

瘢痕狭窄。国内文献报道治愈率 58.7% ~ 70.3%<sup>[2]</sup>。我院单纯尿道会师术,由于导尿管留置时间为 6~8 周,治愈率为 87.5%

一期尿道修补吻合术,能达到满意的解剖复位,效果好,但由于术野深,难度大,技术条件要求高,并且多数患者伤情重,合并其他器官损伤,难以承受。我院 16 例一期吻合术效果很好,全部正常排尿。并且导尿管放置时间不要求长。伤情轻、一般情况良好的患者可行此手术。

尿道会师加牵引术,在牵引力作用下,使膀胱颈部复位,尿道两断端达到牵引对合,利于恢复尿道连续性,效果很好,简单易行。仇广明等<sup>[2]</sup>报道治愈率 85.2%。本组由于导尿管留置 6~8 周,尿道会师加牵引术治愈率 92.9%。

导尿管留置时间也是影响治疗效果的重要因素之一。王国民<sup>[3]</sup>主张导尿管留置时间 3~4 周。徐华南等<sup>[4]</sup>主张 8 周以上,梁德江等<sup>[5]</sup>主张导尿管留置 7 周,尿道狭窄并发症少,效果好。笔者认为骨盆骨折后尿道断裂尿道会师加牵引术后导尿管留置时间为 6~8 周。骨盆骨折严重者时间长些,可为 8 周,骨盆骨折轻者可短些,可为 6 周。拔管时间早,断端仍处于水肿状态,黏膜再生尚未覆盖创面,

容易导致狭窄发生。另外尿液外渗到尿道旁组织易发生感染,加重瘢痕组织形成。再者尿道失去支持,断端未愈合发生移位,容易造成瘢痕缩窄和弯曲。徐华南等<sup>[4]</sup>报道导尿管留置时间与损伤尿道的愈合疗效呈正相关关系。但是时间长,增加患者痛苦,易感染及形成结石。

总之,骨盆骨折合并后尿道断裂应根据患者伤情决定行一期尿道吻合,还是尿道会师加牵引术。留置导尿管时间尿道会师加牵引术以 6~8 周为宜。根据骨盆骨折情况延长或缩短。断裂尿道一期吻合可适当短些。另外积极预防感染,拔管后适时行尿道扩张也是必要的治疗措施。

#### [参 考 文 献]

- [1] 赵小佩,张 炯,陈曾德. 后尿道狭窄开放手术失败原因分析[J]. 中华泌尿外科杂志, 2000, 21(4): 235~237.
- [2] 仇广明,李光辉,陆佳荪,等. 骨盆骨折后尿道损伤的处理与预后[J]. 中华泌尿外科杂志, 1999, 20(7): 431~433.
- [3] 王国民. 尿道损伤[A]. 见: 吴在德,吴肇汉主编. 外科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 671~674.
- [4] 徐华南,郑伟成,苑 勇. 尿道会师术后导尿管留置时间的探讨[J]. 中华泌尿外科杂志, 1999, 20(3): 175~176.
- [5] 梁德江,桂淮生,曾思临,等. 尿道会师术效果和尿道内置管时间关系的临床观察[J]. 中华泌尿外科杂志, 1988, 9(3): 175~177.

[文章编号] 1000-2200(2005)04-0340-03

·临床医学·

## 社区医院急性心肌梗死治疗分析

张琳琳

[摘要] 目的: 了解近年来社区医院急性心肌梗死(AMI) 患者的住院治疗状况。方法: 调查亳州市人民医院 2000~2003 年出院诊断为 AMI、住院时间 > 24 h 患者的病史资料及各种治疗措施的使用情况。结果: 共调查 168 例患者, 接受溶栓 30 例(17.86%), 适宜溶栓率 30.00%, 其中动态观察心电图和心肌酶学者 10 例(5.95%)。β 受体阻滞剂(BB)与血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI) 使用率为 50.60% 与 57.74%; 低分子肝素、阿司匹林、硝酸酯类使用率较高, 分别为 60.12%、85.71%、89.28%; 普通肝素使用率为 23.21%; 他汀类药物和其他调脂药物使用率分别为 4.17% 和 8.33%。所有患者接受中药治疗。结论: 社区医院 AMI 治疗情况与 2000 年国际 ECC 和 CPR 治疗指南的要求差距明显, 中药应用普及。

[关键词] 心肌梗死; 药物疗法; 医院; 社区

[中国图书资料分类法分类号] R 542.22 [文献标识码] A

近年来,随着循证医学的发展,对急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI) 的治疗日趋规范化,大规模的临床实验证实对 AMI 患者进行早期再灌注治疗及早期使用 β 受体阻滞剂和血管紧张素转换酶抑制剂,可显著提高患者的生存率,被美国心血管病学会和美国心脏病学会列入 AMI 治疗指南。

我国 2001 年也制定了 AMI 治疗指南。本文通过对我院 AMI 患者的回顾性分析,调查社区医院 AMI 的治疗情况及与 AMI 治疗指南的差距,以进一步指导临床实践。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 对安徽省亳州市人民医院 2000~2003 年出院的 AMI 住院病史资料进行回顾性分析。入选标准: (1) 出院诊断为 AMI 的所有患者; (2) 住院时间均 ≥ 24 h。本次调查共入选 168 例 AMI 患者,男 105 例,女 63 例;年龄 39~75 岁。前

[收稿日期] 2004-08-06

[作者单位] 安徽省亳州市人民医院 重症监护治疗病房(现在安徽省立医院重症监护治疗病房, 230001), 236800

[作者简介] 张琳琳(1968—),女,安徽亳州人,主治医师。

壁心肌梗死 57 例,前间壁心肌梗死 31 例,前壁合并下壁 9 例,下壁 44 例,后壁 4 例,下壁合并后壁 10 例,下壁合并后壁右室心肌梗死 2 例,心内膜下心肌梗死 9 例,侧壁 4 例。合并糖尿病 29 例,高血压 45 例,III度房室传导阻滞 11 例,心力衰竭 37 例,休克 33 例。

1.2 调查项目 对所有入选的 168 例按心电图、溶栓情况、 $\beta$ 受体阻滞剂(BB)、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、他汀类药物及中药治疗逐项统计。

1.3 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

2.1 心肌梗死的定位 本次统计所有下壁心肌梗死 65 例,其中单纯下壁梗死 44 例,合并前壁梗死 9 例,下壁并后壁梗死 10 例,下壁并后壁右室梗死 2 例,后壁梗死 4 例。在 65 例下壁心肌梗死中,入院时加做后壁右室导联的 19 例(29.23%),其中 2 例后壁心肌梗死患者 12 导联心电图不典型,心肌酶升高至正常的 5~10 倍,反复查找原因,加做 18 导联心电图得以确诊。

### 2.2 早期静脉溶栓

2.2.1 溶栓率 168 例中共接受静脉溶栓 30 例(17.86%),4 个年度溶栓率差异无显著性( $P>0.05$ ) (见表 1)。未溶栓者包括不适宜溶栓和适宜溶栓但未溶栓者:100 例不适宜溶栓者中主要原因依次为时间已过 81 例(81.00%),心内膜下梗死 12 例(12.00%),有禁忌证 7 例(7.00%)。院前溶栓 1 例(0.59%),适宜溶栓而未溶栓者 38 例,病史中未提供原因。本次调查中共有 5 例没有溶栓适应证的患者进行了溶栓治疗,其入院距发病时间已超过 24 h。

表 1 各年度心肌梗死患者溶栓率比较

年度	n	溶栓	未溶栓	溶栓率(%)	$\chi^2$	P
2000	21	3	18	14.29		
2001	28	5	23	17.86		
2002	47	9	38	19.15	0.24	> 0.05
2003	72	13	59	18.06		
合计	168	30	138	17.86		

2.2.2 溶栓方法 溶栓 30 例全部选用国产尿激酶进行溶栓,剂量 40 万~150 万 u。尿激酶 150 万 u 溶栓 22 例(73.33%),140 万 u 溶栓 1 例(3.33%),120 万 u 溶栓 1 例(3.33%),100 万 u 溶栓 4 例(13.33%),80 万 u 和 70 万 u 溶栓各 1 例(各占 3.33%)。有 2 例心肌梗死入院后间隔 2~4 h 两次

应用尿激酶溶栓,剂量分别为 70 万 u 和 40 万 u,80 万 u 和 50 万 u。

2.2.3 溶栓后血管再通情况 30 例溶栓者中只有 10 例在溶栓前后有完整的动态心电图分析,无一例有心肌酶峰是否提前的分析,病程记录能间接判断血管是否再通者 6 例。

2.3 BB 使用率 168 例心肌梗死患者中实际使用 BB 85 例(50.60%),4 个年度使用率差异无显著性( $P>0.05$ ) (见表 2)。未使用 BB 的原因依次为房室传导阻滞、低血压、心衰、慢性阻塞性肺病、糖尿病。47 例(27.98%)患者适宜使用而未用,又未说明原因。4 个年度未说明原因者分别为 2000 年 9 例(42.86%),2001 年 9 例(32.14%),2002 年 10 例(21.28%),2003 年 19 例(26.39%)。停用 BB 者 9 例,占总使用者的 10.59%,停用原因依次为:低血压( $<100/60$  mmHg),心率慢( $<60$  次/分),心衰加重。患者均口服美托洛尔,剂量 6.25~50 mg,每天 2 次。

表 2 各年度 BB 使用率比较

年度	n	使用数	未使用数	使用率(%)	$\chi^2$	P
2000	21	9	12	42.86		
2001	28	10	18	35.71		
2002	47	28	19	59.57	4.64	> 0.05
2003	72	38	34	52.78		
合计	168	85	83	50.60		

2.4 ACEI 使用率 168 例心肌梗死中实际使用 ACEI 97 例(57.74%),4 个年度使用率差异无显著性( $P>0.05$ ) (见表 3)。所有入院时伴有高血压者均使用 ACEI。未使用 ACEI 的原因均为低血压。4 个年度适宜使用 ACEI 而未用者 43 例(25.60%),未使用又不能说明原因者分别为:2000 年 7 例(33.33%),2001 年 9 例(32.14%),2002 年 13 例(27.66%),2003 年 14 例(19.44%)。有 5 例停用 ACEI,停用 ACEI 的原因依次为低血压,咳嗽。患者均口服卡托普利,剂量 6.25~25 mg,每天 3 次。

2.5 抗凝及抗血小板治疗 抗凝治疗方面普通肝素使用率 4 年分别为 2000 年 6 例(28.57%),2001 年 10 例(35.71%),2002 年 13 例(27.66%),2004 年 10 例(13.89%),分为静脉滴注和皮下注射,静脉滴注占 82%;监测凝血酶原时间者 6 例,占静脉使用者的 15.38%。低分子肝素 4 年使用率分别为 2000 年 11 例(52.38%),2001 年 17 例(60.71%),2002 年 28 例(59.57%),2003 年 45 例(62.50%)。在抗血小板方面阿司匹林使用者 144 例(85.71%)。

他汀类药物 7 例 (4.17%), 其他调脂药物 14 例 (8.33%)。

表 3 各年度 ACEI 使用率比较

年度	n	使用数	未使用数	使用率(%)	$\chi^2$	P
2000	21	9	12	42.86	6.86	> 0.05
2001	28	12	16	42.86		
2002	47	28	19	59.57		
2003	72	48	24	66.67		
合计	168	97	71	57.74		

2.5 钙离子拮抗剂的使用 入院时应用短效钙离子拮抗剂的 6 例 (3.57%), 其中 5 例因为高血压, 1 例怀疑变异型心绞痛。

2.6 中药治疗 168 例全部采用静脉途径使用中药, 每例使用 1~5 种, 疗程 1~30 天。

### 3 讨论

3.1 AMI 的定位 AMI 患者行系列心电图检查, 都能记录到典型的心电图动态变化。对心肌梗死的诊断和定位可根据心电图出现特征性改变的导联数来判断。所有可疑心肌梗死患者入院后均应行 12 导联心电图诊断程序。但由于右冠状动脉闭塞可引起左心室膈面(右冠状动脉占优势时)、后间隔和右心室梗死, 并可累及窦房结和房室结, 只做 12 导联心电图可能漏诊正后壁和右心室梗死。本文中 2 例后壁心肌梗死由于未做 18 导联心电图而延误诊断。对下壁心肌梗死患者建议临床医生在必要时做 18 导联心电图。

3.2 溶栓情况 根据 2000 国际 ECC 和 CPR 指南<sup>[1]</sup>及 2001 我国 AMI 诊断和治疗指南<sup>[2]</sup>, AMI 的再灌注治疗包括静脉溶栓和经皮冠状动脉介入治疗(PCI)。由于社区医院条件所限, 静脉溶栓是 AMI 的首选治疗。本次调查中总溶栓率 17.86%, 4 个年度溶栓率差异无显著性。尿激酶剂量差别较大, 有的病例甚至间断使用尿激酶, 与标准治疗相差甚远<sup>[2]</sup>。溶栓过程中只有 33.33% 的病历有完整的心电图资料, 能判断是否有溶栓再通占 20.00%。说明: (1) 患者就诊时溶栓时间窗已过; (2) 基层临床医生不能正确判断溶栓时机和掌握溶栓指征; (3) 心电图和酶学资料少, 在溶栓过程中不能判断是否有血管再通。

3.3 BB 和 ACEI 的使用 BB 通过抑制心肌收缩力, 降低心脏指数、心率和动脉血压而显著减少心肌氧耗, 有效改善梗死心肌的氧供、需平衡, 明显减轻心肌梗死患者的胸痛症状<sup>[3]</sup>, BB 还可对抗儿茶酚胺

引起的脂肪分解, 从而降低血中游离脂肪酸浓度, 进一步降低氧消耗, 改善心肌血供<sup>[3]</sup>, 静脉给予 BB 可以减少室性心动过速, 并减少并发症。而社区医院无静脉制剂, 均为片剂。本调查显示, 4 年平均使用率 50.60%, 4 个年度比较无增高趋势, 影响 BB 使用的主要因素为低血压, 出现低血压时所有病例均停用 BB 而继续使用硝酸甘油。近年来研究证实 ACEI 可增加 AMI 的生存率, 其效益多在早期, 在 AMI 第 1 天, 假如患者生命体征稳定, 再灌注治疗、初期措施、其他治疗已经执行, 应给予 ACEI<sup>[1]</sup>。本次调查中 ACEI 的总使用率为 57.74%, 入院当天有 30.59% 的患者使用 ACEI, 到第 3 天使用率达到 45.83%。入院时合并高血压者 ACEI 的使用率为 100.00%, 可能是 ACEI 使用率较高的原因。停用 ACEI 的主要原因是低血压和咳嗽。有 25.60% 的患者未使用 ACEI 且未提供原因。

3.4 硝酸甘油和他汀药物 硝酸甘油一般用于 AMI 初期治疗, 适用于有高血压、充血性心衰、大面积前壁心肌梗死患者。发病 24~48 h 有反复缺血时可以使用硝酸酯。如果有低血压导致不能使用 BB 和 ACEI 时, 应停用<sup>[1]</sup>。但本次调查发现硝酸甘油使用率达 89.28%, 使用时间长, 入院时仅 18 例有低血压, 其余 150 例全部给予硝酸甘油静脉滴注, 在此过程中如出现血压下降首先停用 BB 和 ACEI。他汀类药物在 AMI 治疗中的作用愈来愈受到重视。它可以稳定冠状动脉粥样硬化斑块, 改善血管内膜功能, 抑制血栓形成。但社区医院他汀类药物使用率仅为 4.17%, 其他调脂药物 8.33%。究其原因: (1) 临床医师对降脂药物的认识严重不足; (2) 此类药物价格昂贵, 普通百姓难以承受。

3.5 中医与中药 在本次调查中, 我们发现所有患者在接受西医治疗的同时, 都运用了中药治疗。每位患者静脉使用 1~5 种不等的中药制剂, 时间均从入院到出院。中药种类为具有活血化淤作用的药物。

通过本次调查, 社区医院在治疗 AMI 方面与指南有明显的差距, 基层医师知识落后、老化。应加强基层医师对新知识、新技术的学习和各种治疗指征的准确掌握, 从而提高 AMI 的诊疗水平, 改善预后。中药的使用亟待规范。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 沈洪, 黄先勇. 国际心肺复苏和心血管急救指南 2000 系列讲座[J]. 中国危重病急救医学, 2001, 13(11): 699~702.
- [2] 中华医学会心血管病分会, 中华心血管病杂志编委会, 中国循环杂志编辑委员会. 急性心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2001, 29(12): 710~725.
- [3] 蒋立新.  $\beta$ -受体阻滞剂在心肌梗死中的应用[J]. 中华心血管病杂志, 2004, 32(1): 93~94.