

探讨依达拉奉与阿托伐他汀联合治疗脑梗死的临床疗效及安全性

余景考

浙江省平阳县第二人民医院内二科 325405

〔摘要〕目的 分析探讨依达拉奉与阿托伐他汀联合治疗脑梗死的临床疗效及安全性。方法 选取本院收治的 60 例脑梗死患者开展本次试验研究，纳入时间为 2018 年 05 月-2019 年 05 月，所有患者通过数字表法进行平均分组，分别为参照组 30 例和研究组 30 例。其中参照组给予阿托伐他汀治疗，研究组给予依达拉奉与阿托伐他汀联合治疗，比较两组的活动能力恢复情况、神经缺损恢复情况、临床疗效及不良反应发生情况。结果 治疗前两组患者的活动能力(ADL)评分与神经缺损(NHSS)评分基本一致($P > 0.05$)，治疗后研究组患者的 ADL 评分明显高于参照组($P < 0.05$)，研究组患者的 NHSS 评分明显低于参照组($P < 0.05$)；研究组患者的治疗总有效率明显高于参照组($P < 0.05$)；研究组患者的不良反应发生率明显低于参照组($P < 0.05$)。结论 在脑梗死患者的治疗工作中应用依达拉奉与阿托伐他汀联合治疗有助于改善患者的生活能力和神经缺损情况，能够显著提升治疗效果，减少不良反应的发生，更具安全性，存在推广价值。

〔关键词〕依达拉奉；阿托伐他汀；治疗；脑梗死；临床疗效；安全性

〔中图分类号〕R743.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 08-021-02

脑梗死又被称之为缺血性卒中，主要是由患者的局部脑组织区域在各种因素的影响之下血液供应出现障碍，致使脑组织出现缺血性病变坏死或者是缺氧性病变坏死，最终对患者的神经功能造成不同程度的影响。脑梗死在临床上根据发病机制不同通常分为三种主要类型，分别为脑血栓形成、腔隙性脑梗死以及脑栓塞^[1]。脑梗死患者在临床上通常采取药物治疗，为提升其治疗效果，本文主要就依达拉奉与阿托伐他汀联合治疗的实际效果进行分析和探讨。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取本院收治的 60 例脑梗死患者开展本次试验研究，纳入时间为 2018 年 05 月-2019 年 05 月，所有患者通过数字表法进行平均分组，分别为参照组 30 例和研究组 30 例。其中参照组有男 17 例，女 13 例，平均年龄为 (58.87 ± 5.12) 岁；研究组有男 18 例，女 12 例，平均年龄为 (58.32 ± 5.74) 岁。对两组一般资料进行对比，其组间差异性体现为($P > 0.05$)未表现出统计学意义，存在可比性。

1.2 方法

1.2.1 参照组

该组患者给予阿托伐他汀治疗：选取药物为阿托伐他汀（生产厂商：辉瑞制药有限公司；批准文号：国药准字 H20051409），用法用量为口服，每次 20mg，每天 1 次。

1.2.2 研究组

该组患者给予依达拉奉与阿托伐他汀联合治疗，阿托伐他汀治疗同参照组，依达拉奉治疗如下：选取药物为（生产厂商：吉林省博大制药有限责任公司；批准文号：国药准字

H20051992），用法用量为静脉滴注，选取本品 30mg 与生理盐水 100ml 混合，每日 2 次。

1.3 观察指标

通过活动能力量表(ADL)评估两组患者的活动能力改善情况，ADL 评分与治疗效果成正比例关系；通过脑卒中量表(NHSS)评估两组患者的神经功能缺损情况，NHSS 评分与治疗效果成反比例关系；评估两组患者的临床疗效，具体分为基本治愈、显效、有效和无效，治愈为 NHSS 评分降低 91-100% 且未出现残疾现象，显效为 NHSS 评分降低 46-90% 且残疾程度为 1-3 级，有效为 NHSS 评分降低 18-45%，无效为 NHSS 评分降低小于 18%，治疗总有效率 = (总例数 - 无效例数) / 总例数 $\times 100\%$ ；评估两组患者的不良反应发生情况，具体有恶心、腹泻、皮疹，不良反应发生率 = (恶心例数 + 腹泻例数 + 皮疹) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

采用 SPSS18.0 软件进行统计处理，以 % 表示计数资料，行卡方检验；以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料，行 t 检验，($P < 0.05$) 时即为呈现出统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者活动能力和神经缺损恢复情况

治疗前两组患者的活动能力(ADL)评分与神经缺损(NHSS)评分基本一致且组间比较不存在显著性差异($P > 0.05$)，治疗后研究组患者的 ADL 评分高于参照组且组间比较存在显著性差异($P < 0.05$)，研究组患者的 NHSS 评分低于参照组且组间比较存在显著性差异($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1：两组患者活动能力和神经缺损恢复情况对比 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	ADL (分)		NHSS (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	30	16.31 $\pm$ 3.45	30.12 $\pm$ 4.78	27.23 $\pm$ 2.25	14.34 $\pm$ 2.53
参照组	30	16.41 $\pm$ 3.28	21.23 $\pm$ 4.53	27.21 $\pm$ 2.34	21.34 $\pm$ 2.25
t	/	0.115	2.995	0.034	11.324
P	/	0.909	0.004	0.973	0.000

2.2 比较两组患者临床疗效

研究组患者的治疗总有效率高于参照组且组间比较存在

显著性差异 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2: 两组患者临床疗效对比 [n(%)]

组别	例数	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率
研究组	30	12	10	6	2	93.33
参照组	30	8	4	10	8	73.33
χ^2	/	/	/	/	/	4.320
P	/	/	/	/	/	0.038

2.3 比较两组患者不良反应发生情况

研究组患者的不良反应发生率低于参照组且组间比较存在显著性差异 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3: 两组患者不良反应发生情况对比 [n(%)]

组别	例数	恶心	腹泻	皮疹	发生率
研究组	30	1	1	0	6.67
参照组	30	4	3	2	30.00
χ^2	/	/	/	/	5.455
P	/	/	/	/	0.020

3 讨论

脑梗死患者常常具有高发病率和高风险性,其中尤以脑血栓形成的发病率最高,在所有脑梗死患者中所占比例可高达 60%。脑梗死的发病基础为动脉粥样硬化,其发病机制包括血液成分改变和血管壁本身发生病变两种,该病在临床上的常见症状有分水岭脑梗死、椎基底动脉闭塞综合征、大脑前/中/后动脉闭塞综合征、颈内动脉闭塞综合征等,对患者的生活质量和健康安全产生了严重的影响和威胁^[3]。

脑梗死在临床上常见的治疗方式之一为药物治疗,为提升脑梗死的治疗效果,增加其安全性,本院以依达拉奉与阿托伐他汀联合治疗为对象展开本次研究。依达拉奉是一种自由基清除剂(脑保护剂),能够有效作用于血脑屏障,穿透力高达 60% 以上,能够对脑组织起到保护作用。阿托伐他汀是一种选择性抑制剂,能够对血浆胆固醇、脂蛋白水平等进行有效控制^[4]。本次研究结果表明治疗前两组患者的活动能力(ADL)评分与神经缺损(NHSS)评分基本一致($P > 0.05$),治疗后研究组患者的 ADL 评分明显高于参照组($P < 0.05$),研究组患者的 NHSS 评分明显低于参照组($P < 0.05$);研究组患者的治疗总有效率明显高于参照组($P < 0.05$);研究组患者的不良反应发生率明显低于参照组($P < 0.05$)。说明依达拉奉与阿托伐他汀联合治疗的应用有利于优化脑梗死

的整体治疗工作,更具安全性和可靠性,有利于促进患者恢复健康。

综上所述,在脑梗死患者的治疗工作中应用依达拉奉与阿托伐他汀联合治疗有助于改善患者的生活能力和神经缺损情况,能够显著提升治疗效果,减少不良反应的发生,更具安全性,存在推广价值。

[参考文献]

- [1] 姚涛,湛彦强,胡丹.依达拉奉联合阿托伐他汀治疗脑梗死的疗效分析[J].西南国防医药,2017,27(5):454-456.
- [2] 陈丽萍.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研究[J].中国处方药,2017,15(8):62-63.
- [3] 冒文娟,王姗姗.依达拉奉联合阿托伐他汀钙片治疗急性脑梗死的临床效果[J].中国社区医师,2018,34(15):91-92.
- [4] 史益男.依达拉奉联合神经节苷脂治疗急性脑梗死的临床疗效分析[J].中国医药指南,2017,15(18):61-62.

(上接第 19 页)

时有较高的稳定性。植入时不必与骨性结合,所以,对植入体的约束条件较少。治疗完成后因为植入体的体积较小,可不服药其他设备的辅助下就可以取出,患者治疗后的愈合效果较理想^[5]。

本研究结果显示:实验组患者上中切牙倾角差与上中切牙凸距差明显比对比组大;实验组患者磨牙移位明显比对比组小;实验组患者不良反应发生率 3.84%,比对比组的 15.38% 低,与相关研究结果一致。

总而言之,青少年口腔正畸治疗中应用微型种植体支抗治疗,可减少不良反应出现,促使患者的治疗效果显著提高。

[参考文献]

- [1] 李国薇,牛犇.微型种植体支抗在青少年口腔正畸治疗中的应用效果观察[J].中国继续医学教育,2017,9(11):123-124.
- [2] 张春波,蔡巧玲.微型种植体支抗在青少年口腔正畸治疗中的运用效果观察[J].中外医学研究,2017,15(23):112-113.
- [3] 郭丽娟.青少年口腔正畸治疗中应用微型种植体支抗对临床疗效及不良反应的影响[J].全科口腔医学电子杂志,2017,4(7):28-29.
- [4] 陈敏,宣桂红.微型种植体支抗对青少年口腔正畸疗效及依从性的影响[J].中国现代医学杂志,2018,28(8):94-97.
- [5] 廖科,刘兰兰.微型种植体支抗在青少年口腔正畸治疗中的运用效果观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(25):182-182.

(上接第 20 页)

3 讨论

糖尿病是由胰岛素分泌的缺陷和胰岛素功能减退所引起的一组以血糖过高为特征的代谢障碍性分泌疾病,引起该病的主要原因,包括遗传因素,滋生免疫病毒感染等,临床症状为多饮,多食多尿,并发症多且严重为特点,导致糖尿病患者死亡的因素在于高血糖引起的并发症和合并症^[4]。在本研究中,经治疗后,观察组的满意度整体情况要显著高于对照组($P < 0.05$);经治疗后,观察组引起玻血、视力突然下降、网脱和青光眼压升高的发生率低于对照组($P < 0.05$)。

综上所述,将高压氧治疗,应用于 2 型糖尿病非增殖期视网膜病变中,其治疗效果要更加明显,是一种安全有效率的

的治疗方法,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 李函,朱静.血清半胱氨酸酸性分泌蛋白与 2 型糖尿病视网膜病变的关系[J].山东医药,2017,57(5):93-95.
- [2] 秦丰,任佳绪,耿雯,等.糖尿病患者血清中同型半胱氨酸水平与视网膜神经节细胞层厚度的相关性研究[J].眼科新进展,2018,38(6):542-544.
- [3] 许艳,姚晶磊,陈冬梅,等.改良与传统全视网膜光凝术治疗糖尿病视网膜病变疗效观察[J].眼科新进展,2017,37(12):1178-1181.
- [4] 赵抒羽,邹玉平.糖尿病视网膜病变患者干眼发生率及原因探讨[J].第三军医大学学报,2018,40(5):437-442.