

## 脑梗死应用阿司匹林联合他汀类药物对颈动脉斑块的影响

何江南

福泉市中医医院 贵州福泉 550500

**【摘要】目的** 探讨脑梗死应用阿司匹林联合他汀类药物对颈动脉斑块的影响。**方法** 选取本院 2023 年 11 月-2024 年 10 月收治的 100 例脑梗死患者, 根据不同用药方案纳入 A 组与 B 组各 50 例, 2 组分别采用阿司匹林治疗与阿司匹林联合他汀类药物, 对比其效果。**结果** B 组治疗后的 NIHSS 得分值低于 A 组,  $P < 0.05$ ; B 组治疗后的 IMT 小于 A 组,  $P < 0.05$ ; B 组总有效率高于 A 组,  $P < 0.05$ 。**结论** 脑梗死应用阿司匹林联合他汀类药物治疗的效果较好, 可改善神经功能, 缩小颈动脉斑块, 有助于病情得到更好的控制, 可推行。

**【关键词】** 脑梗死; 阿司匹林; 他汀类药物; 颈动脉斑块**【中图分类号】** R743.33**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1005-4596 ( 2025 ) 03-047-02

脑梗死作为一种严重的脑血管疾病, 其发病机制复杂且多样, 其中颈动脉斑块的形成与进展是导致脑梗死发生的重要因素之一<sup>[1]</sup>。近年来, 随着医疗技术的不断进步和临床研究的深入, 阿司匹林联合他汀类药物在脑梗死预防和治疗中的应用逐渐受到广泛关注。这两种药物分别具有抗血小板聚集和降脂抗炎的作用, 通过不同途径对颈动脉斑块产生积极影响, 进而降低脑梗死的发生风险<sup>[2]</sup>。本研究旨在探讨阿司匹林联合他汀类药物在脑梗死患者中应用的效果, 特别是对颈动脉斑块的影响, 以期为临床提供更为科学、合理的用药指导。现针对 100 例患者的病历资料展开对照分析, 汇报如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取本院 2023 年 11 月-2024 年 10 月收治的 100 例脑梗死患者, 根据不同用药方案纳入 A 组与 B 组各 50 例。A 组: 男 29 例, 女 21 例; 年龄 53 ~ 84 (66.57±5.81) 岁; 体重指数 19 ~ 28 (24.21±1.14) kg/m<sup>2</sup>。B 组: 男 28 例, 女 22 例; 年龄 53 ~ 84 (66.61±5.77) 岁; 体重指数 19 ~ 28 (24.25±1.11) kg/m<sup>2</sup>。2 组一般资料比较,  $P > 0.05$ 。

#### 1.2 纳入标准

纳入标准: (1) 脑梗死诊断明确; (2) 存在颈动脉斑块; (3) 未接受过相关治疗; (4) 签署知情同意书。

排除标准: (1) 存在其他严重疾病, 如自身免疫性疾病、慢性炎症性疾病、恶性肿瘤等; (2) 对研究药物过敏; (3) 近期接受过手术或存在创伤; (4) 存在精神或心理疾病: 如精神分裂症、重度抑郁症等。

#### 1.3 方法

2 组均予以补液、抗感染、抗凝、神经营养支持, 以及降糖、降压、调脂等对症支持治疗。

A 组: 采用阿司匹林 (山东新华制药, 国药准字 H37020354) 治疗, 口服, 初始剂量 3 片 / 次, 2 次 / d, 7d 后调整为 2 片 / 次, 1 次 / d, 治疗 4 周。

B 组: 采用阿司匹林联合他汀类药物治疗。阿司匹林用法用量同 A 组; 口服阿托伐他汀 (晖致制药, 国药准字 H20051409) 治疗, 1 片 / 次, 1 次 / d, 治疗 4 周。

#### 1.4 观察指标

(1) 神经功能: 使用 NIHSS 评估, 总分 42 分, 分值越低越好。(2) IMT: 使用飞利浦超声仪进行测量。(3) 临床疗效: ①显效: NIHSS 得分值下降幅度超过 30%; ②有效: NIHSS 得分值下降幅度 10% ~ 29%; ③无效: 未达①、②标准。

#### 1.5 统计学方法

应用 SPSS25.0 软件, 以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表述计量数据, 行 t 检验; 以 % 表述计数数据, 行  $\chi^2$  检验;  $P < 0.05$  为有差异。

### 2 结果

#### 2.1 神经功能对比

B 组治疗后的 NIHSS 得分值低于 A 组,  $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1: 神经功能对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 例数 | NIHSS 得分值  |            |
|-----|----|------------|------------|
|     |    | 治疗前        | 治疗后        |
| A 组 | 50 | 27.35±4.43 | 16.27±4.15 |
| B 组 | 50 | 27.42±4.36 | 12.18±3.32 |
| t 值 |    | 0.235      | 5.852      |
| P 值 |    | 0.822      | 0.000      |

#### 2.2 IMT 对比

B 组治疗后的 IMT 小于 A 组,  $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2: IMT 对比 ( $\bar{x} \pm s$ , mm)

| 组别  | 例数 | 治疗前       | 治疗后       |
|-----|----|-----------|-----------|
| A 组 | 50 | 1.86±0.34 | 1.47±0.25 |
| B 组 | 50 | 1.88±0.33 | 1.15±0.22 |
| t 值 |    | 0.257     | 4.633     |
| P 值 |    | 0.819     | 0.000     |

#### 2.3 临床疗效对比

B 组总有效率高于 A 组,  $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3: 临床疗效对比 [n (%)]

| 组别         | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率       |
|------------|----|----|----|----|------------|
| A 组        | 50 | 21 | 20 | 9  | 41 (82.00) |
| B 组        | 50 | 29 | 18 | 3  | 47 (94.00) |
| $\chi^2$ 值 |    |    |    |    | 4.415      |
| P 值        |    |    |    |    | 0.039      |

### 3 讨论

阿司匹林作为常用的抗血小板药物, 其主要作用在于显著预防和治疗缺血性脑卒中。阿司匹林能够作用于血小板环氧化酶活性部位, 使其乙酰化, 从而破坏血小板环氧化酶的活性, 抑制花生四烯的转化, 进而发挥抑制血小板聚集和抗血栓形成的作用<sup>[3]</sup>。这一机制有助于防止新的血栓形成, 减少脑梗死的再发风险。

阿托伐他汀作为他汀类药物的代表, 其在脑梗死治疗中的作用不容忽视。阿托伐他汀主要通过抑制体内胆固醇合成酶的活性, 减少肝脏产生的胆固醇, 并促进胆固醇的清除, 从而有效降低血液中的总胆固醇和低密度脂蛋白水平<sup>[4]</sup>。这不仅有助于改善血脂状态, 还能减轻脑梗死引起的炎症反应和

血栓形成。此外，阿托伐他汀还能通过增加一氧化氮的产生和释放，改善血管内皮功能，并促进血管扩张，从而改善脑血流灌注，减少缺血区域的大小，有助于脑组织的恢复。

阿司匹林与阿托伐他汀的联合使用能够发挥协同作用。联合用药不仅能更有效地调节血脂水平，还能通过抑制血小板聚集、改善血管内皮功能等多种途径，共同降低动脉粥样硬化和血栓形成的发生率<sup>[5]</sup>。这一联合治疗方案在改善脑梗死患者的凝血功能、神经功能以及提高整体治疗效果方面均表现出显著优势。

NIHSS 是评估卒中患者神经功能缺损程度的重要工具，得分越低，表示患者的神经功能恢复得越好。本文 B 组治疗后的 NIHSS 得分值低于 A 组，提示 B 组患者的神经功能缺损程度有显著改善。IMT 是评估颈动脉粥样硬化的重要指标。B 组治疗后的 IMT 值低于 A 组，表明 B 组患者的颈动脉粥样硬化程度较轻，或者其粥样硬化的进展得到了更好的控制。B 组总有效率高于 A 组，表明 B 组的治疗方案在整体疗效上优于 A 组。总有效率的提高意味着 B 组中有更多患者达到了治疗目标，如症状改善、病情稳定或康复等。该研究结果充分证实了联合治疗的优势。阿司匹林联合阿托伐他汀治疗脑梗死的作用机制涉及抗血小板聚集、调节血脂、改善血管内皮功能等多个方面，这些机制的共同作用有助于降低脑梗死的再发风险，

促进患者的神经功能恢复，从而更好的控制患者病情。

综上所述，脑梗死应用阿司匹林联合他汀类药物治疗效果较好，可改善神经功能，缩小颈动脉斑块，有助于病情得到更好的控制，可推行。

## 参考文献

- [1] 潘迪. 他汀类药物联合硫酸氢氯吡格雷、阿司匹林治疗急性脑梗死老年患者的临床研究[J]. 黑龙江医药, 2023, 36(1):97-99.
- [2] 刘海朵, 刘彬, 吴远华. 通窍化栓汤联合长春西汀及阿司匹林治疗急性脑梗死的疗效及对血液流变学和血清 S100B、MMP-9 的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(2):306-313.
- [3] 梁海鸥, 李妙丹, 谭慧敏, 等. 阿加曲班联合阿司匹林与替罗非班治疗进展性脑梗死的疗效与安全性分析[J]. 同济大学学报(医学版), 2024, 45(3):391-397.
- [4] 李艳晓, 常青, 王欢欢, 等. 替罗非班注射液联合阿司匹林、氯吡格雷对急性进展性脑梗死患者的临床疗效及安全性分析[J]. 中国医刊, 2024, 59(8):902-905.
- [5] 石翠华, 王洪贞. 阿司匹林联合阿托伐他汀钙对脑梗死患者血清学指标及颈动脉粥样硬化斑块变化情况的影响[J]. 系统医学, 2024, 9(14):181-185.

(上接第 45 页)

炎作用，增加细胞浆中激素受体向细胞核的移位，降低耐药性，提高受体敏感性，增强肺组织细胞上受体蛋白合成<sup>[6]</sup>，同时沙美特罗/丙酸氟替卡松能够改善患者肺功能，具有局部抗炎活性，舒张支气管平滑肌，促使三磷酸腺苷酶向磷酸腺苷转化，抑制炎症因子的生成，从而达到较为显著疗效<sup>[7]</sup>。

总而言之，对慢性阻塞性肺疾病患者实施沙美特罗/丙酸氟替卡松治疗，能够提高用药安全性，改善肺功能，值得推广。

## 参考文献

- [1] 熊雪芳, 孙蕾. 沙美特罗/丙酸氟替卡松联合噻托溴铵治疗老年慢性阻塞性肺疾病的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2024, 74(4):291-293.
- [2] 舒成喆, 顾亮. 沙美特罗/丙酸氟替卡松联合百令胶囊治疗慢性阻塞性肺疾病的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2024, 11(4):247-249.

(上接第 46 页)

辛与丙泊酚联合使用可以弥补药剂抗性缺陷，提高药剂麻醉的集中度，能够使药物相互间的抑制作用有效的缓解器官压力，达到降低患者的不适感<sup>[5]</sup>。地佐辛联合丙泊酚维持麻醉能够在有效的帮助患者避免和减轻痛苦的同时也能够降低患者的不良反应发生率，是一种较为安全可靠且效果良好的无痛人流手术麻醉方式，利于提高患者的手术成功率。此外，需要注意在接受无痛人流后，接受手术者不可进行大量的运动，需要保持良好的心态，安心的休息静养利于患者在术后身体能够得到快速恢复。

综上所述，对无痛人流患者采用地佐辛联合丙泊酚维持麻醉能够有效的提高麻醉效果，且不会给患者带来严重的不良反应，安全性较高，值得在日后接受无痛人流的患者临床中普及运用。

[3] 张凤宇, 王艳蕾, 郭文新等. 噻托溴铵联合沙美特罗及丙酸氟替卡松治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病效果观察[J]. 中国综合临床, 2022, 28(10):1067-1069.

[4] 戴沛军, 冀雪娟, 王恒辉等. 噻托溴铵联合沙美特罗/丙酸氟替卡松治疗稳定期重度慢性阻塞性肺疾病疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2023, 27(1):68-70.

[5] 胡芳. 噻托溴铵联合沙美特罗/丙酸氟替卡松治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病的疗效观察[J]. 临床内科杂志, 2024, 32(6):401-402.

[6] 王伟, 皇甫秋强. 联合吸入噻托溴铵及沙美特罗丙酸氟替卡松治疗慢性阻塞性肺疾病的临床研究[J]. 中国基层医药, 2023, 22(2):282-284.

[7] 季宏耀. 沙美特罗丙酸氟替卡松对慢性阻塞性肺疾病患者临床疗效及对免疫功能的影响[J]. 临床肺科杂志, 2024, 47(4):646-648.

## 参考文献

- [1] 苏伟. 丙泊酚分别复合芬太尼与瑞芬太尼用于无痛人流人工流产术的麻醉及术后镇痛观察[J]. 河北医药, 2023, 36(23):3573-3574.
- [2] 袁志忠. 丙泊酚联合瑞芬太尼用于无痛人流人工流产手术麻醉 68 例[J]. 中外医学研究, 2023, 20(33):175-176.
- [3] 刘明, 冯丽娥, 傅玉纯, 等. 地佐辛与瑞芬太尼复合丙泊酚用于无痛人流人工流产麻醉的临床对比观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2019, 25(05):509-510.
- [4] 李运繁, 梁敏, 莫承喜. 罗哌卡因芬太尼在产妇自控硬膜外镇痛中的可行性分析[J]. 临床与实践, 2023, 21(13):24-25.
- [5] 魏江涛, 侯明勇, 董理, 等. 地佐辛复合丙泊酚用于无痛人流人工流产的安全性及有效性研究[J]. 中国医药导刊, 2023, 25(S):141-142.