

不同剂量阿托伐他汀治疗心梗后无症状心衰的疗效对比

郑洁

(秀山县人民医院 心血管内科 409900)

摘要:目的:分析在心梗后无症状心衰治疗中予以不同剂量阿托伐他汀干预的临床价值。方法:研究中选取病例均为本院收治的心梗后无症状心衰患者(纳入时间:2020年1-12月;病例数:72);采取抽签法将采集患者均分为2组,A组予以小剂量治疗(20mg/d),B组予以高剂量治疗(40mg/d);对比两组患者治疗效果、心功能指标及血浆钠尿肽(血浆BNP)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)水平及不良反应发生率。结果:经对比,B组治疗有效率明显高于A组;同时,对比两组患者心功能指标及血浆BNP、hs-CRP水平可见,B组患者LVEF水平对比A组有显著升高,且LVESV、血浆BNP、hs-CRP水平对比A组有显著降低($P<0.05$)。此外,两组患者用药后均未出现严重不良反应,组间对比无差异($P>0.05$)。结论:在心梗后无症状心衰治疗中予以高剂量阿托伐他汀干预对比小剂量效果更为明显,患者病症改善良好,建议推广应用。

关键词:阿托伐他汀;心梗;无症状心衰;心功能;安全性

无症状心衰(asymptomatic heart failure, AHF)是常见心梗并发症之一,其主要指有左心室功能障碍存在,但未出现胸痛、心肌缺血、呼吸窘迫等症^[1]。该病症发生后极易引发心力衰竭,故病发后及时采取有效措施治疗十分关键。阿托伐他汀为他汀类药物的一种,属于还原酶抑制剂,有改善心功能、心肌重构等功效,但临床上应用不同剂量效果存在一定差异。故此次研究主要分析应用不同剂量阿托伐他汀对AHF的治疗效果,报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究中选取病例均为本院收治的心梗后无症状心衰患者(纳入时间:2020年1-12月;病例数:72);采取抽签法将采集患者均分为2组,A组男女比为19/17;年龄49-72岁(61.54 ± 3.57);B组男女比为20/16;年龄51-72岁(62.05 ± 3.79)。对比两组患者基础信息数据未见显著差异($P>0.05$),可比。此次研究内容经医学伦理委员会审核通过。

纳入标准:①经心电图及相关影像学检查显示患者存在左心房、左心室增大或心室肥厚表现;②既往有心肌梗死发病史,但未出现呼吸窘迫、胸闷、水肿等症状表现;③LVEF低于50%;④对研究内容知情并自愿加入。

排除标准:①合并恶性肿瘤;②合并严重精神系统病症或认知功能障碍者;③肝肾受损严重或合并慢阻肺患者。

1.2 方法

两组患者入院后均实施基础治疗,予以舌下含服硝酸甘油片(国药准字H11021022;产自北京益民药业;规格0.5mg),每次0.25mg,每日1次;口服阿司匹林片(国药准字H36020722;产自江西制药;规格0.5g),每次100mg,每日1次。基于此,A组予以阿托伐他汀片(国药准字H20051408;产自辉瑞制药;规格20mg)小剂量口服治疗,每次20mg,每日1次。B组予以阿托伐他汀高剂量治疗,每次40mg,每日1次。两组患者均持续用药治疗6个月。

1.3 观察指标

对比两组患者治疗效果、心功能指标(对比治疗前后LVEF、LVESV水平)、血浆BNP、hs-CRP水平以及不良反应发生率。

1.4 判定标准

治疗效果结合患者病症改善程度进行评估:①显效:症状有显著改善,心功能改善 >2 级;②有效:症状有一定改善,心功改善 ≥ 1

级;③无效:症状及心功能均未改善。总有效率=(显效+有效患者例数)/总患者例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法

研究采集数据统计应用SPSS 25.0软件。计量与计数内容应用($\bar{x} \pm s$)、%表示,t、 χ^2 检验;组间对比以 $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 治疗效果

对比两组患者治疗有效率,B组高于A组($P<0.05$)。见表1:

表 2 2组患者治疗有效率对比(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
A组	36	12(33.34)	17(47.22)	7(19.44)	29(80.56)
B组	36	15(41.66)	20(55.56)	1(2.78)	35(97.22)
χ^2		-	-	-	5.063
P		-	-	-	0.024

2.2 心功能

治疗前两组患者LVEF、LVESV水平比较无差异($P>0.05$);治疗后,B组LVEF显著高于A组,LVESV显著低于A组($P<0.05$)。见表2:

表 2 2组患者心功能指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVEF (%)		LVESV (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	36	36.02 $\pm$ 4.56	45.66 $\pm$ 5.87	65.78 $\pm$ 10.20	57.46 $\pm$ 9.35
B组	36	36.11 $\pm$ 4.65	54.23 $\pm$ 6.79	66.10 $\pm$ 10.74	50.36 $\pm$ 8.77
t		0.083	5.729	0.130	3.323
P		0.934	0.000	0.897	0.001

2.3 血浆BNP、hs-CRP水平

治疗前比较两组患者血浆BNP、hs-CRP水平未见明显差异($P>0.05$);护理后,B组患者血浆BNP、hs-CRP水平对比A组均有明显降低,组间数据对比差异显著($P<0.05$)。见表3:

(下转第70页)

干预前	8.67 ± 0.33	14.22 ± 0.28	7.56 ± 0.33
干预后	4.38 ± 0.32	4.29 ± 0.36	4.14 ± 0.26
t 值	6.309	8.142	5.082
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 干预前后不良情绪变化情况

与干预前相比,干预后的 SAS 和 SDS 评分均较低,比较有统计意义 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 干预前后各项评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	SDS 评分	SAS 评分
干预前	48.29 ± 3.22	49.23 ± 2.98
干预后	40.02 ± 2.78	39.12 ± 2.56
t 值	8.209	9.563
P 值	<0.05	<0.05

2.3 干预前后生活质量变化情况

干预后的生活质量评分明显高于干预前 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 干预前后生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	躯体功能	心理健康	社会功能	总的健康状况
干预前	67.5 ± 4.6	62.8 ± 10.5	60.1 ± 8.8	60.2 ± 10.3
干预后	85.1 ± 2.8	82.8 ± 9.1	65.9 ± 9.3	71.4 ± 7.3
t 值	6.309	8.112	7.392	10.653
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

近年来,随着人们生活质量的改善和生活水平的提高,体重超重的儿童明显增加,使得 I 型糖尿病的发生率明显升高,并且儿童 I 型糖尿病往往起病急,40% 患儿就诊时以糖尿病酮症酸中毒为主要表现,严重影响患儿身心健康^[4]。临床上在对 I 型糖尿病进行治疗时,胰岛素泵是比较有效的一种方法,通过对人体胰岛 β 细胞进行模拟分泌胰岛素,持续 24h 输注小剂量胰岛素,能够维持血糖在一定水平,并且根据饮食摄入为变化,对血糖进行有效控制,在减少胰岛素用量的基础上,还能降低低血糖发生率^[5-6]。在针对性护理中,通过密切监测患儿血糖变化,可以及时发现低血糖和高血糖,采取有效干

预措施,并且调控胰岛素剂量具有灵活性的特点,能够控制血糖在稳定水平,使远期并发症的风险降低^[7]。同时,置泵前,对胰岛素笔芯进行准备,给予患儿及家属适当的健康教育和心理干预,能够使其正确认识治疗,消除内心的紧张和焦虑,降低机体应激反应,并且置泵后妥善固定,加强穿刺部位护理,适当调整饮食结构,能够使治疗效果提高^[8]。

综上所述,临床上将针对性护理运用在儿童 I 型糖尿病胰岛素泵治疗中,一方面可以降低血糖水平,获得较好的效果,另一方面还能减轻不良情绪,从而改善患儿生活质量,具有一定的推广价值。

参考文献:

- [1]李岩.胰岛素泵治疗儿童 I 型糖尿病的临床观察和护理要点分析[J].中国医药指南,2018,16(12):241-242.
- [2]张慧敏.不同用药方式治疗儿童糖尿病的疗效和护理风险[J].糖尿病新世界,2014,34(15):64.
- [3]张桂香,李静.皮下胰岛素泵治疗儿童 I 型糖尿病酮症酸中毒的疗效观察与护理[J].护理实践与研究,2013,10(20):26-28.
- [4]蒋菊荣.胰岛素不同注射方式治疗儿童糖尿病的疗效及护理风险分析[J].中国医药指南,2013,11(10):719-720.
- [5]古建平,付晓荣,卫海燕,张耀东,陈永兴.胰岛素不同注射方式治疗儿童糖尿病的疗效及护理风险分析[J].广东医学,2012,33(18):2864-2866.
- [6]谢明菊.胰岛素皮下泵在 1 型糖尿病中的护理[J].中国现代药物应用,2012,6(13):110-111.
- [7]Laurent M. Willems, Neubauer, Bernhard Brunst, Susanne Schubert-Bast, Simone Fuchs, Henrike Staab-Kupke, Tobias Kniess, Felix Rosenow, Adam Strzelczyk. Counseling and social work for people with epilepsy in Germany: A cross-sectional multicenter study on demand, frequent content, patient satisfaction, and burden-of-disease[J]. Epilepsy & Behavior, 2019, 20 (11) : 118.
- [8]徐海平,张秀玲,庄丽华.胰岛素泵与诺和笔治疗儿童 I 型糖尿病的观察与护理[J].护理实践与研究,2018(07):11-12.

(上接第 32 页)

表 2 2 组患者血浆 BNP、hs-CRP 水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血浆 BNP (mg/L)		hs-CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	36	333.32 ± 32.05	185.42 ± 21.80	14.12 ± 5.52	8.02 ± 1.14
		31.84	18.72	5.10	
B 组	36	332.56 ± 31.84	113.58 ± 18.72	14.85 ± 5.10	4.49 ± 0.85
		0.101	15.001	0.583	14.894
t		0.920	0.000	0.562	0.000
P					

2.4 不良反应发生率

观察两组患者在用药期间及用药后的不良反应均未见明显变化,均无严重不良反应发生。

3. 讨论

SHF 是常见心梗并发症之一,而一旦 SHF 并发心力衰竭,则会导致患者病情进一步加重,甚至危及患者生命健康^[2]。从引发心力衰竭的机制来看,心肌重构是主要因素之一,故该病症的治疗关键就在于抑制神经内分泌的过度激活,抑制心肌重构。在该类病症临床治疗中,阿托伐他汀是较为常用的他汀类药物,具有减慢动脉粥样硬化进程、抗炎、促进血管舒张及调节免疫等效果^[3]。现阶段在心衰的临床治疗中,多以 β 受体阻滞剂为首选,而阿托伐他汀则是为我国生部批准的心衰治疗首选 β 受体阻滞剂。但在临床应用中,予以不同剂量的阿托伐他汀干预效果往往存在一定差异,结合此次研究能够看到,在分别予以 20mg/d (A 组) 与 40mg/d (B 组) 治疗下, B 组疗效明显优于 A 组,且心功能改善效果及血浆 BNP、hs-CRP 水平改善程度也显著好于 A 组 ($P<0.05$)。此外,对比两组患者在不同用药剂量下的不良反应发生情况未见明显差异,其均未出现严重不良反应。这一研究显示,以 40 mg/d 剂量的阿托伐他汀治疗可更进一步改善患者心功能,

且用药安全性较高,能够有助于促进患者病症的好转。

分析可见,阿托伐他汀作为还原酶抑制剂的一种,其在进入机体后不仅可以发挥改善内皮功能的效果,同时还具有抗血小板聚集、调节神经内分泌、改善心肌重构、抗氧化应激及抑制心肌肥厚等效果。从其作用机制来看,阿托伐他汀可有效抑制交感神经系统的过度激活产生的儿茶酚胺,进而阻断儿茶酚胺的刺激作用,促进交感神经支持心肌作用的恢复,改善心脏自主神经调节功能。同时阿托伐他汀应用下还能够有效阻断 β_1 、 β_2 及 α_1 受体,并通过 β_1 受体阻滞作用抑制 β_1 受体的下调作用,以减缓心率,降低能量消耗,改善左心室舒张功能。而在药物应用中,结合药物作用目的的不同,对其应用剂量往往也会有一定影响,针对 SHF 而言,通过增大阿托伐他汀服用剂量则能够有助于更好地降低总胆固醇水平,调节低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 水平,故临床应用效果更为显著。此外,应用阿托伐他汀还能有效对肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)产生直接或间接性抑制作用,仅为有效降低血管紧张素对心肌的毒性作用,减轻机体炎症水平,降低血浆 BNP 水平,提升治疗安全性及有效性。

综上所述,在心梗后无症状心衰治疗中,通过予以 40 mg/d 剂量的阿托伐他汀进行治疗的临床效果对比 20 mg/d 剂量的阿托伐他汀更为显著,能够有效促进患者心功能及相关指标水平的改善,且用药安全性较为理想,无严重不良反应发生,故值得推广应用。

参考文献:

- [1]花国辉.不同剂量阿托伐他汀治疗心梗后无症状心衰的疗效比较[J].医学信息,2020,033(004):153-154.
- [2]曾晖.阿托伐他汀治疗心肌梗死后无症状心衰的临床研究[J].现代诊断与治疗,2019,030(019):3365-3366.
- [3]王丽丽.化浊行血丸与阿托伐他汀联合治疗颈动脉粥样硬化患者的临床疗效分析[J].中国现代药物应用,2020,v.14(06):185-187.