

阿托伐他汀联合氯吡格雷方案对 脑梗死患者 NIHSS 评分及预后的影响

蒋东晓

德惠福阳医院, 吉林 德惠 130302

【摘要】 **目的** 探讨脑梗死患者经阿托伐他汀和氯吡格雷联合用药的药效。**方法** 选择 2019 年 10 月—2020 年 9 月来本院治疗的脑梗死患者 90 例为研究对象, 采取随机数字表法将患者分为 A 组与 B 组, 各 45 例, A 组给予阿托伐他汀治疗, B 组在上述治疗前提下配合氯吡格雷治疗, 比较两组患者 NIHSS 评分及预后效果。**结果** 经过 6 月的治疗, B 组 NIHSS 评分明显低于 A 组, 有显著性差异 ($P < 0.05$); B 组治疗总有效率为 95.56%, 明显高于 A 组的 80.00%, 有显著性差异 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者左心室收缩末期内径 (LVESD)、左心室舒张末期内径 (LVEDD)、左室射血分数 (LVEF) 指标无明显差异 ($P > 0.05$); 治疗后两组 LVESD、LVEDD 低于治疗前, LVEF 高于治疗前, 观察组数据变化幅度大于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 联合阿托伐他汀与氯吡格雷治疗脑梗死患者, 显著改善患者脑组织损伤, 提高了预后效果, 改善患者心功能。

【关键词】 阿托伐他汀; 氯吡格雷; 脑梗死; 神经功能损伤

血栓形成和颈动脉粥样斑块破损是脑梗死主要致病原因。为降低脑梗死发生, 减轻脑梗死致死率与致残率, 针对性干预动脉粥样硬化非常关键。阿托伐他汀具有较强降脂与抗炎效果, 能够改善高胆固醇, 预防心脑血管疾病发生, 稳定动脉粥样硬化斑块^[1]。氯吡格雷是一种用于抑制血小板聚集的药物, 改善脑动脉循环障碍。联合应用上述两种药物治疗比单一药物治疗脑梗死的效果更为显著。对此, 文章以 2019 年 10 月—2020 年 9 月医院收治的 90 例脑梗死患者为研究对象, 分析了氯吡格雷和阿托伐他汀联用的用药效果, 并报道。

1 材料与方 法

1.1 一般资料 选择 2019 年 10 月—2020 年 9 月医院收治的 90 例脑梗死患者为研究对象, 纳入标准: ①符合统一诊断标准^[2], 且经过临床诊断或者 MRI 检查, 确诊为急性脑梗死; ②在发病 7h 内接受救治; ③患者签署知情同意书。排除标准: ①进入医院后陷入重度昏迷的患者; ②对本研究所用药物过敏患者; ③近期服用过质子泵抑制剂患者; ④临床心血管疾病或肾脏疾病或精神障碍患者; ⑤临床资料不完善患者。将患者随机分为两组, 各 45 例, A 组中, 男 25 例, 女 20 例;

年龄 50 ~ 76 岁, 平均年龄 (63.11 ± 5.32) 岁; 病程 1 ~ 6h, 平均病程 (3.50 ± 1.10) h。B 组中, 男 24 例, 女 21 例; 年龄 51 ~ 76 岁, 平均年龄 (63.50 ± 5.24) 岁; 病程 1 ~ 5.5h, 平均病程 (3.25 ± 1.06) h。两组患者一般资料比较, 无显著差异, $P > 0.05$, 可比。

1.2 方法 A 组服用阿托伐他汀钙片 (生产厂家: 北京嘉林药业股份有限公司; 国药准字 H20093819; 规格: 20mg*7s) 治疗, 20mg/次, 每日 1 次。B 组在 A 组基础上联合氯吡格雷 [生产企业: 深圳信立泰药业股份有限公司, 批准文号: 国药准字 H20000542; 25mg (以 C₁₆H₁₆ClNO₂S 计)] 治疗, 75mg/次, 每日 1 次。两组患者均连续给药 6 个月。

1.3 观察指标与疗效判定标准

1.3.1 疗效评价标准 按照文献 3^[3] 制定。显效: 心电图显示正常; 在进行与之前同样强度的劳动工作未出现相关症状 (心绞痛等), 若引发相关症状持续的时间以及疼痛强度明显降低; 甘油三酯 (TG) 降低 40% 或血清总胆固醇 (TC) 降低 20% 或高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 提高 0.26mmol/L。有效: 心电图检查结果 ST 段呈缺血性回升大于 0.5mm, 未及正常; 症状发作次数、程度以及持续时间较之治疗前降低 80%; TG 降低 20% ~ 40% 或 TC 降低 10% ~ 20% 或

HDL-C 上升 0.10 ~ 0.26mmol/L。无效;上述症状均无改善。总有效率为显效率和有效率之和。

1.3.2 观察患者神经功能损伤(NIHSS)评分 美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)用于评估卒中患者神经功能缺损程度,量表总分42分,>16分,死亡率升高;<6分,恢复较好。分值越高,患者神经功能缺陷程度越严重。

1.3.3 比较治疗后两组左心室收缩末期内径(LVESD)、左心室舒张末期内径(LVEDD)、左室射血分数(LVEF)。

1.4 统计学方法 使用SPSS23.0分析患者一般资料,以均值加减标准差描述计量资料,以t值检验;计数资料以%表示,以 χ^2 值检验。若 $P < 0.05$,则差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 对比两组患者治疗前后NIHSS评分 在入院时,A组患者NIHSS得分为(7.41±2.04)分,B组为(7.44±1.98)分,两组比较, $t=0.071$, $P=0.944$,无显著差异($P > 0.05$);持续治疗6月后,A组NIHSS得分为(4.46±1.30)分,B组为(2.61±0.89)分, $t=7.877$, $P < 0.001$,有显著性差异($P < 0.05$)。

2.2 对比两组患者临床疗效 经过有效治疗,A组显效15例(33.33%),有效21例(46.67%),无效9例(20.00%),总有效率为(36例)80.00%;B组显效18例(40.00%),有效25例(55.56%),无效2例(4.44%),总有效率为(43例)95.56%。两组总有效率对比, $\chi^2=5.075$, $P=0.024$,差异明显($P < 0.05$)。

2.3 心功能指标情况 (1) LVESD (mm): ①治疗前: B组(47.33±3.15)mm, A组(47.52±3.31)mm, $t=0.279$, $P=0.781$; ②治疗后: B组(36.52±2.74)mm, A组(42.88±1.34)mm, $t=13.988$, $P=0.000$ 。(2) LVEDD (mm): ①治疗前: B组(63.04±5.11)mm, A组(63.74±5.62)mm, $t=0.618$, $P=0.538$; ②治疗后: B组(52.20±3.42)mm, A组(57.37±2.002)mm, $t=8.752$, $P=0.000$ 。(3) LVEF (%): ①治疗前: B组(40.01±2.07)%, A组(40.41±2.84)%, $t=0.764$, $P=0.447$; ②治疗后: B组(52.52±4.37)%, A组(45.93±3.87)%, $t=7.573$, $P=0.000$ 。治疗前,两组三项心功能指标对比差异较小($P > 0.05$);治疗后,

B组LVESD、LVEDD均低于A组,LVEF高于A组($P < 0.05$)。

3 讨 论

近年来,人们生活质量明显提升,饮食习惯也发生转变,脑梗死发生率明显升高,严重影响了人们工作与生活,而脑梗死的高致残率与致死率,显著加大家庭与社会负担。脑梗死的发生,动脉粥样硬化是主要致病因素。脑梗死受到不同因素影响,导致血液循环受阻,使得因缺血或缺氧而发生软化坏死,从而损伤神经功能缺损。该疾病临床症状较为复杂,严重的情况下不仅会造成肢体瘫痪,甚至会造成患者出现急性昏迷、死亡,严重威胁患者生命安全。

阿托伐他汀作为他汀类药物,能够减少肝脏内胆固醇生物的合成,能够降低脂蛋白与血胆固醇水平,促进肝脏细胞上低密度脂蛋白生成、摄取与分解代谢,同时,阿托伐他汀能够通过调控血胆固醇水平,达到预防动脉粥样硬化的目的^[4]。阿托伐他汀是临床当中经常用到的他汀类药物,能够有效起到脂溶的效果,通过减少肝细胞表面低密度脂蛋白受体的数量,使脂蛋白和胆固醇保持较低水平。他汀类药物在对脑梗死疾病患者展开治疗的过程中,能够有效逆转动脉粥样硬化并治疗胆固醇血症,进一步改善脑梗死症状。对脑梗死患者实施他汀类药物治疗,能够有效增强内皮一氧化氮合酶活性,对局部缺血再灌注起到保护作用,并对患者体内血小板发挥抗凝聚作用,更好地降低血流粘滞情况。且他汀类药物能够有效维持粥样斑块的稳定性,对血管舒张功能均有明显改善作用,有效调节患者血脂水平。但实际治疗中,阿托伐他汀容易引起患者胃肠道不适、头痛、皮疹等的风险,可引起血氨基转移酶可逆性升高,影响治疗效果,所以需要结合其他药物联合治疗。阿托伐他汀能够抑制患者血管内皮的炎症反应,让血管内皮细胞功能得到有效改善,并且该药物还能够抵抗氧化应激,让患者的大脑血流量得到明显增加,对患者预后做出重要改善。氯吡格雷是抗血小板聚集药物,其原理是阻止血小板糖蛋白受体与二磷酸腺苷结合,因该过程不可逆,阻断血小板聚集导致血管堵塞,可用于防治心肌梗死,缺血性脑血栓等并发症。对于最近发生过中风、心肌梗死或诊断为周围动脉病患者,经治疗,可减少动脉粥样硬化发生概率。该药物还可抑制

相关激素诱导剂释放,避免血小板因活化或导致数量剧增。除此之外,该药物具有消除炎症的效果,避免炎症因子释放造成血管压力^[5]。其代谢经过肝脏,该过程不会对肝脏造成不良影响,药物安全性相对较高。阿托伐他汀与氯吡格雷联合治疗,能够全面调节患者血症,抑制脑梗死症状发展。在本研究中,经过为期半年的治疗,B组NIHSS评分显著低于A组,B组治疗总有效率为95.56%显著高于A组的80.00%,差异有显著性($P < 0.05$),且治疗后观察组患者心功能等指标改善效果和对照组比明显较好($P < 0.05$)。可见,与单一使用阿托伐他汀相比,联合氯吡格雷的治疗方案效果更显著,患者神经功能得到明显改善,预后效果良好。在实际治疗过程中,氯吡格雷对血小板聚集具有强烈的抑制作用,可以很好地预防脑梗死再次发生,当该药物和其他药物联合用药,有助于降低血脂水平,作用于患者机体后可以有效抑制血小板的聚集与活化功能,对改善患者血管内皮功能也具有重要的作用,增强机体免疫力,从而能够起到抗血栓的作用。其次,该药物在进行治疗的时候可以促进纤维蛋白的分解,进一步控制患者体内平滑肌细胞的增殖,从而起到抗炎的作用。当该药物和他汀类药物联合治疗的过程中可以更好地达到抗血小板的目的,有效控制患者病情,预防病情恶化,并减轻脑水肿,避免对患者脑组织产生比较大的压迫,这样可以更好地改善患者疾病预后。

在本次的研究结果中显示,B组治疗后LVE SD、LVEDD、LVEF心功能指标分别是(36.52 ± 2.74) mm、(52.20 ± 3.42) mm、(52.52 ± 4.37)%,而A组分别是(42.88 ± 1.34) mm、(57.37 ± 2.002) mm、(45.93 ± 3.87)%,可以看出前组改善的情况明显要比后一组更好($P < 0.05$)。主要是因为两种药物联合治疗能够有效消除血脂,在降脂的同时改善患者内皮细胞,进一步改善其心功能,从而提高治疗效果。而且在实际治疗期间,氯吡格雷在服药之后能够快速结合体内血小板表面的二甲酸腺苷,不断结合血小板,阻碍纤维蛋白与二磷酸腺苷所形成的糖蛋白复合物,有效控制血小板聚集的速度还有范围,这样可以更好地起到抗血栓的作用。在本次的研究结果中显示,治疗之后B组的NIHSS评分是(2.61 ± 0.89)分,而A组的是(4.46 ± 1.30)分,可以看出前组的评分要比后一组的更低。主要是因为两种药物联合治疗的时候可以起到抗炎

症、抗栓还有提高血管活性的作用,长期服用这个药物在临床上也可以用来预防动脉粥样硬化血栓形成,对自由基具有一定的扼杀作用,达到改善病情的目的,也可以促进受损脑神经细胞功能恢复至正常。患者脑组织受损时,其氧化反应与炎症反应往往会诱发神经胶质细胞和神经元细胞受损,而且在氧化反应的期间,局部缺氧会导致氧自由基增加,导致神经功能出现损伤。在疾病发展过程中,脑缺血缺氧时胶质细胞与神经元的遭受破裂,造成组织缺血缺氧性病变坏死,进一步引起患者出现神经功能损伤,所以该疾病患者大多会出现神经功能缺损症状。两种药物联合使用亦能降低胆固醇,加速血小板流动,使血小板凝聚变缓,而且还能有效地发挥疏通血管,帮助降低动脉血管的阻力,改善血流循环,为脑梗死的部位供血,促使神经功能趋于正常。不过在实际治疗的过程中,需要及时向家属讲解相关知识,让家属对疾病形成高度认知,促使其主动进行治疗,结合患者实际情况增减药物剂量,保证治疗的安全性和有效性。

综上所述,对于脑梗死患者,阿托伐他汀和氯吡格雷联合用药治疗,能够增强治疗效果,有效抑制患者脑组织损伤情况,减少患者残疾发生概率,可于临床当中普及推广。

参考文献

- [1] 李姗姗,周容.探讨氯吡格雷联合阿托伐他汀钙在脑梗死治疗中的临床疗效[J].吉林医学,2020,41(4):872-873.
- [2] 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.
- [3] 中华心血管病杂志编委会心血管药物对策专题组.心血管药物临床试验评价方法的建议IV.抗心律失常药V.抗心力衰竭药VI.抗心肌缺血药VII.溶血栓、抗凝血和抗血小板药[J].中华心血管病杂志,1998(6):405.
- [4] 周木子,李春,艾超.阿托伐他汀,阿司匹林联合氯吡格雷对脑血栓患者临床疗效,血小板参数及不良反应的影响[J].血栓与止血学,2019,25(6):942-943,946.
- [5] 郭平平,陈晓霞,王晓蓉,等.阿司匹林和氯吡格雷抗血小板抵抗机制及临床治疗研究进展[J].中国临床神经科学,2019,27(3):321-328.