



脑梗死不同时间窗进行溶栓治疗的疗效和安全性

朱正芳

(双峰县中医医院 湖南娄底 417700)

摘要:目的:分析了脑梗死不同时间窗进行溶栓治疗的疗效,探讨治疗安全性。方法:选取在2015年的6月~2017年的8月前来我院就诊并接受溶栓治疗的脑梗死患者60例,按照开始溶栓治疗的时间分为溶栓A组与溶栓B组,A组于3h内开始治疗,B组是3~6h内开始治疗,对比两组疗效。结果:溶栓A组在处于治疗24h及治疗7d时的NIHSS评分均低于溶栓B组;溶栓A组在治疗后获得的总有效率高于溶栓B组;溶栓A组的血管再通率高于溶栓B组,组间比较提示存在显著差异, $P<0.05$ 。结论:对于符合溶栓治疗指征的患者,越早开始进行溶栓治疗获得的效果越显著,且具备一定的安全性,是患者预后的保障。

关键词:脑梗死 溶栓治疗 疗效

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-267-01

脑梗死发生后,受到疾病症状影响,患者的机体及神经功能均受到不同程度损伤,帮助患者控制病情、促进及早脑血供及早恢复,是治疗重点,溶栓治疗是促进患者脑血供改善的重要疗法[1]。本文分析了脑梗死不同时间窗进行溶栓治疗的疗效,探讨治疗安全性,报道如下。

1 资料和方法

1.1 基本资料

此次研究选取脑梗死患者60例作为此次研究对象,均在2015年的6月~2017年的8月前来我院就诊并接受溶栓治疗。按照开始溶栓治疗的时间分为溶栓A组与溶栓B组,每组有患者30例,两组一般资料:溶栓A组有男性18例,女性12例;年龄47~70岁,平均年龄是(60.3±4.5)岁。溶栓B组有男性17例,女性13例;年龄48~70岁,平均年龄是(60.7±4.6)岁。比较两组的基本资料,未见显著差异, $P>0.05$ 。

1.2 方法

所有患者均予以对症治疗,包括:控制血压、应用脱水剂、抗血小板、改善循环及脑组织保护类药物治疗等,选用20%的甘露醇进行静脉输注用于促进颅内压降低,适当应用活血化瘀类药物,同时根据患者合并的基础疾病应用降血糖、降血压、降血脂类药物。两组患者除常规治疗,均接受溶栓治疗,方法如下:选用100万U的尿激酶与100mL浓度为0.9的氯化钠混合,进行静脉输注,于30min完成;用药24h后,每晚给予患者拜阿司匹林300mg口服,每天用药1次,持续用药14d将拜阿司匹林的口服剂量减少至100mg,同样每天用药1次。两组溶栓治疗的开展时机不同,溶栓A组于本组患者发病的3h内开始溶栓治疗,溶栓B组则是在本组患者发病的3~6h内开始溶栓治疗。

治疗期间,加强对患者病情、体征、症状表现变化的观察,予以吸氧、心电监护、营养支持、纠正机体水电解质失衡等干预措施,及时发现患者发生的不适反应,予以及时处理。检查患者是否有皮疹、头痛、血压骤变、呕血及出血倾向,尤其是实时把握对出血症状,随时做好处理准备[2]。

1.3 观察指标

在接受溶栓治疗后对两组患者脑梗塞相关症状的改善情况与病情恢复情况进行观察;由同一组人员在患者处于不同阶段时观察其神经功能恢复情况,并采用NIHSS量表进行神经功能缺损评分。记录两组患者的血管再通情况和不良反应发生情况进行比较。

1.4 疗效判定

在进行溶栓治疗后根据患者的恢复情况,结合NIHSS评分对患者的治疗效果进行评估:在治疗后患者获得良好的恢复效果,其NIHSS评分与治疗前相比有90%以上的减少,视作基本治愈;患者的NIHSS评分与治疗前相比有46%以上的减少,未到90%,视作显效;患者的NIHSS评分与治疗前相比有18%以上的减少,未到45%,视作有效;患者的NIHSS评分与治疗前相比减少程度未到18%,视作无效。

1.5 统计学方法

本文研究、统计、分析所得数据资料均采用SPSS17.0统计软件进行处理,计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示,实施t检验;计数资料使用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较不同时间段两组 NIHSS 评分

两组患者在未接受治疗前的NIHSS评分比较未见明显差异, $P>0.05$;在接受治疗的24h及7d时两组患者的NIHSS评分均有所下降,与治疗前比较存在统计学差异, $P<0.05$;溶栓A组在处于治疗24h及治疗7d时的NIHSS评分均低于溶栓B组,组间比较提示存在显著差异, $P<0.05$ 。见表1。

表1 比较不同时间段两组 NIHSS 评分

组别	例数	治疗前	治疗 24h	治疗 7d
溶栓 A 组	30	21.5±11.0	14.3±7.5	8.5±4.1
溶栓 B 组	30	21.3±11.4	18.5±6.2	13.8±5.5

2.2 比较两组的溶栓治疗效果

溶栓A组在治疗后获得的总有效率高于溶栓B组,组间比较提示存在显著差异, $P<0.05$ 。见表2。

表2 比较两组的溶栓治疗效果

组别	例数	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率
溶栓 A 组	30	11	10	7	2	93.33%
溶栓 B 组	30	6	9	8	7	76.67%

2.3 比较两组的血管再通情况和不良反应发生情况

溶栓A组在治疗后血管完全再通10例,部分再通15例,未通5例,血管再通率是83.33%(25/30);溶栓B组在治疗后血管完全再通6例,部分再通14例,未通10例,血管再通率是66.67%(20/30);溶栓A组的血管再通率高于溶栓B组,组间比较提示存在显著差异, $P<0.05$ 。溶栓A组溶栓治疗期间发生出血2例,溶栓B组治疗期间发生出血4例,两组不良反应发生率未见显著差异, $P>0.05$ 。

3 讨论

脑梗死的发生,有相对复杂的发病机制,而机体脑部是重要的器官,在有病发生时,无论是对直接造成破坏还是潜在损伤,都是后果无法估量的,必须予以有效、及时的救治,将病情进展控制,保障预后[3]。而对于脑梗死病患来说,促进梗死区域的血供及早恢复有积极的意义。因此,短时间内改善脑组织缺血状态,恢复血液灌注是高梗死早期治疗的重点。给予脑梗死患者溶栓治疗,利于促进脑局部血供的恢复和神经功能的改善,是目前脑梗死患者较为有效的疗法[4]。

关于脑梗死急性期的溶栓治疗,较常选用的药物包括rt-PA、尿激酶等,均能够起到相对满意的效果。但关于开始溶栓治疗的时间窗,尚有不同定论,以往脑梗死患者进行溶栓治疗的常规时间是6h内,但越来越多的临床研究证明,越早开始溶栓治疗,获得的效果越理想。有报道指出,临床研究发现,存在于机体中枢神经的细胞在氧气缺乏的状态会表现的极为敏感,若持续供氧不足,可能会造成以分钟计数数以百万计的神经细胞永久性丧失其功能,若患者恢复脑灌注时间向后延半小时,其恢复率就可能下降10%[5]。本文对比了不同时间开始进行溶栓治疗的两组患者的效果,结果提示,溶栓A组在处于治疗24h及治疗7d时的NIHSS评分均低于溶栓B组;溶栓A组在治疗后获得的总有效率高于溶栓B组;溶栓A组的血管再通率高于溶栓B组,组间比较提示存在显著差异, $P<0.05$ 。以上结果充分证明了溶栓治疗对于脑梗死患者的价值和及早开始进行溶栓治疗的优势。

综上所述,对于符合溶栓治疗指征的患者,越早开始进行溶栓治疗获得的效果越显著,且具备一定的安全性,是患者预后的保障。

参考文献:

- [1]潘雪芳.尿激酶治疗急性缺血性卒中52例疗效分析[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(16):64-65.
- [2]吴守方.不同时间窗进行脑梗死溶栓治疗的效果及安全性评价[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(3):69-70.
- [3]李德云.急性脑梗死早期影像学诊断及不同时间窗尿激酶静脉溶栓治疗100例分析[J].蚌埠医学院学报,2008,33(2):189-191.
- [4]韩冲峰.不同时间窗进行脑梗死溶栓治疗的疗效及安全性探讨[J].现代诊断与治疗,2013,24(2):418.
- [5]王占峰.不同时间窗进行脑梗死溶栓治疗的疗效及安全性评价[J].中国实用神经疾病杂志,2012,15(13):36-37.