

血管病变的二级预防实践中阿司匹林应用效果分析

倪晓燕 (浙江省杭州市萧山区新湾街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 311228)

血栓栓塞性疾病包括冠心病、缺血性脑血管病等多种类型,好发于老年群体,在我国该病发病率呈上升趋势,为中老年人死亡的高危因素之一^[1]。该类疾病发病机制复杂,与动脉粥样硬化、血小板水平异常上升、凝血因子异常等因素有关,临床以抗血栓治疗为主^[2]。心血管病二级预防指南指出,确诊为心血管疾病(无禁忌)患者均需给予抗栓治疗,建议使用阿司匹林,剂量 75~150 mg/d,以预防血管事件再发^[3]。我们调查分析在 5 个社区卫生服务中心就诊的血栓栓塞性疾病患者阿司匹林服用情况,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择于 2014 年 1 月—2014 年 3 月到 5 所社区卫生服务中心就诊的 200 例血栓栓塞性疾病患者为研究对象。纳入标准:①有明确的血栓栓塞性疾病史(冠心病、缺血性脑血管病);②外周动脉血栓、静脉血栓或栓塞形成;③自愿签订知情协议书。排除标准:①急性发作;②肝肾功能严重障碍;③恶性肿瘤等。研究对象中男 120 例,女 80 例,年龄 32~87 岁,平均(63.4±2.4)岁。疾病类型:冠心病 73 例,缺血性脑卒中 68 例,两者兼有 32 例,短暂性脑缺血发作 23 例,其他 4 例。合并糖尿病 85 例,合并高血压 170 例,血脂异常 80 例,有家族史 11 例,有吸烟史 22 例,肥胖 124 例。

1.2 方法

对 200 例血栓栓塞性疾病患者就诊记录、资料进行分析,包括性别、年龄、疾病名称、严重程度等。整理出阿司匹林处方,通过问卷调查患者阿司匹林用药剂量、用药时间及未使用药物原因,包括家中有存药、患者自身因素、医师认为无需服用等。

1.3 诊断标准

①冠心病:有冠状动脉介入治疗史、心肌梗死病史;CT 等影像学检查确诊或由医师确诊为冠心病。

②缺血性脑血管病:既往表现有头晕、半身不遂、肢体麻木感等症状,经颅脑 CT 或 MRI 检查确诊为缺血性脑卒中或短暂性脑缺血发作(TIA)。

2 结果

2.1 阿司匹林应用情况

200 例患者阿司匹林总体服用率为 81.00%,其中既往服用占 76.00%,新处方仅占 5.00%。不同血栓栓塞性疾病患者阿司匹林服用情况见表 1。

表 1 200 例血栓性疾病患者阿司匹林服用率

不同类型	例数	既往服用	新处方	总体服用
冠心病(A)	73	60(82.19)	2(2.74)	62(84.93)
缺血性脑卒中(B)	68	53(77.94)	6(8.82)	59(86.76)
A+B	32	22(68.75)	2(6.25)	24(75.00)
TIA	23	14(60.87)	0(0.00)	14(60.87)
其他血栓栓塞	4	3(75.00)	0(0.00)	3(75.00)
合计	200	152(76.00)	10(5.00)	162(81.00)

注:括号外为例数,括号内为百分率(%)

2.2 不同性别患者阿司匹林服用情况

阿司匹林总体服用中男性 101 例(84.17%,101/120),女性 61 例(76.25%,61/80)。不同性别阿司匹林应用情况见表 2。

表 2 不同性别血栓栓塞性疾病患者阿司匹林服用情况

不同类型	男性(n=120)	女性(n=80)	合计
冠心病(A)	37(30.83)	25(31.25)	62
缺血性脑卒中(B)	39(32.50)	20(25.00)	59
A+B	15(12.50)	9(11.25)	24
TIA	8(6.67)	6(7.50)	14
糖尿病	46(38.33)	25(31.25)	71
高血压	86(66.15)	54(67.50)	140
血脂异常	42(35.00)	28(35.00)	70

注:括号内为百分率(%)

2.3 阿司匹林既往应用特点

152 例既往应用阿司匹林(均为肠溶片)患者中,使用剂量 100 mg 者占 98.03%(149/152),用药剂量为 40~80 mg 者占 1.97%(3/152)。其中国产阿司

匹林肠溶片占 26.97% (41/152), 拜阿司匹林占 73.03% (111/152)。152 例患者中餐前用药占 51.97% (79/152), 餐后服用占 48.03% (73/152)。

2.4 未给予阿司匹林处方或未服用原因

200 例患者就诊时给予阿司匹林处方 136 例 (68.00%, 136/200), 未给予处方 64 例 (32.00%, 64/200); 其中家中有存药 26 例 (40.63%), 医师认为无需用药 18 例 (28.12%), 患者因素 20 例 (31.25%)。患者因素中害怕药物反应占 65.00% (13/20), 出现出血反应占 5.00% (1/20), 胃肠道反应占 15.00% (3/20), 因不报销未应用占 5.00% (1/20), 其他 10.00% (2/20)。

3 讨论

流行病学研究发现,我国 1 年新增脑卒中人数约 150 万~200 万,年发病率为 116/10 万~219/10 万,死亡率为 58/10 万~142/10 万^[4];且当下脑血管疾病中以缺血性脑卒中为主,高达 70% 左右,且部分患者伴有糖尿病、高血压、高血脂等慢性疾病或危险因素。为此,采取有效方案预防或治疗脑血管疾病对提高社区居民生活质量具有十分重要意义^[5]。

血栓栓塞性疾病发病率在我国人口老龄化不断加剧的形势下逐渐上升,严重影响患者生活质量^[6]。心血管病二级预防指南认为,对于社区血栓栓塞性疾病患者来说,需给予阿司匹林等抗栓药物治疗,抗栓治疗是预防、治疗血栓性疾病的重要手段。阿司匹林的抗栓作用机制主要为:对环氧酶具有不可逆的抑制作用,能有效阻滞血小板聚集,阻断其产生血栓烷 A₂,进而达到减少或避免血栓形成的目的。抗血小板协作小组研究发现,给予心肌梗死患者抗血小板治疗,能有效降低再梗死率(约 25%),建议临床服用阿司匹林剂量为 75~325 mg/d。同时循证医学证实,抗血小板治疗在降低缺血性脑卒中等脑血管死亡率上有十分重要的作用。为此对于冠心病、缺血性脑卒中等血栓栓塞性疾病患者来说,建议将阿司匹林作为长期二级预防药物。

本研究对 2014 年 1—3 月收集的 200 例社区血栓栓塞性疾病患者阿司匹林应用情况进行调查,结果阿司匹林总体服用率高达 81.00%,这与左惠娟^[7]等人调查结果基本一致,且明显高于 17 国社区冠心病患者阿司匹林的服用率(15%)。这提示从社区卫生服务中心收集的患者可能为经常就诊的血栓栓塞性疾病人群,缺乏整体性。但这从侧面反映出近年来我国居民健康意识不断提高,越来越多的患者积极就诊

治疗。阿司匹林既往服用率高达 76%,而新处方仅为 5.00%,可见本研究中社区患者服用阿司匹林情况良好。但在既往服用阿司匹林患者中存在用药剂量、服药时间等差异问题,本次调查显示,患者服用剂量符合血管病二级预防指南推荐阿司匹林服用剂量。这可能与社区血栓栓塞性疾病二级预防相关知识宣传、阿司匹林药物推广、患者自我保健意识增强等有关,患者用药依从性、规范性有所提高。目前疾病二级预防指南尚未对用药时间进行统一规定,但药学专家认为餐前服用为宜,这是因为阿司匹林肠溶片中含有纤维素(包膜成分),酸性环境中相对稳定,进食后患者胃内环境碱化,造成此肠溶片胃内溶解,对胃产生一定的刺激,增加出血概率^[8]。本研究中餐前用药占 51.97%,为此需加强患者用药指导,提高患者阿司匹林用药合理性。

200 例患者就诊时未给予阿司匹林处方占 32.00%,除了部分患者家中存有阿司匹林药物外,主要原因:① 患者害怕阿司匹林会出现不良反应,尤其是以往出现过出血、胃肠道反应患者。本研究中因不能报销而未给予处方 1 例(5.00%)。另外,阿司匹林不同种类、剂量混淆、阿司匹林禁忌证等因素也会导致患者停用或减少药物剂量。② 部分社区医师对阿司匹林肠溶片用药认知不足或不重视,同时部分医师担心出现不良反应引发医疗纠纷,进而不主动为需要服用阿司匹林的患者提供,或者医师查看患者病历,发现有阿司匹林用药史,则不深问,可能忽略掉患者自行调整剂量等情况。本研究中医师认为无需用药占 28.12%。为此,需进一步加强健康宣教,提高医师用药水平及患者依从性。

4 参考文献

- [1] 王利云. 银杏叶提取物与阿司匹林抗血栓作用的临床比较[J]. 中国医药导刊, 2012, 10(12): 2156-2157.
- [2] 尹钊, 郭小梅, 明章银, 等. 阿司匹林抵抗研究进展[J]. 医药导报, 2013, 32(8): 981-984.
- [3] 中华医学会神经科学会. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南(2010)[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 154-157.
- [4] 孙滨, 季和平, 王辉, 等. 阿司匹林在社区心脑血管血栓性疾病中的应用现状及影响因素分析[J]. 中华脑血管病杂志(电子版), 2013, 7(6): 319-321.
- [5] 温宏峰, 王瑞彤, 李继来, 等. 缺血性脑卒中患者阿司匹林或氯吡格雷及其联合应用抗血小板治疗的研究[J]. 临床神经病学杂志, 2013, 26(3): 180-182.
- [6] 石开玖, 马治刚, 赖晓惠, 等. 不同剂量阿司匹林预防心房

- 颤动患者血栓栓塞的临床研究[J]. 西部医学, 2010, 22(7): 1232-1233.
- [7] 左惠娟, 刘军, 王森, 等. 社区就诊血栓栓塞性疾病患者阿司匹林抗栓治疗情况分析[J]. 心肺血管病杂志, 2014, 33(4): 503-507.
- [8] 张燕, 高宇平, 阴艳萍. 阿司匹林联合复方丹参滴丸预防中老年高血压患者血栓性疾病的疗效分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(8): 915-916.
- (收稿日期: 2014-11-18)

文章编号: 1004-9231(2015)08-0516-02

· 医防结合与社区卫生 ·

以横纹肌溶解为特征的急性毒蕈中毒临床分析

王晋鹏, 黄新文, 郑保健 (浙江省立同德医院急诊科, 浙江 杭州 310012)

毒蕈又称毒蘑菇, 由于毒蕈与食用蕈在外表上不易区分, 所以毒蕈中毒事件时有发生。毒蕈中毒的临床表现多样, 但以横纹肌溶解综合征为主要表现的病例报告不多。我们回顾性收集了我院以横纹肌溶解为主要表现的急性毒蕈中毒病例 9 例, 分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2000—2010 年我科共收治以横纹肌溶解为主要表现的急性毒蕈中毒 9 例。其中男 5 例, 女 4 例, 年龄 12~75 岁, 平均 (35.3 ± 16.8) 岁。其中 2 个群体共 5 例为集体中毒。所有病例均自行采栽我市周边景区内新鲜野生毒蕈, 从食用毒蕈至入院 3~30 h, 所有病人均无严重的心、肝、肾等基础疾病。

1.2 临床表现

所有病人均在食用毒蕈 1 h 后出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻等急性胃肠炎样症状。12~48 h 后出现疲劳、肢体乏力, 明显的腰背痛, 肌肉酸痛, 有些病人表现为胸闷、心悸。其中肌肉酸痛和腰背痛尤其显著。入院后均出现酱油色尿, 其中 5 例出现少尿, 1 例出现无尿。临床症状见表 1。

表 1 以横纹肌溶解为特征的急性毒蕈中毒 9 例临床症状

临床表现	例数
恶心呕吐	9
感觉异常	5
腹痛腹泻	6
腰背痛	8
肌肉酸痛	9
心悸	4
少尿无尿	6

1.3 临床检测指标

所有病人入院后均采血检测肌酸激酶(CK), 肌酸激酶同工酶(CK-MB), 血清肌酐(CR), 尿素氮(BUN), 丙氨酸氨基转移酶(ALT), 天门冬氨酸氨基转移酶(AST), 乳酸脱氢酶(LDH)。并于治疗结束时抽取空腹晨血复查上述指标。

1.4 治疗方法

① 急诊处理, 给予洗胃及对症处理。有毒蕈碱样症状者, 立即皮下注射阿托品 0.5~1.0 mg, 视患者反应情况, 必要时重复应用, 直至阿托品化。

② 急诊建立血管通路。所有患者均给予临时颈内静脉置管术, 保证透析时血流量达到 200~250 mL/min。

③ 血液净化治疗。对病人进行血液透析(HD)治疗。血液透析机为日本东丽 800C 透析机; 透析器为东丽 B1-1.6H 透析器; 采用碳酸盐透析, 透析液流量为 500 mL/min。血液灌流(HP)治疗使用珠海丽珠医用生物材料有限公司提供的 HA 型一次性无菌合成树脂血液灌流器。所有病人均采用 HP+HD 的治疗方法, 脱水量设置为 150 mL, 每日 1 次, 每次 2 h。

④ 其他处理。若病人出现酱油色尿, CK 明显增高, 除给予加强静脉补液, 每日 $\geq 3\ 000$ mL, 并用碳酸氢钠碱化尿液。对肝功能异常者, 给予甘利欣、阿拓莫兰等护肝药物。对出现心肌损害的病人, 视其心功能情况, 给予适量补液的同时应用心血管药物, 改善心肌血供。

1.5 统计学方法

数据采用 SPSS 12.0 软件处理, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用自体配对 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

作者简介: 王晋鹏(1973—), 男, 主治医师, 硕士