

尼可地尔对不稳定型心绞痛患者心电图指标及发作频次的影响

刘世宇

(河南省柘城县人民医院心血管内科 柘城 476200)

摘要:目的:探究尼可地尔对不稳定型心绞痛患者心电图指标及发作频次的影响。方法:选择 2018 年 5 月~2020 年 5 月收治的 72 例不稳定型心绞痛患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 36 例。对照组给予常规治疗,观察组在对照组基础上加用尼可地尔治疗,疗程 30 d。对比两组治疗前、治疗 30 d 心电图指标及发作频次。结果:治疗 30 d,两组 ST 段压低最大值、下降导联数、心肌缺血总负荷均较治疗前下降,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗 30 d,两组心绞痛每周发作次数均较治疗前下降,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:尼可地尔用于不稳定型心绞痛治疗效果较好,可有效改善患者心电图情况,降低心绞痛发作频次。

关键词:不稳定型心绞痛;尼可地尔;心电图指标;发作频次

中图分类号:R541.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.11.030

不稳定型心绞痛(Unstable Angina, UA)属急性冠状动脉综合征之一,多与动脉粥样硬化斑块造成冠脉阻塞或血管破裂有关。UA 临床上多表现为胸痛、心悸等,部分患者还会伴有恶心、皮肤苍白、呼吸困难等。发作具有不稳定性,可能由轻度运动诱发,亦会在静息时发作,如不能及时进行有效治疗,UA 还可能发展为心肌梗死,威胁患者生命健康^[1]。现阶段,临床治疗 UA 一般选择硝酸酯类、抗血小板聚集及抗凝药物,以便拮抗血小板聚集,缓解炎症反应,增强动脉粥样硬化斑块稳定性,进而减少患者心绞痛发作频次,但部分患者因心率或血压问题易影响治疗效果,还需联合其他药物强化治疗。尼可地尔是临床常用的抗心绞痛药物,能够促使钾离子流向细胞外,改变细胞膜通透性,增加冠脉血流量,改善心肌缺血状态^[2]。本研究分析尼可地尔用于 UA 患者的治疗效果,为 UA 治疗提供指导。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 5 月~2020 年 5 月我院收治的 72 例 UA 患者作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 36 例。对照组男 20 例,女 16 例;年龄 50~79 岁,平均(65.42±6.41)岁;病程 1~9 年,平均(4.32±1.21)年;临床危险分层:低危 6 例,中危 28 例,高危 2 例。观察组男 21 例,女 15 例;年龄 51~80 岁,平均(65.45±6.39)岁;病程 2~9 年,平均(4.34±1.14)年;临床危险分层:低危 6 例,中危 27 例,高危 3 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性,患者及家属自愿签署知情同意书。本研究经我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:符合 UA 相关诊断

标准^[3];心电图检查显示 ST 段压低;冠脉造影提示存在至少 1 处超过 70%狭窄;近期内未接受其他相关治疗。(2)排除标准:对本研究所用药物不耐受者;合并肝肾功能障碍者;合并恶性肿瘤或全身感染者;合并免疫功能缺陷患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 行常规对症治疗,口服单硝酸异山梨酯片(国药准字 H19990113),初始剂量 10 mg/d,随症增加,最多不超过 40 mg/d;口服阿司匹林肠溶片(注册证号 H20130340),初始剂量 300 mg/d,3 d 后维持剂量 100 mg/d;静脉注射低分子肝素钙注射液(国药准字 H20060190)抗凝,初始剂量为 5 000 U,据患者症状逐渐减少,维持剂量 1 000 U,静脉注射低分子肝素钙连续 3 d,之后可改为皮下注射。连续治疗 30 d。

1.3.2 观察组 在对照组基础上口服尼可地尔片(国药准字 H13023941)5 mg/次,3 次/d;如患者症状改善不明显,可增加至 10 mg/次,持续用药 30 d。

1.4 评价指标 (1)心电图指标:采用心电图机(威海威高医疗系统有限公司,WGC-1120)给予患者 24 h 心电图监测。于治疗前、治疗 30 d,在患者心绞痛发作时记录心电图 ST 段压低最大值及下降导联数等,并计算心肌缺血总负荷(ST 段压低幅度与持续压低时间乘积)。(2)发作频次:于治疗前、治疗 30 d,比较两组患者心绞痛每周发作次数。

1.5 统计学方法 采用 SPSS25.0 统计学软件分析处理数据,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,组间比较用独立样本 t 检验,组内比较用配对样本 t 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心电图指标比较 治疗前, 两组 ST 段压低最大值、下降导联数、心肌缺血总负荷比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 30 d, 两组 ST 段压低最大值、下降导联数、心肌缺血总负荷均较治疗前下降, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组心电图指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	ST 段压低 最大值 (mm)	下降导联数 (个)	心肌缺血 总负荷 (mm·min)
治疗前	观察组	36	2.39 ± 1.06	4.61 ± 1.74	73.45 ± 18.67
	对照组	36	2.41 ± 1.10	4.59 ± 1.75	73.51 ± 19.42
	t		0.309	0.030	0.430
治疗 30 d	观察组	36	1.02 ± 0.52*	1.92 ± 0.84*	28.41 ± 8.76*
	对照组	36	1.43 ± 0.65*	2.31 ± 1.15*	41.04 ± 10.24*
	t		2.529	2.900	3.333
	P		0.000	0.000	0.000

注: 与同组治疗前对比, * $P < 0.05$ 。

2.2 两组心绞痛发作频次比较 治疗前, 两组心绞痛每周发作次数比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 30 d, 两组心绞痛每周发作次数较治疗前降低, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组心绞痛发作频次比较 (次/周, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 30 d	t	P
观察组	36	21.13 ± 4.40	15.74 ± 3.53	5.653	0.000
对照组	36	20.90 ± 4.32	8.25 ± 2.41	15.343	0.000
t		0.222	10.468		
P		0.825	0.000		

3 讨论

UA 多发生于中老年人群, 具有起病急、病情多样化等特点, 可在病情减轻后转为稳定型心绞痛, 亦会加重后进展为心肌梗死甚至直接导致猝死。动脉粥样硬化与 UA 发作联系紧密^[4]。严重动脉粥样硬化会造成冠脉堵塞, 导致患者血管内膜损伤, 引起血小板聚集, 诱发血栓, 加重病情, 因此治疗 UA 需以控制动脉粥样硬化、减轻心肌损伤为主。

临床治疗 UA 常采用单硝酸异山梨酯、阿司匹林、低分子肝素钙等进行治疗。其中单硝酸异山梨酯作用类似于硝酸甘油, 能通过释放一氧化氮刺激患者冠脉血管扩张来减轻患者心脏负荷, 减少心肌耗氧^[5]; 阿司匹林能够通过抑制血小板聚集起到抗血栓形成作用, 降低 UA 急性发作风险^[6]; 低分子肝素钙一般与抗血小板聚集药物同时应用, 可抑制凝血酶作用, 避免血栓形成, 还可减少出血对患者心功

能损害^[7]。上述药物在临床治疗 UA 中效果较好, 但其容易引起恶心、腹泻、过敏等不良反应, 影响治疗效果, 因此, 需寻找其他安全、高效的治疗方案。

UA 患者入院后需接受 24 h 心电监护, 其中 ST 段压低最大值、下降导联数、心肌缺血总负荷等心电图指标变化可反映患者心功能损伤程度。本研究结果显示, 治疗 30 d, 两组 ST 段压低最大值、下降导联数、心肌缺血总负荷、心绞痛每周发作次数均较治疗前下降, 且观察组低于对照组, 表明尼可地尔用于 UA 患者效果较好, 可有效改善患者心电图, 减少心绞痛发作。分析其原因为, 尼可地尔具有独特的化学结构, 以烟酰胺为骨架, 又具备硝酸基团, 因此, 一方面具有类硝酸酯作用, 能够扩张患者冠脉血管, 增加血容量, 缓解患者心血管压力, 降低患者 ST 段压低最大值及下降导联数; 另一方面还具有钾离子通道开放作用, 可使钾离子外流, 改变膜间电位差, 限制钙离子内流, 从而减少心肌能量消耗, 降低心肌缺血总负荷, 利于减轻患者心绞痛症状^[8]。此外, 该药不会对患者血压、心率等造成影响, 不易引发其他心脑血管并发症发生, 安全性相对较高。

综上所述, 尼可地尔用于 UA 治疗效果较好, 可有效改善患者心电图情况, 降低患者心绞痛发作频次, 值得临床推荐。

参考文献

- [1] 刘进军, 张恒, 张宁汝, 等. 阿托伐他汀联合替格瑞洛治疗冠心病不稳定型心绞痛的疗效观察[J]. 基因组学与应用生物学, 2018, 37(3): 1002-1008.
- [2] 王磊, 陈韵岱, 田峰. 尼可地尔在冠心病治疗中的应用现状及研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(9): 60-62.
- [3] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(4): 295-304.
- [4] 梁泽尚, 李永东. 尼可地尔治疗冠心病的研究进展[J]. 医学综述, 2017, 23(18): 3625-3629.
- [5] 赵锴, 徐鑫, 梁璐. 比索洛尔联合单硝酸异山梨酯注射液治疗不稳定型心绞痛的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(20): 2983-2986.
- [6] 赵立岩. 阿司匹林联合替格瑞洛对不稳定型心绞痛 PCI 术病人炎症因子的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(16): 2002-2005.
- [7] 彭一炜, 项羽, 吴君. 前列地尔联合低分子肝素治疗不稳定型心绞痛的临床观察[J]. 药物评价研究, 2018, 41(9): 103-105.
- [8] 林崇强, 刘涛, 廖望, 等. 尼可地尔对不稳定型心绞痛 PCI 术后病人心肌损伤标志物和炎症因子水平的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(5): 570-573.

(收稿日期: 2021-02-25)

欢迎广告惠顾!

欢迎投稿!

欢迎订阅!