

分析. 中西医结合实用临床急救 1998 ;(5):199—201.

2 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准. 中华外科杂志 1997 ;12(1):699—700.

3 Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP, et al. APACHE—acute physiology and chronic health evaluation : a physiologically based classification system. Crit Care Med 1981 ;(8):591—597.

4 朱立元,高福志.重症急性胰腺炎与多器官功能不全综合征.

临床外科杂志 1998 ;(1):124—125.

5 Choi TK, Mok F, Zhan WH, et al. Somatostatin in the treatment of acute pancreatitis : a prospective randomized controlled trial. Gut 1989 ;30(2):223—227.

6 Andriulli A. Meta analysis of somatostatin, octreotid and gabexate mesilate in the therapy of acute pancreatitis. Aliment Pharmacol Ther 1998 ;12(3):237—245.

(收稿 2003-05-14 修回 2003-05-30)

川芎嗪对急性心肌梗死溶栓后心肌微循环的保护作用

楼正家 郑文龙 诸葛丽敏 欧阳侃 林荔华

我们进行了川芎嗪对急性心肌梗死(AMI)溶栓后心肌微循环保护作用的研究,现报告如下。

资料与方法

1 病例选择 选择 1998 年 6 月—2002 年 6 月在本院急诊和住院符合下列标准的 AMI 患者 83 例 (1)胸痛持续 30min 以上 (2)心电图检查至少两个相邻导联 ST 段抬高 $\geq 0.2mV$; (3)血清肌酸磷酸激酶升高 3 倍以上 (4)肌钙蛋白试验阳性。

2 临床资料 83 例 AMI 患者按随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组 43 例,其中男性 24 例,女性 19 例,平均年龄 (58.70 \pm 4.71) 岁,前间壁及广泛前壁梗死 28 例,下间壁梗死 7 例,高侧壁梗死 5 例,右室梗死 3 例,溶栓时间窗为 (4.60 \pm 0.6) h ;对照组 40 例,其中男性 22 例,女性 18 例,平均年龄 (57.21 \pm 6.33) 岁,前间壁及广泛前壁梗死 27 例,下间壁梗死 7 例,高侧壁梗死 4 例,右室梗死 2 例,溶栓时间窗为 (4.76 \pm 0.48) h。两组患者年龄、性别、梗死部位及溶栓时间窗比较差异无显著性 (均 $P > 0.05$) 具有可比性。

3 治疗方法 AMI 溶栓治疗参照文献方案(中华心血管病杂志编委会.急性心肌梗死溶栓疗法参考方案.中华心血管病杂志 1991 ;19(3):137),治疗组用 UK (商品名天普洛欣,广东天普生物化学制药有限公司生产)100~150 万 U 加入 0.9% 氯化钠 100ml 中静脉滴注,30min 滴完,共 1 次;阿斯匹林 0.3g,每天 1 次口服,共 3 天,之后 0.1g,每天 1 次口服,长期服用。在用 UK 10~30min 间在另一静脉通路用川芎嗪注射液 (无锡第七制药有限公司生产)240mg 加入 0.9% 氯化钠 400ml 中静脉滴注,1.5~2.0h 滴完,其后按上述剂量每天 1 次,连用 7 天。对照组除不用川芎嗪外,其他均与治疗组相同。

4 观察指标 ST 段抬高指数:ST 段抬高指数 = 各导联 (AVR 除外)ST 段抬高总值 (mm) / ST 段抬高的导联数。两组均于溶栓前及溶栓后 2、12、24、48、72 和 168h 分别行 12 导联心电图检查。

5 统计学处理 计量资料采用成组资料均数比较 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

结果

1 临床总疗效 按照无创性冠脉再通标准,治疗组与对照组溶栓再通分别为 28 例 (65.12%) 和 26 例 (65.00%),住院期间死亡分别为 2 例 (4.65%) 和 3 例 (7.50%),两组比较差异均无显著性 ($P > 0.05$);而发生严重心功能损害 (Killip 氏分级 III 或 IV 级) 分别为 1 例 (2.33%) 和 7 例 (17.50%),两组比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。

2 两组 ST 段抬高指数变化 见表 1。两组溶栓前及溶栓后 2h ST 段抬高指数差异无显著性 ($P > 0.05$);自 12h 开始对照组 ST 段抬高指数显著高于治疗组,经统计处理两组差异有显著性 ($P < 0.01$)。

表 1 两组 ST 段抬高指数比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 溶栓时间 (h) | ST 段抬高指数 (mm/导联) |
|----|----|----------|-------------------|
| 治疗 | 43 | 0 | 4.32 \pm 1.16 |
| | | 2 | 2.69 \pm 0.29 |
| | | 12 | 2.78 \pm 0.51 * |
| | | 24 | 2.05 \pm 0.33 * |
| | | 48 | 1.45 \pm 0.48 * |
| | | 72 | 1.12 \pm 0.42 * |
| 对照 | 40 | 0 | 4.23 \pm 1.02 |
| | | 2 | 2.71 \pm 1.38 |
| | | 12 | 3.76 \pm 0.78 |
| | | 24 | 3.38 \pm 1.71 |
| | | 48 | 3.56 \pm 0.22 |
| | | 72 | 3.47 \pm 1.45 |
| | | 168 | 3.27 \pm 1.13 |

注:与对照组同一时间比较,* $P < 0.01$

讨论 ST 段抬高指数是观测心肌微循环栓塞的有效指标,其敏感性、特异性、准确性分别为 77%、91%、81%。本研究显示,两组溶栓后 2h ST 段抬高指数均明显下降,随后治疗组呈继续下降趋势,而对照组在 12h 始又有升高表现,且其后的下降亦不明显,两组同一时间 ST 段抬高指数比较,差异有显著性。提示治疗组溶栓后心肌微循环灌注的维持明显优于对照组。治疗组病死率低于对照组,但其差异无显著性,可能与本研究样本数量较少有关,有待于进一步的研究证实。