



·论 著·

不同剂量阿替普酶溶栓治疗急性脑梗死效果及对患者预后及生活质量的影响分析

杜亚娟

(兴平市人民医院, 内一科 陕西兴平 713100)

【摘要】目的: 研究不同剂量阿替普酶溶栓治疗急性脑梗死效果及对患者预后及生活质量的影响。方法: 选取2014年12月~2017年12月于我院接受治疗的急性脑梗死患者80例, 平均分为两组, 其中标准剂量组40例, 使用0.9mg/kg剂量的阿替普酶对患者进行溶栓治疗, 低剂量组40例, 使用0.6mg/kg剂量的阿替普酶对患者进行溶栓治疗, 对比两组患者的预后和生活质量。结果: 两组患者接受治疗后, 两组患者的NIHSS(神经功能缺损量表)评分、CGS(哥斯拉昏迷量表)评分均得到了显著改善, 并且两组患者接受治疗前后的NIHSS评分、CGS评分对比差异均无统计学意义($p>0.05$)。两组患者治疗有效率、生活质量的对比差异无统计学意义($p>0.05$)。结论: 在对急性脑梗死患者进行治疗时, 不同剂量的阿替普酶溶栓治疗均能够取得良好的治疗效果, 患者的神经功能缺损状态能够得到快速恢复, 患者的预后能够得到显著改善, 患者的生活质量能够得到显著提升, 使用低剂量阿替普酶对急性脑梗死患者进行溶栓治疗的效果显著, 具有一定的临床应用价值。

【关键词】不同剂量; 阿替普酶; 溶栓; 急性脑梗死; 生活质量

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187(2018)15-040-02

急性脑梗死是临床上较为常见的一种脑卒中类型, 具有较高的发病率和死亡率, 对患者的身体健康和生命安全都会造成很大的威胁。在对急性脑梗死患者进行治疗时, 溶栓治疗是常用的治疗手段, 能够显著改善患者的预后和生活质量。阿替普酶是临床上常用的急性脑梗死患者溶栓药物, 在治疗急性脑梗死方面效果显著。但是临床上关于阿替普酶使用剂量的研究较少, 大部分医院都是使用标准剂量(0.9mg/kg)对患者进行溶栓治疗【1】。为了研究不同剂量阿替普酶溶栓治疗急性脑梗死效果及对患者预后及生活质量的影响, 选取2014年12月~2017年12月于我院接受治疗的急性脑梗死患者80例, 分别采取标准剂量(0.9mg/kg)和小剂量(0.6mg/kg)阿替普酶对患者进行溶栓治疗, 报告如下:

1. 资料与方法

1.1 基本资料

选取2014年12月~2017年12月于我院接受治疗的急性脑梗死患者80例, 平均分为两组, 其中标准剂量组40例, 男23例, 女17例, 年龄46岁~81岁, 平均年龄为(63.3±4.7)岁, 使用0.9mg/kg剂量的阿替普酶对患者进行溶栓治疗, 低剂量组40例, 男25例, 女15例, 年龄48岁~83岁, 平均年龄为(64.2±4.3)岁, 使用0.6mg/kg剂量的阿替普酶对患者进行溶栓治疗。经检查, 所有患者均符合急性脑梗死的临床诊断标准, 患者的发病时间均在4.5h之内, 对患者进行头部CT检查均无外脑出血以及明显的低密度改变症状, 患者的血压在180/100mmHg以下, 无明显意识障碍。两组患者一般资料均均衡

表1: 两组患者接受治疗前后NIHSS评分、CGS评分的对比

组别	例数(n)	NIHSS评分(分)		CGS评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	13.26±4.62	7.63±2.94	14.8±8.7	21.1±12.5
对照组	40	12.74±4.85	6.83±3.28	14.7±8.4	20.9±12.6

两组患者治疗有效率、生活质量的对比差异无统计学意义($p>0.05$)。见表2与表3。

表2: 两组患者治疗有效率的对比

组别	例数(n)	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	23(57.5)	14(35.0)	3(7.5)	37(92.5)
对照组	40	22(55.0)	13(32.5)	5(12.5)	35(87.5)

表3: 两组患者生活质量的对比(n=40)

组别	角色功能	躯体功能	情绪功能	认知功能	社会功能	总体健康
观察组	59.65±7.94	57.98±8.22	73.53±8.14	66.37±9.15	61.33±9.86	55.71±8.39
对照组	59.35±8.23	58.17±7.73	72.65±8.09	66.64±8.78	60.72±9.46	56.63±7.97

3. 讨论

急性脑梗死是临床上较为常见的脑卒中类型, 对人类的健康和生

命安全都会造成很大的威胁。

1.2 方法

患者入院接受治疗之后快速为患者建立绿色通道, 对患者进行头颅CT、血常规、心电图以及凝血四项等检查, 并为患者建立静脉通道, 对于标准剂量组的患者, 使用0.9mg/kg剂量的阿替普酶(商品名: 爱通立, 德国勃林格殷翰公司生产, 批号: S20110051)对患者进行溶栓治疗, 对患者进行治疗的最大剂量为90mg, 使用首剂量的10%在1min之内对患者进行静脉推注, 剩余的剂量在1h内为患者进行静脉泵入。对于小剂量组的患者, 使用0.6mg/kg剂量的阿替普酶(商品名: 爱通立, 德国勃林格殷翰公司生产, 批号: S20110051)对患者进行溶栓治疗, 对患者进行治疗的最大剂量为60mg, 使用首剂量的15%在1min之内对患者进行静脉推注, 剩余的剂量在1h内为患者静脉泵入。对患者治疗24h之后, 对患者进行头颅CT检查, 证实无脑出血之后让患者口服100mg阿司匹林肠溶片进行治疗。

1.3 统计学分析

数据采用SPSS18.0软件包处理, $p<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2. 结果

两组患者接受治疗后, 两组患者的NIHSS(神经功能缺损量表)评分、CGS(哥斯拉昏迷量表)评分均得到了显著改善, 并且两组患者接受治疗前后的NIHSS评分、CGS评分对比差异均无统计学意义($p>0.05$)。见表1。

急性脑梗死患者的病灶主要由中心坏死(下转第46页)



• 论 著 •

注: 两组比较, $\#P>0.05$, $*P<0.05$

4.2 临床疗效比较 观察组总有效率为 94.3%, 对照组总有效
表 4 临床疗效比较 (例, %)

分组	总数	痊愈	显效	有效	无效	有效比例
观察组	35	18	10	5	2	94.3*
对照组	35	10	12	7	6	82.9

注: 两组比较, $*P<0.05$

5 讨论

2015 年版《咳嗽的诊断与治疗指南》指出, 感染后咳嗽属于亚急性咳嗽, 近几年门诊病人中颇为常见, 常发生于上呼吸道感染之后, 虽属于自限性疾病, 多可自行缓解, 但易影响患者生活质量, 使治疗成为必要。据指南, 运用复方甲氧那明治疗, 此为复方制剂, 含盐酸甲氧那明、那可丁、氨茶碱、马来酸氯苯那敏, 主要是抗过敏、解痉、止咳等作用, 但有一定的使用范围, 如哺乳期妇女禁用, 并且有时会

引起困倦, 不能驾驶或操作机械, 存在一定的局限性。
感染后咳嗽属于中医内科学“咳嗽”范畴, 证型属风邪袭肺证病机为风邪袭肺, 肺失宣肃, 肺气上逆作咳, 症见咳嗽气促, 或阵发刺激性咳嗽, 咽痒不适, 常于冷空气、特殊气味刺激后诱发或加重, 或于睡卧清晨明显, 常反复发作, 干咳或痰少, 苔薄白, 脉浮紧或脉弦。风为六淫之首, 虽然属于春季主气, 但四季均可见致病。风为外感病的先驱, 故《素问·骨空论》提到“风为百病之始”, 《素问·风论》提到“风者, 百病之长也”。风性轻扬, 容易侵袭人体的上部, 肺居胸中, 五脏中其位置最高, 属上焦, 对其脏腑有覆盖和保护作用, 所谓“肺为五脏华盖”。肺性清虚而喜煦润, 喜润恶燥, 称为“娇脏”, 容易受内外之邪气侵袭而致病, 故常为风邪侵犯而致咳嗽等, 如《素问·太阴阳明论》云: “伤于风者, 上先受之”。肺是生气之源, 主一身之气, 人体元气的生成与肺密切相关, 由肺吸入的清气和水谷之气相并而成“宗气”。宗气的出入之所在肺, 气机的升降枢纽也在于肺, 由肺脏吸入清新之气, 呼出浊秽之气。肺开窍于鼻, 肺气通于鼻, 如果肺气不利, 升降异常, 此时, 肺脏为了对抗邪邪, 使之外达, 肺气上逆冲击声门, 就会出现咳嗽的症状[4]。如《医学心语》所云: “肺属金, 譬如钟然, 钟非叩不鸣, 风、寒、暑、湿、燥、火六淫邪气,

(上接第 40 页)

区和周围的缺血半暗带组成, 缺血半暗带细胞损伤的可逆性是对患者进行溶栓治疗的病理学基础【2】。对患者进行溶栓治疗能够让患者闭塞的血管迅速开放, 使患者脑部的受损区域得到再灌注, 抢救患者处于可逆性损伤状态的机体神经细胞, 促使患者神经功能的快速恢复。阿替普酶是临床上常用的第 2 代溶栓药物, 药物的半衰期为 5min, 阿替普酶能够有选择性的与血栓表面的纤维蛋白结合, 把患者体内有效的纤溶酶原转化为纤溶酶, 达到溶栓的效果, 并且阿替普酶的溶栓作用能够局限于患者血栓的形成部位, 对急性脑梗死患者的治疗特异性非常强【3】。但是由于阿替普酶的价格非常贵, 对于阿替普酶的临床应用造成了很大的阻碍。临床上使用阿替普酶对急性脑梗死患者进行溶栓治疗的标准剂量为 0.9mg/kg, 但是有研究发现【4】。0.6mg/kg 的剂量对于急性脑梗死患者的治疗有效性和安全性也比较高。在本次研究中, 标准剂量组患者使用 0.9mg/kg 剂量的阿替普酶对患者进行溶栓治疗, 低剂量组患者使用 0.6mg/kg 剂量的阿替普酶对患者进行溶栓治疗, 结果显示, 两组患者的治疗效果都非常明显, 神经功能和生活质量也得到了显著的改善, 组间对比差异均无统计学意

率为 82.9%, 两组比较 $P<0.05$, 差异显著。见表 4。

从外击肺则鸣, 情志劳欲, 炙博饮食之火, 内攻于肺亦鸣”。以咳嗽的病机为出发点, 自拟止咳方治疗, 药物组成有蜜麻黄、紫苏子、桔梗、白前、牛蒡子、款冬花、荆芥、蝉蜕各 10g, 甘草 3g。方中蜜麻黄宣肺平喘、紫苏子降气化痰, 桔梗宣肺祛痰、白前降气化痰, 牛蒡子宣肺祛痰、款冬花润肺下气, 三组药对一宣一降, 调节肺的宣发肃降功能, 使气机升降正常, 荆芥、蝉蜕祛风利咽, 甘草祛痰止咳以及调和诸药, 全方共奏宣肺疏风, 止咳化痰功效。当今社会生活普遍属于快节奏, 随着科学技术的发展, 运用颗粒剂型, 方便携带和服用, 大大提高患者的依从性。

本研究通过临床观察对比, 中药组在咳嗽症状的改善和临床疗效上明显优于对照组, 并且相比之下, 中药的副作用更小, 值得临床推广。另外, 本研究运用宣降药对来治疗咳嗽, 从咳嗽的病机出发, 观察的是风邪袭肺型, 而对于其它证型, 在辨证的基础上, 配合宣降药对的使用, 应该可以提高疗效, 有待进一步深入研究明确。

参考文献:

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南 (2015)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(5): 328-329.
- [2] 徐心强, 刘瑞. 感冒后咳嗽的中医治疗思路及验案举隅[J]. 光明中医, 2016, 31(5): 716-718.
- [3] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医诊疗方案[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 80.
- [4] 吴勉华, 王新月. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 77.

义, 这说明在对急性脑梗死患者进行治疗时, 不同剂量的阿替普酶溶栓治疗均能够取得良好的治疗效果, 患者的神经功能缺损状态能够得到快速恢复, 患者的预后能够得到显著改善, 患者的生活质量能够得到显著提升, 使用低剂量阿替普酶对急性脑梗死患者进行溶栓治疗的效果显著, 具有一定的临床应用价值。

参考文献:

- [1] 段红利, 刘骅, 张光伟. 阿替普酶治疗急性脑梗死的疗效及安全性观察[J]. 华西医学, 2017(8): 1255-1257.
 - [2] 李安民, 陈合成, 关文标, 等. 阿替普酶溶栓治疗对老年急性脑梗死患者神经功能、颅内血流动力学及生活质量的影响[J]. 中国老年学, 2017, 37(19): 199-200.
 - [3] 郝洁, 肖卫军. 阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗死预后的相关因素研究与分析[J]. 医药前沿, 2017, 7(23): 138-140.
 - [4] 张锦丽, 闫敏, 王璐琰. 不同剂量阿替普酶溶栓治疗急性脑梗死效果评价[J]. 解放军医药杂志, 2014, (11): 179-181.
- 作者简介: 杜亚娟, 临床医学, 学士学位, 延安大学毕业。