

老年慢性肺心病并急性心肌梗塞的临床研究

张亚民

(西安市临潼区人民医院 710600)

Xi 'an Lintong District People's Hospital 710600

摘要:通过对慢性肺心病合并急性心肌梗塞和单纯肺心病患者的症状、体征进行了分析,结果表明,两者在胸闷、胃肠道反应等症状的发病率方面没有显著的差别,但是在肺心病合并急性心梗的患者中,突发急性左心衰、心源性休克、持续心律失常、胸痛的发病率显著地比单纯肺心病患者要高,所以在肺心病患者中,如果有了这些症状,应该立即进行关于急性心肌梗塞的检测,以便于早期识别慢性肺心病合并急性心梗。

关键词:慢性肺心病;急性心肌梗死;临床研究

引言:慢性肺源性心脏病(PCOS)及冠心病(CHD)是中老年患者的危重病。肺源性心脏病合并急性心肌梗死(AMI)的患者常出现不典型性的不典型征象,漏诊率高。通过对我院老年肺心病合并急性心肌梗死患者和单纯冠心病急性心肌梗死患者的对照研究,探索其临床特征。

1 研究对象和方法

1.1 研究对象

1.1.1 一般资料

其中,男性24名,女性19名;本组276名患者中,男性患者189名,女性患者87名;结果表明,两组病人的性别和年龄构成比均不存在统计学意义。

1.2 诊断标准

老年肺心病患者按国际心脏病学会“慢性肺心病”的诊断方法和急性心肌梗死(WHOAMI)的诊断方法均为有效。确诊依据:根据国际心脏病学会在1977年制定的确诊方法,对COPD进行了确诊。根据WHO对急性心肌梗死的确诊方法进行了分析。两组间的计量数据比率均经 χ^2 检验, $P<0.05$ 为极显著, $P>0.05$ 为极显著。

1.3 方法

两组间的计量数据比率均以 χ^2 检验进行比较。以 $P<0.05$ 为显著; $P<0.01$ 时,两组间有极明显的统计学意义; $P>0.05$ 之间的差别没有统计学意义。

2 护理措施

2.1 一般护理

1.在日常生活中,患者应给予低盐、低热量、低脂肪、高维生素、适量蛋白、易消化的食物,在开始的2-3天内,患者应逐渐接受低脂、低胆固醇、低脂肪、低胆固醇、低脂肪、低胆固醇等食物。为促进患者的膳食,每日做两次口部的清理工作,使患者的口腔干净整洁,从而提高患者的胃口。

2.运动和休息起病1-3日后,患者要完全躺在床上,特别是头24个钟头,要尽量避免接触病人,饮食,排便,洗漱,翻身,在护理人员的帮助下进行,同时要保证患者的情绪平稳,以降低心脏的氧气消耗,避免疾病进一步恶化。出现合并症的患者,需在病榻上多呆一段时间。在病人住院时,护士应对病人进行积极的和消极的身体锻炼。如果患者的情况比较平稳,没有出现任何的并发症,那么24小时后就就可以让患者坐在床边的椅子上,还要帮助患者吃饭、洗漱,并且要在患者的运动承受能力的范围之内,让患者参加一些可以自己动手的运动。第5至7日后可在室内或室外走动,并可在走廊上行走。

病人应在医生的监督和引导下进行运动,不要造成身体上的不适感。如果运动中的心跳较静止时快20-30次/分,15-20次/分,使用 β 阻断药后,血压下降超过10-15mmHg,或者出现异常升

高,心电显示心律不齐,呼吸困难,恶心,心前区有痛感等症状,必须马上停止运动,躺在病床上。

3.氧气治疗:在医生指导下,对患者进行连续或不连续的鼻氧管输氧,每分钟2-4升。氧气可以提高高血氧饱和度,可有效降低心绞痛、降低心律不齐、降低心脏负荷,确保心脏及主要器官正常工作。医生对氧气的需求,是为了控制心肌梗死的程度。

4.要注意粪便的清洁:因为病人的情况比较严重,所以必须要躺在床上,而且病人年纪比较大,肠胃的蠕动能力也比较低,而且病人也不太适应在床上排便,怕把被褥给弄污了。所以,护理人员要对患者进行详细的讲解,并告诉患者如何正确使用药物,使其达到良好的排便效果。

如果平时吃一些比较容易消化的食物,并且要注意多吃一些富含纤维的食品,每天早上可以喝一些蜂蜜20毫升,再加上适量的温水。适度的腹部推拿(以顺时针的方式),以刺激肠道的运动。叮嘱患者不能强行大便,如有需要,可口服硝酸甘油,并应用开塞露。

2.2 心电监护

1.将患者安置在冠状动脉疾病监护室,由专门人员看护,对患者进行3至5日的心电图、血压和呼吸的严密监控。

2.对有无心率不齐进行了监测。如果出现了较大的心脏节段性收缩,比如出现了多个原发性的室性早期收缩,应在医生的指导下静脉注射50-100mg的利多卡因静滴;缓慢性心律失常患者可以选择肌肉注射或者静滴,也可以选择0.5-1mg。

2.3 疼痛护理

在医生的指导下口服吗啡镇痛药,在服用期间要密切关注是否存在呼吸抑制等副作用。如果是比较轻微的,可以使用可待因治疗,在一定时间内可以服用硝酸甘油或硝酸异山梨醇酯(消心痛),同时要注意了解病人的病情,同时要注意观察病人的血压,尽量将收缩压保持在100mmHg以上,避免因为血管扩张过快而引起的低血压。

2.4 心理护理

急性心肌梗塞是一种突发的、心前区压迫性痛的慢性慢性心肌梗塞,病人住院后出现焦虑、紧张、惊恐、烦躁等负面心理,严重影响病情的发展。在负性情感刺激下,心脏会产生强烈的交感神经,导致心跳加速,血管收缩,血压升高,进一步降低了冠脉供血和供氧,加重了心脏的坏死区。此外,还会导致脂肪和糖原的分解,使血液中的脂肪浓度升高,从而使动脉粥样硬化加剧。在治疗过程中应注意调整好心态,降低术后并发症发生率,加快康复速度。多与病人进行联系,对病人进行相关的科普,并告诉病人,病人的负面情绪和心理对病人造成的伤害,让病人能够建立起战胜疾病的信心,并与医生进行良好的合作。其次,要多与病人交流,深入了解病人的个性和生活习惯,并针对病人的个性特点进行相应的辅导。

2.5 溶栓护理

对于在心肌梗死发生少于 6 个小时的病人,要按照医生的指示进行溶栓治疗。在此过程中,护理人员应该做好如下工作:①要对病人进行详细的了解,包括:①要对病人进行详细的了解,如果病人有脑血管病史、活动性出血、近期大手术或外伤史、消化性溃疡、严重肝肾功能不全等溶栓禁忌证。

②迅速配制和静脉注射溶栓剂;③密切关注其溶栓作用和副作用,有无寒战、发热和皮疹等变态反应,有无皮肤、粘膜、内脏和颅脑等部位有无出血;④应用溶栓剂后,定期进行心电图描记术,并进行血液检测,同时观察病人是否有明显的胸痛和 ST 段变化。评价心绞痛在 2 小时之内能否快速减轻或消除,对评价心绞痛的复通率具有重要意义。

溶解血栓的方式:将 100ml 的尿激酶与 100ml 的生理盐水混合,在 30 分钟之内完成,立即使用。另外,可以服用一些抗凝的药物,比如:肠溶的 Aspirin 片剂 300mg,波立维 300mg-600mg。在此基础上,采用小剂量肝素(40mg 克赛或 5000U 达肝素),每次 12h1 次,连续 5-7d,随后给予肠溶药物阿司匹林片和波立维。

2.6 潜在并发症的护理

对急性心肌梗死的病人进行 ECG 连续观察。如果患者出现心室早超过 5 次,有多源室早,有 RonT 现象,或者是有明显的心室早,需要及时向医师报告,并在医师的指导下,让患者在出现心室颤动或者心律失常的时候,进行慢速静脉推注利多卡因。由于这两种物质的失衡更易于合并有心率不齐的现象。他的身边,已经准备好了紧急的药品和器械。

在 AMI 发病的头数日之内,左心功能不全可能出现,即使是在心梗进展的过程中也可能出现。护理人员应密切注意病人是否出现呼吸困难,咳嗽,咳痰,尿量减少等症状,尽量避开情绪激动,进食过多,排便费力等引起心脏负荷增加的因素,防止出现心衰。

3 观察护理

3.1 给予氧气吸入,改善缺氧状态

因为长时间的持续低氧血症和高脂血症、血粘度高,会导致炎症细胞对心脏产生影响,从而对左心功能造成损伤,这就存在着潜在的 AMI 风险。因此,应该将低氧血症进行纠正,并给予持续低流量的氧气吸入,如果患者同时存在 AMI,则应该立刻进行中流量氧气吸入,以缓解心脏的缺血和缺氧状况。在疾病得到有效控制后,采用连续或间歇的低血流供氧方式。

3.2 注意观察胸闷、胸抽情况

单发性肺心病及肺源性心脏病合并急性心肌梗死均可表现为胸闷,而急性心肌梗死多表现为憋闷、窒息。肺心病合并 AMI 时,因其持续的低氧及高碳酸血症会导致大脑对疼痛的响应下降,故其并发胸痛症状不显著。只有百分之二十二。七。与相关报告中 76.8% 的单纯急性心肌梗死患者相比,显著降低了胸部疼痛。所以不能忽视无痛型 AMI。

3.3 禁止吸烟

大量的证据显示,烟草烟雾暴露与肺心病及急性心肌梗死有很大的相关性。肺源性心脏病多为慢性、重度、持续性、高强度的吸烟者,其急性心肌梗死的发生率明显较非吸烟者高。要对患者进行必要的健康宣传,并劝说患者停止吸烟。

3.4 息性左心衰和心源性休克的观察

既往研究表明,肺心病合并 AMI 时,其左心舒张功能显著下降,且与 AMI 时相比,更容易出现心力衰竭或心源性休克。在进行护理的过程中,应该密切关注生命征兆的改变。如果有肺心病的病人,在没有明显诱因的情况下,出现了突发急性左心衰和心源性休克,持续心律失常,或者是肺心病的病人在感染得到了控制后,而出现了呼吸困难的情况。这个时候,应该要提高对病人有并 AMI 的可能性的警觉,要立刻向医生汇报,并且要及时进行心电图和心肌酶学的检测。

3.5 饮食护理

对于肺心病合并 AMI 的病人来说,应该以低胆固醇、低脂肪、低盐、高维生素的清热饮食为主,尽量不要多进食一些新鲜的蔬菜和水果,还要注意要注意排便,避免食用一些辛辣的东西。

3.6 其它

两组患者在消化道反应方面没有明显的差别,肺心病并下壁心梗的最大特点是:疼痛、恶心、呕吐,但是跟呕吐没有关系,没有压痛、没有肌张力,在胸骨下段后经常会出现憋闷的感觉。因此,在没有明确病因的情况下出现上腹部疼痛,应该考虑急性心肌梗死的可能性。

4 结果

4.1 两组患者临床指标分析

两组患者临床指标分析结果见表 4-1。

4.2 两组患者 AMI 部位分析结果

两组患者 AMI 部位分析结果见表 4-2(如合并多部位梗塞则分别记录各一次)。

表 4-1 两组患者临床指标的对比分析

	老年肺心病并 AMI 组	冠心病 AMI 组	P
例数	43	276	
冠心病史	9(20.9%)	212(76.8%)	<0.05
诱因	呼吸道感染	情绪激动、劳累	
前驱期症状	3(6.9%)	224(81.2%)	<0.01
疼痛	6(13.9%)	235(85.1%)	<0.01
急性左心衰	32(74.4%)	75(27.2%)	<0.01
心源性休克	17(39.5%)	63(22.8%)	<0.05
心律失常			
房性	23(53.5%)	49(17.8%)	<0.01
传导阻滞	14(32.6%)	98(35.5%)	>0.05
室性	20(46.4%)	156(56.5%)	>0.05

表 4-2 两组患者 AMI 部位的比较

组别	前间壁	前壁	下壁	侧壁	后壁	右室
老年肺心病并 AMI	23	19	15	6	8	5
冠心病 AMI	152	134	105	17	20	7

X²检验, P>0.05

表 4-3 两组患者临床表现的比较例(%)

	A	B	P 值
胸闷	30(100)	30(100)	>0.05
急性左心衰	7(23.3)	19(63.3)	<0.05
心源性休克	1(3.3)	12(40)	<0.05
胃肠道反应	7(23.3)	9(30)	>0.05
胸痛	0(0)	10(33.3)	<0.05
心律失常持续	2(6.87)	10(33.3)	<0.05
阵发	10(33.3)	9(30.0)	>0.05
死亡	2(6.7)	9(30.0)	<0.05

5 讨论

大量的证据显示,抽烟与肺心病密切相关,也是冠心病心肌梗死的重要诱发因素,而且,肺癌和心肌梗死都好发在老年人身上,肺心病患者由于缺氧,继发红细胞增加,导致其血液粘度显著升高,因此,肺心病患者比正常人更容易发展成急性心肌梗死。

据文献报道,肺心病合并冠心病的误诊率为 8%,漏诊率达 26%,而肺心病合并急性心梗的临床症状比较不典型,容易漏诊和误诊。因为长时间的瘀血,肺心病的病人可能会有一些消化道的症

状,而在急性心梗的病人也可能会因为迷走神受到坏死心肌的刺激,以及心排出量减少,组织灌流不足,从而导致恶心呕吐。肺源性心脏病主要表现为肺部功能减退、呼吸困难、呼吸窘迫、心绞痛等症状,而在急性心肌梗塞时,因心脏的缺血、坏死而引起的胸口不舒服,两者容易被混淆。

在过去,医学上一直都是公认的,肺心病可以导致右心衰,但是自从1962年Altschule等提出了肺心病是全心病:因为血液粘稠度升高,心排量增多、缺氧、感染细胞毒素对心脏产生影响,可导致左心功能发生变化。这使得人们忽略了,在单纯肺心病的病人出现左心衰、心源性休克时,还存在着更大的危险:急性心肌梗塞。因为经常使用利尿剂,会导致电解质、酸碱失衡,所以在肺部心脏病病人中也会发生心律失常,这种情况和急性心梗很难区别开来,但是肺部心脏病病人的心律失常大多是阵发性、间歇性的,当感染、呼吸衰竭得到控制之后就会自动消失,所以如果有肺部心脏病病人有持续的心律失常,一定要注意注意肺部心脏病并有急性心梗。

已知急性心肌梗死患者以胸部疼痛为主要特征,我们前期研究显示,肺部疾病伴有心肌梗死患者胸部疼痛与单纯肺疾病相比有显著区别,但只有33.3%,与《中山医学院》报道的单纯心肌梗死患者胸部疼痛的76.8%相比,有较大差距,导致了严重的误诊。尽管COPD的发生率较低(据北京COPD防控小组报告,COPD的发生率为1.25%),但由于COPD的发生,其病程进展迅速,病死率较高(我们前期研究发现COPD的发生率为30%),因此,COPD的发生机制值得关注。如果单纯肺心病出现了明显的胸闷、胸痛、急性左心衰、心源性休克、心律失常等症状时,应该马上进行心电图检查,并进行动态的观察,同时还要注意是否有急性心梗的情况。

上面已经提到,肺部心脏病,心肌梗死都是因为吸烟,高粘稠度,低氧所致。因此,戒烟,降低血液粘稠度,早期抗感染,纠正低氧血症,是肺源性心脏病的重要治疗手段。

本研究数据显示,与单纯冠心病合并急性心肌梗死相比,老年COPD合并急性心肌梗死有其特殊的临床特征:①患者往往没有冠心病病史($P<0.05$);②诱发因素以呼吸系统疾病为主;③多数患者没有急性心肌梗死的先兆征象($P<0.05$);④急性心肌梗死以非疼痛型为主($P<0.05$);⑤绝大多数患者的最初症状是气促和气促($P<0.01$);⑥以心肌梗死、心梗死为主($P<0.05$)。

肺心病和冠心病都是最容易引起老年心脏病的疾病,这两种疾病的发病率分别为16.5-32.7%和22.8-25%。肺源性心脏病合并急性心肌梗死的比例很低,在我国仅为1.25%。从1989年7月到1998年8月,我科收治了712例老年肺心病,并AMI43例(其中肺心病急性加剧期发作17例),发病率高达6.1%,这与我科收治的危重病人数量多以及本组病人的年龄偏大有关系。研究发现,老年肺心病合并AMI与老年单纯冠心病AMI在发病位置上没有明显差别,但两者并发的房性心律失常也存在明显的差别,这说明老年肺心病对并发AMI发病位置没有任何影响,而出现的心律失常仍然保留了肺心病的特征。

肺心病病人有很多容易发生冠心病的因素:①长期低氧血症,感染,中毒等因素会对冠状动脉造成损害。②气短、心衰可使交感神经亢进,使肾素-Ang-醛固酮系统活化增加,进而诱发高血压,造成冠脉抽搐;③低氧引起的血流动力学改变和活化的血小板,使其粘附,聚集,释放等功能增强;④低氧、高二氧化碳、细菌毒素等引起的心脏损伤,促促红细胞生成素水平升高,继发性的红细胞增多,血液粘稠度升高,血液容量增加,导致心脏负担加重,最后发生左心室损伤,其中,肺源性心脏病患者的LVH发生率高达

25%,导致冠脉供血不足。因此,医生应充分了解肺部疾病与冠心病的关系。

尽管肺部心脏病合并急性心肌梗死的机率很小,但是其死亡率却很高,而且我们也发现,高龄肺部心脏病合并急性心肌梗死的病人,其预后并不好。因此,对于高龄患者.肺源性心脏病合并急性心肌梗死,应提高警惕。临床上的主要漏诊因素有:①急性心肌梗死前无临床表现;急性心肌梗死以无疼痛为主。随着年龄的增长,机体的组织、脏器的退化和自主神经系统的改变,导致了疼痛阈值的升高和疼痛感觉的降低;肺源性心脏病病人多为有较弱的慢性吸烟者,且吸烟者的急性心肌梗死的程度明显较非吸烟者高;由于长时间处于低氧、高二氧化碳状态,导致了肺心病人对痛觉刺激的敏感度降低,因此,在老年肺心病人合并AMI时,其痛觉并不显著;②老年肺源性心脏病病人在急性心肌梗死时,表现为明显的气喘,以掩饰其急性心肌梗死的征象;③对心电信号的辨识有误。肺源性心脏病患者的右室壁肥厚与AMI极为相似,尤其是在急性发作、右室壁萎缩等情况下,容易被误认为是肺源性心脏病。

肺源性心脏病特别是在急性发作时伴有呼吸衰竭,造成体内低氧、高二氧化碳、线粒体受损、ATP合成降低、钠离子转运受阻、细胞膜渗透性增加;在此基础上,我们提出了一个新的假设:肺部疾病患者血浆CK(肌酸磷酸激酶)水平在正常水平,如果CK、CK-MB(Myosphosphatase)高于2倍,LDH(Myosphatase)水平也高于2倍,LDH(Myosphatase)水平也高于3个百分点,并且与AMI相一致,那么就有可能发生AMI。

⑤对肺心病,肺感染,心衰等疾病的判断是满意的。在气喘症状严重时,由于没有得到及时的ECG和血浆心脏酶的检测,造成了漏诊。因为长时间的持续低氧血症及高碳酸血症,还有在急性发作期时,细菌毒素对心脏产生的作用,再加上利尿剂的多次使用,会导致电解质失衡,酸碱平衡失衡,这些因素都会对病人的左心功能造成一定的影响。

研究表明,肺源性心脏病病人左心室舒张功能显著下降。故合并AMI的老年肺心病人更容易出现急性左室功能不全;及心源性休克。我们前期研究发现,在老年肺心病合并AMI的病案中,有74.4%的病人出现了急性左心衰、心源性休克,或者在没有明确原因的情况下,在没有明确原因的情况下,出现了急性左心衰、心源性休克,或者在急性发作期间,出现了呼吸困难,都要警惕并发AMI的可能性。因此,对这两种疾病进行及时的监测,并对这两种疾病进行动态监测,是避免漏诊的重要手段。

参考文献:

- [1]RessHA,ThomasAT,RossiterC.The recognition of coronary heart disease in the presence of pulmonary disease[J].Br Heart J, 2020, 24:233.
- [2]程显声.慢性肺心病合并冠状动脉粥样硬化性心脏病的心电图与病理对比分析[J].中华医学杂志 2021, 58:531
- [3]蔡如声.慢性肺心病 20 年防治研究[J].2021:340
- [4]廖国清, 吴家瑞, 宋广业, 等.26 例慢性肺心病患者左心功能检测分析[J].中华心血管病杂志, 2021, 20(6):380-381
- [5]翁心植.肺心病伴冠心病的诊断与鉴别诊断[J].中华内科杂志, 2021, 21(4):239-242.
- [6]江山平,廖增顺.老年人慢性肺心病伴发急性心肌梗死的临床特点[J].新医学, 2021, (5):246.

作者简介:姓名:张亚民,性别:男,出生年月日:1988-07-28,籍贯:陕西省西安市,职称:主治医师,学历:本科,毕业院校:西安医学院,研究方向:重症医学科。