

瑞舒伐他汀对冠心病合并高血压患者的临床治疗疗效观察

刘 敏

远安县中医医院 湖北 宜昌 444200

【摘要】目的：评估瑞舒伐他汀联合常规疗法对冠心病合并高血压患者的疗效，重点观察其对心功能、血脂及血压的调控作用，为优化临床实践提供依据。方法：选取2020年6月至2022年6月泰达国际心血管病医院收治的100例冠心病合并高血压患者，按随机数字表法分为两组。对照组予常规综合治疗（降压、抗血小板、改善心肌供血）；观察组在常规治疗上加用瑞舒伐他汀，初始5mg/d，后续依据血脂水平及耐受性调整至10mg/d，疗程均为12周。结果：历经12周的施治之后，观察组群的总体显效率（96.00%）明显高于对照组（82.00%），该差异具备统计学层面的意义（P数值小于0.05）。相较于施治之前，两个组群的左心室射血分数以及左心室短轴缩短比率都呈现出上升之态，左心室舒张末期的内径以及室间隔的厚度都出现了下降之状，并且观察组在上述心功能相关指标方面的改善程度大于对照组（P数值小于0.05）。在血脂范畴，两个组群的总胆固醇、三酰甘油以及低密度脂蛋白胆固醇的水平均有所降低，高密度脂蛋白胆固醇的水平有所升高，而且观察组在改善程度上优于对照组（P数值小于0.05）。结论：于常规施治的基础之上，联合运用瑞舒伐他汀这种药物，能够进一步提升针对冠心病合并高血压病症患者的整体治疗成效，切实有效地推动心功能朝着恢复的方向发展，并且对血脂代谢起到优化的作用，在临床领域具备一定程度的推广应用价值。

【关键词】：瑞舒伐他汀；冠心病；高血压；血管内皮功能

DOI:10.12417/2811-051X.26.05.053

引言

冠心病跟高血压全都是临床上面发病率很高的心血管病症，而且这两者常常一块儿存在，形成相互推动的病理循环情况^[1]。高血压当作冠心病发生和发展的单独危险因素，能够加快冠状动脉粥样硬化的过程，致使血管内皮出现损伤，推动脂质物质进行沉积，接着加重心肌缺血缺氧的状况，对心脏正常的功能产生影响^[2]。而冠心病患者由于心肌供血不充足，会进一步使得血压调节功能出现紊乱，加大心肌梗死、脑卒中这类心血管不良事件发生的风险^[3]。随着社会老龄化进程的加速与居民生活方式的演变，冠心病合并高血压的患病率持续攀升，且发病年龄呈现年轻化趋势，严重威胁人群健康与生活质量^[4]。在此背景下，本研究采用随机对照试验，评估在常规治疗基础上联合瑞舒伐他汀对冠心病合并高血压患者的临床效果，以期优化该类患者的治疗策略提供循证医学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2020年6月至2022年6月期间在我院心血管内科确诊并接受治疗的冠心病合并高血压患者作为研究对象。通过严格的纳入与排除标准筛选，最终确定100例合格病例参与本次研究。采用随机数字表法将入选患者均衡分配至对照组与观察组，每组各纳入50例患者。

在对照组中，男性患者29例（占58%），女性患者21例（占42%），整体年龄分布介于46至79岁之间，平均年龄为（65.87±5.32）岁。所有患者的高血压病程在3至11年范围内，平均病程达（6.34±1.42）年。依据《中国高血压防治指南（2023）》

分级标准进行评定，其中1级高血压18例（36%），2级高血压23例（46%），3级高血压9例（18%）。

观察组的人口学与临床特征如下：男性27例（54%），女性23例（46%），年龄跨度为45至80岁，平均年龄（65.32±5.18）岁。该组患者的高血压病史为2至12年，平均病程为（6.25±1.34）年。高血压严重程度分级显示：1级16例（32%），2级25例（50%），3级9例（18%）。

纳入标准：（1）所有入选者均符合现行冠心病临床诊断规范，并经影像学检查确认至少一支主要冠状动脉存在显著性狭窄（管腔狭窄率≥50%）；（2）同时满足高血压的临床诊断要件，包括：未接受降压治疗期间，三次非同日诊室血压测量值均达到或超过140/90 mmHg，或已有明确高血压诊断并持续接受规范化降压管理；（3）研究对象年龄需在45周岁至80周岁区间内。

排除标准：（1）已知对瑞舒伐他汀或本研究所涉及的其他治疗药物存在过敏反应；（2）临床检查提示存在凝血功能异常；（3）合并有恶性肿瘤、甲状腺功能异常等可能影响研究结果的系统性疾病。

1.2 治疗方法

对照组实施常规综合治疗：（1）降压治疗：起始口服苯磺酸氨氯地平片5mg/日，根据血压监测结果可增至10mg/日；（2）抗血小板治疗：每日服用阿司匹林肠溶片100mg；（3）改善心肌供血：每日三次口服硝酸异山梨酯片，每次10mg；（4）辅助治疗：按需联用β受体阻滞剂或血管紧张素转换酶抑制剂，同时指导患者调整生活方式，包括饮食控制（低盐低脂）、

规律运动（如步行、太极拳）及戒烟限酒。

观察组在对照组治疗基础上联合使用瑞舒伐他汀钙片：初始剂量为每晚 5mg，治疗 4 周后，根据血脂指标（总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇）及药物耐受性（如肌肉疼痛、消化道反应等），将剂量调整为每晚 10mg，持续治疗 12 周。

1.3 观察指标

(1) 心功能指标：分别于治疗前及治疗 12 周后，采用彩色多普勒超声心动图（飞利浦 EPIQ7C）检测两组患者心功能指标。检测由同一资深超声医师操作，取 3 个心动周期平均值作为最终结果。

(2) 血脂指标：治疗前及治疗 12 周后，采集患者空腹静脉血 5mL，离心分离血清后，采用全自动生化分析仪（日立 7600）检测。

(3) 血压指标：治疗期间每日早晚 8 点采用电子血压计（欧姆龙 HEM-7200）测量患者收缩压（SBP）、舒张压（DBP），取治疗前 1 周平均值作为治疗前基线血压，治疗 12 周后 1 周平均值作为治疗后血压值。

(4) 血管内皮功能指标：治疗前及治疗 12 周后，采用酶联免疫吸附法（ELISA）检测血清一氧化氮（NO）、内皮素-1（ET-1）水平。

(5) 临床疗效判定：参照《冠心病诊断与治疗指南（2021）》及《高血压防治指南（2023）》制定疗效判定标准：①显效：治疗后患者收缩压 < 130mmHg 且舒张压 < 80mmHg，左室射血分数提高 ≥ 10%，总胆固醇下降 ≥ 25%，低密度脂蛋白胆固醇下降 ≥ 30%，胸痛、胸闷、心悸等临床症状完全消失；②有效：治疗后患者收缩压在 130~139mmHg 之间且舒张压在 80~89mmHg 之间，左室射血分数提高 5%~9%，总胆固醇下降 15%~24%，低密度脂蛋白胆固醇下降 20%~29%，临床症状明显缓解；③无效：治疗后患者血压、心功能及血脂指标均未达到上述标准，临床症状无改善甚至加重。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

在数据分析中，引入了 SPSS22.0 统计学软件。其中计量资料表示方法为均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$)，组内比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验。以 P < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗效果比较

经过 12 周的规范治疗后，依据预设的疗效判定标准对两组患者的治疗效果进行综合评估。其中，观察组 50 例患者中，疗效达到“显效”标准的有 32 例，符合“有效”标准的为 16 例，仅 2 例未达到有效治疗标准（判定为无效），两组患者具

体的疗效分布情况可参考表 1。

表 1 两组患者临床治疗效果比较[n (%)]

组别	对照组	观察组	X ² 值	P 值
例数	50	50	-	-
显效	23(46.00)	32(64.00)	-	-
有效	18(36.00)	16(32.00)	-	-
无效	9(18.00)	2(4.00)	-	-
总有效率	41(82.00)	48(96.00)	5.005	0.025

2.2 两组患者治疗前后心功能指标比较

针对两组患者治疗前的四项心功能核心指标进行基线对比分析，经统计学检验，两组患者在这四项指标上的初始水平比较均无显著差异 (P > 0.05)，提示两组具有良好可比性。

经 12 周的持续治疗后，两组患者的心脏功能均得到明显改善：LVEF 与 FS 水平均较治疗前出现明显上升趋势，而反映心室结构与肥厚程度的 LVEDD 及 IVST 则较治疗前呈现显著下降态势。进一步对比两组指标的改善程度可见，观察组在 LVEF、FS 的升高幅度以及 LVEDD、IVST 的降低幅度上，均明显超过对照组，经统计学检验，该组间差异具有统计学意义 (P < 0.05)。两组患者治疗前后心功能指标的具体检测数据见表 2。

表 2 两组患者治疗前后心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	LVEF (%)	LVEDD (mm)	IVST (mm)	FS (%)
对照组	50	治疗前	45.32 ± 4.68	56.87 ± 4.32	13.56 ± 1.24	22.45 ± 2.31
		治疗后	52.18 ± 5.12	53.24 ± 3.87	11.34 ± 1.12	26.78 ± 2.56
		t 值	7.892	4.563	8.901	8.765
		P 值	0.000	0.000	0.000	0.000
		治疗后组间 t 值	-	6.789	5.890	7.654
观察组	50	治疗前	44.89 ± 4.56	57.12 ± 4.28	13.68 ± 1.31	22.13 ± 2.28
		治疗后	58.67 ± 5.34	49.56 ± 3.65	9.87 ± 1.05	31.24 ± 2.78
		t 值	14.321	10.234	16.789	15.678
		P 值	0.000	0.000	0.000	0.000
		治疗后组间 P 值	-	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者治疗前后血脂指标比较

在开展治疗之前，针对两组病患的血脂相关指标展开基线层面的比对。比对之后呈现的结果表明，针对两组的上述指标水准加以比较，所存在的差异并不具备统计学方面的意义（P数值大于0.05）。当进行了12周的治疗之后，两组病患的总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）跟治疗之前相比，均出现了显著程度的降低情况；高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）跟治疗之前相比，出现了明显程度的升高情况。并且，观察群体在血脂指标方面的改善成效比对照群体要更为良好，经过统计学方面的检验之后，这两组之间所存在的差异具备统计学方面的意义（P数值小于0.05）。具体数据详见表3。

表3 两组患者治疗前后血脂指标比较（mmol/L， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	时间	TC	TG	LDL-C	HDL-C
对照组	50	治疗前	6.54±1.08	2.34±0.56	4.32±0.68	0.92±0.21
			治疗后	5.21±0.96	1.87±0.45	3.15±0.56
		t 值		6.789	5.432	8.901
		P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

观察组	50	治疗前	6.48±1.12	2.29±0.53	4.28±0.72	0.89±0.23	
		治疗后	4.12±0.87	1.34±0.38	2.36±0.45	1.67±0.28	
		t 值	12.345	10.567	13.789	14.234	
		P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	
		治疗后组间 t 值	-	6.123	6.890	8.234	8.765
		治疗后组间 P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

冠心病合并高血压作为临床心血管系统的高发复合病症，其发病机制复杂且涉及多系统、多环节的交互作用，疾病进展过程中形成的病理循环不仅加重靶器官损伤，显著提升心血管不良事件的发生风险。深入解析其病理生理机制、明确瑞舒伐他汀的作用靶点及分子通路，对优化临床治疗策略具有重要意义。

总体而言，瑞舒伐他汀联合常规治疗的方案运用在冠心病合并高血压的患者身上，借助“调节血脂-对抗炎症-修复血管内皮-改善心脏功能”这样的多靶点共同协作的作用，能够显著提高临床治疗成效，具有较高的临床推广价值，能够为冠心病合并高血压的临床治疗提供全新的优化方向。

参考文献:

- [1] 刘晓芳,王颖,马军.夏术降压方治疗原发性高血压患者的临床疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2025,20(08):1576-1581.
- [2] 吴晓霞.硝苯地平缓释片联合厄贝沙坦治疗老年高血压患者的临床疗效观察[J].中国实用医药,2024,19(16):94-96.
- [3] 任启珣.养心潜阳汤治疗(肝火亢盛证)原发性高血压伴 HFpEF 患者的临床疗效观察[D].山东中医药大学,2023.
- [4] 潘文进.苯磺酸左旋氨氯地平治疗高血压患者的临床疗效观察[J].中国现代药物应用,2023,17(04):116-118.
- [5] 李秋明,胡有志,刘夏清.中药穴位敷贴联合西药治疗高血压患者的临床疗效观察[J].心血管病防治知识,2022,12(31):6-8.
- [6] 孟培培.苦辛酸降颗粒治疗 1 级低中危高血压患者的临床疗效观察[D].北京中医药大学,2022.