



·论 著·

症状发作至球囊扩张时间对急性 ST 段抬高心肌梗死患者预后的影响

罗 苹

(湖南省醴陵市中医院心内科 湖南醴陵 412000)

摘要:目的:研究症状发作至球囊扩张时间对急性 ST 段抬高心肌梗死患者预后的影响。方法:研究时间:2014 年 4 月--2016 年 10 月,研究对象:106 例本院收治的心肌梗死患者,按照症状发作至球囊扩张时间将其分为对照组 (n=53)、实验组 (n=53),对照组患者症状发作至球囊扩张时间在 6-12 小时之间,实验组患者症状发作至球囊扩张时间在 6 小时以内,观察两组患者的预后情况。结果:两组患者预后情况对比显示,实验组 TIMI3 血流率、TMP3 级率、ST 段 50%回落率高于对照组,CK-MB 峰值、cTnI 峰值低于对照组, P<0.05。术前 BNP 对比无差异,术后 24h 及术后一周 BNP 对比实验组低于对照组, P<0.05。实验组术后 1 周 LVEF (%) 高于对照组, P<0.05。住院期间及随访后两组患者 MACE 对比无显著差异。结论:症状发作至球囊扩张时间缩短对急性 ST 段抬高心肌梗死患者预后的影响明显,值得临床推广应用。

关键词:症状发作时间;球囊扩张时间;急性 ST 段抬高;心肌梗死

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-126-01

心肌梗死是冠状动脉闭塞,血流中断造成的部分心肌持久性缺血而发生的局部坏死[1]。临床症状主要表现为发热、白细胞增多、红细胞下降、剧烈的胸骨后疼痛等,严重时可发生休克、心力衰竭等,对患者的生命 安全造成一定的威胁[2]。临床上首选进行在灌注治疗,但其受治疗时间的影响,越早进行效果越显著,为改善患者预后,及早对梗死部位的血管进行疏通[3]。本次旨在分析症状发作至球囊扩张时间对急性 ST 段抬高心肌梗死患者预后的影响,现做如下汇报。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将我院 2014 年 4 月--2016 年 10 月收治的 106 例行心肌梗死患者,按照随机数字表法分为实验组和对照组,每组患者 53 例。实验组:男 27 例,女 26 例,年龄 35-77 岁,平均年龄 (55.5±18.5) 岁。对照组:男 26 例,女 27 例,年龄 34-78 岁,平均年龄 (55.5±17.5) 岁。将两组患者基本资料进行精细对比分析,差异不明显 (P>0.05),有临床可比性。所有患者均自愿签署知情同意书。

1.1 方法

两组患者入院后,进行相应体征检查,确诊病情后,均进行冠状动脉造影治疗,后经皮冠状动脉介入治疗,术前给予患者阿司匹林(国药准字 H34021217,合肥久联制药有限公司)口服,300mg。氯吡格雷(国药准字 H20123115,乐普药业股份有限公司)口服,50mg。造影前给予肝素(国药准字 H32025851,乐南京新百药业有限公司)皮下注

射,3000 单位,术前追加 3000-5000 单位,术中每小时追加 1000 单位肝素,详细记录心肌梗死患者 TIMI 血流分级和 TMP 分级情况,使用心电图检测 LEVF 值。

1.3 分析指标

分析两组心肌梗死患者的预后情况。心肌梗死患者 TIMI 血流分级和 TMP 分级的评价标准。TIMI1 级为对比剂不能充盈冠状动脉远端,TIMI2 级为对比剂能充盈冠状动脉远端但其进入速度较慢,TIMI3 级为对比剂完全充盈且迅速进入。TMP 分级:TMP1 级为轻度心肌显影,TMP2 级为中度心肌显影,TMP3 级为正常心肌显影[4]。

1.4 统计学方法

用 SPSS19.0 软件分析,两组患者的 CK-MB 峰值、cTnI 峰值、术前 BNP、术后 24hBNP、术后 1 周 BNP 属于计量资料用 t 检验,采用 () 表示;TIMI3 级血流、TMP3 级、ST 段 50%回落、院内 MACE、随访期间 MACE 属于计数资料用 检验,采用 % 表示, P<0.05,两组患者资料对比有差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者预后情况对比

两组患者预后情况对比,实验组 TIMI3 血流率、TMP3 级率、ST 段 50%回落率高于对照组,CK-MB 峰值、cTnI 峰值低于对照组,术前 BNP 对比无差异,术后 24h 及术后一周 BNP 对比实验组低于对照组, P<0.05。实验组术后 1 周 LVEF (%) 高于对照组, P<0.05。住院期间及随访后两组患者 MACE 对比无显著差异。

表 1 两组患者预后情况对比

项目	实验组 (n=53)	对照组 (n=53)	χ^2/t 值	P 值
TIMI3 血流率/n (%)	50 (94.3%)	41 (77.4%)	5.267	<0.05
TMP3 级率/n (%)	48 (90.6%)	39 (73.6%)	5.194	<0.05
ST 段 50%回落率/n (%)	47 (88.7%)	38 (71.7%)	4.810	<0.05
CK-MB 峰值/(u/L)	100.92±90.31	146.56±121.36	2.196	<0.05
cTnI 峰值/(μg/L)	30.55±20.23	45.46±27.59	3.173	<0.05
术前 BNP	155.51±50.53	156.02±72.13	0.042	>0.05
术后 24hBNP	303.56±230.92	405.81±230.84	2.280	<0.05
术后 1 周 BNP	150.62±36.51	260.33±96.34	7.752	<0.05
术后 1 周 LVEF/n (%)	58.39±9.62	48.21±8.42	5.797	<0.05
住院期间 MACE/n (%)	1 (1.9%)	2 (3.8%)	0.343	>0.05
随访期间 MACE/n (%)	3 (5.7%)	4 (7.5%)	0.153	>0.05

3. 讨论

随着人们生活方式的改变,心血管发病率逐渐升高,心肌梗死发生时阻塞血管,进一不发生急性 ST 段抬高心肌梗死,随着发作时间的延长,心肌坏死的部位越来越多,应及早进行治疗[5]。

本次研究结果表明,症状发作至球囊扩张时间缩短对急性 ST 段抬高心肌梗死患者预后的影响明显,实验组实验组 TIMI3 血流率、TMP3 级率、ST 段 50%回落率高于对照组,CK-MB 峰值、cTnI 峰值低于对照组,术前 BNP 对比无差异,术后 24h 及术后一周 BNP 对比实验组低于对照组, P<0.05。实验组术后 1 周 LVEF (%) 高于对照组, P<0.05。住院期间及随访后两组患者 MACE 对比无显著差异。具体分析如下:6 小时内疏通血管可以最大程度的挽救心肌濒死细胞,改善 LVEF,降低病死率。发病后 6 小时进行在灌注挽救濒死心肌,虽达不到效果,但可以防止左心室重构,增加心肌稳定性[6]。

综上所述,症状发作至球囊扩张时间缩短对急性 ST 段抬高心肌梗死患者预后的影响明显,明显改善心肌灌注量,改善预后效果,值得临床进一步推广。

参考文献:

- [1]蒋恒波.症状发作至球囊扩张时间对急性 ST 段抬高心肌梗死患者预后的影响[J].心血管病防治知识(学术版),2017(01):36-37.
- [2]林晓娟,罗承峰,熊龙根.症状发作至球囊扩张时间对急性 ST 段抬高心肌梗死患者预后的影响[J].介入放射学杂志,2014,23(02):153-156.
- [3]张妮,张金霞,肖华等.首次医疗接触后前延误对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者进门至球囊扩张时间的影响研究[J].中国实用内科杂志,2016(9):800-801.
- [4]付文军,包明威.急性 ST 段抬高心肌梗死直接 PCI 干预时间对 QT 离散度的影响[J].临床急诊杂志,2017(7):526-530.
- [5]黄丽.胸痛中心对 ST 段抬高型心肌梗死患者的发病时间至球囊扩张时间的影响[J].世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2016(16):65-66.
- [6]黄宇,杨向军,林刚等.优化的始自院前急救绿色通道对 ST 段抬高心肌梗死首次医疗接触至球囊扩张时间以及急诊冠脉介入治疗预后的影响[J].实用医学杂志,2015,31(14):2280-2283.