

还可作用于肝脏 控制内源性胆固醇合成 降低胆固醇水平,改善血脂指标 缓解脑梗塞患者临床症状,与氯吡格雷联合可产生一定的协同治疗作用,进而降低血栓及动脉硬化病形成风险^[5-6]。神经元特异性烯醇化酶是神经细胞特异性分泌的酸性蛋白酶,在脑部疾病中呈上升趋势;血管紧张素 II 可收缩血管,进而提高血压。同型半胱氨酸则是中风及心脑血管及疾病发病的高危因素;上述 3 个指标经氯吡格雷联合氟伐他汀方案治疗后迅速下降提示脑梗塞病情的改善及缓解。高敏 C 反应蛋白、基质金属蛋白酶-9 和缺血脑组织损伤程度为正相关关系,可见脑梗塞发病过程炎症参与了其中,而氟伐他汀减轻脑组织损伤的目的。氯吡格雷联合氟伐他汀治疗,即可抗血小板聚集,促进血液循环改善,又可调节血脂,有效抗炎和改善内皮细胞功能,阻止疾病进展^[7-8]。

本研究中,对照组采用氯吡格雷进行治疗,联用组采用氯吡格雷联合氟伐他汀治疗。结果显示,联用组脑梗塞病情控制率高于对照组, $P < 0.05$; 干预后血清学及血脂指标均优于对照组, $P < 0.05$; 两组干预后联用组 NIHSS 评分低于对照组,而生活能力评分高于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,氯吡格雷联合氟伐他汀治疗脑梗塞的疗效确切,可有效降低血脂水平,改善血液学指标,促进患者神经功能,生活能力改善,值得推广应用。

参考文献

- [1] 曹家驹,洪晓燕,冯上旭.氯吡格雷联合氟伐他汀治疗脑梗塞临床观察[J].黑龙江医药,2016,29(5):897-899.
- [2] 高立功.阿托伐他汀钙联合氯吡格雷治疗急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块效果观察[J].中国现代药物应用,2015,21(5):145-146.
- [3] 吴若文.氯吡格雷联合氟伐他汀治疗脑梗塞的临床观察[J].国际医药卫生导报,2015,21(6):821-823.
- [4] 邓丽娟,胡怡勇,邓文娟.阿托伐他汀钙联合氯吡格雷治疗急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块效果观察[J].现代诊断与治疗,2015,14(1):108-109.
- [5] 郑麒,刘庆新.短暂性脑缺血发作颅内动脉粥样硬化的血清 CysC 水平及其药物治疗评价[J].中国生化药物杂志,2014,12(5):54-57.
- [6] 孙景唯.两种剂量阿托伐他汀用于老年血脂正常冠心病患者的效果比较[J].中国卫生标准管理,2016,7(15):120-121.
- [7] 王灵红,章雅妮,李佳,等.阿托伐他汀钙与氯吡格雷联用对老年急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块的影响[J].中国老年学杂志,2015,32(21):6113-6114.
- [8] 吴杏梅,刘金瑶,陈楚裕,等.氯吡格雷联合氟伐他汀治疗脑梗塞的临床效果探析[J].北方药学,2017,14(8):45-45.

收稿日期:2017-11-24

20 万 U 尿激酶+低分子肝素钙治疗脑梗死的效果

黄奕球,何有均,吴家优

雷州仁康医院(广东 雷州 524200)

摘要 目的:探究 20 万 U 尿激酶+低分子肝素钙治疗脑梗死的效果。方法:本院 2016 年 12 月-2018 年 5 月期间收治了 62 例脑梗死患者,随机分为两组,各 31 例。对照组以尿激酶治疗,观察组实施 20 万 U 尿激酶+低分子肝素钙治疗,对比组间疗效、神经功能评分、纤溶指标及药物不良反应差异。结果:观察组患者经治疗后,总有效率高于对照组,但神经功能评分、DD、FIB、TF-PCA 数值低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组不良反应发生例数比较则统计学差异并不明显($P > 0.05$)。结论:20 万 U 尿激酶+低分子肝素钙治疗脑梗死药用显著,安全价值较高,患者恢复效果好。

关键词: 20 万 U; 尿激酶; 低分子肝素钙; 脑梗死

中图分类号: R743.33 文献标识码: A

文章编号: 1006-2882(2018)06-1232-03

DOI: 10.14035/j.cnki.hljyy.2018.06.016

脑梗塞,又名缺血性脑卒中,其是指因脑部血液功能障碍,导致缺血、缺氧的局限性脑组织坏死或软化^[1]。其临床常见分类有腔隙性梗死,脑栓塞等,占据脑卒中发病率的 80%。临床表现多以猝然昏倒,不省人事,半身不遂,智力障碍为征象。其不仅威胁到患者的生命健康,也为家人带来了沉重的负担。故此,本文针对脑梗死治疗方式开展了探究,以期寻求良好的治疗方式改善患者预后,为患者提供良好的医疗服务。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 62 例脑梗死患者,随机分为两组,各 31 例。所有病例均取自 2016 年 12 月-2018 年 5 月期间,严格按照纳入、排除标准执行。观察组年龄 49-73 岁,平均年龄(69.9±15.7)岁;对照组年龄 50-75 岁,平均年龄(69.7±15.3)岁。两组患者一般资料对比中,存在可比性, $P > 0.05$ 。(1)纳入标准:纳入符合第四届脑血管病制定的《缺血性脑血管病诊断标准》;经头颅 CT 排除脑出血;发病时间<48h 患者。(2)排除标准:排除昏迷或大范围脑梗死;近期伴随消化道出血倾向;合并全身性疾病患者。

1.2 方法

对照组实施尿激酶(规格:10万U/支)治疗。为患者开展尿激酶2支+0.9%生理盐水溶液100ml静滴,2次/天,连续输注5天。观察组实施20支尿激酶+低分子肝素钙(规格为1ml:5000IU)治疗。尿激酶治疗方式同对照组。在其基础上联合低分子肝素钙5000IU腹部皮下注射,2次/天,连续用7天。在此基础上,依照患者基础疾病给予降压、调节血糖、脱水及营养神经治疗。一个月后观察组间疗效差异。

1.3 评价指标

观察对比疗效、神经功能缺损评分、纤溶[DD(D-二聚体)、FIB(纤维蛋白原)及TF-PCA(血细胞组织因子促凝活性)]指标及药物不良反应差异。①疗效评定标准^[2]:借助第四届脑血管病学制定的《脑卒中疗效评定标准》确定差异。显效:患者症状消失,生活可自理,病残程度为0级。有效:患者症状有所改善,神经功能缺损评分<8分,伤残度1-3级。无效:症状无改善,功能缺损评分较少<8分。总有效率=显效率+有效率。②神经功能缺损评分标准^[3]:依照NIHSS评分量表予以评分对比。量表由意识、上下肢体运动等十一个部分组成。42满分,随分数升高病情严重。

1.4 统计学方法

SPSS21.0统计分析数据。“ $\bar{x}\pm s$ ”表示计量资料, t 检验。“ $n(\%)$ ”表示计数资料, χ^2 检验。如 $P<0.05$ 则数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效对比

对照组总有效率为80.65%。观察组患者治疗后总有效率高于对照组,统计学差异显著, $\chi^2=4.026, P=0.045<0.05$,具体见表1。

表1 组间疗效比较 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	31	6(19.35)	19(61.29)	6(19.35)	25(80.65)
观察组	31	19(61.29)	11(35.48)	1(3.23)	30(96.77)

2.2 两组神经功能评分差异

治疗前,两组神经功能缺损分数无统计学差异, $P>0.05$;治疗后7天、15天,观察组神经功能缺损评分均低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$,具体见表2。

表2 组间神经功能评分对比($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后7天	治疗后15天
对照组	31	37.7±6.9	20.3±5.3	15.3±2.3
观察组	31	37.9±6.1	16.1±4.1	11.7±1.1
T值		0.121	3.490	7.862
P值		0.904	0.001	0.001

2.3 两组患者纤溶指标对比

治疗前,组间DD、FIB、TF-PCA指标相比,统计学差异并不明显, $P>0.05$;治疗后,观察组DD、FIB、TF-PCA指标数值均低于对照组,统计学差异显著, $P<0.05$,具体见表3。

表3 组间纤溶指标对比($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	DD(mg/L)		FIB(g/L)		TF-PCA(s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	1.43±0.17	1.33±0.19	5.01±0.89	3.97±0.43	64.11±26.79	54.33±21.69
观察组	31	1.47±0.21	0.27±0.17	5.03±0.99	3.13±0.57	64.33±27.53	36.81±27.11
T值		0.824	23.149	0.084	6.550	0.032	2.810
P值		0.413	0.001	0.934	0.001	0.975	0.007

2.4 药物不良反应

观察组治疗期间未发现脑部及其他脏器出血,而对照组治疗期间出现1例轻微牙龈出血,1例皮下紫癜,经治疗均已痊愈。本次治疗组间药物不良反应相比,无统计学差异, $P>0.05$ 。

3 讨论

脑梗死的病因是动脉粥样硬化,当脑动脉粥样硬化斑块形成过程中,则并无明显临床表现。一旦斑块形成,脑组织将会出现缺血缺氧,导致脑部血流中断,患者脑部遭受不可逆损伤。因脑梗死致残、致死率极高,发病后患者神经损伤较为严重,预后效果不佳。故临床脑梗死治疗用药的探究,具备较高的研讨价值^[4]。

当前,针对脑梗死多采用早期溶栓治疗。但常规治疗下治疗时间及不良反应不受控制,严重影响患者的血栓形成致病情扩展^[5]。甚至易刺激血栓或侧支,形成血管梗死。故本文以联合疗法开展探究,以评定药用价值。DD可作为血栓形成的标识物,应用于血栓疾病早期诊断之中。这是因为其是交联纤维蛋白稳定而特有的降解产物,其可作为高凝和纤溶的标识物,应用于临床疾病检测之中^[6]。当患者DD水平呈上升状态,则会引发患者血浆FIB的递增。这与患者血液高凝状态导致血栓形成有着不可脱离的关系。而TF-PCA指标的变化则是与内、外凝血系统的始动因子有关,其对于患者疾病状态的检测及确诊具有重要意义。当患者血清TF-PCA指标呈现上升趋势时,则代表血栓形成或即将形成^[7]。出血栓之外,血管内膜损伤,血液流变性异常均可导致TF-PCA水平的上升。故可知,TF-PCA与血栓疾病,弥散性血管内凝血有着重要的关联性。当患者脑梗死病情加重状态,则TF-PCA水平明显增加,可提升患者存在血栓前状态或血栓形成。以联合疗法治疗脑梗死,患者血浆DD、FIB水平及TF-PCA水平呈现明显降低。这是因为尿激酶具有溶栓的效果,其可激活纤溶酶原,使其活性增加。还可

通过恢复脑组织的血供,减少血栓,改善患者脑组织缺血半暗带面积。而低分子肝素钙也具有同样的溶栓效果,其可缩短优球蛋白溶解时间,激活纤溶酶原,使其转变为纤溶酶。后实现血栓溶解,达到抗血栓的效果。其还可降低血液粘度,增加脑血流量,可防止减轻缺血梗死区的损伤。故联合治疗效果较为理想,用药后起效时间短,血药浓度高。经联合治疗后可实现脑组织血流恢复,改善半暗带区的血流供应,抑制缺血性损害的继续。故联合用药治疗后,总有效率较高,神经功能损伤评分较低。

尿激酶临床用药后,患者纤溶酶活性迅速上升,15min血药即可达到顶峰,或经肝脏代谢,药物随胆汁和尿液排出体外^[8]。低分子肝素钙注射对患者血小板及凝血酶原时间影响小,故治疗过程中尚未发生颅内出血及其他脏器出血等不良反应,故药用价值较高,安全性较好。联合用药后,患者体内药物可经肝肾代谢而出,故药用不良反应较小。但联合用药需注重以下两点。第一,尿激酶与肝素合用时,活性易受到控制,故需间隔2h给药。第二,肝损伤患者需严格查体,避免临床用药损伤机理。

综上所述,20万U尿激酶+低分子肝素钙治疗脑梗死效果确切,疗效显著,神经功能恢复效果好,用药安全性好。

参考文献

- [1] 王祖辉,杨红伟,谭毅华.尿激酶联合低分子肝素钙治疗对下肢深静脉血栓患者血液流变学的影响[J].临床医学工程,2016,23(12):1647-1648.
- [2] 闫瑞晶.小剂量尿激酶联合低分子肝素钙治疗老年进展性脑血栓的临床效果[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(25):4814-4814.
- [3] 张萍,龚芳.尿激酶与低分子肝素钙联用治疗急性心肌梗死临床研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(26):61-61.
- [4] 许鹏,许莉萍,卢建东,等.小剂量尿激酶联合低分子肝素钙治疗急性心肌梗死患者的临床疗效[J].医疗装备,2016,29(3):123-125.
- [5] 王燕.小剂量尿激酶与低分子肝素钙联合治疗进展性脑血栓的临床观察[J].中国实用医药,2016,11(11):159-160.
- [6] 木塔力甫祖农.尿激酶联合低分子肝素钙治疗急性心肌梗死患者的临床疗效与安全性探讨[J].当代医学,2016,22(19):32-33.
- [7] 冯定安,戴立华,江美芝.尿激酶联合低分子肝素钙治疗急性心肌梗死患者的临床疗效与安全性探讨[J].哈尔滨医药,2017,37(1):38-40.
- [8] 张振华,孙汉雷,王亭亭.尿激酶联合低分子肝素钙对急性心肌梗死患者进行治疗的效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(24):7-8.

收稿日期:2018-09-30

左西孟旦对急性失代偿性心力衰竭患者的疗效研究

卜利

大连市第五人民医院 急诊科(辽宁 大连 116021)

摘要 目的:探讨左西孟旦对急性失代偿性心力衰竭患者血流动力学指标的影响。方法:将我院2016年9月~2017年8月收治的急性失代偿性心力衰竭患者随机分为治疗组(n=55)和对照组(n=55),对照组的患者实施常规治疗措施,在常规治疗措施的基础上治疗组加用左西孟旦治疗,每次12.5mg,静脉滴注。两组患者治疗14天后,比较两组的临床疗效,记录并比较两组治疗前后肺毛血管楔压(PCWP)、肺动脉平均压(PAMP)以及心脏指数(CI)等血流动力学指标的变化。结果:治疗组患者经过治疗后的临床总有效率为92.73%,与对照组的76.36%比较,显著提高,差异统计学意义存在($P<0.05$)。经过治疗后,治疗组患者PCWP、PAMP以及CI得到明显的改善,且优于对照组,差异统计学意义存在($P<0.05$)。结论:左西孟旦治疗急性失代偿性心力衰竭患者可以取得显著的临床疗效,且有效的改善患者的血流动力学指标,具有在临床上广泛应用的价值。

关键词: 左西孟旦;急性失代偿性心力衰竭;血流动力学

中图分类号:R541.6 文献标识码:A

文章编号:1006-2882(2018)06-1234-02

DOI: 10.14035/j.cnki.hljyy.2018.06.017

心力衰竭是由于心脏各种结构性或功能性疾病导致的心室充盈及(或)射血能力降低所出现的一系列临床综合征,是各种心脏疾病的终末阶段,病死率较高^[1]。目前,临床上主要是应用强心、利尿以及血管扩张剂等药物来治疗急性失代偿性心力衰竭,以恢复患者的血流动力学情况,改善患者的临床症状,治疗效果也不十分理想^[2]。另外,长期应用上述药物可以导致心肌耗氧量显著增加,引起心律失常的发生^[3]。左西孟旦是一种新型正性肌力药物,可以增加心肌收缩力,改善急性失代偿性心力衰竭患者的临床症状和血流动力学情况,取得显著的临床效果^[4]。2016年9月~2017年8月,我科对55例急性失代偿性心力衰竭患者在常规治疗方法的基础上加用左西孟旦进行了治疗,观察临床疗效及对患者血流动力学的影响,现报告如下。

作者简介: 卜利(1980.09-),女,满族,辽宁抚顺市,本科,副主任医师,研究方向:急救医学。