

# 氯吡格雷联合辛伐他汀治疗不稳定型心绞痛的临床效果

孙成祥

(山东省枣庄市山亭区北庄镇中心卫生院 277218)

**摘要:** 目的: 评估辛伐他汀联合氯吡格雷对于不稳定型心绞痛的治疗效果。方法: 选择医院在 2023.02-2023.07 期间诊治的 UA 患者 78 例, 随机分成对照组和联合组。两组均进行常规治疗, 然后对对照组提供硫酸氯吡格雷片口服, 随着疗程加减控制剂量; 联合组在上述基础上, 同时增加辛伐他汀的使用, 口服, 保证足疗程治疗。最后对比两组的疗效结果。结果: 联合组的总有效率、心绞痛发作情况均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 选择辛伐他汀联合氯吡格雷治疗 UA, 可以有效控制症状发作情况, 强化疗效, 值得临床推广应用。

**关键词:** 不稳定性心绞痛; 氯吡格雷; 辛伐他汀; 治疗效果

## 1 引言

不稳定性心绞痛 (UA) 是一组因为冠脉粥样硬化引发的症状问题, 表现为胸痛, 一般进行药物治疗。但如果病情未得到有效控制, 发展成心肌梗死, 会威胁生命安全。对于 UA 的治疗以药物治疗为主, 其种抗血小板药物治疗联合其他药物治疗是临床推荐的最佳治疗手段, 比如抗血小板药物与调脂药物联合使用, 可以产生良好效果。氯吡格雷是临床治疗 UA、冠心病等的常用药物, 效果显著; 辛伐他汀则是治疗高脂血症、冠心病的常用药物, 也有良好效果。对于 UA 来说, 这两种药物的联合使用, 也可以显著改善病情, 强化疗效。基于此, 研究选择 UA 患者 78 例, 分析上述两种药物联合使用的治疗效果, 具体报道如下。

## 2 资料与方法

### 2.1 材料

选择医院在 2023.02-2023.07 期间诊治的 UA 患者 78 例, 随机分成对照组和联合组, 病例数分别为 39 例, 39 例。其中对照组男女病例分别为 20 例, 19 例, 44-77 岁, 平均 ( $55.3 \pm 6.7$ ) 岁; 联合组男女病例分别为 23 例, 16 例, 45-75 岁, 平均 ( $53.9 \pm 8.81$ ) 岁。对比两组在性别、病程、并发症等方面的基础资料,  $P > 0.05$ 。

### 2.2 方法

对患者进行常规治疗, 包括抗血栓、降脂、扩张血管、吸氧支持等。

对照组: 单纯使用硫酸氯吡格雷片, 口服, 每天 1 次, 初始剂量 300mg, 然后每天剂量减少到 75mg。以 8 周为一个疗程, 共计治疗 1 个疗程。

联合组: 联合使用辛伐他汀+氯吡格雷。氯吡格雷的服用方法与对照组一致, 辛伐他汀片是口服, 每天 1 次, 每次 10mg。以 8 周为一个疗程, 共计治疗 1 个疗程

### 2.3 观察指标

(1) 评估两组的疗效结果, 根据症状改善, 心绞痛发作改善等进项评价, 分为显效、有效和无效;

(2) 在治疗前后对比两组的心绞痛发作情况, 主要是记录发作频率以及每次发作持续的时间。

### 2.4 统计学处理

选择 SPSS 27.0 软件处理数据, 其中计数资料表示为

(%), 展开  $X^2$  检验; 计量资料表示为 ( $\bar{x} \pm s$ ), 开展  $t$  检验。两种检验方式都以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 临床疗效

在显效、有效、无效、总有效率方面, 联合组分别为 24 例, 14 例, 1 例, 97.44%; 对照组分别为 16 例, 15 例, 8 例, 79.49%; 联合组的总有效率高于对照组 ( $X^2=6.155, P=0.029 < 0.05$ )。

### 3.2 心绞痛发作情况

治疗后, 联合组的心绞痛发作频率和持续时间均短于对照组和治疗前 ( $P < 0.05$ ), 具体数据如表 1 所示。

表 1 两组治疗前后心绞痛发作情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	心绞痛发作频率(次持续时间 (min)/周)	心绞痛发作持续时间 (min/次)
对照组 (n=39)	治疗前	$17.25 \pm 2.14$	$3.77 \pm 1.11$
	治疗后	$11.42 \pm 0.35^{\#}$	$3.38 \pm 0.52^{\#}$
联合组 (n=39)	治疗前	$17.53 \pm 1.57$	$3.76 \pm 1.09$
	治疗后	$2.32 \pm 0.11^{**}$	$3.09 \pm 0.46^{**}$

注: 与同组治疗前比较,  $^{\#}P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $^{**}P < 0.05$

## 4 讨论

UA 属于临床比较常见的症状, 归属急性冠脉综合征, 一般是冠脉粥样硬化的斑块破裂、糜烂, 导致动脉内出现血栓而引发的一组症状。UA 的典型表现就是不同程度的胸痛, 如果治疗不及时或者效果不佳, 会造成病情继续发展, 引发大面积的心梗问题, 直接威胁人类健康, 需要第一时间抢救。UA 有多个类型, 发病率因为老龄化趋势的发展在不断增加, 具体的病因病机尚不明确, 认为与多方面因素有关, 比如年龄、吸烟、饮酒、肥胖、基础慢性病等。UA 在胸痛以外, 如果病情加重, 在发作时会出现恶心、呕吐、皮肤湿冷等症状, 伴随心悸等, 健康威胁十分严重, 因此需要及时治疗。目前对于 UA 的治疗, 以药物为主, 如果是高危群体或药物治疗效果不佳的情况, 需要选择合适的时机进行介入治疗, 比如经皮冠脉介入术或其他手术治疗。

临床上可用于治疗 UA 的药物类型多样, 需要制定

个体化用药方案,在医生指导下用药。心肌缺血药物、抗血小板药物、抗凝药物、调脂药物等,对于 UA 都有一定作用。硝酸酯类药物,可以帮助扩张冠脉和外周血管,舌下含服、静脉使用都可以;镇痛剂,主要是针对胸痛严重的患者,比如硫酸吗啡静注,但要避免抑制呼吸功能,此时可以选择纳洛酮;抗血小板治疗,一般是选择阿司匹林,不存在禁忌症的患者都应该使用,然后同步联用替格瑞洛或氯吡格雷至少 1 年;抗凝治疗,主要针对中高危险程度的患者,需要尽早进行肠道外抗凝治疗,与抗血小板治疗同时进行,但要注意预防发生出血问题; $\beta$ 受体阻滞剂,如果患者持续缺血,需要尽早使用此药物,不存在禁忌症的情况下要求长期使用,一改善症状;钙通道阻滞剂、ACEI/ARB 等药物对于 UA 也有一定帮助。但总结来说,对于 UA 的治疗,以抗血小板治疗为主,氯吡格雷的应用就比较广泛。氯吡格雷是抗血小板药物的一种,可以显著控制血小板聚集,对于因为血小板聚集引发的高凝状态相关疾病有良好效果,比如 UA。但是此药物单独使用的效果欠佳,而且用量存在突出的副作用。基于此,本次研究增加了辛伐他汀的使用,该药物属于调脂药,对于动脉粥样硬化类症状有一定效果,可以稳定容易破裂的粥样硬块,减轻炎症问题,改善血管内皮状态等对于 UA 的使用价值突出;但

使用前后续要注意进行肝功能检查,预防肝损伤。研究结果显示,联合组的总有效率高于对照组( $P < 0.05$ );治疗后,联合组的心绞痛发作频率和持续时间均短于对照组和治疗前( $P < 0.05$ )。上述结果意味着这两种药物联用对于 UA 有着稳定的疗效,可以显著改善病情。

综上所述,选择辛伐他汀联合氯吡格雷治疗 UA,可以有效控制症状发作情况,强化疗效,值得临床推广应用。

#### 参考文献:

[1]宋洪美,马风泉.辛伐他汀联合氯吡格雷治疗不稳定型心绞痛的临床有效率分析[J].心血管病防治知识(学术版),2020,10(01):17-18.

[2]杜冰.氯吡格雷联合辛伐他汀治疗不稳定型心绞痛的效果分析[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37(04):395-396.

[3]姜亚飞.辛伐他汀联合氯吡格雷治疗不稳定型心绞痛的临床疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(26):51+55.

[4]叶玲.辛伐他汀联合氯吡格雷治疗不稳定型心绞痛的临床有效率分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(58):143+147.