

脑梗死超早期尿激酶溶栓治疗临床观察

杨思游

(浙江省苍南县第三人民医院 苍南 325804)

关键词: 脑梗死;超早期;尿激酶;溶栓治疗

中图分类号: R 743.9

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0009-02

脑梗死是临床常见病,发病率有增无减,致残率、死亡率居高,严重威胁人类健康,一旦发病,缺乏有效治疗措施。溶栓治疗为目前有效的一种治疗手段,是当前降低急性脑梗死致残率的关键治疗措施之一,国内大城市、大医院开展较广,基层医院刚刚起步,经验较少,值得进一步推广应用。但脑梗死的溶栓治疗有一定潜在危险性,如出血并发症等。本研究观察尿激酶静脉溶栓治疗早期脑梗死疗效及安全性。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集 2004 年 6 月~2006 年 3 月 40 例病人,符合《急性脑梗塞早期治疗临床研究工作手册》诊断标准,均经 CT 确诊。年龄 35~75 岁,男 21 例,女 19 例,随机分成 2 组,治疗组 and 对照组各 20 例,2 组平均年龄、性别、病情严重程度均无显著差异,具有可比性。

1.2 入选标准 (1)发病 6h 内;(2)意识清楚或轻度嗜睡,肌力 0~3 级;(3)血压控制≤180/100mmHg;(4)CT 扫描阴性或无与神经功能缺损相对应低密度灶;(5) 患者本人或家属签字同意。有以下情况之一者不入选:(1)有颅内出血史;(2)近 3 个月内有脑梗死或心肌梗死史;(3)严重心、肝、肾功能不全或严重糖尿病史;(4)有出血性倾向的疾病史;(5)血小板计数低于 100× 10⁹/L。

1.3 治疗方法 治疗组: 国产尿激酶 100 万 U + 生理盐水 100mL 静脉滴注,30min。对照组: 扩容、活血、脑细胞营养等常规治疗。

1.4 观察指标 神经功能缺损评分采用欧洲卒中量表 (ESS) 评分标准,评分时点为溶栓前及溶栓后 1d、7d、1 月,并观察皮肤黏膜、消化道、泌尿道、脑有无出血并发症和其它不良反应,监测血压、PT、APTT、Fg。

1.5 疗效判定 完全恢复:ESS 评分 100 分;基本恢复:ESS

研究表明, 导痰汤和盐酸培他啶均能改善眩晕症状及 TCD 各项指标,而导痰汤在改善痰热症状方面明显优于盐酸培他啶。

4 讨论

椎基底动脉供血不足是由于脑动脉粥样硬化、颈椎病等原因所致的椎基底动脉系统供血障碍,为脑血管系统常见病、多发病,是老年人眩晕的常见原因。西医学对椎基底动脉供血不足的治疗主要采用抗凝、抗血小板聚集、扩张血管等措施,虽有一定的疗效,但治疗方案缺乏针对性、个体性,往往不能获得满意的疗效。本病属中医学“眩晕”的范畴,病位在脑,与肝、脾、肾三脏有关。眩晕的发病以气、血、阴、阳虚为本,以风、火、痰、瘀为标,肝肾亏虚,或素体阳盛,水不舍木,肝阳上亢,风火升动,脑窍受扰;脾胃为后天之本,气血升化之源,运化失司,气血虚弱,清阳之气不能上荣;脾主运化,若脾

评分≥95 分;有效:ESS 评分进步 >10 分,肢体肌力提高 2 级;无效:ESS 评分进步 <10 分。

1.6 统计处理 ESS 评分用 ($\bar{X} \pm S$) 表示,治疗前后神经功能缺损评分比较用 *t* 检验,2 组疗效结果比较用 χ^2 检验,

2 结果

2.1 治疗效果 见表 1、表 2。

表 1 用药前后 2 组 ESS 评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分							
	治疗前	治疗后 1d	治疗后 7d	治疗后 1 月			
治疗组	53.20± 13.59	70.90± 15.16	77.90± 14.56	86.20± 12.56*			
对照组	53.30± 13.36	58.55± 14.69	64.95± 13.90	72.95± 13.52			

从表 1 看出治疗组治疗后 1d、7d、1 月神经功能恢复均明显优于对照组。2 组神经功能缺损评分比较,*t* = 3.216, **P* < 0.01, 疗效差异有显著统计学意义。

表 2 治疗组与对照组疗效比较 (治疗后 1 月) 例					
疗效判定	<i>n</i>	完全恢复	基本恢复	有效	无效
治疗组	20	2	7	10	1
对照组	20	0	3	15	2

治疗组: (完全恢复 + 基本恢复) 9 例 (45%), 对照组: (完全恢复 + 基本恢复) 3 例 (15%), 2 组相比, $\chi^2 = 4.286$, *P* < 0.05, 疗效差异有统计学意义。

2.2 不良反应 非症状性脑出血 (出血性梗死): 治疗组 3 例, 对照组 2 例, 2 组均无死亡病例。观察中无 1 例其它脏器严重出血, 无寒战、过敏等副作用。

3 讨论

急性脑梗死系脑供血动脉闭塞, 脑组织缺血、缺氧, 短期内脑组织中心区即坏死, 其周边受侧枝循环的供血而处于“饥饿状态—缺血半暗带”。动物实验证明^[1], 如闭塞血管能及时开通可减少梗死灶体积, 且能增加半暗带神经细胞存活率, 溶栓治疗是唯一能迅速使闭塞血管再通的治疗方法, 关胃运化失司则痰浊内生; 肾虚不能气化行水, 水化为痰, 痰阻经络, 清阳不升, 浊阴不降, 脑窍失利, 发为眩晕^[2]。痰热是许多老年人眩晕常见的病机之一, 所以确立化痰清热的治疗原则, 以陈皮、半夏、菖蒲、大黄、云苓、南星等药组成导痰汤, 治疗痰热型眩晕, 取得良好的临床效果。本方药物具有扩张冠状动脉、增加冠脉血流量、降低心肌耗氧量、明显改善脑循环、增加局部微血管血流、直接扩张外周动脉等作用, 具有清热化痰、通络止晕之功效, 治疗椎基底动脉供血不足之痰热型眩晕, 疗效明显。

参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 (第一辑) [S]. 1993. 41~45
[2] 黄业芳. 颈型眩晕应从痰瘀论治 [J]. 长春中医学院学报, 1997, 13 (3): 22

(收稿日期: 2007-02-13)

