

阿托伐他汀联合硫酸氯吡格雷片及阿司匹林治疗老年急性脑梗死的效果观察

李君 彦

(河南省平顶山第二人民医院神经内二科 平顶山 467000)

摘要:目的:探究阿托伐他汀联合硫酸氯吡格雷片及阿司匹林治疗老年急性脑梗死的效果。方法:将 2018 年 5 月~2019 年 10 月收治的 86 例急性脑梗死患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 43 例。对照组接受硫酸氯吡格雷片联合阿司匹林治疗,观察组在对照组基础上联合阿托伐他汀治疗,均治疗 2 个月。比较两组治疗效果。结果:治疗后,两组美国国立卫生研究院卒中量表评分均较治疗前下降,且观察组低于对照组($P<0.05$);治疗后,两组三酰甘油、总胆固醇以及超敏-C 反应蛋白水平均较治疗前降低,且观察组低于对照组($P<0.05$);治疗后两组颈动脉内膜中层厚度、斑块厚度、斑块面积以及斑块数量均较治疗前下降,且观察组低于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较无显著差异($P>0.05$)。结论:阿托伐他汀联合硫酸氯吡格雷片及阿司匹林治疗老年急性脑梗死,可改善患者神经功能缺损程度,调节血脂水平,控制炎症介质,降低颈动脉粥样硬化程度,安全可靠。

关键词:急性脑梗死;老年;阿司匹林;硫酸氯吡格雷片;阿托伐他汀

中图分类号:R743.33 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.05.022

当前我国脑梗死的患病率、致残率以及病死率均逐年递增,且呈年轻化趋势,已成为威胁人类健康和生命安全的常见疾病^[1-2]。动脉粥样硬化、血小板活化、血栓形成均是脑梗死发生的重要因素,而阿司匹林、氯吡格雷可抗动脉粥样硬化以及血小板聚集^[3-4]。他汀类药物在脑血管疾病治疗中较为多见,可有效通过降低血脂水平来抑制动脉粥样硬化,维持斑块稳定性,治疗急性脑梗死效果突出^[5]。本研究将阿托伐他汀钙联合硫酸氯吡格雷片及阿司匹林联合用以治疗老年急性脑梗死,旨在探析其效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我院 2018 年 5 月~2019 年 10 月收治的 86 例急性脑梗死患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 43 例。对照组女 18 例,男 25 例;年龄 60~75 岁,平均(65.23±3.12)岁;病程 2~12 h,平均(8.00±2.58)h。观察组女 20 例,男 23 例,年龄 61~76 岁,平均(65.69±3.47)岁;病程 2~12 h,平均(7.89±2.74)h。两组一般资料均均衡可比($P>0.05$)。本研究已经通过医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 纳入标准:确诊急性脑梗死^[6];年龄≥60 岁;发病时间≤72 h。排除标准:存在认知、精神障碍;入院前接受过疾病相关治疗;伴凝血机制异常。

1.3 治疗方法 两组患者均予以脑梗死常规清除自由基、营养脑神经等治疗。对照组给予阿司匹林肠溶片(国药准字 H32026317)口服,100 mg/次,1 次/d;硫酸氢氯吡格雷片(国药准字 J20180029)口

服,75 mg/次,1 次/d。观察组在上述用药基础上给予阿托伐他汀钙片(国药准字 H20051407)口服,40 mg/次,1 次/d。两组均治疗 2 个月。

1.4 观察指标 采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评定两组患者神经功能缺损情况。治疗前后采集两组患者空腹静脉血 5 ml,酶法测定三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)水平,酶联免疫吸附法测定超敏-C 反应蛋白(hs-CRP)水平。两组患者均于治疗前后行多普勒彩超检查,比较颈动脉内膜中层厚度(IMT)、斑块厚度、斑块面积以及斑块数量。记录两组患者皮疹、胃肠道反应等不良反应发生情况,评价治疗安全性。

1.5 统计学方法 使用 SPSS20.0 统计学软件进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 NIHSS 评分比较 治疗后,两组 NIHSS 评分均较治疗前下降,且观察组低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表1 两组 NIHSS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	43	13.58±1.64	8.66±1.50*
对照组	43	13.69±1.52	10.01±0.69*
<i>t</i>		0.323	3.918
<i>P</i>		0.748	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组血脂和 hs-CRP 水平比较 治疗后,两组 TC、TG 以及 hs-CRP 水平均较治疗前降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组血脂和 hs-CRP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TC (mmol/L)		TG (mmol/L)		hs-CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	7.20± 1.25	3.82± 1.00*	5.35± 0.88	2.94± 0.45*	28.47± 13.66	15.70± 5.32*
对照组	43	7.15± 0.36	4.62± 0.95*	5.60± 0.80	3.68± 0.62*	28.69± 13.14	18.81± 6.00*
t		0.252	3.803	1.378	6.334	0.076	2.543
P		0.802	0.000	0.172	0.000	0.940	0.013

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组颈动脉粥样硬化情况比较 治疗后两组颈动脉 IMT、斑块厚度、斑块面积以及斑块数量均

较治疗前下降,且观察组低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组颈动脉粥样硬化情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IMT (mm)		斑块厚度 (mm)		斑块面积 (mm ²)		斑块数量 (个)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	1.46± 0.15	1.00± 0.05*	2.14± 0.45	1.43± 0.30*	3.10± 0.48	1.55± 0.26*	2.02± 0.31	1.27± 0.17*
对照组	43	1.49± 0.13	1.22± 0.09*	2.11± 0.42	1.79± 0.24*	3.12± 0.45	2.68± 0.33*	2.05± 0.28	1.58± 0.20*
t		0.991	14.012	0.320	6.145	0.199	14.638	0.471	7.744
P		0.325	0.000	0.750	0.000	0.843	0.000	0.639	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.4 两组不良反应发生情况比较 观察组 2 例患者发生皮疹,不良反应发生率为 4.65%;对照组 4 例患者出现胃肠道反应,发生率为 9.30%。两组不良反应发生率比较无显著差异($\chi^2=0.179, P=0.672$)。

3 讨论

据统计,脑梗死的发生率占脑血管疾病的 70% 以上,随着人口老龄化的不断推进,临床脑梗死患者的比例逐渐扩张,对于患者的不良损害也在逐步加大^[7]。脑梗死若不及时进行诊治,极其可能影响患者的日常生活能力,造成残疾或死亡。脑梗死的出现与动脉粥样硬化相关,而血脂的代谢异常对动脉粥样硬化有一定的影响作用。在血脂异常的机体环境中,炎性反应会更进一步亢进,对血管内皮造成的损耗更重,致使粥样斑块形成。所以,在急性脑梗死患者的治疗中,调控血脂、抑制炎性反应、维持斑块稳定性是关键。

阿托伐他汀是一种还原酶抑制剂,调脂、降低血液黏稠度的效果较为突出。阿托伐他汀还可抗氧化,降低炎性程度,延缓血管粥样硬化^[8]。阿司匹林亦有抑制血栓形成、降低血液黏稠度的作用。但临床实践证实,阿司匹林的治疗效果与患者个体的身体状况具有一定的相关性,部分患者对于阿司匹林存在或轻或重的抗药性,极易诱发出血等并发症^[9]。硫酸氢氯吡格雷主要通过抑制血小板表面的二磷酸腺苷受体,抑制血小板凝集,可有效弥补阿司匹林治疗的缺陷。

本研究结果显示,治疗后,观察组 NIHSS 评分及 TC、TG、hs-CRP 水平均低于对照组($P<0.05$),但两组不良反应发生率比较无显著差异($P>0.05$),表明阿托伐他汀、硫酸氢氯吡格雷片、阿司匹林的联合

治疗能够有效减轻脑梗死患者的炎症反应,调控血脂水平,显著改善患者的神经功能状况,不良反应轻且少,对人体危害较小,安全系数高。另外,本研究观察组治疗后的颈动脉 IMT、斑块厚度、斑块面积以及斑块数量均低于对照组($P<0.05$)。这是由于硫酸氢氯吡格雷延缓了颈动脉粥样硬化的形成速率^[10],阿托伐他汀阻滞了颈动脉粥样硬化斑块的形成,三种药物联合治疗急性脑梗死,有助于协同发挥作用,降低动脉粥样硬化的程度,减轻患者的神经功能缺损。综上所述,阿托伐他汀联合硫酸氢氯吡格雷片及阿司匹林治疗老年急性脑梗死,可改善患者的神经缺损状况,调脂作用明显,延缓颈动脉粥样硬化的形成,安全系数高,可在临床中推广普及。

参考文献

[1]赵蕊,张桂莲.丁苯酞软胶囊联合依达拉奉对急性脑梗死患者神经功能及血液流变学的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(11):115-116.
[2]蔡珍飞,吴肖萍,曹丹.2017 年台州地区急性脑梗死发生的流行特征[J].实用预防医学,2019,26(10):1247-1250.
[3]孙毅鸿,蒋辉,吴竹兵,等.阿司匹林在脑梗死二级预防中获益与风险的前瞻性队列研究[J].药物流行病学杂志,2015,24(9):509-512.
[4]马志刚,闫立荣,唐澍.不同剂量阿托伐他汀联合氯吡格雷治疗脑梗死的疗效及对凝血功能和 hs-CRP 的影响[J].广西医科大学学报,2017,34(3):398-402.
[5]王锦锦,陆菁菁.他汀类药物应用与脑出血相关性的研究进展[J].中华神经科杂志,2019,52(9):770-775.
[6]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.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
[7]李欣,刘兰星,刘意琼.阿司匹林用于脑梗死二级预防中发生抵抗的原因分析及氯吡格雷干预效果研究[J].脑与神经疾病杂志,2017,25(8):490-493.
[8]杨峥,许颖波,王献红,等.阿托伐他汀对血脂异常大鼠血管内皮功能及氧化应激的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(10):2484-2487.
[9]刘柯婷,周淑宇,曹琴琴,等.阿司匹林抵抗与缺血性卒中[J].国际脑血管病杂志,2016,24(5):442-446.
[10]李黎黎.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床效果观察[J].山西医药杂志,2019,48(10):1205-1207.

(收稿日期: 2020-09-24)