



尤瑞克林联合高压氧对急性脑梗死治疗的临床效果分析

左微萍 (衡阳市第一人民医院, 湖南衡阳 421002)

摘要: **目的** 探讨急性脑梗死运用尤瑞克林和高压氧联合治疗的临床效果。**方法** 选择我院2014年2月-2015年2月期间收治的急性脑梗死患者118例为研究对象, 采用数字随机法将其分为两组, 其中给予对照组常规治疗, 而观察组则运用高压氧和尤瑞克林联合治疗, 对两组的治疗效果进行比较分析。**结果** 治疗前, 两组的NIHSS评分和Barthel评分比较无明显差异($P>0.05$); 治疗后, 与对照组比较, 观察组的NIHSS评分和Barthel评分改善明显, 组间比较差异显著($P<0.05$); 同时, 两组的治疗效果比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 临床上运用高压氧和尤瑞克林对急性脑梗死进行联合治疗, 能够改善患者的神经功能, 提高生活自理能力。

关键词: 急性脑梗死 高压氧 尤瑞克林

中图分类号: R743.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 11-055-02

Yuri Clinton to analysis the clinical effect of hyperbaric oxygen treatment on acute cerebral infarction

Zuo Wei-ping, Hengyang city first people's hospital, Hunan 421002, China

Abstract: **Objective** To analyze the clinical effect of acute cerebral infarction by Yuri Clinton and hyperbaric oxygen combined treatment. **Methods** Select our hospital 2014 February 2015 February admitted during the period of acute cerebral infarction patients with 118 cases as the object of study, using were randomly divided into two groups, which were given to the control group received routine treatment, while the observation group is the use of hyperbaric oxygen and urinary kallidinogenase combined treatment, the therapeutic effect of the two groups for comparative analysis. **Results** Before treatment, two groups NIHSS score and Barthel score no significant difference ($P>0.05$); after treatment, compared with the control group, observation group of NIHSS and Barthel score improved significantly, between group difference was significant ($P<0.05$); at the same time, difference in the therapeutic effect of the two groups have statistical significance ($P<0.05$). **Conclusion** The clinical using hyperbaric oxygen and urinary kallidinogenase on acute cerebral infarction by combined treatment, can improve the nerve function of patients, improve self-care ability.

Key words: Acute cerebral infarction hyperbaric oxygen Yuri Clinton

急性脑梗死是发病率较高的一种缺血性脑血管疾病, 具有高复发率、高致残率以及高死亡率等特点, 给家庭和社会带来沉重的负担。当前临床上在对急性脑梗死进行治疗时, 溶栓是常用的一种方法, 但是溶栓有严格的适应证和时间窗, 并不适用于所有患者, 所以脑梗死的致残率依然居高不下。因此, 本文对急性脑梗死运用尤瑞克林和高压氧联合治疗的临床效果进行了探讨, 如下报道。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择我院2014年2月-2015年2月期间收治的急性脑梗死患者118例为研究对象, 采用数字随机法将其分为两组, 每组59例。对照组中37例为男性、22例为女性, 年龄61-82岁, 平均年龄为(72.2±5.6)岁; 观察组中女性24例、男性35例, 年龄62-83岁, 平均年龄为(72.3±5.7)岁。入选标准: ①NIHSS评分为4-25分; ②经颅脑MRI或者CT检查结果确诊; ③发病时间<48h。排除标准: ①合并痴呆、精神疾病者; ②合并心功能不全或者严重肝肾功能障碍者; ③合并脑出血者。两组的性别、年龄等资料比较无明显差异($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组采用常规治疗, 即将患者的病情作为基本依据, 给予患者营养脑细胞、抗血小板聚集、控制血压、改善微循环、控制血糖以及神经康复治疗等。

1.2.2 观察组 观察组在常规治疗的基础上, 再运用尤瑞克林和高压氧联合治疗, 即运用0.9%氯化钠注射液100ml+0.15PNA单位注射用尤瑞克林(生产厂家: 广东天普生化医药股份有限公司, 国药准字H20052065, 规格0.15PNA单位/瓶)对患者进行输液泵泵入, 需要注意的是, 一定要控制好泵入速度, 一般为1ml/min, 每天1次, 连续治疗14d。同时, 运用国产高压空气舱对患者进行高压氧治疗, 持续升压20min, 加压直到0.2MPa, 在稳定的情况下, 让患者戴上面罩吸氧, 掌握好吸氧时间, 一般为60min, 然后减压35min, 1

次/d, 连续治疗14d。

1.3 疗效判定标准

根据卒中量表(NIHSS)评分下降情况, 将治疗效果分为4个等级: ①基本痊愈。NIHSS评分较治疗前下降91%-100%; ②显效。NIHSS评分较治疗前下降46%-90%; ③有效。NIHSS评分较治疗前下降18%-45%; ④无效。NIHSS评分较治疗前上升≥18%。

1.4 统计学分析

采用SPSS15.5统计软件分析本次研究数据, 采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)来对NIHSS评分等计量资料进行表示, 运用t检验组间对比, 采用百分率(%)来对治疗效果等计数资料进行表示, 运用 χ^2 对组间对比进行检验, 以 $P<0.05$ 表示差异明显。

2 结果

2.1 两组NIHSS评分治疗前后对比

两组的NIHSS评分治疗前比较无明显差异($P>0.05$); 治疗后, 与对照组比较, 观察组的NIHSS评分下降明显, 组间比较差异有统计学意义($P<0.05$), 如表1。

表1: 两组NIHSS评分治疗前后对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组(n=59)	11.33±3.08	7.26±4.34
观察组(n=59)	11.25±3.31	4.01±3.08
t值	0.782	8.092
P值	>0.05	<0.05

2.2 两组临床治疗效果对比

表2: 两组临床治疗效果对比[n(%)]

组别	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组(n=59)	8(13.56)	21(35.59)	15(25.42)	15(25.42)	44(74.58)
观察组(n=59)	15(25.42)	44(74.58)	8(13.56)	2(3.39)	57(96.61)
χ^2 值	11.823				
P值	<0.05				

(下转第58页)



慢静脉注射,而后改为给患者静脉点滴。对于频发又严重的癫痫患者,转诊上级医院进行手术治疗。

3.4 心脏骤停引起的昏迷

心脏骤停会引起大脑缺氧继而引发昏迷现象,心脏骤停的发生原因有很多种,譬如心脏疾病、剧烈运动的过激反应、高血钾或低血钾以及其他类型的电解质异常、哮喘、药物中毒等都会引发心脏骤停的现象,这种现象本身就有极高的几率造成患者死亡,并且其引发的昏迷大多数都是由于大脑缺氧或缺血导致的,而这种缺血或缺氧的状况如果不能快速缓解,就会导致脑损伤或者脑死亡,这都是致命的。

对于心脏骤停引起的昏迷,首先对患者的呼吸和心跳进行检查,如果患者的心跳停止那么就必须对患者采取心肺复苏以及强心针注射,让患者拥有正常的呼吸,并且同时利用高纯度氧气对患者的呼吸系统进行氧气供应,不过需要注意

的是在患者恢复自主意识或者是呼吸正常之前是不能对患者进行供氧的,否则很可能造成患者呛气,从而可能对患者造成生命危险。患者在心跳骤停的情况下,大脑皮层只能维持4到6分钟的时间,这是对患者的黄金抢救时间,一旦过了这个时间患者就会出现脑死亡的情况。因此,对于心脏骤停的患者抢救一定要及时并且有效,争取在最短的时间恢复患者的呼吸从而使得患者的大脑得到血和氧的供给。在患者呼吸恢复之后,要对患者的身体进行一系列的抽血检测根据患者自身的情况对患者进行药物治疗。

参考文献

[1] 沈洪. 急诊医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:160.

[2] 黄春艳. 癫痫持续状态的临床护理体会[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(02):242-243.

(上接第55页)

相比较对照组而言,观察组的治疗总有效率明显较高,组间比较差异显著($P<0.05$),如表2。

3 讨论

急性脑梗死具有复杂的发病机制和病因,主要指的是因为脑血流障碍使脑组织长时间处于缺氧、缺血状态,损伤线粒体功能,使神经细胞能量代谢障碍,逐渐消耗ATP,离子代谢失调,增加自由基生成,破坏细胞膜结构,增加细胞膜通透性,使神经元死亡^[1]。所以临床上在对急性脑梗死进行治疗时,尽快改善缺氧缺血状态的其中的一个关键环节。尤瑞克林作为一种人尿中激肽原酶,激肽原酶可以对体内的激肽原进行水解,产生大量的激肽,激肽对血管内皮细胞上的激肽受体产生直接作用后,生成大量的前列环素和一氧化氮,使血管舒张,对新生血管形成起到积极的促进作用,对氧化应激进行抑制,对细胞凋亡进行抑制^[2]。临床研究资料表明,尤瑞克林可以对神经干细胞分化和增殖起到积极的促进作用,使皮层梗死周围的血管密度提高,使缺血区软脑膜血管舒张,有助于梗死灶周围再生血管。高压氧作为一种物理疗法,可以将氧分压提高,使机体内血氧含量增加,使脑组织的缺氧状态得到改善,使无氧糖酵解减轻,使患者的早期缺血得到改善,有助于恢复患者的神经功能^[3]。同时,高压氧可以对脑组织的低氧状态进行纠正,使有氧代谢恢复,生成大量的ATP,使 $\text{Na}^+-\text{K}^+-\text{ATP}$ 酶损伤减轻,给予组织细胞能量,使脑细胞功能得到保护^[4]。此外,高压氧可以使有氧代谢增加,使

酸性有害代谢产物生成减少,有助于缺血组织建立侧支循环,对毛细血管再生起到积极的促进作用,恢复缺血半暗带的可逆神经细胞功能,使病程缩短,降低致残率^[5]。在本次研究中,观察组的总有效率为96.61%,明显高于对照组的74.58%,并且与对照组比较,观察组的NIHSS评分改善明显,治疗效果较好,这一结果与薛广团^[6]等研究报道一致。

综上所述,临床上给予急性脑梗死患者尤瑞克林和高压氧联合治疗,可以改善患者的神经功能,提高治疗效果,值得推广。

参考文献

[1] 赵春哲. 依达拉奉联合尤瑞克林治疗急性脑梗死临床分析[J]. 中外医疗, 2014, 36(9):112-113.

[2] 孙琦, 李鸿梅. 急性脑梗死患者行尤瑞克林与依达拉奉联合治疗的效果观察[J]. 中国现代药物应用, 2015, 23(2):126-127.

[3] 李珂. 尤瑞克林联合依达拉奉治疗老年急性脑梗死97例临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 73(9):122.

[4] 韩征宇. 尤瑞克林联合高压氧治疗急性脑梗死的临床疗效[J]. 中外医学研究, 2015, 30(3):6-8.

[5] 黄忠文. 尤瑞克林联合奥扎格雷钠治疗急性脑梗死疗效分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 12(5):31-33.

[6] 薛广团, 马超颖, 李柱. 疏血通注射液联合尤瑞克林治疗急性进展性脑梗死的临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2012, 23(8):7-8+11.

(上接第56页)

节不稳定、关节软骨损伤或三角纤维软骨盘(TFCC)损伤等进行探查、修补和清理,但该方法具有其局限性。

7 人工腕关节置换

人工腕关节逐渐被应用于临床,因腕关节严重创伤、关节僵硬和严重创伤性关节炎的患者提供了一种可供选择的新方法。

8 骨或骨替代物移植问题

桡骨远端骨折属松质骨骨折,常有干骺端骨缺损,尤其是老年骨质疏松明显的病人。作骨移植的适应证有:严重的粉碎性骨折,干骺端压缩,复位后存在缺损,关节面有下沉倾向者;严重的骨质疏松,容易造成各种内固定物松动而引起骨折再移位或畸形愈合者。植骨的目的是为关节内骨折块提供支撑,诱导骨生长,促进骨愈合,减少外固定时间,为尽早开始功能锻炼、减少并发症创造条件。但是,关于多大

的缺损需要植骨尚无统一的标准。目前自体松质骨被认为是最佳的骨移植,具有良好的骨诱导性和骨传导性,并能提供结构上的支撑。

桡骨远端骨折以往多保守治疗,近年随着观念的改变、手术治疗在临床上越来越多,对于病人功能的康复具有积极的意义。但桡骨远端骨折机制和形式的多样性,没有一种单一疗法适用于所有类型的骨折。因此,桡骨远端骨折的治疗方法一定要根据骨折的类型,并结合病人的具体情况慎重选择。

参考文献

[1] Bruce D. Bower, Jesse B. Jupiter, Alen M. Levine, Peter G. Trafton. SKELETAL TRAUMA 1285 页

[2] Bruce D. Bower, Jesse B. Jupiter, Alen M. Levine, Peter G. Trafton. SKELETAL TRAUMA 1292 页

[3] Bruce D. Bower, Jesse B. Jupiter, Alen M. Levine, Peter G. Trafton. SKELETAL TRAUMA 1296 页