

• 经验交流 •

急性下壁心肌梗死胸前导联 ST 段压低的临床意义

褚晓波

(吉林市第二中心医院心内科, 吉林 吉林 132001)

【关键词】 心肌梗死, 下壁, 急性; 胸前导联 ST 段压低; 冠状动脉病变

中图分类号: R256.2 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2008)05-0310-01

分析 2001 年 1 月—2004 年 3 月本院 68 例急性下壁心肌梗死(AIMI)住院患者的临床资料, 探讨胸前导联 ST 段压低与冠状动脉(冠脉)病变的关系及临床意义。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 68 例 AIMI 患者均符合世界卫生组织(WHO)的急性心肌梗死诊断标准, 其中男 52 例, 女 16 例; 年龄 40~78 岁, 平均(54.41±7.99)岁。伴原发性高血压 38 例, 高血脂症 27 例, 糖尿病 15 例。梗死部位: 单纯下壁 52 例, 下壁伴后壁 9 例, 下壁伴后壁、右室 3 例, 下壁伴右室 4 例。如果伴有左右束支传导阻滞、预激综合征、起搏心律和其他器质性心脏病所致的心肌肥厚伴胸前导联 ST 段下降病例, 则不纳入本研究。

1.2 病例分组: 按胸前导联 ST 段压低分 3 组: ST 段正常组(I 组); 胸前导联 V1~3 ST 段压低组(II 组); 胸前导联 V1~5 或 V1~6 ST 段压低组(III 组)。

1.3 评价指标及判定标准: ①心电图: 以入院首次确诊 AIMI 时心电图为基准, TP 段为基线, J 点后 80 mm 处测量 ST 段水平。胸前导联至少两个相邻导联 ST 段压低≥0.11 mV 判定为胸前导联 ST 段压低。②心律失常: 严重窦性心动过缓, I 度或以上房室传导阻滞, 频发房性或室性期前收缩, 心房颤动, 室性心动过速, 心室纤颤。③低血压标准: 收缩压<90 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)或舒张压<60 mm Hg。④冠脉造影: 用 Judkins 法行选择性冠脉造影, 冠脉狭窄程度≥75%为有意义病变; 若左主干狭窄>50%则归为左前降支病变。所有病例于发病 1 个月内完成冠脉造影。

1.4 统计学处理: 计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验和方差分

作者简介: 褚晓波(1969-), 男(汉族), 吉林省人, 主治医师。

表 2 胸前导联 ST 段改变与冠状动脉病变的关系 例(%)

组别	例数	前降支	回旋支	右冠脉	前降支狭窄≥90%
I 组	19	5(26.3)	10(52.6)	12(63.2)	0(0)
II 组	14	2(14.3)	4(28.6)	10(71.4)	0(0)
III 组	35	26(74.3) ^{ab}	21(60.0) ^{ab}	23(65.7)	12(34.3) ^{ab}

注: 与 I 组比较, *P<0.05; 与 II 组比较, ^bP<0.05

表 3 胸前导联 ST 段压低范围与临床资料的比较

组别	例数	LVEF($\bar{x} \pm s$)	心律失常[例(%)]	低血压[例(%)]	死亡[例(%)]
I 组	19	0.63±0.05	5(26.3)	3(15.8)	0(0)
II 组	14	0.62±0.06	4(28.5)	1(7.1)	0(0)
III 组	35	0.51±0.13 ^{ab}	20(57.1) ^{ab}	18(51.4) ^{ab}	2(5.7)

注: 与 I 组比较, *P<0.05; 与 II 组比较, ^bP<0.05

析, 计数资料采用 χ^2 检验, P<0.05 为差异有统计学意义。

1.5 结果(表 1~3): ST 段压低组单支病变发生率低于正常组, 多支病变发生率则高于正常组(P 均<0.05)。I 组前降支、回旋支病变比例最低、右冠脉病变比例提高; II 组前降支、回旋支病变比例明显高于 I 组和 III 组(P 均<0.05), 且左室射血分数(LVEF)最短, 有 34.3% 的患者前降支狭窄≥90%, 心律失常和低血压发生率最高, 并有 2 例死亡。3 组间右冠脉病变比例接近。

表 1 胸前导联 ST 段改变与冠状动脉病变支数的关系 例(%)

组别	例数	单支病变	多支病变
ST 段正常组	19	11(57.9)	8(42.1)
ST 段压低组	49	5(10.2) ^a	44(89.7) ^a

注: 与 ST 段正常组比较, *P<0.05

3 讨论

既往认为 AIMI 大多预后良好, 近年发现 AIMI 伴胸前导联 ST 段压低者的病程、预后和左室功能障碍与急性前壁心肌梗死类似。本结果显示, AIMI 合并胸前导联 ST 段压低者严重心律失常、心力衰竭、低血压及死亡的发生率增

高, 左前降支和多支血管病变亦明显增多, 故临床症状与前壁梗死类似。

AIMI 时心肌受损的严重程度取决于梗死相关动脉及其闭塞的部位。本结果也显示, 胸前导联 ST 段广泛压低组 LVEF 及低血压发生率与 ST 段正常组比较差异显著, 其原因为 AIMI 伴 ST 段广泛压低者严重左前降支、回旋支及多支病变比例高, 导致前壁慢性持续缺血, 部分缺血心肌成为冬眠心肌, 一旦发生 AIMI, 可使心功能明显恶化。本研究显示: AIMI 伴 ST 段压低者严重室性心律失常和房室传导阻滞发生率明显高于不伴 ST 段改变者, 可能与前者心肌受损范围较大, 泵功能障碍和累及房室结供血等因素有关; AIMI 伴 V1~5 或 V1~6 ST 段压低可能存在左前降支或回旋支严重狭窄病变, 多支病变比例较高, 缺血心肌范围大, 造成前壁或前侧壁缺血或心内膜下心肌梗死, 故胸前导联广泛 ST 段压低者较多出现血流动力学紊乱。

综上, 可以把是否伴有胸前导联 ST 段压低作为判断 AIMI 患者病情和预后的指标之一, 应尽早期行冠脉造影及介入治疗, 以改善患者的病程和预后。

(收稿日期: 2008-06-20)

(本文编辑: 李银平)