

替罗非班联合双联抗血小板治疗急性脑梗死的临床研究

王珊

泰安八十八医院 山东省泰安市 271000

【摘要】目的:观察替罗非班联合双联抗血小板治疗急性脑梗死的临床疗效。**方法:**结合此次研究内容,随机选择本院 2024 年 9 月至 2025 年 9 月收治的 90 例急性脑梗死患者(发病 24 h 内未接受再灌注治疗)作为研究主体,应用统计学单盲分组方式将研究对象划分两组,组别名称为对照组(45 例),实验组(45 例),前者开展阿司匹林+氯吡格雷治疗方案,后者以上述治疗方案为基础,增加使用替罗非班进行治疗,而后观察神经功能变化(NIHSS)、日常生活活动能力(ADL)评分、炎症因子水平、临床疗效、不良反应发生率情况,比对不同治疗方案的开展效果。**结果:**实验组 NIHSS 评分更低,ADL 评分更高,炎症因子水平改善更明显,临床疗效更高,差异有统计学意义($P<0.05$)。但在不良反应发生率方面无明显差异($P>0.05$)。**结论:**在为急性脑梗死患者制定药物治疗方案时,建议纳入替罗非班。该方案不仅能迅速改善神经功能、增强患者独立完成日常活动的的能力,还可抑制全身性炎症反应,确保用药安全性,值得推广。

【关键词】替罗非班;双联抗血小板治疗;急性脑梗死

急性脑梗死有着极高的致残率和致死率,对国民生命健康威胁严重。临床早期多采用抗血小板治疗,以阻止血栓进展,改善神经功能。但对于未接受静脉溶栓治疗或取栓治疗的患者,多应用阿司匹林+氯吡格雷,能够有效降低卒中复发。值得注意的是,对早期启用阿司匹林+氯吡格雷的双联抗血小板治疗(DAPT)反应不佳、出现早期神经功能恶化或进行性梗死的患者,需要采用更先进的治疗方案以保障其生命与健康。下文将分析并讨论替罗非班的临床疗效。

1 资料与方法 1

1.1 一般资料

选取 2024 年 9 月至 2025 年 9 月院内收治的 90 例急性脑梗死患者作为研究样本,应用统计学单盲分组方式划分组别,对照组与实验组各 45 例,期间对样本资料的分类与归纳均引用相关软件予以处理,未见差异性($P>0.05$)。对照组:男女占比 25:20;年龄平均值 74.28 ± 4.06 岁。实验组:男女占比 26:19;年龄平均值 75.98 ± 3.15 岁。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组实行标准双联抗血小板治疗:(1)药品应用简介:①阿司匹林生产自 Bayer HealthCare Manufacturing S.r.l,国药准字 J20130078,每日 1 次,每次 100mg。②氯吡格雷生产自乐普药业股份有限公司,国药准字 H20123116,每日 1 次,每次 75mg,持续 21d。

1.2.2 实验组开展上述方案的同时,增加替罗非班治疗:(1)药品应用简介:替罗非班生产自南开允公药业有限公司,规格为 100ml:5mg,国药准字 H20090174,以持续泵入形式给药,每小时 5ml,持续 24h。

1.3 观察指标

分析观察两组在神经功能[采用 NIHSS 量表评估神经功能缺损程度]、日常生活活动能力(ADL)评分、炎症因子水平(hs-CRP、TNF- α)、临床疗效、不良反应发生率差异。

1.4 统计学方法

SPSS 25.00 专业统计学软件完成数据分析,通过 t 比对检验,同时以(n %)整理,得出 x2 数值完成检验,P<0.05 表述具有统计学意义。

2 结果

借助表格数据呈现,不同治疗方案均可收获一定疗效,相比之下,实验组方案更具可实施性,整体疗效更突出(P<0.05),见下表:

表 1 两组 NIHSS、ADL 评分比较 ($\bar{x}\pm s$ 、分)

组别	n	NIHSS 评分		ADL 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	12.35±2.16	7.66±1.83	42.59±5.37	63.26±6.13
实验组	45	12.42±2.08	4.29±1.54	42.64±5.28	78.95±5.86

表 2 两组血清炎症因子水平比较 ($\bar{x}\pm s$ 、mg/L、ng/L)

组别	n	hs-CRP		TNF-α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	15.63±3.26	9.59±2.17	28.55±4.33	19.66±3.16
实验组	45	15.58±3.32	5.24±1.86	28.62±4.29	12.35±2.59

表 2 两组临床疗效、不良反应发生率比较 (%)

组别	n	临床疗效				不良反应发生率
		显效	有效	无效	总有效率	
对照组	45	16	19	10	35 (77.78)	7 (15.56)
实验组	45	27	15	3	42 (93.33)	7 (15.56)

3 讨论

大脑是人体的司令部,是产生思想,指挥人体运动活动的中枢,其重量只占人体体重的 2%-3%,却可消耗人体 20%-25%的氧气和葡萄糖,大脑细胞没有能力储备,每时每刻消耗的能量都是依靠血液供应,一旦血流中断,脑细胞就会出现功能受损,并且脑细胞十分脆弱,血流中断 5min 就可能会不可逆损伤,且神经细胞不能再生,还会遗留永久性的损伤。而导致脑部血流中断的主要原因就是斑块脱落和血栓形成,这两种情况也是导致脑梗死发生、进展、恶化的两个核心环节,二者相互促进,共同决定梗死的发生与严重程度。本文以对照模式,为两组患者制定了差异性治疗方案,结果显示,实验组整体疗效呈现 93.33%:77.78%比例。分析原因:阿司匹林与氯吡格雷的联合应用,能够选择性阻断血小板 P2Y12 受体,从不同途径抗血小板聚集,虽可有效稳定斑块,预防血栓,只是口服用药无法达到强效、快速抗血小板效果,因药物吸收较慢。替罗非班作为一种高选择性、短效的非肽类糖蛋白 IIb/IIIa 受体拮抗剂,主要通过阻断血小板聚集的最终通路,减轻氧化应激对神经元的继发性损伤,从而更快速、强效的发挥抗血小板作用。

概而言之,为急性脑梗死患者治疗期间加入替罗非班,可显著提升疾病治疗效果,值得推广。

参考文献

[1]李青,杨晓慧,吴婧.替罗非班与传统双联抗血小板治疗在急性进展性脑梗死患者中的临床疗效及安全性评价[J].药品评价,2025,22(7):821-825.
[2]陈瑞清,董育卿,李鹏程.替罗非班及双联抗血小板治疗超溶栓时间窗急性进展性脑梗死患者的效果[J].临床和实验医学杂志,2024,23(10):1013-1017.
[3]罗利胖.早期使用替罗非班桥接阿司匹林和氯吡格雷双联抗血小板方案治疗

急性脑梗死的疗效观察[J]. 当代医药论丛, 2025, 23(17):38-40.

[4]李欣, 曹招兰, 辛均平. 替罗非班桥接双联抗血小板治疗急性脑梗死的疗效及对生活质量影响[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(5):45-47, 60.

[5]阳巍, 贺巧巧, 黄海花. 替罗非班桥接阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性脑梗死的有效性和经济性研究[J]. 邵阳学院学报(自然科学版), 2025, 22(6):103-109.

[6]李嘉辉. 盐酸替罗非班联合双抗治疗在急性穿支动脉脑梗死患者中的应用[J]. 实用中西医结合临床, 2025, 25(20):61-64.