

· 临床研究 ·

老年 2 型糖尿病并发急性心肌梗死的临床治疗效果分析

钟寿明

(云南省保山市龙陵县中医医院, 云南 保山 678300)

摘要: 目的 了解出现急性心肌梗死的老年 2 型糖尿病患者临床主要治疗方案操作步骤及预后质量。方法 选 2015 年 3 月至 2018 年 3 月本院收治老年 T2DM 合并急性心肌梗死患者为分析对象, 有 90 例, 所有患者在确认病情后立即进行血糖指标控制、急性心肌梗死对症治疗等对症干预方案, 对患者资料以回顾性方式进行分析, 归纳患者治疗后相关指标变化。结果 相对于治疗前, 患者血糖血脂指标、心肌损害和炎性标志物以及左心室功能等数据均有改善, 前后差异有统计学意义 ($P < 0.05$) ; 随访期间患者并未发生治疗方案不良反应, 随访一个月时间, 有 3 例患者病死。结论 为老年 2 型糖尿病合并急性心肌梗死患者在确认病情后应立即采取有效干预措施, 合理的治疗手段能够有效改善患者各项临床指标, 保障远期生存率, 安全性高, 值得推广。

关键词: 老年 2 型糖尿病; 急性心肌梗死; 治疗方案; 治疗效果

中图分类号: R587.1 **文献标识码:** A **DOI:** 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.69.052

本文引用格式: 钟寿明. 老年 2 型糖尿病并发急性心肌梗死的临床治疗效果分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(69):80-81.

0 引言

急性心肌梗死在糖尿病患者群体中属于常见并发症, 其中老年 2 型糖尿病一般病程较长且诱发原因有多种^[1], 因基础疾病和糖尿病影响冠状动脉受到严重侵害, 有较大的波及范围, 因此发生大动脉和中动脉粥样硬化的概率相对更高^[2]。老年 2 型糖尿病患者合并急性心肌梗死的预后质量普遍较差, 当前对此类患者主要采取积极控制血糖以及溶栓治疗, 及时发现并进行治疗对保障患者预后有重要意义。笔者就本院近年来收治老年 2 型糖尿病合并急性心肌梗死患者资料进行如下归纳。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选 2015 年 3 月至 2018 年 3 月本院收治老年 T2DM 合并急性心肌梗死患者为分析对象, 有 90 例。男性 49 例, 女性 41 例; 年龄 63~80 岁, 平均 (71.6 ± 5.6) 岁; 术前检测空腹血糖指标为 (6.96 ± 0.28) mmol/L; 急性心肌梗死出现距离接受对症治疗平均距离时间 (4.8 ± 0.6) h。纳入标准: 确认 2 型糖尿病, 临床表现与《急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》^[3] 中关于急性心肌梗死诊断内容相符合; 预计存活时间在 1 年以上; 患者或者家属对本次研究内容知情并表示愿意配合。排除标准^[4]: 合并先天性心脏病或者心脏瓣膜病; 合并周围血管疾病; 合并周围血管栓塞性疾病; 合并重要脏器功能不全; 合并凝血机制障碍; 明确表示不愿意配合。

1.2 治疗方法

入院后立即应用血糖控制药物或者静脉注射胰岛素。采取急性心肌梗死对症治疗: 用口服方式给予患者剂量 300mg 氯吡格雷, 用口服方式给予患者剂量 300mg 拜阿司匹林。根据患者心率状态给予剂量为 12.5mg/25mg 的倍他乐克, 剂量为 10mg 硝酸异山梨酯, 剂量为 10mg 阿托伐他汀, 以上药物均以口服方式应用。将 25mg 硝酸甘油溶入 50mL 生理盐水, 以每小时 0.6mL 恒速泵入, 如患者期间有低血压情况则应用多巴胺。溶栓急诊治疗: 以静脉推注方式给予患者 2 代阿替普酶, 推注剂量为 15mg, 然后将剂量 100mg 阿替普酶泵入, 每小时泵入剂量为 50mg, 再泵入剂量 50mg 阿替普酶, 每小时速率 35mg。口服辛伐他汀, 每天剂量 40mg^[5]。

1.3 观察指标

在干预前后对患者以下生化指标进行检测并统计学处理: 空腹血糖 (FPG)、餐后 2h 血糖 (PBG2h)、糖化血红蛋白 (HbA1C)、总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)。

在干预前后对患者以下心肌损伤和炎性标志物进行检测并统计学处理: CK-MB (血清肌酸激酶同工酶), 用免疫抑制法检测; cTnT (血清心肌肌钙蛋白 T), 用化学发光法检测;

BNP (脑尿钠肽), 用免疫抑制法检测; hs-CRP (血清超敏 C 反应蛋白), 用酶联免疫吸附法检测^[6]。

在干预前后对患者以下左心室功能指标进行检测并统计学处理: 用美国 GE 彩色多普勒超声心动图检测, IVST (室间隔厚度)、LVPWT (左心后壁厚度)、LVDD (左心室舒张末期内径) 以及 LVEF。

1.4 统计学方法

对本文所涉及要统计学处理数据输入 SPSS20.0 软件, 用 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, 接受 t 检验。计算所得 $P < 0.05$ 则数据间存在统计学意义。

2 结果

2.1 血糖血脂指标

详细情况见表 1。

表 1 患者接受针对性治疗前后生化指标数据比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	FPG (mmol/L)	PBG2h (mmol/L)	HbA1C (%)	TC	TG
治疗前 (n=90)	6.96 ± 0.28	8.41 ± 2.63	7.53 ± 2.62	5.73 ± 1.32	1.64 ± 0.43
治疗后 (n=90)	6.11 ± 0.34	6.43 ± 2.44	5.13 ± 2.74	5.28 ± 0.81	1.12 ± 0.32

2.2 心肌损害和炎性标志物

详细情况见表 2。

表 2 患者接受针对性治疗前后心肌损害、炎性标志物指标数据比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	CK-MB (U/L)	cTnT (ng/mL)	BNP (pg/mL)	Hs-CRP (mmol/L)
治疗前 (n=90)	30.7 ± 4.2	0.5 ± 0.1	841.1 ± 122.3	23.7 ± 3.1
治疗后 (n=90)	10.1 ± 1.3	0.2 ± 0.1	399.7 ± 57.8	6.2 ± 0.8

2.3 左心室功能

详细情况见表 3。

表 3 患者接受针对性治疗前后左心室功能指标数据比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	IVST (mm)	LVPWT (mm)	LVDD (mm)	LVEF (%)
治疗前 (n=90)	9.0 ± 0.9	9.2 ± 1.2	43.9 ± 6.1	43.7 ± 4.6
治疗后 (n=90)	9.6 ± 1.0	6.5 ± 0.8	36.7 ± 4.7	51.0 ± 6.8

2.4 预后质量

患者治疗后无出血治疗方案所引发不良反应情况, 随访期间有 3 例患者病死, 死亡率为 3.3%。

3 讨论

急性心肌梗死是常见的心脏病变, 具有起病急以及预后效果差等特点, 发病后在短时间内急速恶化, 严重威胁患者

生命健康。人体冠状动脉中,单一分支、多数分支处于缺血状态会导致心肌血流灌注受影响,长时间下心肌细胞容易缺氧缺血,引发系列临床症状。糖尿病是引发急性心肌梗死的独立高危因素,此类患者主要表现为冠状动脉多支血管、弥漫性病变,预后一般不佳^[7]。

他汀类药物临床用于控制心血管疾病的发生率,同时在提高预后效果方面也有重要意义,对患者的治疗机制在于可抑制3-甲基3-羟基戊二酰辅酶A还原酶本身所含有的特异性,还可控制TC指标的合成速度,控制血清TC含量,发挥降脂效果。

从本文研究所得数据当中可知患者治疗后各项指标均得到改善,积极控制患者血脂代谢异常情况,对于改善病情和提高预后等都有重要作用。对患者所应用溶栓药物选择阿替普酶,作为基因重组技术所产生的t-PA,在应用后能够激活和纤维蛋白产生结合作用的纤溶酶原,和激活存在于循环血液中的纤溶酶原对比,应用阿替普酶后能够更有效地将纤溶酶完成物质转化,化解局部纤维蛋白凝块,对于急性心肌梗死患者有积极的临床影响。而辛伐他汀在应用后也能够缓解患者斑块当中的炎症反应,控制氧化应激情况。CK-MB以及cTnT是临床常用对心肌坏死了解的标志物,而BNP指标直接反映了急性心肌梗死患者的预后质量,说明通过综合治疗手段后患者的线粒体ATP当中钾离子通道还有内皮细胞功能均得到改善,有效降低了活性氧簇生成速度,全方面

改善心肌血流灌注情况,控制心肌继续受到伤害的程度。左心室功能指标提示了综合治疗方案下患者左心室重构也得到控制。

综上所述,为老年2型糖尿病合并急性心肌梗死患者在确认病情后应立即采取有效干预措施,合理的治疗手段能够有效改善患者各项临床指标,保障远期生存率,安全性高,值得推广。

参考文献

- 李娟,王亮亮,史朴军,等.颈动脉超声检查及超敏C反应蛋白检测对2型糖尿病患者急性心梗的诊断价值[J].中国医疗设备,2016,31(1):71-73.
- 张昊洲,王敬萍.急性心肌梗死合并2型糖尿病病人不同血糖控制水平对氯吡格雷和替格瑞洛血小板反应性的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(7):762-764.
- 夏雪,张英武,瞿德涛,等.老年急性心肌梗死合并2型糖尿病患者PCSK9水平与冠脉病变的相关性分析[J].天津医药,2017,45(3):271-274.
- 王雪莉,侯新毅.老年女性急性心肌梗死合并2型糖尿病患者行急诊PCI术临床疗效观察[J].医学临床研究,2016,33(12):2420-2423.
- 符聰.老年糖尿病合并急性心肌梗死病人糖化血红蛋白与肌酸激酶及其同工酶的相关性[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(15):1880-1882.
- 邹顺,冯莉娟,张明雄,等.辛伐他汀预防合并糖尿病的老年急性心肌梗死再发的疗效及可能机制[J].中国医院药学杂志,2017,37(12):1179-1181.
- 马仁刚.卡维地洛治疗2型糖尿病合并急性心肌梗死后心力衰竭的临床疗效分析[J].糖尿病新世界,2016,19(10):23-24.

(上接第79页)

表3 两组手术前后NIHSS评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	NIHSS		t	P
		术前	术后		
研究组	20	25.38 ± 2.16	14.57 ± 1.43	18.662	0.000
对照组	16	25.17 ± 2.08	18.36 ± 1.15	11.461	0.000
t		0.295	8.600		
P		0.770	0.000		

表4 两组肢体功能恢复情况对比[n(%)]

组别	n	优秀	良好	差	优良率
研究组	20	11 (55.00)	7 (35.00)	2 (10.00)	18 (90.00)
对照组	16	7 (43.75)	5 (31.25)	4 (25.00)	12 (75.00)
χ^2		2.532	0.317	7.792	7.792
P		0.112	0.573	0.005	0.005

3 讨论

脑外伤泛指由车祸、坠落以及重物击伤等外界因素导致脑部遭受严重创伤的情况,临床以昏迷、眩晕、情绪不稳以及记忆减退等为特征,并多伴脑膜和脑组织损伤,其病情程度由损伤程度决定。其中,重型颅脑损伤具有病情变化快、病情危急的特点,很容易因为治疗不及时造成患者脑部瘫痪或者死亡,严重威胁患者的生命安全^[3]。颅内减压是降低颅内感染的重要措施,现阶段,临床使用最为广泛的减压方式为骨瓣减压,但骨瓣减压存在一定的缺陷,即当临床去除骨瓣面积>3cm时,很容易破坏颅内微环境、损伤脑组织,进而产

生脑积水症状,影响患者预后。

脑室腹腔引流术是神经外科常用的手术技术,对于缓解患者脑积水和降低颅内压有很大的帮助。颅骨修补术是临床针对脑外伤和开颅手术等导致机体颅骨缺损而进行修补的脑外科手术方式,可有效减少因为脑组织膨出造成的损害和颅内出血的几率。此外,还能有效抗击外界压力,保证颅脑内的微环境稳定。但目前临床所面临的最大困难在于两种手术方式时间的安排,传统医学认为,早期行脑室腹腔引流,术后3~6个月再行颅脑修补可以有效地治疗脑外伤症状。但近期有学者发现,将两种手术同时进行,相较于传统手术方式可以更大程度地促进患者恢复^[4]。本次研究发现,研究组肢体功能恢复、神经功能恢复以及昏迷指数改善均优于对照组($P<0.05$),进一步说明,同时进行两种手术方式相较于传统治疗方案具有更好的效果,其安全性能够得到有效保障。

综上所述,将早期颅骨修补联合脑室腹腔引流用于脑外伤的治疗中,效果肯定,安全性高,值得推广。

参考文献

- 凌兴飞,马静.早期颅骨修补及脑室腹腔分流在脑外伤治疗中的疗效[J].中国实用医刊,2016,43(12):107-109.
- 曹彦鹏,刘宁,田荣振,等.早期颅骨修补及脑室腹腔分流在脑外伤治疗中的效果[J].黑龙江医药科学,2016,45(2):124.
- 刘卓,王晓明,车海江,等.早期颅骨修补与脑室腹腔分流联合治疗脑外伤的有效性观察[J].中国临床医生杂志,2016,44(9):69-71.
- 王华龙.早期颅骨修补及脑室腹腔分流在脑外伤治疗中的临床分析[J].中国实用医药,2016,11(4):47-48.