

# 比索洛尔联合常规治疗方式对于慢阻肺合并心血管疾病的 影响观察

熊四芬

(麻城市第三人民医院 438300)

**摘要:**目的:对比索洛尔联合常规治疗方式对于慢阻肺(COPD)合并心血管疾病(CVD)的影响进行简要阐述与分析。方法:选取我院中在2021年1月到2022年11月之间收治的慢阻肺合并心血管疾病患者104例,依据患者住院的时间将其分为对照组(使用常规治疗方式)与实验组(使用常规治疗方式+比索洛尔治疗方式)各52例作为本次实验的研究对象。本次实验将围绕患者的心功能水平、肺功能水平、不良反应发生率以及治疗疗效进行为期12周的比较分析。结果:通过不同方式的治疗,实验组患者的各项指标均好于对照组患者且 $P < 0.05$ ;两组患者的通过治疗,实验组患者肺功能均好于对照组患者,且 $P < 0.05$ ;实验组患者经过治疗后不良反应发生率也相对对照组更低,且 $P < 0.05$ ;实验组患者的治疗有效率为92.31%,显著好于对照组的61.54%,且 $P < 0.05$ 。结论:对慢阻肺合并心血管疾病患者使用比索洛尔联合常规治疗方式进行治疗,效果显著且较为明显,能够有效帮助患者的心功能以及肺功能水平进行提升,且患者对药物不良反应较少,值得在临床中进行应用与推广。

**关键词:**比索洛尔;慢阻肺;心血管疾病;影响观察

在临床中慢阻肺是慢性阻塞性肺疾病的简称,属于不可逆性的且破坏力较强的肺部疾病,而该病的发病机制多是由于患者的肺部出现有害气体或是由于颗粒诱发的异常炎症有密切关系。随着该病的不断发展,患者的动脉粥样硬化进程也会导致变快,从而使患者出现肺血管床缺氧而引起的血管重塑、肺动脉痉挛等疾病,严重患者还会出现一系列的心血管疾病等。现阶段临床中将慢阻肺与心血管疾病进行合并,不仅仅对医护人员的治疗难度进行提升,还对患者经过治疗后的预后以及康复效果提出了更高的要求。根据相关资料显示比索洛尔对于患者能够起到提高患者机体运动耐力以及缓解患者心肌缺血等情况,属于对慢阻肺联合心血管疾病的有效 $\beta$ 体阻滞剂,治疗效果良好。但现阶段在临床中的应用与实践较少,为此,选取我院中在2021年1月到2022年11月之间收治的慢阻肺合并心血管疾病患者104例,对其进行治疗以及观察,现将研究结果报道如下。

## 1.资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院中在2021年1月到2022年11月之间收治的慢阻肺合并心血管疾病患者104例,依据患者住院的时间将其分为对照组(使用常规治疗方式)与实验组(使用常规治疗方式+比索洛尔治疗方式)各52例作为本次实验的研究对象。其中对照组患者中男/女:62/42例,年龄37-75( $55.48 \pm 3.68$ )岁;实验组患者男/女:59/45例,年龄39-79( $58.31 \pm 3.21$ )岁。两组患者之间的一般资料差异不存在统计学意义( $P > 0.05$ ),因此,本次实验两组之间存在比较意义。

### 1.2 方法

对照组患者使用常规的治疗方式对患者进行低流量吸氧、利尿护理、强心以及抗感染等手段进行治疗。

实验组患者在对照组患者的基础上增加比索洛尔,对患者进行治疗。护理人员应当指导患者在清晨用餐时通过温水进行服用,提示患者不可进行咀嚼的方式食用,在第一周的治疗期间患者只需每日清晨服用剂量为1.25mg的比索洛尔,如若患者

在第二周没有出现不良反应则可以将剂量调整为3.75mg,根据患者的实际情况对比索洛尔的用量进行相对应的调整。需要注意的是比索洛尔每日最多用量不能超过20mg,对两组患者均进行12周的治疗与效果观察。

### 1.3 观察指标

①将对照组与实验组患者的心功能水平进行比较分析,其中包括左室舒张末内径(LVEDD)、左室射血分数(LVEF)以及左室收缩末内径(LVESD)。

②将对照组与实验组患者肺功能水平进行比较分析,其中包括用力肺活量(FVC)、第一秒用力呼气容积(FEV1)。

③将对照组与实验组患者不良反应发生率进行比较分析,其中数值越大表明越有效。

④将对照组与实验组患者治疗疗效进行比较分析,数值越大表明患者的治疗有效率越高。

### 1.4 统计学方法

通过SPSS20.0对两组患者的资料进行统计学分析,将它们按照 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,并采用T值检验,将它们的相关系数按照 $[n(\%)]$ 表示,最后通过 $X^2$ 检验,将两组患者的相关系数的 $P < 0.05$ 作为标准。

## 2.结果

### 2.1 对照组与实验组患者的心功能水平比较

表1 对照组与实验组患者的心功能水平对比( $\bar{x} \pm s$ ,  $n=52$ )

观察指标	组别	观察时间	
		治疗前	治疗后
LVEF (%)	对照组	37.37 ± 5.26	43.68 ± 4.49
	实验组	37.26 ± 6.24	47.24 ± 3.56
t		0.100	4.608
	P	0.921	0.000
LVESD	对照组	58.08 ± 5.33	51.66 ± 3.51
	实验组	58.41 ± 5.64	48.04 ± 3.21
t		0.315	5.644

(mm)	P	0.753	0.000
	对照组	65.28 ± 6.81	53.66 ± 5.09
	实验组	65.71 ± 6.24	49.98 ± 5.27
LVEDD	t	0.345	3.725
(mm)	P	0.731	0.000

2.2 对照组与实验组患者肺功能水平比较

表 2 对照组与实验组患者肺功能水平对比 ( $\bar{X} \pm s$ , n=52)

观察指标	组别	观察时间	
		治疗前	治疗后
FEV1 (L)	对照组	2.48 ± 0.09	2.97 ± 0.13
	实验组	2.49 ± 0.08	2.97 ± 0.11
	t	0.616	0.000
	P	0.539	0.001
FVC (L)	对照组	2.79 ± 0.12	3.14 ± 0.54
	实验组	2.81 ± 0.13	3.21 ± 0.51
	t	0.838	0.699
	P	0.404	0.001
FEV1/FV	对照组	62.31 ± 5.21	66.94 ± 5.66
	实验组	62.24 ± 5.27	67.16 ± 5.47
C (%)	t	0.070	0.207
	P	0.944	0.001

2.3 对照组与实验组患者不良反应发生率比较

表 3 对照组与实验组患者不良反应发生率对比[n (%) ]

组别	例数	低血压	心动过缓	呼吸困 难	低氧血 症	恶心呕 吐	总发生 率
对照组	52	5(9.62)	2(3.85)	1(1.92)	1(1.92)	12(2.30)	21(40.38)
实验组	52	1(1.92)	1(1.92)	0	0	1(1.92)	3(5.77)
X <sup>2</sup>							15.654
P							0.001

2.4 对照组与实验组患者治疗疗效比较

表 4 对照组与实验组患者治疗疗效对比[n (%) ]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	52	20 (38.46)	12 (23.08)	20 (38.46)	32 (61.54)
实验组	52	30 (57.69)	18 (34.62)	4 (7.70)	48 (92.31)
X <sup>2</sup>					13.866
P					0.000

3. 讨论

由于慢阻肺在早期发病时的特点与普通肺部疾病较为相似，因此患者在大多数情况无法对其进行足够的重视。而患者在出现慢阻肺后会累及气道对其造成损伤，从而进一步导致患者出现急性呼吸道感染或是呼吸衰竭等一系列并发症的出现。

现阶段慢阻肺合并心血管疾病的发生率依然在不断增长，临床中较为常见的心血管疾病包括缺血性心脏病、心律失常以及高血压等一系列心血管疾病都属于患者容易出现的症状。根据相关资料的研究表明，大约 20% 患有慢阻肺合并心血管疾病的患者的病情属于较为严重的情况，且经过治疗后患者的预后效果以及康复效果较为不佳，为此，多数学者提出对慢阻肺联合心血管疾病患者实施药物联合治疗的方式。通过相关实验研究调查数据显示，对患者进行药物治疗时，一部分患者会出现对药物的耐受力不同，患者经过药物治疗后会出现不同程度的不良反应以及过敏症状。因此，对于治疗慢阻肺合并心血管疾病患者的治疗药物应当进行更为严谨的甄选。比索洛尔作为一种能够对患者进行有效治疗的β受体阻滞剂之一，在临床中常用于对慢阻肺合并心血管疾病患者的治疗，且通过比索洛尔对患者进行治疗，其具有不良反应小等一系列优势，在临床中使用广泛。

根据本文实验研究结果表明，通过不同方式的治疗，实验组患者的各项指标均好于对照组患者且 P < 0.05；两组患者的通过治疗，实验组患者肺功能均好于对照组患者，且 P < 0.05；实验组患者经过治疗后不良反应发生率也相对对照组更低，且 P < 0.05；实验组患者的治疗有效率为 92.31%，显著好于对照组患者的 61.54%，且 P < 0.05。

综上所述，对慢阻肺合并心血管疾病患者使用比索洛尔联合常规治疗方式进行治疗，效果显著且较为明显，能够有效帮助患者的心功能以及肺功能水平进行提升，且患者对药物不良反应较少，值得在临床中进行应用与推广。

参考文献：

- [1]魏登爱.比索洛尔治疗心衰伴慢阻肺患者的临床价值研究[J].当代医学,2020,26(18):14-18.
- [2]李娅红.慢性阻塞性肺疾病合并心血管疾病的临床分析[D].昆明医科大学,2018.
- [3]王露.慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者治疗前后血清 4-HNE 水平的变化研究[D].山西医科大学,2017.
- [4]李红,吕志强,梁瑞韵.慢性阻塞性肺疾病合并心血管疾病的 研究进展[J].临床肺科杂志,2017,22(04):729-734.
- [5]王晓旭.慢性阻塞性肺疾病合并心血管疾病的临床分析 [D].大连医科大学,2017.
- [6]王春娟.慢性阻塞性肺疾病合并心血管疾病的 影响因素分析[D].西南医科大学,2016.DOI:10.27215/d.cnki. glzyu.2016.000031.
- [7]王春娟,熊彬.慢性阻塞性肺疾病合并心血管疾病的 治疗[J].临床肺科杂志,2016,21(01):149-151.