

依达拉奉结合氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床疗效探讨

周玉珠

(张掖市中医院 734000)

摘要: 目的: 体会对急性脑梗死患者实施依达拉奉结合氯吡格雷治疗的价值。方法: 遵从药物差异分组, 择我院 2018.7-2020.4 内的 61 例急性脑梗死患者分为对照组 (29 例, 依达拉奉常规治疗) 和观察组 (32 例, 依达拉奉结合氯吡格雷治疗); 观察临床疗效、用药前后神经功能缺损、日常生活能力。结果: 观察组临床疗效较对照组高 (96.8%vs79.3%), $P < 0.05$ 。经治疗后观察组神经功能缺损轻、日常生活能力高, $P < 0.05$ 。结论: 对急性脑梗死患者实施药物治疗, 建议以依达拉奉为基准, 而后联合氯吡格雷实施治疗, 可有效提升临床疗效、改善患者神经功能缺损和日常生活能力。
关键词: 依达拉奉; 氯吡格雷; 急性脑梗死; 临床疗效

急性脑梗死属于一种脑部常见疾病, 由脑组织软化坏死而引发, 疾病发作后会导致局部脑组织出现缺血、缺氧症状, 从而影响患者身心健康和日常生活质量。调查发现, 在多因素联合作用下, 该病临床病死率、致残率较高, 因此科学有效的治疗措施至关重要。目前治疗该病, 仍以西药常规治疗为主, 但调查发现, 不同药物之间联合治疗, 可有效控制病情发展并改善预后^[1]。为进一步体会对急性脑梗死患者实施依达拉奉结合氯吡格雷治疗的价值, 特择我院 2018.7-2020.4 内的 61 例患者进行研究, 具体分析见下文:

1、资料与方法

1.1 一般资料

遵从药物差异分组, 择我院 2018.7-2020.4 内的 61 例急性脑梗死患者分为对照组 (29 例): 男性 14 例, 女性 15 例, 年龄 59-83 岁, 平均 (71.05 ± 8.56) 岁。观察组 (32 例): 男性 15 例, 女性 17 例, 年龄 58-83 岁, 平均 (71.55 ± 8.19) 岁。两组患者资料用统计学分析, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组: 依达拉奉单药治疗: 接待患者并完善实验室和临床各项检查, 严格以检查结果为依据, 给予吸氧、控制血压、改善血液循环等对症治疗。以此为基准, 静脉滴注 20mg 依达拉奉 (国药准字: H20050280, 南京先声东元制药有限公司)+150mL 氯化钠溶液中 (0.9%), 2 次/d。

观察组: 依达拉奉结合氯吡格雷治疗: 指导患者口服 75mg 硫酸氢氯吡格雷片 (国药准字 J20080090, Sanofi Winthrop Industrie), 每次 75mg 即可, 每天服用 1 次, 治疗 1 个月。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效

临床疗效评价标准: 显效 (用药后临床症状基本消失, 神经功

能缺损下降幅度超过 85%), 有效 (症状出现缓解, 神经功能缺损下降幅度超过 50%-84%), 无效 (症状没有明显缓解, 神经功能缺损下降幅度不足 49%)^[2]。

1.3.2 用药前后神经功能缺损、日常生活能力

评价神经功能缺损采用卒中量表 (NIHSS, 0-42 分) 进行, 0-10 分记录“受损轻”, 11-20 分记录“中度受损”, 21-42 分记录“重度受损”。

评价日常生活能力采用 (ADL, 0-100 分) 量表, ≥60 分记录“受损轻”, 41-60 分记录“中度受损”, ≤40 分则记录“重度受损”^[3]。

1.4 统计学

此研究借助 SPSS 16.0 统计软件建立数据库并进行统计学分析, 两组观察的计量资料应用完全随机设计的 t 检验处理, 计数资料应用卡方检验处理; 各组数据服从方差相同的正态分布, $P < 0.05$, 显著差异。

2、结果

2.1 临床疗效

就临床疗效而言, 观察组显著较对照组高 (96.8%vs79.3%), $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1: 临床疗效

组别	显效	有效	无效	总有效率(n,%)
观察组 (n=32)	26	5	1	31 (96.8)
对照组 (n=29)	13	10	6	23 (79.3)
χ^2	--	--	--	4.6202
P	--	--	--	$P < 0.05$

2.2 神经功能缺损、日常生活能力

用药前两组 NIHSS、ADL 评分无显著差异, $P > 0.05$; 经治疗后观察组患者 NIHSS 评分低, ADL 评分高, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2: 神经功能缺损、日常生活能力

组别	NIHSS (分)		ADL (分)	
	用药前	用药后	用药前	用药后
观察组 (n=32)	26.14 ± 5.45	10.33 ± 1.41	37.14 ± 6.35	75.24 ± 8.53
对照组 (n=29)	26.25 ± 5.56	19.35 ± 3.27	37.36 ± 6.34	60.41 ± 9.33
t	0.0779	14.2222	0.1352	6.4856
P	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

3、讨论

急性脑梗死由多因素共同作用所致, 造成脑部缺血、缺氧, 进而损害神经功能。经研究证实, 动脉粥样硬化以及血管管腔狭窄是急性脑梗死的发病基础。目前临床治疗该病, 多以药物保守治疗为主, 而阻止血小板凝聚、避免形成血栓是治疗急性脑梗的重点^[4]。

依达拉奉属于典型的自由基清除剂, 可在短时间内清除脑内有细胞毒性羟基的同时有效对脂质过氧化反应进行抑制, 扩张血管的同时发挥抑制炎症作用, 从而缓解脑水肿并提高神经功能。氯吡格雷经代谢后会生成血小板抑制剂 (活性代谢物), 该物质属于二磷酸腺苷受体阻断剂, 选择性较强, 可有效抑制血小板 P2Y₁₂ 受体结合, 抑制血小板凝聚。该药口服后在肝脏代谢, 产生的代谢物与血小板受体结合, 从而不会对肝脏代谢功能产生严重影响^[5]。

此研究结果显示: 观察组临床疗效较对照组高 (96.8%vs79.3%), $P < 0.05$ 。经治疗后观察组神经功能缺损轻、日常生活能力高, $P <$

0.05。证实了两种药物联合使用, 可有效发挥相互协同作用, 增强疗效、改善预后。

综上所述, 对急性脑梗死患者实施药物治疗, 建议以依达拉奉为基准, 而后联合氯吡格雷开展治疗; 临床应用价值显著, 值得推广并借鉴。

参考文献:

- [1]石韵宜. 氯吡格雷联合依达拉奉注射液治疗急性脑梗死疗效及安全性的 Meta 分析[J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(8):1590-1596.
- [2]李素君. 依达拉奉联合氯吡格雷治疗脑梗死临床疗效及对患者 NIHSS 评分的影响[J]. 贵州医药, 2020, 44(4):572-573.
- [3]赵秋艳. 依达拉奉、氯吡格雷联合丁苯酞注射液治疗急性进展性脑梗死的临床效果分析[J]. 中国社区医师, 2020, 36(12):98, 100.
- [4]谭向红. 依达拉奉联合氯吡格雷、阿托伐他汀对急性脑梗死治疗的效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(11):1833-1834.