

急诊规范临床路径治疗对急性心肌梗死介入治疗的疗效观察

徐航

(空军军医大学第一附属医院(西京医院)心血管内科 陕西省西安市 710032)

摘要:目的:观察急诊规范临床路径治疗对急性心肌梗死介入治疗的疗效。方法:于我院 2021.03—2022.03 期间择选 100 名急性心肌梗死病人作为研究对象,按照临床路径实施时间不同分出常规组、实验组,每组 50 名。2021.03—2021.07 期间未实施临床路径治疗设为常规组,共计 50 名对象接受急诊规范治疗;2021.08—2022.03 期间未实施临床路径治疗设为实验组,共计 50 名对象接受急诊规范治疗。对比两组再灌注各环节时间、治疗前后 LVEF(左室射血分数)和 CK-MB(肌酸磷酸激酶同工酶)、并发症发生率。结果:治疗前,两组对比 LVEF 和 CK-MB 值未见差异性, $P > 0.05$ 。治疗后,两组对比再灌注各环节时间中“院前延迟”无差异, $P > 0.05$;相较常规组,实验组再灌注各环节时间中“发病至治疗时间”更低, $P < 0.05$ 。相较常规组,实验组并发症发生率更低, $P < 0.05$ 。相较常规组,实验组 LVEF 更高、CK-MB 更低, $P < 0.05$ 。结论:急诊心肌梗死介入治疗中,开展急诊规范临床路径治疗可提高临床治疗效果,各项指标改善作用明显,可积极促进患者心功能恢复避免并发症发生,疗效可观,建议临床普及应用。
关键词:急性心肌梗死;急诊规范;介入治疗;并发症

急性心肌梗死(AMI)的发生基于持久性的心肌缺血导致严重心肌功能减弱,造成部分心肌急性坏死。主要提升表现为机体循环障碍、胸痛,心电图可见特征性缺血坏死、心肌损伤。AMI指冠状动脉病变造成血液供给骤然减少,严重情况下会危及生命安全,典型症状为突发且持续性胸前区压榨性疼痛反应,有濒死感、呼吸憋闷感。此病在心内科中常见疾病,不仅病程发展快且起病急,胸骨后的持续疼痛情况不会因暂时休息而改善,需要临床介入有效治疗办法预防疾病恶化造成心律失常、心力衰竭,尽可能控制致死率与致残率^[1]。随着临床医学技术的不断进步,对急性心肌梗死疾病开展介入治疗实现了血管再通以及控制血小板凝聚的治疗目的,而在此期间急诊规范临床路径治疗方式的选择进一步缩短了灌注缓解时间,对提高病患预后健康有积极意义^[2]。基于此,本次统计收集急性心肌梗死病人资料比较,详情如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

于本院 2021 年 3 月至 2022 年 3 月期间收集 100 名急性心肌梗死病人资料作为本次统计研究主体,按照临床路径实施前后不同,分出常规组(2021.03—2021.07)、实验组(2021.08—2022.03),每组 50 名对象。所有患者经病理检查均已确诊 AMI,知晓本次统计目的并签署相关执行同意书,资料递交伦理委员会批准审核。

常规组:男患 26 例、女患 24 例;年龄值区间 40 岁—87 岁、平均年龄值(58.22±5.00)岁;梗死位置:前壁 19 例、后壁 16 例、下壁 7 例、侧壁 8 例。实验组:男患 27 例、女患 23 例;年龄值区间 41 岁—87 岁、平均年龄值(58.9±4.98)岁;梗死位置:前壁 19 例、后壁 17 例、下壁 7 例、侧壁 7 例。基本资料对比 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

常规组:急诊规范治疗,未开展临床路径。病人入院后第一时间按照医嘱给药,选择 300mg 阿司匹林(石药集团欧意药业有限公司阿司匹林肠溶片(欧意)产品,规格 25mg*100s)、300mg 氯吡格雷(赛诺菲(杭州)制药有限公司硫酸氢氯吡格雷片(波立维)产品,规格 75mg*28s)。随之与导管室内向患者右侧桡动脉入路,开展冠脉造影术发现梗死的动脉随后按照梗死情况挑选和应用不同类型的指导导管、导丝等,然后完成 PCI 手术。术后拔除鞘管,局部加压处理并在术后六小时改用普通包,术后 1-2 月内口服阿司匹林 300mg、氯比格雷 75mg 进行剂量调整,每天一次。第三个月服用氯比格雷 75mg、阿司匹林 100mg,每天一次。然后开展二级预防工作,使用 β 受体阻滞剂、ACEI/受体拮抗剂。

实验组:除常规组急诊规范治疗外开展临床路径。第一,确定 AMI 患者的体征情况是否符合诊断标准。第二,带入路径标准。第三,进入路径后治疗。

1.3 观察指标

观察两组再灌注各环节时间、治疗前后 LVEF 和 CK-MB、并

发症发生率。

1.再灌注各环节时间评价标准:评估院前延迟、发病至治疗时间,干预效果佳数值趋低。

2.LVEF 和 CK-MB 评价标准:LVEF(左室射血分数)和 CK-MB(肌酸磷酸激酶同工酶),干预效果佳 LVEF 趋低、CK-MB 趋高

3.并发症发生率评价标准:总发生率=(心律失常+二次梗死+心功能不全)/组间数*100%,干预效果佳数值趋低。

1.4 统计

采用 SPSS23.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 T 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 再灌注各环节时间

常规组:院前延迟(105.01±31.01)min、发病至治疗时间(184.62±18.85)min;实验组院前延迟(104.87±30.40)min、发病至治疗时间(158.33±19.27)min。可见,实验组院前延迟时间低于常规组,但对比差值 $T=0.023$, $P > 0.05$ 。实验组发病至治疗时间低于常规组,对比差值 $T=6.896$, $P < 0.05$ 。

2.2 治疗前后 LVEF、CK-MB

治疗前:常规组患者 LVEF(42.28±4.15)%、CK-MB(112.11±13.86)U/L;实验组患者 LVEF(42.31±4.09)%、CK-MB(112.25±14.07)U/L。可见两组对象 LVEF、CK-MB 值无差异,对比差值 $T=0.036$ 、 0.050 , $P > 0.05$ 。

治疗后:常规组患者 LVEF(50.37±3.18)%、CK-MB(56.39±4.12)U/L;实验组患者 LVEF(59.37±4.00)%、CK-MB(45.07±4.00)U/L。可见实验组 LVEF 值高于常规组,CK-MB 值低于常规组,对比差值 $T=12.454$ 、 13.939 , $P < 0.05$ 。

2.3 并发症发生率

常规组:心律失常 3 例、二次梗死 3 例、心功能不全 4 例,总发生率 20.00%。实验组:心律失常 1 例、二次梗死 1 例、心功能不全 0 例,总发生率 4.00%。可见实验组并发症发生率低于常规组,对比差值 $\chi^2=6.060$, $P < 0.05$ 。

3. 讨论

AMI 疾病具有突发性、危急性特点,患病后若未能给予有效治疗则致残率、致死率较高,体征表现明显存在明显心肌缺氧、缺血性反应,对此临床首要治疗手段介入原则为帮助患者改善缺氧、缺血症状。有医学者提出在 AMI 病理基础为粥样硬化斑块破裂导致的冠状动脉痉挛优势血管内血栓形成,治疗过程中应以积极疏通患者血管持续闭塞为主,改善心肌梗死症状^[3]。AMI 发病后一小时是关键治疗时机,对此临床也应积极选择合适的治疗办法来提升疗效。具医学资料显示急诊规范临床路径治疗对急性心肌梗死介入治疗

(下转第 17 页)

(上接第1页)

效果有促进作用,可加强病患预后。左室射血分数在治疗中作为关键检测数据,可直接反应患者心功能指标,可为判断患者预后表现提供借鉴作用。而肌酸磷酸激酶同工酶是判断患者心肌梗死状态的关键指标,经治疗前后患者的状态对比可以此为依据^[4]。急诊规范干预下以临床路径为依据开展介入治疗,使得工作步骤具备有序性、规范性、标准性,尽可能的规避不良事件的发生从而确保患者尽快恢复健康。

结果可见,治疗前,两组 LVEF 和 CK-MB 值对比 $P > 0.05$ 。治疗后两组再灌注各环节时间中院前延迟对比 $P > 0.05$; 而实验组发病至治疗时间低于常规组 $P < 0.05$ 。实验组 CK-MB 值、并发症发生率低于常规组, LVEF 值高于常规组, $P < 0.05$ 。

综上所述,急诊规范临床路径治疗对急性心肌梗死介入治疗的疗效可观,建议推广。

参考文献:

[1]祝春娴. 基于态势分析法的护理管理在急性心肌梗死抢救中的应用价值[J]. 当代护士(下旬刊),2021,28(02):65-67.

[2]赵莎莎. 链式管理在急性心肌梗死介入患者绿色通道中的应用效果[J]. 临床护理杂志,2020,19(06):44-47.

[3]刘盼盼. 急性心肌梗死患者行急诊冠状动脉介入术的护理体会[J]. 航空航天医学杂志,2020,31(03):358-359.

[4]肖洁. 优化急诊护理流程抢救急性心肌梗死的价值[J]. 中国继续医学教育,2019,11(30):161-163.