

# 阿加曲班与依达拉奉联合治疗在急性脑梗死中的应用价值

霍超

永清县人民医院内一科 永清 065600

**【摘要】目的：**探析阿加曲班与依达拉奉联合治疗在急性脑梗死中的应用价值。**方法：**选择我院2020年7月—2021年8月104例急性脑梗死患者作为本次研究对象，依照患者个人意愿进行分组，其中包括单一组（52例）和联合组（52例），单一组患者将采取单一依达拉奉治疗，联合组在单一组患者治疗基础上进行阿加曲班治疗，两组患者经临床治疗后观察其治疗效果、NIHSS量表评分、ADL量表评分以及超氧化物歧化酶（SOD）、丙二醛（MDA）水平。**结果：**两组患者经临床治疗后，与单一组患者相比较，联合组患者治疗后，其治疗效果显著提升（ $P < 0.05$ ）；与单一组患者相比较，联合组患者治疗后，其NIHSS量表评分、ADL量表评分均得到显著提高（ $P < 0.05$ ）；与单一组患者相比较，联合组患者治疗后，其SOD与MDA水平均得到显著改善（ $P < 0.05$ ）。**结论：**临床在治疗急性脑梗死患者时，可予以依达拉奉与阿加曲班治疗，两种药物联合使用可有效改善其血管再通以及神经功能缺损情况，具有较高安全性，值得临床进一步推广使用。

**【关键词】**阿加曲班；依达拉奉；联合治疗；急性脑梗死

**【中图分类号】**R743.3

**【文献标识码】**A

**【文章编号】**2096-1685(2021)46-28-02

急性脑梗死属于临床常见疾病，该病的发生主要是由于患者局部脑动脉粥样硬化，形成血栓，导致局部血管及脑组织供血不足、缺血缺氧，发生脑组织缺血性坏死及脑软化。近些年来，随着我国的不断发展与进步，人民生活质量得到飞跃提高，与此同时，我国人口老龄化的速度也不断加快，急性脑梗死的发生率及病死率逐渐升高，急性脑梗死患者临床主要表现为偏瘫、失语、口角歪斜以及吐词不清等症状，给人们的生活及生命健康构成极大威胁。目前，临床常使用溶栓措施治疗急性脑梗死患者，通过改善患者脑循环、保护脑组织以及抗血小板聚集，恢复患者脑组织神经功能<sup>[1]</sup>，提高患者生活质量以及促进患者身心健康。相关研究显示<sup>[2]</sup>，予以急性脑梗死患者阿加曲班与依达拉奉联合治疗，可提升临床治疗效果。为进一步证实该理论是否具有真实性，本次研究将对我院急性脑梗死患者进行不同药物治疗，现将结果行以下汇报。

## 1 一般资料与方法

### 1.1 一般资料

选择我院2020年7月—2021年8月104例急性脑梗死患者作为本次研究对象，依照患者个人意愿进行分组，其中包括单一组（52例）和联合组（52例），单一组患者男27例、女25例，年龄45~60岁，平均（50.24±2.84）岁；联合组男28例、女24例，年龄44~59岁，平均（49.75±1.29）岁。所有研究对象一般资料比较，无显著差异（ $P > 0.05$ ），可进行对比。

纳入标准：①两组患者均符合《各类脑血管疾病诊断要点》诊断标准，且经MRI、CT证实；②无合并其他并发症者；③本次研究所有患者及家属均知情同意。排除标准：①合并心、肝、肾等重要功能障碍者；②对本次研究药物过敏者；③临床资料不完整者；④依从性较差者；⑤合并其他脑血管疾病者。

### 1.2 方法

在患者治疗过程中需参照其病情变化情况进行常规治疗。

1.2.1 单一组 予以单一组患者依达拉奉治疗，在100 mL浓度为0.9%氯化钠溶液中加入30mg依达拉奉溶解，接受静滴治疗，2次/d，持续治疗两周。

1.2.2 联合组 联合组患者在单一组治疗基础上使用阿加曲班，于开始48h内，在600 mL浓度为0.9%氯化钠溶液中加入60 mg阿加曲班溶解，保持微量泵进行静脉滴注，时间为24h。在之后的5d内，于100mL浓度为0.9%氯化钠溶液中加入10 mg阿加曲班溶解，进行静滴治疗，2次/d，持续治疗一周。

### 1.3 观察指标

两组患者经临床治疗后观察其治疗效果、NIHSS量表评分、ADL量表评分以及超氧化物歧化酶（SOD）、丙二醛（MDA）水平。NIHSS量表评分用于评价患者神经功能缺损情况，得分越高，代表患者神经功能缺损越严重。疗效判定：患者经治疗后，其临床症状及生命体征基本恢复，且NIHSS评分下降幅度在91%~100%之间为基本痊愈；患者经治疗后，其临床症状及生命体征得到显著改善，且NIHSS评分下降幅度在46%~90%之间为显效；患者经治疗后，其临床症状及生命体征均得到轻微改善，且NIHSS评分下降幅度在18%~45%之间为有效；患者经治疗后，以上指标及症状均未得到改善甚至加重为无效。治疗总有效率为基本痊愈率、显效率以及有效率之和。

### 1.4 统计学分析

本次研究使用SPSS 17.0软件对数据进行分析。计量资料采用均数（ $\bar{x} \pm s$ ）标准差表示，以 $t$ 检验；计数资料采用百分率（%）表示，以 $\chi^2$ 检验，当研究结果 $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者治疗效果对比 两组患者经临床治疗后，与单一组患者相比较，联合组患者治疗后，其治疗效果显著提升（ $P < 0.05$ ），详见表1。

表1 两组患者治疗效果对比 [n (%) ]

组别	例数	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率
单一组	52	9 (17.31)	12 (23.08)	21 (40.38)	10 (19.23)	42 (80.77)
联合组	52	20 (38.46)	16 (30.77)	15 (28.85)	1 (1.92)	51 (98.08)
$\chi^2$						10.131
$P$						< 0.05

2.2 两组患者 SOD 与 MDA 水平对比 与单一组患者相 善 ( $P < 0.05$ ), 详见表 2。  
比较, 联合组患者治疗后, 其 SOD 与 MDA 水平均得到显著改

表 2 两组患者 SOD 与 MDA 水平对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	SOD(nIU/mL)	MDA/(nmol/mL)
单一组 ( $n=52$ )	治疗前	70.86 ± 2.19	7.02 ± 0.14
	治疗后	81.33 ± 3.58 <sup>#</sup>	5.82 ± 0.14 <sup>#</sup>
联合组 ( $n=52$ )	治疗前	71.66 ± 2.92	7.01 ± 0.15
	治疗后	86.67 ± 2.66 <sup>#*</sup>	4.69 ± 0.11 <sup>#*</sup>

注: <sup>#</sup> 与治疗前比较,  $P < 0.05$ , \* 与联合组比较  $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者 NIHSS 量表评分、ADL 量表评分对比 与 ADL 量表评分均得到显著提高 ( $P < 0.05$ ), 详见表 3。  
单一组患者相比较, 联合组患者治疗后, 其 NIHSS 量表评分、

表 3 两组患者 NIHSS 量表评分、ADL 量表评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	NIHSS 评分	ADL 评分
单一组 ( $n=52$ )	治疗前	8.12 ± 0.44	22.45 ± 2.27
	治疗后	6.13 ± 0.27 <sup>#</sup>	38.34 ± 1.98 <sup>#</sup>
联合组 ( $n=52$ )	治疗前	8.13 ± 0.28	21.85 ± 1.87
	治疗后	3.02 ± 0.21 <sup>#*</sup>	45.17 ± 2.58 <sup>#*</sup>

注: <sup>#</sup> 与治疗前比较,  $P < 0.05$ , \* 与联合组比较  $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

脑梗死属于神经科多见急症病<sup>[3]</sup>, 急性脑梗死的发生主要是由于患者脑血管出现急性循环障碍, 缺血、缺氧可造成局限性脑组织发生缺血性坏死。与此同时, 血管壁病变、血液流动力学改变均有可能引发脑梗死。该病起病急, 其病情可在几小时或几天内到达顶峰; 临床主要表现为局灶性神经功能缺损、偏瘫以及失语等, 少数患者会发生头痛、昏迷等脑部症状。近些年来, 我国脑梗死的发病率逐渐升高, 该疾病约占脑卒中 80%, 如不及时对患者采取积极有效治疗, 则会导致患者再灌注损伤, 发生脑水肿, 加剧神经细胞凋亡<sup>[3]</sup>。对此, 临床在治疗急性脑梗死患者时, 需合理清除自由基, 加大半暗带血流量, 提高患者生存质量, 提高临床治疗效果。

现阶段, 临床常采用药物治疗该疾病。依达拉奉能够强效清除自由基, 具有抗氧化功能, 该药物能够抑制花生四烯酸代谢, 降低由花生四烯酸代谢所引发的脑水肿, 同时还可防治氧化性细胞损伤, 降低对患者脑组织的损伤程度<sup>[4]</sup>。但单一使用依达拉奉治疗, 不能够改善患者缺血半暗带区血管再通能力, 对此, 临床需在依达拉奉治疗基础上进行阿加曲班治疗。阿加曲班是一种凝血酶抑制剂, 可起到抗凝作用, 加强半暗带区供血功能, 减少缺血部位半暗带面积, 有效控制缺血病灶的进展, 改善患者脑细胞缺血情况。

SOD、MDA 可用于评价氧化应激损伤的程度。SOD 指标的高低变化能够间接反映机体清除氧自由基能力, MDA 指标的高低变化能够间接反映机体细胞受氧自由基攻击严重程度。本次研

究结果发现, 两组患者经临床治疗后, 与单一组患者相比较, 联合组患者治疗后, 其治疗效果显著提升 ( $P < 0.05$ ); 与单一组患者相比较, 联合组患者治疗后, 其 NIHSS 量表评分、ADL 量表评分均得到显著提高 ( $P < 0.05$ ); 与单一组患者相比较, 联合组患者治疗后, 其 SOD 与 MDA 水平均得到显著改善 ( $P < 0.05$ )。提示予以急性脑梗死患者依达拉奉联合阿加曲班治疗, 能够有效清除患者自由基, 改善患者微循环, 在最大程度上保护其脑缺血损伤情况, 使患者神经功能尽快恢复。

综上, 临床在治疗急性脑梗死患者时, 可在单一依达拉奉治疗基础上, 对患者加用阿加曲班治疗, 能够有效改善患者神经功能, 具有较高安全性, 值得临床进一步推广使用。

### 参考文献

- [1] 牛忠江, 尹运佳, 吕秀玉, 等. 阿加曲班和依达拉奉联合应用治疗急性脑梗死的临床研究 [J]. 河北医药, 2016, 38(1): 96-98.
- [2] 吴强, 衣学伟, 张永梅. 依达拉奉联合阿加曲班治疗急性脑梗死的疗效及对炎症因子与神经功能的影响 [J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 31(11): 1294, 1303.
- [3] 张武昌, 涂明义, 郭宏伟, 等. 重组组织型纤溶酶原激活剂联合丹参治疗急性脑梗死的疗效观察 [J]. 华南国防医学杂志, 2016, 30(2): 89-91.
- [4] 乔媛, 储秋萍. 3 种依达拉奉联合用药方案治疗急性脑梗死的最小成本分析 [J]. 中国药房, 2016, 27(5): 581-587.