

2010年内科辅导：主动脉夹层的内科治疗临床执业医师考试
PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/648/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_86_85_c22_648120.htm 主动脉夹层的治疗，主要是防止主动脉夹层的扩展，内科药物治疗主要侧重两个方面：降低收缩压；降低左室射血速度（ dp/dt ）。据认为后者是作用于主动脉壁形成主动脉夹层并使其扩展的重要因素。1、早期急症治疗 所有高度怀疑主动脉夹层的病人均应立即收入急症监护病房，监测血压、心率、中心静脉压、尿量，必要时还需监测肺小动脉楔嵌压和心输出量。早期治疗的目的是减轻疼痛，及时把收缩压降至 $100 \sim 110\text{mmHg}$

（ $1\text{mmHg}=0.133\text{Kpa}$ ）或降至能足够维持诸如心、脑、肾等重要器官灌注量的低水平。同时，无论是否有收缩期高血压或疼痛均应给予 β -阻滞剂，使心率控制在 $60 \sim 75$ 次/分，以降低动脉 dp/dt ，如此就能有效地稳定或中止主动脉夹层的继续扩展。来源：考试大的美女编辑们 国外普遍认为普萘洛尔（心得安）静脉间歇给药与硝普钠静脉联合使用是较理想的方案，前者降低 dp/dt ，后者降低血压。硝普钠可 $50 \sim 100\text{mg}$ 加入 5% 葡萄糖 500ml ，开始以 $20 \mu\text{g}/\text{min}$ 速度滴注，根据血压反应调整剂量，最大剂量可达 $800 \mu\text{g}/\text{min}$ ，一般使用时间不超过48小时，大剂量或长期使用可致恶心、烦躁、嗜睡、低血压和氰化物样或硫氰酸盐样毒性作用。心得安首次最大剂量不应超过 $0.15\text{mg}/\text{kg}$ ，每 $4 \sim 6$ 小时应静脉再次给予心得安，以维持适当的 β -阻滞剂效果。在慢性稳定的主动脉夹层患者，可口服氨酰心安（Atenolol）和美多心安（Metoprolol）等。其禁忌症是心动过缓、传导阻滞、心力衰竭或哮喘。上述

方案的缺点是，实施时繁琐，需要连续血压监测，还需要输液泵调节用药等，更不利于运送病人。柳氨苄心定是有 α —阻滞作用的 β —阻滞剂，也可以降低dp/dt和血压。初始剂量柳氨苄心定注射液25～50mg加10%葡萄糖20ml，于5～10分钟内缓慢推注，如降压效果不理想，可于15分钟后重复一次，直至产生理想的降压效果，总剂量不应超过200mg.也可以200mg加入5～10%葡萄糖注射液或生理盐水250ml，以1～4mg/分速度静脉滴注维持，直至取得较好疗效后停止滴注，而后可改用口服药物维持。乌拉地尔（压宁定）可选择性阻滞突触后 α 1受体扩张血管，同时激活中枢5—羟色胺1A受体，抑制心血管运动中枢的交感反馈调节，在降压的同时不引起反射性心动过速。压宁定注射液初始剂量为12.5～25mg加入生理盐水或5～10%葡萄糖注射液20ml内，5～10分钟静脉注射，观察血压变化，为维持疗效或平稳降压需要，可将压宁定注射液溶解在生理盐水或葡萄糖液中以100～400ug/min速度静脉滴注。病情稳定后可改为口服药物维持。在药物治疗中，若对 β —阻滞剂有禁忌者，钙通道阻滞剂如维拉帕米、硝苯地平、非洛地平和肾素血管紧张素转换酶抑制剂等均可选用。本文来源:百考试题网 需要注意的是，合并有主动脉大分支阻塞的高血压病人，降低血压后能使缺血加重，不可采用过度降压治疗；对血压不高的病人，也不宜降压治疗，但可使用 β —阻滞剂以减低心肌收缩力。

2、稳定期的内科治疗

内科治疗的适应证主要包括三个方面：远端夹层而无并发症；稳定的、孤立的弓部夹层；稳定的慢性夹层，即发病2周以上而无并发症的夹层。来源：考试大 长期的内科治疗目的仍在于控制血压和减低dp/dt，收缩压应控制

在130mmHg以下，所选用的药物，以兼备负性肌力作用和降压作用的药物为宜，如 β - 阻滞剂、钙通道阻滞剂、肾素血管紧张素转换酶抑制剂等降压药物单用或联合应用，临床上也有良好的疗效。 更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师加入收藏 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