

- [5] 张懋, 洪春巧. 西维来司他钠联合气道压力释放通气治疗创伤所致重度急性呼吸窘迫综合征的临床效果 [J]. 临床合理用药, 2023, 16 (34): 57-59.
- [6] 崔继祯, 李珊珊, 杨广盈, 等. ECMO 治疗多发伤致重度 ARDS 合并 TIC 患者 1 例 [J]. 精准医学杂志, 2024, 39 (2): 185-186.
- [7] 徐兰娟, 郑惠, 刘朋举, 等. 肺电阻抗断层成像技术引导呼气末正压在创伤性脑损伤合并急性呼吸窘迫综合征患者机械通气中的应用效果 [J]. 中华创伤杂志, 2024, 40 (5): 397-404.
- [8] 陈杰, 周光居, 鲁勤, 等. ECMO 联合 mNGS 检测优化救治重度肥胖患者创伤后急性呼吸窘迫综合征合并耐药菌感染 1 例 [J]. 中华急诊医学杂志, 2024, 33 (6): 819-821.
- [9] 刘英, 袁翔, 屈玉冉, 等. 体外膜肺氧合在严重创伤后重度急性呼吸窘迫综合征中的疗效观察 [J]. 中华实验外科杂志, 2023, 40 (8): 1494-1497.
- [10] 赵志超, 唐静. 1 例严重多发伤合并急性呼吸窘迫综合征患者围手术期 ECMO 治疗的护理 [J]. 现代临床护理, 2024, 23 (2): 82-86.
- [11] 唐瑞, 唐雯, 王导新. 机器学习对创伤合并急性呼吸窘迫综合征患者院内死亡的预测价值 [J]. 中华危重病急救医学, 2022, 34 (3): 260-264.
- [12] 乌司他丁用于临床常见急危重症共识专家组. 乌司他丁用于临床常见急危重症的专家共识 [J]. 中华急诊医学杂志, 2023, 32 (6): 736-747.
- [13] 杨建华, 宋振君, 龙翩翩, 等. 肺血管通透性指数联合血清 sCD74 对大面积烧伤并发急性呼吸窘迫综合征患者病情及预后的评估 [J]. 疑难病杂志, 2023, 22 (9): 934-939.
- [14] 冯静, 张允忠, 高兴斌. 单肺机械通气联合损伤控制策略救治重度多发性外伤患者的体会 [J]. 中华危重病急救医学, 2020, 32 (9): 1128-1130.
- [15] 陈庆丽, 唐路平, 曹夏婧, 等. ECMO 联合俯卧位通气成功救治重度烧伤合并严重吸入性损伤 1 例报告 [J]. 中华急诊医学杂志, 2022, 31 (10): 1421-1423.

[文章编号] 1007-0893(2024)13-0087-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.13.026

瑞舒伐他汀与替罗非班联合经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死的疗效

赵岩 程利友 郑晓晖 梁二鹏

(阜外华中心血管病医院, 河南 郑州 450000)

[摘要] 目的: 分析瑞舒伐他汀与替罗非班联合经皮冠状动脉介入 (PCI) 治疗急性心肌梗死 (AMI) 的疗效及对患者心功能的影响。方法: 选择 2021 年 12 月至 2023 年 2 月阜外华中心血管病医院收治的 80 例 AMI 患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 每组 40 例。患者均实施 PCI 治疗, 对照组术后采用瑞舒伐他汀治疗, 而观察组采用瑞舒伐他汀与替罗非班联合治疗。比较两组患者心功能情况、血管内皮细胞功能指标、血清炎症因子水平、生活质量、不良反应发生情况。结果: 治疗后, 观察组患者左心室射血分数 (LVEF) 高于对照组, 左心室舒张末期径 (LVEDD)、左心室收缩末期径 (LVESD) 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组患者血清一氧化氮水平高于对照组, 内皮素 1 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组患者血清肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素 6、超敏 C 反应蛋白水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者脑卒中专用生活质量量表 (SS-QOL) 的各项评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: AMI 患者实施 PCI 治疗过程中, 采用瑞舒伐他汀与替罗非班药物可以提高介入治疗效果, 同时还能有效改善患者心功能及血清炎症因子水平, 安全性较高。

[关键词] 急性心肌梗死; 经皮冠状动脉介入; 瑞舒伐他汀; 替罗非班

[中图分类号] R 542.2⁺2 **[文献标识码]** B

急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 一种急性心血管事件。其主要表现为持续性胸痛、心电图改变和心肌标志物升高。临床治疗原则包括迅速恢复

[收稿日期] 2024-05-06

[作者简介] 赵岩, 女, 住院医师, 主要研究方向是急性心肌梗死抗凝和抗血小板治疗、冠脉微循环治疗。

冠状动脉血流、减轻心肌损伤、预防并发症及改善预后，而常规治疗手段包括药物治疗、经皮冠状动脉介入（percutaneous coronary intervention, PCI）治疗及外科手术，且 PCI 手术是主要治疗方案，可重建患者冠状动脉血运^[1]。瑞舒伐他汀是一种高效的 3-羟基-3-甲基戊二酸单酰辅酶 A（3-hydroxy-3-methyl glutaryl coenzyme A, HMG-CoA）还原酶抑制剂，通过降低低密度脂蛋白胆固醇（low density lipoprotein-cholesterol, LDL-C）水平，减少炎症反应及稳定动脉粥样硬化斑块，具有显著的抗动脉粥样硬化作用。替罗非班是一种糖蛋白 IIb/IIIa 受体拮抗剂，可通过抑制血小板聚集，防止血栓形成^[2]。据临床长期研究发现，在 AMI 患者中，瑞舒伐他汀与替罗非班联合应用，结合 PCI 治疗，可以显著提高冠状动脉再通率，减轻心肌缺血损伤，改善患者预后，此种联合治疗方案在 AMI 的综合管理中具有重要的临床价值^[3]，因此本研究主要分析上述药物与 PCI 联合治疗 AMI 的具体价值，具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 12 月至 2023 年 2 月阜外华中心血管病医院收治的 80 例 AMI 患者为研究对象，随机分为对照组和观察组，每组 40 例。对照组年龄 46 ~ 79 岁，观察组年龄 46 ~ 78 岁。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性，见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较 (n = 40)

组别	性别 / 例		年龄	体质量	发病时间
	男	女	$\bar{x} \pm s$, 岁	$\bar{x} \pm s$, kg	$\bar{x} \pm s$, h
对照组	21	19	68.24 ± 7.27	66.25 ± 5.19	6.23 ± 1.12
观察组	22	18	68.18 ± 7.38	65.33 ± 5.27	6.22 ± 1.06

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 所有患者均符合 AMI 的临床诊断标准^[4]；(2) 患者发病时间在 12 h 以内；(3) 均具有经皮 PCI 治疗指征；(4) 利用造影证实病变血管近端无明显扭曲现象；(5) 患者及家属知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 存在脑卒中病史者；(2) 存在心、肺、肝、肾等功能障碍者；(3) 存在药物过敏者；(4) 入院首次检查凝血功能异常者；(5) 存在消化道出血史者；(6) 近 2 个月内存在重大外伤史者。

1.3 方法

患者均实施 PCI 治疗，进行手术前 30 min，口服阿司匹林（意大利 Bayer HealthCare Manufacturing S.r.l., 国药准字 HJ20160685）30 mg，氯吡格雷（乐普药业股份有限公司，国药准字 H20123116）600 mg，瑞舒伐他汀（南京先声东元制药有限公司，国药准字 H20113246）20 mg，

且实施静脉注射肝素，剂量为 70 ~ 100 $\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1}$ ，利用桡动脉穿刺行冠状动脉造影，明确患者主要病变血管部位，随后根据患者的情况实施介入手术治疗，在手术后需要进行双联抗血小板治疗 1 年以上，选择药物为阿司匹林、氯吡格雷，每日服药剂量分别为 100 mg、75 mg。对照组患者在手术后联合服用瑞舒伐他汀，药物剂量为每次 10 mg，每日 1 次，在睡前服用，连续治疗 30 d。观察组则采用替罗非班（鲁南贝特制药有限公司，国药准字 H20090328）联合瑞舒伐他汀治疗，其中瑞舒伐他汀治疗剂量、用法与对照组相同。替罗非班则在术前进行注射，剂量为 10 $\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1}$ ，需要在 3 min 之内注射完成。

1.4 观察指标

治疗前、治疗后（术后服用瑞舒伐他汀 30 d 后），观察两组患者心功能情况、血管内皮细胞功能指标、血清炎症因子水平，观察治疗后的生活质量以及治疗期间不良反应发生情况。(1) 心功能情况。分析患者治疗前后心功能情况，心功能利用超声心动图分析仪进行分析，检测其左心室射血分数（left ventricular ejection fractions, LVEF）、左心室舒张末期内径（left ventricular end diastolic diameter, LVEDD）以及左心室收缩末期内径（left ventricular end systolic diameter, LVESD）。(2) 血管内皮细胞功能指标、血清炎症因子水平。治疗前后取患者清晨空腹状态下采静脉血 2 mL，进行加温促凝处理后，在转速 3500 $\text{r} \cdot \text{min}^{-1}$ 、离心半径 8 cm 下进行离心处理，离心时间为 9 min，取其上层血清；利用酶联免疫吸附法检测患者血管内皮细胞功能指标：一氧化氮、内皮素 1；利用血清分光光度法检测患者血清炎症因子水平：白细胞介素 6、超敏 C 反应蛋白以及肿瘤坏死因子- α 。(3) 生活质量。治疗后利用脑卒中专用生活质量量表（stroke-specific quality of life scale, SS-QOL）评估患者的生活质量，量表内容包括生理状态、社会/家庭状态、情感状态、功能状态，每个维度满分为 30 分，共 120 分，分数越高患者的生活质量越高^[5]。(4) 不良反应。统计两组患者治疗期间不良反应（胃肠反应、出血、头痛）发生情况。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 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 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后心功能情况比较

治疗后，观察组患者 LVEF 高于对照组，LVEDD、LVESD 低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者治疗前后心功能情况比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	LVEF/%	LVEDD/mm	LVESD/mm
对照组	治疗前	46.52 ± 3.71	56.94 ± 5.05	38.78 ± 5.01
	治疗后	47.60 ± 4.65	54.05 ± 4.07	35.39 ± 3.60
观察组	治疗前	46.17 ± 3.68	56.22 ± 4.69	38.57 ± 4.92
	治疗后	48.78 ± 4.12 ^a	51.42 ± 4.12 ^a	32.45 ± 3.17 ^a

注: LVEF — 左心室射血分数; LVEDD — 左心室舒张末期内径; LVESD — 左心室收缩末期内径。
与对照组治疗后比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后血管内皮细胞功能指标比较

治疗后, 观察组患者血清一氧化氮水平高于对照组, 内皮素 1 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血管内皮细胞功能指标比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	一氧化氮 / $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	内皮素 1/ $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	52.69 ± 4.19	119.28 ± 8.74
	治疗后	58.25 ± 4.63	92.14 ± 4.53
观察组	治疗前	52.72 ± 4.17	119.29 ± 8.86
	治疗后	61.23 ± 4.85 ^b	88.08 ± 4.42 ^b

注: 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗后, 观察组患者血清肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素 6、超敏 C 反应蛋白水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	肿瘤坏死因子- α / $\text{U} \cdot \text{L}^{-1}$	白细胞介素 6 / $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	超敏 C 反应蛋白 / $\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	3.42 ± 0.59	18.96 ± 2.71	6.78 ± 0.75
	治疗后	2.32 ± 0.32	10.13 ± 1.35	4.98 ± 0.25
观察组	治疗前	3.35 ± 0.64	18.37 ± 2.46	6.73 ± 0.72
	治疗后	1.08 ± 0.21 ^c	6.27 ± 1.29 ^c	2.68 ± 0.34 ^c

注: 与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者生活质量比较

观察组患者 SS-QOL 的各项评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者生活质量比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	生理状态	社会/家庭状态	情感状态	功能状态
对照组	治疗前	18.36 ± 2.75	20.88 ± 2.65	18.82 ± 2.45	19.33 ± 2.71
	治疗后	25.56 ± 2.43 ^d	24.47 ± 2.92 ^d	24.68 ± 2.74 ^d	25.75 ± 2.54 ^d

注: 与对照组比较, ^d $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 6。

表 6 两组患者不良反应发生率比较 [$n = 40, n(\%)$]

组别	胃肠反应	出血	头痛	总发生
对照组	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	3(7.50)
观察组	0(0.00)	1(2.50)	1(2.50)	2(5.00)

3 讨论

AMI 实施 PCI 手术治疗为最主要治疗方案, PCI 通过机械性手段可迅速恢复阻塞的冠状动脉血流, 从而减轻心肌缺血和坏死, 改善心功能, 提高 AMI 患者的生存率。然而, 随着临床研究的不断深入发现, 对于 AMI 患者实施单一 PCI 治疗存在一些局限, 如术后再狭窄和血栓形成的风险较高。因此, 需要联合药物治疗以优化疗效^[6]。随着临床研究的不断深入发现, 对于 AMI 患者实施 PCI 手术过程, 需要加大对血管保护力度, 采用相应的抗凝药物进行治疗^[7]。

本研究中, 治疗后, 观察组患者心功能情况、血管内皮细胞功能指标、血清炎症因子水平、生活质量优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 分析原因: 瑞舒伐他汀是一种强效调脂药物, 为 HMG-CoA 还原酶抑制剂的一种, 通过抑制肝脏内胆固醇的合成, 降低 LDL-C 水平, 减少动脉粥样硬化斑块的形成和进展, 并降低炎症标志物, 减少动脉壁的炎症反应, 增加斑块的稳定性, 减少斑块破裂和血栓形成的风险, 并通过增加一氧化氮的生成, 改善血管内皮功能, 增强血管舒张能力^[8]。替罗非班是一种糖蛋白 IIb/IIIa 受体拮抗剂, 通过与血小板表面的糖蛋白 IIb/IIIa 受体结合, 抑制纤维蛋白原与血小板的结合, 从而防止血小板聚集和血栓形成, 可减少 PCI 术中和术后急性血栓事件的发生, 保持血管通畅^[9]。而在 AMI 的治疗中, PCI 联合瑞舒伐他汀和替罗非班的应用, 通过多靶点、多机制的协同作用, 能够显著提高治疗效果, 减少并发症, 这是因为瑞舒伐他汀除了达到良好的降脂作用外, 还会降低氧化应激反应, 其抗炎效果较高, 心肌梗死患者在服用药物后, 可有效抑制炎症因子的分泌, 替罗非班则能缓解梗死的状态进展, 进一步降低炎症应激反应, 且能改善患者血管内皮细胞功能, 切实保证患者介入治疗效果, 从而更好的改善患者生活质量^[10]。

综上所述, AMI 患者实施 PCI 治疗过程中, 采用瑞舒伐他汀与替罗非班药物可以提高介入治疗效果, 同时还能有效改善患者心功能及炎症因子水平, 安全性较高。

[参考文献]

[1] 张德勤, 王邦宁, 黎敬锋. 美托洛尔缓释片联合替罗非班对老年急性心肌梗死患者 PCI 术后冠脉血流恢复和心功能的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2023, 43 (5): 1036-1039.

- [2] 殷中萍. 瑞舒伐他汀与替罗非班联合冠脉介入术治疗急性心肌梗死临床研究[J]. 健康之友, 2022, 33(3): 272-273.
- [3] 陈愿. 院前应用替罗非班对急性心梗患者急诊冠脉介入治疗的安全性和有效性分析[J]. 健康忠告, 2021, 15(30): 90-91.
- [4] 中国医师协会胸痛专业委员会. ST段抬高型急性心肌梗死院前溶栓治疗中国专家共识[J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(5): 434-442.
- [5] 伊建. 替罗非班联合瑞舒伐他汀治疗心肌梗死的临床疗效及对患者血清cTnI和CK-MB及Myo的影响[J]. 当代医学, 2021, 27(16): 174-175.
- [6] 刘鸿玲. 替罗非班联合瑞舒伐他汀对急性心肌梗死患者PCI术后血清MIF、IL-10水平的影响[J]. 中国医学创新, 2021, 18(11): 149-152.
- [7] 房国祥, 纪亮, 刘文芳. 瑞舒伐他汀联合替罗非班治疗心肌梗死患者的临床疗效分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2021, 20(6): 617-620.
- [8] 张永佳, 陈德俊, 杜宋耿. 替罗非班联合瑞舒伐他汀在不同年龄不稳定型心绞痛中的应用对比探讨[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(12): 103-105.
- [9] 张永佳, 陈德俊, 陈炳海, 等. 替罗非班联合瑞舒伐他汀治疗不同年龄不稳定型心绞痛的临床效果[J]. 中国当代医药, 2018, 25(4): 16-19, 24.
- [10] 臧滔, 杨俊芳. 评价采用替罗非班、大剂量他汀结合治疗急性心肌梗死的效果[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(9): 7-9.

[文章编号] 1007-0893(2024)13-0090-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.13.027

经超声引导的微创旋切术治疗乳腺良性肿块的效果观察

叶剑 饶启旺 侯志敏

(南平市建阳第一医院, 福建 南平 354200)

[摘要] 目的: 探讨经超声引导的微创旋切术对乳腺良性肿块的治疗效果。方法: 将南平市建阳第一医院2022年1月至2023年12月收治的157例乳腺良性肿块患者按照治疗方案不同分为两组: A组78例, 采用传统开放式肿块切除术治疗; B组79例, 采用经超声引导的微创旋切术治疗, 比较两组患者的手术相关指标、乳房外观评分、术后不同时间点疼痛程度评分以及并发症发生率。结果: 相较于A组患者, B组的手术切口长度、手术时间、切口愈合时间、住院时间均更短, 术中出血量更少, 乳房外观评分均更高, 术后不同时间点疼痛程度评分均更低, 并发症总发生率也更低, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 超声引导的微创旋切术治疗乳腺良性肿块, 可减小手术切口, 降低术中出血量, 减轻术后疼痛感, 保持乳房美观性, 降低术后并发症发生率。

[关键词] 乳腺肿块; 微创旋切术; 超声引导手术**[中图分类号]** R 737.9 **[文献标识码]** B

乳腺肿块是乳房内形成的组织生长物, 主要可分为两大类: 良性肿块(如乳腺纤维腺瘤、乳腺囊肿)、恶性肿块(如乳腺癌), 在临床中绝大多数肿块为良性肿块, 但也应引起高度重视, 以防病情进一步发展而出现恶变, 对患者的生命安全构成威胁^[1-2]。以往对于乳腺肿块的治疗主要采取传统开放式肿块切除术, 以清除患者病灶组织, 保障患者身体健康, 但此种手术方案对患者的损伤较大, 在术后容易留有瘢痕, 无法满足患者对于乳房美观性的要求, 且术后恢复较为缓慢, 会增大患者的心理压力, 增加并发症发生风险^[3]。近年来, 随着医学技术的不断发展, 经超声引导的微创旋切术逐渐推广应用, 超声技术可精准定位病灶, 引导手术人员经一小穿刺孔对

病灶进行多次切割, 具有精确度高、创口小、手术时间短、术后美观等优点, 更为患者所青睐^[4-5]。基于此, 本研究将南平市建阳第一医院2022年1月至2023年12月收治的157例乳腺良性肿块患者作为观察对象, 观察经超声引导的微创旋切术在乳腺良性肿块治疗中的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将南平市建阳第一医院2022年1月至2023年12月收治的157例乳腺良性肿块女性患者按照治疗方案不同分为两组: A组78例、B组79例。

[收稿日期] 2024-05-27**[作者简介]** 叶剑, 女, 主治医师, 主要从事普外科工作。