

经皮冠脉介入治疗老年冠心病心绞痛效果及不良反应分析

刘国辉

呼伦贝尔市人民医院介入导管室, 内蒙古 呼伦贝尔 021008

【摘要】 **目的** 分析对老年冠心病心绞痛病人应用经皮冠脉介入治疗的效果和不良反应。**方法** 实验观察对象选择本院于 2021 年 1 月到 2022 年 7 月收治的冠心病心绞痛老年病人共 200 例, 通过随机抽号法进行分组, 介入治疗组中有 100 例病人, 接受经皮冠脉介入治疗, 药物组中有 100 例病人, 接受保守治疗。比较介入治疗组和药物组的 SAQ (西雅图心绞痛调查表) 分值、心功能指标、不良反应情况、以及 VWF (血管性血友病因子)、cTnI (肌钙蛋白 I)、CRP (C 反应蛋白) 水平。**结果** 2 组的不良反应情况没有显著区别 ($P>0.05$); 介入治疗组的各项 SAQ 分值均明显高于药物组的各项 SAQ 分值 ($P<0.05$); 治疗后, 2 组的 LVEDVI、LVESVI 指标均明显低于治疗前, 且介入治疗组均低于药物组, 同时 2 组的 LVEF 指标明显高于治疗前, 且介入治疗组明显高于药物组 ($P<0.05$); 治疗后, 2 组的 VWF 水平明显比治疗前高, 且介入治疗组明显高于药物组, 同时, 2 组的 cTnI、CRP 水平均明显比治疗前低, 且介入治疗组均明显低于药物组 ($P<0.05$)。**结论** 对老年冠心病心绞痛病人应用经皮冠脉介入治疗, 不仅能有效改善病人的心绞痛情况以及心功能指标, 同时还能改善其 VWF、cTnI、CRP 水平, 提升治疗效果, 不良反应较少, 具有良好的安全性和有效性, 值得应用。

【关键词】 冠心病; 老年; 心绞痛; 经皮冠脉介入治疗; 效果

冠心病是因为病人冠状动脉出现粥样硬化而造成血管堵塞, 从而使心肌供血不足而引发出的一种心脏疾病, 所以又叫做缺血性心脏病^[1]。临床将冠心病分为了心律失常、心绞痛、心肌梗死、隐性冠心病、以及心肌梗死等几大类, 其中的隐性冠心病没有明显的心脏方面异常。临床心内科常见的疾病中就包括老年冠心病心绞痛, 对于病情严重者, 其死亡率会大大增加, 同时还会降低其生存质量。临床以往治疗冠心病心绞痛老年病人的首先方式就是保守治疗, 也就是药物治疗, 但随着医学技术的发展和完善, 心脏介入治疗技术已经在临床广泛应用。心脏介入治疗技术中的经皮冠脉介入治疗已经被临床广泛应用在冠心病心绞痛老年病人的治疗中, 且取得了理想的治疗效果^[2]。而为了分析对老年冠心病心绞痛病人应用经皮冠脉介入治疗的效果和不良反应, 本文对本院于 2021 年 1 月到 2022 年 7 月收治的冠心病心绞痛老年病人开展了经皮冠脉介入治疗效果的比较观察研究, 研究流程如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 实验观察对象选择本院于 2021 年 1 月到 2022 年 7 月收治的冠心病心绞痛老年病人共 200 例, 选择其中 100 例老年病人进行经皮冠脉介入治疗, 分至介入治疗组, 剩余 100 例老年病人

进行保守治疗, 分至药物组。介入治疗组老年病人年龄范围在 65~89 岁, 平均 (66.39 ± 8.67) 岁; 男女所占比例为 55 : 45; NYHA (纽约心脏病协会) 心功能分级, IV 级有 32 例, III 级有 33 例, II 级有 35 例; 高血压有 50 例, 吸烟有 20 例, 糖尿病有 60 例。药物组老年病人年龄范围在 65~88 岁, 平均 (66.12 ± 8.32) 岁; 男女构成比例为 70 : 30; NYHA 心功能分级, IV 级有 30 例, III 级有 32 例, II 级有 38 例; 高血压有 60 例, 吸烟有 25 例, 糖尿病有 40 例。所有老年病人性别、病情、年龄等资料方面没有较大区别 ($P>0.05$), 具有可比性。本次研究经医院伦理委员会审批通过。

纳入标准: (1) 65 岁或以上的冠心病心绞痛老年病人; (2) 同意接受介入或药物治疗者; (3) 家属知情且同意者; (4) 能良好沟通者。

排除标准: (1) 接受过经皮冠脉介入治疗者; (2) 不符合手术条件者; (3) 肾脏功能障碍者; (4) 不配合治疗者。

1.2 方法

1.2.1 药物组进行保守治疗。口服氨氯地平 (苏州东瑞制药, 国药准字 H20020390, 5mg×28 片) 治疗, 5mg/次, 一次/d; 口服瑞舒伐他汀 (英国 AstraZeneca UK Limited, 国药准字 J20170008, 10mg×7 片×4) 治疗, 10mg/次, 晚上睡前服用; 口服阿司匹林 (石药集团欧意药业, 国药准字

H20153035, 100mg×20片×3板)治疗, 100mg/次, 一次/d^[3]。

1.2.2 介入治疗组。介入治疗组进行经皮冠脉介入治疗。让病人呈仰卧位, 心电监护下建立静脉通道, 消毒铺巾后, 给予1%利多卡因麻醉。生效后, 在病人右侧桡动脉进行穿刺, 并将6F鞘管置入, 通过鞘管注射3000U肝素, 然后通过多功能造影导管实施冠脉造影。按照造影结果对支架以及导管进行合适的选择。通过充气球囊来扩张病变血管, 在其狭窄处置入支架。若血流为TIMI3级则表示手术成功完成。结束后, 将鞘管、导管拔除, 通过桡动脉压迫器来对穿刺位置进行压迫止血包扎^[4]。

1.3 观察指标 (1) 观察比较介入治疗组和药物组的SAQ(西雅图心绞痛调查表)分值。通过SAQ, 从病人的主观感受、治疗满意度、心绞痛发作、躯体活动限制、心绞痛稳定状态等方面来对病人的治疗效果进行评估, 分数最高为100分, 分数越高, 治疗效果越好。(2) 观察比较介入治疗组和药物组的心功能指标。通过超声心动图对病人治疗前后的LVEF(左心室射血分数)、LVEDVI(左

室舒张末期容积指数)、LVESVI(左室收缩末期容积指数)进行检测。(3) 观察比较介入治疗组和药物组的不良反应情况, 包括心绞痛复发、急性心肌梗死、低血压、血肿等情况。不良反应率=(血肿率+低血压率+急性心肌梗死率+心绞痛复发率)×100%。(4) 观察比较介入治疗组和药物组的VWF(血管性血友病因子)、cTnI(肌钙蛋白I)、CRP(C反应蛋白)水平。通过酶联免疫吸附法对治疗前后病人的血清VWF、cTnI、CRP水平进行检测。

1.4 统计学方法 数据资料全部以SPSS20.0软件进行处理。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采取 t 检验方式; 计数资料采用[例(%)]表示, 采用 χ^2 检验, 结果以 $P < 0.05$ 表示本次研究具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较介入治疗组和药物组的不良反应情况 由表1数据可知, 2组的不良反应情况没有显著区别($P > 0.05$)。

表1 介入治疗组和药物组的不良反应情况比较 [n(%)]

组别	血肿	心绞痛复发	急性心肌梗死	低血压	不良反应率
介入治疗组 (n=100)	1 (1.00)	3 (3.00)	3 (3.00)	1 (1.00)	8 (8.00)
药物组 (n=100)	0 (0.00)	6 (6.00)	5 (5.00)	3 (3.00)	15 (15.00)
χ^2	1.005	1.047	0.521	1.020	2.407
P	0.316	0.306	0.470	0.312	0.121

2.2 比较介入治疗组和药物组的SAQ分值 由表2数据可知, 介入治疗组的各项SAQ分值均明显

高于药物组的各项SAQ分值, 组间对比区别明显($P < 0.05$)。

表2 介入治疗组和药物组的SAQ分值比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	主观感受	治疗满意度	心绞痛发作	躯体活动限制间	心绞痛稳定状态
介入治疗组 (n=100)	72.71 ± 10.18	84.12 ± 9.51	95.31 ± 8.86	85.22 ± 8.97	73.34 ± 7.41
药物组 (n=100)	65.82 ± 8.85	76.35 ± 7.84	88.51 ± 8.87	78.43 ± 8.39	65.86 ± 6.91
t	5.108	6.304	5.424	5.528	7.383
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 比较介入治疗组和药物组的心功能指标 由表3数据可知, 治疗后, 2组的LVEDVI、LVESVI指标均明显低于治疗前, 且介入治疗组均低

于药物组, 同时2组的LVEF指标明显高于治疗前, 且介入治疗组明显高于药物组, 组间对比区别明显($P < 0.05$)。

表3 介入治疗组和药物组的心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	LVEF (%)		LVEDVI (mL/m ²)		LVESVI (mL/m ²)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
介入治疗组 (n=100)	45.56 ± 4.92	61.82 ± 5.26	194.32 ± 18.47	150.33 ± 12.34	143.78 ± 16.24	107.23 ± 10.55
药物组 (n=100)	45.48 ± 4.84	54.18 ± 5.16	194.43 ± 18.24	166.64 ± 12.61	143.75 ± 16.53	120.33 ± 11.54
t	0.116	10.369	0.042	9.244	0.013	8.378
P	0.908	<0.001	0.966	<0.001	0.990	<0.001

2.4 比较介入治疗组和药物组的 VWF、cTnI、CRP 水平 由表 4 数据可知, 治疗后, 2 组的 VWF 水平明显比治疗前高, 且介入治疗组明显高于药物

组, 同时, 2 组的 cTnI、CRP 水平均明显比治疗前低, 且介入治疗组均明显低于药物组, 组间对比区别明显 ($P < 0.05$)。

表 4 介入治疗组和药物组的 VWF、cTnI、CRP 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	VWF (U/L)		cTnI (ng/L)		CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
介入治疗组 (n=100)	112.76 ± 5.15	135.63 ± 5.19	12.45 ± 3.31	0.53 ± 0.08	24.56 ± 6.21	7.16 ± 1.56
药物组 (n=100)	112.63 ± 5.21	118.84 ± 3.65	12.43 ± 3.25	2.52 ± 0.66	24.57 ± 6.29	16.43 ± 3.62
t	0.177	26.462	0.043	29.932	0.011	23.517
P	0.859	<0.001	0.966	<0.001	0.991	<0.001

3 讨论

心绞痛的诱发原因和病人的心肌血供有着直接的关系, 所以, 所有会影响心肌血供的原因均会增加心绞痛出现的几率。而冠心病是因为病人冠状动脉出现粥样硬化而造成血管堵塞, 从而使心肌供血不足而引发出来的一种心脏疾病, 所以又叫做缺血性心脏病, 也因此冠心病病人常常会出现心绞痛的症状^[5]。随着我国老年群体的数量增长, 患有冠心病心绞痛老年病人的数量也随之增加, 若此症状没有及时进行有效治疗, 长期反复发作的心绞痛症状就会诱发病人出现心力衰竭等情况, 从而就会增加病人的死亡率。以往临床治疗冠心病心绞痛的方式就是给予钙通道阻滞剂、他汀和阿司匹林等药物进行治疗, 虽有良好的治疗效果, 但治疗时间相对较长^[6]。而经皮冠脉介入治疗则能通过重建血液供应的方式来起到快速治疗的作用, 能有效且快速的解决血管狭窄问题, 并且对病人的创伤较小, 能在手术后较快的恢复, 老年病人对此类方式也有着较高的耐受度, 所以, 临床逐渐将此方式作为常用的治疗冠心病心绞痛手段。

本研究结果显示, 2 组的不良反应情况没有显著区别 ($P > 0.05$); 介入治疗组的各项 SAQ 分值均明显高于药物组的各项 SAQ 分值 ($P < 0.05$); 治疗后, 2 组的 LVEDVI、LVESVI 指标均明显低于治疗前, 且介入治疗组均低于药物组, 同时 2 组的 LVEF 指标明显高于治疗前, 且介入治疗组明显高于药物组 ($P < 0.05$); 治疗后, 2 组的 VWF 水平明显比治疗前高, 且介入治疗组明显高于药物组, 同时, 2 组的 cTnI、CRP 水平均明显比治疗前低, 且介入治疗组均明显低于药物组 ($P < 0.05$), 由此可说明, 相

较于药物保守治疗, 对老年冠心病心绞痛病人应用经皮冠脉介入治疗的效果更好, 且不良反应较少。

综上所述, 对老年冠心病心绞痛病人应用经皮冠脉介入治疗, 不仅能有效改善病人的心绞痛情况以及心功能指标, 同时还能改善其 VWF、cTnI、CRP 水平, 提升治疗效果, 不良反应较少, 具有良好的安全性和有效性, 值得应用。

参考文献

- [1] 胡广全, 王晓晨, 高峰, 等. 经皮冠状动脉介入治疗高龄冠心病心功能改善及远期预后效果观察 [J]. 贵州医药, 2018, 42 (7): 857-858.
- [2] 霍明艳, 张娜, 刘环亚, 等. 经皮冠状动脉介入治疗术后不同性别早发冠心病老年病人的临床特点及远期预后的影响因素分析 [J]. 河北医学, 2022, 28 (3): 412-417.
- [3] 刘磊. 经皮冠状动脉介入治疗高龄冠心病心绞痛的临床效果分析 [J]. 中华养生保健, 2022, 40 (4): 23-24.
- [4] 骆嵩山, 覃丽萍, 程俊. 经皮冠状动脉介入治疗高龄冠心病心绞痛的临床疗效分析 [J]. 中国医学创新, 2018, 15 (5): 5-8.
- [5] 马国斌, 余碧菁, 郑瑾, 等. 经皮冠状动脉介入治疗高龄冠心病心绞痛的疗效分析 [J]. 医学理论与实践, 2019, 32 (17): 2718-2720.
- [6] 李春镭, 方文云, 吴婷. 老年冠心病老年病人经皮冠状动脉介入术后近期预后及其相关影响因素分析 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2018, 26 (9): 680-682.