

血压伴高脂血症可有效降血压、调节血脂，且相比较小剂量的辛伐他汀，增加辛伐他汀用药剂量至 40 mg 后血压与血脂控制效果更突出。辛伐他汀属于羟甲基戊二酰辅酶 A 还原酶抑制药物，能够发挥抗氧化、抗血栓以及血小板活性抑制作用，改善血管内皮细胞<sup>[9]</sup>。同时，辛伐他汀能够对血管紧张素受体进行调节，调节 TC、TG、LDL-C 以及 HDL-C 水平，从而降低胆固醇在细胞中含量，有效调节血脂水平<sup>[9]</sup>。此外，辛伐他汀同时具备抗炎效果，能够抑制炎症反应，减少炎症介质在血液中的含量，达到细胞保护与抗炎效果，从而有效增强疗效<sup>[10]</sup>。老年人因多伴有多种慢性疾病，在药物使用方面种类较多，而他汀类药物在用药过程中不良反应较常见<sup>[11]</sup>。大量研究表明，辛伐他汀以小剂量用药的降脂作用不甚稳定，国外临床提倡以 20~80 mg 大剂量使用辛伐他汀<sup>[12]</sup>。本研究使用 40 mg 辛伐他汀治疗老年高血压伴高脂血症对血压与血脂的改善效果更优，两组不良反应总发生率比较，差异无统计学意义，表明通过增加辛伐他汀用药剂量对高血压伴高脂血症施治不会使用药不良反应增加，安全性较高。

综上所述，相比小剂量辛伐他汀治疗，对老年高血压伴高脂血症患者使用 40 mg 辛伐他汀治疗可增强对血压、血脂的控制效果，且不会增加不良反应

的发生，推广价值较高。

参考文献

[1]陈善,周晓秋,叶梁,等.辛伐他汀对轻中度高血压合并高脂血症患者血清炎症介质、血小板活化功能和血液流变学的影响[J].中华高血压杂志,2015,23(5):477-481.  
 [2]刘福忠,杨应军,陈波,等.不同他汀类药物改善老年高血压患者早期肾损害的效果[J].中国医药导报,2017,14(8):71-75.  
 [3]王玮,刘亚.他汀类药物治高脂血症 90 例临床观察[J].陕西医学杂志,2016,45(11):1546-1547.  
 [4]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南 2010[J].中华高血压杂志,2011,19(8):701-743.  
 [5]中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会.中国成人血脂异常防治指南[J].中华心血管病杂志,2012,19(5):4-14.  
 [6]胡四海.辛伐他汀治疗高血压合并高脂血症患者的临床疗效及其对血清超敏 C 反应蛋白的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(9):127-128.  
 [7]王力泽.不同剂量辛伐他汀治疗高血压并高脂血症患者临床疗效及安全性的对比研究[J].实用心脑血管病杂志,2017,25(1):67-69.  
 [8]李裕强,林宇彪,黄宇.辛伐他汀对高血压合并动脉粥样硬化患者内皮功能的影响[J].海南医学,2017,28(14):2348-2349.  
 [9]康丹红,高健,王永春,等.辛伐他汀治疗老年高脂血症患者疗效与安全性的最佳剂量研究[J].现代生物医学进展,2015,15(31):6125-6127.  
 [10]徐明昌.不同剂量辛伐他汀治疗脑梗死的临床疗效和药理分析[J].实用中西医结合临床,2018,18(11):111-112.  
 [11]罗海东,李振中.辛伐他汀联合非诺贝特对比单用辛伐他汀治疗高脂血症疗效与安全性的系统评价[J].中国药房,2015,26(12):1658-1661.  
 [12]刘大亮,彭锦德,符洪明.不同剂量辛伐他汀治疗老年高血压病合并高脂血症的对照研究[J].现代诊断与治疗,2015,26(12):2669-2670.

(收稿日期: 2021-03-20)

## 间断小剂量尿激酶与阿替普酶溶栓治疗老年急性中高危肺栓塞的疗效比较

王世俊

(河南省安阳市人民医院急诊科 安阳 455000)

**摘要:**目的:分析间断小剂量尿激酶与阿替普酶溶栓治疗老年急性中高危肺栓塞的疗效。方法:采用前瞻性随机法选取 2017 年 3 月~2019 年 2 月收治的 58 例老年急性中高危肺栓塞患者为研究对象,依据治疗方案不同分为对照组和观察组,各 29 例。对照组给予阿替普酶溶栓治疗,观察组给予间断小剂量尿激酶溶栓治疗。两组均连续治疗 7 d,观察两组治疗效果、临床症状消失时间、治疗前及治疗 7 d 后血气指标。结果:两组总有效率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组患者咳嗽、心跳过快、胸痛、呼吸困难症状消失时间均短于对照组( $P<0.05$ );治疗后,观察组动脉血氧分压高于对照组,动脉血二氧化碳分压低于对照组( $P<0.05$ )。结论:与阿替普酶治疗比较,间断小剂量尿激酶溶栓治疗可缩短老年急性中高危肺栓塞患者临床症状消失时间,有效调节患者血气指标。

**关键词:**急性中高危肺栓塞;小剂量尿激酶;阿替普酶;溶栓治疗;血气指标

中图分类号:R563.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.055

急性肺栓塞不是一个独立的疾病，常为肺循环障碍的合并症，是指肺动脉或其分支因机体内脱落的血栓或其他物质导致阻塞的病理过程，具有较高的发病率及误诊率<sup>[1]</sup>。急性肺栓塞临床主要诱因为慢性心肺疾病、下肢或盆腔静脉血栓形成、恶性肿瘤、手术、创伤、妊娠和口服避孕药等，患者以呼吸困

难、咳嗽、胸痛等为主要临床表现，并伴有极度焦虑不安、恶心、倦怠、抽搐和昏迷等脑缺氧症状<sup>[2-3]</sup>。一旦出现若未能及时接受有效的治疗，可导致患者死亡，对患者身体健康和生命安全造成极大威胁。尿激酶与阿替普酶均为临床常用的溶栓治疗方法，但哪一种更为有效存在一定争议。基于此，本研究旨在分

析比较间断小剂量尿激酶与阿替普酶溶栓治疗老年急性中高危肺栓塞的疗效。现报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 采用前瞻性随机法选取 2017 年 3 月~2019 年 2 月于我院接受治疗的 58 例老年急性中高危肺栓塞患者为研究对象,依据治疗方案不同分为对照组和观察组,各 29 例。对照组男 18 例,女 11 例;病程 4.5 h~12 d,平均病程(7.54±2.58) d;年龄 61~83 岁,平均年龄(70.73±5.80)岁;体质指数 19~26 kg/m<sup>2</sup>,平均体质指数(22.89±0.78) kg/m<sup>2</sup>。观察组男 17 例,女 12 例;病程 5 h~13 d,平均病程(7.67±2.63) d;年龄 62~85 岁,平均年龄(71.40±5.96)岁;体质指数 19~27 kg/m<sup>2</sup>,平均体质指数(22.74±0.83) kg/m<sup>2</sup>。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准

1.2 入组标准 纳入标准:经胸部 CT、心电图及临床症状检查确诊为肺栓塞;发病至入院接受治疗时间≤14 d;签署知情同意书。排除标准:合并凝血功能障碍;存在溶栓禁忌证;近期有创伤,机体某部位出血。

1.3 治疗方法 两组均给予卧床静养、吸氧、补液等基础治疗。对照组患者采用阿替普酶治疗,取 50 mg 注射用阿替普酶(注册证号 S20160054)融入适量生理盐水稀释,静脉滴注,2 h 滴完,第 2 天给予低分子肝素钙注射液(国药准字 H20060191)0.01 ml/kg,静脉滴注,12 h/次。观察组患者采用间断小剂量尿激酶治疗,注射用尿激酶(国药准字 H37020115)2 万 U/kg 静脉滴注,2 h 滴完,连用 3 d 后给予低分子肝素 0.01 ml/kg 静脉滴注,12 h/次。两组均治疗 7 d。

1.4 评价指标 (1)临床疗效:治疗 7 d 后,评估两组临床治疗效果,患者呼吸困难、咳嗽、胸痛等症状完全消失,肺部 X 线检查显示正常为治愈;患者呼吸困难、咳嗽、胸痛等症状明显改善,肺部 X 线检查显示肺部阴影消失 50%以上为好转;临床症状无明显改善或病情恶化为无效<sup>[4]</sup>。总有效=治愈+好转。(2)症状消失时间:比较两组临床症状消失时间,包括咳嗽、心跳过快、胸痛、呼吸困难。(3)血氧指标:采用血气分析仪(东莞键威医疗器械, DH-1830)测定两组治疗前及治疗 7 d 后动脉血氧分压及动脉血二氧化碳分压。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件分析处理数据,计数资料(疗效等)以率表示,采用  $\chi^2$  检

验;计量资料(临床症状消失时间、血气指标水平等)以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗效果比较 两组总有效率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较[例(%)]

组别	n	治愈	好转	无效	总有效
对照组	29	13(44.83)	11(37.93)	5(17.24)	24(82.76)
观察组	29	15(51.72)	11(37.93)	3(10.34)	26(89.66)
$\chi^2$					0.145
P					0.446

2.2 两组临床症状消失时间比较 观察组患者咳嗽、心跳过快、胸痛、呼吸困难症状消失时间均短于对照组( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组临床症状消失时间比较( $d, \bar{x} \pm s$ )

组别	n	咳嗽	心跳过快	胸痛	呼吸困难
对照组	29	5.42±1.14	3.69±2.76	6.15±0.74	4.26±1.47
观察组	29	3.28±0.96	2.24±1.81	5.32±0.63	2.82±1.23
t		5.781	2.366	4.599	4.046
P		0.000	0.022	0.000	0.000

2.3 两组血气指标比较 治疗后,观察组动脉血氧分压水平高于对照组,动脉血二氧化碳分压水平低于对照组( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组血气指标比较(mm Hg,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	动脉血氧分压		动脉血二氧化碳分压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	29	75.97±2.26	85.77±2.39*	45.62±2.03	39.46±1.13*
观察组	29	76.03±2.24	91.07±2.34*	45.23±2.65	35.21±1.04*
t		0.103	8.679	0.640	15.158
P		0.918	0.000	0.525	0.000

注:与同组治疗前相比,\* $P<0.05$ 。

## 3 讨论

急性肺栓塞是一种临床常见的危重急症,多发于老年人群,患者肺动脉压力可在短时间内明显升高,使右侧心脏负荷加重,继而导致心功能衰竭,若不能及时给予有效的救治,很可能危及生命<sup>[5-6]</sup>。急性肺栓塞发病机制复杂,且症状多不具有典型性,故误诊、漏诊率较高,如未能给予准确的治疗措施,进一步增加患者的死亡率。因此,提高诊断效率的同时积极采取对应治疗措施对降低死亡率意义重大。

溶栓治疗是急性中高危肺栓塞患者重要治疗手段,可有效降低患者的死亡率。阿替普酶是一种临床常见溶栓药物,对纤维蛋白具有较高特异性,能够选择性结合血栓表面的纤维蛋白,激活纤溶酶原,发挥良好溶栓效果<sup>[7-8]</sup>。但该药对机体循环中的纤溶酶原亲和力较小,不影响血液循环纤溶系统,因而不会产生出血等并发症。而尿激酶也是临床常用溶栓药物,

可直接作用于内源性纤维蛋白溶解系统,裂解纤溶酶原为纤溶酶,降解纤维蛋白凝块,抑制血小板聚集;同时尿激酶不仅可以快速有效地溶解新形成的血栓,还能够起到预防血栓形成的作用<sup>[9-10]</sup>。本研究采用间断小剂量给药方式可减少不良反应发生情况,增加溶栓治疗的安全性。两组治疗总有效率比较,未见明显差异,表明阿替普酶与间断小剂量尿激酶溶栓治疗效果相近。而观察组患者咳嗽、心跳过快、胸痛、呼吸困难症状消失时间短于对照组,动脉血氧分压水平高于对照组,动脉血二氧化碳分压水平低于对照组,表明间断小剂量尿激酶溶栓治疗可更快缩短老年急性中高危肺栓塞患者临床症状消失时间,且血气指标改善更加明显。

综上所述,老年急性中高危肺栓塞患者采用间断小剂量尿激酶或阿替普酶溶栓治疗的效果相似,但间断小剂量尿激酶治疗可缩短临床症状消失时间,且改善血气指标的效果更加明显。

参考文献

[1]叶自力.阿替普酶联合低分子肝素钠溶栓治疗老年急性次大面积

肺栓塞的疗效[J].现代诊断与治疗,2017,28(6):1114-1116.  
 [2]王峰.中西医结合治疗肺栓塞疗效分析[J].实用中西医结合临床,2017,17(5):57-58.  
 [3]李菲,唐笑先,师建强,等.不同类型急性肺栓塞临床相关因素分析及胸部继发改变的 CT 肺动脉成像特征[J].中华放射学杂志,2018,52(1):9-14.  
 [4]王蔚文.临床疾病诊断与疗效判断标准[M].北京:科学技术文献出版社,2010.656-657.  
 [5]高伟波,石茂静,窦丽稳,等.110 例急性肺栓塞溶栓患者临床分析[J].中华急诊医学杂志,2020,29(3):398-403.  
 [6]苏奕明,许太福,侯培勇,等.导管引导介入治疗急性中高危肺动脉栓塞临床研究[J].现代生物医学进展,2019,19(14):2787-2792.  
 [7]陶俊,刘澄英.低分子肝素钙联合阿替普酶对老年次大面积急性肺栓塞的疗效及安全性研究[J].宁夏医科大学学报,2017,39(8):967-970.  
 [8]徐刚,张含琼.阿替普酶对急性肺栓塞高危患者溶栓前后血浆 N 端 B 型尿钠肽前体水平的影响及疗效分析[J].血栓与止血,2017,23(4):558-561.  
 [9]袁武锋,蒋雷,郑素洁.尿激酶溶栓治疗对下肢深静脉血栓合并急性肺栓塞患者凝血功能、D-二聚体、N-末端脑钠肽前体的影响[J].中华全科医学,2017,15(12):2068-2070,2105.  
 [10]杜辛歌,倪吉祥,赵天明,等.间断小剂量尿激酶溶栓治疗老年急性中高危肺栓塞的疗效和安全性[J].临床内科杂志,2017,34(2):114-117.

(收稿日期: 2021-03-20)

# Multiloc 髓内钉与锁定钢板内固定对老年肱骨近端骨折患者术后康复效果的影响

左磊 刘强

(南阳医学高等专科学校第一附属医院骨科一病区 河南南阳 473058)

**摘要:**目的:探讨 Multiloc 髓内钉与锁定钢板内固定对老年肱骨近端骨折患者术后康复效果的影响。方法:选择 2017 年 1 月~2020 年 6 月治疗的 100 例老年肱骨近端骨折患者,按随机数字表法分为髓内钉组及钢板组,各 50 例。髓内钉组采用 Multiloc 髓内钉治疗,钢板组采用锁定钢板内固定治疗。比较两组手术情况、骨折愈合时间、肩关节功能及并发症。结果:髓内钉组手术时间、骨折愈合时间短于钢板组,术中出血量、疼痛评分低于钢板组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组 Constant-Murley 肩关节评分及并发症总发生率对比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:对老年肱骨近端骨折患者采用 Multiloc 髓内钉或锁定钢板内固定治疗的效果相当,患者肩关节功能恢复好、并发症少,但 Multiloc 髓内钉治疗损伤小、疼痛轻,更有利于骨折愈合。

**关键词:**老年肱骨近端骨折;Multiloc 髓内钉;锁定钢板;肩关节功能;疼痛程度

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.056

肱骨近端骨折(PHF)好发于中老年人群,多与患者反应能力下降、骨质疏松等有关。目前不稳定 PHF 患者多采用手术治疗,可达到解剖复位、稳定固定的效果,患者术后能够早期活动<sup>[1]</sup>。PHF 手术方法较多,主要包括髓内钉固定、解剖钢板固定及经皮克氏针固定等,其中 Multiloc 髓内钉及肱骨近端锁定钢板(Philos 钢板)应用较多<sup>[2-3]</sup>。但受到患者骨折类型、骨质条件及基础状况等影响,临床上针对老年 PHF 患者采取何种术式治疗尚未形成统一标准。鉴于此,本研究探讨 Multiloc 髓内钉与锁定钢板内固

定对老年 PHF 患者术后康复效果的影响,以寻求一种更为安全有效的术式。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究获医院医学伦理委员会批准。选择 2017 年 1 月~2020 年 6 月于我院治疗的 100 例老年 PHF 患者,按随机数字表法分为髓内钉组及钢板组,各 50 例。髓内钉组男 28 例,女 22 例;年龄 60~78 岁,平均年龄(69.08±1.97)岁;Neer 分型:二部分骨折 18 例,三部分骨折 17 例,四部分骨折 15 例。钢板组男 26 例,女 24 例;年龄 60~79 岁,