

急性心肌梗死行静脉溶栓治疗 61 例临床观察

葛晓珍

(南昌大学第二附属医院 江西南昌 330006)

关键词:急性心肌梗死;静脉溶栓;阿司匹林;尿激酶;肝素钙

中图分类号:R 542.22

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.007

急性心肌梗死(AMI)是由于冠状动脉急性血栓形成,导致冠状动脉腔急性完全性闭塞而引起,为心内科常见的急重症,起病急,病死率高。患者静脉溶栓可使闭塞的冠状动脉再通,心肌得到再灌注,濒临坏死的心肌得以存活或使坏死范围缩小,抑制梗死后心室重塑,改善预后,因此去除血栓就是主要治疗手段。现结合我院 2009 年 3~6 月急性心肌梗死患者行尿激酶药物溶栓治疗的资料,对 AMI 溶栓治疗的效果总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 3~6 月住院治疗的 AMI 患者 61 例,其中男 40 例,女 21 例;年龄 42~70 岁,平均 59 岁;下壁心肌梗死 17 例,广泛前壁心肌梗死 13 例,前间壁心肌梗死 25 例,下壁加右室心肌梗死 4 例,下后壁心肌梗死 2 例。发病至溶栓时间:≤2h 12 例,2~4h 18 例,4~6h 23 例,>6h 8 例。均符合美国心脏病学会和美国心脏病学院 (ACC /AHA) 关于 AMI 溶栓治疗指南的适应证:(1) 2 个或 2 个以上相邻导联 ST 段抬高 (胸导联≥0.2mV,肢体导联≥0.1mV),或提示 AMI 病室伴左束支传导阻滞(影响 ST 段分析),起病时间 <12h,年龄 <75 岁。(2) 对 ST 段抬高、年龄≥75 岁的患者,慎重权衡利弊后仍可考虑溶栓治疗。(3) ST 段抬高,发病时间在 12~24h 的患者,如有进行性缺血性胸痛和广泛 ST 段抬高,仍可考虑溶栓治疗。(4)对前壁心肌梗死、低血压(收缩压 <100mmHg)或心率增快(>100 次/min)患者,治疗意义更大。溶栓治疗禁忌证:(1) 半年内有脑卒中史。(2) 2 周内有重大手术或外伤史。(3) 未控制的高血压(BP >160/110 mmHg)。(4) 有出血性疾病史或有“出血倾向”,即中医的气虚血瘀病机有关^[1]。可见,气虚血瘀是脑梗死的基本病机。气虚是根本,瘀血是病理产物,又是致病因素,因此益气活血是本病治疗之根本大法。

益气活血汤的主药黄芪具有补中益气、扶正固本的功效,现代药理实验表明黄芪含多糖类、苷类、黄酮类、氨基酸、微量元素等多种生物活性成分,具有增强机体免疫功能、调节血糖、改善心脑血管功能、耐缺氧和抗应激等多种药理作用;党参、白术、云苓辅助黄芪健脾益气,当归、鸡血藤补血活血,天

出血倾向的患者。(5) 有创伤的长时间心肺复苏后。(6)对扩容和血管加压无反应的休克。(7) 梗死相关血管分布的心肌区域内有穿壁性心肌梗死史。(8) 10d 内有不能压迫的大血管(如颈内动、静脉或锁骨下动、静脉)穿刺史。(9) 肝、肾功能障碍及严重进展性疾病(如恶性肿瘤)。

1.2 治疗方法 常规给予卧床、镇静止痛、心电监护、吸氧和硝酸甘油、口服卡托普利和倍他乐克(有禁忌证者待血压、心率和心功能平稳后使用)、他汀类药物等对症支持治疗。入院后立即嚼服阿司匹林 0.3g,并给予尿激酶 100~150 万 IU 加生理盐水 100mL 静滴,30min 内滴完。溶栓后阿司匹林改为 0.1g/d。12h 后给予肝素钙 7 500 IU 皮下注射,每 12 小时 1 次,连用 5~6d。

1.3 血管再通临床判断指征 参考“急性心肌梗死溶栓疗法参考方案”^[2]执行。(1)输注溶栓剂后 2h 内 ECG 中抬高的 ST 段迅速下降≥50%;(2)胸痛(憋闷)自输入溶栓剂后 2~3h 内基本消失;(3) 输注溶栓剂后 2~3h 内出现再灌注心律失常;(4) 血清 CK2MB 酶高峰提前在发病后 14h 以内或 CK 酶峰在 16h 以内。具备上述 4 项中 2 项或 2 项以上者考虑再通,但(2)、(3)项不能组合判定再通。

2 结果

2.1 血管临床再通率 经溶栓治疗后血管临床再通率为 70.5% (43/61),其中溶栓治疗距发病时间 2h 以内再通率为 91.7%(11/12),2~4h 再通率为 77.8% (14/18),4~6h 再通率为 60.9%(14/23),6h 以上再通率为 50.0% (4/8);经溶栓治疗症状(胸痛)缓解率为 73.8%(45/61),溶栓治疗距发病时间 2h 以内、2~4h、麻、全蝎、丹参祛风活血,同时还有白芍养血缓急、生地滋阴补肾、橘红化痰辅佐;诸药合用,共达益气活血、化痰开窍、行瘀通络之效,长期服之,效果显著,同时可以降低复中的机率。

参考文献

[1] 王新德. 各类血管病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志,1996,29(6): 2 381
[2]全国第四次脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中国实用内科杂志,1997,17(5): 313-314
[3]周建伟,张凡,何开梅.缺血性中风与血液“高凝状态”关系的研究[J].中国中医急症,1994,3(3): 112-113

(收稿日期: 2010-01-06)

从瘀论治冠心病 45 例疗效分析

何子明

(江西省金溪县中医院 金溪 344800)

摘要:目的:观察活血化瘀治疗冠心病的中医药疗效。方法:按临床诊断标准收集冠心病患者 90 例。治疗组 45 例,采用活血化瘀加减治疗。对照组 45 例,采用西医治疗。比较两组心绞痛和心电图疗效。结果:两组有效率比较,具有显著性差异($P<0.05$)。结论:从瘀论治冠心病优于西药治疗,值得临床推广。

关键词:冠心病;活血化瘀;中医药疗法

中图分类号:R 541.4 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.008

冠心病属于中医的“胸痹”、“真心痛”等范畴。《素问·痹论篇》说:“心痹者,脉不通,痹……在于脉则血凝而不流。”《素问·脉要精微论》说:“脉者,血之府也,濡则心痛。”这里明确提出了“心痛”是因为“血凝不流”,从而导致心脏脉络不通的血瘀理论。从瘀论治,也就顺理成章地成为冠心病中医治疗的最基本方法。笔者在多年的临床工作中,运用此方法加减化裁,治疗冠心病取得了较为满意的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部病例来源于我院 1999~2008 年门诊病例。根据全国中西医结合防治冠心病、心
4~6h、6h 以上胸痛缓解率分别为 83.3%(10/12)、77.8%(14/18)、69.6%(16/23)、62.5%(5/8); 心电图抬高的 ST 段在开始溶栓后 2h 内下降 $\geq 50\%$ 占的比例为 76.9%(30/39); 心肌血清肌酸激酶峰值提前至 16h 和肌酸激酶同工酶峰值提前至 14h 内 32 例,占 52.4%。

2.2 并发症 溶栓治疗后,有 12 例(占 19.7%)并发出血,均为轻度出血,未见重度出血及危及生命部位的出血,经停用肝素后自然止血。再灌注心律失常 57 例,其中频发室性早搏及加速性室性自主心律 50 例,III度房室传导阻滞 2 例,应用阿托品无效,安装起搏器恢复正常,1 例心室纤颤死亡。

3 讨论

AMI 是由于冠状动脉粥样斑块破裂,继发血栓形成,导致冠脉管腔急性完全性闭塞而引起的。研究表明,AMI 时冠状动脉内血栓闭塞的发生率高达 90%左右,溶栓后冠脉内获得再灌注,可明显降低病死率^[1]。血栓的形成是冠状动脉内膜损伤、斑块破裂、血管痉挛和血小板激活间平衡失调作用的结果。AMI 治疗的关键在于完全、尽早和持续地使心外膜下血管和心肌水平的血流再灌注,尽可能挽救心肌,挽救生命。经验证明,给药时间越早,疗效越好,AMI 后 2h 尤其是 1h 以内是再灌注的黄金时

绞痛、心律失常研究座谈会制定的有关诊断标准^[2],并参照 1994 年国家中医药管理局颁发的《中医病证诊断疗效标准》确诊^[3]。冠心病 90 例,随机分为治疗组和对照组各 45 例。治疗组:男 29 例,女 16 例,平均年龄 58.8 岁,有吸烟史和被动吸烟史者 32 例;对照组:男 27 例,女 18 例,平均年龄 57.6 岁,有吸烟史和被动吸烟史者 39 例。两组病人临床资料无统计学差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 治疗组:以川芎、丹参、三七、水蛭、瓜蒌皮、补骨脂、穿山甲等七味药物组成基本方,再根据阴阳气血亏损的不同加用 1~2 味药物(如麦冬、黄精、制首乌、黄芪、淫羊藿、桑寄生、鸡血藤间,如能在这个时间实现心肌水平的再灌注,挽救的心肌数量和生命数量是最多的。本文 61 例中溶栓时间控制在病后 6h 内的患者,溶栓后相关血管再通率高达 50.0%以上,梗死后并发症减少,预后明显好转。静脉溶栓治疗 AMI 越早越好,因此,对 AMI 患者应迅速鉴别和治疗,包括:(1)对病人进行有关 AMI 症状和采取适当措施的教育,使病人能提前来院;(2)病人到医院后应缩短各个医疗环节,使患者尽早接受治疗;(3)提高急诊和各有关科室医务人员的 AMI 诊疗水平,尽可能在急诊科内溶栓治疗;(4)扩大“时间窗”,可延长至发病 12h;(5)年龄上限至 75 岁等^[4]。

总之,对 AMI 患者应尽早溶栓治疗,力争达到充分及持续的冠状动脉血流再灌注,挽救尽可能多濒临死亡的心肌,保护心功能,降低 AMI 患者的急性期病死率,改善急性期预后,防止并发症。同时,溶栓期间应密切观察,防止发生致命性心律失常,还应注意强化抗凝、抗血小板治疗,以防止再次梗死的发生^[5]。

参考文献

[1]中华心血管病杂志编委会.急性心肌梗死溶栓疗法参考方案[J].中华心血管病杂志,1996,24(5):328-329
[2]叶任高.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2002.34
[3]周玉杰,闫振纲.急性心肌梗死的溶栓治疗[J].中国实用内科杂志,2006,26(16):1 281-1 283