

心血管内科急性心绞痛临床治疗效果探析

杨娜 曹跃岭

平顶山煤业集团公司一矿职工医院

[摘要]目的探讨心血管内科治疗急性心绞痛的临床疗效。选择60例在我院接受治疗的心绞痛患者。他们被分为两组，实验组和对照组，每组30人。对照组用常规药物治疗。观察组常规服用氯吡格雷。分析两组治疗后的疗效。结果两组患者住院治疗后，观察组发生急性心绞痛的概率低于对照组，且持续时间相对较短，总有效率也相对较高。结论联合药物辅助治疗的基本方法适用于心血管内科急性心绞痛患者。控制心绞痛频域的总时长，可以保证临床治疗的效果，促进患者的健康发展。

[关键词]心血管内科；急性心绞痛；临床治疗效果

[DOI] 10.12252/j.issn.2096-6288.2021.11.1321

急性心绞痛是一种心血管内科常见的心脏性疾病，该病发作的患者需承受难忍的剧烈疼痛，且疼痛通常会持续3-5分钟。发病病情较轻的患者只需服药治疗不久便会好转，而病情严重者，需要服用多种药物才能逐渐好转。心血管内科急性心绞痛属于急性冠状动脉综合征，该病也是冠心病产生的主要原因。急性心绞痛发作时会使得血管变小，从而阻碍血液正常流动，最终导致心肌缺氧，给患者的身心健康造成严重影响。因此必须及早进行治疗。有调查表明，急性心绞痛的发病率近年来有上升的趋势，因此治疗和预防急性心绞痛是医院心血管内科迫在眉睫的责任。目前治疗急性心绞痛的常规药物为依那普利与阿司匹林肠溶片。本组研究选取我院心血管内科急性心绞痛患者60例作为研究对象，观察研究组在进行常规药物治疗的基础上加用氯吡格雷的临床治疗效果取得显著效果，现报道如下^[1]。

一、资料与方法

(一) 一般资料

随机选取我院救治的60例急性心绞痛患者为研究对象，满足以下情况：依据临床诊断标准确认为急性心绞痛患者，自愿参加本次研究的患者。按照随机数分为对照组和治疗组，其中治疗组患者40例。男性17例，女性23例。年龄60-81岁，平均年龄为(67.6±4.6)岁；对照组患者40例，男性22例，女性18例，年龄58-80岁，平均年龄为(65.4±5.3)岁。两组患者在性别、年龄等一般资料对比不具有统计学意义(P>0.05)，具有比较意义。

(二) 方法

常规药物治疗：对照组患者实施常规药物治疗，每次采用1片阿司匹林肠溶片（拜耳医药保健有限公司生产，国药准字J20171021）口服，每天1次；每次采用10mg的依那普利（扬子江药业集团江苏制药股份有限公司生产；国药准字H32026568），每天1次。治疗2个月。观察组在上述所用常规药物的前提下给予氯吡格雷片（生产厂家：乐普药业股份有限公司，批准文号：国药准字H20123115，给药剂量25mg/次，每日3次，连续治疗2个月^[2]。

(三) 疗效判定标准：

观察患者治疗后的临床症状及心电图，从而对患者的临床疗效进行判定。判定标准：显效、有效和无效。患者急性心绞痛临床症状消失，患者在心电图静息时出现缺血性症状改变趋于恢复，即为显效；患者急性心绞痛临床症状改善，心电图因缺血性下降的ST段有所升高，升高在1.0 mm以上，但导联倒置T波变浅>50%，未达到正常水平，即为有效。患者急性心绞痛临床症状无明显变化或者加重，心电图各指标与治疗前比较无差异，即为无效”。

(四) 统计处理0软件，测量数据线，t检验，计数数据线x2检验，分别用($\bar{x} \pm s$)和(n, %)描述，P<0.05表明差异显著。

二、结果

通过对相关数据信息的研究分析和对比观察，可以得出结论：对照组15例患者在接受常规药物治疗后存在治疗无效的问

题，总有效率超过50%，因此，这种影响是相对普遍的。观察组在临床治疗阶段有两个合作方案：应用氯吡格雷后，后续治疗中无效患者的数量显著减少，治疗的总有效率也显著提高。通过实验对两组进行对比分析，两组之间的差异比较明显，因此也具有统计学意义。

两组比较治疗后，对照组患者发生率明显高于观察组，且患者因心血管疾病而疼痛的时间相对较长。经过对比分析，两者的差异更加明显^[3]。有统计学意义。之后，医务人员了解了患者的具体情况，如急性心绞痛及其持续时间。治疗32天后，患者的具体症状被要求在一周内记录下来。对照组急性心绞痛发生率基本为每日1.52次，持续5.23分钟。对照组平均每天0.85次，急性心绞痛发作的具体时间为3.15分钟。你可以看到临床试验有一些实际意义。

三、讨论

急性心绞痛是心血管医学中最常见的疾病。症状轻微的患者可以通过服用相关药物来控制病情，而症状严重的患者甚至可以威胁他们的生命安全。因此，早期诊断和治疗是治疗的关键。

心绞痛的直接发病原因是心肌供血的绝对或相对不足，因此，各种减少心肌血液（血氧）供应（如血管腔内血栓形成、血管痉挛）和增加氧消耗（如运动、心率增快）的因素，都可诱发心绞痛。心肌供血不足主要源于冠心病。有时，其他类型的心脏病或失控的高血压也能引起心绞痛。

如果血管中脂肪不断沉积，就会形成斑块。斑块若发生在冠状动脉，就会导致其缩窄，进一步减少其对心肌的供血，就形成了冠心病。冠状动脉内脂肪不断沉积逐渐形成斑块的过程称为冠状动脉硬化^[4]。一些斑块比较坚硬而稳定，就会导致冠状动脉本身的缩窄和硬化。另外一些斑块比较柔软，容易碎裂形成血液凝块。冠状动脉内壁这种斑块的积累会以以下两种方式引起心绞痛：①冠状动脉的固定位置管腔缩窄，进而导致经过的血流大大减少；②形成的血液凝块部分或者全部阻塞冠状动脉。

常由于体力劳动、情绪激动、饱餐、惊吓和寒冷所诱发。典型的心绞痛常在相似的劳动条件下发作，病情严重者也可在吃饭、穿衣、排便或休息时发生，疼痛发生于劳动或激动的当时，而不是一天或一阵劳累过后。安静状态下发作的心绞痛，是冠状动脉痉挛的结果。

(一) 典型心绞痛症状

突然发生的位于胸骨体上段或中段之后的压榨性、闷胀性或窒息性疼痛，亦可能波及大部分心前区，可放射至左肩、左上肢前内侧，达无名指和小指，偶可伴有濒死感，往往迫使患者立即停止活动，重者还出汗。疼痛历时1~5分钟，很少超过15分钟；休息或含服硝酸甘油，疼痛在1~2分钟内（很少超过5分钟）消失。常在劳累、情绪激动（发怒、焦急、过度兴奋）、受寒、饱食、吸烟时发生，贫血、心动过速或休克亦可诱发。

(下转第2537页)

1. 健康教育管理中心建设

建立以内分泌科为核心的糖尿病健康教育管理中心。该中心主要由内分泌专科护士、护士长、首席医疗官和科室主任组成，并与营养学家、心理顾问、足部疾病和眼科医生合作，在需要时随时提供帮助。科长主要负责糖尿病患者健康教育的综合管理，协调与其他科室的护理关系；主任医师负责实施健康教育干预，答疑解惑，指导健康教育方案的制定；护士长负责分发和实施各种健康教育干预问题；责任护士负责监测血糖和喂养患者，监督健康教育的实施和药物指导的实施。

2. 设计整个健康教育路径

遵循循证医学理论，分析并全面掌握糖尿病患者健康教育实施中的常见问题

在此基础上，查阅相关文献，在团队内部进行讨论、筛选和优化，并根据糖尿病病程的特点，制定相应的全过程健康教育路径，即：从首次入院到院外实施有计划、持续、动态的健康教育。在目前的实施过程中，健康教育的具体路径是在健康教育中心的指导下，根据患者的实际情况进行调整。

3. 整个健康教育途径的实施

①根据患者是否住院作为健康路径实施的时间表，它分为两部分：院内健康教育和院外健康教育。在医院健康教育中，教育包括入院宣传、宣传教育、休假指导等。院外健康教育包括门诊随访和电话回访。门诊随访每两周一次，电话随访每周一次。②健康教育的主要内容包括糖尿病知识、药物知识、血糖仪使用、心理辅导、饮食指导、运动指导、并发症及预防措施知识、持续护理指导等。③健康教育的主要实施形式包括个

人预约、举办知识竞赛或奖学金活动、组织专题会议、制作广告牌、发布健康手册等。在专题课上，它分为两部分：解释和回答。在证券交易活动中，可以邀请血糖控制效果理想的患者向患者展示血糖控制经验，加强患者之间的沟通，相互鼓励，提高自我管理水平。

本研究对我院糖尿病患者进行了全程健康教育。数据显示，观察组的餐后、空腹和血糖均显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）。由此可见，全程健康教育比普通护理模式更有利于提高患者血糖水平，控制疾病的发展；观察组患者对糖尿病知识的理解和自我管理得分显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）。由此可见，全程健康教育模式的应用不仅在一定程度上有助于提高患者对疾病相关知识的理解，而且提高了患者的自我管理能力；观察组患者护理满意度明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）。

参考文献：

- [1] 初海霞. 全程健康教育模式在糖尿病护理干预中的效果分析[J]. 糖尿病新世界, 2019, 22(09): 140-141.
- [2] 周丽华, 杨娇梅. 全程健康教育模式在小儿糖尿病中的应用价值[J]. 糖尿病新世界, 2019, 22(09): 158-159+164.
- [3] 周素筠, 张丹. 全程健康教育模式在糖尿病护理中的应用效果评价[J]. 基层医学论坛, 2019, 23(15): 2190-2191.
- [4] 李香丽. 全程健康教育模式在儿童 I 型糖尿病的临床效果研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(26): 112-113.
- [5] 谭莹, 杨晓梅. 全程健康教育模式对糖尿病护理质量及患者血糖水平影响[J]. 河北医药, 2019, 41(06): 952-955.

（上接第2535页）

（二）不典型的心绞痛症状

疼痛可位于胸骨下段、左心前区或上腹部，放射至颈、下颌、左肩胛部或右前胸，疼痛可很快消失或仅有左前胸不适、发闷感，常见于老年患者或者糖尿病患者。

诊断方法：

据典型的发作特点和体征，含服硝酸甘油后缓解，结合年龄和存在冠心病易患因素，除外其他原因所致的心绞痛，一般即可确立诊断。发作时心电图检查可见以R波为主的导联中，ST段压低，T波平坦或倒置（变异型心绞痛者则有关导联ST段抬高），发作过后数分钟内逐渐恢复。心电图无改变的患者可考虑做负荷试验。

发作不典型者，诊断要依靠观察硝酸甘油的疗效和发作时心电图的改变；如仍不能确诊，可多次复查心电图、心电图负荷试验或24小时动态心电图连续监测，如心电图出现阳性变化或负荷试验诱致心绞痛发作时亦可确诊。

诊断有困难者可作放射性核素检查或考虑行选择性冠状动脉造影。考虑施行外科手术治疗者则必需行选择性冠状动脉造影^[5]。冠状动脉内超声检查可显示管壁的病变，对诊断可能更有帮助。

（三）治疗方法

1. 发作时的治疗

（1）休息发作时立刻休息，患者一般在停止活动后症状即可缓解。

（2）药物治疗 较重的发作，可使用作用快的硝酸酯制剂。这类药物除扩张冠状动脉，降低阻力，增加血流量外，还通过扩张周围血管，减少静脉回心血量，降低心室容量、心腔内压、心排血量和血压，减低心脏前后负荷和心肌的需氧，从而缓解心绞痛。

其中最常用的是硝酸甘油片，舌下含服，1~2分钟开始起作用，约半小时后作用消失；也可选用二硝酸异山梨酯：舌下含服，2~5分钟见效；另外还可选用亚硝酸异戊酯0.2毫升（1

支）用手绢包裹压碎后，吸入其挥发气体。优点是作用快，但副作用较大且有乙醚味，故很少采用。应用上述药物的同时，可考虑用镇静药。经以上治疗疼痛不能缓解或本次发作较平时重且持续时间长者，应考虑到是否有急性心肌梗死的可能，及时到医院检查治疗。

2. 缓解期的治疗

宜尽量避免各种诱因。调节饮食，特别是进食不应过饱；禁绝烟酒。调整日常生活与工作量，减轻精神负担；保持适当的体力活动，但以不产生疼痛症状为度；一般不需卧床休息。缓解期药物治疗的三项基本原则是：选择性地扩张病变的冠状血管；降低血压；改善动脉粥样硬化。

初次发作（初发型）或发作频繁、加重（恶化型），或卧位型、变异型、中间综合征、梗死后心绞痛等，疑为心肌梗死前奏的患者，应休息一段时间，使用作用持久的抗心绞痛药物，以防心绞痛发作，可单独选用、交替应用或联合应用下列作用持久的药物。

综上所述，心血管内科对急性心绞痛患者实施综合医疗具有一定的效果，可以改善患者的心功能，缓解心绞痛，提高患者满意度。

参考文献：

- [1] 毛秀丽, 赵丹爽. 心血管内科急性心绞痛的临床治疗效果分析[J]. 中外女性健康研究, 2020(07): 29+61.
- [2] 张颖. 心血管内科急性心绞痛的临床治疗效果观察[J]. 中国医药指南, 2020, 18(06): 204-205.
- [3] 潘娜. 心血管内科急性心绞痛患者的护理效果观察[J]. 智慧健康, 2020, 6(06): 156-157.
- [4] 高伟华. 氯吡格雷对急性心绞痛患者疗效及血清学指标的影响[J]. 中国现代医生, 2020, 58(05): 42-44.
- [5] 侯生举. 心血管内科急性心绞痛临床治疗效果分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(03): 77.