

[文章编号] 1000-2200(2004)03-0261-02

·临床医学·

急性心肌梗死 32 例临床分析

周士广

[摘要] 目的: 探讨急性心肌梗死(AMI)的临床特点及治疗方法。方法: 对 32 例急性心肌梗死患者的临床资料进行回顾性分析。结果: 有高血压、糖尿病、高血脂、嗜烟史、嗜酒史者分别为 34.4%、18.8%、21.9%、40.6% 和 34.4%; AMI 有诱因者占 37.5%; < 60 岁者均有典型胸痛, ≥ 60 岁者中有典型胸痛者 64.0%, 不典型胸痛及无痛者 36.0%; 进行尿激酶静脉溶栓者仅 4 例(12.5%), 有 3 例梗死相关动脉再通。结论: 高血压、糖尿病、高血脂、大量吸烟嗜酒为冠心病常见的易患因素; 老年人 AMI 不典型胸痛及无痛者较多; 对 AMI 患者应开展静脉溶栓治疗。

[关键词] 心肌梗死; 临床特点; 治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 542.22 [文献标识码] A

随着人口老龄化, 急性心肌梗死(AMI)有增多的趋势。本文通过对 32 例 AMI 临床资料进行分析, 旨在探讨 AMI 临床特点和治疗方法, 提高对 AMI 的诊治水平。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 32 例均为我院 2000 ~ 2002 年住院资料完整的 AMI 患者。其中男 21 例, 女 11 例; 年龄 38 ~ 82 岁。< 60 岁者 7 例, 均为男性。≥ 60 岁者 25 例, 其中男 14 例, 女 11 例。梗死部位: 前壁 19 例(广泛前壁、前壁、前间壁均计作前壁), 下壁 16 例, 正后壁 4 例, 高侧壁 1 例, 右室 5 例。其中 2 个及以上部位梗死者 6 例。有诱因者 12 例(37.5%), 其中劳累或情绪激动者 8 例, 饮酒 3 例, 大量吸烟 1 例。其余 20 例无明显诱因。

1.2 诊断标准 按 1979 年 WHO 关于 AMI 的诊断标准, 以临床症状、心电图及心肌酶学变化为依据。

1.3 冠心病易患因素 高血压 11 例(34.4%), 糖尿病 6 例(18.6%), 高血脂 7 例(21.9%), 嗜烟 13 例(40.6%), 嗜酒 11 例(34.4%), 有脑梗死史 1 例, 脑出血史 1 例。女性患者均无烟酒嗜好。< 60 岁者有 5 例嗜烟酒。

1.4 临床表现 有典型胸痛者 23 例(71.9%), < 60 岁者 7 例均有典型胸痛; ≥ 60 岁者 25 例中 16 例(64.0%)有典型胸痛, 不典型胸痛 5 例(20.0%), 无胸痛 4 例(16.0%)。心衰者 6 例, 休克 2 例, 均为 ≥

60 岁者; 心律失常 10 例, 其中 1 例为 II 度 II 型 AVB; 上腹痛 1 例, 呕吐 1 例, 其中呕血 1 例。

1.5 误诊漏诊 在院外、我院门诊及入院时误诊、漏诊 8 例, 其中不典型胸痛或无胸痛者 4 例。误诊为心绞痛 2 例, 胃病 3 例, 肺心病、心力衰竭 2 例。

1.7 治疗及转归 所有病例均按 AMI 常规治疗, 包括监护、吸氧、镇静、止痛、使用硝酸甘油制剂和血管紧张素转换酶抑制剂等。其中 4 例有溶栓适应证、无溶栓禁忌证者进行静脉溶栓治疗, 即给予尿激酶(UK) 100 万 u 加入 5% 葡萄糖注射液 100 ml 中, 30 min 内静脉滴完。溶栓前口服阿司匹林 300 mg, 以后每天 300 mg, 3 天后改为口服每天 75 mg。根据冠状动脉再通的间接指征判定患者梗死相关动脉是否再通, 有 3 例梗死相关动脉再通, 且无严重并发症。好转 30 例, 未愈 1 例, 自动出院 1 例。

2 讨论

本组资料老年患者较多, 且 < 60 岁者均为男性。高血压、糖尿病、高血脂、吸烟、嗜酒为冠心病易患因素, 本文资料也说明了这一观点。情绪激动、劳累、饮酒可能为 AMI 诱因。故积极控制血压、血糖, 调节血脂, 戒烟限酒, 避免过劳, 保持良好情绪, 可以预防或减少 AMI 的发生。

本组资料显示, < 60 岁者 7 例均有典型胸痛, 而 ≥ 60 岁者有典型胸痛者占老年组 64.0%, 不典型胸痛及无痛者占 36.0%。老年人无痛性 AMI 患者增多, 原因可能是^[1]: (1) 老年人机能衰退, 对疼痛敏感性降低; (2) 糖尿病性心脏植物神经变性, 痛阈增高; (3) 老年人 AMI 常为多支病变, 发展缓慢, 并与侧支循环形成有关; (4) 严重并发症掩盖了胸痛症

[收稿日期] 2003-10-24

[作者单位] 安徽省泗县人民医院 干部内科, 234300

[作者简介] 周士广(1967-), 男, 安徽泗县人, 主治医师。

状。因此,对于老年患者,若有心力衰竭、休克、昏迷、胸闷、大汗、呕吐、上腹痛等症状者,应严密观察病情变化,常规进行心电图检查,必要时辅以心肌酶谱学检查,以明确是否存在AMI,以免误诊、漏诊。

静脉溶栓方法已成为治疗AMI的重要措施,可以使梗死相关冠状动脉再通,挽救濒死心肌,缩小梗死面积,保护心室功能,减少并发症,降低死亡率^[2]。本组UK静脉溶栓治疗仅有4例,梗死相关动脉再通者3例,再通者无严重并发症。本组大多数病例因就诊过迟入院确诊时已丧失了溶栓治疗的最佳时机。为了使更多的AMI患者能得到溶栓治疗,必须进行社会宣教,使AMI患者提前入院甚至

开展院外溶栓治疗,患者入院后应缩短各个医疗环节,使其尽早接受溶栓治疗,有条件的地方可以采用AMI120-CCU模式开展院前溶栓^[3],不仅能缩短发病至溶栓治疗的时间,且可提高梗死相关动脉的再通率。

[参 考 文 献]

- [1] 黄元伟, 戚文航. 临床心血管病学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1998: 599~660.
- [2] “八五”国家攻关课题(85-915-02-01)研究组. 急性心肌梗塞溶栓治疗梗塞相关冠状动脉再通对急性期预后的影响[J]. 中华心血管病杂志, 1996, 24(3): 174~177.
- [3] 李成祥, 李强, 贾国良. 急性心肌梗死院前、院内溶栓治疗的对照研究[J]. 中国急救医学, 2000, 20(5): 269~270.

[文章编号] 1000-2200(2004)03-0262-02

·临床医学·

胰腺门静脉联合切除、人造血管移植治疗中晚期胰腺癌

黄侠春, 韩继光, 黄 昆

[关键词] 胰腺肿瘤; 门静脉; 人造血管; 外科手术

[中国图书资料分类号] R 735.9 [文献标识码] B

胰腺癌累及门静脉(PV)和(或)肠系膜上静脉(SMV)之后,已属于胰十二指肠切除术的禁忌证,提高该类疾病的根治性切除率可望改善胰腺癌的临床疗效。1997年7月~2001年12月,我院共对7例累及PV和(或)SMV的胰腺癌患者施行包括受累PV和(或)SMV在内的胰腺(其中6例为胰头,1例为全胰腺)十二指肠切除、人造血管移植重建手术。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男4例,女3例;年龄53~74岁。病程2周~5个月,4例患者重度黄疸及不同程度皮肤瘙痒,2例轻度黄疸,4例有腹部隐痛伴腰背部酸痛不适,2例有反复上腹部胀痛伴恶心、呕吐,4例有不同程度的腹水,3例有不同程度体重下降。6例肝功能异常,其中血清总胆红素 $>200\mu\text{mol/L}$ 者3例,ALT $>160\text{u}$ 者2例,ALT $>80\text{u}$ 者1例。7例中6例术前经彩超及CT检查(限于当时我院条件,本组病例未行血管造影检查)发现胰头占位性病变更获明确诊断,其中3例伴胰管扩张,4例未报告PV及SMV受侵情况,2例提示肿瘤与门静脉及肠系膜上静脉关系密切(1例彩超报告肿瘤大半包裹门静脉近3cm并门静脉癌栓,1例CT报告肿瘤侵犯PV及SMV侧壁、后壁,CT分期为II期),术前影像学检查未发现肠系膜上动脉根部、腹腔动脉干周围及腹

膜后淋巴结肿大,但6例术中探查均发现肿瘤已累及门静脉和(或)肠系膜上静脉,无法解剖分离开来;另1例因慢性胆囊炎急性发作、胆石症行手术,探查中发现全胰囊腺癌并累及PV和SMV。6例行血清CA19-9检测结果4例高出正常范围。

1.2 手术要点 进腹探查、胰十二指肠的切除同常规操作。其中重要步骤横断胰腺并试行对PV及SMV无瘤分离,以确定肿瘤与PV及SMV的关系,若发现紧贴肿瘤的血管壁增厚、变硬或两者之间致密粘连而无间隙,应视为血管被浸润,须行受累血管联合切除。门静脉系血管重建,采用双前壁缝合法:取直径1cm、长10cm的Gore-Tex人造血管适当修剪,用6-0缝线将其一端首先与SMV前壁连续外翻缝合,完成后将阻断钳及人造血管翻转同样进行前壁缝合;再同样方法进行人造血管与PV吻合,保留最后一针暂不收紧,开放SMV端阻断钳排除人造血管内空气及吻合口小血凝块后再收紧打结,完成门静脉系重建。

2 结果

本组7例中全胰囊腺癌1例,胰头黏液腺癌1例,低分化腺癌1例,高分化导管腺癌4例。病理证实肿瘤浸润血管全层1例并局部形成血肿致癌栓,浸润血管中膜1例,侵犯血管外膜2例,3例为纤维性致密粘连。淋巴结转移情况:合并横结肠部分切除1例结肠中动脉旁淋巴结1/3(+),1例肝十二指肠韧带淋巴结1/3(+),1例胰头十二指肠后淋巴

[收稿日期] 2003-03-24

[作者单位] 安徽省濉溪县人民医院 普外科, 235100

[作者简介] 黄侠春(1972-),男,安徽濉溪县人,主治医师。