

表4 两组患者不良反应情况比较

组别	n	过敏	出血	肝肾功 能异常	总发生率 (%)
研究组	55	2	1	0	5.45
对照组	55	2	0	0	3.64

注:两组总发生率比较, $\chi^2=0.210$, $P=0.647$

3 讨论

重症肺感染患者由于体内有大量内毒素产生,而毒素与部分受体结合可致使炎症基因被唤醒,毛细血管内皮细胞受损,机体凝血功能异常,血管通透性增加,患者出现心力衰竭等脏器功能损害^[4]。故对该类患者需积极地给予疗效好、起效快的治疗措施。目前,对本病的治疗首选方式多为根据药敏试验选用敏感抗生素,但效果多不理想。基础研究证实血必净注射液可在一定程度上抑制炎症因子的激活,减轻凝血功能障碍的发生,缓解脓毒症的发展;可改善脓毒症时机体微循环功能,减少微血栓;对脓毒症时肠道黏膜机械屏障和免疫屏障具有一定的保护作用^[5]。

本次我们在常规抗生素治疗的同时给予55例重症肺感染患者血必净注射液进行治疗,并选取另55例单纯使用抗生素的患者进行比较,结果显示使用血必净注射液的一组不但治疗的总有效率较高($P<0.05$),且患者体温恢复正常、咳嗽停止时间都更早($P<0.05$),治疗后CPIS得分也更低($P<0.05$),而两组不良反应发生率则差异无统计学意义($P>0.05$)。原因在于血必净注射液是在血府逐瘀汤的基础上,依据细菌、内毒素、炎症介质并治的理论指导研制而成^[6-7]。其有效成分包含红花、黄色素、丹参素、阿魏酸、芍药苷等,不但对内皮细胞具有保护作用,同时还对内毒素及其诱导释放的炎症介质具有拮抗作用,故能降低体内内毒素水平,抑制内源性致热源的释放,

改善免疫功能,与抗生素合用,更能提高疗效,可安全迅速地将体温降到正常,缩短热程,对重症炎症患者起到积极的治疗作用,与黄种杰等^[7]研究结果一致。

综上所述,将血必净与敏感抗生素联用,不但能提高治疗效果,还能促进患者临床症状的消失,并能快速地减轻肺部感染的程度,且无明显不良反应,获得的临床疗效令人满意。

参考文献:

- [1] 李志刚.纤维支气管镜在危重症合并重症肺炎中的应用[J].天津医药,2011,39(2):133-135.
- [2] 金月红,龚进红,全丽芳.纤维支气管镜下治疗颅脑损伤气管切开并肺部感染的效果观察[J].中华内镜杂志,2010,16(5):539-541.
- [3] 张勇.瘦素、C-反应蛋白与CPIS在评价CAP预后中的价值[J].临床肺科杂志,2012,17(11):2010-2012.
- [4] 郑福祿,刘宇鹏,姚福军.东莨菪碱对重症肺炎引起的急性呼吸窘迫综合征的疗效影响[J].中国老年学杂志,2009,29(18):2379-2380.
- [5] 宋元林,宋振举,蒋进军,等.血必净治疗重症肺炎的临床疗效和安全性评价[J].国际呼吸杂志,2012,32(22):1692-1695.
- [6] 朱伯金.血必净辅助治疗慢性肺心病72例效果观察[J].右江民族医学院学报,2010,32(5):694-695.
- [7] 王志方,王迎莉,康新,等.血必净注射液在重型颅脑损伤术后肺感染中的应用[J].国际中医中药杂志,2011,33(12):1122-1123.
- [8] 黄种杰,洪原城.血必净治疗细菌性肺炎合并高热128例疗效观察[J].临床肺科杂志,2011,16(4):568-569.

收稿日期:2014-08-16;修回日期:2014-09-03

心内科老年患者治疗期间心源性猝死的临床病因研究

刘奇峰

(广东省梅州市人民医院,广东 梅州 514000)

摘要:目的 分析研究心内科老年患者治疗期间心源性猝死(SCD)的临床病因,以提高对SCD的防治效果。方法 选取89例我院心内科老年患者治疗期间心脏病猝死病例,回顾分析其临床资料,对其猝死病因进行统计分析。结果 我院SCD率为9.60%,占心源性死亡的69.53%。冠心病是SCD的主要病因,占51.69%,其次分别为高血压心脏病,占13.48%;扩张型心肌病,占12.36%;风湿性心脏病,占11.24%。该四种病因占总死亡病因的89.89%,相对其他病因差异有统计学意义。大部分病例有前驱症状、心电图改变和明显诱因,情绪激动和剧烈运动是SCD最为常见的诱因,分别占34.89%和32.58%。结论 SCD患者存在明显诱因和先兆症状,因此治疗期间应密切关注病情进展,警惕危险因素,重视猝死前驱症状,做好风险预后评估,强化监护,对降低心肌疾病患者SCD率有着积极的意义。

关键词: 猝死,心脏;心内科;老年患者

中图分类号: R541 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2014)06-0836-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.06.013

心脏性猝死(sudden cardiac death,SCD)是指由于各种心脏原因所致的突然死亡,可发生于原来有或无心脏病史的患者中,前期常无任何危及生命的表现,在急性症状出现后1h内发生心脏骤停,丧失意识,若未经及时抢救,则发生死亡^[1]。SCD属非外伤性自然死亡,特征为出乎意料的迅速死亡。老年患者易发急性心脏病,急骤发作的室颤、室速及心律失常等都可能直接导致SCD^[2],据报道SCD是导致心内科老年患者在治疗过程中出现猝死的主要原因之一,占老年人猝死的90%以上。

SCD者绝大多数有心脏结构异常,研究表明,导致SCD最常见的心脏结构异常是冠状动脉粥样硬化性心脏病,此外肥厚型心肌病、扩张型心肌病、高血压性心脏病、风湿性心脏病等也可导致SCD的发生。SCD作为一种致死率较高的突发性心肌疾病,其病情凶险,猝死发作迅猛,临床上尚无有效预测方法,常引发医患纷争^[3]。因此,分析讨论诱发SCD的高危因素,对降低SCD的发生率和医患纠纷具有重要意义。为讨论心内科老年患者SCD病因的构成及其发生规律,本文选取89例心内科治

疗期间 SCD 的老年患者案例,进行回顾性综合分析,现将其报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2011年1月~2013年12月我院心内科共接收老年患者927例,所有患者均行常规12导联心电图检查,并接受相应的综合治疗。治疗期间死亡128例,其中SCD患者89例,男性52例,女性37例,平均年龄69.7岁,平均病程5.2年,89例病例猝死前均有详细的病情记载及心电图记录。

1.2 方法 回顾性综合分析89例SCD老年患者的临床资料,鉴别对SCD有意义的高危因素。

1.3 诊断标准 SCD参照WHO规定,即急性症状发作24h内发生未预料到的心脏原因所致的死亡,排除存在严重呼吸道疾病、血液系统疾、肝肾脏器疾病及精神疾病患者。冠心病诊断依据《缺血性心脏病的命名及诊断标准》^[4]。

2 结果

2.1 一般结果 我院心内科老年患者心源性死亡发生率为13.81%,其中SCD率为9.60%,占心源性死亡的69.53%。89例SCD主要发生在病情恶化1h以内,占74.16%(66/89),以心血管疾病和心肌病患者居多;发生在病情恶化6h以内有16例,占17.98%;5例发生在病情恶化6~12h,占5.62%;2例12~24h之间,占2.25%。SCD多发生于上午,占32.58%(29/89),具体死亡生物节律分布,见表1。

表1 SCD发生的生物节律

生物死亡节律	n	构成比(%)
00:00~05:59	20	22.47
06:00~11:59	29	32.58
12:00~17:59	18	20.22
18:00~23:59	22	24.72

2.2 SCD的前驱症状 89例SCD患者中46例具有明显的前驱症状,占51.69%,其中21例表现为胸闷、胸痛加重,12例表现为心前区疼痛伴大汗,9例表现为紫绀,4例表现为头晕、恶心;其余43例无明显症状,占48.31%。根据患者心脏骤停以及心律失常的调查显示,心室颤动诱发SCD的情况最多,占48.31%(43/89);其次是室性心动过速,占20.22%(18/89);此外,10例慢性房颤、8例房室传导阻滞、7例频发室性早搏,其他3例。

2.3 SCD的病因构成 造成SCD的病因较多,冠心病为最主要因素,占52.81%,其中急性心肌梗死35例,占冠心病的74.47%,陈旧性心肌梗死12例,占冠心病的25.53%;其次分别为高血压心脏病,占13.48%;扩张型心肌病,占12.36%;风湿性心脏病,占11.24%。该四种病因占总死亡病因的89.89%,相对其他病因差异具有统计学意义($\chi^2=113.281, P=0.000$),表明这四种病因是造成SCD的高危病因,见表2。

2.4 SCD的常见诱因 对于老年患者发生SCD的常见诱因包括情绪激动、吸烟、饮酒、剧烈运动、用力排便等进行调查分析,发现情绪激动和剧烈运动是最为常见的危险因素,分别占34.83%(31/89)和32.58%(29/89)。其他因素中,吸烟占16.85%(15/89),饮酒占10.11%(9/89),用力排便4.49%(4/89),无明显诱因1例。

3 讨论

SCD多因心肌缺血或其他原因造成的心肌电不稳定,引发心室纤维性颤动而造成突发死亡,少数因心室停顿而造成死亡,具有起病急骤、不可预料等临床特点,发作时伴有室颤、室速、心律失常等症状,通常在病情恶化之后1~12h内死亡。老年患者因机体内应激能力和储备能力退化,重要脏器也均有不

同程度的衰退,心脏的代偿能力低下,易在外界因素的刺激下引发急性心血管事件^[5]。我院SCD率为9.60%,占心源性死亡的69.53%,SCD发生率较高,因此探讨心内科老年患者治疗期间SCD的临床病因,并找出防治措施,对进一步降低心内科老年患者SCD发生率,具有重要意义。

表2 SCD的病因构成

病因	n	构成比(%)
冠心病	47	52.81
高血压心脏病	12	13.48
扩张型心肌病	11	12.36
风湿性心脏病	10	11.24
肥厚型心肌病	3	3.37
急性心肌炎	2	2.25
主动脉夹	1	1.12
肺心病	1	1.12
感染性心内膜炎	1	1.12
其他	1	1.12
合计	89	100.00

本研究中,SCD主要发生在病情恶化1h以内占74.16%,6h以内占17.98%,而12h以上仅占2.25%,与相关研究结果一致。本研究发现SCD发生具有明显的昼夜节律,多发生于06:00~11:59,占32.58%。冯杰^[6]的研究证实老年患者发生SCD的时间白天多于晚上,上午多于下午,本文的研究结果与之基本一致,而邵荣华等^[7]则认为SCD多发于夜晚。目前对于SCD的多发时间段仍存在争议,但普遍认为SCD发生的昼夜节律与心肌缺血有明显关系。研究证实39%的冠心病患者发生心肌缺血的时间段为06:00~12:00,且心律失常多发于上午,在冠心病患者运动试验过程中,上午更易发生TS段下降和心绞痛,其原因可能在于清晨交感神经活性和体内儿茶酚胺浓度增高,心电不稳定,易引起致命性心律失常。SCD可发生于任何时间段,提示应高度警惕老年SCD的可能性,加强巡视,尤其是高发时间段。SCD前期常无任何危及生命的表现,本研究中48.31%的患者无明显前驱症状,但51.69%具有明显前驱症状,多表现为气短、胸闷、胸痛,有时伴有大汗、紫绀等症状。心脏骤停调查显示,患者发生SCD前多出现心室颤动、室性心动过速、慢性房颤等心律失常现象,其中心室颤动占48.31%,室性心动过速占20.22%。对此,应高度重视猝死的前驱症状,对于出现上述症状的患者应给予卧床休息、吸氧等,并给予病人做心电图检查,若出现心室颤动、心动过速等现象应及时报告医生,以采取及时有效的抢救治疗措施^[8]。

SCD病因十分复杂,主要在于基础心脏病的病理改变。各种心脏疾病均会造成心肌损害,而异常心肌容易形成折返,诱发心律失常,最终造成患者心脏电生理紊乱导致SCD的发生。本研究显示冠心病为SCD的主要病因,占52.81%,其中以急性心肌梗塞居多,与相关报道的结果一致^[9]。其次高血压心脏病、扩张型心肌病及风湿性心脏病猝死率也明显高于其他病因,该四种病因占全部病因的89.89%,说明该四种心脏疾病可作为独立病因,快速有效筛查SCD高危患者。行为或心理应激是猝死的触发因素,多数研究报告表明在过度劳累、激烈运动、情绪波动、烟酒、饱餐、排用力等因素刺激均可导致SCD发生^[10]。本研究对于老年患者发生SCD的常见诱因进行调查分析发现,情绪激动和剧烈运动是最为常见的危险因素,可使心脏负荷增加,心率加快,心肌耗氧量增加,从而引起或加重心肌缺血,进而诱发SCD发生。酒精具有细胞毒性,能损害心肌细

胞,加重心肌缺氧症状;吸烟是冠心病的危险因子,可导致血液中游离脂肪酸和儿茶酚胺含量增加,带氧血红蛋白携氧能力下降,致使心肌缺血缺氧,此外烟草中的尼古丁还能引起血管收缩,造成冠脉痉挛。此外,排使用力能导致冠状动脉粥样硬化斑块破裂,易形成血栓。避免诱因是预防发生猝死的关键,SCD通常是多种危险因素综合作用的结果^[11]。对此,应加强心内科老年患者的健康教育,同时重视关爱患者,缓解或消除患者精神压力,保持情绪稳定。指导养成健康的生活方式,鼓励适度运动,劳逸结合;提倡合理膳食,鼓励多食用富含膳食纤维的低脂饮食,保持大便通畅,切勿暴饮暴食;戒除烟酒等不良嗜好,若出现不适症状及时就诊。

综上所述,心内科老年患者治疗期间发生SCD临床病因呈现多样化、综合化,伴有基础心脏病变,冠心病、高血压心脏病、扩张型心肌病及风湿性心脏病的患者均易出现SCD,患者往往在病情恶化1h内死亡。多数SCD患者存在明显诱因和先兆症状,因此治疗期间应密切关注病情进展,警惕危险因素,重视猝死前驱症状,做好风险预后评估,强化监护,对降低心肌疾病患者SCD率有着积极的意义。

参考文献:

[1] 罗毓萍,任继刚,秦雯霞,等.老年患者院内SCD临床因素分析[J].中国医药导报,2013,10(29):42-43.

- [2] 寇海林,陈铎,谢长涛.心内科老年患者院内SCD临床病因分析[J].中国医药科学,2014,4(5):145-146.
- [3] 刘红蕊,顾慧茜,于卫星.心内科老年患者院内中后期猝死的临床病因分析[J].继续医学教育,2013,5(3):42-43.
- [4] 张白云.SCD危险因素分析[J].心血管病防治知识:学术版,2014(2):47-49.
- [5] 王少霞.心内科老年患者院内SCD的临床病因分析[J].中外医疗,2013(20):100-101.
- [6] 冯杰.心内科老年患者院内SCD的临床分析[J].继续医学教育,2014,28(7):7-9.
- [7] 邵荣华.心内科老年患者治疗期间SCD的临床病因研究[J].河南医学研究,2014,23(2):88-89.
- [8] 何芬仁.老年人心性猝死27例临床分析[J].右江民族医学院学报,2003,25(4):475-476.
- [9] 李新梅.心内科老年患者院内SCD的临床病因分析[J].中国卫生产业,2012,9(33):109-109.
- [10] 马继东,李惠,兰为群,等.老年SCD74例临床分析[J].中国老年学杂志,2008,(28):1637-1638.
- [11] 贺延奇.心内科老年患者治疗期间SCD的临床危险因素调查[J].中国实用医药,2014,9(11):126-127.

收稿日期:2014-11-12;修回日期:2014-11-26

高危冠心病患者经桡动脉及经股动脉介入治疗术的疗效比较

黄海源,韦宝敏,周柳芳,刘燕,罗薇,黄照河^①

(右江民族医学院附属医院心血管内科,广西百色533000 E-mail: haiyuanhuangbs@163.com)

摘要:目的 比较经桡动脉及经股动脉介入治疗术治疗高危冠心病患者的临床疗效。方法 回顾性分析2010年1月~2011年12月我院收治的52例高危冠心病的住院患者的病例资料,其中行经桡动脉介入治疗的为TRI组(32例),行经股动脉介入治疗的为TFI组(20例),比较两组的穿刺成功率、手术时间、手术成功率、术后心功能评价、术后并发症发生率、术后1年复发率。结果 两组的穿刺成功率、手术时间及手术成功率差异均无统计学意义($P > 0.05$),TRI组的术后心功能评价高于TFI组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);TRI组术后并发症发生率低于TFI组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);TRI组术后1年复发率低于TFI组,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 经桡动脉穿刺介入治疗较经股动脉穿刺介入治疗具有手术成功率高、疗效好、并发症发生率低等优势,是治疗高危冠心病患者的安全可行的方法之一。

关键词: 高危冠心病;桡动脉;股动脉;介入治疗术

中图分类号: R514.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2014)06-0838-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.06.014

冠心病亦称为缺血性心脏病,即冠状动脉粥样硬化导致血管腔狭窄或斑块形成甚至破裂、完全堵塞,限制或完全中断了心肌的血液供应,引起临床上心绞痛、心肌梗死等一系列严重的心肌缺血^[1]。在我国,随着老龄化进程的加速和居民疾病谱的转变,冠心病的发病率和死亡率近年来正逐步升高,目前也已成为严重危害人民健康的慢性非传染性疾病之一^[2]。冠心病的治疗方法主要分为药物治疗、经皮冠状动脉介入治疗(PCI)和冠状动脉旁路移植术治疗^[3],临床上较为常见的治疗方法为经皮冠状动脉介入治疗。经皮冠状动脉介入治疗又因介入治疗的途径不同分为经桡动脉介入治疗(TRI)和经股动脉

介入治疗(TFI)。为进一步探讨经不同途径介入治疗高危冠心病患者的临床疗效,本文对经桡动脉介入治疗与经股动脉介入治疗高危冠心病的临床效果进行对比分析,现报道如下:

1 资料和方法

1.1 病例资料 回顾性分析2010年1月~2011年12月我院收治的52例高危冠心病的住院患者的病例资料,入选标准:有冠心病心绞痛或心肌缺血的临床证据,冠状动脉造影检查显示冠状动脉病变狭窄 $\geq 75\%$,患者心功能3级以上,Allen实验结果为阳性,有介入手术适应证。患者入院后由患者本人及直系家属自己根据意愿选择介入治疗的方式。其中行经桡动

^① 通讯作者,E-mail: haiyuanhuangbs@163.com