

心脑血管疾病患者在内科临床中的药物治疗现状分析

刘明星

利川市元堡乡卫生院 湖北 利川 445424

【摘要】：目的：探讨卫生院心脑血管疾病患者内科临床药物治疗的现状与效果。方法：选取本院 2023 年 1 月—2025 年 6 月收治的 120 例心脑血管疾病患者，随机数字表法分为对照组（常规基础药物治疗，60 例）与观察组（在常规治疗基础上加用针对性联合用药方案，60 例）。结果：观察组治疗总有效率显著高于对照组，血液流变学指标改善程度优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：在卫生院心脑血管疾病内科治疗中，采用针对性联合用药方案，能提升治疗效果、改善患者血液流变学状态。

【关键词】：心脑血管疾病；内科药物治疗；药物治疗；血液流变学

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.097

乡镇卫生院内科的临床诊疗中，心脑血管疾病是兼具高发性与常见性的慢性病，其中以高血压、冠心病、缺血性脑卒中等类型最为多见，这类疾病的发病多与患者年龄增长、高血压或糖尿病等基础病缠身、长期保持吸烟酗酒、饮食油腻等不良生活习惯相关。基层群众因自身健康意识薄弱，再加上卫生院诊疗条件有限，使得这类疾病的临床漏诊率、病情复发率居高不下，极大降低了患者的日常生活质量。药物治疗是卫生院干预心脑血管疾病的核心手段，但受院内药物储备不足、医护人员诊疗水平有限等因素制约，常规单一用药方案往往疗效不佳，对药物不良反应的把控也不到位。为此，本研究旨在探讨卫生院心脑血管疾病患者内科临床药物治疗的现状与效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2023 年 1 月—2025 年 6 月内科收治的 120 例心脑血管疾病患者，随机数字表法分为观察组与对照组。观察组男 32 例、女 28 例，年龄 45—78 岁，平均（61.52±5.37）岁。对照组男 31 例、女 29 例，年龄 46—79 岁，平均（62.13±5.42）岁。两组一般资料对比（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入患者经 CT、MRI 检查确诊者。排除合并肝肾功能衰竭、恶性肿瘤、血液系统疾病者。

1.2 方法

对照组采用常规基础药物治疗：①阿司匹林肠溶片（规格 100mg/片），口服，1 次/d，1 片/次，睡前服用，主要发挥抗血小板聚集作用；②辛伐他汀片（规格 20mg/片），口服，1 次/d，1 片/次，每晚 1 次，调节血脂、稳定动脉粥样硬化斑块；③硝苯地平缓释片（规格 20mg/片），口服，2 次/d，1 片/次，早晚餐后服用，控制血压水平。疗程为 8 周，

观察组在对照组常规治疗基础上，加用氯吡格雷片与曲克芦丁注射液联合干预：①氯吡格雷片（规格 75mg/片），口服，1 次/d，1 片/次，与阿司匹林肠溶片间隔 12h 服用，增强抗血小板聚集效果，降低血栓形成风险；②曲克芦丁注射液（规格 2ml:60mg），静脉滴注，1 次/d，20ml/次，加入 5%葡萄糖注

射液 250ml 中稀释后输注，连续用药 2 周后停药，后续仅口服氯吡格雷片和对对照组基础药物，总疗程 8 周。

1.3 观察指标

（1）治疗总有效率：显效：患者经治疗后，头晕、胸闷、肢体麻木等临床症状完全消失，血压与心率恢复至正常水平，经 CT 检查可见病灶缩小幅度达到 70%及以上；有效：临床症状得到明显缓解，血压、心率控制良好，CT 检查显示病灶缩小 30%~69%；无效：症状无改善甚至加重，血压心率大幅波动，CT 检查病灶无变化或出现扩大。

（2）血液流变学指标：采集空腹静脉血 5ml，采用全自动血液流变仪检测全血高切黏度。

1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）、计量（与正态分布相符，由均数±标准差表示）资料分别行 χ^2 、t 检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 两组治疗总有效率对比

观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 治疗总有效率对比【n(%)】

组别	观察组	对照组	χ^2	P
例数	60	60		
显效	38(63.33)	25(41.67)		
有效	19(31.67)	23(38.33)		
无效	3(5.00)	12(20.00)		
总有效率	57(95.00)	48(80.00)	5.926	0.015

2.2 两组全血高切黏度对比

治疗后，观察组全血高切黏度降低幅度大于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表2 全血高切黏度对比 ($\bar{x} \pm s$, $\text{mPa} \cdot \text{s}$)

组别	观察组	对照组	t	P
例数	60	60		
治疗前	5.21 ± 0.43	5.18 ± 0.45	0.125	0.236
治疗后	4.12 ± 0.38	4.76 ± 0.41	3.914	0.048

3 讨论

心脑血管疾病作为临床常见慢性病，核心病理特征表现为血管损伤与血液流变学异常，其发病诱因较为复杂，主要关联动脉粥样硬化进展、血小板异常聚集、血液黏稠度上升，以及血压、血脂指标紊乱等因素。乡镇卫生院日常接诊的此类患者，以中老年群体为主体，且多为高血压、高血脂与糖尿病并存的情况，病程普遍较长且病情易反复。若临床治疗不及时，或用药方案缺乏针对性，极易诱发肢体偏瘫、心力衰竭、脑梗死复发等严重并发症，既加重患者身心痛苦，也增加家庭经济负担与基层医疗服务压力^[1]。乡镇卫生院作为基层医疗服务的核心阵地，受医疗资源配置、药品储备种类及诊疗水平有限等现实条件制约，在心脑血管疾病治疗中存在明显短板。具体而言，药物选择层面较为单一，临床多依赖阿司匹林、硝苯地平为基础药物，缺乏适配不同病情的个体化联合用药方案；医务人员层面，部分医护人员对疾病病理机制认知不够深入，临床用药剂量调整缺乏精准依据，直接影响治疗效果；患者层面，多数患者健康认知薄弱，常出现擅自停药、漏服药物等行为，导致病情控制不稳定^[2-3]。因此，结合基层卫生院诊疗实际，探索安全可靠、疗效确切且适配基层医疗条件的药物治疗方案，对提升乡镇卫生院心脑血管疾病诊疗质量、改善患者远期预后、减轻基层医疗负担，有着不可或缺的现实意义。

本研究选取阿司匹林、辛伐他汀联合硝苯地平作为对照组常规治疗药物，此常规治疗方案虽能对患者血压、血脂水平起到初步控制作用，同时抑制血小板聚集，但其治疗局限性较为明显。单一依靠上述三种药物，对患者血液流变学相关指标的改善效果欠佳，且临床中部分患者用药后易出现各类不良反应^[4]。针对这一问题，观察组在常规方案基础上，加用氯吡格雷片与曲克芦丁注射液开展联合干预。其中，氯吡格雷属于新型抗血小板药物范畴，可通过抑制血小板表面相关受体，阻断血小板聚集过程，与阿司匹林联合使用时，能发挥协同增效作用，进一步强化抗血栓效果。曲克芦丁注射液则可有效改善血管壁通透性，降低血液黏稠度，促进机体血液循环，短期静脉输注可快速减轻患者临床症状。二者联合使用，恰好契合心脑血管疾病需多靶点协同干预的临床治疗原则，提升干预针对性^[5]。本研究结果显示，观察组患者治疗总有效率达95.00%，高于对照组的80.00% ($P < 0.05$)，这一数据直观印证了多药联合治疗方案在临床应用中的显著优势。从治疗机制来看，对照组患者

采用单一药物治疗，仅能针对血压、血脂调控或血小板聚集抑制中的单一靶点发挥作用，无法全面改善疾病的病理生理状态，部分病情较重的患者因单一药物作用强度有限，难以有效控制临床症状，最终导致治疗无效。观察组采用“阿司匹林+氯吡格雷”双重抗血小板治疗，通过不同作用路径协同阻断血小板聚集过程，降低血栓形成风险，尤其适用于缺血性脑卒中和脑梗死患者。同时，曲克芦丁注射液可快速优化血管微循环功能，针对性增加病灶区域的血液灌注量，有效缓解患者头晕、肢体麻木等典型临床症状^[6]。辛伐他汀与硝苯地平联合使用，能稳定控制患者血脂水平及血压指标，为疾病恢复提供稳定的内环境基础。这种多靶点协同干预模式，实现了对症缓解症状与对因调控病理的有机结合，进而大幅提升了整体治疗有效率^[7]。

血液流变学指标异常是诱发和加重心脑血管疾病的核心病理基础之一。当患者全血高切黏度升高时，会直接造成血液流动速率减慢，促使血小板、红细胞发生异常聚集，进而形成血栓，加重血管管腔堵塞程度，最终诱发脑卒中、冠心病急性发作，或使原有症状进一步恶化。本研究结果显示，治疗结束后，观察组患者全血高切黏度降至 (4.12 ± 0.38) $\text{mPa} \cdot \text{s}$ ，相较于对照组的 (4.76 ± 0.41) $\text{mPa} \cdot \text{s}$ ($P < 0.05$)。这一数据表明，采用联合用药方案可有效改善心脑血管疾病患者的血液流变学状态。从作用机制来看，曲克芦丁注射液是改善患者血液黏稠度的关键用药。该药物可通过抑制红细胞异常聚集降低血液黏稠度，同时增强血管壁弹性、改善机体微循环，经短期静脉输注后能快速发挥药效。氯吡格雷与阿司匹林联合使用时，除了能强效抑制血小板聚集，还可间接减轻血小板聚集对血液流动性的干扰，进一步降低全血高切黏度。对照组仅采用阿司匹林单药治疗，该药物对血液黏稠度的改善作用较弱，整体治疗效果欠佳，导致治疗后患者全血高切黏度仍处于较高水平，无法有效降低血栓复发风险。这一差异的核心原因在于单药治疗仅能轻微缓解症状，难以从根源上调节血液流变学指标^[8]。研究提示，基层卫生院在治疗心脑血管疾病时，既要注重缓解患者临床症状，更要重视血液流变学指标的调控。联合用药方案可实现“症状控制+指标改善”的双重目标，从病理根源延缓疾病进展、减少并发症。该方案尤其适用于病程较长、血液黏稠度偏高的中老年患者，能有效降低疾病复发率，为患者长期预后提供有力保障^[9]。

结合本研究成果及基层卫生院诊疗实际，为提升心脑血管疾病救治质量，提出以下临床推广措施。其一，卫生院内科需优化核心用药方案，将阿司匹林联合氯吡格雷、辛伐他汀及硝苯地平的方案，定为心脑血管疾病内科诊疗首选。针对不同病症微调用药：缺血性脑卒中患者，可结合神经功能恢复情况，将曲克芦丁注射液输注时长延长；高血压合并冠心病患者，在监测血压波动基础上，逐步调整硝苯地平缓释片剂量，确保血压控制达标。其二，卫生院应强化医务人员专业培训，每月

组织1次专题学习,聚焦心脑血管疾病病理生理机制、联合用药配伍原则,重点培训药物剂量调整技巧及不良反应应急处理方法,考核合格后方可独立开展联合用药诊疗,杜绝因用药不当影响疗效。其三,医护人员需做好患者健康宣教,就诊时一对一告知遵医嘱用药的必要性,提醒患者切勿擅自停药、漏服,同时明确告知皮疹、头晕、胃肠道不适等常见不良反应症状,指导患者及时察觉异常并就医。其四,诊疗团队要完善病情监测体系,每2-4周为患者检测血压、血脂及血液流变学指标,建立指标动态变化台账,据此调整治疗方案,落实个体化诊疗。

综上所述,基层卫生院内科接诊的患者中,心脑血管疾病

占比居高不下,这类疾病不仅病程长,还易引发并发症,严重威胁辖区群众健康。因此,优化这类疾病的药物治疗方案,是基层卫生院提升内科诊疗质量的核心抓手。针对接诊患者,采用阿司匹林联合辛伐他汀、硝苯地平、氯吡格雷及曲克芦丁的综合用药方案,临床应用后,不仅明显提高了治疗总有效率,还能有效降低患者全血高切黏度。后续,基层卫生院需进一步探索心脑血管疾病个体化联合治疗模式,结合患者年龄层次、基础慢性病及病情轻重程度调整用药细节,同时加强与上级医院的诊疗协作,引进先进治疗理念与技术,稳步提升基层心脑血管疾病救治能力。

参考文献:

- [1] 汤博睿,王华光,王鑫,等.心脑血管疾病患者围手术期抗栓药物治疗临床路径管理评价[J].药物流行病学杂志,2023,32(2):138-150.
- [2] 吴晓康,熊朝亮,张月,等.468例心脑血管疾病患者抗栓药物治疗相关基因多态性分布分析[J].分子诊断与治疗杂志,2025,17(12):2318-2321.
- [3] 曾俏乐.常见心脑血管疾病的药物治疗[J].家庭医药,2023(6):43.
- [4] 施铭岗,佟小光.心脑血管疾病的"脑心同治"[J].中国现代神经疾病杂志,2024,24(1):17-21.
- [5] 张文帅.活血化瘀药物在心脑血管疾病治疗中的应用[J].中国保健营养,2021,31(8):179.
- [6] 黄延平,张旭雅.心脑血管疾病治疗中活血化瘀药物的作用分析[J].中国社区医师,2021,37(14):106-107.
- [7] 杨贵忠,赵金娟.心脑血管疾病药物不良反应的临床分析及其合理应用对策[J].中国保健营养,2021,31(15):205.
- [8] 王彬.心脑血管类疾病治疗药物对老年慢性病的影响[J].中国医药工业杂志,2023,54(10):1528-1529.
- [9] 王奥奥,李磊,李瑛,等.中药来源多肽类活性成分治疗缺血性心脑血管疾病的研究进展[J].中国中药杂志,2021,46(21):5576-5584.