

〔文章编号〕 1007-0893(2021)02-0083-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.02.040

# 氯吡格雷治疗冠心病的临床疗效观察

易 华<sup>1</sup> 杨 平<sup>2\*</sup> 彭 红<sup>3</sup>

(1. 黄河科技学院附属医院, 河南 郑州 450000; 2. 河南 (郑州) 中汇心血管病医院, 河南 郑州 450000; 3. 黄河科技学院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 目的: 观察氯吡格雷治疗冠心病的临床疗效。方法: 选取黄河科技学院附属医院 2019 年 6 月至 2020 年 6 月收治的 126 例冠心病患者为研究对象, 按照是否应用氯吡格雷治疗分为对照组 (63 例, 未应用氯吡格雷治疗) 与观察组 (63 例, 应用氯吡格雷治疗), 比较两组患者治疗效果。结果: 观察组患者持续用药治疗 3 个月凝血酶时间 (TT)、凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT) 等凝血指标均高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者持续给药 3 个月后左室射血分数 (LVEF)、心输出量 (CO)、A 峰与 E 峰的比值 (E/A) 等超声心动图相关指标均高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组持续用药 6 个月后总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 冠心病患者应用氯吡格雷治疗可显著提升治疗效果。

〔关键词〕 冠心病; 氯吡格雷; 凝血

〔中图分类号〕 R 541.4 〔文献标识码〕 B

冠心病以冠状动脉血管壁粥样硬化斑块形成成为典型病理改变, 该病的发生与血脂代谢异常、遗传因素、环境等诸多因素有关, 目前该病临床治疗包括药物治疗、介入治疗以及手术治疗, 其中抗血小板聚集在冠心病临床治疗中均占据重要的地位, 阿司匹林以及氯吡格雷均属于抗血小板药物<sup>[1]</sup>。本研究比较 126 例未应用氯吡格雷治疗以及应用氯吡格雷治疗的冠心病患者治疗前后凝血指标、超声心动图相关指标以及持续用药 6 个月后总有效率, 具体情况如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取黄河科技学院附属医院 2019 年 6 月至 2020 年 6 月收治的 126 例冠心病患者为研究对象, 按照是否应用氯吡格雷治疗分为对照组与观察组, 观察组应用氯吡格雷治疗 ( $n = 63$ ): 男、女分别 33 例、30 例, 年龄 54~82 岁、平均 ( $73.12 \pm 1.42$ ) 岁, 病程 2~8 年, 平均病程 ( $4.11 \pm 0.11$ ) 年。对照组未应用氯吡格雷治疗 ( $n = 63$ ): 男、女分别 32 例、31 例, 年龄 56~81 岁、平均 ( $73.08 \pm 1.41$ ) 岁, 病程 2~8 年, 平均病程 ( $4.09 \pm 0.08$ ) 年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 参考我国中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组, 中华医学会心血管病学分会动脉粥样硬化与冠心病学组等制定的稳定性冠心病诊断与治疗指南

相关内容<sup>[2]</sup>, 结合患者病史以及临床症状均确诊患者为稳定性心绞痛。(2) 患者均神志、精神状态良好, 知情同意本研究。

### 1.2.2 排除标准 (1) 排除伴凝血功能障碍性疾病患者。

(2) 排除对本研究用药过敏或在本研究开展前 4 周服用过其他治疗性药物患者。(3) 排除伴脑、肝、肾等脏器功能异常患者。

## 1.3 方法

1.3.1 对照组 给予阿司匹林肠溶片 (拜耳医药保健有限公司, 国药准字 J20130078)、阿托伐他汀钙片 (辉瑞制药有限公司, 国药准字 H20051407)、单硝酸异山梨酯缓释片 (鲁南贝特制药有限公司, 国药准字 H19991039) 等常规药物治疗, 其中阿司匹林每日给药 1 次, 每次口服 100 mg。阿托伐他汀钙片每日给药 1 次, 每次口服 20 mg。单硝酸异山梨酯缓释片每日清晨口服给药 1 次, 每次口服 40 mg。

1.3.2 观察组 在对照组给药基础上联合氯吡格雷 (赛诺菲 (杭州) 制药有限公司, 国药准字 J20130083) 治疗, 氯吡格雷每日给药 1 次, 每次口服 75 mg。

两组患者均持续治疗 6 个月。

### 1.4 观察指标

(1) 比较两组患者给药前、持续用药治疗 3 个月后凝血酶时间 (thrombin time, TT)、凝血酶原时间 (prothrombin time, PT)、活化部分凝血活酶时间 (activated partial

〔收稿日期〕 2020 - 11 - 03

〔作者简介〕 易华, 女, 主治医师, 主要研究方向是老年病方面。

〔\* 通信作者〕 杨平 (E-mail: wangyunqlo6036@163.com; Tel: 15690881552)

thromboplastin time, APTT) 等凝血指标以及左室射血分数 (left ventricular ejection fractions, LVEF)、心输出量 (cardiac output, CO)、A 峰与 E 峰的比值 (ratio of peak A to peak E, E/A) 等超声心动图相关指标变化情况。(2) 比较两组患者持续用药 6 个月后总有效率, 若患者缺血性 ST 段恢复正常或改变超过 0.1 mA, 心绞痛发作次数明显减少, 则判定为临床治疗显效。若患者缺血性 ST 段改变范围在 0.05 ~ 0.1 mA, 心绞痛发作次数减少, 则判定为临床治疗有效。若患者缺血性 ST 段无明显改变且心绞痛发作次数未减少, 则判定为临床治疗无效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者凝血指标变化情况比较

观察组患者治疗 3 个月后 TT、PT、APTT 水平均高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者凝血指标变化情况比较 (*n* = 63,  $\bar{x} \pm s$ , *s*)

组别	时间	TT	PT	APTT
对照组	入院时	18.19 ± 1.13	12.29 ± 1.24	30.49 ± 1.41
	3 个月后	21.53 ± 1.25	16.76 ± 1.48	52.14 ± 1.44
观察组	入院时	18.16 ± 1.12	12.25 ± 1.25	30.47 ± 1.42
	3 个月后	25.53 ± 1.23 <sup>a</sup>	20.16 ± 1.46 <sup>a</sup>	55.45 ± 1.42 <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup>*P* < 0.05

注: TT — 凝血酶时间; PT — 凝血酶原时间; APTT — 活化部分凝血活酶时间

2.2 两组患者超声心动图相关指标变化情况比较

观察组患者治疗 3 个月后 LVEF、CO、E/A 均高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者超声心动图相关指标变化情况比较

(*n* = 63,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	LVEF/%	CO/L · min <sup>-1</sup>	E/A
对照组	入院时	42.49 ± 2.13	3.04 ± 0.11	0.62 ± 0.03
	3 个月后	52.72 ± 2.54	3.86 ± 0.13	0.75 ± 0.04
观察组	入院时	42.51 ± 2.12	3.05 ± 0.12	0.58 ± 0.04
	3 个月后	68.43 ± 2.58 <sup>b</sup>	5.56 ± 0.11 <sup>b</sup>	0.91 ± 0.05 <sup>b</sup>

与对照组比较, <sup>b</sup>*P* < 0.05

注: LVEF — 左室射血分数; CO — 心输出量; E/A — A 峰与 E 峰的比值

2.3 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗总有效率比较 (*n* = 63, *n*(%))

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	31(49.21)	25(39.68)	7(11.11)	88.89
观察组	34(53.97)	28(44.44)	1(1.59)	98.41 <sup>c</sup>

与对照组比较, <sup>c</sup>*P* < 0.05

3 讨论

冠心病患者动脉粥样硬化样斑块其主要成分为脂质, 机体血脂超过机体正常代谢承受范围, 过多的血脂在增加血液黏稠度的同时可沉积在冠状动脉血管内壁, 脂质成分逐渐积累继而使冠状动脉管腔变狭窄, 冠心病血液流动速度减缓、心肌细胞血液灌注减少, 心肌细胞发生缺氧性坏死或缺血性坏死, 从而致使冠心病患者出现胸闷、心悸等症状<sup>[3-4]</sup>。冠心病临床治疗包括药物保守治疗、介入治疗以及手术治疗, 其中介入治疗与手术治疗相比, 介入治疗属于微创术式, 但是仍对患者和机体可造成一定的损伤, 此外, 介入治疗手术实施过程中可破坏冠状动脉血管的完整性, 暴露患者血管内容物, 因此, 冠心病介入术后患者需长期服用抗凝药物, 以防止心肌再次梗死风险, 提升患者术后康复治疗效果。阿托伐他汀为临床常用降脂药物, 阿司匹林、氯吡格雷均属于抗凝药物<sup>[5]</sup>。阿司匹林给药后可抑制前列腺素环氧酶活性, 从而达到抗血小板, 稳定冠脉斑块, 提升心肌血液灌注量, 提升心肌功能的目的, 但是近些年临床研究显示阿司匹林长期给药可引起胃出现、便血等消化道系统不良反应<sup>[6-7]</sup>。氯吡格雷可与肝脏内与细胞色素进行有效结合从而生成活性代谢物质, 该类活性代谢物质可与血小板受体进行结合, 从而提升抗凝效果, 改善患者心肌功能。本研究显示, 观察组患者治疗 3 个月后 TT、PT、APTT 等凝血指标以及 LVEF、CO、E/A 等超声心动图相关指标均高于对照组, 且观察组患者持续给药 6 个月后总有效率高于对照组, 差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)。综上所述, 对冠心病患者应用氯吡格雷治疗有较好的临床效果。

[参考文献]

- (1) 朱晓阳, 连亦田. 氯吡格雷治疗冠心病的效果分析 (J). 当代医药论丛, 2018, 16(11): 139-140.
- (2) 王斌, 李毅, 韩雅玲. 稳定性冠心病诊断与治疗指南 (J). 中华心血管病杂志, 2018, 46(9): 680-694.
- (3) 王德尚. 氯吡格雷治疗冠心病临床效果观察 (J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(30): 53, 56.
- (4) 许建涛. 普拉格雷与氯吡格雷对冠心病的治疗效果比较 (J). 中国现代药物应用, 2015, 9(15): 150-151.
- (5) 夏银稳. 氯吡格雷治疗冠心病患者的临床疗效 (J). 中国社区医师, 2017, 33(4): 19, 21.
- (6) 张春丹. 阿司匹林与氯吡格雷治疗冠心病疗效对比 (J). 中国现代药物应用, 2016, 10(21): 80-81.
- (7) 常晓明. 氯吡格雷应用于冠心病治疗的临床评价 (J). 全科口腔医学杂志, 2019, 6(20): 166, 171.