

# 氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心梗的临床效果分析

杨慧琪

蚌埠医科大学，安徽省蚌埠市，233000；

**摘要：**目的：探讨氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心梗的临床效果。方法：选取本院收治的 66 例急性心梗患者作为研究对象，按照编号分组法分为对照组和观察组，分别给予氯吡格雷治疗和氯吡格雷联合阿司匹林治疗，对比两组治疗效果。结果：观察组各项指标优于对照组，组间差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：在对急性心梗患者进行治疗时，联合使用氯吡格雷和阿司匹林的效果更加显著，能够有效提高治疗效果，改善患者睡眠质量，同时，促进心功能恢复，提高患者对治疗工作的满意度。

**关键词：**氯吡格雷；阿司匹林；急性心梗；临床效果

**DOI:**10.69979/3029-2808.24.5.025

## 引言

急性心梗在临床上的另一种表述是急性心肌梗死，主要是指在突发事件（如剧烈运动、情绪波动、过度劳累等）的影响下，冠状动脉出现了急性堵塞现象，导致血流循环异常，进而影响心肌区域供血和供氧，造成心肌组织坏死或功能障碍的疾病。患者突发急性心梗，最主要的表现是疼痛，集中于胸前区，常为压榨性痛，具有持续性，且持续时间大于 30 分钟。部分患者可能伴随着憋闷感，集中于胸骨后方，若是未及时干预和治疗，这种憋闷感也会随着疾病的发展而逐渐蔓延，或向上延伸，或向下延伸<sup>[1-2]</sup>。如果向上延伸，会至左侧肩和背部，甚至涉及头部和口腔部；如果向下延伸，则会至左侧肋骨和上腹部。为缓解患者症状，改善患者心功能，需要采取科学有效的手段进行治疗。目前，临床上治疗急性心梗的首选方法是药物治疗，如抗凝药物、溶栓药物和抗血小板药物等。氯吡格雷是比较常见的抗血小板药物，具有抑制血小板聚集的作用，虽然能够有效缓解患者症状，但在预防复发和并发症发生方面的效果还有所欠缺。阿司匹林同样是抗血小板药物，具有抗炎、镇痛、抗血栓形成等多重作用。联合氯吡格雷能够起到协同作用，既能够增强抗血小板的效果，又能够降低心梗复发风险<sup>[3-4]</sup>。本文主要以吡格雷联合阿司匹林治疗为内容，以 66 例符合标准的患者为对象，通过对比分析法，来进行相关探讨，报告如下，仅供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 66 例急性心梗患者作为研究对象，最低年龄 51 岁，最高年龄 73 岁。将这 66 例患者按照编号分组法分为对照组和观察组，每组各 33 例。患者基础资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），研究时间为 2023 年 1 月 -2024 年 1 月。

纳入标准：①符合急性心梗诊断标准的患者；②愿意并且能够提供完整资料的患者。

排除标准：①正在参与其他临床研究的患者；②中途退出研究的患者。

### 1.2 方法

两组患者均接受常规治疗和护理服务，包括给予血栓溶解药物溶解心脏内的血栓，使心脏血液供应恢复正常，必要时给予手术介入；同时，给予抗凝药物和扩张血管药物预防血栓形成，并改善心脏功能；另外，通过环境管理、饮食指导、运动指导、卫生指导、监测病情等多种方法辅助治疗。在此基础上，对照组仅加用氯吡格雷治疗，观察组则加用氯吡格雷和阿司匹林组合治疗。

#### 1.2.1 对照组采用氯吡格雷治疗

氯吡格雷是固体片剂状药物，规格为 100mg/片。服用方法为口服，服用次数为每日晚饭后半小时内 1 次，服用时，初始量为每日 300mg，即每次 3 片；服用 3 日后，根据患者情况进行调整，若症状缓解，情况好转，则降低使用量，每日 100mg；若症状未发生改变，则需要维持原剂量。

#### 1.2.2 观察组采用氯吡格雷联合阿司匹林治疗

所谓联合，即两种药物同时使用。也就是说，观察组 33 例患者不仅需要服用氯吡格雷，还需在此基础上增加阿司匹林。其中，氯吡格雷的服用时间、服用次数、服用量等与对照组相同。另外，阿司匹林同样为固体片剂状药物，规格为 100mg/片。服用方法为口服，服用次数为每日晚饭后半小时内 1 次，以减少胃部不适。服用时，初始量为每日 100mg，即每次 1 片；而后根据患者的症状情况进行药剂调整，若是症状缓解，情况好转，则降低使用量，每日 50mg；若症状未发生改变，则需要维持原剂量。

### 1.3 评定指标

对比两组患者的治疗效果、睡眠质量、心功能和治疗满意度。治疗效果以临床诊断为标准,显效即患者疼痛症状完全消失,有效即疼痛症状缓解,疼痛频率每日小于等于 2 次,疼痛持续时间不超过 30 分钟,无效即疼痛症状没有任何改变,且疼痛频繁,持续时间超过 30 分钟。睡眠质量采用 PSQI 量表进行评估,包括 7 个条目。每个条目采用 4 级评分法,即分为 A、B、C、D 四个选项,对应“完全符合”、“多数符合”、“少数符合”和“不符合”,分数为“3”分、“2”分、“1”分和“0”分,总分 0—21 分,分数越低,睡眠质量越好。心功能采用 NYHA 分级标准进行评估,共分为 4 级,I 级表示患者的心脏功能正常,日常活动不受限制,IV 级表示患者的心脏功能严重受损,需要卧床休息。治疗满意度采用自制问卷表进行评估,共设置 50 题,每题 A、B、C 三个选项,对应“完全符合”、“一般符合”和“不符合”,分数为“2”分、“1”分和“0”分。总分 0—100 分,90 分以上为非常满意,60—89 分为满意,60 分以下为不满意。

#### 1.4 统计学分析

采用 SPSS22.0 软件进行分析,行 t 和  $\chi^2$  检验,检验水准  $\alpha=0.05$ , $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 观察组和对照组患者的治疗效果情况

详情请见表 1。

| 表 1 两组患者的治疗效果对比[n(%)] |     |     |     |     |            |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|------------|
| 组别                    | 例数  | 显著  | 有效  | 无效  | 满意度(%)     |
|                       | (n) | (n) | (n) | (n) |            |
| 观察组                   | 33  | 15  | 16  | 2   | 31(93.94%) |
| 对照组                   | 33  | 12  | 14  | 7   | 26(78.79%) |
| $\chi^2$ 值            | -   | -   | -   | -   | 14.047     |
| P 值                   | -   | -   | -   | -   | <0.05      |

#### 2.2 观察组和对照组患者在接受治疗前后的睡眠质量情况

详情请见表 2。

| 表 2 两组患者的 PSQI 评分对比 ( $\bar{x}\pm s$ ) |       |                  |                 |
|----------------------------------------|-------|------------------|-----------------|
| 组别                                     | 例数(n) | 治疗干预前            | 治疗干预后           |
| 观察组                                    | 33    | 14.23 $\pm$ 3.17 | 4.85 $\pm$ 0.81 |
| 对照组                                    | 33    | 15.10 $\pm$ 4.03 | 7.57 $\pm$ 1.10 |
| T 值                                    | -     | 1.113            | 13.057          |
| P 值                                    | -     | <0.05            | <0.05           |

#### 2.3 观察组和对照组患者在接受治疗后的心功能情况

详情请见表 3。

表 3 两组患者的 NYHA 对比[n(%)]

| 组别         | 例数(n) | I 级(n)         | II 级(n)        | III 级(n)       | IV 级(%)       |
|------------|-------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| 观察组        | 33    | 16<br>(48.48%) | 13<br>(39.39%) | 3<br>(9.09%)   | 1(3.03%)      |
| 对照组        | 33    | 5<br>(15.15%)  | 9<br>(27.27%)  | 12<br>(36.36%) | 7<br>(21.21%) |
| $\chi^2$ 值 | -     | 8.221          | 7.369          | 11.542         | 7.229         |
| P 值        | -     | <0.05          | <0.05          | <0.05          | <0.05         |

#### 2.4 观察组和对照组患者对治疗工作的满意度情况

详情请见表 4。

表 4 两组患者的治疗满意度对比[n(%)]

| 组别         | 例数(n) | 非常满意(n) | 满意(n) | 不满意(n) | 满意度(%)         |
|------------|-------|---------|-------|--------|----------------|
| 观察组        | 33    | 19      | 13    | 1      | 32<br>(96.97%) |
| 对照组        | 33    | 12      | 12    | 9      | 24<br>(72.73%) |
| $\chi^2$ 值 | -     | -       | -     | -      | 8.339          |
| P 值        | -     | -       | -     | -      | <0.05          |

### 3 讨论

急性心肌梗死(Acute Myocardial Infarction, AMI)是一种由于心肌供血不足导致心肌细胞死亡的严重疾病,其发病率和死亡率仍然较高。抗血小板治疗是急性心梗患者治疗的重要组成部分。其中,氯吡格雷(Clopidogrel)和阿司匹林(Aspirin)的联合应用已成为临床的标准治疗方案。若是人们在日常生活中存在过度劳累现象,或者突遇紧急事件情绪波动较大、长时间抽烟喝酒、运动量过大等,都容易造成心肌缺血和缺氧,引发急性心梗。另外,在突发急性心梗时,需要采取有效措施进行紧急救治,如进行心肺复苏、紧急送医等。若救治不及时,可能造成死亡。相关资料显示,急性心梗患者在 1h 内因救治不及时或者救治不当造成的死亡率约 50%。除此之外,治疗过程中若不注意维持患者生命体征稳定,如血压、心率等,或者处理并发症不当,如心律失常、心力衰竭等,也容易造成患者休克,导致死亡。因此,除紧急救治外,科学合理的治疗也非常重要<sup>[5-6]</sup>。临床上,比较常见的治疗急性心梗的方法是

药物治疗和手术治疗,首选药物治疗,若药物治疗效果不佳或者患者情况危急,则需要进行手术。药物治疗主要是给予抗凝药物、扩张血管药物、溶栓药物和抗血小板药物,以溶解心脏内的血栓,预防血栓再次形成,改善心脏功能。氯吡格雷和阿司匹林均是比较常见的抗血小板药物,前者能够在一定程度是抑制血小板凝集,但抗炎、镇痛作用较小,后者不仅能够有效预防血栓形成,也能够抗炎和镇痛,降低副作用的发生概率。联合两种药物,可以更好地促进患者心血管的血液流通,保障供氧和供血,使患者的心脏功能得以恢复<sup>[7-8]</sup>。本次研究主要探讨的是氯吡格雷联合阿司匹林治疗对急性心梗患者的影响,通过记录和分析研究数据,得出了以下相关结论:

治疗后,观察组 33 例患者共有 15 例疼痛症状完全消失,其余 18 例患者中,疼痛症状有所缓解,疼痛频率每日小于等于 2 次,疼痛持续时间不超过 30 分钟的有 16 例,另外 2 例患者的疼痛症状没有任何改变,且疼痛频繁,持续时间超过 30 分钟,整体治疗有效率为 93.94%;而对照组 33 例患者疼痛症状完全消失的仅有 12 例,其余 21 例中,有 7 例患者的疼痛症状没有任何改变,且疼痛频繁,持续时间超过 30 分钟,整体治疗有效率为 78.79%。由此可见,在常规治疗基础上,加用氯吡格雷和阿司匹林的效果优于单独加用氯吡格雷。

治疗前,观察组和对照组的平均 PSQI 分别为(14.23±3.17)分和(15.10±4.03)分,两组之间差异不明显。但在治疗后,观察组的平均 PSQI 为(4.85±0.81)分,远比对照组的(7.57±1.10)低远比对照组低。这说明在急性心梗患者的治疗中,相较于单独使用氯吡格雷,联合氯吡格雷和阿司匹林能够更好地缓解患者疼痛,提高患者的舒适度,进而减少疾病折磨对患者睡眠质量的影响,使患者能够更好的入睡。

治疗后,观察组共有 16 例患者的心脏功能恢复正常,日常行动、运动等不受到任何限制,另有 13 人的日常行动、运动等受到轻微限制,正常运动量下不会出现不适和过度劳累症状。其余 4 人中,3 人无法过度劳累,也许避免情绪激动,1 人需卧床休息。而对照组日常行为和运动不受限制的仅有 5 例,轻微受限制的仅 9 位,大部分为不适合过度劳累和运动,共 12 人,剩余 7 人均需卧床休息。由此可见,相较于单独使用氯吡格雷,联合氯吡格雷和阿司匹林能够更好地改善急性心梗患者的心脏功能<sup>[9-10]</sup>。

治疗后,观察组共有 19 名患者对护理工作的评分超过 90 分,其余 14 人中,也只有 1 人的评分低于 60 分,整体治疗满意度为 96.97%;而对照组对护理工作的

评分超过 90 分的只有 12 人,其余 21 人中,12 人的评分在 60—89 分之间,9 人的评分低于 60 分,整体治疗满意度为 72.73%。这表明在氯吡格雷治疗基础上加用阿司匹林治疗能够在提高治疗效果,改善患者心脏功能的基础上增强患者对医护人员的信任和满意度。因此,建议积极推广和应用。

综上所述,氯吡格雷与阿司匹林的联合使用为急性心梗患者提供了更为有效的抗血小板治疗,显著降低了再梗死和其他心血管事件的发生。然而,临床医生在使用时需谨慎评估患者出血风险,以制定个体化的治疗方案。未来的研究可以进一步探讨不同剂量及治疗方案对患者预后的影响。

### 参考文献

- [1] 李呈祥, 颜明志, 占显. 阿司匹林联合替格瑞洛与氯吡格雷治疗急性心肌梗死的临床效果分析[J]. 中国社区医师, 2023, 39(27): 53-55.
- [2] 单秀艳. 急性进展性脑梗死患者应用氯吡格雷联合阿司匹林治疗的临床效果分析[J]. 中国现代药物应用 2022, 16(19): 87-90.
- [3] 孙明月. 急性进展性脑梗死患者应用氯吡格雷与阿司匹林联合治疗的临床应用效果分析[J]. 系统医学, 2022, 7(17): 98-101.
- [4] 任燕. 氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心梗的效果观察及不良反应发生率分析[J]. 北方药学, 2021, 18(09): 137-138.
- [5] 马兰. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床效果及不良反应发生情况分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(10): 164-166.
- [6] 焦天锐, 舒娜, 陈慧敏. 氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的临床研究及对患者康复效果分析[J]. 数理医药学杂志, 2021, 34(04): 588-589.
- [7] 朱宏涛. 氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的临床效果及安全性分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(05): 147-149.
- [8] 申志强. 阿司匹林与氯吡格雷联合治疗急性脑梗死的临床效果及对神经功能缺损评分的影响分析[J]. 中国实用医药, 2020, 15(34): 6-8.
- [9] 顾人荣. 氯吡格雷联合阿司匹林肠溶片治疗急性脑梗死的临床效果分析[J]. 名医, 2020, (04): 273-275.
- [10] 王伟. 氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的临床效果分析[J]. 心血管病防治知识(学术版), 2020, 10(09): 3-5.