



尿激酶溶栓治疗急性心肌梗塞的疗效观察

朱培生 (道县人民医院心血管内科 湖南永州 425300)

摘要: **目的** 观察尿激酶溶栓治疗急性心肌梗塞的治疗效果。**方法** 本次研究的对象均为2016年6月至2017年6月来我院就诊的急性心肌梗塞患者,共120例,分为对照组与实验组,实验组为心肌梗塞时间 ≤ 12 h者尿激酶150万单位静脉溶栓65例,对照组为心肌梗塞时间 > 12 h者常规治疗55例,比较两组患者的治疗效果。**结果** 实验组死亡只有1例,为1.5%,大大低于对照组的12例,18.5%,两组差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$);实验组再梗塞率为33.8%,高于对照组的9.1%,两组差异明显,具有统计学意义($P < 0.05$);实验组再通的患者高于对照组再通的患者,两组差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$)。急性前壁心肌梗塞患者的再梗塞率显著大于急性下壁心肌梗塞的患者,两组差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 尿激酶具有较强的溶栓能力,效果佳,方便给药被作为临床治疗急性心肌梗塞的关键药物。然而尿激酶的再梗塞率高,会制约最后的疗效,这就需要按照患者的实际情况酌情使用。

关键词: 尿激酶溶栓 急性心肌梗塞 疗效

中图分类号: R542.22 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)11-111-02

急性心肌梗塞绝大多数是冠状动脉粥样斑块破裂,血栓形成,致使冠状动脉急性、持续性缺血缺氧而导致心肌坏死。临床上常表现为剧烈而持久的胸骨后疼痛,伴有血清心肌坏死标记物升高及心电图的特征性动态演变^[1]。我院以急性心肌梗塞患者共120例为研究对象,回顾性分析急性心肌梗塞患者的临床治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究的对象均为2016年6月至2017年6月来我院就诊的急性ST段抬高型心肌梗塞患者,共120例,所有患者均符合急性心肌梗塞患者的临床诊断标准^[2]。分为对照组和实验组,所有患者均未出现其它出血性疾病,同时无家族史,符合WHO规定的诊断标准^[3]。其中对照组55例急性心肌梗塞患者,梗塞时间 > 12 h,男性患者34例,年龄45至80岁,平均年龄 (59.8 ± 5.6) 岁;女性患者21例,年龄46至77岁,平均年龄 (69.4 ± 4.7) 岁;实验组65例急性心肌梗塞患者,梗塞时间 ≤ 12 h,男性患者40例,年龄45至80岁,平均年龄 (63.3 ± 4.7) 岁;女性患者25例,年龄49至79岁,平均年龄 (60.6 ± 5.1) 岁。依据梗塞病灶的部位,对照组前壁心肌梗塞为29例,下壁心肌梗塞为26例;实验组前壁心肌梗塞的患者为33例,下壁心肌梗塞的患者为32例。具有可比性,具有统计学意义, $P < 0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 实验组:65例实验组患者使用生理盐水100mL,融入尿激酶注射液(河南省国药医药有限公司生产,国药准字:H12020485)150万单位,第一步:展开30min的静脉快速滴注,同时进行相关检测;第二步:在溶栓前嚼服阿司匹林300mg(河南柏海同心药业有限公司生产,国药准字:H13020051);第三步:在溶栓后的7d内,2次/d,皮下注射克赛5000U(法国安万特制药有限公司生产,注册证号:H20030601)。同时长期小量口服阿司匹林,100mg/d,并按照患者的实际病情适量给药。

1.2.2 对照组:55例对照组患者在急性心肌梗塞发生的7d内,2次/d皮下注射克赛5000U。同时长期小量口服阿司匹林,100mg/d,并按照患者的实际病情适量给药。

1.3 疗效判定标准

溶栓后再梗塞的诊断:2h后再次发生心肌坏死标记物的动态升高;2h后再次发生缺血性胸痛以及ST段抬高增加的情况。溶栓再通的诊断:2h内患者的胸闷疼痛感逐渐消失;2h内出现再灌注心律失常;心电图抬高的ST段在2h内回降大于50%^[4]。

1.4 统计学分析

采用SPSS23.0统计学软件对数据进行统计分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组死亡率、再通率、再梗塞率的对比

实验组死亡只有1例,为1.5%,大大低于对照组的12例,18.5%,两组差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$);实验组再梗塞为22例患者,为33.8%,大大高于对照组的5例患者,9.1%,两组差异明显,具有统计学意义($P < 0.05$);实验组再通的患者为54例,为83.1%,大大高于对照组再通的患者3例,5.5%,两组差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$)。具体详见表1。

表1. 死亡率、再通率、再梗塞率的对比分析(n, %)

组别	例数	死亡率(%)	再通率(%)	再梗塞率(%)
实验组	65	1(1.5)	54(83.1)	22(33.8)
对照组	55	12(18.5)	3(5.5)	5(9.1)
t		6.778	8.347	7.807
P值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组治疗后前壁急性心肌梗塞与下壁急性心肌梗塞再梗塞的比较

急性前壁心肌梗塞患者35例,出现再梗塞的为18例,占51.4%;急性下壁心肌梗塞患者33例,出现再梗塞的为5例,占6.1%。急性前壁心肌梗塞的患者的再梗塞率显著大于急性下壁心肌梗塞的患者,两组差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$),具体详见下表2。

表2. 治疗后前壁急性心肌梗塞与下壁急性心肌梗塞再梗塞的比较(n, %)

组别	下壁急性心肌梗塞再梗塞(%)	前壁急性心肌梗塞再梗塞率(%)
患者数量	33(50.8)	35(53.8)
再梗塞率	5(6.1)	18(51.4)
t	7.542	8.235
P值	< 0.05	< 0.05

3 讨论

现如今,急性心肌梗塞的溶栓治疗中尿激酶得到了大量的应用,具有再通率较高、不良反应小的优点^[5]。本研究结果显示,实验组死亡只有1例,为1.5%,大大低于对照组的12例,18.5%,两组差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$);实验组再梗塞率33.8%高于对照组的9.1%,两组差异明显,具有统计学意义($P < 0.05$);实验组再通的患者高于对照组

(下转第113页)



物剂量进行合理调整^[5-6]。研究显示,非布司他肝肾功能损害较轻,若在治疗过程出现肝功能损害,需及时给予保肝治疗。痛风结晶是痛风性关节炎病情判断重要指标,通过彩色多普勒超声诊断仪可检测结晶情况,经非布司他治疗后结晶大部分消失,说明非布司他具有更好的溶解痛风结晶的效果^[7-8]。

本研究中,别嘌醇组用别嘌醇治疗,非布司他组则用非布司他治疗。结果显示,非布司他组痛风性关节炎疗效高于别嘌醇组, $P < 0.05$; 非布司他组不良反应出现率低于别嘌醇组, $P < 0.05$; 干预前两组血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例相近, $P > 0.05$; 干预后非布司他组血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例优于别嘌醇组, $P < 0.05$ 。

综上所述,非布司他治疗痛风性关节炎的疗效及其安全性高于别嘌醇,可改善患者血尿酸,减少痛风结晶等,不良反应少,安全性高。

参考文献

[1] 刘林林, 曾彩雯, 何芳等. 非布司他的药理作用、药代动力学及临床研究进展[J]. 南昌大学学报(医学版), 2012, 52(8):88-91.

(上接第109页)

治疗功能性便秘通常采用促进肠胃蠕动的药物, 常见药物如莫沙必利, 该药物是通过刺激肠道 5-羟色胺受体, 促进肠胃蠕动, 恢复肠胃功能, 从而改善患者的临床症状, 而且此类药物的不良反应较少。考虑老年人的活动量较小, 肠道肌张力和运动技能较弱, 功能性便秘多为动力性便秘, 但单一使用此类药物的治疗效果有限, 因此临床治疗老年功能性便秘可以将莫沙必利作为增进肠蠕动的辅药。乳果糖不会被人体吸收, 属于渗透性泻药, 在结肠即被益生菌分解为有机菌, 同时升高结肠内渗透压, 增加粪便的含水量, 在缓解便秘的同时, 改善场内环境。本次研究中将两种药物联合用药治疗老年功能性便秘, 不仅治疗效果理想, 而且有效缓解患者的临床症状,

(上接第110页)

肾功能指标优于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述, 厄贝沙坦联合氨氯地平治疗高血压合并糖尿病肾病的临床效果确切, 可有效缩短疗程, 改善血压水平以及肾功能, 对患者预后转归有益, 值得推广。

参考文献

[1] 王蕾. 左旋氨氯地平联合厄贝沙坦治疗原发性高血压的疗效分析[J]. 求医问药(学术版), 2012, 10(6):785.

[2] 李惠芳. 左旋氨氯地平联合厄贝沙坦治疗原发性高血压的疗效分析[J]. 中国实用医药, 2013, 8(24):167-168.

[3] 冀巍. 左旋氨氯地平联合厄贝沙坦在原发性高血压治疗中的应用[J]. 健康必读(中旬刊), 2013, 12(9):268-268.

[4] 王卫民. 前列地尔联合厄贝沙坦治疗早期糖尿病肾病的临床

[2] 程业, 姜滔, 胡炯等. 关节镜手术联合非布司他对膝关节痛风性关节炎诊治的价值[J]. 浙江临床医学, 2017, 19(1):60-61.

[3] 贾会欣, 怀文丽, 孙巍等. 非布司他治疗前后的原发性痛风患者的超声影像学比较[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(10):144-145.

[4] 于清宏, 毋静, 曲源等. 非布司他对痛风性关节炎患者血脂代谢影响[C]. 全国第十二届中西医结合风湿病学术会议论文集, 2014:120-121.

[5] 杨彦龙, 李小琴, 史静等. 小剂量秋水仙碱联合得宝松治疗急性痛风性关节炎的疗效分析[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(15):2103-2105, 2108.

[6] 任丽娜. 静滴地塞米松治疗口服秋水仙碱无效的痛风性关节炎12例报道[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(6):108.

[7] 刘敏莹. 痛风方联合西药治疗急性痛风性关节炎湿热夹瘀型临床研究[D]. 广州中医药大学, 2016.

[8] 陈光亮, 周媛凤, 张颖等. 治疗痛风和高尿酸血症药物研究进展[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2017, 22(1):104-109.

且不良反应少, 患者的耐受性较好。

综上所述, 莫沙必利联合乳果糖治疗老年慢性功能性便秘的疗效显著, 两种药物起到协同的功效, 促进临床症状的改善, 提高治疗效果。

参考数据

[1] 王宏, 田文玲. 莫沙必利联合乳果糖治疗老年慢性功能性便秘的疗效及对患者肛门直肠动力和直肠感觉的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(12):5109-5111.

[2] 汪勇, 宋远征, 何新华, 聂红秀. 枸橼酸莫沙必利联合益生菌治疗老年功能性便秘的疗效观察[J]. 吉林医学, 2015, 01(11):71-73.

[3] 姚嫄媛. 莫沙必利联合乳果糖、双歧杆菌治疗老年2型糖尿病功能性便秘的疗效分析[J]. 糖尿病新世界, 2017, 02(21):104-105.

效果[J]. 中国综合临床, 2016, 32(5):434-437.

[5] Zhang C., Xing X., Zhang F. et al. Low-dose radiation induces renal SOD1 expression and activity in type 1 diabetic mice[J]. International Journal of Radiation Biology: Covering the Physical, Chemical, Biological, and Medical Effects of Ionizing and Non-ionizing Radiations, 2014, 90(3):224-230.

[6] 孔立滨, 苑天彤. 前列地尔联合厄贝沙坦治疗早期糖尿病肾病患者尿微量白蛋白疗效观察[J]. 黑龙江中医药, 2015, 44(2):33-34.

[7] 薛云超, 茹祥伟, 郭辉等. 厄贝沙坦与左旋氨氯地平联合用药对高血压微量白蛋白尿的临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2011, 05(1):95-96.

[8] 路胜昔. 苯磺酸左旋氨氯地平联合厄贝沙坦治疗原发性高血压的临床疗效评价[J]. 中国现代医生, 2013, 51(32):73-74, 77.

(上接第111页)

再通的患者, 两组差异显著, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。急性前壁心肌梗塞患者的再梗塞率显著大于急性下壁心肌梗塞的患者, 两组差异显著, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。本研究结果与相关的报道数据吻合^[6]。说明尿激酶并不是对所有病灶均具有较高的再梗塞率, 它对于前壁急性心肌梗塞, 出现再梗塞的几率大, 在实际的临床治疗上需借助其它药物展开治疗。

综上所述, 尿激酶具有较强的溶栓能力, 效果佳, 方便给药被作为临床治疗急性心肌梗塞的关键药物。然而尿激酶的再梗塞率高, 会制约最后的疗效, 这就需要按照患者的实际情况酌情使用。

参考文献

[1] 冯月宇. 尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2015(27):79-79.

[2] 李健. 尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死的疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(6):1017-1017.

[3] 张文玲, 岳小丽. 尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死的疗效观察及护理体会[J]. 当代医药论丛, 2013, 11(9):242-242.

[4] 郑雪莲. 静滴尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死疗效观察[J]. 中国伤残医学, 2014(13):139-140.

[5] 孙彩凤. 系统化整体护理对尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死的疗效观察[J]. 医药前沿, 2013(30):91-92.

[6] 陈淑敏, 侯贺功. 大剂量尿激酶联合阿司匹林、尿激酶溶栓治疗急性ST段抬高型心肌梗死的疗效观察[J]. 心脏杂志, 2014(2):184-186.