

急性冠脉综合征的





概念

- 不稳定性心绞痛（**UA**）
- 无**Q**波型急性心肌梗死（**NQAMI**）
- **Q**波型急性心肌梗死（**QAMI**）
- 心脏缺血性猝死（**CISD**）



病理生理基础

- 稳定斑块

特征：稳定的冠脉粥样硬化斑块不易破裂，斑块表层胶原纤维含量多、厚，炎症细胞少。

- 不稳定斑块

特征：不稳定斑块纤维帽薄、脂核大，尤其斑块肩部炎症细胞多，不稳定斑块易破裂，稳定性差。当不稳定斑块肩部内膜损伤或破裂时，内膜下基质蛋白暴露，促血小板和凝血因子激活，促进血小板聚集，形成血小板血栓。



病理生理基础

- 急性血栓形成
研究发现：
- 男性**68%**首发**AMI**和心脏猝死出现在冠脉狭窄<**50%**的病例
- 女性中**50%**的首发**AMI**和心脏猝死出现在冠脉狭窄<**50%**的病例

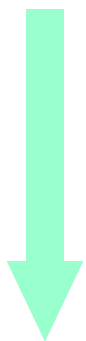
病理生理基础

- 一旦斑块破裂，便激活血小板和凝血系统，在破裂斑块的基础上形成富含血小板的止血血栓。
- 当损伤严重，则在血小板血栓的基础上形成以纤维蛋白和红细胞为主的闭塞性血栓——红色血栓，冠脉血流完全中断，**ECG**一般表现为**ST**段抬高。
- 当损伤较轻，形成的血栓为非闭塞性，以血小板为主——白色血栓。形成白色血栓时，冠脉血流没有完全中断，可以冲击血栓而栓塞末梢小动脉，表现为**UA**或**NSTEMI**。

转归

- 急性冠脉综合征

无**ST**段抬高



UA

NSTEMI

NQMI

ST段抬高

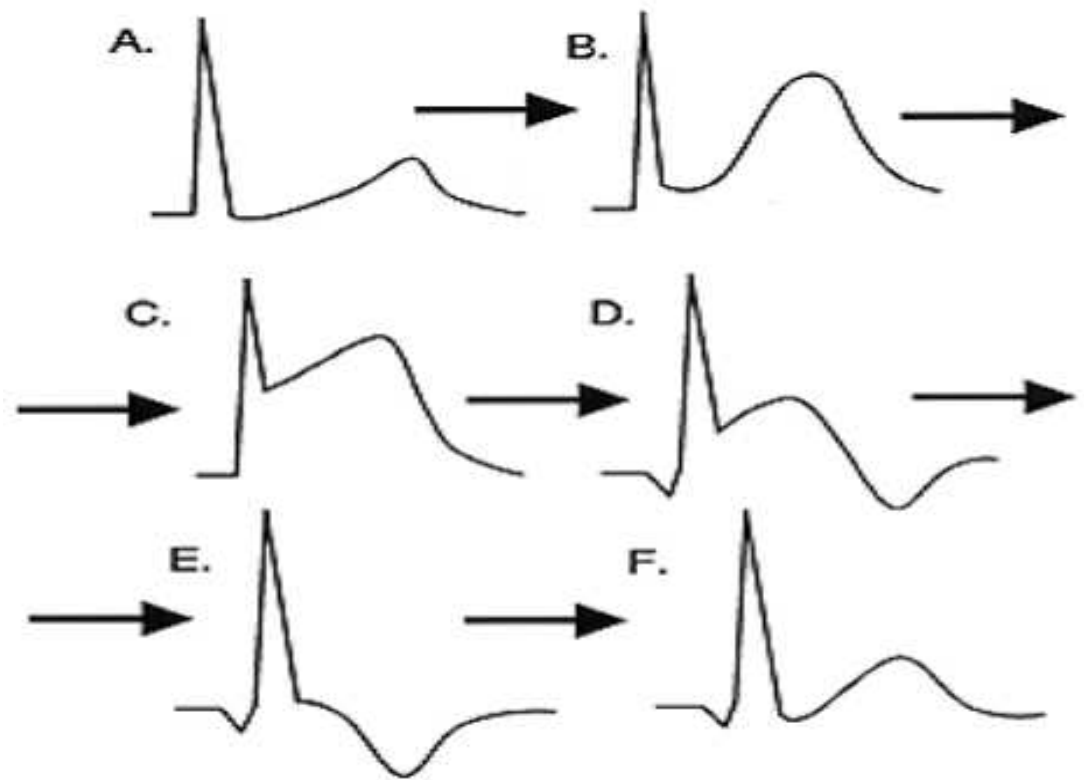


QMI

STEMI的诊断标准

- 必须至少具备以下三条 标准中的两条：
 - **1**、缺血性胸痛的临床病史；
 - **2**、心电图的动态演变；
 - **3**、心肌坏死的血清心肌标记物浓度的动态演变；
- **注意**：一些**AMI**患者症状不典型，如：牙痛、腹痛或无痛，且多见于老年人、糖尿病患者。

心电图演变



Evolution of Acute MI

尽可能作出相关诊断

- **1**、病因诊断：如冠状动脉粥样硬化性心脏病
- **2**、解剖及病理诊断：如急性前壁心肌梗死
- **3**、心电图特征：如**ST**段抬高，**Q**波心肌梗死
- **4**、心脏大小：如心脏扩大
- **5**、心律情况：短阵室速
- **6**、心功能情况（**Killip**分级）
- **7**、合并症及伴随疾病诊断：如室壁瘤

鉴别诊断

- **ST**段抬高时：早期复极综合征？急性重症心肌炎？
- 缺血性胸痛症状：变异型心绞痛？
- 心肌坏死标记物增高时：急性重症心肌炎？
- 还要注意鉴别：主动脉夹层、急性肺动脉栓塞、心包炎、气胸、胃肠道疾病等

STEMI的处理—一般处理

- 吸氧；持续心电、血压监测；
- 建立静脉通路；除颤仪床旁备用；
- 卧位与活动控制；
- 充分镇痛：硝酸甘油**1~2**片舌下含服，可**3~5**分钟内追加**1**次；吗啡**5~10mg**皮下注射或**2.5~5mg**静注，必要时重复；
- 镇静
- 保持大便通畅，可以予肠道润滑剂，
- 饮食少量多餐，清淡为主

STEMI的处理—抗血小板治疗

- 应当迅速开始抗血小板治疗，首选阿司匹林，马上给药（**300mg, 3D**）并持续用药（**50-325mg**，常用量**100mg 1/日**）
- 阿司匹林过敏或胃肠道疾患不能耐受患者，应当使用氯吡格雷，第一天**300mg**，以后**75mg/d**；
- 静脉使用血小板**Gp II b/III a**受体拮抗剂（如替罗非班）

STEMI的处理—肝素

- 在急性心肌梗死rt-PA溶栓治疗病人，应在开始rt-PA溶栓前注射肝素60U/kg，然后再以12U/kg/h（通常500U-1000U/h）静脉滴注维持，将aPTT维持在正常对照时间的1.5-2.0倍（50-70秒）。静脉使用肝素48小时后可改为皮下注射低分子肝素；
- 在用非选择性溶栓剂，如尿激酶、链激酶溶栓者，溶栓前不宜先用肝素，溶栓后4-6小时测定aPTT值，当aPTT值<正常对照时间的2倍时即开始应用肝素。因为，非选择性纤溶剂在溶栓过程中可使凝血因子V和VIII耗竭，同时大量产生纤维蛋白（原）降解产物和抗凝物质。肝素的通常开始剂量为1000U/小时，将aPTT维持在正常对照时间的1.5-2.0倍，静脉使用肝素48小时后可改为皮下注射低分子肝素；

STEMI的处理—抗心肌缺血

- 硝酸酯类：
- 作用机理：扩张外周血管、降低室壁张力而减少心肌耗氧，对冠脉也有扩张作用；
- 药物及用法：硝酸甘油**5~10ug/min**开始，以后每**5~10min**增加**5~10ug/min**；靶剂量：症状缓解或平均血压下降**10%**（高血压者下降**25%**），最高剂量**200ug/min**。症状缓解者，持续静滴**48h**即可，以免产生耐药；
- 禁忌症：收缩压**<90mmHg**、心率**<50次/min**或心率**>110次/min**以及右室梗死的患者

STEMI的处理—抗心肌缺血

- **β -受体阻滞剂**
- 作用机理：减慢心率、降低心肌收缩力而减少心肌耗氧，能降低**AMI**的病死率。
- 药物与用法：初始剂量和剂量调整应个体化。如倍他乐克，起始剂量**6.25mg**或**12.5mg**，**2/日**；目标剂量：**100~200mg/d**或静息心率**60~70次/min**，也可控制在**55次/min**左右。
- 禁忌症：肺水肿、不稳定的左心衰竭、低血压、支气管哮喘、严重的缓慢性心律失常。

STEMI的处理—抗心肌缺血

- 钙离子拮抗剂
- 作用机理：扩张动脉而降低后负荷，并通过扩张冠状动脉提高血流量，但无临床试验显示降低病死率。
- 药物选择与用法：优先使用非二氢吡啶类，如地尔硫卓（硫氮卓酮）**30mg**，**3次/天**；维拉帕米不能与 β -受体阻滞剂合用。
- 适应症： β -受体阻滞剂禁忌而上述治疗后仍有顽固性缺血者。

STEMI的处理—ACEI的应用

- 适应症：**ST**段抬高的前壁**AMI**或伴有左心功能不全（**EF**<**40%**）时；
- **EF**<**40%**者，长期应用；**EF**>**50%**，无心衰表现，**4~6**周后停药；

他汀类调脂药物应用

- 作用机理：降低低密度脂蛋白，改善内皮功能、稳定斑块、减轻炎症、抑制脂蛋白氧化、改善血液流变学、抗血栓作用。
- 药物与用法：辛伐他汀（舒降之）**20~ 40mg**口服，每晚一次；或阿托伐他汀**10mg**口服，日一次；
- 近期临床试验显示**AMI**早期使用他汀类药物明显改善预后；



STEMI的处理—溶栓—目的

- 尽早、充分开放梗塞相关冠状动脉
- 尽可能抢救缺血濒临死亡的心肌，保存左室功能
- 降低死亡率，改善远期预后
- 预防缺血或梗塞的延展、复发

STEMI的处理—溶栓—适应症

- 持续性胸痛 ≥ 30 分钟，含**NTG**不缓解
- 心电图：**ST**段相邻两导联抬高 $\geq 0.1\text{mv}$ ；新出现左束支阻滞
- 症状出现时间：最好 < 6 小时，次之**6—12**小时， ≥ 12 小时依情况定

STEMI的处理—溶栓—禁忌症

- 出血性脑卒中史
- 最近**6**个月内发生过缺血性脑卒中
- **3**周内头部外伤史
- 颅内肿瘤
- 一月内有消化道出血
- 主动脉夹层
- **<2**周大手术或创伤
- 凝血功能障碍

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/298113027073006047>