

的甲状腺功能异常。这种甲状腺功能的病变结果，可以防止严重疾病时体内甲状腺素过强代谢，使机体维持最低代谢率，起到保护作用^[9]。T3、FT3 为甲状腺激素中主要的生物活性成分，两者的降低明显减少了机体代谢率，降低脑组织的耗氧量^[9]。由此，可推测应激状态下机体的负反馈调节机制也是急性脑梗死患者 T3、FT3 水平降低的因素之一。

另外，本次研究结果还显示，急性脑梗死患者的 T4、FT4、TSH 水平与对照组比较差异无统计学意义。T3、T4、FT3、FT4、TSH 的中枢分泌过程主要受下丘脑 - 垂体 - 甲状腺激素调节轴的调节：下丘脑释放 TRH，作用于腺垂体，促进 TSH 合成和释放，TSH 促进血中 T3、T4 的释放。T4、FT4、TSH 水平的无差异性，可间接得出 T3、FT3 的减少并非受此甲状腺轴的直接影响。

《内经》将中风分为中脏腑、中经络两大类型，中脏腑者神昏，中经络者神清。精气神，为人之三宝，而神是人全身机能的外在体现，两者的区分实质也是中医对中风患者严重程度的一个分型。本研究发现中脏腑患者 T3、FT3 水平明显低于中经络者，说明 T3、FT3 水平与脑梗死严重程度有明显相关性。临床也有报道，脑梗死患者 NIHSS 评分与 T3 水平呈负相关^[7]。

综上所述，脑梗死急性期 T3、FT3 水平的下降，主要因为应激状态下垂体 - 肾上腺轴的变化，导致 T4 在外周组织中向 T3 转化的来源减少，而非脑梗死对垂体 - 甲状腺轴的直接破坏，同时这也是一种负反馈调节的结果。脑梗死的程度越重，T3、FT3 水平相应下降越明显。了解脑梗死患者甲状腺激素变化的机理，做好甲状腺激素水平的监测，对临床上急性脑梗死的诊断及判断其严重程度有重要的指导价值。

参考文献

[1]李瑜霞,马洪颖,李永秋,等.甲状腺功能减退合并脑梗死的临床研究[J].临床和实验医学杂志,2014,13(23):1962-1965
[2]徐守权.炎症及神经内分泌相关标志物与脑梗死预后[J].中国基层医药杂志,2015,22(11):1746-1749
[3]王引明,孔亮,潘宇红,等.脑梗死患者血清 C 反应蛋白、神经肽 Y 和皮质醇的动态变化及其临床意义[J].江苏医药,2014,40(8):923-925
[4]谷剑秋,孙玮螺,郑璐,等.皮质醇增多症患者甲状腺功能的临床特征分析[J].中国医药杂志,2017,12(2):243-245
[5]陈静雅,冯轲.危重病与正常甲状腺功能病态综合征[J].云南医学杂志,2016,37(5):571-574
[6]陈东丽.脑梗死急性期甲状腺激素的变化及临床意义[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(7):82-84
[7]周喜燕,唐咏春,孙德华.脑梗死急性期出现低 T3 综合征于发病严重程度及短期预后的相关性分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(10):1223-1224

(收稿日期: 2017-08-10)

介入治疗时机选择对非 ST 段抬高型心肌梗死患者的影响

亢宏志

(河南省郑州市第七人民医院心内八病区 郑州 450000)

摘要:目的:探讨介入治疗时机选择对非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)患者的影响。方法:选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 NSTEMI 患者 200 例,合并高血压 100 例,其中早期行介入治疗 50 例,择期行介入治疗 50 例;合并糖尿病 100 例,其中早期行介入治疗 50 例,择期行介入治疗 50 例。比较高血压组和糖尿病组早期与择期行介入治疗的效果。结果:高血压组中早期组与择期组患者血糖、BMI 比较无显著性差异($P>0.05$);早期组不良事件发生率明显低于择期组($P<0.05$);糖尿病组中早期组与择期组患者 BMI 比较无显著性差异($P>0.05$);但择期组血糖、不良事件发生率明显低于早期组($P<0.05$)。结论:针对合并高血压的 NSTEMI 患者应及早进行介入治疗,针对合并糖尿病的 NSTEMI 患者应择期进行介入治疗。

关键词:非 ST 段抬高型心肌梗死;介入治疗;价值

中图分类号:R542.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.036

非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)是心血管内科常见疾病,多发于有心梗史及既往有心绞痛症状的群体中。其临床主要表现为隐匿性心绞痛,确诊过程中需借助心电图以及血清心肌标志物辅助检查。目前针对 NSTEMI 治疗最常用的手段即为介入治疗^[1]。但关于介入治疗时机的选择,一直是医学研究中重点关注的内容。本研究旨在探讨介入治疗时机选择对非 ST 段抬高型心肌梗死患者的影响。现

报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 NSTEMI 患者 200 例,依据合并症的不同分为高血压组和糖尿病组各 100 例。根据治疗时机不同,两组又分为早期组和择期组各 50 例。高血压组中,早期组男 29 例、女 21 例,年龄 42~73 岁、平均年龄(61.5± 3.7)岁;择期组男 27 例、女 23 例,年

龄 40~75 岁、平均年龄(60.6± 3.5)岁。糖尿病组中,早期组男 26 例、女 24 例,年龄 41~76 岁、平均年龄(59.3± 3.2)岁;择期组男 24 例、女 26 例,年龄 43~72 岁、平均年龄(60.5± 3.4)岁。各组年龄、性别等一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 所有患者入院后立即给予阿司匹林(国药准字 H21020948)300 mg/d,硫酸氢氯吡格雷片(国药准字 H20123115)75 mg/d,低分子肝素(国药准字 H20056845)0.4 ml/12 h,并根据患者病情变化给予其他类药物对症治疗。住院期间采用 Judkins 法经多角度冠状动脉造影,并行支架植入术治疗^[2]。高血压和糖尿病组患者中的早期组行早期介入治疗,择期组行择期介入治疗。所有患者均随访 6 个月。

1.3 观察指标 比较早期组与择期组患者随访 6 个月后治疗效果及不良事件发生率。

1.4 统计学处理 数据处理采用 SPSS20.0 统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 高血压组

2.1.1 早期组和择期组患者血糖与 BMI 水平比较 两组患者血糖、BMI 比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 早期组和择期组患者血糖与 BMI 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	BMI(kg/m ²)	血糖(mmol/L)
早期组	50	23.12± 3.16	5.26± 0.57
择期组	50	22.76± 3.24	5.16± 0.54
t		0.414	0.651
P		1.214	1.239

2.1.2 早期组和择期组患者不良事件发生率比较 早期组患者不良事件发生率均明显低于择期组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 早期组和择期组患者不良事件发生率比较[例(%)]

组别	n	再发 心绞痛	再发 心梗	心衰	心源性 休克	重度室性 心律失常
早期组	50	2(4.0)	0(0.0)	2(4.0)	0(0.0)	4(8.0)
择期组	50	14(28.0)	6(12.0)	14(28.0)	10(20.0)	16(32.0)
χ^2		4.847	3.483	4.847	4.523	4.847
P		0.000	0.014	0.000	0.000	0.000

2.2 糖尿病组

2.2.1 早期组和择期组患者血糖与 BMI 水平比较 两组患者 BMI 比较无显著性差异, $P>0.05$;但早期组血糖水平明显高于择期组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 早期组和择期组患者血糖与 BMI 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	BMI(kg/m ²)	血糖(mmol/L)
早期组	50	25.32± 3.84	10.66± 3.58
择期组	50	24.96± 3.67	6.62± 2.85
t		0.368	4.775
P		1.317	0.001

2.2.2 早期组和择期组患者不良事件发生率比较 择期组不良事件发生率明显低于早期组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 4。

表 4 早期组和择期组患者不良事件发生率比较[例(%)]

组别	n	再发 心绞痛	再发 心梗	心衰	心源性 休克	重度室性 心律失常
早期组	50	12(24.0)	8(16.0)	11(22.0)	9(18.0)	11(22.0)
择期组	50	3(6.0)	0(0.0)	2(4.0)	0(0.0)	2(4.0)
χ^2		4.374	4.051	4.374	4.374	4.374
P		0.008	0.009	0.008	0.008	0.008

3 讨论

近年来,随着人们生活水平的提高,饮食习惯的改变以及人口老龄化社会的不断加剧,NSTEMI 发病率呈逐年增长趋势。介入治疗是现阶段临床治疗 NSTEMI 的重要手段,但关于介入性治疗时机的选择一直都是医学界存在争议和重点关注的话题。目前一般认为,对于高危的 NSTEMI 患者建议积极进行早期介入治疗,针对不存在高危因素的患者,可选择择期介入治疗,待症状恶化或加重时,再进行介入性治疗。但 NSTEMI 多见于老年人,且合并高血压、糖尿病等危险因素多见。糖尿病患者并发冠心病的危险性是非糖尿病患者的 2~5 倍,且高血压也是诱发冠心病的重要危险因素之一^[3]。因此,针对合并高血压、糖尿病的 NSTEMI 患者进行介入治疗的时机选择至关重要。

本研究结果显示,高血压组的早期组与择期组患者血糖、BMI 比较无显著性差异($P>0.05$);早期组不良事件发生率明显低于择期组($P<0.05$);糖尿病组中早期组与择期组患者 BMI 比较无显著性差异($P>0.05$);但择期组血糖、不良事件发生率明显低于早期组($P<0.05$)。说明合并高血压的 NSTEMI 患者选择早期介入治疗,可有效减少不良事件发生率,改善患者预后;合并糖尿病的 NSTEMI 患者选择择期介入治疗,安全性更高。本研究结果与郭凤贤^[4]研究基本吻合,值得临床推广应用。

参考文献

[1]郭欣,王熠,李飞.早期介入治疗对高危非 ST 段抬高型心肌梗死患者短期预后的影响[J].心脏杂志,2017,29(2):168-170
[2]袁国良.介入治疗对合并糖尿病的非 ST 段抬高型心肌梗死患者的疗效观察[J].临床医学研究与实践,2016,1(20):76
[3]李奕贵,林德昌.救治时间对急性非 ST 段抬高型心肌梗死介入治疗患者短期临床预后的影响[J].中国药物经济学,2016,11(12):119-121
[4]郭凤贤.非 ST 段抬高型心肌梗死患者介入治疗时机的选择[J].医学理论与实践,2017,30(4):501-502