

改良中指同身寸度量食道心房调搏导管深度起搏心脏、监护手术的应用*

黄绍烈¹ 罗 雄¹ 吴印生¹ 赵令时²

1988~1996 年间,我们应用改良中指中节同身寸度量食道心房调搏导管深度,起搏心脏,监护病态窦房结综合征(病窦)和窦性心动过缓(窦缓)患者手术取得成功。

资料和方法

1 临床资料 22 例患者来源于我院及山东潍坊市人民医院等全国推广应用的住院患者;其中男 11 例,女 11 例,年龄 50~74 岁,平均 65 ± 6 岁;原发病子宫肌瘤 5 例,胃癌 5 例,胆道结石 4 例,肠梗阻 2 例,卵巢癌 1 例,肾结石 1 例,肾结核 1 例,膀胱肿瘤 1 例,椎间盘突出 1 例,直肠癌 1 例。22 例患者均在外科、妇产科住院,其中病窦 2 例,窦缓 20 例,均符合《心血管病诊断标准》^[1],病程 2 个月~15 年,有头昏、头晕、胸闷、心悸 22 例,走路不稳 15 例,黑朦 13 例,曾晕倒 2 例。有逸搏或室性早搏 8 例。

2 仪器 采用苏州产 CT-I 型多功能心脏程序刺激仪及 4 级导管电极。

3 方法 术前测血压(Bp),作心电图测心率(HR);术中先观察 Bp、HR,如 Bp 下降,HR 减慢,即行食道心房起搏;度量改良同身寸及插入导管的方法与文献^[2,3]相同,起搏频率按 60 次/min,即 $S_1S_11000ms$ (个别病例按 50 次/min 起搏),脉宽 10ms,电压 20V,起搏后测 Bp。尔后起搏至手术毕。

结 果

1 疗效判断标准 显效:食道 P 波正、负双相大致相等,电刺激夺获心房,血压恢复正常;有效:食道 P 波正、负双相,正相波略小于负相波或正相波略大于负相波,电刺激大部分夺获心房,血压基本恢复正常;无效:食道 P 波为小的正相波或负相波,电刺激不能夺获心房,血压不能恢复。

2 结果 显效:21 例(95%);有效:1 例(5%),仅有部分电刺激夺获心房不佳;无效:0 例。22 例术前 $HR 52.68 \pm 2.20$ 次/min,术中未起搏心率(HR) 45.13 ± 7.40 次/min,两者相比较, $P < 0.01$,术中未起搏 HR 显

著减慢;术前 $Bp 17.40 \pm 1.99/10.81 \pm 1.13kPa$,术中未起搏 $Bp 11.00 \pm 3.82/7.22 \pm 2.74kPa$,两者相比较 $P < 0.001$,术中未起搏 Bp 显著下降;术中起搏 $Bp 16.05 \pm 1.36/10.00 \pm 1.06kPa$,与术中未起搏 Bp 比较, $P < 0.001$,术中起搏后 Bp 恢复正常,以上 3 组比较均有非常显著性差异。术前 Bp 与术中起搏 Bp 比较, $P > 0.05$,无显著性差异。

讨 论

我们应用了度量改良中指同身寸 11 倍为食道心房调搏导管的深度中止室上性心动过速取得成功,并已在全国推广应用^[3]。应用于病窦患者起搏心房、监护手术是在 1988 年,一位 74 岁男性患者,诊为膀胱肿瘤、前列腺增生、青光眼、冠心病合并病窦行外科手术,用此方法获得成功^[4]。从此,我们开创了病窦、窦缓患者应用同身寸度量导管深度起搏心房、监护手术的新途径。所观察的 22 例均为外、妇科住院患者,术前有病窦、窦缓的临床症状、HR 慢、年龄大,窦房结功能差或有迷走神经张力增高等等,术者担心麻醉及术中会出问题,不敢为其手术,要么一般治疗,要么劝其出院,国外及国内一些大医院主张用临时起搏器监护,度过手术关。应用度量 11 倍改良同身寸法为导管深度准确可靠^[5],起搏心脏,方法简便易行,实用、价廉、无创伤。

参 考 文 献

1. 元柏民. 心血管病诊断标准. 北京:学苑出版社,1991:38—41.
2. 黄绍烈,罗 雄,王庆延,等. 中医学中指同身寸与食道心房调搏导管深度关系的研究. 中西医结合杂志 1989;3(9):163.
3. 黄绍烈,罗 雄,吴印生,等. 改良中指同身寸度量食道心房调搏导管深度中止室上性心动过速的临床应用. 中国中西医结合杂志 1997;17(2):68.
4. 黄绍烈,罗 雄. 心动过速—过缓综合征患者手术时应用食道心房起搏监护一例报告. 中华老年医学杂志 1991;10(3):37.
5. 黄绍烈,胡大一,丁燕生,等. 改良中指同身寸在食道心房起搏中的定位价值. 中国中西医结合杂志 1995;15(6):341—342.

* 此项成果获 1995 年度国家发明三等奖。

(收稿:1997-04-20 修回:1998-06-10)

1. 江西医学院第一附属医院心内科(南昌 330006);2. 山东省潍坊市人民医院