

血栓通注射液对伴有氯吡格雷抵抗 (CR) 脑梗死患者的血小板聚集的影响分析

雷 涛

湖南师范大学第一附属医院 湖南省人民医院神经内科 湖南长沙 410016

【摘要】目的 探讨对伴有氯吡格雷抵抗 (CR) 脑梗死患者采用血栓通注射液治疗对其血小板聚集的影响。**方法** 将我院 2017 年 6 月至 2018 年 6 月期间的伴有氯吡格雷抵抗 (CR) 脑梗死患者 60 例进行分组研究, 对照组 30 例在常规治疗的基础上采用氯吡格雷治疗, 观察组 30 例在常规治疗的基础上采用血栓通注射液治疗, 对 NIHSS 评分、Barthel 评分、GQOLI-74 评分、血小板聚集率、IMT、磷脂酸以及脂联素进行分析。**结果** 观察组 NIHSS 评分、磷脂酸以及血小板聚集率明显低于对照组, Barthel 评分、GQOLI-74 评分、IMT 以及脂联素明显高于对照组, $P < 0.05$ 。**结论** 对伴有氯吡格雷抵抗 (CR) 脑梗死患者采用血栓通注射液治疗效果较好, 可有效降低血小板聚集率。

【关键词】 氯吡格雷抵抗; CR; 脑梗死; 血栓通注射液; 血小板聚集

【中图分类号】 R743.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2019) 01-072-02

脑梗死是神经内科常见的疾病类型, 又称为缺血性卒中, 主要是多种原因导致的局部脑组织出现供血障碍, 进而导致脑组织出现缺血以及缺氧坏死现象, 具有较高的发病率以及致残率, 是导致患者死亡的原因之一, 患者发病后会丧失自理能力, 占有重度致残的患者也较多, 需要及时采取有效治疗来改善患者预后^[1]。临床对脑梗死的治疗主要采用药物治疗, 所选用的药物主要有控制血压药物、他汀类药物以及抗血小板药物, 氯吡格雷是常用的抗血小板药物, 长期使用可降低不良心脑血管事件发生, 但部分患者虽然规律服用药物, 但仍出现缺血性事件, 出现氯吡格雷抵抗 (CR), 需要改用其他药物来保证疗效^[2]。本次研究对伴有氯吡格雷抵抗 (CR) 脑梗死患者采用血栓通注射液治疗, 总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究时间范围在 2017 年 6 月至 2018 年 6 月期间, 对象为 60 例伴有氯吡格雷抵抗 (CR) 脑梗死患者, 分组方法为随机数字表法, 组别分别为观察组与对照组, 各 30 例, 其中观察组男性 19 例, 女性 11 例; 年龄 45 ~ 78 岁, 平均年龄 (61.5 ± 6.5) 岁。对照组男性 17 例, 女性 13 例; 年龄 46 ~ 79 岁, 平均年龄 (62.5 ± 6.5) 岁。两组患者各项资料均在研究标准内 ($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 均经病理诊断为脑梗死; (2) 发病在 48h 以内; (3) 均为初次口服氯吡格雷, 并且入组前自行停药 2 周。

排除标准: (1) 有出血倾向者; (2) 严重肝肾功能不全者; (3) 合并造血系统疾病者; (4) 近期服用对血小板功能有影响的药物; (5) 合并心力衰竭以及严重感染者。

1.2 方法

1.2.1 对照组在常规治疗的基础上采用氯吡格雷治疗

给予患者清除自由基、吸氧、扩容以及活血等常规治疗, 之后让患者口服硫酸氢氯吡格雷片 (国药准字 H20123116; 乐普药业股份有限公司生产; 规格 75mg × 10 片 / 盒), 75mg / 次, 1 次 / d。

1.2.2 观察组在常规治疗的基础上采用血栓通注射液治疗

给予患者清除自由基、吸氧、扩容以及活血等常规治疗, 之后给予其血栓通注射液 (国药准字 Z20025652; 广西梧州制药 (集团) 股份生产; 规格 150mg × 10 瓶), 取 250 ~ 500mg 与生理盐水 250 ~ 500ml 进行稀释后静滴, 1 次 / d。

1.3 疗效观察指标

对治疗前后 NIHSS 评分、Barthel 评分、GQOLI-74 评分、血小板聚集率、IMT、磷脂酸以及脂联素进行分析。采用 NIHSS 评分评定患者的神经功能缺损状况, 评分越低表示神经功能缺损程度越轻; Barthel 评分评定患者的日常生活能力, 评分越高表示患者的日常生活能力越高; GQOLI-74 评分评定患者的生存质量, 评分越高表示生存质量越好^[3]。

1.4 统计学方法

统计学所采用的软件为 SPSS17.0, 以均数 ± 标准差表示的资料为计量资料, 采用 t 检验, 以 [n (%)] 表示的资料为计数资料, 采用 χ^2 检验, 有统计学意义为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 治疗前后相关指标

观察组 NIHSS 评分以及血小板聚集率明显低于对照组, Barthel 评分、GQOLI-74 评分明显高于对照组, $P < 0.05$ 。详见表 1:

表 1: 治疗前后相关指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NIHSS 评分 (分)	Barthel 评分 (分)	GQOLI-74 评分 (分)	血小板聚集率 (%)
观察组	30	5.99 ± 0.97	52.48 ± 3.96	85.65 ± 4.51	63.86 ± 7.03
对照组	30	9.64 ± 1.21	62.54 ± 4.25	65.64 ± 5.49	71.21 ± 8.35
t	—	12.891	9.485	15.426	3.688
P	—	0.000	0.000	0.000	0.001

2.2 治疗前后 IMT、磷脂酸以及脂联素

观察组磷脂酸明显低于对照组, IMT 以及脂联素明显高于对照组, $P < 0.05$ 。详见表 2:

表 2: 治疗前后 IMT、磷脂酸以及脂联素 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IMT (cm)	磷脂酸 (μmol/L)	脂联素 (mg/L)
观察组	30	1.79 ± 0.45	4.45 ± 0.76	92.58 ± 4.83
对照组	30	1.41 ± 0.31	6.84 ± 1.19	73.55 ± 4.68
t	—	3.809	9.271	15.498
P	—	0.000	0.000	0.000

3 讨论

脑梗死患者多存在神经功能障碍, 对患者身心健康、认知

功能以及社会功能均有严重影响, 不利于患者生活质量的提高, 所以需要改善患者神经功能障碍来提高其生活质量。脑梗死发生的基础为动脉粥样硬化, 出现以上现象之后斑块会脱落, 进而暴露出血管内膜下的胶原组织, 血小板不断聚集会形成血栓, 导致患者出现动脉血管腔狭窄现象, 最终由于血管闭塞发展为脑梗死^[4]。

氯吡格雷属于吡啶类药物, 具有稳定易损斑块、抗血小板以及保护血管内皮的效果, 由于患者之间存在差异性, 所以采用该药治疗的抗血小板效应均存在个体差异, 经过肠道吸收之后大部分被水解为非活性物质, 只有少数会化为有活性的代谢产物, 进而有效抑制血小板聚集。药物间的相互反应以及单核苷酸基因多

态性会降低氯吡格雷的反应,并且基因多态性也会导致氯吡格雷反应变异性,出现氯吡格雷抵抗(CR),降低存活率^[5]。中医认为脑梗死属于“缺血性中风”范畴,主要由于气滞血瘀导致,治疗应该以通脉活血通络以及活血化瘀为主,血栓通注射液属于中药制剂,三七总皂苷为其有效成分,是作用较强的内皮素拮抗剂,可对血小板活化因子以及花生四烯酸进行抑制,并且对血小板聚集具有较好的阻碍作用,且纤维溶解作用较强^[6]。通过注射用药可改善患者的微循环,避免形成血栓,还可减少周围半暗带以及缺血区氧自由基的生成有助于减少神经元坏死,并且血栓通还可改变患者红细胞的变性能力,使得纤维蛋白原浓度不断降低,进而有效增强血小板活性,研究中治疗后患者的各项指标明显改善,这与朱爱琴^[7]的研究结果相一致。

综上所述,对伴有氯吡格雷抵抗(CR)脑梗死患者采用血栓通注射液治疗效果较好,可有效改善患者神经功能缺损状况,降低血小板聚集率,提高日常生活能力。

参考文献

- [1] 王海珠.氯吡格雷抵抗对伴糖尿病的冠心病患者冠脉介入

预后影响及相关因素[J].中国卫生工程学,2017,16(02):234-235.

[2] 王琛.氯吡格雷抵抗对高龄冠心病合并糖尿病患者冠脉介入治疗效果的影响与相关因素分析[J].中国继续医学教育,2015,7(03):209-210.

[3] 吴慧君,左凤同,刘辉,等.氯吡格雷联合阿司匹林肠溶片对伴有脑血管狭窄的脑梗死患者血清磷脂酶及脂素水平的影响[J].医学综述,2016,22(12):2390-2393.

[4] 赵菁,耿文静,翟博智.血栓通注射液治疗急性脑梗死氯吡格雷抵抗的临床观察[J].中草药,2015,46(14):2122-2126.

[5] 刘辉,左凤同,刘洁琼,等.阿司匹林联合氯吡格雷治疗青年人伴有血管狭窄脑梗死临床研究[J].北华大学学报(自然科学版),2016,17(2):229-232.

[6] 左凤同,刘辉,吴慧君,等.双重抗血小板聚集治疗对伴有颅内血管狭窄的缺血性卒中患者的二级预防[J].实用医学杂志,2015,31(15):2559-2561.

[7] 朱爱琴.氯吡格雷联合血栓通治疗2型糖尿病合并脑梗死疗效观察[J].今日健康,2015,14(11):125-125.

(上接第68页)

综上所述,伊曲康唑与氟康唑治疗马拉色菌毛囊炎治疗效果均显著,且均安全可靠,但伊曲康唑更加经济实惠,马拉色菌毛囊炎可优先选用伊曲康唑进行治疗。

参考文献

[1] 谭妙华,吴江.口服伊曲康唑与氟康唑治疗马拉色菌毛囊炎的疗效及费用情况分析[J].数理医药学杂志,2017(12):1851-1852.

[2] 吕永梅,陈丽.伊曲康唑胶囊联合盐酸阿莫罗芬乳膏治疗马拉色菌毛囊炎临床疗效观察[J].皮肤病与性病,2018(3):391-392.

[3] 樊超.伊曲康唑与氟康唑治疗马拉色菌毛囊炎疗效和安全性观察[J].中华临床医师杂志:电子版,2016(11):170-171.

[4] 刘杰.伊曲康唑与复方酮康唑洗剂联合治疗马拉色菌毛囊炎疗效分析[J].世界临床医学,2017,11(15):85.

[5] 延晓伟,朱嵌玉,万齐华,等.NB-UVB联合酮康唑洗剂、伊曲康唑治疗马拉色菌毛囊炎疗效观察[J].河北医药,2018(6):918-920+924.

[6] 杜旭群.伊曲康唑联合肤疾洗剂治疗马拉色菌毛囊炎疗效观察[J].吉林医学,2017(1):52-54.

(上接第69页)

发烧感冒时遵医嘱用药,出汗及时更换敷贴,白细胞下降时给予升白药物治疗。③加强管理:严格执行科室灭菌消毒制度,加强病房管理,加强对手术患者医院感染的监测和控制;建立PICC导管置入记录单、导管维护记录系统,随时监测置管后导管维护情况,了解患者感染及并发症发生的原因,为PICC循证护理提供依据。

通过对PICC相关性感染患者的病原菌的分析。研究显示,革兰阳性菌、革兰阴性菌是最主要的感染病原菌。其中,金黄色葡萄球菌和大肠埃希菌是整个感染病原菌中所占比例最高。

参考文献

[1] 秦易.肿瘤患者PICC置管感染的病原菌分布与耐药性分析[J].护理学杂志,2016,30(13):87-89,96.

[2] 马涛.PICC相关性感染危险因素的Meta分析[J].中国实用护理杂志,2016,29(31):56-61.

[3] 沈晓琼.PICC感染高危因素分析及预防措施[J].中华医院感染学杂志,2016,24(11):2702-2703.

(上接第70页)

别为(0.29±0.11)、(0.69±0.25)、(1.45±0.35)、(2.45±0.15),明显要低于仅实施牙周组织再生术的患者, $P < 0.05$ 。而且,实施牙周组织再生术与口腔正畸联合治疗的患者的不良反应发生率为8%,和仅实施牙周组织再生术的患者相比明显更低, $P < 0.05$ 。

综上所述,牙周组织再生术与口腔正畸联合治疗牙周炎患者,可有效改善患者牙周组织,降低牙周组织损伤,且不良反应发生率较低,安全性较高。

参考文献

- [1] 赵玺,王媛媛,李江波,等.牙周组织再生术与口腔正

畸联合治疗牙周炎患者的临床疗效观察[J].疑难病杂志,2016,15(3):295-298.

[2] Guoqiang Guan.Potential Periodontal Structure Reconstruction with Biodegradable Scaffold[J].Inside R&D,2013,42(23):2-3.

[3] 喻爱霞.牙周炎患者应用牙周组织再生术联合正畸治疗的临床效果评价[J].河北医科大学学报,2017,38(3):306-310.

[4] Kong,X.,Liu,Y.,Ye,R.et al.GSK3 β is a checkpoint for TNF- α -mediated impaired osteogenic differentiation of mesenchymal stem cells in inflammatory microenvironments[J].Biochimica et Biophysica Acta.General Subjects,2013,1830(11):5119-5129.

(上接第71页)

参考资料

[1] 王福生,杨巧玲.胺碘酮在心力衰竭伴发心房颤动治疗中的临床疗效和安全性探讨[J].基层医学论坛,2017,21(20):2598-2599.

[2] 李栋.芪苈强心胶囊联合胺碘酮治疗老年心力衰竭合并阵发性房颤疗效观察[J].西部中医药,2016,29(3):86-88.

[3] 司贤峰.胺碘酮在急诊抢救心力衰竭伴快速心房颤动患者中的疗效和安全性[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(30):6078-6079.

[4] 任光辉.静脉用胺碘酮对心衰并发快速房颤的治疗意义探究[J].临床医学研究与实践,2016,1(22):44-44.

[5] 范国霞.分析胺碘酮治疗心衰并发房颤的临床疗效及安全性[J].当代医学,2017,23(4):99-100.