

· 诊断研究 ·

(文章编号) 1007-0893(2021)09-0084-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.09.039

动态心电图在心源性晕厥患者中的诊断价值

刘德蕊 王晓东 张金华 白雪蕾

(南阳市第二人民医院, 河南 南阳 473000)

[摘要] **目的:** 评定动态心电图检测在心源性晕厥患者临床诊断过程中的诊断意义。**方法:** 选取2018年3月至2020年5月南阳市第二人民医院接收的100例怀疑存在心源性晕厥的患者, 对全部患者实施静态心电图检测和动态心电图检测, 评估两种方法对心源性晕厥的诊断准确率、诊断灵敏度、诊断特异度, 调查各个群体出现心律失常具体状况。**结果:** 怀疑存在心源性晕厥的患者中, 最终临床诊断阳性81.00%, 阴性19.00%。动态心电图阳性检出率(80.00%)高于静态心电图(67.00%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。动态心电图对心源性晕厥的诊断准确率、诊断灵敏度、诊断特异度均高于静态心电图, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。心源性晕厥阳性患者和阴性患者出现窦性心动过缓、窦性停搏的几率相差不大, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 心源性晕厥阳性患者出现阵发性心动过速、单纯性房室期前收缩的几率比心源性晕厥阴性患者多, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 于心源性晕厥患者临床诊断过程中采用动态心电图检测表现出较好诊断价值, 具有比较高的诊断准确率、诊断灵敏度及诊断特异度。

[关键词] 心源性晕厥; 动态心电图; 静态心电图

[中图分类号] R 541; R 540.4¹ **[文献标识码]** B

晕厥在老年人中比较多见, 晕厥患者主要是由于脑内一过性血液供应不足, 引发其出现暂时失去意识的现象, 出现晕厥症状、扑倒表现等, 一般状况下, 晕厥患者多于15 s之后能够恢复意识^[1]。当前, 很多患者由于心血液供应量不足、心输出量减少等, 引发脑内血液供应不足情况, 进而出现心源性晕厥现象, 存在一定危害性。因此, 针对心源性晕厥患者实施及时准确诊断非常关键^[2-3]。本研究选取2018年3月至2020年5月本院诊断的100例怀疑存在心源性晕厥的患者, 通过动态心电图进行诊断, 取得良好效果, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年3月至2020年5月本院接收的100例怀疑存在心源性晕厥的患者, 患者年龄64~84岁, 平均年龄为(76.39±4.12)岁, 男54例、女46例, 病程11~92 d, 平均病程为(53.69±15.33) d。

1.1.1 纳入标准 (1) 患者存在晕厥症状、具有意识丧失表现, 怀疑存在心源性晕厥; (2) 患者或家属知情同意本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 存在癫痫病史的患者; (2) 存在脑部手术史的患者; (3) 已经接受药物治疗的患者;

(4) 存在焦虑症的患者; (5) 存在抑郁症的患者。

1.2 方法

对于全部怀疑存在心源性晕厥的患者均开展静态心电图检测和动态心电图检测。静态心电图检测方法: 使患者维持仰卧, 采取酒精棉球对心电监测位置皮肤予以洁净, 和心电图导联相连, 予以12导联心电图检测。动态心电图检测方法: 对动态心电图相关导联连接位置皮肤予以洁净, 采取酒精棉球实施消毒, 采取电极片备皮相关砂纸对皮肤适当擦拭, 促进导电液对应渗透情况加强, 提升诊断准确度, 为患者实施24 h监测。

1.3 观察指标

调查怀疑存在心源性晕厥患者的最终临床诊断结果、静态心电图检测结果、动态心电图检测结果, 计算静态心电图与动态心电图对心源性晕厥的诊断准确率、诊断灵敏度、诊断特异度, 统计两个群体(心源性晕厥阳性患者、心源性晕厥阴性患者)出现心律失常具体状况(主要研究出现窦性心动过缓例数、出现窦性停搏例数、出现阵发性心动过速例数、出现单纯性房室期前收缩例数)。

1.4 统计学分析

采用SPSS 23.0软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

[收稿日期] 2021-02-23

[基金项目] 河南省医学科技攻关计划项目资助课题(LHGJ20191464)

[作者简介] 刘德蕊, 女, 主治医师, 主要研究方向是心血管内科方面。

2 结果

2.1 患者最终临床诊断结果、两种检测方法阳性检出率比较

100 例怀疑存在心源性晕厥的患者中，最终经综合临床诊断，阳性率为 81.00% (81/100)，阴性率 19.00% (19/100)。动态心电图心源性晕厥阳性检出率高于静态心电图，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两种检测方法阳性检出率比较 (n = 100, 例)

检测方法	阴性	阳性	阳性占比/%
静态心电图	33	67	67.00
动态心电图	20	80	80.00 ^a

与静态心电图比较，^a $P < 0.05$

2.2 两种检测方法的准确率、灵敏度、特异度比较

动态心电图检测的准确率 91.00% (91/100)、灵敏度 93.83% (76/81)、特异度 78.95% (15/19)，均高于静态心电图检测的准确率 68.00% (68/100)、灵敏度 71.60% (58/81)、特异度 52.63% (10/19)，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，具体数据见表 2、表 3。

表 2 静态心电图检测结果与最终临床诊断结果比较 (例)

静态心电图检测结果	最终临床诊断结果		总计
	阳性	阴性	
阳性	58	9	67
阴性	23	10	33
总计	81	19	100

表 3 动态心电图检测结果与最终临床诊断结果比较 (例)

动态心电图检测结果	最终临床诊断结果		总计
	阳性	阴性	
阳性	76	4	80
阴性	5	15	20
总计	81	19	100

2.3 两个群体出现心律失常具体状况比较

心源性晕厥阳性患者和阴性患者出现窦性心动过缓、窦性停搏的几率相差不大，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；心源性晕厥阳性患者出现阵发性心动过速、单纯性房室期前收缩的几率比心源性晕厥阴性患者多，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两个群体出现心律失常具体状况比较 (例)

组别	n	窦性心动过缓	窦性停搏	阵发性心动过速	单纯性房室期前收缩
阴性患者	19	2	1	1	2
阳性患者	81	9	2	33 ^b	35 ^b

与阴性患者比较，^b $P < 0.05$

3 讨论

晕厥为多见的一种临床症状表现，轻度晕厥的患者大多

不存在特殊症状表现，重度晕厥的患者存在死亡的风险性^[4]。晕厥引发因素比较多，可以将晕厥予以区分成心源性晕厥、神经性晕厥、脑源性晕厥等，针对差异性因素导致的不同类型晕厥患者，其临床治疗干预方式存在一定差距，所以，对于晕厥患者实施准确诊断非常关键，有助于保证晕厥患者的机体健康及生命健康^[5]。现在，心源性晕厥患者多予以心电图检测，心电图检测方法相关操作比较简便，不过，很多心源性晕厥患者发病相对突然，心源性晕厥患者非发作的时候其心电图检测结果并无异常，故采取静态心电图检测方法很难检出突发的心源性晕厥患者，也很难准确呈现出心源性晕厥患者病情状况，影响心源性晕厥患者的临床准确诊断和及时治疗^[6]。

一般情况下，心源性晕厥患者患病主要由于心律失常而引发，针对心源性晕厥患者实施动态心电图检测，能够掌握其 24 h 心脏状况，可以了解其心源性晕厥发作的时候对应心电改变状况，从而准确掌握其病情。本研究结果中，和静态心电图相比，动态心电图阳性检出率更高，同时，将最终临床诊断结果用作标准，动态心电图对心源性晕厥的诊断准确率、诊断灵敏度、诊断特异度较静态心电图也更高，心源性晕厥阳性患者在出现窦性心动过缓例数、出现窦性停搏的几率和心源性晕厥阴性患者区别不大，但心源性晕厥阳性患者在出现阵发性心动过速、出现单纯性房室期前收缩的几率较心源性晕厥阴性患者增多。动态心电图检测方法依据计算机软件了解心源性晕厥患者 24 h 心电相关信息改变状况，能够掌握心源性晕厥患者晕厥和心律失常状况间的相关性，增加此类患者的诊断精准度，尽早检出其心律失常情况，准确判定其病情，从而予以精准诊断及尽快治疗。

综上所述，在心源性晕厥患者临床诊断过程中使用动态心电图检测方法，具有相对较高的诊断准确率、诊断灵敏度、诊断特异度，有助于及时检出心源性晕厥患者，并了解其阵发性心动过速、单纯性房室期前收缩等心律失常状况。

[参考文献]

- (1) 孙朝阳, 井艳, 闫德祺, 等. 动态心电图对心源性晕厥的诊断价值 (J). 中国实用神经疾病杂志, 2019, 22(23): 2603-2607.
- (2) 雷礼琴, 余瑶璟, 李星, 等. 动态心电图在老年心源性晕厥中的诊断价值 (J). 中国现代医生, 2020, 58(7): 104-106.
- (3) 曾元杰. 动态心电图对老年心源性晕厥的诊断价值 (J). 中国数字医学, 2018, 13(11): 41-43.
- (4) 席先萍. 动态心电图与食道电生理检查对老年不明原因晕厥的诊断分析 (J). 中国医药科学, 2019, 9(7): 149-151.
- (5) 熊宇. 研究动态心电图在心源性晕厥诊断中的应用价值 (J). 中国实用医药, 2018, 13(15): 46-47.
- (6) 迟晔虹, 赵苏云, 李巍, 等. 动态心电图对老年心源性晕厥的诊断价值 (J). 中国全科医学, 2017, 20(S2): 151-152.