



· 论 著 ·

依达拉奉联合丹红注射液治疗急性脑梗死疗效及对颈动脉斑块稳定的影响分析

许泉秀 (永州市中心医院药剂科 湖南永州 425000)

摘要：目的 研究依达拉奉联合丹红注射液治疗急性脑梗死(ACI)疗效及对颈动脉斑块稳定的影响分析。方法 将我院收治的 96 例 ACI 患者随机分为实验组(实施依达拉奉+丹红注射液治疗, n=48)与对照组(实施丹红注射液治疗, n=48), 观察两组治疗后神经功能损伤情况、脂蛋白磷脂酶 A2 (Lp-PLA2) 水平、颈动脉斑块稳定情况与治疗有效率。结果 治疗后, 实验组、对照组 NIHSS 分别为 (7.36 ± 1.56) 分和 (12.36 ± 3.65) 分, $P < 0.05$, 均较治疗前有显著差异 ($P < 0.05$); Lp-PLA2 分别为 (103.36 ± 26.31) ng/ml 和 (103.36 ± 26.31) ng/ml, $P < 0.05$, 均较治疗前有显著差异 ($P < 0.05$); 稳定斑块占比为 75% 和 47.92%, $P < 0.05$; 治疗有效率为 85.42% 和 64.58%, $P < 0.05$ 。结论 依达拉奉联合丹红注射液能有效减少 ACI 患者 NIHSS 得分、Lp-PLA2 水平, 提高斑块稳定性与治疗有效率, 值得临床推广。

关键词：依达拉奉 丹红注射液 急性脑梗死 动脉斑块稳定性

中图分类号：R743.33 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187 (2017) 16-066-02

急性脑梗死(ACI)发病突然, 病情发展迅速, 常在 1-2 天内达到高峰期, 出现半身不遂等症, 致死致残率极高^[1]。ACI 一般采用溶栓治疗, 但其最佳治疗时间在发病后 6h 内, 对无条件、逾越最佳救治时间的患者来说, 用药保护脑细胞是关键^[2]。为研究依达拉奉联合丹红注射液对 ACI 的治疗效果, 我院开展如下调查。

1 资料与方法

表 1: 两组一般资料

组别	n	男/女	年龄	发病时间	发病部位[n(%)]			既往病史[n(%)]		
			($\bar{x} \pm s$, 岁)	($\bar{x} \pm s$, h)	基底节区	小脑脑干	脑干	糖尿病	高血压	冠心病
实验组	48	25/23	59.25 ± 6.27	22.02 ± 4.63	12	20	16	25	36	18
对照组	48	23/25	61.01 ± 6.36	22.98 ± 5.21	14	19	15	23	38	16
t 值		0.17	1.37	0.95		0.21		0.17	0.24	0.18
P 值		0.68	0.18	0.34		0.90		0.68	0.63	0.67

1.2 治疗方法

两组均给予抗血小板凝聚、营养神经等对症治疗。两组均以丹红注射液(批准文号: Z20026866, 菏泽步长制药有限公司)30ml 充分溶于 250ml, 0.9% 的 NaCl 注射液中, 静脉滴注, 每日一次, 2 周一疗程; 实验组在以上基础上给予依达拉奉治疗, 将 30mg 依达拉奉(国药准字 H20110007, 扬州制药有限公司)充分溶于 100ml 0.9% NaCl 溶液, 静脉输液, 每日 2 次, 2 周一疗程。

1.3 观察指标

①比较两组治疗前后神经功能缺损评分: 采用(NIHSS)评分法^[4]进行评定。②比较两组治疗前后 Lp-PLA2 水平: 用放射比浊法^[5]测定 Lp-PLA2 含量。③比较两组颈动脉斑块稳定情况: 软斑与溃疡斑为不稳定斑, 硬斑与扁平斑为稳定斑。④比较两组治疗有效率: 痊愈(NIHSS 评分减少 90% 以上); 显效(减少 46%-89%); 有效(减少 18%-45%); 无效(减少 < 17%)。

1.4 数据分析

计量资料以平均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间采用独立样本 t 检验, 时间点比较采用配对 t 检验; 计数资料以例或百分比形式表示, 采用 χ^2 检验, 数据分析用 SPSS19.0 软件处理, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 NIHSS 评分与 Lp-PLA2 水平

治疗后两组 NIHSS 评分与 Lp-PLA2 水平均显著下降 ($P < 0.05$), 且实验组两指标下降幅度更大 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 比较两组颈动脉斑块稳定情况及治疗有效率

1.1 一般资料

将我院 2015.01-2016.12 间收治的 96 例 ACI 患者纳入研究对象, 均行 CT 确诊, 满足 ACI 诊断标准^[3], 均为首次发病, 发病后 6-54h 就诊, 家属及患者知情且同意, 排除重要器官缺失者、大面积脑梗死者、多种药物过敏者。随机分为实验组与对照组, 各 48 例, 两组一般资料具有可比性 ($P > 0.05$), 见表 1。

实验组稳定斑块占比与治疗有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

据相关文献报道, 近年来 ACI 发病数量呈上升趋势, 脑动脉粥样硬化, 血栓等是诱发脑组织缺氧、损坏大脑神经的主要原因, 而抢救缺血灶周围半暗带区可逆神经元是减少脑组织损伤的关键^[6]。我院研究发现依达拉奉联合丹红注射液在 ACI 治疗中疗效显著。

中医认为, ACI 属于“中风”范畴, 由血瘀阻塞、积湿生痰造成, 故治疗的关键在于祛瘀通脉、除湿化痰^[7]。丹红注射液, 顾名思义, 由传统中药丹参与红花提炼制成, 丹参有通经止痛、凉血清心之效, 红花常用祛瘀活血、止痛通经, 现代药理学证实, 丹参有效成分水溶性酚类、脂溶性丹参酮有活血化瘀之效; 红花有效成分黄酮醇、苷类等物质, 具有活血通络之效, 故其能改善出血部位微循环, 有效治疗 ACI^[8]。

随着医学研究的深入, 发现 ACI 治疗期间大脑受损位置会产生大量自由基, 加快脑细胞坏死, 故治疗的另一关键在于有效清除自由基^[9]。依达拉奉能有效清除羟自由基, 该药物能有效进入受损部位, 确保血药浓度, 相关研究显示, 依达拉奉能有效抑制脂质过氧化反应, 降低花生四烯酸水平, 有效抑制氧自由基对脑细胞的破坏作用^[10]。故实验组术后 NIHSS 得分更低。

血管壁上易脱落的斑块称之为不稳定斑块, 极具有危险性, 相关调查表明, 正常人、稳定斑块者、不稳定者血浆内 Lp-PLA2 含量差异显著, 故 Lp-PLA2 可作为间接反应动脉斑块稳定性的有效指标^[11]。本文中治疗后, 实验组 Lp-PLA2 水平更



低,可能与依达拉奉能有效降低炎症因子水平有关,与等王娜^[12]研究结果一致。据动脉彩色多普勒超声检查结果显示,实验组稳定斑块患者比例更高,统计结果显示治疗有效率也更优。

综上所述,依达拉奉联合丹红注射液能显著降低ACI患者神经损伤程度、Lp-PLA2水平,提高颈动脉斑块稳定性与治疗有效率,值得临床推广。

表2: 两组NIHSS评分与Lp-PLA2水平变化

组别	n	NIHSS评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)		Lp-PLA2水平 ($\bar{x} \pm s$, ng/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	48	17.25 ± 6.32	7.36 ± 1.56*	173.25 ± 45.36	103.36 ± 26.31*
对照组	48	17.36 ± 6.58	12.36 ± 3.65**	176.36 ± 43.96	126.36 ± 36.58**

注: 与同组治疗前比 *P<0.05; 与对照组治疗后比 **P<0.05。

表3: 两组颈动脉斑块情况与治疗有效率

组别	n	颈动脉斑块情况 [n(%)]			治疗效果 [n(%)]			
		稳定斑块	不稳定斑块	痊愈	显效	有效	无效	总有效
实验组	48	36 (75)	12 (25)	18 (37.5)	15 (31.25)	8 (16.67)	7 (14.58)	41 (85.42)
对照组	48	23 (47.92)	25 (52.08)	11 (22.92)	8 (16.67)	12 (25)	17 (35.42)	31 (64.58)
χ^2 值		7.43			8.79			
P 值		0.01			0.03			

参考文献

[1] 张秋玲, 王维花. 优质护理在急性脑梗死患者急诊中的应用研究[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(16):4-6.

[2] 黄盼盼, 聂田, 张娟, 等. 普罗布考联用阿托伐他汀对急性脑梗死患者脂质代谢的影响[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2015, 17(2):164-166.

[3] 衣旭华, 刘力, 郭俊峰, 等. 氢溴酸西酞普兰治疗脑梗死后强哭发作的疗效观察[J]. 临床神经病学杂志, 2013, 26(5):395-395.

[4] 曹军. 尤瑞克林联合针刺对急性脑梗死病人S100B、MMP-9、TIMP-1及NIHSS评分的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(11):1392-1395.

[5] 张名均, 赵小红, 于露, 等. 4种方法测定血清中甘胆酸的临床比较[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(12):1676-1677.

[6] 周经霞, 陈肇臻, 黄少珠, 等. 阿替普酶与尿酸激酶在急性脑梗死治疗中的疗效及安全性比较[J]. 临床和实验医学杂志, 2017,

16(7):656-659.

[7] 陈丽兰, 陈国强, 杨滔, 等. 前列地尔联合常规治疗对急性脑梗死患者血清学指标的影响[J]. 海南医学院学报, 2016, 22(1):86-88.

[8] 梁振湖, 张红蕾, 祁德波. 丹红注射液联合针刺对急性缺血性脑卒中患者炎症因子水平及血液流变学指标的影响[J]. 中国中医急症, 2015, 24(1):74-76.

[9] 张永红. 依达拉奉治疗急性脑梗死的疗效分析[J]. 中华全科医学, 2015, 13(3):512-514.

[10] 张建华, 陈文斌. 依达拉奉联合氯吡格雷治疗急性脑梗死近期临床疗效观察[J]. 中华内分泌外科杂志, 2015, 9(1):38-40.

[11] 王丹, 马英. 尤瑞克林联合依达拉奉治疗急性缺血性脑卒中的临床研究[J]. 实用药物与临床, 2015, 18(10):1164-1167.

[12] 王娜, 王峰, 陈伟贤, 等. 脂蛋白磷脂酶A2与急性脑梗死及颈动脉斑块稳定性的关系[J]. 江苏医药, 2016, 42(22):2467-2469.

(上接第64页)

级成本收益分析, 成本结构分析, 病人费用成本分析, 及时发现成本管理中存在的问题, 提出可行建议, 改进医院成本管理工作。

(四) 制定医院的标准成本, 所谓标准成本, 是医院完成其经营活动而应该花费的目标成本。医院对标准成本的设定可以有不同的期望, 而不同的期望水平导致两种类型标准成本即理想标准成本和当期可实现的标准成本。理想的标准成本是指在理想的工作条件下, 以生产技术和经营管理处于最佳状态为基础的标准成本。而当期可实现的标准成本是指在目前正常的生产条件下, 有适当技能和经验的员工通过正常的努力, 在正常的时间内可实现的水平上所制定的标准成本。具体需要制定医院的直接材料的标准成本和直接人工的标准成本。1、直接材料的标准成本的制定。医院所消耗的各种材料的成本包括质量、数量和价格。制定标准成本首先要明确所需要卫生材料的质量, 卫生材料的质量通常会连带影响医疗过程中所需要卫生材料的数量及价格等因素; 数量标准是

在现有医疗技术条件下每位病人所需要的材料的数量。可以根据门诊和住院病人数量来测定; 价格标准就是事先确定的购买卫生材料应付的标准价格, 包括购买价格和运杂费等。按各种材料分别计算。医院确定直接材料的价格标准需要考虑质量、数量。某些时候还要考虑采购时机。在竞争环境下许多医院强调与特定供应商建立长期关系就是考虑到价格。2、直接人工的标准成本, 制定直接人工标准成本是指在医疗服务过程中发生的有关耗费, 它是由人工价格标准和人工用量标准决定的, 其中数量标准是在现有医疗技术条件下进行医疗服务所需要的时间, 必要的休息时间和相关的风险价值。而价格标准是指工资标准, 采用计时工资指每一标准工时应分配的工资按现行工资制度所确定的工资水平计算确定。

总之, 医院在成本管理中, 要建立健全领导管理体系, 工作机制和 workflow, 以医院战略为导向, 运用多种成本管理方法, 控制医院运行成本, 促进医院业务水平, 减轻病人负担。用系统的经济管理措施, 充分发挥成本管理的管理功效, 促进医院健康发展。

(上接第65页)

尚未了解护理干预对患儿疗效的影响, 仍需进一步探讨。

参考文献

[1] 孙堂. 大剂量甲氨蝶呤治疗60例急性淋巴细胞白血病和淋巴瘤的不良反应[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),

2015, 15(67):85-85, 86.

[2] 王济远. 甲氨蝶呤治疗急性淋巴细胞性白血病的不良反应观察及对策分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2015, 25(18):117-119.

[3] 李兰英, 阮兰红. 大剂量甲氨蝶呤联合化疗治疗急性淋巴细胞白血病的护理[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(3):217-218.