

服用阿司匹林预防脑血管病，并非人人适用

文 / 陕西省兴平市人民医院 王引韩



关键词：阿司匹林；脑血管病；一级预防；二级预防；用药禁忌

阿司匹林自1897年问世以来，凭借确切的疗效与较高的经济性，从单纯的解热镇痛药逐步发展为血栓防治的基石药物。但近年来，健康人群自行服用阿司匹林预防脑卒中的情况愈发普遍，随之而来的胃肠道出血、脑出血等不良反应事件也逐年增多。事实上，阿司匹林的预防作用有严格的人群限定，核心在于精准权衡用药风险与获益。《中国心血管病一级预防指南基层版》明确指出，阿司匹林用于脑血管病预防需严格评估个体

风险，盲目用药不仅无效，反而可能危及健康。因此，厘清阿司匹林预防脑血管病的适用边界，对提升公众用药安全具有重要意义。

一、阿司匹林预防脑血管病的作用机制

阿司匹林预防脑血管病的核心机制是抑制血小板聚集，这一过程与其对环氧化酶的抑制作用密切相关。血小板是血栓形成的“始动因子”，当脑血管内皮受损

时,血小板会迅速黏附于损伤部位并发生聚集,逐步形成血栓堵塞血管,最终导致缺血性脑卒中或短暂性脑缺血发作。

具体而言,阿司匹林通过不可逆地抑制血小板内环氧酶-1 (COX-1) 的活性,减少前列腺素的生成,而前列腺素是血小板之所以聚集的关键。这种抑制作用具有不可逆性,即血小板一经阿司匹林作用,其聚集功能将持续丧失直至消亡(血小板的寿命约7~10天)。同时,阿司匹林还能通过抑制血小板释放血管收缩物质,间接改善脑血管血流动力学,进一步降低血栓形成的风险。

需要注意的是,阿司匹林的抗血栓作用具有剂量依赖性,用于解热镇痛时需要较大的剂量(每日0.5~2.0 g),而用于预防脑血管病时仅需较小剂量(每日75~100 mg)便能达到预期效果。过高剂量不仅不会增强预防作用,反而会显著增加不良反应的发生风险。

二、阿司匹林在脑血管病预防中的适用人群

阿司匹林在脑血管病预防中分为一级预防与二级预防。一级预防针对尚未发病但属于高风险的人群,二级预防针对已发病的人群。二者的适用标准存在明确差异。

1. 二级预防

二级预防是阿司匹林在脑血管病防治中的核心适应证,适用于已确诊缺血性脑血管病的患者,具体包括以下几类:

- 有缺血性脑卒中病史者;
- 短暂性脑缺血发作患者;
- 脑血管支架植入术后或颈动脉内膜剥脱术后的患者;
- 合并冠心病、外周动脉疾病的患者。

这类患者服用阿司匹林后,可使脑卒中的复发风险降低25%~30%。除非存在明确禁忌证,否则患者需长期坚持服用。突然停药可能导致血小板聚集功能出现反跳性增强,使短期内发生缺血性脑卒中或短暂性脑缺血发作的风险大幅升高。阿司匹林肠溶片因能减少胃肠道刺激,成为长期用药的首选剂型。

2. 一级预防

一级预防针对尚未发生过脑血管病,但存在多种危险因素的人群,其用药标准更为严格。根据《中国心血管病一级预防指南基层版》,此类人群需同时满足以下所有条件,才能考虑使用阿司匹林:

- 年龄在40~70岁;
- 10年动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)发





病风险在10%及以上;

- 至少合并1项风险增强因素,如糖尿病、高血压、吸烟、冠心病家族史、血脂异常(低密度脂蛋白胆固醇 ≥ 4.9 mmol/L)、慢性肾病3/4期等;

- 无高出血风险及其他禁忌证。

其中,10年ASCVD风险评估是决定是否用药的核心依据。

以两位不同情况的患者为例:一位55岁的男性高血压患者,同时有吸烟史和糖尿病,其10年ASCVD发病风险通常超过10%,若其出血风险较低,可在医生指导下服用阿司匹林进行一级预防;一位60岁健康人群,无任何危险因素,因风险未达标,不建议使用阿司匹林进行预防。

三、阿司匹林预防脑血管病的禁忌与风险

阿司匹林的预防作用并非人人都适合,部分人群用药后风险远大于获益,属于明确的禁忌或慎用范畴。

1.绝对禁忌人群

下列人群服用阿司匹林可能引发致命性不良反应,需严格禁用:

- 有活动性出血者,如消化道溃疡出血、脑出血急性期患者。

- 对阿司匹林过敏者,尤其是曾发生阿司匹林哮喘、血管神经性水肿的患者。

- 严重凝血功能障碍者,如血友病患者、血小板计数低于 $50 \times 10^9/L$ 的患者。

- 活动性肝病患者,肝功能衰竭可能导致凝血功能异常与药物蓄积,加重身体损伤。

2.高风险慎用人群

下列人群用药前需进行严格的个体评估,只有在获益远大于风险时,才考虑使用阿司匹林:

- 出血高风险者:有胃肠道出血史、身体质量指数(BMI)在 18.5 kg/m^2 以下、年龄在70岁以上或存在未控制的高血压(血压 $>150/90$ mmHg)的人群,发生胃肠道出血的风险较高,且发生率随用药时间延长而升高。

- 肝肾功能不全者:阿司匹林主要经肾脏排泄,肾功能不全者易发生药物蓄积,加重肾脏损伤;肝功能减退则会增加身体的出血倾向,增加用药风险。

- 合并用药者:同时服用非甾体抗炎药(如布洛芬)、抗凝药(如华法林)或类固醇药物的人群,出血风险会叠加升高。

- 特殊生理状态者:孕妇及哺乳期妇女应尽量避免使用,妊娠早期用药可能导致胎儿畸形,哺乳期用药可经乳汁影响婴儿的身体健康。

此外,年龄小于40岁或大于70岁的人群,因缺乏足够的临床证据支持常规用药的风险获益比,一般不推荐使用阿司匹林进行脑血管病的一级预防。

四、用药规范与注意事项

即使是阿司匹林的适用人群,对其使用也需遵循严格的规范,这样才能在保证疗效的同时最大化地降低用药风险。

1. 正确选择剂型与用法

阿司匹林肠溶片是预防脑血管病的首选剂型。其外层包衣具有耐酸性,可在胃内保持完整,到达肠道的碱性环境后再溶解释放,从而使胃肠道刺激减少60%以上。建议在早餐前30分钟至1小时空腹服用,这样可以利用空腹时胃排空速度快的特点,使药物快速通过胃部进入肠道,进一步降低胃黏膜损伤的风险。

2. 坚持长期规律用药与监测

脑血管病的预防是一个长期过程,患者需坚持规律服药,不可随意增减剂量或停药。研究表明,脑卒中患者停药1个月内,脑卒中的复发风险会升高3倍以上。同时,长期用药者需定期复查,以便及时发现潜在风险:一是每3~6个月检查一次血常规、凝血功能,监测血小板计数与凝血状态;二是每年进行便潜血试验与肝肾功能检查,筛查胃肠道出血与肝肾功能损伤。

3. 警惕不良反应信号

用药期间需密切关注身体变化,若出现以下症状,应立即停药并就医:胃肠道症状,如持续胃痛、黑便、呕血,提示可能发生胃肠道溃疡或出血;神经系统症状,如头痛、头晕、肢体麻木无力,需排查脑出血风险;过敏反应,如皮疹、呼吸困难、面部肿胀,可能为阿司匹林过敏或哮喘发作;其他症状,如不明原因的牙龈出血、皮肤瘀斑、鼻出血等,均提示出血倾向。

五、常见误区

误区1: 年龄大就该服药预防脑卒中

年龄并非服用阿司匹林的唯一依据。70岁以上人群的出血风险随年龄增长显著升高,若无明确的高危因素,用药后的出血风险可能超过预防获益,反而对身体有害。

误区2: 服药后就轻视生活方式调整

服用阿司匹林是脑血管病的预防手段而非治疗手段,无法替代戒烟限酒、合理饮食、规律运动等生活方式调整。对于生活方式健康的低风险人群,单纯用药的预防价值极低。

误区3: 肠溶片不会引发胃肠道不良反应

相比普通片,肠溶片虽然能减少对胃黏膜的直接刺激,但是仍然会抑制胃黏膜的保护机制,长期服用依然会有1%~3%的胃肠道出血风险,有溃疡病史者的用药风险则更高。

六、科学用药原则

1. 先评估后用药

用药前必须由医生准确评估用药风险与获益,包括心血管风险评分、出血风险筛查等,不可自行决定是否用药。

2. 遵医嘱选剂量

适用人群应严格按照每日75~100 mg的预防剂量服用,避免盲目加量,防止增加不良反应风险。

3. 定期复诊调整

若出现新的疾病(如胃溃疡)或开始服用其他药物,需及时告知医生,由医生评估是否需要继续用药或调整用药方案。

七、结语

阿司匹林在脑血管病预防中具有明确的临床价值,尤其在二级预防中,是不可或缺的基础药物。公众应摒弃“跟风用药”的误区,认识到阿司匹林是处方药而非保健品,其预防效果与潜在风险并存。唯有如此,才能真正实现有效预防、安全用药的目标。

本文编辑:李修坤

温馨提示

在预防脑血管病的过程中,始终应将健康的生活方式放在首位。如需使用阿司匹林,务必在专业医生的指导下进行评估与规范用药。

使用的关键在于精准匹配人群:

- 已发生缺血性脑血管病者,需规范长期服用。
- 未发病者,需经严格的风险评估后谨慎选择。
- 不符合条件者,应避免使用。

