

严重系统疾病或疼痛累及第 1 支患者更有优势。因为 PMC 方法:①治疗时间短,一般治疗时间为 5 ~ 10 min, 患者容易接受。②采用短暂全身麻醉下完成,不需要唤醒患者配合治疗,减少患者痛苦。③治疗后恢复快,患者第 2 天即可出院,并恢复正常生活,对患者创伤小。④可重复治疗,本组 2 例在术后第 2 天再次治疗后痊愈。⑤对其他治疗方法无效或者复发的患者仍可进行 PMC 方法治疗,本组多数患者在本次治疗前曾接受过一次或多次单种或多种其他种方法的治疗,其中主要包括针灸、封闭、周围神经撕脱、显微血管减压手术、射频热凝术以及伽玛刀治疗等。⑥并发症少而轻微,患者可以耐受。

[参 考 文 献]

- [1] Mullan S, Lichtor T. Percutaneous microcompression of the trigeminal ganglion for trigeminal neuralgia [J]. J Neurosurg, 1983, 59: 1007 - 1012.
- [2] Jeffrey A, Brown, MD, Jan J. Percutaneous balloon compression treatment for trigeminal neuralgia[J]. Techn Neurosurg, 1999, 5: 225 - 231.
- [3] 马 逸, 李岩峰, 邹建军, 等. 经皮球囊压迫治疗三叉神经痛[J]. 中华神经外科杂志, 2003, 19: 311 - 312.
- [4] 马 逸, 李岩峰, 王 斌, 等. 微球囊压迫治疗三叉神经痛[J]. 中华微侵袭神经外科杂志, 2002, 12: 7.
- [5] David J, Skirving M, Noel G. A 20 - year review of percutaneous balloon compression of the trigeminal ganglion [J]. J Neurosurg, 94: 913 - 917, 2001.

(收稿日期:2008-02-15)

·临床研究 Clinical research·

急性心肌梗死并发心房颤动/心房扑动对近、中期预后的影响

崔克俭, 顾水明, 丁跃有, 张亚臣, 李毅刚, 郑宏超

【摘要】 目的 评价急性心肌梗死(AMI)并发心房颤动(房颤)/心房扑动(房扑)对患者近、中期临床预后的影响。**方法** 2001 年 1 月至 2005 年 12 月确诊的 AMI 患者 297 例,分为房颤/房扑组(33 例)和无房颤/房扑组(264 例)。比较两组 30 d 及 6 个月内病死率、Killip 分级、心源性休克、心律失常发生情况。以多普勒心脏超声测定患者 AMI 后 6 个月的左室射血分数(LVEF)。**结果** 房颤/房扑组与无房颤/房扑组比较:年龄大、CPK 峰值高、心源性休克率高、既往发生过心肌梗死者比例高、入院时心功能 Killip 分级 I 级比例低,多支血管病变率高,LVEF < 40%比例高($P < 0.05$);与无房颤/房扑组比较,房颤/房扑组 30 d 内及 6 个月病死率、心源性休克、恶性室性心律失常、再发心肌缺血率、再梗死率明显增高($P < 0.05$);二组 LVEF 比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** AMI 并发房颤/房扑的患者其近中期病死率明显增加。

【关键词】 急性心肌梗死;心房颤动;心房扑动;病死率;预后

中图分类号:R541.4 文献标识码:B 文章编号:1008-794X(2008)-08-0594-03

Effects of atrial fibrillation/atrial flutter on the short and medium-term prognosis of patients with acute myocardial infarction CUI Ke-jian, GU Shui-ming, DING Yao-you, ZHANG Ya-chen, LI Yi-gang, ZHENG Hong-chao. Department of Cardiology, Xuhui Center Hospital, Shanghai 200031, China

【Abstract】 Objective To evaluate the influence of atrial fibrillation(AF)/atrial flutter on the mortality and prognosis of patients with AMI. **Methods** A total of 297 consecutive patients were studied from Jan. 2001 to Dec. 2005 and were categorized into 2 groups according to the presence or absence of AF/atrial

基金项目:上海市卫生局重点专科建设项目(0511028)

作者单位:200031 上海市徐汇区中心医院心内科(崔克俭、顾水明、丁跃有、郑宏超);上海交通大学附属新华医院心内科(张亚臣、李毅刚)

通讯作者:崔克俭

flutter. The 30 d and 6 mo mortalities, Killip Grades, cardiogenic shock, arrhythmia and left ventricular ejection functional (LVEF) 6 months after AMI with Doppler US between the 2 groups were compared.

Results The incidence of AF/atrial flutter was 12.5% with older age, higher Killip Grade, higher CPK peak, higher rates of previous myocardial infarction and multivascular involvement than those without AF/atrial flutter. The short and medium-term mortalities in AF/atrial flutter group were both significantly higher than those of non-AF/atrial flutter group ($P<0.05$). **Conclusions** The short and medium-term mortalities increase obviously in AMI complicated with AF/atrial flutter, probably related to the severity of atherosclerosis. (J Intervent Radiol, 2008, 17: 594-596)

[Key words] Acute myocardial infarction; Atrial fibrillation; Atrial flutter; mortality; Prognosis

心房颤动/心房扑动(房颤/房扑)是急性心肌梗死(AMI)并发的常见心律失常,有较高的病死率^[1]。本研究通过观察 AMI 并发房颤/房扑患者的临床特征及 30 d 和 6 个月心血管事件发生率,旨在探讨 AMI 并发房颤/房扑对其近、中期预后的影响。

1 材料与方法

1.1 研究对象及分组

2001 年 1 月至 2005 年 12 月因首次 AMI(ST 段抬高)于本科就诊,并接受冠状动脉造影术的患者。AMI 诊断标准:①胸痛症状持续时间 ≥ 30 min。②心电图出现 2 个或 2 个以上相邻导联 ST 段抬高(胸导联 ≥ 0.2 mV,肢体导联 ≥ 0.1 mV)或新出现的完全性左束支传导阻滞。③心肌酶达到 AMI 诊断标准。排除 AMI 前已有房颤/房扑发作史,甲状腺功能亢进、风湿性心脏病、左房室瓣脱垂等病史。按入院后有无并发房颤/房扑分为:房颤/房扑组,无房颤/房扑组。

1.2 方法

1.2.1 入院处理 全部 AMI 患者入院后立即连续心电监护 7 ~ 10 d,并于入院后前 7 d 记录心电图 1 次/d 以上,病情变化随时记录。对 AMI 并发房颤/房扑者,根据心电监护和(或)心电图描记,记录房颤/房扑的发作时间、持续时间、转复等资料。

1.2.2 观察指标 记录所有患者的住院资料,包括性别、年龄、高血压、糖尿病、高血脂、吸烟、脑血管病史、冠心病家族史、既往心梗等病史、急诊冠脉造影结果、梗死部位、入院时心功能(Killip II 级以上定为心力衰竭)、急诊 PCI 术前后 TIMI 血流分级、住院中的并发症及死亡情况等。

1.2.3 临床随访 全部患者于术后 30 d、6 个月进行门诊、或电话随访,观察 AMI 30 d 内患者的病死率、Killip 分级、心源性休克及心律失常发生情况及 AMI 后 6 个月内病死率、再发心肌缺血、再梗死、脑

血管事件的发生率,并用多普勒心脏超声测定患者 AMI 后 6 个月的左室射血分数(LVEF)。

1.3 统计学处理

以 SAS 6.12 软件统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示;两组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,均以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床特征比较

符合入选标准的 AMI 患者共 297 例,男 203 例,女 94 例,年龄 41 ~ 82 岁,平均(63 ± 4)岁。临床特征见表 1。其中有房颤/房扑组 33 例(12.5%),男 24 例,女 9 例,平均年龄(67 ± 10)岁。与无房颤/房扑组比较,房颤/房扑组患者年龄稍大、CPK 峰值高、心源性休克率高、既往发生过 AMI 者比例高、入院时心功能 Killip 分级 I 级比例低($P < 0.05$,表 1)。房颤/房扑组患者梗死相关血管为右冠脉的比例高,冠脉造影显示多为多支血管病变,LVEF $< 40\%$ 比例高(表 1)。

表 1 临床及冠脉造影特征比较($\bar{x} \pm s$)

临床及冠脉造影资料	房颤/房扑组 ($n = 33$)	无房颤/房扑组 ($n = 264$)	P 值
年龄/岁	67 ± 10	60 ± 11	0.001
男/例(%)	24(72.7)	183(69.3)	0.69
高血压/例(%)	20(60.6)	141(53.4)	0.43
糖尿病/例(%)	13(39.4)	91(34.5)	0.58
吸烟/例(%)	15(45.5)	95(36.0)	0.29
陈旧性心梗/例(%)	8(24.2)	28(10.6)	0.02
CPK 峰值(IU/L)	1950.73 ± 382.10	1321.98 ± 448.71	0.0001
Killip I 级/例(%)	18(54.6)	186(72.7)	0.03
冠脉造影病变			
左主干/例(%)	1(3.0)	3(1.1)	0.37
前降支/例(%)	12(36.4)	129(48.9)	0.175
回旋支/例(%)	5(15.2)	61(23.1)	0.3
右冠状动脉/例(%)	15(45.5)	71(26.9)	0.03
3 支血管病变/例(%)	11(33.3)	45(17.1)	0.02
LVEF $< 40\%$ /例(%)	14(42.4)	68(25.8)	0.043

2.2 AMI 30 d 内临床结果

房颤/房扑组 30 d 内病死率、心源性休克、Killip 分级 ≥ 3 级比例、恶性室性心律失常的发生率均明显高于无房颤/房扑组 ($P < 0.05$, 表 2)。

表 2 AMI 30 天临床结果 ($\bar{x} \pm s$)

观察指标	并发房颤/房扑组 ($n = 33$)	无房颤/房扑组 ($n = 264$)	P 值
病死率/例 (%)	4(12.1)	8(3.0)	0.012
Killip 分级 ≥ 3 级/例 (%)	8(24.2)	27(10.2)	0.019
心源性休克/例 (%)	5(15.2)	15(5.7)	0.04
室速/室颤/例 (%)	9(27.3)	29(11.0)	0.008

2.3 AMI 后 6 个月随访结果

AMI 后 6 个月,房颤/房扑组患者死亡率、再发心肌缺血、再梗死均明显高于无房颤/房扑组 ($P < 0.05$);两组 LVEF 比较差异有统计学意义(表 3)。

表 3 AMI 后 6 个月随访结果 ($\bar{x} \pm s$)

观察指标	并发房颤/房扑组 ($n = 33$)	无房颤/房扑组 ($n = 264$)	P 值
病死率/率 (%)	6(18.2)	15(5.7)	0.008
再发心肌缺血/例 (%)	3(9.1)	6(2.3)	0.03
再梗死 (%) / 例 (%)	4(12.1)	8(3.0)	0.012
LVEF/(%)	50.45 \pm 8.54	52.68 \pm 9.17	0.008
脑血管事件/例 (%)	1(3.0)	3(1.1)	0.37

3 讨论

文献报道 AMI 并发房颤/房扑时病死率为 7% ~ 20%^[2-5],本研究房颤/房扑组近期病死率(30 d)为 12.1%、中期病死率(6 个月)为 18.2%,与其一致,均显著大于无房颤/房扑组。

Crenshaw 等^[6]的研究显示 AMI 并发房颤/房扑的患者充血性心力衰竭、再梗死的发生率明显增加,且是住院期病死率增高的独立预测因素。本组研究显示,并发房颤/房扑的 AMI 患者多为高龄,既往心肌梗死史比例高,入院时 CPK 峰值高,心源性休克率高;多支血管病变率高,LVEF $< 40\%$ 比例高;AMI 后 30 d 内 6 个月病死率、Killip 分级 ≥ 3 级比例、再发心肌缺血、再梗死、恶性室性心律失常的发生率均明显增加。

心房扩大是房颤/房扑的解剖基础。本研究显示房颤/房扑的 AMI 以右冠状动脉病变为多见,与文献报道一致^[7],右冠状动脉近端阻塞引起右室梗死,右房因负荷过重而扩大易导致房颤/房扑。CPK 峰值高则梗死面积大,左心室收缩功能下降,LVEF 下降;同时,心室舒张功能受损,其舒张期的顺应性下降,使心房的负荷加重,从而导致心房肌细胞负担加重,易发生房性心律失常,严重时即出现房颤/

房扑。从而导致心房肌细胞负担加重,易发生房性心律失常,严重时即出现房颤/房扑。AMI 并发房颤/房扑患者冠状动脉病变严重,常是多支冠状动脉病变,梗死部位再灌注不良或(和)侧支循环灌注不良,心肌损害程度严重。梗死后心绞痛是早期心肌再梗死和梗死延展的高危因素,易导致梗死面积扩大或再次梗死,影响 AMI 预后。提示并发房颤/房扑的 AMI 基础疾病是严重的动脉粥样硬化。

近期有研究显示:房颤/房扑并非是 AMI 病死率增加的独立危险因素^[1],心力衰竭、药物不良反应、室性心律失常均可能导致房颤/房扑相关的死亡,有一半以上的心血管猝死由恶性室性心律失常所致^[8];但抗室性心律失常治疗不能降低其病死率。因而,AMI 并发房颤/房扑患者病死率的增加与动脉粥样硬化的严重程度有关。

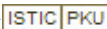
在 AMI 患者,房颤/房扑的发作对评价心脏状态和预后是一个有益参数。

[参考文献]

- [1] Ole Dyg Pedersen. Increased risk of sudden and non-sudden cardiovascular death in patients with atrial fibrillation/flutter following acute myocardial infarction [J]. Eur Heart J, 2006, 27: 290 - 295.
- [2] 王庆玲, 张艳芳, 王智彬, 等. 急性心肌梗死并发房颤/房扑患者冠状动脉造影分析[J]. 临床荟萃, 2003, 18: 封二.
- [3] 吴博贤, 董秋立, 吴全胜, 等. 急性心肌梗死并发房颤/房扑与冠状动脉病变及心力衰竭发生率关系探讨[J]. 临床心电学杂志, 2003, 12: 226.
- [4] Elder M, Canetti M, Rotstein Z, et al. Significance of paroxysmal atrial fibrillation complicating acute myocardial infarction in the thrombolytic era[J]. Circulation, 1998, 91: 965 - 970.
- [5] Pizzetti F, Turazza FM, Franzosi MG, et al. Incidence and prognostic significance of atrial fibrillation in acute myocardial infarction: The GISSI-3 data[J]. Heart, 2001, 86: 527 - 532.
- [6] Crenshaw BS, Ward SR, Granger CB, et al. Atrial fibrillation in the setting of acute myocardial infarction: The CUSTO-I experience[J]. J Am Coll Cardiol, 1997, 30: 406 - 413.
- [7] 何建桂, 马虹, 马中富, 等. 心肌梗死急性期并发房颤动与冠状动脉病变的关系[J]. 临床心血管病杂志, 2000, 16: 3.
- [8] Abildstrom SZ, Torp-Pedersen C, Kober L. Arrhythmic and sudden death in chronic ischemic heart disease-a review of epidemiological data[J]. Card Electrophysiol Rev, 2002, 6: 5 - 8.

(收稿日期:2008-03-11)

急性心肌梗死并发心房颤动/心房扑动对近、中期预后的影响

作者: 崔克俭, 顾水明, 丁跃有, 张亚臣, 李毅刚, 郑宏超, CUI Ke-jian, GU Shui-ming, DING Yao-you, ZHANG Ya-chen, LI Yi-gang, ZHENG Hong-chao
作者单位: 崔克俭, 顾水明, 丁跃有, 郑宏超, CUI Ke-jian, GU Shui-ming, DING Yao-you, ZHENG Hong-chao(上海市徐汇区中心医院心内科, 200031), 张亚臣, 李毅刚, ZHANG Ya-chen, LI Yi-gang(上海交通大学附属新华医院心内科)
刊名: 介入放射学杂志 
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2008, 17(8)
被引用次数: 0次

参考文献(8条)

1. Ole Dys Pedersen [Increased risk of sudden and non-sudden cardiovascular death in patients with atrial fibrillation/flutter following acute myocardial infarction](#) 2006
2. 王庆玲, 张艳芳, 工智彬 [急性心肌梗死并发房颤/房扑患者冠状动脉造影分析](#)[期刊论文]-临床荟萃 2003(18)
3. 吴博贤, 董秋立, 吴全胜 [急性心肌梗死并发房颤/房扑与冠状动脉病变及心力衰竭发生率关系探讨](#)[期刊论文]-临床心电学杂志 2003(12)
4. Elder M, Canetti M, Rotstein Z [Significance of paroxysmal atrial fibrillation complicating acute myocardial infarction in the thrombolytic era](#) 1998
5. Pizzetti F, Turazza FM, Franzosi MG [Incidence and prognostic significance of atrial fibrillation in acute myocardial infarction: The GISSI-3 data](#) 2001
6. Crenshaw BS, Ward SR, Granger CB [Atrial fibrillation in the setting of acute myocardial infarction: The GUSTO-I experience](#) 1997
7. 何建桂, 马虹, 马中富 [心肌梗死急性期并发心房颤动与冠状动脉病变的关系](#)[期刊论文]-临床心血管病杂志 2000(03)
8. Abildstrom SZ, Torp-Pedersen C, Kober L [Arrhythmic and sudden death in chronic ischaemic heart disease-a review of epidemiological data](#) 2002

相似文献(10条)

1. 期刊论文 卢干平, LU Gan-ping [急性心肌梗死并发心房颤动的临床意义](#) -海南医学2005, 16(9)
目的观察急性心肌梗死并发心房颤动的临床意义. 方法比较急性心肌梗死心房颤动组20例和非心房颤动组132例的心力衰竭发生率及死亡率. 结果急性心肌梗死心房颤动组心力衰竭发生率(90.0%)及死亡率(60.0%)均明显高于非心房颤动组(31.1%, 15.1%, $P<0.01$). 结论急性心肌梗死并发心房颤动预后差.
2. 期刊论文 卢干平, Lu Ganping [急性心肌梗死并发心房颤动的临床意义](#) -实用心脑血管病杂志2005, 13(4)
目的观察急性心肌梗死并发心房颤动的临床意义. 方法比较急性心肌梗死心房颤动组20例和非心房颤动组132例的心力衰竭发生率及死亡率. 结果急性心肌梗死心房颤动组心力衰竭发生率(90.0%), 及死亡率(60.0%)均明显高于非心房颤动组(31.1%, 15.1%, $P<0.01$). 结论急性心肌梗死并发心房颤动预后较差.
3. 期刊论文 封金伟, 胡彩云, 张东旭, 宋金梅, 陆立志 [急性心肌梗死并发心房颤动的临床意义](#) -心电学杂志 2002, 21(1)
目的观察急性心肌梗死并发心房颤动的临床意义. 方法比较急性心肌梗死心房颤动组20例和非心房颤动组132例的心力衰竭发生率及死亡率. 结果急性心肌梗死心房颤动组心力衰竭发生率(90.0%)及死亡率(60.0%)均明显高于非心房颤动组(31.1%, 15.1%, $P<0.01$). 结论急性心肌梗死并发心房颤动预后差.
4. 期刊论文 张晶, 陈彦玲, 杨艳, ZHANG Jing, CHEN Yan-ling, YANG Yan [急性心肌梗死并发心房颤动的相关因素及近期预后分析](#) -武警医学院学报2005, 14(3)
[目的]探讨急性心肌梗死(AMI)并发心房颤动(Af)的相关因素及其近期预后. [方法]对急性心肌梗死后发生心房颤动的相关因素进行研究, 对比分析并发心房颤动的23例与同期不并发心房颤动115例急性心肌梗死患者的心衰、心源性休克、梗死后心绞痛及死亡的发生情况. [结果]急性心肌梗死并发心房颤动的相关因素在年龄、梗死时间和梗死部位有显著差异($P<0.05$); 并发房颤患者住院期间心衰、心源性休克、梗死后心绞痛及死亡的发生率显著高于不并发房颤患者($P<0.05$). [结论]影响急性心肌梗死并发Af的相关因素是高龄、梗死时间和梗死相关动脉, AMI并发Af患者近期预后不良.
5. 期刊论文 朱建林 [急性心肌梗死并发心房颤动的相关因素及近期预后分析](#) -华夏医学2004, 17(4)

目的:探讨急性心肌梗死(AMI)并发心房颤动(Af)的相关因素及其近期预后.方法:对急性心肌梗死后发生心房颤动的相关因素进行研究,对比分析并发心房颤动的23例与同期不并发心房颤动115例急性心肌梗死患者的心衰、心源性休克、梗死后心绞痛及死亡的发生情况.结果:急性心肌梗死并发心房颤动的相关因素在年龄、梗死时间和梗死部位有显著差异($P<0.05$);并发房颤患者住院期间心衰、心源性休克、梗死后心绞痛及死亡的发生率显著高于不并发房颤患者($P<0.05$).结论:影响急性心肌梗死并发Af的相关因素是高龄、梗死时间和梗死相关动脉,AMI并发Af患者近期预后不良.

6. 期刊论文 夏文胜. 曾国兵. 陆红进. 夏继辉. 陈惠平. 鲁晶. 申仕海. XIA Wen-sheng. ZENG Guo-bing. LU Hong-jing.

XIA Ji-hui. CHEN Hui-ping. LU Jing. SHEN Shi-hai P波最大时限及P波离散度与急性心肌梗死并发心房颤动的关系 -内科2008, 3 (4)

目的 探讨P波最大时限(Pmax)及P波离散度(Pd)与急性心肌梗死并发心房颤动的关系.方法 急性心肌梗死患者60例中出现房颤29例,未发生房颤31例.比较两组体表12导联心电图的Pmax、Pd.结果 两组Pmax、Pd差异均有统计学意义($P<0.01$), $P_{max}\geq 110ms$ 、 $P_d\geq 40ms$ 及两者相结合时预测心房颤动的敏感性分别为89.7%、86.2%、75.9%,特异性分别为77.4%、83.9%、90.3%,阳性预测值分别为78.8%、83.3%、88.0%.结论 急性心肌梗死患者Pmax和Pd明显增加时易发生房颤,提示Pmax和Pd是预测急性心肌梗死患者发生房颤的一种简单可靠的方法.

7. 期刊论文 杨荣平. 荣珂. 姚光辉. Yang Rong-ping. Yong Ke. Yao Guanghui 急性心肌梗死并发心房颤动33例临床分析 -临床中老年保健医学2001, 4 (1)

目的探讨急性心肌梗死并发心房颤动的临床特点及治疗.方法对33例急性心肌梗死并发心房颤动的临床资料进行了回顾性分析.结果急性心肌梗死并发心房颤动发生率为14.4%,梗死部位以广泛前壁多见.结论急性心肌梗死并发心房颤动多见于梗死后左心功能不全或窦房结功能低下所致,当心室率 >120 /分时应给予紧急措施控制心室率,若心房颤动持续不能转复则预后不良.

8. 期刊论文 张健. 赵连浩 阿托伐他汀对急性心肌梗死合并心房颤动患者的疗效观察 -实用医技杂志2007, 14 (27)

目的:观察阿托伐他汀对急性心肌梗死合并心房颤动患者的疗效.方法:急性心肌梗死合并心房颤动患者51例,随机分为阿托伐他汀治疗组(23例)和对照组(28例),治疗组入院后即给予阿托伐他汀治疗,对照组均为不规则口服降脂药,患者门诊随访1次/月,随访18个月,1次/3个月复查24h动态心电图,观察两组患者血脂变化、阵发性房颤再发率和转为持续性(持续7d以上,但可转为窦性)或永久性房颤(持续性,不转为窦性)的发生率、缺血相关事件的发生率.结果:治疗组血脂指标较治疗前明显改善,阵发性房颤再发率和转为持续性或永久性房颤的发生率、缺血相关事件的发生率明显低于对照组.结论:阿托伐他汀长期应用可明显改善急性心肌梗死合并心房颤动患者的预后.

9. 期刊论文 郭伟 静脉注射可达龙治疗急性心肌梗死伴快速心房颤动16例观察 -临床医学2005, 25 (6)

目的 观察静脉注射可达龙治疗对毛花甙C控制不佳的急性心肌梗死伴快速心房颤动的临床疗效.方法 对16例应用毛花甙C控制不佳的急性心肌梗死伴快速心房颤动的患者给予可达龙3~5mg/kg稀释后10min内注入,随后以滴速0.5~1.5mg/min静脉泵入维持,并根据房颤心室率控制情况,调整可达龙用量,必要时可再静脉注射75~150mg,病情稳定后维持并改口服可达龙,每日用量900~1200mg.结果 快速房颤转为窦性心律者12例,心室率降至100次/min以下者3例,1例死亡.结论 静脉注射可达龙对毛花甙C控制不佳的急性心肌梗死伴快速心房颤动的患者有明显疗效,且副作用少,值得临床推广,用药宜个体化.

10. 期刊论文 陈玲. 胡建新. Chen Ling. Hu Jianxin 急性心肌梗死并发心房颤动持续时间及预后关系研究 -中国现代医药杂志2007, 9 (2)

目的 探讨急性心肌梗死(AMI)并发心房颤动(AF)的持续时间对其预后的影响.方法 用ROC分析确定房颤持续时间对预后影响的时间点.在298例AMI并发AF的患者中,对比心房颤动持续时间 $AF<7$ 小时130例与 $AF\geq 7$ 小时168例患者的相关临床资料,并进行统计分析.结果 急性心肌梗死并发心房颤动持续时间 $AF\geq 7$ 小时患者特点是高龄、严重的心衰.且住院期间心衰、心源性休克、梗死后心绞痛及死亡的发生率显著高于心房颤动持续时间 $AF<7$ 小时患者($P<0.05$).结论 AF持续时间 ≥ 7 小时可能是AMI并发AF患者不良预后的独立危险因素.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200808018.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: 2f823cce-76eb-46b9-ad0c-9df7017f0e65

下载时间: 2010年9月20日