



急性脑梗死应用氯吡格雷和阿司匹林联合治疗的效果分析

李世峰

(吉首市人民医院 湖南湘西 416000)

摘要: 目的 总结急性脑梗死采取氯吡格雷和阿司匹林联合治疗的具体方法以及治疗效果,为临床疾病的治疗提供可靠的参考依据。方法 选取我院在以往一年之内所接诊的急性脑梗死患者资料 100 例实施回顾性分析,所选患者根据治疗方案的不同接受分组,平均每组 50 例,给予对照组阿司匹林治疗,给予研究组氯吡格雷联合阿司匹林治疗,两组患者全部接受 15 天的治疗,比较研究组与对照组患者的神经功能评分和不良反应出现情况,将所得各项数值进行统计学计算。结果 研究组患者治疗有效率显著高于对照组,两组神经功能缺损评分对比存在统计学差异,两组患者治疗期间没有出现显著不良反应。结论 氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性脑梗死疾病效果理想,应该给予大力的推广与应用。

关键词: 急性脑梗死; 氯吡格雷; 阿司匹林; 治疗效果

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-087-01

脑梗死指的是因为脑血液供应障碍导致的脑部病变,包括腔隙性梗死、脑血栓形成以及脑栓塞等,患者的临床表现症状比较复杂,一般在中老年人群中比较多发,特别是伴随高血压、动脉粥样硬化、冠心病、糖尿病和存在吸烟与饮酒等不良嗜好的患者中,动脉粥样硬化属于导致脑梗塞发病的主要因素。文献资料显示,抗血小板药物可以降低动脉粥样硬化患者出现急性心脑血管事件的几率,阿司匹林属于强效血小板聚集抑制药物,利用对血栓素 A₂ 生成加以抑制,从而抑制血小板聚集,氯吡格雷作为新型抗血小板聚集药物,利用选择性阻断血小板二磷酸腺苷受体,抑制纤维蛋白原和血小板受体糖蛋白的结合,起到抑制血小板聚集的效果[1]。本文选取我院在以往一年之内所接诊的急性脑梗死患者资料 100 例实施回顾性分析,所选患者根据治疗方案的不同接受分组,平均每组 50 例,给予对照组阿司匹林治疗,给予研究组氯吡格雷联合阿司匹林治疗,两组患者全部接受 15 天的治疗,比较研究组与对照组患者的神经功能评分和不良反应出现情况,现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院在 2016 年 1 月到 2017 年 1 月所接诊的急性脑梗死患者资料 100 例实施回顾性分析,所选 100 例患者中男性 60 例,女性 40 例,患者中最小年龄 44 岁,最大年龄 73 岁,平均 55.66±1.05 岁,患者中前循环梗死 70 例,后循环梗死 30 例;所选患者根据治疗方案的不同接受分组,平均每组 50 例,给予对照组阿司匹林治疗,给予研究组氯吡格雷联合阿司匹林治疗,两组患者的一般资料对比不存在统计学差异;两组患者全部符合急性脑梗死的诊断标准,患者接受头颅 CT 以及 MRI 检查,排除脑外出血,所选患者发病全部在 24 小时之内,排除意识障碍、既往脑出血病史、严重心肺肝肾肾功能不全以及大面积脑梗死患者。

表 2 两组神经功能缺损评分对比

组别	例数	治疗之前	治疗 3 天	治疗 7 天	治疗 15 天
研究组	50	22.2±9.9	19.2±10.3	16.0±10.2	10.0±7.6
对照组	50	23.5±9.9	22.0±9.1	21.0±8.9	15.8±7.9

3 讨论

脑梗死的出现是由多种因素共同导致,最常见的发病原因为血栓形成,血栓形成主要为血管内皮损伤、血小板聚集与粘附、内皮下组织暴露,同时释放大亮二磷酸腺苷与血栓素 A₂,促进血小板出现不可逆聚集,产生血栓,因此抗血小板聚集药物的应用是阻断脑梗死发展,改善预后效果的重点[3]。阿司匹林属于环氧酶抑制剂,能够和环氧酶活性部分丝氨酸残基产生不可逆乙酰化反应,导致酶失活,对于花生四烯酸代谢起到抑制的作用,降低对血小板强大促聚集作用的血栓素 A₂ 产生,对于血小板功能起到抑制的作用[4]。氯吡格雷作为噻吩吡啶类化合物,属于新型抗血小板聚集药物,其作用机制和阿司匹林对比存在差异,能够抑制 ADP 诱导血小板聚集,不可逆并且有选择性的抑制 ADP 和血小板受体结合,同时还能够阻断因为 ADP 导致的小血小板活化扩增,对于血小板相互聚集起到不可逆抑制作用[5]。两种药物的作用机制存在差异,联合使用可以提高抗血小板聚集作用,对于神经功能缺损起到阻断的作用,根据本文的研究显示,选取我院在以往一年之内所接诊的急性脑梗死患者资料 100 例实施回顾性分析,所选患者根据治疗方案的不同接受分组,平均每组 50 例,给予对照组阿司匹林治疗,给予研究组氯吡格雷联合阿司匹林治疗,两组患者全部接受 15 天的治疗,比较研究组与对照组患者的神经功能评分和不良反应出现情况,结果表明,研究组患者治疗有效率显著高于对照组,两组神经功能缺损评分对比存在统计学差异,两组患者治疗期间没有出现显著不良反应。

1.2 方法

两组患者全部接受同等剂量舒血宁注射液与胞二磷胆碱钠注射液静脉滴注治疗,在患者睡前指导其口服辛伐他汀胶囊,剂量为 20mg 作为常规治疗,治疗时间为 15 天;研究组在上述治疗基础之上加用硫酸氢氯吡格雷片口服治疗,剂量为 75mg,每天 1 次,口服拜阿司匹林片治疗,剂量为 0.1g,每天 1 次;对照组在常规治疗基础之上接受口服拜阿司匹林片治疗,剂量为 0.1g,每天 1 次。

1.3 评价标准

记录研究组与对照组患者入院治疗 3 天病情进展情况,入院接受治疗 15 天的治疗效果,记录两组患者的神经功能缺损评分。患者接受治疗之后,神经功能缺损评分下降 91%到 100%,病残程度 0 级,代表显效;患者接受治疗之后,神经功能缺损评分下降 46%到 90%,病残程度 1 级到 3 级,代表有效;患者接受治疗之后,神经功能缺损评分提高 18%以上,代表无效[2]。

1.4 统计学处理

选取 SPSS15.0 统计软件加以计算,其中计量数据采取 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料采取 X² 表示,计算得出的 P 值大于 0.05 表明不存在统计学差异,计算得出的 P 值小于 0.05 表明存在统计学差异。

2 结果

研究组患者治疗有效率显著高于对照组,两组比较存在统计学差异 (P<0.05),详细数值见表 1;两组神经功能缺损评分对比存在统计学差异 (P<0.05),详细数值见表 2;两组患者治疗期间没有出现显著不良反应。

表 1 两组治疗效果对比		例 (%)		
组别	例数	显效	有效	无效
研究组	50	27(54.0)	20(40.0)	3(6.0)
对照组	50	11(22.0)	23(46.0)	16(32.0)

综上所述,临床中对于急性脑梗死采取氯吡格雷联合阿司匹林治疗效果理想,不会引起严重不良反应,具有临床推广价值。

参考文献

- [1] 陈孝东,曹勇军,王光胜,王伟伟,杨春伍,胡礼仪. 脑梗死后血小板 CD62p 表达的动态变化及抗血小板药物的影响[J]. 中华老年心脑血管病杂志. 2015, 2(11): 8-10.
- [2] 郭文波,燕子安,刘文阁,刘希云,韩春娥. 氯吡格雷与阿司匹林联合阿托伐他汀治疗短暂性脑缺血发作疗效研究[J]. 中国药业. 2014, 14(22): 148-150.
- [3] 温宏峰,王瑞彤,李继来. 缺血性脑卒中患者阿司匹林或氯吡格雷及其联合应用抗血小板治疗的研究[J]. 临床神经病学杂志. 2013, 7(03): 27-29.
- [4] 吕建萌,潘雅娟,刘建敏,雷琦,杨谦. 阿司匹林与氯吡格雷联合治疗对急性脑梗死患者血清可溶性细胞间粘附分子-1、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子-α 影响研究[J]. 临床军医杂志. 2017, 15(10): 310-312.
- [5] 朱林凤,刘猛,吴坚,盛世英,张菊美. 探讨低分子肝素联合氯吡格雷对急性脑梗死患者早期神经功能恶化的治疗作用[J]. 药学与临床研究. 2013, 19(04): 1323-1325.