

# 瑞舒伐他汀联合氯吡格雷治疗老年急性脑梗死的临床效果及对神经损伤的减轻效果分析

徐玉平, 王刚, 刘彬, 田媛

(涟水县人民医院老年科, 江苏 淮安 223400)

**【摘要】目的** 探讨瑞舒伐他汀联合氯吡格雷治疗老年急性脑梗死的效果, 及对患者美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分的影响。**方法** 将涟水县人民医院于 2020 年 1 月至 2023 年 1 月期间收治的 60 例老年急性脑梗死患者作为研究对象, 以随机数字表法将其分为对照组 (30 例, 控制血压、血糖, 减轻脑水肿等常规治疗 + 氯吡格雷治疗)、联合组 (30 例, 常规治疗 + 氯吡格雷 + 瑞舒伐他汀治疗), 均治疗 1 个月。统计并对比两组患者治疗效果, 治疗前后血脂代谢状况、生活质量、神经功能恢复及肢体运动功能, 治疗期间不良反应发生情况。**结果** 联合组患者治疗总有效率显著高于对照组; 较治疗前, 治疗后两组患者血清高密度脂蛋白胆固醇、社会功能、躯体疼痛、情感功能及 Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (FMA) 评分均显著升高, 联合组显著高于对照组; 血清低密度脂蛋白胆固醇、总胆固醇、三酰甘油水平及 NIHSS 评分均显著降低, 相比对照组, 联合组降低幅度更大 (均  $P < 0.05$ ); 对比两组患者肌肉疼痛、胃肠炎症、颅内出血等不良反应发生情况, 联合组不良反应总发生率 (3.33%) 低于对照组 (20.00%), 但差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论** 在氯吡格雷的基础上联合瑞舒伐他汀治疗老年急性脑梗死, 可调节患者血脂代谢状况, 加快患者神经功能缺损情况和肢体运动功能的康复, 提高生活质量水平, 且临床效果显著, 安全性较高, 利于病情恢复。

**【关键词】** 瑞舒伐他汀; 急性脑梗死; 血脂; 神经功能; 肢体运动功能

**【中图分类号】** R743.3

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2096-3718.2023.11.0037.03

**DOI:** 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.11.013

急性脑梗死是由于供应脑部血流的血管出现动脉粥样硬化和血栓, 导致管腔狭窄甚至闭塞, 因而引起血供不足的症状, 具有较高的患病率、致残率、致死率等<sup>[1]</sup>。氯吡格雷是一种对血小板聚集具有阻碍作用, 抑制血栓形成的抗血小板药物, 其可用于血栓栓塞性疾病的治疗; 但相关研究显示, 部分脑梗死患者经过该药物治疗后会出现氯吡格雷抵抗情况, 其抗血小板聚集效应大打折扣<sup>[2]</sup>。瑞舒伐他汀属于常用的一种降血脂的药物, 其可抑制 3-羟-3-甲基戊二酰辅酶 A (HMG-CoA) 还原酶, 而该还原酶是抑制体内胆固醇合成的关键酶, 从而降低胆固醇的水平, 调节血脂代谢状况, 控制急性脑梗死患者病情发展<sup>[3]</sup>。基于此, 本研究在氯吡格雷的基础上联合瑞舒伐他汀治疗老年急性脑梗死, 旨在探讨联合用药对其神经功能恢复情况的影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将涟水县人民医院于 2020 年 1 月至 2023 年 1 月期间收治的 60 例老年急性脑梗死患者作为研究对象, 以随机数字表法的分组方法将其分为两组。对照组 30 例患者年龄 66~79 岁, 平均 (72.61±3.62) 岁; 女性 12 例, 男性 18 例; 患病至入院时间 3~12 h, 平均 (7.94±2.47) h。

联合组 30 例患者年龄 65~78 岁, 平均 (72.57±3.70) 岁; 女性 13 例, 男性 17 例; 患病至入院时间 2~13 h, 平均 (7.84±2.43) h。对比两组间一般资料, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 组间可行对比。纳入标准: 符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》<sup>[4]</sup> 中的相关诊断标准, 经头颅 CT 或 MRI 扫描有明确的梗死部位者; 有神经功能缺损的症状和体征者; 发病 72 h 内入院者等。排除标准: 心源性栓子、骨折、肿瘤等引起的脑栓塞者; 有溶栓治疗史者; 有此研究涉及药物 (他汀类药物及氯吡格雷) 过敏史者等。患者及其家属签署包含研究介绍、风险描述、利益描述等内容的知情同意书, 院内医学伦理委员会已批准此研究。

**1.2 治疗方法** 通过对患者临床指标变化情况的监测, 对每个患者实施个性化的常规治疗措施 (控制血压、血糖, 减轻脑水肿, 改善微循环, 纠正水与电解质紊乱等)。在此基础上, 对照组患者加用起始剂量为 150 mg/次的硫酸氢氯吡格雷片 (乐普药业股份有限公司, 国药准字 H20123116, 规格: 75 mg/片) 治疗, 1 次/d, 次日将药品剂量调整为 75 mg/次, 频次不变, 连续治疗 1 个月。联合组患者在氯吡格雷药物治疗的基础上加用瑞舒伐他汀钙片 (南京正大天晴制药有限公司, 国药准字 H20080669,

规格：5 mg/片)口服治疗,10 mg/次,1 次/d, 氯吡格雷治疗方法同对照组,连续治疗 1 个月。

**1.3 观察指标** ①治疗效果,分为显效[头痛、眩晕、下肢麻木等症状显著缓解,神经功能缺损程度(CNS)评分下降程度>85%]、有效(上述症状有所缓解,CNS 评分下降程度为 50%~85%)、无效(上述症状有所缓解,CNS 评分下降程度为<50%)<sup>[4]</sup>。总有效率=显效率+有效率。②血脂代谢,于治疗前后取患者空腹静脉血 5 mL,经离心(2 500 r/min,15 min)取血清,使用全自动生化分析仪(迪瑞医疗科技股份有限公司,型号:CS-300B)检测高密度脂蛋白胆固醇、总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、三酰甘油水平。③生活质量、神经功能、肢体运动功能,分别采用简明健康状况量表(SF-36)<sup>[5]</sup>(从社会功能、躯体疼痛、情感职能等方面评估,各项总分均为 100 分,分值与生活质量水平呈正相关)、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)<sup>[6]</sup>(总分 42 分,分值与神经功能缺损情况呈正相关)、Fugl-Meyer 运动功能评定量表(FMA)<sup>[7]</sup>[包括上肢 10 项(66 分),下肢 7 项(34 分),分值与肢体功能恢复情况呈正相关]评估患者治疗前后生活质量、神经功能、运动情况。④不良反应。统计所有患者治疗期间肌肉疼痛、胃肠炎症、颅内出血等不良反应发生情况。

**1.4 统计学方法** 应用 SPSS 20.0 统计学软件分析数据,计数资料(治疗效果及肌肉疼痛、胃肠炎症、颅内出血等发生情况)以[例(%)]表示,采用 $\chi^2$ 检验;经 K-S 检验证实计量资料(血脂代谢状况及生活质量、神经功能、肢体运动功能评分)符合正态分布且方差齐,以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 *t* 检验。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

**2.1 两组患者治疗效果比较** 对比对照组、联合组患者治疗总有效率发现,联合组(93.33%)显著高于对照组(73.33%),差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较[例(%)]					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	12(40.00)	10(33.33)	8(26.67)	22(73.33)
联合组	30	17(56.67)	11(36.67)	2(6.67)	28(93.33)
$\chi^2$ 值					4.320
<i>P</i> 值					<0.05

**2.2 两组患者血脂代谢状况比较** 较治疗前,治疗后两组患者血清高密度脂蛋白胆固醇均显著升高,联合组显著高于对照组;血清低密度脂蛋白胆固醇、总胆固醇、三酰甘油水平均显著降低,联合组显著低于对照组,差异均有统计学意义(均 *P*<0.05),见表 2。

**2.3 两组患者生活质量、神经功能、肢体运动功能评分比较** 较治疗前,治疗后两组患者社会功能、躯体疼痛、情感职能及 FMA 评分均显著升高,联合组显著高于对照组;神经功能 NIHSS 评分显著降低,联合组显著低于对照组,差异均有统计学意义(均 *P*<0.05),见表 3。

**2.4 两组患者不良反应发生情况比较** 对比两组患者不良反应总发生率,联合组(3.33%)低于对照组(20.00%),但差异无统计学意义(*P*>0.05),见表 4。

3 讨论

动脉粥样硬化是引发缺血性脑血管病的主要病变基础,临床表现以神经功能缺损症状为主,严重威胁着患者

表 2 两组患者血脂代谢状况比较 (mmol/L,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	高密度脂蛋白胆固醇		低密度脂蛋白胆固醇		总胆固醇		三酰甘油	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	1.23±0.15	1.47±0.18*	3.44±1.33	2.40±0.17*	6.49±1.14	4.54±0.41*	2.81±1.36	1.71±0.19*
联合组	30	1.25±0.16	1.72±0.18*	3.42±1.36	1.86±0.21*	6.51±1.16	3.53±0.42*	2.82±1.38	1.22±0.25*
<i>t</i> 值		0.499	5.379	0.058	10.947	0.067	9.425	0.028	8.547
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,\**P*<0.05。

表 3 两组患者生活质量、神经功能、肢体运动功能评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	SF-36 评分						NIHSS 评分		FMA 评分	
		社会功能		躯体疼痛		情感职能		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后				
对照组	30	42.35±2.48	66.41±6.01*	46.38±2.39	64.41±5.81*	49.65±2.69	60.38±4.01*	18.62±3.13	10.32±2.32*	41.98±7.17	61.41±5.75*
联合组	30	43.15±2.74	71.24±5.21*	46.10±2.72	70.99±4.05*	49.33±2.62	74.43±4.43*	18.38±3.24	9.11±2.01*	41.46±7.12	72.71±4.01*
<i>t</i> 值		1.186	3.326	0.424	4.393	0.467	12.879	0.292	2.159	0.282	8.829
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,\**P*<0.05。SF-36: 简明健康状况量表; NIHSS: 美国国立卫生研究院卒中量表; FMA: Fugl-Meyer 运动功能评定量表。

表 4 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	肌肉疼痛	胃肠炎症	颅内出血	总发生
对照组	30	2(6.67)	3(10.00)	1(3.33)	6(20.00)
联合组	30	0(0.00)	1(3.00)	0(0.00)	1(3.33)
$\chi^2$ 值					2.588
P 值					>0.05

的生理和心理健康。氯吡格雷是血小板聚集抑制剂，主要通过二磷酸腺苷、二磷酸腺苷介导的糖蛋白 II b/ III a 复合物的活化情况进行抑制，阻碍急性脑梗死患者机体内血小板的聚集，不利于血小板的形成，从而使急性脑梗死患者病情得到稳定；但研究表明，使用常规剂量氯吡格雷对急性脑梗死患者进行抗血小板治疗，并不能达到预想的抗血小板效果，且极易产生氯吡格雷抵抗情况，进而导致心脑血管不良事件的发生<sup>[8]</sup>。

血脂是临床公认的引发脑梗死的重要危险因子，低密度脂蛋白胆固醇会在动脉内膜下生成动脉粥样硬化性斑块，其水平升高会引起冠状动脉、脑动脉或外周动脉出现动脉粥样硬化相关性的斑块，造成动脉血管狭窄，加重急性脑梗死的病情发展；三酰甘油是一种可直接参与胆固醇和胆固醇酯的合成，并存在于  $\beta$ -脂蛋白和乳糜微粒中的脂类物质；高密度脂蛋白胆固醇可将泡沫细胞中的胆固醇带出来，转运给肝脏进行分解代谢，其水平升高可阻碍动脉粥样硬化的发生，控制病情发展。瑞舒伐他汀是单对映体羧酸钙盐，也是一种部分结构与 HMG-CoA 还原酶的基质 HMG-CoA 结构相似的 HMG-CoA 还原酶抑制剂，竞争性地与 HMG-CoA 酶的活性部位进行结合，从而对 HMG-CoA 还原酶的作用产生不利影响，使胆固醇的合成受到限制，达到降血脂的效果；同时会使肝细胞表面低密度脂蛋白 (LDL) 受体数量变多，由此使机体摄取和分解代谢 LDL 的效果得以增强，并对肝脏极低密度脂蛋白 (VLDL) 的合成产生抑制作用，从而使 VLDL 颗粒的总数量得以减少，血脂代谢状况得以调节<sup>[9]</sup>。本研究中，联合组患者治疗总有效率及高密度脂蛋白胆固醇水平均显著高于对照组，低密度脂蛋白胆固醇、总胆固醇、三酰甘油水平均显著低于对照组，提示在氯吡格雷的基础上联合瑞舒伐他汀治疗老年急性脑梗死临床效果显著，且可更有效调节患者血脂代谢状况，临床疗效也得以显著提高。

急性脑梗死患者发病时常会有颅内血管阻塞情况，引起颅内血管所营养的脑组织缺血、缺氧情况的发生，出现脑组织水肿、颅内压升高等不良情况，使脑神经遭到压迫情况，从而对患者大脑、脑神经正常功能产生不利影响，导致部分神经功能障碍。瑞舒伐他汀通过调节机体颗粒膜蛋白含量改善患者血管内皮功能，促进粥样斑块

稳定，减轻心肌损害，降低炎症反应发生率，进而在很大程度上保证和维持了患者的神经功能，提高生活质量水平，改善肢体运动功能。瑞舒伐他汀可通过对血-脑脊液屏障的完整性进行有效的保护，阻碍神经毒性物质、白细胞等进入脑实质，减轻不良物质对脑组织的损伤程度，从而使脑血流量得以改善，加快大脑功能康复的速度，有利于神经功能与肢体运动功能的恢复；瑞舒伐他汀为水溶性药物，对肝脏影响小，药物相互作用小，联合用药更安全<sup>[10]</sup>。本研究中，相比对照组，治疗后联合组患者 SF-36、FMA 评分均更高，NIHSS 评分及不良反应总发生率均更低，提示在氯吡格雷的基础上联合瑞舒伐他汀治疗老年急性脑梗死，可加快患者神经功能缺损情况和肢体运动功能的康复速度，提高生活质量水平，且安全性较高，利于病情恢复。

综上，在氯吡格雷的基础上联合瑞舒伐他汀治疗老年急性脑梗死，可调节患者血脂代谢状况，加快患者神经功能缺损情况和肢体运动功能的康复速度，从而增大生活质量水平的升高幅度，且治疗效果显著，安全性较高，值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 王陇德,毛群安,张宗久.中国脑卒中防治报告[M].北京:人民卫生出版社,2018:1-4.
- [2] 宋增平.硫酸氢氯吡格雷片治疗老年急性脑梗死的效果[J].临床合理用药杂志,2021,14(5):65-66.
- [3] 孔令宇,马文婷,杨亚勤,等.氯吡格雷联合瑞舒伐他汀对急性脑梗死患者血清炎症因子的影响[J].广东医学,2020,41(2):130-133.
- [4] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
- [5] 靳文正,虞慧婷.SF-36 量表应用于居民自我健康测评的信度和效度研究[J].中国卫生资源,2012,15(3):265-267.
- [6] 张磊,刘建民.美国国立卫生研究院卒中量表[J].中华神经外科杂志,2014,30(1):79.
- [7] 任敬,马丽,任力,等.活血通脉汤封包治疗脑梗死恢复期患者的疗效及 FMA 评分分析[J].包头医学院学报,2020,36(2):107-109.
- [8] 郭宏艳.阿司匹林+氯吡格雷治疗急性脑梗死的效果和安全性[J].中国当代医药,2021,28(4):66-69.
- [9] 李建军.血脂异常与动脉粥样硬化关系的现代观念[J].中国循环杂志,2022,37(3):212-214.
- [10] 李艳东.氯吡格雷联合瑞舒伐他汀治疗老年急性脑梗死患者的临床疗效与安全性[J].中国现代医生,2019,57(18):55-58.