

〔文章编号〕 1007-0893(2020)14-0021-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.010

# 冠状动脉介入治疗缺血性心肌病顽固性心力衰竭临床效果

刘满睿 孔祥培 王继光

(浚县人民医院, 河南 浚县 456250)

〔摘要〕 **目的:** 探讨冠状动脉介入治疗缺血性心肌病顽固性心力衰竭临床效果。**方法:** 选取 2017 年 12 月至 2018 年 12 月入住浚县人民医院的缺血性心肌病顽固性心力衰竭患者共 78 例, 均分两组, 对照组患者给予常规药物治疗, 观察组患者行冠状动脉介入治疗, 对比分析两组临床疗效。**结果:** 观察组治疗总有效率为 92.31%, 明显高于对照组 71.79%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者左室舒张末内径 (LVEDD) 水平及 X 线心胸比明显较对照组更低, 而左室射血分数 (LVEF) 水平及步行 6 min 距离明显较对照组更高, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组治疗后 1 年内并发症发生率为 12.82%, 明显低于对照组 2.56%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 冠状动脉介入治疗缺血性心肌病顽固性心力衰竭临床效果显著, 可改善患者心功能, 减少并发症的发生。

〔关键词〕 缺血性心肌病; 顽固性心力衰竭; 冠状动脉介入治疗

〔中图分类号〕 R 541.6 〔文献标识码〕 B

缺血性心肌病患者由于冠状动脉阻塞而造成心肌细胞坏死, 缺血区域的心肌细胞负荷增大, 导致病理性肥大, 进而引发心力衰竭。缺血性心肌病顽固性心力衰竭本质上是由多种病理因素 (或生理因素) 致使心肌供血异常, 进而引发的一系列心肌供血不足导致的心功能不全, 且经过临床药物治疗后心力衰竭症状未得到有效改善的一种难治性心力衰竭<sup>[1]</sup>, 冠状动脉介入治疗是用于缺血性心肌病顽固性心力衰竭临床治疗的一种常用方法, 本研究以 2017 年 12 月至 2018 年 12 月入住本院的 78 例缺血性心肌病顽固性心力衰竭患者为对象进行治疗观察, 选取 39 例患者行冠状动脉介入治疗, 取得了较为理想的效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2017 年 12 月至 2018 年 12 月入住本院的缺血性心肌病顽固性心力衰竭患者共 78 例, 按照随机数字法均分成两组, 其中对照组 39 例患者中男 20 例, 女 19 例, 年龄为 45~84 岁, 平均年龄为  $(65.35 \pm 2.64)$  岁; 观察组 39 例中男 21 例, 女 18 例, 年龄为 45~83 岁, 平均年龄为  $(63.39 \pm 2.78)$  岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 冠状动脉造影提示存在一支以上的冠状动脉或分支出现 50% 以上的狭窄性病变; 心脏扩大明显; 采用常规抗心力衰竭药物治疗后, 患者临床症状及心功能未见改善; 患者及其家属对本研究知情同意。

1.1.2 排除标准 急性心力衰竭者; 因冠心病机械并发

症如乳头肌功能异常、室间隔穿孔及原发性心肌病、风湿性心脏病、甲亢、长期贫血等导致的心力衰竭或心脏扩大者; 合并脑肝肾等其他器官重大疾病者; 患严重精神疾病, 配合性差者。

### 1.2 方法

对照组患者给予常规药物治疗, 常规给予呋塞米 (上海禾丰制药有限公司, 国药准字 H31021063) 20~60 mL 静脉滴注; 口服依那普利 (上海现代制药股份有限公司, 国药准字 H31021937), 初始剂量  $2.5 \sim 5.0 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ , 3 d 后若无不良反应发生则调整剂量至  $5 \sim 10 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ , 最大剂量  $15 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ ; 给予硝普钠 (湖南科伦制药有限公司, 国药准字 H20033674) 25 mg 和多巴胺 (上海禾丰制药有限公司, 国药准字 H31021174) 10~20 mg, 加至 35 mL 0.9% 氯化钠注射液静脉泵入; 口服地高辛 (上海上药信谊药厂有限公司, 国药准字 H31020678)  $0.125 \sim 0.250 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ , 高血压高血糖患者应用小剂量美托洛尔 (阿斯利康制药有限公司, 国药准字 H32025391), 维持血压、血糖稳定, 同时给予患者双重抗血小板治疗、他汀类药物及硝酸酯类扩张血管药物治疗。

观察组患者行冠状动脉介入治疗, 术前至少 3 d 起给予氯吡格雷 (赛诺菲 (杭州) 制药有限公司, 国药准字 J20180029) 每次 75 mg, 每日 1 次, 连续给药 1~3 个月, 同时给予阿司匹林 (拜耳医药保健有限公司, 国药准字 J20130078) 每次 0.3 g, 每日 1 次, 服用 4 周后剂量调整为每次 0.1 g, 每日 1 次, 长期服用。先行冠状动脉造影根据患者具体情况择期行经皮冠状动脉介入治疗, 按照标准

〔收稿日期〕 2020-05-13

〔作者简介〕 刘满睿, 男, 主治医师, 主要研究方向是心血管内科。

方法行冠状动脉支架植入术，选用进口金属冠状动脉支架。介入治疗后常规给予抗凝、抗血小板治疗。

1.3 观察指标

比较两组的临床疗效、治疗前后左室舒张末内径 (left ventricular end diastolic diameter, LVEDD)、左室射血分数(left ventricular ejection fractions, LVEF)、X线心胸比、步行6 min 距离及治疗后1年内并发症发生情况。临床疗效评价标准：经治疗临床症状消失，心功能改善2级评为显效；经治疗临床症状有时改善，心功能改善1级评为有效；治疗后心功能无明显改善甚至恶化评为无效<sup>[1]</sup>。总有效率=（显效+有效）/总例数×100%。其中心功能根据美国纽约心脏病学会（New York heart association, NYHA）心功能分级标准进行分级：体力活动不受限制，体力活动后无明显症状评为I级；休息时无自觉症状，日常活动有症状，心脏开始出现结构变化评为II级；轻微活动有明显症状，心脏结构发生明显变化评为III级；休息时即存在心衰症状，体力活动后症状加重评为IV级。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组临床总有效率高于对照组，组间比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表1。

表1 两组患者临床疗效比较 (n = 39, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	11	17	11	71.79
观察组	18	18	3	92.31 <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05

2.2 两组患者 LVEDD、LVEF 水平及 X 线心胸比、步行 6 min 距离变化比较

经治疗，观察组患者的 LVEDD 水平及 X 线心胸比较对照组患者明显更低，而 LVEF 水平及 6 min 步行距离明显较对照组患者更高，组间比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表2。

表2 两组患者 LVEDD、LVEF 水平及 X 线心胸比、6 min 步行距离变化比较 (n = 39,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	LVEDD /mm	LVEF/%	X线心胸比	6 min 步行距离 /m
对照组	治疗前	66.05±16.22	31.23±8.42	0.72±0.14	124.56±33.68
	治疗后	64.24±15.28	38.39±8.86	0.67±0.10	154.39±40.24
观察组	治疗前	65.86±17.37	32.76±8.30	0.71±0.12	126.55±35.87
	治疗后	62.38±15.33 <sup>b</sup>	49.52±8.25 <sup>b</sup>	0.60±0.11 <sup>b</sup>	386.98±64.32 <sup>b</sup>

与对照组治疗后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05

注：LVEDD—左室舒张末内径；LVEF—左室射血分数

2.3 两组患者治疗后1年内并发症发生情况比较

治疗后1年内观察组并发症发生率明显低于对照组，组间比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表3。

表3 两组患者治疗后1年内并发症发生情况比较 (n = 39, 例)

组别	心肌梗死	脑栓塞	心律失常	总发生率/%
对照组	1	1	3	12.82
观察组	0	0	1	2.56 <sup>c</sup>

与对照组比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05

3 讨论

缺血性心肌病顽固性心力衰竭属于难治的心血管疾病，通过药物治疗难以控制病情，甚至心功能会恶化。目前治疗缺血性心肌病顽固性心力衰竭常采用介入治疗，通过植入支架，增加血流量，改善缺血症状。冠状动脉介入治疗缺血性心肌病顽固性心力衰竭的关键在于血运的重建，通过血运重建可以改善患者的心肌血流灌注，改善心泵机械功能，并能降低缺血性心律失常发生的风险<sup>[1]</sup>。另外冠状动脉介入治疗中还应注意以下几点：（1）围手术期合理给予药物治疗，保持内环境稳定，为介入治疗创造良好的基础条件；（2）尽可能经桡动脉行冠状动脉介入；（3）不必过于强求完全性血运重建，达到对存活心肌的有效灌注即可，残余病变可在心功能改善后再进行处理；（4）为减轻心脏负荷，在进行冠状动脉介入造影时应尽量减少造影剂的使用，尽量缩短操作时间，并于术前术中水化时给予呋塞米静滴<sup>[4]</sup>。

本研究中观察组治疗总有效率 92.31% 明显高于对照组的 71.79%；治疗后，观察组患者的 LVEDD、LVEF 水平及 X 线心胸比、6 min 步行距离均明显优于对照组；且治疗后1年内观察组并发症发生率明显低于对照组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)；由此结果可见冠状动脉介入治疗缺血性心肌病顽固性心力衰竭临床疗效较为理想，可改善患者心功能，降低相关并发症发生的风险。

综上所述，冠状动脉介入治疗缺血性心肌病顽固性心力衰竭比常规药物治疗的疗效更显著，能显著改善患者心功能，降低并发症发生率。

〔参考文献〕

- 石春光. 冠状动脉介入治疗联合心脏再同步化治疗缺血性心肌病顽固性心力衰竭 (J). 心血管病防治知识, 2017, 7(6): 63-65.
- 白中乐. 冠状动脉介入治疗缺血性心肌病顽固性心力衰竭的临床分析 (J). 生物医学工程学进展, 2017, 38(3): 182-184.
- 郭洪山, 池琦. 缺血性心肌病顽固性心力衰竭应用冠状动脉介入治疗的观察 (J). 中国医药指南, 2018, 16(11): 199-200.
- 杨海忠. 缺血性心肌病顽固性心力衰竭 PCI 治疗的有效性及其安全性探讨 (J). 现代诊断与治疗, 2015, 27(8): 1713-1715.