

氯吡格雷联合阿司匹林用于急性进展性脑梗死治疗的疗效评价

韩丽晓

(河北省邯郸市永年区第一医院 河北邯郸 057150)

摘要: 目的:研究急性进展性脑梗死患者氯吡格雷联合阿司匹林治疗的效果。方法:筛选本院 2021 年 12 月-2022 年 6 月间收治的 120 例急性进展性脑梗死患者作为对象,随机双盲法分组,每组 60 例,对照组阿司匹林药物治疗,观察组联合氯吡格雷,对疗效做出分析。结果:观察组的治疗有效率较对照组更高,病情进展持续时间更短,病情高峰神经功能缺损分数、2 周后神经功能缺损分数更低 ($P < 0.05$);两组治疗期间不良反应差异小 ($P > 0.05$),治疗后观察组血管内皮素、血管内皮生长因子较对照组更低,一氧化氮更高 ($P < 0.05$)。结论:氯吡格雷联合阿司匹林是治疗急性进展性脑梗死的有效方案,及时控制疾病进展,降低不良事件的发生风险,对血管内皮功能也起到改善和调节,对患者有利。

关键词: 氯吡格雷;阿司匹林;急性进展性脑梗死;血管内皮功能;不良反应

目前进展性脑梗死在临床中常见,对该疾病的定义还未形成统一的意见,仍有一定的争议,而且导致疾病发生的原因也不是非常清晰,受到多方面因素的影响,诸多原因共同作用导致的病理性表现,对患者的影响很明显^[1]。对发生脑梗死患者来说,随着病程时间的延长,伤害会不断加重,受到脑梗死本身机制的影响,加重缺血半暗带的损伤程度,进展到晚期病情为全身性表现,出现发热、感染等诸多不良表现,致死风险提升,需要及时进行治疗^[2]。药物是治疗该疾病的主要方案,阿司匹林为常用药物,不符合溶栓治疗不存在禁忌患者尽早服药阿司匹林,能控制疾病的进展,而单一药物治疗对部分患者的疗效比较差,存在加重的情况,对疾病的治疗非常不利^[3]。所以在临床治疗中重视联合氯吡格雷,加快疾病的恢复进程,避免对神经功能造成永久性的伤害,实现预后的改善。

1 资料与方法

1.1 一般资料

120 例急性进展性脑梗死在 2021 年 12 月-2022 年 6 月间入院诊治,随机双盲法分组,每组 60 例。观察组:男 36 例,女 24 例,年龄 50-70 岁,平均 (61.25 ± 3.64) 岁。对照组:男 38 例,女 22 例,年龄 52-69 岁,平均 (61.27 ± 3.6) 岁。一般资料比较 ($P > 0.05$)。选择标准:所选患者经过相关医学检查确诊急性进展性脑梗死;家属知情同意;排除标准:电解质紊乱等原因导致病情加重;肝肾功能障碍;出血倾向;手术治疗;患者有脑血管疾病史。

1.2 方法

两组患者均服药阿司匹林(厂家:合肥久联制药有限公司,批号:国药准字 H34021217,规格:0.3g*100 片),发病时间 24 小时内及时服药,剂量 300mg/d,疾病仍进展,结合患者的情况增加剂量。观察组联合氯吡格雷(厂家:乐普药业股份有限公司,批号:国药准字 H20123116,规格:75mg*10 片),首日剂量 150mg,次日下降剂量 75mg/d。两组治疗时间为一周。并根据患者的情况开展基础治疗,选择脑细胞保护及活血化瘀类中

药等,口服阿托伐他汀(厂家:天方药业有限公司,批号:国药准字 H20070054,规格:20mg*7 粒),剂量 40mg/d,对症进行处理,发现异常情况需要及时处理,保证患者的生命安全。

1.3 观察指标

1.3.1 对治疗效果做出分析和比较,显效:颈动脉血管恢复通畅,未出现严重不良事件,对正常生活影响很小;有效:颈动脉血管狭窄情况改善明显;无效:狭窄情况未改善,甚至加重病情,计算治疗有效率。

1.3.2 神经功能缺损情况(NIHSS)量表对患者做分数评价,分数越高,患者的神经功能缺损越严重。

1.3.3 观察两组患者出现不良反应的情况,胃肠道不适、血尿、肾功能伤害,计算发生率。

1.3.4 放射免疫法、硝酸还原酶法、酶联免疫吸附法对患者的血管内皮功能指标做出分析。

1.4 统计学分析

SPSS21.0 软件处理数据,计数资料频数(n)、(%)描述, χ^2 检验, $(\bar{x} \pm s)$ 计量资料,t 检验,有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 治疗效果

观察组的治疗总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。如下表:

表 1 治疗效果 (n (%))

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	60	30 (50.00)	28 (46.67)	2 (3.33)	58 (96.67)
对照组	60	27 (45.00)	24 (40.00)	9 (15.00)	51 (85.00)
χ^2					4.904
P					0.027

2.2 治疗指标

两组患者入院时神经功能缺损分数差异小 ($P > 0.05$),观察组病情进展持续时间短于对照组,病情高峰神经功能缺损分数、2 周后神经功能缺损分数低于对照组 ($P < 0.05$)。如下表:

表 2 治疗指标数据 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	病情进展持续时间 (h)	入院时神经功能缺损分数	病情高峰神经功能缺损分数	2 周后神经功能缺损分数
观察组	60	46.35 ± 8.74	27.34 ± 3.58	29.34 ± 4.87	18.67 ± 4.15
对照组	60	53.52 ± 8.93	27.31 ± 3.52	32.68 ± 4.98	23.56 ± 4.52
t		4.445	0.046	3.714	6.173
P		0.000	0.963	0.000	0.000

2.3 不良反应情况

观察组和对照组的不良反应情况比较差异小 (P>0.05)。如下表:

2.4 血管内皮功能指标

治疗前两组血管内皮功能数据比较差异小 (P>0.05), 治疗后观察组血管内皮素、血管内皮生长因子低于对照组, 一氧化氮高于对照组 (P<0.05)。如下表:

表 4 血管内皮功能 ($\bar{x} \pm s$)

条目	时间	观察组 60 例	对照组 60 例	t	P
血管内皮素 (ng/L)	治疗前	95.36 ± 16.58	94.26 ± 16.24	0.367	0.714
	治疗后	51.26 ± 12.24	63.57 ± 14.41	5.043	0.000
一氧化氮 (nmol/L)	治疗前	512.36 ± 126.87	511.26 ± 125.84	0.048	0.962
	治疗后	926.37 ± 168.64	736.95 ± 162.23	8.082	0.000
血管内皮生长因子 (pg/ml)	治疗前	325.46 ± 68.62	323.57 ± 68.21	0.151	0.880
	治疗后	196.34 ± 49.57	249.71 ± 53.68	5.658	0.000

3 讨论

目前我国人口老龄化进程在加快, 脑血管疾病发病率有逐年上升的趋势, 是神经内科的常见疾病类型, 缺血性脑卒中在脑血管病总数中占比 80%, 急性进展性脑梗死在其中占比也很高, 是脑部血液供应出现障碍导致的缺血缺氧等情况, 局部脑组织出现坏死或者软化, 该疾病的致残率、致死率都处在较高水平, 而且复发的风险很高, 对患者的负面伤害非常明显^[4]。导致该疾病出现的原因比较多, 受到诸多因素的影响。目前在诊治该疾病中, 按照早发现, 早诊断, 早治疗为原则, 及时开展抗血小板聚集治疗, 能控制疾病的进展, 降低脑梗死导致的残疾和死亡风险, 对存在动脉粥样硬化斑块情况的患者在出现急性缺血时, 该治疗方案的效果比较理想^[5]。在相关研究中发现, 急性缺血性脑卒中患者在治疗中, 可以选择溶栓治疗方案, 重组型纤溶酶原激活物等溶栓药物能及时恢复血供, 在时间窗内进行及时溶栓, 也能降低死亡的风险。但是在临床治疗中, 受到各种因素的影响, 溶栓治疗的比例不高, 超过时间窗未能溶栓或者患者拒绝溶栓治疗, 此时就需要对治疗方案完善^[6]。

抗血小板聚集方案的效果比较明显, 早期及时进行抗血小板药物治疗, 能发挥出抗血小板药物的功能, 降低动脉粥样硬化、急性心、脑血管事件等的发生风险和死亡率^[7]。其中阿司匹林为常用药物, 给药时间越早, 抗血小板聚集的作用更明显, 也降低不良事件风险。阿司匹林对血小板环氧化酶能产生抑制, 对血栓素的合成能产生阻断的作用, 避免过度血小板聚集^[8]。但是在临床的多项研究中发现, 单一阿司匹林抗血小板聚集治疗方法对部分进展性脑梗死的控制效果不理想, 而且该药物不能过度增加剂量, 剂量的增加对于疗效的提升并不明显, 还会导致患者出现不良反应的情况^[9]。

氯吡格雷也是常用的抗血小板聚集类药物, 属于二磷酸腺苷受体拮抗剂类, 对 ADP 受体产生的抑制作用很明显, 减少纤维蛋白原受体活化的数量, 对血小板聚集能产生抑制。联合药物治疗不同途径实现抗血小板聚集的目的, 相对比单药治疗来说效果更好, 氯吡格雷药物对 ADP 诱导血小板聚集的作用更加明显, 比较阿司匹林作用更强, 所以在联合用药中, 实现对单药治疗效果的弥补, 增强急性期抗血小板的作用, 对出血倾向也能实现控制, 在治疗中对机体内炎症因子水平能起到控制作用, 减少炎症因子的释放数量, 有效地提升神经功能,

表 3 不良反应 (n (%))

组别	例数	胃肠道不适	血尿	肾功能伤害	发生率
观察组	60	2 (3.33)	0 (0.00)	1 (1.67)	3 (5.00)
对照组	60	2 (3.33)	1 (1.67)	1 (1.67)	4 (6.67)
X ²					0.152
P					0.697

降低缺损程度, 联合用药安全度也比较高, 是安全有效的方案^[10]。

在本次实验研究发现, 观察组的治疗有效率、血管内皮功能指标、神经功能缺损分数和对照组相比存在显著差异, 不良反应差异小, 说明在联合药物治疗中, 效果更明显, 抑制血小板聚集作用更强, 对脑梗死的发展实现抑制, 改善神经功能症状, 减少残疾等不良事件的发生, 而且安全度比较高, 在服药期间, 患者未出现严重的不良反应情况。

综上, 阿司匹林联合氯吡格雷药物治疗进展性脑梗死的效果显著, 对梗死发生风险能及时控制, 调节血管内皮功能情况, 降低再梗死的风险, 而且结合患者的情况开展积极预防, 安全度也比较理想。

参考文献:

[1]赵丰, 徐志云. 氯吡格雷联合阿司匹林用于急性进展性脑梗死治疗的疗效评价[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2023, 7(2):141-144.

[2]刘洋. 丁苯酞联合阿司匹林、氯吡格雷在急性进展性脑梗死的疗效观察[J]. 健康必读 2021(30):41-41.

[3]宁茜. 氯吡格雷配合阿司匹林治疗急性进展性脑梗死的疗效观察[J]. 大医生, 2021, 6(18):78-80.

[4]金环. 氯吡格雷与阿司匹林联合应用在急性脑梗死治疗中的疗效观察[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022(6):31-33.

[5]王洋, 黄明, 滕海英. 氯吡格雷配合阿司匹林用于急性进展性脑梗死治疗的效果分析[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生, 2021(1):36-38.

[6]刘云. 阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床分析[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2021(9):15-16.

[7]余春桥. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗进展性脑梗死的临床疗效[J]. 大医生, 2019, 4(20):129-130.

[8]陈红梅. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗进展性脑梗死的疗效和安全性[J]. 中国医药指南, 2019, 17(31):104-105.

[9]何宏涛, 杨秀平. 氯吡格雷与阿司匹林联合用于急性脑梗死患者治疗的临床疗效观察[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2021(1):28-29.

[10]郭医杰. 氯吡格雷联合阿司匹林肠溶片治疗急性脑梗死的临床效果探讨[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生, 2021(1):101-102.