



尼莫地平注射液微量泵入治疗脑梗死恢复期临床疗效观察

杨家镠

江西中医药大学 330004

【摘要】目的 通过微量泵入尼莫地平注射液治疗脑梗死恢复期，总结疗效，为临床提供参考依据。**方法** 选取近2年收治的脑梗死恢复期患者60例，随机分为对照组和治疗组各30例，对照组给予常规对症治疗，治疗组在对照组基础上给予微量泵入尼莫地平注射液，对两组疗效进行对比分析。**结果** 2周治疗后，对照组神经功能缺失评分高于治疗组；对照组治愈0例，显效10例，有效14例，无效6例，总有效率达80.00%；而治疗组治愈4例，显效17例，有效6例，无效3例，总有效率达90.00%，两组对比有显著差异（ $P<0.05$ ），治疗组疗效优于对照组。**结论** 脑梗死恢复期予尼莫地平注射液微量泵入能够有很好的疗效，可值得临床推广。

【关键词】 脑梗死恢复期；尼莫地平注射液；临床疗效

【中图分类号】 R743.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 06-037-02

脑梗死又称缺血性卒中，是指因脑部由于血液供应不足，使得局部脑组织的血流减少而导致缺血、缺氧，引起局部脑组织的缺血性坏死或软化。动脉粥样硬化是引起脑梗死中最常见的病因。当患者具有高血压、高血脂、冠心病等危险因素，引起血流动力学改变，可导致血管壁损伤，如管腔狭窄、堵塞或有血栓形成，造成局部脑组织因血液供应中断而产生缺血、缺氧性坏死，引起相应的神经系统症状和体征。早期临床诊断和适当的治疗方法显得更加重要，因此，在本研究中笔者观察了尼莫地平注射液微量泵入治疗脑梗死恢复期的临床疗效及其安全性，以便为临床治疗提供参考。

1 一般资料

1.1 临床资料

选取2016年3月至2017年12月期间收治的急性脑梗死恢复期患者60例，其中包含男性36例，女性24例，发病年龄在50岁至82岁之间，所有患者均符合脑梗死的诊断标准并经头颅MRI确诊。60例病例随机分为对照组和治疗组各30例，两组病例患者的病情、病程、性别、年龄等经统计学处理无显著性差异。

1.2 治疗方法

(1) 对照组：根据患者病情及辅助检查、实验检查，给予一组活血药：根据患者舌质分为寒性、热性，寒性体质给予0.9%生理盐水100ml+灯盏细辛180mg静脉滴入，热性体质给予0.9%生理盐水100ml+丹参多酚酸盐200mg静脉滴入；一组营养神经药：0.9%生理盐水100ml+单唾液酸四己糖神经节苷脂钠40mg静脉滴入，其中可以根据患者自身情况调整活血及营养神经药物；在此基础上再给予抗血小板聚集（阿司匹林肠溶片30mg，每日一次，口服）、调脂稳定斑块（阿托伐他汀钙片20mg，每晚一次，口服），根据患者个人合并疾病情况，予降血压、降血糖等对症治疗；根据患者症状、舌脉象，中医辨证论治，予中药内服。

(2) 治疗组：在对照组的基础上，给予尼莫地平注射液10mg微量泵入，8ml起泵，控制7小时，依据患者血压、心率调整速度，目标血压 $>110/60\text{mmHg}$ ，心率 >65 次/分，疗程2周，密切观察患者病情。

1.3 观察指标

根据1995年全国第四届脑血管会议通过的“脑卒中患者

临床神经功能缺损程度评分标准（1995）^[1]”来评定患者恢复情况，密切观察在治疗过程中患者肢体功能的恢复、言语的表达能力等是否较前改善，由此来对比两组的治疗效果。

1.4 疗效判别标准

将患者治疗效果分为治愈：神经功能缺损评分降低在85%以上；显著：分数降低在40-85%；有效：分数降低在15-40%；无效：分数在15%以下。

1.5 统计学方法

将研究中的各项资料及数据采用spss19.0软件进行统计分析，计量资料采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用t检验，计数资料采用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 神经功能缺失评分

治疗前对照组和治疗组神经功能缺失评分分别为 27.89 ± 1.12 、 28.15 ± 1.08 ，两组患者的神经功能缺失评分经统计软件分析处理，无显著差别（ $P>0.05$ ），具有可比性；静脉泵入尼莫地平2周后，对照组和治疗组神经功能缺失评分分别为 18.61 ± 0.45 、 14.10 ± 0.20 ，对照组患者的神经功能缺失评分明显高于治疗组（ $P<0.05$ ），具体见表1。

2.2 临床疗效

对照组治愈0例，显效10例，有效14例，无效6例，总有效率达80.00%；而治疗组治愈4例，显效17例，有效6例，无效3例，总有效率达90.00%，两组比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），结论表明治疗组疗效优于对照组，具体见表2。

表1：两组患者治疗前后神经功能缺失评分对比

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	27.89 ± 1.12	18.61 ± 0.45
治疗组	30	28.15 ± 1.08	14.10 ± 0.20

表2：两组临床疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	0	10	14	6	80.00%
治疗组	30	4	17	6	3	90.00%

3 讨论

脑梗死好发于具备一定的危险因素，如高血压、糖尿病、冠心病及血脂异常的中老年人群。脑梗死发生是由于严重缺血的脑组织能量出现耗竭，神经兴奋性递质大量释放，造成细胞内钙超载，多种受 Ca^{2+} 调节的酶类被激活，导致膜磷脂

（下转第41页）

姓名简介：杨家镠（1992.12-），女，籍贯：江西抚州，职称：研究生，研究方向：脑病方向。



筋膜鞘主要是由于人体上睑提肌和上直肌筋膜连接融合、延续增厚而成，其位于提上睑肌与上直肌之间的肌外鞘处，是一条紧密而又富有弹性的纤维组织。从解剖学的角度来说，联合筋膜鞘的纤维弹性含量与提上睑肌十分接近，因此，联合筋膜鞘悬吊术不仅在最大程度上保留提上睑肌的原有功能，还能有效增加上直肌动力来源，充分满足上睑提吊力量。另外，提上睑肌与上直肌的收缩方向相同，相较于提上睑肌缩短术来说，联合筋膜鞘悬吊术的符合性更佳，主要表现为：①有效避免明显的睑球分离现象出现，减轻患者术后不适感；②消除患者睁眼、挑眉的抬头纹、不对视力造成进一步影响；③避免上眼睑臃肿、增厚，使得重睑更自然。

综上所述，联合筋膜鞘悬吊术应用于提上睑肌缩短术后

复发中重度上睑下垂患者中，可有效改善患者负性心理及临床症状，最大程度保留患者上睑肌原有功能，临床疗效确切。

参考文献：

- [1] 魏德伦, 汪鹏. 重度上睑下垂应用额肌筋膜悬吊术治疗的疗效分析 [J]. 泰山医学院学报, 2014, 35(11):1142-1143.
- [2] 张京珂, 姜南, 杨智勇, 等. 注射隆鼻术并发上睑下垂的相关性分析 [J]. 中华整形外科杂志, 2016, 32(6):460-462.
- [3] 王振军, 谢立宁. 联合筋膜鞘悬吊术治疗提上睑肌缩短术后复发中重度上睑下垂 [J]. 中国医疗美容, 2016, (3):21-24.
- [4] 林威, 徐杨, 叶飞轮. 联合筋膜鞘悬吊术与提上睑肌缩短术治疗先天性中重度上睑下垂对比 [J]. 国际眼科杂志, 2016, 16(6):1193-1195.

(上接第 37 页)

分解和细胞骨架破坏，大量自由基的生成，造成细胞不可逆的损伤^[2]。尼莫地平是一种高度脂溶性钙离子通道阻滞剂，极易透过血脑屏障，通过扩张脑血管，缓解脑血管痉挛，增加缺血脑组织的血流量，从而达到对神经和血管的双重保护作用。本研究通过对照组和治疗组观察尼莫地平注射液的疗效，其疗效确切，但在泵入尼莫地平时应密切患者血压、心率，

以防患者出现头晕、头痛、胸闷等不良反应，其引起的不良反应通过调整泵入速度可缓解，并不影响临床使用，值得推广。

参考文献：

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者神经功能缺损评分标准 [J]. 中华神经杂志, 1996, 29(6): 381-382.
- [2] 吴江. 神经病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:158-159.

(上接第 38 页)

主要内容应当涵盖抗生素使用原则和管理方面的内容，结合医院常见感染类疾病发生规律，抗生素药物临床效果，价格，不良反应等因素，制定出分级管理办法，将抗生素分为非限制使用、限制使用以及特殊使用三个级别，只有病患符合严格临床指征以及取得确凿证据后，才能使用特殊使用级别抗生素。所开具的处方应当具备高级职称以上医生签名。在紧急情况下，临床医生可越级使用特殊用途抗生素，但用量应限制在 1d^[4]。

医院内药学办公室人员要对院内医生、护士以及相关人员进行抗菌药物证实问卷调查，对院内现阶段抗菌药物使用进行动态化分析，定期在医院公示板中公布和抗菌药物相关的内容，结合细菌耐药性和变迁情况，将药物进行分批、交替使用，使用此法，降低细菌耐药性。

4 小结

综上所述，在院内药事管理工作中，全面落实双重协同管理机制，能推进临床合理在用药，全面提升医院内药事管理工作水平，确保病患就医质量，加强医院综合救治水平，为病患的生命安全提供了有效保障。

参考文献：

- [1] 葛平梅, 莫颖宁. 药事管理手段对促进医院合理用药水平提高的研究 [J]. 山西医药杂志, 2017, 46(7):834-835.
- [2] 江灏, 杨雅, 靳迺诗, 等. 临床药师在药事管理中职能与作用探讨 [J]. 中华医院管理杂志, 2016, 32(7):522-524.
- [3] 沈文超, 丁艳. 我院促进临床合理用药的信息化实践 [J]. 中国药房, 2015(10):1426-1428.
- [4] 陈小佳. 合理用药质询在临床药事管理工作中的应用价值 [J]. 世界中医药, 2015(a02):1200-1200.

(上接第 39 页)

新型超分子水杨酸有助于患者对红蓝光、强脉冲光的吸收，从而使得观察组治疗效果优于对照组^[7]。

综上所述，寻常性痤疮采用红蓝光、强脉冲光联合新型超分子水杨酸治疗，效果显著，能够明显减少痤疮皮损计数，值得临床推广应用。

参考文献：

- [1] 高雪军. 百癣夏塔热片联合多西环素治疗寻常性痤疮的临床疗效 [J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(18):25.
- [2] 邹雅, 蒙秉新, 朱敬先, 等. 寻常性痤疮临床治疗方法研究 [J]. 中华临床医师杂志 (电子版), 1-2(2016-12-19).
- [3] 黄永寿. 百癣夏塔热片联合多西环素治疗寻常性痤疮

的临床疗效观察 [J]. 北方药学, 2016, 13(09):39-40.

[4] 祝霞, 孙丽玲. 红蓝光、强脉冲光联合新型超分子水杨酸治疗寻常性痤疮疗效观察 [J]. 中国美容医学, 2016, 25(06):65-67.

[5] 夏毓, 张震, 张春贞, 等. 中医辨证论治配合红蓝光治疗寻常性痤疮 90 例临床观察 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(11):1166-1167.

[6] 张俊, 孙彩虹, 胡飞虎. 中药面膜联合夫西地酸乳膏导入治疗寻常性痤疮 97 例临床观察 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2013, 27(09):966-967.

[7] 杨波, 代晓莉, 王淑秀. 红 / 蓝光光动力联合五味消毒饮治疗中重度寻常性痤疮临床观察及护理 [J]. 中国美容医学, 2011, 20(08):1276-1277.