

氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗塞的临床效果研究

孙亚萍

单县海吉亚医院, 山东 菏泽 274300

【摘要】 **目的** 探讨在脑梗塞治疗中联用氯吡格雷及阿托伐他汀钙的效果。**方法** 试验者是2020年12月至2022年12月在院治疗的脑梗塞患者70例,以数字奇偶法均分2组,分别提供常规疗法与联用氯吡格雷+阿托伐他汀钙,比对不同治疗模式下各项治疗指标间差异。**结果** 观察组用药总疗效率比对照组高, $P<0.05$;观察组血脂指标水平优于对照组, $P<0.05$;观察组神经功能缺损程度、斑块面积与斑块厚度改善情况优于对照组, $P<0.05$;观察组生活质量得分高于对照组, $P<0.05$ 。**结论** 以氯吡格雷+阿托伐他汀钙进行联合治疗,既能够对患者的神经功能以及血脂水平进行改善,降低斑块面积与厚度的同时,还能起到进一步提升用药疗效的作用,对提升患者预后起着积极意义,临床借鉴价值较高,适宜推广。

【关键词】 脑梗塞;阿托伐他汀钙;氯吡格雷;血脂水平

脑梗塞也被称作缺血性脑卒中,以形成血栓、腔隙性梗死等表现为主,大多是由于脑部血液缺乏供应,促使脑组织发生缺血、缺氧等症状,最终导致脑组织呈缺血性坏死或软化,具有病情进展速度快、起病急等特点,若发病后未能及时得到有效治疗干预,除了会严重影响到患者正常生活及生活水平以外,甚至还会威胁到患者生命健康,故而积极提供有效治疗干预则显得至关重要^[1-2]。现阶段中,针对此类疾病的治疗,以药物疗法与手术疗法为主要干预手段,其中在药物作为常用的干预方式,可选择的治疗药物种类比较多,且所带来的疗效也大不相同,氯吡格雷、阿司匹林等作为常用药物,将其运用在脑梗塞患者治疗中,均可得到一定疗效,但与单独运用某药物治疗,采取联合用药方式进行治疗,所得到的疗效及安全性更佳^[3-4]。本研究以分析氯吡格雷及阿托伐他汀钙联用在此类患者治疗中的疗效为目的,分析如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料 对象是2020年12月至2022年12月就医的脑梗塞患者,数量共计70例,数字奇偶法作为2组的分组依据,对照组年龄45~80岁,平均年龄(62.78 ± 8.04 岁),男性20例,女性15例;其中17例患者病灶部位在基底切、10例患者为脑干、5例为小脑、8例为其它。观察组年龄42~80岁,平均年龄(62.54 ± 7.86)岁;性别方面男女各18例、17例;病灶部位方面基底切、脑干、小脑及其它各18例、12例、6例、4例。对组间资料以统计学实施分析后显示, $P>0.05$,符合对照研究要求与医学伦理学

要求。试验者纳选要求为:(1)经相关检查后证实是脑梗塞;(2)可正常与他人沟通交流;(3)知晓试验流程且整体配合度较高;(4)对试验药物无过敏史;(5)试验资料完善无缺失。排除:(1)伴有肝肾功能异常;(2)伴有重要器官衰竭;(3)入组前2周有过他汀类药物使用史;(4)伴有其它癌性病变;(5)伴有凝血功能障碍;(6)中途受其它因素影响需退出试验。

1.2 方法 对照组提供常规疗法,给予抗血小板、控制血压及胰岛素等常规治疗,并提供阿司匹林(湖北广济药业,H42021198),单次口服量是0.5g,服用1次/d。

观察组则在上述治疗基础上联用氯吡格雷(河南新帅克制药,H20123116)与阿托伐他汀钙(广东百科制药,H20120021),单次用药量分别是75mg、30mg,分别各服用1次/d,2组持续治疗时间是3个月,治疗期间需叮嘱患者多进食新鲜果蔬,控制对钠盐类食物的摄入量,适当进行运动;观察患者用药后反应,若有不良情况发生,需及时进行处理。

1.3 指标观察及判定标准 (1)用药疗效,包括:a.无效,各项临床指标无变化,部分甚至病情加重;b.有效,日常生活基本能自理,肌力改善幅度超过2级,且神经功能缺损程度得到改善;c.显著,神经缺损程度、临床症状、临床体征以及肌力显著提升,且日常自理能力正常。(2)血脂水平,包括:a.总胆固醇;b.三酰甘油;c.高密度脂蛋白胆固醇;d.低密度脂蛋白胆固醇。(3)临床指标,包括:a.神经功能缺损情况,NIHSS量表作为评价方式,42分为总得分,数值越高缺损程度越严重;

b.斑块面积；c.斑块厚度。(4)生活质量，包括：
a.社会功能；b.躯体功能；c.情绪角色；d.躯体角色，选取SF-36生活质量评定简表，单项指标各100分，生活质量随得分增加更高。

1.4 统计分析 试验数据的分析选以统计学软件(版本为SPSS22.0)，计数资料采用百分数/%表示，以卡方值/ χ^2 检验；计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表

示，符合正态分布，以 t 值检验，分析后显示组间和(或)组内数据值 $P < 0.05$ ，代表有统计学意义。

2 结果

2.1 用药疗效 表1知，观察组总有效率高于对照组， $P < 0.05$ 。

表1 用药疗效差异 [n (%)]

组别	例数	无效	有效	显效	总有效率
对照组	35	9 (25.71)	16 (45.71)	10 (28.57)	26 (74.29)
观察组	35	2 (5.71)	20 (57.14)	13 (37.14)	33 (94.29)
χ^2					5.285
P					0.022

2.2 血脂水平 表2知，与对照组相比，观察组血脂水平指标更优， $P < 0.05$ 。

表2 血脂水平差异 (n=35, $\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	总胆固醇		三酰甘油		高密度脂蛋白胆固醇		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	治疗前	治疗后
对照组	6.04 ± 1.19	5.74 ± 1.21	1.35 ± 0.67	1.94 ± 0.45	1.95 ± 0.87	1.82 ± 0.76	3.65 ± 1.13	3.02 ± 0.94
观察组	6.07 ± 1.08	4.07 ± 0.89	1.32 ± 0.65	2.19 ± 0.42	1.94 ± 0.85	1.43 ± 0.68	3.59 ± 1.08	1.78 ± 0.82
t	0.110	6.578	0.190	2.403	0.049	2.262	0.227	5.881
P	0.912	<0.001	0.850	0.019	0.961	0.027	0.821	<0.001

2.3 临床指标 表3知，观察组临床指标明显优于对照组， $P < 0.05$ 。

表3 临床指标差异 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	神经功能缺损情况(分)		斑块面积(mm ²)		斑块厚度(mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	35	15.84 ± 5.37	7.86 ± 2.11	1.42 ± 0.27	1.27 ± 0.18	1.35 ± 0.51	0.98 ± 0.21
观察组	35	15.06 ± 5.19	5.19 ± 2.08	1.39 ± 0.31	1.04 ± 0.14	1.37 ± 0.54	0.75 ± 0.19
t		0.618	5.331	0.432	5.967	0.159	4.805
P		0.539	<0.001	0.667	<0.001	0.874	<0.001

2.4 生活质量 表4知，相较于对照组，观察组各项得分较高， $P < 0.05$ 。

表4 生活质量差异 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	社会功能	躯体功能	情绪角色	躯体角色
对照组	35	78.75 ± 3.82	79.26 ± 3.13	78.24 ± 4.25	78.72 ± 3.92
观察组	35	86.15 ± 3.71	84.28 ± 2.55	84.08 ± 4.13	82.65 ± 3.04
t		8.221	7.356	5.830	4.687
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

脑梗塞属于临床上常见疾病类型，主要是由于脑组织供血的动脉血流缺乏供给，导致脑组织发生缺氧缺血等情况，病情严重者甚至会发生坏死、软化情况，症状表现方面主要包括有主观症状(以恶心呕吐、头晕头痛、失语等为主，病情严重者易表

现出昏迷情况)、脑神经症状(双眼朝并侧凝视，存在中枢性面瘫、舌瘫以及假性延髓性麻痹等，如吞咽障碍、饮水呛咳)、躯体症状(偏瘫、机体感觉衰退、步态不稳、无力)。对于此类患者而言，若未积极得到有效诊治，易导致颅内压上升，诱发患者发生昏迷、脑疝、水肿等症状，对其生命安全造成威胁，故而积极提供科学有效治疗干预手段，对降低

患者病死率及改善其预后起着积极作用^[5-6]。

现阶段中,针对脑梗塞疾病的治疗,临床主要采取对内皮细胞功能以及血液循环功能进行改善为主,药物属于重要的干预方式,常用药物主要包括有阿托伐他汀钙、氯吡格雷等,尤其是联用上述两种药物,可得到理想的治疗效果^[7]。氯吡格雷作为临床上常用的治疗药物,属于腺苷二酸抑制药之一,在用药后可结合血小板表面ADP受体,对血小板糖蛋白活化情况进行有效抑制,最终实现抑制血小板凝聚的作用。此药物不会对ADP释放进行阻断,抑制血小板进一步活化与扩增,可降低血小板凝聚风险,有效恢复缺血区半暗带血供情况,最终实现改善患者神经功能的目的。与此同时,氯吡格雷还能充分发挥出扩张血管中作用,对微循环进行有效改善,降低血液粘度,促使脑组织的供血功能得到恢复的同时,还能对神经组织进行更新,利于有效改善患者病情^[8]。阿托伐他汀钙作为辅酶还原酶抑制剂之一,可对动脉硬化与胆固醇进行抵抗,增强高密度脂蛋白水平的同时,还能避免动脉粥样硬化现象发生。除此之外,此药物组我调节血脂的药物,经用药之后可在肝脏上直接产生作用,既能够对胆固醇合成进行抑制,减少此治疗水平,加快低密度脂蛋白合成的同时,还能起到降低三酰甘油、胆固醇等血脂水平作用,将其运用在脑梗塞治疗中,可抑制血小板聚集,加快体内血液循环,增强脑血管调节功能,对控制疗效及缓解病情起着重要作用^[9]。

本试验结果显示,治疗后观察组用药总疗效率达94.29%,显著高于对照组74.29%, $P<0.05$,可见以联合用药方式治疗,所得到的治疗效果更为确切;2组在临床指标方面存在明显差异,观察组治疗后神经功能缺损程度评分为 (5.19 ± 2.08) 分、斑块面积为 $(1.04 \pm 0.14) \text{ mm}^2$ 、斑块厚度为 $(0.75 \pm 0.19) \text{ mm}$,显著低于对照组各项指标, $P<0.05$,与李振涛^[10]研究结果一致,通过采取联合用药的方式,既能够使得用药协同性得到提升,控制病情进一步发展的同时,还能促进受损的神经功能尽快恢复,降低斑块面积及厚度,可有效增强治疗效果。本试验结果还显示,观察组总胆固醇、三酰甘油、高/低密度脂蛋白胆固醇各项血脂指标水平显著优于对照组,分别为 $(4.07 \pm 0.89) \text{ mmol/L}$ 、 $(2.19 \pm 0.42) \text{ mmol/L}$ 、 $(1.43 \pm 0.68) \text{ mmol/L}$ 、 $(1.78 \pm 0.82) \text{ mmol/L}$,且观察组在社会功能、躯体功能、情绪角色以及躯体角色各项生活指标得分方面明显高于对照组,分别为 (86.15 ± 3.71) 分、 (84.28 ± 2.55) 分、 (84.08 ± 4.13) 分、 (82.65 ± 3.04) 分, $P<0.05$,可见

采用氯吡格雷与阿托伐他汀钙联合治疗,利于对患者体内血脂水平进行有效调节的同时,进一步改善患者临床症状的同时,还能起到提升其预后质量的作用,属于有效的一种联合治疗方案,具备较高运用有效性及可靠性。

综上所述,对于脑梗塞患者治疗,相较于常规疗法,以氯吡格雷和阿托伐他汀钙实施联合用药治疗,不仅能够降低疾病对于患者神经功能所造成的影响,同时还能起到改善其血脂水平以及缩小斑块面积的作用,利于进一步增强患者预后质量,可作为临床有效治疗方案,建议推广。

参考文献

- [1] 郝沛. 氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗塞的临床效果观察[J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29(7): 1056-1058.
- [2] 薛齐艳. 阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗脑梗塞对患者缺血区域脑血流量及疗效的影响[J]. 数理医药学杂志, 2021, 34(10): 1535-1536.
- [3] 胡世玉, 宋元良. 阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗脑梗塞患者的安全性及有效性[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(17): 78-80.
- [4] 郭丽艳. 氯吡格雷+阿托伐他汀钙对脑梗死患者NIHSS评分的影响研究[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(4): 147-149.
- [5] 赛双桥, 朱巧红, 张伟玲, 等. 阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞对NIHSS评分的影响[J]. 中外医疗, 2021, 40(6): 88-90.
- [6] 张勇, 姜明杰, 王蕾, 等. 阿托伐他汀钙联合替米沙坦治疗脑梗塞合并高血压的临床效果和安全性分析[J]. 系统医学, 2021, 6(4): 67-69.
- [7] 邸春钰, 刘欣, 马连未, 等. 阿托伐他汀联合氯吡格雷对脑梗塞二级预防患者颈动脉斑块的影响[J]. 甘肃科学学报, 2020, 32(6): 1-8.
- [8] 张晶. 氯吡格雷+氟伐他汀治疗脑梗塞的应用效果及C反应蛋白水平影响分析[J]. 中国农村卫生, 2020, 12(22): 29.
- [9] 张永平. 氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗塞的临床效果分析[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(32): 168-169.
- [10] 李振涛. 氯吡格雷联合阿托伐他汀钙对脑梗塞患者生活质量的效果分析[J]. 黑龙江医药科学, 2020, 43(5): 79-80+82.