胎儿心内或心外畸形时,胎儿染色体异常的风险可高达 50%^[10],预后也较差。本研究有 14 例胎儿染色体异常,其中 2 例羊水穿刺结果为 21- 三体,产前超声诊断为完全型心内膜垫缺损、三尖瓣发育不良;3 例为染色体微缺失合并体微重复,1 例产前超声诊断为右位主动脉弓伴镜像分支、1 例为法洛四联症;1 例为主动脉弓发育不良。上述病例均合并室间隔缺损的发生。因此,检出胎儿室间隔缺损,进行相关的遗传学检测十分必要。结合胎儿心血管畸形的严重程度及染色体结果综合判断,可以为孕妇及家属提供合理的指导意见,同时避免不必要的过度产。

卵圆孔和动脉导管是胎儿期的特殊结构,在胎儿的心血管循环中起到平衡左右心血流分布的作用。卵圆孔存在于左、右心房间,当卵圆孔偏小,卵圆瓣冗长、过伸或卵圆瓣呈瘤样膨向左心房时,可导致右心房的血液分流至左心房受限,部分卵圆孔明显受限或卵圆孔早闭的患儿,有可能在短时间内引起严重心脏结构及心功能异常,威胁胎儿生命^[11-12]。产前超声可以通过随访来观察右心结构改变、三尖瓣返流程度、静脉导管的频谱有无异常等及时评价胎儿心脏功能有无受损,从而判断胎儿卵圆孔受限的程度。动脉导管可以在胎儿期发生扭曲、狭窄、提前收缩或关闭等异常,引起胎儿右心前向血流阻力增高和继发性右心结构功能改变。产前超声可以通过对动脉导管内径及流速的测量,对起源、走形以及血流方向的判断来及时诊断动脉导管病变;在胎儿心血管畸形中发现动脉导管的血流逆灌,常常提示肺动脉或主动脉发生狭窄的程度较为严重^[13],预后不良。

通过对胎儿这些特殊结构的观察和实时监测,可以有效减少或避免胎儿危象的发生,提高分娩的质量。

综上所述,产前超声通过胎儿系统性筛查,可以早期准确发现各种轻型、重型心血管畸形,通过宫内、产后定期随访复查机制,为临床提供可靠的诊断依据,提高胎儿生命质量,在胎儿的诊断、出生及预后评价中具有极高价值。

参考文献

[1]李胜利.胎儿畸形产前超声诊断学[M].北京:人民军医出版社,2006.124-139.
 [2]谢乐燕,解左平,袁华,等.二维超声四切面法在胎儿先天性心脏病筛查中的作用[J].医学影像学杂志,2015,25(8):1462-1464,1465.
 [3]李军,苏海砾,张军,等.胎儿先天性心脏病的超声诊断及分型[J].中华超声影像学杂志,2011,20(11):940-943.
 [4]耿斌,张玉珍.临床儿童及胎儿超声心动图学[M].天津:天津出版传媒集团,2015.203-204.
 [5]高文娟,付世文,王军华,等.三血管切面测量主动脉及肺动脉诊断孕中晚期胎儿大动脉异常[J].中国医学影像技术,2012,28(6):1191-1194.
 [6]Hacihamdioglu B,Hacihamdioglu D,Delil K.22 q11 deletion syndrome: current perspective [J].Appl Clin Genet,2015,18 (8): 123-132.
 [7]Bhat A H,Sahn D J.Fetal Cardiovascular Imaging: A Disease-Based Approach[J].Circulation,2012,125(24):e1025.
 [8]刘琳译.胎儿超声心动图实用指南:正常和异常心脏[M].第3版.北京:北京科学技术出版社,2017.500-511.
 [9]Mone F,Walsh C,Mulcahy C,et al.Prenatal detection of structural cardiac defects and presence of associated anomalies: a retrospective observation study of 1262 fetal echocardiograms [J].Prenat Diagn, 2015,35(6):577-582.
 [10]赵颖,雷彩霞,李笑天,等.176 例胎儿心脏超声异常表现与染色体异常的关系[J].实用妇产科杂志,2018,34(6):450-453.
 [11]何怡华.胎儿超声心动图图谱[M].北京:人民卫生出版社,2013.30-35.
 [12]谷孝艳,何怡华,刘琳,等.胎儿超声心动图诊断卵圆孔血流受限或提前闭合及转归分析[J].中国医学影像技术,2012,28(8):1583-1586.
 [13]Mone F,Walsh C,Mulcahy C,et al.Prenatal detection of structural cardiac defects and presence of associated anomalies: a retrospective observational study of 1262 fetal echocardiograms [J].Prenat Diagn, 2015,35(6):577-582.

(收稿日期: 2021-04-28)

不同剂量辛伐他汀对老年高血压合并高脂血症患者的影响

赵希坤¹ 王可¹ 赵飞龙¹ 李闻笛²

(1 河南科技大学第一附属医院 洛阳 471003; 2 新乡医学院三全学院药学院 河南新乡 453003)

摘要:目的:分析不同剂量辛伐他汀对老年高血压合并高脂血症患者血压、血脂水平及不良反应的影响。方法:选取 2017 年 8 月~2019 年 2 月收治的老年高血压合并高脂血症患者 92 例,根据随机数字表法分为观察组和对照组,各 46 例。两组均予以常规对症治疗,对照组予以小剂量辛伐他汀治疗(20 mg/d),观察组增加辛伐他汀用药剂量(40 mg/d)。比较两组血压、血脂水平与不良反应发生情况。结果:观察组治疗后收缩压、舒张压、胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白胆固醇均较对照组低,高密度脂蛋白胆固醇较对照组高,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组不良反应总发生率为 8.70%,对照组为 6.52%,组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:相比小剂量(20 mg/d)辛伐他汀治疗,对老年高血压伴高脂血症患者使用 40 mg/d 辛伐他汀治疗可增强对血压、血脂的控制效果,且未增加不良反应。

关键词:高血压;高脂血症;辛伐他汀;血压;血脂

中图分类号:R544.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.054

心血管内科中高血压与高脂血症均十分常见,属高发病率的基础性疾病。因大部分老年患者患高血压的同时常合并高脂血症,若未提供及时有效的

治疗可致病情再次恶化,引发动脉粥样硬化、急性胰腺炎与糖尿病等疾病^[1]。据调查数据显示,近年来高血压伴高脂血症患病人数持续增多,对患者健康构

成严重威胁^[2]。辛伐他汀是临床上治疗老年高血压伴高脂血症的常用药物,属于他汀类,降脂与调脂作用突出,对临床症状有较好的改善效果。但有关辛伐他汀的服用剂量目前尚无统一标准。有研究发现,以往临床实际运用中,辛伐他汀小剂量治疗效果并不十分理想^[3]。本研究分析老年高血压合并高脂血症患者实施不同剂量辛伐他汀治疗的价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 8 月~2019 年 2 月收治的 92 例老年高血压伴高脂血症患者,选择随机数字表法分为对照组和观察组,各 46 例。对照组男 26 例,女 20 例;年龄 60~81 岁,平均(70.98±5.11)岁;病程 3~12 年,平均(4.78±0.51)年。观察组男 27 例,女 19 例;年龄 61~83 岁,平均(71.16±5.08)岁;病程 2~12 年,平均(4.82±0.49)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入组标准 纳入标准:高血压符合《中国高血压防治指南(2010)》^[4]中诊断标准;高脂血症符合《中国成人血脂异常防治指南》^[5]相关标准;患者及其家属知情并自愿签署知情同意书。排除标准:患恶性肿瘤及血液疾病者;肝肾功能异常者;入组前 1 个月内接受过调脂治疗者;对本研究所用药物过敏者。

1.3 治疗方法 两组患者依据症状给予血管扩张、降血压与降血糖等对症治疗。对照组予以小剂量辛伐他汀片(国药准字 H20083382)治疗,剂量 20 mg/次,

1 次/d,于晚间顿服;观察组服用辛伐他汀治疗,剂量为 40 mg/次,1 次/d,于晚间顿服。两组患者均接受 3 个月治疗。

1.4 观察指标 (1)两组治疗前后血压水平比较,对患者治疗前、治疗 3 个月后收缩压(SBP)、舒张压(DBP)进行测定。(2)两组治疗前后血脂水平比较,采用全自动生化分析仪对总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)进行测定。(3)两组不良反应(恶心、呕吐、乏力、皮疹)发生情况比较。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS25.0 统计学软件分析,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,采用 t 检验;以率表示计数资料,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血压水平比较 观察组治疗后 SBP、DBP 较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后血压水平比较(mm Hg, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	SBP		DBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	150.36±6.27	124.25±4.25	100.28±8.92	76.87±7.32
对照组	46	151.05±5.97	139.18±4.51	99.84±9.03	88.14±6.73
t		0.541	16.340	0.235	7.687
P		0.590	0.000	0.815	0.000

2.2 两组治疗前后血脂水平比较 观察组治疗后 TC、TG、LDL-C 水平均较对照组低,HDL-C 水平较对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后血脂水平比较(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	TC		TG		LDL-C		HDL-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	46	6.59±0.62	3.11±0.23	2.21±0.46	1.40±0.35	4.87±0.94	2.31±0.58	1.00±0.19	3.11±0.36
对照组	46	6.57±0.58	4.24±0.18	2.18±0.43	1.78±0.37	4.91±0.89	2.90±0.65	0.98±0.21	2.64±0.31
t		0.160	26.241	0.323	5.060	0.210	4.593	0.479	6.710
P		0.873	0.000	0.747	0.000	0.835	0.000	0.633	0.000

2.3 两组不良反应发生情况比较 两组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	呕吐	恶心	乏力	皮疹	总发生
观察组	46	1(2.17)	2(4.35)	1(2.17)	0(0.00)	4(8.70)
对照组	46	1(2.17)	1(2.17)	0(0.00)	1(2.17)	3(6.52)
χ^2						0.000
P						0.694

3 讨论

据相关数据统计,高血压在我国老年人群中患病率达 50.0%,受人们生活习惯、饮食与生活压力等

因素影响,其患病率仍在持续升高^[6]。高血压患者常合并高脂血症,两种病症互相影响,增加了心血管不良事件的发生风险。针对高血压伴高脂血症,目前治疗以调脂为主。有资料表明,辛伐他汀在治疗高血压伴高脂血症中成效突出,能够调节细胞中胆固醇水平,发挥调脂作用,但有关其用药剂量方面目前尚无明确标准,因此需对用药剂量的合理性做进一步探讨^[7]。

本研究结果显示,治疗后观察组 SBP、DBP 较对照组低,同时 TC、TG、LDL-C 水平均较对照组低,HDL-C 水平较对照组高,表明使用辛伐他汀治疗高

血压伴高脂血症可有效降血压、调节血脂,且相比较小剂量的辛伐他汀,增加辛伐他汀用药剂量至 40 mg 后血压与血脂控制效果更突出。辛伐他汀属于羟甲基戊二酰辅酶 A 还原酶抑制药物,能够发挥抗氧化、抗血栓以及血小板活性抑制作用,改善血管内皮细胞^[9]。同时,辛伐他汀能够对血管紧张素受体进行调节,调节 TC、TG、LDL-C 以及 HDL-C 水平,从而降低胆固醇在细胞中含量,有效调节血脂水平^[9]。此外,辛伐他汀同时具备抗炎效果,能够抑制炎症反应,减少炎症介质在血液中的含量,达到细胞保护与抗炎效果,从而有效增强疗效^[10]。老年人因多伴有多种慢性疾病,在药物使用方面种类较多,而他汀类药物在用药过程中不良反应较常见^[11]。大量研究表明,辛伐他汀以小剂量用药的降脂作用不甚稳定,国外临床提倡以 20~80 mg 大剂量使用辛伐他汀^[12]。本研究使用 40 mg 辛伐他汀治疗老年高血压伴高脂血症对血压与血脂的改善效果更优,两组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义,表明通过增加辛伐他汀用药剂量对高血压伴高脂血症施治不会使用药不良反应增加,安全性较高。

综上所述,相比小剂量辛伐他汀治疗,对老年高血压伴高脂血症患者使用 40 mg 辛伐他汀治疗可增强对血压、血脂的控制效果,且不会增加不良反应

的发生,推广价值较高。

参考文献

[1]陈善,周晓秋,叶梁,等.辛伐他汀对轻中度高血压合并高脂血症患者血清炎症介质、血小板活化功能和血液流变学的影响[J].中华高血压杂志,2015,23(5):477-481.
 [2]刘福忠,杨应军,陈波,等.不同他汀类药物改善老年高血压患者早期肾损害的效果[J].中国医药导报,2017,14(8):71-75.
 [3]王玮,刘亚.他汀类药物治高脂血症 90 例临床观察[J].陕西医学杂志,2016,45(11):1546-1547.
 [4]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南 2010[J].中华高血压杂志,2011,19(8):701-743.
 [5]中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会.中国成人血脂异常防治指南[J].中华心血管病杂志,2012,19(5):4-14.
 [6]胡四海.辛伐他汀治疗高血压合并高脂血症患者的临床疗效及其对血清超敏 C 反应蛋白的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(9):127-128.
 [7]王力泽.不同剂量辛伐他汀治疗高血压并高脂血症患者临床疗效及安全性的对比研究[J].实用心脑血管病杂志,2017,25(1):67-69.
 [8]李裕强,林宇彪,黄宇.辛伐他汀对高血压合并动脉粥样硬化患者内皮功能的影响[J].海南医学,2017,28(14):2348-2349.
 [9]康丹红,高健,王永春,等.辛伐他汀治疗老年高脂血症患者疗效与安全性的最佳剂量研究[J].现代生物医学进展,2015,15(31):6125-6127.
 [10]徐明昌.不同剂量辛伐他汀治疗脑梗死的临床疗效和药理分析[J].实用中西医结合临床,2018,18(11):111-112.
 [11]罗海东,李振中.辛伐他汀联合非诺贝特对比单用辛伐他汀治疗高脂血症疗效与安全性的系统评价[J].中国药房,2015,26(12):1658-1661.
 [12]刘大亮,彭锦德,符洪明.不同剂量辛伐他汀治疗老年高血压病合并高脂血症的对照研究[J].现代诊断与治疗,2015,26(12):2669-2670.

(收稿日期: 2021-03-20)

间断小剂量尿激酶与阿替普酶溶栓治疗老年急性中高危肺栓塞的疗效比较

王世俊

(河南省安阳市人民医院急诊科 安阳 455000)

摘要:目的:分析间断小剂量尿激酶与阿替普酶溶栓治疗老年急性中高危肺栓塞的疗效。方法:采用前瞻性随机法选取 2017 年 3 月~2019 年 2 月收治的 58 例老年急性中高危肺栓塞患者为研究对象,依据治疗方案不同分为对照组和观察组,各 29 例。对照组给予阿替普酶溶栓治疗,观察组给予间断小剂量尿激酶溶栓治疗。两组均连续治疗 7 d,观察两组治疗效果、临床症状消失时间、治疗前及治疗 7 d 后血气指标。结果:两组总有效果比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组患者咳嗽、心跳过快、胸痛、呼吸困难症状消失时间均短于对照组($P<0.05$);治疗后,观察组动脉血氧分压高于对照组,动脉血二氧化碳分压低于对照组($P<0.05$)。结论:与阿替普酶治疗比较,间断小剂量尿激酶溶栓治疗可缩短老年急性中高危肺栓塞患者临床症状消失时间,有效调节患者血气指标。

关键词:急性中高危肺栓塞;小剂量尿激酶;阿替普酶;溶栓治疗;血气指标

中图分类号:R563.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.055

急性肺栓塞不是一个独立的疾病,常为肺循环障碍的合并症,是指肺动脉或其分支因机体内脱落的血栓或其他物质导致阻塞的病理过程,具有较高的发病率及误诊率^[1]。急性肺栓塞临床主要诱因为慢性心肺疾病、下肢或盆腔静脉血栓形成、恶性肿瘤、手术、创伤、妊娠和口服避孕药等,患者以呼吸困

难、咳嗽、胸痛等为主要临床表现,并伴有极度焦虑不安、恶心、倦怠、抽搐和昏迷等脑缺氧症状^[2-3]。一旦出现若未能及时接受有效的治疗,可导致患者死亡,对患者身体健康和生命安全造成极大威胁。尿激酶与阿替普酶均为临床常用的溶栓治疗方法,但哪一种更为有效存在一定争议。基于此,本研究旨在分