

· 药物与临床 ·

氯吡格雷联合阿司匹林治疗不稳定型心绞痛的临床观察

陈友魁

(罗甸县人民医院 内一科, 贵州 黔南州 550100)

摘要: 目的 探讨不稳定型心绞痛治疗中氯吡格雷的应用价值。方法 将2016年5月至2018年2月因不稳定型心绞痛于我院就诊的70例患者纳入研究并依据随机数字表法分组。对照组35例单用阿司匹林肠溶胶囊口服, 观察组35例则联合氯吡格雷, 4周为一疗程, 比较两组临床疗效。结果 治疗后观察组心绞痛持续时间明显短于对照组, 心绞痛发作次数更少 ($P < 0.05$); 观察组总有效率94.29% (33/35), 高于对照组的74.29% (26/35), 差异显著 ($P < 0.05$)。结论 对于不稳定型心绞痛患者而言联合氯吡格雷治疗效果显著, 值得推广。

关键词: 不稳定型心绞痛; 氯吡格雷; 心绞痛缓解情况; 总有效率

中图分类号: R972+3

文献标识码: B

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.99.099

本文引用格式: 陈友魁. 氯吡格雷联合阿司匹林治疗不稳定型心绞痛的临床观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(99): 140-142.

0 引言

不稳定型心绞痛属于常见的心血管疾病, 是介于稳定型心绞痛及急性心肌梗死间的临床综合征, 若不及时干预随着病情发展可最终引发心梗而危及生命。本病病机复杂, 患者多有高血压、高血脂病史, 由于受高血脂、高血压影响, 机体可存在血管内皮损伤、炎症因子升高、血小板功能活化等, 是导致心绞痛反复发作的重要因素^[1-2]。本病治疗抗血小板、扩冠、改善微循环为主, 阿司匹林是应用最广泛的抗血小板药物, 是本病治疗的基础。但多项研究表明单用阿司匹林时存在一定局限性, 仅作用于血小板聚集某些环节, 且部分患者存在阿司匹林抵抗, 因此效果有限。氯吡格雷于阿司匹林联合应用可起到更好地抗血小板功效, 本文将观察双抗治疗在本病治疗中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料。随机数字表法对本研究所有不稳定型心绞痛患者进行分组, 所有患者均在2016年5月至2018年2月于我院就诊, 共70例, 所有患者均知情同意且报批医学伦理会审核。对照组39例, 男21例, 女14例; 年龄47-73岁, 平均(62.46±6.47)岁; 病程1-6年, 平均(2.94±0.63)年。观察组39例, 男20例, 女15例; 年龄48-74岁, 平均(63.09±6.74)岁; 病程1-5年, 平均(2.76±0.67)年。两组一般情况无显著差异, $P > 0.05$ 。纳入标准: ①确诊不稳定型心绞痛^[3]收住入院, 初次治疗者; ②近期末使用过其他治疗药物者。排除标准: ①肝肾功能障碍者; ②过敏体质者; ③既往行穴位敷贴治疗失败者; ④凝血功能障碍或自身合并心肌梗死、心脏瓣膜病等疾病者。

1.2 治疗方法。对照组: 患者入院后常规予饮食干预, 低脂饮食, 根据基础病予降压、降血糖治疗。常规口服倍他乐克12.50 mg, 2次/d。消心痛10 mg, 3次/d。阿司匹林肠溶片100 mg, 1次/d。观察组: 在对照组基础上联合氯吡格雷, 75 mg/次, 1次/d, 两组均以4周为一疗程。

1.3 观察指标。比较两组心绞痛持续时间、心绞痛发作次数情况, 均由两位主治医师评估完成并求平均值; 比较两组临床疗效。临床疗效差异。显效: 治疗后患者已无胸闷胸痛, 心电图提示ST段恢复正常; 有效: 患者胸闷胸痛改善, 心电图提示ST段升幅不小于0.05 mV, 但未达正常标准, 心绞痛发作频率降低; 无效: 患者胸闷胸痛等症状未改善, 心电图未改善^[4]。

1.4 统计学分析。本研究结束后由研究者组织统计专业相关人员进行数据筛查及统计, 统一采用SPSS21.0软件, 均双侧检验, $P < 0.05$ 则提示数值比较差异有统计学意义。本研究计数资料疗效表示, 卡方检验统计, 计量资料数值($\bar{x} \pm s$)形式表示, t 检验。

2 结果

2.1 两组心绞痛发作情况比较。两组治疗前心绞痛发作情况无显著差异 ($P > 0.05$); 治疗后两组心绞痛持续时间明显缩短, 心绞痛发作次数较前降低, 差异显著 ($P < 0.05$); 治疗后观察组心绞痛持续时间短于对照组, 心绞痛发作次数更少 ($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组心绞痛发作情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心绞痛持续时间 (min)		心绞痛发作次数 (次/d)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	35	17.49±2.67	10.65±1.36 ^a	1.65±0.62	1.02±0.49 ^a
观察组	35	17.57±2.62	6.06±0.52 ^{ab}	1.73±0.67	0.67±0.23 ^{ab}

注: ^a $P < 0.05$, 与治疗前比较; 组间比较: ^b $P < 0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较。观察组总有效率94.29% (33/35), 高于对照组的74.29% (26/35) 差异显著 ($P < 0.05$), 见表2。

表2 两组临床疗效比较 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	35	10 (28.57)	16 (45.72)	9 (25.71)	26 (74.29)
观察组	35	13 (37.14)	20 (57.15)	2 (5.71)	33 (94.29)

3 讨论

不稳定型心绞痛属于急性冠脉综合征, 以心绞痛发作频率、程度加重为主要表现, 危害大, 已成为我国老年人死亡的重要病因。冠状动脉粥样硬化是发病的基础, 氧化应激失衡、血管内皮受损、血管慢性炎症、血小板聚集均与本病相关, 是导致急性发病的重要因素^[5]。对于不稳定型心绞痛患者而言心脏介入术应用具有重要意义, 可使冠脉得到扩张, 心肌细胞血供得到快速改善, 但存在费用昂贵且复发率较高的弊端。因此通过内科保守治疗以提高临床疗效, 改善患者预后已成为研究的重点。研究表明积极有效的抗血小板治疗不但可抑制血小板聚集, 还可使介入术后复发风险得到明显降低。

阿司匹林是目前应用最广泛的抗血小板药物, 血栓形成过程复杂, 与血栓素及二磷酸腺苷 (ADP) 两种物质均关系

(下转第142页)

患者神经功能损伤程度呈正相关关系,故将两者用于评价急性脑梗塞患者治疗后神经功能恢复的指标。从本文的研究结果不难看出,对急性脑梗塞患者采取依达拉奉与尤瑞克林联合治疗的效果显著,分析其原因,可能是由于依达拉奉作为脑保护剂之一,对羟自由基的清除能力与抗氧化能力均极强,可以对患者的脑部组织发挥保护作用,从而缓解脑部水肿,避免病情进一步恶化。而尤瑞克林作为组织型的激肽原酶之一,可在蛋白水解酶的作用下促进激肽原释放激肽,促进患者脑组织血流量的增加。不仅如此,给药后该药能够促进已缺血组织的血管再生,同时不断形成新的侧枝循环系统,对缺血后的神经细胞增殖分化起到显著抑制作用,从而达到保护与修复神经细胞的目的^[9-10]。

综上所述,依达拉奉与尤瑞克林联合治疗急性脑梗塞患者的疗效显著,价值颇高,建议积极推广。

参考文献

- [1] 秦文欣,姜美玲,陈旭,等.丁苯酞软胶囊联合尤瑞克林治疗急性脑梗死疗效的研究[J].中国医药科学,2018(09):71-73.
- [2] 罗仕俊,叶龙彪.依达拉奉联合尤瑞克林治疗急性脑梗塞的临床

观察[J].实用中西医结合临床,2018,18(03):64-66.

- [3] 胡燕军.依达拉奉联合尤瑞克林治疗急性脑梗塞63例临床疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(19):118.
- [4] 邱雪健,李娟,陈国杰,等.依达拉奉联合尤瑞克林及亚低温治疗急性脑梗塞的疗效研究[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(81):35-36.
- [5] 邵少举,王为民,李渊明,等.尤瑞克林联合依达拉奉治疗急性脑梗塞的效果探讨[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(09):158-159.
- [6] 黎才源,梁银婷,李上华,等.急性脑梗塞应用依达拉奉联合氯吡格雷治疗的效果观察[J].现代诊断与治疗,2017,28(02):259-260.
- [7] 陈梦梨.急救护理路径对急性脑梗塞静脉溶栓治疗效果的影响[J].深圳中西医结合杂志,2016,26(08):97-99.
- [8] 荆鸿雁.臭氧治疗对急性期脑梗塞血清谷氨酸浓度的影响研究[D].辽宁中医药大学,2013.
- [9] 陈耿.文拉法辛对急性脑梗塞后运动功能恢复作用的横向及纵向功能磁共振成像研究[D].第四军医大学,2012.
- [10] 许献文,余沛扬.恩必普软胶囊联合早期康复训练治疗老年急性脑梗塞效果观察[J].右江民族医学院学报,2009,31(03):374-375.

(上接第139页)

对照组,参照组患者采用血液灌流序贯连续性血液滤过的方法进行治疗,实验组在参照组的基础上联合使用乌司他丁进行治疗,依据两组患者使用的治疗方法不同,对两组患者的治疗效果进行对比^[9]。对比结果为:实验组炎症介质含量显著低于参照组, $P < 0.05$,具有统计学意义。实验组患者治疗效果显著优于参照组, $P < 0.05$,具有统计学意义。

综上所述,乌司他丁联合血液灌流序贯连续性血液滤过治疗急性重度有机磷中毒对比单独使用血液灌流序贯连续性血液滤过的方法进行治疗,效果更好,值得临床推广及应用。

参考文献

- [1] 杨冬梅,刘志,于红玲,等.序贯器官衰竭评分对血液灌流治疗急性重度有机磷中毒的临床评价[J].实用医学杂志,2015(5):776-778.
- [2] 吴兵,刘晓伟,刘志,等.氯解磷定不同用药方案对急性重度有机磷中毒的疗效比较[J].中国医科大学学报,2017,46(10):949-951.
- [3] 焦清海,王帅,王健,等.早期乌司他丁联合血液灌流序贯连续性

血液滤过治疗急性重度有机磷中毒临床效果观察[J].疑难病杂志,2016,15(11):1159-1161,1173

- [4] 任冬,许凌峰,石俊生,等.长托宁联合阿托品治疗急性重度有机磷中毒的临床应用[J].中国急救医学,2016,36(z1):130-131.
- [5] 吴垣奎.长托宁治疗42例急性重度有机磷中毒的临床效果观察[J].黑龙江医学,2016,40(10):928-929.
- [6] 叶胜捷,陈如俊,庞淑光,等.早期大剂量乌司他丁联合沐舒坦治疗特重度烧伤对患者呼吸功能及炎性因子的影响[J].中华全科医学,2016,14(01):26-28.
- [7] 张建军,柴成国,李敬,等.乌司他丁对重型颅脑损伤合并早期呼吸机相关性肺炎的临床观察[J].河北医药,2015,37(03):376-377.
- [8] 解鑫隆,吴佩君,宋岚,等.早期大剂量乌司他丁治疗急性肺挫伤的疗效观察[J].现代生物医学进展,2013,13(32):6276-6279.
- [9] 张少波,何谦,葛亮,等.乌司他丁对肝脏移植早期外周血NF- κ B和TNF- α 及酶学活性的影响[J].中国现代普通外科进展,2010,13(02):112-114.

(上接第140页)

密切,其中阿司匹林仅作用于血栓素,可通过阻断其合成而发挥作用^[6]。但部分患者可存在阿司匹林抵抗,氯吡格雷则可作用于ADP,抑制ADP介导的血小板,与阿司匹林合用可从不同途径起效而发挥抗血小板功效,因此效果显著^[7-8]。

观察组联合氯吡格雷,结果显示治疗后心绞痛持续时间明显短于对照组,心绞痛发作次数更少,心绞痛情况改善更理想;临床疗效方面,观察组总有效率94.29%,高于对照组的74.29%,证实了其显著疗效。研究表明炎症因子、氧化应激失衡与本病关系密切,但受到研究条件限制本研究仅选择了临床指标以评估病情改善情况,日后可以此为基础做深入研究。综上所述,作者认为对于不稳定型心绞痛患者而言联合氯吡格雷治疗效果显著,可更好地控制病情,值得推广。

参考文献

- [1] 罗伟俊,吴仙军,李付远.阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛患者的临床效果研究[J].中国现代医生,2017,5(8):122-124.

- [2] 中华医学会心血管分会.不稳定型心绞痛的诊断和治疗[J].中华心血管病杂志,2000,28(6):409.
- [3] 中华中医药学会内科分会心病学术专业委员会.中医心病之心绞痛诊断与疗效标准[J].中国医药学报,2004,19(10):581-583.
- [4] 郭华,陈灵,索冬卫.瑞舒伐他汀对冠心病患者心功能、血脂水平、血液流变学水平及内皮功能的影响[J].中国生化药物杂志,2015,35(5):98-99.
- [5] 张萍,白如冰,马洪山.通心络胶囊对急性冠脉综合症患者氯吡格雷抵抗的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,8(9):1037-1038.
- [6] 于萍,那坤.氯吡格雷联合通心络胶囊治疗不稳定型心绞痛30例临床观察[J].安徽医药,2013,15(3):356-358.
- [7] 张晓星,袁晋青,陈珏,等.基于基因型或表现型分组对预测氯吡格雷在冠状动脉支架置入术后患者中的临床疗效和安全性效果评价[J].中国循环杂志,2014,29(1):161.
- [8] 罗伟俊,吴仙军,李付远.阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛患者的临床效果研究[J].中国现代医生,2017,5(8):122-124.