

心肌梗死患者心力衰竭的危险因素分析

程琳娜

中国中铁阜阳中心医院内一科 安徽阜阳 236000

【摘要】目的 分析急性ST段抬高心肌梗死患者(STEMI)合并心力衰竭的危险因素。**方法** 选择本院2016年10月~2018年10月期间的急性ST段抬高心肌梗死患者103例,根据患者有无合并心力衰竭分为非心力衰竭组(46例)和心力衰竭组(57例)。将无合并心力衰竭46例患者设为对照组,57例心力衰竭患者为观察组,对两组患者的临床特征进行回顾性调查,分析患者发生心力衰竭的危险因素。**结果** 对比临床资料,患者年龄、合并高血压、糖尿病、空腹血糖值、白蛋白含量、舒张压等的对比差异具有统计学意义($P < 0.05$),筛选为可能因素;对筛选结果进行单因素分析,得出高血压、糖尿病、舒张压和白蛋白为相关因素;多因素分析结果显示,糖尿病和舒张压是STEMI患者合并心力衰竭的可能危险因素。**结论** 心肌梗死患者合并心力衰竭受多种因素影响,其中糖尿病和舒张压是可能危险因素,应给予重视。

【关键词】 ST段抬高;心肌梗死;心力衰竭;危险因素

【中图分类号】 R542.22

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 05-028-02

急性ST段抬高型心肌梗死,是急性心肌缺血性坏死,大多是在冠状动脉病变的基础上,发生冠状动脉供血急剧减少或中断,使相应的心肌严重而持久地急性缺血所致。原因通常是在冠状动脉粥样硬化不稳定斑块病变的基础上继发血栓形成导致冠状动脉血管持续、完全阻塞。心力衰竭最常见的原因是心肌本身的病变,例如心肌梗塞。美国35~84岁人群中中年发病率男性为71%,女性为22%;每年约有150万人发生急性心肌梗死,45万人发生再次心肌梗死心肌梗塞时,心脏有一部分肌肉坏死,不能收缩,此时心脏就失去了“供血”的功能。长期的高血压、心肌炎、心肌病、风湿性心脏病等都可以最终引起心力衰竭。

1 资料与方法

1.1 临床资料

有103例患者的临床资料被纳入到本研究中,患者均为本院2016年10月~2018年10月期间收治的STEMI患者,根据患者是否合并心力衰竭分为对照组与观察组。对照组患者未合并心力衰竭46例,男27例,女19例,年龄36~78岁,平均年龄(53.6±2.3)岁;观察组患者合并心力衰竭57例,男32例,女25例,年龄47~84岁,平均年龄(61.9±2.6)岁。

1.2 方法

1.2.1 资料收集方法

在患者入院时,对患者的临床特征进行详细准确记录,包括患者的年龄性别、高血压糖尿病发病情况、是否伴有心衰和既往PCI史,患者是否有吸烟习惯等。

1.2.2 临床指标测试方法

心电图检测,对患者的心电动态进行检测,采用血糖检测仪等专业医疗器械对患者的血压状况、血糖水平等进行规范化检测,对患者进行专业的心功能Killip分级,确定其是否合并心力衰竭。

1.3 统计学方法

利用SPSS17.0软件处理数据,对两组患者的一般资料进行对比。筛选导致心衰的可能因素。计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间比较采用t检验;计数资料用例数(n)表示,计数资料组间率(%)的比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。对筛选出的可能因素进行单因素Logistic回归分析,再根据分析结果进行进一步的多因素分析。

2 结果

2.1 临床资料筛选结果

对比两组患者的临床资料,筛选出患者年龄、合并高血压、糖尿病,空腹血糖值、白蛋白含量、舒张压等为导致STEMI患者合并心力衰竭的可能因素。见表1。

表1: 两组患者临床资料对比 ($\bar{x} \pm s$)

| 对比项 | 对照组 (n=46) | 观察组 (n=57) | t/ χ^2 值 | P 值 |
|---------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| 年龄 (岁) | 53.6±2.3 | 61.9±2.6 | 16.948 | 0.000 |
| 女性 [n (%)] | 19 (41.30) | 25 (43.86) | 0.068 | 0.794 |
| 高血压 [n (%)] | 18 (39.13) | 34 (59.65) | 4.287 | 0.038 |
| 糖尿病 [n (%)] | 7 (15.22) | 19 (33.33) | 4.427 | 0.035 |
| 吸烟 [n (%)] | 27 (58.69) | 33 (57.89) | 0.007 | 0.935 |
| 既往PCI [n (%)] | 1 (2.17) | 2 (3.51) | 0.160 | 0.689 |
| 舒张压 (mmHg) | 76.56±12.33 | 71.12±11.73 | 2.287 | 0.024 |
| 白蛋白 (g/L) | 39.82±3.88 | 38.12±4.12 | 2.136 | 0.035 |
| 空腹血糖 (mmol/L) | 5.62±1.89 | 6.72±2.32 | 2.595 | 0.011 |

2.2 合并心力衰竭单因素分析结果

经回归分析得出,高血压、糖尿病、舒张压和白蛋白是STEMI患者合并心力衰竭的相关因素。见表2。

3 讨论

急对比临床资料,患者年龄、合并高血压、糖尿病,空腹血糖值、白蛋白含量、舒张压等的对比差异具有统计学意义

义 ($P < 0.05$)，筛选为可能因素；对筛选结果进行单因素分析，得出高血压、糖尿病、舒张压和白蛋白为相关因素；多因素分析结果显示，糖尿病和舒张压是 STEMI 患者合并心力衰竭的可能危险因素。STEMI 患者合并心衰受多种因素影响，其中糖尿病和舒张压是可能的危险因素，应给予重视。

综上所述，STEMI 心衰的发生与患者舒张压以及糖尿病密切相关，两者为心力衰竭发生的主要危险因素，因此对合并糖尿病以及高血压的患者需要特别注意，进行有效的预防，以避免心衰的发生，提高患者生活质量。

表 2: 单因素回归分析

| 危险因素 | 回归系数 | 标准误 | OR 值 | 95%CI | P 值 |
|------|-------|-------|-------|---------------|-------|
| 高血压 | 0.591 | 0.291 | 1.081 | 1.023 ~ 3.186 | 0.043 |
| 糖尿病 | 0.777 | 0.352 | 2.173 | 1.093 ~ 4.323 | 0.028 |
| 舒张压 | 0.036 | 0.013 | 1.037 | 1.013 ~ 1.061 | 0.005 |
| 白蛋白 | 0.091 | 0.035 | 1.096 | 1.025 ~ 1.171 | 0.009 |

参考文献：

[1] 刘琳, 丁文慧, 赵峰. 急性冠脉综合征合并心力衰竭的影响因素、治疗现状和预后分析 [J]. 中国医刊, 2009, 44(3): 29-34.
 [2] 史云桃, 蒋廷波. 急性 ST 段抬高心肌梗死患者合并

心力衰竭的危因素分析 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(2): 151-154.
 [3] 王曼, 朱俊, 杨艳敏, 等. 急性 ST 段抬高心肌梗死患者心力衰竭事件分析 [J]. 中国循环杂志, 2011, 8(26): 240-242.

(上接第 26 页)

髂骨侧面水肿较严重^[3]。有关研究显示，强直性脊柱炎患者在早期均会出现骨髓内水肿情况，可作为判定骶髂关节病变的诊断依据。经证实关节水肿程度与 MRI 强化有一定联系，水肿越重强化越明显。CT 和 X 线检查的费用较低，且操作简单，MRI 检查的费用较高，但能排查出 CT 和 X 线检查不出的症状，进而提升病变检出率^[4-5]。

综上所述，对早期强直性脊柱炎骶髂关节病变患者行 MRI 诊断，可将关节炎症和病变情况予以充分鉴别，提升诊断准确率，为临床治疗提供可靠依据。

参考文献：

[1] 梁佐堂, 李继峰, 董乐等. 对比分析 X 线、CT 和 MRI 在早期强直性脊柱炎骶髂关节病变诊断中应用的价值 [J].

中国 CT 和 MRI 杂志, 2015(2):84-87.

[2] 刘志飞, 李亮洁. X 线、CT 和 MRI 在早期强直性脊柱炎骶髂关节病变诊断中的应用价值对比 [J]. 中国急救医学, 2017, 37(21):192-193.

[3] 王警建, 王龙龙, 高延忠等. MRI 与 CT 在诊断早期强直性脊柱炎骶髂关节病变中的效果比较 [J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(19):57-59.

[4] 周华丽. 早期强直性脊柱炎骶髂关节病变应用 X 线、CT 和 MRI 的诊断价值研究 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2016, 14(10):117-120.

[5] 蔡长寿, 冯丰坐, 邱波等. CT 和 MRI 在早期强直性脊柱炎骶髂关节病变中的诊断价值 [J]. 医学影像学杂志, 2016, 26(6):1132-1135.

(上接第 27 页)

原发性开角型青光眼运用小梁切除术属于临床常用手段，其中无缝线巩膜瓣小梁切除术通过运用穹隆为基底结膜瓣，从而降低手术对结膜构成的影响，术区巩膜面不通过烧灼止血，降低组织热灼伤损害，有效控制炎症。结膜切口得严密的缝合，确保组织在结构上的完整状况，减少组织干扰，防控结膜瓣与巩膜组织产生粘连情况，同时防控滤过道出现瘢痕化状况。

在巩膜瓣的处理上更为精细，损伤少，边缘相对整齐，厚度匀称，防控纤维细胞异常增生，防控滤过道瘢痕化。同时巩膜瓣厚度合适，让房水滤过情况更为理想。不做巩膜瓣的缝合，可以减少缝合线产生的异常反应以及纤维细胞的增殖与移行状况，结膜下引流更为通畅，避免滤过道粘连与滤过道泡痕情况。

表 2: 各组患者术后滤过泡情况 [n(%)]

| 分组 | I 型 | II 型 | III 型 | IV 型 | I ~ II 型率 |
|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|
| 观察组 (n=40) | 25 (62.50) | 11 (27.50) | 4 (10.00) | 0 (0.00) | 90% |
| 对照组 (n=40) | 13 (32.50) | 10 (25.00) | 10 (25.00) | 7 (17.50) | 57.5% |

注：两组对比， $p < 0.05$

参考文献：

[1] 刘兴红. 无缝线巩膜瓣小梁切除术治疗原发性开角型青光眼的效果 [J]. 中国医药导报, 2015, (21):102-105.
 [2] 贺玮, 于建国, 齐世欣等. 巩膜瓣缝线跨度对小梁切

除术后眼压及功能性滤过泡形成的影响 [J]. 山东医药, 2016, 56(18):72-73.

[3] 杨静, 陈海波, 史贻玉等. 双池效应式小梁切除术联合可调整缝线治疗青光眼 [J]. 实用医学杂志, 2015, 31(14):2294-2296.