

胞,加重心肌缺氧症状;吸烟是冠心病的危险因子,可导致血液中游离脂肪酸和儿茶酚胺含量增加,带氧血红蛋白携氧能力下降,致使心肌缺血缺氧,此外烟草中的尼古丁还能引起血管收缩,造成冠脉痉挛。此外,排使用力能导致冠状动脉粥样硬化斑块破裂,易形成血栓。避免诱因是预防发生猝死的关键,SCD通常是多种危险因素综合作用的结果^[11]。对此,应加强心内科老年患者的健康教育,同时重视关爱患者,缓解或消除患者精神压力,保持情绪稳定。指导养成健康的生活方式,鼓励适度运动,劳逸结合;提倡合理膳食,鼓励多食用富含膳食纤维的低脂饮食,保持大便通畅,切勿暴饮暴食;戒除烟酒等不良嗜好,若出现不适症状及时就诊。

综上所述,心内科老年患者治疗期间发生SCD临床病因呈现多样化、综合化,伴有基础心脏病变,冠心病、高血压心脏病、扩张型心肌病及风湿性心脏病的患者均易出现SCD,患者往往在病情恶化1h内死亡。多数SCD患者存在明显诱因和先兆症状,因此治疗期间应密切关注病情进展,警惕危险因素,重视猝死前驱症状,做好风险预后评估,强化监护,对降低心肌疾病患者SCD率有着积极的意义。

参考文献:

[1] 罗毓萍,任继刚,秦雯霞,等.老年患者院内SCD临床因素分析[J].中国医药导报,2013,10(29):42-43.

- [2] 寇海林,陈铎,谢长涛.心内科老年患者院内SCD临床病因分析[J].中国医药科学,2014,4(5):145-146.
- [3] 刘红蕊,顾慧茜,于卫星.心内科老年患者院内中后期猝死的临床病因分析[J].继续医学教育,2013,5(3):42-43.
- [4] 张白云.SCD危险因素分析[J].心血管病防治知识:学术版,2014(2):47-49.
- [5] 王少霞.心内科老年患者院内SCD的临床病因分析[J].中外医疗,2013(20):100-101.
- [6] 冯杰.心内科老年患者院内SCD的临床分析[J].继续医学教育,2014,28(7):7-9.
- [7] 邵荣华.心内科老年患者治疗期间SCD的临床病因研究[J].河南医学研究,2014,23(2):88-89.
- [8] 何芬仁.老年人心性猝死27例临床分析[J].右江民族医学院学报,2003,25(4):475-476.
- [9] 李新梅.心内科老年患者院内SCD的临床病因分析[J].中国卫生产业,2012,9(33):109-109.
- [10] 马继东,李惠,兰为群,等.老年SCD74例临床分析[J].中国老年学杂志,2008,(28):1637-1638.
- [11] 贺延奇.心内科老年患者治疗期间SCD的临床危险因素调查[J].中国实用医药,2014,9(11):126-127.

收稿日期:2014-11-12;修回日期:2014-11-26

高危冠心病患者经桡动脉及经股动脉介入治疗术的疗效比较

黄海源,韦宝敏,周柳芳,刘燕,罗薇,黄照河^①

(右江民族医学院附属医院心血管内科,广西百色533000 E-mail: haiyuanhuangbs@163.com)

摘要:目的 比较经桡动脉及经股动脉介入治疗术治疗高危冠心病患者的临床疗效。方法 回顾性分析2010年1月~2011年12月我院收治的52例高危冠心病的住院患者的病例资料,其中行经桡动脉介入治疗的为TRI组(32例),行经股动脉介入治疗的为TFI组(20例),比较两组的穿刺成功率、手术时间、手术成功率、术后心功能评价、术后并发症发生率、术后1年复发率。结果 两组的穿刺成功率、手术时间及手术成功率差异均无统计学意义($P > 0.05$),TRI组的术后心功能评价高于TFI组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);TRI组术后并发症发生率低于TFI组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);TRI组术后1年复发率低于TFI组,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 经桡动脉穿刺介入治疗较经股动脉穿刺介入治疗具有手术成功率高、疗效好、并发症发生率低等优势,是治疗高危冠心病患者的安全可行的方法之一。

关键词: 高危冠心病;桡动脉;股动脉;介入治疗术

中图分类号: R514.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2014)06-0838-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.06.014

冠心病亦称为缺血性心脏病,即冠状动脉粥样硬化导致血管腔狭窄或斑块形成甚至破裂、完全堵塞,限制或完全中断了心肌的血液供应,引起临床上心绞痛、心肌梗死等一系列严重的心肌缺血^[1]。在我国,随着老龄化进程的加速和居民疾病谱的转变,冠心病的发病率和死亡率近年来正逐步升高,目前也已成为严重危害人民健康的慢性非传染性疾病之一^[2]。冠心病的治疗方法主要分为药物治疗、经皮冠状动脉介入治疗(PCI)和冠状动脉旁路移植术治疗^[3],临床上较为常见的治疗方法为经皮冠状动脉介入治疗。经皮冠状动脉介入治疗又因介入治疗的途径不同分为经桡动脉介入治疗(TRI)和经股动脉

介入治疗(TFI)。为进一步探讨经不同途径介入治疗高危冠心病患者的临床疗效,本文对经桡动脉介入治疗与经股动脉介入治疗高危冠心病的临床效果进行对比分析,现报道如下:

1 资料和方法

1.1 病例资料 回顾性分析2010年1月~2011年12月我院收治的52例高危冠心病的住院患者的病例资料,入选标准:有冠心病心绞痛或心肌缺血的临床证据,冠状动脉造影检查显示冠状动脉病变狭窄 $\geq 75\%$,患者心功能3级以上,Allen实验结果为阳性,有介入手术适应证。患者入院后由患者本人及直系家属自己根据意愿选择介入治疗的方式。其中行经桡动

^① 通讯作者,E-mail: haiyuanhuangbs@163.com

脉介入治疗的为 TRI 组(32 例),行经股动脉介入治疗的为 TFI 组(20 例)。均进行 1 年随访,资料完整。TRI 组有男性患者 21 例,女性患者 11 例,年龄 57~78 岁,平均年龄(64.7±5.8)岁;TFI 组有男性患者 14 例,女性患者 6 例,年龄 61~74 岁,平均年龄(62.8±6.3)岁。两组基本资料差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法 所有患者手术前均口服 300 mg 氯吡格雷、300 mg 阿司匹林。手术后均予氯吡格雷 75 ml/d、阿司匹林 100 ml/d 口服。

1.2.1 经桡动脉穿刺介入治疗 患者右上肢消毒后,伸直外展,置于臂托上。进行局麻,于腕横纹的近心端(1~2 cm)处桡动脉搏动最强处以 seldinger 法进行穿刺。成功后将穿刺针置入桡动脉鞘管(6F),缓慢推入 2 500 u 肝素、200 μg 硝酸甘油。使用多动能管(5F)行冠状动脉造影,根据具体的造影结果选择相应的 6F 指引导管。手术完成后立即拔出动脉鞘管,对于穿刺部位采用桡动脉止血带压迫止血,同时观察患者有无发麻或疼痛感、皮肤颜色的变化。术后注意减压,1~2 h 减压 1 次,待 6 h 后无出血症状可撤掉止血器。如穿刺失败需改为股动脉穿刺。

1.2.2 经股动脉穿刺介入治疗 局麻后,选取股动脉搏动处(右侧股横纹下 2 cm)以 18G 穿刺针按 seldinger 法进行穿刺。成功后将穿刺针置入桡动脉鞘管(6F),缓慢推入 2 500 u 肝素、200 μg 硝酸甘油。左冠状动脉选取 6FJL4.0,右冠状动脉选取 JR4.0。介入治疗方法同桡动脉组。手术完成后立即拔出动脉鞘管,对穿刺部位进行血管缝合或压迫止血,以弹力绷带加压包扎,并以沙袋压迫 6 h,且卧床 24 h。

1.3 观察指标及疗效评定 本次研究主要观察两组的临床治疗情况,观察的指标主要有:穿刺成功率、手术时间、手术成功率、术后心功能评价、术后并发症发生率、术后 1 年复发率。其中心功能主要从以下指标进行评价:超声心动图检测术后左心室射血分数(LVEF)、左心室舒张末期内径(LVEDD)、左心室收缩末期内径(LVESD)。手术成功标准:介入术后残余狭窄≤20%,心肌梗死溶栓治疗临床试验(TIMI)达 3 级血流。

1.4 统计学方法 数据采用 Epidata 3.0 双轨核查录入,数据的分析采用 SPSS 18.0 统计软件,计数资料的组间比较采用 χ^2 检验,计量资料的组间比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗方式术中情况比较 两组患者穿刺成功率、手术时间及手术成功率差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 两组治疗方式术中情况比较

组别	穿刺成功率	手术时间(min)	手术成功率
TRI 组	93.75	50.70±12.40	90.63
TFI 组	95.00	46.80±10.30	90.00
χ^2/t	0.035	1.175	0.006
P	0.851	0.246	0.941

2.2 两组治疗方式术后情况比较 TRI 组的术后心功能评价高于 TFI 组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);术后并发症发生率及术后 1 年复发率低于 TFI 组,前者差异具有统计学意义($P < 0.05$),后者差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

3 讨论

随着人们生活节奏的加快和饮食习惯的改变,引发冠心病的危险因素广泛在人群中流行,冠心病的发病率及病死率呈逐年上升的趋势,已成为危害人类健康的主要疾病之一^[4]。药物

治疗冠心病的临床疗效有限,近年来,随着经皮冠状动脉介入治疗的广泛开展,相比经股动脉穿刺介入治疗,经桡动脉介入治疗的优势愈发显著^[5]。经股动脉穿刺介入治疗是经皮冠状动脉介入治疗中的经典疗法,穿刺技术易掌握,但其引起的局部并发症较多,而经桡动脉介入治疗术后易止血,可降低穿刺部位局部血肿、出血的发生率。

表 2 两组治疗方式术后情况比较

组别	术后心功能评价($\bar{x} \pm s$)			术后并发症发生率(%)	术后 1 年复发率(%)
	LVEF(%)	LVEDD(mm)	LVESD(mm)		
TRI 组	0.75±0.13	51.2±7.32	50.05±7.64	6.25	15.63
TFI 组	0.64±0.17	46.7±8.41	44.27±5.13	30.00	20.00
t/χ^2	2.634	2.036	2.984	5.200	0.165
P	0.011	0.047	0.004	0.023	0.685

本文研究结果显示,两组的穿刺成功率、手术时间及手术成功率均无统计学意义。原因在于传统的经皮冠状动脉介入治疗法是经股动脉穿刺介入,股动脉管径较大,易于穿入,操作简单方便,是目前 PCI 最成熟的方法之一,具有较高的成功率。桡动脉位置表浅易于穿刺,无重要神经血管伴行^[6],手术的成功率较高。故两组的穿刺成功率、手术时间及手术成功率比较差异无统计学意义。

研究结果表明,TRI 组的术后心功能评价高于 TFI 组,术后并发症发生率低于 TFI 组,差异具有统计学意义。股动脉的解剖位置较深,经股动脉穿刺介入治疗,若穿刺不当易造成股动脉损伤及血管穿刺等并发症的出现,桡动脉位置表浅,该情况可较好避免。术后 1 年复发率低于 TFI 组,差异无统计学意义,与龙威等^[7]研究结果一致。两组的 LVEF、LVEDD 及 LVESD 心功能指标差异有统计学意义,与吕永成^[8]的研究结果不一致,可能与经桡动脉穿刺介入手术技术的进步、成熟有关,手术效果较经股动脉穿刺介入术好。

综上所述,经桡动脉穿刺介入治疗较经股动脉穿刺介入治疗具有手术成功率高、疗效好、并发症发生率低等优势,是治疗高危冠心病患者的安全可行的方法之一。

参考文献:

- [1] 赵明.对老年冠心病患者出院后随访的探讨[J].右江民族医学院学报,2012,34(3):447-448.
- [2] 刘楚言,何劲松,刘婧,等.冠脉支架植入术后再狭窄的防治进展[J].右江民族医学院学报,2012,34(1):60-61.
- [3] 马金生.经桡、股动脉介入治疗慢性左心衰竭冠心病的疗效对比[J].中国老年学杂志,2013,33(6):1258-1260.
- [4] 王丽姿,姚翠萍,朱莲香,等.经桡动脉行冠状动脉支架植入术患者的腕部护理[J].中国实用护理杂志,2005,21(15):10-11.
- [5] 王红.不同介入途径行介入治疗老年冠心病患者的疗效比较[J].中国老年学杂志,2012,32(20):4495-4496.
- [6] 周玉杰,杨士伟.经桡动脉冠状动脉介入治疗技术的应用、普及与推广[J].中华心血管病杂志,2013,41(10):832.
- [7] 尤威,叶飞,陈绍良,等.经不同途径介入治疗高龄冠心病患者的短期和长期效果[J].中华心血管病杂志,2013,41(9):736-739.
- [8] 吕永成.高危冠心病患者经桡动脉及经股动脉介入治疗术的疗效比较[J].广西医科大学学报,2014,31(1):123-125.

收稿日期:2014-06-06;修回日期:2014-06-25