DOI:10.16016/j.1000-5404.1981.02.013

急性心肌梗塞15例临床分析

第一附属医院 心肾科

本文分析我院自一九六九年元月至一九七八年十二月住院的急性心肌梗塞患者15例的临床资料，诊断均依据临床表现、心电图、实验室检查及1例经尸检而确定。此15例的病因，经临床诊断均为冠状动脉粥样硬化所引起。

一 般 资 料

一、相对发病率：

我院收治的急性心肌梗塞患者，72年1例、74年2例、76年2例、77年2例、78年8例，占各该年度内科住院病人总数的0.1%、0.1%、0.2%、0.2%和0.6%，见表1

表1 急性心肌梗塞住院病例的相对发病率

年 份	内科病例总数	心肌梗塞例数	占内科病(%)
1969	547	0	0
1970	951	0	0
1971	1,072	0	0
1972	1,079	1	0.1
1973	1,153	0	0
1974	1,440	2	0.1
1975	971	0	0
1976	1,104	2	0.2
1977	1,264	2	0.2
1978	1,349	8	0.6
共 计	10,930	15	0.14

二、性别、年龄：

男10例、女5例。最低年龄41岁，最高年龄80岁。

三、职业：

工人8例，干部2例，农民及教师各1例。

四、合并症：

以高血压最多见，共11例，有2例兼有高血压性心脏病及心衰病史。1例有心绞痛病史一年，另一例有胸闷发作三个月，而多数病例既往并无胸痛病史。3例有高血脂症。2例有脑出血病史，遗有右侧轻度偏瘫。2例有陈旧性心肌梗塞。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.

五、发病诱因

15例中，3例因体力劳动、2例因饱餐及饮酒后、2例因情绪激动后发病，另一例因支气管炎及心衰发作而发病。7例无何诱因，于休息时发病。

临 床 表 现

一、梗塞部位：

以前间壁最多共8例，其中1例同时有心房梗塞。其余为广泛前壁3例、下壁1例、前间壁＋下壁2例、前间壁＋侧壁1例。

二、前驱症状：本组有前驱症状者9例，多在二周内发生。其中6例为心绞痛、1例为胸闷；除1例以前有心绞痛病史外，均为以前没有而新出现者。另2例呈心慌及气急等心衰表现。无前驱症状者6例。

三、主要症状：

15例发病时的主要症状是心前区疼痛、循环衰竭及胃肠症状。

1. 心前区疼痛：是心肌梗塞早期最突出的表现，本组12例有之。疼痛多在胸骨后或心前区，共11例，另一例为剑突下，系下壁梗塞患者。疼痛剧烈者8例，其中呈紧缩性或压榨性6例，呈刀割样及牵扯样痛各1例；疼痛不剧烈者3例。疼痛持续时间均较心绞痛者显著延长，本组有明确记载的10例中，最短者30分钟、最长者10小时。疼痛有放散者7例，多放散至左肩部。在3例无症状者中，2例合并显著高血压，其中1例并发左心衰竭。

2. 循环衰竭症状：是其次多见的表现。本组5例有心慌、气急，2例有紫绀及端坐呼吸，1例咯粉红色血痰，1例有休克表现。皆系合并左心衰竭或休克的患者。

3. 胃肠症状：本组1例有上腹部疼痛，呈钝痛性，伴有阵发性加剧，持续约3小时。3例伴有恶心、呕吐，均在发病早期胸痛剧烈时出现。

四、心肺体征及血压变化：

心率增快（＞100次/分）7例。心尖部S_1显著低钝8例，闻及舒张期奔马律2例及S_4 1例。心尖区闻及三级收缩期杂音3例，其中1例持续1小时后消失，系因乳头肌缺血损害，导致乳头肌功能紊乱所致。此外，主动脉瓣区闻及双期杂音、收缩期杂音各1例。肺部闻及湿罗音6例，干罗音1例，兼有干湿性罗音1例。

血压变化：本组11例合并高压血患者，发病后均有不同程度的血压下降，其中6例下降至正常。

五、心肌坏死反应：

1. 发热：本组10例有发热，在发病后第二天开始。大多在38.5℃以下。

2. 白细胞增高：白细胞计数增高7例，增高范围大多在2万以下。白细胞总数最高的1例（21,600），以后发生死亡。

3. 血沉增快：8例血沉增快，最低为24毫米，最高为108毫米。

4. 血清酶值增高：本组有12例测定GOT，增高者（＞40单位）7例，增高范围77～415单位。10例测定LDH，增高者（＞500单位）3例，最高1380单位。9例测定CPK，增高者（＞50单位）4例，最高1295单位。血清酶值最高的两例（一例为GOT 415、LDH 1380、CPK210单位，另一例分别为210、252和1295单位），皆为广泛前壁梗塞，且均死亡。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.

表2　急性心肌梗塞的临床表现（15例）

表现种类	前驱症状				发病时主要症状			心肺体征						心肌坏死反应			
	心绞痛	胸闷	心慌气急	无症状	心前区疼痛	循环衰竭症状	胃肠症状	心律增快	S_1低钝	舒张期奔马律	S_4	心前区收缩期杂音	肺部罗音	发热	白细胞增高	血沉增快	血*清酶增高
例数（次）	6	1	2	6	(12)	(15)	(4)	(7)	(8)	(2)	(1)	(3)	(8)	(10)	(1)	(8)	(14)

* 12例测定GOT，7例增高；10例测定LDH，3例增高；9例测定CPK，4例增高。

并发症

一、心律失常：

本组除两例外，在病程中均合并有心律失常。心律失常类型见表3。

表3　心律失常类型

种类	窦性		室上性				室性		房室传导阻滞			束支传导阻滞		
	心动过速	心动过缓	房性早搏	房性心动过速	心房颤动	交界性心律	室性早搏	室性心动过速	一度	二度	三度	右束支	左束支	左前分支
例次	5	3	5	2	2	1	8	2	1	1	1	2	1	3

二、左心衰竭：

有5例并发左心衰竭，其中3例为重度心衰。此5例均合并长期高血压，其中2例发病前曾有心衰病史。从梗塞看，5例中3例为广泛前壁梗塞，其中1例合并陈旧性侧壁梗塞，1例为前间壁十下壁，另一例为前间壁合并陈旧性下壁梗塞。

三、心源性休克：本组1例并发心源性休克，同时伴有重度左心衰竭。此例为男性，72岁，患高血压10余年，平时血压180/100左右，近五个月有间歇性左心衰竭历史，因突然心前区剧痛5天而入院。查体：神志朦胧、端坐呼吸、全身冷汗，四肢末梢冰冷及紫绀。血压70/50→○，心率130次/分，心音有低钝，有舒张期奔马律，双肺满布干湿性罗音。心电图示：（1）急性广泛前壁梗塞、陈旧性侧壁梗塞；（2）完全性右束支传导阻滞＋左前分支阻滞；（3）多发性室性早搏。胸片呈肺水肿所见。经积极抢救无效，于入院后一周死亡。尸检所见：左冠状动脉前降支、旋支及右冠状动脉重度粥样梗化，伴前降支、旋支血栓形成及机化，左室壁多处大块性瘢痕形成。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.

心 电 图 改 变

15例的ST段抬高幅度，前壁梗塞为3～10毫米，下壁梗塞为1～3毫米。ST段抬高的恢复时间，在8例中，4周1例、1周3例、2周左右4例。在ST段逐渐回降时，T波倒置并逐渐增深，在3—4周达最深（-5～-14毫米），以后逐渐变浅，仅1例出院时恢复正常。本组有一例急性前间壁+下壁梗塞患者，自发病后12天Q波（V_1—3、Ⅲ、avF）完全消失。1例合并心房梗塞，在Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、aVF导联中P—Ta下降1毫米，且P波高大而有切迹。

X 线 所 见

本组12例的胸片所见，左室增大6例，主动脉结突出5例，主动脉增宽3例，肺动脉主干突出2例。肺气肿2例，肺纹增多6例。

预 后

本组患者入院后，经严密监护，严格卧床，吸氧、止痛、扩冠药（复方丹参注射液、潘生丁等）、极化疗法、低分子右旋醣酐、能量合测、抗心律失常药、以及抗心衰等治疗，15例患者中有13例生存出院。

本组死亡2例，死亡率13.3%。一例为广泛前壁+陈旧性侧壁梗塞，累及V_{1-7}、Ⅰ、aVL；另一例为广泛前壁梗塞，累及Ⅰ、V_{2-6}。死亡原因，一例因合并左心衰竭和心源性休克，而死于心泵血功能衰竭，已在前面介绍。另一例为女性患者，62岁，死于心电衰竭。此例因心前区剧痛一天入院，呈窦性心律84次/分，心音低钝，肺底有少许湿罗音。入院后有短时早搏（67次/分），以后经55小时的病情平稳期而突然反复发作室性心动过速，患者烦躁不安、全身冷汗、血压测不出。心电图示：P—R间期进行性延长（0.16→0.26秒），同时出现完全性右束支阻滞，进而发展为完全性房室传导阻滞、心室自身节律，于1小时后心搏停止而死亡。

论 讨

一、关于相对发病率：

本文资料表明，近九年来我院收治的急性心肌梗塞病人为数甚少，有四个年份甚至无1例，其余年份为1—2例，仅78年略有增多为8例，平均仅占内科病相对发病率的0.14%（0～0.6%）。较国内其他地区医院显著为低，如天津医学院附属医院十年来，急性心肌梗塞住院相对发病率平均为3.7%[1]。北京地区20个医院在1976年，平均每个医院收治48例[2]。这种差别可能与重庆地区心肌梗塞发病率低有关，因本市各医院的相对发病率相似，均很低。如重庆医学院第一及第二附属医院近十年来的急性心肌梗塞患者，分别占内科住院人数的0.14%和0.1%[3]。至于本地区心肌梗塞发病率低的原因，尚待今后观察研究。此外，还可能与重庆地区交通比较不便，部分病人发病后未能及时发现和治疗，使住院前死亡增多有关。据国外统计[4]，约50%的急性心肌梗塞病人死于入院前，且大多数在发病后1小时内死亡。今后，应重视对本病的及时发现和住院前期的现场救治工作。

二、关于前驱症状：

本组病例近2/3于发病前有前驱症状。据国内统计，32—81%的急性心肌梗塞病人有

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.

之[5]，大多数在发病前两周内发生。故对梗塞前综合征的认识十分重要，一旦发现这种病人应立即住院，严密监护（2周左右），并采取有力治疗措施，可能有助于减少梗塞的发生。

三、关于本组死亡病例：

近年来伴随冠心监护病房的出现和重视住院前期处理，急性心肌梗塞并发严重心律失常的死亡率明显降低。但对其合并完全性房室传导阻滞和心源性休克的预后无明显改善，本组两例的死亡原因亦属于此。

急性心肌梗塞合并完全性房室传导阻滞的发病率约为2—10%[6]，大多发生在梗塞后三天以内。下壁梗塞合并完全性房室传导阻滞较多见，为前壁梗塞的2—4倍，但予后多良好；系因病变以充血水肿为主，累及房室结，故对心脏血液动力学影响轻微，短期即恢复。而前壁梗塞引起的完全性房室传导阻滞则予后不良，系因前壁及室间壁广泛坏死累及双侧束支所致，故常为永久性，且对血液动力学影响严重，常引起休克、心衰或猝死，死亡率可达80%[6]。本组一例于发病后三天，突然发生完全性房室传导阻滞而引起休克和猝死，并先有短暂完全性右束支传导阻滞和Ⅰ度房室传导阻滞（双束支阻滞）出现。此时，如能争取时间，施行紧急临时性心脏起搏，病人情况可能改善。但文献报导[7]，这种情况经心脏起搏治疗后，尚未能明显地减低死亡率。

至于急性心肌梗塞合并心源性休克的预后不良（死亡率为70%左右），与梗塞引起心肌丧失过多有关。一些报告提出：当左室坏死的总和超过40%[8][9]时，则难以维持左室的排血功能，而发生心源性休克。本组一例死亡病人尸检证实，左室壁有多处大块性瘢痕，估计约占左室心肌的60%，而并发严重左心衰竭和心源性休克。对合并心源性休克的处理，目前仍感十分困难，除注意保持呼吸道通畅，充分给氧以维持动脉血氧分压和饱和度在正常范围内，纠正酸中毒（代谢性和呼吸性），应用具有正性肌力作用的升压药物（多巴酚丁胺 dobutamine、多巴胺），大剂量皮质激素外，还主张采用血管扩张剂（酚妥拉明、硝普钠）治疗[10]。应用酚妥拉明（0.1～1毫克/分）或硝普钠（20～100微克）静滴，能降低周围血管阻力和左室充盈压，增加心排出量，可能提高患者的生存率。再有，采用机械辅助循环以支持衰竭的心脏，为主动脉内气囊泵或体外型辅助循环装置，对改善心源性休克也是一种有价值的支持疗法。

（倪廷枢执笔）

参 考 文 献

（1）天津医学院附属医院内科：中华医学杂志，55:187、1975

（2）北京地区冠心病协作组：心血管疾病，5:98，1977

（3）个人咨询（与李德旺医师）。

（4）Lester RM, Wagner GS: Med Clin North Am, 63:3, 1979

（5）北京地区冠心病协作组资料汇编，第二辑，P66，1972

（6）Mullins CB, Atkins JM: Mod Conc Cardiovas Dis, 45:129, 1976

（7）Killip T:Med Clin North Am, 60:233, 1976

（8）Alnoso LR, et al: Circulation, 48:588, 1973

（9）de Luz PL, et al: Am Heart J, 92:103, 1976

（10）Mussie BM, Chatterjee K: Med Clin North Am, 63:25, 1979

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.