



不同剂量辛伐他汀治疗脑梗死的临床疗效和药理分析

杨 奕 (安化县人民医院 湖南益阳 413500)

摘要: **目的** 比较不同剂量辛伐他汀治疗脑梗死的临床疗效。**方法** 选择2014年10月-2016年12月期间在我院接受治疗的脑梗死患者46例作为研究对象,随机划入观察组和对照组,其中观察组23例,对照组23例,分别接受双倍常规剂量和常规剂量辛伐他汀治疗,比较两组患者的治疗总有效率和治疗前后DNS神经缺损评分。**结果** 观察组患者显效11例,有效10例,无效2例,总有效率91.3%;对照组患者显效10例,有效5例,无效8例,总有效率65.2%;组间差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。观察组患者治疗前DNS评分 25.3 ± 1.2 分,治疗后DNS评分 8.2 ± 0.6 分;对照组患者治疗前DNS评分 25.5 ± 1.3 ,治疗后DNS评分 12.9 ± 0.7 分,两组患者治疗后DNS评分差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。**结论** 大剂量辛伐他汀冲击治疗脑梗死临床效果显著,值得临床应用和推广。

关键词: 辛伐他汀 脑梗死 临床

中图分类号: R743.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 05-185-02

为了比较不同剂量辛伐他汀治疗脑梗死的临床疗效,选择2014年10月-2016年12月期间在我院接受治疗的脑梗死患者46例作为研究对象进行临床研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2014年10月-2016年12月期间在我院接受治疗的脑梗死患者46例作为研究对象。全部患者均经CT、MRI和临床诊断确诊为急性脑梗死,符合全国脑血管病学术会议脑梗死临床诊断标准,排除合并严重器质性病变、多脏器功能不全、恶性肿瘤、凝血功能异常患者^[1]。将全部患者随机划入观察组和对照组,其中观察组23例,年龄58-76岁,平均年龄 65.2 ± 9.7 岁;男12例,女11例。对照组23例,年龄60-78岁,平均年龄 66.4 ± 8.9 岁;男13例,女10例。两组患者一般资料差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

两组患者均接受脑循环改善、抗血凝、血压控制、电解质纠正等常规治疗。对照组在常规治疗基础上接受辛伐他汀常规剂量治疗,睡前顿服辛伐他汀20mg/d。观察组接受双倍常规剂量辛伐他汀冲击治疗,睡前顿服辛伐他汀40mg/d。两组患者均持续用药12周。

1.3 观察指标

两组患者接受治疗前后分别接受DNS临床神经功能缺损评分,比较两组患者的治疗总有效率:

显效:DNS评分减少91%以上;有效:DNS评分减少49-90%;无效:DNS评分减少不足49.8%;总有效率=显效率+有效率。

1.4 统计学方法

本次研究使用SPSS15.0统计学软件进行数据的分析和处理,计数资料(n,%)经卡方检验,计量资料($\bar{x} \pm s$)经t检验, $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果

观察组患者显效11例,有效10例,无效2例,总有效率91.3%;对照组患者显效10例,有效5例,无效8例,总有效率65.2%;组间差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

表1: 两组患者治疗总有效率比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	23	11	10	2	21 (91.3)
对照组	23	10	5	8	15 (65.2)
χ^2					4.600
P					0.032

2.2 DNS评分

观察组患者治疗前DNS评分 25.3 ± 1.2 分,治疗后DNS评分 8.2 ± 0.6 分;对照组患者治疗前DNS评分 25.5 ± 1.3 ,治疗后DNS评分 12.9 ± 0.7 分,两组患者治疗后DNS评分差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

表2: 两组患者治疗前后DNS评分

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	23	25.3 ± 1.2	8.2 ± 0.6
对照组	23	25.5 ± 1.3	12.9 ± 0.7
t		0.542	24.449
P		0.590	0.000

3 讨论

脑梗死是常见的神经系统疾病,中老年人群多发,致死率致残率较高,严重威胁患者生命,预后差、后遗症多,影响患者的生存质量^[2]。随着我国人口老龄化程度的不断加剧,近些年脑梗死的发病率有上升趋势,老年患者身体机能出现退行性变,对疾病耐受能力差,并且容易合并其它心脑血管疾病和慢性病,脑梗死发病病情更加严重。现阶段临床治疗脑梗死以脑神经细胞灌注保护、抗凝溶栓治疗为主,降脂治疗并没有受到重视^[3]。

他汀类药物是常见降脂药物。临床研究显示,脑血管高危人群使用他汀类药物,在低血胆固醇水平下能够有效降低缺血性脑卒中的发生率,有着明显的多效性。通过抑制单核细胞表面粘附因子表达水平,减少单核巨噬细胞的粘附浸润血管壁作用,从而有效抑制血管壁炎症的发生,发挥脑保护作用^[4]。急性脑梗死导致氧化应激反应,半暗带缺血,释放大氧化自由基和超氧化物活性氧,加速神经元凋亡,加剧缺血性脑损伤^[5]。脑梗死患者使用辛伐他汀,能够有效抑制平滑肌细胞的增殖与迁移,促进内皮一氧化氮的合成,改善内皮功能,促进血流和血管壁之间抗血栓界面的形成,恢复半暗带血供,从而对受损神经元发挥保护作用,减缓内皮细胞凋亡,降低胆固醇含量,减少胆固醇沉积,抑制泡沫细胞形成,减缓斑块的形成速度,提高斑块稳定性,降低血清TNF- α 水平。有相关临床研究表明,脑梗死并发30min以内给予辛伐他汀,患者脑梗死面积显著减小,推测辛伐他汀的脑组织保护作用可能和脑中诱导血脑屏障通透性有关^[6]。缺血性脑组织损伤过程比较复杂,缺血会导致脑神经组织出现多种生理改变,脑神经组织结构损伤,影响脑组织功能重塑,尤其是脑缺血之后新生血管再生、突触组织的重新形成以及神经传导通路破坏,各种复杂的损伤机制都加剧了脑梗死之后的神经损伤,增加了神经功能恢复的难度。而辛伐他汀则能够有效恢复脑内侧支微循环,挽救半暗带脑神经组织,减少脑梗死组织面积,为神经功能恢复打好基础。辛伐他汀药物代谢动力学特点比较特殊,患者口服吸收良好,肝脏组织药物浓度更高,首关消除反应强烈,经肝脏水解,生成 β -羟酸活性代谢物,经肾脏排出13%,大剂量使用不会造成严重的肝肾毒性。本次研究中使用双倍常规剂量辛伐他汀治疗脑卒中,患者神经功能缺损减少程度更高,治疗总有效率高于常规剂量,综合效果比较理想。

结语: 大剂量辛伐他汀冲击治疗脑梗死临床效果显著,有较高临床应用和推广价值。

参考文献

(下转第187页)



服用帕利哌酮致全身湿疹型药疹 1 例

施岩塔 (宁德市福安精神病人疗养院 福建宁德 355000)

关键词: 帕利哌酮 湿疹型药疹

中图分类号: R758.24

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187(2017)05-187-01

1 病例

患者男, 58岁。以“孤癖话少, 伴冲动行为15年”为主诉住院治疗, 患者因受刺激后起病, 孤癖不与人交往, 躲在家中, 间或冲动毁物, 病情严重时殴打父母。先后多次在我院住院治疗, 诊断为“精神分裂症”。10多年来, 曾先后调整过多种治疗方案, 给予“氯氮平、利培酮、喹硫平、阿立哌唑”等治疗, 疗效一般, 均不能彻底改善其精神病性症状。2015年5月18日, 开始改用“帕利哌酮缓释片”6mg/d+“奋乃静”8mg/d口服, 因患者改药后夜眠欠佳, 加用“异丙嗪”50mg/qn。疗效可, 精神病性症状控制良好。但于2015年10月之后, 患者不时诉有全身搔痒, 体检只是见到少量抓痕, 无明显斑、丘疹、风团等, 未给予特殊处理。12月底, 患者皮肤搔痒症状加重。全身多处见大面积暗红色丘疹。尤其双侧大腿更甚。外用“三九皮炎平”, 疗效差。请闽东医院皮肤科会诊, 考虑为湿疹型药疹, 并通过摩拉(MORA)生物共振仪筛查过敏源, 确诊其皮炎源于长时间服用“帕利哌酮缓释片”所致。在以“氨磺必利”替代“帕利哌酮缓释片”的前提下, 以H₂受体阻滞剂口服及糖皮质激素乳膏外用。20多天后, 皮疹逐渐消退, 恢复正常。

2 讨论

湿疹型药疹的患者多数之前接触或外用过过敏药物, 使局部皮肤致敏并引起接触性皮炎, 以后再次口服或注射了相同或相似药物导致, 出现全身泛发性湿疹样改变。皮损表现为大小不等的红斑、丘疹、丘疱疹及水疱, 常融合成片, 泛发全身, 可继发糜烂、渗出。迁延者呈慢性湿疹样改变。^[1] 该患者曾有过“利培酮”口服的病史, 但并无“利培酮”过敏的记录。且因患者呈衰退状态, 不能很好回顾既往病史, 无法确认是否曾启动I型变态反应。

“帕利哌酮缓释片”做为新一代抗精神病性药物, 进入临床使用以来, 就以其疗效好, 副作用小而广受好评, 但过敏性疾病属于机体自身变态反应, 即便发生概率<0.01%^[2] 临床医生在日常工作中一样不可忽视。尤其针对社会功能退缩的精神分裂症患者, 早发现、早诊断、早治疗。及时解除过敏源、采取相应的对症治疗, 至要!

参考文献

[1] 张学军. 皮肤病学[M]. 人民卫生出版社. 2013.

[2] 帕利哌酮缓释片说明书

(上接第184页)

[J]. 长江大学学报(自科版)医学下旬刊, 2014, (10):49-50.

[2] 刘伟华, 彭云水, 邢玉英等. 不同浓度瑞芬太尼在老年患者胸科手术麻醉中的效果[J]. 天津医药, 2010, 38(7):572-575.

[3] 单玉兰. 瑞芬太尼不同麻醉方法用于剖胸手术应激反应的研究[J]. 中国基层医药, 2014, 21(1):112-114.

(上接第185页)

[1] 戴轶伟. 瑞舒伐他汀治疗脑梗死急性期的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2016, 16(6):773-774, 775.

[2] 陈国强. 联用辛伐他汀和氯吡格雷对脑梗死患者进行治疗的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2016, 14(22):103-104.

[3] 任新光, 李昕. 阿托伐他汀、辛伐他汀对脑梗死患者血清MDA、SOD的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(3):16-18.

(上接第186页)

成另一种物质, 即环次磺胺, 最后以共价键再异性地与巯基相结合, 达到抑制泌酸的效果。当胃内PH值下降并小于5.4时, 可促进凝血的分解, 加快止血效果。临床研究总结: 该药物作用期间, 于夜间效果更明显^[5-6]。结合本次实验研究结果显示: 观察组患者的外周血白细胞为 $(6.22 \pm 0.12) \times 10^9/L$ 、高敏C反应蛋白为 (0.31 ± 0.05) (mg/L)、白细胞介素-8为 (0.25 ± 0.03) ng/L, 对应参数均优于对照组, ($P < 0.05$)。这一研究结果与杨志刚^[7]报道基本相似, 可见, 泮托拉唑对炎症因子的影响更有效, 同时观察组以(97.06%)的总有效率远远高于对照组上消化道出血患者的总有效率。实验数据足以说明: 泮托拉唑相对奥美拉唑治疗方法而言更有优势, 是上消化道出血患者一种较为理想的治疗选择, 故在临床应用中具有推广的价值。

综上, 根据药理学及药动学对治疗方法、治疗效果做评估后, 建议采用泮托拉唑治疗上消化道出血性疾病。此外, 希望广大临床医生在治疗方案的安全性方面深入研究, 为减轻患者的疾病困扰, 提升日常生活质量提供更有效的治疗选择。

[4] 羊翀. 瑞芬太尼在胸外科麻醉手术中的麻醉效果[J]. 中国社区医师, 2016, 32(15):75-76.

[5] 冯裕, 陈伟志, 刘庆龙等. 瑞芬太尼复合丙泊酚全凭静脉麻醉在老年开胸手术中的应用[J]. 中国医药指南, 2010, 08(16):80-81.

[6] 孙红, 阙红莉. 瑞芬太尼靶控输注在老年患者胸外科手术中的临床观察[J]. 中国医药科学, 2012, 02(19):97-98.

[4] 陈建权, 孔令希, 温会新等. 辛伐他汀对糖尿病脑梗死患者血清内皮素-1、一氧化氮、循环内皮细胞的影响及时效关系[J]. 中国药业, 2013, 22(18):16-17.

[5] 李亚军. 不同剂量辛伐他汀治疗脑梗死的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2016, 16(3):299-301.

[6] 巫朝佐. 不同剂量辛伐他汀治疗脑梗死的疗效和药理作用[J]. 生物医学工程学进展, 2016, 37(2):108-110.

参考文献

[1] 李延海, 刘志国, 陈洪芳. 160例不同性别老年人上消化道出血的临床分析[J]. 中国老年保健医学, 2010, 10(05):17-18.

[2] 李杰. 急性上消化道出血的诊断及临床治疗研究进展[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(22):3056-3058.

[3] 王颖. 奥美拉唑治疗消化道出血的疗效观察与分析[J]. 中国医药指南, 2015, 11(06):89-90.

[4] 侯艾林, 贺汉军, 唐建萍. 上消化性出血患者使用泮托拉唑治疗的药效学及药动学分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 28(09):1448-1451.

[5] 王小华. 上消化道出血192例临床观察与治疗分析[J]. 吉林医学, 2011, 12(06):373-374.

[6] 覃桂聪. 急性上消化道出血的治疗新进展[J]. 广西中医药大学学报, 2015, 18(01):78-80.

[7] 杨志刚. 上消化出血性患者使用泮托拉唑治疗的药效学及药动学探讨[J]. 中国医药指南, 016, 14(17):22-24.