

氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的疗效分析

文 / 杨智斌

【摘要】目的：探讨在急性心肌梗死治疗过程之中采取氯吡格雷联合阿司匹林的临床治疗价值和影响。方法：研究时间为2019年1月至2021年12月，选取此期间在我院收治的80例急性心肌梗死患者，回顾性分析按照治疗方法分为实验组（氯吡格雷联合阿司匹林）和对照组（氯吡格雷），观察两组患者的临床治疗效果。结果：考察实验组患者的血浆黏度、血小板聚集率、部分活化凝血活酶时间较对照组优异且整体临床指标水平较对照组优异（ $P < 0.05$ ）；实验组患者显效人数较多且整体治疗有效率较对照组偏高（ $P < 0.05$ ）；实验组患者的生活质量评分较高且整体较对照组偏高（ $P < 0.05$ ）；实验组患者的左室射血分数、左室收缩末内径、左室舒张末内径血小板黏附率较对照组优异且整体心功能情况较对照组优异（ $P < 0.05$ ）；实验组患者并发症发生人数较对照组少且整体并发症发生率较对照组偏低（ $P < 0.05$ ）。结论：在急性心肌梗死治疗过程之中采取氯吡格雷联合阿司匹林，患者生活质量高，改善临床指标和心功能，并发症比较低，治疗安全性高，治疗有效率较高，可以在临床上进行推广。

【关键词】急性心肌梗死；氯吡格雷；阿司匹林；生活质量；效果评价

急性心肌梗死是指冠状血管突然堵塞，引起相应区域的心肌坏死，这个过程就叫急性心肌梗死。急性心肌梗死最常见的原因是冠心病，以及冠状动脉的粥样硬化斑块破裂之后血栓形成，将血管堵塞。急性心肌梗死的死亡率在诸多疾病之中居高不下，并且发病较急，导致患者并发症的原因比较复杂^[1]。近几年来，工作的过度劳累、情绪的起伏过大、饮食的不规律等，导致急性心肌梗死在临床上的发病率呈逐年上升趋势并且日益年轻化。急性心肌梗死不但会对患者日常生活产生严重的影响，还会对患者的生命安全造成威胁。现阶段，在临床治疗过程之中手术治疗和药物治疗是主要的治疗方式，都可以改善患者的临床症状，挽救患者生命^[2]。但是，患者的身体原因，加上手术风险相比于药物而言比较大，导致手术治疗没有药物治疗

的预后效果理想。目前，临床上治疗急性心肌梗死的药物比较多，但是常用的是阿司匹林，可以起到良好的治疗效果，而属于抗血小板类药物之一的氯吡格雷可以改善患者的心功能，稀释血液浓稠度。有学者研究显示，在临床治疗过程之中急性心肌梗死和氯吡格雷皆可以单独用于急性心肌梗死治疗中，也可以联合使用，疗效显著^[3-4]。在此基础上，回顾性分析在我院收治的80例急性心肌梗死患者的治疗过程之中采取氯吡格雷联合阿司匹林的临床治疗价值和影响，具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间为2019年1月至2021年12月，选取在这期间在我院收治的80例急性心肌梗死患者，实验组患者40例之中，有男22例、女18例，年龄50~74岁，平均年龄（ 67.13 ± 5.58 ）岁；对照组患者40例之中，有男25例、女15例，年龄51~75岁，平均年龄（ 67.93 ± 5.37 ）岁；两组一般资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），有可比性。

【作者单位】四川巴中经济开发区兴文中心卫生院

【作者简介】杨智斌（1981~），男，本科，副主任医师，研究方向为临床内科。

表1 比较两组患者的临床指标水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血小板聚集率 (%)	血浆黏度 (mPa·s)	部分活化凝血活酶时间 (s)
实验组	40	51.36±11.28	1.42±0.03	29.56±1.47
对照组	40	73.15±10.27	1.78±0.09	24.18±1.36
t 值	/	9.034	24.000	16.991
P 值	/	<0.05	<0.05	<0.05

表2 比较两组患者的治疗有效率 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	治疗有效率
实验组	40	22 (55.00)	16 (40.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
对照组	40	15 (30.00)	17 (42.50)	8 (20.00)	32 (80.00)
χ^2 值	/	2.464	0.052	4.114	4.114
P 值	/	0.116	0.820	0.043	0.043

表3 比较两组患者的生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	心理功能		物质生活		躯体功能		社会功能		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	40	63.87±4.76	88.55±3.78	64.67±4.56	85.85±4.38	64.47±4.54	82.56±4.87	63.75±4.64	91.68±4.55	64.57±4.64	91.36±4.47
对照组	40	63.73±4.68	74.89±3.76	63.77±4.46	71.16±3.34	65.68±4.79	72.67±3.76	63.89±4.48	79.87±4.29	65.78±4.39	82.57±3.46
t 值	/	0.133	16.204	0.892	16.867	1.59	10.166	0.137	11.944	1.198	9.835
P 值	/	0.895	<0.05	0.375	<0.05	0.249	<0.05	0.891	<0.05	0.235	<0.05

1.2 方法

1.2.1 对照组

患者在临床上使用的药物是氯吡格雷,患者在第一天的时候口服,1次/d,一次300mg,在第二天的时候降低服药剂量,1次/d,一次75mg,治疗时间为30d。

1.2.2 实验组

患者在临床上使用的药物是氯吡格雷和阿司匹林,氯吡格雷d患者在第一天的时候口服,1次/d,一次300mg,在第二天的时候降低服药剂量,1次/d,一次75mg;

阿司匹林。患者在第一天的时候口服,1次/d,一次300mg,在第二天的时候降低服药剂量,1次/d,一次100mg,治疗时间为30d。

1.3 观察指标

1.3.1 临床指标水平

医务人员考察所有患者的手术恢复情况从血浆黏度、血小板聚集率、部分活化凝血活酶时间等这几个维度进

行,记录各项评分,进行比较、分析。

1.3.2 治疗有效率

医务人员考察所有患者的治疗有效率进行考察时按照(1)显效为临床症状消失;(2)有效为症状明显改善;(3)无效为症状未改善。治疗有效率=(显效+有效)÷总数×100%。

1.3.3 生活质量评分

医务人员考察所有患者的生活质量评分时从物质生活、心理功能、社会功能、躯体功能这几个维度进行,记录各项评分,进行比较、分析,分值和患者的生活质量的关系呈正比。

1.3.4 心功能情况

医务人员考察所有患者的心功能情况时从左室射血分数、左室收缩末内径、左室舒张末内径血小板黏附率这几个维度进行,记录各项评分,进行比较、分析。

1.3.5 并发症发生情况

医务人员考察所有患者的并发症发生情况时从心绞

表4 比较两组患者的心功能情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	左室射血分数 (%)		左室收缩末内径 (mm)		左室舒张末内径血小板黏附率 (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	40	46.81±5.12	53.68±3.93	31.05±1.24	25.03±0.83	48.57±1.54	42.05±1.07
对照组	40	46.85±5.08	48.54±3.12	31.08±1.27	29.35±1.06	48.95±1.38	47.95±1.36
t 值	/	0.035	6.479	0.107	20.294	1.162	21.564
P 值	/	0.972	<0.05	0.915	<0.05	0.249	<0.05

表5 比较两组患者并发症发生情况 [n(%)]

组别	n	心绞痛	凝血功能	心肌再梗死	严重出血	恶心	呕吐	并发症发生率
实验组	40	1 (2.50)	0 (40.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	3 (7.50)
对照组	40	2 (5.00)	1 (2.50)	2 (5.00)	2 (5.00)	2 (5.00)	1 (2.50)	10 (25.00)
χ^2 值	/	0.346	1.013	0.346	2.051	0.346	1.013	4.501
P 值	/	0.556	0.314	0.556	0.152	0.556	0.314	0.034

痛、凝血功能、心肌再梗死、严重出血、恶心以及呕吐这几个维度进行,记录各项评分,进行比较分析。

1.4 统计学分析

软件 SPSS24.0,计数 n% 表示, χ^2 检验,计量 $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验, (P<0.05) 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者的临床指标水平

考察实验组实验患者的血浆黏度、血小板聚集率、部分活化凝血活酶时间较对照组优异且整体临床指标水平较对照组优异, (P<0.05), 表示差异均有统计学意义。详见表 1。

2.2 比较两组患者的治疗有效率

实验组患者显效人数较多且整体治疗有效率较对照组偏高, 表示差异有统计学意义 (P<0.05)。详见表 2。

2.3 比较两组患者的生活质量评分

实验组患者的生活质量评分较高且整体较对照组偏高, 差异有统计学意义 (P<0.05)。详见表 3。

2.4 比较两组患者的心功能情况

实验组患者的左室射血分数、左室收缩末内径、左室舒张末内径血小板黏附率较对照组优异且整体心功能情况较对照组优异 (P<0.05), 表示差异有统计学意义。详见表 4。

2.5 比较两组患者并发症发生情况

实验组患者并发症发生人数较对照组少且整体并发症

发生率较对照组偏低, 差异有统计学意义 (P<0.05)。详见表 5。

3 讨论

急性心肌梗死主要是由于冠状动脉供血急剧减少或中断,使相应心肌因持久性缺血而发生局部坏死。在临床上,急性心肌梗死的症状常包括剧烈的胸痛,常常被形容为压迫、疼痛或烧灼感,如果得不到及时治疗的话,可能导致严重并发症,甚至猝死,属于高死亡率的危急症。急性心肌梗死会对患者生命安全产生严重的影响,生活质量被迫降低。急性心肌梗死在临床上可以采取手术和药物治疗。临床实践显示,手术治疗的死亡率高于药物治疗,手术风险大,即使患者平安度过了完整的手术时间,也有可能后期恢复时出现病危的情况,导致患者的死亡率居高不下^[5-6]。药物治疗相比于手术而言,患者以及家属的接受度较高,在临床上的应用范围广泛^[7-8]。

氯吡格雷在临床上主要用于预防和治疗血栓性疾病,例如动脉血栓性疾病预防和治疗。氯吡格雷是属于抗血小板药物范畴之一,通常作用于抗血小板 ATP 受体,最终发挥抗血小板聚集作用。有学者研究显示,身体对氯吡格雷药效的吸收速度迅速,血浆中蛋白结合率高达 98%,可以对血小板起到良好的抑制效果^[9]。

阿司匹林属于非甾体抗炎药,最初在临床上使用阿司匹林主要是作为解热镇痛消炎药^[10]。但是,随着医疗研

究的不断发展,发现其在心脏血管方面起到了好的预防作用。阿司匹林主要通过抗血小板聚集改善内皮功能等一系列作用,对类似于冠心病脑卒中以及其他动脉血栓性疾病有很好的预防作用。阿司匹林抑制血小板聚集的作用是通过抑制血小板的环氧酶,可使环氧酶永久失活,从而抑制了血栓烷 A₂ 生成,而且阿司匹林对血小板的抑制是永久性的,直到血小板重新生成。有学者研究指出,临床上主要将阿司匹林应用于脑血管病和心血管病的治疗和二级预防,效果良好^[11]。但是,应用阿司匹林治疗急性心肌梗死的时候一定要注意药物剂量,避免对胃肠道造成损害,以防引起消化道出血。

本研究结果显示,考察实验组患者的血浆黏度、血小板聚集率、部分活化凝血活酶时间较对照组优异且整体临床指标水平较对照组优异 ($P<0.05$);实验组患者显效人数较多且整体治疗有效率较对照组偏高 ($P<0.05$);实验组患者的生活质量评分较高且整体较对照组偏高 ($P<0.05$);实验组患者的左室射血分数、左室收缩末内径、左室舒张末内径血小板黏附率较对照组优异且整体心功能情况较对照组优异 ($P<0.05$);实验组患者并发症发生人数较对照组少且整体并发症发生率较对照组偏低 ($P<0.05$)。究其原因,在人体之中,血小板聚集是动脉粥样硬化形成的一个重要环节,抑制血小板的聚集就能有效预防血栓。而氯吡格雷是一种常见的抗血小板聚集药物,它能够抑制二磷酸腺苷与血小板受体结合,从而达到抑制血小板聚集的作用,还可以抑制非 ADP 所致的小血小板聚集,对血小板 ADP 受体起着不可逆转的作用。除此之外,氯吡格雷还能阻断由二磷酸腺苷引起的小血小板活化的扩增,其主要从肝脏代谢,需要经肝脏细胞色素 P450 酶系统介导生物转化为有活性的代谢产物。阿司匹林在进入人体之中,可以起到抗血小板聚集的作用,防止血栓的形成,在脑血管病急性期和心血管病的急性期,可以起到防止血栓形成的作用。阿司匹林是一种镇痛解热作用的非甾体抗炎药物,其作用机制是使血小板内环氧酶的活性部分乙酰化,使环氧酶失活,从而抑制了血栓烷 A₂ 生成,后者是血小板聚集的强诱导剂,这种抑制作用是持久的,不可逆的。值得注意的是,氯吡格雷药物为口服,身体吸收药效非常快,主要是通过肝脏代谢,因此服药期间要注意是否会有肝功能损坏。阿司匹林会导致患者出现胃肠道反应,例如,患恶心、呕吐等,但停药后通常都会消失。因此,两种药物的副作

用较大,患者要在医生的指导下服用,不应擅自更改药物剂量^[12]。

综上所述,在急性心肌梗死治疗过程之中采取氯吡格雷联合阿司匹林,患者生活质量高,改善临床指标和心功能,并发症较低,治疗安全性较高,可以在临床上进行推广。□

【参考文献】

- [1] 高建凯,张明礼,杨平.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的效果与安全性分析[J].中国药物滥用防治杂志,2022,28(1):51-54.
- [2] 张立平.氯吡格雷与阿司匹林联合治疗急性心肌梗死的疗效观察及对心功能的影响[J].母婴世界,2022(5):97-98.
- [3] 杨军.早期嚼服氯吡格雷及阿司匹林联合静脉溶栓治疗急性心肌梗死的临床疗效[J].当代医学,2022,28(7):4-6.
- [4] 邢界勇,陈涛,刘艳芬.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的疗效与安全性[J].健康之友,2022(16):245-246.
- [5] 王霞.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的效果观察[J].东方药膳,2022(15):80-81.
- [6] 尚志博.氯吡格雷联合阿司匹林应用于急性心肌梗死临床治疗中疗效探讨[J].科学养生,2022,25(2):47-48.
- [7] 赵庆忠,宋卫东,樊聪慧,等.替格瑞洛片联合阿司匹林对急性心肌梗死患者静脉血栓栓塞症发生率、凝血功能及不良反应发生率的影响[J].临床和实验医学杂志,2022,21(16):1704-1708.
- [8] 王洋.氯吡格雷+阿司匹林肠溶片在急性心肌梗死患者中的疗效及有效率评价[J].特别健康,2022(20):82-84.
- [9] 韩露.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的疗效分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(96):170-171.
- [10] 杨安勤.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的疗效分析[J].中外女性健康研究,2020(9):90-91.
- [11] 明磊,魏子轩.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的疗效及药学分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(61):142,144.
- [12] 赵书新,李如红.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的临床疗效与用药不良反应分析[J].系统医学,2020,5(20):137-139,198.