拜阿司匹林联合氯吡格雷治疗进展性脑卒中 99 例临床观察

朱在勇, 王 进, 周长文(重庆市北部新区第一人民医院 401121)

【摘要】 目的 观察拜阿司匹林联合氯吡格雷抗血小板聚集治疗进展性脑卒中的临床疗效。**方法** 对 2008 年 2 月至 2011 年 3 月该院神经内科住院的 99 例进展性缺血性脑卒中患者中 51 例应用拜阿司匹林联合氯吡格雷治疗, 另外 48 例患者单用拜阿司匹林治疗, 治疗 4 周后进行疗效对比分析。**结果** 对比两组患者神经功能缺损评分(NDS), 观察组治疗前、后分别为(12.3±5.6)分和(5.3±4.5)分, 对照组治疗前、后分别为(12.1±5.7)分和(7.9±3.7)分, 两组治疗后 NDS 均有改善, 观察组改善更明显($P < 0.01$)。**结论** 拜阿司匹林联合氯吡格雷抗血小板聚集治疗进展性脑卒中, 可明显改善脑卒中患者的神经功能缺损, 减轻致残程度, 且安全性高。

【关键词】 进展性脑卒中; 抗血小板聚集; 拜阿司匹林; 氯吡格雷

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.05.039 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2012)05-0585-02

进展性缺血性脑卒中(progressive ischemic stroke, PS)是指发病 1 周内经积极治疗病情仍呈进行性加重的缺血性脑卒中, 发病率约为 30%^[1]。是动脉粥样硬化性脑梗死典型的起病方式, 临床表现为原有神经功能缺损的加重或出现同一血管供血区受损的新症状。PS 病情进展迅速, 常表现出阶梯式加重, 随着发病率的逐年上升, 进展性缺血性脑卒中已经成为致死和致残的重要原因^[2]。抗血小板聚集在治疗进展性缺血性脑卒中有着重要作用, 本文对拜阿司匹林联合氯吡格雷抗血小板聚集治疗进展性缺血性脑卒中的疗效进行研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2008 年 2 月至 2011 年 3 月本院神经内科住院的脑卒中患者 99 例。(1)纳入标准: ①发病 1 周内病情进行性加重, 符合全国第四届脑血管病会议通过的诊断标准^[3]; ②发病在 72 h 内的颈内动脉系统、椎-基底动脉系统脑梗死; ③经头颅 CT 或 MRI 证实, 且排除出血性脑血管病; ④初次发病或过去发病未遗留神经功能缺损; ⑤发病 1 周内病情进行性加重。(2)排除标准: ①入院时血压大于或等于 190/120 mm Hg; ②合并有严重心血管或肝、肾等疾病; ③伴有意识障碍或出血史及胃、肠溃疡病史; ④1 个月内使用过抗凝剂或溶栓剂者。全部病例采用随机分组, 治疗组 51 例, 男 35 例, 女 16 例, 年龄 41~73 岁, 平均 58.08 岁; 对照组 48 例, 男 33 例, 女 15 例, 年龄 40~74 岁, 平均 59.28 岁; 两组之间年龄、性别、病程及治疗前神经功能缺损程度等一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 常规治疗(改善脑循环、控制脑水肿、保护脑细胞、调控血压及其他对症治疗)基础上, 对照组予以口服拜阿司匹林 100 mg, 1 次/d; 观察组在对照组基础上予以口服氯吡格雷(杭州塞诺菲圣德拉堡民生制药有限公司生产), 首剂负荷剂量 300 mg, 以后改为 75 mg, 每天 1 次。合并有高血压、冠心病、高血脂症、糖尿病的患者均给予相应对症治疗。两组疗程均为 4 周。

1.3 疗效判定标准 治疗前两组统一标准予以神经功能缺损评分, 疗程结束后按同一标准再次评分。评分标准依据 1995 年全国第四届脑血管病会议制定的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[4]。(1)基本痊愈: 功能缺损评分减少大于或等于 91%, 病残程度 0 级。(2)显著进步: 功能缺损评分减少 $\geq 46\%$ 且 $\leq 90\%$, 病残程度为 1~3 级。(3)进步: 功能缺损

评分减少 $\geq 18\%$ 且 $\leq 45\%$ 。(4)无效: 功能缺损评分减少小于或等于 17% 或增加。

1.4 统计学方法 采用 SPSS10.0 软件完成统计处理; 组间计量资料差异性测定采用单因素方差分析和 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 两组患者治疗前后神经功能缺损程度评分比较 见表 1。

表 1 两组治疗前后神经功能缺损程度评分($\bar{x} \pm s$)

级别	n	治疗前	治疗后
观察组	51	12.3±5.6	5.3±4.5**
对照组	48	12.1±5.7	7.8±3.8*

注: 组内治疗前后比较, * $P < 0.01$; 疗程后与对照组比较, ** $P < 0.01$ 。

2.2 两组临床疗效比较 见表 2。

表 2 两组临床疗效比较

级别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无效	有效率(%)
观察组	51	11(21.57)	19(37.25)	16(31.37)	5(9.8)	90.2
对照组	48	9(18.75)	11(22.92)	13(27.08)	15(31.25)	68.75

注: 与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.3 实验室指标 两组治疗前、后的血常规、尿常规、肝肾功能、凝血酶原时间、纤维蛋白原、血脂及血糖结果比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.4 不良反应 两组用药治疗期间及疗程后均未出现肝、肾功能异常等明显不良反应。

3 讨 论

进展性脑卒中的发病率高, 临床上除加强规范治疗、控制血压, 针对脑卒中的危险因素治疗外, 加强抗血小板聚集治疗为有效的方法之一。《中国急性缺血性卒中诊治指南 2010》^[5]指出卒中发生 48 h 内应用抗血小板聚集药物, 能显著降低随访期末的病死或残疾率, 减少复发, 仅轻度增加症状性颅内出血的风险, 其推荐的常用抗血小板聚集药物为阿司匹林、氯吡格雷。阿司匹林主要基于对环氧化酶的不可逆性抑制, 使血小板内花生四烯酸无法转化为环内过氧化物, 最终抑制血小板的血栓素 A2(TXA2)生成, TXA2 使血小板聚集和平滑肌收缩, 在脑梗死发生后, TXA2 可增加脑血管阻力, 促进脑水肿形成,

而前列腺环素(PGI₂)的作用却相反,能抑制血小板聚集并扩张血管。小剂量阿司匹林即可最大限度地抑制 TXA₂ 和最低程度地影响 PGI₂,从而达到比较理想的抗栓作用^[6]。氯吡格雷为口服抗血小板药物,其作用是在肝内经过细胞色素 P450 生物转化产生的活性代谢产物的作用,该活性代谢产物能选择性地、不可逆地阻断血小板膜表面的 ADP 受体,使与此受体相耦联的血小板糖蛋白 II b/III a 受体的纤维蛋白原结合位点不能暴露,从而间接地抑制了纤维蛋白原与糖蛋白 III b/III a 受体的结合,使血小板不能进一步相互聚集。此外,阻断 ADP 受体以减少由于 ADP 受体激活所引起的对腺苷酸环化酶的抑制作用,可能与氯吡格雷的抗血小板聚集作用部分相关。

国内已有顾晴和陈红林^[7]采用高胆固醇饮食合并免疫损伤诱导兔动脉粥样硬化模型,对比观察中剂量阿司匹林和氯吡格雷联合应用对实验性动脉粥样硬化病变进展的抑制作用。结果显示,氯吡格雷和中剂量阿司匹林缩小斑块面积,减轻内膜增生的作用相当,两药联合使用后作用增强。该研究还显示,抗血小板药物均可使血清 C 反应蛋白(CRP)浓度明显降低,而且联合用药有进一步降低的趋势。而血清 CRP 与动脉粥样硬化炎症反应和病变程度密切相关。由此认为,抗血小板药物抑制动脉粥样硬化病变与抗炎作用有关。国外另有研究显示^[8],阿司匹林和氯吡格雷可抑制斑块中巨噬细胞的迁移和增殖,联合使用可能通过阻断血小板活化的多种途径,抑制释放和表达的炎症介质参与动脉粥样硬化病变的进展。此外,两药联合使用还能改变动脉粥样硬化斑块的组成成分,使脂质含量减少,巨噬细胞含量减少,平滑肌细胞含量明显增高,增加了斑块的稳定性。

本文表明拜阿司匹林联合氯吡格雷抗血小板聚集治疗进展性脑卒中可显著改善神经功能缺损,减轻致残程度,且用药

过程中未发现明显不良反应,安全可靠,有临床推广价值。

参考文献

[1] 吕翠兰,李寿国,李向振.低分子肝素与小剂量尿激酶治疗进展性脑卒中疗效比较[J].内蒙古医学杂志,2009,41(1):32-34.

[2] 刘捷,司玲珍,张荣申.氯吡格雷与低分子肝素联合治疗短暂性脑缺血发作[J].中国实用医刊,2008,35(1):89-90.

[3] 中华神经科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1995,28(6):379.

[4] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.

[5] 中华医学会神经科学会.中国急性缺血性卒中诊治指南(2010)[J].中华神经科杂志,2010,43(2):2.

[6] 陈莹,张朝东.阿司匹林在防止糖尿病血栓性事件中的作用机制[J].药品评价,2009,6(7):262-263.

[7] 顾晴,陈纪林.阿司匹林与氯吡格雷合用对兔动脉粥样硬化病变进展的抑制作用[J].中国医学科学院学报,2004,154(27):187-191.

[8] Tataru MC,Heinrich J ,Junker R,et al. C-reactive protein and the severity of atherosclerosis in myocardial infarction patients with stable angina pectoris [J]. Eur Heart J, 2000,21(12):1000.

(收稿日期:2011-10-17)

• 临床研究 •

综合医院检验科门诊患者的心理分析

李娟红,赵子贤(南方医科大学附属新会医院检验科,广东江门 529100)

【摘要】 目的 探讨综合医院检验科门诊患者的心理健康状况,为提高检验科门诊医疗服务质量提供科学依据。**方法** 采用症状自评量表(SCL-90)调查综合医院 538 例门诊检验者的心理状况。**结果** 检验科门诊检验者躯体化、抑郁、焦虑、敌对、恐怖 5 个因子均高于常模($P < 0.01$)。而其中患病组的阳性项目数、总分、躯体化、人际关系敏感、抑郁、焦虑、恐怖等因子的得分均高于体检组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 门诊检验患者伴发心理障碍并不少见,建议检验科工作人员应根据患者心理需求,开展优质的人性化服务。

【关键词】 综合医院; 检验科; 心理障碍; 症状自评量表

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.05.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)05-0586-02

WHO 在中国上海所做的研究发现,内科门诊患者心理问题发生率高达 15.14%^[1]。综合医院遇到心理障碍患者比心理科更为普遍,患者往往以突出的躯体不适掩盖了心理症状,就诊于综合医院^[2]。在开展个性化、人性化医疗服务的今天,分析患者的心理状况、关心患者的心理需求,已成为每个检验工作者必须学习和掌握的重要内容之一。本科室对 2011 年 3~7 月在本院第一门诊部检验科检验的患者进行心理状况调查分析,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本调查研究对象为南方医科大学附属新会医院第一门诊部检验科 2011 年 3~7 月检验的患者,共 538 例。

年龄 16~70 岁,平均年龄 46 岁。所有对象均自愿参加,意识清楚,无严重视觉不良、听力障碍、语言交流障碍。

1.2 方法

1.2.1 分组 查文献得常模组 1 338 例资料。调查对象分为两组,分别为患者组(487 例)和体检组(51 例)。两组在年龄、性别、文化程度、婚姻状况上差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2.2 研究工具 采用 Derogatis 于 1975 年编制的 90 项症状自评量表(Symptom Check-list 90, Scl-90)^[3]。按照 5 级评分法(0~4 级,0=从无,1=轻度,2=中度,3=相当重,4=严重),通过调查问卷,对躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性等 9 个因子评分,因子分 1.5 分为阳