

• 短篇论著 •

瑞舒伐他汀联合曲美他嗪治疗急性冠状动脉综合症的临床疗效观察

王颂杨, 胡有志[△], 徐伟健, 吴家伟

(湖北省中医院心血管内科, 湖北武汉 430061)

摘要:目的 分析瑞舒伐他汀联合曲美他嗪治疗急性冠状动脉综合症的临床疗效及对超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素 6(IL-6)、纤维蛋白原(Fib)的影响效果分析。方法 选取 2013 年 8 月至 2017 年 9 月该院收治的急性冠状动脉综合症患者 100 例, 所选患者随机分为两组, 对照组患者使用瑞舒伐他汀进行治疗, 研究组患者在对照组的基础上, 使用曲美他嗪进行治疗。调查统计两组患者治疗前后的心功能状况和 hs-CRP、IL-6、Fib 的水平以及康复状况。结果 治疗后, 研究组患者的心脏功能显著优于对照组患者, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后, 两组患者的各项指标均得到改善, 研究组患者 hs-CRP、IL-6、Fib 的水平显著优于对照组患者, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 研究组患者临床治疗的总有效率显著高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 研究组患者治疗满意度显著高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 采用瑞舒伐他汀联合曲美他嗪对急性冠状动脉综合症患者进行治疗, 患者恢复效果良好, 心脏功能得到明显改善, hs-CRP、IL-6、Fib 的水平降低, 值得在临床中推广。

关键词:瑞舒伐他汀; 曲美他嗪; 急性冠状动脉综合症; 临床疗效**DOI:**10.3969/j.issn.1673-4130.2019.16.026**中图法分类号:**R541.4**文章编号:**1673-4130(2019)16-2019-04**文献标识码:**B

我国已经进入到老龄化社会, 随着老年人口逐渐增加以及寿命的延长, 心脑血管的发病人群逐渐增加。冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)的主要病因为冠状动脉本身出现病变, 或冠状动脉粥样硬化, 这些现象会引起心肌缺血、缺氧性心脏病等症状^[1]。冠心病在中老年人群中属于常见病, 患者年龄段多分布在 40 岁以上。血清超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-6(IL-6)和纤维蛋白原(Fib)是动脉粥样硬化、血栓形成疾病的炎症标记物, 同时也是判断急性冠状动脉综合症的主要指标。本院选取急性冠状动脉综合症患者 100 例, 随机分组后对患者采用不同的用药方法, 探究瑞舒伐他汀联合曲美他嗪治疗急性冠状动脉综合症的临床疗效及对 hs-CRP、IL-6、Fib 的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 8 月至 2017 年 9 月本院收治的急性冠状动脉综合症患者 100 例, 随机分为对照组与研究组, 每组 50 例。对照组男 22 例, 女 28 例, 年龄 39~80 岁, 平均(52.2±2.6)岁; 研究组男 23 例, 女 27 例, 年龄 33~85 岁, 平均(49.6±4.9)岁。急性冠状动脉综合症患者的诊断依据 2015 年欧洲心脏病学会(ESC)颁布的急性冠状动脉综合症指南^[2]。

纳入标准:(1)患者实验前 4 周末服用过钙拮抗

剂类药物等;(2)患者精神正常, 可以进行正常交流。排除标准:(1)患者的心肺功能不全, 肝肾功能重度损伤。(2)患者患有恶性肿瘤、严重心脑血管疾病。(3)冠状动脉搭桥术 1 个月以内。(4)合并免疫性疾病。两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。所有患者均知情同意, 通过医院伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 对照组患者采用口服瑞舒伐他汀(每片 10 mg, 阿斯利康制药有限公司), 每天服用两片, 同时对患者给予利尿、吸氧、扩血管药物等常规的治疗方法^[3]。研究组在同等标准服用瑞舒伐他汀的基础上服用曲美他嗪(瑞阳制药有限公司生产, 批号 20136534, 规格 20 mg), 每次 20 mg, 每天 3 次^[4]。对患者进行为期 3 个月的治疗, 以 1 个月为 1 个疗程。分别在患者治疗前后采用飞利浦 Affiniti50 彩色多普勒超声仪检测两组患者的左心室射血分数、左心室后壁厚度等数据, 同时在治疗前后采用酶联免疫吸附法对患者体内的 hs-CRP、IL-6、Fib 水平进行检测, 仪器购自南京德铁实验设备有限公司(HBS-1096A 型), 检测所需试剂盒均购自博士德生物有限公司^[5]。

1.2.2 疗效标准^[6] 显效:临床症状减少 80%以上, 正常或大致正常心电图;有效:临床症状减少 50%~

[△] 通信作者, E-mail: smellofsky@tom.com。

80%，心电图 ST 段向基线靠近 0.05 mV 以上；无效：临床症状减少不到 50%，心电图 ST 段无明显改变；加重：临床症状加重，心电图 ST 段下移更多或出现其他严重表现。总有效率 = [(显效 + 有效) / 总例数] × 100%。

1.3 观察标准 调查统计两组患者左心室射血分数、左心室舒张末期内径等数据，进而分析患者的心功能状况。记录两组患者治疗前后 hs-CRP、IL-6、Fib 水平的变化情况。根据疗效标准对患者的康复状况进行判断。采用问卷调查的方式，调查患者对治疗状况的满意度，调查指标主要包括康复状况、专业医疗水平、不良反应等指标。不良反应主要包括心律失常、低血压、发热、胸痛等。满意度 = [(满意 + 基本满意) / 总例数] × 100%。

1.4 统计学处理 数据应用 SPSS20.0 进行分析，其

中计数资料以率表示，进行 χ^2 检验，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，进行 t 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者心功能比较 治疗前，两组患者左心室射血分数、左心室舒张末期内径比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。进行临床治疗后，研究组患者的心脏功能显著优于对照组患者，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

2.2 两组患者治疗前后 hs-CRP、IL-6、Fib 水平的对比 治疗前，两组患者 hs-CRP、IL-6、Fib 的水平差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，治疗后，两组患者的各项指标均得到改善，研究组患者 hs-CRP、IL-6、Fib 的水平显著低于对照组患者，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者心功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	左心室射血分数 (%)		左心室舒张末期内径 (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	40.3 ± 5.6	43.1 ± 12.6	61.4 ± 6.3	56.4 ± 6.3
研究组	50	40.5 ± 5.5	48.1 ± 6.9	62.5 ± 6.6	50.5 ± 5.4
t		1.512	16.565	2.379	19.648
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 2 两组患者治疗前后 hs-CRP、IL-6、Fib 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	hs-CRP (mg/L)		IL-6 (pg/mL)		Fib (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	56.23 ± 7.74	19.38 ± 3.67	22.29 ± 5.74	15.03 ± 8.44	4.93 ± 0.64	4.31 ± 0.54
研究组	50	57.03 ± 6.92	8.47 ± 1.48	22.19 ± 8.84	9.29 ± 5.23	4.31 ± 0.35	3.64 ± 0.53
t		1.836	19.984	1.084	14.984	2.573	12.735
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者治疗后的临床效果比较 对比两组患者临床治疗后的恢复状况，研究组患者临床治疗的总有效率显著高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗效果比较 [n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	50	33(66.0)	13(26.0)	4(8.0)	92.0
研究组	50	44(88.0)	4(8.0)	2(4.0)	96.0
χ^2		6.981	5.904	3.992	4.538
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组患者临床治疗满意度比较 对比两组患者对临床治疗的满意度，研究组患者满意度显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者临床治疗满意度比较 [n (%)]

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意度 (%)
对照组	50	39(78.0)	5(10.0)	6(12.0)	88.0
研究组	50	30(60.0)	18(36.0)	2(4.0)	96.0
χ^2		6.128	7.997	4.259	5.137
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

随着经济水平的不断发展，人们生活水平不断提高，心血管疾病的发病率不断增加^[6]。急性冠状动脉综合征的发病原理主要为患者冠状动脉粥样硬化斑块出现破裂的现象，进而导致处于继发性完全或不完全闭塞性的血栓形成，其中大部分急性冠状动脉综合征是冠状动脉粥样硬化斑块不稳定的结果^[7]。急性

冠状动脉综合征的主要病症分为急性 ST 段抬高性心肌梗死、急性非 ST 段抬高性心肌梗死、不稳定型心绞痛。急性冠状动脉综合征属于冠心病中较为严重的类型,主要的发病人群为中老年、长期吸烟、高血压、糖尿病、高脂血症及有早发冠心病家族史的患者^[8]。急性冠状动脉综合征患者的轻度患者会出现发作性胸痛、胸闷等症状,病情严重甚至可导致心律失常、心力衰竭、猝死等现象的发生,此疾病极大程度地降低了患者的生活质量^[9]。本研究表明,在接受临床治疗前,两组患者左心室射血分数、左心室舒张末期内径比较差异无统计学意义($P>0.05$)。进行临床治疗后,研究组患者的心功能显著优于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$),由此证明,采用瑞舒伐他汀联合曲美他嗪治疗对急性冠状动脉综合征患者进行治疗,患者的心功能得到明显改善。

曲美他嗪属于临床上较为常见的抗心绞痛心血管药物^[10]。该药物的作用原理为在缺氧或缺血的情况下,维持细胞进行正常的能量代谢,促进细胞内 ATP 水平下降,维持离子泵的正常功能和透膜钠-钾流的运转,保证细胞内环境处于稳定的状态^[11]。对患者采用曲美他嗪进行治疗,可以改善冠状动脉血流的储备量,减少患者进行运动时心肌缺血发生的概率^[12]。曲美他嗪可以对血压的快速波动进行限制,保证患者的心率不会出现明显改变,可以减少机体对硝酸甘油的消耗。据研究表明,该药物可以降低心绞痛发作的频率^[13]。患者对药物进行口服后,曲美他嗪可以迅速被机体吸收,口服 20 mg 曲美他嗪 2 h 后,血浆峰浓度可以达到 55 ng/mL,该药物的清除半衰期长达 6 h,主要以尿液的形式排除到患者体外^[14]。在治疗过程中,对患者进行为期 4 周的重复给药后,患者的病情可以得到有效的缓解,并且在整个治疗中患者的状况非常稳定。该药物引发的不良反应主要为恶心、呕吐等胃肠道不适的现象,运动方面会出现震颤、强直等现象,但这些症状停药后可消失。据研究数据显示,两组患者治疗前 hs-CRP、IL-6、Fib 的水平差异均无统计学意义($P>0.05$),治疗后,两组患者的各项指标均得到改善,研究组患者 hs-CRP、IL-6、Fib 的水平显著低于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。

hs-CRP 的本质属于急性相蛋白,当机体受到外来微生物入侵以及组织性损伤等炎症性刺激时,由肝细胞对此类蛋白进行合成。当炎症反应发生后数小时之内,患者体内的 hs-CRP 水平出现明显升高,并在炎症反应发生的 48 h,其含量达到峰值,随着病变的消退以及相应功能的恢复降至正常水平^[15]。随着检测技术的不断发展,hs-CRP 的检测在临床诊断中的应用较为广泛,主要包括急性感染性疾病的诊断与鉴

别诊断,手术后患者出现感染状况的监测,抗菌药物治疗效检测。据研究表明,hs-CRP 已被证实是由慢性炎症引发心血管疾病的独立危险因素。瑞舒伐他汀的化学本质属于选择性羟甲基戊二酰辅酶剂(HMG-CoA)还原酶抑制剂,瑞舒伐他汀起作用的主要部位在肝,同时肝被称为降低胆固醇的靶向器官。瑞舒伐他汀对肝低密度脂蛋白(LDL)细胞表面受体数目起到了促进的作用,加速 LDL 的吸收与分解,对极低密度脂蛋白(VLDL)的肝合成起到了抑制的效果,进而降低了 VLDL 和 LDL 微粒的总数。据研究表明,血清中 hs-CRP 水平增加与冠状动脉事件发生的危险度密切相关,hs-CRP 具有较高的冠心病预测价值,准确度显著优于传统的以血脂、脂蛋白、载脂蛋白等作为冠心病预测标准的因素。对比护理后两组患者临床治疗后的恢复状况,研究组患者临床治疗的总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

IL-6 属于白细胞介素的一种,其本质为细胞因子。它的产生是由纤维母细胞、单核/巨噬细胞、T 淋巴细胞、B 淋巴细胞等细胞分化而来。正常细胞产生 IL-6 是在 IL-1、肿瘤坏死因子(TNF- α),血小板衍生因子(PDGF)、病毒感染时。IL-6 的主要作用为刺激参与免疫反应的细胞增殖、分化并提高其相应的功能。T 细胞的增殖可以在 IL-6 与 IL-1 的协同下得到促进,IL-6 对 IL-3 的多向祖细胞的刺激作用具有明显的协同效果,IL-6 同时可促使 B 细胞的分化。IL-6 和 IL-1 可以参与炎症反应、发热等反应,人体肿瘤细胞,特别是骨髓瘤细胞,可分泌 IL-6 作为自身生长因子刺激其生长。对患者进行一段时间的治疗后,对患者的满意度进行调查,研究组患者满意度显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,采用瑞舒伐他汀联合曲美他嗪治疗对急性冠状动脉综合征患者进行治疗,患者恢复效果好,心功能得到明显改善,hs-CRP、IL-6、Fib 的水平降低,值得在临床中推广。

参考文献

- [1] 高群,柏丹娜,刘媛媛.阿托伐他汀联合丹参酮 II A 磺酸钠注射液治疗冠心病心绞痛疗效分析[J].中国循证心血管医学杂志,2016,8(2):177-179.
- [2] 申华,周玉杰.2011 欧洲心脏病学会非 ST 段抬高型急性冠脉综合征处理指南更新解读[J/CD].中国医学前沿杂志(电子版),2011,3(5):97-99.
- [3] ZHANG J, HE S H, WANG X E, et al. Effect of trimetazidine on heart rate variability in elderly patients with acute coronary syndrome[J]. Pak J Med Sci, 2016, 32(1): 75-78.
- [4] 刘波,郭莉,程波,等.曲美他嗪联合运动疗法对冠心病经皮冠状动脉介入术后患者心脏康复的影响[J].中国医院

药学杂志, 2017, 37(4): 376-379.

[5] 付生弟, 谢辉. 他汀类药物与曲美他嗪联用治疗心绞痛的临床效果分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(33): 4702-4704.

[6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 68-77.

[7] 丁平, 王丽军, 方学奇. 尼可地尔治疗合并 2 型糖尿病的冠心病患者 PCI 术后心绞痛的疗效观察[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2017, 9(9): 1080-1082.

[8] 赵伟, 李婷婷, 李莹. 冠心病患者炎症因子水平与急性冠状动脉综合征的相关性分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(2): 207-208.

[9] GUO J, ZHANG W Z, ZHAO Q, et al. Study on the effect of different doses of rosuvastatin on ventricular remodeling in patients with acute coronary syndrome after emergency percutaneous coronary intervention [J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2017, 21(19): 4457-4463.

[10] 许春奇, 尚亚东, 程仁立, 等. 曲美他嗪治疗急性脑梗死的疗效探究[J]. 中国现代医学杂志, 2018, 59(3): 69-72.

[11] 武文君, 宣玲, 汪朝晖, 等. 曲美他嗪对高血压性心脏病患

者心肌重构和氧化应激水平的影响[J]. 中国药房, 2018, 63(1): 89-93.

[12] JUNG L Y, LEE S R, JUNG J M, et al. Rosuvastatin reduces blood viscosity in patients with acute coronary syndrome[J]. Korean Circ J, 2016, 46(2): 147-153.

[13] 孙润锋, 陈云, 杨华. 曲美他嗪联合舒地尔对慢性心力衰竭患者血清和肽素、半乳糖凝集素 3 和心功能的影响[J]. 中国新药与临床杂志, 2016, 74(6): 423-426.

[14] 赵一灿, 张丽华, 牛少辉, 等. 盐酸曲美他嗪联合血栓通治疗缺血性心肌病患者的疗效及其对心功能、心率变异性的影响[J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 56(11): 1250-1251.

[15] MA N, BAI J Y, ZHANG W H, et al. Trimetazidine protects against cardiac ischemia/reperfusion injury via effects on cardiac miRNA-21 expression, Akt and the Bel-2/Bax pathway[J]. Mol Med Rep, 2016, 14(5): 4216-4222.

(收稿日期: 2018-11-30 修回日期: 2019-03-14)

• 短篇论著 •

124 例 ICU 患者血流感染监测与分析*

敬慧丹, 王耀丽, 艾山木, 蒋东坡, 卢海滨[△]
(陆军特色医学中心重症医学科, 重庆 400010)

摘要:目的 分析重症监护室(ICU)中血流感染患者的临床特征及预后情况。方法 收集该院 ICU 近 3 年血培养阳性的血流感染患者 124 例的临床资料, 分析不同病原菌感染患者的临床特征、住院时间、ICU 时间、临床结局等。结果 在检出的 124 株病原菌中, 革兰阴性菌 91 株(73.4%), 革兰阳性菌 29 株(23.4%), 真菌 4 株(3.2%)。引起血流感染的主要病原菌依次为鲍曼不动杆菌 46 株(37.1%), 凝固酶阴性葡萄球菌 21 株(17.0%), 大肠埃希菌 15 株(12.1%), 肺炎克雷伯杆菌 13 株(10.5%)。病原菌中耐药菌 96 株(80.7%), 其中多重耐药菌 83 株(69.7%), 广泛耐药菌 13 株(10.9%)。鲍曼不动杆菌感染后, 患者的 ICU 时间明显延长(20 d vs. 12 d, P=0.025), 且住院病死率显著高于其他病菌感染(54.3% vs. 34.6%, P=0.031)。结论 ICU 血流感染致病菌耐药率高, G⁻菌为主。鲍曼不动杆菌为主要病原菌, 较其他病菌预后差。

关键词:重症监护室; 鲍曼不动杆菌; 预后; 血流感染

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2019.16.027

中图分类号:R446.5

文章编号:1673-4130(2019)16-2022-04

文献标识码:B

对于重症监护室(ICU)的危重患者, 发生血流感染是一种常见且威胁生命的状态。由于更多侵入性监测、治疗设备的应用, ICU 血流感染发生率在近年有所上升^[1]。血流感染使患者的治疗费用上升, 住院时间、ICU 时间延长, 增加直接和间接并发症发生率和病死率^[2-3]。及时和恰当的抗菌药物使用是治疗血流感染的基础^[4]。但目前仍有相当比例的经验性抗菌药物使用存在不当之处^[5]。本研究通过回顾分析本院

ICU 近 3 年所监测的血流感染患者临床资料, 探讨 ICU 血流感染的临床特征及预后, 这有利于指导经验性治疗, 对 ICU 内血流感染的防控具有积极意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2015 年 1 月至 2017 年 12 月收住本院中心 ICU, 有感染症状且血培养阳性的 124 例患者作为研究对象。以感染症状和血培养阳性作为血流感染的诊断标准^[6]。

* 基金项目: 重庆市卫生适宜技术推广项目(2018jstg014)。

[△] 通信作者, E-mail: 29520817@qq.com。

本文引用格式: 敬慧丹, 王耀丽, 艾山木, 等. 124 例 ICU 患者血流感染监测与分析[J]. 国际检验医学杂志, 2019, 40(16): 2022-2025.