

丁苯酞联合依达拉奉右莰醇治疗 急性脑梗死的回顾性研究

洪洁, 闻芳*

(浦口区中心医院神经内科, 江苏 南京 211800)

摘要: **目的** 分析丁苯酞联合依达拉奉右莰醇治疗急性脑梗死的效果, 为急性脑梗死临床治疗方案的选择提供新的依据。**方法** 回顾性分析 2020 年 4 月至 2021 年 12 月浦口区中心医院收治的 104 例急性脑梗死患者的临床资料, 根据不同治疗方法将其分为依达拉奉组与联合组, 各 52 例。依达拉奉组患者采用依达拉奉右莰醇治疗, 联合组患者在依达拉奉组的基础上联合丁苯酞治疗, 两组患者均连续治疗 2 周。比较两组患者治疗后临床疗效, 治疗前与治疗 1、2 周后的血流动力学指标、美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS)、日常生活活动能力量表 (ADL) 评分, 以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 治疗后联合组患者临床总有效率显著高于依达拉奉组; 与治疗前比, 治疗 1、2 周后, 两组患者全血低切黏度、全血高切黏度、红细胞比容及 NIHSS 评分均显著降低, 且联合组均显著低于依达拉奉组; 两组患者 ADL 评分均显著升高, 且联合组显著高于依达拉奉组 (均 $P < 0.05$); 治疗期间两组患者不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 丁苯酞联合依达拉奉右莰醇在急性脑梗死的临床应用中效果良好, 能够改善患者的神经缺损, 提高日常生活能力, 降低血液高凝状态, 改善患者血流动力学指标。

关键词: 急性脑梗死; 丁苯酞; 依达拉奉; 日常生活活动能力

中图分类号: R743.3

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.15.0083.04

作者简介: 洪洁, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 脑血管疾病的诊疗。

通信作者: 闻芳, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 神经内科疾病的诊疗。E-mail: wenfang19897@163.com

究采用序贯治疗的方式对老年社区获得性肺炎患者进行用药, 初期予以药物的静脉滴注, 有助于药物快速到达病灶, 控制病原菌增殖, 而在患者症状缓解后, 通过口服方式给药, 有助于治疗效果的巩固, 且避免了药物的重复使用, 进一步提高临床治疗效果。本研究中, 治疗后观察组患者各项炎症因子水平均显著低于对照组, 提示相较于左氧氟沙星, 采用莫西沙星序贯疗法可有效降低老年社区获得性肺炎患者的机体炎症反应, 缓解患者肺部损伤。

综上, 莫西沙星序贯治疗对老年社区获得性肺炎患者的临床应用效果显著, 可有效提高肺部细菌清除率, 改善患者肺功能, 降低机体炎症反应。但鉴于老年社区获得性肺炎的感染菌株种类与疾病发病机制错综复杂, 临床尚未形成确切的理论依据, 故而关于莫西沙星治疗老年社区获得性肺炎的具体机理有待后续进行深入、多中心研究, 以期临床提供更为确切、严谨的临床治疗价值。

参考文献

- [1] 任沈霞, 符震球, 吴明东. 莫西沙星与左氧氟沙星序贯治疗老年社区获得性肺炎的临床疗效及安全性评价 [J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 31(18): 1803-1805.
- [2] 王迎新, 顾志坚, 张晋, 等. 盐酸莫西沙星治疗老年社区获得性肺炎的临床疗效观察 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(4):

141-142.

- [3] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10): 651-655.
- [4] 王星, 李向欣. 呼吸系统疾病诊疗常规 [M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2008: 49-100.
- [5] 王瑜, 白旭光, 戴旖旎, 等. 百合固金颗粒联合左氧氟沙星治疗社区获得性肺炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2018, 33(6): 1389-1392.
- [6] 段艳红, 杜春玲. 莫西沙星治疗高龄社区获得性肺炎临床研究 [J]. 临床肺科杂志, 2016, 21(5): 841-844.
- [7] 尹贤哲, 韩天雄. 清肺解毒方对社区获得性肺炎痰热壅肺证患者肺功能、炎症因子及免疫功能的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(11): 2115-2118, 2123.
- [8] 徐意, 朱峰, 黄振荣, 等. 莫西沙星对老年社区获得性肺炎患者抗感染疗效及肺功能的影响 [J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28(4): 485-487, 507.
- [9] 陶芳. 痰热清注射液联合抗生素对老年社区获得性肺炎患者血清炎症因子水平的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(2): 159-161.
- [10] 陈晓红, 陈秀红, 陈向红. 莫西沙星对老年 CAP 患者肺功能及血清 CRP、PCT、sTREM-1 水平的影响 [J]. 贵州医科大学学报, 2020, 45(4): 477-481.

急性脑梗死多由动脉系统粥样硬化病变而导致血管痉挛、闭塞或破裂,是神经内科常见危重症,脑组织缺血坏死可造成神经功能缺损,进而严重影响患者日常生活能力,故早期诊断并及时进行有效治疗是改善患者预后的关键。早期溶栓对于急性脑梗死最为有效,但溶栓治疗可造成颅内与其他脏器出血,且多数患者就诊时已错过溶栓治疗最佳时间窗,因此在临床应用中具有一定局限性^[1]。急性脑梗死患者脑组织存在较强的氧化应激反应,抗氧化治疗可减少患者机体的氧化应激反应,降低对脑组织的氧化应激损伤。依达拉奉右莰醇是依达拉奉与右莰醇配比为4:1的复合制剂,为强效氧自由基清除剂,具有抗炎、自由基清除的作用^[2]。急性脑梗死的发病过程中,患者在短时间内造成脑部神经元受损,故对患者脑部神经元的保护极为重要。丁苯酞又名芹菜甲素,是从芹菜籽中分离出的有效成分,具有保护神经细胞,改善缺血组织微循环等多种药理作用^[3]。本研究旨在探讨丁苯酞联合依达拉奉右莰醇在急性脑梗死中的治疗效果及其对患者日常生活活动能力、血流动力学指标的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析2020年4月至2021年12月浦口区中心医院收治的104例急性脑梗死患者的临床资料,根据不同治疗方法将其分为依达拉奉组与联合组,各52例。依达拉奉组患者中男性27例,女性25例;年龄44~76岁,平均(58.82±5.40)岁;发病至就诊时间4~36 h,平均(27.22±3.51)h;脑梗死类型:单发性梗死29例,多发性梗死23例;损伤部位:基底核区30例,其他区22例。联合组患者中男性29例,女性23例;年龄42~79岁,平均(59.11±5.32)岁;发病至就诊时间3~38 h,平均(27.79±3.60)h;脑梗死类型:单发性梗死28例,多发性梗死24例;损伤部位:基底核区33例,其他区19例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。纳入标准:与《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[4]中诊断标准符合者;既往无脑梗死史者;无精神障碍、语言障碍、听力障碍等影响研究进程疾病者;无造血功能障碍等。排除标准:合并恶性肿瘤患者;有脑部手术史、创伤史、脑出血意外者;发病前1个月使用抗凝药者;合并艾滋病、自身免疫性疾病等免疫功能不全者;既往存在丁苯酞、依达拉奉右莰醇过敏史者等。本研究经院内医学伦理委员会批准。

1.2 治疗方法 两组入院后接受降颅内压、维持水与电解质平衡等基础治疗。依达拉奉组患者同时采用依达拉奉右莰醇注射用浓溶液(先声药业有限公司,国药准字H20200007,规格:5 mL:依达拉奉10 mg与右莰醇2.5 mg)治疗,静脉滴注,15 mL/次,2次/d。在依达拉奉组

用药的基础上给予联合组患者静脉滴注丁苯酞氯化钠注射液(石药集团恩必普药业有限公司,国药准字H20100041,规格:100 mL:丁苯酞25 mg与氯化钠0.9 g),100 mL/次,2次/d。两组患者均连续治疗2周。

1.3 观察指标 ①临床疗效。参照中国卒中量表(CSS)^[5]评估两组患者临床疗效,满分45分,分数越高病情越严重。痊愈:经治疗,CSS评分降低91%~100%;显效:经治疗,CSS评分降低46%~90%;有效:经治疗,CSS评分降低18%~45%;无效:经治疗,CSS评分降低<18%。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。②血流动力学。分别于治疗前及治疗1、2周后采集患者空腹静脉血3 mL,检测全血低切黏度、全血高切黏度及红细胞比容(应用全自动血液流变分析仪)。③美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分^[6]与日常生活活动能力量表(ADL)评分^[7]。采用NIHSS与ADL评分判断患者治疗前与治疗1、2周后神经缺损程度和日常生活能力,NIHSS评分分值范围为0~42分,得分越高患者神经缺损越严重,ADL评分分值范围为0~100分,得分与患者日常生活能力呈正比。④不良反应。比较患者不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;经K-S检验证实符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 比较,两组间相同时间点的比较采用单因素方差分析,组内不同时间点的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 两组患者临床疗效比较 两组患者临床总有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
依达拉奉组	52	17(32.69)	20(38.46)	2(3.85)	13(25.00)	39(75.00)
联合组	52	21(40.38)	24(46.15)	4(7.69)	3(5.77)	49(94.23)
χ^2 值						7.386
P 值						<0.05

2.2 两组患者血流动力学指标比较 与治疗前比,治疗1、2周后两组患者全血低切黏度、全血高切黏度、红细胞比容较治疗前呈降低趋势,且联合组均显著低于依达拉奉组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表2。

2.3 两组患者NIHSS评分与ADL评分比较 与治疗前比,治疗1、2周后两组患者NIHSS评分呈降低趋势,且联合组显著低于依达拉奉组;两组患者ADL评分呈升高趋势,且联合组显著高于依达拉奉组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表3。

2.4 两组患者不良反应发生率比较 两组患者治疗期间

不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 4。

3 讨论

急性脑梗死是一种急性脑血管疾病, 伴随偏身麻木、感觉减退等症状, 多数患者发病较突然, 严重影响患者生命安全。超早期溶栓对急性脑梗死患者效果最好, 但多数患者无法及时就诊, 易错过最佳溶栓时间窗。目前临床已将治疗重点转为对脑实质与神经细胞的保护, 自由基的大量产生与聚集是造成缺血性脑损伤的主要原因之一, 对自由基进行有效清除、挽救缺血半暗带并保护脑细胞是治疗急性脑梗死的关键^[8]。依达拉奉右莰醇可通过血脑屏障进入脑组织清除自由基, 有效抑制脂质过氧化, 避免对神经细胞造成氧化损伤, 减轻脑水肿、缺血等症状^[9]。

丁苯酞可直接经血脑屏障发挥作用, 通过增加机体微血管数量改善侧支循环, 保护线粒体的主要结构和功能, 避免小血管过度痉挛, 从而达到重构缺血区域微循环的目的, 并保持微血管结构的形态完整, 增强缺血区域的血液灌注量, 同时降低患者发生再出血的风险^[10]。微循环的恢复可促使梗死区域与缺血半暗带血流重新灌注, 加速神经元细胞代谢功能的恢复。血液黏度的增高将增加血液阻力,

减慢血流速度, 从而引发血栓、梗阻等病变, 影响血液对机体脑组织的灌注, 脑梗死的发生发展与血小板聚集、血管内皮受损、血黏度增大等关系密切^[11]。丁苯酞通过抑制黄嘌呤-黄嘌呤氧化酶系统中超氧阴离子自由基的形成, 抑制脑组织炎症反应, 清除脑部自由基, 减轻炎症级联反应对机体凝血系统的刺激, 降低血液中促凝因子的释放; 同时可直接抑制血小板聚集, 在抗血栓形成过程中发挥重要作用^[12]。本研究中, 治疗后联合组患者临床总有效率显著高于依达拉奉组, 治疗 1、2 周后联合组患者全血低切黏度、全血高切黏度、红细胞比容均显著低于依达拉奉组, 提示丁苯酞联合依达拉奉右莰醇治疗急性脑梗死临床疗效确切, 可有效改善患者血黏度, 对患者缺血区域与半暗带区域血管壁的修复具有积极作用。

丁苯酞能够降低神经元胞质内钙离子平均荧光强度, 从而改善由缺氧诱导的皮层神经元胞质钙离子超载, 减少神经细胞内钙离子浓度, 具有较高的脑保护作用, 可以拮抗神经细胞缺血性损伤, 降低神经细胞凋亡率, 从而抑制神经元凋亡; 还可降低脑组织腺嘌呤核苷三磷酸、磷酸肌酸含量, 具有保护缺血脑组织和改善脑能量代谢, 促进神经缺损组织恢复, 进而改善患者日常生活能力^[13]。依达拉

表 2 两组患者血流动力学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	全血低切黏度 (mPa · s)			全血高切黏度 (mPa · s)			红细胞比容 (%)		
		治疗前	治疗 1 周后	治疗 2 周后	治疗前	治疗 1 周后	治疗 2 周后	治疗前	治疗 1 周后	治疗 2 周后
依达拉奉组	52	14.72 ± 1.39	12.43 ± 1.21*	10.88 ± 1.22**	5.85 ± 0.28	5.49 ± 0.42*	5.10 ± 0.68**	0.63 ± 0.17	0.56 ± 0.07*	0.44 ± 0.13**
联合组	52	14.80 ± 1.48	11.92 ± 1.25*	9.83 ± 1.27**	5.83 ± 0.31	5.17 ± 0.26*	4.68 ± 0.90**	0.65 ± 0.12	0.46 ± 0.06*	0.32 ± 0.15**
<i>t</i> 值		0.284	2.114	4.300	0.345	4.672	2.685	0.693	8.603	4.359
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P<0.05$; 与治疗 1 周后比, ** $P<0.05$ 。

表 3 两组患者 NIHSS、ADL 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	NIHSS 评分			ADL 评分		
		治疗前	治疗 1 周后	治疗 2 周后	治疗前	治疗 1 周后	治疗 2 周后
依达拉奉组	52	17.72 ± 3.39	13.24 ± 3.23*	9.83 ± 1.35**	32.79 ± 2.63	44.16 ± 3.04*	52.14 ± 6.56**
联合组	52	17.80 ± 2.48	11.03 ± 3.50*	7.50 ± 1.16**	33.18 ± 2.64	47.10 ± 3.13*	63.50 ± 5.30**
<i>t</i> 值		0.137	3.346	9.440	0.755	4.859	9.713
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P<0.05$; 与治疗 1 周后比, ** $P<0.05$ 。NIHSS: 美国国立卫生研究院卒中量表; ADL: 日常生活活动能力量表。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 [例 (%)]

组别	例数	肝肾功能损害	消化道反应	头痛头晕	心动加速	皮疹	总发生
依达拉奉组	52	0(0.00)	1(1.92)	1(1.92)	1(1.92)	1(1.92)	4(7.69)
联合组	52	1(1.92)	2(3.85)	0(0.00)	2(3.85)	1(1.92)	6(11.54)
χ^2 值							0.443
<i>P</i> 值							>0.05

激素补充疗法在围绝经期综合征中的应用研究

李春梅

(德阳市旌阳区妇幼保健计划生育服务中心妇产科, 四川 德阳 618000)

摘要: **目的** 探究激素补充疗法对围绝经期综合征患者性激素水平、睡眠质量及不良情绪的影响。**方法** 选择德阳市旌阳区妇幼保健计划生育服务中心2020年11月至2021年11月期间收治的56例围绝经期综合征患者作为研究对象,通过随机数字表法将患者分为对照组和观察组,各28例。对照组患者给予谷维素治疗,观察组患者应用激素补充疗法治疗,两组均治疗28d。比较两组患者治疗后临床治疗效果,治疗前后性激素水平、股骨颈骨密度、症状评分、睡眠质量评分及不良情绪评分。**结果** 治疗后观察组患者治疗总有效率显著高于对照组;与治疗前比,治疗后两组患者血清促卵泡生长激素(FSH)、黄体生成素(LH)水平、Kupperman评分、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分均显著降低,且观察组显著低于对照组;而两组患者雌二醇(E₂)水平及观察组患者股骨颈骨密度均显著升高,且观察组显著高于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 采用激素补充疗法治疗围绝经期综合征,可改善患者临床症状与性激素水平,提升睡眠质量,增加骨密度,且能够明显调节患者不良情绪,促进病情恢复。

关键词: 围绝经期综合征;激素补充;性激素;睡眠质量;不良情绪

中图分类号: R711.75

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.15.0086.04

作者简介: 李春梅,大学本科,副主任医师,研究方向:妇产科疾病的诊疗。

奉右莰醇可高效清除急性脑梗死患者脑部氧自由基,且血脑屏障的通过率较高,对机体损害较小,减轻患者机体炎症反应,同时维持血管功能^[14]。两者联合使用可通过不同的药理机制产生协同作用,提高对患者神经功能的保护作用。本研究结果显示,治疗1、2周后联合组患者NIHSS评分显著低于依达拉奉组,ADL评分显著高于依达拉奉组,提示丁苯酞联合依达拉奉右莰醇应用于急性脑梗死可减轻患者神经元损伤,使患者神经功能加速恢复,同时提高其日常生活能力,利于患者预后。

综上,丁苯酞联合依达拉奉右莰醇在急性脑梗死患者的临床治疗中效果确切,能有效改善脑部微循环,促进神经功能恢复,提高日常生活能力。

参考文献

- [1] 朱燕,卢桂兰,周经霞.丁苯酞联合依达拉奉对急性脑梗死患者生活能力的改善[J].血栓与止血学,2016,22(5):514-517.
- [2] 王倩倩,刘斌,郭娟.依达拉奉右莰醇注射液用浓溶液治疗急性脑梗死的疗效与安全性观察[J].中风与神经疾病杂志,2022,39(4):333-335.
- [3] 焦洋,王君,曾文斌.丁苯酞与依达拉奉联合治疗急性脑梗死的临床观察[J].陕西医学杂志,2017,46(1):108-109.
- [4] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
- [5] 张江,王大力,彭延波,等.脑卒中常用量表对急性脑梗死患者死亡预测的价值[J].中华老年心脑血管病杂志,2011,13(12):1108-1111.
- [6] 张磊,刘建民.美国国立卫生研究院卒中量表[J].中华神经外科杂志,2014,30(1):79.
- [7] 刘若琳,王宁华.工具性日常生活活动能力评定量表在脑卒中患者中的应用[J].中国康复医学杂志,2011,26(2):187-190.
- [8] 李育英,陈英道,张岐平,等.丁苯酞联合依达拉奉治疗急性脑梗死60例临床研究[J].解放军医药杂志,2017,29(2):86-90.
- [9] 姜飞,王东玉.依达拉奉右莰醇联合尿激酶静脉溶栓治疗急性脑梗死合并糖尿病对患者血清氧化应激水平、颈总动脉内-中膜厚度、血清基质金属蛋白酶-12水平的影响[J].陕西医学杂志,2022,51(1):88-91.
- [10] 刘信东,王欣,曹秋菊,等.丁苯酞对急性脑梗死患者侧支循环的影响[J].西南国防医药,2018,28(2):117-120.
- [11] 黄刚哲,金美善.丁苯酞注射液对急性脑梗死患者血清IL-1 β 及血黏度的影响[J].贵州医药,2018,42(1):50-52.
- [12] 赵小妹,刘永刚,赵静,等.丁苯酞治疗急性脑梗死的临床疗效及其对血液流变学的影响探讨[J].中国临床医生杂志,2017,45(9):38-40.
- [13] 宋艳玲,李婧.丁苯酞联合阿替普酶对缺血性脑梗死患者神经功能及纤维蛋白溶解活性、炎症因子水平的影响[J].实用临床医药杂志,2019,23(17):48-51.
- [14] 张颖楠,姜扬,任莉,等.依达拉奉右莰醇静脉滴注对急性前循环脑梗死血管内治疗开通良好患者脑损伤的改善作用[J].山东医药,2021,61(18):76-79.