

瑞舒伐他汀与双抗血小板联合治疗对脑梗死患者血清 CRP、脑血管事件复发率及颈动脉斑块影响研究

覃红玲

(广西鹿寨县人民医院 广西鹿寨 545600)

摘要:目的: 针对脑梗死患者实施瑞舒伐他汀与双抗血小板联合治疗, 提升治疗疗效。方法: 针对 560 例脑梗死患者为对象, 时间为 2020 年 12 月至 2021 年 12 月, 按照随机分组法分组, 对照组为常规治疗, 观察组为瑞舒伐他汀与双抗血小板联合治疗, 对比治疗成果。结果: 从数据可见, 观察组患者的神经功能改善效果明显更佳, 具有统计学意义。治疗后, 观察组患者在 IL-6、MMP-9 和 CRP 水平上下降幅度超过对照组, 差异显著。观察组在疾病复发率上低于对照组, 差异显著。在颈动脉斑块指标对比中, 观察组患者各项表现均优于对照组, 差异显著。结论: 采用瑞舒伐他汀与双抗血小板联合治疗对于脑梗死患者, 改善了患者的神经功能水平, 提高了动脉粥样硬化斑块的稳定性, 值得推广。

关键词: 瑞舒伐他汀; 双抗血小板治疗; 脑梗死患者; 血清 CRP; 复发率; 颈动脉斑块

脑梗死的产生与脑局部缺血缺氧有关, 会导致该区域脑组织局限性坏死, 或者引起脑软化。在该疾病的数据统计中, 发病率、病死率均有逐年提升, 这也会导致患者具有较大的疾病治疗压力。在治疗方案中, 药物类型多样, 如阿司匹林属于常用口服药物, 可抑制血小板聚集, 还能够扩张血管, 有助于预防血栓。瑞舒伐他汀则属于还原酶抑制剂, 与双抗血小板联合使用下, 有助于动脉粥样硬化斑块紧张的缓解, 也提示了易损斑块的稳定性^[1]。此外, 还有阿替普酶治疗措施, 其属于溶栓治疗药物, 可促使患者神经功能恢复等。在诸多药物的选择中, 可达到不同的治疗成效。鉴于此, 针对 560 例脑梗死患者为对象, 时间为 2020 年 12 月至 2021 年 12 月, 按照随机分组法将患者划分为两个组别, 针对不同用药方案分析单抗治疗和双抗治疗的应用差异, 重点分析对血清 CRP、脑血管事件复发率及颈动脉斑块影响, 提升治疗疗效并汇报如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

针对 560 例脑梗死患者为对象, 时间为 2020 年 12 月至 2021 年 12 月, 按照随机分组法将患者划分为两个组别, 观察组女性 114 例, 男性 166 例, 年龄范围是 51-75 岁, 平均年龄 62.12 ± 7.33 岁; 对照组中男性 129 例, 女性 151 例, 年龄范围是 50-74 岁, 平均年龄 61.01 ± 8.34 岁。多数患者伴有糖尿病、高血压、心脏病等基础类疾病, 两组患者的基本情况无明显差异, 资料可比 ($P > 0.05$)。

纳入标准: ①患者对本次调研知情, 并且愿意将个人治疗数据用于临床研究; ②患者具有清晰的自我认识, 在与医护人员沟通中并无障碍且具有成年人的理解能力; ③病历完整真实无隐瞒。

排除标准: ①患者伴有认知障碍或伴有精神病既往病史; ②治疗期间依从性差; ③患者出于个人原因, 以选择中断治疗或转院治疗; ④患者伴有恶性肿瘤类疾病。

1.2 实验方法

两组患者在基础治疗中, 均给予静脉滴注依达拉奉右莰醇注射液, 以及银杏叶注射液, 结合必要的降压、降糖药物进行对症治疗。

对照组为常规治疗, 即为口服阿托伐他汀钙片, 每天 20mg。随后结合单抗治疗, 即为阿司匹林肠溶片, 100mg, 口服用药。

为观察组为瑞舒伐他汀与双抗血小板联合治疗, 瑞舒伐他汀, 每日 1 次, 每次 10mg, 随后结合双抗治疗, 结合阿司匹林, 每天 1

次, 每次 100mg, 氯吡格雷, 每天 1 次, 每次 75mg。在为期六个月的治疗后, 对比患者的治疗疗效。

1.3 评价标准

对患者进行 NIHSS 评估, 具体涉及构音障碍、语言感觉失调、上下肢运动情况、肢体失调等, 共计满分 42 分, 得分低, 则说明患者的神经功能恢复情况较好。

对患者进行血清 CRP 和白细胞介素-6 (IL-6) 检查, 需要采集患者的空腹静脉血 5mlm, 离心分离后, 采用全自动生化分析仪进行数据测定。在基质金属蛋白酶-9(MMP-9)的测定中, 采用酶联免疫吸附测定。

对患者的脑血管事件发生率, 时间为半年内的患者病情调研, 同时还将统计患者用药不良反应发生率。

对比患者的颈动脉斑块情况, 采用彩色多普勒超声法进行检测, 具体将测定颈动脉内膜中膜厚度 (IMT), 当该指标超过 1.2mm 的时候视为粥样斑块。在斑块数量, 记录具体数量。在斑块面积测定中, 选择每个斑块的三条直径, 将最长的两条进行长宽记录, 在两者乘积后计算斑块面积。

1.4 统计学方法

SPSS 23.0 处理数据, t 作用是: 检验计量资料, 其表现形式是 ($\bar{x} \pm s$), χ^2 作用是: 检验计数资料, 其表现形式是 [n (%)]。 $P < 0.05$, 差异显著。

2 结果

2.1 对比两组患者的神经功能指标改善成果

就数据中看, 观察组患者的神经功能改善效果明显, 在 NIHSS 评分中, 治疗前观察组为 (15.45 ± 3.78) 分, 对照组则为 (15.60 ± 3.21) 分, 治疗后, 观察组为 (5.13 ± 1.33) 分, 对照组则为 (7.15 ± 2.04) 分, 两组对比下, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 对比两组患者的 IL-6、MMP-9、CRP 水平成果

同时, 在白介素-6(IL-6)、基质金属蛋白酶-9(MMP-9)和 C-反应蛋白(CRP)水平上, 在治疗后, 观察组患者明显下降, 且幅度超过对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。如表 1 所示。

2.3 对比两组患者的半年内疾病复发率和不良反应率

在疾病复发率上, 观察组患者低于对照组, 即观察组为 1.07% ($3/280$), 对照组则为 5.71% ($16/280$), 差异显著 ($P < 0.05$)。

表1 两组患者治疗前、后 IL-6、MMP-9、CRP 水平比较 (n=280, $\bar{x} \pm S$)

指标	时间	对照组	观察组	t	P
IL-6 (pg/ml)	治疗前	83.89 ± 13.12	84.68 ± 12.19	0.297	> 0.05
	治疗后	54.88 ± 7.11	42.25 ± 8.14	12.575	< 0.05
MMP-9 (ng/mL)	治疗前	93.05 ± 18.61	93.61 ± 14.6	0.393	> 0.05
	治疗后	966.86 ± 18.49	44.48 ± 11.33	16.399	< 0.05
CRP (mg/L)	治疗前	13.92 ± 1.05	13.87 ± 1.42	0.292	> 0.05
	治疗后	9.96 ± 1.05	5.46 ± 1.48	3.042	< 0.05

在不良反应对比中, 两组之间的差异不大 ($P > 0.05$), 即观察组和对照组均出现了心悸、头晕头痛以及牙龈出血情况, 在改善治疗后均得到了好转。

2.4 对比两组患者的颈动脉斑块指标结果

在颈动脉斑块对比中, 治疗前, 观察组患者在颈动脉内膜中膜厚度 (IMT) 以及斑块数量、斑块面积上分别为 (1.65 ± 0.12) mm、(0.95 ± 0.11) cm^2 和 (2.79 ± 0.40) n, 对照组则为 (1.64 ± 0.17) mm、(0.96 ± 0.12) cm^2 和 (2.80 ± 0.41) n, 在治疗后半年时, 观察组患者以上指标依次为 (0.76 ± 0.12) mm、(0.33 ± 0.04) cm^2 和 (2.02 ± 0.15) n, 对照组依次为 (1.08 ± 0.12) mm、(0.66 ± 0.07) cm^2 和 (2.60 ± 0.21) n, 可见结果均低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。

3 讨论

脑梗死患者的病灶由中心坏死区、周围缺血半暗带组成, 在中心坏死区域, 其脑细胞已经发生死亡, 在缺血半暗带则存在侧支循环, 有很多存活神经元, 如果可针对缺血半暗带的区域血流实施恢复, 可逆转患者的脑损伤问题, 并由此恢复神经细胞功能^[2]。在脑梗死的治疗措施中也有很多, 药物治疗类型多样, 效果不一, 故而结合本次调研的临床数据做出如下的分析。

在药物选择中, 瑞舒伐他汀属于第三代他汀类药物, 可针对脑梗死缺血患的早期实施改善。脑梗死患者由于细胞内皮在 MMP-9 的表达下使脑血屏障开放, 白细胞通过脑血屏障可在缺血处聚集, 可诱导炎症细胞因子表达。瑞舒伐他汀则会抑制炎症因子表达, 且有资料显示^[3], 高血脂症作为引起脑梗死的重要因素, 瑞舒伐他汀可以降低血脂, 降低 C 反应蛋白的编导, 有助于内皮细胞的保护, 并有起到稳定、逆转动脉粥样硬化斑块的效果。另一方面, 瑞舒伐他汀可具有抗血小板聚集的效果, 整体而言有利于患者的病情好转。在本次调研中, 可见瑞舒伐他汀可以降低 C 反应蛋白水平, 即可减轻动脉粥样硬化的炎性反应, 促使内皮细胞功能障碍, 由此抑制了内皮细胞依前列醇分泌, 防止血栓生成。有学者调研解释^[4], 血清 CRP 水平与脑梗死的预后有着莫大关系, 可以作为评估指标之一。在使用阿司匹林后, 可抑制血小板活化聚集, 另一方面再结合氯吡格雷, 其可以达到抑制活化血小板释放而磷酸腺苷的作用。阿司匹林虽然与氯吡格雷存在作用机制上的不同, 但是也都具有抑制血小板聚集的效用, 在药物间的协同作用下可以实现较好的治疗效果。阿司匹林属于环氧合酶, 可阻止血小板凝集, 并且可以降低炎症因子的释放, 在多项研究下表明^[5], 联合药物治疗脑梗死的效果较好, 如果只采用 1-2 两种药物治疗并不能达到全面的治疗效果,

而多种药物可以发挥协同效果, 提升治疗疗效。

为了进一步丰富临床分析, 笔者也对学者的研究进行了钻研与探究。首先, 在患者处于脑梗死疾病期间, 由于脑组织缺氧, 细胞代谢中抗氧化剂含量不足, 此时随着炎症介质释放, 氧自由基增加, 导致脑组织损伤加重。但在早期治疗中, 如果神经元未被完全破坏, 积极的对症治疗可达到理想的效果, 其中提高生物活性和脑组织血运具有重要意义。在临床调研中, 溶栓治疗也是一种常见手段, 但是在溶栓后多见再闭塞的情况, 这就会导致预后不佳。

分析本次调研数据, 观察组患者的神经功能改善效果明显, 两组对比下, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。同时, 在白细胞介素-6(IL-6)、基质金属蛋白酶-9(MMP-9)和 C-反应蛋白(CRP)水平上, 在治疗后, 观察组患者明显下降, 且幅度超过对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。在疾病复发率上, 观察组患者低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。在结合瑞舒伐他汀与双抗血小板联合下, 由于瑞舒伐他汀作为还原酶抑制剂, 提升了组织局部血液灌注率, 改善了患者的血管活性以及血流流变学指标, 有助于达成更理想的治疗效果, 在降低血脂水平, 稳定斑块结构, 防止不良事件发生, 特别是抗血栓上优势显著。在治疗中, 要重视患者的脑组织血流灌注情况, 积极的促进新生血管生成, 增加对脑部的供氧支持, 这样可以防止病情恶化, 且多途径治疗下有助于脑组织修复。在颈动脉斑块对比中, 可见 IMT 指标以及斑块数量、斑块面积均低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。值得一提的是, 动脉粥样硬化是缺血性脑部疾病产生的主要因素, 随着病情发展, 粥样硬化斑块面积扩大, 血管堵塞严重, 而斑块的不稳定破裂更是加剧了风险因素, 使得远端的血管堵塞严重^[6]。还有相对粗糙的斑块表面激活了血小板、凝血因子, 这些都是血栓逐步形成的原因。当患者的颈动脉远端灌注压下降的时候, 也会导致低灌注性梗死。在斑块面积、斑块水平的分析中, 可见观察组患者的治疗方案的改善效果更好, 促使患者具有稳定的、可逆转的颈动脉斑块, 对临床治疗起到指导意义。

综上所述, 采用瑞舒伐他汀与双抗血小板联合治疗对于脑梗死患者, 不仅可以改善患者的神经功能水平, 还有助于改善多项指标, 提高了动脉粥样硬化斑块的稳定性, 同时, 患者的半年复发率更低, 值得推广。

参考文献:

- [1]郑红,雷璐,赵品勇.瑞舒伐他汀钙片、阿替普酶注射剂联合治疗对急性脑梗死患者血液流变学、炎症因子及血管活性因子的影响[J].实用医院临床杂志,2022,19(06):109-112.
- [2]吴庆建,王东森,杨雪,孙树印.丁苯酞联合双抗血小板治疗可改善急性脑梗死患者凝血功能和神经功能[J].热带医学杂志,2022,22(10):1401-1404+1417.
- [3]刘楠.阿司匹林联合氯吡格雷双抗血小板治疗脑梗死的疗效观察及对血清 hs-CRP 及 D-D 水平的影响[J].医学信息,2022,35(19):82-84.
- [4]华海霞.硫酸氢氯吡格雷片联合瑞舒伐他汀钙片、阿司匹林肠溶片治疗急性脑梗死的临床疗效观察[J].现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(16):57-60.
- [5]黄景贺,贾贺,陈艳芳.瑞舒伐他汀钙片联合多奈哌齐治疗脑梗死并血管性痴呆的效果和安全性[J].中国实用医刊,2022,49(01):98-101.