

〔文章编号〕 1007-0893(2021)09-0153-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.09.072

# 阿替普酶治疗急性脑梗死的疗效观察

文 帅

(宁乡市人民医院, 湖南 宁乡 410600)

〔摘要〕 **目的:** 分析阿替普酶在急性脑梗死治疗中的临床价值。**方法:** 随机从 2015 年 1 月 1 日至 2015 年 12 月 31 日期间宁乡市人民医院收治的急性脑梗死患者中抽取 40 例作为研究对象, 对患者进行分组, 观察组 20 例, 对照组 20 例, 对照组实施常规治疗, 观察组实施阿替普酶治疗, 比较两组治疗效果。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为 90.00%, 高于对照组的 50.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗前, 两组患者的美国国立卫生研究院脑卒中量表 (NIHSS) 评分、Barthel 指数 (BI) 评分、生活质量评价量表 (SF-36) 评分、Fugl-Meyer 运动量表 (FMA) 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 观察组治疗后 Batherel 指数、SF-36 评分、Fugl-Meyer 评分高于对照组, NIHSS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者治疗前活化部分凝血酶原时间、纤维蛋白原、超敏 C 反应蛋白指标比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 观察组纤维蛋白原、超敏 C 反应蛋白低于对照组, 活化部分凝血酶原时间长于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 观察组患者运动功能评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 阿替普酶能够有效治疗急性脑梗死, 且治疗效果显著, 安全性高。

〔关键词〕 急性脑梗死; 阿替普酶; 美国国立卫生研究院脑卒中量表

〔中图分类号〕 R 743.3      〔文献标识码〕 B

急性脑梗死是一类较常见的脑血管疾病, 其有着高死亡率, 常见于高血压、高血脂症等慢性病的中老年人的特点。临床表现有: 病发突然, 常出现在睡眠、伴头疼、耳鸣、恶心、半身不遂以及呕吐等情况<sup>[1]</sup>。若治疗不及时, 患者容易发生神经功能损伤, 从而严重影响生活质量, 所以尽早疏通血管是治疗急性脑梗死的关键, 而阿替普酶在治疗急性脑梗死有着显著的疗效, 并且越早使用对于患者的治疗效果也越显著<sup>[2]</sup>, 基于此, 笔者开展了相关研究, 具体报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

随机从 2015 年 1 月 1 日至 2015 年 12 月 31 日期间本院收治的急性脑梗死患者中抽取 40 例作为研究对象, 采取随机法分为观察组、对照组, 各 20 例。观察组患者中, 男性 12 例, 女性 8 例, 年龄 35~75 岁, 平均年龄 (48.9±8.5) 岁。对照组患者中, 男性 11 例, 女性 9 例, 年龄 36~74 岁, 平均年龄 (48.7±8.2) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 诊断标准 参照《急性脑缺血脑血管病中西医结合诊疗指南》解读<sup>[3]</sup>。

1.1.2 纳入标准 (1) 确诊为急性脑梗死; (2) 患者年龄为 30~80 岁, 头颅计算机断层扫描 (computed tomography, CT) 排除脑出血和低密度的变化; (3) 急性脑梗死的神经系统的体征不能自动缓解; (4) 没有意识障

碍, 舒张压大于 110 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 收缩压小于 100 mmHg 为血流动力学机制所导致的急性脑梗死;

(5) 患者以及患者家属均知情同意本研究。

1.1.3 排除标准 (1) 有精神病史的患者; (2) 患者月经期、妊娠期以及心、肝、肾、肺等功能不全的患者; (3) 有着严重的其他疾病的患者; (4) 发病时间超过 4.5 h; (5) 之前有过大型外科手术史; (6) 动脉血栓的长度 > 8 mm; (7) 血凝功能的指标异常。

## 1.2 方法

1.2.1 对照组 常规治疗, 给予患者口服 100 mg 阿司匹林 (广东九明制药有限公司, 国药准字 H44021139) 治疗, 每日 3 次, 持续治疗 21 d; 口服 75 mg 氯吡格雷 (赛诺菲 (杭州) 制药有限公司, 国药准字 J20180029) 治疗, 每日 1 次, 持续治疗 21 d。

1.2.2 观察组 阿替普酶治疗, 同时接受护理干预。具体操作如下, (1) 溶栓前的准备: 在接受治疗之前, 需要先检查患者血压、血型、血小板、凝血时间以及血常规等, 对患者进行宣教以及心理护理, 适当缓解患者的紧张心情, 同时向患者及家属讲解溶栓有关的知识 (治疗方法、疗效); (2) 溶血治疗过程: 阿替普酶 (德国勃林格殷格翰药业有限公司, 国药准字 S20110051) 使用的剂量是 1.0 mg·kg<sup>-1</sup>, 把总剂量的 12% 放在注射器当中与适量 0.9% 氯化钠注射液混合均匀, 在 1 min 之内静脉注射, 把所剩余的 88% 均匀混合后静脉注射, 连续 1 h, 共治疗 1 次。

〔收稿日期〕 2021-02-11

〔作者简介〕 文帅, 男, 副主任医师, 主要研究方向是脑血管的基础及临床研究。

记录开始以及结束的时间，结束之后使用 0.9 % 氯化钠注射液冲洗管；（3）溶栓之后：做好心理护理，情绪激动容易导致患者血压上升，从而严重的影响到溶栓的治疗效果，所以需要患者休息从而确保溶栓的顺利进行；在溶栓之后的 1 d 内都不能使用氯吡格雷以及阿司匹林，并用美国国立卫生研究院卒中量表（national institutes of health stroke scale, NIHSS）对治疗后的 6 h、24 h 以及 1 周进行评定，并在 1 d 内检查头颅 CT；行基础护理，保持床单的整洁干净，避免肺部的感染以及泌尿系统的感染。

1.3 观察指标

（1）统计患者的总有效率以及 NIHSS 评分<sup>[4]</sup>。效果评定标准：患者神经功能缺损评分减少 80 % 以上为显效；患者神经功能缺损评分减少 79 % ~ 60 % 为有效；患者神经功能缺损评分减少 59 % 以下为无效，总有效率 =（显效 + 有效） / 总例数 × 100 %。利用 NIHSS 对两组患者神经功能缺损情况进行评估，分数越高表示患者神经功能恢复越差。

（2）利用生活质量评价量表（short form 36 questionnaire, SF-36）与 Batherel 指数（Barthel index, BI）对两组患者生活质量、日常生活能力进行评估，分值均为 100 分，分数越高表示患者生活质量或日常生活能力较高。（3）抽取两组患者 5 mL 空腹静脉血，检测纤维蛋白原、超敏 C 反应蛋白水平，凝血酶原时间。（4）采用 Fugl-Meyer 评分标准评价运动功能，分为上肢运动能力和下肢运动能力，前者分值下限为 0 分，分值上限为 66 分，后者分值上限为 0 分，分值下限为 34 分，两者之和为总分，即分值下限值为 0 分，分值上限值为 100 分，分值越高表示患者治疗后的运动能力恢复越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 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 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 90.00 %，高于对照组的 50.00 %，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较（*n* = 20, *n* (%)）

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	6(30.00)	4(20.00)	10(50.00)	10(50.00)
观察组	10(50.00)	8(40.00)	2(10.00)	18(90.00) <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05

2.2 两组患者治疗前后 NIHSS 评分、BI 评分、SF-36 评分、FMA 评分比较

治疗前两组患者的 NIHSS 评分、BI 评分、SF-36 评分、FMA 评分比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）。治疗后，观察组治疗后 Batherel 指数、SF-36 评分、Fugl-Meyer 评分

高于对照组，NIHSS 评分低于对照组，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 NIHSS 评分、BI 评分、FMA 评分、SF-36 评分比较（*n* = 20,  $\bar{x} \pm s$ , 分）

组别	时间	NIHSS 评分	BI 评分	SF-36 评分	FMA 评分
对照组	治疗前	7.26 ± 3.26	40.17 ± 6.00	62.55 ± 7.26	22.31 ± 5.46
	治疗后	6.23 ± 2.15	49.78 ± 6.11	82.51 ± 6.34	54.52 ± 5.11
观察组	治疗前	7.25 ± 3.25	40.16 ± 5.98	62.54 ± 7.25	22.58 ± 5.27
	治疗后	3.01 ± 1.78 <sup>b</sup>	60.23 ± 5.78 <sup>b</sup>	90.12 ± 4.59 <sup>b</sup>	60.67 ± 5.33 <sup>b</sup>

与对照组治疗后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05

注：NIHSS — 美国国立卫生研究院卒中量表；SF-36 — 生活质量评价量表；BI — Batherel 指数；FMA — Fugl-Meyer 运动量表

2.3 两组患者治疗前后活化部分凝血酶原时间、纤维蛋白原、超敏 C 反应蛋白比较

两组患者治疗前活化部分凝血酶原时间、纤维蛋白原、超敏 C 反应蛋白指标比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）。治疗后观察组纤维蛋白原、超敏 C 反应蛋白低于对照组，活化部分凝血酶原时间长于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后活化部分凝血酶原时间、纤维蛋白原、超敏 C 反应蛋白比较（*n* = 20,  $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	活化部分凝血酶原时间 /s	纤维蛋白原 /g · L <sup>-1</sup>	超敏 C 反应蛋白 /mg · L <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	19.27 ± 7.57	3.99 ± 0.78	5.50 ± 0.84
	治疗后	26.12 ± 5.54	3.56 ± 0.72	5.78 ± 0.65
观察组	治疗前	19.26 ± 7.56	3.98 ± 0.75	5.49 ± 0.85
	治疗后	34.23 ± 5.98 <sup>c</sup>	2.89 ± 0.32 <sup>c</sup>	4.23 ± 0.32 <sup>c</sup>

与对照组治疗后比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05

3 讨论

急性脑梗死是一种脑血管疾病，发病概率逐年递增，其极高的死亡率给人们的生命安全带来了巨大威胁，根据研究数据表明，在 3.5 ~ 4.5 h 内对急性脑梗死患者进行溶栓治疗的效果显著<sup>[5]</sup>。急性脑梗死的临床症状有头晕或是昏迷不醒，大多使用的是阿替普酶结合临床护理干预进行治疗，其治疗效果显著，并发症概率低，安全系数高。

在溶栓当中最常见的是并发症出血，其发病率为 8 % ~ 12 %。阿替普酶是一种纤维蛋白溶药物，其通过和赖氨酸相结合，从而激活血栓以及内纤溶酶原，进而避免血栓的形成。在此过程中，容易出现出血。所以需要观察患者消化道、泌尿道、口腔等是否出血，与此同时还要观察急性脑梗死患者的意识、瞳孔等的变化<sup>[6]</sup>。

在本研究中，观察组患者治疗总有效率为 90.00 %，高于对照组的 50.00 %，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）；治疗前两组患者的 NIHSS 评分、BI 评分、SF-36 评分、FMA 评分比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）。治疗后，观察组治疗后 Batherel 指数、SF-36 评分、Fugl-Meyer 评分高于对照组，NIHSS 评分低于对照组，差异具有统计学意义

( $P < 0.05$ )；两组患者治疗前活化部分凝血酶原时间、纤维蛋白原、超敏 C 反应蛋白指标比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后观察组纤维蛋白原、超敏 C 反应蛋白低于对照组，活化部分凝血酶原时间长于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。综上所述，阿替普酶能有够治疗急性脑梗死，效果显著。

[参考文献]

(1) 吴燕. 阿替普酶治疗急性脑梗塞的效果和对患者生活质量的影响分析 (J). 饮食保健, 2019, 6(24): 56-75.

(2) 梁洁清. 阿替普酶给药护理对治疗急性脑梗塞患者的临床

效果影响 (J). 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(14): 64-67.

(3) 陈怀珍. 《急性缺血性脑血管病中西医诊疗指南》解读 (J). 中医药临床杂志, 2013, 25(11): 949-954.

(4) 梁燕飞, 温焕青. 阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗塞的观察及护理 (J). 中外医疗, 2019, 38(10): 136-138.

(5) 李小玉, 章鹏, 何小庆. 阿替普酶溶栓治疗急性脑梗塞的疗效及不良反应发生率观察 (J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(15): 37-40.

(6) 庞丽, 陈娟. 阿替普酶早期溶栓治疗急性脑梗塞患者的护理干预 (J). 中国保健营养, 2018, 28(25): 52-65.

(文章编号) 1007-0893(2021)09-0155-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.09.073

# 不同短效避孕药治疗育龄期多囊卵巢综合征的临床疗效

吴晓金 袁秀春 曾燕妮

(龙川县妇幼保健院, 广东 龙川 517300)

[摘要] **目的:** 探究不同短效避孕药对育龄期多囊卵巢综合征 (PCOS) 患者的临床疗效。**方法:** 选取 2019 年 1 月至 2020 年 11 月龙川县妇幼保健院收治的 65 例育龄期 PCOS 患者, 按随机抛硬币法将其分为对照组 32 例、观察组 33 例。对照组给予炔雌醇环丙孕酮片治疗, 观察组给予屈螺酮炔雌醇片 (II) 治疗, 比较两组患者血清性激素水平 [促卵泡激素 (FSH)、促黄体生成素 (LH)、孕酮 (P)、雌二醇 (E2)、睾酮 (T)、催乳素 (PRL)]、子宫内膜容受性 [子宫内膜厚度、子宫动脉搏动指数 (PI)、子宫动脉阻力指数 (RI)]。**结果:** 治疗后, 两组患者 FSH、LH、T、P 水平均低于治疗前, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；两组患者治疗后 PRL、E2 水平与治疗前比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；治疗后, 两组患者血清 FSH、LH、PRL、E2、T、P 水平组间比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 两组患者子宫内膜厚度、PI、RI 与治疗前比较, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；两组患者子宫内膜厚度、PI、RI 组间比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** 炔雌醇环丙孕酮片与屈螺酮炔雌醇片 (II) 治疗 PCOS 疗效相近, 均可有效降低血清 FSH、LH、T、E2 水平, 改善子宫内膜容受性。

[关键词] 多囊卵巢综合征; 屈螺酮炔雌醇片 (II); 炔雌醇环丙孕酮片; 性激素; 子宫内膜容受性

[中图分类号] R 711.75 [文献标识码] B

多囊卵巢综合征 (polycystic ovarian syndrome, PCOS) 是育龄期女性较常见以慢性无排卵、高雄性激素血症为主要特征的一类内分泌功能紊乱性疾病<sup>[1]</sup>。长期月经不规律、不孕、痤疮及多毛是 PCOS 患者主要临床表现。口服避孕药 (oral contraceptive, OCP) 是治疗 PCOS 的传统方法, 可降低卵巢分泌的雄性激素, 改善患者多毛、痤疮等症状, 对于无生育要求的患者而言, 是一种经济、简单的治疗方案<sup>[2]</sup>。炔雌醇环丙孕酮片和屈螺酮炔雌醇片 (II) 均为 OCP, 均可发挥抗雄性激素作用。故本研究主要比较分析炔雌醇环丙孕酮片和屈螺酮炔雌醇片 (II) 治疗育龄期 PCOS 女性临床疗效, 详情如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月至 2020 年 11 月本院收治的 65 例育龄期 PCOS 患者, 按随机抛硬币法将其分为对照组 32 例、观察组 33 例。对照组: 年龄 20~35 岁, 平均 (25.69 ± 4.36) 岁; 体质量 55~70 kg, 平均 (63.23 ± 5.36) kg; 观察组: 年龄 18~35 岁, 平均 (24.63 ± 4.31) 岁; 体质量 56~72 kg, 平均 (62.41 ± 5.21) kg。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 均符合 PCOS 诊断标准<sup>[3]</sup>; 年龄 18~40 岁; 首次确诊, 未接受其他治疗方案; 治疗依从性

[收稿日期] 2021-03-08

[作者简介] 吴晓金, 女, 主治医师, 主要研究方向是妇科。