

瑞舒伐他汀联合替罗非班治疗心肌梗死患者的临床疗效探析

张常芳

江苏省连云港市赣榆瑞慈医院心内科, 江苏 连云港 222100

【摘要】 目的 探析对心肌梗死患者采用瑞舒伐他汀联合替罗非班治疗的临床疗效。方法 本次研究从2021年02月—2022年02月为止, 随机抽选这一时间段内我院收治的心肌梗死患者80例作为入组成员, 分别为实行替罗非班治疗的对照组(n=40), 以及实施瑞舒伐他汀联合替罗非班治疗的研究组(n=40)。观察两组患者治疗后的效果分析。结果 两组患者治疗前血脂指标、心功能指标比较, 组间数值($P>0.05$)说明没有对比意义; 治疗后, 研究组血脂指标、心功能指标均优于对照组, 且生活质量评分、总治疗效率均高于对照组($P<0.05$)。研究组心脏不良事件发生率显著低于对照组, 组间数值($P<0.05$), 说明存在对比意义。结论 对心肌梗死患者采用瑞舒伐他汀联合替罗非班治疗, 能够有效的改善患者的生活质量, 提高治疗效果, 降低不良心脏事件的发生。

【关键词】 瑞舒伐他汀; 替罗非班; 心肌梗死; 血脂指标; 心功能指标; 治疗效果

心肌梗死是指冠状动脉急性期持续缺血缺氧引起的心肌坏死^[1]。一般心梗期间表现为疼痛、发热、恶心、呕吐、腹胀等症状^[2]。如不及时有效治疗, 可能出现心律失常、心力衰竭、等症状, 严重可导致死亡, 严重威胁患者的生命健康^[3]。心肌梗死的主要治疗目的是缓解患者的临床症状, 延缓患者的病程, 降低患者的死亡率^[4]。为了研究治疗心肌梗死的有效方法, 本院选取了80例心肌梗死患者, 对他们按照治疗方式的不同分为了两个组, 探析对心肌梗死患者采用瑞舒伐他汀联合替罗非班治疗的临床疗效, 具体报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本次研究从2021年02月—2022年02月为止, 随机抽选这一时间段内我院收治的心肌梗死患者80例作为入组成员, 分别为实行替罗非班治疗的对照组40例, 以及实施瑞舒伐他汀联合替罗非班治疗的研究组40例。对照组中男性22例, 女性18例, 年龄为(58~73)岁, 平均年龄为(61.78±11.34)岁; 研究组中男性23例, 女性17例, 年龄为(57~74)岁, 平均年龄为(62.09±10.81)岁。对比两组一般资料(性别、年龄), 组间对比差异无意义, ($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组实行替罗非班治疗: 盐酸替罗非班氯化钠注射液(批准文号: 国药准字H20173032,

生产企业: 鲁南贝特制药有限公司) 盐酸替罗非班注射液通常选择静脉滴注。使用前选择250mL的无菌生理盐水或5%的葡萄糖溶液进行稀释。对于治疗心肌梗塞的病症, 建议与肝素同时使用, 起初30min滴注的速度为0.4 μ g/kg/min, 起始量输注完成后, 可以维持0.1 μ g/kg/min的速率进行滴注。用药注意事项如下。(1) 下列情况禁用: 对本品过敏、血小板减少、颅内肿瘤或出血、消化道溃疡及其他活动性出血、严重高血压、急性心包炎、动静脉畸形、严重外伤及手术前、哺乳期妇女。(2) 用药期间, 尤其与其他抗血小板药物、抗凝药或溶栓药联用, 要加强观察和血象监测。(3) 严重肾功能不良者, 应减量和减慢(静脉)滴速。

1.2.2 研究组实施瑞舒伐他汀联合替罗非班治疗: 替罗非班的治疗与对照组相同。瑞舒伐他汀使用瑞舒伐他汀钙片[生产企业: 阿斯利康药业(中国)有限公司, 批准文号/生产许可证号: 国药准字HJ20160545(原H20160545)]。在用药剂量方面, 瑞舒伐他汀一般起始剂量为5mg/d, 1次/d, 剂量调整间隔时间为4周或更长, 后期给药方式为口服, 2次/d, 10mg/次。最大剂量为20mg/次/d, 剂量应个体化, 肾功能减退时应减少剂量。两组患者均治疗2个月。用药注意事项: 使用瑞舒伐他汀钙片需要注意肝功能的异常, 比如肝酶、转氨酶指标的变化, 患者要定期做好检查。由于他汀类药物可能会影响肌酸激酶, 有些患者在使用瑞舒伐他汀药

物时,可能会出现肌肉酸痛、骨骼肌疼痛等,患者及家属在发现异常的时候要及时就医,以便及时的干预。瑞舒伐他汀对肾脏也会造成一定的影响,患者要定期做好检查,抽血化验血肌酐以及发现蛋白尿升高时,要引起重视,询问医生是否需要暂停用药。

1.3 观察指标 两组患者经过2个月的治疗后,对比他们治疗前后的血脂指标和心功能指标、治疗后的生活质量评分、治疗总有效率和不良心脏事件发生率。分别对比血脂指标:甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)。心功能指标:左心室射血分数(LVEF)、左心室舒张末期内径(LVEDD)、左心室收缩末期内径(LVESD)。生活质量评分:由《健康状况问卷(SF-36)》的形式进行评估,采用生理功能、生理功能、情绪功能、身体功能、精力、社会功能、心理健康和一般健康八个维度进行评估,总分为100分,得分和生活质量成正比。治疗效果标准:显效为治疗后患者的临床症状得到有效改善,心电图检查显示正常,并且没有出现相关的并发症;有效为治疗后患者的部分临床症状得到好转,心电图检查有一定的改善,同时没有出现相关的并发症;无效为治疗后患者的临床症状没有明显的改善,心电图

检查没有好转的迹象,甚至出现病情加重的症状。治疗总有效率=(显效例数+有效例数)/所有患者。不良心脏事件主要对比心力衰竭、恶性心律失常、心源性休克和再发心肌梗死,不良心脏事件发生率=(心力衰竭例数+恶性心律失常例数+心源性休克例数+再发心肌梗死例数)/所有患者。

1.4 统计学分析 所有结果的统计学分析使用SPSS 19.0软件进行,使用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示符合正态分布的计量资料,使用独立样本(t)检验进行组间比较;使用中位数(最小值—最大值)表示偏态分布的计量资料,使用秩和检验进行组间比较;使用重复测量方差分析进行多组间、多个时间点的计量资料比较;使用(χ^2)检验进行计数资料率(%)和不良反应发生率的比较,设定当($P < 0.05$)时,认为有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后血脂指标的对比 本次研究结果表明,治疗前,两组患者血脂指标对比,组间数值($P > 0.05$)说明无统计学意义;治疗后,研究组患者的血脂指标明显优于对照组,组间数值($P < 0.05$),说明存在对比意义。见表1。

表1 两组患者治疗前后血脂指标的对比($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

评价指标	时间	研究组(n=40)	对照组(n=40)	t	P
TG	治疗前	2.51 ± 0.36	2.53 ± 0.34	0.255	0.800
	治疗后	1.76 ± 0.40	2.10 ± 0.35	4.046	<0.001
TC	治疗前	6.53 ± 0.76	6.49 ± 0.78	0.232	0.817
	治疗后	5.01 ± 0.41	5.64 ± 0.58	5.610	<0.001
LDL-C	治疗前	3.74 ± 0.31	3.76 ± 0.29	0.298	0.767
	治疗后	2.79 ± 0.36	3.40 ± 0.24	8.917	<0.001

2.2 两组患者治疗前后心功能指标的对比 本次研究结果表明,治疗前,两组患者心功能指标对比,组间数值($P > 0.05$)说明没有统计学差异;治

疗后,研究组患者的心功能指标明显优于对照组,组间数值($P < 0.05$),差异具有统计学意义。见表2。

表2 两组患者治疗前后心功能指标的对比($\bar{x} \pm s$)

组别	LVEF (%)		LVEDD (mm)		LVESD (mm)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组(n=40)	35.15 ± 2.56	56.48 ± 3.59	56.12 ± 2.97	43.59 ± 3.34	55.69 ± 1.36	44.35 ± 1.06
对照组(n=40)	35.49 ± 2.38	48.37 ± 2.86	56.27 ± 3.01	49.15 ± 3.12	55.37 ± 1.25	48.68 ± 1.02
t	0.615	11.175	0.224	7.694	1.096	18.616
P	0.540	<0.001	0.823	<0.001	0.277	<0.001

2.3 两组患者治疗后生活质量评分的对比 本次研究中, 研究组患者的生活质量评分明显高于对照组, 次研究结果表明, 两组患者的生活质量评分对比 组间数值 ($P<0.05$), 说明存在对比意义。见表3。

表3 两组患者治疗后生活质量评分的对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
研究组	40	61.78 ± 5.69	88.47 ± 3.69
对照组	40	62.04 ± 5.64	75.82 ± 3.45
<i>t</i>		0.205	15.838
<i>P</i>		0.838	<0.001

2.4 两组患者治疗总有效率的对比 本次研究比75%; ($\chi^2=6.275$, $P=0.012$)。结果表明, 研究组患者的治疗总有效率明显高于对照组, 组间数值 ($P<0.05$), 差异具有统计学意义。具体数据见表4。

表4 两组患者治疗总有效率的对比 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	40	27 (67.50)	11 (27.50)	2 (5.00)	38 (95.00)
对照组	40	15 (37.50)	15 (37.50)	10 (25.00)	30 (75.00)
χ^2					6.275
<i>P</i>					0.012

2.5 两组患者不良心脏事件发生率的对比 本次研究发现, 研究组 ($n=40$), 出现不良心脏事件有5例, 占比12.5%; 对照组 ($n=40$), 出现不良心脏事有19例, 占比47.5%; ($\chi^2=11.667$, $P=0.001$)。结果表明, 研究组患者的不良心脏事件发生率明显低于对照组, 组间数值差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 说明存在对比意义。具体数据见表5。

表5 两组患者不良心脏事件发生率的对比 [n (%)]

组别	例数	心力衰竭	恶性心律失常	心源性休克	再发心肌梗死	总发生率
研究组	40	1 (2.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	5 (12.50)
对照组	40	3 (7.50)	5 (12.50)	7 (17.50)	4 (10.00)	19 (47.50)
χ^2						11.667
<i>P</i>						0.001

3 讨论

随着我国经济的发展, 人们的生活水平得到了提高, 生活方式和饮食习惯也发生转变, 暴饮暴食、过度劳累、吸烟饮酒、情绪变化过快等因素导致心肌梗死的发病率逐年上升, 并且呈现年轻化的趋势^[5]。心肌梗死发病的机制非常复杂, 通常认为其病理基础位动脉粥样硬化, 当动脉粥样硬化形成以后, 血小板容易发生黏附、聚集, 逐渐形成粥样斑块, 斑块破裂后导致血管堵塞、心肌细胞出现

缺血、坏死的现象, 发生严重的并发症, 极大的影响了患者的生活质量, 给患者带来了致命性威胁^[6]。

因此, 如何有效的提高治疗的效果, 降低心肌梗死的病死率, 是临床上需要解决的一项重要问题。强调早发现、早治疗, 治疗原则为尽快恢复心肌血液灌注, 挽救濒死的心肌, 防止梗死扩大或缩小心肌缺血范围, 保护和维持心脏功能, 及时处理各种并发症, 防止猝死, 尽可能多的保存有功能的心肌。替罗非班是一种抗血小板药物, 抑制血小板合成, 防止血小板聚集, 防止血栓的产生。对各种原

因引起的生理性血小板聚集有显著作用,常用于急性冠脉综合征。替罗非班的用药剂量与抗血小板凝集作用成正比。因此,持续静脉滴注可有效预防血栓形成,延长出血时间,缩小血栓大小网,改善心脏功能的恢复,抑制血管收缩物质和炎症因子的微循环,降低心脏事件发生的概率^[8-10]。瑞舒伐他汀属于他汀类,其药理作用可以减缓体内胆固醇的产生,减少胆固醇在动脉壁的堆积,抑制血管的动脉粥样硬化,稳定斑块,从而避免由此导致的心肌梗死、脑血栓等血管堵塞性疾病。不论急性心梗,还是陈旧性心梗,采取的措施都是为了能够打通血管,使患者血流恢复,从而滋养心肌细胞。他汀类的药物具有降低血脂,可以起到抗氧化、抗炎、抑制细胞增殖、改善血管增生的作用。心肌梗死的患者吃他汀类的药物可以缓解疾病,对控制病情有一定的帮助。有研究表明:应用他汀类药物与替罗非班联合治疗,可以尽快恢复患者梗死心肌的血流,能够有效的降低不良心脏事件的发生率^[11-13]。由实验结果表明,两组患者治疗前血脂指标、心功能指标比较,组间数值($P>0.05$)说明没有对比意义;治疗后,研究组血脂指标、心功能指标均优于对照组,且生活质量评分、总治疗效率均高于对照组。研究组心脏不良事件发生率显著低于对照组,组间数值($P<0.05$),说明存在对比意义。

综上所述,对心肌梗死患者采用瑞舒伐他汀联合替罗非班治疗,能够有效的改善患者的血脂指标水平和心功能指标水平,提高了治疗的效果,同时降低了不良心脏事件的发生,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 焦海强,任易,刘夫红.瑞舒伐他汀联合盐酸曲美他嗪治疗急性心肌梗死后心绞痛的临床研究[J].智慧健康,2020,6(22):3.
- [2] 伊建.替罗非班联合瑞舒伐他汀治疗心肌梗死的临床疗效及对患者血清cTnI和CK-MB及Myo的影响[J].当代医学,2021,27(16):2.
- [3] 刘鸿玲.替罗非班联合瑞舒伐他汀对急性心肌梗死患者PCI术后血清MIF,IL-10水平的影响[J].中国医学创新,2021,18(11):4.
- [4] 陈芳,孙黎博.瑞舒伐他汀与替罗非班联合冠脉介入治疗急性心肌梗死疗效及对患者心功能,循环内皮祖细胞数量的影响[J].陕西医学杂志,2020,49(10):5.
- [5] 房国祥,纪亮,刘文芳.瑞舒伐他汀联合替罗非班治疗心肌梗死患者的临床疗效分析[J].临床和实验医学杂志,2021,20(6):4.
- [6] 郭娜.瑞舒伐他汀治疗急性心肌梗死的效果及对血管内皮功能,血清炎症指标的影响探讨[J].中国现代药物应用,2021,15(5):3.
- [7] 刘永斌,朱政.替罗非班注射剂治疗冠状动脉介入术后心肌梗死患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2020,36(11):4.
- [8] 李宝亮,苏华,马俊帅,等.替罗非班注射剂治疗急性心肌梗死患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2020,36(17):4.
- [9] 张志强.替罗非班对急性心肌梗死患者PCI术后的影响[J].河南职工医学院学报,2020,32(1):26-28.
- [10] 刘艳红.替罗非班联合美托洛尔治疗急性心肌梗死的临床效果[J].河南医学研究,2020,29(12):2.
- [11] 董劲,黄永丽.参松养心胶囊联合瑞舒伐他汀对急性心肌梗死患者心脏功能和早期心室重构的影响[J].药物评价研究,2020,43(7):4.
- [12] 白莉,张庆光.瑞舒伐他汀和阿托伐他汀在早发冠心病急性心肌梗死患者治疗中近期疗效分析[J].医学食疗与健康,2020,18(21):2.
- [13] 董雪.瑞舒伐他汀联合普罗布考治疗老年脑梗死患者的效果观察[J].中国医药指南,2020,18(6):2.