

曲美他嗪与阿托伐他汀配合治疗对急性心梗后早期心绞痛患者的血液流变学的影响

杨惠琳

(秀山县人民医院 心血管内科 409900)

摘要:目的:探究曲美他嗪与阿托伐他汀配合治疗对急性心梗后早期心绞痛患者的血液流变学的影响。方法:选用我院 2020 年 6 月~2021 年 5 月收治的 84 例急性心梗后早期心绞痛患者作为讨论目标。依据就诊顺序分为配合组(42 例)与单用组(42 例)。配合组予以曲美他嗪与阿托伐他汀配合治疗。单用组仅用阿托伐他汀治疗。比较两组患者血液流变学变化情况以及治疗有效率。结果:治疗前,两组患者的血沉(ESR)、纤维蛋白原(Fib)、血浆黏度(η P)、全血黏度(Hb)、红细胞压积(HCT)、血小板聚集率(AA)水平差异不显著,无统计学意义($P>0.05$);治疗后,配合组 ESR、Fib、 η P、Hb、HCT 显著低于单用组,AA、治疗有效率显著高于单用组,有统计学意义($P<0.05$)。结论:曲美他嗪与阿托伐他汀配合治疗对急性心梗后早期心绞痛,可改善患者血液流变学情况,临床疗效较高。

关键词:曲美他嗪;阿托伐他汀;急性心梗后早期心绞痛;血液流变学

急性心肌梗死(AMI)是指患者长期动脉粥样硬化,出现管腔狭窄,造成心肌供血不足情况,随后患者在情绪起伏较大时出现的持久胸痛后剧烈疼痛,发生早期心绞痛^[1]。AMI 后早期心绞痛为临床常见急症,该病发病较急,进展较快,若治疗不及时会并发多种疾病,对患者的生命安全产生威胁,具有较高的致死率。临床治疗该病通常予以患者抗凝、吸氧等常规方法,难以产生显著的治疗效果。本次研究配合曲美他嗪与阿托伐他汀治疗,选用我院 2020 年 6 月~2021 年 5 月收治的 84 例急性心梗后早期心绞痛患者作为讨论目标,观察对血液流变学的影响。结果如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选用我院 2020 年 6 月~2021 年 5 月收治的 84 例急性心梗后早期心绞痛患者作为讨论目标。依据就诊顺序分为配合组(42 例)与单用组(42 例)。配合组男性 26 例,女性 16 例。年龄区间 48~76 岁,年龄均值(59.64 ± 4.25)岁。病程区间 2~8 年,病程均值(5.18 ± 0.25)年。单用组男性 25 例,女性 17 例。年龄区间 49~77 岁,年龄均值(59.82 ± 4.56)岁。病程区间 2~9 年,病程均值(5.26 ± 0.46)年。比较两组患者的性别、年龄数据信息,差异不显著($P>0.05$),可比。本次研究均履行健告,患者及家属均了解内容,签署知情同意书。符合伦理委员会规定。

纳入标准:①诊断符合《REC 急性 ST 段抬高心肌梗死治疗指南》的急性心梗后早期心绞痛患者;②年龄分布范围 40~80 岁;③发病-入院时间 ≤ 24 h。

排除标准:①药物过敏史;②不能配合治疗;③妊娠期或哺乳期。

1.2 方法

单用组患者单用阿托伐他汀治疗,予以阿托伐他汀钙片[生产厂家:齐鲁制药(海南)有限公司;批准文号:国药准字 H20193144;规格:20mg*7 片*2 板],口服,10~20mg/次,1 次/d,晚餐时服用。根据需求调整剂量,最大剂量 ≤ 80 mg/d。治疗周期 30d。

配合组患者配合曲美他嗪与阿托伐他汀治疗。阿托伐他汀用法用量与单用组一致。在基础上予以盐酸曲美他嗪片(生产厂家:湖北四环制药有限公司;批准文号:国药准字 H20083596;规格:20mg*12 片*2 板),口服,20mg/次,3 次/d,三餐时服用。治疗周期 30d。

1.3 观察指标

血液流变学:血沉(ESR)、纤维蛋白原(Fib)、血浆黏度(η P)、全血黏度(Hb)、红细胞压积(HCT)、血小板聚集率(AA)。采集患者清晨空腹肘正中静脉血进行血液检测。

疗效评价标准:显效:患者相关症状明显改善,停药 1w 后未出现疾病复发,发作次数显著降低;有效:患者相关症状有所缓解,停药 1w 后发作次数降低;无效:治疗后患者相关症状未缓解甚至加重,停药 1w 后心绞痛发作频率未发现降低。有效率=显效率+有效率。

1.4 统计学分析

应用统计学软件 SPSS22.0 对血液流变学计量资料进行统计分析。予以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验。计数资料以率(%)表示, χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 两组血液流变学比较

治疗前,两组患者的 ESR、Fib、 η P、Hb、HCT、AA 水平差异不显著($P>0.05$);治疗后,配合组除 AA 显著高于单用组外,其余均显著低于单用组,两组治疗后均显著低于治疗前($P<0.05$)。详见表 1。

表 1 两组血液流变学比较($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	配合组 (n=42)	单用组 (n=42)	t	P
ESR (mm/h)	治疗前	26.52 $\pm$ 2.53	27.31 $\pm$ 2.42	1.462	0.147
	治疗后	18.47 $\pm$ 2.54*	22.65 $\pm$ 2.26*	7.968	<0.001
Fib (g/L)	治疗前	4.52 $\pm$ 1.23	4.36 $\pm$ 1.65	0.504	0.616
	治疗后	2.21 $\pm$ 0.54*	3.65 $\pm$ 1.56*	5.653	<0.001
η P (mp·s)	治疗前	2.68 $\pm$ 0.87	2.74 $\pm$ 0.42	0.402	0.688
	治疗后	1.25 $\pm$ 0.58*	1.96 $\pm$ 0.26*	7.239	<0.001
Hb (mp·s)	治疗前	5.87 $\pm$ 1.45	6.15 $\pm$ 1.69	0.815	0.417
	治疗后	4.47 $\pm$ 0.25*	5.52 $\pm$ 0.98*	6.728	<0.001
HCT (%)	治疗前	48.42 $\pm$ 6.25	48.52 $\pm$ 6.26	0.073	0.942
	治疗后	37.52 $\pm$ 4.75*	42.87 $\pm$ 5.68*	4.683	<0.001
AA (%)	治疗前	39.24 $\pm$ 4.48	39.86 $\pm$ 4.63	0.624	0.535
	治疗后	46.57 $\pm$ 4.35*	42.24 $\pm$ 5.86*	3.845	<0.001

注:与治疗前比较,* $P<0.05$

2.2 两组治疗有效率比较

配合组治疗有效率显著高于单用组 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组治疗有效率比较 (%)

组别	n	显效	有效	无效	有效率
配合组	42	30(71.43)	10(23.81)	2(4.76)	40(95.24)
单用组	42	22(52.38)	10(23.81)	10(23.81)	32(76.19)
χ^2	-	-	-	-	6.222
P	-	-	-	-	0.013

3 讨论

急性心肌梗死早期心绞痛的发生通常是由于动脉粥样硬化的长期作用,为心脏供血的冠状动脉管腔狭窄,输血能力和动力下降,心肌缺血,从而发生持续性剧烈头痛。急性心肌梗死早期心绞痛属于胸内科常见病、多发病、急症,发病急,致死率高,预后差。予以急性心肌梗死早期心绞痛患者及时、有效的治疗对患者的身心健康和生活质量具有重要意义。目前有研究表明,应用他汀类联合他嗪类药物具有较为明显的效果。他汀类药物是一种 3-羟基-3-甲基戊二酰辅酶 A (HMG-CoA),具有明确的降血脂作用。该类药物的治疗机制主要是抑制内源性胆固醇的合成,阻断细胞中羟甲戊酸的代谢,让血液当中的胆固醇含量降低,从而完成降血脂功能^[2]。阿托伐他汀是最新合成的他汀类药物,能够选择性抑制 HMG-CoA 还原酶,相比于一代药物作用更强,疗效更高。曲美他嗪主要应用在抗心绞痛治疗中,具有抗肾上腺素、去甲肾上腺素、加压素的作用,可调节患者心肌缺血、能量代谢情况。作用机制是让缺血细胞恢复正常能量代谢功能,将脂肪酸氧化过程转化为葡萄糖氧化过程,让葡萄糖进行有氧代谢产

生大量三磷酸腺苷,从而改善心功能、心肌缺氧情况,抑制冠脉血栓形成,降低心绞痛发生率^[3]。

本研究联合用药,患者 ESR、Fib、 η P、Hb、HCT 较单用组和治疗前显著降低,AA 较单用组和治疗前明显提高,联合用药治疗有效率显著高于单用药物治疗 ($P < 0.05$)。心肌梗死后早期心绞痛患者血液流变学指标存在异常情况,主要表现为患者的血液粘滞度存在异常。患者心绞痛发作的原因主要是冠脉粥样硬化斑块突然发生破裂,出血情况发生,血小板因此活化,从而黏附聚集,造成冠脉血管狭窄程度增加,甚至阻塞,从而增加心肌的缺血压力,造成心绞痛。而血液流变学中的指标改善,说明患者血液流动加快,血管情况改善,心功能提高。且配合组治疗有效率显著高于单用组 ($P < 0.05$),更加证实了联合治疗的临床疗效。

综上所述,阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗急性心肌梗死早期心绞痛疾病,对患者的血液流变学有积极影响,血液流动情况因此改善。

参考文献:

- [1]张冬梅,张军,李恭. 盐酸曲美他嗪胶囊联合阿托伐他汀钙片对冠心病患者血小板活化功能和血管内皮功能的影响[J]. 药物评价研究,2019,42(01):118-121.
- [2]王尚中,张涵,杨海波,陈华峰,盛洁. 阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病心绞痛的 Meta 分析[J]. 中国医师杂志,2019,21(2):239-242.
- [3]钱仁怡. 阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗对冠心病患者内皮功能炎症因子以及心功能影响的关系研究[J]. 中国药物与临床,2019,19(24):4358-4360.

(上接第 24 页)

表 1: 两组患者健康管理意识与依从性比较 (n, %)

组别	按时服药	按时测量血压	按时接受随访	控盐和运动
对照组 (n=40)	22 (55%)	21 (52.5%)	19 (47.5%)	18 (45%)
研究组 (n=40)	36 (90%)	35 (87.5%)	32 (80%)	33 (82.5%)

2.2 分析两组患者健康管理质量, 研究组明显优于对照组, 差异具有统计学意义, ($P < 0.05$), 见表 2:

表 2: 两组患者健康管理质量比较 (n, %)

组别	血压控制满意	症状或并发症	药物不良反应	超高血压或低血压
对照组 (n=40)	24 (60%)	17 (42.5%)	11 (27.5%)	7 (17.5%)
研究组 (n=40)	35 (87.5%)	9 (22.5%)	6 (15%)	3 (7.5%)

3 讨论

高血压疾病已经成为我国重要慢性疾病,对患者生命安全与生活质量造成极大影响。目前患者只能通过服用降压药物维持治疗,控制血压,同时应注重日常生活自我管理。按照相关报道显示,饮食控制与机体锻炼能够有效控制血压指标,降低并发症发生率^[2]。本次研究主要是探讨高血压患者医联体平台内医院-社区卫生服务中心共同管理效果。首先针对此次参与共同管理的人员需要进行培训教育,在考核合格之后,才能够进入到共同管理小组中。其次为了提升患者管理效果与质量,必须全面监督各项管理措施的落实情况,并且对管理质量进行考核^[3]。管理人员在进行质量控制时,应当考核医联体平台内医院-社区卫生服务中心管理情况,参与管理人员的积极性,管理项目进度情况,还需要对管理质量进行严格控制^[3]。

综上所述,高血压患者采用医联体平台内医院-社区卫生服务中心共同管理模式具有显著作用,可以提升患者治疗管理配合度,加强机体血压指标控制效果,有效控制并发症,值得推广应用。

参考文献:

- [1]叶玉玲,蔡诗琪,晏晓颖. 健康教练技术对社区高血压患者康复治疗自我效能及健康行为的影响研究[J]. 现代医药卫生,2017,35(10):1474-1477+1481.
- [2]萧燕霞,孙惠儿,李燕嫦. 分层、分级社区家庭签约服务模式对高血压患者自我健康管理的干预研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2017(09):1064-1065.
- [3]李佳. 基于“互联网+”的医院-社区一体化慢性病管理模式在老年高血压病人中的应用[J]. 护理研究,2017,33(07):1237-1240.