

氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗死的临床效果观察

张世平

文安县医院 河北 廊坊 065800

摘要: 目的: 分析脑梗死 (cerebral infarction, CI) 患者治疗指标在氯吡格雷与阿托伐他汀钙共同作用下发生的变化, 以期探讨该方法的具体效果。**方法:** 在 2022 年 3 月~2023 年 4 月就诊的 CI 患者中选取 60 例作为参考, 按照双盲法将其平均分为对比组 (常规治疗) 与分析组 (氯吡格雷+阿托伐他汀钙治疗), 并对 2 组的生活质量、血脂水平、神经功能缺损情况与治疗效果进行比较。**结果:** 分析组患者的血脂水平与神经功能缺损评分明显低于对比组, 而组内患者的生活质量与总疗效则显著更高, 数据差异明显 ($P<0.05$)。**结论:** 临床在为 CI 患者选择联合用药方案时, 可优先考虑氯吡格雷与阿托伐他汀钙, 该方法不仅可以加速病人康复, 还可有效控制与改善其各项疾病指标。

关键词: 氯吡格雷; 阿托伐他汀钙; 脑梗死; 临床效果

脑梗死 (CI) 作为神经内科常见疾病, 由于其病因复杂, 病程缠绵, 在临床上存在极高的发病率, 且患病人数大幅提升, 现已严重影响与威胁我国公共卫生安全^[1]。现阶段, 临床在对 CI 患者行治疗干预时, 多将药物治疗作为首选, 联合用药不仅能够降低患者的药物服用量, 还可以提高效果, 现已得到广泛认同^[2]。氯吡格雷与阿托伐他汀钙作为治疗 CI 的常用药物, 虽可在单独使用时取得一定成果, 但仍有一定缺陷, 且单一药物的长时应用, 会令患者产生耐药性, 从而大大降低治疗效果^[3]。对此, 临床提出了将上述药物联用的全新方法, 为验证该方法实际效果, 现开展如下研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间内 (2022.03~2023.04), 选取 60 例前往我院神经内科行相关治疗的 CI 患者作为观察对象, 按照双盲法对其进行平均分组。对比组中男 17 例、女 13 例, 年龄为 43~75(59.58 ± 0.19) 岁, 病程为 2~7(4.52 ± 0.11) 年; 而分析组中男、女纳入例数则分别为 18 例与 12 例, 年龄为 43~76(59.61 ± 0.21) 岁, 病程为 2~8(4.53 ± 0.08) 年, 患者基本资料并无明显不同 ($P>0.05$)。

纳入标准: ①所有患者经临床诊断均确诊为 CI, 且最近几个月并未服用过研究所用与相关药物; ②患者对研究用药并不过敏。

排除标准: ①排除合并免疫系统缺陷、肾动脉狭窄、系统性红斑狼疮、肝肾功能异常或严重支气管哮喘等严重疾病

的患者; ②若女性患者处于妊娠或哺乳等特殊时期, 需及时排除; ③排除临床资料不全或有所丢失的患者。

1.2 方法

对比组: 研究期间, 对本组患者行常规治疗, 即结合其具体患病情况行降压、降糖、营养脑神经与改善脑循环等对症治疗, 并予以患者拜阿司匹林肠溶片 (J20171021), 单次用药剂量为 100 mg, 每日只需用药 1 次即可。

分析组: 予以患者氯吡格雷 (H20123316) 联合阿托伐他汀钙 (H20093819) 治疗, 前者用量为 75 mg/次, 每日用药 1 次, 后者剂量则为 40 mg, 患者需睡前用药 1 次。2 组患者均需连续用药 8 周, 期间谨遵医嘱, 不得擅自更改用药剂量、频率或停药。

1.3 评价指标

以治疗前后为记录时刻, 比较 2 组患者在生活质量、血脂水平、神经功能缺损情况与治疗效果上的变化, 若比较数值低于 0.05, 则表明数据差异明显。

1.4 统计学分析

将统计学软件 SPSS20.0 作为依据, 并在其指导下对相关指标行统计学分析, [n (%)] 与 ($\bar{x}\pm s$) 分别代表比对待量与计数资料; 组间差异较为明显 ($p < 0.05$)。

2 结果

2.1 比较不同组别患者的生活质量

分析组患者治疗后在生活质量上明显高于对比组, 数据间差异显著 ($P<0.05$), 具体数据见 1 表。

表 1 研究患者生活质量的比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	物质		躯体		社会		心理		精神	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对比组 (n=30)	63.27 $\pm$ 12.26	78.46 $\pm$ 13.22	65.51 $\pm$ 12.35	76.49 $\pm$ 12.87	64.12 $\pm$ 12.21	77.84 $\pm$ 14.18	65.45 $\pm$ 13.14	74.13 $\pm$ 14.21	64.19 $\pm$ 15.17	73.29 $\pm$ 12.68
分析组 (n=30)	63.21 $\pm$ 12.19	86.85 $\pm$ 13.48	65.48 $\pm$ 12.46	87.48 $\pm$ 13.12	64.18 $\pm$ 12.17	89.17 $\pm$ 14.62	65.49 $\pm$ 13.21	88.64 $\pm$ 14.19	64.17 $\pm$ 15.14	89.31 $\pm$ 13.67
T 值	0.019	2.433	0.009	3.275	0.019	3.046	0.011	3.957	0.005	4.705
P 值	0.984	0.018	0.992	0.001	0.984	0.003	0.990	<0.001	0.995	<0.001

2.2 比较不同组别患者的血脂水平

比较对比、分析 2 组患者的血脂水平后可知, 分析组治

疗后明显更低, 组间数据差异明显 ($P<0.05$), 具体数据见 2 表。

表 2 研究患者血脂水平的比较 ($\bar{x}\pm s$, mmol/L)

组别	总胆固醇		甘油三酯		低密度脂蛋白胆固醇	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对比组 (n=30)	6.35 $\pm$ 1.13	5.14 $\pm$ 1.21	2.04 $\pm$ 0.63	1.81 $\pm$ 0.37	3.75 $\pm$ 1.15	2.86 $\pm$ 0.78
分析组 (n=30)	6.36 $\pm$ 1.14	3.48 $\pm$ 1.18	2.06 $\pm$ 0.65	1.43 $\pm$ 0.38	3.73 $\pm$ 1.16	1.63 $\pm$ 0.51
T 值	0.034	5.379	0.121	3.924	0.067	7.229
P 值	0.972	<0.001	0.904	<0.001	0.946	<0.001

2.3 比较不同组别患者的神经功能缺损情况
分析组患者的神经功能缺损评分与对比组相比明显更低，数据存在统计学意义（ $P<0.05$ ），具体数据见 3 表。

表 3 研究患者神经功能缺损情况的比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 8 周
对比组（ $n=30$ ）	33.08 $\pm$ 5.63	16.56 $\pm$ 2.78	13.28 $\pm$ 2.67	11.12 $\pm$ 2.43
分析组（ $n=30$ ）	33.09 $\pm$ 5.65	11.39 $\pm$ 2.43	8.43 $\pm$ 2.11	7.07 $\pm$ 2.03
T 值	0.006	7.669	7.806	7.005
P 值	0.994	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 比较不同组别患者的治疗效果
对比、分析 2 组患者的最终疗效总结后可知后者更高，组间差异显著（ $P<0.05$ ），具体数据见 4 表。

表 4 研究患者治疗效果的比较 [n（%）]

组别	显效	有效	无效	治疗效果
对比组（ $n=30$ ）	6（20.00）	18（60.00）	6（20.00）	24（80.00）
分析组（ $n=30$ ）	12（40.00）	17（56.67）	1（3.33）	29（96.67）
χ^2 值	——	——	——	4.043
P 值	——	——	——	0.044

3 讨论

脑梗死（CI）作为常发在中老年群体的脑血管疾病，通常用于指代患者颅内血管血液不通而引起的血管闭塞与梗死性病变，多数患者将在患病后产生注意力不集中、记忆力下降、反应迟钝、肢体运动障碍以及头晕等一系列症状，从而严重影响其日常生活质量^[4]。近年来，随着 CI 患病人数的逐渐提高，如何进行有效诊治现已成为临床工作重点，并受到了较大关注。

现阶段，临床治疗 CI 的方法主要可分为一般治疗、药物治疗与手术治疗。一般治疗是指通过控制患者体重、戒烟限酒、保持心情舒畅、卧床休息与合理饮食等手段达到治疗效果，该方法虽可改善患者日常生活，但无法根治^[5]。CI 虽可以通过手术来进行治疗，但手术费用较为昂贵，且术后康复时间较长，术后护理不当还会引起感染与并发症。因此，临床治疗 CI 时，多选择行药物治疗，即结合患者患病情况与临床症状选择合理药物^[6]。

氯吡格雷作为临床常用的血小板拮抗剂，可通过抑制 ADP 与血小板受体结合，来达到减少血小板聚集的效果，一般可以用于预防和治疗因血小板高聚集引起的心、脑以及其他动脉血管疾病，现已广泛应用在 CI 的治疗中，并取得了一定效果^[7]。由于氯吡格雷吸收较快，并在患者肝脏处发生代谢，若患者长期用药会产生消化道出血、中性粒细胞减少、肝功能受损等一系列不良反应，在影响治疗效果的同时，不利于保障患者自身安全^[8]。因此，为提高治疗效果，减少氯吡格雷用量，临床建议在对 CI 患者行氯吡格雷治疗时，辅以其他药物。阿托伐他汀钙属于 HMG-CoA 还原酶选择性抑制剂，不仅能够有效抑制患者的胆固醇，还可以有效降低其血脂水平、提高低密度脂蛋白的代谢与摄取，在治疗 CI、预防动脉粥样硬化上效果乐观^[9]。此外，阿托伐他汀钙可有效降低用药者的血液黏稠度、对抗炎症反应、保护血管内皮，不仅能够改善患者脑血液循环，增加脑血流灌注，还可以在改善神经功能上起到积极作用。因此，氯吡格雷与阿托伐他汀钙联合使用后，可有效提高整体效果，且用药安全性良好，适合长期维持治疗^[10]。

分析研究所得指标数据后可知，与常规治疗相比，对 CI 患者联合使用氯吡格雷与阿托伐他汀钙的效果更为乐观，且组间数据差异较大（ $P<0.05$ ）。

综上所述，在 CI 的临床治疗中，选择氯吡格雷联合阿

托伐他汀钙治疗后，可有效提高治疗效果，在促进患者疾病康复、改善各项指标上效果显著，值得临床推广和运用。

参考文献

[1] 韩丽娜. 氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗死患者的效果评价及对 TC、TG 水平的影响分析[J]. 中外医学, 2023, 42(20): 106-109, 138.

[2] 马恒章, 郑志雄, 许名远. 阿托伐他汀钙联合氯吡格雷及拜阿司匹林肠溶片治疗进展性脑梗死合并颈动脉粥样硬化的临床效果[J]. 中外医学研究, 2021, 19(16): 162-164.

[3] 邵书梅, 贾建伟. 阿司匹林、硫酸氢氯吡格雷双联抗血小板聚集联合阿托伐他汀钙治疗进展性脑梗死疗效观察[J]. 北方药学, 2018, 15(3): 32-33.

[4] 章浩. 阿托伐他汀钙氯吡格雷联用预防老年短暂性脑缺血发作患者脑梗死效果及对血脂和血小板的影响分析[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(8): 1170-1171.

[5] 陈菊静. 阿托伐他汀钙联合氢氯吡格雷对急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块及神经功能的影响[J]. 临床医学工程, 2020, 27(8): 1073-1074.

[6] LI, YAN, MING, JEFFREY E., KONG, FANGYUAN, et al. Bioequivalence Study Comparing Fixed-Dose Combination of Clopidogrel and Aspirin with Coadministration of Individual Formulations in Chinese Subjects Under Fed Conditions: A Phase I, Open-Label, Randomized, Crossover Study[J]. Advances in therapy, 2020, 37(11): 4660-4674.

[7] 刘锦垣, 胡国新, 陈银花, 等. 阿托伐他汀钙联合氢氯吡格雷治疗急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块的效果观察[J]. 临床医学工程, 2019, 26(5): 633-634.

[8] 陈亚珠, 侯玉琳, 聂小萍. 硫酸氢氯吡格雷联合阿托伐他汀及阿司匹林治疗急性脑梗死的疗效及安全性[J]. 临床合理用药, 2023, 16(27): 67-70.

[9] ABUSNINA, WAIEL, AL-ABDOUH, AHMAD, BIZANTI, ANAS, et al. Ischemic and Bleeding Outcomes of Potent P2Y12 Inhibitor Antiplatelet Agents Versus Clopidogrel in Elderly Patients With Acute Coronary Syndrome: A Meta-Analysis of Randomized Trials[J]. Cardiovascular revascularization medicine: including molecular interventions, 2022, 3854-60.

[10] 王宏, 刘建青. 氢氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块的临床效果观察[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(1): 36-37.