

· 胸部疾病 ·

介入治疗对非ST段抬高型急性冠脉综合征患者心功能的影响

广东省肇庆市第二人民医院 (广东 肇庆 526060)

全楚杰 翟永新 白建雄

【摘要】目的 探讨介入治疗对非ST段抬高的急性冠脉综合征(NSTE-ACS)患者心功能的影响。方法 选取2013年2月-2015年2月期间我院收治的140例非ST段抬高的急性冠脉综合征患者作为观察对象,所有患者采用介入治疗,观察介入术前及术后非ST段抬高的急性冠脉综合征各项指标和患者心功能的改变情况。结果 介入术后通过对肌酸激酶同工酶(CK-MB)、心肌钙蛋白(cTn)、左心室舒张末径(LVDD)和左心室射血分数(LEVF)和心功能分级评定结果显示,术后指标相对于术前有明显改善,增强了心肌灌注能力。同时术后心功能二级以上的患者明显降低。结论 介入治疗可以改善心室泵血功能,有助于NSTE-ACS患者心功能改善。

【关键词】介入治疗;非ST段抬高的急性冠脉综合征;心功能;影响

【中图分类号】R541.4

【文献标识码】A

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2016.03.002

Interventional Treatment Influence on Cardiac Function in Patients with Non-ST Segment Elevation Acute Coronary Syndrome

QUAN Chu-jie, ZHAI Yong-xin, BAI Jian-xiong. The Second People's Hospital of Zhaoqing, Zhaoqing 526060 Guangdong Province, China

【Abstract】Objective To investigate interventional treatment influence on cardiac function in patients with non-ST segment elevation acute coronary syndrome(NSTE-ACS). Methods 140 cases with NSTE-ACS were selected as the object from February 2013 to February 2015 in our hospital, all patients treated with interventional therapy, the NSTE-ACS comprehensive indexes and the change of cardiac function were observe before and after the intervention operation. Results After intervention therapy, postoperative index compared was improved significantly with the ability of cardiac muscle perfusion enhanced based on the creatine kinase (CK-MB), cardiac troponin (cTn), left ventricular end-diastolic diameter (LVDD) and left ventricular ejection fraction (LEVF) and heart function classification results. At the same time, the amount of patient with postoperative heart function more than Grade-2 was decreased significantly. Conclusion Interventional therapy can improve ventricular pump function, which is helpful for the improvement of heart function in patients with NSTE-ACS.

【Key words】Interventional Therapy; Non-ST Segment Elevation Acute Coronary Syndrome; Heart Function; Influence

NSTE-ACS包括非ST段抬高型心肌梗死和不稳定心绞痛两类,主要病因是冠状动脉粥样硬化斑块破裂、继发血栓形成导致急性心肌缺血^[1]。临床症状常常表现为放射性胸骨后痛、胸闷等症状,可导致心律失常、出血并发症、心力衰竭、乳头肌功能失调、休克甚至威胁患者生命安全^[2]。对于高危NSTE-ACS患者提倡尽早介入治疗,介入治疗使用心导管技术疏通狭窄甚至闭塞的冠状动脉管腔,从而改善心肌的血流灌注,缓解症状^[3]。同时配合药物治疗,可明显降低死亡率、减少并发症、改善患者的预后。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取2013年2月~2015年2月期间我院收治的140例非ST段抬高的急性冠脉综合征患者作为观察对象,所有患者采用介入治疗。男105例,女35例,年龄为50~75岁,平均年龄(57.3±1.6)岁。入院时,患者持续胸闷和心绞痛三十分钟,采用肌酸激酶同工酶检测试剂盒检测肌钙蛋白呈阳性,CK-MB超过正常值的两倍,心电图检查为非ST段抬高,诊断结果为非ST段抬高心肌梗死;经动态观察心电图,结合心肌标志物和冠脉造影检查确诊为不稳定型心绞痛。所有患者经测定心功能均在二级以上。根据病情、危险分层和身体状况,医生建议尽早介入治

作者简介:全楚杰,男,主治医师,大学本科,现主要从事心血管内科学工作。

通讯作者:全楚杰

疗, 所有患者愿意配合观察实验。

1.2 治疗方法和注意事项 介入治疗使用心导管技术疏通狭窄甚至闭塞的冠状动脉管腔, 疏通闭塞血管。主要采用经皮冠状动脉腔内成形术和冠状动脉内支架术。介入治疗前患者家属需要签手术同意书, 在术前采用强化他汀治疗、抗凝、抗血小板药物治疗, 辅助和增强手术治疗效果。术后24小时内应卧床休息, 并随时观察穿刺部位有无渗透液流出的情况, 如果身体有明显的不适须告知医生, 坚持进行双重抗血小板、调脂、冠心病二级预防等治疗。术后患者饮食要清淡易于消化, 不能过饥过饱。减少摄入高蛋白、高胆固醇、高热量和高脂肪的食物。特别是有吸烟酗酒的患者, 要戒烟戒酒。吸烟会加速动脉粥样硬化, 酗酒会使血压升高, 所以要养成良好的生活习惯。手术前后患者都要保持积极的心态, 坚定战胜疾病的信心, 可以听听音乐、广播等。在恢复期可根据自身情况进行适量的有氧运动, 如慢跑、呼吸操等, 增强免疫能力, 但需循序渐进。术后的治疗也不能忽视, 特别是除药物外的辅助治疗方法。按时按量服用药物, 养成良好的生活习惯和持续的有氧运动。

1.3 评价标准 对介入治疗的疗效评价指标主要是术前术后肌钙蛋白T、肌酸激酶同工酶、左心室舒张末径和左心室射血分数的测定。对心功能的评定依据Killip心功能分级方案, 将心力衰竭患者的心功能分为四级。I级: 患者无明显的心力衰竭症状。II级: 患者出现左心衰竭, 经检查少半部分肺部听诊有肺部啰音。III级: 患者有急性肺水肿症状, 肺部听诊有啰音。IV级: 患者出现心源性休克症状, 血流动力学发生改变。术前所有患者心功能均超过二级。对介入术的治疗效果分为显效、有效和无效。显效: 狭窄或闭塞消失, 机体功能区域正常。有效: 冠状动脉粥样硬化斑块侵袭减少, 心功能有所改善。无效: 患者临床症状较入院时没有任何改善。

2 结 果

通过对患者进行介入术治疗后, 患者的肌酸激酶同工酶(CK-

MB)、肌钙蛋白T(cTnT)、左心室舒张末径(LVDD)和左心室射血分数(LEVF), 均趋于正常值。患者对比数据差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

介入手术后, 患者临床治疗总有效率93.57%明显高于术前的临床总有效率71.43%, 术前心功能超过二级的患者明显多于术后患者心功能超过二级的患者, 数据对比差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表2。

3 讨 论

急性冠脉综合征根据心电图表现分为ST段抬高型和非ST段抬高型, 非ST段抬高型又分为非ST段抬高心肌梗和不安定心绞痛两类。非ST段抬高型ACS病生理基础为血栓不完全堵塞动脉或部分栓塞, 而ST段抬高型急性心肌梗死则为血栓完全阻塞动脉血管^[4]。急性冠脉综合征最早的诊断对于患者最为重要。因此医护人员需在第一时间进行正确的评估、记录及治疗措施。特别要注意发病到治病过程中会出现的问题, 为患者简历全面的病例档案。与急性冠脉综合征相关的典型诊治包括胸闷、心绞痛, 但症状会引起全身各个脏器的不适, 出现气短、心悸、烦躁、头晕等症状。急性冠脉综合征属于心血管疾病, 所以对同时患有高血压、高血糖、高脂血症或肥胖的患者, 就会加速疾病的发展和转换。在治疗的同时, 患者在手术前后都要控制好血压、血糖和血脂, 合理饮食, 控制体重。服用药物的同时在饮食、运动方面也要注意。该疾病还好发于中老年男性患者, 烟酒是元凶之一, 患者和患者家属都应该引起重视。

临床实践表明^[5], 对高危急性冠脉综合征患者尽早进行PCI治疗术, 可以减少和控制炎症分子、稳定

表1 术后患者非ST段抬高型急性冠脉综合征各项指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

时间	例数	LVDD(mm)	LEVF(%)	cTnT($\mu\text{g/L}$)	CK-MB(U/L)
术前	140	55.78 $\pm$ 4.43	54.15 $\pm$ 5.26	0.12 $\pm$ 0.03	47.20 $\pm$ 2.07
术后	140	51.97 $\pm$ 3.36	59.43 $\pm$ 5.52	0.08 $\pm$ 0.01	35.21 $\pm$ 1.68
t		8.1079	8.1935	7.6572	53.2146
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表2 两组患者治疗结果比较[n (%), 例]

时间	例数	显效	有效	无效	总有效率	心功能超过二级
术前	140	23 (16.43)	77 (55.00)	40 (28.57)	100 (71.43)	140 (100.00)
术后	140	79 (56.43)	52 (37.14)	9 (6.43)	131 (93.57)	73 (52.14)
χ^2		34.5445	6.4192	16.9759	16.9759	62.9157
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

粥样动脉硬化斑块, 尽早进行心肌灌注, 减少和防止并发症。目前药物治疗主要使用药物治疗和PCI介入术治疗, 药物治疗有抗凝、抗血小板、调脂、 β 受体阻滞剂、血管紧张素转移酶抑制剂等, 长期服用, 医生要根据患者的病情和实际情况选药和用药。特别是因身体原因不能进行PCI介入术的患者, 抗血小板最常用的药物是阿司匹林和氯吡格雷, 阿司匹林首剂300mg, 后予100mg/d维持, 氯比格雷首剂300mg, 后予75mg/d维持。抗凝血酶治疗最常用的药物是低分子肝素。调脂药物主要是他汀类药物, 对稳定斑块起到重要作用。硝酸酯类药物具有控制心绞痛发作的作用, 常用药物为硝酸甘油含片^[6], 可长期服用。心肌损伤的主要指标有肌酸激酶同工酶和肌钙蛋白。多数ACS致病原因是冠状动脉粥样硬化斑块不稳定, 极少部分ACS由非动脉粥样硬化性疾病所致。急性冠脉综合征患者在未进行及时有效的治疗措施下, 会产生心律失常、心力衰竭、乳头及功能失调或断裂、心脏破裂、低血压和休克、栓塞、心肌梗死后综合征、低血压和休克、左心室壁瘤等并发症, 威胁患者生命安全^[7]。PCI经心导管技术疏通狭窄甚至闭塞的冠状动脉管腔, 从而改善心肌的血流灌注。但是会有冠状动脉痉挛、冠状动脉穿孔、冠脉夹层、冠状动脉急性闭塞、形成支架内血栓、慢复流或无复流、支架脱落、周围血管并发症、出血等并发症, 所以要配合药物治疗^[8]。根据临床医生多年经验总结说明急性冠脉综合征患者的预后与冠状动脉心肌梗死范围的大小、发生侧支循环的情况和治疗的最佳时间有关。

陈昭喆研究结果显示^[9], 介入治疗冠心病合并左心功能不全患者疗效明显, 患者心功能相对于术前有显著差异, 心功能恢复较好, 是治疗冠心病合并左心功能不全患者最直接、最有效的治疗措施。而本文通过对我院收治的140例有心功能障碍的非ST段抬高的急性冠脉综合征患者作为观察对象, 确诊后尽早进行介入治疗, 对比术前和术后患者的冠状动脉综合征评定指标和临床治疗结果证实, 手术后治疗的临床

总有效率为93.57%, 明显高于对照组的临床治疗总有效率71.43%。术后心功能超过二级的患者由100%下降到52.14%。而且非ST段抬高型急性冠脉综合征各项指标中LVDD、LEVF、CK、CK-MB、肌钙蛋白等指标有所改善, 趋于正常范围。说明介入治疗的安全性可以保证, 对治疗ACS有明显的治疗作用。与上述结论一致, 所以介入术对非ST段抬高的急性冠脉综合征患者疗效直接, 可以有效改善患者心功能, 临床上可以进一步推广使用。

参考文献

- [1] 袁红梅, 温宁笑, 徐劲松等. 介入治疗时机对非ST段抬高急性冠脉综合征左室功能的影响[J]. 武警医学, 2014, 25(6): 582-584, 587.
- [2] 卢志红, 陆红梅. 60岁以下高危急性冠脉综合征患者介入治疗早期及即刻应用替罗非班的对比研究[J]. 微创医学, 2012, 07(5): 471-474.
- [3] 陈玉怡. 强化阿托伐他汀预防急性冠脉综合征患者经皮冠脉介入治疗术后造影剂肾病的作用研究[J]. 中国医药导报, 2015, (18): 114-118, 125.
- [4] 郭瑄, 高延, 王鸿等. NT-proBNP水平对ACS患者冠脉病变及介入治疗后左室功能的预测价值[J]. 山西医科大学学报, 2013, 44(1): 24-28.
- [5] 柏小川. 急性冠脉综合征并发左心衰竭经皮冠状动脉介入治疗后近期疗效观察[J]. 中国社区医师, 2014, (19): 27-27, 29.
- [6] 徐辉. 超选择性冠脉内局部给药处理冠脉介入治疗术中无复流的有效性及安全性评估[J]. 中国民康医学, 2014, 26(4): 72-73.
- [7] 魏朝阳, 王德荣, 未虎等. 非ST段抬高性急性冠状动脉综合征行直接冠状动脉介入治疗成功的影响因素探讨[J]. 西部医学, 2012, 24(10): 1971-1973.
- [8] 谢应翠, 魏贤文. 机械通气治疗重度急性左心衰竭的临床观察[J]. 罕少疾病杂志, 2009, 16(01): 40-41.
- [9] 王可, 董平栓, 杨旭明等. 介入治疗对冠心病合并左心功能不全患者心功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(21): 4642-4644.
- [10] 陈昭喆. 介入治疗冠心病合并左心功能不全患者心功能的临床探讨[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(9): 6-7.

【收稿日期】2016-06-06