

〔文章编号〕 1007-0893(2023)10-0083-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.10.026

# 阿托伐他汀与氯吡格雷联合治疗脑梗死的临床效果

王颖颖 王舒阳 王雅利

(郑州大学第五附属医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 目的: 探究阿托伐他汀与氯吡格雷联合治疗脑梗死的临床效果。方法: 选择 2020 年 2 月至 2023 年 2 月郑州大学第五附属医院收治的 100 例脑梗死患者, 依据随机数字表法的方式分为观察组和对照组, 各 50 例。观察组采用阿托伐他汀与氯吡格雷联合治疗, 对照组采用氯吡格雷治疗。比较分析两组患者神经功能缺损程度评分、生活质量评分、临床疗效、不良反应发生情况。结果: 两组患者治疗前神经功能缺损评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组患者美国国立卫生研究院脑卒中量表 (NIHSS) 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 观察组患者社会、环境、躯体、心理评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者临床疗效优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者不良反应发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 针对脑梗死患者, 通过采用阿托伐他汀与氯吡格雷联合治疗, 将明显改善神经功能缺损程度, 降低不良反应发生, 提升治疗效果, 提升生活质量。

〔关键词〕 脑梗死; 阿托伐他汀; 氯吡格雷

〔中图分类号〕 R 743 〔文献标识码〕 B

脑梗死属于缺血性脑损伤, 是常见于临床上的严重脑血管疾病, 致死, 致残率较高, 临床以患者的感觉、肢体运动、语言、视觉异常等神经功能缺损表现为主, 不及时治疗将严重降低患者生活质量, 造成遗留偏瘫等后遗症, 增加家庭和社会的经济负担<sup>[1]</sup>。一旦发生脑梗死后应注意尽早治疗, 早期预防脑水肿、改善脑循环和其他并发症非常关键。当前临床上多选择抗血栓、脑保护、溶栓、扩血管等方式治疗脑梗死急性期患者, 但是无法取得理想的疗效。氯吡格雷主要通过抑制血栓形成、血小板聚集等, 改善患者的血液黏度, 是常见于临床上的抗血小板药物<sup>[2]</sup>; 阿托伐他汀能够促进低密度脂蛋白合成, 抑制肝内胆固醇合成, 其作为常用的他汀类调血脂药物, 可产生不错的保护血管内皮、抗炎的效果, 降低低密度脂蛋白和总胆固醇的水平<sup>[3]</sup>。基于此, 本研究观察比较阿托伐他汀与氯吡格雷联合治疗脑梗死患者的疗效, 具体报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2020 年 2 月至 2023 年 2 月郑州大学第五附属医院收治的 100 例脑梗死患者, 依据随机数字表法的方式分为观察组和对照组, 各 50 例。对照组患者男性 27 例, 女性 23 例; 年龄 52 ~ 76 岁, 平均 (60.38 ± 2.02) 岁。

观察组患者男性 28 例, 女性 22 例; 年龄 51 ~ 75 岁, 平均 (60.44 ± 2.06) 岁。两组脑梗死患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合《大面积脑梗死外科治疗指南》中关于脑梗死诊断标准<sup>[4]</sup>; (2) 睡眠或静止状态下发病; (3) 通过脑动脉粥样硬化或动脉炎等引起; (4) 具备颅内前后循环供血系统症状及体征; (5) 无其他疾病对本研究干扰; (6) 不伴随药物过敏史; (7) 入组前 4 周内不存在创伤史或手术史; (8) 临床资料完整; (9) 患者及家属知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 凝血功能障碍、血小板减少症; (2) 合并感染、肿瘤; (3) 伴随自身免疫性疾病; (4) 存在有精神异常; (5) 合并颅内出血或其他出血性疾病; (6) 妊娠期或哺乳期妇女; (7) 具有精神症状; (8) 入组前近期内接受过抗纤溶药物治疗; (9) 因各种原因无法配合治疗; (10) 临床资料不全者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 在入院后对患者实施每日 1 次, 每次 75 mg 的氯吡格雷 (杭州赛诺菲制药有限公司, 国药准字 J20130083), 口服治疗, 连续治疗 3 个月。

1.3.2 观察组 基于对照组基础上, 对患者实施每日 1 次, 每次 30 mg 的阿托伐他汀 (辉瑞制药有限公司,

〔收稿日期〕 2023 - 03 - 12

〔作者简介〕 王颖颖, 女, 主治医师, 主要研究方向是脑血管病和神经免疫病。

国药准字 H20051408)，口服治疗，连续治疗 3 个月。

#### 1.4 观察指标

比较分析两组患者神经功能缺损程度评分、生活质量评分、临床疗效、不良反应等。

1.4.1 神经功能缺损程度评分 采用美国国立卫生研究院脑卒中量表 (National Institutes of Health stroke scale, NIHSS) 评分, 评分范围为 0 ~ 42 分, 当患者的神经受损越严重则分数越高。分级: 重度 21 ~ 42 分; 中重度 5 ~ 20 分; 中度 4 ~ 19 分; 轻度 1 ~ 3 分; 正常或近乎正常用 0 分表示<sup>[5]</sup>。

1.4.2 生活质量评分 采用世界卫生组织生活质量测定简表(the World Health Organization quality of life—brief version, WHOQOL—BREF) 评定生活质量, 包含 4 个领域的评分, 分别是社会、躯体、环境、心理, 评分范围为 0 ~ 30 分。当患者生活质量越好, 则得出的分数越高<sup>[6]</sup>。

1.4.3 临床疗效 无效: 患者头晕头痛症状依然存在, 处于昏睡中, 难以实施有效语言沟通, 肢体麻木情况加重或未改善; 有效: 患者的头晕头痛症状有所好转, 精神意识稍微好转, 语言表达不太流利, 肢体麻木情况减轻; 显效: 患者的头晕头痛症状明显好转, 精神意识完全清醒, 语言表达清楚, 肢体可以自由活动<sup>[7]</sup>。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。

1.4.4 不良反应 观察两组患者治疗期间发生皮疹乏力、腹痛、恶心的情况<sup>[8]</sup>。

#### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 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 两组患者治疗前后 NIHSS 评分比较

两组患者治疗前神经功能缺损评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组患者 NIHSS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 NIHSS 评分比较 ( $n = 50, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	治疗前	治疗后
对照组	19.23 ± 5.25	12.12 ± 4.92
观察组	19.17 ± 5.14	7.12 ± 2.85 <sup>a</sup>

注: NIHSS—美国国立卫生研究院脑卒中量表。  
与对照组治疗后比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者生活质量比较

治疗后, 观察组患者社会、环境、躯体、心理评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者生活质量比较 ( $n = 50, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	社会	躯体	环境	心理
对照组	18.20 ± 4.26	17.25 ± 4.11	17.28 ± 4.14	17.26 ± 4.91
观察组	27.55 ± 5.18 <sup>b</sup>	25.36 ± 5.41 <sup>b</sup>	24.67 ± 5.43 <sup>b</sup>	24.50 ± 5.47 <sup>b</sup>

注: 与对照组比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者临床疗效比较

观察组患者临床治疗总有效率为 96.00 %, 高于对照组的 76.00 %, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者临床疗效比较 ( $n = 50, n(\%)$ )

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	12(24.00)	26(52.00)	12(24.00)	38(76.00)
观察组	23(46.00)	25(50.00)	2(4.00)	48(96.00) <sup>c</sup>

注: 与对照组比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者不良反应发生率为 2.00 %, 低于对照组的 18.00 %, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 ( $n = 50, n(\%)$ )

组别	皮疹乏力	腹痛	恶心	总发生
对照组	3(6.00)	3(6.00)	3(6.00)	9(18.00)
观察组	0(0.00)	0(0.00)	1(2.00)	1(2.00) <sup>d</sup>

注: 与对照组比较, <sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

脑梗死主要指因为患者脑部缺血、缺氧, 以及血液供应障碍所造成的局限性脑组织缺血性软化或坏死, 常见临床类型包含腔隙性脑梗死、脑栓塞、脑血栓形成<sup>[9]</sup>。在脑卒中患者中, 脑梗死所占比例大概为 80.00 %, 和其相关联的疾病主要包含风湿性心脏病、心律失常、糖尿病、肥胖、高血压、各种原因引起的脱水、血压下降过快过大等<sup>[10]</sup>。脑梗死的发生会对患者及其家庭等带来沉重负担和极大的痛苦, 还会威胁到患者的健康和生命。脑梗死起病前多无前驱症状, 好发于 45 ~ 70 岁人群, 一般会在发病数分钟、数小时内, 以完全性卒中为主要表现, 患者局灶性神经系统体征达高峰, 多意识清醒或轻度意识障碍<sup>[11]</sup>。脑梗死患者脑组织能量代谢较慢, 脑部血流量较低, 容易引起蛋白合成受阻情况, 造成语言功能障碍、智力低下、昏厥、偏瘫等的症状, 促使神经功能受损, 须予以及时治疗, 避免危及患者生命安全<sup>[12]</sup>。对于脑梗死患者来说, 越早治疗越能获益, 且其治疗关键是早期治疗, 溶栓在其中发挥的作用非常关键, 溶栓治疗以后还需要注意控制好患者的血压, 但在数小时后, 此类患者升高的血压能够自发下降。

本研究结果显示, 两组患者治疗前神经功能缺损评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组患者 NIHSS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义

( $P < 0.05$ )。阿托伐他汀能够降低纤维蛋白含量和羧甲基戊二酸单酰辅酶 A 活性, 遏制神经功能受损, 保护神经细胞<sup>[13]</sup>。提示对脑梗死患者实施联合用药的方式, 可明显改善患者的神经功能缺损程度, 发挥阿托伐他汀、氯吡格雷两种药物的协同作用, 使患者神经功能缺损症状改善较佳。

本研究结果显示, 治疗后, 观察组患者社会、环境、躯体、心理评分均高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。阿托伐他汀是一种脂溶性兼水溶性他汀类药物, 在临床上主要用于血脂调节, 同其他的脂溶性他汀类药物实施对比, 显示出其穿透细胞膜脂质层作用不强, 但能够抑制肝脏胆固醇合成, 通过肝细胞表面转运载体选择性进入肝细胞, 不易影响大脑、性腺、肾上腺、心脏等胆固醇合成, 所以其可产生动脉粥样硬化抵抗作用, 降低血脂, 遏制动脉粥样硬化进展, 稳定斑块, 使机体高密度脂蛋白水平提高, 改善患者的血管内皮功能, 降低其并发症发生可能<sup>[14]</sup>。提示通过予以患者阿托伐他汀、氯吡格雷两种药物的联合干预, 促进患者疾病更快的好转, 提升生活质量, 使患者生活质量评分提升且症状改善。

本研究结果显示, 观察组患者临床治疗总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者不良反应发生率低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。脑梗死多伴随动脉梗阻处出血, 通过阿托伐他汀和氯吡格雷联合治疗, 可加快病变区血液循环, 进一步稳定斑块, 强化抗血小板聚集的效果, 有效恢复患者脑神经功能。此外, 阿托伐他汀还能够保障血管内皮功能稳定, 具有抗炎功效, 遏制斑块发展<sup>[15]</sup>。有研究证实, 阿托伐他汀能够减轻患者的炎症反应, 调节同型半胱氨酸、脂蛋白水平, 具有较高安全性。

综上所述, 阿托伐他汀联合氯吡格雷治疗脑梗死患者, 可改善神经功能缺损程度评分, 提升生活质量, 控制病症, 同时可以降低不良反应的发生, 提升治疗效果。

#### 〔参考文献〕

(1) 江景珠, 彭小英, 祝晓珍. 阿托伐他汀联合氯吡格雷治疗

老年急性脑梗死的临床疗效观察 (J). 北方药学, 2022, 19(9): 154-156, 160.

- (2) 陈瑞. 氯吡格雷联合阿托伐他汀治疗脑梗死的临床效果研究 (J). 黑龙江科学, 2022, 13(4): 96-97.
- (3) 况丽娟, 胡文慧, 马瑞浚. 阿托伐他汀与氯吡格雷联合治疗脑梗死的疗效探讨 (J). 基层医学论坛, 2022, 26(1): 10-12, 19.
- (4) 中华医学会神经外科学分会, 国家卫健委脑卒中筛查与防治工程委员会, 海峡两岸医药卫生交流协会神经外科分会缺血性脑血管病学组. 大面积脑梗死外科治疗指南 (J). 中华医学杂志, 2021, 101(45): 3700-3711.
- (5) 孔莹. 观察氯吡格雷联合阿托伐他汀治疗脑梗死患者的效果及对机体炎症反应、凝血功能影响 (J). 中国社区医师, 2021, 37(15): 26-27.
- (6) 马兰. 氯吡格雷联合阿托伐他汀治疗脑梗死的临床效果 (J). 中国现代药物应用, 2021, 15(8): 133-134.
- (7) 李明浩. 氯吡格雷联合阿托伐他汀对急性脑梗死患者炎症因子水平及神经功能的影响 (J). 黑龙江医学, 2020, 44(11): 1563-1565.
- (8) 于莎莎. 阿托伐他汀与氯吡格雷联合治疗脑梗死的效果探究 (J). 山西医药杂志, 2021, 50(4): 607-609.
- (9) 董艳华, 崔秀珍. 阿托伐他汀与氯吡格雷联合应用于脑梗死治疗中的价值 (J). 中国医药指南, 2020, 18(28): 91-92.
- (10) 程开宁, 朱梅. 阿托伐他汀钙联合氯吡格雷在急性脑梗死患者中的应用效果 (J). 中国当代医药, 2020, 27(15): 173-175.
- (11) 汤晓莉. 氯吡格雷联合阿托伐他汀治疗脑梗死效果和不良反应分析 (J). 药品评价, 2020, 17(10): 51-52.
- (12) 李大立, 王献忠, 卜祥宇, 等. 氯吡格雷联合阿托伐他汀对脑梗死患者神经功能及血液流变学的影响 (J). 临床研究, 2020, 28(4): 103-104.
- (13) 陈丹, 孙小玲. 氯吡格雷联合阿托伐他汀治疗脑梗死的效果及对 NIHSS 评分、凝血功能和 hs-CRP 的影响 (J). 中外医学研究, 2020, 18(10): 25-27.
- (14) 刘博. 阿托伐他汀与氯吡格雷联合应用于脑梗死治疗中的临床效果分析 (J). 中国现代药物应用, 2020, 14(5): 105-107.
- (15) 郭艳红. 氯吡格雷联合阿托伐他汀治疗脑梗死的效果及对患者 NIHSS 评分影响观察 (J). 中国实用医药, 2020, 15(3): 107-109.