

是,部分早期病变显示情况并不理想。MRI 检查是当前临床应用的影像学检查方式中软组织分辨率最高的一种检查方法,并且 MRI 检查角度转换多面、无骨性伪影、软组织分辨能力强、受检部位组织检查更为敏感,有助于早期病变检查<sup>[17]</sup>。早期强直性脊柱炎患者的 MRI 检查主要是针对患者骶髂关节进行多个序列扫描,通过对磁共振成像图像的全面分析,可获得骶髂关节面急性炎症反应的征象及其结构慢性破坏的征象,清晰地显示了患者骶髂关节的病变情况。但是, MRI 检查扫描时间长、成本高,部分患者配合度不足。整体比较,对比 X 线检查,CT 联合 MRI 诊断在清楚反映患者软骨下骨、关节异常等情况的基础上掌握更多有效的信息,助于疾病早期诊治。相关研究指出, X 线、CT 联合 MRI 均可用于诊断强直性脊柱炎,整体诊断价值比较, MRI 联合 CT 检出优势突出,提高了诊断率,有助于疾病早期诊治,促进患者预后。本研究结果显示:分级方面,CT 联合 MRI 诊断检出率明显高于 X 线检查,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );影像学表现方面,CT 联合 MRI 诊断后影像学表现检出率高于 X 线,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

综上所述,CT 联合 MRI 诊断强直性脊柱炎,可提高诊断率,为病情评估、治疗提供依据。

#### 参考文献

- [1] 展影,安颖颖,屈瑾,等.mDixon Quant 脂肪定量技术对强直性脊柱炎骶髂关节炎的应用研究[J]. 国际医学放射学杂志,2018,41(6):672-676.
- [2] 孙玉梅,王志强.X 线、CT 和 MRI 在早期强直性脊柱炎骶髂关节病变诊断中的价值分析[J]. 实用中西医结合临床,2017,17(11):106-107.
- [3] 刘耀飞,屈小春,李超,等.X 线平片、CT 及 MRI 在强直性脊柱炎骶髂关节病变诊断中的应用价值[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(13):129-131.
- [4] 梁碧玲. 骨与关节疾病影像诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:660-676.
- [5] 王警建,王龙龙,高延忠,等.MRI 与 CT 在诊断早期强直性脊柱炎骶髂关节病变中的效果比较[J]. 实用临床医药杂志,2018,22(19):57-59.
- [6] 张贵军,孙勤学,李烽,等. 磁共振成像与计算机断层扫描影像学检查对中老年强直性脊柱炎骶髂关节病变的诊断价值[J]. 中国老年学杂志,2019,34(3):603-606.
- [7] 熊敦兵.CT 与磁共振成像在强直性脊柱炎骶髂关节病变中的诊断价值分析[J]. 实用医学影像杂志,2021,22(2):144-147.
- [8] 温志玲,全国彪,周伟文,等. 改良骶髂关节 MR 扫描技术在强直性脊柱炎诊断及区分炎症活动期、稳定期差异的研究[J]. 罕少疾病杂志,2020,27(1):83-86.
- [9] 陈亮. 对比 X 线、CT 和 MRI 在诊断早期强直性脊柱炎骶髂关节病变诊断中的临床效果观察及对检出率影响分析[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2021,19(11):179-181,185.
- [10] 陈志鹏,刘振华,岑水忠,等. 骶髂关节穿刺术及其在强直性脊柱炎早期诊断中的应用研究进展[J]. 中华解剖与临床杂志,2017,22(5):433-436.
- [11] 杨东鑫. 多层螺旋 CT 与磁共振成像对强直性脊柱炎骶髂关节早期病变的诊断价值对比[J]. 中国现代药物应用,2020,14(5):68-69.
- [12] 张立斯. 多模态影像学检查在诊断早期强直性脊柱炎骶髂关节病变中的效果[J]. 影像技术,2021,33(2):11-14.
- [13] 张奉贤,王朋.X 线、CT 与 MRI 联合诊断早期强直性脊柱炎骶髂关节病变的诊断符合情况分析[J]. 影像研究与医学应用,2020,4(19):117-118.
- [14] 陈慧鸽.X 线、CT 与 MRI 联合诊断早期强直性脊柱炎骶髂关节病变的价值[J]. 河南医学研究,2020,29(14):2647-2649.
- [15] 姜斌.X 线、CT 和 MRI 在早期强直性脊柱炎骶髂关节病变诊断中的应用价值对比[J]. 航空航天医学杂志,2020,31(12):1461-1462.
- [16] 徐海东,郑淑凤. 探讨 X 线、CT 和 MRI 在早期强直性脊柱炎骶髂关节病变诊断中的应用价值[J]. 影像研究与医学应用,2020,4(23):234-236.
- [17] 李冰,徐红卫.CT、MRI 对早期强直性脊柱炎骶髂关节病变的诊断效能比较[J]. 黑龙江医药科学,2020,43(3):116-117.

## 阿托伐他汀联合依折麦布治疗冠心病的疗效观察

于淋淋

(大庆市第四医院心内科,黑龙江 大庆,163000)

**摘要:**目的 研究阿托伐他汀联合依折麦布治疗冠心病的临床效果。方法 选取 2019 年 4 月~2020 年 4 月大庆市第四医院收治的 86 例冠心病患者为研究对象,采用抽签法将患者分为对照组与观察组,每组 43 例。对照组患者使用阿托伐他汀钙进行治疗,观察组患者使用阿托伐他汀钙联合依折麦布进行治疗。比较两组患者治疗效果、不良反应情况及患者的焦虑与抑郁评分、生活质量评分,并分析患者治疗前后血清总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平变化情况。结果 观察组临床疗效高于对照组,不良反应发生率低于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组与对照组患者治疗后 TC、TG、LDL-C 均下降,观察组低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后,两组患者 SF-36 评分均提升,观察组高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者治疗后 SAS 与 SDS 评分均降低,观察组低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 使用阿托伐他汀钙联合依折麦布治疗冠心病,可改善患者血脂水平,明显改善患者负性情绪,有助于提升治疗效果,安全性高,进一步提升患者的生活质量,值得

临床应用。

**关键词:** 冠心病;阿托伐他汀钙;依折麦布;不良反应;血脂;生活质量

**中图分类号:** R541.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-16-0175-04

冠心病是临床中发病率较高的心脏疾病之一,患者的饮食、饮酒以及体质量、劳动情况等均是本病的发病因素。在现代饮食、生活不规律背景下,呈现出显著上升的发病趋势,且发病的人群也呈现出年轻化<sup>[1]</sup>。冠心病患者的胸前区疼痛症状明显,且随着病情加重,甚至可能危及生命。因此,临床主张对冠心病尽早诊断,并进行有针对性的治疗。冠心病治疗除了规范冠心病患者的饮食与生活习惯等,需要以药物治疗为主。另外,临床工作中发现,针对冠心病的治疗需注意调节患者血脂水平。当前,随着医疗研究工作的不断深入,治疗冠心病的药物种类增多。传统治疗中,仅使用阿托伐他汀钙进行治疗,无法充分满足临床治疗需求,且患者易发生周身不适、腹泻、恶心和肌痛等不良反应。随着治疗经验的积累,发现合理的联合用药,能够在保障安全性的基础上,提升治疗效果。联合使用阿托伐他汀钙与依折麦布能够发挥良好的治疗效果<sup>[2]</sup>。基于此,本研究选取 2019 年 4 月~2020 年 4 月大庆市第四医院收治的 86 例冠心病患者为研究对象,比较不同用药方法的治疗效果、不良反应及患者心理情况,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 4 月~2020 年 4 月大庆市第四医院收治的 86 例冠心病患者为研究对象,采用抽签法将患者分为对照组与观察组,每组 43 例。对照组男 21 例,女 22 例;年龄 33~79 岁,平均年龄(42.28±2.42)岁;病程 1~12 年,平均病程(6.05±2.20)年;体质量 38~83 kg,平均体质量(59.50±3.20)kg;体质量指数 18~29 kg/m<sup>2</sup>,平均体质量指数(24.63±3.16)kg/m<sup>2</sup>。观察组男 22 例,女 21 例;年龄 32~77 岁,平均年龄(42.78±3.42)岁;病程 1~10 年,平均病程(6.20±2.12)年;体质量 40~80 kg,平均体质量(58.80±4.05)kg;体质量指数 18~29 kg/m<sup>2</sup>,平均体质量指数(24.85±3.27)kg/m<sup>2</sup>。两组患者一般资料经比较,差异无统计学意义( $P<0.05$ ),具有可比性。本研究开展前,已征得患者或其家属同意,并签订知情同意书,本研究已通过大庆市第四医院医学伦理委员会审查。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①依据《心血管内科学高级教程》中设计的诊断标准确诊<sup>[3]</sup>;②身体状态允许参与研究。

排除标准:①合并其他脏器疾病者;②罹患精神类疾病,

无法充分沟通者。

### 1.3 方法

针对两组患者给予硝酸甘油(生产企业:北京益民药业有限公司,国药准字 H11021022,规格:5 mg/片)进行常规治疗。对照组使用阿托伐他汀钙[生产企业:山德士(中国)制药有限公司,国药准字 J20150080,规格:10 mg/片]进行治疗,口服,1 次/d,10 mg/次。治疗 4 周后,调整用药方法为 1 次/d,80 mg/次。治疗周期为 30 d。

观察组在对照组治疗基础上,采用依折麦布(生产企业:杭州默沙东制药有限公司,国药准字 J20171023,规格:10 mg/片)进行治疗,口服,1 次/d,10 mg/次。治疗周期为 30 d。

同时,予以两组患者饮食指导、运动指导与病情监测。

### 1.4 观察指标

①临床疗效。采用《心血管内科学高级教程》中设计的疗效判断标准评估本研究的治疗效果<sup>[3]</sup>。显效:胸痛、胸部压迫、呼吸短促等症状全部消失;有效:症状基本消失;无效:症状未发生改变。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

②不良反应发生情况。不良反应包括食欲不振、恶心呕吐、肌肉酸痛。总发生率=(食欲不振+恶心呕吐+肌肉酸痛)例数/总例数×100%。

③血脂指标。血脂指标包括总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平三项。通过单一显色法检测 TC,甘油激酶法检测 TG,超速离心法检测 LDL-C。

④生活质量评分。依据健康调查简表(SF-36)进行评估,包括生理职能、生理机能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能和精神健康等维度,百分制。评分越高,患者的生活质量越好。

⑤焦虑与抑郁情况。分别于治疗开始前与治疗结束后,使用焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评价患者的心理状态<sup>[6]</sup>。满分 100 分,超过 50 分即表明患者存在焦虑和抑郁情绪;得分越高,焦虑、抑郁的情况越严重。

### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 21.0 统计学软件对数据进行分析。计量资料血脂水平、生活质量评分、情绪评分以( $\bar{x}\pm s$ )形式表示,组间比较应用  $t$  检验;计数资料治疗效果、不良反应发生情况以  $[n(\%)]$  形式表示,组间比较应用  $\chi^2$  检验。若  $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

作者简介:于淋淋(1980.10-),女,汉族,籍贯:黑龙江省大庆市,本科,副主任医师,研究方向:内科学。

表 3 两组患者血脂水平比较

( $\bar{x} \pm s$ , mmol/L)

组别	例数	TC		TG		LDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	6.05 ± 0.80	4.02 ± 0.50 <sup>*</sup>	3.20 ± 0.50	1.50 ± 0.20 <sup>*</sup>	4.20 ± 0.55	2.05 ± 0.30 <sup>*</sup>
观察组	43	6.10 ± 0.78	5.20 ± 0.70 <sup>*</sup>	3.22 ± 0.55	2.50 ± 0.40 <sup>*</sup>	4.22 ± 0.60	3.20 ± 0.50 <sup>*</sup>
<i>t</i>		0.293	8.995	0.176	14.663	0.161	12.933
<i>P</i>		0.770	<0.001	0.860	<0.001	0.872	<0.001

注: 与同组治疗前比较, <sup>\*</sup>*P*<0.05。

表 4 两组患者生活质量评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	生理职能	生理机能	躯体疼痛	一般健康状况	精力	社会功能	情感职能	精神健康
对照组	43	78.32 ± 5.61	79.49 ± 6.46	73.96 ± 4.81	74.12 ± 5.52	77.19 ± 3.52	78.42 ± 4.54	80.66 ± 3.12	81.06 ± 4.60
观察组	43	89.21 ± 4.74	87.61 ± 4.45	85.29 ± 5.38	86.45 ± 3.12	85.77 ± 5.25	86.36 ± 3.95	86.03 ± 5.77	90.49 ± 3.34
<i>t</i>		9.723	6.788	10.295	12.751	8.901	9.653	5.368	10.878
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床治疗效果比较

治疗后, 观察组患者治疗有效率为 97.67%, 高于对照组治疗有效率 83.72%, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者临床治疗效果比较 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	43	21 (48.84)	15 (34.88)	7 (16.28)	36 (83.72)
观察组	43	32 (74.42)	10 (23.26)	1 (2.33)	42 (97.67)
$\chi^2$					4.962
<i>P</i>					0.026

### 2.2 两组患者不良反应发生情况比较

观察组患者不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生情况比较 [n(%)]

组别	例数	食欲不振	恶心头痛	肌肉酸痛	总发生率
对照组	43	6 (13.95)	2 (4.65)	1 (2.33)	9 (20.93)
观察组	43	2 (4.65)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.65)
$\chi^2$					5.108
<i>P</i>					0.024

### 2.3 两组患者血脂水平比较

治疗前, 两组患者的血脂 (TC、TG、LDL-C) 水平经比较, 差异无统计学意义 (*P*>0.05)。治疗后, 两组患者的血脂水平下降, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。治疗后, 观察组血脂水平明显低于对照组, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 3。

### 2.4 两组患者生活质量评分比较

治疗后, 观察组患者的生活质量各项评分均高于对照组, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 4。

### 2.5 两组患者 SAS 与 SDS 评分比较

治疗前, 两组患者 SAS 与 SDS 评分比较, 差异无统计学

意义 (*P*>0.05)。治疗后, 两组患者 SAS 与 SDS 评分均下降, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。观察组患者 SAS 与 SDS 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 5。

表 5 两组患者 SAS 与 SDS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

指标	时间	对照组	观察组	<i>t</i>	<i>P</i>
		43	43		
SAS	治疗前	62.13 ± 4.12	62.23 ± 3.89	0.116	0.908
	治疗后	34.44 ± 3.07	28.87 ± 1.13	11.165	0.001
	<i>t</i>	35.339	54.003		
<i>P</i>		<0.001	<0.001		
SDS	治疗前	67.74 ± 2.37	67.14 ± 3.76	0.885	0.379
	治疗后	34.27 ± 1.14	22.27 ± 0.17	68.270	0.001
	<i>t</i>	83.454	78.173		
<i>P</i>		<0.001	<0.001		

## 3 讨论

冠心病是由冠状动脉血管发生粥样硬化引发的心脏疾病, 不仅导致患者心肌供血不足, 严重时还会威胁患者生命。分析冠心病的危险因素, 包括可改变危险因素、不可改变危险因素。可改变危险因素包括高血压、血脂异常、超重/肥胖以及不良生活方式等。不可改变危险因素包括患者的性别、年龄、家族史等。另外, 临床工作中发现, 冠心病的发作与季节变化、情绪激动以及患者从事重体力劳动、不良饮食及饮酒等有关。同时, 患病的人群中年轻人逐渐增多。分析原因, 这部分年轻人多有长期吸烟以及长期饮酒的习惯, 可能增加了冠心病发病率。另外, 年轻人有不健康的饮食习惯, 例如暴饮暴食、长期喝碳酸饮料等, 这都可能导致肥胖, 而肥胖会增加患者患冠心病的风险。

根据动脉粥样硬化发病机制研究结果, LDL-C 通过内皮细胞, 向内皮细胞间隙逐渐深入, 单核细胞迁入内膜之后, 即会过渡为早期动脉粥样硬化。人氧化低密度脂蛋白会结合巨

噬细胞清道夫受体,形成巨噬源性泡沫细胞,患者会出现纤维斑块的病理反应。人氧化低密度脂蛋白致巨噬细胞泡沫样变并趋于坏死,形成粥样斑块,进而导致动脉粥样硬化。临床研究结果显示,脂质代谢紊乱是诱发冠心病的重要因素,无法被充分代谢的脂质在血管中堆积导致阻塞,从而导致心脏冠状动脉发生粥样硬化<sup>[4]</sup>。冠心病患者除规范饮食等生活习惯外,需进行合理的药物治疗<sup>[5]</sup>。阿托伐他汀钙属于他汀类药物的一种,通过发挥 $\beta$ -羟- $\beta$ -甲戊二酸单酰辅酶 A (HMG-CoA) 抑制作用,起到调节脂质的效用,通过抑制肝脏中 HMG-CoA,抑制胆固醇的合成,降低患者血浆中的胆固醇与脂质蛋白水平<sup>[6-7]</sup>。但在临床实际应用中,阿托伐他汀钙所引起的不良反应较多,常见临床表现为肌肉酸痛与食欲不振等<sup>[8-9]</sup>。同时,阿托伐他汀钙仅能针对转化过程发生作用,无法从源头上阻止脂质的生成<sup>[10]</sup>。依折麦布(新型)是选择性胆固醇吸收抑制剂。针对机体小肠吸收的胆汁与食物中的胆固醇发挥相应的抑制作用,从源头降低 LDL-C 的水平,与阿托伐他汀钙的药物作用形成补充,改善血脂<sup>[11-12]</sup>。本研究结果显示,两组患者治疗后血脂(TC、TG、LDL-C)水平下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。李蓓蓓<sup>[13]</sup>研究结果也显示,对冠心病患者应用阿托伐他汀钙联合依折麦布后,患者的血脂水平与机体氧化应激反应改善明显,提升了疾病的治疗效果。

本研究中,观察组治疗有效率显著高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),进而提示两种药物联合使用,可以明显改善冠心病临床症状。同时,联合用药使用患者的不良反应发生率也显著降低,观察组仅 2 例患者发生食欲不振,所有患者均未发生肌肉酸痛。并且,观察组患者的生活质量评分在治疗后明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。这提示两种药物联合使用,不仅能更有效地减轻冠心病带给患者的不适,也不会对胃肠道与肝脏造成负担,能明显减轻患者痛苦,这与与林莉等<sup>[14]</sup>的研究结果相似。

最后,本研究发现,治疗后,两组患者 SAS 与 SDS 情绪评分均下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组患者 SAS 与 SDS 评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。分析其原因,可能主要由于观察组的患者不良反应较少,且治疗效果较好,患者可以通过治疗感受到机体功能的改善,因而其心理状态更稳定。单独使用阿托伐他汀钙的不良反较多,且治疗效果有待进一步提升,因而患者容易产生焦虑与抑郁的情绪,进而影响到治疗效果。

综上所述,多方面因素影响下,冠心病的发病率呈现出

了上升的趋势。患病情况下,直接影响患者的健康状况,甚至威胁生命安全。另外,患者的心理负担较重,进而降低生活质量。所以,需予以患者有效的药物治疗。相比于单一的药物治疗,使用阿托伐他汀钙联合依折麦布治疗冠心病,合理且有效,有助于充分实现治疗效果,并减少患者不良反应,有助于改善患者的焦虑与抑郁情况,值得临床应用。另外,考虑到吸烟、饮酒以及肥胖等情况对冠心病发病率的影响,需加强对患者的干预,规范患者的日常生活与行为,从而积极防治此类疾病发生。

#### 参考文献

- [1] 谭晓燕,许连军,宋莹,等.冠心病介入术后性别对双联抗血小板治疗患者血小板反应性的影响[J].中国分子心脏病学杂志,2020,20(1):37-41.
- [2] 宋跃,吴立松,刘冬,等.阿托伐他汀钙片联合心血管药物对冠心病患者血脂联素及脂代谢异常的影响[J].实用药物与临床,2019,22(5):504-507.
- [3] 胡大一.心血管内科学高级教程[M].北京:中华医学电子音像出版社,2016:217-219.
- [4] 沈迎,张瑞岩,沈卫峰.稳定性冠心病血运重建策略进展——2018 中国稳定性冠心病诊断与治疗指南解读[J].心脑血管病防治,2019,19(2):5-9.
- [5] 冷良,刘卫红.阿托伐他汀联合依折麦布治疗老年冠心病合并高脂血症临床疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(7):839-841.
- [6] 龚春琳,梁兆光,许文婷,等.匹伐他汀钙与阿托伐他汀钙治疗冠心病的临床疗效及安全性比较[J].现代生物医学进展,2019,19(17):103-106.
- [7] 张迎,宋志明.健康教育联合常规护理在阿托伐他汀钙联合依折麦布药物治疗冠心病患者中的应用效果[J].药品评价,2019,16(8):50-52,58.
- [8] 李桂花.阿托伐他汀钙联合新型依折麦布药物治疗冠心病的效果与临床安全性分析[J].中国实用医药,2021,16(2):13-15.
- [9] 尚宇.阿托伐他汀钙联合新型依折麦布药物治疗冠心病的效果观察[J].中国现代药物应用,2021,15(8):1-3.
- [10] 李军,柳华.阿托伐他汀钙联合依折麦布药物治疗老年冠心病的安全性评价及预后效果[J].解放军预防医学杂志,2018,36(12):1523-1525.
- [11] 李娟.阿托伐他汀钙联合依折麦布药物对冠心病治疗效果与临床安全性评价[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(12):144-145.
- [12] 刘婷婷.探究阿托伐他汀钙联合新型依折麦布药物对冠心病治疗的效果与临床安全性[J].中国医药指南,2018,16(23):113-114.
- [13] 李蓓蓓.冠心病患者采用阿托伐他汀钙联合依折麦布药物治疗对血脂水平的影响[J].黑龙江医药科学,2019,42(6):124-125,127.
- [14] 林莉,范白燕,蔡添才.阿托伐他汀钙联合新型依折麦布药物治疗冠心病的效果及不良反应观察[J].中国疗养医学,2018,27(6):654-655.