

急性心肌梗死心血管内科治疗的临床观察

刘亚亚¹ 庞景文²

1. 土桥中心卫生院 陕西 咸阳 711300

2. 旬邑县医院心内科 陕西 咸阳 711300

摘要: **目的:** 分析急性心肌梗死心血管内科治疗的应用效果。**方法:** 选取2022年7月-2023年7月本院84例急性心肌梗死患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组42例,行常规药物治疗,观察组42例,联合尿激酶治疗,比较两组临床疗效。**结果:** 观察组的治疗有效率、PWT、CO、LVEF和SV均明显高于对照组,不良反应发生率、CPR、LVEDD和LVESD均明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 给予急性心肌梗死患者尿激酶治疗能有效提升疗效,改善心功能,具有推广价值。

关键词: 急性心肌梗死; 心血管内科; 治疗; 尿激酶

急性心肌梗死是一种常见急诊病症,引发因素主要有供血不足、冠状动脉阻塞等,多表现有心律失常,胸后骨/心前区疼痛,表现为压榨性,心律失常等,伴随症状有休克、低血压、全身不适及胃肠道症状等^[1]。部分患者会出现神志障碍和上腹部疼痛等,患者发病后,若医护不当,其生命安全会受到威胁。老年人出现该病概率更高,治疗难度大。尽管当下我国医疗事业进展,该病临床诊治技术提升,但该病致死率依然较高。常规药物治疗效果有限,在时间窗内,采取溶栓疗法,同时予以心内科规范治疗,能有效抗血小板黏着及聚集,减少不良血管事件,还能防范血管破裂^[2]。尿激酶是一种常用溶栓药物,效果明确。本次研究以急性心肌梗死患者为对象,分析尿激酶治疗的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年7月-2023年7月本院84例急性心肌梗死患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组42例,男22例,女20例,年龄为43-76岁,平均年龄(57.25±3.47)岁;观察组42例,男23例,女19例,年龄为44-77岁,平均年龄(57.31±3.29)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准: 符合急性心肌梗死诊断标准^[3],且经心肌酶谱、心电图等检查证实;资料完整;知情同意本次研究。

排除标准: 其他重要脏器功能异常;恶性肿瘤;造血系统疾病;免疫系统疾病;精神疾病;心源性休克。

1.2 方法

两组患者均给予基础疗法,如禁忌证不明显,可以采取 β 受体阻滞剂,若存在禁忌证,选用钙通道受体阻滞剂,例如维拉帕米、地尔硫卓等。如患者未出现休克表

现,无低血压,可给予ACEI,对于ACEI不耐受者。对照组行常规治疗,选择硝酸酯类药物(锦州九泰药业;国药准字H21022433),联合0.5ml低分子肝素(海南通用同盟药业;国药准字H20010300),进行皮下注射,每天2次,选取阿司匹林肠溶片(合肥久联制药;国药准字H34021217),用量为每次300mg,令患者口服,每天1次。观察组联合尿激酶治疗:选取注射用尿激酶(天津生物化学制药;国药准字H12020492),用量为100万单位,加入生理盐水10ml,将其溶解后,再选取100ml葡萄糖溶液,浓度为5%,实施静滴,将时间控制在0.5h内。两组疗程均为2周,用药过程中,密切监测生命体征,了解有无不良反应。

1.3 观察项目和指标

评价心功能指标^[4]:观察两组治疗前后的LVEDD、LVESD和PWT。评价炎症因子/心脏结构指标^[5]:观察治疗前后的CPR、CO、LVEF和SV。评价治疗效果^[6]:显效为观察心电图ST段,发现其高于0.15mv,同时T波高于50%,表现为直立型;有效为观察0.15mv,发现其明显改善,同时心绞痛显著减轻;无效为心电图、心绞痛均未好转,对比两组治疗有效率。评价不良反应:包括心律失常、皮肤黏膜问题和血便/黑便。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心功能指标比较

治疗后两组CO、LVEF和SV均明显低于治疗前,观察组变化更明显($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组心功能指标比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	CO (L/min)		LVEF (%)		SV (mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	3.10±0.13	5.00±0.43 ^a	34.54±1.35	48.72±2.13 ^a	51.32±2.10	75.32±3.25 ^a
对照组	42	3.11±0.11	4.11±0.21 ^a	34.49±2.01	39.61±0.35 ^a	51.21±2.21	65.21±3.21 ^a
t	/	0.381	12.053	0.134	27.732	0.234	14.343
P	/	0.705	0.000	0.894	0.000	0.816	0.000

注：与本组治疗前比较，^aP < 0.05。

2.2 两组炎症因子/心脏结构指标比较

治疗后两组PWTB明显高于治疗前，CPR、LVEDD

和LVESD均明显低于治疗前，观察组变化更明显（P <

0.05）。详见表2。

表2 两组炎症因子/心脏结构指标比较[n($\bar{x} \pm s$)]

指标	时间	观察组 (n = 42)	对照组 (n = 42)	t	P
CPR (μg/L)	治疗前	17.20±2.25	17.23±2.21	0.062	0.951
	治疗后	5.87±1.12 ^a	8.00±1.28 ^a	8.116	0.000
LVEDD (mm)	治疗前	67.62±3.25	67.61±3.37	0.014	0.989
	治疗后	56.52±3.78 ^a	64.58±4.38 ^a	9.028	0.000
LVESD (mm)	治疗前	57.63±2.61	57.61±2.63	0.035	0.972
	治疗后	40.22±3.64 ^a	53.43±4.18 ^a	15.446	0.000
PWTB (mm)	治疗前	7.22±1.25	7.23±1.24	0.037	0.971
	治疗后	9.36±2.18a	8.03±1.47a	3.278	0.002

注：与本组治疗前比较，^aP < 0.05。

2.3 两组治疗效果比较

对比治疗有效率，观察组更高（P < 0.05）。详见表3。

表3 两组治疗效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	42	35	6	1	97.62
对照组	42	23	11	8	80.95
χ ²	/	/	/	/	6.098
P	/	/	/	/	0.014

2.4 两组不良反应比较

对比不良反应发生率，观察组更低（P < 0.05）。详见表4。

表4 两组不良反应比较[n(%)]

组别	例数	心律失常	皮肤黏膜问题	血便/黑便	发生率
观察组	42	0	1	1	4.76
对照组	42	2	4	4	23.81
χ ²	/	/	/	/	6.222
P	/	/	/	/	0.013

3 讨论

急性心肌梗死是临床多发心血管内科疾病之一，患者常见症状有呼吸困难、气短、心悸和气促等，产生明显不适感，部分患者会出现后遗症，若救治不当，可能致死。发病过程中，患者可能出现濒死感，引发心理

恐慌，加重身心不适。该病影响因素较多，具有复杂机制，但多项研究证实，该病主要病因为冠状动脉粥样硬化，一旦出现该现象，血小板会大量聚集，存在于心脏部位，产生斑块，堵塞血管，原有血流动力学异常，影响到心肌供氧情况，受长期缺氧干扰，细胞逐渐坏死，危险增加^[7]。患者发病后，机体内会释放出大量炎症细胞因子，积极予以溶栓治疗，关注炎症反应，促进各指标好转。常规治疗以药物为主，即采取强心药、利尿剂等，能减轻心肌梗死，但局限性大，综合疗效不佳，心功能改善不理想^[8]。

疾病发生早期，选取硝酸甘油，令患者含服，准确鉴别心绞痛、心肌梗死，尽早诊治；令患者保持绝对卧床，时间为1-2d，提供血压、血氧和心电图等监护；持续予以患者吸氧；采取吗啡、罂粟碱等，起到止痛作用；饮食注意低脂、低盐；防范并发症^[9]。医学事业持续发展，要求及时进行溶栓，降低血管阻塞程度，促使血管再通。近些年，该病关键治疗措施和进展最明显疗法均为溶栓治疗，能降低疾病早期死亡率，提高生存率。就溶栓药物而言，分析其基本原理，主要会对凝血各个环节产生干扰，影响纤维蛋白原，促使其转换为纤溶酶，存在活性。第一代溶栓药物可以直接作用于血栓，将其中含有的纤维蛋白酶溶解，同时会增加纤维蛋白、

凝血酶原及凝血因子(包括VIII和V)^[11]。代表药物有尿激酶和链激酶等,其中链激酶属于特殊蛋白质,来源于C链β-溶血性链球菌,存在抗原性,但本品可能引发过敏反应,不能直接将纤溶酶原激活,其以结合纤溶酶原为途径,产生复合物,间接将其激活,产生纤溶酶。针对尿激酶,其属于活性蛋白质,不存在抗原性,能激活纤溶酶原,得到纤溶酶,对凝血因子、纤维蛋白起到降解功效。该类药物具有较强溶栓能力,不存在特异性,可以同时纤维蛋白原及纤维蛋白溶解,所以可能出血,多项研究提示,和链激酶相比,尿激酶更安全。

选取尿激酶,能对纤维蛋白凝块产生形成阻碍,起到溶栓功效,本品可提升ADP酶活性,阻碍血小板聚集,防范血栓。尿激酶产生于健康人尿,属于蛋白水解酶,也可能来自人肾细胞,不存在抗原性。针对内源性纤维蛋白溶解系统,本品可以直接产生作用,可以对纤溶酶原起到催化裂解作用,得到纤溶酶,该物质一方面可以对纤维蛋白凝块起到讲解作用,同时能将血循环中含有的凝血因子VIII、凝血因子V和纤维蛋白原等降解,实现溶栓功效。特别是如血栓新形成,其能快速将其消除。用药后,血管ADP酶活性明显提高,对受其诱导引发的小血小板聚集产生阻碍,阻碍血栓形成。给予患者静滴后,纤溶酶活性在短时间内提升,后续停药后,其活性慢慢降低,然后复原,但纤维蛋白原、血浆纤维蛋白减少过程、相应降解物增加过程较长,一般为12-24h^[12]。给药时发现本品的给药时间、剂量和溶栓效应密切相关。尿激酶基本无毒性,抗原性不明显,无致突变性、致癌性和致畸性,调查多项研究,也少见出现过敏反应。但因本品会致使纤溶酶活性提高,存在一定出血倾向。在治疗急性心肌梗死时,采取尿激酶,主要有以下机制:①本品到达病体后,能直接催化裂解内源性纤维蛋白溶解系统,转换为纤溶酶,溶解纤维蛋白凝块,影响到血管二磷酸腺苷酶,致使其活性提升,对血小板聚集产生阻碍,发挥出溶栓作用。②本品属于一代溶栓剂,能作用于胸膜腔积液,减少其粘稠性,令其引流处于通畅状态,另外纤维素沉积困难,能防范间隔形成,降低胸膜增厚粘连风险,能有效改善心肺功能。

本次研究结果显示和对照组比,观察组的CO、LVEF和SV更低($P < 0.05$),表示尿激酶能有效调节心脏功能,抑制疾病进展。观察组的PWTB更高,CPR、LVEDD和LVESD均更低($P < 0.05$),提示尿激酶可改善心脏结构,促使病情好转。两组治疗有效率和不良反应发生率有明显差异($P < 0.05$),表明尿激酶安全有效。

刘汉卿等以160例该病患者为对象,分成两组,均采用常规疗法,实验组联用尿激酶,结果显示,联合治疗的总有效率为97.5%明显高于单一常规疗法的57.76%,验证本结果。苑新等提出联用尿激酶后,患者出现黑便、心律失常等的概率降低,证实本品安全。说明应用尿激酶可以逆转急性心肌梗死病情,取得显著预后。

综上所述,给予急性心肌梗死患者尿激酶治疗能有效提升疗效,改善心功能,具有推广价值。

参考文献

- [1]崔丽娟,张婉婉,赵冬霞,赵葳.急性心肌梗死心血管内科治疗的临床护理干预效果[J].中国医药指南,2022,20(31):181-183.
- [2]郭婉君.家庭静脉溶栓治疗急性心肌梗死,护士指导很关键[J].家庭生活指南,2023,39(6):90-92.
- [3]李莹.早期分级康复护理对急性心肌梗死介入治疗患者预后及生活质量的影响分析[J].中国现代药物应用,2023,17(11):154-157.
- [4]郑祥,王审.自拟活血舒痹汤治疗急性心肌梗死PCI术后缺血再灌注损伤的临床研究[J].中华全科医学,2023,21(6):966-969+972.
- [5]王义华,刘瑞.氯吡格雷联合静脉溶栓治疗急性心肌梗死的效果及对患者凝血功能和心功能的影响[J].中国当代医药,2023,30(13):84-86+90.
- [6]魏苇,覃慧,韦丽娜,兰菲菲.急性心肌梗死治疗前后超声心动图指标变化及其临床意义[J].影像研究与医学应用,2023,7(9):135-137.
- [7]王春艳,刘慧峰.注射用重组人脑利钠肽治疗急性心肌梗死并心力衰竭的疗效及其对心功能的影响[J].临床合理用药,2023,16(12):1-3.
- [8]余功冰,齐玉波,许盛松.不同年龄段急性心肌梗死临床特征及PCI治疗效果与预后影响因素分析[J].黑龙江医药科学,2023,46(2):185-186+188.
- [9]吕国伟,张志峰,赵帅.急性心肌梗死患者介入治疗后心律失常的影响因素[J].河南医学研究,2023,32(6):1040-1043.
- [10]马章鲁,梁红娟,石胜伟.冠脉内支架置入在急性心肌梗死治疗中的价值研究[J].世界复合医学,2023,9(3):50-53.
- [11]刘萍.静脉溶栓在早期急性心肌梗死治疗中的应用效果分析[J].系统医学,2023,8(5):93-96.
- [12]戴志刚.急性心肌梗死急诊早期溶栓与介入治疗的效果对比[J].中国实用医药,2023,18(4):1-4.