

# 探讨阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病稳定性心绞痛的临床效果

魏文琦, 揭珏, 刘冬梅

(湛江中心人民医院心内三科, 广东 湛江 524000)

**【摘要】目的** 分析在曲美他嗪治疗冠心病稳定性心绞痛的基础上, 联合阿托伐他汀治疗的效果, 以及对患者血脂指标、心功能的影响。**方法** 以随机数字表法将 2020 年 10 月至 2022 年 9 月湛江中心人民医院收治的 60 例冠心病稳定性心绞痛患者, 分为对照组 (曲美他嗪治疗) 和观察组 (阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗), 各 30 例, 两组患者均治疗 8 周。比较两组患者治疗效果, 治疗前后血脂指标及心功能指标, 以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 观察组患者治疗总有效率高于对照组; 与治疗前比, 治疗后两组患者血清低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、三酰甘油 (TG)、总胆固醇 (TC) 及左心室收缩末期内径 (LVESD)、左心室舒张末期内径 (LVEDD) 水平均降低, 且观察组更低; 两组患者血清高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 及左心室射血分数 (LVEF) 水平均升高, 且观察组更高 (均  $P < 0.05$ ); 对照组对比观察组患者不良反应总发生率 (3.33% 对比 6.67%), 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论** 在曲美他嗪治疗冠心病稳定性心绞痛的基础上, 联合阿托伐他汀治疗效果显著, 可调节血脂指标, 改善心功能, 且安全性良好。

**【关键词】** 冠心病; 稳定性心绞痛; 阿托伐他汀; 曲美他嗪; 血脂; 心功能

**【中图分类号】** R541.4

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2096-3718.2023.23.0050.03

**DOI:** 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.23.017

冠心病稳定性心绞痛是一种由于心肌负荷的增加引起心肌暂时性缺血、缺氧的综合征, 也称为劳力性心绞痛, 多于活动后诱发, 其特点是阵发性的前胸压榨性疼痛或感觉憋闷, 对患者生活质量造成严重影响。曲美他嗪通过保护细胞在缺氧或缺血的情况下的能量代谢, 阻止细胞内能量下降, 使离子泵的正常功能和透膜的钠-钾流正常运转得以保证, 进而维持细胞内环境的稳定, 达到治疗效果, 但起效相对较慢, 通常与其他药物联合应用<sup>[1]</sup>。阿托伐他汀通过降低胆固醇水平, 减少动脉粥样硬化斑块的形成, 改善冠状动脉血液循环; 曲美他嗪则通过扩张冠状动脉和减少心肌氧需求, 增加心肌供血, 缓解心绞痛症状<sup>[2]</sup>。两药联合治疗方案在减轻心绞痛症状、改善心功能及预防心脑血管事件方面显示出良好的临床效果。然而, 阿托伐他汀联合曲美他嗪联合治疗的安全性仍需进一步研究。基于此, 选取 60 例冠心病稳定性心绞痛患者设立本研究, 旨在分析两药联合的效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 以随机数字表法将 2020 年 10 月至 2022 年 9 月湛江中心人民医院收治的 60 例冠心病稳定性心绞痛患者分两组, 各 30 例。对照组中男、女性患者分别为 18、12 例; 年龄 38~87 岁, 平均 (58.25±1.25) 岁; 合并高血压 15 例, 合并糖尿病 4 例。观察组中男、女性患

者分别为 17、13 例; 年龄 32~81 岁, 平均 (57.58±1.35) 岁; 合并高血压 16 例, 合并糖尿病 3 例。两组患者上述资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 可比。纳入标准: ①符合《动脉粥样硬化性心血管疾病》<sup>[3]</sup> 中冠心病稳定性心绞痛的诊断标准; ②经心电图检查有相应 ST 段改变; ③具有不同程度的心绞痛或典型的胸痛症状; ④美国纽约心脏病协会 (NYHA)<sup>[4]</sup> 心功能分级 II~IV 级。排除标准: ①合并心包炎; ②合并肺心病; ③合并心力衰竭; ④对本研究药物存在过敏史; ⑤伴有肿瘤疾病。湛江中心人民医院医学伦理委员会已针对本研究方案、用药方式等设计严格审核并批准, 患者及家属对研究中用药及其不良反应等相关情况均知晓, 并签署知情同意书。

**1.2 治疗方法** 给予对照组患者 20 mg/次盐酸曲美他嗪片 (山西仟源医药集团股份有限公司, 国药准字 H20123233, 规格: 20 mg/片), 3 次/d。基于上述基础上, 观察组予以 20 mg/次阿托伐他汀钙片 (杭州民生滨江制药有限公司, 国药准字 H20213751, 规格: 20 mg/片), 1 次/d, 均治疗 8 周。

**1.3 观察指标** ①治疗效果: 根据《动脉粥样硬化性心血管疾病》<sup>[3]</sup> 中标准评估患者治疗后效果, 分为显效 (心绞痛症状改善程度 >80%, 心电图检查正常)、有效 (50% < 心绞痛症状改善程度 ≤ 80%, 心电图缺血性 ST 段升高 >1.0 mm)、无效 (心绞痛症状改善程度 ≤ 50%, 心

电图 ST 段升高  $\leq 1.0$  mm), 总有效率 = 显效率 + 有效率。②血脂指标: 分别于治疗前后采集患者空腹静脉血 4 mL, 离心 (3 000 r/min, 10 min), 取血清, 采用血脂分析仪 (湖南海源医疗科技股份有限公司, 湘械注准 20172400181, 型号: QR201) 检测低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、三酰甘油 (TG)、总胆固醇 (TC)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 水平。③心功能指标: 以心电图仪 (北京谷山丰生物医学技术有限公司, 京械注准 20222070212, 型号: CV1200) 检测患者治疗前后左室射血分数 (LVEF)、左心室收缩末期内径 (LVESD)、左心室舒张末期内径 (LVEDD)。④不良反应: 统计两组患者治疗期间心动过速、失眠、呕吐等发生情况。

**1.4 统计学方法** 应用 SPSS 23.0 统计学软件分析数据, 计数资料 (治疗效果及心动过速、失眠、呕吐等不良反应发生情况) 以 [例 (%)] 表示, 采用  $\chi^2$  检验; 计量资料 (血脂及心功能指标) 经 S-W 法检验证实符合正态分布且方差齐, 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 两组患者治疗效果比较** 对照组对比观察组患者治疗总有效率 (73.33% 对比 93.33%), 观察组更高, 差异

有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

**2.2 两组患者血脂指标比较** 相较于治疗前, 治疗后两组患者血清 LDL-C、TG、TC 更低, HDL-C 更高, 且观察组上述指标变化幅度均更大, 差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ ), 见表 2。

**2.3 两组患者心功能指标比较** 相较于治疗前, 治疗后两组患者 LVEF 更高, LVESD、LVEDD 更低, 且观察组上述指标变化幅度均更大, 差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ ), 见表 3。

**2.4 两组患者不良反应发生情况比较** 对照组与观察组患者心动过速、失眠、呕吐等不良反应的总发生率 (3.33% 对比 6.67%) 对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 4

## 3 讨论

冠心病是由于冠状动脉供血不足引起的心脏疾病, 稳定性心绞痛是冠心病的一种表现形式, 主要病因包括动脉硬化、血栓等; 其中, 冠心病的主要病因之一是动脉粥样硬化, 即在血管内壁形成斑块, 导致血管狭窄和堵塞, 使心脏供血不足。同时, 当斑块破裂或破碎时, 血液中的血小板和凝血因子会在斑块破裂处聚集形成血栓, 进一步堵塞血管, 导致心绞痛发作。药物是治疗冠心病稳定性心绞

表 1 两组患者治疗效果比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	10(33.33)	12(40.00)	8(26.67)	22(73.33)
观察组	30	20(66.67)	8(26.67)	2(6.67)	28(93.33)
$\chi^2$ 值					4.320
$P$ 值					<0.05

表 2 两组患者血脂指标比较 (mmol/L,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	LDL-C		TG		TC		HDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	2.84 $\pm$ 0.56	1.82 $\pm$ 0.50*	2.60 $\pm$ 0.42	1.85 $\pm$ 0.56*	4.39 $\pm$ 1.20	3.15 $\pm$ 0.67*	0.80 $\pm$ 0.21	1.29 $\pm$ 0.24*
观察组	30	2.88 $\pm$ 0.51	1.50 $\pm$ 0.23*	2.45 $\pm$ 0.42	1.31 $\pm$ 0.30*	4.40 $\pm$ 1.12	2.20 $\pm$ 0.18*	0.75 $\pm$ 0.22	1.86 $\pm$ 0.28*
$t$ 值		0.289	3.185	1.383	5.656	0.033	7.500	0.900	8.466
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, \* $P < 0.05$ 。LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; TG: 三酰甘油; TC: 总胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇。

表 3 两组患者心功能指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	LVEF(%)		LVESD(mm)		LVEDD(mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	35.60 $\pm$ 2.62	40.57 $\pm$ 2.16*	50.25 $\pm$ 1.35	45.65 $\pm$ 2.19*	61.61 $\pm$ 2.77	51.18 $\pm$ 2.39*
观察组	30	35.47 $\pm$ 2.54	46.88 $\pm$ 3.19*	50.30 $\pm$ 1.30	40.50 $\pm$ 2.23*	61.50 $\pm$ 2.63	45.62 $\pm$ 2.22*
$t$ 值		0.195	8.971	0.731	9.025	0.158	9.336
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, \* $P < 0.05$ 。LVEF: 左室射血分数; LVESD: 左心室收缩末期内径; LVEDD: 左心室舒张末期内径。

表 4 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	心动过速	失眠	呕吐	总发生
对照组	30	0(0.00)	0(0.00)	1(3.33)	1(3.33)
观察组	30	1(3.33)	0(0.00)	1(3.33)	2(6.67)
$\chi^2$ 值					0.000
P 值					>0.05

痛的首选方法之一，曲美他嗪是一种常用的治疗冠心病稳定性心绞痛的药物，其通过扩张冠状动脉和降低心脏负荷来缓解心绞痛发作；然而，曲美他嗪作为单一治疗具有一定局限性，通常与其他药物联合应用<sup>[5]</sup>。

阿托伐他汀是一种常用的降脂药物，被广泛应用于冠心病稳定性心绞痛患者的治疗中，该药物通过抑制 3- 羟基 -3- 甲基戊二酸还原酶（HMG-CoA 还原酶）的活性，从而阻断胆固醇的合成途径，降低血液中的 LDL-C 水平，从而减少动脉壁上的胆固醇沉积，减缓或阻止动脉粥样硬化的进展。此外，阿托伐他汀还能提高 HDL-C 水平，其能够从组织和动脉壁中清除多余的胆固醇，防止其在血管内形成沉积物，从而进一步保护心血管系统。阿托伐他汀和曲美他嗪的联合使用能够同时改善血脂和心功能，发挥协同作用，增强临床疗效<sup>[6]</sup>。分析两组治疗效果及血脂指标变化发现，治疗后观察组患者治疗总有效率及血清 HDL-C 水平更高，血清 LDL-C、TG、TC 水平均更低，提示在曲美他嗪基础上，联合阿托伐他汀治疗临床效果显著，能够有效调节患者血脂指标。

LVEF 是衡量左心室泵血功能的指标，表示每次心脏收缩时左心室将血液泵出的百分比，如果 LVEF 低于正常水平，可能意味着心肌收缩力减弱或左心室功能受损。LVESD、LVEDD 是评估左心室收缩功能的重要指标，代表心脏收缩期与舒张期的左室内径，其值异常增大可能意味着患者左心室收缩功能下降，心脏泵血能力减弱<sup>[7-8]</sup>。通过分析两组心功能指标变化情况发现，治疗后观察组 LVEF 更高，LVESD、LVEDD 水平更低，提示阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病稳定性心绞痛，能够有效改善患者心功能。分析其原因，曲美他嗪主要通过抑制钙离子进入心肌细胞，从而减小心肌收缩力和心脏的负荷，降低心脏的耗氧量；阿托伐他汀通过降低胆固醇水平，减少斑块的形成，从而改善心肌的供血情况，减轻心绞痛的发作，改善心功能；此外，阿托伐他汀可以通过清除自由基和提高抗氧化能力，减轻氧化应激对心肌的损害，恢复心功能，两药联合应用，改善患者心功能<sup>[9-10]</sup>。

阿托伐他汀与曲美他嗪的药代动力学特点使其有较好的安全性，药物在体内的停留时间相对较短，减少了长时间的累积作用和毒性；同时，两种药物的代谢主要通过肝进行，对肾功能正常的患者影响较小，因此安全性较高<sup>[11]</sup>。

通过分析两组安全性结果发现，两组患者心动过速、失眠、呕吐等不良反应的总发生率对比，差异无统计学意义，进一步说明在曲美他嗪治疗冠心病稳定性心绞痛的基础上，联合阿托伐他汀治疗，安全性良好。

综上，在曲美他嗪治疗冠心病稳定性心绞痛的基础上，联合阿托伐他汀治疗的临床效果显著，能够有效调节血脂指标，改善心功能，且相关不良反应发生较少，安全性良好，值得临床推广。

参考文献

[1] 陈志炯,林阳惠.曲美他嗪联合阿托伐他汀治疗冠心病的临床疗效[J].临床合理用药,2023,16(27): 5-7, 11.

[2] 张瑜.阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病的临床疗效观察[J].中国现代药物应用,2023,17(9): 95-98.

[3] 章成国,李国德,朱敏,等.动脉粥样硬化性心血管疾病[M].北京:人民卫生出版社,2015: 253.

[4] 龚敏,李涛,马爱群.慢性心力衰竭 NYHA 心功能分级与胰岛素抵抗相关性分析[J].陕西医学杂志,2012,41(1): 50-51.

[5] 陈慧敏,许逸飞.曲美他嗪联合阿托伐他汀钙治疗冠心病心绞痛伴血脂异常的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2016,32(11): 966-968.

[6] 卜伟.曲美他嗪联合阿托伐他汀对稳定型心绞痛病人 SOD 和 MDA 的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(20): 2578-2580.

[7] 梁财旺.曲美他嗪联合阿托伐他汀治疗稳定型心绞痛病人的临床疗效及对心功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(22): 3637-3638.

[8] 李学良.阿托伐他汀联合曲美他嗪应用于冠心病心绞痛患者的效果及对血流动力学的影响[J].中国现代药物应用,2020,14(22): 134-136.

[9] 高峰.阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病稳定性心绞痛临床研究[J].北方药学,2017,14(4): 80-81.

[10] 姜胜刚.阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病稳定性心绞痛的临床疗效观察[J/CD].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(22): 44.

[11] 李颖芳,李杰明,李淑贤.曲美他嗪联合阿托伐他汀钙治疗冠心病心绞痛伴血脂异常的临床疗效及安全性分析[J].北方药学,2020,17(2): 163-164.