

托伐他汀+阿司匹林治疗高血压伴发动脉粥样硬化的价值分析

廖帅豪

广东药科大学附属第一医院

DOI:10.32629/ffcr.v3i9.20054

[摘要] 目的：本文旨在探究对高血压伴动脉粥样硬化患者实施阿托伐他汀联合阿司匹林治疗的效果。方法：选择2024年6月至2025年6月收治的高血压伴动脉粥样硬化患者72例作为研究对象，按照治疗方法不同分为对照组（n=36例，单独阿司匹林）与观察组（n=36例，阿托伐他汀联合阿司匹林）。对两组患者进行随访，从血压控制效果、血脂水平、颈动脉内膜中层厚度变化以及生活质量等方面来对比治疗效果。结果：观察组血压、血脂指标控制效果与对照组相比的表现更为优异，与对照组相比，观察组CIMT更低，生活质量评分更高，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在针对高血压合并动脉粥样硬化患者的治疗中采用阿托伐他汀联合阿司匹林具有更好的治疗效果，值得推广。

[关键词] 高血压；动脉粥样硬化；治疗效果

中图分类号：R544.1 文献标识码：A

Value of Atorvastatin+Aspirin in the Treatment of Hypertension with Atherosclerosis

Shuaihao Liao

The First Affiliated Hospital of Guangdong Pharmaceutical University

Abstract: Objective: To analyze the effect of atorvastatin combined with aspirin on hypertension with atherosclerosis. Methods: Seventy two patients with hypertension and atherosclerosis admitted from June 2024 to June 2025 were divided into the control group (n=36 cases, aspirin alone) and the observation group (n=36 cases, atorvastatin combined with aspirin). Compare the therapeutic effects. Result: The treatment effect of the observation group was better ($P<0.05$). Conclusion: Atorvastatin combined with aspirin has better therapeutic effects.

Keywords: Hypertension; Atherosclerosis; therapeutic effect

引言

高血压作为临床最常见的慢性病之一，在老年人群中尤为高发。随着我国老龄化进程的加速，其患病率持续上升^[1]。高血压常伴随心、脑、肾等多系统损害，是诱发心脑血管疾病的主要因素之一。在长期内皮细胞受损的情况下，脂质沉积增多，脂蛋白被巨噬细胞吞噬后形成大量泡沫细胞，促进血小板聚集与炎性因子释放，导致内膜增厚并逐渐形成脂质斑块，最终发展为动脉粥样硬化^[2]。动脉粥样硬化可显著增加急性冠脉综合征、脑卒中等心脑血管事件的风险，严重威胁患者生命安全^[3]。高血压与动脉粥样硬化同时患病时，治疗难度显著增加，针对此类病变，临床常用药物包括阿司匹林与阿托伐他汀等。如果长期使用单独阿司匹林治疗可能导致患者身体出现耐药性或者抵抗现象，治疗效果受到明显影响。阿托伐他汀是临床常用的降脂药物，可有效延缓或逆转动脉粥样硬化的进程，控制患者血脂水平^[4]。研究显示，当阿托伐他汀联合阿司匹林治疗时，对高血压合并动脉粥样硬

化具有双重协同治疗效果。本文将通过对照试验的方式对上述治疗方案进行验证，具体研究见下文。

1 一般资料与研究方法

1.1 一般资料

选择2024年6月至2025年6月收治的高血压伴动脉粥样硬化患者72例作为研究对象，按照治疗方法不同分为对照组（n=36例，单独阿司匹林）与观察组（n=36例，阿托伐他汀联合阿司匹林）。对照组男女性患者数量分别为22例、14例，年龄范围为38-65岁，平均（ 57.28 ± 3.12 ）岁。观察组男女性患者数量分别为21例、15例，年龄范围为37-65岁，平均（ 57.46 ± 3.22 ）岁。使用统计学软件对两组一般资料分析可得，其差异对研究结果无显著影响（ $P>0.05$ ）。

纳入标准为：（1）入选患者均确诊为高血压同时合并动脉粥样硬化；（2）不存在其他心血管疾病；（3）对本次研究所用的药物不存在过敏现象；（4）患者及其家属对研究内容知情同意，自愿参与。

排除标准为：（1）除本次研究的疾病外，还存在严重的身体脏器功能障碍，如肺功能障碍、肾功能障碍等；（2）对本次研究使用的阿托伐他汀以及阿司匹林存在过敏反应；（3）存在精神类疾病，认知功能障碍，无法正常沟通。

1.2 研究方法

患者入院后需进行全面检查，涵盖各器官及关键指标，并将结果登记于个人档案，以便后续查询与比对。应确认其身体状况符合治疗条件，且为首次接受该治疗方案，同时需详细询问既往合并疾病及用药史，避免因疏漏而引发后续问题。

1.2.1 对照组

给予患者单独阿司匹林（生产厂家：石药集团欧意药业有限公司，批准文号：国药准字 H20065051，产品规格：100mg）治疗，用法用量：口服，每日 80g~300mg，一日 1 次。

1.2.2 观察组

在阿司匹林的治疗的基础上加用阿托伐他汀（生产厂家：乐普制药科技有限公司，批准文号：国药准字 H20193331，产品规格：20mg）治疗，用法用量：口服，一次 40mg，一天两次。

1.3 观察指标

（1）血压控制效果：对患者的收缩压与舒张压进行测量，以评估血压控制效果。

（2）血脂水平：测量两组患者总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C），评估血脂控制效果。

（3）颈动脉内膜中层厚度（CIMT）：通过测量治疗前后 CIMT 的变化来评估治疗效果。

（4）生活质量：选用 SF-36 量表从 8 个维度（生理功能、角色限制、疼痛程度、总体健康、活力、社会功能、情感健康和心理状态）全面评估患者生活质量，每项分值越高表明生活质量越高。

1.4 统计学分析

使用 SPSS 22.0 软件对数据进行统计学分析，计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，并以率（%）表示， $P < 0.05$ 数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组与对照组血压水平、CIMT 对比

治疗后观察组血压水平、CIMT 均低于对照组 ($P < 0.05$)，

见表 1:

表 1 观察组与对照组血压水平、CIMT 对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	舒张压 (mmHg)		收缩压 (mmHg)		CIMT (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	104.65 ± 7.31	89.56 ± 2.12	136.30 ± 6.30	119.65 ± 2.54	1.67 ± 0.23	0.67 ± 0.01
对照组	36	104.64 ± 7.30	92.36 ± 4.61	136.17 ± 6.20	123.15 ± 2.31	1.60 ± 0.21	0.83 ± 0.06
t	-	0.030	3.311	0.093	6.117	0.272	16.324
P	-	0.976	0.002	0.926	0.001	0.786	0.001

2.2 观察组与对照组 TC、TG、LDL-C、HDL-C 对比 < 0.05)，见表 2:

观察组 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平均优于对照组 (P

表 2 观察组与对照组 TC、TG、LDL-C、HDL-C 对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别/例数	TC (mmol/L)		TG (mmol/L)		LDL-C (mmol/L)		HDL-C (mmol/L)	
	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 (36)	6.67 ± 1.33	4.15 ± 1.12	3.65 ± 1.31	0.68 ± 0.10	1.80 ± 0.30	2.65 ± 0.51	0.98 ± 0.24	1.64 ± 0.27
对照组 (36)	6.68 ± 1.32	5.67 ± 1.21	3.64 ± 1.30	1.31 ± 0.11	1.87 ± 0.20	2.05 ± 0.21	0.91 ± 0.14	1.22 ± 0.17
t	0.029	7.242	0.030	2.521	0.403	2.621	0.619	2.067
P	0.977	0.001	0.976	0.001	0.689	0.011	0.538	0.043

2.3 观察组与对照组生活质量对比 康状况、活力、社交功能、情感角色以及心理健康评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3:

表 3 观察组与对照组生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生理功能 (分)	生理角色 (分)	身体疼痛 (分)	一般健康状况 (分)	活力 (分)	社交功能 (分)	情感角色 (分)	心理健康 (分)
观察组	36	91.37 ± 5.31	93.66 ± 5.04	91.97 ± 5.08	91.25 ± 6.31	86.37 ± 5.81	92.63 ± 4.25	93.66 ± 3.04	90.97 ± 5.08
对照组	36	88.02 ± 5.12	91.29 ± 5.25	88.51 ± 5.33	87.33 ± 6.12	82.82 ± 5.82	89.69 ± 4.13	90.29 ± 4.25	88.51 ± 5.33
t	-	2.872	2.060	2.972	2.820	2.730	3.138	4.079	2.113
P	-	0.005	0.043	0.004	0.006	0.0080.001	0.002	0.001	0.038

3 讨论

高血压作为临床常见的心血管疾病，发病率较高且属于

慢性病程,其发生与动脉粥样硬化密切相关。高血压的发病与多种因素相关,包括年龄增长、体重超标、家族遗传史、不良饮食习惯以及生活环境等,这些因素可导致人体生理状态发生改变,如心脏功能减弱、收缩力异常、血流量增加,同时伴随大动脉弹性下降与扩张能力减退,最终使血流通道较正常人狭窄,进而促进动脉粥样硬化的形成。该病临床表现多样,常见血压波动、精神紧张、疼痛、疲劳、失眠、头晕等症状,并可累及脑、心、肾、眼及动脉等多个器官与系统,导致相应功能障碍。高血压在不同人群中均有较高发病率,其病程发展阶段较多,若未能及时进行合理干预,很可能引发一系列严重并发症。因此,在治疗过程中必须确保其准确性、规范性、安全性及有效性,以控制病情进展并改善患者预后^[5]。目前针对高血压伴发动脉粥样硬化的治疗多采用药物干预,而药物选择是影响临床疗效的重要因素^[6]。

阿司匹林是一种兼具抗血小板聚集、抗炎及抗风湿作用的非甾体类药物,主要通过抑制环氧化酶活性,使血小板内的环氧化酶转化为非酶性 COX,从而抑制血小板聚集、减少血栓形成及炎症反应。临床常用小剂量阿司匹林治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病、脑梗死等心脑血管疾病,并广泛用于脑梗死的二级预防。然而,对阿司匹林过敏、伴有严重肝肾功能不全、血友病及活动性胃溃疡等患者应禁用,以免引发严重不良后果。用药过程中可能出现恶心、呕吐、上腹不适、胃肠道出血等不良反应,若症状显著需及时停药并就医^[7]。此外,用药期间应避免饮酒,因酒精可能损伤器官功能,影响药效或加重药物副作用。可见长期单独使用阿司匹林治疗的效果存在明显局限。阿托伐他汀钙片作为他汀类降脂药物,主要用于降低胆固醇水平及稳定动脉粥样硬化斑块,通过抑制肝脏胆固醇合成、调节脂质代谢,在心血管疾病的防治中具有重要地位。该药能显著降低血清总胆固醇,其机制为竞争性抑制 HMG-CoA 还原酶,阻断肝脏内胆固醇生物合成,该效应通常在用药 2 周后显现,4-6 周趋于稳定。同时,药物可选择性降低低密度脂蛋白胆固醇达 30-50%,从而延缓动脉粥样硬化进程,对合并糖尿病、高血压等危险因素的患者有助于减少心肌梗死等心血管事件发生,使用期间需注意监测肝功能^[8]。此外,阿托伐他汀钙片还可升高高密度脂蛋白胆固醇 5-15%,后者能逆向转运外周胆固醇至肝脏代谢,对代谢综合征患者具有积极意义,但需结合饮食控制与运动干预。在稳定动脉斑块方面,该药通过改善内皮功能、抑制炎症与氧化应激,降低冠状动脉易损斑块破裂风险,可减少心绞痛发作及血运重建需求^[9]。除调脂作用外,药物还具备抗炎及内皮保护等多效性,如降低 C 反应蛋白等炎症标志物、改善血管舒张功能,为高血压合并靶器官损害患者提供综合管理支持。用药期间应坚持低胆固醇饮食,限制动物内脏及蛋黄摄入,增加蔬果与全谷物比例,建议每周进行 150 分钟

中等强度有氧运动,并避免与葡萄柚汁同服^[10]。本次研究结果显示,观察组血压、血脂指标控制效果与对照组相比表现更为优异,与对照组相比,观察组 CIMT 更低,生活质量评分更高,有统计学意义 ($P < 0.05$)。阿托伐他汀能够显著降低低密度脂蛋白水平,并提高蛋白质分解速率,从而有效改善血脂状况。阿司匹林则通过抑制血小板聚集发挥抗血栓作用,并对脑组织具有营养神经效应,有助于减少心血管事件发生。二者联用可协同优化血脂控制水平,使其维持在更平稳状态,并进一步提升整体治疗效果。

综上所述,阿托伐他汀联合阿司匹林能够有效提升高血压合并动脉粥样硬化的治疗效果,改善患者生活质量。

[参考文献]

- [1]曾清平.阿托伐他汀联合阿司匹林对高血压伴发动脉粥样硬化患者生活质量的影响[J].医学信息,2025,38(3):130-133.
- [2]王珠凤.阿托伐他汀联合阿司匹林治疗高血压伴动脉粥样硬化的临床疗效分析[J].中外医疗,2024,43(8):100-103.
- [3]吕文琦,陈艳,谢云志.保元汤合血府逐瘀汤治疗老年冠状动脉粥样硬化性心脏病合并高血压的效果[J].临床研究,2025,33(5):100-103.
- [4]李敏,胡向文.阿司匹林联合阿托伐他汀治疗社区高血压伴糖尿病患者的临床效果[J].医药前沿,2025,15(12):44-47.
- [5]郑伟.阿托伐他汀结合阿司匹林治疗高血压伴糖尿病患者的效果评价[J].中国医药指南,2024,22(5):11-14.
- [6]张晓敏.阿托伐他汀、阿司匹林配合治疗高血压伴发动脉粥样硬化的临床探讨[J].保健文汇,2025,26(20):97-100.
- [7]王巧燕.阿托伐他汀与阿司匹林联合对社区高血压伴糖尿病患者的治疗效果及其对生活质量的影響[J].保健文汇,2025,26(16):93-96.
- [8]何鸣皓,杨伊萍,傅慎文.达格列净对高血压伴冠心病患者冠脉造影或介入治疗后肾功能的影响[J].中国药物应用与监测,2025,22(1):18-20,65.
- [9]尤嘉璐,高峰.服用肠溶阿司匹林患者非静脉曲张上消化道出血风险评估的临床应用研究[J].中国医药,2023,18(1):62-65.
- [10]张文丽,陈国芳,周晓亚,等.强化剂量氯吡格雷或西洛他唑联合阿司匹林治疗携带 CYP2C19 功能缺失等位基因的老年穿支动脉粥样硬化病患者的疗效[J].实用心脑血管病杂志,2024,32(7):116-120.

作者简介:

廖帅豪(1987.07-),男,汉族,广东江门人,本科,主管药师,研究方向为阿托伐他汀钙+阿司匹林治疗高血压伴发动脉粥样硬化的价值分析。