

丁苯酞氯化钠注射液治疗急性脑梗死的疗效

陈雄健

郁南县第二人民医院 广东 云浮 527125

【摘要】 目的: 为针对性找出更适合急性脑梗死患者的治疗办法, 本文采用丁苯酞氯化钠注射液对患者开展治疗, 观察其疗效。方法: 本文中设计在 2021 年 6 月至 2023 年 6 月之间抽取 60 例患者作为研究对象, 设计两个分组分别为接受神经内科常规药物治疗的对照组及接受加用丁苯酞氯化钠注射液治疗的实验组, 对比两组患者在治疗过程中及治疗结束后的治疗效果、不良反应发生率。结果: 实验组患者接受治疗后治疗效果优于对照组患者 ($P < 0.05$), 且不良反应发生率不高于对照组患者 ($P > 0.05$)。结论: 丁苯酞氯化钠注射液对于急性脑梗死患者的临床治疗效果较为明显, 不增加不良反应发生率。

【关键词】 丁苯酞氯化钠注射液; 急性脑梗死; 疗效;

急性脑梗死是临床神经内科常见急重症之一, 是由于脑组织的供应血管出血阻塞, 从而相应供给的脑组织细胞出现缺血、水肿, 最终坏死, 导致脑组织原有的功能出现缺损, 临床常见有头晕、平衡障碍, 肢体乏力, 言语障碍, 感觉障碍, 视野缺损等症状, 还具有高致残率及高死亡率的特点, 严重影响患者的生活质量。本文主要研究丁苯酞氯化钠注射液治疗急性脑梗死的疗效, 具体研究如下。

1 资料与方法

1.3 一般资料

本文中设计在 2022 年 1 月至 2023 年 6 月之间抽取我院 60 例的急性脑梗死的患者作为研究对象, 纳入标准: (1) 患者有明显的急性脑卒中症状, 经头颅 CT 或者 MRI 明确诊断急性脑梗死。(2) 无意识障碍, 能配合治疗和观察的患者。(3) NIHSS 评分少于 15 分。排除标准: (1) 合并严重心、肝、肾等原发病。(2) 脑栓塞, 出血性脑梗死, 无症状性脑梗死。(3) 有严重出血倾向。设计两个分组分别为接受神经内科常规药物治疗的对照组及接受丁苯酞氯化钠注射液治疗的实验组, 对照组 30 例患者中有男性患者 19 例, 女性患者 11 例, 年龄在 52 岁至 91 岁之间, 平均年龄 (71.50 ± 2.30) 岁; 实验组 30 例患者中有男性患者 15 例, 女性患者 15 例, 年龄在 53 岁至 91 岁之间, 平均年龄 (72.00 ± 2.56) 岁, 两组患者一般资料对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.4 方法

对照组患者接受神经内科给氧, 抗板, 调脂稳斑, 控

制血压、血糖, 预防并发症等常规药物治疗, 调脂稳斑药口服阿托伐他汀钙片(生产企业: 辽宁鑫善源药业有限公司, 批准文号: 国药准字 H20213068, 口服, 每次 1 片, 每日 1 次)。抗板药阿司匹林肠溶片(生产厂家: 拜耳医药保健有限公司, 批准文号: 国药准字 J20130078, 口服, 每日 1 次, 每次 1 片)。

实验组在常规药物治疗的基础上(即对照组治疗方法基础上)接受丁苯酞氯化钠注射液(生产厂家: 石药集团恩必普药业有限公司, 批准文号: 国药准字 H20100041, 每天两次, 每次给予 100ml 静脉滴注, 相隔至少 6 小时)治疗, 两组患者治疗周期均为两周。

1.3 疗效标准

1.3.1 功能评分

本文主要用生活质量评定量表判断患者生活质量, 主要有躯体功能、日常生活功能和社会功能三个方面。

1.3.2 不良反应发生率

本文主要研究恶心呕吐、过敏、转氨酶异常这三种不良反应。

1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS21.0 软件中分析, 计量资料比较采用 t 检验, 并以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料采用 χ^2 检验, 并以率 (%) 表示, ($P < 0.05$) 为差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 功能评分

根据表 1 数据可知, 实验组患者的各项功能评分均高于对照组患者, 数据对比具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 功能评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	躯体功能	日常生活功能	社会功能
实验组	30	89.62±3.56	90.15±3.61	92.06±3.70
对照组	30	72.30±1.62	75.16±1.73	76.30±1.80
t	-	24.593	20.648	23.641
P	-	0.025	0.034	0.023

2.2 不良反应发生率

实验组患者共计 30 例, 其中仅有 1 例患者出现恶心呕吐的不良反应, 1 例患者出现转氨酶异常的不良反应, 共计 2 例患者出现不良反应, 占比 6.7%; 对照组患者共计 30 例, 其中有 1 例患者出现恶心呕吐的不良反应, 1 例患者出现转氨酶异常的不良反应, 共计 2 例患者出现不良反应, 占比 6.7%, 两组数据对比得出 ($\chi^2=0.001, p=1.000$), 数据

对比具无统计学意义 ($P > 0.05$)。

4. 讨论

急性脑梗死的治疗具体如下: (1) 常规治疗: 给氧, 抗血小板凝集, 调控血脂稳血管斑块, 控制患者的血压、血糖, 维持生命的稳态, 预防并发症等; (2) 特殊治疗: 急性脑梗的患者在 4.5 小时内可以考虑阿替普酶溶栓治疗,

在 6 小时内可以考虑尿激酶溶栓治疗。除此之外,大血管堵塞的急性脑梗死患者还会进行血管介入治疗。临床上急性脑梗死患者往往超溶栓时间窗才来到医院,有溶栓指征患者部分害怕出血风险或因经济原因选择拒绝溶栓治疗。急性脑梗死的患者经临床一系列治疗大部分仍然遗留或轻或重的后遗症,如肢体乏力、视力障碍、认知障碍或言语障碍等,给患者及其家庭造成负担,因此患者在治疗过程中可能存在较大的心理负担,非常容易灰心丧气放弃治疗或不配合治疗,在治疗过程中需要特别注意这个问题,对患者进行及时的心理疏导来保证治疗效果。预防方法主要是早期的预防,如果没有患过脑梗死,就需要把危险因素,如高血压、糖尿病、高脂血症等相关的疾病控制好,再就是进行适当的运动、健康生活方式、戒烟、戒酒等,都属于预防范围。

阿托伐他汀钙片是临床上常用的降脂药,通过降低血液中低密度脂蛋白,从而起到预防、减少心肌梗塞、脑中风的发生。阿托伐他汀钙最常见的副作用是肌肉的疼痛以及关节痛、恶心、转氨酶升高等,还会出现泌尿系统感染、鼻咽炎。阿托伐他汀钙的不良反映或者副作用,与用药剂量、用药时间相关。一般剂量越大,用药时间越长,症状可能越重,发生频率可能越高。其最重的症状应该是横纹肌溶解综合征,最初的表现就是肌肉疼痛。阿托伐他汀钙的副作用,对于不同的人,其反应和症状可能不同,这就是所谓的个体差异。因此一旦用药期间有肌肉疼痛症状,应该引起重视。阿司匹林肠溶片主要是抑制血小板聚集,可以预防血栓形成,临床上多用于急性脑血管病、冠心病、心肌梗死,急性冠脉综合征,高血压等预防并发症发生。肠溶阿司匹林主要是通过肠道吸收,小剂量的肠溶阿司匹林对副作用很小,主要副作用有刺激肠粘膜,引起胃痛、恶心呕吐,手术患者还可以出现牙龈出血,内脏出血,服用阿司匹林一定要定期检验凝血功能。丁苯酞氯化钠注射液具体的作用机制包括多种药理作用,可通过多个靶点来发挥,有重建缺血区微循环、增加缺血区灌注、保护线粒体和减少细胞死亡的作用。丁苯酞氯化钠注射液可以选择

性抑制花生四烯酸的代谢,目的是减少释放谷氨酸,保证机体细胞内钙浓度下降,从而解除微血管痉挛,防止微血栓形成,提高血管内皮细胞一氧化氮和前列腺素水平,增加缺血区血流量,抑制自由基生成。丁苯酞氯化钠注射液作用于脑缺血脑细胞的线粒体,提高呼吸链复合酶的含量,进而改善呼吸链的功能,提高脑内三磷酸腺苷和磷酸肌酸的水平,改善因三磷酸腺苷耗竭而造成的线粒体损伤,改善脑细胞的能量代谢。也可抑制缺血区脑组织炎症反应,促进星形胶质细胞活化,增强神经细胞对脑缺血的耐受和自我修复能力,从而减少神经细胞死亡。有保护缺血区域的脑细胞,改善脑细胞的能量代谢,抑制缺血所造成的自由基生成,提高细胞对于缺血的耐受性,属于脑神经保护剂,是在脑梗塞急性期使用的药物。在上市前的 2 期和 3 期的临床试验中,都显示出对急性脑梗塞患者良好的治疗作用,对于减轻神经功能缺损、降低日后残障程度有好处。

综上所述,丁苯酞氯化钠注射液治疗急性脑梗死的疗效较为明显,不增加不良反应率,值得临床推广。

参考文献

- [1] 武胜涛,张羽,李富慧.珍珠通络丸联合丁苯酞氯化钠注射液治疗急性脑梗死的疗效及对脑血流灌注状态的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(13):2470-2473.
- [2] 黄启伟,黄长利,祝治华.依达拉奉右莰醇注射用浓溶液联合丁苯酞氯化钠注射液治疗急性脑梗死的临床效果[J].临床合理用药,2023,16(17):47-49+53.
- [3] 刘冠雄,朱凤俊,徐明超,樊书领,金鑫,贾东佩.丁苯酞氯化钠注射液联合阿司匹林、阿托伐他汀钙及桂哌齐特治疗急性脑梗死伴认知功能障碍患者的疗效评价[J].临床研究,2023,31(06):46-49.
- [4] 孙友霞.观察丁苯酞氯化钠注射液联合常规西医方案对急性脑梗死患者疗效及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(02):225-227.
- [5] 熊艳萍.丁苯酞氯化钠注射液联合注射用血塞通治疗急性脑梗死合并 2 型糖尿病的疗效观察[J].慢性病学杂志,2022,23(08):1154-1157.