

(4) 侯志超, 郭美琴, 宋伟, 等. 邻近组织瓣转移术治疗肉芽肿性小叶性乳腺炎的临床疗效 (J). 中华普通外科杂志, 2020, 35(3): 252-253.

(5) 黄海荣, 高红霞, 赵婷婷. 腺体瓣成型法乳腺区段切除术

治疗非哺乳期乳腺炎的临床效果 (J). 中国当代医药, 2021, 28(18): 17-20.

(6) 杨长安, 王卿炜, 杨波, 等. 不同方案治疗非哺乳期乳腺炎的疗效分析 (J). 中国现代医学杂志, 2019, 29(6): 116-119.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)13-0175-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.083

# 依达拉奉治疗急性脑梗死的有效性和不良反应分析

陈俊斌 李雪莲 谷玉平 陈 鹏

(韶关市粤北人民医院, 广东 韶关 510026)

〔摘要〕 **目的:** 探讨急性脑梗死患者予以依达拉奉治疗的有效性与不良反应。 **方法:** 选取韶关市粤北人民医院 2018 年 1 月至 2020 年 1 月内收治的 80 例急性脑梗死患者, 以治疗方案差异分为对照组 (40 例, 常规治疗) 和观察组 (40 例, 依达拉奉治疗), 比较分析两组患者的临床疗效、不良反应 (发热、胃肠道反应、皮疹、肝功能异常) 及治疗前后的蒙特利尔认知评估量表 (MOCA) 评分、简易智力状态检查量表 (MMSE) 评分、日常生活能力量表 (ADL) 评分。 **结果:** 观察组患者临床疗效有效率为 95.00%, 明显高于对照组的 85.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者不良反应发生率为 2.50%, 明显低于对照组的 17.50%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者 MOCA 评分、MMSE 评分明显高于对照组, ADL 评分明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。 **结论:** 急性脑梗死患者予以依达拉奉治疗, 疗效显著, 且不良反应发生率较低, 安全性高, 可有效促进患者神经功能恢复。

〔关键词〕 急性脑梗死; 依达拉奉; 神经功能缺损

〔中图分类号〕 R 743.3 〔文献标识码〕 B

急性脑梗死好发于中老年人, 常见危险因素包括高血压、糖尿病、心脏病<sup>[1]</sup>。症状与脑梗死部位、大小有关, 多表现为偏身肢体无力、行走不稳、无法视物、偏身感觉障碍、麻木、言语不清、言语含糊、口角歪斜流涎, 严重者可出现头痛、呕吐、意识不清、昏迷<sup>[2]</sup>。当前临床对于急性脑梗死多采用溶栓治疗, 抢救缺血半暗带为主, 临床常规治疗主要以血栓通、奥扎格雷钠等药物进行治疗, 虽可起到一定的治疗效果, 但对患者已损伤脑组织无有效的修复作用, 临床应用价值有一定的局限性<sup>[3]</sup>。而依达拉奉作为脑保护剂, 可有效清除自由基, 还可以抑制脑梗死急性期患者梗塞部位的脑血流量减少, 从而可以抑制脑细胞、血管内皮细胞、神经细胞的氧化损伤<sup>[4]</sup>。基于此, 笔者就急性脑梗死患者予以依达拉奉治疗的有效性与不良反应分析展开研究, 具体如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2018 年 1 月至 2020 年 1 月内收治的 80 例急性脑梗死患者, 以治疗方案差异分为对照组和观察组, 各 40 例。对照组中, 男 22 例, 女 18 例, 年龄 50~73 岁, 平

均 ( $51.32 \pm 12.01$ ) 岁。观察组中, 男 23 例, 女 17 例, 年龄 50~75 岁, 平均 ( $52.08 \pm 11.54$ ) 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。

纳入标准: 所有研究对象均确诊为急性脑梗死<sup>[5]</sup>, 且均自愿参与本研究。排除标准: 排除对本研究使用药物有禁忌证患者。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规治疗方案 (抗血小板聚集及他汀类药物), 即给予患者脑栓通胶囊 (广东南华药业集团有限公司, 国药准字 Z20040093) 口服治疗, 每次 0.9 g, 每日 3 次。再加上奥扎格雷钠 (海南碧凯药业有限责任公司, 国药准字 H20000216) 静脉滴注治疗,  $80 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$ , 每日 1 次, 溶于 500 mL 0.9% 氯化钠注射液或 5% 葡萄糖注射液中, 连续静脉滴注。

1.2.2 观察组 在对照组的 治疗基础上增加使用依达拉奉注射液 (南京先声东元制药有限公司, 国药准字 H20050280) 治疗,  $30 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$ , 每日 2 次, 加入适量 0.9% 氯化钠注射液中稀释后静脉滴注, 30 min 内滴完, 1 个疗程

〔收稿日期〕 2021 - 03 - 26

〔作者简介〕 陈俊斌, 男, 副主任医师, 主要研究方向是神经内科。

为 14 d。

两组患者均持续治疗 1 个月。

### 1.3 观察指标

(1) 统计比较分析两组患者的临床疗效。痊愈：治疗结束后，患者神经功能缺损评分下降 10%，肢体障碍完全消失；显效：治疗结束后，患者神经功能缺损评分下降 11%~20%，肢体障碍均有显著改善；有效：治疗结束后，患者神经功能缺损评分下降 21%~30%，肢体障碍完全消失；无效：上述标准均未达到或病情加重；临床疗效有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 不良反应 (发热、胃肠道反应、皮疹、肝功能异常) 及治疗前后的蒙特利尔认知评估量表 (Montreal cognitive assessment, MOCA) 评分 (评分与认知功能呈正比)、简易智力状态检查量表 (mini-mental state examination, MMSE) 评分 (评分与精神状态呈正比)、日常生活能力量表 (activity of daily living scale, ADL) 评分 (评分与生活自理能力呈反比)。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 20.0 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 两组患者临床疗效比较

观察组患者临床疗效有效率为 95.00%，明显高于对照组的 85.00%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 (*n* = 40, *n* (%))

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	9(22.50)	11(27.50)	14(35.00)	6(15.00)	34(85.00)
观察组	13(32.50)	18(45.00)	7(17.50)	2(5.00)	38(95.00) <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05

### 2.2 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者不良反应发生率为 2.50%，明显低于对照组的 17.50%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率比较 (*n* = 40, *n* (%))

组别	发热	胃肠道反应	皮疹	肝功能异常	总发生
对照组	3(7.50)	2(5.00)	1(2.50)	1(2.50)	7(17.50)
观察组	0(0.00)	1(2.50)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50) <sup>b</sup>

与对照组比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05

### 2.3 两组患者治疗前后 MOCA 评分、MMSE 评分及 ADL 评分比较

治疗前，两组患者 MOCA 评分、MMSE 评分及 ADL 评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；但治疗后观察组患者 MOCA 评分、MMSE 评分明显高于对照组，ADL 评分明显低于对照组，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 MOCA 评分、MMSE 评分及 ADL 评分比较 (*n* = 40,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	MOCA 评分	MMSE 评分	ADL 评分
对照组	治疗前	19.39 ± 2.37	15.54 ± 5.55	46.46 ± 5.34
	治疗后	21.12 ± 2.01	18.17 ± 3.02	40.68 ± 5.21
观察组	治疗前	19.17 ± 2.17	15.57 ± 5.12	45.18 ± 4.36
	治疗后	22.45 ± 2.31 <sup>c</sup>	20.96 ± 2.14 <sup>c</sup>	37.57 ± 2.53 <sup>c</sup>

与对照组治疗后比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05

注：MOCA—蒙特利尔认知评估量表；MMSE—简易智力状态检查量表；ADL—日常生活能力量表

## 3 讨论

急性脑梗死是指各种脑血管病变导致的脑部血液供应障碍，进而导致局部脑组织缺血、缺氧性坏死，迅速出现相应神经功能缺损的一类综合征<sup>[6]</sup>。大部分急性脑梗死都是由于脑动脉血管的动脉硬化，在一定诱因下，形成不稳定斑块，斑块破裂导致血栓形成，从而引起急性脑梗死<sup>[7]</sup>。而导致动脉粥样硬化的高危因素主要是吸烟、糖尿病、高血脂、高同型半胱氨酸血症、高龄、心脑血管病的遗传家族史等<sup>[8]</sup>。

当前临床对于急性脑梗死的常规用药方案，多采用阿替普酶、尿激酶、链激酶等溶栓药物及抗血小板聚集，他汀类药物进行治疗，也可以应用脑蛋白水解物，同时改善血循环，起到扩张脑部血管，预防脑内再次出现梗塞的症状。同时进行抗凝和抗血小板治疗，使用肝素 0.9% 氯化钠注射液和葡萄糖注射液，阻止凝血酶对纤维蛋白原的作用以及血液凝固<sup>[9]</sup>。但上述治疗，对患者已损伤脑神经无修复作用，因此，在上述治疗的基础上，增加使用依达拉奉可取得理想的治疗效果。

依达拉奉可有效改善脑部微循环，增加梗死灶周围血流量，使大脑中某些营养物质含量增加，并抑制神经元死亡，抑制脂质过氧化，阻止脑细胞、脑水肿、血管内皮细胞和神经细胞的过度氧化和损伤，减轻缺血半暗带的再灌注损伤。还能够减轻神经细胞和血管内皮细胞的氧化损伤，从而改善脑梗死所带来的各种神经症状，并改善日常生活能力，适用范围广泛<sup>[10]</sup>。

本研究结果显示，在常规用药治疗基础上增加使用依达拉奉治疗的观察组患者的临床总有效率高达 95.00%，明显高于对照组 85.00%，观察组不良反应发生率仅为 2.50%，明显低于对照组的 17.50%，且两组患者治疗前 MOCA 评分、MMSE 评分及 ADL 评分差异不大，但治疗后观察组患者 MOCA 评分、MMSE 评分明显高于对照组，ADL 评分明显低于对照组。

综上所述，急性脑梗死患者予以依达拉奉治疗，疗效显著，且不良反应发生率较低，安全性高，可有效促进患者神经功能恢复。

### [参考文献]

- (1) 崔贤淑. 研究依达拉奉治疗急性脑梗塞的临床效果与不良反应 (J). 中国保健营养, 2018, 28(33): 231.
- (2) 孙娜, 夏丽, 袁芝梅, 等. 依达拉奉治疗急性脑梗塞患者的疗效观察 (J). 大医生, 2017, 2(6): 37, 46.

(3) 戚可欣. 依达拉奉治疗急性脑栓塞的临床效果与不良反应分析 (J). 北方药学, 2018, 15(7): 151.

(4) 刘飞. 依达拉奉治疗急性脑栓塞的临床效果与不良反应分析 (J). 世界临床医学, 2017, 11(11): 5, 7.

(5) 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019 (J). 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 710-715.

(6) 董敏. 依达拉奉在急性期脑梗塞患者中的有效性及安全性分析 (J). 养生保健指南, 2019, 18(24): 287.

(7) 焦月香. 依达拉奉在急性期脑梗塞患者中的有效性及安全

性分析 (J). 中国保健营养, 2018, 28(3): 315-316.

(8) 曹艳红. 依达拉奉联合尤瑞克林治疗急性脑梗塞效果及对神经功能和生活质量影响分析 (J). 中国保健营养, 2019, 29(5): 289-290.

(9) 杨舒畅. 丁苯酞软胶囊, 奥扎格雷钠, 依达拉奉三联疗法治疗急性脑梗塞的疗效分析 (J). 中文科技期刊数据库 (引文版) 医药卫生, 2016, 8(5): 4.

(10) 王倩, 孙睿. 依达拉奉治疗急性脑栓塞的临床效果与不良反应观察 (J). 中西医结合心血管病杂志 (电子版), 2017, 5(35): 80-81.

(文章编号) 1007-0893(2021)13-0177-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.084

## 微创接骨板技术治疗四肢骨折的疗效

郭永杰 王 斌 陈明国 张韶民 苗卫东

(平顶山市平煤神马医疗集团总医院, 河南 平顶山 467400)

**[摘要]** **目的:** 分析四肢骨折患者采用微创接骨板技术治疗的效果, 为同类研究提供参考借鉴。**方法:** 选取 2015 年 10 月至 2018 年 10 月在平顶山市平煤神马医疗集团总医院就诊治疗的 152 例四肢骨折患者为观察对象, 按照治疗方式的不同将其分为两组, 每组 76 例。内固定组采用切开复位内固定术治疗, 微创接骨板组采用微创接骨板技术治疗, 比较两组患者的治疗情况及治疗效果。**结果:** 微创接骨板组术中出血量少于内固定组, 其手术时间、住院时间及骨折愈合时间也明显短于内固定组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 微创接骨板组患者的治疗有效率为 97.37%, 高于内固定组患者的 88.16%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 采用微创接骨板技术治疗四肢骨折, 可使患者治疗时间明显缩短, 提高临床治疗效果, 进而使骨折愈合速度明显提升。

**[关键词]** 四肢骨折; 微创接骨板技术; 切开复位内固定术

**[中图分类号]** R 683.4 **[文献标识码]** B

四肢骨折是一种临床上较为常见的长骨骨折, 多由病理性因素或者外伤导致, 临床症状表现为肿胀、压痛、畸形、功能障碍等, 严重者活动受限、对血管或神经造成伤害, 威胁患者生命安全<sup>[1]</sup>。目前临床主要采用保守方法及切开复位内固定对四肢骨折进行治疗, 而研究表明, 传统的切开复位内固定治疗具有手术时间长、术中出血多等缺点, 微创接骨板技术开始逐步应用于四肢骨折治疗, 效果较好<sup>[2]</sup>。为观察四肢骨折患者采用微创接骨板技术治疗的效果, 本研究以 152 例四肢骨折患者作为观察对象进行分析, 旨在为后续临床治疗提供参考借鉴。

152 例四肢骨折患者为研究对象, 按照治疗方式的不同将其分为两组, 每组 76 例。内固定组男 37 例, 女 39 例; 年龄 25~77 岁, 平均年龄为 (40.78 ± 5.91) 岁; 股骨骨折 20 例, 尺桡骨骨折 19 例, 肱骨骨折 16 例, 胫腓骨骨折 21 例。微创接骨板组男 35 例, 女 41 例; 患者 22~78 岁, 平均年龄 (42.82 ± 6.14) 岁; 股骨骨折 22 例, 尺桡骨骨折 18 例, 肱骨骨折 17 例, 胫腓骨骨折 19 例。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。

**纳入标准:** (1) 经影像学检查确诊为四肢骨折; (2) 知情同意本研究并可配合治疗方案。排除标准: (1) 合并精神疾病、强烈心理应激等无法配合治疗的患者; (2) 麻醉禁忌的患者; (3) 合并其他严重干扰本病疗效观察的患者。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

以 2015 年 10 月至 2018 年 10 月期间在本院就诊治疗的

#### 1.2 方法

1.2.1 内固定组 给予患者传统切开复位内固定术, 患

**[收稿日期]** 2021-03-16

**[作者简介]** 郭永杰, 男, 副主任医师, 主要研究方向是四肢创伤。