

差,再加上一些医院缺少乳腺钼靶设备,因此,其在临床上受到一定程度地限制<sup>[8]</sup>。而超声检查是根据机体组织阻抗的不同而形成了微小界面成像,具有较高的软组织分辨率、无辐射、无创伤、操作简单、可重复性强等特点,此外,还可以清楚地显示病灶内部和周围回声的特点,显示病灶的形态和血流信号分布。尽管如此,早期筛查乳腺癌的过程中,单一的检查手段其灵敏度、特异度均不够理想,本次研究结果显示,乳腺钼靶、彩超早期筛查乳腺癌的灵敏度分别为62.12%、56.06%,而特异度分别为60.42%、64.58%,这与马宁<sup>[9]</sup>报道的结果相似。这两种检查方法,尤其是对于肿瘤直径较小的乳腺肿块(直径 $\leq 1.5$  cm),其诊断符合率均较低,明显低于直径1.6~2.5 cm的肿块;但是,若能将两种检查方法并联起来筛查,直径 $\leq 1.5$  cm的肿块检出率可高达80%以上;此外,联合筛查还可以将灵敏度、特异度提高到90%以上,且联合检查筛查乳腺癌的灵敏度和特异度均高于乳腺钼靶、高频彩超,差异均有统计学意义( $P$ 均 $<0.05$ )。这说明乳腺钼靶联合彩超早期筛查,不仅可以提高细微肿块的检出率,而且还可以将两种方法的优点互补<sup>[10]</sup>,提高早期筛查乳腺癌的灵敏度和特异度。考虑到患者要同时接受乳腺钼靶和高频超声检查,从费用角度来看患者比较难于接受,应尽早找到更为灵敏度的检查方法来早期筛查乳腺癌。

#### 参考文献

- 1 张传芸,陈国庆.乳腺钼靶与超声联合检查在早期乳腺癌筛查中的应用[J].实用临床医药杂志,2015,19(3):30-32.
- 2 郭春芝.乳腺密度与乳腺癌相关性分析[D].新疆:石河子大学,2014.
- 3 贺红艳,张大伟,韦德湛,等.钼靶、超声检出微钙化灶对乳腺癌诊断价值的研究[J].中国妇幼保健,2013,28(22):3678-3681.
- 4 蒋国元,申霞.遵义市3107名妇女首次乳腺钼靶筛查结果分析[J].重庆医科大学学报,2012,37(3):240-244.
- 5 许广照,王健,沈飏,等.超声诊断乳腺恶性肿瘤的临床价值评价[J].中国肿瘤,2013,22(3):211-215.
- 6 牛淑珍,钟海燕.彩色多普勒超声联合X线钼靶检查对早期乳腺癌的临床诊断价值[J].全科医学临床与教育,2016,14(6):677-678.
- 7 陈晔.乳腺钼靶联合超声检查在早期乳腺癌筛查中的应用[J].中国社区医师,2017,33(10):108-109.
- 8 龚毅红,张红燕,谢阳桂,等.健康体检女性中乳腺癌的早期检出与研究[J].中国妇幼保健,2013,28(4):618.
- 9 马宁.乳腺钼靶联合超声检查在早期乳腺癌筛查中的应用价值研究[J].中国现代医生,2016,54(16):107-109.
- 10 赵铁曾.应用钼靶和彩超联合诊断乳腺癌的价值[J].中国妇幼保健,2013,28(19):67-69.

(收稿日期 2017-07-11)

(本文编辑 蔡华波)

## · 经验交流 ·

# 大于75岁老年急性心肌梗死静脉推注瑞替普酶溶栓疗效与安全性影响

葛可法 季菲菲 陈雷阳 薛忠献 金月姮 王波 徐承红

急性ST段抬高型心肌梗死(ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI)是一种严重威胁

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.02.024

作者单位:322200 浙江浦江,浦江县人民医院心内科

患者生命安全的疾病,在 $>75$ 岁人群中急性STEMI患病率明显增加<sup>[1]</sup>。急性STEMI患者发病突然,病情发展快,致死致残率高<sup>[2]</sup>。在我国目前经济和医疗资源分布尚不均衡等条件下,对年龄 $>75$ 岁

急性STEMI患者进行静脉溶栓治疗仍是再灌注的重要方法。本次研究对年龄>75岁与年龄≤75岁急性STEMI患者用瑞替普酶溶栓治疗后的两组有效性和安全性等相关问题进行回顾性分析,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2013年1月至2017年7月期间在浦江县人民医院采用瑞替普酶溶栓治疗的急性STEMI患者58例,其中男性41例、女性17例;年龄36~90岁,平均(70.81±8.31)岁。入选标准:①胸痛持续≥30 min,心电图ST段在两个或两个以上肢体导联抬高≥0.1 mV,或在相邻两个或两个以上胸前导联抬高≥0.2 mV;②发病至就诊时间在5 h之内。排除:①既往发生过出血性脑卒中,6个月内发生过缺血性脑卒中或脑血管事件患者;②中枢神经系统受损、颅内肿瘤或畸形患者;③近期(2~4周)有活动性内脏出血患者;④入院时高血压严重且未控制的(>180/110 mmHg)或有慢性严重高血压病史患者;⑤目前正在使用治疗剂量的抗凝药或已知有出血倾向患者;⑥近期(2~4周)有创伤史患者,包括头部外伤、创伤性心肺复苏;⑦近期(<3周)外科大手术患者;⑧近期(<2周)曾有在不能压迫部位的大血管行穿刺术患者;⑨有溶栓禁忌证患者<sup>[3]</sup>。溶栓前患者及家属均签署知情同意书,本次研究并经浦江人民医院伦理委员会批准。患者按照年龄分为年龄>75岁和年龄≤75岁两组:年龄>75岁组23例,男性16例、女性7例,年龄76~90岁,平均年龄(84.92±8.30)岁,基础疾病:冠心病12例、高血压病8例、糖尿病2例、胰腺恶性肿瘤合并冠心病1例;梗死部位:前壁患者11例,广泛前壁患者5例,下壁患者7例,发病至溶栓时间为(3.86±1.23)h;年龄≤75岁组35例,男性25例、女性10例,年龄36~74岁,平均年龄(58.81±8.31)岁,基础疾病:冠心病19例、高血压病11例、糖尿病5例;梗死部位:前壁患者17例,广泛前壁患者8例,下壁患者10例,发病至溶栓时

间为(3.92±1.25)h。两组基线资料比较,差异无统计学意义( $P$ 均>0.05)。

1.2 方法 两组患者溶栓前检查血常规、血小板计数、出凝血时间及血型等,两组患者均给予β-受体阻滞剂、他汀类药物、血管紧张素转换酶抑制剂和硝酸酯类药物等常规治疗及辅助抗凝治疗后,即刻嚼服拜阿司匹林片300 mg,以后维持剂量100 mg/d。在此基础上,>75岁组患者即刻嚼服氯吡格雷片75 mg;≤75岁组患者即刻嚼服氯吡格雷片300 mg。两组患者溶栓方法相同,将瑞替普酶粉针(由山东阿华生物药业有限公司生产)18 mg混合至0.9%氯化钠注射液20 ml中,首次在1 min内静脉注射5 ml,随后15 ml用微泵静脉推注8 min,20 min后重复使用一次。

1.3 观察指标 所有患者在溶栓前做18导联心电图,溶栓开始后2 h内每30 min进行一次。观察记录两组患者治疗后,溶栓开始2 h内梗塞相关动脉再通率、再通时间,急性期24 h内患者的死亡率和并发症发生情况,主要包括:皮肤黏膜出血、消化道出血、脑出血、心律失常、心源性休克以及心力衰竭等。

1.4 溶栓再通判定标准:①患者在溶栓2 h内胸痛消失;②溶栓2 h内患者的心电图抬高最显著的导联ST段迅速回降>50%;③患者溶栓2 h内出现短暂的再灌注心律失常;④肌酸激酶高峰前移至16 h之内,肌酸激酶同工酶高峰前移至14 h之内。符合以上4条标准中2条或2条以上者判为血管再通,但仅有①和③项者除外<sup>[4]</sup>。

1.5 统计学方法 使用SPSS 19.0软件进行统计。计量资料以均值±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者用瑞替普酶溶栓治疗开始后2 h内血管再通时间、血管再通率比较见表1

表1 两组患者溶栓治疗后2 h内的血管再通时间、再通率情况比较

| 组别   | $n$ | 胸痛消失时间/h    | ST段回降>50%时间/h | 再灌注心律失常/例(%) | 血管再通率/例(%) |
|------|-----|-------------|---------------|--------------|------------|
| >75岁 | 23  | 1.59 ± 0.26 | 1.21 ± 0.23   | 22(95.65)    | 22(95.65)  |
| ≤75岁 | 35  | 1.57 ± 0.21 | 1.19 ± 0.22   | 34(97.14)    | 34(97.14)  |

由表1可见,两组胸痛消失时间、ST段回降>50%时间比较,差异无统计学意义( $t$ 分别=0.32、0.33, $P$ 均>0.05),两组患者再灌注心律失常和血管

再通率比较,差异无统计学意义( $\chi^2$ 分别=0.19、0.19, $P$ 均>0.05)。

2.2 两组患者并发症发生情况比较见表2

表2 两组患者并发症发生情况比较/例(%)

| 组别   | n  | 低血压     | 休克      | 室颤       | 心衰       | 牙龈出血     | 死亡      |
|------|----|---------|---------|----------|----------|----------|---------|
| >75岁 | 23 | 2(8.69) | 2(8.70) | 3(13.04) | 6(26.09) | 9(39.13) | 1(4.35) |
| ≤75岁 | 35 | 3(8.57) | 2(5.71) | 2(5.71)  | 5(14.29) | 6(17.14) | 1(2.86) |

由表2可见,两组并发症发生情况比较,差异均无统计学意义( $\chi^2$ 分别=0.21、0.01、0.24、1.26、3.50、0.19, $P$ 均>0.05)。

### 3 讨论

急性STEMI患者主要发病机制是动脉粥样硬化易损斑块破裂以及血栓形成,使冠状动脉完全梗塞,一旦心肌因冠状动脉完全梗塞而严重缺血,挽救患者生命唯一条件是恢复冠状动脉血流,通过早期静脉溶栓溶解血管中的新鲜血栓使血管再通,能完全或部分恢复冠状动脉血供,使心肌坏死程度达到最小<sup>[5]</sup>,改善患者预后。

经皮冠状动脉介入治疗已成为急性STEMI患者的急性期首选方法,但是静脉溶栓治疗具有快速、简便、经济、易操作特点,仍然是减少急性STEMI患者病死率和改善预后重要方法,故目前溶栓治疗与直接PCI均可作为再灌注治疗手段,需根据患者具体情况选择最佳灌注方案<sup>[6]</sup>。近年来老年急性STEMI患者逐渐增加,过去认为年龄>75岁者慎重或不宜进行溶栓,本次研究对年龄>75岁与年龄≤75岁急性STEMI患者用瑞替普酶溶栓治疗后有效性和安全性进行比较,发现年龄>75岁患者的治疗有效性和安全性均较满意。因此,年龄不能作为溶栓治疗选择对象的绝对条件。

瑞替普酶是一种新型重组非糖基化纤溶酶原激活物,属第3代溶栓药物,是阿替普酶缺失变构体,在保留了阿替普酶的强溶栓效果作用外,对纤维蛋白还有很高的特异性,能够选择性地作用血栓表面,并且能够渗透到血栓内部发挥溶栓作用<sup>[7]</sup>;据报道,瑞替普酶溶栓治疗后脑出血发生率0.2%<sup>[8]</sup>。本次回顾性研究分析两组急性STEMI患者静脉推注瑞替普酶溶栓治疗均无脑、消化道出血;两组牙龈出血、低血压、休克、心力衰竭、室颤、死亡等并发症发生率比较,差异无统计学意义( $P$ 均>0.05);两组血管再通时间和血管再通率比较差异无统计学意义( $P$ 均>0.05);两组血管再通时间均小于2 h,

血管再通率均在95%左右,这提示瑞替普酶静脉溶栓治疗在临床上有较好的有效性和安全性。

综上所述,年龄不应成为溶栓治疗限制因素,瑞替普酶溶栓治疗对>75岁老年急性STEMI患者在严格掌握适应证和禁忌证前提下,把握好溶栓时间,权衡利弊,具体分析,只要无溶栓禁忌证,无其他严重疾病是安全高效的,早溶栓治疗可进一步提高梗死相关血管再通率,减低死亡率,使老年急性STEMI患者获益更大,对以后>75岁老年急性STEMI患者溶栓治疗提供了一定的临床参考依据。由于本次研究样本量偏少,在以后研究中需要扩大样本量进行统计分析。

### 参考文献

- 1 张国春,冯善国,董振宇,等.大于75岁老年急性心肌梗死溶栓安全性的观察[J].中国当代医药杂志,2013,20(2):56.
- 2 Eisenhauer AC. Prolonged door-to-balloon time: is treatment delayed always treatment denied [J]. Prog Cardiovasc Dis, 2010, 53(3): 195.
- 3 葛均波,徐永健.内科学[M].第8版.北京:人民卫生出版社,2014.10,252.
- 4 胡大一.心血管内科学[M].北京:人民军医出版社,2014.8,153.
- 5 朱章剑,周小琴,瑞替普酶治疗不同年龄急性心肌梗死有效性和安全性的分析[J].江西医药杂志,2013,48(10):889.
- 6 韩雅玲.冠心病溶栓与抗栓治疗的现状与思考[J].中华心血管杂志,2016,44(2):90.
- 7 刘馨允,张优,李牧蔚,等.瑞替普酶治疗急性ST段抬高型心肌梗死多中心临床试验分析[J].中华心血管杂志,2016,44(9):769.
- 8 Weaver WD. Results of the RAPID 1 and RAPID 2 thrombolytic trials in acute myocardial infarction [J]. Eur Heart J, 1996, 17(Suppl E):14-20.

(收稿日期 2017-08-27)

(本文编辑 蔡华波)