

■ 技术·思维

急性心梗的药物治疗和心肌再灌注策略

□王中明

急性心肌梗死传统上分为ST段抬高心肌梗死(STEMI)或非ST段抬高心肌梗死(NSTEMI)。急性抬高心肌梗死是心血管疾病比较凶险的类型之一,在我国发病率呈上升趋势,且越来越年轻化。STEMI起病急、进展快、救治时间短,因此尽快进行心肌再灌注是救治的核心。本文解读急性心肌梗死的临床表现、病理生理学、诊断要点、心肌再灌注策略和药物治疗方法。

临床表现

症状	及其他部位;少数患者无疼痛,一开始即表现为休克或急性心力衰竭。	区第一心音减弱,可出现第四心音奔马律,少数有第三心音奔马律。二尖瓣乳头肌功能失调或断裂的患者可出现心尖部粗糙的收缩期杂音或伴收缩中晚期喀喇音;早期血压可增高,多数患者血压降低,甚至发生休克;并发心力衰竭的患者可有新出现的肺部啰音,或原有啰音增强。
疼痛是最先出现的症状,疼痛部位和性质与心绞痛相同,但程度较重,持续时间可长达数小时,休息和含用硝酸甘油多不缓解。患者常烦躁不安、出汗、恐惧,或有濒死感。部分患者的疼痛可位于上腹部,或放射至颈部、咽部、颌部、肩背部、左臂、左手指侧,以	有的患者有发热等全身症状,部分患者有恶心、呕吐和腹胀等消化道症状。	
体征	患者的体征	
	患者的心率大多增快,也有少数减慢,有的出现心律失常;心尖	

诊断要点

表现为急性胸痛时,要注意与急性肺动脉栓塞、急性主动脉夹层、急性心包炎及急性胸膜炎等相鉴别。	数小时~2天内出现病理性Q波。部分患者可表现为新出现的左束支传导阻滞。	“罪犯血管”的开通和预后的判定。
心电图有典型的动态改变,发病数小时内可为正常或出现异常高大两肢不对称的T波;数小时	心电图损伤标志物包括肌钙蛋白(cTnI或cTnT)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)和肌红蛋白明显升高。心肌损伤标志物的动态变化有助于心肌梗死诊断,且有助于	超声心动图主要用于鉴别诊断主动脉夹层、心包炎和肺动脉栓塞等。在心肌缺血损伤数分钟内,可发现节段性室壁运动障碍,有助于心肌梗死的早期诊断。

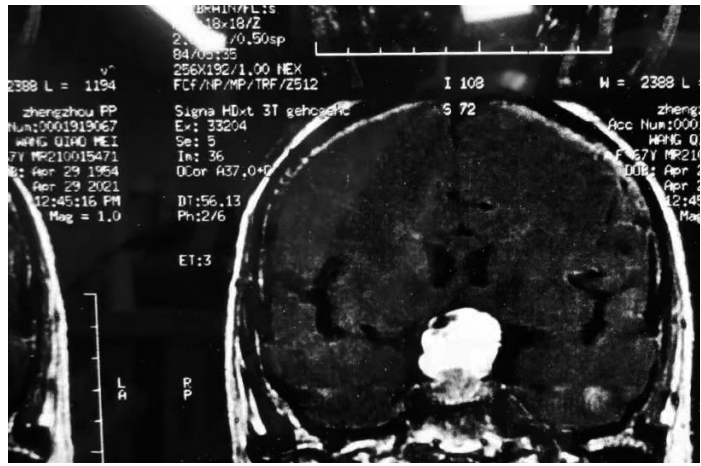
治疗方案和原则

尽快恢复心肌的血液灌注,确诊STEMI后120分钟内(诊断STEMI至导丝通过梗死血管的时间)进行急诊PCI(经皮冠状动脉介入治疗)或10分钟内开始溶栓,以挽救濒死的心肌,防止梗死面积扩大,缩小心肌缺血范围,保护和维持心脏功能,及时处理严重心律失常,防止患者发生猝死。	抗血小板聚集药:无禁忌证者即服水溶性阿司匹林或嚼服肠溶阿司匹林150毫克~300毫克,然后75毫克~150毫克/天,长期服用;氯吡格雷初始剂量300毫克,75毫克/天维持;替格瑞洛负荷剂量180毫克,每天两次,每次90毫克维持。	最初的两剂<100毫克;患者年龄>75岁:不给予静脉注射,第一次按体重0.75毫克/千克皮下注射,最初两次剂量不超过75毫克。
一般治疗和药物治疗	抗血小板聚集药:无禁忌证者即服水溶性阿司匹林或嚼服肠溶阿司匹林150毫克~300毫克,然后75毫克~150毫克/天,长期服用;氯吡格雷初始剂量300毫克,75毫克/天维持;替格瑞洛负荷剂量180毫克,每天两次,每次90毫克维持。	当肌酐清除率<30毫升/分时,不论患者年龄大小,每24小时皮下注射一次。
监护:持续进行心电、血压和血氧饱和度监测,及时发现和处理心律失常、血流动力学异常和低氧血症。	GPⅡb/Ⅲa(GP是血小板糖蛋白;Ⅱb/Ⅲa是受体)受体拮抗药用于无复流或血栓并发症。	β受体阻滞药:无禁忌证者常规使用。
卧床休息和吸氧:可降低心肌耗氧量,减少心肌损害。血流动力学稳定且无并发症的患者卧床休息1天~3天,病情不稳定及高危患者卧床时间应适当延长。	PCI应用普通肝素建议剂量:未计划使用GPⅡb/Ⅲa受体拮抗药时,初始剂量按体重70U(单位)/千克~100U/千克。计划使用GPⅡb/Ⅲa受体拮抗药时,初始剂量按体重50U/千克~70U/千克。直接PCI时,依诺肝素按体重0.5毫克/千克静脉注射,随后皮下注射。	ACEI(血管紧张素转化酶抑制剂):适用于前壁STEMI、伴肺淤血、LVEF(左心室射血分数)<40%的患者,不能耐受者可使用ARB(降压药物)替代。
镇痛:吗啡3毫克静脉注射,必要时每5分钟重复1次,总量不宜超过15毫克。	抗凝治疗:肝素(或低分子肝素)应常规使用或与溶栓、PCI联合应用。	醛固酮受体拮抗药:LVEF≤40%,并发心力衰竭或糖尿病接受ACEI、β受体阻滞剂治疗后无肾功能衰竭或高钾血症者推荐使用。
硝酸甘油:无禁忌证者通常使用硝酸甘油静脉滴注24小时~48小时,然后口服硝酸酯制剂,心力衰竭患者如果血压≥90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),可给予硝酸甘油以改善症状。	PCI应用普通肝素建议剂量:未计划使用GPⅡb/Ⅲa受体拮抗药时,初始剂量按体重70U(单位)/千克~100U/千克。计划使用GPⅡb/Ⅲa受体拮抗药时,初始剂量按体重50U/千克~70U/千克。直接PCI时,依诺肝素按体重0.5毫克/千克静脉注射,随后皮下注射。	阿托品:主要用于下壁STEMI伴有窦性心动过缓、心室停搏和房室传导阻滞患者,可给予阿托品0.5毫克~1毫克静脉注射,必要时每3分钟~5分钟可重复使用,总量应<2.5毫克。
硝酸甘油的禁忌证有低血	进行溶栓治疗时,当患者年龄<75岁:依诺肝素30毫克静脉注射,15分钟后按体重1毫克/千克皮下注射,每12小时一次,直至出院,最长8天,	纠正水电解质及酸碱平衡失调。

(作者供职于焦作市人民医院)

经鼻内镜手术治疗甲介型蝶窦发育不良

□陈航文/图



影像图1

这是一位高龄女性患者,有皮质醇功能低下表现,口服水前有口渴、多饮、多尿症状,补充激素后症状有所改善,双

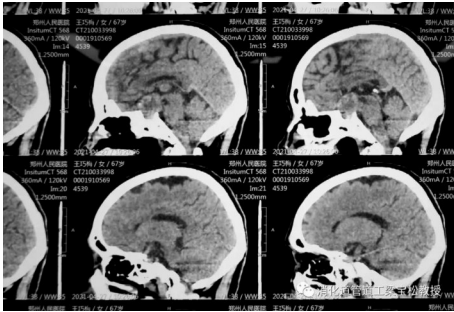
眼视力只有0.1,双侧颞侧偏盲。根据术前影像学检查结果,我们考虑患者患颅咽管瘤的可能性大。CT骨窗位提示患者蝶窦发育不良,为甲介型。遇到此类病例,许多医生会考虑进行开颅手术。但是,我们近期多次遇到类似情况,在先进的医疗器械和手术经验的加持下,甲介型蝶窦发育不良已不再是我们进行经鼻内镜手术的障碍。内镜手术需要两个人默契配合。副主任医师陈玉升有着扎实的手术操作功底和熟练的解剖学基础,为我后续顺利地进行手术奠定了良好的基础。对异常肥厚的鞍底进行磨除并未花费太长时间,整个术野干净

清爽。肿瘤囊内含有大量机油样物质。术中最大的困难是肿瘤与双侧视神经、下丘脑三脑室底部严重粘连,同时两侧与后交通动脉、颈内动脉也有不同程度的粘连。术中,锐性松解和钝性分离相结合,拼的是医生的耐心和心理素质。最终,我将肿瘤完整摘除,重要神经血管及下丘脑在直视下保留完好。经鼻内镜下切除颅咽管瘤病例数量的不断增加,坚定了我将来对颅咽管瘤尽可能采取内镜下手术的决心。每

次手术完成后,我都会和团队成员回顾整个过程,力争把一个细节做到完美。

毕竟,术前多一分远见,术中就少一分“刺激”。

(作者供职于河南省人民医院)



影像图2

从一位患者就医经历看软组织肉瘤的诊治

□姚伟涛

患者为男性,29岁,因右前臂肿瘤,自2014年5月到2021年3月就诊于5家医院,先后进行了9次手术,最后根据病理检查结果被确诊为横纹肌肉瘤(软组织肉瘤的一种)。因病情发展、淋巴结转移,患者不得不两次进行截肢治疗。

通过对该病例的诊治,我觉得应该思考以下问题:

一、重视首诊和首次手术,尽量避免非计划手术。

软组织肉瘤为一种较为少见的恶性肿瘤,占所有恶性肿瘤的1%左右,临床主要表现为四肢、躯干部位的无痛性肿块,因此容易被误诊、误治。在我国,60%~80%的软组织肉瘤患者的首次手术均在当地县级或市级综合医院局麻下切除,术前缺乏必要的影像学检查和周密的手术计划。该手术方式叫非计划手术。

首次的非计划手术导致的严重后果:1.局部肿瘤残留,很快复发。一般复发时间为术后1个月~1年。2.肿瘤丧失彻底治愈的机会。一般恶性肿瘤的最初生长局限在所处的间室内,如同被禁闭在房间内。不彻底的切除会导致肿瘤被解除在间室里生长的束缚,且手术造成局部血管、淋巴管的破裂。这样一来,肿瘤会在局部播散或通过这些管道迅速向全身各处扩散,从而导致肿瘤复发和转移。

目前的研究结果表明,对于首次在专科就诊的患者,95%以上可以通过局部手术达到根治的效果。首次非计划手术,3周内到肉瘤专科进行补救性手术,90%以上的患者仍可以得到局部的根治。对术后首次复发的患者,再次手术根治的概率为60%;对二次复发的患者,再次手术根治的概率降为30%;多次手术(如本文所说的这位患者)后根治的概率为0。

二、手术的方式直接决定预后。恶性软组织肉瘤的手术方式分为囊内切除、边缘切除和广泛切除。

多次复发的肿瘤,往往邻近重要的组织结构(如血管、神经、骨骼等),手术往往只能达到边缘切除甚至囊内切除的标准。但由于技术所限,目前术中无法准确辨别肿瘤是否有残留,且患者对保肢的愿望强烈,医生一般会采纳患者的意见,尽可能保肢。但是,这种勉强的“切瘤”手术往往导致较高的复发率。

正如该患者,复发后手术,手术后复发,复发后再手术,间隔时间不足一年,如同走进一条死胡同,直到肿瘤不可切除或发生转移为止。

因此,预测术后肿瘤复发的概率比较高时,及时进行截肢或其他治疗是较为理智的做法,而不是一味地进行手术。

三、患者的态度也是决定预后的主要因素。

1.多咨询,再手术。复发的软组织肉瘤或首次接受过非计划手术的患者,再次就医时一定要多咨询,听听多家医院专科医生的建议,并选择可信赖的医院和科室。

目前,我国对恶性肿瘤的诊治规范提出了严格的要求,但各家医院对标准的认知和执行情况并不统一,就造成了治疗软组织肉瘤的效果千差万别。由于复发后的软组织肉瘤再次根治的概率明显降低,因此建议患者选择正确的专科进行诊治。

2.强烈的保肢意愿也是导致肿瘤复发的人为因素。很多患者在肿瘤复发后会寻求可以给自己保留肢体的医院和医生,并认为这样的医院和医生水平要高很多。但部分患者这样做的后果是肿瘤在术后迅速复发,甚至转移,并导致患者错失根治良机。

3.患者对疾病的恐惧,导致诊疗发生延迟。对于恶性肿瘤,目前的治疗手段主要有手术和放化疗等,由于患者对放化疗的恐惧和抗拒,会导致相应的诊断和治疗被推迟或遭拒绝,单纯的手术治疗就难以达到理想的治疗效果。

对于该患者,我们得到的教训有以下几点:首次手术尽可能彻底切除肿瘤,减少或避免局部复发。

术后病理检查结果是确诊肿瘤良恶性的关键。对怀疑是恶性的肿瘤,术后需要多家专科医院进行病理会诊。再次手术或多次手术一定要慎重,尽量避免错失肿瘤根治良机。

多次复发或病理检查结果与临床不符合的肿瘤患者,尽可能到专科医院进行咨询。

面临截肢还是保肢选择的时候,还是应该坚持“保命为主、功能为辅”的基本原则。

除手术外,必要的放化疗或其他辅助治疗是减少术后复发或转移的辅助措施。

(作者供职于河南省肿瘤医院)



征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:贾领珍
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部