

不同剂量阿司匹林在急性脑梗死治疗中的疗效对比分析

张同乐

(廊坊爱德堡医院 河北 廊坊 06500)

摘要: 目的: 研究分析不同剂量阿司匹林治疗急性脑梗死患者的临床疗效。方法: 于 2018 年 12 月--2019 年 12 月纳入的 88 例急性脑梗死患者, 作为此次研究之中的观察主体。根据电脑随机分组法, 施行对照探讨, 其中一组名为常规组并予以低剂量阿司匹林 (100mg/次) 治疗; 另一组名为研究组并予以高剂量阿司匹林 (300mg/次) 治疗。每个组 44 例。结果: 研究组临床疗效更高, 与常规组差异显著 ($p < 0.05$); 研究组 NIHSS 评分以及 CRP 水平明显更低, 与常规组差异显著 ($p < 0.05$); 研究组与常规组不良反应无差异 ($p > 0.05$)。结论: 相较于低剂量的阿司匹林治疗效果而言, 急性脑梗死患者服用高剂量阿司匹林 (300mg/次) 治疗的效果更佳, 而且还可以改善患者神经功能, 降低其炎性反应, 且未增加不良反应, 安全性较高。

关键词: 阿司匹林; 急性脑梗死; 神经功能; 疗效; 安全性

急性脑梗死属于临床常见病。现阶段, 随着人们生活水平质量的提高, 使得急性脑梗死患者越来越多, 且该病迁延难愈、发病急、病死率高, 部分幸存患者也会遗留诸多后遗症, 严重影响着患者的身心健康以及生命质量^[1]。鉴于上述情景, 为改善患者预后, 本文特此以 88 例急性脑梗死患者为例, 对比分析了不同剂量阿司匹林治疗的效果, 以供临床参考。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

此次研究之中的观察主体为 88 例急性脑梗死患者, 纳入的时间为 2018 年 12 月--2019 年 12 月。根据电脑随机分组法, 施行对照探讨, 其中一组名为常规组; 另一组名为研究组。每个组 44 例。研究组包括 24 例男性和 20 例女性, 年龄 45-80 岁, 平均 (60.8 ± 3.5) 岁; 常规组包括 23 例男性和 21 例女性, 年龄 44-79 岁, 平均 (60.6 ± 3.9) 岁。两组临床资料 P 值 > 0.05 , 均衡性、一致性良好, 可用于分组对比。

1.2 方法

患者入院之后, 均予舒血宁注射液 20ml 静点, 每日 1 次, 坚持用药 14 天。常规组 44 例患者则在上述基础上, 口服低剂量的阿司匹林治疗, 100mg/次, 每日口服 1 次, 坚持用药 14d; 而研究组

则在舒血宁基础上, 口服高剂量的阿司匹林治疗, 300mg/次, 每日口服 1 次, 坚持用药 14d。

1.3 观察指标

(1) 采集患者空腹静脉血, 测定其血清 C 反应蛋白, 以免疫比浊法为主; 利用卒中量表 (NIHSS) 评估患者神经功能, 分值越低, 表示患者神经功能缺损程度越轻。(2) 临床疗效评定内容主要以治疗前后 NIHSS 评分改善情况为依据, 即: 治疗后 NIHSS 评分较治疗前改善 90% 以上, 0 级病残, 为痊愈; NIHSS 评分改善 45%-89%, 1-3 级病残, 为显效; NIHSS 评分改善 17%-44%, 为有效, NIHSS 评分改善 $< 17%$, 为无效。痊愈+显效+有效的例数占总例数的比率=总体疗效。

1.4 统计学分析

汇总并分析观察主体的研究数据, 并利用 SPSS22.0 软件对研究数据进行统计。百分比资料以 [例 (%)] 描述, 行卡方检验; 计量资料以 (均数 ± 标准差) 描述, 行 t 检验。当 P 值低于 0.05 时, 说明存在较高的检验价值。

2. 结果

2.1 研究组与常规组临床疗效对比见表 1

表 1 研究组与常规组临床疗效对比

小组	病例	痊愈	显效	有效	无效	总体疗效
研究组	44	29 (65.91%)	7 (15.91%)	6 (13.64%)	2 (4.55%)	42 (95.45%)
常规组	44	25 (56.82%)	5 (11.36%)	5 (11.36%)	9 (20.45%)	35 (79.55%)
X^2	-					29.313
p	-					< 0.05

2.2 研究组与常规组治疗前后 NIHSS 评分、CRP 水平对比见表 2

表 2 研究组与常规组治疗前后 NIHSS 评分、CRP 水平对比

小组	病例	NIHSS (分)		CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	44	24.1 ± 5.4	10.2 ± 3.5 *	25.5 ± 7.5	10.5 ± 4.1 *
常规组	44	23.9 ± 5.9	14.4 ± 3.9 *	25.4 ± 7.6	13.2 ± 4.9 *
t	-	0.093	16.574	0.088	18.332
p	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

注: 比较同组治疗前 * $p < 0.05$ 。

2.3 研究组与常规组不良反应对比

研究组 1 例大便隐血, 1 例呕吐恶心, 总发生率 4.55%; 常规组 1 例大便隐血, 2 例呕吐恶心, 总发生率 6.82%。组间无差异 ($X^2 = 15.811$, $p > 0.05$)。

3. 讨论

脑梗死发病主因在于脑动脉硬化血栓形成, 进而影响脑供血动脉, 导致脑血液循环障碍所致, 发病急、迁延难愈、致残率高、死亡率高^[2]。急性脑梗死 6h 之后, 体内大量生成自由基, 若处理不及

时, 极易形成连锁反应, 进而加重患者病情, 使得脑细胞遭受严重的损伤。临床治疗急性脑梗死通常以溶栓疗法为主, 但溶栓具有时间限制^[3]。鉴于此, 临床诸多研究学者认为通过抑制凝血酶活性、抗血小板聚集来延缓血栓进展, 可以较好的控制患者病情。

阿司匹林属于镇痛、解热药, 可较好的抑制血小板聚集, 抑制血栓生成, 在心颤、心梗、短暂性脑缺血发作以及术后血栓形成方面, 具有十分突出的预防作用, 与此同时, 还可以扩张脑血管、扩

(下转第 47 页)

(上接第 22 页)

冠脉,减少凝血酶原合成,降低环氧酶的活性,以免生成更多的凝栓质 A2,达到抗凝血目的^[4]。经本文研究证实,在急性脑梗死患者中,阿司匹林应用疗效突出,且具有较高的安全性,但不同剂量阿司匹林所发挥的作用却各有不同。高剂量阿司匹林可以抗动脉硬化、清除自由基、提高纤维蛋白溶解酶活性;而低剂量阿司匹林的血药浓度偏低,故而相对而言,临床疗效欠佳。

此次研究对照分析,研究组临床疗效高于常规组,且 NIHSS 评分、CRP 水平低于常规组 ($p < 0.05$)。提示高剂量阿司匹林可以改善患者神经功能,减低其炎症反应,疗效突出。另外,两组不良反应无差异 ($p > 0.05$)。提示高剂量阿司匹林用药方案安全性较高。

值得引起临床重视。

参考文献:

- [1]张敏.阿司匹林与氯吡格雷联合治疗急性脑梗死的临床疗效[J].中国医药指南,2019,17(29):144-145.
- [2]包颖.急性脑梗死溶栓出血性转化后抗血小板药物选择[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(01):10-12.
- [3]朱新华,王恰如.阿司匹林治疗脑出血后急性脑梗死的利弊与展望[J].中国临床新医学,2015,8(12):1213-1216.
- [4]周松林.老年急性脑梗死应用不同剂量阿司匹林的疗效与安全性分析[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(11):71-72.