

阿司匹林联合氯吡格雷治疗缺血性脑卒中的临床研究

王欣¹ 艾长思² 柏月³

1. 齐齐哈尔市第一医院, 黑龙江 齐齐哈尔 161000

2. 七煤集团总医院, 黑龙江 七台河 154600

3. 齐齐哈尔市第一医院神经内六科, 黑龙江 齐齐哈尔 161000

【摘要】 目的 探究在缺血性脑卒中疾病治疗中使用阿司匹林联合氯吡格雷治疗法的应用效果。方法 选取于 2020 年 2 月—2021 年 2 月在医院中接受缺血性脑卒中治疗的患者共 72 例, 随机分组法, 每组 36 例。阿司匹林用于对照组, 阿司匹林联合氯吡格雷用于观察组。观察两组神经功能评分、临床治疗效果、不良反应发生率。结果 治疗前, 两组神经功能评分对比无差异 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组神经功能评分低于对照组, 临床治疗有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。不良反应发生率观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组全血低切黏度、血浆黏度及全血高切黏度指标对比无差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组全血低切黏度、血浆黏度及全血高切黏度指标低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 在缺血性脑卒中疾病治疗中使用阿司匹林联合氯吡格雷治疗方法, 有助于减轻患者的神经功能缺损程度, 降低患者不良反应发生率, 疾病临床治疗效果显著。

【关键词】 阿司匹林; 氯吡格雷; 缺血性脑卒中; 神经功能; 治疗效果

脑卒中本身属于一种急性缺血性脑卒中疾病, 发病疾病复杂, 极易引发患者出现脑组织缺血性损伤, 致残率及致死率均较高。在发病后应及时进入到医院中接受治疗, 以确保神经功能能够快速恢复健康, 完成对疾病进展的有效控制, 降低死亡率, 改善疾病预后, 促进患者生活质量的提升。在疾病临床治疗中, 倡导使用抗血小板聚集率药物, 应用最为广泛的药物为阿司匹林和氯吡格雷, 临床实践证实, 单一用药效果不好, 倡导使用两种药物联合治疗方法, 可明显改善患者血液流变学指标及血清同型半胱氨酸水平, 疾病临床治疗效果显著^[1]。本文将于 2020 年 2 月—2021 年 2 月在医院中接受缺血性脑卒中治疗的 72 例患者作为研究对象, 对阿司匹林联合氯吡格雷所取得的临床治疗效果进行观察。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取于 2020 年 2 月—2021 年 2 月在医院中接受缺血性脑卒中治疗的患者共 72 例, 随机分组法, 每组 36 例。对照组, 男、女为 17 例和 19 例, 44 ~ 77 岁, 均值 (63.5 ± 2.6) 岁; 观察组, 男、女为 16 例和 20 例, 43 ~ 78 岁, 均值 (64.5 ± 2.9) 岁。两组资料无差异 ($P > 0.05$)。纳入标准: ①本次研究选取的所有患者均符合缺血性脑卒中疾病诊断标准要求; ②术后 24h 内使用双能量 CT 平扫者; ③局部病灶神经功

能损伤, 有少部分患者出现全面神经功能损伤; ④患者存在生命体征, 并且在遭受到外界刺激后还会出现一定的反应; ⑤近期末使用血小板药物治疗者。排除标准: ①合并精神疾病者; ②合并凝血功能障碍者; ③合并沟通障碍者; ④经脑部影像学检查结果显示存在感染及脑出血病变者; ⑤合并动静脉畸形、颅内动脉瘤、颅内出血史者; ⑥凝血功能障碍者; ⑦对本次研究用药过敏者; ⑧发病时间 $> 48h$ 。

1.2 方法 对照组, 行阿司匹林治疗法, 给予患者阿司匹林肠溶片 (国药准字 H31022475, 海信谊百路达药业有限公司), 口服, 每日 1 次, 每次 100mg。

观察组, 行阿司匹林联合氯吡格雷治疗法, 阿司匹林同对照组。给予患者硫酸氢氯吡格雷片 (国药准字 H20123116, 乐普药业股份有限公司), 口服, 每日 1 次, 每次 75mg。

1.3 观察指标 观察两组治疗前后神经功能评分, 使用 NIHSS (神经功能障碍) 量表进行评估, 得分越高, 代表患者的神经功能障碍越严重。

观察两组临床治疗效果, 显效: NIHSS 评分下降度为 $> 90\%$, 临床症状基本消失, 生活可自理, 患者基本康复。有效: NIHSS 评分下降度为 $46\% - 90\%$, 临床症状明显改善, 在他人帮助下可自理, 患者病情明显好转。无效: NIHSS 评分下降度为 $< 18\%$, 患者临床症状仍然存在, 无法自理, 患者病情未恢复或恶化^[2]。观察两组不良反

应(皮肤瘀点、轻度出血、眩晕、恶心)发生率。

1.4 统计学处理 SPSS22.0 软件,神经功能障碍评分用($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验;临床治疗有效率及不良反应发生率用(%)表示,用 χ^2 检验,差异显著($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 治疗前后神经功能评分对比 治疗前,两组神经功能评分对比无差异($P < 0.05$);治疗后,观察组神经功能评分低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗前后神经功能评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别(n=36)	治疗前(分)	治疗后 15d(分)	治疗后 30d(分)
观察组	16.23 ± 2.33	14.96 ± 3.06	8.54 ± 1.05
对照组	16.28 ± 2.34	11.64 ± 3.14	5.32 ± 1.07
t 值	0.018	5.263	5.945
P 值	0.965	0.000	0.000

2.2 临床治疗有效率对比 临床治疗有效率观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 临床治疗有效率对比[n(%)]

组别(n=36)	显效	有效	无效	有效率
观察组	23(63.89)	12(33.33)	1(2.78)	35(97.22)
对照组	15(41.67)	13(36.11)	8(22.22)	28(77.78)
χ^2 值	2.731	0	4.571	4.571
P 值	> 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 不良反应 不良反应发生率观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 不良反应[n(%)]

组别(n=36)	皮肤瘀点	轻度出血	眩晕	恶心	总发生率
观察组	1(2.78)	1(2.78)	1(2.78)	1(2.78)	4(11.11)
对照组	2(5.56)	3(8.33)	2(5.56)	4(11.11)	11(30.56)
χ^2 值	—	—	—	—	4.126
P 值	—	—	—	—	< 0.05

2.4 治疗前后血液流变学指标对比 治疗前,两组全血低切黏度、血浆黏度及全血高切黏度指标对比无差异($P > 0.05$);治疗后,观察组全血低切黏度、血浆黏度及全血高切黏度指标低于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 治疗前后血液流变学指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别(n=36)	治疗前(mPa·s)			治疗后(mPa·s)		
	全血低切黏度	血浆黏度	全血高切黏度	全血低切黏度	血浆黏度	全血高切黏度
观察组	1.94 ± 0.26	17.54 ± 3.03	7.18 ± 0.55	1.71 ± 0.06	8.66 ± 3.03	4.32 ± 0.43
对照组	1.95 ± 0.27	17.54 ± 3.02	7.19 ± 0.55	1.78 ± 0.06	13.06 ± 3.02	5.37 ± 0.42
t 值	0.152	0.013	0.073	5.732	5.635	9.785
P 值	0.0868	0.987	0.946	0.000	0.000	0.000

3 讨论

缺血性脑卒中是临床上常见的脑血管疾病,是威胁患者生命安全的一种疾病,发病后应及时接受治疗,即使抢救快的患者在以后留下后遗症的可能也是非常大的,严重影响了患者的生活质量,导致患者无法正常参与到日常生活中去。临床上的相关研究结果显示,引发缺血性脑卒中疾病的产生受脑组织供血、供氧不足引发所致,在发病之后患者的脑组织周围会出现损坏情况,应根据患者病情的实际情况,合理选取治疗药物,经治疗后来改善患者的组织血液循环情况和细胞代谢状态。由于在疾病治疗之后,一些患者容易出现再次灌注现象,从而进一步加重了患者的病情,因

此,在对患者进行治疗期间,需要将保护患者的神经元作为主要治疗内容,避免梗死区域出现进一步扩散情况。从患者的预后症状还能够看出,多数缺血性脑卒中患者在发病后的一周时间还有可能会出现不同状态的脑组织缺血性坏死。

缺血性脑卒中疾病临床上倡导使用抗血小板药物,但是对于不同的药物所取得的治疗效果存在一定的争议。现阶段,在缺血性脑卒中疾病临床治疗中倡导使用阿司匹林联合氯吡格雷药物,其中,阿司匹林本身属于一种抗血小板药物,可通过乙酰化环氧酶链中的残基灭活环氧酶,抑制血小板聚集。而氯吡格雷药物在服用后会与血小板表面腺苷二磷酸受体相结合,对血小板聚集抑制药物具有阻断作用^[3]。阿司匹林和氯吡格

雷作为缺血性脑卒中疾病中的常用药,相较于单独用药,两种药物联合使用,完成了对血小板聚集的有效抑制,使患者的血液流变学指标得以显著改善,患者日常生活能力、神经功能民间贡献改善,降低了颅内微出血量,患者不良反应少,疾病临床治疗效果显著^[4]。

本文研究结果显示,治疗前,两组神经功能评分对比无差异($P < 0.05$);治疗后,观察组神经功能评分低于对照组,临床治疗有效率高于对照组($P < 0.05$)。不良反应发生率观察组低于对照组($P < 0.05$)。治疗前,两组全血低切黏度、血浆黏度及全血高切黏度指标对比无差异($P > 0.05$);治疗后,观察组全血低切黏度、血浆黏度及全血高切黏度指标低于对照组($P < 0.05$)。说明在缺血性脑卒中治疗中使用阿司匹林联合氯吡格雷治疗方法具有可行性,其中,阿司匹林药物对环氧合酶具有抑制作用,血栓预防效果好。氯吡格雷有助于降低血小板活性。阿司匹林和氯吡格雷药物联合使用展现出了协同作用,有助于抑制血栓的形成及血小板的聚集,以此来降低血黏度,改善血液循环及梗死区半暗带的缺血,确保受损的神经细胞能够得到快速的恢复,使动脉粥样硬化斑块得以降低,内膜增生减轻,血肿的 hs-CRP 水平降低,局部血栓的形成及斑块脱落明显减少,使缺血性脑卒中疾病发病率得以降低,患者再发率下降,日常生活活动能力明显改善,颅内出血程度明显增加,有助于减轻患者的神经功能缺损程度,疾病临床治疗效果显著。

既往研究结果显示,陈杰锋在 2021 年提出^[5],氯吡格雷治疗法,治愈率为 9.09%,显效率为 42.43%,有效率为 27.27%,无效率为 21.21%,总有效率为 78.79%;氯吡格雷联合阿司匹林治疗法,治愈率为 24.24%,显效率为 57.58%,有效率为 15.15%,无效率为 3.03%,总有效率为 96.97%;氯吡格雷联合阿司匹林治疗法临床治疗总有效率高于氯吡格雷治疗法($P < 0.05$)。刘小团在 2020 年提出^[6],阿司匹林治疗法,治疗前,血浆黏度为(1.94 ± 0.26) mPa·s,全血低切黏度为(17.54 ± 3.01) mPa·s,全血高切黏度为(7.18 ± 0.53) mPa·s;治疗后,血浆黏度为(1.79 ± 0.07) mPa·s,全血低切黏度为(13.05 ± 3.01) mPa·s,全血高切黏度为(5.38 ± 0.41) mPa·s。阿司匹林联合氯吡格雷治疗法,治疗前,血浆黏度为(1.93 ± 0.25) mPa·s,全血低切黏度为(17.53 ± 3.02) mPa·s,全血高切黏度为(7.17 ± 0.54) mPa·s;治疗后,血浆黏度为(1.70 ± 0.05) mPa·s,全血低切黏度为(8.67 ± 3.02) mPa·s,全血高切

黏度为(4.33 ± 0.42) mPa·s。治疗前,阿司匹林治疗法和阿司匹林联合氯吡格雷治疗法全血低切黏度、血浆黏度及全血高切黏度指标对比无差异($P > 0.05$);治疗后,阿司匹林联合氯吡格雷治疗法全血低切黏度、血浆黏度及全血高切黏度指标低于阿司匹林治疗法($P < 0.05$)。朱永林在 2020 年提出^[7],阿司匹林治疗法,治疗前为(16.45 ± 3.32) 分,治疗后为(8.33 ± 2.28) 分。阿司匹林联合氯吡格雷治疗法,治疗前为(17.54 ± 3.01) 分,治疗后为(5.64 ± 2.22) 分。治疗前,阿司匹林治疗法和阿司匹林联合氯吡格雷治疗法 NIHSS 评分对比无差异($P > 0.05$);治疗后,阿司匹林联合氯吡格雷治疗法 NIHSS 评分低于阿司匹林治疗法($P < 0.05$)。通过将他人研究结果与本文研究结果进行对比,研究数据具有相似性,可知本文具有较高的临床研究价值,可为同类型文章写作提供研究价值。

综上所述,在缺血性脑卒中疾病治疗中使用阿司匹林联合氯吡格雷治疗方法,有助于减轻患者的神经功能缺损程度,降低患者不良反应发生率,疾病临床治疗效果显著。

参考文献

- [1] 刘巍. 观察氯吡格雷联合阿司匹林治疗非心源性缺血性脑卒中患者的临床效果 [J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(02): 137-138.
- [2] 裴小利. 阿司匹林或氯吡格雷分别及联合应用对缺血性脑卒中老年患者血小板聚集的临床效果 [J]. 中国药物与临床, 2020, 20(23): 3933-3935.
- [3] 刘小团. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性缺血性脑卒中的临床效果及对血清同型半胱氨酸水平的影响 [J]. 中外医学研究, 2020, 18(30): 40-42.
- [4] 李惠明, 阳玉霞, 刘江龙. 阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗急性缺血性脑卒中的临床疗效 [J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(27): 39-40.
- [5] 陈杰锋. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗缺血性脑卒中的临床效果 [J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(11): 57-59.
- [6] 刘小团. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性缺血性脑卒中的临床效果及对血清同型半胱氨酸水平的影响 [J]. 中外医学研究, 2020, 18(30): 40-42.
- [7] 朱永林. 阿司匹林配合氯吡格雷治疗急性缺血性脑血管病的疗效 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(07): 152-153.