

急性 ST 段抬高型心肌梗死经皮冠状动脉介入 开通闭塞血管时间的影响因素

谢 伟,袁争百,苏振琪,韩宏华,陈大顺

[摘要] **目的:**探讨急性 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)患者症状发作至急诊经皮冠状动脉介入术(PCI)开通闭塞血管恢复再灌注时间的影响因素。**方法:**将急诊行 PCI 治疗的 47 例急性 STEMI 患者分成 A 组(将症状归于心肌梗死者)和 B 组(未将症状归于心肌梗死者);C 组(采用临床路径组)和 D 组(非临床路径组)。比较 A、B 组症状发作至就诊时间、是否采用急救车系统入院、就诊至沟通行 PCI 时间、沟通至签字时间、门诊至球囊扩张时间、PCI 时间;比较 C、D 组就诊至沟通时间、沟通至签字时间、门诊至球囊扩张时间、PCI 时间、转运至导管室时间。**结果:**与 B 组比较,A 组症状发作至就诊时间、门诊至球囊扩张时间均缩短($P < 0.01$ 和 $P < 0.05$),采用急救车系统入院比例高($P < 0.01$),而 2 组沟通至签字时间和 PCI 时间差异均无统计学意义($P > 0.05$)。与 D 组比较,C 组入院至沟通时间、沟通至签字时间、转运时间和门诊至球囊扩张时间均明显缩短($P < 0.01$),而 2 组 PCI 时间和入院至沟通时间差异均无统计学意义($P > 0.05$)。**结论:**将症状归于心肌梗死可以明显缩短院前延迟及门诊至球囊扩张时间;临床路径的实施可以缩短门诊至球囊扩张时间;与患者沟通占门诊至球囊扩张时间比例较长,影响门诊至球囊扩张时间。

[关键词] 心肌梗死;经皮冠状动脉介入术;梗死相关血管

[中图法分类号] R 542.22 [文献标志码] A DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.03.026

The influence factors of symptom-to-balloon time during percutaneous coronary intervention in 47 myocardial infarction patients with ST-segment elevation

XIE Wei, YUAN Zheng-bai, SU Zhen-qi, HAN Hong-hua, CHEN Da-shun

(Department of Cardiovascular Medicine, Huaibei Miners Hospital, Huaibei Anhui 235000, China)

[Abstract] **Objective:** To analyze the influence factors of symptom-to-balloon time during percutaneous coronary intervention(PCI) in myocardial infarction patients with ST-segment elevation. **Methods:** Data of 47 patients with ST-segment elevation myocardial infarction who received primary PCI during October 2012 to February 2014 were analyzed. All these patients were divided into group A (attributed the symptoms to angina pectoris) and group B(not attributed the symptoms to angina pectoris);group C(clinical pathway group) and D group(not clinical pathway group). The symptoms to visit time, whether to use the emergency service system, communication time, communication to signature time, clinic to balloon time, PCI operation time, transfer to catheter room time were compared between group A and B;the time for communication, communication to signature time, clinic to balloon time, PCI operation time, transfer to catheter room time were compared between group C and D. **Results:** Compared with group B, the symptoms to treatment time, door to balloon time in group A were shortened($P < 0.01$ and $P < 0.05$), the proportion of admission through emergency service system were higher($P < 0.01$), no differences between the communication to signature time and PCI time ($P > 0.05$). Compared with group D, in group C, the admission to communication time, communication to signature time, transport time, door to balloon time were shortened($P < 0.01$), and no difference in PCI time, admission to communication time ($P > 0.05$). **Conclusions:** Attributed the symptoms to angina pectoris can significantly shorten pre-hospital delay and balloon time. The implementation of clinical pathway can shorten door to balloon time. If the ratio of communication time in door to balloon time was long, it will affect door to balloon time.

[Key words] myocardial infarction;percutaneous coronary intervention;related infarct coronary artery

急诊经皮冠状动脉介入术(percutaneous coronary intervention, PCI)为急性 ST 段抬高型心肌

梗死(STEMI)再灌注治疗的标准方案之一,且为最好的再灌注治疗方法。建议有条件的医院应将直接 PCI 治疗作为 STEMI 再灌注治疗的首选方法^[1-2]。并要求患者入院后 90 min 内开始介入第 1 次球囊扩张,但能够达到此要求的医院较少。我们分析了 47 例急诊 PCI 治疗 STEMI 患者再灌注治疗的影响因素,现作报道。

[收稿日期] 2014-06-18

[作者单位] 淮北矿工总医院 心内科,安徽 淮北 235000

[作者简介] 谢 伟(1980-),男,硕士,主治医师。

[通信作者] 袁争百,主任医师. E-mail:xyxiewei2007@126.com

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 10 月至 2014 年 2 月在我院行急诊 PCI 治疗的 47 例 STEMI 患者。其中男 35 例,女 12 例;年龄 40~89 岁。合并高血压 30 例,糖尿病 10 例。分成 A 组 18 例(将症状归于心肌梗死者)和 B 组 29 例(未将症状归于心肌梗死者);C 组 20 例(采用临床路径组)和 D 组 27 例(非临床路径组)。

1.2 方法 患者入急诊室行心电图等检查明确诊断。C 组患者于急诊室做好术前准备:口服氯吡格雷 300 mg,阿司匹林 300 mg,急查血常规、血生化、凝血功能,心内科医师 5 min 内到达会诊,联系导管室及心血管介入医师、转导管室急诊 PCI 开通闭塞血管,术后住重症监护室。D 组患者诊断明确住心内科,口服氯吡格雷 300 mg,阿司匹林 300 mg,急查血常规、血生化、凝血功能,再沟通谈话签字,行急诊 PCI,术后住 ICU。

1.3 观察指标 是否将症状归于心肌梗死、症状发

作至就诊时间,是否采用急救车系统(EMS)入院、就诊至沟通行急诊 PCI 时间,沟通至签字时间,转运导管时间,门诊至球囊扩张时间、PCI 时间。

1.4 统计学方法 采用 t (或 t')和 χ^2 检验。

2 结果

症状发作至就诊时间(院前延迟时间)(211.33 ± 140.12)min、就诊至沟通行 PCI 时间(19.40 ± 6.18)min、沟通至签字时间(55.91 ± 86.54)min、PCI 时间(49.79 ± 11.89)min。采用 EMS 入院占 51%。与 B 组比较,A 组症状发作至就诊时间、门诊至球囊扩张时间均缩短($P < 0.05 \sim P < 0.01$),采用 EMS 入院比例高($P < 0.01$),而 2 组沟通至签字时间、PCI 时间差异均无统计学意义($P > 0.05$)(见表 1)。与 D 组比较,C 组入院至沟通时间、沟通至签字时间、转运导管室时间和门诊至球囊扩张时间均明显缩短($P < 0.01$),而 2 组 PCI 时间差异无统计学意义($P > 0.05$)(见表 2)。

表 1 A、B 组再灌注治疗时间比较($\bar{x} \pm s$)

分组	n	症状发作至 就诊时间/min	采用 EMS 入院	沟通至签字 时间/min	门诊至球囊 扩张时间/min	PCI 时间/ min
A 组	18	142.94 ± 73.12	14	46.11 ± 54.25	96.11 ± 35.54	47.25 ± 10.19
B 组	29	257.14 ± 160.71	10	61.89 ± 103.32	150.86 ± 109.10	51.2 ± 13.13
t	—	3.31*	8.33 Δ	0.68*	2.50*	1.09
P	—	<0.01	<0.01	>0.05	<0.05	>0.05

* 示 t' 值; Δ 示 χ^2 值

表 2 C、D 组再灌注治疗时间比较($\bar{x} \pm s$; min)

分组	n	入院至 沟通时间	沟通至 签字时间	转运 时间	PCI 时间	门诊至球囊 扩张时间
C 组	20	12.95 ± 2.26	22.25 ± 22.79	11.90 ± 1.69	50.2 ± 15.76	81.50 ± 32.16
D 组	27	24.19 ± 2.87	88.26 ± 104.70	19.18 ± 2.87	46.48 ± 9.28	163.85 ± 108.81
t	—	14.49	3.18*	10.88*	0.94*	3.72*
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	>0.05	<0.01

* 示 t' 值

3 讨论

对于采用急诊 PCI 治疗的 STEMI 患者来说,延误开通闭塞血管时间可分成院前延迟和门诊至球囊扩张时间两个部分。院前延迟主要因为患者对冠心病症状认识不足及就诊方式有误^[3-4]。研究^[5]表明,仅有 37% 的 STEMI 患者首先将症状归于心脏病并及时就诊,且只有 39.7% 的患者选择 EMS。从本组资料看,院前延迟时间与既往报道相似;将症状归

于心肌梗死的患者院前延迟时间明显短于 B 组,采用 EMS 入院比例高。再次证实将症状归于心肌梗死是缩短院前延迟的重要因素。且缩短术前沟通谈话时间及门诊至球囊扩张时间,患者将症状归于心肌梗死,同时对冠心病风险及预后有一定认识更容易接受医生建议行 PCI,缩短决定手术的时间。提高患者对胸痛症状的重视,缩短患者从发病到决定就诊的时间,成为进一步缩短院前延迟的关键。针对这个问题,可采取如下措施:义诊、互联网宣传、大

型社区讲座及相关二级医疗机构急救医护人员的培训等^[6]。本研究表明,就诊至明确诊断及沟通行急诊 PCI 时间接近指南要求。但沟通至签字时间(55.91 ± 86.54) min 占院内延迟时间的 25%,且这段时间变化范围较大。宋莉等^[7]报道,患者入院后等待家庭成员或者签字时犹豫占决定时间最多。专科医生正确引导患者认识 STEMI 的风险性以及早期再灌注的获益,使“时间就是心肌、时间就是生命”的理念深入人心,避免在签署治疗同意书时因过度担心治疗风险,甚至因等待所谓重要家庭成员而延误时间。

国内医院行急诊 PCI 多是通过“急诊-心内科-导管室”的模式进行,这会增加患者在医院的等待及转运时间。遵照卫生部文件实施 STEMI 患者临床路径可以缩短进门诊至球囊扩张时间。采用新型绿色通道模式,将患者直接由急诊室送往导管室,大大减少了患者在医院的等待时间,研究^[8-10]显示“平均门诊至球囊扩张时间”缩短 43 min。本研究结果提示缩短时间更短。C 组可以明显缩短门诊至球囊扩张时间,且主要表现在缩短签字后转运到导管室的时间及诊断至沟通手术时间,从而使门诊至球囊扩张时间缩短。导管室开通闭塞血管时间(49.79 ± 11.89) min,时间比较固定,C 组并不能减少该段时间。综上分析,要进一步缩短再灌注时间应重点减少院前延迟,沟通谈话至签字时间,转运至导管室时间及各科协调时间。本研究主要不足之处在于入选病例数较少,未能进行多因素回归分析。

[参 考 文 献]

- [1] Falsoleiman H, Fatehi GH, Dehghani M, et al. Clinical outcome and survival between primary percutaneous coronary intervention versus fibrinolysis in patients older than 60 years with acute myocardial infarction [J]. Heart Views, 2012, 13(4): 129-131.
- [2] 中华心血管病分会. 首届全国介入心脏病学年会纪要 [J]. 中华心血管病杂志, 2002, 30(7): 385.
- [3] 李常洪, 郭金成, 许敏, 等. 急性 ST 段抬高型心肌梗死患者治疗延迟时间分布及其影响因素 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(3): 304-306.
- [4] 刘云军, 梁岩, 朱俊. 急性心肌梗死院前延迟诊治因素的分析 [J]. 河北医药, 2010, 32(8): 975-976.
- [5] 王显, 张守彦, 胡大一, 等. 影响北京地区急性心肌梗死患者应用急救医疗服务的因素 [J]. 中华急诊医学杂志, 2008, 17(2): 181-186.
- [6] 严金川, 徐良洁, 袁伟, 等. “缝链接”救治模式对急性心肌梗死患者疗效及预后的影响 [J]. 中华急诊医学杂志, 2013, 22(6): 646-648.
- [7] 宋莉, 颜红兵, 杨进刚, 等. ST 段抬高心肌梗死患者再灌注决定延迟的因素 [J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(4): 301-305.
- [8] 宋莉, 颜红兵, 杨进刚, 等. 不同临床路径对 ST 段抬高心肌梗死患者就诊至球囊扩张时间影响的研究 [J]. 心肺血管病杂志, 2011, 30(2): 99-102.
- [9] 张建勤, 蒋芬芬, 江力勤, 等. 急性 ST 抬高型心肌梗死患者急诊 PCI 术门-球囊扩张时间影响因素分析 [J]. 心电与循环, 2013, 32(4): 306-307.
- [10] 赖开来, 陈月梅, 李艳丽. 急性心肌梗死临床路径模式的应用分析 [J]. 中国急救复苏及灾害医学杂志, 2012, 1(1): 97.

(本文编辑 马启)

[文章编号] 1000-2200(2015)03-0374-03

· 临床医学 ·

静脉推注甲钴胺配合针灸治疗周围性面瘫的疗效观察

成 卓

[摘要] 目的: 观察静脉推注甲钴胺配合针灸治疗周围性面瘫的疗效。方法: 将 120 例周围性面瘫患者随机分为 2 组, 对照组 40 例采用针灸治疗, 治疗组 80 例静脉推注甲钴胺配合针灸治疗, 2 组选穴相同, 7 d 为 1 个疗程, 共 4 个疗程。治疗期间 2 组均不使用其他疗法或者药物。结果: 治疗组患者治愈率 87.5%, 总有效率 97.5%; 对照组治愈率 65.0%, 总有效率 90.0%; 治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 甲钴胺配合针灸治疗可以明显提高周围性面瘫的治愈率。

[关键词] 面神经麻痹; 甲钴胺; 针灸治疗

[中图分类号] R 745.12

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.03.027

面瘫又称面神经麻痹, 是由各种原因导致颈乳

突孔内面神经非化脓性炎症而引起的面肌瘫痪。根据病变部位不同, 分为中枢性面瘫和周围性面瘫。周围性面瘫是临床常见病, 其造成的面部外观改变和功能不全或缺失, 常常给患者的生活、工作及身心健康带来极大的影响。面瘫的治疗方法很多, 但如

[收稿日期] 2013-11-11

[作者单位] 四川省攀枝花市中心医院 医务部, 617000

[作者简介] 成卓 (1978-), 女, 主治中医师。