·临床研究·

溶栓治疗急性脑梗死的临床疗效分析

李　敏，朱　渝△（重庆市第七人民医院神经内科　400054）

【摘要】 目的　探讨溶栓治疗急性脑梗死的临床效果。**方法**　随机选取 2012 年 1 月至 2013 年 8 月于重庆市第七人民医院接受治疗的 18 例急性脑梗死患者，将其视为溶栓组，9 例采取尿激酶溶栓治疗，9 例采取重组组织型纤溶酶原激活剂（rt-PA）溶栓治疗。选取 2011 年 1～12 月的 9 例急性脑梗死患者作对照组，该组患者采取常规治疗，根据 NIHSS 量表和 Barthel Index 评分量表对溶栓治疗效果进行评价，并对溶栓治疗的安全性进行分析。**结果**　临床结果显示溶栓组患者治疗后神经功能缺损程度和日常生活指数评分均要好于治疗前，且上述两项指标均要明显好于对照组，差异具有统计学意义（$P<0.05$）；rt-PA 溶栓治疗的临床效果同尿激酶溶栓治疗的效果差异无统计学意义（$P>0.05$）；溶栓组的并发症发生率少于对照组。**结论**　溶栓治疗可以显著改善患者的神经功能和日常生活质量，具有较好的安全性，对急性脑梗死有一定的疗效。

【关键词】 尿激酶；　重组组织型纤溶酶原激活剂；　急性脑梗死；　临床效果

DOI：10.3969/j.issn.1672-9455.2014.10.045　**文献标志码：**A　**文章编号：**1672-9455(2014)10-1400-02

急性脑梗死是临床上最为常见的脑血管疾病，该病的特点是起病急，具有较高的病死率[1]。尤其是老年患者，一旦发病就会危及生命，因此寻找有效治疗急性脑梗死具有重要的临床意义。相关报道中已经指出，早期溶栓疗法是目前急性脑梗死的最为有效的治疗方法，其治疗目的是溶解血栓，挽救缺血半暗带，疏通脑动脉，恢复脑区血液供应，防止脑组织缺血引发的不可逆性损伤[2-3]。尿激酶属于溶栓一代药物，该药可对纤溶酶原进行催化，使其生成纤溶酶，以此来降解血液中的纤维凝块、凝血因子等[4]。重组组织型纤溶酶原激活剂是二代溶栓药物，此药物也可激活纤溶酶发挥疗效，且对整个血循环系统的作用轻微，不一定引起出血，逐渐应用于溶栓治疗当中。本研究对溶栓治疗急性脑梗死的临床效果做了进步探讨，现将结果报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　随机选取 2012 年 1 月至 2013 年 8 月于本院接受治疗的 18 例急性脑梗死患者（溶栓组），该组患者接受溶栓治疗，男 10 例，女 8 例，年龄 44～72 岁，平均 63.2 岁；选取 2010 年 1～12 月的 9 例急性脑梗死患者作对照组。两组患者年龄、性别、病情和病程等比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。临床资料显示上述病例均在发病 4 h 内入院就诊，部分患者合并不同程度的高血压和糖尿病，经过 CT 检查排除颅内出血和大面积梗死。经询问上述病例 1 年内未进行手术，且颅内无出血史，主要的临床表现为头痛、眩晕、偏瘫、偏盲、偏身感觉、轻度意识障碍等神经功能障碍，部分患者伴有恶心、呕吐，均符合急性脑梗死的相关诊断标准。

1.2　临床治疗　对照组：该组患者给予常规疗法，包括脱水、脑血管扩张、营养脑细胞等，经过详细检查后口服肠溶阿司匹林，用量控制在 100 mg/d，共服用 3 个月，同时静脉滴注复方丹参，药量为 16 mL，1 次/天，滴注 2 周，其他常规治疗药物还包括脑细胞活化剂、钙通道阻滞剂等支持对症治疗，均遵医嘱服用。溶栓组：9 例患者在常规治疗基础上使用尿激酶溶栓治疗，根据患者的具体情况选择静脉滴注剂量，建立静脉通道，将尿激酶（100～150）万 U 加入到 100 mL 生理盐水，30 min 内滴完。9 例患者则使用重组组织型纤溶酶原激活剂（rt-PA）溶栓治疗，总剂量 0.9 mg/kg，将其中的 1/10 静脉推注，推注时间 5 min，然后将 9/10 的 rt-PA 加至 100 mL 生理盐水，静脉滴注 60 min。溶栓过程中对患者进行心电监护，观察患者各个敏感部位是否发生出血并发症。

1.3　评估指标　本研究采取采用 NIHSS 量表和 Barthel Index 评分量表对两组急性脑梗死患者的治疗效果进行评定，记录溶栓治疗前后上述两项指标评分，并进行比较。疗效评定标准如下：痊愈，治疗后患者的神经功能改善率为 100%；基本痊愈，神经功能改善率 90%～99%；改善显著，神经功能改善率 50%～90%；改善，神经功能改善率 20%～50%；无变化，神经功能改善率不足 20%。神经功能改善率＝（治疗前 NIHSS 评分－治疗后 NIHSS 评分）/治疗前评分×100%。

1.4　统计学处理　本研究所得数据采用 SPSS16.0 统计软件进行分析，计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示，比较采用 t 检验，计数资料以率表示，比较采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结　　果

2.1　两组神经功能缺损评分和日常生活指数评分　临床结果显示溶栓组患者治疗后神经功能缺损程度和日常生活指数评分均要好于治疗前，且上述两项指标均要明显好于对照组患者，差异具有统计学意义（$P<0.05$）；rt-PA 溶栓治疗的临床效果同尿激酶溶栓治疗的效果差异无统计学意义（$P>0.05$）。见表 1、2。

2.2　两组的临床疗效及安全性　根据疗效标准，溶栓组的总有效率为 88.89%，对照组的总有效率为 55.56%，两组比较差异有统计学意义（$P<0.05$）；18 例溶栓治疗患者无栓塞，无再灌注损伤和颅内再出血，1 例牙龈出，无皮肤、消化道出血，1 例泌尿道出血，积极治疗后并发症均可恢复，对照组出现 2 例牙

△ **通讯作者**，E-mail：13883191413@163.com。

龈出血。两组并发症比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。

表 1　两组神经功能缺损评分和日常生活指数评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	n	治疗前		治疗后	
		NIHSS	Barthel Index	NIHSS	Barthel Index
对照组	9	10.6±3.6	26.8±5.8	5.3±3.8	42.8±6.8
溶栓组	18	10.3±3.2	21.8±4.3	3.4±3.2	74.8±8.2

表 2　rt-PA 溶栓同尿激酶溶栓神经功能缺损评分和日常生活指数评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	n	治疗前		治疗后	
		NIHSS	Barthel Index	NIHSS	Barthel Index
尿激酶	9	10.4±3.4	20.6±3.8	3.6±3.4	72.8±7.8
Rt-PA	9	10.0±3.0	22.4±4.6	2.8±3.0	76.4±8.4

3　讨　论

急性脑梗死具有发病急，病死率高的特点，因此其对人类的生命健康具有极大的威胁。此病治疗的关键是治疗时间和方法，及早地发现和入院就诊是保证治疗的关键。目前针对急性脑梗死的临床治疗方法中，溶栓的疗效最值得肯定。临床研究显示，中心坏死区和周围的缺血半暗带构成了急性脑梗死的病灶，坏死区彻底性缺血促使脑细胞大量死亡，而缺血半暗带存在侧支循环，仍能获取血液供应，此区域仍然存在活动神经元，迅速恢复血流就可以改善脑代谢，使脑损伤降至最低，促进神经功能的恢复[5-7]。由此认为疏通闭塞脑动脉，恢复脑部血液供应，减少脑细胞坏死是治疗急性脑梗死，是抢救生命的重要保证。已有的相关报道指出早期溶栓疗法是抢救患者的最佳选择。本研究探讨了溶栓对急性脑梗死的临床效果，进一步肯定了溶栓是治疗此类疾病最为有效的方法。

通过溶栓治疗，根据 NIHSS 评分，18 例患者的神经功能损伤程度得到了明显提高，根据 Barthel Index 评分，患者的生活质量显著改善，上述两项指标的改善充分显示出溶栓治疗的临床效果。尿激酶是溶栓一代药物，是我国使用较多的一类，它是由健康人群尿液中提取的酶蛋白，能对内源性纤维蛋白溶解系统直接作用，释放溶纤酶，该酶既可以降解纤维凝块，同时还能降解纤维蛋白原、凝血因子等，从而达到治疗目的[8]。9 例患者使用尿激酶治疗后神经功能损伤改善显著，用药过程中仅出现 1 例牙龈出血，溶栓效果显著，安全性较好，且此类药物的价格相对 rt-PA 要低，因此是临床治疗急性脑梗死的常用药物。rt-PA 是溶栓二代药物，通过临床研究证实，此药物的溶栓效果更为明显，采取静脉给药方式使用，它通过同纤维蛋白结合后发挥作用，结合后可以对纤溶酶进行诱导，产生纤溶酶，溶解栓塞物质。且有报道指出该药对血循环中的纤溶酶原亲和力小，全身纤溶作用微弱[9]。用药过程中出现的并发症较少，经过临床对症治疗均可缓解。rt-PA 的临床效果略好于尿激酶，但价格较为昂贵，若经济条件许可，此药可作为首选溶栓药物。

综上所述，相对抗脑水肿、降颅内压、脑保护等常规疗法，溶栓治疗的临床效果明显，把握好治疗时机就会大大提高急性梗死的痊愈率，严格选择适应证可以大大降低溶栓治疗引发的严重并发症，因此溶栓疗法是治疗急性脑梗死最有希望的疗法，值得临床推广应用。

参考文献

[1] 李登星. 尿激酶静脉溶栓的早期血管再闭塞与血液凝血、纤溶性的临床观察[J]. 中国实用神经疾病杂志，2010，13(11)：51-53.

[2] 何世发，华杰. 静脉溶栓治疗急性脑梗死 32 例疗效分析[J]. 中国社区医师：医学专业，2012，14(18)：184-185.

[3] LansbergMG，Bluhmki E，Thijs VN. Efficacy and safety of tissue plasminogen activator 3 to 415 hours after acute ischemic stroke：a metaanalysis[J]. Stroke，2009，40(7)：2438-2441.

[4] 孙高慧，高志强，高俊风，等. 小剂量尿激酶溶栓治疗急性脑梗死临床观察[J]. 中国实用神经疾病杂志，2011，14(16)：12-14.

[5] 陈秋红，陈辉. 重组组织型纤溶酶原激活剂静脉溶栓治疗急性脑梗死 19 例[J]. 实用医学杂志，2009，25(5)：776-777.

[6] 杨勇，许淼，潘小平，等. 重组组织型纤溶酶原激活剂静脉溶栓治疗颈内动脉系统急性脑梗死的疗效安全性与分层研究[J]. 中国实用医药，2010，5(12)：4-6.

[7] 张国鲁，张微微，黄勇华，等. 重组组织型纤溶酶原激活剂联合尿激酶治疗急性脑梗死的临床观察[J]. 中国老年心血管病杂志，2012，14(5)：507-510.

[8] shobha N，Buchan AM，Hill MD. Thrombolysis at 3-4.5 hours after acute ischemic stroke onset-evidence from the Canadian alteplase for stroke effectiveness study(CASES) registry[J]. Cerebrovasc Dis，2011，31(3)：223-228.

[9] 田洪，张玉波，牟长河，等. rt-PA 和尿激酶溶栓治疗急性脑梗死的临床前瞻性研究[J]. 西南国防医药，2011，21(9)：940-942.

（收稿日期：2013-12-18　修回日期：2014-02-28）

欢迎投稿　欢迎订阅