

心肌梗死治疗中氯吡格雷与阿司匹林联合治疗效果

葛婷¹

(东部战区总医院(原八一医院) 心血管内科 江苏南京 210002)

摘要: 目的: 研究氯吡格雷与阿司匹林联合应用在心肌梗死治疗中的应用价值。方法: 选取我科在 2017 年 1 月--2019 年 06 月收治的 70 例急性心肌梗死患者, 按照随机数字表法进行分组, 实验组 (n=35) 予以氯吡格雷联合阿司匹林治疗, 参照组 (n=35) 予以阿司匹林治疗, 对比二组的治疗总有效率、炎症指标以及心血管不良事件。结果: 实验组的治疗总有效率为 97.14%, 高于参照组的 82.86%; 实验组的 C-反应蛋白含量低于参照组; 实验组的心血管不良事件发生率为 5.71%, 对比参照组的 28.57% 也更低; 组间对比 $P < 0.05$ 。结论: 应用氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死, 效果理想, 有助于预防心血管不良事件, 值得推广。

关键词: 心肌梗死; 氯吡格雷; 阿司匹林;

急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 是一种因冠状动脉急性、持续性缺血缺氧导致的心肌坏死疾病, 具有较高的致死致残率^[1]。临床对于该类患者的治疗主要是以溶栓、再通冠脉血流、预防血栓为主。为提升治疗效果、改善预后, 我科在近两年对部分患者采用氯吡格雷与阿司匹林联合用药方案, 将其疗效进行如下报道:

1 基线资料及方法

1.1 基线资料数据

纳入我科在 2017 年 1 月--2019 年 06 月收治的急性心肌梗死患者作为此次研究对象, 共计 70 例, 诊断依据为《急性心肌梗死诊断和治疗指南》^[2]。研究对象是由 39 例男性与 31 例女性所构成, 年龄分布在 42--75 岁范围内, 平均值为 (60.5 ± 6.3) 岁; 梗死位置有广泛前壁梗死、下壁梗死与复合壁梗死, 依次为 28 例、23 例、19 例; 心功能分级: I 级 14 例, II 级 25 例, III 级 27 例, IV 级 4 例。将患者通过随机数字表法分为实验组 (n=35) 与参照组 (n=35)。两组各项基础数据比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组均采用常规治疗方式: 持续监测心电、血压和血氧饱和度, 卧床休息, 给予吸氧、 β -受体阻断剂等, 在住院期间, 均联用依诺肝素治疗, 每日腹壁注射 1 次, 给药一周。参照组: 为患者服用阿司匹林 (拜耳医药保健有限公司, 国药准字 H20120236), 第 1d 嚼服 300mg, 第 2d 开始口服 100mg, 均为 1 日次。

实验组: 本组患者予以联合用药方案, 阿司匹林的用法用量同参照组, 同时加用氯吡格雷 (赛诺菲杭州制药有限公司, 国药准字 J20130083), 第 1d 嚼服 300mg, 第 2d 开始口服 75mg, 均为 1 日 1 次。二组患者的疗程均为 1 个月, 之后对比疗效。

1.3 疗效评定标准^[3]

经治疗, 患者的临床症状基本消失, 抬高 ST 段在 2h 内回落 50%, 心功能较好, 则为治疗显效。患者临床症状明显减轻, 抬高 ST 段在 24h 内回落 50%, 梗死面积无扩大表现, 则为治疗有效。未达到以上标准, 则为无效。

以“(显效例数+有效例数)/总例数 × 100%”计算治疗总有效率。

1.4 数据统计

利用统计学软件 SPSS20.0 对研究所得数据进行分析检验, 当 $P < 0.05$ 时表示组间比较差异具有统计学分析价值。

2 研究结果

2.1 治疗总有效率对比

实验组的治疗总有效率显著高于参照组, 组间对比 $P < 0.05$; 见表 1。

表 1: 治疗总有效率对比 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	35	28	6	1	97.14% (34/35)
参照组	35	19	10	6	82.86% (29/35)
χ^2					3.9683
P					0.0464

2.2 炎症指标对比

经不同治疗方案后, 实验组患者 C-反应蛋白含量的下降程度对比参照组更为显著, 组间对比 $P < 0.05$; 见表 2。

表 2: C-反应蛋白含量对比 ($\bar{x} \pm s$, mg/L)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
实验组	35	23.55 ± 3.04	9.89 ± 1.05	25.1269	0.0000
参照组	35	23.98 ± 3.61	13.22 ± 2.10	15.2422	0.0000
t		0.5390	8.3908	-	-
P		0.5916	0.0000	-	-

2.3 心血管不良事件发生率对比

实验组中出现再梗死 1 例, 心绞痛复发 1 例, 心血管不良事件发生率为 5.71% (2/35); 参照组中出现再梗死 3 例, 心绞痛复发 5 例, 急性血栓 2 例, 心血管不良事件发生率为 28.57% (10/35); 经统计 $\chi^2 = 4.2079$, $P = 0.0402$, 组间比较差异有统计学意义。

3 讨论

AMI 是在冠脉粥样硬化发病基础上所形成的心血管疾病, 多是由情绪激动、暴饮暴食、劳累、寒冷等刺激而诱发, 冠脉粥样斑块在破裂之后易形成血栓造成冠脉管腔堵塞, 且患者起病急、进展快, 对生命安全具有严重威胁性。阿司匹林是常用的抗血小板凝聚药物, 为目前治疗 AMI、心梗、不稳定心绞痛的二级药物, 可以与环氧化酶中活性部位的 COX-1 上多肽链 530 位的丝氨酸残基的羟基产生作用, 发生不可逆乙酰化, 让环氧化酶活性缺失, 以抑制 PLT 聚合^[4]。氯吡格雷是一种类似于二磷酸腺苷受体的新型拮抗剂, 可与血小板膜外表层二磷酸腺苷受体进行选择性地作用, 能够抑制活化血小板膜糖蛋白 GPIIb-IIIa 复合物形成, 进而抑制血小板聚合。此外, 该药物还能够抑制二磷酸腺苷扩增产小板活化, 进而抑制激动剂产生, 促使血小板聚集率下降, 但其在发挥作用时又不会干扰磷脂酶与血栓素 A2 活性。将阿司匹林与氯吡格雷联合用药, 二者可发挥各自作用与优势, 帮助 AMI 患者获得更为理想的疗效。此次研究结果显示, 实验组的治疗总有效率高出参照组, C-反应蛋白含量、心血管不良事件发生率均低于参照组, 组间对比 $P < 0.05$, 这一结果也充分凸显出了联合用药方案的有效性与优势。

综上, 应用氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死, 对提升疗效、预防心血管不良事件均有积极帮助, 是一种值得推广的治疗方案。

参考文献:

- [1] 培源, 范肖雪, 杨进刚, 等. 急性心肌梗死患者溶栓后出血预测因素分析[J]. 中国循环杂志, 2018, 33(10): 953-957.
- [2] 郭军霞, 刘辉, 尤敬宁. 阿司匹林联合氯吡格雷对急性心肌梗死患者凝血功能和远期预后的影响[J]. 中国合理用药探索, 2019, 16(9): 7-9, 13.
- [3] 陈钟欣. 氯吡格雷及阿司匹林辅助静脉溶栓治疗急性心肌梗死患者的疗效分析[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(16): 87-88.
- [4] 高玉芳. 氯吡格雷联合阿司匹林对急性心肌梗死患者生活质量及并发症发生率的影响[J]. 北方药学, 2018, 15(7): 60-61.