

脑梗塞治疗中采用氯吡格雷联合瑞舒伐他汀的效果分析

梁 涛

贵港市中西医结合骨科医院 广西贵港 537100

〔摘要〕目的 研究脑梗塞治疗中氯吡格雷+瑞舒伐他汀的疗效。方法 通过随机数字表法将 2021 年 3 月至 2022 年 3 月我院治疗的脑梗塞患者 (n=78) 分为对照组 (n=39) 和研究组 (n=39)。对照组采用氯吡格雷治疗, 研究组采用氯吡格雷+瑞舒伐他汀治疗。对比两组治疗前后重要指标变化, 以及神经功能改善程度。结果 治疗前两组总胆固醇水平对比均无差异 $P>0.05$; 治疗后研究组指标水平低于对照组, $P<0.05$ 。治疗前两组神经功能缺失评分表 (NIHSS) 得分对比无差异, $P>0.05$; 治疗后研究组得分低于对照组, $P<0.05$ 。结论 将氯吡格雷+瑞舒伐他汀用于脑梗塞患者的治疗中, 可显著改善血液血脂水平, 提高神经功能。

〔关键词〕 脑梗塞; 氯吡格雷; 瑞舒伐他汀; 神经功能

〔中图分类号〕 R743 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2022) 10-043-02

脑梗塞发病前多会出现语言不清、头晕、身体麻木等症状, 这些症状易被中老年人误认为是身体机能下降的正常反应, 很少会立即前往医院检查, 直至病情恶化, 发生昏迷、偏瘫、意识模糊等症状时, 往往难以控制^[1]。临床上主要以药物控制血脂的方式, 治疗脑梗塞。传统治疗多用氯吡格雷, 可抑制血小板聚集, 避免血栓形成, 但无法降低血脂。据了解, 瑞舒伐他汀是心脑血管医生较为常用的降血脂药物, 具有较强选择性、竞争性, 若治疗脑梗塞时加用瑞舒伐他汀, 或可弥补氯吡格雷的不足, 为此, 本研究选取我院脑梗塞患者, 探究氯吡格雷+瑞舒伐他汀的应用效果, 现汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021.3-2022.3 我院治疗的 78 例脑梗塞患者, 按照随机数字表法将入选患者分为对照组和研究组, 每组各 39 例。对照组中, 女性 18 例, 男性 21 例, 年龄 55-74 岁, 平均 (64.59±6.61) 岁, 病程 1-10 小时, 平均 (5.58±1.62) 小时, 其中 23 例伴有高血压, 16 例伴有血脂异常。研究组中, 女性 19 例, 男性 20 例, 年龄 56-75 岁, 平均 (65.51±6.56) 岁, 病程 1-9 小时, 平均 (5.56±1.64) 小时, 其中 24 例伴有高血压, 15 例伴有血脂异常。所有入选患者均知情且自愿签署知情同意书。两组入选患者一般资料对比无意义 ($P>0.05$)。

纳入标准: (1) 符合《中华神经科杂志》中对脑梗塞的诊断^[2]; (2) 在我院神经科进行头颅 CT、超声、血管造影等专业检查, 发病时表现为起病急、肢体麻木、意识不清等症状, 被我院神经科医师确诊为脑梗塞的患者; (3) 首次罹患脑梗塞的患者; (4) 两周内未接受过抗凝、免疫抑制、抗血小板、糖皮质激素等治疗。

排除标准: (1) 对本研究使用的药物过敏的患者; (2) 罹患恶性肿瘤的患者; (3) 身体脏器功能不全, 以及无法正常沟通有精神类疾病史的患者。

1.2 方法

所有入选患者均进行基本血、尿常规检查, 并接受胰岛素 (生产厂家: 上海上药第一生化药业有限公司, 批号: H31020519, 规格: 10ml:400 单位)、阿司匹林 (生产厂家: 辰欣药业股份有限公司, 批号: H37023270, 规格: 25mg) 治疗, 分别控制血糖、抗血小板, 且根据患者呼吸、水电解质状况,

给予患者吸氧、补充利尿剂或降低颅压药物。

对照组采用氯吡格雷 (生产厂家: 深圳信立泰药业股份有限公司, 批号: H20120035, 规格: 75mg) 治疗: 叮嘱脑梗塞患者每日睡前口服 75mg 氯吡格雷, 每日服用一次, 连续治疗十四天。

研究组采用氯吡格雷+瑞舒伐他汀 (生产厂家: 浙江京新药业股份有限公司, 批号: H20080483, 规格: 10mg) 治疗: 患者在对照组基础上, 每日睡前口服 20mg 瑞舒伐他汀, 每日服用一次, 连续治疗十四天。

1.3 观察指标

(1) 对比两组入选患者治疗前后总胆固醇指标变化幅度。(2) 治疗前后请我院神经科医生, 以神经功能缺失评分表 (NIHSS) 评价每位入选患者的神经功能状况, NIHSS 表共 11 项题目, 总分 42 分, 统计每组平均得分, 平均得分与神经功能状况呈反比^[3]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS18.0 统计软件, 符合正态分布计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后两组脑梗死患者重要指标变化对比

治疗前两组总胆固醇指标水平对比均无差异 $P>0.05$, 治疗后研究组指标水平平均低于对照组, $P<0.05$, 见表 1。

表 1 治疗前后两组脑梗死患者重要指标变化对比 (n=39)

组别	总胆固醇 (mmol/L)	
	治疗前	治疗后
对照组	5.55±1.54	4.93±0.56
研究组	5.56±1.52	3.19±0.13
t	0.029	18.901
P	0.977	0.001

2.2 治疗前后两组脑梗死患者神经功能状况对比

治疗前两组 NIHSS 得分对比无差异, $P>0.05$, 治疗后研究组得分低于对照组, $P<0.05$, 见表 2。

3 讨论

脑梗塞会造成脑供血动脉缺血, 且颅脑内神经分布众多, 应立即进行干预治疗, 避免神经细胞长期缺少血氧供给, 影响

患者大脑及肢体活动^[4]。氯吡格雷是脑梗塞患者常用控制药物,可降低发生血栓的风险,但对患者神经功能改善效果不佳。而瑞舒伐他汀是临床上较为有效的降血脂药物,按时按量合理服药可稳定血脂水平,减缓动脉粥样硬化斑块的增长速度,防止血管破裂对颅内神经的损害。因此,研究氯吡格雷+瑞舒伐他汀的作用对稳定脑梗塞患者血脂、改善神经功能意义深远。

据学者研究,氯吡格雷联合他汀类药物共同对脑梗死患者进行治疗,可较好地控制患者血液相关指标,恢复患者神经功能^[5]。为进一步证实学者的观点,本研究选取我院脑梗死患者探究氯吡格雷+瑞舒伐他汀对患者神经功能、重要指标的影响,结果发现:治疗后研究组总胆固醇水平低于对照组, $P < 0.05$,这是因为:瑞舒伐他汀在患者体内的结构与羟甲基戊二酸单酰辅酶(HMG-CoA)十分相似,而HMG-CoA还原酶是总胆固醇合成过程中的重要条件,瑞舒伐他汀与HMG-CoA相比竞争性更强,可代替HMG-CoA与HMG-CoA还原酶活性部位结合,破坏总胆固醇合成过程,抑制总胆固醇合成,达到减少总胆固醇总数的目的。本研究还发现:治疗后研究组NIHSS得分低于对照组, $P < 0.05$,原因在于:瑞舒伐他汀可显著降低脑梗塞患者颅内血液总胆固醇指标,控制患者血脂,减少颅脑血管中的脂质沉淀,控制颅脑血管中动脉粥样硬化斑块体积,使血液流量提高,血液持续为脑内神经供给养分,逐渐增强患者神经功能。

综上所述,给予脑梗塞患者氯吡格雷+瑞舒伐他汀治疗,

利于改善患者神经功能,且对血液血脂水平的控制较好。

[参考文献]

- [1] 钱晶,姚丽珍,谷丽丽.氯吡格雷和氟伐他汀联合心理治疗对脑梗塞患者的疗效[J].国际精神病学杂志,2021,48(5):894-897.
- [2] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性脑梗死后出血转化诊治共识2019[J].中华神经科杂志,2019,52(4):252-265.
- [3] 单连标,魏巍,王施,等.瑞舒伐他汀钙片联合多奈哌齐对脑梗塞合并血管性痴呆患者血管内皮功能及炎症的影响[J].川北医学院学报,2020,35(1):122-125.
- [4] 郝金余,高焱.氯吡格雷联合阿司匹林对脑梗塞患者凝血功能及神经功能的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2021,18(5):217-220.
- [5] 邱春钰,刘欣,马连未,等.阿托伐他汀联合氯吡格雷对脑梗塞二级预防患者颈动脉斑块的影响[J].甘肃科学学报,2020,32(6):1-8.

表2 治疗前后两组脑梗死患者NIHSS得分对比(n=39,分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	14.57±3.23	9.04±2.72
研究组	14.61±3.25	5.69±3.18
t	0.055	4.999
P	0.957	0.001

(上接第41页)

止血治疗。泮托拉唑属于第三代质子泵抑制剂,也是常用上消化道出血治疗药物,可选择性的抑制细胞H⁺-K⁺-ATP酶活性,直接在人体胃壁细胞作用,有效抑制胃酸分泌,还可促进血小板有效凝聚,继而形成局部血栓,达到止血的目的。该药具有较高的生物利用度,可迅速在胃肠道中活化,在弱酸环境也能稳定的发挥药物效果,减少胃酸分泌并对胃蛋白酶活性发挥抑制作用,还可减少胃泌素分泌量,改善出血部位的酸碱度,加快止血速度。该药具有较长的半衰期,用药安全性较高,患者发生不良反应的概率较低,所以是临床十分青睐的消化道出血治疗药物。

综上所述,上消化道出血确诊后需第一时间给予泮托拉唑治疗,临床治疗效果较理想,值得临床推广普及。

[参考文献]

- [1] Risk stratification in acute variceal bleeding: Comparison of the AIMS65 score to established upper gastrointestinal bleeding and liver disease severity risk stratification scoring systems in predicting mortality and rebleeding[J]. Digestive endoscopy: official journal of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society, 2020, 32(5):761-768.

Society,2020,32(5):761-768.

- [2] 贾娇,季秀丽.不同用药时间泮托拉唑用于肝硬化上消化道出血的安全性及复发风险观察[J].湖南师范大学学报(医学版),2021,18(6):183-186.
- [3] 张娜,高东,王艳妮.泮托拉唑联合奥曲肽及血凝酶治疗老年急性上消化道出血的疗效及对患者血清D-二聚体、BUN/Cr值水平的影响[J].海南医学,2022,33(13):1638-1642.
- [4] 张鑫.生长抑素联合泮托拉唑治疗急性非静脉曲张性上消化道出血患者的疗效及其对凝血功能的影响[J].现代医学与健康研究(电子版),2022,6(15):38-42.
- [5] 胡梦遥.奥曲肽联合泮托拉唑钠对老年消化性溃疡合并上消化道出血患者凝血与炎症因子的影响[J].四川生理科学杂志,2022,44(2):259-261,214.

表2 两组临床治疗效果(n%)

组别	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组(n=50例)	36	13	1	49(98.00%)
对照组(n=50例)	20	20	10	40(80.00%)
χ ² 值	-	-	-	5.765
P值	-	-	-	0.001

(上接第42页)

受齐拉西酮辅助治疗效果显著,可以改善认知功能,改善血清脑源性神经生长因子水平,具有临床应用的价值。

[参考文献]

- [1] 崔航涛,周志强,樊华,等.齐拉西酮联合低频重复经颅磁刺激对老年重症精神分裂症病人BDNF、IL-6、Hcy水平与认知功能障碍的影响[J].蚌埠医学院学报,2020,45(11):4.
- [2] 顾卫强,李墨炜,董绍丽,等.盐酸齐拉西酮片联合

奥氮平对老年重症精神分裂症患者认知功能的影响[J].当代医学,2022,28(21):3.

- [3] 李晔,时丽,姚尚武,等.帕利哌酮缓释片联合奥氮平对精神分裂症患者血清脑源性神经生长因子和神经生长因子水平及对代谢综合征影响[J].东南国防医药,2021,23(4):4.
- [4] 赵锦彪.齐拉西酮对难治性精神分裂症患者精神状态及血清BDNF、NGF水平的影响[J].现代医学与健康研究,2020,04(02):15-16.