

急性心肌梗死合并心源性休克患者急诊行介入治疗研究

苏杭

(深圳市宝安区沙井人民医院 518104)

摘要:目的:分析对于急诊的急性心梗并心源性休克者开展介入治疗的临床效果。方法:对照组采取常规的溶栓治疗方案,观察组则行急诊介入治疗。结果:观察组的血管开通率高于对照组,住院期间死亡率低于对照组,治疗后1个月LVEF低于对照组,总体住院时间短于对照组,两组各指标比较中 $P < 0.05$ 。结论:通过对急性心梗并心源性休克患者在急诊过程中实施冠脉介入治疗,可有效提高患者血管开通率、改善心梗后心功能并降低死亡率。

关键词:急性心肌梗死;心源性休克;介入治疗;急诊

急性心肌梗死患者发病后如其左室的坏死面积超过40%,则心脏的泵血功能也将受到严重损伤,同时产生泵衰竭,甚至可能诱发心源性休克。急性心梗患者并发心源性休克是导致其急性期内发生死亡的重要原因,即便通过药物治疗方案患者的死亡率仍然较高,约接近70%左右。近年来临床中发现^[1]及早实施介入治,例如支架置入和冠脉球囊扩张等能够降低患者病死率,本文将着重探究对于急诊的急性心梗并心源性休克患者开展介入治疗的临床价值。

1 资料、方法

1.1 线性资料

随机抽取2017年1月~2019年4月我院70例急诊的急性心梗并心源性休克病例,以其治疗意愿及最终治疗方案为标准分组,观察组(介入治疗组,35例):性别比,男:女=19:16;就诊时年龄53~88岁,均值(68.3±0.4)岁。对照组(单纯溶栓组,35例):性别比,男:女=20:15;就诊时年龄51~89岁,均值(67.8±0.5)岁。2组线性资料在比较中 $P > 0.05$ 。

患者入组标准:(1)经诊断符合急性心肌梗死及心源性休克的临床诊疗标准;(2)起病时间 $< 6h$;(3)患者及家属对研究知晓,并签署了知情同意书。排除标准:(1)合并血容量不足者;(2)合并其他造成低血压的相关因素者。

1.2 方法

对照组患者采取常规的溶栓治疗方案,入院后行尿激酶(100~150万)+生理盐水(100ml)于30分钟内快速静滴,同时给予常规对症治疗,主要有吸氧、抗休克、镇静、抗血小板聚集以及抗凝等,同时积极纠正其心律失常,并应用他汀类药物;观察组则行急诊介入治疗,患者胸痛发作之后的12小时之内实施急诊介入术予以治疗,在进行急诊介入术过程中常规完善主动脉内球囊反搏、电击除颤、临时起搏、呼吸机辅助和心肺复苏等。观察组当中部分患者首先实施球囊扩张,之后进行支架植入术治疗。患者均于术前给予抗血小板聚集类药物进行口服,同时应用肝素皮下注射治疗,并于术后适当给予硝酸酯类、血管紧张素转换酶抑制剂、他汀类药物以及血管升压类药物。

1.3 评估指标

(1)统计两组治疗后的血管开通情况;(2)统计两组的住院时间以及住院期间的死亡率情况;(3)均于治疗后1个月再次行心脏彩超检查,对患者的左室射血分数(LVEF)进行测定。

1.4 统计学方法

本文数据以SPSS17.0分析,标准差以 $(\bar{x} \pm s)$ 描述,行 t 、 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为2组差异有统计学意义。

2 结果

观察组的血管开通率高于对照组,住院期间死亡率低于对照

组,治疗后1个月LVEF低于对照组,总体住院时间短于对照组,两组各指标比较中 $P < 0.05$ 。

表1 两组疗效比较[n(%)] ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	血管开通率 (%)	死亡率 (%)	治疗后1个月住院时间(d) LVEF (%)
观察组	35	34 (97.14)	2 (5.71)	49.06 ± 6.71
对照组	35	20 (57.14)	9 (25.71)	42.13 ± 6.15
χ^2/t 值		5.291	6.119	6.329
p值		0.016	0.014	0.013

3 讨论

近年来,我国临床诸多研究均证实^[2-4],通过行急诊介入治疗与传统溶栓治疗方案相比应用价值较高,同时也是对急性心肌梗死患者进行治疗的重大突破。急诊介入治疗的血管再通率显著提升,并且患者的提TIMI分级3级血流率可达到90%甚至更高。急诊介入治疗对于急性心梗患者的治疗效果理想,然而针对合并心源性休克患者院内死亡率依然相对较高。本次研究中发现许多患者均属于多支血管同时病变,进一步增加了患者急诊介入的治疗难度。现阶段倡导对于合并多支病变者实施多支血管介入治疗,通过进行冠脉造影提示,患者梗死的相关动脉前降支与右冠状动脉相对较多,患者的前降支诱发休克,多数属于泵功能衰竭。而发生的再灌注情况仅能导致部分患者处于休克状态,并且可实现较短时间内的有效纠正,总体来看患者还需要应用多种药物进行辅助治疗,可在必要时进行IABP辅助治疗,严重休克患者反复室颤室速交感电风暴患者需要在EOMO支持下完成急诊介入治疗。急诊介入治疗与传统溶栓治疗相比具有显著优势,对于具有溶栓治疗禁忌症的患者通过进行急诊介入治疗,能够帮助其迅速恢复良好的血流灌注,同时介入治疗中能够了解患者冠脉的实际病变情况,有助于更好地拟定下一步的治疗计划。同时可最大限度地实现患者血管再通,有助于降低合并心源性休克者的死亡率,能够抑制致命性出血。同时并发心源性休克者多数病情危重,其大部分的血管存在着严重病变情况,并且心肌梗死的面积相对较大患者心功能较差,为了有效挽救其濒死的心肌防止发生在闭塞,以及对存活心肌进行保护等,及早进行介入治疗有助于提升治疗效果。此类患者属于高危患者,在治疗中还需结合其实际病情特点科学制定介入治疗策略,以及围术期内的科学抗凝方案。研究发现,在确保患者抗凝疗效的基础上,能够降低其围术期内出血事件的发生风险,同时有助于降低介入术中各类并发症风险及患者的病死率,同时该方案也能够使更多急性心梗并心源性休克者从急诊介入治疗中更好的获益。现阶段的研究发现^[5-9],对于心源性休克患者来说,急性期应用急诊介入技术是使此类患者死亡率的大幅下降的重要原因,与以往单纯药物治疗方案相比也可显著提升患者的一年存活率^[6]。从本次的对比结果来看,观察组经介入治疗后,在血管再通率、死亡率、住院时间以及心功

(下转第112页)

(上接第 66 页)

能指标等方面与对照组相比具有显著差异,总体治疗效果更优。这提示,对于急性心梗并发心源性休克者,采用急诊介入治疗方案具有较高的临床应用价值。

综上所述,通过对急性心梗并心源性休克患者在急诊过程中实施冠脉介入治疗,可有效提高患者血管开通率、改善心梗后心功能并降低死亡率。

参考文献:

[1]张文芳.主动脉球囊反搏联合经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死合并心源性休克的临床分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(23):73-74.

[2]汪宇鹏,崔鸣.急性心肌梗死合并心源性休克的现代治疗策略[J].山东医药,2019,59(16):110-113.

[3]Anupam B. Jena,Andrew Olenski,Daniel M. Blumenthal, et al.Acute Myocardial Infarction Mortality During Dates of National

Interventional Cardiology Meetings[J].Journal of the American Heart Association,2018,7(6):n/a-n/a.

[4]Banasik, Grzegorz,Nowak-Radzic, Edyta,Pigon, Katarzyna, et al.Cost assessment of treatment of acute myocardial infarction and angiographically visible coronary thrombus[J].Journal of comparative effectiveness research,2018,7(5):471-481.

[5]张东菊.比较介入治疗与保守治疗对急性心肌梗死合并心源性休克老年患者的临床疗效[J].中国医药指南,2018,16(32):38.

[6]刘长智,周柱江,卢剑海,等.体外膜肺氧合在急性心肌梗死介入治疗围手术期中的应用[J].中国急救医学,2019,39(4):377-381.

作者简介:

苏杭 单位:深圳市宝安区沙井人民医院 民族:汉族 科室:急诊医学科

学历:心血管内科硕士 职称:中级职称主治医师