

大剂量氯吡格雷对急性前壁心肌梗死患者的疗效及安全性

武联军

武定县人民医院 651600

【摘要】目的 探讨大剂量氯吡格雷对急性前壁心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 患者的疗效及安全性。**方法** 本次研究对象为我院 2017 年 11 月至 2018 年 1 月期间收治的 86 例急性前壁心肌梗死患者, 根据治疗方法将其分成对照组 (n=43, 使用阿司匹林治疗) 和观察组 (n=43, 在对照组基础上加用大剂量氯吡格雷治疗), 比较两组患者治疗后的左心功能指标及心血管事件发生率。**结果** 治疗后观察组患者的左心射血分数 (LVEF) 比对照组高, 左心室收缩末期容积指数 (ESVI)、左心室舒张末期容积指数 (EDVI) 均比对照组低, 差异较大, $P<0.05$; 观察组患者不良心血管事件发生率 (4.65%) 低于对照组 (18.60%), 差异较大, $P<0.05$ 。**结论** 给予 AMI 患者大剂量氯吡格雷治疗, 可以有效改善其心功能, 且安全性高。

【关键词】 大剂量; 氯吡格雷; 急性前壁心肌梗死; 心功能; 安全性

【中图分类号】 R542.22

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 09-015-02

前言

急性前壁心肌梗死 (AMI) 以持续恶性剧烈胸骨后疼痛为主要症状, 患者并发休克、心律失常、心力衰竭等疾病的可能性大, 严重威胁患者的生命。临床多使用口服阿司匹林、溶栓等方式治疗此病, 但患者发生不良反应的概率高, 不利于其预后。有研究^[1]称, 给予 AMI 患者大剂量氯吡格雷, 可以使血小板的凝集得到有效的抑制, 降低血栓形成的概率, 可以改善患者的预后。本次我院为探究大剂量氯吡格雷治疗 AMI 的效果进行了对比研究, 发现在常规疗法+阿司匹林的基础上加用大剂量氯吡格雷能有效改善患者的心功能, 且安全性高。具体分析如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

从我院收治的急性前壁心肌梗死患者 (入院时间均为 2017 年 11 月至 2018 年 1 月期间) 中选取 86 例进行研究 (已取得医院伦理委员会的批准), 医师告知患者治疗方法后让其自行选择分组, 选择常规疗法+阿司匹林治疗的 43 例患者为对照组, 选择加用大剂量氯吡格雷治疗的 43 例患者为观察组。对照组有男 23 例, 女 20 例; 年龄 52~78 (64.20±4.53) 岁; 合并糖尿病 13 例, 高血压 16 例, 高胆固醇症 7 例。观察组有男 22 例, 女 21 例; 年龄 51~80 (64.76±4.28) 岁; 合并糖尿病 12 例, 高血压 15 例, 高胆固醇症 6 例。两组患者的合并症等一般资料差异不大, $P>0.05$, 值得进行对比研究。

纳入标准: 患者均符合 WHO 制定的急性前壁心肌梗死诊断标准, 并经超声心动图等检查确诊; 患者及其家属均同意参与研究; 患者的沟通、认知等功能正常; 患者无药物过敏史。

排除标准: 恶性肿瘤患者; 精神疾病患者; 患者近 6 个月内有手术病史、创伤病史、脑出血病史; 凝血功能异常患者; 肝肾功能异常患者。

1.2 治疗方法

两组患者均接受常规疗法, 如监测血压, 对症支持治疗, 予低盐、低脂食物等。对照组在此基础上口服阿司匹林肠溶片 (辰欣药业股份有限公司, 国药准字 H37023270), 根据患者实际情况设定剂量, 一般为 80~300mg/次, 1 次/d, 治疗 3 个月。观察组在对照组基础上加用大剂量氯吡格雷片 [赛洛菲 (杭州) 制药有限公司, 国药准字 J20130830], 600mg/次, 1 次/d。两组均治疗 3 个月。

1.3 观察指标

(1) 治疗后 3 个月, 对两组患者行超声心动图检查, 比较两组患者的 LVEF、ESVI、EDVI 指标。(2) 统计两组患者出血、再发心肌梗死等不良心血管事件发生率。

1.4 统计学处理

使用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行分析处理, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料, 使用 t 检验, 使用 χ^2 检验计数资料, 若 $P<0.05$ 则可视差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后的左心功能指标比较

治疗后观察组患者的 LVEF 比对照组高, ESVI、EDVI 均比对照组低, 差异较大, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1: 两组患者治疗后的左心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	LVEF (%)	ESVI (ml/m ²)	EDVI (ml/m ²)
对照组	43	49.74±6.53	22.31±2.31	40.58±5.33
观察组	43	61.23±6.14	28.97±2.46	52.63±5.48
t	-	3.38	5.49	4.32
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者不良心血管事件发生率比较

观察组患者不良心血管事件发生率 (4.65%) 低于对照组 (18.60%), 差异较大, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2: 两组患者不良心血管事件发生率比较 [n(%), 例]

组别	n	出血事件	再发心肌梗死	血小板减少症	总发生率
对照组	43	5	1	2	8 (18.60)
观察组	43	1	0	1	2 (4.65)
χ^2					4.07
P					<0.05

3 讨论

AMI 患者情绪不稳或剧烈运动时会发生不稳定性斑块破裂, 这会导致冠脉的血液供应急剧减少, 最终发生心肌缺血性坏死。因此, 对于 AMI 患者来说, 发病后接受前期抢救十分重要, 可以避免患者在短时间内死亡。在本次研究中, 我院给予对照组患者阿司匹林治疗, 在此基础上给予观察组患者大剂量氯吡格雷治疗, 发现观察组治疗后的左心功能指标好于对照组, 不良心血管事件发生率低于对照组, 差异均较大,

(下转第 18 页)

亡几率增加, 损害其生命健康^[3]。考虑到非小细胞肺癌患者并存恶性胸腔积液会干扰其预后质量, 需为此类患者选择有效治疗方案^[4]。以往针对非小细胞肺癌导致恶性胸腔积液患者多予以胸腔积液引流治疗、胸膜固定手术治疗等, 不过, 患者容易出现发热表现, 发生感染症状, 存在疼痛感觉等^[5]。

紫杉醇以及顺铂共同用药治疗方法是非小细胞肺癌患者的常用化疗计划之一, 能够将其生存时长延长。白蛋白结合型紫杉醇为新的一种将白蛋白用作溶剂的紫杉醇药物, 其内部存在的白蛋白通道能够促使药物颗粒平稳, 促使紫杉醇在瘤细胞中运输速率提升, 减少紫杉醇在患者体内的集聚浓度值, 有助于减少不良事件。该文获得数据指标体现出, 非小细胞肺癌导致恶性胸腔积液患者和非小细胞肺癌导致良性胸腔积液或不具有胸腔积液患者都采取白蛋白结合型紫杉醇以及顺铂用药治疗计划, 两者于病情缓解总统计率、不良反应总统计率方面差别不明显, 而前者病情控制总统计率减少。提示: 白蛋白结合型紫杉醇以及顺铂用药治疗计划应用于非小细胞肺癌导致恶性胸腔积液患者中的用药效果明确。

综上所述, 为非小细胞肺癌导致恶性胸腔积液患者选取

白蛋白结合型紫杉醇以及顺铂用药治疗计划能够获得较好药物治疗效果。

参考文献:

- [1] 迟晶, 白阳, 陈虹等. 贝伐单抗联合卡铂治疗非小细胞肺癌恶性胸腔积液的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 32(13):1175-1177, 1181.
- [2] 张再军, 徐成, 胡月珍等. 贝伐单抗联合化疗治疗非小细胞肺癌恶性胸腔积液的临床效果[J]. 实用癌症杂志, 2018, 33(7):1155-1157.
- [3] 林凤华, 苏伟平, 金润女等. 贝伐单抗联合顺铂治疗非小细胞肺癌恶性胸腔积液临床研究[J]. 临床军医杂志, 2016, 44(7):698-700.
- [4] 王海琴, 曹达魁, 姚扬伟等. 恩度联合顺铂胸腔内注射治疗非小细胞肺癌恶性胸腔积液的疗效分析[J]. 中国生化药物杂志, 2017, (5):272-274.
- [5] 郎然, 金建军, 张彭辉等. 白蛋白结合型紫杉醇联合顺铂对非小细胞肺癌引起的恶性胸腔积液的疗效[J]. 广东医学, 2018, 39(15):2369-2372, 2376.

(上接第15页)

$P<0.05$ 。出现上述情况的原因在于: 阿司匹林是常用的治疗心肌梗死药物, 可以抑制血小板凝集, 避免形成血栓。但是, 阿司匹林对患者的影响较大, 患者的外周血管有可能发生扩张, 使得中枢性血管出现运动麻痹作用, 抑制循环功能; 患者出现不良心血管事件, 进入恶性循环, 导致心功能下降。氯吡格雷是一种血小板抑制剂, 其具有阿司匹林的效果, 但是可以选择性地对ADP于血小板受体的结合、ADP介导的糖蛋白GP II b/III a复合物的火花进行抑制, 从而使得血小板的聚集得到抑制。氯吡格雷的血小板抑制作用是不可逆的, AMI患者的病情危重, 常规剂量的氯吡格雷不能完全控制血小板活跃程度, 因此, 加大剂量有利于在短时间内抑制患者的血小板凝集。有研究^[2]表明, 相比于给予AMI患者300mg的氯吡格雷, 给予患者600mg剂量, 对患者血小板的抑制程度更重, 可以快速改善患者心肌缺血情况。因此, 联合阿司匹林与大剂量氯吡格雷治疗AMI, 可以充分发挥药物的协调作用, 在短

时间内改善患者的心功能。因此, 观察组治疗后的LVEF比对照组高, ESVI、EDVI均比对照组低, $P<0.05$ 。氯吡格雷发生作用的期间, 不会对花生四烯酸或环氧化酶的代谢造成不良的影响, 且吸收迅速, 与血浆中蛋白的结合率较高, 不会在患者体内过度蓄积, 因此患者的不良反应少。观察组不良心血管事件发生率(4.65%)低于对照组(18.60%), $P<0.05$ 。

总之, 给予AMI患者大剂量氯吡格雷治疗, 可以快速改善患者的心功能, 降低不良心血管事件, 值得临床广泛推广使用。

参考文献:

- [1] 赵映江. 大剂量氯吡格雷对急性前壁心肌梗死行急诊经皮冠脉介入治疗术后疗效[J]. 中国社区医师, 2017, 33(03):14-15.
- [2] 卞元勃, 薛小临. 氯吡格雷联合溶栓治疗39例急性心肌梗死患者的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2016, 14(25):182-183.

(上接第16页)

间较短, 有利于自身疾病恢复, 对正常生活造成较小的影响, 具有较高的经济学价值。(4)手术切口较小, 具有一定美观性^[4]。

对于库欣综合征肾上腺皮质腺瘤患者行后腹腔镜治疗, 不能取代传统开放手术, 因具有一定适应症和禁忌症, 其肿瘤枝较粗大的患者, 不可以采取后腹腔镜肾上腺切除术治疗^[5]。因腹腔镜手术成本较高, 一般在基层医院实施腹腔镜手术的难度较大, 因我国经济实力发展迅速, 医疗保险逐渐完整, 因此腹腔镜手术应用率逐渐提升。

综上所述, 对库欣综合征肾上腺皮质腺瘤患者行后腹腔镜肾上腺部分切除术治疗, 但在治疗中存在一定局限性, 需了解手术禁忌症和适应症, 对手术方法予以充分掌握, 其手术治疗具有较高的安全性, 临床上具有较高的应用价值。

参考文献:

- [1] 张俊, 南小新, 罗颢等. 后腹腔镜肾上腺部分切除术治疗库欣综合征肾上腺皮质腺瘤的临床研究[J]. 临床医学, 2017, 37(5):12-13.
- [2] 何竑超, 戴军, 祝宇等. 后腹腔镜肾上腺部分切除术治疗库欣综合征肾上腺皮质腺瘤的临床研究[J]. 现代泌尿外科杂志, 2014, 19(4):226-229.
- [3] 王晓晶, 何威, 何竑超等. 促肾上腺皮质激素非依赖性肾上腺大结节增生的治疗效果分析[J]. 中华泌尿外科杂志, 2017, 38(4):252-255.
- [4] 黄晓新, 金观桥, 苏丹柯等. 双侧肾上腺多发腺瘤所致库欣综合征1例[J]. 广西医学, 2018, 40(9):1105-1106.
- [5] 王栋, 张玉石, 李汉忠等. 亚临床库欣综合征的外科治疗分析[J]. 中华泌尿外科杂志, 2017, 38(4):272-276.