

min 的转速离心并抽取上层血浆,置于 -18 ℃ 的冰箱冷藏,采用放射免疫法统一测定 MTL 和 CCK 含量。

1.6 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理,计量数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用单因素方差分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗前,两组血浆 MTL、CCK 水平相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后 1 周和治疗后 2 周,两组血浆 MTL、CCK 水平明显高于治疗前,且实验组高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 治疗后 2 周,两组血浆 MTL、CCK 水平明显高于治疗后 1 周,且实验组高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 对照组和实验组不同阶段血浆 MOT 和 CCK 变化比较 (pg/ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗阶段	MTL	CCK
对照组	30	治疗前	181.52±21.31	5.02±2.16
		治疗后 1 周	198.26±20.57 ^{bd}	6.29±2.59 ^{bd}
		治疗后 2 周	228.19±18.74 ^{bcd}	7.21±2.16 ^{bcd}
实验组	30	治疗前	179.31±27.53 ^a	4.88±1.86 ^a
		治疗后 1 周	225.35±25.34 ^{bd}	7.78±2.97 ^{bd}
		治疗后 2 周	268.27±30.38 ^{bcd}	8.18±1.05 ^{bcd}

注:与对照组同阶段比较,^a $P > 0.05$,^b $P < 0.05$;与治疗前比较,^c $P < 0.05$;与治疗后 1 周比较,^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

重症急性胰腺炎起病急骤、进展迅速、病死率高,是消化科常见的危重症之一。在发病初期,SAP 患者即出现腹胀、呕吐等消化动力障碍的表现。目前,相关研究表明 SAP 胃肠动力障碍的发生发展与胃肠激素紊乱密切相关,这些激素包括胃动素、P 物质 (Substance P, SP) 和内皮素 (Endothelin,

ET) 等兴奋型激素,以及胆囊收缩素、血管活性肠肽 (Vasoactive Intestinal Peptide, VIP) 和一氧化氮 (Nitric Oxide, NO) 等抑制型激素。MTL 和 CCK 已被证实是评价胃肠功能的实用而可靠指标^[1]。另有研究表明^[4],MTL、CCK 和 VIP 是与 SAP 病人胃肠动力障碍密切相关的胃肠激素。Wang X 等^[5]观察到,SAP 患者血清 MTL 和 CCK 水平下降,结肠转运时间显著延长。因此认为这些胃肠激素和神经递质变化的综合效应可能是导致 SAP 发生胃肠动力的紊乱的机制。

研究发现,SAP 患者经过六君子汤治疗后,血浆 MTL 和 CCK 水平上升,与对照组比较差异有统计学意义, $P < 0.05$,表明六君子汤能够影响 SAP 患者胃肠激素 MTL 和 CCK 的分泌和释放,起到理气消胀、降逆止呕、缓解消化道平滑肌痉挛的作用,从而改善 SAP 患者胃肠动力障碍。

参考文献

[1] Wang G, Wen J, Xu L, et al. Effect of enteral nutrition and ecoimmunonutrition on bacterial translocation and cytokine production in patients with severe acute pancreatitis[J]. Journal of Surgical Research, 2013, 183(2):592-597

[2] 何志宇,陈光远.重症急性胰腺炎与胃肠动力障碍的研究进展[J]. 中国危重病急救医学,2010,22(9):522-524

[3] 刘未艾,刘密,何亚敏,等.功能性胃肠病肠脑肽的研究进展[J]. 中国中医急症,2012,21(6):951-953

[4] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(2013)[J]. 胃肠病学,2013,18(7):428-433

[5] Wang X, Gong Z, Wu K, et al. Gastrointestinal dysmotility in patients with acute pancreatitis[J]. Journal of Gastroenterology & Hepatology, 2003, 18(1):57-62

(收稿日期:2017-03-27)

阿替普酶与拜阿司匹林治疗老年急性脑梗死的临床效果

张卫平

(河南省商丘市第一人民医院急诊内科 商丘 476000)

摘要:目的:探讨阿替普酶治疗与拜阿斯匹治疗老年急性脑梗死的临床疗效。方法:选取我院 2013 年 10 月~2015 年 4 月收治的老年急性脑梗死患者 84 例为研究对象,随机分为对照组和观察组各 42 例。对照组给予拜阿司匹林治疗,观察组给予阿替普酶治疗,比较两组临床疗效、治疗后巴塞尔指数 (Barthel) 评分及神经功能缺损度 (ESS) 评分。结果:观察组临床疗效明显高于对照组,且治疗后 Barthel 评分及 ESS 评分均高于对照组 ($P < 0.05$)。结论:阿替普酶治疗老年急性脑梗死疗效显著,可明显改善患者神经功能,值得临床推广应用。

关键词:急性脑梗死;阿替普酶;拜阿司匹林

中图分类号: R743.3

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.037

急性脑梗死是临床致残、致死率较高的疾病之一,主要因脑动脉堵塞所致,及时进行脑血管疏通,尽快恢复脑部供血是治疗的关键^[1]。随着人们生活水平的提高,饮食习惯的变化,急性脑梗死的发病率呈递增趋势,严重影响患者及其家庭的正常生活^[2]。阿司匹林是非甾体类抗炎药,被广泛用于治疗和预防

老年脑梗死病,但不良反应症状日益显现,甚至造成肝肾损坏。本研究旨在探讨阿替普酶治疗老年急性脑梗死的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 10 月~2015 年 4 月我院收治的急性脑梗死患者 84 例为研究对象,

随机分为观察组和对照组各 42 例。观察组: 男 23 例, 女 19 例; 年龄 60~78 岁, 平均年龄 (66.3±7.52) 岁; ESS 评分 (35.7±13.8) 分, Barthel 评分 (23.79±14.73) 分。对照组: 男 20 例, 女 22 例; 年龄 60~76 岁, 平均年龄 (67.31±6.84) 岁; ESS 评分 (37.65±12.48) 分, Barthel 评分 (22.53±19.64) 分。两组患者性别、年龄、ESS 评分及 Barthel 评分等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$, 具有可比性。

1.2 方法 两组患者入院后均予以常规对症治疗, 如针对脑水肿静滴 20% 甘露醇, 鼻饲或静脉补液进行营养支持, 给予营养神经、清除氧自由基等药物。在此基础上, 对照组给予拜阿司匹林 (国药准字 H10960305) 口服, 300 mg/次, 1 次/d, 持续用药 7 d; 观察组给予阿替普酶 (批准文号 S20110052) 0.9 mg/kg, 其中总剂量的 10% 静脉推注, 余下 90% 的剂量静滴, 持续 1 h, 用药 24 h 后行头颅 CT, 若无出血, 则持续用药 7 d。

1.3 观察指标及标准 比较两组患者的临床疗效、治疗后巴塞尔指数 (Barthel) 评分及神经功能缺损度 (ESS) 评分^[3]。疗效标准^[4]: 包括意识、水平凝视功能、言语、肢体肌力等项目, 评分 10 分以上为显效, 4~10 分为有效, 4 分以下为无效。总有效 = 显效 + 有效。

1.4 统计学处理 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料用比率表示, 采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组临床疗效明显高于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	42	14 (33.33)	17 (40.48)	11 (26.19)	31 (73.81)
观察组	42	22 (52.38)	16 (38.10)	4 (9.52)	38 (90.48)*

注: 与对照组比较, * $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗后 Barthel 评分与 ESS 评分比较 观察组 Barthel 评分与 ESS 评分均明显高于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者治疗后 Barthel 评分与 ESS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	Barthel	ESS
对照组	42	35.57±24.78	34.72±22.35
观察组	42	57.36±23.41*	47.82±26.13*

注: 与对照组比较, * $P<0.05$ 。

3 讨论

急性脑梗死是老年人常见的高危疾病之一, 多为突发性起病, 常有耳鸣、头痛、半身不遂、肢体不协调及语言障碍等症状, 严重者甚至出现昏迷不醒。拜阿司匹林治疗老年急性脑梗死毒副作用日益明显, 综合疗效并不十分理想^[5]。阿替普酶是一种溶栓药物, 主要成分为糖蛋白, 含 526 个氨基酸, 该药进入机体后可通过其赖氨酸残基与纤维蛋白结合, 将酶原转化成酶, 促进血管疏通, 达到缓解脑部缺血缺氧的目的。在溶栓过程中, 阿替普酶具有选择性, 因而不会产生常见的出血并发症^[6-8]。

研究结果显示, 观察组临床疗效、治疗后 Barthel 评分及 ESS 评分均高于对照组 ($P<0.05$)。说明阿替普酶治疗老年急性脑梗死疗效确切, 可明显改善神经功能缺损状况, 促进机体功能恢复。综上所述, 阿替普酶治疗老年急性脑梗死可有效提高临床疗效, 且安全可靠, 具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 崔悦, 王永强. 阿替普酶治疗老年患者急性脑梗死的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2014, 29(2): 182-185
- [2] 何苏, 黄莺莺, 隆世宇, 阿托伐他汀联合拜阿司匹林对缺血性脑血管病患者颈动脉斑块及血清 OxLDL、hs-CRP 的影响[J]. 海南医学, 2016, 27(1): 30-31
- [3] 林志坚, 车秀娟, 程欣, 等. 脑梗死患者阿司匹林抵抗与复发缺血性血管事件风险[J]. 卒中与神经疾病, 2015, 22(3): 148-151
- [4] 鱼强, 王铮, 刘岐焕. 阿替普酶与拜阿司匹林治疗老年急性脑梗死患者的临床效果[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(10): 106-107
- [5] 鲍建华. 氯吡格雷与拜阿司匹林联合治疗急性脑梗死患者疗效的比较分析[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(31): 197-198
- [6] 张卉田, 刘娟. 不同剂量阿替普酶在急性缺血性卒中静脉溶栓中的疗效对比分析[J]. 中国实用医刊, 2015, 42(24): 73-75
- [7] 陈瑞炳, 胡炜. 急性心肌梗死使用瑞替普酶和阿替普酶溶栓治疗的对比观察[J]. 浙江临床医学, 2015, 17(1): 45-46
- [8] 杨璐萌, 程忻, 凌倚峰, 等. 华山医院急性脑梗死患者阿替普酶静脉溶栓治疗依从性分析[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(10): 845-849

(收稿日期: 2017-05-10)

《实用中西医结合临床》杂志在线投稿系统指南

本刊已启用在线投稿系统, 网址: <http://www.syzxyjhlc.com>, 欢迎大家通过本网站投稿、浏览文章。通过本网站, 可实现不限时在线投稿、审核、编

辑、校对、组版等全流程功能, 作者可在线查看稿件流程情况, 专家可登录网站实行在线审核, 并可全文查阅本刊以往刊出文章。