

急性脑梗死患者应用阿替普酶治疗的临床效果观察

韦永飞

融安县人民医院 广西柳州 545400

〔摘要〕目的 探析急性脑梗死患者应用阿替普酶治疗的临床效果。方法 用随机摸球法将我院 40 例急性脑梗死患者均分成甲组和乙组, 分别施以对症治疗、对症联合阿替普酶治疗。结果 治疗后, 乙组各炎症指标水平、脑功能损伤程度均低于甲组 ($P < 0.05$)。乙组临床治疗优良率 95.00% 高于甲组 65.00% ($P < 0.05$)。结论 在对症治疗基础上, 给予急性脑梗死患者阿替普酶治疗, 可改善其炎症水平与脑功能损伤程度, 强化临床治疗效果。

〔关键词〕阿替普酶; 急性脑梗死; 脑功能损伤程度; 炎症; 治疗效果

〔中图分类号〕R743.33 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 05-046-02

急性脑梗死为临床常见心血管疾病类型之一, 具有高发病率、高致残率、高致死率特点, 多见于老年人^[1]。急性脑梗死发病期间, 机体中会分泌较多炎症因子和氧自由基, 导致患者出现神经元炎症反应与过氧损伤, 对其脑部造成不可逆性损害。溶栓是帮助脑梗死患者恢复脑部血流的主要手段, 也是挽救其生命的重要举措^[2]。阿替普酶为血栓溶解药, 临床上主要将其用于脑梗死、急性心肌梗死与其他血管疾病等治疗中。为了解在急性脑梗死患者治疗中阿替普酶作用, 现对本院 40 例急性脑梗死患者展开探讨。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选择我院 2018 年 3 月至 2020 年 3 月收治的 40 例急性脑梗死患者, 依照随机摸球法分成甲组和乙组, 各 20 例。甲组: 12 例男, 8 例女; 年龄 40~85 岁, 平均 (69.75 ± 2.34) 岁; 病程 0.5~4.3h, 平均 (2.31 ± 0.62) h。乙组: 13 例男, 7 例女; 年龄 40~85 岁, 平均 (69.78 ± 2.36) 岁; 病程 0.5~4.4h, 平均 (2.29 ± 0.58) h。两组基础数据相比, 无统计学差异 ($P > 0.05$), 可对比。

入组标准: 满足急性脑梗死临床诊断标准^[3], 经头颅 CT 确诊; 发病至入院时间不超过 4.5h; 各项检查、诊疗数据完整; 家属了解本次研究内容, 同意患者加入研究, 并通过医院医学理论委员会批准。

排除标准: 存在重要器官功能缺陷者; 近期内接受过动脉穿刺或重大手术者; 颅内出血者; 有阿替普酶禁忌症者; 精神疾病者。

1.2 方法

甲组给予对症治疗: 采用胞磷胆碱、依达拉奉等药物保护脑组织, 减轻神经功能损伤。根据患者合并症类型, 予以降血糖、降压、降脂、抗血栓等实施基础治疗; 对脑水肿者, 应用 20% 甘露醇实施静脉滴注, 减轻脑水肿; 对不能进食者, 予以营养支持治疗。

乙组在甲组基础上, 运用阿替普酶 (生产厂家: 吉林省辉南长龙生化药业股份有限公司, 国药准字 H22023079) 治疗: 予以患者 0.9mg/kg 注射用阿替普酶, 其中, 10% 实施静脉滴注, 1min 内确保用药完毕, 90% 进行静脉滴注, 时间控制于 1h 以上。最初用药 24h 内, 注意观察患者各项生命体征变化, 前 2h 每隔 15min 检测 1 次血压, 之后每隔 1h 检测 1 次, 同时, 开展静脉降压治疗, 保证患者血压低于 180/100mmHg。溶栓后 1d, 嘱咐患者保持绝对卧床休息, 治疗后 45min, 观察患者舌唇, 查看其是否出现血源性水肿, 一旦发现异常, 立即停止用药。

1.3 观察指标

(1) 观察两组治疗前后炎症指标水平 [超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素 1 β (IL-1 β)]、神经功能损伤情况。通过神经功能缺损程度评分 (NHSS), 判断患者治疗前后神经功能损伤程度。NHSS 评分范围 0~42 分, 分值越低, 提示患者神经功能损伤越轻。

(2) 观察两组临床治疗效果。临床疗效判定标准^[4]: 优: 各临床症状全部消失, NHSS 评分下降超过 90%, 生活能自理; 良: 各临床症状明显减轻, NHSS 评分降低 90%~46%, 部分生活可自理; 中: 各临床症状好转, NHSS 评分下降 45%~18%, 生活需他人帮助; 差: 均未达到以上标准。治疗优良率 = 优率 + 良率 + 中率。

1.4 统计学分析

以统计学软件 SPSS24.0 处理数据, 计数、计量资料分别行 χ^2 、t 检验, $P < 0.05$, 即差异明显。

2 结果

2.1 两组治疗前后炎症指标水平、神经功能损伤情况对比

治疗前, 两组 hs-CRP、TNF- α 、IL-1 β 、NHSS 评分相比, 均无明显差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 较甲组, 乙组以上各指标均较低 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 两组治疗前后炎症指标水平、神经功能损伤情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=20)	hs-CRP/mg · L ⁻¹		TNF- α /ng · L ⁻¹		IL-1 β /ng · L ⁻¹		NHSS/ 分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
甲组	44.86 $\pm$ 5.71	27.65 $\pm$ 5.12	59.36 $\pm$ 7.25	38.11 $\pm$ 7.04	96.24 $\pm$ 10.78	58.76 $\pm$ 10.35	18.26 $\pm$ 3.24	12.41 $\pm$ 2.37
乙组	44.79 $\pm$ 5.63	18.47 $\pm$ 4.79	59.43 $\pm$ 7.28	34.21 $\pm$ 6.13	96.31 $\pm$ 10.92	39.82 $\pm$ 8.42	18.29 $\pm$ 3.27	8.06 $\pm$ 1.24
t	0.039	5.855	0.030	1.868	0.020	6.348	0.029	7.273
P	0.485	0.000	0.488	0.035	0.492	0.000	0.488	0.000

表 2: 两组临床治疗效果对比 n (%)

组别	例数	优	良	中	差	优良
甲组	20	5 (25.00)	5 (25.00)	3 (15.00)	7 (35.00)	13 (65.00)
乙组	20	8 (40.00)	7 (35.00)	4 (20.00)	1 (5.00)	19 (95.00)
χ^2						3.906
P						0.048

2.2 两组临床治疗效果对比

两组治疗总有效率相比,乙组较高($P < 0.05$),见表 2。

3 讨论

诸多研究表明,在急性脑梗死发生 4.5h 内实施溶栓治疗效果最佳,能明显促进患者预后改善。目前,临床上常用的溶栓药物包括尿激酶与阿替普酶。尿激酶属于第 1 代静脉溶栓药,具有理想纤维溶解效果,但其不适宜用于合并全身性或颅内出血患者,因此,其在临床上的应用范围受到一定限制。阿替普酶属于纤溶酶原激活剂,其是借助 DNA 重组方法制成,有高度选择性,能协助纤溶酶和纤维蛋白的结合,且不会对患者纤溶状态造成不良影响。由于阿替普酶能选择性地促使纤溶酶原激活,故不会出现链激酶相关性出血并发症。经静脉注射 10min,阿替普酶血栓清除率可达到 80% 左右,能有效促进患者阻塞动脉再通,从而减轻其神经功能损伤程度。当前,阿替普酶是临床上唯一一个通过循证医学认可的有效治疗急性脑梗死溶栓药物,其为第 2 代溶栓药物,主要通过赖氨酸残基和血栓内网状纤维蛋白相结合生成纤溶酶原,以发挥血栓溶解效果。在阿替普酶作用下,可有效减轻患

者梗死程度,减轻炎症反应,从而保证患者预后良好。

本研究中,治疗后,乙组各项炎症指标及脑梗死损伤程度和甲组相比,均明显较好,这提示阿替普酶能促进患者炎症反应的消失,减轻其神经功能损伤。乙组治疗优良率与甲组相比,显著较高,可见阿替普酶在急性脑梗死患者中的治疗效果较为突出。

综上,阿替普酶用于治疗急性脑梗死患者效果较为理想,值得推广。

[参考文献]

- [1] 杨静,史兆春,戚志强,等.中性粒-淋巴细胞比值与急性脑梗死的关系[J].医学研究生学报,2018,31(10):63-66.
- [2] 汪晓珍,倪志福,王云甫.rt-PA 静脉溶栓对大面积脑梗死病人脑周围组织血流动力学的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(10):1427-1430.
- [3] 李黎黎.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床效果观察[J].山西医药杂志,2019,48(10):71-73.
- [4] 杨自生,金琪.奥扎格雷钠联合依达拉奉治疗急性脑梗死疗效观察[J].山西医药杂志,2018,47(15):72-73.

(上接第 43 页)

的用药时间上进行控制,能够有效优化抗菌药的使用情况,提升用药效果^[2-3]。

本文研究显示,观察组患者抗菌药不良事件、抗菌药用药不合理的概率相比对照组,优势更加显著($P < 0.05$),观察组抗菌药用药情况分类相比对照组,差异明显($P < 0.05$),本次对医院一类切口手术实施抗菌药用药干预,能够提升抗菌药使用的合理性,优化药物的应用方案,降低用药不良事件的发生率。

综述,对医院一类切口围手术期应用抗菌药物进行抗菌药用

药干预,能够提升用药的合理性,值得在用药管理中借鉴推广。

[参考文献]

- [1] 谭慧,段金菊,王欣春.Ⅰ类切口围术期预防应用抗菌药物管理实践及评价[J].临床医药实践,2020,29(05):367-370.
- [2] 叶志芬,詹秋璇,黎玉芬.PDCA 循环在降低普外科Ⅰ类切口清洁手术围手术期预防用抗菌药物中的应用[J].中国处方药,2020,18(03):62-63.
- [3] 王峰.药学干预对Ⅰ类切口围手术期使用抗菌药物的评估分析[J].心理月刊,2020,15(05):191.

(上接第 44 页)

耐受性相对比较低下。孕妇需对胎儿所受的影响深入考虑,受精半个月很难见到药物导致的畸形^[5]。受精的三周以及 3 个月期间容易遭受药物的影响,其功能与形态容易发生异常,导致胎儿畸形。特别是哺乳期的妇女,需考虑会不会因为乳汁分泌对婴儿造成不利。

3.6 药物储存保管

将药品按照不同的性质与类型正确保管,若保管条件不当,很容易造成药品变质,甚至出现毒性物质威胁到患者的生命健康。患者对此咨询最多的当属预混型胰岛素的存放与使用,未使用时可将其存放在冰箱中,使用时无需将其放在冰箱中。冰箱内部的温湿度较大,反复从冰箱中将药物取出放回,很容易因为热胀冷缩的缘故导致药物浪费。笔芯开启后可在室温下保存 4-6 周,无需担心失效。

3.7 不良反应

部分药物的不良反应标注不够规范,特别是中药制剂,缺乏明确的不良反应,进口药物标注的不良反应不明确,其禁忌症比较繁杂,患者很容易因为担心不良反应不敢用药,这就需为患者

耐心解释,讲述不良反应出现的原因,告知患者不良反应的出现是大量使用药物所致,短时间内局部使用发生率低下,容易耽误病情。

综上所述,药物咨询目前已是各大医院发展的重要工作,患者因为对药物知识的匮乏,容易致使不合理性大大增加。通过与药师的沟通可提高用药合理性,将不良反应发生率降低,帮助患者快速解决遇到的问题,合理的使用药物。

[参考文献]

- [1] 魏涵,张毅,史香芬,等.我院门诊药物咨询记录总结与案例分析[J].海峡药学,2018,30(006):274-276.
- [2] 李晶,汤道权,石祥奎,等.569 例儿科患者用药微信咨询的回顾性分析[J].抗感染药学,2018,15(009):1492-1495.
- [3] 马莉.门诊西药房药物咨询情况的调查分析[J].中国医药指南,2017,15(007):27-28.
- [4] 刘超兰.我院门诊药房药物咨询案例分析[J].养生保健指南,2018,000(001):227-228.
- [5] 侯广杰.某院 2014 ~ 2015 年门诊西药房药物咨询情况调查分析[J].中国处方药,2017,15(002):51-52.

(上接第 45 页)

此次试验结果显示,甲组患者的治疗有效率为 81.67%,乙组患者的治疗有效率为 98.33%,经过统计学对比, $p < 0.05$,表示差异具有统计学意义;治疗前,甲乙两组患者症状积分差异较小,经过统计学对比, $p > 0.05$,表示差异不具有统计学意义;治疗后,乙组患者症状积分显著优于甲组,经过统计学对比, $p < 0.05$;治疗前后,两组患者症状积分改善情况显著, $p < 0.05$,表示差异具有统计学意义。

综上所述,针对慢性胃炎患者,应用奥美拉唑联合阿莫西林进行治疗,临床效果显著,大幅度改善了患者的临床症状,值得

在临床中大力推广使用。

[参考文献]

- [1] 孔维嘉.奥美拉唑联合阿莫西林治疗慢性胃炎的效果研究[J].首都食品与医药,2020,27(08):44.
- [2] 李绍梅.观察奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎并胃溃疡的效果[J].中国医药指南,2020,18(07):163.
- [3] 张艳霞.阿莫西林与奥美拉唑联用治疗慢性浅表性胃炎患者的效果分析[J].心理月刊,2019,14(11):199.
- [4] 刘政欣.奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎并胃溃疡的临床效果观察[J].中国医药指南,2018,16(06):1-2.