

针对冠心病患者实施瑞舒伐他汀钙片与阿托伐他汀钙片治疗的疗效对比研究

张 鑫

(句容市人民医院心血管内科, 江苏 镇江 212400)

【摘要】目的 分析瑞舒伐他汀钙片与阿托伐他汀钙片治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称:冠心病)的临床疗效,以及对患者相关生化指标、不良反应的影响。**方法** 将 2021 年 4 月至 2022 年 12 月句容市人民医院收治的 60 例冠心病患者以随机数字表法分成对照组和观察组。两组患者均接受 β -受体阻滞剂、硝酸酯类药物、抗血小板制剂等常规治疗,对照组患者(30 例)在常规治疗的基础上使用阿托伐他汀钙片治疗,观察组患者(30 例)在常规治疗的基础上使用瑞舒伐他汀钙片治疗,两组患者均连续治疗 2 个月。比较两组患者的临床疗效,治疗前后总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、超敏-C 反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体、同型半胱氨酸的变化,以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 与治疗前比,两组患者治疗后总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇水平均显著降低,且组间比较,观察组更低;高密度脂蛋白胆固醇水平均显著升高,且组间比较,观察组更高;治疗后两组患者超敏-C 反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体、同型半胱氨酸水平均显著低于治疗前,且与对照组比较,观察组患者超敏-C 反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体更低(均 $P<0.05$);治疗后两组患者同型半胱氨酸水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组治疗总有效率高于对照组,不良反应总发生率低于对照组,但差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。**结论** 两种降脂药物治疗冠心病均有较好的治疗效果,具有一定的安全性,但与阿托伐他汀钙片比,瑞舒伐他汀钙片可更好地降低机体炎症反应,减轻心肌损伤,延缓了患者动脉粥样硬化进程。

【关键词】瑞舒伐他汀钙片;阿托伐他汀钙片;冠心病;血脂;炎症反应

【中图分类号】R541.4

【文献标识码】A

【文章编号】2096-3718.2023.16.0043.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.16.015

冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称:冠心病)是指冠状动脉粥样硬化导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病。冠心病病理生理基础是在冠状动脉粥样硬化病变的基础上,心肌供氧和需氧量的失衡,而引起心肌缺血缺氧。血脂异常升高是冠心病发病的强烈危险因素之一,还会导致冠心病患者发生心肌梗死、猝死^[1]。因此对冠心病患者进行降脂治疗,可以预防斑块破裂导致血栓形成,延缓动脉粥样硬化病变发展,降低冠心病的死亡率。阿托伐他汀钙片和瑞舒伐他汀钙片是常用的降脂药物,都属于他汀类药物,可用于治疗高脂血症和预防心血管疾病,但由于不同他汀类药物疗效也不尽相同,因此应重视对药物的合理选择^[2]。基于此,本研究旨在对比瑞舒伐他汀钙片与阿托伐他汀钙片治疗冠心病的临床疗效,以及对患者相关生化指标、不良反应的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2021 年 4 月至 2022 年 12 月句容市人民医院收治的 60 例冠心病患者以随机数字表法分成对照组和观察组。对照组患者(30 例)年龄 45~70 岁,平均(58.34 ± 2.23)岁;男、女患者分别为 18、12 例;病程

1~5 年,平均(3.52 ± 1.24)年。观察组患者(30 例)年龄 46~72 岁,平均(59.23 ± 1.12)岁;男、女患者分别为 16、14 例;病程 2~6 年,平均(3.41 ± 1.22)年。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),组间可行比较。纳入标准:①符合《动脉粥样硬化性心血管疾病》^[3]中冠心病的诊断标准;②合并高脂血症;③治疗前未使用过他汀类药物或已停用 1 个月以上;④对瑞舒伐他汀钙片或阿托伐他汀钙片无过敏反应。排除标准:①存在其他严重心血管疾病;②存在活动性感染或严重的全身性疾病;③存在明显的肝、肾功能异常。句容市人民医院医学伦理委员会已审核本研究是否符合伦理要求并批准实施,且所有患者均签署知情同意书。

1.2 治疗方法 两组患者均接受 β -受体阻滞剂、硝酸酯类药物、抗血小板制剂等常规治疗。对照组患者口服阿托伐他汀钙片[乐普制药科技有限公司,国药准字 H20133127,规格:10 mg(以 $C_{33}H_{35}FN_2O_5$ 计)/片]治疗,10 mg/次,1 次/d,餐后服用。观察组患者饭后口服瑞舒伐他汀钙片(南京正大天晴制药有限公司,国药准字 H20080669,规格:5 mg/片),10 mg/次,1 次/d。两组患者均连续治疗 2 个月。

1.3 观察指标 ①临床疗效。根据《临床冠心病诊断与治疗指南》^[4] 拟定疗效评价标准, 胸闷、胸痛、心悸等临床症状基本消失, 血脂指标恢复至正常水平为显效; 胸闷、胸痛、心悸等临床症状得到缓解, 血脂指标得到改善为有效; 胸闷、胸痛、心悸等临床症状未缓解甚至加重, 血脂指标无明显变化为无效。总有效率 = 显效率 + 有效率。②血脂水平。采集两组患者治疗前后空腹静脉血 5 mL, 离心分离取血清 (离心条件: 3 500 r/min, 15 min), 采用过氧化物酶法检测总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇水平。③超敏 -C 反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体、同型半胱氨酸水平。于治疗前后使用酶联免疫吸附法检测超敏 -C 反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体、同型半胱氨酸水平 (采血与血清制备方法同②)。④不良反应。比较两组患者治疗期间不良反应的发生情况, 包括头痛、眩晕、胃肠道反应、肝区不适等。

1.4 统计学方法 本研究数据均经 SPSS 25.0 统计学软件计算, 临床疗效、不良反应发生情况为计数资料, 以 [例 (%)] 表示, 采用 χ^2 检验; 血脂水平、超敏 -C 反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体、同型半胱氨酸为计量资料, 经 S-W 法检验证实符合正态分布, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 与对照组比, 观察组患者治疗总有效率较高, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者血脂水平比较 与治疗前比, 两组患者治疗后总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇水平均显著降低, 且组间比较, 观察组更低; 高密度脂蛋白胆固醇水平均显著

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	8(26.67)	14(46.67)	8(26.67)	22(73.33)
观察组	30	15(50.00)	11(36.67)	4(13.33)	26(86.67)
χ^2 值					1.667
P 值					>0.05

升高, 且组间比较, 观察组更高, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者超敏 -C 反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体、同型半胱氨酸比较 治疗后两组患者超敏 -C 反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体、同型半胱氨酸水平均显著低于治疗前, 且与对照组比较, 观察组患者超敏 -C 反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体更低, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。治疗后两组患者同型半胱氨酸对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 3。

2.4 两组患者不良反应发生情况比较 观察组患者不良反应总发生率与对照组比降低, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	头痛	眩晕	胃肠道反应	肝区不适	总发生
对照组	30	5(16.67)	2(6.67)	3(10.00)	2(6.67)	12(40.00)
观察组	30	3(10.00)	2(6.67)	4(13.33)	1(3.33)	10(33.33)
χ^2 值						0.287
P 值						>0.05

3 讨论

冠心病是指由冠状动脉痉挛引起的冠状动脉粥样硬化性心脏病和冠状动脉功能改变, 伴随病程发展, 患者心功能受到损伤, 患病期间随时有急性心血管事件发病风险^[5]。

表 2 两组患者血脂水平比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	总胆固醇		低密度脂蛋白胆固醇		高密度脂蛋白胆固醇	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	5.29 \pm 0.54	4.32 \pm 0.71*	4.27 \pm 0.32	3.42 \pm 0.56*	0.65 \pm 0.13	1.16 \pm 0.19*
观察组	30	5.28 \pm 0.22	3.78 \pm 0.62*	4.25 \pm 0.16	2.98 \pm 0.45*	0.67 \pm 0.23	1.32 \pm 0.21*
t 值		0.094	3.138	0.306	3.355	0.415	3.095
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者超敏 -C 反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体、同型半胱氨酸比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	超敏 -C 反应蛋白 (mg/L)		氨基末端脑钠肽前体 (pg/mL)		同型半胱氨酸 (μ mol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	5.58 \pm 0.82	4.96 \pm 0.80*	923.22 \pm 2.31	643.23 \pm 2.22*	11.66 \pm 3.15	9.64 \pm 3.21*
观察组	30	5.53 \pm 0.33	3.55 \pm 0.32*	923.27 \pm 2.41	575.33 \pm 2.32*	11.78 \pm 3.45	8.53 \pm 3.62*
t 值		0.310	8.963	0.082	115.820	0.141	1.257
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。

由于冠状动脉粥样硬化的主要诱因是机体脂代谢物长时间在血管积累而形成粥样硬化导致血管狭窄,所以长期调脂治疗是冠心病患者治疗中的重要手段。

他汀类药物是一种调脂药物,通过竞争性抑制内源性胆固醇合成限速酶还原酶,将细胞内甲羟戊酸代谢途径阻断,使胆固醇合成受阻^[6]。不同的他汀类药物抑制体内胆固醇合成酶的作用不同,治疗效果也不同,需分析探讨不同他汀类药物的作用机制,针对患者病情进行合理选择。冠心病患者由于血液黏稠使机体血液循环放缓,血管壁增厚,形成斑块栓塞,导致心肌缺血缺氧梗死,因此通过降低患者血液中的总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇,提升高密度脂蛋白胆固醇水平,可以降低动脉管壁斑块内脂含量,缓解动脉粥样硬化,减少心血管事件的发生^[7]。本研究中,与治疗前比,两组患者治疗后总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇水平均显著降低,且组间比较,观察组更低;高密度脂蛋白胆固醇水平均显著升高,且组间比较,观察组更高,提示与阿托伐他汀钙片相比,瑞舒伐他汀钙片对冠心病患者的血脂调节效果更为显著。究其原因在于,阿托伐他汀钙片属于脂溶性他汀类药物,可抑制肝脏合成胆固醇,增加肝脏脂蛋白受体,改善机体血脂水平;而瑞舒伐他汀钙片为人工合成水溶性他汀类药物,主要作用部位为肝脏,促进低密度脂蛋白胆固醇的吸收和分解代谢,降血脂效果更为显著^[8]。

超敏-C反应蛋白是一种炎症标志物,主要参与了机体的免疫调节、补体激活、细胞凋亡及动脉粥样硬化形成、进展,而冠心病是一种与动脉炎症紧密相关的疾病,因此临床医师可以通过检测超敏-C反应蛋白水平评估患者体内的炎症状态,进而预测冠心病的风险程度^[9]。氨基末端脑钠肽前体是一种与心脏负荷和压力相关的激素,在心脏受损或心力衰竭情况下通常会升高,冠心病患者心脏的供血不足可能导致心肌损伤,临床医师可以通过监测氨基末端脑钠肽前体水平,判断患者是否存在心脏功能异常^[10]。同型半胱氨酸可以抑制一氧化氮的生成,从而间接影响缺血后血管再生;还会损伤血小板,增强血小板的黏附性、聚集性,从而加剧动脉粥样硬化现象^[11]。本研究中,治疗后两组患者超敏-C反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体、同型半胱氨酸水平均显著低于治疗前,且与对照组比较,观察组患者超敏-C反应蛋白、氨基末端脑钠肽前体水平更低,提示与阿托伐他汀钙片比,瑞舒伐他汀钙片对冠心病患者可更好地降低机体炎症反应,减轻心肌损伤,有效延缓患者动脉粥样硬化进程。阿托伐他汀钙片能通过被动扩散的方式深入患者机体组织,改善微循环、优化心肌血液灌注量;瑞舒伐他汀通过抑制还原酶的活性来降低机体胆固醇量,有生物利用高、持续时间久的特点;且有

抗血小板聚集的作用,可以抑制患者血管内皮平滑肌的增殖,改善血管内皮功能、心功能。但瑞舒伐他汀钙片的半抑制浓度低于其他他汀类药物,因此其治疗效果相对更佳。本研究中,与对照组比,观察组患者总有效率较高,不良反应总发生率较低,但差异均无统计学意义,提示两种降脂药物治疗冠心病均有较好的降脂效果,具有一定的安全性。

综上,两种降脂药物治疗冠心病均有较好的治疗效果,具有一定的安全性,但与阿托伐他汀钙片比,瑞舒伐他汀钙片可更好地降低机体炎症反应,减轻心肌损伤。但本研究样本量较少,研究时间较短,没有分析不同剂量和用药时间长短对冠心病患者的影响,后续研究需进一步探讨,为临床用药方案的合理制订提供参考。

参考文献

- [1] 杨亚明,赵国安,冯春瑜,等.冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的血脂代谢机制及药物治疗研究进展[J].新乡医学院学报,2021,38(10):996-1000.
- [2] 许迎春,缪春波,许秀丽,等.不同他汀类药物对高龄冠心病病人实验室指标水平、心血管不良事件及死亡风险的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(22):3567-3570.
- [3] 章成国,李国德,朱敏,等.动脉粥样硬化性血管疾病[M].北京:人民卫生出版社,2015:253.
- [4] 颜红兵.临床冠心病诊断与治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2010:58.
- [5] 王珍,秦合伟.握力水平和营养状况对老年冠心病患者发生心血管不良事件的预测价值[J].安徽医学,2023,44(4):430-434.
- [6] 沈建中,田然,甄俊峰.他汀类药物治疗老年冠心病的安全性研究[J].中国循证心血管医学杂志,2018,10(6):723-725.
- [7] 董少元,屈艳玲.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗冠状动脉斑块疗效及调脂作用观察[J].中国药物与临床,2018,18(12):2189-2190.
- [8] 闫苹屏.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀在老年冠心病合并高脂血症治疗中的临床效果对比[J].中国医药导刊,2021,23(7):500-504.
- [9] 孟庆槐,张洪亮.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀对早发冠心病合并急性心肌梗死患者的近期疗效及对血脂、炎症因子的影响[J].中国临床医生杂志,2018,46(10):1171-1174.
- [10] 石秀芳,孙峰,雷婷,等.冠心病患者检测血浆氨基末端脑钠肽前体及同型半胱氨酸的临床意义[J].临床输血与检验,2016,18(4):362-364.
- [11] 陆琦,陈旭姣,鲍迎春.冠心病患者二肽基肽酶-4、前蛋白转化酶枯草杆菌蛋白酶-9、同型半胱氨酸水平与冠状动脉病变严重程度的相关性分析[J].心脑血管病防治,2021,21(6):539-542.