

胸痛中心建立对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治的影响分析

刘杰妮

湖南中医药大学附属宁乡人民医院 湖南长沙 410600

【摘要】目的 分析胸痛中心建立对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治的影响。**方法** 我院胸痛中心于 2017 年 5 月 1 日正式下文成立, 选取胸痛中心建立前后各 40 例急性 ST 段抬高型心肌梗死患者为研究对象, 分别设为对照组和分析组, 对照组患者在胸痛中心建立前使用常规救治, 分析组在胸痛中心建立后入院后直接进入胸痛中心。回顾性分析两组患者的临床资料, 比较两组患者对疾病相关知识的了解程度, 依从性, 首份心电图完成时间, 经皮冠状动脉介入治疗支架置入情况, 以及患者住院天数和满意率。**结果** 进行各自救治处理以后, 分析组患者在对疾病相关知识的了解程度和依从性方面, 其评分均远优于对照组; 在首份心电图完成时间和住院时间上, 均远短于对照组; 在经皮冠状动脉介入治疗支架置入率和满意率上, 均远高于对照组, 且组间相差较大, 数据在统计学上均有参考意义 ($P < 0.05$)。**结论** 胸痛中心的成立可显著降低急性 ST 段抬高型心肌梗死患者诊治时间, 缩短患者治疗时间, 提高患者依从性和满意率, 有较高的临床价值。

【关键词】 胸痛中心; 急性 ST 段抬高; 心肌梗死; 影响

【中图分类号】 R542.22

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2018) 04-062-02

急性心肌梗死是冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌坏死。常见症状多为心绞痛加重, 有突然发作剧烈而持久的胸骨后或心前区压榨性疼痛, 发作时间延长, 或对硝酸甘油效果变差, 或继往无心绞痛者, 突然出现长时间心绞痛^[1]。患者临床上多有剧烈而持久的胸骨后疼痛, 休息及硝酸酯类药物不能完全缓解, 伴有血清心肌酶活性增高及进行性心电图变化, 可并发心律失常、休克或心力衰竭, 常可危及生命^[2]。现阶段, 我国急性胸痛的诊治存在延误状况, 主要是由于诊断流程不够规范, 导致延误最佳治疗时间所致^[3]。因而本院于 2017 年 5 月 1 日正式下文成立胸痛中心。本文分析胸痛中心建立对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治的影响, 并在研究过程中取得一定的疗效, 现将临床报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院胸痛中心于 2017 年 5 月 1 日正式下文成立, 选取胸痛中心建立前后各 40 例急性 ST 段抬高型心肌梗死患者为研究对象, 分别设为对照组和分析组, 纳入标准: 本人及其家属对本研究知情且签署同意书者。排除标准: ①有严重的恶性肿瘤和肝肾器质性疾病者; ②有代谢性疾病者; ③有精神类疾病无法沟通者; ④临床资料不全者。回顾性分析两组患者的临床资料, 分析组: 男 27 例, 女 13 例; 年龄 43-79 岁, 平均 (64.37 ± 1.85) 岁; 对照组: 男 26 例, 女 14 例; 年龄 42-78 岁, 平均 (64.34 ± 1.89) 岁。两组患者, 在各项指标上 P 值均大于 0.05, 数据不具有统计学意义, 有比较价值。

1.2 方法

对照组患者在胸痛中心建立前使用常规救治, 患者入院后进入急诊科, 按照常规救治顺序进行救治, 患者由首诊医师接诊, 完成首份心电图及相关标志物检测, 确诊后请心内科医生进行会诊。

分析组在胸痛中心建立后入院后直接进入胸痛中心。将各项服务流程按照紧急程度进行科学排序, 各环节强调以患者为中心, 建立胸痛救治网络, 对于院前已确诊的患者绕行急诊科, 其他患者则由急诊科分诊; 建立胸痛救治信息平台和数据科, 施行全程跟踪, 尽量减少患者的时间损耗。

回顾性分析两组患者的临床资料, 比较两组患者对疾病相关知识的了解程度, 依从性, 首份心电图完成时间, 经皮冠状动脉介入治疗支架置入情况, 以及患者住院天数和满意率。

1.3 观察指标

采用科室所制调查表评价患者对疾病相关知识的了解程度以及患者的依从性和满意度。评分均为 0-100 分, 评分越高, 患者越了解, 越依从, 越满意。满意度评分 > 60 分视为满意。

1.4 统计学方法

本次研究中, 将 80 例急性 ST 段抬高型心肌梗死患者的

研究数据均输入至 SPSS19.0 软件中, 进行统计学有效处理, 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 的形式表示, 处理方式为 t 检验; 计数资料采用 % 的形式表示, 处理方式为 χ^2 检验, 结果显示, $P < 0.05$, 便形成统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者对疾病相关知识的了解程度以及患者依从性的比较

进行各自救治处理以后, 分析组患者在对疾病相关知识的了解程度和依从性方面, 其评分均远优于对照组, 且组间相差较大, 数据在统计学上均有意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 两组患者对疾病相关知识的了解程度以及患者依从性的比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	了解程度	依从性
分析组	40	95.16 ± 2.05	90.53 ± 2.08
对照组	40	83.68 ± 1.94	71.06 ± 2.33
t 值		12.0310	13.2031
P 值		0.0000	0.0000

2.2 两组首份心电图完成时间和住院时间的比较

进行各自救治处理以后, 分析组患者在首份心电图完成时间和住院时间上, 均远短于对照组, 且组间相差较大, 数据在统计学上均有意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2: 两组首份心电图完成时间和住院时间的比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	首份心电图完成时间 (min)	住院时间 (d)
分析组	40	3.15 ± 0.58	13.26 ± 2.15
对照组	40	5.47 ± 0.69	17.48 ± 2.33
t 值		3.0161	14.0131
P 值		0.0000	0.0000

2.3 两组经皮冠状动脉介入治疗支架置入率和满意率比较

进行各自救治处理以后, 分析组患者在经皮冠状动脉介入治疗支架置入率和满意率上, 均远高于对照组, 且组间相差较大, 数据在统计学上均有意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3: 两组支架置入率和满意率比较 $[n (\%)]$

组别	例数	支架置入率	满意率
分析组	40	37 (92.50)	38 (95.00)
对照组	40	29 (72.50)	30 (75.00)
χ^2 值		4.1611	4.6213
P 值		0.0312	0.0215

3 讨论

冠状动脉粥样硬化狭窄患者有极高的几率会发生急性 ST 段抬高型心肌梗死, 主要由于患者接触到外界刺激, 导致冠

(下转第 65 页)

通过临床症状和体征缓解时间的比对分析,可以看出两组患者存在明显的差异,具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 不良反应

在 A 组的 25 例患者中分别出现了声带嘶哑和咳嗽的患者各有一名;B 组的 25 例患者中分别出现了口干和胃肠道反应 1 例和 2 例患者。

3 讨论

临床实践显示,直接吸入疗法是治疗急性支气管哮喘的最有效方法^[2],通过局部吸入疗法将吸入的药物直接作用于病变部位,有效治疗局部病变,消除了对肠胃以及血液等部位间接吸入产生的不利影响,并且可以很好的提升治疗效果。布地奈德作为一种糖皮质激素类药物,利用喷雾型吸入给药途径直接将药物喷射在病变部位,能够较好地减少因口服用药对肝脏代谢及全身机体产生一系列不良影响和危害,大部分药物也会因此而失去活性,降低药性。对局部消炎,防过敏是一个不错的选择。对于支气管哮喘严重患者,可利用布地奈德减少气道的高反应性,所以,布地奈德是治疗支气管哮喘的一种十分有效的药物,同时,还可以预防运动型哮喘。使用喷雾吸入给药的方式治疗支气管哮喘为的是减少对心脏带来的兴奋作用,降低可能存在的不良反应。在此项研究中,A 组患者利用布地奈德溶液以及沙丁胺醇共同作用进行喷雾吸入治疗的方法,对于单一药物导致支气管扩张不能恢复以及缓解气道抽搐、平喘有良好的效果,同时喷雾吸入给药方法能够有效将因药间接引发的不良影响降到最低。此联合疗法不仅能有效提升药效,提高治疗效果,而且还对临床治疗的安全性有效提高。对照组 B 组患者通过丙托溴铵混合液喷雾吸入用药同时进行氨茶碱联合进行治疗比 A 组患者治疗方法疗效更高,更安全,两组治疗手段虽然疗效相似,但 A 组患者明显比 B 组患者治疗疗程要短,副作用较小。

综上所述,利用布地奈德以及沙丁胺醇喷雾吸入共同作用治疗该病用药更安全,疗效更显著,值得普及应用。

另外,许多患者由于没有正确的认识哮喘,存在一些误区^[3],直接或间接地造成了患者的哮喘不能得到很好的治疗。

(上接第 62 页)

状动脉粥样斑块破裂,血中的血小板在破裂的斑块表面聚集,形成血栓,导致心肌缺血坏死。分析原因,可能由于过劳、激动、暴饮暴食、便秘、寒冷刺激以及吸烟饮酒等原因。

胸痛中心的建立简化了患者的急诊流程,缩短了患者的诊治时间。此项试验中,进行各自救治处理以后,分析组患者在对疾病相关知识的了解程度和依从性方面,其评分均远优于对照组;在首份心电图完成时间和住院时间上,均远短于对照组;在经皮冠状动脉介入治疗支架置入率和满意率上,均远高于对照组,且组间相差较大,数据在统计学上均有参考意义。根据上述材料,表明在急性 ST 段抬高型心肌梗死患者的救治中,胸痛中心的建立可缩短救治时间,与董海等^[4]人的研究内容相符,值得广泛应用。

(上接第 63 页)

B 组远高于 C 组、D 组($P < 0.05$),C 组远低于 D 组($P < 0.05$),提示在骨折后 7-9d 手术可减少并发症。在骨折后 1-6d,软组织血液供应量不足,手术将给其造成二次创伤,术中出血量较多,加重供血障碍,容易出现并发症,延长住院时间与骨折愈合时间。在骨折后 7-9d,软组织水肿有所消退,其供血障碍减弱,手术操作难度低,术中出血量较少,该时间段手术能够防止血液供应不足的加剧,控制并发症。然而手术时机并不是越晚越有利,在 9d 以后,骨折位置软组织的持续生长将提升手术中软组织剥离难度,扩大创伤面积,再次破坏已经重建的血液供应系统,导致手术时间的延长,与 7-9d 手术相比出血量更多,术后也需要更长的恢复时间^[5]。对于临床工作者而言,要根据患者骨折情况与个人意愿、临

治疗哮喘一般存在的误区包括以下几种:1、对吸入激素治疗很是抗拒。很多哮喘患者由于不了解吸入激素治疗,所以拒绝使用。除此之外,对于接受吸入激素治疗的患者由于对治疗方法不了解,影响治疗效果。支气管哮喘是一种变态型反应性炎症,与细菌感染性炎症不同,应用所以不能使用抗菌素治疗,治疗此类炎症只能使用激素。使用吸入激素治疗法,吸入的药物直接进入气管,只有极少甚至可以忽略不计的药物进入血液循环,减小了药物对身体的危害。吸入激素治疗被人体所吸收的激素剂量远远小于口服激素药物的剂量,即使长期进行吸入激素治疗也不会导致全身性的副作用。反之,由于过度担心吸入激素治疗产生所谓的副作用,只在发病期口服药物,当发病期一过就停止用药,这样不仅易导致哮喘反复,还会造成患者出现气道重塑,严重危害病患的肺功能,且丧失最好的治疗时机。2、只有在哮喘发作时,才进行治疗。支气管哮喘实际上是一种慢性疾病,即使是在不发作的时候,其炎症仍然存在,所以哮喘的治疗重点不应该在发病期而是在缓解期,通过吸入激素治疗,控制气道炎症复发、使患者的肺功能恢复正常或大致正常、防止哮喘发作、提高患者生活质量。哮喘患者只有坚持进行吸入激素治疗,才能尽可能减少哮喘的发作时间及发作次数。3、滥用抗生素。造成哮喘发作的因素有很多,其中过敏、细菌感染、劳累以及病毒感染等,都可能引起哮喘,但不是每种病况都适合抗生素治疗,只有细菌感染,才适合抗生素治疗。

【参考文献】

- [1] 刘杨.支气管哮喘发病危险因素分析及相关护理对策研究[J].大家健康旬刊,2016,10(4):213-213.
- [2] 梁意敏,古奕文,马远平.小儿支气管哮喘急性发作的相关影响因素研究[J].临床肺科杂志,2017,22(4):673-675.
- [3] 张晚利.支气管哮喘急性发作期的临床护理[J].中国医药指南,2016,14(34):190-191.

综上所述,胸痛中心的成立可显著降低急性 ST 段抬高型心肌梗死患者诊治时间,缩短患者治疗时间,提高患者依从性和满意率,有较高的临床价值。

【参考文献】

- [1] 张伟,张芹,陈瑶,等.胸痛中心持续改进机制对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者急诊效率影响的探讨[J].华西医学,2016,7(6):1038-1041.
- [2] 苏葵花,黄爱玲.胸痛中心绿色通道在急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治的应用探讨[J].基层医学论坛,2017,21(3):278-279.
- [3] 唐萍,罗素新,余中琴,等.胸痛中心认证对急性 ST 段抬高型心肌梗死救治速度的影响[J].重庆医科大学学报,2017,13(5):550-553.
- [4] 董海,荆全民,徐凯,等.胸痛中心的成立对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治的影响[J].解放军医学杂志,2016,41(6):452-455.

床实际选取合适的手术时机,保证手术效果与预后情况。

综合以上内容,复杂胫骨平台骨折最佳手术时机为骨折后 7-9d,在临床上要根据患者实际情况选择最佳手术时机。

【参考文献】

- [1] 左睿,孙永建,吴毅,等.3D 打印与虚拟手术设计在复杂胫骨平台骨折手术治疗中的应用[J].中国骨与关节损伤杂志,2016,31(4):369-372.
- [2] 王亦璁.骨与关节损伤.3 版[M].北京:人民卫生出版社,2001.
- [3] 赵阳,刘宇波.锁定钢板内固定术治疗复杂胫骨平台骨折的疗效及技巧探讨[J].实用临床医药杂志,2016,20(17):78-80.
- [4] 童立,王兵,张小海,等.复杂胫骨平台骨折手术临床疗效分析及手术入路探讨[J].皖南医学院学报,2017,36(2):146-149.
- [5] 凡祥军,韩宜印,朱楠,等.复杂胫骨平台骨折手术预后影响因素分析[J].临床和实验医学杂志,2016,15(2):146-149.