

立迈青治疗进展型脑梗死 60 例疗效观察

任志萍

(内蒙古自治区呼伦贝尔市海拉尔区人民医院,内蒙古呼伦贝尔 021000)

[摘要] 目的 探讨立迈青对进展型脑梗死的临床疗效及安全性。方法 观察 60 例行立迈青治疗的患者(治疗组)治疗过程中的神经功能恢复情况及副作用,并与 60 例常规治疗(对照组)进行对照观察。结果 治疗组治疗总有效率(85%)明显高于对照组(60%) $P < 0.01$;且治疗过程中未发生严重不良反应。结论 立迈青治疗进展型脑梗死安全、有效,不良反应少。

[关键词] 脑梗死;抗凝药;立迈青

[中图分类号] R743.33 [文献标识码] A [文章编号] 1673-9701(2009)33-128-02

普通肝素作为抗凝药物之一,在防止血栓性疾病中被广泛应用已有多年的历史,并取得一定的疗效。但由于有出血、血小板减少和骨质疏松等副作用,临床应用受到了限制。20 世纪 80 年代出现了一代新型肝素类抗凝剂 - 低分子肝素(立迈青),临床应用已日趋广泛。为探讨立迈青[低分子肝素钙(分子量 5000)]对进展型脑梗死治疗的效果,我们应用立迈青治疗进展型脑梗死患者 60 例,效果较满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

60 例住院进展型脑梗死患者均符合全国第四次脑血管病学学术会议制定的急性脑梗死诊断标准^[1],入选资料为 2007 年 9 月 ~ 2009 年 3 月我院住院患者。入选标准:急性脑梗死发病 72 h 内入院,发病后 48 h 局灶功能缺损症状进行性加重的脑梗死病人。排除标准:CT 排除脑出血或出血性梗死者;24 h 内完全恢复的短暂性脑缺血发作(TIA);伴有上消化道出血者;近期手术、活动性出血及有出血倾向者;血小板计数 $< 50 \times 10^9/L$;明显的心源性脑栓塞者;年龄 > 80 岁、严重全身疾病、严重高血压者(收缩压 $> 26.7kPa$,舒张压 $> 14.7kPa$)及昏迷或大面积脑梗死者。将患者随机分为两组,治疗组 60 例,男 38 例,女 22 例,年龄 40 ~ 80 岁,平均(60 ± 10)岁。对照组 60 例,男 36 例,女 24 例,年龄 41 ~ 80 岁,平均(60 ± 19)岁。两组患者年龄、性别及临床表现比较差异均无显著性,有可比性。

1.2 治疗方法

两组均给予静脉输注银杏叶注射液、胞二磷胆碱等药物治疗,同时给予调控血压、血糖、降血脂等治疗,有脑水肿者予以 20%甘露醇脱水。治疗组在上述治疗的基础上加用立迈青 5000U(低分子肝素钙,兆科药业有限公司),皮下注射,每 12 小时 1 次,共治疗 10d。

1.3 疗效评定

依据全国第四届脑血管病学学术会议通过的《脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准和临床疗效评定标准》^[2],治疗前后分别行神经功能缺损(NDS)评分,疗程结束后行临床疗效评定。神经功能改善率 = [(治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分] × 100%。基本痊愈:神经功能改善率为 90% ~ 100%;显著好转:神经功能改善率为 45% ~ 89%;好转:神经功能改善率为

16% ~ 44%,无变化:神经功能改善率为 15% ~ 16%,恶化:神经功能改善率为 $< 15%$ 。治疗前后查血常规、肝肾功能、水电解质、血糖、血气分析、出凝血时间、凝血酶原时间、心电图及头颅 CT。

1.4 统计学处理

用 SPSS12.0 软件进行统计分析,所有计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 神经功能缺损评分

见表 1。

表 1 两组不同时间点神经功能缺损评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	神经功能缺损评分			F 值	P 值
		治疗前	治疗后 7d	治疗后 10d		
治疗组	60	21.82 ± 7.71	16.55 ± 5.36	12.25 ± 5.14	42.89	0.000
对照组	60	21.58 ± 7.73	16.82 ± 5.28	15.82 ± 5.92	17.23	0.000
t 值	60	0.217	1.699	4.749		
P 值	60	> 0.5	> 0.05	< 0.01		

2.2 临床疗效

见表 2。

表 2 各组间疗效比较(例)

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	治愈率 (%)
治疗组	60	18	33	9	0	85
对照组	60	10	26	18	5	60

注:治愈率 = 基本痊愈 + 显著进步,与对照组相比 $P < 0.05$

2.3 实验室检查及头颅 CT 改变

两组治疗后血常规、肝肾功能、血糖、水电解质、出凝血时间、凝血酶原时间、血气及心电图无明显变化;头颅 CT 显示病灶较前缩小或密度变浅者治疗组 20 例(75.00%),明显高于对照组(28.44%),差异有显著性($P < 0.01$)。

2.4 不良反应

两组治疗中未出现明显不良反应,无颅内出血及其他部位出血。

(下转第 143 页)

18mmHg,经拆除调整缝线后眼压降为10~15mmHg。1个月后23眼眼压维持在12~18mmHg,有2眼眼压≥21mmHg,经给予眼球按摩,眼压降至16~20mmHg。术后随访24个月中,有1眼眼压≥21mmHg,经给予抗青光眼药物噻吗心安滴眼液点眼,眼压恢复正常。

2.4 滤过泡

按Kronfeld法,分为、、型,型滤过泡为微小囊状型3眼,型弥散扁平型21眼,型为瘢痕型0眼,型为包裹型1眼。

2.5 其他并发症

术后前房出血1眼,经药物对症治疗1周后消退。

3 讨论

小梁切除术是目前应用最多最广的一种抗青光眼滤过手术,降眼压效果肯定,近几年随着抗代谢药物和巩膜瓣可松解缝线技术在临床上的应用,成为近代改良青光眼滤过手术的新趋势^[2,3],小梁切除术实际已成为一种复合性手术,正是因为这种复合性手术的出现才减少了许多传统手术的并发症,提高了手术的成功率。传统小梁切除术常见的并发症为术后早期滤过强,易造成浅前房及低眼压,传统小梁切除术,术后浅前房发生率高,国内有报道为16.4%^[4],而本组病例浅前房发生率仅为5.9%,明显降低。此种情况如不能及时纠正则可造成角膜内皮失代偿、周边虹膜前粘连而致房角关闭,更严重的是引发虹膜睫状体炎、原发性白内障、脉络膜脱离、黄斑囊样水肿等,从而导致手术失败。手术后期滤过泡的瘢痕形成也是导致手术失败的原因,主要是由于手术将血-房水屏障破坏、术区炎症反应、成纤维细胞的大量增生所导致。复合式小梁切除术,通过可拆除的巩膜调整缝线能够控制术后眼压,迅速恢复前房。本组病例中术后出现浅前房

2例,经处理当日恢复正常,术后眼压也可通过调整缝线来控制,术后早期眼压≥18mmHg者,可给予眼球按摩和拆除调整缝线,本组有1眼眼压偏高,经按摩眼球和先后拆除调整缝线,眼压降至理想范围。通常根据眼压和滤过泡的情况在术后4~10d分别拆除缝线。此外,术中应用抗代谢药物MMC,主要是可以有效地抑制成纤维细胞的增生,减少滤过口的瘢痕,从而形成理想的功能性滤过泡,达到降压的效果。文献报道术中应用MMC常有角膜上皮缺损、溃疡和穿孔及滤过泡渗漏等并发症^[5],本组无一例出现上述情况,可能与术中MMC棉片的使用极为细致和使用后用大量生理盐水冲洗有关。丝裂霉素C在术中一次应用对泪膜的影响小^[6],使用安全方便,术中丝裂霉素C的浓度、量、时间及放置部位,应视不同情况而确定。

综上所述,复合式小梁切除术虽然较传统小梁切除术复杂,但可为专科医生掌握,术后并发症少,成功率高,手术安全有效,因而其临床疗效肯定。

[参考文献]

[1] 彭大伟,吕林,田祥.小梁切除术后的激光断线术[J].中华眼科杂志,1994,30:249.
[2] 明萍,周斌,李泽容.小梁切除联合丝裂霉素C治疗青光眼再手术期疗效观察[J].国际眼科杂志,2007,7(2):526-528.
[3] 袁铸,张贻转,高波.复合式小梁切除术治疗青光眼的临床观察[J].国际眼科杂志,2007,7(4):1155-1157.
[4] 王淑霞,支洪锋,张铭,等.1791眼小梁切除术后早期并发症分析处理[J].中国实用眼科杂志,2006,24(2):153.
[5] 李骏,庞琳.抗青光眼滤过术中应用5-氟尿嘧啶和丝裂霉素C对泪膜的影响[J].中华眼科杂志,2001,37(1):43-47.

(收稿日期:2009-06-23)

(上接第128页)

3 讨论

进展型脑梗死是缺血6h后,局限性缺血症状逐渐进展,数天内呈阶梯式加重,若无充分的治疗,则导致病情和致残程度不断加重。其发病机制可能与下列因素有关:不适当降压,使血压偏低尤其是舒张压偏低时,脑灌注压随之下降使脑缺血加重;

脑血管缺血缺氧局部乳酸过度堆积,造成血管痉挛,血管阻力增高,脑血流量减低,加重缺血;过度脱水、感染、电解质及酸碱平衡紊乱导致血黏度增高,症状加重;高血糖、高钠血症加重局部水肿使病情进展。到目前为止,溶栓是惟一能使闭塞血管即刻再通、迅速恢复血流、缩小梗死面积、使缺血再灌注损伤降低的有效方法。但实际上起病6h内,许多患者无法送达医院就诊。尿激酶溶栓治疗已失去时机,低分子肝素钙具有抗凝、降纤、降血黏度、防止血小板聚集作用,能有效地抑制凝血过程,同时还能增加脑血流量,是治疗进展型脑梗死的较为理想的药物^[3]。从本组资料可以看出,立迈青(低分子肝素)治疗进展型脑梗死比常规治疗有明显优点,总有效率与对照组相比差异有高度显著性(P<0.01),这与国内文献报道一致^[4],低分子肝素分子量较小,平均分子量为4000~6500道尔顿,容易皮下吸收,故可皮下注射,达到肝素静脉持续给药的效果。生物利用度高,几乎

100%,与血浆蛋白结合少及在富血小板状态下抑制凝血酶作用极强,又只有微弱的增强血管通透性作用,微血管出血少,故抗栓性好而出血副作用少。本组用药前后血小板计数、出凝血时间、凝血酶原时间无明显变化,表明立迈青(低分子肝素)对血小板数量及动能无明显影响,证实了该药的安全性,且能抑制血栓扩大、防止进一步血管阻塞,抢救缺血脑组织尤为重要。临床观察,用药越早效果越好。因此,立迈青(低分子肝素)治疗进展型脑梗死疗效显著,安全可靠,应用方便,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
[2] 全国第四届脑血管病学术会议.急性脑血管病诊断及临床功能缺损评分标准[J].中国实用内科杂志,1997,17(5):313.
[3] 刘举祥,车峰远.不同剂量低分子肝素治疗急性脑梗死疗效对照研究[J].中风与神经疾病杂志,2000,17(1):1-5.
[4] 朱敬杰.低分子肝素钙治疗进展型脑梗死的疗效观察[J].实用神经疾病杂志,2005,8(6):97-98.

(收稿日期:2009-07-21)