

经胸壁无创性心脏起搏术在抢救心跳骤停中的应用

陶以嘉 钱谷生 金卫东

(无锡市第三人民医院, 无锡, 214041)

经胸壁无创性心脏起搏技术是一种简便易行、快速有效的抢救心跳骤停的方法。1996 年 4~8 月我科运用美国惠普公司生产的 CodeMaster XL M1723A 心脏除颤起搏监护仪。成功地抢救了 3 例心跳骤停的患者, 现报告如下。

1 临床资料

例 1, 男, 59 岁。先后 3 次突然发作阿—斯综合征, 发作时心电监护可见室性心动过速、缓慢的室性逸搏心律、心室停顿, 每次都先经胸外心脏按压、利多卡因、异丙肾等抢救无效后改用经胸壁无创性心脏起搏而获得抢救成功, 起搏电流从 70mA 逐渐减少至 50mA、40mA, 频率为 60~70 次/min, 全部夺获心室。该病人在阿斯发作的间歇期, 心电图表现有窦性心律, 间歇性的完全性右束支传导阻滞伴左前分支阻滞, 完全性左束支传导阻滞, III 度房室传导阻滞。由于病人在第 1、第 2 次发作时受多种因素影响而未能安装埋藏式心脏起搏器, 第 3 次发作后安装起搏器, 以后病情稳定, 定期复查情况良好。

例 2, 男, 81 岁。因自感心悸、头昏、黑朦 2 个月入院。原有 II 度 II 型房室传导阻滞、完全性右束支传导阻滞史, 入院当天反复发作阿斯综合征, 心电监护示 III 度房室传导阻滞、室性逸搏心律、心室停顿, 即在常规心肺复苏术无效后, 改用经胸壁无创性心脏起搏, 频率 60 次/min, 电流 50mA, 全部夺获心室, 于第 2 天安置埋藏式心脏起搏器, 病情稳定出院。

例 3, 男, 51 岁。因突然胸痛, 胸闷伴气急、咳嗽、咳粉红色泡沫痰入院。入院诊断为急性前侧壁心肌梗塞并发急性左心衰, 入院后半小时突然发作室速、室颤, 心跳骤停, 呼吸停止, 后即经胸壁无创性心脏起搏, 频率 60 次/min, 电流

45mA, 全部有效起搏, 10min 后因病情过重, 呼吸未能恢复, 增加起搏电流至 100mA, 仍未能有效起搏, 最终死亡。

2 讨论

大量的研究结果认为, 经胸壁无创性心脏起搏的心室起搏阈值为 40~80mA (平均 64±14mA), 心房的起搏阈值往往是心室的 2 倍或 2 倍以上, 故在临床应用时, 经胸壁心脏起搏只能直接导致心室肌的除极, 而心房的除极主要是由于室房逆传所致。其心输出量超过右室心内膜起搏, 这是因为起搏的电脉冲可同时作用于心脏左右心室, 使两个心室同时除极收缩, 消除了室间隔异常运动的影响。另外电脉冲传经胸壁时, 引起胸壁及上腹部肌肉节律性收缩, 有助于增加心脏排血量和推动血液循环, 从而增加心输出量, 只要感知功能正常, 也不会诱发各种恶性心律失常。曾有作者进行过心肌酶谱的监测, 即使连续有效地起搏 35min, 心肌酶谱也无异常变化。我们对经胸壁心脏起搏监测 3 例病人 4 例次 (除 1 例心肌梗病人外), 心肌酶谱均未发现有异常升高。

我们在临床实际应用中, 从一开始的失败教训中, 逐渐摸索出了几点经验: ①起搏电极的位置对起搏阈值的影响较大, 电极位置要正确贴于左胸前后, 一般胸前电极安贴于常规心电图的 V₃ 导联处, 后背电极安放于左肩胛与脊柱间, 与胸前电极相对应, 而且要使用特制的体外起搏电极、导电糊, 粘贴要好。如例 1, 第 3 次抢救开始用频率 70 次/min, 电流 70mA, 因病情紧急电极放在左右前胸未见有效起搏后改用左胸前后位, 于频率 60 次/min, 电流 50mA 全部有效起搏。②病人对起搏电流耐受差异很大, 例 1 在清醒状态下用 40~70mA 均能耐受, 但例 2 用 40~50mA

神经衰弱患者的生活质量调查

卜 茹

(扬州五台山医院, 扬州, 225002)

作者对 45 例神经衰弱患者的生活满意度进行了初步调查, 现将结果报告如下。

1 临床资料

本组 45 例神经衰弱的诊断符合 CCMD-2-R 诊断标准, 男 12 例, 女 33 例, 年龄平均 35.32±9.75 岁。未婚 7 例, 已婚 38 例, 其中离婚 2 例。文化程度: 大专以上 4 例, 中学 35 例, 小学 6 例。病程 4~8 年。对照组为 45 名健康者, 其性别、年龄、婚姻、文化程度及职业等条件与神经衰弱无显著差异。

采用美国国会卫生统计中心制定的《总体幸福感量表》(GWB) 为工具, 该量表共 33 题, 本文采用前 18 项, 组成 6 个因子, 分别是: 对健康的担心、精力、对生活的满足和兴趣、抑郁或愉快的心境, 对情感和行为的控制以及松弛(焦虑)。采用《社会支持评定量表》, 该表共有 10 个项目, 总分为各项目计分之总和。要求受试者自行填写调查表, 对确有困难者(如不识字), 采用定式询问, 由研究者据其回答填写。

总体幸福感(GEB) 评分情况: 神经衰弱组 GWB 总分为 78.84±17.25, 对照组为 93.24±17.43, 两者比较有显著性差异 ($P < 0.01$)。

总体幸福感各因子分比较: 神经衰弱组所有调查项目上的评分均有低于对照组的倾向, 尤其对健康的担心、精力及松弛与紧张(焦虑)等 3 因

子两组差异明显, 神经衰弱组满意度显著低于对照组 ($P < 0.05$)。

社会支持评定量表(SSRS) 评分情况: 神经衰弱组 SSRS 总分为 35.24±2.69, 对照组为 37.20±4.31, 两组比较有非常显著性差异 ($P < 0.05$)。

2 讨 论

神经衰弱是一组常见的精神障碍, 患病率高达 9.1%。主要表现为下列 5 组症候群: ①头部紧张性不适; ②睡眠障碍; ③脑力劳动率下降; ④体力衰弱疲劳感; ⑤心情烦恼。本文结果表明, 神经衰弱组生活满意度较正常组有不同程度的下降, 尤其是在对健康的担心、精力, 以生活的满足和兴趣, 松弛与紧张等方面明显低于正常对照组, 这些均表明神经衰弱患者的主观感受的生活质量低于正常人, 这是一个值得重视的问题。

从另一个角度来看, 神经衰弱组病人与正常人相比缺少相应的社会支持。社会活动少, 人际关系紧张会使人产生烦恼等不良情绪和心理冲突, 而这些又是导致和加重神经衰弱症状的重要因素。由本文结果可以看出提高神经衰弱病人的生活质量和改善社会支持系统, 对治疗神经衰弱至关重要。

参考文献(略)

(收稿日期: 1998-01-11)

就感胸壁刺痛, 无法耐受, 40mA 短时耐受, 经用安定后才能耐受一段时间, 因而只能间歇使用, 低于 40mA 5 例次均未有有效起搏。③通过 5 例次起搏表明, 只要电极、导电糊、粘贴位置好, 大多 40~50mA 均能有效起搏。④熟练掌握体外起搏技术是抢救成功的关键。⑤抢救成功后的患者有安置埋藏式起搏器指征, 应及时安置埋藏式起搏器, 以控制病情, 改善预后。

经胸壁无创性心脏起搏技术, 在病人出现缓慢心律失常, 阿斯综合征发作时, 不需要放射设备和导管技术就能应用。整个操作过程仅需 1~3min, 具有操作简便, 起搏快速、有效且无创伤

的优点, 可以明显提高急诊缓慢性心律失常、心跳骤停患者的存活率及为安装埋藏式起搏器赢得时间, 可用 VVI 或 VOO 起搏方式, 其疗效与右心室心内膜临时起搏相似, 且可以应用于心内膜起搏禁忌的患者, 如有心内膜炎或凝血功能障碍者等。

经胸壁无创性心脏起搏其成功与否主要依赖于实施起搏的时间的早晚。如果起搏时间过晚, 可能由于心肌缺氧、酸中毒、电解质紊乱、心肌起搏阈值增高不能应激而导致起搏失败。

参考文献(略)

(收稿日期: 1997-12-10)