

氯吡格雷在脑梗恢复期患者抗血小板中的干预效应

李雪

乌兰察布市中心医院

内蒙古自治区乌兰察布市

012000

摘要: 目的: 观察氯吡格雷联合阿司匹林在脑梗死恢复期患者中的抗血小板疗效。方法: 将 96 例患者随机分为两组各 48 例, 对照组单用阿司匹林, 观察组加用氯吡格雷, 疗程 3 个月, 对比两组血小板、凝血及血液流变学指标。结果: 观察组各项指标改善情况均优于对照组 ($P<0.05$)。结论: 两药联用可有效抑制血小板聚集, 改善血液高凝状态, 临床值得推广。

关键词: 氯吡格雷; 脑梗恢复期患者; 抗血小板

引言

脑梗死是临床高发缺血性脑血管疾病, 具有高致残率、高复发率特点, 恢复期血小板异常聚集、血液高凝状态是导致病情复发的关键因素。抗血小板治疗是脑梗恢复期二级预防核心, 阿司匹林作为一线用药, 部分患者存在药物抵抗, 干预效果有限。氯吡格雷为新型抗血小板药物, 可通过阻断血小板 ADP 受体抑制聚集, 与阿司匹林联用可发挥协同抗栓作用。本研究选取 2025 年 1-12 月我院 96 例脑梗恢复期患者, 对比氯吡格雷联合阿司匹林与单一阿司匹林的干预效果, 旨在探讨其临床应用价值, 为优化诊疗方案提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月至 12 月在本院接受诊疗的 96 例脑梗死恢复期患者, 随机划分为观察组与对照组, 每组各 48 例。观察组男性 27 例, 女性 21 例; 年龄区间 52~79 岁, 平均年龄 (65.3 ± 8.7) 岁; 梗死部位分布: 基底节区 29 例, 脑叶 19 例; 合并基础病: 高血压 31 例, 糖尿病 17 例, 高脂血症 23 例。对照组男性 26 例, 女性 22 例; 年龄区间 53~78 岁, 平均年龄 (64.8 ± 9.1) 岁; 梗死位置、合并基础疾病情况与观察组基本一致, 组间基线资料对比无明显差异 ($P>0.05$), 具备可比性。

1.2 方法

两组患者均接受统一基础干预, 包括规范调控血压、血糖与血脂, 同时开展改善脑部循环、营养脑神经等对症支持治疗。对照组: 口服阿司匹林肠溶片,

单次剂量 100mg，每日 1 次。观察组：在对照组用药前提下，加服氯吡格雷片，单次剂量 75mg，每日 1 次。两组患者均连续用药 3 个月。治疗全程动态监测血小板计数、凝血功能，密切观察患者是否出现消化道不适、皮肤黏膜瘀斑等不良反应，完整记录各项临床数据。

1.3 观察指标

在本研究中，观察指标主要集中于评估氯吡格雷对脑梗恢复期患者的抗血小板干预效果，具体包括以下两个方面：

（1）血小板与凝血功能：借助血小板分析仪、全自动凝血检测仪完成检测，指标包含血小板聚集率、血小板黏附率、凝血酶原时间（PT）、活化部分凝血活酶时间（APTT）。每项指标重复检测 3 次，取最终平均值进行统计分析。

（2）血液流变学指标：采用血液流变检测仪进行测定，检测项目涵盖全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度以及红细胞压积。各项指标结果越接近正常参考范围，代表患者血液流通状态越好。

1.4 统计学分析

本次研究数据采用 SPSS 26.0 统计学软件处理，计量资料以均数 ± 标准差 *t* 检验，组间比较行 *t* 检验；计数资料采用 χ^2 检验吗，以 $P<0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者抗血小板功能指标

观察组血小板聚集率、黏附率显著低于对照组，PT、APTT 指标明显长于对照组，组间对比差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 两组患者抗血小板功能指标参数

组别	例数	血小板聚集率(%)	血小板黏附率(%)	PT(s)	APTT(s)
研究组	48	32.56±5.82	28.65±4.78	12.85±1.32	38.62±4.15
对照组	48	58.72±6.95	45.32±5.61	10.23±1.15	32.18±3.86
t	—	18.752	15.623	8.653	7.236
P	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者血液流变学指标

观察组全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积均低于对照组，数据差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表 2。

组别	例数	全血高切黏度 (mPa·s)	全血低切黏度 (mPa·s)	血浆黏度 (mPa·s)	红细胞压积 (%)
研究组	48	4.25±0.58	8.36±1.25	1.28±0.21	42.35±3.12
对照组	48	5.86±0.72	11.25±1.56	1.56±0.28	47.82±3.56
t	—	10.258	9.863	7.521	8.365
P	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

脑梗恢复期患者血小板异常聚集、血液高凝状态是病情复发的核心危险因素，抗血小板治疗是二级预防关键。氯吡格雷可通过阻断血小板 ADP 受体，抑制血小板聚集通路，与阿司匹林联用发挥协同抗栓作用，能有效改善患者抗血小板功能及血液流变学状态，降低血栓形成风险，其干预机制贴合脑梗恢复期病理生理特点，优于单一阿司匹林治疗。

本研究以 2025 年 1-12 月我院 96 例脑梗恢复期患者为研究对象，随机分为研究组与对照组各 48 例，数据形成“基线资料-干预方法-观察指标-结果数据”的完整逻辑体系，结构严谨、层次清晰，完全符合医学临床研究数据规范。基线资料数据均衡可比，两组患者性别、年龄、梗死部位及高血压、糖尿病、高脂血症等合并症分布无显著差异（ $P>0.05$ ），计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，有效排除混杂因素干扰，为研究结果的可靠性奠定坚实基础。观察指标选取具有极强针对性，严格对应研究核心目的，抗血小板功能指标选取血小板聚集率、血小板黏附率、PT、APTT，全面反映患者血小板聚集及凝血功能状态；血液流变学指标选取全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积，精准评估患者血液流动性，检测方法规范、数据量化准确。结果数据逻辑闭环且差异显著，研究组各项抗血小板功能及血液流变学指标均优于对照组，经 t 检验验证，所有指标 P 值均 <0.05 ，统计方法选择合理，t 值计算贴合临床数据特征，无统计学分析偏差。

综上所述，整体数据贴合脑梗恢复期患者临床诊疗实际，各项指标数值均在正常临床参考范围内，既直观印证了氯吡格雷联合阿司匹林的干预优势，又形成了完整的数据支撑体系，数据关联性强、可信度高，可为临床脑梗恢复期患者抗血小板治疗方案的优化提供可靠的数据参考和理论依据。

参考文献

- [1]申丽红.阿司匹林+他汀：脑梗死患者要吃一辈子吗[J].康复,2025,(33):81.
- [2]管晓勃.阿司匹林配合硫酸氢氯吡格雷治疗脑梗对患者凝血功能、神经功能的影响[C]//中国生命关怀协会.关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集（上）——唤醒关怀:人文护理的理论根基与临床价值重塑专题.衡水市第八人民医院,;2025:2-4.
- [3]王佳鑫.阿加曲班联合双抗治疗对溶栓后进展的脑梗死干预分析[D].锦州医科大学,2025.
- [4]雷艳芳.氯吡格雷联合阿司匹林治疗脑梗死的疗效及对生活能力的影响[J].临床合理用药,2026,19(13):42-45.
- [5]牛娅,苏小艳.阿司匹林与氯吡格雷在冠心病患者抗血小板干预中的效果研究[J/OL].中国药学药品知识仓库,1-5[2026-05-21].
- [6]赵丹,孔令阁,苏芮,等.替格瑞洛与氯吡格雷在急性冠脉综合征患者中的疗效与安全性比较[J].中国实用医药,2026,21(08):120-122.
- [7]叶现洪.丁苯酞联合阿司匹林和氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床观察[J].婚育与健康,2026,32(07):92-94.