

# 经皮冠状动脉介入治疗急性下壁心肌梗死的临床分析\*

焦丕奇<sup>1</sup>, 陈永清<sup>1</sup>, 张卫泽<sup>1</sup>, 石国平<sup>2</sup> (1. 兰州军区兰州总医院心血管内科, 兰州 730050; 2. 江苏省如皋市人民医院心血管内科 226500)

**【摘要】目的** 探讨针对急性下壁心肌梗死患者实施经皮冠状动脉介入治疗的临床效果以及应用价值。**方法** 选取 2011 年 3 月至 2013 年 5 月 80 例急性下壁心肌梗死患者, 随机分为普通组和治疗组, 普通组患者使用常规溶栓治疗, 治疗组患者实施经皮冠状动脉介入治疗, 对比两组患者治疗后动脉再通率、不良反应发生率、住院状态等指标。**结果** 实施经皮冠状动脉介入治疗, 所有患者手术全部成功, 手术成功率 100.00%; 治疗后普通组患者动脉再通率 72.50%, 治疗组动脉再通率 92.50%, 两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 普通组住院期间 3 例患者死亡, 病死率 7.50%, 治疗组住院期间 2 例患者死亡, 病死率 5.00%, 两组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 普通组有 11 例患者发生心脏上的不良反应, 发生率 27.50%, 治疗组有 3 例患者发生心脏上的不良反应, 发生率 7.50%, 治疗组明显优于普通组, 两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 针对急性下壁心肌梗死患者实施经皮冠状动脉介入治疗临床效果显著确切, 可有效改善血管通畅状态, 提升治疗有效率, 不良反应发生率低, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 急性下壁心肌梗死; 经皮冠状动脉介入; 动脉再通率

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.10.030 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)10-1371-02

心肌梗死是导致冠心病患者死亡的重要原因之一, 加强它的早期诊断并进行及时有效地治疗非常重要。心肌梗死是心肌细胞死亡导致的, 使得心肌细胞死亡的主要原因是缺血时间过长, 冠状动脉粥样硬化以及非冠状动脉粥样硬化; 心肌梗死可以通过心电图进行诊断, 心肌梗死的临床症状有呼吸困难和恶心等<sup>[1-4]</sup>。目前经皮冠状动脉介入治疗在临床上应用较多, 为了探讨其治疗效果, 本文选取 80 例急性下壁心肌梗死患者, 普通组患者使用常规溶栓治疗, 治疗组患者实施经皮冠状动脉介入治疗, 对比两组患者治疗后动脉再通率、不良反应、住院状态等指标, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2011 年 3 月至 2013 年 5 月兰州军区兰州总医院心血管内科 80 例急性下壁心肌梗死患者, 随机分为普通组和治疗组。普通组: 男 22 例, 女 18 例; 年龄 54~78 岁, 中位年龄 (68.33±5.98) 岁; 患者发病后就诊时间长为 1~7 h, 平均 (3.32±0.55) h。治疗组: 男 23 例, 女 17 例; 年龄 55~77 岁, 中位年龄 (67.74±5.58) 岁; 患者发病后就诊时间长为 30 min 至 7 h, 平均 (3.19±0.61) h。两组患者一般资料上比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。所有患者无合并肝肾功能不全疾病, 无合并精神疾病, 所有患者对试验知情且同意, 符合试验要求。

**1.2 纳入标准** (1) 患者缺血性胸痛持续 30 min 以上, 在使用硝酸甘油等药物治疗后症状无改善; (2) 患者实施心电图辅助检查, 结果显示相邻胸导联抬高 0.2 mV, 或者 2 个以上肢体导联中抬高了 0.1 mV; (3) 辅助检查结果显示患者心肌酶谱异常升高, 肌钙蛋白结果显示阳性; (4) 患者发病时间在 12 h 以内。排除以下患者: 对造影剂过敏、患有溶栓禁忌证、严重器质性心脏疾病、心源性休克、肝肾功能不全患者<sup>[5]</sup>。

**1.3 治疗方法** 普通组: 常规护理基础上实施溶栓治疗。(1) 患者实施静脉注射尿激酶, 用量 150 万 U, 注射时间 30 min。

(2) 静脉滴入 12 h 后实施低分子肝素皮下注射, 4 000 U, 每天 2 次, 维持治疗 7 d。(3) 口服阿司匹林, 300 mg/d, 服用 3 d, 此后 100 mg/d, 持续服用。治疗组: 除实施常规护理外, (1) 术前口服 300 mg 阿司匹林、300 mg 氯吡格雷, 实施静脉注射硝酸甘油, 检测血压, 控制血压在收缩压 90 mm Hg 以上。患者若有房室传导阻滞, 先经股静脉植入保护性临时起搏电极。(2) 导管室维持“门-球”时间低于 1.5 h。对患者右股动脉实施穿刺, 植入动脉鞘 (6F/7F), 注入肝素 2 000 U 后实施动脉造影 (选择性), 医师根据冠状动脉造影确认患者梗死血管分支, 确认后注入肝素 (5 000~7 000 U)。(3) 使用导管指引, 将导丝引入病变血管远端, 利用气球球囊的扩张效果改变病变血管扩张状态。(4) 实施冠状动脉支架置入术以及经皮冠状动脉腔内血管成形术。(5) 术后使用 75 mg 氯吡格雷, 每天 1 次; 100 mg 阿司匹林, 每天 1 次。

**1.4 评价标准** (1) 经皮冠状动脉介入手术成功标准: 患者支架植入之后, 病变冠状动脉残余狭窄低于 30%, 患者远端血流达到 TIMI 2~3 级, 手术中未出现再次心肌梗死甚至死亡<sup>[6]</sup>。(2) 治疗成功: 在手术成功基础上, 患者心脏解剖结构基本恢复, 临床症状得以明显缓解, 心肌缺血等检查显示明显好转。

**1.5 统计学处理** 使用统计学软件 SPSS13.0 进行分析, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较采用  $t$  检验, 计量资料以率表示, 组间比较采取  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者动脉再通情况对比** 治疗组 40 例患者实施经皮冠状动脉介入治疗, 所有患者手术全部成功, 手术成功率 100.00%。治疗后普通组动脉未通率为 7.50% (3 例), 再通率 72.50% (37 例); 治疗组动脉未通率为 27.50% (11 例), 再通率 92.50% (29 例)。两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

**2.2 两组患者住院病死率比较** 普通组 3 例患者死亡, 住院病死率 7.50%, 37 例存活, 存活率 92.50%; 治疗组 2 例患者死

\* 基金项目: 江苏省“六大人才高峰”高层次人才项目 (017)。

亡,住院病死率 5.00%,38 例存活,存活率 95.00%。两组患者住院病死率比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**2.3 两组患者心脏不良反应发生率比较** 普通组有 11 例患者发生心脏上的不良反应,发生率 27.50%;治疗组有 3 例患者发生心脏上的不良反应,发生率 7.50%。治疗组明显优于普通组,两组比较差异有统计学意义( $\chi^2=5.387, P<0.05$ )。

### 3 讨 论

心肌梗死在临床上是一种较常见的胸痛病症,发病原因是患者的心肌细胞大量死亡,导致血液供应量急剧减少,严重影响患者的生命安全<sup>[7-8]</sup>。心肌梗死发生后应该及时采取有效的措施防止血凝现象出现,并进行抗血栓的治疗,目的是使导致心肌梗死的血管能够及时得到疏通,保证血液供应畅通无阻。

传统溶栓治疗急性心肌梗死经常使用肝素治疗,包括普通肝素和低分子肝素。低分子肝素是以普通肝素为材料制作,通常是在进行溶栓治疗之后用于辅助治疗,其主要作用是抑制凝血因子,而用普通肝素进行治疗时,药物直接作用于血管,因此治疗起作用的时间更短,疗效较好,低分子肝素需要经过一定时间才能达到最佳疗效<sup>[9]</sup>。低分子肝素钙可以通过与抗凝血酶结合,有效地抑制凝血酶的活性,从而防止发生血栓,对心肌梗死患者的病情有所缓解;同时低分子肝素还能够促进血液循环并对血管有适度地扩张作用。

经皮冠状动脉介入的优势在于患有溶栓禁忌证的患者也能实施,因此避免了治疗盲区,患者均能实施治疗。经皮冠状动脉介入与传统溶栓治疗相比对梗死血管血运的重建更安全有效。传统治疗由于再灌注会引起一定损伤,经皮冠状动脉介入降低了再灌注引起的损伤以及致残病例,患者生存情况得到改善。术后经皮冠状动脉介入治疗有更高的存活率,出血并发症发病更少,心脏不良反应也更少。

在实施经皮冠状动脉介入过程中,尤其要注意预防和治疗并发症,典型的有影像学特征,因为不同的学者对于冠脉影像学特点以及预后有不同的观点,临床主治医师应该多参考各学者的意见,做出准确地判断;此外典型的还有患者脑血管病史以及陈旧性心肌梗死病史等,医师对以上病史特别关注,对患者收缩压、心律、多支病变、再灌注不良等现象也要引起重视,预防并发症的出现。在手术过程中,要注意干预患者侧支循环供血血管,一般原则为对受血管闭塞病变首先实施干预,对供血血管的干预仅在慢性长期闭塞病变无法开通时才考虑。此外,正确的介入方法以及仪器选择非常重要,预防是对分支闭塞发生的主要原则,是否使用对吻球囊技术或者双导丝保护技术需要根据主支血管夹角等多方面因素确定。注意对以上因

素的预防及判断,以提高手术成功率。

本文研究结果显示,实施经皮冠状动脉介入治疗后患者动脉再通率 92.50%,住院期间只有 2 例患者死亡,住院病死率 5.00%,此外只有 3 例患者发生心脏上的不良反应,发生率 7.50%,治疗效果明显优于普通组,提示经皮冠状动脉介入治疗可以有效改善患者心脏供血功能。

综上所述,针对急性下壁心肌梗死患者实施经皮冠状动脉介入治疗临床效果显著,有效改善血管通畅状态,提升治疗有效率,不良反应发生率低,值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1] 牛巧云,邵国华,周文博. 经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死 56 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志,2009,15(10): 67-68.
- [2] Li YQ, Jin M, Qiu SL, et al. Effect of Chinese drugs for supplementing Qi, nourishing Yin and activating blood circulation on myocardial perfusion in patients with acute myocardial infarction after revascularization[J]. Chin J Integr Med, 2009, 15(1): 19-25.
- [3] 高润霖. 急性心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2001, 37(12): 9-24.
- [4] 沈万贵. 经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死的临床效果评价[J]. 河北医学, 2013, 19(3): 368-370.
- [5] 石小燕. 经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死的临床研究[J]. 中国现代医生, 2010, 48(9): 122.
- [6] 华川,王月康. 低分子肝素钙和普通肝素在治疗非 ST 段抬高心肌梗死中的疗效比较[J]. 华西医学, 2010, 25(4): 686-687.
- [7] 李伟荣,何平,江亚. 急诊经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死 62 例临床分析[J]. 航空航天医药, 2009, 20(12): 43-44.
- [8] Alidoosti M, Hosseini SK, Sharafi A, et al. Outcomes of percutaneous coronary intervention on saphenous vein graft and native coronary vessels [J]. J Tehran Heart Cent, 2011, 6(3): 143-147.
- [9] 宋德明,孙爱娇,乔锐,等. 急诊经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死的临床疗效评估[J]. 安徽医学, 2010, 31(10): 1166-1168.

(收稿日期:2013-10-20 修回日期:2013-12-25)

(上接第 1370 页)

儿外周血淋巴细胞亚群的研究[J]. 中国实验诊断学, 2010, 14(5): 684-686.

- [10] 张克昌,曹明杰,李维春,等. 手足口病患儿体内淋巴细胞亚群和细胞因子水平变化及意义[J]. 山东医药, 2013, 53(7): 19-22.
- [11] 石海矾,陈益平,徐志伟,等. 手足口病患儿外周血淋巴细胞亚群变化的临床研究[J]. 中国小儿急救医学, 2010, 17(1): 48-49.
- [12] 段熠,林智平,徐汉云,等. 手足口病患儿免疫功能临床研

究[J]. 江西医药, 2012, 47(10): 913-915.

- [13] 方跃华,王安平,陈如花. 免疫球蛋白及补体检测在感染肠道病毒 71 手足口病患儿中的临床意义[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(3): 329-330.
- [14] 王亚秋,蒋玉红,宋金莲,等. EV71 相关手足口病并发肺水肿血清 IgM 水平的变化[J]. 青岛大学医学院学报, 2011, 47(4): 362-364.

(收稿日期:2013-11-13 修回日期:2013-01-04)