

# 观察氯吡格雷应用于冠心病治疗的效果及对患者心理状态的影响

赵威

(安平网都医院 053600)

**摘要:**目的:观察氯吡格雷应用于冠心病的治疗效果。方法:选用本院 2022.04–2023.04 接收的 60 例冠心病患者,抽签法分组,其中 30 例行常规治疗纳入对照组,30 例行氯吡格雷治疗纳入观察组,对比两组治疗效果。结果:两组治疗前心理状态、心功能、血脂水平、炎症因子水平、血液流变学指标 ( $P > 0.05$ );观察组治疗后各指标改善程度均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论:冠心病经氯吡格雷治疗可取得显著效果,应用价值较高。

**关键词:**氯吡格雷;冠心病;心理状态;疗效

冠心病是临床致残率和致死率均较高的心血管疾病之一,通常给予抗血小板药物治疗后,可将患者发生各类心血管事件的几率降低,而口服抗凝药物可将其血栓栓塞风险有效降低<sup>[1-3]</sup>。本次我院随机选取 2022.04–2023.04 的冠心病患者共 60 例,其中 30 例在阿司匹林基础上增加氯吡格雷,疗效显著。现将内容报道如下:

## 1、资料与方法

### 1.1 一般资料

60 例冠心病患者均接收于 2022.04–2023.04,抽签法均分成两组。对照组男/女=16/14,年龄 41–74 岁,平均 ( $58.39 \pm 4.20$ ) 岁。观察组男/女=18/12,年龄 43–72 岁,均值为 ( $57.95 \pm 4.08$ ) 岁。两组一般资料基本相同 ( $P > 0.05$ ),可比较。

### 1.2 方法

给予对照组常规治疗,指导患者口服 100mg 阿司匹林,每日 1 次。观察组在其基础上结合 75mg 氯吡格雷口服,每日 1 次。两组均连续用药 4 周。

### 1.3 观察指标

(1) 心理状态:分别采用 HAMA 量表、HAMD 量表评价两组

表 1 心理状态 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	HAMA 评分				HAMD 评分			
		治疗前	治疗后	t 值	P 值	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	30	57.82 ± 5.58	47.17 ± 4.97	7.806	0.001	60.00 ± 4.75	46.40 ± 6.22	9.517	0.001
观察组	30	58.02 ± 6.16	39.09 ± 3.14	14.995	0.001	59.53 ± 5.15	38.31 ± 4.27	17.373	0.001
t 值	-	0.131	7.528	-	-	0.367	5.873	-	-
P 值	-	0.895	0.001	-	-	0.714	0.001	-	-

### 2.2 心功能

治疗前,两组心功能 ( $P > 0.05$ );治疗后,组间存在明显差异 ( $P < 0.05$ )。见表 2:

表 2 心功能 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	LVEF (%)		FS (%)		CI (L/min · m <sup>2</sup> )		CO (L/min)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	35.12 ± 4.66	42.41 ± 4.83	0.68 ± 0.09	0.44 ± 0.11	1.67 ± 0.28	3.55 ± 0.43	2.86 ± 0.71	3.70 ± 1.07
观察组	30	35.09 ± 4.58	48.65 ± 5.31	0.64 ± 0.10	0.30 ± 0.06	1.71 ± 0.32	3.08 ± 0.57	2.90 ± 0.77	4.64 ± 1.13
t	-	0.025	4.761	1.628	6.119	.515	3.605	0.200	3.308
P	-	0.980	0.001	0.108	0.001	0.608	0.001	0.835	0.001

### 2.3 血脂水平

治疗前,两组血脂水平 ( $P > 0.05$ );治疗后,组间差异显著 ( $P < 0.05$ )。见表 3:

表 3 血脂水平 (mmol/L,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	TG		LDL-C		HDL-C		TC	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	3.29 ± 0.40	2.14 ± 0.34	3.47 ± 0.53	1.94 ± 0.67	1.15 ± 0.16	1.92 ± 0.36	5.58 ± 1.10	3.13 ± 0.52
观察组	30	3.35 ± 0.38	2.62 ± 0.26	3.34 ± 0.41	2.63 ± 0.79	1.17 ± 0.20	1.19 ± 0.21	5.60 ± 1.25	3.69 ± 0.37
t	-	0.595	6.142	1.062	3.648	0.427	9.593	0.065	4.806
P	-	0.553	0.001	0.292	0.001	0.670	0.001	0.947	0.001

焦虑、抑郁状态,评分越高症状越严重。(2) 心功能: LVEF (左室射血分数)、FS (左室短轴缩短率)、CI (心脏指数)、CO (心脏每分搏出量)。(3) 血脂水平: TG (三酰甘油)、LDL-C (低密度脂蛋白胆固醇)、HDL-C (高密度脂蛋白胆固醇)、TC (总胆固醇)。

(4) 炎症因子水平: hs-CRP (超敏 C 反应蛋白)、IL-6 (血清白介素-6)、TNF- $\alpha$  (肿瘤坏死因子)、MCP-1 (单核细胞趋化蛋白-1)。

(5) 血液流变学指标: Hb (血红蛋白)、MCV (红细胞体积)、HCT (红细胞比容)、PCT (血小板压积)。

### 1.4 统计学处理

统计分析利用 SPSS25.0, 计量、计数资料分别由平均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ )、例 (n) 和率 (%) 表示, t、 $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  代表差异存在统计学意义。

## 2、结果

### 2.1 心理状态

治疗前,两组 HAMA 评分、HAMD 评分 ( $P > 0.05$ );治疗后,观察组低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 1:

#### 2.4 炎症因子水平

治疗前, 观察组 hs-CRP ( $7.96 \pm 0.88$ ) mg/L、IL-6 ( $22.84 \pm 3.80$ ) pg/mL、TNF- $\alpha$  ( $69.49 \pm 10.26$ ) ng/L、MCP-1 ( $85.21 \pm 8.35$ ) pg/mL, 对照组分别为 ( $8.15 \pm 0.90$ ) mg/L、( $23.47 \pm 3.44$ ) pg/mL、( $70.34 \pm 10.58$ ) ng/L、( $86.10 \pm 7.59$ ) pg/mL, t 值为 0.826、0.673、0.315、0.432, P 值为 0.411、0.503、0.753、0.667。

治疗后, 观察组各指标分别为 ( $3.92 \pm 0.32$ ) mg/L、( $12.68 \pm 2.51$ ) pg/mL、( $30.02 \pm 4.20$ ) ng/L、( $54.83 \pm 6.36$ ) pg/mL, 对照组为 ( $6.07 \pm 0.66$ ) mg/L、( $16.16 \pm 2.70$ ) pg/mL、( $33.48 \pm 4.85$ ) ng/L、( $71.31 \pm 7.43$ ) pg/mL, t 值为 16.054、5.170、2.953、9.229, P 值为 0.001、0.001、0.004、0.001。

#### 2.5 血液流变学指标

治疗前, 观察组 Hb ( $151.28 \pm 13.44$ ) g/L、MCV ( $118.52 \pm 10.03$ ) fL、HCT ( $55.61 \pm 4.25$ ) %、PCT ( $4.33 \pm 0.63$ ) %, 对照组各指标依次为 ( $152.11 \pm 15.96$ ) g/L、( $119.18 \pm 9.99$ ) fL、( $55.35 \pm 4.16$ ) %、( $4.36 \pm 0.74$ ) %, t 值为 0.217、0.255、0.239、0.169, P 值为 0.828、0.799、0.811、0.866。

治疗后, 观察组依次为 ( $126.48 \pm 6.46$ ) g/L、( $93.11 \pm 7.42$ ) fL、( $42.67 \pm 2.65$ ) %、( $2.12 \pm 0.64$ ) %、

对照组为 ( $131.76 \pm 10.53$ ) g/L、( $101.20 \pm 8.78$ ) fL、( $45.76 \pm 3.14$ ) %、( $2.79 \pm 0.77$ ) %, t 值为 2.341、3.854、4.1190.77、3.665, P 值为 0.023、0.001、0.001、0.001。

#### 3、讨论

冠心病高发群体主要为中老年人, 可对该群体身体健康产生危害, 甚至威胁到其生命安全<sup>[1]</sup>。该病以胸痛、心绞痛、胸闷等症状为主要临床表现, 若不及时为患者对症治疗, 很可能致其死亡或残疾<sup>[2]</sup>。现阶段, 临床普遍认为导致该病发生、进展的重要因素之一即血小板异常聚集, 因此治疗的关键就是为患者抗血小板聚集<sup>[3-6]</sup>。

长期以来, 临床治疗该类型病患时, 常将抗凝作为治疗的重点, 常用药物有阿司匹林、肝素、华法林钠以及氯吡格雷等<sup>[7]</sup>。其中氯吡格雷药理作用主要为选择性抑制冠心病患者的二磷酸腺苷与受体结合过程, 并通过激活其血小板活化扩增机制, 发挥较强的抑制激动剂活性形成<sup>[8-9]</sup>。阿司匹林是临床治疗缺血性心脏病以及脑血管等疾病的常用药物, 抑制血小板聚集的作用较好, 可明显阻碍到患者体内血栓形成, 且联合氯吡格雷后可以促使药物抗凝作用得到进一步的强化, 可作为临床有效的双联抗血小板用药方案, 最大程度提高抗凝效果<sup>[10-12]</sup>。在本次研究中, 观察组 FS、CO 等心功能指标, HCT、Hb 等血液流变学指标, TC、TG 等血脂水平, MCP-1、IL-6 等炎症因子水平以及患者心理状态经联合治疗后均较治疗前有明显好转, 且好转程度较单一用药治疗的对照组更高。分析原因, 可能是由于氯吡格雷作为一种典型的噻吩并吡啶二磷酸腺苷受体拮抗剂, 经口服后不仅可对病患机体内的二磷酸腺苷与受体结合起到选择性抑制, 还能够对 GP 的 II b/III a 的复合物形成以及二磷酸腺苷受体产生有效抑制, 从而起到良好的预防血小板聚集作用, 特别是在联合应用阿司匹林后, 可进一步强化两种药物的协同作用, 促使双重抗凝功效大幅度提高的同时, 有利于改善患者血液流变学与心功能, 并使其血脂水平好转, 炎症水平下降, 最终更好的控制疾病发展, 可明显提高病患生理舒适度, 进而有效控制其不良心理状态, 综合治疗效果较为理想<sup>[13-15]</sup>。

综上所述, 采用阿司匹林联合氯吡格雷治疗冠心病可行性强, 疗效确切, 建议在临床应用并推广。

#### 参考文献:

[1] 张小飞, 郭祥. 冠心病患者细胞色素 P4502C19~\*2 基因多态性和幽门螺杆菌感染对氯吡格雷治疗效果的评估价值[J]. 中国医师进修杂志, 2023, 46(05): 411-415.

[2] 陈俊俊, 王耀振, 卢泽原, 等. 阿托伐他汀联合氯吡格雷在冠心病心绞痛治疗中对血脂、血液流变学及心功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(07): 1546-1549.

[3] 余李丹, 郭文辉, 林巧云. 氯吡格雷联合瑞舒伐他汀与依折麦布治疗冠心病并发急性心肌梗死患者的临床疗效及安全性[J]. 临床合理用药, 2023, 16(03): 12-15.

[4] 王秋棠, 陈颖, 吴锐, 等. 心可舒胶囊联合氯吡格雷对冠心病心绞痛患者血管内皮功能、血液流变学及炎症因子的影响[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(22): 4299-4303.

[5] 曾望远, 纪新博, 王雅纯. 活血化痰方联合氢氯吡格雷对脑梗死合并冠心病心绞痛患者神经损伤和心功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(22): 3143-3146-3186.

[6] 石磊, 张维立, 田津伟, 等. 丹红注射液联合氢氯吡格雷治疗非 ST 段抬高型急性冠状动脉综合症的疗效及对血小板参数和血清 CRP、MMP-9 水平的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2022, 21(17): 1820-1824.

[7] 赵阳. 通心络胶囊联合氯吡格雷对冠心病心绞痛的效果及对血清中五聚素 3 白细胞分化抗原 36 和白细胞分化抗原 44 的影响[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(12): 1402-1404.

[8] 朱静燕, 杨渊, 侯雪, 等. 氯吡格雷片联合阿托伐他汀片用于冠心病经皮冠状动脉介入术后患者的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2022, 38(11): 1166-1169.

[9] 陈国, 莫秀丽, 林显营, 等. 氯吡格雷联合曲美他嗪治疗冠心病心绞痛的效果及对血清超敏 C 反应蛋白的影响[J]. 中国医学创新, 2022, 19(09): 50-53.

[10] 冯薇, 栾绍华, 郭会敏. 大柴胡汤加减联合硫酸氢氯吡格雷片对冠心病心绞痛患者临床疗效及 LL-37、IL13 水平的影响[J]. 药物评价研究, 2022, 45(02): 324-330.

[11] 韩婉青. 术前氯吡格雷停药时间对非体外循环下冠状动脉旁路移植术后神经系统并发症与心血管不良事件发生率的影响[J]. 河南外科学杂志, 2022, 28(01): 28-30.

[12] 邢爱华, 斐文娟. 芪参益气滴丸联合双联抗血小板治疗对冠心病不稳定型心绞痛患者心功能及脑钠肽的影响[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(24): 100-101-150.

[13] 李军, 顾亮亮. 乐脉颗粒联合氯吡格雷对急性脑卒中恢复期患者神经功能、血管生成及炎症因子水平的影响[J]. 药物评价研究, 2021, 44(12): 2651-2656.

[14] 俞平, 史荣辉, 徐碧云, 等. 阿司匹林与氯吡格雷联合治疗老年冠状动脉粥样硬化性心脏病不稳定型心绞痛临床疗效[J]. 中国临床医生杂志, 2021, 49(12): 1434-1436.

[15] 戴海霞, 丁兆猛. 松龄血脉康联合阿司匹林及氯吡格雷对冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛患者症状改善及脂蛋白- $\alpha$ 、心肌肌钙蛋白 I、单核细胞核因子  $\kappa$  B、血小板颗粒膜蛋白 140 的作用[J]. 中国药物经济学, 2021, 16(11): 69-72.

作者简介: 姓名: 赵威, 性别: 男, 1985.3.10, 籍贯: 河北省衡水市, 职称: 主治医师, 学历: 本科, 毕业院校: 河北工程大学。