

# 阿加曲班联合阿司匹林及氯吡格雷治疗急性脑梗死患者的疗效分析

李淑南

(兴安盟人民医院 内蒙古自治区乌兰浩特市 137400)

**摘要:**目的:研究医院在应对急性脑梗死患者的治疗当中所运用阿加曲班联合阿司匹林及氯吡格雷的方法,分析会产生治疗的效果。方法:选取医院当中急性脑梗死患者 80 例作为对象研究,随机均分为观察组 40 例,对照组 40 例,其中对照组采用阿司匹林联合氯吡格雷抗血小板聚集的治疗方法,观察组运用阿加曲班联合阿司匹林及氯吡格雷治疗的方法。比较两组治疗效果、血清炎症因子水平、血液流变学指标情况、NIHSS、ADL 评分的情况。结果:经过治疗,观察组的治疗总有效率高于对照组患者、血清炎症因子水平明显低于对照组 ( $P < 0.05$ );观察组患者的血液流变学指标情况、NIHSS、ADL 评分情况明显要好于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论:阿加曲班联合阿司匹林、氯吡格雷治疗急性脑梗死的效果显著,帮助患者改善血清炎症因子水平,可显著降低患者的血液流变学指标,提高患者神经功能水平,提高患者生活质量,值得临床推广应用。

**关键词:**阿加曲班;阿司匹林及氯吡格雷;联合治疗;急性脑梗死;疗效

脑梗死在临床中比较常见,多以中老年患者为主,患者的发病率高。发病速度快,并且容易导致患者在患病期间出现残疾现象,不利于患者生活自理,严重影响患者的生活质量。研究显示,发生脑梗死的主要危险因素与高血压、高血糖等疾病有关。医院临床为患者提供治疗时,针对患者具体发病原因选择相应的治疗方案,特异性治疗包括静脉溶栓、血管内介入治疗、抗凝治疗、抗血小板聚集治疗等。在实际的临床治疗过程中,单一运用抗血小板聚集的治疗效果并不乐观。因此,对于急性脑梗死患者来说,应用阿司匹林及氯吡格雷,实施抗血小板聚集的治疗方法,配合阿加曲班抗凝治疗法,可以帮助患者稳定病情,转变患者状态,确保患者颅内灌注,减轻患者颅内缺氧现象,进而提高临床治疗效率,减少致死率、致残率,改善预后效果。因此,文章当中将重点探讨阿加曲班联合阿司匹林及氯吡格雷治疗对急性脑梗死患者的疗效,报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取医院当中急性脑梗死患者 80 例作为对象研究,随机均分为观察组 40 例,对照组 40 例,全部的患者当中包含男性患者 45 例,女性患者 35 例,年龄 49~80 岁,平均患者年龄 ( $61.35 \pm 2.39$ ),发病到入院时间 8~73h,平均发病时长 ( $15.92 \pm 10.13$ ) h。两组一般资料未发现显著差异 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 治疗方法

全部患者均进行两个星期的治疗。

#### 1.2.1 对照组

医院为对照组的患者提供阿司匹林联合氯吡格雷抗血小板聚集的治疗方法。其中提供给患者阿司匹林药物剂量 100mg,一日一

次;提供给患者氯吡格雷的药物剂量 75mg,一日一次,给患者提供口服的药物治疗方法。

#### 1.2.2 观察组

医院为观察组的患者提供阿司匹林、氯吡格雷及阿加曲班联合应用的治疗方法。阿司匹林、氯吡格雷的使用剂量以及方法和对照组相同。提供给患者的阿加曲班 20mg,一日一次,将该药物和生理盐水充分进行混合之后,持续进行 48h 的静脉泵入,持续给患者实施泵入之后,将药物的剂量调整为 10mg+生理盐水 100mL,实施静脉泵入,一日两次,持续进行五天时间的治疗。

#### 1.3 观察指标

比较两组治疗效果、血清炎症因子水平、血液流变学指标情况、NIHSS、ADL 评分的情况。

#### 1.4 统计学方法

全部研究数据资料均输入到统计学软件 SPSS22.0 当中进行处理分析,全部差异所具备的统计学意义采用  $P < 0.05$  进行表示。

## 2 结果

### 2.1 治疗效果

经过治疗之后,观察组当中患者显效 23 例,有效 15 例,无效 2 例,总有效率为 95.00% (38/40);对照组当中患者显效 20 例,有效 13 例,无效 7 例,总有效率为 95.00% (38/40);观察组的治疗总有效率高于对照组患者 ( $P < 0.05$ )。

### 2.2 血清炎症因子

治疗完成后,观察组的血清炎症因子水平明显低于对照组 ( $P < 0.05$ ),具体情况见表 1。

表 1 两组患者血清炎症因子水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	IL-6( $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$ )		TNF- $\alpha$ ( $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$ )		Hs-CRP( $\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$ )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=40)	365.17 $\pm$ 65.56	123.85 $\pm$ 34.65	4.33 $\pm$ 0.35	2.12 $\pm$ 0.25	5.66 $\pm$ 0.55	1.23 $\pm$ 0.14
对照组 (n=40)	357.88 $\pm$ 62.47	168.65 $\pm$ 41.36	4.30 $\pm$ 0.35	3.18 $\pm$ 0.45	5.62 $\pm$ 0.47	2.77 $\pm$ 0.43
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

### 2.3 血液流变学指标情况

完成治疗一周时间后,观察组的血液流变学指标情况明显要比

对照组更理想 ( $P < 0.05$ ),具体情况见表 2。

表 2 比较两组患者血液流变学指标情况 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	血浆黏度( $\text{mPa} \cdot \text{s}$ )		全血低切粘度( $\text{mPa} \cdot \text{s}$ )		纤维原蛋白( $\text{g/L}$ )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=40)	1.85 $\pm$ 0.45	1.14 $\pm$ 0.35	10.44 $\pm$ 1.60	7.38 $\pm$ 0.88	5.68 $\pm$ 0.38	4.14 $\pm$ 0.26

对照组 (n=40)	1.82 ± 0.42	1.48 ± 0.40	10.42 ± 1.58	8.56 ± 0.93	5.66 ± 0.37	4.72 ± 0.32
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.4 治疗前后 5d、10d NIHSS、ADL 评分情况

表 3 比较两组患者治疗前后 5d、10d NIHSS、ADL 评分情况(  $\bar{x} \pm s$ , 分)

经过治疗后, 观察组的 NIHSS、ADL 评分情况明显要好于对照组 (P < 0.05), 具体情况见表 4。

组别	NIHSS 评分			ADL 评分		
	治疗前	治疗 1 个月	治疗 3 个月	治疗前	治疗 1 个月	治疗 3 个月
观察组 (n=40)	12.23 ± 2.31	9.12 ± 1.85	6.55 ± 1.33	45.65 ± 6.40	68.45 ± 8.40	83.66 ± 10.52
对照组 (n=40)	11.95 ± 2.25	10.85 ± 1.96	9.23 ± 1.63	46.12 ± 6.26	57.35 ± 7.22	73.48 ± 9.66
P	> 0.05	< 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05

### 3 讨论

急性脑梗死患者的发病原因比较复杂, 大部分和患者的血管条件、合并的基础疾病比如高血压、糖尿病、房颤等有关。受到人口老龄化因素的直接影响, 急性脑梗死发病率也显著上涨, 其主要临床表现包括偏瘫、眩晕、头痛、呕吐、失语等症状, 具有较高的致残率以及致死率。因此在本次临床治疗中将阿加曲班、阿司匹林、氯吡格雷联合使用, 能够从整体上提高患者脑部抗凝血的作用, 促进患者脑部血液循环, 降低患者神经功能缺损症状, 从而改善患者的肢体功能和语言功能, 提高患者生活质量。此外, 不同药物的作用途径也各不相同, 综合运用能够达到优势互补的效果, 有效抑制血小板聚集现象。

临床对急性脑梗死疾病实施治疗当中, 氯吡格雷、阿加曲班及阿司匹林联合治疗的方法能够得到比较显著的效果, 患者对这一治疗方法接受程度比较高, 认可率也比较高。阿司匹林对血小板聚集具有不可逆的抑制作用。阿司匹林使环加氧酶乙酰化, 不可逆地抑制血小板内血栓素 A<sub>2</sub> (一种能促进血小板聚集和引起血管收缩的前列腺素) 的形成, 从而实现抗血小板作用。氯吡格雷是一种血小板聚集抑制剂, 选择性地抑制二磷酸腺苷(ADP)与血小板受体的结合及继发的 ADP 介导的糖蛋白 GPIIb/IIIa 复合物的活化, 因此可抑制血小板聚集。氯吡格雷还能阻断其它激动剂通过释放 ADP 引起的血小板聚集。阿加曲班注射液是近年来研发的新型抗凝药物, 直接与凝血酶因子 II a 高度选择性结合, 同时灭活与纤维蛋白结合和游离状态的凝血酶, 拮抗全身血液的高凝状态, 充分发挥抗凝作用。也有研究提示, 阿加曲班可抑制凝血酶受体介导的炎症及粥样硬化过程, 抑制炎症反应, 修复血管内皮损伤, 且阿加曲班不会引起血小板计数的明显变化及影响血小板功能, 不会增加出血的风险。在临床上治疗急性脑梗死患者当中, 联合使用上述三种药物的方法, 能够帮助患者改善治疗效果, 优化患者血清炎症因子, 改善患者神经功能缺损情况, 提高患者日常生活活动能力。

医院针对急性脑梗死患者的治疗当中, 还需要配合行之有效的护理服务手段, 具体内容包含: 第一, 入院护理。护理工作要严格按照医嘱, 告诉患者合理用药的方法, 严密监测患者的病情, 主动积极和患者、家属展开交流, 仔细了解患者的实际情况, 按照患者入院的检查结果, 及时对患者病情实施评估。第二, 做好健康教育。当患者已经保持稳定的病情后, 护理人员要给患者、家属提供健康教育, 加深患者对专业知识的认识, 护理人员还能够采用图文并茂的方式, 运用更加简单易懂的语言和患者交流, 降低使用专业术语的几率。护理人员给患者介绍急性脑梗死疾病出现的原因、治疗具体方法等知识时, 护理人员要告诉患者和他们的家

属治疗的计划、预期获取的治疗效果。护理人员还要给患者介绍之前治疗效果理想的病例, 提高患者的自信心, 加强患者的依从度。第三, 良好实施日常生活护理服务。面对急性脑梗死患者来说, 他们的日常生活自理能力并不高, 护理工作人员要严格叮嘱患者家属在平时生活当中, 帮助患者做好口腔护理, 确保患者身体的洁净程度。另外, 鼓励患者自主下床大小便, 提高患者日常生活活动能力。第四, 做好心理护理干预。患者在住院过程中, 护理工作人员要随时随地关心患者的心理变化, 在有效贯彻落实护理工作的基础上, 积极主动和患者、家属进行沟通, 以心理安慰、肌肉放松的方式, 消除患者和家属的不良情绪, 让患者以及家属也能够意识到来自医护工作者的关心。第五, 医护人员要给患者提供良好的出院指导。护理工作人员要主动给患者建立起个人健康档案, 在档案当中记录好患者的电话联系方法, 在每一个月当中实施一次电话随访, 具体的内容包含饮食情况、锻炼情况、服用药物情况, 按照患者反馈的内容, 评估患者内心变化情况, 耐心回答患者的问题, 和患者预约号门诊随访的时间。

总而言之, 医院为急性脑梗死患者实施治疗当中, 提供给患者阿司匹林、氯吡格雷及阿加曲班的联合治疗方法, 能够帮助患者改善疾病情况, 降低患者神经功能缺损情况, 提高患者日常生活活动能力, 具有较高的用药安全性, 不良反应出现率低, 运用价值较高。

#### 参考文献:

- [1]韩琼佩,张赛,黄静.阿加曲班联合阿司匹林、氯吡格雷治疗对急性脑梗死患者血液流变学指标及神经功能的影响[J].临床医学工程,2021,28(12):1645-1646.
- [2]张世春,张晓玲,周伟等.阿加曲班联合阿司匹林及氯吡格雷治疗对急性脑梗死患者神经功能缺损及生活能力的改善分析[J].中外医疗,2021,40(25):89-91.
- [3]曹晓攀.替罗非班桥接双联抗血小板治疗急性脑梗死的疗效及安全性[J].中国现代医生,2021,59(20):54-57.
- [4]贺丽.阿加曲班联合阿司匹林、氯吡格雷对急性脑梗死患者神经功能及生活质量的影响[J].黑龙江医药科学,2021,44(02):151-152.
- [5]于国华,赵立伟,张福鼎等.阿加曲班联合阿司匹林、氯吡格雷双抗治疗急性进展性脑梗死的有效性与安全性[J].航空航天医学杂志,2021,32(03):321-322.
- [6]宋杨君.阿加曲班联合阿司匹林、氯吡格雷治疗进展性脑梗死患者的临床效果[J].中国现代医生,2021,59(08):53-56.
- [7]陈晓东.阿司匹林联合阿加曲班、氯吡格雷对急性脑梗死患者神经功能及生活能力的影响[J].河南医学研究,2019,28(16):2979-2980.