

阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗脑梗死临床分析

谢俊丽

(河南省舞钢市人民医院药剂科 舞钢 462500)

摘要:目的:探讨阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗死的有效性和安全性。方法:选取舞钢市人民医院 2015 年 2 月~2016 年 11 月收治的 79 例脑梗死患者,随机分为对照组和观察组。对照组 39 例给予阿司匹林治疗,观察组 40 例给予阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗。观察两组临床治疗效果及不良反应发生情况。结果:观察组治疗总有效率为 90.00%,对照组治疗总有效率为 69.23%,差异具有统计学意义, $P<0.05$;两组患者不良反应发生情况比较无显著性差异, $P>0.05$ 。结论:阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗死效果显著,安全性高。

关键词:脑梗死;阿司匹林;硫酸氢氯吡格雷

中图分类号:R743

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.038

脑梗死是由于高脂血症、血栓、高血压病等因素导致血管腔闭塞或狭窄,脑血供障碍引发脑部病变,是缺血性脑卒中的总称。临床多表现为恶心呕吐、头昏、眩晕、乏力、神经功能障碍、失语等,严重者死亡,危及患者的生命安全。阿司匹林治疗脑梗死,可有效抑制颅内动脉及颈动脉粥样硬化,改善脑血供。有学者指出硫酸氢氯吡格雷治疗脑梗死效果更佳,可抑制血小板聚集,抑制血栓形成,改善脑部微循环^[1-2]。本研究旨在探讨阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗脑梗死的有效性和安全性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取舞钢市人民医院 2015 年 2 月~2016 年 11 月收治的 79 例脑梗死患者,随机分为对照组和观察组。对照组 39 例,男 22 例,女 17 例;年龄 40~75 岁,平均年龄(59.77±5.61)岁;病变部位顶叶 6 例,腔隙 1 例,基底节区 22 例,颞叶 10 例。观察组 40 例,男 24 例,女 16 例;年龄 41~74 岁,平均年龄(60.82±5.56)岁;病变部位顶叶 7 例,腔隙 2 例,基底节区 24 例,颞叶 7 例。两组患者性别、年龄、病变部位等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院伦理协会审核通过。

1.2 治疗方法 两组患者均予以脑保护剂、脑细胞活化剂、钙离子拮抗剂等常规药物治疗。对照组于第 1~3 天口服阿司匹林(国药准字 H20065051)0.3 g/次,1 次/d;第 4 天起剂量改为 0.1 g/次,1 次/d。观察组在对照组基础上口服硫酸氢氯吡格雷(国药准字 H20123301)75 mg/次,1 次/d。两组患者均持续用药 1 个月。

1.3 观察指标 比较两组患者临床治疗效果和不良反应发生情况。疗效评估标准^[3]:治疗后患者病情恶化或无改善,神经功能缺损评分增加 18%及以上或减少不足 18%,为无效;治疗后症状有所缓解,神

经功能缺损评分减少 18%~45%,为改善;症状显著改善,病残程度为 1~3 级,神经功能缺损评分减少 46%~90%,为显著改善;临床症状基本消失,病残程度为 0 级,神经功能缺损评分减少 90%以上,为痊愈。总有效率=(改善+显著改善+痊愈)/总例数×100%。

1.4 统计学分析 通过 SPSS19.0 统计软件对数据进行分析,以百分比表示计数资料,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	n	无效	改善	显著改善	痊愈	总有效
观察组	40	4(10.00)	8(20.00)	12(30.00)	16(40.00)	36(90.00)
对照组	39	12(30.77)	6(15.38)	8(20.51)	13(33.33)	27(69.23)
χ^2						5.274
P						<0.05

2.2 两组不良反应发生情况比较 两组患者不良反应发生情况比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组不良反应发生情况比较[例(%)]						
组别	n	黑便	皮肤瘀斑	头晕	胃部不适	总不良反应
观察组	40	2(5.00)	1(2.50)	2(5.00)	1(2.50)	6(15.00)
对照组	39	1(2.56)	0(0.00)	1(2.56)	2(5.13)	4(10.26)
χ^2						0.087
P						>0.05

3 讨论

随着人口老龄化加剧,人们饮食、生活习惯的改变,脑梗死发病率逐年递增。相关研究显示^[4],脑梗死的发生与血栓形成、脑灌注压下降、脑水肿、不良侧支循环及再灌注损伤等密切相关。因此,选择科学合理的用药方案,减轻再灌注损伤,改善脑细胞代谢,恢复梗死区神经细胞功能,保护神经元,促进神经功能恢复,为临床的关键。

阿司匹林为环氧化酶抑制剂,通过抑制乙酰化环氧化酶 -1 活性, 阻滞其活性位点结合花生四烯酸,减少血栓素 A2 合成,达到抗血小板释放、聚集,改善脑循环的目的。硫酸氢氯吡格雷为新型抗血小板聚集药物,可选择性阻滞二磷酸腺苷结合血小板受体,抑制血小板糖蛋白 II b/IIIa 复合物活化,阻滞血小板聚集。且硫酸氢氯吡格雷可通过改变血小板二磷酸腺苷受体,缩短血小板寿命,促使其凋亡,达到抗血小板的效果。同时,该药还可预防血管内膜增厚,改善血循环,减少或避免血栓形成,进而改善脑血供,促进神经功能早期恢复,与阿司匹林联合使用可发挥药物间协同作用,增强药效,提高治疗效果。赵孟德^[9]研究证实,在采用阿司匹林治疗缺血性卒中的同时加用标准负荷剂量硫酸氢氯吡格雷效果更佳,可促进患者神经功能恢复,治疗总有效率高达 95.83%,联合用药后出血事件发生率低至 4.2%。本研究结果显示, 观察组治疗总有效率为 90.00%,黑

便、皮肤瘀斑、胃部不适等不良反应发生率也较对照组低,与其他学者研究结果相似。说明对脑梗死患者予以阿司匹林与硫酸氢氯吡格雷联合治疗具有较高的安全性和有效性。综上所述,阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷应用于脑梗死患者,效果显著,安全性高,值得临床推广应用。

参考文献

[1]宋丽艳,翟万庆,唐甲凡,等.西洛他唑联合阿司匹林对老年腔隙性脑梗死患者脑血管功能及血流循环的影响[J].中国老年学,2016,36(21):5328-5330
[2]梁茜茜,张庆,李莉,等.阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2016,32(16):1446-1448
[3]王康琪,吴小燕,高原.低白蛋白血症对老年急性重症脑梗死患者神经功能及短期预后的影响[J].中国老年学杂志,2016,36(23):5854-5856
[4]韦宁.氯吡格雷联合阿司匹林治疗进展型脑梗死的疗效及对神经和凝血功能的影响[J].蚌埠医学院学报,2013,38(7):844-846
[5]赵孟德.标准负荷剂量硫酸氢氯吡格雷联合阿司匹林治疗缺血性卒中的临床疗效研究[J].实用心脑血管病杂志,2016,23(5):163-164
(收稿日期: 2017-01-16)

冠脉介入术后心绞痛患者应用益气活血通脉汤疗效观察

赵明虎

(河南省郑州人民医院心血管内科 郑州 450003)

摘要:目的:观察经冠状动脉介入手术治疗后复发心绞痛患者使用益气活血通脉汤临床治疗效果。方法:选取我院 2016 年 1 月~2017 年 1 月收治的冠脉介入术后复发心绞痛的患者 90 例,根据治疗方法分为对照组和观察组,每组 45 例。对照组给予西医治疗,观察组在对照组治疗基础上加用益气活血通脉汤。比较两组患者治疗前后心绞痛发作频率和持续时间。结果:两组患者经治疗后心绞痛发作频率和持续时间均明显改善($P<0.05$),观察组心绞痛发作频率和持续时间均少于对照组($P<0.05$)。结论:在西医治疗的基础上加用益气活血通脉汤可显著改善冠脉介入术后复发心绞痛患者的病情。

关键词:冠状动脉介入手术;心绞痛;益气活血通脉汤;应用效果

中图分类号:R541.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.039

冠状动脉粥样硬化性心脏病简称冠心病,是临床常见及多发的心血管疾病,部分患者接受介入手术治疗后仍复发心绞痛,严重威胁患者的生活质量及身心健康^[1]。本研究在西医治疗的基础上给患者加用益气活血通脉汤治疗冠脉介入术后复发心绞痛。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 1 月~2017 年 1 月收治的冠脉介入术后复发心绞痛的患者 90 例,其中男 49 例,女 41 例;年龄 49~87 岁,平均年龄(67.3 ± 1.4)岁;介入术后复发心绞痛病程 2 个月~1 年,平均病程(4.1 ± 1.0)个月。根据治疗方法分为对照组和观察组,每组 45 例。两组患者在年龄、性别、病程等一般资料方面比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。患者均自愿参加本次研究,无中途失

访病例。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予常规西医治疗:拜阿司匹林(国药准字 H20130192)口服,100 mg/次,1 次/d;单硝酸异山梨酯缓释片(国药准字 H10940039)口服,60 mg/次,1 次/d;辛伐他汀(国药准字 J20090001)睡前口服,10 mg/次,1 次/d;倍他乐克(国药准字 J20100098)口服,25 mg/次,2 次/d。

1.2.2 观察组 在对照组治疗基础上,加用中药益气活血通脉汤。方剂组成:川芎 10 g、丹参 30 g、全瓜蒌 10 g、炙甘草 10 g、生山楂 15 g、元胡 10 g、徐长卿 10 g、人参 10 g、三七粉 2 g(冲服)、薤白 10 g、毛冬青 15 g、桂枝 6 g、赤芍 10 g、黄芪 30 g、红花 10 g。根据患者具体病情适当调整剂量,如血压偏高者,黄芪加倍,同时将方中桂枝、人参减去;气虚甚者加五味