维普资讯 http://www.cqvip.com

由于ATP不足导致传导纤维的纤维化，使心肌的顺应性和耐受量均降低，加上原发或继发性高血压、高血脂、吸烟、饮酒、糖尿病、肥胖、遗传等因素，均是引起冠心病的诱因。

一、临床资料

我院1998年4月至2000年3月间住院患者100例，其中50～70岁的有50例，70～80岁的有45例，80岁以上的有5例，平均年龄70.25岁。男女比例为1:1。发病原因：动脉硬化73例，占发病率的73%；吸烟63例，占发病率的63%；饮酒59例，占发病率的59%；高血压占发病率的21%；其它（平时身体健康）11例，占发病率的11%。在100例中隐性冠心病占21%，心绞痛占49%，心肌梗死占6%，心律失常占22%，心衰占4%，胸腹痛占2%，其它如头痛、头晕、恶心等占12%，伴随其它心脏病的主要有2例，脑栓塞1例。心电图异常的表现，100例中，86例有异常改变，异常率为86%；80岁以上的老人中异常率为100%，16例心电图正常，除4例高血压者外，其余12例做运动试验，有7例阳性占58%。

二、结果与讨论

老年人冠心病的发病率男性多于女性，但本文统计男女比例为1:1，患者中脑力劳动多于体力劳动，欧美国家发病极为常见，据有关资料介绍，美国每年约50万人死于冠心病，占人口死亡率的1/3，占心脏病死亡率的50%～70%，我国不如欧美多见，约占心脏病死亡率的10%～20%，究其原因，中年发病后延续到老年的冠心病占多数，对高血压、高血脂、动脉硬化的防治，对合理饮食，规律性生活的指导，对老年心脏病的认识，以及如何从组织学推迟延续老年人的寿命等成为当今医学领域的热门课题。

对于冠心病的诊断方面，首先应做常规的12导联心电图检查，不能根据一次检查结果盲目地下诊断，要定期复查心电图，并结合临床资料等为医生提供准确、可靠、有价值的辅助检查依据。尽管医学领域日新月异，但对冠心病的早期诊断，尤其是隐性冠心病的诊断较为困难。通过我院100例冠心病患者的临床与病理分析，诊断率为65%，入院后即可做正确的诊断，其余35%的病人出院前或临终前才做出诊断，例如王某，男性，63岁，在田间夏锄劳动中自述心难受，10分钟后猝死。

综上所述，由于老年人反应慢，症状不典型，合并症多，加上对病史叙述不清，因此要求我们医务工作者在接待老年患者时，要耐心细致地为其做检查，不漏掉一项应检查的项目。当然，对于急、重、危患者应有侧重，视病情需要而选择应检项目，为慎重起见，应把心电图做为常规检查项目，结合临床症状，并注意老年人的个体差异，从而减少冠心病的误诊与漏诊。更需提醒注意的是，当冠心病和肺心病或冠心病和风心病并存时，不能认为是肺心病或风心病而不考虑冠心病，对于老年人尤应特别注意不能用一元论来解释。

（收稿日期：2002－05－27）

动态心电图监测评价无症状性心肌缺血

孙淑梅* 谢英新** 杨连峰* 刘艳姝* 李艳丽* 张英萍* 赵智宏* 王建华*

无症状性心肌缺血又称无痛性心肌缺血。由于无临床症状，不易引起病人的注意，估计发病情况较困难，有很大的潜在危险。因此采用相应检查方法，提高无症状性心肌缺血的检出率，有重要的预后意义。动态心电图监测能提供心肌缺血（有症状及无症状）的发作频率、程度及持续时间的信息，对估价心肌总缺血负荷有重要意义。

一、资料与方法

（一）一般资料：收集我院1999年至2001年行动态心电图检查病人260例，年龄43～72岁，平均56.2岁。其中男性103例，女性157例。

（二）诊断标准：动态心电图诊断心肌缺血采用"三个一"标准：1. ST段呈水平或下斜型压低大于1 mm（J点后持续80ms）；2. ST段改变持续出现时间大于1 min；3. 两次心肌缺血发作的间隔时间至少1 min。注意：（1）如基线已降低者要减去已降低的幅度，ST段呈水平或下斜型再降低大于或等于2 mm。ST段抬高者要减去已抬高的幅度，ST段再抬高大于或等于1 mm。（2）排除药物因素引起的ST段变化。

二、结果

260例符合上述心肌缺血诊断标准的共120例。其中，动态心电图揭示心肌缺血时伴有心绞痛发作者占27例（22.5%），动态心电图揭示心肌缺血时不伴有任何症状者93例（77.5%）。

三、讨论

心肌缺血是心肌供血减少，需氧量增加或两者兼有所致。心肌缺血引起心功能改变，心肌电生理活动和心肌代谢异常，造成心肌可逆性或永久性损害，并引起心绞痛、心律失常、泵衰竭、急性心肌梗塞或猝死。无症状性心肌缺血又称无痛性心肌缺血，是指确有心肌缺血的客观证据，但缺乏胸痛或与心肌缺血相关的主观症状。由于无临床症状，不易引起病人的注意，估计发

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院循环内科
** 佳木斯市急救中心站

维普资讯 http://www.cqvip.com

病情况较困难，有很大的潜在危险性。因此，采用相应的检查方法，提高无症状心肌缺血的检出率有重要的预后意义。

曾有文献报告，心绞痛仅是冠心病病人总缺血负荷的部分表现（总缺血负荷是指所有的心肌缺血发作，即疼痛性发作加上无痛性发作），而在日常生活中无症状心肌缺血至少占75%，无症状性心肌缺血与心绞痛缺血病人比较其冠状动脉病变相似。

动态心电图又称HOLTER心电图，可以记录24 h的心电活动。动态心电图监测能提供心肌缺血（有症状及无症状）的发作频率、程度及持续时间的信息，对估价心肌总缺血负荷有重要意义。

（收稿日期：2002－06－09）

芬太尼和异丙酚与单用异丙酚对无痛人流术的效果比较

王学民* 吴静波*

以前人工流产是在无麻醉条件下进行的，虽然手术小，但给病人带来相当大的痛苦，有的孕妇术中疼痛难忍，心悸害怕，术后出现头晕、恶心、脸色苍白、出虚汗等症状，为了有效克服上述缺点，作者同产科配合用芬太尼加异丙酚及单用异丙酚进行无痛人流比较，收到了良好的效果。

一、资料与方法

选择门诊择期自愿行无痛人流孕妇50例。年龄26～37岁。ASA分Ⅰ～Ⅱ级妊娠（50±5）天，体重45～70 kg，术前禁食水，入手术室前注阿托品0.5 mg，入手术室后、病人采用截石位，面罩吸氧，用监测仪测量血压、心率、血氧饱和度，开放一条静脉通道，静脉点滴5%葡萄糖，同时通过面罩观察呼吸的波动及呼吸次数。Ⅰ组（26例）芬太尼、异丙酚组：先静脉给芬太尼1.5 μg/kg，1～2 min后，静注异丙酚1.5 mg/kg于20 s内注完，待病人意识消失后，呼之不应时开始手术，首剂诱导后，追加异丙酚维持量0.1～0.4 mg/kg，间隔50s追加维持量直到手术结束，血氧饱和度应保持在97%以上，若有下降，应用面罩加压给氧，使血氧饱和度维持在97%以上。Ⅱ组（24例）异丙酚组：首剂推静脉注异丙酚2～2.5 mg/kg（1 min内注完），呼之不应开始手术，50s后追加维持量0.2～0.4 mg/kg，间隔50 s后追加维持量直至手术结束。

二、结果

两组病例显示1～2 min病人意识消失，手术时间在3～5 min。末次用药5～8 min后意识恢复，20 min后可步行离开医院，但异丙酚给药，有15例病人感到注药部位疼痛，清醒后消失，手术中有个别病人有呼吸频率和心率下降。呼吸抑制时，托起下颌，面罩辅助吸氧可缓解。扩张宫颈时，有5例病人出现肢体扭动，3例病人出现谵语，兴奋，经追加异丙酚后病人平稳。术中有部分患者血压、血氧饱和度下降，但都在正常范围内。异丙酚组平均用量180 mg，异丙酚、芬太尼组则用异丙酚140 mg，两组病人术后对手术过程无痛感。

三、讨论

众所周知，异丙酚是一种新型超短效的静脉全麻药，具有镇静作用强、起效快、时效短、苏醒迅速且完全的特点，特别适合短小手术。但镇痛作用弱，且对呼吸循环的抑制程度与药物剂量的大小和给药速度成正相关。当异丙酚单独用于人工流产时，诱导剂量2 mg/kg，大部分病人对手术刺激无反应。但有3例病人肢体轻微扭动，追加异丙酚后平稳。个别病人呼吸抑制，1 min即恢复。芬太尼和异丙酚组因辅助以芬太尼减少了异丙酚的用量，且术中安静、镇痛良好，但应特别注意芬太尼具有迁延性呼吸抑制。只有个别患者手术扩宫颈刺激强时，偶有轻微的皱眉，但病人无知觉。异丙酚、芬太尼均有减慢心率的作用，术前30 min肌注0.5 mg阿托品对扩张宫颈等操作出现的迷走神经的反射给以拮抗。芬太尼虽然对循环呼吸有轻微的抑制作用，但小剂量的芬太尼对循环呼吸无影响。但有两例应用芬太尼后出现宫颈不易扩张。两组病人术中无痛，醒后不知道手术经过，只是睡了一觉，患者自觉无不适应。

综上所述，小剂量芬太尼与异丙酚同时用于人工流产和单凭异丙酚用于人工流产的两种方法对临床人流均取满意的无痛麻醉效果，芬太尼加异丙酚组比单用异丙酚组的异丙酚用量小，对病人循环呼吸影响小，单用异丙酚用量虽然大，对呼吸抑制也是一过性的，吸氧后很快恢复安全，但一定要注意，病人无痛时对刺激反应较小，必须有必备的监护条件，必须在熟练的手术者和有经验的麻醉医生配合下进行，但不可谁都能做。

（收稿日期：2002－02－04）

* 作者单位：150040 黑龙江省林业总医院麻醉科