

氯吡格雷与阿司匹林肠溶片对急性心肌梗死患者应用有效率的分析

冯 岩

大庆龙南医院东湖院区内科 163000

〔摘要〕目的 评价氯吡格雷与阿司匹林肠溶片治疗急性心肌梗死患者的有效率。方法 研究调查时间为 2021 年 2 月 ~ 2022 年 5 月, 选择 76 例急性心肌梗死患者为调查目标, 以随机数表法分组, 对照组行阿司匹林肠溶片治疗, 观察组接受阿司匹林 + 氯吡格雷治疗, 评价比较两组治疗有效率和心功能指标。结果 观察组患者的治疗总有效率比对照组高, 差异有统计意义 ($P < 0.05$); 与对照组相比, 观察组患者治疗的各项心功能指标 (LVEDD、LVEF、LVESD) 改善效果更有优势, 组间差异有意义, $P < 0.05$ 。结论 针对急性心肌梗死的医治临床合理使用阿司匹林肠溶片 + 氯吡格雷不仅能良好控制病情, 改善心功能, 还能提高临床救治效果, 值得应用推广。

〔关键词〕氯吡格雷; 阿司匹林肠溶片; 急性心肌梗死; 有效率

〔中图分类号〕R54 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 07-009-02

急性心肌梗死 (AMI) 是因冠状动脉粥样硬化病变所致其血管腔狭窄、堵塞所引起的心肌缺血、缺氧性坏死情况, 患者急性发病后主要表现为血压下降、休克、昏迷、心律失常以及心绞痛等, 若未及时抢救治疗, 不仅会造成较高致残率, 还会增加致死风险。AMI 早期发病可见冠状动脉形成血栓, 故临床治疗应以改善心功能、消除血栓和抗凝等为主, 合理选择药物联合医治既能够提高药学价值, 还能快速缓解病症, 帮助患者脱离生命危险期^[1]。基于此, 本文对纳入的 76 例急性心肌梗死患者进行调查, 探讨氯吡格雷 + 阿司匹林肠溶片的用药价值和作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例收集区间为 2021 年 2 月 ~ 2022 年 5 月, 研究对象为在我院就诊的急性心肌梗死患者, 统计病例数共 76 例, 按照随机数表法为原则分组, 对照组 38 例, 男女性别比为 24 例: 14 例, 年龄 44 ~ 76 岁, 平均 (60.25 ± 4.55) 岁, 发病至就诊时间 1h ~ 29h, 平均 (15.22 ± 1.05) h; 观察组 38 例, 男女性别比为 23 例: 15 例, 年龄 45 ~ 77 岁, 平均 (61.22 ± 4.66) 岁, 发病至就诊时间 1h ~ 30h, 平均 (15.31 ± 1.08) h。以上纳入的一般资料经软件分析, 差异无统计学意义, 结果 $P > 0.05$ 。

纳入标准: 符合《内科学》中有关 AMI 的诊断标准; 血清心肌酶谱标志物检查 $\geq 99\%$; 经冠脉血管造影检查证实存在血栓; 年龄 > 40 岁; 已签署知情同意书。

排除标准: 合并血液、免疫系统疾病、恶性肿瘤; 肝、肾、肺功能不全者; 凝血功能障碍; 精神疾病史; 心脏手术史; 先天性心脏病史; 认知、交流障碍; 药物过敏史等。

1.2 方法

对照组服用阿司匹林肠溶片 (厂家: 沈阳奥吉娜药业有限公司, 规格 100mg, 批号 H20065051) 治疗, 要求患者卧床休息期间初始用量为 300mg, 后期可减少剂量为 100mg/d; 观察组在阿司匹林肠溶片基础上联合氯吡格雷 (厂家: 深圳信立泰药业股份有限公司, 规格 75mg, 批号 H20000542), 以口服形式首次剂量 300mg/d, 后期更改为 75mg/d。两组坚持遵

医嘱治疗一个月, 用药期间需加强心电监护, 持续监测其心率、血压和血氧饱和度等, 予以低流量吸氧, 对症合理服用降压药, 叮嘱患者卧床休息, 减少身体活动量, 合理搭配膳食, 规律日常作息。

1.3 观察指标

治疗效果评价: 显效为体征正常, 无心绞痛、胸痛症状, 心电图的 ST-T 段恢复至电位线; 有效为临床体征和症状明显好转, 其心电图的 ST-T 段明显下移, 胸痛次数减少; 无效为病症和体征改善不明显, 心电图显示异常, 心绞痛加剧。

心功能: 采用心脏彩色多普勒超声检测仪测定患者治疗后的左室舒张末期内径 (LVEDD)、左室收缩末期内径 (LVESD) 和左室射血分数 (LVEF)。

1.4 统计学方法

数据计算以 SPSS23.0 软件分析, 用率 (%) 描述计数资料, 检验用 χ^2 , 用 $(\bar{x} \pm s)$ 描述计量资料, 行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计意义。

2 结果

2.1 疗效对比

与对照组比较, 观察组患者的总有效率更高, 统计差异 $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 疗效对比 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	38	29	8	1	37 (97.37)
对照组	38	25	6	7	31 (81.58)
χ^2	-	-	-	-	5.029
P	-	-	-	-	0.025

2.2 心功能指标比较

表 2 心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	LVEDD (mm)	LVESD (mm)	LVEF (%)
观察组	38	48.21 $\pm$ 3.44	45.68 $\pm$ 3.28	59.99 $\pm$ 4.66
对照组	38	59.55 $\pm$ 4.66	57.11 $\pm$ 4.72	42.38 $\pm$ 3.33
t	-	12.069	12.258	18.953
P	-	0.000	0.000	0.000

(下转第 11 页)

表 1 显示基于指南组、一般干预组在年龄、性别、吸烟史、高血压病史、2 型糖尿病史、冠心病史、慢性心力衰竭史、既往周围动脉疾病史、基线 NIHSS 评分、相关实验室指标差异无统计学意义。1 年后基于指南干预组的抗凝比例为 76.4%，一般干预组为 45.6%，差异具有统计学意义 ($p < 0.001$)。

2.2 合并心房颤动缺血性卒中复发的多因素分析模型

表 3 合并心房颤动缺血性卒中复发的多因素分析模型

模型	组别 (HR, 95% CI)	p	女性 (HR, 95% CI)	p	卒中史 (HR, 95% CI)	p	BIC
mod1	0.5 (0.3-0.8)	0.008	1.8 (1.0-3.2)	0.042	2.2 (1.3-3.8)	0.003	4492
mod2	0.5 (0.3-0.9)	0.024	2.0 (1.2-3.5)	0.014	4.2 (2.4-7.2)	< 0.001	5493
mod3	0.5 (0.3-0.9)	0.023	2.1 (1.2-3.6)	0.011	4.1 (2.3-7.1)	< 0.001	7503
mod4	0.5 (0.3-0.9)	0.029	2.2 (1.2-4.0)	0.014	4.0 (2.3-7.2)	< 0.001	9512
mod5	0.5 (0.3-1.0)	0.045	2.4 (1.2-4.5)	0.010	3.9 (3.1-4.4)	< 0.001	16554

3 讨论

本研究利用竞争风险模型分析发现，基于缺血性脑卒中的二级预防的指南对房颤相关卒中进行规范化干预，可有效提高心房颤动卒中的抗凝比例（相对提高 20.8%）及降低卒中的年复发率（相对降低 13.4%）。

中国一项针对 11080 患者首发缺血性卒中患者的国家等级研究发现^[4]，既往已知心房颤动患者，仅有 16.2% 患者使用了华法林抗凝治疗，且 INR 比值多数不达标。本研究提示目前针对指南的有效干预可有效提高抗凝比例。

我国基于指南的中国缺血性脑卒中标准化治疗研究发现规范指南干预组可有效提高 6 个月的临床预后^[5]，对于以心房颤动合并缺血性卒中为研究对象的基于指南干预尚未见报道，同时本研究发现影响心房颤动相关缺血性卒中的因素还包括女性、BMI、既往缺血性卒中病史等。

本研究得出基于指南干预可有效提高心房颤动相关卒中抗凝比例，降低卒中复发。本文的优势在于使用竞争风险模型分析了心房颤动相关卒中复发在基于指南组和一般干预组的区别，同时本研究存在一定缺陷，如样本量相对较少，随

表 3 显示：R 软件建立分布回归的 5 个模型中，mod1 为最优模型，mod1 模型显示影响缺血性卒中复发的因素中，基于指南干预组较一般干预组的风险比 HR 为 0.5 (95% CI: 0.3-0.8)，女性较男性的 HR 为 1.8 (95% CI: 1.0-3.2)，既往缺血性卒中史较无卒中史的 HR 为 2.2 (95% CI: 1.3-3.8)。

访时间仅 1 年，可能会造成结果的偏倚等。

[参考文献]

- [1] 中华医学会神经病学分会，中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2014[J]. 中华神经科杂志，2015，48(4):258-273.
- [2] 张澍，杨艳敏，黄从新，黄德嘉，曹克将，朱俊，等. 中国心房颤动患者卒中预防规范 (2017)[J]. 中华心律失常学杂志，2018，22(1):17-30.
- [3] Fine JP, Gray R. A Proportional Hazards Model for the Subdistribution of a Competing Risk. Journal of the American Statistical Association 1999; 94 (446): 496-509.
- [4] Wang C, Yang Z, Wang C, Wang Y, Zhao X, Liu L, et al. Significant underuse of warfarin in patients with nonvalvular atrial fibrillation: results from the China national stroke registry. J Stroke Cerebrovasc Dis 2014; 23 (5): 1157-1163.
- [5] Ni J, Yao M, Zhou L, Zhu Y, Peng B, Cui L. A guideline-based program may improve the outcome of stroke among illiterate patients. Int J Stroke 2016; 11 (3): 332-337.

(上接第 9 页)

观察组患者治疗后的各项心功能指标恢复优于对照组，组间差异有意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

3 讨论

急性心肌梗死是心血管疾病中较为严重的一种特殊心脏疾病，临床分析诱发此病产生的原因与情绪异常、过度劳累、肥胖、饮食不节以及吸烟饮酒等相关，其发病特点是起病急、病情凶险、进展快，具有较高的死亡和致残风险，医治此病常以药物联合治疗才能取得显著成效，促使患者的病情得到有效控制^[2-3]。

本文推荐用阿司匹林肠溶片和氯吡格雷，前者为抗凝常用药，与人体环氧合酶结合能有效抑制血小板聚集，其抗血栓作用强，同时还能提高机体纤维蛋白酶的渗透性，加速梗死位置血块的溶解和扩散；后者能抑制二磷酸腺苷介导抵抗血小板激活，进一步增强抗血小板作用，两者药物结合对消除血栓和促进心血管循环具有积极效果^[4-5]。如研究显示，观察组患者的总有效率和心功能指标的改善与对照组相比，统计差异大，由此证实了联合用药的治疗优势，对抑制血栓，

改善心功能和提高整体医治效果的重要性。

综合上述，阿司匹林肠溶片 + 氯吡格雷医治 AMI 的药学价值显著，对改善胸痛和恢复正常心功能具有积极促进效果，值得临床采纳。

[参考文献]

- [1] 马飞，李伟峰，杨仁强，等. 氯吡格雷联合阿司匹林肠溶片对急性心肌梗死患者凝血功能的影响 [J]. 血栓与止血学，2020，26(1):55-56.
- [2] 黎浩光. 硫酸氯吡格雷联合阿司匹林肠溶片治疗急性心肌梗死的临床效果 [J]. 中外医学研究，2021，19(16):16-19.
- [3] 潘朦朦，杨东妮，刘欣卉. 氯吡格雷联合阿司匹林肠溶片在急性心肌梗死治疗中的效果分析 [J]. 中国现代药物应用，2021，15(17):155-158.
- [4] 马红宝. 探讨硫酸氯吡格雷片联合阿司匹林肠溶片治疗急性心肌梗死的价值 [J]. 中国实用医药，2020，15(27):97-99.
- [5] 石琼宜. 阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗急性心肌梗死的疗效及对凝血功能与左心室血栓的影响 [J]. 黑龙江医学，2021，45(11):1188-1189.