

急性心肌梗死患者介入术后2年预后情况及影响因素分析

丁守良 马兰香 荆佳楠 原平利 任 锋 杨 鲲
武警陕西省总队医院-特二科 陕西 西安 710054

摘要:目的: 针对急性心肌梗死患者介入术后2年的预后情况进行分析, 研究其影响因素。方法: 回顾性分析从本院行介入手术治疗的急性心肌梗死患者中, 选取2020年5月-2024年1月期间的病患280例用作调查对象, 术后随访2年统计复发情况, 分析影响患者预后的相关因素。结果: 随访2年, 复发患者108例, 占38.57%, 无复发患者172例, 占61.43%, 单因素分析复发患者年龄、吸烟史、高血压病史、甘油三酯、低密度脂蛋白、心绞痛、Killip分级、服药依从性、冠脉病变与无复发的患者相比差异显著, 具有统计意义, ($P < 0.05$), 但复发与无复发患者的性别、饮酒史、糖尿病史、心率、总胆固醇、高密度脂蛋白、穿刺部位、支架植入数量相较差异无统计意义, ($P > 0.05$); 多因素Logistic回归分析, 年龄 >70 岁、高血压病史、发作心绞痛、Killip分级 ≥ 2 级、服药依从性差及靶血管病变是影响患者预后的独立危险因素, ($P < 0.05$)。结论: 急性心肌梗死患者介入术后2年具有较高的复发风险, 患者高龄、高血压病史、发作心绞痛、Killip分级 ≥ 2 级、服药依从性差及靶血管病变的预后较差, 均为影响预后的危险因素。

关键词: 急性心肌梗死; 介入手术; 2年; 预后; 影响因素

急性心肌梗死因冠状动脉缺血、缺氧, 造成心肌坏死, 临床表现剧烈的胸骨疼痛、心功能及心律失常等症, 具有较高的病死率, 为此临床首选介入手术治疗, 通常以经皮冠状动脉介入术为主, 达到快速的疏通患者闭塞血管, 促进其心肌再灌注的恢复效果, 有效缩小梗死的面积。临床研究发现^[1-2], 急性心肌梗死患者介入术后易于出现疾病复发, 再发心肌梗死, 难以持久且有效的维持心肌血流的灌注, 故而预后效果不够理想, 为此临床需展开深入的调查, 分析影响患者预后的危险因素, 从而规避患者的复发乃至死亡风险。基于此, 本文回顾性分析近年本院收治的280例行介入手术治疗的急性心肌梗死患者, 予以2年随访, 旨在探讨患者预后情况及其影响因素, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析2020年5月-2024年1月期间, 在本院行介入手术治疗的急性心肌梗死患者中, 选取280例进行2年随访, 其中男性占150例、女性占130例, 年龄分布在60岁-82岁之间, 平均(70.22 \pm 2.34)岁, ST段抬高患者占180例、非ST段抬高患者占100例。纳入标准: 入选患者经动态心电图检查, 均符合急性心肌梗死的诊断标准; 具备介入术治疗指征; 初次发病; 患者及家属自愿同意参与研究, 完成知情同意书签署。排除标准: 既往心脏病手术史; 严重脏器功能障碍; 精神障碍性疾病; 沟通或交流障碍; 严重感染性疾病; 恶性肿瘤病变等患者。医院伦理委员会针对研究项目作出审核并批准。

1.2 方法

以电话随访、复诊询问等方式, 对患者展开为期2年的随访调查, 根据患者是否再发心肌梗死疾病进行分组, 包括复发组、无复发组, 并按照本院自行设计的问卷, 准确记录患者的相关资料(年龄、性别、吸烟及饮酒情况、高血压、糖尿病、心率、穿刺部位、血脂水平、心绞痛发作情况、服药依从性情况、Killip分级、冠脉病变及植入支架的数量)^[3-4]。

1.3 观察指标

(1) 心绞痛发作诊断标准: 在急性心肌梗死发病后的30d内, 患者心绞痛发作持续时间 < 20 min, 服药后减轻, 但心电图检查显示ST段、T波明显变化;

(2) 高血压诊断标准^[5]: 收缩压 ≥ 140 mmHg、舒张压 ≥ 90 mmHg;

(3) 血脂标准范围值: 总胆固醇(2.8-6.5)mmol/L; 甘油三酯(0.38-0.45)mmol/L; 低密度脂蛋白(0-0.36)mmol/L; 高密度脂蛋白(1.09-1.92)mmol/L;

(4) 吸烟史: 每日吸烟量超过2支且持续1年以上;

(5) 饮酒史: 每周饮酒超过3次, 且持续1年以上;

(6) Killip分级: 根据急性心肌梗死所致的心力衰竭严重程度分级系统^[6], 1级即无心力衰竭及心脏失代偿症状; 2级即轻度或中度的心力衰竭表现, 肺部啰音范围 $<$ 双侧肺野的1/2, 伴有窦性心动过速等心律失常; 3级即重度心力衰竭, 肺部啰音范围 $>$ 双侧肺野的1/2, 伴有肺水肿; 4级即心源性休克, 表现低血压、少尿及大汗等症状。

(7) 服药依从性: 按照本院自制的依从性量表, 对患

者进行调查,若严格遵医嘱用药即依从,反之依从性差。

1.4 统计学分析

软件SPSS23.0进行研究涉及的数据分析和统计,对比计量资料由 t 检验,以 $(\bar{x}\pm s)$ 描述,对比计数资料由 χ^2 检验,以 $(n, \%)$ 率描述,单因素分析行方差,多因素分析行Logistic回归方程,统计意义的差异标准: $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 随访2年结果

随访2年,复发患者108例,占38.57%,无复发患者

172例,占61.43%。

2.2 单因素分析影响预后的因素

复发患者年龄、吸烟史、高血压病史、甘油三酯、低密度脂蛋白、心绞痛、Killip分级、服药依从性、冠脉病变与无复发的患者相比差异显著,具有统计意义, ($P < 0.05$),但复发与无复发患者的性别、饮酒史、糖尿病史、心率、总胆固醇、高密度脂蛋白、穿刺部位、支架植入数量相较差异无统计意义, ($P > 0.05$);具体数据见表1。

表1 影响预后的单因素分析[n(%)]

影响因素	复发组 (n=108)	无复发组 (n=172)	χ^2 值	p值	
年龄	> 70岁	66 (61.11)	70 (40.70)	18.714	< 0.05
	≤ 70岁	42 (38.89)	102 (59.30)		
性别	男	66 (61.11)	104 (60.47)	0.293	> 0.05
	女	42 (38.89)	68 (39.53)		
吸烟史	是	66 (61.11)	69 (40.12)	10.415	< 0.05
	否	42 (38.89)	103 (59.88)		
饮酒史	是	66 (61.11)	102 (59.30)	0.481	> 0.05
	否	42 (38.89)	70 (40.70)		
高血压史	是	68 (62.96)	71 (41.28)	14.288	< 0.05
	否	40 (37.04)	101 (58.72)		
糖尿病史	是	64 (59.26)	102 (59.30)	0.112	> 0.05
	否	44 (40.74)	70 (40.70)		
心绞痛发作	是	61 (56.48)	70 (40.70)	19.783	< 0.05
	否	47 (43.52)	102 (59.30)		
心率	正常	62 (57.41)	102 (59.30)	0.862	> 0.05
	异常	46 (42.59)	70 (40.70)		
甘油三酯	正常	38 (35.19)	102 (59.30)	19.484	< 0.05
	异常	70 (64.81)	70 (40.70)		
总胆固醇	正常	64 (59.26)	104 (60.47)	0.308	> 0.05
	异常	44 (40.74)	68 (39.53)		
低密度脂蛋白	正常	45 (41.67)	60 (34.88)	12.719	< 0.05
	异常	63 (58.33)	112 (65.12)		
高密度脂蛋白	正常	61 (56.48)	102 (59.30)	0.911	> 0.05
	异常	47 (43.52)	70 (40.70)		
穿刺部位	桡动脉	61 (56.48)	102 (59.30)	0.911	> 0.05
	股动脉	47 (43.52)	70 (40.70)		
支架植入数量	1支	49 (45.37)	68 (39.53)	4.226	< 0.05
	≥ 2支	59 (54.63)	104 (60.47)		
Killip分级	< 2级	45 (41.67)	104 (60.47)	17.586	< 0.05
	≥ 2级	63 (58.33)	68 (39.53)		
服药依从性	依从	47 (43.52)	102 (59.30)	17.001	< 0.05
	依从性差	61 (56.48)	70 (40.70)		
冠脉病变	靶血管	88 (81.48)	130 (75.58)	15.569	< 0.05
	非靶血管	20 (18.52)	42 (24.42)		

2.3 多因素分析影响患者预后的因素

Logistic回归分析, 年龄 > 70岁、高血压病史、发作心绞痛、Killip分级 ≥ 2级、服药依从性差及靶血管病变

是影响患者预后的独立危险因素, ($P < 0.05$); 表2所示具体数据。

表2 影响预后的多因素分析

影响因素	回归系数	β	χ^2 值	p 值	OR (95%)
年龄 > 70岁	0.452	0.112	16.609	0.008	1.571 (1.261~1.953)
高血压史	0.463	0.127	13.448	0.009	1.588 (1.241~2.033)
发作心绞痛	0.513	0.202	6.489	0.001	1.668 (1.126~2.475)
服药依从性差	0.422	0.103	17.031	0.002	1.524 (1.248~1.862)
Killip分级 ≥ 2级	0.488	0.217	5.129	0.005	1.632 (1.068~2.488)
靶血管病变	0.487	0.126	12.118	0.001	1.627 (1.274~2.078)

3 讨论

目前, 介入术作为治疗急性心肌梗死的首选方案之一, 但预后效果不甚理想, 具有较高的复发率, 导致患者再次出现心肌梗死, 所以临床应深入分析影响预后的因素, 以便展开有效的干预, 最大程度上降低患者的疾病复发风险^[7-8]。虽然临床针对急性心肌梗死的再发预测具有多种方式, 如血清学标志物检查、影像学检查等, 但检测的流程比较复杂, 同时存在一定程度上的创伤性, 加之所需的时间较长, 很多患者难以接受, 进而临床应用较为局限。

本文主要回顾性分析近年本院行介入术治疗的急性心肌梗死患者, 通过2年随访, 复发患者108例, 占38.57%, 无复发患者172例, 占61.43%, 经过临床调查发现^[9-10], 患者的年龄 > 70岁、高血压病史、发作心绞痛、Killip分级 ≥ 2级、服药依从性差及靶血管病变是影响患者预后的独立危险因素, ($P < 0.05$)。由此可见, 年龄是急性心肌梗死患者介入术后2年出现不良预后的一个影响因素, 因患者的年龄越来越大, 其血液流动性逐渐变差, 随之机体代谢能力减慢, 加之老年患者多合并基础疾病, 导致血管闭塞进程的加剧, 所以超过70岁的高龄患者易于诱发心肌梗死。除此之外, 当患者存在高血压史, 以及在急性心肌梗死后发作心绞痛、Killip分级 ≥ 2级、服药依从性差及靶血管病变, 均会影响心脏供血能力, 增加心脏衰竭程度, 提高复发风险。

综上所述, 急性心肌梗死介入术后2年的预后效果欠佳, 具有一定的复发率, 影响因素主要为高龄、高血压史、发作心绞痛、Killip分级 ≥ 2级、服药依从性差及靶血管病变, 建议临床高度重视与对症干预。

参考文献

[1]杜豪伟.急性心肌梗死患者PCI术后预后不良的影响因素分析[J].中国民康医学,2024,36(17):1-3.

[2]于中玉,贺文帅.急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入术后血脂达标率、影响因素及预后分析[J].心脑血管病防治,2024,24(08):54-56.

[3]贺威,李馨,王秋雨,范继红,崔赛,贺婷.老年急性ST段抬高型心肌梗死患者急诊介入术后慢血流或无复流危险因素及预后分析[J].中华老年心脑血管病杂志,2024,26(07):742-745.

[4]万艳云,贾薇,董力清,常志红.老年急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入术后急性肾损伤现状及影响因素[J].中华老年多器官疾病杂志,2024,23(04):271-275.

[5]李妍博,侯昌,刘健,聂文畅.急性ST段抬高型心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗后冠状动脉造影衍生的微循环阻力指数的影响因素及预后研究[J].中国介入心脏病学杂志,2023,31(09):659-666.

[6]廖家有,徐龙霞,凌嘉源,刘心强.早发急性心肌梗死患者行经皮冠状动脉介入术后预后的影响因素分析[J].中国民康医学,2023,35(15):1-4.

[7]马兰香,陈颖,寇进,隋永杰.急性心肌梗死患者介入术后2年预后情况及影响因素分析[J].海南医学,2022,33(16):2048-2051.

[8]刘毓,马冬璞,吕菲菲.急性心肌梗死合并心源性休克患者经皮冠状动脉介入术后预后不良的影响因素分析[J].河南医学研究,2022,31(14):2543-2546.

[9]徐玉莲.衰弱对老年急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术后患者的短期预后影响及危险因素分析[J].按摩与康复医学,2022,13(08):22-24.

[10]许迎春,缪春波,常方圆,叶岩岩,左兆凯,张云.急性ST段抬高性心肌梗死患者介入术后新发心房颤动的相关危险因素及对预后的影响[J].中国循证心血管医学杂志,2021,13(07):862-865.