

心肌梗死患者应用阿司匹林联合波立维治疗的效果分析

蔡喜

陕西省榆林市靖边县人民医院心血管内科 陕西 榆林 718500

【摘要】目的：分析阿司匹林联合波立维在心肌梗死患者临床治疗中应用的临床效果。**方法：**选取2020年6月—2021年6月收集的320例心肌梗死患者作为本次研究对象，将其按照随机分组方式分成参照组与治疗组，每组各160例，其中，对参照组予以波立维单独治疗，对治疗组则给予阿司匹林联合波立维治疗，对两组治疗的效果进行对比。**结果：**参照组治疗后显效率和有效率之和为80.00%，治疗组的显效率和有效率之和为95.00%，两组之间数据对比有明显的统计学意义($P < 0.05$)。治疗前，两组LVEF、LVESD、LVEDD、LAd、PWT等心功能指标水平和血清IL-3、IL-8、hsCRP水平差异比较不明显， $P > 0.05$ ，无统计学意义；治疗后，两组各项水平均得到了一定程度的改善，治疗组明显优于参照组，两组之间数据对比有明显的统计学意义($P < 0.05$)。治疗组血管再通率高于参照组，再闭塞率则低于参照组，对比有统计学意义($P < 0.05$)。**结论：**对心肌梗死患者采用阿司匹林与波立维联合治疗方法疗效显著，能够改善患者的心功能指标和血清指标，减少血管再闭塞率，安全可靠，临床应用价值高。

【关键词】心肌梗死；阿司匹林；波立维；治疗效果

【中图分类号】R542.2+2

【文献标识码】B

【文章编号】2096-1685(2021)47-33-02

心肌梗死后会出现左心室重构情况，导致患者的左室功能受到严重影响，而左室功能是否能够有效恢复，和患者的预后效果有着密切的关系^[1]。炎症反应会造成动脉粥样硬化斑块失衡、破裂甚至出血，从而诱发血栓的形成，危及患者的生命健康。波立维是一种新型抗血小板聚集药，而阿司匹林是一种非甾体类抗炎药，在心血管疾病中起二级预防作用，能够达到抗血小板聚集效果^[2]。临床认为，单独用药和联合用药所取得的效果会有所不同^[3]。为了进一步探讨波立维单独使用和波立维联合阿司匹林使用治疗心肌梗死的效果，本文选取2020年6月—2021年6月收集的320例心肌梗死患者作为研究对象进行分组研究，现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2020年6月—2021年6月收集的320例心肌梗死患者作为本次研究对象，该院伦理委员会批准本研究开展。将其按照随机分组方式分成参照组与治疗组，每组各160例，其中，参照组男性患者有89例，女性患者有71例；年龄范围在43~79岁之间，平均年龄(66.87 ± 5.34)岁；体质指数 $18.23 \sim 32.56 \text{ kg/m}^2$ ，平均(25.65 ± 2.91) kg/m^2 ；NYHA心功能分级2级86例，3级74例；合并糖尿病69例，高血压91例。治疗组男性患者有86例，女性患者有74例；年龄范围在41~80岁之间，平均年龄(67.12 ± 5.26)岁；体质指数 $18.51 \sim 33.02 \text{ kg/m}^2$ ，平均(26.12 ± 2.68) kg/m^2 ；NYHA心功能分级2级84例，3级76例；合并糖尿病73例，高血压87例。将两组患者以上资料进行对比，未见有显著区别，故 $P > 0.05$ ，无统计学意义。

纳入标准：(1)与《急性心肌梗死诊断和治疗指南》中的诊断标准相符^[4]，确诊为心肌梗死；(2)患者的临床资料和随访资料均完整；(3)本研究数据资料调查均取得患者知情同意。

排除标准：(1)合并瓣膜性心脏病和心肌炎等其他心脏疾病；(2)有肝肾功能不全和精神疾病、感染性疾病；(3)有血液系统、自身免疫系统及外周血管病变等疾病。

1.2 方法

所有患者入院之后均采取积极的常规治疗，如吸氧、镇静、镇痛及心电监护等，同时使用 β -受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、硝酸酯类药物等进行治疗。在此基础上，参照组予以

波立维[赛诺菲(杭州)制药有限公司，国药准字J20130083]进行单独治疗，初始剂量是150mg/d，从第2天开始将剂量减少至75mg/d，每天用药1次。治疗组则给予阿司匹林(拜耳医药保健有限公司，国药准字J20130078)联合波立维治疗，其中，波立维用药方法同参照组，阿司匹林剂量为每日口服100mg。两组治疗时间均为8周，在治疗期间嘱咐患者不可随意自行增减药物剂量或者停用药物。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效 疗效标准 显效：治疗后，患者疼痛及心绞痛症状明显改善，全身症状及胃肠道症状基本消失；有效：治疗后患者疼痛及心绞痛症状有所好转，全身症状和胃肠道症状部分消失；无效：患者治疗后各项症状均无好转，甚至可能出现恶化状况。总疗效为显效率与有效率之和。

1.3.2 心功能指标 通过心脏彩超对两组心功能指标进行测定 包含左室射血分数(LVEF)、左室收缩末直径(LVESD)、左室舒张末直径(LVEDD)、左房内径(LAd)、左室后壁厚度(PWT)等。

1.3.3 血清炎症因子水平 测定两组血清炎症因子水平，包含白介素-3(IL-3)、白介素-8(IL-8)及血清高敏C反应蛋白(hsCRP)水平。其中，IL-3、IL-8采用酶联免疫吸附法进行测定，hsCRP采用散射比浊法进行检测。

1.3.4 血管再通率和再闭塞率 比较两组血管再通率和再闭塞率。

1.4 统计学处理

使用SPSS 23.0统计学软件对两组数据加以统计学处理，计量资料的表示为均值 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)，采取 t 检验；计数资料的表示为百分比(%)，采取 χ^2 检验，组间数据差异对比以 $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组治疗后的临床疗效

参照组的显效率和有效率之和为80.00%，治疗组的显效率和有效率之和为95.00%，两组之间数据对比有明显的统计学意义($P < 0.05$)，见表1。

2.2 比较两组治疗前后的心功能指标情况

治疗前，两组LVEF、LVESD、LVEDD、LAd、PWT等心功

能指标水平差异比较不明显, $P > 0.05$, 无统计学意义; 治疗后, 两组之间数据对比有明显的统计学意义 ($P < 0.05$) (表2)。两组各项水平均得到了一定程度的改善, 治疗组明显优于参照组,

表1 比较两组治疗后的临床疗效 [n(%)]

组别	显效	有效	无效	总疗效
参照组 (n=160)	74 (46.25)	54 (33.75)	32 (20.00)	128 (80.00)
治疗组 (n=160)	103 (64.38)	49 (30.62)	8 (5.00)	152 (95.00)

表2 比较两组治疗前后的心功能指标情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别		LVEF(%)	LVESD(mm)	LVEDD(mm)	LAd(mm)	PWT(mm)
参照组 (n=160)	治疗前	37.89 ± 4.56	47.15 ± 4.58	64.52 ± 4.19	45.58 ± 8.62	11.26 ± 1.71
	治疗后	44.13 ± 4.72	43.11 ± 5.29	59.38 ± 4.20	39.71 ± 4.18	9.70 ± 0.68
治疗组 (n=160)	治疗前	38.02 ± 3.69	47.25 ± 4.77	61.38 ± 4.27	45.62 ± 8.19	11.31 ± 1.58
	治疗后	52.42 ± 5.57	36.64 ± 4.52	49.11 ± 4.06	34.73 ± 5.12	8.03 ± 0.82

2.3 比较两组治疗前后血清炎症因子水平 度的改善, 治疗组明显低于参照组, 两组之间数据对比有明显的统计学意义 ($P < 0.05$), 见表3。

治疗前, 两组血清 IL-3、IL-8 及 hsCRP 水平差异比较不明显, $P > 0.05$, 无统计学意义; 治疗后, 两组各项水平均有了有一定程

表3 比较两组治疗前后血清炎症因子水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别		IL-3 (pg/mL)	IL-8 (pg/mL)	hsCRP (ng/L)
参照组 (n=160)	治疗前	49.25 ± 15.10	2.20 ± 0.13	423.67 ± 52.47
	治疗后	35.22 ± 13.02	2.03 ± 0.24	68.92 ± 13.52
治疗组 (n=160)	治疗前	50.11 ± 16.71	2.18 ± 0.31	424.58 ± 54.11
	治疗后	22.68 ± 12.03	1.98 ± 0.03	49.58 ± 3.96

2.4 比较两组血管再通率和再闭塞率

参照组与治疗组的血管再通率分别为 49.37% (79/160)、61.25% (98/160); 两组再闭塞率分别为 22.50% (36/160)、6.25% (10/160), 对比有明显的统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

心肌梗死主要是因动脉粥样硬化所引发的心室壁大部分坏死或全部坏死, 炎症可引发冠状动脉粥样硬化, 使斑块破裂, 而随着梗死之后炎症因子的表达增多, 很容易引发局部氧化应激反应和重塑, 使愈合过程被启动, 炎症因子水平和梗死的面积及心功能级别呈正相关关系^[5]。

波立维与阿司匹林都是抗血小板聚集类药物, 在不稳定型心绞痛和心肌梗死等冠心病治疗中比较常用, 其在一方面能够在一定程度上稳定粥样斑块和血液流变学指标, 另一方面能抑制 HMG-CoA 还原酶的产生, 从而降低心脑血管疾病等不良事件发生率和死亡率^[6-7]。其中, 波立维属于二磷酸腺苷受体阻滞剂, 其和血小板表面的二磷酸腺苷受体非竞争性结合, 能够阻断二磷酸腺苷介导下血小板膜糖蛋白, 从而起到抑制血小板聚集的作用^[8]。而阿司匹林作为心血管疾病二级预防的常用药, 其主要以抑制体内血小板环氧化酶活性来减少血栓素 A2 的含量和抑制血小板的凝聚, 还可以降低血小板黏附能力, 起显著的抗栓作用, 从而降低血管堵塞概率和预防斑块组织进一步扩大^[9-10]。

在本研究中, 对参照组予以波立维单独治疗, 对治疗组则给予阿司匹林联合波立维治疗, 结果可见, 参照组的显效率和有效率之和为 80.00%, 治疗组的显效率和有效率之和为 95.00% ($P < 0.05$)。证明阿司匹林与波立维联合治疗可以减少血小板活化和凝血系统激活, 也是心肌梗死治疗的关键。治疗前, 两组 LVEF、LVESD、LVEDD、LAd、PWT 等心功能指标水平和血清 IL-3、IL-8、hsCRP 水平差异比较不明显 ($P > 0.05$), 而经过治疗后, 两组各项水平均得到了一定程度的改善, 但各项指标改善效果治疗组明显优于参照组 ($P < 0.05$)。治疗组血管再通率高于参照组, 再闭塞率则低于参照组, 对比有统计学意

义 ($P < 0.05$)。证明阿司匹林与波立维联合用药的吸收率更高, 药物可以在全身发挥药效, 疏通患者血管, 治疗安全性更高。

综上所述, 对心肌梗死患者采用阿司匹林与波立维联合治疗方法, 不仅能够显著减少心肌损伤和不良反应等情况, 还能大大提高治疗的安全性, 临床应用价值高, 值得推广。

参考文献

- [1] 张家立, 陶阳, 荆峰, 等. 阿司匹林与波立维治疗冠心病患者疗效及对凝血功能的影响 [J]. 血栓与止血学, 2021, 27(1): 55-56, 59.
- [2] 何宇, 李贞福, 张宏, 等. TAVI 术后华法林与阿司匹林联合波立维抗血栓效果比较 [J]. 精准医学杂志, 2020, 35(3): 274-277.
- [3] 张瑜, 韩小年, 马仙红. 波立维和阿司匹林治疗冠心病临床疗效及安全性对比分析 [J]. 贵州医药, 2020, 44(4): 563-564.
- [4] 胡灵芝, 黄金华. 波立维联合拜阿司匹林对短暂性脑缺血发作患者血小板的影响 [J]. 现代实用医学, 2020, 32(4): 497-499.
- [5] 谢惠明, 何春柳. 冠心病患者应用阿司匹林与波立维治疗后出凝血功能研究分析 [J]. 海峡药学, 2020, 32(4): 170-172.
- [6] 戴晓丹, 黄曦, 赵依娜, 等. 波立维联合阿司匹林对非 ST 段抬高型急性心肌梗死患者炎症因子及左室重构的影响 [J]. 浙江实用医学, 2019, 24(4): 235-237.
- [7] 仁钦. 波立维联合阿司匹林治疗非 ST 段抬高型急性心肌梗死患者的临床疗效 [J]. 医疗装备, 2018, 31(12): 116-117.
- [8] 周倩, 李志华. 阿司匹林联合波立维治疗急性心肌梗死临床疗效的 Meta 分析 [J]. 预防医学论坛, 2018, 24(4): 258-261, 264.
- [9] 王赫, 孙元林. 波立维联合阿司匹林肠溶片双抗治疗颈内动脉系统进展性脑梗死 [J]. 航空航天医学杂志, 2020, 31(3): 348-349.
- [10] 金雪梅. 替格瑞洛与波立维治疗冠心病心肌缺血的临床疗效对比 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(4): 5-6.