

氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗短暂性脑缺血发作的临床效果观察

高桂秀

(河南省邓州市中心医院 邓州 474150)

摘要:目的:探讨阿托伐他汀钙联合氯吡格雷在短暂性脑缺血发作中的临床疗效。方法:随机将 2018 年 3 月~2019 年 3 月收治的 82 例短暂性脑缺血发作患者分为对照组和观察组,每组 41 例。对照组给予氯吡格雷治疗,观察组在对照组基础上联合阿托伐他汀钙治疗,比较两组治疗效果。结果:观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);治疗后观察组三酰甘油、总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇水平均低于对照组,高密度脂蛋白胆固醇水平高于对照组($P<0.05$);治疗后观察组神经功能缺损程度评分及颈动脉斑块面积、颈动脉内膜中层厚度低于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗短暂性脑缺血发作,能够有效改善血脂水平,缓解神经功能受损程度,且可显著缓解临床症状。

关键词:短暂性脑缺血发作;阿托伐他汀钙;氯吡格雷;颅内动脉粥样硬化

中图分类号:R743.31

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.17.047

短暂性脑缺血发作(TIA)具有起病骤然、短暂性以及可逆性等特点^[1-2]。大约 30%的 TIA 患者最终会发展成为脑梗死,它是引起脑梗死的独立危险因素。所以积极有效治疗该病对于降低脑梗死发病率及提高预后治疗意义重大。目前,临床主要选择氯吡格雷联合他汀类药物药物治疗 TIA,并取得了较为理想的效果^[3]。本研究旨在探讨阿托伐他汀钙联合氯吡格雷在 TIA 中的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机将 2018 年 3 月~2019 年 3 月收治的 82 例 TIA 患者分为对照组和观察组,每组 41 例。对照组男 24 例,女 17 例;年龄 47~76 岁,平均年龄(59.1 ± 2.4)岁;发病时间 1.6~16.8 h,平均发病时间(7.3 ± 0.6)h。观察组男 23 例,女 18 例;年龄 47~77 岁,平均年龄(59.3 ± 2.3)岁;发病时间 1.7~16.9 h,平均发病时间(7.2 ± 0.5)h。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入组标准 纳入标准:(1)病情稳定者;(2)未发现其他脑部疾病者。排除标准:(1)伴有器质性疾病者;(2)伴有精神疾病以及语言等功能障碍者;(3)伴有免疫功能障碍者。

1.3 治疗方法 两组均行抗血小板、控制血糖水平及补液等常规治疗。对照组行硫酸氢氯吡格雷片(注册证号 H20171238)治疗,75 mg/次,1 次/d。观

察组在对照组基础上口服阿托伐他汀钙片(注册证号 H20140868)治疗,20 mg/次,1 次/d。两组均治疗 8 周。

1.4 观察指标 (1)临床疗效。显效:症状、体征显著改善,且 2 周内未发现复发情况;有效:症状、体征有所缓解;无效:症状无显著改变甚至加重。总有效率=显效率+有效率。(2)美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分。评估患者的意识、感觉、面瘫及上下肢运动等项目,总分 42 分,分数越低表明神经功能受损情况越轻。(3)不良反应情况。统计恶心、头痛以及皮疹等不良反应发生情况。(4)血脂指标。清晨采集 3 ml 静脉血,离心后取上层血清,选择全自动生化分析仪检测三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)及高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平。(5)颈动脉斑块面积、颈动脉内膜中层厚度(IMT)。

1.5 统计学分析 数据处理采用 SPSS18.0 统计软件,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 两组血脂指标比较 治疗后观察组 TG、TC、LDL-C 水平均低于对照组,HDL-C 水平高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组血脂指标比较(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	TG		TC		LDL-C		HDL-C	
		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	41	3.07± 0.52	1.95± 0.23	6.61± 0.86	4.23± 0.40	4.69± 0.75	3.04± 0.13	1.16± 0.27	1.93± 0.51
对照组	41	3.08± 0.51	2.55± 0.27	6.52± 0.88	5.53± 0.46	4.71± 0.76	3.77± 0.25	1.15± 0.29	1.35± 0.42
t		0.260	2.179	0.274	3.056	0.317	3.235	0.373	3.591
P		>0.05	0.01	>0.05	0.01	>0.05	0.01	>0.05	0.01

2.2 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率明

显高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	41	23	16	2	95.12
对照组	41	17	13	11	73.17
χ^2					7.283
P					0.007

2.3 两组 NIHSS 评分比较 治疗前观察组 NIHSS 评分(26.80± 2.50)分与对照组(26.30± 2.30)分比较无显著性差异(P>0.05);治疗后观察组 NIHSS 评分(4.20± 0.40)分低于对照组(11.60± 1.50)分(P<0.05)。

2.4 两组不良反应情况比较 对照组出现恶心 1 例、头痛 2 例,不良反应发生率为 7.32%;观察组出现恶心 1 例、皮疹 1 例,不良反应发生率为 4.88%,组间比较无显著性差异(P>0.05)。

2.5 两组颈动脉斑块面积、IMT 比较 治疗前,观察组颈动脉斑块面积、IMT 分别为 (23.40± 1.80) mm²、(1.70± 0.20) mm,对照组为 (23.20± 1.70) mm²、(1.60± 0.20) mm,组间比较无显著性差异(P>0.05)。治疗后,观察组颈动脉斑块面积、IMT 分别为 (11.60± 1.10) mm²、(0.90± 0.10) mm,对照组为 (19.30± 1.40) mm²、(1.40± 0.20) mm,观察组均低于对照组(P<0.05)。

3 讨论

TIA 是近年来临床中多见的恶性脑血管疾病,主要是因颈椎基底动脉出现供血障碍所致,如果治疗不及时,则会有发展成为脑梗死的风险^[4-5],而脑梗死具有致死致残率高、预后差等特点,从而给患者家庭、社会带来较大的负担。所以,及时采取有效措施控制病情恶化,对于提高患者疾病治愈率意义重大^[6]。

氯吡格雷为血小板聚集拮抗剂,不仅可以抑制二磷酸腺苷与血小板受体亲和力,同时还能够降低糖蛋白复合物的活化程度,且起效快、生物利用度高,所以临床应用较为广泛^[7]。氯吡格雷能够有效抑制动脉粥样硬化的产生,但单独用药效果欠佳,往往无法彻底避免血小板集聚,患者仍有出现脑卒中及脑梗死等疾病的风险^[8-9]。所以联合用药成为人们研究的方向。阿托伐他汀钙属于还原酶拮抗剂,具有良好降脂功效,同时对于治疗动脉粥样硬化,保持斑块稳定等亦有较好效果。目前,人们已经将阿托伐他汀钙作为防治缺血性脑卒中的推荐药物。本研究

结果显示,观察组治疗总有效率明显高于对照组(P<0.05);治疗后观察组 NIHSS 评分及颈动脉斑块面积、IMT 均低于对照组(P<0.05);两组不良反应发生率比较无显著性差异(P>0.05)。表明氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗 TIA 效果理想,利于改善神经功能受损程度,显著缓解临床症状。

LDL-C 水平上升会引起血管平滑肌细胞增生,而 TC 及 TG 水平上升则会引起血管内皮受损,是引起 TIA 的病理基础,所以积极控制血脂水平稳定对于抑制病情的发展意义重大。研究结果显示,治疗后观察组 TG、TC、LDL-C 水平均低于对照组,HDL-C 水平高于对照组(P<0.05)。说明氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗 TIA 可有效改善血脂水平。这是由于阿托伐他汀钙能够抑制内源性胆固醇分泌限速酶还原酶,进而改善血脂水平,有利于缓解脑缺血情况^[10]。需注意的是,制定科学、合理的治疗方案前,临床医师应仔细评估患者的体能状态、禁忌证等方面,对评估结果较好的患者可给予联合用药方案进行治疗,从而促进患者早日康复。综上所述,氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗短暂性脑缺血发作的效果理想,但本研究样本量较少,且缺乏远期疗效数据,今后将扩大样本量,延长随访时间,为氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗 TIA 提供临床数据支持。

参考文献

[1]周建波,周璐芬,杨小华.巴曲酶联合右旋糖苷 40 对短暂性脑缺血发作的疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2020,23(12):1055-1058.
[2]王海霞,张丽娜,梁红日,等.短暂性脑缺血发作后脑梗死发生影响因素及血栓调节蛋白对其预测价值研究[J].实用心脑血管病杂志,2020,28(6):52-56.
[3]金旭东,武霞,李耀扬.阿托伐他汀联合氯吡格雷治疗短暂性脑缺血发作的临床研究[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2020,8(9):78.
[4]范勇兵,周明慧.氯吡格雷联合阿托伐他汀对短暂性脑缺血发作患者血脂水平及凝血功能的影响[J].医疗装备,2020,33(5):110-111.
[5]朱琴.氯吡格雷联合阿托伐他汀钙对短暂性脑缺血发作患者血小板功能的影响[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2019,7(34):28.
[6]李险峰.阿托伐他汀钙联合氯吡格雷治疗短暂性脑缺血发作疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(3):41-42.
[7]郭莉.大剂量氯吡格雷与阿司匹林在治疗短暂性脑缺血发作老年患者中的疗效分析[J].中国医药指南,2017,15(16):96.
[8]陈少强.氯吡格雷联合阿托伐他汀对短暂性脑缺血发作患者 vWF、MMP-9 的影响[J].当代医学,2019,25(33):24-26.
[9]尹林玉.氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗老年短暂性脑缺血发作的效果观察[J].河南医学研究,2018,27(5):838-839.
[10]史冬,杜志顺.氯吡格雷联合阿司匹林治疗老年短暂性脑缺血发作的临床观察[J].中国药房,2016,27(27):3783-3785.

(收稿日期: 2021-06-27)