

不稳定型心绞痛经皮冠状动脉介入治疗与内科保守治疗的比较

胡春燕 吕蓓 沈卫峰 陆国平

【摘要】 目的 探讨经皮冠状动脉(冠脉)介入(PCI)治疗与内科保守治疗对不稳定型心绞痛(UAP)患者的疗效。方法 248 例 UAP 患者,其中保守组 123 例,接受阿司匹林、肝素和抗心绞痛药物治疗;介入治疗组 125 例,除上述药物治疗外,于入院后平均 4.4 d 行 PCI 治疗,随访两组首次入院后 1 年内终点事件(死亡、急性心肌梗死(AMI)、心绞痛复发和再入院等)。结果 介入组与保守组住院期死亡或 AMI 复合终点发生率无显著差异(分别为 0.8% 和 1.6%, $P > 0.05$),但介入组住院天数缩短,分别为 (10.3 ± 5.6) d 和 (14.6 ± 10.7) d ($P < 0.01$);介入组较保守组 1 年的 AMI 发生率(分别为 2.4% 和 8.9%, $P < 0.03$)、病死率(分别为 1.6% 和 6.5%, $P < 0.05$)、死亡或 AMI 复合终点发生率(分别为 4.0% 和 13.0%, $P < 0.02$)、心绞痛复发率(分别为 26.4% 和 48.7%, $P < 0.001$)、CABG 率(分别为 1.6% 和 10.5%, $P < 0.01$)、再入院率(分别为 24.8% 和 45.5%, $P < 0.01$)均显著降低。1 年无发生死亡或 AMI 复合终点的生存率,介入组显著高于保守组(分别为 96.0% 和 86.9%, $P < 0.02$)。亚组分析显示,PCI 降低 UAP 患者死亡或 AMI 复合终点发生率的人群主要是高危患者,如静息型心绞痛、TNT 阳性、3 支病变等。COX 回归多因素分析表明,高龄、3 支病变、LAD 病变、低 LVEF、ST 段压低、糖尿病、高血压是 UAP 患者死亡或 AMI 复合终点的独立预测因素。结论 UAP 患者早期介入治疗联合术前、后抗血小板、抗缺血、抗凝等药物治疗能显著减少 1 年的心脏缺血事件发生率,提高生存率,受益人群主要为高危患者。

【关键词】 不稳定型心绞痛 血管成形术 经皮 经腔

Comparison of percutaneous coronary intervention versus conservative treatment in unstable angina pectoris

HU Chunyan*, LÜ Bei, SHEN Weifeng, et al. Department of Cardiology, Central Hospital of Nanhui, Shanghai, 201300, China

【Abstract】 Objective To evaluate the efficacies of percutaneous coronary intervention (PCI) and drug treatment in patients with unstable angina (UAP). **Methods** 248 patients with UAP were divided into two groups: conservative group of 123 patients who received antiplatelet, anticoagulant and antianginal therapies only and invasive group of 125 patients who underwent additional PCI 4.4 days after admission. The occurrence of death, AMI, recurrent angina, readmission were assessed during the first hospitalization year. **Results** There was no difference in the incidence of composite endpoint of death or AMI between the two groups during the hospitalization (0.8% vs 1.6%, $P > 0.05$), but hospitalization duration was shorter in the invasive group than in the conservative group (10.3 ± 5.6 days vs 14.6 ± 10.7 days, $P < 0.01$). In duration of one year, the incidence of AMI (2.4% vs 8.9%, $P < 0.03$), death (1.6% vs 6.5%, $P < 0.05$), composite endpoint of death or AMI (4.0% vs 13.0%, $P = 0.02$), recurrent angina pectoris (26.4% vs 48.7%, $P < 0.001$), CABG (1.6% vs 10.5%, $P < 0.01$) and readmission (24.8% vs 45.5%, $P < 0.01$) were also lower in the invasive group than in the conservative group. Survival rate free of composite death or AMI for 1 year was higher in the invasive group than in the conservative group (96.0% vs 86.9% , $P < 0.02$). There was a definite benefit of the invasive treatment in reducing the risk of composite endpoint of death or AMI in patients with chest pain at rest, troponin T positive and three-vessel diseases. Old age, three-vessel diseases, LAD disease, lower LVEF, ST-segment depression, diabetes and hypertension were the independent factors

作者单位: 201300 上海市南汇区中心医院心内科
(胡春燕); 上海第二医科大学附属瑞金医院心内科(吕蓓、
沈卫峰、陆国平)

万方数据

associated with composite of death or AMI. **Conclusions** In patients with UAP, PCI associated with routine antiplatelet, anticoagulant and antiischemic treatment significantly decreases the incidence of adverse cardiac events and improves the survival rate in one year. Such beneficial effects can be more obvious for high-risk patients.

【Key words】 Unstable angina; Coronary Angioplasty, Percutaneous, transluminal

不稳定型心绞痛(UAP)是介于稳定型心绞痛和急性心肌梗死(AMI)之间的一组临床综合征^[1]。采取何种治疗策略,即早期经皮冠脉介入治疗(PCI)抑或保守治疗,长期以来一直是争论的焦点^[2-5]。本研究比较 UAP 早期 PCI 与保守治疗的疗效,旨在探讨 UAP 患者的早期治疗策略。

对象与方法

一、对象

包括 1996 年 5 月~2000 年 5 月期间的 248 例 UAP^[6]患者,各例冠脉造影证实至少 1 支冠脉直径狭窄 $\geq 50\%$ 。根据首次入院治疗方案分为:内科保守组 123 例,各例接受常规药物治疗包括阿司匹林、肝素、 β 受体阻滞剂、口服或静脉滴注硝酸酯类药、钙拮抗剂、ACEI 以及他汀类药物;介入治疗组 125 例,除接受内科保守组的药物治疗外尚接受 PCI,介入治疗时间为平均入院后 4.4 d。记录发病情况、住院临床经过、治疗经过、治疗前后 EKG 表现、超声心动图和其他辅助检查结果。

二、冠状动脉造影和介入治疗

以 Judkins 法行冠脉造影。选择狭窄部位最清晰的造影图像作空帧对照,以 QCA 方法测定血管参数。于动脉鞘内注入肝素 5 000 U 后依照 PTCA 操作规程,插入导引导管,并使导引钢丝跨越狭窄部位到达冠脉远端,选择等于或小于参照血管直径 0.5~1.0mm 球囊导管,以 4~10 atm 的压力持续扩张 10~15 s,然后根据参照血管直径及病变长度置入相应大小的支架。手术成功标准:残余狭窄 $\leq 30\%$ 和 TIMI 血流 3 级,且无手术期严重并发症(死亡或心肌梗死)。入院后口服肠溶阿司匹林 0.3 g,每天 1 次,连续 3 d,以后改用 0.1 g/d,长期服用;术前 3 d 噻氯匹定 0.25 g,每天 2 次,术后 1 周改为每天 1 次,连服 1 个月。术后常规给予静脉肝素抗凝。

三、研究终点

对入选病例随访首次住院出院后 1 年的终点事件发生情况,采用门诊或电话随访。主要终点:死亡、急性心肌梗死,死亡或急性心肌梗死复合;次要终点:因 UAP 再入院、PCI 或再次 PCI、CABG、心绞

痛复发;其他观察项目:住院时间、住院药物费用。

四、统计分析

计量数据以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 *t* 检验,计数资料比较用卡方检验或 Fisher 确切概率法;多因素分析使用 COX 回归分析。生存率曲线采用 Kaplan-Meier 法,生存率对比用 Log-Rank 检验。*P* < 0.05 为差异有显著性,*P* < 0.01 差异有高度显著性。统计分析使用 SPSS 10.0 统计软件包。

结 果

一、临床资料及冠脉造影

患者年龄、性别、冠心病易患因素、心电图 ST 段缺血改变、临床 UAP 类型、冠脉病变和左心室功能等参数两组间差异无显著性(见表 1)。

表 1 两组患者的临床资料比较

参数	介入组 (125 例)	保守组 (123 例)	<i>P</i> 值
男(例)	97	96	0.93
女(例)	28	27	0.93
年龄(岁)	63 \pm 9	64 \pm 9	0.51
吸烟(例)	62	62	0.90
高血压(例)	73	65	0.38
高脂血症(例)	27	31	0.50
糖尿病(例)	15	26	0.053
陈旧性心肌梗死(例)	24	31	0.26
ST 段压低(例)	63	55	0.37
EF < 45%(例)	13	16	0.52
E/A < 1(例)	86	84	0.93
静息型心绞痛(例)	66	60	0.53
CCSC III~IV(例)	47	47	0.92
心功能> III 级(例)	26	28	0.71
冠脉造影(例)	125	92	
单支血管病变(例)	62	43	
双支血管病变(例)	31	24	0.88
3 支血管病变(例)	32	25	
左前降支病变(例)	99	75	0.67

二、住院期间终点事件

介入组和保守组各死亡 1 例。两组间住院期死亡或 AMI 复合终点发生率差异无显著性,但介入组

住院天数较保守组显著缩短,两组分别为(10.3 ± 5.6)d和(14.6 ± 10.7)d($P < 0.01$);药物费用显著减少,各为(2 667 ± 1 690)元和(3 371 ± 2 862)元, ($P < 0.01$),见表 2。

表 2 两组患者一年内终点事件比较 例(%)

参数	介入组 (125 例)	保守组 (123 例)	P 值
住院期间			
死亡	1(0.8)	1(0.8)	>0.05
AMI	0(0.0)	1(0.8)	>0.05
死亡或 AMI	1(0.8)	2(1.6)	>0.05
住院天数(天)	10.3 ± 5.6	14.6 ± 10.7	<0.01
药物费用(元)	2 667.9 ± 1 690.6	3 371.3 ± 2 862.1	<0.01
1 年随访			
死亡	2(1.6)	8(6.5)	<0.05
AMI	3(2.4)	11(8.9)	<0.03
死亡或 AMI	5(4.0)	16(13.0)	<0.02
心绞痛复发	33(26.4)	60(48.7)	<0.001
PCF 或再次 PCI	22(17.6)	38(30.8)	<0.02
CABG	2(1.6)	13(10.5)	<0.01
再次入院	31(24.8)	56(45.5)	<0.01

三、1 年内终点事件

介入组与保守组比较随访 1 年的 AMI 发生率(分别为 2.4%和 8.9%, $P < 0.03$)病死率(分别为 1.6%和 6.5%, $P < 0.05$)死亡或 AMI 复合终点发生率(分别为 4.0%和 13.0%, $P < 0.02$)心绞痛复发率(分别为 26.4%和 48.7%, $P < 0.001$)CABG 率(分别为 1.6%和 10.5%, $P < 0.01$)再入院率(分别为 24.8%和 45.5%, $P < 0.01$)均显著降低(见表 2)。

1 年内无主要终点事件的生存率介入组高于保守组,且两组差异随时间的增加而加大(见图 1)。

四、多因素分析

入选的变量包括性别、年龄、吸烟、陈旧性心肌梗死(OMI)、糖尿病、高血压、高脂血症、冠脉病变支数和部位、ST 段压低、肌钙蛋白(TNT)阳性、左室射血分数(LVEF)、E/A < 1、静息型心绞痛和 CCSC 3~4 级。结果检出性别、年龄、糖尿病、高血压、3 支病变、ST 段压低、LVEF 降低和 LAD 病变为死亡或 AMI 复合终点的独立预测因素(表 3)。其中性别(男/女)、LVEF(从大到小)与主要终点呈负相关,其余变量与主要终点呈正相关。

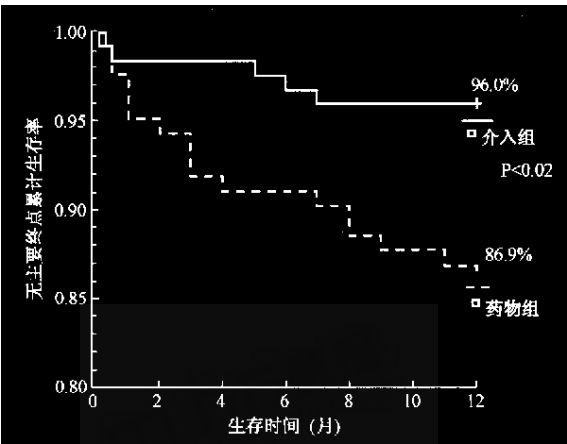


图 1 两组患者无主要终点事件的生存率比较

表 3 COX 回归多因素分析结果

参数	回归系数	相对危险度	P 值
性别	-1.79	0.17	0.006
年龄	0.12	1.13	0.019
OMI	1.23	3.41	0.073
糖尿病	1.89	6.62	0.004
高血压	2.43	11.35	0.004
3 支病变	2.18	8.82	0.039
ST 段压低	1.45	4.28	0.024
LVEF	-0.63	0.94	0.003
E/A < 1	2.13	8.40	0.099
LAD	3.76	42.72	0.036

亚组分析显示,年龄 ≥ 65 岁、不吸烟、高血压、高脂血症、静息型心绞痛、ST 段压低、TNT 阳性或 3 支病变患者介入治疗死亡或 AMI 复合终点发生率显著降低(图 2)。

讨 论

本研究结果显示,介入组与保守组比较未显著减少 UAP 患者住院期的病死率、心肌梗死发生率、死亡或心肌梗死复合终点发生率,但能迅速改善症状而使住院天数、住院药物费用显著下降,达到了较好的效益/费用比;介入组与保守组比较,显著减少了 UAP 患者 1 年的心肌梗死、心绞痛复发、因严重缺血事件行 PCI、再次 PCI、CABG 和再入院等缺血相关事件,提高了 UAP 患者的生存率,且随着时间的增加,上述减少缺血相关事件和提高生存率的益处越来越显著。

本研究中介入治疗实施的平均时间为入院后 4.4 d,介入治疗前均经过积极的抗血小板、抗凝和抗缺血治疗,这可能是提高介入治疗疗效的因素之一。最近对 UAP 发病机制的研究^[7,8]证实,UAP

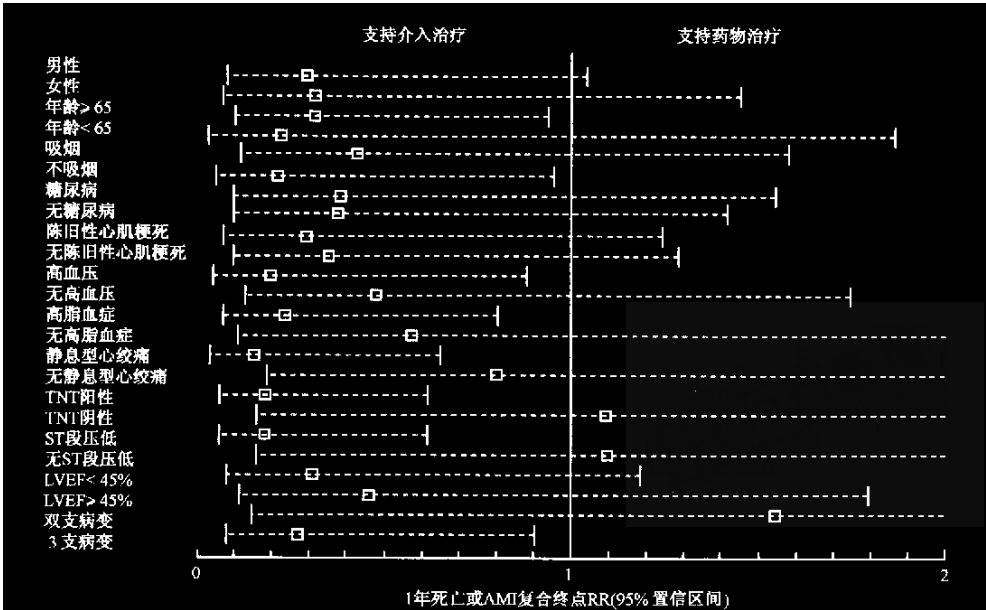


图 2 介入治疗与药物治疗对死亡或 AMI 复合终点多变量分层比较

冠脉病变是粥样斑块不稳定、易破裂,使血小板聚集、凝血系统激活、少量纤维蛋白形成,导致冠脉内以血小板为主要成分的微血栓并发症,在此状态下行早期介入治疗易促发冠脉血栓并发症,所以 UAP 患者行早期 PCI 时应用抗血小板、抗凝和他汀类药物稳定斑块,可以提高手术成功率、减少并发症[4,5]。

本研究显示,PCI 治疗降低死亡或心肌梗死复合终点发生率的下列各亚组患者(指年龄≥65、高血压、静息型心绞痛、TNT 阳性、入院时 ST 段压低、LVEF < 45%、3 支病变)都属 UAP 高危患者[6,9,10],表明 UAP 患者 PCI 治疗获益主要在其高危人群,提示 UAP 患者的高危群体宜行早期 PCI 治疗。

本研究显示,使 UAP 患者预后差的主要因素有女性、高龄、糖尿病、高血压、3 支病变、ST 段压低、低 LVEF、LAD 病变,对具有这些因素的 UAP 患者应予高度重视,采取积极的诊治措施。

总之,UAP 患者早期 PCI 治疗联合术前、后抗血小板、抗凝、抗缺血等药物治疗可显著降低其病后 1 年内心脏缺血事件的发生率,提高生存率,受益人群主要在其高危患者。

参考文献

1 Braunwald E , Jones RH , Mark DB , et al. Diagnosing and managing unstable angina : agency for health care policy and research. Circulation , 1994 , 90 : 613-622.

2 Anderson HV , Cannon CP , Stone PH , et al. One year results of the thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) III B clinical trial : a randomized comparison of tissue-type plasminogen activator versus placebo and early invasive versus early conservative strategies in unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction. J Am Coll Cardiol , 1995 , 26 : 1643-1650.

3 Boden WE , O'Rourke RA , Crawford MH , et al. Outcomes in patients with acute non-Q-wave myocardial infarction randomly assigned to an invasive as compared with a conservative management strategy : veterans affairs non-Q-wave infarction strategy in hospital (VANQWISH) trial. N Engl J Med , 1998 , 338 : 1785-1792.

4 FRISC II investigators. Invasive compared with non-invasive treatment in unstable coronary-artery disease : FRISC II prospective randomized multicentre study. Lancet , 1999 , 354 : 708-715.

5 Frangin and fast revascularization during instability in coronary artery disease (FRISC II) investigators. Outcome at 1 year after an invasive compared with a non-invasive strategy in unstable coronary-artery disease : the FRISC II invasive randomized trial. Lancet , 2000 , 356 : 9-16.

6 中华医学会心血管病学分会. 不稳定性心绞痛诊断和治疗建议. 中华心血管病杂志 , 2000 , 28 : 409-412.

7 Antman E , Fox K. Guidelines for the diagnosis and management of unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction : proposed revisions. Am Heart J , 2000 , 139 : 461-475.

8 Davies MJ. The pathophysiology of acute coronary syndromes. Heart , 2000 , 83 : 361-366.

9 FOX KAA. Acute coronary syndromes : presentation-clinical spectrum and management. Heart , 2000 , 84 : 93-100.

10 Pepine CJ. An ischemia-guided approach for risk stratification in patients with acute coronary syndromes. Am J Cardiol , 2000 , 86 (suppl) : 27-35.

作者: 胡春燕, 吕蓓, 沈卫峰, 陆国平
作者单位: 胡春燕(201300, 上海市南汇区中心医院心内科), 吕蓓, 沈卫峰, 陆国平(上海第二医科大学附属瑞金医院心内科)
刊名: 介入放射学杂志 ISTIC PKU
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2002, 11(5)
被引用次数: 0次

参考文献(10条)

1. Braunwald E, Jones RH, Mark DB. Diagnosing and managing unstable angina: agency for health care policy and research 1994
2. Anderson HV, Cannon CP, Stone PH. One year results of the thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) IIIB clinical trial: a randomized comparison of tissue-type plasminogen activator versus placebo and early invasive versus early conservative strategies in unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction 1995(26)
3. Boden WE, O'Rourke RA, Crawford MH. Outcomes in patients with acute non-Q-wave myocardial infarction randomly assigned to an invasive as compared with a conservative management strategy: veterans affairs non-Q-wave infarction strategy in hospital (VANQWISH) trial 1998
4. FRISC II Investigators. Invasive compared with non-invasive treatment in unstable coronary-artery disease: FRISC II prospective randomized multicentre study 1999
5. Fragmin and fast revascularization during in stability in coronary artery disease (FRISC II) investigators. Outcome at 1 year after an invasive compared with a non-invasive strategy in unstable coronary-artery disease: the FRISC II invasive randomized trial 2000
6. 中华医学会心血管病学分会. 不稳定性心绞痛诊断和治疗建议[期刊论文]-中华心血管病杂志 2000(06)
7. Antman E, Fox K. Guidelines for the diagnosis and management of unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction: proposed revisions 2000
8. Davies MJ. The pathophysiology of acute coronary syndroms 2000
9. Fox KAA. Acute coronary syndromes: presentation-clinical spectrum and management 2000
10. Pepine CJ. An ischemia-guided approach for risk stratification in patients with acute coronary syndromes 2000(Suppl)

相似文献(10条)

1. 期刊论文 程康, 李伟杰, 贾国良, 王海昌, 栾荣华, 李琦, 郭文怡, 吕安林, 李成祥, 王小燕. 切割球囊血管成形术对不稳定型心绞痛患者血清IL-6和CRP的影响 - 第四军医大学学报 2003, 24(6)
目的: 比较切割球囊血管成形术(CBA)与普通球囊血管成形术(BA)对血清IL-6和C反应蛋白(CRP)浓度的影响。方法: 65例拟行冠脉介入治疗的不稳定型心绞痛患者, 随机分为2组, 分别接受CBA或BA, 球囊扩张后均放置支架。分别于术前、术后即刻、2 h和6 h抽取冠状静脉窦血样测定血清IL-6的浓度; 另于术前、术后6, 24和48 h抽取肘静脉血样, 测定血清CRP的浓度。血清IL-6和CRP的浓度均以ELESICA双抗体夹心法进行测定。结果: 两组患者临床特征及靶病变情况无显著差异。CBA组的球囊最大充盈压及支架置入压力明显低于BA组 ($P<0.01$)。BA组IL-6浓度在术后即刻开始高于CBA组, 术后2 h和6 h差异进一步增大 ($P<0.01$)。BA组的CRP浓度在术后6, 24和48 h都明显高于CBA组 ($P<0.01$)。结论: CBA以及联合支架置入术对不稳定型心绞痛患者血清IL-6和CRP浓度的影响均小于BA或其联合支架置入术, 这可能是前者通过减轻对炎症反应的影响, 减少RS及心血管事件发生的机制之一。
2. 期刊论文 程康, 邵虹, 李伟杰, 栾荣华, 郭文怡, 王海昌, 贾国良. 切割球囊血管成形术对不稳定型心绞痛患者vWF和cTnI的影响 - 岭南心血管病杂志 2002, 8(5)
目的: 比较切割球囊血管成形术(cutting balloon angioplasty, CBA)与普通球囊血管成形术(conventional balloon angioplasty, BA)对血浆vWF和血清cTnI浓度的影响。方法: 选择65例入院拟行冠脉介入治疗的不稳定型心绞痛(unstable angina pectoris, UAP)患者, 随机分为两组, 分别接受CBA或BA, 球囊扩张后均放置支架。分别于术前、术后即刻、术后2 h和6 h抽取冠状静脉窦血样, 测量血浆vWF的浓度; 分别于术前、术后6 h、24 h和48 h抽取肘静脉血样, 测量血清cTnI的浓度。以上指标均以ELESICA双抗体夹心法进行测量。结果: 两组患者靶病变情况无显著差异。CBA组的球囊最大充盈压明显低于BA组 ($P<0.01$)。BA组术后即刻和2 h的血浆vWF水平明显高于A组 ($P<0.05$)。BA组24h的血清cTnI水平明显高于A组 ($P<0.05$)。结论: CBA以及联合支架植入术对UAP患者血浆vWF和

血清cTnI浓度的影响均小于BA或其联合支架植入术,这可能是前者通过减少对血管内皮和心肌细胞的损伤,减少RS及心血管事件发生的机制之一。

3. 期刊论文 [李国平. 付桂芹 不稳定型心绞痛的介入治疗体会 -实用心脑血管病杂志2001, 9\(3\)](#)

目的观察不稳定型心绞痛经冠状动脉腔内成形术(PTCA)治疗的效果.方法38例患者共50支血管进行了PTCA或PTCA+支架治疗.结果共植入支架48个,单纯PTCA 2例均获成功.无一例发生严重并发症.结论对内科保守治疗无效的不稳定型心绞痛患者,为避免AMI和猝死的发生,应及时采取介入治疗.本疗法安全,成功率高,并发症少.

4. 期刊论文 [李志善 不稳定型心绞痛诊断和治疗进展 -当代医学2001, 7\(6\)](#)

近年来有关不稳定型心绞痛的病理生理诊断及其危险分层与治疗取得很大进展.其发病学为动脉粥样硬化斑块侵蚀或破裂,附壁血栓形成,急剧影响心肌的供血而引起临床症状.基于临床症状、心电图ST-T段改变和心肌细胞损伤的生化标志物的危险分层有助于确立治疗策略和预后判断.抗心肌缺血药降低氧需,缓解冠脉痉挛和改善冠脉血流;抗血栓药(包括低分子肝素,糖蛋白Ⅱb/Ⅲa受体抑制剂)抑制血栓形成.经皮冠脉扩张术和旁路手术恢复有效血流.尽管现代治疗方面进展较快,很多临床试验长期的随访显示仍有较高的临床事件发生.因此仍需寻找新的治疗以使斑块稳定,防止急性冠脉综合症的复发.

5. 期刊论文 [程康. 李伟杰. 荣荣华. 贾国良. 王海昌. 李琦. 郭文怡. 吕安林. 李成祥. 王小燕 不稳定型心绞痛患者血清白](#)

[细胞介素-6、肌钙蛋白和C-反应蛋白在切割球囊血管成形术前后的变化 -临床内科杂志2003, 20\(1\)](#)

目的比较切割球囊血管成形术(CBA)与普通球囊血管成形术(BA)对血清白细胞介素(IL-6)、肌钙蛋白(cTnI)和C-反应蛋白(CRP)浓度的影响.方法选择65例入院拟行冠状动脉介入治疗的不稳定型心绞痛患者,随机分为两组,分别接受CBA或BA(即CBA组和BA组),球囊扩张后均放置支架.采用ELESICA双抗体夹心法分别测定血清IL-6、cTnI和CRP的浓度.结果两组患者靶病变情况无显著差异.CBA组的球囊最大充盈压和支架置入压力明显低于BA组($P<0.01$).BA组IL-6浓度在术后即刻开始高于CBA组($P<0.05$),术后2 h和6 h差异进一步增大($P<0.01$).BA组24 h的血清cTnI水平明显高于CBA组($P<0.05$).BA组的CRP浓度在术后6 h、24 h和48 h都明显高于CBA组($P<0.01$).结论单纯CBA或其联合支架置入术对不稳定型心绞痛患者血清IL-6、cTnI和CRP浓度的影响均小于单纯BA或其联合支架置入术,这可能是前者通过减轻对炎症反应的影响,减少再狭窄及心血管事件发生的机制之一.

6. 期刊论文 [周利民. 沈童童. 陶春明. ZHOU Li-ming. SHEN Tong-tong. TAO Chun-ming 辛伐他汀对不稳定型心绞痛患](#)

[者介入治疗后炎症因子的影响 -中国基层医药2010, 17\(4\)](#)

目的 研究辛伐他汀对不稳定型心绞痛冠状动脉介入(PCI)治疗术患者高敏C-反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-6(IL-6)的影响.方法 选择行冠状动脉介入术治疗的80例不稳定型心绞痛患者,随机分为两组:对照组40例,常规药物治疗1周;辛伐他汀干预组40例,在常规治疗基础上加用辛伐他汀每日40 mg治疗1周.分别于药物治疗前、药物治疗后1周及术后24 h采集空腹静脉血,测定血清hs-CRP和IL-6浓度.结果 药物治疗后,辛伐他汀干预组较对照组血清hs-CRP和IL-6浓度降低更明显($P<0.05$);辛伐他汀干预术后血清hs-CRP和IL-6浓度明显低于同期对照组($P<0.05$).结论 冠状动脉介入术增加血清hs-CRP和IL-6水平;辛伐他汀降低不稳定型心绞痛冠心病患者血清hs-CRP和IL-6浓度;辛伐他汀降低冠状动脉介入术后患者血清hs-CRP和IL-6水平.

7. 期刊论文 [裴瑞泽. 高艳霞. 袁国胜. 李浩亮. 周强 急诊救治不稳定型心绞痛120例分析 -中国基层医药2005, 12\(1\)](#)

目的对比观察低分子肝素钙联合阿司匹林及急诊经皮腔内冠状动脉成形术(PTCA)治疗不稳定型心绞痛的疗效.方法对2001年1月至2003年9月我科收治的120例不稳定型心绞痛患者,在常规治疗基础上采用抗凝及急诊PTCA治疗并随机分为抗凝治疗组和急诊PTCA治疗组,两组患者临床特征无明显差异.前者加用低分子肝素钙(5 000 U)皮下注射及阿司匹林口服,后者在冠脉造影后行急诊PTCA术,观察心绞痛缓解程度(常规心电图ST-T改变及不良反应发生率).结果抗凝治疗组总有效率76%,心电图改善率60%,再发心肌梗死率3.6%,急诊PTCA治疗组总有效率91.6%,心电图改善率89%,再发心肌梗死率为0;两组比较差异有显著意义($P<0.01$).结论急诊PTCA治疗组较抗凝治疗组对不稳定型心绞痛更加安全有效.

8. 期刊论文 [刘建萍. 张卫. 葛郁芝. 汪玉如 冠状动脉介入治疗对不稳定型心绞痛患者血清可溶性CD40L的影响 -临床](#)

[荟萃2006, 21\(21\)](#)

近年研究证明,免疫炎症反应与不稳定型心绞痛(UA)有关[1],CD40-CD40L系统作为免疫炎症反应中细胞信息通道的关键介导因子,可激活动脉粥样硬化(AS)斑块中黏附分子、细胞因子、基质金属蛋白酶和组织因子等,因此CD40-CD40L在AS的致病机制中可能是始动因素,并参与了AS发生、发展乃至斑块破裂的全过程[2,3],而目前应用的抗动脉粥样硬化治疗中较为常见的是经皮冠状动脉介入术(PCI)治疗和药物治疗,有关PCI治疗对CD40信号通路抑制作用的研究鲜见报道.本研究旨在观察PCI治疗不稳定型心绞痛前后可溶性CD40L(sCD40L)水平的变化,以了解早期PCI治疗对斑块稳定和免疫炎症抑制的影响,探讨不稳定型心绞痛PCI治疗的有效性和安全性.

9. 期刊论文 [左梅. 吴栋梁. 刘平. 赵洋. 王芝荣 雷帕霉素支架治疗不稳定型心绞痛40例 -陕西医学杂志2006, 35\(8\)](#)

目的:评价雷帕霉素洗脱冠状动脉支架应用于不稳定型心绞痛的临床疗效及安全性.方法:自2003年4月至2005年10月接受FireBird支架治疗的40例不稳定型心绞痛患者,观察术后即刻效果、术后6个月心性死亡、心肌梗死、再次血管重建及冠状动脉造影复查情况.结果:支架植入成功率为100%.术中和随访期间无死亡,术后1例出现亚急性血栓,另有1例随访中进行再次血管重建术.术后6个月冠脉造影复查再狭窄率为11.8%.(支架内为5.9%),靶病变重建率为2.3%.结论:应用FireBird支架治疗不稳定型心绞痛是较安全的,支架内再狭窄率明显低于普通金属支架.

10. 期刊论文 [黄树温. 李克清. 王磊. 牟瑞起. 王荣彬. 张雁 经皮冠状动脉介入治疗不稳定型心绞痛和非ST段抬高心肌](#)

[梗死的临床研究 -滨州医学院学报2005, 28\(6\)](#)

目的比较不稳定型心绞痛和非ST段抬高心肌梗死患者应用经皮冠状动脉介入治疗和药物治疗的疗效.方法选择我院内科病房住院的不稳定型心绞痛和非ST段抬高心肌梗死患者共536例,分为药物保守治疗组和经皮冠状动脉介入治疗组.介入治疗组在药物治疗基础上于入院1~10 d行冠状动脉造影,据结果施行介入治疗术.随访患者1~24个月的心绞痛复发率、再次入院率和再次介入治疗率或血管搭桥术(次要终点),以及心源性死亡和(或)急性心肌梗死发生率(主要终点).结果 260例病人施行介入治疗,276例病人接受药物治疗.在1~24(1,6,12,24)个月随访中,介入治疗组的心源性死亡和(或)急性心肌梗死发生率明显低于药物治疗组(分别为1.2%:4.7%,1.2%:5.8%,1.9%:5.4%,1.5%:6.9%, P 均 <0.01);心绞痛复发率介入治疗组明显低于药物治疗组(6.1%:20.3%,10%:35.5%,11.9%:40.6%,13.5%:44.6%, P 均 <0.001);再入院率介入治疗组明显低于药物治疗组(5%:18.5%,8.1%:32.6%,10.4%:37.3%,10%:42.1%, P 均 <0.001);再次接受介入治疗或血管搭桥术的病人在介入治疗组亦明显低于药物治疗组(1.5%:5.8%,2.3%:8.0%,3.1%:6.5%,3.5%:8.3%, P 均 <0.01).结论经皮冠状动脉介入治疗能显著改善不稳定型心绞痛和非ST段抬高心肌梗死患者的预后,优于传统的药物治疗,可作为大多数患者的首选治疗方法.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200205006.aspx

授权使用: qkahy(qkahy), 授权号: aa86ff89-cab2-4342-a8d6-9e3801664082

下载时间: 2010年11月24日