

第一届亚太急危重症学术大会

论文
文
汇
编

亚太急危重症学术联盟
全军急救医学专业委员会
北京医学会急诊医学专业委员会
2005年9月9~11日·北京

前 言

亚太急危重症学术大会，是二零零五年度急救领域规模盛大的一次高规格的大会。会议的筹备历时八个月，在学术阵容以及覆盖领域都体现了当今急救医学发展的最前沿。与会专家，有政府官员、有德高望重的学术泰斗、也有年富力强的业界新秀，真正的体现了百家争鸣的良好学术气氛。

会议的筹备过程中，我们得到了许许多多朋友的支持与帮助，这里首先要感谢所有的到会嘉宾，在百忙之中为大家准备了精彩的演讲，应该说，这些专家教授是我们会议的核心、也是亚太区急救与危重症领域的中流砥柱。另外，友谊医院的谢苗荣教授、北大医院的陈旭言教授、安贞医院的刘双教授、第三军医大学西南医院的文亮教授虽因日程问题而未能到会，但都给予我们很大的支持与关注，在此，我们要向所有给予本次会议支持与关注的所有朋友们表示真挚的感谢！同时需要感谢的是业内参与赞助本次会议的商家，你们都是行业里的精英！

当然，在这里也要对所有的工作人员、专家的助理们道一声辛苦了，没有你们的辛勤工作，不可能有这次会议的隆重召开。今天，我们在这里欢聚一堂，仅仅是一个开始，我们将通过各种活动、论坛、讨论来使大家紧紧的凝聚在一起，一起为急救医学的发展壮大共同努力，造福广大民众！

亚太急危重症学术联盟

第一届亚太急危重症学术大会组委会

《论文汇编》导言

本次会议征文活动得到了大家的支持，我们经过评选，将部分论文刊登在《论文汇编》中，请大家对这些论文广泛讨论，有任何感想、疑问或希望发表观点者，可将您的文稿发至 email: Apcec_essay@163.com

我们会就大家普遍关注的问题给予反应，并希望因此而促进学术交流。对于其中产生的佳作，我们同样会向相关学术期刊推荐。欢迎大家积极参与！

如果您还有任何问题请与亚太急危重症学术联盟委员会 白雪 联系

email: apcec_essay@163.com

北京市丰台区方庄芳城园一区17号楼（日月天地）A座1603（100078）

TEL: +86 01 58075131 58075132 转102 FAX: +86 01 58075138

亚太急危重症学术联盟

在信息网络的时代，知识不断更新，为了促进亚太地区急危重症医学的发展，提高亚太地区在本领域诊疗救治的综合水平，方便业内人士的沟通交流，由亚太区急危重症医学专家共同协商成立亚太急危重症学术联盟。

发展方针

本联盟为推行急危重症医学之发展，除定期举行学术演讲及研讨会、参加国际急危重症医学会议及活动之外，并与各国际性急危重症医学会展开联系与交流，亦将协助会员间经验之交换、合作及继续教育。因此联盟以寻求各大医院之普遍参加为原则，以专业发展为目的，配合政府研拟及推行急危重症医学相关之业务，争取其合理的医疗给付。相信在此一水准之下必能在和谐的气氛里共同努力，提高急危重症医学的水准及其国际学术地位。

联盟章程

第一章 总则

第一条：本联盟名称为【亚太急危重症学术联盟】（以下简称本联盟）。

正式英文名称为 The Asia Pacific Organization of Emergency and Critical Care Medicine（简称 APOEC）。

第二条：本联盟为非营利之学术团体，以促进急危重症医学之发展与研究，增进会员与国内外有关学术团体、各公私立医院之联系及合作为宗旨。

第三条：本联盟之涵盖领域，乃指凡与急诊急救、危重病救治和危重症监护、心脑血管急症、外伤、中毒、灾害医学、感染、院前急救等及其相关之医学，均为本会之范畴。

第四条：本联盟以亚洲及太平洋区域为组织区域。

第五条：本联盟之任务如下：

- 一、定期举行学术演讲及研讨会。
- 二、参加国际急危重症医学会议及交流活动。
- 三、出版有关急危重症医学学术论文、杂志、书刊。
- 四、协助会员间经验交流、合作及继续教育。
- 五、其他有关急危重症医学发展事项。

第二章 会员

第六条：会员分下列五种－凡赞同本会宗旨，年满二十岁，具有下列资格之一者，填具入会申请书，经委员会通过，成为本会会员。

一、基本会员：凡国内外认可之医学院修习医学毕业，取得急危重症医学专科医师执照，从事急危重症医学有关之医疗保健工作，修满一定课程，或经委员会认可者。

二、理事会员：凡国内外认可之医学院修习医学毕业，取得医师执照，从事急危重症医学有关副主任医师及以上人员。

三、常务理事会员：凡国内外认可的生物、医学工程、护理等相关科系毕业，在急危重症医学学术方面有突出贡献者。

四、名誉会员：凡对本联盟有特殊贡献者。

五、赞助会员：凡赞同本会宗旨，愿意赞助者。

第七条：会员权利及义务如下：

- 一、发言权及表决权；

- 二、参加本联盟所举办的各种活动并得到继续教育学分之权利；
- 三、以联盟会员身份出席各种学术交流活动的权利；
- 四、介绍或推荐各地业内人士加入本联盟的权利；
- 五、向联盟申请在各级学术期刊推荐其学术论文的权利；
- 六、免费得到联盟内部刊物及学术探讨的权利；
- 七、接受本联盟委托或指派职务的义务；
- 八、参加本联盟组织学术活动的义务；
- 九、维护本联盟声誉及利益的义务。

第八条：联盟轮职主席单位权利与义务

一、轮职主席单位权利

- 1、享有该届“联盟会议”新闻的优先知情权；
- 2、享有召开各成员单位会议的召集权；
- 3、享有联盟会议的召开地点优先选择权；

二、轮职主席单位义务

- 1、有义务协助“联盟会议”组委会组织本年度联盟会议的召开；
- 2、有义务协助联盟会议举办期间的主流媒体宣传协调工作；
- 3、有义务在舆论上引导各成员单位对联盟会议的宣传报道；
- 4、有义务协助联盟组委会组织策划联盟会议相关活动。

三、联盟轮职主席单位产生办法

联盟轮职主席单位每年更换一次，任职期为一年，即当年一月至次年十二月，每年十二月由有意担任轮职主席单位向联盟组委会递交“联盟轮职主席单位申请书”，经组委会综合审核后择定下届轮职主席单位名单，并以联盟秘书处名义发函给各成员单位。

四、联盟秘书处

（一）联盟秘书处人员编制

联盟秘书处作为联盟常设机构设立，具体人员编制如下：

秘书处秘书长：一名

秘书处秘书：一名

（二）联盟秘书处职能

秘书处代表联盟组委会向各成员媒体发布各类联盟相关资讯，并负责定期与成员单位进行互动沟通，及时收集各成员单位对联盟相关工作建议，反馈各类消息给联盟组委会，按时寄送《联盟资讯》给各成员单位，及时寄送联盟组委会各类会议决议与会议文件，及时跟进联系联盟的各项工作。

第三章 会议

第九条：联盟大会分定期会议与临时会议两种。定期会议每年召开一次；临时会议于委员会认为必要，或经会员五分之一以上之请求时召开。

第十条：会员大会之决议，以会员过半数之出席，出席人数较多数之同意行之，但下列事项之决议以出席人数三分之二以上同意行之：

- 一、章程之订定与变更。
- 二、会员之除名。
- 三、其他与会员权利义务有关之重大事项。

第四章 附则

第十一条：本章程未规定之事项，悉依有关法令规定办理。

第十二条：本章程经联盟大会通过，报经主管机关核备后施行，变更时亦同。

第一届亚太急危重症学术大会部分专家简介



王一钟，男，1929年4月

出生，汉族，中共党员。1951年毕业于原江苏医学院，毕业后留院及附属医院工作迄今，1958年迁址南京，改名为南京医学院、南京医科大学，临床工作在南京医科大学第一附属医院。早年从事普通外科，1957年起从事胸心外科工作。1978年起任主任医师，1986年起任教授。1987年起从事急诊医学专业工作，1994年任中华医学会急诊医学学会主任委员，1998年任名誉主任委员。1993年获国务院对高等教育有突出贡献特殊津贴。1996年当选为世界灾难和急诊医学学会理事。1999年当选为国际急诊医学联合会理事。现任南京医科大学第一附属医院终身教授，南京医科大学康达学院急诊医学系主任。兼任：《中国急救医学》杂志编委会主任委员、《中华急诊医学杂志》顾问、《中华新医学》总编辑；现在研究方向：休克、心肺脑复苏。主编出版的著作10余部，专业论著、述评百余篇。



沈洪，男，1958年出生，主

任医师、教授、博士生导师，现任中国人民解放军总医院急诊科主任，全军急救医学专业委员会主任委员、中华急诊医学分会常委、北京急诊医学专业委员会副主任委员、全国复苏医学专业组副组长，并担任《中国急救医学》杂志编委会主任委员、《中国危重病急救医学》杂志副主编、《世界急危重病医学杂志》总编、《中华急诊医学杂志》、《中国全科医学》等十余种杂志的编委。长期从事心血管内科、各类急危重症、疑难症的临床诊治工作，具有丰富的临床、科研和教学工作经验，特别在心肺复苏、急性冠脉综合症的早期救治方面有较深入研究。承担全军“九五”、“十五”攻关课题和国家863重点课题研究，并获多项军队科技进步奖、医疗、教学成果奖。



王佩燕，毕业于天津医科大

学医疗系。教授、主任医师。第四届中华医学会急诊医学分会常委兼秘书，现任北京医学会理事，急诊医学专业委员会主任委员。先后从事心内科、急诊医学、危重症临床工作。2002年开始，在卫生部急诊医学教育合作项目 John Hopkins 大学灾难、难民、急救研究所与北京朝阳医院急诊医学培训基地从事急诊医学教育组织和培训工作兼任办公室主任。现任《世界急危重病医学杂志》总编辑；《中华急诊医学杂志》常务编委；《中国急救医学杂志》编委；《中国危重症医学杂志》编委。主编：《急诊医学》（三新丛书）、《急诊医学》（卫生部专升本规划教材）、《急诊诊疗常规》、《实用内科急症手册》。



Peter M. Hill, M.D

Education and Training: 1991 - 1995: University of Maryland, School of Medicine, Baltimore, MD Doctor of Medicine. 1995 - 1998: Johns Hopkins University, Baltimore, MD Department of Emergency Medicine Residency, Chief Resident

Professional Experience: 2005 - present: Clinical Director Department of Emergency Medicine Johns Hopkins University, Baltimore MD. 2004 - present: Medical Director Mid - Level Provider Staff Department of Emergency Medicine Johns Hopkins University, Baltimore MD. 2000 - present: Medical Director Emergency - Acute Care Unit Cardiac Evaluation Unit Department of Emergency Medicine Johns Hopkins University, Baltimore MD.

Committees & Professional Organizations: 2004 - present: Chair, Emergency Department Information Systems Steering Committee, Department of Emergency Medicine, Johns Hopkins University. 2005 - present: Chair, Clinical Operations Committee, Department of Emergency Medicine, Johns Hopkins University.



景炳文，男，汉族，1933

年3月出生，浙江籍，共产党员，毕业于重庆第七军医大学医疗系，本科。现任职于第二军医大学附属长征医院主任医师、教授。全国急诊学会副主任委员，上海市第一任急诊、ICU质量控制中心主任，军队急救医学专业委员会顾问，全国危重病专业组组长。《中华急诊医学》、《中国急救医学》、《内科急危重症》、《实用内科》等杂志副主编和编委。80年代初率先在国内开展ICU危重病医学工作，有丰富的临床经验和高深理论。对心肺脑复苏，难治性休克、多脏器功能衰竭防治等研究在国内领先，已带研究生15名，研究中药大黄在胃肠功能疾病的防治方面取得较好疗效，获军队科技进步一、二、三等奖，上海市优秀发明奖。发表论文60余篇，专著《急症急救学》、《急诊医学》、《危重病急救手册》等。获政府特殊津贴，立三等功8次。



吕传桂，男，汉族，山东

籍。1962年11月出生。教授、主任医师。海口市卫生局局长兼党组书记、海口市120急救中心主任。1986年7月毕业于中国医科大学临床医疗系；1999~2001年就读英国威尔士大学新港学院(UWCN)获MBA硕士学位，2004年至今任海口市卫生局局长、党组书记，目前是全国急救医学学科带头人之一、海南省急救医学创始人之一和学科带头人、兼任主任的院急救医学与危重医学部是海南省卫生厅在全省确定的唯一一个“急救与危重病”的省级重点优势专科。现任中国急救网总监、美国急诊医师协会委员、美国危重病医学会委员、卫生部国际紧急救援中心专家委员会委员、中华医院管理学会全国急救中心(站)管理专业委员会副主任委员、中华医学会急危重症论坛专家学术委员会常委、中华医学会急诊学会委员兼院前急救组副组长，《中国实用外科》杂志编委、《中国急救医学》杂志编委，先后发表论文数十篇，承担多项科研项目。获国家人事部、卫生部、国家中医药管理局授予全国卫生系统先进工作者称号。



朱俊，主任医师，博士生导师。

现任职务：阜外心血管病医院内科系统管理委员会副主任，急症抢救中心主任。兼职：卫生部阜外医院临床药理基地副主任，国家科技部新药临床试验中心(心血管药)副主任，中国生物工程学会起搏电生理分会学术委员会委员，中国医师协会循证医学分会常委，多家杂志的编委和审稿人。主要从事心血管内科，急症抢救。对心律失常的急诊治疗，抗心律失常药物的应用有独到的经验。负责和参加国家863课题，国家攻关课题和多项国际多中心临床试验。发表论文70余篇，获科技进步成果奖3项。



席修明，男，汉族，1955

年6月出生，湖北籍，1977年毕业于北京医科大学医疗系，1992年~1993年曾在美国杰佛逊医学院学习。现任首都医科大学附属复兴医院院长、主任医师、教授、研究生导师。从事危重病医学临床工作20余年，在危重病医学专业急性呼吸窘迫综合征、多器官功能障碍的临床治疗及器官功能衰竭的支持技术等方面有深入的研究，发表论文十余篇，曾四次荣获科技进步奖。目前作为分项目负责人主持由北京市科委批准的多中心研究项目“重症感染、创伤并发多器官功能障碍综合征诊治规范化、降低病死率的研究”。现为全国青年科技工作者协会理事，中国病理生理学会危重病医学委员会全国委员兼秘书长，北京中西医结合学会委员，北京中西医结合学会急救学会副主任委员，中华医学会危重病医学分会第一届委员会委员，中华医学会北京分会危重病医学专业委员会主任委员。



傅研，首都医科大学附属北京同仁医院急诊科主任，主任医师，教授，硕士研究生导师，北京同仁医院急诊科学科带头人，中华医学会急诊北京学会委员、中华医学会中西医结合会北京学会委员、《中国临床医生》杂志特邀编委、《世界急危重病医学杂志》副总编辑，以心血管急症急救为特色专长，带硕士研究生16名，科研立项7项，发表相关文章20余篇，举办国家级继续教育学习班2次，市级继续教育学习班2次，学员共计700余人。



廖晓星，1955年出生，医学博士，教授、主任医师。急诊科主任，博士生导师。中华医学会广东省急诊医学学会副主委、广州市急诊医学学会主任委员、中国医师协会急救复苏专业委员会常委、《中华急诊医学杂志》编委、《岭南急诊医学杂志》常务编委、《世界急危重病医学杂志》、《中国急救医学》编委。研究领域：心血管急症（心肌梗死、肺栓塞）、心肺脑复苏、急诊科管理。曾在香港和澳大利亚进修急诊医学。已在心血管内科和急诊医学专业杂志发表论文、综述、译文等40余篇，主编《新急诊手册》、《实用急诊处方用药手册》，在《家庭医生》、《羊城晚报》等发表科普文章30多篇；在研项目有“抗凝、溶栓和抗凋亡治疗在心肺脑复苏中的应用”、“新型辅助循环方法和装置研究”、“食源性感染微生物的基因芯片诊断技术研究”等；获医疗成果奖等3项；现任中山大学急诊医学教研室副主任，已培养硕士研究生6人；主持“急诊医学理论与技能研修班”、“急诊急救护理提高班”等继续教育项目。



梁枝楠，1943年生，山西长子人。1968年毕业于北京协和医科大学，1980-1983年获北京中医药大学中西医结合硕士学位，1987年曾经赴日本医科大学救命救急中心研修急诊医学。曾任中日友好医院急诊科主任14年，现任北京中西医结合学会急救医学委员会副主任委员、北京中华急诊医学学会委员、中国中西医结合急救杂志编委、中日友好医院急诊科主任医师、教授。擅长于中西医结合危重病诊断和治疗。先后发表论文20余篇，完成论著5部。曾获部级成果二等奖。享受国务院特殊津贴。



何忠杰，男，1963年6月出生，四川德阳籍。1986年毕业于第四军医大学医疗系，本科学历，在读博士；主任医师。现任：解放军总医院304急救部主任；学术职务：中国人民解放军急救专业委员会，副主任委员；中国中西医结合学会蛇伤学组，副主任委员；中华急诊医学理论与实践编委会常委，中国急救医学杂志编委。

专业情况：长期从事创伤、危重病、急救工作，注重对内外科复苏的临床实践技术的应用和研究。形成了“三中点法”的锁骨下静脉穿刺技术、创新了“坐位、半卧位锁骨下静脉穿刺置管”技术、国内较早开展和普及“气管穿刺导入气管套管技术”。提出了急救“白金十分钟”的急救观念。发表论文30余篇，参与编医学专著六部，共20余万字；获军队科技医疗成果三等奖2项。



刘保池，男，1956年出生。现任郑州大学一附院急救中心主任，教授，主任医师，硕士生导师；社会兼职：中华医学会急危重症论坛专家学术委员会常委；河南省突发公共卫生事件医疗救治专家委员会主任委员；专业特长：危重病医学，肝胆胰外科；曾到美国、德国、英国、法国多所大学和医院访问和学习。在赞比亚工作4年，负责创建中赞友谊医院并且出任首席医疗官。2003年被中国卫生部、外交部、商务部联合评为“全国援外医疗工作先进个人”。已发表论文50余篇，编写专著5部，获6项国家专利。



姚咏明，汉族，男，1965

年11月出生，湖北省人，医学博士后（奥地利），解放军总医院第304临床部全军烧伤研究所教授、博士生导师。1987年毕业于第三军医大学军医系，1993~1996年赴奥地利维也纳路德维希·波尔茨

曼创伤研究所和德国汉堡医学生物学研究所进行博士后研究。现担任中国微生物学会微生物毒素分会副主任委员、中国中西医结合急救学会常委兼基础学组组长、中国灾害防御协会救援医学会理事、国家自然科学基金重点项目及全军重大医学科研项目评委等职。任《中华外科杂志》、《中国危重病急救医学》等14种杂志副主编或编委，《Crit Care Med》、《Am J Physiol》等8种杂志英文编审或特约审稿人等。先后承担国家、军队和省部级科研项目共计16项。公开发表论文306篇。主编和副主编专著3部、参编国内专著12部及国外专著4部。获国际性学术奖励和国家、军队科技进步二等奖以上成果14项，包括获国家科技进步二、三等奖3项、北京市和军队科技进步一、二等奖7项（其中第一完成人获国家科技进步二等奖1项、省部级一、二等奖4项）。1999年获欧洲、美国休克学会联合颁发的首届Schlag纪念奖。享受国务院政府特殊津贴及军队优秀专业技术人才岗位津贴。



彭石林，男，1959年11月

出生，湖北省武汉籍，武汉大学医学院内科硕士毕业，中科院心理学博士生，现任第二炮兵总医院急诊科主任，全军急救专业委员会委员，世界急危重病医学杂志编委，临床急诊杂志编委。长期从事心脑血管疾病的急症抢救工作，近来积极开展心身医学研究与创伤灾难的心理救援，获得多项省级科研成果与全军科研成果奖，擅长临床心理咨询与治疗，军事医学野战救护危重病救治分类专家。

长期从事心脑血管疾病的急症抢救工作，近来积极开展心身医学研究与创伤灾难的心理救援，获得多项省级科研成果与全军科研成果奖，擅长临床心理咨询与治疗，军事医学野战救护危重病救治分类专家。

蒋健，男，1932年生。1959年毕业于上海第

二医学院。先后任瑞金医院内科讲师、副教授、主任医师、教授及急诊科主任，是上海最早建立急诊医学专科的带头人，建立了上海最早的急诊医学硕士点，也是全国急诊医学专科学会的发起人与创建人之一。历任学会常委、秘书、副主任委员、复苏专业学组组长、上海急诊学会主任委员。主编著作有《心跳呼吸骤停的复苏》、《心脏血管急诊》、《猝死》、《急诊医学理论与实践》（主译）、《现代急诊内科学》、《现代复苏医学》等六部。在国内外发表论文60余篇。1997年曾应邀赴美国路易斯安那州立大学医学中心进行科研合作，被聘为该校客座教授。现任《中华急诊医学杂志》副主编、《中国急救医学杂志》副主任委员以及《实用内科》、《内科危重病》、《岭南急诊医学》、《中国临床》、《世界医疗器械》等杂志编委及副主编。目前兼任中华急诊医学专科委员会顾问兼心肺脑复苏组组长、卫生部国际紧急救援中心专家委员会委员、同济大学医学院附属东方医院医学顾问、上海市公利医院医学顾问。



邱泽武，男，1962年8月

出生，医学硕士，硕士生导师。副教授，副主任医师，毕业于第二军医大学。现任军事医学科学院附属医院全军中毒救治专科中心副主任。长期从事急性中毒及危重病人的临床救治和基础研究。多次参加

国内重大化学中毒事件的应急救援，在急性中毒的诊断与治疗 and 重大突发中毒事件的应急救援方面有较深造诣。现任全军急救医学专业委员会常委；北京市急救医学专业委员会委员；中国毒理学会中毒与救治专业委员会秘书长；中华医学会急诊医学急性中毒专业组委员；北京市重大突发公共卫生事件应急处理专家；《中华内科杂志》及《人民军医》杂志特邀编审、《中华急诊医学杂志》、《中国临床医生》、《中华实用医药杂志》、《药物不良反应杂志》、《世界危重病急救医学杂志》编委，在国内外杂志发表论文80篇，参编出版专著5部。获全国征文比赛一等奖一项、军队科技进步三等奖各一项。



李志忠，男，36岁。1992

年毕业于河北医学院。从1994年开始，先后在科内、院内、北京市及国内分别开展了多项工作。完成了“九五”攻关课题国产支架经股动脉治疗主动脉瘤的动物实验。大动脉覆膜支架治疗主动脉夹层动脉瘤。首次在国内报道了多孔房间隔缺损的介入治疗经验。国内开展了大房间隔瘤合并房缺的介入治疗。国内首例抢救成功肺栓塞猝死患者。国内首例“Amplatz血栓旋切导管治疗急性大块肺栓塞”。国际上首例：主动脉夹层合并心肌梗死的大动脉支架联合冠状动脉支架的介入治疗。2000年5月获吴英恺青年医学奖一等奖。2002年赴澳大利亚Liverpool医院心内科进修。介入工作：共完成冠脉造影6000例，PCI手术1800例，冠状动脉旋磨18例，冠状动脉血管内超声15例，无保护左主干介入治疗40例及大量静脉桥血管介入治疗，包括闭塞静脉桥血管的介入治疗，多种远端保护和X-sizer的应用。先心病介入治疗300例；主动脉夹层50例；肺栓塞介入治疗12例；其他复杂先心病、风心病、大动脉疾病导管操作近800例（曾负责安贞医院导管室业务工作4年）。科研工作：发表论文35篇。承担科研课题3项。参加完成我院“九五”攻关课题2项，北京市科研课题2项。近期主要参加国家自然科学基金课题1项，参加973项目1项。

刘双，女，45岁，1959年12月出生，1983年北京医学院分院毕业，现任北京安贞医院心血管医疗抢救中心副主任；首都医科大学第六临床学院抢救中心教研室副主任；呼吸专业主任医师，教授，硕士生导师；中华医学会北京分会呼吸疾病学术委员会委员；2002年赴美国匹兹堡大学医学中心肺部及内科危重症部门做访问学者；发表学术论文60余篇，41篇为中华类或核心期刊，主编了《SARS临床病例及影像学分析》，参编了《中老年与呼吸系统疾病》、《常见病症自我药疗》、《肺栓塞诊疗手册》等书籍。目前主要从事急诊危重症监护和呼吸专业的工作，积累了丰富的临床经验，特别是严重感染、多脏器衰竭、心肺血管疾病、肺栓塞、复杂性危重症、呼吸支持等方面更为突出。



杨媛华，女，医学硕士，副

主任医师。1987年毕业于首都医科大学医疗系，一直从事呼吸系统疾病的医疗、教学和科研工作，曾参加国家“八五”科技攻关课题的研究。自1998年以来一直从事肺栓塞的临床诊治和科研工作，现为国家“十五”科技攻关课题—肺栓塞规范化诊治方法的研究的主要完成人。获省部级科技进步奖3项，撰写论文20余篇，参编学术专著5部。



朱继红，男，1964年出生。

1984年毕业于北京大学医学部（原北京医学院）。在北京大学人民医院工作至今。1998年开始从事急诊工作，2001年任北京大学人民医院急诊科主任。目前已在国内外学术期刊发表论文40余篇，参与著书3部，主译一部，主编一部，培养硕士研究生2名，在职研究生2名。现任中华医学会急诊分会全国委员、北京社区医师协会常务理事、卫生部考试中心专家组成员、中国医师协会急诊与复苏专业全国委员、卫生部急诊准入制度专家组成员、中华急诊医学杂志编委、疑难病杂志编委、中华医学杂志英文版审稿人（特约）、世界危重杂志编委。



周荣斌，北京军区总医院急

诊科主任，医学博士，主任医师，教授，硕士研究生导师，兼任中国急救医学杂志、中国危重病急救医学杂志、世界急危重病医学杂志、中华老年多器官疾病杂志和中华医学实践杂志编委，中国医师协会急救复苏专业委员会副总干事、常委，中国中西医结合急救医学会委员，北京军区急救专业委员会副主任委员，在危重病救治、急救复苏及老年心血管疾病的诊治方面有丰富的临床经验。主要研究方向为心肺脑复苏，获全军医疗成果一等奖和科技进步三等奖、四等奖各一项，主编参考书《现代复苏医学》、参编著作两部，发表论文82篇，第一作者发表论文52篇。

第一届亚太急危重症学术大会支持媒体

中国全科医学杂志

健康报

中华急诊医学杂志

岭南急诊医学杂志

世界急危重症病医学杂志

中国急救医学杂志

中国危重病急救医学杂志

健康中国

科技日报

健康导报

急救快车

慧聪网

中国急救网

中华急诊网

中国重症医学网

重症监护网

目 录

亚太急危重症学术联盟简介	正文前页 1
第一届亚太急危重症学术大会部分专家简介	正文前页 2
专家讲坛	
老年心血管急症的初期急救	王一镗 1
发挥急诊科优势 造福 STEMI 患者	王佩燕 2
急性冠脉综合征的新观念	沈洪 4
非 ARDS 引起严重低氧血症剖解	景炳文 7
恶性心律失常的急诊药物治疗	朱俊 8
院前急救网络技术的应用——现场救援的实时监控、数据库支持和标准化操作	吕传柱, 金世红, 黄航 10
急性肾功能衰竭的肾脏替代治疗——现状与进展	席修明 13
脓毒性休克的早期定向目标治疗	楼滨城 18
过敏性休克诊断与处理	楼滨城 22
急性心力衰竭的诊治新进展——2005 年 ESC 急性心力衰竭诊断治疗指南概要解析	傅研 23
主动脉夹层	廖晓星 32
急性冠状动脉综合征 (ACS) 药物及介入治疗	李志忠 35
溶栓治疗在心肺复苏中的作用及机制探讨	朱继红 41
ST 段抬高急性心肌梗死 (STEMI) 急诊救治指南	周荣斌 42
急性肺血栓栓塞诊断治疗中的几个问题	白树功, 刘双 45
静脉血栓栓塞症的诊治与研究进展	杨媛华 48
高血压急症的中西医结合治疗进展	柴枝楠 49
医院急诊创伤救治的发展模式	何忠杰 51
院外复苏与院内复苏问题与思考	蒋健 54
液体复苏与休克	霍正禄 56
MODS 在急诊科的救治	刘保池 59
创伤心理应激损伤救治对策	彭石林 61
化学毒物急性中毒的治疗	邱泽武 62
现代脓毒症研究的重要方向与进展	姚咏明 64
细菌耐药和医院感染的防治	刘双 67
实验研究	
纳洛酮对兔急性心肌缺血再灌注损伤的影响	余方宇, 邱俏梅, 卢中秋等 68
毒鼠强对小鼠脑组织 GABAA 受体 γ_2 亚单位 mRNA 的影响	韩继媛, 温宇英, 孙鹏 71
复方麝香注射液在大鼠急性全脑缺血再灌注损伤中对 BDNF、NGF 的影响	陈伟峰, 韩继媛, 田兆兴等 75
长托宁对大鼠急性全脑缺血再灌注损伤时 NF- κ B 的影响	曹锋生, 韩继媛 78
高剂量 γ -氨基丁酸和二巯基丙磺酸钠对急性毒鼠强中毒小鼠的实验治疗对比研究	孙鹏, 韩继媛 81
氧化磷脂对内毒素信号通路的影响及对急性胰腺炎大鼠的治疗作用	李磊, 王兴鹏, 吴恺 84
Toll 样受体 4 基因表达变化在油酸/脂多糖型老年大鼠 MODS 的意义	王兴胜, 吴国明, 钱桂生等 88
乌司他丁对严重脓毒症大鼠外周血中性粒细胞凋亡的影响	孙来芳, 潘利伟, 应斌宇等 91
溴苯腈急性中毒小鼠毒性及免生化指标变化的实验研究	卢中秋, 刘晓, 梁欢等 93
临床研究	
心肺复苏后多器官功能障碍综合征临床分析	朱英, 黄淮, 顾景华等 70
急性脑梗死患者血浆 ET 和 NO 含量的变化及醒脑静治疗干预	李惠萍, 陈寿权, 黄唯佳等 97

大剂量白蛋白治疗重症颅脑损伤脑干功能障碍的临床应用研究	孙万凯, 程化坤, 戴连途等	99
灯盏花注射液治疗急性脑梗死的疗效观察	黄桂荣	101
急性心肌梗死心电图 ST 段抬高与早期溶栓的临床再探讨	赵培芳, 李晓霞, 李惠民等	102
白细胞介素 18 与急性冠状动脉综合征的关系	刘治晏, 燕扬	103
液体给氧治疗冠心病 30 例临床观察	彭石林, 张灼	105
主动脉夹层的临床特点	卢中秋, 邱俏桦, 计光等	106
16 例主动脉夹层分离的急诊临床分析	张新超, 温伟, 全锦花等	108
主动脉夹层动脉瘤猝死患者的临床与尸检病理分析	曹素艳, 毛利民, 杨杰孚	110
原发性心脏及心包肿瘤的临床分析	冯美云, 王丛, 阎旭龙等	112
参附注射液治疗心源性休克临床研究	毕晓锋, 刘国斌	113
心脑血管病合并严重低钠血症 18 例分析	朱震豪, 黄朝丰, 钟东塔	115
体外膜肺氧合在严重肺挫伤中的应用研究	谢钢, 宁晔, 蒋崇慧等	116
氨溴索在慢性阻塞性肺疾病并呼吸衰竭患者机械通气中的应用	王道良, 龙虎, 罗焕荣	118
序贯机械通气治疗老年普胸手术后并发呼吸功能不全的研究	周芸	120
创伤后 SIRS 临床特点分析	周泽强, 韩庆	122
运动神经元病合并慢性呼吸衰竭应用 BIPAP 呼吸机治疗的临床观察	华玲, 王利力, 袁学山等	124
胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术后并发胆道感染原因分析	孙杰, 杨群庆, 邓漾等	126
急性一氧化碳中毒患者血清 S100B 蛋白对预后的影响	杜晓冬	128
急性有机磷中毒患者的临床特征及预后相关分析	李惠萍, 赵初环, 邱俏桦等	130
MEWS 与 APACHE II 评分在急诊潜在危重病人病情评价和预后预测中的对比研究	杨径, 孟新科, 吴华雄等	132
卡维地洛与美托洛尔对血糖增高合并高血压患者的代谢的影响	马杰军	135
多器官功能障碍综合征患者血清心肌酶变化及临床意义	王道良, 陈少霖, 蔡正哲	136
可乐必妥 (500mg) 治疗下呼吸道感染的疗效与安全性研究	张新超, 乔延东, 张燕启等	137
急诊内科感染症的抗生素临床应用及进展	伏军贤, 刘丹平	139
危重病人机械通气时肠内营养的应用	赵宏胜, 崔晓莉, 王忠勇等	144

经验交流

救治成人急性非创伤性喉梗阻 23 例体会	贺志高, 诸黎星, 周新等	146
腹腔镜胃十二指肠穿孔修补术的临床应用价值	杨群庆, 印慨, 孙杰等	147
青年自发性气胸 46 例的手术治疗	马路, 彭学锋, 李成继等	148
重症肌无力危象心跳呼吸停止 22 分钟复苏成功 1 例	华玲, 王利力	150
纳络酮致抽搐一例	王平, 李华美, 蓝宝琼	151
急诊低血糖偏瘫误诊探讨	张蕾蕾, 庄小静	152
急救中心绩效评估指标模型的构建	朱虹	153
脑钠肽在心力衰竭中的诊断和治疗现状	张悦凤	155
多发伤患者发生 ARDS 的临床预见性护理	张云芳	158
急性有机磷农药重度中毒 32 例抢救体会	梁日旺, 冯卫权	159
有机磷中毒致中间综合征的急救及护理	邹利群, 李明凤, 阳治芳	161
颅脑外伤患者院前急救护理体会	张伟	163
经口气管插管病人的口腔护理方法	姜静媛, 李明凤, 邹利群	164
口咽通气管在急救护理中的应用	汪晓攀	165
现代诊断技术在急腹症诊断过程中的选择和应用	王东霞	166
外科急腹症诊断的思维程序	王东霞	167
灾害急救医疗管理中计算机网络技术的应用	胡辉莹, 熊唯江, 瞿嵘等	168
浅谈急诊出诊中存在的困难及对策	陈洁, 郑季平	170
突发灾害事件的心理防范	彭石林	172
大批毒气中毒伤员的联合救援	王东霞, 谭巍	173



老年心血管急症的初期急救

王一镗

【关键词】 心血管急症；老年；急救

- 1 中国社会的特点
 - 人口众多：14 亿
 - 经济增长、生活改善，平均寿命明显延长
- 2 老龄化社会的标准 60 岁以上者达人口总数 10%，65 岁以上者达 7%
 - 最早法国，继而瑞典、挪威再后即英、德、美、加、意、日等
- 3 我国老龄化社会的概况
 - 上海早在 1979 年即成为“老龄化城市”
 - 继而浙江、江苏、北京、天津、山东、重庆、辽宁均已成为老年型省市
 - 预计 2010~2020 年，全国均将成为老年型社会
- 4 老年社会带来诸多问题
 - 考验社会保障体系
 - 考验中国的传统文化和伦理道德
- 5 老年心血管急症发病率有日益上升的趋势
 - 其中有人均寿命延长的因素
 - 以一项 17 个省 3531522 人的流调为例（发病率）
 - 急性心肌梗死 37.22/10 万
 - 心源性猝死 39.82/10 万
 - 故全国约共计百万例！
- 6 心血管急症
 - 初期急救至关重要，而这正是我国的薄弱之处
- 7 时间就是生命
 - 这一要义同样适用于老年心血管急症，从那里着手呢
- 8 城市“120”急救中心（站）从业人员应爱岗、敬业
 - 政府应给予更多的扶持
- 着力缩短抢救的距离半径
- 着力缩短抢救的时间半径
- 建立多个救护分站是一行之有效的办法
- 上海市医疗急救中心着力关注 EMSS 的生力军——社区卫生服务中心
 - 希望它成为伸向城乡各个角落初期急救的触角
 - 它像哇哇坠地的初生婴儿有无限的生命力
 - 着力关注生力军的新战士
 - 我国刚刚诞生的第“361”行——医疗救护员
 - 已由国家卫生部、人事部、劳动和社会保障部正式批准
 - 培训基地设在南京医科大学
 - 需要社会更多的人参与
 - 最初目击者
 - 更多的志愿者队伍
 - 更多的“好心人”
- 9 加强城市医疗急诊中心（科）的建设
 - 人员及其素质是根本（其质量集中在“反应”一词）
 - 提高反应的速度
 - 提高反应的质量
 - 提高反应的服务态度
 - 对反应要时刻有所准备
 - 提高所有人员的素质
- 10 加强急诊 ICU 的建设
 - eICU 的病人，除创伤病人外，有明显老龄化的特点
- 11 急诊从业医护人员必须
 - 多学一些有关老年病人的生理和病理生理特征，及其并存症多、并发症发生率高的临床特点
- 12 需要更多的关怀
 - 老年人需要更多的关怀
 - 老年病人则更需要更多的关怀

作者单位：210000 南京医科大学

发挥急诊科优势 造福 STEMI 患者

王佩燕

【关键词】 STEMI 患者; 急诊科

1 急诊科遍布城乡医院

1984 年中国内地急诊医学成为独立临床医学专业

北京市所有三级甲等医院建立了急诊科

1990 年后区县级医院建立了急诊科

2 20 世纪 90 年代全国城乡卫生部门医院普遍建立急诊科

急诊科设施和设备日臻完善

急诊门诊——最早接诊医疗部门(鉴别、处置、观察)

急诊抢救室: EICU、EICU 后病房

3 急诊科医师/护士训练有素

1. 长期在急诊科工作

2. 医师需在内科、外科三年轮转

3. 重点在 CCU, SICU, RICU, EICU 轮转

4. 急诊科护士均有三年以上急诊工作经历

4 急诊科有能力处理 AMI 患者

1. 胸痛鉴别诊断和处理是日常工作

2. 对心衰、呼衰、肾衰、休克处理见长

3. 高级生命支持技术娴熟

3. A. B. C. 技术不断更新

4. 追踪 AMI 诊治前沿

5 AMI 的救治是急诊科和心脏科共同面临的挑战

1. AMI 已成为城乡常见病

2. AMI 救治费用居高不下

3. 医疗资源有限

4. 患者支付能力不足

5. AMI 救治中的误区

6 CAD 和其他心脏病正在威胁城乡人民

2004 年卫生部门市医院住院病人前十位疾病构成中缺血性心脏病为第八位, 占 3.79%

2004 年部分市县(包括京、津、沪、渝)前十位疾病死亡率及构成比城市: 心脏病死亡专率为 99.36/100 000 人, 占第三位 构成比为 18.8%, 农村: 心脏病死亡率为 63.36/100 000 人, 占第四位, 构成比为 12.54% (卫生部统计数据)

7 菲薄的收入/高昂的费用

2004 年北京市居民平均可支配收入 1.56 万元/年

2004 年北京市 13 家三级甲等医院 总收治 AMI 患者 3770 例, 平均住院日为 14.24 (10.46 ~ 19.9), 平均住院费用为 4.52 万元/年 (4.52 ~ 5.60)

8 STEMI 救治的误区之一

过分“偏爱”PCI, 忽视溶栓治疗

13 家三级甲等医院均施行 PCI (直接或补救)

其中 5 家无心外科, 成熟的导管室和熟练的术者

调查 11 家区县级 (二级甲等) 8 家开展 PCI

某三级甲等医院 2004 年 STEMI 救治中 86.6% 行直接 PCI

9 STEMI 救治的误区之二

忽视患者经济承受力

支架价格—裸支架: 7 014 ~ 12 087 元/支

药物涂层支架: 18 020 ~ 41 727 元/支

冠脉球囊导管: 3 139 ~ 6 675 元/套

溶栓药物 (链激酶, 尿激酶, rTPA): <50 ~ <2 000? a

10 AMI 处理的基本原则迅速、安全、有效 2004 年美国 STEMI 救治指南 (I - A 建议)

STEMI 患者就诊后, 接诊单位应立刻予以再灌注治疗评估并迅速实施再灌注治疗策略

11 再灌注策略选择原则

可迅速实施

安全可靠

最大效益/成本比

12 选择步骤

第一步: 评估时间和危险性

1. 症状发作时间

2. STEMI 的危险性

3. 转运到可熟练施行 PCI 实验室所需时间

第二步: 确定选择溶栓或介入治疗, 当症状出现在 3 小时内且转到介入治疗实验室亦不为迟 则任何一项治疗均可选择

13 我们的选择原则

1、科学合理——符合 I - A 类建议

2、可用的医疗资源

3、患者接受的可能性 (经济承受力)

14 充分实行溶栓治疗救治 STEMI 患者

科学性指南 I - A 类建议:

1、如无禁忌证: STEMI 症状出现 <12 小时, 至少 2 个相邻胸或肢体导联 STE > 0.1mv, 应予溶栓

2、如无禁忌证: STEMI 症状出现 <12 小时, 出现新 LBBB 或疑为新出现 LBBB 亦应溶栓

15 STEMI 救治的可利用资源——急诊科

1. 医院内 STEMI 患者: 第一接诊者

作者单位: 100025 首都医科大学附属北京朝阳医院急诊科



2. 设施设备完善、人员胜任

指南 I - A 建议: STEMI 患者到达无专家医疗单位: 不能在 90min 内施行 PCI; 若无禁忌证则应予溶栓治疗

16 溶栓治疗为多数患者所接受

溶栓治疗为多数患者所接受

费用低廉——溶栓治疗费用 < PCI 费用

溶栓后续治疗可以在急诊科完成——EICU

具备监护手段

强化治疗技术

AMI 的救治始终是急诊科医护人员的必修课

17 溶栓可以在广大城乡医疗单位实施

急诊科普及程度 > 心脏内、外科

城乡低收入患者占大多数

溶栓治疗——技术单纯、无须特殊设备、异于 PCI

18 溶栓治疗注意点

I - A 建议

1. 确实有颅内出血危险者 (4%) 则应给予 PCI

2. 当 12 导联 ECG 仅示 ST 段压低——不用溶栓治疗除非能证实为真后壁 AMI

3. 明确患者是否有禁忌溶栓的神经系统疾病——在近 3 个月内有任何颅内出血史 明显的头面部闭合性创伤缺血性脑卒中, 未控制的高血压, 则应予以 PCI 而不是溶栓治疗

19 溶栓并发症

I - A 建议: 在溶栓中或其后, 特别是最初 24 小时内, 若出现神经系统症状则应考虑为颅内出血 (ICH), 所致——除非能证实为其他问题。溶栓、抗血小板、抗凝治疗均应停止——除非脑影像学检查未能证实为 ICH。

急性冠脉综合征的新观念

沈洪

【关键词】 急性冠脉综合征；危险评估

全球每年约有 1900 万人死于心脏疾病，其中急性冠脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS) 为最主要的临床类型，其包括不稳定心绞痛、非 ST 段抬高、T 段抬高心肌梗死。实际上，大多数 ACS 患者发病前可无临床症状，甚至在发病后短时间内发生心脏性猝死。因此，认识 ACS 不仅局限于临床及病理的表现，而应对整个临床病理过程中，粥样斑块、血液及心肌易损性的危险程度进行总的评估。在评估方面不仅针对一个粥样斑块，要对其总的负荷进行复全危险计分和分层，不仅对要评价人群的远期预后，更重要的要针对个体近期的危险预警，以及可量化地评估近期发生 ACS 的危险性。

1 易损的动脉粥样斑块

公认典型的 ACS 是由粥样斑块纤维帽破裂所引发的，约 70% 的致命性心肌梗死和/或心脏性猝死源于此因。回顾性病理尸检示，ACS 的斑块有大的脂质池，表面为薄的纤维帽，并有巨噬细胞密集的炎症反应。根据尸检结果提出易损斑块定义的主要和次要条件，见表 1。

表 1 易损斑块的标准

主要条件
● 活跃炎症 (单核/巨噬细胞浸润)
● 大脂质池表面有薄纤维帽
● 内皮受损，血小板聚集
● 斑块裂隙 ● 狭窄 > 90%
次要条件
● 表浅钙化结节
● 黄色闪光
● 斑块内出血斑块
● 内皮功能低下
● 扩展性 (正性) 重塑

有心脏尸检、冠脉造影、血管内超声及中性白细胞髓过氧化物酶研究发现，ACS 患者中不只是一处易损斑块，而有多处易损或已破裂斑块。有已经出现斑块破裂或裂隙所致血栓性并发症，却无临床症状，可随着斑块的不断进展终使血管产生狭窄。

发病机制大多是由于炎症细胞侵入血管内膜下，从而削弱了斑块的稳固性，使之发生破裂。血流速率和涡流 (紊乱) 及血管结构的改变，也可能是引起斑块破裂的重要原因。综合血管堵塞的程度和持续时间，及有否侧支循环决定心肌梗死发生的类型。

斑块破裂和裂隙后，血小板聚积在破溃斑块的表面 (血小板粘附)，粘附的血小板填充斑块破裂处并产生聚集。纤维蛋白原与血小板相互结合形成纤维蛋白进一步激活凝血系统，

部分血管堵塞可产生缺血的临床症状，这种表现可延期发生，也可在静息时发生。而微血栓可以堵塞并嵌在冠状动脉微血管处，引起心肌无灌流现象。

“心血管易损患者”的概念系指基于斑块、血液或心肌易损性可能发生 ACS 的危险患者。

2 易损的致栓塞血液

作为预示 ACS 危险的炎症标志 - C - 反应蛋白 (CRP) 作为全身炎症反应的非特异性标志，可活化内皮、使血小板聚集于斑块表面，提示其在斑块炎症反应中的重要作用。有研究表明，以下血清标志可能预示发生 ACS 的危险性，见表 2。

表 2 易损血液标志 (反映代谢和免疫性疾病)

- 脂蛋白异常 (高 LDL、低 HDL、LDL 及 HDL 大小、密度异常、Lp(a))
- 非特异炎症标志 (hs CRP、CD40、ICAM、VCAM-1、P-选择素)
- 代谢综合征的血清标志 (如糖尿病或高甘油三脂)
- 免疫活化特异标志 (如抗 LDL-抗体、抗-HSP 抗体)
- 脂质过氧化标志 (ox-LDL, ox-HDL)
- 高半胱氨酸
- PPAR-A
- 血中多种细胞凋亡标志 (如 Fas/Fas 配体)
- ADMA/DDAH
- 血非酯化脂肪酸 (如 NEFA) 6

注：hs CRP：高敏感 CRP CD40L：CD40 配体 ICAM：细胞间粘附分子 VCAM：血管细胞粘附分子

糖尿病、高胆固醇血症、吸烟等也可导致血液高凝状态，使血栓性并发症增加。血中组织因子水平升高，纤维蛋白原、PAI、CRP 水平长时间的升高。凝血和抗凝平衡一过性失衡，在斑块-血液相互作用是造成 ACS 很有可能的重要因子。运动、吸烟时儿茶酚胺释放增加，可能增加斑块血栓形成的危险。常用于反映高凝性的易损血液标志，见表 3。

表 3 易损血液的标志

- 血液高凝标志 (纤维蛋白原、D-dimer、Leiden V 因子)
- 血小板活性及聚集 (GP IIb/IIIa, I a/II aIB/IXa 基因多态性)
- 凝血因子增加 (凝血因子 II、VII、VIII 和 von Willebrand 因子)
- 抗凝血因子减少 (如 S 和 C 蛋白、凝血调素、抗凝血酶 III)
- 内源性纤溶活性降低 (如 t-PA 降低、PAI-I 增加，某些 PAI-I 多态性)
- 凝血酶原突变
- 致血栓因子改变 (血小板增加、红细胞增多、糖尿病、高胆固醇血症)
- 血粘稠度增加
- 一过性高凝状态 (如吸烟、脱水、感染、交感神经活性变化、可卡因、雌激素、餐后等)

作者单位：100853 北京市，解放军总医院急诊科

3 易损心肌

3.1 无动脉粥样硬化的缺血性易损心肌 心脏性猝死的常见原因是冠状动脉骤然闭塞。大量实验和临床证据提示,自主神经系统活性在改变冠脉闭塞预后方面起相当重要作用,自主神经张力在决定斑块破裂的预后中起着关键作用。交感神经活性易导致产生致命性室速,而造成血流动力学不稳定。不同个体对自主神经反应类型和严重程度有很大差别,已有的冠脉狭窄程度、对心肌缺血的预适应状况、日常体力活动、使用 β 阻滞剂情况、性别等均影响自主神经系统反应和产生致命性心律失常的危险程度。也有研究认为,自主神经受遗传因子影响。

3.2 因动脉粥样硬化致缺血的易损心肌 任何心脏缺血都可增加患者心律失常和心脏性猝死的易损性。诊断、评价心肌缺血和致命性心律失常的方法有助评估患者的危险。缺血性心脏病发展到最后为缺血性心肌病,此类患者易发生心脏性猝死。

3.3 非缺血性易损心肌 此类患者多为非缺血所致的各类心脏病。

4 ACS的早期治疗

4.1 ACS中不稳定心绞痛或非ST抬高心梗(UA/NSTEMI)早期治疗 已达成两个治疗策略的共识:(1)保守治疗策略,对大多数患者可首先使用药物治疗,经治疗后仍存在缺血或再发缺血者,可考虑冠状动脉造影;(2)有创策略,对无禁忌证的患者常规早期行冠状动脉造影检查,对合适的病例实施血运重建。2002 UA/NSTEMI治疗指南中更加强调了早期有创策略,对缺少高危特征的患者,早期有创和保守治疗方案都可以选择。

2002指南中建议给欲行介入治疗的病人用抗心肌缺血、血栓形成和血小板聚集的三联治疗。

4.1.1 对非ST段抬高ACS患者应该迅速开始抗血小板治疗。阿司匹林的治疗应尽早开始,并且无限期的持续使用;氯吡格雷应用于因为过敏或胃肠道严重不耐受而不能接受阿司匹林治疗的住院患者,对于计划早期非介入干预的住院患者,入院时在阿司匹林的基础上应尽快加用氯吡格雷,治疗至少1个月,持续至9个月。对计划行PCI的患者,应该用氯吡格雷并连续用药至少1个月,若非出血高风险的患者可用至9个月。对服用氯吡格雷并计划行CABG的患者,如果可能,应停药至少5天,最好7天。

4.1.2 抗凝治疗是非ST段抬高ACS治疗的必要组成部分。2000指南中建议用普通肝素(UFH)或低分子肝素(LMWH)进行抗凝治疗。关于抗凝治疗指南修订如下:I级:在抗血小板治疗(阿司匹林和/或氯吡格雷)的基础上,应给予皮下低分子肝素或静脉普通肝素(A类证据);IIa级:对UA/NSTEMI病人,低分子肝素(依诺肝素)优于普通肝素,除非在24小时内计划行CABG术。

特别建议,在最初稳定期使用低分子肝素(例如急诊室给非ST段抬高ACS病人的治疗),如果需要,可在行PCI的早晨撤除低分子肝素,并常规使用普通肝素。对24小时内准备实行CABG的病人更适合用普通肝素治疗。

4.1.3 血小板GP IIb/IIIa受体拮抗剂用于高危非ST段抬高ACS。2002新指南的建议如下:I级:对计划导管检查和PCI

的患者,在阿司匹林和肝素基础上应给予一种血小板GP IIb/IIIa受体拮抗剂;也可在PCI之前给予血小板GP IIb/IIIa受体拮抗剂。IIa级:对持续缺血、肌钙蛋白升高或合并其他高危因素但未准备有创干预的患者,在阿司匹林和肝素基础上加用安普利泰或替罗非班。IIb级:对没有其他高危因素和不准备PCI的无持续缺血的患者,在阿司匹林和低分子肝素或普通肝素的基础上加用安普利泰或替罗非班。III级:阿昔单抗用于并不准备做PCI的患者。新指南中,仍支持对具有高危因素并准备行介入治疗的患者急诊给予血小板GP IIb/IIIa受体拮抗剂治疗,也即准备马上实施心脏介入治疗时,急诊给予血小板GP IIb/IIIa受体拮抗剂应该是这些治疗的组成部分。

4.2 ACS中ST抬高心梗(STEMI)早期治疗

对怀疑为STEMI的胸痛患者,应立即拨打急救电话,EMS系统派救护车,急救人员应在现场给患者嚼服阿司匹林160~325mg,并对怀疑为STEMI的胸痛患者常规做12导ECG,作出判断,根据再灌注治疗检查表和ECG,将患者送往适当的医院。

4.2.1 初始评估

4.2.1.1 病史 记录急诊STEMI患者病史,以明确是否有过心肌缺血事件,如稳定或不稳定型心绞痛、心肌梗死、冠脉搭桥手术或PCI术。重点在胸部不适、伴随症状,发生症状的性别和年龄差异,有无高血压、糖尿病、主动脉夹层、出血危险性以及脑血管疾病。

4.2.1.2 体格检查 (1)体检有助于对STEMI的程度、部位和并发症的诊断和评估。(2)对溶栓前进行简单而有侧重的神经系统查体,以明确是否有过脑卒中或认知障碍。

4.2.1.3 ECG检查 (1)凡有胸部不适(或类似心绞痛症状)或其它症状疑为STEMI患者,到急诊科后10min内都要做12导联ECG并由高年资急诊医生阅读。(2)如最初ECG不符合STEMI诊断标准,但患者有持续症状,高度怀疑STEMI时,为证明是否存在ST段抬高的可能,间隔5~10min或连续做12导联ECG监测ST段改变。从患者就诊(到达急诊科或接触护理人员)到开始溶栓时间应在30min内。如选择PCI治疗,就诊至球囊扩张的时间应在90min内。(3)下壁STEMI患者要做右心导联ECG并检查是否存在右室梗死。

4.2.2.4 必须的实验室检查 血清心肌标记物(无需等到结果再实施再灌注治疗)、血常规、INR、APTT、电解质和镁、肌酐和尿素氮、葡萄糖和血脂。

4.2.2.5 血清心肌标记物 (1)对同时存在骨骼肌受损的STEMI患者,肌钙蛋白可有助于诊断和评估。(2)对于12导联ECG存在ST段抬高,并有STEMI症状的患者,再灌注治疗应尽早开始,无需等待标记物化验结果。连续的标记物检测结果不能作为STEMI症状出现后18hr内发生再梗死的诊断依据。

4.2.2.6 影像检查 (1)STEMI患者要拍摄X线胸片,但不能因此而耽误再灌注治疗(除非考虑有禁忌证,如主动脉夹层)。(2)影像学检查如高分辨胸部X线检查、经胸和/或经食道超声检查、对比胸部CT扫描或MRI扫描可用于区分STEMI和主动脉夹层,特别对首诊时不确诊的患者。心脏超声