

美托洛尔联合阿托伐他汀钙片治疗冠心病慢性心衰的效果和对心功能的影响观察

冯凤萍

湖北省孝昌县第一人民医院心血管内科 432900

【摘要】目的：本文旨在对冠心病慢性心衰患者进行美托洛尔联合阿托伐他汀钙片疗法治疗，并探究对其生活质量的影响及对比两组临床疗效的情况。**方法：**选取我院 2023 年 1 月至 2025 年 1 月间收治的 500 例冠心病慢性心衰住院患者作为实验对象，并采用随机分配的方式，且在所有患者知情自愿的前提下，平均分为常规参照治疗组和美托洛尔联合阿托伐他汀钙片疗法治疗组，每组 30 例。采用对照方法对于美托洛尔联合阿托伐他汀钙片疗法干预治疗在冠心病慢性心衰患者的价值与影响做出相关研究。**结果：**美托洛尔联合阿托伐他汀钙片疗法干预治疗能够在一定程度上提高患者治疗疗效，治疗过程中的临床疗效表现表明美托洛尔联合阿托伐他汀钙片疗法利于冠心病慢性心衰的整体治疗。**结论：**对冠心病慢性心衰患者采用美托洛尔联合阿托伐他汀钙片进行干预治疗，不仅可以显著提升治疗有效率，加快患者身体机能恢复，助力其早日康复，还能因为治疗效果的优化，增强患者对医疗过程的信任与配合，进一步融洽医患关系。

【关键词】冠心病慢性心衰；美托洛尔；阿托伐他汀钙片；临床疗效

由于长期心肌缺血，冠心病患者易出现心室重构、神经内分泌系统过度激活及全身性炎症反应，最终致使心功能进行性恶化^[1]。美托洛尔作为一种 β_1 受体阻滞剂，凭借其在改善心肌收缩力方面的显著优势，被广泛应用于心力衰竭患者的治疗，能够有效避免慢性心衰症状进一步加重，降低心肌耗氧量^[2-3]。近年来，其疗效已得到广泛验证，通过抑制交感神经张力、降低心肌耗氧量及逆转心室重构，可显著改善慢性心衰患者的预后^[4]。在心血管疾病的治疗中，某些药物通过独特的作用机制发挥着关键作用。比如 β 受体拮抗剂，它能够通过拮抗 β 受体，有效降低心率、减少心肌耗氧量，进而改善心室重构，并抑制交感神经过度激活。在慢性心衰，尤其是射血分数降低的心衰（HFrEF）患者的治疗中， β 受体拮抗剂可以提高左室射血分数（LVEF），显著降低死亡率和再住院率，为患者的生存质量和长期预后带来积极影响。阿托伐他汀则主要作用于血脂调节和心血管保护领域。它能够降低低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C），稳定动脉粥样硬化斑块，从而减少冠心病事件的发生风险。此外，阿托伐他汀还具备抗炎、抗氧化以及改善内皮功能的作用，这些作用可能通过间接方式改善心肌微循环和心功能，在心血管疾病的综合防治中扮演着重要角色^[5]这两种药物就像一对默契的搭档，虽作用机制大相径庭，美托洛尔侧重于调控交感神经、改善心肌功能，阿托伐他汀则专注于血脂管理、维护血管健康，但它们相互配合，共同为冠心病患者的康复之路添砖加瓦，为缓解患者症状、改善疾病预后贡献着不可忽视的力量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在 2023 年 1 月至 2025 年 1 月期间，我院收治了 500 例符合研究标准的患者。500 名患者的影像学证据必须进行经冠状动脉造影证实至少一支主要冠状动脉存在 $\geq 50\%$ 的管腔狭窄；或临床病史，有明确心肌梗死病史；或功能学证据，存在心肌缺血的客观证据如运动负荷试验阳性、心肌核素显像提示灌注缺损。慢性心力衰竭诊断方面的症状与体征需符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南》标准，表现为劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难、下肢水肿等典型心衰症状；心脏结构/功能异常方面表现为超声心动图显示左室收缩功能不全（左室射血分数 LVEF $\leq 45\%$ ），或存在左室扩大（左室舒张末期内径 LVEDD $> 55\text{mm}$ ）或室壁运动异常。除此之外在充分尊重患者知情权的前提下，确保所有患者均为自愿参与本研究。随后，运用随机分配的方法，将这 500 例患者平均分为两组：一组为常规参照组，另一组为美托洛尔联合阿托伐他汀钙片疗法组，每组各包含 250 例患者。

采用基础知识教育和基本护理的参照组中，男 122 例，女 128 例；年龄 40 岁~65 岁，平均年龄 53.2 ± 2.7 岁。

采用美托洛尔联合阿托伐他汀钙片疗法组中，男 126 例，女 124 例；年龄 39 岁~64 岁，平均年龄 52.6 ± 2.1 岁

两组病患年龄、病程等一般资料比较，计算出($P > 0.05$)，差异无统计学意义，故本次有关于“美托洛尔联合阿托伐他汀钙片治疗冠心病慢性慢性心衰的效果和对心功能的影响观察”研究可行。

1.2 护理方法

常规治疗组采用

利尿剂：呋塞米片：2040 mg/d，根据水肿程度及尿量调整剂量（最大剂量 $\leq 80\text{mg/d}$ ）；螺内酯片：2040 mg/d，晨起口服，监测血钾水平（目标血钾 $4.05.0 \text{ mmol/L}$ ）。

肾素 - 血管紧张素系统抑制剂：ACEI（依那普利）：起始剂量 2.5mg/d，根据耐受性逐步递增至目标剂量 10 mg bid;或 ARB（缬沙坦）：起始剂量 40 mg/d，逐步递增至 160 mg bid（收缩压 $\geq 90 \text{ mmHg}$ ）。

硝酸酯类药物：单硝酸异山梨酯缓释片：40 mg/d;清晨口服，用于缓解心绞痛症状。

美托洛尔联合阿托伐他汀钙片治疗组在常规治疗的基础上对于美托洛尔给药方案在起始阶段的初始剂量 6.25mg bid（晨起与午间服用），避免夜间给药引发心动过缓，剂量采取递增每 2 周评估患者心率，若耐受良好，剂量逐步增加至 12.5mg bid $\rightarrow$ 25mg bid $\rightarrow$ 目标剂量 50mg bid，调整的标准为，若出现症状性低血压（收缩压 $< 90\text{mmHg}$ 伴头晕）或心动过缓（心率 < 50 次/分），暂停增量并回调至前一剂量水平。

阿托伐他汀钙片给药方案中固定剂量 20mg qn（每晚睡前口服），连续服用 6 个月肝功能监测，治疗前及治疗后 1、3、6 个月检测谷丙转氨酶（若 ALT > 3 倍正常值上限且排除其他原因，暂停用药并给予护肝治疗。在以上治疗期间禁止联用药物包括非二氢吡啶类钙通道阻滞剂、强效 CYP3A4 抑制剂，以避免与美托伐他汀相互作用增加肌病风险和其他他汀类药物或贝特类药物（除非 LDL-C 未达标且经心血管专科医师评估）。

1.3 观察指标

显效要求为心功能改善 ≥ 2 级；BNP 水平较基线下降 $\geq 50\%$ ；6 分钟步行距离（6MWT）增加 ≥ 100 米；

有效要求满足以下任意 2 项心功能改善 1 级；BNP 下降 $\geq 30\%$ 但 $< 50\%$ ；6MWT 增加 50-99 米；水肿、呼吸困难等症状部分缓解（利尿剂用量减少 $\geq 50\%$ ）。

无效要求为未达上述标准，或出现以下任意情况心功能恶化，因慢性心衰加重需增加利尿剂剂量或住院治疗。

选取显效和有效在总体中的占比以此判断美托洛尔联合阿托伐他汀钙片治疗冠心病慢性心衰的效果和对心功能的影响是否有所缓解。

1.4 统计学方法

本研究运用 SPSS26.0 统计学软件，对收集到的数据展开分析处理。经软件运算评估，若得出的 P 值小于 0.05，那就意味着两组数据间存在明显差别。这一结果有力证实，“美托洛尔联合阿托伐他汀钙片治疗冠心病慢性心衰的效果和对心功能的影响观察”研究成果具备统计学意义，研究结论可靠、有效。

2 结果

2.1 患者临床效果

采用美托洛尔联合阿托伐他汀钙片疗法后，患者临床治疗效果显效的人数为 138（55.2%）人，有效人数为 73（29.2%）人，无效人数为 39（15.6%）人，总有效率为 211（84.4%）人，采用基础治疗方法的参照组中，患者临床治疗效果显效的人数为 96（38.4%）人，有效人数为 67（26.8%）人，无效人数为 87（34.8%）人，总提高效率为 163（65.2%）人。

3 讨论

在冠心病心力衰竭的治疗领域，探寻高效且安全的疗法始终是医学发展的关键目标。美托洛尔作为 β_1 受体阻断剂，精准作用于交感神经系统，通过抑制交感神经过度激活，巧妙地调控心脏的电生理活动和收缩功能，从而显著减少心肌耗氧量，如同为疲惫的心脏卸下沉重的负担。不仅如此，它还具备强大的抗炎能力，能够有效抑制炎症因子如超敏 C 反应蛋白的释放，宛如给受损的血管内皮披上一层保护衣，减轻血管内皮损伤，进而协同改善心肌缺血状况。当美托洛尔与阿托伐他汀钙片强强联合，在冠心病慢性心衰的治疗中展现出令人瞩目的效果。在当前冠心病慢性心衰治疗手段不断迭代的背景下，美托洛尔联合阿托伐他汀钙片疗法以其独特的作用机制、显著的治疗效果和出色的安全性，为临床医生提供了一种极具价值的治疗选择，无疑值得在临床实践中大力推广，让更多患者从中受益。

参考文献

[1]张成方,左振军,赵启凤,等.曲美他嗪联合阿托伐他汀钙治疗冠心病心绞痛伴血脂异常的临床效果观察.吉林医学,2020,41(4):857-859.

[2]姬佳妮.曲美他嗪联合依折麦布治疗老年冠心病的临床疗效及对患者血脂水平、颈动脉 IMT 的影响.当代医药论丛,2023,21(9):115-117.

[3]蔡婷.阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病患者的临床效果分析.中国冶金工业医学杂志,2020,37(5):564.

[4]黄秀娟.氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病临床效果研究[J].医药论坛杂志,2022,43(12):91-94.

[5]中华医学会心血管病学分会，中华心血管病杂志编辑委员会．(2018).中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018.中华心血管病杂志，46(10),760-789.