

上抑制血小板聚集,尽快在阿司匹林和抗凝治疗基础上加上氯吡格雷,且至少用 1 个月,理想的是 1 年。对用氯吡格雷、阿司匹林和抗凝治疗后仍有复发性缺血性胸痛的患者,在血管造影前可使用糖蛋白 IIb/IIIa 拮抗剂。PCI 前 6 h 使用氯吡格雷 300 mg,可不静脉使用糖蛋白 IIb/IIIa 拮抗剂。

4.2 抗凝治疗:肝素广泛应用在溶栓过程及之后,低分子肝素(LMWH)是 UFH 的降解产物,优点是在很大程度上抑制凝血因子 Xa,而减少新血栓的形成,它很少与蛋白结合,也很少激活血小板使其减少的发生率降低,则无需监测 APTT。

4.3 监护:ACS 患者应收入冠心病监

护病房(CCU)或急诊监护病房(ECU),进行规范化治疗,动态心电图监护,监测心肌生化标记物及超声心动图检查。

参考文献

[1] 沈洪. 急诊危重病救治流程//实用临床急诊挂图CM]. 北京:人民军医出版社, 2007;1-6. (收稿日期:2008-03-01) (本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

瑞替普酶溶栓治疗急性心肌梗死患者的疗效观察

潘琨

【关键词】 心肌梗死,急性; 瑞替普酶; 溶栓治疗

急性心肌梗死(AMI)治疗的主要策略之一是尽早、完全地开通梗死相关动脉(IRA)的前向血流,恢复组织水平的再灌注。对于症状发作 12 h 内的 AMI 患者,进行溶栓治疗具有明显的疗效。第 3 代溶栓药物瑞替普酶(r-PA,商品名派通欣)是一种新型重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA),静脉推注给药使用方便。现对我院急诊科应用 r-PA 治疗 AMI 患者的疗效进行总结,报告如下。

1 临床资料

1.1 病例:2005 年 4 月—2007 年 8 月急诊收治的初发 AMI 患者 56 例,其中男 44 例,女 12 例;年龄 40~75 岁,平均(63.1±3.0)岁;梗死部位:下壁 24 例,下壁合并右心室 3 例,前壁 26 例,前间壁 3 例;合并高血压 10 例,糖尿病 7 例。病例入选标准:①胸痛持续 30 min 以上,心电图 ST 段在 2 个或 2 个以上肢体导联抬高≥0.1 mV,或在相邻 2 个或 2 个以上胸前导联抬高≥0.2 mV;②首次发病时间在 12 h 以内;③无静脉溶栓禁忌证,患者家属签字同意。

1.2 治疗方法:确诊 AMI 后行常规治疗。确定无溶栓禁忌证后立即在急诊室开始 r-PA 静脉溶栓治疗。溶栓距发病时间 0.5~10.5 h。溶栓前嚼服阿司匹林 300 mg;第 1 次注射 10 MU 的 r-PA (注射时间不少于 3 min);30 min 后若相关动脉未开通则重复上述剂量及用法 1 次。溶栓后给予低分子肝素钠 6 kU 皮

下注射,常规应用硝酸酯类、β-受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、他汀类调脂药及止痛镇静药等,观察出血发生率。

1.3 临床溶栓再通指标:依据美国心脏病学会/美国心脏病协会(ACC/AHA)的 ST 段抬高型心肌梗死指南^[1]中推荐的判定标准:①溶栓 2 h 内胸痛明显缓解;②溶栓 2 h 内心电图抬高最显著的导联 ST 段下降 50%;③溶栓 2 h 内出现短暂的再灌注心律失常;④磷酸肌酸激酶高峰前移至 14 h 内。以上 4 条标准中符合 2 条或 2 条以上者判断为血管再通,但仅有①和③项者除外。

1.4 结果:本组冠状动脉再通 45 例,再通率为 80.36%。有 5 例(占 8.93%)在溶栓后 24 h 内出现不同程度的出血,其中牙龈出血 3 例,上消化道出血 1 例,脑出血 1 例,经对症治疗后症状缓解;死亡 2 例,病死率为 3.57%。

2 讨论

近年来的临床试验已确立了溶栓治疗在 AMI 治疗中的地位^[2-3]。r-PA 是 rt-PA 的缺失变构体,具有很强的纤维蛋白选择性,优先激活与纤维蛋白相结合的纤维蛋白溶酶原,其半衰期长,静脉注射给药可以赢得宝贵的抢救时间。国际 RAPID-2 试验^[4]及 r-PA 国内 I 期试验^[5]显示,使用 r-PA 溶栓后患者的血管再通率、出血发生率、并发症及预后与 rt-PA 相当。本组结果也如此。

综上所述,r-PA 静脉溶栓疗法安全、疗效确切、给药方便,价格较低,性价比高;尤其适合在急诊室内进行静脉溶栓治疗。由于本研究中观察病例数有限,

上述观察结果尚需增加病例,进一步研究加以验证。

参考文献

[1] Antman E M, Anbe D T, Armstrong P W, et al. ACC / AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines [J]. J Am Coll Cardiol, 2004, 144 (3): E1-E211.
[2] “八五”国家攻关课题研究组. 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 1 138 例观察分析 [J]. 中华心血管病杂志, 1996, 24 (3):174-177.
[3] 任海滨,钟永根. 急性心肌梗死 6 h 内溶栓与延迟溶栓的疗效评价 [J]. 中国危重病急救医学, 2004, 16(3):155-157.
[4] Bode C, Smalling R W, Berg G, et al. Randomized comparison of coronary thrombolysis achieved with double-bolus reteplase (recombinant plasminogen activator) and front-loaded, accelerated alteplase (recombinant tissue plasminogen activator) in patients with acute myocardial infarction [J]. Circulation, 1996, 94(5):891-898.
[5] 瑞替普酶(派通欣)Ⅱ期临床试验协作组. 注射用瑞替普酶(派通欣)治疗急性心肌梗死有效性及安全性临床研究 [J]. 中国心血管病研究杂志, 2004, 2 (3):171-174.

(收稿日期:2007-10-25) (本文编辑:李银平)

作者单位:300110 天津市黄河医院急诊科
作者简介:潘琨(1971-),男(汉族),天津市人,主治医师。