

阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性心肌梗死近期的有效性及安全性研究

徐航

(空军军医大学第一附属医院(西京医院)心血管内科 陕西 西安 710032)

摘要:目的:探究阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性心肌梗死近期的有效性及安全性。方法:选择2020.02—2022.02期间我院收诊的急性心肌梗死(AMI)病人共计80名作为研究对象,基于回顾统计背景,按照随机分组法将对象平均分组,设立常规组、实验组,每组纳入40名。常规组予以阿司匹林治疗,实验组予以阿司匹林联合氯吡格雷治疗。所有对象治疗前均了解用药方案,整理对比两组近期治疗有效率、不良反应发生率、治疗前后NIHSS(神经功能缺损)评分与治疗前后临床症状指标(hs-CRP、血清NO、IMT水平)。结果:治疗前,两组对比hs-CRP、血清NO、IMT水平无差异性, $P > 0.05$ 。两组对比NIHSS评分无差异性, $P > 0.05$ 。治疗后,相较常规组,实验组血清NO更高、hs-CRP与IMT水平更低, $P < 0.05$ 。相较常规组,实验组近期治疗有效率更高, $P < 0.05$ 。相较常规组,实验组NIHSS评分、不良反应发生率更低, $P < 0.05$ 。结论:急性心肌梗死病人接受联合用药法治疗可进一步巩固近期治疗有效性,发挥阿司匹林、氯吡格雷药性安全,预防不良反应发生而尽快缩短患者的康复时间,建议临床普及应用。
关键词:急性心肌梗死;阿司匹林;氯吡格雷;有效性

急性心肌梗死是目前冠心病病人死亡的常见原因,急性心肌梗死之所以是严重的病变类型,是因为患者冠状动脉发生病变后动脉腔内闭塞致使血液无法循环供给全身,支持循环,心脏突发性血供中断或降低从而形成心肌损伤和心肌缺血。AMI起病急、死亡率高,主要体征为高热、胸腔部疼痛等,若未能及时开展有效治疗会威胁患者生命安全^[1]。对此,临床以积极挽救急性心肌梗死病患健康为主进行有效的治疗方法探究。当前临床面对AMI倾向于药物控制治疗,例如阿司匹林。但经长期临床用药统计结果发现,单一应用阿司匹林药物控制心肌梗死病症其实虽有一定效果,但总体效果不稳定无法满足疾病发展后相关并发症的有效避免,故而开始探究联合用药办法^[2]。氯吡格雷联合阿司匹林用药下患者疾病控制结果良好,能达到理想的预期治疗目标。基于此,本研究围绕阿司匹林联合氯吡格雷对急性心肌梗死的治疗效果进行分析,详情如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

收集80例急性心肌梗死对象资料纳入实验统计,锁定研究时间为2020.02—2022.02完成不同给药方案的临床治疗。按照随机分组法分出常规组、实验组,每组40名,分别建立单一用药治疗方案、联合用药治疗方案。所有患者治疗前知晓用药方案,明确注意事项且已签署相关知情同意书,资料递交伦理委员会审核通过。

常规组:男患20名、女患20名,年龄范围37岁—76岁、平均年龄(58.20±2.47)岁。实验组:男患22名、女患18名,年龄范围35岁—76岁、平均年龄(58.30±2.39)岁。资料对比 $P > 0.05$ 。

纳入标准:①AMI症状符合美国心脏病学会、欧洲心脏病学会颁布“心肌梗死”判别标准;②无家族史、出血倾向;③本次治疗药物无过敏反应;④对象均自愿提供治疗数据。排除标准:①存在恶性肿瘤疾病;②存在感染性疾病;③存在肝肾功能代谢障碍;④存在凝血功能障碍。

1.2 方法

所有病患检测生命体征、呼吸频率,治疗中进行吸氧、溶栓处理,在100ml的0.9%氯化钠溶液中融入尿激酶(150万单位),静脉输入患者体内,控制半小时内匀速输完。

常规组:应用阿司匹林。选择拜耳医药保健有限公司药品,规格100mg*30s。口服用药,每次100mg,每天1次。

实验组:应用阿司匹林联合氯吡格雷。阿司匹林应用和常规组一致,氯吡格雷选择乐普药业股份有限公司药品,规格75mg*7s。口服用药,每次75mg,每天1次。

连续用药治疗三个月。

1.3 观察指标

观察两组近期治疗有效率、不良反应发生率、治疗前后NIHSS评分与治疗前后临床症状指标。

1.近期治疗有效率:总有效率=(显效+有效)/组间数*100%,治疗效果佳则数值趋高。

2.不良反应发生率:总有效率=例数和/组间数*100%,治疗效果佳则数值趋低。

3.NIHSS评分:评估神经功能缺损,治疗效果佳则数值趋低。

4.临床症状指标:评估hs-CRP(超敏C反应蛋白)、血清NO(血清一氧化氮)、IMT(颈总动脉内膜中层厚度)水平,治疗效果更优则血清NO趋高、hs-CRP与IMT趋低。

1.4 统计

采用SPSS23.0统计软件对数据进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用T检验,计数资料用率表示,采用X²检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 近期治疗有效率

表1中,实验组近期治疗有效率更高, $P < 0.05$ 。

表1:近期治疗有效率比较表(n %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
常规组	40	15	19	6	85.00
实验组	40	18	21	1	97.50
X ²					3.913
P					< 0.05

2.2 不良反应发生率

表2中,实验组不良反应发生率更低, $P < 0.05$ 。

表2:不良反应发生率比较表(n %)

组别	例数	恶心	疼痛	总发生率 (%)
常规组	40	4	2	15.00
实验组	40	1	0	2.50
X ²				3.913
P				< 0.05

2.3 治疗前后NIHSS评分

表3中,治疗前两组NIHSS评分对比 $P > 0.05$ 。治疗后实验组NIHSS评分更低, $P < 0.05$ 。

表3:治疗前后NIHSS评分比较表($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
常规组	40	26.08 ± 5.43	19.35 ± 3.70
实验组	40	25.97 ± 5.50	10.11 ± 3.20
T		0.090	11.946
P		> 0.05	< 0.05

2.4 治疗前后临床症状指标

表 4 中, 治疗前两组临床症状指标对比 $P > 0.05$ 。治疗后实验组临床症状指标更优, $P < 0.05$ 。

表 4: 治疗前后临床症状指标比较表($\bar{x} \pm s$)

治疗前	例数	hs-CRP(mg/L)	血清 NO (μ mol/L)	IMT (mm)
常规组	40	13.22 \pm 4.60	29.11 \pm 6.80	1.82 \pm 0.56
实验组	40	13.09 \pm 4.57	29.07 \pm 6.77	1.80 \pm 0.60
T		0.127	0.026	0.154
P			> 0.05	

治疗后	例数	hs-CRP(mg/L)	血清 NO (μ mol/L)	IMT (mm)
常规组	40	8.99 \pm 2.70	43.00 \pm 7.36	1.66 \pm 0.42
实验组	40	5.10 \pm 2.30	52.40 \pm 7.99	1.26 \pm 0.30
T		6.936	5.473	4.901
P			< 0.05	

3. 讨论

临床针对急性心肌梗死的治疗一直秉承着快速控制疾病、稳定恢复指征为主, 倾向于选择有效治疗药物, 此病的临床检出率、有效控制率随着医疗技术的不断发展, 得到明显加强。因此治疗关键在于早诊断、早治疗加上临床抢救, 才能帮助患者度过危险期, 谨慎选择更优质、显效的药物干预方法进行治疗^[9]。作为一线抗血小板凝集药物的阿司匹林, 应用于急性心肌梗死疾病治疗中主要作用为让血小板环氧酶-1 不可逆性失活, 阻止形成前列腺素 E2、血

栓素 A2, 达到控制血小板聚集的治疗目的。本药品单一使用过程中虽有一定治疗效果, 但联合应用氯吡格雷下能进一步加强血小板聚集的抑制作用。此药作为血小板聚集抑制剂可以不可逆性的控制 ADP、GpIIb/IIIa 结合, 从而防止血小板过度聚集。而且此药可以防止 ADP 释放造成血小板活化扩增, 避免其他激动剂诱使血小板的聚集反应^[4]。阿司匹林、氯吡格雷协同用药后, 在总体应用反应上疗效肯定, 缩短了患者康复时间安全性高, 总体使用优势明显。

结果可见, 治疗前, 两组临床症状指标、NIHSS 评分对比 $P > 0.05$ 。治疗后, 实验组临床症状指标优于常规组, $P < 0.05$ 。实验组近期治疗有效率高于常规组; 实验组 NIHSS 评分、不良反应发生率低于常规组, $P < 0.05$ 。

综上所述, 阿司匹林、氯吡格雷治疗急性心肌梗死近期疗效确切, 联合用药安全性高, 建议推广应用。

参考文献:

[1]陈奇,刘洋,姬劲锐,刘恒亮. 西洛他唑联合氯吡格雷及阿司匹林对 AMI 病人 PCI 术后出血事件、凝血功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(07):1279-1283.
 [2]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(07):4-6.
 [3]安有杰. 分析氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的疗效[J]. 甘肃科技,2021,37(15):156-158.
 [4]刘娜. 氯吡格雷联合阿司匹林、尿激酶溶栓治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死的有效性和安全性分析[J]. 中国医药指南,2018,16(34):153-154.