

此测定血清心肌酶活性有助于了解急性砷中毒患者心肌损伤情况。目前常用的心肌酶谱指标有 AST、LDH、CK、α-HBD。有报道砷对心肌的损害多表现在心电图的异常,也有人通过少数尸检发现砷可引起心肌梗塞和心肌炎^[3]。本组实验结果表明,急性砷中毒患者的血清心肌酶升高,以 AST 及 LDH 升高为主,α-HBD 部分有升高,CK 均正常范围。中毒组与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。这说明本组心肌酶升高与心脏损害有关。

3.4 急性砷中毒的临床治疗 本组急性砷中毒患者的心电图异常均为心肌炎常见的心电图改变,并有心肌酶谱升高。经过 3 个疗程的系统驱砷治疗,同时予以保护心、肝、肾药物及营养支持和对症等治疗,出院时心电图异常除 3 例原有高血压患者留下 T 波改变外,余均恢复正常;升高的心肌酶谱也恢复正常。故认为急性砷中毒患者出现心电图异常及心肌酶谱升高是中毒性心肌炎的表现,与有关文献报道相一致。所以在抢救急性砷中毒时,在有效驱砷解毒治疗时,防止多脏器损害,要特别注意保护心肌,适时使用营养心肌和

抗心律失常的药物,并动态检测心电图和心肌酶谱的变化,对判断病情变化和治疗效果有一定的意义。但本组病例数有限,未能进一步分析不同中毒程度的心电图特点及心肌酶谱升高的变化情况,尚需不断积累病例资料。

参考文献

- 1 陈灏珠,主编.实用内科学[M].第12版.北京:人民卫生出版社,2005:827.
- 2 韦应社,杨子敏.急性砷中毒致心肌损害 60 例临床分析[J].右江民族医学院学报,2003,25(6):800.
- 3 曾庆华.亚急性砷中毒心脏损害 61 例临床分析[J].职业与健康,2005,21(9):1309-1310.
- 4 孙贵范,李富君,皮静波,等.砷对心肌细胞生物膜损伤机制的探讨[J].中华劳动卫生职业病杂志,1997,15(6):339.
- 5 向红菊,王福军.急性砷化氢中毒的心脏损害[J].血管康复学杂志,2003,12(5):453.

[收稿日期 2009-06-23][本文编辑 韦挥德 黄晓红]

经验交流

急诊静脉溶栓治疗急性心肌梗死的临床分析

刘本光

作者单位: 532200 广西,崇左市人民医院

作者简介: 刘本光(1965-),男,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:急救医学。E-mail: Yulian5578@163.com

[摘要] 目的 探讨急诊静脉溶栓治疗急性心肌梗死(AMI)的疗效及预后。方法 选择 36 例急诊 AMI 患者应用尿激酶静脉溶栓治疗,判断再通率,观察急性期心脏事件发生情况。结果 (1)36 例 AMI 患者中获得冠脉再通 23 例,再通率为 63.9%;其中发病≤6 h 溶栓再通率 21/27(77.8%),发病>6h 溶栓再通率 2/9(22.2%),两组相比差异有统计学极显著意义($P < 0.01$)。结论 急诊静脉溶栓治疗 AMI 是切实可行的一种有效方法,使更多的 AMI 病人及早赢得时间,得到有效治疗,挽救更多病人生命。

[关键词] 急性心肌梗死; 急诊; 静脉溶栓; 尿激酶

[中图分类号] R 542.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)11-1186-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.27

Clinical analysis on emergency intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction LIU Ben-guang. Chongzuo People's Hospital, Guangxi 532200, China

[Abstract] **Objective** To study the efficacy and prognosis of emergency intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction (AMI). **Methods** Thirty-six cases of AMI in emergency were treated by intravenous thrombolytic therapy with urokinase. The recanalization rate of cases of AMI were determined and the occurrence of cardiac events in acute phase were observed. **Results** In all 36 cases of AMI, there were 23 cases obtained the coronary recanalization, the recanalization rate was 63.9%. Of 36 cases 27 cases were treated with thrombolysis within 6h of incidence, 21 cases obtained the coronary recanalization, the recanalization rate was 21/27 (77.8%). 9 cases were treated greater than 6h of incidence the thrombolytic recanalization rate was 2/9 (22.2%). There was significant differences in the thrombolytic recanalization rate between two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Emergency in-

travenous thrombolytic therapy for AMI is a timely and effective practical ways. The patients of AMI will be treated early, and more patients were be successfully salvaged.

[Key words] Acute myocardial infarction; Emergency; Intravenous thrombolysis; Urokinase

急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)形成和发展过程中都有血栓因素的影响,AMI三大严重并发症(如恶性心律失常、心衰及心源性休克)的发生率、严重程度和预后均取决于梗死面积的大小。如能在AMI早期发现并给予及时处理,使冠状动脉再通,使心肌重新得到充足的血液灌注,就能阻止梗死范围的扩大,可以挽救更多的濒死心肌,其预后可得到改观。溶栓疗法是治疗AMI的重要措施之一,近年来我院急诊科开展AMI静脉溶栓治疗急诊AMI病人36例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 36例均为来我科急诊或我科出诊接回的病人,其中男性28例,女性8例,年龄45~73岁。所有病例均符合WHO规定的AMI诊断标准。梗死部位:下壁13例,广泛前壁8例,前间壁5例,下壁+前间壁4例,下壁+后壁6例。

1.2 治疗方法 病人到院后按AMI予常规处理,除静脉溶栓时间及年龄未作严格控制外,其余均参照《1991年中华心血管杂志编委会制定的方案》^[1]及《国产尿激酶治疗AMI多中心临床试验总结报告》^[2]实施。(1)生理盐水100ml+尿激酶(UK)100~150万U,30min内静滴完;(2)肠溶阿司匹林300mg/d,首剂一次量给予,3d后改用150mg/d,长期服用;(3)首次静滴肝素5000U,此后改用500~1000U/h,静滴或皮下注射7500U,1次/12h,连用3~5d,使凝血时间保持在正常值的1.5~2倍;(4)其它方法有:绝对卧床休息、心电监护、吸氧、镇静、镇痛或静滴硝酸甘油、极化液等。

1.3 观察指标 (1)胸痛变化:用药后2h内胸痛的变化;(2)持续心电图监护:溶栓治疗前定点记录12导联心电图,溶栓后2h内每15min记录1次,此后12h每小时记录1次,新出现的心律失常及时记录;(3)心肌酶:以CK-MB为重点,溶栓前及溶栓后24h内,每2h检测心肌酶谱1次,观察其峰值变化;(4)心律失常:持续心电监护,重点监护溶栓后2h内出现的心律失常;(5)观察全身出血情况;(6)住院期间病死率。

1.4 再通判断 (1)溶栓2h内胸痛基本缓解或消失;(2)溶栓2h内ST段显著抬高的导联,在任一导联30min间期内迅速回降 $\geq 50\%$;(3)在14h内血清CK-MB酶峰提前出现;(4)溶栓2h内新出现有再灌注性心律失常。具备上述 ≥ 2 项定为再通[但(1)与(4)项组合除外]。

1.5 统计学方法 应用SPSS13.0 for Windows 统计软件对数据进行统计学处理。计数资料组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 再通率 36例AMI患者经急诊静脉溶栓治疗,冠脉再通23例,总再通率为63.9%;其中 ≤ 6 h内溶栓组,再通率为

77.8%; > 6 h溶栓组(12h后溶栓无再通)再通率为22.2%;两组再通率相比差异有统计学极显著意义($P < 0.01$)。见表1。

表1 两组再通率的比较

组别	例数	再通例数	再通率(%)
≤ 6 h溶栓组	27	21	77.8
> 6 h溶栓组	9	2	22.2
合计	36	23	63.9

注:两组比较 $\chi^2 = 9.03, P < 0.01$

2.2 胸痛改变 16例胸痛消失,7例胸痛缓解 $> 70\%$,13例无变化。心电图变化:19例溶栓后2h内ST回降超过50%,4例 $< 50\%$,13例无变化。心律失常:溶栓后2h内出现再灌注心律失常23例,其中室性早搏16例,室上性早搏8例,阵发性室性心动过速4例,室颤2例。心肌酶变化:CK-MB峰值提前至14h内18例。

2.3 溶栓并发症 少量出血(注射部位、血尿、牙龈出血)7例,发生率为19%;4例镜下血尿,发生率为11%;消化道大出血1例,发生率2%;严重心律失常[室速、室颤、束支传导阻滞和(或)Ⅲ度AVB]共6例,发生率16%;心泵功能Ⅱ度以上18例,其中Ⅲ度8例,死亡共2例,病死率为5.5%。所有治疗后病情稳定病人转心血管内科进一步治疗。

3 讨论

3.1 冠脉阻塞再通的临床意义 AMI是在冠状动脉粥样硬化病变基础上,一些诱发因素激活凝血瀑布反应,使凝血酶原转变为凝血酶,冠脉管腔内血栓形成,造成冠脉闭塞,供血中断,相应的心肌严重而持久地急性缺血性坏死。必须尽快使闭塞的血管再通,恢复心肌灌注,挽救缺血濒死心肌,缩小梗死面积,减轻或预防心肌扩张、心脏破裂、心力衰竭,改善心电稳定性,从而能改善血液动力学,保护心功能和降低泵衰竭发生率和病死率,使AMI的病死率从25%~35%降至10%以下^[2,3]。本组病人总病死率为5.5%。因此溶栓治疗已成为目前治疗AMI的最重要的急救措施,欧美国家对AMI近年采用溶栓治疗已成常规,同时对改善远期预后具有重要意义。

3.2 溶栓时间的选择 AMI的溶栓治疗要求对患者尽快做出早期诊断,因为血管闭塞的时间愈长,所能挽救的心肌就愈少,确定溶栓时间愈早,冠状动脉再通率越高。关于溶栓治疗的时间窗,国内外一致的观点是尽量争取在AMI发病6h内进行,可降低病死率30%,如果能在1~2h内进行,则可降低50%。因此,缩短起病至得到治疗的时间,进行积极的治疗,对挽救病人的生命,有重要意义^[2,3]。对病情严重的病人,发病后宜就地抢救,待病人情况稳定后才转送医院继续治疗。转送病人的救护车上,宜配备监护设备,以便在转送途中亦能继续监护病情的变化,及时予以处理。本组病

例分析结果显示,6 h前溶栓再通率为77.8%,与一般为静脉溶栓的再通率(40%~70%)相似,而6~12 h仍有再通,再通率为22.2%,两组差异有统计学极显著意义($P < 0.01$);而超过12 h无一例再通。可见越早溶栓效果越好,甚至有人提出院前溶栓,即在患者家中及救护车上就开始溶栓^[3]。虽然溶栓时间应在6 h内为宜,但从我们的分析结果来看,大于6 h仍有必要溶栓,超过12 h就没有必要了。亦有提出对于年龄大,但在6 h内给予溶栓治疗可能比非溶栓治疗更有益。本组资料提示年龄>70岁未见病死率增大和出血脑卒中等危险性增大。由于老年AMI病死率远高于中青年人,但从溶栓带来病死率降低的绝对值看,老年AMI患者的受益情况与年轻人相同甚至更大,故不应该仅因年龄大而不使用溶栓治疗,只要严格选择病例及溶栓时间、防止出血等并发症,溶栓疗法应优先于常规治疗。

3.3 溶栓剂的选择及安全性 本组溶栓剂均使用UK。UK为非纤维蛋白选择性药物,UK溶栓可直接作用于纤溶酶原,使之变为纤溶酶,无抗原性及致热原,无过敏反应。UK溶栓激活血浆中及血栓内的纤溶酶原,内外结合对血栓的溶解都发生作用;而UK国内可生产,可以静脉快速注射,血栓复发率低,价格较低,副作用较小。大量研究表明,AMI静脉溶栓治疗有其有效性和安全性^[2-6]。自80年代确立了冠脉内血

栓形成是AMI发生的重要机理,溶栓疗法便在世界范围内广泛开展,目前仍是全球公认,且越早溶栓效果越好,年龄及时间选择标准可适当放宽。UK为一种安全、有效、经济、可静脉使用的溶栓剂,适合基层医院使用,值得推广。

参考文献

- 1 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.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.
- 2 尿激酶多中心临床试验协作组.国产尿激酶治疗AMI多中心临床试验阶段总结报告[J].中国介入性心脏病学杂志,1995,3(3):145-147.
- 3 李其斌,赵晓琴,刘庸威.急性心肌梗死的急诊溶栓治疗[J].广西医学,2002,24(12):1966-1969.
- 4 陈纪林.急性心肌梗死的溶栓治疗[J].中华医学杂志,2005,85(1):69-71.
- 5 杨怡侠,赵永红.尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死的疗效观察[J].临床和实验医学杂志,2007,6(7):40-44.
- 6 孙继兰,李新华,盛茂更.急性心肌梗死溶栓治疗183例临床分析[J].中原医刊,2005,12(1):40-42.

[收稿日期 2009-06-03][本文编辑 韦挥德 覃柯滔]

经验交流

腹腔镜直肠癌根治术的临床分析

梁 冲, 劳景茂, 何文海

作者单位: 535400 广西,灵山人民医院胃肠外科

作者简介: 梁 冲(1971-),男,大学专科,研究方向:胃肠外科。E-mail:951597364@qq.com

【摘要】 目的 探讨腹腔镜根治性直肠癌手术的方法及可行性。方法 36例患者分别进行腹腔镜直肠癌根治术 Miles 式或 Bacon 式或 Dixon 式。结果 手术时间平均为195 min,术中出血量<150 ml。平均术后第2天肠功能恢复,进食流质,平均术后住院时间10 d。结论 腹腔镜直肠癌手术与传统开腹手术比,创伤小、痛苦少,且能够达到根治效果。

【关键词】 腹腔镜; 直肠癌

【中图分类号】 R 734.37 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2009)11-1188-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.28

Clinical analysis of laparoscopic curative resection of rectal cancers LIANG Chong, LAO Jing-mao, HE Wen-hai. Department of General Surgery, the Lingshan People's Hospital, Guangxi 535400, China

【Abstract】 **Objective** To assess the feasibility and process of laparoscopic curative resection of rectal cancers. **Methods** Laparoscopic procedures(Miles or Bacon or Dixon method) were performed on 36 patients. **Results** The average duration of operation was 195 min. The mean blood loss was less than 150 ml. The time for recovering bowel function and taking diet was 2 days after operation. Average hospital stay was 10 days. **Conclusion** Compared with open surgery, laparoscopy is an effective alternative technique for resection of rectal cancer with minimal invasion.

【Key words】 Laparoscopy; Rectal cancer