫描未见异常改变。肺功能检查双肺通气功能正常。心脏彩超心脏各腔室大小正常, 二尖瓣轻度反流, 左室舒张功能降低。动态心电图提示窦性心律、最慢心率 46 次/分; 平均心率 72 次/min, 最快心率 130 次/min; I 度房室传导阻滞, PR 间期 190~320 ms(心率 $\leq$ 65 次/min 时 PR 间期 $\geq$ 220 ms); 无 >2 s 长间隙; ST-T 正常。心肌灌注显像及负荷试验无心肌缺血改变。诊断: I 度房室传导阻滞。给予氨茶碱 0.1 g 口服 3 次/d; 宁心宝胶囊口服, 2 粒/次, 3 次/d。1 个月后随访, 患者症状好转, 随访心电图示正常心电图。

2 讨论

2.1 发病机制 I 度房室传导阻滞通常不产生血流动力学改变, 对无症状、亦无低血压或窦性心动过缓者无需特殊处理, 大多预后良好, 经治疗可迅速消失, 但亦可发展为 II 度、III 度房室传导阻滞。正常情况下, 左房收缩发生在心室收缩之前的瞬间, 旋即心房舒张; 长 PR 间期时, 整个心房收缩远远早于心室开始收缩的时间, 心房收缩后开始舒张, 心房内压力降低, 此时心电还在往下缓慢传导, 心室无电激动和收缩, 心室需要长时间等待下传电冲动, 导致一个心搏周期中心室舒张期所占比例增大, 心室舒张时, 心房相对“提前”的收缩引起心房收缩重叠于左心室舒张充盈相早期, 二尖瓣仍处于开放状态, 同时随着左心室的充盈, 左心室内压逐渐上升, 当左室内舒张压超过心房内压时, 血流从左心室反流至左心房, 即形成舒张期二尖瓣反流。这种反流造成左心室血液

减少,即前负荷减少,反流至心房的血液导致心房内压力增高,使患者出现类似肺淤血的症状,即呼吸困难、胸闷^[2]。病例 1 患者 PR 间期在活动时较休息时延长,而不随心率增加适应性缩短,使心房收缩逐渐靠近心室收缩,二尖瓣反流量增加,出现胸闷、气促症状。病例 2 患者在心率过缓时 PR 间期延长,出现胸闷、气促,而活动心率增加时 PR 间期能适应性缩短,症状缓解^[3]。

2.2 治疗措施 氨茶碱能兴奋心肌及窦房结组织,同时使房室结恢复时间缩短,有变时作用及拮抗腺苷受体作用,逆转腺苷对心脏的异常电生理效应,提高高位起搏点心率,改善心脏传导^[4],剂量 100 mg,口服 3~4 次/d。宁心宝胶囊,本品有提高窦性心律,改善窦房结、房室传导功能,改善心脏功能的作用。用于治疗多种心律失常,房室传导阻滞,难治性缓慢型心律失常,传导阻滞^[5],口服,2 粒/次,3 次/d。

2.3 治疗结果 通过治疗,2 例患者胸闷、气促症状均好转,在随访心电图,为正常心电图,而 I 度

房室传导阻滞的消失,与迷走神经张力增加及腺苷介导的房室传导阻滞具有一定的相关性,从而说明临床上仍有一类长 PR 间期可伴或并发二尖瓣反流出现胸闷、心悸、气促症状。临床应予重视,必要时并予相关治疗。2 例患者因症状好转,拒绝建议心脏超声了解二尖瓣反流情况。

参考文献

- 1 陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2005:1387-1389.
- 2 黄 岚,宋凌鲲.心电图临床解读[M].北京:化学工业出版社,2009:183-192.
- 3 陈玉生.氨茶碱治疗急性心肌梗死并发Ⅲ度房室传导阻滞 3 例[J].现代医药卫生,2004,20(24):2690.
- 4 王 欣,闫锁芳,朱娅娅.宁心宝治疗急性心肌梗死心律失常 57 例[J].现代中医药,2009,29(6):13-14.
- 5 耿学军.运动致 I、II 度房室阻滞消失 3 例[J].实用心电学杂志,2010,19(5):392.

[收稿日期 2012-12-18][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

护理研讨

急性心肌梗死患者焦虑状态的优质护理

颜 羽

作者单位:530031 广西,南宁市第二人民医院心血管内科

作者简介:颜 羽(1973-),女,大学专科,主管护师,研究方向:心血管内科疾病护理。E-mail:982732060@qq.com

[摘要] 目的 探讨优质护理改善急性心肌梗死患者焦虑状态的效果及临床价值。方法 回顾性分析 90 例急性心肌梗死患者的一般资料,按照入院时间先后、对照的原则分为观察组和对照组各 45 例。对照组采取常规的护理干预措施,观察组采用优质护理模式。采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)对患者护理前后进行评分,并进行统计学分析。结果 护理前,两组患者 HAMA 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);护理后,两组患者 HAMA 评分护理后均较护理前有所改善,差异具有统计学意义($P<0.01$),但观察组改善效果更优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 优质护理能够有效改善急性心肌梗死患者的焦虑状态,值得临床推广应用。

[关键词] 优质护理; 急性心肌梗死; 焦虑状态

[中图分类号] R 473.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)05-0475-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.05.28

急性心肌梗死是在冠状动脉病变的基础上发生冠状动脉血供急剧减少或中断,使相应的心肌严重而持久地急性缺血导致心肌坏死^[1]。此疾病发病快、病情急、发展迅速,易发生心源性休克、心律失

常、心力衰竭、猝死,严重威胁患者的生命健康。因此,大多数患者患病后,常常会产生巨大的心理压力和严重的焦虑情绪,阻碍疾病的康复。临床发现,优质护理模式能够有效改善患者的焦虑状态,促进疾