

(文章编号) 1007-0893(2020)23-0156-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.23.073

## 尤瑞克林治疗急性脑梗死的疗效观察

王杰华 洪诸权

(泉州市第一医院, 福建 泉州 362000)

**[摘要]** **目的:** 探究于临床中治疗急性脑梗死使用尤瑞克林的疗效。**方法:** 选择2019年3月至2020年1月在泉州市第一医院经诊断并治疗急性脑梗死患者共计80例, 已通过条件筛查得出并将其分成对照组与观察组, 每组40例。其中对照组患者接受常规治疗, 而观察组患者在接受常规治疗基础上使用尤瑞克林行静脉滴注。随之比较两组治疗前后美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)评分、巴氏指数(BI)评分以及椎基底动脉血流速度情况、治疗前后日常情绪状况[焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评测]。**结果:** 治疗前, 两组患者的NIHSS评分、BI评分、椎基底动脉血流速度相比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 观察组患者的NIHSS评分、BI评分相较对照组有明显改善, 同时观察组患者的血流速度、SAS评分和SDS评分均优于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 急性脑梗死患者的治疗方案中添加尤瑞克林, 能明显加强治疗效果, 改善患者体征恢复效果。

**[关键词]** 急性脑梗死; 尤瑞克林; 椎基底动脉血流

**[中图分类号]** R 743.3 **[文献标识码]** B

急性脑梗死属于严重疾病, 即便近些年脑梗死治疗手段有所提升, 能改变以往脑梗死治疗后的高致死率, 但在临床中仍有较高的致残率, 且通常是终生不可逆转的。急性脑梗死患者头部血管发生血流障碍后而造成局部缺氧, 长时间维持此状态会造成组织坏死和软化, 若患者未及时治疗, 很大几率会导致患者残疾或死亡。因此临床制定的脑梗死治疗方案应以恢复神经细胞功能为目的, 关注患者预后。现如今多数医疗机构推行的常规治疗方案成效良好, 但是面对恢复神经损伤、促进恢复等局面, 机构正在尝试加用尤瑞克林提升患者的神经损伤和生活质量。早期应用恢复缺血半暗带血供的药物及脑保护剂的应用是本病临床治疗的关键<sup>[1-2]</sup>。尤其对于错失溶栓时机的患者来说, 神经保护治疗至关重要。基于此, 笔者围绕急性脑梗死的治疗中尤瑞克林的使用进行分析, 详情报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择2019年3月至2020年1月期间本院接诊的急性脑梗死患者80例, 分成对照组与观察组后分别落实基础治疗和增加尤瑞克林治疗。所有患者/家属知情同意本研究, 使用影像学诊断确定所有对象有脑梗死征象。排除实验过程中途脱离者、患有精神疾病障碍者、常规治疗药物过敏者、临床治疗资料不全者。对照组中男女比例为23:17, 年龄43~72岁, 平均年龄( $57.1 \pm 14.1$ )岁; 观察组中男女性别比例为22:18, 年龄42~73岁, 平均年龄( $56.8 \pm 12.0$ )岁。

两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 帮助患者制定神经康复锻炼方案, 每日锻炼30~40 min, 酌情根据患者的耐受情况缩短或延长时间, 共计锻炼2周, 应循序渐进加大康复难度。为其施以抗血小板凝集、调脂稳定斑块的药物, 以免急性脑梗死症状加重。如依达拉奉(南京先声东元制药有限公司, 国药准字H20031342)30 mg加入适量0.9%氯化钠注射液稀释后静脉滴注, 30 min内滴注完成, 每日2次。同时为其使用神经营养药物, 每日1次, 共计14 d修复已经受损的神经功能。积极预防并发症发生, 建立个人患者档案。按照合并症给予控制药物, 积极治疗并发症同时当病情稳定后早期进行神经康复治疗。

**1.2.2 观察组** 在对照组治疗基础上加用尤瑞克林(广东天普生化医药股份有限公司, 国药准字H20052065)。将0.15 PNA尤瑞克林和100 mL 0.9%氯化钠注射液相融合后, 为患者滴注使用1 h输液完成, 每日1次, 共计治疗14 d。

#### 1.3 观察指标

通过对两组患者使用不同程度治疗方法, 比较尤瑞克林的使用是否会影响急性脑梗死治疗情况, 其中美国国立卫生研究院脑卒中量表(national institutes of health stroke scale, NIHSS)评分越低、巴氏指数(Barthel index, BI)评分越高而椎基底动脉血流速度有所升高表示患者状况良好。日常情绪评分: 焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,

**[收稿日期]** 2020-09-02

**[作者简介]** 王杰华, 男, 主治医师, 主要研究方向是脑血管病。

SAS)、抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 评测结果, 情绪测评表针对有意识患者自行填写, 若清醒程度较差则由家属观察患者情况后代填写, 统计分数越低则治疗效果越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 NIHSS 评分和 BI 评分比较

两组患者治疗前 NIHSS 评分和 BI 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者 NIHSS 评分、BI 评分比对照组更优, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 NIHSS 评分和 BI 评分比较 (n = 40,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	BI	NIHSS
对照组	治疗前	62.6 ± 8.4	10.3 ± 3.1
	治疗后	74.3 ± 7.6	7.8 ± 2.3
观察组	治疗前	63.5 ± 8.3	10.9 ± 3.2
	治疗后	88.6 ± 5.7 <sup>a</sup>	5.4 ± 1.9 <sup>a</sup>

与对照组治疗后比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$   
注: NIHSS — 美国国立卫生研究院脑卒中量表; BI — 巴氏指数

2.2 两组患者治疗前后椎基底动脉血流速度比较

两组患者治疗前椎基底动脉血流速度比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者的血流速度高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后椎基底动脉血流速度比较 (n = 40,  $\bar{x} \pm s$ , cm · s<sup>-1</sup>)

组别	治疗前	治疗后
对照组	25.6 ± 3.7	34.4 ± 4.9
观察组	25.7 ± 3.2	45.6 ± 4.1 <sup>b</sup>

与对照组治疗后比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后日常情绪评分比较

治疗前, 两组患者 SAS 评分和 SDS 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者 SAS 评分和 SDS 评分均优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后日常情绪评分比较 (n = 40,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	SAS 评分	SDS 评分
对照组	治疗前	59.2 ± 2.2	60.3 ± 3.8
	治疗后	52.6 ± 3.4	55.8 ± 3.5
观察组	治疗前	58.4 ± 2.1	59.1 ± 3.7
	治疗后	40.6 ± 3.8 <sup>c</sup>	41.7 ± 3.6 <sup>c</sup>

与对照组治疗后比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$   
注: SAS — 焦虑自评量表; SDS — 抑郁自评量表

3 讨论

急性脑梗死是临床常见的中枢神经系统损伤性疾病, 致残率高, 死亡率高。大约 75% 的患者在存活后会留下不同程度的功能障碍。该病的病理基础是脑缺血, 继发于脑水肿、脑细胞损伤和神经元死亡。再者脑梗死从医学角度讲同样属于急性脑血管病的一种, 通常当患者发生脑梗死后, 会牵连其出现行为限制, 进而导致神经功能受损且日常生活质量下降, 以上便可总结为脑梗死症的主要表现。再者, 因人的头部主要负责大部分智能运算工作和氧气支持, 因此被称为人体最重要的器官, 一旦消耗的氧气流量消耗过大且“收”与“入”不平衡甚至造成闭塞, 便会在短短几分钟内造成不可逆转的缺损, 中心神经元由此发生坏死、损伤, 周围组织则会形成缺血性半暗带。此病会导致生理性电活动暂时停止, 但在一段时间内脑部离子平衡与结构未被破坏, 进而尽快恢复脑部的血流供应便能恢复被抑制的生物活性。且经研究显示急性早期脑梗死可以通过溶栓促使血管再通, 缩小脑梗死面积, 最佳时间应控制在 3 ~ 6 h 窗口期。因此可见此种缺血性脑血管病会给人们的正常生活和经济带来较严重负担, 甚至治疗不当还可能造成患者躯体出现永久性损伤<sup>[3-4]</sup>。基于医学研究显示对于此种脑部疾病的治疗研究较为深入, 发病后进而产生局灶性脑组织灌注状态。目前神经营养药物、早期神经康复治疗、抗血小板凝集药物的使用皆为基本治疗, 加上溶栓手段是治疗脑血管疾病的较成熟治疗方案, 而本次重点研究的尤瑞克林能发挥其组织型激肽原酶作用使其系统逐渐归于正向调节, 这对缺血区靶向性开启血液循环建立, 对于灌注状态能起到有效改善作用<sup>[5]</sup>。

结果显示, 治疗前, 两组间 NIHSS 评分、BI 评分以及椎基底动脉血流速度相比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 相比于对照组, 观察组的 NIHSS 评分明显更低, 而且观察组 BI 评分更高, 观察组椎基底动脉血流速度更高更优, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

综上所述, 急性脑梗死患者治疗方案中添加尤瑞克林其疗效确切, 能明确改善预后稳定用药安全。

〔参考文献〕

- (1) 张平国, 郭继萍, 刘娟. 尤瑞克林联合醒脑静治疗急性轻中度脑梗死的疗效观察 (J). 上海医药, 2020, 41(6): 31-33.
- (2) 付巍, 谢立栋, 李卓. 注射用尤瑞克林治疗大动脉粥样硬化型急性期脑梗死的临床疗效观察 (J). 中华急诊医学杂志, 2019, 28(7): 905-907.
- (3) 李论, 李贵学, 雷杰. 尤瑞克林对急性分水岭脑梗死治疗效果的初步评价 (J). 中国医药指南, 2020, 18(8): 137-138.
- (4) 孙杰生, 马洪梅. 尤瑞克林联合奥扎格雷治疗急性脑梗死的疗效观察 (J). 中国医药指南, 2018, 16(9): 109.
- (5) 赵大鹏, 单敏, 宁方波, 等. 尤瑞克林治疗急性后循环脑梗死患者的疗效观察 (J). 临床合理用药杂志, 2018, 11(2): 44-45.