

急诊介入治疗对合并院前心脏骤停急性心梗的临床疗效分析

赵靖宇

(山西省寿阳县人民医院心内科 045499)

摘要:目的: 讨论急诊介入治疗对合并院前心脏骤停急性心梗的临床疗效分析。方法: 入选山西省寿阳县人民医院心内科 50 例合并院前心脏骤停急性心梗患者主要于 2019 年 9 月-2022 年 9 月接受病情诊疗, 将其随机分为对照组 25 例(静脉溶栓治疗)与研究组 25 例(急诊介入治疗)。观察指标: 疗效; 不良事件发生率; 心绞痛、心律失常及心力衰竭发作情况; 心脏功能; 治疗时间及住院时间。结果: 研究组疗效总有效率的 96% 明显高于对照组 68%, $P < 0.05$ 。研究组不良事件发生率的 4% 明显低于对照组的 24%, $P < 0.05$ 。研究组心绞痛、心律失常及心力衰竭发作次数明显低于对照组, $P < 0.05$ 。治疗前两组各项心脏功能指标对比无统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后研究组各项心脏功能指标改善效果均明显优于对照组, $P < 0.05$ 。研究组治疗时间及住院时间均明显短于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 合并院前心脏骤停急性心梗患者实施急诊介入治疗措施利于获得显著疗效, 促使症状及心功能改善, 缩短康复时间, 减少不良事件发生率, 值得推广。

关键词: 心脏骤停; 急性心梗; 静脉溶栓; 急诊介入

急性心梗属于心内科常见疾病, 作为一种危重症, 此病若不能及时进行有效救治, 将威胁患者生命安全^[1]。机体冠状动脉狭窄或闭塞为引起急性心梗病症的主要原因, 在该病因影响下, 患者心肌组织会出现急性、持续性缺血缺氧现象, 以致于损伤心肌组织, 或者是导致心肌坏死, 且在这一病理演变过程中, 患者发生各种不良并发症的机率将明显提高, 如心脏骤停^[2]。合并院前心脏骤停急性心梗患者病情危重, 目前临床多以静脉溶栓及急诊介入治疗扭转病情, 其中前者治疗方式虽然有效, 受患者病情严重程度及溶栓时间限制性较高, 而后者治疗方式限制性因素相对较少, 可在短时间内显著改善冠脉血流, 提高抢救成功率^[3]。基于此, 本次研究中对山西省寿阳县人民医院心内科 2020 年 9 月-2022 年 9 月收治 50 例合并院前心脏骤停急性心梗患者实施静脉溶栓治疗与急诊介入治疗后效果进行了研究。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

入选山西省寿阳县人民医院心内科 50 例合并院前心脏骤停急性心梗患者主要于 2019 年 9 月-2022 年 9 月接受病情诊疗, 将其随机分为对照组 25 例与研究组 25 例。纳入标准: 符合急性心肌梗死诊断标准; 合并院前心脏骤停; 患者及家属对本次试验知悉且均自愿配合试验。排除标准: 合并严重性感染、严重性慢性疾病、肝肾肺等脏器功能异常^[4]; 先天性心脏病、先天性心脏发育异常、心室中形成血栓^[5]; 智力障碍、语言沟通障碍及精神障碍。两组资料可比性显著 ($P > 0.05$): 对照组中男 16 例 (64%)、女 9 例 (36%), 年龄: (53.26 ± 2.61) 岁; 研究组中男 15 例 (60%)、女 10 例 (40%), 年龄: (53.67 ± 2.95) 岁。

1.2 方法

两组患者院前均接受心肺复苏干预, 待心跳恢复正常后, 予以心电监护及吸氧干预等措施, 均以最快速度转送至医院接受专业抢救治疗。

对照组接受静脉溶栓治疗: 重组尿激酶原一次用 50mg, 先将 20mg 用 10 毫升生理盐水溶解后, 3min 静脉推注完毕, 其余 30mg 溶于 90mg 生理盐水, 于 30 分钟内滴注完毕。

研究组接受急诊介入治疗: 术前需对患者做好各项检查工作, 准备好手术所需药品及物品等, 向患者阐明手术流程及注意事项。正式实施手术治疗时, 需对患者进行冠状动脉造影检查, 评价冠状动脉有无堵塞及狭窄情况。完成消毒处理工作后, 协助于患者采取仰卧位姿势, 于患者手腕冠状动脉处作一个适宜的切口, 借助于影像学技术明确梗死位置, 并将准备好的介入器械放置于心脏病变位置, 同时将支架安装于冠状动脉狭窄段及闭塞段, 支撑管腔。选择适宜的球囊, 若患者血栓情况十分严重, 可借助于导管进行抽吸操作, 完成该操作后进一步展开球囊扩张步骤。手术实施期间, 需予以患者持续性肝素化处理, 建立静脉通道, 借助于血管活性药物改善血液动力水平。介入治疗整个过程均需加强体征监测, 及时应对异常问题, 术后持续化予以心电监护, 并采取抗凝治疗等。

1.3 观察指标

(1) 疗效: 显效: 体征无异常, 临床症状消失; 有效: 体征趋于稳定, 临床症状改善; 无效: 不能达到以上标准。疗效总有效率为: 显效发生率与有效发生率之和^[6]。(2) 不良事件发生率: 即对患者治疗过程中发生休克、下肢水肿、出血不良事件机率进行统计。(3) 心绞痛、心律失常及心力衰竭发作情况: 即对患者治疗过程中心绞痛、心律失常及心力衰竭发生次数进行统计。(4) 心脏功能: 包括心率、心室收缩末期容积、心脏收缩功能评分(分值高, 心脏收缩功能差)、左室舒张末内径、左心室射血分数。(5) 治疗时间及住院时间: 即对患者治疗时间住院时间进行统计。

1.4 统计学分析

对比分析组间数据应用 SPSS.23 软件, 计数资料用 χ^2 计算, 计量资

料用 t 计算, $P < 0.05$, 存在统计学差异。

2. 结果

2.1 疗效比较

研究组疗效总有效率的 96% 明显高于对照组 68%, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 疗效比较[n(%)]

组别	例数 (n)	显效	有效	无效	总有效率
对照组	25	9 (36.00)	8 (32.00)	8 (32.00)	17 (68.00)
研究组	25	18 (72.00)	6 (24.00)	1 (4.00)	24 (96.00)
χ^2	--	--	--	--	6.639
P	--	--	--	--	0.009

2.2 不良事件发生率比较

研究组不良事件发生率的 4% 明显低于对照组的 24%, $P < 0.05$, 见表 2。

表 2 不良事件发生率比较[n(%)]

组别	例数 (n)	休克	下肢水肿	出血	总发生率
对照组	25	2 (8.00)	2 (8.00)	2 (8.00)	6 (24.00)
研究组	25	1 (4.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.00)
χ^2	--	--	--	--	4.152
P	--	--	--	--	0.041

2.3 心绞痛、心律失常及心力衰竭发作情况比较

研究组心绞痛、心律失常及心力衰竭发作次数明显低于对照组, $P < 0.05$, 见表 3。

表 3 心绞痛、心律失常及心力衰竭发作情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 次/d)

组别	例数 (n)	心绞痛	心律失常	心力衰竭
对照组	25	3.05 \pm 0.48	2.16 \pm 0.71	1.45 \pm 0.26
研究组	25	1.17 \pm 0.45	1.39 \pm 1.42	0.74 \pm 0.27
t	--	14.286	2.425	9.470
P	--	0.000	0.019	0.000

2.4 心脏功能比较

治疗前两组各项心脏功能指标对比无统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后研究组各项心脏功能指标改善效果均明显优于对照组, $P < 0.05$, 见表 4。

表 4 心脏功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	对照组 (n=25)		研究组 (n=25)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
心率 (次/min)	72.32 \pm 3.25	76.37 \pm 2.44	72.54 \pm 3.05 ^a	84.33 \pm 2.42 ^b
心室收缩末期容积 (%)	20.25 \pm 2.24	24.98 \pm 2.23	20.34 \pm 2.15 ^a	28.88 \pm 2.99 ^b
心脏收缩功能评分 (分)	85.34 \pm 1.25	79.97 \pm 1.14	85.34 \pm 1.22 ^a	68.64 \pm 1.16 ^b
左室舒张末内径 (mm)	55.25 \pm 4.25	50.99 \pm 4.88	55.35 \pm 4.25 ^a	45.23 \pm 3.70 ^b
左心室射血分数 (%)	40.25 \pm 1.35	44.77 \pm 1.26	40.35 \pm 1.22 ^a	51.34 \pm 1.14 ^b

注: 与对照组治疗前、治疗后相比, P 值分别表示为 ^a > 0.05 、^b < 0.05 。

2.5 治疗时间及住院时间比较

研究组治疗时间及住院时间均明显短于对照组, $P < 0.05$, 见表 5。

3. 讨论

合并院前心脏骤停急性心梗病症治疗关键在于: 早期恢复梗死区域 (下转第 31 页)

(上接第 29 页)

心肌血液灌注^[7]。对该病患者实施静脉溶栓治疗及急诊介入治疗均可在一定程度上达到这一治疗原则,实现患者冠状动脉血液再通。但是静脉溶栓治疗中所使用溶栓剂充分反应所需时间较长,见效时间慢,且患者病情若相对严重,实施此项治疗很容易出现溶栓失败的情况^[8]。急诊介入治疗属于新型治疗技术,目前在临床中的应用相对普遍,该项治疗方式下会将支架置入闭塞或狭窄冠状动脉的方式,来有效扩充冠状血管,恢复正常血流,及早扭转病情。同时,急诊介入治疗本质上属于微创手术,有较小的创伤性,加之短时间内可实现血管再通,因此可有效降低并发症的发生,有较高的治疗安全性^[9]。

表 5 治疗时间及住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	治疗时间 (min)	住院时间 (d)
对照组	25	149.98 ± 20.64	16.26 ± 2.35
研究组	25	115.64 ± 18.67	10.25 ± 2.67
t	--	6.169	8.448
P	--	0.000	0.000

本研究结果显示:研究组疗效总有效率的 96%明显高于对照组 68%, $P < 0.05$ 。研究组不良事件发生率的 4%明显低于对照组的 24%, $P < 0.05$ 。说明合并院前心脏骤停急性心梗患者实施急诊介入治疗有较高疗效及安全性,该项治疗下将以放置支架的方式,有效将患者阻塞血管打开,使之恢复其心肌血液循环,有效改善不良体征及症状,降低不良并发症发生率,可保障良好治疗预后效果。本次研究显示:研究组心绞痛、心律失常及心力衰竭发作次数明显低于对照组, $P < 0.05$ 。治疗前两组各项心脏功能指标对比无统计学意义, $P > 0.05$;治疗后研究组各项心脏功能指标改善效果均明显优于对照组, $P < 0.05$ 。说明合并院前心脏骤停急性心梗患者实施急诊介入治疗更利于减少心绞痛等症状发作次数,改善心功能。分析原因如下:急诊介入治疗下将提高患者心脏射血量,改善心肌缺血现象,确保心脏血供处于充盈状态,使之减少心绞痛及心律失常等症状发作次数,同时,该项治疗可保障充足的心肌灌注,利于降低细胞坏死率,平衡心肌电位,使之在有效保护心肌细胞的基础上,加快受损心肌恢复,增强心功能^[10]。本次研究还发现:研究组治疗时间及住院时间均明显短于对照组, $P < 0.05$ 。说明合并院前心脏骤停急性心梗患者实施急诊介入治疗更利于缩短康复时间,该项治疗可快速实现患者心肌梗死部位愈合,短时间纠正心肌缺氧缺血症状,

尽快缓解病情,提高诊疗康复速率^[11]。需引起注意的是,合并院前心脏骤停急性心梗患者实施急诊介入治疗术后有一定的血管狭窄再发生机率,为此需在术后予以患者一定的抗凝药物治疗,以对这一问题进行防范^[12]。

综上所述,急诊介入治疗后,合并院前心脏骤停急性心梗患者疗效理想,安全性较高,利于加速症状及心功能改善,缩短康复时间。

参考文献:

- [1]田峰.经皮冠状动脉介入治疗对高龄急性心梗患者疗效及安全性分析[J].中国医疗器械信息,2022,28(12):145-147.
- [2]许群锋,陈静,赵佳敏,等.常规疗法结合早期心脏康复方案用于急性心梗经皮冠状动脉介入术后对患者 CRP、BNP 及心功能指标的调节[J].医药论坛杂志,2022,43(4):70-73.
- [3]陈小琼,张小双.替罗非班联合经皮冠脉介入术应用于急性心梗患者的临床治疗中对其临床疗效的优化作用[J].系统医学,2022,7(4):111-114.
- [4]汪小宇,祝秋萍.急性心梗经皮冠状动脉介入治疗术后患者运动康复教育思维导图的设计与制作[J].护士进修杂志,2021,36(16):1500-1504.
- [5]姚桂花.急性心梗介入治疗患者心电图碎裂 QRS 波与心肌再灌注及预后的关系研究[J].当代医学,2021,27(21):144-146.
- [6]马艳丽,范勤琴.全程介入护理在恶性肿瘤伴急性心梗患者经桡动脉行急诊 PCI 治疗中应用及对不良反应、术后康复的影响[J].血栓与止血学,2020,26(6):979-981.
- [7]王雪梅.不同时间窗急性心梗患者采用冠脉介入治疗的效果比较[J].世界复合医学,2020,6(9):114-116.
- [8]梁荐,曹光强.急性心肌梗死合并院前心脏骤停的急诊介入治疗疗效研究[J].中国社区医师,2020,36(1):68-69.
- [9]黄艳,戴朝晖,石凤姣,等.心肺复苏联合急诊 PCI 抢救急性心肌梗死后心脏骤停的效果[J].实用休克杂志(中英文),2019,3(6):340-342+346.
- [10]张越.急诊介入治疗合并院前心脏骤停急性心肌梗死的临床疗效分析[J].中国医药指南,2019,17(13):111-112.
- [11]霍占军,李璐璐,吴一楠.急诊介入治疗合并院前心脏骤停急性心肌梗死患者的效果分析[J].当代医学,2019,25(2):38-40.
- [12]杨占彪.急诊介入治疗合并院前心脏骤停急性心肌梗死临床疗效分析[J].当代医学,2019,25(1):143-144.