

# 吡拉西坦与奥拉西坦的药理分析及其临床对照探究

纪梅芳 杨琼菁<sup>通讯作者</sup>

厦门大学附属第一医院制剂科 福建厦门 361003

**【摘要】目的** 对照研究吡拉西坦、奥拉西坦两种药物的药理作用,分析用药影响。**方法** 选取2020年1月~7月脑卒中病例89例,吡拉西坦用药44例入A组,奥拉西坦用药45例入B组,比较功能改善情况、疗效、不良反应。**结果** 功能状态比较,B组智力[(27.03±4.10)分]优于A组[(22.84±2.95)分]( $P < 0.05$ ),B组认知[(26.70±4.93)分]优于A组[(22.23±4.16)分]( $P < 0.05$ ),B组生活能力[(52.24±5.13)分]优于A组[(45.15±4.92)分]( $P < 0.05$ );临床疗效比较,B组[93.33(42/45)]优于A组[70.45(31/44)]( $P < 0.05$ );不良反应比较,B组[4.44%(2/45)]少于A组[13.64%(6/44)]( $P < 0.05$ )。**结论** 脑卒中治疗用药时吡拉西坦用药可见疗效,但奥拉西坦效果更好,可显著提升智力水平、认知功能与日常生活能力,不良反应较少。

**【关键词】** 脑卒中;吡拉西坦;奥拉西坦;不良反应

**【中图分类号】** R96

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1672-0415(2020)10-065-02

## 前言:

根据脑卒中发病原因不同,可分为脑溢血或脑梗死<sup>[1]</sup>。卒中中通常为突然发病,继而急剧消极进展。致病原因是脑部血液发生循环障碍,在其影响下脑组织无法维持常规供血,出现组织坏死<sup>[2]</sup>。脑组织坏死会损伤认知功能,降低智力水平,影响患者预后,导致多发病后残疾或死亡。吡拉西坦和奥拉西坦可优化神经功能,修复脑损伤<sup>[3]</sup>。本文从2020年1月~7月脑卒中病例中选取89例,均为发病后认知障碍者,阐述吡拉西坦、奥拉西坦两种药物的使用剂量、疗程,分析药理作用和疗效。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2020年1月~7月89例脑卒中病例,A组44例(使用吡拉西坦),性别:男/女=23/19,年龄(58~85)岁,平均(71.48±13.67)岁。B组45例(使用奥拉西坦),性别:男/女=22/19,年龄(59~83)岁,平均(71.47±13.62)岁。两组有可比性( $P > 0.05$ )。

纳入标准:(1)知情同意;(2)脑卒中病症确诊;(3)发病前智力、认知正常,且无机体残疾。

排除标准:(1)NHSS≥4分;(2)脏器功能异常;(3)传染病;(4)短期促智用药或使用西坦类药物,与研究时间间隔≤1w;(5)脑瘫;(6)精神障碍;(7)沟通能力异常。

### 1.2 方法

A组口服吡拉西坦:每次1.6g,1日3次,温水送服。持续

治疗6m。

B组口服奥拉西坦:每次0.8g,用药频率、疗程同A组。

### 1.3 观察指标

功能改善情况:以MMSE量表评价智力水平,0~30分,智力水平、评分正相关;以MoCA量表评价认知功能,0~30分,认知能力、评分正相关;以ADL量表评价日常生活能力,0~56分,生活能力、评分正相关。

临床疗效:(1)显效:症状消失,智力、认知提升>90%;(2)有效:症状显著减轻,智力、认知提升>60%;(3)无效:提升幅度较低或见恶化。临床有效率=[(1)+(2)]÷本组例数×100.00%。

不良反应:失眠、恶心、头痛、情绪焦躁等。

### 1.4 统计学方法

以SPSS 24.0分析脑卒中病例数据,计量资料(功能改善情况)以“均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )”表示,t检验,计数资料(临床疗效、不良反应)以率(%)表示, $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 功能改善情况

治疗前,两组样本认知、智力水平、日常生活能力无显著差异( $P > 0.05$ )。治疗后,A组MMSE、MoCA、ADL评分<B组( $P < 0.05$ )。见表1。

表1:评分变化[分, ( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	A组(吡拉西坦)		B组(奥拉西坦)		P
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
n	44	44	45	45	> 0.05
MMSE	17.44±2.51	22.84±2.95	17.45±2.63	27.03±4.10	< 0.05
MoCA	14.23±3.03	22.23±4.16	14.21±3.12	26.70±4.93	< 0.05
ADL	34.97±6.12	45.15±4.92	35.03±6.07	52.24±5.13	< 0.05

### 2.2 临床疗效

A组有效率(70.45%)<B组(93.33%),A组显效率(34.09%)<B组(53.33%)( $P < 0.05$ )。见表2。

表2:疗效[n, % (n)]

组别	A组(吡拉西坦)	B组(奥拉西坦)	P
n	44	45	> 0.05
显效	15	24	< 0.05
有效	16	18	< 0.05
无效	13	3	< 0.05
有效率	70.45 (31/44)	93.33 (42/45)	< 0.05
显效率	34.09 (15/44)	53.33 (24/45)	< 0.05

### 2.3 不良反应

用药后,A组失眠2例,头痛1例,恶心3例,发生率

13.64%(6/44);B组恶心1例,情绪焦躁1例,发生率4.44%(2/45)。A组发生率(13.64%)>B组(4.44%)( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

脑卒中致病原因是脑组织发生局部供氧缺陷,常规代谢发生异常,血氧供应缺失造成神经元受损,出现神经功能障碍。语言和肢体障碍属于高发性症状。使用西坦类药物是为了修复神经元,恢复智力水平。

吡拉西坦和奥拉西坦均为GABA类药物。吡拉西坦药物成分对脑组织有自己影响,对思维能力、智力、记忆力有促进作用。卒中属于脑血管病变,用药后药理作用下修复记忆中枢神经元,可减轻脑功能异常,促进功能改善<sup>[4]</sup>。药物成分可强化脑神经兴奋传导,正向刺激大脑皮质,加速细胞代谢。在此过程中脑缺氧引起的不良影响得到缓解,血液循环得到平衡,增强血氧供应,

实现脑功能改善<sup>[5]</sup>。

奥拉西坦同样是 GABA 衍生药物, 和吡拉西坦具有显示的药理作用, 但在实际用药后奥拉西坦可被脑组织更有效吸收, 药效影响更大。相关文献表明, 奥拉西坦在脑卒中治疗中的疗效约为吡拉西坦的 120% 左右, 本文结论与其一致<sup>[6]</sup>。奥拉西坦用药对脑代谢干预作用更强。使用奥拉西坦之后, 其药物成分磷酸胆碱可在短期内与磷酸乙醇胺优质合成, 进而使乙酰胆碱被激活, 乙酰胆碱在大脑皮质以及脑部海马区域高效转运, 该区域酶活性增强, 脑磷脂分解减速, RNA 与蛋白质可更高效合成, 最终增强脑存储能力, 同时可积极刺激特异性中枢<sup>[7]</sup>。奥拉西坦的优势还在于用药后不易刺激中枢神经过度兴奋, 引起不良反应, 毒性反应不明显, 风险相对较低<sup>[8]</sup>。

本次研究中, 奥拉西坦用药后患者 MMSE 评分和 MoCA 评分显著增长, 前者提示在用药后患者智力水平提升, 后者表明认知功能得以有效改善。ADL 评分可反映日常生活能力。因卒中后脑部神经元受损, 患者极易出现肢体活动能力障碍, 限制日常活动, 该评分增长显示肢体功能改善, 即神经元得到良好修复。该组数

据与吡拉西坦组对照, 可见吡拉西坦对病例机体功能改善成效较低。疗效数据显示奥拉西坦可更高效治疗卒中, 良好修复神经功能, 促进认知障碍和肢体功能障碍缓解。不良反应数据表明, 奥拉西坦用药风险较低, 治疗更加安全, 患者较耐受。

综上, 在脑卒中治疗用药时, 吡拉西坦和奥拉西坦皆可产生药效, 修复神经元、改善肢体、智力损伤症状, 完善神经功能。二者对照显示, 奥拉西坦安全性和有效性较高。

参考文献

[1] 朱广焕. 奥拉西坦与吡拉西坦治疗脑卒中后认知功能障碍的临床疗效与安全性对比[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(10):110-112.  
 [2] 王春红, 尚积海, 刘平. 奥拉西坦与吡拉西坦的药理分析及临床对比研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(32):149.  
 [3] 徐骏鹏, 翁合妹. 吡拉西坦与奥拉西坦的药理分析及其临床对照探究[J]. 当代医学, 2020, 26(09):38-40.  
 [4] 张华. 奥拉西坦治疗脑卒中临床效果评价及药理研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(07):171.

(上接第 62 页)

合血液透析治疗和内科治疗, 取得了良好的治疗效果, 患者临床症状快速缓解, 具有突出优势。经本文研究, 对照组治疗有效率 23 例 (76.7%)。观察组治疗有效率 29 例 (96.7%), 与对照组对比, 差异显著 (P < 0.05)。可见左卡尼汀和血液透析联合治疗达到了良好的治疗效果, 控制患者病情进展, 达到理想治疗目标。通过肌电图检查, 观察组正中神经传导速度 (48.59 ± 4.16) m/s, 腓神经传导速度 (42.67 ± 3.82) m/s, 腓总神经传导速度 (42.17 ± 3.74) m/s。与对照组对比, 差异显著 (P < 0.05)。证实观察组神经传导速度明显好转, 此外左卡尼汀费用较低, 不会增加患者经济负担, 具有较高临床应用价值。

综上所述, 对 UPN 患者给予左卡尼汀联合血液透析治疗, 可有效提高临床疗效, 恢复患者正常的神经传导速度, 让患者受损神经得到修复, 恢复各组织功能, 在临床上推广应用可达到良好的治疗效果。

(上接第 63 页)

[3] 霍新伟. 高速涡轮机头联合微创拔牙刀在下颌阻生牙拔除术中的应用效果观察[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(11):66.

[4] 潘永生, 邝融, 孙铎, 毛天娇, 姜可新, 李江. 美学区切牙拔牙创大鼠模型的建立和改良微创拔牙手术的效果评价[J]. 吉林大学学报(医学版), 2020, 46(03):504-508+674.

(上接第 64 页)

病灶区域粘连、梗阻组织的处理。由于出血量较少, 肠梗阻患者的术后康复速度也可得到良好保障。本研究提示: 微创组出血量 (75.62 ± 17.56) ml 及下床活动时间 (10.83 ± 2.74) h, 均优于对照组 (P < 0.05)。(3) 抑制并发症形成。顽固性粘连性肠梗阻患者的复杂肠道组织关系、异常结构特征, 为术后并发症的形成创造了条件<sup>[6]</sup>。与常规开放术式相比, 腹腔镜技术所营造的封闭性腹腔环境, 可形成一定保护作用。此外, 清晰术野也可为肠梗阻患者的肠管损伤、感染等并发症预防提供良好支持。本研究提示: 微创组并发症发生率 1.96%, 低于对照组 (P < 0.05)。(4) 减少复发。以常规开放术式治疗期间, 肠梗阻患者可能因肠内容物释放形成的遮挡作用、炎症充血血管的干扰等, 而未能完全清除肠道组织粘连问题。术后一段时间后, 这部分患者容易表现出再发梗阻<sup>[7]</sup>。而腹腔镜技术所提供的较大腹腔镜区、清晰术野支持, 可确保患者肠管、肠系膜等区域粘连的全面松解, 因此, 患者的复发风险较低。本研究提示: 6 个月内, 微创组复发率 1.96%, 低于对照组 (P < 0.05)。

综上所述, 宜于顽固性粘连性肠梗阻治疗中, 引入腹腔镜技

参考文献

[1] 王春花, 李超, 朱莺, 等. 左卡尼汀联合高通量透析对维持性血液透析患者炎症因子及心脏功能的影响[J]. 慢性病学杂志, 2020, 21(04):514-516+520.  
 [2] 曹聪, 何文婷, 蓝红娟. 左卡尼汀联合促红细胞生成素在血液透析并肾性贫血中的治疗效果[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(07):152-154.  
 [3] 张丽娟. 左卡尼汀 + 促红细胞生成素治疗肾性贫血的临床比较效果分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(19):151+153.  
 [4] 崔岚. 尿毒症血液透析患者应用左卡尼汀的临床疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(10):137-138.  
 [5] 秦秀, 向红, 邱友春, 等. 血液透析联合左卡尼汀治疗尿毒症临床疗效分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(05):10+12.  
 [6] 池炳芳. 左卡尼汀在尿毒症血液透析治疗中的应用效果及症状改善情况观察[J]. 国际感染病学(电子版), 2019, 8(04):146.

[5] 常忠福, 卢立全, 姜丹丹, 张志荣, 蔡建英, 张丽华. 微创拔牙术拔除阻生智牙的临床效果及对 VAS 评分和应激反应的影响[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2020, 18(03):260-263.

[6] 刘玉峰. 锥形束 CT 介导下超声骨刀联合微创拔牙术拔除阻生第三磨牙、埋伏牙的效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(31):11-12.

术, 通过该术式改善肠道环境, 有效纠正组织粘连及梗阻问题, 为患者的胃肠道症状改善提供可靠支持。

参考文献

[1] 卢海涛. 腹腔镜手术治疗顽固性粘连性肠梗阻的临床效果分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18(06):122-123.  
 [2] 陈智盛, 熊翔, 刘广成, 等. 腹腔镜手术治疗顽固性粘连性肠梗阻的临床疗效及预后分析[J]. 临床医学工程, 2019, 26(11):1471-1472.  
 [3] 赵晓智, 王浩. 腹腔镜手术治疗顽固性粘连性肠梗阻的临床效果[J]. 中国现代普通外科进展, 2019, 22(07):522.  
 [4] 林奎生, 方勇木, 蔡高茗. 腹腔镜治疗顽固性粘连性肠梗阻的临床观察[J]. 当代医学, 2018, 24(36):129-130.  
 [5] 赖大旺, 谢斌, 丁帮平. 莜术油注射液联合腹腔镜治疗单纯性粘连性肠梗阻的临床效果[J]. 中国当代医药, 2018, 25(30):57-59.  
 [6] 吴天山, 郭飞. 腹腔镜下粘连松解术对粘连性肠梗阻的临床应用效果观察[J]. 中国内镜杂志, 2017, 23(12):55-59.  
 [7] 卢新泉, 刁德昌, 熊文俊, 等. 腹腔镜技术在顽固性粘连性肠梗阻治疗中的应用[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(02):253-256.