



· 临床研究 ·

溶栓后介入与直接介入治疗急性心肌梗死的疗效评析

张 扬 (常德市第四人民医院 湖南常德 415000)

摘要: 目的 探讨溶栓后介入与直接介入治疗急性心肌梗死的疗效。方法 选择 90 例 2017 年 1 月-2018 年 1 月急性心肌梗死患者据术式分组。对照组开展直接介入治疗, 观察组行溶栓后介入治疗。比较两组急性心肌梗死介入 IRA 在介入治疗前达到 3 级的比例; 住院治疗时间; 介入前后患者左心射血分数等彩超监测指标; 并发症发生率。结果 观察组急性心肌梗死介入 IRA 在介入治疗前达到 3 级的比例高于对照组, $P < 0.05$; 观察组住院治疗时间优于对照组, $P < 0.05$; 介入前两组左心射血分数等彩超监测指标无明显差异, $P > 0.05$; 介入后观察组左心射血分数等彩超监测指标优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组并发症发生率和对照组无显著差异, $P > 0.05$ 。结论 急性心肌梗死患者行溶栓后介入疗效非常理想, 可增加 IRA 在介入治疗前达到 3 级的比例, 改善患者心功能。

关键词: 溶栓后介入 直接介入 急性心肌梗死 疗效

中图分类号: R542.22 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 14-086-02

急性心肌梗塞是常见的临床心血管疾病之一。目前, 生活的改变和老龄化发展导致这种疾病发病率呈明显上升趋势, 已成为心血管疾病患者死亡重要病因。对于急性心肌梗死患者, 治疗关键在缩小梗死面积, 促使梗塞血管开通, 改善心功能。对应的治疗急性心肌梗塞的方法有很多种。静脉溶栓和 PCI 治疗均比较常用。本研究分析了溶栓后介入与直接介入治疗急性心肌梗死的疗效, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 90 例 2017 年 1 月-2018 年 1 月急性心肌梗死患者据术式分组。观察组男女各有 27 例、18 例; 年龄 52-79 岁, 平均 (64.78 ± 2.81) 岁。侧壁梗死 20 例, 前壁梗死 10 例, 下壁梗死 9 例, 后壁梗死 6 例。糖尿病合并者 14 例, 吸烟者 28 例, 高血压合并者 18 例。对照组男女各有 29 例、16 例; 年龄 51-79 岁, 平均 (64.41 ± 2.76) 岁。侧壁梗死 20 例, 前壁梗死 11 例, 下壁梗死 8 例, 后壁梗死 6 例。糖尿病合并者 14 例, 吸烟者 29 例, 高血压合并者 18 例。

两组一般资料经统计无显著差异。

1.2 方法

两组患者确诊后即刻口服 300mg 阿司匹林、300mg 氯吡格林。对照组入院 1.5h 进行介入治疗。观察组先进行溶栓治疗, 结合梗死再通情况确定溶栓方案。用 150 万 U 尿激酶和生理盐水 100 毫升静脉滴注 1h。后根据血流分级确定情况, 决定介入治疗时机^[1-2]。

表 2: 介入前后左心射血分数等彩超监测指标相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时期	左室舒张末期内径 (mm)	左室收缩末期内径 (mm)	左室射血分数 (%)
观察组	45	介入前	45.81 $\pm$ 1.21	61.55 $\pm$ 3.28	36.53 $\pm$ 0.35
		介入后	32.12 $\pm$ 1.82	49.11 $\pm$ 2.13	48.62 $\pm$ 0.21
对照组	45	介入前	45.14 $\pm$ 1.51	61.55 $\pm$ 3.18	36.44 $\pm$ 0.36
		介入后	41.33 $\pm$ 1.51	56.48 $\pm$ 2.11	40.18 $\pm$ 0.31

2.3 两组住院治疗时间相比较

观察组住院治疗时间优于对照组, $P < 0.05$, 见表 3。

表 3: 两组住院治疗时间相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院治疗时间 (d)
对照组	45	5.62 $\pm$ 2.12
观察组	45	3.21 $\pm$ 1.01
t		5.721
P		0.000

2.4 两组并发症相比较

观察组并发症发生率和对照组无显著差异, $P > 0.05$, 如表 4。

1.3 观察指标

比较两组急性心肌梗死介入 IRA 在介入治疗前达到 3 级的比例; 住院治疗时间; 介入前后患者左心射血分数等彩超监测指标; 并发症。

1.4 统计学方法

SPSS21.0 统计, 计数资料 χ^2 进行检验, t 检验则用于计量资料, $P < 0.05$ 可见差异显著。

2 结果

2.1 两组急性心肌梗死介入 IRA 在介入治疗前达到 3 级的比例相比较

观察组急性心肌梗死介入 IRA 在介入治疗前达到 3 级的比例高于对照组, $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1: 两组急性心肌梗死介入 IRA 在介入治疗前达到 3 级的比例相比较 [例数 (%)]

组别	例数	IRA 在介入治疗前达到 3 级
对照组	45	4 (8.89)
观察组	45	20 (44.44)
χ^2		8.381
P		0.004

2.2 介入前后左心射血分数等彩超监测指标相比较

介入前两组左心射血分数等彩超监测指标无明显差异, $P > 0.05$; 介入后观察组左心射血分数等彩超监测指标优于对照组, $P < 0.05$ 。如表 2。

表 4: 两组并发症相比较 [例数 (%)]

组别	例数	并发症发生率
对照组	45	4 (8.89)
观察组	45	4 (8.89)
χ^2		0.000
P		1.000

3 讨论

急性心肌梗塞是由冠状动脉供血急剧减少或中断引发急性心肌缺血性坏死。其发病率, 有较高的死亡率。目前急性心肌梗死的临床治疗有许多方法, 药物溶栓和 PCI 被认为是

(下转第 89 页)



上下牙间,也不会导致颊及唇被咬,能够更好地保护舌^[3]。此外,每组对应的上下齿相接触,可以有效分散咀嚼力,咀嚼功能良好,在错牙合的情况下,咀嚼力被作用于个别牙齿上,极易引起牙齿松动。由此可见,对错牙合进行修复治疗是促使咀嚼功能恢复正常,避免牙齿受损的重要途径。牙列缺损指部分牙齿缺失导致的牙列不完整,牙列缺损会影响辅助发音、咀嚼功能及美观性,此外也不利于口腔健康。缺失的牙齿部位与数量不同,对患者的影响程度也不同,为了恢复颌系统健康,减轻牙列缺损造成的功能障碍,通常会采取人工材料替代修复缺失的牙齿,从而恢复正常的生理及解剖功能^[4]。目前常用的修复方法包括固定义齿、种植义齿等,每种方法的适应症与优缺点不同。随着近年来口腔医学的迅速发展,口腔健康逐渐受到人们的高度重视,临床常用的治疗方式较多,不同方式的应用范围与治疗效果也各有不同,若单独使用口腔正畸或修复某一种方法治疗,无法取得理想的效果,有研究显示对此类患者实施口腔正畸结合修复治疗,能够同时改善错牙合与牙列缺损情况,使患者恢复口腔健康,改善外观面貌形象,使患者重拾自信。

对错牙伴牙列缺损进行治疗时,需要考虑患者牙体的实际情况,结合患者个人因素,首先进行口腔正畸,之后再行修复治疗。在治疗前,需要进行X线检查观察和了解患者头部骨骼及牙齿情况,建立模型并制定合适的治疗方案。本次研究中观察组采用口腔正畸结合修复治疗,结果显示观察组

治疗总有效率94.74%明显高于对照组84.21%,且患者满意度较对照组显著提升,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。与常规修复方法相比,口腔正畸结合修复治疗所花费的时间较多,但是在牙齿矫正及修复方面所取得的效果更佳,能够有效调整错牙合,修复缺失的牙列,提高牙齿美观性,恢复正常功能,保证牙齿及牙周健康^[5]。

综上所述,口腔正畸结合修复治疗错牙伴牙列缺损与常规修复方法相比有明显优势,能够获得满意效果,满足患者面部美观性要求,值得进一步推广应用。

参考文献

- [1] 李莉峰,郭晶晶.应用口腔正畸结合修复治疗在错牙伴牙列缺损患者治疗中的临床治疗效果[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(78):15276-15277.
- [2] 孔洁.口腔正畸结合修复治疗错牙伴牙列缺损患者的临床疗效探讨[J].中国继续医学教育,2015,7(30):94-95.
- [3] 姜晓蕾.口腔正畸结合修复治疗错牙伴牙列缺损患者80例临床应用效果评价[J].全科口腔医学电子杂志,2016,3(20):63-66.
- [4] 吴剑.口腔正畸结合修复治疗错牙伴牙列缺损患者临床应用效果评价[J].全科口腔医学电子杂志,2017,4(16):27-28.
- [5] 付志连.口腔正畸和修复结合治疗错牙伴牙列缺损的临床效果观察[J].临床合理用药杂志,2017,10(32):144-145.
- [6] 胡媛媛.口腔正畸结合修复治疗在错牙伴牙列缺损患者治疗中的临床治疗效果评价[J].首都食品与医药,2017,24(18):37.

(上接第85页)

[8] Nosadini M, Shekeeb SS, Ramanathan S, et al. Immune therapy in autoimmune encephalitis: a systematic review[J]. Expert Rev Neurother, 2015, 15(12): 1391-1419.

[9] Ryan N. Anti-N-Methyl-D-aspartate receptor-mediated encephalitis: recent advances in diagnosis and treatment in Children[J]. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2016, 46(2):58-61.

(上接第86页)

急性心肌梗塞治疗基本方法,经早期溶栓,恢复心肌供血,减少心肌缺血坏死的程度和面积,可以改善患者预后^[3-4]。

研究显示,通过尿激酶等溶栓进行冠脉再通治疗,有效的比例可达到40%。我们本次研究达到44.44%,基本相似。溶栓治疗后,大多数患者TIMI血流分级可达3级。但静脉溶栓后部分血管再通可能再次出现血栓形成或再闭塞,且部分患者有出血风险。近年来,随着介入技术的不断发展,其已经成为急性心肌梗死的有效方法。经PCI治疗后,3级患者TIMI血流分级可达百分之就是以上,血运重建风险低,复发率低,预后理想^[5-7]。本研究中,对照组开展直接介入治疗,观察组行溶栓后介入治疗。结果显示,观察组急性心肌梗死介入IRA在介入治疗前达到3级的比例高于对照组, $P < 0.05$;观察组住院治疗时间优于对照组, $P < 0.05$;介入前两组左心射血分数等彩超监测指标无明显差异, $P > 0.05$;介入后观察组左心射血分数等彩超监测指标优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组并发症发生率和对照组无显著差异, $P > 0.05$ 。

综上所述,急性心肌梗死患者行溶栓后介入疗效非常理想,可增加IRA在介入治疗前达到3级的比例,改善患者心

[10] Mann A, Machado NM, Liu N, et al. A multidisciplinary approach to the treatment of anti-NMDA-receptor antibody encephalitis: a case and review of the literature[J]. J Neuropsychiatry (Clin Neurosci), 2012, 24(2):247-254.

[11] Shukla L, Narayanaswamy JC, Gopinath S, et al. Electroconvulsive therapy for the treatment of organic cataplexy due to viral encephalitis[J]. J ECT, 2012, 28(3):e27-e28.

功能。

参考文献

- [1] 范书华,史景卫,杜建英.急诊直接介入和溶栓后介入治疗对急性心肌梗死的影响分析[J].影像研究与医学应用,2018,2(08):224-225.
- [2] 蔡波,李方安.溶栓后介入治疗与溶栓治疗对急性心肌梗死的效果对比[J].临床医学,2018,38(03):73-74.
- [3] 赵桂香,都雯.溶栓后介入疗法与直接介入疗法治疗急性心肌梗死的临床疗效对比[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6(03):61-62.
- [4] 刘志坚,徐慧琳,董梦舒.溶栓后介入疗法和直接介入疗法治疗急性心肌梗死的临床研究[J].中国当代医药,2018,25(01):37-40.
- [5] 黄丹丹,廖成标,乐建华,张惠琪,蒋爱忠.急性心肌梗死溶栓后介入与急诊介入的疗效对比[J].临床医学工程,2016,23(05):607-608.
- [6] 李静,侯俊杰.急性心肌梗死静脉溶栓后应用介入治疗与直接介入治疗的效果观察[J].中国医学工程,2015,23(10):75.
- [7] 张春丹.溶栓后介入疗法与直接介入疗法治疗急性心肌梗死临床效果对比分析[J].大家健康(学术版),2015,9(19):108-109.

(上接第87页)

总而言之,将机械通气辅助治疗应用于重症哮喘合并呼吸衰竭疾病治疗中,不仅能够改善患者动脉血气指标,同时有助于促进患者治疗效果及生活质量的提高,在临床中值得不断推广和使用。

参考文献

- [1] 王晓红.56例急诊抢救重症哮喘合并呼吸衰竭患者经无创机械通气抢救的效果观察[J].中国现代药物应用,2016,10(13):200-201.
- [2] 洪书源,孙袈玮.急诊抢救重症哮喘合并呼吸衰竭206例临床效果观察[J].当代医学,2017,23(23):14-16.
- [3] 邓伟峰,杨成,班攀.机械辅助通气治疗重症哮喘合并呼吸衰竭的效果[J].中国处方药,2016,14(4):131-131.