

冠状动脉内注射尿激酶原对高血栓负荷的 STEMI 患者疗效及安全性研究

黄凯华 陈冬云 区少红 梁昌党

阳江市人民医院心内一科 529500

【摘要】目的 探讨冠状动脉内注射尿激酶原对高血栓负荷的 STEMI 患者疗效及安全性。**方法** 选择收治的 STEMI 并紧急行经皮冠状动脉介入诊疗手术患者 200 例作为研究对象,其中研究组为常规治疗+重组人尿激酶原 20mg/200 万单位(普佑克),对照组为常规治疗,血管造影进行 TIMI 血流分级,统计并发症发生情况。**结果** 研究组 TIMI 血流分级 3 级例数明显高于对照组,研究组再发心肌梗死、恶性心率失常、充血性心力衰竭及心源性休克发生率均明显高于对照组,对比差异显著 ($P<0.05$)。**结论** 冠状动脉内注射尿激酶原利于减少高血栓负荷 STEMI 患者术中出血慢血流、无复流情况,降低并发症发生率。

【关键词】 尿激酶原; 高血栓负荷的 STEMI 患者; 疗效; 安全性

【中图分类号】 R542.22

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2024) 03-026-02

STEMI 患者多数为血栓高负荷情况,虽能及时行 PCI 治疗,但术中出现无复流、慢血流情况常见,是导致患者高死亡率的重要原因^[1]。尽管近年来对高血栓负荷的 STEMI 患者术中发生无复流、慢血流的识别和处理有了很大的进步,其中包括血栓抽吸以及冠脉内注射药物治疗,其中包括硝酸甘油、尼可地尔等,冠脉血流有所改善,但仍不能完全避免慢血流、无复流的发生^[2]。注射用重组人尿激酶原目前已广泛运用于 STEMI 外周溶栓、肺动脉栓塞溶栓及完善血栓的溶栓治疗,本组研究旨在探讨冠状动脉内注射尿激酶原对高血栓负荷的 STEMI 患者疗效及安全性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 7 月至 2023 年 1 月在我科收治的 STEMI 并紧急行经皮冠状动脉介入诊疗手术患者共 200 例作为研究对象,其中男 123 例,女 77 例,年龄范围 56~79 岁,平均为 (64.5 ± 5.6) 岁,住院时间 8~16 天,平均为 (11.5 ± 3.6) 天,将所有病例随机分为研究组和对照组,每组各 100 例,两组在性别、年龄及住院时间方面对比,差异不显著 ($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 术前用药

符合 WHO 对于 STEMI 的诊断标准患者立即给与“心梗一包药”,并更患者及其家属告知相关的治疗方案,签署 PCI 知情同意书及研究知情同意书。

1.2.2 术中用药

根据随机分组确定用药情况。其中研究组在导丝通过、球囊扩张后,根据实际情况选择血栓抽吸、替罗非等其他治疗后罪犯血管恢复血流 (TIMI 血流 ≥ 1 级),再予以冠脉内注入尿激酶原 20mg (20mg 尿激酶原溶入 10ml 生理盐水中,5~10min 内经造影导管缓慢推注入冠脉内),然后根据冠脉血管病变情况选择合适支架置入。对照组在导丝通过、球囊扩张后根据实际情况选择血栓抽吸、替罗非等其他治疗后根据冠脉血管病变情况选择合适支架置入。

1.2.3 术后用药

术后根据患者实际情况选择继续接受替罗非班治疗,并给予阿司匹林肠溶片 100mg/片,1 次/天,长期服用;氢氯吡格雷片 (波立维) 75mg,1 次/天,服用 1 年;他汀类,1 次/天,长期口服 (常用药物为阿托伐他汀钙片或瑞舒伐他汀片)。

1.3 观察指标

TIMI 血流分级为心肌梗塞溶栓治疗在临床试验中用冠状动脉造影方法评价冠状动脉再灌注的标准,分为:0 级 (无灌注):血管闭塞远端无前向血流;1 级 (渗透而无灌注):造影剂部分通过闭塞部位,但不能充盈远端血管;2 级 (部分灌注):造影剂可完全充盈冠状动脉远端,但造影剂充盈及清除的速度较正常冠状动脉延缓;3 级 (完全灌注):造影剂完全、迅速充盈远端血管并迅速清除,并统计再发心肌梗死、恶性心率失常、充血性心力衰竭、心源性休克、心源性死亡及出血等并发症发生情况。

1.4 统计学方法

使用 SPSS20.0 统计学软件,评分等计量资料采用 t 检验,发生率等计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 术后 TIMI 血流分级

研究组 TIMI 血流分级 3 级例数明显高于对照组,对比差异显著 ($P<0.05$)。

表 1: 术后两组 TIMI 血流分级分析

组别	例数	0 级	1 级	2 级	3 级
研究组	100	0 (0.0)	1 (1.0)	6 (6.0)	93 (93.0)
对照组	100	2 (2.0)	8 (8.0)	16 (16.0)	74 (74.0)
χ^2		6.532	7.264	5.628	6.286
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 并发症

研究组再发心肌梗死、恶性心率失常、充血性心力衰竭、心源性休克发生率明显高于对照组,对比差异显著 ($P<0.05$)。心源性死亡发生率两组一致,研究组出血发生率要高于对照组,对比差异显著 ($P<0.05$)。

3 讨论

注射用重组人尿激酶原可以通过基因调节等方法分离合成出的尿激酶前体,在外周溶栓效果更佳,已广泛运用于 STEMI 外周溶栓、肺动脉栓塞溶栓及完善血栓的溶栓治疗^[3]。注射用重组人尿激酶原通过血液循环,吸附在血栓纤维蛋白表面的纤维酶上,进而达到促进血栓纤维蛋白快速溶解的目的,该物质的优势在于溶栓特异性强,并且对患者产生的创伤小,

相比比传统的尿激酶、链激酶具有更好的溶栓效果^[4]。

本组研究结果显示,采用冠状动脉内注射尿激酶原的研究组TIMI血流分级3级例数明显高于对照组,研究组并发症发生率均明显高于对照组,充分肯定了采用冠状动脉内注射尿激酶原的临床价值。需要注意的是使用尿激酶原的研究组出血发生率要高于对照组。综上所述,冠状动脉内注射尿激酶原利于减少高血栓负荷STEMI患者术中出血慢血流、无复流情况,减轻冠脉介入诊疗术后患者后患者的并发症,降低死亡率,值得进行进一步临床应用研究。

参考文献:

[1] 赵广文,张燕,钱福东.PCI术中冠状动脉内注射重组

人尿激酶原对STEMI患者高血栓负荷的影响[J].安徽医学,2020,10(13):1160-1163.

[2] 罗江宾,冯旭霞,陈其敬,等.重组人尿激酶原联合替罗非班在高血栓负荷ASTEMI患者PCI中的临床应用[J].中国医药导报.2019,11(26):129-132.

[3] 赵景宏,乔彦,刘涛,等.低剂量重组人尿激酶原在急性ST段抬高型心肌梗死患者急诊经皮冠状动脉介入术中的应用效果研究[J].实用心肺血管病杂志.2021,15(9):77-81.

[4] 洪文,马瑞浚,汪敏.尿激酶原联合替罗非班冠脉内注射在急性心肌梗死急诊冠状动脉介入治疗中的应用[J].吉林医学.2023,44(4):1022-1024.

表2:两组并发症发生情况分析

组别	例数	再发心肌梗死	恶性心率失常	充血性心力衰竭	心源性休克	心源性死亡	出血
研究组	100	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (4.0)	2 (2.0)	2 (2.0)	2 (2.0)
对照组	100	1 (1.0)	2 (2.0)	6 (6.0)	4 (4.0)	2 (2.0)	1 (1.0)
χ^2		4.532	4.871	3.783	4.093	0.000	3.094
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

(上接第24页)

3 讨论

现阶段内,肺癌已然成为了我国乃至全球恶性肿瘤中致死率最高的疾病,严重危害着人们的身体健康和生命安全。在所有肺癌患者中约有4/5的患者为非小细胞肺癌,临床上治疗NSCLC最常用的方法主要包括手术治疗、放化疗以及生物靶向治疗,此类方法在一定程度上能够改善患者的身体状况,缓解病情发展,延长生存时间。由于在疾病早期没有明显症状或是对自身健康状况的关心不足使得患者在发现确诊时已然为晚期患者。针对此类患者,手术治疗并不能取得较好的临床效果,或是患者自身已无法承受手术,此时就需要通过化学药物治疗最大程度的延长患者生命^[2]。

培美曲塞作为最新一代的抗肿瘤药物,属于一种新型的抗叶酸制剂,其结构核心为吡咯嘧啶基团。其主要作用机制是通过细胞内叶酸依赖性的正常代谢抑制细胞复制,从而能够显著抑制肿瘤对的生长^[3]。同时,培美曲塞的安全性更高,

这就使得其成为了治疗NSCLC晚期患者的一线、二线主要用药。由上述实验结果不难看出,与多西他赛相比具有更高的安全性,患者在治疗过程中不良反应的发生率要明显小于多西他赛。

综上,两种抗癌药物均能治疗NSCLC,单用药培美曲塞时的治疗效果更好,能够明显控制癌细胞的发展,且安全性更高,不良反应更少,能够有效延长患者的生存时间,在确保疗效的同时能够做到用药安全。

参考文献:

[1] 李丽华,金钊,梁小芳.培美曲塞对比多西他赛单药治疗晚期非小细胞肺癌的临床观察[J].江西医药,2024,51(1):44-47.

[2] 宁瑞玲.培美曲塞对比多西他赛二线治疗非小细胞肺癌的临床观察[J].重庆医学,2023,42(3):292-295.

[3] 赵丹.培美曲塞或多西他赛联合顺铂二线治疗晚期非小细胞肺癌的疗效对比研究[J].实用临床医学杂志,2022,19(15):34-37.

(上接第25页)

血管^[4],调节患者的心室,具有改善胰岛素抵抗和减少尿蛋白的作用。且由于其半衰期时间长,故能够做到一天服用一次既可以确保24小时的血压稳定效果。氨氯地平(钙离子通道阻滞剂),能够作用在患者的小动脉,起到降血压的效果^[5],其和缬沙坦相同,具有较长时间的半衰期、血药浓度高且维持时间长,在使用氨氯地平后,患者的血糖水平能够稳定的调节,对血脂亦无影响。故此,2者联合使用其降压和降糖的效果能够相得益彰^[6],对心脏、肾脏等靶器官的受损亦有一定疗效。

本次试验数据显示,观察组2型糖尿病合并高血压患者,在采取缬沙坦的基础上,联合氨氯地平的方案进行治疗后,其血压指标当中舒张压降至(79.48±7.62)mmHg,收缩压降至(121.62±9.54)mmHg;血糖指标当中餐前血糖指标降至(6.48±1.61)mmol/L,餐后2小时血糖指标降至(10.62±2.54)mmol/L,而对照组2型糖尿病合并高血压患者,只使用缬沙坦的方式,其上述2项指标情况稍逊观察组。由此可见,2组在降低患者血压方面、改善患者血糖指标方面,观察组2型糖尿病合并高血压患者的情况较对照组有明显的优势(更胜一筹),P值小于0.05。

总而言之,氨氯地平、缬沙坦联合的方式治疗2型糖尿病合并高血压的患者,能够较好的调节患者的血压,改善患者的血糖情况。

参考文献:

[1] 顾晔.缬沙坦联合氨氯地平治疗高血压合并2型糖尿病的疗效观察[J].中国医药导刊,2022,14(8):1378-1379.

[2] 余盛龙,郭惠庄,张稳柱等.缬沙坦与氨氯地平联合治疗高血压合并2型糖尿病伴尿微量白蛋白的临床研究[J].中华临床医师杂志(电子版),2022,10(13):1862-1865.

[3] 陈汉华.缬沙坦与氨氯地平用于老年高血压合并2型糖尿病的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2023,05(8):61-62.

[4] 陈华.缬沙坦与氨氯地平联合用药和缬沙坦单药治疗高血压合并2型糖尿病的对照试验[J].中国心血管病研究,2021,12(7):659-662.

[5] 汪晓溪.缬沙坦联合氨氯地平治疗高血压合并2型糖尿病的作用[J].世界临床医学,2023,10(23):106-106,108.

[6] 牛连英,张丽娜,赵晓静等.左旋氨氯地平联合缬沙坦治疗老年高血压合并2型糖尿病32例[J].中国药业,2023,22(17):79-81.