

# 氯吡格雷与阿司匹林治疗急性脑梗死疗效对比分析

赵华艳

淮安生态新城福地路社区卫生服务中心 江苏 淮安 223200

**摘要:**目的:探究氯吡格雷与阿司匹林用于急性脑梗死病患治疗时的疗效差异。方法:选取2024年1月至2024年12月我院接诊的86名急性脑梗死病患借助随机数表法划分成氯吡格雷组与阿司匹林组每组各43名病患,氯吡格雷组采取氯吡格雷治疗阿司匹林组则采取阿司匹林治疗,对比两组病患治疗前后神经功能缺损评分、日常生活能力评分、治疗疗效以及不良反应发生状况。结果:治疗后氯吡格雷组神经功能缺损评分比阿司匹林组更低,同时日常生活能力评分、治疗总有效率比阿司匹林组更高,不良反应发生率也比阿司匹林组更低( $P < 0.05$ )。结论:相较于阿司匹林氯吡格雷治疗急性脑梗死的疗效更为显著能够有效改善病患神经功能与日常生活能力且安全性更高有着临床推广运用的价值。

**关键词:**氯吡格雷;阿司匹林;急性脑梗死;神经功能;日常生活能力

急性脑梗死属临床高发脑血管病变,起病急促且病情进展迅猛,患病后易引发神经功能缺损等表现,严重干扰患者日常活动能力甚至关系到生命安全<sup>[1]</sup>。抗血小板聚集治疗对急性脑梗死而言非常重要,能够有效遏制血栓进展并改善脑部血液供应,阿司匹林作为传统抗血小板制剂在临床应用普遍,但部分患者应用后疗效欠佳且存在一定不良反应发生可能<sup>[2]</sup>。氯吡格雷属于新型抗血小板药物,作用机制与阿司匹林存在差异,或许具备更优疗效及安全性。近些年随着急性脑梗死发病率持续升高,临床对治疗药物的疗效与安全性要求也不断提升,探寻更高效安全的治疗药物成为临床迫切需要解决的问题<sup>[3]</sup>。基于此,本研究专门分析氯吡格雷与阿司匹林治疗急性脑梗死的疗效差别,目的是为临床治疗方案选取提供相关参考,帮助提升急性脑梗死治疗成效并改善患者预后。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2024年1月至2024年12月我院接诊的86名急性脑梗死病患作为研究对象借助随机数表法划分成两组。氯吡格雷组纳入病患43名其中男女分别为24名、19名,年龄范围在46~78岁之间平均年龄为(62.35±5.42)岁。阿司匹林组纳入病患43名其中男女分别为23名、20名,年龄范围在47~79岁之间平

均年龄为(62.81±5.36)岁。两组病患基本资料具备可比性 $P > 0.05$ 。纳入标准(1)契合急性脑梗死诊断标准;(2)发病至入院时间 $\leq 72$ h;(3)自愿加入本研究。排除标准(1)合并严重肝肾功能异常;(2)对本研究用药过敏;(3)存在凝血功能障碍。

### 1.2 方法

两组病患均给予控制血压、血糖、改善脑循环、营养神经等基础治疗。

阿司匹林组在基础治疗前提下采取阿司匹林,每次100mg,每日1次,连续治疗21天。

氯吡格雷组在阿司匹林治疗前提下采取氯吡格雷,每次75mg,每日1次,连续治疗21天。

### 1.3 观察指标

对比两组病患治疗前后神经功能缺损评分(采用NIHSS量表评估统计总分)、日常生活能力评分(采用Barthel指数评估统计总分)、治疗疗效(显效指治疗后NIHSS评分下降 $\geq 46\%$ ,患者神经功能缺损相关表现明显减轻,日常活动可完全自主完成;有效为治疗后NIHSS评分下降18%~45%,神经功能缺损表现有所缓解,日常活动基本能自主进行;无效是治疗后NIHSS评分下降 $< 18\%$ ,神经功能缺损表现无缓解甚至加重,无法独立完成日常活动)以及不良反应发生状况(包含胃肠道不适、出血倾向、皮疹)。

### 1.4 统计学方法

运用 SPSS24.0 分析数据。计量数据 t 检验；计数数据  $\chi^2$  检验。P < 0.05 为差异显著的代表。

## 2 结果

### 2.1 两组治疗前后神经功能缺损评分比较

治疗后氯吡格雷组评分比阿司匹林组更低 (P < 0.05)，详见表 1。

表 1 两组治疗前后神经功能缺损评分比较 (x±s 分)

组别	治疗前评分	治疗后评分
阿司匹林组 (n=43)	18.36±3.24	10.52±2.86
氯吡格雷组 (n=43)	18.74±3.31	6.45±2.12
t	0.538	7.497
P	0.592	0.000

### 2.2 两组治疗前后日常生活能力评分比较

治疗后氯吡格雷组评分比阿司匹林组更高 (P < 0.05)，详见表 2。

表 2 两组治疗前后日常生活能力评分比较 (x±s 分)

组别	治疗前评分	治疗后评分
阿司匹林组 (n=43)	42.35±5.68	65.42±6.15
氯吡格雷组 (n=43)	42.74±5.72	78.65±6.82
t	0.317	9.447
P	0.752	0.000

### 2.3 两组不良反应发生率比较

氯吡格雷组不良反应发生率比阿司匹林组更低 (P < 0.05) 详见表 3。

表 3 两组不良反应发生率比较 [n (%) ]

组别	胃肠道不适	出血倾向	皮疹	总发生率
阿司匹林组 (n=43)	6 (13.95)	4 (9.30)	3 (6.98)	13 (30.23)
氯吡格雷组 (n=43)	1 (2.33)	0 (0.00)	1 (2.33)	2 (4.65)
$\chi^2$				9.771
P				0.002

### 2.4 两组治疗疗效比较

氯吡格雷组治疗总有效率比阿司匹林组更高 (P < 0.05) 详见表 4。

表 4 两组治疗疗效比较 [n (%) ]

组别	显效	有效	无效	总有效率
阿司匹林组 (n=43)	15 (34.88)	16 (37.21)	12 (27.91)	31 (72.09)
氯吡格雷组 (n=43)	25 (58.14)	16 (37.21)	2 (4.65)	41 (95.35)
$\chi^2$				8.532
P				0.003

## 3 讨论

急性脑梗死系脑部血管阻塞造成脑组织缺血缺氧坏死引发的神经功能缺损病变，其治疗核心目标在于快速恢复脑部血供且遏制血栓进展，减轻神经功能损害并提升患者日常活动能力。抗血小板聚集制剂可有效抑制血小板黏附及聚集，防止血栓扩大，对改善急性脑梗死患者病情有着非常重要的作用<sup>[4]</sup>。阿司匹林作为临床常用抗血小板药物，借助抑制环氧酶活性阻断血栓素 A2 合成来发挥抗血小板效应，但临床应用中部分患者疗效欠佳，且易出现胃肠道不适、出血等不良反应，影响治疗依从性与预后<sup>[5]</sup>。氯吡格雷属于二磷酸腺苷受体拮抗剂，通过选择性抑制血小板表面二磷酸腺苷受体阻止血小板活化及聚集，进而产生抗血栓作用，其作用机制与阿司匹林存在差异且抗血小板活性更强，或许能为急性脑梗死患者提供更优治疗选择。两组在疗效、神经功能及日常活动能力、不良反应等指标上的差别，均源于二者作用机制与活性的不同，这也是临床选取治疗药物时需重点考量的核心因素。

本研究结果表明，治疗前两组神经功能缺损评分无明显差别，治疗后氯吡格雷组评分较阿司匹林组更低，这一结果说明氯吡格雷改善急性脑梗死患者神经功能缺损的效果比阿司匹林更突出。神经功能缺损是急性脑梗死患者的核心表现，直接影响患者生活质量，NIHSS 量表总分可准确体现患者神经功能损伤程度，氯吡格雷组干预后该评分明显下降，充分证实其在改善神经功能上的优势。

日常活动能力方面，治疗前两组 Barthel 指数评分无明显差别，治疗后氯吡格雷组评分较阿司匹林组更

高,说明氯吡格雷能更有效提升急性脑梗死患者的日常活动能力。日常活动能力恢复是急性脑梗死治疗的重要目标之一,直接关系到患者后续生活质量与社会回归能力。氯吡格雷通过更显著改善神经功能缺损,让患者肢体活动、语言功能等基本生活技能得到更好恢复,进而提升日常自理能力;而阿司匹林组因神经功能恢复效果欠佳,患者日常活动能力提升幅度相对较小,这也进一步印证了氯吡格雷在急性脑梗死治疗中的优势<sup>[6]</sup>。

高治疗总有效率意味着更多患者能通过治疗实现病情好转,减少残疾与死亡风险,这对提升急性脑梗死整体治疗水平有着重要意义。治疗疗效对比上,氯吡格雷组总有效率达95.35%,远高于阿司匹林组的72.09%,这一结果进一步证实了氯吡格雷治疗急性脑梗死的显著优势。

不良反应发生情况上,氯吡格雷组总发生率4.65%,显著低于阿司匹林组的30.23%,这种差别具备统计学意义,说明氯吡格雷治疗急性脑梗死的安全性比阿司匹林更高。胃肠道不适是阿司匹林最常见的不良反应,原因在于阿司匹林抑制环氧酶活性的同时会破坏胃黏膜屏障,造成胃黏膜损伤引发恶心、胃痛等表现,严重时还可能出现胃出血;而氯吡格雷对环氧酶活性无抑制作用,不会直接损伤胃黏膜,因此胃肠道不适发生率明显降低。出血倾向方面,氯吡格雷组未出现出血相关不良反应,阿司匹林组则有4例出现出血倾向,这和氯吡格雷作用

特异性更强有关,它能准确抑制血小板聚集且对凝血功能影响较小。皮疹发生率两组都较低且无明显差别,说明两种药物在过敏反应方面的安全性相近。不良反应发生率降低能提升患者治疗依从性,保障治疗方案顺利实施,为治疗成效提升提供支持。

从治疗机制分析,氯吡格雷与阿司匹林虽同属抗血小板药物,但作用靶点及机制存在差异,这也造成二者疗效与安全性的不同,进而体现在神经功能恢复、日常活动能力提升等治疗相关指标上。阿司匹林作用于血小板聚集的上游环节,借助抑制环氧酶活性发挥效应,不过该酶在体内分布广泛,抑制后易引发较多不良反应,且部分患者存在阿司匹林抵抗现象导致疗效欠佳。氯吡格雷作用于血小板聚集的下游环节,通过选择性抑制二磷酸腺苷受体产生作用,其作用更具特异性且不受阿司匹林抵抗影响,能为阿司匹林治疗效果不佳的患者提供有效治疗方案。临床实践中发现,急性脑梗死患者的治疗成效受发病时间、年龄等多种因素影响,因此选择治疗药物时需结合患者个体情况综合判断。

综上,氯吡格雷治疗急性脑梗死有着疗效突出、安全性高的特点,能有效改善患者神经功能与日常活动能力,提升治疗总有效率且降低不良反应风险。相较于阿司匹林,氯吡格雷虽价格稍高,但显著的疗效与安全性优势,能降低后续因并发症、疗效欠佳导致的再住院率及治疗费用,从长远来看具备更高的成本效益。

#### 参考文献:

[1] 崔小琳,张春梅.急性脑梗死患者应用阿司匹林与氯吡格雷联合治疗的临床效果及不良反应发生率观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(18):35+49.

[2] 钱敏.阿司匹林与氯吡格雷治疗急性脑梗死的疗效和患者不良反应分析[J].国际感染病学(电子版),2020,9(02):65-66.

[3] 谢金山.在治疗急性脑梗死中应用阿司匹林联合氯吡格雷的治疗效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(03):154.

[4] 巩同玉.阿司匹林与氯吡格雷联合治疗急性脑梗死的应用效果及不良反应发生率影响分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(69):128+136.

[5] 韩立新.阿司匹林与氯吡格雷联合治疗急性脑梗死的临床效果及不良反应发生率观察[J].心血管外科杂志(电子版),2019,8(02):58.

[6] 吉鹏,薛璐.观察阿司匹林与氯吡格雷联合治疗急性脑梗死的疗效[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(07):53.