

但 VA 隐匿传导现象与 AV 结逆传抑制的关系较与 AV 结顺传特性的关系更为密切。影响 AV 结的各种方法表现为消除 VA 传导,在分析时上述资料可能具有重要意义。

(赵一挙摘 程显声校)

298 难治性室性心动过速直视切除术治疗效果的预报因子——80例分析[英]/Lawrie GM...//J Thorac Cardiovasc Surg.-1991, 101(1).-44~55

九年间作者为 80 例经药物治疗无效的室速患者在直视下切除致心律失常病灶心肌。69 例(86%)为男性, 11 例(14%)为女性。术前每例试用 3.7 ± 1.6 种药物治疗无效。术前左室射血分数为 $36.4 \pm 14.4\%$ 。60 例(75%)术前已有完整的心内膜标测资料, 37 例(46.3%)术中心内膜标测资料(临床心动过速)。17 例术中以计算机辅助标测, 其中 14 例获得完整的心内膜和心外膜标测资料(临床心动过速)。共有 73 例(91.3%)获得标测资料。

院内死亡 10 例(12.5%), 术后平均 13.5 (0~62) 天。在术后生存的 70 例中, 65 例(92.9%)未发生临床室速。4 例(4/65)发生非临床室速。共 9 例术后发生室速, 经药物治疗均有效。院内死亡率的重要预报因子为长时间(>150 分钟)的心肺转流, 术前射血分数<31%以及标测资料不完整。1 例射血分数<31%的患者住院期间死亡, 显然与曾用胺碘酮有关。3 年随访结果, 无心脏性猝死率达 95.7%, 不用抗心律失常药物期间无室速率为 86.7%。本组资料表明, 对于持续的单形性室速患者, 直视的室速病灶心肌切除术有效。

(辛定一摘)

血循环衰竭

299 运动状态下冠状动脉有明显病变者和

无明显病变者的右心室收缩功能[英]/Heywood JT...//Am J Cardiol.-1991, 67(8).-681~686

作者对 20 例行心导管检查的患者在静息和运动状态下进行右室造影, 以估价运动和冠脉病变对右室收缩功能的影响。13 例患者造影片质量良好可供分析, 并被分为二组。A 组无或仅有轻微冠脉病变。B 组则有明显的冠脉病变: 运动诱发新的左室局部室壁运动异常。运动状态下, A、B 两组右室收缩压(均值)均上升 ($4.4 \sim 7.6 \text{ kPa}$, $P = 0.0002$; $4.4 \sim 7.3 \text{ kPa}$, $P = 0.0004$); A 组肺血管阻力(均值)不变, 而 B 组增加 ($3.2 \sim 4.8 \text{ Wood}$ 单位, $P = 0.04$); A 组右室射血分数(均值)未显著增高, 而 B 组降低 ($73\% \sim 58\%$, $P = 0.01$)。从静息到运动的右室射血分数变化与同时的肺血管阻力变化密切相关 ($r = -0.89$, $P < 0.0001$)。右室壁节段活动分析证实, B 组患者即使无明显右冠脉病变, 运动时右室节段射血分数普遍下降。作者认为, 明显冠脉病变者运动时右室节段射血分数普遍下降, 肺血管阻力变化与之密切相关, 这提示其原因为后负荷增加而非右室心肌缺血。

(李 勇摘 戴瑞鸿校)

其它病因性心脏病

300 扩张型心肌病、心肌炎和心脏移植对血浆心钠素和心房压力之间关系的影响[英]/Hare JM...//Am J Cardiol.-1991, 67(5).-391~397

为确定扩张型心肌病、心肌炎和心脏移植对血浆免疫反应性心钠素 (ANF) 和心室充盈压之间关系的影响, 测定右心房血浆心钠素水平、肺动脉嵌顿压和右心房压力。对象为 48 例扩张型心肌病、20 例继发于心肌炎的扩张型心肌病和 34 例曾作心脏移植的患者。在扩张型心肌病患者, 心钠素水平同肺动脉嵌顿压和右心房压力明显相关。然而,

心肌炎的存在与否并不显著改变这些关系(就相互影响而言, $P=0.88$ 和 $P=0.33$)。对于合并组(包括全部心肌病患者),ANF-肺动脉嵌顿压相关斜度为 8.1Pg/ml/mmHg [95%可信区间(CI) $5.4\sim 10.8$, $P=0.0001$], ANF-右心房压力相关斜度为 13.6Pg/ml (CI $8.5\sim 18.7$, $P=0.0001$)。容纳运算曲线分析表明理想区分点为 150Pg/ml ,全部(100%)右心房压力 $\geq 1.07\text{kPa}$ 的患者ANF $\geq 150\text{Pg/ml}$ (CI $72\sim 100\%$),然而只有半数(56%)右心房压力 $<1.07\text{kPa}$ 的患者ANF $<150\text{Pg/ml}$ (CI $42\sim 69\%$)。心肌病患者(不论有无心肌炎)和曾作心脏移植的患者ANF浓度同样升高(均值 \pm 标准差: 185 ± 114 对 $168\pm 83\text{Pg/ml}$)。但是不同于心肌病患者,曾作心脏移植的患者ANF水平同肺动脉嵌顿压和右心房压力均不相关($P=0.50$ 和 $P=0.29$)。总之,心肌病患者左右心室内压力是循环ANF水平的重要决定因素,但是炎症不影响ANF水平。而一部分心肌病患者和所有曾作心脏移植的患者,影响循环ANF的因素却不是充盈压。

(刘 星摘 孙静平校)

301 内、外科治疗肥厚型心肌病的长期随访比较: 回顾性研究 [英]/Seiler C...//JACC.-1991, 17(3).-634~642

在回顾性分析中,139例肥厚型心肌病患者平均随访 $8.9(1\sim 28)$ 年。病人分为二组: A组60例内科治疗, B组79例外科治疗(室间隔肌肉切除术)。按照所用药物, AB两组再分为若干亚组。A₁组20例接受普萘洛尔, 每天 160mg ; A₂组18例接受维拉帕米, 每天 360mg ; A₃组22例未用药物治疗。B₁组17例手术后接受维拉帕米, 每天 120 至 360mg ; B₂组62例手术后未用药物治疗。

A组中19例病人死亡, 年死亡率 3.6% ; B组中17例病人死亡, 年死亡率 2.4% ; 两组间无显著差异。在所有死亡病人中, 约 $1/2$

至 $2/3$ 猝死, 另 $1/3$ 至 $1/2$ 死于充血性心力衰竭。A组的十年累计生存率低于B组(67% 对 84% , $P<0.05$)。A₁、A₂和A₃亚组的十年生存率分别为 67% 、 80% 和 65% , A₂组高于A₁和A₃组(P 均 <0.05)。B₁和B₂亚组的十年生存率分别为 100% 和 78% , B₁组高于A₁、A₂和A₃组(P 均 <0.05), 也高于B₂组($P<0.05$)。

结果表明, 外科治疗病人的累计生存率显著高于内科治疗病人。在内科治疗的病人中, 用维拉帕米治疗者的生存率高于用普萘洛尔者或未用药物治疗者。接受维拉帕米的内科治疗病人的十年生存率(80%)与接受外科治疗的病人(84%)相近。最佳结果见于外科治疗后长期接受维拉帕米的病人。这可能是室间隔肌肉切除术降低收缩期压力负荷过度以及维拉帕米改善左室舒张功能的综合结果。

(张 安摘 傅信祥校)

302 家族性室间隔肌部瘤[英]/Chen MR...//Br Heart J.-1991, 65(2).-104~106

本文首次报道家族性室间隔肌部瘤, 为父子2人。父亲29岁, 儿子4岁, 均无症状。M型和切面超声心动图显示室间隔中段小梁化部有一较大瘤体, 收缩期呈矛盾运动, 与周围心肌分界清楚。各心腔内径、心内结构和心功能均在相应年龄的正常范围内。患儿可闻及收缩中期喀喇音(它与M型超声心动图记录的室间隔瘤前向运动不同时), 胸前导联RS递增呈成人型, V₁导联T波倒置, V₅导联T波双向。

以前只报道过2例先天性室间隔肌部瘤。1例15岁女孩表现为劳力性呼吸困难, 似与继发孔型房缺和二尖瓣裂缺有关, 还有症状性室速, 右室广泛纤维弹性组织增生。手术缝闭二尖瓣裂缺和补片修补房缺, 但室间隔瘤无法切除。另1例10岁女孩并无症状, 但有小室缺的体征, 间壁导联上有Q波, 切面