

氯吡格雷 + 氟伐他汀 治疗脑梗塞的应用效果及 C 反应蛋白水平影响分析

袁斌斌

南通大学附属医院如皋分院如皋博爱医院 江苏 南通 226500

【摘要】目的：此次研究主要探讨氯吡格雷联合氟伐他汀治疗脑梗塞临床效果与分析对 C 反应蛋白水平影响。**方法：**随机选取 2019 年 1 月—2021 年 1 月我院收治的 90 例脑梗塞患者当作研究对象，利用数字表法将患者分成对照组和研究组，对照组单独应用氯吡格雷治疗，研究组采用氯吡格雷联合氟伐他汀方案治疗，观察对比两组治疗效果。**结果：**治疗前两组患者血脂水平、C 反应蛋白(CRP)、神经功能缺损评分(NIHSS)与生活能力评分(ADL)等指标无差异性， $P > 0.05$ 。经治疗后，研究组总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平均低于对照组，HDL 水平高于对照组， $P < 0.05$ ；CRP 水平低于对照组，NIHSS 评分比对照组低，治疗有效率与 ADL 评分高于对照组， $P < 0.05$ 。**结论：**脑梗塞应用氯吡格雷联合氟伐他汀治疗可取得较好疗效，可减轻机体 C 反应蛋白水平，改善患者神经功能，控制血脂水平。

【关键词】氯吡格雷；氟伐他汀；脑梗塞；C 反应蛋白；临床效果

【中图分类号】R743.3

【文献标识码】A

【文章编号】2096-1685(2021)44-72-02

脑梗塞作为临床常见病，以中老年人作为高发群体，伴随年龄持续增加，身体功能逐渐衰退，身体器官和血管出现变化，同时，在日常生活不良习惯与生活饮食作息等影响，导致脑梗塞发生率持续增高^[1]。一旦突发脑梗塞，患者病情程度较重，具有较高致残率与病死率，发病早期，主要以言语不清、肢体偏瘫等为表现症状，在病情不断发展下，患者会逐渐陷入昏迷，甚至可能死亡，因此必须早期治疗疾病，以控制病情发展，改善患者预后效果。当前临床首选药物治疗，例如氯吡格雷与氟伐他汀，均是常用药物，但是临床实践发现，单独用药在患者病情控制与神经功能改善上难以取得理想效果，对此临床逐渐采用联合用药方案治疗，以增强疗效。基于此，此次就氯吡格雷联合氟伐他汀治疗效果进行分析。

1 资料与方法

1.1 基础资料

2019 年 1 月—2021 年 1 月针对脑梗塞治疗方法开展为期两年的研究，将研究期间我院收治的共 90 例脑梗塞患者当作研究对象，根据数字表法将患者分成对照组和研究组。对照组，45 例，男女患者例数分别是 25 例、20 例，年龄 50~75 岁，平均年龄(64.31 ± 3.11)岁，发病到就诊时间 1~11h，平均就诊时间(12.13 ± 1.25)h。研究组 45 例，男女患者例数分别是 26 例、19 例，年龄 51~74 岁，平均年龄(64.28 ± 3.15)岁，发病到就诊时间 1-10h，平均就诊时间(12.22 ± 1.31)h。上述两组资料利用统计学软件计算发现无差异性($P > 0.05$)。

纳入标准：(1)在临床影像学技术全面检查下确认符合脑梗塞诊断标准^[2]；(2)脑梗塞发作时间到入院时间不超过 12 小时；(3)研究均告知患者及其家属，并且经同意自愿签署同意书；(4)研究开始前在医院伦理委员会审核通过。排除标准：(1)伴有严重脑外伤史；(2)药物过敏与治疗禁忌证；(3)近一个月时

间内存在泌尿系统或者胃肠道出血；(4)体内实质性脏器结构功能障碍；(5)精神疾病与认知功能障碍导致无法配合研究者。

1.2 方法

1.2.1 对对照组单独应用氯吡格雷药物治疗 药物选择武汉武药制药有限公司生产的氯吡格雷(H20123155)，口服方式给药，每次 75mg，一天 1 次，持续治疗 30 天。

1.2.2 对研究组采用氯吡格雷联合氟伐他汀方案治疗 氯吡格雷药物选择与用药方法同对照组，接着选用北京诺华制药有限公司提供的氟伐他汀(H20010517)，口服方式给药，每次 20mg，一天 1 次，均在睡前服用，治疗期间结合患者病情合理调整用药剂量，持续治疗 30 天。

1.3 观察指标

疗效评定：治疗后患者意识恢复正常，肌力改善程度超过 4 级，神经功能缺损评分降低幅度超过 70%，效果评定显效；治疗后患者意识逐渐恢复，肌力改善程度超过 2 级，神经缺损评分降低在 40%~70%，评定有效；未达以上标准为无效；总有效率=(显效+有效)/总例数 × 100%。

检测统计治疗前后患者 C 反应蛋白水平与血脂水平。应用神经功能缺损评分(NIHSS)量表评估患者神经功能改善情况，分数越高代表神经功能损伤越严重。应用生活能力评分量表(ADL)评估患者生活能力改善情况，分数越高代表生活能力越高。

1.4 统计学分析

SPSS 23.0 处理分析， χ^2 检验，并用 $n(\%)$ 表示， $P < 0.05$ ，表示数据有差异。

2 结果

2.1 治疗效果

研究组治疗有效率高于对照组， $P < 0.05$ 。

表 1 对比治疗效果 [$n(\%)$]

组别	n (例)	显效	有效	无效	总有效率
对照组	45	15	20	10	35 (77.77)
研究组	45	20	22	3	42 (4.97)
χ^2 值					4.4056
P 值					0.0358

2.2 神经功能与生活能力改善效果

治疗前评估两组神经功能和生活能力无差异性， $P > 0.05$ ；

治疗后, 两组 NIHSS 评分降低、ADL 评分提高, 相比研究组 NIHSS 评分低于对照组, ADL 评分干预对照组, $P < 0.05$ 。

表 2 对比 NIHSS、ADL 评分 [($\bar{x} \pm s$) , 分]

组别	NIHSS 评分		ADL 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=45)	11.53 ± 3.15	8.55 ± 1.94	45.37 ± 4.58	53.69 ± 6.47
研究组 (n=45)	11.64 ± 3.21	6.47 ± 1.28	45.62 ± 4.71	57.58 ± 6.11
t 值	0.1641	6.0033	0.2553	2.9323
P 值	0.8700	0.0000	0.7991	0.0043

2.2 血脂水平

治疗前后血脂水平改善效果见表 3。

表 3 对比血脂水平 [($\bar{x} \pm s$) , mmol/l]

时间	组别	TC	TG	LDL-C	HDL-C
治疗前	对照组	5.71 ± 1.09	2.01 ± 0.75	3.54 ± 1.21	0.99 ± 0.51
	研究组	5.68 ± 1.23	2.03 ± 0.69	3.49 ± 1.17	1.01 ± 0.48
	t 值	0.1225	0.1316	0.1993	0.1916
	P 值	0.9028	0.8956	0.8425	0.8485
治疗后	对照组	5.06 ± 0.87	1.85 ± 0.68	3.16 ± 0.94	1.12 ± 0.35
	研究组	4.23 ± 0.75	1.51 ± 0.54	1.75 ± 0.73	1.53 ± 0.47
	t 值	4.8473	2.6266	7.9473	4.6934
	P 值	0.0000	0.0102	0.0000	0.0000

2.4 C 反应蛋白水平

组治疗后对比, 研究组 CRP 水平低于对照组, $P < 0.05$, 见表 4。

治疗后和治疗前对比, 两组 CRP 水平均降低, $P < 0.05$; 两

表 4 对比两组 CRP 水平 [($\bar{x} \pm s$)]

组别	n (例)	治疗前	治疗后	t	P
对照组	45	5.11 ± 1.22	3.31 ± 0.37	9.4714	0.0000
研究组	45	5.09 ± 1.18	2.24 ± 0.25	15.8502	0.0000
t 值		0.0790	16.0741		
P 值		0.9372	0.0000		

3 讨论

脑梗塞主要因脑组织血供出现异常引发缺血缺氧后, 致使脑组织发生局限性缺血性坏死, 和血管壁病变、血流动力学变化与血液成分改变有着一定关系, 流行病学资料统计发现^[2], 脑梗塞还和高血压、高脂血症、脑卒中病史等因素有关, 疾病发生年龄段主要在 50~60 岁, 男性高发于女性, 当发生脑梗塞后, 患者发病前会表现出头晕乏力与肢体麻木等症状, 发病较为缓慢, 可能在安静状态或者睡眠过程中发病, 随着病情不断发展, 会逐渐损伤患者神经功能, 导致肢体和感觉障碍, 降低生活质量, 危害极大, 必须尽快治疗。

当前临床首选药物治疗, 氯吡格雷作为常用治疗药物, 可以发挥出较强选择性抑制作用, 能够改善血小板聚集, 抑制血栓形成, 维持机体血液流畅, 当患者服用药物后, 可以给予激动剂有效阻断, 逐渐释放 ADP, 调节血小板聚集, 同时还可以影响纤维蛋白原与蛋白受体结合, 有效抑制血小板聚集, 从而阻断血小板活化, 最终改善患者脑梗塞症状^[3]。氟伐他汀作为羟甲基戊二酰还原酶抑制剂, 可以抑制胆固醇产生, 由于血脂水平变化会给动脉粥样硬化造成影响, 所以通过给予患者氟伐他汀治疗, 可以有效调节机体血脂水平, 调节机体循环状况, 改善机体微循环。另外, 氟伐他汀可以经过肝脏有效转化与分解, 给予内源胆固醇合成有效抑制, 以调节肝细胞胆固醇水平, 控制低密度脂蛋白受体合成, 最终改善机体血脂水平。

此次研究结果中, 治疗前两组患者血脂水平、神经功能、生活能力与 C 反应蛋白水平等指标均不存在显著差异, $P > 0.05$; 经治疗后, 两组患者血脂水平、神经功能、生活能力与 C 反应蛋白指标均得到改善, 且研究组改善效果高于对照组, 药物治疗有效率高于对照组, $P < 0.05$, 具有统计学意义。这也表示氯吡格雷和氟伐他汀联合用药相比单独应用氯吡格雷所取得疗效更佳。这是因为两种药物联合用哟啊, 可以发挥出较强血脂改善效果, 防止血脂水平与血小板出现明显异常变化, 从根源上治疗疾病, 降低神经功能损伤, 最终提高患者生活能力。

综上所述, 氯吡格雷联合氟伐他汀治疗脑梗塞可有取得理想效果, 对 C 反应蛋白水平有着积极影响。

参考文献

[1] 何元, 董小英, 沈建华. 瑞舒伐他汀钙对脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块的疗效及血脂、C 反应蛋白水平的影响 [J]. 中国处方药, 2019,17(9):107-108.

[2] 孙书娜. 氯吡格雷与阿托伐他汀治疗脑梗死对患者血液流变学及凝血功能的影响 [J]. 中国现代药物应用, 2019,13(19):61-62.

[3] 郭俊华. 氯吡格雷与阿司匹林联合使用治疗急性脑梗死的临床疗效及对 C 反应蛋白水平的影响 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020,7(96):148-149.