

• 经验交流 •

高龄急性心肌梗死3例诊治体会

侯丕华 黄铁群 郑知刚

1 病例报告

例1:男,86岁,2003年8月20日入院。有高血压、2型糖尿病史20年,冠心病稳定性心绞痛3年;尚有帕金森病、慢性肾功能不全等病史。同年10月3日因重症肺炎、呼吸衰竭,行气管切开,持续机械通气。12月4日突发阵发性室上性心动过速,心率141次/min,持续3h后ECG:Ⅱ、Ⅲ、AVF出现Q波逐渐加深,R波降低,V2~V6 ST水平压低0.1~0.25mV;肌钙蛋白T 0.29μg/L;心肌酶谱正常。诊断为下壁、前壁非ST段升高性急性心肌梗死。给予波立维及硝酸酯类药物,病情稳定。

2004年4月16日2点45分,突然全身大汗,ECG见ST段:Ⅱ、Ⅲ、AVF抬高,V4~V6下移0.2~0.25mV,立即舌下喷硝酸甘油1喷,15min后ECG恢复。测肌钙蛋白T为0.51μg/L,心肌酶谱正常。此后又有以上症状出现及ECG动态变化,给予抗血小板、抗凝、扩冠、钙离子拮抗剂治疗。5月12日ECG,V1~V4呈rS型,ST:V5、V6水平压低0.15~0.18mV,6月底床旁超声心动示室壁运动明显减弱,诊断为陈旧性下壁、急性前壁再发心肌梗死。两次急性心肌梗死发作时均无临床主诉。

例2:男,89岁,右肾孟、膀胱癌3年,血尿加重1年,于2004年7月13日入院。有冠心病、陈旧前壁心肌梗死、高血压病、血小板减少等病史。入院时ECG示陈旧前壁心肌梗死。9月29日,诉咽痛,气短,不能平卧,尿量减少,无心前区痛,血压100/70mmHg,心率80次/min,双下肺湿啰音,ECG,V2~V4 ST段水平抬高0.2mV,T波先直立后变为倒置;肌钙蛋白T 0.2μg/L,心肌酶谱正常。诊断:再发急性前壁心肌梗死,并左心功能不全。因膀胱癌持续肉眼血尿,故未使用抗血小板及抗凝药物,仅予静脉点滴硝酸甘油,口服消心痛、比索洛尔,并酌情利尿纠正心力衰竭等,一周后病情稳定,10月8日ECG示V1、V2为QS型,V3:rS型,T:V4、V5低平,AVF、V2、V3倒置。

例3:男,93岁,间断心前区不适34h,加重伴左胸背部疼痛2h于2004年10月22日入院。有陈旧性前间壁心肌梗死、高血压病、左心功能不全、慢性肾功能不全、慢性胃炎等病史。此次发病为10月20日进食油腻食品后出现上腹及心前区不适,口服法莫替丁无效,21日凌晨1时出现左胸、后背疼

痛,放射至左肩,持续约30min后含服硝酸甘油片0.5mg,约3min缓解。同日上午又2次于安静时出现以上症状。22日凌晨,又出现左胸、后背疼痛剧烈,含服硝酸甘油不缓解,急诊入院。心率、血压、呼吸正常;胸片示肺水肿改变;心肌酶谱:肌酸激酶461U/L,肌酸激酶同工酶53U/L,乳酸脱氢酶294U/L,羟丁酸脱氢酶154U/L,肌钙蛋白T>2.0μg/L,ECG:R V₁~V₄递增不良,ST:V₁~V₃抬高0.15~0.25mV,V₄~V₆水平压低0.05~0.15mV,T:V₄~V₆负正双向。此后10d内心肌酶谱、肌钙蛋白T、ECG均有动态变化,诊断:急性前壁再梗死,心功能Ⅲ级。予静脉点滴硝酸甘油,抗血小板、抗凝及改善心功能(美托洛尔、福辛普利、呋塞米等)治疗,当晚大便时及10月24日便后更换尿垫时两次出现急性左心衰竭,抢救后病情缓解。不能平卧,反复发作心绞痛,予卡维地洛治疗,症状明显改善。12月9日超声心动提示冠心病,节段性室壁运动障碍,左心扩大,心功能减低。2005年4月19日上午排便时又发急性左心衰竭,ECG出现明显ST-T缺血性改变,予利尿、扩张血管、减轻心肌负荷等药物治疗症状缓解,当夜再发急性左心衰竭并消化道大出血,20日高热,血压下降,经抢救无效死亡。

2 讨论

2.1 严防诱因 老年冠心病患者冠状动脉病变广泛,虽可能有一定侧支循环,但常狭窄较重,冠脉循环储备力低,可因极其轻微的诱因导致冠脉闭塞而发病,例3即多次排便时出现急性心肌缺血及心力衰竭;或可在肺部感染等全身性炎症过程中出现急性心肌梗死,故需高度警惕,严加防范。积极纠正各种高危因素。

2.2 注意不典型症状 高龄急性心肌梗死症状常不典型或为无痛性,常可因较多严重并发症掩盖胸痛症状(例2表现为咽痛、气短、血压下降);或因高龄病重不能叙述(例1),或症状叙述不确切(例3)而被忽视。故需医护人员有高度警惕性,反应敏捷,及时发现病情变化;另外,凡老年突发休克、严重心律失常、心力衰竭、持久而严重的胸闷痛、上腹痛、恶心、呕吐等表现而原因不明者,都应考虑到急性心肌梗死的可能,应从速诊治。

2.3 诊治中的特殊性和局限性 因高龄、基础病多,病情重,被怀疑急性心肌梗死时难以接受冠状动脉造影等有创性检

收稿日期:2006-11-27

作者单位:100029北京市,中日友好医院高干医疗科

作者简介:侯丕华,女,1962年1月生,江西省九江市人,医学本科,主任医师。Tel:010-84205781

查,为确诊带来了困难。随年龄增高,临床上典型胸痛症状及 ECG 变化越来越少见,非 Q 波梗死所占比例增加^[1]; 75 岁以上老年患者,大多数急性心肌梗死并不出现典型 ST 段升高;血清酶变化也缺少特异性,肌酸激酶水平的诊断价值也进一步受限,而心脏特异性肌钙蛋白标志物要比心肌酶谱对急性心肌梗死更具有诊断意义^[2]。治疗方法的选择要充分全面考虑和仔细评估全身情况仅患者及家属的愿望,并同时考虑其潜在的风险。 ≥ 75 岁急性心肌梗死患者多有溶栓及经皮冠状动脉腔内成形术禁忌证,内科保守治疗为其主要手段,此 3 例患者即是如此。在抗凝、抗血小板聚集的前提下,若病情许可,应尽早使用 β 受体阻滞剂和血管紧张素转换酶抑制剂,但需注意谨慎调整剂量,以免出现低血压、传导阻滞等副作用。另外,基础用药多,治疗急性心肌梗死用药

时需注意与其他药物之间相互作用,权衡用药利弊,以求达到最佳疗效(如例 2)。

2.4 预后不良 高龄患者基础病多,冠脉病变广泛,心肌梗死常多次发生;又因其发病前的心功能和健康状态较差,病后在相似的心肌损害程度下,心力衰竭等并发症更多见,以致预后极差。

参考文献

- [1] 程莘,李飞妮,刘晓伟. 高龄急性心肌梗塞患者的临床特点分析. 中国误诊学杂志, 2005, 5: 1841-1843.
- [2] 刘同奎,孔晓光,朴晶燕,等. 老年急性心肌梗塞的诊疗进展. 中国现代医学杂志, 2001, 11: 24-27.

(上接第 228 页)

斑块破裂和血栓形成,从而导致心血管事件发生^[5,9,10]。因此,笔者对资料分析的结果显示,脉压增大与围手术期、随访期心血管事件密切相关。

多因素分析时,冠心病接受 PCI 治疗患者住院期间主要不良心血管发生率与全天平均收缩压、动态脉压呈正相关,而与全天平均舒张压呈负相关,与某些研究结果不同^[6,9]。可能与所选的对象为老年患者有关。老年患者以单纯收缩期高血压较为常见。由于舒张压过低导致心肌灌注不足,容易诱发心血管事件。这与 Framingham 心脏研究以及 INVEST^[10] 研究结果相符。因此,对中老年患者应用药物时舒张压不易过度下降,保持合理脉压值。

本研究对象均为老年高血压患者,并有较严重胸痛,其冠状动脉病变程度相对较重,故而不能代表所有冠心病需接受 PCI 治疗的人群;同时作为回顾性的研究存在一定局限性。本研究提示脉压对于接受 PCI 治疗患者的危险分层及预后有重要意义,并将有助于指导临床治疗。

参考文献

- [1] Mattace-Raso FU, Van der Cammen TJ, Hofman A, et al. Arterial stiffness and risk of coronary heart disease and stroke; the Rotterdam Study. *Circulation*, 2006, 113: 657-663.
- [2] Pasty BM, Furberg CD, Kuller LH, et al. Association between blood pressure level and the risk of myocardial infarction, stroke, and total mortality; the cardiovascular health study. *Arch Intern Med*, 2001, 161: 1183-1192.
- [3] Nemes A, Forster T, Csanady M. Relationship between coronary flow velocity reserve and aortic stiff-

ness. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*, 2006, 290: H1311-H1313.

- [4] Weber T, Auer J, O'Rourke MF, et al. Increased arterial wave reflections predict severe cardiovascular events in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Eur Heart J*, 2005, 26: 2657-2663.
- [5] Jankowski P, Kawecka-Jaszcz K, Bryniarski L, et al. Pulse pressure as a predictor of restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Przegl Lek*, 2001, 58: 1025-1028.
- [6] Glynn RJ, Gilbert J, Italian L, et al. Development of predictive models for long-term cardiovascular risk associated with systolic and diastolic blood pressure. *Hypertension*, 2002, 39: 105-110.
- [7] 王宏宇,张维忠,龚兰生,等. 高血压合并动脉粥样硬化与大动脉缓冲功能关系的研究. *中华心血管病杂志*, 2001, 29: 206-209.
- [8] Leung MC, Meredith IT, Cameron JD. Aortic stiffness affects the coronary blood flow response to percutaneous coronary intervention. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*, 2006, 290: H624-H630.
- [9] 王宏宇,胡大一,马志敏,等. 脉压与冠状动脉病变严重性的关系研究. *中华心血管病杂志*, 2003, 31: 83-86.
- [10] Pepine CJ, Handberg EM, Cooper-DeHoff RM, et al. A calcium antagonist vs a non-calcium antagonist hypertension treatment strategy for patients with coronary artery disease. The International Verapamil-Trandolapril Study (INVEST): a randomized controlled trial. *JAMA*, 2003, 290: 2805-2816.