

# 阿托伐他汀与瑞舒伐他汀对缺血性脑卒中患者的疗效及不良反应发生率分析

赵建红

(定州市人民医院,河北 定州 073000)

**【摘要】目的:**本文主要对缺血性脑卒中患者使用阿托伐他汀与瑞舒伐他汀治疗的临床效果及不良反应进行了探讨。**方法:**选取2019年11月~2021年11月医院收治的70例缺血性脑卒中患者作为研究对象,将其随机分成对照组和观察组,各35例。对照组接受阿托伐他汀治疗,观察组接受瑞舒伐他汀治疗,对两组患者血脂水平、血清MIF、CKLF1、FKN水平、颈动脉IMT、治疗前后NIHSS评分及Barthel指数评分、临床疗效、不良反应发生情况进行对比分析。**结果:**观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后观察组血脂水平低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后观察组颈动脉IMT值高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后观察组血清MIF、CKLF1、FKN水平低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后观察组NIHSS评分低于对照组,Barthel指数高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:**对缺血性脑卒中患者实施阿托伐他汀与瑞舒伐他汀予以干预,可以发现,两种浓度的阿托品制剂均可以控制眼压及眼轴长度,而高浓度阿托品制剂的临床疗效更好,但安全性较差,低浓度阿托品制剂的不良反应较低。

**【关键词】**阿托伐他汀;瑞舒伐他汀;缺血性脑卒中;疗效;不良反应发生率

中图分类号:R743

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2022)21-0089-03

缺血性脑卒中的常见发病人群为中老年人,其发生主要原因为脑部供血动脉狭窄或闭塞,长时间的脑供血不足就会导致患者的脑组织细胞出现坏死<sup>[1]</sup>。该病具有发病急骤、致残率高及病死率高的特点。缺血性脑卒中复发的高危因素为颈动脉粥样硬化和高血脂,目前,临床均使用药物进行控制疾病。而阿托伐他汀与瑞舒伐他汀均为临床上常用治疗缺血性脑卒中的药物<sup>[2]</sup>。他汀类能够较好地缓解或逆转患者的颈动脉粥样硬化,瑞舒伐他汀能够抑制羟甲基戊二酰辅酶,同时药物作用较少。为了探究两种药物的具体作用,本文主要对缺血性脑卒中患者应用阿托伐他汀与瑞舒伐他汀治疗的临床效果进行了分析,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料:**选取2019年11月~2021年11月我院收治的70例缺血性脑卒中患者作为研究对象,将其随机分成对照组和观察组,各35例。观察组男16例,女19例;年龄37~82岁,平均(57.21±4.57)

岁。对照组男17例,女18例;年龄35~80岁,平均(60.35±6.74)岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。本次研究均通过伦理委员会的审批,同时患者已签署知情同意书。(1)纳入标准:入选患者均符合缺血性脑卒中的诊断标准,并经CT及MRI检查确诊;用药依从性较好。(2)排除标准:排除精神疾病的患者;合并肝肾等重大基础疾病的患者;对该类药物过敏或过敏性体质的患者;近期做过较大手术的患者;患有肿瘤、风湿及急慢性炎症的患者;中途脱落实验的患者。

**1.2 方法:**对照组接受阿托伐他汀治疗:对患者给予阿托伐他汀(商品名:立普妥,大连辉瑞制药有限公司,国药准字H20051407,10 mg/片)口服,每次1片,每晚1次。观察组接受瑞舒伐他汀治疗:给予患者瑞舒伐他汀(商品名:可定,阿斯利康制药有限公司,国药准字J20120006,10 mg/片)口服治疗,起始剂量为每次1片,每天1次。

**1.3 观察指标:**本次研究的观察指标分别为:血脂

水平、血清 MIF、CKLF1、FKN 水平、颈动脉 IMT、治疗前后 NIHSS 评分及 Barthel 指数评分、临床疗效、不良反应发生情况等具体评价内容如下。(1) 临床疗效, 显效: 患者的临床症状完全消失; 有效: 患者的临床特征有所改善; 无效: 患者的临床症状无改善且加重<sup>[3]</sup>; 总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 组例数 × 100%。(2) 不良反应发生情况: 主要对患者的恶心、呕吐、腹胀及关节痛等不良反应发生情况进行记录<sup>[4]</sup>。(3) 观察组间血脂水平: 取患者清晨空腹血液 3ml, 使用全自动生化分析仪测定患者血脂水平, 指标主要包括 TG(三酰甘油)、TC(胆固醇)、LDL-C(低密度脂蛋白胆固醇)以及 HDL-C(高密度脂蛋白胆固醇)<sup>[5]</sup>。(4) 治疗前后 NIHSS 评分及 Barthel 指数评分: 根据 NIHSS 评分量表评估患者神经功能缺损的实际情况, 该量表意识情况、面瘫、上下肢运动以及语言等内容, 分数越高代表患者神经功能缺损越严重。以 Barthel 指数评分法, 评价日常生活能力, 分数高者代表日常生活能力越好<sup>[6]</sup>。(5) 治疗前后颈动脉 IMT: 主要对左颈内动脉、右颈内动脉、左颈总动脉及右颈总动脉等颈动脉 IMT 予以记录, 并对数据进行比对分析<sup>[7]</sup>。(6) 血清 MIF、CKLF1、FKN 水平: 在清晨取患者静脉血液 3 ml, 以 300 r/min 予以离心, 取上清液保存在零下 20℃ 进行等待检查。采用酶联免疫吸附试验测定 MIF、CKLF1、FKN 水平<sup>[8]</sup>。

1.4 统计学方法: 采用 SPSS23.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较采用  $t$  检验; 计数资料以率表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效比较: 观察组治疗总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	35	25(71.43)	8(22.86)	2(5.71)	33(94.29)
对照组	35	21(60.00)	6(17.14)	8(22.86)	27(77.14)
$\chi^2$					4.200
$P$					<0.05

2.2 两组不良反应发生情况比较: 观察组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 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	例数	恶心	呕吐	腹胀	关节痛	总发生率
观察组	35	2(5.71)	2(5.71)	1(2.86)	0(0.00)	5(14.28)
对照组	35	3(8.57)	3(8.57)	4(11.43)	3(8.57)	13(37.14)
$\chi^2$						4.786
$P$						<0.05

2.3 两组血脂水平比较: 治疗后观察组血脂水平低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

2.4 两组治疗前后颈动脉 IMT 比较: 治疗后观察组颈动脉 IMT 值高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

2.5 两组血清 MIF、CKLF1、FKN 水平比较: 治疗后观察组血清 MIF、CKLF1、FKN 水平低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 5。

2.6 两组 NIHSS 评分及 Barthel 指数评分比较: 治疗后观察组 NIHSS 评分低于对照组, Barthel 指数高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 6。

表 3 两组血脂水平比较( $\bar{x} \pm s$ , mmol/L)

组别	例数	TG		TC		LDL-C		HDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	2.11 ± 0.43	1.06 ± 0.21	5.86 ± 1.13	3.72 ± 0.82	5.02 ± 1.43	2.71 ± 0.54	1.13 ± 0.63	1.41 ± 0.23
对照组	35	2.08 ± 0.54	1.69 ± 0.36	5.92 ± 1.45	4.64 ± 1.02	5.13 ± 1.38	3.88 ± 0.75	1.01 ± 0.61	1.28 ± 0.24
$t$		0.257	8.943	0.193	4.159	0.327	7.490	0.809	2.314
$P$		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 4 两组颈动脉 IMT 比较( $\bar{x} \pm s$ , mm)

组别	例数	左颈内动脉		右颈内动脉		左颈总动脉		右颈总动脉	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	0.88 ± 0.14	0.82 ± 0.21	0.88 ± 0.15	0.88 ± 0.12	1.05 ± 0.28	1.18 ± 0.25	1.08 ± 0.21	2.88 ± 0.64
对照组	35	0.86 ± 0.09	0.85 ± 0.06	0.89 ± 0.13	0.86 ± 0.12	1.02 ± 0.23	1.08 ± 0.24	1.07 ± 0.23	2.81 ± 0.43
$t$		0.711	0.813	0.298	0.697	0.489	1.707	0.189	0.537
$P$		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表5 两组血清 MIF、CKLF1、FKN 水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	MIF (ng/ml)		CKLF1 (pg/ml)		FKN (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	1.21 ± 0.21	0.81 ± 0.31	37.31 ± 7.31	30.34 ± 5.11	108.12 ± 12.32	83.34 ± 8.55
对照组	35	1.31 ± 1.21	1.43 ± 0.34	38.44 ± 7.41	34.34 ± 5.42	107.51 ± 13.13	95.34 ± 9.45
<i>t</i>		0.482	7.972	0.642	3.177	0.200	5.571
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表6 两组治疗前后 NIHSS 评分及 Barthel 指数评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	NIHSS		Barthel 指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	25.23 ± 2.53	12.03 ± 2.45	25.43 ± 8.31	59.73 ± 8.25
对照组	35	25.14 ± 2.57	18.74 ± 2.30	26.44 ± 9.37	52.54 ± 9.25
<i>t</i>		0.148	11.813	0.477	3.432
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

### 3 讨论

缺血性脑卒中(脑梗死)是较为严重的缺血性脑血管疾病,其是指脑供血动脉闭塞或者狭窄,引起脑供血不足及脑组织坏死的一种病症,该病非常容易复发。严重影响了患者的日常生活<sup>[9]</sup>。在治疗缺血性脑卒中患者时,血脂水平是监测患者治疗效果的重要指标,缺血性脑卒中的临床体征较为多样化,其是与脑部损害的程度有密切的联系。在临床上,治疗心血管疾病中他汀类药物较为常见,其不仅能够调节患者体内的血脂水平,还可以抑制损伤部位的炎症反应及平滑肌细胞的增生,从而改善血管内皮细胞,降低血脂沉淀<sup>[10]</sup>。他汀类药物属于降血脂类药物,其中包括阿托伐他汀与瑞舒伐他汀,瑞舒伐他汀可以降低患者内源性总胆固醇,促进机体技能调节,提升低密度脂蛋白胆固醇的亲合力<sup>[11]</sup>。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后观察组血脂水平低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后观察组颈动脉 IMT 值高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后观察组血清 MIF、CKLF1、FKN 水平低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后观察组 NIHSS 评分低于对照组,Barthel 指数高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

综上所述,对缺血性脑卒中患者予以治疗时,应用瑞舒伐他汀可明显调节患者体内的血脂水平、不

良反应更少,临床疗效更佳。

### 【参考文献】

- [1] 刘琳,包正军,周道,等.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀对老年动脉粥样硬化性脑梗死患者抑郁症状的疗效比较[J].右江医学,2021,49(9):668-672.
- [2] 韩燕.不同他汀类药物联合氯吡格雷治疗缺血性脑卒中恢复期对比研究[J].医药论坛杂志,2021,42(14):118-122.
- [3] 王超男.瑞舒伐他汀对急性缺血性脑卒中患者血脂及血清炎症水平的影响[J].航空航天医学杂志,2020,31(12):1494-1495+1499.
- [4] 邱春钰,刘欣,马连未,等.阿托伐他汀联合氯吡格雷对脑梗塞二级预防患者颈动脉斑块的影响[J].甘肃科学学报,2020,32(6):1-8.
- [5] 王红洁.阿托伐他汀与瑞舒伐他汀对缺血性脑卒中患者的调脂效果分析[J].中国现代药物应用,2020,14(22):82-84.
- [6] 万敏,陈英,杨宝玲,等.三种他汀类药物对老年脑梗死患者颈动脉粥样硬化病变的疗效[J].心血管康复医学杂志,2020,29(3):357-361.
- [7] 张燕,王维忠,周红梅.基于关联规则对缺血性脑卒中住院患者联合用药分析[J].药学与临床研究,2020,28(3):206-210.
- [8] 高洪辉.不同他汀类药物对急性脑梗死并高脂血症患者血脂指标和炎症因子影响的比较研究[J].临床合理用药杂志,2020,13(12):35-41.
- [9] 李楠.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀分别联合氯吡格雷治疗对缺血性脑卒中患者血清 MIF CKLF1 FKN 水平及神经功能的影响[J].河北医学,2019,25(12):2001-2004.
- [10] 刘宁宁,董瑞芳,史方堃.瑞舒伐他汀、阿托伐他汀对脑梗死病人静脉溶栓效果-风险的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(21):3353-3356.
- [11] 胡燕燕.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗缺血性脑血管病的疗效及对患者生存质量的影响比较[J].临床合理用药杂志,2018,11(7):56-57.