

胸痛患者临床心电图的应用研究

侯剑飞

郴州市第一人民医院心电图室 423000

[摘要]目的 探讨心电图运用在胸痛患者中的临床效果。**方法** 选择 2015 年 1 月—2016 年 8 月期间我院收治的胸痛患者 150 例为研究对象,随机将其分为两组,其中对照组未行心电图检查,而观察组则行心电图检查,对两组的治疗效果进行比较分析。**结果** 观察组 50 例分诊至抢救室,其中 9 例需立即抢救;对照组 47 例分诊至抢救室,其中 6 例需立即抢救;与对照组比较,观察组的意外事件发生率,组间比较差异明显($P<0.05$);同时,观察组的急性冠状动脉综合征(ACS)确诊率高于对照组($P<0.05$)。**结论** 临床上给予胸痛患者心电图检查,不仅可以准确分诊,还能使早期抢救成功率提高,值得推广。

[关键词] 心电图;胸痛患者;临床效果

[中图分类号] R816.2

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2017)02-222-02

胸痛是比较常见的一种急诊症状,在急诊内科疾病患者中占有较高的比例,约为 5%-20% 左右,其发病机制复杂,涉及多个器官系统,有多种多样的疾病如张力性气胸、主动脉夹层、急性肺栓塞以及急性冠状动脉综合征等,在分诊时,往往因为护士经验不足或患者主诉不清,出现误诊或漏诊,延误最佳治疗时机,降低抢救成功率^[1]。因此,本文对胸痛患者运用心电图检查的临床价值进行了探讨,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择我院 2015 年 1 月—2016 年 8 月期间收治的 150 例胸痛患者为研究对象,随机分为两组,每组 75 例。对照组年龄 20-78 岁,平均(58.7±13.6)岁,其中 30 例为女性、45 例为男性;观察组中男性 42 例、女性 33 例,年龄 21-79 岁,平均(58.8±13.7)岁。入选标准:①临床资料完善者;②主诉胸痛症状,且病程为 15min-14d;③年龄≥14 岁。排除标准:①精神类疾病及痴呆者;②院外确诊为主动脉夹层、急性肺栓塞以及 ACS 者;③不愿意参与研究者。两组的性别、年龄等资料比较无区别($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组:对照组患者入院后,在急诊分诊处初步问诊,对生命体征进行测量,护士将患者的胸痛体征、症状、持续时间以及疼痛程度作为基本依据,制定分诊计划,并将患者送至抢救室或急诊普通诊区。

1.2.2 观察组:观察组患者入院后,对既往史、诱发因素、持续时间、严重程度、疼痛性质、部位以及发病史等进行详细询问,并行系统体格检查。同时,对患者进行心电图检查,即选择 12 导联同步动态心电图检测仪,在保持安静的状态下,指导患者保持平躺姿势,尽量放松全身肌肉,保持愉悦的心情,按照常规方法,运用 12 导联连续描记,在心电记录的过程中,一定要控制好纸速,通常为 25mm/s,检查的过程中,使 GCG 基线保持平稳状态,不受到任何因素的干扰,图像质量清晰。一般在对缺血性 ST-T 改变进行诊断时,参照标准为:ST 段水平下降 0.05mV 且 T 波比同导联 R 波 1/10 低。

1.3 观察指标

分别观察两组的意外事件发生情况,包括意识障碍、输液反应以及昏迷等,并且根据手术病理结果,判断两组的急性冠状动脉综合征(ACS)确诊情况。

1.4 统计学分析

本次研究数据采用 SPSS16.0 统计学软件分析,运用百分率(%)表示计数资料,采用 χ^2 检验组间对比,以 $P<0.05$ 表示有差异。

2 结果

2.1 两组胸痛患者诊治情况比较

观察组 50 例分诊至抢救室,其中 9 例需立即抢救;对照组 47 例分诊至抢救室,其中 6 例需立即抢救,并且与对照组相比,观察组的急性冠状动脉综合征(ACS)确诊率较高,组间比较差异明显($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组不良事件发生率比较

相比较对照组而言,观察组的不良事件发生率较低,组间对比有显著差异($P<0.05$),见表 2。

表 1: 两组胸痛诊治情况对比 [n (%)]

组别	需要立刻抢救	确诊 ACS	离院
对照组 (n=75)	6 (8.0)	24 (32.0)	17 (22.67)
观察组 (n=75)	9 (12.0)	33 (48.0)	8 (10.67)
χ^2 值	7.273	9.071	8.179
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

表 2: 两组发生不良事件情况对比 [n (%)]

组别	昏迷	输液反应	意识障碍	发生率
对照组 (n=75)	2 (2.67)	5 (6.67)	4 (5.33)	11 (14.67)
观察组 (n=75)	0 (0.0)	1 (1.33)	1 (1.33)	2 (2.67)
χ^2 值				7.782
P 值				<0.05

3 讨论

在急救医疗服务体系中,预检分诊作为其中的一个重要组成部分,也是抢救危重症患者的一个关键环节,近年来,越来越多的患者因急性胸痛就诊,有研究发现,急性胸痛在急诊内科患者中占有较高的比例,约为 20% 左右,并且约 40% 急性胸痛患者确诊为急性冠状动脉综合征,其余 60% 为非源性胸痛^[2]。由于患者的病情不同,治疗方案也存在一定的区别,所以怎样有效、快速、准确地对胸痛患者进行分诊,在一定程度上对改善患者预后有着极其重要的意义。虽然急性胸痛症状单一,但是具有复杂的病因,且疼痛表现具有多样化特点,在临床诊断中,应该尽早确定为非源性或心源性因素。当前在诊断急性胸痛时,心电图是比较常用的一种检查方法,因为具有不受时间限制、实用性好、安全性高以及无创性等诸多优点,被广泛运用在临床上。ACS 作为动脉粥样斑块破裂或不稳定导致的一种冠状动脉痉挛,如果管腔完全阻塞,则容易诱发猝死或心肌梗死,通常包括 ST 段抬高、非 ST 段抬高心肌梗死以及不稳定心绞痛^[3]。在预检分诊中,急诊护士将心电图检查结果作为基本依据,对异常心电图和高危胸痛患者进行识别,将该类患者分诊至抢救区,第一时间进行诊断治疗,能够把握治疗时机,避免延误病情,而对于心电图正常且生命体征稳定的患者,则可以分诊至普通病区,再进行相关检查,确定胸痛病因,明确诊断,从而减少漏诊或误诊率^[4]。此外,虽然心电图检查能够作为评价胸痛危险度分层的一个有效方法,具有操作性强、快捷等优点,但是因为胸痛病因复杂,还应该与患者的病史和相关检查结果相结合,必要的情况下,及时行超声心动图、急诊 MRI 或 CT 检查,从而提高诊断准确率^[5]。在本次研究中,观察组的 ACS 确诊率为 48.0%,高于对照组的 32.0%,并且与对照组比较,观察组的不良事件发生率,这一结果与林乐健^[6]等研究报道一致,提示心电图运用在胸痛患者中具有较高的价值。

综上所述,在胸痛患者的临床诊断中,运用心电图检查,可以准确判断患者病情,避免发生误诊或漏诊事件,提高治疗效果,值得推广。

[参考文献]

- [1] 张凡萍. 胸闷胸痛患者 12 导联同步动态心电图监测的应用价值 [J]. 实用医技杂志, 2011, 06 (20): 651.
- [2] 吕宛宁. 心电图检查在老年急性胸痛患者中的应用价值 [J]. 当代医学, 2011, 35 (11): 67-68.
- [3] 杨睿, 李现立, 葛慧敏, 王彦方. 缺血修饰蛋白在心电图无明显

(下转第 223 页)

舒利迭吸入治疗慢性阻塞性肺病的临床效果评价

罗嘉宇

株洲市三三一医院呼吸内科 湖南株洲 412002

[摘要] 目的 研究舒利迭吸入治疗慢性阻塞性肺病的临床疗效。方法 以我院在 2015 年 4 月至 2016 年 7 月收治住院的 46 例慢阻肺患者为研究对象,按照用药方法的不同分为对照组和实验组,对照组 23 例,实验组 23 例,对照组患者采用一般治疗联合沙丁胺醇雾化吸入治疗,实验组患者采用一般治疗联合舒利迭雾化吸入治疗,实验结束后,分析对比两组患者的临床疗效以及呼吸困难症状分级。结果 经对比,对照组的疗效低于实验组患者的疗效;对照组呼吸困难程度比实验组患者严重,差异显著,具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 用舒利迭吸入治疗慢性阻塞性肺疾病后,患者临床症状明显减轻,药效作用快,值得在临床工作中开展。

[关键词] 舒利迭;慢性阻塞性肺病;临床效果

[中图分类号] R563.9

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 02-223-01

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 简称慢阻肺,是一种以气流受限为特征的疾病,这种疾病可以预防和治疗,常与异常的慢性炎症反应有关^[1]。肺功能检查对确定气流受限有重要意义。慢阻肺是呼吸系统疾病中的常见疾病,病死率较高。近年来对我国部分地区的成年人进行调查,慢阻肺的患病率年龄在 40 岁以上。因各种原因导致的肺功能减退,严重影响了患者的生活质量^[2]。慢阻肺的治疗不容忽视,为此选取 2015 年 4 月至 2016 年 7 月在我院收治的慢性阻塞性肺病的患者 46 例为研究对象,给予他们不同的用药治疗,现将有关情况报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 4 月至 2016 年 7 月在我院收治的慢性阻塞性肺病的患者 46 例为研究对象,按照用药方法的不同分为对照组和实验组,对照组 23 例,实验组 23 例。对照组男女比例为 11:12,年龄 40~65 岁,平均年龄 (55.8±14.3) 岁;临床症状:咳嗽、咳痰、胸闷、呼吸困难。实验组男女比例为 15:8,年龄 42~68 岁,平均年龄 (56.3±12.9) 岁;临床症状:咳嗽、咳痰、喘息、胸闷。两组患者均意识清醒。对比两组患者一般资料等症状,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),组间具有可比性。两组患者均自愿入组,并签署知情同意书。

1.2 治疗方法

两组患者均采用一般治疗,即:持续低流量吸氧,使用支气管扩张剂,必要时给予抗生素治疗。

1.2.1 对照组患者采用一般治疗联合沙丁胺醇雾化吸入治疗。其中沙丁胺醇气雾剂 (国药准字 H23020370; 规格:每瓶 14g,含沙丁胺醇 20mg; 黑龙江天龙药业有限公司) 一般作为临时用药,有哮喘发作预兆或哮喘发作时,喷雾吸入。每次吸入 100~200 μ g,即 1~2 喷,必要时可每隔 4~8 小时吸入一次,但 24 小时内最多不宜超过 8 喷。

1.2.2 实验组患者采用一般治疗联合舒利迭雾化吸入治疗。其中舒利迭气雾剂 (进口药品注册证号: H20040311; 规格: 50 μ g/100 μ g×60 泡; 英国 Glaxo Well come Operations), 每吸干粉吸入剂含沙美特罗 (昔萘酸盐) Salmeterol xinafoate 50 μ g, 丙酸氟替卡松 Fluticasone propionate 100 μ g 或 250 μ g 或 500 μ g。用法: 每次 1 吸 (50 μ g 沙美特罗和 500 μ g 丙酸氟替卡松), 每日 2 次。

1.3 疗效评价标准

观察用药后两组患者的呼吸困难症状分级^[3]。呼吸困难症状分级分为: 0 级: 剧烈活动时出现呼吸困难。1 级: 平地快步行走或爬缓坡时出现呼吸困难。2 级: 由于呼吸困难,平地行走时比同龄人慢或需要停下来休息。3 级: 平地行走 100m 左右或数分钟后既需要停下来喘气。4 级: 因严重呼吸困难而不能离开家,或在穿衣时即出现呼吸困难。

1.4 统计学方法

数据均采用 SPSS 软件进行统计学处理,以两组慢性阻塞性肺病患者的临床疗效、呼吸困难分级数据为计数资料,采用卡方检验,具有统计学意义的标准为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 临床疗效对比

对比结果显示,观察组患者的疗效明显低于治疗组的疗效,差异显著,具有统计学意义 ($P < 0.05$),具体见表 1

表 1: 两组患者的疗效对比

组别	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	总有效率 (%)
观察组 (n=23)	7	10	6	73.9
治疗组 (n=23)	10	12	1	95.7

2.2 呼吸困难症状分级比较

经对比,观察组患者呼吸困难的分级程度比实验组患者严重,差异显著,具有统计学意义 ($P < 0.05$),具体见表 2

表 2: 呼吸困难症状分级比较

组别	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级
对照组 (n)	4	6	9	3	1
实验组 (n)	10	9	3	1	0

3 讨论

舒利迭为复方制剂,其成分为: 昔萘酸沙美特罗和丙酸氟替卡松,采用定量压缩装置给药的气雾剂^[4]。这种药物适用于哮喘以及慢阻肺的患者,只能经口腔吸入,并且要保持最佳剂量,最重要的是只能在医生的指导下才能改变,平时患者症状稳定的时候,应将药量调整至维持有效控制症状的最小剂量,应谨遵医嘱。但是,舒利迭也有一定的副作用,一些病人可出现心律失常、过敏反应、肌肉痉挛等症状。对于慢阻肺的病人来说,用舒利迭治疗,副作用小,在稳定期可改善患者的肺功能和呼吸症状,可减少住院次数。雾化吸入通过刺激支气管舒张,可以更好地舒张气道,消除肺内局部炎症,最终达到气道舒畅的作用。

综上所述,用舒利迭吸入治疗慢性阻塞性肺疾病后,患者临床症状明显减轻,药效作用快,副作用少,值得在临床工作中开展。

[参考文献]

- [1] 徐飞, 董成成. 哮喘-慢性阻塞性肺疾病重叠综合征的临床研究进展 [J]. 中国全科医学, 2016, 7 (05): 500-506.
- [2] 王小仁. 慢性阻塞性肺疾病患者家庭功能、社会支持、心理状态及生存质量现状调查及相关性研究 [D]. 南方医科大学, 2016, 2 (05): 64.
- [3] 刘欣欣, 王浩彦, 张曼林, 汤兵祥. 慢性阻塞性肺疾病呼吸困难分级的临床方法评价 [J]. 中国呼吸与危重症监护杂志, 2015, 03: 269-272.
- [4] 江利黎, 雷涌. 舒利迭吸入对老年中重度慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 肺功能的影响 [J]. 当代医学, 2012, 4 (33): 4-5.

(上接第 222 页)

改变胸痛患者中的临床应用 [J]. 中国医药指南, 2015, 05 (19): 17+19.

[4] Højlund-Carlson P.F., Johansen A., Christensen H.W., 梁磊. 运动心电图在胸痛患者缺血性心脏病诊断中的应用 [J]. 世界核心医学期刊文摘 (心脏病学分册), 2015, 06 (20): 33.

[5] 林文辉, 马湘俊, 周仁芳. 急性胸痛伴心电图 ST 段抬高患者联合检测血栓前体蛋白和心肌坏死标志物的临床价值 [J]. 中国动脉硬化杂志, 2014, 04 (22): 458-460.

[6] 林乐健, 唐发宽, 华宁, 邱春霞. 急性胸痛伴心电图正常患者的冠状动脉造影及临床特点 [J]. 心电图杂志 (电子版), 2013, 02 (19): 77-79.