

阿托伐他汀钙联合美托洛尔治疗冠心病心绞痛的临床观察

柳建友

山海关人民医院 河北 秦皇岛 066200

【摘要】目的：探讨冠心病（CHD）伴心绞痛患者采用阿托伐他汀+美托洛尔治疗的临床效果。**方法：**选取2021年1—12月我院收治的90例CHD伴心绞痛患者作为此次研究对象，按照随机抽选法将其分为参照组（采用阿托伐他汀治疗）与干预组（采用阿托伐他汀+美托洛尔治疗），每组45例。对比两组患者的治疗总效率、心功能改善情况[射血分数（LVEF）、左心质量指数（LVMI）、左心室收缩末期径（LVSD）、左室内径（LVED）、左心房舒张期内径（LVDD）]、症状改善情况（心绞痛发作次数与发作时间）及不良反应发生率（心律失常、血压过低、消化道症状）。**结果：**干预组总效率（95.56%）高于参照组（82.22%），差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。治疗前，两组患者心功能改善情况对比差异无统计学意义， $P>0.05$ ；治疗后，干预组LVEF高于参照组，LVMI、LVSD、LVED、LADD等指标均低于参照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。治疗前，两组患者发作次数与发作时间对比差异无统计学意义， $P>0.05$ ；治疗后，干预组发作次数与时间均低于参照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。干预组不良反应发生率（8.89%）与参照组（20.00%）相比差异无统计学意义， $P>0.05$ 。**结论：**对CHD患者伴心绞痛患者开展阿托伐他汀+美托洛尔治疗，可在提升临床整体疗效的同时，显著改善患者各项心功能指标，减少心绞痛发作次数与时间，药物安全性较高，值得应用与推广。

【关键词】冠心病心绞痛；阿托伐他汀；美托洛尔；心功能改善

【中图分类号】 R541.4

【文献标识码】 B

【文章编号】 2096-1685(2022)11-0076-03

冠心病(coronary atherosclerotic heart disease, CHD)是临床心内科常见病之一,其典型症状为心绞痛,一般多见于40岁以上中老年人群,且男性发病率高于女性^[1]。CHD通常是由于机体冠状动脉供血与心肌血氧量发生矛盾,导致冠状动脉血流量无法满足机体心肌代谢需要,进而引起心肌缺血缺氧,造成心绞痛的发生,情况严重者可演变为心肌梗死;其发病诱因常包括急性循环障碍、阴雨天气、受寒、饱食、情绪激动及过度劳累等,对患者生命健康造成一定影响,同时在一定程度上降低患者的生活质量,影响其病情恢复速度^[2]。目前我国对于CHD的治疗方案大多采用钙离子阻滞剂与硝酸酯制剂等药物,以达到改善患者心肌供血与供血情况,并避免症状加重的目的。其中,阿托伐他汀作为临床治疗CHD心绞痛的常用药物,能有效调节低密度脂蛋白、胆固醇及血脂等指标;但经临床实践发现,单一使用该药物的治疗效果不及联合用药的效果,因此,临床更主张选择联合用药的治疗方案^[3]。美托洛尔作为临床一种高选择性 β 受体阻断剂,在对交感神经兴奋性起到调节作用的同时,能保护心肌细胞、降低心肌耗氧量,且能降低心房自律性与心肌收缩力,以此缓解患者心绞痛症状。鉴于此,本文旨在对CHD伴心绞痛患者开展美托洛尔+阿托伐他汀治疗的临床效果进行深入探讨,现将研究结果阐述如下。

1 资料与方法

1.1 基线资料

纳入我院2021年1—12月收治的90例CHD心绞痛患者作为研究对象,按照随机抽选法将其分为参照组与干预

组,每组45例。参照组中男性28例,女性17例;年龄45~85岁,平均年龄(67.91 \pm 3.67)岁;病程1~9个月,平均病程(4.67 \pm 0.15)月;心绞痛分期:I级12例,II级14例,III级19例。干预组中男性27例,女性18例;年龄45~85岁,平均年龄(67.95 \pm 3.64)岁;病程1~9个月,平均病程(4.62 \pm 0.13)月;心绞痛分期:I级13例,II级13例,III级19例。两组患者基线资料对比差异无统计学意义, $P>0.05$,研究可比。所有患者及其家属均知晓本次研究目的,并自愿参加并签署知情同意书;此次研究均经我院伦理委员会批准同意。

纳入标准：(1)患者基本资料与病历资料完整;(2)符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》^[4]诊断标准;(3)经冠状动脉造影和超声心动图检查确诊为CHD^[5];(4)治疗依从性良好;(5)无其他恶性肿瘤疾病;(6)神志与认知清晰,可配合医疗人员完成相关检查以及治疗工作。

排除标准：(1)伴有急性心肌梗死或心律失常;(2)近期开展对症治者;(3)研究药物过敏者;(4)肝肾功能障碍者;(5)存在血液系统疾病;(6)精神障碍或认知异常者;(7)研究中途退出者。

1.2 方法

1.2.1 参照组采取阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司,国药准字H20051408,规格为20mg/片)口服治疗,40mg/次,2次/d。

1.2.2 干预组在参照组的基础上,服用酒石酸美托洛尔片(阿斯利康制药有限公司,国药准字H32025390,规格为

25mg/片)治疗,3次/d,6.25mg/次。治疗周期为6个月。

1.3 观察指标

1.3.1 比较两组总有效率 共分为显效、有效及无效三个等级。显效:患者呼吸困难、胸痛及乏力等临床症状完全改善,心绞痛发作次数减少80%;有效:患者临床症状轻微改善以及心绞痛发作次数减少60%;无效:患者临床症状以及心绞痛发作次数未得到缓解并加重。总有效率等于显效加有效之和。

1.3.2 两组心功能改善情况对比 指标包括射血分数(LVEF)、左心质量指数(LVMI)、左心室收缩末期径(LVSD)、左室内径(LVED)、左心房舒张期内径(LVDD)。

1.3.3 两组症状改善情况对比 包括治疗前后心绞痛发作次数与发作时间。

1.3.4 比较两组患者不良反应发生率 主要包括心律失常、血压过低、消化道症状等。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计软件对所得数据进行分析处理,计数

资料采用百分率(%)表示,以 χ^2 检验,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,以 t 检验, $P<0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组总有效率对比

干预组治疗总有效率高于参照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$,见表1。

表1 比较两组患者总有效率[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
参照组	45	24	13	8	37 (82.22)
干预组	45	28	15	2	43 (95.56)
χ^2	—	—	—	—	4.050
P	—	—	—	—	0.044

2.2 两组患者心功能改善情况对比

治疗前,两组患者心功能改善情况对比差异无统计学意义, $P>0.05$;治疗后,干预组LVEF高于参照组,LVMI、LVSD、LVED、LADD等指标均低于参照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表2。

表2 比较两组患者心功能改善情况($\bar{x}\pm s$)

组别	n	LVEF (%)	LVMI (g/m2)	LVSD (mm)	LVED (mm)	LADD (mm)	
参照组 (n=45)	治疗前	38.61±5.23	104.58±11.14	64.98±6.18	65.11±1.13	60.31±3.18	
	治疗后	49.68±1.54	93.57±1.24	42.34±1.71	52.57±1.49	37.16±1.41	
	t	—	37.678	6.589	23.685	44.984	44.643
	P	—	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
干预组 (n=45)	治疗前	37.98±5.14	104.47±11.02	64.84±6.11	65.08±1.21	60.41±3.21	
	治疗后	63.72±1.34	73.91±1.53	35.66±1.15	47.60±1.45	33.39±1.19	
	t	—	32.507	18.426	31.484	62.090	52.945
	P	—	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	t _{治疗前区间} 值	—	0.576	0.047	0.108	0.122	0.148
	P _{治疗前区间} 值	—	0.566	0.963	0.914	0.904	0.882
	t _{治疗后区间} 值	—	46.137	66.967	21.745	16.036	13.707
	P _{治疗后区间} 值	—	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

2.3 两组患者症状改善情况对比

治疗前,两组患者发作次数与发作时间差异无统计学意义,

$P>0.05$;治疗后,干预组发作次数与时间等指标均低于参照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表3。

表3 比较两组患者症状改善情况($\bar{x}\pm s$)

组别	n	发作次数(次/周)		发作时间(min/次)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	45	11.52±1.84	2.63±0.51	8.60±1.23	2.69±1.64
干预组	45	11.53±1.79	5.32±0.19	8.12±1.27	5.47±1.19
χ^2	—	0.026	33.156	1.821	0.204
P	—	0.979	0.001	0.072	0.001

2.4 两组患者不良反应发生率对比

两组患者不良反应发生率对比差异无统计学意义,

$P>0.05$,见表4。

表4 比较两组患者不良反应发生率[n(%)]

组别	n	心律失常	血压过低	消化道症状	总发生率
参照组	45	2	4	3	9 (20.00)
干预组	45	1	2	1	4 (8.89)
χ^2	—	—	—	—	2.248
P	—	—	—	—	0.133

3 讨论

CHD 心绞痛是指机体冠状动脉出现供血不足,造成心肌缺氧缺血,进而引起心绞痛的一种疾病,其主要症状表现为胸痛^[6]。CHD 心绞痛主要发病机制是由于高脂血症、糖尿病、高血压等疾病造成冠状动脉内皮功能损伤和紊乱,内膜出现增厚及粥样斑块,导致冠状动脉血管出现闭塞或狭窄。CHD 疾病常伴有持久性白细胞增多、发热、胸骨疼痛等症状,若未及时给予治疗,将会造成心肌缺血性坏死,形成不可逆性病变,故临床对 CHD 患者积极寻找有效且安全的治疗方式具有重要意义。相关研究表明^[7],降低心肌缺氧敏感性、改善冠状动脉供血及血液循环情况对治疗 CHD 心绞痛患者具有重要意义。

阿托伐他汀是治疗 CHD 的首选药物,其作为他汀类药物,具有抵抗血管炎症和血小板凝聚作用;同时,该药物是一种具有高选择性的还原酶抑制剂,可有效抑制体内胆固醇的合成,改善高、低密度脂蛋白水平,以达到缓解冠状动脉粥样硬化的作用,具有改善冠状内皮细胞的重要价值^[8]。而美托洛尔作为一种 β 受体阻滞剂,已在临床得到广泛运用;该药物能减缓患者心率加快症状,降低外周血管阻力,有效抑制 β 受体的活性,从而降低机体心肌受损程度,保护心肌细胞,改善患者心脏功能^[9];上述两种药物均具有保护心脏的作用。本次研究结果表明,干预组总有效率高于参照组;干预 LVEF 高于参照组, LVMI、LVSD、LVED、LADD 等指标均低于参照组;干预组发作次数少于参照组,发作时间短于参照组,差异均具有统计学意义, $P < 0.05$ 。两组不良反应发生率差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。研究结果证实,将阿托伐他汀+美托洛尔两种药物联合使用的疗效更佳,安全性较好。分析原因为阿托伐他汀不仅有降脂效果,还具有抗炎、改善血管内皮、避免血栓形成、稳定斑块等作用。美托洛尔能有效降低患者体内儿茶酚胺,从而缓解心肌毒性作用^[10]。另外,美托洛尔可提高 β_1 受体数量,延长心室舒张期时间,使患者心室血液保持充盈状态,显著提高心室搏出量,缓解其心功能症状;同时,该药物通过保护交感神经,阻断心肌重塑,具有降低一氧化碳和血压水平、减缓心率的效果。将两种药物联合应用,能帮助患者改善脂质代谢紊乱,减轻氧自由基对血管内皮造成的损伤,不仅能改善血流动力学,还能维持氧气供需稳定,增强治疗效果^[11-12]。

综上所述,对 CHD 伴心绞痛患者实施阿托伐他汀+美托洛尔治疗可收获确切的效果,不仅能提升临床整体治疗效果,还能显著改善患者 LVEF、LVMI、LVSD、LVED、LADD 等心功能指标,降低心绞痛发生率,同时具有较高的治疗安全性,在临床治疗中具有较高的应用价值。

参考文献

[1] 邱国,梁锦锋,冯燊龙.美托洛尔联合阿托伐

他汀治疗冠心病心绞痛的疗效观察[J].现代药物与临床,2021,36(9):1927-1930.

[2] 刘喜花,郑汝杰,程桂花.阿托伐他汀联合美托洛尔治疗老年冠心病合并心衰的临床效果[J].解放军预防医学杂志,2019,37(4):77-78.

[3] 李菲,闫晓凡,杜宗凤.小剂量阿托伐他汀钙对老年冠心病伴心力衰竭患者 BNP、hs-CRP 水平的影响[J].河北医药,2021,43(11):1665-1667,1671.

[4] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J].中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.

[5] 张建军,董楠,周锦豹,等.美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病伴心力衰竭患者的疗效及对心肌重构的影响[J].检验医学与临床,2021,18(6):833-836.

[6] 梁泽明,向宗兴.曲美他嗪联合美托洛尔治疗冠心病合并左心室功能不全疗效及对患者心功能的影响[J].陕西医学杂志,2021,50(4):476-478.

[7] 陈文明,卓名,李伟杰,等.美托洛尔联合参松养心胶囊治疗老年冠心病伴快速心律失常的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(5):795-797.

[8] 曹新福,李享,刘红旭,等.稳心颗粒联合美托洛尔治疗冠心病心律失常有效性及安全性的系统评价[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(1):14-23.

[9] 王海珍,胡兴兵,黄菊霞.不同剂量美托洛尔治疗对冠心病心绞痛患者血清髓过氧化物酶、基质金属蛋白酶-9 水平的影响[J].川北医学院学报,2021,36(1):107-110.

[10] 宋晓燕,张毅,雷小宝,等.不同剂量阿托伐他汀钙治疗对冠心病合并高血压患者血脂、血管内皮功能及动态血压水平的影响[J].海南医学,2021,32(21):2736-2739.

[11] CHEN Y D, YANG X C, NGUYEN P V, et al. Resting heart rate control and prognosis in coronary artery disease patients with hypertension previously treated with bisoprolol: a subgroup analysis of the BISO-CAD study[J].中华医学杂志英文版,2020,133(10):1155-1165.

[12] HUANG Z J, LI Q, YE W X, et al. Efficacy and Safety of Ezetimibe in Combination with Atorvastatin for Acute Coronary Syndrome Patients Accompanied with Type 2 Diabetes: A Single-Center, Non-randomized Cohort Study[J]. Chemical and Pharmaceutical Bulletin,2019,67(5):419-425.