

丁苯酞软胶囊治疗脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者的效果分析

王亚玉, 张梅*

(北京市顺义区医院神经内三科, 北京 101300)

摘要: **目的** 探讨丁苯酞软胶囊对脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者神经功能与血清炎症因子水平的影响。**方法** 按随机数字表法将2018年1月至2020年1月北京市顺义区医院收治的200例脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者分为对照组(100例, 给予常规对症治疗)与观察组(100例, 在对照组的基础上联合丁苯酞软胶囊治疗), 两组患者均行为期6个月的治疗。对比两组患者治疗后的临床效果, 治疗前及治疗3、6个月后的神经功能, 治疗前与治疗6个月后的血清炎症因子水平及治疗期间的不良反应发生情况。**结果** 治疗后观察组患者的临床总有效率高于对照组; 治疗3、6个月后两组患者的美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)评分及治疗6个月后的血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏-C反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-6(IL-6)水平均较治疗前降低, 且观察组低于对照组; 治疗期间观察组患者的不良反应总发生率低于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 丁苯酞软胶囊可有效减轻脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者机体炎症反应, 改善患者神经功能, 降低不良反应发生率, 增强治疗效果, 促进病情恢复。

关键词: 脑梗死; 颈动脉粥样硬化; 丁苯酞软胶囊; 神经功能; 炎症因子

中图分类号: R743.33

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.15.0070.03

颈动脉粥样硬化常见于临床脑血管疾病, 好发于中老年人, 且随当代社会生活习惯的变化, 逐渐趋于年轻化, 其发病早期多无明显症状, 可随颈动脉血管逐渐狭窄, 出现头痛、头晕等表现, 严重时可导致脑梗死, 威胁患者的生命安全。目前, 临床治疗脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者常采用抗血小板与他汀类药物, 该药物可通过减轻患者血管硬化程度, 从而改善血流状态, 抑制病情进展, 但长期使用可导致胃肠道不适、头晕等不良反应^[1]。丁苯酞软胶囊作为一种治疗脑缺血疾病的常用药物, 可促进毛细血管再生, 建立侧支循环, 以保障脑部供血^[2]。为进一步提高脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者的治疗水平, 开展本研究, 旨在探讨丁苯酞软胶囊在脑梗死合并颈动脉粥样硬化中的应用价值, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照随机数字表法将2018年1月至2020年1月北京市顺义区医院收治的200例脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者分为对照组与观察组, 各100例。对照组中男、女患者分别为62、38例; 年龄41~69岁, 平均(54.37 \pm 5.21)岁; 病程29~45 d, 平均(37.51 \pm 7.41) d; 合并高血压35例, 糖尿病45例, 高脂血症20例。观察组中男、女患者分别为66、34例; 年龄46~71岁, 平均(55.01 \pm 5.12)岁; 病程30~46 d, 平均(38.15 \pm 7.11) d; 合并高血压40例, 糖尿病30例, 高脂血症30例。两组

患者一般资料对比, 差异无统计学意义($P>0.05$), 组间具有可比性。纳入标准: 符合《中国脑血管病防治指南》^[3]中的相关诊断标准者; 经CT及相关指标检查确诊者; 在入院接受治疗前1个月出现过新发性脑梗死者等。排除标准: 对本研究药物过敏者; 颅内缺血且伴有恶性肿瘤者; 伴有严重肝、肾功能不全者等。本次研究已经院内医学伦理委员会批准, 且患者和家属均签署知情同意书。

1.2 方法 对照组患者口服阿司匹林肠溶片(Bayer HealthCare Manufacturing S.r.l., 注册证号J20171021, 规格: 100 mg/片), 100 mg/次, 1次/d; 阿托伐他汀钙片(北京嘉林药业股份有限公司, 国药准字H20093819, 规格: 20 mg/片), 20 mg/次, 1次/d。观察组患者在此基础上口服丁苯酞软胶囊(石药集团恩必普药业有限公司, 国药准字H20050299, 规格: 0.1 g/粒), 0.2 g/次, 3次/d。两组患者均治疗6个月。

1.3 观察指标 ①对比两组患者治疗后的临床效果, 根据改良Rankin量表(mRS)^[4]评定, 痊愈:mRS评分2分及以下, 且生活、工作等基本恢复正常; 显效:mRS评分2分以上, 3分及以下, 部分生活可自理; 有效:mRS评分3分以上, 4分及以下, 生活需依靠他人; 无效:mRS评分4分以上, 患者完全卧床甚至死亡。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。②对比两组治疗前及治疗3、6

作者简介: 王亚玉, 硕士研究生, 住院医师, 研究方向: 脑血管病和神经肌肉病。

通信作者: 张梅, 大学本科, 主任医师, 研究方向: 脑血管病和神经危重症。E-mail: wangyayu_happy@163.com

个月后的神经功能,通过美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)^[5]对患者神经功能缺损程度进行评定,总分为42分,分值与神经功能缺损程度呈正比。③对比两组患者治疗前和治疗6个月后的血清炎症因子水平,包括肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏-C反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-6(IL-6),采集患者空腹静脉血5 mL,离心(3 000 r/min,10 min)处理后取血清,采用酶联免疫吸附实验法检测上述指标。④统计两组患者治疗期间不良反应(恶心呕吐、消化不良、头痛、皮疹)的发生情况。

1.4 统计学方法 应用SPSS 22.0统计软件分析数据,计数资料(临床效果、不良反应)与计量资料(炎症因子水平、NIHSS评分)分别以[例(%)]、 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较分别行 χ^2 、 t 检验,多时间点计量资料比较采用重复测量方差分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床效果 治疗后观察组患者临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 神经功能 治疗3、6个月后两组患者的NIHSS评分均较治疗前逐渐降低,且各时间点观察组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者NIHSS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗3个月后	治疗6个月后
对照组	100	8.94 \pm 0.97	6.82 \pm 1.09*	4.68 \pm 1.21**
观察组	100	8.91 \pm 1.02	4.42 \pm 1.05*	3.15 \pm 0.23**
t 值		0.213	15.858	12.422
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

注:与治疗前比,* $P < 0.05$;与治疗3个月后比,** $P < 0.05$ 。

NIHSS:美国国立卫生研究院脑卒中量表。

2.3 炎症因子 治疗6个月后两组患者的血清TNF- α 、hs-CRP、IL-6水平均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表3。

表1 两组患者临床效果比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	100	10(10.00)	35(35.00)	25(25.00)	30(30.00)	70(70.00)
观察组	100	40(40.00)	40(40.00)	9(9.00)	11(11.00)	89(89.00)
χ^2 值						11.075
P 值						<0.05

表3 两组患者炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TNF- α (μ g/L)		hs-CRP(mg/L)		IL-6(pg/mL)	
		治疗前	治疗6个月后	治疗前	治疗6个月后	治疗前	治疗6个月后
对照组	100	2.04 \pm 0.49	1.58 \pm 0.34*	15.75 \pm 4.51	11.26 \pm 2.59*	65.15 \pm 15.21	42.15 \pm 5.33*
观察组	100	2.05 \pm 0.50	1.28 \pm 0.31*	15.71 \pm 4.47	8.72 \pm 2.49*	65.24 \pm 15.22	28.21 \pm 1.95*
t 值		0.143	6.520	0.063	7.070	0.042	24.562
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,* $P < 0.05$ 。TNF- α :肿瘤坏死因子- α ;hs-CRP:超敏-C反应蛋白;IL-6:白细胞介素-6。

2.4 不良反应 治疗期间观察组患者不良反应总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

表4 两组患者不良反应发生率比较[例(%)]

组别	例数	恶心呕吐	消化不良	头痛	皮疹	总发生
对照组	100	10(10.00)	5(5.00)	8(8.00)	2(2.00)	25(25.00)
观察组	100	3(3.00)	2(2.00)	2(2.00)	2(2.00)	9(9.00)
χ^2 值						9.072
P 值						<0.05

3 讨论

由于血管内皮出现炎症反应,损害颈动脉血管,从而导致低密度脂蛋白从受损内皮进入血管壁内膜,在血管内皮进一步堆积形成斑块,使血管硬化,而当斑块发生脱落,其可随血液流动直接堵塞脑血管,从而引发脑梗死^[6]。临床常采用阿司匹林、阿托伐他汀钙片等药物治疗脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者。阿司匹林为非甾体类抗炎药物,具有抗血小板聚集的作用,可有效改善缺血性心脑血管疾病患者的血液循环,但长期使用有黏膜出血的风险;阿托伐他汀钙片属他汀类降脂药物,可通过抑制胆固醇的合成,控制脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者体内的血脂水平,但会影响患者肝功能,出现头痛、皮疹等反应,影响患者预后^[7]。

丁苯酞软胶囊可通过改善血管微循环来抑制血栓形成,从而减少脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者脑部缺血,恢复受损的神经功能,最终促进患者病情好转,且安全性较高,不良反应少^[8]。本研究中,观察组患者临床总有效率高于对照组,且治疗3、6个月后的NIHSS评分及不良反应总发生率均低于对照组,提示在常规对症治疗的基础上,加服丁苯酞软胶囊可有效改善脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者的神经功能,降低不良反应发生率,增强疗效。

TNF- α 是反映脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者体内炎症反应和病理生理变化过程的重要指标,其水平升高可加重患者颈动脉粥样硬化程度,从而减少脑部供血;

腹腔镜经腹腔腹膜前疝修补术 在腹股沟疝患者中的应用效果

陆志成, 曾隽永*

(常熟市中医院普外科, 江苏 苏州 215516)

摘要: **目的** 研究腹腔镜经腹腔腹膜前疝修补术对腹股沟疝患者血清丙二醛(MDA)、超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)水平的影响。**方法** 回顾性分析2017年5月至2019年10月常熟市中医院收治的40例腹股沟疝患者的临床资料,按照不同手术方式将其分为A组(20例,行开放式无张力疝修补术治疗)与B组(20例,行腹腔镜经腹腔腹膜前疝修补术治疗),两组患者均于术后观察14 d。比较两组患者临床指标,术后24 h、3 d的视觉模拟疼痛量表(VAS)评分,术前、术后3 d氧化应激指标水平,术后并发症发生情况。**结果** B组患者的术后下床时间、住院时间均较A组缩短,而手术时间较A组延长;术后24 h、3 d两组患者VAS评分均呈降低趋势,且各时间点B组低于A组;与术前比,术后3 d两组患者血清MDA水平均升高,但B组低于A组;血清SOD、GSH-Px水平均降低,但B组高于A组;术后B组患者并发症总发生率低于A组(均 $P<0.05$)。**结论** 腹腔镜经腹腔腹膜前疝修补术治疗腹股沟疝可快速改善患者的临床指标,减轻患者术后疼痛与氧化应激反应,且并发症发生率较低,利于患者术后康复。

关键词: 腹股沟疝;腹腔镜经腹腔腹膜前疝修补术;丙二醛;超氧化物歧化酶;谷胱甘肽过氧化物酶

中图分类号: R656.2+1

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.15.0072.03

成人腹股沟疝属于外科常见疾病,患者常表现为腹股沟处包块突出,称为“疝气”,多发于男性,若不及时治疗,则可能出现局部组织坏死、营养不良、贫血等症状。外科手术是治疗腹股沟疝的有效手段,开放式无张力疝修

作者简介: 陆志成,大学本科,副主任医师,研究方向:普外科疾病治疗。

通信作者: 曾隽永,大学本科,副主任医师,研究方向:普外科疾病治疗。E-mail: aaayiu852@163.com

hs-CRP可反映患者机体的炎症程度,其水平升高易导致患者颈部斑块受损破裂,增加脑梗死风险;而IL-6的升高可加重患者炎症反应,促进hs-CRP产生^[9]。研究表明,丁苯酞软胶囊具有清除氧自由基、改善氧化酶活性的作用,可抑制炎症因子的产生,从而减少神经细胞凋亡^[10]。本次研究中,治疗后观察组患者炎症因子水平较对照组低,提示在常规治疗的基础上,加服丁苯酞软胶囊可减轻脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者机体炎症反应,促进病情恢复。

综上,丁苯酞软胶囊可有效减轻脑梗死合并颈动脉粥样硬化患者机体炎症反应,改善患者神经功能,降低不良反应发生率,增强治疗效果,促进病情恢复,值得临床推广。

参考文献

- [1] 陈小容,张波,潘飞豹,等.强化阿托伐他汀对缺血性脑梗死伴颈动脉粥样硬化患者血脂及hs-CRP的影响[J].中国临床研究,2018,31(5):659-662.
- [2] 牛慧艳,张占强,王海,等.丁苯酞软胶囊联合阿托伐他汀钙对急性脑梗死患者血清IL-6、IL-8和动脉粥样硬化斑块的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(27):2968-2971.
- [3] 饶明俐.中国脑血管病防治指南[M].北京:人民卫生出版社,

2007:388-393.

- [4] 贺莉花. MoCA和MRS在急性脑卒中认知障碍评估中的应用分析[J].实用老年医学,2019,33(10):1004-1007.
- [5] 刘丹,马强,谷新医,等.急性缺血性脑卒中伴脑微出血老年患者糖化血红蛋白和血脂水平及NIHSS评分[J].实用预防医学,2018,25(4):477-479.
- [6] 刘林林,王海霞,冯晨芳,等.缺血预适应训练联合降脂治疗对颈动脉粥样硬化斑块影响[J].临床军医杂志,2018,46(2):208-210.
- [7] 慕鹏莺,牛向宏.阿托伐他汀联合阿司匹林对急性脑梗死患者脑血流及颈动脉粥样斑块的影响[J].安徽医学,2016,37(9):1124-1126,1127.
- [8] 张蓉,吴碧华,李永莉.丁苯酞软胶囊联合依达拉奉对急性脑梗死患者神经功能及血液流变学的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(1):1-2,9.
- [9] 武星,王坤,方庆娟,等.丁苯酞软胶囊治疗急性脑梗死的临床疗效及其对患者炎症反应的影响[J].新乡医学院学报,2017,34(9):830-832.
- [10] 王坤,方庆娟,武星,等.丁苯酞软胶囊对缺血性脑血管病患者颈动脉硬化的抗炎作用及斑块稳定性的影响[J].海南医学院学报,2017,23(7):946-949.