

奥扎格雷联合依达拉奉治疗急性脑梗死效果观察

胡 敏

[摘要]目的:观察奥扎格雷联合依达拉奉治疗急性脑梗死的临床效果。方法:按照随机数表法,将 105 例急性脑梗死病人分为 3 组,对照一组 35 例,采用奥扎格雷治疗,对照二组 35 例,采用依达拉奉治疗,观察组 35 例,采用奥扎格雷联合依达拉奉治疗。比较 3 组临床治疗效果。结果:3 组总有效率差异有统计学意义($P < 0.05$),其中对照一组和对照二组总有效率均显著低于观察组($P < 0.01$)。治疗前,3 组神经功能缺损评分及日常生活能力评分差异均无统计学意义($P > 0.05$),治疗 3、7、14 d 后,差异均有统计学意义($P < 0.01$),其中观察组神经功能缺损评分均显著低于对照一组和对照二组($P < 0.01$),日常生活能力评分均显著高于对照一组和对照二组($P < 0.01$)。结论:奥扎格雷联合依达拉奉治疗能显著提升急性脑梗死病人的临床治疗效果。

[关键词] 脑梗死;奥扎格雷;依达拉奉;神经功能缺损;日常生活能力

[中图分类号] R 743.33 **[文献标志码]** A **DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.07.033

急性脑梗死属于神经内科常见疾病之一,具有较高的发病率^[1]。该病发病机制颇为复杂,在其病理发展期间,有诸多脑损伤机制参与其中,临床治疗有一定难度^[2]。目前急性脑梗死治疗药物主要为奥扎格雷以及依达拉奉^[3]。本文就两种药物联合治疗急性脑梗死的效果作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2016 年 1 月至 2017 年 1 月,我院共收治急性脑梗死病人 105 例,按照随机数表法,将其分为对照一组、对照二组、观察组,各 35 例。对照一组:男 19 例,女 16 例;年龄 53~74 岁;发病到救治时间为 2~18 h。对照二组:男 20 例,女 15 例;年龄 51~73 岁;发病到救治时间为 2~17 h。观察组:男 21 例,女 14 例;年龄 53~75 岁;发病到救治时间为 2~16 h。3 组病人一般资料具有可比性。

1.2 方法 3 组病人均接受降血脂、降血糖、控血压等常规治疗,并给予其 100 mg 阿司匹林(云南白药集团大理药业有限责任公司;生产批号:20151010)予以治疗,1 次/天。对照一组以奥扎格雷(海南葫芦娃制药有限公司;生产批号:20150919)治疗,将 80 mg 奥扎格雷溶于 250 mL 0.9% 的氯化钠注射液中,静脉滴注,2 次/天。对照二组采用依达拉奉(国药集团国瑞药业有限公司;生产批号:20151125)治疗,将 30 mg 的依达拉奉注射液溶于 100 mL 的 0.9% 氯化钠注射液中,静脉滴注,2 次/天。观察组则采用奥扎格雷 + 依达拉奉的

联合治疗,剂量与用法均无改变。

1.3 疗效判定 依照脑卒中临床神经功能缺损评分(NIHSS)^[4]以及日常生活能力表(BI)^[5]对 3 组病人进行评估。显效:病人脑神经功能基本恢复或有明显改善,生活能力恢复正常;有效:病人脑神经功能有所改善,生活基本可以自理;无效:病人脑神经功能几无改变或有恶化。总有效为有效 + 显效。

1.4 统计学方法 采用秩和检验、 χ^2 检验、方差分析及 q 检验。

2 结果

2.1 3 组病人临床疗效比较 结果显示,3 组总有效率差异有统计学意义($P < 0.05$),其中对照一组和对照二组总有效率均显著低于观察组($P < 0.01$) (见表 1)。

表 1 3 组病人临床治疗有效率比较[n ;百分率(%)]

分组	n	显效	有效	无效	总有效率/%	u_c	P
对照一组	35	10(28.57)	15(42.86)	10(28.57)	71.43 $\Delta\Delta$		
对照二组	35	11(31.43)	15(42.86)	9(25.71)	74.29 $\Delta\Delta$	9.02	<0.05
观察组	35	15(42.86)	19(54.28)	1(2.86)	97.14		
合计	105	36(34.00)	49(46.00)	20(19.00)	80.00		

率的两两比较;与观察组比较 $\Delta\Delta P < 0.01$

2.2 3 组病人 NIHSS 评分比较 治疗前,3 组病人 NIHSS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗 3、7、14 d 后均较治疗前显著下降($P < 0.01$),且 3 组间差异均有统计学意义($P < 0.01$),其中观察组均显著低于对照一组和对照二组($P < 0.01$) (见表 2)。

2.3 3 组 BI 评分比较 结果显示:治疗前,3 组病人 BI 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗 3、7、

14 d 后均较治疗前显著提升 ($P < 0.01$), 且 3 组间差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 其中观察组均显

著高于对照一组和对照二组 ($P < 0.01$) (见表 3)。

表 2 3 组病人神经功能缺损评分比较 ($\bar{x} \pm s$; 分)

分组	n	治疗前	治疗 3 d	治疗 7 d	治疗 14 d	F	P	MS _{组内}
对照一组	35	15.26 ± 4.13	12.25 ± 2.98 ^{##}	10.14 ± 2.56 ^{###}	8.51 ± 2.85 ^{###}	29.28	<0.01	10.15
对照二组	35	14.78 ± 3.85	12.11 ± 2.34 ^{##}	9.74 ± 2.63 ^{###}	8.29 ± 2.69 ^{###}	32.84	<0.01	8.61
观察组	35	15.11 ± 3.95	10.11 ± 2.37 ^{**△△##}	7.36 ± 2.11 ^{**△△###}	5.31 ± 1.88 ^{**△△###}	86.25	<0.01	7.30
F	—	0.13	7.53	13.23	17.76	—	—	—
P	—	>0.05	<0.01	<0.01	<0.01	—	—	—
MS _{组内}	—	15.83	6.66	5.97	6.30	—	—	—

q 检验: 与对照一组比较 ** $P < 0.01$; 与对照二组比较 $\Delta \Delta P < 0.01$; 与治疗前比较 $## P < 0.01$; 与治疗 3 d 比较 $\star \star P < 0.01$; 与治疗 7 d 比较 $\star \star P < 0.05$, $\blacktriangle \blacktriangle P < 0.01$

表 3 3 组病人 BI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$; 分)

分组	n	治疗前	治疗 3 d	治疗 7 d	治疗 14 d	F	P	MS _{组内}
对照一组	35	34.55 ± 5.67	40.45 ± 4.87 ^{##}	50.65 ± 3.82 ^{###}	55.85 ± 4.65 ^{###}	141.39	<0.01	23.02
对照二组	35	35.64 ± 4.97	41.45 ± 4.96 ^{##}	50.12 ± 4.68 ^{###}	55.89 ± 5.63 ^{###}	110.03	<0.01	25.73
观察组	35	35.11 ± 5.23	45.98 ± 4.13 ^{**△△##}	55.45 ± 4.97 ^{**△△###}	65.45 ± 4.66 ^{**△△###}	259.62	<0.01	22.71
F	—	0.37	13.95	14.79	42.81	—	—	—
P	—	>0.05	<0.01	<0.01	<0.01	—	—	—
MS _{组内}	—	28.07	21.79	20.40	25.01	—	—	—

q 检验: 与对照一组比较 ** $P < 0.01$; 与对照二组比较 $\Delta \Delta P < 0.01$; 与治疗前比较 $## P < 0.01$; 与治疗 3 d 比较 $\star \star P < 0.01$; 与治疗 7 d 比较 $\blacktriangle \blacktriangle P < 0.05$

3 讨论

由于多数急性脑梗死病人自发病到入院救治的时间在 6 h 以上, 错过了最佳治疗时机^[6]。当不能以早期溶栓进行救治时, 则应立即考虑抗自由基治疗^[7]。实际上, 急性脑梗死的治疗窗口较其他疾病更为狭窄, 要更加重视早治疗, 以确保病人能有一个较为良好的预后^[8]。研究^[9]指出, 奥扎格雷及依达拉奉均为当前急性脑梗死的主要临床用药。依达拉奉作为一种新型自由基清除剂, 具有清除自由基和抑制脂质过氧化作用, 能使神经细胞的死亡过程延长, 并对脑细胞氧化进行移植, 同时还能够有效减轻脑细胞缺血和脑缺血引起的脑水肿和脑组织损伤^[10]。相关研究^[11]指出, 依达拉奉血脑屏障的通透率为 60%, 因此在静脉给药之后, 能够快速通过血脑屏障并将脑中毒性较高的羟基基团予以清除, 从而使羟自由基浓度在短时间大量下降, 并使缺血半暗带发展为梗死的体积有所缩小, 使得迟发性神经元的死亡过程被延迟, 继而减少血管内皮细胞因此所受到的损害, 使缺血性脑水肿得到抑制, 起到改善脑神经功能的效果。国外的一项随机双盲试验研究^[12]表明, 依达拉奉作为一种新型的自由基清除

剂, 通过抑制血管内皮细胞损伤, 改善神经元损伤脑缺血模型中的神经保护作用, 在急性脑梗死发作的 24 h 内应用, 具有特别显著的疗效。奥扎格雷钠是强有力的血栓素合成酶特异性抑制剂, 不仅可有效阻断血栓素 A₂ 合酶, 以抑制血栓素 A₂ 的生成, 同时, 也能够促进前列环素的生成, 使血栓形成过程受到有效抑制^[13]。奥扎格雷钠亦具有选择性地扩张病变血管、增加血流量、改善脑组织微循环和脑能量代谢的作用^[14-15]。但单药治疗难以实现对急性脑梗死的有效治愈, 两种药物联合使用, 不仅能够减轻病人脑神经损伤程度, 同时亦能够促进病人脑部神经的恢复, 因而临床疗效良好。本文结果显示, 3 组总有效率差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 其中对照一组和对照二组总有效率均显著低于观察组 ($P < 0.01$)。治疗 3、7、14 d 后, 3 组病人 NIHSS、BI 评分差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 其中观察组 NIHSS 均显著低于对照一组和对照二组 ($P < 0.01$), BI 评分均显著高于对照一组和对照二组 ($P < 0.01$), 表明两药联合治疗有极大的优势, 能够更好地帮助病人改善其脑部神经功能, 并促进其恢复。

[参 考 文 献]

[1] 伏瑞祥, 顾峰, 王煜斐, 等. 奥扎格雷联合依达拉奉治疗老年

- 急性进展性脑梗死的临床观察[J]. 临床合理用药杂志, 2017,10(4):10.
- [2] 王新占. 奥扎格雷联合依达拉奉治疗进展性脑梗死 45 例临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012,15(12):38.
- [3] ZHEN X, ZHENG Y, HONG X, *et al.* Physiological ischemic training promotes brain collateral formation and improves functions in patients with acute cerebral infarction [J]. *Front Neurol*, 2016, 22(7):235.
- [4] 彭明强, 夏成才, 胡守玮, 等. 奥扎格雷联合依达拉奉治疗急性脑梗死疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(4):87.
- [5] 李蒙, 张维雄. 依达拉奉联合奥扎格雷注射液治疗急性脑梗死疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(3):461.
- [6] 李辉. 奥扎格雷联合依达拉奉注射液治疗大面积脑梗死的临床疗效分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(15):1942.
- [7] GON Y, SAKAGUCHI M, OYAMA N, *et al.* Diagnostic utility of contrast-enhanced 3D T1-weighted imaging in acute cerebral infarction associated with graves disease[J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2017, 26(2):38.
- [8] 唐煜明, 顾海军. 依达拉奉联合奥扎格雷钠治疗急性脑梗死 47 例临床观察[J]. 吉林医学, 2012, 33(8):1620.
- [9] 朱方方, 张友好, 冯敏, 等. 同型半胱氨酸、超敏 C 反应蛋白、低密度脂蛋白、三酰甘油、总胆固醇与急性脑梗死的关系研究[J]. 蚌埠医学院学报, 2016, 41(5):623.
- [10] 骆嵩, 屈洪党, 刘晓林, 等. 磁敏感加权成像早期评价急性脑梗死病人预后及脑血容量的相关性分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2016, 41(4):462.
- [11] KIM H, BYUN JS, HALLETT M, *et al.* Multifocal myoclonus as a manifestation of acute cerebral infarction recovered by carotid arterial stenting[J]. *J Mov Disord*, 2017, 10(1):64.
- [12] BAE HW, KIM HD, CHOI SW, *et al.* Acute cerebral infarction as a rare thrombotic event in myelodysplastic syndrome: a case report [J]. *Ann Rehabil Med*, 2016, 40(6):1144.
- [13] 罗蓉. 奥扎格雷联合依达拉奉治疗急性脑梗死 248 例临床疗效观察[J]. 当代临床医刊, 2016, 29(4):2349.
- [14] 程瑾霞. 奥扎格雷和依达拉奉联合治疗进展性脑梗死的临床效果分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2014, 24(4):41.
- [15] SHINOHARA Y, KATO A, YAMASHITA E, *et al.* R2 * map by IDEAL IQ for acute cerebral infarction: compared with susceptibility vessel sign on T2 * -weighted imaging [J]. *Yonago Acta Med*, 2016, 59(3):204.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2017)07-0941-04

· 临床医学 ·

不同时机连续性肾脏替代治疗对心力衰竭病人的影响

李 银, 黎敬锋, 汪 菲, 牛 杰, 孙 阳, 张德勤, 王 超, 王厚阳, 徐晓飞

[摘要] **目的:**探讨不同应用时机连续性肾脏替代治疗(CRRT)对心力衰竭病人的影响。**方法:**选取 48 例心力衰竭病人, 心功能 NYHA 分级为 III ~ IV 级。所有病人均接受常规内科治疗, 并在此基础上实行 CRRT。依据开始 CRRT 时的中心静脉血氧饱和度是否 $\geq 70\%$ 将病人分为早期组 20 例和晚期组 28 例。对比 2 组病人的临床疗效及预后。**结果:**2 组病人在 CRRT 时间、CRRT 期间的超滤液体量、住院费用、住院时间方面差异均有统计学意义($P < 0.05 \sim P < 0.01$)。治疗后 2 组病人平均动脉压、血清 C 反应蛋白、肌酐差异均无统计学意义($P > 0.05$), 但 N 末端 B 型利钠肽原、左心室射血分数差异均有统计学意义($P < 0.01$)。早期组总有效率 95%, 晚期组总有效率 78.57%。随访 3 个月, 与晚期组相比, 早期组 90 d 再住院率降低($P < 0.05$), 首次再入院间隔延长($P < 0.01$)。**结论:**CRRT 应用于心力衰竭病人临床效果满意, 无明显不良反应。中心静脉血氧饱和度 $\geq 70\%$ CRRT 治疗可进一步降低治疗强度及治疗费用, 改善病人预后。

[关键词] 心力衰竭; 连续性肾脏替代治疗; 治疗时机

[中图分类号] R 495.5

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.07.034

心力衰竭是各种心脏疾病终末期的共同转归^[1]。由于该病发病率高、病死率高、治疗费高, 近年来成为全球高度关注的公共卫生问题^[2]。连续性肾脏替代治疗(CRRT)具有血液透析与血液滤过二者的优点, 早期主要应用于肾内科及重症医学科

等相关学科。近年来相关研究^[3-4]证实 CRRT 可降低相关疾病的病死率, 其临床应用得到进一步推广, 并在心血管领域, 尤其是在心力衰竭病人的救治方面发挥作用。但 CRRT 的介入时机尚无定论, 近年来研究倾向于早期使用, 但仍缺乏具体指标。监测混合静脉血氧饱和度能较早发现病情的变化^[5]。尽早积极纠正机体的氧供与氧需失衡, 可进一步降低各类危重病人的死亡率^[6]。相关研究^[7]表明, 与混合静脉血氧饱和度相比, 中心静脉血氧饱和度(ScvO₂)在数值上约高 5% ~ 18%, 但它与 SvO₂ 趋

[收稿日期] 2016-06-29

[作者单位] 安徽省滁州市第一人民医院 心内科, 239000

[作者简介] 李 银(1983 -), 男, 主治医师。

[通信作者] 黎敬锋, 主任医师. E-mail: lijingfeng6016@126.com