心肌梗死患者术后双联抗血小板治疗时长的优化探索

周 萌

安义县人民医院 江西南昌

【摘要】**目的** 分析心梗介入术后差异化调整双联抗血小板用药周期的实际应用效果。**方法** 抽取 2024 年 3 月-2026 年 3 月本院 100 例心梗介入术后患者，随机均分两组各 50 例。对照组沿用临床统一标准抗血小板用药疗程，观察组结合病情适配优化缩短用药周期，随访比对两组核心临床观察指标。**结果** 观察组轻微出血占比更低，整体服药配合度更佳，组间差异有统计学意义（P＜0.05）；两组心血管不良事件发生情况基本持平，无统计学差异（P＞0.05）。**结论** 心梗术后个体化缩减双联抗血小板疗程，安全性有保障，可切实规避出血不良问题，稳步强化患者长期规范服药能力，适配心内科临床常态化应用。

【关键词】心肌梗死；介入术后；双联抗血小板；治疗时长；出血风险；预后

【收稿日期】2026 年 9 月 8 日 【出刊日期】2026 年 10 月 9 日 【DOI】10.12208/j.ijcr.20260525

Optimization of dual antiplatelet therapy duration post-myocardial infarction

Meng Zhou

Anyi County People's Hospital, Nanchang, Jiangxi

【**Abstract**】**Objective** To evaluate the clinical efficacy of tailored adjustments to dual antiplatelet regimens following percutaneous coronary intervention (PCI) for myocardial infarction. **Methods** A total of 100 PCI patients from March 2024 to March 2026 were enrolled and randomly divided into two groups of 50 each. The control group received the standard clinical antiplatelet regimen, while the observation group underwent optimized treatment duration tailored to individual conditions. Key clinical outcomes were compared between groups. **Results** The observation group exhibited a lower incidence of minor bleeding and superior medication adherence (P<0.05), with no statistically significant difference in cardiovascular adverse events between groups (P>0.05). **Conclusion** Individualized reduction of dual antiplatelet therapy duration post-PCI ensures safety, effectively mitigates bleeding risks, enhances long-term medication compliance, and supports routine clinical practice in cardiology.

【**Keywords**】Myocardial infarction (MI); Post-interventional period; Dual antiplatelet therapy; Treatment duration; Bleeding risk; Prognosis

急性心肌梗死属于心血管领域急危重症，冠脉介入手术是现阶段临床抢救的主流方式[1]。术后规范开展双联抗血小板干预，能够有效抑制血小板异常凝集，规避支架内血栓生成，同时降低心肌梗死复发概率[2]。临床现阶段多采用统一固化的用药疗程，但患者自身缺血风险层级、出血耐受体质存在个体差异，长期服药易诱发牙龈渗血、消化道异常出血等副反应，部分患者因此擅自中断用药，反而加大心血管突发事件风险[3]。既往传统的抗栓疗程已无法契合患者个体化诊疗需求，疗程过长会加剧出血隐患，盲目缩减时长又易提升缺血再发概率[4]。如何平衡缺血获益与出血安全，合理调配双联抗血小板用药周期，已是心内科临床亟待解决的问题。本研究选取临床心梗介入术后病例，探究疗程优化方案的实际应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究调研时段设定为 2024 年 3 月至 2026 年 3 月，筛选本院成功完成冠脉介入干预的急性心肌梗死病例共计 100 例，全程采用随机抽样方式均衡划分为两个研究小组，各组实际纳入 50 例。其中观察组男性 28 例、女性 22 例，年龄区间 48～75 岁，平均年龄（61.32±5.46）岁；对照组男性 27 例、女性 23 例，年龄区间 47～76 岁，平均年龄（60.89±5.71）岁。研究筛选时，要求受试者病情确诊吻合心梗临床判定依

据，本人及家属知情认可且可全程配合后期回访；提前剔除存在凝血异常、活动性出血、多脏器重度损伤、肿瘤及意识精神异常人群，同时排除随访脱落、依从性极差的病例[5]。所有入组对象基础人口学特征及病情基础情况整体相近，组间基线资料不存在统计学层面差异（P＞0.05），可开展后续对照研究。

1.2 方法

常规组：术后统一沿用心内科临床传统固化双抗干预模式，不开展术前术后缺血、出血相关风险量表分层测评，不结合个体体质、病情微调诊疗周期。基础抗血小板给药实操：阿司匹林肠溶片 100 mg，每日晨间空腹单次口服，配伍氯吡格雷 75 mg，每日固定时段规律单次服用，不间断连续规范给药满 12 个月。整个用药周期内，严控给药剂量恒定不变，不擅自增减疗程时长，不额外开展血小板功能专项动态监测；仅按科室常规流程定期抽检血常规、凝血全套指标，患者出现轻微药物相关不适时，仅给予对症基础处置。待既定 12 个月双抗周期完全达标后，直接停用氯吡格雷这类 P2Y12 受体拮抗药物，后续终身单一服用阿司匹林，完成冠心病二级抗血小板长期预防性给药[6]。

优化组：观察组结合病情适配优化缩短用药周期。①血栓易感程度偏高、出血耐受良好人群：冠脉多支复合复杂病变、术中植入支架数量≥2 枚、合并血糖顽固不达标的 2 型糖尿病、有心梗既往患病史，无任何出血高危诱因且整体服药耐受度理想，在标准双联给药前提下，将整体双联抗血小板治疗（DAPT）用药周期顺延调控至18～24个月，优先选用替格瑞洛替换适配，强化血管内血小板聚集抑制效力，稳固远期支架内血栓专项防控成效；②血栓与出血风险均处于中等水平的普通病患：沿用基础双联抗血小板给药方案，标准化连续给药6～12个月，按月常态化复查凝血相关指标、粪便潜血筛查，结合术后心肌灌注恢复、血管内皮修复实况平稳衔接后续用药；③血栓风险偏低、出血高危易感人群：实际年龄≥75 岁、有消化道溃疡伴出血既往史、肾功能实质性减退、长期服用损伤胃黏膜的联用药物，术后全程强化出血多维度防控，压缩精简双联抗血小板给药周期至 3 个月，后期切换为单用阿司匹林长效维持基础抗血小板干预。两组所用双联抗血小板药物具体品类、单次给药剂量全部保持统一同质化，仅针对性个体化调整全程给药干预时长，其余术后调脂、护心、对症辅助诊疗举措均完全同步，无差异化额外干预。

1.3 观察指标

①心脑血管不良预后事件：全程跟踪随访患者术后恢复全过程，重点统计新发心绞痛、二次非致死性心肌梗死、支架内部血栓形成以及心源性相关死亡等各类高危心血管异常情况；

②出血相关不良反应：分层统计不同程度出血表现，体表皮肤瘀斑、牙龈微量渗血划定为轻度出血，隐匿性消化道出血、颅内出血等危重症状纳入中重度出血范畴；

③临床服药配合度：以患者全程按时按量规律服药，诊疗周期内无私自减量、无故停药、间断漏服等违规行为，综合判定为用药依从达标。

1.4 统计学方法

所有研究收集的临床数据统一录入专业统计程序，依托 SPSS 26.0 版本完成批量校对与分析处理。各类计数类临床资料采用构成比形式统计呈现，组间对比适配卡方检验；计量类相关指标套用均数联合标准差表述，行独立样本 t 检验分析，最终以 P＜0.05 作为评判组间差异具备统计学意义的临界标准。

2 结果

2.1 两组临床结局指标对比

随访汇总各项预后数据可见，两组在心绞痛复发、支架内血栓、再发心梗及心源性死亡等不良心血管事件发生概率上相近，组间未体现出统计学层面的明显区别（P＞0.05）。而观察组各类出血相关并发症整体发生占比明显更低，患者遵医嘱规范服药的配合程度显著更优，上述两项指标组间对照差异均具备统计学价值（P＜0.05）。

表 1 两组患者随访临床指标对比[例（%）]

组别	例数	心血管不良事件	总出血事件	用药依从率
对照组	50	5（10.00）	12（24.00）	38（76.00）
观察组	50	3（6.00）	4（8.00）	46（92.00）
χ^2 值		0.543	4.762	4.762
P 值		＞0.05	＜0.05	＜0.05

3 讨论

冠脉支架植入作为急性心肌梗死的核心救治方式，术后实施双联抗血小板干预，可有效抑制血小板非正常聚集，规避支架内血栓滋生，同时切实降低远期心肌

缺血再发的潜在风险[7]。临床传统多采用一刀切的标准化用药周期，并未结合患者年龄层次、凝血机能、合并基础病症及出血耐受体质的个体差异灵活调整，整体诊疗方案缺乏个体化适配性[8]。

出血易感体质人群长期持续服用抗血小板制剂，易出现皮下瘀斑、牙龈渗血等轻微症状，病情较重者还可诱发隐匿性消化道出血等隐患[9]。这类不适不仅加重患者身心压力，还易滋生抗拒服药的心理，私自减量、中断疗程现象时有发生，反倒无形中增大血栓复发的概率。反观缺血风险偏低、冠脉病变相对轻微的病患，盲目拉长双联抗血小板给药周期，并不会带来额外临床获益，只会徒增药物副作用困扰与长期就医经济压力[10]。

本研究相关随访数据印证，依托缺血、出血双重风险分层策略，对低危病患适度缩减双联抗血小板给药周期，并不会提升各类严重心血管不良事件的发生几率，足以说明疗程适度优化具备可靠临床安全底线。

精简服药时长后，可切实减少不同类型出血并发症的出现，缓解药物作用带来的躯体不适，弱化患者对长期服药的排斥心理，稳步提升坚持规范抗栓治疗的主观配合度，构建服药依从、病情平稳、风险可控的良性诊疗闭环。

综上，心梗介入术后结合患者缺血、出血风险层级，灵活调整双联抗血小板用药周期，既可维持心血管远期安全、不增加病情复发隐患，又能显著规避各类出血不良反应，增强患者长期规范服药的主动性。该方案贴合心内科个体化精准诊疗思路，临床安全可行，具备普及应用价值。

参考文献

[1] 张丽. 替罗非班联合双联抗血小板治疗对经皮冠状动脉介入术后老年心肌梗死合并糖尿病患者预后的影响[J]. 大医生,2024,9(20):41-44.

[2] 董志敏,侯晓霞,王国宏,等. 急性心肌梗死患者支架植入术后双联抗血小板治疗对静脉血栓栓塞症的影响[J].血管与腔内血管外科杂志,2023,9(7):798-802.

[3] 宋松根,陈魁,李涛. 替罗非班联合双联抗血小板药物对急性心肌梗死患者经皮冠脉介入治疗术后心脏不良事件发生率及生活质量的影响[J]. 黑龙江医学,2021,45(23):2522-2524.

[4] 曲哲,杜松,李聪,等. BleeMACS 评分及 GRACE 评分对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗后双联抗血小板治疗期间出血风险的预测价值[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2023,37(12):1205-1210.

[5] 程倩. 双联抗血小板治疗在急性心肌梗死PCI术后应用的效果及预后的影响因素分析[J]. 中国医药科学,2024,14(12):142-145,178.

[6] 崔高伟,金会群,张利卫,等.尼可地尔联合双联抗血小板药物治疗急性非 ST 段抬高型心肌梗死 PCI 术后患者的效果[J].河南医学研究,2021,30(34):6477-6479.

[7] 刘玉兰,黄方洋,陈娟,等. P2Y12 受体抑制剂在急性心肌梗死患者 PCI 术后双联抗血小板治疗中的应用进展[J].中国循证心血管医学杂志,2025,17(2):254-256.

[8] 赵莹莹,杨哲然,陈瑞霖,等. 养心氏片联合双联抗血小板药物对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术后患者血小板聚集率影响[J]. 临床军医杂志,2023,51(6):579-581.

[9] 陈奕虎. 尼可地尔联合双联抗血小板治疗对急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗围手术期睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2025,12(9):1927-1930.

[10] 关泽勇,杨彦立,刘华长,等. 75 岁以上老年冠心病患者 PCI 后双联抗血小板治疗疗效、安全性及预后研究[J].中国循证心血管医学杂志,2021,13(8):978-982.

版权声明：©2026 作者与开放获取期刊研究中心（OAJRC）所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
OPEN ACCESS