

阿司匹林肠溶片与氯吡格雷联合治疗冠心病心绞痛的有效率评价

向鹏飞

五常市人民医院, 黑龙江 哈尔滨 150200

摘要: 目的 评价冠心病心绞痛患者接受阿司匹林肠溶片+氯吡格雷干预效果。方法 60例冠心病心绞痛患者就诊于2022年7月-2023年7月, 随机数字表分组。A组阿司匹林肠溶片+氯吡格雷, B组阿司匹林肠溶片。对比心绞痛相关指标、西雅图心绞痛量表评分(SAQ)、心功能与不良反应差异。结果 A组心绞痛发作次数少于B组, 间隔时间长于B组, 持续时间短于B组, $P < 0.05$; A组各项SAQ评分均高于B组, $P < 0.05$; A组左室射血分数(LVEF)、每搏输出量(SV)、心输出量(CO)、左室短轴缩短率(LVFS)均优于B组, $P < 0.05$; A组不良反应率低于B组, $P < 0.05$ 。结论 冠心病心绞痛患者服用阿司匹林+氯吡格雷, 可优化心功能、减轻心绞痛, 安全高效。

关键词: 冠心病心绞痛; 氯吡格雷; 阿司匹林; 有效率

Evaluation of the Effective Rate of Aspirin Enteric-coated Tablets Combined with Clopidogrel in the Treatment of Angina Pectoris in Coronary Artery Disease

Xiang Pengfei

Wuchang People's Hospital, Heilongjiang, Harbin 150200

Abstract: Objective To evaluate the intervention effect of aspirin enteric-coated tablets + clopidogrel in patients with angina pectoris of coronary heart disease. Methods 60 patients with angina pectoris of coronary heart disease were consulted in July 2022–July 2023 and grouped by randomized numerical table. Group A used aspirin enteric-coated tablets + clonidine, and group B used aspirin enteric-coated tablets. Differences in angina-related indexes, Seattle Angina Scale score (SAQ), cardiac function and adverse effects were compared. Results: Group A had fewer angina episodes than group B, longer intervals than group B, and shorter duration than group B, $P < 0.05$; Group A had higher SAQ scores than group B, $P < 0.05$; Group A had better left ventricular ejection fraction (LVEF), stroke volume per beat (SV), cardiac output (CO), and left ventricular short-axis shortening (LVFS) than group B, $P < 0.05$; Group A had lower rates of adverse reactions than group B, $P < 0.05$. Conclusion Aspirin+clopidogrel in patients with coronary angina can optimize cardiac function and reduce angina, which is safe and efficient.

Key words: coronary angina pectoris; clonidine; aspirin; effective rate

冠心病心绞痛是常见中老年疾病, 具有前胸压榨性痛、病程长特征, 大部分患者短暂休息后可缓解病症。冠心病与动脉硬化有关, 久病损伤血管功能, 致血管腔狭窄、阻塞, 进而影响心肌血氧供应^[1]。目前临床多以调脂、降压、抗心绞痛等对症药物治疗本病, 常用抗血小板药阿司匹林, 能够抗血小板聚集、防控心肌缺血, 还可阻滞机体合成、分泌血栓素A₂, 进而取得抗血小板聚集效果^[2]。但单独阿司匹林改善心绞痛效果不佳, 有学者建议联用氯吡格雷治疗, 可阻滞二磷酸腺苷与血小板受体相结合, 进而取得抗凝效果, 适用于冠心病心绞痛防控中^[3]。此外, 氯吡格雷能够预防缺血性脑卒中、心梗等缺血性事件, 还可促使血小板失活, 有利于增强抗血小板药效^[4]。本文以2022年7月-2023年7月收治60例冠心病心绞痛患者为样本探讨阿司匹林+氯吡格雷效果。

一、资料和方法

(一) 资料

60例冠心病心绞痛患者就诊于2022年7月-2023年7月, 随机数字表分组。A组冠心病心绞痛资料对比B组, $P > 0.05$ 。如表1。

表1 冠心病心绞痛资料分析

组别	n	性别 (%)		年龄 (岁)		病程 (年)		心绞痛分级 (%)		
		男	女	区间	均值	左侧	右侧	I级	II级	III-IV级
A组	30	18	12	70-84	75.06 ± 1.45	2-9	5.43 ± 1.21	21	6	3

组别	n	性别 (%)		年龄 (岁)		病程 (年)		心绞痛分级 (%)		
		男	女	区间	均值	左侧	右侧	I级	II级	III-IV级
B组	30	19	11	70-85	75.09 ± 1.49	2-8	5.39 ± 1.23	18	8	4
X ² /t	-	0.0705		0.0790		0.1270		0.0842		
P	-	0.7906		0.9373		0.8994		0.9148		

(二) 纳排标准

纳入标准：①冠脉造影确诊冠心病；②静息状态胸痛或夜间胸痛；③知情同意；④入组前冠脉介入术治疗或抗凝治疗。

排除标准：①心衰者；②心梗者；③先天性心脏病者；④脏器功能异常；⑤凝血障碍。

(三) 治疗方法

A组阿司匹林肠溶片（生产厂家：Bayer HealthCare Manufacturing S.r.l.；国药准字：HJ20160685；规格型号：100 mg）口服用药，单次100mg，1次/d；氯吡格雷片（生产厂家：南京正大天晴制药有限公司；国药准字：H20203269；规格型号：75 mg）口服用药，单次75mg，1次/d。用药1月。

B组阿司匹林肠溶片用药方案与A组同。用药1月。

(四) 观察指标

心绞痛改善指标：记录心绞痛发作次数、间隔时间、持续时间等指标。

SAQ评分指标：包括疾病认识度、躯体活动受限度、心绞痛稳定情况、心绞痛发作情况、治疗满意度等维度，各0-100分。

SAQ分数与患者生存质量呈正比。

心功能指标：彩超检测LVEF、SV、CO、LVFS等指标。

不良反应指标：记录皮疹、心悸、消化道反应情况。

(五) 统计学研究

资料SPSS 21.0处理，X²检验、%描述计数数据，t检验、 $\bar{x} \pm s$ 描述计量数据。存在统计差异，P < 0.05。

二、结果

(一) 心绞痛改善指标

用药后，A组心绞痛发作次数少于B组，间隔时间长于B组，持续时间短于B组，P < 0.05。如表2。

表2 心绞痛改善指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	心绞痛发作次数 (次/周)		心绞痛发作间隔时间 (d)		心绞痛发作持续时间 (min)	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
A组 (n=30)	6.31 ± 1.28	1.83 ± 0.26	3.21 ± 1.15	6.52 ± 1.43	11.58 ± 1.21	6.05 ± 0.61
B组 (n=30)	6.33 ± 1.26	3.11 ± 0.38	3.23 ± 1.17	4.63 ± 1.39	11.57 ± 1.19	8.31 ± 0.84
t	0.0610	15.2266	0.0668	5.1909	0.0323	11.9239
P	0.9516	0.0000	0.9470	0.0000	0.9744	0.0000

(二) SAQ评分指标

用药后，A组各项SAQ评分均高于B组，P < 0.05。如表3。

表3 SAQ评分指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	疾病认识度 (分)		躯体活动受限度 (分)		心绞痛稳定情况 (分)		心绞痛发作情况 (分)		治疗满意度 (分)	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
A组 (n=30)	57.19 ± 2.43	76.11 ± 3.49	71.84 ± 3.26	90.84 ± 4.16	60.19 ± 2.84	85.36 ± 3.75	61.28 ± 3.26	83.43 ± 4.08	53.29 ± 2.43	88.49 ± 3.48
B组 (n=30)	57.21 ± 2.48	67.36 ± 3.28	71.79 ± 3.28	82.36 ± 3.87	60.23 ± 2.89	73.68 ± 3.19	61.32 ± 3.28	73.64 ± 3.78	53.31 ± 2.48	79.63 ± 3.06
t	0.0316	10.0066	0.0592	8.1747	0.0541	12.9942	0.0474	9.6409	0.0316	10.4722
P	0.9749	0.0000	0.9530	0.0000	0.9571	0.0000	0.9624	0.0000	0.9749	0.0000

(三) 心功能指标

用药后，A组LVEF、SV、CO、LVFS等指标均优于B组，P < 0.05。如表4。

表4 心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	LVEF (%)		SV (mL)		CO (L/min)		LVFS (%)	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
A组 (n=30)	39.84 ± 3.26	53.11 ± 4.11	41.38 ± 3.43	75.16 ± 4.29	2.72 ± 0.42	6.31 ± 0.69	20.33 ± 3.54	33.18 ± 4.16
B组 (n=30)	39.86 ± 3.29	46.41 ± 4.06	41.39 ± 3.45	64.18 ± 4.03	2.73 ± 0.44	4.92 ± 0.53	20.36 ± 3.59	27.06 ± 4.09
t	0.0237	6.3521	0.0113	10.2175	0.0900	8.7504	0.0326	5.7459
P	0.9812	0.0000	0.9911	0.0000	0.9286	0.0000	0.9741	0.0000

(四) 不良反应指标

A组冠心病心绞痛不良反应率低于B组, $P < 0.05$ 。如表5。

表5 不良反应比较 (n, %)

组别	皮疹	心悸	消化道反应	发生率
A组 (n=30)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	1 (3.33)
B组 (n=30)	1 (3.33)	2 (6.67)	3 (10.00)	6 (20.00)
χ^2	-	-	-	4.0431
P	-	-	-	0.0444

三、讨论

冠心病与动脉壁胆固醇聚集生成斑块有关, 久病生成血栓, 导致冠脉狭窄、闭塞^[5]。发生冠心病后, 极易继发心绞痛, 与冠脉受损致血运障碍有关, 致心肌血、氧供应不足, 进而诱发胸痛、胸部不适等病症, 疼痛性质呈阵发性、压榨性, 严重危害着患者生命健康^[6-7]。目前临床多以抗血小板药治疗冠心病心绞痛, 如阿司匹林等药物, 能够作用于环氧化酶, 促使环氧化酶失活, 还可阻断血栓烷 A2 转化途径, 阻滞机体生成笨元素, 进而抗血小板累积; 本药还可预防血栓, 解除局部血运障碍, 进而优化心肌血、氧供应^[8-9]。但要注意, 长期服用阿司匹林治疗, 部分患者可能出现药物抵抗问题, 进而影响药效, 尤其中老年冠心病患者耐受阿司匹林能力弱, 服药期间易出现肝功受损、胃肠道不良反应问题, 致用药依从性降低^[10]。有学者建议采取双联抗血小板方案治疗冠心病心绞痛, 即联用阿司匹林与二磷酸腺苷受体拮抗剂^[11]。本文选用氯吡格雷联合用药, 药效成分可阻断二磷酸腺苷结合血小板, 取得抗二磷酸腺苷介导血小板累积效果; 还可占据

血小板、纤维蛋白原位点, 阻断两者活化进程、集合进程, 进而取得抗血栓生成效果^[12-13]。此外, 氯吡格雷还可抑制机体生成巨噬细胞与脂质细胞, 还可刺激机体生存平滑肌细胞, 有利于维持斑块稳定^[14]。

结合本文数据分析, A组心绞痛发作次数少于B组, 间隔时间长于B组, 持续时间短于B组, $P < 0.05$; A组各项SAQ评分均高于B组, $P < 0.05$ 。提示联合氯吡格雷, 能够抑制心绞痛发作。分析原因, 联合用药, 经不同靶点、不同途径抑制血小板功能, 能够降低局部生成血栓风险^[15]。此外, 双联抗血小板方案治疗, 药效互补, 能够强化抗血小板效果、抑制血小板活化功能, 有利于预防心血管恶性事件, 故心绞痛发作次数减少^[16-17]。另一组数据表明, A组LVEF、SV、CO、LVFS等指标均优于B组, $P < 0.05$ 。提示联合氯吡格雷, 能够优化患者心功能。分析原因, 联用氯吡格雷后, 可从以下机制发挥药效: 药效成分能够结合二磷酸腺苷受体, 使此受体失活, 进而抗血小板累积, 降低血栓、斑块生成量, 进而减轻冠心病心绞痛病症; 药效成分还可加速舒血管物质磷酸化进程, 阻滞二磷酸腺苷结合纤维蛋白原、血小板受体, 同时能够促使血小板失活, 减少体内动脉硬化生成量, 进而增强斑块稳定性、保护血管内皮、减少心血管不良事件^[18-19]。最后一组数据表明, A组冠心病心绞痛不良反应率低于B组, $P < 0.05$ 。提示联合氯吡格雷, 未增加冠心病心绞痛患者不良事件。分析原因, 双联抗血小板方案经口服药, 经肝脏快速代谢, 不会对机体生成前列腺素过程产生影响, 且不会刺激胃肠道黏膜, 故消化道、心血管不良反应少, 用药安全性高^[20]。

综上所述, 冠心病心绞痛接受阿司匹林肠溶片+氯吡格雷治疗, 可减少心绞痛发作、舒缓心绞痛病情, 还可减少用药反应、优化心功能, 具备推广价值。

参考文献:

- [1] 刘倩贤, 罗玉钊, 赖沛伦, 等. 硫酸氢氯吡格雷联合阿司匹林治疗老年冠心病的疗效和安全性分析 [J]. 中国社区医师, 2021, 37(28):42-43.
- [2] 袁陈婷, 仇冬霞. 曲美他嗪联合氯吡格雷在冠心病心绞痛患者治疗中的应用研究 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2022, 6(1):62-64.
- [3] 蔡晓瑜, 王晓群, 李洪洪. 氯吡格雷联合依折麦布治疗冠心病心绞痛效果及其对内皮功能的影响 [J]. 中外医学研究, 2021, 19(36):134-137.
- [4] 孙荣辉. 氯吡格雷联合阿司匹林对冠心病心绞痛患者血脂及炎症因子水平的影响 [J]. 贵州医药, 2022, 46(9):1415-1416.
- [5] 陈国, 莫秀丽, 林显营, 等. 氯吡格雷联合曲美他嗪治疗冠心病心绞痛的效果及对血清超敏C反应蛋白的影响 [J]. 中国医学创新, 2022, 19(9):50-53.
- [6] 赵毅, 黄晓毅. 阿托伐他汀联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛的临床效果及对TC、TG、LDL-C、HDL-C的影响 [J]. 吉林医学, 2022, 43(6):1527-1530.
- [7] 曾望远, 纪新博, 王雅纯. 活血化瘀方联合氢氯吡格雷对脑梗死合并冠心病心绞痛患者神经损伤和心功能的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(22):3143-3146.
- [8] 陈华华. 氯吡格雷联合瑞舒伐他汀治疗冠心病心绞痛的效果及安全性回顾性分析 [J]. 中国药物与临床, 2020, 20(19):3257-3258.
- [9] 薛荔. 氯吡格雷联合阿司匹林对社区老年冠心病患者炎症反应、凝血指标的影响观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2023, 34(4):543-545.
- [10] 王伟, 邱淑娟. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛临床疗效及对血液流变学指标的影响 [J]. 中国血液流变学杂志, 2022, 32(2):242-245.
- [11] 陈宗建. 曲美他嗪联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛的临床效果 [J]. 吉林医学, 2022, 43(3):731-732.
- [12] 阿布力肯·玉苏甫. 阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗冠心病心绞痛的效果及安全性 [J]. 中外女性健康研究, 2016(21):27-27.
- [13] 张程. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗不稳定型心绞痛临床评价 [J]. 中国药业, 2023, 32(S01):125-127.
- [14] 王洁云. 阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷在冠心病心绞痛临床治疗中的应用 [J]. 海峡药学, 2019, 31(5):200-201.
- [15] 杨艳芳. 阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷对降低冠心病心绞痛临床治疗效果及不良反应发生率的安全性研究 [J]. 中外医疗, 2021, 40(2):112-114.
- [16] 董萍. 硫酸氢氯吡格雷联合阿司匹林肠溶片治疗冠心病心绞痛的效果分析 [J]. 海峡药学, 2020, 32(3):158-159.
- [17] 伊望. 银杏蜜环口服溶液联合阿司匹林肠溶片和氯吡格雷治疗冠心病心绞痛的效果观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(12):1885-1886.
- [18] 郭珊珊. 氯吡格雷联合阿司匹林肠溶片治疗冠心病心绞痛的护理分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(16):2658-2659.
- [19] 吴建辉. 曲美他嗪与氯吡格雷联合治疗冠心病心绞痛对患者PTX-3、ESM-1、ET水平的影响 [J]. 中国医学创新, 2023, 20(12):39-43.
- [20] 李劲松, 田茂, 刘晓楚, 等. 复方丹参滴丸联合氯吡格雷片对老年冠心病冠脉介入术后心绞痛患者的治疗效果 [J]. 川北医学院学报, 2023, 38(12):1603-1607.