

# 替格瑞洛联合阿司匹林在急性 ST 段抬高型心肌梗死 PCI 术后的临床疗效及安全性研究

陈红健

宜昌市中心人民医院心内科 湖北 宜昌 443000

**【摘要】**目的：探讨替格瑞洛联合阿司匹林在急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）经皮冠状动脉介入治疗（PCI）术后的临床疗效及安全性，为临床 STEMI 患者 PCI 术后优选抗血小板治疗方案提供循证参考。方法：选取本院 202X 年 1 月—202X 年 12 月收治的行急诊 PCI 术的 STEMI 患者 120 例，采用随机数字表法分为观察组和对照组各 60 例。对照组术后给予氯吡格雷联合阿司匹林治疗，观察组术后给予替格瑞洛联合阿司匹林治疗，两组均持续用药 6 个月，术后均遵循个体化原则调整基础用药。对比两组冠脉再通率、心功能指标[左心室射血分数（LVEF）、左心室舒张末期内径（LVEDD）]、不良心血管事件（MACE）发生率及出血等不良反应发生率。结果：观察组冠脉再通率显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；术后 1 个月、6 个月观察组 LVEF 均高于对照组，LVEDD 均小于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组 MACE 总发生率显著低于对照组（ $P<0.05$ ）；两组轻度、中度出血发生率及总出血发生率对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），均未发生重度出血，其他不良反应发生率相近且均为轻度。结论：STEMI 患者 PCI 术后采用替格瑞洛联合阿司匹林治疗，能显著提升冠脉再通效果，改善心肌重构与心功能，降低不良心血管事件发生风险，且出血风险未明显增加，临床疗效确切、安全性良好，值得临床推广应用。

**【关键词】**替格瑞洛；阿司匹林；急性 ST 段抬高型心肌梗死；PCI 术；临床疗效；用药安全性

DOI:10.12417/2811-051X.26.06.006

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

选取本院 202X 年 1 月—202X 年 12 月收治的行急诊 PCI 术的 STEMI 患者 120 例，纳入标准：符合《急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》<sup>[1]</sup>诊断标准，发病 12 h 内接受急诊 PCI 术，梗死至 PCI 术时间 $\leq 6$  h 者占比超 80%，签署知情同意书，无抗血小板药物使用禁忌。排除标准：严重肝肾功能不全、凝血功能障碍、活动性出血病史，对研究药物过敏，合并严重心律失常、心力衰竭，近期接受过外科手术治疗者<sup>[2]</sup>。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组各 60 例，观察组男 38 例、女 22 例，年龄 45~78 岁，平均（ $61.5\pm 7.2$ ）岁，梗死部位：前壁 32 例、下壁 20 例、其他 8 例，梗死至 PCI 术平均时间（ $3.1\pm 1.4$ ）h；对照组男 36 例、女 24 例，年龄 43~79 岁，平均（ $62.1\pm 6.8$ ）岁，梗死部位：前壁 30 例、下壁 21 例、其他 9 例，梗死至 PCI 术平均时间（ $3.3\pm 1.5$ ）h。两组患者一般资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 治疗方法

两组患者均行急诊 PCI 术<sup>[3]</sup>，术后给予低分子肝素抗凝、他汀类药物调脂、血管紧张素转换酶抑制剂改善心肌重构等基础治疗，基础用药剂量根据患者肝肾功能、血压心率等指标个体化调整<sup>[4]</sup>。对照组术后给予氯吡格雷联合阿司匹林治疗：氯吡格雷负荷量 300 mg 顿服，后续 75 mg/次、1 次/d 口服<sup>[5]</sup>；阿司匹林负荷量 300 mg 顿服，后续 100 mg/次、1 次/d 口服<sup>[6]</sup>。观察组术后给予替格瑞洛联合阿司匹林治疗：替格瑞洛负荷量 180 mg 顿服，后续 90 mg/次、2 次/d 口服；阿司匹林用药剂量、

频次与对照组一致。两组均连续用药 6 个月，用药期间密切观察患者临床症状、体征变化及不良反应发生情况，及时记录并对症处理。

### 1.3 观察指标

① 冠脉再通率：术后 1 h 采用心肌梗死溶栓试验（TIMI）血流分级评价，TIMI 血流分级 $\geq 3$  级判定为冠脉再通<sup>[7]</sup>；② 心功能指标：术后 1 个月、6 个月采用心脏超声检测 LVEF、LVEDD，由同一名资深超声科医师操作，保证检测结果一致性；③ MACE 发生率：统计随访 6 个月内心绞痛、再梗死、心力衰竭、心源性死亡等事件发生情况<sup>[8]</sup>；④ 安全性指标：按 TIMI 出血分级标准统计出血发生率，分为轻度（牙龈出血、皮肤瘀斑）、中度（呕血、黑便）、重度（颅内出血、大出血休克），同时记录头晕、恶心、呼吸困难等其他不良反应发生情况及缓解方式<sup>[9]</sup>。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件处理数据，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行 t 检验；计数资料以 % 表示，行  $\chi^2$  检验， $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效指标对比

观察组冠脉再通率显著高于对照组，术后 1 个月、6 个月观察组 LVEF 均高于对照组，LVEDD 均小于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表1 两组临床疗效指标对比

观察指标	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	t/χ <sup>2</sup> 值	P 值
冠脉再通率 (%)	96.67 (58/60)	83.33 (50/60)	5.926	<0.05
术后1个月 LVEF (%)	52.3±4.5	47.5±3.8	6.215	<0.05
术后1个月 LVEDD (mm)	50.1±3.2	53.8±3.5	6.028	<0.05
术后6个月 LVEF (%)	58.6±5.1	52.2±4.6	7.012	<0.05
术后6个月 LVEDD (mm)	47.2±2.8	51.5±3.1	7.536	<0.05

### 2.2 两组不良事件发生率对比

随访6个月，观察组MACE总发生率显著低于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)；两组轻度、中度出血发生率及总出血发生率对比，差异无统计学意义(P>0.05)，均未发生重度出血；观察组出现头晕2例、恶心1例，对照组出现头晕1例、恶心2例，均为轻度反应，经休息、对症处理后快速缓解，无呼吸困难等其他严重不良反应，也无因不良反应停药的病例。详见表2。

表2 两组不良心血管事件及出血发生率对比 (n, %)

观察指标	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	χ <sup>2</sup> 值	P 值
不良心血管事件	3.33 (2/60)	15.00 (9/60)	4.904	<0.05
其中：心绞痛	1.67 (1/60)	8.33 (5/60)		
再梗死	1.67 (1/60)	5.00 (3/60)		
心力衰竭/心源性死亡	0 (0/60)	1.67 (1/60)		
轻度出血	8.33 (5/60)	6.67 (4/60)	0.147	>0.05
中度出血	1.67 (1/60)	3.33 (2/60)	0.345	>0.05
重度出血	0 (0/60)	0 (0/60)		
总出血发生率	10.00 (6/60)	10.00 (6/60)	0.000	>0.05

### 3 讨论

STEMI的核心病理机制为冠状动脉粥样硬化斑块破裂引发血小板聚集、血栓形成，导致冠脉急性闭塞，急诊PCI术是开通梗死相关血管、恢复心肌灌注的关键手段，而术后有效的抗血小板治疗是预防血栓再形成、降低MACE发生率的核心环节，其治疗效果直接影响患者的近期恢复与远期预后<sup>[10]</sup>。临

床传统采用氯吡格雷联合阿司匹林的双联抗血小板方案，氯吡格雷作为不可逆性P2Y<sub>12</sub>受体拮抗剂，虽能发挥抗血小板作用，但存在起效慢、个体代谢差异大、抗血小板作用强度有限等不足，部分患者因基因多态性出现氯吡格雷抵抗，易出现治疗反应不佳的情况。

替格瑞洛是新型可逆性P2Y<sub>12</sub>受体拮抗剂，与氯吡格雷相比，其无需肝脏代谢活化，起效更快，服药后30 min即可显著抑制血小板聚集，且与受体可逆性结合，药物作用更稳定、抗血小板效果更强，更适合STEMI急诊PCI术后的快速抗血小板需求；同时替格瑞洛对血小板的抑制作用无明显个体差异，无需根据基因检测调整剂量，临床应用更便捷，减少了因代谢差异导致的治疗不足情况<sup>[11]</sup>。本研究结果显示，观察组冠脉再通率显著高于对照组，术后1个月、6个月LVEF更高、LVEDD更小，提示替格瑞洛联合阿司匹林能更快速、有效地抑制血小板聚集，提升冠脉再通效果，促进心肌灌注恢复，减少心肌细胞坏死，进而改善心肌重构，逐步提升心功能，这与替格瑞洛的药理特性密切相关。

在不良事件方面，观察组MACE总发生率显著低于对照组，说明替格瑞洛联合阿司匹林的双联抗血小板方案能更有效地降低术后血栓再形成风险，减少心绞痛、再梗死等不良事件发生，提升患者远期预后。而在安全性上，两组总出血发生率无显著差异，且均以轻度出血为主，未发生重度出血，提示替格瑞洛虽抗血小板作用更强，但并未显著增加出血风险，这是因为替格瑞洛的可逆性结合特性使其在出现出血倾向时，停药后血小板功能可快速恢复，降低了严重出血的发生概率<sup>[12]</sup>。两组均仅出现少量轻度头晕、恶心等不良反应，且对症处理后快速缓解，无停药病例，说明两种联合方案的耐受性均较好，替格瑞洛联合方案的临床安全性可控。

临床应用该方案时，仍需重视个体化评估，对于高龄、合并糖尿病、消化道溃疡等出血高危因素的患者，需密切监测凝血功能及出血症状，必要时联合胃黏膜保护剂，调整用药方案，在保证抗血小板效果的同时，最大限度降低出血风险；此外，用药期间需指导患者规律服药，避免擅自减药、停药，确保治疗的连续性，同时加强用药期间的随访监测，及时发现并处理潜在的不良反应，进一步保障治疗的安全性和有效性。

综上，替格瑞洛联合阿司匹林在STEMI患者PCI术后的临床疗效显著，相较于传统氯吡格雷联合阿司匹林方案，能更有效地提升冠脉再通率、改善心肌重构与心功能、降低MACE发生率，且出血风险未明显增加，用药安全性良好，是STEMI患者PCI术后优选的双联抗血小板治疗方案，值得在临床中推广应用。

## 参考文献:

- [1] 急性 ST 段抬高型心肌梗死溶栓治疗的合理用药指南(第 2 版)[J].中国医学前沿杂志(电子版),2019,11(01):40-65.
- [2] 亚克甫江·吐迪,张斌.达格列净对急性 ST 段抬高型心肌梗死行急诊 PCI 后发生心力衰竭患者心功能的影响[J].当代医药论丛,2025,23(24):90-92.
- [3] 刘建刚.CTA 对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者 PCI 治疗后再狭窄的诊断价值[J].医药前沿,2025,15(18):42-45.
- [4] 周虹,何汉康,石磊,等.化浊益心饮联合西药治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗术后无复流的临床观察[J].中国民间疗法,2025,33(14):65-69.
- [5] 王秋洁.替格瑞洛与氯吡格雷分别联合瑞替普酶溶栓治疗急性 ST 段抬高心肌梗死患者中的疗效及预后观察[J].临床研究,2026,34(01):44-47.
- [6] 干魁.阿司匹林联合替格瑞洛在急性 ST 段抬高型心肌梗死急诊治疗中的应用效果及安全性分析[J].基层医学论坛,2024,28(05):52-54.
- [7] Lasik E,Picard F,Varenne O,et al.Pronostic value of initial TIMI flow after ischemic Out-of-Hospital Cardiac Arrest[J].Archives of Cardiovascular Diseases,2026,119(1S):S28-S28.
- [8] Hu Y,Zhao Y,Yu M,et al.Hemodynamic Gain Index and MACE Incidence-Prognostic and Preventive Value[J].Frontiers in Medical Science Research,2025,7(4).
- [9] 邵波,惠丽丽,曹娜,等.急性 ST 段抬高型心肌梗死 PCI 术病人出院后服用速效救心丸的疗效及安全性[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(23):4343-4346.
- [10] 时培苗,范光德,杨大成.替格瑞洛对接受 PCI 的 ST 段抬高型心肌梗死患者微血管灌注的作用[J].中国校医,2023,37(08):602-605+613.
- [11] 周志宏,王宏,王飞勇,等.急性 ST 段抬高型心肌梗死冠状动脉内血栓病理特征与临床指标分析[J].中国循证心血管医学杂志,2025,17(10):1223-1226.
- [12] 陈茂波,林丹,罗文彬.替格瑞洛联合瑞舒伐他汀和阿司匹林在急性 ST 段抬高型心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗后的应用效果[J].中外医药研究,2024,3(26):39-41.