

急性心肌梗塞_心血管外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E5_BF_83_E8_c22_611356.htm 【诊断】

1. 多数有心绞痛病史。2. 突发持续、剧烈的胸骨后疼痛，可向左肩、背、左上肢、颈部等处放射，常伴有出汗、烦躁不安、恐惧、恶心、呕吐等，舌下含服硝酸甘油不能缓解；常出现各种心律失常，重症可出现心力衰竭、心源性休克、心脏骤停或心脏破裂等。3. 心率可增快或减慢，或心律不规则，心尖区第一心音减弱，可伴有第四心音，其他根据不同的并发症而有相应的体征。轻症者可无明显异常体征。4. 实验室检查：发病后先后出现肌钙蛋白、肌酸磷酸激酶（cpk）及其同工酶（cpk--mb）、谷草转氨酶（ast）、乳酸脱氢酶（ldh）及其同工酶（ldh1、ldh2）、 α -羟丁酸脱氢酶（ α -hbdh）升高，酶值高峰、持续时间、恢复时间均有一定的规律性动态变化。其中特异性较高的是肌酸磷酸激酶同工酶。5. 心电图检查（1）透壁性心肌梗死先出现超急期的t波高耸并迅速转为心肌损伤型st-t改变，st段弓背抬高，继之出现坏死性q波或qs波，t波逐渐倒置加深呈对称性，根据累及的心电图导联可判断梗死部位。（2）非透壁性或小灶性心肌梗死为无异常q波，但梗死部位的导联有明显st下降，t波呈现动态演变，或有st段抬高且有动态变化。可伴有r波振幅降低，常超过0.1~0.2mv。（3）常出现各种心律失常。【检查】1. 血钾、镁，血脂，空腹血糖，凝血酶原时间，凝血因子i，血气分析。2. 心肌血清标志物(动态观察):cpk,cpk- mb, got, ldh1，肌钙蛋白，肌红蛋白等。一般病人1/d，连续5d。溶栓治疗者按溶栓

方案，1/2h直至发病后18h，以后1/d,连续5d。3. 心电监测5~7d，每日记录全导联心电图2次（早晚各1次），连续1周；溶栓治疗者从溶栓开始起，每半小时1次，共2h；心源性休克、心功能不全者应作血流动力学监测。4. 胸部x线片，超声心动图。5. 放射性核素检查。必要时心肌显像，心血池扫描。6. 冠状动脉造影。可选择急诊或择期冠状动脉造影，以指导确定冠状动脉血运重建方案。【治疗】1. 绝对休息：无并发症者绝对卧床24~48h，以后渐增床上至床边活动，高浓度吸氧，低钠、低脂饮食，控制饮食量。2. 止痛、镇静：吗啡5mg皮下注射，或哌替啶（度冷丁）50mg皮下注射，或吗啡10mg 5%葡萄糖液10ml，每次静注3~5 ml.烦躁不安者，予地西泮（安定）2.5mg, 3~4/d，或10mg肌注。3. 改善心肌缺血：硝酸甘油加入葡萄糖液中，以40~60ug/min持续静滴或泵入。如无禁忌证，可选用 β -受体阻滞剂，亦可选用丹参注射液等中成药。4. 消除心律失常（1）若心率低于40/min，可选用阿托品0.5~1mg，静注、肌注或皮下注射，亦可选用山莨菪碱10mg肌注，维持心率不低于50~60/min。（2）心房纤颤或心房扑动以及室上性心动过速，选用毛花甙丙（西地兰）0.4mg 5%葡萄糖液10ml缓慢静注，无效者改用胺碘酮150mg或普罗帕酮（心律平）35~70mg静注，必要时可考虑同步直流电转复。（3）室性早搏，特别是恶性室性早搏（r-on-t）或室性心动过速者，立即静注利多卡因50~75mg(1mg/kg)，无效者每隔5~10min静注50~100mg，直至总量达到250~300mg。心室颤动时，立即给予非同步直流电除颤，纠正后应用利多卡因1~4mg/min静滴维持治疗，无效时改用胺碘酮1~4mg/min，或普罗帕酮(心律平)0.5~1 mg/min静滴。（4）

高度或 度房室传导阻滞经药物治疗无效者，可行心内膜临时起搏。

5. 急性心肌梗死在24h以内，尽量不用洋地黄，先用呋塞米（速尿），必要时用毛花甙丙（西地兰）。疗效不满意时，可考虑使用米力农、多巴酚丁胺等非洋地黄类正性肌力药物。

6. 抗休克（1）补充血容量：24h内补液量在1500~2500ml，有心功能不全或右室梗死者应根据血流动力学监测结果或相应的临床资料调整补液量。（2）升压药物：多巴胺或（和）间羟胺（阿拉明）加入葡萄糖液中，从2~5ug/(kg·min)开始渐增滴注速度以维持血压。（3）纠正酸中毒：根据血气分析结果适当应用5%碳酸氢钠或克分子乳酸钠静注。（4）若经上述治疗仍无法纠正休克，有条件者可行主动脉内气囊反搏治疗，并在其支持下积极行血运重建治疗。

7. 预防感染：青霉素60万~640万u/d，或头孢唑林（先锋霉素v）4~6g/d，预防感染，已合并感染者根据病情选用抗生素。

8. 保持大小便通畅：大黄苏打片2~3片，3/d，必要时开塞露20ml纳肛。有前列腺肥大致小便困难者给予留置导尿管。

9. 改善缺血心肌代谢：极化液或镁极化液、1,6-二磷酸果糖、辅酶a、维生素c等。

10. 抗凝及抗血小板疗法：无禁忌证者应常规使用抗凝及抗血小板药物。可选用肝素（首剂3000~5000u，以后500~1000u/h），或低分子量肝素（0.4ml，腹壁皮下注射，2/d），或华法林等。抗血小板常规使用肠溶阿司匹林，首剂0.3g，以后0.15g/d。噻氯匹定（力抗栓）0.25g，1~2/d等。

11. 有溶栓指征者可用尿激酶（150万u），或链激酶（150万u），或重组组织型纤溶酶原激活剂（rt-tpa，艾立通）溶栓治疗。

12. 有条件者急诊或可择期行经皮腔内冠状动脉成形术（pc-ta）。对心源性休克病人经保守治疗效果不理想者，应

争取尽早急诊行pcta或冠脉内支架治疗。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com