

氯吡格雷预防冠心病介入治疗心血管不良事件的疗效

梁 帅 徐国民

内蒙古林业总医院, 内蒙古 牙克石 022150

【摘要】 目的 研究冠心病(CHD)介入治疗使用氯吡格雷预防心血管不良事件的临床效果。方法 自2019年1月—2021年1月在本院选取90例CHD介入治疗患者,依据随机数字表法分为两组,各45例,使用噻氯匹定治疗的为B组,术前使用氯吡格雷的为A组,对比两组治疗后临床效果、心血管不良事件发生率、凝血功能指标、心肌保护情况。结果 相较于B组,A组心血管不良事件发生率较低($P<0.05$);治疗前与治疗后,两组的凝血酶原时间(PT)与纤维蛋白原(FIB)指标对比无差异($P>0.05$),与治疗前相比,治疗后两组指标均有所改善($P<0.05$);治疗前,两组肌酸激酶(CK)、谷草转氨酶(AST)、乳酸脱氢酶(LDH)、P选择素(PS)指标对比无差异($P>0.05$),治疗后,两组指标均低于治疗前,且A组指标均低于B组($P<0.05$)。结论 对CHD介入治疗患者使用氯吡格雷具有良好的临床效果,可有效预防心血管不良事件发生,同时可保护患者心肌细胞,促进患者预后恢复,值得应用。

【关键词】 冠心病;经皮冠状动脉介入;心血管不良事件;氯吡格雷

冠心病(CHD)为临床常见、危害性较为严重的一种心血管病症,近年来,因多因素影响,我国CHD患病率呈逐年上升趋势,中国目前CHD患者超过1100万,已成为造成我国居民死亡的主要因素之一^[1]。目前针对CHD,临床多以经皮冠状动脉介入(PCI)治疗为主,可迅速改善患者病情,促使CHD病死率下降,但术后极易引起不良心血管事件,影响患者预后恢复,因此,有效预防不良心血管事件发生已成为临床介入治疗CHD患者最重要一项因素^[2]。药物是预防CHD介入治疗心血管不良事件的主要方式,经过药物治疗降低血小板凝聚力,发挥抗血小板凝聚、改善患者预后的作用。氯吡格雷是近年来新发现的一种抗血小板凝聚药物,该药主要是经过机体内生物转换产生作用,同时在治疗过程中基本无不良反应发生,确保患者预后^[3]。因此,本文就本院选择的90例CHD介入治疗患者进行分析,研究氯吡格雷干预的临床效果,阐述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院2019年1月—2021年1月选取的90例CHD介入治疗患者纳入研究,参与研究患者均对本次研究知情同意,同时该研究经伦理委员会批准。纳入标准:①均符合《冠心病的诊断与治疗》^[4]中CHD诊断标准;②均择期实施PCI治疗,且无手术禁忌症;③ ≥ 35 岁;④均自愿参与本次研究;⑤无药物过敏史。

排除标准:①合并多器官功能衰竭;②临床资料不全;③既往有精神病史。按照随机数字表法分为A组与B组,各45例。A组男、女各26例、19例;年龄在35~65(45.62 ± 5.21)岁;病程2~10(6.38 ± 1.02)年。B组男、女各27例、18例;年龄在35~65(44.92 ± 5.03)岁;病程2~10(6.41 ± 1.00)年。两组资料相比无差异($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 B组使用噻氯匹定治疗,在术前6h,给予患者口服盐酸噻氯匹定片(生产厂商:江苏恒瑞医药股份有限公司,批号:国药准字H10970031,规格:0.25g)200mg/次,同时给予患者阿司匹林肠溶片(生产厂商:Bayer S. p. A.,批号:国药准字J20171021,规格:100mg)300mg/次;术后继续服用盐酸噻氯匹定片75mg/次,阿司匹林100mg/次,1次/d,持续服用30d。除此之外,术后1周给予患者皮下输注低分子肝素钠注射液(生产厂商:齐鲁制药有限公司,批号:国药准字H20030428,规格:0.2mL:2500IU)。

1.2.2 A组给予患者氯吡格雷治疗,术前6h给予患者服用硫酸氢氯吡格雷片(生产厂商:乐普药业股份有限公司,批号:国药准字H20123116,规格:75mg)600mg/次,阿司匹林300mg/次,术后,继续服用氯吡格雷150mg/次,阿司匹林100mg/次,1次/d,持续服用30d。除此之外,术后第3d开始,调整氯吡格雷剂量为75mg/次,

术后 1 周经皮注射低分子肝素钠注射液。

1.3 观察指标 分析两组术后心肌梗死、心肌缺血、血栓等心血管不良事件发生情况。对比两组治疗前与治疗后凝血功能,检测患者凝血酶原时间(PT)与纤维蛋白原(FIB)^[5]。对比两组心肌损伤与血小板程度,取患者空腹静脉血 5mL,3000r/min 离心 10min,分离血清待检,采用酶联免疫吸附法测定患者肌酸激酶(CK)、谷草转氨酶(AST)、乳酸脱氢酶(LDH),并采取电化学发光免疫法检测患者 P 选择素(PS)浓度。

1.4 统计学处理 以 SPSS20.0 系统处理, $\bar{x} \pm s$ 表示计量数据,以 t 检验;% 表示计数数据,以 χ^2 检验。组间差异有统计学意义以 $P < 0.05$ 表达。

2 结果

2.1 两组心血管不良事件发生率对比 A 组心血管不良事件发生率为 4.44% 较 B 组的 26.67% 低 ($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组凝血功能对比 治疗前与治疗后,两组 PT、FIB 指标对比无差异 ($P > 0.05$),治疗后,两组指标均高于治疗前,差异显著 ($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组 CK、AST、LDH、PS 指标对比 治疗前,两组 CK、AST、LDH、PS 指标对比无差异 ($P > 0.05$),治疗后,两组指标均低于治疗前,且 A 组指标均低于 B 组,差异显著 ($P < 0.05$),见表 3。

表 1 对比两组心血管不良事件发生率[n(%)]

组别	n	心肌梗死	心肌缺血	血栓	心血管不良事件发生率
A 组	45	1 (2.22)	0 (0.00)	1 (2.22)	2 (4.44)
B 组	45	5 (11.11)	3 (6.67)	4 (8.89)	12 (26.67)
χ^2		2.857	3.103	1.906	8.459
P		0.091	0.078	0.167	0.004

表 2 对比两组凝血功能($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PT(s)		FIB(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	45	10.26 ± 2.13	14.89 ± 3.21 ^a	3.85 ± 0.98	4.15 ± 1.01 ^a
B 组	45	10.54 ± 2.15	15.10 ± 3.26 ^a	3.81 ± 0.95	4.21 ± 1.02 ^a
t		0.621	0.308	0.197	0.280
P		0.536	0.759	0.845	0.780

注:与组内治疗前相比,^a $P < 0.05$ 。

表 3 对比两组 CK、AST、LDH、PS 指标($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CK(U/L)		AST(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	45	945.63 ± 84.54	614.75 ± 81.24 ^a	731.25 ± 65.88	312.15 ± 41.18 ^a
B 组	45	951.38 ± 86.99	754.81 ± 74.15 ^a	728.94 ± 66.49	418.96 ± 40.29 ^a
t		0.318	8.542	0.166	12.437
P		0.751	0.001	0.869	0.001

续表 3 对比两组 CK、AST、LDH、PS 指标($\bar{x} \pm s$)

组别	n	LDH(U/L)		PS(ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	45	763.51 ± 69.75	410.02 ± 55.34 ^a	45.84 ± 10.03	14.14 ± 2.31 ^a
B 组	45	749.92 ± 65.85	589.13 ± 50.58 ^a	45.72 ± 10.58	21.25 ± 2.84 ^a
t		0.950	16.026	0.055	13.029
P		0.345	0.001	0.956	0.001

注:与组内治疗前相比,^a $P < 0.05$ 。

CHD 是临床常见心血管疾病,主要是以冠状动脉粥样硬化改变造成的冠脉供血不足引发的病症,在冠状动脉粥样硬化病变过程中,血小板聚

3 讨论

集、炎症浸润贯穿全过程, PCI 是治疗 CHD 患者主要方式, 是改善 CHD 患者血运的有效方式。但多项研究显示, 采取介入治疗的患者, 存在心血管不良事件发生风险, 从而降低其术后恢复质量, 增加患者经济负担, 影响生活质量^[6]。因此, 针对 CHD 介入治疗患者, 应及时采取有效的干预措施, 以预防 CHD 介入治疗术后心血管不良事件发生。

目前针对 CHD 介入治疗心血管不良事件的预防措施, 临床主要采取药物预防, 多以抗血小板聚集来协助患者减少血栓、梗死等心血管不良事件发生, 以保障治疗效果, 加快其康复速度^[7]。相关研究显示, 二磷酸腺苷与胶原诱导的血小板聚集功能在介入治疗后明显增加, 故应加强抗血小板治疗以降低血小板聚集^[8]。氯吡格雷是近年来新发现的一种二磷酸腺苷受体拮抗剂, 经口服该药后, 可对血小板受体、二磷酸腺苷的结合产生一定的抑制作用, 以此发挥抗血小板聚集作用。除此之外, 氯吡格雷拮抗血小板二磷酸腺苷受体的作用是无法逆转的, 因此, 不良反应发生率低, 安全性高。本文研究显示, 治疗后, A 组心血管不良事件发生率低于 B 组, 表明氯吡格雷应用于 CHD 介入治疗患者中, 可有效减少心血管不良事件, 促进患者术后康复速度^[9]。对 PT 进行检测, 可有效反映出外源性凝血功能; FIB 是凝血因子的一种, 是血凝块形成所必需的一种蛋白, 主要是由肝脏形成, 对该指标进行检测, 可有效反映患者凝血功能。本文研究显示, 治疗后, 两组 PT、FIB 指标均较治疗前有所改善, 但两组指标对比无差异, 由此得出, 氯吡格雷对患者凝血功能不会造成严重影响。同时本文对 CHD 介入术后体内细胞因子变化情况进行分析, 术后炎症因子释放、血栓形成等, 导致血管平滑肌发生转移, 机体中氧自由基形成增多, 进而造成内膜增生, 极易造成再狭窄发生, 而 CK、AST、LDH 均是心肌细胞内含量较高的酶, 可有效评估患者心肌损伤状况; PS 可有效促进机体产生粘附物质, 进而导致内皮损伤加剧, 故可反应血小板活化情况^[10-11]。本文研究得出, 治疗后, 两组 CK、AST、LDH、PS 指标均较治疗前有所下降, 且 A 组较 B 组指标均低, 表明, 通过氯吡格雷治疗, 可有效降低相关炎症因子指标, 保护心肌细胞, 加强抗血小板聚集作用, 进而改善预后, 促进其预后恢复。由此, 进一步证实氯吡格雷预防 CHD 介入术后心血管不良事件的有效性、安全性。

综上所述, 将氯吡格雷应用于 CHD 介入治疗患者中, 可有效避免术后心血管不良事件发生, 促进患者预后恢复, 值得借鉴。但本文因研究样本

少, 研究时间短等, 尚存在一定的不足之处, 故在今后研究中, 临床可进行更多前瞻性或回顾性大样本中心数据研究, 以进一步分析对 CHD 介入治疗患者采取氯吡格雷对预防心血管不良事件的可行性。

参考文献

- [1] 赵冬梅, 赵兴胜, 南景龙. 利伐沙班联合氯吡格雷对房颤合并冠心病行经皮冠脉介入术患者的疗效观察[J]. 中国药师, 2020, 23(8): 1566-1569.
- [2] 黄艳, 万霞, 丁玲新. 冠心病介入治疗患者 CYP2C19 基因多态性与氯吡格雷疗效及预后的相关性探讨[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19(11): 1207-1211.
- [3] 何志凌, 王侠, 谢雯雯, 等. CYP2C19 基因多态性对冠心病经皮冠状动脉介入术后服用氯吡格雷治疗患者血小板聚集率及心脏事件的影响[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(10): 2334-2337.
- [4] 贾玲, 徐予. 冠心病的诊断与治疗[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2002.
- [5] 戴艺, 代世地, 向涛, 等. 冠心病 PCI 术后应用阿司匹林加小剂量替罗非班对其血栓形成的预防效果及心功能的影响研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2021, 20(2): 154-157.
- [6] 陈红梅, 陈友琼, 兰建军, 等. 经桡动脉入路 PCI 联合双联抗血小板对冠心病患者心功能、血管内皮功能、冠状动脉再狭窄的改善作用[J]. 疑难病杂志, 2021, 20(1): 17-21.
- [7] 刘婕, 樊冰, 赵昕, 等. 择期经皮冠状动脉介入术前氯吡格雷抵抗、植入支架的数目及长度与围手术期心肌损伤相关[J]. 复旦学报(医学版), 2021, 48(5): 630-636.
- [8] 辛明明, 范春雨, 李慧仙, 等. 硫酸氢氯吡格雷片结合高压氧对行 TRA-pPCI 冠心病患者的疗效观察[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2021, 28(1): 74-78.
- [9] 史英英. 氯吡格雷与替格瑞洛治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死效果及主要不良心血管事件发生观察[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(13): 2295-2297.
- [10] 王亚辉, 杨滨. 血液透析对行经皮冠状动脉介入治疗的患者合用阿司匹林及氯吡格雷抗血小板聚集的影响[J]. 心血管病学进展, 2021, 42(10): 946-950.
- [11] 赵久平, 孟令东, 程云涛, 等. 比伐芦定联合氯吡格雷对急性冠状动脉综合征 PCI 治疗患者抗血小板聚集的临床疗效[J]. 山东医药, 2020, 60(13): 82-84.