

持日常饮水量，少饮酒，适量运动，预防尿石症的发生。

泌尿系结石可见于泌尿系统的任何部位，以输尿管与肾结石为常见<sup>[7]</sup>。本研究中肾、输尿管结石共占 87.06%，并发症以出现肾积水、肾积水合并感染最为常见，分别占比 46.87%、35.44%，手术级别三级、四级共占 54.39%，医疗费用超过 10000 元占 45.92%，这可能与其病情严重程度相关，病情越严重，所要求的手术级别也越高，医疗费用也越多，因此，针对尿石症患者应做到早诊断、早治疗，提高防治意识，避免其病情进一步恶化，而一旦出现寒颤发热、少尿无尿、肾功能不全、血尿等严重症状，及时进行相应检查并治疗，防止其病情恶化，而对于出现合并有尿脓毒血症、肾功能衰竭患者，应给予重视，合理选择手术方案，如本科经常应用的局麻下经输尿管逆行插管引流或者肾穿刺造瘘引流术，可迅速挽救患者生命。而本研究还发现未进行手术患者占 29.59%，这可能是由于结石较小，未引起梗阻或感染，而暂不必进行手术治疗，也可能是因为微创手术费用较高，患者家庭因经济原因自愿放弃手术，因此需提高相应医疗保险措施或通过当地民政部门对经济困难患者进行治疗补贴，减轻患者家庭负担，提高尿石症治疗率。

综上所述，尿石症住院患者中以男性、中老年患者居多，其中肾、输尿管结石发生最为多见，并发症以肾积水为主，而随着病情加重，其手术级别也相应提高，医疗费用也相应

增加，建议形成良好的生活习惯，增强防治意识，预防尿石症的发生，避免病情恶化，在其手术选择上，合理选择手术治疗方案，并实施相应医疗保险措施，提高尿石症治疗成功率。

〔参考文献〕

- (1) 石晓志, 乔西民, 徐晓峰, 等. 咸阳地区 364 例泌尿系结石患者结石成分特点分析 (J). 中华实用诊断与治疗杂志, 2019, 33(2): 182-183.
- (2) 湛绍林, 姚珺, 肖满仙, 等. 怀化市居民饮水方式对尿石症的影响研究 (J). 护理研究, 2017, 31(13): 1639-1640.
- (3) 陈志强, 余斌. 尿石症病因诊断及预防 (J). 临床外科杂志, 2008, 16(11): 734-736.
- (4) 李铁, 刘平, 刘迪. 定州市及周边地区尿路结石形成高风险因素分析 (J). 解放军预防医学杂志, 2020, 38(8): 64-66.
- (5) 杨嗣星, 廖文彪, 宋超, 等. 湖北省尿路结石患者的临床流行病学调查 (J). 中华泌尿外科杂志, 2018, 39(9): 647-650.
- (6) 魏汉平, 焦志敏, 刘晓武, 等. 江苏常州 885 例泌尿系结石成分特点及与患者临床特征的关系 (J). 临床泌尿外科杂志, 2020, 35(10): 791-794, 799.
- (7) 张微雯, 计安东, 段超杰, 等. 辽宁地区尿路结石患者结石成分及相关因素分析 (J). 现代预防医学, 2020, 47(7): 1323-1327.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)08-0141-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.08.066

## 瑞舒伐他汀联合氯吡格雷治疗不稳定型心绞痛临床观察

李珂

(南阳市第二人民医院, 河南 南阳 473000)

〔摘要〕 目的: 探讨瑞舒伐他汀联合氯吡格雷对不稳定型心绞痛患者血管内皮功能及尿酸、血脂水平的影响。方法: 选择南阳市第二人民医院 2016 年 1 月至 2018 年 12 月收治的 60 例不稳定型心绞痛患者进行研究, 根据随机数字表法分为对照组与观察组, 各 30 例。对照组给予氯吡格雷治疗, 观察组给予瑞舒伐他汀联合氯吡格雷治疗, 比较两组患者的临床疗效、血管内皮功能、尿酸、血脂水平。结果: 观察组患者的治疗总有效率为 96.67%, 高于对照组的 80.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后两组患者的内皮生长因子 (VEGF)、内皮素-1 (ET-1) 水平均较治疗前降低, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后两组患者的尿酸、总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG) 水平均较治疗前降低, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 瑞舒伐他汀联合氯吡格雷可有效改善不稳定型心绞痛患者的血管内皮功能, 降低尿酸及血脂水平, 具有良好的临床疗效。

〔关键词〕 不稳定型心绞痛; 瑞舒伐他汀; 氯吡格雷

〔中图分类号〕 R 541 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2021-01-22

〔作者简介〕 李珂, 女, 主治医师, 主要从事心血管内科工作。

不稳定型心绞痛是冠心病的一种常见临床类型，患者心绞痛症状反复发作，对患者的身心健康和日常生活造成严重干扰<sup>[1]</sup>，故临床上需对不稳定型心绞痛实施积极治疗。瑞舒伐他汀是不稳定型心绞痛的常用药物，具有良好的降脂作用，有研究指出，瑞舒伐他汀与氯吡格雷联合应用可增强不稳定型心绞痛的临床疗效<sup>[2]</sup>，因此，本研究探讨了瑞舒伐他汀联合氯吡格雷对不稳定型心绞痛的疗效。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择本院 2016 年 1 月至 2018 年 12 月收治的 60 例不稳定型心绞痛患者进行研究，根据随机数字表法随机分为对照组与观察组，各 30 例。对照组男 12 例，女 18 例，年龄 61~82 岁，平均 (71.83 ± 8.42) 岁，病程 3~7 年，平均 (4.93 ± 1.79) 年；观察组男 13 例，女 17 例，年龄 60~84 岁，平均 (72.09 ± 8.26) 岁，病程 3~8 年，平均 (5.37 ± 2.04) 年。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。诊断标准以《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>及冠状动脉造影检查结果确诊。

纳入标准：临床检查后，确诊为不稳定型心绞痛者；对本研究内容了解，并自愿加入研究者。排除标准：肝脏、肾脏等其他器官功能存在障碍者；精神系统功能存在异常者；处于哺乳期、妊娠期的女性；对本研究使用药物存在过敏史者；恶性肿瘤疾病者；语言功能存在障碍者；智力发育不正常者；对本研究持不赞成态度者。

#### 1.2 方法

两组均实施常规治疗，如阿司匹林、硝酸酯类药物、β受体阻滞剂等。在此基础上，对照组给予氯吡格雷（乐普药业股份有限公司，国药准字 H20123116）口服，每日 1 次，于晨间服用，每次 75 mg；观察组给予瑞舒伐他汀（阿斯利康药业（中国）有限公司，国药准字 J20170008）联合氯吡格雷治疗，氯吡格雷用法用量同对照组，瑞舒伐他汀每次 10 mg，每日 1 次，于睡前口服。两组均连续治疗 4 周。

#### 1.3 观察指标

比较两组患者的临床疗效、血管内皮功能指标（包括血管内皮生长因子（vascular endothelial growth factor, VEGF）和内皮素-1（endothelin-1, ET-1））、尿酸、血脂指标（包括总胆固醇（serum total cholesterol, TC）、三酰甘油（triglycerides, TG））。

#### 1.4 疗效评价

(1) 显效：治疗 4 周后，心电图基本恢复正常，临床症状及体征基本消失，心绞痛发作次数明显减少；(2) 有效：治疗 4 周后，患者心电图有所改善，临床症状及体征有所缓解，心绞痛发作次数有所减少；(3) 无效：治疗 4 周后，未达到“有效”的评判标准。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用  $t$  检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的疗效比较

观察组的治疗总有效率为 96.67%，高于对照组的 80.00%，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者的疗效比较 ( $n = 30, n(\%)$ )

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	11(36.67)	13(43.33)	6(20.00)	24(80.00)
观察组	14(46.67)	15(50.00)	1(3.33)	29(96.67) <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$

### 2.2 两组患者治疗前后血管内皮功能比较

治疗后两组的 VEGF、ET-1 水平均较治疗前降低，且观察组水平均较对照组低，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 4 两组患者治疗前后血管内皮功能比较

( $n = 30, \bar{x} \pm s, \text{pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ )

组别	时间	VEGF	ET-1
对照组	治疗前	129.83 ± 25.89	73.15 ± 18.45
	治疗后	104.56 ± 19.18 <sup>b</sup>	54.42 ± 16.07 <sup>b</sup>
观察组	治疗前	129.02 ± 25.75	72.89 ± 18.69
	治疗后	81.27 ± 15.54 <sup>bc</sup>	36.93 ± 13.48 <sup>bc</sup>

与同组治疗前比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$  注：VEGF—内皮生长因子；ET-1—内皮素-1

### 2.3 两组患者治疗前后尿酸及血脂水平比较

治疗后两组的尿酸、TC、TG 均较治疗前降低，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后尿酸及血脂水平比较 ( $n = 30, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	尿酸 / $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	TC / $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	TG / $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	323.14 ± 40.52	6.39 ± 1.15	2.27 ± 0.68
	治疗后	281.35 ± 32.49 <sup>d</sup>	4.54 ± 0.87 <sup>d</sup>	1.61 ± 0.40 <sup>d</sup>
观察组	治疗前	322.50 ± 40.81	6.22 ± 1.19	2.21 ± 0.65
	治疗后	247.96 ± 29.37 <sup>de</sup>	3.69 ± 0.74 <sup>de</sup>	1.22 ± 0.33 <sup>de</sup>

与同组治疗前比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>e</sup> $P < 0.05$  注：TC—总胆固醇；TG—三酰甘油

## 3 讨论

心绞痛主要是指心肌血供不足而引发的急性缺血症状，而不稳定型心绞痛介于稳定型心绞痛与心肌梗死之间，患者心绞痛症状往往反复、持续发作，如未能及时治疗，易发展为心肌梗死，累及心功能，发生心力衰竭，有心源性猝死的风险<sup>[4-6]</sup>，因此，临床上主张对不稳定型心绞痛实施积极治疗。

心绞痛是冠心病患者心肌缺血的具体表现，而心肌缺血

的发生与血小板聚集导致血管变狭窄有关,故可采用抗血小板药物治疗心绞痛。氯吡格雷是一种新型的抗血小板药物,可在肝脏内与细胞色素生物相结合,生成活性代谢产物,其活性代谢产物与血小板膜表面受体相结合,可对血小板受体活性予以抑制,阻断血小板受体与纤维蛋白原的结合,抑制纤维蛋白原与糖蛋白受体的结合,还可阻断二磷酸腺苷的释放,抑制血小板活化、聚集,其血小板拮抗作用不可逆<sup>[7-8]</sup>。

冠心病的发生与患者机体内脂质沉积有关,故临床上治疗该疾病时还可采用调脂药物,瑞舒伐他汀是一种常用的调脂药物,可抑制肝脏合成胆固醇的过程,激活肝脏低密度脂蛋白细胞受体活性,促进低密度脂蛋白胆固醇代谢,有利于减少机体内胆固醇水平,还可清除血管内堆积的脂质,具有显著的降脂作用,还可有效抑制血小板聚集,减少血栓形成,改善心肌血供,避免心肌出现缺血反应而致心绞痛发作<sup>[9-11]</sup>。本研究发现,观察组的治疗总有效率为 96.67%,高于对照组的 80.00%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后两组的 VEGF、ET-1 水平均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后两组的 TC、TG 均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。充分说明瑞舒伐他汀与氯吡格雷联合应用可增加不稳定型心绞痛患者的临床疗效,更加有效地减轻其血管内皮损伤,控制血脂水平,这主要是因为氯吡格雷起到抗血小板聚集作用,而瑞舒伐他汀起到调脂、抑制血小板聚集作用,二者合用可起到良好的协同作用,可增强抗血小板聚集作用。

在冠心病患者中普遍存在尿酸增高情况,而有研究报道指出,瑞舒伐他汀可对冠心病患者的尿酸水平予以控制<sup>[12]</sup>,本研究中,观察组治疗后的尿酸水平较对照组更低,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明在氯吡格雷基础上加用瑞舒伐他汀还可降低不稳定型心绞痛患者的尿酸水平,这主要是因为瑞舒伐他汀可改善患者的内皮功能,增加其肾脏血流量,促进尿酸排泄,减少血液中尿酸含量。

综上所述,瑞舒伐他汀联合氯吡格雷可有效改善不稳定型心绞痛患者的血管内皮功能,降低尿酸水平及血脂水平,

具有良好的临床疗效。

#### 〔参考文献〕

- (1) 梁伟华. 瑞舒伐他汀钙与氯吡格雷联合治疗不稳定型心绞痛的疗效分析(J). 蚌埠医学院学报, 2015, 40(6): 743-745.
- (2) 汪言信, 章永根. 氯吡格雷联合瑞舒伐他汀钙治疗不稳定型心绞痛的疗效观察(J). 心脑血管病防治, 2015, 15(1): 46-47, 58.
- (3) 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出版, 2002.
- (4) 李华波, 陈世健, 胡建华, 等. 瑞舒伐他汀联合非诺贝特治疗不稳定型心绞痛合并混合型高脂血症患者的临床观察(J). 重庆医学, 2015, 44(21): 2979-2981.
- (5) 范崇超. 步长脑心通胶囊联合瑞舒伐他汀治疗不稳定型心绞痛的临床疗效观察(J). 实用心脑血管病杂志, 2015, 23(12): 107-109.
- (6) 姚伟丰, 刘云飞, 高明喜, 等. 瑞舒伐他汀治疗不稳定型心绞痛对血脂、高敏 C 反应蛋白、同型半胱氨酸和肌钙蛋白的影响(J). 中国生化药物杂志, 2014, 34(1): 97-99.
- (7) 史瑞娜, 杨富强, 李镛, 等. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗不稳定型心绞痛 200 例临床疗效分析(J). 现代生物医学进展, 2015, 15(4): 700-702, 748.
- (8) 马方. 瑞舒伐他汀联合曲美他嗪治疗 60 例不稳定型心绞痛临床研究(J). 实用中西医结合临床, 2015, 15(6): 14-15.
- (9) 张庆华, 闫华, 王金艳, 等. 瑞舒伐他汀早期干预对老年走过性心绞痛患者 PCI 术后心肌损伤和炎症因子的影响(J). 中国老年学杂志, 2015, 35(14): 4044-4045.
- (10) 牛川, 王清. 瑞舒伐他汀对不稳定型心绞痛患者血清 Lp-PLA2、Lp(a) 水平的影响(J). 山东医药, 2015, 55(17): 61-62.
- (11) 王凌, 林荣. 替罗非班联合瑞舒伐他汀治疗不稳定型心绞痛患者的疗效及安全性评价(J). 中国老年学杂志, 2015, 35(9): 2417-2418.
- (12) 霍阳, 初巍巍, 贾大林, 等. 不同剂量瑞舒伐他汀对急性冠状动脉综合征患者血清 C-反应蛋白、尿酸和血脂水平的影响(J). 解放军医药杂志, 2014, 26(2): 75-77.