



纳美芬对急性重症脑梗死患者血清 β -内啡肽和神经元特异性烯醇化酶的影响

顾 然 (贵州省人民医院神经内科 贵州贵阳 550000)

摘要: 目的 研究纳美芬对急性重症脑梗死患者血清 β -内啡肽(β -EP)和神经元特异性烯醇化酶(NSE)的影响。方法 选取本院2016年6月2018年6月收治的68例急性重症脑梗死患者,根据不同方案将其分成两组各34例,对照组采用常规治疗,观察组在此基础上加用纳美芬,1个月后比较临床疗效及NSE、 β -EP水平变化情况。结果 观察组治疗有效率(91.18%)明显高于对照组(70.59%)($P < 0.05$);治疗前组间NSE、 β -EP水平比较无明显差异($P > 0.05$),观察组 β -EP、NSE水平明显低于对照组($P < 0.05$)。结论 纳美芬治疗急性重症脑梗死能够有效降低患者NSE、 β -EP水平,提升临床疗效。

关键词: 重症颅脑损伤 人工气道建立 不良事件

中图分类号: R743.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)15-067-02

大量临床研究证实,急性重症脑梗死患者在机体急性应激状态下会释放阿片肽,提高体内阿片肽浓度,加剧脑水肿及神经损伤,具有病情进展迅速、恶性程度高、病死率高、致残率高的显著特点,严重威胁患者生命安全^[1]。为了探讨更加高效的治疗方案,本文以我院近2年收治的急性重症脑梗死患者68例为研究对象,就不同治疗方案对患者血清 β -内啡肽(β -EP)和神经元特异性烯醇化酶(NSE)的影响展开了下述探索。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象为医院神经内科重症监护病房(NICU)2016年6月-2018年6月收治的急性重症脑梗死患者68例,根据不同治疗方案分成两组,每组34例。观察组男20例,女14例;年龄19~76岁,平均(48.27±3.59)岁。对照组男18例,女16例;年龄21~78岁,平均(48.57±3.73)岁。全部患者或其家属均获知情权。纳入标准:①经颅脑CT或MRI检查确诊为急性重症脑梗死;②起病至入院时间<24h。排除标准:①临床资料不完整;②入院前死亡病例;③无法配合完成研究。组间基线数据均衡性良好。

1.2 方法

对照组采用常规治疗,给予患者抗感染、降低颅内压、预防癫痫、维持呼吸道通畅、控制血压、血糖等处理。观察组在上述基础上给予患者盐酸纳美芬注射液(北京四环制药有限公司,国药准字H20120123)0.2mg,配以0.9%生理盐水250ml,静脉滴注,2次/d。两组疗程均为30d。

1.3 观察指标

(1)根据格拉斯哥昏迷评分(GCS)和美国国立卫生研

究制定的NIHSS(脑卒中量表)判定疗效:①显著改善:症状基本消失,GCS评分 ≥ 13 分,NIHSS评分减少 $\geq 46\%$;②改善:症状好转,GCS评分9~12分,NIHSS评分减少18~45%;③无效:症状无变化,或病情加重,GCS评分 < 9 分,NIHSS评分减少 $< 18\%$ 或评分增加,治疗有效率 $= (\text{①} + \text{②}) / 34 \times 100\%$ ^[2]。(2)患者清晨空腹经肘静脉采血3~5ml,离心处理后,采用酶联免疫吸附法测定治疗前后患者血清NSE、 β -EP水平。

1.4 统计学方法

用SPSS23.0处理68例急性重症脑梗死患者的相关数据,以 χ^2 检验疗效等计数资料(%、n),以t检验NSE、 β -EP水平等计量资料($\bar{x} \pm s$), P 小于0.05,表明存在差异。

2 结果

2.1 疗效对比

观察组总有效31例,对照组总有效24例,组间治疗有效率数据对比, $\chi^2=4.660$, $P=0.031$,见表1。

表1: 两组患者临床疗效对比[n(%)]

组别	例数	显著改善	改善	无效	有效率
观察组	34	18(52.94)	13(38.24)	3(8.82)	31(91.18)
对照组	34	12(35.29)	12(35.29)	10(29.41)	24(70.59)
χ^2					4.660
P					0.031

2.2 两组患者治疗前后NSE、 β -EP水平对比($\bar{x} \pm s$)

治疗后,观察组NSE、 β -EP明显低于对照组($P < 0.05$),详情见表1。

表2: 两组病患NSE、 β -EP水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NSE(ng/mL)		β -EP(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	34	27.03±8.16	14.65±3.84*	223.37±16.25	151.82±15.73*
对照组	34	27.56±7.43	20.29±5.82*	220.63±15.94	185.94±12.37*
t		0.280	4.717	0.702	9.942
P		0.390	0.000	0.243	0.000

注: *表示与本组治疗前相比较, $P < 0.05$ 。

3 讨论

药理学研究结果表明,纳美芬作为一种新型阿片受体拮抗剂,在临床应用中具有起效快、血脑屏障内血药浓度水平高、半衰期长的优势,可有效阻断人体血清 β -EP和阿片受体相结合,抑制内源性阿片肽引发的继发性病理反应^[2]。国内外相关报道显示,NSE作为急性重症脑梗死的重要特异性标志物,可有效反映机体脑部神经细胞受损及血脑屏障破坏情况,NSE水平较治疗前下降幅度越小提示预后越差^[2]。本文实践发现,治疗前组间NSE、 β -EP数值对比未见显著性差异,治疗后观

察组远低于对照组,且两组治疗后的NSE、 β -EP水平与本组治疗前对比均显著降低,说明两种治疗方案均可有效降低人体 β -EP和NSE水平,但观察组改善效果更加明显。

部分报道显示,纳美芬在进入人体后能够有效纠正电解质紊乱,促进局部大脑细胞代谢,改善脑部血运,调节过度炎症反应,保护脑功能^[2]。有学者研究后发现,在常规治疗基础上接受纳美芬治疗患者的治疗总有效率达到90.00%,远高于常规治疗患者的64.10%,且经过治疗后,前者的血清 β -EP和NSE水平显著低于后者,说明纳美芬治疗急性重症脑梗死能够

(下转第69页)

表1. 干预后评分比较, $P < 0.05$ 。表1: 护理人员护理综合能力评分改善情况对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (n=126)	团队精神		沟通协调		主动参与	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	80.2±3.3	93.6±2.2	80.5±3.6	95.0±2.6	81.3±4.0	95.8±2.3
对照组	80.8±3.5	85.5±2.8	80.6±3.3	89.0±3.2	81.0±3.5	90.0±3.6
t	0.9900	18.0549	0.1625	11.5504	0.4480	10.7762
P	0.3241	0.0000	0.8712	0.0000	0.6549	0.0000

3 讨论

ICU 患者病情危重, 需以置管方式维持气道、呼吸道通畅, 而置管期间 UEX 发生会直接影响患者生命安全^[4]。另外, UEX 的发生导致患者治疗费用增加、住院时间延长^[5]。全面质量管理程序以持续质量改进模式为指导, 在制定工作计划、落实工作计划、改进工作计划的基础上提高工作效率、推动管理质量的持续改进。杨娥, 余学英, 胡海霞等人研究指出, FOCUS-PDCA (全面质量管理) 程序可降低 UEX 发生率、提高护理人员能力^[6]。

结果显示: 2 组 ICU 患者 UEX 发生率、工作人员能力评分对比, 采取全面质量管理程序的观察组明显优于常规护理的对照组, $P < 0.05$ 。由此说明, 全面质量管理程序符合 ICU 置管患者护理需求, 预防和降低了 UEX 发生率。

综上所述, 全面质量管理程序在降低 UEX 发生率的同时

提高了护理人员的工作能力, 具有推行价值。

参考文献

- [1] 袁翠, 张建霞, 王玉英等. 集束化护理降低 ICU 非计划性拔管率的实践 [J]. 护士进修杂志, 2015, (17): 1592-1596.
- [2] 韩艳, 魏丽丽. ICU 患者非计划性拔管危险因素及防范措施研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2015, 50(5): 598-602.
- [3] 姜红丽. 强化护理干预策略在降低 ICU 气管插管患者非计划性拔管中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2015, (3): 73-74.
- [4] 李璐柳, 王建宁, 吴利等. 集束化护理对预防 ICU 患者 PICC 并发症及非计划性拔管的效果观察 [J]. 护理实践与研究, 2016, 13(15): 132-134.
- [5] 文利. 对 ICU 患者进行集束化护理对降低其非计划性拔管发生率的效果探讨 [J]. 当代医药论丛, 2018, 16(11): 279-280.
- [6] 杨娥, 余学英, 胡海霞等. 全面质量管理程序在减少 ICU 患者非计划性拔管的作用 [J]. 现代临床护理, 2017, 16(9): 6-9.

(上接第 66 页)

2.2 对比微创组与对照组患者住院时间、排气时间、排便时间以及禁食时间

实验组胆囊结石合并胆总管结石患者住院时间、排气时间、排便时间以及禁食时间等指标显著低于对照组数据 $P < 0.05$, 差异存在统计学分析意义。

表2: 微创组与对照组患者住院时间、排气时间、排便时间以及禁食时间对比

组别	例数	住院时间 (d)	排气时间 (h)	排便时间 (d)	禁食时间 (d)
实验组	29	7.01±0.24	18.57±3.55	2.01±0.21	2.11±0.18
对照组	29	11.24±0.54	38.57±4.54	4.65±0.35	4.53±0.24
t 值		38.5480	18.6882	34.8309	43.4403
P 值		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

胆囊结石合并胆总管结石是常见的胆道外科疾病, 胆总管开腹取石探查术、开腹胆囊切除术、十二指肠乳头括约肌切开术等是常见的措施^[3], 虽然目前在选择手术措施方面还是存在极大争议, 但十二指肠乳头括约肌切开术因恢复快、创伤小、微创、保持完整括约肌、并发症少等优势得到广大患者与医师的青睐^[4]。

本次研究发现, 微创组胆囊结石合并胆总管结石患者并发症发生率 3.44%、住院时间 (7.01±0.24) d、排气时间

(18.57±3.55) h、排便时间 (2.01±0.21) d、禁食时间 (2.11±0.18) d 显著低于对照组并发症发生率 20.68%、住院时间 (11.24±0.54) d、排气时间 (38.57±4.54) h、排便时间 (4.65±0.35) d、禁食时间 (4.53±0.24) d。与孙向宇^[5]资料研究结果较为一致, 证明微创手术治疗胆囊结石合并胆总管结石效果显著更优于开腹手术, 是值得应用的一种可行且安全的有效措施。微创手术治疗可显著降低并发症发生率, 改善患者排便时间, 缩短住院时间, 促进患者尽早排气, 确保患者能够尽早恢复健康。

综合以上结论, 在胆囊结石合并胆总管结石中采取腹腔镜胆囊切除术与十二指肠乳头括约肌切开术联合治疗效果更显著, 可缩短排气时间、排便时间以及住院时间, 减少禁食时间以及并发症发生率, 值得借鉴。

参考文献

- [1] 杨志勇. 胆囊结石合并胆总管结石微创治疗与传统手术治疗比较分析 [J]. 实用中西医结合临床, 2015, 15(11): 10-11.
- [2] 侯宝华, 崔鹏, 陈盛等. 不同微创方法治疗胆囊结石合并胆总管结石的疗效比较 [J]. 实用医学杂志, 2013, 29(23): 3887-3889.
- [3] 潘步建, 周蒙滔, 徐迈宇等. 腹腔镜胆总管探查术治疗胆总管结石合并胆囊结石 [J]. 中华肝胆外科杂志, 2013, 17(10): 816-819.
- [4] 曹文祥. 微创治疗对胆囊结石合并胆总管结石的疗效分析 [J]. 饮食保健, 2017, 4(6): 30.
- [5] 孙向宇. 胆总管结石合并胆囊结石微创治疗进展 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2016, 22(3): 306-309.

(上接第 67 页)

有效改善人体 NSE、 β -EP 水平, 效果显著^[3]。结合本文研究结果可知, 观察组治疗总有效率达到 91.18%, 与对照组的治疗总有效率 91.18% 对比显然更高, 提示观察组采用的治疗方案能够有效改善患者临床症状, 促进患者意识恢复, 疗效显著。

综上所述, 给予急性重症脑梗死患者纳美芬治疗, 能够有效降低病人血清 β -EP 和 NSE 浓度, 促进患者意识清醒, 改善预后, 因此值得应用与推广。

参考文献

- [1] 孟祥海. 加用纳洛酮治疗急性重症脑梗死患者的效果 [J]. 医疗装备, 2016, 29(12): 147-148.
- [2] 皮建菊, 廖中平. 细致化护理对急性重症脑梗死患者并发症控制的效果观察 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(5): 118-118.
- [3] 冷成林. 盐酸纳美芬联合神经节苷脂钠对急性重症颅脑损伤患者血清 β -EP、NSE 水平及凝血功能的影响 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(12): 57-59.