

早发冠心病急性心肌梗死患者中瑞舒伐他汀和阿托伐他汀的应用评价

李 范

长沙市中心医院 410000

[摘要] 目的 探讨评价在早发冠心病急性心肌梗死患者中瑞舒伐他汀与阿托伐他汀的应用效果。**方法** 以 80 例早发冠心病急性心肌梗死患者为对象, 随机分为甲组和乙组, 均接受同样的支持治疗, 并分别给予瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗。以治疗前后血脂、血清超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 和左室射血分数 (LVEF) 变化、随访 6 个月内不良心血管事件发生率为观察指标。**结果** 治疗后两组胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白-胆固醇 (LDL-C)、血清 hs-CRP 水平均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$), 而高密度脂蛋白-胆固醇 (HDL-C) 和 LVEF 均较治疗前显著升高 ($P < 0.05$), 且甲组治疗后 TC、LDL-C 和血清 hs-CRP 均远低于乙组 ($P < 0.05$), 甲组 LVEF 远高于乙组 ($P < 0.05$); 甲组不良心血管事件发生率远低于乙组 ($P < 0.05$)。**结论** 两种药物治疗早发冠心病急性心肌梗死患者均能调节血脂、控制炎症反应、改善心功能, 但是瑞舒伐他汀的效果更佳, 还可显著降低不良心血管事件的发生风险。

[关键词] 冠心病; 急性心肌梗死; 瑞舒伐他汀; 阿托伐他汀

[中图分类号] R541.4

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 01-074-02

现代医学水平条件下, 心血管病的发病率和检出率均不断增加, 其对人体健康和生命安全的危害与已经引起医学界研究人员的广泛关注。早发冠心病急性心肌梗死患者治疗的关键在于降脂, 减轻血管内皮损伤, 他汀类药物在此类患者中具有积极的治疗作用^[1]。为了对比不同他汀类药物对此类患者的治疗效果, 以便为临床合理用药提供参考, 本研究特进行临床对照试验, 对比评价瑞舒伐他汀与阿托伐他汀的应用效果及价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料

自医院心血管内科 2015 年 2 月-2016 年 7 月收治的患者中筛选出 80 例早发冠心病急性心肌梗死患者, 根据 PEMS3.0 软件包中随机数字表分为甲组和乙组。甲组 40 例患者中共有 22 例男性、18 例女性, 年龄区间 42-86 岁, 平均 (56.7±5.9) 岁, 合并高脂血症者 25 例; 乙组 40 例患者中共有 24 例男性、16 例女性, 年龄区间 40-88 岁, 平均 (57.1±6.3) 岁, 合并高脂血症者 23 例。甲组和乙组一般资料数据间无统计学差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

所有对象均实施支持治疗, 包括溶栓、保护心功能、预防感染、利尿、维持水和电解质平衡等; 甲组和乙组分别给予

瑞舒伐他汀 (生产厂家: 阿斯利康制药, 批准文号: 国药准字 J20090091) 和阿托伐他汀 (生产厂家: 辉瑞制药, 批准文号: 国药准字 J20030047), 用药剂量分别为 10mg/次 和 20mg/次, 用药频率均为 1 次/d, 持续治疗时间均为 6 个月。

1.3 观察指标

以治疗前后相关指标变化和随访 6 个月内不良心血管事件发生率为观察指标, 其中相关指标包括血脂、血清 hs-CRP 和 LVEF, 其中血脂采用常规生化检验测得, 血清 hs-CRP 利用全自动生化分析仪测得, LVEF 利用超声心动图测得。

1.4 统计学分析

将 SPSS17.0 软件作为统计学工具, 借助其中的 t 、 χ^2 检验计量 (χ^2 s) 和计数 (%) 资料, $P < 0.05$ 可认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 相关指标比较

治疗后两组胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白-胆固醇 (LDL-C)、血清 hs-CRP 水平均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$), 而高密度脂蛋白-胆固醇 (HDL-C) 和 LVEF 均较治疗前显著升高 ($P < 0.05$), 且甲组治疗后 TC、LDL-C、血清 hs-CRP 和 LVEF 与乙组均存在统计学差异 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 相关指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	hs-CRP (mg/L)	LVEF (%)
甲组	40						
治疗前		5.6±1.0	2.4±0.7	3.8±1.0	1.4±0.3	14.3±3.1	46.8±3.6
治疗后		3.4±0.7 ^{ab}	1.5±0.4 ^a	1.5±0.4 ^{ab}	1.8±0.4 ^a	2.4±0.6 ^{ab}	52.3±4.1 ^{ab}
乙组	40						
治疗前		5.5±1.1	2.3±0.6	3.9±0.9	1.4±0.4	14.1±3.0	46.5±3.8
治疗后		4.2±0.8 ^a	1.6±0.4 ^a	1.9±0.5 ^a	1.8±0.5 ^a	5.1±1.2 ^a	49.5±4.3 ^a

注: 与治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与乙组比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.2 不良心血管事件发生率比较

随访期间甲组无不良心血管事件发生, 乙组有 2 例再发急性心肌梗死、1 例进展为慢性心力衰竭、1 例猝死, 两组不良心血管事件发生率分别为 0.00%、10.00%, 组间差异显著 ($\chi^2=3.497$, $P=0.043$)。

3 讨论

他汀类药物在早发冠心病急性心肌梗死患者治疗中具有多重作用, 如降低血脂、控制炎症反应、改善血管内皮功能、改善心功能、减轻心肌负荷等, 因而在临床实践中得到了广泛的推广和使用, 以瑞舒伐他汀和阿托伐他汀最为常见^[2]。阿

托伐他汀是一种强效的调脂药物, 能够进入细胞膜及细胞核, 见效快, 且对心功能有一定的改善作用。瑞舒伐他汀能够在降脂的同时抗血小板凝聚, 疏通梗阻血管, 抑制血栓形成。此外, 该药物还可改善血管平滑肌增生, 改善血管内皮功能, 积极防治不良心血管事件^[3]。将瑞舒伐他汀与阿托伐他汀在早发冠心病急性心肌梗死患者中的作用效果进行对比可知, 前者的疗效更理想, 作用更强。

本研究结果中, 治疗后甲组 TC、LDL-C、血清 hs-CRP 和 LVEF 水平均明显优于本组治疗前和乙组治疗后, 证实相较于阿托伐他汀, 瑞舒伐他汀对早发冠心病急性心肌梗死患者的

(下转第 77 页)

目前临床上对恶性胸腔积液的治疗主要是采用化疗方式,其能有效促进胸腔积液吸收,改善患者的临床症状。但由于多数原发性肿瘤对常规化疗药物敏感度较差,因此需要根据患者的实际情况选择相应的药物对其进行治疗。奥沙利铂是一种新的铂类衍生物,其通过代谢产物与 DNA 进行交联,让 DNA 和 RNA 的合成受到抑制,并对肿瘤细胞的凋亡起到诱导作用,从而让机体的免疫学反应被触发后发挥抗肿瘤活性^[4]。胸腺肽是胸腺组织上皮细胞分泌的多肽激素,其能对 T 细胞的成熟起到促激活作用,从而让患者机体的细胞免疫的得到激活^[5]。

本研究对奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌恶性胸腔积液的临床效果进行分析,两组治疗有效率相比试验组高于对照组,数据相比 $P < 0.05$ 。两组治疗后免疫功能各项指标相比试验组优于对照组,数据相比 $P < 0.05$ 。并且两组消化道反应、发热和骨髓抑制等不良反应发生率相比试验组低于对照组,数据相比 $P < 0.05$ 。说明奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌恶性胸腔积液的临床效果显著,值得在临床上推广应用。

表 3: 消化道反应、发热和骨髓抑制等不良反应发生率对

比(例/%)

组别	消化道反应	发热	骨髓抑制	发生率(%)
试验组	3 (7.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	15.00
对照组	6 (15.00)	4 (10.00)	4 (10.00)	35.00
χ^2				4.2667
P				0.0388

[参考文献]

- [1] 鹿进宝. 奥沙利铂联合胸腺肽在肺癌合并恶性胸腔积液的应用效果 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(14):2705.
- [2] 杨明生, 任中海. 奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌合并恶性胸腔积液的临床观察 [J]. 中国药房, 2016, 27(27):3767-3770.
- [3] 李琪, 肖贵华, 程长浩. 康莱特联合奥沙利铂胸腔灌注治疗恶性胸腔积液及对 RCAS1、VEGF 表达的影响 [J/OL]. 现代肿瘤医学, 2016, 24(11):1736-1739.
- [4] 梁锡堂, 马国平, 高雪平. 奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌恶性胸腔积液临床疗效分析 [J]. 河北医药, 2015, 37(13):1994-1996.
- [5] 贾金明, 吕东华, 李中华, 牛彩勤. 奥沙利铂行胸腔热灌注治疗恶性胸水的疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2014, 12(13):103-104.

(上接第 73 页)

下腔出血、脑组织挫裂伤以及不当手术操作,使得脑组织坏死或蛛网膜粘连,对其蛛网膜下腔造成阻塞,影响脑脊液的吸收,从而导致出现脑积水^[3];同时患者在去骨瓣减压治疗后,其颅脑处于缺损状态,这样会影响颅脑内外平衡,导致脑组织变形或位移,扩大脑腔,使得脑脊液产生,出现脑脊液循环和吸收障碍,诱发或加重患者的脑积水。

以往为脑外伤伴脑积水患者实施治疗主要是在其早期脑室-腹腔分流术后的 3 个月-6 个月,在其脑膨出消失后,为患者实施颅骨修补术治疗,这样可以避免纤维结缔组织膜或硬脑膜缺损所致的皮瓣下积液或感染的出现^[4]。但是脑外伤患者伤后 3 个月内为最佳的恢复期,而延期手术的时间较长,会延误患者的最佳恢复时间。而早期脑室-腹腔分流术后,为患者同期实施颅脑修补术治疗,可避免患者因颅骨缺损而出现颅脑容积变化的情况,减少脑积水对其神经系统的不良损伤,防止脑膨出骨窗疝的形成。同时,同期手术可以将暴露时间缩短,维持颅内压的稳定性,减少麻醉次数和手术损伤程度,更好对并发症的发生进行控制^[5]。

综上所述,早期脑室-腹腔分流术同期配合颅脑修补术应用于脑外伤伴脑积水患者中,能够对其并发症的发生进行控制,促进其预后的改善,具有较高的应用价值。

[参考文献]

- [1] 黄程. 分期脑室-腹腔分流术及颅骨修补术治疗外伤性脑积水合并颅骨缺损患者的临床效果 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(13):94-95.
- [2] 张建华, 朱锋, 艾训平等. 颅脑外伤后颅骨缺损合并脑积水早期行颅骨修补及脑室腹腔分流术效果分析 [J]. 中国实用医药, 2015, 10(35):46-47.
- [3] 陈铁铮, 周俊雪, 荣广成等. 基于脑室腹腔分流术探究颅骨修补用于颅脑外伤并发脑积水治疗的最佳时机 [J]. 心理医生, 2015, 21(13):53-54.
- [4] 景雪峰, 关俊宏. 颅脑外伤后脑室腹腔分流术并同期颅骨修补对颅脑外伤预后临床分析 [J]. 中国疗养医学, 2016, 25(1):30-31.
- [5] 王光明, 成毅, 胡克亮等. 脑室腹腔分流术联合不同时期颅骨修补治疗脑外伤的临床疗效比较 [J]. 中国临床新医学, 2015, 24(9):827-829, 830.

(上接第 74 页)

降脂、控制炎症反应和改善心功能的作用效果更理想。此外,甲组不良心血管事件发生率远低于乙组,可知瑞舒伐他汀对此类患者不良心血管事件的发生风险控制效果更理想。综上,对早发冠心病急性心肌梗死患者来说,瑞舒伐他汀与阿托伐他汀均能够降脂、控制炎症、改善心功能,但是前者的作用效果更理想,并且还可积极减少不良心血管事件,值得推广。

[参考文献]

- [1] 李翔, 高毅滨, 郑文武. 瑞舒伐他汀治疗早发冠心病急性心肌梗死临床观察 [J]. 山东医药, 2015, 55(25):44-45.
- [2] 李军朋. 瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗早发冠心病急性心肌梗死的近远期疗效对比 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 13(14):1652-1655.
- [3] 周亚莉, 袁少飞, 刘紫燕. 瑞舒伐他汀钙片对早发冠心病急性心肌梗死患者炎症反应及心功能的影响研究 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(5):18-21.

(上接第 75 页)

充分解除,得以痊愈。两种治疗方法结合,具有相互协调,作用效果叠加的特点^[3]。本研究结果表明:联合治疗组的治疗效果与单纯治疗组高,与相关研究结果一致。

总之,腰椎间盘突出症采用低温等离子髓核消融术联合穴位埋线,可使患者的症状与体征充分改善,具有可行性。

[参考文献]

- [1] 瞿群威, 沈玉杰. 低温等离子靶点消融术联合臭氧治疗腰椎间盘突出症的临床研究 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2017, 23(2):144-147.
- [2] 元小红, 李鹏洋, 叶超, 等. 低温等离子髓核消融术治疗腰椎间盘突出症临床疗效观察 [J]. 颈腰痛杂志, 2016, 37(6):547-549.
- [3] 何鹏宇, 林志义, 牟明威. 低温等离子髓核消融术配合穴位埋线治疗腰椎间盘突出症疗效观察 [J]. 陕西中医, 2015, 36(4):438-441.