

- [3] HOSOKAWA A. Experimental observation of piezoelectric effect in cancellous bone generated by ultrasound irradiation[J]. J Acoust Soc Am, 2016, 140 (5): EL441-EL448.
- [4] 张少燕,区永康,许耀东,等.耳屏双岛状软骨-软骨膜在上鼓室外侧壁重建及鼓室成形术的临床应用[J].中华显微外科杂志,2016,39(4):395-397.
- [5] 李彦红,张继刚,徐艳峰,等.发光二极管 630nm 红光和 460nm 蓝光照射对日本大耳白兔皮肤创面愈合的影响[J].中国医学科学院学报,2017,39(3):301-306.
- [6] MATSUDA R, YAMANO T, MURAKAMI K, et al. Effects of spectral distribution and photosynthetic photon

flux density for overnight LED light irradiation on tomato seedling growth and leaf injury[J]. Scientia Horticulturae, 2016, 198: 363-369.

- [7] LEE S H, LEE S W, OH T, et al. Direct observation of plasmon-induced interfacial charge separation in metal/semiconductor hybrid nanostructures by measuring surface potentials[J]. Nano Letters, 2018, 18(1): 109-116.
- [8] 张娜,王惠娟.不同方式光照疗法辅以药物治疗新生儿病理性黄疸的临床对比研究[J].山西医药杂志,2018,47(2):154-156.

(收稿日期:2019-04-03 修回日期:2019-09-02)

• 临床研究 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.21.044

联合应用氯吡格雷和瑞舒伐他汀治疗脑梗死的疗效及对患者生存质量的影响

曾晓华,黄 雯

江西省抚州市妇幼保健院内科,江西抚州 344000

摘要:目的 研究联合应用氯吡格雷和瑞舒伐他汀治疗脑梗死的疗效及对患者生存质量的影响。方法 抽取 2017 年 7 月至 2018 年 7 月在该院治疗的脑梗死患者 84 例,分为对照组和观察组,每组 42 例,其中对照组实施氯吡格雷联合安慰剂治疗,观察组实施氯吡格雷联合瑞舒伐他汀治疗,观察两组患者神经功能、血流动力学(双侧大脑中峰流速、平均流速)与生存质量(Barthel 指数)。结果 治疗前两组患者的 NIHSS 评分、血流动力学指标、生存质量评分、血脂水平之间差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后观察组 NIHSS 评分低于对照组,血流动力学指标(双侧大脑中峰流速、平均流速)、血脂水平与生存质量均高于对照组,血脂水平改善优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 采用氯吡格雷和瑞舒伐他汀联合治疗脑梗死,可明显改善患者神经功能,有效提升患者的生存质量,值得应用。

关键词:氯吡格雷; 瑞舒伐他汀; 脑梗死; 生存质量

中图法分类号:R743.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)21-3209-03

脑梗死是常见的脑血管疾病,患者会出现致残、致死的情况^[1]。该病在中老年人中发生率较高,临床表现为偏瘫、感觉障碍、失语等,对患者生活与工作均造成一定影响,目前治疗仍采取药物治疗为主^[2]。当前美国神经重症监护学会《大面积脑梗死治疗指南(2015)》^[1]仍推荐使用阿司匹林;但杨成等^[2]在研究中指出,阿司匹林治疗脑梗死存在一定的复发与出血风险,不良反应较多;溶栓在治疗中也属于最佳治疗方式,但溶栓最佳治疗时间为发病早期 6 h 内,后期再次进行治疗时效果不佳。近期临床指出,使用氯吡格雷在预防和治疗心、脑及其他动脉循环障碍疾病上疗效较好。为了研究该药物的优势,本研究观察联合应用氯吡格雷和瑞舒伐他汀治疗脑梗死的疗效及对患者生存质量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 7 月至 2018 年 7 月本院收治的 84 例脑梗死患者,分为对照组和观察组,每组 42 例。纳入标准:(1)均符合脑梗死的诊断标准;(2)均为首次发病;(3)无出血情况者;(4)错过溶栓最佳治疗时间;(5)均知悉本研究且自愿参加。排除标

准:(1)心源性脑梗死;(2)对本研究使用的药物存在过敏者;(3)凝血功能障碍者;(4)临床资料不完善者。对照组:男 22 例,女 20 例;年龄 45~67 岁,平均(56.52±5.25)岁。观察组:男 23 例,女 19 例;年龄 45~67 岁,平均(56.22±5.33)岁。两组患者性别、年龄差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 所有患者均进行常规治疗,包括纠正患者血糖、水电解质平衡、高热,实施开放动脉且全身增加血容量治疗。对照组口服氯吡格雷片(乐普药业股份有限公司生产,国药准字 H20123116),每次 150 mg,次日将剂量调整为 75 mg,每日服用 1 次;安慰剂每次 150 mg,次日将剂量调整为 75 mg,每日服用 1 次。观察组在对照组基础上口服瑞舒伐他汀钙片(南京正大天晴制药有限公司,国药准字 H20080670),每日服用 10 mg,每日治疗 1 次;口服氯吡格雷片剂量与对照组一致。所有患者均治疗 2 周。

1.3 观察指标 通过美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评价患者神经功能临床疗效,评分越低患者的临床疗效越好^[3]。比较两组患者治疗前后血流动力学情况:测定双侧大脑中峰流速、平均流速,均采用

经颅超声血流图检查^[4]。使用 Barthel 指数对患者的生存质量进行评分,总分为 100 分,得分越高患者的生存质量越高^[5]。比较两组患者治疗前后血脂水平,抽取空腹静脉血 3 mL,检测总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)。TC、TG、HDL-C、LDL-C 正常值分别为 2.8~5.17 mmol/L、0.56~1.7 mmol/L、0.9~2.19 mmol/L、<3.12 mmol/L^[6]。

1.4 统计学处理 所有数据均使用 SPSS19.0 统计软件进行分析。计数资料以 $n(\%)$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 治疗前后两组患者 NIHSS 评分比较 治疗前两组患者的 NIHSS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后观察组 NIHSS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者治疗前后血流动力学指标与生存质量比较 治疗前两组患者的血流动力学指标(双侧大脑中峰流速、平均流速)及生存质量评分差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后观察组双侧大脑中峰流速、平均流速及生存质量评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 血脂水平比较 治疗前,两组间血脂各指标水平差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组血脂各指标水平均改善,但观察组改善优于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 治疗前后两组患者 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)					
项目	<i>n</i>	治疗前	治疗后 2 h	治疗后 24 h	治疗后 7 d
对照组	42	6.61±1.36	5.95±1.21	5.21±1.85	4.35±1.27
观察组	42	6.58±1.23	4.11±1.15	4.11±1.21	3.09±0.72
<i>t</i>		0.060	4.811	6.225	5.593
<i>P</i>		0.952	<0.001	0.002	<0.001

表 2 治疗前后两组患者血流动力学指标与生存质量比较($\bar{x} \pm s$)

项目	<i>n</i>	双侧大脑中峰流速(cm/s)		平均流速(cm/s)		Barthel 指数(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	42	55.11±5.32	62.12±6.11	29.54±2.22	32.11±2.81	56.23±5.34	61.12±5.22
观察组	42	56.32±5.41	75.45±5.84	29.34±2.12	37.43±2.23	55.78±5.12	75.32±4.58
<i>t</i>		-1.033	-10.213	0.422	-9.611	0.394	-13.252
<i>P</i>		0.304	<0.001	0.674	<0.001	0.694	<0.001

表 3 治疗前后两组患者血脂水平比较($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

项目	<i>n</i>	TC		TG		HDL-C		LDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	7.38±2.17	4.70±1.14	2.56±0.62	1.62±0.36	0.91±0.23	1.23±0.15	4.56±1.01	2.29±0.51
对照组	42	7.45±2.15	6.21±1.36	2.51±0.57	2.01±0.43	0.90±0.22	1.10±0.18	4.59±1.09	2.65±0.54
<i>t</i>		0.149	5.514	0.385	4.507	0.204	3.596	0.131	3.141
<i>P</i>		0.882	<0.001	0.701	<0.001	0.839	0.001	0.896	0.002

3 讨 论

随着我国人口的老齡化,脑梗死的发病率呈上升趋势。这类患者是由于脑部供血不足,导致缺血、缺氧引起脑组织缺血性坏死或软化,严重时会出现肢体偏瘫,大部分患者甚至会发生失语的情况,导致认知功能障碍,直接影响患者生活质量,给患者带来较大的心理压力^[7]。由于患者病情严重、发病急,使得患者神经功能相关症状逐渐加重,不及时治疗,会增加患者的致残率,对其健康造成一定威胁。

本研究联合应用氯吡格雷和瑞舒伐他汀治疗脑梗死,结果显示:治疗前两组患者的 NIHSS 评分、血流动力学指标、生存质量评分、血脂水平之间差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后观察组 NIHSS 评分低于对照组,血流动力学指标(双侧大脑中峰流速、平

均流速)与生存质量均高于对照组,TC、TG、LDL-C 水平均低于对照组,HDL-C 水平高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。由于脑血栓是脑梗死患者死亡的重要因素,与血脂异常、动脉粥样硬化均存在一定关系,局部血栓会阻塞远端,使得远端血液循环障碍^[8]。其中氯吡格雷属于血小板抑制剂,能够选择性抑制与血小板受体的结合,有效抑制血小板聚集,避免血栓出现,及时改善患者的血液循环。且氯吡格雷能够抑制血栓素合成,使得阻塞组织的血运出现改善,扩血管作用明显,成为治疗的首选药物。患者采用药物治疗后,血液黏稠度明显改善,对其神经组织损害起到有效的保护作用,最终改善患者预后,但单独治疗疗效不够显著^[9]。而瑞舒伐他汀作用部位为肝,同时可有效降低胆固醇靶向器官,增加肝细胞表

面受体数目,使得肝细胞表面受体的分解与代谢加快,属于临床较为常用的降血脂药物,且药物半衰期较长,药物之间相互作用较少,不会与其他药物联合降低患者药效^[10]。氯吡格雷和瑞舒伐他汀联合治疗,使患者的血管内皮功能得到明显调节,及时抑制了血小板的聚集,结合治疗能够最大限度发挥药物的作用。

综上所述,采用氯吡格雷和瑞舒伐他汀联合治疗脑梗死,可明显改善患者神经功能,有效提升患者的生存质量,改善血脂水平,且血流动力学出现好转,值得应用。

参考文献

- [1] 杜伟,庞长河,薛亚轲,等.美国神经重症监护学会《大面积脑梗死治疗指南(2015)》解读[J].中华神经医学杂志,2016,15(1):2-5.
- [2] 杨成,钱捷,唐迅,等.阿司匹林单独或与氯吡格雷联合用药治疗缺血性脑卒中及短暂性脑缺血发作疗效和不良反应的 Meta 分析[J].中华流行病学杂志,2015,36(12):1430-1435.
- [3] 王根强,龙登毅,贝宁,等.瑞舒伐他汀钙胶囊联合阿司匹林肠溶片和氯吡格雷片治疗老年急性脑梗死的临床研究

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.21.045

- [J].中国临床药理学杂志,2018,34(15):1755-1757.
- [4] 岳月红,赵永波,岳圆圆,等.瑞舒伐他汀与氯吡格雷联合口服治疗急性脑梗死 58 例临床观察[J].山东医药,2018,58(27):60-63.
- [5] 赵晓玲.瑞舒伐他汀联合氯吡格雷对脑梗死急性期患者血小板活化及聚集状态的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(8):28-31.
- [6] 左朋,李方凤.阿司匹林联合氯吡格雷治疗脑梗死的临床效果研究[J].实用临床医药杂志,2015,19(11):119-120.
- [7] 刘俊伟,李红梅,邓爱民,等.2 型糖尿病合并脑梗死患者发生氯吡格雷抵抗的危险因素研究[J].中国临床药理学杂志,2018,34(5):521-523.
- [8] 虞莉娜,刘进香,席刚明,等.氯吡格雷联合前列地尔治疗大脑中动脉狭窄致脑梗死的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2016,32(12):1063-1065.
- [9] 顾如能,张先雷,杨超,等.急性轻度脑梗死治疗中氢氯吡格雷联合阿司匹林的应用分析[J].中国急救医学,2017,37(增 1):19.
- [10] 杜岩,曲华.负荷量氯吡格雷联合阿司匹林治疗再发性脑梗死的临床研究[J].中国医科大学学报,2017,46(9):836-838.

(收稿日期:2019-03-25 修回日期:2019-05-12)

乙型肝炎病毒感染患者病毒载量对外周血 T 淋巴细胞、细胞因子及肝功能的影响

马海霞

义马煤业集团股份有限公司总医院检验科,河南义马 472300

摘要:目的 探讨乙型肝炎病毒(HBV)感染患者病毒载量对外周血 T 淋巴细胞、细胞因子及肝功能的影响。方法 选取 2018 年 3 月至 2019 年 3 月该院收治的 HBV 感染患者 470 例,按照血清 HBV-DNA 水平将其分为 4 组,分别为阴性组(无反应性)、高水平组($>10^7$ IU)、中水平组($>10^5 \sim 10^7$ IU)、低水平组($10^3 \sim 10^5$ IU)。所有患者均进行外周血 T 淋巴细胞、细胞因子、肝功能检测。比较 4 组患者 γ -谷氨酰转移酶(GGT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-2(IL-2)水平,以及 $CD8^+$ 、 $CD4^+$ T 淋巴细胞水平,分析肝功能与各细胞因子的相关性。结果 高水平组患者的 GGT、AST、ALT 水平高于阴性组、中水平组、低水平组($P < 0.05$),且阴性组患者的 GGT、AST、ALT 水平最低;高水平组患者的 TNF- α 、IL-6、IL-2 水平高于阴性组、中水平组、低水平组($P < 0.05$),且阴性组患者的 TNF- α 、IL-6、IL-2 水平最低;4 组患者 $CD8^+$ 、 $CD4^+$ T 淋巴细胞水平相比,差异无统计学意义($P > 0.05$);AST 水平与 TNF- α 、IL-6、IL-2 水平呈显著相关性($P < 0.05$)。结论 HBV 感染会导致乙型肝炎患者的肝功能受到损伤,但是对外周血 T 淋巴细胞不会产生明显的影响,同时,通过对患者的 TNF- α 、IL-6、IL-2 水平进行检测,可以反映患者的免疫功能与肝功能损伤程度。

关键词:乙型肝炎病毒; 病毒载量; T 淋巴细胞; 细胞因子; 肝功能

中图分类号:R512.6+2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)21-3211-03

乙型肝炎病毒(HBV)是一种嗜肝双链病毒(DNA),患者在感染 HBV 后会逐渐从携带到慢性乙型肝炎、肝硬化、肝癌,对患者的生活质量造成严重的影响^[1]。有相关研究显示,HBV 本身并不会对患者的肝功能造成损伤,但是在 HBV 感染期间,机体免疫

功能会对 HBV 产生免疫应答反应,特别是外周血 T 淋巴细胞所介导的细胞因子与细胞免疫在肝功能损伤期间发挥着关键作用^[2]。本院在 HBV 感染患者病毒载量对外周血 T 淋巴细胞、细胞因子及肝功能影响的研究中,发现 HBV 感染会导致乙型肝炎患者的肝