

急性心肌梗死合并缓慢心律失常应用临时起搏器治疗的临床疗效分析

叶兴丽

大理州祥云县人民医院 云南祥云 672100

〔摘要〕目的 探析心肌梗死合并缓慢心律失常应用临时起搏器治疗的临床疗效。方法 按照信封法将收集到的 14 例心肌梗死合并缓慢心律失常患者分为对照组和观察组。对照组给予常规药物治疗, 观察组在此基础上给予安装临时起搏器。记录起搏器安置前后的血流动力学的变化以及再灌注损伤情况, 对比临床疗效。结果 观察组患者治疗后收缩压、舒张压显著优于对照组 ($P < 0.05$); 观察组再灌注心律失常、低血压、慢回流现象与对照组相比更佳, 具统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 使用临时起搏器在治疗急性心肌梗死并发缓慢心律失常效果显著, 值得临床推广应用。

〔关键词〕急性心肌梗死; 缓慢心律失常; 临时起搏器; 临床疗效

〔中图分类号〕R541.7 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 07-010-02

急性心肌梗死 (AMI) 是目前心血管内科的常见病症, 主要是由于冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所导致的心肌坏死, 具有多样的临床表现, 如压榨性胸痛、出汗、恐惧及濒死感等, 严重会累及心血管、呼吸和消化系统, 甚至为病患带来心力衰竭、心源性休克、心律失常、心脏破裂等并发症, 严重影响患者的生活质量和生命安全^[1-2]。所以在临床诊治过程中, 抢救成功的关键点就在于能够及时、精准的对患病特征进行观察^[3]。伴随医疗水平的不断发展, 针对该种疾病使用起搏器治疗的研究愈发增多。因此本次实验尝试用临时起搏器治疗急性心肌梗死并发缓慢心律失常, 取得了良好的效果, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择自 2016 年 5 月—2017 年 5 月间来我院进行救治的 AMI 并发缓慢心律失常患者, 共收集患者 14 例, 根据信封法分为两组, 各组 7 例。对照组: 男性病例 4 例, 女性病例 3 例, 年龄 52—71 岁, 平均年龄为 (62.54±3.58) 岁; 观察组: 男性病例 5 例, 女性病例 2 例, 年龄 50—73 岁, 平均年龄为 (63.16±2.74) 岁。两组研究对象在年龄、性别等方面均无明显差异 ($P > 0.05$), 组间资料可比。上述对象均发病在 1 小时内, 持续性胸痛未超过 30 分钟; 给予硝酸制剂未见成效且都已签署同意协议书, 家属具备知情权。同时排除凝血功能障碍、心源性休克患者。

1.2 方法

对照组行常规药物治疗, 静脉注射或肌肉注射 0.5—1mg 阿托品。然而观察组需安装临时起搏器, 主要操作内容如下: 选取右侧股静脉径路; 给予常规消毒并铺好无菌洞巾, 在右股动脉波动最弱点内 1.0 厘米处进行定位, 局部穿刺, 协助下将电极放置于右心室心尖部位。同时, 调整临时起搏器参数, 保证频率每分钟在 60—75 次之间。如果遇到心功能交叉、无法取平卧位的患者, 可予以右股静脉电极导管与心电图引导, 顺沿鞘管送入普通双极心内膜临时起搏点, 心电图胸导电极与尾端相互连接, 即可显示心腔内膜心电图。

1.3 观察指标

(1) 对比安置临时起搏器前后两组患者血流动力学变化情况。
(2) 对比两组患者经 PCI 治疗后的心肌再灌注损伤情况, 考察指标包括: 再灌注心律失常、慢回流、低血压。

1.4 统计学处理

运用 SPSS19.0 软件处理实验数据, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, 组间 t 检验; 以百分率 (%) 表示计数资料, χ^2 验证, $P < 0.05$ 为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者血流动力学比较

数据显示: 观察组和对照组病患血压均发生明显改善, 且 $P < 0.05$ 具有统计学意义。详见表 1。

表 1: 对比两组血流动力学指标

| 组别 | 安置前 | | 安置后 | |
|-----|------------|-------------|--------------|-------------|
| | 收缩压 | 舒张压 | 收缩压 | 舒张压 |
| 对照组 | 75.26±8.42 | 57.61±10.23 | 105.02±21.06 | 68.41±10.21 |
| 观察组 | 75.16±7.43 | 57.12±12.36 | 124.12±25.61 | 79.71±9.35 |
| T | 0.456 | 0.658 | 8.175 | 12.168 |
| P | >0.05 | >0.05 | <0.05 | <0.05 |

2.2 两组患者心肌再灌注损伤发生率比较

数据显示: 观察组各项指标均明显优于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 2。

作者简介: 叶兴丽 (1982.2-), 大理州祥云县, 主治医师, 大学本科, 主要从事心血管疾病诊治工作。

表 2: 两组心肌再灌注损伤发生情况比较

| 组别 | 例数 | 再灌注心律失常 | 低血压 | 慢回流 | 发生率 |
|----------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组 | 7 | 2 (28.57) | 1 (14.29) | 0 (0.00) | 3 (42.86) |
| 对照组 | 7 | 3 (42.86) | 1 (14.29) | 1 (14.29) | 5 (71.43) |
| χ^2 | | | | | 12 |
| P | | | | | 0.001 |

3 讨论

血管再通之后, 常常会出现因心肌缺血再灌注性损伤而造成的心动过缓、血压下降的状况, 其与部分心肌组织的迷走神经张力较高相关^[4]。因其张力过高致使外周血管扩张, 增加血管床容积, 减少有效的循环血容量, 从而引发血压下降, 造成冠脉灌注及传导组织血液供应不足, 加深心脏传导组织功能性障碍。同时, 由于极多的神经纤维处于下后壁的心脏肌肉组织中, 同时被心脏抑制性感受器所覆盖, 心肌再灌注极易引发迷走反射冲动进入血管运动中枢内部, 纤维活性被激活从而抑制交感神经, 于是便出现严重的心动过缓与低血压现象^[5]。在此次实验中, 两组患者低血压发生率有统计学意义 ($P < 0.05$), 足以说明植入临时起搏器可维持心室率搏动, 降低低血压发生率。再灌注心律失常多是缺血的心肌因重获心肌灌注, 使得心肌快速坏死或者心肌收缩状态不同步, 氧气自由基的毒性使钙离子超载, 降低室颤阈值, 故引发折返性心律失常^[6]。本次实验数据表明观察组再灌注心律失常

发生率较低, 由此可见临时起搏器的应用可以有效降低低血压再灌注损伤的发生几率, 为今后医学诊断及治疗提供科学、安全可靠的理论依据。

综上所述, 采用临时起搏器治疗急性心肌梗死合并缓慢心律失常, 能够有效改善血流动力学, 减少再灌注损伤, 疗效显著, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 李志刚, 丁世芳, 陈志南, 等. 临时起搏器在急性心肌梗死并缓慢心律失常急诊 PCI 术中的应用 [J]. 华南国防医学杂志, 2013, 27 (6): 436-437.
- [2] 王国宏. 临时起搏器在治疗急性心肌梗死中的应用 [J]. 现代实用医学, 2017, 29 (8): 1006-1007.
- [3] 梁俊, 范卫清, 仓雄伟. 应用临时起搏器心室起搏联合可达龙救治 10 例急性心肌梗死室颤电复律后继发恶性心律失常 [J]. 中国社区医师 (医学专业), 2010, 12 (16): 31-31.
- [4] 代振涛, 王培濯, 尹航, 潘淑红. 临时起搏器在急性心肌梗死合并缓慢心律失常中应用的临床意义 [J]. 中国医药导刊, 2017, 19 (5): 444-445.
- [5] 张建勤, 王迎, 郑继锋, 郑展雄, 江力勤. 急性心肌梗死缓慢性心律失常急诊 PCI 术前应用阿托品临床疗效观察 [J]. 心脑血管病防治, 2013, 13 (4): 330-331.
- [6] 周娟. 急性心肌梗死患者安装临时起搏器的护理 [J]. 心理医生, 2016, 22 (5): 221-222.

(上接第 8 页)

器械、金刚砂钻及激光等, 达到平整根面的目的^[3]。Gracey 匙形刮治器治疗中需要施术者凭触感探知患牙情况, 且需要依靠手部力量, 操作时间一长, 施术者容易感到疲劳, 影响治疗效果。超声龈下洁治利用超声波与工作尖, 以震动的方式清除牙菌斑与牙石, 声波流能够松解与溶解根面的牙骨质侵蚀层, 对牙骨质表面的细菌毒素进行清洁, 且操作可控性高且时间更短, 术中出血少, 大部分患者能够承受, 较手工龈下刮治更为方便^[4]。研究结果显示, 分别于术后 1 个月、3 个月对两组患者的牙菌斑指数、牙龈出血指数、牙周袋深度及牙周附着水平等指数的变化进行观察分析, 发现均较治疗前有明显下降 ($P < 0.05$), 但研究组牙菌斑指数显著优于对照组 ($P < 0.05$)。

综上所述, 超声龈下洁治与手工龈下刮治都能够有效慢

性牙周炎, 但超声龈下洁治对于牙菌斑有较为理想的效果, 可以酌情选择术式。

[参考文献]

- [1] 张秀娥. 超声龈下洁治和手工龈下刮治对慢性牙周炎的疗效对比 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(20):187.
- [2] 何伟明. 超声龈下洁治和手工龈下刮治在慢性牙周炎治疗中疗效的比较 [J]. 实用口腔医学杂志, 2016, 32(2):279-281.
- [3] 姜明. 超声龈下刮治与手工龈下刮治应用于慢性牙周炎的临床观察 [J]. 中外健康文摘, 2012, 09(12):174.
- [4] 黄萍, 玛丽亚木古丽, 帕塔尔, 李丹丹, 等. 手工器械与超声器械龈下刮治治疗慢性牙周炎临床疗效的 meta 分析 [J]. 口腔医学, 2016, 36(10):906-912.

(上接第 9 页)

3 讨论

慢性萎缩性胃炎发病几率会伴随年龄增加而提高, 老年人的胃黏膜有血管异常改变的情况, 受胃黏膜代谢较高的影响, 很容易出现营养障碍的问题^[3]。老年人在病原体侵袭的过程中, 会严重损伤胃黏膜, 导致黏膜腺体萎缩。慢性萎缩性胃炎也是诱发胃癌的危险因素, 所以诊断老年幽门螺杆菌慢性萎缩性胃炎, 采取必要的治疗措施十分关键^[4]。

根据以上研究结果表明, 实验组采用四联治疗方法, 治疗一年后的炎症好转程度与临床症状均优于对照组, 临床对比存在统计学差异 ($p < 0.05$)。

综上所述, 根除幽门螺杆菌在治疗老年慢性萎缩性胃炎中的临床效果可观, 值得临床推广^[5]。

[参考文献]

- [1] 王琪. 根除幽门螺杆菌在治疗老年慢性萎缩性胃炎中的临床效果观察 [J]. 医药前沿, 2018(18):159-160.
- [2] 刘利. 左氧氟沙星治疗社区中老年幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2016(28):38-39.
- [3] 刘立坤, 程洪晶, 白焕焕, 等. 老年患者根除幽门螺杆菌治疗失败的影响因素 [J]. 中国老年学杂志, 2015(1):275-277.
- [4] 朱雅卿, 彭永锋. 左氧氟沙星治疗社区中老年幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的临床效果 [J]. 当代医学, 2016(33):173-174.
- [5] 杨志平, 刘为, 关晓辉. 中老年慢性胃病幽门螺杆菌感染与胃黏膜病理改变的相关性 [J]. 中国老年学杂志, 2017(18):4596-4597.