

综合溶栓法治疗急性心肌梗死临床研究

柳德学 姜海侠

(河南省南阳卫校附院 南阳 473058)

关键词:急性心肌梗死;中西医结合疗法;尿激酶;红花注射液;生脉注射液

中图分类号:R542.2+2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2003)05-0014-01

急性心肌梗死是冠心病中的一种常见危急重症,早期再灌注是治疗的主要措施。早期静脉溶栓疗法因易于施行而被临床推广应用。为提高成功率,减少并发症发生,用中西医结合综合溶栓法治疗 82 例,将结果报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 158 例病人,为我院 5 年来住院病人,其中对照组 76 例,平均年龄(56.5±20.8)岁;治疗组 82 例,平均年龄(57.2±18.9)岁。

1.2 进入标准 诊断标准按 1979 年国际心脏病学会及世界卫生组织(WHO)缺血性心脏病命名和诊断标准。选择治疗标准,按中华心血管学会建议标准。发病时间 <6 h;无绝对和相对溶栓禁忌证^[1,2]。

1.3 治疗方法 按随机数字法将病人分为对照组和治疗组。对照组用常规内科疗法即用硝酸酯类、低分子肝素、极化液、转换酶抑制剂、阿斯匹林,及对症治疗,疗程 1 周,并予尿激酶溶栓治疗;治疗组在对照组治疗基础上配伍应用红花注射液(国药准字 Z14020008,太原华卫制药有限公司生产),25mL/d 静滴和生脉注射液(国药准字 Z32021055,江苏苏中药业股份有限公司生产),250mL/日静滴。分别以 24h、48h 和 7d 为临床终止点,计 24h 冠脉再通率、48h 心电图疗效,疼痛缓解时间和 7d 内心衰、心源性休克、和恶性心律失常三大并发症发生率。

1.4 疗效评定 采用临床间接再通标准^[1]评定 24h 血管再通率;心电图有效标准为相邻 2 个或以上相关导联 ST 改善 0.2mv 或 1/2 以上;记录疼痛缓解时间,评定三大并发症发生率。

用,可提高痛阈,还有镇静、催眠、安定、降温作用^[3],对改善患者全身状况有利。

3 组患者治疗结果以第 1 组最佳,第 3 组最差,此与第 2、3 组患者,不能坚持治疗有一定关系,特别是第 3 组患者,常因对肿块的性质有顾虑而改行手术治疗。故对于已确诊特别是腹腔镜证实慢性盆腔炎患者,坚持采用中西医结合治疗,多能获得令人满意的效果。

1.5 统计方法 计量资料,以平均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表达,用 *t* 检验;计数资料,以 χ^2 检验。

2 结果

结果显示 2 组病人血管再通率分别为 68.4%和 70%,差异无显著意义。对照组对治疗组,心电图疗效为 62.9%对 85.7%,疼痛缓解时间为(3.2±2.2)h 对 (2.0±1.1)h,并发症发生率为 31.58%对 14.63%,统计学处理其差异均有显著性意义。

3 讨论

冠心病急性心肌梗死早期再灌注治疗为重要方法,以缩小梗死面积,挽救缺血和损伤心肌,最大限度地保护心脏功能。急性心肌梗死相关血管区域侧枝循环或微循环状况,亦与预后有密切关系。常规内科溶栓等疗法,有一定的血管再通率,但易发生再灌注心律失常。本研究以中西医结合方法,溶栓治疗在再通血管的基础上,以红花注射液扩张冠脉血管,同时改善相关区域心肌侧枝循环和微循环,增加心肌血流量;生脉注射液具有补气养心,增加自由基清除作用,有效防治氧超载引起的再灌注心肌损伤,同时具有升压强心作用,有效防止了三大并发症的发生。因此,中西药物共同作用,显示在溶栓、促进血管再通同时,可有效改善心电图、缩短疼痛时间、减少三大并发症发生,优于常规内科溶栓疗法。

参考文献

[1]中华心血管杂志编委会.急性心肌梗塞溶栓治疗参考方案[J].中华心血管病杂志,1991,19(1):137~138
[2]程瑛,陈灏珠.10 年来我国冠心病的诊断及治疗进展[J].现代诊断与治疗,1992,3(3):209~210

(收稿日期:2003-07-29)

参考文献

[1]董昆,王秀琴,董一凡.现代临床中药学[M].北京:中国中医药出版社,1998.41
[2]董昆,王秀琴,董一凡.现代临床中药学[M].中国中医药出版社,1998.208

(收稿日期:2003-04-25)