

心血管内科急性心绞痛治疗的临床分析

黎建美

玉龙县纳西族自治县人民医院 云南丽江 674100

〔摘要〕目的 探讨分析心血管内科急性心绞痛治疗的临床效果。方法 选取本院心血管内科收治的急性心绞痛患者 90 例作为研究对象,按照治疗方法分为两组,每组各 45 例,分别采用常规治疗和在常规治疗的基础上增加氯吡格雷治疗。结果 B 组的临床治疗总有效率为 95.56%,明显高于 A 组的 77.78% ($P < 0.05$)。治疗后 B 组的心绞痛发作频率、发作持续时间、疼痛程度评分等临床指标改善幅度明显大于 A 组 ($P < 0.05$)。结论 对于心血管内科急性心绞痛采用在常规治疗的基础上增加氯吡格雷治疗,能够有效缓解临床症状,具有较为显著的临床效果。

〔关键词〕心血管内科;急性心绞痛;临床疗效

〔中图分类号〕R541.4 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 02-025-02

急性心绞痛是一种临床上较为常见的心血管疾病,是冠心病较为典型特征。由于患者冠状动脉硬化导致冠状动脉出现狭窄、阻塞,造成心肌供血不足发生缺血、缺氧症状。急性心绞痛发作时因心功能障碍表现出胸闷、胸痛、呼吸困难等症状,如果救治不及时或治疗方法不当,可造成患者因心力衰竭而死亡。因此,根据患者的具体情况,选择合理、有效的治疗方法,对于及时缓解临床症状、降低死亡风险具有非常重要的作用和意义^[1]。本次研究着重探讨分析心血管内科急性心绞痛治疗的临床效果,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 基本资料

随机选取本院心血管内科 2017 年 9 月—2018 年 9 月收治的急性心绞痛患者 90 例作为本次研究的对象,所有患者均经冠状动脉 CT、血管造影等临床检查,确诊为急性心绞痛。按照治疗方法将患者分为两组, A 组 45 例患者中男性 23 例,女性 22 例;年龄 58—85 岁,平均年龄 (66.5 ± 3.4) 岁;病程 0.6—3.6 年,平均病程 (2.1 ± 0.3) 年。B 组 45 例患者中男性 22 例,女性 23 例;年龄 57—86 岁,平均年龄 (66.7 ± 3.6) 岁;病程 0.5—3.7 年,平均病程 (2.3 ± 0.4) 年。两组间基本资料比较不存在明显差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

所有患者入院后完善相关检查,对病情严重程度进行准确评估,制定科学、合理的治疗方案。密切监测生命体征各项指标变化情况,及时给予血小板聚集抑制剂、钙离子通道拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂、硝酸酯类药物联合对症治疗,同时给予吸氧、补液,维持水电解质和酸碱度平衡,对于合并高血压、糖尿病患者,及时给药控制血压、血糖等正常水平。B 组患者在上述治疗的基础上增加氯吡格雷治疗,具体用法用量为:口服氯吡格雷片 1 次/d, 2 片/次,所有患者均连续治疗 2 个月。

1.3 观察指标^[2-3]

①临床治疗效果,显效:临床症状得到显著改善,心绞痛发作频率和持续时间明显减少,心电图恢复正常;有效:

临床症状有所缓解,心绞痛发作频率和持续时间减少 50% 以上,心电图状况明显改善;无效:病情无任何好转,甚至加重。②治疗前后患者心绞痛发作频率、发作持续时间、疼痛程度等相关指标,其中疼痛程度采用视觉模拟评分法进行评价,分值为 0—10 分,评分越高表明疼痛程度越严重。

1.4 数据处理

采用 SPSS19.0 统计软件对研究数据进行统计分析处理,计数资料用 χ^2 检验;计量资料以 t 检验;两组间比较差异以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

B 组患者的临床治疗总有效率明显高于 A 组 ($\chi^2=6.154$, $P=0.013 < 0.05$),统计结果详见表 1。

表 1: 两组患者临床疗效比较 [(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
A 组	45	17 (37.78)	18 (40.00)	10 (22.22)	35 (77.78)
B 组	45	22 (48.89)	21 (46.67)	2 (4.44)	43 (95.56)
χ^2					6.154
P					0.013

2.2 两组相关临床指标比较

治疗前两组患者心绞痛发作频率、发作持续时间、疼痛程度等无明显差异 ($P > 0.05$);治疗后两组的各项临床指标均有明显改善,B 组的改善幅度明显大于 A 组 ($P < 0.05$),统计结果详见表 2。

表 2: 两组相关临床指标比较

组别	例数	发作持续时间 (min)	发作频率 (次/24h)	疼痛程度评分 (分)
A 组 (治疗前)	45	8.63 $\pm$ 0.41	5.36 $\pm$ 0.54	5.19 $\pm$ 0.72
(治疗后)		5.62 $\pm$ 0.34	3.52 $\pm$ 0.75	4.17 $\pm$ 0.33
t		37.909	13.356	8.639
P		0.000	0.000	0.000
B 组 (治疗前)	45	8.56 $\pm$ 0.36	5.23 $\pm$ 1.25	5.23 $\pm$ 0.68
(治疗后)		3.24 $\pm$ 0.26	2.13 $\pm$ 0.68	3.03 $\pm$ 0.21
t		70.097	14.614	20.737
P		0.000	0.000	0.000

3 讨论

作者简介:黎建美 (1987 年 8 月 31 日-),民族:汉族,职称:住院医师,学历:本科,心内科住院医师。

(下转第 27 页)

差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，两组患者的手术时间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，详见表 2。

3 讨论

四肢创伤骨折后骨不连指的是四肢创伤骨折患者骨折后 6 个月内未愈合或者 3 个月内未见明显骨折愈合进展，其发生与患者骨折程度、骨折复位方式以及术后功能恢复不佳均存在着很大关系^[4]。骨不连会引发患者疼痛、肢体功能障碍等，同时患者医疗费用支出也会极大程度增加。临床治疗骨不连分为内固定与外固定两种，其中内固定疗法相对而言较为常用。

锁定钢板内固定疗法是对患者骨折部位两端实施直接固定，由于弯曲应力相对较大，导致患者在术后功能性训练期间较容易出现疼痛与活动受限等一系列不良情况；同时，此内固定疗法还会对骨折部位产生一定的损伤，导致术后感染等并发症的发生，不利于术后骨折愈合与功能恢复；另外，在需要较长的钢板时就要做比较大的手术切口，就非常容易破坏骨折血运，钢板加压还会在一定程度上延缓骨折愈合的时间；但此疗法在直视状态下进行，操作比较简单，对治疗技术的要求不高，而且治疗费用偏低^[5]。

带锁髓内钉内固定疗法的固定稳定性与强度均相对较高，且临床适应范围广，不仅对骨折部位血管与肌肉损伤较小，术后感染等并发症发生率低，同时锁髓内钉内固定属于弹性

治疗，其生理应力非常好，能够刺激骨痂形成，还可防止旋转、侧移与成角移位等骨折位移动现象的发生，可对骨折部位的固定更加稳定与牢固，因此其对促进骨折愈合的效果更理想。

本研究结果显示，观察组患者的骨折愈合时间显著短于对照组，感染发生率、骨不连复发率显著低于对照组，术中出血量、术后引流量显著少于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。数据提示采用带锁髓内钉内固定治疗四肢创伤骨折后骨不连的效果优于锁定钢板内固定，具有术后并发症少、恢复快等临床优势，临床应用价值较高。

[参考文献]

- [1] 王涛. 不同植入物内固定治疗四肢创伤骨折后骨不连的临床对比[J]. 医药前沿, 2018(10): 162-163.
- [2] 赵鹏. 带锁髓内钉治疗四肢创伤骨折后骨不连的疗效评价[J]. 川北医学院学报, 2018, 33(5): 729-730, 769.
- [3] 冯朗新. 不同植入物内固定治疗四肢创伤骨折后骨不连的临床对比研究[J]. 全科口腔医学杂志(电子版), 2018(36): 150, 164.
- [4] 张有文. 不同植入物内固定治疗四肢创伤骨折后骨不连的临床对比研究[J]. 智慧健康, 2018(30): 141-142.
- [5] 卜猷东. 不同植入物内固定治疗四肢创伤骨折后骨不连的临床对比研究[J]. 心理医生, 2018(18): 154.

(上接第 24 页)

2.2 患者治疗依从性情况

见表 2，在患者治疗依从性率上，观察组为 97.14%，对照组为 85.71%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2: 患者治疗依从性情况 [n(%)]

分组	完全依从	部分依从	不依从	依从率
观察组 (n=70)	39 (55.71)	29 (41.43)	2 (2.86)	97.14%
对照组 (n=70)	18 (25.71)	42 (60.00)	10 (14.29)	85.71%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

糖尿病患者健康教育方式方法多种多样，主要依据各地情况而定。要考虑科室具体条件资源，尽可能在低成本状态下保证教育指导的效果。要总结健康教育的效果，定期评估总结，完善补充内容，提升教育指导的灵活性。要做好患

者综合情况的了解，鼓励患者提问与反馈信息，这样才能更好的保证教育指导的针对有效，避免笼统一刀切的办法不符合患者实际所需。

综上所述，糖尿病患者中采用健康教育可以有效的提升患者治疗依从性，同时优化患者生活质量与护理满意度情况。

[参考文献]

- [1] 罗蝶华. 个性化健康教育降低糖尿病病人种植体周围炎发生率的效果观察[J]. 护理研究, 2017, 31(11): 1368-1369.
- [2] 周媚梅. 糖尿病健康教育对糖尿病患者治疗依从性及生活质量的效果观察[J]. 养生保健指南, 2018, (36): 86.
- [3] 刘玉莲, 陶绪玲. 糖尿病健康教育对内分泌护理患者治疗依从性和生活质量的影响[J]. 健康前沿, 2018, 27(11): 11.
- [4] 徐颖. 强化健康教育对糖尿病患者治疗依从性及疗效的影响[J]. 糖尿病新世界, 2018, 21(22): 3-5.

(上接第 25 页)

目前，临床上常规治疗急性心绞痛采用血小板聚集抑制剂以降低血液黏稠度，促进血液循环，改善供血不足现象。同时通过松弛血管平滑肌扩张血管加速血液循环，增加心肌供血，改善心肌因供血不足而出现的缺氧缺血状况，增强心输出功能，达到缓解临床症状、控制病情发展的治疗目的^[4]。氯吡格雷是一种腺苷二磷酸受体抑制剂，通过抑制纤维蛋白原与糖蛋白的结合，发挥抗血小板凝集、增进血液循环、纠正供血不足的作用，能够有效缓解心肌梗死、缺血性脑卒中等缺血性心脑血管疾病的临床症状，降低死亡风险^[5]。本次研究结果显示，通过增加氯吡格雷治疗，B 组患者的临床治疗总有效率为 95.56%，明显高于 A 组的 77.78% ($P < 0.05$)；心绞痛发作频率、发作持续时间、疼痛程度等各项临床指标的改善程度明显大于 A 组。综上所述，在急性心绞痛常规治

疗的基础上增加氯吡格雷治疗，能够有效缓解临床症状，迅速控制稳定病情，降低因心力衰竭而造成的死亡风险，具有非常显著的临床治疗效果。

[参考文献]

- [1] 麦鉴清. 心血管内科急性心绞痛治疗的临床分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(49): 66-67.
- [2] 胡春. 心血管内科急性心绞痛治疗的临床分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(8): 53.
- [3] 廖伟杰. 心血管内科急性心绞痛临床治疗效果观察与分析[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(3): 54.
- [4] 李如华, 张晨晖. 心血管内科急性心绞痛治疗的临床分析[J]. 中外医学研究, 2018, 16(3): 28-29.
- [5] 刘佳, 于津. 心血管内科急性心绞痛治疗的临床疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(6): 12-13.