

指肠环肌,不影响十二指肠的蠕动功能,这诸多优点均支持其临床应用的可行性。但实际操作中发现,此术式较为复杂,尤其是十二指肠动静脉的分支被切断结扎致使十二指肠水平段约 5 cm 的一段肠管需切除,术后并发症多,疗效难以保证^[5]。本组 1 例,术后常有呕吐,故近年来,我们已不再应用此术式。

2.3.4 胃大部切除、胃空肠毕-Ⅱ式吻合术:本病同时合并十二指肠溃疡时,为达到两病同治的目的可选用此术式。本术式不再使食物通过十二指肠,不易造成食物的潴留,但毕竟未能从解剖上解除肠系膜上动脉对十二指肠的压迫,所旷置的十二指肠内容物滞留问题也未解决,因此并非理想的术式,故应谨慎应用。本组 2 例合并十二指肠球部溃疡,为慎重起见,我们也没用此术式,而改用十二指肠空肠 Roux-Y 吻合,效果非常好,溃疡也痊愈。

2.3.5 十二指肠空肠 Roux-Y 吻合术:提起横结肠向上翻转后切开其系膜,显露出十二指肠水平部,即十二指肠最膨大的位置,此处显露容易且位置低,取距 Treitz 韧带 20~30 cm 处横断空肠,远侧端断端与之行端侧吻合;距此吻合口 50~60 cm 处空肠与近侧端空肠行侧端吻合,即完成了十二指肠空肠

Roux-Y 吻合。此术式既解除了十二指肠淤滞症的问题,又符合消化道的生理,术后疗效确切,且对十二指肠溃疡的治疗也大有益处。手术操作简便易于掌握,特别适用于基层医院开展。本组 5 例采用此术式,术后恢复非常快,疗效特好,随访 1~3 年无并发症。故为我们目前临床广泛应用和推崇的最佳术式。

参考文献

- [1] 吴在德. 外科学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2000:507.
- [2] 吴阶平,裘法祖. 外科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,1999:1 062.
- [3] 孙可望. 肠系膜上动脉综合征 21 例术式的选择[J]. 中华普通外科杂志,2005,20(01):18-19.
- [4] 杨伟生. 肠系膜上动脉综合症的诊断及治疗体会[J]. 四川医学,1991,12(5):288.
- [5] 杨维良. 肠系膜上动脉综合症的外科治疗[J]. 中华外科杂志,1991,29(7):421.

(收稿日期:2008-06-25)

(本文编辑:王晓艳)

前列地尔与单硝酸异山梨脂在治疗 不稳定型心绞痛中的临床比较

汪涛 李恩 刘宗芳

(郑州大学第二附属医院,郑州 450014)

【摘要】 目的 观察前列地尔注射液(前列腺素 E1 脂微球载体制剂,凯时)在治疗不稳定型心绞痛中的疗效以及与单硝酸异山梨脂常规治疗的临床比较。方法 将 2006 年至 2007 年我院收治的不稳定型心绞痛患者 60 例,随机分为前列地尔治疗组(n=30)和常规治疗组(n=30)。前列地尔治疗组使用凯时静脉点滴,常规治疗组使用单硝酸异山梨脂静脉点滴,疗程 2 周。结果 前列地尔治疗组总有效率大于常规治疗组总有效率($P < 0.05$);前列地尔治疗组在减少治疗后 24 h 动态心电图检出的心肌缺血次数、心肌缺血时间、心肌缺血最长持续时间方面明显优于常规治疗组($P < 0.05$);前列地尔治疗组无一例出现头痛,常规治疗组出现 4 例不能耐受头痛而中断试验。结论 前列地尔治疗不稳定型心绞痛疗效优于单硝酸异山梨脂常规治疗。

【关键词】 前列地尔;不稳定型心绞痛;单硝酸异山梨脂

冠心病是危害人类健康的严重疾病,不稳定型心绞痛(UAP)是冠心病中较为严重的一型,是介于慢性稳定型心绞痛(AS)与急性心肌梗死(AMI)之间的中间状态。UAP 冠状动脉斑块不稳定,不及时治疗可发展为 AMI。对不稳定型心绞痛的治疗,扩张冠状动脉为重要手段之一,扩冠药以硝酸酯类较常用,但在临床工作中我们发现不少患者由于不能耐受硝酸酯类诱发的头痛而被迫停止治疗。对于不能耐受硝酸酯类的患者人群,寻找一种能广泛应用并能达到预防和治疗目的的药物是一项重大而有意义的工作。本实验采用前列地尔(前列腺素 E1 脂微球载体制剂,凯时)治疗不稳定型心绞痛,并与单硝酸异山梨脂疗效进行比较,现报告如下:

1 对象与方法

1.1 对象选择:从 2006 年 1 月至 2007 年 10 月在本院干部病房住院的患者中选择符合 UAP 的病例 60 例,入选标准:按照美国心脏病学会/美国心脏病协会(ACC/AHA)缺血性心脏病诊断标准。全部病例收缩压(SBP) ≤ 150 mm Hg,舒张压

(DBP) ≤ 90 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。排除标准:排除感染性疾病或炎症性疾病,糖尿病,肝、肾功能衰竭,严重心功能不全,恶性肿瘤及血液系统疾病。

1.2 分组与治疗:按签定知情同意书的先后将 60 例符合入选条件的患者随机分为前列地尔治疗组和常规治疗组。两组均常规予以拜阿司匹林 300 mg,每日 1 次,克赛针(低分子肝素) 0.4~0.6 ml,皮下注射,每 12 h 1 次(使用 7 d),血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)类, β 受体阻滞剂(缓释制剂,心率控制在 55~65 次/min,均无传导阻滞),立普妥(阿托伐他汀) 20 mg,每天晚上,合心爽(地尔硫卓) 15 mg,每 6 h 1 次。前列地尔治疗组 30 例,男 18 例,女 12 例,年龄 49~83 岁,平均(68 \pm 9)岁,其中初发型心绞痛 11 例,恶化型心绞痛 17 例,卧位型心绞痛 2 例。常规治疗组 30 例,男 16 例,女 14 例,年龄 46~80 岁,平均(65 \pm 9)岁。其中初发型心绞痛 9 例,恶化型心绞痛 20 例,卧位型心绞痛 1 例。前列地尔治疗组予以前列地尔(凯时) 10 μ g+5%葡萄糖液 250 ml,静脉滴注,

每日 1 次;常规治疗组予以单硝酸异山梨脂 75 mg + 5% 葡萄糖液 250 ml, 静脉滴注, 每日 1 次, 疗程 2 周。

1.3 观察指标: 用药前后详细记录临床症状变化及药物不良反应。记录硝酸甘油用量、心绞痛发作次数、心率、心律、血压。观察 Holter 是否提示心肌缺血。检查出凝血时间, 血、尿、大便常规, 肝、肾功能、血脂、血糖、电解质, 胸片及超声心动图等。

1.4 疗效判定标准: 心绞痛不再发作, 心电图原有 ST 段压低和 T 波倒置恢复正常, 硝酸甘油消耗量减少 50% ~ 80% 或以上为显效; 心绞痛发作次数减少 50% ~ 80% 或以上, 硝酸甘油消耗量减少 30% ~ 49% 为有效; 心电图 ST - T 段表现无变化, 心绞痛发作次数及硝酸甘油消耗量的减少均 < 30% 为无效。

1.5 统计学分析: 对所得实验数据采用 SPSS 11.5 统计软件分析处理, 用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 各组均数间比较先进行正态性及方差齐性检验, 各组间均数比较采用单因素方差分析, 多个样本均数间的两两比较采用最小显著差 *t* 检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义的检验标准。

2 结果

2.1 两组临床症状疗效: 前列地尔治疗组显效 24 例 (80%), 有效 5 例 (16.7%), 总有效率 96.7%。常规治疗组 30 例有 4 例退出, 显效 3 例 (11.5%), 有效 17 例 (56.4%), 总有效率 76.9%。前列地尔治疗组总有效率大于常规治疗组总有效率 (*P* < 0.05)。

2.2 两组心肌缺血疗效: 前列地尔治疗组在减少治疗后 24 h 动态心电图检出的心肌缺血次数、心肌缺血时间、心肌缺血最长持续时间方面明显优于常规治疗组 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 24 h 动态心电图检出情况的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	观察时间	心肌缺血发作次数	心肌缺血时间 (min)	心肌缺血最长持续时间 (min)
前列地尔治疗组 (n=30)	治疗前	19.3 ± 5.4	115.2 ± 31.4	14.7 ± 3.1
	治疗后	1.5 ± 0.6*▲	13.8 ± 2.7*▲	2.1 ± 0.4*▲
常规治疗组 (n=30)	治疗前	18.1 ± 4.3	113.6 ± 29.9	14.8 ± 3.5
	治疗后	5.3 ± 0.8*	39.6 ± 9.8*	7.9 ± 1.6*

注: 与治疗前比较, **P* < 0.05; 与常规治疗组治疗后比较, ▲*P* < 0.05

2.3 不良反应: 前列地尔治疗组 30 例中有 3 例输液局部红肿、疼痛, 1 例有恶心、呕吐, 均通过适当减慢前列地尔滴速症状消失。无一例出现头痛; 常规治疗组 30 例中 10 例发生头痛, 减慢单硝酸异山梨脂滴速头痛缓解 6 例, 4 例不能耐受而中断试验, 换用合心爽 (地尔硫卓) 静脉点滴继续治疗。

3 讨论

目前认为, 不稳定型心绞痛 (UAP) 是介于慢性稳定型心绞痛与急性心肌梗死之间的一种状态。其主要发病因素有: ①血管斑块破裂、出血诱发局部血小板聚集和血栓形成, 严重阻塞管腔, 影响血流; ②血管内膜损伤或斑块破裂诱发血管收缩或痉挛, 使心肌供血突然减少, 可单独存在或与血栓形成因素并存; ③斑块因脂质浸润而急剧增大, 使管腔狭窄明显加重, 有些患者常常是由于缺血、相关血管的固定性狭窄及冠状动脉血管生理性收缩的作用, 导致 UAP^[1]。UAP 如不能得到积极有效的治疗有可能迅速发展为急性心肌梗死, 甚至猝死。经过正规有效的治疗则可能使不稳定型心绞痛逆转为稳定型心绞痛。

前列地尔 (PGE1) 是一种具有广泛生物活性的内源性物质, 其用于治疗不稳定型心绞痛的机制如下: ①直接扩张冠状动脉, 特别是狭窄的冠状动脉, 使阻塞性血管病变的缺血心肌区域的血流量增加^[2]; ②具有强烈的扩张血管作用: 可扩张动、静脉血管, 明显降低心脏前后负荷, 降低氧耗量, 其扩血管作用是硝酸甘油的 5 倍^[3]; ③降低血粘度: 前列地尔是体内由 ADP、凝血酶或胶原介导的血小板激活的强烈抑制剂, 因此能抑制红细胞聚集, 改善其变形能力, 有效改善微循环, 抑制 TXA 生成, 防止血栓形成^[2]; ④抑制儿茶酚胺释放: 前列地尔作用于肾上腺素能神经突触前膜, 抑制神经末梢释放去甲肾上腺素, 抑制儿茶酚胺对心血管系统的毒性作用^[3]; ⑤抑制血管平滑肌细胞增生, 降低血脂, 提高动脉平滑肌细胞内 cAMP 水平, 达到抑制动脉粥样硬化斑块形成的作用^[4]; ⑥减少自由基的生成, 抑制了再灌注时自由基引发的脂质过氧化反应, 阻止再灌注损伤^[5]。试验已证实 PGE1 对心肌细胞有保护作用^[6]。但是, PGE1 首次经过肺循环约 60% ~ 90% 被代谢^[7], 如果应用剂量过大则会增加不良反应, 可引起静脉炎、血管疼痛、头痛等不适, 限制了 PGE1 的应用。凯时 (Lipo PGE1) 是将 PGE1 封入直径为 2 μm 的脂微球中, 使 PGE1 在肺部灭活明显减少, 且脂微球是理想的药物载体, 对病变血管有特殊亲和性, 使 Lipo PGE1 具有靶向性, 特别容易分布于严重阻塞的血管内。因此, Lipo PGE1 可有效改善缺血区微循环水平的血流^[8]。

总之, 研究结果发现, 前列地尔治疗组缓解心绞痛总有效率优于单硝酸异山梨脂治疗组 (*P* < 0.05); 前列地尔治疗组在减少治疗后 24 h 动态心电图检出的心肌缺血次数、心肌缺血时间、心肌缺血最长持续时间方面明显优于单硝酸异山梨脂组 (*P* < 0.05); 前列地尔治疗组头痛不良反应明显少于单硝酸异山梨脂组。由此可见, 对于不能耐受硝酸酯类的患者人群可用 Lipo PGE1 代替单硝酸异山梨脂治疗不稳定型心绞痛。

参考文献

- [1] 陈纪林, 徐义枢, 陈在嘉. 不稳定型心绞痛溶栓治疗现状的评述 [J]. 中华心血管病杂志, 1997, 25 (6): 499 - 410.
- [2] 张小玲. 前列地尔在心血管系统中的应用 [J]. 中华新医学, 2001, 2 (11): 999 - 1 001.
- [3] 陈修, 陈维洲, 曾贵云. 心血管药理学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 84 - 86.
- [4] 邱丽, 黄爱云, 高健. 前列腺素 E1 的临床应用 [J]. 中国临床药理学杂志, 2001, 10 (1): 48 - 49.
- [5] 张扬, 佟淑芬. 凯时注射液 [J]. 中国新医药杂志, 1988, 7 (4): 289 - 290.
- [6] Jam RV, Rigina MB. Pharmacodynamic profile of prostaglandin [J]. Am J Cardiol, 1995, 75: 3A.
- [7] Cox JW, Andreadis NA, Bone RD, et al. Pulmonary extraction and pharmacokinetics of prostaglandin E1 during continuous intravenous infusion in patients with adult respiratory distress syndrome [J]. Am Rev Respir Dis, 1998, 137: 5.
- [8] Steven F, George L, James A, et al. Enhanced thrombolysis, reduced coronary reocclusion and limitation of infarctsize with Liposomal prostaglandin E1 in a canine thrombolysis model [J]. JACC, 1994, 24: 1 382.

(收稿日期: 2008 - 08 - 25)

(本文编辑: 靳云凤)

前列地尔与单硝酸异山梨脂在治疗不稳定型心绞痛中的临床比较

作者: [汪涛](#), [李恩](#), [刘宗芳](#)
作者单位: [郑州大学第二附属医院, 郑州, 450014](#)
刊名: [中国实用医刊](#)
英文刊名: [CHINESE JOURNAL OF PRACTICAL MEDICINE](#)
年, 卷(期): [2008, 35\(22\)](#)

参考文献(8条)

1. [Steven F;George L;James A](#) [Enhanced thrombolysis, reduced coronary reocclusion and limitation of infaretsize with Liposomal prostaglandin E1 in a canine thrombolysis model](#) 1994
2. [Cox JW;Andreadis NA;Bone RD](#) [Pulmonary extraction and phanmacokineties of postglandin E1 during continuous intravenous infusion in patiens with adult respiratory distress syndrome](#) 1998
3. [Jam RV;Rigina MB](#) [Phamaeodynamic profile of prostagtandin](#) 1995
4. [张扬;佟淑芬](#) [凯时注射液](#) 1988(04)
5. [邱丽;黄爱云;高健](#) [前列腺素E1的临床应用\[期刊论文\]-中国临床药学杂志](#) 2001(01)
6. [陈修;陈维洲;曾贵云](#) [心血管药理学](#) 1996
7. [张小玲](#) [前列地尔在心血管系统中的应用](#) 2001(11)
8. [陈纪林;徐义枢;陈在嘉](#) [不稳定性心绞痛溶栓治疗现状的评述](#) 1997(06)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zzyk200822031.aspx