



曲美他嗪联合不同他汀类药物（阿托伐他汀、辛伐他汀、瑞舒伐他汀）治疗不稳定型心绞痛的安全性及有效性

欧番文¹ 谭毅武¹ 梁梦华²

(1.珠海市斗门区侨立中医院 519125; 2.遵义医学院第五附属(珠海)医院 519100)

【摘要】目的 探讨研究曲美他嗪联合不同他汀类药物（阿托伐他汀、辛伐他汀、瑞舒伐他汀）治疗不稳定型心绞痛的安全性及有效性。**方法** 采用抽签模式将于本院收治的不稳定型心绞痛患者中随机抽出150例作研究对象，并将其平均分成A、B、C三组行临床分析。其中，三组患者均给予曲美他嗪作治疗基础药物，后分别给予其联合阿托伐他汀、辛伐他汀、瑞舒伐他汀进行治疗，并根据患者的临床反应及治疗效果来判断上述治疗方法的安全性及有效性。**结果** C组患者治疗总有效率均较A、B两组对应值高（96.00%>78.00%、80.00%）；C组患者心血管事件再发生率均较A、B两组对应值低（4.00%<26.00%、18.00%），且P<0.05。**结论** 针对不稳定型心绞痛患者在曲美他嗪给药基础上联合瑞舒伐他汀进行治疗，其整体治疗效果较阿托伐他汀、辛伐他汀等他汀类药物而言更为显著，有效提高患者治疗效率的同时有利于降低其心血管事件的二次发生情况，安全性较高，值得临床上大力推广。

【关键词】 曲美他嗪；不同他汀类药物；不稳定型心绞痛；安全性；有效性

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2018)10-163-02

临床有大量研究结果指出，若不及时给予不稳定型心绞痛患者有效治疗进行干预，导致其错过最佳治疗时机，是促使患者不稳定型心绞痛症状转化为急性心肌梗死，严重者还将出现死亡结局，对患者生命健康安全均会构成严重威胁。故如何给予不稳定型心绞痛患者有效治疗是现今临床亟待解决的主要医学问题之一[1]。近年来，临床有相关研究结果指出，针对不稳定型心绞痛患者采取曲美他嗪联合他汀类药物作治疗方案，对有效改善患者临床症状及减少病症复发次数具有较好的临床价值。但现今临床也明确指出他汀类药物种类繁多，如阿托伐他汀、辛伐他汀、瑞舒伐他汀等，且药物疗效存在一定差异性，并缺乏相关报道来证实上述联合药物治疗的安全性及有效性，故临床上对患者治疗药物选择方面常有争议[2]。因此，综合上述观点，本次研究现抽取150例于本院收治的不稳定型心绞痛患者作研究对象行临床分析，结果报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

采取抽签模式选150例在2015年1月~2017年12月于本院及遵义医学院第五附属(珠海)医院收治的不稳定型心绞痛患者作为研究对象，将其以每组50例平均分成A、B、C三组行临床分析。其中，A组25例，女25例；年龄20~74岁之间，平均年龄为58.13±3.66岁；病程3~9年，平均病程5.25±1.06年。B组男28例，女22例；年龄20~75岁之间，平均年龄为56.29±4.77岁；病程3~8年，平均病程5.13±0.97年。C组26例，女24例；年龄19~75岁之间，平均年龄为60.21±2.33岁；病程2~9年，平均病程4.88±1.16年。三组患者一般资料比较差异值为P>0.05。

1.2 入选标准

本次研究所选患者均符合不稳定型心绞痛的诊断标准，临床18导联心电图检测其相邻肢体导联出现2个或2个以上的ST段压低0.5mm或抬高>1.0mm，且患者自述胸痛持续时间不高于30min及存在持续发作现象，并对本次研究保有知情同意权，均排除患有近期存在出血性疾病史或出血性倾向（血液病、消化道出血）、心、肺、肝、肾等器官功能严重不全、全身性疾病、恶性肿瘤及高血压病症严重的患者[3]。

1.3 方法

3组患者治疗前均给予阿司匹林、低分子肝素、β受体阻滞剂、硝酸酯类和钙离子通道阻滞剂等常规药物进行治疗，并选择曲美他嗪作患者治疗基础药物，以每天3次、每次20mg的平率取曲美他嗪片（施维雅制药有限公司，国药准字H20055465）给予患者配合温开水送服，后在此基础上分别给予不同他汀类药物进行治疗，具体方法为：A组患者在上述治疗基础上联合阿托伐他汀作药物治疗方案，每日1次、每次取10mg阿托伐他汀（浙江新东港药业股份有限公司，国药准字H20133127）给予其睡前以温开水送服。

B组患者选择联合辛伐他汀作治疗方案，每日1次在其入睡前取10mg辛伐他汀（湖北广济药业股份有限公司，国药准字H20093421）给予患者口服。

C组患者选择联合瑞舒伐他汀作治疗方案，每日1次、每次取10mg瑞舒伐他汀（浙江新药业股份有限公司，药准字H20082483）给予患者睡前口服。后观察记录3组患者的心绞痛具体发作情况、心电图变化及预后问题。

1.4 观察指标

以患者心绞痛具体发作情况及心电图变化来进行疗效评定。显效：患者治疗后，其心绞痛发作次数较治疗前出现80%以上的大幅度

减少，且患者静息下的心电图指标处于正常范围；有效：患者心绞痛发作次数降低幅度在50%~80%间，其静息心电图指标趋向于正常水平发展，且ST段改善程度>50%；无效：上述情况均未出现，患者静息心电图指标及心绞痛发作频率均未得到有效改善。总有效率=显效率+有效率。观察记录患者治疗6个月后的出现的心肌梗死、心源性死亡及心绞痛再次入院等心血管事件，发生率=（发生例数/总例数）×100%。

1.5 统计学分析

本研究中，计量资料行t检验，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示；计数资料行卡方 χ^2 检验，以率（%）表示，P<0.05表示差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较3组患者治疗总有效率

C组治疗总有效率较A、B两组对应值高（96.00%>78.00%、80.00%），且计算出组间数据差异值中的 χ^2 分别为7.16、6.06，P<0.05；而A、B两组数据比较，得出 $\chi^2=0.60$ ，P>0.05，无统计学差异。详情见表1。

表1 比较3组患者治疗总有效率（n/%）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
A组	50	20 (40.00)	19 (38.00)	9 (22.00)	39 (78.00)
B组	50	25 (50.00)	15 (30.00)	8 (20.00)	40 (80.00)
C组	50	30 (60.00)	18 (36.00)	2 (4.00)	48 (96.00)
χ^2	-	-	-	-	7.16
A	-	-	-	-	-
P值	-	-	-	-	<0.05
χ^2	-	-	-	-	6.06
B	-	-	-	-	-
P值	-	-	-	-	<0.05

注： χ^2_{2A} 表明C组与A组相比，且P<0.05； χ^2_{2B} 表明B组与A组相比，且P<0.05。

2.2 比较3组患者心血管再发生率

C组心血管再发生率较A、B两组对应值低（4.00%<26.00%、18.00%），且计算出组间数据差异值中的 χ^2 分别为9.49、5.00，P<0.05；而A、B两组数据比较，得出 $\chi^2=0.93$ ，P>0.05，无统计学差异。详情见表2。

表2 比较3组患者心血管再发生率（n/%）

组别	例数	心肌梗死	心源性死亡	心绞痛再次入院	发生率
A组	50	3 (6.00)	5 (10.00)	5 (10.00)	13 (26.00)
B组	50	2 (4.00)	3 (6.00)	4 (8.00)	9 (18.00)
C组	50	1 (2.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	2 (4.00)
χ^2	-	-	-	-	9.49
A	-	-	-	-	-
P值	-	-	-	-	<0.05
χ^2	-	-	-	-	5.00
B	-	-	-	-	-
P值	-	-	-	-	<0.05

注： χ^2_{2A} 表明C组与A组相比，且P<0.05； χ^2_{2B} 表明B组与A组相比，且P<0.05。

（下转第164页）



•临床与药物•

老年患者的临床麻醉体会

王 怡

(空军军医大学第一附属医院西京医院 陕西 西安 710032)

【摘要】目的：对危重老年患者常用麻醉药物的临床体会进行探究。**方法：**将我院2016年5月~2017年5月接诊的90位为重老年患者作为研究对象。随机均分为三个组别：异丙酚(P组)、异丙酚复合咪唑安定(P+M组)及咪唑安定(M组)。对患者进行治疗的过程中，分别观察并记录这三个组别患者在使用麻醉剂后的临床效果，重点查看患者麻醉前后和插管前后，血流动力学的临床变化情况，最终得出具有针对性的麻醉方式。**结果：**咪唑安定和异丙酚按照科学剂量结合使用，因药物之间的协同作用，使各类药物用量均得到有效控制。不仅可以提升综合麻醉效果、延长麻醉时间，还可直接控制用药量以减少对手术操作的影响及对患者身体的不良影响。

【关键词】危重老年患者 麻醉 治疗

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2018)10-164-01

危重症老年患者由于身体器官功能退化，因此免疫力极低，药物麻醉使用不当，则会对患者造成不可逆转的损害。老年危重患者手术治疗常需要接受全麻诱导插管处理，药物及插管易引起血压及心率等指标的剧烈变化，对手术操作及患者身体健康造成不良影响。常用麻醉药物如异丙酚及咪唑安定等类药物均会引起心血管应激反应[1]。咪唑安定和异丙酚按照科学剂量使用，因药物之间的协同作用，使各类药物用量均得到有效控制。本次临床实践对3种不同的麻醉方式在危重老年患者临床救治中的应用展开研究，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料。选取我院2016年5月~2017年5月接诊的90位为重老年患者作为研究对象。随机均分为三个组别：异丙酚(P组)、异丙酚复合咪唑安定(P+M组)及咪唑安定(M组)。P组男患者有13位，女17位；患者年龄为65~85岁，平均年龄为(75.5±3.2)岁。其中，肺癌患者有12位，胃癌患者有9位，食道癌患者有9位。(P+M)组男患者19位，女患者有11位，年龄为68~84岁，平均年龄为(72±4.3)岁。其中，肺癌患者有14位，胃癌患者有9位，食道癌患者7位。(M组)男患者16位，女患者14位。患者年龄为67~81岁，平均年龄为(74±3.6)岁。3组患者的性别、年龄、病情、检查情况均不存在显著差异，因此具有可比意义。

1.2 方法。全体患者在术前均进行0.4~0.6mg阿托品肌注，准备插管时采用0.2mg芬太尼静注进行处理。P组患者在0.5min之内将1.8mg/kg异丙酚静注完毕；M组患者则一次性把0.1mg/kg咪唑安定静注完毕；P+M组患者则将4mg咪唑安定静注后，再将0.8mg/kg异丙酚和1.5mg琥珀胆碱进行混合静注。3组患者静注完毕后立即口腔气管插管。分别观察并记录这三个组别患者在使用麻醉剂后的临床效果，重点查看患者麻醉前后和插管前后，血流动力学的变化情况，最终得出具有针对性的麻醉方式。

1.3 评价标准。密切监测并统计3组患者麻醉前后心率、血压等指标变化情况。

1.4 统计学处理。数据运用SPSS13.0软件进行统计学分析，计数资料对比则运用卡方进行检验，计量资料对比则利用进行t检验，研究结果差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 3组患者基本治疗情况。P组患者异丙酚用量 1.39 ± 0.13 mg/kg，手术治疗时间 2.8 ± 1.7 h；M组患者咪唑安定用量 0.07 ± 0.03 mg/kg，手术治疗时间 2.7 ± 1.5 h；(P+M)组患者异丙酚用量 0.75 ± 0.13 mg/kg，咪唑安定平均用量 0.04 ± 0.02 mg/kg，手术治疗时间 2.5 ± 0.9 h。根据以上数据可以看出，(P+M)组两种药物的平均用量，相对于其他两组而言，手术时长更具优势，而且不存在显著差异，因此具有可比意义。

2.2 3组患者血流动力学情况。P组患者用药初期心率减慢及血压下降情况十分突出；M组患者用药初期心率明显上升；P+M组患者用药初期血压及心率均无显著变化。

3 讨论

老年危重患者手术治疗常需要接受全麻诱导插管处理，药物及插管易引起血压及心率等指标的剧烈变化，对手术操作及患者身体健康造成不良影响。常用麻醉药物如异丙酚及咪唑安定等类药物均会引起心血管应激反应[2]。本次研究中，全体患者在术前均进行0.4~0.6mg阿托品肌注，准备插管时采用0.2mg芬太尼静注进行处理。P组患者在0.5min之内将1.8mg/kg异丙酚静注完毕；M组患者则一次性把0.1mg/kg咪唑安定静注完毕；P+M组患者则将4mg咪唑安定静注后，再将0.8mg/kg异丙酚和1.5mg琥珀胆碱进行混合静注。3组患者静注完毕后立即口腔气管插管。结果显示，咪唑安定和异丙酚按照科学剂量结合使用，不仅可以提升综合麻醉效果、延长麻醉时间，还可直接控制用药量以减少对手术操作的影响及对患者身体的不良影响。

参考文献

- [1] 吕黄伟, 谭文斐, 王俊科, 等. 老年患者麻醉时艾司洛尔与舒芬太尼的量效关系[J]. 中国老年学杂志, 2013, 29(11): 1429-1431
- [2] 马龙, 耿智隆, 刘东, 等. 瑞芬太尼全凭静脉麻醉用于老年危重患者的评价[J]. 临床军医杂志, 2010, 38(4): 525-527

(上接第163页)

3. 讨论

本次研究针对不稳定型心绞痛患者主张在曲美他嗪治疗基础上联合不同他汀类药物进行治疗，研究结果显示C组(瑞舒伐他汀)治疗效率及心血管再生发生率均较A组(阿托伐他汀)、B组(辛伐他汀)对应值优，且 $P < 0.05$ ，表明患者治疗基础上联合瑞舒伐他汀治疗可行性较高。其中，曲美他嗪作为新型药物中的一种，其药物性质是由哌嗪类药物衍生而来，作用于患者体内是能起到优化其心肌能量代谢和减少心肌组织损伤的作用，从而改善患者心肌功能指标[4]。此外，在上述药物治疗基础上加以他汀类药物进行治疗，对提高患者临床效果能起到积极的辅助作用。其中，瑞舒伐他汀是现今临床他汀类药物中的最新品，对患者血脂异常、动脉粥样硬化斑块及炎症反应等症状能起到显著改善作用，病症存在高、低风险患者均能适用，且药物副作用低，以提高患者药物耐受性，是改善其预后及治疗效率的有效药物。而阿托伐他汀及辛伐他汀虽分别具有促进肝脏代谢和血脂改善的临床作用，但较前者而言会对存在肝脏损伤症状患者造成病症加剧的负面作用，间接性提高其用药风险，不利于其治疗安全性的提高[5]。

综上所述，在曲美他嗪给药基础上联合应用他汀类药物治疗不稳定型心绞痛患者，瑞舒伐他汀的治疗效率及安全性较阿托伐他汀、辛伐他汀药物更为显著，值得推广。

参考文献

- [1] 刘鹏, 李娟. 他汀类药物在血脂正常稳定型心绞痛患者心肌缺血临床治疗中的应用探究[J]. 数理医药学杂志, 2017, 30(12): 1831-1832.
 - [2] 黄晋喜. 他汀类调脂药物治疗不稳定型心绞痛的临床疗效观察[J]. 吉林医学, 2012, 33(18): 3881-3882.
 - [3] 贾桂云, 张芸, 李筱贺, 等. 两种不同他汀类药物对不稳定型心绞痛炎症因子影响比较[J]. 临床和实验医学杂志, 2014, 13(22): 1855-1858.
 - [4] 王子宽, 杨竟肖, 白宝宝, 等. 参麦注射液联合不同类型他汀类药物对不稳定型心绞痛的近期疗效比较[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(04): 664-667.
 - [5] 宋津. 瑞舒伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病的疗效[J]. 中国实用医刊, 2014, 41(23): 79-81.
- 作者简介：欧番文，男，生于1967年3月，广东广州人，本科学历，职称：副主任医师，主研方向：冠心病、高血压、心功能衰竭，邮箱：oupanwen123@163.com